

ZACHRAŇUJEME ŽIVOTY



SPOLU SILNEJŠÍ

Od pilotu k novej sieti
Všetky typy staníc ZZS
a historický milník

SPOLUPRÁCA

PHTLS First Responder
Nestačí byť prvý na mieste - treba
vedieť pomôcť

ZO SVETA URGENTU

Záchranka ako komunikačné
Eldorádo

OBSAH

- 3 **EDITORIÁL**
Redakčná rada
- 4-8 **SPOLU SILNEJŠÍ**
Od pilotu k novej sieti: Všetky typy staníc ZZS a historický milník
- 8-10 **SPOLU SILNEJŠÍ**
Rallye Rejvíz 2026: ZSKE v silnej medzinárodnej konkurencii
- 11-12 **SPOLUPRÁCA**
PHTLS First Responder: Nestačí byť prvý na mieste - treba vedieť pomôcť
- 13-15 **SPOLU SILNEJŠÍ**
Family Day
- 16-19 **SPOLUPRÁCA**
Spoločná reč: EKG v prednemocničnej praxi
- 20 **ZACHRAŇUJEME ŽIVOTY**
CAVE! Lebo niekedy rozhodujú maličkosti
- 21-23 **ZO SVETA URGENTU**
Záchranka ako komunikačné Eldorádo
- 24-27 **ZO SVETA URGENTU**
Tak ako urgentná medicína bojuje o život, DVI bojuje o identitu
- 28-31 **ZO SVETA URGENTU**
Nájdeme len to, čo hľadáme



Záchranná služba Košice



zachrannaslužba_kosice_zske

Vydáva:

Záchranná služba Košice
Rastislavova 43, 049 01 Košice
E-mail: sekretariat@zske.sk

Redakčná rada:

Vladimír Hosa, Beáta Zúborová, Štefan Kertés, Stanislav Škop, Peter Sedláček

Titulná fotografia: Terézia Kopcová

Grafická úprava: Beáta Zúborová

Žiadna časť nesmie byť reprodukována ani inak použitá bez predchádzajúceho písomného súhlasu. Pre ďalšie informácie kontaktujte, prosím, vydavateľa. Všetky práva sú vyhradené. Nepredajné.

Rettungs-Boa
Rescue-Boa

ZSKE



Milé kolegyne, milí kolegovia, priatelia,

65.

Nie je to výročie.

Je to významný míľnik transformácie našich staníc v novej sieti ZZS. Výsledok mesiacov príprav, rozhodnutí, organizačných zmien, vydaných poverení a predovšetkým práce ľudí, ktorí všetky tieto zmeny dokázali preniesť do každodennej reality.

Keď budete listovať týmto číslom časopisu, možno si všimnete, že sa v jeho obsahu opakujú tie isté hodnoty – odbornosť, spolupráca, prvenstvá, zdieľanie skúseností a komunikácia.

Nie je to náhoda.

Na medzinárodných súťažiach porovnávame svoje postupy s kolegami z rôznych krajín. Vo vzdelávaní odovzdávame skúsenosti ďalším zložkám integrovaného záchranného systému. Pri nových projektoch a spoluprákach prepájame nemocničnú a prednemocničnú prax a otvárame témy, aby sme spoločne posúvali urgentnú medicínu, zvyšovali kvalitu zdravotnej starostlivosti o pacientov a zároveň sa neustále učili a profesijne rástli. Ako prví na Slovensku sme vedeckou štúdiou overili prínos systému rendez-vous.

Prvenstvo však nikdy nie je cieľom samo osebe. Má zmysel iba vtedy, keď prináša lepšiu starostlivosť o pacientov, nové poznatky a skúsenosti, o ktoré sa vieme podeliť.

Žiadny systém nie je ideálny. Predstavuje iba rámec. Jeho skutočnú kvalitu vytvárajú ľudia, ktorí v ňom pracujú – svojou odbornosťou, zodpovednosťou, dôverou a ochotou spolupracovať. Bude len taký dobrý, akí budeme my sami.

Transformácia nie je bodkou. Je začiatkom ďalšej etapy. Nie všetky výsledky transformácie sa prejavajú hneď. Niektoré prídu až časom. Iné si vyžadujú trpezlivosť, priebežné doladovanie a postupné systémové zmeny.

Práve preto bude ďalšia etapa vyžadovať otvorenosť k zmenám, vzájomnú komunikáciu, dôveru medzi posádkami, správnu indikáciu zo strany operačného strediska aj ochotu neustále sa učiť a prispôbovať novým situáciám. Zdravotníctvo sa mení neustále. Meniť sa spolu s ním je prirodzenou súčasťou aj našej profesie.

Za každou zmenou, štúdiou, prvenstvom, výjazdom aj každým prejavom trpezlivosti stoja ľudia. Tím, ktorý drží spolu, aj jednotlivci, ktorí svojou iniciatívou a odvahou posúvajú spoločné ciele ďalej. Lekári, záchranári, operátori, vodiči, technici, dispečeri, školitelia, administratívni pracovníci a mnohí ďalší kolegovia v zázemí.

Čísla dokážu pomenovať rozsah. Prvenstvá dokazujú, že odvaha meniť zaužívané postupy má zmysel. Skutočný pokrok však vzniká až vtedy, keď sa odbornosť spája s otvorenou komunikáciou, dôverou a spoluprácou.

Za fungujúcou záchrannou zdravotnou službou stojí oveľa viac, než je vidieť v teréne. Práca posádok sa opiera o prípravu procesov, legislatívu, technické zabezpečenie aj každodennú podporu zázemia. Až ich vzájomné prepojenie vytvára systém, ktorý funguje.

Ďakujeme každému z vás, kto sa podieľal na tejto transformácii. Túto etapu sme mali vo svojich rukách. Zvládli sme ju spoločne. A práve to je to najdôležitejšie.

65 staníc ZZS. Jeden tím.

65

OD PILOTU K NOVEJ SIETI

VŠETKY TYPY STANÍC ZZS A HISTORICKÝ MÍLNIK

Text:
Beáta Zúborová, Vladimír Hosa

Keď Záchraná služba Košice v roku 1991 vznikala, len málokto si vedel predstaviť, aký rozsah bude mať jej pôsobenie o viac ako tri desaťročia neskôr. V jednotlivých licenčných obdobiach sme postupne rozširovali sieť staníc, prijímali nových kolegov a zavádzali nové technológie, pracovné postupy aj materiálo-technické vybavenie. Spolu s nami sa vyvíjal aj celý systém prednemocničnej zdravotnej starostlivosti.

Dnes vstupujeme do ďalšej etapy. Na základe vydaných poverení zabezpečujeme prevádzku 65 staníc ZZS, čo predstavuje historicky najväčšiu sieť v histórii nášho pôsobenia. Zároveň sme jediným poskytovateľom na Slovensku, ktorý má vo svojej aktuálnej sieti zastúpené všetky typy ambulancií záchranej zdravotnej služby. Nejde však iba o vyšší počet staníc ani o nové označenia ambulancií. Mení sa ich rozmiestnenie, zloženie, kompetencie aj spôsob využívania, čo sa premieta aj do organizácie každodennej prevádzky. Výrazne sa rozšírilo zastúpenie posádok RZP, pribudli ambulance rendez-vous, ambulance špecializovanej prepravy aj ďalšie špecializované typy ambulancií.

Téme novej siete sme sa na stránkach nášho časopisu venovali už viackrát a budeme sa k nej vracieť aj naďalej. Nie preto, že sa menia iba počty staníc či typy ambulancií, ale preto, že ide o zmenu fungovania celého systému prednemocničnej zdravotnej starostlivosti. Skúsenosti ukazujú, že rovnaké systémové opatrenia môžu mať v jednotlivých regiónoch odlišný praktický dopad. Aj preto bude dôležité priebežne vyhodnocovať ich fungovanie v každodennej prevádzke. Úspech novej siete nebude závisieť iba od legislatívy či organizačných opatrení, ale predovšetkým od nás všetkých, ktorí ju budeme každý deň uvádzať do praxe – od spolupráce naprieč celým systémom ZZS, efektívneho využívania odborných kompetencií a ochoty učiť sa z praktických skúseností. Práve každodenná prax bude v nasledujúcich mesiacoch a rokoch najlepším ukazovateľom toho, ako sa nová sieť osvedčí.

NOVÁ SIET V ČÍSLACH

POROVNANIE ŠTRUKTÚRY SIETE ZÁCHRANNEJ SLUŽBY KOŠICE PRED A PO ZAVEDENÍ NOVEJ SIETE



57

30 RZP / 13 RLP / 11 RZPS / 3 MIJ/RLP

65

41 RZP / 7 RLP / 2 RZPS / 1 MIJ/RLP / 4 RV / 4 AŠP / 2 AŠP-PP / 1 RLZP / 3 ŠRZP

VZNIK HASIČSKÉHO
SPOLKU
V KOŠICIACH

1872

1952

VZNIK KRAJSKÉHO
REFERENTA
ZDRAVOTNÍCKEJ
DOPRAVNEJ SLUŽBY
V KOŠICIACH

VZNIK
ZÁCHRANNEJ
SLUŽBY
KOŠICE

1991

2005

REFORMA
ZDRAVOTNÍCTVA
A NOVÝ MODEL
ZZS NA SLOVENSKU
7 STANÍC ZZS

OD PILOTNÉHO PROJEKTU K SYSTÉMOVEJ ZMENE

„Zavádzanie systému RV vnímam ako jednu z najvýznamnejších organizačných zmien v ZZS za posledné roky. V čase spúšťania pilotného projektu zároveň išlo o prvý krok pripravovanej transformácie celej siete ZZS. Bolo prirodzené, že takáto zmena vyvolávala množstvo otázok, obáv aj kritických hlasov. Časť diskusie bola odborná, časť vychádzala z prirodzenej neistoty a nedôvery pri opúšťaní dlhé roky zaužívaného modelu práce. V tom čase sme však ešte nemali slovenské dáta ani vlastné skúsenosti, o ktoré by sa dalo pri hodnotení opierať. Dnes ich už máme. Skúsenosti našich lekárov potvrdzujú, že systém RV prináša lepšie využitie ich odbornosti, vyššiu dostupnosť lekárskej posádky a kvalitnejšiu indikáciu výjazdov. Zároveň však otvorene pomenúvajú aj situácie, v ktorých sú potrebné ďalšie organizačné úpravy – najmä v regiónoch s veľkými transportnými vzdialenosťami, vysokým podielom sekundárnych transportov či špecifickou nemocničnou sieťou. Práve takáto spätná väzba z terénu je pre ďalší rozvoj systému mimoriadne dôležitá. Aj preto je prirodzené, že si nová sieť postupne hľadá svoje optimálne nastavenie.

Mimoriadne si vážim, že prvá slovenská vedecká analýza systému RV vznikla práve v našom prostredí. Oceňujem odbornú iniciatívu MUDr. Mariana Sedláka a celého kolektívu, ktorým sa podarilo pretaviť každodenné skúsenosti z praxe v košickom regióne do štúdie, ktorá priniesla prvé objektívne dáta o fungovaní systému RV na Slovensku. Jej výsledky potvrdzujú zlepšenie prevádzkových ukazovateľov a vytvárajú odborný základ pre ďalšiu diskusiu o organizácii prednemocničnej urgentnej medicíny. Pri takej zásadnej zmene organizácie celej siete ZZS ani nemožno očakávať, že od prvého dňa bude všetko fungovať ideálne. Dôležité je, aby sme mali odvahu otvorene hovoriť nielen o tom, čo funguje, ale aj o tom, čo si vyžaduje ďalšie zlepšenie.

Som presvedčený, že budúcnosť ZZS musí stáť na kombinácii skúseností ľudí z terénu a objektívnych dát. Nestačí systém zaviesť – treba ho priebežne vyhodnocovať, otvorene hovoriť o tom, čo funguje, aj o tom, čo si vyžaduje zmenu. Prvá dátová analýza systému RV ukázala, že skutočný význam systémových zmien nespočíva len v ich zavedení, ale predovšetkým v ochote priebežne ich hodnotiť, otvorene diskutovať o ich výsledkoch a ďalej ich rozvíjať. Práve to považujem za jeho najväčší prínos.“

Vladimír Hosa
riaditeľ ZSKE

MONIKU SME OSLOVILI LEN NIEKOĽKO DNÍ PO SPUSTENÍ SYSTÉMU RV V MARTINE. S AKÝMI OČAKÁVANIAMÍ SI DO TEJTO ZMENY VSTUPOVALA A ČO ZATIAĽ UKÁZALI PRVÉ DNI PREVÁDZKY?

„Po dvadsiatich rokoch na RLP vo Vrútkach je to pre mňa veľká profesijná zmena. Neznamená len nový spôsob práce, ale aj uzatváranie jednej etapy, takže táto rovina je pre mňa stále mimoriadne silná. Za tie roky sa z nás stal zohraný kolektív, ktorý spolu prežil množstvo náročných situácií, preto je prirodzené, že túto zmenu všetci vnímame aj po ľudskej stránke. Zároveň však do systému RV vstupujem s presvedčením, že tento model má svoje opodstatnenie, a verím, že umožní efektívnejšie využitie odbornosti lekára aj v našom regióne. Prvé dni prevádzky zatiaľ potvrdzujú naše očakávania. Naše prvé výjazdy boli správne indikované. Verím, že práve v tom spočíva najväčší prínos systému RV: aby lekár mohol svoje vedomosti, skúsenosti a klinické rozhodovanie využiť tam, kde majú pre pacienta najväčší význam. Keďže sme na začiatku, stále doladujeme materiálno-technické vybavenie, organizáciu práce, aj rozloženie vo vozidle. Veľmi nám pomohlo, že sme mali možnosť navštíviť kolegov v Košiciach a Poprade, ktorí sa s nami ochotne podelili o svoje skúsenosti aj praktické „velepršavky“. Každé pracovisko si časom nájde vlastný spôsob fungovania, no zdieľanie skúseností nám pomáha začať efektívnejšie.

Sme len na začiatku a ešte bude nejaký čas trvať, kým sa nový systém plne stabilizuje. Verím, že sa postupne podarí nájsť správny balans pri vysielaní posádok RV, RZP a ostatných typov, ako aj pri zabezpečení sekundárnych transportov v regióne. Dôležitá bude aj naša priebežná spätná väzba z terénu – najmä o indikovanosti výjazdov. Práve tá bude jedným z podkladov na ďalšie doladovanie systému.“

MUDr. Monika Droppová
RV Martin 2

ZSKE ZÍSKAVA
LICENCIU
NA PREVÁDZKOVANIE
39 STANÍC ZZS

2009

ZSKE ZÍSKAVA
LICENCIU
NA PREVÁDZKOVANIE
47 STANÍC ZZS

2013

ZSKE ZÍSKAVA
LICENCIU
NA PREVÁDZKOVANIE
57 STANÍC ZZS

2019

REFORMA ZZS
POVERENIE
NA PREVÁDZKU
65 STANÍC ZZS

2025

ČO ZMENILI DVA ROKY SLUŽBY V SYSTÉME RV NA TVOJOM POHĽADE NA PRÁCU LEKÁRA V POROVNANÍ S TAKMER 20 ROKMI V RLP?

„Zavedenie posádok RV som prijala s veľkým nadšením, pretože som dlhodobo vnímala prínos aj opodstatnenie tohto modelu v zahraničných systémoch prednemocničnej urgentnej medicíny. Stanica RLP Západ sa v roku 2023 zapojila do približne dvojmesačného pilotného testovania a následne patrila stanica RV Sever medzi prvé tri RV posádky spustené na Slovensku. Mala som tak možnosť byť pri tejto zmene od jej úplného začiatku.

Môj spôsob medicínskeho uvažovania sa nezmenil, výrazne sa však zmenila každodenná práca v teréne. Viac času venujem diagnostike, liečbe a klinickému rozhodovaniu, prirodzene menej samotnému transportu pacienta. Ako posádka RV zasahujeme predovšetkým pri kritických pacientoch, čo nám prináša viac skúseností s manažmentom život ohrozujúcich stavov a vykonávaním pokročilých medicínskych intervencií. Je to prínos nielen pre pacientov, ale aj pre náš odborný rast.

Obrovskou výhodou je aj rozšírené materiálo-technické vybavenie, ktoré nám umožňuje poskytovať pokročilejšiu prednemocničnú starostlivosť aj pri stavoch, ktoré boli v minulosti v teréne náročnejšie riešiteľné. Patrí sem napríklad starostlivosť o pacientov s nádorovou bolesťou, ktorým dokážeme poskytnúť účinnú symptomatickú liečbu už priamo na mieste. Ak zdravotný stav pacienta nevyžaduje ďalšiu prítomnosť lekára, odpadá zdĺhavý transport stabilizovaného pacienta aj jeho odovzdávanie v nemocnici, čo je v podmienkach Košíc a okolia významným prínosom.

Po dvoch rokoch môžem povedať, že systém RV mi priniesol viac odborných výziev aj väčšiu istotu pri manažmente kritických pacientov. Ubudlo neindikovaných výjazdov a práca je z medicínskeho hľadiska podnetnejšia. Umožňuje mi naplno využiť vedomosti, skúsenosti aj klinické rozhodovanie tam, kde môžu pacientovi priniesť najväčší benefit. Jedinou nevýhodou je nižší počet výjazdov, keďže pacientov vyžadujúcich lekársku intervenciu je v porovnaní s bežnou prevádzkou RLP menej.“

MUDr. Adriana Kilianová
RV Košice Západ 2

ČO SA PO POLROKU FUNGOVANIA RV V PREŠOVE ZMENILO VO VAŠEJ PRÁCI NAJVIAC?

„RV zmenil spôsob mojej práce ako lekára vo viacerých rovinách. Zmenilo sa aj postavenie lekára v dvojčlennej posádke, ktorá pracuje bez transportnej kapacity a s odlišným usporiadaním vybavenia, než na aké sme boli zvyknutí v klasickej ambulancii. Keď sme v posádke len dvaja, vzájomná dôvera je absolútne kľúčová. Nestačí sa poznať po odbornej stránke, musíme si rozumieť aj po ľudskej.

Zmenila sa aj príprava na výjazd. Ešte pred príchodom na miesto udalosti si prechádzame možné scenáre, rozdeľujeme úlohy a pripravujeme sa na situácie, ktoré môžeme očakávať. Pri dopravnej nehode napríklad nevieme ovplyvniť, ako budú vozidlá postavené alebo kto dorazí na miesto ako prvý. Môžeme sa však pripraviť na situácie, ktoré ovplyvniť vieme.

Za jeden z najväčších prínosov systému považujem efektívnejšie využitie lekárskej kapacity. Dostávam sa predovšetkým k pacientom, pri ktorých môžu moje vedomosti, skúsenosti a klinické rozhodovanie priniesť najväčší benefit. Nie som viazaný

riešením menej závažných prípadov ani samotným transportom pacienta. Po jeho odovzdaní posádke RLP môžem byť pripravený na ďalší potenciálne kritický výjazd.

Veľkou výhodou je aj spolupráca s posádkami RLP pri kritických udalostiach. Napríklad pri kardiopulmonálnej resuscitácii sú na mieste namiesto trojčlennej posádky RLP alebo MIJ dve posádky – štyria zdravotníci. Nejde pritom len o to, že na mieste je viac rúk a hláv, ale predovšetkým o schopnosť dvoch tímov myslieť a pracovať ako jeden tím. Rozhodujúca pritom nie je lokalita, ale správna indikácia – ak pacient potrebuje lekára, potrebuje ho bez ohľadu na to, či sa nachádza v meste alebo na vidieku.“

MUDr. Martin Hlubek
RV Prešov 3

REGIÓN POPRADU JE ŠPECIFICKÝ TÝM, ŽE ČASŤ PACIENTOV PO PRIMÁRNOM OŠETRENÍ SMERUJE DO ŠPECIALIZOVANÝCH PRACOVÍSK V PREŠOVE, KOŠICIACH. AKO SA TÁTO REALITA ODRÁŽA VO FUNGOVANÍ SYSTÉMU RV A ČO UKÁZALI PRVÉ TRI MESIACE JEHO PREVÁDZKY?

„Naše doterajšie skúsenosti s RV za 3 mesiace prevádzky v našom meste sú zatiaľ rozpačité. Stretávame sa so situáciami, ktoré sme doteraz pri RLP nemuseli riešiť. Systém RV v našom okrese má totiž určité špecifiká, s ktorými sa možno pri transformácii RLP na RV nepočítalo. Ide najmä o nedostupnosť koncových špecializovaných pracovísk v našom meste. Preto v určitých prípadoch, ako sú napr. STEMI, Stroke a pod., musí posádka RV primárne transportovať pacienta spolu s RLP až na špecializované pracovisko v Prešove, Košiciach a i. V takomto prípade sú na tento transport v podstate zablokované na niekoľko hodín dve ambulancie ZZS (RV + RLP). Pred transformáciou tento transport zabezpečila posádka RLP a druhá RLP mohla byť využitá v systéme pre iného pacienta.

Našou najväčšou obavou pred spustením RV v našom okrese bol relatívne nedostatočný počet posádok RLP, najmä z dôvodu množstva sekundárnych transportov z našej aj okolitých nemocníc za účelom konzultácie či prekladu. Tieto transporty, najmä v pracovné dni, vyblokujú niektoré posádky RLP, a tým pádom sú menej dostupné pre potreby RV. Preto sa nám stáva, že k posádke RV býva vyslaná vzdialenejšia posádka RLP, niekedy až z druhého okresu. Do príchodu RLP nie je ošetrovanie pacienta, hlavne v exteriéri, vždy úplne komfortné.

V našom regióne aj v okolitých okresoch pôsobia okrem našich posádok RLP aj posádky RLP iného poskytovateľa. Spolupráca s nimi je o niečo komplikovanejšia ako s vlastnými posádkami, pretože nemáme rovnaké vybavenie ani prístrojovú techniku a nie sme dostatočne oboznámení s odbornými skúsenosťami a kompetenciami niektorých záchranárov.

Významným pozitívom RV však ostáva, že sme zaznamenali výrazné zlepšenie indikovanej výjazdov zo strany KOS a celkový pokles počtu výjazdov v porovnaní s RLP. Možnosť ponechať pacienta na transport posádke RLP bez potreby čakania na UP výrazne zvyšuje dostupnosť posádky s lekárom k ďalšiemu výjazdu. Je to pre nás všetkých niečo nové a len čas ukáže, či transformácia RLP na RV v našom meste bude jednoznačným prínosom pre pacienta.“

MUDr. Mariana Kállayová
RV Poprad 3



SPOLU SILNEJŠÍ

ZSKE V SILNEJ MEDZINÁRODNEJ
KONKURENCII

RALLYE REJVÍZ 2026

Text:
Beáta Zúborová, Stanislav Škop, Silvia Titlová, MUDr. Silvia Učňová

Foto:
Konstantions Joanidis, archív súťažiacich posádok ZSKE

RALLYE REJVÍZ PATRÍ UŽ TAKMER TRI DESAŤROČIA MEDZI NAJPRESTÍŽNEJŠIE ODBORNÉ PODUJATIA V OBLASTI PREDNEMOCNIČNEJ NEODKLADNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI. KAŽDOROČNE SA NA ŇOM STRETÁVAJÚ ŠPIČKOVÉ POSÁDKY ZZS Z RÔZNYCH KRAJÍN SVETA, ABY SI V NÁROČNÝCH SIMULOVANÝCH ÚLOHÁCH OVERILI SVOJE VEDOMOSTI, ZRUČNOSTI A SCHOPNOSŤ EFEKTÍVNE SPOLUPRACOVAŤ POD ČASOVÝM AJ PSYCHICKÝM TLAKOM. ANI TENTO ROK NA REJVÍZE NECHÝBALI POSÁDKY ZSKE. PREDSTAVILI SA V KATEGÓRIÁCH RLP, RZP A MEDZINÁRODNEJ SÚŤAŽI PARA S BOHATÝM ZASTÚPENÍM TÍMOV Z POĽSKA, MAĎARSKA, HOLANDSKA, ŠVAJČIARSKA, KANADY, USA A ĎALŠÍCH KRAJÍN.

V kategórii RLP ST nás reprezentovali MUDr. Silvia Učňová, Michal Ivaška a Marek Baran. Skvelé 8. miesto získali v konkurencii 14 tímov. V kategórii RZP a Zlaté sluchátko súťažili Sebastián Nemčík, Stanislav Popadič a Silvia Titlová. Hoci konečné 13. miesto môže na prvý pohľad pôsobiť skromne, výsledková listina ukázala, aká tesná bola súťaž. Od viacerých vyššie umiestnených tímov delili naše posádky len desiatky bodov, čo pri Rejvíze často znamená jediný detail v riešení modelovej situácie. Úspech tímu podčiarkla Silvia, ktorá sa v disciplíne Zlaté sluchátko umiestnila na výbornom 8. mieste spomedzi 26 súťažiacich operátorov.

V medzinárodnej kategórii PARA reprezentovali ZSKE Simona Juhásová, Stanislav Škop a Michal Deržák. Ako jediná posádka zo Slovenska v tejto kategórii si zmerali sily s tímami z celého sveta, čo im prinieslo cennú príležitosť porovnať si prístupy, komunikáciu aj spôsob riešenia kritických situácií s kolegami z rôznych systémov ZZS. V konkurencii 20 tímov obsadili 17. miesto. Rozdiely medzi tímami boli minimálne a o viacerých priečkach opäť rozhodovali len detaily na jednotlivých úlohách.

Rallye Rejvív však nikdy nebolo len o poradí. Je to miesto, kde sa stretávajú ľudia, ktorí bez ohľadu na krajinu či jazyk spája rovnaké povolanie a každodenné podobné výzvy. Práve možnosť porovnať si vlastné postupy, diskutovať o skúsenostiach a vidieť, ako k rovnakým situáciám pristupujú kolegovia z iných krajín, patrí medzi dôvody, pre ktoré sa účastníci na Rejvíz radi vracajú. Aj tento rok patrili slovenské tímy medzi najúspešnejších účastníkov a viaceré z nich sa umiestnili na medailových priečkach. Sme radi, že súčasťou tohto odborného stretnutia boli aj naši kolegovia. Patrí im veľké poďakovanie za čas, ktorý venovali príprave, aj za dôstojnú reprezentáciu ZSKE na jednom z najuznávanejších podujatí svojho druhu vo svete urgentnej medicíny. Ďakujeme. Ste svetoví.

Výsledky síce zachytávajú poradie, skutočnú atmosféru Rallye Rejvízu však najlepšie vystihujú zážitky jeho účastníkov. O svoje dojmy a skúsenosti sa podelili aj naši kolegovia.



KATEGÓRIA: PARA FS SIMONA JUHÁSOVÁ, STANISLAV ŠKOP, MICHAL DERŽÁK

STANISLAV ŠKOP:

„Myslím si, že Rallye Rejvív má pre všetkých zúčastnených svoju špecifickú atmosféru. Nielen počtom kategórií a súťažných posádok či sprievodných podujatí, ale aj prostredím Národného parku Jeseníky, ktoré je jednoducho nezameniteľné. Prihlásili sme sa do medzinárodnej kategórie PARA, ktorá sa líši tým, že komunikácia aj riešenie úloh prebiehajú v anglickom jazyku. Vnímali sme to ako veľkú výzvu, hoci pre Miša Deržáka a mňa to už v tejto kategórii nebola premiéra. O to bravúrnejšie svoje sólo zvládla naša kolegyňa Simona Juhásová, ktorej chcem touto cestou poďakovať, že to tak nejako s nami zvládla nielen v cudzom, ale aj v materinskom jazyku. Tento ročník bol v porovnaní s inými špecifický tým, že posádky boli na úlohách častokrát úplne rozdelené.

Každý sa musel starať o „svojho“ pacienta, deliť si výbavu a popritom celý manažment riešenia danej úlohy jednohlasne odkomunikovať s rozhodcami. To bolo niekedy, aj vzhľadom na priestory a lokality, v ktorých sa úlohy odohrávali, náročné, no o to viac skúseností nám to prinieslo.

Úlohy boli koncipované, ako vždy, rôznorodo, vo mne však najviac zarezovali dve. Prvou bola úloha z dennej etapy v technologických priestoroch spodnej nádrže prečerpávacej elektrárne Dlouhé Stráně, kam sa bežný smrteľník len tak nedostane. Už len presun na miesto manipulačným tunelom behom s plnou výbavou stál za to. Technicky poňatá úloha pádu dvoch zamestnancov z manipulačného žeriavu v spolupráci s Horskou službou bola veľmi pekne zorganizovaná a niesla sa v duchu spomienky na zosnulého kolegu Romana Fišnara z Horskej služby ČR. Ja osobne som z nej odchádzal s veľkými zimomriavkami. O ďalšiu dávku zimomriavok sa postaral pacient z nočnej etapy. V priestoroch tmavej pracovnej dielne predomnou dvakrát potiahol z cigarety a následne sa rozhodol ukončiť svoj život obesením. V tom sme mu však aktívne zabránili. Dúfam, že sa na nás nebude hnevať...

Medzinárodná kategória dáva veľmi vzácnu možnosť porovnať sa vo všetkých aspektoch našej práce s kolegami z krajín doslova z celého sveta. Hoci vnímame menšie odlišnosti vo výbave a postupoch, všetkých nás na tomto podujatí spájala otvorenosť, rozhovory o pracovných aj mimopracovných témach a hlavne pocit zdravej súťaživosti, ale aj prajnej rivality. Úspech druhého totiž teší aj vás, pretože radosť pri vyhlasovaní výsledkov je viac než úprimná. Povestnou čerešničkou na torte je zakončenie vo forme spanilej jazdy. Tento rok ju navyše vyšperkovalo aj krátke stretnutie a podanie rúk s prezidentom Českej republiky.”





KATEGÓRIA: RZP / RZP ZS

SILVIA TITLOVÁ, SEBASTIÁN NEMČÍK, STANISLAV POPADIČ

SILVIA TITLOVÁ:

„Keď sa povie záchranná súťaž, väčšina ľudí si predstaví blikajúce majáky, adrenalínový beh s transportnou plachtou a ošetrovanie komplikovaných zranení priamo v teréne. Na legendárnej Rallye Rejvíz však úspech posádky nestojí len na tých, ktorí majú rukavice od krvi. Stojí aj na niekom, koho prácu v hluku sirén málokedy nevidno, no bez koho by tím v tme jesenických lesov úplne blúdil – na operátorovi. A práve v tom je Rejvíz výnimočný. Ja som sa na tejto legendárnej súťaži predstavila prvýkrát – ako operátorka v národnej súťaži Zlaté sluchátko. Domov sa vraciam nielen s množstvom cenných skúseností, ale aj so skvelým 8. miestom spomedzi 26 operátorov z celého Česka a Slovenska. Model súťaže funguje geniálne. Operátor nie je pasívny divák zatvorený na operačnom stredisku. Je plnohodnotným členom posádky RZP a počas celej súťaže prechádza simuláciami ruka v ruku so svojimi záchranármi.

Naša úloha v tíme je strategická. Kým chalani vonku v reálnom čase bojujú o život pacienta v simulovanom strese, operátor je ich filtrom informácií, ich „externým mozgom“ a hlavným spojením s operačným strediskom. Musíte bleskovo triediť informácie z tiesňovej linky, navigovať posádku, koordinovať sily na mieste a predvídať, čo bude tím v teréne potrebovať o päť minút neskôr. Táto symbióza ukazuje realitu záchrannárskej praxe – ak zlyhá komunikácia medzi linkou 155 a výjazdovou posádkou nefunguje tak, ako má, môže výrazne ovplyvniť priebeh celého zásahu.

Organizátori ani tento rok nikoho nešetrili a pripravili sériu úloh, ktoré nás neraz priviedli až na psychické dno. Najintenzívnejšou operátorskou výzvou bol MASOX. Názov možno znie úsmevne, no realita na slúchadlách bola čistým masochizmom pre mozgové závitky. Táto úloha bola súčasťou nočnej etapy. Všade panovala úplná tma, neboli k dispozícii počítače ani technika, na ktorú sme pri práci zvyknutí. Mali sme len čelovky, papier a ceruzku. Nepretržite zvonila telefóny – riešite infarkt, úraz na kolobežke, výmenu PMK, telefonicky asistovanú neodkladnú resuscitáciu... Popritom musíte v zlomkoch sekundy určovať priority: kto potrebuje pomoc okamžite, kde hrozí nebezpečenstvo pre samotnú posádku, koho transportovať do zdravotníckeho zariadenia a aké posily vrátane hasičov či polície treba bezodkladne vyslať na miesto.

Rallye Rejvíz nie je len o bodoch. Je to obrovský trénažér ľudskej psychiky. Únava po celom dni a noci strávených v plnom nasadení v Koutoch nad Desnou bola enormná a stres, ktorý na vás organizátori a figuranti prenášajú, je takmer hmatateľný. Keď vám v slúchadle niekto plače alebo kričí a vy sledujete, ako vaša posádka bojuje s časom, tep vám vyskočí na maximum. Napriek tomu je to neskutočne očisťujúci zážitok. Komunita záchranárov, vzájomná podpora a spätná väzba od rozhodcov vám za tri dni odovzdajú viac než mesiace teórie. Práve možnosť porovnať si vlastné postupy, diskutovať o skúsenostiach a vidieť, ako k rovnakým situáciám pristupujú kolegovia z iných krajín, patrí medzi dôvody, pre ktoré sa účastníci na Rejvíz radi vracajú. Hoci sa jednotlivé systémy záchrannej zdravotnej služby v detailoch líšia, všetkých nás spája otvorenosť, ochota zdieľať skúsenosti a spoločný cieľ – poskytnúť pacientovi čo najlepšiu pomoc. Absolútnym emocionálnym vrcholom celej Rallye Rejvíz bola tradičná spanilá jazda. Keď sa naraz rozsvietili desiatky modrých majákov a jesenickými údoliami sa rozozvučal spoločný, ohlušujúci tón sirén, každému z nás prebehol mráz po chrbte. Nebola to len pôsobivá podívaná, ale aj silné verejné gesto vďaka organizátorom, obyvateľom regiónu a figurantom, ktorí s nami prebdeli dni aj noci. Prechádzať touto trasou s vedomím, že všetok tlak je za nami a všetko sme zvládli, bol neskutočný vizuálny aj akustický zážitok.

Najkrajšie na celom Rejvíze je, že úspech druhých teší aj vás. Radosť pri vyhlasovaní výsledkov je úprimná bez ohľadu na to, z ktorej krajiny kto prišiel. Práve pocit zdravej súťaživosti, prajnej rivality a spolupatričnosti robí toto podujatie výnimočným. Vidieť záchrannársku rodinu pokope mi opäť pripomenulo, prečo túto prácu robíme. Ako operátorka tiesňovej linky 155 na Operačnom stredisku ZZS SR som si z Rejvízu odniesla nielen cenné skúsenosti, ale aj ešte väčší rešpekt k práci každého člena záchrannárskeho tímu a presvedčenie, že práve spolupráca je tým, čo zachraňuje životy.”





KATEGÓRIA: RLP ST

MUDR. SILVIA UČŇOVÁ, MAREK BARAN, MICHAL IVAŠKA

SILVIA UČŇOVÁ:

„Rallye Rejvíz 2026 – v duchu hesla „Ťažko na cvičisku, ľahko na bojisku.“ Alebo, ešte lepšie, človek sa najlepšie učí na vlastných chybách a vlastná (najmä negatívna) skúsenosť je neprenosná – každý si ju musí prežiť na vlastnej koži. Je prirodzenou ľudskou vlastnosťou, že ľudia radšej opisujú vlastné úspechy a vyzdvihujú úlohy, ktoré sa im najviac vydarili alebo boli netradičné. Ja si však dovoľím byť o niečo (seba)kritickejšia, pretože zastávam názor, že niekedy nás neposúvajú ďalej len pochvaly, ale aj správna (seba)kritika a pokora v tom, čo robíme.“

Súťaž, ktorá má svoju dlhoročnú tradíciu, bola opäť dokonalým príkladom toho, že aj zdanlivo jednoduchá úloha dokáže súťažiacich prekvapiť a potrápiť. Naopak, niekedy to, čo na prvý pohľad vyzerá zložito, dokonca až neriešiteľne, má napokon celkom jednoduché rozuzlenie. Stačí postupovať rozvážne a systematicky, krok za krokom podľa jednoduchých algoritmov, nestrácať zbytočne čas a nekomplikovať si ešte viac už aj tak dosť komplikovanú situáciu na mieste. Panika a chaos zabíjajú – to poznáme všetci.

Za našu RLP posádku si dovoľím povedať, že si určite budeme dlho pamätať úlohu, v ktorej otec so synom súčasne utrpeli úraz elektrickým prúdom, následkom čoho u oboch došlo k náhlemu zastaveniu obehu. Aj keď všetky súťažné posádky vrátane nás vedeli, že ide o simulácie, spôsob spracovania úloh a ich prevedenie figurantmi nás zakaždým úplne vtiahli do deja. Na tých veľmi krátkych 12 minút, ktoré boli časovým limitom na vyriešenie úlohy, sme boli hlavou v „ostrom“ výjazde. O to viac, že tak ako aj iné úlohy na Rallye Rejvíz, aj táto mala, žiaľ, svoj skutočný základ a vychádzala z reálnej udalosti.

Myslím si, že viacerí budú súhlasiť s tým, že keď sa človek stane rodičom, všetky kritické výjazdy s účasťou detského pacienta vníma ešte omnoho citlivejšie. Preto som sa rozhodla poukázať práve na túto úlohu, hoci sa nám zo všetkých úloh vydarila najmenej. Myslím si však, že práve o tomto je Rallye Rejvíz. Síce nám táto úloha na súťaži nevyšla podľa našich predstáv, ale v skutočnosti tentoraz nikto nezomrel.

Dôležitý je výsledok v praxi. Vďaka tomu, že sme si mohli takýto náročný výjazd „nanečisto“ vyskúšať, sme identifikovali svoje chyby, odstránili nedostatky a poučili sa z nich. Hlavné posolstvo a význam celého zážitku spočívajú v tom, že ak raz dostaneme takýto typ výjazdu v reálnom živote, už nás nič nezaskočí a budeme naň pripravení na sto percent.“





SPOLUPRÁCA:

PHTLS FIRST RESPONDER

NESTAČÍ BYŤ PRVÝM NA MIESTE – TREBA VEDIEŤ POMÔČŤ

Text a foto:
Beáta Zúborová

KEĎ SA POVIE ZÁCHRANA ŽIVOTA, VÄČŠINA ĽUDÍ SI AUTOMATICKY PREDSTAVÍ NÁS – ZÁCHRANÁROV. REALITA JE VŠAK ČASTO INÁ. PRI DOPRAVNÝCH NEHODÁCH, ÚRAZOCH NA OTVORENÝCH PRIESTRANSTVÁCH ČI INÝCH MIMORIADNYCH UDALOSTIACH BÝVAJÚ NA MIESTE AKO PRVÍ MESTSKÍ POLICAJTI, PRÍSLUŠNÍCI POLICAJNÉHO ZBORU SR ALEBO HASIČI. PRÁVE ICH ROZHODNUTIA A ÚKONY POČAS PRVÝCH, ČASTO ROZHODUJÚCICH MINÚT MÔŽU ZÁSADNE OVPLYVNIŤ ĎALŠÍ OSUD ZRANENÉHO. A PRÁVE PRETO SME SA ROZHODLI ROZŠÍRIŤ VZDELÁVANIE OSTATNÝCH ZLOŽIEK IZS PROSTREDNÍCTVOM CERTIFIKOVANÉHO KURZU PHTLS FIRST RESPONDER.

Rozsah a obsah kurzu sú presne stanovené medzinárodnými štandardmi NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians), ktoré predstavujú celosvetovo uznávaný rámec vzdelávania v prednemocničnej neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V spojení so špecifickým zameraním na príslušníkov zložiek IZS – profesionálov, ktorí sa k zranenému dostávajú ako prví – vzniká výcvik, ktorý presahuje rámec bežného kurzu prvej pomoci a pripravuje účastníkov na spoluprácu pri reálnych zásahoch.

Cieľom kurzu nie je vytvárať zo zasahujúcich zdravotníkov. Jeho ambíciou je pripraviť príslušníkov ostatných zložiek IZS na situácie, v ktorých sú pri zranenom skôr ako my. Aby rozumeli princípom prednemocničnej neodkladnej zdravotnej starostlivosti a oboznámili sa s vybranými časťami materiálno-technického vybavenia našich posádok. Vďaka tomu budú pri koordinovanom zásahu schopní poskytnúť pomoc, prirodzene sa zapojiť do spoločného postupu a efektívne spolupracovať pri poskytovaní pomoci zranenému.

Neučíme ich robiť našu prácu. Učíme ich byť našimi partnermi – od prvých, rozhodujúcich minút až po plynulú odovzdanie pacienta do našej starostlivosti.



Prvý kurz absolvovali príslušníci Pohotovostnej ochrannej jednotky Mestskej polície Košice ako vôbec prví mestskí policajti na Slovensku. Nebol to len ďalší odborný kurz. Bol to začiatok spoločného jazyka medzi zložkami, ktoré pri zásahoch pravidelne spolupracujú.

Teóriu sme od začiatku prepájali s praxou, pracovali s realistickými scenármi, riešili modelové situácie a učili sa postupovať ako jeden tím. Atmosféra kurzu bola otvorená, partnerská a založená na vzájomnej dôvere. Ako hneď v úvode zdôraznil Peter Sedláček: „*Neexistuje hlúpa otázka. Hlúpe je odísť z kurzu s neistotou, ktorá vám raz môže zabrániť pomôcť. Nebojte sa preto pýtať.*“

Ako počas záverečného hodnotenia povedala Simona Juhásová: „*Kurz je o tom, aby sa vedomosti a postupy ukotvili aby ste si ich mohli bezpečne vyskúšať skôr, ako ich budete raz potrebovať v skutočnej situácii.*“ Najväčšou hodnotou kurzu napokon neboli len nové vedomosti a zručnosti, ale spoločné porozumenie medzi ľuďmi, ktorí pri zásahoch často stoja bok po boku.

First responder nie je náhradou záchranára. Je partnerom v najdôležitejších minútach pred naším príchodom. Ak všetky zložky rozumejú rovnakým princípom, používajú spoločný jazyk a dokážu spolupracovať ako jeden tím, najväčší prínos z toho má vždy pacient.

Veríme, že práve v tom spočíva budúcnosť integrovaného záchranného systému – nie v tom, aby jednotlivé zložky pracovali vedľa seba, ale aby prirodzene spolupracovali.

A presne o tom je PHTLS First Responder.



Každý dobrý kurz stojí na kvalitnom obsahu. Výnimočný kurz však robia ľudia. Preto na záver patrí jedno veľké poďakovanie našej vzdelávacej partii – skutočnému crème de la crème. Ďakujeme za profesionalitu, ľudský prístup a atmosféru, v ktorej sa aj tie najnáročnejšie témy učia s ľahkosťou. A áno... kto ich pozná, vie, že popri algoritmoch a odborných postupoch vzniká na kurzoch aj množstvo interných hlášok, pohotových poznámok a úsmevných momentov. Tie síce do učebných osnov nepatria, no neodmysliteľne patria k tímovému duchu, ktorý vytvárajú naši kolegovia. A práve vďaka nim sa z dobrého kurzu stáva výnimočný. Ďakujeme!



FAMILY DAY

Text:
Beáta Zúborová

Foto:
Terézia Kopcová

NAJLEPŠIE REPORTÁŽE NIEKEDY NEPIŠU REDAKTORI. VZNIKAJÚ SPONTÁNNE – DETSKÝMI OČAMI A DETSKÝMI SLOVAMI. PÔVODNE SME CHCELI NAPÍSAŤ, AKÝ BOL NÁŠ PRVÝ FAMILY DAY. POTOM PRIŠIEL STRIH VIDEA A NAHRÁVOK DETSKÝCH ODPOVEDÍ. SPOLU S NÍM VÝROKY, KTORÉ ZAZNIEVALI POČAS CELÉHO DŇA. A BOLO JASNÉ, ŽE LEPŠIE BY SME ATMOSFÉRU PODUJATIA AJ TAK NEOPÍSALI. BOL TO DEŇ PLNÝ SMIECHU, PENY, BLIKAJÚCICH MAJÁKOV, VEĽKÝCH HASIČSKÝCH NOŽNÍC AJ ODVÁŽNYCH PLÁNOV STAŤ SA ZÁCHRANÁROM, HASIČOM ČI POLICAJTM – ALEBO POKOJNE VŠETKÝM NARAZ. A HLAVNE DEŇ, KTORÝ NÁM OČAMI DETÍ PRIPOMENUL, PREČO JE SVET ZÁCHRANÁROV TAKÝ VÝNIMOČNÝ. KEĎ TOTIŽ NIEKTO POVIE, ŽE „MAJÁKY ROBIA SANITKU RÝCHLEJŠOU“, ŽE „BUBLINKY BOLI VŠADE“ ALEBO ŽE „INJEKCIE NECH PICHÁ NIEKTO INÝ“, JE JASNÉ, ŽE TEN DEŇ ZANECHAL PRESNE TAKÚ STOPU, AKÚ SME SI ŽELALI. NASLEDUJÚCE MOMENTKY A ÚPRIMNÉ DETSKÉ VÝROKY SÚ TOU NAJKRAJŠOU REPORTÁŽOU Z PRVÉHO SPOLOČNÉHO FAMILY DAY – PODUJATIA, KTORÉ VZNIKLO VĎAKA SPOLUPRÁCE S HAZZ KOŠICE, ĎALŠÍMI ZLOŽKAMI IZS A NAŠIMI PARTNERMI. UKÁZALO, ŽE #SPOLUSILNEJŠÍ NIE JE LEN MOTTO. JE TO SPOLUPRÁCA, KTORÚ ŽIJEME KAŽDÝ DEŇ – A TENTORAZ SME JU MOHLI UKÁZAŤ AJ NAŠIM NAJBLIŽŠÍM.

„NAJVIAC SA MI PÁČIL MASKOVANÝ LUPIČ, ČERVENÝ DYM, PENOVÁ SHOW
A ASI VŠETKO SA MI PÁČILO.“

„BUBLINKY BOLI VŠADE. NIEKTORÉ SOM AJ ZJEDLA.“

„ASI BY SOM CHCEL BYŤ HASIČ. ALE CHODIL BY SOM LEN TAM, KDE NEBUDE VEĽKÝ OHEŇ.“

„MAJÁKY ROBIA SANITKU RÝCHLEJŠOU... ASPOŇ SI TO MYSLÍM.“

„POLICAJT SA MI NAJVIAC PÁČILI. DRŽAL SOM AJ OZAJSTNÝ SAMOPAL V RUKE.
TO SOM EŠTE NIKDY NEZAŽIL.“

„JA CHCEM BYŤ ZÁCHRANÁR... ALE INJEKCIE NECH PICHÁ NIEKTO INÝ.“

„HASIČI MALI TAKÉ VEĽKÉ NOŽNICE. TAKÝMI BY SA DALI OSTRIHAŤ AJ DINOSAURY.“

„PÁČILI SA MI PSÍKY. BOLI POSLUŠNÉ A VEĽMI ZLATÉ.
AJ MÔJ BRAT BY MOHOL BYŤ TAKÝ.“

„JA SOM BOL CELÝ OD PENY. CHCEL BY SOM, ABY TÁ PENOVÁ ŠOU BOLA EŠTE DLHŠIA!“

„CHCEL SOM NÁJSŤ EŠTE JEDNU NÁBOJNICU, ABY ICH BOLO DESAŤ. DEVÄŤ JE ČUDNÉ ČÍSLO.“

„PENA BOLA AŽ PO KOLENÁ! KEBY BOLA AŽ PO HLAVU,
BOLO BY TO EŠTE LEPŠIE... ALE MAMA POVEDALA, ŽE NIE.“

„JA BY SOM CHCEL BYŤ POLICAJT, HASIČ, POTOM ZÁCHRANÁR... ASI BUDEM VŠETKO NARAZ.“



ĎAKUJEME VŠETKÝM ZA SKVELÚ ATMOSFÉRU!









SPOLUPRÁCA:

SPOLOČNÁ REČ: EKG V PREDNEMOCNIČNEJ PRAXI

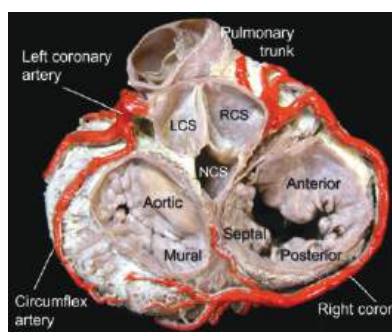
Text: Andrea Chlebovská, Miloš Šimurda, Beáta Zúborová

Členovia školiaceho tímu: Andrea Chlebovská, Martin Fedor, Lukáš Plachý, Miloš Šimurda (Arytmologické oddelenie, Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Košice), Mikuláš Huňavý (Kardiologické oddelenie, Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Košice).

Foto: archív VÚSCH, a.s., archív ZSKE

RASTÚCI POČET PACIENTOV S KARDIOVASKULÁRNymi OCHORENiami A ČORAZ ŠIRŠIE SPEKTRUM EKG NÁLEZOV, S KTORÝMI SA AKO POSÁDKY ZZS STRETÁVAME V KAŽDODENNEJ PRAXI, ZDÔRAŽŇUJÚ VÝZNAM PRIEBEŽNÉHO ODBORNÉHO VZDELÁVANIA, ZDIEĽANIA SKÚSENOSTÍ A ÚZKEJ SPOLUPRÁCE MEDZI PREDNEMOCNIČNOU A NEMOCNIČNOU ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU. HOCI MÁME K DISPOZÍCII CDS MODUL AJ MOŽNOSŤ KONZULTÁCIE PROSTREDNÍCTVOM KARDIOLOGICKEJ HOTLINE, MNOHÉ KLINICKÉ SITUÁCIE SI VYŽADUJÚ ISTOTU VO VLASTNEJ INTERPRETÁCII EKG A SPRÁVNOM ROZHODOVANÍ UŽ V PREDNEMOCNIČNEJ STAROSTLIVOSŤI. PRÁVE PRETO VZNIKLA SPOLUPRÁCA S ARYTMOLOGICKÝM ODDELENÍM VÝCHODOSLOVENSKEHO ÚSTAVU SRDCOVÝCH A CIEVNYCH CHORÔB (VÚSCH), KTORÁ JE ZALOŽENÁ NA PARTNERSTVE DVOCH ODBORNÝCH TÍMOV – POSÁDKOZS A NEMOCNIČNÉHO PRACOVISKA. PROSTREDNÍCTVOM VZÁJOMNÉHO ZDIEĽANIA SKÚSENOSTÍ A SPOLOČNÉHO ODBORNÉHO VZDELÁVANIA SPOLOČNE PRISPIEVAME K ZVYŠOVANIU KVALITY STAROSTLIVOSŤI O NAŠICH PACIENTOV.

V úvodnom bloku sme sa vrátili k základom. Veď, ako sa hovorí, opakovanie je matkou múdrosti – a v medicíne to platí bez ohľadu na počet rokov praxe či odbornosť. „Ak chceme správne interpretovať EKG, musíme rozumieť tomu, čo vlastne na zázname vidíme,“ zaznelo hneď v úvode. Na teoretický úvod nadviazala praktická časť. Účastníci pokračovali v štyroch tematických workshopoch, ktoré boli zamerané na najčastejšie EKG nálezy a situácie, s ktorými sa posádky ZZS stretávajú v každodennej praxi. V tomto článku prinášame stručné zhrnutie hlavných poznatkov z úvodnej prednášky aj jednotlivých workshopov ako podklad na ďalšie vzdelávanie a opakovanie problematiky EKG v prednemocničnej starostlivosti.



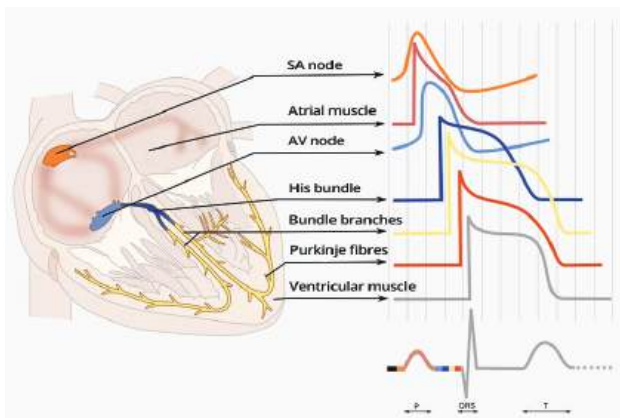
Obrázok č. 1

ANATÓMIA SRDCA

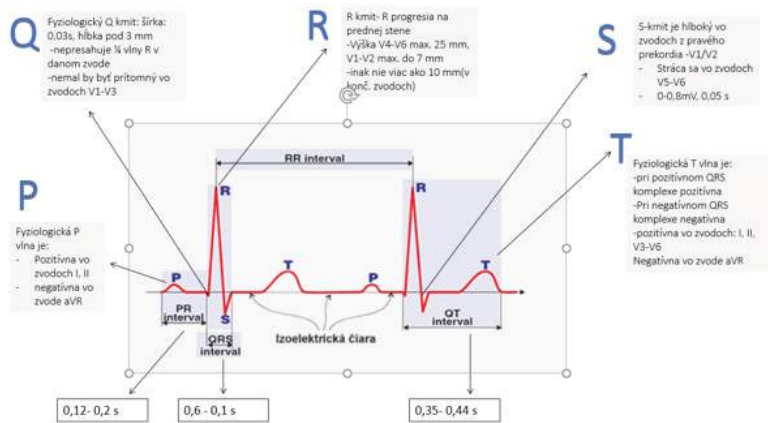
DUTÝ NEPÁROVÝ SVALOVÝ ORGÁN ULOŽENÝ V DOLNOM STREDNOM MEDIASTÍNE ZA HRUDNOU KOSTOU A REBRAMI. PO JEHO BOKOCH SA NACHÁDZAJÚ PRÁVE A ĽAVÉ PĽÚCA, ZDOLA JE OHRANIČENÉ BRÁNICOU A ZOZADU ORGÁNMI ZADNÉHO MEDIASTÍNA. ZÁSOBNIE SRDCA KRVOU ZABEZPEČUJÚ PRÁVÁ A ĽAVÁ KORONÁRNA TEPNA, KTORÉ ODSŤUPUJÚ Z AORTY (OBRÁZOK Č.1). ZÁKLADNÝ PREVODOVÝ SYSTÉM SRDCA TVORÍ SINOATRIÁLNY UZOL, ATRIOVENTRIKULÁRNY UZOL, HISOV ZVÁZOK, PRÁVE A ĽAVÉ TAWAROVE RAMIENKO A PURKYŇOVE VLÁKNA.

ZÁKLADY EKG A PREVODOVÉHO SYSTÉMU

JEDNOU ZO ZÁKLADNÝCH VLASTNOSTÍ BUNIEK PREVODOVÉHO SYSTÉMU JE SCHOPNOSŤ VYTVÁRAŤ VZRUCH. TEN VZNIKÁ ZMENOU POKOJOVEJ ROVNOVÁHY (ZMENOU POLARITY) NA MEMBRÁNE BUNKY. TÚTO ZMENU SPÔSOBUJE ŠÍRIACE SA ELEKTRICKÉ NAPÄTIE, KTORÉ MENÍ AKTIVITU NAPÄŤOVO RIADENÝCH KANÁLOV. KAŽDÁ ŠTRUKTÚRA PREVODOVÉHO SYSTÉMU MÁ INÉ VLASTNOSTI, A TÝM AJ INÝ AKČNÝ POTENCIÁL (OBRÁZOK Č. 2). ŠTANDARDNÉ EKG VYŠETRENIE VYUŽÍVA 10 ELEKTROD NA VYTVORENIE 12 ZVODOV. ZVOD JE VIRTUÁLNY „UHOL POHLADU“ ALEBO ELEKTRICKÁ OS MEDZI DVOMA ELEKTRODAMI. Z 10 ELEKTROD TEDA PRÍSTROJ MATEMATICKY A FYZIKÁLNE VYTVORÍ 12 RÔZNYCH POHLADOV NA SRDCE (12 ZVODOV). VÝSLEDOK JE GRAFICKY ZOBRAZENÝ NA PAPIERI ALEBO MONITORE. FYZIOLOGICKÉ EKG POZOSTÁVA Z P VLNY, QRS KOMPLEXU, T VLNY A NIEKEDY AJ U VLNY V TRVANÍ, AKO JE UVEDENÉ NA OBRÁZKU Č. 3. MEDZI JEDNOTLIVÝMI KMITMI A VLNAMI JE FYZIOLOGICKY IZOELEKTRICKÁ LÍNIA. FYZIOLOGICKÁ SRDCOVÁ FREKVENCIA SA POHYBUJE V ROZMEDZÍ 60 – 100 ÚDEROV ZA MINÚTU. VEĽMI ZJEDNODUŠENE POVEDANÉ POTVRDZUJE PRÍTOMNOSŤ JEDNEJ P VLNY PRED KAŽDÝM QRS KOMPLEXOM FYZIOLOGICKÝ – SÍNUSOVÝ RYTMUS.



Obrázok č. 2



Obrázok č. 3

Po zopakovaní teoretických základov nasledovala praktická časť seminára. Účastníci pracovali v tematických skupinách kde si prostredníctvom reálnych EKG záznamov precvičili rozpoznávanie najčastejších porúch srdcového rytmu, problematiku implantovaných zariadení, ako aj diagnostiku akútnych koronárnych syndrómov.

WORKSHOP 1: BRADYKARDICKÉ PORUCHY SRDCOVÉHO RYTMU

Pri srdcovej frekvencii nižšej ako 60 za minútu (resp. tolerujú sa frekvencie do 50/min) hovoríme o bradykardii. Bradykardické poruchy srdcového rytmu môžu byť na podklade:

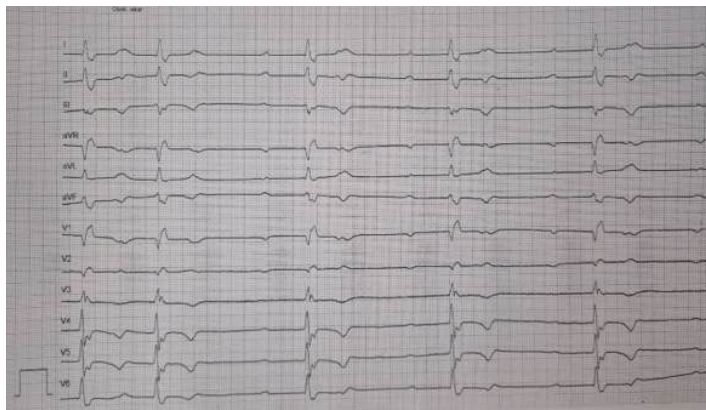
- **poruchy tvorby vzruchu** – sínusová bradykardia,
- **poruchy vedenia vzruchu** – I. stupňa, II. stupňa: typ Wenckebach alebo typ Mobitz, AV blokády vyššieho stupňa – napr. AV blokáda 3 : 1, 4 : 1, AV blokáda III. stupňa známa aj ako kompletná AV blokáda,
- **syndrómu chorého sínusu** (špeciálna bradykardická porucha charakterizovaná poruchou funkcie sínusového uzla. Môže sa prejavovať izolovanou sínusovou bradykardiou alebo tachy-brady formou, keď po konverzii predsieňovej poruchy srdcového rytmu – napr. flutteru alebo fibrilácie predsiení – na sínusový rytmus dochádza ku krátkodobému zastaveniu sínusového uzla).

PRÍKLAD

AV blokáda II. stupňa 2:1

Informácie o manažmente vychádzajú z Odporúčaní Európskej resuscitačnej rady z roku 2025:

Bradykardia u dospelého – algoritmus.



Obrázok č. 4

WORKSHOP 2: TACHYKARDICKÉ PORUCHY SRDCOVÉHO RYTMU

Poruchy srdcového rytmu s frekvenciou komôr vyššou ako 100/min radíme k tachykardickým poruchám srdcového rytmu. Základným rozdelením je rozdelenie na supraventrikulárne a komorové tachykardie. Na základe šírky QRS komplexu vieme tachykardie rozdeliť na úzkokomorové (do 120 ms) a širokokomorové (nad 120 ms).

ZÁKLADNÉ ÚZKOKOMPLEXOVÉ PREDSIŇOVÉ TACHYKARDIE:

- **pravidelné úzkokomplexové tachykardie:** sínusová tachykardia, AV-nodálna reentry tachykardia, AV-reentry tachykardia, ako aj flutter predsiení s pravidelným prevodom na komory,
- **nepravidelné úzkokomplexové tachykardie:** fibrilácia predsiení, flutter predsiení s nepravidelným prevodom na komory.

ŠIROKOKOMPLEXOVÉ TACHYKARDIE

Do tejto skupiny zaraďujeme **komorovú tachykardiu** a **komorovú fibriláciu**. Komorovú tachykardiu delíme na *nepretrvávajúcu* (nad 3 komorové údery, trvajúca max. 30 sekúnd) a *pretrvávajúcu* (trvajúcu viac ako 30 sek.). Špeciálnym typom komorovej tachykardie je arytmičná búrka, ktorá je definovaná ako 3 a viac epizód komorovej tachykardie vyžadujúce terapiu v priebehu 24 hodín.

Komorové tachykardie delíme aj podľa morfológie QRS komplexov na monomorfné a polymorfné. Komorová tachykardia typu Torsade de Pointes je polymorfná, život ohrozujúca tachykardia, rýchlo degradujúca do komorovej fibrilácie, prejavujúca sa typickým zväčšovaním a zmenšovaním amplitúdy QRS komplexov. Príkladom širokokomplexovej supraventrikulárnej tachykardie je napr. život ohrozujúca tzv. FBI tachykardia (fast broad irregular). Ide o fibriláciu predsiení vedenú na komory akcesórnou dráhou (obrázok č. 5). Iným príkladom širokokomplexovej tachykardie je fibrilácia predsiení (alebo iná supraventrikulárna tachykardia) pri už existujúcom bloku pravého alebo ľavého Tawarovho ramienka.

PRÍKLAD

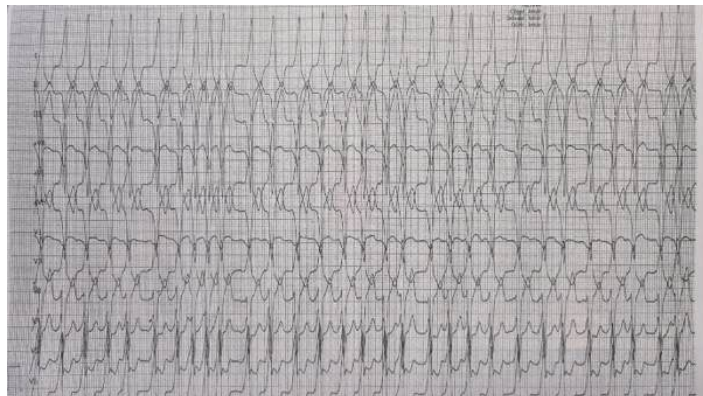
Život ohrozujúca tzv. FBI tachykardia (fast broad irregular).



Manažment tachykardických porúch srdcového rytmu závisí od prítomnosti, respektíve neprítomnosti znakov nestability.

Viac informácií v Odporúčaniach Európskej resuscitačnej rady z roku 2025:

Tachykardia u dospelého – algoritmus.



Obrázok č. 5

WORKSHOP 3: KARDIOSTIMULÁTORY – ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE

V súčasnosti delíme **aktívne intrakardiálne implantáty** (cardiac implantable electronic devices – CIED) na **dočasné** a **trvalé** kardiostimulátory. *Dočasné kardiostimulátory* pozostávajú z jednej pravokomorovej elektródy a externého kardiostimulátora, ktorý je fixovaný na povrchu tela pacienta. *Trvalé kardiostimulátory* môžu byť jedno-, dvoj- alebo trojdutinové podľa miesta implantovaných elektród. Samotný kardiostimulátor je implantovaný pod kožu pacienta, najčastejšie pod ľavú kľúčnu kosť.

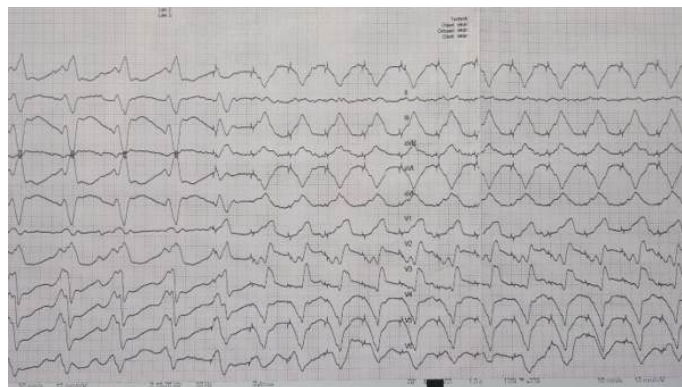
Pri *jednodutinových kardiostimulátoroch* sa elektróda implantuje do pravej predsene (v súčasnosti skôr raritne) alebo do pravej komory. Pri *dvojduťinových kardiostimulátoroch* je jedna elektróda implantovaná do pravej predsene a druhá do pravej komory. Pri *trojdutinových kardiostimulátoroch* (známych aj ako biventrikulárne kardiostimulátory) sa tretia elektróda zavádza do koronárneho sínusu, odkiaľ stimuluje ľavú komoru z jej povrchu. Funkciou týchto prístrojov je resynchronizácia oboch komôr (CRT – cardiac resynchronization therapy), preto sa označujú aj ako biventrikulárna stimulácia. Využívajú sa najmä u pacientov so srdcovým zlyhávaním, zníženou funkciou komory pri súčasnej prítomnosti bloku Tawarovho ramienka, najčastejšie ľavého.

Špeciálnym typom implantovateľného zariadenia je **implantovateľný kardioverter-defibrilátor (ICD)**, ktorého úlohou je ukončenie malígnych komorových porúch srdcového rytmu, (komorovej tachykardie a komorovej fibrilácie) a to buď tzv. antitachykardickou terapiou (obrázok č. 6) (stimulácia vyššou frekvenciou ako je aktuálna frekvencia komorovej tachykardie) alebo podaním elektrického výboja. Novším typom kardiostimulátorov sú **bezelektrodové kardiostimulátory**, ktoré nevyžadujú implantáciu elektród.

Pri kontraindikácii implantácie ICD žilovou cestou je možné implantovať podkožný ICD (S-ICD, subcutaneous ICD), pri ktorom je elektróda uložená pod kožou paralelne s hrudnou kosťou, alebo extražilový ICD (EV-ICD, extravascular ICD), pri ktorom sa elektróda zavádza pod hrudnú kosť. Ide o malý podkožný záznamník EKG, ktorý môže zostať implantovaný niekoľko rokov a slúži na dlhodobé monitorovanie srdcového rytmu.

PRÍKLAD

EKG záznam antitachykardickej terapie implantovateľného kardiovertera-defibrilátora (ICD).



Obrázok č. 6

WORKSHOP 4: EKG PRI STEMI A PLŮCNEJ EMBÓLIÍ

STEMI (ST - elevation myocardial infarction), teda infarkt myokardu s eleváciami ST segmentu, patrí medzi najčastejšie diagnózy, s ktorými sa v prednemocničnej zdravotnej starostlivosti stretávame. Elevácie ST segmentu predstavujú zvýšenie ST segmentu nad izoelektrickú líniu v bode J v dvoch susedných zvodoch. Za významné sa považujú elevácie $\geq 0,1$ mV vo všetkých zvodoch okrem V2 – V3, kde je výška elevácií závislá aj od veku: ŽENY elevácie $\geq 0,15$ mV; MUŽI nad 40 rokov: elevácie $\geq 0,20$ mV, do 40 rokov: elevácie $\geq 0,25$ mV.

LOKALIZÁCIU UZÁVERU KORONÁRNEJ TEPNY VIEME ROZDELIŤ PODĽA LOKALIZÁCIE ST ELEVÁCIÍ NA EKG:

Lokalizácia infarktu (STEMI)	Elevácie ST (priame známky)	Recipročné zmeny (zrkadlové znaky)
Spodná (inferiórna) stena	II, III, aVF	I, aVL (a často V5-V6)
Predná (anteriórna) stena	V1 - V4	II, III, aVF
Bočná (laterálna) stena	I, aVL	II, III, aVF
Zadná (posteriórna) stena	V7 - V9 (vyžaduje zadné zvody)	V1 - V4 (ST depresie)

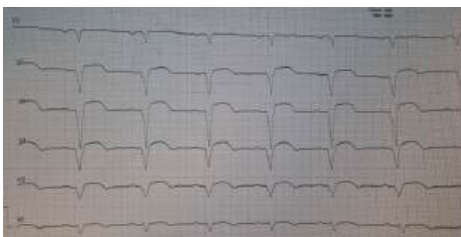
Okrem klasických ST elevácií patria medzi vysokorizikových pacientov aj pacienti s EKG nálezom tzv. STEMI ekvivalentov. Patria k nim De Winterove vlny, Wellensov syndróm, novovzniknutý blok ľavého Tawarovho ramienka, Sgarbossove kritériá pri známom bloku ľavého Tawarovho ramienka alebo EKG obraz uzáveru hlavného kmeňa ľavej koronárnej artérie. Neodmysliteľnou pomôckou pri vyhodnocovaní EKG, najmä pri infarktoch myokardu s eleváciami ST segmentu, je aj aplikácia PMcardio.

PRÍKLAD

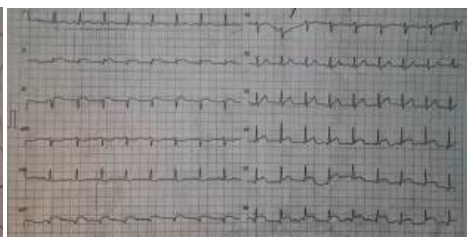
EKG záznamy infarktu myokardu s eleváciami ST segmentu (STEMI) prednej stený sú uvedené na obrázkoch č. 7.1 a 7.2 (rovnaký pacient), STEMI spodnej a bočnej stený je zobrazený na obrázku č. 8.



Obrázok č. 7.1



Obrázok č. 7.2



Obrázok č. 8

Pri pľúcnej embólii neexistuje jeden špecifický EKG nález, ktorý by vedel úplne potvrdiť alebo vyvrátiť pľúcnu embóliu. K najčastejším EKG znakom patria sínusová tachykardia, SIQIIIITI typ, vznik blokády pravého Tawarovho ramienka, deviácia srdcovej osi doprava, ako aj EKG známky preťaženia pravej komory.

Prvý spoločný seminár nám potvrdil, že správna interpretácia EKG nevychádza iba zo znalosti jednotlivých kriviek, ale z porozumenia ich fyziologickým súvislostiam a schopnosti uplatniť tieto poznatky pri konkrétnych klinických situáciách. Práve prepájanie skúseností z prednemocničnej a nemocničnej zdravotnej starostlivosti umožňuje zdieľať osvedčené postupy, rozvíjať odborné kompetencie a zvyšovať kvalitu starostlivosti o pacientov. Od jesene budeme v spoločnom vzdelávaní ZSKE a VÚSCH pokračovať. Veríme, že sa k nám pridáte aj vy a využijete príležitosť na odbornú diskusiu, výmenu skúseností a prehľbovanie spoločnej „reči srdca – EKG“.

ZOZNAM ZDROJOV:

- BLAHÚT, Peter. EKG & Arytmológia [online]. TECHMED, 2023 [cit. 2026-06-30]. Dostupné na: <https://www.techmed.sk/ekg-a-arytmologia-kniha/>
- CABRERA, José Ángel a Damián SÁNCHEZ-QUINTANA. Cardiac Anatomy Atlas [online]. [cit. 2026-06-30]. Dostupné na: <https://cardiacanatomyatlas.com/>
- EKGbook.com [online]. c2026 [cit. 2026-06-30]. Dostupné na: <https://ekgbook.com/>
- GREIF, Robert et al. ERC Guidelines 2025: Executive Summary. Resuscitation. 2025, roč. 215, suppl. 1, art. no. 110770. ISSN 0300-9572. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2025.110734.
- HODOSY, Júlíus et al. EKG v praktickom živote = ECG in Real Life [online]. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2017 [cit. 2026-06-30]. ISBN 978-80-223-4309-1. Dostupné na: <http://www.imbm.sk/wp-content/uploads/2017/03/ekg-skripta-1.pdf>
- PAZDERNÍK, Michal. Základy EKG [online]. Prague ICU: ECG Academy, 2026 [cit. 2026-06-30]. Dostupné na: <https://www.pragueicu.com/ecg-academy/zaklady-ekg>



CAVE!

LEBO NIEKEDY ROZHODUJE MALIČKOSŤ

Text:
Beáta Zúborová

Foto:
Peter Ferdinandy

Na sociálnych sieťach dnes vzniká množstvo kvalitného obsahu o zdraví, prvej pomoci či prevencii. Tvoria ho naši kolegovia z radov rôznych poskytovateľov, odborné spoločnosti, ostatné zložky IZS aj jednotlivci, ktorých cieľom je odovzdávať verejnosti užitočné informácie. A robia to dobre. Takáto osveťa má obrovský význam. Každý človek, ktorý sa naučí správne reagovať v kritической situácii, môže raz rozhodnúť o záchrane ľudského života.

Ako štátna organizácia sme si však položili otázku, čím môžeme byť prínosní nielen pre verejnosť, ale aj pre všetkých, ktorí každý deň stoja za záchrannou zdravotnou službou. Nechceli sme opakovať to, čo už funguje. Hľadali sme tému, ktorú môže autenticky priniesť práve ten, kto každý deň vyráža do terénu.

Preto vznikol seriál CAVE!

Z rešpektu k práci v záchrannej zdravotnej službe a z presvedčenia, že ak bude verejnosť lepšie rozumieť podmienkam, v ktorých pracujeme, môže to pomôcť nám všetkým. Keď sa totiž povie záchranná zdravotná služba, väčšina ľudí vidí samotný zásah. Oveľa menej vníma prostredie, do ktorého denne vstupujeme – prostredie, ktoré nepoznáme a v ktorom v krátkom čase robíme rozhodnutia. Práve tam sa odohrávajú situácie, ktoré sa na prvý pohľad zdajú nepodstatné. Pes, ktorý prirodzene chráni svojho majiteľa. Sušiak na úzkej chodbe. Neviditeľné číslo domu. Zamknutá brána. Rozostavaný prístup. Jeden človek, ktorý komunikuje s posádkou. Nie medicínske diagnózy ani odborné postupy, ale každodenná realita našej práce. A práve na ňu chceme upriamiť pozornosť.

Chceme autenticky a bez prikrášľovania hovoriť o tom, čo našu prácu ovplyvňuje, čo ju robí náročnejšou a čo nám naopak dokáže pomôcť.

Neznamená to však, že chceme vytvárať obraz, že každý zásah sprevádzajú komplikácie alebo verejnosť kritizovať. Práve naopak. Denne stretávame množstvo ľudí, ktorí nám pomáhajú a robia všetko pre to, aby sme sa k nim dostali čo najrýchlejšie. Zároveň však vieme, že mnohé situácie nevznikajú zo zlého úmyslu. Jednoducho nemajú možnosť vidieť našu prácu našou optikou.

Preto chceme budovať porozumenie. Vysvetľovať, prečo niektoré veci robíme, aké sú limity našej práce a prečo aj zdanlivo nepodstatné maličkosti môžu vo chvíľach, keď ide o pomoc, znamenať veľký rozdiel.

Aj preto nesie seriál názov CAVE! – latinské slovo s významom „Pozor. Daj si pozor. Nezabudni.“

Je pozvaním pozrieť sa na zásah očami záchranára. Cez prostredie, spoluprácu, rešpekt a každodennú realitu, ktorá sa do správ ani na sociálne siete často nedostane. Ak sa nám podarí, aby si po prečítaní jedného dielu niekto nabudúce zabezpečil psa, uvoľnil chodbu, rozsvietil svetlo pred domom alebo povedal operátorovi o komplikovanom prístupe, nebude to preto, že sme ho poučili.

Bude to preto, že na chvíľu videl našu prácu očami záchranára.

CAVE vzniklo z rešpektu k našej práci. Veríme, že lepšie porozumenie vedie k väčšiemu rešpektu k práci každého z nás. A práve o tom je aj tento seriál. Budeme radi, ak ho budete tvoriť a zdieľať spolu s nami a stanete sa jeho súčasťou.

#ZACHRANARSKECAVE

KOMUNIKÁCIA NIE JE DOPLNKOM MEDICÍNY,
ALE JEJ NEODDELITEĽNOU SÚČASŤOU.
VRÁŤME DO NEJ TROCHU NOBLESY.

ZO SVETA URGENTU

ZÁCHRANKA AKO KOMUNIKAČNÉ ELDORÁDO

Text:
Beáta Zúborová, Martin Hlubek

Foto:
Peter Ferdinandy

ELDORÁDO JE BÁJNA KRAJINA HOJNOSTI A VYTÚŽENÝ CIEĽ. NÁŠ KOLEGA, MUDr. MARTIN HLUBEK, TENTO POJEM POUŽIL V TROCHU INOM VÝZNAMÉ – AKO METAFORU PROSTREDIA, V KTOROM KOMUNIKÁCIA ZOHRÁVA ZÁSADNÚ ÚLOHU KAŽDÚ MINÚTU SLUŽBY. „V ZZS PÔSOBÍM 31 ROKOV. BUDEM ROZPRÁVAŤ TAK, AKO TO CÍTIM A AKO TO VIDÍM,“ ZAZNELO V ÚVODE JEHO PREZENTÁCIE NA XVI. STREDOEURÓPSKOM KONGRESE URGENTNEJ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTROF. NA ODBORNÝCH PODUJATIACH ČASTO DOMINUJÚ TÉMY O NOVÝCH POSTUPOCH, TECHNOLOGIÁCH ČI MEDICÍNSKÝCH ALGORITMOCH. JEHO PRÍSPEVOK VŠAK OTVORIL TÉMU, KTORÁ NEMÁ SVOJU MERATEĽNÚ VELIČINU A NEDÁ SA ZACHYTIŤ NA MONITORE ANI V EKG KRIVKE. NAPRIEK TOMU ZÁSADNE OVPLYVŇUJE KVALITU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI AJ FUNGOVANIE TÍMU – KOMUNIKÁCIU. A PRÁVE SKÚSENOSŤ ČLOVEKA, KTORÝ V ZZS PÔSOBÍ VIAC AKO TRI DESAŤROČIA, DÁVA JEHO SLOVÁM MIMORIADNU VÁHU.

PO 31 ROKOCH V ZZS SA ČLOVEK NA „ELDORÁDO“ ASI POZERÁ TROCHU REALISTICKEJŠIE NEŽ NA ZAČIATKU KARIÉRY. VY STE VŠAK ZÁCHRANKU NAZVALI KOMUNIKAČNÝM ELDORÁDOM. PREČO?

Pretože komunikácia je v záchrannej službe úplne všade. Komunikujeme v rámci posádky, s pacientom, s príbuznými, s operačným strediskom, s políciou, hasičmi aj pri odovzdávaní pacienta v nemocnici. Nedá sa nekomunikovať. Keď sa stretnú dvaja ľudia, komunikácia už prebieha – verbálne aj neverbálne. ZZS je veľmi špecifické prostredie. Máme krátky čas, stres, tlak na rozhodovanie a často aj emočne náročné situácie. A práve tam sa ukáže, aká dôležitá komunikácia naozaj je.

ČO JE PODĽA VÁS V KOMUNIKÁCII POČAS ZÁSAHU NAJDÔLEŽITEJŠIE?

Jednoduchosť a presnosť. Čím je situácia komplikovanejšia, tým jednoduchšia má byť komunikácia.

Pri resuscitácii nemá priestor verbálna vata. Nemá zmysel hovoriť: „Mohli by sme podať adrenalín?“ Správne má zaznieť: „Adrenalín 1 mg intravenózne teraz.“ A spätná väzba: „Adrenalín 1 mg podaný.“

To isté platí pri akomkoľvek výkone. Jasné príkazy, pokojný hlas a spätná väzba. Menej priestoru na domnienky znamená menej priestoru na chyby.

ČASTO MÁME POCIT, ŽE SME INFORMÁCIU POVEDALI JASNE. VY VŠAK ZDÔRAZŇUJETE, ŽE DÔLEŽITÉ JE NAJMÄ TO, ČO DRUHÝ ČLOVEK NAOZAJ POCHOPI. PLATÍ TO V ZZS EŠTE VIAC?

Určite áno. My si často myslíme, že sme informáciu povedali jasne, ale dôležité je, čo z nej ten druhý naozaj pochopil. Platí to v posádke aj pri pacientovi. Preto je spätná väzba taká dôležitá. Či už pri resuscitácii, alebo pri komunikácii s rodinou. Veľa chýb nevzniká zo zlého úmyslu, ale z nedorozumenia.

HOVORÍTE, ŽE DO KAŽDÉHO VÝJAZDU TREBA ÍŠŤ „S ČISTÝM LISTOM PAPIEROM“. PREČO JE TO TAKÉ DÔLEŽITÉ?

Sadnete do sanitky a ešte pred príchodom na miesto počujete: „*Toho poznáme, to je alkoholik, epileptik, neberie lieky...*“ A človek si podvedome vytvorí obraz pacienta ešte pred vyšetrením. Lenže aj „známy alkoholik“ môže mať infarkt alebo cievnu mozgovú príhodu. Preto hovorím, že do každého výjazdu treba ísť s čistým listom papiera.

JE KOMUNIKÁCIA NA MIESTE ZÁSAHU NIEKEDY AJ O TOM VEDIEŤ UPRATAŤ CHAOS?

Určite áno. Často prídeme do bytu a okolo pacienta stojí päť ľudí, z ktorých polovica ani nevie, čo sa stalo. Vtedy je dôležité upokojiť situáciu a vytvoriť priestor na prácu posádky. Aj to je súčasť komunikácie.



**PAČIENT NIE JE INFARKT.
JE TO ČLOVEK S INFARKTOM.**

NA ČO PODĽA VÁS ZDRAVOTNÍCI V KOMUNIKÁCIÍ S PACIENTOM NAJČASTEJŠIE ZABÚDAJÚ? A ČO ZNAMENÁ „HOVORIŤ REČOU ICH KMEŇA“?

Na to, že pre nás môže byť situácia rutina, ale pre pacienta je to často jeden z najťažších momentov života. Preto je dôležité nielen to, čo robíme, ale aj ako to robíme. Pacient nemá byť pasívnym objektom, ale súčasťou toho, čo sa deje. Aj pri jednoduchom výkone treba vysvetliť, čo ideme robiť a prečo. A rovnako dôležitý je rešpekt. Často používame medicínsky žargón alebo pacienta depersonalizujeme. Hovoríme: „*Doviezli sme infarkt.*“ Nie. Doviezli sme človeka s infarktom. To je veľký rozdiel. A práve preto hovorím aj o potrebe „hovoriť rečou ich kmeňa“. Inak komunikujete s kolegom lekárom, inak s vysokoškolsky vzdelaným človekom a inak s človekom, ktorý je v strese, bojí sa alebo má nižšie porozumenie zdravotným informáciám. Nejde o zjednodušovanie človeka. Ide o to, aby nám rozumel. Lebo ak pacient nerozumie, vzniká neistota, strach a často aj konflikt.

PAMÄTÁTE SI SITUÁCIU, KEĎ KOMUNIKÁCIA POMOHLA AJ VÁM MOŽNO VIAC NEŽ SAMOTNÝ VÝKON?

Komunikácia sama osebe nepomáha, je to doplnok výkonu. Niekedy nie je žiaden výkon. Len komunikácia. A vtedy sa komunikácia stáva výkonom

V DISKUSII STE POVEDALI VEĽMI SILNÚ VETU: V SANITKE SME TRIO. KAŽDÝ FALOŠNÝ TÓN VEĽMI POČUŤ. ČO PODĽA VÁS ROBI Z POSÁDKY DOBRÝ TÍM?

V sanitke sa nikto neschová. Sme tam dvaja alebo traja a každý presne vidí, ako ten druhý reaguje, komunikuje, zvláda stres či pracuje pod tlakom. Keď komunikácia nefunguje, veľmi rýchlo sa to prejaví. Preto je dôležitá nielen odbornosť, ale aj dôvera medzi členmi posádky. Aby človek vedel, že sa môže na kolegov spoľahnúť. Čím lepšia je komunikácia, tým menej vzniká chaosu, stresu a situácií typu „*myslel som, že...*“

ZOSTALA VÁM V PAMÄTI VETA VAŠEJ PRIMÁRKY: ČOHO SA BOJÍŠ, KEĎ SI SO MNOU? ČO VÁS NA NEJ NAUČILA?

V jednej vete povedala všetko o líderstve. Dobrý líder nemá vytvárať strach, ale pocit bezpečia. Najmä pri mladších kolegoch alebo v náročných situáciách je veľmi dôležité, aby vedeli, že v tom nie sú sami. Aj dnes, keď idem s mladším kolegom na náročný výjazd, často si na tú vetu spomeniem. Nejde o to, aby človek nikdy nemal rešpekt alebo stres. Ide o to, aby vedel, že tím funguje spolu a že to spolu zvládneme.

JE PODĽA VÁS MOŽNÉ NAUČIŤ SA ZACHOVAŤ POKOJ V KRITICKÝCH SITUÁCIÁCH?

Myslím si, že áno. Samozrejme, veľa toho človek získa skúsenosťami, ale veľa robí tréning, komunikácia a atmosféra v tíme. Pacient aj rodina veľmi rýchlo vycítia, keď posádka pôsobí pokojne a koordinovane. Našou úlohou je prinášať pokoj a profesionalitu do chaosu. A to sa nezačína pri pacientovi, ale už vo fungovaní tímu medzi sebou.

A ČO REŠPEKT? DÁ SA PODĽA VÁS V TÍME VYBUDOVAŤ AJ BEZ KOMUNIKÁCIE?

Exempla trahunt – príklady priťahujú. Rešpekt sa nedá vybudovať bez komunikácie. Je to komplex vecí, ktoré si človek buduje postupne.



MUDr. MARTIN HLUBEK, MPH

Je absolventom Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach (1994). Celý svoj profesijný život zasvätil urgentnej a akútnej medicíne. Svoje skúsenosti získaval v rôznych odborných a riadiacich pozíciách v Nemocnici AGEL Levoča, od roku 1994 aj v ZZS, neskôr vo Falck Záchraná a.s. Od roku 2022 je súčasťou tímu ZSKE, kde aktuálne slúži v posádke RV Prešov.

Počas viac ako troch desaťročí pôsobenia v zdravotníctve získal rozsiahle skúsenosti v oblasti urgentnej medicíny, ktoré ho utvrdili v presvedčení, že kvalitná a efektívna komunikácia je nevyhnutným predpokladom koordinovanej tímovej práce a neoddeliteľnou súčasťou diagnostických, terapeutických i rozhodovacích procesov v starostlivosti o pacienta.

Vo voľnom čase sa venuje šachu a mototuristike.

KDE MÁ DNES PODĽA VÁS EMPATIA V MEDICÍNE NAJVÄČŠÍ VÝZNAM – A KDE NA ŇU MOŽNO NAJČASTEJŠIE ZABÚDAME?

Myslím si, že systémovo sa komunikácii venuje veľmi málo priestoru. Mladí zdravotníci majú obrovské množstvo odborných vedomostí, ale často ich nikto neučí, ako hovoriť s pacientom, ako zvládnuť konflikt alebo ako pracovať s emóciami. A pritom práve komunikácia veľmi často rozhoduje o tom, ako pacient vníma celú zdravotnú starostlivosť. Veľa sťažností nevzniká preto, že bol zlý medicínsky postup, ale preto, že niekto komunikoval arogantne alebo necitlivo.

TÉMA VYHORENIA DNES REZONUJE MEDZI ZDRAVOTNÍKMI ČORAZ VIAC. DÁ SA PODĽA VÁS CEZ KOMUNIKÁCIU ROZPOZNAŤ, KEĎ ČLOVEK PRESTÁVA VLÁDAŤ – AJ PRETO, ŽE SI DO PRÁCE PRINÁŠAME VLASTNÉ EMÓCIE A STAROSTI?

Určite áno. Často je to jedna z prvých vecí, ktoré si človek všimne. Agresivita, podráždenosť, apatia, uzatváranie sa či neprimerané reakcie. V záchranej službe sa to veľmi rýchlo prejaví práve na komunikácii s pacientmi aj medzi kolegami. A preto je dôležité, aby si tím vedel tieto signály všimnúť. Niekedy stačí, že sa niekto normálne opýta: „Si v poriadku?“ alebo „Nepotrebuješ si oddýchnuť?“ Vlastné starosti totiž nikde nenecháte. Stále ich nosíte so sebou. Niekedy ich je vidieť viac, niekedy menej. Preto považujem za veľmi dôležitý debriefing – nielen medicínsky, ale aj komunikačný a emočný. Nestačí povedať si, čo sme urobili dobre alebo zle odborne. Potrebujeme vedieť spracovať aj to, čo tá situácia spravila s nami.

PO TOĽKÝCH ROKOCH V ZZS – ZMENILA VÁS KOMUNIKÁCIA S PACIENTMI AJ AKO ČLOVEKA?

Je jasné, že 31 rokov na záchranke sa na človeku podpíše – pozitívne aj negatívne. Je to ako s tými vlkami v každom z nás. Záleží, ktorého v sebe živíš.

VAŠA POSLEDNÁ VETA VO VAŠOM PRÍSPEVKU „VRÁŤME DO MEDICÍNY TROCHU NOBLESY“ MALA VEĽKÝ OHLAS. ČO PRE VÁS ZNAMENÁ NOBLESA V MEDICÍNE?

Empatiu. Rešpekt. Normálne slušné správanie. To, že sa k pacientovi správame ako k človeku bez ohľadu na jeho sociálny status, diagnózu alebo životný príbeh. A rovnako aj rešpekt medzi kolegami. Veď v práci trávime veľkú časť života. Hovoril som tam pravidlo 12-4-8. Dvanásť hodín sme v práci, štyri doma a osem hodín spíme. Tak si tých dvanásť hodín skúsme urobiť ľudskejších. Nie je to nič revolučné. Len možno trochu zabúdame, že medicína nie je iba o výkonoch a algoritmoch, ale aj o spôsobe, akým sa správame k ľuďom okolo seba.

ČO BY STE DNES ODKÁZALI MLADÝM ZDRAVOTNÍKOM, KTORÍ PRICHÁDZAJÚ DO SYSTÉMU?

Buď takým lekárom, akého by si chcel mať pri sebe, keď budeš chorý. Byť dobrým lekárom znamená byť v prvom rade dobrým človekom.



SPRÁVNA KOMUNIKÁCIA NEZACHRÁNI VŠETKO. ALE ZLÁ KOMUNIKÁCIA MÔŽE POKAZIŤ AJ DOBRE UROBENÚ MEDICÍNU.

NIE JE TO NIČ REVOLUČNÉ. MOŽNO LEN TROCHU ZABÚDAME, ŽE SPÔSOB, AKÝM SA SPRÁVAME K ĽUĎOM OKOLO SEBA, JE ROVNAKO DÔLEŽITÝ AKO SAMOTNÁ MEDICÍNA. A PRÁVE O TOM BOL CELÝ PRÍSPEVOK DOKTORA HLUBEKA. NEHOVORIL O IDEÁLNOH SVETE ANI O KOMUNIKAČNÝCH POUČKÁCH, ALE O REALITE ZZS – O STRESE, EMÓCIÁCH, ÚNAVE, TÍMOVEJ PRÁCI AJ O OBYČAJNEJ ĽUDSKOSTI. A PRIPOMENUL, ŽE KOMUNIKÁCIA V MEDICÍNE NIE JE „NIEČO NAVYŠE“. JE SÚČASŤOU STAROSTLIVOSTI O PACIENTA AJ O SEBA NAVZÁJOM. A MOŽNO PREDOVŠETKÝM O NÁS SAMOTNÝCH. PRETOŽE PRÁVE MY SME TÝM PRVÝM ČLÁNKOM KAŽDEJ KOMUNIKÁCIE.

DESATORO DOBREJ KOMUNIKÁCIE V ZZS PODĽA MARTINA

ČÍM ZLOŽITEJŠIA SITUÁCIA, TÝM JEDNODUCHŠIA KOMUNIKÁCIA	1
JASNÝ LÍDER KOMUNIKÁCIE	2
SPÄTNÁ VÄZBA	3
BEZ KONFIRMAČNÉHO SKRESLENIA	4
PACIENT NIE JE DIAGNÓZA	5
HOVORIŤ „REČOU ICH KMEŇA“	6
REŠPEKT K EMÓCIÁM	7
VYSVETĽOVAŤ, ČO ROBÍME	8
DEBRIEFING PO NÁROČNÝCH ZÁSAHOCH	9
NOBLESA = REŠPEKT + EMPATIA	10

4x INAK...

„To je len alkoholik.“
„Podme pacienta vyšetriť bez predsudkov.“

„Doviezli sme infarkt.“
„Doviezli sme pacienta s infarktom.“

Sarkazmus
Pokojná asertivita

„Myslel som, že...“
Potvrdená informácia. Jasný pokyn + spätná väzba.



ČIERNE TRIÁŽNE MIESTO NIE JE LEN PRIESTOR
PRE MŔTVÝCH A URČITE TO PRE MEDICÍNU
NA DANOM MIESTE NEKONČÍ.

ZO SVETA URGENTU

TAK AKO URGENTNÁ MEDICÍNA BOJUJE O ŽIVOT, DVI BOJUJE O IDENTITU

Text:
Beáta Zúborová, Norbert Moravanský, Marián Hudák

Foto:
Ministerstvo vnútra SR, www.minv.sk

PRE ZZS JE PRIRODZENÉ SÚSTREDIŤ SA NA ŽIVÝCH. NA MINÚTY, ROZHODNUTIA, VÝKONY, URGENTNÚ STAROSTLIVOSŤ. TÉMA IDENTIFIKÁCIE OBETÍ HROMADNÝCH NEŠŤASTÍ PRETO MÔŽE PÔSOBIŤ AKO SVET, KTORÝ ZAČÍNA AŽ VO CHVÍLI, KEĎ SA UŽ ŽIVOT ZACHRÁNIŤ NEDÁ. PREDNÁŠKA MUDr. NORBERTA MORAVANSKÉHO, PhD. VŠAK PRIPOMENULA, ŽE STAROSTLIVOSŤ SA NEKONČÍ SMRŤOU. DVI PROCESY (DISASTER VICTIM IDENTIFICATION) PODĽA PROTOKOLOV INTERPOLU NEZAČÍNajú V PITEVNI, ALE UŽ NA MIESTE ZÁSAHU – V PRESNOSTI INFORMÁCIÍ, DOKUMENTÁCII, KOMUNIKÁCII MEDZI ZLOŽKAMI A V REŠPEKTE K ČLOVEKU, KTORÝ SA NESMIE STAŤ LEN ČÍSLOM V PROTOKOLE.

Keď svoju prednášku otvoril vetou, že má „konflikt záujmov s každým“, v sále sa ozval smiech. „Som tomu veľmi úprimne rád, lebo vás veľmi milujem a mám vás rád,“ dodal smerom k publiku a vzápätí pripomenul, že bez všetkých zložiek IZS by DVI nikdy nemohlo fungovať.

Humor uňho neslúži ako efekt. Skôr ako spôsob, ako vôbec otvoriť tému, o ktorej sa hovorí ťažko – identifikáciu obetí hromadných nešťastí.

Pretože aj tam, kde urgentná medicína bojuje o život, zostáva niekto, kto musí bojovať o identitu, a ten zápas nemusí byť vždy hladký a jednoduchý.



MUDr. NORBERT MORAVANSKÝ, PhD.

Súdny lekár, znalec a vysokoškolský pedagóg. V odbornej praxi vykonáva súdnolekársku pitvy, venuje sa súdnolekárskej činnosti na mieste činu, forenznnej medicíne, identifikácii obetí katastrof a mediodborovej znaleckej činnosti. Je národným koordinátorom súdnolekárskych úkonov v DVI tíme. Autor a spoluautor viacerých odborných publikácií. Dlhodobu sa podieľa na vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov a odborníkov pôsobiach v IZS a bezpečnostných zložkách. Pracoval na mnohých domácich aj zahraničných súdnolekárskych prípadoch so zameraním na strelné poranenia, ale aj iné príčiny úmrtí. Má skúsenosti aj z forenzných misií zameraných na identifikáciu obetí ozbrojených konfliktov a hromadných nešťastí.



JE TO VIZITKA KRAJINY.

PÁN DOKTOR, VAŠA PREDNÁŠKA MALA SILNÝ OHLAS. MNOHÝCH OSLOVILO PRÁVE TO, ŽE STE O DVI NEHOVORILI LEN AKO O TECHNICKOM PROCESSE, ALE VEĽMI ĽUDSKY. ČO JE PODĽA VÁS JEHO PODSTATOU?

Vrátiť obetiam identitu čo najrýchlejšie a čo najľudskejšie s ohľadom na obeť aj jej príbuzných. To je základ celej práce. Samozrejme, existujú protokoly, algoritmy a medzinárodné štandardy, ale na konci je vždy človek a rodina, ktorá čaká na odpoveď. My sa nesnažíme „vyhodnotiť telo“. Našou úlohou je urobiť všetko preto, aby sme konkrétnemu človeku vrátili meno, tvár a identitu. DVI je postavené na spolupráci všetkých zložiek. Som naozaj rád, že sa stretávame so záchranármi, hasičmi, políciou, operačným strediskom či horskou službou, pretože DVI bez nich jednoducho neexistuje. Potrebujeme informácie z terénu, zdravotné záznamy, potrebujeme vedieť, kto zasahoval a čo sa na mieste dialo. DVI nikdy nie je práca jedného človeka alebo jednej profesie. Je to koordinovaná spolupráca všetkých, ktorí sa podieľajú na zvládnutí udalosti – od prvých minút zásahu až po moment, keď sa podarí obeti vrátiť identitu. A myslím si, že práve to je pri hromadných nešťastiach mimoriadne dôležité – uvedomiť si, že každý detail, každá informácia a každá profesia má v celom procese svoje miesto. Pretože aj v tých najťažších situáciách zostáva najdôležitejší človek a jeho príbeh.

POVEDALI STE AJ VETU, ŽE IDENTIFIKÁCIA OBETÍ JE DO ISTEJ MIERY VIZITKOU KRAJINY. ČO STE TÝM MYSLELI?

Ak na našom území zomrie väčší počet zahraničných občanov, je medzinárodnou vizitkou krajiny, ako rýchlo a dôstojne dokážeme obeť identifikovať a vrátiť ich rodinám. Môže sa to zdať ako formalita, ale nie je. Je to prejav rešpektu voči tým ľuďom aj voči ich blízkym. A je to aj vizitka profesionality všetkých zložiek a nesporná reprezentácia krajiny, v ktorej žijeme a ktorej veríme, napriek všetkým pochybnostiam, že to dokáže.

DVI JE VLASTNE POKRAČOVANÍM STAROSTLIVOSTI O ČLOVEKA. A VY STE VEĽMI OTVORENE POMENOVALI AJ REALITU TRIÁŽE PRI HROMADNÝCH NEŠTASTIACH – ŽE TO TRIÁŽNE ČIERNE MIESTO SA BUDE ROZRATAŤ. TO JE PRE ZÁCHRANÁROV VEĽMI SILNÁ VETA.

Áno. Aj napriek maximálnemu úsiliu záchranárov budú pri niektorých udalostiach ľudia zomierať. Pri hromadných nešťastiach príde moment, keď budú pribúdať obeť, ktoré neprežili, a práve vtedy sa urgentná medicína prirodzene stretáva s DVI procesmi. Kým jedna časť tímov stále bojuje o životy prežívajúcich, druhá už musí začať pracovať na dôstojnej dokumentácii a identifikácii obetí.

To čierne triážne miesto pritom nie je len priestor pre mŕtvych. Sú to konkrétni ľudia, ktorí si aj po smrti zaslúžia dôstojnosť, precíznosť a profesionálny prístup. DVI preto nevnímam ako „upratovanie následkov“, ale ako pokračovanie starostlivosti o človeka – v inej forme.

ZÁCHRANÁRI PRIRODZENE BOJUJÚ O KAŽDÉHO PACIENTA. DÁ SA VÔBEC PRIPRAVIŤ NA MOMENT, KEĎ SA BOJ O ŽIVOT ZMENÍ NA BOJ O IDENTITU?

Veľmi náročné. Pretože pre záchranára je prirodzené zachraňovať život. A zrazu príde moment, keď už viete, že

niektorým ľuďom sa pomôcť nedalo. Lenže tým sa starostlivosť nekončí. Mení sa jej forma. Aj človek, ktorý neprežil, si stále zaslúži rešpekt, dôstojnosť a profesionálny prístup.



AJ NAPRIEK URGENTNEJ STAROSTLIVOSTI BUDÚ ĽUDIA ZOMIERAŤ.

ZÁCHRANÁRI SÚ ZVYKNUTÍ PRACOVAŤ RÝCHLO, POD TLAKOM A ČASTO V CHAOSE. PREČO JE PRI DVI TAKÁ DÔLEŽITÁ ABSOLÚTNA PRESNOSŤ KAŽDÉHO DETAILU?

Pretože v DVI nemôžete improvizovať. Každý krok má svoje pravidlá a všetko sa dokumentuje podľa medzinárodných protokolov Interpolu. Fotografovanie, označovanie tiel, evidencia predmetov, odber identifikátorov... všetko má presný postup. A myslím si, že práve záchranári veľmi dobre rozumejú tomu, prečo je precíznosť v kritických situáciách dôležitá. Lenže v DVI už nebojujete o záchranu života, ale o istotu identity. Tá presnosť nie je formalita. Je to rešpekt voči obetiam aj ich rodinám a rešpekt aj k ľudskej omylnosti. Ak totiž pri identifikácii urobíte chybu, následky sú obrovské. Preto musíme byť rýchli, ale zároveň maximálne presní. Aj v tejto fáze ide stále o konkrétny ľudský príbeh.

ČO SÚ Z POHLADU DVI NAJCENNEJŠIE INFORMÁCIE, KTORÉ VEDIA ZÁCHRANÁRI ALEBO OPERAČNÉ STREDISKO POSKYTNÚŤ?

Úplne všetko môže byť dôležité – zdravotný stav, lieky, implantáty, osobné veci, triážne označenia či presná dokumentácia z miesta udalosti. Často práve drobnosť rozhodne o tom, či sa podarí identifikáciu potvrdiť. Preto stále hovorím, že potrebujeme všetky zložky. DVI je tímová disciplína.

MYSLÍTE SI, ŽE ZDRAVOTNÍCI SI DOSTATOČNE UVEDOMUJÚ, ŽE AJ ICH DOKUMENTÁCIA MÔŽE NESKÔR ROZHODNÚŤ O IDENTIFIKACII OBETE?

Možno si to nie vždy uvedomujeme v plnom rozsahu. Ale áno – aj kvalitne vyplnená dokumentácia môže byť neskôr absolútne kľúčová. V DVI sa totiž snažíte poskladať identitu človeka z množstva detailov. A každý detail môže byť dôležitý. Hovoríme o primárnych identifikátoroch, teda o odtlačkoch prstov, DNA a zubnej dokumentácii. A práve pri zubných kartách som si dovoľil trochu odľahčiť atmosféru. Ale je to pravda. Kvalitná stomatologická dokumentácia môže byť v niektorých prípadoch absolútne rozhodujúca. Aj zubná karta môže raz niekomu vrátiť meno.

KOMUNIKÁCIA S RODINAMI OBETÍ PATRÍ PRAVDEPODOBNE K NAJŤAŽŠÍM ČASTIAM CELÉHO PROCESU.

Myslím si, že áno. Pretože v jednom momente spojíte ante mortem a post mortem údaje a viete, že identita je potvrdená. A potom prichádza chvíľa, keď túto informáciu musíte odovzdať rodine. To sú momenty, na ktoré sa nedá úplne

pripraviť. Aj preto hovoríme, že DVI nie je len technický alebo forenzný proces. Je to aj obrovská ľudská zodpovednosť. Na jednej strane musíte byť maximálne precízni a profesionálni, no zároveň nesmiete stratiť rešpekt voči človeku a jeho blízkym.



AJ ZUBNÁ KARTA MÔŽE RAZ NIEKOMU VRÁTIŤ MENO.

PRI HROMADNÝCH NEŠŤASTIACH SA ČASTO HOVORÍ O LOGISTIKE, TRIÁŽI ČI MANAŽMENTE. MÁME PODĽA VÁS DOSTATOČNE OTVORENE POMENOVANÚ AJ PSYCHICKÚ ZÁŤAŽ ZASAHOJÚCICH TÍMOV?

Myslím si, že stále málo. Každý zásah v človeku niečo zanecháva, najmä tie najťažšie. A čím náročnejšia situácia, tým viac to platí. Preto je veľmi dôležitý aj debriefing a vzájomná komunikácia medzi ľuďmi po zásahu. Nemôžeme sa tváriť, že sa nás to nedotýka. Myslím si však, že rovnako je dôležité psychicky sa vysporiadať s neúspechom, ale aj so zachráneným životom. Na to sa často zabúda, myslíme si, že sa s tým naše ego vysporiada automaticky, ale neboli by som si tým taký istý. Aj to je silná emócia.

MENÍ SA ATMOSFÉRA ZÁSAHU VO CHVÍLI, KEĎ ZAČÍNA PRIBÚDAŤ ČIERNY SEKTOR?

Samozrejme. V takýchto chvíľach je dôležité, aby mal každý pocit, že na strane záchranných a súvisiacich tímov sme všetci kolegovia, ktorí sa môžu jeden o druhého oprieť. Aj tieto vzťahové a komunikačné „veci“ sa musia trénovať a musíme o sebe vedieť v čase, keď sa nič nedeje.

ČO VÁS POČAS REÁLNYCH NASADENÍ DVI ZASIAHLO NAJVIAC?

Asi vždy ten moment, keď si uvedomíte, že za každým protokolom je konkrétny človek a konkrétna rodina. To je niečo, čo si človek nesmie prestať uvedomovať. Lebo ak by sme to začali brať len technicky, stratili by sme podstatu celej práce. Našťastie na našom území hlavne len simulujeme väčší počet obetí. Keď príde reálny zásah, ukáže sa, čo a ako sme natrénovali.

KDE SA PODĽA VÁS ROBIA NA MIESTE UHPO NAJČASTEJŠIE CHYBY Z POHĽADU DVI A ČO MÔŽU ZZS ČI OSTATNÉ ZLOŽKY IZS UROBIŤ SPRÁVNE EŠTE PREDTÝM, NEŽ SA DVI PROCES NAPLNO ZAČNE?

Budem hovoriť len hypoteticky, pretože reálne veľké nasadenie sme chvalabohu zatiaľ nemali. Prvá chyba môže nastať už vtedy, keď národný DVI tím nie je vôbec aktivovaný alebo je privolaný neskoro. Práve v prvých momentoch zásahu sa pritom dá urobiť veľa dôležitých krokov. Potrebne je jasne označiť čierne triážne miesto, dbať na to, aby všetky osobné veci zostali pri tele, informovať kompetentných a v prípade potreby sa dožadovať aktivácie národného DVI tímu prostredníctvom polície alebo KOS. Aj zdanlivo malé detaily môžu neskôr významne pomôcť pri identifikácii obetí.

NA KONGRESE STE SPOMÍNALI AJ REÁLNE NASADENIA DVI TÍMU – NOVÉ ZÁMKY, KOLÁROVO. ZNAMENÁ TO, ŽE SLOVENSKO JE DNES NA TAKÉTO SITUÁCIE PRIPRAVENÉ LEPŠIE NEŽ PRED PÁR ROKMI? A UKAZUJÚ SPOLOČNÉ CVIČENIA EŠTE NEJAKÉ SLABÉ MIESTA V KOORDINÁCII JEDNOTLIVÝCH ZLOŽIEK?

Určite áno. Od roku 2018 sme súčasťou európskych DVI princípov, pravidelne cvičíme a spolupracujeme so zahraničnými partnermi. Veľmi dôležité sú aj spoločné cvičenia všetkých zložiek s reálnymi ľudskými telami a tréning odoberania daktyloskopických a biologických vzoriek. Práve cvičenia nám zároveň ukazujú oblasti, v ktorých je potrebné sa ďalej zlepšovať a posilňovať koordináciu. Je to prirodzená súčasť prípravy každého systému, ktorý sa chce posúvať dopredu.

Už sme na tom dramaticky lepšie ako pred niekoľkými rokmi. Takže áno, pripravení sme. Ak dostaneme signál k akcii, za súdne lekárstvo, ktoré je výkonom činností súčasťou Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, a tiež za expertné tímy kolegov z Kriministického a expertízneho ústavu PZ SR môžeme povedať, že vieme presne, čo máme robiť. Tá skupina ľudí je v medziach svojich možností aktuálne stopercentne pripravená a je dobré, aby sme to opakovanne verejne deklarovali.

DVI PROCES V SKRATKE

POST MORTEM NA MIESTE UDALOSTI (PM SCENE)

Prvotná dokumentácia obetí v bezpečnej zóne, označenie tiel, evidencia osobných vecí a príprava na transport.

POST MORTEM VYŠETRENIE (PM EXAMINATION)

Detailná prehliadka tiel v pitevni alebo improvizovanom pracovisku. Získavajú sa identifikačné údaje, fotografická dokumentácia a ďalšie identifikátory podľa štandardov Interpolu.

ANTE MORTEM FÁZA (AM)

Zhromažďovanie informácií o osobách pred smrťou – zdravotná dokumentácia, údaje od záchranných zložiek a operačných stredísk, zubné karty, informácie o implantátoch či DNA vzorky od príbuzných.

POROVNANIE ÚDAJOV A POTVRDENIE IDENTITY

Porovnanie postmortem a antemortem údajov, vypracovanie identifikačnej správy a oficiálne potvrdenie identity obeť príslušnou autoritou.

V minulom čísle sme venovali priestor novej metodike UHPO a rozprávali sa s Mariánom Hudákom, hlavným odborníkom MZ SR pre zdravotnícke záchranárstvo, o tom, ako prináša jasnejšie pravidlá riadenia, komunikácie a dokumentácie pri udalostiach s hromadným postihnutím osôb. Pri príprave rozhovoru s MUDr. Norbertom Moravanským o identifikácii obetí hromadných nešťastí sa však ukázalo, že medzi DVI a metodikou UHPO existuje viac spoločných tém, než by sa na prvý pohľad mohlo zdať. Dokumentácia, evidencia, velenie, tok informácií či dôslednosť v detailoch totiž nerozhodujú len o zvládnutí samotného zásahu, ale môžu mať význam aj pre všetko, čo nasleduje po ňom. Preto sme sa k Mariánovi ešte raz vrátili a pozreli sa na metodiku z pohľadu, ktorý v našom predchádzajúcom rozhovore nezaznel.

MARIÁN, DVI SA ZAČÍNA UŽ NA MIESTE ZÁSAHU. BOLA PRI TVORBE METODIKY AMBÍCIA ZABEZPEČIŤ, ABY INFORMÁCIE Z PRVÝCH MINÚT UHPO MALI HODNOTU NIELEN PRE ZÁCHRANU PACIENTOV, ALE AJ PRE NÁSLEDNÉ PROCESY VRÁTANE IDENTIFIKÁCIE OBETÍ?

Áno. Jednou z ambícií metodiky bolo, aby informácie získané v prvých minútach UHPO mali hodnotu nielen pre akútnu záchranu, ale aj pre procesy, ktoré nasledujú po zásahu – vrátane identifikácie obetí. Ako povedal Norbert Moravanský, „DVI sa začína už na mieste zásahu“, a práve preto metodika zavádza presné pravidlá triedenia, označovania a evidencie. Každé telo – či zostane in situ, alebo zomrie neskôr v hniezde zranených – je označené, zaevidované a jeho presun je sledovateľný v reálnom čase. Takto vzniká konzistentná dokumentácia, na ktorú môže DVI tím nadviazať bez straty informácií. Pri UHPO sa primárne sústreďujeme na živých pacientov, ale nesmieme zabudnúť, že každá informácia môže mať neskôr význam aj pre identifikáciu obetí a ich rodiny.

UHPO SI NAJČASTEJŠIE SPÁJAME SO ZÁCHRANOU ŽIVOTOV. POMÁHA NOVÁ METODIKA UVEDOMIŤ SI, ŽE NAŠE ROZHODNUTIA MÔŽU OVPLYVNIŤ AJ IDENTIFIKÁCIU OBETÍ A NÁSLEDNÉ VYHODNOTENIE UDALOSTI?

Záchrana života zostáva prioritou, no metodika pripomína, že kvalita zásahu sa začína jeho správnym rozpoznaním, klasifikáciou a včasným informovaním operačného strediska. Na to nadväzuje dôsledná triáž, pridelenie farebnej priority a jedinečného identifikačného čísla, evidencia stavu a intervencií a zaznamenanie transportu. Tieto kroky vytvárajú informačný základ nielen pre nemocnice, ale aj pre vyšetrovacie orgány a DVI tímy. Metodika tak rozširuje pohľad na UHPO z čisto medicínskeho zásahu na komplexné riadenie udalosti. Učí nás myslieť o krok ďalej než len po transport pacienta.

KEĎ SME SA PRI METODIKE ROZPRÁVALI O VNÁŠANÍ PORIADKU DO CHAOSU, DNES SA SPÝTAM INAK: MÔŽE KVALITNÁ DOKUMENTÁCIA A DISCIPLÍNA ZÁSAHU RAZ ROZHODNÚŤ O TOM, ŽE SA PODARÍ NIEKOMU VRÁTIŤ MENO A IDENTITU?

Pri UHPO často prvoplánovo nepoznáme totožnosť všetkých postihnutých a vyhľadávanie dokladov nie je prioritou. Preto metodika zavádza jednotné identifikačné číslo, štandardizované triediace karty a evidenčné listy, ktoré zabezpečujú kontinuitu informácií počas celého zásahu. Toto číslo sprevádza pacienta – alebo v prípade úmrtia aj obeť – od miesta udalosti až po definitívne stotožnenie. To, čo záchranárom slúži na riadenie zásahu, môže byť neskôr kľúčové pre DVI procesy aj pre rodiny obetí.

V METODIKE SA PO PRVÝKRÁT OBJAVUJE AJ FORMÁLNE DEFINOVANÝ ČIERNY SEKTOR. JE AJ TOTO KROK, KTORÝ MÔŽE POMÔCŤ LEPŠIEMU PREPOJENIU ZÁSAHU A NÁSLEDNÝCH DVI PROCESOV?

Určite áno. Čierny sektor po prvýkrát vytvára jasne definovaný priestor pre zosnulých s presnými pravidlami a kontrolou. Ak je telo nájdené v teréne, záchranár ho vyšetrí, označí čiernou farbou a identifikačným číslom a nahlási veliteľovi triedenia. Ak pacient zomrie neskôr v hniezde zranených, veliteľ hniezda zabezpečí jeho dôstojný presun do čierneho sektora. Veliteľ zdravotníckeho zásahu tak má kompletný prehľad o počtoch, miestach nálezu a časovej osi. Práve táto presnosť a sledovateľnosť údajov je základom pre nadväznosť DVI procesov.

AK BY SI MAL VYBRAŤ JEDNU NOVINKU V METODIKE, KTORÁ MÔŽE MAŤ NAJVÄČŠÍ PRESAH DO OBLASTI DVI, KTORÁ BY TO BOLA A PREČO?

Najväčší presah má kombinácia povinnej, jednotnej a priebežnej dokumentácie všetkých veliteľských funkcií a jedinečného číslovania triediacich kariet. Doteraz neexistoval jednotný systém číslovania a pri zásahoch s viacerými poskytovateľmi sa opakovanne vyskytovali pacienti s rovnakým ID, čo spôsobovalo informačný chaos. Nová metodika zavádza neopakovateľný identifikačný kód a povinné evidenčné listy, ktoré vytvárajú presnú časovú os zásahu. Tento systém je kľúčový pre DVI, pretože zabezpečuje presné, konzistentné a forenzne použiteľné údaje z terénu.

KEĎ URGENTNÁ MEDICÍNA ZACHRAŇUJE DETI,
NESTAČÍ VIDIEŤ LEN DIAGNÓZU. NIEKEDY
TREBA VIDIEŤ AJ TO, ČO ZOSTÁVA SKRYTÉ.

ZO SVETA URGENTU

NÁJDEME LEN TO, ČO HĽADÁME

Text:
Beáta Zúborová, Táňa Hunáková, Žofia Klimová

Foto:
magnific.com

SYNDRÓM TÝRANÉHO, ZNEUŽÍVANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DIEŤAŤA (CAN) PODĽA ODBORNÍKOV PRESTÁVA BYŤ ZRIEDKAVÝM JAVOM. POČET PRÍPADOV RASTIE A SITUÁCIE, KTORÉ BOLI KEDYSI OJEDINELÉ, SA DNES NA URGENTNÝCH PRÍJMOCH AJ PEDIATRICKÝCH PRACOVISKÁCH OBJAVUJÚ ČORAZ ČASTEJŠIE. NA ZÁVAŽNOSŤ TEJTO PROBLEMATIKY UPOZORŇUJE AJ DETSKÁ FAKULTNÁ NEMOCNICA S POLIKLINIKOU V BANSKEJ BYSTRICI. ODBORNÍCI NEMOCNICE ZDÔRAŽŇUJÚ, ŽE NÁSILIE PÁCHANÉ NA DEŤOCH A MLADÝCH ĽUDOCH NEMOŽNO PREHLIADAŤ A ŽE VČASNÉ ROZPOZNANIE VAROVNÝCH SIGNÁLOV MÔŽE ZÁSADNE OVPLYVNIŤ ĎALŠÍ OSUD DIEŤAŤA. LEKÁRKY MUDr. ŽOFIA KLIMOVÁ A MUDr. TÁŇA HUNÁKOVÁ SA TEJTO TÉME VENUJÚ AJ NA MEDZINÁRODNEJ ÚROVNI A SVOJE SKÚSENOSTI PREZENTOVALI NA ODBORNOM STRETUTÍ INTERCAP 2026 V PARÍŽI, ZAMERANOM NA PREVENCIU ZNEUŽÍVANIA A ZANEDBÁVANIA DETÍ. PRIRODZENE SA TÁTO PROBLEMATIKA ČORAZ VIAC DOTÝKA AJ POSÁDOK ZZS. PRÁVE ZÁCHRANÁRI TOTIŽ ČASTO PRICHÁDZAJÚ K DIEŤAŤU AKO PRVÍ A MAJÚ MOŽNOSŤ VIDIEŤ NIELEN JEHO ZDRAVOTNÝ STAV, ALE AJ PROSTREDIE, V KTOROM ŽIJE. PRI SYNDRÓME CAN PRITOM NERAZ NEROZHODUJE IBA SPRÁVNA DIAGNÓZA ČI VÝKON, ALE AJ VŠÍMAVOŠŤ, SCHOPNOSŤ ZACHYTIŤ NEZROVNALOSTI V PRÍBEHU, PODOZRIVÉ PORANENIA ALEBO VAROVNÉ SIGNÁLY, KTORÉ MÔŽU NA PRVÝ POHĽAD ZOSTAŤ SKRYTÉ. O TOM, AKO SYNDRÓM CAN ROZPOZNAŤ, NA ČO BY SI MALI ZDRAVOTNÍCI PRVÉHO KONTAKTU DÁVAŤ POZOR A PREČO MÔŽE AJ NENÁPADNÝ DETAIL ROZHODNÚŤ O OSUDE DIEŤAŤA, SME SA ROZPRÁVALI S MUDr. TÁŇOU HUNÁKOVOU.

PANI DOKTORKA, UŽ V ÚVODE STE POVEDALI, ŽE IDE O TÉMU, KTORÁ NIE JE PRÍJEMNÁ, ALE TREBA O NEJ HOVORIŤ. JE SYNDRÓM CAN DNES V PRAXI ČASTEJŠÍ NEŽ KEDYSI?

Áno. Považujem túto tému za mimoriadne dôležitú – nielen na Slovensku, ale aj celosvetovo, pretože počet detí trpiacich syndrómom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa neustále narastá. Nedávno sme sa s kolegyňou zúčastnili kongresu v Paríži, ktorý bol venovaný práve tejto problematike, a utvrdili sme sa v tom, že ide o vážny globálny problém. Často sa mylne predpokladá, že sa syndróm týraného a zanedbávaného dieťaťa týka

iba sociálne slabších rodín, no realita je oveľa zložitejšia. Sociálne prostredie totiž nie je jediným rozhodujúcim faktorom. Preto je nesmierne dôležité všimáť si aj drobné signály a detaily v každej rodine či inštitúcii bez výnimky. Len otvorená diskusia, prevencia a včasné rozpoznanie môžu pomôcť ochrániť deti, ktoré sa samy brániť nedokážu.

VÁŠ ODBORNÝ PRÍSPEVOK STE POSTAVILI NA TROCH VEĽMI SILNÝCH KAZUISTIKÁCH. PREČO PRÁVE NA NICH?

Pretože som chcela ukázať, že syndróm CAN nemá jednu tvár. Zámerne som vybrala tri úplne rozdielne prípady, ktoré sa odlišovali rodinným prostredím, sociálnym zázemím aj celkovým kontextom. A práve v tom bola ich výpovedná

1 MILIARDA DETÍ ROČNE ZAŽIJE NIEKTORÚ FORMU NÁSILIA

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) a UNICEF dlhodobo uvádzajú, že každoročne zažije niektorú formu fyzického, psychického alebo sexuálneho násilia približne 1 miliarda detí vo veku 2 – 17 rokov, teda približne každé druhé dieťa na svete.

400 MILIÓNOV DETÍ ZAŽIVA NÁSILNÉ TRESTY DOMA

Podľa najnovších údajov WHO je približne 400 miliónov detí mladších ako 5 rokov pravidelne vystavených fyzickým trestom alebo psychickému násiliu zo strany rodičov či opatrovateľov. To predstavuje približne 60 % všetkých detí v tejto vekovej skupine.

20 % ŽIEN A 14 % MUŽOV MÁ SKÚSENOSŤ SO SEXUÁLNYM ZNEUŽÍVANÍM V DETSTVE

WHO uvádza, že skúsenosť so sexuálnym zneužívaním v detstve uvádza približne 1 z 5 žien a 1 zo 7 mužov.

41 370 ZÁVAŽNÝCH PORUŠENÍ PRÁV DETÍ V KONFLIKTOCH

Výročná správa OSN o deťoch v ozbrojených konfliktoch zaznamenala za rok 2024 rekordných 41 370 overených závažných porušení práv detí, čo predstavuje približne 25 % nárast oproti predchádzajúcemu roku. Zaznamenaný bol aj 44 % nárast útokov na školy a 35 % nárast sexuálneho násilia na deťoch.

Zdroj: WHO, UNICEF, OSN 2024–2025

SLOVENSKO V ČÍSLACH

V rokoch 2018 – 2024 zaznamenala Linka detskej istoty **7 032** kontaktov súvisiacich so syndrómom CAN. Z nich tvorili:

■ 21 % TELESNÉ TÝRANIE

■ 16 % DUŠEVNÉ A CITOVÉ TÝRANIE

■ 13 % ZANEDBÁVANIE

Zdroj: VÚDPaP, Predbežná výskumná správa Národného projektu Dáta o duševnom zdraví, 2025

ŠTATISTIKA ZSKE I CELKOVÝ POČET VÝJAZDOV : DETSKÝ PACIENT

2024 I 138 940 : 12 019

2025 I 138 941 : 11 610

hodnota. Prvou kazuistikou bolo dvojročné dieťa z veľmi dobrého sociálneho prostredia. Rodina navonok pôsobila stabilne, bez akýchkoľvek sociálnych problémov či známk zanedbania. Napriek tomu sa postupne objavili nezrovnalosti v mechanizme zranenia a vo vysvetleniach, ktoré nedokázali korelovať so zdravotným stavom dieťaťa. Druhým prípadom bolo sedemtyždňové dojča zo sociálne komplikovaného prostredia. Tu boli rizikové faktory prítomné už na prvý pohľad – zlé sociálne podmienky, celková nestabilita prostredia aj oneskorené vyhľadanie zdravotnej pomoci. Tento prípad ukazoval situáciu, pri ktorej zdravotníci prirodzene zbystrili pozornosť okamžite. Tretou kazuistikou bolo jedenástmesačné dieťa z alternatívne orientovanej „eko-bio“ rodiny. Práve tento prípad bol možno najviac zradný, pretože rodina pôsobila veľmi starostlivo a uvedomelo. Až postupne sa ukazovalo, že niektoré rozhodnutia rodičov, odmietanie odporúčanej zdravotnej starostlivosti či neprimerané interpretácie zdravotného stavu dieťaťa môžu viesť k jeho ohrozeniu.

Každý z týchto troch prípadov ukázal inú tvár syndrómu CAN. Neexistuje totiž jeden univerzálny scenár ani „typická“ rodina. Varovným signálom môžu byť sociálne podmienky, nezrovnalosti v anamnéze, zvláštna dynamika v rodine či detail, ktorý na prvý pohľad nepôsobí podozriavo.

PREČO JE PODĽA VÁS ÚLOHA ZDRAVOTNÍKOV PRVÉHO KONTAKTU PRI ROZPOZNÁVANÍ SYNDRÓMU CAN TAKÁ DÔLEŽITÁ A ČO BÝVA V PRAXI NAJŤAŽŠIE?

Pretože práve zdravotníci prvého kontaktu často vidia dieťa ešte v jeho prirodzenom prostredí. Sociálne prostredie, podmienky, v ktorých dieťa žije, aj miesto, kde ho nájdú, sú veľmi dôležité nielen pre nás zdravotníkov, ale aj pre ďalšie inštitúcie, ktoré sa prípadu venujú neskôr. Takéto prostredie totiž môže prezradiť množstvo skrytých informácií. Preto je dôležité všimnúť si detaily, zdokumentovať prostredie, odfotografovať všetko podstatné a všetko dôsledne zaznamenať.

Po príchode do nemocnice sa situácia často mení. Dieťa pociťuje strach, je v neznámom prostredí, obklopujú ho lekári, sestry či záchranári a množstvo otázok a vyšetrení môže výrazne ovplyvniť jeho správanie aj náladu. Aj preto sa snažíme postupne zavádzať model systému, ktorý je už vo viacerých krajinách sveta bežný – aby s dieťaťom pracoval špeciálne vyškolený tím odborníkov, teda lekári, sestry, psychológovia a sociálni pracovníci. Cieľom je, aby celý proces predstavoval pre dieťa čo najmenšiu traumú a aby sa s ním pracovalo citlivo a odborne.

Najťažšie býva práve to, že prejavy syndrómu CAN sú často nenápadné. Veľakrát nejde o dramatické poranenia. Sú to drobnosti – modrina, ktorá nezodpovedá veku dieťaťa, zvláštna reakcia pri dotyku, meniace sa vysvetlenia rodiča alebo jednoducho pocit, že „niečo nesedí“. Ale tieto subjektívne pocity musíme vedieť podložiť faktami a medicínou založenou na dôkazoch.



**DETI ČASTO NEDOKÁŽU HOVORIŤ
ZA SEBA. A PRÁVE MY MUSÍME
HOVORIŤ ZA NE**



„NÁJDEME LEN TO, ČO HĽADÁME.“ ČO TOTO POSOLSTVO ZNAMENÁ V KAŽDODENNEJ PRAXI A KTORÉ VAROVNÉ SIGNÁLY BY MALI ZDRAVOTNÍKOV VIESŤ K PODOZRENIU NA SYNDRÓM CAN?

Ako som už spomenula vyššie, príznaky zanedbávania alebo týrania dieťaťa nie sú vždy jednoznačne viditeľné a práve preto po nich musíme cielene pátrať. Ak na syndróm CAN nemyslíme, veľmi ľahko ho prehliadneme. Základom je dôkladne odobratá anamnéza. Mimoriadne dôležité je všímať si nezrovnalosti v príbehu, meniace sa verzie udalostí, oneskorené vyhľadanie zdravotnej pomoci či opakované návštevy urgentných príjmov. Aj tieto informácie môžu naznačiť, že v rodine niečo nie je v poriadku. Dôležitou súčasťou je aj pozorovanie správania dieťaťa – strach z dotyku, úhybné reakcie, výrazná úzkosť pri kontakte s rodičom alebo naopak neprimeraná utiahnutosť môžu byť významnými varovnými signálmi. Následne je nevyhnutné komplexné fyzikálne vyšetrenie dieťaťa. Dieťa je potrebné vyšetrovať naozaj dôsledne, od hlavy po päty, pretože niektoré poranenia jednoducho neuvidíme, ak dieťa poriadne nevyšetríme. Ak sa posádka v teréne necíti kompetentná vykonať kompletné vyšetrenie, minimálne by mala na túto skutočnosť jasne upozorniť lekárov v nemocnici, aby bolo dieťa dôkladne dovýšetrené. Na tele dieťaťa si musíme všímať aj tie najnenápadnejšie zmeny.

Pri diferenciálnej diagnostike je zásadné brať do úvahy psychomotorický vývoj dieťaťa. Poranenia musia vždy zodpovedať veku a schopnostiam dieťaťa. Mesačné dieťa, ktoré sa ešte neplazí, nelezie ani nestavia, s najväčšou pravdepodobnosťou nebude mať modriny po tele z toho, že sa „poudieralo“ pri pohybe okolo postieľky. Veľmi dôležité je aj miesto výskytu modrín a poranení. Dnes už existujú obrazové pomôcky a odporúčania, podľa ktorých vieme lepšie rozlíšiť, ktoré lokalizácie modrín sú podozrivejšie než iné. Zvýšenú pozornosť si vyžadujú najmä modriny na trupe, ušiach, krku, lícach či viečkach. Pri detských pacientoch musíme byť dôslední vo všetkých krokoch – od anamnézy až po samotné vyšetrenie a dokumentáciu nálezov. Pokiaľ nebudeme cielene pátrať, je to práve dieťa, ktoré môže zaplatiť najvyššiu cenu. Len dôsledným prístupom môžeme nájsť to, čo hľadáme.

SPOMÍNALI STE AJ TO, ŽE ZDRAVOTNÍCI SA NIEKEDY BOJA PODOZRENIE NAHLÁSIŤ. AKO BY PODĽA VÁS MALA VYZERAŤ SPRÁVNA REAKCIA ZDRAVOTNÍKA PRI PODOZRENÍ?

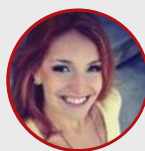
Treba otvorene povedať, že práca zdravotníkov v urgentnej medicíne a v prednemocničnej starostlivosti je mimoriadne náročná aj po administratívnej stránke. Na urgentných príjmoch aj v záchranných službách sa strieda veľké množstvo lekárov a záchranárov a po náročných službách býva pre mnohých vyčerpávajúce zostať ešte ďalšie hodiny pri dokumentácii, vypisovaní hlásení či následnej komunikácii s úradmi a inštitúciami. Na Slovensku zároveň stále pracujeme na vytvorení jednotného a efektívneho systému hlásenia a riešenia podozrení na syndróm CAN, ktorý by zdravotníkom poskytoval jasnejšie postupy, lepšiu medziodborovú koordináciu aj spätnú väzbu o ďalšom vývoji prípadu. V praxi totiž často narážame aj na časovú náročnosť následných konaní, komunikáciu s úradmi, políciou či účasťou na súdnych procesoch. Aj preto sa medzi zdravotníkmi

niekedy objavuje obava, že nahlásenie podozrenia bude znamenať veľké množstvo administratívy a ďalších komplikácií.

Napriek tomu je potrebné si uvedomiť, že úlohou zdravotníka nie je rozhodovať o vine rodiča alebo rodiny. Našou prioritou je ochrana dieťaťa a zabezpečenie jeho bezpečia. Každé, aj zdanlivo malé podozrenie môže byť prvým krokom k tomu, aby sa zabránilo ďalšiemu ubližovaniu alebo zanedbávaniu. Správna reakcia zdravotníka preto spočíva predovšetkým v dôslednom a odbornom postupe. Dieťa je potrebné komplexne vyšetriť, podrobne zdokumentovať všetky nálezy, zaznamenať anamnestické údaje vrátane prípadných nezrovnalostí a následne podozrenie oznámiť príslušným orgánom a odborníkom. Následne už vstupujú do procesu multidisciplinárne tímy – sociálnoprávna ochrana detí, polícia, psychológovia, pediatri, súdni znalci a ďalší odborníci, ktorí spoločne posudzujú ďalší postup. Práve medziodborová spolupráca, jasná komunikácia a kvalitná dokumentácia sú kľúčové pre ochranu dieťaťa aj pre správne a objektívne posúdenie celej situácie.

VNÍMATE V POSLEDNÝCH ROKOCH POSUN V POVEDOMÍ ZDRAVOTNÍKOV O PROBLEMATIKE SYNDRÓMU CAN A V ICH CITLIVOSTI NA JEHO ROZPOZNANIE?

Myslím si, že povedomie o syndróme CAN aj citlivosť zdravotníkov voči tejto problematike sa v posledných rokoch výrazne zvyšujú. Napriek tomu však stále považujem za mimoriadne dôležité o tejto téme otvorene hovoriť. Nielen na odborných podujatiach, ale aj medzi kolegami v každodennej praxi. Kľúčové je neustále vzdelávanie, sledovanie nových poznatkov a výmena skúseností medzi odborníkmi naprieč rôznymi odbormi aj krajinami. Práve medzinárodná spolupráca a komunikácia s profesionálmi zo zahraničia nám umožňujú lepšie porozumieť problematike, zavádzať modernejšie postupy a zlepšovať systém ochrany detí aj na Slovensku. Rovnako dôležité je, aby zdravotníci nezľahčovali svoje postrehy a nebáli sa upozorniť kolegov na situácie, ktoré v nich vyvolávajú pochybnosti. Pri syndróme CAN totiž často rozhodujú práve detaily, všímavosť a medziodborová spolupráca. Niekedy môže jediný správne vyhodnotený moment alebo včas vyslovené podozrenie zásadne ovplyvniť ďalší osud dieťaťa a zabrániť pokračovaniu násilia či zanedbávania.



MUDr. TÁŇA HUNÁKOVÁ

Pôsobí ako pediatrička na DFNSP v Banskej Bystrici a zároveň ako všeobecná lekárka pre deti a dorast. Medicíne sa venuje sedem rokov, pričom pred nástupom na urgentný príjem pracovala na II. detskej klinike SZU v Banskej Bystrici. Popri klinickej praxi sa aktívne venuje prevencii a vzdelávaniu. Spolu s primárom detského urgentného príjmu realizuje prednášky na školách o problematike drog a ich vplyve na zdravie detí a mladých ľudí. Pravidelne sa zúčastňuje odborných kongresov a vzdelávacích podujatí. Po medzinárodnom odbornom stretnutí v Paríži venovanom syndrómu CAN sa plánuje intenzívnejšie venovať osвете v oblasti týrania, zneužívania a zanedbávania detí. Verí, že prevencia, vzdelávanie a otvorená diskusia sú kľúčové pre ochranu zdravia, bezpečia a práv detí.

AKÉ HLAVNÉ POSOLSTVO BY STE CHCELI PRÁVE OD OVZDAŤ ZÁCHRANÁROM A ZDRAVOTNÍKOM PRVÉHO KONTAKTU?

Predovšetkým to, že úloha zdravotníkov v ochrane dieťaťa má obrovský význam. Práve zdravotníci prvého kontaktu sú často tí, ktorí môžu ako prví zachytiť varovné signály a spustiť proces, ktorý dieťaťu zabezpečí pomoc a bezpečie. Dôležitá je najmä dôslednosť, odborný prístup a odvaha nevnímať situáciu len cez samotné poranenie alebo diagnózu. Pri syndróme CAN totiž často rozhodujú detaily, kvalitne odobratá anamnéza, správna dokumentácia a schopnosť vnímať súvislosti. Zároveň je potrebné uvedomiť si, že zdravotník nemusí niešť celú zodpovednosť za vyriešenie prípadu sám. Podstatné je rozpoznať podozrenie, správne ho zaznamenať a odovzdať ďalej odborníkom, ktorí sa na riešení podieľajú. Ochrana dieťaťa je vždy výsledkom spolupráce viacerých profesií. Ak sa nám podarí vytvoriť prostredie, v ktorom budú zdravotníci dostatočne vzdelaní, vnímaví a nebudú sa báť konať, môžeme mnohým deťom pomôcť včas – ešte skôr, než dôjde k vážnym následkom. Posolstvo je jednoznačné – násilie páchané na deťoch nám nesmie byť ľahostajné. Či už ide o fyzické alebo psychické týranie, zanedbávanie, šikanu alebo sexuálne zneužívanie, každé podozrenie si zaslúži pozornosť odborníkov. Práve všímavosť zdravotníkov, odvaha konať a spolupráca medzi jednotlivými profesiami môžu rozhodnúť o tom, či sa pomoc dostane k dieťaťu včas.

FYZICKÉ PREJAVY

TZV. „**PODOZRIVÉ**“ PORANENIA – CAVE!
NUTNÉ CIELENÉ PÁTRANIE.

- » NENÁPADNÉ, ALE VOĽNÝM OKOM ODHALITEĽNÉ
- » NEZÁVAŽNÉ, VO VÄČŠINE PRÍPADOV NIE SÚ PRIMÁRNYM DÔVODOM NÁVŠTEVY LEKÁRA
- » PODOZRIVÉ Z CUDZIEHO ZAVINENIA (NAPR. MODRINY V PODOZRIVÝCH LOKALITÁCH, PODOZRIVÉHO TVARU)
- » AKÉKOĽVEK PORANENIE, KTORÉ NEKORELUJE S PODANÝM VYSVETLENÍM
- » AKÉKOĽVEK PORANENIE, KTORÉ NEKORELUJE S PSYCHOMOTORICKÝM VÝVOJOM
- » VIDITEĽNÉ ZNÁMKY ZANEDBANIA, PODVÝŽIVA, MALHYGIENA
- » NEŠPECIFICKÉ, INAK NEVYSVETLITEĽNÉ PREJAVY (SPAVOSŤ, ODMIETANIE STRAVY, ZVRACANIE, ...)

BEHAVIORÁLNE PREJAVY

- » INTERAKCIA DIEŤA – RODIČ
- » SPRÁVANIE/ZMENA SPRÁVANIA DIEŤAŤA - UTIAHNUTOSŤ, SEBAOBVIŇOVANIE, AUTOMUTILAČNÉ SKLONY (TRHANIE VLASOV, BÚCHANIE HLAVY O STENU, REZANIE SA ...), NEUROTICKÉ PREJAVY, POMOČOVANIE, PORUCHY SPÁNKU
- » DIEŤA NECHCE HOVORIŤ O SVOJICH ZRANENIACH, VYMÝŠĽA SI
- » UHÝBANIE PRED DOTYKOM; ODMIETA SA VYZLIEČŤ
- » ÚTEKY Z DOMU, STRACH Z KONTAKTOVANIA RODIČOV
- » SEXUALIZOVANÉ SPRÁVANIE, SLOVNÁ ZÁSOBA, KRESBY

CAN CHILD ABUSE AND NEGLECT

SYNDRÓM TÝRANÉHO, ZNEUŽÍVANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DIEŤAŤA

Súbor konkrétnych foriem neadekvátneho zaobchádzania s dieťaťom, ktoré vedú k nedostatočnému napĺňaniu jeho základných potrieb:

- » BIOLOGICKÝCH,
- » EMOČNÝCH,
- » POCITU BEZPEČIA A ISTOTY.

Dôsledkom je závažné narušenie až trvalé poškodenia vývoja, osobnosti, sebavedomia a medziľudských vzťahov dieťaťa.

ROZPOZNANIE DIEŤAŤA OHROZENÉHO CAN

Jedna z najnáročnejších úloh v zdravotníckej praxi.

- » PODOZRIEVAVOSŤ ≠ PODOZRENIE
- » SUBJEKTÍVNY POCIT NIE JE DŮKAZ
- » PODOZRENIE MUSÍ VYCHÁDZAŤ Z FAKTOV, OBJEKTÍVNYCH ZISTENÍ A PRINCÍPOV EBM

RIZIKOVÉ FAKTORY

DIEŤA

- » VEK ≤ 4 ROKY (CAVE! ≤ 1 ROK)
- » DIEŤA SO ŠPECIÁLNYMI POTREBAMI (PREMATURITA, FYZICKÉ/MENTÁLNE POSTIHNUTIE, CHRONICKÉ OCHORENIE, ...)
- » „PROVOKUJÚCE“ SPRÁVANIE - TRIGGER
- » SÚRODENEK OBETE SYNDRÓMU CAN

RODIČ

- » VEK
- » PSYCHICKÉ OCHORENIE
- » ZÁVISLOSŤ (ALKOHOL, DROGY)
- » VLASTNÁ SKÚSENOSŤ S TÝRANÍM
- » RODINNÁ „TRADÍCIA“ VYCHOVÁVANIA

PROSTREDIE

- » NEFUNKČNOSŤ RODINY V AKEJKOĽVEK PODOBE (DOMÁCE NÁSILIE, ROZVODOVÉ KONANIE – MEDEIN KOMPLEX, NEVLASTNÝ RODIČ – SYNDRÓM POPOLUŠKY, ...)
- » SOCIÁLNA IZOLÁCIA
- » CHUDOBA, NEZAMESTNANOSŤ
- » VYČERPANOSŤ
- » NÁHRADNÁ/ÚSTAVNÁ STAROSTLIVOSŤ

TEN-4-FACEs

Je jednoduchá skríningová pomôcka na rozpoznanie modrín, ktoré môžu signalizovať syndróm CAN. Pomáha identifikovať deti vyžadujúce ďalšie odborné posúdenie.



Naskenujte QR kód
a stiahnite si pomôcku.



