

Bienvenue à Paris, Europe

**MUDr. Dana Hlaváčková a Bc. Marek Uhlíř, ÚSZS Středočeského kraje
publikováno v Urgentní medicíně 2/2005**

Ve dnech 14. a 15. března 2005 se v Paříži konala mezinárodní konference evropského projektu HESCUAEP, na které byly prezentovány výsledky první fáze projektu. Projekt má za cíl vytvořit platformu pro tok informací mezi poskytovateli přednemocniční neodkladné péče v zemích EU, zřizovateli těchto služeb, orgány státní správy a mezinárodními organizacemi (WHO, ERC, Červený kříž) a to včetně zemí, které do EU přistoupily nedávno, tedy i ČR. Této konferenci se za českou stranu zúčastnili MUDr. Dana Hlaváčková, Bc. Marek Uhlíř (oba ÚSZS Středočeského kraje), a MUDr. Ondřej Franěk, ZZS HMP-ÚSZS. Ondřej Franěk a Marek Uhlíř jsou zakládajícími členy projektu HESCUAEP a aktivně připravili a prezentovali některé údaje z České republiky.

Konference probíhala ve dvou paralelních sekcích, jednáci řečí byla angličtina a francouzština, jedna přednáška (nutno říci, že nám, občanům bývalého východního bloku zněla až příliš povědomě) zazněla v ruštině.

Co je HESCUAEP?

Projekt je součástí větší „rodiny“ projektů EU, jež jsou zahrnuty v programu ERA-NET. Tento projekt je rozdělen do tří etap probíhajících v letech 2003-2007. První fáze, jejíž výsledky byly prezentovány na konferenci, byla ukončena v tomto roce a znamenala sběr informací a nalezení systému vyhodnocování získaných informací od členských zemí. Následovat bude fáze vyhodnocování, srovnávání a přípravy společné strategie pro tuto vědeckou činnost na poli urgentní medicíny, resp. jejího zajištění v EU. Poslední fází bude implementace mezinárodních a podnárodních výzkumných aktivit, koordinace dlouhodobých aktivit atp. Jedná se tedy především o výzkum v oblasti činnosti záchranných systémů, sjednocení jeho metodik a koordinace vědecko výzkumných aktivit v prostředí záchranných služeb členských států EU. Předělové konference hodnotící 2.a 3. etapu proběhnou v roce 2006 (červen) ve Španělsku a v roce 2007 (říjen) ve Velké Británii.

Na přednáškách úvodního bloku bylo jako finální zjištění zejména probírána skutečnost, že přestože je záchranný řetězec v zemích EU zdánlivě realizován stejně, jeho jednotlivé články svou kvalitou a strukturou se různí (tísňové číslo, kdo je operátorem, který rozhoduje, jak jsou sestaveny posádky, jaká je vazba na klinickou základnu atd.)

Velice zajímavá byla přednáška Bennyho Eklunda ze Švédska (prezentoval údaje shromážděné z celé Evropy). Konstatoval, že Francie a ČR jsou jediné země, které mají systém ZZS organizačně zcela mimo nemocnici (ale Velká Británie a Španělsko jsou na tom velmi podobně), přičemž zatím neexistuje korelace mezi typem provozovatele, centralizací tísňového volání a kvalitou zdravotní péče. Upřesnil některé konkrétní problémy tohoto typu benchmarkingu. Položil otázku: Proč tolik různých cest a typů k realizaci PNP?

Několik poznámek o organizaci PNP v některých evropských regionech:

Itálie – oblast Ligurie: v roce 2004 náklady na zdravotní péči ve výši 2,5 mld Euro, 40% obyvatel je starších 60 let. EMS centra v nemocnicích, tísňová linka je 118. V posádkách je lékař (17 posádek včetně LZS), ostatní posádky tvoří trénovaní dobrovolníci (700 posádek!). Regionální politici stanoví determinaci a distribuci zdravotní péče a kontrolu a dohled na zdravotní péči.

UK – volací čísla 999 i 112, svedená obě na stejná operační střediska. Přes 112 jde úplně všechno, i některé technické netísňové služby (závady na elektrotechnice nebo plynu atd). Vždy je operátorem přepojeno na správnou službu nebo na překladatele. Operátoři nemají zdravotnické vzdělání a postupují podle počítačově vedených standardů pod přímým dohledem paramedika. Tísňová linka poskytuje mnoho doplňkových a navazujících služeb.

Slovinsko – implementace jednotné koncepce, ale moc nevědí, kam to všechno dospěje. T.č. situace obdobná asi jako u nás, rozdílem je rozhodující kompetence civilní obrany na poli PNP. Do roku 2010 mají v plánu vytvořit „Strategy for EMS“ a vydat zákon o ZZS, provést certifikaci personálu, akreditovat Emergency Dep. a zařízení ZZS (EMS).

ČR – obhajoba národních tísňových čísel v ČR, kde mají svou dlouholetou tradici, prezentace zkušeností se 112 v ČR. Velice dobrá přenáška Ondřeje Fraňka, která však byla atakována ze strany belgického zástupce (ten ovšem obhajuje zájmy ne národní belgické, ale zájmového sdružení linek 112 EENA), který zřejmě bez zkušeností z provozu národních tísňových čísel, zdůrazňoval jako správné řešení č. 112. Názorový střet byl elegantně ukončen zástupcem Slovinska, jež zdůraznil, že pokud nebudou k dispozici srovnatelná data k tomuto problému, bude vždy polemika mimo E.B.M. Prozatím je nutné se smířit alespoň s ideou „co je dobré a osvědčené pro pacienta v konkrétní zemi, to je dobré i pro systém tísňového volání“.

Francie – centrum volání – podobné zkušenosti jako ČR, včetně důrazu na lékaře v terénu.

Švédsko – od roku 1996 mají jako jediné číslo 112 – přepojuje se na 20 regionálních center EMS, v každém 1 doktor, 4-8 SZP a 1-2 operátoři na 24 hodin, celkem 850 zaměstnanců. Vyhodnocení volání na 112 – 57% chybné volání, 17% pro zdravotníky, 14% policie, 2% hasiči, 8% pro jiné organizace, 2% církve. Vychází jim optimální počet jedno operační středisko na 1-2 milióny obyvatel.

Lucembursko – dříve 012, nyní přešli na 112.

Belgie – prezentovány pouze výhody 112, o slabinách nebyla v přednášce zmínka. Zástupce belgického MZ zdůraznil, že pokud nebudeme mít jednotné standardy kvality a kompletní výzkum, může každý říkat o problému tísňového volání, co chce. HESCUAEP by mohl být řešením pro vědecké srovnání a srovnávání. Shrnutí: potřebujeme

- monitoring
- indikátory

- benchmarking
- informační technologie musí být uzpůsobeny novým podmínkám

Třetí část přednášek se týkala představení některých systémů či jejich přípravy pro řešení CBRN především v rámci teroristického útoku, část přednášek teoreticky shrnovala některé kapitoly této problematiky. Evropská Unie připravuje na září 2005 vydání tzv. "EU plánu" pro tyto případy. Jednotlivými kapitolami „plánu“ budou:

- informace
- komunikace
- výzkum
- kontrola struktur
- připravenost zdravotnického sektoru
- připravenost kritické infrastruktury,

a to vše v úrovni mezinárodní – národní /státní – regionální(krajské)- ostatního zajišťování Public Health (veřejného zdravotnictví).

„Netišňové tísňe“

Velkým tématem konference byly psychosociální tísňové stavy, neohrožující na životě. V diskusi zazněly i věčné stesky „proč záchranka jezdí na blbosti“ (doslova), které jsou zřejmě univerzální pro všechny záchranné systémy v Evropě. Většina přednášejících se shodla v názoru, že s přechodem od medicíny akutních stavů k medicíně paliativní (poslední čtvrtina XX. století) a současně s radikálně se měnící sociodemografickou strukturou společnosti, se záchranné systémy ocitají na rozhraní mezi zdravotnickým zařízením a organizací rychlé sociální intervence. Předpokládá se, že v tomto století se budou muset záchranné systémy transformovat na multidisciplinární složku, schopnou pokrývat daleko širší spektrum urgentních stavů nemedicínského charakteru. Nejzajímavějšími přednáškami byla sdělení o možnostech „psychosociálních záchrany“ (J.Bahr, ERC), ve které autor sdělil zkušenosti z této netradiční oblasti. Konstatoval, že EMS řeší v celoevropském měřítku asi 2% psychiatrických stavů a 2% stavů spojených s abusem drog. Nikdo však zatím vědecky nezmapoval kvantitu tzv. emergentní psychosociální problematiky. Např. abusus léků a jiných než návykových látek, panická ataka, suicidální sklony, akutní stres, rodinné a jiné společenské konflikty včetně domácího násilí, antisociální chování včetně delikvence, separace, izolace a jejich následky, pauperizace. Zdůraznil známou sociologickou zkušenost korelace mezi sociálním statutem a zdravotním stavem. Jako nový objev prezentoval závěr, že neexistuje speciální psychosociální servis, proto je tato problematika přenášena na EMS, které vždy „musí“ stav řešit, potud by bylo nejvýše potřebné zavést do EMS kvalifikaci a kontinuální edukaci v této oblasti. Druhá velice zajímavá přednáška delegáta ze Španělska se týkala prezentace administrátorského „call“ centra, jehož specializovanou činnost lze různě modifikovat dle požadavků a trendů urgentní i neurgentní sociálně zdravotní problematiky. Technologie zůstávají nebo se jenom částečně obnovují dle požadavků nebo dle modernizačních trendů. Personál se opakovaně zaškoluje vždy na nový problém, které vznikají dle „běhu života“ a požadavků komunity, a které pak centrum řeší.

Srovnávání EMS: jaká metodologie a jaké indikátory?

C.Triginer (WHO) v úvodní přednášce zmínil, že evropský prostor by mělo v budoucnu představovat 52 zemí, a to od Kamčatky až po Island. Zmínil ideální typ budoucnosti - „EMS Europe's Model“, který by naplňoval

- equitu a bezpečnost v přístupu
- výuku první pomoci pro obyvatelstvo
- Evidence Based Medicine metodiky.

Vzájemnými vztahy mezi zeměmi by byly: relevance, očekávání, equita a kvalita. Navazující přednáška s názvem „Unity in Diversity“ (EMS) pak upozorňovala na limity a překážky „sjednocování“. Zdůrazněno bylo, že v zemích EU půjde „sjednocování“ vždy pouze do úrovně: sběru dat, jejich analýzy, implementace závěrů (probíhá od roku 1986). V současné době budou k dispozici kritéria indikátorů, na jejichž základě bude vypracována listina indikátorů, do níž mj. bude zahrnuto např. časová odpověď na výzvu, počty nejvyšších tísňí, počet resuscitací atp. Podkladem těchto indikátorů budou kritéria Utsteinského protokolu, který bude příští rok revidován. Do budoucna se plánuje tvorba „dispečerských standardů“. Prezentovány byly výjezdy a výkony posádek EMS v některých evropských zemích. Ve vystoupení koordinátora projektu HESCUAEP M.Baera bylo konstatováno, že výsledky tohoto projektu (první fáze) nebudou k dispozici dříve než v roce 2006. Tyto výstupy budou rozřazeny do následujících oddílů: registry, indikátory, management bolesti, equita v přístupu k péči, CBRN risk, vzdělávání, trénink obyvatelstva, záchranné systémy orientované výrazně na potřeby pacienta/komunity a směřující k řešení širokého spektra neurgentních stavů.

Velmi konkrétní a z hlediska požadavků na vědecký výzkum velmi precizní bylo prezentování výzkumu kvality v SRN (Bonn). Zvolené metodiky byly aplikovány i na konkrétní diagnózy. Jako indikátory byly zvoleny např. MEES, NACA (4-6, popř.7 jako indikace pro EMS). Data jsou ukládána, ale i čerpána z databází tzv. NADOK-QM systému (v roce 2000 zapojeno 12 EMS, v roce 2004 již 85 EMS z celé SRN). Do této databáze se ukládají data z lokálních databází, ta jsou poté transportována do národní databáze, zde jsou vyhodnocena, je proveden benchmarking a výstupy jsou zpět posílány k dispozici do lokálních databází. U operačních středisek jsou porovnávány zejména časové intervaly (SRN – dostupnost do 15 minut v 95% výjezdů), tyto jsou dále porovnávány vzhledem k NACA (5,6) a MEES. Vhodná vybraná data jsou podrobována analýzám prostřednictvím metod statistické analýzy (např. frekvence NACA skóre).

Co také zaznělo:

„V Evropě roste počet tísňových volání o 8-10% každý rok. Odhaduje se, že po 23. hodině je až polovina volání

sociálního, tedy nezdravotnického charakteru, nebo na pomezí obou. Akomodace systému na tyto podmínky znamená, že až 48% tísňových volání se dá vyřešit po telefonu. Volající chce pomoci, ale pokud jediná pomoc, kterou můžeme nabídnout, je odvoz do nemocnice, přiděláváme práci sobě a zklamání volajícímu.“ (Patrick Goldstein, SAMU 59, Francie)

„Měřili jsme overtriage, tedy přeindikování stavu operačním střediskem. Celkem 64% všech volání bylo přeindikovaných. Systematickým tréninkem personálu se nám tento počet podařilo snížit, ale ne víc než na 55%.“ (Jean-Bernard Gillet, MZ Belgie)

„Komunitní First Responders jsou v odlehlých místech asi o deset až patnáct minut rychleji než záchranka. Dělají dvě věci: BLS a defibrilaci, když má pacient zástavu, a komunikují s ním, když ji nemá. Obojí je klíčové. Našich 2.500 dobrovolných a neplacených First Responderů během posledních 12 měsíců zasahovalo u 16.000 incidentů a jejich průměrná dojezdová doba byla 4 minuty v oblastech, kam nemáme šanci se dostat dřív než za 10-15 minut nebo i později.“ (Lisa Hulley, Lancashire EMS, UK)

„22% volajících se STEMI jsou ženy a volají v průměru se 102 minutami zpoždění od vzniku bolesti. 78% jsou muži, a mají zpoždění 61 minut. Od zavolání do začátku léčby na místě uběhne v průměru 19 minut a 66 minut trvá, než je pacient na sále v nemocnici.“ (Claude Lapandry, SAMU 93, Francie)

„Z doby, která uběhne od vzniku bolesti do začátku nemocniční léčby, připadá v našem regionu 65% času na pacientovo rozhodování, zda zavolat – trvá mu to v průměru 129 minut.“ (Lorenzo Borgo, 118 San Martino, Itálie)

„U nás je diskuse o trombolýze prováděné lékařem versus paramedikem irelevantní. Pacientovi se STEMI trvá rozhodování, zda zavolat záchranku, průměrně kolem šesti hodin.“ (Mírcea Opristan, Bukurešť, Rumunsko)

„Systematickou přípravou rizikových skupin obyvatel se podařilo snížit průměrnou dobu od vzniku potíží kardiálního charakteru do zavolání na 58 sekund, medián byl dokonce 29 sekund a nejdelší čas byl 6minut 20 sekund – pacient byl poučen o tom, aby si zapsal přesnou dobu vzniku obtíží.“ (Erik Lundstrom, Uppsala, Švédsko)

„Čas, kterému říkáme 'pain to call' - tedy od vzniku obtíží do zavolání – je skutečná výzva pro záchranný systém. Je zcela jisté, že vzděláváním obyvatel se dá tento čas snížit na minimum. Ale jak vzdělávat obyvatele, aniž bychom si systém zahltili lidmi, kteří v sobotu večer vypijí šest piv a pak volají, že mají oprese na hrudi?“ (Richard Fairhurst, Lancashire EMS, UK)

„Vyvinuli jsme velmi robustní systém rozšířené asistenční linky NHS Direct, která je doplňkem linky tísňové. Výsledkem je, že mnoho volání, ke kterým by jinak musela vyjet sanitka, vyřídíme po telefonu – s průměrnými náklady 4 GBP na hovor. Počáteční vysoká investice do počítačových databází a call center se vrátila mnohonásobně.“ (Helen Young, NHS Direct, UK)