Vyjadrenie predsedu SOZ zdravotníctva a sociálnych služieb Ing. Michala GEDAJA k téme opatrení na ochranu zdravotníkov pre denník PRAVDA

2. november 2026 - Útoky na zdravotnícky personál nie sú novým fenoménom a zďaleka nezačali včera či dnes. Realita z praxe ukazuje, že popri personáli v nemocniciach čelia čoraz častejšej agresii a fyzickým útokom aj posádky záchrannej zdravotnej služby priamo v teréne.

Závažným a dlhodobo neriešeným rozmerom tohto problému sú pacienti v delíriu, respektíve s ťažkými abstinenčnými príznakmi. Tieto stavy u nich spravidla nastupujú až v čase, keď odoznievajú primárne účinky psychotropných látok či alkoholu – čo v praxi často nastáva v momente, keď privolaná policajná hliadka z urgentného príjmu už odišla. Agresívne správanie týchto osôb následne naráža na legislatívny paradox, kde sa ich trestná či priestupková zodpovednosť z dôvodu zmenšenej alebo vylúčenej príčetnosti výrazne znižuje alebo úplne vylučuje, pričom ochrana personálu zostáva na druhej koľaji.

1. **Tiesňové tlačidlá**

Tiesňové tlačidlá sú vítaným technickým prvkom, no v reálnej situácii nevyriešia gro útokov na zdravotnícky personál – nedokážu totiž okamžite odvrátiť akútny útok. Najväčším úskalím je časový sklz od momentu stlačenia po samotný fyzický zásah bezpečnostnej služby. Útoky agresorov bývajú bleskové a prichádzajú často bez predchádzajúceho varovania. Vo veľa prípadoch by pracovník SBS prišiel až po akte násilia.

Druhým výrazným nedostatkom je samotné umiestnenie tlačidiel. Ak je pevné tlačidlo primontované pod stolom v ambulancii a zdravotník sa v tom čase bráni na chodbe, pri posteli pacienta alebo ustupuje na zemi, technológia je v tej chvíli prakticky nepoužiteľná. Aby mal systém skutočný zmysel, musel by byť doplnený o osobné mobilné privolávače (napríklad v podobe príveskov) a personál by musel mať garantovaný zásah v ráde desiatok sekúnd, nie minút.

2. **Posilnené hliadky polície: kapacity štátu a realita**

Sme realisti a uvedomujeme si, že postaviť trvalú policajnú hliadku na každý urgentný príjem na Slovensku je personálne nerealizovateľné. Policajný zbor dlhodobo čelí podstavu a kapacity štátu majú svoje hranice.

Kde však vidíme zásadný problém z praxe, ktorý sa dá riešiť hneď, je prístup k asistencii pri agresívnych pacientoch. Typickým scenárom bývajú piatkové a sobotné nočné služby. Hliadka polície privezie intoxikovaného, agresívneho človeka na ošetrenie a následne ho na oddelení nechá bez dohľadu – len v rukách zdravotníckeho personálu.

Ak pacient narúša verejný poriadok, je agresívny alebo pácha výtržníctvo, polícia musí asistovať pri celom vyšetrení priamo na mieste. Akonáhle lekár ukončí neodkladné úkony a zdravotný stav to dovolí, policajti by mali osobu okamžite prevziať do cely policajného zaistenia (CPZ) alebo na výsluch, namiesto toho, aby bezpečnosť personálu a ostatných pacientov nechali na zodpovednosti zdravotníkov.

3. **Umiestnenie a úloha SBS v nemocnici**

Služba SBS, ktorá sedí pri rampe pri vstupe do nemocničného areálu, je pre bezpečnosť personálu na urgentnom príjme neúčinná. Pokiaľ k incidentu dôjde, pomoc z vrátnice prichádza neskoro.

Stanovište SBS musí byť priamo v centre diania – vo vestibule urgentného príjmu, na rozhraní verejnej čakárne a triediaceho pracoviska (triáže). Pracovník bezpečnostnej služby musí mať permanentný vizuálny prehľad o dianí v čakárni a zároveň mať pod kontrolou vstup do samotnej ošetrovacej zóny.

Nemôže ísť o pasívnych vrátnikov v dôchodkovom veku, ktorí nemajú fyzické predpoklady zasiahnuť. Na urgentoch potrebujeme fyzicky zdatných pracovníkov, ktorí prešli riadnym výcvikom v deeskalácii napätia, vedia včas identifikovať rizikové správanie a v prípade nutnosti dokážu agresora bezpečne spacifikovať.

4. **Záchytné izby: pri urgentoch alebo na polícii?**

Väčšina odborníkov aj prax zo zahraničia (napríklad z Českej republiky) jasne potvrdzujú, že optimálnym riešením je samostatný modul, ktorý je fyzicky naviazaný na nemocničný areál, no stavebne a prevádzkovo striktne oddelený od bežného chodu urgentu.

Z nášho pohľadu by bolo ideálne umiestňovať takéto záchytné stanice do blízkosti psychiatrických oddelení či kliník, ktoré majú s týmto typom pacientov a ich špecifickým správaním bohaté skúsenosti.

Na štandardný urgent intoxikované osoby bez vážnych pridružených zranení jednoducho nepatria. Svojím správaním často dehonestujú prostredie, narúšajú intimitu a potrebný pokoj ostatných ťažko chorých pacientov a neprimerane odčerpávajú kapacitu lekárov a sestier, ktorí v tom čase musia zachraňovať životy.

5. **Postup pred umiestnením do záchytky**

Každý človek pod vplyvom návykových látok musí najskôr prejsť rukami lekára. Vstupné vyšetrenie je nevyhnutnou podmienkou, pretože alkohol môže veľmi ľahko zamaskovať závažný, život ohrozujúci stav – napríklad vnútrolebečné krvácanie po páde.

Až po tom, čo lekár vylúči ochorenie/úraz vyžadujúce okamžitý zásah na oddelení, sa určí ďalší postup. Ak ide výhradne o nekomplikovanú akútnu intoxikáciu spojenú s nekontrolovaným správaním, pacient je zrelý na umiestnenie do záchytnej izby, kde vytriezvie pod dohľadom zdravotníckeho personálu.

6. **Pacienti bez alkoholu**

Pacienti, ktorí nie sú pod vplyvom alkoholu, ale ich reakcie sú neprimerané v dôsledku stresu, vyčerpania či bolesti, na záchytnú izbu v žiadnom prípade nepatria. Takéto správanie nevzniká zo zlovôle, ale takmer vždy pramení z neistoty, dlhého čakania a nedostatku informácií.

Človek, ktorý má strach o svoje zdravie alebo o zdravie svojho dieťaťa a niekoľko hodín sedí v čakárni bez toho, aby vedel, čo sa deje za zatvorenými dverami, ľahko nadobudne pocit

nezáujmu či nečinnosti personálu. Následná frustrácia je prirodzenou ľudskou reakciou, hoci forma býva nešťastná.

Odpoveďou na tento problém nie je represia, ale personálne posilnenie urgentov, zrýchlenie procesov a najmä otvorená komunikácia. Pokiaľ má človek dostatok relevantných informácií a cíti ľudský záujem, úroveň agresie a napätia v čakárňach dramaticky klesá.

Ing. Michal GEDAJ

Predseda SOZ zdravotníctva a sociálnych služieb