

URGENTNÍ MEDICÍNA

1 | 20
24

ČASOPIS
PRO NEODKLADNOU
LÉKAŘSKOU PÉČI

Z OBSAHU VYBÍRÁME

- Neobvyklá příčina anémie u pacientky s mentální bulimií
- Bezpečné prostředí zdravotnického záchranáře
- Bezpečnost na urgentním příjmu
- Správa zo XIV. Stredoeurópskeho kongresu UM a MK
- MUDr. Jiří Štětina laureátem Ceny prezidenta Asociace ZZS pro rok 2024
- Poslední let Josefa Knotka



Urgentní medicína
je partnerem České
resuscitační rady



Urgentní medicína je vydávána ve
spolupráci se Společností urgentní
medicíny a medicíny katastrof
ČLS JEP



Urgentní medicína je vydávána
ve spolupráci se Slovenskou
spoločnosťou urgentnej medicíny
a medicíny katastrof SLS

Urgentní medicína je v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik Rady pro výzkum a vývoj ČR.
Časopis je excerpován v Bibliographia medica čechoslovaca.

Archiv 2001– 2022 na www.urgentnimedica.cz

Vedoucí redaktorka / Editor-in-Chief:

Jana Šeblová, Praha
Odpovědný redaktor / Editor:
Jan Mach, České Budějovice
Korektury / Proofreading:
Nina Wanča, Praha

Redakční rada / Editorial Board

Jan Bradna, Praha
Roman Gřegoř, Ostrava
Dana Hlaváčková, Praha
Stanislav Jelen, Ostrava
Vladislav Kutěj, Olomouc
Jaroslav Kratochvíl, České Budějovice

Rubriky a redaktoři:

Urgentní příjmy / Emergency departments – Jaromír Kočí
Přednemocniční neodkladná péče / Prehospital emergency care
– Roman Škulec
Medicína katastrof / Disaster medicine – Robin Šín
Organizace a řízení systémů / Systems' organization
and management – Robin Šín
Operační řízení / Medical dispatch – Ondřej Franěk
Pediatrie v urgentní medicíně / Paediatrics in emergency medicine
– Pavel Heinige
Diagnostické metody / Diagnostic methods – Roman Škulec
Přístroje a technika / Medical devices – Patrik Cmorej
Fyziologie a urgentní medicína / Physiology and emergency
medicine – David Astapenko
Doporučené postupy / Guidelines – Ondřej Franěk
Vzdělávání a atestační otázky / Education – Jana Kubalová
Etika, psychologie, právo / Ethics, psychology, law – Jana Šeblová
Zpravodaj České resuscitační rady / Czech Resuscitation Council
newsletter – Anatolij Truhlář
Diskuze, polemika, názory / Discussion, opinion – Jana Šeblová
Informační servis / Information – Jana Šeblová

**Mezinárodní redakční rada /
International Editorial Board**

Philip D. Anderson, USA
Abdel Bellou, Francie
Maaret Castrén, Finsko
Barbara Hogan, Německo
Oto Masár, Slovensko
Francis Mencil, USA
Agnes Meulemans, Belgie
Roberta Petrino, Itálie
Christoph Redelsteiner, Rakousko
Marc Sabbe, Belgie
Štefan Trenkler, Slovensko

Externí recenzenti / External reviewers

Jana Berková, Hradec Králové
Táňa Bulíková, Bratislava
Pavel Böhm
Blanka Čepická, Praha
Jiří Danda, Praha
Viliam Dobiáš, Bratislava
Jan Havlík, Kostelec nad Labem
Petr Hubáček, Olomouc
Lukáš Humpl, Opava
Josef Karaš, Košice
Leo Klein, Hradec Králové
Jiří Knor, Praha
Milana Pokorná, Praha
Pavel Urbánek, Brno
Jiří Zika, Praha

Členové redakční rady časopisu, mezinárodní redakční rady ani externí recenzenti nejsou v zaměstnaneckém poměru u vydavatele.

Časopis Urgentní medicína je vydáván od roku 1998, periodicitu je čtyřikrát ročně, ISSN 1212–1924, evidenční číslo registrace MK ČR dle zákona 46/200 Sb.: MK ČR 7977.

**Toto číslo předáno do tisku dne: /
Forwarded to press on: 20. 8. 2024**

Sazba a produkce / Typesetting and production:
Jonáš Kocián, jonas@jungletown.cz

Zaslané příspěvky a fotografie se nevracejí, otištěné příspěvky nejsou honorovány. Texty neprocházejí redakční ani jazykovou úpravou. / Submitted manuscripts and photos are not returned, contributions are not monetarily rewarded. The texts do not go through the editorial and linguistic corrections. Rukopisy a příspěvky zasílejte na adresu / Manuscripts and other contributions should be sent by e-mail: seblo(a)volny.cz

Vydavatel / Publisher: MEDIPRAX CB s. r. o.
Husova 43, 370 05 České Budějovice
tel.: +420 385 310 382
tel./fax: +420 385 310 396
e-mail: mediprax@mediprax.cz

Inzerce zasílejte na adresu vydavatele. Vydavatel neručí za kvalitu a účinnost jakéhokoli výrobku nebo služby nabízených v reklamě nebo jiném materiálu komerční povahy. / Advertising should be sent to the publisher. Publisher does not guarantee the quality and efficacy of any product or services offered in advertisements or any other material of commercial nature.

Předplatné / Subscription: Mediprax CB s.r.o.

POKYNY PRO AUTORY

Urgentní medicína je odborný časopis, který se zabývá celým klinickým rozsahem urgentní medicíny a souvisejících medicínských oborů, výzkumem, organizací, medicínou katastrof, humanitární medicínou i vzděláváním.

Redakce přijímá příspěvky odpovídající odbornému profilu časopisu. V časopise jsou zveřejňovány původní práce, přehledové články, kazuistiky, souborné referáty či krátké zprávy, které jsou tříděny do následujících rubrik: Urgentní příjmy / Přednemocniční neodkladná péče / Medicína katastrof / Operační řízení / Pediatrie v urgentní medicíně / Diagnostické metody / Přístroje a technika / Fyziologie a urgentní medicína / Doporučené postupy / Vzdělávání a atestační otázky / Etika, psychologie, právo / Zpravodaj České resuscitační rady / Diskuze, polemika, názory / Informační servis. Zasláním příspěvku autor přijímá následující podmínky:

1. zasláný příspěvek musí být určen výhradně pro časopis Urgentní medicína (UM) a pokud jej časopis přijme, nesmí být poskytnut k otištění v jiném periodiku,
2. uveřejněný text se stává majetkem UM a přetisknout jej celý nebo jeho část přesahující rozsah abstraktu lze jen se souhlasem vydavatele.

Souhlas s podmínkami otištění vyplní korespondující autor na webu časopisu: http://urgentnimedicina.cz/?page_id=94

Autor nese plnou zodpovědnost za původnost práce, za její věcnou i formální správnost. U překladů textů ze zahraničí je třeba dodat souhlas autora; v případě, že byl článek publikován, souhlas autora i nakladatele. Příspěvek musí splňovat etické normy (anonymita pacientů, dodržení principů Helsinské deklarace u klinických výzkumů, skrytá reklama apod.).

Příspěvky procházejí recenzním řízením (s výjimkou rubrik: Zpravodaj České resuscitační rady / Diskuze, polemika, názory / Informační servis). Příspěvky posuzuje v prvním kole vedoucí redaktor a redaktor příslušné rubriky, ve druhém kole externí recenzent. V případě externích recenzentů je recenzní řízení oboustranně anonymní, práce jsou posuzovány po stránce obsahové i formální. Na základě připomínek recenzentů může být text vrácen autorům k doplnění či přepracování nebo může být zcela odmítnut. V případě odmítnutí příspěvku nebude zasláný příspěvek vrácen a současně nebude archivován. Redakce si vyhrazuje právo provádět drobné jazykové a stylistické úpravy rukopisu.

Náležitosti rukopisu

- Příspěvky musí být psané v českém, slovenském nebo anglickém jazyce.
- Text ve formátu .doc, .docx, .odt; písmo Times New Roman, velikost 12, řádkování jednoduché, styl normální, zarovnání vlevo, bez číslování stránek, nesmí obsahovat výrazné typografické prvky a zvýraznění (barevná či podtržená písmena, záhlaví a zápatí apod.).
- Obrazová dokumentace musí být dodána samostatně v elektronické podobě (.jpg, .gif, .tif, .bmp, .eps, .ai, .cdr – rozlišení 300 DPI, písmo převedeno do křivek) nebo jako fotografie či tištěná předloha. Grafy je nutné zpracovat pro jednobarevný tisk.

- Pod názvem příspěvku jsou uvedeni autoři a jejich pracoviště včetně korespondenční i elektronické adresy jednoho z autorů. Kontaktní adresa bude uvedena na konci článku.
- Struktura textu u původních vědeckých prací: úvod, metody, výsledky, diskuze, závěr. Původní práci je nutno opatřit abstraktem v češtině v rozsahu 100 až 200 slov, anglickým překladem abstraktu a 3–5 klíčovými slovy v obou jazycích. Korekturu dodaného překladu abstraktu ve výjimečných případech zajistí redakce.
- Citace se řídí citační normou ČSN ISO 690 a 690-2 (<http://citace.com>). Seznam citované literatury se uvádí souhrnně na konci textu v pořadí, ve kterém byl zdroj použit v textu. Pro označení zdrojů se používá číslo v hranaté závorce [1]. Následné odkazy citovaného zdroje obdrží stejné číslo jako první odkaz.

Příklady citací:**MONOGRAFIE:**

1. JEANMONOD, R., ASHER, S., SPIRKO, B., PAUZÉ, D. R. *Pediatric Emergency Medicine – Chief Complaints and Differential Diagnosis*. United Kingdom: Cambridge University Press, 2018. ISBN 978-1-316-60886-9.

ČLÁNEK V ČASOPISE:

2. HERTZBERG, D., HOLZMANN, M. J., ZHAN, M., PICKERING, J. W. *Acute kidney injury in patients presenting with chest pain to the emergency department, a descriptive study of the most common discharge diagnosis and mortality*. *European Journal of Emergency Medicine*. 2019, 4:242–248. ISSN 0969-9546.

PŘÍSPĚVEK VE SBORNÍKU:

3. VAŇATKA, T., VANÍČKOVÁ, K., KUPKA, P. *Traumatem indukovaná koagulopatie – marker kvality péče? In: TICHÁČEK MILAN, ed. Urgentní medicína a medicína katastrof 2017. Ostrava: XXIV. Dostálovy dny, 2017, s. 26. ISBN 978-80-7464-946-2.*

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

4. ASHEIM, A., NILSEN, S. M., CARLSEN, F. et al. *The effect of emergency department delays on 30-days mortality in Central Norway*. *European Journal of Emergency Medicine [online]*. 2019 May 23 [cit. 2019-07-18] eISSN1473-5695.

Příspěvky jsou přijímány v elektronické formě na adresu: [seblo\(a\)volny.cz](mailto:seblo(a)volny.cz)

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

ÚVOD

- 4 Obsah
- 6 Úvodní slovo – Jana Šeblová

URGENTNÍ PŘÍJMY

- 7 Neobvyklá příčina anémie u pacientky s mentální bulimií – Martina Fibichová

ORGANIZACE A ŘÍZENÍ SYSTÉMŮ

- 11 Bezpečné prostředí zdravotnického záchranáře – Jaroslav Pekara, Ondřej Brůžek
- 17 Bezpečnost na urgentním příjmu – Jana Šeblová

INFORMAČNÍ SERVIS

- 21 Správa zo XIV. Stredoeurópskeho kongresu UM a MK – Táňa Bulíková
- 23 MUDr. Jiří Štětina laureátem Ceny prezidenta Asociace ZZS pro rok 2024
- 26 Poslední let Josefa Knotka – Jiří Knor

INTRODUCTION

- 5 Contents
- 6 Editorial – Jana Šeblová

EMERGENCY DEPARTMENTS

- 7 Unusual cause of anaemia of a female patient with mental bulimia – Martina Fibichová

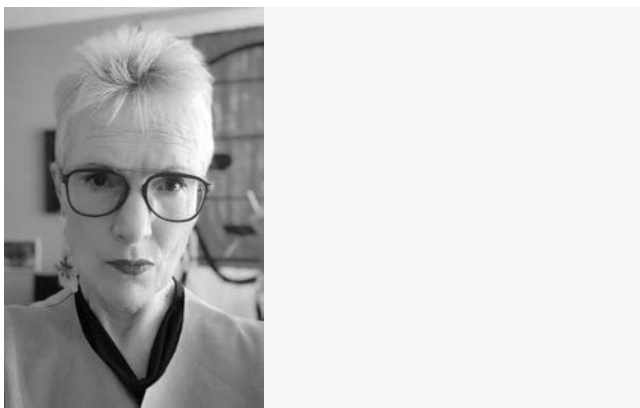
SYSTEMS' ORGANIZATION AND MANAGEMENT

- 11 Safe environment for paramedics – Jaroslav Pekara, Ondřej Brůžek
- 17 Safety at Emergency Department – Jana Šeblová

INFORMATION

- 21 Report from the XIV Middle-European Congress of Emergency and Disaster Medicine – Táňa Bulíková
- 23 Dr. Med. Jiří Štětina received the 2024 award of the President of the Association of EMS of the Czech Republic
- 26 The last flight of Josef Knotek – Jiří Knor

ÚVODNÍ SLOVO



Urgentní medicína jako samostatný obor je s námi (a s našimi pacienty především) již 26 let, odborná společnost 30. Dostálovy dny urgentní medicíny slaví letos také třicetileté výročí. Přesto mnozí kolegové jiných odborností a vyučující na lékařských fakultách o její existenci mnoho netuší, a pokud ano, tak jsou představy o obsahu urgentní medicíny velmi mlhavé a nepřesné („Proboha, co chtějí ti katastrofici z ulice učit?“ je jeden z autentických citátů jednoho ctihodného akademika v diskuzích o potřebě UM jakožto základního oboru). A čas od času zazní otázky a diskuze, o čem to vlastně všechno je, i z našich řad. Pokud chceme poskytovat kvalitní péči a dokázat přitáhnout i mladé lékaře a absolventy medicíny, musíme mít jasno v tom, co můžeme nabídnout.

O čem tedy je urgentní medicína, dnes a v současných našich podmínkách? Se vznikem téměř devadesáti urgentních příjmů podle sítě stanovené MZ ČR a s opakující se veřejnou diskuzí o zneužívání ZZS i „urgentů“ je to otázka dost aktuální. Definici oboru najdete v mnoha dokumentech odborných společností v Evropě i v USA (i jinde), stejně jako na stránkách WHO. Ve všech se objevuje, že urgentní medicína se zabývá vstupním posouzením, diagnostikou, léčením a managementem (= koordinací péče mezi různými odborníky) všech nediferencovaných akutních a urgentních stavů, úrazových, neúrazových i psychiatrických, kdekoliv a komukoliv. Kdekoliv zahrnuje přednemocniční péči i různé systémy pohotovostí, časnou nemocniční péči, ale i místa mimořádných událostí a katastrof, nověji bývá zahrnuta i telemedicína. Komukoliv zahrnuje všechny věkové kategorie, ale i celé sociální spektrum a někde je explicitně zmíněno i to, že se nehledí na schopnost za péči platit (českému pacientovi asi nesrozumitelná podmínka). Bývá zmíněno, že urgentní medicína je spojnicí mezi primární péčí, terénními službami, nemocniční a specializovanou péčí. Je jedinou nepřetržitou dostupnou službou pro pacienty, kteří hledají pomoc, záchrannou síť pro všechny bez rozdílu. Některé stavy jsou kritické z časového pohledu a péče musí být poskytnuta včas, o jiných si to myslí pacient.

Nebo jednodušeji: pan docent Kočí, přednosta první Kliniky urgentní medicíny v ČR shrnuje definici urgentní medicíny parafrází z Harryho Pottera: „Na urgentním příjmu se dostane pomoci každému, kdo o ni požádá.“ V jakém časovém horizontu a jaké pomoci, to už by měla být naše dovednost medicínská a organizační. Na tu organizaci samozřejmě nemůžeme zůstat sami, musí se podílet managementy ZZS i nemocnic, kraje, ministerstvo a další hráči. My bychom měli dodat zkušenosti (které máme) a data (která za segment urgentních příjmů nemáme a mít bychom měli).

Urgentní medicína není JENOM přednemocniční péče nebo JENOM urgentní příjem nebo JENOM ony výše zmíněné katastrofy. Je charakterizována odlišným komplexním pohledem na zdravotní (či zdravotně sociální) problém a schopností jej dořešit. Buď pacienta propustíme ze své péče (třeba i ponecháním na místě) nebo předáme dále. A to nejen na nějaké lůžko v nemocnici; může to být praktický lékař pacienta, paliativní mobilní tým, krizové centrum nebo Armáda spásy. Součástí oborových dovedností je nezbytně práce s prioritami řešení, ať už listujeme souhrnem diagnóz pacienta, kterého právě přivezla posádka záchranky se „zhoršením stavu“ a přemýšlíme, odkud začneme, nebo se pokoušíme stanovit pořadí pacientů v čekárně za doby chřipkové epidemie, případně třídíme zraněné z dopravní nehody autobusu. Ve své nemocnici se doberete uznání urgentní medicíny jakožto samostatné specializace v okamžiku, kdy za vámi kolega přijde s prosbou: „Prosím Tě, babička už byla vyšetřena kdekým, ale pořád se necítí dobře, můžeš se na ní prosím Tě kouknout?“

Studentům medicíny můžeme nabídnout dobrodružství, luštění medicínských detektivních příběhů (někdy), znalost celého spektra medicínských oborů a schopnost vyřešit každý problém. Ve Spojených státech trval průnik oboru na akademickou půdu 40 let. Pokusíme se být rychlejší?

Za redakci (a bohužel jako poslední roky opět s omluvou za pozdní vydání)

Jana Šeblová

NEOBVYKLÁ PŘÍČINA ANÉMIE U PACIENTKY S MENTÁLNÍ BULIMIÍ

UNUSUAL CAUSE OF ANAEMIA OF A FEMALE PATIENT WITH MENTAL BULIMIA

MARTINA FIBICHOVÁ¹

¹ Oddělení ambulantních provozů, Fakultní nemocnice Hradec Králové

ABSTRAKT

Anémie patří mezi časté příčiny návštěvy urgentního příjmu. Autorka v kazuistice prezentuje případ mladé ženy, která byla opakovaně vyšetřena a hospitalizována pro projevy anemického syndromu při těžké normocytární normochromní sideropenické anémii. Pacientka byla vyšetřována na nízkoprahovém interním příjmu a hospitalizována na okresním interním i specializovaném hematologickém oddělení. Absolvovala množství neinvazivních i invazivních vyšetření, avšak ke správné diagnóze vedla až důkladně odebraná a ověřená anamnéza. Kazuistika poukazuje na úskalí diferenciální diagnostiky anémie a poruch příjmu potravy. Patologické výsledky specializovaných vyšetření bez komplexního přístupu k pacientovi mohou být zavádějící. Objasnění kauzální příčiny obtíží je nezbytným předpokladem cílené léčby. Určení správné diagnózy u této pacientky vedlo k adekvátní, v tomto případě psychiatrické léčbě s velmi nejistou prognózou.

KLÍČOVÁ SLOVA:

sideropenická anémie – venepunkce – porucha příjmu potravy – mentální bulimie – mentální anorexie – hypoglykemia factitia – Münchhausenův syndrom

ÚVOD

Anémií neboli chudokrevností trpí 25 % světové populace [1]. Anémie je definována jako pokles hladiny hemoglobinu v krvi pod 120 g/l u žen a pod 136 g/l u mužů. Chudokrevnost bývá spojena s poklesem hodnot hematokritu a erytrocytů. Z hlediska etiologie anémie rozlišujeme zvýšené ztráty erytrocytů (krvácení, vrozená/získaná hemolýza), sníženou tvorbu erytrocytů (porucha na úrovni kmenové buňky, nedostatek erythropoetinu, vitamínu B12, kyseliny listové, nedostatek hormonů štítné žlázy) a relativní nedostatek erytrocytů při zvýšeném objemu plazmy (diluční anémie) [2].

Soubor klinických příznaků, kterými se anémie projevuje, je označován jako anemický syndrom. Je důsledkem nedostatku kyslíku ve tkáních. Jeho nejzávažnějšími projevy jsou dušnost, tachykardie či palpitace, hypotenze, synkopa či presynkopa, únava a nevykonnost. Dušnost při anémii souvisí s tkáňovou hypoxií při nedostatku hemoglobinu nebo jeho omezené schopnosti vázat

ABSTRACT

Case report of a young woman who was repeatedly examined and hospitalized for manifestations of anaemic syndrome in severe normocytic normochromic sideropenic anaemia. The patient was evaluated in a low-threshold internal medicine admission and hospitalized in the district internal medicine and specialized hematology departments. She underwent a large number of non-invasive and invasive investigations, but only a thoroughly taken and verified case history led to the correct diagnosis. The case report highlights the pitfalls of differential diagnosis of anaemia and eating disorders. Pathological results of specialized examinations without a comprehensive approach to the patient can be misleading. Elucidation of the causal cause of the difficulties is a prerequisite for targeted treatment. Establishing the correct diagnosis in this patient led to adequate, in this case psychiatric treatment with a very uncertain prognosis.

KEY WORDS:

sideropenic anaemia – venepuncture – eating disorder – mental bulimia – mental anorexia – hypoglycemia factitia – Münchhausen syndrome

kyslík a následnou tkáňovou hypoxií [3]. V důsledku zvýšeného minutového srdečního výdeje mohou nově vznikat takzvané rychlostní systolické šelesty. U rizikových pacientů se v důsledku anémie může manifestovat ischemická choroba srdeční či srdeční selhání. [4]

Morfologicky jsou anémie děleny podle středního objemu erytrocytů (80–95 fl) na mikrocytární, makrocytární, a normocytární a podle koncentrace hemoglobinu v erytrocytech (300–350 g/l) na hypochromní, hyperchromní a normochromní. Z patofyziologického hlediska mohou být děleny na anémie z poruchy tvorby erytrocytů, z nadměrné ztráty erytrocytů a akutní posthemoragické anémie.

KAZUISTIKA

Dvaadvacetiletá pacientka pracující jako zdravotní sestra byla odeslána hematologem na urgentní příjem pro projevy anemického syndromu a k došetření příčiny těžké normocytární normochromní

anémie. Etiologie anémie byla nejasná. Ambulantní hematolog pro deficit železa nasadil substituci železa per os.

Dle osobní anamnézy byla pacientka léčena pro séronegativní revmatoidní artritidu. Užívala prednisolon 5 mg denně a NSAID (nonsteroidal anti-inflammatory drugs). Pro možné ovlivnění krvevorbby byla z medikace vysazena potencionálně hematotoxická medikace (metotrexát, salazopyrin, hydroxychlorochin-sulfát). V osobní anamnéze byly dále tyto diagnózy: hypoglykemia factitia, mentální bulimie diagnostikovaná v 18 letech v trvalé dispenzarizaci psychiatrem, jinak bez dalších interních onemocnění.

Při úvodním vyšetření prezentovala pacientka širokou škálu příznaků – nechutenství, celkovou slabost, únavu, vertigo, presynkopy, intermitentní palpítace, námahovou dušnost, recidivující epistaxe, otoky drobných kloubů rukou, bolesti velkých kloubů. Pacientka negovala jakékoliv krvácivé projevy.

Při fyzikálním vyšetření byly patrné projevy anémie, bledost, lámavé vlasy a nehty, sinusová tachykardie, body mas index 23, hmotnost stacionárně 64 kg, výška 167 cm. Ostatní fyzikální nález byl v normě, játra ani slezina nebyly hmatné. V krevním obraze byla patrná normocytární normochromní anémie (hemoglobin 64 g/l) s deficitem železa, bez známek hemolýzy a se zachovalou erythropoézou (tab. 1). Byl doplněn rentgen hrudníku a ultrazvuk břicha s normálním nálezem. Vzhledem k významné anémii s popsány klinickými projevy a negativním vyšetřením v rámci ambulantního postupu byla pacientka indikována k hospitalizaci na interním oddělení.

Tab. 1: Laboratorní výsledky pacientky

Saturace transferinu	≠ 6 %	0,2–0,55 %
Vitamin B12	→ 119 pmol/l	133–675 pmol/l
Kyselina listová	* 50,9 nmol/l	9,1– 56,7 nmol/l
Haptoglobin	* 1,15 g/l	0,3–2 1,15 g/l
Bilirubin celkový	* 7 umol/l	0–15 umol/l
Celková bílkovina	→ 59,6 g/l	64–83 g/l
Albumin	* 41,6 g/l	35–52 g/l
CRP	≠ 12,5 mg/l	0–5 mg/l
TSH	* 2,02 mU/l	0,27–4,2 mU/l
T4 volný	* 16,9 pmol/l	12–22 pmol/l
LD	* 3,5 ukat/l	2,25–3,55 ukat/l
Imunologie		
Protilátky proti endomysiu	Negativní	
Protilátky proti transglutamináze	Negativní	
Přímý Coombsův test	Negativní	
Nepřímý Coombsův test	Negativní	

V průběhu hospitalizace bylo doplněno gastrokopické vyšetření s nálezem hemoragické gastropatie nevysvětlující velké krevní ztráty, dále test na okulární krvácení, ORL a gynekologické vyšetření s negativním nálezem.

K došetření příčiny anémie byla pacientka přeložena na specializovanou hematologickou kliniku. Zde byla realizována trepanobiopsie, imunofenotypizace a cytologie s normálním nálezem v kostní dřeni. Byla zahájena substituce deficitu vitamínu B12. Za hospitalizace se u pacientky opakovaně objevila nauzea a malá hemateméza. Bylo provedeno CT trupu, kde pouze ztlustělá stěna žaludku, kolonoskopické vyšetření, kde byl normální nález, gastrokopické vyšetření s nálezem nespecifické hemoragické gastropatie, nejspíše po NSAID. K vyloučení centrální příčiny zvracení a vertiga byla provedena MR mozku s nálezem známého hormonálně neaktivního adenomu hypofýzy, jinak bez průkazu patologie. Pro opakované epistaxe byly ošetřeny drobné cévy nosního septa. Odebrané autoimunitní protilátky a biopsie kůže ze svědivého makulopapulózního exantému vyloučily vaskulitidu. V léčbě anemického syndromu byla indikována hemosubstituce. Stav byl uzavřen jako anémie kombinované etiologie (při chronických ztrátách a deficitu vitamínu B12).

S odstupem jednoho týdne od propuštění z hematologické kliniky byla pacientka hospitalizována pro synkopy při ortostatické hypotenzi s projevy anemického syndromu. Laboratorně trvala těžká normocytární normochromní anémie s deficitem železa, byla podána hemosubstituce. Odhadnuté krevní ztráty při epistaxi a malé nitkovité hemateméze opět nevysvětlily tíži anémie. Znovu byla podrobně prostudována anamnéza a průběhy všech hospitalizací pacientky od porodu pro současnost. Dle anamnézy byla pacientka v 18 letech opakovaně vyšetřena pro kolapsové stavy způsobené aplikací insulínu s cílem snížit hmotnost, uzavřeno jako hypoglykemia factitia (úmyslná aplikace insulínu za účelem redukce hmotnosti) [5]. Byla diagnostikována mentální bulimie a pacientka byla předána do dispenzární péče psychiatra. Ten potvrdil, že pacientka před rokem přestala chodit na pravidelné kontroly. Během hospitalizace byla věnována zvýšená pozornost příjmu potravy. Nevolnost a zvracení následovaly téměř vždy do 2 hodin od požití většího množství potravy. Vzhledem k sebepoškozování v anamnéze a poruše příjmu potravy bylo vysloveno podezření na venepunkce prováděné samotnou pacientkou. Ačkoli byla pacientka hospitalizována na monitorovaném lůžku JIP, měla přístup na WC a do sprchy. V osobních věcech pacientky byly nalezeny použité injekční stříkačky a laboratorně dokázán pokles v hemoglobinu po jedné z návštěv toalety. Pacientka se při konfrontaci přiznala k provádění venepunkcí. Popírala, že by úmyslně toužila zaujmout zdravotnický personál, negovala touhu po pozornosti, negovala suicidální úmysl. Jako důvod svého jednání udávala trvající poruchu příjmu potravy – „...když vypadala nemocně, tak nebyla nucena rodinou ani zdravotníky do jídla“. Dále jí venepunkce snižovala pocit úzkosti a navozovala přechodný pocit úlevy, který nejprve vydržel dlouhou dobu při odběru malého množství krve. Následně musela k dosažení pocitu úlevy odebírat častěji stále větší množství krve. Byla v dlouhodobé tenzi, protože se jí nedařilo kontrolovat hmotnost podle jejích představ, avšak

odběr krve kontrolovat mohla. Opakovaně si vyvolávala zvracení a epistaxe, aby maskovala krevní ztráty a nebyla nucena do jídla. Měla zkršené vidění sebe sama a pocit selhání sebe sama. Styděla se za to, co udělala, za to, že lhala. Žila v úplně rodině, ale rodinné vztahy vnímala neuspokojivě.

Po vyšetření psychiatrem byl vyloučen Münchhausenův syndrom, byla diagnostikována trvalá porucha příjmu potravy, hraniční porucha osobnosti, úzkostná porucha a doporučena psychiatrická léčba za hospitalizace. Pacientka léčbu nejprve odmítla, teprve po společném pohovoru s matkou, otcem a pacientkou s léčbou souhlasila.

Z interního oddělení byla pacientka přeložena na psychiatrické oddělení, odkud byla po stabilizaci stavu odeslána na specializované oddělení poruch příjmu potravy. Pacientka byla po 6 týdnech léčby propuštěna a předána do dispenzární péče ambulantního psychiatra. Do současnosti vystřídala několik ambulantních psychiatrů, mentální bulimie byla vzhledem k poklesu hmotnosti překlasičkována na bulimický typ mentální anorexie [6]. Pacientka se snažila spolupracovat a následně docházela do poradny nutričního terapeuta (Tab. 2).

Tab. 2: Přehled BMI, hodnot hemoglobinu a diagnózy pacientky

Rok	2017	6/2021	1/2022	6/2022
BMI	25	24	23	22
Hemoglobin	118 g/l	64 g/l	75 g/l	125 g/l
Diagnóza	Hypoglykemia factitia, Mentální bulimie	Těžká anémie	Mentální bulimie	Mentální anorexie bulimický typ

BMI – Body Mass Index

DISKUSE

Anémie jako symptom je častým příznakem na urgentním příjmu a souvisí s velkým množstvím nejen interních chorob. Při prvním kontaktu s pacientem je prioritou vyloučení život ohrožující příčiny anémie (krvácení, hemolýza, útlum krvetvorby) a stanovení typu anémie. Poté je nezbytně nutné objasnit příčinu anémie. Další vyšetřovací proces může být limitován typem pracoviště a dostupností potřebných laboratorních metod. Bez objasnění příčiny je substituce železa a podávání transfuzí pouze přechodná, zatěžující, nákladná a hlavně neúčelná symptomatická léčba.

Základem vyšetřovacího procesu v rámci prvního kontaktu s pacientem s anémií je podrobná anamnéza a fyzikální vyšetření cílené na slizniční a kožní krvácivé projevy, vyšetření moči, konečnicku, test na okultní krvácení ze stolice (detekce hemoglobinu a/nebo transferinu ve stolici, transferin je termostabilnější a zachytí krvácení z proximálních částí trávicího traktu) [7]. V rámci dalšího

pátrání po zdroji ztrát je vzhledem k nejčastějším zdrojům využíváno endoskopické vyšetření gastrointestinálního traktu (gastroskopie, kolonoskopie, případně kapslová či balonková enteroskopie), u žen gynekologické vyšetření.

Venepunkce v dnešním pojetí je označení pro odběr žilní krve jehlou za účelem diagnostiky a terapie. Terapeutická venepunkce je léčebná metoda vyhrazená pro léčbu nízké rizikových pacientů s pravou polycytemií. [8].

Diagnostika poruch příjmu potravy je často komplikována disimulací pacientů. Pacientka nebyla motivována touhou po pozornosti ani se nesnažila předstírat interní onemocnění s cílem navázat kontakt, vyvolat zájem či pozornost zdravotníků, Münchhausenův syndrom byl tedy vyloučen [9].

Münchhausenův syndrom je psychiatrické onemocnění charakterizované triádou příznaků: předstíráním dramaticky vyhlížejících příznaků nemoci, patologickým lhaním (pseudologia fantastica) a cestováním z místa na místo (peregrinace). Pacient se snaží předstírat tělesné či psychické příznaky nemoci a jeho motivací je snaha o získání role pacienta, eventuálně přijetí k hospitalizaci. Podle převažující symptomatologie se porucha rozděluje na poruchu s tělesnými, psychickými a se smíšenými příznaky. Pojem Münchhausenův syndrom poprvé použil britský lékař Richard Asher v 1951. Tímto syndromem popisoval pacienty, kteří dramaticky popisovali a předstírali své symptomy, poruchy a životní osudy. K pojmenování syndromu použil Asher postavu německého jízdního důstojníka barona Hieronyma Karla Friedricha z Münchhausenu (barona Prášila), který se proslavil svým vypravěčským uměním a vymyšlenými historkami z tažení proti Turkům.

Naše pacientka trpěla mentální bulimií, což je onemocnění charakterizované opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou tělesné váhy [10]. Přejídání bývá následované zvracením nebo používáním projímadel, diuretik, anorektik, tyreoidálních preparátů, manipulací s insulinem ve snaze snížit výkrmný účinek jídla [11]. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla a zkršenému vnímání sebe sama [12]. Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací. Mentální bulimie může v průběhu života přecházet v bulimickou formu mentální anorexie a naopak [13]. Přejídání v bulimický typ mentální anorexie je charakterizován poklesem hmotnosti o více než 15 % než odpovídá danému věku a výšce. Při stanovení diagnózy anorexie je z interního pohledu nutné vyloučit somatická onemocnění a duševní poruchy, které by mohly způsobovat nechutenství, poruchu příjmu potravy a nízkou tělesnou hmotnost. Ztráta kontroly nad jídlom může u některých pacientů vést k hledání jiného způsobu sebekontroly. Cílená venepunkce jako zdroj úlevy a způsob kontroly sama nad sebou byl popsán u více pacientů s mentální bulimií [14]. Tato pacientka procházela stavy vnitřní úzkosti a pocitu selhání při nedostatečné kontrole příjmu stravy. Vzhledem ke zdravotnickému vzdělání k maskování trvalé poruchy příjmu potravy, k obnově

pocitu kontroly sama nad sebou, k upouštění vnitřní úzkosti využívala opakovaně život ohrožující venepunkce.

ZÁVĚR

Diagnózu pacienta bychom měli vždy zvažovat a stanovovat v kontextu všech dostupných údajů o pacientovi, protože pokud se zaměříme pouze na jeden symptom – v našem případě anémii – zúženým pohledem bez komplexního pohledu na konkrétního pacienta, tak nám pravá příčina onemocnění uniká. U pacientů s poruchou příjmu potravy se vyplatí důsledně ověřovat anamnézu. U pacientů pracujících ve zdravotnických profesích se mohou vyskytnout sofistikovanější způsoby sebepoškozování. Například u těžké, náhle vzniklé, nevysvětlitelné a recidivující anémie ztrátové etiologie by měla být zvážena i možnost cílené venepunkce pacientem [15].

PŘÍLOHY

Tabulka 1 Laboratorní hodnoty při příjmu 6/2021. – snižená, ≠ zvýšená, * normální hodnota.

Tabulka 2 Časová osa: Diagnóza, BMI a hladina hemoglobinu v průběhu řešení případu.

LITERATURA

1. SHANDER, A., VAN AKEN, H., COLOMINA MJ., et al. Patient blood management in Europe. *British Journal of Anaesthesia* 2012, 109:55–68. ISSN 1471-6771.
2. VÁLKA, J., SOBOTKOVÁ, M., KRUTSKÁ, M. et al. Diferenciální diagnostika a léčba anémie. *Medicína pro praxi* 2021, 18:14–20. ISSN 1803-5310.
3. MÁČA, J., KÁŇOVÁ, M., KULA, R., et al. Hypoxemie/hypoxie a nové koncepty oxygenoterapie v intenzivní péči. *Vnitřní lékařství* 2020, 66:29–36. ISSN 1801-7592.
4. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
5. MOKÁŇ, M. Neobvyklé případy hypoglykemie - hypoglykemia factitia. *Vnitřní Lékařství* 2015, 5:45–49. ISSN 1801-7592.
6. KRCH, F. Poruchy příjmu potravy. *Medicina pro praxi* 2007, 4:420–422. ISSN 1803-5310.
7. KOCNA, P. Kvantitativní stanovení hemoglobinu ve stolici - pre-analytické a analytické aspekty. *Klinická biochemie a metabolismus*, 2021, 29:4–10. ISSN 1080-2711.
8. DULÍČEK, P. Léčba pravé polycytemie. *Vnitřní lékařství* 2018, 10:955-960. ISSN 1801-7592.
9. URBAN, A., MASOPUST, J. Münchhausenův syndrom. *Psychiatrie pro praxi* 2004, 2:63-47. ISSN 1803-5272.
10. NĚMEČKOVÁ, P. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro Praxi* 2007, 4:155–157. ISSN 1803-5272.
11. PAPEŽOVÁ, H. Poruchy příjmu potravy. Doporučené postupy psychiatrické péče. *Standardsy psychiatrie*. Praha: Galén 1999. ISBN 80-239-8501-9.

12. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí*. Praha: Psychiatrické centrum 2000. ISBN 80-85121-32-8.
13. FENG, B., HARMS, J., CHEN, E., et al. Current Discoveries and Future Implications of Eating Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 20:6325. ISSN 1660-4601.
14. GREWAL, S., BIRMINGHAM, CL. Self-phlebotomy in eating disorders. *Eating and Weight Disorders* 2003, 8:336-40. ISSN 1590-1262.
15. WARREN, F., DOLAN, B., NORTON, K. Bloodletting, bulimia nervosa and borderline personality disorder. *European Eating Disorders Review* 1998, 6: 277-285. ISSN 1099-0968.

MUDr. Martina Fibichová

Oddělení ambulantních provozů, Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové
E-mail: martina.fibichova@fnhk.cz

Článek došel do redakce 10. května 2024, po recenzním řízení přijat k tisku 18. června 2024.

BEZPEČNÉ PROSTŘEDÍ ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

SAFE ENVIRONMENT FOR PARAMEDICS

JAROSLAV PEKARA ¹
ONDŘEJ BRŮŽEK ¹

¹ Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

ABSTRAKT

Tématem sdělení je zmapování rizik, se kterými se mohou setkat pracovníci zdravotnické záchranné služby. Článek se zaměřuje na rizika spojená s nepřehledným terénem a sleduje možná nebezpečí od okamžiku přijetí výzvy na operačním středisku až po předání pacienta v nemocnici. Cílem sdělení je snaha popsat co nejucelenější přehled všech rizik, se kterými se pracovníci ZZS mohou setkat. Článek se věnuje základním informacím týkajícím se nejčastějších infekcí, se kterými se posádky ZZS při zásahu setkávají, a základním osobním ochranným pracovním pomůckám. Článek připojuje i průzkum, který zjistil, že pracovníci ZZS vždy nevyužívají potřebné a dostupné ochranné prostředky. Praktická část této práce si vymezila dva cíle, a to zjistit, jaké je povědomí zdravotnických záchranářů o nebezpečných faktorech ovlivňujících jejich práci, a dále zjistit, zda pracovníci ZZS vždy využívají potřebné a dostupné ochranné prostředky.

KLÍČOVÁ SLOVA:

bezpečí – biologická rizika – nepřehledný terén – zdravotnický záchranář

ABSTRACT

The article deals with mapping the risks that can be faced by emergency medical services. It focuses on the risks associated with disorganized terrain and traces the possible hazards from the moment a call is received at the medical dispatch until the patient is handed over at the hospital. The aim of the communication is to provide as comprehensive overview as possible of all the risks that ambulance workers may face. The article discusses basic information on the most common infections encountered by paramedics and basic personal protective equipment. The article also includes a survey showing that EMS personnel do not always use the necessary and available protective equipment. The practical part of this paper has two objectives: to find out how the paramedics are aware of the risk factors affecting their work, and to find out whether the paramedics always use the necessary and available protective equipment.

KEY WORDS:

safety – biological risks – disorganized terrain – paramedic

ÚVOD

Pocit bezpečí patří mezi základní lidské potřeby, které byly definovány americkým psychologem Abrahamem Heroldem Maslowem, který ve své pyramidě potřeb umístil potřebu bezpečí těsně nad základní fyziologické potřeby. Z tohoto faktu tedy vyplývá, že veškeré vyšší potřeby typu láska, seberealizace nebo uznání v případě ohrožení jedince, a tedy v případě nebezpečí, ustupují do pozadí do doby, než se jedinec opět začne cítit bezpečně. [1]

Pro vytvoření opravdu bezpečného pracovního prostředí je nutné pozorování a vyhodnocení specifických rizik, vyhodnocení proběhlých nehod a pracovních úrazů a jejich následně posouzení [2]. Povinnost vytvořit bezpečí a zajistit bezpečnost na pracovišti mají zaměstnavatelé. Jsou povinni poskytnout adekvátní ochranné pracovní prostředky a každého zaměstnance řádně proškolit v oblasti BOZP, zaměstnanci jsou povinni se školení zúčastnit.[3] Na základě zákona 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, § 54 odst. 2 je každý zaměstnanec povinen absolvovat pracovně

lékařskou prohlídku u registrovaného praktického lékaře. Cílem je posouzení celkového zdravotního stavu zaměstnance a zjištění, zda tento stav umožňuje vykonávat danou profesi v jejím plném rozsahu. V případě pracovníků ZZS se jedná o rizikovou kategorii číslo 3, což znamená že se pracovník musí dostavit na preventivní prohlídku jednou za dva roky. Mimořádná zdravotní prohlídka musí být provedena v případě změněného zdravotního stavu zaměstnance (nemoc delší než 8 týdnů, nemoc spojená s bezvědomím či vážný úraz nebo byla-li při poslední prohlídce zjištěna výrazná změna jeho zdravotního stavu), nebo dojde-li ke zvýšení pracovního rizika, nebo jsou opakovaně překročeny hodnoty ukazatelů biologického ohrožení.[3]

Jako každá jiná profese i profese zdravotnického záchranáře s sebou nese některá rizika. Při každém zásahu jsou pracovníci vystavováni řadě rizikových faktorů nejrůznějšího charakteru. Neopomenutelným rizikovým faktorem je i intenzita pracovní zátěže. Rozložení směn by mělo umožňovat dostatečný čas na odpočinek pracovníka. Je pochopitelné, že v okamžiku, kdy zaměstnanec

slouží již několikátou službu v řadě, se zvyšuje nebezpečí jeho selhání a tedy i jeho úrazu z důvodu nadměrné únavy. Stejný výsledek se může dostavit i při náročnějším zásahu či celodenní službě, ale naopak i při směně, která je nezvykle klidná. Na každého pracovníka i v běžném provozu působí během dne tzv. přirozený cyklus výkonnosti. Znamená to, že nejlepších výkonů dosahují lidé v dopoledních hodinách mezi 9. a 12. hodinou a pak odpoledne mezi 16. a 17. hodinou. Největší útlum obvykle nastává mezi 1. a 4. hodinou ranní. Tyto časy se mohou lišit v individuálních rovinách. [4]

PSYCHOLOGICKÁ RIZIKA

Pracovníci ZZS se opakovaně dostávají do krizových situací, během kterých jsou vystaveni extrémní stresové zátěži. Časté opakování vede k chronickému kumulativnímu stresu, v jehož důsledku se může rozvinout posttraumatická stresová porucha nebo syndrom vyhoření. Kritickou událostí v praxi zdravotnické záchranné služby bývá smrt nebo zranění kolegy během výkonu služby (dopravní nehoda), ohrožení vlastní osoby, traumatická smrt dítěte, neúspěšná KPR u mladých lidí, zásah u hromadného postižení osob nebo nevhodná medializace případu. Velice negativně záchranáře rovněž ovlivňují velmi časté výjezdy s nízkou prioritou. Ze strany veřejnosti je osoba záchranáře vnímána jako někdo, kdo je schopný zodpovědně, efektivně a profesionálně jednat v každé krizové situaci, jako někdo, kdo vždy zvládne i mimořádně náročnou událost (fenomén předjímání). Operátoři zdravotnického operačního střediska (ZOS) musí být připraveni i na krátké hovory uskutečněné například během krátké přestávky, zdravotníci s nimi mohou pohovořit i o problémech svých blízkých – partnerů, dětí, rodičů. Veškerá komunikace je anonymní a hovory nejsou monitorovány. [5] Pro tuto práci je charakteristické potlačení pocitů během vlastního zásahu ve prospěch profesionálního výkonu. Pracovníci ZZS se mohou snadno stát kdykoliv sekundární obětí jakékoliv situace. Zaměstnavatelé by tak měli dbát na příjemné pracovní prostředí, je-li to možné, měli by omezit přesčasové hodiny, začlenit vhodná různá školení, nácvik zvládnutí stresu atd., samozřejmě v rámci řádné pracovní doby. Od roku 2012 je v zákoně 374/2011 Sb. § 16 zakotvena povinnost zaměstnavatele zajistit zaměstnancům psychosociální intervenční službu. [4]

RIZIKA NA ZDRAVOTNICKÉM OPERAČNÍM STŘEDISKU

Jedná se především o mimořádně vysokou psychickou zátěž. Rozhovor s volajícím klade velké nároky na osobu operátora a jeho profesionalitu a trpělivost. Hovory je třeba přizpůsobit mentalitě a věku volajícího a zvládnout tzv. aktivní poslech. Vše probíhá v časové tísní, která může být startujícím momentem stresu. Prohloubit ho může špatné pracovní prostředí, nevyhovující kolektiv, strach, nedostatek zkušeností a či bezmoc. [4]

Zaměstnanci jsou opakovaně vystavováni dlouhému vlivu několika monitorů, tím pádem i tzv. modrému světlu, které má negativní vliv na jejich zrak a přirozený biorytmus těla. Vše může mít za následek problémy se spánkem, podráždění až bolest očí. Těmto

problémům lze předcházet využitím brýlí s filtrem modrého světla a kvalitními monitory se stejnou funkcí. Používáním kvalitních sluchátek lze zabránit poškození sluchu. Sedavý způsob zaměstnání u pracovníků může vyvolat problémy s páteří, a to jak s krční, tak s bederní, což může způsobit i bolesti hlavy. Těmto problémům lze však předcházet pravidelným protahováním se a pravidelným cvičením se zaměřením na svaly zad. Samozřejmě vybavení ZOS by měly být kvalitní židle určené pro dlouhodobé sezení, nebo nastavitelné elektronické stoly, které zajistí, že si zaměstnanec může při práci stoupnout a nemusí se ohýbat k nízkému stolu. K pracovním rizikům samozřejmě patří také opaření vodou z rychlovarné konvice, zakopnutí, úraz elektrickým proudem, pád ze schodů, uklouznutí atd. [7]

PŘIJETÍ TÍŠŇOVÉ VÝZVY NA VÝJEZDOVOU ZÁKLADNU

Posádka vozu ZZS má od této chvíle časový limit dvou minut, během kterého je povinna realizovat výjezd na místo určení. Zmiňovaná časová tíseň může být příčinou celé řady úrazů (zakopnutí, pád, naraženi, kontuze, opařeni). Z hlediska prevence těchto rizik lze předcházet udržováním pořádku na pracovišti a průchodnosti cest (eliminace předmětů na podlaze, označení kluzkých povrchů), nošení předepsané obuvi a používání osobních ochranných pomůcek (OOP). [8]

JÍZDA VOZIDLEM ZZS

Vybavení vozů ZZS je podřízeno zákonu č. 56/2001 Sb., o podmínkách provozu vozidel na pozemních komunikacích, změně zákona č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla a o změně některých souvisejících zákonů a vyhláškou č. 341/2002 Sb., o schvalování technické způsobilosti a technických podmínkách provozu vozidel na pozemních komunikacích, ve znění pozdějších předpisů. [9]

Některým rizikům nelze předejít ani např. perfektním technickým stavem vozidel a pravidelnými kontrolami, jež by měly vyloučit jízdu vozidlem v nevhodném stavu či sebelepším personálem. Jízdu vozidla ovlivní technický stav komunikací, povětrnostní podmínky, aktuální dopravní omezení, hustota provozu, členitost terénu a viditelnost, kondice řidičů. Obecně platilo a stále platí, že „kam nevidím, tam nejedu“ a ZZS může provoz na komunikacích omezit, nikoliv však ohrozit.

PRVOTNÍ PRŮZKUM MÍSTA UDÁLOSTI

Výjezdová skupina po příjezdu během několika sekund až minut vyhodnotí celou situaci, a je-li to nutné, požádá o součinnost s ostatními složkami IZS. [10] Na základě statistických údajů z roku 2017 bylo přes 65 % veškerých výjezdů ZZS k „náhlému onemocnění“. [11] Tyto zásahy se odehrávají převážně v domácím prostředí, kde pracovníci ZZS nepředpokládají výrazné ohrožení jejich osoby. I přesto není na místě polevit v ostražitosti. Pacient se může nacházet v malém bytě přeplněném nábytkem, což omezuje možnosti jeho případného transportu a navyšuje se tím riziko

zranění (např. poranění zad při zvedání pacienta bez možnosti bezpečného postoje), to samé hrozí i při nadměrné váze pacienta. V bytě se mohou nacházet rozžhavená kamna, o která může zdravotník zavadit a spálit se. V domácnostech s malými dětmi nebo se psy se mohou často na zemi objevovat hračky, po kterých lze snadno uklouznout či o ně zakopnout. Zmiňování psi mohou „bránit“ svého pána, a zaútočit na posádku (z praxe se osvědčila věta: „Prosím můžete pejška na chvíli dát vedle? Nejvíce jim vadí pach naší dezinfekce.“). Samotný pacient společně s rodinou může v těchto případech být také riziko. Tito lidé mohou být pro zdravotníky zdrojem infekčního onemocnění nebo mohou být po příjezdu ZZS agresivní, i když často z důvodu strachu, nedostatku informací nebo zmatenosti. Byt pacienta se může nacházet ve vyšších patrech budovy bez možnosti použití výtahu. Transport tedy bude probíhat po schodišti, které nemusí být vždy plně průchodné, může být úzké nebo špatně přístupné. I zde hrozí úrazy zapříčiněné pádem, uklouznutím, zakopnutím atd.

RIZIKA SOUVISEJÍCÍ S NEPŘEHLEDNÝM TERÉNEM

Za nepřehledný terén je možné považovat prostředí, na kterém je přítomno velké množství vnějších rušivých elementů, jež mohou negativně ovlivnit orientaci a práci v tomto prostředí. Konkrétně se může jednat například o:

- prostor staveniště, lesy,
- neupravené dvory a zahrady, místa s vysokou koncentrací lidí (nákupní centra, kulturní akce, letiště),
- velké dopravní uzly, tovární a výrobní komplexy.

Při příjezdu na místo zásahu posádka vozu již předem kontroluje bezpečnostní situaci v okolí. Zhodnocení terénu je možné provést vizuální cestou ještě před samotným vystoupením ze sanitního vozu (jsou známé situace, kdy došlo k poranění dolní končetiny členů ZZS při uklouznutí na zledovatělém terénu ihned po výstupu z vozu). Z dalších rizik v nepřehledném terénu uvádíme: požár, poranění elektrickým proudem, radiální a nukleární ohrožení, chemickou kontaminaci, pád předmětů, napadení zvířetem. [12]

RIZIKO INFEKCE

Pracovníci na záchranných službách jsou během výkonu svého povolání pravidelně vystavováni potenciálně infekčnímu biologickému materiálu. Biologickým materiálem se rozumí materiál biologického původu, který pochází z organismu člověka nebo zvířete. Konkrétně se jedná o krev, moč, stolici, hlen, aerosoly, vzorky z biopsie, orgány a tkáně. Veškerý tento materiál může obsahovat choroboplodné zárodky, a proto se s ním zachází jako s potenciálním zdrojem infekce. [13]

Nákazy přenášené vzduchem

Nákazy se šíří nejčastěji prostřednictvím kapénkové infekce, nákaza je možná i přes kontaminovaný předmět. Mezi nejčastější nemoci tohoto typu patří: chřipka, příušnice, zarděnky, spalničky, tuberkulóza, streptokoková infekce, meningitida a černý kašel. V současné

době sem zařadíme i SARS-CoV-2. Před většinou z těchto infekcí se lze chránit očkováním. Je vhodné zmínit i fakt, že podezření u pacienta na meningokokovou infekci je přímou a jedinou indikací pro posádku ZZS k okamžitému podání antibiotik po odebrání krevních vzorků na hemokultury, protože odklad ohrožuje pacienta na životě. [14]

Prevencí před kapénkovou infekcí je důsledné používání ochrany dýchacích cest, ochranných rukavic a řádná hygiena rukou. V případě vysoce nebezpečných nákaz je samozřejmostí respirátor a ochranný oblek.

Alimentární nákazy

Způsobují střevní onemocnění, jejichž vstupní branou do organismu je trávicí trakt. Přenášejí se fekálně-orální cestou, původci jsou vylučování stolicí nebo močí infikovaného. Riziko nákazy pro pracovníka ZZS je nižší než v případě kapénkové infekce, dá se téměř eliminovat důsledným užíváním ochranných rukavic a opět řádnou hygienou rukou. Některým z alimentárních onemocnění lze předcházet očkováním – například hepatitidě A, rotavirovým infekcím a dětské obrně. Alimentární nákazy se v našich podmínkách vyskytují nárazově, většinou v souvislosti s chybou ve společném stravování (závodní a školní jídelny a restaurace). Jedná se například o salmonelózy, kampilobakterií, stafylokokové enterotoxikózy a rotavirové průjmy. Hepatitida typu A zvaná „nemoc špinavých rukou“ se vyskytuje v místech s nižším hygienickým standardem, některé nákazy se na území České republiky vyskytnou pouze jako importované nákazy (cholera, améboza, tyfus a paratyfus). [14]

Infekce přenášené kůží a sliznicemi

Vstupní branou těchto infekcí je porušená kůže, sliznice a neporušená kůže u jedinců se sníženou imunitou (například při diabetu mellitu). Jedná se o mykotické infekce, onemocnění kvasinkami rodu candida, některé bakterie a viry nebo roztoče. Nejúčinnější ochranou je zde řádné užívání ochranného oblečení (jednorázový empír nebo uniforma ZZS), ochranné rukavice, ochrana dýchacích cest a očí a důsledná hygiena rukou. Některým těmto infekcím lze předejít očkováním, jedná se například o tetanus a plané neštovice nebo pásový opar. Právě neštovice neboli variola byly v roce 1980 prohlášeny za celosvětově vymýcené, jejich virus je uchovávaný pouze ve výzkumných laboratořích, a proto se od očkování na tuto nemoc upustilo. Variola je v současnosti považovaná za biologickou agens. Pracovníci ZZS se mohou nakazit svrabem, jehož původcem je zákožka svrabová. Zdrojem může být přímý kontakt s nakaženým, ale také kontakt s jeho oblečením nebo nedostatečně očištěnou uniformou ZZS. Stejně riziko přináší i kontakt se vší. [14–15]

Infekce přenosné krví

Tyto infekce jsou vysoce rizikové, protože infikovaný jedinec nemusí o své naze vědět, a může ji tak nevědomky přenášet na

ostatní. Přenos prostřednictvím krve a krevních derivátů ohrožuje pracovníky ve zdravotnictví především díky neustálé práci s ostrými předměty a častým stykem právě s krví pacientů. Vakcinací lze předcházet hepatitidě B, virus lidské imunitní nedostatečnosti (HIV) společně s hepatitidou C takto eliminovat nelze, ochrana před ním je pouze na bázi ochranných bariérových pomůcek. [16] V průběhu ledna a února 2022 proběhla mediální informace, že společnost Moderna přistoupila k prvním klinickým testům vakcíny proti HIV, která je na principu mRNA. [17] Z hlediska rizikovosti se kontakt s krví řadí mezi nejvyšší rizika přenosu HIV. Pro vznik nákazy stačí minimální množství infikované krve. Vysokým rizikem je tedy hluboké poranění způsobené například kontaminovanou jehlou, středně nebezpečná jsou nekrvavá poranění, jako jsou škrábnutí, stříknutí biologického materiálu do oka nebo na jinou sliznici. Minimální šanci nákazy představuje manipulace se stolicí, močí nebo zvratky. [18] Nejdůležitější ochranu poskytují vždy osobní ochranné pomůcky, jako jsou ochranné rukavice a ochranné brýle či celo obličejový štít. Pokud však dojde k poranění například použitou jehlou, je nezbytné událost okamžitě nahlásit a postupovat podle doporučených postupů, tedy místo důkladně omytí a vydezinfikovat, prověřit infekci zdroje, podrobit se základnímu vyšetření a odběru biologického materiálu a v případě podezření na HIV kontaktovat HIV centrum kvůli zavedení post expoziční profylaxe (nejdéle do 72 hodin). [19]

OČKOVÁNÍ PROTI INFEKČNÍM CHOROBÁM

Vakcinace je nejlepší způsob zajištění odolnosti organismu před infekční nemocí. Má preventivní ráz, chrání tedy před případnou budoucí infekcí. V některých případech však lze užít i tzv. post expoziční profylaxi, to je vakcinace organismu, který je aktuálně ohrožený danou infekcí (např. tetanus).

V České republice máme několik druhů očkování:

- Pravidelné – povinné prováděné podle platného očkovacího kalendáře (TBC, záškrt, tetanus, černý kašel, obrna, hepatitida B, haemophilus influenzae B, spalničky, zarděnky, příušnice)
- Zvláštní – je povinné u příslušníků některých profesí, jako například u zdravotníků (meningitidy, hepatitida A)
- Mimořádné – v době hrozících epidemií (SARS-CoV-2) (CDC, 2022)
- Očkování před cestou do zahraničí podle epidemiologické situace dané země (malárie, tyfus, žlutá zimnice)
- Po úrazu nebo poranění (tetanus)
- Očkování na vlastní žádost (chřipka, klíšťová encefalitida, karcinom děložního čípku, rotavirové infekce, pneumokokové nákazy, lidský papilomavirus) [14]

Přiměřená hladina protilátek se vytváří až po určité době, maxima dosahuje obvykle za tři až čtyři týdny a pak hladina začíná postupně klesat. Pro udržení dostatečné imunity je často zapotřebí více dávek – tzv. přeočkování. Mezi jednotlivými aplikacemi jsou doporučené určité časové rozestupy. V průběhu života však i po tomto očkovacím schématu dochází k vyvanutí imunity. Trendem poslední doby je bohužel odmítání očkování. Nahromadění

vnímavých jedinců tak snižuje celkovou kolektivní imunitu, a tím stoupá možnost vzniku epidemií [15]

METODIKA

Pro sběr dat byl zvolen kvantitativní průzkum formou vlastního dotazníku. Šetření probíhalo od 24. 1. 2022 do 24. 2. 2022. Dotazník obsahoval 18 otázek, které měly objasnit, s jakými riziky se mohou setkat dotazovaní zaměstnanci zdravotnické záchrané služby při své práci a jsou nejčastější příčiny přenosu infekce a jak často jsou zdravotničtí záchranáři vystaveni riziku biologické nákazy. Dále se průzkum zabýval příčinami úrazů, které jsou způsobeny prací v nepřehledném terénu. Dotazovali jsme se také, zda pracovníci ZZS používají osobní ochranné prostředky. Průzkumu se zúčastnilo celkem 184 osob z řad lékařů, zdravotnických záchranářů a řidičů sanitních vozů ze 4 zdravotnických záchraných služeb (ZZS Středočeského kraje, Plzeňského kraje, Moravskoslezského kraje a Karlovarského kraje). Výběr tohoto vzorku dotazovaných je dán povahou práce. Vyhodnoceno bylo 150 dotazníků (n=150; 100 %).

VÝSLEDKY

Průzkumu se zúčastnilo 86 mužů (57 %) a 64 žen (43 %) ve věkových kategoriích do 29 let (14 %), 30 až 45 let (44 %) a starší 45let (42 %). Středoškolského vzdělání dosáhlo 29 % (řidiči sanitních vozidel), vyššího odborného vzdělání dosáhlo 16 % dotazovaných (záchranáři) a 52 % vysokoškolského vzdělání (záchranáři a 10 lékařů). Většina dotazovaných měla praxi nejméně 6 let (81 %). 90 % respondentů bylo v BOZP proškolen organizovaným způsobem zaměstnavatelem, 6 % respondentů bylo pověřeno samostudiem a 2 % dotazovaných bylo proškolen ze strany kolegů nebo nebyli proškoleni vůbec (2 %). Z hlediska infekčních rizik se všichni respondenti setkávají s nemocemi: hepatitis A, B, C, chřipka, TBC, průjmová onemocnění, HIV a covid 19. Ve velmi nízkém počtu se objevila i MRSA (0,3 %). Ve 26 % jsou respondenti vystaveni infekčním pacientům 1x týdně a ve 45 % 1x za měsíc.

Podle dotazovaných je hlavní příčinou přenosu infekce z pacienta na pracovníka ZZS nedostatečné použití (30 %) osobních ochranných prostředků (OOP), poškození OOP (10 %), nedostatečná hygiena rukou pracovníků ZZS (20 %), zatajení infekčních symptomů ze strany pacienta (20 %), poranění pracovníka o infikovanou jehlu (20 %). Z hlediska prevence infekcí 9 % dotazovaných použije u infekčního pacienta ochranné rukavice. Ochranný štít nebo brýle používá v případě kontaktu s infekčním pacientem 25 % respondentů. Respirátor si nasadí ve stejné situaci 54 % dotazovaných.

Při otázkách na zaznamenané pracovní úrazy byl v 61 % případech respondent označen pád, ve 2 % dopravní nehoda se sražením dopravním prostředkem, ve 2 % napadení zvířetem, 19 % napadení člověkem, ve 4 % poranění ostrým předmětem, 1 % kontakt s radiací, 9 % odpovědí označilo manipulaci s těžkým břemenem a 2 % „jiné“ (poleptání, podvrtnutí na mokřém povrchu, popálení).

Dotazovali jsme se respondentů na zkušenosti s používáním OOP v prevenci úrazů. Ochranné rukavice mohou sloužit jako prevence úrazu dle dotazovaných respondentů v 85 %. Ochranný štít či brýle mohou v prevenci úrazu pomoci podle 10 %. Ochranná helma může pomoci před úrazy hlavy podle 72 % respondentů. Reflexní vestu jako nástroje prevence úrazu zvolilo 53 % respondentů. Zvuková a světelná signalizace podle 89 % respondentů může být preventabilní u dopravních nehod.

Ptali jsme se i na otázku, které ochranné prostředky respondenty nejvíce omezují při jejich práci. Ochranné rukavice byly označeny ve 2 %, 58 % respondentů omezuje ochranný štít či brýle, 21 % respondentů obtěžuje rouška či respirátor, 13 % jednorázový empír, 17 % helma, 2 % dokonce "celá uniforma", v 1 % zvuková signalizace. Nejčastějšími důvody bylo zamlžování pomůcek, zhoršení komfortu dýchání, tepelný a pohybový diskomfort, časová prodleva při nastavování velikosti pomůcky.

Statistická významnost na parametrické srovnání jednotlivých otázek bylo nejvýznamnější ($p=0,039884$) u obavy z kontaktu s biologickým materiálem než z úrazu v nepřehledném terénu.

DISKUZE

Hlavním cílem tohoto sdělení bylo popsat co nejucelenější přehled všech rizik, se kterými se pracovníci ZZS mohou setkat. Průzkum se snažil odpovědět na dva cíle, a to zjistit, jaké je povědomí zdravotnických záchranářů o nebezpečných faktorech ovlivňujících jejich práci, a dále zjistit, zda pracovníci ZZS vždy využívají potřebné a dostupné ochranné prostředky.

Zajímala nás kategorie, s jakými infekčními chorobami se mohou pracovníci ZZS ve své praxi setkat. Mezi nabízenými infekčními onemocněními byly uvedeny choroby přenášené krví, kapénkou i fekálně orální cestou. [14] Z respiračních infekcí byla nejčastěji označena chřipka, což souvisí s faktem, že se jedná o pravidelné sezónní onemocnění, které se na našem území vyskytuje. Téměř všichni respondenti označili, že se setkávají s pacienty s infekcemi přenášeny krví a nejčastěji jsou takovým pacientům vystaveni nejméně 1x měsíčně. Ptali jsme se i na nejčastější příčinou přenosu infekčního onemocnění. Zajímavý počet odpovědí získala možnost „zatajení informací ze strany pacienta“. Tato skutečnost je velice nepřijemná, protože může negativně ovlivnit jak samotný zásah, tak i zdravý či budoucí život zasahujícího zdravotního personálu. Důvodů, proč se tak děje, je několik. Pacienti své nemoci zatají, protože se za ně mohou stydět, nesdělí je zdravotníkům, protože se si myslí, že to není v danou dobu nutné, nebo rámci stresu zapomenou. Může se samozřejmě stát, že pacient tuto informaci zatají i záměrně. Příčiny přenosu infekce zahrnují poranění o jehlu, alarmující je označení odpovědi nedostatečná hygiena a nedostatečné používání OOP. Vzhledem k faktu, že se pracovníci ZZS dostávají do pravidelného kontaktu s infekčními pacienty, pravděpodobně dodržují doporučené bezpečnostní standardy a proti celé řadě těchto nemocí jsou povinně očkovaní. [15] To potvrdilo i zjištění, naprostá většina respondentů (90 %) absolvovala řádné proškolení v této oblasti, které je v souladu s legislativou České republiky. [3]

Naši respondenti se také vyjadřovali k nejčastějším příčinám úrazů v rámci výjezdů ZZS. Z nabízených možností zvolili nejčastěji pád, napadení člověkem a poraněním ostrým předmětem. Profese zdravotnického záchranáře, lékaře a řidiče ZZS patří mezi takzvané pomáhající profese a jakýkoliv útok na ně je mimořádně neetický a nemorální. I proto je napadení těchto profesí při službě trestáno vyšší trestní sazbou. [20] Opakovaně se však ukazuje, že za většinou útoků na zdravotnické pracovníky stojí nevhodná komunikace, neomalenost, neslušné chování a nedostatek respektu k pacientům i jejich příbuzným. [21]

V nepřehledné situaci zdravotnického záchranáře nejlépe ochrání správné používání ochranných prostředků. Z průzkumu vyplynulo, že většina dotazovaných využívá celou uniformu ZZS společně s předepsanou obuví a ochrannými rukavicemi. Tento výsledek byl vcelku očekávatelný. Následovalo označení zvukové a světelné signalizace, která ve skutečně nepřehledném terénu poskytuje pracovníkům posádek dostatečně zviditelnění, čímž jim zvyšuje potřebnou ochranu. Poměrně častý výběr ochrany dýchacích cest (roušky a respirátoru) společně s ochranným štítem či brýlemi mohl být do jisté míry ovlivněny současnou pandemickou situací. Závěrečné dotazy mapovaly, jaké ochranné prostředky zdravotníky nejvíce omezují při výkonu povolání, jakým způsobem se tak děje a v jakých situacích tyto prostředky zdravotníci nepoužívají. Výše zmíněné brýle a ochranný štít byly v následujících otázkách označeny jako prostředky, které zdravotníky nejvíce omezují při zásahu, protože se mlží. V ochranném obleku může být nepřiměřené horko a jeho oblékání je časově náročné, tudíž se využívá především tehdy, je-li posádka ZZS dopředu informována o nutnosti jeho použití. Závažným problémem z hlediska BOZP je fakt, že helmy velice často nemají nastavenou potřebnou velikost a její přizpůsobení je v časové tísní „ztrátou času“, což vede zdravotníky k zásahu bez nich. Příčinou nepoužití OOP může být ale i nedostatek informací o případu, ke kterému posádka vyjíždí, a neví tak, na co se připravit. V tuto chvíli se může projevit i nedostatek času, protože dodatečné použití všech ochranných prostředků by zdravotníky neúměrně zdrželo od potřebného ošetření pacienta.

ZÁVĚR

Článek popisuje nejrůznější rizika v oblasti práce zaměstnanců na ZZS, zabývá se úsekem rizik fyzických, psychických a zejména kontaktu s infekčním pacientem. Rizika jsou seřazena od přijetí tísňové výzvy až po kontaktu s pacientem. V druhé části sdělení seznamujeme s výsledky průzkumu mezi pracovníky ZZS. Celkově z odpovědí celého dotazníku vyplývá, že pracovníci ZZS dobře znají rizika svého povolání, mají o nich přehled, jsou řádně školeni zaměstnavatelem v BOZP a jsou vybaveni dostatečným množstvím potřebných ochranných prostředků.

LITERATURA

1. ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. 1. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4119-2.
2. VALA, Jiří, 2010. *Bezpečnost a hygiena práce. Znalostní systém prevence rizik v BOZP* [online]. Praha 1: Výzkumný ústav bezpečnosti práce [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://zsbozp.vubp.cz/bozp-obecne/449-bezpecne-pracoviste>
3. TOMŠEJ, Jakub, 2020. *Zdraví a nemoc zaměstnance*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1015-5.
4. FRANĚK, Ondřej, 2022. *Operační řízení přednemocniční neodkladné péče*. 3. Praha 6: Ondřej Franěk. ISBN 978-80-908057-1-2.
5. HUMPL, Lukáš, 2021. *Systém psychosociální intervenční služby. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. Ostrava: SPIS ČR [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://www.spis.cloud/>
6. ŠTĚTINA, Jiří a kol, 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha 7: Grada. ISBN 978-80-247-4578-7.
7. BOZP.cz [online]. Praha 2: CRDR, 2016 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <https://www.bozp.cz/aktuality/bozp-v-administrative-a-kancelari/>
8. *Bezpečnostpráce.info* [online]. Praha 2: Magazín *BezpečnostPráce.info*, 2017 [cit. 2022-03-07]. Dostupné z: <https://www.bezpecnostprace.info/pracovni-urazy/10-nejcastejsichpricin-pracovnich-urazu/>
9. Česko, 2012. Vyhláška č. 296/2012 Sb. *Vyhláška o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky*. [online]. In: *Sbírka zákonů 13.9.2012*. [cit. 2022-3]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-296>
10. ŠÍN, Robin a kol., 2017. *Medicína katastrof*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-295-4.
11. FRANĚK, Ondřej, 2012. *Systém zdravotnické záchranné služby v ČR. Zachrannaslužba.cz* [online]. Praha 6: 2021 [cit. 2022-01-06]. Dostupné z: <https://zachrannaslužba.cz/>
12. ŠTROPOVÁ, Valerie, 2013. *Bezpečnost a ochrana zdraví při práci*. [online]. Praha [cit. 2016-05-20]. Dostupné z: www.is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/99010/. Diplomová práce.
13. VOKURKA, Martin, Jan HUGO a kol., 2015 *Velký lékařský slovník* [online]. 4. Praha 4: Maxdorf, [cit. 2022-01-31]. ISBN 978-80-7345-456-2. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/biologicky-material>
14. DRNKOVÁ, Barbora, 2019. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie a hygiena pro zdravotnické obory*. Praha 7: Grada. ISBN 978-80-271-0693-6.
15. HAMPLOVÁ, Lidmila a kol., 2019. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena pro bakalářské studium a všechny typy zdravotnických škol*. 2. Praha: Triton. ISBN 978-807553-729-4.
16. PAZDIORA, Petr a kol., 2014. *Základní informace o způsobu přenosu infekčních onemocnění pro zdravotnické záchranné služby a hasičské záchranné sbory*. 1. Přerov: Europrint. ISBN 978-80-87809-21-1.
17. HOUŠKA, Jan, 2022. *TNCZ. TNCZ* [online]. Praha 5: TV Nova [cit. 2022-03-07]. Dostupné z: <https://tn.nova.cz/>
18. JILICH, David, Veronika KULÍŘOVÁ a kol., 2014. *HIV infekce*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3325-1.
19. PRAYEROVÁ, Marcela a Dana POLÍVKOVÁ, 2020. *Co dělat při poranění použitou jehlou?*. *Fakultní nemocnice Plzeň* [online]. Plzeň: FN Plzeň [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: https://www.fnplzen.cz/sites/default/files/dokumenty/frm/inl_0068.pdf
20. ČESKO, 2009. Zákon č. 40/2009 Sb. *Zákon trestní zákoník* [online]. In: *Sbírka zákonů. 9.2.2009* [cit. 2022-3]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>
21. PEKARA, Jaroslav, 2015. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. 1. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Ruská 85, Praha 10.

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Duškova 7
150 00 Praha 7
E-mail: pekara@vszdrav.cz

Příspěvek došel do redakce 3. června 2024, po recenzním řízení přijat k tisku 8. července 2024

BEZPEČNOST NA URGENTNÍM PŘÍJMU**SAFETY AT EMERGENCY DEPARTMENT**JANA ŠEBLOVÁ^{1, 2, 3}¹ Urgentní příjem Oblastní nemocnice Kladno, a.s., Kladno² Oddělení urgentního příjmu a LSPP dětí Fakultní nemocnice Motol, Praha³ Oddělení epidemiologie 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha**ABSTRAKT**

Urgentní příjmy jsou charakterem poskytované péče rizikovým prostředím. Chyby spojené s poskytováním zdravotní péče jsou z velké části preventabilní. Ke snížení bezpečnosti na urgentním příjmu přispívá nárazové přetížení, přerušování péče a multitasking, rušné prostředí, komplexita pacientů, časový tlak a nutnost stálého rozhodování a s tím spojená i zodpovědnost. Bezpečnost poskytované péče je jedním z klíčových prvků kvality. Je potřeba analyzovat data o nežádoucích událostech a bezpečnostních incidentech a na základě analýzy chyb provést preventivní opatření. Pozornost je potřeba věnovat i pracovním podmínkám personálu a eliminovat tak chyby ovlivněné únavou, vyčerpáním, ztrátou koncentrace nebo vyhořením.

KLÍČOVÁ SLOVA:

bezpečnost pacientů – urgentní příjmy – nežádoucí události – bezpečnostní incident – přetížení

ABSTRACT

Emergency department is by nature of the provided care a risky environment. Medical errors associated with providing care are in most cases preventable. Overcrowding, frequent disruption of care, multitasking, busy environment, complexity of cases, time pressure and continuous decision-making together with high responsibility are some of the reasons which decrease the safety at emergency departments. Safety of the provided care is one of key elements of quality. It is necessary to analyze the data on adverse events and safety incidents and take preventive measures based on this analysis. It is also important to pay attention to working conditions of the personnel and eliminate errors coming from fatigue, exhaustion, loss of concentration or burnout.

KEY WORDS:

patient safety – emergency departments – adverse events – safety incidents – overcrowding

BEZPEČNOST PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Bezpečnost je jedním ze zásadních prvků poskytování kvalitní zdravotní péče, snížení bezpečnosti může mít závažné až fatální následky. Princip „nepůsobit pacientovi újmu“ stojí v samých základech medicíny a najdeme jej již v Hippokratově přísaze („...zdrím se také způsobit škodu na zdraví i jakoukoli nespravedlnost“, překlad Silva Fischerová). [1] Non-maleficence je jedním ze čtyř biomedicinských principů a někteří autoři jej řadí nad všechny ostatní. Přesto podle WHO dochází každoročně kvůli nedostatečně bezpečné zdravotní péči ke 3 miliónům úmrtí a jeden z deseti pacientů utrpí při poskytování péče nějakou újmu. [2] Tento problém je nejzávažnější v nízko- a středně příjmových zemích světa, kde až 4 % pacientů kvůli nízké bezpečnosti zemřou.

Definice bezpečnosti pacientů podle WHO zní: „Bezpečnost pacientů je definována jako nepřítomnost preventabilního poškození pacienta a snížení rizika spojeného se zdravotní péčí na přijatelné minimum. Je to rámec organizovaných činností, který vytváří kulturu, procesy, postupy, chování, technologie a prostředí ve zdravotnictví, které stále a setrvale snižuje rizika, redukuje výskyt

odvratitelných poškození, snižuje pravděpodobnost chyby a snižuje dopad poškození, pokud již k němu dojde“. [2]

WHO věnuje bezpečnostním aspektům zdravotní péče velkou pozornost, celosvětový akční plán pro bezpečnost pacientů na období 2021–2023 byl přijat na 24. shromáždění v roce 2021. [2]. O dva roky později WHO ještě přidala rezoluci, které se týká urgentní, intenzivní/resuscitační a operační péče poskytované při zdravotnických urgentních stavech včetně mimořádných událostí [3]. Tyto oblasti péče řadí k primární péči a deklaruje nárok všech občanů kdekoli na světě na tuto péči poskytnutou bez zbytečných odkladů. Zároveň se začne připravovat strategie pro urgentní intenzivní/resuscitační a operační péči pro období 2026–2035. Zdůraznění potřeby zajistit péči při urgentních stavech jistě vyplývá i ze zkušeností z pandemie, kdy došlo v mnoha místech ke kolapsu zdravotní péče, z eskalujících válečných konfliktů a hrožících zdravotních dopadů klimatické krize. Systémy urgentní péče a jejich schopnost poskytovat péči ve všech myslitelných prostředích mají velký potenciál snížit morbiditu i mortalitu i při mimořádných událostech a katastrofách.

RIZIKOVÉ ASPEKTY POSKYTOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE

K nežádoucím událostem se řadí chyby v medikaci, omyly během operací, infekce získané při poskytování zdravotní péče, diagnostické omyly, pády pacientů ve zdravotnických zařízeních, záměna pacientů, omyly při krevních převodech, nesprávné techniky parenterální aplikace, dekubity a hluboké žilní trombózy vzniklé během hospitalizace. Odhaduje se, že až 80 % těchto nežádoucích událostí je preventabilních. Poškození pacientů má kromě zdravotních a psychologických i velké ekonomické dopady.

Faktory spojené s bezpečnostními incidenty zahrnují:

- systémové a organizační – komplexita lékařských intervencí, nesprávně nastavené procesy a postupy, vyrušení při práci, nedostatečná koordinace, nedostatek zdrojů (včetně personálních), nedostatečné kompetence;
- technologické (zdravotnické informační systémy a z nich vyplývající problémy s lékařskými zprávami nebo při preskripci medikace, špatně používané technologie);
- lidské faktory a komunikace (selhání komunikace mezi zdravotníky, uvnitř týmu, s pacienty a jejich blízkými, neefektivní týmová spolupráce, únava, vyhoření, kognitivní bias);
- faktory spojené s pacientem (malá zdravotní gramotnost, nízká compliance, pasivní přístup ke svému zdraví a léčbě);
- vnější faktory (chybějící postupy, metodické pokyny a doporučení, konfliktní a nekonzistentní směrnice, ekonomický a finanční tlak, faktory vnějšího prostředí).

Příčiny poškození v konkrétním případě bývají obvykle multifaktoriální. Proto jsou tak důležité systémově nastavená hlášení nežádoucích událostí, i kdy k újmě nevedly – z jejich analýzy se dají vystopovat strukturální problémy v konkrétním zdravotnickém zařízení a nastavit tak preventivní bezpečnostní opatření. [3]

RIZIKA POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE NA URGENTNÍCH PŘÍJMECH

Systém urgentní péče je typicky jeden z nejrizikovějších oborů ve zdravotnictví. Na urgentních příjmech (UP) je vysoký obrát pacientů, časté vrcholy v přílivu pacientů, kdy dochází k přetížení oddělení („overcrowding“), prostředí působí chaoticky. Činnosti celého týmu ve směně musí probíhat paralelně a jsou často přerušovány kvůli potřebě řešit naléhavější klinickou situaci při příjmu dalšího pacienta z terénu od ZZS i při zhoršení stavu pacienta již na UP ošetřovaného, „multitasking“ je nezbytnou výbavou lékařů i sester UP. Při přetížení oddělení se snadno ztratí kontrola situace a přehled. Proto je na UP vyšší riziko nežádoucích událostí než ve zdravotnických zařízeních, kde se čas a objem péče dá plánovat. Personál pracuje téměř stále pod tlakem, s vědomím potřeby zajistit v každém okamžiku průchodnost urgentního příjmu. Dlouhým pobytem v prostorách UP může narůstat i frustrace pacientů. Pacienti nižších priorit snášejí špatně dlouhé čekání na ošetření, pacienti v prostorách UP jsou zase nespokojeni s častým přerušováním péče, které mohou vnímat jako nezájem.

Bezpečnost je jedním ze základních prvků kvality péče v urgentní medicíně. Další jsou efektivita, rovnost v přístupu k urgentní péči, připravenost a systém zaměřený na pacienta. Kormě obecných faktorů ohrožující bezpečnost poskytované péče jsou pro urgentní medicínu charakteristické i další aspekty, které mají za následek chybu. Na straně pacientů jde o naléhavost a komplexnost zdravotního stavu a často i komunikační bariéry z mnoha důvodů. Personál se může dopustit kognitivních chyb, má pro nějaký postup nebo dokonce pro práci na urgentním příjmu nedostatečný výcvik, práce ve směnném režimu narušuje denní a spánkové cykly, na urgentním příjmu dojde často ke vzniku syndromu vyhoření. Může nastat ztráta důležitých informací při předání pacientů. Nutnost stálého rozhodování je také riziková. I faktory prostředí hrají velkou roli – přetížení urgentních příjmů, přerušování péče o jednoho pacienta a časová naléhavost poskytování péče též zvyšují riziko chyb. [4]

Velká pozornost je věnována řešení přetížení (overcrowding) a hledání faktorů, které mohou průchodnost UP zvýšit. V roce 2022 vydala světová federace urgentní medicíny (IFEM) stanovisko a zahájila kampaň proti tomuto jevu, který ohrožuje pacienty i personál. [5,6] Jde skutečně o univerzální problém – podle průzkumu IFEM se týká všech 41 členských zemí této organizace. I v ČR se potýkáme s tímto problémem, který je ještě umocněn tím, že na mnoha pracovištích neexistují standardizované postupy, jak fenomén přetížení řešit v okamžiku, kdy vznikne a řešení je ponecháno na improvizaci týmu ve službě. [7]

Přetížení vzniká na vstupu, na samotném UP i na výstupu, kdy vážně přijem pacientů na nemocniční oddělení. Poslední jmenovaná příčina je nejčastější. Rizika plynou z oddálení poskytnutí potřebné péče při nadlimitní pracovní zátěži, a zesiluje je výše zmiňovaná frustrace pacientů a jejich rodin, což v bludném kruhu zvyšuje frustraci personálu.

BEZPEČNOST PACIENTŮ A BEZPEČNOST PERSONÁLU – SPOJITÉ NÁDOBY

Urgentní příjmy trpí nedostatkem kvalifikovaného a vycvičeného personálu, a to i v zemích, kde je historie urgentní medicíny nejdelší, např. ve Velké Británii. Vzhledem ke krátké historii oboru a určité době prosazení samostatné lékařské specializace v mnoha zemích se počty lékařů se specializovanou způsobilostí naplňují pozvolna. Navíc to není práce pro každého právě kvůli svým specifickým rysům, nutnosti širokého záběru a velké zodpovědnosti za rozhodování. Pro mnoho absolventů jsou čitelnější zavedené lékařské obory, v nichž vidí i perspektivu kariérního růstu, případně výhledově přechod do soukromé praxe. Pokud není oddělení obsazeno a vedeno kmenovými lékaři-urgentisty, dopadá to i na sestry, které čelí nekonzistentním postupům, pokud se na UP střídají lékaři různých oddělení. Riziko medicínských chyb se zvyšuje, pokud na UP slouží mladí lékaři bez stálé přítomnosti lékaře se specializovanou způsobilostí v urgentní medicíně.

Personál může být ohrožen násilím ze strany pacienta nebo jeho doprovodu, incidenty se odehrávají často ve spojitosti s vlivem

návykových látek nebo je za nimi selhání komunikace a stres. Celosvětově se lékaři a sestry potýkají s rizikem syndromu vyhoření, což ještě umocnila proběhlá pandemie s extrémním zvýšením tlaku na již tak zatížený systém urgentní péče. Jak prokázala studie EUSEM z roku 2022, některý z příznaků burnoutu měly téměř 2/3 z 1925 respondentů (62 %) a míra těchto příznaků pozitivně korelovala s úvahami o odchodu z profese. Odchody zkušených profesionálů jsou tak skutečnou hrozbou pro celý systém urgentní péče. [8, 9,10,11] Vyhoření, odchody personálu a další zvýšení pracovní zátěže pracovníků, kteří zatím v oboru zůstávají, ohrožují kvalitu, bezpečnost a schopnost systému zajistit urgentní péči za standardních podmínek, a ještě méně čelit nepředvídatelným mimořádným událostem a katastrofám. Pozornost by se tedy měla věnovat i podpoře personálu a jejich potřebám, neboť jen s dostatkem dobře vycvičených, a hlavně motivovaných pracovníků (lékářů, sester, zdravotnických záchranářů i pomocného personálu) lze zajistit poskytování urgentní péče všem občanům, kteří ji potřebují. Česká Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP se s mnoha dalšími organizacemi připojila k iniciativě EUSEM o minimálních standardech pro bezpečné pracovní podmínky v urgentní medicíně, ve kterém jsou vyjmenovány oblasti, které by měly být ze strany zřizovatelů, managementu, ostatních odborností a státních orgánů zajištěny. Podmínky zahrnují uspořádání oddělení a prostor pro personál (jídlo, odpočinek), ergonomický nábytek, využití moderních technologií včetně informačních systémů pro usnadnění práce, ale i vzdělávání a výcvik pro zvýšení kompetencí a větší jistotu v práci, rozvržení směn tak, aby měli pracovníci čas na regeneraci, zajištění jejich psychologických a jiných potřeb.

Definováním přiměřených pracovních podmínek na urgentních příjmech se zabývala studie ze 6 evropských zemí z různých velikých UP. [3] Kategorie byly pozitivní (osobní motivace, výzvy práce samotné, komplexita medicínských případů na UP) i negativní (přetížení, přerušování péče, multitasking, riziko chyb). Mezi faktory s negativním dopadem na zdraví personálu byly identifikovány únava, vyčerpání a vyhoření. Výsledky se shodují s ostatními zdroji.

JAK ZVÝŠIT BEZPEČNOST A KVALITU POSKYTOVANÉ PÉČE NA URGENTNÍM PŘÍJMU

Nejzásadnější rizika jsou na systémové a strukturální úrovni a zde je nutné hledat řešení. Ze strany státních orgánů by měla být definována racionální síť urgentních příjmů. Zřizovatelé, manažeři zdravotnických zařízení a vedoucí pracovníci v oblasti urgentní péče by si měli uvědomovat důležitost zvyšování bezpečnosti urgentních příjmů jakožto jednoho z klíčových prvků kvality poskytované péče. Nelze se ale zaměřovat jen na bezpečnost pacientů, ale je potřeba věnovat pozornost i potřebám personálu, neboť lidský prvek stojí často za chybou, ať už je způsobena únavou, přetížením, vyčerpáním, sníženou koncentrací, nebo i ztrátou smyslu práce.

V první řadě potřebujeme data o chybách, abychom mohli analyzovat jejich příčiny a zavést preventivní opatření. Hlášení nežádoucích událostí by se nemělo omezit pouze na zapisování

napadení personálu, jak je obvyklé, ale každý urgentní příjem by měl vytipovat slabá místa a udělat si seznam potenciálních rizik.

Práci v urgentní medicíně zlepšují i protokoly, standardizované postupy, checklisty a doporučení. Metodické pokyny pro řešení nejčastějších klinických stavů by měly být rozpracovány pro každé oddělení podle konkrétních podmínek (velikost oddělení, struktura a velikost nemocnice, diagnostické a léčebné možnosti aj). Stejně tak by měla být předem stanovená pravidla pro řešení opakujících se kolizních situací typu přetížení, konziliárních vyšetření, avíza, předávání pacientů na lůžka a podobně.

Je potřeba se věnovat i práci s personálem, zajistit vzdělávání, výcvik a dostatečné kompetence pro všechny, kteří na UP pracují, třeba i jen někdy ve službách. Velmi důležitou součástí profesionality je komunikace – s pacienty, rodinami, ale i uvnitř týmu, kde souvisí s měkkými dovednostmi a schopností vedení týmu i týmové spolupráce. Právě selhání komunikace stojí často za frustrací, zvýšením stresu a zvýšenou chybovostí.

ZÁVĚR

Urgentní příjmy jsou ze své podstaty rizikovým typem pracoviště, o to více je potřeba věnovat pozornost typickým rizikovým momentům činnosti, protože většina medicínských chyb je preventabilní. Usilování o co nejbezpečnější péči poskytovanou pacientům je možné jen tehdy, kdy je věnována pozornost i personálu a jeho pracovním podmínkám. Při zajištění kvality má systém urgentní péče obrovský potenciál ke snížení zdravotních dopadů krizí u individuálních pacientů, ale i z hlediska celé společnosti a při mimořádných událostech.

LITERATURA

1. FISCHEROVÁ, S., POHL, M. Hippokratova Přísaha a současné lékařské sponze. *Čas. Lék. čes.* 2022; 161: 212–219
2. WHO. *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care.* Geneva: World Health Organization; 2021. ISBN 978-92-4-003270-5 <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
3. WHO. *Integrated emergency, critical and operative care for universal health coverage and protection from health emergencies.* 30. 5. 2023, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R2-en.pdf
4. PETRINO, R., TUUNAINEN, E., BRUZZONE, G. and GARCIA-CASTRILLO, L. *Patient safety in emergency departments: a problem for health care systems? An international survey.* *European Journal of Emergency Medicine*, 2023, 30 (4), pp.280-286.
5. IFEM. *Position Statement on Over-crowded Emergency Departments, December 2022.* https://www.ifem.cc/global_campaign_against_ed_over_crowding
6. IFEM. *Stanovisko k přetížení urgentních příjmů.* *Urgent Med* 25, 2022 (3-4): 42.
7. RENNÉT, O., ŠEBLOVÁ, J. *Přetížení urgentního příjmu a možná řešení.* *Urgent Med* 25, 2022 (2): 7-9.

8. PETRINO, R, RIESGO, Garcia-Castrillo, L, YILMAZ, B. Burnout in emergency medicine professionals after 2 years of the COVID-19 pandemic: a threat to the healthcare system? *European Journal of Emergency Medicine*, 2022, 29.4: 279.
9. LINZER, M, et al. Trends in clinician burnout with associated mitigating and aggravating factors during the COVID-19 pandemic. In: *JAMA health forum*. American Medical Association, 2022. p. e224163-e224163.
10. AIKEN, LH., et al. Physician and nurse well-being and preferred interventions to address burnout in hospital practice: factors associated with turnover, outcomes, and patient safety. In: *JAMA Health Forum*. American Medical Association, 2023. p. e231809-e231809.
11. FROGNER, BK, DILL, JS. Tracking turnover among health care workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. In: *JAMA Health Forum*. American Medical Association, 2022. p. e220371-e220371.
12. EUSEM. Prohlášení o minimálních standardech pro bezpečné pracovní podmínky v urgentní medicíně (český překlad FRA-NEK, O, ŠEBLOVÁ, J.) *Urgent Med* 25, 2022 (3-4):40-41.
13. WEIGL, M., LIFSCHITZ, M., DODT, C. Key factors for sustainable working conditions in emergency departments: an EUSEM-initiated, Europe-wide consensus survey. *European Journal of Emergency Medicine*, 2024, pp.10-1097.

MUDr. Mgr. Jana Šeblová, Ph.D.

Urgentní příjme ON Kladno
Vančurova 1548
272 01 Kladno
E-mail: seblova.jana@gmail.com

Příspěvek došel do redakce 28. června 2024, po recenzním řízení přijat k tisku 1. srpna 2024.

SPRÁVA ZO XIV. STREDOEURÓPSKEHO KONGRESU UM A MK

XIV. ročník Stredoeurópskeho kongresu UM a MK pod záštitou Ministerstva zdravotníctva SR a rektora SZU, prof. MUDr. Petra Šimka, sa konal v dňoch 12.– 14. mája 2024 v kongresových priestoroch hotela Miraj Resort v Lučenci. Ide o najdôležitejšiu odbornú a vzdelávaciu aktivitu slovenských urgentológov, ktorá sa stala neodmysliteľnou súčasťou prezentácie urgentnej medicíny na Slovensku. Hlavnými organizátormi kongresu je Slovenská spoločnosť urgentnej medicíny a medicíny katastrof (SSUMaMK) a Edumed, n.o. Generálnymi partnermi kongresu boli spoločnosti Zamed s.r.o. a RZP a.s.

Pred rokom výbor odbornej spoločnosti pristúpil na zmeny ohľadom miesta, dĺžky, organizácie a skladby kongresu a na základe pozitívnej spätnej odozvy od účastníkov, aj tento rok prebiehalo podujatie v prezenčnej aj on-line forme súbežne. Celkovo sa kongresu zúčastnilo rekordných 560 účastníkov, 248 prezenčne, 312 online. Okrem lekárov prišli aj záchranári, operátori, hasiči, študenti lekárskeho fakult i budúci záchranári. Vysoká účasť nás utvrdzuje v myšlienke, že hlad po vedomostiach je citeľný a výhodou on-line prenosu je zapojenie i tých záujemcov, ktorí sa z pracovných, či iných osobných dôvodov nemôžu kongresu zúčastniť.

Odborný program počas dvoch kongresových dní bol koncipovaný do jednej sekcie a celkovo sme mali možnosť vidieť a počuť 31 prednášok v siedmych blokoch. 14. kongres venoval pozornosť aktuálnym, kľúčovým témam v urgentnej medicíne, akými je sepsa, závažný úraz, kriticky choré dieťa, krátkodobé poruchy vedomia a rendez-vous systém. Do odborného programu boli zaradené aj príspevky „klasických“ okruhov: analýza resuscitácií, airway manažment, analgéria v urgentnej medicíne. Okrem prednášok slovenských odborníkov zazneli cenné príspevky expertov z Maďarska, Česka, Veľkej Británie a Nemecka. Veľkorysý priestor sme venovali moderovanej diskusii na tému rendez-vous systém (stretávací systém) na Slovensku, kde okrem slovenských lekárov a operátorov vystúpili i naši českí kolegovia a o skúsenosti sa podelili aj kolegovia z Nemecka a Maďarska. Vďaka výborne zvládnukej technike sme mali možnosť diskutovať aj s prednášajúcimi z Londýna a Budapešti prostredníctvom živého prenosu. Medzioborovú spoluprácu sme mali možnosť umocniť vďaka špičkovým odborníkom z kardiológie, anesteziológie, neurológie a pediatrie.

Súčasťou kongresu bol aj workshop ultrasonografie – Point-of-Care ultrasonografie v diagnostike dušnosti a akútneho respiračného zlyhania so zameraním na prednemocničnú neodkladnú starostlivosť a urgentný príjem. Na workshope pod vedením doc. MUDr. Romana Škulca, Ph.D. sa školilo 14 účastníkov.

Úvodný slávnostný ceremoniál v pondelok večer začal príhovorom prezidenta Slovenskej spoločnosti pre urgentnú medicínu a medicínu katastrof, MUDr. Attilu Gányovicsa, v ktorom zhodnotil prácu výboru za uplynulý rok 2023, podčiarkol význam rozšírenia

členskej základne o nových mladých členov a spomenul hlavné výzvy pre náš odbor v nasledujúcom období.

Výbor odbornej spoločnosti pravidelne oceňuje svojich aktívnych jubilujúcich členov. Toho roku boli ocenení piati členovia bronzovou medailou SLS MUDr. Peter Kyseľ, MUDr. Silvia Trnovská, MUDr. Peter Makšim, MUDr. Andrej Harendarčík a Mgr. Jozef Kojš. Striebornú medailu Propter merita udelila SLS za zásluhy o budovanie a rozvoj Slovenskej lekárskej spoločnosti MUDr. Táni Bulíkovej, PhD. a MUDr. Marcelovi Sedlačkovi. Zlatou medailou SLS bola ocenená MUDr. Anna Vargová. Večer nám hudobne osviežili a spríjemnili mladačké interpreti z folklórneho súboru Ipeľ z Lučenca.

Za organizátorov kongresu, si dovoľíme vysloviť veľké poďakovanie všetkým, ktorí svojou významnou mierou, ale i „kvapkou“ prispeli k príprave tohoročného vrcholného podujatia slovenských urgentológov.

V roku 2025 sa 15. Stredoeurópsky kongres UM a MK bude konať 27.–29. apríla v Miraj Resort v Lučenci, sledujte nás na www.urgmed.sk a na facebookovej stránke Kongres urgentnej medicíny.

MUDr. Táňa Bulíková, PhD.

Viceprezidentka SSUMaMK

Foto 1 – Ocenenie členov bronzovou medailou SLS a striebornou medailou

(Na fotografii zľava doprava: Prezident SSUMaMK MUDr. Attila Gányovics, MUDr. Táňa Bulíková, PhD., MUDr. Marcel Sedlačko, MUDr. Peter Kyseľ, MUDr. Silvia Trnovská)



Foto 2 – Hlavný odborník pre UM a MK



MUDr. Marcel Brenner (vpravo) a MUDr. Jozef Köppl (vľavo)

**Foto 3 – Moderovaná diskusia
na tému rendez vous systém na Slovensku**



(Na fotografii zľava doprava: Ondrej Franek, Katarína Veselá, Marián Sedlák, Viliam Sládek, Osama Al- Khaldi)

Foto 4 – Predávajúci bloku „Závažný úraz“



(Na fotografii zľava doprava: Ľuboš Vnuk, Zuzana Kolníková, Eva Kušíková, Mária Michalovová)

Foto 5 – Workshop ultrasonografie



Foto 6 – Spevácky zbor Ipeľ z Lučenca



Foto 7 – Pohľad do plnej kongresovej sály



MUDR. JIŘÍ ŠTĚTINA LAUREÁTEM CENY PREZIDENTA ASOCIACE ZZS PRO ROK 2024

Vyhlášení cen AZSS ČR se uskutečnilo v Mikulově 18.4.2024 v rámci konference Brněnské dny urgentní medicíny. Cenu prezidenta MUDr. Marka Slabého, MBA, LL.M. získal v roce 2024 MUDr. Jiří Štětina, lékař, pedagog a autor odborných publikací oboru urgentní medicína a medicína katastrof.

MUDr. Jiří Štětina promoval v roce 1964 na Lékařské fakultě hygienické UK Praha a do roku 1969 pracoval jako krajský hygienik krajské správy Ministerstva vnitra v Hradci Králové. Po okupaci vojsky Varšavské smlouvy v roce 1968 byl při prověrkách v roce 1969 pro nekompromisní antisovětský postoj ze služeb MV propuštěn. Od roku 1969 do roku 1992 tedy pracoval nejprve jako sekundář-anesteziolog ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, pak si doplnil atestace (v době dvoustupňového systému postgraduálního vzdělávání). Vždy se snažil uvádět do praxe nové metody v oboru. V roce 1970 začal používat anestezii v očním lékařství a v roce 1978 byla poprvé ve FN HK použita metoda svodné anestezie (peridurální a spinální), kterou se naučil v nemocnici na Bulovce.

V roce 1980 se významně podílel na zřízení RZP (rychlá zdravotnická pomoc) ve fakultní nemocnici a v roce 1990 byl zakladatelem letecké záchranné služby v Hradci Králové. Provozovatelem vrtulníků byla Policie ČR. Od roku 1992 působil jako primář samostatného odd. záchranné služby FN Hradec Králové. Po vzniku samostatných organizací záchranné služby od 1. 1. 1993) byl ředitelem Územního střediska záchranné služby Hradec Králové.

Díky financování MZ ČR a Okresního úřadu v Hradci Králové investičně zvládnul výstavbu dvou nových objektů pro Územní Středisko Záchranné Služby Hradec Králové, čímž byla zajištěna komplexní primární pohotovostní i neodkladná péče pro pacienty spádové oblasti Hradce Králové a prostřednictvím Letecké záchranné služby od 3. 7. 1990) i celého Východočeského regionu. Organizační struktura včetně dislokace do dvou objektů je výhodná nejenom pro všechny pracovníky, ale zejména pro pacienty. Hradec Králové tak neměl nikdy problémy s poskytováním přednemocniční péče v celém rozsahu činnosti. Po celé období (1980–2002) byl členem výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby (RLP, LZS). Důvody jeho ukončení práce v PNP popisuje kniha **Jiří Štětina: Z kriminálu do parlamentu a zpět?** vydaná nakladatelstvím Olympia v prosinci 2023.

Získal atestace z oborů hygiena a epidemiologie (1967), anesteziologie a resuscitace I. a II. stupně (1973, 1976) a v roce 1999 tehdy nově uznaného nástavbového oboru „urgentní medicína“. Od roku 1997 byl externím asistentem IPVZ Praha na subkatedře, později katedře urgentní medicíny a podílel se na vzdělávání odborníků v oboru. Byl vedoucím střediska neodkladné resuscitace v Hradci Králové, které bylo součástí katedry a výukovou základnou pro postgraduální vzdělávání lékařů v urgentní medicíně.

Spolupracoval na výuce ve Vojenské lékařské akademii (VLA) Hradec Králové. Jako externí učitel ve Zdravotnické škole v Hradci Králové vyučoval předmět přednemocniční neodkladná péče v nástavbovém oboru sestra pro intenzivní péči (SIP). I sám si však doplňoval vzdělání kurzy a účastí na kongresech. Zabýval se hlavně organizací systému přednemocniční neodkladné péče a medicíny katastrof včetně začlenění Lékařské služby první pomoci (LSPP) do systému záchranných služeb.

Publikoval 77 odborných prací nebo vědeckých sdělení v časopisech a na odborných konferencích u nás (69) i v zahraničí (7). V roce 2000 byla vydána publikace **Medicína katastrof a hromadných neštěstí**, kterou pod vedením napsali odborníci z Vojenské lékařské akademie Jana Evangelisty Purkyně v Hradci Králové, FN Hradec Králové a Institutu civilní ochrany v Bohdanči. V roce 2014 vyšlo v nakladatelství Grada druhé vydání, které rozšířilo zdravotnickou záchrannou službu pro celý IZS (**Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách**).

Podílel se na založení odborné Společnosti přednemocniční neodkladné péče a medicíny katastrof v roce 1994, jeden rok byl jejím předsedou, později místopředsedou a členem výboru Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof.

Ve volbách do Parlamentu České republiky byl zvolen poslancem, kde pracoval dvě volební období. Zde jsem se podílel na schválení všech zákonů pro zdravotnictví, z nichž nejdůležitější je zákon č. 374 Sb./ 2011 o zdravotnické záchranné službě a následně o dodatku k zákonu, který stanovil tzv. „odchodné“ pro zdravotnické pracovníky záchranné služby.

DALŠÍ OCENĚNÍ PRACOVNÍCI ZZS ZA ROK 2024

Na základě nominací krajských zdravotnických záchranných služeb byli oceněni zaměstnanci působících na různých odborných pozicích, jejichž role je pro provoz ZZS zásadní a důležitá.

„Je mi ctí, že dnes večer můžeme ocenit ty, jež s naprostou samozřejmostí odvádějí skvělou práci, a jejich kolegové si jich za to považují. Život, bohužel, přináší i události, které prověří připravenost záchrannářů... profesionální zvládnutí mimořádné události je hodno ocenění a představuje pro nás všechny výzvu, na které je třeba systémově dlouhodobě pracovat a věnovat pozornost identifikaci rizik a potencionálních hrozeb,“ řekl prezident AZSS. *„Jsem velmi rád, že ti, kteří stáli na začátku, jsou tu stále s námi a mají možnost sledovat, jak se za ta léta systém poskytování přednemocniční neodkladné péče v naší zemi zdokonaluje,“* doplnil.

Zdravotnická záchranná služba **Karlovarského kraje** nominovala **paní Bc. Věru Luhanovou**, zdravotnickou záchrannářku

a koordinátorku projektu za realizaci projektu Organizace návazné péče u paliativně relevantních pacientů a křehkých seniorů.

Zdravotnická záchranná služba **Pardubického kraje** nominovala paní **Janu Zamastilovou**, vedoucí sestru výjezdové základny ve Vysokém Mýtě za oddanost a příkladnou práci.

Zdravotnická záchranná služba **Olomouckého kraje** nominovala paní **Mgr. Šárku Kubálkovou**, vrchní sestru územního odboru Jeseník za celoživotní přínos.

Zdravotnická záchranná služba **Libereckého kraje** nominovala paní **Mgr. Kateřinu Kněžourkovou**, operátorku a metodičku ZOS za dlouholetý přínos.

Zdravotnická záchranná služba **Jihomoravského kraje** nominovala paní **Bc. Romanu Pochylou**, MBA náměstkyni pro NLZP za dlouholetou činnost a za významný přínos.

Zdravotnická záchranná služba **Plzeňského kraje** nominovala paní **Mgr. Janu Průchovou**, hlavní sestru za významný přínos v oblasti PNP.

Zdravotnická záchranná služba **Královéhradeckého kraje** nominovala **pana Jana Mrázka**, vedoucího IT oddělení za zásluhy o rozvoj a správu informačních a komunikačních technologií.

Zdravotnická záchranná služba **Jihočeského kraje** nominovala pana **MUDr. Vratislava Němečka**, emeritního vedoucího lékaře OS v Písku za významný celoživotní přínos a příkladné dlouholeté vedení oblastního střediska.

Zdravotnická záchranná služba **Kraje Vysočina** nominovala **pana Jindřicha Hubla** in memoriam, řidiče záchranné služby ve Žďáru nad Sázavou za celoživotní přínos.

Zdravotnická záchranná služba **Ústeckého kraje** nominovala **pana Mgr. et Mgr. Jana Trpišovského**, vedoucího krizové připravenosti za významný rozvoj krizové připravenosti.

Zdravotnická záchranná služba **Zlínského kraje** nominovala **pana MUDr. Radima Ličenika**, lékaře za projekt mobilní iktové jednotky.

Zdravotnická záchranná služba **Moravskoslezského kraje** nominovala pana **Bc. Jiřího Flašara** náměstka pro NLZP za dlouholetý přínos.

Zdravotnická záchranná služba **hlavního města Prahy** nominovala **tým Zdravotnické záchranné služby hl. města Prahy** za zásah u mimořádné události při střelbě na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy.

Redakce s využitím materiálů AZZS ČR a archivu Jiřího Štětiny

Foto Jan Mach





POSLEDNÍ LET JOSEFA KNOTKA

26. 3. 1942 †20. 6. 2024

Když dne 20. 6. 2024 po dlouhé a těžké nemoci navždy odešel pan pilot s velkým „P“ plukovník Josef Knotek, nebyla to velká ztráta pouze pro jeho blízké, kolegy a kamarády z Letecké služby Policie České republiky. Tato zpráva zarmoutila také širokou záchranářskou obec v Čechách i na Moravě.

Pan Josef Knotek byl policista, pro kterého motto „pomáhat a chránit“ nebylo prázdňným pojmem. Ti z nás, kteří měli tu čest pana Josefa Knotka poznat, věděli, že se podle tohoto hesla snažil řídit nejen v práci, ale i v osobním životě. Traduje se historka, která názorně dokládá jeho životní postoje. V době dlouho před zorganizováním a zřízením Letecké záchranné služby prováděl služební policejní let, když se dozvěděl, že sanitka transportující těžce nemocného chlapce uvízla v dopravní zácpě. Na vlastní zodpovědnost se rozhodl přistát, naložit chlapce i s lékařem do vrtulníku a dopravit oba do nemocnice v Motole. Chlapce se následně podařilo zachránit. Možná, že právě tehdy se začala rodit jedna velká myšlenka...

V polovině 80. let se parta nadšenců, odhodlaných zdravotníků a policistů rozhodla uvést do provozu leteckou záchrannou službu. Kdo pamatuje staré časy, dokáže si představit, jak byrokraticky složité, organizačně komplikované a personálně obtížné překážky museli tito nadšenci podstoupit. Primárně bylo nutné přizpůsobit záchranářskému provozu vhodný vrtulník, v té době MI-2. Když se pak 1. dubna 1987 realizoval první oficiální let Letecké záchranné služby z pražské Ruzyně, bylo zcela logické a zřejmé, že vrtulník pilotoval právě pan Josef Knotek. Byli jsme tehdy za železnou oponou, nicméně trvalý provoz Letecké záchranné služby měla Česká republika (tehdy ČSSR) jako 4. stát v Evropě.

Pana Josefa Knotka jsem měl tu čest poznat na letecké záchrance v Praze v roce 1994 jako mladý a zapálený lékař těsně po atestaci. Spolupracovali jsme u celé řady vypjatých zásahů během „divokých devadesátek“ i později. Na jeho povaze jsem obdivoval směs rozhodnosti a profesionality propojené s pokorou, empatií a poněkud drsnějším suchým humorem. Byl velkou osobností, u zásahů nepovažoval žádnou práci za podřadnou, komplikace řešil se zdravým selským rozumem, své mladší kolegy bral jako sobě rovné a předával jim své letecké i osobní zkušenosti. Nepotřeboval publicitu, vnitřní uspokojení a satisfakci mu přinášely zásahy s dobrým koncem.

Letecká záchranka v ČR má za sebou 37 let své existence. Prošla dlouhým vývojem a ekonomicky se postupem času stala zajímavou (na rozdíl od pozemní záchranky) pro soukromé provozovatele. Její základní principy a postupy vycházející z vědeckých poznatků profesora Safara (a jeho současníků) se však nemění. I když vzlety leteckých záchraneček představují pouze malý zlomek všech zásahů záchraneček v ČR a jejich činnost je limitována počasiem a možnostmi provádění zásahů v noci, jsou zároveň symbolem ochoty naší společnosti investovat do pomoci druhým v nouzi nejvyšší. Kvalita naší letecké i pozemní záchranné služby snese srovnání s jakýmkoliv vyspělým systémem ve světě. Na její zakladatele nesmíme zapomínat. Bez lidí jako byl pan Josef Knotek bychom totiž žádnou leteckou záchrannou službu v ČR neměli.

Milý Pepo, ne každý se může jako Ty na konci životní cesty ohlédnout zpátky s hrdostí a satisfakcí. Hodně štěstí na posledním letu!

Jiří Knor, Praha, 2. 7. 2024



Vzácná fotografie z počátku 90. let: po stranách piloti plk. Josef Knotek a JUDr. Jiří Kliliánek, uprostřed MUDr. František Ždichynec, tehdejší ředitel pražské záchranky



Spolufinancováno
Evropskou unií



Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti dlouhodobé péče se zaměřením na problematiku poruch kognitivních funkcí a geriatrických pacientů na urgentních příjmech

Projekt je podpořen z Operačního programu Zaměstnanost plus, reg. č. CZ.03.02.02/00/22_045/0003808.

Cílem projektu je vytvoření a realizace vzdělávacích programů zacílených na péči o pacienty s poruchami kognitivních funkcí a syndromem demence, dále pak na oblast péče o geriatrické pacienty na odděleních urgentního příjmu.



Vzdělávací akce na urgentním příjmu určena pro lékaře, všeobecné sestry a zdravotnické záchranáře



Kurz „Geriatrický pacient na oddělení urgentního příjmu“

Představení základních znalostí a dovedností v péči o geriatrické pacienty v urgentní medicíně.

Hlavními tématy kurzu jsou:

- Teoretické základy geriatrického přístupu
- Koncepční a organizační aspekty péče na urgentních příjmech
- Geriatrické syndromy a atypická symptomatologie
- Posouzení a stratifikace rizika v urgentní medicíně
- Identifikace pacientů s deliriem a management delirantního stavu
- Kognitivní poruchy a demence v urgentním prostředí
- Péče o seniory s traumatem a posuzování farmakoterapie
- Sociální situace pacienta, spolupráce s rodinou a paliativní péče

Jedná se o **44hodinový kurz**:

- 2 dny prezenční výuky
- 8 webinářů/webcastů
- 2 dny odborné praxe na urgentním příjmu

Pro koho je kurz určen:

Pracovníci po získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání podle zákona č. 96/2004 Sb. „o nelékařských zdravotnických povoláních“ ve znění pozdějších předpisů, všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři zejména z pracovišť urgentních příjmů.

Pracovníci po získání odborné způsobilosti k výkonu lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. „lékařských zdravotnických povoláních“ ve znění pozdějších předpisů, lékařů zejména z pracovišť urgentních příjmů.

Místo konání a datum:

Praha a vybrané regiony (bude upřesněno v rámci vypsaných kurzů).

Doba realizace projektu: červenec 2024 – červen 2026.

Díky podpoře OPZ+ je vzdělávací program pro účastníky kurzu bezplatný.

Případné dotazy, prosím, směřujte na manažerku projektu Mgr. Andreu Donátovou +420 271 019 316



andrea.donatova@ipvz.cz



Detailní informace na webu:

www.ipvz.cz/nezarazene-stranky/o-ipvz/granty-projekty-v-realizaci



Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP
Vás zve na jubilejní

xXx.
DOSTÁLOVY DNY
URGENTNÍ MEDICÍNY



Clarion Congress Hotel Ostrava

22. - 24. října 2024

www.dostalovydny.cz