

URGENTNÍ
UM
MEDICÍNA

2/2006



ČASOPIS PRO NEODKLADNOU
LÉKAŘSKOU PÉČI

Archiv 2000 – 2004 též na www.mediprax.cz

Z OBSAHU ČÍSLA 2/2006:

Připravenost rezortu zdravotnictví a systémový přístup k prioritám bezpečnostní politiky ve zdravotnictví

Projekt řízení kvality přednemocniční neodkladné péče Územního střediska záchranné služby Zlínského kraje

Návštěva Záchrané služby Montréal

Zkušenosti z Velké Británie

Telefonicky asistovaná resuscitace dispečerem zvyšuje naději na dlouhodobé kvalitní přežití u netraumatické přednemocniční zástavy oběhu (konečné výsledky studie DIRECT)

Hodnocení zdravotnických průvodek

Možnosti psychosociální pomoci v urgentní fázi mimořádné události s velkým počtem obětí

Potřeba kontinuálního vzdělávání v oboru z pohledu studenta všeobecného lékařství

Nová architektura a strategie pro neodkladné stavy

Rallye Rejvíz 2006



Vydává

MEDIPRAX CB s. r. o.
České Budějovice
Branišovská 31
370 05 České Budějovice
tel.: +420 385 310 382
tel./fax: +420 385 310 396
e-mail: mediprax@mediprax.cz

Vedoucí redaktorka:
MUDr. Jana Šeblová

Zástupce vedoucího redaktora:
MUDr. Juljo Hasík

Odpovědný redaktor:
Ing. Jan Mach

Grafické zpracování a výroba:
Písmovka – typografické studio

Vychází 4x ročně
Toto číslo předáno do tisku
dne 17. 7. 2006

Registrační značka:
MK ČR E 7977
ISSN 1212 - 1924

**Rukopisy a příspěvky
zasílejte na adresu:**
MUDr. Jana Šeblová
Fráni Šrámka 25, 150 00 Praha 5
E-mail: seblo@volny.cz

Zaslané příspěvky a fotografie
se nevracejí, otištěné příspěvky
nejsou honorovány.
Texty neprocházejí redakční
ani jazykovou úpravou.

Příjem inzerce:
MEDIPRAX CB s.r.o.
České Budějovice

Redakční rada:
Jeffrey Arnold, M.D. (USA)
MUDr. Otakar Buda
MUDr. Juljo Hasík
MUDr. Dana Hlaváčková
MUDr. Stanislav Jelen
MUDr. Čestmír Kalík
Ing. Jan Mach
Prof. MUDr. Oto Masár, CSc. (SR)
Francis Mencil M.D. (USA)
Dr. Agnes Meulemans (Belgie)
as. MUDr. Kateřina Pizingerová, PhD.
MUDr. Milana Pokorná
MUDr. Jiří Pudil
MUDr. Jana Šeblová
MUDr. Josef Štorek, PhD.
MUDr. Pavel Urbánek

1. Úvodní slovo	3
<i>(Jana Šeblová)</i>	
2. Připravenost rezortu zdravotnictví a systémový přístup k prioritám bezpečnostní politiky ve zdravotnictví	4
<i>(Dana Hlaváčková)</i>	
3. Projekt řízení kvality přednemocniční neodkladné péče Územního střediska záchranné služby Zlínského kraje	5
<i>(Jiří Pudil)</i>	
4. Návštěva Záchrané služby Montréal	11
<i>(Renata Hokovská)</i>	
5. Zkušenosti z Velké Británie	12
<i>(Jan Bradna)</i>	
6. Telefonicky asistovaná resuscitace dispečerem zvyšuje naději na dlouhodobé kvalitní přežití u netraumatické přednemocniční zástavy oběhu (konečné výsledky studie DIRECT)	14
<i>(Ondřej Franěk)</i>	
7. Hodnocení zdravotnických průvodců	17
<i>(Miroslav Procházka, Jiří Mašek, Karel Antoš, Tomáš Dědek, Zuzana Klicperová)</i>	
8. Možnosti psychosociální pomoci v urgentní fázi mimořádné události s velkým počtem obětí	20
<i>(Štěpán Vymětal, Jana Malíková)</i>	
9. Potřeba kontinuálního vzdělávání v oboru z pohledu studenta všeobecného lékařství	26
<i>(Robin Šín)</i>	
10. Arnold Jirásek – nekončící recenze	27
<i>(Jiří Franz)</i>	
11. Nová architektura a strategie pro neodkladné stavy	28
<i>(Jana Šeblová, Ondřej Franěk, Renata Hokovská, Marek Uhlíř)</i>	
12. Rallye Rejvíz 2006	32
<i>(Jiří Danda)</i>	

Ve studentské ročence, tedy v jakémisi hromadném ročníkovém památníčku z jedné zahraniční školy, jsem objevila větu, která mě zaujala a kterou si od té doby jako mantru opakuji: „Politicians can't destroy your family life“. Překlad „Politici nemohou zničit tvůj rodinný (potažmo soukromý) život“ mi přijde oproti znělosti originálu uhlazený, „destroy“ v sobě i zvukově obsahuje onu agresi destrukce.

Pořád jsem se k té větě musela v myšlenkách vracet, protože její naprosto jednoduché sdělení mi přišlo v českých zemích jako zjevení. Oni nám totiž politici opravdu nemohou zasahovat do soukromí, do prožívání našich všedních dnů – to jen my sami je tam nemoudře pouštíme, zbytečně se nad nimi rozčilujeme a diskutujeme, co by měli nebo neměli (a oni se tím stejně neřídí). Jediné co mohou, je ztrpčovat nám život praktickými dopady svých rozhodnutí, což sice intenzivně činí, **ale na nás je, jak se s tím vyrovnáme a kolik úsilí tomu věnujeme**. Kdyby nic jiného, při dalších volbách se můžeme pokusit je pomocí svého hlasu poslat do politických věčných lovišť. Případně může každý vyjádřit svůj názor nejrůznějšími formami, úředními postupy počínaje, demonstracemi konče, ale to už znamená o trochu více námahy.

Kdysi jsem jednomu kolegovi z Belgie rozhořčeně sdělovala, že „naši politici jsou opravdu hrozní“ – bylo to již v době opadaných sametových iluzí, první generace roztomilých, zcela neprofesionálních a nepraktických politiků sed buď vrtála k tomu, co umí, nebo se ke škodě svého morálního kreditu zprofesionalizovala a politické vtipy opět vstaly z polistopadového popela. Kolega se na mě udiveně podíval, konverzačně odpověděl „To ti naši také, to je normální“, a pokračoval v diskusi o zajímavějších záležitostech. Tehdy to byl pro mě první „mezikulturní“ střet. Nikde jinde snad nejsou politické komentáře průvodním jevem rodinných obědů a debat ve volném čase, který se dá trávit mnohem zábavněji. Dříve jsem denně kupovala noviny a sledovala zpravodajství, pokud možno prostřednictvím více médií, abych byla informovaná o dění – díky tomu jsem byla informovaná o nepodstatném balastu a zabralo mi to spoustu času. Když jsem s tím „sebeinformováním“ přestala, zjistila jsem, kolik volných minut, nebo spíše hodin navíc jsem získala. Kromě toho jsem si ověřila, že podstatné informace ke mně vždy nějakým způsobem doputují.

Po volbách si onu v úvodu zmíněnou větu připomínám ještě mnohem častěji. Letos lidé vyslovili politikům značně nesplnitelné zadání: „Laskavě se koukejte domluvit“, a to je to, co se naši představitelé zatím ještě nenaučili. Úspěšně už běží další měsíc od voleb, máme vládu, která by neměla vládnout, máme parlament, který ještě nemůže vládnout, v zástupu stojí další vláda, připravená, ale nepřipuštěná k vládnutí – a děje se něco podstatného? Lidé jezdí na dovolenou a zase zpátky, obchody se nezavřely, doprava se zhroutila přesně jen tak, jak to každý na začátku prázdnin očekával... Nic pro lidský život podstatného se bez vlády, s vládou nebo navzdory vládě neodehrálo. A tak jsem si začala jen tak potichu říkat – a nebylo by vlastně lépe, kdyby se ti naši politici jen tak další čtyři roky přetlačovali mezi sebou a nás nechali na pokoji? Vždyť to bez nich jde nakonec lépe než s nimi.

Za redakci Vám všem hezké léto dle Vašich představ přeje
Jana Šeblová

Připravenost resortu zdravotnictví a systémový přístup k prioritám bezpečnostní politiky ve zdravotnictví

Dana Hlaváčková

Ministerstvo zdravotnictví ČR, Odbor krizové připravenosti

Abstrakt

Článek představuje pokus o nový přístup ke koncepční tvorbě zajištění bezpečnostní politiky prostřednictvím resortu zdravotnictví. Je zde představen multidimenzionální přístup k řešení krizové připravenosti v rámci zdravotnického záchranného řetězce a jeho resortních i mimoresortních partnerů, stručně jsou shrnuty některé parametry SWOT analýzy a definováno postavení občana a jeho očekávání směrem ke zdravotnickému systému za mimořádných událostí.

Abstract

This paper presents a new approach to systematic implementation of the State security policy by the health sector. It includes a multidimensional view of crisis preparedness in the frame of the chain of survival, its components and partners; some SWOT analysis parameters are also designed. The paper reflects the citizen's role and expectations towards the health care bodies in the time of extraordinary event as well.

V souladu se zadáním z usnesení č. 102 Bezpečnostní rady státu ze dne 13. 12. 2005, kterým se mimo jiné zřizuje meziresortní pracovní skupina pro zpracování komplexního materiálu k činnosti zdravotnických zařízení při řešení následků teroristických útoků a s úkolem pro ministra zdravotnictví předložit na schůzi Bezpečnostní rady státu v prosinci 2006 „Návrh výsledné koncepce krizové připravenosti zdravotnictví v České republice“, bylo nezbytné po ustanovení meziresortní pracovní skupiny formulovat odborné a metodické přístupy k řešení zadaných úkolů. Odbor krizové připravenosti Ministerstva zdravotnictví připravil návrh těchto přístupů ke zpracování zadané problematiky, a tento návrh meziresortní pracovní skupina na svém prvním jednání začátkem roku 2006 schválila.

Sdělení stručně rekapituluje základní dimenze a body zvoleného přístupu ke zpracování koncepce a zároveň upozorňuje na nutnost možné korekce dříve prosazovaného paradigmatu pro koncept bezpečnosti občana, resp. bezpečnosti občana a komunity.

V rámci zpracování výchozích okruhů celého zadání z pohledu resortu zdravotnictví byly zvoleny dvě základní priority – občan a jeho očekávání vůči zdravotnictví za mimořádných událostí,

– zdravotní politika a její možnosti (okamžité a dlouhodobé) při zajištění bezpečnostní politiky státu.

Metodou zkoumání výchozích podmínek bylo provedení SWOT analýzy prostředí právního, organizačního a odborného, včetně průřezového parametru financování. Výsledky této analýzy jsou a nadále budou aplikovány do systému tzv. zdravotnického záchranného řetězce, jež probíhá v čase a jehož jednotlivé články se podílejí na záchranných a likvidačních pracích definovaných v zákoně č.239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, případně v jím určených prováděcích předpisech následovně:

1. článek záchranného řetězce – místo události – laická první pomoc, vzájemná pomoc a svépomoc. Tato činnost není prováděna složkami IZS, není tedy ve smyslu zákona 239/2000 Sb. (dále jen zákon o IZS) považována za záchranné práce. Tato činnost je v rámci moderního konceptu

bezpečnosti občana a komunity významně ovlivněna tzv. zranitelností a odolností obyvatelstva za mimořádných událostí. Tyto parametry z pohledu zdravotnictví zatím nejsou zkoumány a vyhodnocovány. Dále je tato činnost z pohledu zdravotnictví významně ovlivňována ochotou poskytnout první pomoc a kvalitou této laické první pomoci. Tato problematika je resortem zdravotnictví postupně řešena. Mezi úkoly poskytnutí první pomoci však patří také přivolání zdravotnické záchranné služby prostřednictvím linky 155, resp. 112.

2. článek záchranného řetězce – odborná přednemocniční neodkladná péče poskytovaná zdravotnickou záchrannou službou (dále jen ZZS). ZZS je základní složkou IZS dle zákona o IZS, vztahuje se na ni tedy ustanovení o provádění záchranných a likvidačních prací na místě vzniku mimořádné události. Problematika součinnosti ZZS s dalšími základními a ostatními složkami IZS a se subjekty poskytujícími tzv. plánovanou pomoc na vyžádání v místě mimořádné události tvoří obsáhlý balík zejména resortních i meziresortních součinnostních metodik, jejichž převážná většina by se měla po dopracování stát součástí Katalogu typových činností, jenž je spravován prostřednictvím HZS ČR.

3. článek záchranného řetězce – odborná nemocniční neodkladná péče má z pohledu medicínsko právního, a zcela určitě z pohledu občanských práv charakter záchranných a zejména likvidačních prací následků na zdraví po proběhlé mimořádné události. Z pohledu zákona o IZS tomu však tak není, neboť pacient opouštějící místo události v sanitním vozidle a směřující k dalšímu neodkladnému ošetření do nemocnice, bez něhož by nebyl zachráněn jeho život či by došlo k více nebo méně vážným následkům a poškození zdraví, již nesplňuje podmínku pro požadavek záchranných a likvidačních prací vázaných na místo události. Nemocnice poskytující neodkladnou péči tak nemohou být z pohledu zákona o IZS určeny k poskytování záchranných a likvidačních prací, čímž z medicínského, resortního a právního pohledu dochází k ruptuře, zlomení celého záchranného řetězce, který je postaven a měl by být posilován ve jménu oče-

kávání a práv postiženého občana, nikoliv s ohledem na místo, kde byl občan zraněn nebo poškozen na zdraví.

Do celé osy záchranného řetězce dále proniká ryze odborná medicínská problematika reprezentovaná jednotlivými typy postižení na zdraví. Z pohledu interdisciplinární odbornosti, jež se nazývá medicínou katastrof, se dnes k těmto postižením řadí poranění

- mechanická,
- termická,
- chemická,
- biologická,
- radiační,
- psychická.

Zjednodušeně se dá říci, že teroristické ataky, páchané ve velké většině případů prostřednictvím nástražného výbušného systému, v sobě mohou zahrnovat všechny typy výše uvedených postižení. Při řešení problematiky krizové připravenosti zdravotnictví na teroristické útoky či jiné mimořádné události je tak nutno vzít v potaz výše uvedené důsledky na zdraví a celou organizaci záchranného řetězce přizpůsobit tak, aby průchod pacienta záchranným řetězcem, tedy dostupnost, kontinuita a kvalita péče především splňovaly náročné požadavky na poskytnutí nezbytné a neodkladné péče dle požadavků moderních zásad medicíny katastrof. Vzhledem k faktu, že Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím svých resortních právních aktů přesně definuje cílová zdravotnická zařízení pro některé ze speciálních typů poranění (závažné úrazy, popáleniny, nemoc z ozáření, vysoce virulentní nákazy atp.), je nejslabší součástí návaznosti nemocniční neodkladné péče na neodkladnou péči přednemocniční právě fáze hromadného urgentního příjmu více postižených osob do zdravotnických zařízení – nemocnic, které nemají charakter nemocnic fakultních. Tato skutečnost se zvyrazňuje právě tam, kde neexistuje jednotný centrální příjem, jednotný vstup do nemocnice s operačním řízením a rychlou vazbou na operační sály a komplementární a konziliární služby. Nemocnice navíc většinou nedisponují adekvátně uspořádaným krizovým útvarem, který plánuje, zabezpečuje, mo-

nitoruje a vyhodnocuje připravenost zdravotnického zařízení k provedení traumatologického plánu, resp. plánu krizové připravenosti nemocnice, a to na základě analýzy rizik spádové oblasti na zdraví zajišťované populace.

Limitované kapacity zdravotnického systému nutně vedou k hledání možností kompetentních partnerů v tzv. „třetím“, resp. neziskovém či dobrovolnickém sektoru. Většina těchto renomovaných organizací a institucí je ochotna a připravena k součinnosti. Tato spolupráce musí mít však především definovány podmínky této součinnosti, především na úrovni společných metodik. Významné je také vytvoření příznivých podmínek pro zajištění úkolů dobrovolníků ze strany zaměstnavatelů především v pracovně právních vztazích, dále oblast financování, vzdělávání, pojištění, dostupnosti, svolávání atp.

Celá problematika koncepčního řešení krizové připravenosti zdravotnictví přesahuje rámec i časové možnosti tohoto sdělení. Jednotlivé kroky při vytváření koncepce budou publikovány na webových stránkách MZ ČR: www.mzcr.cz pod hlavičkou krizové připravenosti. Kromě spolupráce v rámci mezi-resortní pracovní komise vytvořené ministrem zdravotnictví jsou a budou postupně kroky konzultovány s představiteli krajů, fakultních nemocnic, zdravotnických záchranných služeb, orgánů ochrany veřejného zdraví, Českou lékařskou komorou i Českou lékařskou společností J. E. Purkyně. Postupné kroky jsou a budou sladovány s požadavky a zkušenostmi Evropské Unie (zejména projekt HESCUAEP) a NATO (výborem pro zdravotnictví – JMC) v této oblasti. Ministerstvu zdravotnictví se tímto v roce 2006 otvírá jedinečná příležitost, jak vytvořit fundamentální koncepční materiál pro krizovou připravenost zdravotnictví v ČR. Celý proces bude provázet stejně jedinečná míra zodpovědnosti za kvalitu zpracování tohoto materiálu.

MUDr. Dana Hlaváčková
Ministerstvo zdravotnictví ČR
Odbor krizové připravenosti
Palackého náměstí 4, 128 00 Praha 2
e-mail: dana.hlavackova@mzcr.cz

¹ *Přímým podnětem bylo usnesení vlády č. 1466 ze dne 16. listopadu 2005 k Národnímu akčnímu plánu boje proti terorismu (aktualizace pro rok 2005 – 2007). Národním akčním plánem boje proti terorismu je uloženo Ministerstvu zdravotnictví zpracovat do konce roku 2006 „Koncepci krizové připravenosti zdravotnictví“, jako nástroje orgánů veřejné správy k naplnění základního lidského práva na ochranu zdraví na území ČR v podmínkách mimořádných situací a krizových situací.*

Projekt řízení kvality přednemocniční neodkladné péče Územního střediska zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje

Jiří Pudil

Územní středisko zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje

Kvalita zdravotní péče je spolu s kontrolou veřejných nákladů základním principem reformy zdravotních systémů. Kontrola kvality poskytované přednemocniční neodkladné péče musí proto být součástí řídicí práce každého vedoucího zaměstnance zdravotnických záchranných služeb na všech stupních řízení. Pro možnost systematické vertikální kontroly však stále chybí ve většině zdravotnických zaříze-

ní potřebné mechanismy, které by tuto činnost homogenizovaly a koordinovaly. Cílem této práce je vytvořit v organizaci takový systém řízení kvality poskytovaných služeb, který by jednak zajistil, že zdravotní péče bude poskytována lege artis a na standardní úrovni, ale také systém řízení, který by v pravidelných cyklech vedl k vyšší úrovni kvality poskytovaných služeb.

Výchozí situace

Úvod

Zajišťování kvality poskytované zdravotní péče je jedním z hlavních problémů zdravotnictví ve všech vyspělých zemích. Problém kvality je těsně spjat s otázkami profesionálního rozvoje a vzdělávání, klinické analýzy a kontroly, se standardy zdravotní péče, s klinickými protokoly a s akreditacemi zdravotnických pracovišť. Vyhodnocování kvality znamená měření a posuzování odborných technických, interpersonálních a také ekonomických aspektů zdravotní péče. Aktivity v této oblasti řízení jsou v ČR velmi heterogenní a nejsou koordinovány. Zde zaostáváme i za některými zeměmi střední Evropy, jako je např. Polsko a Maďarsko, kde jsou programy kvality koordinovány státními institucemi.

Definice pojmů

Kvalita zdravotní péče

Kvalita v souvislosti s poskytováním služeb je obecně definována jako dosahování, ale také přesahování očekávání klienta. Kvalitu zdravotní péče pak definuje výstižně Donabedian: „Jde o takovou péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“

Quality Assurance – zajišťování kvality

Jedná se o řídicí a kontrolní činnost, která ve svém konečném výsledku musí zaručit, že zdravotní péče bude poskytována podle dostupných poznatků současné vědy (tedy lege artis) a přinejmenším na standardní úrovni. Jde především o soustavnou kontrolní činnost veškerých aspektů poskytované zdravotní péče, ale také faktorů, které mohou mít na poskytovanou péči negativní vliv.

Continuous Quality Improvement – stálé zvyšování kvality

Jde o aplikaci vědeckých metod do procesu řízení kvality poskytovaných služeb. CQI má svůj původ v Japonsku. V 50. až 60. letech bylo označení „Made in Japan“ spojováno s velmi nízkou kvalitou zboží, v letech 80. se naopak stalo značkou vysoké kvality.

Vlastní proces zahrnuje veškeré aktivity, které je systematicky třeba vykonat, aby bylo dosaženo vytyčeného cíle, tj. zvýšení kvality zboží nebo služeb. Skládá se z následujících základních kroků: **plánování kvality – kontrola kvality – zlepšení kvality**.

Audit kvality

Jedná se o promyšlenou systematickou analýzu různých aspektů poskytované péče, faktorů, které mohou kvalitu péče ovlivnit jak kladně, tak záporně, a identifikaci klíčových problémů, na jejichž základě pak lze plánovat změny vedoucí k vyšší kvalitě.

Cyklus kvality

Jde o proces, kdy po identifikaci problémů, sběru potřebných dat a informací a provedené důkladné analýze problému je stanoven cíl, kterého má být dosaženo. Následuje návrh konkré-

ních změn a kroků, které povedou k cíli, definice kritérií a ukazatelů, které budou během cyklu kvality hodnoceny. Následující snaha o další zvýšení kvality pak otevírá nový cyklus.

Koncepce kvality poskytované přednemocniční neodkladné péče

V procesu řízení a zvyšování kvality PNP musíme především analyzovat základní faktory, které mají zásadní vliv na kvalitu péče, a jasně definovat a specifikovat indikátory kvality. Následovat musí sběr dat indikátorů kvality, jejich pravidelné hodnocení a srovnávání výsledků.

Základní faktory ovlivňující kvalitu PNP

Úroveň materiálně-technického zabezpečení činnosti posádek ZZS:

- vybavení krajského operačního střediska k zajištění kvalitního operačního řízení provozu v celé spádové oblasti
- kvalita a standardizace vybavení sanitních vozidel
- kvalita základní přístrojové techniky, tj. zejména kvalita defibrilátorů, ventilátorů, odsávaček, vyprošťovacích, fixačních a manuální transportní techniky.

Zajištění dokonalého materiálně-technického vybavení činnosti záchranářů je stálý a nikdy nekončící úkol odpovědných pracovníků. Je třeba zdůraznit, že zatímco pro běžný provoz je s výjimkou zastaralého vozového parku organizace v současné době slušně vybavena, logistická podpora nutná pro činnost při mimořádných událostech je zcela nedostatečná.

Úroveň profesního vzdělávání zdravotnických pracovníků

Organizace chápe vzdělávání svých zaměstnanců jako jednu ze svých významných priorit, na něž v následujícím období soustředí značné úsilí. Vedení organizace je přesvědčeno, že pouze zaměstnanec s vysokými odbornými znalostmi je schopen plnit náročné úkoly organizace. Současně si rovněž uvědomuje, že vytváření prostředí pro vzdělávání zaměstnanců a široká nabídka vzdělávacích aktivit patří mezi významné motivátory, přispívající ke zvýšení výkonnosti zaměstnanců a jejich spokojenosti.

Z těchto důvodů je důraz na vzdělávání zaměstnanců deklarován rovněž v organizační struktuře organizace, v níž byl vyčleněna pracovní pozice odpovědná za vzdělávání. V nejbližší době bude nezbytné pro realizaci vyšší úrovně vzdělávání zavést následující opatření:

- a) provést audit úrovně vzdělání u všech zdravotnických i nezdravotnických pracovníků,
- b) na základě výsledku auditu zpracovat novou koncepci vzdělávání, a to tak, aby z ní byla zřejmá strategie zaměstnavatele v této velmi důležité oblasti, a jejímž výsledkem bude konkrétní kariérní plán pro jednotlivé pracovní pozice,
- c) nezbytné bude zavést cyklické ověřování znalostí a hodnocení pracovních výkonů zaměstnanců,
- d) finálně bude následovat příprava individuálních rekvalifikačních kurzů a společných doškolovacích akcí.

Proces vzdělávání ve zdravotnictví je proces kontinuální, nikdy nekončící a proto také proces finančně náročný. Z pohle-

du ročních rozpočtů zdravotnických záchranných služeb však bohužel také proces neustále omezený

Úroveň spolupráce s ostatními zdravotnickými zařízeními

Zdravotnická záchranná služba, která zasahuje především u stavů bezprostředního ohrožení života pacientů, je jedním ze segmentů primární péče a základním článkem tzv. řetězce přežití pacientů ohrožených na životě. Aby v kvalitě péče o nemocné zůstala zachována kontinuita, která je nezbytná pro konečnou celkovou kvalitu péče o pacienta, je třeba garantovat dokonalou návaznost a úzkou spolupráci jednotlivých subjektů, které zdravotní péči poskytují. Úroveň spolupráce ZZS s ostatními poskytovateli zdravotní péče je následující.

Zdravotnická zařízení primární péče

Jako bezproblémovou lze charakterizovat spolupráci s praktickými lékaři pro děti a dorost a s odbornými lékaři primární péče. Jinak je tomu u některých praktických lékařů pro dospělé. Uvedu příklad z okresu Zlín. ZZS našeho okresu má ročně v průměru 6 500 primárních výjezdů. Z tohoto počtu každoročně zhruba 1200 – 1500 pacientů zůstává po ošetření personálem ZZS doma.

To v podstatě znamená, že se v těchto případech jedná více méně o neindikované výjezdy. Příčin tohoto jevu je několik. Zčásti jde o opatrnost pracovníků operačního střediska v hodnocení potíží volajících, část případů jde na vrub skutečnosti, že volající nebo jejich blízcí nejsou schopni zcela jasně popsat zdravotní potíže. Značnou část těchto neindikovaných výjezdů je však možno přičíst nekvalitně zajištěné primární péči. Někteří praktičtí lékaři ordinují jen v dopoledních hodinách, pojem „návštěvní služba“ neznají, v době dovolených a pracovní neschopnosti nemají zajištěný zástup. Praktický lékař však musí být garantem kontinuální péče o své registrované pojištěnce v systému – tj. prací ve vhodně rozložených ordinčních hodinách, návštěvní službou, vhodným zajištěním doby mezi koncem ordinčních hodin a začátkem služby LSPP. Rovněž pojem domácí péče – Home Care je mnoha praktickým lékařům neznámý navzdory tomu, že je definován v zákoně č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Veřejnosti je však neustále proklamováno, že domácí péče v ČR je od r.1990 nedílnou součástí moderního systému integrované primární péče. V současné době je proto zcela běžné, že domácí péči částečně „supluje“ ZZS nebo LSPP. Naprosto běžně jezdíme k výměnám močových cévek nebo k aplikacím analgetik u chronických algických stavů. Odstranění nedostatků v systému primární péče je jednou ze základních podmínek zkvalitnění a efektivního zajištění provozu PNP.

Lůžková zdravotnická zařízení

Dominantní postavení mezi lůžkovými zařízeními kraje má Baťova krajská nemocnice Zlín. Úzká spolupráce a koordinace činnosti mezi krajskou záchrannou službou a BKNZ je nezbytná. Z pohledu zajištění potřeb urgentní medicíny mají regionální význam zejména následující oddělení:

a) Traumatologické centrum pro dospělé BKNZ

Doposud chybí oddělení neurochirurgie a maxilofaciální chirurgie. Neřešeným problémem zůstává organizace příjmu pacienta na toto oddělení.

Postrádáme zabezpečení přímé komunikace mezi vedoucím lékařem sloužícího traumatému a lékařem ZZS v sanitním vozidle.

b) Urgentní příjem BKNZ

Funkční urgentní příjem, který slouží k optimalizaci plynulého přechodu z přednemocniční péče do nemocniční neodkladné péče je další nedořešený problém krajské nemocnice, který komplikuje návaznost záchranného řetězce nejen v běžném provozu, ale zejména za mimořádných událostí. Inspirací k řešení problému by mohla být Fakultní nemocnice v Olomouci, kde bylo v lednu roku 2005 uvedeno do provozu oddělení urgentního příjmu. Toto oddělení má tři úseky, vysokopražový příjem (Emergency), nízkopražový příjem (ambulance) a halu s expektačními lůžky. Součástí oddělení je také střešní heliport.

c) Pracoviště invazivní a intervenční kardiologie interní kliniky IPVZ BKNZ

Spolupráce ZZS s tzv. kardiocentrem je velmi dobrá a díky zavedení moderního přenosu dat z vozidel záchranné služby na nový terminál tohoto centra se úroveň spolupráce významně zvýšila.

Vzhledem k neustále rostoucímu zájmu sousedních okresů o služby zlínského kardiocentra je třeba pamatovat na dostatečnou lůžkovou kapacitu tohoto oddělení. Vyhneme se tak „z důvodů nedostatku lůžek“ zbytečně nákladným a riskantním převozům pacientů po PTCA výkonu vozidly ZZS do vzdálených kardiocenter nemocnic sousedních krajů.

d) Neurologická JIP BKNZ

Uvítali bychom, aby v rámci bohatého fondu JIP lůžek BKNZ byli všichni pacienti s diagnózou mozkové příhody cévní přijímáni výhradně na jednom pracovišti. Současná praxe je taková, že nemocní jsou v BKNZ přijímáni na třech místech: neurologické JIP, interní klinice IPVZ a příjmu ARO. Dále bude nezbytné stanovit kritéria pro příjem nemocných s MPC z ostatních okresů kraje na toto pracoviště.

e) Neonatologické centrum BKNZ

Spolupráce záchranné služby s neonatologickým centrem je výborná. Po technické stránce je záchranná služba na transport novorozenců vybavená dostatečně.

f) Anesteziologicko-resuscitační oddělení BKNZ

Spolupráce s ARO je na dobré úrovni. V rámci tohoto oddělení však musí být vyčleněna lůžka určená pro dětskou resuscitaci, zejména pro dlouhodobou umělou plicní ventilaci. Je třeba zdůraznit, že transporty dětí v kritickém stavu jsou riskantní a kladou na ošetřující personál, především lékaře, mimořádné nároky.

g) Centra pro léčbu bolesti

Léčba pacientů s chronickou a neztížitelnou bolestí je v našem regionu nedostatečná. Výsledkem nedostatečné péče pak často bývá vypěstování závislosti nemocných na opiových analgetikách. Péče o tyto nemocné je pak přenášena na služby LSPP. Tento stav je z etických a ekonomických důvodů neúnosný. Je proto třeba zabezpečit rozvoj standardů kvality péče o nemocné trpící chronickou bolestí. Paliativní (bolest či další formy utrpení odstraňující a mírnící) medicína je integrální součástí lékařské péče i výkonů ostatních typů profesních pracovníků (ošetřovatelé, psycho-

logové, sociální pracovníci). V této oblasti medicíny jsou svým pacientům hodně dlužní také lékaři primární péče.

h) Návaznost přednemocniční a nemocniční péče při hromadném postižení zdraví

Přiměřený a samozřejmě s přihlédnutím ke katastrofické situaci adekvátně kvalitní způsob poskytnutí zdravotní péče musí být postiženým zajištěn také při likvidaci zdravotnických následků mimořádných událostí. Hromadné postižení zdraví v důsledku mimořádné události je situace, o které se hodně mluví, které se mnozí obávají a jejíž skutečný výskyt většinou odhalí, že bylo možné v přípravě udělat mnohem víc. Až na málo výjimek nemají nemocnice zřízena kontaktní místa (horkou linku) pro hlášení mimořádné události, nemají příjmová místa (tj. prostor pro třídění a hromadný příjem postižených), traumatologické plány jsou většinou jen na papíře. Je proto nezbytné v co nejkratší době a závazně (zřizovatel) aktivně zapojit do přípravy na mimořádné události také lůžková zdravotnická zařízení. Každé zařízení musí mít zajištěno jeden kontaktní bod (horkou linku) s obsluhou perfektně obeznámenou s postupem aktivace traumatologického plánu svého zařízení. V každém zařízení musí být určeno místo pro třídění a příjem velkého počtu pacientů. Všichni zaměstnanci musí být dobře obeznámeni se svými konkrétními úkoly při vyhlášení traumatologického plánu. Svou součinnost by měli minimálně jednou ročně ověřit cvičením.

Úroveň organizační kultury a sociálního prostředí organizace

Vzhledem k tomu, že spokojenost zaměstnanců s prací a pracovními podmínkami je důležitým motivačním faktorem, praktikujeme a i nadále budeme praktikovat pravidelné dotazníkové akce pro zaměstnance. Na základě jejich vyhodnocení pak zjišťovat míru spokojenosti s jejich vlastní prací, pracovním prostředím, pracovními pomůckami, úrovní vzdělávání a interpersonálními vztahy na pracovištích. Na základě těchto šetření budeme realizovat opatření, která by maximálně snížila nebo odstranila nespokojenost zaměstnanců a vedla ke zvýšení motivace, zlepšení pracovního výkonu, k vyšší míře spokojenosti s prací a tím předcházela syndromu vyhoření.

Ke zlepšení komunikace a zajištění podávání nezkrácených informací na vzdálená pracoviště v celém kraji jsme začali čtvrtletně vydávat vnitroorganizační periodikum. Prostřednictvím periodika pravidelně informujeme všechny zaměstnance o odborné činnosti, školicích akcích, hospodářských výsledcích ÚS ZZS ZK, důležitých legislativních změnách, kulturních a společenských akcích pořádaných naší organizací.

Důležitým předpokladem stability a dobrého fungování organizace je také to, jak dokáže využívat vzdělání a čas svých zaměstnanců, jak je dokáže motivovat, a to nejen po stránce finanční, ale i vytvořením optimálních pracovních a sociálních podmínek, v nichž práci vykonávají. K poskytování sociálních výhod využívá ÚS ZZS ZK finančních prostředků fondu kulturních a sociálních potřeb, který je ze zákona povinno tvořit. Část prostředků FKSP se používá na příspěvky zaměstnancům na závodní stravování, dalšími významnými položkami jsou příspěvky z fondu na rekreace, zájezdy, kulturní a tělovýchov-

né akce, které ÚS ZZS ZK spoluorganizuje, na rehabilitace zaměstnanců a nadstandardní vybavení jejich pracovišť. Při pracovních a životních výročích zaměstnanců poskytuje ÚS ZZS ZK z tohoto fondu dary. V mimořádných případech, při řešení složitých sociálních situací, může poskytnout i sociální výpomoc nebo bezúročnou půjčku.

V loňském roce byla dokončena rekonstrukce objektu ve Vizovicích Chrastěšově, kterou jsme financovali jednak z provozních prostředků, jednak z prostředků FKSP. Objekt bude sloužit k pořádání krajských seminářů i jiných vzdělávacích akcí. Zde budou mít také všichni zaměstnanci ÚS ZZS ZK možnost kulturního, společenského a sportovního využití.

Úroveň styku s pacienty a s veřejností

Na cestě ze zlepšováním kvality poskytované péče je ultimativním kritériem respektování potřeb pacientů. Měřítka spokojenosti pacienta tedy rozhodně patří do hodnocení kvality poskytované péče. Z pohledu pacienta není důležitý jen vlastní výsledek péče, ale i způsob, jakým byla péče poskytnuta, jak rychle byla dostupná a jaký byl postoj a chování zdravotníků při poskytování péči. Jedním z nástrojů tohoto šetření jsou dotazníkové akce pacientů, které v naší organizaci pravidelně probíhají. Důležitý je rovněž kontakt organizace s širokou veřejností.

Vytváření a praktikování vztahů s veřejností lze charakterizovat několika klíčovými slovy. Je to pověst, důvěryhodnost, důvěra, soulad a dosažení vzájemného porozumění pomocí pravdivých a úplných informací. Je důležité rozlišovat mezi vztahy s veřejností, jejichž přítomnost najdeme všude, a profesionální práci s veřejností. V druhém případě jde o práci zaměřenou, plánovanou a nepřetržitou, vztahující se k cílům a strategii organizace, v jejímž zájmu je prováděna. Základní pravidla praktikování vztahu s veřejností by měli zvládat všichni vedoucí pracovníci. Veřejnost, která musí být předmětem jejich zájmu, je veřejnost vnitřní (kmenoví zaměstnanci i externisté) a daleko rozmanitější veřejnost vnější (z pohledu naší organizace široká laická – nezdravotnická veřejnost). Zájem veřejnosti o vše, co souvisí se zdravím, nemocí a systémem zdravotního zabezpečení, neustále roste. Hlavním úkolem zdravotnického zařízení ve vztahu k veřejnosti je nejen poskytování informací a rad ohledně zdraví a nemocí, ale také získání a udržení si důvěry veřejnosti ve služby, které zařízení poskytuje. Harmonie a spolupráce s veřejností vyžadují plánované programy na zlepšení efektivnosti a vzájemného porozumění. Rovněž dobrá vnitřní komunikace zdravotnického zařízení je zde stejně důležitá jako v každé jiné instituci.

Kromě každodenního osobního a bezprostředního kontaktu s veřejností, který je dán charakterem činnosti naší organizace, využívá záchranná služba také spolupráce s masmédií, která mají zásadní podíl na informovanosti společnosti a ovlivňování veřejného mínění. Prostřednictvím nástrojů public relations se ÚS ZZS ZK snaží upevňovat image spolehlivého a důvěryhodného zdravotnického zařízení. V souvislosti s optimalizací organizační struktury byl obsazen post tiskového mluvčího ÚS ZZS ZK a připraven plán jeho rekvalifikace. Mluvčí ÚS ZZS ZK bude zodpovědný za vnější komunikaci s médií a veřejností. Konceptní záměr působení mluvčího je aktivní zpracování témat souvisejících se záchrannou službou za úče-

lem zvýšení povědomí veřejnosti o ZZS a problematice první pomoci.

Efektivním nástrojem pro styk s veřejností jsou také webové stránky organizace. Posláním těchto stránek je mimo jiné pravidelné zveřejňování aktualit o činnosti a službách poskytovaných organizací a všemi jejími složkami. Občané Zlínského kraje zde naleznou Průvodce zdravotnickými službami v oblasti zajištění přednemocniční neodkladné péče pro Zlínský kraj. V okénku „Napište nám“ jsme připraveni odpovídat na konkrétní dotazy týkající se poskytování PNP.

Živě diskutovaným problémem nejen odborníky, ale i širokou veřejností je otázka zveřejňování informací o kvalitě zdravotnického zařízení. Kvalita pracoviště je odrazem opravdové kvality léčby, viditelnosti, prestiže, tradice, progresivity myšlenek a postupů. Svou roli samozřejmě hraje přístrojové vybavení, erudice a také chování veškerého personálu. Redukovat tohle všechno do podoby konkrétních čísel není zcela možné. Na druhou stranu občan má právo na kvalitní zdravotní péči a pochopitelně chce vědět, zda mu ji konkrétní zdravotnické zařízení poskytne. Zveřejňování užitečných informací se proto nebráníme a prostřednictvím webových stránek Internetu budeme občany informovat např. o:

- počtu volání na linku 155 v průběhu roku,
- počtu výjezdů ZZS v jednotlivých měsících,
- průměrných časech aktivace výjezdových skupin ZZS,
- počtech dojezdů delších než 15 minut,
- skladbě našich pacientů podle diagnóz,
- počtu ošetřených podnapilých osob,
- procentu úspěšnosti kardiopulmonálních resuscitací v terénu,
- počtu přijatých poděkování od pacientů,
- počtu přijatých stížností.

Indikátory kvality v poskytování PNP

Jak již bylo uvedeno v kapitole 2.2., proces Continuous Quality Improvement se skládá z plánování kvality – kontroly kvality – zlepšení kvality. Pro jeho efektivní řízení je nezbytná zpětná vazba, tedy informace o výsledcích procesů, aby účinnou korekcí mohlo dojít k jejich zlepšení. Je proto nezbytné definovat kritéria pro sledování výsledků procesu stálého zvyšování kvality, tzn. indikátory kvality PNP. Definice indikátorů kvality, sběru dat, jejich následné analýzy musí být v budoucnu zpracovány jednotně, aby výsledky mohly být porovnávány v celostátním měřítku. Naše organizace má v současné době definovány následující indikátory kvality PNP, jejichž sledování postupně zavádí do praxe:

Indikátory kvality práce sester operačního střediska:

- interval potřebný k vyhodnocení tísňové výzvy a rozhodnutí o vyslání vhodného výjezdového týmu,
- obecná a odborná komunikační úroveň vedení hovoru s klientem,
- kvalita potřebných odborných rad sdělovaných volajícím,
- kvalita vedení tzv. resuscitace po telefonu,
- kvalita komunikace a sdělování informací s výjezdovým týmem,
- kvalita komunikace s cílovým zdravotnickým zařízením pacienta.

Indikátory kvality práce výjezdových skupin ZZS

a) Kvalita vedení předepsané zdravotnické dokumentace:

- čitelnost,
- komplexnost vyplňování kolonek dokumentace,
- obsahová a věcná správnost vedení dokumentace.

b) Časové intervaly:

- **všechny výjezdy:** čas hlášení – dojezd na místo zásahu,
- **bolesti srdečního původu:** čas hlášení – začátek ošetření,
- **srdeční infarkt:** začátek ošetření – předání pacienta ve spádovém kardiocentru,
- **mozková příhoda cévní:** začátek ošetření – předání pacienta ve spádovém iktovém centru,
- **polytrauma:** začátek ošetření – předání pacienta ve spádovém traumacentru,
- **závažné poranění páteře a míchy:** začátek ošetření – předání pacienta na spinální jednotku,
- **závažné popáleninové trauma:** začátek ošetření – předání pacienta na popáleninové centrum.

c) Kardiopulmonální resuscitace:

- čas hlášení zástavy oběhu – čas zahájení KPR,
- čas hlášení zástavy oběhu – první defibrilační výboj,
- úspěšnost KPR vyjádřena v %.

Vzhledem k narůstajícímu počtu výjezdů posádek RZP bude nutné definovat a sledovat další indikátory kvality PNP, např.:

- úspěšnost zajištění žilního přístupu,
- úspěšnost zajištění dýchacích cest intubací apod.

V rámci nové organizační struktury bylo do úseku PNP začleněno oddělení řízení kvality přednemocniční neodkladné péče. Vedoucí lékaři všech středisek ZZS jsou povinni pravidelně sledovat a vyhodnocovat indikátory kvality a o výsledcích podávat písemnou zprávu náměstkovi pro LP. Ten provádí 2x ročně analýzu výsledků a po konzultaci s vedoucími lékaři navrhne opatření vedoucí k nastavení vyšší kvality poskytované zdravotní péče. Sledování kvality PNP na jednotlivých výjezdových stanovištích bude sloužit hodnocení pracovních výsledků a bude jedním z měřítek přiznání podílu z výše finančních prostředků určených na odměny zaměstnanců.

Nástroje k řízení procesu kvality zdravotní péče

Quality Assurance – zajišťování kvality

Jde o řídicí a kontrolní činnost, která musí zaručit, že zdravotní péče bude poskytována podle současně dostupných poznatků lékařské vědy přinejmenším na standardní úrovni. Za zajištění kvality odpovídá řediteli organizace náměstek pro LP, který provádí zejména:

- rutinní a pravidelné kontroly vedení veškeré předepsané zdravotnické dokumentace,
- pravidelnou kontrolu „rozumného“ procenta výjezdů za každý předchozí měsíc a soustřeďuje pozornost především na

- tzv. kritické výjezdy (závažná poranění, resuscitace, život ohrožující stavy u dětí apod.),
- kontinuální screening problémů, které mohou uniknout pozornosti při běžné kontrolní činnosti,
 - definuje, ke sledování zadává a finálně zpracovává specifické indikátory kvality poskytované péče,
 - na základě zjištěných nedostatků a jejich analýzy písemně zpracovává výsledky kontrolní činnosti a předkládá návrhy na opatření,
 - vytváří individuální a skupinové plány doškolování a plány dlouhodobých rekvalifikačních kurzů,
 - v souvislosti s řízením kvality péče náměstek pro LP spolupracuje se zástupci vedení lůžkových zařízení správního celku za účelem včasné indentifikace problémů vzniklých v souvislosti s návazností přednemocniční a nemocniční neodkladné péče.

Continuous Quality Improvement

– stálé zvyšování kvality

Jde o soustavnou týmovou práci celého top-managementu organizace, která se opakuje v pravidelných cyklech. Obecně se jedná o souhrn veškerých aktivit, které jsou nezbytné k zlepšení veškeré činnosti organizace a služeb, které poskytuje. Jde především o plánování, kontrolu a zlepšení kvality. Prioritním cílem vždy musí být úsilí, aby výjezdové týmy poskytovaly nejvyšší možný stupeň kvality PNP a organizační systém jako celek musí toto úsilí bezpodmínečně maximálně podporovat. Kdykoliv se úroveň poskytovaných služeb dostane pod očekávaný standard, je třeba problém okamžitě identifikovat, zavést opatření ke zlepšení a účinnost zavedených opatření objektivně hodnotit.

Náměstek pro LP, který je odpovědný řediteli za veškeré aspekty poskytované zdravotní péče, má v tomto procesu dominantní roli. Především musí chránit zájmy klienta – pacienta a musí být garantem toho, že tyto zájmy zůstanou za všech okolností absolutní prioritou.

Standardy a protokoly pro poskytování PNP

Uplatňování standardů, tedy standardizace je mimo jiné metodou, jak bezpečným způsobem zúžit variační šíři možných řešení v rámci doporučeného postupu, tak, aby byly vyloučeny ty části postupu, které jsou buď neúměrně nákladné nebo naopak nezaručují požadovanou kvalitu. Pojem standard pak znamená určitou přesně popsanou kvantitativní úroveň kritéria péče, jež je v daném okamžiku či době považována za výraz dobré kvality péče.

Standardy a doporučené postupy jsou systematicky vytvářena klinická doporučení na pomoc lékařům v rozhodování o správné lékařské péči za specifických klinických okolností. Anglický termín „guideline“ lépe vystihuje skutečnost, že se jedná o konsensuálně vytvořený a vědeckými důkazy podložený, proveditelný a dostatečně popsaný návod pro hodnocení a řešení určitých stavů v klinické praxi. Standard odráží současný stav vědění a popisuje optimální postup, a to jak z hlediska efektivity využití zdrojů, tak i z pohledu pacienta. Standardy mohou na některé lékaře působit jako nástroj omezová-

ní profesionální svobody. I přes existenci standardů zůstává ale dosti prostoru pro uplatňování „ars medici“. Smyslem standardů je nápomoci klinickému rozhodování a povýšit celkovou úroveň poskytované zdravotní péče. Standardy by se ale neměly nikdy stát nástrojem represe. Stejně jako osvědčený Continuous Quality Improvement je i tvorba a používání standardů odrazem dobrovolné snahy po stálém zvyšování kvality.

V naší organizaci máme na všech výjezdových stanovištích pro zdravotnické pracovníky k dispozici doporučené postupy, metodická doporučení a pokyny Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof, také doporučené postupy České kardiologické a neurologické společnosti. Tyto materiály neustále aktualizujeme a distribuujeme tak, aby všichni naši zaměstnanci a také externí spolupracovníci měli možnost se s nimi seznámit.

Názor na tzv. „Protokoly“, což jsou závazné pokyny vyšetřovacích a léčebných postupů pro střední zdravotnické pracovníky (např. v USA pro paramediky), je u našich odborníků na urgentní medicínu nejednotný a podobně jako vymezení kompetencí zdravotnických záchranářů často kontroverzní. Skutečnost, že výjezdů posádek RZP, tj. posádek bez lékaře, neustále přibývá, vyžaduje urychlené legislativní řešení i tohoto problému. Vodítkem pro přípravu kvalitních protokolů mohou být např. Protokoly pro PNP, autor Bryan E. Bledsoe, M.D., FACEP, v překladu MUDr. Ondřeje Fraňka.

V naší organizaci se v současné době řídíme platnými závaznými pokyny, které vymezují odborné kompetence zdravotnických záchranářů. Při plánech pravidelného doškolování středních zdravotnických pracovníků na středisku ZZS Zlín se pak při výuce jednotlivých odborných témat snažíme přiblížit postupům, které jsou uvedeny ve výše zmíněných protokolech PNP.

Závěr

Trvalým cílem organizace je neustálé zlepšování. Organizace se zavedeným systémem řízení kvality poskytované zdravotní péče se chová jako dobře organizovaný a bezpečný celek, který:

- vystupuje před pacienty i veřejností s jasným přehledem o rozsahu své činnosti, způsobilosti a možnostech, které může bez rizika nabídnout,
- jedná na základě dobře propracovaných smluv a záruk, které chrání pacienta i jeho vlastní pracovníky,
- minimalizuje možnosti nepředvídatelného chování organizace jako celku i jejích jednotlivých pracovníků,
- standardizuje komunikaci a pozitivně působí jak na vnitropodnikovou kulturu, tak na veřejnost,
- důsledně vyžaduje zvyšování kvalifikace jak managementu, tak všech svých zaměstnanců.

Seznam zkratk

- ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení
- BKNZ – Baťova krajská nemocnice Zlín
- ČR – Česká republika
- EMS – Emergency Medical Systems
- FKSP – fond kulturních a sociálních potřeb
- IPVZ – Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
- JIP – jednotka intenzivní péče

KPR – kardiopulmonální resuscitace
 LP – léčebná péče
 LSPP – lékařská služba první pomoci
 MPC – mozková příhoda cévní
 PNP – přednemocniční neodkladná péče
 PTCA – perkutánní angioplastika věnčitých cév
 RZP – rychlá zdravotnická pomoc (dva záchranáři bez lékaře)
 USA – United States of America (Spojené státy americké)
 ÚSZSZSK – Územní středisko zdravotnické záchranné služby
 Zlínského kraje
 ZZS – zdravotnická záchranná služba

Literatura a další zdroje

1. Bognárová, V., Haškovcová, H., Honzák, R., Stolínová, J., Suchý, M., Uher, J.: *Provoz zdravotnických zařízení*, Verlag Dashöfer, 2000
2. Bledsoe, B.E.: *Protokoly pro přednemocniční neodkladnou péči*, 2000 (překlad Franěk, O., 2002)

3. Weiser, T., Dudek, M.: *Kvalita a její řízení*, Urgentní medicína 3/2000
4. *Potřebuje české zdravotnictví certifikace?* Parlamentní zdravotnický seminář, leden 2002
5. Caroline, N. L.: *Emergency Care in the Street*, Little, Brown and Company, New York, 1995
6. <http://www.emedicine.com>: EMS – *Management, Systems, International*, eMedicine Journal – Emergency Medicine – Internet Medical Reference Library
7. California Statewide EMS System Evaluation Project: *Developing Standardized Quality Indicators for EMS System Evaluation and Improvement*

MUDr. Jiří Pudil
 Územní středisko zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje
 L.Váchy 602,
 760 01 Zlín
 e-mail: jiri.pudil@zszsclin.cz

Návštěva Záchrané služby Montréal

Renata Hokovská

Renata Hokovská

V červnu 2005 jsme s MUDr. Milanou Pokornou měly možnost navštívit **Zdravotnickou záchrannou službu města Montréal** (<http://www.urgences-sante.qc.ca/>), které ji také zřizuje. Montréal se nachází na několika ostrovech na řece St. Lawrens a má 1,8 milionu obyvatel.

Na záchranné službě je v **denních směnách** od 6:30, 7:00, .., 9:30, 10:00 vždy 70 sanitních vozů a v nočních zhruba 55 vozů (záleží o který den se jedná – o víkendu je méně) směny jsou osmi, devíti a dvanáctihodinové a opakují se v cyklech. **Posádky ZZS** Montréal tvoří vždy dva paramedici (s 945 hodinovým kurzem, trvajícím jeden rok). Paramedici mají dle zkušeností, respektive podle počtu let možnost získat stupeň dle kterých se jim zvyšuje váženost a plat., nikoliv ale pravomocí při výjezdu. Třetí stupeň je nejvyšší a se třetím stupněm pak například mohou školit ostatní či se stát supervizorem. Posádku na LZS tvoří paramedici s 1300 hodinovým kurzem. Všichni paramedici musí jednou za čtvrt roku absolvovat přezkoušení znalostí a dovedností.

Všechny **sanitní vozy** jsou identické se shodným vybavením a zakupovány vždy najednou. V současné době mají vozy 4 roky staré a počítají, že po šesti letech zakoupí nové a staré vyřadí. Veškerý nákup hradí město. Pojišťovna hradí pouze zdravotnické výkony.



Sanitní vozy jsou poměrně nízké, uvnitř se dospělý člověk nepostaví. Jako praktické hodnotím, že z ambulancí části vozu je možno vnitřkem projít do přední části. Také je velmi praktický dvojitý přístup k mobilním kufrům, a to zevnitř i z venku.

Záchranná služba má celkem tři velká **stanoviště** s ohromnými garážemi pro 20 vozů.

V garážích je personál, který se stará o technický stav vozu, o čistotu a o vybavení zdravotnickým materiálem. Posádky si jen každé ráno vyzvednou jeden z vozů a večer po službě odevzdají a personál na stanovišti se postará o umytí, doplnění materiálu a technickou kontrolu. Jelikož jsou za vybavení vozů zodpovědní jiní pracovníci než posádky, mají velmi propracovaný systém kontroly. Dále mají osobní vozy pro supervizora, jehož pracovní náplň zhruba odpovídá našemu inspektorovi provozu.

Další zajímavý vůz je speciální sanitní vozidlo pro osoby s nadváhou. Nosítka a veškeré vybavení vozu je většího rozměru než standardní. Pro naložení nosítek do vozu je používán naviják. Pro případ hromadného neštěstí mají speciálně upravený vůz s mobilním dispečinkem a přívěsem se zdravotnickým vybavením a léky (na každém stanovišti mají po jednom – tedy 3x).

Veškeré převozy, i ty jenž nejsou vyhodnoceny jako urgentní a v našich podmínkách by byli určeny pro **DRNR** jsou uskutečňovány týmiž vozy a posádkami, ale pracovníci na ZOS jim přidělí nižší prioritu a takový pacient pak čeká na převoz i dvě až tři hodiny. Ve městě Montréal nejsou žádní soukromí přepravci. V minulosti tomu tak bylo, ale zhruba před osmi lety město veškerou zdravotnickou dopravu sjednotilo pod jednu organizaci. V této době také ještě byli lékaři



ří členy výjezdni posádky, ale z toho se poté po vzoru Spojených států upustilo z finančních důvodů. Nutno podotknout, že Montreal a celý stát Quebec je pod značným francouzským respektive evropským vlivem, a proto je zde vše poněkud jinak než ve zbytku Kanady.

Tísňová linka má v celé Kanadě (stejně jako v USA) **jednotné číslo 911**, jehož provoz primárně zajišťuje policie. Pracovníci tohoto dispečinku poté dle potřeby přepojí volajícího na hasičské operační středisko či na operační středisko ZZS.

Operační středisko ZZS Montreal je rozdělen na dvě části jenž jedna přijímá hovory (dle přesných protokolů) a druhá ko-

munikuje a „vodí“ vozy. Celkově je zde 10 pracovišť pro příjem hovorů a 5 pracovišť pro komunikaci s posádkami. Posádky se mezi výjezdy nevrací na stanoviště, ale celou službu tráví ve voze. Operátorka vždy pak pomocí GPS vyhledá posádku nejbližší k místu tísňové výzvy a zadá jí výjezd. Komunikace mezi vozy a ZOS probíhá pomocí jednosměrného pagingového systému. Posádky obdrží adresu a obsah tísňové výzvy na monitor umístěných ve vozech, kde se jim současně zobrazí v mapě cíl a aktuální pozice. Dále posádky mohou se ZOS komunikovat pomocí radiové sítě či mobilních telefonů – tyto dva poslední prostředky se však využívají zřídka.

ZZS Montreal má v letních měsících také paramediky, pohybující se na kole. Montreal se rozkládá na mnoha malých ostrovcích s parky, kde jsou cyklistické stezky a tak je pro ZZS výhodnější v létě tyto ostrovy pokrýt „cyklo-paramediky“. Jak nám však sami sdělili jejich práce se převážně týká ošetření odřenin a poskytnutí náplasti na puchýře.

Ing. Renata Hokovská
ZZS HMP – ÚSZS

Korunní 98, 101 00 Praha 10
e-mail: renata.hokovska@zzshmp.cz

Zkušenosti z Velké Británie

Jan Bradna

ÚSZS Středočeského kraje, oblast Praha – venkov, t.č Newcastle Central NHS Walk-in Centre

Do Británie, konkrétně do Newcastle v severovýchodní Anglii, jsem přišel asi před třemi měsíci pracovat jako triage nurse (třídící sestra na příjmu) v nově otevřeném Walk-in centru. Jedná se o bezprahovou ambulanci, jejímž hlavním cílem je ulevit A&E (accident and emergency) a záchranné službě od pacientů s malými poraněními a onemocněními. Podobných center už v celé Británii funguje mnoho, my jsme první v tom, že máme v týmu lékaře. Ostatní centra jsou obsazena pouze ordinujícími sestrami (nurse practitioner). Jsme zde připraveni ošetřit kokokoliv, bezplatně, od pondělí do pátku, od



sedmi ráno do sedmi večer, plánuje se prodloužení otevírací doby a víkendový provoz. Klienti chodí především s lehčími onemocněními, např. virózy, lehkými alergickými reakcemi, bolestmi hlavy, nebo, poměrně často, pro „emergency contraception“, tedy postkoitální „záchrannou“ kontracepci. Počet klientů zvolna stoupá, v budoucnu bychom jich měli být schopni ošetřit až sto padesát denně.

Po příchodu klienta je provedeno orientační vyšetření a vyřídění závažnosti stavu, pokud je stav život ohrožující, je zahájena okamžitá terapie a přivolána záchranná služba. Klienti s běžnými onemocněními a úrazy jsou zaregistrováni a důkladněji roztríděni, u každého pacienta bez výjimky se změří krevní tlak, teplota, saturování hemoglobinu kyslíkem. Triage nurse rozhodne o následné péči, která může pokračovat buď v centru, nebo na specializovaném pracovišti v nemocnici. Triage nurse prohlédne každého pacienta a zaměřuje se především na objektivní stav nemocného, alergie a významné údaje osobní anamnézy. Na základě získaných informací odešle pacienta k další péči. Děti do dvou let a pacienti, u nichž se předpokládá léčba antibiotiky vždy k lékaři, ostatní ke klinickovi s příslušnou specializací. Pacientova cesta centrem je sledována pomocí sofistikovaného počítačového systému. Ten zaznamenává všechno, co se s pacientem děje, včetně jeho souhlasu s vyšetřením a odesláním informací o návštěvě praktickému lékaři. In-

formace odesílá systém automaticky jednou za 24 hodin faxem.

Náš tým zatím sestává z deseti lidí – manažera, vrchní sestry, recepční, dvou triage nurses, dvou lékařů, dvou nurse practitioner a jednoho emergency care practitioner. Nurse practitioner je vysokoškolsky (jako ostatně ve Velké Británii všechny) vzdělaná sestra, s dostatečnou praxí a zvláštními kurzy, kterými si dále zvyšuje kvalifikaci. Smí ordinovat některé léky, které pacientovi přímo dá, nesmí je předepisovat. Jinak dělá vše jako lékař, včetně šití menších ran. Emergency care practitioner je zcela nová kvalifikace. Je to vysokoškolsky vzdělaný klinik pro přednemocniční péči – nejen pro záchrannou službu, ale hlavně pro návštěvy u pacientů doma. Má víceméně stejné pravomoci jako lékař, včetně předepisování antibiotik. V přístupu k pacientům jsou všichni velmi profesionální, ale nikdo neudělá nic, na co by neměl kurz a oprávnění. Vše je zde, stejně jako v klinické péči, „evidence based“ – nestačí říct, že to umím, musím na to mít příslušné osvědčení a potvrzenou praxi. Někdy mi však připadá, že důležitější je spíše přístup podle bonmotu „Koroner se ptá v holých větvích“, než blaho pacienta.

Zdravotnický systém v Británii je organizován na zcela jiném principu než v České republice. Celé zdravotnictví je, až na výjimky, státní, realizované pomocí NHS (National health system) – rádi tu připomínají, že, hned po čínské armádě a indických železnicích, jde o organizaci s největším počtem zaměstnanců na světě. Zdravotní pojištění, či spíše zdravotní daň, platí každý vydělávající občan. Peníze jsou pak rozdělovány do celého systému. Od domovů důchodců po záchrannou službu je vše v rukách NHS. Je tedy jasné, že se všude pečlivě hlídají finance. Například léky se předepisují podle generického názvu a pravidelně je vybírán nejlevnější produkt, který je pak v lékárnách na předpis vydáván. Za odběr léku na předpis zaplatí pacient 6.5 libry (v přepočtu asi 270 Kč), od placení tohoto poplatku jsou oproštěni důchodci, studenti, nezaměstnaní. Běžné léky – například paracetamol, ibuprofen a další – jsou volně prodejné ve všech obchodech a supermarketech.

Jelikož jsem vzděláním diplomovaný záchranář, zajímalo mě samozřejmě, jak to zde chodí na záchranné službě, jaký je

vzdělávací systém pro přednemocniční péči a je-li možnost se k práci na záchranné službě vůbec dostat. Kolega – emergency care practitioner (bývalý paramedic, veliký průkopník oboru a mimo jiné Paramedic roku 1999) – mi na záchranné službě dohodl stáž a tak jsem měl možnost poznat realitu zdejšího systému zblízka.

Během sobotní denní služby jsme odjezdili dlouhodobý průměr – 10 výjezdů (kolega z Čech, který byl na stáži týden přede mnou si jich užil 15). Spektrum bylo podobné jako u nás, jen méně nezávažných stavů a více výjezdů, indikovaných pro záchrannou službu: dvakrát kardiopulmonální resuscitace, dále infarkt myokardu, hemateméza, pád dítěte se stromu s frakturou pažní kosti, iktus a podobně. V jednom případě šlo o zneužití ZS – opilce, který snědl balení antibiotik, jsme ponechali na místě a informovali ho, že příště bude výjezd platit. Naši posádku tvořil advanced technician (nižší, postupová kvalifikace) a paramedic, proto jsme jezdili převážně na výzvy kategorie A (život ohrožující a vážné poškození zdraví), k výzvám s nižší urgencí vyjíždějí převážně méně kvalifikované posádky – 2x advanced technician. Na třech výjezdech jsme se pak potkali s First responderem – paramedikem, který jezdí sám v osobním autě, je celou službu v terénu a je posílán pouze na výzvy kategorie A (jeho efekt spočívá nejen v rozhodujících terapeutických zákrocích, ale i v naplnění litery zákona – výzva kategorie A musí být v městské zástavbě dosažena do 8 minut). Oba členové posádky se střídají v řízení – pro mnoho lidí, hlavně těch na rozhodujících pozicích, u nás nepředstavitelné – advanced technician byla totiž dívka. V řízení samozřejmě žádný rozdíl nebyl, jezdila naprosto profesionálně.

Během dvanáctihodinové služby jsme měli dvě půlhodinové přestávky a v podstatě to byl veškerý čas, který jsme strávili na stanovišti. Největší část výjezdového stanoviště představuje garáž pro pět aut, z nichž 2 – 3 jsou ve službě, další dvě jsou záložní. S garáží sousedí čistící místnost a sklady, prostory pro





posádku jsou velmi strohé, samozřejmě bez postelí. Na spaní není čas. Ze stanoviště vyjížděla kromě nás posádka dvou technicians (dívek) a další paramedická posádka přišla pracovat od 14 do 2 hodin do rána. V té době je vytiženi záchranné služby největší.

Z klinického pohledu jsem neviděl jediný rozdíl v terapii mezi naším a zdejším systémem. Některé věci mě ale velmi zaujaly – především používání N₂O jako analgetika, zejména u končetinových poranění, dětí a těhotných. Účinek u pětileté holčičky mě okouznil. Standardně je, při splnění kritérií pro podání, používána trombolýza. Adrenalin i atropin je používán

naředený v 10 ml stříkačkách, je k dispozici glukózový gel na lehké hypoglykemie bez bezvědomí a bezchybně funguje navigace pomocí GPS. Všechny sanitky mají zvedací plošinu na nosítka. Velká pozornost je věnována bezpečnosti pacienta, na nosítkách je zajištěn čtyřbodovým pásem na hrudníku a dalším přes nohy. Pacient, i dospělý, si může vzít jako doprovod nejen příbuznou osobu, ale třeba kamaráda.

Výjezdovým oděvem posádek je tmavozelená kombinéza, při zásazích na silnici pak navíc reflexní žlutá bunda. Samozřejmostí jsou vysoké boty a vlastní přilba, kterou si každý na začátku směny bere do auta. Celý den, i když byl celkem rušný, probíhal v klidu, bez stresu a zbytečného papírování. Pod zapnutými majáky se jezdí pouze na výzvy kategorie A a cestou do nemocnice s pacientem v ohrožení života. Parere se nikam nepřepisují, na konci služby jsou zalepeny do obálky a jednou týdně odeslány do ústředí, kde jsou pro elektronickou archivaci naskenovány.

O systému vzdělávání záchranářů, jejich kompetencích a povinnostech se podrobněji rozepíšu v dalším příspěvku.

Převzato k publikaci se souhlasem autora a se svolením vydavatele www.paramedik.cz

Jan Bradna DiS
307 Rothbury terrace, Heaton, Newcastle upon Tyne
NE6 5DE, Velká Británie
e-mail: j.bradna@seznam.cz

Telefonicky asistovaná resuscitace dispečerem zvyšuje naději na dlouhodobé kvalitní přežití u netraumatické přednemocniční náhlé zástavy oběhu

(konečné výsledky studie DIRECT)

Ondřej Franěk O.¹⁾, Michal Andrlík²⁾

1) Zdravotnická záchranná služba hl.m. Prahy

2) Ústav patologické fyziologie 1. LF UK, Praha

Abstrakt

Účelem naší studie bylo potvrdit efekt dispečerem telefonicky asistované neodkladné resuscitace (TANR) na přežití pacientů stížených náhlou zástavou oběhu (NZO). Od 1. 1. 2004 do 31. 12. 2005 jsme analyzovali všechny případy přednemocniční resuscitace prováděné posádkami záchranné služby Praha včetně analýzy tísňového volání. Ze studie byly vyřazeny ty události, při kterých pacient nebyl v době volání v bezvědomí, a dále ty, kde k zástavě prokazatelně došlo za přítomnosti zdravotníka ve službě (zástavy za přítomnosti posádky ZZS, případně ve zdravotnických zařízeních) a zástavy zřejmě traumatického původu.

Zbývajících 572 pacientů s NZO bylo zahrnuto do studie. Z nich byla v 269 případech prováděna TANR (skupina TANR+), ve 303 případech prováděna nebyla (skupina TANR-). Obě skupiny byly velmi podobné v základních prediktorech úspěšnosti KPCR, tj. v dojezdovém čase a v podílu osob s komorovou fibrilací jako prvním rytmem, stejně jako ve věku pacientů.

Ve skupině TANR+ jsme zaznamenali dlouhodobé kvalitní přežití u 16,4% pacientům zatímco ve skupině TANR- u 9,5%. Tento rozdíl je statisticky významný ($p=0,017$).

Klíčová slova: kardiopulmonální resuscitace (KPR) – telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace (TANR) – zdravotnické operační středisko (ZOS) – zdravotnická záchranná služba (ZZS)

Abstract

The aim of the DIRECT study was to confirm the effect of dispatcher-assisted bystander cardiopulmonary resuscitation (DA-CPR) measured by the long-term survival rates of patient suffering from pre-hospital cardiac arrest. All pre-hospital CPR performed by EMS City of Prague ambulance crew from 1. 1. 2004 to 31. 12. 2005 were evaluated including the call(s) to emergency line. Cases, where the victim was not unconscious in the time of the first call as well as the cases where cardiac arrest was observed by health care professional (incl. EMS crew) and traumatic CPR cases were excluded.

572 cases were included to the study. In 269 cases the DA-CPR was performed (DA-CPR+ group), in 303 cases was not (DA-CPR- group). Both groups were very similar in basic predictors of CPR outcome – response time and ventricular fibrillation as the first observed ECG rhythm. Also the age of the patients was similar in both groups.

The survival rates were 16,4% in DA-CPR+ group and 9,5% in DA-CPR- group respectively. The difference in survival rates is significant ($p=0,017$).

Key words: cardiopulmonary resuscitation (CPR) – dispatch – assisted cardiopulmonary resuscitation (DA-CPR) – dispatch center – emergency medical service (EMS)

Úvod

V letech 2004 – 2005 probíhala v Praze studie DIRECT, jejímž úkolem bylo zhodnotit vliv telefonicky asistované neodkladné resuscitace (TANR) dispečerem tísňové linky na přežívání pacientů stížených přednemocniční náhlou zástavou oběhu (NZO), kteří byli resuscitováni výjezdovou skupinou záchranné služby.

Metodika telefonické asistence dispečerem v kritických stavech známá jako Dispatch Life Support (DLS) byla poprvé uvedena dr. Clawsonem v Salt Lake City v roce 1973. Od té doby se stala standardní součástí metodiky práce v mnoha systémech přednemocniční péče^{4,12}). Opakovaně se v různých studiích také podařilo prokázat účinnost této metody z hlediska primární úspěšnosti resuscitace v terénu (ROSC, předání do přijetí). Na druhou stranu, žádná velká studie zatím validně nepotvrdila účinnost TANR z hlediska dlouhodobého přežití, přestože trend ke zvýšení naděje byl zpravidla zřejmý.

Z tohoto důvodu vznikla v prostředí ZZS HMP – ÚSZS studie DIRECT. Při stanovení designu studie jsme vycházeli z toho, že výsledky přednemocniční resuscitace obecně jsou v Praze na nadprůměrně vysoké úrovni, což z hlediska statistického vyhodnocení vytváří vhodné podmínky pro průkaz vlivu TANR i na dlouhodobé přežívání pacientů po KPCR (sekundární úspěšnost).

Toto sdělení navazuje na informaci o 1. fázi studie DIRECT (publikována v časopise UM 2005/4)¹⁾.

Metodika

Všechny události, kde je výjezdovou skupinou ZZS HMP – ÚSZS prováděna neodkladná resuscitace, jsou vyhodnoceny počínaje prvním tísňovým voláním. Je evidováno, zda byla či nebyla účinná prováděna telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace a vyhodnocen stav volajícího v době volání z hlediska stavu vědomí postiženého. Dále jsou shromažďovány další údaje v souladu s tzv. Utsteinským protokolem^{2,3)}. Ze studie byly vyřazeny tyto události:

- v době volání nebyl pacient v bezvědomí a tedy poskytnutí TANR nepřicházelo v úvahu (n=308)
- události zjevně traumatického původu (n=38)
- události, kdy se nepodařilo zjistit osud pacienta (n=8)

- události, při kterých došlo k zástavě až za přítomnosti výjezdové skupiny ZZS (n=49)

Metodika samotného poskytování TANR byla založena na etiologicky citlivém přístupu s výraznou preferencí nepřímé masáže v případě pravděpodobně primární zástavy.

Metodika TANR – etiologicky citlivý přístup

Charakter události: *Kolaps + pravděpodobně primární (kardiální) zástava:*

- jeden zachránce: pouze masáž
- více zachránců: 100: 2

Charakter události: *Pacient nalezen v bezvědomí nebo sekundární (hypoxická či jiná) zástava nebo dítě:*

- jakýkoliv počet zachránců: 15:2

Pokud zachránce (zachránci) nedokáží rychle a efektivně provádět dýchání z plic do plic, případně je nechtějí provádět, pokračují pouze instrukce k nepřímé masáži.

Další podrobnosti o metodice viz¹⁾.

Výsledky

Od 1. 1. 2004 do 31. 12. 2005 bylo výjezdovými skupinami ZZS HMP – ÚSZS resuscitováno celkem 975 pacientů. Ze shora uvedených důvodů jich bylo vyřazeno 403.

Do studie tedy bylo zahrnuto celkem 572 událostí. Základní shrnutí výsledků uvádí tabulka 1.

Tab. 1	TANR+	TANR–	p	Relativní risk
Celkem	269	303	--	--
Primárně úspěšných	108 (40,15%)	87 (28,71%)	0,0047	1,398
Sekundárně úspěšných	44 (16,36%)	29 (9,57%)	0,0170	1,709

Primární úspěšnost resuscitace pacientů (přežití příhody) je ve skupině TANR+ **vysoce významně lepší**, než ve skupině TANR–. **Šance na primární přežití je ve skupině TANR+ o 40 % vyšší, než ve skupině TANR–.**

Sekundární úspěšnost resuscitace pacientů (dlouhodobé přežití) je ve skupině TANR+ významně lepší, než ve skupině

TANR-. Šance na sekundární přežití je ve skupině TANR+ o 70 % vyšší, než ve skupině TANR-.

Abychom ověřili objektivitu studie, u obou souborů pacientů (TANR+ i TANR-) jsme dále vyhodnotili základní vlastnosti, mající prokázány nebo pravděpodobný vliv na úspěšnost resuscitace (věk pacientů, reakční čas ZZS, podíl pacientů s komorovou fibrilací jako první rytmem – viz tabulka 2). Ze statistického vyhodnocení vyplývá, že na hladině významnosti celé studie $\alpha = 0,05$ nelze zamítnout hypotézu o vzájemné shodě obou skupin – jinými slovy, **obě skupiny se v rozhodujících parametrech statisticky významně neliší.**

Tab. 2	TANR+	TANR-
Věk	61,7 +/- 17,5	64,7 +/- 15,83
Reakční čas	8:19 +/- 2:43	8:22 +/- 2,53
FiK jako první rytmus	39,0%	36,1%

Diskuse a závěr

Podařilo se prokázat, že telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace založená na etiologicky citlivé metodice **jednoznačně a zásadně zvyšuje naději pacientů stížených náhlou zástavou oběhu v přednemocniční fázi.**

Ve světovém písemnictví jde o první nám známý výsledek, který potvrzuje všeobecný přínos TANR pro přežití pacientů s NZO (tj. nevztahuje se jen na omezenou skupinu, např. tam, kde byl spatřen kolaps, nebo tam, kde byla jako první nalezena komorová fibrilace)^{5,13,14}.

Rovněž výsledky TANR založené na „etiologicky citlivém“ přístupu jsou publikovány poprvé. V dostupných studiích je používán standardní univerzální postup TANR (masáž a dýchání 15:2), zatímco postup založený na výrazné preferenci masáže resp. doporučující „compression-only CPR“ ve specifických situacích se poprvé jako oficiální doporučení některých organizací objevuje až v loňském roce⁹.

Výsledek tedy potvrzuje nejen význam samotné telefonické asistence během resuscitace. Dokládá také význam **odborného vyhodnocení tísňové výzvy – vlastní identifikaci zástavy a určení její etiologie**, a tím nezastupitelnost odborně kvalifikovaného dispečera přijímajícího tísňovou výzvu.

Asi nejzávažnějším limitem studie je fakt, že kontrolní skupina (TANR-) nevznikla náhodným výběrem – studie měla retrospektivní charakter. Důvody, proč TANR nebyla poskytnuta, byly různé: šlo o volání z třetí ruky, o situace, kdy byl na místě fyzicky hendikepovaný volající apod., ale také o ty události, které nebyly dispečerem tísňové linky vyhodnoceny jako NZO (zpravidla šlo o situace klasifikované jako bezvědomí se zachovalým dýcháním, ale také jako „epileptický záchvat“, „CMP“ apod.). Přestože šlo o více, než polovinu případů, jde o poměr obvyklý v obdobných studiích. Identifikace NZO se tedy jeví být základním problémem při poskytování TANR^{6,7,8,10}.

Na druhou stranu jsme prokázali, že přestože nešlo o prospektivní studii a „kontrovaně náhodný výběr“, zkoumaná i kontrolní skupina byly nakonec v hlavních prediktorech úspěšnosti zástav velmi podobné, odlišné jen statisticky nevýznamně.

TANR je „jen“ jeden z článků řetězu přežití. Pokud na tento článek nenaváže fungující systém profesionální přednemocniční péče a kvalitní nemocniční intenzivní a další péče, efekt této cesty je samozřejmě významně omezený. Ne všude a ne vždy jsou pro provádění TANR vhodné podmínky. Na druhou stranu lze však konstatovat, že **jde o metodu s extrémně příznivým poměrem cena / přínos**, mnohem efektivnější, než například finančně extrémně náročné programy instalací AED a podobně.

Poznámka: Sledování dlouhodobého přežití pacientů bylo časově finančně podporováno grantu IGA NR/7970–2003.

Literatura:

- 1) Franěk, O., Andrlík M. telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace zvyšuje naději na přežití pacientů s přednemocniční NZO – 1. fáze studie direct. UM 2005;4:32-34
- 2) Common statement of AHA, ERC, HSFC, ARC. Recommended Guidelines from Uniform Reporting of Data From Out-of-Hospital Cardiac Arrest: The Utstein Style, Circulation, 1991, 84: 960-975
- 3) A Statement for Healthcare Professionals From Task Force of the ILCOR – Cardiac Arrest and Cardiopulmonary resuscitation Outcome Reports: Update and simplification of the Utstein Templates for Resuscitation Registres, Circulation, 2004;110:3385 – 3397.
- 4) Clawson, JJ. Dispatch life support: Establishing standard that work JEMS 1990;6
- 5) Kuisma M. et al., Emergency call processing and survival from out-of-hospital ventricular fibrillation, Resuscitation, Oct. 2005; 67(1): 89-93
- 6) Eisenberg M S, et al. Identification of cardiac arrest by Emergency Dispatcher, Am J Emerg Med 1986;4:299-301
- 7) Clark JJ, Larsen MP, Culley LL, Graves JR, Eisenberg MS. Incidence of Agonal Respirations in sudden Cardiac Arrest. Annals of Emergency Medicine 1992; 21:12:1464-1467.
- 8) Heward A., et al. Does the use of the Advanced Medical Priority Dispatch System affect cardiac arrest detection? Emerg Med J 2004 Jan;21(1) 115-118
- 9) Roppolo LP et al. Modified cardiopulmonary resuscitation (CPR) instruction protocols for emergency medical dispatchers: rationale and recommendations. Resuscitation May 2005;65:203 – 210
- 10) Meron G, Frantz O, Sterz F, Mullner M, Kaff A, Laggner AN. Analysing calls by lay persons reporting cardiac arrest. Resuscitation 1996; 32:23-26.
- 11) Valenzuela, T.D., et al. Estimated Cost-Effectiveness of Dispatcher CPR Instruction via Telephone to Bystander During Out-of-Hospital Ventricular Fibrillation, Prehosp. and Disaster M.; 7(3)“229-234, 1992
- 12) Eisenberg MS, Hallstrom AP, Carter WB, Cummins RO, Bergner L, Pierce J. Emergency CPR instruction via telephone. A J P H 1985;75:47-50.
- 13) Rea TD, Eisenberg MS, Culley et al. Dispatcher Assisted cardiopulmonary resuscitation and survival in cardiac arrest. Circulation 2001;104:2513-16
- 14) Bang A, Biber B, Isaksson L, et al. Evaluation of dispatcher assisted cardiopulmonary resuscitation. Eur J Emerg Med 1999;6:175-83

MUDr. Ondřej Franěk
ZZS hl.m. Prahy, Korunní 98
101 00 Praha 10
e-mail: ondrej.franek@zzshmp.cz

Hodnocení zdravotnických průvodek

Miroslav Procházka¹, Jiří Mašek², Karel Antoň¹, Tomáš Dědek³, Zuzana Klicperová²,

- 1) Fakulta vojenského zdravotnictví UO Hradec Králové
 2) Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje
 3) Fakultní nemocnice Hradec Králové

Abstrakt

Zdravotnické průvodky na místě mimořádné události

Článek popisuje zdravotnickou dokumentaci na místě mimořádné události jako jeden z faktorů podílejících se na celkovém výsledku zdravotnického zásahu na místě mimořádné události. Autoři analyzují současný stav ve světě i v ČR a dokládají jeho nejednotnost a rozdílnost v této oblasti. Na konkrétních příkladech nejpoužívanějších zdravotnických průvodek ukazují výhody i nevýhody jednotlivých typů. V závěru článku shrnují zkušenosti s danou problematikou v Královéhradeckém kraji.

Klíčová slova: zdravotnická průvodka – mimořádná událost – medicína katastrof

Abstract

Medical Documentation in the Major Incident

The article deals with the topic of medical documentation (disaster tag) in the chain of pre-hospital and hospital care used in case of major incident. The proper documentation is an important factor influencing results of provided care. The present development in abroad and in the Czech republic is analyzed. On the concrete examples of the most used disaster tags the advantages and disadvantages are shown. The authors conclude with experience from Královéhradecký region where disaster tags were unified in accordance with Zlínský type and utilized by both emergency services and emergency departments in hospitals.

Key words: Field medical card – mass casualty – disaster medicine

Úvod

Jedním z faktorů ovlivňujících celkový konečný poměr zemřelých a raněných, při hromadném postižení zdraví, je úroveň organizace a způsob poskytování přednemocniční neodkladné péče (dále jen PNP). Z hlediska činnosti zdravotnických záchranných složek na místě mimořádných událostí existují dva základní přístupy k poskytování přednemocniční péče na místě vzniku těchto událostí. První přístup je označován jako metoda „Scoop and Run“ a druhý přístup je nazýván jako metoda „Stay and Play“

První přístup, používaný například v Izraeli, je možné zjednodušeně popsat jako metodu spojenou s minimalizací činností na místě události a preferující okamžitý transport do zdravotnických zařízení. Zde je vše podřízeno transportu všech postižených do zdravotnických zařízení.

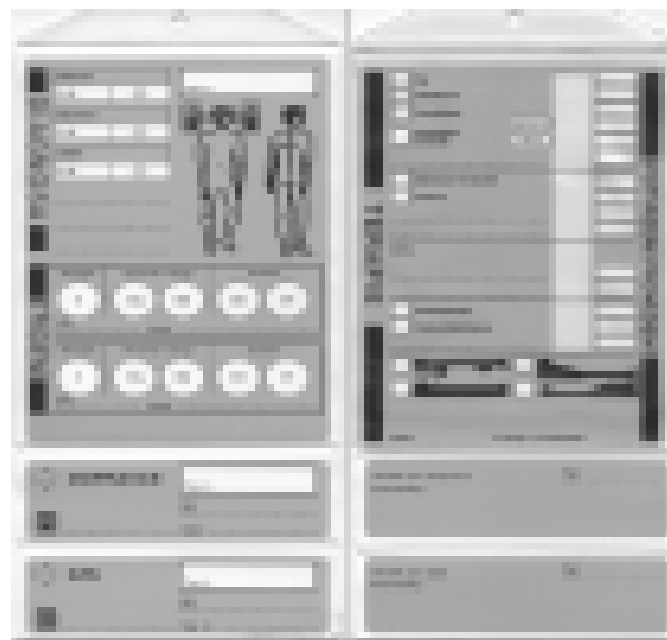
Druhý přístup, používaný i v ČR, vychází mimo jiné i z reálného předpokladu nepoměru mezi potřebou a reálnou dostupností transportních kapacit při mimořádných událostech a předpokládá poskytnutí přiměřené zdravotní péče na místě (stabilizaci postižených) a postupný transport jednotlivých pacientů ke konečnému ošetření podle stanovených priorit. Priorita ošetření a odsunu pacienta je určena na základě výsledků třídění postižených, kteří jsou rozděleni do několika skupin. Po prvotním rozdělení postižených je důležité označení pacienta „zdravotnickou průvodkou“, která ho dále provází až do finálního ošetření ve zdravotnickém zařízení.

V současné době panuje v přednemocniční péči v České republice značná nejednotnost v názvosloví i v používaných typech zdravotnických průvodek. Setkáváme se s názvy *zdravotnická průvodka*, *visačka pro hromadná neštěstí*, *zdravotnická identifikační karta při hromadném výskytu postižení zdraví*, *průvodní karta přednemocniční péče*, *visačka pro zdravotnickou dokumentaci při hromadném výskytu postižení zdraví*, *registrační karta*

zraněného/nemocného^{1,2,3}, atd. Nejednotnost názvosloví i typů panuje i v zahraničí kdy nejpoužívanější anglické ekvivalenty jsou *disaster tag (card)*, *triage tag*, *medical emergency field triage tag a field medical tag*. V armádách NATO je nejčastěji používán termín „*Field Medical Card*“. V tomto sdělení budeme dále používat termín zdravotnická průvodka.

Analýza současného stavu

V současné době je ve světě využívána řada variant zdravotnických průvodek a každá z nich má své výhody i nevýhody.



Obr. 1

Používané zdravotnické průvodky je možné rozdělit do tří základních typů: jednoduché, skládané a tzv. multikarty.

Jednoduchá zdravotnická průvodka [obr. č. 1 – 6] je nejčastěji používaným typem, který je charakterizován snadnou vyplnitelností a rychlostí použití. V některých případech obsahuje oddělitelné části, které zůstávají pro snadnější administraci v jednotlivých „etapách“ PNP (přednemocniční neodkladné péče) a NNP (nemocniční neodkladné péče) tj. posádky ZZS na místě události, přepravujícímu dopravci, přijímacímu oddělení zdravotnického zařízení. Podle typu použité průvodky jsou v ní obsaženy jednotlivé předepsané údaje: identifikace osoby pacienta, kategorizace priority ošetření a odsunu pacienta (často charakterizovanou barevným označením), lokalizace poranění – náčrt postavy, záznam medikace, primární diagnóza a případně některé další údaje. Nejčastější nevýhodou těchto karet je omezená nebo zcela chybějící možnost zachycení dynamiky stavu pacienta, nižší rozlišitelnost kategorie pacienta „na dálku“ a omezené místo pro zápis dalších nepředepsaných údajů.

Skládané průvodky [obr. č. 7, 8] jsou používány nejen některými státy jako je např. Velká Británie, Irsko a USA (Acadian Ambulance Service Luisiana, EMS New York State,...), ale i v kurzech pro poskytování přednemocniční péče BATLS (Battlefield Advanced Trauma Life Support) a v mezinárodních kurzech organizace zdravotnických složek na místě mimořádných událostí MIMMS (Major Incident Medical Management and Support). Tyto průvodky jsou charakteristické možností rozložení („harmonika“ nebo „kříž“), zdaleka viditelným jasným barevným označením, možností zachycení dynamiky vývoje pacienta a možností doplňování dalších předem specifikovaných a případně i nspecifikovaných údajů. Mezi hlavní nevýhody těchto průvodek patří vyšší náročnost na vyplnění a delší doba potřebná k označení. Tyto průvodky byly například použity při zdravotnickém zásahu po teroristických útocích 7. července 2005 v Londýně.

Multikaretní průvodky [obr. č. 9, 10] jsou charakterizovány určením konkrétního typu karty pro každý typ rozříděných pacientů. Nejčastěji je užíváno čtyř až pěti různobarevných karet (podle typu třídění). Výhodou je jejich snadné vyplnění a zdaleka viditelná identifikace kategorie pacienta. Nevýhodou je nemožnost zachycení dynamiky vývoje pacienta a problematická je i změna kategorie pacienta v průběhu PNP.

Situace v ČR

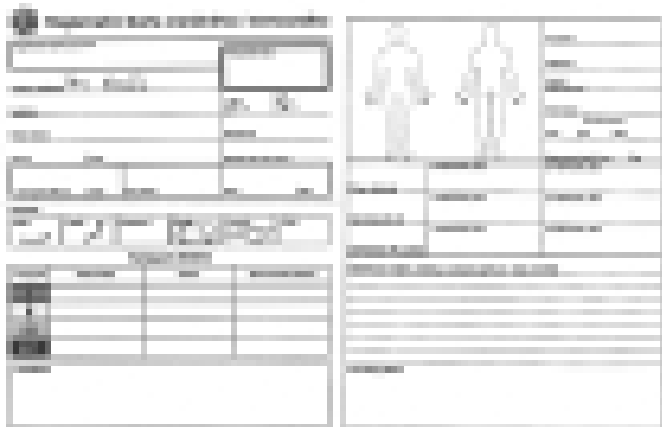
Jak již bylo popsáno v předchozí kapitole panuje i u nás značná nejednotnost v používání dokumentace PNP při mimo-



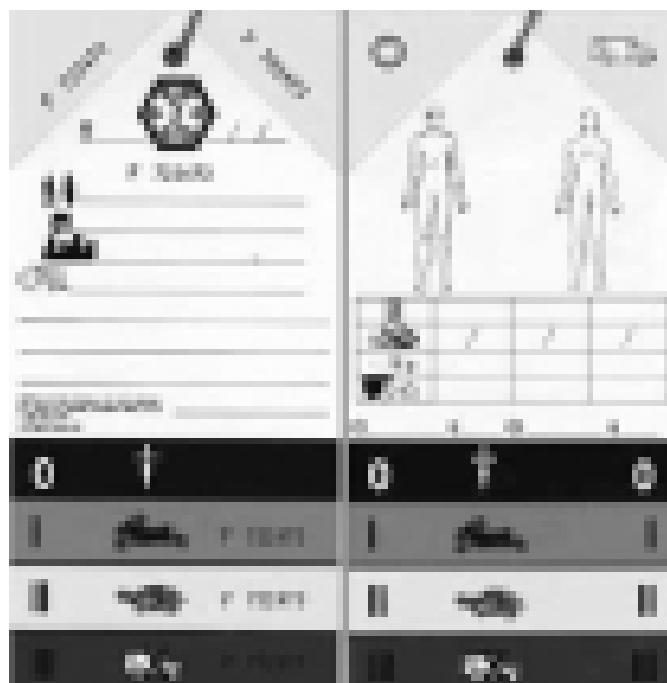
Obr. 3

řádných událostech. S drobnými změnami jsou v PNP používány tři základní typy zdravotnických průvodek: „Brněnský“ model [obr. č. 1], „Zlínský“ model [obr. č. 2] a „Pražský“ model [obr. č. 3].

„Brněnský“ model průvodky patří k nejpoužívanějším u nás a je jediný oficiálně doporučen Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP. Jedná se o průvodku vycházející ze Švýcarského a Rakouského základu (Patientleittasche IVR/ Patientenleitsystem PLS karte), je vyroben z velmi dobrého odolného materiálu, který je popisovatelný „čimkoliv“. Skládá se ze tří částí – pro ZZS (místo události), dopravce a hlavní části, která by měla zůstat součástí dokumentace pacienta. Mezi další přednosti této průvodky patří, že je vyrobena ve formě kapsy, do které se vkládá další zdravotnická dokumentace – doklady, drobné cennosti. Výhodou je možnost záznamu o případném provedení dekontaminace a velmi rychlá a snadná vyplnitelnost většiny potřebných údajů, které jsou zde předtištěny. Mezi nevýhody lze řadit omezenou možnost zachycení dynamiky stavu pacienta (pouze dva řádky), nastavení na jiný systém třídění než je v současné době nejrozšířenější metoda START, nepoužívání barevné škály třídění (upravenou verzi s barevným škálováním používá ZZS Plzeň) a nutnost třikrát vyplňovat stejné číslo pacienta.



Obr. 2



Obr. 4



Obr. 5

„Zlínský“ model vychází z německé verze (Verletzenanhängkarte VAK) používané Německým červeným křížem. Na rozdíl od předchozí průvodky se jedná o průvodku papírovou s pevným papírovým podkladem vloženou do tvrzené průhledné fólie. Tato průvodka je formátově rozměrnější než předchozí a umožňuje snadné zápisy. Skládá se ze dvou částí, kdy první je již zmiňovaná vlastní dokumentace a druhá část je barevné označení, které se zasouvá do spodní části a je možné ho v průběhu času měnit v závislosti na aktuálním stavu postiženého. Mezi její klady patří již právě zmiňovaná možnost zachycení dynamiky stavu, propisovatelnost oddělitelné vrchní části s identifikačními údaji pacienta (fyzicky jsou průpisové pouze dvě části a na podkladovou část se údaje nezachytí – výjimku tvoří upravená verze ZDZS Karlovy Vary, která má čty-

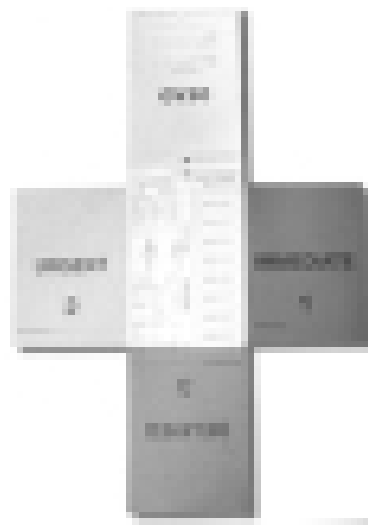
ři průpisové části a údaje se zachytí i na podklad), dostatek prostoru pro další nepředepsané zápisy, snadno rozpoznatelná „barevná“ kategorie pacienta a dobrá odolnost proti nepřízní počasí. Mezi nevýhody lze řadit její velký rozměr, nutnost vyjmutí karty pro zápis údajů.

„Pražský“ model průvodky patří k nejmladším a jako takový využívá výhody svých předchůdců a snaží se vyvarovat jejich chyb. Identifikace pacienta je zde řešena pomocí jedinečného čísla každé karty, které jsou jako nálepky k dispozici na zadní straně karty a mohou se jednoduše a rychle používat i v ostatní dokumentaci, ale i pro označení cenností či jiných věcí postiženého. Toto číslo nahrazuje oddělitelné části, které byly u předchozích průvodek a je využitelné i v dokumentaci NNP. Rozměrově je tato průvodka nejmenší a má zpevněný úchyt pro upevňovací provázek či gumičku. Jako další novinku lze na této průvodce nalézt zachycení některých typu postižení (zlomenina, otevřené poranění, zavřené poranění, krvácení, popáleniny) na nákrese postavy pomocí jednoduchých značek. Tyto značky se již úspěšně využívají na polských, slovenských a některých vojenských zdravotnických průvodkách. Mezi významné výhody této průvodky je zachycení dynamiku priority postiženého jednoduchou změnou barevného značení.

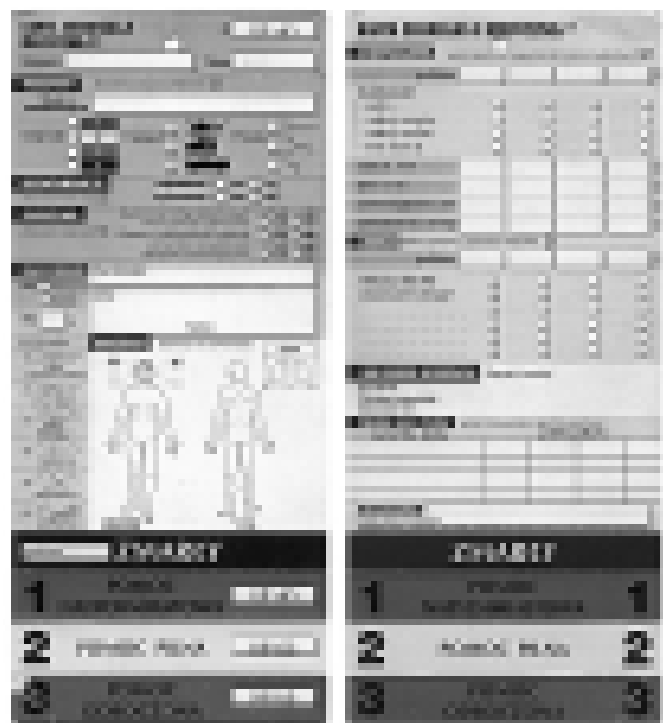
Mezi nevýhody této karty lze pokládat chybějící zaznamenání problematiky CBRN (kontaminace x dekontaminace), zachycení písemných údajů pouze z jediné triage, bez prostoru pro záznam o vývoji stavu pacienta. Karta prochází permanentním vývojem a je na základě poznatků ze cvičení průběžně zkvalitňována.

Zkušenosti z Královéhradeckého kraje

V průběhu roku 2004 při aktualizaci traumatologických plánů ZZS KHK a sjednocování postupů a dokumentace v jednotlivých bývalých OS ZZS na území Královéhradeckého kraje bylo konstatováno, že dokumentace pro PNP za mimořádných událostí není na území kraje jednotná a je potřeba ji sjednotit. Byla ustavena pracovní skupina, ve které byly zastoupeny zainteresované složky lékařů a sestry ZZS, zástupci Trauma centra FN HK a zástupci z FVZ UO v Hradci Králové. Na základě společného hodnocení existujících průvodek byl vybrán a zaveden „Zlínský“ model průvodky do všech vozidel



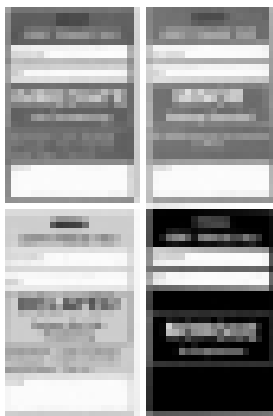
Obr. 7



Obr. 6



Obr. 8



Obr. 9

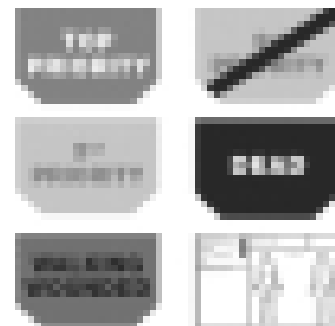
ZZS KHK. Na základě zkušeností z nácviků a cvičení se budou postupně shromažďovat připomínky k zavedené průvodce a bude se pracovat na jejím případném zlepšení. Díky vstřícnému přístupu ze strany Krajského úřadu KHK se podařilo rychlé sjednocení a zavedení těchto průvodců i na urgentní příjem FN HK a do chirurgických ambulancí oblastních nemocnic v kraji. Tímto je zaručena jednotnost značení, schopnost vyplňování a následného vyhodnocení průvodců ze strany lékařů v celém KHK.

Závěr

Zdravotnické průvodky umožňují provázet PNP a následnou nemocniční neodkladnou péči v souladu s potřebami konkrétních pacientů a zároveň optimalizovat použití dostupných zdravotnických kapacit (terapeutických, ošetrovatelských i transportních). Variabilnost v současné době dostupných zdravotnických průvodců umožňuje na jedné straně lepší výběr zdravotnické dokumentace odpovídající používanému systému zdravotnického zabezpečení a přípravy, ale na druhé straně vede k nejednotnosti a potencionálně i k možné disharmonii při spolupráci výjezdových skupin ZZS z různých regionů na jednom místě hromadného postižení zdraví. Tato disharmonie se může ještě více projevit na místě hromadného příjmu ve zdravotnických zařízeních, kde se ošetřující personál bude setkávat ve stejném časovém úseku s různým typem zdravotnické dokumentace což povede pravděpodobně k prodloužení celkové ošetrovací doby.

Velkým příslibem do budoucna je souběžná snaha současné administrativy ministerstva zdravotnictví a nově ustavené sekce MEKA Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof

ČLS JEP o sjednocení postupů v oblasti PNP za mimořádných událostí. Snad společná snaha vyústí také ve sjednocení dokumentace v této oblasti a v blízkém časovém horizontu budou všechny posádky ZZS vybaveny kvalitní, jednotnou a celorepublikovou dokumentací pro případ mimořádných událostí, která zvýší kvalitu a efektivnost poskytované zdravotní péče.



Obr. 10

Literatura:

1. http://www.zzsbrno.cz/texty/HN_visacka.doc
2. http://www.egozlin.cz/cz_meka/2002/Pudil a kolektiv OSZZS Zlín 2002.pdf
3. http://www.brwdiversified.com/evacuaaid_triage.html
4. <http://www.triagetags.com/triagetags.html>
5. <http://www.allmed.net/catalog/showitem.php/2775>
6. <http://www.metta.com/>
7. <http://www.smartmemos.demon.co.uk/>
8. <http://www.flemingmedical.ie/mcims.htm>
9. <http://www.simplerlife.com/cersimtriagt1.html>
10. <http://www.health.vic.gov.au/displan/online/9.htm#triage>
11. Matoušek R., a kol.: **Implementace doporučených postupů neodkladné péče v polních podmínkách**, závěrečná výz-kumná zpráva, Vojenská lékařská akademie JEP, Hradec Králové, 2003.
12. Procházka M., a kol.: **Zdravotnická průvodka**, 1. Fórum medicíny katastrof, Košice, listopad 2004.
13. STANAG 2132 – **Documentation relative to medical evacuation, treatment and cause of death of patients.**
14. Urbánek P.,: **Kvalitní zdravotnická dokumentace – předpoklad úspěšné návaznosti přednemocniční a nemocniční neodkladné péče za mimořádných situací**, Sborník konference Medicíny katastrof, EGO, Zlín 1999.

Ing. Miroslav Procházka
FVZ UO, Třebešská 1575
500 01 Hradec Králové
e-mail: prochazka@pmfhk.cz

Možnosti psychosociální pomoci v urgentní medicíně fázi mimořádné události s velkým počtem obětí

Zkušenosti s centrálním systémem psychosociální pomoci českým obětem cunami v r. 2004 a teroristického útoku v Egyptě v r. 2005.

Štěpán Vymětal, Jana Malíková

Ministerstvo vnitra ČR, Oddělení psychologie a sociologie OPe

Abstrakt

Článek přibližuje možnosti psychosociální pomoci lidem zasaženým rozsáhlou mimořádnou událostí a to zejména ve fázi záchranných a likvidačních prací. Tyto možnosti jsou přiblíženy na základě dvou kasuistik, které seznamují s organizací psychosociální pomoci českým obětem živelní katastrofy cunami, která zasáhla jihovýchodní Asii na konci roku 2004 a pomoci českým občanům, kteří byli zasaženi následky teroristického útoku v egyptském letovisku Sharm El Sheikh v červenci 2005. Autoři seznamují se systémem posttraumatické intervenční péče, který je funkční v resortu MV a který byl využit při řešení následků těchto mimořádných událostí. Dále jsou uvedeny hlavní psychosociální potřeby, které u českých občanů v uvedených případech vznikly, je popsána centrální koordinace psychosociální pomoci a její mezioborový charakter, složky této pomoci (psychologická poradenská linka, tým psychologické asistence, tvorba a distribuce specifických informačních materiálů, tvorba sítě psychosociální pomoci, komunikace se sdělovacími prostředky, analytické a výzkumné aktivi-

ty) a hlavní cíle této pomoci. Dále jsou uvedeny pozitivní zkušenosti i hlavní obtíže, které při organizaci psychosociální pomoci psychologická služba MV zaznamenala. Na základě dvou vlastních průzkumů (průzkum dopadu následků cunami r. 2004 na evropské země a průzkum srovnávací charakter a organizaci psychosociální pomoci obětem cunami ve vybraných evropských zemích) a zkušeností z mezinárodní spolupráce autoři nastiňují aktuální české a globální trendy rozvoje v této oblasti, která je důležitou součástí medicíny katastrof.

Klíčová slova: Bombový teroristický útok – centrální koordinace – Critical Incident Stress Management – cunami – dekontaminace stresu – evakuace – krizová intervence – medicína katastrof – první psychologická pomoc – psychologická asistence – psychologie krizí a neštěstí – psychosociální pomoc – telefonická krizová intervence.

Abstrakt

The article discusses potentialities of psychosocial help to affected people by an enormous emergency situation and emphasizes rescue and liquidation procedures/work. These possibilities are in detail described on two case studies basis, which inform about variety of provided psychosocial support to Czech victims affected by Tsunami that hit the Southeast Asia in December 2004 and a terrorist attack in the Egyptian sea resort Sharm El Sheikh in July 2005. The authors talk about a system of posttraumatic intervention care that exists in the Ministry of the Interior department and was used during relief activities after these emergency situations. Below main psychosocial needs are introduced that came out from Czech citizens afterwards, central coordination of psychosocial support and its interdisciplinary nature, elements of this support (a psychological help line, a team of psychological assistance, conception and distribution of specific informative material, formation psychosocial support network, communication with mass media, analytic and research activities) and also most important aims of the support. Hereafter, the psychological assistance team of the MoI noticed during organization of psychosocial support the positive experience and main difficulties. The authors talk about Czech and global developing trends as an important part of disaster medicine in the field according to two own researches (a research of impact Tsunami aftermath in 2004 into European countries and survey on comparison facts and organization of psychosocial help to the Tsunami victims in several European countries) and lesson learnt from international cooperation.

Key words: Terrorist bombing attack – central coordination – Critical Incident Stress Management – tsunami – stress decontamination – evacuation – crisis intervention – disaster medicine – first psychological help – psychological assistance – crisis and disaster psychology – psychosocial support – telephonic crisis intervention.

Background: Systém psychosociální pomoci resortu MV

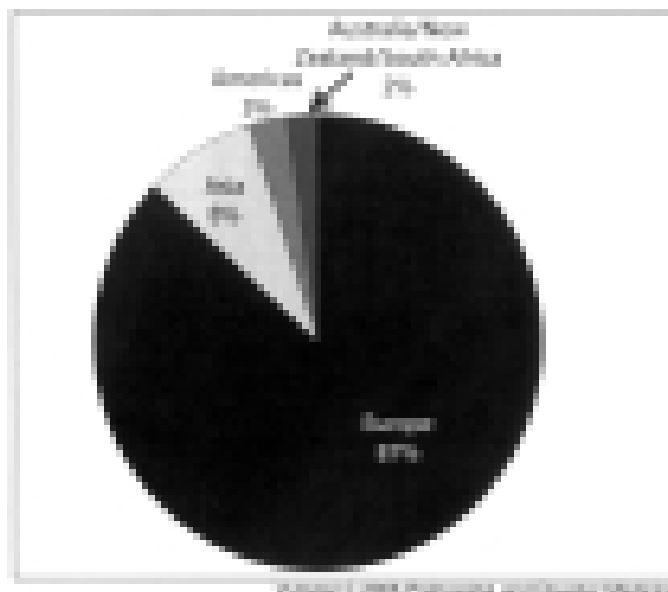
Česká republika má zkušenosti s různými typy katastrof a hromadných neštěstí. Tyto události i průběh záchranných a likvidačních mívají traumatizující vliv na lidskou psychiku a mohou negativně ovlivnit zdravotní stav i kvalitu budoucího života občanů i záchranářů. Vzhledem ke zkušenostem posledních let a požadavkům praxe dochází k rozvoji systému psychosociální pomoci pro situace mimořádných událostí. Od r. 1998 se dynamicky rozvíjí **systém posttraumatické intervence péče v resortu Ministerstva vnitra ČR (MV ČR)**. Nejprve zde vznikly odborné týmy pro poskytování posttraumatické intervence policistům; se vznikem psychologické služby v Hasičském záchranném sboru ČR (HZS), byl systém přenesen také do této oblasti. V současnosti je systém využitelný nejen pro dekontaminaci stresu profesionálů – policistů a hasičů, ale prostřednictvím integrovaného záchranného systému (IZS) také tam, kde se stávají oběťmi mimořádných situací občané. Systém dnes tvoří okolo 120 speciálně vyškolených profesionálů (zejm. psychologů PČR a HZS, ale i policistů, hasičů a duchovních), kteří jsou vycvičeni v metodách **Critical Incident Stress Management (CISM)** a v krizové intervenci. Týmy mohou působit nezávisle a decentralizovaně – na bázi regionu, nebo v kooperaci s dalšími týmy – v situaci lokálních krizí a neštěstí.

V případě rozsáhlých katastrof nebo neštěstí s větším počtem obětí se osvědčuje **centrální koordinace** z jednoho místa, jak tomu bylo i v případě cunami r. 2004. Výhodou centrální koordinace je také přímé propojení na Ústřední krizový štáb vlády ČR.

V posledních letech dochází k rozvoji systémů psychosociální pomoci také v rámci mnoha nestátních neziskových organizací (ADRA, RAFAE, Český červený kříž, Česká katolická charita a další). Celá síť psychosociální pomoci při mimořádných událostech se v ČR poslední dobou rozvíjí a zlepšuje.

V posledních letech dochází ve světě ke zvýšení zájmu o využívání psychosociální pomoci také při řešení následků mimořádných událostí (MU) zdravotnickými institucemi. Také v ČR jsme svědky rostoucí meziresortní spolupráce v této oblasti a to zejména v budování systémů připravenosti na MU. V gesci Ministerstva zdravotnictví, odboru krizové připravenosti vznikla letos meziresortní pracovní skupina řešící problematiku připravenosti zdravotnických zařízení na teroristické útoky; MV ČR – Generální ředitelství hasičského záchranného sboru koordinuje meziresortní pracovní skupinu, která zkoumá možnosti vzniku asistenčního centra pro letecká a jiná neštěstí s velkým počtem obětí.

Vzhledem k mezinárodním aspektům krizí a neštěstí vstupuje v poslední době do popředí evropská i celosvětová spolupráce



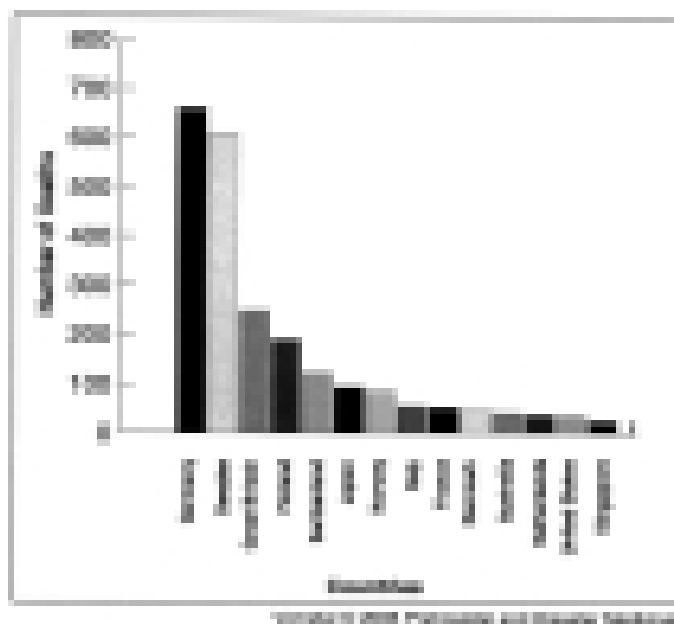
ce v oblasti psychosociální pomoci obětem MU. Významným důvodem jsou zde globalizační jevy, rozvoj turistiky i mezinárodního terorismu. MV ČR má svého zástupce v mezinárodní pracovní skupině pro psychologii krizí a neštěstí (Task Force on Crisis and Disaster Psychology), která působí v rámci **Evropské federace psychologických asociací**. Tato skupina plnila v poslední době následující základní pracovní úkoly:

1. definovala evropské standardy a úroveň nezbytného vzdělávání psychologů pro poskytování psychosociální pomoci;
2. vytvářela a zlepšovala evropskou síť psychosociální pomoci;
3. připravila zprávu v této oblasti pro Radu Evropy. Aktuálně byla navázána také pracovní spolupráce se **Světovou asociací pro urgentní medicínu a medicínu katastrof** (World Association for Disaster and Emergency Medicine), která má samostatnou pracovní skupinu pro oblast psychosociální pomoci.

Situace po úderu cunami v JV Asii

V době zemětřesení a následného úderu cunami dne 26. 12. 2004 se v asijských zemích zdržovalo několik tisíc českých občanů. Několik stovek Čechů trávilo svou dovolenou v oblastech jihovýchodní Asie, které byly ničivou vlnou zasaženy přímo. Třetí den po katastrofě jsme postrádali více než 300 českých občanů. Tři týdny po události jsme postrádali 11 osob, tělo jedné turistky bylo identifikováno. Nalezení, resp. identifikace všech českých obětí na životech trvala několik měsíců a to s konečnou bilancí osmi úmrtí. Mnoho českých občanů utrpělo také fyzická zranění různé závažnosti.

Okolo 500 Čechů bylo touto událostí vážně duševně traumatizováno. Tito lidé bojovali o své životy a životy svých dětí ve vodním přívalu, při destrukci budov a při evakuaci; pozorovali těžké utrpení a krutou smrt ve svém okolí; poskytovali první pomoc; pokoušeli se pomoci druhým, nebo alespoň najít přátele nebo známé v márnících. Mnoho Čechů při katastrofě přišlo o své přátele a blízké, kteří byli cizími státními příslušníky. Hluboce zasaženi byli také pozůstalí v ČR a ti, kteří neměli o přežití svých blízkých žádné zprávy po dlouhou dobu.



Tato katastrofa si vyžádala 230.000 obětí na životech, bylo mezi nimi také téměř 2.500 turistů z desítek zemí. Psychologické pracoviště MV ČR provedlo průzkum, ze kterého vyplývalo, že přes 2.200 úmrtí a předpokládaných úmrtí svých občanů/turistů napočítala Evropa. Mnoho zemřelých turistů pocházelo také z různých asijských zemí. Nejvíce úmrtí v řadách turistů hlásily následující státy: Německo (658), Švédsko (608), Velká Británie (247), Finsko (189), Švýcarsko (121), Japonsko (93), Itálie (54), Francie (51), Dánsko (47) a Nizozemí (37) viz obr.č.1,2 a 3. V přepočtu na milion obyvatel nejvíce ztrát utrpělo Švédsko (68) a Finsko (36), dále následovaly státy: Norsko, Švýcarsko, Dánsko, Německo, Singapur, Velká Británie, Hong Kong a Nizozemí viz obr.č.4. Přestože lidské utrpení lze stěží přepočítávat na čísla, můžeme předpokládat, že právě v uvedených zemích došlo k nejsilnějšímu psychickému dopadu na obyvatelstvo (přeživší a jejich blízké, pozůstalé, přátele, známé a také profesionály, kteří se podíleli na likvidaci následků katastrofy). Kromě utrpení a morálních souvislostí zde můžeme hypoteticky odvozovat i souvislosti ekonomické, kdy docházelo k dočasnému nebo trvalému snížení kvality života mnoha lidí a tedy i k poklesu jejich pracovního výkonu a produktivity.

Lidé se specifickými psychosociálními potřebami

Mezi českými občany u kterých aktuálně vznikly v souvislosti s touto katastrofou specifické psychosociální potřeby byli zejména **zranění i nezranění turisté**, kteří se sami pokoušeli přežít nebo jen pozorovali hrůzné následky katastrofy ve svém okolí. Dále sem patří **pozůstalí po obětech, rodiny pohřešovaných osob a rodiny traumatizovaných turistů** doma v ČR. Další skupinu tvoří **profesionálové**, kteří se podíleli na záchranných pracích ať už v asijských destinacích (zaměstnanci zastupitelských úřadů, leteckých společností, cestovních kanceláří, lékaři...) nebo v ČR (zaměstnanci krizových linek Ministerstva zahraničních věcí, psychologové resortu MV...). Všichni tito profesionálové zasluhují po náročné akci dekontaminaci psychického stresu – ošetření jeho nadlimitního působení, které je prevencí syndromu vyhoření a možných posttraumatických stresových potíží v budoucnu.

Hlavní **specifické psychosociální potřeby turistů**, které vznikly v souvislosti s katastrofou byly následující: 1) ochrana, ošetření, ticho, bezpečí; 2) psychologická první pomoc; 3) spojení s rodinou (telefon, SMS, e-mail); 4) strukturované informace o situaci a jejím vývoji; 5) transport domů; 6) informace o možných reakcích psychiky na traumatické zážitky; 7) informace o normalitě těchto reakcí; 8) orientace v prostředí a postupech; 9) posílení osobních kompetencí (schopnosti řešit vzniklé problémy) a 10) v některých případech psychologické poradenství a psychoterapie.

Zvláště zranitelní lidé s rizikem rozvoje posttraumatické stresové poruchy a jiných zdravotních potíží v budoucnu byli: lidé, kteří v osobní historii již zažili psychické trauma, fyzicky zranění turisté, děti, senioři, osaměle žijící lidé a pozůstalí.

Profil českých turistů, kteří trávili vánoční a novoroční svátky v jihovýchodní Asii byl následující: převládali zde mladí lidé a lidé produktivního věku z regionů z celé ČR (nejvíce z Prahy a Středních Čech). Tito lidé mohli být zařazeni do následujících kategorií: vyšší střední třída, celebrity, backpackers – zejména studenti cestující s batohem a mezinárodně smíšené páry.

Centrální koordinace psychosociální pomoci

Ústřední krizový management pomoci českým občanům, kteří byli ohroženi v souvislosti s úderem cunami, zajišťovalo **Ministerstvo zahraničních věcí ČR**.

Centrální koordinaci psychosociální pomoci bylo den po události 27.12. 2004 pověřeno **psychologické pracoviště Ministerstva vnitra ČR**, které bylo v přímém propojení na Ústřední krizový štáb vlády. Regionální koordinaci pomoci zajišťovala **krajská psychologická pracoviště HZS**. Pro případ potřeby byly okamžitě uvedeny v pohotovost **týmy posttraumatické intervenční péče** Policie ČR a HZS ČR. Nonstop krizová pohotovost psychologů resortu MV trvala do 31. 1. 2005.

Důvody centrální koordinace psychosociální pomoci ze strany MV při urgentní fázi této mimořádné události byly: a) velký rozsah události a její mezinárodní aspekty; b) funkční vlastní síť psychosociální pomoci v resortu (PČR, HZS); c) množství specificky kvalifikovaných psychologů; d) zkušenosti v této oblasti; e) mezinárodní spolupráce v této oblasti.

Hlavními partnery kooperujícími s psychologickou službou MV byli:

Ministerstvo zahraničních věcí ČR (MZV), které zřídilo v ČR 10 krizových telefonních linek pro rodiny a blízké pohřešovaných osob s cílem sběru a výměny informací. Zaměstnanci MZV pracovali s turisty na zastupitelských úřadech v asijských destinacích a pomáhali vyhledávat české oběti v nemocnicích a mármicích. Individuální agenti pracovali v ČR s pozůstalými a rodinami beznadějně pohřešovaných osob. Pracovníci MZV pomáhali s praktickými problémy a s distribucí letáků a příruček s psychologickými informacemi.

Ministerstvo obrany ČR (MO) vypravilo armádní speciál pro transport českých turistů ze zasažených a špatně přístupných oblastí a vyzvednutí ostatků první české oběti v Thajsku. MO vyslalo s tímto speciálním letem jednu armádní psycholožku. Jejím úkolem byla psychologická asistence letu: podpora turistům, příprava a podpora posádky a práce s novináři. MO zajistilo vhodné prostory na jejich letišti pro psychologickou intervenci týmu psychologické asistence MV po návratu speciálu.

Ministerstvo zdravotnictví ČR vyslalo dva lékaře a jednoho klinického psychologa pro práci s českými turisty v Kolombu, Srí Lanka (ošetření a psychologická první pomoc před evakuací do ČR). V ČR zřídilo krátkodobou informační telefonickou linku pro oblast hygieny a epidemiologického poradenství (obavy obyvatel z infekčních chorob).

České aerolinie, a.s. vypravily 9 speciálních letů Praha-Kolombo-Praha. ČSA takto přepravila 1350 lidí ze zasažených oblastí (v tomto množství také cca 250 – 300 českých občanů). Rovněž zprostředkovali speciální hlášení v letadlech, obsahující psychologické informace pro turisty, kteří prožili katastrofu a zajistilo distribuci psychologických materiálů evakuovaným lidem na letišti v Ruzyni. Důležitá byla také spolupráce s Českou správou letišť, s.p., která umožnila umístění informačních materiálů ve veřejných prostorách letiště Ruzyně.

Úkolem psychologické služby resortu MV bylo zajistit psychosociální pomoc a podporu obětem zejm. v urgentní fázi, v nejbližších hodinách a dnech po katastrofě. Ohledně možností návazné péče byla dále důležitá spolupráce s dalšími nezávislými neziskovými organizacemi. **Asociace klinických psychologů ČR** poskytla kontakty na klinické psychology v regi-

onech, **Asociace linek důvěry ČR** poskytla k využití svou databázi, **Psychosociální intervenční týmy ČR** poskytly přímé kontakty na jejich pracovníky, speciálně trénované pro oblast psychosociální pomoci obětem.

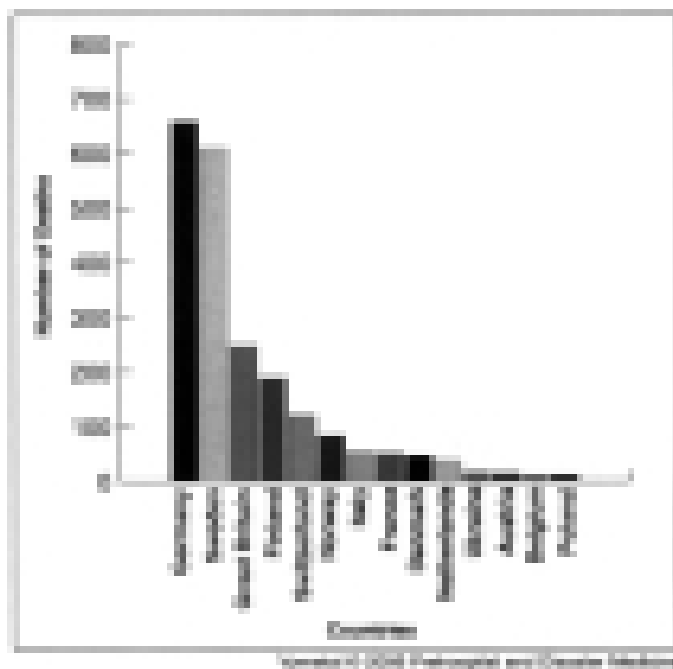
Pro výměnu informací mezi evropskými zeměmi byla důležitá spolupráce s **Evropskou federací psychologických asociací**, která probíhala prostřednictvím pracovní skupiny pro psychologii krizí a neštěstí (Task Force on Crisis and Disaster Psychology).

Složky systému psychosociální pomoci

Mezi hlavní aktivity psychologické služby Ministerstva vnitra ČR patřilo zřízení psychologické poradenské linky MV, činnost týmu psychologické asistence MV, tvorba a distribuce specifických informačních materiálů a analytická a výzkumná činnost. Důležitá byla také komunikace se sdělovacími prostředky a průběžné zveřejňování informací o poskytovaných psychosociálních službách.

Psychologická poradenská linka MV byla zřízena druhý den po katastrofě dne 27. 12. 2004 a fungovala do 31. 3. 2005. Na lince se střídali psychologové MV, kteří jsou vyškoleni v telefonické krizové intervenci. Cílem linky bylo poskytování konzultací, přenos informací, poradenství a krizová intervence. Linka byla určena českým turistům, jejich příbuzným, pozůstalým a profesionálům působícím po této události. Za první měsíc bylo zaznamenáno 150 kontaktů, z nichž 60% bylo velmi vážných (krizová intervence turistům, posttraumatické reakce, masivní strach a obavy příbuzných). Největší množství kontaktů bylo v prvních dvou týdnech po události, ale i ve třetím týdnu se objevily velmi závažné telefonáty. Vnímání účelu linky bylo velmi přesné: 90% všech kontaktů se vztahovalo k tématu cunami.

Mezi hlavní **aktivity týmu psychologické asistence MV** patřila asistence v neveřejné části letiště při návratu českých i zahraničních turistů, psychologický monitoring při návratu evakuovaných, krizová intervence, psychologická první pomoc a asistence při odběru DNA od rodin pro identifikaci ostatků jejich členů.



Tvorba a distribuce specifických informačních materiálů (příručky, letáky, adresáře a instrukce – v tištěné a elektronické podobě) probíhala v prvních dnech po události. Tyto materiály obsahovaly: informace o reakcích lidské psychiky na prožitou katastrofu, o normalitě těchto příznaků, o možnostech pomoci a svépomoci, adresář psychosociálních služeb v České republice a telefonická čísla na psychologickou poradenskou linku MV. Základní materiál byl k dispozici pro cizince v angličtině. Psychologické pracoviště MV zajistilo českou sekci na mezinárodním portálu Tisei (www.tisei.org), který byl určen lidem zasaženým katastrofou cunami 2004.

Proces koordinace a hlavní cíle

Hlavní centrální koordinační tým tvořilo 7 psychologů, dva z nich akci řídili. 14 koordinátorů bylo připraveno pro činnost v regionech ČR (psychologové HZS) a cca 140 specialistů na psychosociální pomoc bylo připraveno v regionech pro přímé poskytování pomoci (včetně trénovaných neprofesionálů).

Hlavními cíli bylo:

- 1) **Dopravit zpátky** do vlasti maximum českých občanů
- 2) Poskytnout **relevantní informace maximu „zasažených“ českých občanů**
- 3) Poskytnout **relevantní informace profesionálům**, kteří se na akci podíleli
- 4) Připravit **funkční regionální síť psychosociální pomoci** pro následnou péči

Pozitivní zkušenosti a oblasti pro zlepšení

V oblasti psychosociální pomoci byla v ČR výhodou **centrální koordinace** aktivit z jednoho místa, přičemž všechny služby byly poskytovány zdarma. Osvědčila se **psychologická asistence a monitoring** na civilním letišti při návratu leteckých speciálů, psychologická asistence na armádním letišti a u odběrů DNA, asistence psychologa v průběhu evakuačního letu z Thajska. Výhodou byla vysoká **flexibilita a kreativita** psychosociálního týmu, vysoká **motivovanost a nasazení** pracovníků, princip solidarity a vzájemnosti.

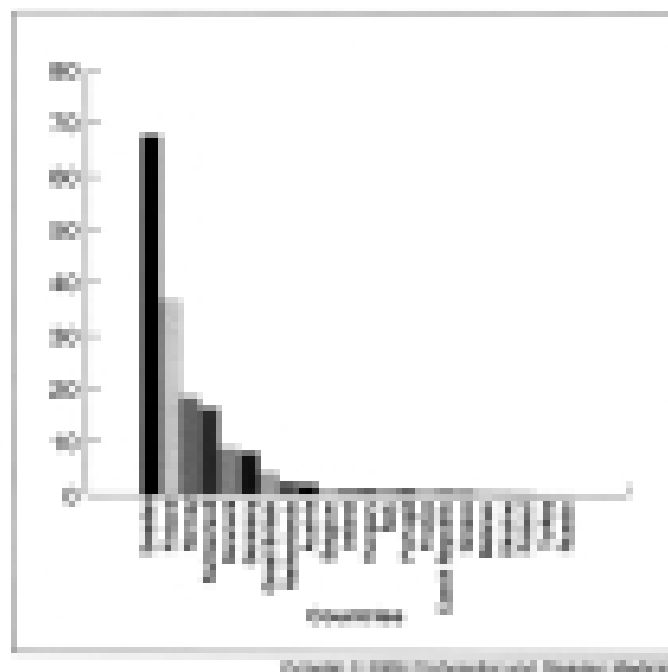
Problémem v obecné rovině byly **nejasné (nedefinované) kompetence a odpovědnosti, legislativní nejasnosti a chyběl modelový plán** pro zajištění psychosociální pomoci pro mimořádnou událost podobného typu. Nedostatkem bylo **odmítání systematické psychologické podpory pro profesionály** v průběhu a po ukončení akce ze strany managementu, které mohlo být prevencí syndromu vyhoření a jiných obtíží pracovníků v budoucnu (nebyly využity debriefingy, defusingy a jiná setkání pro dekontaminaci stresu).

Dále je třeba upozornit na specifické nedostatky, které snižovaly efektivitu psychosociálních opatření. Hlavním problémem bylo **neposkytnutí seznamu osob** (s kontakty), které byly v souvislosti s katastrofou nejvíce ohroženy, psychologickému pracovišti MV. Argumentem zde byl zákon 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Řada zasažených lidí nemohla být včas oslovena s nezbytnými informacemi a nabídkou speciální pomoci. Ochrana osobních údajů občanů tak byla upřednostněna před možností ošetření jejich aktuálního zdravotního (psychického) stavu a mohla vést ke snížení kvality jejich budoucího života. Nedostatkem byla také absence ochrany navracejících se traumatizovaných turistů před náporům sdělova-

cích prostředků ve veřejné části letiště (riziko sekundárního psychotraumatu). Chyběla systematická psychologická podpora zraněným v nemocnicích. V ČR také v současnosti není dostatek psychologů zaměřených na různé formy dlouhodobé terapie klientů s posttraumatickou stresovou poruchou.

Porovnání zkušeností vybraných evropských zemí

Psychologické pracoviště MV provedlo m.j. srovnávací průzkum, který se zabýval organizací psychosociální pomoci obětem cunami ve vybraných evropských zemích. Dotazník byl vyplněn odborníky v oblasti psychologie krizí a neštěstí, kteří byli odpovědní za organizaci psychosociální pomoci při mimořádných událostech v jejich zemi. Účastníky tohoto průzkumu byli: Belgie, Česká republika, Dánsko, Finsko, Rakousko, Řecko a Švédsko. Koordinaci psychosociální pomoci měli ve všech uvedených zemích na starosti psychologové. Kromě psychologů se na této pomoci nejvíce podíleli také další profese – sociální pracovníci, duchovní a zdravotní sestry. Centrální koordinaci zajišťovali vždy 2 – 4 psychologové. Doba nejnáročnějšího pracovního nasazení psychologů byla nejdelší v ČR, Dánsku, Finsku a Švédsku (20 dní). Krizová pohotovost psychologů byla nejdelší v ČR a Dánsku (1 měsíc), nejkratší byla ve Finsku, Rakousku a Švédsku (10 dní). Většina zemí vyslala omezený počet psychologů také do asijských destinací a jako doprovod evakuovaných občanů v letadlech. Speciální informační materiály byly distribuovány potřebným ve všech zemích. Spolupráce se sdělovacími prostředky byla charakterizována ve většině zemí jako uspokojivá. Debriefing pro profesionály byl uplatněn pouze v Belgii, Finsku a Švédsku. Psychologové těchto zemí také obdrželi seznamy postižených osob, ostatní země měly obtíže při kontaktování potřebných. Ve většině zemí byly problémy ve spolupráci mezi organizacemi. Z komparace informací plynou návrhy na zlepšení systémů psychosociální pomoci, kterými jsou: vyjasnění kompetencí, zlepšení spolupráce mezi organizacemi, zlepšení spolupráce se sdělovacími prostředky, jedno centrální koordinační pracoviště, vytvoření systému dekontaminace stresu u profesionálů, ví-



ce speciálně kvalifikovaných odborníků a prohloubení mezinárodní spolupráce nejen na evropské úrovni (vytváření globální celosvětové sítě psychosociální pomoci).

Psychosociální pomoc českým občanům po teroristickém útoku v Egyptě 2005, využití zkušeností po cunami 2004

Dne 23. 7. 2005 došlo k sérii 3 bombových útoků v turistickém letovisku Sharm El Sheikh, které bylo do té doby považováno za jedno z nejbezpečnějších míst v Egyptě. Šlo o historicky nejkrvavější teroristický útok namířený proti egyptským turistickým cílům. Celkem bylo 88 lidí zabito a cca 200 zraněno (z toho bylo identifikováno 9 mrtvých cizinců a 32 jich bylo zraněno). Po výbuchu nastal v letovisku zmatek, záchranáři dorazili na místo po cca 30 – 45 min, někteří turisté se snažili ukrýt ve svých hotelích, jiní odjet z města. Později nastala přísná bezpečnostní opatření. Čeští diplomaté objížděli nemocnice a pátrali po případných českých obětech a zraněných.

V lokalitě se nacházelo celkem 1500 – 2000 českých občanů, kteří byli ubytováni v 30 – 40 hotelích. 1 občan ČR zahynul, 1 byl zraněn s nutností lékařského ošetření. Několik Čechů mělo drobná zranění způsobená rozbitým sklem, bez nutnosti odborného ošetření. Vážně psychicky traumatizováno bylo cca 200 Čechů. Možnosti předčasného návratu dvěma speciály ČSA využilo 164 Čechů a 12 Slováků, kteří byli ubytováni v bezprostředním okolí výbuchů. Nejbližšími pravidelnými lety se do ČR krátce po útocích vrátilo dalších 919 občanů. Zdrojem psychické traumatizace v souvislosti s touto událostí bylo: bezprostřední ohrožení života (tlaková vlna, destrukce budov, odletující fragmenty, tříštící se sklo, oheň), přítomnost v místech událostí bezprostředně po výbuchu (trosky, fragmenty těl, zohavená těla, nářek zraněných, pohled na popáleniny, amputace, otevřená zranění, zápach, projevy paniky, zmatek a chaos, komunikační kolaps), strach o své blízké, strach o děti a vnoučata, přísná bezpečnostní opatření po útoku, vliv místních médií a tlak médií v ČR s výrazným zásahem do soukromí pozůstalých.

Hlavním úkolem psychologické služby MV bylo zajistit včasné informace o možných okamžitých a pozdějších reakcích psychiky na prožité trauma maximálnímu počtu českých turistů, kteří zažili teroristický útok a předat jim kontakty na následnou odbornou pomoc (předání do regionů), dále psychologická první pomoc a krizová intervence. Cílovou skupinu tvořili čeští občané, kteří zažili teroristické útoky v Egyptě a jejich blízcí. Celkem bylo s psychologickými informacemi ve spolupráci s ČSA osobně osloveno 1095 cestujících.

Centrální koordinaci psychosociální pomoci bylo pověřeno psychologické pracoviště MV (oddělení psychologie a sociologie odboru personálního). Na koordinaci i výkonu této pomoci se podílela psychologická služba resortu MV jako celek, tj. psychologové úřadu Ministerstva vnitra, Hasičského záchranného sboru a Policie ČR. Psychologickou asistenci obou speciálních letů ČSA Praha-Sharm El Sheikh-Praha zajistila psycholožka Policie ČR. Provoz „Psychologické poradenské linky MV“ zajistili pracovníci Anonymní telefonní linky pomoci v krizi Policie ČR. Všichni psychologové a specialisté nasazení do akce splňovali kvalifikační požadavky na tuto práci (výcvik v posttraumatické intervenci, Critical incident stress managementu, telefonické krizové intervenci atd.). Využity byly zkušenosti (postupy, materiály a kontakty) získané při koor-

dinaci psychosociální pomoci českým obětem cunami v jihovýchodní Asii na přelomu roku 2004/2005. Do akce bylo zapojeno 8 psychologů krajských správ Policie ČR a 7 psychologů krajských správ Hasičského záchranného sboru ČR.

Časově nejnáročnější byl první týden krizové pohotovosti psychologické služby. Největší nároky na koordinaci byly v prvních třech dnech po události. Psychologická poradenská linka MV fungovala v době 3 týdnů po události. Psychosociální pomoc zajišťovalo celkem 18 osob, do přímé práce v terénu bylo zapojeno 9 psychologů. Centrální koordinaci psychosociální pomoci a analytickou činnost zajišťovali 4 psychologové.

Nejdůležitější mimoresortní spolupráce psychologů MV probíhala s Českými aeroliniemi, a.s., Ministerstvem zahraničních věcí ČR, INVIA.CZ, s.r.o., RIAPS, Centrem krizové intervence Praha a Pohřebním ústavem hl. m. Prahy.

Mezi **základní činnosti psychologické služby** patřilo: zřízení a provoz psychologické poradenské linky MV, tvorba a distribuce speciálních informačních materiálů, psychologická asistence u obou speciálních letů, psychologický monitoring na letišti s distribucí tištěných materiálů, průběžná analytická a výzkumná činnost.

Základními psychosociálními potřebami traumatizovaných turistů bylo: dostat se do bezpečí, mít strukturované informace (zorientovat se v situaci), komunikace s příbuznými a blízkými v ČR (že jsou v pořádku), tišení, rychlý návrat domů, informace o normalitě reakcí psychiky na prožité události, odpočinek, potřeba následné odborné péče (u malé části turistů).

Pozitivní zkušenosti byla rychlá reakce psychologické služby resortu MV (nasazení a flexibilita), centrální koordinace psychosociální pomoci z jednoho místa, využití celého spektra psychologické služby resortu MV, dobrá spolupráce mezi složkami psychologické služby resortu MV, psychologická asistence MV v letadlech u speciálních letů a na letišti, zapojení pracovníků Anonymní telefonní linky pomoci v krizi Policie ČR, dobrá spolupráce psychologů s odborem tisku MV a dobrá spolupráce s ČSA. Efektivita této akce souvisela jednak s předchozími zkušenostmi získanými při organizaci psychosociální pomoci českým obětem cunami, jednak s menším počtem „zasažených“ osob a s jasným prostorovým a časovým ohraničením předpokládané doby a místa řešení následků MU.

Možnosti ke zlepšení se objevily v oblasti materiálně technického vybavení psychologů MV (mobilní telefony, pojištění). Nedostatkem byla sekundární traumatizace pozůstalých ze strany sdělovacích prostředků („hon na pozůstalé“) a špatný výběr jednoho z novinářů do speciálního letu (ohrozil úspěšnost a bezpečnost evakuace).

Zkušenosti získané z obou uvedených akcí byly v praxi využity při zapojení psychologické služby MV do přípravy a realizace cvičení složek IZS („Podzim 2005“ – nácvik řešení následků bombového teroristického útoku v pražském metru a ve vlakové soupravě ČD ve Středočeském kraji; „Krise 2005“ – teroristický únos letadla) a při přípravě dalších simulací. Potřeba zlepšení přístupu sdělovacích prostředků k obětem mimořádných událostí vedla k tvorbě příručky „Novináři a neštěstí“, kterou vytvořilo psychologické pracoviště MV ve spolupráci předními českými i zahraničními žurnalisty, kteří se specializují do oblasti krizí, katastrof a válečného zpravodajství. Publikace obsahuje základní pravidla přístupu k obětem neštěstí i záchranářům a řadu praktických informací a je k dispo-

zici v české i anglické verzi, v tištěné i elektronické podobě. Budovaná regionální síť psychosociální pomoci i praktické zkušenosti byly využity psychology HZS při pomoci lidem postiženým letošními povodněmi.

Závěr – možnosti rozvoje oblasti psychosociální pomoci v ČR

- 1) V době krize a v prvních dnech po neštěstí (urgentní fáze) se v obou uváděných případech osvědčila **centrální koordinace psychosociální pomoci** psychologickou službou MV z jednoho místa. Do budoucna je nutné vybudovat systém předávání klientů do následné psychosociální podpory a péče, kterou by měly zajišťovat nestátní organizace a resort zdravotnictví.
- 2) Pro zlepšení kooperaci v psychosociální oblasti je třeba vytvořit **modelové plány** pro události podobného typu.
- 3) Je vhodné vytvořit a připravit **univerzální tištěné informační materiály** pro občany (letáky a příručky) pro jejich okamžité využití při různých typech mimořádných událostí.
- 4) Je potřeba zavádět **systémy „dekontaminace stresu“ také pro všechny profesionály**, kteří se na záchranných akcích podílejí (debriefingy apod.). Speciální pozornost v tomto směru zasluhují i profesionálové působící v oboru urgentní medicíny a medicíny katastrof.
- 5) Důležité je prohloubit **spolupráci psychologické služby se sdělovacími prostředky** (zlepšení výběru žurnalistů do speciálních letů, edukace novinářů o chování a potřebách lidí při mimořádných událostech).

- 6) Je nezbytné **překonat legislativní nedostatky**, které výrazně omezují efektivitu psychosociální pomoci.
- 7) Je nezbytné **podporovat výzkum** v dané oblasti, aby účinnost psychosociální pomoci obětem katastrof a terorismu byla maximální.
- 8) Narůstá potřeba intenzivní **mezinárodní spolupráce v psychosociální oblasti** (tvorba nejen evropské sítě, ale i globální celosvětové sítě psychosociální pomoci a výměna odborných zkušeností).
- 9) **Celosvětovým trendem** se stává připravenost psychosociální pomoci pro situace megaterorismu, CBRN hrozeb, důraz na kulturně senzitivní pomoc, specifickou práci s dětskou obětí a psychosociální úlohu sdělovacích prostředků.

Legendy k obrazům:

1. Rozdělení počtu turistů, kteří zemřeli následkem cunami podle kontinentů
2. Distribuce zemřelých turistů z celého světa
3. Distribuce zemřelých turistů z Evropy
4. Úmrtí na milion obyvatel (Evropa)

PhDr. Štěpán Vymětal
Ministerstvo vnitra České republiky
Oddělení psychologie a sociologie OPE
Nad Štolou 3
170 34, Praha 7
tel.: +420 974 832 672, fax.: +420 974 833 521
e-mail: vym@mvcr.cz, stepan.vymetal@email.cz

Potřeba kontinuálního vzdělávání v oboru z pohledu studenta všeobecného lékařství

Robin Šín

student Lékařské fakulty UK Plzeň

Abstrakt

Urgentní medicína je v České republice poměrně mladým oborem, který si nyní vybuďoval pozici základního oboru lékařských specializací a má před sebou jistě slibnou budoucnost. Té nový obor docílí pouze řádným vychováním vlastních odborníků a vědeckých pracovníků. Absolvujícím studentům všeobecného lékařství musí obor nabídnout kvalitní zázemí, školitele na vysoké úrovni a možnost odborného růstu. Samozřejmostí by měla být pravidelná organizace odborných mezinárodních kongresů a výměnných programů. Kvalitním celoživotním vzděláváním si udrží mladý a dynamicky se rozvíjející obor mnoho odborníků.

Klíčová slova: povinný studijní předmět – doktorandské studium – Ph.D. – předatestační příprava

Abstract

Emergency medicine is a relatively young branch in Czech Republic, which has built the position of basic branch in medical specializations and has before certainly promising future. This new branch will obtain this only with honest education of own specialists and scientific workers. This branch has to offer first-rate rest, trainers on high level and possibility of professional growth for graduating students of general medicine. Periodic organization of professional international congresses and changing programs should be implicate. This young and dynamically evolving branch will keep many specialists by high-quality lifelong education.

Key words: obligatory educational subject – graduating study – Ph.D. – residency

Díky ochotě řídicích pracovníků Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje mi bylo v minulosti ihned po nástupu na lékařskou fakultu umožněno zapojit se do činnosti výjezdových skupin RZP i RLP v krajském městě. Poznal jsem organizaci řízení a práce zdravotnické záchranné služby (ZZS) a činnost členů výjezdových skupin na stanovišti a při výjezdu. Tento obor si mě naprosto získal. Díky kolegům ze ZZS HMP

– ÚSZS se otevřela debata na téma vzdělávání absolventů lékařských fakult v daném oboru.

V tuto chvíli by mělo být jedním z prioritních úkolů Katedry UM a MK IPVZ prosazení urgentní medicíny jako povinného studijního předmětu nejlépe v 5. ročníku studia všeobecného lékařství na všech lékařských fakultách v naší republice. Předmět by měl být řešen blokovou formou přibližně tří dní

praxe. Z toho by se dva dny odehráli na urgentním příjmu fakultní nemocnice a jeden den by se student dostal na stanoviště ZZS. Zde by se seznámil s činností zdravotnického operačního střediska a s prací výjezdových skupin. Předmět by byl samozřejmě doplněn o nepostradatelné přednášky, především s problematikou medicíny katastrof a řízení a organizace zásahů při mimořádných událostech. O výuku poskytování lékařské neodkladné pomoci ve stavech ohrožujících zdraví a život pacienta řeší v přednáškách za své obory jednotlivé kliniky fakultních nemocnic.

Student všeobecného lékařství zná dnes činnost ZZS pouze z doslechu a takto získané informace jsou často zkreslené nebo dokonce lživé. Často je dnes ještě mezi lékaři – „špitálníky“ zakořeněná mylná domněnka, že na práci v ZZS se hodí pouze lékaři, kteří neuspěli v jiných oborech nebo mají pracovní problémy na odděleních v nemocnici a utíkají se před nimi skrytí na záchranku. Tento názor je potom často medikům prezentován a jimi přijímán jako pravdivá informace. Pomocí zavedení povinného předmětu by všichni studenti získali přehled o problematice činnosti ZZS. Všimli by si širokého záběru tohoto oboru a také by mohli sami zhodnotit náročnost práce záchranářů. Odpadly by dotazy mých kolegů typu: „Co to je rendez-vous systém? Co je to RZP a RLP? Co je to triage?“

Dalším problémem je absence doktorandského studia směřujícího k získání titulu Ph.D. Toto je stejně jako v jiných klinických oborech nejlepší cesta k vychození kvalitních odborníků a vědeckých pracovníků. Katedra UM a MK IPVZ by měla s některou lékařskou fakultou navázat dialog o možnosti akreditace daného doktorandského studijního programu. Na výuce by se samozřejmě podíleli odborníci ze základních klinických oborů, členové příslušné katedry, zkušení lékaři OUP a ZZS.

V tuto chvíli nejdiskutovanějším problémem je oprávněně předatestační příprava lékaře v režii záchrané služby. Články publikované MUDr. Pokornou a jejími kolegy ze ZZS HMP – ÚSZS jsou velice zajímavé a nabízejí mnohá řešení, ale také se zde dá najít i několik sporných bodů. Příprava lékaře k atestaci je věcí zajisté velice nákladnou, ale vyžadování jakéhosi „úpisu“ mateřské ZZS po dobu například 10 let po složení

atestace mi přijde jako nápad, který spíše mnoho mladých lékařů odradí. Takto nelze danou problematiku vyřešit. Toto řešení nelze aplikovat ani na odděleních v lůžkových zdravotnických zařízeních. S ustanovením urgentní medicíny jako základního oboru dle zákona č. 95/2004 Sb. se spíš přispělo k tomu, že tento obor si vybere pouze lékař, který bude mít o danou lékařskou problematiku zájem a nebude potom nikam utíkat. Stejně tak to na druhou stranu probíhalo i dodnes. Anesteziologicko-resuscitační oddělení si vychovalo mladého lékaře a dovedlo ho až k atestaci I. stupně. Tento lékař potom utekl za vidinou vyššího platu na ZZS a oddělení přišlo o vyškoleného specialistu. S tímto musí do budoucna počítat i záchranné služby. Lékař s atestací z urgentní medicíny může podle nového pojetí oboru stejně kolovat pouze mezi ZZS a OUP, pokud nebude mít předchozí atestaci z jiného oboru.

Dalším sporným bodem bude zajisté působení lékaře v předatestační přípravě ve výjezdové skupině RLP pod odborným dohledem, kdy nebude mít přímý kontakt se svým školitelem. Při komunikaci přes vysílačku nebo mobilní telefon může dojít ke zkreslení některých údajů nebo příznaků nebo lékař – rezident nemusí vše pečlivě popsat. I toto se může stát a vše by proto mělo být nějakou cestou pečlivě ošetřeno legislativně, jelikož takováto činnost lékaře – rezidenta na ZZS se bude odlišovat od činnosti a možností jeho kolegy v klasickém zdravotnickém zařízení.

Poatestační „celoživotní“ vzdělávání, účast na školeních, seminářích a jiných odborných akcích a také na případných cvičeních je samozřejmostí jako v každém jiném oboru.

Sám za sebe mohu říct, že se po absolvování lékařské fakulty těším na výjezdy spojené s blátem, špínou a desítkami přihlížejících „odborníků“, na noci strávené s opilci a na někdy pohrdavé pohledy některých „pravých“ lékařů z nemocnice. Urgentní medicíně přeji mnoho nadšenců z řad nás studentů všeobecného lékařství. Všem pracovníkům ZZS přeji konečně docenění jejich velice náročné a často rizikové práce.

Robin Šin
Sokolovská 88
323 00 Plzeň

e-mail: robin.sin@lfp.cuni.cz

Arnold Jirásek – nekončící recenze

Jiří Franz

OS ZS Kolín – Nymburk

Slavný a světoznámý akademik Arnold Jirásek (1887 – 1960) je oprávněně i v dnešních časech ctěn jako klenot české chirurgie a celého lékařského stavu. Je stále živý a lze jej oprávněně – na rozdíl od mnoha jiných současných rozličných profesí – nazvat celebritou. Zanechal po sobě mnoho monografií, které jsou stále platné a při čtení mohou oslovit každého lékaře. Doporučuji číst si v jeho publikacích trvale, cíleně a naučit se spolu s ním přemýšlet o našich nemocných s podobnou pokorou, smyslem pro anamnestický a propedeutický detail či úžasnou ojedinělou schopností se pak kasuisticky – potažmo

tak i skutečně vědecky – vyjádřit a podělit o získané zkušenosti. Jirásek by měl být vzorem pro každého z nás jako zcela ojedinělý lékařský publicista, který se dokázal s nesmírnou pracovitostí, smyslem pro každému srozumitelný detail a precizností prosadit do povědomí každého, kdo si jeho texty i dnes dokáže přečíst a využít jeho poznatky pro vlastní činnost.

Součástí urgentní medicíny je přednemocniční obor ve všech svých podobách. Lékaři prvního kontaktu jsou často po-



stavení před nelehký úkol v rozličném terénu stav nemocného vyhodnotit bez CT, rtg, USG, MR či rozsáhlých laboratorních testů. Nabídek v českém i cizojazyčném písemnictví, které by umožnily lékařům přemýšlet o pestrobarevné symptomatologii, kterou nám nabízí sám nemocný, umět jí vyhodnotit, odlišit závažné atributy od balastních a naučit se i méně známé poslechové či palpační fenomény – je stále nedostatek. Možná – pohříchu – i ubývá nás lékařů, kteří by takovou učebnici dokázali napsat.

CT odhodilo „do sběru“ neurologická kladívka, rozvoj osteosyntézy vyhledal „umění sádrového obvazu“ a tolik potřebnou propedeutiku neumí skoro nikdo z nás – mladší kolegové se jí možná již ani neučí.

Uvedu příklad, kdy prof. Jirásek zahajuje své třístránkové líčení o pohledu na břicho při zánětu pobřišnice ve své nesmrtelné knize „Náhlé příhody břišní“ z roku 1939:

...pohyb stěny břišní je víc znatelný u mužů než žen, výraznější u břich tonických, nevzednutých než u atonických, nebo napjatých a nadmutých. Bývá někdy zastaven v části břicha, v polovině anebo na celém bříše. Zastavuje jej stažení svaloviny stěny břišní anebo bolestivost její, především její nástěnné pobřišnice neb obojí dohromady. Zjev tento pokládám za důležitý proto, že nám už povídá mnoho než sáhneme na břicho. To má význam u dětí, lidí bázlivých, citlivých a lechtivých. Na naší klinice je zavedeno rčení, že „vlny dýchací běží až k vazům Poupartským“. To má význam jen pro naprosto nerušené dýchání, kde skutečně se pohybuje stěna břišní v celém rozsahu ...

Není to krása? Je to oslava umění lékaře rozhodnout se k zásadním krokům na základě ars medica, vlastních očí, smyslů

a rukou. Umění, které nám pohříchu tak bolestně často chybí a nebo které v PNP nezdědka podceňujeme.

Doporučuji každému číst si v těchto skvostech českého lékařského písemnictví – také proto, abychom dokázali ocenit sami sebe, lékařský cech a um – tolik pošpiněný politikou a nevynucenými obrazy odporých mezilidských a nekollegiálních vztahů. A vnímali, jaký pokrok se stal právě s akutní medicínou v posledních padesáti letech.

Na závěr si dovoluji ocitovat Jiráskův pohled tehdejších časů na šok – v daném případě v příčinné souvislosti se střevní apoplexií / kdo měl šok, byl nazýván raněným /:

...shock pomine sám, nebo s naší pomocí. Právě proto pak, že chceme, aby známky shocku rychle zmizely, je naší povinností přispěti činně k ukrácení shocku. To uskutečnime tím: raněný má býti dán do lůžka s málo povýšenou hlavou a zahřát. Má býti uchráněn všech zbytečných zevních vlivů. Má dostati transfuzi: v míru čerstvé, ve vojně přežívající krve ve množství 200 – 500 ccm. Není-li krve, fyziologický nebo náhradný – /skutečně náhradný! – pozn. aut./ – roztok do žíly (1000 ccm). Není-li těch, tedy podkožní infuze. Podkožně kardiakum, adrenalin. Přitom třeba pozorovati celkový stav a tlak krevní. Jeho upravování je dobrou známkou, nestoupne-li anebo dokonce klesá, je naděje na zachránění raněného malá, i když k operaci sáhneme

MUDr. Jiří Franz
OS ZS Kolín – Nymburk
Žižkova 146, 280 02 Kolín II
e-mail: Franz@seznam.cz

Nová architektura a strategie pro neodkladné stavy

Jana Šeblová¹, Marek Uhlíř²,
Renata Hokovská³, Ondřej Franěk³

- 1) Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje
- 2) Ministerstvo zdravotnictví ČR, Odbor krizové připravenosti
- 3) Zdravotnická záchranná služba hl.m. Prahy

Motto:

Lepší výzkum pro lepší služby v přednemocniční urgentní medicíně: stavíme mosty mezi evropskými programy.

Zaměření na přednemocniční urgentní medicínu, ale i na výzkumné aktivity, jejich celoevropskou koordinaci a spolupráci na mezinárodní úrovni, pozornost věnovaná systémům záchranných služeb v Evropě, bez ohledu na kulturní, politické a historické rozdíly jednotlivých zemí, ale i na management konkrétních klinických stavů – to jsou základní přístupy spojené pod značkou Hesculaep. Výchozím bodem je teze, že poskytování přednemocniční neodkladné péče má společný cíl – dobře a kvalitně vyřešit zdravotní problémy pacientů – a cesty k tomuto cíli mohou být sice rozdílné, ale



vždy by měly vést k srovnatelné úrovni péče ve všech evropských zemích.

První konference Hesculaep se konala v roce 2005 v Paříži (viz: Hlaváčková, D. – Uhlíř, M.: Beinvenue á Paris, Europe, Urgentní medicína 8, 2005, 32 – 34.), druhý kongres, vycházející z těchto principů, se konal v letošním roce 22. a 23. května ve španělské Seville. Účastnilo se ho 400 lékařů, vědců, ale i zástupců lokálních, evropských i světových struktur (WHO, Evropská komise, ministerstev zdravotnictví některých zúčastněných zemí...), nejvíce účastníků bylo pochopitelně ze Špa-

nělska. Oficiálního zahájení konference se zúčastnila i María Jesús Montero, ministryně zdravotnictví Andalusie, Octavi Quintana, ředitel zdravotnického výzkumu Evropské komise a Francisco Murillo, také z andalusického ministerstva zdravotnictví. Prezidentkou organizačního výboru byla Purificación Gálvez, koordinátorem vlastního projektu Hesculaep Michel Baer.

Česká republika zde měla čtyři zástupce, z toho tři se aktivně účastnili odborného programu přednáškami.

Odborný program probíhal ve dvou sálech, byl vždy zahájen plenárním zasedáním na některé zásadní téma. První den bylo plenární zasedání věnováno budoucím perspektivám evropského výzkumu v přednemocniční neodkladné péči, druhé bylo zaměřené na výzkum a plánování v oblasti zdravotnických záchranných služeb ve Španělsku. Program v jednotlivých sekcích byl vždy rozdělen do dvou oddělených částí – v první byly předneseny přednášky shrnující stávající postupy lege artis a konkrétní výzkumné aktivity, ve druhé byl prostor věnován místním programům a klinickým zkušenostem.

Koordinace jednotlivých **národních a mezinárodních výzkumných programů** probíhá prostřednictvím projektu ERA-NET a ERA-NET PLUS, programy jsou podrobeny přísné analýze ohledně efektivity, potřeby, metodologie a jedním z podmínek je přeshraniční nebo mezinárodní spolupráce. Jsou kategorizovány do dalších typů – auditové, výzkumné, strategické aktivity, tvorba a vedení registrů a výcvik a vzdělávání. Mají mít i významný vliv na praxi, splňovat kritéria kvalitního výzkumu a důraz je kladen na dokončení výzkumu (Giorgio Clarotti, Angela Bergerter), Hans Blomberg zdůrazňoval i nutnost analyzovat bariéry, které mezinárodní spolupráci blokuje. Popisoval podrobně hodnotící proces jednotlivých programů. Joost Bierens z Nizozemí hovořil i o výzkumu v oblasti mimořádných událostí, včetně rizik CBRN, což někdy narušuje obvyklé koncepty o roli ZZS při těchto typech událostí. Kromě politické citlivosti tématu jsou zde i nemedicínské aspekty, zejména komunikace v situaci mimořádné události a pak to, co se dá nejuvýstižněji nazvat managementem informací. Za hlavní témata výzkumu v této oblasti považuje jednak otázky související s identifikací rizik CBRN, dále identifikace symptomů u obětí, metody terénní dekontaminace, způsoby transportu kontaminovaných obětí. Výzkum v této oblasti je navíc specifický i z dalších pohledů: nutně vyžaduje centrální koordinaci, má závažný multidisciplinární aspekt (týká se informačních technologií, krizové komunikace, logistiky, civilní ochrany, armády apod.).

Octavi Quintana hovořil o budoucích výzkumných perspektivách, které se opírají o tři pilíře – biotechnologii, výzkum genetické translační a transkripční regulace některých geneticky podmíněných chorob, a o optimalizaci poskytované péče bez ohledu na hranice jednotlivých států, tedy o výzkum v oblasti veřejného zdravotnictví, zaměřený na efektivitu, náklady a rovnost v přístupu.

Jedním z témat byla **operační střediska** – ve všech zemích je jim věnována stále větší pozornost, jelikož jsou vstupní bránou k záchranné službě a navíc musí řešit široké spektrum situací, až k mimořádným událostem s tisícovkami postižených. Kromě tradiční role vyžaduje veřejnost i služby, které dříve



operačním střediskům nepříslušely – stále více se mění v multifunkční informační zdravotnická centra – zčásti to souvisí i s rozvojem nových technologií. Jednu z úvodních přednášek o standardu práce na ZOS měl MUDr. Ondřej Franěk ze ZZS hl. m. Prahy, ve které zdůrazňoval právě větší nároky na práci dispečerek, hlavně kategorizaci hovorů z hlediska priorit, „přesměrování“, respektive zkontaktování adekvátní péče nebo služby dle specifických potřeb volajícího, aktivní přístup k první pomoci, který zahrnuje i znalost a provádění telefonicky asistované resuscitace a reakci ZOS na zvyšující se počty hovorů tzv. „ne-emergentních“, spíše s psychosociálním obsahem. V Evropě je management zpracování tísňových výzev velmi rozdílný, částečně i díky faktu, že každé v komunitě s ohledem na její kulturně – historické kořeny může být plně funkční zcela odlišný systém.

Freddy Lippert z Dánska seznámil posluchače se záměry ERC (European Resuscitation Council) připravit protokol pro zpracování zástavy na úrovni zdravotnického operačního střediska, bude vycházet z Utsteinského protokolu, a očekává se standardizace dispečerského přístupu k zástavě napříč evropskými záchrannými systémy, bez ohledu na způsob poskytování služby.

Angela Bang ze Švédska se zabývala mimo jiné i zásadami zpětného hodnocení práce operačních středisek, od posuzování jednotlivých hovorů (supervize) až po kvantitativní výzkum. Stejně jako ostatní přednášející zdůrazňovala nutnost standardizace protokolů první pomoci po telefonu, ale hovořila i o úskalí při jejich tvorbě (např. detekce agonálního dýchání dispečerkou). Matthew Cooke z Velké Británie prezentoval literární přehled studií, zabývajících se zdravotnickým operačním řízením, s tím, že velmi málo literárních zdrojů publikovalo originální data (20 z 365 článků). Z přehledu vyplývá, že k „přetřídění“ dochází až v 50% výzev, některé urgentní stavy

byly podtrženy (zejména tam, kde byla snížena hladina vědomí, neúrazové krvácení, křeče nebo pády seniorů, trvale podhodnocována je prioritizace CMP) – nicméně celkově vycházejí operační systémy jako bezpečné, s tím, že specifika může ještě být zlepšena, senzitivitu systémů prokazatelně zvyšuje výcvik.

Ve druhé sekci věnované dispečinkům přednášeli převážně španělští autoři. Pablo Rivero Corte v přednášce nazvané „Od centra tísňového volání“ k multiúrovňovému přístupu k občanům shrnul zásadní proměny operačních středisek tak jak bylo zmíněno výše. Kromě zlepšování standardů kvality poskytuje andaluské číslo 068 i personální webové informační stránky, věnuje se i preventivním programům a informování občanů o zdravotních problémech, poskytuje tištěné informační materiály, informuje i prostřednictvím digitální TV či SMS zpráv nebo mailu). Stejný přístup prezentoval i Carles Triginer, s tím, že „všechny hovory musí být vyřízeny, ale ne všechny vyžadují zdroje“ (t.j. vyslání sanitky), někdy jde o telefonickou konzultaci, jindy o služby jiné než ZZS. Hodnocení kvality se může provádět více způsoby – od dotazníků spokojenosti klientů přes hodnocení přiměřenosti zpracování priorit, pře/či podtržení, reakční časy systému až po náklady – i tyto by měly při hodnocení efektivity služby být brány v úvahu. Zvláštní pozornost by měla být věnována pacientům s chronickými nemocemi, polymorbidním, dále urgentním stavům a psychiatrickým pacientům. Zajímavý je i systém srovnání Predicted Level of Urgency (priorita dle povahy výzvy, tj. na operačním středisku) a Found Level of Urgency – tedy hodnocení posádkou na místě (samozřejmě jsou standardy pro hodnocení). Kvalita třídění po telefonu se dá měřit podhodnocením nebo přeceněním výzvy, kvalita lékařské péče podle dalších kritérií, organizace ukazuje na kvalitu plánovacích aktivit. Mariano Ledesma představil m.j. i specificky zaměřené programy, realizované prostřednictvím operačních středisek – např. v „srdečním programu“ je zařazeno 8320 pacientů, během roku bylo přes 4000 požadavků na pomoc, ale kritéria AKS pro výzvu nejvyšší priority a vyslání ZZS splňovalo 860. Ze zhruba 700 000 výzev přes národní tísňovou linku a 160 000 přes linku 112 bylo 10 % nejvyšší urgencye, necelá polovina byla indikována pro výjezd sanitního vozu ZZS, zhruba pětina pro nižší prioritu a 22% hovorů bylo řešeno telefonickou konzultací a podporou. I tento autor potvrzoval zvýšená očekávání veřejnosti na kvalitu a spektrum zdravotnických služeb včetně operačních středisek. Gianluca Ghiselli z Itálie přednášel o telefonicky asistované resuscitaci, a zejména o **nutnosti standardizovat instrukce, s tím, že nestrukturované příliš závisí na osobnosti konkrétního pracovníka a systém pak nefunguje**, zatímco poskytování standardizovaných instrukcí je jednodušší a efektivnější.

O budoucích výzkumných aktivitách a rozvoji operačních středisek hovořila Edita Stok ze Slovinska, z tamějšího ministerstva zdravotnictví. Podle ní by se měla věnovat pozornost následujícím otázkám: můžeme používat tísňové linky i pro rozšířené služby?, jaká je cena systému?, jaká je spolupráce, jaké technické a operační standardy?, jak systém ovlivňuje zdravotní politiku? Cílem by měla být tvorba obecných i výcvikových standardů společných pro Evropu. Také se zasazovala

o převedení ZZS přímo do působnosti ministerstev zdravotnictví jednotlivých zemí.

Z klinických témat měly samostatně sekce tři závažné život ohrožující stavy: **akutní koronární syndromy** (včetně registrů a informačních systémů, které se týkají přednemocniční péče u AKS a mohou být zdrojem informací pro další zkvalitnění péče), **traumata**, které jsou stále vedoucí příčinou úmrtí a trvalé invalidizace mladé generace, přičemž adekvátní a včasná léčba prokazatelně snižuje závažné následky tohoto zdravotního problému, a konečně **cévní mozkové příhody**, v Evropě jedna z předních příčin mortality a invalidizace celkově, zde byla zdůrazňována zejména plynulost a návaznost péče ve všech etapách, od terénu po nemocniční specializované týmy v ictových jednotkách. V této sekci měla příspěvek MUDr. Jana Šeblová z ÚSZS Středočeského kraje, věnovaný cerebrovaskulárnímu programu ÚSZS, který je zaměřen obecně na management CMP, zejména na včasnou identifikaci kandidátů trombolytické terapie CMP a přímou spolupráci se specializovanými centry. Z mnoha příspěvků v této sekci vyplývala závažnost problému – evropská populace stárne a nárůst mortality a morbidit na toto onemocnění je zřejmý, ve Španělsku zavedli pro operační střediska tzv. „ictus code“, tedy stanovením priority u CMP na úrovni operačního střediska (Dolores Jimenez, Gracia Bescas), o podobných postupech, tedy rozpoznání na základě výzvy, referovala i R. Agnesini z Itálie, zde používají jako diagnostickou pomůcku Cincinnati Prehospital Stroke Scale (informace o tomto zkráceném manuálu v českém odborném tisku v UM 2/1999) – v Itálii srovnávali diagnostickou přesnost na základě telefonického hovoru a pak na místě příhody. O výzkumu a diagnostické přesnosti jednotlivých metod pak referoval Gay Ford z Velké Británie, za klíčové považuje časně zajištění zobrazovacích metod (CT), které by v budoucnu mohlo být představené do přednemocniční fáze. Klinické hodnocení paramediky v terénu a kliniky v nemocnici vykazovalo dobrou korelaci v rozpoznávání CMP, a tím správné směřování pacientů. Zmínil i nezastupitelnou roli ZZS v managementu CMP – průměrná doba, za kterou se dostal do nemocnice pacient, který se obrátil na praktického lékaře, byla 6 hodin, přes ZZS to bylo jen 1,2 hodiny, což je rozdíl v perspektivě další léčby zcela zásadní.

Posledními dvěma tématy byla **činnost ZZS při mimořádných událostech a katastrofách a výcvikové programy a certifikační procesy v záchranných službách**, přičemž náro-



ky na úroveň standardů a kontinuální recertifikace se ze strany národních odborných společností stále zvyšují. V Evropě vykonávají práci v terénu zdravotníci různých úrovní a profesí (lékařských i nelékařských), kvalita však musí být ve všech systémech zajištěna tak, aby byla ve všech státech poskytována nepodkročitelná standardní péče v urgentních situacích. Jením z témat tedy logicky bylo i mapování kompetencí pracovníků ZZS v jednotlivých zemích. S tím úzce souvisí tvorba klinických standardů, jejich vývoj, ověření a začlenění do běžné denní praxe. Rozvoj vzdělávacích a výcvikových aktivit je umožněn v neposlední řadě i novými objevy a rozvojem technologií, výukové programy zahrnují roboty, počítačové simulace, využití virtuální reality i e-learning.

V sekci věnované **mimořádným událostem** v jedné z úvodních přednášek zdůrazňoval Joost Bierens z Nizozemí komplexnost problematiky a obtíže výzkumu, který se opírá spíše o jednotlivá kazuistická sdělení o konkrétních událostech nebo katastrofách, chybí výzkum chování jedinců v situaci mimořádné události. Problémy obvykle bývají v definování jednotlivých rolí při mimořádné události, v multidisciplinární koordinaci a v organizaci. Mezi příčiny nedostatečného zpracování výstupů při mimořádných událostech patří jistě i mimořádná psychická a fyzická náročnost těchto zásahů, obrovské množství dat, které by bylo třeba následně analyzovat, nedostatek financí na tento druh výzkumu, a v neposlední řadě i politické ohledy na nepřijatelnost třeba i jen částečně kritického hodnocení.

Pro úspěšné zvládnutí mimořádné události jsou jednoznačně přínosné neformální vztahy a spolupráce na základě běžné činnosti ZZS, dobře organizované systémy mají větší šanci dobře zvládnout i katastrofu.

Steve Waspe z Velké Británie přednesl sdělení o zvyšující se hrozbě CBRN a o nutnosti koordinované mezirezortní spolupráce při tomto riziku s důrazem na bezpečnost zasahujících složek. Na základě vyhodnocení zásahu při bombových útocích v Londýně, byl sestaven tým, složený ze zástupců hasičů policie a záchranné služby. Tento tým má za úkol zejména vyhodnocovat společné zásahy a předkládat doporučení pro z kvalitnění společné práce a vytvářet systematizované vzdělávací programy a nácviky všech složek společně. Důležitá je též struktura velitelů, kteří mají během zásahu každý jiné informace, ale i znalosti.



Pro záchranné služby bývá problematické udržení autonomie vůči ostatním složkám (policie, hasiči), vyvážení poměru bezpečnosti a nutnosti zásahu, cestou je mezirezortní výcvik („cross-agency training“) a stanovení zásad pro práci, a hlavně pro časný přístup do nebezpečné zóny – to, co nám v Čechách vyplynulo ze cvičení PODZIM 2005 tedy je v kontextu obecných trendů.

Srovnání výskytu mimořádných událostí a celkového přístupu k nim bylo námětem prezentace španělského autora Eladia Gila. V 5 evropských zemích (Belgii, Španělsku, Švédsku, Rumunsku a Itálii) byly sledovány priority, tréninkové metody a kompetence týmu zasahujících při katastrofách. Obecně je při cvičeních věnována větší pozornost „man-made disasters“ včetně velkých dopravních a chemických havárií, některé země se dle svých specifíků soustřeďují na přírodní katastrofy (Rumunsko, Španělsko a Itálie na zemětřesení, Švédsko na požáry). Zajímavý byl i příspěvek Fracisca Bonilly ze Španělska o zajišťování zdravotní péče při tradičním náboženském poutním procesí ve Španělsku (tradičně na přelomu května a června, tedy týden po konferenci), účastní se ho až milión věřících. Jde o zajištění jak běžné péče, tak urgencí.

Jeden z nejzajímavějších příspěvků této sekce přednesl Martin Flaherty z Velké Británie, hovořil o londýnských atentátech ze 7. července 2005. I když byly zprávy o této události široce publikovány, prezentace přímého aktéra byla nesmírně zajímavá. Kromě obecně známého britského systému řízení (úroveň gold – strategická, silver – taktická a bronze – operační) specifikoval podrobněji úkoly na jednotlivých úrovních a také se věnoval managementu komunikace s médii, což je při výskytu mimořádných událostí možná opomíjený, ale velice důležitý faktor, kterému se v dnešní informační společnosti nelze vyhnout. K faktorům, které pomohly zvládnout čtyři simultánní výbuchy, patřily především procvičené plány a postupy, takže všichni zasahující znali své role, fungující velící a operační struktury, pomoc jak státních, tak nestátních institucí, média, přístup a podpora veřejnosti, a – překvapivě – i náhoda: na pracovním setkání v Londýně bylo v době výbuchů 9 posádek letecké záchranné služby a 100 manažerů, pracujících na poli urgentní medicíny, a jeden z výbuchů se odehrál přímo před sídlem britské lékařské komory – všichni tito odborníci se zapojili do záchranných a likvidačních prací. I v Londýně, přes nadstandardní zvládnutí situace, došlo k pro-



blémům v komunikaci jednotlivých složek, také díky přetížení a posléze vypnutí sítí mobilních operátorů, obtížná prý byla i komunikace s nemocnicemi a problematické bylo nasazení záloh záchranné služby. V závěru autor zdůraznil, že londýnské atentáty dovedly Evropu do nové éry terorismu, kdy útočníci jsou z našich vlastních komunit, útoky byly navíc simultánní, obtížně detekovatelné dopředu, základem pro zvládnutí hrozeb je extenzivní plánování.

Gianluca Ghiseli z Itálie referoval o zajištění olympijských a posléze paralympijských her, Enrico Davoli z WHO se věnoval vytvoření praktické pomůcky pro tvorbu plánů krizové připravenosti nemocnic, a to od definování pojmů, způsobů aktivace, minimálního standardu či hranice, kdy se plán krizové připravenosti aktivuje. Cílem by měl být seznam základních prvků, které použitelný plán obsahuje a požadavky na výcvik a vzdělávání, plány musí být jednoduché a srozumitelné veškerému personálu, protokoly co nejbliže postupům používaným v běžné denní praxi, a musí se prakticky nacvičovat a ověřovat. Posledním přednášejícím byl J. José Giménez ze Španělska, který hovořil o zkušenostech z madridských atentátů. I zde dospěli k nutnosti vzájemného výcviku s hasiči, zavedli základní a specializovaný kurz pro práci v nebezpečné zóně, pořádají cvičení, která ověřují koordinaci – např. požár ve výškové budově apod.

V programu byly i dvě sekce volných prezentací a dále poster, jejichž autoři mohli se zájemci diskutovat během přestávek. Zajímavá byla například prezentace Joosta Bierense o sestavení sady indikátorů, které ovlivňují řetěz péče u traumat, tuto sadu vytvořila široká skupina expertů různých profesí. Data pro sestavení sady indikátorů byla ihned po nácvičku havárie shromážděna přímo od týmů ZZS, traumacenter a figurantů. Figuranti byli tázáni na vytřídění a na jejich směrování do zdravotnických zařízení. 73% figurantů bylo převezeno do traumacenter dříve než bylo cvičení ukončeno, nicméně vzhledem k chudým klinickým informacím o figurantech nebylo možno dohledat, zda byli také správně vytříděni. Autoři studie závěrem uvádějí, že podobné studie se

musíme naučit provádět, neboť mají velký význam v přípravě na možné skutečné mimořádné události, ať ji antropogenní či přírodní. Problém je však ve vstupních datech, která bývají nedostatečná a tedy ani závěry na jejich základě nejsou zcela validní.

Převáděním zásad EBM do klinické praxe v přednemocniční péči se zabývala Armelle Severin z francouzské SAMU, Marek Uhlíř z MZ ČR přednesl přednášku o zkušenostech ze cvičení PODZIM 2005, tato prezentace vyvolala živou diskuzi, která svědčila o tom, že téma mezirezortní spolupráce a zvládnání situací s rizikem CBRN je aktuální i v mnoha dalších zemích.

Na dvoudenní konferenci se nedalo slyšet a vidět vše, v každém případě jsou mezinárodní kontakty nesmírně cenné, u některých problémů je možné se na základě cizích zkušeností vyhnout slepým uličkám, jindy naopak zjišťujeme, že naše zkušenosti, problémy a výstupy sdílejí i v jiných zemích.

Rallye Rejvíz 2006

Jiří Danda

Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje, OZS Praha – venkov

Desátý ročník soutěže se letos uskutečnil od 25. do 28. května ve Zlatých Horách. Zúčastnilo se 64 posádek ze dvanácti zemí Evropy, USA a Japonska. Soutěž byla rozdělena na část národní a mezinárodní, vždy se dvaatřiceti posádkami. Premiéra RZP posádek v loňském roce se osvědčila, účast nelekárských týmů se v letošním roce rozrostla na 12 a soutěž tak poskytla zajímavé srovnání. Letos poprvé také proběhla soutěž pro dispečery operačních středisek.

RR 2006 se vyznačovala mimořádnou náročností úloh i požadavky na fyzickou kondici posádek. Náměty úkolů vycházely z těch, které v posledních pěti letech nebyly příliš úspěšně řešeny.

Vlastní etapy:

Noční etapa zahrnovala dvě situace. V první části byl zavalený lesní dělník pod hromadou klád s lehce zraněným kolegou, druhým úkolem bylo stanovení diagnóza a terapeutického postupu u muže s náhle vzniklou bolestí břicha po zvednutí těžkého břemene.

Pro vyproštění zavaleného dělníka nebylo možno přivolat HZS ani jinou pomoc, a tak musely posádky zvládnout nejen ošetření a vyšetření, ale i šetrné vyproštění pacienta samy. Někteří soutěžící mají bohužel stále potíže s aplikací dostatečného množství analgetik a i tak jednoduchých pomůcek jako je termoizolační fólie, k zábraně podchlazení.

Standardní vyšetřovací a diagnostický postup mohl velmi snadno vyřešit druhý úkol. Stále platí, že nic nenahradí pečlivou anamnézu a fyzikální vyšetření. Za bolestmi břicha se totiž skrývalo disekující aneurysma břišní aorty.

Součástí soutěže byla simulace spolupráce všech složek integrovaného záchranného systému, které se zúčastnily soutěžící posádky ZZS, posádky HZS, policie ČR a vojenská letecká záchranná služba. Simulace byla připravena na fotbalovém stadionu v Jeseníku. Proběhla dopoledne před začátkem denní etapy, základním úkolem bylo provést triage pacientů postižených explozí a jejich transport do bezpečného prostoru, který byl předem označen jednotkami HZS. Důraz byl kladen také na obezřetné chování záchranářů, proto zásah zpestřila druhá exploze, která zranila samotné záchranáře a dočasně znemožnila pokračování likvidace HN. Na závěr měli všichni přihlížející možnost sledovat obratnou práci LZS při vyprošťování pacienta v podvěsu na nepřístupném místě a jeho transport do bezpečí. Trochu humorná byla přepečlivá práce složek policie, která na místo zásahu a obvažiště nevpustila ani zástupce médií, kteří na ně horečně mávali novinářskými průkazy.

Denní etapa obsahovala náhlou zástavu oběhu, hromadné neštěstí s nutností třídění, dětského pacienta po paroxysmu křečí, muže středního věku s lateralizovanou poruchou hybnosti a detektivní záhadu osobního vozu. Náдавkem pro řidiče byla zkouška výměny kola vozu.

Kardiopulmonální resuscitace na defibrilovatelném modelu s možností intubace a monitorace srdeční akce ukázala stále opakovanou chybu, tentokrát jen u posádek národní soutěže. Více než polovina posádek při snímání křivky zapomněla přepnout z defibrilačních elektrod na končetinové svody či obráceně. Výsledkem bylo nesprávné vyhodnocení EKG křivky a defibrilace pacienta s již sinusovým rytmem a obnoveným oběhem. Přesto většina soutěžících situací zvládla a správně diagnostikovala a ošetřila akutní infarkt myokardu, jehož symptomatologie byla zastřena diabetickou polyneuropatií. Jen jediná posádka během osmi minutové resuscitace nezahájila nepřímou srdeční masáž!

Hromadné neštěstí ukázalo, že přetrvávají jak problémy s tříděním, tak rozpoznáním prioritního pacienta. Pacienti byli po zásahu tlakovou vlnou, měli tedy typická poranění: perforace bubínku, tenzní pneumotorax, otevřenou zlomeninu, tupé poranění dutiny břišní, komoci a jen jeden byl bez známek zranění. Opět vítězili poranění, kteří křičí, před těmi jež tiše krvácejí do dutiny břišní.

Dítě s anamnézou epilepsie po záchvatu křečí mohlo být špatně diagnostikováno, nebyla-li řádně odebrána anamnéza s cíleným dotazem na febrilie. Tento malý pacient totiž trpěl rozvíjející se encefalitidou.

Mladá sekretářka při výjezdním zasedání může způsobit i nečekanou zdravotní komplikaci. Muž ve středním věku s kolísavou hypertenzí byl postižen cévní mozkovou příhodou. Její průběh nebyl naštěstí příliš závažný. Nicméně bychom v této delicate situaci neměli opomenout možnost odeslání postiženého do specializovaného centra k provedení časné trombolýzy.

Řidič osobního auta, páchající suicidium, byl nalíčen třeshňově růžovou a rudou barvou. Růžová poukazovala na intoxikaci CO (hadice z výfuku zavedená do kabiny), rudá zname-



nala detektivní vsuvku. Za předními sedadly na zemi byla svázaná žena zakrytá dekou. A aby toho nebylo málo, v kufru se skrývala mrtvola. Tato úloha měla bohužel reálný podklad.

Na začátku jsem zmínil účast RZP posádek v národní soutěži. Podle mého názoru prokázaly, že zejména nová generace zdravotnických záchranářů je vzdělaná a zručná. I konečné hodnocení potvrzuje, že při řešení některých úkolů se vyrovnají posádkám RLP. Znají základní medikaci i dávkování léků a ovládání přístrojů již rovněž nečiní potíže. V nezbytných případech využívají možnosti telefonické konzultace s lékařem.

Svoji premiéru měla na letošním Rejvízu soutěž dispečerů. Součástí této soutěže byly tři úlohy – test obecných znalostí, řešení situace v terénu a vedení simulovaného hovoru na tísňové lince. Otázky v testu se týkaly zejména platné legislativy. Napsal jsem si ho také a slavně to věru nebylo. Poté následovalo „řízené bloudění“ podle GPS k místu úkolu s názvem „Zavřené dveře“. Operátoři museli vyvinout značnou empatii





při komunikaci s arogantním mužem, který byl u kamaráda postiženého hypoglykemií. Na závěr prošli účastníci soutěže simulovaným hovorem na tísňové lince. Jejich úkolem bylo běžným způsobem přijmout tísňové volání a poskytnout správné instrukce lidem na místě. První informace zněly jasně – jde o epileptika v záchvatu. Nebylo by to ale na Rallye Rejvíz, kdyby nakonec nebylo všechno jinak. Úloha demonstrovala úskalí spojená s identifikací NZO po telefonu a vyžadovala i správný postup při organizaci záchrany na místě a vedení telefonicky asistované neodkladné resuscitace. Výsledky ukázaly, že některé soutěžící úloha zaskočila. Čtyři z deseti soutěžících zástavu vůbec nerozpoznali. Častou chybou bylo vedení svědka příhody k pokusu o nahmatání pulzu (což není součástí doporučených postupů již od roku 2000). Zmatení způsobil rovněž popis lapavých dechů. Identifikace zástavy trvala příliš dlouho. Průměrná doba do zahájení masáže byla přes 4 minuty. Nikdo z těch, kteří zástavu rozpoznali, se nepokusil získat pomocníka, ačkoliv by byl býval prakticky okamžitě

k dosažení. Naopak v okamžiku, kdy volající odmítl do postiženého dýchat, všichni dispečeri jej vedli alespoň k provádění nepřímé srdeční masáže.

Závěrečné hodnocení po ukončení soutěže se neslo již v klidnější atmosféře. Každý mohl vyslechnout jaký byl záměr i jeho řešení. Nelibost byla patrná u posádek RZP, i když bohužel mimo hlavní diskuzi. Týkala se zejména terapeutických možností na místě událostí a je jasné, že bez nové legislativy nebudou moci diplomovaní záchranáři své vědomosti a dovednosti plně využívat. Účast v soutěži je pro RZP posádky vysoce prestižní. Umožňuje jim vyzkoušet si jaké to je řídit zásah a samostatně se rozhodovat.

Dispečerská část soutěže byla jejími aktéry přijata ambivalentně. Na jedné straně přivítali možnost zúčastnit se soutěže a odborného soustředění, které je věnováno především a jediné přednemocniční péči. Na straně druhé se soutěže už nikdy nechystají zúčastnit.

Práce operačního střediska je klíčová. Dispečer nasazuje kůži při každém zvednutí telefonu. Nerozhodne-li se správně, je ohroženo zdraví pacienta i on sám případnými právními důsledky. V přednemocniční neodkladné péči je nepochybně ohroženým druhem.

Vyhlášení výsledků proběhlo na stadiónu v Jeseníku společně s hodnocením Helpíkova poháru, stejně jako předchozí námětové cvičení za účasti místních občanů a představitelů města Jeseník.

Na prvním místě v mezinárodní soutěži se umístila posádka z Vídně. V národní části zvítězila ZZS Vysočina – Třebíč. Vítězem národní soutěže RZP se stala LSE – Life Star Emergency ze Slovenska. Nejlepším dispečerem byl vyhlášen zástupce ZZS Ústeckého kraje.

Snad i do budoucna zůstane Rallye Rejvíz místem setkávání záchranářů a třeba umožní identifikaci chyb a omylů, o kterých bychom se měli vzájemně poučit.

Díky organizátorům i sponzorům a nashledanou příští rok.

Jiří Danda

Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje,
OZS Praha – venkov





Zdravotní a sociální akademie Hradec Králové ■ Fakulta vojenského zdravotnictví UO
Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje ■ Oblastní spolek Českého červeného kříže Hradec Králové

si Vás dovolují pozvat na
III. ročník konference

MEDICÍNA KATASTROF TRAUMATOLOGICKÉ PLÁNOVÁNÍ A PŘÍPRAVA

konané pod záštitou

hejtmana Královéhradeckého kraje
Ing. Pavla Bradíka

primátora města Hradec Králové
Ing. Otakara Divíška

děkana Fakulty vojenského zdravotnictví UO
Doc. MUDr. Romana Prymuly, Ph.D., CSc.

v TERMÍNU: 14. – 15. 11. 2006, ve velkém sále Kongresového centra ALDIS v Hradci Králové

Hlavní témata konference:

- Traumatologické plánování a příprava – správní úřady a samospráva
- Traumatologické plánování – ZZS a zdravotnická zařízení (problematika hromadného příjmu zraněných)
- Možnosti neziskových organizací při řešení následků mimořádných událostí (MU)
- Specifika přípravy a zdravotnického zabezpečení hromadných akcí
- Problematika CBRNE z pohledu zdravotnictví
- Materiální zabezpečení zdravotnických složek při MU
- Informační podpora řešení MU
- Psychosociální aspekty MU
- Vzdělávání v oblasti medicíny katastrof

Organizační informace

Aktivní účast:

Aktivní účast na konferenci je možná formou prezentace nebo posterového sdělení. Maximální délka prezentace je 15 minut. Rozměry posteru jsou z technických důvodů omezeny na 110 x 90 cm (v x š).

Důležité termíny:

Termín pro přihlášení k aktivní účasti: **30. 6. 2006**

Vyrozumění o přijetí Vaší přednášky obdržíte nejpozději do: **15. 7. 2006**

Termín pro přihlášení k účasti: **30. 9. 2006**

Zájemce o aktivní účast prosíme, aby kontaktovali Ing. Miroslava Procházku na emailové adrese: prihlasky@zsa.cz.

Plnou verzi Vaší prezentace, která bude uveřejněna na CD sborníku přednášek zasílejte na emailovou adresu: prihlasky@zsa.cz ve formátu PowerPoint nebo pdf do **15. 10. 2006**.

Místo konání:

Kongresové centrum ALDIS,

Eliščino nábřeží 375, 500 02 Hradec Králové

<http://www.aldis.cz/>

Orientační plánek: viz http://www.aldis.cz/images/mapa_hk_cista_big.gif

European Society for Emergency Medicine (EuSEM) spolu s řeckými odbornými společnostmi pro urgentní medicínu, anesteziologii, intenzivní medicínu a s organizacemi pro ošetrovatelskou péči v urgentní a intenzivní medicíně

pořádají od 4. do 8. října na Krétě
4. evropský kongres urgentní medicíny (ECEM)
pod názvem
The European Vision for Emergency Medicine

Bližší informace na www.ecem2006.com

Vzhledem k členství české Společnosti Um a MK v EuSEM je pro zájemce z ČR snížený poplatek pro účastníky z nových členských států EU.

ÚRAZOVÁ NEMOCNICE V BRNĚ

POŘÁDÁ

NÁRODNÍ KONGRES DOPRAVNÍ ÚRAZY BRNO 2006

Brno, hotel Voroněž I. ve dnech 7. až 8. 9. 2006

Hlavní téma kongresu:

- Dopravní úrazovost
- Prevence – Vzdělání
- Silnice a vozidlo

Akce bude ohodnocena kredity ČLK a ČAS.

POZVÁNKA

Vážené kolegyně a kolegové,

Katedra všeobecně vzdělávacích oborů

FAKULTY VOJENSKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ UNIVERZITY OBRANY V HRADCI KRÁLOVÉ
A ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ AKADEMIE HRADEC KRÁLOVÉ

Vás zvou na 2. konferenci

PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY PŘI ZÁSAHU ZÁCHRANNÝCH SLOŽEK,

kteřá se bude konat dne **25. 10. 2006** na Fakultě vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové

Tématické zaměření konference:

- Poskytování krizové intervence v průběhu katastrof a hromadných neštěstí
- Psychologická připravenost záchranných složek na zásah
- Psychologie v situacích mimořádných událostí
- Vzdělávání pracovníků poskytujících krizovou intervenci
- Zkušenosti z cvičení záchranných složek
- Různé

Cílem konference je vytvořit diskusní fórum, které by účastníkům poskytlo příležitost pro prezentaci nových poznatků, výměny zkušeností a diskusí k jednotlivým tématům a to jak formou ústních sdělení tak i v posterové sekci.

Pokud máte zájem se aktivně zúčastnit, zašlete název ústních i posterových sdělení včetně jmen autorů, kontaktních údajů do **31. srpna 2006** na adresu hrstka@pmfhk.cz. Pro přednesení prezentace je stanovena doba 15 minut, dalších 5 minut je vyhrazeno na diskusi.

Pokud se chcete zúčastnit bez prezentace, pošlete prosím e-mail s uvedením Vašeho jména a pracoviště na výše uvedenou e-mailovou adresu. V e-mailu uvádějte v předmětu zprávy vždy „2. konference“. Na tuto adresu můžete posílat i své případné dotazy.

Konference se budou účastnit pracovníci Armády ČR, Policie ČR, Hasičského záchranného sboru, Zdravotnické záchranné služby, Českého červeného kříže, dalších zdravotnických zařízení, zdravotnických škol a pracovníci ostatních záchranných složek podílejících se na zvládnutí mimořádných událostí a krizových situací.

Přesné informace a program konference zašleme všem přihlášeným na konci měsíce září.

Těšíme se na shledanou s Vámi.

Kontaktní osoby:

kpt. Mgr. Bc. Zdeněk Hrstka, tel.: 973 253 130, e-mail: hrstka@pmfhk.cz
Jarooslava Hejčová, tel.: 973 253 108, e-mail: hejcova@pmfhk.cz

Redakce **UM** zavedla
NOVOU INZERTNÍ SLUŽBU
pro ZZS v České republice.

**PŘIJÍMÁME KE ZVEŘEJNĚNÍ
INZERÁTY S POŽADAVKEM
NA PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ**

**Jednotná cena inzerátu
je 500,- Kč, splatná
na základě daňového dokladu
po uveřejnění inzerátu.**

Redakce Urgentní medicíny

Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje, příspěvková organizace

**PŘIJME do pracovního poměru nebo na dohodu o pracovní činnosti
LÉKAŘE DO VÝJEZDOVÝCH SKUPIN ZS Mladá Boleslav.**

Požadavky:

- Atestace v základním oboru (ARO, chirurgie, interna, pediatrie nebo všeobecné lékařství).
- Atestace z urgentní medicíny a medicíny katastrof nebo příprava na ni vítána.
- Výhodné platové podmínky.

**Písemné žádosti s profesním životopisem zasílejte poštou
nebo e-mailem či telefonicky:**

Ing. Iva Urbancová, personální náměstek
E-mail: urbancova@uszssk.cz, tel.: 605 502 994, nebo
MUDr. Jana Šeblová, nám. LPP
E-mail: jana.seblova@uszssk.cz, tel.: 731 137 164
USZS SK, Litevská 2720, Kladno, PSČ 272 01

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje

PŘIJME

LÉKAŘE VÝJEZDOVÝCH SKUPIN RLP NA OBLASTNÍCH STŘEDISCÍCH V PÍSKU, STRAKONICÍCH A PRACHATICÍCH

Požadavky:

- ➔ Atestace v základním oboru (AR, všeobecné lékařství, vnitřní lékařství, chirurgie, pediatrie), atestace z UM nebo zařazení v přípravě k atestaci – není podmínkou
- ➔ Praxe u záchranné služby výhodou
- ➔ Občanská a morální bezúhonnost

Písemné nabídky zasílejte na adresu:

ZZS Jihočeského kraje
k rukám pí. Málkové
B. Němcové 6, 370 01 Č.Budějovice
Tel.: 387 762 115
E-mail: michaela.malkova@zsjck.cz

Pokyny pro autory

Rukopisy příspěvků pro uveřejnění v časopise Urgentní medicína se přijímají v češtině nebo slovenštině. Prosíme o zaslání textu příspěvku, textu souhrnu a případné obrazové dokumentace na samostatných listech a přesně odpovídající elektronické verzi na disketě. Obrazová dokumentace musí být původní.

Pod názvem příspěvku jsou uvedeni autoři a jejich pracoviště. Prosíme uvést i kontaktní adresu na jednoho z autorů včetně elektronické adresy, kontaktní adresa bude uveřejněna na konci článku.

Požadavky na rukopis:

Standardní text, dvojitě řádkování, velikost fontů 12, 30 řádků o 60 úhozech na jedné straně. Prosíme nepoužívat různé typy písma, měnit velikost písma, nepodtrhávat části textu a text neformátovat.

Technické parametry

pro příjem elektronických podkladů:

Příspěvky lze poslat **na elektronické adresy uvedené v tiráži nebo poštou, v tomto případě jak tištěný text, tak disketu s elektronickou verzí příspěvku.** Textové podklady přijímáme v programech

Microsoft Word 2000, Microsoft Excel 2000 a Microsoft Power Point 2000.

Grafy prosíme dodávat ve zpracování pro jednobarevný tisk.

Obrazové podklady přijímáme jako soubory ve tvaru .eps, .tif, .jpg, .gif, .pdf (tiskové pdf), .bmp, .ai, .cdr (rozlišení 300 dpi, písmo převedeno do křivek). Elektronickou obrazovou dokumentaci (obrázky) prosíme dodávat samostatně ve výše uvedených tvarech. Pokud jsou obrázky zabudované do dokumentu Word nebo samostatně jakou soubor Word, nejsou kvalitní a mají příliš malé rozlišení.

Obrazovou dokumentaci přijímáme i jako fotografie, diapozitivy nebo jako tištěnou předlohu.

Souhrny:

Původní práci je nutno opatřit souhrnem v češtině v rozsahu 100 až 200 slov, anglickým překladem souhrnu a 3 – 5 klíčovými slovy. Korekturu dodaného překladu souhrnu (ve výjimečných případech překlad) zajišťuje redakce.

Seznam citované literatury:

Literární reference prosíme uvádět v abecední pořadí podle příjmení prvního autora.

Dále je nutno uvést název citovaného díla (název článku, knihy, kapitoly), údaje o publikaci (u časopisů: název časopisu nebo jeho mezinárodně uznávaná zkratka, rok, svazek, číslo, stránkový rozsah; u knižních publikací: místo vydání, nakladatel, rok vydání).

Příklady citací:

Kennedy JD, Sweeney TA, Roberts D, O'Connor RE: Effectiveness of Medical Priority Dispatch Protocol for Abdominal Pain. Prehospital Emergency Care, 2003, Vol.7, No 1, p. 89-93

Smolka V, Reitinger J, Klásková E, Wiedermann J: Těžká otrava organofosfáty u batolete. Anesteziologie a intenzivní medicína, 2003, roč. 14, č. 6, s. 295-297

Pokorný J: Lékařská první pomoc. 1. vydání Praha, Galén, 2003

Plantz SH, Adler JN: Emergency Medicine. USA, Williams and Wilkins, 1998

Hlavní autor odpovídá za původnost práce, nabídnuté k publikaci v časopise Urgentní medicína. U překladů článků ze zahraničí je třeba dodat souhlas autora, v případě, že byl článek publikován, souhlas autora a nakladatele.

Redakce

