Připravenost zdravotnických zařízení na mimořádné události

Sborník příspěvků z odborné konference pořádané 9.7.2018 v Praze v Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky pod záštitou předsedkyně Výboru pro zdravotnictví prof. MUDr. Věry Adámkové, CSc. ve spolupráci s Fakultou biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze a se Společností pro radiobiologii a krizové řízení ČLS JEP.

Kladno 2018

Editor: Markéta Janů

Název díla: Připravenost zdravotnických zařízení na mimořádné události

Vydalo: České vysoké učení technické v Praze

Zpracovala: Fakulta biomedicínského inženýrství

Kontaktní adresa: Sportovců 2311, 272 01 Kladno

Tel.: +420 224 359 973

Tisk: elektronická forma sborníku

Adresa tiskárny: Sportovců 2311, 272 01 Kladno

Počet stran: 27 Náklad: 7 Pořadí vydání: 1.

ISBN 978-80-01-06510-5

Obsah

Důležitost bezpečnosti zdravotnických zařízení 4
Achillova pata českého zdravotnictví – a ne jedna 5
Připravenost na interní mimořádné situace v ÚN Brno 7
Závažné krizové situace a velké nemocnice 9
Nemocnice jako prvek kritické infrastruktury 11
Možnosti SÚJCHBO při detekci CBRN látek 13
Krizový stav připravenosti zdravotnictví 15
Současné možnosti ochrany lůžkových zdravotnických zařízení v ČR 17
Fyzická bezpečnost velkých nemocnic ve světle současných bezpečnostních hrozeb a možná řešení. 19
Detekce rizikových osob v kontextu terorismu a extremismu 22
Zdravotnické zařízení jako měkký cíl 25
Připravenost resortu zdravotnictví na mimořádné události a krizové situace 27
Bezpečnost při výjezdech ZZS 27

Důležitost bezpečnosti zdravotnických zařízení

Prof. MUDr. Věra Adámková, CSc.,
Předsedkyně Výboru pro zdravotnictví Parlamentu České republiky

Zdraví je nezpochybnitelně nejdůležitější devizou každé osoby, máme štěstí, že v naší republice jsme schopni poskytovat zdravotnické služby na špičkové úrovni, velmi často světové. Jsme rádi, že můžeme spolupracovat na mezinárodní úrovni a samozřejmě jsme rádi, můžeme-li poskytnout naše služby lidem, kteří by je ve své vlasti nedostali. Naše zdravotnická zařízení a velké nemocnice nejvíce jsou široce otevřenými objekty, do kterých přichází prakticky kdokoli a kdykoli, ve většině nemocnic byly již před lety zrušeny posty vrátných/recepčních jednotlivých pavilonů, či oddělení. Téměř všechna nemocniční oddělení, prostory poliklinických pracovišť, lékáren, odborných i všeobecných ambulancí, ale i většina technických prostor jsou přístupna zcela bez jakýchkoli kontrol. Není-li otevřenost oddělení nevhodná pro péči o nemocné (jednotky intenzivní péče, pooperační pokoje a podobně) přijde na lůžkové zařízení, zejména v době návštěv, skutečně kdokoli, takže známe množící se krádeže pacientům i personálu. Tyto příhody však jsou pouze drobnostmi, jestliže se podíváme na možnost skutečně závažných, život ohrožujících hrozeb. Do nemocnice tak může přijít skutečně nebezpečná osoba, psychicky narušená, deviantní nebo terorista. Personál nebude předpokládat špatné úmysly, vrátnice vybírají již jenom za parkování, ale nekontrolují příchozí a skutečně závažná skutečnost může být na světě. Je zcela na místě zabývat se těmito hrozbami zcela seriózně a preventivně vytvářet procesní opatření, abychom jejich dopady minimalizovali.

Achillova pata českého zdravotnictví – a ne jedna

prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., MBA, dr.h.c.
Fakulta biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze, předseda Společnosti pro radiobiologii a krizové řízení České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

Veřejnost, včetně představitelů státu, požaduje od zdravotnických pracovníků a zdravotnických organizací připravenost na řešení možných krizových situací a mimořádných událostí. Ale jen málokdo z klíčových zaměstnanců centrálních orgánů nebo zástupců orgánů státní správy a samosprávy je ochoten připustit, že jedním z nejohroženějších míst proti útokům, ať již teroristickým, kriminálním či pouze násilnickým jsou zdravotnická zařízení samotná. Na jedné straně jsou vynakládány značné finanční částky na ochranu dat nemocných, na straně druhé je značně podceňována fyzická ochrana nemocných. Není ani jasné, kdo by měl toto zajištění financovat. Vlastní zdravotnická zařízení? Finanční prostředky, které dostávají, jsou převážně ze zdravotnického pojištění a jsou určeny především pro léčebně-preventivní péči. Zřizovatel, kterým bývá často kraj či město? Ani zde není peněz nazbyt, a pokud zbydou, raději koupí přístroj či jiné zařízení s ohledem na boj o přízeň voličů.

V následné prezentaci nejsou všechna závažná nebezpečí, kterými jsou zdravotnická zařízení ohrožována, uvedena. Rozdílná je i situace s ohledem na charakter zdravotnického zařízení. Jiná je v nemocnicích, jiná v ambulantních zařízeních, jiná v rehabilitačních a lázeňských ústavech a léčebnách.

V lůžkových zařízeních je závažným problémem jejich přístupnost prakticky 24 hodin denně bez možnosti odpovídající kontroly. Obtížně kontrolovatelné jsou i návštěvy na lůžkových odděleních, mnozí návštěvníci nerespektují návštěvní řád. Přitom počet zdravotnických pracovníků je, zejména mimo pracovní dobu, na většině stanic poddimenzován. Mezi nemocnými převažují staří a obtížně chodící nemocní. Realizovat traumatologické plány v případě skutečné potřeby by bylo značně obtížné, s ohledem na fluktuaci některých zdravotnických pracovníků, lze předpokládat, že je mnozí ani neznají.

U ambulantních zařízení je situace obdobná. Zejména u větších poliklinik je možnost kontroly přicházejících nulitní. Řadu ordinací mají lékaři a další zdravotničtí pracovníci v pronájmu, vzájemně se neznají, netuší jak postupovat v případě ohrožení. Rušivě působí na návštěvníky řada nejrůznějších cedulí i reklam, takže nejsou schopni v případě potřeby se rychle orientovat v prostoru čekárny nebo jiné veřejnosti přístupné prostor. Nevidí mnohdy malé a nevhodně umístěné cedulky upozorňující na nouzové východy nebo evakuační výtah. Prostory nebývají ozvučeny, zpravidla do příjezdu složek integrovaného záchranného systému není nikdo, kdo by byl schopen návštěvníky instruovat jak se chovat.

K nápravě dané situace je potřeba řada kroků. Od zlepšení informovanosti nemocných a návštěvníků zdravotnických zařízení, přes zvýšení odborné kvalifikace pracovníků bezpečnostních služeb, které zpravidla ochranu zdravotnických zařízení zabezpečují (nemůže být klíčovým kritériem to, co se dnes stalo v naší republice pravidlem všech výběrových řízení, že vyhrává nejlevnější, ale zpravidla ne nejlepší) až po odpovídající přípravu zdravotnických pracovníků na všech formách škol; od středních zdravotnických škol, přes vyšší odborné školy po lékařské a zdravotně sociální fakulty.

Je třeba si uvědomit, že většina zdravotnických zařízení je dnes v České republice ideálním měkkým teroristickým cílem.

Prezentace ke shlédnutí zde:

Připravenost na interní mimořádné situace v ÚN Brno

Ing. Vlasta Neklapilová
Kontaktní pracovník Informačního střediska pro medicínu katastrof Úrazové nemocnice v Brně

Nemocnice jakožto veřejný prostor, kterým procházejí pacienti i návštěvy, je vystavena možným útokům teroristů nebo osob psychicky narušených. V běžném provozu ve zdravotnickém zařízení je také zdravotnický personál často napadán agresivními jedinci. Obrana proti těmto ohrožením je nesnadná, velký význam má připravenost zdravotnického personálu na tyto situace, aby dovedl rychle a vhodně reagovat.

Úrazová nemocnice v Brně, založená v roce 1933 prof. Vladimírem Novákem po vzoru rakouských úrazových center, poskytuje již 85 let zdravotní péči v oboru traumatologie a speciální chirurgie. Do roku 2008 sloužila ÚN jako traumatologické centrum pro kraj jihomoravský a Vysočina, od ledna 2009 je zřizovatelem nemocnice statutární město Brno. Od té doby prošla nemocnice řadou rekonstrukcí a její prostory byly modernizovány. Ročně je zde hospitalizováno více než 8500 pacientů a v 6 operačních sálech je provedeno přes 6000 operací. Nemocnice má 199 lůžek, z toho 30 slouží pro následnou rehabilitační péči. V ambulancích je ročně provedeno přes 270 tisíc ošetření u téměř 80 tisíc pacientů. V ÚN pracuje po 24 hodin denně urgentní příjem úrazových a akutních chirurgických stavů (nově přestavěné a vybavené Oddělení stálé chirurgické a úrazové služby). Dále v areálu ÚN funguje Lékařská pohotovostní služba praktického lékaře pro dospělé a zubní LPS pro dospělé i děti, každá z nich ošetří ročně asi 17 tisíc pacientů z Brna i okolí.

Z tohoto popisu je zřejmé, že nemocnicí projde řada lidí v denní i noční době a vrátnická služba nemůže uhlídat vniknutí potenciálního agresora. Bezpečnostní hrozbou je útok „šíleného“ střelce, výhrůžka bombou v areálu nemocnice nebo jiné napadení personálu či pacientů.

Lůžková standardní oddělení v nemocnici jsou návštěvám volně přístupná 3 hodiny denně, jinak jsou uzavřená, na oddělení ARO a JIP je vstup povolen pouze po domluvě s personálem. Vstupní prostory před oddělením jsou sledovány kamerou. Nejvíce ohroženým místem v nemocnici je proto urgentní příjem, který se nachází přímo u vstupu do areálu. Jeho prostory jsou sledovány kamerami se záznamem, který lze později využít pro případné policejní vyšetřování. Prostory Lékařské pohotovostní služby jsou však ve vzdálenější části areálu ÚN, proto jsou kamerové snímky z LPS sledovány vrátnickou službou.

ÚN má fungující dohodu s Městskou policií v Brně, jejíž hlídka dorazí do 5 minut od přivolání. Díky instalovanému spojení s operačním střediskem Městské policie stačí pouze zmáčknout červené tlačítko na vysílačce umístěné na velíně urgentního příjmu, personál nemusí do vysílačky či telefonu nic vysvětlovat.

V posledních letech byla v Knize mimořádných událostí zaznamenána řada incidentů s napadením personálu (v roce 2015 – 14 záznamů, 2016 – 24, 2017 – 15).

Úrazová nemocnice v Brně za léta své existence zažila několikrát výhrůžku bombou ve svém areálu. Po telefonní výhrůžce řeší tuto situaci vedení nemocnice s Policií ČR a ředitel nemocnice rozhoduje, zda je nutno přistoupit k evakuaci. Vzhledem k tomu, že řada pacientů je v těžkém stavu po úrazu či náročné operaci, jde o velmi odpovědné rozhodnutí. ÚN zatím naštěstí nebyla nucena k tomuto kroku přistoupit, dosud šlo vždy jen o planý poplach. K dosud poslední výhrůžce bombou došlo 6. června 2017 v pozdních večerních hodinách. Telefonát byl přijat na vrátnici, odkud obratem volali linku 158 Policie ČR a poté informovali o situaci vedení ÚN. Vzhledem k tomu, že tehdy šlo o řadu telefonátů do nemocnic i dalších organizací v Brně i jinde v ČR, bylo policií rozhodnuto, že jde o planý poplach a evakuaci nebylo nutno provádět.

Závěrem je třeba zdůraznit, že bezpečnost zdravotnických zařízení je citlivým a nedořešeným problémem, kdy technické vybavení a spolupráce s městskou a státní policií může ke snížení ohrožení výrazně pomoci. Hlavní důraz je však třeba klást na připravenost personálu, aby v těchto složitých situacích uměl adekvátně reagovat.

Prezentace ke shlédnutí zde:

Závažné krizové situace a velké nemocnice

MUDr. Jan Bříza, CSc., MBA, spoluautor MUDr. Filip Burget, PhD.
Náměstek ředitelky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze pro vědu, výzkum a vzdělávání

Nemocnice obecně a velké nemocnice zvlášť představují důležitý prvek krizové připravenosti pro mimořádné situace spojené s poškozením zdraví. Velké nemocnice v ČR jsou v případě fakultních nemocnic vlastněny státem a v dalších případech kraji. Takže jsou kraje, které mají krizovou potřebu pokrytu státem – Praha, Brno, Plzeň, Hradec Králové, Olomouc, Ostrava a ostatní krajskými nemocnicemi. Žádná nemocnice není prvkem kritické infrastruktury ve smyslu definice ze zákona.

Systémy aktivace nemocnic jsou nastaveny a stejně tak kooperace s útvary krizového řízení MZ a příslušných krajů či Prahy. Traumatologické plány nemocnic jsou kompatibilní s traumatologickými plány ZZS a krajů. Velké nemocnice zvládají zvýšený výskyt akutních stavů odpovídající I. Stupni aktivace traumatologických plánů často v běžném provozu. Pro velký výskyt poranění či intoxikací v rozměru krizového stavu však chybí primární kapacity.

Pro případy výpadku zásobování elektřinou mají nemocnice základní obvody jištěny dieselagregáty a důležité provozy jako operační sály, JIP a příjmové ambulance trvalými zdroji typu UPS. Problém je u velkých diagnostických přístrojů typu CT a pod., kde kolísavé napětí způsobuje poškození. V případě blackout je nutné zajistit centrálně průběžné zásobování naftou bez biosložky. Problém je v zajištění vaření pro pacienty při výpadku médií – není zálohováno. Pro nemocnice má zásadní negativní dopad výpadek zásobování vodou. Ne pro poskytování zdravotní péče, ale pro provoz (splachování, udržování hygieny a případné odmořování). I tak představují nemocnice svými záložními systémy určitý okrsek bezpečí. Slabým místem je však otevřenost budov, špatná možnost střežení.

Nemocnice mají systémy svolávání spojené většinou s ústřednami a jejich obsluhou. Ty však potřebují funkční spojovou infrastrukturu. Pracovníci se dostavují do nemocnic s využitím veřejné či vlastní dopravy a efektivita závisí na míře postižení této infrastruktury. V případě vyhlášení nouzového stavu jsou řešeny potřebné právní souvislosti. V případě „pouhé“ aktivace traumaplánu není řešena problematika limitů přesčasové práce apod.

Jsme skutečně připraveni? V případě teroristických útoků můžeme očekávat 5-10 více poraněných než mrtvých. Významné události přinesly velké množství poraněných a mrtvých (Madrid 2004 - 191 mrtvých a 2050 zraněných; 2005 Londýn - 56 mrtvých, 700 zraněných; 2011 Norsko - 77 mrtvých a 319 zraněných; 2015 Paříž 7.1. - 12 mrtvých a 10 zraněných; 13.11. - 130 mrtvých, 415 zraněných; 2016 Berlín - 12 mrtvých, 48 zraněných; 2016 Nice - 86 mrtvých, 400 zraněných; 2016 Brusel - 33 mrtvých, 340 zraněných; 2017 Londýn 20.3. - 5 mrtvých, 50 zraněných; 3.6. - 8 mrtvých 48 zraněných; 19.6. - 1 mrtvý, 10 zraněných; 2017 Stockholm - 4

mrtví, 15 zraněných). Významné zkušenosti přineslo vyhodnocení událostí v Madridu, které lze shrnout v bodech:

- přetížené telefonní linky, absence vnitřního systému komunikace,
- nedostatečný prostor pro triage,
- svolávání týmu jednotlivě/ navazující schéma,
- ucpané přístupové cesty (sanity, přijíždějící personál, příbuzní obětí),
- příbuzní postižených v nemocnicích,
- místa se „syndromem hrdla láhve“: operační sály, JIP, radiodiagnostika, lůžková oddělení,
- vyčerpanost personálu (déle než 24 hodin), nedostatečné stravování.

Velký problém v systému připravenosti je obecné povědomí obyvatelstva, spíše nepovědomí, o potřebách a principech řešení. Velké zkušenosti v této oblasti má Izrael, kde ale je počet útoků velmi vysoký. Izraelští odborníci doporučují pro připravenost pro neštěstí mít k dispozici 20% lůžkové kapacity.

Každá mimořádná událost spojená s velkým postižením zdraví je vždy specifická, vždy je potřeba určité míry improvizace vycházející však z dobré přípravy typových postupů a dobře připravených cvičení. Jen cca 20% zraněných potřebuje akutní pomoc. Je důležitá úloha triage a správné distribuce pacientů.

Prezentace ke shlédnutí zde:

Nemocnice jako prvek kritické infrastruktury

genmjr. v. z. Ing. Miroslav Štěpán,

Emeritní generální ředitel Hasičského záchranného sboru České republiky

Pravděpodobně jen málokdo rozumně uvažující, by nemocnice nepovažoval za významné subjekty, které je třeba umět provozovat i za všech krizových stavů. Jenže v právním státě musí být vše legislativně upraveno a veřejná správa může konat jen to, co je jí dovoleno.

V našem případě, se pak jedná o tzv. krizovou legislativu, především o zákon č. 240/2000 Sb. o krizovém řízení, zákon o hospodářských opatřeních pro krizové stavy č. 241/2000 Sb., zákon č. 239/2000 Sb. o IZS a samozřejmě i jejich prováděcí vyhlášky a nařízení vlády.

V čem je náš problém? Především v prováděcím Nařízení vlády č. 432/2010 Sb., kterým se stanovují tzv. průřezová a odvětvová kritéria, podle kterých se stanovuje, zda daný subjekt (objekt, areál apod.) je prvkem kritické infrastruktury. A pokud je, pak provozovatel musí zajistit řadu opatření, aby byl zajištěn provoz takového zařízení i za krizových situací, resp. krizových stavů.

Toto Nařízení vlády stanovilo bohužel velmi měkká tato kritéria. V případě průřezových kritérií se, mimo jiné jedná o „dopadu na veřejnost s mezní hodnotou rozsáhlého omezení poskytování nezbytných služeb nebo jiného závažného zásahu do každodenního života postihujícího více než 125000 osob“. Což např. nesplňuje většina okresních nemocnic, natož pak těch ještě menších zdravotnických zařízení. Že by tedy nemocnice např. se spádovostí pro třeba 50 tis. obyvatel nebyla důležitá a byla tedy postradatelná??!! To zřejmě nebylo dobře promyšleno.

No a vrchol pak je i u odvětvových kritérií, kdy je za prvek kritické infrastruktury považováno „zdravotnické zařízení, jehož celkový počet akutních lůžek je nejméně 2500“ Máme vůbec takovou nemocnici v republice??!!

Co z toho všeho vyplývá? Naše zdravotnictví oficiálně nemá žádný prvek kritické infrastruktury!!! Nemocnice, resp. zdravotnická zařízení pak nemusí zpracovávat Plány krizové připravenosti!!!

Přitom jenom v samotných nemocnicích je rizik celá řada. Jako příklady lze uvést:

- dlouhodobé výpadky energií s následkem, že:
  - nebude voda (vyřazení vodovodů),
  - nebude vytápění (vyřazení zdrojů tepla),
  - náhradní zdroje elektrické energie zpravidla nepokryjí chod celých nemocnic,
- požáry,
- vyřazení kanalizačních systémů z provozu,

- hrozba nástražným výbušným systémem,
- kolaps finančních nebo informačních systémů,
- zajištění stravování, léků a mnohé další.

Kruciálním problém bezpečnosti nemocnic je pak, mimo jiné i zabezpečení evakuace a to především proto, že:

- v mnoha případech je absence evakuačních výtahů,
- problematická je hlavně větší evakuace ze zakouřených objektů (nedostatek dýchací techniky pro pacienty i personál, nezajištěný vycvičený personál),
- nejsou předem zajištěny náhradní prostory pro evakuované,
- není vyřešena doprava většího počtu evakuovaných, zabezpečení dopravních prostředků,
- je nejistá dostatečná spoluúčast zdravotnického personálu a jeho příprava,
- nejsou prováděny pravidelné nácviky krizových situací a prověrky připravenosti, jako jsme tomu svědky např. v oblastech s rizikem zemětřesení atd.

Závěrem lze tedy konstatovat, že krizová připravenost v resortu zdravotnictví není zrovna na nejlepší úrovni a to především v důsledku v úvodu uvedeného Nařízení vlády.

Je proto nanejvýš účelné usilovat o jeho novelizaci a pak systematickým tlakem, především ze strany zakladatelů zdravotnických zařízení, ale i orgánů veřejné správy působit na zdravotnický management, aby se krizovou připraveností zabýval významně více než doposud. A samozřejmě, že se to neobejde bez jistých finančních prostředků. A rovněž audity, kterými čas od času zdravotnická zařízení procházejí, by měly mít jako pevnou součást právě i oblast krizové připravenosti, jako nedílnou část zajištění bezpečnosti.

Prezentace ke shlédnutí zde:

Možnosti SÚJCHBO při detekci CBRN látek

MUDr. Stanislav Brádka, Ph.D.
Bezpečnostní ředitel Státního ústavu jaderné, chemické a biologické ochrany v. v. i.

Státní **Ú**stav **J**aderné, **C**hemické a **B**iologické **O**chrany (SÚJCHBO v.v. i.) je samostatná instituce, která byla zřízena v roce 2000 Státním úřadem pro jadernou bezpečnost (SÚJB) jako organizace zabezpečující technickou podporu jeho činností svěřených mu vládou.

SÚJCHBO v.v.i. je veřejnou výzkumnou institucí, jehož hlavní činností je výzkum a vývoj v oblasti CBRN látek které se do životního nebo pracovního prostředí dostaly při haváriích nebo byly uvolněny úmyslně – teroristický čin.

SÚJCHBO se zabývá i praktickou činností při detekci, identifikaci, kvantifikaci a dekontaminaci vysoce nebezpečných chemických, biologických a radioaktivních látek.

Dlouhodobě se zabývá hodnocením a vývojem individuálních a kolektivních prostředků ochrany člověka před těmito látkami a způsoby jejich dekontaminace a zneškodňování.

Pro možnost práce s reálnými vysoce toxickými látkami a vysoce rizikovým a rizikovým biologickým agens a toxiny je Ústav držitelem příslušných licencí a povolení. Jeho jednotlivá pracoviště jsou akreditována s evropskou platností. Ústav je držitelem certifikátu Lloyd´s Register Quality ISO 9001 : 2015, ISO 14001:2015, OHSAS 18001.2007.

Ústav vlastní i „radonovou komoru“, ve které se provádí v rámci Metrologie ČR rovněž kalibrace přístrojů.

Ústav má nadstandardně vybavené stacionární chemické laboratoře pro práce s vysoce toxickými chemickými látkami a toxiny, biologické laboratoře kategorie BSL3,4 (umožňující například práce s antraxem), unikátní pracoviště („tepelnou komoru“) umožňující vyšetření člověka v extrémních podmínkách, ve kterých lze nastavit mikroklimatické hodnoty typu „Antarktida“, „tropy“ nebo „poušť“ s vyšetřováním a výběrem osob a kvality ochranných oděvů při sledování fyziologických funkcí člověka.

Pro práci v terénu disponuje třemi mobilními laboratořemi, které jsou schopné odebírat vzorky a provádět analytická měření CBRN látek přímo v terénu na území České republiky.

Pro měření radioaktivity v terénu je možnost využívat letecký monitoring - DRON.

Pro urgentní transport kontaminovaných materiálů k vyšetření je možno využívat heliport, který je situován v areálu.

Měření a aplikovaný výzkum CBRN látek včetně ochrany před nimi není možné provádět pouze v laboratorních podmínkách.

Proto vzniklo specializované pracoviště velkoobjemového zkušebnictví, které svou velikostí 4.500m^3, s další vnitřní vybaveností, dostatečně simuluje podmínky chování rozptylu

CBRN látek za praktických situací a přitom je plně pod kontrolou filtroventilačních nezávislých systémů. Toto pracoviště je unikátní v regionu Evropské unie.

Prezentace ke shlédnutí zde:

Krizový stav připravenosti zdravotnictví

Ing. Václav Fišer
Společnost krizové připravenosti ve zdravotnictví České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, p.o., Fakulta biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze

Rozumíme si? Zásadní podmínkou pro úspěšné řešení úkolů na bezpečnostním úseku je komunikace. Mimo jiné především ve správných termínech a opřených o věcně příslušnou legislativu, jako např. zákon č. 372/2011 Sb., nebo č. 239/2000 Sb. atd.

Termíny ale mohou být i nelegislativní, vždy však legislativně odvozené. Např. zdravotnický záchranný řetězec, vysvětlovaný jako funkční sled činnosti jeho prvků, počínaje laickou první pomocí přes přednemocniční neodkladnou péči až po neodkladnou nemocniční péči.

Shrnutí:

- Připravenost na mimořádné události není objektovou bezpečností, ale připraveností na poskytování zdravotních služeb obyvatelstvu za mimořádných situací.
- Poskytovatelé musí být pro tuto svou činnost náležitě vybaveni a připraveni.

Připravenost ZZ na MU ... o co jde? Krizovou připraveností zdravotnictví je stav schopnosti systému zajistit nezbytnou zdravotní péči obyvatelstvu za mimořádných situací podle připravených scénářů a schválených postupů odborně způsobilými pracovníky při vnitřní i vnější operabilnosti systému.

Definice je zakotvena v dokumentu „Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví ČR“, schváleném Bezpečnostní radou státu dne 3. 4. 2007 s usnesením č. 9. Je bohužel příznačné, že již dokument nelze dohledat na webových stránkách ministerstva. Lze se s ním ale seznámit na stránkách odborné Společnosti krizové připravenosti ČLS JEP (http://www.skpz.cz/wp-content/uploads/2012/07/Koncepce-krizové-připravenosti-zdravotnictví.pdf).

V rámci Koncepce byla schválena také strategie realizace dosažení cílového stavu, která člení tzv. krizovou připravenost systému do tří stupňů na stupeň připravenosti na mimořádné události do vyhlášení krizových stavů, na civilní krizové situace a na stupeň válečné připravenosti při vojenském ohrožení.

Shrnutí:

- Obsah krizové připravenosti je již od roku 2007 definován v (závazném) dokumentu BRS v Koncepci krizové připravenosti zdravotnictví ČR.

Koncepce - popis prostředí. Takže tedy konkrétně, co Koncepce obsahuje a jak byla vytvořena? Celý myšlenkový koncept spočívá ve strukturování do pěti základních sektorů,

podmiňujících úroveň dosažitelné připravenosti systému zdravotnictví k plnění úkolů při zajišťování bezpečnosti státu:

- právní prostředí,
- manažerské prostředí,
- odvětvové odborné prostředí,
- zajištění věcných zdrojů a financování,
- příprava lidských zdrojů.

Grafické znázornění výrazně napovídá především předpoklad výrazné role veřejné správy a tedy nezbytnost centrálního řízení.

Shrnutí:

- Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví je postavena na předpokladu naplňování v pěti zásadních navzájem se podmiňujících sektorech v rámci rezortu.
- Realizace postupu je nezbytné koordinovat orgány krizového řízení v celé struktuře veřejné správy.

Hodnocení –> co a jak... Za předchozím je třeba připomenout, že součástí usnesení Bezpečnostní rady státu je „Harmonogram realizace opatření Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví v České republice se stanovením odpovědnosti za plnění jednotlivých úkolů“. Bohužel, k dnešnímu dni není splněn ani jediný!

Shrnutí:

- Podstatou koncepce je dosažení cílového stavu ve třech úrovních, pro které musí být stanovena hodnotící kritéria.
- Závazné indikátory a kritéria nejsou stanoveny, v zásadě není na základě čeho dosažený stav objektivně hodnotit.

Stav připravenosti? Za předchozími snímky prezentace zbývá již jen rámcově shrnout, že:

Připravenost je sice víceméně závazně definována, ale není zajišťována:

- koncepčně
- komplexně
- v celém systému
- systematicky
- na odborně profesionálním základě

Takže tedy jednoznačně - NE, PŘIPRAVENI URČITĚ NEJSME!

Současný stav připravenosti systému zdravotnictví připomíná „potěmkinovu vesnici“ a prezentované uspokojení odpovědných zástupců pohled na svět tzv. růžovými brýlemi.

Neznám ale jiný obor, sektor společnosti, kde by se tento přístup stejně tak tragicky nevyplácel…

Současné možnosti ochrany lůžkových zdravotnických zařízení v ČR

Ing. Markéta Janů
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva Fakulty biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze

Lůžková zdravotnická zařízení jsou přístupna široké veřejnosti nepřetržitě a současně se zde nachází vysoký počet zaměstnanců, hospitalizovaných pacientů (kteří jsou mnohdy na chodu zařízení životně závislí) i návštěvníků. Na druhé straně se zde setkáváme s nízkou úrovní zabezpečení areálů nemocnic proti případným kriminálním činům. V souvislosti s teroristickými útoky jsou zdravotnická zařízení klasifikována jako měkké cíle, na které jsou nejčastěji směřovány teroristické činy. Zařazení mezi tuto skupinu cílů dokládá, že zdravotnická zařízení jsou snadným terčem pro uskutečnění násilného či jiného kriminálního činu s velkým sociálním a psychologickým dopadem. Je tedy potřeba, vedle kvalitní a bezpečné zdravotní péče, zabývat se i bezpečností samotných zdravotnických zařízení.

Ve zdravotnických zařízeních je zajištění bezpečnosti úkolem oddělení krizového managementu. Ideálně krizový nebo bezpečnostní manažer v prvé řadě provádí analýzu rizik. Ta slouží vedle uvědomění si bezpečnostní situace, ve které se zdravotnické zařízení nachází, také jako podklad pro následné vytvoření krizových plánů a učinění preventivních opatření.

Krizové plány slouží jako návod pro řešení konkrétních mimořádných událostí a jejich proveditelnost a efektivnost je testována při nácviku řešení dané situace. Tato cvičení mají zajistit připravenost pracovníků na zvládnutí krizové situace. Příprava na řešení mimořádných událostí ze strany bezpečnostních manažerů směrem k pracovníkům nemocnic nemůže probíhat pouze školením bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) a informováním o existenci krizové dokumentace, jak tomu mnohdy je. Argumentem bývá časová a finanční nákladnost, což je samozřejmě problém. Je ale potřeba se ptát, jak velký bude problém, nastane-li krizová situace, která bude z důvodu nepřipravenosti neadekvátně a neefektivně řešena a zapříčiní značné zdravotní a materiální ztráty. Je nezbytné zlepšit informovanost personálu ve zdravotnických zařízeních o možnostech vzniku jednotlivých krizových situací (školení, e-learningové kurzy, dotazníky, čímž alespoň některé důležité informace dostaneme do povědomí pracovníků). Zaměstnanci mají právo vědět, jaká rizika je mohou ohrožovat a jak jim lze předcházet. Dalším důležitým krokem je interpretace postupů z krizových plánů (krizové karty, krizové kalendáře atd.).

Vytvoření bezpečného prostředí a v mnoha případech i prevenci různých mimořádných událostí v areálech nemocnic lze zajistit vhodnými technickými bezpečnostními prostředky. Příkladem je efektivní využití vrátnic či vjezdů do areálů. Je zbytečné, pokud tato stanoviště slouží pouze k uhrazení poplatku za parkování. Tato místa jsou většinou vybavena závorou, což

je vhodné doplnit snímačem poznávacích značek, čtečkou čipových karet, jež umožní vjezd pouze oprávněným osobám a sníží tak riziko přivezení nežádoucích předmětů či osob do areálu zdravotnického zařízení. Dalším důležitým bezpečnostním prvkem je kamerový systém. Vhodným vyhodnocením informací z bezpečnostního kamerového systému školeným pracovníkem lze zabránit vzniku krizové situace nebo na ni včas reagovat. Následně pak můžeme pomocí kamer sledovat vývoj situace a sbírat informace, které jsou přínosem pro rozhodování záchranných složek o dalším postupu. Při řešení mimořádných událostí je nesporným přínosem centralizace veškerých bezpečnostních prvků do řídícího centra (bezpečnostní dispečink). Těmito prvky jsou především rozhlas, elektrická požární signalizace, elektronická zabezpečovací signalizace či zařízení pro hromadné rozesílání urgentních textových zpráv a stejně tak software pro ovládání technologického zařízení budovy (vytápění, chlazení, vzduchotechnika, potrubní pošta atd.).

Důležitým tématem prevence a řešení krizových situací je fyzická ostraha areálů nemocnic. Nedostatkem této služby je nízký počet a skladba pracovníků, široké spektrum jejich úkolů a minimální připravenost na řešení krizových situací. V mnohých případech fyzickou ostrahu zajišťují bezpečnostní agentury a nemocnice nezasahují do výběru zaměstnanců, kteří budou jejich objekt střežit. Můžeme se setkat s případy, kdy fyzickou ostrahu vykonávají například ženy v důchodovém věku. Náplní práce těchto pracovníků bývá právě sledování dění v nemocnici na bezpečnostních kamerách, obchůzky po areálu, v některých případech mají svá stanoviště na vrátnicích u vjezdu do objektu. Tito lidé též působí jako takzvaná ochranka a jsou využíváni k řešení konfliktů s agresivními pacienty. Toto může být pro ně samotné ohrožením, vzhledem ke zmíněnému věku či nedostatečné fyzické a technické přípravě na řešení těchto událostí.

Kvalita a důvěryhodnost zdravotnického zařízení závisí vedle odborné lékařské, ošetřovatelské péče a moderního vybavení také na jeho bezpečnosti. Zajištění bezpečného prostředí přispívá ke spokojenosti zaměstnanců, klientů i návštěvníků nemocnic. Vhodnými preventivními opatřeními lze zásadně zmírnit případné dopady mimořádných událostí. Je tedy potřeba, aby bezpečnostní management zdravotnických zařízení učinil kroky ke zvýšení připravenosti nemocnic na řešení mimořádných událostí a odstranil nedostatky v zabezpečení jejich areálů.

Prezentace ke shlédnutí zde:

Fyzická bezpečnost velkých nemocnic ve světle současných bezpečnostních hrozeb a možná řešení.

Ing. Petr Hartmann
Víceprezident Komory podniků komerční bezpečnosti České republiky, z.s.

Fyzická bezpečnost je jednou ze základních složek komplexní bezpečnosti nemocnice. V bezpečnostním oboru ji chápeme jako systém opatření, která mají zabránit nebo ztížit narušení právem chráněných zájmů nemocnice jako takové, jejích vlastníků, zaměstnanců, pacientů a ostatních osob a také zajistit dodržování interního řádu v souladu s platnými zákony. Jde o řetěz opatření směřujících k prevenci, včasnému zjištění narušení fyzické bezpečnosti nebo jeho příznaků, varování a včasné předání objektivních informací příslušným osobám, provedení základních opatření ke snížení škod a ztrát včetně zásahu proti narušiteli a také v podílu na obnově bezpečnosti a jejímu zdokonalení.

Praxe ukazuje, že zajištění fyzické bezpečnosti nemocnic vyžaduje řešení téměř neslučitelných požadavků.

Jde o specifika, která u jiných veřejnosti přístupných míst nejsou nebo se projevují v omezené míře. Tato specifika jsou dána nezastupitelnou funkcí nemocnic, tedy poskytování klíčové péče o zdraví. Plnění této úlohy však nutně předpokládá určitou otevřenost, tj. volný přístup a pohyb osob v prostorách nemocnice vyplývající ze zákonného nároku na lékařskou péči.

Prvním specifikem je právě zmíněná otevřenost. V areálu zejména velkých nemocnic je rozsáhlý celodenní pohyb osob, vozidel a materiálu. Pro zajištění všech funkcí nemocnice je regulace pohybu, míra kontroly nebo filtrace osob a vozidel velmi omezená.

Druhým specifikem fyzické bezpečnosti nemocnic je značné soustředění majetku a ostatních hodnot. Nejedná se pouze o budovy a přístrojové vybavení pro lékařskou péči. Činnost nemocnice je zajišťována rozsáhlou infrastrukturou. Je zde soustředěn majetek dodavatelů, osobní majetek pacientů, návštěvníků a nemocničního personálu. V souhrnu se jedná o hodnoty přesahující jednotky miliard Kč.

Třetí významné specifikum. V nemocnicích jsou skladovány a používány ve větším množství technické plyny a jiné chemikálie nezbytné pro činnost nemocnice a lékařskou péči. V nemocnici je dislokováno významné množství omamných látek a jedů používaných pro léčbu včetně látek radioaktivních. V neposlední řadě je nemocnice producentem značného množství biologického a nebezpečného odpadu. To vše je v souhrnu značným rizikem pro širší okolí a při úmyslném zneužití může být velmi účinným prostředkem hromadného ohrožení života a zdraví.

V čem spočívá závažné riziko? Na lékařskou péči a tedy vstup do nemocnice má ze zákona nárok každý, ať se jedná o řádného občana, recidivistu, psychicky narušeného člověka nebo teroristu.

Protiváhou těmto specifikům je úroveň fyzické bezpečnosti nemocnice. Ze zkušenosti mohu objektivně konstatovat, že její reálná úroveň je velmi různá. Na potřebné a trvale udržitelné úrovni je zajištěna u těch nemocnic, kde vrcholové vedení a příslušné orgány chápou význam fyzické bezpečnosti, bezpečnostní management má vytvořen potřebný prostor a má přiděleny nezbytné prostředky. V takových nemocnicích jsou realizována příslušná interní organizační, bezpečnostní a technická opatření, je navázána úzká součinnost s Policií ČR a obecní policií. Ostrahu zajišťuje bezpečnostní služba s fungujícím systémem řízení, kontroly a logistické podpory a její pracovníci mají potřebnou kvalifikaci.

Na opačném konci spektra jsou nemocnice, jejichž vedení zastává názor, že omezené prostředky, které má k dispozici je třeba věnovat na jiné účely. Fyzická bezpečnost je realizována na základě desítky let starých opatření, s technologiemi, které byly výkřikem techniky devadesátých let. Ostrahu zajišťuje bezpečnostní služba vybraná na základě jediného kritéria, kterým je nejnižší cena.

Jestliže se vrátím k základnímu vzorci a porovnám specifika fyzické bezpečnosti nemocnic s reálnou úrovní jejího zajištění a přihlédnu k aktuální bezpečnostní situaci, pak dostanu jednoznačný výsledek. Nemocnice je typickým měkkým cílem. Otázka nezní, zda může být některá z nemocnic napadena, ale kdy a v jakém rozsahu. Taková je realita současného bezpečnostního prostředí.

Příkladem může být poměrně nedávné prolomení fyzické bezpečnosti nemocnice v Ústí n. Labem. Z obecného hlediska relativně běžná majetkově trestná činnost, krádež kabelů však měla za následek ochromení základních funkcí nemocnice na několik dnů. Byly odloženy plánované lékařské zákroky, nutná diseminace pacientů do jiných nemocnic, po několik dnů nebylo poskytováno lékařské ošetření občanům z Ústecka. Nemalé prostředky si vyžádala obnova všech funkcí nemocnice.

Tato situace prokázala v celé šíři zranitelnost nemocnic a její důsledky na fungování kraje.

Jak zajistit spolehlivější fyzickou bezpečnost nemocnic v reakci na měnící se bezpečnostní prostředí?

Když odhlédnu od politických dopadů, mohu na základě praxe přijmout hypotézu, že při srovnatelné intenzitě útoku charakteru majetkově trestné činnosti a útoku psychicky labilního člověka či teroristy jsou dopady na fungování nemocnice téměř stejné.

Jestliže přijmu tuto zjednodušenou hypotézu, pak se pohybuji ve známém prostředí. Stačí důsledně a efektivně realizovat obecně známá a fungující opatření k prevenci a odvracení majetkově trestné činnosti a zajištění vnitřního režimu nemocnice a doplnit je o včasnou a objektivní informační kampaň, která zabrání panice a omezí negativní dopady v politické rovině.

Kde hledat konkrétní řešení? Nabízí se hned několik východisek.

1. Základem je komplexní a funkčně ověřený Plán krizového řízení nemocnice (nezaměňovat s „traumaplánem“). Formu, obsah a způsob zpracování plánu upravuje řada zákonů, vyhlášek a metodik. Konkrétní návod pro tvorbu jednotlivých částí plánu najdeme v českých technických normách, které vychází z norem evropských. Uvedu například řadu norem ČSN EN 14383, která je aplikovatelná při výstavbě i u existujících budov nebo normu ČSN P 73 4450 a mnoho dalších.

Pro vlastní realizaci opatření je na trhu dostatečný výběr vhodných sofistikovaných technických zabezpečovacích zařízení za akceptovatelnou cenu. Rovněž se nabízí celá řada soukromých bezpečnostních agentur, které poskytují ostrahu majetku a osob na profesionální úrovni. Jediným kritériem výběru však nesmí být nejnižší cena, ale kvalita systému, úroveň řízení, znalost prostředí a prokazatelné výsledky v ostraze nemocnic.

2. Jako další východisko vidím stanovení standardu fyzické bezpečnosti nemocnic. V gesci Ministerstva zdravotnictví by měly být ve spolupráci s odborníky z bezpečnostního oboru nastaveny nejen tyto standardy, ale měla by být vypracována metodika jejich naplňování a hodnocení.

Detekce rizikových osob v kontextu terorismu a extremismu

PhDr. Barbora Vegrichtová, Ph.D.,MBA
Fakulta biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze

Síť zdravotnických zařízení představuje z pohledu bezpečnostního velmi vulnerabilní segment, který lze jednoznačně označit terminologií krizového řízení jako **měkký cíl** (z angl. soft target). Hospitalizační či ambulantní zdravotnická zařízení, porodnice, fakultní nemocnice, ale i lékárny a další typy těchto objektů jsou místy s vysokou koncentrací osob a s poměrně nízkým stupněm zabezpečení z pohledu hrozby násilných útoků jednotlivců či organizovaných skupin. Útoky mohou být motivovány náboženským přesvědčením, vyznávanou ideologií, individuálními pohnutkami, kriminálními úmysly nebo mohou být výsledkem vygradované duševní nemoci individuálního agresora. Nemocnice a další zdravotnická zařízení se mohou stát terčem útoku extremistických či teroristických organizací jako zástupný symbol celé společnosti, přičemž útoky tohoto charakteru by stát včetně široké veřejnosti vnímal velmi senzitivně, což by naplnilo majoritní cíle terorismu, tedy a priori vyvolat atmosféru strachu a destabilizovat státní a bezpečnostní aparát. Obdobným způsobem ovšem ohrožuje zdravotnická zařízení zvýšená pravděpodobnost útoku radikalizovaným individuem, extrémním agresorem, který bývá v zahraničních odborných kruzích nazýván jako **active shooter** či **mass murder** (tedy aktivní střelec nebo masový vrah). Všechny typy těchto útoků, ať již jsou motivovány jakkoli, jsou sto způsobit závažné důsledky na životech a zdraví, ať již hospitalizovaných pacientů, návštěvníků nemocnic, zdravotnického či provozního personálu. Je proto nezbytně nutné zvýšit povědomí zdravotníků o těchto hrozbách a vhodnou edukační formou je zapojit do procesu předcházení těmto incidentům.

Na úvod je nezbytné stručně charakterizovat stav extremismu v České republice a aktuální trendy a témata, rezonující touto scénou. Extremistická scéna v České republice nezaznamenala v posledních letech větší expanzi, co se týká násilných trestných činů motivovaných extremistickým podtextem[1] či rozšíření členské základny dominantních extremistických organizací. Neznamená to ovšem současně, že české extremistické subjekty a jejich stoupenci stagnují a nesnaží se o celkovou mobilizaci. Překážkou zejména subjektů politického extremismu je značná fragmentace scény a stále nedostatečná podpora širší společnosti, která by jim umožnila zaujmout silnější mocenské postavení. Na druhou stranu se v poslední dekádě nového tisíciletí zintenzivnila propaganda vybraných extremistických organizací, a to především ve virtuálním prostředí internetu a s dopomocí sociálních sítí.

[1] Počet trestných činů s extremistickým podtextem je v kontextu celkového objemu trestných činů spáchaných na území České republiky relativně marginální. Viz Zprávy o stavu extremismu na území České republiky zveřejňované na webovém portálu www.mvcr.cz Extremistické aktivity ovšem mohou zůstat latentní či balancovat na samé hranici legálnosti.

Obdobným způsobem rekrutují nové následovníky a soukmenovce islamistické teroristické organizace a další organizace s extremistickým výkladem a interpretací různých náboženských směrů. Veřejná prezentace extremistů a proklamace vlastních stanovisek a ideologického přesvědčení se na sociálních sítích zkvalitnila po stránce obsahové i vizuální. Dlouhodobým trendem české extremistické scény je značná flexibilita členské základny, schopnost adaptace na proměny legislativy i operativnost v přejímání zahraničních konceptů a formátů. V neposlední řadě je třeba zmínit tendence scény k vyšší internacionalizaci, kooperaci se zahraničními partnerskými organizacemi a rovněž s kriminální subkulturou. Zdravotnická zařízení nejsou ve veřejné rétorice extremistů vnímána jako potencionální cíl útoku, extremisté se soustřeďují především na agresivní kritiku a verbální ataky na bezpečnostní aparát a jeho reprezentanty. Nelze ovšem bez pochyb vyloučit, že radikalizovaný jednotlivec či sympatizant extremistické organizace nemůže zvolit jako cíl individuálního útoku právě zdravotnické zařízení či personál.

Výše zmiňovaný fenomén propojení extremismu a terorismu s kriminální subkulturou či prostředím organizovaného zločinu a gangů nepředstavuje v celosvětovém měřítku žádné novum. V českém prostředí není těmto vazbám doposud věnována taková pozornost jako v zahraničí, byť to neznamená, že je tento nexus zcela ignorován. Překážkou bývá často nedostatečné sdílení informací mezi dotčenými subjekty či legislativní, režimové a technické překážky přenosu klíčových dat. Teroristické i extremistické organizace často verbují nové členy právě mezi pachateli trestných činů za využití mnohdy sofistikovaných nástrojů a metody účinné propagandy. Zločinecké struktury a teroristické organizace propojuje reciproční saturace svých individuálních zájmů. Teroristické a extremistické organizace sytí zločinecké skupiny finančními prostředky za různé dílčí, podpůrné a servisní služby, typu obstarávání zbraní, výzbroje, zajišťování logistiky či zajištění padělaných dokladů. Kriminální subkultura je pro extremistická a teroristická hnutí atraktivní segment pro rekrutaci. Jedná se zejména o prostředí pouličních a vězeňských gangů, dalších skupin delikventní mládeže či místa výkonu trestu odnětí svobody. Kriminální prostředí a jeho vybrané představitele je možné do určité míry vnímat jako rizikový segment, vysoce vulnerabilní k radikalizaci a akceptaci násilí ve jménu extremismu či terorismu. Asociální chování, delikventní zkušenost či nekritická adorace zločineckého prostředí a záliba v násilí obecně může být nikoli nevýznamným prekurzorem radikalizačních procesů nebo podpory extremistických názorů.

Výše popsané rizikové osoby se mohou jednoznačně vyskytovat i v prostředí zdravotnických zařízení, ať již jako pacienti či návštěvníky. Zdravotnický personál se může, dokonce opakovaně, dostávat do kontaktu s osobami s kriminální minulosti, přímými nebo virtuálními vazbami na extremistické prostředí. Radikalizace prostřednictvím sociálních sítí je fenomén diskutovaný s výraznou frekvencí v rovině bezpečnostní a akademické. Osamělí útočníci bývají často produktem právě této formy radikalizace.

V souvislosti s výše uvedenými fakty je proto nezbytné soustředit úsilí o zabezpečení zdravotnických zařízení nejen do oblasti fyzické bezpečnosti, stavebně technických úprav, režimových opatření, mechanických a elektronických prvků, ale též do oblasti komplexního a smysluplného proškolení zdravotnického personálu. Je zapotřebí zvýšit edukaci nejen v problematice chování v okamžiku probíhajícího násilného incidentu nebo bezprostředně poté, ale i do zvýšení schopností detekovat rizikové osoby na základě konkrétních indikátorů.

Spektrum indikátorů postupujícího radikalizačního procesu je velmi široké a jejich výčet při přesáhl stanovený rozsah tohoto příspěvku. Nicméně, je třeba uvést, že za tyto indikátory jsou považovány ve vnějším světě pozorovatelné změny chování jednotlivce, jeho vizáže, oblečení, tělesných úprav, verbálních projevů, zájmových preferencí a celkového image, které mohou představovat varovný signál, že tato osoba tenduje k podpoře extremismu, násilnému chování, je v přípravách či plánování konkrétního útoku. Tyto indikátory a jejich včasná identifikace mohou výrazně dopomoci k odhalení těchto osob, přijetí bezpečnostních opatření či adekvátní intervence. Může se jednat o osoby pacientů, jejich blízké, ale je třeba si uvědomit a lze to považovat za velmi senzitivní skutečnost, že potencionální agresor se může zformovat i z interního prostředí zdravotnického personálu či bývalých zaměstnanců.

Obsah a formát školení je vždy nezbytné přizpůsobit konkrétnímu prostředí a stejně tak motivovat zdravotnický personál k vyššímu zájmu o tuto problematiku. Každý ze zaměstnanců může být velmi důležitým ne-li klíčovým prvkem celého bezpečnostního systému, který sehraje rozhodující úlohu v mitigaci či eliminaci násilných incidentů.

Prezentace ke shlédnutí zde:

Zdravotnické zařízení jako měkký cíl

PhDr. Václav Adámek
Fakulta biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze, Institut klinické a experimentální medicíny

Zabezpečení zdravotnických zařízení

Při zachování dostupnosti zdravotní péče (zejména v našich podmínkách) činí toto jejich základní poslání prakticky všechna zdravotnická zařízení velmi složitě zabezpečitelná, proti vniknutí nežádoucí osoby a též prakticky znemožňuje zajistit efektivní bezpečnostní opatření proti spáchání například teroristického útoku.

V prostředí bezpečnostní terminologie se objekty typu našich zdravotnických zařízení nazývají měkké cíle (soft targets) a jsou v přímém protipólu proti cílům tvrdým (hard targets). Hlavním rozdílem u obou případů je možnost zajištění bezpečnosti objektu. V případě měkkých cílů je z mnoha důvodů možnost zabezpečení snížena na minimum nebo je přímo nemožná. Reálnost možného snadného napadení měkkých cílů dokládají poslední teroristické útoky v Evropě, kdy právě měkké cíle jsou nejčastěji napadány. Podobný trend je možné sledovat i mimo evropský kontinent v oblastech Asie či Afriky. Důvodem je právě snížená schopnost efektivně zabezpečit měkký cíl proti útoku tak, aby byl cíl bráněn, ale nedošlo ke snížené schopnosti plnit původní záměr činnosti. Tato disproporce v bezpečnosti pak vytváří možnosti pro napadení. Výše zmíněné důvody vedou i k růstu obav obyvatel, kteří vnímají terorismus jako vysoce reálnou hrozbu v bezpečnosti. Nutno říci, že Evropě byl zatím útok na zdravotnické zařízení zobrazen jen v rámci televizních pořadů, mimo Evropu již k podobným útokům došlo, například v Afghánistánu.

Měkký cíl

- Nemá přesnou definici
- Místa a objekty s vysokou mírou koncentrace osob
- Objekty s nízkým nebo žádným stupněm zajištění
- Potencionální vysoké riziko ztrát na životech a zdraví osob
- Možnost vysokých hmotných škod

Tvrdý cíl

- Objekty s vysokou mírou zajištění
- Potencionální riziko vniknutí neoprávněné osoby je snížené na minimum
- Objekty státního i soukromého sektoru střežené proti útoku a vniknutí

Důležité dokumenty

- Koncepce ochrany obyvatelstva do roku 2020 s výhledem do roku 2030
- MVČR-ochrana měkkých cílů

- MVČR-10 principů vyšší odolnosti měkkého cíle
- Soft Target Protection Institute

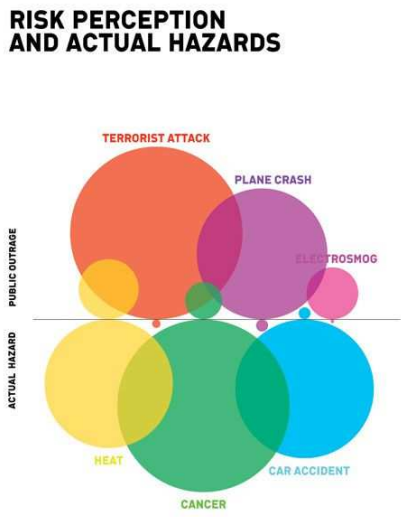
Důvody útoku na zdravotnická zařízení

- Jedná se o typický měkký cíl
- Ze své podstaty je otevřené všem
- Prakticky nemožné zabránit vstupu nežádoucí osoby, která se cíleně na vstup připraví
- S nárůstem teroristických útoků na měkké cíle, roste potencionální ohrožení i zdravotnických zařízení
- V zahraničí již k útokům došlo

Z těchto důvodů je třeba se problematice věnovat a seriózně ji řešit. Na přiložených grafech vidíme přesnější údaje – graf 1 ukazuje, že možnost teroristického útoku vnímá veřejnost jako velmi reálnou. Graf 2 podrobně ukazuje počet obětí teroristických útoků.

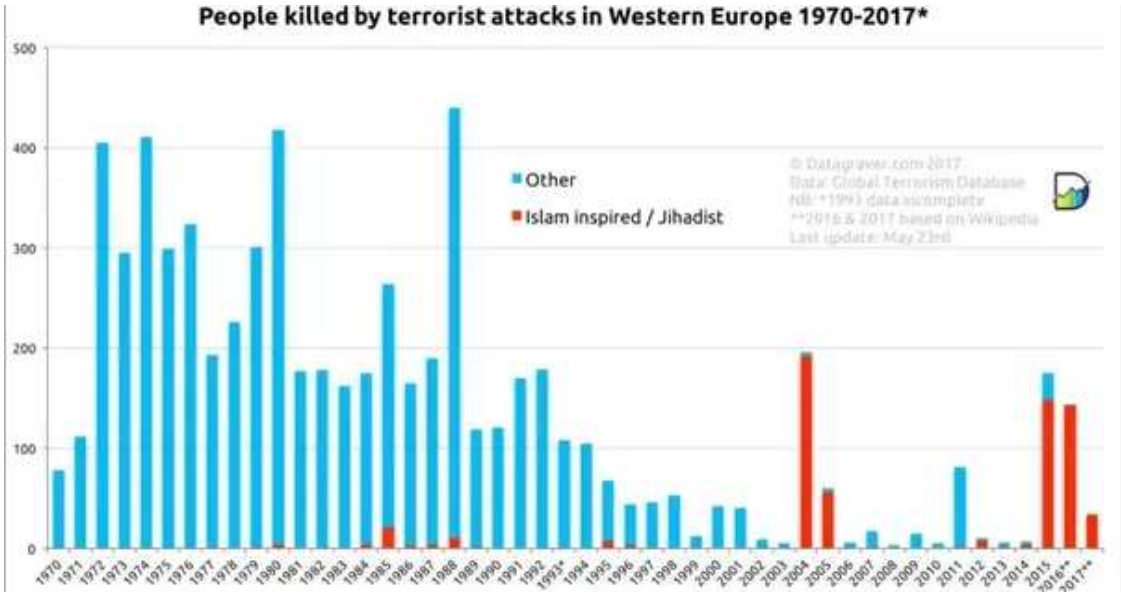
Problematika zabezpečení měkkých cílů, zejména moderních zdravotnických zařízení ve státech s demokratickým zřízením je velmi aktuální a složitá. Je nutno zachovat všechny legislativou dané svobody jedince, ale také se řádně a razantně postarat o jeho bezpečí i ve ZZ. Problém není jenom technický, ale legislativní a je velmi pravděpodobné, že bude muset dojít i k zákonné úpravě některých dokumentů tak, aby bylo možné bez zbytečných odkladů řešit všechny možné události napadení zdravotnických zařízení a měkkých cílů obecně.

Graf 1 Vnímání hrozeb



Zdroj: Data GlobalTerrorism Database 2016-2017

Graf 2 Terorismus v Evropě



Zdroj: Data GlobalTerrorism Database, last update 23May

Prezentace ke shlédnutí zde:

Připravenost resortu zdravotnictví na mimořádné události a krizové situace

Ing. Jaroslava Hejdová

Odbor bezpečnosti a krizového řízení MZd ČR

Prezentace ke shlédnutí zde:

Bezpečnost při výjezdech ZZS

MUDr. Marek Slabý, MBA

Prezident Asociace záchranných služeb ČR

Prezentace ke shlédnutí zde: