



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Přínos urgentního příjmu pro zdravotnickou  
záchrannou službu**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

Specializace ve zdravotnictví

**Autor:** Marek Čáp

**Vedoucí práce:** Mgr. Barbora Němcová

České Budějovice 2018

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „Přínos urgentního příjmu pro zdravotnickou záchrannou službu“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9.5 2018

.....

*podpis*

## **Přínos urgentního příjmu pro zdravotnickou záchrannou službu**

### **Abstrakt**

Zdravotnický záchranář se může dostat do situace, kdy nebude schopný určit přesný zdravotní stav pacienta. Není zcela jasné, na které oddělení pacient patří a vzniká takzvané „příjmové vakuum“. Tento problém by se měl vyřešit vybudováním urgentních příjmů, které se stávají jediným dojezdovým místem zdravotnické záchranné služby.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá popisem hlavních činností urgentního příjmu, historií ve světě i v ČR, rozdělením typů těchto oddělení. Rovněž jsou zde uvedeny jednotlivé úseky tvořící celkovou strukturu urgentního příjmu.

Cílem práce bylo zjistit hlavní přínosy urgentního příjmu pro zdravotnickou záchrannou službu, zmapovat pozitivní a negativní zkušenosti zdravotnického záchranáře s urgentním příjmem, zjistit jakým způsobem by se dala zefektivnit spolupráce mezi urgentním příjmem a zdravotnickou záchrannou službou. V práci byla uplatněna kvalitativní metoda pomocí hloubkových rozhovorů. Do rozhovorů byli zapojeni záchranáři a sestry urgentního příjmu z Jindřichova Hradce.

Z výsledku výzkumu vyplývá, že zdravotničtí záchranáři si nejsou vědomi všech přínosů urgentního příjmu. Jeho jedinou výhodou pro jejich povolání vidí pouze vytvoření jednoho dojezdového místa zdravotnické záchranné služby. Dále bylo zjištěno, že zdravotničtí záchranáři vnímají nedostatek expektačních lůžek a přeplněnost urgentního příjmu jako negativní zkušenost při předávání pacientů. Posledním výsledkem mého výzkumného šetření bylo navržení strukturálních změn urgentního příjmu zdravotnickými záchranáři. Například oddělený vstup pro pacienty přijíždějící zdravotnickou záchrannou službou a pro pacienty samostatně přicházející či navýšení počtu expektačních lůžek.

**Klíčová slova:** Urgentní příjem, zdravotnický záchranář, urgentní medicína, součinnost

# **The benefit of emergency for emergency medical services**

## **Abstract**

In certain cases rescue team workers can find themselves unable to identify the patient's condition with sufficient precision and decide about which department the person should be delivered to for treatment. Such a situation may result in what is known as the "admission vacuum". The issue should be addressed by establishing a system of emergency wards that will become the sole points whereto the rescue teams will deliver their patients.

The theoretical section of the bachelor paper defines different types of the emergency wards, describes their main activities and chronicles their history in the world and the Czech Republic. Moreover, it lists the different units of the wards and depicts their overall arrangement.

The paper aims to examine the major benefits that emergency wards might offer to the paramedic teams, to map their positive and negative experience with emergency wards, and (3) to enhance the effectiveness of cooperation between the teams and the emergency wards. In preparing the paper the author relied on the qualitative method of in-depth interviews with rescuers and emergency ward nurses from Jindřichův Hradec.

Our research has shown that the rescue teams members are not fully aware of all the benefits that the emergency wards may provide. They see the only advantage for themselves in the single dedicated point of delivery. In addition, the rescue workers trying to hand their patients over perceived as problems the deficiency of available emergency beds and the overcrowding of the wards. Finally, I succeeded in obtaining from the rescuers some suggestions for structural changes such as the increase in the number of emergency beds and the separation of entrances for patients brought in by ambulances and those coming on their own.

**Key words:** Emergency ward, rescue team worker, urgent medical care, cooperation

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěl poděkovat vážené paní Mgr. Barboře Němcové za odborné vedení práce, připomínky, cenné poznatky a ochotu spolupracovat. Děkuji zdravotnickým záchranářům a zdravotním sestřám z Jindřichova Hradce za ochotné poskytnutí výzkumných rozhovorů. Dále děkuji mé rodině a blízkým osobám, které mě podporovaly ve studiu a psaní závěrečné práce.

# OBSAH

ÚVOD .....	7
<b>1 TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>8</b>
1.1 DEFINICE URGENTNÍHO PŘÍJMU .....	8
1.2 HISTORIE URGENTNÍHO PŘÍJMU .....	9
1.2.1 <i>Vznik urgentního příjmu ve světě</i> .....	9
1.2.2 <i>Vznik urgentního příjmu v České republice</i> .....	10
1.3 PŘEDNEMOCNIČNÍ A AKUTNÍ PÉČE .....	10
1.4 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE .....	11
1.5 AKUTNÍ PÉČE V RÁMCI URGENTNÍCH PŘÍJMŮ .....	11
1.6 NEMOCNIČNÍ PÉČE .....	12
1.7 ČINNOST URGENTNÍ PŘÍJMU A JEHO FUNKCE .....	12
1.7.1 <i>Náplň činnosti urgentního příjmu</i> .....	12
1.7.2 <i>Struktura urgentního příjmu</i> .....	13
1.7.3 <i>Třídění pacientů</i> .....	14
1.8 TYPY URGENTNÍ PŘÍJMŮ .....	16
1.8.1 <i>Nízkoprahový urgentní příjem</i> .....	16
1.8.2 <i>Vysokoprahový urgentní příjem</i> .....	16
1.8.3 <i>Bezprahový urgentní příjem</i> .....	17
1.9 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍZNAKY A NEMOCI NA URGENTNÍM PŘÍJMU .....	17
1.10 ADAPTAČNÍ PROCES NA URGENTNÍM PŘÍJMU .....	18
1.11 PŘÍNOS URGENTNÍHO PŘÍJMU PRO PACIENTA .....	19
1.12 PŘÍNOS URGENTNÍHO PŘÍJMU PRO ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE .....	19
1.13 LEGISLATIVA SOUVISEJÍCÍ S URGENTNÍM PŘÍJMEM .....	20
1.13.1 <i>Denní provoz na urgentním příjmu</i> .....	22
<b>2 PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>24</b>
2.1 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	24
2.1.1 <i>Cíle práce</i> .....	24
2.1.2 <i>Výzkumné otázky</i> .....	24
2.2 METODIKA .....	24
2.2.1 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	25
2.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	26
2.3.1 <i>Rozhovory se zdravotnickými záchranáři se zkušenostmi s urgentním příjmem</i> .....	26
2.3.2 <i>Rozhovory se zdravotnickými záchranáři bez zkušeností s urgentním příjmem</i> .....	29
2.3.1 <i>Kategorie sestry na urgentním příjmu</i> .....	30
2.4 DISKUZE .....	31
2.5 ZÁVĚR .....	36
<b>3 ZDROJE .....</b>	<b>38</b>
<b>4 PŘÍLOHY .....</b>	<b>44</b>
<b>5 SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>51</b>

## ÚVOD

Urgentní medicína je obor zabývající se komplexností přednemocniční neodkladné péče, která zahrnuje pacienty všech věkových skupin a spektrum všech náhlých a život ohrožujících stavů.

Urgentní příjmy se v poslední době stále více dostávají do popředí a stávají se již běžnou součástí nemocničních zařízení na všech úrovních. Jejich hlavním úkolem je zajistit včasnou a efektivní léčbu pacientům s náhle vzniklými potíži. Na oddělení centrálního příjmu jsou pacienti jednak transportováni zdravotnickou záchrannou službou se zahájenou terapií, jednak přichází pacienti na doporučení svého praktického lékaře či přicházejí sami. Urgentní příjem je mnohdy zbytečně veřejností zneužíván, a proto je potřebné, aby na místě emergency probíhalo třídění – postup pro stanovení pořadí ošetření. Dříve tyto služby byly poskytovány odbornými ambulancemi, ale oproti centrálnímu příjmu nebyly tak rychlé a efektivní. Emergency nemá přínos pouze pro pacienty, ale i pro zdravotnickou záchrannou službu a nemocniční zařízení. Pro zdravotnickou záchrannou službu se toto místo stává jediným dojezdovým cílem a redukuje se možnost dostat se do příjmového vakua. Urgentní medicína zapojuje do ošetření pacienta mnoho týmů, a proto je jejich spolupráce a návaznost velice důležitá. V dnešní době terorismu a dopravy pomocí hromadných prostředků je stále vyšší riziko mimořádných událostí, a proto urgentní příjmy slouží také jako školící a cvičné středisko k ověření připravenosti týmů na tyto situace.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Definice urgentního příjmu

Polák (2016) charakterizuje urgentní příjem jako prostor, kde jsou přijímáni a ošetřováni pacienti přicházející do nemocnice pro akutní onemocnění. Můžeme se setkat i s dalšími synonymy tohoto příjmu, a to např. oddělení centrálního příjmu, emergency, akutní příjem, společný příjem interně nemocných.

Urgentní příjem (dále jen UP) musí mít prostorové, personální a technické vybavení, které vyhovuje odborným požadavkům a také samozřejmě normám daným legislativou ČR a EU.

Uspořádání a organizace UP není v ČR jednotná a v mnoha věcech se liší. Ve většině případů se jedná o ambulantní část nemocnice s observačními lůžky, v některých nemocnicích však byly UP stavěny již jako oddělení, kde je pacienty možné přijmout na dobu 24 hodin. (FN Hradec Králové nebo FN v Olomouci)

Urgentní příjem tedy můžeme definovat jako „specializované pracoviště poskytovatele akutní lůžkové péče a specializované ambulantní péče pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví a pacientům v přímém ohrožení života“. Pacient v péči urgentního příjmu je po vyšetření, stabilizaci vitálních funkcí a primárním ošetření předán na příslušné pracoviště s intenzivními lůžky (operační sál, ARO, JIP), standartními lůžky či v případě zvládnutí akutního stavu za případného využití expektačních lůžek propuštěn do domácího ošetřování (Urgentní medicína, 2015,2).

Na UP můžeme narazit na následující pojmy charakterizující pacienty, kteří jsou zde prezentováni.

**Stabilní pacient:** Tímto pojmem se rozumí pacient, který má všechny důležité parametry vitálních funkcí v normě.

**Nestabilní pacient:** U těchto pacientů se setkáváme s nejméně jednou nebo i více vitálních funkcí mimo normální nebo pro pacienta neobvyklé hodnoty. Nestabilita se může vztahovat ke krevnímu tlaku, srdečnímu rytmu, dýchání, glykemii a dalším parametrům.

**Pacient po kardiopulmonální resuscitaci:** Tímto termínem označujeme pacienta, který je po KPR prováděné v terénu, a to buď laiky, nebo zdravotníky.



**Pacient v terminálním stadiu onemocnění:** U těchto typů pacientů jsou známy existence závažného onemocnění, jehož prognóza je nepříznivá. Například pokročilé nádorové onemocnění nebo konečné stadium srdečního selhání.

**Zemřelý pacient:** Tento pacient jeví známky smrti v době příjmu na UP nebo krátce po přijetí (Polák, 2016).

## 1.2 Historie urgentního příjmu

Lidi se už od nepaměti zamýšleli nad tím, jak správně nakládat s raněnými, jak předcházet chorobám a jak je léčit. Dříve přežití sociální skupiny záviselo na zdravotním stavu jedinců, jejich spolupráci a vzájemném poskytování pomoci při zranění. Z toho také vyplývá, že největší pokroky se uskutečnily během světových válek (Dobiáš, 2007).

Urgentní příjem se v USA, Velké Británii, Austrálii a bohatých zemích třetího světa stal běžnou součástí nemocnic. Tyto akutní příjmy mají tradici dlouhou desítky let. Česká republika a německy hovořící země mají tradici kratší a UP teprve vznikají anebo jsou pouze vysokoprahové. Je jen pouze otázka času, kdy se UP v naší zemi dostanou do takové podoby jako v bohatých zemích třetího světa, uvádí MUDr. Šoupal (2016).

### 1.2.1 Vznik urgentního příjmu ve světě

Šeblová a Knor (2003) se zmiňují o vzniku prvních urgentních příjmů již v 60. letech 20. století v USA. Tyto příjmy sloužily především jako oddělení, která byla schopna se postarat o pacienty mimo ordinační dobu praktických lékařů a o nepojištěné pacienty.

Pokorný (2008) uvádí, že urgentní medicína byla v Americe plně uznána za nástavbovou specializaci dne 21. 9. 1979 a o 10. let později, dne 21. 9. 1989, byla urgentní medicína zařazena v House of Medicine mezi základní obory. První začátky samotné urgentní medicíny sahají do roku 1961, kdy čtyři doktoři v Alexandrii, vytvořili první skupinu, která se zabývala poskytováním péče na urgentním příjmu. Tento projekt známe pod jménem Alexandria. Ještě v téže roce se objevovaly podobné skupiny.

## **1.2.2 Vznik urgentního příjmu v České republice**

Největší progresující myšlenky týkající se organizace neodkladné péče přicházely v 80. letech i od poskytovatelů záchranných služeb, které fungují jako samostatné subjekty již desítky let. V České republice nese první přínos urgentních příjmů bývalý ředitel Záchrané služby Praha MUDr. František Ždichynec. Tento ředitel se zapsal do historie urgentní medicíny řadou nesmírně progresivních kroků. Například stál u zrodu Nemocnice záchranné služby (NEZAS) na Malvazinkách, která měla vlastní heliport a první urgentní příjem v naší republice. Hlavním cílem této myšlenky byla plynulá a bezproblémová návaznost přednemocniční neodkladné péče na nemocniční (Pokorný, 2001).

První urgentní nebo také centrální příjmy začaly vznikat v Praze začátkem 90. let. Stalo se tak prvně ve třech velkých nemocničních zařízeních – ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (FNKV), Fakultní nemocnici v Motole (FNM) a v ústřední vojenské Nemocnici (ÚVN). Tato oddělení jsou ale rozdílná, a to v jejich typu. FNKV funguje jako vysokoprahový příjem pro všechny pacienty se selhávajícími či selhanými životními funkcemi, FNM naopak funguje jako nízkoprahový příjem pro netraumatické pacienty bez selhaných životních funkcí a VFN pak pro pacienty s čistě interní problematikou (Drábková, 2001).

Ministerstvo zdravotnictví ČR svolalo 20. února 2015 pracovní skupinu pro vytvoření koncepce urgentních příjmů. Cílem zřízení urgentních příjmů je vznik pracovišť, kde budou ošetřeni všichni pacienti přicházející do nemocnice neplánovaně. Oddělení, které bude schopné řešit akutní stavy s komplexním pohledem na pacienta (Urgentní medicína, 2015/2).

## **1.3 Přednemocniční a akutní péče**

U pacientů se závažným úrazem nebo onemocněním ohrožující život je nutné jednat co nejrychleji a zároveň nejefektivněji. Předávání pacientů z přednemocniční péče do nemocniční je někdy příliš zdlouhavé a není vždy jasné, na které oddělení pacient patří. Tuto problematiku vyřeší urgentní příjmy, které se stávají jediným dojezdovým cílem zdravotnické záchranné služby. Dále pro úspěšné fungování předávání pacientů z jedné fáze do druhé. Jsou známé tři etapy (Mareček a Pokorný, 2002).

1. Přednemocniční neodkladná péče (PNP)
2. Neodkladná a akutní péče poskytována v lůžkovém zdravotnickém zařízení v rámci oddělení urgentního příjmu (NNP)
3. Nemocniční péče (ARO, JIP, standartní nemocniční lůžka)

#### **1.4 Přednemocniční neodkladná péče**

§ 5 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách charakterizuje PNP jako zamezení nebo omezení vzniku náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.

Dle Dobiáše (2007) není účinná pomoc věda. Při většině náhlých stavů úrazového, interního, neurologického, toxického a jiného původu existuje stručný algoritmus, při kterém jsou jednotlivé kroky často společné.

#### **1.5 Akutní péče v rámci urgentních příjmů**

Pacient se na urgentní příjem může dostat několika způsoby:

- přichází sám nebo v doprovodu
- je přivezen náhodným svědkem
- je přivezen sanitním vozem bez zdravotnické posádky (po doporučení praktického lékaře
- je přivezen vozem zdravotnické záchranné služby (dále pro usnadnění pouze ZZS) s lékařem nebo pouze se sesterskou posádkou

Základem je fyzikální vyšetření, které obsahuje zhodnocení odpovědi na otázku, zda je pacient v akutním stavu. Lékař se zaměřuje na základní postup vyšetření základních životních funkcí ABC, tj. Airway (=dýchací cesty), Breathing (=dýchání), Circulation (=krevní oběh). Dále by vyšetření mělo obsahovat stav vědomí např. při vědomí versus oblužený. Důležité je také vyhodnocení vitální parametrů: tělesná teplota, krevní tlak, srdeční frekvence, pulz na periférii, dechová frekvence a saturace kyslíkem.

Dále se na oddělení provádí laboratorní vyšetření, ale pouze ty, které mají význam pro rychlé stanovení diagnózy.

Na UP jsou indikované pouze ta vyšetření, které mohou ovlivnit naše další rozhodování, např. EKG vyšetření u bolestí na hrudi, CT mozku u pacienta s CMP, echokardiografického vyšetření u pacienta v hypotenzi.

Řešení klinického problému pacienta spočívá v realizaci pěti základních kroků.

Prvním krokem je odhalení života ohrožujících stavů podle algoritmu ABC. Druhou fází je stanovení diagnózy, avšak ne vždy je to možné. Třetí etapou je určení závažnosti onemocnění. Čtvrtým krokem je cílená terapie založená na stadiu onemocnění. A poslední fází je zhodnocení reakce pacienta na terapii (Polák, 2016).

## **1.6 Nemocniční péče**

Pokud charakter onemocnění pacienta vyžaduje hospitalizaci, doporučí ošetřující lékař léčbu v příslušném zdravotním zařízení nebo mu přijetí sám dohodne. Ve zdravotnických zařízeních jsou čtyři různé druhy lůžkové péče. Akutní lůžková péče standardní, tato péče je poskytována pacientům s náhlým nebo chronicky zhoršujícím onemocněním, ale tyto nemoci nevedou zásadně k selhávání životně důležitých funkcí. Další druh péče je akutní lůžková intenzivní, která je poskytována v případech s náhlým selháváním vitálních funkcí nebo jejich ohrožení. Pro pacienty, u kterých došlo ke stabilizaci zdravotního stavu a zvládnutí náhlé nemoci nebo zhoršení chronického onemocnění, je určena následná lůžková péče. Poslední lůžková péče je dlouhodobá, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí zlepšit a bez soustavného poskytování zdravotnické péče se zhoršuje (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010).

## **1.7 Činnost urgentní příjmu a jeho funkce**

### **1.7.1 Náplň činnosti urgentního příjmu**

Urgentní příjem nachází v nemocnicích velké uplatnění a jeho náplň činnosti je široká. Jeho hlavním úkolem je filtrovat neodkladné a akutní stavy a následně jejich příjem. Pokud není diagnóza zcela jasná a je komplikovanější na ni přijít, jsou zde k dispozici expektační lůžka. K dispozici je vždy resuscitační tým pro případ potřeby v areálu poskytovatele zdravotních služeb mimo lůžková oddělení (Polák, 2016).

Dále UP slouží jako centrum řízení pro případ mimořádné události (teroristický útok, hromadné neštěstí nebo řízení krizového štábu nemocnice. Mimořádnou

událostí se rozumí škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činnostmi člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací (Lošek, 2013).

Uplatňuje se zde třídící systém, který má důležitou úlohu v traumatologickém a pandemickém plánu nemocnice, např. při příjmu velkého počtu postižených či při ošetření epidemiologicky nejasných stavů.

UP nemá velký význam pouze pro pacienty, ale také pro zdravotnické pracovníky, kterým slouží jako výukové pracoviště a klinická základna pro stáže. Na půdě UP probíhají i výzkumy v oblasti urgentní medicíny a medicíny katastrof (Polák, 2016).

### 1.7.2 Struktura urgentního příjmu

Aby mohla být splněna plynulá návaznost přednemocniční péče na péči nemocniční, je nezbytné splnění tří základních podmínek. Jednou z nich jsou právě nároky na uspořádání a umístění UP v areálu nemocnice. Další podmínky jsou logistické a personální zajištění.

Stavební koncepce musí splňovat základní filozofii uspořádání. Nejdůležitější oddělení jako např. akutní interní péče, úrazová chirurgie, laboratoř, krevní banka, operační sály atp. byly v úzké prostorové návaznosti a cesta pacienta nemocnicí byla co nejkratší.

Dalším důležitým požadavkem je blízký vjezd vozidel záchranné služby do UP a vybudování přistávací plochy pro vrtulníky letecké záchranné služby v blízkosti UP. Je třeba nezapomínat, že pacient je ve vozidle záchranné služby většinou napojen na přístroje a každá zatáčka či překážka může monitoraci či invazi přerušit (Hlaváčková et al., 2000).

Uspořádání klasického UP je dle věstníku MZ ČR 4/15 následující:

**a) Recepce** slouží k prvotnímu kontaktu se všemi příchozími pacienty. Je zde trvale přítomna všeobecná sestra (či jiný zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu), vybavená potřebnými organizačními informacemi o daném poskytovateli zdravotních služeb. Často zde probíhá triage – vyhodnocování závažnosti stavu příchozích a určování priority a pořadí jejich ošetření.

**b) Kontaktní místo** je pracoviště poskytovatele akutní lůžkové péče s nepřetržitým provozem, které přijímá výzvy od zdravotnického operačního střediska k přijetí pacienta, trvale eviduje počet volných akutních lůžek poskytovatele akutní 22 lůžkové

péče a koordinuje převzetí pacienta mezi poskytovatelem zdravotnické záchranné služby a cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče.

**c) Ambulantní část** slouží pro poskytování zdravotních služeb pacientům bez závažného postižení zdraví a přímého ohrožení života.

**d) Expektační část** slouží ke krátkodobé observaci pacienta za účelem diagnostické rozvahy, krátkodobé terapie, čekání na výsledky vyšetření nebo uvolnění lůžka poskytovatele zdravotních služeb.

**e) Zásahová část** slouží pro péči o pacienty se závažným postižením zdraví a v přímém ohrožení života. V této práci se o ní často hovoří jako o hale akutního příjmu, emergency room nebo crash room.

**f) Heliport** co nejlépe a nejrychleji dostupný, ideálně s krytou přístupovou cestou je vysoce žádoucí součástí urgentních příjmů. Dobře umístěný heliport značně usnadňuje a urychluje spolupráci mezi jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb a složkami integrovaného záchranného systému.

### 1.7.3 Třídění pacientů

MUDr. Martin Polák (2015) ve svém článku uvedl, že třídění pacientů neboli tzv. "triáž" je pojem, který byl poprvé do medicíny uveden francouzským chirurgem baronem Dominiguem Jean Larrayem už za císaře Napoleona v roce 1792. Toto třídění se týkalo především raněných vojáků ve francouzských válkách. Postupem času se třídění vyvíjelo, avšak největší pokroky dělalo během válečných konfliktů. Nyní se podobný systém používá především při hromadných neštěstích během přednemocniční péče.

Jedná se o předem určený postup, kdy třídící pracovník, nejčastěji erudovaná zdravotní sestra, používá bodová schémata, která rozhodují o další péči, která má být pacientovi poskytnuta. Podobný systém se využívá i na urgentních příjmech. Cílem tohoto třídění je určení procesu vzniku úrazu či charakter onemocnění, a hlavně minimalizovat následné hrozící komplikace. Sestra by se měla umět dělat rozhodnutí v relativně krátkém čase, a to i v náročných a emocionálně vypjatých podmínkách. Proto velký vliv na rozhodování mají samotné zkušenosti sestry. Pro nezkušenou sestru s malou praxí by mohlo být zvládnutí stresové situace obtížné a nepříliš rychlé (Cone a Murray, 2002).

Andersson aj. (2006) ve svých studiích popisují třídění pacientů jako algoritmus, ve kterém se pacienti třídí podle priorit daných závažností a druhem onemocnění. Všeobecná sestra má na starost rozhodnutí, kam pacienta zařadí podle zdravotního stavu, jeho fyziologických parametrů, klinické anamnézy, komplexního pohledu na pacienta, příznaků, které pacient sdělí, a získaných údajů od příbuzných pacienta. Je důležité, aby sestra byla objektivní, spravedlivá, aby vzbudila v pacientovi důvěru, byla soucitná a schopna se poučit z vlastních chyb.

Hlavním klíčem pro třídění pacientů jsou předem stanovené stupnice. Využití pětistupňové úrovně je doporučovaným standardem po celém světě a je doporučován i Mezinárodní společností pro urgentní medicínu. Avšak pětistupňového systému triage úrovně se nevyužívá ve všech státech, například v USA i ČR je využívána spíše tří- nebo čtyřstupňová úroveň triage systému (Poláková, 2013).

Jedním ze systému používaných v zahraničí je Emergency Severity Index (ESI), což je 5 – ti stupňový algoritmus vymyšlený v roce 1999. Toto třídění je založené na hodnocení akutnosti zdravotního stavu pacienta a jeho potřebám k diagnostice, ošetření a léčení. Například rentgen, poskytnutí krevních derivátů, šití ran atd. Úrovně urgentnosti jsou následující.

Naléhavost č. 1 – Resuscitation – Zahájení léčby a poskytnutí všech život zachraňujících výkonů ihned. Tento stav může být zapříčiněn například srdečním selháním či masivním krvácením.

Naléhavost č. 2 – Emergent – Jsou problémy, kde je vysoké riziko k selhání životně důležitých funkcí. Například astmatický záchvat nebo kardiální bolest na hrudi.

Naléhavost č. 3 – Urgent – Stabilní pacient s potřebou 2 a více vyšetření. Například rentgen a laboratorní testy.

Naléhavost č. 4 – Less Urgent – Stabilní pacient s potřebou 1 vyšetření.

Naléhavost č. 5 – Nonurgent – Stabilní pacient bez potřeb vyšetření

(Gilboy, 2016)

V České Republice se používá zjednodušený systém třídění rozdělený do 3 priorit.

**1 priorita** – Kritické stavy

**2 priorita** – Neodkladní stavy s možností odložení do 2 hodin

**3 priorita** – Odložitelné stavy od 2 hodin do 24 hodin

## 1.8 Typy urgentní příjmů

### 1.8.1 Nízkoprahový urgentní příjem

Tyto typy urgentních příjmů slouží především k vyšetření a ošetření pacientů s akutním onemocněním či zhoršením chronického stavu ovšem bez ohrožení životních funkcí. Tito pacienti jsou nejčastěji přiváženi ZZS, přicházejí sami nebo jsou na toto místo směřováni z bezprahové ordinace. Díky širokému spektru stavů, které jsou na této části ošetřovány, se jedná o typ UP s největší prostupností nemocných (Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, 2011).

Nejčastějšími zastoupenými obory jsou především praktické lékařství, chirurgie, traumatologie, interní lékařství, urologie a neurologie. Řeší se zde ale i stavy spojené s obory jako je ORL, oční lékařství a gynekologie nikoliv však porodnictví. Samotné porody a stavy s nimi spojené, by měly být řešeny přímo na gynekologicko – porodnickém oddělení nebo porodních sálech. Součástí musí být i chirurgický zákrokový sál pro řešení jednoduchých výkonů. Velkou výhodou je vlastní ultrasonografický přístroj a rentgenové zařízení (Hubáček, 2005).

### 1.8.2 Vysokoprahový urgentní příjem

Tato část urgentního příjmu slouží k ošetření pacientů, u nichž dochází nebo již došlo k selhání základních vitálních funkcí, tedy pacientů v přímém ohrožení života. Tento typ disponuje třemi až čtyřmi plně vybavenými resuscitačními lehátky ve fakultních a krajských zdravotnických zařízeních a jedním až dvěma lehátky v případě ostatních nemocnic. Pro správné fungování vysokoprahového příjmu je důležitá návaznost vyšetřovacího celku a dostupnost operačních sálů a krevních derivátů v případě potřeby. Důležitá je i vlastní bedside zobrazovací a laboratorní technika (Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, 2011).

Na vysokoprahové zařízení jsou přiváženi pacienti především pozemní či leteckou posádkou ZZS. Zde je velmi důležitá komunikace UP s posádkou ZZS už před předáním pacienta do zařízení. Díky této konzultaci je UP předem obeznámen s anamnestickými daty, identifikací pacienta a má možnost připravit se na případné komplikace ještě před jeho fyzickým předáním. (Denková, 2011)

Po předání pacienta do rukou vysokoprahového UP je pokračováno ve stabilizaci vitálních funkcí včetně pokračování v kardiopulmonální resuscitaci nebo přípravě na



akutní operační výkon. Po kompletním vyšetření je zajištěný pacient předán do další fáze nemocniční péče podle určené diagnózy. Tzn. operační sál, JIP, ARO nebo standartní lůžka, případně expektační lůžka na urgentním příjmu nebo může být přeložen do péče jiného zdravotnického zařízení (Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, 2011).

### **1.8.3 Bezprahový urgentní příjem**

Tento typ urgentního příjmu slouží především k náhradě péče praktických lékařů. Tato ambulance zahajuje svoji činnost v odpoledních hodinách, kdy se ordinace praktických lékařů uzavírají. Mnoho pacientů dochází s minimálním poškozením zdraví do nemocnice, a proto je výhodné zřídit jako součást up bezprahovou ambulanci, která slouží jako účinný filtr a brání tak zatěžování lékařů specialistů na nízkoprahové části UP (Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, 2011).

## **1.9 Nejčastější příznaky a nemoci na urgentním příjmu**

Lékař na urgentním příjmu se může na UP setkat s širokou škálou případů, od banalit až po život ohrožující stavy. Mezi nejzávažnější obtíže netraumatického charakteru prezentované na UP patří např. kardiální bolest na hrudi, anafylaktické reakce, astma bronchiale, či intoxikace (viz příloha č. 4).

Obtíže můžeme rozdělit do tří kategorií:

1. Náhle vzniklé obtíže: Vznikají v časovém horizontu sekund až minut
2. Akutní obtíže: Vzniklé v časovém úseku do 24 hodin
3. Čerstvě vzniklé obtíže: Znaky a příznaky vzniklé v časovém období posledních 7 dnů

Časové údaje hrají velmi důležitou roli pro stanovení terapeutického okna, např. u mozkové příhody či akutního koronárního systému (Polák, 2016).

MUDr. Kozlíková a MUDr. Holcát (2017) ve svém rozhovoru uvádí, že Nemocnice Motol ošetří přes 70.000 pacientů na urgentním příjmu a nejčastěji jsou to případy, které na urgentní příjem vůbec nepatří. Jsou to zejména chronické nebo dlouhodobé obtíže, které se slovem urgentní nemají mnoho společného, např. chronické bolesti zad. Urgentní příjem umí zaléčit zhoršenou bolest, ale už není schopný poskytnout následný servis a zabezpečit okamžité vyšetření neurologem. Obzvlášť pokud se pacienti na UP obrací v mimopracovní době, kdy nemocnice pracuje na

pohotovostní režim. UP umí rozeznat stav, kdy je a není nutná hospitalizace, konkrétně u bolesti zad, např. syndrom kaudy. S dlouhodobými bolestmi mnoho UP ale neudělá, kromě aplikované analgetické terapie.

(Příloha č. 3 - *Statistika pacientů ošetřených na urgentním příjmu Jindřichův Hradec za rok 2016*)

### **1.10 Adaptační proces na urgentním příjmu**

Adaptace na určité pracovní místo znamená vyrovnání se jedince na práci a okolí, závisí kromě osobnostních charakteristik lidí také na jejich profesních úrovních, na jejich pracovních zkušenostech a splněných očekáváních. V neposlední řadě závisí také na podmínkách adaptace ze strany organizace (Kocianová, 2010). Optimální doba adaptace u absolventa, který nastoupil po získání odborné způsobilosti dle zákona č. 96/2004 Sb., se doporučuje délka adaptačního procesu obvykle 3 až 12 měsíců po nástupu na pracoviště. U pracovníků, kteří přerušili výkon povolání na více jak dva roky, nebo přicházejí z jiného pracoviště, se doporučuje doba adaptace 2 až 6 měsíců. Délka adaptačního procesu je závislá na pravidelném hodnocení nového pracovníka, odvíjí se od jeho znalostí, dovedností a schopností. Jedná se o přísně individuální proces (Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky, 2009).

Adaptační proces na zdravotnické záchranné službě je zpracováván dvěma hlavníma soubory metod. Prvním souborem jsou metody na pracovišti. Nejužívanější metodou je instruktáž při výkonu práce, kdy zkušený pracovník předvede novému pracovníkovi pracovní postup. Další metodou je coaching, kdy adaptující pracovník dostává dlouhodobější instruování sdělování připomínek s pravidelnou kontrolou nadřízeného. Podobná metoda je mentoring, kdy si jedinec vybírá svého jakéhosi rádce, který mu nejen radí při práci, ale pomáhá mu i v jeho kariéře. Dále se můžeme setkat s metodou asistování, pověření úkolem a pracovní porady. Druhým souborem metod adaptačního procesu zdravotnických záchranářů jsou metody mimo pracoviště. Zde můžeme zahrnout přednášky a semináře, případové studie, kdy se simulují modelové situace a navrhnou vlastní řešení problému, vzdělávání pomocí počítačů a mnoho dalších (Koubek, 2005). Na pracovišti zdravotnické záchranné služby v Jindřichově Hradci je zdravotnický záchranář povinen absolvovat 1 týden vykonávání činnosti na místním urgentním příjmu. Zaměstnanec tímto způsobem získá lepší přehled o celkové struktuře

urgentního příjmu a jiných odděleních. Setká se prvně jako zaměstnanec s pacientem, získá lepší zkušenost v napichování periferních žilních katétrů, podávání léčiv dle indikace lékaře a získá větší přehled o urgentní medicíně.

### **1.11 Přínos urgentního příjmu pro pacienta**

UP může v první řadě nabídnout pacientům rychlou návaznost přednemocniční péče na nemocniční. Pokud je pacient ošetřen během 10 minut a odvezen do nemocničního zařízení během 15 minut, nemá smysl, aby v nemocnici docházelo k prodlevě ošetření. Tento problém lze vyřešit pomocí UP, které se stává jediným dojezdovým místem ZZS a pacient je ošetřen téměř ihned.

UP je ale také bohužel častým cílem zneužívání. UP je pracoviště, které bez dlouhého prodlení vyšetřuje a ošetřuje indikované pacienty. To svádí ostatní pacienty, kteří nejsou v kritickém stavu. UP používají jako „zkratku“ a ulehčení přístupu ke zdravotním službám. Lidé si stěžují, že nemají čas a nemohou čekat dlouhé fronty u praktických lékařů. UP není vybudován jako místo, jež by mělo nahrazovat praktického lékaře v době dovolené nebo nemoci. Dále by pacient neměl vyhledávat UP z důvodu odleповání holterovských svodů EKG, předepsání receptu nebo několika denní bolesti třísel ze sportu.

Ani sám praktický lékař by neměl posílat své pacienty bez neodkladného či akutního onemocnění k „dovyšetření“. To že specialisté na poliklinice a v nemocnicích mají „plno“, není indikací odeslání pacienta na urgentní příjem (Šoupal, 2016).

### **1.12 Přínos urgentního příjmu pro zdravotnickou záchrannou službu**

Hlavním přínosem urgentního příjmu pro zdravotnickou záchrannou službu je především nahrazení více dojezdových míst jedním. Tímto se zjednodušuje a zrychluje předání pacienta do nemocniční péče a dochází k eliminaci mezipavilonových převozů zdravotnické záchranné služby. Dále může zdravotnické záchranné službě také nabídnout přímé komunikační spojení s operačním střediskem urgentního příjmu, kde jsou nahlášeny vitální funkce, charakter poranění či onemocnění, předpokládaný dojezdový čas a v případě mimořádné události počet zraněných. Díky přímé komunikaci je tým na UP mnohem lépe informován a tím pádem i připraven na příjem pacienta (Hubáček, 2011). Na půdě urgentních příjmu probíhají také mezioborové školení a zlepšuje se vzdělávání personálů například v oblasti nových doporučených

postupů při mimořádné události. Pokud k takové mimořádné události dojde, tak je spotřeba zdravotnického materiálu a léčiv enormní. V tomto případě urgentní příjem může doplnit chybějící prostředky k ošetření a léčbě poraněných. ZZS se tak nemusí vracet zpět na svoji základnu a může ihned vyrazit zpět k místu mimořádné události a zdravotnický materiál zde předat či ponechat ve svém voze pro vlastní potřeby (Asociace českých a moravských nemocnic, 2014).

### **1.13 Legislativa související s urgentním příjmem**

Mezi hlavní legislativu o urgentním příjmu patří vyhláška 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Urgentního příjmu se týká především část I: Společné požadavky na personální zabezpečení lůžkové části, kde v 22. bodě se uvádí, že pokud je urgentní příjem zřízen, musí být zdravotní péče zajištěna urgentním lékařem, anesteziologem, intenzivistou, chirurgem, internistou, kardiologem, neurologem nebo traumatologem, všeobecnou sestrou bez dohledu, sestrou pro intenzivní péči bez dohledu nebo zdravotnickým záchranářem - fyzická přítomnost na vyžádání a sanitářem nebo ošetřovatelem - fyzická přítomnost na vyžádání. Dále je zde uvedeno, že Pokud není urgentní příjem zajištěn urgentním lékařem, anesteziologem nebo intenzivistou, musí být zajištěna fyzická přítomnost alespoň jednoho z těchto lékařů do 5 minut od vyžádání (Část 1 bod 21. vyhlášky č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb).

Další důležitou legislativou týkající se technického a věcného vybavení urgentního příjmu je vyhláška 92/2012 Sb. O požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Prvním bodem je nařízení o kontaktním místě pro spolupráci s poskytovatelem zdravotnické záchranné služby ve zdravotnickém zařízení akutní lůžkové péče musí být vybaveno připojením k veřejné telefonní síti, počítačem s tiskárnou, pokud není elektronické zpracování dat zabezpečeno jiným způsobem, a být připojeno na náhradní zdroj elektrické energie. Pokud je zřízen urgentní příjem, je kontaktní místo jeho součástí. Dalším kritériem je minimální plocha 40 m<sup>2</sup>, podlahy musí být snadno čistitelné, omyvatelné a dezinfikovatelné. Urgentní příjem musí mít bezbariérový přístup a bezbariérovou návaznost na oddělení akutní lůžkové péče intenzivní, pracoviště radiodiagnostiky a operační sály a mít viditelně označený příjezd pro sanitní vozidla.

Mezi hlavní vybavení UP patří:

- a) umyvadlo a dvoudřez,
- b) skříň na léčivé přípravky a zdravotnický materiál,
- c) vyšetřovací lehátko nebo lůžko, které umožňuje RTG vyšetření,
- d) transportní lehátko nebo stretcher pro převoz pacientů,
- e) sprchovací lehátko,
- f) mobilní RTG přístroj skiagraficko - skiaskopický s C ramenem,
- g) monitor vitálních funkcí (EKG/RESP, NIBP, SpO<sub>2</sub>, Temp),
- h) transportní ventilátor,
- i) defibrilátor,
- j) anesteziologický přístroj, pokud není dostupný na jiném pracovišti zdravotnického zařízení,
- k) resuscitační vozík pro uložení pomůcek a léčivých přípravků,
- l) monitor, pokud je digitální přenos obrazů nebo negatoskop,
- m) infuzní stojan,
- n) infuzní pumpa,
- o) dávkovač stříkačkový,
- p) zdroj medicínálního kyslíku, centrálního vakua a tlakového vzduchu pro ventilované pacienty - rozvod vakua se nevyžaduje, pokud je oddělení vybavené elektrickými odsávačkami,
- q) chladnička,
- r) nepřenosná uzamykatelná schránka z kovu, pokud se skladují omamné nebo psychotropní látky nebo přípravky je obsahující<sup>5</sup>),
- s) počítač a jednotné úložiště dat propojené datovou sítí a tiskárna; jednotné úložiště dat může být společné pro více pracovišť nebo celé zdravotnické zařízení,
- t) náhradní zdroj elektrické energie.

(vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče)

Návaznost a předání pacienta z přednemocniční péče (Záchraná služba) do péče nemocniční (Urgentní příjem či akutní ambulance), upravuje zákon č. 374/201 Sb. O zdravotnické záchrané službě. Podle § 6 tohoto zákona „Součinnost poskytovatelů akutní lůžkové péče při poskytování zdravotnické záchrané služby“, je UP povinen

k zajištění plynulé návaznosti zdravotních služeb na zdravotnickou záchrannou službu je poskytovatel akutní lůžkové péče povinen:

- a) zřídit kontaktní místo pro spolupráci s poskytovatelem zdravotnické záchranné služby za účelem zajištění příjmu pacienta a neodkladného pokračování v poskytování zdravotních služeb; zřídí-li poskytovatel akutní lůžkové péče urgentní příjem, je kontaktní místo jeho součástí,
- b) zajistit nepřetržité předávání informací o počtu volných akutních lůžek svému kontaktnímu místu,
- c) nepřetržitě spolupracovat prostřednictvím kontaktního místa se zdravotnickým operačním střediskem nebo pomocným operačním střediskem,
- d) bezodkladně informovat zdravotnické operační středisko nebo pomocné operační středisko o provozních závadách a jiných skutečnostech, které podstatně omezují poskytování neodkladné péče,
- e) poskytnout na výzvu poskytovatele zdravotnické záchranné služby součinnost při záchranných a likvidačních pracích při řešení mimořádných událostí a krizových situací.

Tento paragraf definuje UP jako je specializované pracoviště poskytovatele akutní lůžkové péče s nepřetržitým provozem, které zajišťuje příjem a poskytování intenzivní akutní lůžkové péče a specializované ambulantní péče pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví a pacientům v přímém ohrožení života (§ 6 odst. 1 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě).

Další zákon týkající se UP a krizových stavů definuje zákon 239/2000 Sb. O integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. Zde v § 4 se můžeme dočíst o statusu poskytovatelů akutní lůžkové péče, kteří mají zřízen UP, během krizových situací se stávají ostatními složkami integrovaného záchranného systému (§ 4 odst. 3 zákona č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému).

### **1.13.1 Denní provoz na urgentním příjmu**

Obsazení urgentních příjmů personálem se liší na různých místech podle jejich velikosti a počtu expektačních lůžek. Na urgentním příjmu v Jindřichově Hradci je zřízen 12 - hodinový směnný provoz, kdy lékařský tým tvoří 3 lékaři na celkem 2,4 úvazku, součástí týmu je 11 zdravotnických pracovníků a staniční sestra. Dále je 24h přítomen 1 nižší zdravotnický pracovník. Ošetrovatelskou část obstarávají 4 sestry a 1 staniční sestra (viz příloha č. 5). Další velmi důležitou roli zde má třídící sestra, která přichází

s pacienty do kontaktu jako první a má za úkol roztřídit přicházející pacienty podle urgentnosti vyžadující lékařské ošetření. Tato sestra se nachází v sektoru recepce (Lorenc, 2015).

Dle vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. dle § 17 odst. 1 na urgentním příjmu může bez odborného dohledu pracovat zdravotnický záchranář. Na základě indikace lékaře může vykonávat činnost při poskytování diagnostické a léčebné péče. Dále na urgentním příjmu dle § 55 může vykonávat profesi sestra se specializací intenzivní péče (§ 17 odst. 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 Cíle a výzkumné otázky**

#### **2.1.1 Cíle práce**

Problematika mé bakalářské práce spočívá v přínosu urgentního příjmu pro zdravotnickou záchrannou službu.

V teoretické části jsem se zaměřil na přesnou definici urgentního příjmu, popsal jeho světovou i českou historii, druhy urgentního příjmu a jeho hlavní náplň činnosti. Dále jsem uvedl časté onemocnění/zranění na urgentním příjmu a jeho legislativu.

V praktické části bude mými cíli:

1. Zjistit přínos urgentního příjmu pro zdravotnickou záchrannou službu.
2. Zmapovat pozitivní a negativní zkušenosti s urgentním příjmem zdravotnických záchranářů.
3. Zjistit, jakým způsobem by se dala zefektivnit spolupráce mezi urgentním příjmem a zdravotnickou záchrannou službou.

#### **2.1.2 Výzkumné otázky**

1. Jaký je přínos urgentního příjmu pro zdravotnickou záchrannou službu?
2. Jaké mají zkušenosti zdravotničtí záchranáři s urgentním příjmem?
3. Jakým způsobem, by se dala zefektivnit spolupráce mezi urgentním příjmem a zdravotnickou záchrannou službou?

### **2.2 Metodika**

Pro výzkumnou část této bakalářské práce byla použita technika kvalitativního sběru dat pomocí hloubkových rozhovorů, které obsahovaly otevřené typy otázek. Výzkumné šetření bylo vedeno se zdravotnickými záchranáři a sestrami z výjezdové základny a urgentního příjmu v Jindřichově Hradci podle předem sepsaných výzkumných otázek (příloha č. 1). Odpovědi respondentů byly zaznamenávány na diktafon a následně přenesené do psané podoby. Rozhovory byly následně zpracovány



technikou otevřeného kódování, metodou papír a tužka a následně zapsané do pěti kategorií.

Výzkum probíhal na oddělení urgentního příjmu a Zdravotnické záchranné službě v Jindřichově Hradci v období únor - duben 2018. Dotazované osoby byly předem seznámeny s tématem mé bakalářské práce a s předmětem výzkumného šetření. Rozhovor byl pro záchranáře dobrovolný a zcela anonymní.

### **2.2.1 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor byl tvořen osmi zdravotnickými záchranáři pracujícími na Zdravotnické záchranné službě Jindřichův Hradec, z nichž jedna polovina pracovala na této samé základně před zbudováním urgentního příjmu, druhá polovina nikoliv. K doplňujícím informacím byly dotazovány čtyři sestry z urgentního příjmu v Jindřichově Hradci.

První výzkumný podsoubor je tvořen čtyřmi zdravotnickými záchranáři, kteří pracují u zdravotnické záchranné služby pouze po dobu vybudovaného urgentního příjmu. Pro jejich označení byla použita zkratka R1 - R4. Praxe těchto respondentů na zdravotnické záchranné službě se pohybuje mezi 1– 3 roky. Pouze jeden dotazovaný je absolvent vyšší odborné školy, ostatní tři mají dokončené vysokoškolské vzdělání.

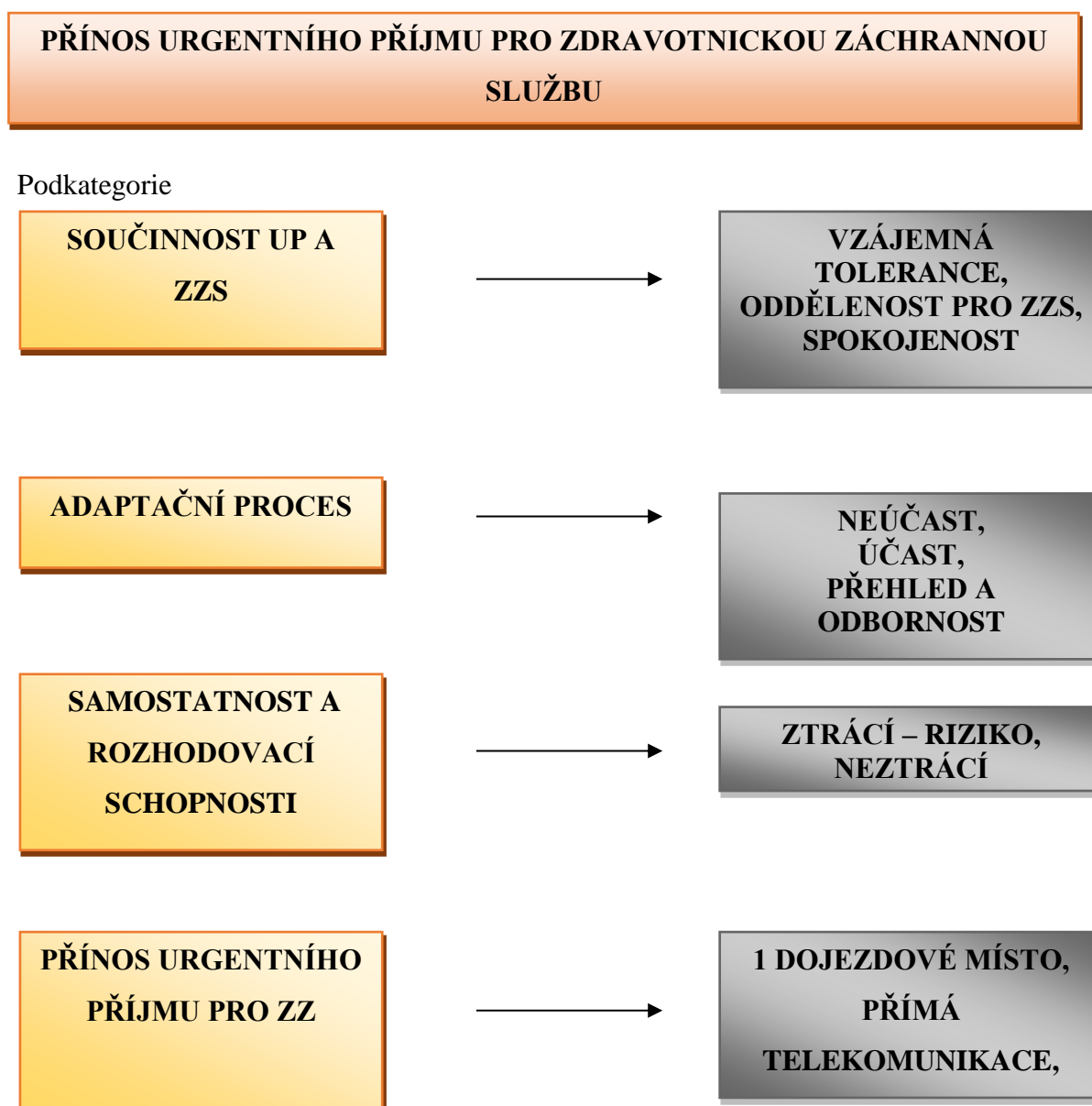
Druhá výzkumná skupina obsahuje zdravotnické záchranáře, kteří u zdravotnické záchranné služby pracovali již před zřízením urgentního příjmu. Pro jejich rozpoznání jsou použity zkratky R5 – R8. Zde je jejich praxe na ZZS výrazně delší než v předchozí skupině. Pohybuje se mezi 6 – 10 lety. Pouze jeden dotazovaný je vysokoškolského vzdělání, ostatní mají dokončené vyšší odborné vzdělání.

Poslední doplňkový výzkumný soubor zahrnuje čtyři sestry pracujících na urgentním příjmu v Jindřichově Hradci. Jelikož urgentní příjem byl vybudován v roce 2014, praxe sester není dlouhá. Pohybuje se v rozmezí 6 měsíců – 3 let. Jejich vzdělání je vyrovnané. Jedna polovina sester absolvovala vysokou školu a druhá polovina vyšší odbornou školu.

## 2.3 Výsledky výzkumu

### 2.3.1 Rozhovory se zdravotnickými záchranáři se zkušenostmi s urgentním příjmem.

Schéma č. 1 – Kategorie č. 1 - Přínos urgentního příjmu pro zdravotnickou záchrannou službu



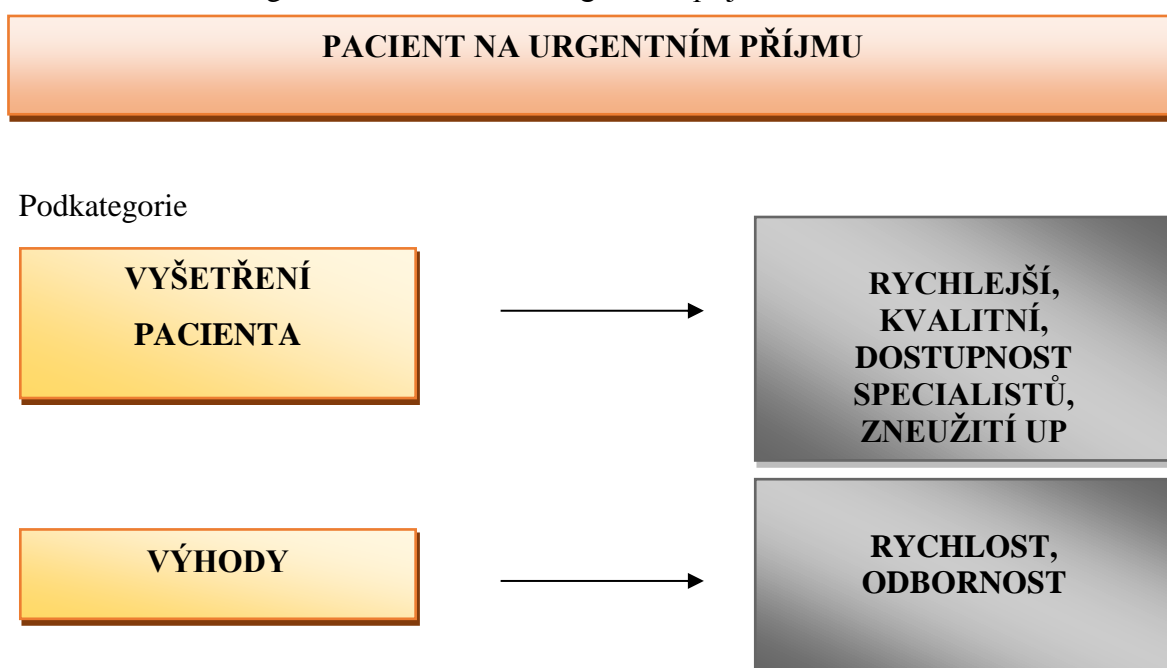
Zdroj: Vlastní

#### ***Kategorie č. 1 - Přínos urgentního příjmu pro zdravotnickou záchrannou službu***

První kategorie zahrnuje soubor otázek zjišťující přínos urgentního příjmu pro zdravotnickou záchrannou službu. Dále se dělí na 4 podkategorie otázek, které se nacházejí v levém sloupci. Výzkumné otázky byly položeny 4 zdravotnickým

záchranářům se zkušeností s urgentním příjmem. Tyto otázky týkající se této skupiny zní: „*Jakým způsobem by se dala dle vašeho názoru zlepšit součinnost zdravotnické záchranné služby a urgentního příjmu?*“, „*Jaký přínos měl pro Vás adaptační proces na urgentním příjmu v Jindřichově Hradci, popřípadě, co byste na adaptačním procesu změnil?*“, „*Domníváte se, že zřízení urgentního příjmu má vliv na samostatnost a rozhodovací schopnosti zdravotnického záchranáře?*“ a poslední z otázek této kategorie: „*Jaký má pro Vás přínos urgentní příjem?*“ V pravém sloupci nalezneme shrnutý odpovědi v bodech na tyto otázky v bodech.

Schéma č. 2 – Kategorie č. 2 - Pacient na urgentním příjmu



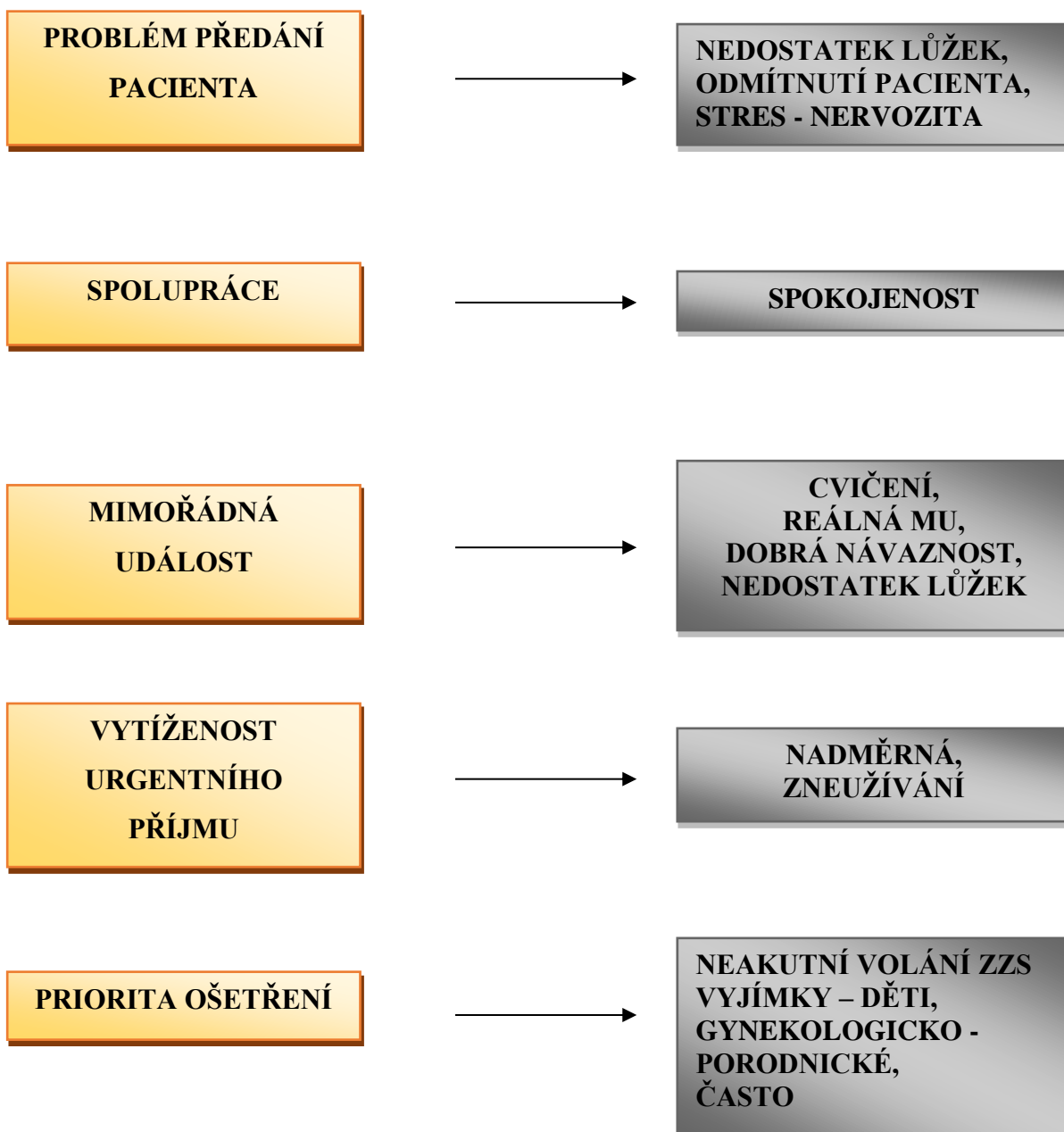
Zdroj: Vlastní

### ***Kategorie č. 2 - Pacient na urgentním příjmu***

V této kategorii jsme se zaměřili na přínos urgentního příjmu pro pacienta. Otázky byly položené stejné skupině záchranářů jako v předchozí kategorii. Levý sloupec podkategorie zahrnuje dvě otázky, které zní: „*Jaký názor máte na rychlost vyšetření pacienta na urgentním příjmu oproti odborným ambulancím?*“ a druhá otázka: „*Jakou hlavní výhodu pro pacienta shledáváte ve vybudování urgentního příjmu?*“ Odpovědi dotazovaných jsou ve schématu na pravé straně.

Schéma č. 3 – Kategorie č. 3 - Zkušenosti zdravotnického záchranáře s urgentním

**ZKUŠENOSTI ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE S URGENTNÍM PŘÍJMEM**



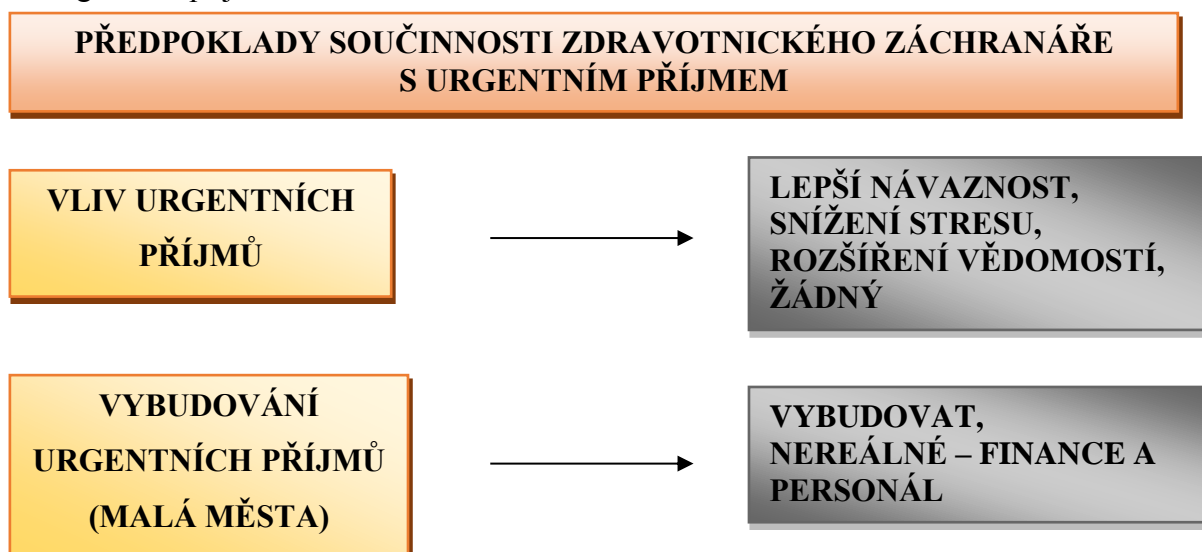
Zdroj: Vlastní

### **Kategorie č. 3 - Zkušenosti zdravotnického záchranáře s urgentním příjmem**

Tato kategorie mapuje negativní a pozitivní zkušenosti zdravotnického záchranáře s urgentním příjmem. Podkategorie obsahují tři výzkumné otázky, které se nacházejí taktéž v levém sloupci. Sled otázek je následující: „V jakých okolnostech se při předávání pacienta na urgentní příjem vyskytl problém?“ Druhou část sloupce tvoří otázka: „Jaké máte osobní zkušenosti se spoluprací s urgentním příjmem?“ Následující otázka zní: „Jaké jsou Vaše zkušenosti s řešením mimořádné události ve spolupráci s urgentním příjmem, popřípadě, jak spolupráce probíhala a jakým způsobem byste ji zlepšil?“ Čtvrtá z otázek této kategorie byla: „Jaká je dle Vás vytiženost urgentního příjmu?“ A poslední část schématu tvoří otázka: „Jak často se setkáváte s pacienty, kteří nejsou určeni prioritně na urgentní příjem?“ V pravém sloupci nalezneme výzkumné odpovědi.

#### **2.3.2 Rozhovory se zdravotnickými záchranáři bez zkušeností s urgentním příjmem**

Schéma č. 4 – Kategorie č. 4 - Předpoklady součinnosti zdravotnického záchranáře s urgentním příjmem



Zdroj: Vlastní

### ***Kategorie č. 4 - Předpoklady součinnosti zdravotnického záchranáře s urgentním příjmem***

V této kategorii jsou naším zkoumaným objektem čtyři zdravotničtí záchranáři, kteří zkušenosti s urgentním příjmem nemají. Zajímalo nás, jaké domněnky tato skupina o urgentním příjmu má. V levém sloupci nalezneme dvě podkategorie, které zahrnují dvě výzkumné otázky. První zní: „*Jaký si myslíte, že má vliv urgentní příjem na práci zdravotnického záchranáře?*“ a poslední: „*Jaký názor máte na vybudování urgentního příjmu ve všech nemocnicích?*“ V pravém sloupci se nachází nejčastější odpovědi na tyto otázky.

#### **2.3.1 Kategorie sestry na urgentním příjmu**

Schéma č. 5 – Kategorie č. 5 - Součinnost urgentního příjmu a zdravotnického záchranáře (z pohledu UP)



Zdroj: Vlastní

### ***Kategorie č. 5 - Součinnost urgentního příjmu a zdravotnického záchranáře (z pohledu UP)***

V poslední kategorii jsme se zaměřili na výzkumný soubor čtyř sester, které pracují na urgentním příjmu v Jindřichově Hradci. Zajímalo nás jejich názor na součinnost zdravotnické záchranné služby a urgentního příjmu. V pravém sloupci nalezneme jednu podkategorii obsahující výzkumnou otázku, která zní: „*Jakým způsobem byste zlepšil/a součinnost urgentního příjmu a zdravotnické záchranné služby?*“ V pravém sloupci nalezneme důležité odpovědi sester.

## 2.4 Diskuze

V praktické části byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat přínos urgentního příjmu pro zdravotnického záchranáře. V dalším cíli jsme se zaměřili na zhodnocení pozitivních a negativních zkušeností zdravotnického záchranáře s urgentním příjmem. Následně byl stanoven poslední cíl, zjistit, jakým způsobem by se dala zefektivnit spolupráce mezi urgentním příjmem a zdravotnickou záchrannou službou.

Při hloubkovém rozhovoru dostali zdravotničtí záchranáři a sestry prostor vyjádřit svůj názor týkající se problematiky urgentního příjmu a dále navrhnout vlastní řešení zlepšení spolupráce mezi zdravotnickou záchrannou službou a urgentním příjmem.

Pro zjištění informací byl zvolen kvalitativní výzkum pomocí metody hloubkového rozhovoru. Osloveno bylo celkem osm zdravotnických záchranářů pracujících na zdravotnické záchranné službě v Jindřichově Hradci a čtyři sestry pracující na urgentním příjmu ve stejném městě.

Výzkumné šetření a analýza dat získána během rozhovoru prozradila, že dotazovaní zdravotničtí záchranáři a sestry mají různou dobu praxe na svém pracovišti a rozdílné stupně vzdělání.

První část šetření je zaměřena na přínos urgentního příjmu pro zdravotnického záchranáře. Veškeré zodpovězené přínosy jsou shrnuty ve stejnojmenné kategorii, která je tvořena třemi podkategoriemi (Schéma č. 1)

První podkategorie nese název Součinnost urgentního příjmu a zdravotnické záchranné služby. Zde pouze jeden zdravotnický záchranář je plně spokojen s kooperací a nic by nezlepšoval. R3 zmínila, že by si přála zlepšit vzájemnou toleranci a empatii mezi pracovníky. R2 uvedl, že vzájemnou spolupráci by mohly zlepšit pravidelné „teambuildingové“ aktivity. Zajímavý názor měl R4, který odpověděl: „*Pro mne by byl největší přínos, kdyby vstup na urgentní příjem a expektační lůžka byly pro ZZS a pro civilní veřejnost odděleny. Nedostali bychom se do situace, kdy nemáme pacienta kam přeložit a pacient by touto změnou získal více soukromí. Bylo by také dobré, kdyby se na urgentním příjmu daly řešit některá traumata, například zlomeniny dlouhých kostí*“. Bohužel žádný zdroj neuvádí, že přístup na urgentní příjem musí být oddělený pro pacienty, kteří přicházejí sami. Strukturální rozvržení urgentního příjmu musí být takové, aby příjezd vozu zdravotnické záchranné služby byl co nejbližší vstupu do UP (Deyl a kolektiv, 2000). Což urgentní příjem v Jindřichově Hradci splňuje.

Nadále bylo dotazováním zjišťováno, jaký přínos pro zdravotnického záchranáře měl adaptační proces na urgentním příjmu. Zde se ve většině případů zkušenosti zdravotnických záchranářů (dále pro usnadnění pouze ZZ) shodovaly, adaptačního procesu se nezúčastnili z toho důvodu, že na zdravotnickou záchrannou službu nastupovali dříve, než byl urgentní příjem zřízen, nicméně dříve na urgentním příjmu pracovali na dohodu a vnímají tuto práci přínosnou pro budoucí povolání ZZ. Jediný R4 se adaptačního procesu zúčastnil a odpověděl: *„Adaptačního procesu jsem se zúčastnil, přínos byl pro mě veliký. Mohl jsem si prohlédnout oddělení a zjistil jsem, jak funguje, dále jsem získal lepší odbornost. A myslím si, že pokud člověk je po studiu, tak tento adaptační proces není vůbec špatný.“* Z toho vyplývá, že adaptační proces na urgentním příjmu je převážně přínosný. Od roku 2018 je však absolvent dle novely zákona č.96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních povinen pracovat rok na oddělení anesteziologické – resuscitační péče, jednotce intenzivní péče či na urgentním příjmu z důvodu získání odborné způsobilosti před nástupem do výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby.

Následující podkategorií byla zkoumána úroveň samostatnosti a rozhodovacích schopností zdravotnického záchranáře při zřízení urgentního příjmu. Zdravotnický záchranář vyjíždí k pacientovi převážně bez lékaře a musí mít jisté rozhodovací schopnosti. Zde R1 a R3 měli podobnou odpověď: *„Myslím si, že zdravotnický záchranář rozhodovací schopnosti neztrácí, protože při předávání pacienta na urgentní příjem musí sdělit lékaři předávací zprávu, zahrnující anamnézu, vyšetření a provedenou léčbu.“* Zbylí dva dotazovaní si myslí, že o samostatnost a rozhodovací schopnosti mírně přicházejí, ale nepovažují to za ohrožující, jak pro vykonávání činnosti, tak pro poškození pacientovo zdraví.

Dotazování v poslední podkategorii této kategorii zjišťuje hlavní přínosy urgentního příjmu pro zdravotnického záchranáře. Zde všichni respondenti odpověděli, že se vybudováním urgentního příjmu eliminuje rozvoz pacienta po jednotlivých pavilónech a můžou se soustředit pouze na jedno dojezdové místo. Pouze jeden R1 uvedl i další výhodu: *„Máme přímé telekomunikační spojení s urgentním příjmem a nemusíme se přepojovat přes centrální operační středisko.“* Nikdo nezmínil ostatní důležité přínosy urgentního příjmu, kterými je například lepší připravenost týmu na urgentním příjmu při převzetí pacienta od zdravotnické záchranné služby, školící středisko na urgentním příjmu či doplnění materiálu při mimořádných událostech. (Hubáček, 2011)



Výzkumem byl dále zjišťován přínos urgentního příjmu pro pacienta. Byla vytvořena kategorie nesoucí stejný název (Schéma č. 2). Tato kategorie je rozdělena na dvě podkategorie. V první části jsme se tázali zdravotnických záchranářů na rychlost a kvalitu ošetření pacienta na urgentním příjmu oproti odborným ambulancím. Zde se většina zdravotnických záchranářů shodla, že ošetření na UP je rychlejší a kvalitnější. R1 zmínil: „*Díky těmto aspektům je urgentní příjem často veřejností zneužíván.*“

Ke zneužívání dochází z důvodu nedostatečné informovanosti pacientů. Někteří pacienti přicházejí i s chronickým onemocněním, či zraněním, které nevyžaduje akutní vyšetření a léčbu.

Bohužel i praktičtí lékaři zasílají své pacienty bez neodkladného či akutního onemocnění k vyšetření na urgentní příjem (Šoupal, 2016). R2 uvedl: „*Ke zdržení ošetření pacienta dochází z důvodu čekání na specialisty, kteří na urgentní příjem docházejí.*“ Další podkategorií v této kategorii jsou Výhody. Zde jsme zjišťovali, jakou výhodu pro pacienta sledává zdravotnický záchranář ve vybudování urgentního příjmu. Jak už bylo v předchozí podkategorii zmíněno, zdravotničtí záchranáři jako hlavní výhodu vidí rychlost, kvalitu ošetření a nemožnosti dostat se do příjmového vakua. Tento termín je užíván v souvislosti s návazností přednemocniční neodkladné péče a nemocniční péče. V následující kategorii Zkušenosti zdravotnického záchranáře s urgentním příjmem (schéma č. 3) jsme se zaměřili na pět podkategorií. První podkategorií je Problém předání pacienta. Zde R1 a R3 odpověděli shodně. Největší problém při předání nastává při přeplněnosti UP a nedostatku expektačních lůžek. Zdravotnická záchranná služba musí s pacientem čekat, než se uvolní lůžko. Urgentní příjem má povinnost přijmout přednostně pacienta přivezeného zdravotnickou záchrannou službou. Tento problém by vyřešilo navýšení počtu expektačních lůžek, ale bohužel velikost urgentního příjmu a nedostatek zdravotnického personálu tuto změnu neumožňuje. R2 uvedl: „*Problém nastává u předání dětského pacienta, kdy není vždy zcela jasné, zda pacient je určen na dětské oddělení či na urgentní příjem.*“ Nemocnice Jindřichův Hradec nepřijímá děti do dovršení 19 let, avšak pokud je přivezeno dítě s traumatem, urgentní příjem ho přijme. Zde je nutná telefonická domluva zdravotnického záchranáře s personálem urgentního příjmu. V druhé podkategorii byly zjišťovány osobní zkušenosti zdravotnického záchranáře s urgentním příjmem. Zde všichni dotazovaní odpověděli, že mají převážně kladné zkušenosti. Bylo zde pochváleno přímé telefonní spojení s urgentním příjmem. V následující podkategorii s názvem Mimořádná událost, byli respondenti dotazováni na zkušenosti s řešením

mimořádné události ve spolupráci s urgentním příjmem. Mimořádnou událostí se rozumí škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činnostmi člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací (Lošek, 2012). S reálnou situací mimořádné události se setkal pouze R1, který uvedl: *„Mé osobní zkušenosti s řešením mimořádné události jsou kladné. Po autonehodě bylo dovezeno na urgentní příjem pět lidí a jsem toho názoru, že organizace na urgentním příjmu byla dobrá. Zdravotnický personál obvolal jednotlivé oddělení, svolali se chirurgové a práce měla dobrou návaznost. Dále jsem se zúčastnila nácviku mimořádné události a myslím si, že obě strany jsou dobře připravené.“* Zbylí tři dotazovaní se zúčastnili pouze nácviku mimořádné události a vzhledem k tomu, že nácvik byl předem oznámen, tak vše probíhalo dobře a žádné problémy se nevyskytly. V předposlední podkategorii této kategorie jsme zjišťovali využitelnost urgentního příjmu. Zde všichni zdravotničtí záchranáři projevili stejný názor. Všichni se domnívají, že využitelnost je enormní a zbytečná. Dle jejich názoru, tento problém vzniká z důvodu zneužívání urgentního příjmu ze strany pacientů. Většina pacientů, kteří si volají zdravotnickou záchrannou službu, nejsou v ohrožení života a volají si kvůli banálním věcem, které by vyřešil i obvodní lékař. Tím pádem přeplněnost urgentního příjmu vzniká už při situaci, kdy je ZZS volána k případu, který nevyžaduje akutní vyšetření a ošetření a díky tomu dochází k obsazení expektačních lůžek. V poslední podkategorii jsem se zaměřil na prioritu ošetření. Ptal jsem se zdravotnických záchranářů, jestli se setkávají s pacienty, kteří na urgentní příjem nejsou určeni. Tři respondenti se shodli, že na urgentní příjem nepředávají některé dětské pacienty, gynekologické potíže, porody a těžká traumata. Nemocnice Jindřichův Hradec uvádí, že urgentní příjem je určen pro dospělé pacienty transportované do nemocnice zdravotnickou záchrannou službou s výjimkou pacientek s akutním gynekologickým problémem (ty jsou ošetřeny na gynekologicko – porodnickém odd.). R4 doplnil: *„I když nemocnice má určeno, které pacienty na urgentní příjem nepřijme, stále s lékařem na urgentním příjmu předem konzultujeme, zda pacienta vyšetří či nikoliv, tím pádem se může v některých případech udělit výjimka.“*

Na základě rozhovorů s respondenty byla dále vytvořena kategorie nesoucí název Předpoklady součinnosti zdravotnického záchranáře s urgentním příjmem (schéma č. 4). Zde jsme přešli k druhé výzkumné skupině, kterou tvoří zdravotničtí záchranáři bez zkušeností s urgentním příjmem. První podkategorii jsem pojmenoval Vliv urgentních příjmů. Zde jsme zjišťovali odpovědi respondentů na otázku: *„Jaký si myslíte, že má*

*vliv urgentní příjem na práci zdravotnického záchranáře?*“ Stejný názor projevili tři respondenti, domnívají se, že vybudování urgentního příjmu má převážně pozitivní vliv na jejich práci. Pouze R6 nevidí ve vybudování žádný přínos, ale nedokázal zdůvodnit proč. Proto odpověď R6 neubírá přínosu urgentního příjmu pro zdravotnického záchranáře. Pouze R5 si je vědom většiny možných přínosů urgentního příjmu. „*Myslím si, že zřízení urgentního příjmu vliv na práci zdravotnického záchranáře má. Toto oddělení slouží i jako školicí středisko, pravidelné školení na urgentním příjmu by rozšířilo naše vědomosti. Dále bychom se mohli spoléhat na větší připravenost týmu při příjmu pacienta a společný komunikační kanál.*“ Tato odpověď se nejvíce shoduje s přínosy v teoretické části. Na půdě urgentních příjmu probíhají také mezioborové školení a zlepšuje se vzdělávání personálu například v oblasti nových doporučených postupů při mimořádné události (Asociace českých a moravských nemocnic, 2014). Poslední podkategorií v této kategorii je Vybudování urgentních příjmů. V této podkategorii jsem se ptal stejné výzkumné skupiny, jaký názor mají na vybudování UP ve všech nemocnicích. Předpokládal jsem, že většina zdravotnických záchranářů nebude s vybudováním souhlasit, z důvodu nedostatku financí a personálu. Stejným způsobem odpověděli pouze dva záchranáři. R5 odpověděl: *“Urgentní příjmy bych rozhodně ve všech nemocnicích nebudoval. Ale myslím si, že by alespoň jeden urgentní příjem v kraji měl být.”* R1 by urgentní příjem vybuvoval ve všech nemocnicích, shledává v této problematice velký přínos pro zdravotnickou záchrannou službu i pacienta.

V poslední kategorii jsem se zaměřil na zdravotní sestry pracující na urgentním příjmu. Jejich názory slouží jako doplňující informace k této bakalářské práci. Tato kategorie nese název Součinnost urgentního příjmu a zdravotnické záchranné služby (z pohledu urgentního příjmu). Zde je zahrnuta pouze jedna podkategorie pod názvem Zlepšení spolupráce. Zdravotních sester jsem se tázal, jakým způsobem by zlepšily součinnost urgentního příjmu a zdravotnické záchranné služby. Předpokládal jsem, že většina sester bude se součinností spokojena. Všechny sestry jsou stejného názoru, avšak sestra č. 2 si myslí, že by mohl být zajištěn periferní žilní vstup už od zdravotnické záchranné služby. Sestry na urgentním příjmu odebírají biologický materiál přes tento vstup. Sestra č. 3 zmiňuje pár případů, kdy se zdravotnický záchranář zapomene ohlásit přes mobilní telefon a následně tým na urgentním příjmu není na příjem připravený.

## 2.5 Závěr

Oddělení urgentního příjmu je pracovištěm poskytující nepřetržitě zdravotní služby a akutní lůžkovou péči po dobu 24 hodin. Tyto novodobé pracoviště slouží k optimalizaci přechodu pacienta z přednemocniční péče do péče nemocniční. Oddělení slouží především pro pacienty přivezené zdravotnickou záchrannou službou či pro samostatně přichozí pacienty vyžadující akutní a neodkladnou péči. Urgentní příjem přináší i mnoho možností a usnadnění pro zdravotnické záchranáře.

K splnění cílů byl zvolen kvalitativní výzkum pomocí hloubkových rozhovorů. Rozhovory byly následně zpracovány technikou otevřeného kódování, metodou papír a tužka a následně zapsané do kategorií.

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaký má přínos urgentní příjem pro zdravotnického záchranáře. Během rozhovoru jsem nabil dojmu, že většina zdravotnických záchranářů si je vědoma pouze jednoho přínosu, a to usnadnění předání pacienta do nemocniční péče přes jedno dojezdové místo. Pouze pár záchranářů uvedlo další přínosy, např. přímé komunikační spojení či školící středisko. Z tohoto vyplývá, že zdravotničtí záchranáři si dalších přínosů nejsou vědomi či zatím další přínosy urgentního příjmu neměli možnost využít.

Druhým cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat pozitivní a negativní zkušenosti zdravotnických záchranářů s urgentním příjmem. Pomocí provádění výzkumných rozhovorů s dvěma rozdílnými skupinami jsem měl možnost posoudit smýšlení jednotlivců o urgentním příjmu. Zdravotničtí záchranáři bez zkušeností s urgentním příjmem vidí ve vybudování urgentního příjmu mnohem více možností a pozitiv, ovšem zdravotničtí záchranáři, kteří se s urgentním příjmem setkávají v praxi, jsou kritičtější. Stěžují si například na přeplněnost urgentního příjmu a nedostatek expektačních lůžek. Zde se nabízí dvě řešení. Zamezit vědomému zneužívání urgentního příjmu pacienty, kteří nepotřebují akutní péči, např. odkázáním pacienta ke svému praktickému lékaři či na odbornou ambulanci. Druhé, finančně, prostorově, ale i personálně náročnější řešení, by mohlo být navýšení počtu expektačních lůžek. Z hlediska druhé strany jsou zdravotničtí záchranáři spokojeni s dobrou návazností přednemocniční na nemocniční péči a přímým telekomunikačním spojením.

Posledním stanoveným cílem bylo zjistit, jakým způsobem by se dala zefektivnit spolupráce mezi urgentním příjmem a zdravotnickou záchrannou službou. Zde jsem předpokládal, že většina zdravotnických záchranářů bude více spokojena se spoluprací

s urgentním příjmem. V rozhovoru jsem zaznamenal složitě řešitelné změny. Jednou z nich bylo například oddělený vstup pro pacienty přivezené zdravotnickou záchrannou službou a samostatně příchozí. Tento problém je dle mého názoru neřešitelný, pokud nemocnice nemá k této změně dostatek prostorů. S dalším problémem jsme se setkali už u předešlého cíle, což pouze zvyšuje závažnost tohoto problému. Urgentní příjem je podle zdravotnických záchranářů enormně přeplněn a musí se s pacientem čekat, než si ho urgentní příjem převezme. Tento problém by vyřešilo navýšení počtu expektačních lůžek. Podle zdravotnických záchranářů pět lůžek není dostatek. Vyřešení tohoto problému záleží na personálních a finančních možnostech nemocnic. Poslední způsob zlepšení kooperace je lepší vzájemná komunikace a tolerance mezi pracovníky. Tento problém by se dal řešit například společnými školicími akcemi, kde by docházelo ke zlepšení společných pracovních vztahů.

Byl bych rád, kdyby má práce byla prospěšná a vedla ke zlepšení spolupráce mezi zdravotnickou záchrannou službou a urgentním příjmem. V neposlední řadě by má práce mohla pomoci ke zlepšení informovaností veřejnosti o náplni činnosti urgentních příjmů a k omezení jejich zneužívání ze stran pacientů. Existují řešení, která by mohla součinnost těchto dvou stran zlepšit, ovšem tato řešení vyžadují komplexnější, systémovější a finančně náročnější opatření, jak u nově budovaných urgentních příjmů, tak u již vybudovaných. V případě poptávky má zjištění mohou být poskytnuta (díky zveřejnění mé práce na stránkách Stag) komukoliv, kdo se touto problematikou bude chtít dále zabývat.

### 3 ZDROJE

1. ANDERSSON, A. K., OMBERG, M. a SVEDLUND, M. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care* [online]. 2006, 11(3), 136–145. [cit. 2014–09–28]. ISSN 1478-5153. Dostupné z:
2. ASOCIACE ČESKÝCH A MORAVSKÝCH NEMOCNIC. Urgentní příjem v ČR. Asociace českých a moravských nemocnic. Praha, 2014. Dostupné také z: <https://www.acmn.cz/file.php?nid=1140&oid=4065812>
3. CONE, K. J. a MURRAY, R. Characteristics, insights, decision making, and preparation of ED triage nurses. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2002, 28(5), 401–406. [cit. 2014–09–28]. ISSN 1527-2966. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009917670200034X>
4. ČESKÁ REPUBLIKA. Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. In: *Věstník MZČR*. 2009, 6. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_3628\\_1779\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html)
5. ČESKO. § 17 odst. 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 30. 4. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#p17-1>
6. ČESKO. § 4 odst. 3 zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 30. 4. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239#p4-3>

- ČESKO. § 5 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 30. 4. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p5-1-a>
7. ČESKO. § 6 odst. 1 zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 30. 4. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374#p6-1>
8. ČESKO. Část 1 bod 21. vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 30. 4. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99#cast1-21>
9. ČESKO. vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 30. 4. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92#f4594859>
10. DENKOVÁ, J. Emergency jako součást nemocniční neodkladné péče. Plzeň, 2011. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Roman Bosman.
11. DEYL L, HLAVÁČKOVÁ D., KALÍK C.: pracovní materiály ČSUM ČLS – podkladový materiál pro koncepci urgentních příjmů 2000
12. DOBIÁŠ, Viliam. Prednemocničná urgentná medicína. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007, 381 s., ISBN 978-80-8063-255-7
13. DRÁBKOVÁ, J. Oddělení centrálního příjmu velké nemocnice – zdravotnické i vzdělávací poslání. Anest. neodkl. Péče, 2001, roč. 12, č. 1, s. 49-51, ISSN 0862-4968





14. GILBOY, Nicki. Emergency severity index: implementation handbook. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005. AHRQ publication, no. 05-0046-2. ISBN 1587632128.
15. HUBÁČEK, Jiří. Je urgentní příjem přínosem zdravotnickému zařízení a zdravotnické záchranné službě?: Mezinárodní kongres úrazové chirurgie a soudního lékařství. Fakultní nemocnice Olomouc. Česká republika, 2011. Dostupné také z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/co-up-nabizi-zz-a-zzs-labonkova-m.pdf>
16. HUBÁČEK, Petr. Poslání a činnost urgentního příjmu. Urgentní medicína [online]. 2005, **8**(3), 6 - 7 [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: [http://urgentnimedcina.cz/casopisy/UM\\_2005\\_03.pdf](http://urgentnimedcina.cz/casopisy/UM_2005_03.pdf)
17. KOCIANOVÁ, Renata, 2010. Personální činnosti a metody personální práce. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 215 s. ISBN 978-80-247-2497-3.
18. KOUBEK, Josef, 2005. Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky. 3. vyd. Praha: Management Press, 367 s. ISBN 80-7261-033-3.
19. KOZLÍKOVÁ, Lenka a Martin HOLCÁT. Urgentní příjem musí nemocnice dotovat. *Medical tribune* [online]. 2017, (13) [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/42133>
20. LORENC, Vít. Urgentní příjem nemocnice Jindřichův Hradec a.s.: Personální zajištění. *Urgentní medicína* [online]. 2015, **18**(2), 16 - 17 [cit. 2018-04-30]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: [http://urgentnimedcina.cz/casopisy/UM\\_2015\\_02.pdf](http://urgentnimedcina.cz/casopisy/UM_2015_02.pdf)
21. LOŠEK, Václav. *Integrovaný záchranný systém*. Uherské Hradiště: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2013. ISBN 978-80-7454-287-9.

22. MAREČEK V, POKORNÝ J: Emergency – vstupní brána do nemocnic. Zdravotnické noviny, 2002; 51: 33/26-27.
23. MAYEROVÁ, M. Psychologické aspekty personálního managementu. 1994. Plzeň: Západočeská univerzita. 170 s. ISBN 8070821736.
24. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Druhy zdravotní péče: Nemocniční péče. *Ministerstvo zdravotnictví České Republiky* [online]. Praha, 2012 [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece\\_2627\\_22.html](https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html)
25. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Urgentní příjem: Struktura urgentního příjmu. *Věstník ministerstva zdravotnictví ČR*. 2015, **2015**(4), 29 - 30.
26. POKORNÝ, Jiří. Historie urgentní medicíny. *Urgentní medicína*. 2008, **11**(2), 37 - 39.
27. POKORNÝ, Jiří. Urgentní příjem: Historie. *Urgentní medicína*. 2001, **4**(1 - 2), 64.
28. POLÁK, Martin. *Třídění pacientů bohužel chybí ve většině nemocnic* [online]. [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: [https://pribramsky.denik.cz/zpravy\\_region/martin-polak-trideni-pacientu-bohuzel-chybi-ve-vetsine-nemocnic-20150612.html](https://pribramsky.denik.cz/zpravy_region/martin-polak-trideni-pacientu-bohuzel-chybi-ve-vetsine-nemocnic-20150612.html)
29. POLÁK, Martin. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3939-0.

30. POLÁKOVÁ, R. Systémy třídění pacientů dle priorit na oddělení urgentního příjmu. *Urgentní medicína*. 2013, 16(3), 11–13. ISSN 1212-1924.
31. SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTROF, Sekce urgentní příjmy. Poslání, činnost a struktura oddělení urgentního příjmu. 2011-09-21. [cit. 2011-11-04]. Dostupné z: [http://www.urgmed.cz/up/2011\\_up%20.doc](http://www.urgmed.cz/up/2011_up%20.doc)
32. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.
33. ŠEBLOVÁ, Jana. Urgentní medicína a urgentní příjmy v České Republice. *Urgentní medicína*. 2015, **18** (2), 54.
34. ŠOUPAL, Jiří. Co nemocnici a pacientům může nabídnout urgentní příjem - když ho nikdo nebude zneužívat. *Medical Tribune*. 2016, **12**(18), 54.
35. ŠOUPAL, Jiří. Co nemocnici a pacientům může nabídnout urgentní příjem – když ho nikdo nebude zneužívat. *Medical tribune* [online]. 2016, (18) [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/40402-co-nemocnici-a-pacientum-muze-nabidnout-urgentni-prijem-kdyz-ho-nikdo-nebude-zneuzivat>

## 4 PŘÍLOHY

### *Příloha č. 1 – Otázky k hloubkovému rozhovoru*

*Otázky určené pro zdravotnické záchranáře se zkušeností s urgentním příjmem:*

- Jakým způsobem by se dala dle vašeho názoru zlepšit součinnost zdravotnické záchranné služby a urgentního příjmu?
- Jaký přínos měl pro Vás adaptační proces na urgentním příjmu v Jindřichově Hradci, popřípadě, co byste na adaptačním procesu změnil?
- Domníváte se, že zřízení urgentního příjmu má vliv na samostatnost a rozhodovací schopnosti zdravotnického záchranáře?
- Jaký má pro Vás přínos urgentní příjem?
- Jaký názor máte na rychlost vyšetření pacienta na urgentním příjmu oproti odborným ambulancím?
- Jakou hlavní výhodu pro pacienta shledáváte ve vybudování urgentního příjmu?
- V jakých okolnostech se při předávání pacienta na urgentní příjem vyskytl problém?
- Jaké máte osobní zkušenosti se spoluprací s urgentním příjmem?
- Jaké jsou vaše zkušenosti s řešením mimořádné události ve spolupráci s urgentním příjmem, popřípadě, jak spolupráce probíhala a jakým způsobem byste ji zlepšil?
- Jaká je dle Vás vytíženost urgentního příjmu?
- Jak často se setkáváte s pacienty, kteří nejsou určeni prioritně na urgentní příjem?

*Otázky určené pro zdravotnické záchranáře bez zkušeností s urgentním příjmem:*

- Domníváte se, že by všichni pacienti měli být předáváni na jedno dojezdové místo?
- Jaký máte názor na vybudování urgentních příjmů v menších městech?

*Doplňující otázka pro zdravotní sestry pracující na urgentním příjmu:*

- *Jakým způsobem byste zlepšil/a součinnost se zdravotnickou záchrannou službou?*

## ***Příloha č. 2 – Kódování jednotlivých rozhovorů do kategorií a podkategorií***

### **Kategorie č. 1 - přínos urgentního příjmu pro zdravotnickou záchrannou službu**

Podkategorie – Součinnost urgentního příjmu a zdravotnické záchranné služby

- Vzájemná tolerance R2; R3
- Oddělenost pro zdravotnickou záchrannou službu R4
- Spokojenost R1

Podkategorie – Adaptační proces

- Neúčast R1; R2; R3
- Účast R4
- Získání přehledu a odbornosti R1; R2; R4

Podkategorie – Samostatnost a rozhodovací schopnosti zdravotnického záchranáře

- Ztrácí – Riziko R2; R4
- Neztrácí R1; R3

Podkategorie – Přínos urgentního příjmu pro zdravotnického záchranáře

- 1 dojezdové místo R1; R2; R3; R4
- Přímá telekomunikace R1

### **Kategorie č. 2 – Přínos urgentního příjmu pro pacienta**

Podkategorie – Vyšetření pacienta

- Rychlejší vyšetření R1; R2; R3; R4
- Kvalitnější vyšetření R1; R2
- Dostupnost specialistů R3
- Zneužití urgentního příjmu R1;

Podkategorie – Výhody

- Rychlost R1; R2; R3; R4
- Odbornost R2; R4

### **Kategorie č. 3 – Zkušenosti zdravotnického záchranáře s urgentním příjmem**

#### Podkategorie – Problém předání pacienta

- Nedostatek expektačních lůžek R1; R3
- Odmítnutí pacienta R2; R4
- Stres nervozita R3

#### Podkategorie – Spolupráce

- Spokojenost R1; R2; R3; R4

#### Podkategorie – Mimořádná událost

- Cvičení R1; R2; R4
- Reálná situace mimořádné události R1; R4
- Dobrá návaznost R1; R4
- Nedostatek lůžek pro pacienty R3; R4

#### Podkategorie – Vytíženost urgentního příjmu

- Nadměrná R1; R2; R3; R4
- Zneužívání R1; R2; R3

#### Podkategorie – Priorita ošetření

- Neakutní volání RS R1; R2; R3
- Vyjímky – Děti, gynekologicko – porodnické případy R4
- Často R1; R2

## **Kategorie č. 4 – Předpoklady součinnosti zdravotnického záchranáře s urgentním příjmem**

Podkategorie – Vliv urgentních příjmů

- Lepší návaznost R5; R7; R8
- Snížení stresu R5
- Rozšíření vědomostí R5
- Žádný R6

Podkategorie – Vybudování urgentních příjmů v menších městech

- Vybudovat R7; R8
- Nereálné – nedostatek financí a personálu R5; R6

## **Kategorie č. 5 – Součinnost urgentního příjmu a zdravotnického záchranáře (z pohledu UP)**

Podkategorie – Zlepšení spolupráce

- Ohlášení předání S2
- Periferní žilní kanylace S2; S3
- Žádný problém S1

**Příloha č. 3 - Statistika pacientů ošetřených na urgentním příjmu Jindřichův Hradec za rok 2016.**

	Ošetření pacienti na up	Hospitali zace	RZP	LPS celkem	LPS všední dny	LPS víkendy	Centráln í příjem	Neurol. Ambul.	Infuzní středisk
<b>Leden</b>	815	302	414	260	64	196	251	84	305
<b>Únor</b>	770	278	383	198	77	121	276	82	328
<b>Březen</b>	864	308	420	269	57	212	299	70	281
<b>Duben</b>	820	296	418	218	65	153	264	83	292
<b>Květen</b>	880	317	448	218	77	141	293	96	255
<b>Červen</b>	864	335	497	223	77	146	259	103	290
<b>Červenec</b>	941	299	491	330	69	261	115	102	23
<b>Srpen</b>	998	327	464	260	86	174	154	106	30
<b>Září</b>	836	301	448	183	55	128	236	115	298
<b>Říjen</b>	781	292	408	225	38	187	239	109	228
<b>Listopad</b>	682	265	378	189	54	135	238	128	260
<b>Prosinec</b>	843	36	457	238	56	182	150	105	278
<b>Celkem</b>	10094	3356	5226	2811	775	2036	2774	1183	2868

Zdroj: MUDr. Řeřicha, dostupné z <http://www.nemjh.cz/up>



**Příloha č. 4 - Přehled pacientů urgentního příjmu a jejich diagnóz**

<b>Trasa</b>	<b>Skupina 1 Malé úrazy, nezávažná poranění</b>	<b>Skupina 2 Akutní břicho</b>	<b>Skupina 3 Kardiorespirační on.</b>
Počet dg	30%	18%	11%
Počet pacientů s doporučením standardní přístup	33% 83% bez dopor. Monodisciplinární (jen dg + ter.) Omezené dg. Prostř.	16% 55% dop. lékaře Mono/multidisc. Složitější dg prostř. Terapie+reevaluace	16% 67 dop. lékaře Mono/multidisc. Různé dg. + ter. Reevaluace nezbytná
% přijatých do nem	11%	70%	84%
%celkové ošetř. doby	13%	20%	21%
Průměrná doby pobyту na ED	2,75 hod.	7,52 hod.	8,30 hod.
<b>Příklady:</b>	Distorze rány Zavřená zlomenina ORL Eroze rohovky	Neinfekční gastroenteritis Renální kolika cholecystolithiasa	Plicní edém Bronchopneumonie Srd. Arytmie embolie

Zdroj: Urgentní medicína 2/2015, ročník 18, str. 61

***Příloha č. 5 – Obsazení dvanáctihodinových služeb na urgentním příjmu Jindřichův Hradec***

	<b>Všední den</b>	<b>Všední noc</b>	<b>Víkend den</b>	<b>Víkend noc</b>	<b>Víkend 9-17h</b>
Lékaři	2	1	1	1	1
SZP	3+staniční s.	2	3	2	1
NZP	1	1	1	1	1

Zdroj: Urgentní medicína 2/2015, ročník 18, str. 17

## **5 SEZNAM ZKRATEK**

ARO – Anesteziologicko – resuscitační oddělení

CMP – Cévní mozková příhoda

CT – Computed tomography

ČR - Česká Republika

EKG - Elektrokardiografie

EU – Evropská unie

FN – Fakultní nemocnice

FNKV – Fakultní nemocnice Královské vinohrady

FNM – Fakultní nemocnice Motol

JIP – Jednotka intenzivní péče

KPR – Kardiopulmonální resuscitace

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NEZAS – Nemocniční záchranná služba

NNP – Neodkladná nemocniční péče

ORL - Otorhinolaryngologie

PNP – Přednemocniční neodkladná péče

UP – Urgentní příjem

ÚVN - Ústřední vojenská nemocnice

VFM – Všeobecná fakultní nemocnice

ZZS – Zdravotnická záchranná služba