ZPRAVODAJ VOJENSKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

4/2019

PROSINEC 2019

OBSAH ZPRAVODAJE VOJENSKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

4/2019

1. **Sekce vojenského zdravotnictví Ministerstva obrany – návrat k tradicím?.....5**
   Zoltán Bubeník

2. **Refrakterní mimonemocniční náhlá zástava oběhu.....9**
   Jana Piskačová

3. **Royal Medical Services Hashemite Kingdom of Jordan (Královská zdravotnická služba Jordánského hášimovského království).....12**
   Miloš Bohoněk

4. **Ověřovací zkoušky mobilní izolační komory IsoArk N36-7.....16**
   Michal Kroča, Zuzana Pavlová, Michal Hykel

5. **Bezpečné prostředí na oddělení akutní psychiatrické péče – zkušenosti z ÚVN 21**
   Tomáš Petr

6. **Hledáme cesty a způsoby jak být užiteční 25**
   Helena Sováková

10. Volná místa ve Vojenské zdravotnické službě.....27

PF 2020

Kolektiv redakční rady
Zpravodaje vojenského zdravotnictví
přeje všem spolupracovníkům a čtenářům
mnoho štěstí a osobních i pracovních úspěchů
v roce 2020.

Předseda redakční rady
plukovník gšt. MUDr. Richard Kraus

Sekce vojenského zdravotnictví Ministerstva obrany – návrat k tradicím?

Zoltán BUBENÍK

Agentura vojenského zdravotnictví Hradec Králové

Datum 1. ledna 2020 lze oprávněně považovat za počátek nové éry vrcholného řídícího, strategického a koncepčního prvku zdravotnické služby resortu obrany. Po letech pokusů a omylů, letech lepších či horších, ať již z pohledu systémového, finančního či personálního můžeme konečně konstatovat, že máme opět vše ve vlastních rukou. Ale pojďme popořádku a zkusme si trochu osvěžit historii…

Téměř dekáda samostatnosti zdravotnické služby v systému velení a řízení po sametové revoluci byla završena vstupem do severoatlantické Aliance. Již symbolika prvního náčelníka zdravotnické služby Aliance – hlavního zdravotnického poradce strategického velitelství v Evropě z řad bývalého Východního bloku, **brigádního generála MUDr. Leo KLEINA, CSc.,** byla pro zdravotnickou službu velmi významná. Potvrdila tím i správně nastavený směr a profilaci AČR ve zmiňovaném období, a to na ochranu proti zbraním hromadného ničení, pasivní sledovací systémy a nakonec **vojenské zdravotnictví**.

V té době, čili po roce 1999, byla v pozici řídícího orgánu taktéž Sekce vojenského zdravotnictví, která měla v podřízenosti Velitelství vojskové zdravotnické služby. Hlavním úkolem Velitelství bylo komplexní zdravotnické a veterinární zabezpečení Armády České republiky, a to včetně nasazení zdravotnických jednotek do zahraničních operací či zdravotnické podpory jednotlivých úkolových uskupení druhů vojsk. Tento stav trval prakticky do roku 2004, kdy došlo na straně jedné k transformaci systému velení a řízení na úrovni Ústředního správního orgánu a na straně druhé ke zrušení Velitelství vojskové zdravotnické služby a předpodřízení jeho útvarů a zařízení pod Ředitelství logistické a zdravotnické podpory. Ve struktuře Generálního štábu AČR se ze samostatné Sekce stal nesamostatný Odbor vojenského zdravotnictví jako součást Sekce logistiky, aby pak nakonec v roce 2006 začal fungovat jako sice samostatný prvek, nezávislý na logistice v rámci GŠ AČR, ale zase na straně druhé s jediným podřízeným prvkem – Ústředním vojenským zdravotním ústavem. Další prvky jako posádkové ošetřovny, polní nemocnice, veterinární služba atd. zůstaly v podřízenosti Ředitelství logistické a zdravotnické podpory a po roce 2004 postupně vznikající praporní obvaziště útvarů pozemních a vzdušných sil ve vazbě na daná velitelství.

Tento stav trval až do poloviny roku 2013, samozřejmě s větším či menším množstvím dílčích změn, které nicméně neumožňovaly přímou vazbu ve velení a řízení prvku vojenského zdravotnictví na úrovni ÚSU směrem k útvarům a zařízením zdravotnické služby, které zůstávaly v podřízenosti Velitelství podpory. Předchozí výrazná redukce personálu v roce 2009 vedla k nutnosti podřízení do té doby samostatných polních nemocnic pod Velitelství nemocniční základny, jehož důsledkem byla nakonec nemožnost nasazení polní nemocnice do zahraniční operace bez zásadního vlivu na schopnost velení pro zbylé jednotky na území ČR.

Rok 2013 byl tzv. rokem **něco za něco**… Došlo k vytvoření agentur – logistiky, komunikačních a informačních systémů a nakonec Agentury vojenského zdravotnictví jako jakési paralely k bývalému a již zmiňovanému Velitelství vojskové zdravotnické služby. Takže kolem a kolem – zrušení více než 200 systemizovaných míst VZP a o.z. (v roce 2009 více než 150), přitom zachování či dokonce navýšení úkolů z minulého období; dále zrušení Nemocniční základy a včlenění polních nemocnic přímo do struktury ředitelství agentury. K tomu všemu bývalý samostatný Odbor vojenského zdravotnictví, od roku 2013 jako součást Sekce podpory, bez přímé velitelské a řídící odpovědnosti k Agentuře vojenského zdravotnictví.

V průběhu let se ovšem povedlo mnohé – kromě konsolidace a potvrzení životaschopnosti agentury, navýšení počtů v roce 2016 o více než 100 osob, vytvoření jednotky aktivních záloh Odboru biologické ochrany v Těchoníně (135 osob), opakované nasazení polního chirurgického týmu v Afghánistánu či Iráku, psů a psovodů v Mali či Afghánistánu a dalších specialistů zdravotnické služby ve výkonných, odborných, velitelských nebo štábních funkcích potvrdilo tradici a kvalitu zdravotnické služby.

Těžký úkol ovšem čekal na koncepční a řídící prvek vojenského zdravotnictví – odbor v rámci Sekce podpory. Personál s počtem 25 osob, velké množství zastaralých, přežitých a stěží použitelných dokumentů

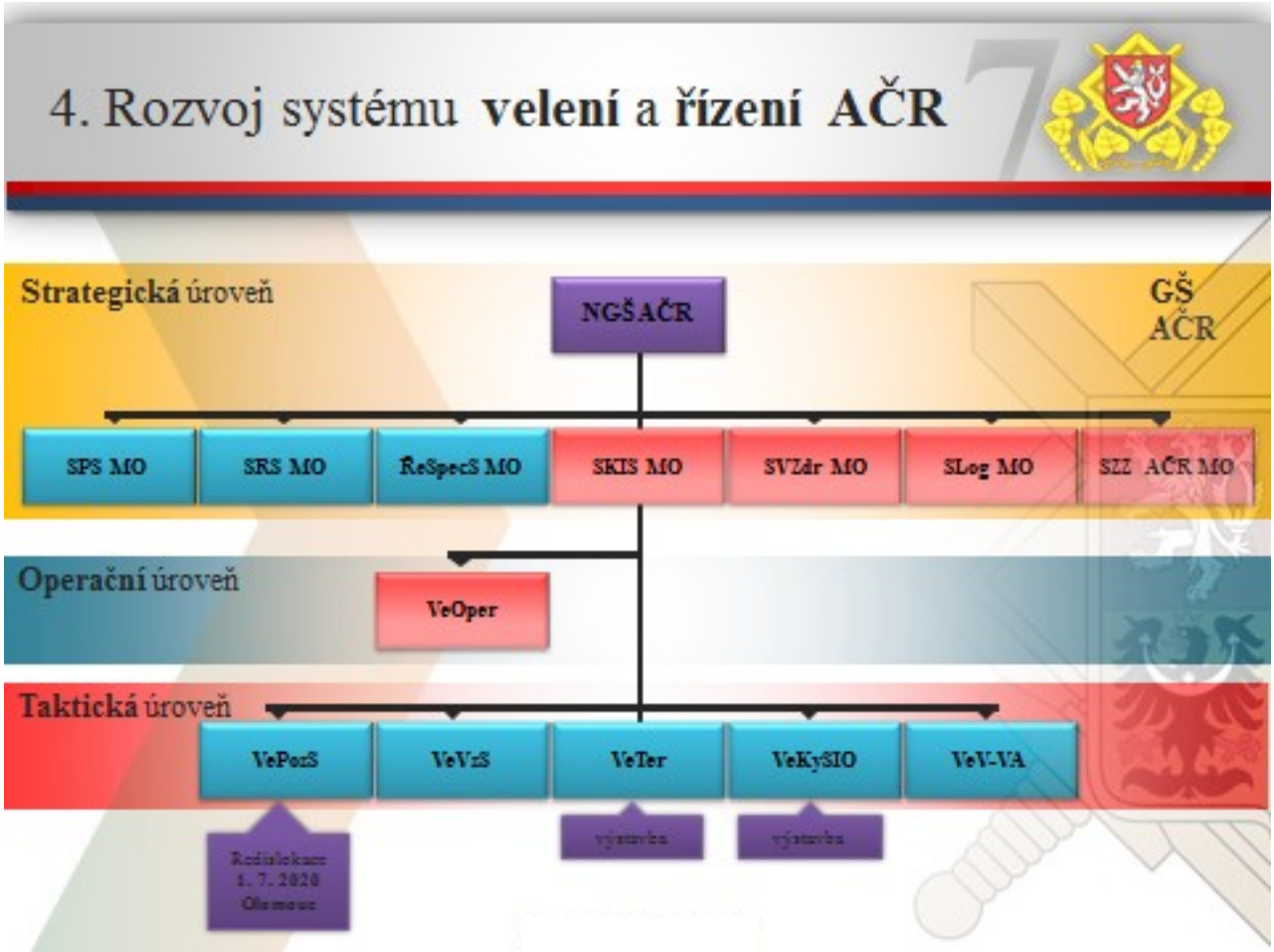
a předpisů, velká dynamika změn na úrovni GŠ a MO ve vazbě na systém velení a řízení, válečné armády a profilace směrem k zabezpečení nasaditelnosti do zahraničních operací vedly určitým způsobem ke stagnaci ve snahách dosáhnout opětovné samostatnosti a převzetí odpovědnosti za věci dobré i zlé ve zdravotnické podpoře. Ovšem významným zlomem bylo rozhodnutí současného velení AČR o transformaci systému velení a řízení, vycházející z koncepčních dokumentů schválených vládou ČR (KVAČR – Koncepce výstavby AČR do roku 2025 a výhled do roku 2030), kde zdravotnická služba i přes původní odpor některých složek GŠ dosáhla **rovnocenného postavení** v definici řídícího a koncepčního prvku – nově vytvářené **Sekci vojenského zdravotnictví** v počtu 41 osob v souladu se systemizací resortu MO.

Sekce vojenského zdravotnictví v delimitaci působností mezi současnou Sekcí podpory a nově vznikajícím výše zmiňovaným prvkem převede klíčové oblasti velení, řízení, koncepční a strategické práce na novou sekci a detailně upraví působnost ve změněném znění organizačního řádu MO. SVZdr bude ve zmiňovaném rozsahu přímo odpovědná za řízení AVZdr, nepřímo za stanovení úkolů pro vojenské nemocnice, Fakultu vojenského zdravotnictví Univerzity obrany a součinnost se zdravotnickou službou ASC DUKLA a VZ.

Klíčová odpovědnost bude zejména vázána na **správu vojenských odborností** v gesci ředitele Sekce a jeho podřízených, a to v oblasti ČVO 51 (zdravotnické), 52 (veterinární) a nakonec 86 (psychologické). Dojde tím k řízení kariéry vojenského zdravotnického profesionála od jeho vstupu do resortu (ať již jako student FVZ UO nebo rekrut z civilního sektoru), tak jak bylo původně plánováno již v roce 2009, ale do dnešní doby díky všemožným překážkám nerealizováno. Dalším klíčovým úkolem bude **program reprodukce majetku zdravotnické služby** jako klíčový faktor technického a materiálního zabezpečení zdravotnické a veterinární podpory napříč resortem obrany.

Tabulka 1

NOVÉ SCHÉMA VELENÍ A ŘÍZENÍ PLATNÉ OD 1. LEDNA 2020



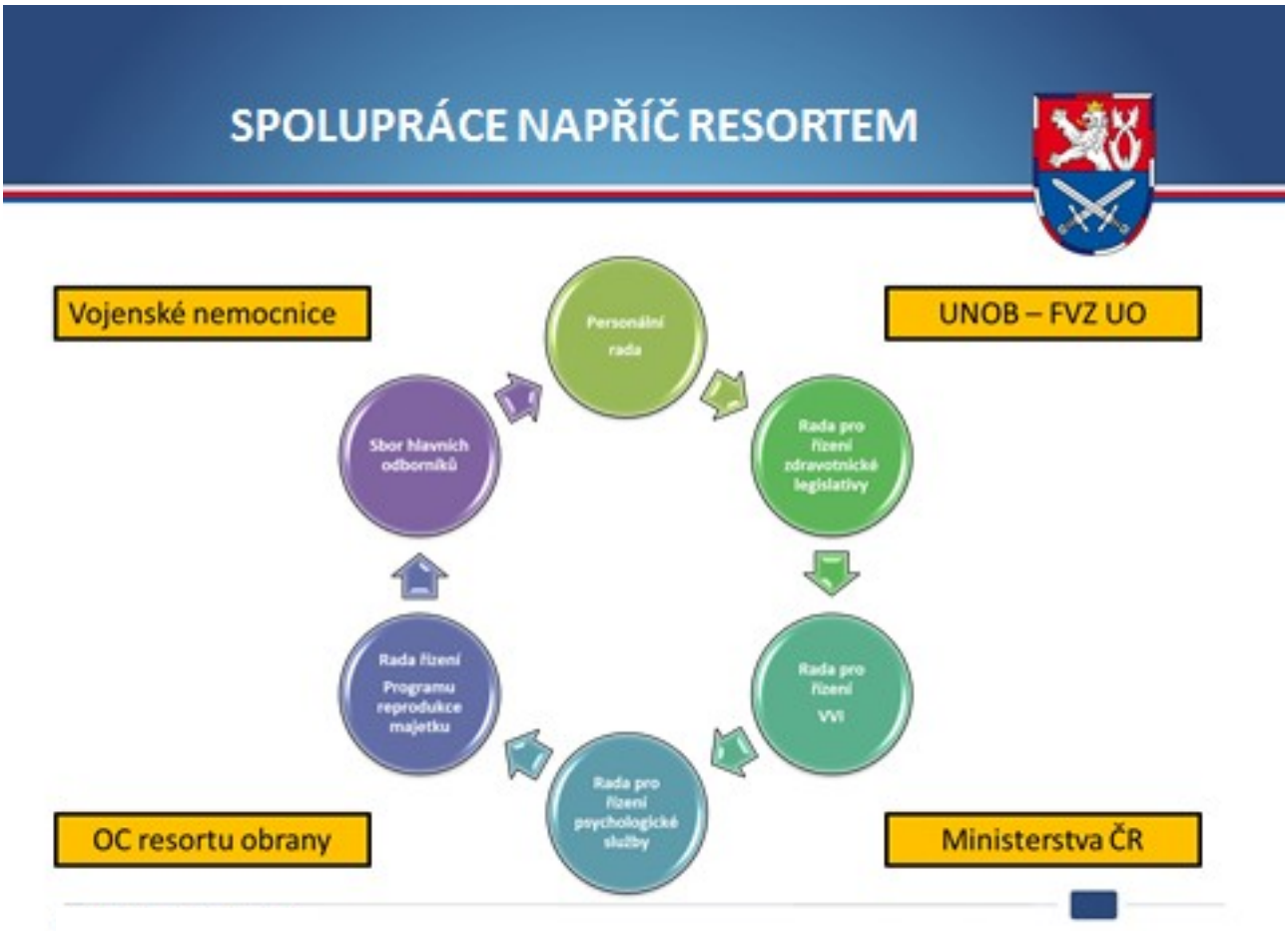
Postavení ředitele Sekce vojenského zdravotnictví na roveň ostatních sekcí dává do vínku jak **pravomoci**, tak **odpovědnost**. Koneckonců tyto atributy byly uvedeny taktéž v původní Koncepci rozvoje vojenského zdravotnictví, schválené v roce 2012 jako stěžejní strategický dokument k řízení a vzájemné provázanosti nesourodých zdravotnických prvků jak v podřízenosti vojenské části, tak civilní části MO. Již v nově schválené Koncepci rozvoje vojenské zdravotnické služby jako koncepce nižšího řádu, vycházející z KVAČR 2025-30, byla zmiňována nová struktura řídícího a koncepčního orgánu zdravotnické služby, její počty, úkoly, odpovědnost a zároveň vazba na prvky mimo podřízenost GŠ.

Někdy je návrat k původní, fungující struktuře Sekce před rokem 2003 téměř nepředstavitelný, ať již z hlediska počtů systemizovaných míst, tak z hlediska odpovědnosti v řízení a velení – kupříkladu v otázce přímého odborného řízení vojenských nemocnic a koneckonců i jejich ekonomického řízení a sdílení odpovědnosti s civilní částí MO. Zde je potřeba postupovat krok za krokem, nejdříve si „zvyknout na přímou odpovědnost za podřízené jednotky“ (princip velení a řízení – nedílné velitelské pravomoci) a posléze s postupem času dospět k variantě přímého odborného i ekonomického řízení těchto zmiňovaných prvků vojenského zdravotnictví.

Kromě navržené struktury Sekce a jejího personálního obsazení, které při současném finančním limitu osob činí 28 VZP a 6 o.z. (celkem 34 oproti požadovanému počtu 41), bude k efektivnímu řízení zdravotnické služby resortu obrany sloužit také systém poradních orgánů ředitele Sekce vojenského zdravotnictví tak, jak je uvedeno na následujícím schématu.

Tabulka 2

POMOCNÉ ORGÁNY NZdrSl



Úkolem výše uvedených poradních sborů je **všestranná podpora ředitele Sekce vojenského zdravotnictví** v rozhodovacím procesu k posunu zdravotnické služby vpřed jak v oblasti personální, finanční, materiální, podpory vědy a výzkumu a nakonec v otázkách zdravotnické legislativy. Tyto poradní sbory s budoucí definovanou pravomocí nahradí přirozený nedostatek odborníků zdravotnické a veterinární služby v přímých strukturách Sekce. Jejich pravomoci a odpovědnost budou etablovány v příslušných dokumentech a předpokládaným výstupem jejich práce bude návrh opatření ke zlepšení fungování resortní zdravotnické služby v souladu s tzv. principem **best medical practice**.

Na závěr mé osobní přání – vize **samostatné, akceschopné, konsolidované a doma i v zahraničí akceptované zdravotnické služby**, která v atributech velení a řízení, práce s personálními i materiálními zdroji dosahuje synergického efektu zejména na základě vzájemného respektu k velení i odbornosti, schopnosti adekvátně, rychle a vysoce fundovaně reagovat na změny kolem nás – a to ať již v otázkách doplňování personálu nebo materiální a technické podpoře resortu obrany.

Refrakterní mimonemocniční náhlá zástava oběhu

Jana PISKAČOVÁ

Odbor letecké záchranné služby a urgentní medicíny AČR Líně

Úvod

Článek pojednává o možném přístupu k zastižené mimonemocniční náhlé zástavě oběhu, která nereaguje na standardní léčebné kroky dle Advanced Life Support (ALS) protokolu. Dle Guidelines pro kardiopulmonální resuscitaci z roku 2015 je v určitých případech možné zvážit napojení pacienta při přetrvávající zástavě oběhu na veno-arteriální extrakorporální membránovou oxygenaci, která nahradí funkci srdce a plic a umožní provést terapeutický výkon na koronárních arteriích nebo plicní žíle, či překlene biologický poločas látek způsobujících arytmogenní bouři.

Náhlá zástava oběhu (NZO) představuje z etiologického hlediska heterogenní skupinu perakutních život ohrožujících stavů, jejichž společným jmenovatelem je selhání srdce jako pumpy a energetický kolaps buněk s fatálním koncem při nedostatku kyslíku zejména v mozkové tkáni.

Mimonemocniční i nemocniční náhlá zástava oběhu postihuje všechny věkové skupiny a je stále zatížena vysokou morbiditou i mortalitou. V závislosti na příčině NZO lze vysledovat rizikové skupiny pacientů. Dle literatury je u dospělých 55 – 70 % NZO kardiální etiologie v těsné korelaci s výskytem civilizačních chorob srdce, u dětí dominuje úrazový mechanismus NZO zejména topení a polytrauma.

V mimonemocničních podmínkách je základním klíčem k překonání tohoto kritického stavu svědek události, který aktivuje voláním na tísňovou linku (155 nebo 112) Zdravotnické operační středisko (ZOS) a je schopen a ochoten poskytnout postiženému kvalitní první pomoc do dosažení místa události profesionálním zdravotnickým týmem. Zahájení a provedení rozšířené kardiopulmonální resuscitace (KPR) a navazující resuscitační nebo poresuscitační centrová péče v nemocnici probíhá podle platných guidelines a doporučení odborných společností.

Nejdůležitější roli v úspěšném překonání tohoto kritického stavu hraje včasnost a kvalita poskytnuté KPR. Kvalitu laické KPR zásadně ovlivnilo zavedení telefonicky asistované neodkladné resuscitace (TANR) a zvětšující se síť automatických/poloautomatických externích defibrilátorů. TANR poskytuje dispečer/ka ZOS, zaměřuje se na vyhodnocení výzvy jako NZO, na základní kroky nepřímé srdeční masáže (umístění rukou na sternální kosti, hloubku a frekvenci komprese a dostatečné dekomprese), na zprůchodnění dýchacích cest záklonem hlavy, a na použití automatického externího defibrilátoru (AED) v případě možnosti.

Povinností ZOS v Plzeňském kraji je vyslání posádky zdravotnické záchranné služby (ZZS) anebo letecké záchranné služby (LZS) k NZO dle charakteru jednotlivé události. LZS aktivuje ke každé spatřené NZO v systému H1/1, tzn. ihned po vyhodnocení výzvy jako NZO během hovoru se svědkem události. Pokud je dostupný first responder, dobrovolník vyškolený podat první pomoc postiženému v ohrožení života, zejména při NZO, je v tomto případě aktivován. V oblastech s hraničním časovým dojezdem ZZS je častokrát první, který pacienta dosáhne, může být vybaven AED. Velkým přínosem je i zvyšující se povědomí laické veřejnosti o první pomoci a školení kardiopulmonální resuscitace ve firmách a dalších institucích.

Léčba NZO se opírá o včasné odstranění příčiny selhání srdce a podporu životních funkcí. Rozšířená KPR je založena na použití defibrilačního výboje pro defibrilovatelné srdeční rytmy, na kvalitní nepřímé srdeční masáži, zajištění dostatečné oxygenace trvalým zprůchodněním dýchacích cest, farmakoterapii, a odstranění reverzibilních příčin NZO 5H (hypoxie, hypovolemie, hypo/hyperkalémie, hypotermie, acidóza při rozvratu vnitřního prostředí) a 5T (tromboza koronárních tepen, plicní embolie, srdeční tamponáda, tenzní pneumothorax, intoxikace). Strategie podání defibrilačních výbojů a farmakoterapie je dle Guidelines pro KPR z roku 2015. V případě obnovy spontánního oběhu (ROSC) postiženého za podpory vitálních funkcí

co nejrychleji a nejšetrněji transportujeme do nemocnice s centrovou péčí, a to dle etiologie NZO (kardiocentra/traumacentra).

Otázkou zůstává přístup k pacientovi, který nereaguje na standardní kroky rozšířené KPR a je v refrakterní NZO. Dle Guidelines pro KPR 2015 je při splnění jasných kritérií možnost volby transport postiženého do nemocnice s možností napojení na extrakorporální membránovou oxygenaci veno-arteriální (ECMO V-A) s cílem nahradit funkci srdce pro překlenutí období terapeutického výkonu na srdečních tepnách při akutním koronárním syndromu, plicní žíle při plicní embolii nebo pro překlenutí biologického poločasu látek způsobujících arytmogenní bouři při intoxikaci (např. tisem).

ECMO V-A pro užití při NZO, konkrétně při mimonemocniční NZO, je stále exluzivní možností volby s přihlédnutím na dostupnost této metody v jednotlivých krajích České republiky, na rizika komplikací metody a na ekonomickou náročnost následné léčby. V zahraničí existují ojediněle systémy přednemocniční péče, které provádějí kanylaci a napojení na ECMO V-A přímo v terénu (Norimberk, Regensburg).

V Plzeňském kraji uvažujeme při mimonemocniční NZO o aktivaci ECMO týmu ve Fakultní nemocnici Lochotín v Plzni (FNL) u spatřené NZO pacienta mladšího 65 let bez zásadních přidružených komorbidit, se zahájením rozšířené KPR do 10 minut od začátku TANRu a předání pacienta ve FNL do 60 minut od volání svědka na dispečink ZOS.

Dne 31. října 2018 z dispečinku ZOS, který přijal tísňovou výzvu v 11:15:58, obdržela posádka LZS Líně – Kryštof 07 v 11:18:25 výzvu: NZO I., bezvědomí, nedýchá, probíhá TANR, muž cca 40 let.

Posádka odstartovala v 11:20 směr obec Kostelec část Ostrov u Stříbra do výrobní haly, zhruba v polovině doby letu dostávám od dispečinku informaci, že se muž po výboji z AED probral. Posádka přistála u haly v 11:30 a pacienta jsme se zdravotní sestrou dosáhly téměř současně s pozemní posádkou RV a RZP v 11:32.

Na místě události probíhá TANR třináctou minutu přerušený krátkým obdobím obnovy oběhu a návratu vědomí. AED pro recidivu fibrilace komor (FiK) podal druhý výboj, přetrvává fibrilace komor. U pacienta je přítomný gasping, nemá průchodné dýchací cesty, je promodralý, zornice oboustranně mydriatické 3 – 4 mm s obleněnou fotoreakcí, GCS 1 – 1 – 3 (necílená částečná flexe pravé horní končetiny), pulz na arteria carotis není hmatný. Dle svědka si stěžoval před kolapsem na nevolnost, je diabetik.

Zahajujeme rozšířenou KPR dle ALS protokolu defibrilačním výbojem 200 J bifázicky (jedná se v pořadí o třetí výboj), pokračujeme v nepřímé srdeční masáži, nasazujeme mechanickou pomůcku LUCAS, zajišťuji průchodnost dýchacích cest nosním vzduchovodem a provádím oxygenaci prodechováním ambuvakem s vysokým průtokem kyslíku (8 l/min), záchranář zajišťuje intravenózní vstup. Provedena kontrola glykémie: 11,4 mmol/l.

Provádíme kontrolu srdečního rytmu po druhé minutě, přetrvává FiK, podán Amiodarom 300 mg bolusově a Adrenalin 1 mg intravenózně a čtvrtý defibrilační výboj, probíhá kontinuální nepřímá srdeční masáž. Zajišťuji dýchací cesty farmakologickou endotracheální intubací (Midazolam 5 mg i.v., Esmeron 40 mg i.v.) a napojuji na umělou plicní ventilaci při 100% frakci O_2, etCO_2 28 – 30 mmHg, minutová ventilace 7 l/min.

K provedení double sequential defibrillation, tzn. podání dvou výbojů ze dvou defibrilátorů současně, nepřistupuji vzhledem k normálnímu habitu pacienta nepředpokládám sníženou complience hrudníku. Úsilí směřuji k aktivaci ECMO týmu ve FNL a rychlému transportu pacienta do sanitky a následně do vrtulníku.

ECMO tým aktivován v 11:39. Odlet z místa událost v 11:50.

Během transportu při kontrole rytmu byla zjištěna PEA o frekvenci 35 QRS komplexů/min, dále opět FiK. Celkem podáno 7 defibrilačních výbojů 200 J bifázicky, Amiodaron 450 mg i.v., Adrenalin 6 mg i.v., Plasmatyte 500 ml i.v. Nepřímá srdeční masáž po celou dobu zajištěna mechanicky přístrojem LUCAS a umělá plicní ventilace ventilátorem Oxylog 1000.

Pacienta jsme předaly na Emergency FNL v 12:06 v 51. minutě od volání. Zde proběhlo napojení na V-A ECMO, kanylace trvala 14 minut. Za mechanické srdeční podpory byla provedena angiografie koronárních tepen a provedena perkutánní plastika na ramus interventricularis anterior levé koronární tepny. Spontánní oběh se obnovil po perkutánní intervenci, pro nedostatečný srdeční výdej byl pacient ponechán na mechanické srdeční podpoře i po výkonu. Odpojen a dekanylován byl 5. listopadu. V průběhu následujících dní byl

stav komplikován pneumonií, rannou infekcí a sepsí.

29. listopadu 2018 byl pacient propuštěn bez neurologického deficitu do domácího ošetřování. V následné době absolvoval několik rehabilitačních pobytů pro celkovou rekonvalescenci zejména k získání plné svalové síly. Toto období komplikovaly klaudikační bolesti v obou dolních končetinách. Od léta 2019 je již plně zařazen do běžného života.

Závěr

NZO je etiologicky heterogenní skupina stavů, jejichž společným jmenovatelem je selhání srdce jako pumpy. Léčba NZO se skládá z odstranění vyvolávající příčiny a nepřímé masáže srdce k zajištění částečného výdeje okysličené krve ke tkáním. Klíčem je včasné spuštění řetězce přežití, který propojuje přednemocniční a nemocniční péči. V současné době je pro pacienta zcela zásadní jeho první článek – svědek události a jeho schopnost zvládnout tuto emocionálně velmi zátěžovou situaci. Pravidelná školení laiků v poskytování první pomoci a dostupnost automatických externích defibrilátorů nezpochybnitelně zvyšují šanci na kvalitní přežití postižených NZO. Jako možnost volby u některých (výběrových) refrakterních NZO se jeví napojení pacienta na V-A ECMO, tedy mechanickou podporu srdce umožňující během NZO terapeutický výkon na koronárních, plicních cévách či v případě intoxikací.

Kontakt

mjr. MUDr. Jana Piskačová
Odbor letecké záchranné služby a urgentní medicíny AČR Líně
e-mail: jana.piskacova@post.cz

Royal Medical Services Hashemite Kingdom of Jordan

(Královská zdravotnická služba Jordánského hášimovského království)

Miloš BOHONĚK

Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha

V minulém čísle Zpravodaje byla publikována zpráva z pracovní návštěvy skupiny příslušníků Vojenské zdravotnické služby AČR u **Royal Medical Services (RMS)** jordánských ozbrojených sil, v rámci prohlubování kontaktů a vzájemné spolupráce, kterou měl autor tohoto sdělení tu čest vést.

V tomto textu je uveden detailnější popis historie, struktury a rozsahu činností RMS, která v mnoha ohledech může být pro Vojenskou zdravotnickou službu AČR inspirativní.

Jordánsko, oficiálním názvem Jordánské hášimovské království, leží v oblasti Blízkého východu a sousedí s Irákem, Izraelem, Saúdskou Arábií a Sýrií. Dříve bylo nazýváno Transjordánsko nebo Zajordánsko, vzhledem k poloze na východ od Jordánu. Jako Transjordánsko (nebo Zajordánsko) je také označováno území dnešního Jordánska v letech 1921–1946, kdy podléhalo jako mandátní území Britům. V současné době se jedná o konstituční monarchii, od roku 1999 je hlavou státu král Abdaláh II. Jordánsko je země s převahou pouští a polopouští (pouze 4 % země jsou vhodné k obdělávání půdy a 8 % k pastvinám) o rozloze 89 342 km2 a 10 300 000 obyvatel. Rozloha a lidnatost jsou tedy srovnatelné s Českou republikou. Téměř 95 % obyvatelstva jsou Arabové, z nichž cca 55 % jsou Palestinci, potomci velké uprchlické vlny po prohrané arabsko-izraelské válce v roce 1965. Jako vyznání u 92 % obyvatelstva převažuje sunnitský islám.

Struktura a organizace zdravotní péče v Jordánsku

Zdravotní péči v Jordánsku poskytuje veřejný a soukromý sektor, významně se ale na ní podílí též mezinárodní a charitativní organizace. Veřejný sektor, který v celkovém objemu poskytování zdravotních služeb dominuje, je rozdělen do gesce ministerstva zdravotnictví a ministerstva obrany.

Civilní sektor

Ministerstvo zdravotnictví zřizuje civilní nemocnice s více než 3000 lůžky a částečně zajišťuje primární péči.

Univerzitní sektor – jeho podíl je z hlediska počtu lůžek relativně malý, nicméně provozuje dvě významné univerzitní nemocnice – University of Jordan Hospital a King Abdullah University Hospital a dále The Centre for Diabetes, Endicrinology and Genetics.

Soukromý sektor v Jordánsku provozuje soukromé nemocnice, různá diagnostická a terapeutická centra a stovky soukromých klinik.

Mezinárodní a charitativní organizace. Vzhledem k dlouhodobě nestabilní situaci v celém blízkovýchodním regionu a relativně klidném Jordánskou, působí na jeho území celá řada mezinárodních a charitativních organizací. Z nich nejvýznamnější jsou UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East) a UNHCR (United Nations Commission on Human Right), které provozují zdravotnická zařízení určená zejména pro palestinské a syrské uprchlíky.

Royal Medical Services Jordanian Armed Forces

RMS je organizační složkou Jordánských ozbrojených sil a jeho historie se datuje od roku 1941, kdy první polní zdravotnická zařízení byla z dob existence tzv. Jordánské arabské legie krále Abdalláha, která byla tehdy spojenecké ozbrojenou jednotkou Velké Británie. Dále se RMS formovala v průběhu arabsko-izraelských válek (1948 – 1967). Principy moderní organizační struktury byly založeny v roce 1973, včetně vybudování unikátního komplexu zdravotnických zařízení, King Hussein Medical Centre.

RMS je v současné době hlavním a největším poskytovatelem zdravotní péče v Jordánsku, kde zabezpe-

čuje více než 42 % zdravotnické péče v Jordánsku, zejména sekundární a terciární. RMS je současně významným poskytovatelem ZP v mezinárodním regionálním kontextu pro celý blízkovýchodní region.

Obr. 1: Logo RMS

RMS plní svou roli ve čtyřech oblastech:

1. Je vojenskou zdravotnickou službou jordánské královské armády.
2. Zabezpečuje významný segment civilní zdravotní péče pro občany Jordánska, podílí se na výuce studentů lékařských fakult a na postgraduálním vzdělávání.
3. Plní úlohu regionální a mezinárodní zdravotní služby pro oblast blízkého východu, plní mezinárodní humanitární úkoly.
4. Zabezpečuje krizové situace a medicínu katastrof.

Struktura a zařízení RMS

King Hussein Medical Centre (KHMC)

KHMC je největším a nejprestižnějším multidisciplinárním zdravotnickým zařízením v Jordánsku s celkovou kapacitou 1414 lůžek. Je umístěno na severozápadním okraji hlavního města Jordánska, Ammánu. Služby poskytuje vojenskému personálu a jejich rodinám i civilním občanům Jordánska.

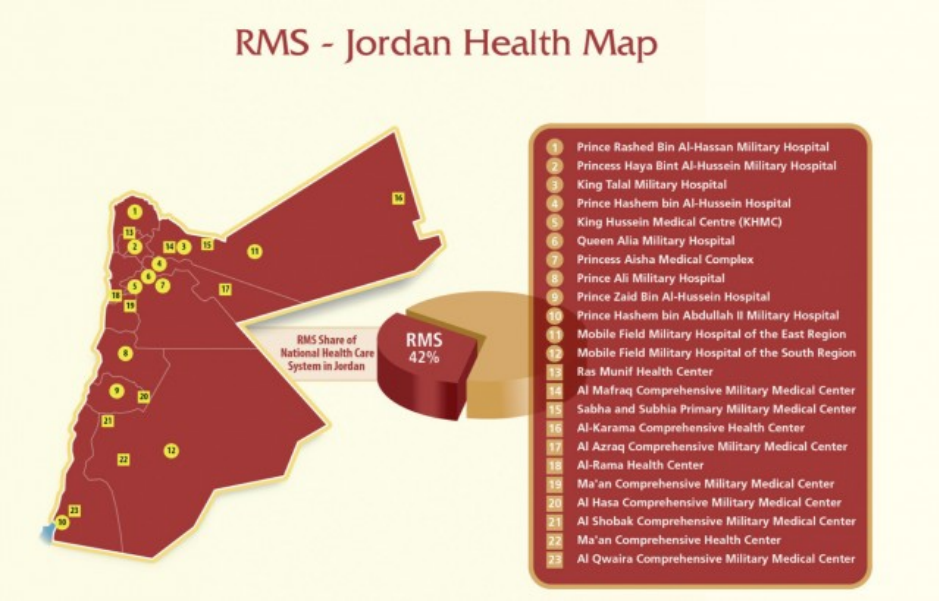
KHMC tvoří 5 specializovaných nemocnic univerzitního typu a rozsáhlé laboratorní centrum **(The Prince Eyman Centre for Laboratory Science)**, jehož součástí je i zařízení transfuzní služby.

Obr.2: KHMC – celkový pohled

Názvy a stručná charakteristika jednotlivých lůžkových zařízení KHMC

1) **Al-Hussein Hospital** (1973) je největší nemocnicí komplexu s celkovou kapacitou 720 lůžek, z toho 60 lůžek intenzivní péče.
2) **Royal Rehabilitation Centre, RRC** (1983) je jediné zařízení v Jordánsku, které se věnuje komplexní rehabilitační péči. Kombinuje postupy ortopedické, rehabilitační, plastické a rekonstrukční chirurgie, má popáleninovou jednotku a poskytuje logopedické služby.
3) **Queen Alia Heart Institute, QAHI** (1983) poskytuje jako jediné centrum v Jordánsku komplexní kardiologické služby všem obyvatelůmn Jordánska i pacientům ze sousedních zemí. Jeho kapacita je 178 lůžek.
4) **Prince Hussein Centre for Urology and Organ Transplant, PHCUOT** (2000) disponuje nejmodernějším vybavením i postupy pro léčbu poruch ledvin a močových cest. Nabízí neinvazivní léčbu benigní hyperplazie prostaty a nejnovější vyšetřovací postupy fyziologie močového měchýře a erektilní dysfunkce. Sídlí zde The Jordan Society for Encouraging Organ Transplantation.
5) **Queen Rania Hospital for Children/Pediatric Hospital** (2009). Jedná se o první specializovanou dětskou nemocnici v Jordánsku s celkovou kapacitou 202 lůžek. Součástí poskytované superspecializované péče je hematolonkologická, včetně transplantace kmenových buněk, dializační jednotky a další veškeré specializované péče v oboru pediatrie, neonatologie a pediatrických chirurgických oborů.

Kromě KHMC je RMC zřizovatelem dalších 10 specializovaných a všeobecných nemocnic rozmístěných po celém území Jordánska, který disponuje dalšími celkem téměř 2200 lůžky 11 zdravotnických zařízení primární péče v odlehlých oblastech, 6 polních nemocnic působících v odlehlých oblastech a 4 zdravotnických praporů. Za zvláštní zmínku stojí **Princess Aisha Military Medical Complex** (1948), který stojí na východním okraji Ammánu a na 34 lůžkách poskytuje specializovanou psychiatrickou péči. Současně zajišťuje služby klinické psychologie a je i centrem pracovního a posudkového lékařství.



Obr.3: Mapka lůžkových zdravotnických zařízení v Jordánsku

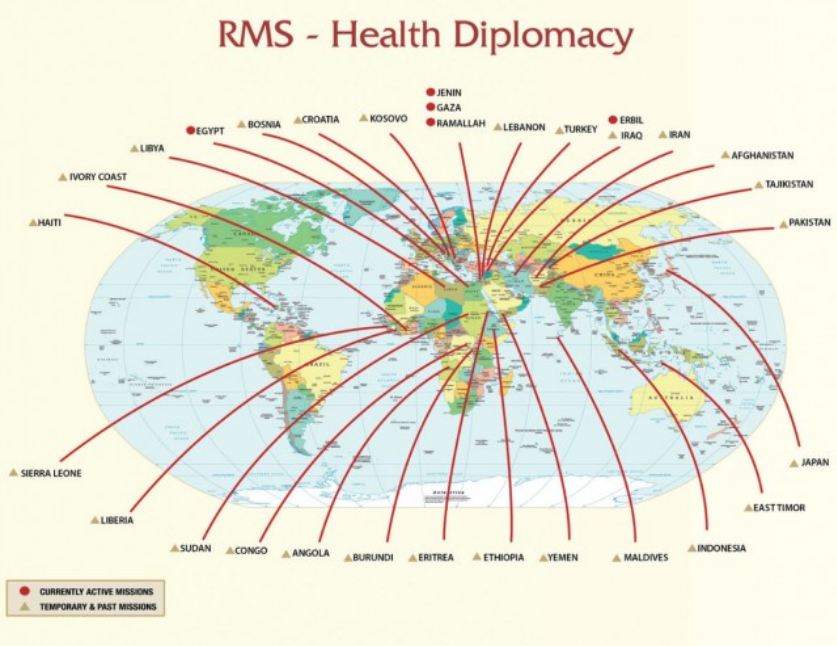
Významnou součástí RMS je Letecká záchranná služba, jejímž organizačním prvkem je **Royal Jordanian Air Force Medical Facility** (RJAFMF) se svým **Aero Medical Evacuation Centre** (AMC) v Ammánu, založeného v roce 1987. AMC zajišťuje civilní leteckou záchrannou službou pro celé Jordánko a současně zabezpečuje vnitrostátní i přeshraniční MEDEVAC. Kromě záchranářů a zdravotních sester zaměstnává lékaře s intenzivistickou a chirurgickou specializací, do výbavy patří i mobilní JIP. Podrobnější popis letecké techniky a vybavení byl publikován v předcházejícím čísle Zpravodaje.

Prvky polní zdravotnické služby jsou soustředěny pod **Field Medical Department** (FMD) a výcvikovým střediskem je **National Emergency Medical Center** (NAEMC). Obě tyto složky RMS byly rovněž podrobněji popsány v minulém čísle ZVZ.

RMS kromě NAEMC zřizuje tato další výuková zařízení:

- Princess Muna College of Nursing
- RMS College for Allied Health Professions
- The Institute of Biomedical Technology

RMS je významným světovým hráčem na poli mezinárodních humanitárních misí. Aktivně se účastnila mírových misí OSN v Angole, Sierra Leone, Libérii, Haiti, Eritree, Chorvatsku, Bosně a Hercegovině, Kosovu, Jemenu, Súdánu, Tádžikistánu a Kongu. Zajišťovala humanitární pomoc v průběhu krizových a válečných stavů do Libanonu, Afghánistánu, Turecka, Íránu, Indonésie, Pákistánu, Japonska, Libye a Egypta. V současné době aktivně působí v Palestině (Pásmo Gazy, Jenin, Ramalláh, Erbi). Do dnešního dne RMS působila na již více než 30 místech celého světa.



Obr. 4: RMS –Health Diplomacy

Deklarovanou vizí RMS je být maximálně inovativní a udržovat tempo rozvoje s nejlepšími poskytovateli zdravotnické péče na světě. Cílem RMS je poskytování bezpečných zdravotnických služeb na vysoké úrovni, za přiměřených nákladů, s maximálně kvalifikovaným personálem a za použití moderních technologií.

Reference:

1) https://cs.wikipedia.org/wiki/Jord%C3%A1nsko
2) https://www.military-medicine.com/almanac/69-jordan-hashemite-kingdom-of.html
3) http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17296e/s17296e.pdf
4) Prezentace RMS pro mezinárodní diplomatický sbor v Jordánsku

Kontakt

plukovník MUDr. Miloš Bohoněk, Ph.D.
primář Oddělení hematologie a krevní transfuze, Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha, Hlavní odborník pro hematologii a transfuzní službu
alc.: 203 210

Ověřovací zkoušky mobilní izolační komory IsoArk N36-7

Michal KROČA, Zuzana PAVLOVÁ, Michal HYKEL

Vojenský zdravotní ústav Praha – Odbor biologické ochrany Těchonín

Úvod

Mobilní izolační komora IsoArk N36-7 je aktivní zdravotnický prostředek určený pro bariérovou přepravu pacientů s vysoce nebezpečnou nákazou nebo osob s podezřením na takovouto nákazu. Vysoce nebezpečné nákazy (do této kategorie spadají například ebola, pravé neštovice, respirační syndromy typu MERS nebo SARS, případně aktuální onemocnění způsobená virem NIPAH) představují vysoké riziko nejen pro pacienta samotného, ale především také pro jeho okolí a ostatní populaci, neboť jsou snadno přenosné a zpravidla proti nim neexistuje účinná specifická léčba a není ani dostupná očkovací látka. Z toho důvodu je i přeprava nakažených nebo z nákazy podezřelých osob realizována za přísných bezpečnostních opatření tak, aby bylo zabráněno dalšímu šíření infekce. Toho je zpravidla dosahováno tak, že přepravovaná osoba je umístěna v prostředí se sníženým tlakem vzduchu vůči okolnímu prostředí a veškerý přiváděný i odtahovaný vzduch je filtrován vysoce účinnými částicovými filtry. Jedním z takovýchto zařízení je i právě pořizovaná mobilní izolační komora IsoArk N36-7.

Obr. 1: Mobilní izolační komora IsoArk N36-7

Cíl a termín ověřovacích zkoušek

Cílem ověřovacích zkoušek (OZ) pořizované mobilní izolační komory bylo praktické ověření užitných vlastností a technických parametrů tohoto zařízení a dosažení shody se zadávacími podmínkami kupní smlouvy č. 195610126 dle její přílohy „Specifikace zboží“, a to v podmínkách, které se budou v maximální možné míře blížit skutečnému využití v AČR. Na základě výsledků těchto zkoušek je následně rozhodováno o doporučení či nedoporučení k používání zkoušené techniky v rezortu MO.

Zkoušky proběhly na základě Nařízení ředitele Odboru vojenského zdravotnictví SPod MO k provedení ověřovacích zkoušek mobilní izolační komory čj. MO 320576/2019-3416 v termínu od 11. do 29. listopadu 2019 u Vojenského zdravotního ústavu Praha.

Rozsah ověřovacích zkoušek

Ověřovacími zkouškami bylo kontrolováno splnění požadavků uvedených ve Specifikaci následujícími zkouškami:

- Kontrola základních parametrů komory
- Kontrola uložení komory pro přepravu
- Praktické ověření funkčnosti komory za provozu
- Kontrola těsnosti komory bez hrozby úniku kontaminace
- Kontrola funkčních parametrů komory za provozu
- Ověření možnosti omyvatelnosti a dekontaminovatelnosti
- Kontrola splnění požadavků na dodání dokumentace v českém jazyce v písemné podobě
- Posouzení potřeby výcviku personálu

Jednotlivé zkoušky v rámci OZ byly specifikovány Úkolovými listy ověřovacích zkoušek, které jsou součástí Metodických postupů uvedeného Nařízení.

Technické parametry mobilní izolační komory IsoArk

Komora IsoArc N36-7		
Vnitřní výška	600	mm
Vnitřní šířka	520	mm
Vnitřní délka	1980	mm
Podtlak se spuštěnou ventilační jednotkou	≥ 30	kPa
Filtr částic AF 36		
Úbytek tlaku	< 270	Pa
Průtok vzduchu	36	m^3/h
Účinnost filtrace částic velikosti 0,3 μm	≥ 99,9995	%
Ventilační jednotka LB 36		
Jmenovité napětí	230	V AC
Příkon	50	VA
Frekvence	50	Hz
Provoz na záložní baterii (plně nabitou)	až 10	hod.
Hmotnost		
Komora se vstupním filtrem částic	15	kg
Filtr částic AF 36	4,5	kg
Ventilační jednotka LB 36	10	kg
Celý zabalený systém	32	kg

Obr. 2 a 3: Komponenty mobilní izolační komory IsoArk N36-7

Výsledky ověřovacích zkoušek

Praktická část ověřovacích zkoušek probíhala v prostorách pracoviště Odboru biologické ochrany Těchonín Vojenského zdravotního ústavu, kde byly ověřovány především technické parametry a jednotlivé funkce komory a jejich shoda s požadavky Specifikace.

Bylo zjištěno, že rozměry a hmotnosti odpovídají požadavkům, a že rovněž po materiálové a konstrukční stránce komora splňuje požadované parametry. Dále bylo provedeno opakované rozvinutí a složení komory pro ověření potřebné doby rozvinutí a možnosti uložení v přepravním vaku, kdy doba pro tyto činnosti u zaškoleného personálu nepřesahuje 10 minut. Fixování pacienta v komoře, stejně tak jako upevnění vlastní komory na transportní prostředek (nosítka), je zajištěno certifikovanými automobilovými pásy se snadnou manipulovatelností a vysokou univerzálností. Komora umožňuje transport jak ležící, tak i zpola sedící osoby, což bylo rovněž prakticky odzkoušeno.

Obr. 4, 5 a 6: Zkouška rozvinutí a složení komory

Při ověřování funkčních parametrů bylo dosaženo doby provozu na záložní zdroj přesahující 12 hodin, což výrazně převyšuje požadavky zadání (min. 8 hodin). Za provozu byla ověřována i těsnost komory zejména v místech s možností úniku vzduchu – spoje, zipy, upevnění rukavic apod. a dále byla měřena úroveň podtlaku v klidu a při manipulaci s komorou. Celá komora se ukázala jako dobře těsnící a požadovaná úroveň podtlaku uvnitř komory, jako hlavního bezpečnostního parametru, byla dosažena nebo překročena za všech testovaných situací.

Obr. 7: Zkouška těsnosti spojů

Obr. 8: Zkouška měření podtlaku v komoře

Možnost dekontaminace komory a její materiálová odolnost byla ověřována za použití 2% roztoku Persterilu, což je prostředek, který pro biologickou dekontaminaci používá nejen AČR, ale také složky IZS. Při těchto zkouškách nebylo zjištěno poškození jednotlivých součástí komory, ztráta funkčnosti komory jako celku, nebo jen změna vzhledu použitých materiálů.

Součástí dodávky byla také kompletní dokumentace v českém jazyce a veškeré požadované doklady ve shodě se zadáním zakázky.

Obr. 9: Zkouška funkčnosti komory s pacientem

Obr. 10: Zkouška manipulace a přepravy komory s pacientem

Obr. 11: Zkouška fixace pacienta v mobilní izolační komoře

Zhodnocení ověřovacích zkoušek

Všechny dílčí zkoušky mobilní izolační komory IsoArk N36-7 proběhly v souladu s metodickými postupy bez závad a měly hodnocení SHODA. Celkové hodnocení ověřovacích zkoušek bylo VYHOVUJÍCÍ s doporučujícím závěrem na používání této techniky v rezortu MO.

Biologické týmy AČR získávají pořízením mobilní izolační komory IsoArk N36-7 další prostředek posilující jejich schopnosti v reakci na výskyt vysoce nebezpečné nákazy a při ochraně České republiky a jejího obyvatelstva před šířením závažných infekčních onemocnění.

Kontakt

pplk. RNDr. Michal KROČA, Ph.D.
ředitel Odboru biologické ochrany Těchonín VZÚ Praha
alc.: 273 574

Bezpečné prostředí na oddělení akutní psychiatrické péče – zkušenosti z ÚVN

Tomáš PETR

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

Akutní psychiatrické oddělení je místem, kde může docházet k celé řadě nepředvídatelných situací a nežádoucích událostí. Cílem akutní péče je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu, komplexní diagnostika, včasné nastavení adekvátní léčby, stabilizace stavu a předání pacienta do návazných služeb (Věstník MZČR č. 5/2016). Personál se zde setkává s pacienty v akutní fázi duševního onemocnění, s rozmanitou škálou projevů, často s nedostatečným náhledem na své onemocnění a omezenou mírou spolupráce. K největším rizikům při poskytování akutní psychiatrické péče patří riziko sebepoškození či sebevražedného jednání, riziko agrese, riziko útěku a mnohá další jako je např. riziko nedostatečné sebepéče nebo riziko zneužívání toxických látek. Vliv prostředí na zajištění bezpečí je zásadní.

Příběh č.1

31letá slečna, hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení s dg. emočně nestabilní porucha osobnosti a středně těžká deprese.. V průběhu hospitalizace bez suicidálních myšlenek a sebepoškozovacích tendencí. 10. den hospitalizace, krátce po 19 hodině se odchází osprchovat do koupelny a za použití podprsenky zavěšené za kliku u dveří ukončí svůj život oběšením.

Práce na akutním psychiatrickém oddělení klade vysoké nároky na personální i technické vybavení. Minimální požadavky na toto vybavení jsou stanoveny příslušnými vyhláškami (92/2012 Sb., 99/2012 Sb.). Naplnění požadavků vyhlášek však nezaručuje vytvoření optimálních podmínek pro poskytování kvalitní a především bezpečné zdravotní péče.

Zkušenosti z praxe akutních psychiatrických oddělení potvrzují, že řízení rizik a jejich předcházení je nikdy nekončící proces. Pečlivá analýza jednotlivých nežádoucích událostí a implementace následných opatření je jedním ze základních pilířů vytváření bezpečného prostředí. Neméně významné je také sdílení zkušeností a příkladů dobré praxe mezi jednotlivými odděleními poskytujícími akutní psychiatrickou péči. Vytvoření bezpečného prostředí je významné ze dvou základních důvodů:

1) Ochrana pacienta – přijetím k akutní hospitalizaci přebírá zdravotnické zařízení část zodpovědnosti za průběh zdravotní péče a především za to, že poskytovaná péče bude probíhat bezpečně a bez komplikací. Sebepoškození, sebevražda nebo útěk pak mohou být oprávněně vnímány jako selhání při poskytování zdravotních služeb s následným rizikem soudních sporů.
2) Ochrana personálu – práce na akutním psychiatrickém oddělení představuje pro personál extrémní psychickou zátěž. Kvalitní materiální zajištění a vhodné technické podmínky dávají personálu jistotu a větší pocit bezpečí. Při řešení obtížných situací je pro personál důležitý pocit, že se může spolehnout na své kolegy a zároveň mu v jejich řešení pomáhá jistota vhodně technicky zajištěného a uzpůsobeného oddělení.

Příběh č. 2

Muž, 65 let, hospitalizován pro těžkou depresivní poruchu s psychotickými příznaky. 40. den hospitalizace použil benzín ze zapalovače a následně se zapálil. Přes okamžitou reakci personálu si způsobil vážné popáleniny po celém těle.

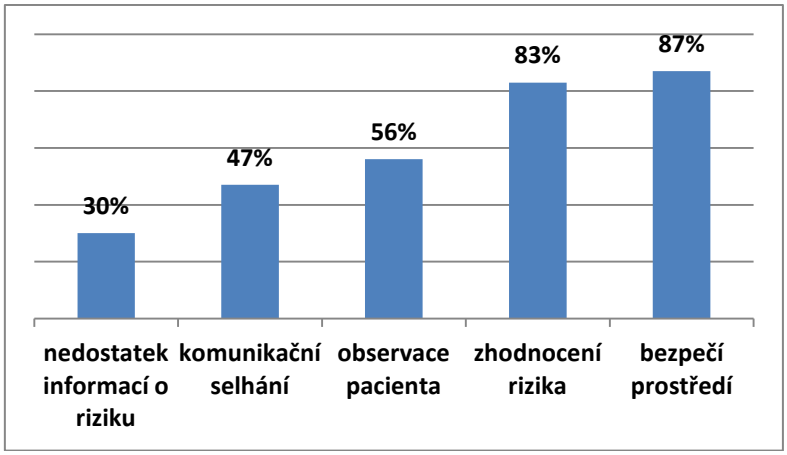
Vliv prostředí na poskytování psychiatrické péče bývá často podceňován. Existují však různé studie dokazující opak. Detailně byl například zkoumán vliv prostředí na používání omezovacích opatření. V rámci rozsáhlé studie byly identifikovány tři hlavní faktory vedoucí ke snižování použití omezovacích opatření:

- dostatečné soukromí pro pacienty (možnost uchýlit se do privátního prostoru)
- vyšší úroveň pohodlí (pozitivní „domácí“ atmosféra na oddělení)

– dobrá přehlednost oddělení (široké chodby, centrálně umístěná pracovna sester aj.)

Naopak v prostředí s přílišným důrazem na bezpečnost a sledování pacientů na úkor pozitivní domácí atmosféry byl zaznamenán vyšší výskyt situací s nutností použití omezovacích prostředků. *(Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion, British Journal of Psychiatry, 2013, 202:142-149. P. S. van der Schaaf, E. Dusseldorp, F. M. Keuning, W. A. Janssen and E. O. Noorthoorn).*

Význam vlivu prostředí potvrzují také zjištění mezinárodní akreditační komise Joint Commision International (JCI). Na základě analýzy sebevražd, ke kterým došlo v průběhu psychiatrických hospitalizací byly definovány hlavní tzv. kořenové příčiny těchto situací. Faktory prostředí byly při analýze příčin sebevražd vyhodnoceny jako nejvýznamnější.



Obr. 1: Kořenové příčiny sebevražd
(Reducing risk of suicide. Joint commission international Oakbrook Terrace 2005; 3-4)

Je nutné zdůraznit, že prostředí samo o sobě k zajištění bezpečné péče nestačí. Klíčová je především kvalita zdravotnického týmu (jeho profesionalita a zkušenosti), funkční systém hodnocení rizik, organizace práce na oddělení, komplexní přístup k pacientům a celková atmosféra na daném pracovišti.

Příběh č. 3

50letý pacient hospitalizován po vážně míněném sebevražedném pokusu s dg. deprese – těžká fáze. 34. den hospitalizace byl nalezen personálem při pokusu o oběšení na sprchové hadici. Následná kardiopulmonální resuscitace byla neúspěšná.

Vytváření bezpečného prostředí je dlouhodobý a nikdy nekončící proces. Psychiatrické oddělení ÚVN dlouhodobě pracuje se systémem hodnocení rizik a průběžně implementuje celou řadu bezpečnostních prvků zvyšujících bezpečnost na odělení. Níže jsou uvedeny některé z nich:

1) **Protizávěsné systémy**. Vzhledem ke skutečnosti, že nejčastějším způsobem sebevraždy je oběšení, je vhodné zavádění tzv. protizávěsných prvků na riziková místa (nejčastěji se jedná o koupelny a WC). Protizávěsné produkty (kliky, madla, háčky) minimalizují riziko zavěšení, protože při pokusu o zavěšení provaz sjíždí dolů. Problematická je dostupnost protizávěsného sanitární vybavení (sprchové hlavice, baterie), v zahraničí však takové produkty existují.

Obr. 2: Protizávěsné kliky a držadla

Obr. 3: Protizávěsné háčky

Obr. 4: Protizávěsná madla

2) **Bezpečnostní zapalovač**. Na uzavřených psychiatrických odděleních je často povoleno kouření (výjimkou je např. psychiatrické oddělení ÚVN, které je striktně nekuřácké). Manipulace s ohněm představuje určitý rizikový faktor. Bezpečnostní zapalovač je napojen na zdroj elektrického proudu a po zmáčknutí tlačítka dojde k rozžhavení spirály, která slouží k zapálení cigarety. Poté je spuštěn bezpečnostní cyklus, který brání opětovnému rozžhavení spirály po dobu 10 sekund, což brání založení požáru.

Obr. 5: Bezpečnostní zapalovač

3) **Elektrický proud.** Vhodné je centrální ovládání elektrických zásuvek z inspekčního pokoje, které personálu zajišťuje kontrolu nad rizikovým zásahem do elektrického rozvodu. V ÚVN byly zároveň instalovány bezpečnostní rampy, jejichž cílem je snížit riziko zneužití elektrického proudu a zároveň zajistit bezpečnost při používání infuzní pumpy či podávání kyslíku.

Obr. 6: Zabezpečení elektrických rozvodů

4) Velkým problémem na psychiatrických odděleních bývá zajištění bezpečnosti oken. Vyloučíme-li použití mříží, je nejspolehlivějším řešením úplné uzavření oken při dostupnosti vzduchotechniky či klimatizace oddělení. Toto řešení však bývá pacienty vnímáno negativně pro nemožnost větrání a pocit nedostatečného kontaktu s čerstvým vzduchem.
5) Nedílnou součástí vybavení akutních psychiatrických oddělení by měl být funkční kamerový systém a také systém tísňového volání pomoci. Vhodným doplňkem monitoringu mohou být čidla pohybu na toaletách či v koupelnách.
6) Pro zajištění dostatečného komfortu pro pacienty i personál je třeba věnovat pozornost také způsobu osvětlení. Vhodné je, umožňuje-li osvětlení různé režimy, včetně režimu nočního osvětlení. Světlo hraje v ovlivňování duševní pohody člověka významnou roli.

Všechny uvedené kazuistiky mají společného jmenovatele, kterým je skutečnost, že vhodným preventivním zásahem do prostředí jim bylo možné zabránit. Nelze předpokládat, že někdy budeme schopni plně eliminovat výskyt podobných událostí, měli bychom však udělat maximum možného k jejich předcházení. Výše uvedené ukázky bezpečnostních prvků mohou posloužit jako inspirace pro nikdy nekončící práci na vytváření bezpečného prostředí.

Kontakt
Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.,
Vrchní sestra, Psychiatrické oddělení, Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha
alc.: 203 427

Hledáme cesty a způsoby jak být užiteční

Helena SOVÁKOVÁ

Agentura vojenského zdravotnictví Hradec Králové

V naší vojenské společnosti je „psycholog“ stále ještě odborník s otazníky. I dnes slýcháme věty: „Pozor psycholog, nic neříkej! Psychologa nepotřebuji, já sám jsem nejlepší psycholog. Ne, psychologickou přípravu nepotřebujeme, není na ni čas“. Pro nás pochopitelný postoj. Naše mysl není vidět, nelze ji uchopit, prohmatat, neodhalí ji ani rentgenové snímky. A my lidé se podvědomě všeho záhadného a abstraktního často obáváme. To, co neznáme a neumíme si racionálně zdůvodnit, je pro nás hrozbou.

Pro nás, vojenské psychology, však slova „nejde, neříkej, nepotřebuji“, nejsou odpovědi, se kterými se spokojíme. Jsou výzvou, impulzem hledat nové přístupy, metody a způsoby jak vám nechat více nahlédnout do naší práce. Ukázat její potřebnost a přínos jako pro jednotlivce, tak i pro vaše pracovní týmy. Proto vám dnes představíme dva nové kurzy, které sestavili příslušníci Odboru operační psychologie Agentury vojenského zdravotnictví a jsou součástí Přehledu vzdělávacích a výcvikových aktivit v rezortu Ministerstva obrany na rok 2020.

První psychologická pomoc v praxi

Týdenní kurz osobního rozvoje je určen pro každého profesionála rezortu obrany. Je využitelný pro hasičské i zdravotnické odbornosti, pro instruktory výcviku a další příslušníky rezortu obrany, kteří chtějí umět poskytnout pomoc nejen sami sobě, ale i dalším lidem.

Kurz je zaměřen na osobní rozvoj v oblasti zvládání náročných a krizových životních situací. Je vhodný pro kohokoli, kdo chce umět poskytnout první psychologickou pomoc při událostech nebo v situacích, které jsou hodnoceny jako náročné, krizové nebo mimořádné. Představte si, jak náročné jsou situace, jako je rozvod, či rozchod, úmrtí blízkého, zdravotní problémy, problémové vztahy v kolektivu, ale třeba i narození nového člena rodiny či svatba.

Absolvent kurzu bude umět navázat, udržet a rozvinout kontakt s člověkem vyžadujícím první psychologickou pomoc a používat vybrané techniky k jeho stabilizaci a kompenzaci. Mimo jiné bude umět pomoci člověku zvládnout paniku, vztek, změny v myšlení, aktivně mu naslouchat, reflektovat jeho stav a předat ho do následné odborné péče. Nedílnou součástí kurzu je také psychohygiena pomáhajícího, což je důležitý prvek chránící nás samotné. Právě lidé, kteří pomáhají ostatním, jsou sami psychicky exponováni a ohroženi třeba syndromem vyhoření.

Umění vedení a řízení lidí v praxi

S podtitulem: „Nechte se inspirovat zkušenostmi úspěšných velitelů a manažerů!“

Interaktivní pětidenní pokročilý kurz je určen pro střední a vyšší velitelský sbor včetně řídících pracovníků rezortu obrany. Přínosem bude pro ty, kteří chtějí prohloubit své řídící a komunikační dovednosti a pracovat na svém profesním i osobním růstu. Rozvíjí kompetence v oblasti vedení a řízení lidí ve specifickém prostředí silového rezortu. Naším cílem je absolventy obohatit, neuspat (tj. nezahltit teorií) a předat užitečné informace a dovednosti zejména pro praxi velitele. Modelace kurzu je založena na praktických zkušenostech z velitelské i manažerské praxe a využívá aktuálních a nejnovějších psychologických poznatků a přístupů.

Mezi hlavní témata kurzu patří: styly vedení lidí, komunikace s podřízenými, řešení konfliktů a hledání shody, podávání zpětné vazby a hodnocení podřízených, motivace podřízených a tvorba motivačního prostředí, efektivní využívání času svého i svých podřízených a prevence syndromu „vyhoření“.

Cílem našich nových kurzů je maximální efektivita a praktický přínos kurzu, proto využíváme interaktivní formy výuky s důrazem na praktické nácviky, skupinové aktivity a diskuse včetně sdílení zkušeností z praxe.

Pilotní běh kurzu „První psychologická pomoc v praxi“ proběhl již v listopadu letošního roku a zúčastnilo se ho patnáct osob. Zastoupeny byly odbornosti zdravotnické, hasičské, ale i instruktoři odborného výcviku nebo velitelé družstev a malých týmů. Kurz byl jeho absolventy hodnocen jako velmi užitečný a přínosný, dobře zorganizovaný a kvalitně lektorsky odvedený. Pilotní turnus kurzu „Umění vedení a řízení lidí v praxi“ se uskuteční v prvním únorovém týdnu roku 2020. Přihlásit se do něj můžete, stejně jako i do kurzu první psychologické pomoci cestou vašich personalistů.

Věříme, že na společné cestě k osobnímu rozvoji vám přineseme mnoho nových poznatků a zároveň se těšíme na obohacení pro nás, kdy i my se učíme z vašich zkušeností z vojenské i civilní praxe. Psychologie je věda, kde hlavním pracovním nástrojem jsou slova. Slova, která umí zraňovat, ale hlavně mají léčebné účinky. Správně zvolená slova a formulace vět dokáží vyburcovat, motivovat, dát chuť do života i práce. Hledejme cesty jak pomoci sobě i druhým. Hledejme způsoby jak vést a motivovat své podřízené, být tým.

Kontakt

plk. Mgr. Helena Sováková, hlavní psycholožka MO
Agentura vojenského zdravotnictví Hradec Králové
alc. 209 129

Volná pracovní místa ve Vojenské zdravotnické službě

Pro aktuální nabídku volných pracovních míst sledujte portál ISSP (prostředí ŠIS)
na níže uvedeném odkazu (v levém nabídkovém menu - Výběry):

http://portal.issp.acr/portal/server.pt/community/port%C3%A1l_issp/205

Bližší informace podá **pplk. Ing. Helena SMEJKALOVÁ**, alc. 214 180, e-mail: helena.smejkalova@sis.acr

ZPRAVODAJ VOJENSKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

4/2019

Zpravodaj vojenského zdravotnictví vydává Odbor vojenského zdravotnictví Sekce podpory MO jako čtvrtletní informační periodikum o novinkách materiálního zdravotnického zabezpečení Armády České republiky, směrech a výsledcích obranného výzkumu a vývoje, standardizace, aktuálních otázkách vybavení polních a mírových zdravotnických pracovišť AČR, aktualitách ze zdravotnických konferencí a zahraničních operací.

Vydavatel:	Odbor vojenského zdravotnictví SPod MO, Vítězné nám. 5, 160 01 Praha 6, IČO 60162694
Předseda redakční rady:	plk. gšt. MUDr. Richard KRAUS
Odpovědná redaktorka:	Ing. Jaroslava DOLEŽALOVÁ
Technická redaktorka:	Ing. Jana ŠPŮROVÁ
Členové redakční rady:	plk. gšt. RNDr. Hynek SCHVACH, Ph.D.
	pplk. doc. MUDr. Vladimír PAVLÍK, Ph.D.
	pplk. Mgr. Drahomír VANČÍK
	pplk. Ing. Igor RISTOVIČ
	kpt. Ing. Radka NOVÁKOVÁ
	kpt. Ing. Lada FERKÁLOVÁ
	MUDr. František BÍLEK, Ph.D.
	Ing. Zbyněk STRUŽ
Vydává:	Odbor vojenského zdravotnictví Sekce podpory MO
Redakce:	Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha Oddělení expertizních činností OVV U Vojenské nemocnice 1200 169 02 Praha 6 tel.: 973 208 559 e-mail: jaroslava.dolezalova@uvn.cz
Uzávěrka čísla:	31. 12. 2019
E.č.:	MK ČR E 21129
ISSN:	1805-7985
Tisk:	Odbor prezentační a produkční VHÚ Praha

Elektronickou podobu Zpravodaje vojenského zdravotnictví najdete ve složce dokumenty na ***http://teams.sharepoint.acr/sites/spodmo/ovzdr/WebVojZdrav/default.aspx***