



**Záchranár Sedlák: Videli sme, ako v dome padá zo stropu plesieť a ľudia používajú plastové vedrá na potrebu . . . . 2**

Online, dennikn.sk, 21. 1. 2026, 7:06

**„Zostaneme doma,“ zaviazalo sa dosiaľ najviac mladých lekárov . . . . . 9**

Tlač, Zdravotnícke noviny, 22. 1. 2026

## Záchranár Sedlák: Videli sme, ako v dome padá zo stropu plesň a ľudia používajú plastové vedrá na potrebu

21. 1. 2026, 7:06, Zdroj: [dennikn.sk](#), Vydavateľ: N Press, s.r.o., Autor: Veronika Folentová, Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, UPJŠ, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika  
Dosah: 313 337 GRP: 6,96 OTS: 0,07 AVE: 1387 EUR

Záchranár Sedlák: Videli sme, ako v dome padá zo stropu plesň a ľudia používajú plastové vedrá na potrebu

Na adrese bolo hlásené úmrtie a neisté okolnosti smrti. Keď sme vystúpili z auta, z vchodu rodinného domu na nás vybehol človek s nožom v ruke. Obehol som okolo sanitky, zamkli sme sa a on začal búchať päťami do auta. Inokedy zas na mňa vybehol muž s mačetou. Záchranár Marián Sedlák hovorí o agresivite pacientov, s ktorými sa v teréne stretol.

Marián Sedlák pracuje ako záchranár v Košiciach. V rozhovore opisuje:

ako rastie agresivita pacientov;

o tom, v akých podmienkach niekedy zasahujú;

o pocite, že rastie počet ľudí, ktorí majú strelné zbrane;

o morbidne obéznom pacientovi, ktorého nevedeli zniesť z bytu,

ale aj o úmrtiach novorodencov.

Ako dlho pracujete ako záchranár?

Školu som skončil v roku 2019 a odvtedy pracujem na záchranej službe. Rok-dva predtým som chodil do služieb ešte ako študent medicíny a pozorovateľ.

Celý čas pracujete v košickej záchránke. Aká je to práca?

Na záchránke robíme prednemocničnú urgentnú medicínu. Vybral som si ju, lebo na Slovensku to v tom čase ešte nebol veľmi rozšírený odbor. Zaujímalo ma na nej, že človeku viete pomôcť hneď, vidíte efekt svojej práce a stretávate sa s rôznymi stavmi od novorodencov po 99-ročných ľudí. Riešite urgentné stavy z internej medicíny, gynekológie, chirurgie či traumatológie. Je to veľmi rôznorodé. V záchránke je aj adrenalín – idete na adresu a nevíete, čo vás tam čaká, v akom stave bude pacient a čo budete robiť. Keď prídete ráno do práce, nikdy nevíete, či budete cez deň odpočívať alebo od rána do večera riešiť extrémne závažné stavy. Pre mňa ako končiaceho medika to bolo veľmi lákavé.

Asi nemáte veľa rutiny.

Po čase sa rutina vytvorí aj tu, lebo stavy sa opakujú. Chodíme veľmi často napríklad k ťažkostiam s dýchaním, bolestiam na hrudníku, poruchám vedomia, intoxikáciám, závažným úrazom alebo resuscitáciám. Špecifikom našej prednemocničnej práce je, že sa viete o pacienta postarať len do určitého bodu. Potom musíte pacienta previezť do nemocnice.

Špecifické je aj to, že vy chodíte za pacientmi k nim domov. Máte niekedy v práci strach?

Určite áno, ale treba to rozlišovať. Prvou kategóriou je, keď nás niekto napadne pod vplyvom ochorenia – najčastejšie ide o akútne duševné ochorenia, teda psychózy. Pacient vtedy naozaj nevie, čo robí, nedokáže svoje konanie rozpoznať ani ovládať. Pacient za to vtedy nemôže a my musíme urobiť všetko, aby bola posádka v bezpečí, a zároveň mu poskytnúť adekvátnu starostlivosť a transport do nemocnice. Druhá skupina sú ľudia, ktorí si veľmi dobre uvedomujú, čo robia. Niekedy sú v stave, ktorý si sami privolajú – najčastejšie konzumáciou drog a alkoholu. Sú však aj prípady, keď sú na nás agresívni, lebo konfliktné situácie vyhľadávajú a majú pocit, že si voči záchranárom či lekárom niečo dokazujú.

Opísali ste na Facebooku prípad z obdobia pandémie, keď sa vám syn pacienta vyhrážal, že vás zastrelí. Opísali ste ho ako dvojmetrového človeka, ktorý už bol vo väzení. Čo v takej situácii môžete ako záchranár robiť?

Bolo to v čase pandémie. Išli sme na výjazd do dediny zhruba 15 až 20 minút od Košíc k pacientovi s dýchacími ťažkosťami. Pri príchode do rodinného domu nás privítal jeho syn, mal asi dva metre, holú hlavu a mikinu značky, ktorú obľubujú neonacisti. Jeho otec mal horúčku, nízku saturáciu a zjavne mal covid. Povedali sme synovi, že pacientovi dáme kyslík a urobíme test na covid. Vtedy z neho vyšlo, že to čakal, vraj ho cez test zaočkujeme a že otec žiadny covid nemá. Povedal nám, že už bol vo väzení a nemá problém sa tam vrátiť a že nás postrieľa. V takých prípadoch sa sústreďujeme na komunikáciu a behaviorálne techniky.

Ako to vyzerá?



Prvým krokom je prevencia, teda snaha úplne zabrániť eskalácii situácie. Na prvom mieste je bezpečnosť posádky. Máme niekoľko pravidiel, ktoré musíme dodržiavať pri každom zásahu, hoci sa to nie vždy podarí. Nikdy nejde záchranár do neznámeho prostredia alebo bytu sám, neotáča sa pacientovi chrbtom a neblokujú sa únikové cesty. Ak ide o neprehľadnú situáciu, dávame si pred seba záchranársky batoh, aby sme mali aspoň nejakú ochranu brucha a orgánov. Keď sa s pacientom rozprávame, je dôležité ho rýchlo „prečítať“ a odhadnúť, čo ho frustruje a čo spúšťa jeho agresivitu. Ale ak je niekto na prvú nastavený, že sa chce hádať alebo pobiť, vtedy sa toho nedá urobiť veľa.

Viete už dopredu, že idete k agresívnemu pacientovi? Dá vám Operačné stredisko, ktoré prevádzkuje linku 155, vedieť, že môže ísť o nebezpečné situácie?

Malo by to tak byť, ale nedeje sa to vždy. Niekedy príde výzva, že pacient je v telefóne agresívny alebo nespolupracuje, a operačné stredisko vtedy s nami posielajú aj policajnú hliadku. Niekedy na to zabudnú alebo pacient znie v telefóne pokojne a situácia sa rozvinie až na adrese. Máme určité oblasti, kam chodím rovno s políciou. Väčšinou ide o rómske osady, bytovky alebo lokality, kde sa koncentrujú užívatelia drog a squatter. Nie je to tak všade, ale my v Košiciach takéto sídliská máme, a ak sa dá, ide s nami hliadka.

Ak sa dá?

Stáva sa, že hliadka nie je dostupná. Prídeme na adresu, hliadka tam nie je a my prichádzame do konfliktu. Vtedy si musíme vybrať medzi bezpečnosťou posádky a pacientom. Príbuzní či svedkovia na nás často naliehajú: „Prečo ho necháte čakať? Prečo sedíte v aute?“ Pre nás je však naša bezpečnosť kľúčová. Keby niekto napadol a zranil nás, operačné stredisko by muselo vyslať ďalšie posádky, aby situáciu vyriešilo. Aj laici sa pri prvej pomoci učia, že bezpečnosť je na prvom mieste. Ak človek ohrozuje seba, prvú pomoc poskytovať nemusí. To isté platí pre nás.

Pamätáte si prípad, keď ste boli v ohrození?

Mám osobnú skúsenosť z [lock] výjazdu na východnom Slovensku, mimo Košíc. Na adrese bolo hlásené úmrtie a neisté okolnosti smrti. Keď sme vystúpili z auta, z vchodu rodinného domu na nás vybehol človek s nožom v ruke. Obehol som okolo sanitky, zamkli sme sa a on začal búchať pästami do auta. Odišli sme a volali políciu. Podobne sa mi stalo v jednej rómskej osade, že na nás z bloku vybehol muž s mačetou. To sme už našťastie boli zavretí v sanitke. Alebo sme išli k nahlásenému bodnému poraneniu. Jeden človek napadol ďalších dvoch. Pri našom príchode tam už bola iná posádka, ktorá ošetrovala prvého pacienta. Keď sme otvorili dvere, videli sme policajnú hliadku v hlúčku asi 70 ľudí. Policajt držal v jednej ruke obušk, v druhej pištoľ a kričal na ostatných, aby sa vzdialili. Ľudia kričali, hádzali veci, bol tam obrovský chaos. Vzali sme druhého pacienta do sanitky, ošetrili ho a odišli sme. Z davu môže kedykoľvek priletieť dlažbočná kocka, ktorá vás trafi do hlavy a môže vám ohroziť život.

Mojim kolegom sa stali aj horšie veci – napríklad počas resuscitácie priložili kolegovi nôž k bruchu so slovami: „Keď umrie pacient, umrieš aj ty.“

Marián Sedlák. Foto N – Peter Lázár

Ako to vtedy prežívate? Čo sa s vami deje?

Štatisticky mám takýchto skúseností o niečo menej ako moji kolegovia. Veľmi sa snažím dbať na prevenciu a neeskalovať napätie. Snažím sa komunikovať slušne, aktívne počúvať a dávať pacientom jednoduché pokyny, aj keď sú zmätení alebo nerešpektujú pravidlá. Keď už dôjde ku konfliktu, snažím sa udržiavať bezpečnú fyzickú vzdialenosť a komunikovať. Máme núdzové deeskalačné techniky, ale keď to skĺzne k fyzickému násiliu, musíme pacienta aspoň na chvíľu „uzemniť“. Ak je to možné, použijeme lieky – sedatíva a čakáme na pomoc polície. Bez nej sa veľakrát nezaobídeme. Mám kolegov, ktorým na výjazde zlomili nosy aj ruky, nie je to rarita.

Vy ste mali nejaké fyzické zranenie?

Len modriny od pohryznutia cez oblečenie.

Nieko vás uhryzol?

Áno. A samozrejme, nerátam pľuvance. Keď nás oplývajú, to už ani neriešime – to už berieme ako riziko povolania. Riešime to len vtedy, ak je daný človek nakazený infekčnou chorobou. Vtedy ideme na infekčné a dáme si to zapísať. Ale ak vás niekto „len“ oplýva, nič mu na to nemôžete povedať, nespôsobil vám škodu. Stáva sa aj to, že po vás niekto niečo hodí, napríklad fekálie, deje sa to najmä pri psychiatrických pacientoch. Fyzické útoky sa riešia až vtedy, keď majú následok, teda ak doba liečenia presiahne sedem dní alebo ide o ťažké úrazy. Často sa to snažíme riešiť s políciou, ale zdravotník mnohokrát ťahá za kratší koniec.

Vrátime sa k tomu uhryznutiu, ako sa to stalo?

Pri pacifikácii pacienta, bola tam s nami aj polícia. Išlo o ťažko intoxikovaného, agresívneho človeka s poruchou vedomia. Mal rozbitú hlavu a očividne potreboval nemocničné ošetrovanie. Pri pacifikácii sa mi jednoducho zahryzol do ruky.

Opísali ste prípad agresívneho syna pacienta počas pandémie. V bratislavskom Ružinove teraz došlo k napadnutiu zdravotníkov po tom, čo sa opýtali pacienta, či nemá covid, a chceli ho otestovať. Pandémia už nie je, ale stále vidíme jej dosah na správanie ľudí. Je dnes agresívna iná skupina ľudí ako pred pandemiou?

Ešte počas pôsobenia v Medzinárodnej federácii asociácií študentov medicíny som sa venoval násiliu na zdravotníkoch, aj keď vtedy skôr v kontexte vojnových konfliktov. V mierových časoch sme riešili násilie na urgentných príjmoch alebo v prednemocničnej starostlivosti. Dovtedy to u nás bolo spojené skôr s intoxikáciami alebo reálnymi diagnózami, ako sú akútne psychózy. Covid to však zmenil. Do popredia sa dostala názormi podmienená verbálna agresivita. V období pandémie išlo o antisystémových ľudí a odporcov opatrení.

Antivaxerov, odporcov očkovania?

Áno, vtedy sa to rozbehlo. V istých momentoch to bolo veľmi radikálne. A väčšina z nich v tom bohužiaľ pokračuje, hoci pandémia sa skončila. Ostali v rovnakých názorových kolajach a vidíme, že ich spôsob zmýšľania ani reakcie voči zdravotníkom sa nezmenili. Odmietajú vedu, oficiálne odporúčania a medicínske authority. Chápem, že tí ľudia svojim postojom veria, ale plodí to u nich frustráciu, ktorú si potom vybijajú na zdravotníkoch.

Mali ste okrem opísaného prípadu aj iné vyhrotené stretnutia s ľuďmi s takýmto názorom?

Vo verbálnej rovine to bol možno každý druhý výjazd k tejto skupine ľudí.

Čo vám hovorili?

Keď im navrhne liečebný alebo diagnostický postup, často ho odmietajú a presadzujú si vlastné lieky či postupy. Prídeme na adresu, vyšetříme pacienta a povieme mu, o aký stav pravdepodobne ide a aká liečba je najlepšia. Máme však veľa pacientov, ktorí nám povedia: „Nie, ja chcem liek XY, toto mi tu pichnete a bez toho neodídete.“

O aké lieky ide? Ivermektín a podobne?

V období pandémie to boli aj takéto lieky. My sme ich so sebou nemali, takže to nebolo možné. Aktuálne ide skôr o lieky na ich chronické ochorenia. Napríklad pacient s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc pravidelne volá na operačné stredisko a dožaduje sa ošetrovania doma. Keď prídeme, tvrdí, že mu pomáha len konkrétny liek, napríklad Syntophyllin, a trvá na tom, aby sme mu ho pichli. Pritom tento liek už z odborných odporúčaní na liečbu akútneho zhoršenia stavu vypadol. Už sa neodporúča, ale on má v hlave zafixované, že mu to musíme pichať, lebo je to jediná vec, čo mu pomôže. Je to čisté placebo. A tento pacient je agresívny a vyhráža sa zdravotníkom. Pri takýchto komplikovaných pacientoch je úplne bežné, že nám povedia: „Ak ma neošetríte vy, odídete a ja do hodiny zavolám znovu. Budete tu zas.“ Veľa lekárov potom radšej spraví to, že im dajú liek, ktorý síce nepomáha, ale snažia sa predísť tomu, aby pacient volal opäť o druhej ráno s tými istými ťažkosťami.

Vnímate aj vplyv politiky? Preberajú napríklad výroky politikov?

Určite áno. Pacienti si svoje politické názory premietajú do prístupu k vlastnému zdraviu aj do komunikácie s nami. V rozhovoroch často zaznievajú narážky na známe osobnosti alebo politikov, na ktorých názory sa pacienti odvolávajú. Osobne nechápem, ako sa môže stať, že v roku 2025 v krajine EÚ ľudia otvorene vystupujú proti vede a absurdnými tvrdeniami dehonestujú prácu medzinárodných vedcov. Pripadá mi to šialené a účelové.

Odvolával sa niekto konkrétne napríklad na splnomocnenca vlády Petra Kotlára?

Áno, aj na neho. V časoch covidu to bolo viacero známych tvárí z radov „antirúškarov“ či propagátorov ivermektínu.

Dá sa nejak opísať skupina ľudí, ktorá je agresívna pri náznaku, že by mohlo ísť o covid?

Sú to antisystémoví ľudia a antivaxeri. Momentálne sú to aj prorusky orientovaní ľudia – aj to v sanitkách počúvame. Ak je nebudaj člen posádky z Ukrajiny, musí počúvať invectívy a urážky.

Pacienti nadávajú im, lebo pochádzajú z Ukrajiny?

Áno. Sú to reálne nadávky, osočovanie alebo komentáre k ukrajinsko-ruskému konfliktu v štýle, že podporujú Rusko a Ukrajinci to tu len zneužívajú. A zdravotník musí byť ticho, nemôže sa na takéto invectívy ozývať.

Nieko vám príde zachrániť život alebo pomôcť blížnemu a vy mu začnete nadávať?

Áno, a začne to od prvého slova, keď začujú prízvuk.

Ako si vysvetľujete, že sa takto správajú k človeku, ktorý im prišiel pomôcť?



Veľa pacientov má pocit, že zdravotníctvo je zadarmo a majú právo na všetko. Akýkoľvek zdravotník, či už zo záchranky, alebo nemocnice, je pre nich de facto sluha, lebo oni si platili zdravotné poistenie. Razia heslo „náš pacient, náš pán“. Majú pocit, že ak to pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti nejde „podobrotky“, tak si ju jednoducho vynútia rozkazmi.

Za tých osem rokov, čo v záchranke pracujete, vidíte zmenu nálady v spoločnosti? Sú ľudia agresívnejší?

Určite. Covid bol zlomový moment. Odvtedy sa to drží na rovnakej úrovni alebo sa to ešte zhoršuje. Pacienti majú neprimerané požiadavky a predstavy o tom, ako zdravotníctvo funguje. Nemôžeme však ignorovať ani zdravotníkov. Aj medzi nami je veľa ľudí, ktorí zbytočne vyvolávajú konflikty. Mnohí sú frustrovaní a bezradní, čo sa potom preklápa do spôsobu ich komunikácie. Často tak cítia dlhoročnú frustráciu z toho, že zodpovední – vláda, parlament či ministerstvo – s tým nič nerobia. Povedia si: „Prečo by som mal vystupovať srdečne a empaticky, keď nie som chránený?“ Urobia si svoje minimum a idú domov.

Ak nejdete na výjazd s policajnou hliadkou a situácia sa zvrtnie a stane sa nebezpečnou, máte tlačidlo, po ktorého stlačení polícia dostane informáciu, že potrebujete pomoc?

Tu treba rozlíšiť teóriu a prax. V teórii máme vysielacky na komunikáciu s operačným strediskom a na nich je tlačidlo, ktoré by sme mohli stlačiť. Problém je, že vysielacka je len jedna na posádku a člen, ktorý je práve v konfliktnnej situácii, ju nemusí mať pri sebe. Často ostáva v aute, lebo sa na to v zhone nemyslí. V praxi to funguje tak, že musíme vytiahnuť mobil a žiadať o hliadku cez telefón. Na urgentných príjmoch v nemocniciach „panic“ tlačidlo máme, ale v teréne je to zložitejšie. Najväčším problémom je čas. Aj keď políciu privoláme, trvá to minúty. Ak sme niekde na periférii alebo v dedine pri meste, hliadka dorazí o 15 či 20 minút. Dovtedy vás agresívny pacient môže desaťkrát napadnúť. Musíme pomoc privolať, ale v danej sekunde nás to neochráni. Často sa dostaneme do priameho fyzického konfliktu ešte skôr, než stihne polícia prísť a pomôcť nám.

Máte aspoň nejaké ochranné pomôcky?

Bežne ich so sebou nenosíme. Ja som si z vlastných peňazí kúpil ľahkú nepriestrelnú vestu, ktorú si beriem na exponované výjazdy – napríklad tam, kde vopred vieme, že došlo k strelbe, napadnutiu alebo bodnutiu.

Z vlastných peňazí ste si kúpili vestu, keby na vás niekto strieľal?

Áno, ale záchranná služba teraz na základe našich požiadaviek takéto ochranné pomôcky zabezpečuje. Ešte je to v štádiu riešenia. Fyzicky ich ešte k dispozícii nemáme, zatiaľ nosíme to, čo sme si sami kúpili. Nemám to štatisticky podložené, ide len o môj pocit. Zdá sa mi, že v posledných rokoch stúpa počet poranení strelnou zbraňou. Mám pocit, že zbrane má dnes obrovské množstvo ľudí a vy netušíte, či sú psychicky zdraví alebo kompetentní ich vlastniť.

Streli ste sa s tým, že by niekto mal pri sebe strelnú zbraň?

Viacrát sa nám stalo, že sme prehľadali pacienta, ktorý mal poruchu vedomia, lebo sme hľadali identifikačný doklad, kartu poistenca alebo lekársku správu – a namiesto toho sme našli strelnú zbraň alebo nôž. Je to obrovské riziko. Ak pacienta neskontrolujete hneď, môže sa počas transportu v sanitke prebrať, siahnúť po zbrani a postreliť vás alebo bodnúť. Je to neustále na hrane.

Marián Sedlák. Foto N – Peter Lázár

Vyhrážal sa vám niekedy niekto strelnou zbraňou?

Áno. Aj pri výjazde, ktorý som opísal na sociálnych sieťach, bolo jasne povedané, že nás postrieľa.

Ale zbraň na vás vtedy priamo nevytiahol?

Nie, nie. Iba povedal, že ju má. Väčšinou ide o prípady intoxikovaných pacientov a v rámci „alkoholových rečí“ povie, že má doma zbrane. Nikdy sa mi však nestalo, že by mi niekto priložil zbraň k hrudníku alebo k hlave. Mojim kolegom áno, mne našťastie nie. Dúfam, že sa to ani nestane.

Zažili ste veľké množstvo ľudí vo vypätých situáciách. Je niečo, čo ste sa o nich naučili?

Doteraz som hovoril veľa negatívnych vecí, ale stále ma vie milo prekvapiť pozitívna reakcia na našu prácu. Mám dobré skúsenosti, že aj pri komunikácii s ľuďmi z nižších sociálnych vrstiev alebo marginalizovaných komunít nie sú žiadne problémy, ak je k nim človek primárne slušný.

Je jedno, akú má človek farbu kože. Môže byť biely, tmavý alebo modrý ako z Avataru – arogantní a agresívni ľudia sú proste všade. Závisí to od toho, ako sa s nimi rozprávate. Niekedy treba komunikáciu prispôbiť rozumovým schopnostiam pacienta, čo sa treba naučiť.

V mnohých prípadoch má však situácia potenciál na eskaláciu a zdravotníci pre dlhoročnú frustráciu komunikáciu nezvládnu. Konflikt sa potom vyeskuluje aj zo strany zdravotníka, pacient sa toho chytí a už sa niečo stane.

Marián Sedlák. Foto N – Peter Lázár

Keď niekto nerobí to, čo mu zdravotník odporúča, tak na neho začne kričať?

Napríklad. Časté je aj to, že zdravotníci skočia na provokácie pacientov. Nemôžem povedať, že by to zdravotníci aktívne vyhľadávali – vo väčšine prípadov začína pacient. Niekedy si však treba zahryznúť do jazyka a zbytočne situáciu neeskalovať.

Ako si majú ľudia predstaviť deeskaláciu napätia?

Vo všeobecnosti ide o dve oblasti: komunikáciu a behaviorálne techniky. V komunikácii sa od začiatku snažíme hovoriť jasným a pokojným tónom. Rečou tela musíme vyjadrovať pokoj, určite nesmieme pre pacienta predstavovať hrozbu. Pokyny by mali byť krátke, jasné a pre pacienta realizovateľné aj pochopiteľné. Musíme aktívne počúvať a prejavovať empatiu, napríklad aj kývaním hlavy na znak toho, že rozumieme jeho ťažkostiam. Dôležité je vyhýbať sa provokáciám, nepoužívať sarkazmus, neznižovať dôstojnosť pacienta, nedegradovať jeho problémy a nezvyšovať hlas.

A behaviorálne techniky sú aké?

Ide o reč tela a rešpektovanie osobného priestoru. Reč tela by mala byť otvorená a uvoľnená, určite sa nad pacienta nevyvyšujeme z dominantnej pozície. Stále si musíme udržiavať bezpečnú fyzickú vzdialenosť. Tá sa u rôznych pacientov líši a mení sa aj pod vplyvom ich ochorenia či klinického stavu. To musíme odhadnúť hneď pri príchode.

Pacientovi treba nechať pocit kontroly. Stále má mať moc nad tým, čo sa s ním bude robiť. Musí so zásahmi súhlasiť, pokiaľ nemá poruchu vedomia alebo znížené rozpoznávacie schopnosti. Keď už dochádza k eskalácii, snažíme sa presmerovať jeho pozornosť od emócií k riešeniu zdravotného problému, pre ktorý nás volal.

Kto je váš typický pacient?

Nedá sa jednoznačne povedať, kto je typický pacient. Dajú sa rozdeliť na dve skupiny. Prvou sú pacienti, ktorí volajú možno párkrát za život v situáciách, keď naozaj potrebujú urgentnú pomoc. Stane sa niečo nepredvídateľné, akútny úraz alebo zdravotný problém, keď si už nevedia rady a zavolajú na linku 155.

Druhú skupinu v angličtine voláme „pravidelní cestujúci“ (frequent flyers). Sú to pacienti, ktorí volajú opakovane. Buď oprávnené, pretože majú chronické ochorenie a nevedia si poradiť, alebo sú to zneužívači zdravotnej starostlivosti. Vedia, že keď zavolajú na 155, sanitka príde. Takýmto spôsobom si starostlivosť zabezpečujú aj vtedy, keď to nie je potrebné.

Ako žijú ľudia, ku ktorým chodievate?

Veľmi zaujímavo. V populácii sa šíri mýtus, že v rómskych osadách a komunitách je len neporiadok a špina. Nie je to tak. Reálne prichádzame do osád, kde je čisto a upratané.

Mali sme pacientku, ktorá žila na neslávne známom košickom sídlisku. Keď sme vošli do jej bytu, mala úplne čisto a upratané. Povedala nám, že „nie je hanba byť chudobný, ale je hanba byť bordelár“. A potom príde k luxusne vyzerajúcemu domu a vo vnútri nájdeme neporiadok, špinu, jedlo po zemi či exkrementy. Stretávame sa so všetkými úrovňami ľudskej existencie a so všetkými sociálnymi vrstvami.

Na rozdiel od nemocničných lekárov ideme k pacientom priamo domov, čo mení dynamiku ošetrovania. Vchádzame do ich priestoru, pacient má pocit, že on je ten, kto si bude hovoriť, čo, ako a kedy sa bude robiť. Zatiaľ čo keď pacient prichádza do nemocnice, prichádza de facto do „domova“ zdravotníkov.

Keď vojdete do obydli, kde je veľký neporiadok, špina alebo exkrementy, ako vás to ovplyvňuje? Meníte vtedy svoje postupy?

V prvom rade myslíme na vlastnú bezpečnosť. Niekolkokrát som bol v dome, kde nám reálne zo stropu na hlavy padali chumáče machu a plesní, a pritom tam žili ľudia. Bolo to v dedinke blízko Košíc. Zo stropu kvapkala voda a po zemi boli plastové vedrá, do ktorých obyvatelia močili, pretože nemali zavedenú kanalizáciu. To bolo možno pred piatimi rokmi. Aj v takýchto podmienkach žijú ľudia na Slovensku.

Snažíme sa, aby taký človek dostal starostlivosť ako hocikto iný. Stav obydli môže byť aj dôsledkom psychického ochorenia. Pacient tam ani nemusí bývať, môže to byť len príbuzný, ktorý prišiel na návštevu. Snažíme sa tých ľudí nesúdiť.

Aj poskytovanie starostlivosti musí byť náročné, ak na vás padá pleseň alebo tam behajú potkany.



Je to extrémne náročné, najmä s následným transportom do nemocnice. Niekedy vôbec nie je možný. Niekedy je priestor taký zaplnený haraburdami a skriňami, že pacientov aj vo vážnych stavoch, keď musíme napríklad resuscitovať, len veľmi ťažko z tých domov vynášame. To je problém aj pri morbidne obéznych pacientoch. Raz sme pacienta nevedeli dostať z bytu, museli sme volať hasičov a tí zasa priemyselných expertov. Plánovalo sa vyrezávanie okna aj zárubní.

Koľko kíl mal ten pacient?

Posledná váha, ktorú mal nameranú pár rokov predtým, bola 250 kíl.

Ako ste to vyriešili?

Takýchto pacientov často nevidíme, ale existujú a náš zdravotný systém na nich nie je pripravený. Minimálne prednemocničná urgentná medicína. Nemáme bariatrické sanitky, ktoré sú určené pre pacientov s vysokou váhou, ani technické vybavenie, ktorým by sme vedeli takýchto extrémne obéznych ľudí transportovať. To je obrovský problém. V tomto konkrétnom prípade mala skupina šiestich hasičov a troch zdravotníkov problém pacienta vôbec zdvihnúť zo zeme.

Deväť ľudí?

Áno. Je to veľmi veľa, lebo tých deväť ľudí už ani neviete okolo pacienta poriadne rozložiť. 250 či 300 kíl je naozaj obrovská váha.

Čo bolo tomu pacientovi?

Išlo o zhoršenie chronického stavu. Bohužiaľ, ten pacient potom zomrel doma, pretože sa ho nepodarilo transportovať do nemocnice.

Nepodarilo sa ho vyniesť ani cez okno?

Nie, nepodarilo sa to a zakrátko skonal. Primárne odmietal poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Aj keď som ho poučil, že môže zomrieť, hovoril, že si je toho vedomý a že si ešte rozmyslí, či do nemocnice pôjde. Nakoniec doma zomrel.

Stretávate sa s tým, že vám cez operačné stredisko nahlásia iné veci, než sa reálne dejú? Že si ľudia vymýšľajú alebo cielene klamú?

Ľudia si vymýšľajú aj klamú. Na obranu operačného strediska – niekedy je veľmi zložitý objektívne zhodnotiť stav podľa opisu laika do telefónu. Je to extrémne náročná práca. Potrebujete skúseného zdravotníka s praxou z terénu, aby rozumel žargónu pacientov a tomu, ako situácie vnímajú. To sa nedeje vždy, pracuje tam veľa ľudí s minimom skúseností z terénu.

Pamätáte si na prípad, keď vás na mieste čakalo niečo úplne iné, ako ste si pôvodne mysleli?

Áno, je to úplne bežné. Nahlásia nám napríklad resuscitáciu, že človek prestal dýchať. Ponáhľame sa oživovať a o desať minút nám zahlásia, že prvá posádka je už na mieste a pacient je pri vedomí a normálne komunikuje. To je ten lepší prípad, keď stav nie je taký závažný.

A horší?

Niektorí zavolá, že sa pacientovi zle dýcha alebo má bolesti na hrudníku. Operátor sa pýta, či je pri vedomí a či netreba začať telefonicky asistovanú resuscitáciu. Svedok povie, že áno, dýcha, alebo že ho nepôjde skontrolovať. My prídeme a pacient naozaj nedýcha, nereaguje a musíme ho resuscitovať.

Ide najmä o prípady, keď niekto telefonuje z auta, že na chodníku niekto leží. Keď sa operátor spýta, či vie zastaviť a skontrolovať ho, dotýčny odpovie, že sa ponáhľa. Alebo niekto volá z okna a povie, že pod domom niekto leží, ale dole ho skontrolovať nepôjde.

Aký bol pre vás najťažší výjazd?

Ide najmä o udalosti s hromadným postihnutím osôb, ako boli nedávne havárie vlakov, kde máte desiatky zranených. Musíte robiť prednemocničnú triáž, teda rozdelenie pacientov podľa ich stavu. Medicína katastrof sa riadi inými pravidlami ako bežná urgentná medicína – snažíte sa využiť všetky prostriedky tak, aby ste zachránili čo najviac zachrániteľných pacientov.

Boli ste v takejto situácii?

Niekoľkokrát. Napríklad pri havárii linkového autobusu s nákladiakom. Stalo sa to asi dva alebo tri týždne pred vlakovou nehodou pri Košiciach. Počas vlakového nešťastia som bol pre zmenu na urgentnom príjme v prijímacej nemocnici. V minulosti sme riešili aj viaceré dopravné nehody autobusov či požiare, kde ide o desiatky ľudí. Niekedy je tam, našťastie, len málo zranených, ale inokedy riešite mnoho ľudí v kritickom stave.



Najťažšie sú však situácie, pri ktorých je veľa emócií. To sa stáva najmä pri ťažkých stavoch detských pacientov, zastavení obehu, resuscitáciách alebo pri náhlych úmrtiach, keď už pacientovi nevieme pomôcť a rodina to zvláda veľmi ťažko. Nikto ich na to nepripravil. To sú prípady, ktoré vás psychicky veľmi vyčerpávajú.

Máte vtedy nejakú pomoc? Môžete zájsť za kolegom alebo psychológom a porozprávať sa o tom?

V zahraničí je úplne bežné, že záchranári majú k dispozícii krízových interventov a psychológov, u nás to nie je pravidlom. Je raritou, ak zamestnávateľ niečo také poskytuje ako benefit. Určite nejde o systémové riešenie, že by ste po každej resuscitácii dieťaťa mali automaticky k dispozícii stretnutie s odborníkom. Nič také nemáme, hoci by to bolo veľmi potrebné.

Pre mňa sú najnáročnejšie náhle resuscitácie detí, ktoré nevzniknú v dôsledku dlhej choroby, ale prídu nečakane – úrazy, pády do bazény či akútne dusenie.

Ako to vtedy prebieha?

Pre rodičov je dieťa to najcennejšie, čo majú. Emócie na mieste sú vtedy extrémne. Musíte na sto percent manažovať zdravotný stav dieťaťa a popritom zvládať psychickú stránku situácie – komunikovať s rodičmi a vysvetľovať im, čo presne robíme a aké budú ďalšie kroky. Po takýchto výjazdoch by naozaj pomohla pauza alebo rozhovor s profesionálom, ale v realite to tak nefunguje. Po zásahu máte čas len na doplnenie pomôcok a v momente, keď nahlásite, že ste voľní, idete na ďalší výjazd.

Zomrelo vám niekedy pri zásahu dieťa?

Áno, stáva sa to. Nie je to až také raritné, ako si ľudia myslia. Resuscitácie detí sú relatívne zriedkavé, ale konštatovanie úmrtia u novorodencov – špeciálne na východnom Slovensku – až také raritné nie je.

Prídete na miesto a dieťa už nedýcha?

Áno. Mali sme niekoľko takýchto prípadov v rómskych osadách. Nie je to viazané len na zimu a mrazy. Rodina sa ráno zobudí a nájde napríklad štvrtýdňové bábätko, ktoré nedýcha. Prídeme a vidíme, že dieťa je mŕtve už niekoľko hodín. Príčina sa zisťuje pitvou, ktorá je pri úmrtí dieťaťa povinná.

Čo sa vtedy s vami deje?

Z medicínskej stránky je resuscitácia dieťaťa vec, ktorú máme natrénovanú. Máme jednoznačný postup, ktorého sa držíme, v tomto to nie je zložité. Náročná je psychická stránka a okolnosti, na ktoré vás knihy nepripravujú. Najhoršie sú situácie, keď nemôžete robiť svoju medicínsku prácu na sto percent, lebo vám v tom niečo bráni – či už blízki, alebo svedkovia. V konečnom dôsledku na to dopláca pacient.

Bránia vám v oživovaní?

Nie tak, že by nechceli, aby sme oživovali. Skôr chcú byť pri dieťati, držať ho za ruku alebo ho hladkať. To nie je vždy možné. Pri novorodencoch je pacient veľmi malý a všetko vybavenie musíme rozložiť okolo neho. Okolo dieťaťa potom už nie je miesto pre ďalšieho človeka.

Snažíme sa mať rodiča pri sebe, informovať ho a ukázať mu, že robíme všetko pre záchranu, no niekedy to fyzicky nejde. Vždy keď to je možné, chceme, aby rodič pri dieťati bol a držal ho, lebo výskumy potvrdzujú, že prítomnosť rodiča pri resuscitácii mu pomáha situáciu pochopiť a v prípade úmrtia sa s ňou ľahšie vyrovnáť. Pri najmenších deťoch sa to však často nedá.

Aký bol, naopak, váš najkrajší výjazd?

Pre mňa sú najkrajšie tie, keď niekoho v teréne úspešne oživíme, transportujeme do nemocnice a neskôr sa s tým pacientom stretneme. Keď vieme, že prežil bez výrazných následkov a vrátil sa do normálneho života. Vtedy vidíte, že ste niekomu dali druhú šancu. To je najlepší pocit.

Aj vám niekedy poďakujú?

Áno, stalo sa mi párkrát, že nás rodiny alebo pacienti spätne kontaktovali a poďakovali sa. A potom je to ešte u nás zanedbávaná oblasť – pacienti v terminálnom štádiu života. S kolegami sa snažíme vzdelávať verejnosť o domácom zomieraní. Terénna paliatívna starostlivosť na Slovensku veľmi nefunguje, v Košiciach takúto službu prakticky nemáme. Rodiny v krízových momentoch volajú záchranku a my sa o týchto pacientov staráme v ich posledných hodinách. Rodiny nám potom ďakujú, že sme ich blízkych netraumatizovali zbytočným prevozom do nemocnice, ale zamerali sme sa na kontrolu bolesti a symptómov, aby mohli zomrieť dôstojne doma.





Marián Sedlák (32)

Pracuje ako záchranár v Košiciach. V roku 2019 promoval na Lekárskej fakulte **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**. Počas svojho štúdia pracoval v najväčšej svetovej organizácii študentov medicíny – IFMSA ako jej viceprezident pre externé záležitosti. Venoval sa zdravotnej agende v prostredí OSN, vzdelávaniu v medicíne a globálnej zdravotnej politike.

Špecializáciu z urgentnej medicíny získal na Slovenskej zdravotníckej univerzite v roku 2024. Doktorandské štúdium ukončil v odbore chirurgia na **Univerzite Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach** (2024). Problematike ťažkých úrazov sa venuje aj vo vedecko-výskumnej činnosti, momentálne je koordinátorom výskumného projektu TRAUMA-CLOT na Klinike úrazovej chirurgie LF **UPJŠ** a UNLP Košice.

Marián Sedlák. Foto N & #8211; Peter Lázár

Autor: Veronika Folentová

## „Zostaneme doma,“ zaviazalo sa dosiaľ najviac mladých lekárov

22. 1. 2026, Zdroj: **Zdravotnícke noviny**, Strany: 1, 7, Vydavateľ: MAFRA Slovakia, a.s., Autor: Katarína Hájovská, Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: **UPJŠ**, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika  
Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 2731 EUR

„Zostaneme doma,“ zaviazalo sa dosiaľ najviac mladých lekárov

Rubrika: Lekári

Rezidenti si môžu vybrať, či budú pracovať v ústavnom zdravotníckom zariadení alebo v ambulancii

Zabezpečiť dostatočný počet lekárov vo všetkých krajoch, znížiť ich vekový priemer a podporiť vzdelávanie je úlohou rezidentského štúdia, ktoré na Slovensku funguje viac ako desať rokov. V minulom roku pribudlo do programu najviac lekárov od jeho začiatku. Ako sa program vyvíjal, koľko lekárov sa doň zapojilo a ktoré špecializácie sú najviac obsadzované, ukazujú dáta ministerstva zdravotníctva.

„Rezidentské štúdium je systematický krok, ktorý prinesie lekárov do regiónov, kde ich je nedostatok. Rezident sa zaviazá, že po skončení rezidentského štúdia neodíde do zahraničia, ale zostane na Slovensku a bude poskytovať zdravotnú starostlivosť v odbore, ktorý absolvoval,“ informuje ministerstvo zdravotníctva.

Rezidenti musia odpracovať u zamestnávateľa najmenej päť rokov, pričom si môžu vybrať, či budú pracovať v ústavnom zdravotníckom zariadení alebo v ambulancii.

Podľa prezidentky Slovenskej reumatologickej spoločnosti MUDr. Želmíry Macejovej, PhD., MPH, rezidentský program zohráva dôležitú úlohu v procese generáčnej výmeny lekárov. „V posledných rokoch sa ukázal ako veľmi efektívny nástroj na prilákanie a stabilizáciu mladých lekárov v systéme. Počiatočné nedostatky programu už boli odstránené, preto je vhodné ho ďalej rozvíjať a aktívne propagovať medzi absolventmi lekárskej fakulty,“ uviedla.

Vyše 40 odborov

Pôvodne bolo štúdium financované z európskych fondov a realizované v odbore všeobecné lekárstvo a pediatria na troch lekárskej fakultách. Na Slovenskej zdravotníckej univerzite (SZU) v Bratislave, na Jesseniovej lekárskej fakulte Univerzity Komenského (JLF UK) v Martine a na Lekárskej fakulte **Univerzity Pavla Jozefa Šafárika** (LF **UPJŠ**) v Košiciach. Od novembra 2015 prevzalo priamu gesciu nad programom ministerstvo zdravotníctva a financovanie prešlo na štátny rozpočet.

V roku 2019 sa pridala k univerzitám poskytujúcim rezidentské štúdium Lekárska fakulta Univerzity Komenského (LF UK) v Bratislave. Zároveň sa rezidentské štúdium rozšírilo o ďalšie špecializácie. Zoznam špecializačných odborov, ktoré patria medzi kritické, určuje a zverejňuje ministerstvo zdravotníctva. Na rok 2026 zaradilo do rezidentského štúdia pre všetky samosprávne kraje 42 odborov.

Okrem všeobecného lekárstva a pediatrie sa lekári môžu prihlásiť napríklad aj v odboroch diabetológia, endokrinológia, gastroenterológia, neonatológia, chirurgia, kardiológia či ortopédia. Zараďovanie lekárov do rezidentského štúdia prebieha každoročne 1. februára a 1. októbra.

Počet rezidentov vzrástol

V posledných piatich rokoch sa počet nových rezidentov drží nad hranicou 100 s výnimkou roka 2023, keď došlo k pozastaveniu prijímania lekárov na rezidentské štúdium vo všetkých odboroch okrem všeobecného lekárstva pre dospelých. Dôvodom bola zmena zákona, ktorá spôsobila nejednotné podmienky pre rezidentov. Po ich úprave bolo zaraďovanie lekárov do rezidentského štúdia v lete opäť spustené. Celkovo bolo v roku 2023 zaradených 85 rezidentov.



Najviac rezidentov bolo zaradených v minulom roku, keď sa ich počet vyšplhal na 151. Oproti predchádzajúcemu roku pribudlo o 20 rezidentov viac. V roku 2022 bolo zaradených 105 rezidentov, v roku 2021 ich bolo 110 a rok predtým 120. Minulý rok priniesol aj najviac rezidentov od spustenia programu v odbore pediatria, v rámci ktorej sa ich prihlásilo 51, kým v predchádzajúcom roku to bolo 36 a rok predtým 13. V rámci ďalších špecializácií bolo najviac miest obsadených v roku 2025 v neurológii (6), oftalmológii (6), dermatovenerológii (4) a detskej psychiatrii (4).

Z hľadiska celkového počtu zapojených rezidentov od spustenia programu bolo najviac zaradených v odboroch všeobecné lekárstvo (626) a pediatria (345). Čo sa týka ostatných špecializácií, na prvých priečkach sa umiestnila oftalmológia (35), fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia (18) a detská psychiatria (16). Dovedna sa do programu zapojilo za celé jeho trvanie vyše 1 000 lekárov. Väčšina všetkých rezidentov bola zapojená na SZU v Bratislave, a to celkom 625. LF **UPJŠ** v Košiciach registruje od spustenia programu 302 rezidentov, JLF UK v Martine 136 a LF UK v Bratislave 61.

Ako si vyberajú?

Z údajov LF UK v Bratislave vyplýva, že v minulom roku mali lekári najväčší záujem o špecializáciu v odboroch všeobecné lekárstvo, ortopédia a kardiochirurgia, kým v predchádzajúcich dvoch rokoch viedli ortopédia, oftalmológia a interná medicína.

„V posledných dvoch-troch rokoch zaznamenávame nárast záujmu o špecializačné odbory dermatovenerológia a klinická imunológia a alergiológia,“ uviedla dekanka Jesseniovej LF v Martine prof. MUDr. Andrea Čalkovská, DrSc.

Podľa prieskumu z roku 2024, ktorý urobili analytici INESS v spolupráci so Slovenskou asociáciou študentov medicíny (SloMSA), len málokedy nastupujú študenti na univerzitu s jasnou predstavou o svojej špecializácii. Väčšinou si ju vyberajú ku koncu štúdia, na prelome piateho a šiesteho ročníka. Ako rozhodujúce faktory, ktoré vplyvajú na výber špecializácie, študenti uviedli osobnú skúsenosť na oddeleniach počas praktickej výučby, správanie personálu, ale aj pestrosť špecializácie či jej náročnosť a potenciál do budúcnosti.

„Dlhodobý je nízky záujem pri odboroch s náročnou atestáciou, najmä interné odbory ako reumatológia či nefrológia. Po náročnom štúdiu sa lekár zamestná a často zistí, že finančné ohodnotenie je nízke. Podobne je to s imunológiou, kde treba veľa rozmýšľať, komunikovať s pacientom a nepoužívať prístroje. Študenti, ktorí vedú, aké sú podmienky, sa preto pri výbere často rozhodujú podľa týchto faktorov,“ priblížil dekan LF UK prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM.

V posledných rokoch sa ukázal ako veľmi efektívny nástroj

MUDr. Macejová, PhD., MPH

Dovedna sa do programu zapojilo za celé jeho trvanie vyše 1 000 lekárov.

Foto: Dreamstime

Od spustenia programu bolo najviac rezidentov zaradených v odboroch všeobecné lekárstvo (626) a pediatria (345)

MZ SR

Prehľad počtu lekárov zaradených do rezidentského štúdia v rokoch 2014 - 2025

Rok Rezidenti

2025 151 2024 131 2023 85 2022 105 2021 110 2020 120 2019 93 2018 40 2017 58 2016 76 2015 58 2014 97

Zdroj: MZ SR

Autor: Katarína Hájovská