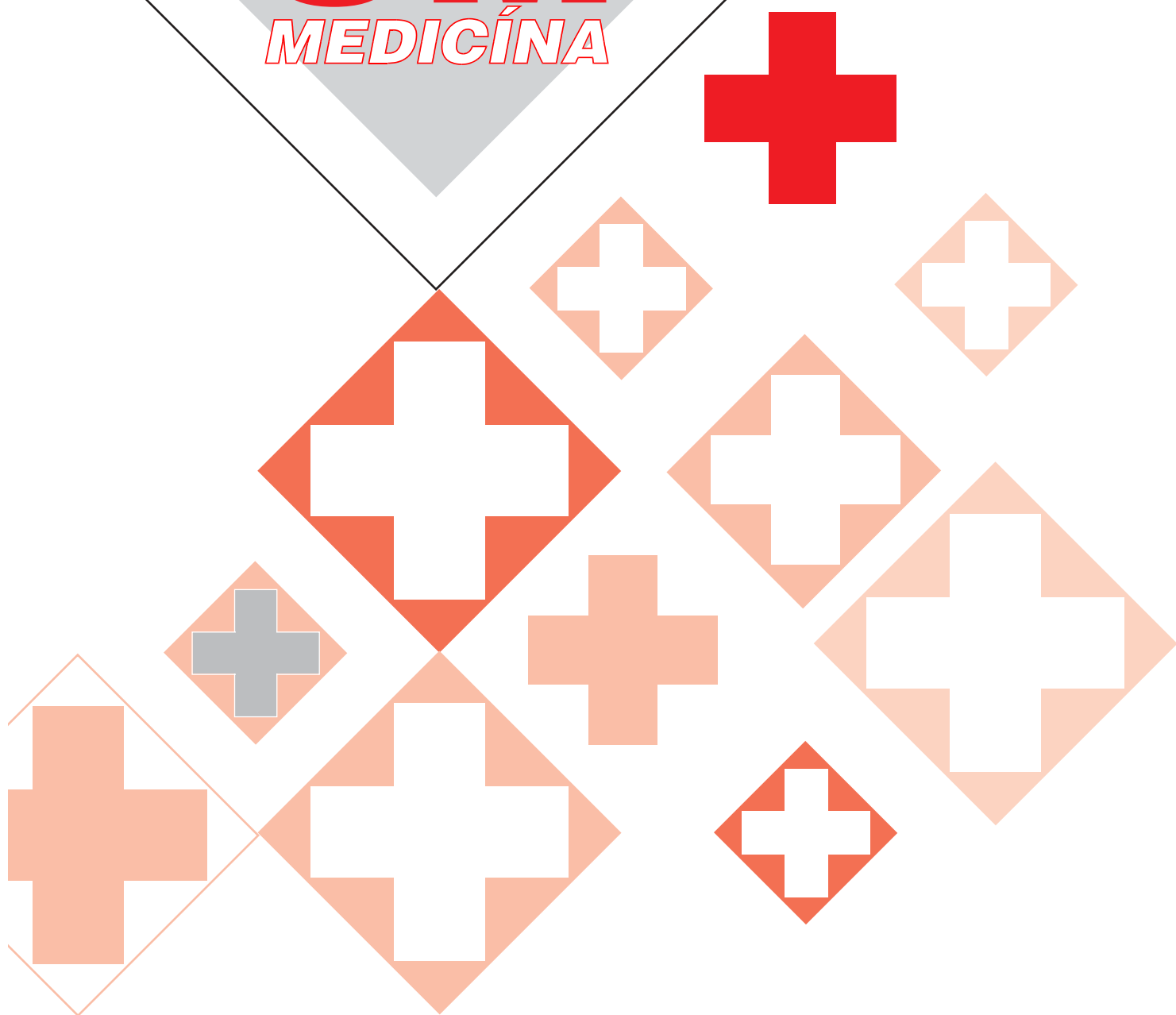


ČASOPIS

PRO NEODKLADNOU
LÉKAŘSKOU PÉČI

3 / 2000

URGENTNÍ
UM
MEDICÍNA



**Vydává**

MEDIPRAX CB s. r. o.
České Budějovice
Branišovská 31
370 05 České Budějovice
tel.: 0038/530 03 82
tel./fax: 038/530 03 96
e-mail: mediprax@cb.ipex.cz

Vedoucí redaktorka:

MUDr. Jana Šeblová

Zástupce vedoucího redaktora:

MUDr. Juljo Hasík

Odpovědný redaktor:

Ing. Jan Mach

Grafika:

PÍSMOUKA
TVYBĚRAČSKÉ STUDIUM

Na Hrází 21, Praha 8
tel.: 02/684 84 66, 0607 843 297

Tiskne:

Tercie s.r.o.

Vychází 4x ročně
Toto číslo předáno do tisku
dne 20. 10. 2000

Registrační značka:

MK ČR 7977
ISSN 1212 - 1924

**Rukopisy a příspěvky
zasílejte na adresu:**

MUDr. Jana Šeblová
Fráni Šrámka 25, 150 00 Praha 5

Zaslané příspěvky a fotografie
se nevracejí, otištěné příspěvky
nejsou honorovány.

Texty neprocházejí redakční
ani jazykovou úpravou.

Příjem inzerce:

MEDIPRAX CB s. r. o.
České Budějovice

Redakční rada:

MUDr. Danuše Borková
Elco H. Dykstra M.D. (Nederland)
Gron Roberts OBE DMA (GB)
MUDr. Juljo Hasík
MUDr. Dana Hlaváčková
MUDr. Stanislav Jelen
MUDr. Čestmír Kalík
Ing. Jan Mach
Francis Mencl M.D. (USA)
a.s. MUDr. Kateřina Pizingerová
MUDr. Milana Pokorná
MUDr. Jiří Pudil
MUDr. Jana Šeblová

1. Úvodní slovo (Jana Šeblová)	5
2. Re-engineering Emergency Department (Agnes Meulemans)	6
3. Kvalita a její řízení (Tomáš Weiser, Martin Dudek)	8
4. Urgentní medicína, její složky a vzájemná spolupráce v přednemocniční etapě (Petr Zápařka)	9
5. Námětové cvičení železniční nehody Vidnava 2000 (Ilja Chocholouš)	11
6. Rallye Rejvíz 2000 (Jiří Klimeš)	14
7. Akutní imunologická odpověď na trauma a šok (Jiří Staňa)	15
8. Šok pro každého (Jiří Staňa, Petr Volík, Jan Neubauer)	17
9. Akutní stavy v gynekologii a porodnictví v PNP (Dalibor Šobek)	18
10. Stav po znásilnění - postup lékaře zdravotnické záchranné služby (Jaromír Aleš)	20
11. Letecké neštěstí společnosti Austral (Marcelo Rodolfo Muro, Omar Cittadini)	22
12. Tragédie na letišti (Pokus o vysvětlení nevysvětlitelného) (Marcelo Rodolfo Muro, Omar Cittadini)	24
13. Postavení lékaře jako svědka a znalce před soudem (Petr Hrbek)	26
14. Ochrana osobnosti při zásahu ZZS (Roman Baláž)	28
15. „Umělé dýchání“ během laické KPR - ano či ne? (Ondřej Franěk)	29
16. Přežijí naši pacienti novelu zákoníku práce? (Juljo Hasík)	30
17. Jízda pod modrým světlem	31
18. Ohliadnutie za Záchranou (Ján Hencel)	31
19. VII. Dostálový dny, Opava 5. - 6. 10. 2000 (Jana Šeblová)	32
20. Urgentní medicína na internetu	33
21. Bibliografie urgentních příjmů nemocnic	33
22. Profesionální ochrana proti profesní zátěži	33
24. Takový byl Mirek Vondráček (Pavel Zuska)	34

2. Re-engineering Emergency Department - Agnes Meulemans

Autorka přednesla na mezinárodní konferenci v polské Wroclawi přednášku o zkušenostech s budováním a zdokonalováním urgentního příjmu na Katolické univerzitě v belgickém Leuvenu. Nejde jen o pouhé mechanické zvětšení příjmového oddělení dostavbou, ale o komplexní analýzu činnosti, spektra pacientů i spektra diagnóz a všech dalších faktorů, které hrají roli v efektivitě oddělení. Opatření, provedená na základě takto široce pojaté analýzy pak mohou přinést skutečný užitek pro personál i pro pacienty.

3. Kvalita a její řízení - Tomáš Weiser, Martin Dudek

Článek seznamuje čtenáře se základními pojmy a s historií řízení kvality, s vývojem standardizace a norem ISO. Ukazuje i jejich důležitost pro zdravotnictví i pro záchranné služby. Se zaměřením na oblast záchranných služeb seznamuje se čtyřmi základními okruhy činností v rámci systému řízení kvality.

4. Urgentní medicína, její složky a vzájemná spolupráce v přednemocniční etapě – Petr Zápařka

Pro zabezpečení úkolů urgentní medicíny v přednemocničních podmínkách je nezbytná úzká spolupráce a návaznost všech složek zdravotnických záchranných služeb. Základem pro tuto spolupráci je funkční a vysoce kvalifikovaný management a erudovaný personál, včetně operačního střediska s vyškolenými pracovníky (koncem roku 2000 bude zahájena specializovaná příprava pracovníků tohoto úseku). V neposlední řadě je to obětavost, pochopení a ekonomická spolupráce s okresními úřady, magistráty a jinými zřizovateli záchranných služeb.

Urgentní medicína musí být ve všech svých rozměrech bezpodmínečně dostupná všem občanům této země a všem lidem, kteří v ohrožení života naši pomoc potřebují.

5. Námětové cvičení železniční nehody Vidnava 2000 - Ilja Chocholouš

Autor předkládá rozbor zkušeností z největšího součinnostního cvičení na území České republiky, z nesoutěžního úkolu Rallye Rejvíz 2000. Simulovaná srážka dvou vlaků se zhruba stovkou postižených byla ještě komplikována unikem trimethylpentenu. Cílem bylo vyzkoušet schopnosti všech zúčastněných zvládnout postupy, platné pro hromadná neštěstí a katastrofy. Ty se v základních principech odlišují od běžné činnosti týmů záchranných služeb, která je orientována na individuální terapii.

6. Rallye Rejvíz 2000 - Komentář k úkolu Seník z pohledu lékaře PNP - Jiří Klimeš

I tento článek se vrací k rozboru tentokrát soutěžního úkolu letošního Rallye Rejvíz. Tým RLP měl ošetřit postupně ženu s otevřenou frakturou dolní končetiny, jejího malého syna s inhalačním postižením dýchacích cest a posléze si všimnout zkolabovaného hasiče a u tohoto postiženého určit diferenciální diagnózu. Autor komentuje nejčastější chyby posádek, frekvenci jejich výskytu a možné dopady v reálné situaci.

7. Akutní imunologická odpověď na trauma a šok - Jiří Staňa

Autor shrnuje základní patofyziologické mechanismy šokových stavů a věnuje se zejména imunologickým otázkám, které mají důležité místo v rozvoji multiorgánového selhání.

Zdůrazňuje to, co může lékař záchranné služby ovlivnit v rámci přednemocniční etapy ošetřování šokových stavů.

8. Šok pro každého - Jiří Staňa, Petr Volík, Jan Neubauer

Názorný obrazový průvodce patofyziologií šokových stavů.

9. Akutní stavy v gynekologii a porodnictví - Dalibor Šobek

Autor přehledně zpracoval jak gynekologické akutní příhody (šokové stavy, krvácení, náhlé příhody břišní a úrazy), tak i porodnické (překotný porod, porodnické krvácení, eklampsii, embolii plodovou vodou). V souvislosti s porodem se stručně zabývá i resuscitací novorozence.

10. Stav po znásilnění - postup lékaře ZZS - Jaromír Aleš

Rozbor situace znásilnění, která není v četnosti výjezdů příliš častá, ale která má mnoho nejrůznějších aspektů: fyzické i psychické trauma, právní i sociální problematiku. Autor se zmiňuje i o syndromu týraného a zneužívaného dítěte, o zneužívání osob mužského pohlaví. Postup lékaře záchranné služby popisuje ze všech těchto hledisek.

11. Letecké neštěstí společnosti Austral - Marcelo R. Muro, Omar Cittadini

Autoři popisují zkušenosti z leteckého neštěstí z Argentiny z roku 1997, tentokrát nikoli z hlediska medicíny katastrof, ale z hlediska týmu mezilidských vztahů, který pomáhá zejména příbuzným obětí zvládnout akutní situaci těsně po katastrofě. Zdůrazňují zásady krizové psychologické intervence na místě nehody a seznamují s vlastními zkušenostmi této práce.

12. Tragédie na letišti - Marcelo R. Muro, Omar Cittadini

Tým mezilidských vztahů při Centru rychlé lékařské pomoci z Buenos Aires zasahoval i v roce 1999 po leteckém neštěstí, tuto katastrofu nikdo nepřežil. Okamžitá psychologická péče byla věnována rodinným příslušníkům a příbuzným obětí, autoři je označují termínem "jiné oběti". Tým se rozdělil na několik skupin podle míst, kde všude bylo nutné poskytovat psychologickou podporu. V závěru shrnují nejdůležitější výsledky a postupy, které již vycházely ze zkušeností s nehodou před 2 lety.

13. Postavení lékaře jako svědka a znalce před soudem - Petr Hrbek

Autor rozebírá právní témata (svědek a jeho povinnosti, znalec, znalecké komise, povinná mlčenlivost atd.), které jsou v dnešní době stále aktuálnější. Každý lékař se musí v této problematice orientovat.

14. Ochrana osobnosti při zásahu ZZS - Roman Baláž

Týmy záchranných služeb se dostávají do konfliktních, často emočně vypjatých situací. Autor vysvětluje pojem "osobnost" a "osobnostní práva", připomíná i odpovědnost lékaře vzhledem k médiím, ale na druhé straně i právo jednotlivých členů týmu na ochranu osobnosti a možnosti postupu v těchto situacích.

2. Re-engineering Emergency Department - Agnes Meulemans

A presentation from international congress in Polish Wroclaw describes experiences with re-engineering emergency department of Catholic University in Leuven, Belgium. This process doesn't mean just enlargement and rebuilding of emergency ward - it is a complex analysis of all activities, types of patients, spectrum of diagnoses and other factors which influence efficiency of the emergency department. Steps following this wide analysis can be then really useful both for patients and for personnel of the department.

3. Quality Management - Tomáš Weiser, Martin Dudek

The authors introduce basic terms and they describe history of quality management, evolution of standardization and ISO standards. They stress the importance of quality management in health care system and especially in emergency medical services. They introduce four basic activities in quality management system.

4. Emergency Medicine and Collaboration in Prehospital Care - Petr Záparka

Close cooperation and coordination of all types of prehospital care providers are necessary for realization of emergency medicine tasks in the field. Qualified management and skilled personnel including experienced dispatchers are essential for this. Financial support of the local authorities, county councils and other organizers of emergency medical services and their understanding of the whole problems are also very important.

Emergency medicine of the appropriate level must be anytime available for all people who need this care in emergency.

5. Vidnava 2000 - Simulation of Mass Casualty - Ilja Chocholouš

Experiences from the largest training of mass casualty in Czech Republic, a part of this year's Rallye Rejvíz, are presented here. A simulated accident of two trains with about a hundred of victims was complicated by leak of trimethylpenten. The goal was to test capability of all EMS teams of mastering procedures used in disasters and mass casualties. These procedures differ from common activity, which is orientated at individual therapy.

6. Rallye Rejvíz 2000 - Comments on "Hayloft" Task - Jiří Klimeš

This article analyses a part of Rallye Rejvíz 2000 competition. EMS team was supposed to manage a patient with open fracture of cruris, then a small boy with inhalation trauma of the airways and besides all this notice a collapsed fireman and think of differential diagnosis in this patient. Author comments the most frequent mistakes in treatment and discuss their possible consequences if the situation was real.

7. Acute Immunological Reaction to Trauma and Shock - Jiří Staňa

A review of pathophysiological mechanisms of shocks is presented in this article. The author describes immunological reactions which are of a great importance especially in multiorgan distress syndrome and multiorgan failure. He aims at possibilities of prehospital management of shock.

8. Shock For Everybody - Jiří Staňa, Petr Volík, Jan Neubauer

A practical picture guide of pathophysiology of shock.

9. Acute Gynaecological and Obstetrical Conditions - Dalibor Šobek

Acute gynaecological conditions (shocks, bleeding, acute pain, inflammations and trauma) as well as obstetrical problems (abortion, delivery in the field, obstetrical bleeding, eclampsia and amnion embolism) are described here. Resuscitation of the newborn after delivery is also mentioned.

10. Emergency Medicine and Problems of Rape Victims - Jaromír Aleš

Rape is not frequent in EMS practice, but emergency physician must be aware of all the aspects of this situation: both physical and psychic trauma, legal consequences, social problems. Author mentions also the problems of child abuse, the possibility of violation of boys and men. Management of this condition is discussed from all these points of view.

11. Austral Airlines Disaster - Marcelo R. Muro, Omar Cittadini

The authors present their experiences with aircraft disaster in Argentina in 1997. They don't concern management of mass casualty but they describe work of team for interpersonal relations which helps especially families and relatives of victims immediately after the disaster. They stress basic principles of psychological crisis intervention in the place of accident and they describe their own experiences and feelings in this situation.

12. Tragedy in the Airport - Marcelo R. Muro, Omar Cittadini

Team for interpersonal relations of the EMS in Buenos Aires in Argentina managed the aircraft disaster in 1999, no passenger survived this accident. Immediate psychological care was provided to family members, relatives and friends of victims, these persons are named here as "other victims". Team was divided into smaller groups according to places where psychological care was needed. In the end the authors sum up conclusions and experiences gained during two aircraft disasters in Argentina in the last years.

13. Physician and Law - Petr Hrbek

Legal problems connected to medical practice are discussed here - the responsibility of witness and testimony itself, expertise etc. These themes become more and more actual nowadays and every physician must have at least basic knowledge of this field.

14. Personal Rights and Protection of Personality in Emergency - Roman Baláž

EMS teams must quite often work in conflict and emotionally expressed situations. The author explains terms "personality" and "personal rights" and he reminds responsibility of the physician especially according to media. On the other hand also the whole team has the right of personality protection.

Snad jste si na dovolené odpočinuli, obnovili síly, snad jste si užili i prosluněné impresionisticky zbarvené ba-
bí léto.

V dnešním čísle se vracíme k tématu, které je pro nás všechny bytostně důležité a které bude rozhodovat
o tváři našeho oboru v bližší či vzdálenější budoucnosti, dokonce možná o jeho přežití - vracíme se k urgentním
příjmům. U nás se zatím odrůdy oddělení s tímto názvem velice odlišují. Podle místních podmínek (a velmi čas-
to podle typu provozovatele) splňují určitou funkci, šitou na míru lokalitě, ve které se nacházejí. Jasnou defino-
vanou náplň práce mají ve Spojených státech, Velké Británii a ostatních zemích s paramedickým systémem. V
Evropě jejich existence a obsah činnosti závisí na typu poskytované PNP. Dnešní příspěvek do diskuze pochází
z Belgie a autorka ho redakci poskytla na mezinárodním kongresu v polské Wroclawi. Při jeho čtení bychom si
měli uvědomit, že tento přístup nás čeká, ať chceme nebo nechceme, ať urgentní příjem máme či teprve o
jeho budování uvažujeme. Musíme si zvyknout, že jedině opakovaným ověřováním funkčnosti již dosaženého,
existujícího (a nejen v otázce urgentních příjmů) si může naše činnost udržet smysl a význam. Je to přístup ne-
pohodlný, okrádá nás o sladký pocit spánku na vavřínech a za odměnu poskytuje jenom práci, práci, práci...
ale je to jediný přístup, pomocí kterého vznikají a obnovují se věci, které přetrvávají a hlavně fungují.

Otiskujeme i dva články ještě s tematikou letošní Rallye Rejvíz, jde o rozbor úkolů z pohledu rozhodčích.
I k soutěžním úkolům lze přistupovat dvojím způsobem. Jeden je bytostně český a velí nám nadávat, žbrblat
(nejlépe večer v útulné hospůdce) a omlouvat své vlastní - skutečné či domnělé - chyby. Jedině musíme na-
jít, kdo, když ne my, za to může. Obecně to bývají politici, často nadřízení, spolupracovníci, v konkrétní situaci
soutěže jistě rozhodčí. Druhým přístupem je, vyjádřeno poněkud frázovitě, poučení z vlastních chyb. Analýze,
klasifikaci a pozitivnímu zužitkování omylů v lékařské praxi byla věnována i jedna z přednášek již zmíněného me-
zinárodního kongresu a byla velmi zajímavá. Dobrý lékař chybu udělat může, ale neměl by jí opakovat. To však
vyžaduje poctivou hru, alespoň se sebou samým. Rallye Rejvíz nám nabízí možnost páchat
omyly na figurantech, nikoli na pacientech, a nabízí i možnost zpětného rozboru. Zda tuto nabídku skutečně
zužítujeme pro zlepšení vlastní práce, je už jen na nás.

Do minulého čísla byly zařazeny vzpomínky na dva lékaře, kteří se zasloužili o náš obor. Jako ze strašidelné-
ho snu však byly zprávy, které docházely v první polovině července - nehoda a úmrtí MUDr. Králové, nehoda
a úmrtí MUDr. Vondráčka i jeho pacienta. Slova jsou zde marná a nedostačující, zbývá jen doufat, že tyto dvě
tragické události byly ojedinělé a poslední.

Za redakci Jana Šeblová

Re-engineering Emergency Department

Agnes Meulemans, MD

Oddělení urgentního příjmu

Katolická univerzita Leuven, BELGIE

Oddělení urgentního příjmu Katolické univerzitní nemocnice v Leuvenu vzniklo v roce 1972. Z hlediska spádu plní tento příjem funkci komunitní pro Leuven se 100 000 obyvateli, regionální pro Vlámsko-Brabantsko s miliónem obyvatel a univerzitní - pro Flandry se 4,5 miliónem obyvatel. Jeho cílem v prvním období existence bylo poskytování multidisciplinární urgentní péče ve smyslu: „Každý pacient je urgentní, dokud se neprokáže opak.“ Pacient byl propuštěn či přeložen po stanovení diagnózy a zahájení terapie, oddělení mělo tehdy v první řadě v rámci nemocnice funkci třídící.

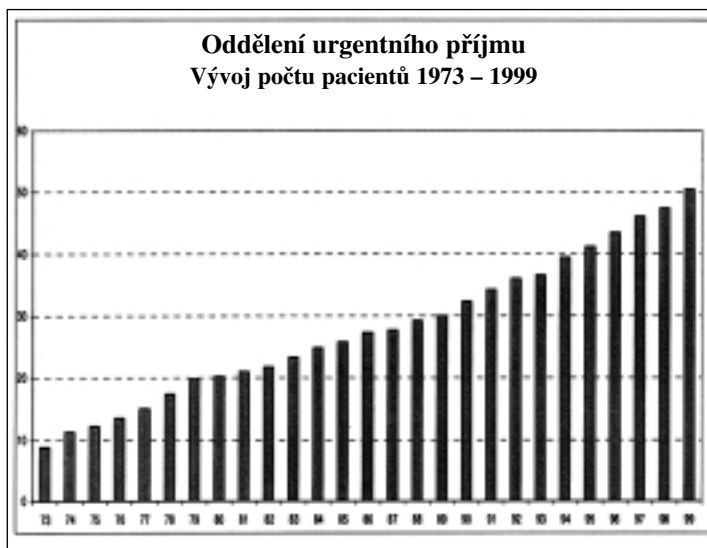
Personální obsazení: vedoucím oddělení byl lékař se specializací v urgentní medicíně. Trvalé dosažitelní odborníci v urgentní medicíně, dále internista, traumatolog, radiolog a psychiatr, ostatní odbornosti na telefonu. Kromě lékařů se oddělení sestávalo z úseku ošetrovatelského, z administrativy, sociálních pracovníků a logistiky (úklid, doprava nemocných...).

K oddělení patřil urgentní příjem a systém záchranných a dopravních služeb, jak pro primární transporty, tak pro mezinemocniční převozy i dopravu uvnitř nemocnice (včetně vozíků).

Polovinu případů tvořila traumata, polovinu onemocnění. Ambulantní péče byla poskytnuta 48% pacientů, 37% bylo přijato k hospitalizaci a 15% bylo hospitalizováno přímo na urgentním příjmu. 14% pacientů tvořily děti, u 12% byly ohroženy vitální funkce, 5% pacientů bylo předáno přímo na operační sál.

První potřeba rozšíření - zejména prostorového - vyvstala v roce 1984, cíl oddělení přitom zůstal nezměněný. Maximální kapacita oddělení se po přestěhování zvětšila na 30 tisíc pacientů za rok, došlo zejména k rozšíření možností hospitalizace přímo na urgentním příjmu.

Kapacitní problémy se znovu objevily v roce 1990, z těchto důvodů docházelo buď k překladi na příslušné oddělení (podle diagnózy pacienta) na příštítku, nebo k překladi na "nepříslušná" oddělení. V roce 1995 byla již situace neúnosná a vedla k trvale přeplněnému urgentnímu příjmu.



Důvody:

- zvýšení celkového počtu pacientů, ale i zvýšení počtu neodkladných a naléhavých případů ("spěchajících pacientů")
- infrastruktura oddělení dovozovala ošetřit výše zmíněných 30 000 pacientů za rok
- docházelo k prodloužení délky pobytu na urgentním příjmu: jednak díky snížené průchodnosti na ostatní oddělení nemocnice, jednak díky prodloužení času potřebného ke stanovení diagnózy pro nedostatek vyšetřovacích jednotek a pro prodloužení čekacích dob na potřebná komplementární vyšetření.

Následkem toho byl zvýšený počet stížností pacientů - nikoli na kvalitu poskytované péče, ale na celkovou dobu ošetření, na čekací doby a na nedostatek informací.

U personálu docházelo k projevům burn-out syndromu. Za předchozích 10 let nebylo investováno do infrastruktury oddělení a zázemí ani do potřeb personálu samotného. Kromě toho měli pracovníci pocit, že díky setrvalé přeplněnosti oddělení selhávají v tom základním, to jest v poskytování péče pacientům.

Docházelo ke konfliktu zájmů - tlak byl díky přijímaným pacientům směrem **do nemocnice** („pull system“), přeplněnost oddělení vyvolávala i tlak na propouštění, tedy směr **z nemocnice** („push system“). Selhával vlastní příjem pacientů - jak z důvodů infrastruktury, tak chybějícím strukturovaným tříděním.

Opatření:

- Byla provedena analýza stížností personálu. Byla vypracována prospektivní dotazníková studie ohledně spokojenosti pacientů. Byl proveden sběr dat a analýza, týkající se populace pacientů (počet přijatých za 1 hodinu, počet přítomných v časové jednotce, počet propuštěných za hodinu), a dále povahy onemocnění/příhody, stupeň závažnosti.... Byly definovány klíčové problémy.
- Byl zadán audit nezávislé organizaci. Ta provedla inventarizaci zásadních problémů, projevů a příčin a navrhla prostředky, které by mohly vést ke zlepšení.
- Byla vypracována SWOT analýza.

Výsledky - navrhovaná řešení:

- **Kontrola „inflow“:** - je potřeba redefinovat cíle oddělení?
 - je potřeba upřesnit definici termínu „emergency“?
 - zlepšení třídění (triage)
 - vytvořit oddělenou „trasu“ pro chodící pacienty
- **Snížení délky pobytu:** - instalace výkonnějšího počítačového systému
 - jasné vymezení náplní práce personálu (péče o pacienty vs. koordinace procesů)
 - zvětšení oddělení a dosažitelná prostorová expanze pro péči o pacienty i pro logistiku
- **Kontrola „outflow“:** - přesnější a rychlejší rozhodovací lékařské procesy (důležitý je i systém lékařské supervize!)
 - vytvoření "nárázníkové" kapacity kdekoli v nemocnici
 - transport na oddělení personálem urgentního příjmu

Vytvoření komisí pro jednotlivé úkoly:

Třídění, proces péče/léčby, funkční náplně, kontrolu informací o pacientech a léčení, informování a spokojenost pacientů, přestavbu urgentního příjmu.

Zajištění lékařského i ošetrovatelského personálu. Dohled.

Kontrola „inflow“ - tedy vstupu na oddělení:

Bylo nutné zrevidovat původní programové prohlášení - tedy poskytování multidisciplinární péče s dostupností 24 hodin denně, pro každého, zakončené příslušným překladem či propuštěním - a změnit definici v tom smyslu, že urgentní medicína bude jakýmsi strážcem závory k nemocničnímu ošetření a lékař urgentní medicíny je poskytovatelem tohoto specializovaného léčebného procesu. Je zodpovědný za intenzivní neodkladnou péči.

Při zachování dosažitelnosti a kontinuity péče byla dále nutná informační kampaň, zaměřená na praktické lékaře, veřejnoprávní instituce i veřejnost, co vlastně spadá pod pojem „emergency“ a kdy je indikováno konziliární vyšetření na urgentním příjmu a kdy ne.

Pro zmapování a ovlivnění kvality třídění jsme použili tříměsíční pilotní studii s použitím National Triage Scale Australské společnosti pro urgentní medicínu a třídění bylo prováděno sestrami.

Studie přinesla následující výsledky:

stupeň naléhavosti	možný odklad péče (min)	procenta
1	0	4%
2	10	25%
3	30	39%
4	120	28%
5	více než 120 min.	4%

Instalovali jsme nový průchodnější počítačový systém napojený na hlavní nemocniční síť. Kapacitu oddělení jsme zvětšili jednak přestavbou, jednak na podkladě práce jednotlivých komisí a nakonec ovlivněním samotného procesu léčení

Metodologie:

- **popis produktu péče:** tedy povaha poskytované péče, její objem, kvalita a cena
- **popis objemu a povahy péče s použitím šesti parametrů:** typ pacientů, druh potřebné péče, péče poskytnutá, povaha onemocnění, stupeň závažnosti onemocnění a naléhavost onemocnění.

K diferenciaci populace urgentního příjmu jsme vytvořili čtyři kritéria, týkající se péče:

1. komplex symptomů podle stížností pacientů
2. mobilita pacientů
3. druh potřebné péče

4. potřeba specifických zejména technických infrastruktur

Ze sedmi skupin podle povahy onemocnění vznikly 4 „léčebné trasy“:

- trasa č.1: kritické stavy + ohrožení vitálních funkcí
- trasa č. 2: interní problematika + traumatologie + neurologie
- trasa č. 3 : "malé problémy" - oční, ORL, malá traumata
- trasa č. 4: psychosociální problematika.

Na trasách 2 a 3 je průměrná doba ošetření, která zahrnuje vyšetření v diagnostických jednotkách a observaci, 3 hodiny. K hospitalizaci na urgentním příjmu jsou indikováni pacienti, u kterých je předpoklad propuštění do domácího ošetření do 24 hodin (úraz hrudníku, prostý otřes mozku, intoxikace). V přístavbě je ještě hyperbarické centrum.

Kontrola doby pobytu na oddělení a kontrola „outflow“, tedy výstupu:

Přebudování jednotlivých patientských tras snižuje dobu strávenou na urgentním příjmu. K tomu vede i zlepšení a zpřesnění rozhodovacího procesu, jednak pomocí časových klinických schémat pro 10 nejfrekventovanějších patologických stavů, jednak stálou přítomností konziliáře pro internu a traumatologii.

Rozhodli jsme se nevyčleňovat tzv. rychlé trasy.

O použití speciálně vyškoleného personálu (sestry pro sutury, sádrovací sestry) ještě diskutujeme.

Je nutné si uvědomit, že urgentní příjem je nutno budovat s výhledem deseti let. Minimálně tři roky zabere plánování, analýzy a definování potřeb dle konkrétních podmínek, další dva roky vlastní budování oddělení. Při správném rozboru je pak pětiletý předpoklad vyhovujícího provozu - při změně podmínek je pak nutné oddělení predefinovat a přizpůsobit podmínkám novým.

překlad Jana Šeblová

Kvalita a její řízení

Ing. Tomáš Weiser - Consultant/Project Manager, HELIKA Real, a.s.
MUDr. Ing. Martin Dudek - Manager jakosti, Všeobecná fakultní nemocnice

Systémy řízení vznikaly po staletí, vytvářely se postupně souhrnem přístupů a opatřeními v rámci chování, vystupování, jednání, činnosti, výroby a vztahů člověka a společnosti. Pojem kvalita pravidelnými kroky přecházel ve 20. století, které znamenalo velký mezník v oblasti kvality a jejího řízení. Začal se vytvářet systém řízení kvality. Systematizací a přístupem k řízení kvality byl dán prostor pro vznik komplexních metodik určených jako základ pro systémy řízení kvality a později i tzv. totálního řízení kvality. Většina těchto modelů ve světě je odborně veřejností velmi dobře známá. Tyto modely vznikaly za podpory vlád jednotlivých států po druhé světové válce a při rozvoji vojenských a jaderných programů. Všechny modely a programy mají ohodnocení a uznání v podobě ocenění, mezi tato ocenění patří Demingova cena v Japonsku, Cena Malcoma Baldrige v USA, cena E.F.Q.M. v Evropě a velké množství dalších mezinárodních a národních cen a ohodnocení. Skutečnou mezinárodní standardou pro srovnávání a hodnocení minimální úspěšnosti a zabezpečení odpovídajícího systému řízení s ohledem na kvalitu řízení, systému i výrobku se postupně stávají, a tento trend je rok od roku intenzivnější, normy řady ISO.

Normy řady ISO začaly vznikat v osmdesátých letech 20. století v rámci dodavatelsko odběratelských vztahů v Evropské unii. Mezinárodní organizace pro standardizaci, pro níž se ustálila zkratka ISO, vydala první znění norem řady ISO 900x v roce 1987. Po několikaletém připomínkovém řízení v rámci využívání těchto standardů byla tato řada revidována a v roce 1994 bylo vydáno dvacetičlankové znění norem této řady. Články od odpovědnosti nejvyššího vedení, přes nakupování, školení až ke statistickým metodám, byly po několik let základem tvorby systémů řízení kvality nejen v Evropě, ale i na celém světě.

Počet udělených certifikátů v Evropě dle norem řady ISO 900x se pohybuje v současné době kolem 300.000, přičemž počet certifikovaných subjektů v České republice je zhruba 3000.

Tak jako řízení obecně, tak i jednotlivé standardy řízení kvality prochází svým vývojem. Od roku 1997 se začala postupně připravovat změna norem řady ISO 9001, na úvodním připomínkovém řízení se podílely stovky společností. Vývoj změny prošel třemi základními stadii, které je v současné době v takzvaném stadiu final draft international standard.

K základním hodnotám a přístupům nového modelu patří především orientace na zákazníka, vůdčovství, angažovanost, procesní přístup, trvalé zlepšování, systémový přístup k řízení a další. Model ISO 9001:2000 dosáhl úrovně, kde je vidět skutečně hmatatelný nástroj orientovaný na činnosti ve firmách, který dává možnosti a vytváří prostor pro řízení.

Samozřejmě je, že tvorba skutečných funkčních systémů řízení orientovaných na kvalitu se neobejde bez externí podpory, konzultace nebo coachingu a to platí především pro malé a střední organizace. Na trhu v České republice je dostatečné množství poradenských a školicích organizací, které poskytují služby v tomto oboru. Na firmách je, aby si ze spektra firem nabízejících poradenských služeb, vybrali takovou, která nejvíce odpovídá požadavkům kladeným na systém a kvalitu služby. Metoda přípravy pomocí projektového řízení je samozřejmá, méně samozřejmá je podpora nejvyššího vedení, odhodlání managementu a vlastníků mít systém, který je přínosem pro celou organizaci, přinášející vnitřní efekty a potenciály, a který se trvale zlepšuje.

V současných dnech - v polovině roku 2000, dostává podpora podnikům v České republice v oblasti zavádění systémů řízení kvality podle norem ISO zcela nový rozměr. Vláda České republiky po déle

než dvouleté přípravě a po více než desetiletém snažení odborných institucí u nás i v zahraničí, schválila svým usnesením č. 458 Národní program podpory politiky jakosti kvality. Koordinací aktivit na vládní úrovni je pověřeno Ministerstvo průmyslu a obchodu, které řídí tzv. radu pro jakost, která se sešla poprvé dne 29.6.2000. Řízením sekretariátu rady pro jakost je pověřena ČSJ (Česká společnost pro jakost). V rámci národní politiky podpory jakosti kvality budou vznikat podpůrné programy a projekty, vztažené na všechny oblasti průmyslu, služeb i zdravotnictví.

Právě zdravotnictví je jedním z oborů, kde by se tato podpora kvality měla uplatnit ze všeho nejdříve, protože možnost neadekvátních nebo dokonce nekalitních přístupů k řízení, způsobené převážně nedostatečnou nebo nevhodnou organizací může způsobit ty největší škody, a to na lidském zdraví a životě. Některé aspekty řízení kvality ošetřují legislativní předpisy, ale zdaleka ne všechny a ne v dostatečném rozsahu. Proto je zdravotnictví oblastí, která skýtá široké možnosti využití výše zmíněných systémů řízení. Na příkladu zdravotnické a lékařské záchranné pomoci si můžeme ukázat možnosti aplikace norem ISO 9000 ve zdravotnictví.

Hlavní náplní záchranné služby je zajišťování odborné přednemocniční neodkladné péče u stavů ohrožujících život. Kromě toho se můžeme setkat s dalšími úkoly, které plní záchranná služba, jako jsou například přeprava pacientů nebo zdravotnická asistence při sportovních, kulturních a dalších akcích.

Smyslem systému kvality je zabezpečit takový systém organizace a řízení, aby nedocházelo k pochybením v důsledku špatné organizace práce, nedostatečného zajištění všech zdrojů včetně personálních. Cílem je poskytnout kvalitní zázemí (organizační, řídicí, materiální a personální) pro optimální výkon zdravotníka.

Jak již bylo napsáno výše, norma ISO 9001:2000, resp. její návrh, obsahuje čtyři základní okruhy činností, kterými je třeba se zabývat v rámci systému řízení kvality. Jsou to: **odpovědnost vedení, management zdrojů, řízení procesů a měření a analýza.**

Odpoovědnost vedení

Vrcholové vedení musí poskytnout důkaz o svém závazku k vývoji a zlepšování systému řízení kvality, nese hlavní odpovědnost za celý systém. Ačkoliv se zdá být tento požadavek samozřejmý, bývá nedostatečná angažovanost vrcholového vedení jedním z hlavních a nejčastějších důvodů neuspokojivých výsledků systémů řízení kvality. Zaměstnanci musí zřetelně vidět, že zavádění a udržování těchto systémů je pro vedení nejvyšší prioritou. Vrcholové vedení musí sdělit dostatečně srozumitelně svůj záměr v této oblasti všem zaměstnancům, musí pravidelně celý systém přezkoumávat a zajistit dostupnost potřebných zdrojů.

Určení pracovníci by měli pravidelně připravovat podklady (vstupy) pro porady vedení, které musí jednak hodnotit dosažené výsledky a jednak plánovat nutné změny. V této oblasti není zdravotnictví ničím specifické a platí zde stejné zásady jako v jiných odvětvích.

Management zdrojů

I sebelepsi odborník není schopen poskytnout kvalitní péči, nemá-li k dispozici potřebné vybavení a naopak, nemáte-li zaškoleného odborníka, je vám kvalitní vybavení k ničemu a výsledný efekt bude nevyhovující. Tím jsme naznačili, o čem jde v této části normy. Klíčové pro výsledek určité činnosti jsou lidské zdroje, vybavení a pracovní prostředí. U záchranné služby jde především o odbornou způsobilost lékařů a středního zdravotního personálu (ta by měla být řešena v rámci systému postgraduálního vzdělávání zdravotníků) a vybavení sa-

nitních vozů. Dalším aspektem je koordinace lidských a materiálních zdrojů, neboli neméně důležité je, aby zdravotníci byli pravidelně školeni a přezkušováni v používání veškerého vybavení (přístroje, různé pomůcky, apod.). Nedostatečné proškolení v této oblasti může mít fatální důsledky.

Řízení procesů

Všechny procesy v organizaci je třeba řídit tak, aby bylo dosaženo maximálního uspokojení požadavků zákazníka. Tato část normy řeší celou řadu problémů, jako jsou například nakupování, majetek zákazníka, požadavky na měřicí a monitorovací zařízení (metrologie), řízení pracovních činností a další. Právě aplikací posledně jmenované oblasti do zdravotnictví se dostáváme k hojně diskutovanému tématu, a tou jsou léčebné a diagnostické standardy zdravotní péče. Organizace si může vytvořit podle potřeby příslušné standardy (pracovní postupy) pro určité činnosti. Například může existovat standard pro poskytování první pomoci při infarktu myokardu. Standardy mohou mít dvojí formu: doporučující nebo závazné. Výše jmenovaný případ by měl spíše formu doporučení. V praxi

to znamená, že lékař ho má znát a uplatňovat. V případě, že individuální situace vyžaduje odklon od tohoto doporučení, lze tak učinit, ale lékař by měl být vždy schopen tento odlišný postup obhájit. Standardy léčebné péče jsou hojně využívány v zahraničí a slouží jednak k určité unifikaci v zájmu zvyšování kvality, ale také jako nástroj při rozhodování soudních sporů.

Měření a analýza

Pro efektivní řízení je nezbytná zpětná vazba, tedy informace o výsledcích procesů, aby mohlo dojít k jejich eventuelní korekci. V oblasti záchranné služby se sledují například dojezdové časy, vytíženost stanovišť, nehodovost a další. Nemělo by se ovšem zapomínat na monitorování spokojenosti či nespokojenosti zákazníků (pacientů). Smyslem těchto, ale i výše jmenovaných činností by mělo být trvalé zlepšování systému řízení kvality.

Výše zmíněné příklady aplikace norem řady ISO 9000 nepokrývají samozřejmě celý jejich rozsah, naší snahou bylo pouze přiblížit čtenářům principy, na nichž je tento systém založen.

Urgentní medicína, její složky a vzájemná spolupráce v přednemocniční etapě

MUDr. Petr Zápařka, vedoucí lékaře ZZS Frýdek - Místek, pracoviště Třinec

Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 434/1992 Sb. ze dne 28. června 1992, doplněnou vyhláškou MZ ČR č. 175/1995 byly stanoveny základní principy činnosti Zdravotnické záchranné služby.

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je státem garantovaný, jednotný, otevřený a regulovaný systém, umožňující odborné a nepřetržité zabezpečení a koordinaci přednemocniční péče (PNP). Zařízení ZZS poskytují PNP včetně dopravy raněných, nemocných a rodiček s využitím zdravotnických dopravních prostředků. Po pojmem **přednemocniční neodkladná péče** se rozumí příjem, vyhodnocení a zpracování tísňové výzvy, péče o postižené (ať již při jednotlivém nebo hromadném výskytu) na místě i v průběhu transportu a při předávání pacienta do zdravotnického zařízení. Zahrnuje všechny formy léčebné péče o postiženého úrazem nebo náhlým onemocněním, které ohrožují jeho život nebo zdraví nebo při kterých hrozí nebezpečí z prodlení. Diagnostika a prvotní léčení akutního postižení zdraví z jakékoli příčiny je též náplní nového nastavbového oboru urgentní medicína, který je tudíž optimální kvalifikací pro lékaře ZZS.

Náplní činnosti ZZS je i doprava postižených v podmínkách zajištěné neodkladné péče, rychlá přeprava odborníků do zdravotnických zařízení, ve kterých odborníci potřebných specializací k urgentnímu zákroku nejsou, popřípadě léků, krve a krevních derivátů nezbytně potřebných k dalšímu poskytování již zahájené neodkladné péče. Zabezpečuje rovněž dopravu související s plněním úkolů transplantačního programu a koordinaci součinnosti s praktickými a žurnálními lékaři a s Lékařskou službou první pomoci (LSPP).

Lékařská služba první pomoci je součástí systému pohotovostních zdravotnických služeb (viz Věstník Mzd ČR, částka

8/1997). jejím úkolem je zabezpečit lékařskou první pomoc v případech náhlého onemocnění či náhlého zhoršení zdravotního stavu, jestliže stupeň postižení nevyžaduje zásah Rychlé lékařské pomoci (RLP) ZZS. Je poskytována všem občanům v době mimo pravidelný provoz zdravotnických zařízení, neboť ani praktickým lékařům s registrovanými pacienty žádný právní předpis neukládá povinnost pečovat o ně nepřetržitě.

Zabezpečení LSPP pro dospělé, LSPP pro děti a dorost a LSPP ve stomatologii a pohotovostní lékařské služby zajišťuje příslušný okresní úřad (OkÚ). Poskytováním LSPP pověřuje okresní úřad ta zdravotnická zařízení, jejichž je zřizovatelem. Zkušenosti z řady okresů potvrzují, že se nejlépe osvědčilo organizační propojení LSPP se středisky záchranných služeb, toto řešení přináší i ekonomické zvýhodnění. Na chodu LSPP se podílejí zejména praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost jak ze státních, tak i z nestátních zdravotnických zařízení.

Zabezpečovat službu RLP mohou lékaři, kteří splňují kvalifikační předpoklady pro tuto činnost, což je dosažení atestace v některém ze základních oborů (všeobecné lékařství, pediatrie, interna, chirurgie, anesteziologie a resuscitace). Po vytvoření samostatného oboru urgentní medicína a medicína katastrof dáváme přednost uchazečům s nastavbovou atestací v tomto oboru.

Vlastní zkušenosti se spoluprací jednotlivých složek urgentní medicíny

Zdravotnická záchranná služba Třinec vznikla ke dni 1.6. 1997 jako samostatné zdravotnické pracoviště delimitací RLP

od Nemocnice Třinec. Je součástí okresního střediska záchrané služby Frýdek - Místek jako článek regionálního integrovaného záchranného systému. Pro splnění zdravotního požadavku vládní politiky byla k ZZS Třinec ke dni 1.7.1997 přičleněna lékařská služba první pomoci jako záloha rychlé lékařské pomoci, a to ve všech aspektech její struktury.

Doposud byli pacienti v rámci LSPP ošetřováni na ambulanci příjmového oddělení nemocnice, kde docházelo ke kumulaci pacientů. Pro LSPP nebyly k dispozici žádné čekárny, lékařské inspekční pokoje byly od příjmové ambulance neúměrně vzdáleny.

Po osamostatnění ZZS byly v nemocnici v rámci nájemní smlouvy vyhrazeny prostory pro poskytování LSPP. Byly vybudovány samostatné ambulance pro LSPP pro dospělé, děti a dorost, samostatné čekárny a sociální zařízení, inspekční pokoje pro lékaře a pokoj pro řidiče LSPP. LSPP tím nabyla podoby modernějšího koncepčního pojetí. Pro zkvalitnění a zpřístupnění zdravotní péče v oblasti PNP jsme změnili ordinační hodiny LSPP. Pro zajištění nepřetržitého provozu PNP v návaznosti na RLP a RZP byl začátek ordinačních hodin LSPP přesunut ze 17.00 na 16.00. Personální obsazení bylo doplněno kvalifikovanou SZP, většinou z oblasti urgentní medicíny a s postgraduální atestací v oboru ARIP či SIP. Toto řešení umožňuje i zabezpečení výjezdů rychlé zdravotnické pomoci (RZP) v pohotovostní službě bez nároku na další kvalifikovaný personál a mobilní techniku. Sestra s lékařem LSPP může zastoupit výjezd RLP k pacientovi v akutním ohrožení života v případě, že původní výjezdová skupina není na základně (tzv. rescue zásah).

K ZZS byl zároveň delimitován bývalý dispečink Dopravní zdravotnické služby a tím bylo vytvořeno operační středisko ZZS. Je řídicím a koordinačním centrem ZZS, řídí veškerou přednemocniční neodkladnou péči v působnosti záchranné služby - tedy RLP, RZP i LSPP a podílí se i na řízení provozu dopravní zdravotní služby, která zůstala pod správou nemocnice.

Zpočátku bylo zabezpečování LSPP problematické: existovalo dvojí vedení, personální a materiální základna spadala organizačně pod ZZS, dopravní složka pod nemocnici. Sanitní vozidla pro zajištění provozu LSPP byla vybavena nedostatečně, nesplňovala podmínky podle vyhlášky MZ ČR č. 51/1995 Sb. o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení a sanitních vozidel. Provoz byl neekonomický. Z důvodů občasných zbytečných kontroverzí mezi lékařem LSPP ZZS a řidičem DZS jsme přijali další tři zkušené řidiče - záchranáře. Podařilo se nám vytvořit komplexní samostatné zajištění PNP v regionu spolu s kvalitně zabezpečenou zálohou PNP a s jednotným managementem. Lékaři tak mají k dispozici kompletní technicky i materiálně vybavený vůz RLP a kvalifikovanou sestru. Všichni lékaři, kteří vykonávají pohotovostní služby, byli v rámci zvyšování poskytované přednemocniční neodkladné péče seznámeni s vybavením vozidla RLP a se zdravotnickou technikou, byli proškoleni v kardiopulmocerebrální resuscitaci a v urgentní medicíně. Proškolení těchto lékařů provádíme nejméně jednou za rok.

Pro snazší komunikaci s jednotlivými odbornostmi LSPP byli na jednotlivých úsecích jmenováni odborní garanti. Ve spolupráci s vrchní sestrou zajišťují rozpis služeb LSPP včetně případných zástupů v době nemoci, kontrolují a doplňují lékárnu LSPP, pohotovostní kufr, sledují expiraci léků. Organizačně, odborně a metodicky zodpovídají za svůj úsek. Přípomínky k provozu LSPP ze strany vedení ZZS řeší na pravidelných seminářích a poradách. Podílejí se na sledování nemocnosti, frekvence výjezdů a ošetření v ordinacích LSPP, spolupracují s nemocnicí. Spolupráce ZZS s jednotlivými odbornými garanty LSPP je naprosto bezproblémová a na vysoké úrovni.

Prostorové uspořádání LSPP přinášelo problémy, ordinace byly umístěny v protilehlém traktu nemocnice vzhledem k základně ZZS, chyběla přímá návaznost a kontrola, doplňování léků, zdravotnického materiálu a lůžkovin bylo obtížné, komplikovalo to i administrativní agendu. Kromě toho jsme jako cizí organizace sídlili v prostorách nemocnice, tyto vztahy byly upraveny smlouvami o nájmu nebytových prostor a poskytování služeb, pro zřizovatele byla tato varianta značně nevýhodná ekonomicky. Po velkém úsilí a jednáních se zřizovatelem ZZS se podařilo realizovat projekt na výstavbu nové samostatné budovy ZZS v areálu nemocnice. Ta byla kolaudována v prosinci roku 1999 a splňuje všechny moderní požadavky pro komplexní zabezpečení PNP v dané oblasti. Došlo k ideálnímu skloubení výkonných složek ZZS pro urgentní medicínu, operačního střediska a vozového parku a jednotným managementem a přímou kontrolou. Tím se podařilo odstranit nedostatky minulého uspořádání. I vozový park je nyní mnohem kvalitnější, 3 sanitní vozy VW Transporter a jeden VW 4x4 do horských terénů, všechny kompletně vybavené podle vyhlášky MZ ČR č. 51/1995 Sb.

Ještě je nutné dořešit spojení v rámci Integrovaného záchranného systému. S rozšiřováním telekomunikační sítě a zejména s rozvojem mobilních telefonů dochází k jejich směřování do krajského města, v našem případě do Centra tísňového volání v Ostravě. Při předávání výzev mezi jednotlivými pracovišti dochází k časovým prodlevám.

Vzhledem k tomu, že státní zdravotní politika prochází neustálým vývojem a dosud nebyla definitivně zformulována oficiální stanoviska z makropohledu, je nesmírně obtížné tvořit cílovou koncepci - tu musíme chápat jako dokončení transformace ZZS.

Náplní urgentní medicíny je poskytování odborné, kvalifikované a adekvátní neodkladné péče u akutních onemocnění a úrazů. Je proto nezbytně nutné tuto péči zabezpečovat komplexně v návaznosti na LSPP, která slouží jako záloha RLP. Je tedy v našem zájmu i v zájmu našich pacientů tuto službu neustále zdokonalovat a zvyšovat odbornou erudici všech pracovníků záchranného systému.

Literatura: 1. Vyhláška MZ č. 434/1992 Sb.

2. Vyhláška MZ č. 51/1995 Sb.

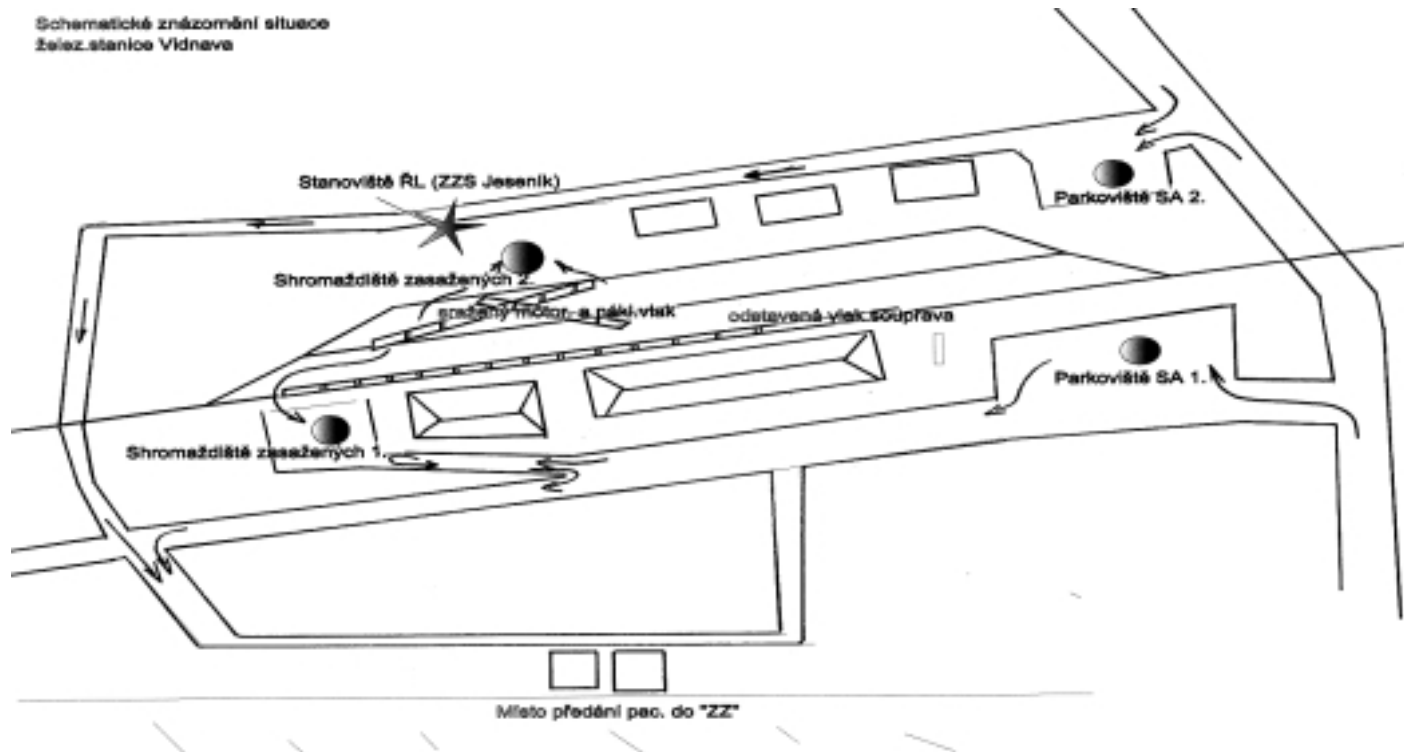
3. Vyhláška MZ č. 175/1995 Sb.

4. Věstník MZ ČR, částka 8/1997 Sb.

Námětové cvičení železniční nehody Vidnava 2000

MUDr. Ilja Chocholouš, Ambulance Meditrans s.r.o., Praha

Letošní ročník záchranné Rallye Rejvíz 2000 obsahoval jako nesoutěžní disciplínu určité ideové pokračování jednoho z loňských úkolů, kterým bylo řešení autobusové nehody s menším počtem postižených. Zjištěné poznatky minulého roku, které jasně indikovaly velmi obtížné přeladění celého týmu RLP z individuální medicíny na postupy medicíny katastrof a hromadných neštěstí, nedostatečnost vhodných evidenčních a registračních pomůcek i absenci dynamických stereotypů jednání v neobvyklé situaci, vedly k naplánování námětového cvičení, které bylo svým rozsahem jak postižených, tak cvičících posádek na území ČR výjimečným.



Zámyslem bylo simulovat železniční nehodu, kdy ve stanici Vidnava došlo ke srážce plně obsazeného osobního motorového vlaku s odstavenou nákladní soupravou, přepravující – jak jinak – nebezpečnou látku trimethylpenten. Za spolupráce HZS ČD se podařilo rozposunovat k vyřazení určené motorové vozy s částečně demolovaným interiérem tak, aby alespoň přibližně postavení vozů budilo zdání kolize. Původní záměr organizátorů skutečně inscenovat nárazovou destrukci a vykolejení vozů nebylo možné pro přísné drážní předpisy realizovat. Přesto kusy železa, všude přítomné sklo, stejně jako další odstavená vlaková souprava dostatečně komplikovaly zachráncům jejich úsilí.



Ve spolupráci s vojskem územní obrany, divadelníky, ale i občanskými zájemci byla zajištěna kohorta více než 90ti trpělivých figurantů - cestujících. Celkem 6 velmi profesionálních maskerů ČČK zařídilo odpovídající namaskování poranění prakticky u všech 90 osob.

Výběr zranění byl získán z archívních materiálů velkých hromadných neštěstí a nehod na území ČR a hl.m.Bratislavy. 3 osoby byly deklarovány jako primárně usmrcené, 57 jako těžce zraněných až polytraumatizovaných, 10 osob bylo středně těžce poraněno a 20 bylo klasifikováno jako lehká poranění. U 5ti osob byla navíc přítomna intoxikace po inhalační expozici trimethylpentenem. Každý figurant měl upevněnu visačku s diagnózou,



s uvedením rozhodujících objektivních parametrů - TK, TF, GCS. Při namaskování byli figuranti poučeni o příznacích a vlastních projevech, což někteří předváděli s velkým zápletem pro věc zcela realisticky.

Na visáčkách byla též instrukce o nutnosti reálně provést potřebné ošetření.

Jedním ze smyslů cvičení bylo využít jedinečné příležitosti, jak bez nároků na další finanční prostředky záchranných služeb, bez nutnosti omezit vlastní provoz ve spádovém území, při součinnosti maximální koncentrace sil a prostředků v neznámé lokalitě z nejrůznějších míst včetně 3 posádek ze zahraničí, vyzkoušet reálně postup likvidace hromadného neštěstí. Nebylo naším cílem ponechat likvidaci předpokladatelné živelnosti, nechťeli jsme na závěr jen konstatovat, že to či ono nebylo provedeno správně. Režie likvidace HN byla koncipována tak, aby prvotní rozehraní činnosti na místě udalo optimální a také didaktický směr celkovému nasazení. Hlavní důraz byl kladen na vnitřní funkční strukturu zásahu, bez které nelze předpokládat úspěch. Rozsah a rozdělení lokality kolejíštěm, uspořádání trosků a další vlakové soupravy, volné plochy a přístupové, resp. odsunové cesty podmiňovaly nutnost prakticky vytvořit 2 hlavní směry nasazení sil a prostředků se samostatným vytvářením zdvojených zdravotnických etap, vyjma řídicího štábu.

Z tohoto důvodu byly předem seznámeny s plánovanou činností první tři posádky RLP.

Jejich úkolem bylo:

- 1) Po průzkumu zřídit místo řízení likvidace zdravotních následků HN, s pohyblivým řídicím lékařem a SZP, záchranářem ve funkci spojky u vozidla (RLP 1). Následně pak celkové řízení zásahu, tzn. určení směru nasazení sil a prostředků, vydání příslušných povelů a pokynů, kontrola jejich plnění, koordinace činnosti s velitelem zásahu HZS a policie. Tento zásadně významný úkol náležel místně příslušné skupině RLP ZZS Jeseník jakožto prvnímu týmu, který společně s HZS Jeseník dosáhl místa neštěstí.
- 2) Zřídit dvě parkoviště sanitních vozů a regulovat na nich provoz, instruovat další posádky, organizovat přistavování ambulancí dle požadavku odsunových etap. Tyto činnosti dozorčího parkoviště sanitních vozů musel zvládat řidič záchranář z druhé, respektive třetí skupiny RLP.
- 3) Zorganizování dvou shromaždišť zasažených, s důrazem na jejich bezpečnou polohu vůči unikajícímu trimethylpentenu, na jednosměrnost jejich provozu, dostatečné prostorové dimenzování, s dobrou návazností na odsunové etapy. Zde byl prostor pro činnost lékaře a SZP 2. a 3. vozidla RLP na místě.

Pro usnadnění vyznačování jednotlivých etap a pracovišť byly poprvé na území ČR použity skládací reflexní dopravní značky.

Další funkce a etapy nebyly předem určovány a byla právem očekávána další reakce zasahujících a postup činností, resp. jejich vytváření. Dojíždějící posádky poté dostávaly informace od dozorčího parkovišť s pokynem přemístit se s vybavením a nosítky do prostoru shromaždišť, tam kontaktovat lékaře, který je využil jednak pro prvotní třídění v troskách, vynášení z nich, pro poskytování pomoci přímo na etapě. V pozdější fázi dojíždějící vozidla včetně jejich posádek byla určována k odsunu ze shromaždišť a proto měla být připravena na parkovištích k výzvě.

Pro objektivní sběr poznatků byly instalovány 2 videokamery na vysokozdvizných plošinách, v místě zásahu se pohybovali předem určení pozorovatelé z řad zkušených záchranářů všech dotčených kategorií. V místě, kam byly pacienti odsunováni, které suplovalo cílové zdravotnické zařízení, byli vysoce kvalifikovaní lékaři v rolích přijímajících, ale i posuzujících rozsah a kvalitu zajištění a ošetření jednotlivých postižených, včetně dokumentace.

Jaké výsledky cvičení přineslo?

Bezchybná činnost řídicího lékaře byla rozhodující pro úspěšné zahájení likvidace. Za normálních okolností by mu však rozhodně chyběla nedostupnost výrazně odlišného označení - v našem případě byl oblečen do vesty žluté fluorescenční barvy, s červenou kšiltovkou. Jinak by jen obtížně prosazoval svojí rozhodující funkci uprostřed „moře“ červených záchranářských uniforem. Řidiči vozů 2. a 3. (dozorčí parkovišť) právem poukazovali na malou akceptaci jejich pokynů ostatními řidiči především proto, že nebyla jasně patrná jejich funkce.

Rovněž bez přenosné radiostanice by řídicí lékař neměl možnost korigovat dění na místě. Stejně nezbytné je nasazení přenosných radiostanic u dozorčího parkovišť, u lékaře shromaždiště a odsunu. Absence koordinačního kmitočtu nebyla zásadně komplikující - nebylo nutné vyhledávat radiový klid, což by při počtu zasahujících jednotek bylo nezbytností.

Obáváme se, že pro úspěšnou činnost ŘL není v systému našeho postgraduálního vzdělávání dostatek vhodných výukových materiálů ani praktických možností získat užitečné dovednosti, navzdory vydávaným publikacím.

Vybudování obou shromaždišť zasažených probíhalo ve stavených prostorách, u č. 1 byla situace zkomplikována unikem škodliviny, tzn. určitou časovou prodlevou do zabezpečení lokality HZS, jehož příslušníci zamezili dalšímu výronu trimethylpentenu. Dalším limitem pro rozvinutí této etapy byl velký počet požární techniky v daném místě. Výhodou naopak byla s okrajem shromaždiště vedená průběžná sjízdňá komunikace a možnost přímého vynášení zasažených z trosků přímo na shromaždiště.

Shromaždiště č. 2 muselo být rozvinuto ve stíněném podlouhlém prostoru, jeho výhodou bylo ohraničení stavbami a plotem, komplikující byla především nemožnost jednosměrného provozu



odsunových prostředků. Přesto vytvoření odsunové části, plynule navazující na shromaždiště a a s přehledem organizovaný pohyb odsunových vozů znamenal rychlejší prostupnost a efektivnější práci etapy .

Na shromaždištích pracující skupiny RLP si uvědomily, jak obtížná může být orientace mezi zraněnými v trávě, kolik prostoru vlastně kolem 20 na nosítkách ležících osob je potřeba, jak rychle jsou vyčerpány běžné zásoby, že napojení pacienta na ventilátor a 2l kyslíkovou láhev, bez možnosti přepojení na větší, znamená vyřešení problému na možná 20 rychle uběhlých minut. Ověřili jsme, že nafukovací stan má svoji taktickou hodnotu, musí však být vyřešen jeho včasný vývoz a rozhodující vlastností je jeho velikost, která musí dovolovat umístění a péči pro alespoň 10 ležících osob.

Zásadním problémem se ukazuje vedení dokumentace a operativní evidence pohybu zasažených. Jen 50% zasažených bylo vybaveno písemnou dokumentací, za kterou byla považována rovněž i samotná třídicí známka. Je skutečností, že jen 3x byla použita třídicí známka dle vzoru ÚSZS Brno, vyžadující však předem podrobné vysvětlení, jak s ní pracovat. Více byly používány třídicí známky dle vzoru MZ, jednodušší, jednoznačnější, ale i levnější, přesto však po letech od svého vzniku na ZS hl.m. Prahy nerozšířené. Přitom je patrné, že standardně používaná zdravotnická dokumentace není svým rozsahem a provedením vhodná u hromadného neštěstí.

Zásadně chybí číselná označení, až již odtrhávací nebo samolepící, určená pro třídicí hlídku, shromaždiště, odsunové pracoviště a konečně pro odsunový prostředek. Zbude-li ještě jedenkrát na přijímající zařízení, pak jsme udělali pro evidenci pohybu pacienta maximum.

Velkým nedostatkem jsou chybějící časové údaje. Proto také nemůžeme předložit relevantně zpracované informace o průměrné délce ošetření, o době čekání na odsun apod.- údaje prostě nebyly až na naprosté výjimky v dokumentaci (byla-li jaká) zachyceny. Je zřejmé, že očividný situační stres, předem nezažitá situace, chybění patřičných návyků i pomůcek, jsou jen potvrzením správné cesty formou cvičení, jen opakováním se vytvoří dynamické stereotypy jednání.

Úroveň odborného zajištění pacientů je odrazem kvality individuální medicíny v té které oblasti.

Málo chyb bylo v nedostatečné analgézií či infúzní léčbě. Velká je snaha o co nejúplnější využívání imobilizačních prostředků či používání scoop rámu.

Velmi úspěšně je přístupováno k hrudní drenáži, jakkoliv její indikace je namísto alespoň u tenzního pneumothoraxu či sériových zlomenin žebér s UPV.

Na druhé straně v některých případech došlo k přílišné agresivitě v terapii, především neindikovanými ETI u osob primárně při



vědomí, s často banálními poraněními. To by znamenalo přenesení mnoha problémů z místa neštěstí do příjmového zařízení - s nutností zařídit ventilaci / dohled.

Jako nejzávažnější poznatek hodnotíme málo účinné třídění pacientů, resp. komplex problémů spojených se stanovením závažnosti stavu, priorit ošetření a především odsunu. Tak nebyli v prvním pořadí odsunováni zasažení, jejichž zranění bylo jen málo či vůbec neúspěšně ovlivnitelné na místě - tupá poranění břicha s příznaky profúzního krvácení apod. Někdy nedůsledná činnost nebo nevytvoření klasického odsunového pracoviště měla za důsledek, že postižený se suspektní rupturou jater, s příznaky rozvinutého hemorhagického šoku, byl odsunován mezi posledními v osmdesáté minutě od úrazu.

Tady voláme po přijetí standardizovaného protokolu pro třídění, jež by pomohl k unifikaci postupů, sjednocení interpretace výsledků. Jistě by bylo možné použít již odzkoušených předloh, např. START .

Odsunových prostředků bylo více, než by bylo možné si představit v kterémkoliv regionu státu. K jejich účelnému nasazení bylo třeba nejen dobré práce dozorcích parkovišť, ale mnohé záleželo také na disciplinovanosti řidičů. Ne vždy tito respektovali pokyny dozorcího, přes všechnu regulaci docházelo k typickým situacím - odsunové pracoviště žádá na dozorcím parkovišti přistavení vozidla, ten jich má na parkovišti 5, ale všechny posádky, pokynům navzdory, jsou kdesi v terénu. Další variantou je, že vyžádaný odsunový prostředek dojedle po jediné, jednosměrně průjezdné komunikaci k odsunovému pracovišti, řidič jej opustí a zapojuje se do činnosti - namísto aby urychlil naložení a odjel, vůz blokuje příjezdy a odjezdy dalších vozů. Jejich řidiči pak mají tendenci k ultimativním řešením-např. průjezdem obsazeným shromaždištěm zasažených. Nemějme jim to za zlé - ruku na srdce, kde měli možnost dozvědět se něco o taktice nasazení vozidla, o jeho parkování, o své činnosti při hromadném neštěstí ?!

Jsou, a nejen oni, navyklí individuální neodkladné péči a jejím postupům. Ty u hromadného neštěstí jsou odlišné a není jiné cesty, než si je prakticky osvojit. Jak, to ukázala naše nesoutěžní disciplína Rallye Rejvíz 2000.

Při hodnocení s odstupem jsme toho názoru, že průběh likvidace železničního neštěstí s tak mimořádně vysokým počtem závažných poranění, v komplikované lokalitě byl zvládnut přes všechna negativní zjištění v našich podmínkách nadstandardně. Přesto, nebo právě proto však nesmíme opomenout zjištěné nedostatky a v odborné diskuzi hledat jejich systémové odstranění.

Praha, červen 2000

Poznámka: předneseno na Konferenci MK ve Zlíně

Rallye Rejvíz 2000

Komentář k úkolu Seník 2000 z pohledu lékaře PNP

MUDr. Jiří Klimeš, AMBULANCE MEDITRANS s.r.o, Praha

V rámci Rallye Rejvíz 2000 proběhl soutěžní úkol, prozaicky nazvaný autory SENÍK. Zadání úkolu odpovídalo běžně odpozorované praxi týmu RLP a tudíž se nedal očekávat zásadní problém s jeho řešením.

Jaké bylo zadání?

V okrajové části okresu došlo k požáru domu. Na místě zasahuje místní hasičský sbor. Hlásí na místě ženu po pádu z výšky a průzkum hořícího objektu, ve kterém nelze vyloučit další postižené osoby. Příjezdem na místo začal pro soutěžící sled úkolů. Hodnotila se tato kritéria:

1/ Bezpečnost práce - postavení vozu vzhledem k požáru a toku zplodin, dodržování hygienických opatření (ochranné pomůcky), vyžádání informace od velitele zásahu HZS o postupu záchranných prací a množství postižených.

2/ Ošetřování pacientky po pádu z výše - pacientka s namaskovanou otevřenou zlomeninou dolní končetiny a periferní cyanózou.

3/ Ošetření inhalačního traumatu dětského věku: zhruba po 2,5 minutách vynesl hasič v dýchacím přístroji dítě s emotivním výkřikem: "Doktore, honem, nedýchá"! Model pětiletého manekýna byl zřetelně označen klinickou cedulkou: GCS 12, inspirační a expirační stridor, 20 dechů, ožeh v obličejí. Úkol: odborná přednemocniční neodkladná péče.

4/ Prostorové zvládnutí místa zásahu: na závěr přibyla ve scénáři malá zálužnost - zasahující hasič se mimo zorné pole posádky zhroutil i v dýchacím přístroji na zem. Úkolem týmu bylo si situaci povšimnout, reagovat, poskytnout první pomoc a na závěr provést diagnostickou rozvahu o příčinách vzniklého stavu.

V sedmiminutovém scénáři se tedy procvičila jak znalost dodržování bezpečnosti při práci, tak i organizační schopnost vést tým a rozdělit jej podle nově vznikajících situací. Ne v neposlední řadě prověřil úkol odbornou znalost postupů pomoci v rámci poskytování neodkladné péče.

A nyní k výsledkům úkolu. Nejsou příliš povzbudivé. Hodnoceno bylo celkem 40 posádek v kompletním složení lékař, SZP a řidič - záchranář, mimo hodnocení zůstali nekompletní posádky či posádky bez lékaře ze zahraničí.

I. Orientace na místě, bezpečnost při práci

TABULKA 1 n=40		
Vyhledání velitele zásahu		
Kontakt ano	kontakt ne	%
25	15	tj.37,5
Ochranné rukavice		
ano	ne	%
28	12	tj.30,0

II. Pád z výšky - zlomenina DK

TABULKA 2 n=40			
Analgetika před ošetřením zlomeniny			
Ano		ne	%
i.v.	i.m.		
25	1	14	tj.35,0

TABULKA 3 n=40				
Čas do podání analgetik				
do 1 min	do 3 min	do 6 min	nepodáno vůbec %	
9	17	8	6	tj.15,0

TABULKA 4 n=40	
Průměrná doba do podání analgesie:	
03 min 20 sec	
při postupu lege artis	při jiném postupu
03 min 06 sec	04 min 44 sec.

Nejčastější chyby /část I.a II.:

- posádka se nespojila s velitelem zásahu, aby získala informace o postupu HZS a množství postižených
- člen posádky vnikl do hořícího objektu bez svolení velitele zásahu, bez ochranných pomůcek a bez dýchacího přístroje.
- posádky pracovaly bez ochranných rukavic
- zklamáním byl počet ošetřovaných před podáním analgetik, alarmující počet ošetřených bez analgetik vůbec.

A celkový výsledek? 36 potencionálně nakažených HIV, 1 člen posádky vyřazen z další činnosti pro nadýchání se zplodinami hoření, 14 těžce stresovaných a 6 těžce poškozených pacientů.

III. Hodnocení léčebného postupu u ošetřovaného dítěte:

TABULKA 5 n=40				
Zahájení resuscitace dechu				
do 1 min	do 2 min	více jak 2 min	%	špatná vel. masky
16	18	6	tj.15%	8

TABULKA 6 n = 37		
Použití kyslíku při zahájení resuscitace dechu		
Ano	Ne	%
26	11	tj. 29,7

TABULKA 7 n = 31		
Zajištění DC		
ET	ET bez předchozí pomocné ventilace	jiný přístup do DC
30	3	1/Minitrach/
ET bez přechodí analgosedace a relaxace !		% zaj.DC / n = 31 /
21		tj. 68,0!

TABULKA 8 n = 40		
Další resuscitace dechu		
pom. ventilace vak+maska	maska inhalační	UPV
4	6	24
Spont. ventilace přes ET		% intubovaných /n=30/
6		tj. 20,0 !

TABULKA 9 n = 40		
Inhalačně léky		
	inhalačně kortikoidy	%
3	2	tj. 5,0

TABULKA 10 n = 40		
Měření SaO2		
	EKG monitor	SaO2 + EKG monitor
27	20	16

i.v.přístup				
do 1 min	do 2 min	do 4 min	více jak 4min	intraosseální
1	8	24	4	0
i.v. přístup nezajištěn				%
3				tj. 7,5

Nejčastější chyby:

- resuscitace dechu byla zahájena s dospělou maskou, bez přívodu kyslíku nebo jen inhalací bez pomocné ventilace, v jednom případě maskou opačně nasazenou. Fenomén rychlé intubace bez předchozí péče o DC by vedl k těžké hypoxii pacientů prodloužením intervalu až o 3 minuty.
- šokující je intubace /i/ použití Minitrachu / bez předchozí sedace a relaxace u téměř 70 % všech intubací, opakují u 5-ti letého dítěte ! Pouze jednou byla provedena ET v šetrné slizniční anestezii za předchozího intenzivního okysličení. Burcující je použití intubace a následné ponechání pacienta se spontánní ventilací a otevřenými DC. Nepochopitelný byl odchod kompletní posádky od zaintubovaného a relaxovaného dítěte k další činnosti. Zvolení priority doměření TK lékařem u dospělé pacientky před snahou zajistit DC dítěte není hodno komentáře. Podle předvedené praxe se mnozí domnívají, že intubace bez použití sedace a relaxace dostatečně ztlumí pacienta a zavedená UPV jej již dokonale zrelaxuje a ztlumí. Fatální pro pacienta by bylo i podání ketaminu do ET v bolusu, zásadní omyl, i když vedený snahou co nejrychleji reagovat na správný pokyn lékaře aplikovat i.v.

- inhalační podání kortikoidů není oblíbenou metodou léčby. Použití terbutalínu / Bricanyl / v inhalaci se jeví jako velmi diskutabilní.
- intraosseální přístup se doposud nevžil

Hasič nalezen	Bez povšimnutí	%
33	7	17,5 %
Dif.dg. rozvaha n = 33		
3 dg.	méně jak 3 dg.	
25	8	

Nejčastější chyby:

- hasič nebyl nalezen nebo byla podceňena možnost jeho těžkého postižení /dehydratace, přehřátí, inhalační trauma... / . Důsledkem je možná smrt sedmi zasahujících příslušníků HZS.

Závěrem:

Zpráva z tisku: **Při požáru seníku ve Zlatých Horách na okrese Bruntál došlo k těžkému postižení několika dětí i dospělých obyvatel a k úmrtí sedmi zasahujících příslušníků HZS a zdravotnických záchraných služeb.**

Zamysleme se, prosím, velmi intenzivně nad výsledky souměřte, abychom podobnou zprávu jednou v denním tisku opravdu nečetli.

Akutní imunologická odpověď na trauma a šok

MUDr. Jiří Staňa, Záchraná služba Jeseník

Problematika traumatického šoku je stará jako lidstvo samo. Trauma a epidemie byly donedávna hlavní příčinou úmrtnosti lidí. Největšího rozvoje dosáhlo medicínské bádání v traumatologii během světových válek, kdy bylo dostatek „studijního materiálu“ a v nespokojenosti polních felčarů s kvalitou poskytované péče raněným byl i zárodek vzniku nových léčebných a diagnostických metod. Tak se stalo, že ve druhé světové válce přežili díky transfuzím ranění, kteří by dříve neměli šanci, a ve Vietnamu přežili někteří ranění jen díky včasné náhradě ztraceného objemu krve Ringerovým roztokem. Tím dostali šanci i ti, kteří by se jinak definitivního chirurgického zákroku nedočkali.

Dnes je obecně přijata klasifikace šoku jako **generalizované poruchy mikrocirkulace**, vyvolané působením celé řady zevních a vnitřních faktorů, či lépe jako narušení poměru nabídky kyslíku a jeho vlastní spotřeby (**VO₂/ DO₂**). Tento poměr je za normálních okolností konstantní (1 : 1) a během šoku - poruchy mikrocirkulace - je posunut na levou stranu - tzn. že tento poměr začíná narůstat do hodnot výrazně větších než jedna, buď pro **pokles nabídky** kyslíku (DO₂) během vasokonstrikce při hypovolemii, či poruše srdeční pumpy u kardiogenního šoku (1 : 0,2 = 5), nebo zřídka - např. u tzv. teplé fáze septického šoku, může **zvýšení spotřeby** kyslíku (VO₂) ve tkáních při hyperpyrexii dosáhnout hodnot (5 : 1 = 5), které normálně fungující organismus nemůže uspokojit, protože to přesahuje jeho možnosti. Jak známo, DO₂ je přímo úměrná srdečnímu výdeji, koncentraci hemoglobinu a saturaci krve kyslíkem (DO₂ = CO x HB x SaO₂ x k).

Z výše uvedených rovnic vyplývá zajímavý závěr, že u těžké hypovolemie, kde nejsme schopni včas regulérně uhradit vzniklou krvní ztrátu, lze využít snížení spotřeby kyslíku během uměle vyvolané **hypotermie** k zachování naděje organismu na přežití i v jinak neřešitelných situacích (Safar).

Současná medicína staví u šokového stavu do popředí především 4 patofyziologické jednotky, které považuje z hlediska významu za rozhodující. Jsou to:

1) Hematologický systém

Působením rozpadových produktů poškozené tkáně dochází k **vasokonstrikci** v postižené oblasti a aktivaci **kaskády koagulace**. Nejdůležitějšími ze známých mediátorů těchto reakcí jsou **tromboxan A₂ a kolagen**.

2) Kardiovaskulární systém

změny v tomto systému spočívají především ve **zvýšení srdečního výdeje a redistribuci** okysličené krve do životně důležitých orgánů.

3) Ledviny

- během ischemie ledvin dochází k uvolňování **reninu** a tím k nastartování systému renin - angiotensin - aldosteron, vedoucí k **vasokonstrikci** v oblastech, které nejsou bezprostředně životně důležité. Patří sem kůže, kosti, tuk, nepracující svalstvo a mimo jiné též RES.

4) Neuroendokrinní systém

- sníženou aferencí z baroreceptorů a osmoreceptorů během hypovolemie dochází prostřednictvím hypotalamických center ke zvýšení produkce hypofyzárního **ADH**. **Antidiuréza** se později projeví oligurií, která často pokračuje i po odstranění příčiny šokového stavu.

Imunologické otázky u šokových stavů se dočkaly pozornosti teprve v poslední době. Je to logické, vždyť první zprávy o narušení imunity organismu během šoku se začaly objevovat až tehdy, kdy se začalo dařit zvládat první dvě jeho časová stadia, tedy přednemocniční neodkladnou péči a akutní operativu. Teprve potom se začalo

uvažovat o tom, proč někteří z pacientů, u kterých se podařilo tato první dvě stadia zvládnout, nenávratně zmírají na multiorgánové selhání. Tam už má imunitní složka své nezastupitelné místo.

Několik **klíčových slov** úvodem do imunologické problematiky šoku:

bariérové systémy

nespecifická imunita

circulující systémy: protilátky, imunokompetentní buňky, systém komplementu

lokální systémy: buňky, mediátory, spuštění kaskády imunologicky aktivní orgány- RES

Jak známo, lidský organismus je oddělen od zevního prostředí systémem bariér, které brání vlivům zevního prostředí narušit homeostázu organismu. Bariérami myslíme povrchy tělesných tkání, které bezprostředně komunikují s vnějším prostředím. Jsou to kůže, sliznice dýchacích cest a GIT, spojivka apod. Bariérové systémy jsou organismem pečlivě udržovány a obnovovány (význam kožního mazu, hlenu v GIT a dechových cestách, surfaktantu apod.). Změny imunity, ke kterým dochází během traumatu či exsanguinací vyplývají z poruch výše uvedených bariérových systémů.

Imunitní odezva na akutní trauma či šok je prakticky shodná s reakcí na jakékoli poškození tělních bariér bakteriemi, toxiny, fyzikálními, chemickými či termickými vlivy.

Nastartuje se mechanismus nespecifické přirozené imunity, tedy léta již důvěrně známé schéma nespecifické zánětlivé reakce. Obzvláště důležitou roli zde hrají tzv. kaskádové mechanismy, kdy jsou rozpadovými produkty poškozených tkání spouštěny kaskády biochemických reakcí vedoucích k obnovení integrity postižené oblasti. Týká se to především přirozené nespecifické imunity a kaskády srážení krve. Časový sled událostí vypadá asi takto:

- 1) poškození tkáně
- 2) uvolnění fragmentů poškozených tkání
- 3) nastartování kaskádových mechanismů (C3a a C5a složky komplementu - chemotakticky aktivní)
- 4) deliberace mediátorů z mastocytů (dilatace a zvýšení permeability kapilár)
- 5) průnik neutrofilů do poškozené tkáně
- 6) fagocytosa a likvidace noxy neutrofilů a makrofágů

Záleží zde na několika důležitých okolnostech:

Důležitou roli zde hraje **stav rezerv** organismu před insultem, jak veliký byl **rozsah** poškození a **jak dlouho** krvácení trvalo.

Změny jsou buď zvládnuty organismem ad integrum během postagresivního syndromu, nebo se rozvíjí různě rozvinutý obraz šoku jako poruchy VO₂/DO₂. Reversibilita šokového stavu záleží na tom, za jak dlouho se vyčerpají rezervy či za jak dlouho je definitivně vyřešena příčina, která k šoku vedla (krvácení). V případě, že došlo k hypoxickému ale ještě reverzibilnímu orgánovému poškození, dochází k různě závažnému rozvoji MOF. V případě, že hypoxie vedla k desintegraci funkce organismu, nastává irreversibilní stav neslučitelný se životem a smrt organismu.

Chtěl bych se zmínit o několika důležitých faktorech, které výrazně ovlivňují kvalitu i kvantitu imunitní odezvy organismu na akutní trauma:

- 1) Hormonální stresová reakce (**alarm reaction**). Z podnětu CNS dochází k aktivaci sympatiku a uvolnění tzv. stresových hormonů počínaje ADH, přes osu renin angiotensin - aldosteron až k samotnému adrenalinu dřeně nadledvin. Výsledkem je mobilizace energetických rezerv k boji či útěku (fight or flight reaction).

Ta vede k **preferenci katabolických dějů**. Z toho logicky vyplývá, že **tvorba protilátek** vážně obdobně jako všechny anaboličké pochody. Mobilizace energetických rezerv se děje i na úkor syntézy bílkovin nutných pro zajištění obranyschopnosti organismu. To se projeví se imunodeficiencí v dalším průběhu léčby šoku.

- 2) Ztráty krve - krev je nejdůležitějším přenašečem cirkulujících imunitních systémů - ať buněk nebo protilátek. Při vysokých krevních ztrátách dochází tedy i k velkým **ztrátám imunokompetentních systémů**, které organismus z výše uvedených důvodů (snížení tvorby při katabolismu) nedokáže rychle nahradit.

- 3) **Přímým poškozením bariérových systémů** a rozsáhlou invazí imunologicky aktivních substancí do organismu (bakterie, toxiny, rozpadové produkty poškozených buněk).

- 4) **Přímým poškozením** imunokompetentních orgánů (játra, plíce, slezina) při traumatu či následnou hypoxií s následnou poruchou funkce.

- 5) **Zahlcení RES** rozpadovými produkty poškozených tkání a nemožnost rychlé náhrady spotřebovaných imunokompetentních systémů v důsledku katabolismu.

- 6) **Stav imunitního systému** před poraněním.

- 7) **Stav energetických rezerv organismu** před poraněním.

Z výše uvedených faktů vyplývá, že při každém krvavém zranění, tedy i chirurgických operacích, dochází k větší či menší poruše imunity. Ta se většinou manifestuje až po zvládnutí fáze akutního traumatického šoku a záleží na stavu rezerv organismu před insultem, rozsahu poškození a době trvání šokového stavu. Toxininfekční komplikace jsou a zůstanou obávanou a často smrtelnou komplikací u polytraumatizovaných pacientů.

Tyto komplikace můžeme rozdělit na dvě skupiny:

- 1) **Porušení integrity kůže** jako základní imunologické bariéry.

U polytraumat a popálenin se setkáváme s rozsáhlými infikovanými rannými plochami, které se i během fáze kompenzace šoku mohou stát a často stávají vstupní branou nosokomiální infekce.

- 2) **Narušení ostatních bariérových systémů** dlouhodobou **hypoxií**.

GIT je často označován jako motor sepse a MOD, když narušenou střevní bariérou vstupují do krevního oběhu látky, které by se tam normálně nedostaly. Tím působí zahlcení již tak poškozených detoxikačních systémů v játrech, plicích a RES. Podobně je tomu se sliznicí dechových cest, zvláště u dlouhodobě uměle ventilovaných pacientů.

Z pohledu v terénu pracujícího lékaře záchranné služby bych chtěl závěrem zdůraznit několik věcí.

Při řešení problematiky traumatického šokového stavu v terénu se většinou věnujeme klasickému algoritmu A, B, C, kde bude nejdůležitější **zastavení krvácení** (je-li to v našich silách), zajištění dostatečného **i.v.přísunu** náhradních roztoků a **rychlý transport** pacienta k definitivnímu chirurgickému ošetření.

Na imunologickou problematiku se v akutní fázi traumatického šoku zapomíná nejen v terénu, ale často i intramurálně. Respektování pravidel **přísné asepse** a co nejrychlejšího preventivního podání širokospektrých **antibiotik** však může mít zásadní význam pro přežití ve fázi postagresivního syndromu či syndromu multiorgánové dysfunkce.

Proto se přimlouvám za používání speciálních souprav jako např. Burn Kit či Trauma Kit, které jsou velkým přínosem k rychlé moderní léčbě traumatických stavů v terénu. Stejně tak se přimlouvám za okamžité podání širokospektrých antibiotik ještě ve stadiu přednemocniční neodkladné péče. Sami máme s tímto léčebným postupem ty nejlepší zkušenosti.

Literatura:

Centner J./de Weck A.: Atlas of immuno - allergology

Vincent, P.: Update on the Management of Hemodynamics of Septic Shock

Kolecki, P.: www.Shock, Hypovolemic referátové výběry

Šok pro každého

Jiří Staňa, Petr Volík, Jan Neubauer - ZZS Jeseník

Naším učenějším kolegům se v průběhu posledních let podařilo rozpitvat člověka až na submolekulární úroveň, takže jsme si schopni léčit atomy a choré buňky, nicméně úmrtnost našich pacientů navzdory tomu mírně vzrostla. Dospěl jsem tedy k názoru, že je na čase začít znovu od začátku a pokusit se podívat na tuto zajisté nesmírně závažnou problematiku pomocí zdravého selského rozumu. Utvrdil mne v tom poslední anesteziologický kon-

gres v hlavním městě, kde jsem ze všeho nejlépe rozuměl panu profesorovi Vincentovi z Bruselu, který sice také nemluvil česky, ale věděl, co chce posluchačům sdělit. Nebudu opakovat prastarý výrok, že tam, kde docházejí argumenty, se začínají pitvat mitochondrie, ale s laskavým svolením pana profesora Vincenta se pokusím zaujmout pozornost čtenářů omalovánkami, v nichž jsem použil některé jeho myšlenky.

Cirkulace s.r.o.

Pan Pumpa

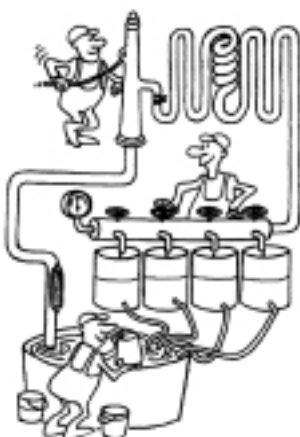
srd. výdej
kontraktilita
Tf

Pan Ventil

Afterload

Pan Tekutina

Preload



Monitorace

EKG

TK

CVP

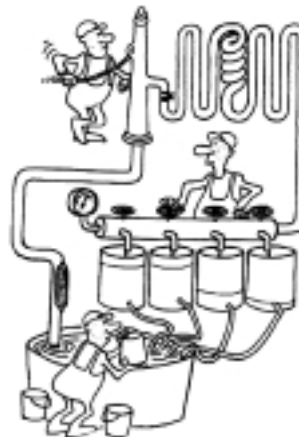
Hormonální stresová reakce

Klíčové pojmy

stresové hormony
„boj nebo útek“

Inzult

AIM
toxiny, alergie
ztráta tekutin



Rezervy

srd. výdej
redistribuce
depa

Klinika

stav vědomí
Tf
ventilace

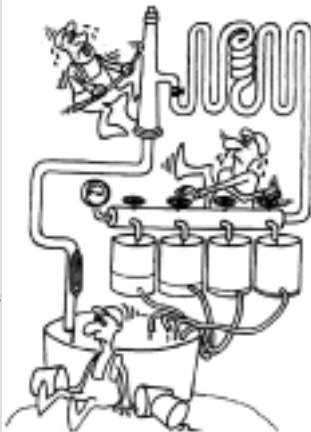
Hypovolemie

Klíčové pojmy
ztráta - tekutin
- krve

Příznaky
ztráta < 20%
↑ Tf
chladná kůže

20 – 40 %
orgánová hypoxie
oligurie, kolaps

ztráta > 40%
hypoxie mozku
a srdce



Monitorace

kapilární návrat
Tf, Tk, CVP
diuréza
stav vědomí

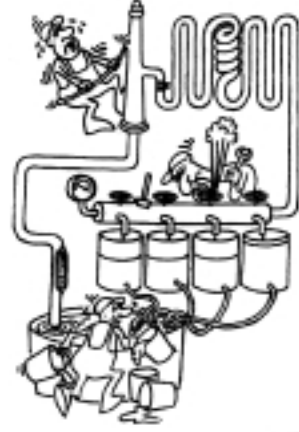
Terapie

zabránit dalším
ztrátám
volumoterapie
symptomatická

Relativní hypovolemie

Klíčové pojmy
vazodilatace
není ztráta tekutin

Příčiny
alergie
toxiny
neurologické



Monitorace

obvyklá

Terapie

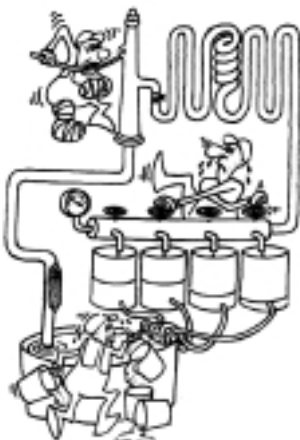
vazopresory
tekutiny
symptomatická

Selhání pumpy

Klíčové pojmy
 $CO=f \times c \times P \times V$
frekvence
kontraktilita

Příčiny
AIM
srdeční selhání

Příznaky
bolest na hrudi
dušnost
kolaps
úzkost



Monitorace

Tf, EKG, TK,
SaO₂, PAWP

Terapie

PTCA
trombolýza
symptomatická:
O₂
analgezie
atd.

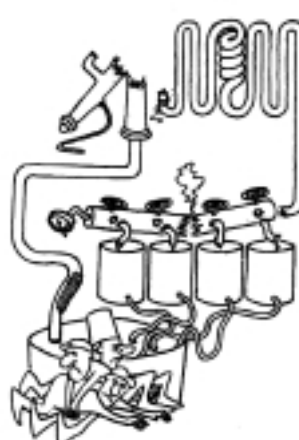
Ireverzibilní šok

Klíčové pojmy

VO₂/DO₂

hypoxie

MOF



Příčiny

závažnost
inzultu

čas

předchozí
stav

Akutní stavy v gynekologii a porodnictví v PNP

MUDr. Dalibor Šobek – ARO Kadaň, ZZS Kadaň

Porodnické a gynekologické akutní stavy mají v podmínkách PNP velice specifické postavení, a to jak z hlediska odborného, tak z hlediska společenského. Jen velmi málo lékařů zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) ovládá, či je ochotno provádět gynekologické a porodnické vyšetření. Stejně tak nemocné považují gynekologické vyšetření v podmínkách ZZS za málo vhodné, něku-li za nepřijatelné, neboť v těchto podmínkách při opravdu akutním stavu nelze nikdy dodržet komfort a intimitu privátní gynekologické ambulance. Další komplikací spíše technického rázu je to, že ve vozech ZZS je přístup lékaře k nemocnému možný pouze z levé strany nebo od hlavy, nikoli tak, jak to vyžaduje klasické gynekologické či porodnické vyšetření, což komplikuje situaci zvláště lékařům pravákům. Stejně tak hodnocení plodových ozev v podmínkách PNP auskultační metodou je velmi obtížné, neboť vyžaduje dobře vycvičeného pracovníka, ať lékaře porodníka či zkušenou porodní asistentku.

Není-li ZZS vybavena elektronickým přístrojem na snímání plodových ozev, je jejich hodnocení v jedoucím voze nemožné.

Výše zmíněná fakta jsou z velké části příčinou toho, že akutní stavy v gynekologii a porodnictví, u kterých se nejedná o bezprostřední ohrožení života, bývají v mnoha případech řešeny jako rychlý transport na nejbližší gynekologicko-porodnické oddělení a často i bez jakéhokoli vyšetření.

Akutní stavy v gynekologii lze velmi schématicky rozdělit do několika skupin, z nichž některé úzce souvisí s akutními stavy v porodnictví.

1. Šokové stavy.
2. Krvácení.
3. Náhlé příhody břišní.
4. Úrazy.

1. Zřejmě příčinou nejčastějšího šokového stavu v gynekologii bývá mimoděložní těhotenství. Ne všechna mimoděložní těhotenství však způsobují klasický hypovolemický hemoragický šok. Mnohá z nich se projeví pouze bolestí a nevolností, kdy konečná diagnóza je stanovena po gynekologickém vyšetření a punkci Douglasova prostoru. Avšak prasknutí staršího mimoděložního těhotenství (tubární abort) může způsobit hemoragický šok, který je podmožinou šoku hypovolemického. Nemocná mnohdy o svém těhotenství neví, což nesmí lékař zmást. Na tento stav je nutno myslet vždy u ženy fertilního věku, která bez úrazu v anamnéze má následující příznaky:

1. Bolest v podbřišku
2. Celková bledost, bledost sliznic a spojivek.
3. Hypotense
4. Tachykardie
5. Zpomalené kapilární plnění

Přítomna může být i porucha vědomí, vždy bývá zjišťována snížená hodnota saturace arteriální krve kyslíkem.

Hlavním a základním předpokladem v tomto případě je zajištění periferního řečiště kanylou o průsvitu minimálně 18G (zelená), doplnění krevního volumu krystaloidy a plamaexpandéry a inhalace kyslíku s FiO₂ 1. Jedná-li se o rozvinutý šokový stav, jsou na místě kortikoidy. Analgesii provádíme ultrakrátkými opioidy (Sufenta). Převoz se zvýšenou dolní polovinou těla za stálé monitorace oběhových parametrů a stavu vědomí.

Monitorace oběhových parametrů (TK, P, EKG, SaO₂) spolu s kvalitním zajištěním krevního řečiště je základním předpokladem u všech šokových stavů a závažných akutních případů.

2. Gynekologické krvácení může provázet ženy ve fertilním věku, preseniu a seniu, avšak věk, ve kterém se vyskytuje, je pro lékaře ZZS výraznou nápovědou.

U žen ve fertilním věku se může jednat o protrahované masivní cyklické krvácení způsobené medikamentózně (salicylany, antikoagulantia) či v některých případech nově zavedené IUD.

Dalším možným zdrojem krvácení v tomto věku je spontánní abort. U žen výrazně dříve narozených bývá nejčastějším zdrojem krvácení změněné endometrium či neoplazmata. Bohužel však

posledně jmenovaný faktor může být zdrojem gynekologického krvácení i ve věku zmiňovaném jako první kategorie.

Prvním krokem při řešení těchto případů je orientace o intenzitě krvácení (např. počet vložek) a délce jeho trvání. Je-li zdrojem krvácení spontánní abort, může toto být hemodynamicky významné a jako takové má být léčeno, respektive zajištěno jako prodromální stadium hypovolemického hemoragického šoku. Další zmiňované příčiny krvácení nebývají hemodynamicky významné a ve většině případů postačí k jejich zajištění stavění krvácení pomocí vložek, tamponády či sterilní roušky. Převoz nemocné k definitivnímu ošetření na gynekologickém oddělení zásadně vleže.

3. Náhlé příhody břišní v gynekologii lze stejně tak jako v obecné chirurgii rozdělit na zánětlivé a nezánětlivé. Zánětlivé, mezi něž patří např. salpingitis, pyosalpinx, peritonitis, resp. pelveoperitonitis. Mezi nezánětlivé lze zařadit např. rupturu ovariální či corpusluteální cysty či torzi ovaria. Stejně tak jako ruptura mimoděložního těhotenství je náhlá příhoda břišní, mohou náhlé příhody břišní být podkladem pro rozvoj šokového stavu. Řešení náhlých gynekologických břišních příhod nezahrnuje v sobě nějaké specifické postupy pro tuto oblast. Lékař PNP, resp. v ZZS vystačí s všeobecně platnými postupy jako jsou zajištění krevního řečiště, rehydratace nemocné, monitorace vitálních funkcí.

Hamletovská otázka podání opiových analgetik a její řešení závisí na mnoha faktorech – na zkušenosti lékaře, jistotě v diagnóze, vzdálenosti ke zvolenému zdravotnickému zařízení a v neposlední řadě dostupnosti konkrétního preparátu.

Úspěchem lékaře ZZS je přivezení nemocné s gynekologickou náhlou příhodou břišní ve stabilizovaném stavu k definitivnímu, ve většině případů operačnímu řešení.

4. Úrazy v gynekologii přicházejí nejčastěji jako úrazy zevních rodidel, a to v převážné většině v dětském věku. Lékař ZZS musí mít na paměti, že hlavním stresorem, a to nejen v dětském věku, je bolest. Primárním krokem je tedy analgosedace, avšak není možné opominout lékové interakce, např. opiáty + benzodiazepiny.

Úrazy zevních rodidel v dospělém věku jsou z pozice ZZS řešeny v podstatě stejně, i když jejich původ může být v nemalém počtu pikantnější, což v žádném případě nesmí vést k jejich podceňování.

Akutní stavy porodnické jsou ve své podstatě velice závažné již tím, že v dané urgentní situaci jsou v sázce minimálně dva životy. Proto je tedy nutné, aby lékaři ZZS ovládali alespoň fyziologický porod. Otázkou však zůstává, zda převoz rodičky, z jejíž dokumentace se takovýto fyziologický porod předpokládá, je záležitostí ZZS, LSPP či DRNR. Tato otázka je otázkou metodickou a přesahuje rámec této úvahy.

Akutní porodnické stavy lze velmi rámcově rozdělit do čtyř základních skupin:

1. Překotný porod
2. Porodnické krvácení
3. EPH - gestóza - eklampsie
4. Embolie plodovou vodou
5. Resuscitace novorozence

1. Překotný porod postihuje hlavně vícerodičky a svou podstatou se liší od spontánního fyziologického porodu z hlediska ZZS pouze časovými intervaly. Pro komfort rodičky a novorozence je samozřejmě daleko výhodnější porod ve specializovaném zařízení. Bereme-li v úvahu dojezd vozidla ZZS do 20 minut, nebývá ve většině případů toto problém. Přejde-li však situace, kdy je nutno odvést porod ve vozidle ZZS, musí lékař ZZS tento výkon ovládat. Překotnost porodu, či časová souvislost s normálním fyziologickým porodem v tomto případě nehraje roli. Dojde-li k porodu ve vozidle ZZS, je třeba dodržovat následující postup: zajistit základní hygienu a dezinfekce zevních rodidel a uvést do pohotovosti porodnický balíček, který je nezbytnou výbavou vozu. Po vnitřním vyšetření za sterilních kautel odhadnout fázi porodu. Vzhledem k tomu, že ve většině případů se jedná o vícerodičku, není epiziotomie pravidelným výkonem. Za stálého chránění hráze pomáhá lékař vybavení hlavy. Po vybavení plodu a podvazu pupečnicku je odebrána do dvou zkumavek placentální krev (Coombsův test). Plodová část pupečnicku je ponechána záměrně delší pro eventuální kanylaci. Následujícím krokem u fyziologického novorozence je odsátí dutiny ústní a nosu a credeisace spojivkových vaků (O-Septonex gtt.). Poté je novorozenec umístěn ve sterilní roušce pod infrazářič. Ve finální fázi, po přestřížení pupečnicku, je umístěn pean těsně k poševnímu vchodu. Snížení polohy peanu je signálem, že je možno vybavovat nyní již odloučené plodové lůžko. Po orientační revizi plodového lůžka je toto zajištěno a předáno porodníkovi současně s novorozencem k revizi. Není chybou, když lékař ZZS aplikuje před vybavením lůžka methylergometrin 1 amp.i.v. Tato medikace je zcela korektní. Po revizi porodních cest a jejich eventuálním ošetření je možno považovat porod za ukončený.

2. Porodnické krvácení přichází nejčastěji v podobě placenta praevia (totalis či marginalis) nebo v horším případě jako abrupce placenty. Placenta praevia bývá lékaři známa z dokumentace (porodní karta). Jedná-li se o p.praevia, bývá většinou rodička po USG vyšetření dispenzarizována a tedy hospitalizována před termínem porodu jako rizikové těhotenství s indikací plánovaného ukončení porodu operativní cestou. Lékař ZZS by měl mít na paměti, že při p. praevia (totalis!) je ve voze ZZS manuální vnitřní vyšetření rodičky kontraindikováno.

Abrupce placenty se projevuje náhle vzniklou úpornou bolestí křečovitého charakteru, krvácením, alterací plodových ozev, tachykardií, hypotenzí eventuálně až šokovým stavem. Možnosti lékaře ZZS jsou v tomto případě bohužel velmi omezené, a to na stavění krvácení tamponádou, hyperoxygenací rodičky a preventivní opatření proti hypovolemickému hemoraagickému šoku.

3. EPH gestosa je onemocnění III. trimestru gravidity, které se projevuje otoky obličeje, horních i dolních končetin, hypertenzí 160-220/100-120 mmHg a proteinurií. Z hlediska PNP je pro lékaře ZZS závažné ve svém vrcholovém stádiu, t.j. eklampsie. Na eklampsii je nutno myslet vždy, jsou-li v posledním trimestru gravidity přítomny příznaky jako je prodromální duševní neklid, bolesti hlavy, nekonstantní epigastrická bolest a zvláště pak tonické křeče, které přicházejí v klonické záškuby. Lékař ZZS by měl být informován o EPH gestóze rodičky z dokumentace, tj. těhotenské legitimace.

Léčení tohoto stavu v podmínkách PNP spočívá v eliminaci možnosti poranění při křečích, které mohou ústít až v bezvědomí, dekapitací hypertenze 20% Magnesium sulfátem a antikonvulzivní terapií, nejschůdněji Diazepam i.v.

Je-li plod starší 36 týdnů a dle ultrazvukového vyšetření větší hmotnosti než 2500 g, je definitivním řešením operativní ukončení těhotenství.

4. Na embolii plodovou vodou je nutno myslet při náhle vzniklé dušnosti, cyanóze a rozvíjejícím se šokovém stavu brzy po porodu. Pro lékaře ZZS tento stav znamená učinit veškerá dostupná opatření proti rozvoji šokové plíce a DIC. Takto zajištěná nemocná je předána k definitivnímu řešení na specializované pracoviště typu ARO. Přestože je embolie plodovou vodou stav vyskytující se poměrně zřídka, je nutné na něj myslet, protože včasnou adekvátní reakcí lékař může předejít významnému poškození zdravotního stavu rodičky.

5. Resuscitace novorozence je velice obsáhlá a specializovaná kapitola, která vysoce překračuje rámec tohoto pojednání, které se snaží ozřejmit hlavní zásady péče z hlediska PNP a z hlediska možnosti lékaře ZZS.

Nejvýznamnějším činitelem patogenním pro plod a novorozence je bezesporu asfyxie. Její příčiny mohou být mnohé (plicní i mimoplicní) a lékař ZZS musí být připraven je řešit dle svých možností. Hlavním alarmujícím příznakem je alterace plodových ozev. Tachykardie nad 160 a bradykardie pod 100 za minutu. V tomto případě je metodou volby hyperoxygenace rodičky. Jestliže při bradykardii pod 100/min dojde po podání intravenózního Atropinu rodičce v dávce 0,5 mg ke zvýšení frekvence plodových ozev ještě v době převozu, je možné soudit na uspokojivou funkci foetoplacentární jednotky.

Při porodu donošeného hypoxického novorozence se ve většině jedná o tzv. modrou asfyxii (asphyxia coerulea) neboli primární apnoe. Základním léčebným opatřením je odsátí dýchacích cest a podání kyslíku s inspirační frakcí 0,4 obličejovou maskou. Ve většině případů dochází k spontánní úpravě ventilačních parametrů. V případě neúspěchu je nutná tracheální intubace a řízená ventilace. Novorozenec však může toto stadium primární apnoe prodělat nitroděložně a v okamžiku porodu být ve stadiu bílé asfyxie (asphyxia palvida) neboli terminální apnoe. Tento stav má však bohužel prognózu velmi nepříznivou, neboť vbrzku dochází k zástavě oběhu. Nutná je nepřímá srdeční masáž, aplikace Adrenalinu, tracheální intubace, řízená ventilace přerušovaným přetlakem, úprava acidózy, infuze glukózy.

Zlepší-li se srdeční frekvence, barva kůže a lapavé sípavé dechy přejdou ve spontánní ventilaci, je to známkou úspěchu resuscitační snahy a prognóza novorozence se nepatrně zlepšuje. Takový novorozenec je po komunikaci s dispečinkem ZZS okamžitě předán na vysoce specializované pracoviště typu JIP s možností péče o nejnižší věkové kategorie.

Při porodu nedonošeného novorozence je frekvence výše popsaných komplikací daleko vyšší, avšak z hlediska PNP se postup lékaře ZZS výrazně neliší, neboť časový úsek, po který lékař ZZS pečuje o novorozence, je velice krátký. Preventivní podávání kortikoidů matce za účelem zkvalitnění plicního surfaktantu a prevence RDS je z hlediska PNP bezpředmětné.

Z výše uvedeného vyplývá, že stáže lékařů ZZS na ARO, JIP dětských oddělení a jejich asistence u tzv. rizikových porodů je nanejvýše důležitá, neboť je nutně si osvojit jak resuscitační postupy pro tyto věkové kategorie, tak se zbavit psychických zábran a odůvodněného strachu, který je při ošetřování novorozenců vždy přítomen a ve zdravém množství je součástí zodpovědného přístupu k nemocnému.

Stav po znásilnění - postup lékaře zdravotnické záchranné služby

MUDr. Jaromír Aleš – ZZS okresu Nový Jičín

Znásilnění je somatické i psychické akutní trauma - mnohdy opakované, které lze zařadit mezi závažné poruchy sociálního a sexuálního jednání, kdy jsou oběti ohroženy poškozením zdraví nebo je v nebezpečí jejich život. S problematikou znásilnění se úzce prolíná téma sexuálního zneužívání dětí a potažmo i jejich týrání. Tyto patologické vzorce chování spadají do oblasti medicínské, právní, psychologické i etické. Mají také významný celospolečenský dopad a jejich příčinou jsou mimo jiné i závažné socioekonomické faktory jako chudoba, nezaměstnanost, špatné bydlení, nedostatek zdravotní péče a vzdělání.

Právní kvalifikace

Znásilnění, pohlavní zneužívání i týrání patří mezi trestné činy proti lidské důstojnosti člověka.

Jestliže někdo násilím nebo pohrůzkou bezprostředního násilí donutí ženu k souloži nebo k takovému činu zneužije její bezbrannosti, dopustí se ve smyslu § 241 trestního zákona *znásilnění*.

Pohlavním zneužitím ve smyslu § 242 trestního zákona se rozumí vykonání soulože nebo pokus o ni s osobou mladší 15 let, ale i zneužití jinými způsoby, jako ohmatáváním či olizováním rodidel, ohmatáváním a sáním prsů nebo jinými formami koitů (coitus analis, inter femora, in axilam, inter mammae atd.). Výše uvedené jednání lze také nazvat kontaktním sexuálním zneužitím. K bezkontaktnímu zneužití patří například nucené přihlížení sexuálním projevům jiných osob, pornografické natáčení a fotografování.

Týrání, zneužívání a zanedbání člověka je jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele nebo jiné osoby v pozici autority vůči týranému, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje jeho tělesný, duševní i společenský stav a vývoj, popřípadě způsobí jeho smrt. Pokud má toto zneužívání formu, která působí fyzickou bolest, nazývá se tělesným týráním. Má-li podobu urážek nebo podrývá něčí sebedůvěru, pak se mu říká psychologické nebo emocionální týrání. Týrání může mít svoji aktivní a pasivní formu. Aktivní forma tělesného týrání se projevuje tržnými ranami, zhmožděninami, zlomeninami a jinými poraněními, která mohou způsobit i smrt. Pasivní forma týrání se může projevovat neprosíváním, hladověním, zanedbáváním, izolací, nedostatky v bydlení, ošacení a zdravotní péči. Pachatel popsáného jednání se dopouští trestného činu *týrání svěřené osoby*.

Anomální jedinci, způsobující svým chováním utrpení zmíněná v této kapitole, se rekrutují z různých sociálních i profesních skupin. Najdeme mezi nimi agresivní sociopaty, lidi postižené sexuálními poruchami i například příslušníky tzv. „zlaté mládeže“.

V souvislosti s uvedenými trestnými činy může být lékař záchranné služby vyslechnut orgány činnými v trestním řízení jako svědek. Pak vypovídá o skutečnostech zjištěných vyšetřením postižené osoby, které jsou taktéž zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci (záznam o výjezdu RLP). Lékařský nález je formou svědecké výpovědi. Lékař jako svědek musí vypovídat pravdivě, objektivně a nezaopatě. Nemá vyvozovat závěry o vztahu mezi poruchou zdraví a ostatními okolnostmi. Další posouzení je již úkolem soudního znalce.

Obecné souvislosti a informace

Počet znásilnění dle odborného tisku narůstá prakticky celosvětově, a to i v zemích společensky stabilizovaných. Dochází dokonce i ke znásilnění chlapců. Pouze část těchto činů je podchytena medicínsky a právně. Strach nebo stud brání postiženým navštívit lékaře, eventuálně ohlásit záležitost na policii. Údajně

jen tři ženy ze sta nahlásí znásilnění. V malých městech a na vesnicích mají obavy z veřejného mínění, které je mnohdy schopno přičíst vinu za vyvolání celé události postižené ženě či dívce.

Počet znásilnění kolísá v závislosti na počasí (více v teplých měsících), narůstá na hromadných setkáních mládeže, na večírcích, na příhodných odlehlých místech. Tato problematika není neznámá ani v homosexuálních vztazích, rozšířena je v nápravných zařízeních.

Sexuální zneužívání dětí se v posledních letech stalo předmětem velice atraktivního obchodu, který tak jako obchod s drogami dosahuje miliardových částek. Jsou jím zasaženy vyspělé i rozvojové země, zejména některé státy Asie, jak potvrzuje zpráva OSN již z ledna 1995. Upozorňuje, že téměř milion asijských dětí je předmětem sexuálního obchodu a dokonce žije v podmínkách rovných otroctví. Podle ECPAT (organizace bojující proti dětské prostituci spojené s asijským turismem) trpí prostitutkami 500 000 dětí v Indii a Číně, 300 000 až 400 000 v Thajsku atd. V Kambodži je 35% prostitutek ve věku mezi dvanácti až sedmnácti lety. Obdobná situace je v zemích jihoamerických a východoevropských.

Bohužel poptávka po dětské prostituci je zřejmě ovlivněna i představou zákazníků, že děti a mladé dívky představují menší riziko nákazy HIV. To je však omyl. Právě mladí jedinci jsou často nuceni mít více klientů, aniž se chrání prezervativy. Navíc jsou děti fyzicky zranitelnější. Vzhledem k tomu, že jsou ještě vystaveny hrubému násilí, dochází u nich také častěji k vnitřnímu zranění.

Psychologické a společenské dopady

Znásilnění, zneužívání a týrání lidé mívají často pocity viny a domnívají se, že pokud s nimi někdo jedná špatně, pak určitě museli udělat něco, čím si to zasloužili. Trápí je pocity studu, ztráta sebedůvěry, stres, traumata, deprese aj. Tito lidé jen s velkými obtížemi dokáží mít rádi sami sebe, mnozí z nich se nenávidí. Takového pocitu pak přenášejí dál. Lidé v dětství zneužívání a týrání si často vybírají životní partnery, kteří s nimi jednájí stejně špatně, jako to dělal zneužívající dospělý. Ženy se často vdávají za muže, který fyzicky napadá je i jejich děti. Nežádá takto postižení lidé trápí vlastní děti, v některých případech mohou trýznit i své manželské partnery, neboť to považují za normální. Sexuální zneužívání v dětství se může později projevovat jednat tzv. sexuálním vyváděním (častým střídáním partnerů, a to i zcela nepřiměřeného věku) nebo naopak ostychem ze sexuálních vztahů a normálních činností (např. společné sprchování po sportovních aktivitách). Týrání lidé vyrůstají často s pocitem, že nemohou ovlivnit důležité aspekty svého života. Mají rovněž častější suicidální tendence. Negativní dopady popsáných vztahů na zdravé fungování společnosti nepotřebují komentář.

Primární ošetření v rámci činnosti ZZS

Jak již bylo uvedeno, jen část trestných činů znásilnění hlásí postižené ženy na policii. Pomoc lékaře vyhledávají zejména při

vážnějších poraněních, což se bezprostředně týká zdravotnické záchranné služby. Tato bývá často přivolána i občany, kteří zraněnou ženu nalézají. Dále žádají ženy lékaře o pomoc v případě zavedení cizího tělesa, při strachu z nechtěného těhotenství nebo nakažení pohlavní chorobou.

Charakter poranění závisí výraznou měrou na osobě útočníka (zda je fyzicky agresivní či pouze vyhrožuje, zda je pod vlivem alkoholu, ozbrojen apod.). Vliv na výsledný stav ženy má i množství pachatelů. Důležitým momentem zůstává případná obrana ženy. Většina žen se znásilnění nebrání (moment překvapení, strach), některým napadeným to dokonce zachrání život, část žen se tím vyvaruje závažnějšího poranění. Vždy však hrozí riziko infekce (pohlavní choroby, HIV, hepatitida B event. C, infekční mononukleóza, lymfská borelióza, tetanus). Nechtěné těhotenství je vykazováno pouze asi v jednom procentě případů.

Dle charakteru proběhlého násilí musíme myslet na všechny odpovídající úrazové mechanismy a důsledky. Patrná bývají pohmoždění zevních rodidel, perinea, gluteální oblasti, vnitřních ploch stehen, poranění prsů, a to i tržně-zhmožděnými ranami po kousání. Při intenzivní obraně napadené je třeba počítat s následky úderů do obličeje, hrudníku a břicha, škracení, tlučení hlavou o zem apod. Lze nalézt i řezné a bodné rány. Z výše uvedeného vyplývá, že v extrémních případech můžeme ženu objevit s mozolebečním poraněním, v bezvědomí, se známkami aspirace, s různým stupněm omezení průchodnosti horních cest dýchacích (důsledek bezvědomí, aspirace, úderů do obličeje, traumatu hrtnových chrupavek při škracení). Závažným rizikem je možný rozvoj hemoragického šoku, který může být mimo jiné způsoben krvácením do oblasti malé pánve při pronikajícím poranění - zejména v důsledku zavedení cizího tělesa. Krvácení nacházíme také při poranění konečníku. Musíme počítat i s tržnými ranami poševních stěn a kleneb i se zaklíněným cizím tělesem, které v terénu pochopitelně neodstraňujeme.

Medicínský postup lékaře zdravotnické záchranné služby u ležících případů spočívá v šetrném odebrání anamnézy, ve zhodnocení klinického stavu, v případné farmakologické sedaci a analgetizaci a v ošetření eventuelních poranění. Nezanedbatelnou složkou primárního ošetření takto postižené ženy je i snaha o její maximální psychickou stabilizaci. Ve vážnějších případech traumat s postižením základních životních funkcí postupujeme dle zvyklých algoritmů. Pacientky v takovémto stavu směřujeme po primárním ošetření a zabezpečení na urgentní příjem nemocnice schopné poskytnout adekvátní vyšetření a definitivní léčbu.

Anamnéza a dokumentace, ohlašovací povinnost

Ke znásilnění ženě se chováme taktně, ohleduplně, s adekvátní dávkou empatie. Tyto ženy jsou vesměs depresivní, anxiozní, plačtivé, některé jsou navíc v různé míře ovlivněny alkoholem. Nutnou anamnézu, kterou lze odebrat na místě, pečlivě zaznamenáme. Jde například o čas a místo styku, způsob a počet styků, eventuelní ochranu kondomem, počet partnerů, hygienické podmínky prostředí, způsob a intenzitu případného fyzického násilí. Je třeba si uvědomit, že na podobné otázky bude tato žena pravděpodobně odpovídat ještě nescetněkrát. S postiženou je nutno hovořit za přítomnosti sestry, s vyloučením ostatních osob. Vyšetření a dokumentace musí být pečlivě s uvedením i důležitých negativních nálezů. Budou základním podkladem z úvodního období pro další klinické doplnění, eventuelní další šetření atd. V popisu se omezíme na zjištěné údaje a nálezy, bez vlastních komentářů.

Neověřená či nejednoznačná fakta uvedeme slovy "údajně", "pravděpodobně" atd.. Do dokumentace zaznamenáme i údaj o psychickém stavu ženy a její psychické kompetenci. Není vhodné zpochybňovat její tvrzení, neboť případů fingovaného znásil-

nění, ať už z jakéhokoliv důvodu, není mnoho. Diagnózu znásilnění při primárním vyšetření a ošetření zaznamenáme do dokumentace předběžně jako suspektní. Znásilněnou ženu či dítě je vysoce vhodné předat k hospitalizaci vzhledem k potřebě kontroly tělesného i psychického stavu a již zmíněnému riziku infekce a nechtěného těhotenství. Tento postup platí i v případě, kdy ženu neshledáváme ohroženou na zdraví a životě. Pacientku předává vždy lékař lékaři.

Oznámení policii musí žena podat osobně, v jiném případě musí dát lékaři písemný - kvalifikovaný souhlas za přítomnosti třetí osoby, aby tak neprodleně učinil on. V případě dalšího ublížení na zdraví oznámí lékař záchranné služby se souhlasem postižené podezření na spáchání trestného činu sám v rámci své oznamovací povinnosti. Toto lze neefektivněji provést prostřednictvím dispečinku záchranné služby. Údaje pro policii o závažnosti stavu a o mechanismu úrazu je možno podat jen v jednoznačných případech s vysvětlením, že další vývoj zdravotního stavu se může měnit.

Zajištění důkazního materiálu

Veškeré jednání v této souvislosti musí probíhat s vědomím velmi pravděpodobné forenzní dohry celého případu. Proto je nutné zodpovědně zajištění případných stop. Před definitivním forenzním vyšetřením nesmíme ženě dovolit vyměnit kalhotky nebo jiný oděv. Pokud se tak již stalo na místě události, musíme za pomoci gumových rukavic tyto součásti oblečení uložit do plastových sáčků a označit jménem a časem. Žena se nesmí až do předání k definitivnímu ošetření a vyšetření oplachovat ani sprchovat. Zdravotnický materiál, pokud jím čistíme okolí ran, předem zvlhčíme fyziologickým roztokem a po použití uchováme v mikrotenových sáčcích pro případné další zkoumání.

Další odběry zajišťující materiál pro kriminalistické vyšetřování jsou již úkolem nemocničního personálu.

Pokud nehrozí nebezpečí z prodlení a psychická traumatizace pacientky, lze na místě primárního ošetření zjistit, zda žena násilníka poznala. Pokud jde o neznámého člověka, je možno získat jeho popis. Tyto údaje mají význam pro případné rychlé dopadení pachatele. Údaje lze ovšem získat jen se souhlasem poškozené.

Znásilnění osob mužského pohlaví

Tento typ znásilnění je mnohem vzácnější než znásilnění žen a dívek, týká se především chlapců. Traumata v oblasti rekta, perinea či úst bývají závažnější než u žen. Při hodnocení a ošetření úrazů jiných částí těla platí obecné zásady. Bývá popisován častější rozvoj hemoperitonea.

Sexuální zneužívání dětí

Jde opět o kombinované akutní trauma, často i opakované. Dítě bývá zděšené, zaražené, plačtivé, stresované a anxiozní, často nekomunikativní.

Fyzická traumata mohou být i nespecifická, např. akutní infekce vývodných cest močových, bolesti břicha, průjem, zácpa, krev ve stolici - při akutním poranění. Specifické známky odpovídají úrazovým obrazům u znásilněných žen, děti mohou být i pohlavně nakaženy - zvláště při opakovaném zneužívání. Dalším nálezem u dívek bývá rozšířený poševní kanál bez hymenu, u chlapců je možné i poranění penisu.

Opatření po jednorázovém zneužití je stejné jako u dospělých - zamezit sprchování, koupání, výměně prádla a oděvu do definitivního forenzního vyšetření. Citlivý přístup k dítěti je nutností. Při nutnosti analgetizace lze použít Tramal v kapkách per os, případně bukalně z ampulky, eventuelně Paralen per os. Při anxiozité můžeme podat Diazepan nebo Dormicum v tabletách. Malé pacienty směřujeme k hospitalizaci na dětské oddělení, v závažných

případech volíme oddělení a zdravotnické zařízení podle charakteru poranění. Dokumentaci pořizujeme na stejné úrovni jaká již byla popsána. Lékař musí dodržet ohlašovací povinnost v rámci zabránění trestného činu.

Týrání dětí

Na diagnózu týraného dítěte musíme myslet při podezřelých okolnostech, jakými jsou:

- opožděné zavolání lékaře,
- zaraženost a deprivace dítěte, netypická reakce na rodiče,
- rozdíl mezi obrazem poranění a mechanismem úrazu popisovaným rodiči,
- více poranění různého stáří u téhož dítěte, zvláště je-li zjištěno opakovaně při návštěvách této rodiny,
- nezvyklé chování rodičů při hovoru o poranění dítěte,
- neochota rodičů podávat informace.

Při objektivním vyšetření zjistíme často charakteristická poranění jako modřiny, zhmožděniny, stopy po řemenu, provazu, rákosce, známky po bodných ranách, někdy i stopy škrábání, štípání, kousání - vše vícečetné a různého stáří. Někdy nalézáme i tak bizarní a zruďná poranění jako stopy po čelistech svěřáku na různých částech dětského těla. Podlitiny a pohmožděniny bývají u kojenců často na hlavě a tváři. Dále nacházíme podlitiny kolem očí, subkonjunktivální hematomy, podezření na zlomeninu spodiny, eventuelně klenby lebeční, podezření na kryté mozkolebeční poranění, zlomeniny dlouhých kostí - opět nejčastěji u dětí mlad-

ších jednoho roku, zlomeniny žeber, známky starších vícečetných zhojených zlomenin. Časté jsou i popáleniny, jizvy po pálení cigaretou, jizvy na stehnech a hýždích při ponořování do horké vody. Nalézáme i trhliny kolem úst, na dásních, natržení uzdičky jazyka - vše po bití dlaní či pěstí.

Úkolem týmu záchranné služby je vyšetřené dítě zklidnit, ošetřit a stav svědomitě a přesně zdokumentovat v záznamu o výjezdu RLP s uvedením podezřelých skutečností. Dítě, pokud to jeho stav dovoluje, odvážíme k hospitalizaci přednostně do zařízení, kde již má dokumentaci a bylo zde už léčeno. Týrání svěřené osoby podléhá ohlašovací povinnosti.

Z á v ě r

I když ošetřování všech výše uvedených stavů tvoří jen nepatrnou část náplně činnosti zdravotnické záchranné služby, je třeba takto postiženým pacientům poskytnout nejen adekvátní medicínskou a lidskou pomoc, ale důkladným zdokumentováním těchto případů a zajištěním případných důkazních materiálů pomoci i právnímu řešení celé záležitosti. Mějme na paměti, že oběti, o kterých bylo pojednáno v této práci, patří mezi nejslabší a nejzranitelnější z nás.

Pocit bezpečí a vymahatelnosti práva patří dle mého soudu k základním potřebám rozumně uvažujícího občana této země.

(Literatura u autora)

Letecké neštěstí společnosti Austral

Dr. Marcelo Rodolfo Muro,

generální ředitel Centra rychlé lékařské pomoci, Buenos Aires

Dr. Omar Cittadini - poradce týmu mezilidských vztahů generálního ředitelství

Centra rychlé lékařské pomoci, Buenos Aires

Dne 10. října 1997 ve 22.30 došlo na operační středisko Rychlé lékařské pomoci (RLP) hlášení, že byl ztracen kontakt s letadlem, směřujícím z Posadas na letiště Jorge Newbery. Na palubě letadla bylo více než sedmdesát osob a zbývalo mu palivo na dvě hodiny letu. Podle výpočtu argentinského vojenského letectva bylo letadlo v době, kdy se ztratilo z obrazovky radaru v blízkosti města Gualeguaychu asi 25 minut od cílového letiště.

Všechny tyto zprávy později potvrdily jednu z největších katastrof v historii argentinského letectví. Cílem této práce je popsat některé významné skutečnosti, které vyšly najevo při realizaci plánu záchranné služby pro případ nehody. Tento plán se zabývá péčí o rodinné příslušníky a blízké přátele obětí a dále se snaží zmírnit dopad nehody tak velkého rozsahu na zasahující zdravotnický personál.

Popis operativního plánu

Jakmile byl vyhlášen poplach, začali jsme okamžitě realizovat připravený plán. Při akci bylo použito sedm vozidel a zúčastnilo se jí celkem 10 lékařů, z nichž jeden byl psychiatr, dále dva psychologové, hlavní koordinátor všech akcí a vedoucí jednotlivých skupin.

V tomto případě nešlo o klasický zásah na místě nehody, protože žádní zranění se na letiště vůbec nedostali. Tento tým nemusel provádět třídění obětí, poskytovat umělou ventilaci či zastavovat krvácení - musel se postarat o 150 lidí, kteří více než

dvě hodiny čekali na své blízké. Mnozí z nich se již nacházeli v různých etapách procesu, kterým postupně projdou všichni: negace, rostoucí podrážděnost, neochota přijmout jako skutečnost to, co se stalo, úzkost, rezignace a únava z boje s nevyhnutelným.

V průběhu akce vyplynuly na povrch určité jevy:

- Lidí, kteří marně čekali na přiletadla, se začala zmocňovat úzkost, a tak samozřejmě žádali informace o tom, co se stalo.
- Ukázalo se, že není připravený vhodný plán pro styk s veřejností, informace jsou podávány nesystematicky a v nevhodné formě, což vede k narůstání neklidu a úzkosti a v některých případech až ke konfliktním situacím. Například tisk byl o nehodě informován dříve než čekající, došlo k napadení reportéra, který se pokoušel fotografovat zoufalou plačící matku. Nakonec se objevil zcela nevhodný nápad poslat polovinu čekajících letadlem do blízkosti místa neštěstí s tím, že ještě mohou najít někoho živého. Vzápětí po jejich odletu byl zby-

tek čekajících postaven bez jakýchkoliv okolků před holá fakta: “Dámy a pánové, poslední informace potvrzují, že nehodu nikdo nepřežil.”

Jak ubíhaly hodiny, téměř všech stopadesáti čekajících se zmocňovala stále větší únava, pocity bezmocnosti, bolesti. Všichni se bez cíle pohybovali prostorem haly a nám postupně přibývala práce. K několika případům vysokého krevního tlaku, migrény či nevolnosti se přidávaly stavy nadměrného rozrušení, nekontrolovatelné úzkosti, podrážděnosti a pocit společného hlubokého zármutku. V těchto chvílích jsme pouze mohli s pozůstalými tiše sdílet bolest a dávat najevo podporu, slova by byla ve většině případů nevhodná. Uvědomovali jsme si, že naše podpora je sice užitečná, ale zároveň nedostačující.

V oněch okamžicích jsme se snažili aplikovat známé **Mitchelovy podpurné metody na místě neštěstí**, například:

- Vyhnout se tomu, aby se lékaři příliš zabývali jednotlivci, protože to by později mohlo mít nepříznivý dopad.
- Poskytnout podporu a povzbudit dialog, aby situace nepřerostla ve vyčerpávající monolog obětí, hledající neexistující odpovědi.
- Neustálé vyhodnocování akce je sice nezbytné, ovšem tvář v tvář holé skutečnosti téměř nemožné.
- Zabránit v co největší míře projevům hněvu nad špatným systémem předávání informací, i když jsme tyto pocity také sami sdíleli.
- Ochránit přítomné před případy agrese, vyplývající z velkého psychomotorického vzrušení.
- Podporovat pocity sebeúcty.
- Vyvarovat se nevhodných rozhovorů se zástupci tisku.

V práci celého týmu se projevila soudržnost, solidarita a vysoká profesionalita, přestože všichni pocítovali únavu a mnohým se po tolika prožitcích třásla nohy, chvěl hlas a oči měli plné slz. V pět hodin ráno byli všichni členové týmu plně zapojeni do činnosti a ke skupině se přidali i řidiči sanitních vozů, kteří svým přístupem významně přispěli k úspěšnému průběhu akce. V období deseti hodin jsme se věnovali více než sedmdesáti osobám. V 9.00 dalšího dne se celá skupina naposledy sešla k závěrečné schůzce, která měla uvolnit největší napětí.

Konstatovali jsme, že jsme prošli krizovou situací a snažili jsme se pochopit, co se všechno vlastně stalo, popsat pocity, prožitky i reakce, které se daly očekávat v následujících dnech a které by mohly vyústit do pocitů vnitřního neklidu. Naplánovali jsme další schůzku na následující čtvrtek. Poté se skupina rozešla a byla nahrazena jinou, menší, která měla za úkol počkat do odpoledne na příbuzné obětí, kteří se měli vrátit z Misiones, kde byli pro pozůstatky svých blízkých.

Zde končí popis události, který ani zdaleka nemůže vystihnout skutečné zážitky jednotlivců a celého týmu všech zdravotníků, kteří se akce zúčastnili.

O šest dní později

Po šesti dnech se znovu sešla celá zásahová skupina. V prů-

běhu schůzky každý z účastníků spontánně hovořil o svých pocitech, které se celkově dají shrnout do několika bodů.

1. Co se týče akce samotné, shodli jsme se na následujícím:

- Pocit naprosté bezmocnosti před skutečností.
- Hněv a frustrace, způsobené narůstající nervozitou - tu vyvolávalo zejména nedostatečné informování čekajících.
- Znepokojení až nutkání k pláči v momentech nejvyššího vypětí.
- Identifikace s příbuznými obětí.
- Zdrženlivost členů skupiny a ochránářský přístup vedoucích.
- Všeobecně se většina účastníků domnívá, že akce proběhla uspokojivě, byla nezbytná, závažná a vysoce vyčerpávající.

2. 80% účastníků se shodlo, že ve dnech po neštěstí nedokázali o tom, co se stalo, otevřeně hovořit ani v nejužším kruhu rodiny.

- Dva až tři dny si události neustále připomínali a někteří až s obsesí hledali ve sdělovacích prostředcích jakoukoliv zmínku o osobách, se kterými se setkali.
- Někteří se nemohli přizpůsobit normálnímu běhu každodenního života (oslavy, schůzky ap.)
- Většina vyjádřila potřebu kontaktu s ostatními členy skupiny. Tyto kontakty se uskutečnily alespoň po telefonu (50%), z operačního střediska byli kontaktováni všichni členové týmu. Většina přiznala, že se snažila najít ostatní v televizních reportážích a v novinových článcích o neštěstí.
- Téměř u nikoho se neobjevily poruchy spánku.
- Někteří prožívali frustraci z neschopnosti podělit se o osobní prožitky.

Celá skupina pokládala za důležitou preventivní schůzku, nazvanou “Způsoby uvolňování napětí u personálu RLP“. Většina se této schůzce v rámci programu školení členů týmu RLP zúčastnila. Tato schůzka proběhla v srdečné atmosféře, měla sto procentní účast a splnila svůj účel - otevřeně promluvit o všem, co se stalo, a zbavit tak události dramatického náboje. První dojem byl takový, že nikomu z týmu nehrozí v budoucnosti zdravotní komplikace, způsobené prožitou událostí.

Po dvou týdnech se konala podobná schůzka s řidiči sanitních vozů. Výsledky byly obdobné, přestože její účastníci byli programem poněkud překvapeni.

Závěr:

K úspěchu akce, při které byl každý z jejich účastníků schopen převzít svůj úkol, přispěl bezpochyby i program školení personálu záchranné služby, zaměřený na snížení emočního dopadu podobných neštěstí. Tento program byl doplněn plánem podpurných opatření na místě nehody a dvěma následnými schůzkami. Všechny činnosti byly zajišťovány v rámci poradní skupiny mezilidských vztahů a generálním ředitelstvím RLP a vycházely z modelu, uplatňovaného J.T.Mitchellem a G.S. Everlym již od roku 1990.

Tragédie na letišti (Pokus o vysvětlení nevysvětlitelného)

Dr. Marcelo R. Muro, generální ředitel Centra rychlé lékařské pomoci, Buenos Aires
Dr. Omar Cittadini, poradce týmu mezilidských vztahů generálního ředitelství
Centra rychlé lékařské pomoci, Buenos Aires

Úvod

Když jsem se v úterý 31. srpna 1999 vracel po dlouhé pracovní směně domů, signál vysílačky mě ve 21.05 upozornil, že nás čeká dlouhá a tragická noc. Další informaci, že havarovalo letadlo s 95 cestujícími a 5 členy posádky na palubě, jsem dostal asi o tři minuty později. Chvilku mi trvalo, než jsem se probral z otřesu. Během převlékání jsem se telefonicky spojil s operačním střediskem záchranné služby. Sanitka, která mě měla dovézt na letiště, již čekala, a Dr. Muro již z místa neštěstí svolal celý tým mezilidských vztahů.

Sanitka mě k jižní bráně letiště dovezla rychle, hořící zbytky Boeingu 737 napravo od nás se stávaly pomníkem jednoho z největších leteckých neštěstí v Argentině. Po krátké schůzce s vedoucími týmy zdravotníků jsme rozhodli, že naši činnost zahájíme v odbavovací hale letiště. U některých rodinných příslušníků obětí se již projevovaly příznaky krize z úzkosti.

Cílem této práce je popsat nejdůležitější aspekty činnosti týmu mezilidských vztahů záchranné služby při nehodách s velkým počtem obětí a péči, kterou při podobných neštěstích tým věnuje zdravotnímu personálu, neboť setkání s tragédií takového rozsahu může způsobit vážné psychické poruchy. Ze stejného důvodu je podobná péče věnována i rodinným příslušníkům postižených, které zde označujeme jako **jiné oběti**.

Tým mezilidských vztahů Centra rychlé lékařské pomoci vznikl v říjnu 1997 po leteckém neštěstí společnosti Austral. Hlavním cílem jeho práce je zmenšení dopadu podobné události na všechny zúčastněné. K tomu využívá i všechny dostupné zahraniční materiály a zkušenosti.

Činnost týmu mezilidských vztahů

Při každé kritické situaci věnujeme zvláštní pozornost personálu záchranné služby. Tato péče je obzvlášť důležitá při katastrofách většího rozsahu, jakou bylo právě zřícení letadla přímo na letišti. V případě hromadného neštěstí se do stresové situace dostává velké množství jedinců a navíc hloubka prožitku je velmi intenzivní.

Pro naši činnost jsme zřídili několik stanovišť:

- na místě nehody
- v hlavní hale letiště
- ve správní budově provincie Cordóba
- na letišti v Ezeiza
- v nemocnicích, kam byly převezeny oběti neštěstí
- v soudní márnici.

Také jsme uspořádali setkání se zástupci vedení letecké společnosti, kterým jsme doporučili určitá opatření: zveřejnění seznamu cestujících na palubě letadla (aby se předešlo zbytečným omylům) a zveřejnění seznamu osob, které byly převezeny k dalšímu ošetření.

Uvědomovali jsme si, že protichůdné či zbytečně pomalé informace zvyšují pocit nejistoty (k něčemu podobnému došlo v případě neštěstí letadla společnosti Austral). Nejruznější domněnky a pověsti vyvolávají v podobné situaci plané naděje, neboť každý se podvědomě brání a nechce přijmout nevyhnutelné. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli veškeré ověřené informace zveřejňovat okamžitě a přispět tak k postupnému uvolňování vzbuzených emocí.

Nejdříve ze všeho jsme všechny zúčastněné rozdělili do skupin podle toho, zda potřebovali lékařské ošetření. Do další skupiny jsme zařadili ty, kteří vzhledem ke svému stavu hlubokého psychického šoku vyžadovali zvláštní péči. Pro ně jsme vyčlenili zvláštní prostor, který byl v těsné blízkosti informačního střediska.

Někdo nás prosí, abychom pomohli ženě, která s rostoucí úzkostí čeká na uveřejnění zmíněných seznamů. Zadržovaný pláč jí znemožňuje mluvit, v třesoucích se rukou drží mobilní telefon, který bez přestání vyzvání. Jak se v takové chvíli zachovat? Zdá se, že nás v v tu chvíli žádá: -Zůstaň, prosím, se mnou, ale nenuť mě mluvit... Po chvíli se vynořují dotazy: co je s těmi, co nejsou na žádném ze seznamů? Lidé doufají, že jejich blízcí si na poslední chvíli vyměnili letenky, vzpomínají na chvíle, strávené s milovanou osobou. Pouhá přítomnost někoho dalšího může mít svůj význam, umožní najít slova, pojmenovat nově vzniklou situaci.

Po hale bloudí muž, který se mi svěřuje, že v letadle cestovala jeho neteř a on nyní neví, jak zavolat do Cordóby a spojit se s její rodinou. Mužova manželka a dospívající syn sedí nepohnutě na jedné z lavic a odmítají s námi mluvit. Muž při každém setkání s námi vymění pár slov, vyptává se, žádá informace, chce vědět, jak k neštěstí došlo. Za svítání najednou slyšíme údery. To do stěny bezmocně bouchá jeho dospívající syn, který po chvíli omdlí a objeví se u něj svalové křeče. Beru ho za ruku a začínám na něj mluvit. Říkám mu, že chápu jeho pohnutí, že vím, že jistě pocítuje vztek a neví, jak se ho zbavit. Po chvíli chlapec začíná mluvit. Cítí se bezbrannýmarně hledá odpovědi na své otázky, ještě nikdy nebyl tak blízko smrti. (Freud hovoří o neschopnosti našeho podvědomí registrovat určité zážitky.) Běh let, sociální postavení, hodnocení vlastního života - to vše se ho ještě nedotýká. Jeho pohnutí bylo tak silné, že se ho nedokázal zbavit jinak než údery o stěnu. Ve chvíli, kdy je schopen hovoru, se chlapcovo napětí zmenšuje, dokáže vtělit své obavy do slov, je opět schopen komunikovat s ostatními.

Pro nás zůstává otevřená otázka: který okamžik je pro zásah nevhodnější?

Osmnáctiletý mladík utěšuje svou babičku, která úzkostně pláče. Přijímá náš pokus o navázání rozhovoru. Vyjadřuje se ironicky až hrubě. Teprve po chvíli vychází najevo, co ho skutečně trá-

pí: letadlem cestovala jeho matka. Mladík trápil pocit viny, protože se s matkou před třemi měsíci pohádal, chtěl jí dokázat, že už je dospělý a soběstačný, od té doby s ní nepromluvil. Jeho bolest se dostává na povrch a on stále opakuje, že je sám, je sirotek, že matka jistě byla smutná, proč jí jen nezavolať? Jak zmírnit pocit viny, jak čelit obrazu ztracené matky? Když jsme se mu pokusili vysvětlit, že jeho matka určitě chápala jeho potřebu nezávislosti, začal hovořit s větším klidem a objal jedinou osobu, která mu zůstala - svou babičku.

Na letišti bylo i několik osob, které z nejrůznějších důvodů do letadla nenastoupily, i když měly zakoupené letenky. Tito lidé nejprve procházeli psychickým šokem z toho, že mohli být na místě obětí, a později se u nich objevil pocit viny, že zůstali mezi živými.

Věnovali jsme se i zaměstnancům letiště, kteří mají na starosti odbavování cestujících. Všichni se cítili stísněně, a přestože všichni byli ochotní spolupracovat, pohybovali se i jednali jako ve zpomaleném filmu. -Nikdy jsem neviděl tolik lidí tolik trpět, řekl jeden z nich. K tomu nebylo co dodat.

V průběhu noci jsme se také na žádost letecké společnosti sešli s techniky, kteří zabezpečovali start letadla. Někteří z nich, když viděli, že se letadlo neodlepí od země, běželi po dráze až k místu neštěstí. Jeden z nich pomáhal při vyprošťování ženy, která později zemřela. Nemohl se zbavit pocit viny a rostoucího zármutku a stále opakoval otázku: -Udělalí jsme snad něco špatně?

V následujících hodinách jsme se přemístili do nemocnic, kam byli převáženi ranění.

Mladá žena v osmém měsíci těhotenství je se svým mužem na pokoji intenzivní péče. Muž utrpěl popáleniny na 95% těla a jeho stav je kritický. Právě jemu se podařilo otevřít dveře letadla. Žena s pohnutím vypráví, jakou úzkost pociťovala v noci neštěstí, když s dvouletou dcerkou čekala na svého manžela. Uvědomuje si krutou skutečnost, že s manželem tráví poslední okamžiky. Bylo nutné najít místo pro rozhovor, umožnit jí vydechnout. Vtělil do slov veškerou úzkost, najít odpovědi na některé otázky: jak jednat s malou dcerkou, co jí říct, jak změnit plány do budoucna?

I lékař, který tohoto raněného transportoval na kliniku pro léčbu popálenin, byl hluboce pohnutý tím, co právě prožil a kladl si otázky po smyslu života a smrti. Raněný byl celou dobu transportu při vědomí, vyprávěl o svém životě, o rodině i o dceři, která se má narodit.

Na letišti v Ezeiza dva lékaři čekali na příbuzné obětí z Cordóby a doprovázeli je na místo neštěstí. Byla to zoufalá cesta, probíhala prakticky beze slov.

Následující den čekal na pozůstalé další hrozivý úkol: identifikovat v márnici těla obětí. Plní úzkostí hledat něco, co by umožnilo poznat milovanou bytost, pokud se to podaří, co dál? I zde jsme se pokoušeli pomoci, podpořit, zmírnit bolest, snažit se, aby se pozůstalí dokázali vnitřně smířit s osudem a aby neodmítali styk s vnějším světem.

V následujících dnech jsme ještě organizovali schůzky se všemi, kteří se podíleli na odstraňování následků katastrofy. Chtěli jsme jim umožnit, aby se při rozhovoru s ostatními vyrovnali s osobními prožitky, aby se zbavili přetrvávajících obrazů prožité hrůzy - pocitů, zápachu, žáru ohně - které se jim vybavovaly před očima ať už v bdělém stavu nebo ve spánku. Bylo důležité podpořit katarzi a uvolnit potlačené emoce, aby se psychický šok ne-

proměnil ve fyzické příznaky nemoci.

Dále jsme se setkali s týmem záchranářů. Ten tvoří lidé, vycvičení k poskytování první pomoci, nemají však žádný psychologický trénink pro podobné situace. Všichni byli velice zasaženi tím, co se stalo, a prožité události je v podstatě rozdělily do dvou skupin: na ty, kteří jsou schopni zvládat tyto události i po psychické stránce, a na ty, kteří v druhém sledu zabezpečují konkrétní zdravotnickou pomoc.

Na závěr shrnutí nejdůležitějších výsledků činnosti týmu mezilidských vztahů:

- Podařilo se přesvědčit vedení letiště, aby byly okamžitě uveřejněny seznamy cestujících na palubě letadla.
- Rodinní příslušníci byli informováni, kdo nehodu přežil a byl převezen k dalšímu ošetření.
- Dva lékaři z Centra rychlé lékařské pomoci byli vysláni na letiště Ezeiza, kde čekali na příbuzné obětí z provincie Cordóba, doprovázeli je na místo neštěstí a postarali se, aby na letiště vstoupili severní bránou místo jižní a nespátřili tak trosky letadla, které připomínaly nehodu.
- Na letišti byl vyhrazen oddělený prostor pro příbuzné obětí nehody a v jeho rámci místo s dvěma lékaři s nezbytným vybavením pro poskytování první pomoci těm, kteří se dostali do kritického stavu.
- Pro lepší práci týmu byla všechna opatření koordinována z jednoho místa.
- Všichni postižení byli ihned rozděleni do skupin podle toho, zda potřebovali či nepotřebovali bezprostřední lékařskou péči.
- Byly využity všechny podpůrné techniky, použitelné v místě nehody, tak, jak je uvádí Mitchel:

1. respektovat mlčení pohnuté osoby
2. urychlit katarzi
3. poskytnout podporu a povzbudit dialog, tak aby nepřerostl ve vyčerpávající monolog obětí, hledající neexistující odpovědi
4. najít správná slova na uvolnění v okamžicích největší úzkosti
5. v některých případech - například při ztrátě dítěte - jsou slova nedostatečná, pak poskytnout alespoň pocit fyzické přítomnosti
6. zabránit rozhovorům s tiskem, v těchto případech bývají nevhodné.

Schůzka, která měla přispět k uvolnění napětí členů týmu, se uskutečnila v 7.00 následujícího dne. Jejím cílem bylo popsat prožité události, zachytit pocity, myšlenky i možné reakce v následujících dnech. Celý tým se pak s větším časovým odstupem sešel ještě jednou. I tehdy členové referovali o přetrvávajících obtížích se spánkem, vracením zážitků z nehody, o identifikaci s bolestí pozůstalých.

Tato práce nás bezpochyby poznamenala: všichni si klademe otázky po jejím smyslu, pochybujeme, zda jsme vůbec schopni pomoci. Přestože práce tohoto druhu jedince pohlcuje, dotýká se ho v nehlubším nitru, může být potřebná a otevírat další, dříve netušené možnosti.

(Poznámka autorů: Tato práce byla přednesena na 2. kongresu duševního zdraví, který se konal Buenos Aires ve dnech 20.-24. září 1999.)

Postavení lékaře jako svědka a znalce před soudem

MUDr. Petr Hrbek, ÚSZS Brno, náměstí 28. října 23

Lékař může být v úloze svědka nebo znalce při spolupráci s orgány činnými v trestním řízení či se soudy v občanském soudním řízení.

Postavení svědka a znalce specifikují následující předpisy:
Trestní zákon č.140/1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů (TZ)

Trestní řád č.141/1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů (TŘ)
Občanský soudní řád č.99/1963 ve znění pozdějších předpisů (OSŘ)

Zákon č.36/1967 Sb. o znalcích a tlumočnících ve znění pozdějších předpisů.

Svědék

Povinnost svědčit definuje v OSŘ § 126:

1) Každý občan je povinen dostavit se na předvolání k soudu a vypovídat jako svědek. Musí vypovědět pravdu a nic nezamlčovat. Výpověď může odepřít jen tehdy, kdyby jí způsobil nebezpečí trestního stíhání sobě nebo osobám blízkým, o důvodnosti odepření výpovědi rozhoduje soud.

2) Odstavec popisuje procedurální úkony : zjištění totožnosti, poučení o právech a povinnostech.

3) Odstavec upřesňuje postup výslechu.

(§ 116 občanského zákoníku definuje osobu blízkou : Příbuzný v řadě přímé, sourozenec, manžel. Jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní. Trestní následky krivé výpovědi svědka stanoví § 175 trestního zákona).

V trestním řádu (TŘ) se svědků týkají § 97 - § 104 :

§ 97 - každý je povinen na předvolání se dostavit a vypovídat jako svědek o tom, co je mu známo o trestném činu a o pachateli nebo o okolnostech důležitých pro trestní řízení.

§ 98 upřesňuje předvolání a předvedení, dále je rozveden zákaz výslechu: Kromě problematiky státního tajemství uvádí § 99 odst.2) Svědek nesmí být vyslýchán též tehdy, jestliže by svou výpovědí porušil státem uloženou (§ 55 odst.2 zák.č.20/66 Sb.) nebo uznanou povinnost mlčenlivosti, ledaže byl této povinnosti příslušným orgánem nebo tím, v jehož zájmu tuto povinnost má, zproštěn.

Problematika povinné mlčenlivosti - str.7)

Odst.3 Zákaz výslechu se nevztahuje na výpověď týkající se trestného činu, na který se vztahuje oznamovací povinnost (§ 167, 168, TZ - str.8).

§ 100 Právo odepřít výpověď je obdobné jako u OSŘ, paragraf taxativně jmenuje okruh příbuzných. Odepřít výpověď nelze, pokud se činu týká oznamovací povinnost.

§ 101 TŘ probírá procedurální úkony před a během svědecké výpovědi, zmiňuje § 55 odst.2 TŘ, který umožňuje utajení totožnosti svědka.

§ 102 se týká svědků nezletilých, § 104 umožňuje poskytnout finanční kompenzaci za úslou odměnu.

Znalec

Právní poměry znalců a jejich výběr upravuje zákon č.36/67 Sb. o znalcích a tlumočnících a vyhl.37/67 Sb. ve znění pozdějších novelizací: 11/85, 184/90 a 77/93 Sb..

Znalcem může být občan ČR s potřebnými znalostmi a zkušenostmi z oboru, jehož osobní vlastnosti dávají předpoklad řádné-

ho výkonu znalecké činnosti a se jmenováním souhlasí (§ 4). Znalec jmenuje (i odvolává) ministr spravedlnosti nebo předseda krajského soudu (§ 3). Jmenování je na návrh státních orgánů, vědeckých institucí, vysokých škol a jiných organizací uvedených v § 5 (i na vlastní žádost). Znalec skládá slib tomu, kdo jej jmenoval, po složení slibu je zapsán do seznamu znalců, vedených na krajských soudech. Seznamy jsou veřejně přístupné.

Znalec nesmí podat posudek, jsou-li pochybnosti o jeho nepodjatosti. Znalci jsou povinni vést znalecký deník (§ 9 - 15).

§ 24 : Znalcem lze ustanovit i osobu, která není zapsána v seznamu znalců a má-li potřebné předpoklady pro podání posudku a souhlasí s tím. Musí být současně splněna podmínka, že v krajském ani v ústředním seznamu není pro určitý obor zapsán znalec, nebo znalec v seznamu zapsaný nemůže úkon provést.

Postavení znalce v OSŘ je dáno § 127:

1) Závisí-li rozhodnutí na posouzení skutečností, k nimž je třeba odborných znalostí, ustanoví soud po slyšení účastníků znalce. Soud znalce vyslechne, znalci může také uložit, aby posudek vypracoval písemně. Je-li ustaveno několik znalců, mohou podat společný posudek. Místo výslechu znalce může se soud v odůvodněných případech spokojit písemným posudkem znalce.

2) Znalecký posudek je možno také dát přezkoumat jiným znalcem, vědeckým ústavem nebo jinou institucí.

3) Účastníkovi, popřípadě i někomu jinému, může předseda senátu uložit, aby se dostavil ke znalci,, podrobil se lékařskému vyšetření, popřípadě zkoušce krve, anebo něco vykonal nebo snášel, jestliže to je k podání znaleckého posudku třeba.

4) Místo posudku znalce lze použít potvrzení nebo odborné vyjádření

V trestním řádu hovoří o znalcích § 105 - § 111 a § 210 :

Úvodní odstavce jsou analogií OSŘ :

§ 105

1) Je-li k objasnění skutečnosti důležité pro trestní řízení třeba odborných znalostí, rozhodne orgán činný v trestním řízení a v řízení před soudem předseda senátu o přibrání znalce. Místo přibrání znalce je možno se spokojit v jednoduchých případech s potvrzením nebo odborným vyjádřením příslušného orgánu, o jejichž správnosti nejsou pochybnosti....

2) Jestliže jde o objasnění skutečnosti zvláště důležité, je třeba přibrat znalce dva. Dva znalce je třeba přibrat vždy, jde-li o prohlídku a pitvu mrtvoly (§ 115) anebo o vyšetření duševního stavu (§ 116). K prohlídce a pitvě mrtvoly nesmí být přibrán jako znalec ten lékař, který zemřelého ošetřoval za choroby, která smrti bezprostředně předcházela.

3) Proti rozhodnutí o přibrání znalce je přípustná stížnost. Z judikatury: Ošetřujícího lékaře, který vydal lékařskou zprávu o zranění poškozeného (která má povahu odborného vyjádření příslušného orgánu - § 105 odst.1 TŘ), je možné v případě potřeby vyslechnout jen jako svědka, nikoli jako znalce.

§ 106 a § 107 upřesňují poučení znalce, vymezení úkolu (obvykle otázky, které chce soud zodpovědět), nahlédnutí do spisové dokumentace. Znalec může být přítomen výslechu, může navrhnout doplňující důkazy. Znalecký posudek se zpravidla vyhotoví písemně.

§ 108 specifikuje formy výslechu znalce: potvrzení písemného nebo protokolace ústního posudku. Souhlasný závěr více znalců

přednese jeden z nich, při různých závěrech jsou tyto protokoly vány jednotlivě.

§ 109 Při neúplném nebo nejasném posudku musí znalec posudek vysvětlit, příp. se přibere znalec jiný. Nový znalec se musí seznámit s předchozím posudkem a zaujmout stanovisko.

§ 110 umožňuje soudu vyžádat si ve výjimečných případech posudek státního orgánu, ústavu. V těchto případech je podáván posudek vždy písemně, musí zde být uvedena osoba (osoby), která může být slyšena jako znalec (§ 111 použití zvláštních předpisů - zák.36/67 Sb.).

Následující oddíl pátý TR se vztahuje k některým zdravotnickým výkonům:

§ 114 Prohlídka těla a jiné podobné úkony.

1) *Prohlídce těla je povinen se podrobit každý, je-li nezbytně třeba zjistit, zda jsou na jeho těle stopy nebo následky trestného činu.....*

2) *Je-li k důkazu třeba provést zkoušku krve nebo jiný obdobný úkon, je osoba, u kterou jde, povinna strpět, aby jí lékař nebo odborný zdravotnický pracovník odebral krev nebo u ní provedl jiný potřebný úkon, není-li spojen s nebezpečím pro její zdraví.....*

§ 115 Pitva - při podezření, že smrt člověka byla způsobena trestným činem, musí být mrtvola pitvána. Podrobněji rozvádí § 4 vyhl.19/88 Sb. o pohřebnictví: pitva lékařem patologické anatomie musí být provedena vždy u mrtvé narozených dětí a při úmrtí do 15 let (u mladistvých), jestliže smrt nastane v souvislosti s těhotenstvím, porodem, šestineděním, při implantovaném kardiostimulátoru, zářiči, při odnětí orgánů k transplantacím.

Lékař soudního lékařství provádí pitvu při náhlém úmrtí, pokud není jasná příčina, při násilném úmrtí a sebevraždě, u smrti následkem průmyslové otravy a pracovního úrazu, při úmrtí ve vazbě nebo ve výkonu trestu, při souvislosti s nesprávným výkonem zdravotnických služeb.

§ 116 Píkazuje vyšetření duševního stavu vždy dvěma znalci, ev. za hospitalizace obviněného.

Dle § 117 má být pozorování duševního stavu uzavřeno posudkem do 2 měsíců.

§ 118 připouští znalecké posouzení duševního stavu svědka, ale ne za hospitalizace.

Povinná mlčenlivost

Je definována v § 55 odst.2, písm.d) zák.20/66 Sb.:

Zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dověděl v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby nebo kdy byl této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu: povinnost oznamovat určité skutečnosti, uložená zdravotnickým pracovníkům zvláštními předpisy, není tím dotčena. Povinná mlčenlivost se vztahuje i na ty, kteří zdravotnické povolání nevykonávají, tedy např. posudkové a revizní lékaře, ředitele zařízení, lékaři hygienické služby ap. Mlčenlivost je trvalá, tedy i po ukončení zaměstnaneckého poměru nebo aktivní činnosti.

Zdravotnické pracovníky uvádí v § 53 zák.20/66 Sb. (Vyhl.77/81 Sb. o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví).

U ostatních pracovníků (výpočetní středisko, sekretářky), kteří se mohou dostat do styku s důvěrnými informacemi j nutně zajistit mlčenlivost v pracovní smlouvě.

Co do rozsahu se lékařské tajemství vztahuje kromě zdravotního stavu i na rodinné, majetkové, pracovní a jiné údaje i dobrovolně pacientem sdělené. Mlčenlivosti podléhají např. i informace o podniku zjištěné při tzv. závodní preventivní péči.

Povinnou mlčenlivost lze porušit v definovaných případech: se souhlasem osoby, které se mlčenlivost týká. Nejvhodnější je písemný souhlas s uvedením rozsahu a osob, kterým mají být informa-

ce sděleny. Souhlas může být udělen i ústně ev. konkludentně, t.j. mlčky způsobem, kdy je souhlas nepochybný (kývnutí na jasný dotaz).(Způsob souhlasu dokumentovat, potvrdit svědkem.) Souhlas může udělit pouze osoba způsobilá k právním úkonům, jinak její zákonný zástupce. Nezletilý pacient má způsobilost jen přiměřenou věku a situaci, je nutné individuální posouzení.

Pacient musí být o nemoci a léčebném postupu řádně poučen, u nezletilých a starých osob musí lékař poučit také rodinu. Mlčenlivosti může pracovníka zprostit nadřízený orgán, ale pouze v důležitém státním zájmu. Nelze aplikovat u nestátních zařízení, ale pouze u těch, kde je zřizovatelem okresní úřad, ministerstvo zdravotnictví.

TR v § 8 stanoví povinnost vyhovět žádosti orgánů činných v trestním řízení, ale povinná mlčenlivost není tímto zrušena, je tedy současně nutný souhlas pacienta (informace příslušného orgánu, že pacient souhlas udělil).

Na mlčenlivost se naopak nelze odvolávat, jestliže by zdravotnický pracovník neoznámil připravovaný nebo páchaný trestný čin dle § 167 TZ (mj. obecné ohrožení, nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů, týrání svěřené osoby, vražda, loupež, braní rukojmí, znásilnění, pohlavní zneužívání, krádež, podvod....). Neoznámení není trestné jen pokud by bylo nepřiměřeně obtížné, ev. by vystavilo nebezpečí smrti nebo jiné újmy oznámením povinného nebo osobu blízkou.

Neoznámení spáchaného trestného činu (§ 168 TZ) je uží: mj. týrání svěřené osoby, vraždy, obecného ohrožení.

Nezbytné porušení mlčenlivosti uvádí § 24 zák.20/66 Sb. - povinnost hlásit převzetí nemocného do ústavní péče bez jeho písemného souhlasu do 24 hodin příslušnému soudu.

Jedná se o případy, kdy pacient nemůže souhlas vyjádřit (bezvědomí, neodkladné život zachraňující úkony), jde-li o povinné léčení (vyhl.91/84 Sb. o opatřeních proti přenosným nemocem - § 27 izolace infekčních osob, seznam nemocí v příl.č.2 a vyhl.104/87 kterou se určují nakažlivé lidské choroby ve smyslu trestního zákona), jestliže pacient (intoxikovaný nebo duševně nemocný) ohrožuje sebe nebo své okolí (§ 23).

Zák.48/97 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v § 55 odst.2 uvádí povinnost zdravotnických zařízení oznámit příslušné zdravotní pojišťovně úrazy a jiná poškození zdraví, ke kterým došlo jednáním jiné právnické či fyzické osoby (tzv. regresní hlášení).

Znalecké komise

Vyhl.221/95 Sb. o znaleckých komisích.

Pro posouzení případů, kde vznikla pochybnost o dodržení správného medicínského postupu nebo zda bylo ublíženo na zdraví (§ 77 odst.6 zák.20/66 Sb.), posuzuje tyto případy znalecká komise.

K ustavení znalecké komise nemusí dát podnět soudní orgány. Znalecká komise je poradním orgánem ministra zdravotnictví nebo ředitele nemocnice oprávněného ustavit územní znaleckou komisi.

Ústřední znaleckou komisi ustavuje ministr zdravotnictví pro případy, ke kterým došlo při výkonu zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních řízených ministerstvem zdravotnictví. Dále MZ ustavuje ústřední znaleckou komisi pro případy vzniklé ve zdravotnických zařízeních ozbrojených složek, pokud zvláštní komise těchto zařízení (zřízená dle léčebného řádu - vyhl.62/68 Sb., § 29 odst.6) nepředloží jednoznačný závěr.

Územní znaleckou komisi ustavuje ředitel vybrané nemocnice pro případy vzniklé ve zdravotnických zařízeních příslušného území (příloha vyhl.221/95 Sb. - působnost v rozsahu bývalých krajů). Příklad projednaný územní komisí může přešetřit ústřední znalecká komise.

Členové znalecké komise:

- vedoucí lékař příslušného odborného útvaru MZ (u ústřední znalecké komise) nebo vedoucí lékař léčebného úseku (u územní znalecké komise)

- nejméně 3 odborní lékaři s atestací II.stupně (nadstavbovou atestací) z příslušného oboru nebo oborů příbuzných
- zástupce ČLK
- dle povahy případu může být přizván lékař oboru soudního, patologické anatomie příp. další zdravotnický pracovník (definuje § 53 zák.20/66 Sb.)
- právník se znalostí zdravotnické problematiky. Může být přizván i jiný odborný pracovník ve zdravotnictví (vyhl. MZ 77/81 Sb., zák.425/90 Sb.) ev. technik.

Členy komise nemohou být osoby s pracovním nebo obdobným vztahem k zařízení, jehož případ se projednává a osoby blízké osobám na případu zúčastněným (§ 116 občanského zákoníku).

Činnost znalecké komise řídí předseda. Členství v komisi je nezastupitelné, ale vyjádření lze předkládat písemně. Základním podkladem je zdravotnická dokumentace. Dle potřeby komise může požádat o vyjádření osoby na případu zúčastněné. Dle získaných informací předloží členové komise předsedovi odborný posudek, v němž vyjádří jednomyslný závěr, zda byl dodržen

správný postup. Z jednání komise musí být pořízen zápis, který předseda předá ministru zdravotnictví, resp. řediteli příslušné územní nemocnice.

Použitá literatura:

- Trestní zákon č. 140/1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů (TZ)*
- a Trestní řád č. 141/1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů (TR) - Jelínek - Sovák, poznámkové vydání s judikaturou.*
- Občanský soudní řád č.99/1963 Sb. ve znění pozdějších předpisů (OSŘ).*
- Zákon č. 36/1967 Sb. o znalcích a tlumočnících ve znění pozdějších předpisů.*
- Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů.*
- Zdravotnické noviny č.10/1995 právní servis.*
- Metodický návod 3/1994 věst. MZ k zabezpečení a ochraně údajů v informačních systémech provozovaných ve zdravotnických zařízeních.*
- Vyhl. č. 19/1988 Sb. o pohřebnictví.*
- Vyhl. č. 77/1981 Sb. o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví.*
- Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.*

Ochrana osobnosti při zásahu ZZS

MUDr. Roman Baláž – ZZS ASČR Praha –západ

S pojmem "ochrana osobnosti" se při práci záchranných služeb setkáváme poměrně často. Při zásahu často zdravotníci i nechtěně proniknou do soukromí pacienta a jeho blízkých. Stanou se svědky skutečností, o kterých se pacientovo okolí nemělo dozvědět.

Ne vždy je posádka ZZS na místě zásahu vnímána pozitivně. Jedná se o výjezdy k pacientům s psychiatrickou diagnózou, abusem alkoholu, zneužíváním návykových látek nebo i situací spojených s trestnou činností. Zájem pacienta, v jehož zájmu posádka zasahuje, může být zcela odlišný. Vzniká široké spektrum lidských reakcí, kdy může v emočně vypjatých situacích snadno dojít k projevům, jimiž se druhá strana cítí dotčena. Také přítomnost zástupců senzacechtivých hromadných sdělovacích prostředků dokáže vyprovokovat nejednu konfliktní situaci. Vzniká problematika ochrany osobnosti.

Na úvod zopakují definice termínů "osobnost" a "osobnostní práva".

Osobnost je filozofický pojem, hypotetický souhrn, systém psychických vlastností, které jsou biologicky determinovány, ale vytvářejí se v průběhu života jedince v interakci s okolím.

Osobnostní práva je pojem právní, zahrnující práva fyzické osoby na ochranu osobnosti a jejich projevů. Osobnostní práva jsou např. právo na tělesnou integritu, na jméno včetně příjmení, na občanskou čest a lidskou důstojnost, na osobní soukromí a na to, že projevy osobní povahy, písemnosti, podobizny, zvukové záznamy, které se týkají fyzické osoby, smějí být použity jen s jejím souhlasem. Osobnostní práva tradičně upravuje "občanské právo".

V našem právním řádu upravuje problematiku ochrany osobnosti "Občanský zákoník" - zákon č. 40/1964 Sb. (v platném znění). Z paragrafového znění jsem vybral články, které se mi zdají podstatné pro pochopení ve vztahu k praxi v ZZS:

- Způsobilost fyzické osoby mít práva a povinnosti vzniká narozením. Smrtí tato způsobilost zanikne. Po smrti fyzické osoby přísluší uplatňovat právo na ochranu její osobnosti manžel a dětem, a není-li jich, jejím rodičům.
- Fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy. Písemnosti osobní povahy, podobizny, obrazové snímky a obrazové a zvukové záznamy týkající se fyzické osoby nebo jejích projevů osobní povahy smějí být pořízeny nebo použity jen s jejím svolením.

- Svolení není třeba, použijí-li se tyto materiály k účelům úředním na základě zákona. Podobizny, obrazové snímky a obrazové a zvukové záznamy se mohou bez svolení fyzické osoby pořídit nebo použít přiměřeným způsobem též pro vědecké a umělecké účely a pro tiskové, filmové, rozhlasové a televizní zpravodajství. Ani takové použití však nesmí být v rozporu s oprávněnými zájmy fyzické osoby.
- Způsobilost mít práva a povinnosti mají i právnícké osoby.

Právo na ochranu osobnosti náleží tedy jak pacientovi, tak posádce ZZS a organizaci provozující záchrannou službu. Z hlediska ochrany pacienta je nutno pečlivě vážit komentáře ke zdravotnímu stavu pacienta (otázka povinné mlčenlivosti podle zák.č.20/1966 Sb.) a vyvarovat se poskytnutí důvěrných údajů třetím osobám včetně hromadných sdělovacích prostředků. V případě indiskrétnosti může kromě ztráty pacientovy důvěry následovat i žaloba na ochranu osobnosti.

Na druhé straně může uplatnit právo na ochranu osobnosti kterýkoliv člen posádky ZZS nebo organizace. V praxi půjde nejčastěji o šíření polopravd nebo i vyložených pomluv, a to nejen některými lidmi, ale často i hromadnými sdělovacími prostředky. Jaké jsou možnosti bránit se právní cestou proti neoprávněným útokům na profesionální čest?

- 1) uplatnit právo na tiskovou opravu (dohodou nebo žalobou)
- 2) žaloba na ochranu osobnosti (podává konkrétní pracovník)
- 3) žaloba na ochranu cti právnícké osoby (podává organizace)
- 4) podnět k zahájení trestního stíhání pro trestný čin pomluvy.

Zde nastíněná právní řešení ochrany osobnosti představují krajní situace, kterým se snažme předejít. Pokud my sami budeme postupovat v zájmu pacienta a v souladu s uznávanými zásadami lékařské etiky, pokud se nenecháme unést pocitem důležitosti a potřebou zviditelnění, můžeme se stát dobrým vzorem pro další pracovníky ZZS a pro své pacienty nejen zdravotnickou pomocí, ale i morální oporou.

„Umělé dýchání“ během laické KPR - ano či ne?

MUDr. Ondřej Franěk - Záchraná služba hl. m. Prahy

Otázka laické první pomoci bývá podceňována a poskytnutí pomoci často končí vytočením čísla 155. V případě náhlé zástavy oběhu však laická první pomoc zvyšuje nejméně o 50% šanci na přežití postiženého, je jedinou šancí pro jeho mozkové buňky. Odborná pomoc se zpravidla nedostane na místo dříve než za 5 minut. Nenastala-li tedy zástava shodou okolností ve studené vodě, následkem i „úspěšně“ zresuscitované zástavy u člověka, jemuž nebyla první pomoc poskytována, je prakticky vždy těžké poškození CNS.

Mezi důvody neoskytnutí účinné pomoci se objevuje lhostejnost, (oprávněná) obava z nákazy, odpor k „cizímu tělu“ a v neposlední řadě neznalost praktických postupů. Navíc správně prováděná KPR nepřímou srdeční masáží a dýcháním z úst do úst je zejména pro jednoho zachránce neobyčejně vyčerpávající, je prakticky nemožné ji správně provádět déle než 2-3 minuty.

Ze studie Eisberda et al. vyplývá, že při náhle vzniklé fibrilaci komor dlouhodobě přežívá 43% postižených, je-li KPR zahájena do 4 minut po příhodě a defibrilace provedena do 8 minut. Při zahájení KPR do 8 minut přežívá již jen 7% postižených a po 16 minutách je úmrtnost již 100%.

Pouze 15% laiků vyškolených v KPR udává ochotu ji skutečně použít včetně dýchání z úst do úst, i přes vědomí její důležitosti. K nepřímé masáži srdce je přitom ochotno přistoupit téměř 70% z nich.

Tato fakta vedla skupinu amerických autorů (Hallstrom et al.) ze Seattlu ke studii, jejímž cílem bylo potvrdit hypotézu lepší účinnosti postupu akceptovatelného většinou potenciálních zachránců - tedy samotné srdeční masáže - ve srovnání s úplnou KPR (poměr 2:15) v případě náhlé zástavy oběhu. Vycházeli při tom z výsledků experimentálních prací na zvířecím modelu, potvrzujících srovnatelné účinnosti samotné nepřímé masáže srdce a kompletní KPR v případě fibrilace komor po dobu 10 minut od příhody, a také z výsledků předběžné studie probíhající v King County od roku 1989, která potvrdila přinejmenším srovnatelnou účinnost obou metod.

Randomizovaná studie probíhala od ledna 1992 do srpna 1998 a zahrnula 1296 příhod indikovaných ke KPR na základě hlášeného bezvědomí a bezdeší. 776 z nich bylo vyřazeno pro nesplnění základních kritérií, nešlo například o zástavu oběhu, ale pouze dechu - intoxikace alkoholem, drogami a léky, CO - nebo pokud nebylo pokračováno v KPCR kvalifikovaným personálem pro infaustní prognózu. Ze zbývajících 520 pacientů byla u 279 prováděna kompletní KPR a u 241 pouze nepřímá masáž. Průměrný věk pacientů by 68 let, v 58 procentech šlo o muže. K zástavě došlo v 88% případů v domácím prostředí, v 58% případů byl na místě svědek příhody přímo v okamžiku zástavy.

Průměrný čas do příjezdu prvního zásahového vozidla byl 4 minuty, většinou však šlo o vozidlo pouze se školeným záchranářem (hasičem, policistou), ten měl k dispozici automatický defibrilátor.

Do nemocnice bylo přijato 95 pacientů z první a 97 pacientů z druhé skupiny. Celkem 64 pacientů přežilo i hospitalizační fázi a bylo prouštěno z nemocnice. Z nich bylo 29 (10,4%) ve skupině s kompletní KPR a 35 (14,6%) ve skupině bez dýchání z úst do úst. Druhá skupina měla tedy výsledky lepší, ovšem nikoliv signifikantně ($p=0,18$).

Předmětem diskuze byla i otázka stavů s primární zástavou dechu. I když tito pacienti byli ze studie vyřazeni, bylo sledováno je-

jich přežití. Ve skupině s dýcháním z úst do úst přežilo 80,7% pacientů, ve druhé skupině 75,7% pacientů. I zde je tedy přežití srovnatelné. Za dobré vodítko pro rozlišení považují autoři to, že primární zástavy dechu jsou typické pro mladší věkové skupiny (věk 37 + 10 vs. 68 + 15 let), méně často se odehrávají doma (42% vs. 12%), ale o to častěji v cizím bytě (38% vs. 5%). Typickou diagnózou je pak intoxikace, zejména drogami a léky, případně alkoholem.

Autoři studie tedy došli k závěru, že ačkoliv výsledek není statisticky signifikantní ve prospěch postupu bez dýchání z úst do úst, lze alespoň v prvních několika minutách po zástavě srdce považovat účinek obou způsobů KPR statisticky za přinejmenším srovnatelný. Navíc metodika samotné masáže srdce je vedle daleko menší psychologické bariéry volajícímu podstatně snáz a daleko rychleji vysvětlitelná (v průměru o 1,5 minuty rychleji), jednoduše pochopitelná, jednoduše se provádí, je fyzicky méně náročná a prakticky vylučuje riziko infekce. **Je tedy pro náhodného svědka příhody daleko (téměř 5x!) přijatelnější.**

Na závěr připomínají autoři shrnutí pracovní skupiny Výboru pro resuscitaci American Heart Association, kde se uvádí že se zdá možné, že dýchání z úst není při KPR v prvních několika minutách po náhlé zástavě oběhu nutné a možná dokonce může být potenciálně nevhodné pro insulaci žaludku a omezení času pro efektivní nepřímou masáž srdeční. Výbor ovšem zatím nedoporučuje změnu „guidelines“, zejména kvůli stavům kdy jde o primární zástavu dechu.

Podle The New England Journal of Medicine vol.342 No. 21, 25.5.2000

Protokol používaný při instruktáži svědka příhody v rámci studie

1) Je nemocný při vědomí? Sleduje? ----- Ano ? = STOP

2) Dýchá? ----- Ano ? = STOP

3) Mohu vám poradit co dělat než dorazí pomoc

----- Nechci

Pomoc je na cestě.

----- Chci

4) Můžete si dát telefon někam poblíž nemocného ?

----- Ne

Je tam někdo kdo by vám pomohl?

----- Ano

Křičte na něj co vám budu říkat

5) Položte ho na zem, uvolněte oblečení na hrudníku, klekněte si vedle něj.

Ucpěte mu nos, druhou rukou mu zvedněte bradu aby se zaklonila hlava.

Dejte svoje ústa na jeho a 2x do něj zhluboka vydechněte, jako když nafukujete balónek.

Takže znova: položte ho na rovnou plochu, odkryjte hrudník, ucpěte nos, zvedněte bradu aby se hlava zaklonila. 2 silně vdechy.

Pak se vraťte zpět k telefonu!

6) Je už při vědomí nebo dýchá normálně ?

----- Ano = STOP

7) Tak poslouchejte pozorně dál:

Položte dlaň se zvednutými prsty doprostřed hrudníku mezi žebra. Druhou rukou položte na tu první. 15 x silně stlačte hrudník (asi 2,5 - 5 cm). Dávejte pozor aby vám ruka nesjela - musí být opřená stále uprostřed hrudníku.

Stlačte hrudník 15x. Potom ucpěte nos, zvedněte bradu, zakloňte mu hlavu, 2 vdechy a opět 15 x stlačte hrudník. Stále dokola - 2 vdechy, 15 x stlačít.

Vydržte než přijde pomoc. Teď zavěším, pomoc už je na cestě.

Pozn.: kurzívou uvedené instrukce platí pouze pro variantu s dýcháním z úst do úst

Přežijí naši pacienti novelu zákoníku práce?

MUDr. Juljo Hasík, ředitel ZZS Prachatic

Zákonodárci nám k novému roku připravili danajský dar, kterým je novela zákoníku práce. Nechci zpochybňovat dobrý úmysl a evropské normy pracovního práva, jež jsou do něho zakomponovány. Jeho tvůrci si však neuvědomili, že česká realita je dosud někde jinde a nadekretováním ji nelze ze dne na den změnit. Tak jako nám privatizace nepřinesla ekonomický boom a evropské platy, tak zákoník práce neulehčí “vykořisťovaným“ zdravotníkům. Jeho aplikace staví management před neřešitelné problémy, ekonomické i sociální postavení našich pracovníků v mnoha ohledech zhoršuje, a co je nejhorší, ve svých důsledcích ohrožuje pacienty.

Vinni nejsou zákonodárci ani předkladatelé, ti si problému nemohli být vědomi. Výjimky a odlišné úpravy pro některé rezorty či profese byly při tvorbě zákona zohledněny, ale zdravotnictví se netýkají. Vysvětlení rozdílů mezi zdravotnickým zařízením a fabrikou s pásovou výrobou měli obstarat úředníci ministerstva zdravotnictví. Ti bohužel dosud sní sen Šípkové Růžky, jen probuzení pro ně nebude tak idylické.

Praxi, jež je ve zdravotnictví zavedena, nedovoluje ani současný zákoník. Jeho porušování bylo oficiálně tolerováno již za totality a fungování našich zařízení dodnes umožňují nepsané “dohody“ mezi managementem a zdravotnickými pracovníky. Představa, že lékaři slouží pohotovostní služby jen proto, aby si vylepšili svůj základní plat, je naivní a scestná. Takové informace mohou pocházet z pražských klinik, ale ty nejsou reprezentativním obrazem systému českého zdravotnictví. Na venkově jsou pro splnění měsíčního objemu služeb nejednou k dispozici jen čtyři lékaři daného oboru. Pokud některý z nich vypadne, musí ho kolegové nahradit. Pracovní neschopnost, dovolené a školení se neobejdou bez turnusových služeb. Na venkově je také zvykem sloužit víkendy vcelku. Novátor, který by tomu chtěl v zájmu lepších zítřků zabránit, by lékaře těchto zařízení odsoudil k nucené práci po 52 víkendů v roce. Naivní oponent může namítnout, že tyto služby jsou zbytné a lze je nahradit příslužbou. To má několikrát háček, příslužba znamená ztrátu osobní svobody, která není kompenzována penězi, o nichž byla řeč v úvodu. Tento systém by lékařům přinesl novodobé nevolnictví, které v našich krajích zrušil již osvícený císař Josef II., blahé paměti.

Dosud prezentované problémy se týkají zdravotnictví obecně a je na ně mnohými řediteli nemocnic opakovaně poukazováno. My jsme v podstatně horší situaci, přesto naše hlasy nejsou slyšet. Inzertní stránky každého čísla Zdravotnických novin nabízí lékařská místa v záchranné službě. Lékaři se do našich řad z mnoha příčin příliš nehrnou, služby zajišťujeme pomocí externistů, ale ani těch není dostatek. Po zavedení novely zákoníku práce se potřeba lékařů celoplošně zvýší a služby nebude možno zajistit.

V našich podmínkách nejde jen o lékaře. Ve většině záchranných služeb personál pracuje v dvanáctihodinových směnách. Zavedení “osmiček“ by znamenalo přijmout více lidí za nižší platy, nehledě na dopravní problémy a finanční náklady, jež by s tím byly spojeny. Zachování dvanáctihodinových směn zákoník toleruje a tak jsme vlastně za vodou. Tak jednoduché to zase není, v průběhu této směny je je totiž zaměstnavatel povinen poskytnout pracovníkům dvě přestávky.

Co to v praxi znamená? Odpracování či pobyt na pracovišti v délce třinácti hodin, z nichž je ovšem placeno pouze dvanáct. S tím naši zaměstnanci zřejmě souhlasit nebudou. Dosud byli vykořisťováni, ale v průběhu dvanáctihodinové směny si čas na oběd či večeři vždy našli. Nyní se nám počet pracovníků po dvě hodiny v průběhu dne neúčinně zdvojnásobí nebo budou odcházet jako dříve s tím, že jim zaplatíme jedenáct hodin. Má to ještě druhý háček, v době půlhodinových přestávek pracovník nepracuje, ale není nikým nahrazen. Tento systém se jistě báječně uplatní u bankovních úředníků, v továrních halách u montážních pásů a lze ho aplikovat i u stavebních dělníků či dřevorubců. V záchranné službě si plánovanou přestávku představit nedovedu. Podobné problémy jsou spojeny s dodržováním odpočinku mezi směnami.

Pro lékaře platí maximum 416 přesčasových hodin za rok. Ve službách můžeme rozlišovat mezi pohotovostí a výkonem práce, ale reálné propočty ukazují, že někdo dříve a jiný později, ale přečerpají všichni. Pak ještě můžeme přejít na pohotovost mimo pracoviště, ta není omezena ani placena. V podmínkách záchranné služby, kde je vyžadována permanentní akceschopnost dvacetčtyři hodin a třistapětašedesát dnů v roce je to absurdní. Ze stejných důvodů se zákoník práce v těchto paragrafech nevztahuje na hasiče a jiné vybrané profese (například v dopravě). Naše podobnost s těmito složkami je čistě náhodná, protože na rozdíl od významných úkolů, jež jsou jim svěřeny, se zabýváme pouze banálním zachraňováním lidských životů.

Ředitelé zdravotnických záchranných služeb budou příští rok stát před dilematem. Buď zachovat provoz a tím porušit zákoník práce, nechat se pokutovat a následně odvolat, nebo provoz přerušit a nechat se zavřít na základě paragrafu o obecném ohrožení. Zatím se s typicky českým švejkovstvím rodí teorie na obcházení zákona najímáním vlastních zaměstnanců formou vedlejšího pracovního poměru, o cirkulaci lékařů mezi zařízeními a okresy a podobných hazardních hrátkách. Legitimním řešením je kategorický požadavek na systémové řešení, k jeho přednesení mnoho času nezbývá. Toto vystoupení by mělo být důrazné a celostátní. Solidárně by se k němu měli připojit i ředitelé ve velkých městech, kteří se domnívají, že tyto změny možná “ustojí“. Permanentní akceschopnost a patnáctiminutová dostupnost péče platí pro celou republiku. Potenciální kolaps záchranných služeb žádný pragmaticky uvažující politik nemůže připustit, naší povinností je včas na toto nebezpečí upozornit.

Okresní úřad Příbram - Zdravotnická záchranná služba okr. Příbram - SICAR spol. s r. o.

pořádají seminář
JÍZDA POD MODRÝM SVĚTLEM

- dopravní nehody sanitních vozidel, rozbory, kasuistiky
- technické bezpečnostní prvky v sanitních vozech
- pojištění posádek a vozidel ZZS, právní ochrana
- školení řidičů

Seminář se koná v sobotu 2.12.2000 od 10.00 hod. ve velkém zasedacím sále OÚ Příbram
Příbram I, Masarykovo náměstí 145

Príspevky k aktivní účasti na daná témata zašlete do 15.11.2000, pasivní účast nahlašte do 29.11.2000

Kontaktní osoba: ZZS okr. Příbram. Školní ul. 70, 261 95 Příbram VIII

Tel.: 0306/49 49 01-2, fax: 0306/29462, e-mail: kalik@oku-pb.cz, zzs@oku-pb.cz

Sponzoři akce: OMS s. r. o. ❖ SICAR spol. s r.o. ❖ MEDIPRAX CB spol. s r. o.

Za pořadatele se na Vaši účast těší: MUDr. Čestmír Kalík - ředitel ZZS okr. Příbram

Ohliadnutie za Záchranou

MUDr Ján Hencel - primár OUM, riaditeľ súťaže Záchrana 2000

Dovoľte mi aby som pozdravil všetkých záchranárov - tých, ktorí sa na našom podujatí zúčastnili, aj tých, ktorí pod Tatry z rôznych dôvodov nezavítali. Na úvod by som chcel uviesť základné informácie o podujatí.

Podujatie **Záchrana 2000** zorganizovala skupina ľudí z oddelenia urgentnej medicíny Nemocnice s poliklinikou MUDr. V. Alexandra v Kežmarku, Záchrannej služby Košice, pod patronátom ministra zdravotníctva SR, Romana Kováča a primátora mesta Kežmarok, Františka Groholu v dňoch 21. - 24.9.2000.

Podujatia sa zúčastnilo: 240 účastníkov, 10 pozvaných hostí a 50 organizátorov zo SR, ČR a 11 účastníkov z USA.

Záchrana 2000 mala 2 časti - odbornú, v ktorej odznelo viac ako 50 prednášok a praktickú - 10 ročník súťaže posádok RLP.

Zoznam prednášok a ich znenie je dostupné na internetovej adrese: <http://www.zachrana2000.miesto.sk>. Na tejto adrese nájdete prednášky, ktoré boli organizátorom doručené v elektronickej forme. Na stránke nájdete aj testy pre lekárov, stredných zdravotníckych pracovníkov, úplné výsledky súťaže a fotogalériu. V najbližšom období tam nájdete aj vyhodnotenia jednotlivých súťažných úloh. Teším sa na Vašu návštevu na našej stránke. Prípadné pripomienky zasielajte na e-mailovú adresu organizátora: hencelj@pp.psg.sk

Osobne hodnotím odbornú časť podujatia, jeho obsahovú stránku, ale aj kvantitu a spektrum prednášok veľmi vysoko. Myslím si, že podujatie podobného rozsahu v oblasti urgentnej medicíny sa na Slovensku ešte neuskutočnilo.

10. ročník súťaže posádok rýchlej lekárskej pomoci.

Súťaž sa uskutočnila v dňoch 22. a 23.9. 2000 na cestách okresu Kežmarok a Poprad. Start, testy posádok a vyhodnotenie súťaže v Kongresovom centre Akadémie v Starej Lesnej.

Súťaže sa zúčastnilo 25 posádok, ktoré súťažili celkovo v piatich etapách. Na posádky čakalo 9 súťažných úloh.

Vodiči písali testy z pravidiel cestnej premávky, SZP a lekári z odbornej problematiky. Test bol časovo limitovaný a bol hodnotený podľa správnosti a rýchlosti. Výsledky testov boli započítavané do výsledkov súťaže.

V piatok 22.9.2000 o 21,45 sa súťaž začala dvomi nočnými etapami. Súťaže sa zúčastnili aj predjazdcovia - posádka z NsP Poprad a ZS Košice. Posádky štartovali v trojminútových intervaloch striedavo do prvej a druhej etapy. Posádky obdržali minútu pred štartom itinerár a text úloh v danej etape.

V prvej etape nazvanej "Chata" čakala na posádky na Hrebienku resuscitácia dospelého. Úloha bola obtiažna aj na organizáciu a fyzický fond - bolo potrebné vybehnúť do kopca 60 m, s kompletnou resuscitačnou výbavou. Po minútovom ošetrovaní pacienta došlo k zástave obehu s následnou KPCR. Úloha bola limitovaná časom 5 minút. Figurínu zapožičalo školiace stredisko NsP Milosrdní bratia z Bratislavy. Úlohu pripravil a hodnotil kolektív lekárov pracujúcich na OUM v NsP Kežmarok pod vedením MUDr. Ľubice Fillovej a MUDr. Marcela Sedláčka z LZS Poprad. Úloha sa uskutočnila za spolupráce s HS Tanap a HS na Slovensku - Nízke Tatry Sever. Musím povedať, že aj u nás sa opakovali "rejvízácke problémy" - zlé ovládanie defibrilátora, zlá koordinácia tímu, nesprávny algoritmus liečby. Úloha ukázala potrebu kvalitného vzdelávacieho programu v oblasti urgentnej medicíny a vybavenie trénermi na výuku a výcvik základných postupov pri KPCR.

Ďalšou úlohou bola tajná úloha "Ožrani". Jednalo sa o krátke vyhodnotenie stavu "pacienta" ktorý zastavoval sanitky pod vplyvom alkoholu. Správne riešenie bolo zastavenie a rýchle zhodnotenie stavu pacienta. Väčšina posádok, ktoré úlohu akceptovali, to znamená že zastavili, ju aj správne vyriešilo.



V druhej etape čakali na posádky 2 úlohy. Prvú úlohu sme nazvali "Balamuta". Úloha bola zameraná na triedenie ranených, konkrétne po páde vrtuľníka v nočných hodinách v horskom teréne (v oblasti Medvedej lúky). Vrak vrtuľníka zabezpečila ATE s.r.o. Poprad - prevádzkovateľ LZS, strediska Krištof 03 v Poprade. Transport vrtuľníka NAMK Mlynica a odbor PO OÚ Kežmarok za spolupráci s HS Tanap. Išlo o nájdenie a stanovenie poradia odsunu postihnutých, ktorí sa nachádzali v blízkosti vraku vrtuľníka. Balamutu zostavil kolektív OUM pod vedením MUDr. Jána Krzysika, ktorý úlohu aj vyhodnotil. Úloha ukázala vhodnosť zaradenia problému triedenia ranených v súťažnej úlohe. Okrem iného ukázala aj potrebu povinného vybavenia posádok RLP kvalitnou osvetľovacou technikou pre každého člena posádky.

Druhá úloha v etape bola výmena kolesa, ktorú sme zabezpečili v spolupráci s Automotoklubom Kežmarok.

Ďalší deň, sobota 23.9.2000 nás privítala chladom a vlhkým počasím. Prvé vozidlá štartovali ráno o 7,00. Štartovalo sa do dvoch etáp, v trojminútových intervaloch. Štart bol pred hotelom Horizont v Starej Lesnej. Najhoršie sa vstávalo rozhodcom, ktorí až do 3,30 hľadali stratenú posádku z Humenného. Boli sme veľmi radi, keď sme asi o 3.30 zistili, že posádka, ktorá údajne nevedela o štarte druhej etapy, bola v tom čase už v posteli.

V prvej etape čakali na súťažné posádky 3 úlohy.

Prvá úloha s názvom "Les", preverila najmä vodiča a sestru/záchranára, ktorí zasahovali u pacienta - drevorubača s poranením. Úloha bola limitovaná časom 4 minút a posádka mala diagnostikovať ochorenie a stanoviť ďalší postup. Úloha bola vedená MUDr. Sedlačkom v spolupráci s HS Nízke Tatry Sever. Väčšina posádok túto úlohu zvládlo veľmi dobre.

Druhá úloha v rámci etapy - ošetrenie potápača s poranením chrbtice vo Vrbovskom rybníku. Bola zorganizovaná v spolupráci s potápačským klubom Kosatka v Poprade. Rozhodcom bol MUDr. Henryk Zajac z OPS NsP Poprad. Úloha spočívala v dosiahnutí potápača na vodnej hladine rybníka vo Vrbove za pomoci člna a následne správna diagnostika, ošetrenie, fixácia a voľba spôsobu transportu. Úlohu s "mokrou nohou" uskutočnili len 2 posádky.

Poslednú úlohu sme nazvali "Bezdomovec". Úlohu pripravil a vyhodnotil MUDr. Jaroslav Grochola. Jednalo sa o diagnostiku a ošetrenie pacienta s infarktomyokardu. Posledná posádka

etapu ukončila po 11 hodinách. Väčšina posádok vyvládla súťažnú úlohu bez problémov.

Druhá etapu tvorili 2 súťažné úlohy.

Úloha "Lampáreň" bola lokalizovaná v centre mesta Kežmarok pred radnicou. Išlo o autonehodu, pri ktorej utrpeli ľahšie poranenia 2 osoby a ťažko bola zranená 1 osoba. Hlavným rozhodcom bol prim. MUDr. Ján Stankovič OAIM Kežmarok. Úloha bola zabezpečená v spolupráci s odborom PO OÚ Kežmarok, NAMK Mlynica, HS Tanap.

Záverčná úloha v rámci tejto etapy nesie názov "Kaštieľ". Úlohu pripravila a hodnotila prim. MUDr. Beáta Šoltýsová, ktorá už 2 roky vedie projekt Hope v resuscitácii novorodenca v našej NsP a jej školením prešli všetci členovia OUM Kežmarok. Bola zameraná na resuscitáciu novorodenca. Uskutočnila sa v krásnom prostredí kaštieľa Strážky. Hodnotenie, že posádka úlohu zvládla si zaslúžili len 2 posádky. Čiastočné zvládnutie úlohy charakterizovalo ďalšie 2 posádky.

Posledná bola jazda zručnosti vodičov. Vzhľadom na technické problémy pri tejto úlohe (zlyhala spojka na aute roka 2000) úloha, ktorá sa odohrávala v centre mesta Kežmarok, nebola hodnotená - jazdu neabsolvovali všetci súťažiaci.

Vyhodnotenie a spracovanie výsledkov trvalo cca do 19,00, keď boli výsledky schválené na zasadnutí rozhodcov.

O 19,30 bolo zahájené slávnostné ukončenie súťaže Záchrana 2000. Po vyhodnotení jednotlivých úloh rozhodcami a oficiálnom vyhlásení výsledkov pokračovalo podujatie spoločenským večerom v Kongresovom centre Akadémie v Starej Lesnej.

Nedá mi, aby som na záver nespomenul ešte úlohu zvanú "Závora". Išlo o riešenie hromadného nešťastia s vyše 70 poranenými. Úloha sa odohrávala vo VVP Javorina - Záfubica. Vzhľadom na špecifickosť a jedinečnosť podobného stretnutia na Slovensku by som sa rád úlohe vrátil v niektorom z nasledujúcich čísel časopisu Urgentná medicína a preto by som Vám k tejto úlohe už viac neprezrádzal.

Takže teším sa o rok - asi v Bratislave.

Výsledky súťaže Záchrana 2000:

1. miesto : Mestský požiarny zbor Bratislava
2. miesto : Záchranná služba Košice
3. miesto : Martinská fakultná nemocnica

VII. Dostálové dny, Opava 5. - 6. 10. 2000

V pohádkových podzimných kulisách zámku v Hradci nad Moravicí sa konaly tradičné Dostálové dny, jejichž hlavnými témami boli letos otravy a problematika drog, právni a súdne-lékařská problematika a byl samozřejmě ponechán prostor i pro jakékoli další zajímavé přednášky.

Čtvrtek byl téměř celý ve znamení intoxikací - zejména drogami, ale i s několika přednáškami, upozorňujícími na nebezpečí látky u našich pacientů nejméně často, tedy alkoholu. Oproti konferenci v roce 1997 v Mělníku, která byla také problematice intoxikací zčásti věnována, došlo k určitému prohloubení náhledu na celou oblast a ke zjevnému "zdomácnění" tohoto typu výjezdů ve spektru činnosti všech záchranných služeb, nejen tedy z velkých měst. Velmi zajímavé byly přednášky slovenských autorů o roděnkách - toxikomankách (Masár) a nezávislých narkomanech - novorozencích těchto matek (Drobná - oba z Bratislavy). Podle čísel o celkových počtech toxikomanů je na Slovensku problém možná ještě palčivější než v České republice. Zajímavé byly i odpovědní kazuistiky o intoxikaci Diakordinem (Pokorná, Kratochvíl, Skřípský - Praha) a o poruchách rytmu při kombinované intoxikaci PCP a kanabinoidy (Hrubá, Mucha - Brno). Nejlepší přednáškou byla na základě ankety zvolena přednáška o nedrogové problematice drog primářky Drábkové.

Vědou znaveným účastníkům konference byl nabídnut výlet z konce 20. století do minulosti při prohlídce zrenovovaného zámku, večer mohli aktivně odpočívat tancem či neaktivně jakkoliv jinak.

Druhý den byl zahájen tematikou urgentních příjmů a pokračoval blokem soudně-lékařským a právním.

Takže příští rok zase na shledanou v Opavě!

Jana Šeblová

URGENTNÍ MEDICÍNA NA INTERNETU

Informační servis pro čtenáře, kde hledat elektronické informace o urgentní medicíně a zdravotnických záchranných službách. Další odkazy (links) najdete prakticky na každé z níže uvedených adres. Ještě si dovolujeme upozornit, že náš seznam nevypovídá zřehla nic o kvalitě informací, které zde můžete nalézt.

A. Doma

- Zdravotnická záchranná služba ČR
www.zzscr.cz
- Územní středisko záchranné služby České Budějovice
www.uszscb.cz
- Územní středisko záchranné služby Jihlava
www.profia-computers.cz/uszs-jihlava
- Územní středisko záchranné služby Liberec
www.volny.cz/izs/uszs
- Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy
www.zzshmp.cz
- Zdravotnická záchranná služba okresu Příbram
www.zzs.cz
- Zdravotnická záchranná služba okresu Mělník
www.profia.cz/melnik
- Asociace samaritánů České republiky
www.zs-ascr.cz
- Záchranná služba okresu Beroun
web.telecom.cz/zsberoun
- Záchranná služba Jeseník
www.zs.oku-je.cz

B. V USA

- American College of Emergency Physicians
www.acep.org
- American Academy of Emergency Medicine
www.aem.org
- Society for Academic Emergency Medicine
www.saem.org
- American Board of Emergency Medicine
www.abem.org
- Association of Emergency Physicians
www.aep.org
- Emergency Medicine Residents' Association
www.emra.org

C. V zahraničí mimo USA

- European Society for Emergency Medicine
www.diesis.com/eusem
- European Resuscitation Council
www.erc.edu

- European Centre for Disaster Medicine
www.diesis.com/cemec
- British Association for Accident and Emergency Medicine
www.baem.org.uk
- The Canadian Association of Emergency Physicians
www.caep.ca
- The Australasian College of Emergency Medicine
www.acem.org.au
- Emergency Medicine Research Group
www.emerg-uk.com
- Slovenská spoločnosť urgentnej medicíny
www.vadium.sk/anaesth/urgent
- Polish Society for Emergency Medicine
www.medycynyratunkowa.com.pl

-mav-

Bibliografie urgentních příjmů nemocnic

Soupis české lékařské literatury o problematice urgentních příjmů nemocnic a jejich vztahu ke zdravotnickým záchranným službám.

Poslední revize soupisu provedena v červnu 2000. Tvar citace odpovídá tzv. Vancouveru Style.

1. Mareček V. Projekt akutní medicíny v dnešním zdravotnictví (NKAM). Zdrav Nov, Léč Listy 12.4.1996: 15.
2. Pokorný J st. Význam oddělení akutních příjmů pro práci zdravotnické záchranné služby. Anest Neodklad Péče 1997;8:54-55.
3. Mareček V. Oddělení akutního příjmu a zdravotnické záchranné služby. Dopis redakci. Anest Neodklad Péče 1998;9:87-88.
4. Pokorný J ml. Oddělení akutního příjmu pacientů v nemocnicích: kdy, kde, jak? Dopis redakci. Anest Neodklad Péče 1998;9:261.
5. Oplt J. Urgentní příjem - zkušenosti z provozu oddělení. Urgent Med 1998;1(1):15-17.
6. Kutěj V. První zkušenosti z provozu akutního příjmu v Hranicích. Urgent Med 1998;1(2):24-26.
7. Mareček V. Projekt organizace úrazové služby v České republice. Zdrav. Nov. 19.6.1998: 8 (1. část) a 26.6.1998: 6 (2. část).
8. Mareček V. O budoucnosti systému ZZS aneb kam, čeští záchranáři, kam jdete? Zdrav Nov 18.9.1998:10.
9. Drábková J. Komentář k Manifestu Rady Evropské společnosti pro urgentní medicínu (EuSEM). Ref Vyb Anest Resuscit 1998;45:182-184.
10. Mareček V. Emergency Medicine s českou tvář. Urgent Med 1999;2(2):40-41.

-mav-

Občanské sdružení REMEDIUM PRAHA se sídlem Vinohradská 176, 130 00 Praha 3

nabízí výcvikový program pro pracovníky zdravotnických záchranných služeb:

Profesionální ochrana proti profesní zátěži

Profesionální záchranáři, včetně členů týmů zdravotnických záchranných služeb jsou vystaveni specifické profesní zátěži. Je zřejmé, že významnou složkou je zátěž psychického charakteru. Opakovaná střetnutí s traumatickými situacemi, kontakt se smrtí nebo práce s těžce zraněnými lidmi jsou běžnou součástí práce záchranářů. Výše uvedené charakteristiky řadí práci záchranáře mezi nejprestížnější povolání, současně ale také mezi nejnáročnější profese vůbec, s významným vlivem na kvalitu života pracovníků.

Výcvikový program nabízí efektivní preventivní aktivity orientované na snížení vlivu psychické zátěže na pracovníky záchranných služeb:

1. Teorie, informace, edukace.

- co je to akutní reakce na stres (ARS), posttraumatické stresové porucha (PTSP), burn-out syndrom - klinické projevy, příčiny vzniku
- bloková teorie stresu - usazování stresu ve specifických tkáních
- jednorázové extrémní a méně zřetelné protražované ohrožení - vliv na organismus - zvědomění dvojího rizika

2. Sebezkušenost, výcvik, modelování.

- vlastní zkušenost s individuálními psychofyziologickými vzorci reagování na zátěž, zvědomění těchto vzorců
- zvyšování citlivosti na signály ohrožení a nepracovaných následků profesní zátěže

- antistresová cvičení - práce s psychofyziologickými vzorci reagování (práce s tělem, práce s myslí - grounding, centering, focusing) - aktuálně v akci, průběžně mentální hygiena a péče o pracovní prostředí

3. Management krizových situací, práce týmu.

4. Krizová intervence.

- osobní konzultace, podporovaná vedením
- práce se skupinou - před, v průběhu akce, po akci (debriefing) - podporované vedením týmu

Nabízený program je rozvržen do dvou bloků (2+2 dny). pro celé týmy je možné dohodnout i jiné schéma.

Lektoři: PhDr. L. Koblí, MUDr. J. Šeblová, Mgr. P. Konopásek
Odborná garance: Mgr. Y. Lucká

Termín a místo konání: Občanské sdružení Remedium Praha,
8. a 9. 12. 2000 a 9. a 10. 2. 2001

Kontakt a přihlášky: Remedium Praha, Vinohradská 176,
130 00 Praha 3, tel. : 02/727 43 360



Takový byl Mirek Vondráček

Dne 19. července tohoto roku krátce po desáté hodině došlo na rovném, naprosto přehledném úseku silnice mezi obcí Kostomlaty a Nymburkem k čelnímu střetu sanitního vozu Mercedes Sprinter s nákladním automobilem. Proti houkající a blikající sanitě z nepochopitelných důvodů vyjel z řady zpomalujících a k pravé krajnici řadících se aut a nedal řidiči vozu ZS nejmenší šanci. Výsledek nehody byl strašlivý. Na místě mrtev je pacient, transportovaný z jiné dopravní nehody, svou životní pouť končí 46letý lékař, ředitel ZZS okresu Nymburk, MUDr. Miroslav Vondráček. Sestra a řidič utrpěli středně těžká zranění. Tolik strohá fakta.....

Dovolte mi, jako jeho nejbližšímu spolupracovníkovi, několik řádků o zesnulém kolegovi.

Mirek Vondráček měl za sebou velmi pestré medicínské osudy. Začínal jako anesteziolog v kutnohorské nemocnici, kde složil obě atestace v oboru a stal se primářem nelůžkového ARO. Poté krátce pracoval ve Vrchlabí a čtyři roky strávil v Českém Brodě. A to si mezitím ještě stačil odskočit na českou zámořskou loď, kde působil jako lodní lékař. V roce 1997 vyhrává konkurs na místo primáře ARO v nemocnici v Nymburce. Zde mu však příliš pšenka nekvetla, kolektiv lékařů ho "nevzal", na oddělení panovaly napjaté vztahy, a tak Mirek po ročním působení s ulehčením přijímá výzvu Okresního úřadu, který po letech průtahů a spekulací konečně zřizuje okresní ZZS jako samostatný subjekt a Mirka na základě výběrového řízení ustanovuje do funkce ředitele. To byla, myslím, pro Mirka konečně ta správná parketa. Zkušenosti z let primářování se mu znamenitě hodily, jeho psavost a velmi dobrý písemný projev i vyjadřování znamenaly velké plus v desítkách počátečních jednání s rozličnými institucemi, při sepišování smluv, koncepcí a jiných nezbytností tak důležitých pro bezproblémové fungování nově zřízené instituce. Přímo se vyžíval v jednání s potencionálními sponzory. Nedal se odradit počátečními neúspěšnými kontakty, opakované telefonáty i návštěvy nezřídka přinesly kýžený úspěch. V tom jsme ho všichni obdivovali, málokdo z nás by měl takovou výdrž. I když se kolikrát zdálo, že je z věčných, často do nekonečna se táhnoucích jednání s nejrůznějšími byrokraty otrávený a znechucený, většinou neztrácel dobrou náladu a jeho životní optimismus byl opravdu nezdolný. Na své podřízené byl hodný a pokud vše šlapalo, tak jak má, nechal je žít. Menší války vedl občas s dispečerkami, ale vždy to bylo pro dobro věci.

Jednoho dne, poté, co jsem s manželkou navštívil veprové hody na parníku Král Jiří v Poděbradech, jsem se jen tak mezi řečí zmínil, jak se nám večer strávený

na lodi líbil, a že by nebylo od věci tam někdy uspořádat pěkný záchrankový mejdan. Nějaký čas bylo ticho po pěšině a pak náhle přišel Mirek s myšlenkou uspořádat na lodi krajský odborný seminář. Tato idea, nakonec v mnohem rozšířenější podobě, jak všichni víme, došla naplnění a akce "Mirkův parník" má své pevné místo v kalendáři setkání pořádaných naší odbornou společností.

Mirek byl vůbec oblíbený kumpán a společník a jeho nakažlivý smích byl ozdobou nejedné společenské akce. Měl rád dobré jídlo a dobrý trunk a nijak si v těchto svých oblíbených činnostech neodpíral. Při pravidelných nákupech v „MAKRU“ nikdy nechyběla škatule sektu a zejména zásoba jeho nejoblíbenějšího nápoje, Jacka Daniel'se, nejlepší whiskey z Tennessee. Toho dokázal opravdu vychutnat a v mírném rauši s ním byla největší legrace.

Přímo legendární se stala naše návštěva "MEFY" v Brně před dvěma lety. Při cestě tam ještě před Kolínem Mirek zjistil, že doma zapomněl doklady, což ho však zanechalo v naprostém klidu a my bez nejmenších problémů dorazili na místo. Zde pak při návštěvách stánků spřízněných vystavovatelů popili jsme ne jeden kalíšek různě ušlechtilých nápojů a rovněž náš pan ředitel a šofér v jedné osobě si občas usrkl. Zpáteční cesta ubíhala v poklidu až skoro k Čáslavi, kde Mirek v euforii předjížděl na železničním přejezdu tři auta v řadě, jako na potvoru však to prostřední byl hlídkový policejní vůz. Ten nás samozřejmě okamžitě předjel a donutil zastavit. Mirek neohroženě vystoupil z auta a my se nestačili divit. Jsa bez dokladů a jevíc evidentně známky podnapilosti, doslova "ukecal" dva policisty, kteří byli evidentně vyvedeni z konceptu takovým způsobem, že mu zapomněli uložit blokovou pokutu a ještě nám při rozjezdu salutovali.

Klasická byla i jeho účast na Rallye Rejvíz, které se zúčastňoval jako osoba nesoutěžící, aby měl více času a prostoru k podpoře společenského dění. Nadšen byl zejména vystoupením cimbálové muziky, kterou vydržel poslouchat a tancovat při ní až do ranního kuropění. Po snídani si na pár hodin schrupnul a odpoledne opět ve znamenité formě a pohodě pokračoval v plnění společenských povinností všeho druhu.

Takový to byl člověk, jak jsem ho poznal já i naši spolupracovníci. Život jde samozřejmě dál, čas zhojí každou ránu, ale jedno mohu prohlásit s určitostí. Na Mirka Vondráčka, dobrého šéfa a kamaráda, nikdy nezapomeneme !

V Nymburce dne 3.10.2000
MUDr. Pavel Zuska

Prague Emergency Medicine Lessons (PEML)

Vážený kolegové,

jsme velmi potěšeni, že Vás můžeme informovat o nové mezinárodní vzdělávací akci pro lékaře oboru urgentní medicína, kterou bude organizovat Česká společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLSJEP ve spolupráci s Katedrou urgentní medicíny a medicíny katastrof IPVZ Praha. Akci budeme pořádat jednou za dva roky, poprvé 6. - 8. prosince 2001.

Smyslem projektu je „import“ předních odborníků oboru Emergency Medicine ze světa do České republiky, kteří budou přednášet jak našim lékařům, tak i dalším kolegům z Evropy. Bude se jednat o vyžádané edukační přednášky na aktuální témata našeho oboru. Důraz bude kladen na dostatečný prostor pro následnou diskusi. Přednášky budou pronášeny v jazyce anglickém. **Pro české posluchače bude zajištěn simultánní překlad.**

Věříme, že tento náš mezinárodní vzdělávací projekt bude jasným přihlášením se českých lékařů urgentní medicíny do evropského proudu myšlení v nově se rodícím medicínském oboru.

Praha, září 2000


MUDr. Milan Ticháček
předseda


MUDr. Čestmír Kalík
vědecký sekretář

**Česká společnost urgentní medicíny
a medicíny katastrof ČLSJEP**

Další informace: <http://congress.cls.cz/peml>