



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**PRIPRAVLJENOST IZVAJALCEV SLUŽBE
NUJNE MEDICINSKE POMOČI NA AMOK
DOGODEK**

**THE PREPAREDNESS OF EMERGENCY
MEDICAL WORKERS FOR AN AMOK
SITUATION**

Diplomsko delo

Mentor: Andrej Fink, MSHS (ZDA), viš. pred.

Študent: Tim Oven

Jesenice, oktober, 2020

ZAHVALA

Ob tej priložnosti se zahvaljujem mentorju Andreju Finku, MSHS (ZDA), viš. pred., recenzentu doc. dr. Branku Bregarju ter lektorici Aleksandri Boj za strokovno pomoč pri nastajanju diplomskega dela. Hvala vsem, ki so sodelovali pri izvedbi raziskave. Prav posebna zahvala gre mojim staršem in ženi za podporo in potrpežljivost v času študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Službe za zaščito in reševanje v tujini niso bile pripravljene na AMOK dogodke. Nujno je bilo sprejetje skupnega načina odziva na morebiten AMOK dogodek. Hiter in pravilen odziv enot za zaščito in reševanje pomembno vpliva na preživetje udeležencev v AMOK dogodku.

Cilj: Cilj raziskave je ugotoviti, ali so službe nujne medicinske pomoči v Sloveniji pripravljene na tak dogodek ter v kolikšni meri poznajo Slovenska priporočila za ukrepanje ob AMOK dogodkih.

Metoda: Raziskava je temeljila na kvantitativni tehniki zbiranja podatkov. Podatki so bili zbrani s strukturirano anketo, ki je bila razdeljena med zaposlene pri treh največjih izvajalcih nujne medicinske pomoči v Sloveniji. Skupno je bilo razdeljenih 190 anket. Izpolnjenih je bilo 87 anket, kar je 45,7 % vseh razdeljenih anket. Vzorec so zastopali člani ekip nujne medicinske pomoči, ki delujejo na terenu ter so zaposleni pri različnih izvajalcih nujne medicinske pomoči. Vzorec je bil neslučajnosten in namenski, kar pomeni, da smo izbrali nekaj enot, ki so tipični predstavniki populacije.

Rezultati: Poznavanje ukrepanja v AMOK dogodku se ne razlikuje glede na stopnjo končane izobrazbe oziroma ni statistično pomembnih razlik ($\chi^2(5) = 4,04$, $p = 0,543$). Med delovno dobo vključenih v vzorec v nujni medicinski pomoči in njihovim znanjem ukrepanja v AMOK dogodku ne obstaja povezanost ($\rho = -0,060$, $p = 0,588$). Rezultati preverjanja znanja članov ekip službe nujne medicinske pomoči so pokazali, da obstajajo statistično pomembne razlike v frekvencah odgovorov ($p < 0,05$ pri vseh zastavljenih vprašanjih). Statistično značilni so tudi rezultati testa hi-kvadrat pri vprašanju pripravljenosti članov ekip ($\chi^2 = 46,046$; $p < 0,001$), kar pomeni, da odlična pripravljenost ni naključje. Enote, ki so bile anketirane, lahko v povprečju zagotovijo šest članov (tri vstopne skupine), ki so takoj na voljo za posredovanje v AMOK dogodku.

Razprava: Poznavanje priporočil, izobraževanje ter usposabljanje so nujno potrebni dejavniki, ki bodo pomagali pri uspešnem reševanju morebitnega AMOK dogodka. Glede na trenutni trend porasta AMOK dogodkov se je potrebno nanje pripravljati. Potrebno bi bilo še dodatno raziskati, kje so šibke točke ter jih izpopolniti.

Ključne besede: aktivni strelec, reševalne službe, strelski pohod, aktivni strelski dogodek, THREAT, NMP

SUMMARY

Background: After a literature review, we have concluded that protection and rescue services abroad were not prepared for AMOK situations. It was necessary to adopt a common method of response to a potential AMOK situation. A rapid and appropriate response by protection and rescue units can have a significant impact on the survival of people involved in such a situation.

Aims: The research aimed to determine whether the emergency medical services in Slovenia are prepared for such an event and the extent to which they are familiar with the Slovene recommendations on how to react to an AMOK situation.

Method: The research used a quantitative data collection method. The data were collected using a structured questionnaire distributed among the employees of the three largest emergency medical service providers in Slovenia. There were 190 questionnaires distributed and 45.7% of all the surveys were completed. The data were collected from the members of the emergency medical services who work in the field.

Results: Based on the final analysis, we determined that there are no differences in the level of knowledge about how to react to an AMOK situation based on the level of education. In other words, there are no statistically significant differences ($\chi^2(5) = 4.04$, $p = 0.543$). There is no statistically significant correlation between the length of service in the emergency medical services and knowing how to respond to an AMOK situation ($\rho = -0.060$, $p = 0.588$). The results of the knowledge tests of the emergency medical service members showed that there were statistically significant differences in the frequencies of answers ($p < 0.05$ for all questions asked). The results of the chi-squared test on the question of team members' readiness ($\chi^2 = 46.046$; $p < 0.001$) are also statistically significant, which means that excellent preparedness is not a coincidence. Teams that were evaluated can provide up to 6 members (3 entry teams) for an immediate response to an AMOK situation.

Discussion: Knowledge of the recommendations, education, and training are the essential factors that will help emergency services successfully tackle all challenges related to a potential AMOK situation. Considering the current trend of AMOK situations, preparation for such a situation is necessary. However, the subject requires further study of vulnerabilities and efforts for resolving them.

Key words: active shooter, rescue services, shooting rampage, active shooting event, THREAT, emergency medical service

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	AMOK DOGODEK.....	3
2.2	PROFIL STORILCA	5
2.3	PREPREČEVANJE AMOK DOGODKOV	10
2.4	POJAVNOST AMOK DOGODKOV V EVROPI IN PO SVETU	12
2.5	HARTFORD KONSENZ II.....	13
2.6	SLOVENSKA PRIPOROČILA ZA POSREDOVANJE V AMOK DOGODKIH.....	15
2.6.1	Sprejem klica.....	15
2.6.2	Zbirno mesto intervencijskih ekip.....	17
2.6.3	Prihod ekipe službe nujne medicinske pomoči na mesto dogodka	17
2.6.4	Nivoji nudenja prve medicinske pomoči.....	18
2.6.5	Streljanje med običajno intervencijo.....	21
2.6.6	Triaža na mestu AMOK intervencije	22
3	EMPIRIČNI DEL	26
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	26
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	26
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	27
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	27
3.3.2	Opis merskega instrumenta	27
3.3.3	Opis vzorca.....	28
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	30
3.4	REZULTATI.....	31
3.5	RAZPRAVA	45
4	ZAKLJUČEK	49
5	LITERATURA	51
6	PRILOGE	59
6.1	INSTRUMENT	59

KAZALO SLIK

Slika 1: Lokacije AMOK dogodkov v ZDA med letoma 2000 in 2013	5
Slika 2: Število poškodovanih in mrtvih v dogodkih z »aktivnim strelcem« med letoma 2000 in 2017 v ZDA.....	9
Slika 3: Hierarhična lestvica vodenja pri AMOK intervenciji	17
Slika 4: Triažni algoritem SIEVE.....	23
Slika 5: Dinamika procesa triaže pri AMOK dogodkih	24
Slika 6: Dvostopenjski model triaže.....	25
Slika 7: Razdelitev po spolu	29
Slika 8: Stopnja izobrazbe anketirancev.....	29
Slika 9: Razdelitev glede na regijo izvajalca nujne medicinske pomoči.....	30
Slika 10: Graf raztrosa delovne dobe v nujni medicinski pomoči in znanja ukrepanja v AMOK dogodku	33
Slika 11: Deleži pravilnih odgovorov pri posameznem vprašanju o ukrepanju pri dogodku AMOK.....	39
Slika 12: Prikaz frekvenc odgovorov na vprašanje, kako bi ocenili lastno pripravljenost na AMOK dogodek, v primeru, da se zgodi v tem trenutku.	40
Slika 13: Stolpični prikaz frekvenc odgovorov na nasilje med intervencijo.....	41
Slika 14: Stolpični prikaz odgovorov na vprašanje, ali enota, kjer so anketiranci zaposleni, razpolaga z zaščitno opremo za ukrepanje na AMOK intervencijah	42

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opisne statistične vrednosti mere poznavanja ukrepanja pri AMOK dogodku glede na izobrazbo izvajalcev službe nujne medicinske pomoči.	32
Tabela 2: Opisno statistične vrednosti delovne dobe in znanja ukrepanja v AMOK dogodku	33
Tabela 3: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Ko je enota nujne medicinske pomoči aktivirana na kraj AMOK dogodka in v kolikor zbirno mesto še ni določeno..	34
Tabela 4: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Vodenje celotne intervencije prevzame.....	35

Tabela 5: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Naloge ekipe NMP na zbirnem mestu pri ukrepanju ob AMOK dogodku so.	35
Tabela 6: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Priporočen način prihoda ekipe nujne medicinske pomoči na kraj AMOK dogodka je?.	36
Tabela 7: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Katera trditev NI pravilna glede na načela taktične medicine vstopanja v različne cone medicinske oskrbe?.....	36
Tabela 8: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Oskrba poškodovanih v vroči coni je?.	37
Tabela 9: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Kaj je ekipi nujne medicinske pomoči dovoljeno izvajati v topli coni?.	37
Tabela 10: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Med vašo intervencijo zaslišite strele, vi pa ste ujeti v prostoru. Kateri bodo glede na Slovenska priporočila vaši naslednji manevri?	38
Tabela 11: Frekvence in deleži pravilnih odgovorov na vprašanja o ukrepanju ob dogodku AMOK ter rezultati testa hi-kvadrat enakih verjetnosti	38
Tabela 12: Frekvence in deleži odgovorov glede pripravljenosti na ukrepanje v AMOK dogodku	39
Tabela 13: Deleži odgovorov na vprašanje o prisotnosti nasilja med intervencijo	40
Tabela 14: Frekvence odgovorov na vprašanje o razpolagi zaščitne opreme v enoti nujne medicinske pomoči	42
Tabela 15: Frekvence odgovorov o razpoložljivi opremi med izvajalci službe nujne medicinske pomoči	42
Tabela 16: Frekvenčna analiza odgovorov o usposabljanju za uporabo zaščitne opreme	43
Tabela 17: Frekvenčna analiza odgovorov o organizaciji in udeležbi na skupnih usposabljanjih s policijskimi enotami.	43
Tabela 18: Frekvenčna analiza odgovorov o organiziranju in udeležbi na vajah AMOK dogodka z večjim številom poškodovanih oseb	44
Tabela 19: Frekvenčna analiza o številu vstopnih skupin, ki jih lahko zagotovijo službe nujne medicinske pomoči	45

SEZNAM KRAJŠAV

DOJ	Department of Justice
ZDA	Združene države Amerike
FBI	Federal Bureau of Investigation
GPU	Generalna policijska uprava
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
PCP	Phencyclidine (Angelski prah)
C.A.T.	Combat Application Tourniquet (Esmarchov zažemek)
PAS	Psihoaktivne substance

1 UVOD

Dogodki v svetu v zadnjem obdobju (Pariz, Nica, London) kažejo na trend povečevanja agresivnih in vse pogostejših množičnih napadov na posameznike. Med žrtvami je pogosto veliko poškodovanih, ki potrebujejo takojšnjo oskrbo in pomoč, kar zagotavljajo enote reševalcev na terenu (Cunder, et al., 2017). Pomembno je, da se storilcu čim hitreje omeji delovanje, zato je potrebno hitro in učinkovito ukrepanje vseh služb, ki so vključene v sistem zaščite in reševanja. Ker pa dogodki večkrat zahtevajo tudi delovanje drugih služb zaščite in reševanja, lahko le z usklajenim delom zagotovimo varno in učinkovito delo ter s tem poskrbimo za varnost reševalnih služb (Cunder, et al., 2017).

Svet je v zadnjem času izpostavljen globalni grožnji terorizma, najpogosteje osnovani na ekstremističnem prepričanju. Ker je Slovenija članica številnih mednarodnih organizacij, je posledično izpostavljena možnim grožnjam in terorističnim napadom. Kljub temu, da je tveganje za izvedbo množičnega napada v Sloveniji trenutno nizko, pa kadarkoli obstaja možnost napada s strani oseb s psihičnimi motnjami, svojcev ali očividcev na terenu (Cunder, et al., 2017).

Ekipe službe nujne medicinske pomoči v Sloveniji se redko srečujejo z intervencijami, ki bi imele znake nasilja in pri katerih bi se uporabljalo strelno orožje. Če velja pravilo, da situacije, s katerimi se pogosto srečujemo, najpogosteje obvladamo, imajo po drugi strani situacije, s katerimi se ne srečujemo pogosto, večjo verjetnost napačnega ukrepanja in hudih posledic (Mohor, 2016). Prav tako Slovenija še ni izkusila ničesar podobnega terorističnemu napadu, kot tudi ne AMOK dogodka, kar je lahko za prebivalce Slovenije tudi nevarno, saj daljša odsotnost realne grožnje povzroča uspavanje tako državljanov kot tudi uradnih služb nacionalnega varnostnega sistema, ki se morajo organizirati ter usposobiti za morebitne grožnje (Meško, et al, 2016; Mohor, 2016). Priporočila, ki so nastala pod okriljem slovenskih organizacij za zaščito in reševanje, so torej nujno potrebna, da se lahko pripravimo na morebitne grožnje ali dejanja. Ogroženost Slovenije zaradi terorističnih napadov je majhna. Javnomnenjske raziskave kažejo, da Slovenci kot najmanj verjetno grožnjo izpostavljajo grožnjo terorizma (Ministrstvo za zdravje, Sektor za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva, 2013). Mnenje Evropejcev pa je

nasprotno, saj kar osem od desetih vprašanih meni, da bi morala Evropska unija aktivneje delovati v boju proti terorizmu (Evropska komisija, 2016).

Kot eden prvih je Saint Martin (1999) v svojem obsežnem članku opisal dogodke z aktivnim strelcem kot redke, kljub temu pa obstajajo dokazi, da se pogosto pojavljajo v moderni družbi. Ljudje so s terminom AMOK seznanjeni, največkrat ga povezujejo z iracionalnim vedenjem, pri katerem storilec povzroči hudo premoženjsko škodo, poškodbe ali celo smrt naključnih ljudi (Saint Martin, 1999).

Ugotovitve na osnovi prebiranja strokovne literature, člankov in poročil AMOK dogodkov, ki so se zgodili v tujini, kažejo, da ekipe za zaščito in reševanje, med katere spada tudi služba nujne medicinske pomoči, na te dogodke niso dovolj pripravljene (Kvržić, 2018).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 AMOK DOGODEK

AMOK dogodek je izjemen varnostni pojav, kjer z orožjem, orodjem, velikokrat pa tudi s strelnim orožjem, razstrelivom ali drugim hladnim orožjem storilci ubijejo oziroma poskušajo ubiti eno ali več oseb. Izbira orožja je odvisna tudi od pomena orožja v posamezni družbi. Najpogosteje so storilci moškega spola. Na morilski pohod se storilec dobro pripravi in oboroži; dejanje je torej načrtovano. Priprave običajno trajajo dalj časa in izvedba je samo končna faza dolgotrajnega procesa (Planinšič, 2015; Mohor, 2016). Storilec že vnaprej izvaja aktivnosti za pripravo na napad, povezane z orožjem, zaščitno balistično opremo in uniformo. Na javnih in zasebnih straneh objavlja dnevnik, snema priprave in objavlja bloge, v katerih razkriva, kako je potekala priprava načrta, nakupi opreme in orožja in izdelava eksplozivnih naprav (Czescik & Truchan, 2017).

Izvor besede AMOK izhaja iz malezijske besede Meng-â muk, ki pomeni blazno, nasilno in brezupno dejanje. Britanski raziskovalec kapitan James Cook je že okoli leta 1770 opazoval malezijska plemena. Pri njih je opisoval obnašanje posameznikov, ki so na nasilen način brez vzroka pobijali ali resno poškodovali vsakega, ki jim je stal na poti. Tako dejanje je največkrat končal očitivec, ki je napadalca ubil. Izraz AMOK velja za osebe, ki so se brez vidnega razloga začele vesti nasilno, ubijale ljudi in živali ter uničevale predmete (Mohor, 2016). Antropologi so med opazovanjem primitivnih plemen na Filipinih, Laosu, Papui Novi Gvineji in v Puertu Ricu odkrili, da so kulturni razlogi edinstveni in glavni vzrok za pojav AMOKA med plemeni. V naslednjih dveh stoletjih je pogostost pojava upadla, kar pripisujejo vplivu zahodnih civilizacij na primitivna plemena, ki so odstranila kulturološke elemente, ki so vplivali na pojav nasilja. Novih pojavov AMOKA med plemeni ni bilo zaznati vse od sredine dvajsetega stoletja (Saint Martin, 1999).

Storilec AMOK dogodka gre pred dejanjem skozi več različnih stopenj, od inkubacije do ravnodušnosti oziroma brezbržnosti, kar se kasneje kaže kot ekstremen in nepredviden oziroma nepričakovan napad na živali ali ljudi v njegovi bližini. Če oseba oziroma storilec

ni ustavljen ali ubit s strani napadenih oseb ali ne naredi samomora, se bo na neki točki zlomil zaradi izčrpanosti in zaspanosti. Temu bo sledilo obdobje amnezije, zaradi katere se dogodkov, ki jih je povzročil, ne bo spominjal. Storilci kot sredstvo napada najpogosteje uporabljajo strelno orožje, ki je v kar treh četrtinah kupljeno legalno (Follman, et al., 2012). Lahko pa uporabljajo tudi eksplozivne naprave, nože, sablje, mačete, meče in razna druga bodala. Sredstvo napada je odvisno tudi od zgodovinskega, kulturološkega, sociološkega ozadja in pomena posamezne vrste orožja v neki družbi. Najpogosteje storilci izvedejo napad na javnem kraju (cesta, ulica, trg, trgovski center, restavracija, javna ustanova, šola ipd.), sam napad pa se večinoma konča s samomorom napadalca (U.S. Department of Justice, 2014; Fink, et al., 2016). Izraz AMOK se lahko uporablja tudi za opis otrok, ki delajo nered, bolj smiselno pa se ga uporablja za opis stanja norosti nekoga, ki divja in nori iz različnih razlogov, saj pomeni besni napad neobvladljive jeze. Številni novi psihološki vidiki opredeljujejo AMOK kot avtogeni masaker, pri čemer masaker pomeni vesplošni pomor, avtogeni pa da se je razvil sam, brez pomoči drugega. Samomor storilca je tako že vnaprej načrtovan (Knecht, 2011). Za označevanje morilskega pohoda z elementi nekontroliranega, brezumnega besa ter pogosto brez znanega motiva, ki ga izvrši posameznik, se uporablja izraz AMOK dogodek (Ministrstvo za notranje zadeve, 2011). Poleg AMOK dogodkov lahko k nasilnim dogodkom s strelnim orožjem štejemo tudi dogodke, kjer storilec uporabe ni načrtoval in je z orožjem spontano reagiral na situacijo. Te situacije imajo povsem drugačne motive in cilje kot »aktivni strelci«, čeprav so žrtve običajno prav tako naključno prisotni ljudje (Mohor, 2016). Masakri, ki jih povzročijo aktivni strelci, imajo veliko skupnega s terorističnimi napadi. Kljub temu pa jih ne smemo enačiti z njimi. Namen terorizma je, da z nasiljem naredi čim večjo škodo vladnim in državnim organom. AMOK storilec pa svojih žrtev ne izbira, saj gre navadno za človeka, ki se ne more spopasti s težavami v svojem vsakdanjem življenju (Czescik & Truchan, 2017). Z analizo časa in kraja teh dogodkov bi lahko nadaljnje dogodke predvideli, saj so kraji potencialnih dogodkov izbrani na osnovi čim večje socialne in politične škode in brez obzira na eliminacijo specifičnih ljudi (Czescik & Truchan, 2017).

Možni scenariji AMOK dogodkov glede na mobilnost storilca (Cunder, et al., 2017):

- a) Storilec ni mobilni in deluje:

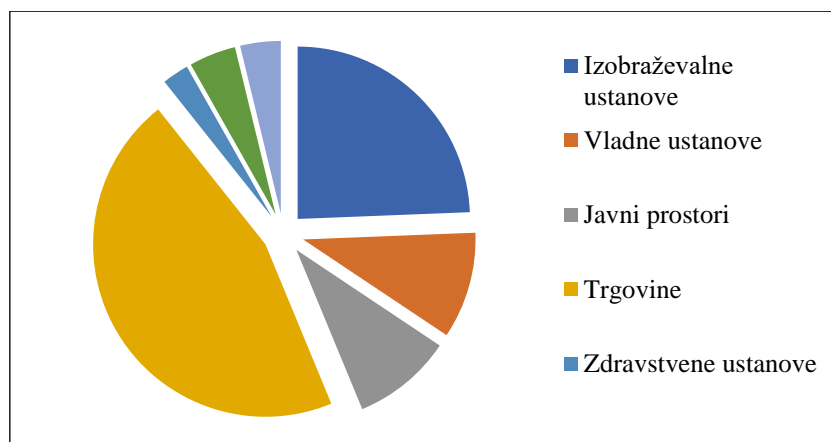
- v stavbi,
- iz stavbe,
- znotraj omejenega področja.

b) Storilec je mobilen (mobilni objekt ali storilec):

- v vozilu,
- iz vozila ali
- je peš.

Pri nas na srečo AMOK dogodka še ni bilo, to pa ne pomeni, da lahko ta scenarij pozabimo z izgovorom, da se to pri nas pač ne more zgoditi. Dogodki v neposredni bližini kažejo, da moramo delovati proaktivno (Ministrstvo za notranje zadeve, 2011).

Slovenska javnost se je morda prvič resneje zavedela tega problema avgusta 2016, ko so v strelskem pohodu v izolski bolnišnici izgubile življenje tri osebe (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2018).



Slika 1: Lokacije AMOK dogodkov v ZDA med letoma 2000 in 2013
(Vir: U.S. Department Of Justice, 2014, p. 13)

2.2 PROFIL STORILCA

Negotove razmere, ki v zadnjem obdobju povečujejo eksistenčno, s tem pa tudi duševno stisko, nam zagotovo niso v prid. Vsak storilec ima svojo zgodbo, vsem pa je skupna taka

ali drugačna duševna stiska. Prav te pa lahko posameznika pahnejo v odločitev, da se zateče k ekstremnim ukrepom (Ministrstvo za notranje zadeve, 2011).

Leta 1894 so AMOK psihološko gledano definirali kot osebnostno motnjo, ki se izraža predvsem v nenadnem, ekstremnem nasilju, morilskem vedenju in agresiji. Danes poznamo oziroma ločimo dve obliki te motnje: BERAMOK in AMOK. Psihološki profili za stanje »aktivnega strelca« ne obstajajo, kljub temu pa raziskave kažejo, da obstajajo opozorilni znaki oziroma indikatorji. AMOK je povezan z besom, užaljenostjo ali maščevanjem s širokim spektrom razlogov. Zdravstveno osebje bi moralo le-te poznati in jih prepoznati pri posamezniku, ki lahko misli ali dejanja potencialno izvede, ter s tem prepreči incidente (Brown & Muscari, 2010; Psychology dictionary, 2013; Healthcare and public health sector coordinating council, 2015; Fink, 2018). Za BERAMOK je značilna povezanost z depresijo in žalostjo zaradi nenadne izgube ter posledičnega procesa žalovanja, ki se lahko nanaša tako na izgubo bližnjega kakor tudi na materialne izgube (Saint Martin, 1999; Fink, 2018). Nedavni dogodki kažejo na to, da so dogodki z aktivnim strelcem postali ena bolj resnih groženj zadnjega časa ter predstavljajo izziv za vse službe, ki so odgovorne za varnost prebivalstva. Posebnost te grožnje je, da je lahko žrtev te asocialne obupanosti kdorkoli, najbolj pogosto pa so žrtve naključne osebe (Czescik & Truchan, 2017). Kljub temu, da za AMOK dogodka velja, da motiv storilca ni znan, povod za tako ravnanje navadno ni brez vzroka (Ministrstvo za notranje zadeve, 2011). Razlogi za tako vedenje naj bi bili različni. Storilec je običajno na različne načine prizadet, ima občutke ponižanja, žalitev, neuspeha, neučinkovitosti, osebne izgube ter izoliranosti od družbe. Najbolj naj bi prevladoval psihološki dejavnik narcističnega maščevanja. S takim dejanjem naj bi poskusil postati spet viden oziroma doseči, da ne bo nikoli pozabljen. AMOK dogodek je možen povsod in se je nanj treba pripravljati (Planinšič, 2015). Mediji, priče dogodkov ter policijska poročila poročajo in opisujejo storilce kot čudne ter jezne ljudi, ki trpijo za osebnostno ali paranoidno motnjo, ali pa kot ljudi, ki so pred kratkim utrpeli izgubo ter tako trpijo za depresivno motnjo (Saint Martin, 1999). Aktivni strelca je psihološko in čustveno nestabilna oseba, ki poskuša ubiti čim več ljudi v svoji trenutni okolici, ne glede na pomembnost oziroma odnos do žrtev v obljudenih predelih, kjer se zadržuje veliko število ljudi. To skuša narediti v čim krajšem času običajno s strelnim orožjem ter nato stori samomor z namenom, da ne bi bil prijeto

strani policije. Za aktivnega strelca je značilno, da s kraja delovanja ne skuša pobegniti ter da se z njim ni moč pogajati (Flaskerud Haak, 2012; Czescik & Truchan, 2017). Vsem storilcem je skupno to, da so pogosto izolirani in da so žrtve fizičnega ali psihičnega nasilja ali so bili v preteklosti. Prav tako je zanje značilno, da v svojem življenju, tako v privatnem kot poslovnem, niso uspešni. V sebi nosijo breme nezaupanja, kompulzivnosti ter kompenzacijske grandioznosti. Prav to pa privede do trenutka, ko se naredijo mogočne in veličastne ter s tem nadomestijo, kar jim primanjkuje (Knecht, 2011). Več dejavnikov kot ima posameznik, večja je verjetnost, da bo ravnal nasilno (Saint Martin, 1999).

Prepoznavamo tri najbolj izrazite dejavnike storilca:

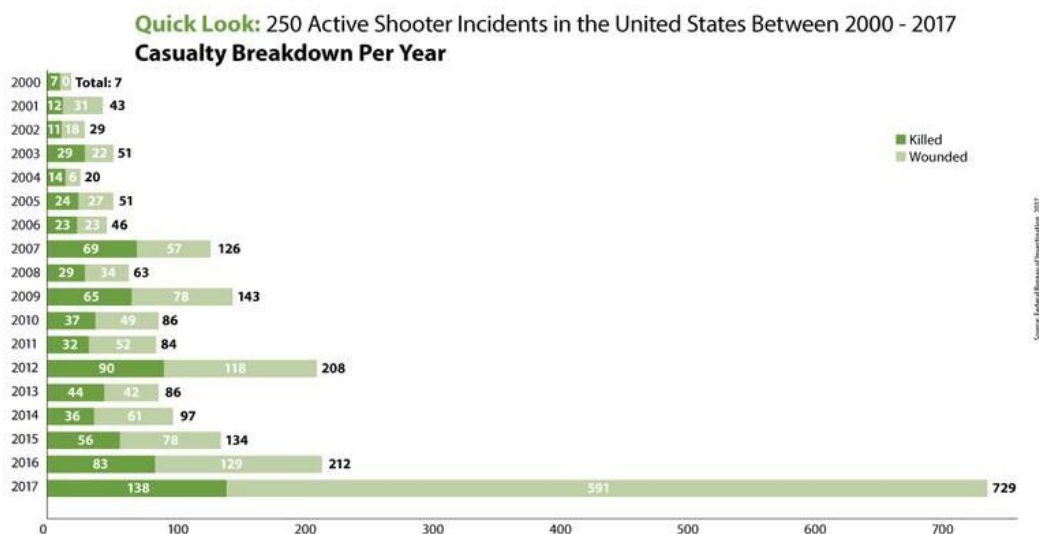
- Psihopatološko stanje zatemnitve zaznavanja stvarnosti, ki ga lahko povzročijo alkohol in prepovedane droge, kot je PCP (znan kot angelski prah). Prav tako med povzročitelje spadajo psihična obolenja ter nekatera zdravila. Storilec se svojih dejanj običajno ne zaveda, saj zunanji svet zaznava kot nevarnost ter posledično napade vsakogar (Planinšič, 2015). Učinek prepovedane droge PCP oziroma angelskega prahu je izjemno nasilje, pri katerem storilec ne čuti bolečine ter v primeru preživetja doživi popolno amnezijo (Cuder, 2012; Cuder, et al., 2017).
- Mills (2012) dodaja, da je dejavnik tudi psihopatološko stanje maničnega besa oziroma disocialna osebnostna motnja, kjer ne gre za bolezen, temveč bolj za prirojeno brezčutnost, impulzivnost in zelo nizek prag tolerance. Če osebe z disocialno osebnostno motnjo igrajo na primer nasilne videoigre, so le-te lahko sprožilci za AMOK dogodek. Agresivna igra sproži agresivne misli, vse to pa pri posamezniku potencira stalen vir stresa, ki ga ne zna obvladovati. Storilec se velikokrat ne zaveda, kaj je izvor njegovega stresa. V situaciji zapade v stanje delirija, v katerem se ne zaveda okolice in sebe, ampak samo išče način razbremenitve (Cuder, 2012; Cuder, et al., 2017). Cerar (2013) navaja, da kar 50 odstotkov storilcev kaznivih dejanj v ZDA trpi za to motnjo, ki se pojavi pri mladih moških med 15. in 25. letom.
- Narcistično maščevanje se pojavi, kadar introvertiran posameznik ni sprejet s strani množice, vsak njegov poskus priznanja je neuspešen, zato se odloči in si izbere dejanje, ki bo tako nasilno, da ne bo nikoli pozabljeno. V večini primerov se na dejanje pripravlja premišljeno in dalj časa. Primarni cilj njegovega napada

je, da dokonča svoj načrt in s tem svetu pokaže, da obstaja (Cuder, 2012). Za osebe, ki trpijo za narcistično osebnostno motnjo, so značilna pretirana občutja superiornosti, močna potreba po občudovanju in zunanji potrditvi, pomanjkanje empatije ter pretirana zavist. Samozavest oseb z narcistično osebnostno motnjo je zelo občutljiva za kritiko, prisotna pa je tudi močna želja po tem, da so v središču pozornosti (Bele, 2014; Cuder, et al., 2017).

Opredelitev storilca AMOKA iz leta 1971 po stopnjah (Knecht, 2011):

- zgodnja razdražljivost zaradi nemoči;
- vidijo vse slabo;
- vzbujenje, ki mu sledi napad na ljudi ali živali ter premoženje. Na koncu sledi samopoškodba ali samomor;
- amnezija;
- faza depresivnosti.

V Ameriki so do leta 2012 zabeležili več kot 60 primerov aktivnega strelskega dogodka, znanega kot AMOK dogodek. V več kot polovici primerov so bili storilci belopolti moški. Povprečna starost storilcev je bila 35 let, medtem ko je bil najmlajši med njimi star le 11 let (Follman, et al., 2012). V novejših statističnih podatkih pa FBI ugotavlja znatno povečanje števila mrtvih ter poškodovanih v letu 2017, kar je prikazano na sliki 2.



Slika 2: Število poškodovanih in mrtvih v dogodkih z »aktivnim strelcem« med letoma 2000–2017 v ZDA
 (Vir: U.S. Department of Justice, 2014)

Pri prerezu psihološkega profila storilcev so ugotovili, da gre za moške, stare okoli 24 let. Primerjava med spoloma je pokazala, da se razlika, ko moške posameznike zasledimo kot morilce, začne kazati okoli 14. leta. Psihologi tega, kaj se v naravi moškega spremeni, da postane morilec oziroma da ga privede do besnega ubijanja, ne znajo pojasniti. Pojasnjujejo, da z evolucijskega vidika moški hitreje obupajo kot ženske (Mills, 2012). Eileen in Bogerts (2012) sta v svojem članku raziskala epidemiologijo in psihopatologijo storilcev AMOKA. Raziskala sta 27 storilcev. 74 % storilcev je že imelo zgodovino duševne motnje, pri čemer pa je največkrat šlo za shizofreno psihozo, alkoholizem in afektivne motnje. Odrasli z določenimi težavami v šoli ali učni dobi ter samomorilnimi mislimi, osebe, ki trpijo za paranoidno psihozo, ter odrasli z osebnostnimi motnjami po razpadu dolgotrajne socialne zveze so tri skupne značilnosti storilcev po mnenju Eileen in Bogerts (2012). Kljub njunim ugotovitvam pa še vedno ni jasno, katera možganska patologija povzroča tako obliko nasilja. V 160 primerih, ki so bili zajeti v študijo o dogodkih aktivnega streljanja v ZDA v letih od 2000 do 2013, je bila storilka AMOKA ženskega spola samo v šestih primerih (U. S. Department of Justice, 2014). Prav tako Follman in sodelavci (2012) zatrjujejo, da je do leta 2012 bila prepoznana le ena ženska storilka, medtem ko Mills (2012) govori o tem, da ženskih storilk ni mogoče zaslediti.

Aktivni strelec oziroma storilec AMOKA je nepredvidljiv. Njegov edini cilj je ubiti čim več ljudi, pri čemer pa posledice zanj niso pomembne (Czescik & Truchan, 2017).

2.3 PREPREČEVANJE AMOK DOGODKOV

Danes bi bilo na AMOK dogodek potrebno gledati kot na enega od možnih zaključkov nediagnosticirane ali nezdravljene psihiatrične bolezni s psihozo ali osebnostno patologijo. Ker je aktivne AMOK dogodke težko ustaviti brez žrtev, je preventivno delovanje edina metoda, s katero se lahko izognemo tem dogodkom (Saint Martin, 1999). Za preprečevanje AMOK dogodkov je potrebno zgodnje prepoznavanje posameznikov, ki imajo katerega od psihopatoloških stanj, značilnih za AMOK dogodke. Zdravljenje motnje je že zamujeno, ko je AMOK dogodek v teku (Saint Martin, 1999). Splošni in družinski zdravniki so prvi, ki bi morali prepoznati znake. Večina posameznikov, ki je nagnjena k nasilju s podobnimi elementi kot AMOK dogodki, je nedavno pred takim dogodkom imela pregled pri zdravniku tako zaradi nasilja do drugih kot zaradi nasilja do sebe oziroma samopoškodovanja. Zaradi stigme, povezane s psihičnimi boleznimi oziroma stanji, ter zaradi zanikanja svoje bolezni, je večina teh pacientov raje obiskovala splošnega oziroma osebnega zdravnika, kot pa specialista psihiatrije (Saint Martin, 1999). Na osnovi psihiatrične literature ter dokazov, zbranih v poročilih primerov, so dejavniki, ki vplivajo na pojav AMOK dogodkov, sledeči (Saint Martin, 1999):

- zgodovina nasilnega vedenja,
- paranoidna, narcistična, antisocialna ali mejna osebnostna motnja,
- psihotična motnja s preganjavico,
- psihotična motnja,
- stres zaradi nedavne osebne ali finančne izgube,
- zgodovina poskusa samomora.

Perne (2018) opozarja na pomembnost prepoznavanja anamnestičnih opozorilnih dejavnikov, ki nas lahko opozarjajo na večjo verjetnost nasilnega vedenja. Ti dejavniki so:

- mlajši moški (15–24 let),
- zloraba PAS,

- nižji socialno-ekonomski status,
- konkreten načrt nasilnega dejanja (ideacije),
- predhodni nasilni izpadi in druga antisocialna (kriminalna) dejanja,
- slaba kontrola impulzov,
- verbalna agresivnost in grožnje z nasiljem,
- poskus samomora v anamnezi ali druga samodestruktivna dejanja, kot so pogosta nevarna vožnja ali samopoškodbe,
- zelo pomembni so anamnestični podatki iz otroštva, ki govorijo o podtikanju ognja, sadističnem ravnanju z živalmi in močenju postelje ter izpostavljenost nasilnim dejanjem v družini (npr. zlorabi v otroštvu).

Stanja, ki so povezana z agitacijo in agresijo, so pomemben del klinične prakse, zato je njihovo prepoznavanje izrednega pomena. Takšna stanja zahtevajo takojšnjo pozornost, ukrepanje in zdravljenje, da preprečimo možne zaplete in celo smrtne primere (Miklavčič Vučko, 2018). Vsak dejavnik tveganja bi moral biti ocenjen skozi zgodovino pacienta, tako anamnestično kot (hetero)anamnestično. Pacienti s psihotičnimi motnjami naj ne bi bili zmožni podajanja verodostojnih informacij, medtem ko pacienti z osebnostnimi motnjami delujejo impulzivno in pri njih lahko tveganje zaznamo glede na njihova pretekla obnašanja. Naslednji korak je, da je pacient obravnavan in zdravljen pravilno. Simptomi pacientov bi se morali izboljšati po nekaj tednih, saj je aktivna vloga terapije tista, ki pomaga posamezniku skozi težja obdobja. Posamezniki z morilskimi ali samomorilskimi nagnjenji pa bi morali biti zdravljeni hospitalno (Saint Martin, 1999). Pripravljenost na zdravstvene posledice AMOK dogodka oziroma dogodka z aktivnim strelcem zahtevajo odprto komunikacijo in koordinacijo več udeležencev intervencije. Mednje se štejejo policisti, zdravstveni reševalci, nevladne organizacije ter humanitarne organizacije. Policija mora imeti in vzdrževati opremo za hiter in učinkovit odziv na dogodek. Zdravstveno osebje mora biti pripravljeno na nenadno sprejemanje večjega števila poškodovanih v zelo kratkem času, kar se sicer zgodi zelo redko, pa vendar ko se, je prav čas tisti faktor, ki je odločilnega pomena pri zmanjševanju mrtvih in zagotavljanju kompetentne ter koordinirane oskrbe žrtev. Svojo vlogo pa pri vsem tem dobi tudi skupnost prebivalcev določenega okolja (Hick, et al., 2016). Po mnenju Hicka in sodelavcev (2016) bi morali ljudje, ki živijo oziroma delajo na območjih, kjer je

potencialna možnost AMOK dogodka (šole, politično pomembne stavbe, verske zgradbe), ozavestiti potencialne nevarnosti, ki jim lahko pretijo v taki situaciji. Hick in sodelavci (2016) predlagajo, da se jim ob zainteresiranosti tudi omogoči izobraževanje ter dostop do Esmarchovih prevez, uporaba pripomočkov oziroma materiala za izvajanje prve pomoči ter poudari pomen »aktivnega očividca«, torej nekoga, ki bo naredil prvi korak k reševanju dogodka. Takojšnja vključitev mimoidočih v izobraževanje je pomembna, kažejo študije, ki so jih naredili v Kuvajtu, kjer so osnovali program »Stop the Bleed«, v katerem so naključno izbrane izobraževali v prvi pomoči pri akutnih večjih krvavitvah. Izkazalo se je, da je večji del udeležencev po izobraževanju znal prepoznati ter zaustaviti večjo krvavitev (AlSabah, et al., 2018).

2.4 POJAVNOST AMOK DOGODKOV V EVROPI IN PO SVETU

Pojavnost AMOK dogodkov je v svetovnem merilu v velikem porastu. Svet kljub visoki stopnji gospodarske, socialne in družbene razvitosti pretresajo teroristični napadi in aktivni strelski dogodki, med katerimi so vse bolj pogosto na udaru tudi prestolnice Evropske unije. Vsekakor smo bolj ogroženi, kot pred leti. Z vstopom v NATO smo postali bolj aktivni in vidni, žal pa tudi ranljivi. Sedaj je terorizem globalen (Miklavčič, 2016).

Pregled odmevnejših AMOK dogodkov v Evropi po letih, državah in številu smrtnih žrtev in poškodovancev (Cunder, et al., 2017):

- 2001 – Zug/Švica: 15 smrtnih žrtev;
- 2002 – Erfurt/Nemčija: 17 smrtnih žrtev (šola);
- 2002 – Nanterr/Francija: 8 smrtnih žrtev, 19 poškodovanih;
- 2006 – Emsdetten/Nemčija: 1 mrtev, 37 poškodovanih;
- 2007 – Tuusula/Finska: 9 smrtnih žrtev, 12 poškodovanih;
- 2007 – Jabukovac/Srbija: 9 smrtnih žrtev, 2 poškodovana;
- 2008 – Kauhajoki/Finska: 10 smrtnih žrtev (šola);
- 2009 – Winnenden/Nemčija: 17 smrtnih žrtev, 13 poškodovanih;
- 2010 – Bratislava/Slovaška: 8 smrtnih žrtev, 12 poškodovanih;

- 2011 – Alphen aan den Rijn/Nizozemska: 7 smrtnih žrtev, 15 poškodovanih;
- 2011 – Oslo in Utoya/Norveška: 77 smrtnih žrtev, 319 poškodovanih;
- 2011 – Liege/Belgija: 4 mrtvi, 123 poškodovanih;
- 2013 – Velika Ivanča/Srbija: 13 smrtnih žrtev;
- 2015 – Uhersky Brod/Češka: 9 smrtnih žrtev;
- 2016 – Bruselj: 31 smrtnih žrtev, 300 ranjenih;
- 2016 – Istanbul: 45 smrtnih žrtev, 250 ranjenih.

486 smrtnih žrtev in 557 poškodovanih je bilo v letih 2000–2013 v Združenih državah Amerike v 160 intervencijah (Cunder, et al., 2017).

2.5 HARTFORD KONSENZ II

Mohor (2016) navaja, da so v Ameriki v zadnjem desetletju bili priče mnogim strelskim pohodom. Zato so se 2. aprila 2013 v Hartfordu sestali strokovnjaki – intervencijske službe, ki posredujejo v primeru intervencij z aktivnim strelcem: policija, gasilci, predbolnišnična nujna medicinska pomoč in vojska – z namenom, da se izboljša preživetje žrtev teh napadov. Za medicinski del je ključno vlogo prevzelo Ameriško združenje kirurgov. Med temi službami je bil sprejet dogovor ukrepov, ki je zajet v akronimu THREAT, ki deluje po konceptu preprečevanja groženj (T), zaustavljanju krvavitve (H), hitremu prenosu na varno zbirno mesto (RE), medicinski obravnavi (A) ter prevozu na dokončno obravnavo (T) (Hoyt, 2015; Lenworth, et al., 2015). Z opredelitvijo postopka, poimenovanega z akronimom THREAT, se je z dogovorom o sodelovanju ter skupnem pristopu povečala možnost preživetja za žrtve aktivnega strelskega napada ali katerega koli drugega masovnega napada z več žrtvami. Hartfordski konsenz poudarja, da je učenje zaustavljanja krvavitve ena izmed nujno potrebnih tehnik, ki se jo morajo naučiti vsi, ki so lahko vključeni v reševanje, predvsem pa organi pregona, saj oni predstavljajo most, ki povezuje fazo reševanja s fazo oskrbe s strani služb nujne medicinske pomoči (Lenworth, et al., 2015). V svojem delu je Lenworth s sodelavci (2015) poudaril, da nihče ne bi smel umreti zaradi nekontrolirane krvavitve. Po aktivnem strelskem napadu ali katerem koli drugem masovnem napadu bi lahko bilo z uporabo integriranega sistema odziva preprečenih več smrtnih žrtev. Prav tako so snovalci

Hartfordskega konsenza določili, kako bi se morali odzvati sodelujoči v napadu (Lenworth, et al., 2015). Zavedati se je potrebno, da bo prva pomoč ponesrečencem prišla s strani očividcev ter minimalno poškodovanih, ki lahko delujejo tudi kot reševalci, saj bodo lahko prav oni rešili življenje, zato je potrebno uvesti izobraževalne programe, ki bi vključevali odziv javnosti na aktivni strelski dogodek. Prav tako bi bilo po mnenju strokovnjakov potrebno postaviti vso potrebno opremo na primerne lokacije, ki bi bila dostopna javnosti v primeru AMOKA. V izobraževanje bi bilo potrebno vključiti poznavanje koncepta »Run, Hide, Fight« oziroma »Beži, skrij se, bori se« v primeru dogodkov z aktivnim strelcem (Lenworth, et al., 2015).

Za organe pregona bi moralo biti zaustavljanje zunanje krvavitve osnovna veščina, zato se mora izobraževanje na tem področju smatrati za osnovno. Prav tako se jim mora zagotoviti primerno opremo, kot so na primer Esmarchove preveze ter hemostatične gaze, ter jih poučiti o osnovah triažnega sistema. Policisti bi se morali uriti skupaj s službami nujne medicinske pomoči v evakuaciji in oskrbi žrtev. Informacije, ki so jih prejeli udeleženci programa Stop the bleed, so vodile v povečanje znanja o obvladovanju krvavitve. Izkazalo se je, da je praktični prikaz v primerjavi s teorijo dosegel boljše uspehe pri znanju zaustavljanja krvavitev (Lenworth, et al., 2015; Zwislewski, et al., 2019).

Službe nujne medicinske pomoči se morajo izobraževati v operativnem pristopu k dogodku, v katerem je prisoten aktivni strellec. Čakanje na ponesrečenca na varnem ni več sprejemljivo. Izobraževanje mora vključevati aktivno zaustavljanje krvavitev z uporabo zažemkov ter drugih hemostatičnih pripomočkov. Triaža in prepoznavanje poškodovancev z notranjimi krvavitvami je ključnega pomena v izobraževanju za zmanjšanje smrtnih žrtev. V način oziroma sistem dela služb nujne medicinske pomoči bi bilo potrebno vključiti koncept vojaške taktične oskrbe ter taktično nujno medicinsko oskrbo. Spremeniti bi bilo potrebno smernice ter izboljšati sodelovanje z ostalimi reševalnimi službami z namenom optimizacije oskrbe žrtev. Potrebno bi bilo tudi vzpostaviti skupen jezik ter način dela in s tem dovoliti vsakemu členu, da izboljša svoj trenutni postopek in odziv (Lenworth, et al., 2015). Za dosego cilja bi bilo v izobraževanje potrebno vključiti vse skupine. Vsi bi se morali naučiti, kako kontrolirati in zaustaviti

krvavitev, prvi posredovalci pa bi morali obvladati tudi vzpostavljanje proste dihalne poti (Lenworth, et al. 2015).

2.6 SLOVENSKA PRIPOROČILA ZA POSREDOVANJE V AMOK DOGODKIH

Z nekoordiniranim nastopom ekipe NMP ogrožamo lastno varnost in varnost drugih na intervenciji. Za varno in učinkovito posredovanje moramo čimprej zagotoviti usklajeno delo pod vodstvom policije (Cunder, et al., 2017, p. 9). Mažič (2016) pa zatrjuje, da se, v kolikor koordinacija ekip nujne medicinske pomoči ter policije ni izvedena, ogroža varnost vseh udeležencev dogodka. Leta 2015 so se na pobudo Zbornice–Zveze ter Sekcije reševalcev v zdravstvu v delovno skupino povezali predstavniki služb nujne medicinske pomoči, policije in Slovenske vojske. V letu 2016 so ta priporočila izdali ter jih posredovali enotam po Sloveniji (Cunder, et al., 2017). Zapisali so priporočila glede sprejema klica, alarmiranja enot, zbirnega mesta za intervencijske ekipe ter njihov prihod na mesto dogodka. Prav tako so pripravili priporočila o nivojih nudenja prve medicinske pomoči. Njihova priporočila vsebujejo tudi nasvete, kako pristopati v primerih, ko med običajno intervencijo službe nujne medicinske pomoči pride do strelskega obračuna oziroma druge grožnje z orožjem ali orodjem ter o posebnostih triažnega sistema na mestu dogodka z več žrtvami (Mažič, 2016; Cunder, et al., 2017).

2.6.1 Sprejem klica

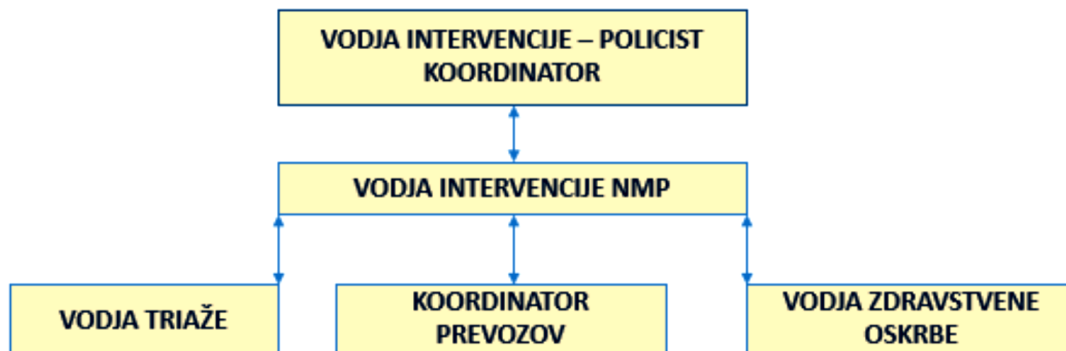
Prvi kontakt s klicateljem na pomoč je ključnega pomena za sprejemanje nadaljnjih odločitev s strani dispečerja. Pomembno je, da zdravstveni dispečer od klicatelja pridobi čim več podatkov, ki bodo lahko pomagali enotam zaščite in reševanja pri intervenciji. Zdravstveni dispečer naj od klicatelja skuša pridobiti naslednje podatke (Fink, et al., 2016; Cunder, et al., 2017):

1. Kaj se je zgodilo (ali gre za aktivni strelski dogodek, ali ima dogodek znake zajetja talcev itd.)?
2. Kdaj se je zgodilo (čas začetka streljanja, ali je streljanje oziroma napad še v teku)?

3. Lokacija dogodka (čim bolj natančna lokacija, ali obstajajo ovire do oziroma na mestu dogodka)?
4. Kako se je zgodilo (je prišlo do prepira, spora, ali obstaja možnost maščevanja)?
5. S čim storilec posreduje (strelno orožje, orodje, eksploziv)?
6. Kdo je storilec (opis storilca)?
7. Zakaj je do dogodka prišlo?
8. S kom se je storilo (ali so prisotni sosterilci)?
9. Proti komu se dejanje odvija oziroma je bilo usmerjeno (družina, naključne žrtve)?

Ker bo vseh devet vprašanj težko realizirati med klicem, naj bo zdravstveni dispečer osredotočen predvsem na prve tri. Tekom telefonskega pogovora naj bo pozoren tudi na zvoke iz ozadja, kot so poki, strelji, kričanje, zvoki vozil, ter naj o svojih ugotovitvah nemudoma obvesti operativno-komunikacijski center (Cunder, et al., 2017).

Zdravstveni dispečer v sodelovanju z operativno-komunikacijskim centrom določi tudi takojšnje alarmiranje ali alarmiranje z zamikom enot službe nujne medicinske pomoči, število alarmiranih enot, smer in način vožnje na intervencijo. Prav tako določi uporabo svetlobnih in zvočnih signalov ter smer prihoda in odhoda. Upoštevajoč minimalno varnostno razdaljo od kraja dogodka operativno-komunikacijski center skupaj z zdravstvenim dispečerjem določi lokacijo zbirnega mesta z obzirom tudi na taktiko posredovanja (Cunder, et al., 2017). V kolikor je znana identiteta storilca, zdravstveni dispečer preveri dostopno dokumentacijo kroničnih bolezni, predpisanih zdravil, zadnjega obiska pri zdravniku, hospitalizacije ali obiska pri psihiatru ter jih posreduje vodji intervencije (Cunder, et al., 2017). Zdravstveni dispečer določi tudi način komuniciranja in vodenja, pri čemer mora upoštevati hierarhično ureditev, ki je predstavljena na sliki 3.



Slika 3: Hierarhična lestvica vodenja pri AMOK intervenciji

(Vir: Cunder, et al., 2017)

Leta 2017 je Ministrstvo za zdravje izdalo Slovenski indeks za nujno medicinsko pomoč, ki je namenjen dispečerski službi kot pomoč pri pridobivanju podatkov in pravilnem odločanju o nadaljnji pomoči. V sam indeks pa so na kartici 04 dodana tudi priporočila za primer AMOK dogodka z nasveti in navodili dispečerju (Ministrstvo za zdravje, 2017).

2.6.2 Zbirno mesto intervencijskih ekip

Naloga služb za nujno medicinsko pomoč na zbirnem mestu so vzpostavitev kontakta z vodjo policijske intervencije, izmenjava informacij in določanje komunikacijskih kanalov ter načinov komuniciranja. Oblikovati morajo dve skupini za vstop. V prvi skupini sta dva člana službe nujne medicinske pomoči, ki bosta v skupni formaciji s policijo vstopila v toplo cono in začela izvajati prvo triažo ter nujne ukrepe. V drugi vstopni skupini sta prav tako dva člana službe nujne medicinske pomoči, ki pa sodelujeta pri evakuaciji do hladne cone. Pomembno je, da si vsi udeleženci intervencije namestijo osebna zaščitna sredstva, preverijo radijske zveze, komplete za prvo pomoč, komplete za masovne nesreče in jih po potrebi glede na vrsto dogodka dopolnijo (Cunder, et al., 2017).

2.6.3 Prihod ekipe službe nujne medicinske pomoči na mesto dogodka

Pri prihodu mora ekipa nujne medicinske pomoči paziti na varnostno razdaljo, ki naj bo, če ni drugače določeno, vsaj 15 metrov od objekta intervencije. Pazljiva naj bo tudi na primerno postavitev oziroma parkiranje reševalnega vozila, ki naj bo postavljeno v kritju

oziroma zaklonu ter obrnjeno v smeri odvoza z mesta intervencije v primeru aktivnega streljanja. V kolikor so v intervenciji prisotne nevarne snovi ali obstaja možnost, da bodo prisotne, je potrebno upoštevati tudi smer vetra in nagib terena (Cunder, et al., 2017).

Gibanje na nevarnem območju ekipa nujne medicinske pomoči izvaja skupaj s pripadniki policije, ki vedno vodi dogodek. Določeni deli intervencijskega prostora se morajo poimenovati skupaj s policijo. Izhodiščna črta je območje operativnega delovanja službe nujne medicinske pomoči, ob nevarnosti pa se po navodilih policije prestavi. Med intervencijo je potrebno biti pozoren, kje je t. i. končna črta, ki predstavlja mejo med vročo, toplo in hladno cono. V primeru večjega dogodka, kjer je več poškodovanih, se v dogovoru z interventnimi službami določi oziroma formira sektorje, ki jih lahko poimenujejo po straneh neba, nadstropjih ali ulicah (Cunder, et al., 2017). Ekipa NMP seveda ne pripelje na mesto, kjer se odvija streljanje. Pripelje se na dogovorjeno zbirno mesto, ki je na varnem kraju. Tam pridobi od policije dodatne podatke o dogajanju in lokaciji dogajanja. Glede na dobljene podatke ekipa NMP sporoči svojemu dispečerju morebitne dodatne potrebe (ekipe, opremo itd.), policija pa določi meje treh con (Mohor, 2016, p. 139). Ob prihodu na kraj dogodka naj se ne povzroča posebnega hrupa, skuša naj se načrtovati naslednje korake, gibaje pa naj bo omejeno na minimum. V kolikor je mogoče, naj en član ekipe spremlja dogodke na območju z varnostne razdalje in o njih poroča skupini (Cunder, et al., 2017).

2.6.4 Nivoji nudenja prve medicinske pomoči

Pri obravnavi aktivnega strelca naj službe nujne medicinske pomoči sledijo akronimu THREAT, ki so ga aprila leta 2012 izdelali na Hartfordskem konsenzu. Kritični koraki THREAT so sestavljeni iz zatiranja grožnje, kontroliranja krvavitve, hitrega izvlečenja poškodovanega na varno, pregleda poškodovanca s strani medicinskega osebja ter transporta do dokončne oskrbe (Cunder, et al., 2017).

Delitev taktične nujne medicinske oskrbe Callaway in sodelavci (2011) opisujejo na naslednji način:

- oskrba pod neposredno grožnjo: oskrba, ki se izvaja med napadom oziroma v neugodnih razmerah;
- oskrba pod posredno grožnjo: oskrba, ki se izvaja, potem ko je bila grožnja zatrta, a se ponovno pojavi na eni izmed točk.

Po načelih taktične medicine glede na stopnjo nevarnosti se območja posredovanja formirajo v cone, in sicer v vročo, toplo in hladno cono. Ekipe službe nujne medicinske pomoči se morajo zavedati, da je določitev con ter razmejitvenih linij med njimi izključno domena policije. V primeru enega poškodovanca izvede evakuacijo v hladno cono policija, tam pa ga prevzame ekipa nujne medicinske pomoči. Če je poškodovancev več, pa ekipa nujne medicinske pomoči svoje delo opravlja v topli coni pod nenehnim policijskim varovanjem. Ker hladna cona pomeni najvišjo stopnjo varnosti, varovanje v tej coni s strani policije ni potrebno (Mohor, 2016; Cunder, et al., 2017).

Vroča cona je najbolj nevarna cona. Delovanje v tej coni je izključno domena policije. Ekipa nujne medicinske pomoči v vročo cono nima vstopa. Pri vroči coni mora biti med opremo policistov, ki vanjo vstopajo, oprema za prvo medicinsko pomoč, komplet za zaustavljanje hudih krvavitev, kot na primer C.A.T. ali izraelski povoj. Njihova naloga je delovanje po principih taktične medicine, kar pomeni uporaba pripomočkov za hitro ekstrakcijo, zaustavitev hudih krvavitev in obračanje nezavestnih na trebuh (Cunder, et al., 2017).

V topli coni, za katero velja, da je relativno varna, lahko ekipa službe nujne medicinske pomoči posreduje v primeru, ko sta izpolnjena dva pogoja: ekipa ima zagotovljeno neprekinjeno varovanje in uporablja predpisano posebno varovalno opremo. Operativno je delovanje v tej coni razdeljeno na dve skupini. Prva vstopna skupina je zadolžena za izvajanje primarne oziroma prve triaže in vodenje evidence o poškodovanih. Prav tako je zadolžena za opravljanje nujnih postopkov, ki bodo ohranjali življenje, kamor spadajo zaustavitev večje krvavitve, sproščanje dihalne poti (vstavitev ustno-žrelnega tubusa), namestitev pacienta v položaj za nezavestnega in pri otrocih izvajanje petih začetnih vpihov. Druga vstopna skupina pa je zadolžena za evakuacijo poškodovanih po izvedeni primarni oziroma prvi triaži (Cunder, et al., 2017). V topli coni se je potrebno zavedati,

da neposredne nevarnosti ni, vendar se lahko situacija v vsakem trenutku spremeni in topla cona postane vroča cona, kar pa za ekipe nujne medicinske pomoči pomeni oskrbo pod ognjem. Ker je časa za oskrbo manj in ker obstajajo omejitve pri oskrbi poškodovanega, je potrebna čim hitrejša oskrba, stabilizacija in transport poškodovanega. Ekipe nujne medicinske pomoči so v topli coni omejene z razpoložljivim znanjem, veščinami in kompetencami. Prav tako pri sebi verjetno ne bodo imele vse potrebne opreme (Cunder, 2016).

V hladni coni, ki velja za povsem varno cono, potekajo običajni postopki nudenja nujne medicinske pomoči. Vsi poškodovanci, ki so transportirani v hladno cono, so deležni triaže ter medicinske oskrbe, skladne s smernicami za ukrepanje služb nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah (Cunder, et al., 2017).

V hladni coni se izvaja postopke po načelih taktične medicine. Splošni postopki pri oskrbi sledijo po načelu AB-C (airway, breathing, circulation), razen v primeru vidnih hudih krvavitev, kjer velja načelo C-AB (circulation, airway, breathing). V primeru vidnih hudih krvavitev se takoj začne izvajati direktni pritisk področne arterije ob kost ali pritisk na krvaveče mesto v rani. Temu začetnemu zaustavljanju hude krvavitve sledi kompresijska obveza, Esmarchov zažemek ali hemostatična snov, ki bodo krvavitve zaustavile. Pomemben je dvig poškodovane okončine nad nivo srca, kontrola krvavitve ter ocena stanja zavesti po lestvici AVPU (Alert, respond to Verbal, respond to Pain, Unresponsive) (Cunder, et al., 2017).

Pri zagotavljanju oziroma ugotavljanju proste dihalne poti je najprej potrebno ugotoviti, ali obstaja tveganje za zaporo dihalnih poti. V primeru nezavesti poškodovanega je potrebno iskati znake zapore dihalne poti, kot je grgranje, smrčanje ali stridor. V primeru, da zvoki niso prisotni, je potreben dvig spodnje čeljusti ali trojni manever. Ob ugotavljanju zapore je potreben pregled ustne votline in odstranitev tujkov s prsti v primeru dosegljivih trdih tujkov ali aspiracije v primeru tekočin. V primeru odsotnosti požiralnega refleksa je potrebna vstavev nosno-žrelnega ali ustno-žrelnega tubusa ali I-Gela. V primeru neuspeha sledi intubacija (Cunder, et al., 2017).

Pri oceni dihanja je potrebnih 10 sekund, med katerimi naj reševalec gleda, posluša in občuti dihanje poškodovanca. V primeru odsotnega dihanja ali dihanja s frekvenco manj kot osem vdihov na minuto je potrebno umetno predihavanje. V primeru zadovoljivega dihanja se namesti masko OHIO z obzirom, da je lahko kisikova jeklenka na območju AMOK dogodka potencialno nevaren predmet, zato je potrebno o njeni uporabi premisliti. Rane na prsnem košu se obravnava kot odprti pnevmotoraks. Rano je potrebno takoj pokriti z roko, zavestnega poškodovanca posesti v pol-sedeč položaj, namestiti kompreso z enosmernim ventilom ter ponovno ugotavljati kvaliteto dihanja (Cunder, et al., 2017).

Pri oceni cirkulacije oziroma krvnega obtoka reševalec ocenjuje pulz, kožo ter kapilarni povratek. V primeru tahikardije ter kapilarnega povratka, ki je daljši od dveh sekund, mora razmišljati o hipovolemičnem šoku (Cunder, et al., 2017).

Glede na mehanizem nastalih poškodb in ocene po shemi ABC se lahko odloča o hitrem travma pregledu takrat, ko gre za odstopanje v shemi ABC ter hud mehanizem poškodbe, ali za usmerjen pregled, ko pri začetni oceni ni posebnosti, mehanizem pa je lokaliziran samo na predel ali regijo telesa (Cunder, et al., 2017).

2.6.5 Streljanje med običajno intervencijo

Za ekipe službe nujne medicinske pomoči se lahko običajna intervencija, kjer se ni pričakovalo nasilja, prevesi v intervencijo z znaki nasilja, usmerjenega proti ekipi, poškodovanemu ali prisotnim na kraju. Pomembno je, da ekipa že takoj po prihodu na kraj dogodka zazna znake nasilja, uporabe drog in drugih psihoaktivnih substanc. Spremlja pa naj tudi reakcije prisotnih ob njihovem prihodu za morebitne znake nevarnosti za ekipo, kot so povišan ton govora, grožnje ter hitri in nenavadni gibi. Glede na oceno ekipe je možnih več oblik ravnanja ob dogodku (Cunder, et al., 2017). Ekipe naj delujejo po pristopu RHF, kar pomeni »Run, Hide, Fight« ali »Zbeži, Skrij se, Bori se« (Mohor, 2016).

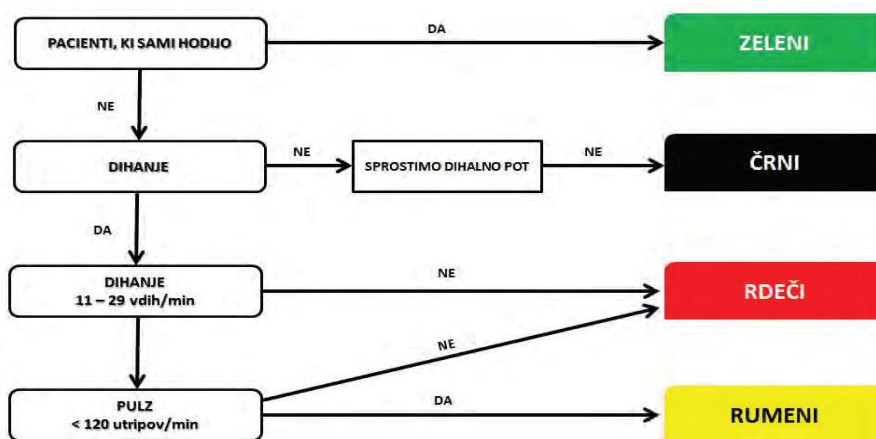
Ekipa lahko naredi takojšen umik iz mesta dogodka, kar je zanjo najboljša možna rešitev. Ena izmed možnih rešitev je tudi odhod člana do reševalnega vozila, obveščanje policije o dogodku ter prošnja za pomoč. V primeru, da je ekipa že v stavbi, ko pride do znakov nasilja, naj se evakuira v prostor, ki je dovolj oddaljen od lokacije storilca, pozorni morajo biti le na to, da ima prostor možnost zaklepa vrat ter vsaj en izhod. Vrata naj se zabarikadirajo s priročnimi sredstvi. V kolikor evakuacija iz prostora ni možna, je potrebno skrivanje. Uporabijo se naj omare in mize. Potrebna je popolna tišina, zato je treba ugasniti vse naprave in mobilne telefone. Določiti je potrebno osebo, ki se bo v primeru soočenja spopadla s storilcem ter ji priskrbeti sredstva za onesposobitev storilca. Če je le mogoče, je potrebno policiji sporočiti lokacijo skrivališča ter lokacijo storilca. Ekipa naj uporabi opremo kot zaščito za najvitalnejše dele telesa (Cunder, et al., 2017). V primeru AMOK dogodka se ekipa nujne medicinske pomoči nikoli ne poskuša spopasti s storilcem, razen v primeru, ko se le-ta nahaja v neposredni bližini ter izogib srečanju ni možen, s tem pa bo ogroženo življenje. V tem primeru naj en član ekipe skuša izbiti orožje iz rok napadalca, drugi pa naj ga poskuša onesposobiti. Pri tem je potrebno delovati agresivno, sporočati, da je policija že na kraju in upoštevati vitalne dele telesa za napad (Cunder, et al., 2017). Ob prihodu policistov se je potrebno najprej prepričati, da so to resnično policisti. Oblečeni naj bodo v enotna oblačila ali pa naj imajo oznake policije na civilnih oblekah. Ob prihodu policije je potrebno njihova navodila dosledno upoštevati, odložiti vse iz rok ter ne izvajati hitrih gibov. Vedeti je treba, da so reševalci v prvi fazi, ko jih policija še ni identificirala, smatrani kot napadalci (Cunder, et al., 2017).

2.6.6 Triaža na mestu AMOK intervencije

Triaža je proces, v katerem se večje število poškodovanih razvrsti glede na njihove potrebe po medicinski oziroma zdravstveni oskrbi. Potrebno jo je izvajati vedno, kadar ni možno zagotoviti ene ekipe službe nujne medicinske pomoči na enega pacienta. Namen je v čim krajšem času rešiti čim več življenj. Ves čas je potrebno usklajevati potrebe žrtev in razpoložljive vire.

Izvajanje primarne triaže je dolžnost vsake intervencijske ekipe, ki prispe na kraj dogodka prva, saj je osnovna naloga ohranjanje in varovanje človeških življenj. Primarna triaža pa

je postopek, s katerim se omenjeni cilj doseže po enotni metodologiji in enakopravno obravnavo vseh udeleženih oseb. Evidenca izvajanja primarne triaže je ob dogodku na večji površini. Vodja primarne ekipe koordinira delo triažne skupine, ki je lahko poljubno velika, ter izpolni končno poročilo o triaži (Cunder, et al., 2017). Triažni algoritem v Sloveniji se imenuje SIEVE, ki se ga na osnovi pokretnosti, frekvence dihanja in pulza pri poškodovancu razvrsti v štiri triažne kategorije (Cunder, et al., 2017).



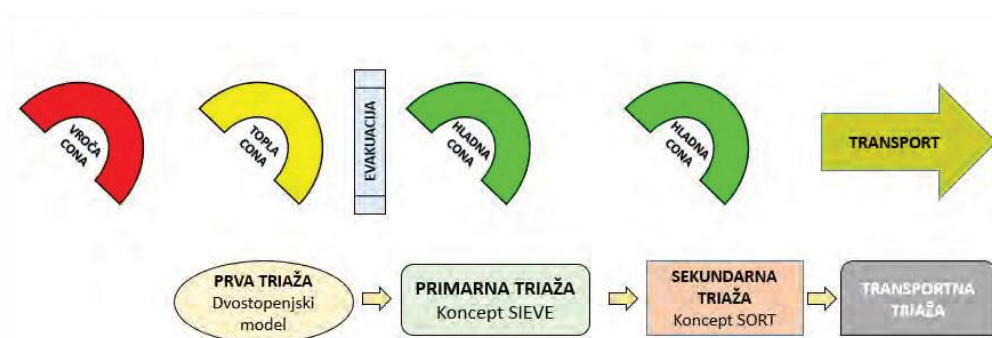
Slika 4: Triažni algoritem SIEVE

(Vir: Cunder, et al., 2017)

V rdeči prioritetni skupini so življenjsko ogroženi pacienti, ki jih lahko z ustrezno in pravočasno oskrbo še rešimo. V rumeno skupino spadajo nujni pacienti, katerih bolezen ali poškodbe lahko ogrozijo njihovo življenje, vendar je njihovo stanje trenutno zadovoljivo in pacient ni v šoku. V zeleno prioriteto skupino spadajo pacienti z lokaliziranimi poškodbami brez hudih sistemskih učinkov in lahko počakajo na oskrbo ali obravnavo nekaj ur. V črno skupino pa spadajo pacienti, pri katerih je nastopila klinična ali biološka smrt. Pomembno je vedeti, da se na masovnih dogodkih ne ugotavlja razlike med njima. Poškodovanci, ki po sprostitvi dihalnih poti ne kažejo znakov življenja, so na kraju razglašeni za mrtve. Za posameznega poškodovanca se lahko porabi 30–60 sekund (Cunder, et al., 2017). Po trenutno veljavnem triažnem kartonu se ob postopku triaže poškodovanec identificira s številko, ki je priloga kartona. Zdravstveni delavec, ki izvaja prvo triažo, sme po potrebi izvesti ukrepe zaustavljanja večje krvavitve,

sprostitev dihalnih poti, vstavljanja ustno-žrelnega tubusa, namestitvev poškodovanega v stabilni bočni položaj ter pet začetnih vpihov pri otrocih (Cunder, et al., 2017).

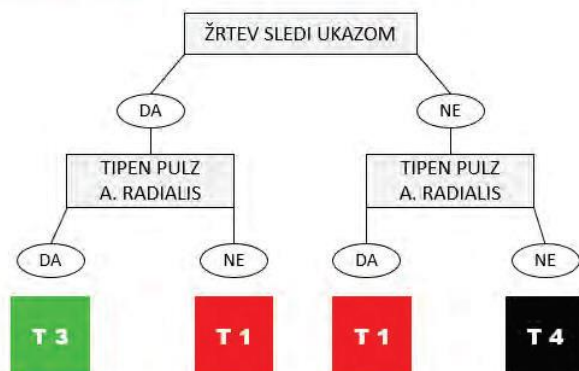
Med postopke, ki jih zdravstveni delavec, ki izvaja triažno na prvem nivoju, lahko izvede, spadajo: zaustavitev krvavitve s prevezo C.A.T. ter snovmi, ki povzročajo hemostazo, sprostitvev dihalne poti ter obračanje na bok, vstavitev nosno-žrelnega tubusa ter igelna dekompresija v primeru pnevmotoraksa (Cunder, 2016).



Slika 5: Dinamika procesa triaže pri AMOK dogodkih
(Vir: Cunder, et al., 2017)

Na kraju AMOK dogodka so žrtve deležne dvostopenjske triaže, pri kateri zdravstveni delavec iz prve vstopne skupine določi triažno kategorijo ter izvede nujne ukrepe za ohranitev življenja (Cunder, et al., 2017).

DVOSTOPENJSKI MODEL TRIAŽE – „TACTICAL TRIAGE“



Slika 6: Dvostopenjski model triaže
(Vir: Cunder, et al., 2017)

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti pripravljenost članov nujne medicinske pomoči na AMOK dogodek in ukrepanje med njim ter preveriti njihovo morebitno željo po spremembi v opremi.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti znanje ukrepanja v AMOK dogodku glede na izvajalca službe nujne medicinske pomoči;
- ugotoviti povezanost med znanjem ukrepanja v AMOK dogodku ter delovno dobo;
- ugotoviti poznavanje priporočil za primer AMOK dogodka med člani ekip nujne medicinske pomoči;
- ugotoviti pripravljenost izvajalcev službe NMP na ukrepanje v AMOK dogodku.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregleda domače in tuje literature ter zastavljenih ciljev smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako se poznavanje ukrepanja pri AMOK dogodkih razlikuje med izvajalci službe nujne medicinske pomoči?
- Kakšna je povezanost med delovno dobo v nujni medicinski pomoči in znanjem ukrepanja v AMOK dogodku?
- Kakšno je poznavanje slovenskih priporočil za primer AMOK dogodka med člani ekip nujne medicinske pomoči?
- Kakšna je pripravljenost izvajalcev službe NMP na ukrepanje ob AMOK dogodku?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na kvantitativni neeksperimentalni opisni metodi empiričnega raziskovanja. Za potrebe teoretičnega dela smo iskali strokovno literaturo v podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest, PubMed, COBISS, SCIRP, SSKJ in MEDLINE.

Iskanje v slovenskem jeziku je potekalo s pomočjo ključnih besed »Terorizem«, »Ukrepanje v AMOK situaciji«, »AMOK dogodek«, »aktivni strelec« »reševalci«, »usposabljanje v NMP«, »postopki taktične medicine«; v angleščini pa »Amok situation«, »Tactical combat casualty care«, »AMOK event«, »how to act in AMOK situation«, »Active shooter«, »Emergency field workers«, »training for emergency field workers«.

Pri iskanju virov smo se omejili na tiste, ki niso starejši od 10 let, osredotočili pa smo se izključno na strokovne članke s polnim besedilom. Uporabili smo tudi en vir, starejši od 10 let (Saint Martin, 1999), saj je eden prvih, ki je problematiko AMOK dogodkov obravnaval tako obširno, zaradi večkratnega citiranja v drugih delih pa smo ga vzeli kot verodostojnega. Pri izboru virov smo si pomagali tudi z vsebino povzetkov, kjer smo se omejili na to, da sam povzetek odgovori na čim več raziskovalnih vprašanj.

Za empirični del smo uporabili kvantitativno tehniko zbiranja podatkov, in sicer anketo, s katero smo pridobili mnenja zaposlenih v službah nujne medicinske pomoči o usposobljenosti na morebiten AMOK dogodek.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatki za raziskovalni del diplomskega dela so pridobljeni s pomočjo ankete, ki smo jo opravili med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči pri treh največjih izvajalcih v Sloveniji. Zaradi omejitve enega od izvajalcev o posredovanju konkretnih podatkov smo izvajalce poimenovali kot izvajalec A, izvajalec B ter izvajalec C.

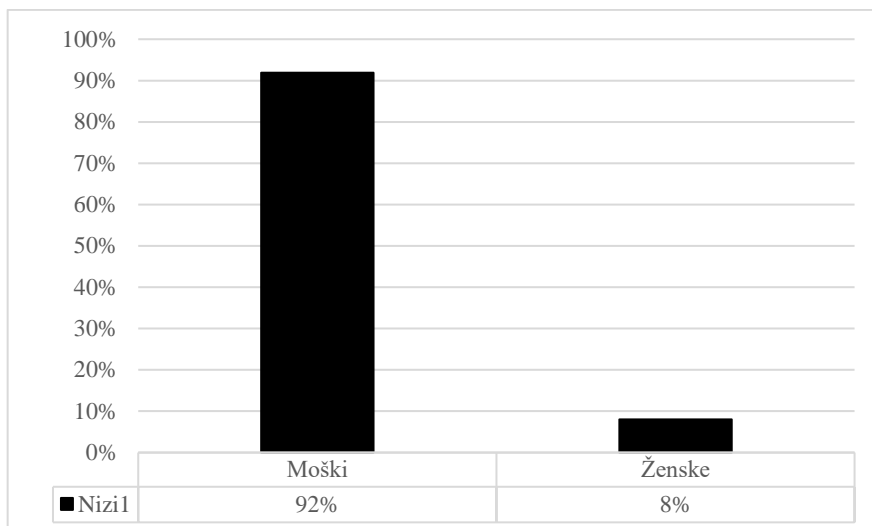
V prvem sklopu ankete smo pridobili demografske podatke, kjer sta nas zanimala spol in starost. V istem sklopu smo spraševali še po dokončani zdravstveni izobrazbi, skupnem številu let delovanja v nujni medicinski pomoči ter o regiji, iz katere prihajajo. V drugem sklopu, ki temelji na pregledu literature (Callaway, et al., 2011; Lenworth, et al., 2015; Mažič, 2016; Cunder, et al., 2017), pa smo anketirane spraševali po poznavanju priporočil za ukrepanje v AMOK dogodkih.

V drugem sklopu se je v dveh vprašanjih uporabila petstopenjska Likertova lestvica strinjanja s trditvami, pri čemer je 1 pomenilo popolno nestrinjanje, 2 nestrinjanje, 3 niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 strinjanje in 5 popolno strinjanje s trditvijo. Pri dveh vprašanjih je bilo možnih več odgovorov pri 13 vprašanjih pa po en odgovor. Pri zadnjem vprašanju so anketiranci zapisali pravilen odgovor s številko.

Zanesljivost Likertove lestvice smo preverjali s koeficientom Cronbach alfa, ki lahko zavzame vrednost v intervalu od 0 do 1, še dopustna meja zanesljivosti pa je 0,7 (Ferligoj, et al., 1995). Izračun našega koeficienta je bil 0,846.

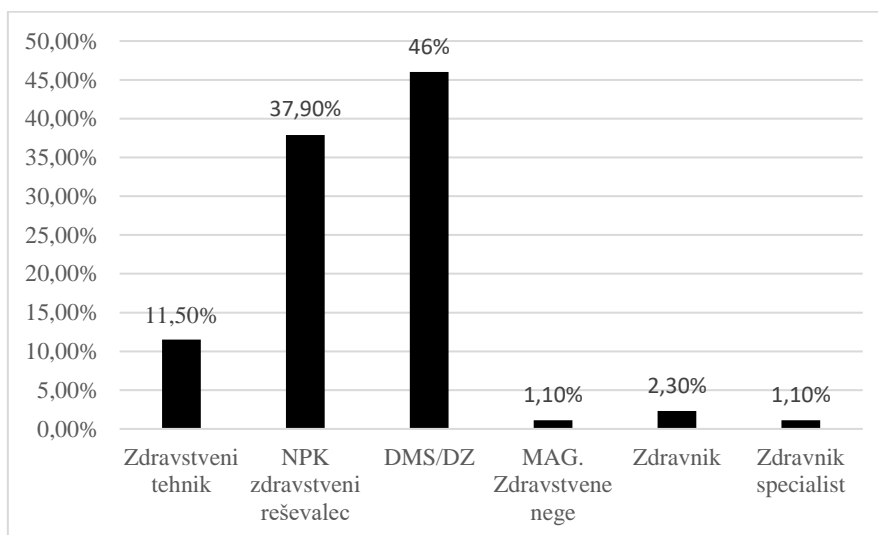
3.3.3 Opis vzorca

Razdeljenih je bilo 190 anket. Ankete je rešilo 87 zaposlenih v služni nujne medicinske pomoči, kar je 45,7 % vseh razdeljenih anket. Uporabili smo namenski neslučajnostni vzorec. Največ anketirancev, ki je izpolnilo anketo, je bilo moškega spola, in sicer 80 (92 %), žensk je bilo 7 (8 %).



Slika 7: Razdelitev po spolu

Deset anketiranih (11,5 %) je bilo zdravstvenih tehnikov, 33 (37,9 %) jih je bilo NPK zdravstvenih reševalcev, 40 (46 %) diplomiranih zdravstvenikov oziroma medicinskih sester, en (1,1 %) je bil magister zdravstvene nege, dva zdravnika (2,3 %) in en zdravnik specialist (1,1 %).

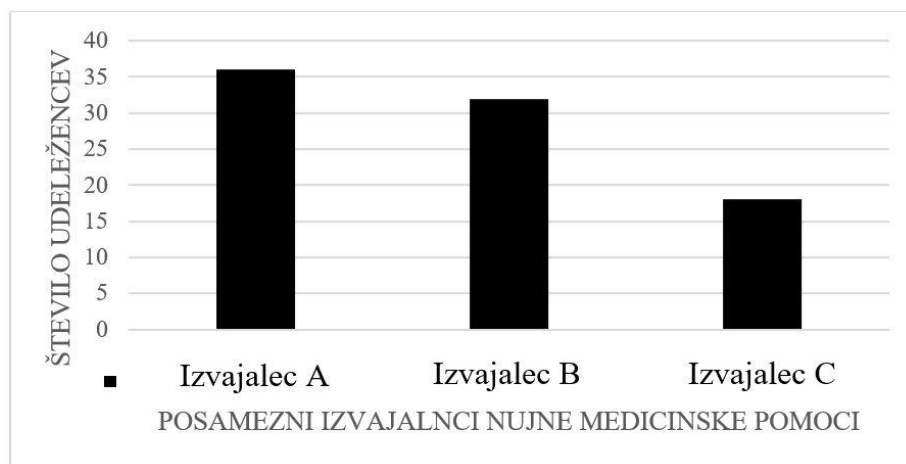


Slika 8: Stopnja izobrazbe anketirancev

Povprečna starost anketiranih je bila 32,9 let (SO = 7,80), najmlajši je bil star 21 let, najstarejši pa 57 let. Povprečno število let delovne dobe je bilo 8,65 let (SO = 8,06),

najbolj izkušen anketiranec/anketiranka je imel(a) za sabo 34 let delovne dobe, nekaterim pa je teklo šele prvo leto delovne dobe.

Največji delež anketiranih prihaja s strani izvajalca A, in sicer 37 oziroma 41,9 % celotnega vzorca. Temu sledijo anketiranci izvajalca B, ki jih je bilo 32 (37,2 %), najmanj anketiranih pa je bilo od izvajalca C, in sicer 18 (20,9 %).



Slika 9: Razdelitev glede na regijo izvajalca nujne medicinske pomoči

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Ankete smo poslali po odobritvi dispozicije na Fakulteto za zdravstvo Angele Boškin in po prejetih soglasjih izvajalcev nujne medicinske pomoči. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno. Sodelujočim v raziskavi so bila v anketi pojasnjena navodila in namen raziskave. Pridobljeni podatki so bili zbrani za izdelavo diplomskega dela. Tekom izvajanja raziskave smo se držali statističnih kodeksov ustreznosti virov, zaupnosti, varstva podatkov ter nepristranskosti in objektivnosti. Trudili smo se, da smo čim manj obremenili anketirane z našo raziskavo. Podatki so bili shranjeni v digitalni obliki v programu razpredelnic Excel 2016, statistična analiza se je naredila s pomočjo programa IBM SPSS verzije 24, vizualizacije (grafikoni) pa so bile narejene s pomočjo programov Excel in SPSS.

Pri pregledu raziskovalnih vprašanj je bila uporabljena metoda frekvenčne analize za vprašanja kategoričnega (nominalnega) tipa odgovorov in opisna statistika za vprašanja z razmernostnim tipom odgovorov. Vsi anketiranci niso rešili vseh vprašanj, vendar smo jih kljub temu zaradi majhnega števila izpolnjenih anket vključili v raziskavo.

Za preverjanje statističnih analiz so se uporabljali sledeči statistični testi: Shapiro-Wilkov test smo uporabljali za preverjanje, če meritve ustrezajo normalni porazdelitvi; za primerjavo več neodvisnih skupin se je uporabil neparametrični Kruskal-Wallisov test; za preverjanje povezanosti neparametrični Spearmanov test povezanosti (korelacije); za preverjanje enake verjetnosti odgovorov pa se je uporabil Pearsonov hi-kvadrat enakih verjetnosti. Pri analizah smo upoštevali standardno mejo statistične značilnosti $\alpha = 0,05$.

3.4 REZULTATI

Prvo vprašanje se je glasilo: »Ali se poznavanje ukrepanja pri AMOK dogodkih razlikuje med izvajalci službe nujne medicinske pomoči?«. Poznavanje ukrepanja pri AMOK dogodkih smo preverjali s pomočjo osmih vprašanj, kjer je pri vsakem eden izmed ponujenih odgovorov bil pravilen in je bil točkovan z 1 točko. Število pravih odgovorov tako predstavlja novo mero poznavanja ukrepanja pri AMOK dogodka. Podrobnejši pregled pravih odgovorov na vsako izmed osmih vprašanj je narejen pri preverjanju tretjega raziskovalnega vprašanja, agregirani podatki poznavanja ukrepanja pri AMOK dogodka pa so glede na izvajalce službe z opisnimi statističnimi vrednostmi predstavljeni v tabeli 1.

Že iz tabele 1 je razvidno, da ni prevelikih razlik pri poznavanju ukrepanja pri AMOK dogodka glede na izobrazbo delavcev. Za tri vzorce (glede na tip izobrazbe), ki so bili dovolj veliki (zdravstveni tehnik, NPK zdravstveni reševalec in diplomirani zdravstvenik/ medicinska sestra), se je izvedel test normalne porazdelitve – Shapiro-Wilkov test, ki preverja, če je porazdelitev meritev skladna z normalno porazdelitvijo. Za vzorec diplomiranih zdravstvenikov in medicinskih sester se je izkazalo, da ne ustreza normalni porazdelitvi. To nam kaže vrednost statistične značilnosti p tega testa ($p = 0,005$), ki pove, da se porazdelitev meritev za ta vzorec statistično značilno razlikuje od normalne

porazdelitve. Ker eden izmed vzorcev ne ustreza normalni porazdelitvi, se s tem krši eden izmed pogojev za uporabo parametričnega testa primerjave. Zaradi tega smo za primerjavo več neodvisnih skupin (ločenih vzorcev glede na izobrazbo) uporabili neparametrični test primerjave več neodvisnih skupin, in sicer Kruskal-Wallisov test. Ta test pokaže, ali obstajajo statistično značilne razlike pri številu doseženih točk glede na izobrazbo anketirancev ali pa do razlik prihaja le po naključju.

Rezultati Kruskal-Wallisovega testa kažejo, da ni statistično značilnih razlik pri poznavanju ukrepanja pri AMOK dogodku ($\chi^2(5) = 4,04$; $p = 0,543$).

Tabela 1: Opisne statistične vrednosti mere poznavanja ukrepanja pri AMOK dogodku glede na izobrazbo izvajalcev službe nujne medicinske pomoči

Funkcija	Zdravstveni i tehniki	NPK zdravstveni reševalci	Diplomirani zdravstveniki/ medicinska sestra	Magister zdravstven e nege	Zdravni k	Zdravni k specialisti
n	10	33	40	1	2	1
M	5	5,121212	5,5	3	5	6
Me	5	5	6	3	5	6
SO	1,825742	1,57634	1,768673	-	0	-
Min	2	2	0	3	5	6
Maks	8	8	8	3	5	6
Shapiro-Wilk p	0,088	0,146	0,005*	-	-	-
Kruskal-Wallisov test				χ^2	df	p
Poznavanje ukrepanja pri AMOK dogodku glede na izobrazbo				4,04	5	0,543

Legenda: * vzorec ne ustreza normalni porazdelitvi. n – vzorec, M – povprečje, Me – mediana, SO – standardni odklon, Min – minimum, Maks – Maksimum

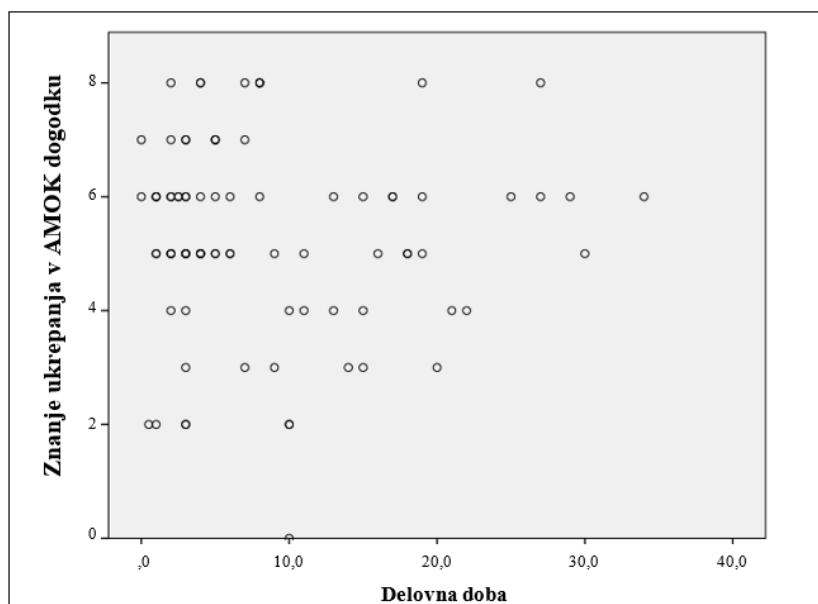
Pri drugem raziskovalnem vprašanju »Kakšna je povezanost med delovno dobo v nujni medicinski pomoči in znanjem ukrepanja v AMOK dogodku?« nas je zanimalo, če obstaja povezava (korelacija) med delovno dobo v nujni medicinski pomoči in znanjem ukrepanja v AMOK dogodku. Tabela 2 prikaže opisno statistične vrednosti za obe meritvi in rezultate Shapiro-Wilkovega testa, s katerim smo preverjali, če sta meritvi normalno porazdeljeni.

Tabela 2: Opisno statistične vrednosti delovne dobe in poznavanja ukrepanja v AMOK dogodku

Funkcija	Delovna doba v nujni medicinski pomoči	Znanje ukrepanja v AMOK dogodku
n	85	87
M	8,65	5,26
Me	5,00	5,00
SO	8,06	1,67
Min	0,0	0,0
Maks	34,0	8,0
Shapiro-Wilk p	< 0,001	< 0,001

Legenda: n – vzorec, M – povprečje, Me – mediana, SO – standardni odklon, Min – minimum, Maks – Maksimum

Na sliki 11 je prikazano razmerje med delovno dobo in znanjem ukrepanja.



Slika 10: Graf raztrosa delovne dobe v nujni medicinski pomoči in znanja ukrepanja v AMOK dogodku

Ker nobena izmed meritev ne ustreza normalni porazdelitvi (vrednost statistične značilnosti p Shapiro-Wilkovega testa je za obe meritvi pod mejo 0,05), je za preverjanje povezanosti uporabljen neparametrični test povezanosti – Spearmanov test povezanosti, ki prikazuje stopnje povezanosti dveh nenormalno porazdeljenih spremenljivk. Rezultati tega testa nam kažejo, da ni statistično značilne povezave med delovno dobo v nujni medicinski pomoči in znanjem ukrepanja v AMOK dogodku ($\rho = -0,060$; $p = 0,588$), kar pomeni, da znanje v ukrepanju ni odvisno od delovne dobe posameznika.

Znanje o Slovenskih priporočilih za primer AMOK dogodka med člani ekip nujne medicinske pomoči smo preverjali s pomočjo osmih vprašanj, ki so že v prejšnjih hipotezah sestavljale mero poznavanja ukrepanja pri dogodku AMOK. Sledeče frekvenčne tabele prikazujejo deleže odgovorov za vsako izmed osmih vprašanj, kjer so pravilni odgovori označeni s krepko pisavo.

Iz tabele 3 je razvidno, da je največ anketiranih v raziskavi, in sicer 46 (53,5 %), odgovorilo z odgovorom »Se odpravite na pot, izberete varno točko, o tem obvestite OKC in čakate na nadaljnja navodila«, ki je tudi pravilen odgovor na to vprašanje. Nekoliko manj (40 anketiranih oziroma 46,5 %) jih je napačno odgovorilo na to vprašanje z odgovorom »Čakate na mestu, dokler vas ne obvestijo o zbirnem mestu.«. Prav nobeden (0 %) ni nepravilno odgovoril z odgovorom »Se ekipa nujne medicinske pomoči takoj odpeljete na mesto s svetlobnimi in zvočnimi signali.«.

Tabela 3: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Ko je enota nujne medicinske pomoči aktivirana na kraj AMOK dogodka in v kolikor zbirno mesto še ni določeno ...

Odgovor	n	%
Čakate na mestu, dokler vas ne obvestijo o zbirnem mestu.	40	46,5
Se odpravite na pot, izberete varno točko, o tem obvestite OKC in čakate na nadaljnja navodila.	46	53,5
Se ekipa nujne medicinske pomoči takoj odpeljete na mesto s svetlobnimi in zvočnimi signali.	0	0,0

Legenda: n = vzorec, % = delež

Iz tabele 4 je razvidno, da je 74 (86 %) anketirancev pravilno odgovorilo s »policija«. Le 10 (11,6 %) jih je nepravilno odgovorilo s »Prva ekipa nujne medicinske pomoči na prizorišču« in le dva (2,3 %) sta nepravilno odgovorila z »dispečer, ki je klic na pomoč sprejel«.

Tabela 4: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Vodenje celotne intervencije prevzame?

Odgovor	n	%
Prva ekipa nujne medicinske pomoči na prizorišču	10	11,6
Policija	74	86,0
Dispečer, ki je klic na pomoč sprejel	2	2,3

Legenda: n = vzorec, % = delež

V tabeli 5 vidimo, da je kar 64 (75 %) anketirancev pravilno odgovorilo na to vprašanje. Šestnajst (19 %) in pet (5 %) jih je nepravilno odgovorilo na to vprašanje.

Tabela 5: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Naloge ekipe NMP na zbirnem mestu pri ukrepanju ob AMOK dogodku so?

Odgovor	n	%
Vzpostaviti kontakt z vodjo policijske intervencije in izmenjava informacij, določiti komunikacijske kanale ter načine komunikacije, namestiti osebna zaščitna sredstva.	5	6,0
Vzpostaviti kontakt z vodjo policijske intervencije in izmenjava informacij, določiti komunikacijske kanale ter načine komunikacije, namestiti osebna zaščitna sredstva, preverjanje radijskih zvez ter kompletov za prvo medicinsko pomoč.	16	19,0
Vzpostaviti kontakt z vodjo policijske intervencije in izmenjava informacij, določiti komunikacijske kanale ter načine komunikacije, namestiti osebna zaščitna sredstva, preverjanje radijskih zvez ter kompletov za prvo medicinsko pomoč, preverjanje kompletov za masovne nesreče, soočanje s skupino policistov za evakuacijo in reševanje.	64	75,0

Legenda: n = vzorec, % = delež

Kar 55 (63,2 %) anketiranih je pravilno odgovorilo na vprašanje. Napačna odgovora je izbralo 28 (32,2 %) in štirje (4,6 %) v raziskavi. Frekvence in deleži odgovorov na to vprašanje so prikazani v tabeli 6.

Tabela 6: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Priporočen način prihoda ekipe nujne medicinske pomoči na kraj AMOK dogodka je?

Odgovor	n	%
S svetlobno in zvočno signalizacijo se pripeljemo na mesto, kjer se odvija streljanje, saj tako storilcu pokažemo, da smo prispeli na pomoč.	4	4,6
Ne povzročamo posebnega hrupa in skušamo biti čim manj vpadljivi (s svetlobno, vendar brez zvočne signalizacije), ko se pripeljemo na dogovorjeno zbirno mesto, ki je na varnem kraju.	28	32,2
Ob prihodu na kraj dogodka ne povzročamo posebnega hrupa, skušamo biti čim manj vpadljivi (brez zvočne in svetlobne signalizacije). Gibanje omejimo na minimum, vsak premik predhodno načrtujemo, če je le možno, naj bo en član ekipe nujne medicinske pomoči iz varnostne razdalje zadolžen le za opazovanje dogodkov na sceni, spremljanje dinamike in poročanje skupini.	55	63,2

Legenda: n = vzorec, % = delež

Iz tabele 7 je razvidno, da je največ anketirancev izbralo pravilen odgovor, in sicer 42 (48,8 %), kar pa še vedno ne predstavlja večine. Napačna odgovora je označilo 27 (31,4 %) in 17 (19,8 %) anketirancev.

Tabela 7: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Katera trditev NI pravilna glede na načela taktične medicine vstopanja v različne cone medicinske oskrbe?

Odgovor	n	%
Če je le eden poškodovanec, izvede evakuacijo le-tega v hladno cono policija.	17	19,8
Če je več poškodovancev, vrši nujno medicinsko pomoč ekipa nujne medicinske pomoči v topli coni, ob policijskem varovanju.	27	31,4
Čeprav vroča cona pomeni najbolj nevarno cono, delovanje v njej ni izključno v domeni policije, temveč vanjo vstopa tudi ekipa nujne medicinske pomoči, vendar le pod pogojem, da ima na sebi balistično zaščitno opremo ter neprekinjeno policijsko varovanje.	42	48,8

Legenda: n = vzorec, % = delež

V tabeli 8 vidimo, da je večina izbrala pravilen odgovor (66,7 %), 28 (33,3 %) anketirancev pa je napačno odgovorilo na vprašanje.

Tabela 8: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Oskrba poškodovanih v vroči coni je?

Odgovor	n	%
Enaka, kot pri običajnih intervencijah in v pristojnosti policije.	6	7,1
Drugačna, saj je potrebno upoštevati načelo THREAT in je v pristojnosti ekipe nujne medicinske pomoči.	22	26,2
Drugačna, saj je potrebno upoštevati načelo THREAT in je v pristojnosti policije.	56	66,7

Legenda: n = vzorec, % = delež

Več kot polovica (59 %) anketiranih je pravilno odgovorila z »namestitev Esmarchovega zažemka, obračanje nezavestne osebe na trebuh ...«, šestnajst (19,3 %) jih je nepravilno izbralo »ekipa nujne medicinske pomoči v toplo cono nima dostopa«, 14 (16,9 %) jih je nepravilno izbralo »imobilizacija vratne hrbtenice ter dekompresija tenzijskega pnevmotoraksa« in štirje (4,8 %) so nepravilno odgovorili z »nastavitev i.v. poti in infuzije pri odsotnih perifernih pulzih«. Frekvence in deleži odgovorov na to vprašanje so prikazani v tabeli 9.

Tabela 9: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Kaj je ekipi nujne medicinske pomoči dovoljeno izvajati v topli coni?

Odgovor	n	%
Imobilizacija vratne hrbtenice ter dekompresija tenzijskega pnevmotoraksa.	14	16,9
Namestitev Esmarchovega zažemka, obračanje nezavestne osebe na trebuh ...	49	59,0
Nastavitev i.v. poti in infuzije pri odsotnih perifernih pulzih.	4	4,8
Ekipa nujne medicinske pomoči v toplo cono nima dostopa.	16	19,3

Legenda: n = vzorec, % = delež

Večina anketiranih (73) oziroma 84,9 % je pravilno odgovorila na vprašanje in le trinajst (15,1 %) jih je odgovorilo nepravilno. Frekvence in deleži odgovorov na to vprašanje so prikazani v tabeli 10.

Tabela 10: Frekvenčna analiza odgovorov na vprašanje: Med vašo intervencijo zaslišite strele, vi pa ste ujeti v prostoru. Kaj bodo glede na Slovenska priporočila vaši naslednji manevri?

Odgovor	n	%
Osebe skriti v omare, pod mizo ipd., jih opozoriti na popolno tišino, mirnost in pri tem ugasniti vse električne naprave v prostoru ter določiti osebo za morebitno soočenje s storilcem in sredstva za njegovo onesposobitev in sporočiti policiji lokacijo obeh.	73	84,9
Soočiti se s storilcem, kje bo en član ekipe skušal zbiti orožje iz rok napadalca, drugi pa ga bodo skušali onesposobiti; pri tem je potrebno delovati agresivno in glasno sporočati, da je policija že na mestu dogodka, čeprav morda te informacije nimamo.	13	15,1

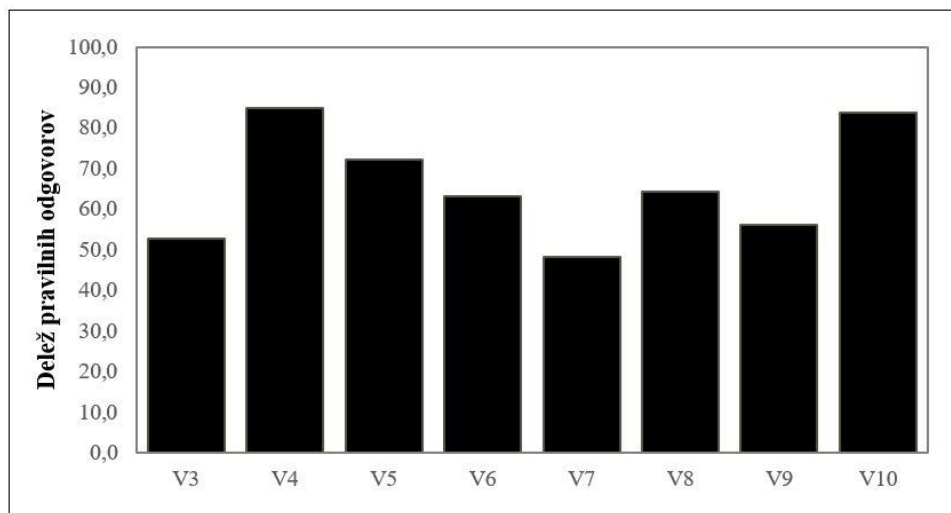
Legenda: n = vzorec, % = delež

Tabela 11 in slika 12 prikazujeta frekvence in deleže pravih odgovorov na posamezno izmed osmih vprašanj. V tabeli so prav tako prikazani rezultati testa hi-kvadrat enakih verjetnosti za vsako vprašanje, ki preverjajo, če so razlike v deležih zgolj zaradi naključja ali so pa statistično značilne. Rezultati kažejo, da v prav vseh vprašanjih obstajajo statistično značilne razlike v frekvencah odgovorov (za vsa vprašanja velja $p < 0,05$).

Tabela 11: Frekvence in deleži pravih odgovorov na vprašanja o ukrepanju ob dogodku AMOK ter rezultati testa hi-kvadrat enakih verjetnosti

Vprašanje	n	%	χ^2	p
V3	46	52,9	46,613	< 0,001
V4	74	85,1	108,629	< 0,001
V5	63	72,4	67,786	< 0,001
V6	55	63,2	44,897	< 0,001
V7	42	48,3	11,057	0,004
V8	56	64,4	46,571	< 0,001
V9	49	56,3	55,265	< 0,001
V10	73	83,9	41,860	< 0,001

Legenda: n = vzorec, % = delež, χ^2 = Hi-kvadrat, p = statistična značilnost testa



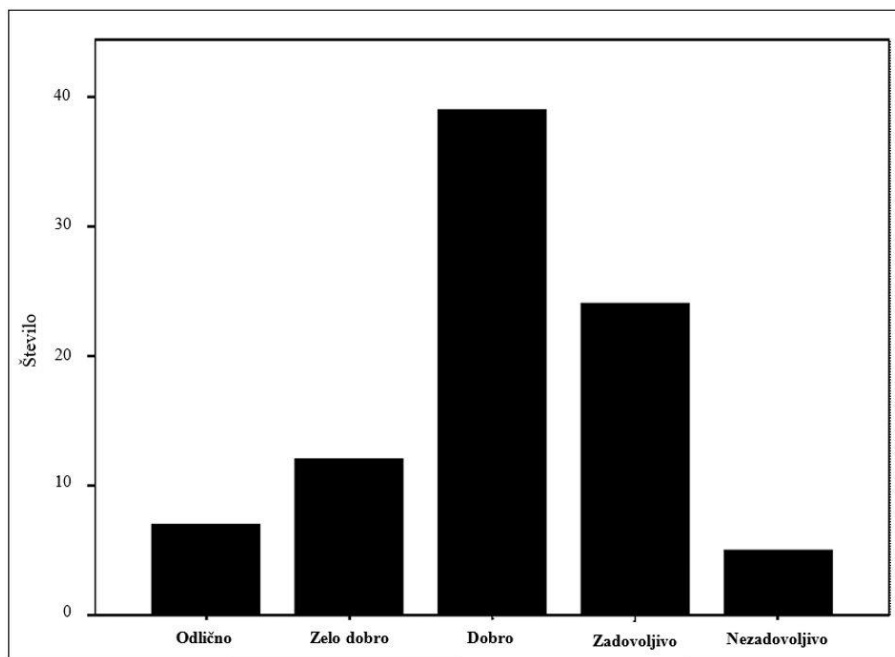
Slika 11: Deleži pravilnih odgovorov pri posameznem vprašanju o ukrepanju pri dogodku AMOK

Četrto raziskovalno vprašanje se je glasilo: »Kakšna je pripravljenost izvajalcev službe NMP na ukrepanje v AMOK dogodku?«. Pripravljenost izvajalcev službe NMP na ukrepanje v AMOK dogodku smo preverjali z vprašanjem, kjer so anketiranci sami ocenili svojo pripravljenost. Frekvence in deleži odgovorov na to vprašanje so prikazani v tabeli 12 in na sliki 13.

Tabela 12: Frekvence in deleži odgovorov glede pripravljenosti na ukrepanje v AMOK dogodku

Odgovor	n	%
Odlična	7	8,0
Zelo dobra	12	13,8
Dobra	39	44,8
Zadovoljiva	24	27,6
Nezadovoljiva	5	5,7

Legenda: n = vzorec, % = delež



Slika 12: Prikaz frekvenc odgovorov na vprašanje, kako bi ocenili lastno pripravljenost na AMOK dogodek, v primeru, da se zgodi v tem trenutku

Pri pregledu frekvenc odgovorov je razvidno, da je najpogostejši odgovor, da so po svojem mnenju dobro pripravljeni na ukrepanje pri AMOK dogodku – tako je namreč odgovorilo kar 39 anketiranih. 24 vprašanih meni, da so zadovoljivo pripravljeni, 12 jih je odgovorilo, da so zelo dobro pripravljeni in sedem, da so pripravljeni odlično. Najmanj anketirancev v raziskavi je odgovorilo, da so nezadovoljivo pripravljeni na ukrepanje v primeru AMOK dogodka, in sicer pet.

Kljub očitnim razlikam smo pregledali frekvence odgovorov s Pearsonovim testom hi-kvadrat enakih verjetnosti, ki je preverjal, če so razlike med frekvencami še v mejah naključja ali pa so statistično značilne. Rezultati hi-kvadrat testa kažejo, da so razlike med frekvenco odgovorov statistično značilne ($\chi^2 = 46,046$; $p < 0,001$), kar pomeni, da so člani ekip po njihovem mnenju dobro pripravljeni na AMOK dogodek. Ker je z odgovorom dobro, zelo dobro in odlično odgovorilo kar 58 anketirancev, to predstavlja večinski delež vzorca (66,6 % vseh v raziskavi).

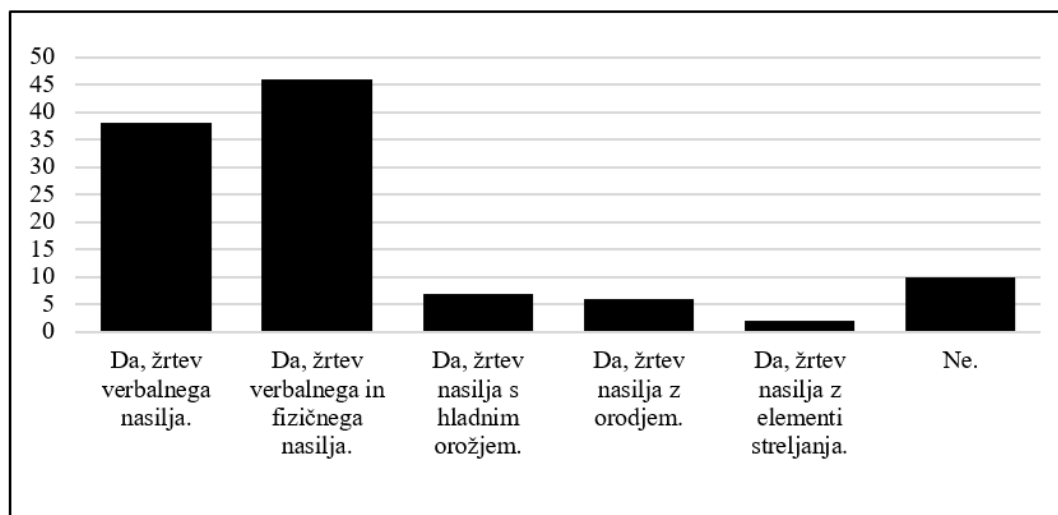
V tabeli 13 ter na sliki 14 so predstavljeni odgovori anketirancev na vprašanje o nasilju med službovanjem v nujni medicinski pomoči na terenu. Anketiranci so lahko obkrožili

več možnih odgovorov. Pri pregledu odgovorov, če so anketirani kdaj bili žrtev nasilja na službovanju, se je izkazalo, da je večina bila žrtev verbalnega in fizičnega nasilja. Kar 38 (43,7 %) jih je bilo žrtev verbalnega nasilja, 7 (8,0 %) jih je bilo žrtev nasilja s hladnim orožjem in 6 (6,9 %) jih je bilo žrtev nasilja z orodjem. Dva (2,3 %) sta bila žrtev nasilja z elementi streljanja in 10 (11,5 %) jih ni bilo žrtev nasilja.

Tabela 13: Deleži odgovorov na vprašanje o prisotnosti nasilja med intervencijo

Odgovor	n	%
Da, žrtev verbalnega nasilja	38	43,7
Da, žrtev verbalnega in fizičnega nasilja	46	52,9
Da, žrtev nasilja s hladnim orožjem	7	8,0
Da, žrtev nasilja z orodjem	6	6,9
Da, žrtev nasilja z elementi streljanja	2	2,3
Ne.	10	11,5

Legenda: n = vzorec, % = delež



Slika 13: Stolpični prikaz frekvenc odgovorov na nasilje med intervencijo

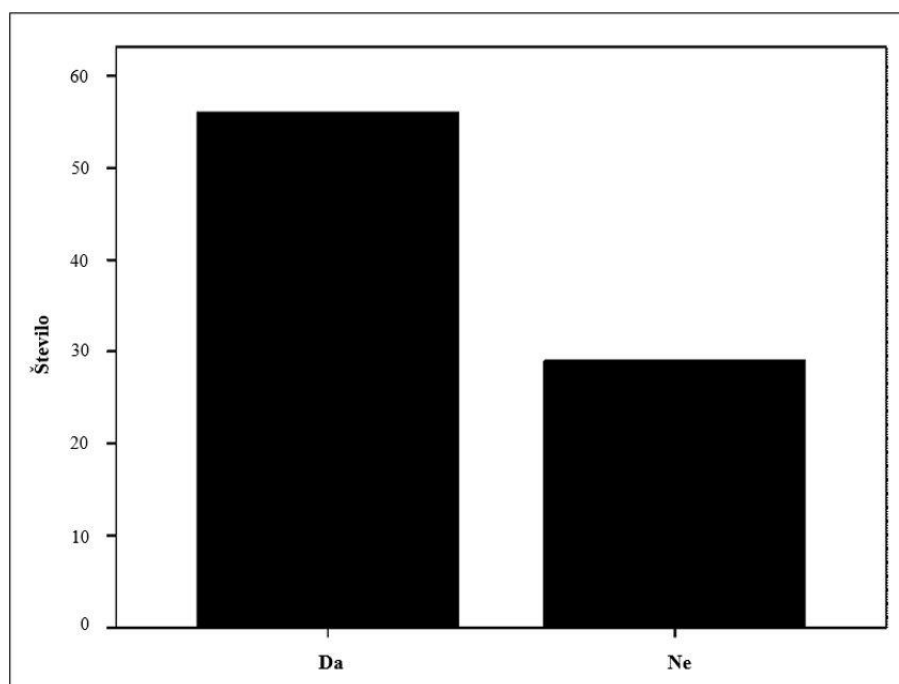
V nadaljevanju (tabela 14) smo anketirane spraševali po zaščitni opremi, ki jim je na voljo, ter o usposobljenosti in izvedbi izobraževanj za njeno uporabo.

Tabela 14: Frekvence odgovorov na vprašanje o razpolagi zaščitne opreme v enoti nujne medicinske pomoči

Odgovori		n	Deleži v %
Veljavni odgovori	Da	56	64,4
	Ne	29	33,3
	Skupaj	85	97,7
Manjkajoči		2	2,3
Skupaj			100,0

Legenda: n = vzorec, % = delež

Več kot polovica vprašanih trdi, da njihova enota razpolaga z zaščitno opremo za ukrepanje v AMOK intervencijah. Tretjina pa trdi, da njihova enota te opreme nima na razpolago.

**Slika 14: Stolpični prikaz odgovorov na vprašanje, ali enota, kjer so anketiranci zaposleni, razpolaga z zaščitno opremo za ukrepanje v AMOK intervencijah**

V tabeli 15 so razvidni odgovori anketirancev pri vprašanju: »Če je odgovor DA, na predhodno vprašanje obkrožite, s katero opremo razpolaga vaša enota«; lahko so obkrožili več možnih odgovorov. Večina izvajalcev nujne medicinske pomoči razpolaga s čeladami, skoraj polovica tudi s prenosnimi svetilkami. Nekaj manj kot polovica jih

razpolaga z neprebojnimi srajčkami, četrtina s taktičnimi rokavicami in prav toliko z zaščitnimi očali.

Tabela 15: Frekvence odgovorov o razpoložljivi opremi med izvajalci službe nujne medicinske pomoči

Odgovori	n	%
Čelada, ki ustreza standardu STANAG 2920	48	55,2
Taktične rokavice, odporne proti urezninam in vbodom	30	34,5
Zaščitna očala, ki ustrezajo standardu ANSI 87Z in EN166F	25	28,7
Neprebojna »srajčka«	35	40,2
Prenosna svetilka	39	44,8
Radijska zveza (slušalke in govorna naprava)	37	42,5
Nabor medicinske opreme	36	41,4

Legenda: n = vzorec, % = delež

Analiza odgovorov, ki so prikazani v tabeli 16 je pokazala, da je, kar 49 (56,3 %) anketiranih na vprašanje »Ali ste imeli v vaši enoti organizirano usposabljanje za pravilno uporabo zaščitne opreme za ukrepanje na AMOK intervencijah, ki ste se ga udeležili?« odgovorilo, da so v enoti imeli organizirano usposabljanje za pravilno uporabo zaščitne opreme za ukrepanje v AMOK intervenciji. Nekaj več kot polovica članov je imela in se je udeležila usposabljanja za uporabo zaščitne opreme, tretjina vprašanih ga ni imela na voljo, tretjina pa se ga kljub organiziranemu ni udeležila.

Tabela 16: Frekvenčna analiza odgovorov o usposabljanju za uporabo zaščitne opreme

Odgovori		n	%
Veljavni odgovori	Da	49	56,3
	Ne	29	33,3
	Da, toda nisem se ga udeležil	6	6,9
	Skupaj	84	96,6
Manjkajoči		3	3,4
Skupaj			100,0

Legenda: n = vzorec, % = delež

Triinštirideset anketiranih je na vprašanje »Ali ste imeli v vaši enoti organizirano skupno usposabljanje s policijo za ukrepanje v AMOK intervenciji, ki ste se ga udeležili?« odgovorilo, da je njihova enota imela organizirano skupno usposabljanje s policijo za ukrepanje v AMOK intervenciji, in sicer 49,4 % vseh v raziskavi, kar je razvidno iz tabele

17. Osemintrideset vprašanih takega skupnega usposabljanja ni imelo v enoti. Trije se kljub organiziranemu usposabljanju tega niso udeležili in trije so se odgovora vzdržali.

Tabela 17: Frekvenčna analiza odgovorov o organizaciji in udeležbi na skupnih usposabljanjih s policijskimi enotami

Odgovori		n	%
Veljavni odgovori	Da	43	49,4
	Ne	38	43,7
	Da, toda nisem se ga udeležil	3	3,4
	Skupaj veljavni	84	96,6
Manjkajoči		3	3,4
Skupaj			100,0

Legenda: n = vzorec, % = delež

Iz tabele 18 je razvidno, da je šestintrideset anketiranih pri vprašanju »Ali ste imeli organizirano vajo ukrepanja v AMOK intervenciji z večjim številom poškodovanih oseb, katere ste se udeležili?« trdilo, da so imeli organizirano vajo ukrepanja v AMOK dogodka z večjim številom poškodovanih oseb; približno polovica vprašanih se je takega usposabljanja udeležila, prav tako se približno polovica vprašanih usposabljanja ni udeležila. Nekaj pa se ga ni udeležilo kljub temu, da ga je imelo na voljo.

Tabela 18: Frekvenčna analiza odgovorov o organiziranju in udeležbi na vajah AMOK dogodka z večjim številom poškodovanih oseb

Odgovori		n	%
Veljavni	Da	36	41,4
	Ne	35	40,2
	Da, toda nisem se ga udeležil	13	14,9
	Skupaj veljavni	84	96,6
Manjkajoči		3	3,4
Skupaj			100,0

Legenda: n = vzorec, % = delež

Pri vprašanju »Koliko vstopnih skupin lahko zagotovi vaša enota za ukrepanje v AMOK intervenciji (eno vstopno skupino predstavljata dva člana ekipe nujne medicinske pomoči, ki sta takoj na voljo, da se lahko odpeljeta na prizorišče AMOK dogodka)?«. Po pregledu opisno statističnih vrednosti za število vstopnih skupin, ki jih lahko vidimo, lahko izvajalci zagotovijo v povprečju okoli šest članov izvajalcev nujne medicinske pomoči. Kot je razvidno iz tabele 19, lahko na našem področju zagotovimo v povprečju 5 vstopnih skupin.

Tabela 19: Frekvenčna analiza o številu vstopnih skupin, ki jih lahko zagotovijo službe nujne medicinske pomoči

n	87
M	5,26
Me	5,00
SO	1,67
Min	0
Maks	8

Legenda: n – vzorec, M – povprečje, Me – mediana, SO – standardni odklon, Min – minimum, Maks – Maksimum

3.5 RAZPRAVA

V času, ko se ves svet vse bolj in bolj spopada s terorističnimi grožnjami oziroma strelskimi napadi, ki kažejo znake AMOKA, se moramo tudi v Sloveniji zavedati, da smo in bomo vedno bolj izpostavljeni terorističnim ali drugim podobnim strelskim napadom. Skupina, ki je sestavila ter predstavila priporočila za ukrepanje ob AMOK dogodkih, se zaveda, da potrebujemo razvoj standardov in smernic za razvoj multidisciplinarnega izobraževanja in usposabljanja za primer množičnih dogodkov, ki so ogrozili razvoj zdravstvenega stanja skupnosti. Namen naše naloge je bil preučiti dostopno domačo in tujo strokovno literaturo s področja ukrepanja v AMOK dogodkih. Avtorji, ki smo jih preučili, imajo skupne ugotovitve, povezane s tem, njihovi zapisi pa kažejo na aktualnost in zanimanje za varnost oseb.

V diplomskem delu smo želeli z raziskavo ugotoviti, v kolikšnem obsegu člani ekip nujne medicinske pomoči, ki delujejo na terenu, poznajo Slovenska priporočila za ukrepanje ob AMOK dogodkih ter ali je to znanje odvisno od njihove delovne dobe. Zanimalo nas je tudi, ali se znanje razlikuje med posameznimi izvajalci službe nujne medicinske pomoči v slovenskem prostoru.

Strokovnjaki s področja nujne medicinske pomoči, potrebujejo usposabljanja ter izvedbe možnih scenarijev skupaj z drugimi službami v sistemu zaščite in reševanja (Železnjak & Skela-Savič, 2016, p. 296). V raziskavi smo ugotovili, da je kar nekaj zaposlenih imelo možnost medpoklicnega izobraževanja ter izvedbe vaj s področja AMOKA skupaj s policijo ter drugimi službami, ki spadajo v sistem zaščite in reševanja, kar je, kot je poudaril Ponte s sodelavci (2010), ključno na področju zagotavljanja zdravstvene oskrbe

poškodovanih. V ZDA so študenti različnih zdravstvenih programov predlagali da se spremeni njihov izobraževalni proces v katerega naj se doda medpoklicno usposabljanje, saj le to zagotavlja kakovostno oskrbo (Pelling, et al., 2011). Za uspešno izvedbo Priporočil je nujno potrebno izvajanje izobraževanj skupaj s policijo in ne samo teoretično učenje njihove vsebine ter nakup opreme (Cunder, et al., 2017).

Dejstvo je, da je potrebno ob delu in nabiranju izkušenj še dodatno nadgrajevati znanja. Nenehno izobraževanje in usposabljanje je pogoj za delo v službi nujne medicinske pomoči (Bajc & Crnić, 2012). Tako so tudi rezultati naše raziskave pokazali, da pri poznavanju ukrepanja članov ekip služb nujne medicinske pomoči ni prevelikih razlik, kar je lahko tudi rezultat izobraževalnega sistema. Izobraževalni sistem kateremu sledimo v Sloveniji, nam po koncu izobraževanja ne ponuja dovolj znanja za aktivnosti ter spretnosti, ki ji izvajalec nujne medicinske pomoči na terenu potrebuje za uspešno delovanje. Potrebna znanja posameznik osvoji s teoretičnim ter praktičnim izobraževanjem, katerega si zagotovi sam ali pa mu je ponujeno na delovnem mestu pod vodstvom mentorja (Jelenovec & Železnik, 2011).

Zanimalo nas je, ali obstaja korelacija med delovno dobo reševalca na terenu ter znanjem ukrepanja ob AMOK dogodkih. Naša domneva je bila, da dlje časa kot reševalec deluje na terenu, boljše je znanje ukrepanja ob dogodkih izrednega pomena, kot je AMOK dogodek. Po pregledu in analizi statističnih podatkov smo ugotovili, da glede na izpolnjene ankete ni statistično značilnih povezav med delovno dobo in znanjem ukrepanja ob AMOK dogodku. Delovna doba nima vpliva na rezultate znanja. V kolikor za spremembo navad ni formalnih zahtev, je takšen rezultat razumljiv (Robida, 2014). Ugotovitev Robide kaže na to, da v kolikor vodilni na položajih, ki odločajo o izvedbi izobraževanj ter vaj, ne bodo prepoznali potreb po njih ter omogočili svojim zaposlenim v nujni medicinski pomoči na terenu udeležbe, se znanje ter usposobljenost ne bosta izboljšali. Na to pa opozarjata tudi Mohor (2009) ter Žmavc (2009), ki poudarjata, da je izobraževanje ter usposabljanje članov ekip nujne medicinske pomoči v Sloveniji še vedno odvisno od posameznikov ter organizacij, v katerih so zaposleni.

Kot priporočajo Slovenska priporočila (Cunder, et al., 2017), je potrebnega izredno veliko sodelovanja med ekipami nujne medicinske pomoči, policijo ter ostalimi službami za zaščito in reševanje. Ugotovitev Lenwortha s sodelavci (2015), ki v svojem članku poudari, da je viden interes in spodbujanje vodilnih k optimalni varnosti prebivalstva, potrjuje tudi naša raziskava, saj je polovica vprašanih imela možnost usposabljanja in so se ga je tudi udeležili, medtem ko je nekaj vprašanih imelo možnost udeležbe na takem usposabljanju, vendar se ga žal niso udeležili. Markuš (2015) je ugotovil, da so izobraževanja na strokovnem področju nujno potrebna za člane reševalnih ekip, saj povečajo kakovost njihovega dela. Rezultati raziskave so pokazali, da so anketirani seznanjeni s Slovenskimi priporočili za ukrepanje ob AMOK dogodku. Ekipe s pridobljenim znanjem so samozavestnejše ter svoje delo opravijo bolj kakovostno, saj bolje razumejo stanja in posledično ukrepajo ustrezneje. Prav tako je skoraj polovica vprašanih sodelovala na vaji ukrepanja ob AMOK dogodku z večjim številom poškodovanih oseb, kar potrjuje tudi Bitežnikova (2018), ki je v svoji raziskavi ugotovila, da je najboljši način učenja udeležba na organiziranih predavanjih. Večina anketiranih v njeni raziskavi želi še več organiziranih izobraževanj. Nekaj manj kot polovica vprašanih v naši raziskavi ni imelo možnosti usposabljanja za primer AMOK dogodka ter usposabljanja za uporabo osebne zaščitne opreme. To problematiko pa potrjuje tudi članek Železnjakove in Skele-Savič (2016), ki pravi, da je sistem izobraževanja v Sloveniji prepuščen posamezniku in vodstvu ustanove, bolj kot nacionalnemu organu.

Rezultati raziskave so pokazali, da so se skoraj vsi anketiranci že srečali z nasiljem med intervencijo. Da so zaposleni v zdravstveni negi bolj izpostavljeni nasilju, sta ugotovila že Roche s sodelavci, (2010) ter Esmaeilpour s sodelavci (2011), ki navajata, da je možnost nasilja pri njih kar trikrat večja. Tudi naša raziskava je pokazala, da se zaposleni v nujni medicinski pomoči na terenu večkrat spopadajo z elementi nasilja, hkrati pa Muminović (2016) v svoji raziskavi, narejeni med zdravstvenimi tehnikami, diplomiranimi medicinskimi sestrami/zdravstveniki ter zdravniki v predbolnišničnem okolju, ugotavlja, da se varnejše počutijo moški anketiranci. Bojić (2016) pa hkrati ugotavlja, da so moški pogosteje soočeni z bolj ogrožajočimi oblikami nasilja med zdravstvenimi delavci. Ker so našo anketo v večini izpolnjevali moški, težje preverimo omenjene navedbe. Kljub

temu pa je razvidno, da se je večina anketiranih že srečala z verbalnim ali fizičnim nasiljem.

Našo raziskavo, ki je temeljila na preverjanju znanja članov ekip nujne medicinske pomoči, ki delujejo na terenu, smo izvedli med tremi največjimi izvajalci nujne medicinske pomoči v Sloveniji. Raziskavo smo želeli opraviti še pri dveh izvajalcih, vendar smo v enem primeru s strani vodstva zdravstvenega doma dobili soglasje za izvedbo raziskave, a se je vodstvo reševalne postaje odločilo, da vprašalnikov ne bodo razdelili med reševalce. V drugem primeru pa soglasja sploh nismo pridobili. Kljub temu, da menimo, da so ekipe vrhunsko strokovno usposobljene, smo tudi mnenja, da bi jim glede na dogodek s streljanjem ter smrtnimi žrtvami v bolnišnici v njihovem okolju raziskava v smeri, ki smo jo zastavili, koristila, saj bi jim morda pokazala njihovo realno stanje opreme ter pripravljenost ekip na AMOK dogodke.

Omejitve raziskave se kažejo v tem, da smo pridobili premajhno število anketirancev. Če bi vključili večje število izvajalcev nujne medicinske pomoči, bi rezultati verjetno bili drugačni. Ena večjih omejitev raziskave je bilo nestrinjanje enega od izvajalcev nujne medicinske pomoči o navajanju konkretnih podatkov o izvajalcu, zaradi česar smo morali izvajalce poimenovati »izvajalec A, izvajalec B ter izvajalec C«.

4 ZAKLJUČEK

V diplomski nalogi smo raziskovali pripravljenost ekip nujne medicinske pomoči na AMOK dogodek pri različnih izvajalcih nujne medicinske pomoči v Sloveniji. Obravnavano temo smo analizirali ter pregledali literaturo. Obravnavali smo tako domačo kot tujo strokovno literaturo v obliki člankov, zbornikov, predavanj, zakonov ter raziskav. Med iskanjem literature smo ugotovili, da tuja literatura prednjači pred domačo, slovensko literaturo. Glede na pregledano literaturo je naše mnenje, da bi se lahko tudi mi naučili, da je prvi vir, kjer bi se moralo iskati rešitve v smeri boljše pripravljenosti ter izobraževanj, zdravstveni delavec, v našem primeru zdravstveni delavec na terenu, ki se prvi in na samem kraju dogodka spopada s situacijo. Prav tako bi po našem mnenju on moral biti tisti, ki bi ga bilo potrebno vprašati o njegovem zadovoljstvu z osebno zaščitno opremo. Raziskave na tem področju v slovenskem prostoru nismo zasledili, zato tudi tukaj vidimo možnosti za raziskovanje in napredovanje v smeri večje varnosti.

Ker gre pri AMOKU za dogodek, pri katerem se predvideva večje število poškodovanih, ki potrebujejo nujno medicinsko oskrbo, je potrebno storilcu oziroma storilcem čim prej onemogočiti delovanje ter tako preprečiti še večje število žrtev. Takšne intervencije so zelo kompleksne ter zahtevajo sodelovanje več institucij in služb. Ker pa je pri njih prisoten neposreden stres in strah, je po našem mnenju pomembno, da z usposabljanji take dogodke predvidimo. Le z usposabljanjem in preigravanjem različnih možnih scenarijev intervencij se lahko izvajalcem nujne medicinske pomoči omogoči trezno in kritično razmišljanje v trenutkih, ko bodo tudi sami del take intervencije. Zato je po našem mnenju nujno usposabljanje skupaj s policijo, tako za primer AMOK dogodka kot tudi za primere, kot je prisilna hospitalizacija. Pomembno je, da službe poznajo postopke, ki jih bo v določenem trenutku izvedla druga služba. Kljub temu, da je trenutno ocenjena ogroženost za tak dogodek v Sloveniji nizka, podajamo predlog za uvedbo t. i. taktične ekipe nujne medicinske pomoči, ki bo ustrezno usposobljena tako z medicinskega kot z varnostnega vidika. Seveda pa tak korak potrebuje tudi podporo odgovornih s strani zakonodaje, smernic ali priporočil. Menimo, da bi se tako lahko zagotovila ustrezna oskrba poškodovanih. Raziskave ter nadgrajevanje smernic oziroma priporočil ter ureditev zakonodaje bi bilo po našem mnenju ključnega pomena za potencialni uspešni

spopad z izrednim aktivnim strelskim dogodkom. Opazili smo, da so mnenja članov ekip, ki prihajajo iz iste enote, različna. Predvsem se je večkrat opazilo razlikovanje v poznavanju števila vstopnih skupin. Zato se sprašujemo, ali je težava v nezainteresiranosti sodelujočih ali gre za nepoznavanje sistema, v katerega so vključeni. Prav tako je kljub porastu takih dogodkov le malo teh opisanih ter dostopnih na spletu.

S strani vodij izvajalcev nujne medicinske pomoči bo v prihodnje glede na rezultate naše raziskave potrebno nameniti večjo pozornost varnosti ekip v smislu osebne zaščitne opreme. Znano je, da so v Sloveniji nekateri izvajalci nujne medicinske pomoči kupili oziroma za svoje zaposlene priskrbeli opremo, ki jih ščiti pred izstrelki ter vbodi. Menimo, da bi to moral postati standard za vsako enoto in vsakega njenega člana.

5 LITERATURA

AlSabah, S., Al Haddad, E. & AlSaleh, F., 2018. Stop the bleed campaign: A qualitative study from our experience from the middle east. *Annals of Medicine and Surgery*, 36(12) pp. 67-70.

Bajc, A. & Crnić. I., 2012. Droge – prepoznavanje in ukrepanje v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. In: A. Posavec, ed. *Učenje skozi prakso kot možnost za uvajanje novo zaposlenih*. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 205-216.

Bele, S., 2014. Narcisizem in obrambni mehanizmi pri ženskah. *Psihološka obzorja*, 23, pp. 11-20.

Bitežnik, N., 2018. *Pomen izobraževanja in usposabljanja v zdravstveni negi po zaključenem formalnem izobraževanju: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, p. 30.

Bojić, M., 2016. *Izpostavljenost nasilju zdravstvenih delavcev na delovnem mestu: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, p. 37.

Brown, M.K. & Muscari, E.M., 2010. *Quick Reference to Adult and Older Adult Forensics: A Guide for Nurses and Health care professionals*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company.

Callaway, D.A., Smith, E.R., Cain, J.S., Shapiro, G., Burnett, W.T., McKay, S.D. & Mabry, R.L., 2011. Tactical Emergency Casualty Care (TECC): Guidelines for the Provision of Prehospital Trauma Care in High Threat Environments. *Journal of Special Operation Medicine*, 11(3), pp. 104-122.

Cerar, G., 2013. *Razlika v ukrepanju policije pri zajetji talcev in amok situacijah: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede, p. 13.

Cuder, R., 2012. *Ukrepanje policije v amok situaciji: diplomatska naloga*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede, pp. 7-52.

Cunder, T., 2016. Varnost na intervencijah – medicinska oskrba s strani specialne enote policije v AMOK situacijah. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2016. Portorož, 9.–11. junij 2016*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 143-146.

Cunder, T., Čuček, M., Fink, A., Ilič, V., Kvržič, Z., Mažič, M., Nemec, R., Sabol, R., Sotošek, K., Sušnik, P., Turnšek, S. & Vavkman, P., 2017. *Priporočila za ukrepanje ekipe nujne medicinske pomoči pri aktivnih življenju nevarnih dogodkih – Amok intervencije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Czescik, R. & Truchan, J.R., 2017. Active shooter – challenge for law and tactics in Europe. *Security Dimensions: International & National Studies*, 10(2), pp. 12-19.

Eileen, P. & Bogerts, B., 2012. Epidemiologie und Psychopathologie des Amoklaufes. *Nervenarzt*, 83(1), pp. 57-63.

Esmaeilpour, M., Salsali, M. & Ahmadi, F., 2011. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *International Nursing Review*, 58(1), pp. 130-137.

Evropska komisija, 2016. *Jesenski standardni Eurobarometer 2016: priseljevanje in terorizem ostajata najpomembnejša izziva EU*. [pdf] Evropska komisija. Available at: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/api/files/document/print/sl/ip_16_4493/IP_16_4493_SL.pdf [Accessed 25 February 2019].

Ferligoj, A., Lozar Manfreda, K., Gnidovec, M. & Kogovšek, T., 2003. *Vaje iz multivariatne analize*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Fink, A., 2018. Spremnost timova hitne medicinske službe za AMOK intervenciju. In: I. Bošan Kilibarda, D. Važanič & V. Neseck Adam, eds. *Kongres hitne medicine s međunarodnim sudjelovanjem: zbornik. Vodice, 25.–28. april 2018.* Vodice: Hrvatski liječnički zbor – Hrvatsko društvo za hitnu medicinu, Hrvatsko sestrijsko društvo hitne medicine, pp. 78-85.

Fink, A., Čander, D., Kelebuda, D., Gorjup, D., Strnad, M., Špindler, M., Brezovnik, M., Rajapakse, R. & Koren, T., 2016. *Slovenski indeks za nujno medicinsko pomoč.* 1st ed. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Služba za razvoj in organizacijo dejavnosti nujne medicinske pomoči, p. 12.

Flaskerud Haak, J., 2012. Case studies in Amok?. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(12), p. 898.

Follman, M., Aronsen, G. & Pan., D., 2012. *A Guide to Mass Shootings in America.* [online] Mother Jones. Available at: <https://www.motherjones.com/politics/2012/07/mass-shootings-map/> [Accessed 30 January 2019].

Healthcare and public health sector coordinating council, 2015. *Active Shooter Planning and Response in a Healthcare Setting.* [pdf] Healthcare and public health sector coordinating council, pp. 8-99. Available at: https://44hpthksd1030zextye8b6od-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2016/03/Active_Shooter_Planning_and_Response_in_a_Healthcare_Setting_2015.pdf [Accessed 14 February 2019].

Hick, L.J., Hanfling, D., Evans, B., Greenberg, S., Alson, R., McKinney, S. & Minson, M., 2016. *Health and medical response to active shooter and bombing events: discussion paper.* [pdf] National Academy of Medicine, pp. 4-6. Available at: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK Ewi1qv2sye_pAhUCt4sKHZIHbNYQFjAAegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fnam.edu%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F06%2FHealth-and-Medical-Response-to-

Active-Shooter-and-Bombing-Events.pdf&usg=AOvVaw0z7tqi5kHXqUIL4n3ooig3
[Accessed 25 February 2019].

Hoyt, B.D., 2015. Increasing survival, enhancing citizen resilience. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 100(1), p. 8.

Jelenovec, S. & Železnik, D., 2011. Aktivnosti in kompetence reševalca diplomiranega zdravstvenika – izziv zdravstveni negi. In: M. Lahe & A. Lovrenčič, eds. *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo: 3. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Maribor, 15. september 2011*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 331-337.

Knecht, T., 2011. Amok gestern und heute – von Mengamok zum autogenen Massaker. *Der Kriminalist*, 43(10), pp. 12-18.

Kvržič, Z., 2018. *Analiza usposobljenosti članov prehospitalnih ekip nujne medicinske pomoči: magistrsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, UP Fakulteta za vede o zdravju, pp. 10-40.

Lenworth, M.J., McSwain, N., Rotondo, M., Wade, S.D., Fabbri, P.W., Eastman, A., Butler, K.F. & Sinclair, J., 2015. Improving Survival from Active Shooter Events: The Hartford Consensus. *American College of Surgeons Bulletin*, 100(1S), p. 33.

Markuš, A., 2015. *Vpliv strokovnih izobraževanj na kakovost dela v nujni medicinski pomoči: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 11.

Mažič, M., 2016. Slovenska priporočila za ukrepanje ekip nujne medicinske pomoči v primeru intervencij z aktivnim strelcem. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2016. Portorož, 9.–11. junij 2016*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 147-149.

Meško, G., Lobnikar, B. & Sotlar, A., 2016. Teroristični napadi v Evropi in odzivi po terorističnih napadih. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2016. Portorož, 9.–11. junij 2016*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 126-133.

Miklavčič Vučko, I., 2018. Bolezenska stanja povezana z agresivnim odzivom pacienta. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2016. Portorož, 9.–11. junij 2016*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 71-73.

Miklavčič, M., 2016. Da, teroristični napadi se bodo še dogajali. *Sintalček*, 16(71), pp. 18-19.

Mills, M., 2012. *Running Amok: Why are virtually all spree killers men?*. [online] Psychology Today Available at: <http://psychologytoday.com/blog/the-how-and-why-Sex-Differences/201212/running-amok-why-are-virtually-all-spre-killers-men> [Accessed 25 February 2019].

Ministrstvo za notranje zadeve, 2011. *Usposabljanje za ravnanje v amok situacijah*. [pdf] Sektor za odnose z javnostmi GPU. Available at: http://www.mnz.gov.si/fileadmin/mnz.gov.si/pageuploads/VARNOST/Varnost01_11.pdf [Accessed 28 January 2019].

Ministrstvo za zdravje, Sektor za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva, 2013. *Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva.

Ministrstvo za zdravje, 2017. *Slovenski indeks za nujno medicinsko pomoč* [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zdravstveni_svet/ZS_2016/5_2016_seja/ad3_slo_indeks_NMP.pdf [Accessed 28 May 2019].

Mohor, M., 2009. Glavni problemi sistema predbolnišnične nujne medicinske pomoči v Sloveniji danes. In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2009: zbornik: šestnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 17.–20. junij 2009*. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 153-158.

Mohor, M., 2016. Intervencija z aktivnim strelcem – odziv ekipe nujne medicinske pomoči. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2016. Portorož, 9.–11. junij 2016*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 139-142.

Muminović, S., 2016. *Uporaba prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, p. 23.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2018. *Raziskovalno poročilo: pregled načinov merjenja pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja v okviru zdravstvenih sistemov. Izdelava enotnega in celovitega inštrumenta za zaznavo in merjenje pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/dp2_raziskovalno_porocilo_final.pdf [Accessed 30 January 2019].

Pelling, S., Kalen, A., Hammer, M. & Wahlström, O., 2011. Preparation for becoming members of health care teams: findings a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 25(5), pp. 328-332.

Perne, D., 2018. Kako predvideti nasilen odziv pacienta – BVC (Brøsetova lestvica za napoved agresivnega vedenja). In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2018. Portorož, 14.–16. junij 2018*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 74-78.

Planinšič, P., 2015. *Analiza amok situacij: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede, pp. 5-14.

Ponte, P.R., Gross, A.H., Milliman-Richard, Y.J. & Lacey, K., 2010. Interdisciplinary teamwork and collaboration: an essential element of a positive practice environment. *Annual Review of Nursing Research*, 28(1), pp. 159-189.

Psychology Dictionary, 2013. *AMOK (AMUCK)*. [online] Available at: <https://psychologydictionary.org/amok-amuck/> [Accessed 29 February 2019].

Robida, A., 2014. Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 220-226.

Roche, M., Diers, D., Duffield, C. & Catling-Paull, C., 2010. Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), pp. 13-22.

Saint Martin, L.M., 1999. Running Amok: A Modern Perspective on a Culture-Bound Syndrome. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 1(3), pp. 66-70.

U.S. Department of Justice, 2014. *Study of Active Shooter Incidents, 2000–2013*. [pdf] Texas State University and Federal Bureau of Investigation. Available at: <https://www.fbi.gov/file-repository/active-shooter-study-2000-2013-1.pdf/view> [Accessed 23 January 2019].

Zwislewski, A., Nanassy, A.D., Meyer, L.K., Scantling, D., Jankowski, M.A. Blinstrub, G. & Grewal, H., 2019. Practice makes perfect: The impact of Stop the Bleed training on hemorrhage control knowledge, wound packing, and tourniquet application in the workplace. *Injury*, 50(4), pp. 864-868.

Železnjak, V. & Skela-Savič, B., 2016. Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v nujni medicinski pomoči. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 296-307.

Žmavc, A., 2009. Razvoj sistema NMP v Sloveniji. In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2009: zbornik: šestnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 17.–20. junij 2009*. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 150-152.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA

Spoštovani!

Sem Tim Oven, študent na dodiplomskem študiju na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V okviru empiričnega dela diplomske naloge z naslovom Pripravljenost izvajalcev službe nujne medicinske pomoči na AMOK dogodek pod mentorstvom prof. Andreja Finka raziskujem poznavanje priporočil za ukrepanje ob AMOK dogodkih med člani ekip nujne medicinske pomoči. Anketa je anonimna, zato vas prosim, da na vprašanja odgovarjate iskreno ter tako omogočite objektivni in realni rezultat raziskave.

I. Demografski podatki

1. **Spol:**

- a) Moški
- b) Ženski

2. **Starost:** _____ navedite v letih

3. **Delovna doba v službi nujne medicinske pomoči?** _____ navedite v letih

4. **Vaša dokončana zdravstvena izobrazba?**

- a) Zdravstveni tehnik
- b) NPK zdravstveni reševalec
- c) Diplomirani zdravstvenik/medicinska sestra
- d) Magister zdravstvene nege
- e) Zdravnik
- f) Zdravnik specialist

5. **V kateri enoti nujne medicinske pomoči ste trenutno zaposleni?**

- a) Ljubljana
- b) Koper
- c) Izola
- d) Maribor
- e) Celje

II. **Drugi sklop**

- 1. Prosim, navedite, v kolikšni meri se strinjate ali ne strinjate s spodaj navedenimi trditvami, pri čemer pomenijo ocene od 1 do 5 naslednje: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam**
- a) Pri AMOK dogodku gre za psihopatološko stanje maničnega besa, pri katerem storilec usmerja nasilje proti povzročitelju stresa, hoče se razbremeniti stresa z razbijanjem, gibanjem, pogosto tudi s slačenjem, kdor ga želi ustaviti, bo napaden.
- 1 2 3 4 5
- b) AMOK dogodek kot ena najhujših oblik ogrožanja življenja in zdravja ljudi zahteva poseben pristop k ukrepanju pri intervenciji.
- 1 2 3 4 5
- c) Slišal sem že za Slovenska priporočila za ukrepanje ekip nujne medicinske pomoči pri AMOK dogodkih in se tudi seznanil z vsebino priporočil
- 1 2 3 4 5
- d) Na terenu bi se, v kolikor pride do AMOK dogodka, znal ravnati po Slovenskih priporočilih za ravnanje ob AMOK dogodku.
- 1 2 3 4 5
- e) Usposabljanje za primer AMOK dogodka se mi zdi nepotrebno, saj se AMOK dogodek v Sloveniji še ni zgodil.
- 1 2 3 4 5
- 2. Kako bi ocenili lastno pripravljenost na AMOK dogodek v primeru, da se le-ta zgodi v tem trenutku? (obkrožite 1 odgovor)**
- a) Odlična
b) Zelo dobra
c) Dobra
d) Zadovoljiva
e) Nezadovoljiva
- 3. Ko je enota nujne medicinske pomoči aktivirana na kraj AMOK dogodka in v kolikor zbirno mesto še ni določeno, (obkrožite 1 odgovor)**
- a) Se ekipa nujne medicinske pomoči takoj odpelje na mesto s svetlobnimi in zvočnimi signali.
b) Čakate na mestu, dokler vas ne obvestijo o zbirnem mestu.
c) Se odpravite na pot, izberete varno točko, ki bo služila kot zbirno mesto, o tem obvestite OKC in čakate na nadaljnja navodila.
- 4. Vodenje celotne intervencije prevzame: (obkrožite 1 odgovor)**
- a) Prva ekipa nujne medicinske pomoči na prizorišču
b) Policija
c) Dispečer, ki je klic na pomoč sprejel

5. Naloge ekipe NMP na zbirnem mestu pri ukrepanju ob AMOK dogodku so: (obkrožite 1 odgovor)

- a) Vzpostaviti kontakt z vodjo policijske intervencije in izmenjava informacij, določiti komunikacijske kanale ter načine komunikacije, namestiti osebna zaščitna sredstva.
- b) Vzpostaviti kontakt z vodjo policijske intervencije in izmenjava informacij, določiti komunikacijske kanale ter načine komunikacije, namestiti osebna zaščitna sredstva, preverjanje radijskih zvez ter kompletov za prvo medicinsko pomoč.
- c) Vzpostaviti kontakt z vodjo policijske intervencije in izmenjava informacij, določiti komunikacijske kanale ter načine komunikacije, namestiti osebna zaščitna sredstva, preverjanje radijskih zvez ter kompletov za prvo medicinsko pomoč, preverjanje kompletov za masovne nesreče, soočanje s skupino policistov za evakuacijo in reševanje.

6. Priporočen način prihoda ekipe nujne medicinske pomoči na kraj AMOK dogodka je? (obkrožite 1 odgovor)

- a) S svetlobno in zvočno signalizacijo se pripeljemo na mesto, kjer se odvija streljanje, saj tako storilcu pokažemo, da smo prispeli na pomoč.
- b) Ne povzročamo posebnega hrupa in skušamo biti čim manj vpadljivi (s svetlobno, vendar brez zvočne signalizacije), ko se pripeljemo na dogovorjeno zbirno mesto, ki je na varnem kraju.
- c) Ob prihodu na kraj dogodka ne povzročamo posebnega hrupa, skušamo biti čim manj vpadljivi (brez zvočne in svetlobne signalizacije). Gibanje omejimo na minimum, vsak premik predhodno načrtujemo, če je le možno, naj bo en član ekipe nujne medicinske pomoči iz varnostne razdalje zadolžen le za opazovanje dogodkov na sceni, spremljanje dinamike in poročanje skupini.

7. Katera trditev NI pravilna glede na načela taktične medicine vstopanja v različne cone medicinske oskrbe? (obkrožite 1 odgovor)

- a) Če je le eden poškodovanec, izvede evakuacijo le-tega v hladno cono policija.
- b) Če je več poškodovancev, vrši nujno medicinsko pomoč ekipa nujne medicinske pomoči v topli coni ob policijskem varovanju.
- c) Čeprav vroča cona pomeni najbolj nevarno cono, delovanje v njej ni izključno v domeni policije, temveč vanjo vstopa tudi ekipa nujne medicinske pomoči, vendar le pod pogojem, da ima na sebi balistično zaščitno opremo ter neprekinjeno policijsko varovanje.

8. Oskrba poškodovanih v vroči coni je: (obkrožite 1 odgovor)

- a) Enaka kot pri običajnih intervencijah in v pristojnosti policije.
- b) Drugačna, saj je potrebno upoštevati načelo THREAT in je v pristojnosti ekipe nujne medicinske pomoči.

- c) Drugačna, saj je potrebno upoštevati načelo THREAT in je v pristojnosti policije.

9. Kaj je ekipi nujne medicinske pomoči dovoljeno izvajati v topli coni? (obkrožite 1 odgovor)

- a) Imobilizacija vratne hrbtenice ter dekompresija tenzijskega pnevmotoraksa
b) Namestitev Esmarchovega zažemka, obračanje nezavestne osebe na trebuh, ...
c) Nastavitev i.v. poti in infuzije pri odsotnih perifernih pulzih
d) Ekipa nujne medicinske pomoči v toplo cono nima dostopa.

10. Med vašo intervencijo zaslišite strele, vi pa ste ujeti v prostoru. Kaj bodo glede na Slovenska priporočila vaši naslednji manevri? (obkrožite 1 odgovor)

- a) Osebe skriti v omare, pod mizo ipd., jih opozoriti na popolno tišino, mirnost in pri tem ugasniti vse električne naprave v prostoru ter določiti osebo za morebitno soočenje s storilcem in sredstva za njegovo onesposobitev in sporočiti policiji lokacijo obeh.
b) Soočiti se s storilcem, kje bo en član ekipe skušal zbiti orožje iz rok napadalca, drugi pa ga bodo skušali onesposobiti; pri tem je potrebno delovati agresivno in glasno sporočiti, da je policija že na mestu dogodka, čeprav morda te informacije nimamo.

11. Ali ste bili med službovanjem pri nujni medicinski pomoči na terenu kdaj žrtev nasilja? (več možnih odgovorov)

- a) Da, žrtev verbalnega nasilja.
b) Da, žrtev verbalnega in fizičnega nasilja.
c) Da, žrtev nasilja s hladnim orožjem.
d) Da, žrtev nasilja z orodjem.
e) Da, žrtev nasilja z elementi streljanja.
f) Ne.

12. Prosim, navedite, v kolikšni meri se strinjate ali ne strinjate s spodaj navedenimi trditvami, pri čemer pomenijo ocene od 1 do 5 naslednje: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam

- a) Pri mojem delu na terenu bi uporabljal balistično zaščito.
1 2 3 4 5
- b) Balistično zaščito bi uporabljal ves čas na vsaki intervenciji.
1 2 3 4 5
- c) V reševalnem vozilu bi želel imeti na voljo neprebojni jopič, taktične rokavice in balistično čelado.
1 2 3 4 5

- d) Komplet balistične zaščite bi želel imeti na razpolago le v bazi.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- e) Želel bi uporabljati balistično zaščito z višjo stopnjo zaščite kot jo priporočajo priporočila.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- f) Balistična zaščita se mi ne zdi potrebna pri mojem delu in je ne želim imeti na voljo oz. jo uporabljati.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

13. Ali vaša enota razpolaga z zaščitno opremo za ukrepanje na AMOK intervencijah? (Obkrožite 1 odgovor)

- a) Da
b) Ne

14. Če je odgovor DA na predhodno vprašanje, obkrožite, s katero opremo razpolaga vaša enota: (več možnih odgovorov)

- a) Čelada, ki ustreza standardu STANAG 2920
b) Taktične rokavice, odporne proti urezninam in vbodom
c) Zaščitna očala, ki ustrezajo standardu ANSI 87Z in EN166F
d) Neprebojna »srajčka« (»mehka zaščita«, ki ustreza standardu NIJ= IIIA
e) Prenosna svetilka
f) Radijska zveza (slušalke in govorna naprava)
g) Nabor medicinske opreme
h) Dodatna oprema, ki ni napisana v priporočilih, pa jo imate na voljo:

15. Ali ste imeli v vaši enoti organizirano usposabljanje za pravilno rokovanje/uporabo zaščitne opreme za ukrepanje na AMOK intervencijah, katerega ste se udeležili? (možen 1 odgovor)

- a) Da
b) Ne
c) Da, toda nisem se ga udeležil

16. Ali ste imeli v vaši enoti organizirana skupna usposabljanja s policijo za ukrepanje na AMOK intervencijah, katerega ste se udeležili? (možen 1 odgovor)

- a) Da
b) Ne
c) Da, toda nisem se ga udeležil

17. Ali ste imeli organizirano vajo ukrepanja na AMOK intervenciji z večjim številom poškodovanih oseb, katere ste se udeležili? (možen 1 odgovor)

- a) Da
b) Ne
c) Da, toda se ga nisem udeležil

18. Koliko vstopnih skupin lahko zagotovi vaša enota za ukrepanje na AMOK intervenciji (eno vstopno skupino predstavljata 2 člana ekipe nujne medicinske pomoči)?

Napišite število razpoložljivih vstopnih skupin: _____

Za vaše sodelovanje in vaš dragoceni čas, ki ste mi ga namenili, se vam iskreno zahvaljujem.

Tim Oven