

# ROZŠIŘOVÁNÍ HRANIC URGENTNÍ MEDICÍNY

**MUDr. JANA ŠEBLOVÁ, Ph.D.**

**ZZS Středočeského kraje  
Urgentní příjem ON Kladno  
Oddělení urgentního příjmu dětí FN Motol**



# VELKÁ PĚTKA URGENTNÍ MEDICÍNY?

LEGENDA, HISTORIE NEBO NEBO REALITA?

„FIRST-HOUR QUINTET“

NÁHLÁ  
ZÁSTAVA  
OBĚHU

AKUTNÍ  
INFARKT  
MYOKARDU



AKUTNÍ  
CÉVNÍ  
MOZKOVÁ  
PŘÍHODA

KRITICKÁ  
DUŠNOST/  
DUŠENÍ

POLYTRAUMA  
VELKÁ  
DOPRAVNÍ  
NEHODA

# PROMĚNY URGENTNÍ MEDICÍNY V UPLYNULÝCH 30 LETECH...

- **ŽÁDNÁ** urgentní medicína
- **ŽÁDNÝ** systém,  
individuální přístup,  
centrová péče
- **(TÉMĚŘ) ŽÁDNÉ** urgentní  
příjmy
- **NEROVNOMĚRNÁ**  
dostupnost  
přednemocniční  
neodkladné péče co do  
rozmístění ZZS i kvality  
poskytovatelů

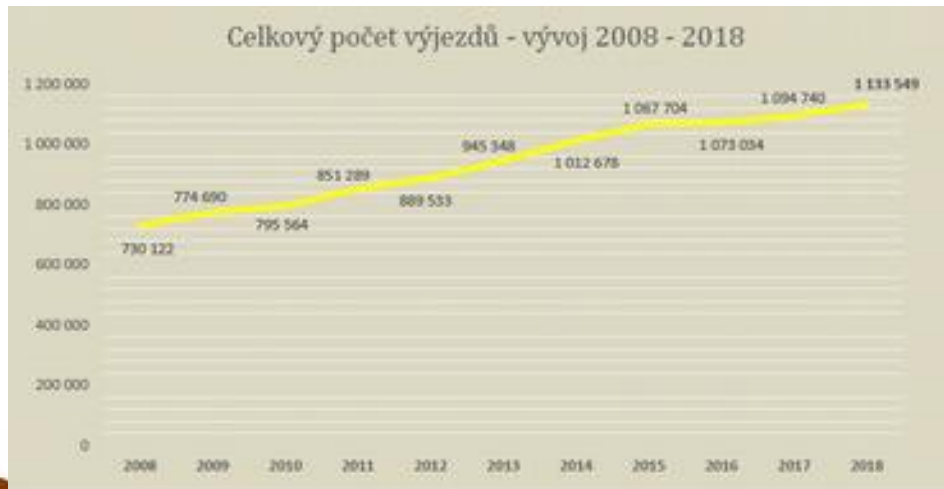


# KVALIFIKACE POSKYTOVATELŮ TECHNICKÉ MOŽNOSTI POČÁTEK BUDOVÁNÍ SÍTĚ URGENTNÍCH PŘÍJMŮ LEGISLATIVA A ZÁKLADY SYSTÉMU

- Nová zdravotnická legislativa
- Definováno požadované vzdělávání lékařů (specializace urgentní medicíny, zdravotnický záchranář i pro UP)
- Postupné budování systému přednemocniční nedokladné péče
- Začátek řešení sítě urgentních příjmů



# KDO SE VŠAK ZMĚNIL NEJVÍCE? NAŠI PACIENTI...

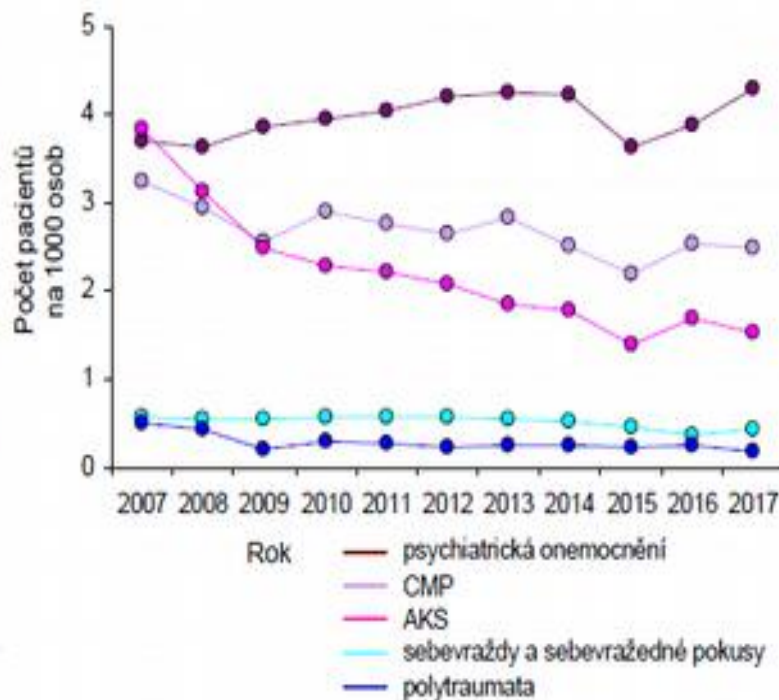
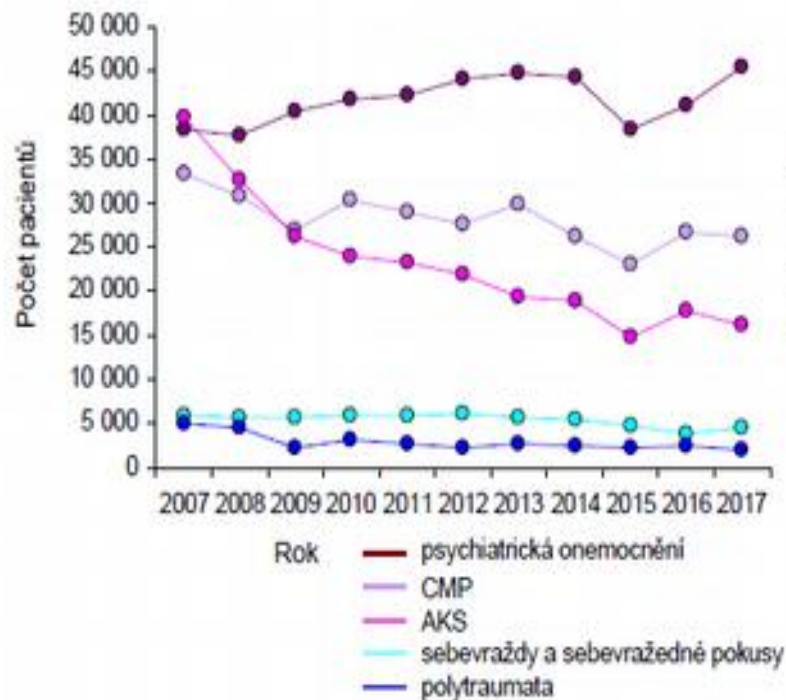


# SPEKTRUM VÝJEZDŮ ZZS V ČR 2007-2017

## OFICIÁLNÍ DATA ÚZIS ČR

Zdravotnická záchranná služba 2017

Obrázek 10. Počty ošetřených pacientů se sledovanou diagnostickou skupinou



# JEDNA MOJE SLUŽBA

## A CO JSME MUSELI ČI NEMUSELI UMĚT NEBO ŘEŠIT

**PRVNÍ PACIENTKA: ZHORŠENÍ STAVU U CA, ESKALACE BOLESTI**



# ZÁKLADY PALIATIVNÍ PÉČE, LÉČBY BOLESTI, KOMUNIKACE

## DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010

k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

### čl. 1

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří při multiorganovém selhání, při němž i přes maximální možnou podporu či při organových funkcích dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolá nutnost se takto zvládnout (včetně možnosti nastavení zdravotní péče) pacientů a jejich rodin.



## European Recommendations for End-of-Life Care for Adults in Departments of Emergency Medicine

Original Manuscript

## What is dignity in prehospital emergency care?

Anna Abelson and Lillemor Lindwall  
Karlstad University, Sweden

### Abstract

**Background:** Ethics and dignity in prehospital emergency care are important due to vulnerability and emergency situation, and humiliated



Nursing Ethics  
1-11  
© The Author(s) 2015  
Reprints and permission:  
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav  
10.1177/0969733015595544  
nej.sagepub.com  
SAGE





# DRUHÝ PACIENT – JE ČI NENÍ SUICIDÁLNÍ?

**MLADÝ MUŽ, NA MÍSTĚ PES, VOLÁ DÍVKA, KTERÁ SE S NÍM ROZEŠLA, VOLÁNÍ „Z TŘETÍ RUKY“**



# HODNOCENÍ RIZIKA SEBEVRAŽDY – KAŽDODENNÍ NEJISTOTY

## JAK POSODIT RIZIKO SUICIDALITY?

- Škály a dotazníky užívané psychiatry v urgentní medicíně nepoužitelné (složité, časově náročné)
- U většiny nutná psychiatrickémvzdělání

## ROZHODOVÁNÍ MEZI SKYLLOU A CHABRIDOU:

- Porušení práv pacienta
- Bezpečnost pacienta
- Při podhodnocení riziko dokonané sebevraždy
- Forezní rizika pro lékaře v každé z variant

Table 4. SAD PERSONS Scale.

Factor	Points
S = Sex (male)	1
A = Age (<19 or >45 years)	1
D = Depression	1
P = Previous suicide attempt	1
E = Ethanol abuse	1
R = Rational thinking loss	1
S = Social supports lacking	1
O = Organized plan	1
N = No spouse	1
S = Sickness (chronic debilitating disease)	1

Score less than 2:  
discharge with outpatient psychiatric evaluation

Score of 3-6:  
consider for hospitalization or at least very close follow-up

Score of 7 or greater:  
hospitalization

Source: Patterson WM, Dohn HH, Bird J, et al. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 1983 Apr;24(4):343-345, 348-349.

# TŘETÍ PACIENT: „AGRESIVNÍ PSYCHÓZA“

Někdy jsou věci jiné, než jak vypadají na první pohled...



# PROJEKT DESTIGMATIZACE „MOJE DIAGNÓZA NENÍ MOJE JMÉNO“

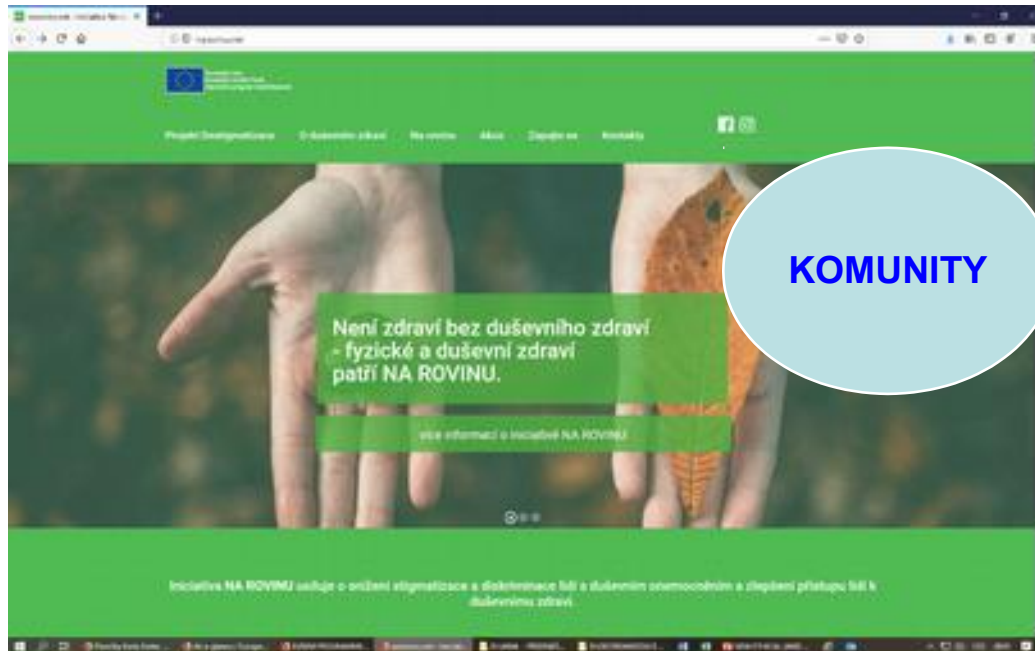
The screenshot displays the website 'na rovinu' with a green navigation bar. The main content area features several event listings:

- Top Left:** A large photo of a panel discussion with five people seated around a table.
- Top Middle:** Event titled "Bylo jednou jedno město bláznů" (It was once one mad city) on 07/10/2019, 18:00-20:00. Description: "Premiéra filmu Bylo jednou jedno město bláznů + následná diskuze k režimě".
- Top Right:** Event titled "Pacient s duševním onemocněním v akutní krizi film" on 08/10/2019, 09:00-17:00. Description: "Pacient s duševním onemocněním v akutní krizi film".
- Middle Left:** Event titled "Beseda Moje jméno není diagnóza" on 07/10/2019, 17:00-19:00. Description: "V besedě se zaměříme na zkušenosti lidí, kteří zažili duševní nemoc. Věnovat se budeme životu s nemocí, osobním cestám zotavení, ale i problému stigmatizace." Location: Kraj Vynočina, Cílová skupina: Komunity.
- Middle Right:** Two smaller event listings for "Beseda Moje jméno není diagnóza" on 08/10/2019, 18:00-20:00 and 17:00-19:00.
- Bottom Row:** A row of four smaller images, including a group of people and another panel discussion.

The website footer shows a Windows taskbar with various open applications like "Plavby Karla Gotta...", "At-a-glance / Euro...", "DUSIM PROGRAM...", "Alice - na rovinu.net", "D.JANA - PŘEDN...", "D. DESTIGMATIZAC...", "NEW ETHICAL JAND...", and "Bez nároku - Malině..."

# PROJEKT „NA ROVINU“

MEZI ZDRAVOTNÍKY JSOU CÍLOVÉ SKUPINY: PERSONÁL PŘÍJMOVÝCH  
ODDĚLENÍ (UP), PRAKTIČTÍ LÉKAŘI, PRACOVNÍCI ZZS



# PROJEKT „NA ROVINU“

MEZI ZDRAVOTNÍKY JSOU CÍLOVÉ SKUPINY: PERSONÁL PŘÍJMOVÝCH  
ODDĚLENÍ (UP), PRAKTIČTÍ LÉKAŘI, PRACOVNÍCI ZSZ

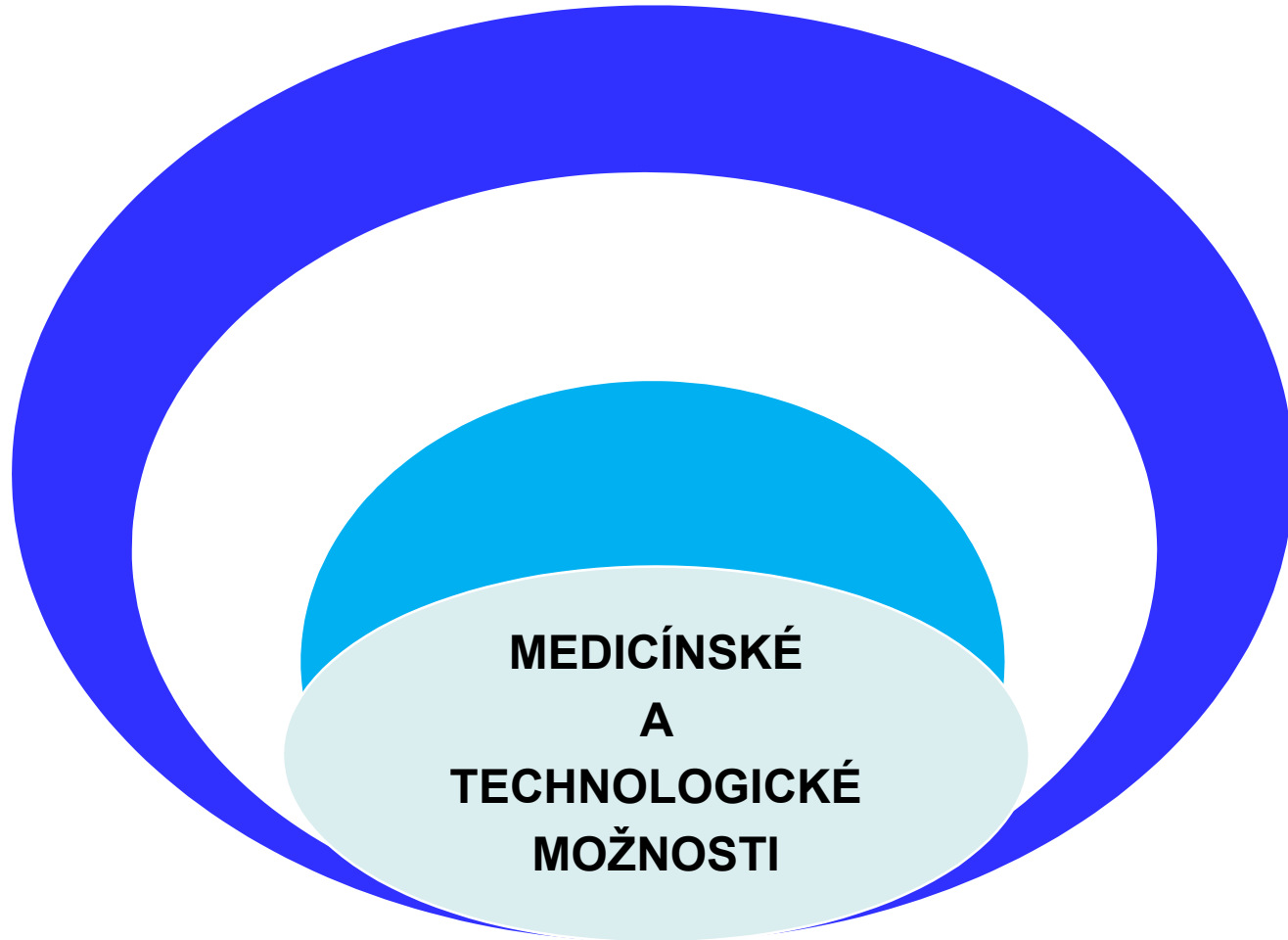


# ČTVRTÁ PACIENTKA JE TA PRVNÍ Z RÁNA

## ZÁCHRANÁŘI VOLAJÍ LÉKAŘE NA MÍSTO



# ETICKÁ ROZHODOVÁNÍ V KLINICKÉ PRAXI NA ČEM ZÁVISEJÍ V KONKRÉTNÍM PŘÍPADĚ?





# INDIKACE A KONTRAINDIKACE KPR

VERSUS

## INDIKACE PALIATIVNÍ PÉČE

**ROZHODNUTÍ  
BĚHEM 10 VTEŘIN!**

*„Medicína jako věda nejistoty a umění pravděpodobnosti“...*

**Legislativní rámec, odborná doporučení, protokoly**

**Anamnéza**

**Kvalita života před zástavou a předpokládaná kvalita po případné  
úspěšné KPR**

**Definice „marné léčby“ v podmínkách urgentní medicíny**

# TEORIE versus OTÁZKY V PRAXI

Resuscitation 132 (2018) 112–114

Contents lists available at ScienceDirect

Resuscitation

Journal homepage: [www.elsevier.com/locate/resuscitation](http://www.elsevier.com/locate/resuscitation)



Clinical paper

Perception of inappropriate cardiopulmonary resuscitation by clinicians working in emergency departments and ambulance services: The REAPPROPRIATE international, multi-centre, cross sectional survey\*

Patrick Druwé<sup>a,\*</sup>, Koenraad G. Monsieurs<sup>b</sup>, Ruth Piers<sup>c</sup>, James Gagg<sup>d</sup>, Shinji Nakahara<sup>e</sup>, Evan Avraham Alpert<sup>f</sup>, Hans van Schuppen<sup>g</sup>, Gábor Élő<sup>h</sup>, Anatolij Truhlář<sup>i</sup>, Sofie A. Huybrechts<sup>b</sup>, Nicolas Mpotos<sup>j</sup>, Luc-Marie Joly<sup>k</sup>, Theodoros Xanthos<sup>l</sup>, Markus Roessler<sup>m</sup>, Peter Paal<sup>n</sup>, Michael N. Goehri<sup>o</sup>, Conrad Björnsdóttir<sup>p</sup>, Monika Paulíková<sup>q</sup>, Jouni Nurmi<sup>r</sup>, Pascual Piñera Salmeron<sup>s</sup>, Radosław Owczuk<sup>t</sup>, Hildigunnur Svavarsdóttir<sup>u</sup>, Conor Deasy<sup>v</sup>, Diana Cimpoesu<sup>w</sup>, Marios Ioannides<sup>x</sup>, Pablo Aguilera Puenzalida<sup>y</sup>, Lisa Kurland<sup>z</sup>, Violetta Raffay<sup>aa</sup>, Gal Pachys<sup>ab</sup>, Bram Gadeyne<sup>ac</sup>, Johan Steen<sup>ad</sup>, Stijn Vansteelandt<sup>ae</sup>, Peter De Paepe<sup>af</sup>, Dominique D. Benoit<sup>ag</sup>

## Commence, continue, withhold or terminate?: a systematic review of decision-making in out-of-hospital cardiac arrest

Natalie E. Anderson<sup>a,b</sup>, Merryn Gott<sup>b</sup> and Julia Slark<sup>b</sup>

When faced with an out-of-hospital cardiac arrest patient, prehospital and emergency resuscitation providers have to decide when to commence, continue, withhold or terminate resuscitation efforts. Such decisions may be made difficult by incomplete information, clinical, resourcing or scene challenges and ethical dilemmas. This systematic integrative review identifies all research papers examining resuscitation providers' perspectives on resuscitation decision-making for out-of-hospital cardiac arrest patients. A total of 14 studies fulfilled the inclusion criteria: nine

## Ethically justified treatment limitations in emergency situations

Joonas Tirkkonen<sup>a,b</sup>, Klaus T. Olkkola<sup>c</sup>, Jyrki Tenhunen<sup>a,d</sup> and Sanna Hoppu<sup>a</sup>

**Objective** Medical emergency teams (METs) implement do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders and other limitations of medical treatment (LOMTs) in hospitals regularly. However, METs operate in emergency situations with limited or no patient information at the scene. We aimed to study the medical ethics of LOMTs implemented in in-hospital emergency situations.

**Methods** This was a prospective observational study with retrospect case-note analysis conducted in a single Finnish university hospital over 16 months. Data were collected

reviews (31 vs. 31 min,  $P=0.9$ ) were comparable in the two groups. Age alone was never recorded as a reason for LOMT.

**Conclusion** LOMTs were implemented in a decent and ethically justified manner in emergency situations following the code of conduct recommended by guidelines, even though MET operated under highly suboptimal circumstances for end-of-life care planning. *European Journal of Emergency Medicine* 23:214–218 Copyright © 2016 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

*Journal of Emergency Medicine* 2016, 23:214–218

evaluation of cardiac arrest registry data or clinical notes, but these may not capture all salient factors. Future research should explore resuscitation provider perspectives to better understand these important decisions and the clinical, ethical, emotional and cognitive demands placed on resuscitation providers. *European Journal of Emergency Medicine* 24:80–86 Copyright © 2017 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

*European Journal of Emergency Medicine* 2017, 24:80–86

# TEORIE versus OTÁZKY V PRAXI

---

## Foregoing prehospital care: should ambulance staff always resuscitate?

Kenneth V Iserson *The University of Chicago*

---

### Author's abstract

*Approximately 400,000 people die outside US hospitals or chronic care facilities each year. While there has been some recent movement towards initiating procedures for prehospital Do Not Resuscitate (DNR) orders, the most common situation in the US is that emergency medical systems (EMS) personnel are not authorised to pronounce patients dead, but are required to attempt resuscitation with all of the modalities at their disposal in virtually all*

*wanted existence is being used indiscriminately to pro-  
long the agony of death.*

Approximately 400,000 people die outside hospital chronic care facilities each year in the United States (1,2). All of them have a cessation of heart activity cardiac arrest, which is the final common pathway to all deaths. Cardiopulmonary resuscitation (CPR) with adjunctive procedures are generally considered the treatment for cardiac arrest. But according to



## ETHICAL CONFLICTS IN PREHOSPITAL EMERGENCY CARE

*Lars Sandman and Anders Nordmark*

**Key words:** ambulance; ethical conflicts; paramedics; prehospital emergency care

This article analyses and presents a survey of ethical conflicts in prehospital emergency care. The results are based on six focus group interviews with 29 registered nurses and paramedics working in prehospital emergency care at three different locations: a small town, a part of a major city and a sparsely populated area. Ethical conflict was found to arise in 10 different nodes of conflict: the patient/carer relationship, the patient's self-determination, the patient's best interest, the carer's professional ideals, the carer's professional role and self-identity, significant others and bystanders, other care professionals, organizational structure and resource management, societal ideals, and other professionals. It is often argued that prehospital care is unique in comparison with other forms of care. However, in this article we do not find support for the idea that ethical conflicts occurring in prehospital care are unique, even if some may be more common in this context.

# ČTYŘI ZÁKLADNÍ ETICKÉ PRINCIPY

## AUTONOMIE

Respekt k preferencím pacienta

Dříve vyslovená přání

Informovaný souhlas

## BENEFICIENCE

Snaha léčit a zachránit život

Prognostikace

– individualizovaná péče

## NON-MALEFICIENCE

DNAR – DNA-CPR

Allow natural death

Ukončit/nazahájit marnou  
léčbu

Paliativní péče

## SPRAVEDLNOST A ROVNÝ PŘÍSTUP KE ZDROJŮM

Žádná diskriminace na  
základě věku, pohlaví,  
národnosti, etnicity,  
náboženství, sociálního  
postavení....

# ETICKÁ ROZHODOVÁNÍ V DNEŠNÍM KONTEXTU

STŘEDEM  
LÉČBY  
ZDRAVOTNÍK  
BENEFICIENCE?

STŘEDEM  
LÉČBY PACIENT  
**AUTONOMIE**

NEZBYTNÁ  
VEŘEJNÁ  
DISKUZE!

# DVA ZPŮSOBY JAK DO BUDOUCNOSTI ROZHODNOUT O SVÉM VLASTNÍM LÉČENÍ

## DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ – právní dokument

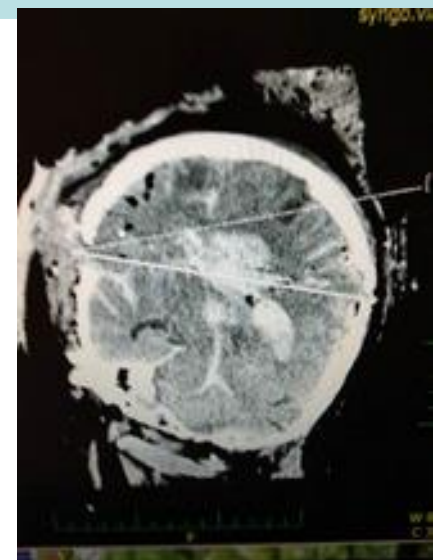
- MUSÍ EXISTOVAT
- MUSÍ BÝT PLATNÁ
- MUSÍ BÝT V KONKRÉTNÍ SITUACI POUŽITELNÁ

## ZÁSTUPNÝ SOUHLAS – OSOBA URČENÁ PACIENTEM

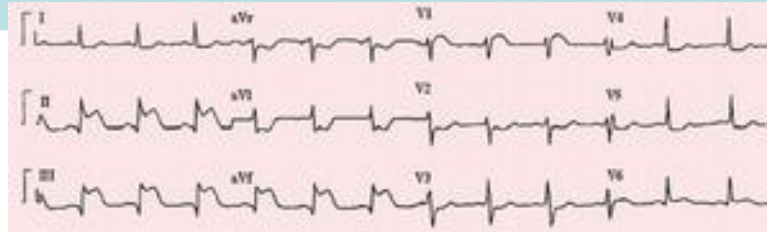
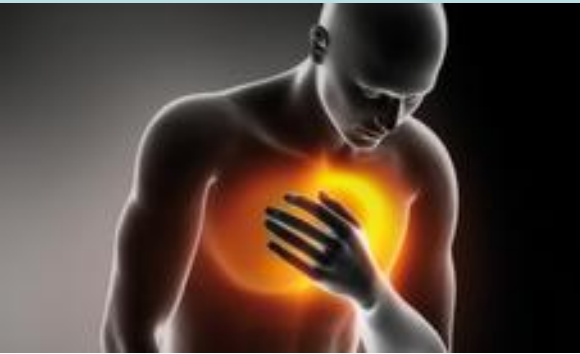
- JE DŮLEŽITÉ, ABY RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI A BLÍZCÍ PACIENTA DOBŘE ROZUMĚLI JEHO/JEJÍM PŘÁNÍM A PREFERENCÍM
- NEMĚLO BY DOCHÁZET K VOLÁNÍM NA TÍSŇOVOU LINKU „PRO JISTOTU“

# PÁTÝ PACIENT: STŘELBA V PANELOVÉM DOMĚ

I.V. přístup, celková anestezie, OTI, UPV,  
transport na ARO...



# BĚHEM INTUBACE ZVONÍ SLUŽEBNÍ MOBIL.....





# ZPÁTKY KE KRANIOTRAUMATU: CO MANŽELKA A SESTRA PACIENTA?

Jak se vyrovnat s mimořádnou situací, aneb rady a pomoc v tíživé situaci



Co můžete pro sebe udělat svépomoc ve smutku a žalu



**Ministerstvo zdravotnictví zavádí psychosociální podporu zdravotníků**

Ministerstvo zdravotnictví vydalo ze zájmem podpory a posílení personální stability v souvislosti s rozvojem zdravotnictví metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví. Realizací tohoto druhu podpory vyústí a posílí zdravotnických pracovníků a jde o aktivity spjaté zejména s výskolem a řešení situací s obtížnými situacemi souvisejících zdravotnických pracovníků v souvislosti s výkonem profese.

Mnoho z členů metodického doporučení je v roli poskytovatelů zdravotních služeb a vykonávat již vyšších poskytovatelů psychosociální podpory mají zejména zdravotníci a jejich blízkí spjatí do práce. Jde o především o nátlak a psychologické nátlak poskytovatelů zdravotnických pracovníků, kteří jsou konfrontováni s profese v obtížných situacích souvisejících zdravotnických pracovníků. Jde o oproti vyvolání těchto reakcí.

„Práci zdravotníka je velmi náročná, a proto musíme přehodnotit to, co je pracovníkům, kteří vykonávají psychosociální podporu, než poskytnou ve chvíli, kdy mají problémy s výkonem své profese. Psychosociální podpory je pracovníkům poskytnout prostředky vyřešení, který je v zdravotnických pracovníků zdravotnických (zdraví) lidí a jejich pracovníci se zdravotnickými službami,“ řekl ministr zdravotnictví Adam Brdčický. Tato druhu o pracovníci se zdravotnictvím byla přitom již dříve dostupná pouze v rámci a jako docházka k jejich společenství. „Mnozí naše pracovníci mají nejen složité práci pracovníci se zdravotnictvím, ale i v práci se zdravotnictvím. U nich se proto musíme zaměřit také na poskytnutí dalšího zdravotnických i zdravotnických služeb a nátlakem (na zdravotnických)“ řekl ministr zdravotnictví Adam Brdčický. Tato druhu o pracovníci se zdravotnictvím byla přitom již dříve dostupná pouze v rámci a jako docházka k jejich společenství.

„Jedním z členů metodického doporučení bylo vytvořit podmínky pro systematické poskytnutí psychosociální podpory v pracovníci poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických služeb lidí, aby byly jednotné a zdravotníci a zdravotnické pracovníci v rámci zdravotnictví mají jednotný pracovníci se zdravotnictvím,“ řekl ministr zdravotnictví Adam Brdčický. Tato druhu o pracovníci se zdravotnictvím byla přitom již dříve dostupná pouze v rámci a jako docházka k jejich společenství.

Metodické doporučení je vypracováno skupinou pracovníků zdravotnictví při zdravotnictví, zdravotníci a zdravotníci se zdravotnictvím (společnosti) urgentní medicíny a medicíny katastrof ČS. J. S. Asociace zdravotnických

# SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY - SPIS

## KRIZOVÁ INTERVENČNÍ PRO SEKUNDÁRNÍ OBĚTI



# RÁNO – NÁVRAT NA ZÁKLADNU, KÁVA (NEBO DVĚ) A HONEM DOMŮ PO SLUŽBĚ....



**JEŠTĚ JEDNA NOČNÍ A PAK  
DVA DNY VOLNO!  
JUPÍÍÍ!!!!**

# CO MY SAMI?

## NAŠE ODOLNOST, ÚNAVA, STRES?



PROTECTING, RESOURCES, TRAINING

### Protecting EMS Personnel from Assault

PHYSICIAN BURNOUT, STRESS, AND THE IMPACT OF ASSAULT



„Doktore! Platím si daně a manželce je **ŠPATNĚ!!!!**“

# SYNDROM VYHOŘENÍ?



**Physician burnout: Which medical specialties feel the most stress**

JANUARY 24, 2019

**Sara Long**  
Senior News Writer  
American Medical Association  
@sarahlong

An online survey of doctors finds an overall physician burnout rate of 40 percent, with 10 percent saying they experienced symptoms on clinical fronts of depression. Two new studies in the top-10 specialties with the highest rates of burnout compared with last year's edition of the survey provide useful details and readers will want to add to their future exams.

More than 15,000 physicians from 29 specialties responded to the survey – conducted by the Medscape news outlet and called the "National Clinician Stress, Depression & Suicide Survey 2019." The survey asked about the prevalence of physician burnout factors and how they affect doctors' lives. This year, while not at the top, plastic surgery saw the biggest increase in physician burnout, climbing from 23 percent to 35 percent.

But other specialties also saw double-digit percentage point surges. Oncology and radiology rose 11 percentage points from 25 percent to 47 percent. And surgery, which had the highest reported burnout, jumped from 44 percent to 64 percent – a 20-point increase.

**Burnout Management Tip of the Week**

**Essential Tools & Resources**

- Linking the Organizational Foundation for Your Medical™
- The Business Case for Investing in Physician Well-Being
- Preventing Burnout and Lowering Patient Costs

English Deutsch Español Français Português

Register Log In

Medscape Wednesday, October 9, 2019

NEWS & PERSPECTIVE DRUGS & DISEASES CME & EDUCATION ACADEMY VIDEO

## esdcape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019

© 2019, AMA | January 16, 2019 | Contributor Information

1/29 >

Medscape

### National Physician Burnout, Depression & Suicide Report

2019



Burnout is a major issue among physicians, and recent tragedies of physician suicide show just how extreme and how devastating this situation remains. More than 15,000 physicians in over 29 specialties told Medscape about their degree of burnout and depression, how they cope with it, and whether they've had thoughts of suicide.



## Diagnóza českého zdravotnictví – Z 73.0?

### Stres a vyhoření lékařů českých



**N**a jaře letošního roku Česká lékařská komora ve spolupráci s Psychiatrickou klinikou LF UK a VFN v Praze iniciovala výzkum

stresové zážité a syndromu vyhoření u lékařů v České republice. O tomto výzkumu jsme informovali již v předchozích číslech

ví informací. Podrobnější výsledky budou publikovány v dalších číslech TM.

#### Burnout syndrom není diagnóza

Pojem burnout syndrom (světovy hoření) je v současnosti dobře známým výrazem označujícím stav. Příror „jsem vyhořelý“ se stala součástí běžné mluvy stejně jako výraz „mám depresi“. Řada lékařů smere pojem „vyhořelý“ se stala se slovy „To přece není žádná diagnóza!“ To je pravda. MKN-10 ani DSM V (Diagnostický a statistický manuál

duševního onemocnění). V jeho sestavení ovšem není podstatná, patří níže „diagnóza“ je nebo není. Konkrétně žádná diagnóza, která dává povědomí na onemocnění duševní, bylo jako před po by takto považováno za „neexistující“ – například depresi a dle.

V moderní literatuře existují různé definice burnout syndromu – obvykle ve směru stráž profesionálního zájmu nebo osobního zájmu pracovníka v pomáhajících profesích se závažnými osobními i profesními problémy. Burnout syndrom



**THE LANCET**

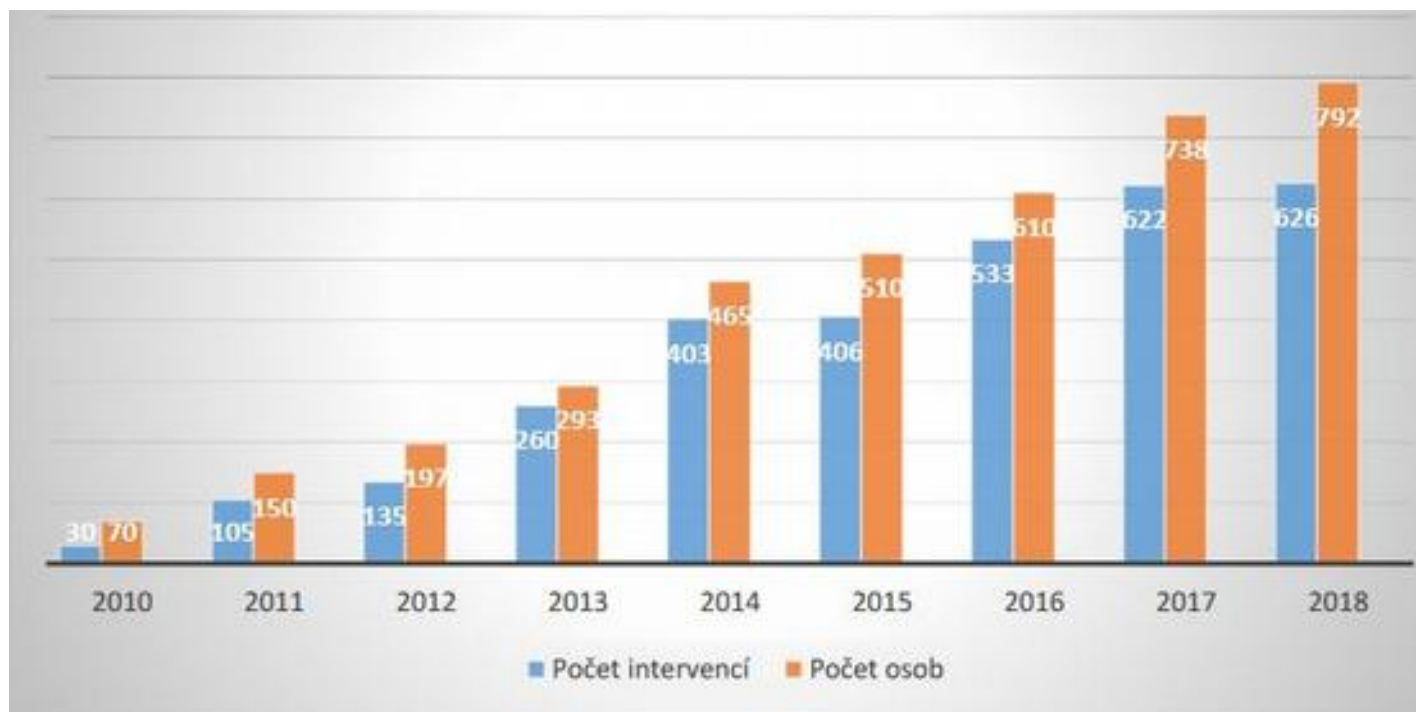
Physician burnout: a global crisis

Published: July 13, 2019 | DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30241-9

The Wang, a 50-year-old Chinese ophthalmologist, experienced sudden cardiac death on June 30, after working with fewer than 4 days to help. He was the father of a 1-year-old girl, and married to a doctor, who donated her's services to two patients after his death. The smother circumstances of his's devotion to his work and his family's illness donation have triggered an outpouring of grief and sympathy online, with many people expressing their condolences to his family, as well as raising concerns about physician burnout in China. It is not the first case of a doctor collapsing after work in recent years in China. According to a viewpoint published in the Chinese Medical Journal, reports on sudden deaths among Chinese physicians sharply increased from 2008 to 2015, and most of the deaths, resulting from heavy work load, were male surgeons and anaesthesiologists in tertiary hospitals in large cities. "Sudden deaths among physicians are not rare, and this case seems represents the tip of a large iceberg," states the article. In fact, the larger iceberg might refer to the physician burnout in China, since OBY the largest Chinese physicians online community reported that more than two thirds of Chinese physicians were suffering from burnout in 2018.

# SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY - SPIS

## KOLEGIÁLNÍ PODPORA – SYSTÉM PEERŮ



# CO TEDY VŠECHNO MUSÍME UMĚT?

## NESMÍME ZAPOMENOUT DOVEDNOSTI PRO ŘEŠENÍ KRITICKÝCH STAVŮ A PŘIDAT K NIM „ULTRASOFT“ SKILLS

- **NASLOUCHAT A KOMUNIKOVAT**
  - Nemusíme každého intubovat, nechme pacienty sdělit svůj příběh – i medicínský!
- **RED CODE versus SLOW CODE**
  - Ať si lidé převezmou či ponechají odpovědnost za své životy, zdraví, ale i smrt....
- **IT TAKES A SYSTEM TO HELP**
  - Vytváření systémů – vhodné pro obsedantní typy....
- **TELEMEDICÍNA**
  - Možné řešení přetížených systémů s nedostatkem lékařů
- **„ROZŠÍŘENÁ“ PÉČE**
  - Základy krizové intervence, TANR/TAPP, delegování, vzdálená podpora, paliativní péče
- **I MY MŮŽEME NĚKDY NEBÝT V PRÁCI, SPÁT, NEBO DOKONCE DĚLAT NĚCO, CO NÁS BAVÍ!**
  - Není to sobecké – je to ve prospěch našich pacientů