

Čeští vojenští zdravotníci v zahraničních misích

30.1.2012 Zdravotnické noviny str. 12 Zahraniční

pplk. MUDr. Michal Plodr, Ph. D.

nemocnici armády ČR na afghánské základně KAIA (Kabul International Airport) pracuje v náročných podmínkách 50 českých armádních zdravotníků. Pravidelně jsou také zváni k práci v zahraničních polních **zdravotnických** zařízeních v **Afghánistánu**.

Z historie

Po listopadu 1989 docházelo k zásadním strukturálním změnám ve všech vládních **resortech, armádu** nevyjímaje. K 1. lednu 1993 vznikla **Armáda České republiky**. Pro její vývoj mělo zásadní význam přijetí nové **vojenské strategie**, jejímž hlavním cílem bylo přiblížení se **armádám** vyspělých států a vytváření podmínek pro budoucí členství v **NATO**.

S vývojem **vojenské techniky** a po skončení studené **války** zánikem **Varšavské smlouvy** a rozpadem Sovětského Svazu skončilo období bojů masových **armád** proti přesně definovanému nepříteli a na předem určeném **válčišti**. Vzrostly požadavky na rychlé, mobilní, vysoce kvalifikované a **specializované vojáky**, což ovlivnilo dosavadní způsob **výcviku** a doplňování **vojsk** založených na všeobecné **branné povinnosti** a vykonávání **základní vojenské služby**.

Významným datem se stal 1. leden 2005, kdy se **Armáda ČR** stala plně profesionální. Tendence k profesionalizaci si vynutily změnu systému **vojenského školství** i způsobů přípravy **příslušníků armády**. V roce 1994 se **ČR** přihlásila k programu Partnerství pro mír, což znamenalo začátek přímých kontaktů s **NATO**. Tato iniciativa a aktivní zapojení do programu vyústily na madridském **summitu NATO** v roce 1997 k přizvání **ČR** ke vstupním rozhovorům o rozšíření aliance. Zásadním mezníkem se stalo přijetí do **Severoatlantické aliance** 12. března 1999. Z bezpečnostní a **vojenské strategie** státu vycházela nová Doktrína **Armády České republiky**, která se v rámci aliance profilovala jako **specialista** na jednotky **radiační, chemické a biologické ochrany**, na pasivní sledovací systémy a na **zdravotnické zabezpečení**.

Od poloviny 90. let minulého století se začala psát nová éra **Zdravotnické služby Armády České republiky**, která do té doby vycházela z koncepce **zdravotnického zabezpečení armád Varšavské smlouvy**. Byly sice vytvořeny **polní nemocnice (PN)**, ale spíše jen ve virtuální podobě s deponovaným materiálem ve skladových zásobách. Bylo potřeba přehodnotit aspekty, za kterých se provádí **zdravotnické zabezpečení** v podmínkách současného boje, modernizovat **zdravotnické vybavení** a v neposlední míře také zrevidovat celý systém pregraduální a postgraduální **výuky vojenských lékařů**. O střepinových a střelných poraněních bylo spíše jen teoretické povědomí, o možnosti ošetřovat reálné mnohočetné balistické poranění si **vojenští chirurgové** do té doby mohli nechat jen zdát. Eskalace některých evropských a blízkovýchodních konfliktů a následné požadavky ze strany **NATO** na **zdravotnické zabezpečení** v těchto konfliktech však vedly k zásadním změnám v řízení **zdravotnické služby** a v možnostech odborného růstu.

Základna zabezpečuje politicko-vojenské ambice **ČR**

S **vojenským zdravotnictvím** bylo vždy spjata město **Hradec Králové**. Ve vztahu k vlastnímu personálnímu a technickému zabezpečení **zdravotnických zahraničních misí** hraje důležitou roli **Nemocniční základna AČR**. Je hlavním zaměstnavatelem většiny **zdravotníků** účastnících se zahraničních misí. Vznikla v roce 2004 sloučením 7. **zdravotnického praporu** v **Hradci Králové**, 6. **polní nemocnice**, tehdy sídlící ve Zbirohu, a dalších **zdravotnických** jednotek. **Základna** byla vytvořena jako nosný **zdravotnický** prvek pro zabezpečení politickovojenských ambic **ČR**. Původně plánovaná velká polní chirurgická **nemocnice** s dvousetlůžkovou kapacitou (**zdravotnický prapor**) byla nahrazena dvěma menšími, samostatně nasaditelnými **polními nemocnicemi** a jednotkami odsunu raněných. Zprvu bylo rozmístění jednotlivých subjektů **Nemocniční základny** (6. **polní nemocnice** a sklad **zdravotnické** techniky) v **Olomouci**, resp. v Bystřici pod Hostýnem, postupem času však došlo k logickému přemístění těchto jednotek do **Hradce Králové**.

Nemocniční základna nyní zastřešuje 6. a 7. **polní nemocnici** s podpůrnými jednotkami. Odbornou praxí si **příslušníci zdravotnického personálu** zdokonalují ve **vojenských, ale** především pak civilních **nemocnicích**, které disponují možnostmi provádět komplexní **péči** o polytraumatizované

pacienty. Tyto zkušenosti pak implementují do specifických podmínek práce v polních **zdravotnických** zařízeních.

Fakulta vojenského zdravotnictví

Dalším hradeckým pracovištěm se vztahem k **vojenskému zdravotnictví** je **Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany (FVZ UO)**. Její historie začala rozkazem **prezidenta republiky** v říjnu 1951, kdy byla zahájena činnost **Vojenské lékařské akademie**, později s čestným přídomkem Jana Evangelisty Purkyně (VLA JEP). V roce 1958 se s **nástupem** organizačních změn VLA JEP **transformovala** na **Vojenský lékařský výzkumný a doškolovací ústav** Jana Evangelisty Purkyně (VLVDÚ JEP). V předvečer třicetiletého **výročí** školy bylo v září 1988 rozhodnuto o návratu k původnímu názvu školy – **Vojenská lékařská akademie JEP**. Následné společensko-politické změny přinesly zásadní změny do systému výuky **vojenských lékařů** s důrazem na odbornou jazykovou přípravu, aplikaci **zdravotnických** standardů zemí **NATO** a poznatků ze zahraničních misí. Pokračující proces **profesionalizace armády** vyžadoval i reorganizaci vysokého **vojenského školství**. V roce 2004 byla ustavena **Univerzita obrany** se sídlem v **Brně** a hradecké pracoviště se stalo jednou z jejích fakult – **Fakultou vojenského zdravotnictví Univerzity obrany (FVZ UO)**.

Struktura poskytování **zdravotnické péče** v poli

V rámci zajištění jednotnosti, a to nejen při poskytování **zdravotní péče**, je v **armádách NATO** zřízen systém standardů, tzv. STANAG norem. Tyto normy ve **zdravotnické** oblasti rozlišují čtyři úrovně (etapy) **zdravotnického** zabezpečení, které se označují jako ROLE 1–4. Odstupňování od nejnižší po nejvyšší se děje podle definovaných léčebných schopností, kapacity a také na základě odsunových možností zraněných na vyšší etapy a možnostech doplňovat zásoby. Jednotlivé etapy mohou působit v rozšířené formě, pak jsou označeny (+) nebo (E) jako enhanced. Standardy neurčují přesné personální početní obsazení jednotlivých **zdravotnických** úrovní, ale definují jejich schopnosti, které musí zajišťující **zdravotnická** služba respektovat.

Všichni **vojenští zdravotníci** jsou absolventy kurzu **neodkladné péče** v poli – BATLS (Battlefield Advanced Trauma Life Support), který je veden instruktory na FVZ UO v **Hradci Králové**. Jedná se o jednotný systém třídění, vyšetření a léčení zraněných v poli. Lektory kurzu jsou absolventy instruktorských kurzů ve Velké Británii, kde byl tento jednotný systém poprvé zaveden a postupně implementován do všech **zdravotnických** služeb **armád NATO**. Hlavním principem je jednotnost v postupech, které umožňují spolupráci **mezinárodních** týmů.

ROLE 1–4

Základním požadavkem v systému ošetření raněných v **bojových podmínkách** je zajištění **lékařské péče** optimálně do 1 hodiny, ne však déle než za 6 hodin. Z civilního pohledu se jedná o nepřijatelnou hodnotu, musíme si však uvědomit specifika poskytování **péče** v **bojových podmínkách** a reálné odsunové možnosti v místě incidentu (v drtivé většině závislé na **letových podmínkách**).

První úroveň (ROLE 1) prakticky odpovídá všeobecné ambulanci, v **bojových podmínkách** se jedná o poskytování první pomoci **zdravotníkem** – paramedikem. V případě závažných poranění je omezena na primární stavění zevního krvácení, ošetření tenzního PNO (pneumothorax), zajištění intraV polní venózního přístupu a aplikaci analgetik.

Dalším stupněm je ROLE 2, kde již může být poskytována neodkladná chirurgická **péče**: definitivní stavění zevního krvácení, sanace dutinového krvácení a poranění podle principů damage control surgery a dokončení traumatických amputací. V návaznosti na chirurgické zákroky je poskytována i dočasná intenzivní **péče**. Po dočasném ošetření život ohrožujících poranění je organizován transport na vyšší **zdravotnickou** úroveň (**MEDEVAC**).

ROLE 3 jsou již **specializovaná zdravotnická** zařízení s rozšířeným spektrem odborností, **přijímají** pacienty z nižší úrovně a zabezpečují jejich definitivní léčení, případně je připravují na odsun do vlasti (**STRATEVAC**).

Domácí **zdravotnická** zařízení přebírající pacienty z místa **nasazení** jsou označována jako ROLE 4 – v našich podmínkách je takovým zařízením **Ústřední vojenská nemocnice** Praha.

Polní nemocnice

Ačkoli bylo v úvodu zmíněno, že v současné době **zdravotnická** služba disponuje dvěma **polními nemocnicemi**, dochází při vlastní přípravě k výjezdu na místo určení k rozvinutí pouze jedné složky.

Úzká spolupráce obou složek dovoluje vzájemné doplňování odborného personálu i **zdravotnické** techniky. Poslední zahraniční misí s rozvinutím **polní nemocnice** v plném vybavení byly roky 2007 a 2008, kdy se na **základně** KAIA South (Kabul International Airport) v **afghánském Kábulu** v čtyřměsíčních intervalech střídaly týmy **zdravotníků** a personálu zajišťujícího logistickou podporu.

Konstrukce a výstavba

Vlastní konstrukci **polní nemocnice** je možno pojmout ve dvou formách: zpevněnými stanovými dílci či spojením jednotlivých kontejnerů. Každá forma má své výhody i nevýhody. Výhodou stanových dílců je větší skladnost a nižší hmotnost v porovnání s kontejnery, neposkytují však samozřejmě dostatečnou balistickou ochranu.

Konstrukce PN **ACR** využívá kombinovaného systému: hlavní koridor **nemocnice** je vystavěn ze zpevněných stanových modulů, na který jsou připojeny kontejnery operačních sálů, JIP, rtg včetně CT, skladů farmaceutického materiálu a biochemicko-hematologické laboratoře (BHL). Kontejnery operačních sálů a JIP jsou konstruovány tak, aby bylo možno vysunout boční stěny a rozšířit tak vnitřní prostor. Jen pro představu – při přepravě materiálu z **Česka do Afghánistánu** bylo vypraveno celkem 22 letů, z toho dva lety velkokapacitním nákladním **letounem** AN 124 Ruslan, 18 letů nákladním **letounem** IL 72 a dva lety **armádním dopravním speciálem**, jímž byl tehdy **TU 154**. Bylo přepraveno celkem 74 kontejnerů a 17 kusů kolové techniky.

Úkoly **polní nemocnice**

Hlavní úkoly **polního zdravotnického** zařízení se specifikují v době přípravy a závisí zejména na místě **nasazení** a vedení činnosti (humanitární nebo **bojová mise**). Mezi hlavní úkoly PN patří **péče o příslušníky** vlastní jednotky, **příslušníky** mnohonárodnostních sil a dle možností i o místní obyvatele, kteří jsou zaměstnáni na **základně** či byli přímými účastníky zásahu mnohonárodnostních sil. V souvislosti se zhoršující se **bezpečnostní situací** v **Afghánistánu** a tím pádem vybudovanou několikasupřovou ochranou **vstupu** na **základnu** nebylo možné, aby byli ošetřováni místní lidé „z ulice“. **Polní nemocnice** v rámci zmiňované mise deklarovala schopnosti úrovně ROLE 2E, tedy provádění primárních nebo definitivních chirurgických zákroků s navazující krátkodobou intenzivní **péčí**, dále **specializovanou péčí** v oblasti interního lékařství, hygienicko-epidemiologického zabezpečení, psychologické podpory a schopnosti vyčlenit předsunutý chirurgický tým s vlastním zásobováním.

Personální obsazení

Polní nemocnice na úrovni ROLE 2E je profilována zejména jako chirurgické zařízení s podpůrnou intenzivní **péčí** a některými dalšími **specializacemi**, které najdou uplatnění ve specifických podmínkách místa **nasazení**. **Zdravotnický** personál čítá celkem 50 osob, z toho lékařské **specializace** jsou v následující struktuře: 2 chirurgové s ukončeným vzděláním (jeden se **specializací** na skeletální traumata), 3 rezidenti v oboru chirurgie, 3 anesteziologové, 3 praktičtí lékaři, internista se **specializací** v kardiologii, radiolog, stomatolog, hygienik-epidemiolog, psychiatr a farmaceut. Odborné **zdravotnické** orgány doplňuje střední a nižší **zdravotnický** personál.

V čele **zdravotnického** personálu stojí hlavní lékař – chirurg, který je i zástupcem **velitele kontingentu**. Spolupracuje s hlavní sestrou, která je nadřizená střednímu a nižšímu **zdravotnickému** personálu. Celkový počet personálu **kontingentu** činí kolem 100 osob, záleží na logistickém zabezpečení v místě **nasazení**, tj. podle toho, co je zajištěno již na místě na dané **základně** (zásobení vodou, kuchyňské služby, výstavba ubytování, sociální zabezpečení...) a co bude třeba vybudovat vlastními silami a prostředky.

Organizace práce v prostorách koridoru

Běžný provoz **nemocnice** probíhá ve známém ambulantním a lůžkovém režimu. Ambulance jsou umístěny v přední části **nemocničního** koridoru. K dispozici je zákroková část, sádrovna a lůžko pro septické převazy a ošetření znečištěných ran nevyžadujících celkovou anestezii. Pracují zde lékaři s erudicí všeobecného praktického lékařství, v případě potřeby je k dispozici konzilium **specialisty**. V přední části koridoru jsou rovněž umístěna dvě lůžka pro **příjem** polytraumatizovaných pacientů (ekvivalent crash room na urgentním **příjmu**). Ošetření pacienta zajišťuje v případě aktivace trauma team: chirurg + SZP, anesteziolog + SZP, na vyžádání pak radiolog, případně jiný dostupný **specialista**. Pokud počet a struktura raněných přesáhnou možnosti personálu v danou chvíli

dostupného v prostorách koridoru, je vyhlášen signál pro **hromadný příjem** raněných (Mass Casualty Plan, MASCAL) Lůžková kapacita čítá 4 intenzivní lůžka, 2–4 lůžka intermediální **péče** a dle potřeby až 30 lůžek standardní **péče**. Lůžkové oddělení je rozděleno do celkem 3 stanových modulů. Rozmístění pacientů musí v případě hospitalizace místních obyvatel respektovat společenská a náboženská specifika. Pracovní doba je obvykle stanovena od 7.30 do 16 hodin, následuje pohotovostní režim (obdoba ÚPS), který zabezpečují dva lékaři (pro ambulantní a lůžkovou část). V případě potřeby je v on call režimu k dispozici konzultant-specialista (chirurg, traumatolog, internista, radiolog...). Spojení je zajištěno radiovou sítí, jako záloha jsou použity mobilní telefony v rámci místní sítě.

Plán hromadného příjmu raněných (MASCAL)

Jedním z klíčových dokumentů, kterými se řídí činnost polního **zdravotnického** zařízení, je plán **hromadného příjmu** zraněných. Je to obdoba traumatologického plánu zpracovávaného civilními zařízeními a obsahuje soubor opatření aktivovaných v případě předpokládaného **příjmu** takového počtu raněných, který převyšuje možnosti personálu a techniky, jež jsou v danou dobu běžně k dispozici. Standardní operační postupy (SOP) pro **hromadný příjem** raněných pro **Polní nemocnici AČR** byly v ucelené podobě zpracovány lékaři **kontingentu 11. polní nemocnice** před výjezdem do **Afghánistánu** v roce **2002**. Protože se jedná o **nasazení** v místě se zvýšeným **bezpečnostním rizikem**, bylo nutné zohlednit při zpracování dokumentu **vojenská specifika** (ohlášení **raketového útoku**, minové nebezpečí, infiltrace podezřelé osoby přes **bezpečnostní opatření do základny...**).

Polní **zdravotnické** zařízení působí jako součást mnohonárodnostního **kontingentu** se společným **velením**. Součástí velící skupiny je i **zdravotnická** sekce (Medical Commander, MEDCOM) – obdoba **zdravotnického** odboru. Hlavní úloha **zdravotnického velení** spočívá v rovnoměrném řízení transportů traumatizovaných pacientů z místa incidentu do **zdravotnických** zařízení v místě **nasazení**. Tento proces se opírá o deklarovanou jednorázovou kapacitu příjmových zařízení a aktuální obsazenost intenzivních lůžek dle denního hlášení. V případě **Polní nemocnice AČR (ROLE 2E)** jsou touto jednorázovou kapacitou: 2 pacienti s prioritou P1 (bezprostřední ohrožení života s nutností urgentní chirurgické **péče**), 5 pacientů s prioritou P2 (odložitelná chirurgická **péče**) a 25-30 pacientů s prioritou P3.

V případě vyhlášení signálu MASCAL je po nezbytných **bezpečnostních procedurách** **zdravotnickou** velící složkou na místě incidentu tzv. Medical Coordinating Officer (MCO) – obdoba vedoucího lékaře zásahu v civilní přednemocniční **pěči**. Komunikuje s **velením zdravotnické sekce** (MEDCOM) a předává aktuální informace o počtu a charakteru zraněných. **Zdravotnická** sekce mnohonárodnostního **velení** kladla důraz na systematické procvičování postupů při vyhlášení signálu – vždy jednou týdně probíhalo **cvičení** v prostorách **vojenského letiště základny KAIA** ve spolupráci s hasiči, **vojenskou policií**, administrativním týmem a jednotkami **leteckého přesunu**.

Léčiva dle charakteru mise

Vybavení léčivy je prováděno cestou oddělení farmacie a **zdravotnické** techniky. Spektrum vyvezeného **zdravotnického** materiálu a léčiv zohledňuje charakter mise (humanitární x bojová). V našem případě se **jednalo o bojový charakter**, musel proto být navýšen počet náhradních roztoků, rozšířeno spektrum antibiotik a léčiv pro intenzivní medicínu. Dodatečné zásobování se provádí k tomu zvláště vypravenými lety z **ČR** v intervalu 3–4 týdnů na základě požadavků vedoucích lékařů a staničních sester jednotlivých oddělení, které jsou následně shromážděny do tzv. souhrnného logistického hlášení.

Co se týče zásobení krevními deriváty, k dispozici je 20 resuspendovaných erytrocytárních jednotek (10x KS 0; 5x KS A; 5x KS B) a 30 konzerv zmrazené plazmy KS AB. V případě spotřebování zásob (nejen krevních derivátů) byla vyjednána oboustranná spolupráce s francouzským **zdravotnickým kontingentem** dislokovaným na jiném místě v **Kábulu**. V souvislosti s problémy spojenými s expirací krevních derivátů a jejich počtu ve stávajících skladovacích zařízeních se v současné době vyvíjí kontejner, který bude schopen vytvořit skladovací podmínky bez omezení expirace po dobu **nasazení** v misi.

Komunikace mezi **příslušníky kontingentu** byla zajištěna cestou přenosných vysílaček. Každý jedinec měl přiřazený číselný kód, zvláštní důraz se kladl na dodržování pravidel komunikačního provozu. Vysoce ceněnou vymožeností byl digitální přenos obrazu z rtg vyšetření do terminálů na jednotlivých odděleních v koridoru PN. V rámci konzultací byl vytvořen komunikační koridor se **specialisty v Ústřední vojenské nemocnici** v Praze.

Společenské vyžití

Pobyt v uzavřeném prostoru po dobu 4 měsíců s sebou přináší některá úskalí, která mohou vyústit až v tzv. ponorkovou nemoc. Je samozřejmostí, že každý člen **kontingentu** prochází důkladným psychologickým vyšetřením, nicméně teprve pobyt v reálném prostředí ověří psychickou odolnost každého jedince. Určitým specifikem je nárazovost práce. V podmínkách zahraniční mise neexistuje plánované **přijímání** pacientů a tím ani možnost rozvržení práce. Dny plného vytížení personálu střídají s dny volnějšího režimu.

Zkušenosti **velitelé** si tento fakt dobře uvědomují a v prostorách **základny** jsou vždy v dostatečné míře organizovány odpočinkové aktivity – možnost návštěvy posilovny, **koncerty** importovaných umělců, národní kulturní programy pořádané jednotlivými **kontingenty**. Spojení s domovem bylo na velmi dobré úrovni díky satelitnímu přenosu dat, k dispozici bylo 8 PC terminálů s internetem a 6 telefonních stanic s přímou volbou do **Česka**.

Chirurgické týmy v mnohonárodnostních zařízeních

České zdravotnické týmy poprvé působily v prostředí mnohonárodnostního polního **zdravotnického** zařízení v roce 2003 krátce po ukončení operačního úkolu 11. **polní nemocnice** v **Afghánistánu**. Díky vynikající reputaci **Čechů** vyzvalo **velení ISAF** (International Security Assistance Force) pro **Afghánistán** **Zdravotnickou** službu **AČR** k vyslání **zdravotnických** týmů do německé **polní nemocnice** na **základně Warehouse** v **Kábulu**. Byla to v té době první zkušenost našich **zdravotníků** týkající se spolupráce v prostředí **mezinárodního zdravotnického kontingentu** v **bojových podmínkách**. Následovala účast chirurgických týmů v britské **polní nemocnici** v **letech** 2004 a 2005 na **základně Shaibah** v **Iráku**.

Zatím posledním příspěvkem **Zdravotnické** služby **AČR** takového charakteru jsou **Polní chirurgické** týmy (PCHT) v **NATO Medical Treatment Facility (MTF) ROLE 3 KAIA** v **Kábulu**. Tomuto nejvyššímu polnímu **zdravotnickému** zařízení pro oblast **Kábulu** a okolí velí francouzská **zdravotnická** služba. Nový monoblok **nemocnice** byl vystavěn v roce 2009 jako součást nové **základny** KAIA North. Budova splňuje podmínky pro balistickou ochranu. Struktura **nemocnice** a její vybavení splňuje moderní standardy, je oddělena část akutní s urgentním **příjmem**, operačními sály a jednotkou intenzivní **péče** od části ambulantní a lůžkové s potřebným zázemím.

Odlišné modely péče

Český tým pracuje v **mezinárodním** prostředí spolu s bulharským, **belgickým** a **americkým** personálem. Hlavním úkolem je **zdravotnické** zabezpečení koaličních **vojsk**, jež čítají kolem 5 tisíc **vojáků**. Kromě toho se provádí ošetření místních obyvatel, kteří mají vazbu na činnost koaličních **vojsk**. Lékařský personál **nemocnice** je složen z chirurgických odborností (všeobecná chirurgie, ortopedie, **neurochirurgie**), k dispozici je také anesteziolog, kardiolog, oftalmolog, stomatolog, otorinolaryngolog, praktický lékař a psychiatr. **Český** tým má ve svých řadách dva chirurgy, anesteziologa, praktického lékaře a šest středních **zdravotnických** odborností (2x **instrumentářka operačních** sálů, 2x anesteziologická sestra a 2x sestra pro urgentní **příjem**).

Zapojení do pracovního režimu probíhá po předání zkušeností předchozím týmem a krátkém seznámení se s některými odlišnostmi. K těm zprvu nejdiskutovanějším patří rozdílné lékové a přístrojové názvosloví a jiný systém vedení zobrazovacích vyšetření. K dispozici je CT přístroj, který obsluhuje rentgenologický laborant – lékař-radiolog v lékařské sestavě **nemocnice** není. Vyšetření si odečítají indikující lékaři sami. Stejně tak UZ vyšetření provádí indikující lékař. V případě traumatizovaných pacientů se provádí vstupní FAST (Focused Assessment with Sonography in Trauma) vedoucím týmu, ve francouzském podání je to anesteziolog, v **českém** chirurg, který absolvoval k tomu zaměřený kurz. V oblasti anesteziologie francouzský systém pracuje s většími kompetencemi středního zdravotnického personálu. Jeden lékař funguje jako supervize pro více sálů, anestezii vede anesteziologická sestra, pod dozorem lékaře je v úvodu umožněna i intubace. Je kladen důraz na rozpoznání změny stavu během anestezie a včasné upozornění dozorujícího lékaře. Ačkoli u nás tento model není zaveden, došlo po krátké době k jeho osvojení a používání i našimi **zdravotníky**.

24hodinové služby

Ostatní organizační postupy se nijak zásadně neliší od práce v domovských **zdravotnických** zařízeních. Střední **zdravotnický** personál pracuje v 12hodinových a 24 hodinových směnách, lékaři

se střídají v operační pohotovosti (operační službě) po 24 hodinách. V podmínkách limitovaného personálního obsazení nelze respektovat povinnou dobu odpočinku. Při **hromadném příjmu** raněných jsou na svých stanovištích všichni, nehledě na právě dokončenou službu. Specifikem je samozřejmě spektrum úrazů, převažují střelná a střepinová poranění. Zkušenosti s ošetřením těchto úrazů jsou neocenitelné a **zdravotníci** vracující se z takových misí jsou významným zdrojem zkušeností pro své civilní kolegy a studenty lékařských fakult, kde někteří z **vojenských lékařů** zajišťují pre- i postgraduální výuku. Spolupráce s francouzskými kolegy jako velící složkou **nemocnice** je na velmi dobré úrovni. Přispívá k tomu nepochybně i přirozeně družná povaha našich hostitelů a někteří z našich kolegů přátelství zde navozené nadále rozvíjejí.

Navzdory zmíněným zásadám o dodržování jednotnosti v administrativních a odborných postupech má hostitelský tým vždy tendenci inklinovat k procedurám sobě vlastním. A i když mají všichni členové PCHT zkoušku z anglického jazyka minimálně I. stupně dle předepsaných norem (STANAG), nelze nezmínit ani určitou jazykovou bariéru, která v některých vypjatých situacích může hostující tým znevýhodňovat. V každém případě se ale **jednalo**, jedná a bude **jednat** o neocenitelnou praktickou zkušenost s možností porovnat vlastní postupy a znalosti se zahraničními kolegy. Nutno poznamenat, že naši **zdravotníci** vždy obstáli se ctí, dokladem jsou četné děkovné zprávy na úrovni hlavních představitelů **zdravotnických** služeb a stálá poptávka po **vojenských zdravotnících z ČR**.

Schopnosti, materiální vybavení, zásobování, komunikace
Schopnosti PN **AČR** ROLE 2E

Doba rozvinutí	14 dnů
Počet operačních sálů	2–3
Počet chirurgických týmů	2–3
Počet ICU lůžek	4
Počet lůžek s intermediální péčí	2–4
Ostatní lůžková kapacita	25–30
Počet operačních výkonů za den	
– malé	10
– velké	5
Denní kapacita ambulantních vyšetření	
– běžná	30 osob
– maximální	60 osob
Zásoby zdravotnického materiálu	30 dnů
Zásoby krevních derivátů a plazmy	20+30 jednotek

Foto popis| **Zdravotníci kontingentu 11. polní nemocnice** při jednom z výjezdů do okolí **Kábulu** v roce **2002**.

Foto autor| Foto: archiv autora

Foto popis| **Letecký pohled** na **polní nemocnici** na **základně** KAIA South (**Afghánistán**) v roce 2007. Vpředu hlavní **vstup** do koridoru **nemocnice**. K hlavnímu koridoru ze zpevněných stanových modulů jsou připojeny kontejnery JIP, operačních sálů, skladů farmacie a CT vyšetřovny.

Foto autor| Foto: archiv autora

Foto popis| Operační sál **polní nemocnice** – kontejnerový systém NORMECA. Po vysunutí bočních stěn se zvětší vnitřní plocha.

Foto autor| Foto: archiv autora

Foto popis| 4 Pohled na operační sál **NATO** MTF ROLE 3 KAIA (**Afghánistán**). Členové 3. PCHT u operace pacienta se střelným poraněním.

Foto autor| Foto: archiv autora

Foto popis| Oddělení urgentního **příjmu** – **NATO** MTF ROLE 3 KAIA (**Afghánistán**).

Foto autor| Foto: archiv autora

Foto popis| Vedoucí trauma-týmu provádí vstupní sonografické vyšetření (FAST) u pacienta se střepinovým poraněním. **NATO** MTF ROLE 3 KAIA (**Afghánistán**).

Foto autor| Foto: archiv autora

Foto popis| Rtg zobrazení zástřelu v oblasti pánve. **NATO MTF ROLE 3 KAIA (Afghánistán)**.
Foto autor| Foto: archiv autora

Foto popis| Typický obrázek hornaté krajiny z okolí **Kábulu**. V pozadí se tyčí masívy pohoří Hindukúš.
Foto autor| Foto: archiv autora

O autorovi| pplk. MUDr. Michal Plodr, Ph. D. 7. **polní nemocnice Armády ČR velitel** 3. polního chirurgického týmu **NATO MTF ROLE 3 KAIA**