

KARLOVA V PRAZE  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství*



**Jana Pavlíková**

**Analýza neurgentního užívání urgentního příjmu  
dospělých**

*Analysis of a non-urgent adult emergency department  
use*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2011

Autor práce: Jana Pavlíková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Hana Svobodová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2011

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 5. června 2011

Jana Pavlíková

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Haně Svobodové, svému konzultantovi MUDr. Jiřímu Zikovi a také PhDr. Haně Janečkové za cenné rady a připomínky. Dále bych ráda poděkovala mnohým přátelům, bez jejichž podpory a rad bych se neobešla.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
<b>1 URGENTNÍ MEDICÍNA</b> .....	<b>8</b>
1.1 TRIAGE.....	9
1.2 AKUTNÍ STAVY – ROZDĚLENÍ .....	10
<b>2 URGENTNÍ PŘÍJEM</b> .....	<b>13</b>
2.1 URGENTNÍ PŘÍJMY V ČR.....	15
2.2 ODDĚLENÍ URGENTNÍHO PŘÍJMU DOSPĚLÝCH VE FAKULTNÍ NEMOCNICI V MOTOLE .....	16
<b>3 DŮSLEDKY NEPŘIMĚŘENÉHO UŽÍVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ PÉČE</b> .....	<b>26</b>
3.1 FINANČNÍ STRÁNKA.....	29
3.2 ČASOVÉ ČERPÁNÍ .....	32
3.3 SYNDROM VYHOŘENÍ .....	33
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
<b>4 CÍLE A HYPOTÉZY</b> .....	<b>35</b>
<b>5 METODOLOGIE</b> .....	<b>37</b>
<b>6 VÝSLEDKY A HYPOTÉZY</b> .....	<b>39</b>
6.1 PEARSONŮV KORELAČNÍ KOEFICIENT .....	40
6.2 HYPOTÉZA 1 .....	41
6.3 HYPOTÉZA 2 .....	43
6.4 HYPOTÉZA 3 .....	44
6.5 HYPOTÉZA 4 .....	47
6.6 HYPOTÉZA 5 .....	49
6.7 HYPOTÉZA 6 .....	51
6.8 HYPOTÉZA 7 .....	54
<b>7 DISKUZE</b> .....	<b>59</b>
7.1 LIMITY .....	62
<b>8 ZÁVĚR</b> .....	<b>64</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>66</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>69</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>70</b>

## Úvod

Téma své diplomové práce „Analýza neurgentního užívání urgentního příjmu dospělých“ jsem si vybrala na základě svého zájmu o problematiku nadužívání zdravotnické péče, konkrétně na oddělení urgentního příjmu dospělých (OUPD) ve Fakultní nemocnici v Motole (FNM).

Urgentní příjem dospělých je bezprahové oddělení, což znamená, že zde může vyhledat ošetření jakýkoliv dospělý s jakýmkoliv neúrazovým problémem, kromě několika výjimek, jež jsou dány interními stanovami nemocnice – jedná se o zdravotní problémy, které lze ošetřit na jiných odděleních, resp. ambulancích, kam není třeba předchozí lékařské doporučení a která mají také nepřetržitý provoz, v době pohotovosti také lékařská služba první pomoci (LSPP). I přes to, že se jedná o bezprahový příjem, je určen pro stavy akutní, náhle vzniklé, či ohrožující život. Pacienti s takovými obtížemi by se na něj měli dostávat hlavně záchrannou službou. Mnozí však přichází sami, dopravující se vlastními prostředky.

Stává se, že se na UP dostaví pacienti s problémy, které mají několik dní, týdnů i měsíců a mohli vyhledat péči dříve a jinde. Nebo naopak mají obtíže jen krátkou chvíli, ale jejich ošetření by plně spadalo do péče obvodního lékaře. Důvody, proč adekvátní pomoc nevyhledali, nebo ji nezačali hledat dříve, jsou různé: nemají svého praktického lékaře, nemají ho v danou chvíli dostupného, nedůvěřují mu, nebo své obtíže přeceňují, a tak jdou rovnou do nemocnice, spěchají z práce nebo do práce a jedou kolem nemocnice, už u svého lékaře byli, ale ten jim neposkytl takovou péči, jež by je uspokojila apod.

Takoví pacienti zatěžují zdravotnický systém, neboť vyšetření (někdy i duplicitní, když již byli s identickým problémem jinde), jež jsou jim poskytnuta, jsou mnohdy provedeny z forezních důvodů. Nadbytečná péče stojí nejen mnoho sil, ale i nemalou finanční částku z veřejného zdravotnictví. A síly a možnosti zdravotnického personálu, ať fyzické či časové, jsou omezené. Právě stres způsobený časovým presem, ale také pocitem zneužití pacienty, vede k rychlejšímu syndromu vyhoření.

Personál pracující na urgentním příjmu je zvyklý na nárazovou práci. Péče o pacienty ve vážném stavu v akutní fázi při příjezdu do nemocnice je důvodem,

proč si tuto práci vybrali - všichni se rádi obětují (někdy o hladu, někdy unavení...), ale jen pro ty, jež tuto oběť životně potřebují. Neadekvátní, neurgentní užití této nabízené péče degraduje tento obor a v očích ostatních specialistů se stává méněcenným.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Urgentní medicína

Urgentní medicína vznikla jako lékařský obor v 70. letech ve Spojených státech amerických pod názvem Emergency medicine. Stalo se tak v reakci na poznatky válečné chirurgie ze 2. světové války a z mnoha dalších menších válečných konfliktů. Rozvoj dopravy a s ním narůstající počet dopravních nehod, přírodní katastrofy, ale i hromadná neštěstí způsobená lidským působením, o teroristických útocích nemluvě, vedly k velkému rozvoji technik, znalostí a dovedností k záchraně lidského života. Technický pokrok pak vedl ke zvýšené dostupnosti diagnostických a léčebných postupů i k jejich zpřesnění.<sup>1</sup>

Stavy bezprostředně ohrožující život, náhlá onemocnění a úrazy – jejich diagnostika, ošetření a léčba jsou náplní tohoto oboru. Interdisciplinární znalosti a dovednosti jsou využívány na místě vzniku náhlé poruchy zdraví, během transportu leteckými či pozemními prostředky zdravotnické záchranné služby a na příjmovém oddělení, nejlépe pak na urgentním příjmu.<sup>2</sup>

Urgentní medicína připravuje lékaře k řešení a léčbě stavů, bezprostředně ohrožujících život, a všech náhlých onemocnění a úrazů (= akutních stavů) v místě jejich vzniku (přednemocniční péče) a po předání do nemocnice, než jsou pacienti odesláni k následné léčbě a definitivnímu ošetření na oddělení. Nyní se v tomto oboru vzdělává v rámci dvouletého nástavbového certifikovaného kurzu nad hlavními lékařskými obory. Nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou pak k této práci připravováni buď studiem oboru diplomovaný zdravotnický záchranář, nebo specializačním studiem ARIP. Urgentní medicína je obor jdoucí napříč ostatními obory, spojuje je v horizontální rovině. Akutní stavy jsou množinou, do níž patří všechny srdeční zástavy, poruchy rytmu, metabolické rozvraty, mozkové mrtvice, epilepsie, úrazy, polytraumata atd.

---

<sup>1</sup> Pokorný, J. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s., ISBN 80-7262-259-5.

<sup>2</sup> Pokorný, J. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s., ISBN 80-7262-259-5.



V roce 1994 byla založena Evropská společnost pro urgentní medicínu (EuSEM = The European Society for Emergency Medicine). Jejími členy je 22 národních společností pro urgentní medicínu. V devíti státech Evropské unie je urgentní medicína jako samostatný specializační lékařský obor.<sup>3</sup> Je určen především lékařům pracujícím na záchranných službách a urgentních příjmech. V září 1997 byl na světovém kongresu přijat Manifest Rady Evropské společnosti pro urgentní medicínu (viz. příloha 1) charakterizující urgentní medicínu a její cíle a úkoly.<sup>4</sup>

## 1.1 Triage

„Neodkladná zdravotnická péče je poskytována pacientům s širokým okruhem patologií ve všech věkových kategoriích. Výskyt a počet pacientů je nepředpověditelný a je častěji prezentován spíše příznaky než diagnózami. Proto musí být péče tříděna. Jedná se o dynamický proces.“<sup>5</sup>

Výraz triage je převzat z francouzštiny (triér = třídit; triage = třídění) a začal být užíván během první světové války francouzským lékařem, který sloužil na stanici první pomoci nedaleko válečné fronty.

„Triage je proces přidělování a upřednostnění lékařské péče v přednemocniční péči, na urgentních příjmech a v případech hromadného neštěstí. Třídění je nejvíce založeno na parametrech vitálních funkcí a klíčových symptomech k upřednostnění a kategorizování pacientů vzhledem k závažnosti zranění či onemocnění a vzhledem k dostupnosti zdrojů.“<sup>6</sup> Jedná se o proces určující prioritu ošetření pacienta podle časové naléhavosti. Slouží

---

<sup>3</sup> European society for emergency medicine. *European curriculum for emergency medicine* [online]. Brusel: 2009 [cit. 14. 5. 2011], 37 s. Dostupné z:

[http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european\\_curriculum\\_for\\_em-aug09-djw.pdf](http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european_curriculum_for_em-aug09-djw.pdf)

<sup>4</sup> Pokorný, J. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s., ISBN 80-7262-259-5.

<sup>5</sup> European society for emergency medicine. *European curriculum for emergency medicine* [online]. Brusel: 2009 [cit. 14. 5. 2011], s. 8. Dostupné z:

[http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european\\_curriculum\\_for\\_em-aug09-djw.pdf](http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european_curriculum_for_em-aug09-djw.pdf)

<sup>6</sup> European society for emergency medicine. *European curriculum for emergency medicine* [online]. Brusel: 2009 [cit. 14. 5. 2011], s. 8. Dostupné z:

[http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european\\_curriculum\\_for\\_em-aug09-djw.pdf](http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european_curriculum_for_em-aug09-djw.pdf)

k jednoduchému rozpoznání priority ošetření pro všechny zúčastněné. Ne všechny stavy pacientů musí být ošetřeny se stejnou naléhavostí.

Třídění má různé odchylky v různých zemích. Je možné ho také měnit podle potřeb jednotlivých pracovišť, avšak jeho princip a základ je vždy stejný. Co nejdříve a bez časové prodlevy ošetřit stavy, u kterých by každé zpoždění mohlo mít za následek nezvratné poškození života a zdraví. Za základní by se dalo považovat toto dělení:

1. **emergentní** – stavy, jejichž řešení prakticky nesnese odkladu. Je nutné, aby medicínská intervence byla provedena ihned, bez odkladů. Interval do ošetření je 10 minut.
2. **urgentní** jsou takové stavy, které jsou naléhavé a jejich vývoj nepředvídatelný, ale přesto mohou být ošetřovány v menším časovém presu. Časový limit je do dvou hodin.
3. stavy třetí v pořadí jsou označovány jako **odložitelné = neurgentní, non-urgentní**. Jedná se o ty stavy jejichž interval do ošetření je nad 2 hodiny, nejpozději však do 24 hodin.<sup>7</sup>

Poskytování neodkladné péče začíná na místě vzniku akutního stavu laickou první pomocí a pokračuje přednemocniční péčí během transportu do nemocnice, ale nekončí hned po předání. Pokračuje neodkladnou péčí nemocniční na příjmovém oddělení.

## **1.2 Akutní stavy – rozdělení**

Spektrum stavů pro akutní medicínu je široké. Jsou to:

1. **„stavy, které bezprostředně ohrožují život:**
  - bezvědomí
  - bezdeší

---

<sup>7</sup> Mareček, V., Pokorný, J. Emergency – vstupní brána do nemocnic, *Zdrav. Nov.*, 2002, roč. 51, č. 33, s. 26-27, ISSN 0044-1996.

- zástava krevního oběhu (nehmatný tep na velkých tepnách) nebo závažné poruchy krevního oběhu (klinicky významné poruchy srdečního rytmu, šok apod.)
- masivní krvácení
- náhlé dušení
- polytraumata a mnohočetná poranění
- závažná poranění lebky a mozku spojená s kvantitativní poruchou vědomí
- oběšení
- utonutí
- náhle vzniklá bolest na hrudi spojená s dušností
- zasypaní
- rozsáhlé popáleniny nebo poleptání

**2. stavy, které mohou vést prohlubováním chorobných změn**

**k náhlé smrti:**

- náhle vzniklá bolest na hrudi
- poruchy srdečního rytmu
- kolaps, mdloba, přechodná ztráta vědomí
- křečové stavy
- náhle vzniklé poruchy hybnosti a řeči
- alergické příhody
- otravy při zachovaném vědomí
- poranění břicha
- poranění hrudníku
- podezření na krvácející mimoděložní těhotenství
- náhlá dušnost
- úraz elektrickým proudem
- poruchy vědomí u diabetiků
- zvracení krve, meléna
- překotný porod, potrat
- tepelné poranění (přehřátí nebo podchlazení)
- uštknutí hadem

- masivní vykašlávání krve
  - poleptání trávícího ústrojí nebo dýchacích cest
- 3. stavy, které způsobí bez poskytnutí rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny:**
- poranění páteře
  - zlomeniny dlouhých kostí
  - závažná poranění oka (perforující poranění, poleptání, popálení)
- 4. stavy, které působí náhlé utrpení a náhlou bolest:**
- kruté bolesti břicha (abdominální kolika, renální kolika, biliární kolika)
  - náhle vzniklá bolest vyvolávající výrazné utrpení postiženého
- 5. stavy, které působí změny chování a jednání postiženého, ohrožující jeho samotného nebo jeho okolí:**
- akutní psychózy
  - toxikomanie
  - suicidální pokusy<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Pokorný, J. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, s. 8, ISBN 80-7262-259-5.

## 2 Urgentní příjem

Optimálním místem pro zajištění plynulého přechodu mezi přednemocniční a nemocniční neodkladnou péčí je oddělení urgentního příjmu nemocnice.<sup>9</sup> Urgentní příjmy jsou oddělení vzniklá z potřeby kontinuální péče o pacienta. Předávání na jednotlivé odborné ambulance je neefektivní, protože často dochází k přerušení kontinuity péče. Problém s určením správné ambulance vzniká u polymorbidních pacientů, kdy není zcela jasná příčina jejich obtíží. Je důležitější drobná tržná rána hlavy pacienta po pádu a možná komoče, protože pacient zakopl, nebo by měl být nejprve směřován na interní ambulanci pro možnou srdeční synkopu, či snad na neurologickou ambulanci pro cévní mozkovou příhodu? Dohady při předání pacienta do nemocniční péče nakonec ohrožují samotného pacienta, jelikož se tak ztrácí drahocenný čas.

Urgentní příjem je místo, kam se směřují všichni pacienti, bez rozdílu. Je to místo personálně i přístrojově vybavené pro péči o pacienta se selhávajícími vitálními funkcemi, ale i o toho, který má „pouze“ bolesti zad. V dosahu pracoviště jsou rentgeny, sonografie i možnost počítačové tomografie (CT), komplementová vyšetření v režimu statim.

Kolébku urgentního příjmu jsou Spojené státy americké. Tam fungují jako bezprahová oddělení. V Evropě již také mají svou historii. V České republice jich není mnoho, bývají ve velkých městech a ne ve všech nemocnicích (v Praze jsou čtyři). A každé takové oddělení má svá specifika. Jsou přizpůsobena místním zvyklostem, prostorovým možnostem a potřebám regionu.

Každý urgentní příjem má určeno, komu slouží – jsou dvě hlavní možnosti:

- **Vysokoprahový příjem** – bývají to oddělení ARO s příjmovým boxem. Takový příjem je určen pouze pro pacienty přivezené záchrannou službou se selháním nebo selháváním základních životních funkcí.

---

<sup>9</sup> Pokorný, J. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s., ISBN 80-7262-259-5.

- **Nízkoprahový** či **bezprahový** příjem je určen pro každého, kdo o ošetření požádá, ať už je přivezený záchrannou službou, nebo se do nemocnice dopravil sám.

Neodkladná péče probíhá ve třech fázích:

1. **přednemocniční neodkladná péče** poskytovaná zdravotnickou záchrannou službou, praktickými lékaři a ambulantními specialisty
2. **časná nemocniční etapa** nejlépe poskytovaná na urgentních příjmech, také však na jednotlivých ambulancích nemocnic.
3. **následná nemocniční etapa** jež probíhá na odděleních JIP a ARO, popřípadě na standardních odděleních.<sup>10</sup>

Nejslabším článkem z hlediska neodkladné péče je předání pacienta do nemocnice. Zvláště tehdy, není-li v nemocnici urgentní příjem, a předání tedy probíhá na jednotlivých ambulancích, či přímo na odděleních. Tam však také vzniká riziko, že potřebný lékař bude zrovna na konziliu na jiném oddělení nemocnice, a tak nebude okamžitě dostupný pro potřebného pacienta. „Dohánění“ lékaře telefonem, ale i pagerem může být mnohdy časově náročné. Nevýhodou jednotlivých ambulancí je také to, že mohou být snáze přetížené – mají menší prostory a méně personálu.

Urgentní příjmy jsou tedy provozně výhodnější – je zde více personálu, větší prostory a je možno ho lépe technicky vybavit, jelikož technika bude lépe využita. „Vysoký obrat pacientů na emergency umožňuje lepší ekonomické využití nejen personálu, ale i přístrojů, a přispívá tak k optimalizaci nákladů na personál, materiál i technologie, nezbytných k časné nemocniční neodkladné péči.“<sup>11</sup>

Urgentní příjem se stává účinným filtrem nemocnice. Vyšetření pacienta, jeho diagnostika a základní léčba proběhne na jednom místě. Zároveň se zde i určí, koho bude nutno hospitalizovat a koho propustit do domácího ošetření.

---

<sup>10</sup> Mareček, V., Pokorný, J. Emergency – vstupní brána do nemocnic, *Zdrav. Nov.*, 2002, roč. 51, č. 33, s. 26-27, ISSN 0044-1996.

<sup>11</sup> Mareček, V., Pokorný, J. Emergency – vstupní brána do nemocnic, *Zdrav. Nov.*, 2002, roč. 51, č. 33, s. 27, ISSN 0044-1996.

## 2.1 Urgentní příjmy v ČR

V Praze začaly vznikat urgentní, nebo také centrální, příjmy začátkem 90. let. Stalo se tak ve třech velkých nemocnicích – ve Fakultní nemocnici v Motole (FNM), ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (FNKV) a v Ústřední vojenské nemocnici (ÚVN).<sup>12</sup> Nyní je také urgentní příjem ve Všeobecné fakultní nemocnici (VFN). Tato oddělení jsou ukázkou rozdílnosti typů urgentního příjmu: FNM nízkoprahový příjem pro netraumatické pacienty bez selhaných životních funkcí, FNKV vysokoprahový příjem pro pacienty se selhávajícími či selhanými životními funkcemi, ÚVN nízkoprahový příjem pro všechny pacienty a VFN pak pro pacienty s ryze interní problematikou – což nese i v názvu – Společný příjem interně nemocných (SPIN).

V České republice je asi 11 velkých urgentních příjmů a stále vznikají další. V letošním roce byl otevřen urgentní příjem v Kladně. Jako příklad urgentních příjmů uvádím následující tři:

- **Brněnská fakultní nemocnice** – vysokoprahový urgentní příjem určený pro pacienty se selhávajícími životními funkcemi a pro pacienty s náhlým postižením zdraví.<sup>13</sup>
- **Břeclavská nemocnice** – „vysokoprahový urgentní příjem určený pro pacienty, u kterých se předpokládá další intenzivní péče. Pracoviště je kompletně vybavené na příjem kriticky nemocných. Po stabilizaci stavu a stanovení diagnózy je nemocný či zraněný přeložen na některou JIP nebo ARO, eventuálně na vyšší specializované pracoviště. Výjimečně může být i propuštěn domů.“<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Via Aurea s.r.o. *Ambulance a urgent – Fakultní nemocnice Brno* [online]. 2011 [cit. 20. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/klinika-anesteziologie-resuscitace-a-intenz-med/ambulance-a-urgent/t2012>

<sup>14</sup> GRAWEB. *Urgentní příjem – Nemocnice Břeclav* [online]. 2007 [cit. 17. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.nembv.cz/?p=159>

- **Českolipská nemocnice** – centrální příjem, otevřený 2. ledna 2006, je složený z několika částí. Přijímá pacienty k plánovanému přijetí do nemocnice, ošetřuje a pečuje o pacienty, u kterých došlo k náhlému zhoršení stavu (přiváženi ZZS, nebo i příchozí), stará se i o příchozí bez doporučení a obstarává i LSPP.<sup>15</sup>

## **2.2 Oddělení urgentního příjmu dospělých ve Fakultní nemocnici v Motole**

Provoz na Urgentním příjmu ve Fakultní nemocnici v Motole byl zahájen 1.1. 1999 převzetím prostor od Záchrané služby Hlavního města Prahy. Za dvanáct let své působnosti vystřídal tři primáře. Stávající vrchní sestra zastává svou funkci od vzniku OUPD. Původně se příjem jmenoval Centrální, ale v roce 2004 došlo ke změně názvu na Urgentní. Zpočátku byla funkční pouze jedna vyšetřovna se dvěma lůžky. Nyní jsou vyšetřovny tři a lůžek sedm plus jedno náhradní stojící v hale (užíváno převážně pro „pacienty“ v ebrietě při nedostupné zachytné stanici). I personální obsazení se změnilo – původní počet jednoho sloužícího lékaře se zdvojnásobil na dva, sestry místo ve dvou nyní pracují ve třech. Na recepci byla původně jen administrativní pracovnice.<sup>16</sup> Nyní tedy na oddělení slouží dva lékaři, čtyři sestry, z toho jedna v recepci, a nejméně jeden sanitář ve dvanáctihodinových směnách.

Oddělení bylo třikrát rekonstruováno a nyní je v plánu rekonstrukce další. Měla by se uskutečnit v letních měsících tohoto roku, ale koncept ještě není veřejně znám.

Příjem funguje ve sníženém přízemí modré budovy pro dospělé. Na vyšetřovny se vstupuje z haly urgentního příjmu, kde se nachází i recepce. V hale

---

<sup>15</sup> WebActive s.r.o. *Nemocnice Česká Lípa: Centrální příjem* [online]. 2008 [cit. 17. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.nemcl.cz/cz/informace-pro-pacienty/centralni-prijem/>

<sup>16</sup> Vacková, L. *Urgentní medicína na rozcestí*. Propagační materiál OUPD FNM, 2008, plakát.



je dále traumatologická ambulance, rentgeny a ARO box, pro příjem pacientů z terénu na oddělení ARO. Před halou je tunel, tedy kryté příjezdové místo pro sanitní vozy záchranných služeb.

Urgentní příjem dospělých je bezprahové pracoviště pečující o všechny pacienty s neúrazovým postižením bez manifestního selhání vitálních funkcí o dospělé nad 18 let věku (výjimku tvoří mladiství nad patnáct let věku, kteří jsou pod vlivem alkoholu či jiné omamné látky)<sup>17</sup> (přehled nejčastějších dg. viz.příloha č. 4). „Personál oddělení zabezpečuje též péči o akutně postižené v areálu a veřejných prostorách FNM (nikoli na lůžkových odděleních, ambulancích a vyšetřovných komplementu, tam tuto činnost zajišťuje KAR)“.<sup>18</sup> „Tok“ pacientů na oddělení je jednosměrný, což znamená, že pacienti odeslaní k dalšímu vyšetření, nebo k hospitalizaci se nevrací zpět na OUPD. Jsou definitivně vyšetřeni na oddělení či ambulanci, kam byli odesláni.<sup>19</sup>

Péče o pacienty s traumatem je zajištěna na traumatologické ambulanci a pacienty s manifestním selháním vitálních funkcí bez ohledu na původ přijímá ARO na ARO boxu.<sup>20</sup> V nemocnici jsou ještě další odborné ambulance, které jsou schopny přijmout pacienta a fungují v nepřetržitém provozu: gynekologická, obě chirurgické, urologická, ORL a oční.

Přes to, že je OUPD bezprahovým příjmem, neměl by být využíván pacienty s dlouhodobými neměnicími se obtížemi, nebo obtížemi neakutními.

Pacienti mohou přicházet na urgentní příjem 24 hodin denně, 365 dní v roce. Oddělení se musí postarat o všechny pacienty, jež o péči požádají a nesmí nikoho odmítnout. Způsoby, jakými se na oddělení dostávají jsou v zásadě tři:

1. záchrannou službou
2. s doporučením od praktického, nebo jiného odborného lékaře
3. bez doporučení

---

<sup>17</sup> *Provozní řád pracoviště: Oddělení urgentního příjmu dospělých.* Praha: FNM, 2009, 11 s., 7 příloh.

<sup>18</sup> *Provozní řád pracoviště: Oddělení urgentního příjmu dospělých.* Praha: FNM, 2009, s. 4.

<sup>19</sup> *Provozní řád pracoviště: Oddělení urgentního příjmu dospělých.* Praha: FNM, 2009, 11 s., 7 příloh.

<sup>20</sup> Buda, O. Emergency department – příjmové oddělení v našich podmínkách. *Urgent. Med.*, 2003, roč. 6, č. 3, s. 22-26, ISSN 1212-1924.

Kombinací 2. a 3. bodu je příchod s doporučením od motolské LSPP – jedná se o pacienty, kteří jsou třídící sestrou v recepci odesláni na LSPP. Odtud jsou někdy posíláni zpět na OUPD k dalšímu dovyšetření.

Obloženost lůžek urgentního příjmu je předem nepředvídatelná, avšak zkušenost a praxe jistou předpověď umožňuje:

- **všední dny:** Během dopoledne nebývá urgentní příjem přetížen, protože pacienti s doporučením od odborných a praktických lékařů chodí rovnou na odborné ambulance. Ti, jež jsou v tuto dobu ošetřováni jsou tací, kteří přijeli záchrannou službou a ti, kteří z nejrůznějších důvodů nenavštívili ambulantního, či praktického lékaře, a přišli rovnou do nemocnice, bez jakýchkoliv doporučení. Odpoledne, kolem třetí hodiny, obvykle pacientů přibývá. Důvodem nárůstu je zavření většiny odborných ambulancí v nemocnici. LSPP, která je schopna ošetřit mnoho neakutních pacientů je však ještě zavřená, otevírá v sedm hodin večer.
- **víkendy:** O víkendech jsou přijímáni pacienti přivezení záchrannou službou a pacienti s doporučením LSPP, někdy také obvodního lékaře. Ti, kteří přichází bez doporučení, jsou zpravidla odesláni na LSPP, pokud to jejich stav dovoluje. Stává se, že se k nám dostaví pacienti, jejichž zdravotní stav by byl jasnou indikací pro ZZS, ale přesto se do nemocnice dopraví sami.
- **noční:** během noční služby, tedy od 19 do 7 hodin je zprovozněna LSPP, a tak je skladba pacientů podobná jako o víkendech.

Největší počet pacientů tedy bývá ve všední dny odpoledne, není však výjimkou, že i v ostatní dny a hodiny je jich více, než je kapacita lůžek a personálu. Za takových situací je zdravotní péče o neakutní pacienty velice zatěžující.

### 2.2.1 Recepce

V recepci slouží v nepřetržitém provozu jedna administrativní pracovnice a jedna zdravotní sestra, viz. obr. 1. Úkoly obou jsou do jisté míry společné – rady příchozím ohledně umístění oddělení v nemocnici, přijímání telefonních hovorů nejrůznějšího typu, zadávání osobních údajů pacientů urgentního příjmu do výpočetního systému nemocnice.

obrázek č. 1: recepce urgentního příjmu (zdroj: vlastní)



Administrativní pracovnice vybírá poplatky a má hmotnou zodpovědnost za finance jí svěřené.

Nejdůležitějším úkolem sestry je třídit pacienty podle závažnosti jejich zdravotních obtíží. Jako pomůcku má před sebou vyvěšena pravidla triage (viz. příloha 2), zpracovaná pro náš urgentní příjem. Je třeba se pacientů vyptat na jejich obtíže, délku jejich trvání a okolnosti, jež je do nemocnice přivádí. Na základě těchto informací jim přidělí prioritu, podle které se pak řídí ošetřující personál. Informace o obtížích a prioritě pacienta se zobrazují na liště v počítači, viz. obr. 2. K správnému určení priority je třeba znalostí a zkušeností. Pokud je pacientovi přidělena priorita číslo tři, musí být informován o možnosti čekání na ošetření.

obrázek č. 2: informační panel o stavu pacientů na urgentním příjmu  
(zdroj: vlastní)

Poř.	Příjem	Prop	Jméno	RČ	Obtíže	Č.příjmu
001	20.05.11 01:15		[REDACTED]	[REDACTED]	3, pro	al3119771

Poř.	Příjem	Prop	Jméno	RČ	Obtíže	Č.příjmu
001	20.05.11 01:15		[REDACTED]	[REDACTED]	3, pro	al3119771

3, viróza

F3 - Opravit F4-Nový A F5-Nový H F6-Vstup F7-Prop. Vymazat F8 - Obnov F9 - Výpis ? X ✓

Na počátku své směny zjišťuje počty intenzivních lůžek v nemocnici a jejich počet pak hlásí záchranným službám. Mezi její povinnosti také patří převzetí a vyřizování avíz (avízo je upozornění dispečinku ZZS ohledně konkrétního pacienta. Mělo by se týkat takového pacienta, jehož stav spadá do priority 1, který bude vyžadovat zvláštní pozornost, a u kterého se očekává nutnost intenzivního lůžka) od záchranných služeb. Avíza jsou přijímána zde, protože pro záchranné služby je časově výhodné jedno, vždy dostupné, kontaktní číslo.

Díky avízům je zajištěna kooperace při předání pacienta v závažném stavu bez časového prodloužení.<sup>21</sup> Další povinností je přijímání tísňových výzev z areálu nemocnice (viz str.14).

<sup>21</sup> Buda, O. Emergency department – příjmové oddělení v našich podmínkách. *Urgent. Med.*, 2003, roč. 6, č. 3, s. 22-26, ISSN 1212-1924.

### 2.2.2 Vyšetřovny

OUPD má tři vyšetřovny (podrobnější popis viz kpt. 2.1.2. vyšetřovny). Lůžka v nich jsou určena jako vyšetřovací, což znamená, že by pacient měl být vyšetřen a odeslán k hospitalizaci, nebo do ambulantní péče (domů). Nejedná se o lůžka expektační, kde je možné nechat pacienta ležet za účelem pozorování vývoje jeho stavu. V praxi se ovšem toto rozdělení poněkud prolíná.

Vyšetřovny jsou tři místnosti, nacházející se lineárně vedle sebe, vzájemně propojené průchody, mezi druhou a třetí místností jsou roletové dveře. Všechny tři vyšetřovny pak mají přístup do haly. Celkem se v nich nachází sedm lůžek, u všech jsou závěsy, jež umožňují jejich jednotlivé zakrytí. Žádná z vyšetřoven nemá okna a k výměně vzduchu slouží pouze klimatizace a ve stavu „nouze“ otevřené dveře z vyšetřoven do haly.

#### 1. vyšetřovna 1

Na vyšetřovně jedna jsou dvě lůžka s monitory s defibrilátory a možností tisku EKG křivky, viz. obr. 3. Většinou slouží pacientům s nejvyšší prioritou (1).

obrázek č. 3: vyšetřovna 1 (zdroj: vlastní)



Také se zde nachází lékárna, další přístroje (odsávačka, ventilátor apod.) a dva počítače, z nichž jeden je určen výhradně pro použití sester. Pomocí něho jsou tištěny identifikační štítky, aktualizován stav pacientů na oddělení a sledovány výsledky. Proto je tato místnost jakousi základnou.

Také zde jsou dva krevní analyzátoři:

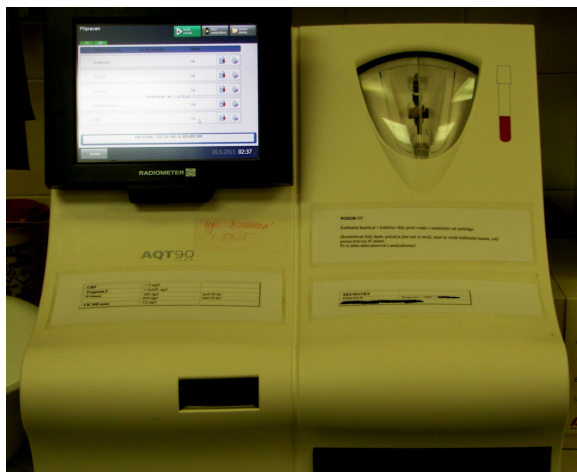
- NOVA, viz. obr. 4 – přístroj vyhodnocující krevní plyny, Na, K, Cl, glukózu a ureu a to jak z arteriální, tak žilní krve.

*obrázek č. 4: analyzátor „Nova“ (zdroj: vlastní)*



- Přístroj k vyhodnocení CRP a Troponinu I, viz obr. 5

*Obrázek č. 5: analyzátor AQT 90 (zdroj: vlastní)*



## 2. vyšetřovna 2

Na této vyšetřovně se nachází čtyři lůžka, viz. obr. 6 a 7. Ta se většinou využívají pro pacienty méně akutní až neakutní. U každého lůžka je monitor, na němž je možné monitorovat fyziologické funkce (tlak, pulzní oxymetr a EKG).

*obrázek č. 6: vyšetřovna 2, lůžka 5 a 6 (zdroj: vlastní)*



*obrázek č. 7: vyšetřovna 2, lůžka 3 a 4 (zdroj: vlastní)*



Pak se v místnosti nachází ještě dvě pracovní místa s počítači, převážně pro lékaře.

### **3. vyšetřovna 3**

Zde je pouze jedno lůžko, viz. obr. 8, také s monitorem jako na vyšetřovně číslo 2. Je umístěno až v zadní části místnosti a vzhledem k tomu, že je nejbližší od vyšetřovny jedna, využívá se nejméně, a to většinou při velkém tlaku na lůžka, u lidí znečištěných a silně zapáchajících a u pacientů, jejichž stav nevyžaduje permanentní monitoraci. Rovněž se používá jako izolace u infekčních pacientů.

obrázek č. 8: vyšetřovna 3 (zdroj: vlastní)



### 2.2.3 Práce na urgentním příjmu

Příchozí pacient se musí vždy nahlásit na recepci, kde je mu přidělena priorita ošetření a podle dokladů jsou jeho osobní data zapsána do systému počítačové sítě. V následné tabulce je viditelný přehled čekajících a již ošetřovaných pacientů na oddělení (viz. obr. 2). U každého z nich se zobrazuje právě priorita a stručný popis obtíží. Podle závažnosti stavu, ale i podle volných lůžek, je pacient buď ihned přijat na některou vyšetřovnu, nebo zůstává čekat venku v hale před ní.

Sestra okamžitě po přijetí pacienta změří jeho fyziologické funkce a natočí EKG křivku. Pak k dotyčnému přichází lékař, jenž ho vyšetří a vzápětí ordinuje potřebná vyšetření (odběry, infúze, analgezie, RTG, či CT). „Veškerá vyžádaná konsiliární a komplementární činnost se pro potřeby OUPD poskytuje v režimu statim, event. z vitální indikace“.<sup>22</sup> Po provedení všeho potřebného se obvykle čeká na výsledky, podle nichž se poté postupuje dále – ordinují se další vyšetření, případně konziliární vyšetření, nebo se pacient propouští. A to buď domů, nebo na

---

<sup>22</sup> Provozní řád pracoviště: Oddělení urgentního příjmu dospělých. Praha: FNM, 2009, s. 2.



některé z nemocničních oddělení, ať standardních, „jipových“ nebo na ARO. Výjimečně je místem předání patologie.

Všechny ordinace lékaře, měření a zákroky vůči pacientovi se zapisují do sesterské dokumentace (viz. příloha 3), jež je specifická právě pro naše oddělení. Sestra zajišťuje, aby byly všechny ordinace naplněny, koordinuje péči (odvoz pacienta na vyšetření, na oddělení, zajišťuje kontaktování konziliáře apod.) Většině pacientů se nabírá základní biochemie, žilní astrup, krevní obraz, mnohdy také CRP a koagulace s D-dimerem.

Výše popsany proces je popis nejčastější činnosti, kterou lze samozřejmě modifikovat podle aktuálních potřeb. Někdy sestra musí více organizovat, někdy méně, což vždy záleží na konkrétním pacientovi, stavu naplnění oddělení, ale i na konkrétních spolupracovnících. Někdy se vyšetřuje více, jindy méně...

### 3 Důsledky nepřiměřeného užívání zdravotnické péče

Nepřiměřené užívání zdravotnické péče, také by se dal použít výraz: nadužívání či zneužívání péče. S podobnými pojmy se setkáme i v cizojazyčné literatuře (non-urgent use, inappropriate use). Jak je možné se dočíst v různých studiích, výzkumech a jiných materiálech, nesetkává se s problematikou nepřiměřeného užívání zdravotnické péče jen urgentní příjem v Motole, nebo jiné české nemocnice a záchranné služby, ale i ostatní vyspělý svět.

Podle studií, zabývající se problematikou přeplnění urgentních příjmů, je problém jejich zaplnění celosvětový. Podle Větvíčky k němu v USA vede narůstající počet pacientů bez zdravotního pojištění, kteří UP využívají k rutinním prohlídkám. Federální zákon zakazuje odmítnutí jakéhokoliv pacienta.<sup>23</sup> Ve zprávě o emergentních zdravotnických systémech pro WHO je psáno: „Přístup k urgentním příjmům je otevřený, nevyžadující doporučení jiného lékaře. Možnost ošetření není závislá na osobních dokladech či pojištění. Cílem je přístup bez zpoždění či překážek u pacientů vyžadujících neodkladnou péči. Tento postoj k příjmu pacienta a poskytnutí lékařské péče jakémukoliv pacientovi vede k pochopitelnému vzestupu využívání takového servisu, k přeplnění urgentních příjmů. Tento jev je pozorován zejména poslední dvě desetiletí, během kterých měly členské státy EU zavést mechanismy kontroly zneužívání primární a sekundární zdravotní péče veřejností.“<sup>24</sup>

Na konferenci v Nečtinách roku 2008 se diskutovalo téma zneužívání urgentních příjmů. Blok přednášek a následná diskuse proběhly pod názvem „Využívání urgentních příjmů, jejich zneužívání z pohodlnosti neakutních klientů, jejich zaplňování sociálními případy, bezdomovci s akutní ebrietou na veřejném prostranství“. Takoví pacienti „snižují nejen odbornou úroveň urgentní medicíny, ale zhoršují možnost odborné medicínské služby skutečně potřebným pacientům

---

<sup>23</sup> Větvíčka, V. Pohotovost vyhlašuje stav nouze. *Zdrav. Nov.*, 2007, roč. 56, č. 21, s. 6, ISSN 0044-1996.

<sup>24</sup> Righi, F. *Emergency medical services system in the European Union* [online]. Copenhagen: WHO, 2008 [cit. 21. 5. 2011], s. 42, Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/114406/E92038.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/114406/E92038.pdf)

na omezených lůžkách urgentního příjmu. Snižují renomé urgentní medicíny mezi ostatními lékařskými obory, a snižují její význam pro zdraví a život ohrožující stavy i v očích spoluobčanů či Policie ČR<sup>25</sup>. Tento obor medicíny nemá v náplni práce nahrazovat nedostatky sociální sítě.

O možnosti zneužití jemně informuje i Českolipská nemocnice na svých webových stránkách. „Přijímáme i pacienty bez doporučení. Především se jedná o nemocné, kteří nemají v místě bydliště obvodního lékaře, nebo se jim nechce u OL čekat a nebo velmi často sami usoudí, že jejich stav je k hospitalizaci a tudíž primárně vyhledávají pomoc v nemocnici. Ti, kteří i s banálními obtížemi přicházejí do nemocnice, se vystavují nebezpečí delšího čekání a často, bohužel, odcházejí, aniž by vyčkali ošetření, protože jejich trpělivost vyčerpalo čekání. Dochází tudíž ke zbytečným konfliktům.“<sup>26</sup>

V Praze a okolí funguje záchranná služba v randes-vous systému, což znamená, že lékař vyjíždí jen k nejvážnějším případům. K ostatním jezdí posádka RZP bez lékaře, pouze se sestrou či diplomovaným zdravotnickým záchranářem. Taková posádka ovšem nemůže ponechat pacienta na místě, a tak všechny výjezdy končí předáním pacienta v nemocnici. Trendem dispečinků záchranných služeb je vysílat vůz každému, kdo zavolá. Důvodů bude zřejmě několik: vedení záchranné služby se nepostaví za své zaměstnance při problémových situacích, nejsou standardy, které by dispečery chránily a pojišťovny všechny výjezdy proplácí.

Pak je jasné, že je ekonomicky výhodnější pro ZZS vysílat posádku RZP či RLP komukoli, kdo zavolá.<sup>27</sup> Motivace pacientů pro příchod na urgentní příjem s neakutními obtížemi jsou různé. V praxi se setkáváme s několika důvody:

- U pacientů mladších, do 30 let, bývá důvodem návštěvy přecenění svého stavu. Často se setkáváme s tím, že jsou tito

---

<sup>25</sup> Drábková, J. *Urgentní medicína na rozcestí: Pohledem účastníka* [online]. [cit. 17. 5. 2011].

Dostupné z: [http://urgentni-prijem.cz/?page\\_id=21](http://urgentni-prijem.cz/?page_id=21)

<sup>26</sup> WebActive s.r.o. *Nemocnice Česká Lípa: Centrální příjem* [online]. 2008 [cit. 17. 5. 2011].

Dostupné z: <http://www.nemcl.cz/cz/informace-pro-pacienty/centralni-prijem/>

<sup>27</sup> Buda, O. Emergency department – příjmové oddělení v našich podmínkách. *Urgent. Med.*, 2003, roč. 6, č. 3, s. 22-26, ISSN 1212-1924.

pacienti přesvědčeni o nutnosti okamžitého ošetření, ač sami nepodnikli nic, aby své obtíže zmírnili, nebo odstranili (při horečce nedodrží pitný režim a neužijí antipyretika v odpovídající dávce, neužijí analgetika při bolestech apod.).

- Pacient se necítí zcela zdrav, avšak jeho stav by nepotřeboval akutní ošetření i podle jeho vlastních měřítek. Tento typ pacientů často při příchodu k recepci sám užije větu: „jel jsem kolem, tak jsem se zastavil, aby se na mě někdo kouknul“. Z čehož je patrné, že využívají nejjednodušší a nejpřístupnější místo pro ošetření.
- Lidé, kteří mají v anamnéze nějaké vážné onemocnění, zvláště ti, kteří prodělali např. infarkt myokardu, se opakovaně dostávají na urgentní příjem už při minimálním náznaku somatických příznaků. Mají strach, že se situace opakuje.
- Další skupinou pacientů jsou ti, kteří chodí na urgentní příjem „pravidelně“, se stále stejnými obtížemi, aniž by se pokusili je z dlouhodobého hlediska řešit jiným způsobem.
- Pacienti, kteří nemají dostupného praktického lékaře, protože v Praze sice žijí nějakou dobu, ale zaregistrovaní jsou v místě svého trvalého bydliště.
- Pacienti, kteří svému lékaři nedůvěřují, že by mohl jejich problém vyřešit – „stejně by mě poslal do nemocnice“. Nebo se již opakovaně setkali s jeho nekompetentností, a tak ho nyní raději obcházejí.
- Pacienti, kteří z různých důvodů čekají až do odpoledne na řešení svých obtíží (po pracovní době, žena na mateřské dovolené čeká na manžela, aby pohlídal dítě, důchodce čeká na někoho z rodiny, kdo by mu pomohl dostat se do nemocnice).
- Pacienti pod vlivem omamných látek a alkoholu, zvláště bezdomovci.

Mnohé důvody lze velmi dobře chápat, některé lze naopak chápat těžko. V obou případech se však nic nemění na faktu, že pacienti konzumují péči, která

není primárně určena pro závažnost a akutnost jejich obtíží. Všem se snažíme pomoci bez předsudků, ať je jejich důvod návštěvy jakýkoliv. Takovéto návštěvy však mají své důsledky – krátkodobé i dlouhodobé. Krátkodobé se projeví ihned – většinou velmi hlasitou nespokojeností pacientů a prodloužením čekací doby. Verbálně agresivní jsou většinou pacienti, kteří mají neakutní obtíže, ale nejsou ochotni tuto skutečnost akceptovat. Takovým pacientům většinou není možno vysvětlit význam slova akutní, či urgentní – tento výraz chápou jako garanci okamžitého ošetření. Okamžik ošetření je nepředpověditelný, což vede k prohlubování nespokojenosti čekajících pacientů.

Verbální agrese není na urgentním příjmu řídký jev, pokaždé však vede k dalšímu zatížení personálu. Řešení konfliktu potřebuje čas, který je tímto spotřebován na úkor ošetřování. Konflikt vede k nepohodě a psychickému opotřebení ošetřujícího personálu. V takovém prostředí se zvyšuje riziko chyb.

Péče o akutní pacienty není ohrožena, protože profesionalita týmu a systém triage je taková, že se o pacienta ve vážném zdravotním stavu vždy postará. Přetíženost urgentního příjmu může vést k rozmělnění pozornosti a následné chybě.

### **3.1 Finanční stránka**

Jednou z příčin snadného a nikým nekontrolovaného zneužívání zdravotní péče je její nízko nastavená cena v systému úhrad. Zneužívání péče je tedy umožněno právě touto nízkou cenou. Jednotlivé položky nejsou vysoké, avšak v celkovém množství čerpaných financí se projeví. Zvláště, jedná-li se o duplicitní vyšetření. Nebo vyšetření, jež jsou indikována z forezních důvodů.

System financování je složitý. Ceny za úkony vytváří pojišťovny. Zjednodušeně však lze říci, že pojišťovna proplácí výkony vykázané jednotlivými odděleními nemocnici. Ta pak podle vlastních pravidel přerozdělí získaný obnos zpět jednotlivým oddělením. Z toho vyplývá, že jednotlivá oddělení nezískají zpět veškeré finance, které si vydělala. Z obnosu peněz obdržených od pojišťovny se financuje celý nevýdělečný aparát nemocnice.

U ambulantního provozu v nemocnici je financování ozvláštněno faktem, že ošetření ambulantního pacienta, který bude následně hospitalizován, není pojišťovnou propláceno vůbec. Ostatní vyšetření provedená na ambulanci se paušálně vyúčtují oddělení, kde bude nemocný hospitalizován. Tento způsob financování není zřejmě problémový u běžného seskupení ambulancí. Urgentní příjem, jenž není veden jako samostatná ambulance, ani jako nezávislé oddělení a nemá lůžkovou část, nedostane tedy za hospitalizovaného pacienta dané výkony proplaceny. Jednoduchá hypotéza, že jsou finančně výhodnější pacienti propouštění domů, a tudíž i ti, kteří péči zneužívají, by však nebyla správná. Peníze čerpané od pojišťovny z celkové částky pomalu ubírají z obnosu, kde se posléze může nedostávat potřebnějším. A ač by se mohlo zdát, že oddělení chudne za hospitalizované pacienty, nemusí tomu tak být – záleží na systému přerozdělování financí jednotlivých nemocnic.

### **3.1.1 Přehled základních výkonů, běžně prováděných na OUPD FNM**

Na OUPD pracují lékaři tří odborností. Každé z nich jsou přiděleny výkony, které smí účtovat, v praxi tím však není omezen, jen nezaplacen.

Zde nabízím ceny<sup>28</sup> několika základních výkonů, které jsou prováděny u velké části pacientů.:

- Cílené vyšetření internistou – **387,90,- Kč**
- Cílené vyšetření chirurgem – **207,- Kč**
- Cílené vyšetření anesteziologem – **223,20,- Kč**
- EKG vyšetření – **55,80,- Kč**
- Pulzní oxymetrie – **68,40,- Kč**
- Odběr žilní krve – **22,50,- Kč**, za určitých podmínek zahrnuto v cíleném vyšetření
- Odběr tepenné krve – **103,50,- Kč**
- Injekce s.c., i.m., i.d. – **17,10,- Kč**
- Intravenózní injekce – **21,90,- Kč**

---

<sup>28</sup> Sekretariát OUPD FNM, květen 2011

- Infúze vč. kanylace – **125,10,- Kč**
- Infúze bez kanylace - **125,- Kč**
- Žaludeční laváž léčebná – **258,- Kč**
- Katetrizace močového měchýře – 86,40,- Kč

Laboratoř<sup>29</sup>:

- Krevní obraz – **22,50,- Kč**
- Krevní obraz + diferenciál – **57,60,- Kč**
- APTT + Quick (INR) – **144,- Kč**
- D-dimer – 188,10,- Kč
- NT-proBNP – **765,- Kč**
- Ethanol – 256,48,- Kč
- Toxikologie z moči ve FNM (opiáty, benzodiazepiny, kanabinoidy, kokainové metabolity, amfetaminy) – **2470,50,- Kč**

Další biochemická vyšetření<sup>30</sup> viz tab. 1

*tabulka 1: ceny biochemických vyšetření (zdroj: vlastní)*

Na		ano			ano					ano			ano	ano		ano
K		ano			ano					ano			ano	ano		ano
Cl		ano			ano					ano			ano	ano		ano
glukóza					ano									ano		ano
ALP	ano		ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano			ano		ano	ano
AST	ano		ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano			ano		ano	ano
ALT	ano		ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano			ano		ano	ano
GMT	ano		ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano			ano		ano	ano
amyláza						ano		ano	ano	ano			ano		ano	ano
celk.bilirub.			ano		ano	ano	ano	ano	ano	ano			ano		ano	ano
urea		ano			ano					ano			ano	ano		ano
kreatinin	ano	ano	ano	ano	ano		ano	ano	ano	ano		ano	ano		ano	ano
Troponin I											ano	ano	ano	ano	ano	ano
Myoglobin														ano	ano	ano
CK-MB mass												ano		ano	ano	ano
Albumin celk.					ano		ano		ano						ano	ano
bílkovina					ano				ano						ano	
CRP				ano		ano		ano	ano	ano			ano	ano	ano	ano
cena v Kč	<b>99</b>	<b>118</b>	<b>144,9</b>	<b>231,3</b>	<b>302,4</b>	<b>303</b>	<b>317,7</b>	<b>325,8</b>	<b>366,3</b>	<b>442,8</b>	<b>888,3</b>	<b>948</b>	<b>1310,4</b>	<b>1458,9</b>	<b>1553,4</b>	<b>1629,9</b>

<sup>29</sup> biochemická a hematologická laboratoř FNM, výsledkové listiny pacientů, květen 2011

<sup>30</sup> biochemická a hematologická laboratoř FNM, výsledkové listiny pacientů, květen 2011

### 3.2 Časové čerpání

Každému příchozímu pacientovi je třeba věnovat pozornost a čas. Pro ošetření každého jednotlivého pacienta musí být k dispozici volné lůžko, které v danou chvíli nebude volné pro nikoho dalšího. Vyšetření potřebuje čas, jehož množství je závislé na nejrůznějších okolnostech. Dle mé zkušenosti se některým pacientům přicházejícím na urgentní příjem s neakutním zdravotním problémem tento způsob práce nedaří pochopit. Pocit nároku na okamžité ošetření jim nedovoluje ocenit skutečnost, že pacient ve vážném stavu bude na urgentním příjmu vždy ošetřen přednostně. Je možné, že informace tohoto typu ještě více zdůrazňuje neakutnost jejich obtíží, již nechtějí akceptovat. U pacientů, kteří mají sklon k takovým úsudkům a následné agresi se většinou nedá situace vysvětlit žádnými rozumnými argumenty.

Přijetí pacienta na vyšetřovnu, jeho uložení a případné vysvělečení, otočení tlakové manžety a nasazení pulzního oxymetru, přijetí pacienta v počítači, nalepení štítků do sesterské dokumentace a knihy příjmů a natočení EKG záznamu – tyto úkony zaberou zkušené sestře **5-10 minut**. Vyšetření pacienta lékařem – závisí na konkrétním lékaři – jeho svědomitosti, zkušenostech, odvaze, rychlosti, povaze pacientových obtíží – trvá **5-15 minut**. Hovořím zde o průměrně dlouho trvající práci bez přihlídnutí k pacientovi – je jisté, že jeho fyzický či psychický stav mohou situaci z časového hlediska ovlivnit, často prodloužit.

Příprava odběrů, příprava kanyly (která se zavádí ve většině případů) a jejich provedení může trvat od 3 minut do **30 minut**, když se místa pro zavedení kanyly hledají obtížně.

Na výsledky biochemie se obvykle čeká nejméně **hodinu**.

Z toho vyplývá, že pacient, který se na UP dostavil s natolik nezávažnou zdravotní obtíží, že mu nebude třeba jiné vyšetření než krátký pohovor s lékařem, zabere ošetřujícímu lékaři **minimálně deset minut času**. Pacientů, u nichž by

---



lékař nevyžadoval žádné vyšetření je minimum. Neakutní pacient stráví na urgentním příjmu pravděpodobněji **dvacet minut až hodinu a půl**. V exponovaných hodinách a dnech, kdy je náhle více pacientů než času na jejich ošetření, jsou neakutní pacienti zatěžující a vysilující.

### **3.3 Syndrom vyhoření**

Proud neakutně přicházejících pacientů může vést k přeplněnosti urgentních příjmů účelovými klienty a následnému rozpadu pracovních týmů. Přetížení takovými pacienty může totiž vést k syndromu vyhoření a následné ztrátě zkušených a zapracovaných pracovníků.<sup>31</sup>

Ve zdravotnictví je relativně častý syndrom vyhoření – vzniká v důsledku (nejen) profesionálního stresu. Rizikových faktorů pro vznik tohoto stresu není málo a neuplatňují se izolovaně, nýbrž dohromady, v různých kombinacích závislých na pracovišti a vlastní osobnosti zdravotníka.<sup>32</sup>

Výběr některých faktorů, zvláště se uplatňujících na urgentním příjmu:

- Negativní emoce pacientů a jejich příbuzných – zvláště těžko zvladatelné a vyčerpávající právě u pacientů přicházejících s neakutními obtížemi
- Profesionální selhání – domnělá nebo skutečná – neakutní pacienti snižují pozornost a reaktivitu zdravotníků. Pokud se nadnesené obtíže opakovaně objektivizují jako neakutní, pak se po čase projeví sklon bagatelizovat i potíže akutní. Ztrácí se schopnost „šestého smyslu“, cit pro rozpoznání akutních obtíží.
- Zdravotní rizika – infekce, fyzické napadení pacientem pod vlivem omamných látek
- Směnný provoz a následná spánková deprivace

---

<sup>31</sup> Drábková, J. *Urgentní medicína na rozcestí: Pohledem účastníka* [online]. [cit. 17. 5. 2011]. Dostupné z: [http://urgentni-prijem.cz/?page\\_id=21](http://urgentni-prijem.cz/?page_id=21)

<sup>32</sup> Nešpor, K. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicína pro praxi.*, 2007, roč. 4, č. 9, s. 371-373, ISSN 1214-8687.

- Nárazový charakter práce – náhlé zahlcení úkoly, které je třeba řešit v omezeném čase – neakutní pacienti takového zahlcení podporují<sup>33</sup>

Mezi ochranné faktory proti profesionálnímu stresu Nešpor mimo jiné uvádí „vysokou společenskou prestiž“.<sup>34</sup> Právě agrese, způsob jednání, pocit, že si pacienti 24hodinový provoz urgentního příjmu pletou s „nonstop otevřeným supermarketem“, dojem vysoké společenské prestiže spíše degradují. Někteří mají skutečně pocit, a také ho vyslovují, „vždyť si vás platím...“ a podle toho se i chovají. Tento ochranný faktor se poté ztrácí do nedohledna.

Z výše uvedeného vyplývá, že pacienti zneužívající zdravotnickou péči, čerpají a vyčerpávají mnohé zdroje finanční, lidské i časové.

---

<sup>33</sup> Nešpor, K. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicina pro praxi*, 2007, roč. 4, č. 9, s. 371-373, ISSN 1214-8687.

<sup>34</sup> Nešpor, K. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicina pro praxi*, 2007, roč. 4, č. 9, s. 371-373, ISSN 1214-8687.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 Cíle a hypotézy

Ve své práci se setkávám s velkým množstvím pacientů. Já osobně, i celý tým oddělení urgentního příjmu (OUPD), získáváme opakovanou zkušenost, že naše práce je některými pacienty zneužívána k získání rychlejšího a pohodlnějšího přístupu k zdravotní péči, než předpokládá standardní řešení neakutních zdravotních problémů v našem zdravotnickém systému. Pozorujeme výrazný počet návštěv pacientů s neakutními zdravotními obtížemi v určitou denní dobu a v určitých dnech v týdnu či v závislosti na dostupnosti praktického lékaře. Vliv na neakutní využití OUPD může mít i probíhající dlouhodobé onemocnění či soužití s druhými lidmi v jedné domácnosti.

Cílem práce je tedy získat objektivní data o příčinách a souvislostech návštěv pacientů na OUPD a zjistit, kdo jsou pacienti, kteří OUPD pravděpodobně zneužívají, zjistit eventuelní závislost tohoto jevu na věku pacientů, jejich vzdělání, na soužití s druhými lidmi v jedné domácnosti, na zaměstnání, potvrdit zda jsou tyto jevy zcela náhodné nebo naopak statisticky významné.

Vzhledem k tomu, že se jedná o pilotní studii s malým počtem respondentů, bude se jednat pouze o jednoduchou statistiku pracující s absolutními a relativními četnostmi, s průměrnými hodnotami, s grafy a tabulkami, které umožní získaná data mezi sebou porovnávat.

Dalším cílem bude prověřit, jestli je takováto forma dotazníku přínosná z hlediska využití získaných informací.

Hypotézy pro svůj výzkum jsem si stanovila tyto:

H1: pacienti urgentního příjmu hodnotí své zdravotní obtíže jako závažnější, než zaměstnanci urgentního příjmu.

H2: pacienti s neakutními zdravotními obtížemi navštěvují OUPD častěji, než pacienti s akutními obtížemi.

H3: zdravotnická záchranná služba vozí častěji pacienty s neakutními, než s akutními zdravotními obtížemi.

H4: zaměstnaní a studující pacienti chodí s neakutními obtížemi častěji mezi 15-22 hodinou a o víkendech, než ve všední dny mezi 22-15 hodinou.

H5: pacienti žijící sami v domácnosti navštěvují OUPD s neakutními potížemi častěji, než pacienti, kteří žijí s jinými osobami.

H6: pacienti, kteří nejsou registrováni u praktického lékaře, nemají ho dostupného nebo mu nedůvěřují, přichází na OUPD s neakutními obtížemi častěji, než pacienti, kteří ho mají a důvěřují mu.

H7: vzdělanější pacienti (VOŠ a VŠ) přichází na OUPD s neakutními obtížemi častěji, než pacienti méně vzdělaní.

## 5 Metodologie

Metodou mého výzkumu bylo dotazníkové šetření pacientů OUPD ve FNM. Dotazník měl být předkládán pacientům čekajícím na ošetření. V praxi však tento postup nebyl možný, protože jsem dotazníky rozdávala osobně, bez pomoci druhých osob. Proto jsem pacientům dotazník předkládala ve chvílích, které nijak neomezovaly ošetření, ani neobtěžovaly pacienta – pro zachycení a využití takovýchto chvil jsem se řídila vlastním citem a zkušenostmi. Někdy tedy dotazník dostali před vyšetřením, jindy po prvotním ošetření, anebo po definitivním ošetření před propuštěním.

Podobně měli podle původního předpokladu dotazník vyplnit pacienti sami, avšak ve skutečnosti to často nebylo možné z důvodu smyslových či jiných omezení, zejména z důvodu zrakového postižení pacientů. Mnoho z nich s sebou nemělo kompenzační pomůcky (brýle), a tak jim bylo nutno dotazník přečíst. Tehdy jsem musela otázky mírně přeformulovat, protože někteří, zvláště starší pacienti, by nebyli schopni vnímat a zapamatovat si všechny varianty nabízené v dotazníku. Z uzavřených otázek jsem udělala otevřené a k odpovědi pacientů jsem pak přiřadila odpovídající odpovědi v dotazníku. Dotazník jsem tedy transformovala na standardizovaný rozhovor.

Dotazník se skládal celkem ze třinácti otázek, které byly převážně uzavřené, kromě otázky 4, 5 a 12, jež byly polouzavřené. Všechny otázky byly na jednom listě velikosti A4 z obou stran. Ukázalo se, že na první straně chybí upozornění, že je dotazník oboustranný. Pouze ve dvou případech si druhé strany respondenti nevšimli. V úvodu dotazníku jsem se představila a vysvětlila pacientům, čeho se výzkum týká. V závěru dotazníku jsem jim poděkovala za jejich čas. Všem, komu jsem dotazník dávala, jsem zdůraznila, že se jedná o výzkum anonymní, určený pouze pro mou bakalářskou práci. Garantovala jsem respondentům, že jejich spolupráce na mém výzkumu nijak neovlivní jejich stávající, nebo budoucí ošetření.

Po vyplnění dotazníku pacienty jsem ještě doplnila informace o prioritě, způsobu propuštění pacienta z OUPD, způsobu vyplnění (jestli dotazník vyplnil respondent sám, s mojí pomocí, nebo jestli jsem ho vyplnila já) a informaci, zda

byl pacient rajónní (FNM má svoji spádovou oblast – pacienty z této oblasti je povinná ošetřit a podle potřeby hospitalizovat. Pacienty mimo tuto oblast nemusí hospitalizovat, ale je povinná je prvotně vyšetřit a ošetřit).

Otázky 1-5 se týkaly sociální situace pacienta, 6.-8. otázka se dotazovala na praktického lékaře, 9.-11. otázka se týkala na aktuální zdravotní stav a 12. a 13. otázka se týkala způsobu příchodu do FNM a důvodu, proč zrovna do FNM.

Dotazníky jsem respondentům poskytovala já, v době od 13.-19. května 2011, během svých tří dvanáctihodinových služeb – konkrétně: denní (7-19 hodin) ve všední den, denní o víkendu (7-19 hodin) a noční (19-7 hodin).

Výzkumný vzorek tvořili všichni pacienti, kteří se dostavili v uvedené době na urgentní příjem. Při zpracování jsem pro určení neakutních obtíží použila prioritu 3, která jednoznačně plní kritérium neakutního užití (ošetření těchto zdravotních stavů je odložitelné). Naopak pacienti s prioritou číslo 1 jsou akutní a nesplňují kritéria neakutního užití urgentního příjmu. Pacienti s prioritou 2 jsou takoví, jejichž zdravotní stav nelze bez vyšetření ohodnotit jako neakutní, a tudíž ani oni nesplňují kritéria pro můj výzkum.

## 6 Výsledky a hypotézy

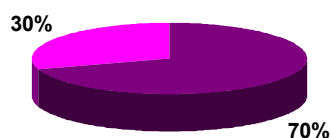
Během doby stanovené pro můj výzkum navštívilo urgentní příjem celkem 55 pacientů, z tohoto počtu bylo 30 žen a 25 mužů. Plně vyplněných dotazníků bylo 43 a neúplně vyplněných 12 – nevyplněné byly z různých důvodů: pacient byl v natolik vážném stavu, že nebylo možné s ním dotazník vyplnit, provoz na pracovišti byl takový, že jsem ho nestihla některým pacientům předložit, někteří pacienti si nevšimli druhé strany dotazníku.

Věkové skupiny byly rozloženy rovnoměrně, což znamená, že žádná věková kategorie nenavštívila urgentní příjem ve výrazně větším počtu než ostatní.

Úspěšnost v přidělování priorit by se dala posoudit v kontextu s propuštěním, viz graf 1. U pacientů, jimž byla přidělena priorita 1, protože se jejich zdravotní stav zdál být vážným, by se očekávalo, že budou přijati do nemocnice k hospitalizaci. Naopak u pacientů s prioritou 3 by se očekávalo, že budou propuštěni domů.

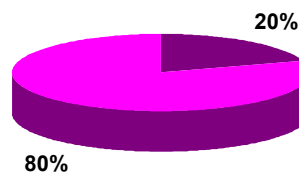
graf 1: propuštění pacientů domů v kontextu s prioritou (zdroj: vlastní)

propuštění pacientů s prioritou 1



■ hospitalizace ■ domů

propuštění pacientů s prioritou 3



■ hospitalizace ■ domů

Dá se tedy říci, že určení priority 1 proběhlo úspěšně ze 70% a spíše byla tendence stav nadhodnocovat. Určení priority 3 bylo úspěšné z 80%, pouze z 20% byl stav podhodnocen.

## **6.1 Pearsonův korelační koeficient**

Data získaná z dotazníků byla zpracována podle Pearsonova korelačního koeficientu. Užila jsem ho proto, abych viděla, zda mají odpovědi respondentů na jednotlivé otázky dotazníku mezi sebou určitou závislost. Otázek, které by mezi sebou projevily závislost alespoň s 95% pravděpodobností není mnoho. Dále v této kapitole zmiňuji závislosti, které jsou vedlejší, avšak zajímavým, výsledkem spočítaných korelací – mezi otázkami, které v daných souvislostech nezpracovávám v hypotézách.

Ukázalo se, že pohlaví nemá žádnou závislost s ostatními otázkami – ženy i muži se chovají v rámci urgentního příjmu spíše stejně.

Ve věkové kategorii se projevila závislost s otázkou rajonizace, která byla kategorizována do dvou odpovědí – rajónní a nerajónní. Tuto otázku dále nezpracovávám, protože pro můj výzkum není zcela zajímavá. V korelačním koeficientu vyšla závislost (-0,356) s 99% prokazatelností, že se vzrůstajícím věkem jsou pacienti spíše rajónní, také se projevila závislost s otázkou číslo 10 (délka obtíží) a otázkou číslo 11 (vnímání obtíží). U otázky číslo 10 se jednalo o slabou negativní závislost s více než 95% prokazatelností, z čehož vyplývá, že pacienti, kteří nejsou spádoví, chodí na urgentní příjem spíše s krátkodobými obtížemi. U otázky 11 se jednalo o slabou pozitivní závislost s více než 95% prokazatelností, což znamená, že pacienti mimo-rajónní své obtíže označují spíše jako neakutní.

Otázka číslo 6 (registrace u praktického lékaře) ukázala slabou, ale z 99% prokazatelnou, negativní závislost (-0,367) s otázkou číslo 3 (vzdělání) – vyplývá z toho, že se vzrůstajícím typem vzdělání stoupá i počet registrací u praktického lékaře.

Otázka propuštění projevila slabé pozitivní závislosti, všechny prokazatelné minimálně z 95 % s otázkami číslo 10 a 11 a s prioritou. Vyplývá z toho, že pacienti s obtížemi trvajících méně než jeden den, které pacienti i třídící sestra ohodnotili jako závažnější, byli spíše hospitalizováni.



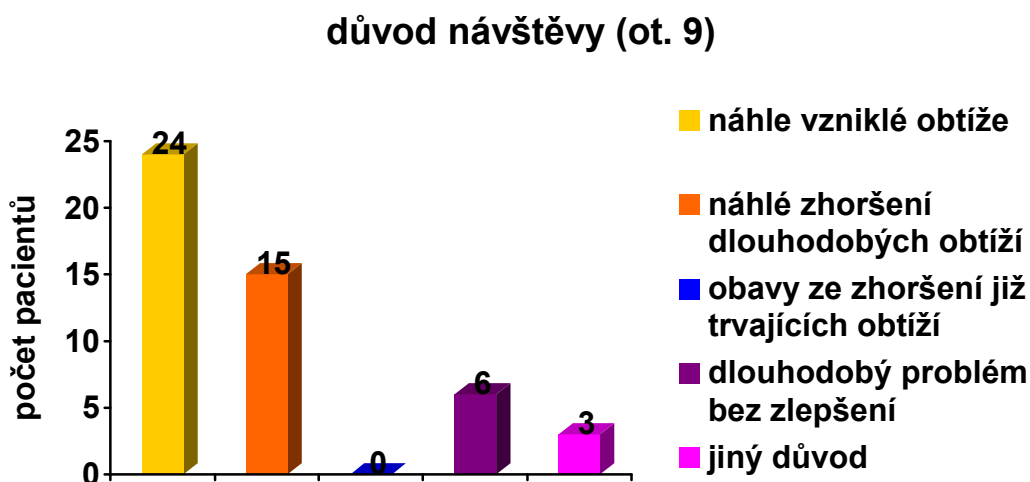
## 6.2 Hypotéza 1

### Pacienti urgentního příjmu hodnotí své zdravotní obtíže jako závažnější, než zaměstnanci urgentního příjmu.

Pro tuto hypotézu porovnám odpovědi pacientů na otázku číslo 9 („Nyní přicházíte na urgentní příjem do nemocnice z důvodu:“), otázku číslo 10 („Nynější zdravotní obtíže pociťujete:“), otázku číslo 11 („Své zdravotní obtíže vnímáte jako:“) a prioritu určenou třídící sestrou v recepci.

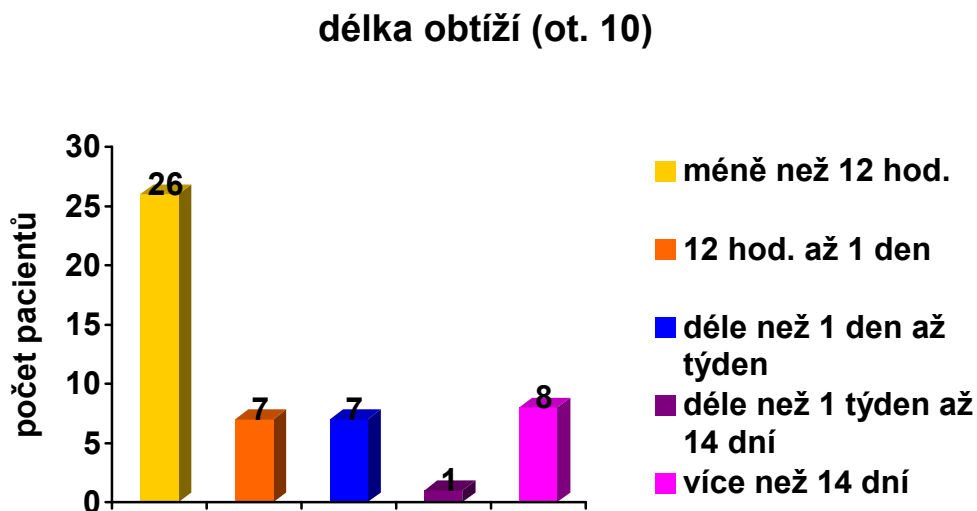
53 respondentů odpovědělo na otázku číslo devět, na otázku číslo deset odpovědělo 49 dotazovaných, viz. graf 3, a na otázku jedenáct jich bylo 42, priorita byla přidělena všem. Korelační koeficient ukázal spíše silnější pozitivní závislost mezi devátou a desátou otázkou (0,677) se 100% prokazatelností. Z čehož vyplývá, že pacienti chodí s náhle vzniklými obtížemi brzy od jejich počátku. Otázku 9 jsem zpracovala pouze se 49 respondenty, viz. graf 2, aby byly otázky mezi sebou porovnatelné:

graf č. 2: důvod návštěvy (zdroj: vlastní)



“Jiným důvodem“ byla ve třech případech ebrieta. Jak vyplývá z výše uvedeného, většina pacientů nahlíží na své obtíže jako na náhle vzniklé (sloupec jedna a dva).

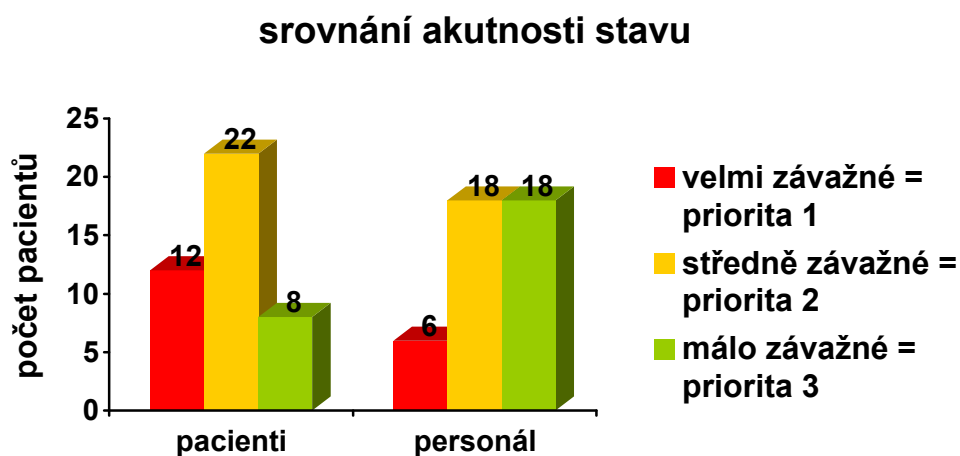
graf č. 3: délka obtíží (zdroj: vlastní)



Když se u grafu k otázce 9 sečte první a druhý sloupec a porovná se se součtem prvního a druhého sloupce u grafu k otázce 10, vyjdou tato čísla: 39 a 33. Vyplývá z nich, že šest respondentů hodnotilo sice své obtíže jako „náhle vzniklé“, avšak trvající déle než jeden den.

V dalším grafu, viz. graf 4, porovnávám otázku číslo 11 (vnímání obtíží) s přiřazenou prioritou. Srovnání se týká pouze 42 pacientů, kteří tuto otázku vyplnili.

graf č. 4: srovnání akutnosti stavu udané pacienty a třídící sestrou (zdroj: vlastní)



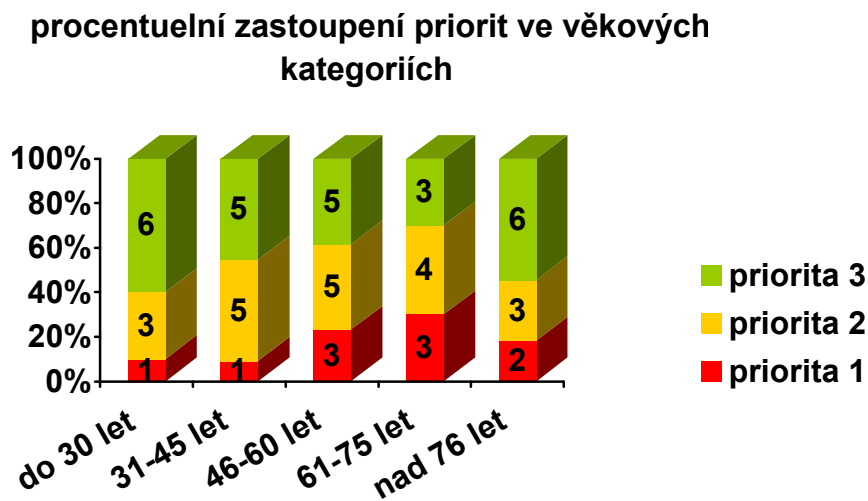
Z výše uvedeného vyplývá, že pacienti mají tendenci své obtíže nadhodnocovat. Hypotéza se tedy potvrdila.

## 6.3 Hypotéza 2

**Pacienti s neakutními zdravotními obtížemi navštěvují OUPD častěji, než pacienti s akutními obtížemi.**

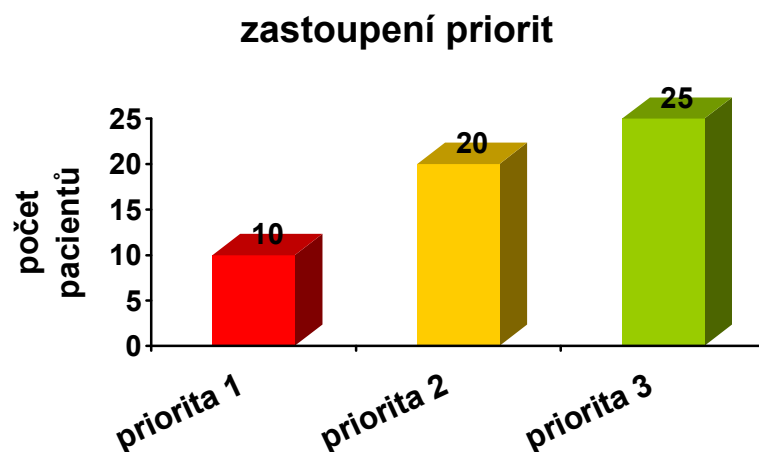
Následující graf zobrazuje četnost priorit. Ukazuje, že nejvíce pacientů, kteří navštívili urgentní příjem dostalo prioritu tři – počet 25 pacientů zastupuje 46 % vzorku, viz. graf 6. Zatímco priorita jedna je zastoupena jen v 18 %. V následujícím grafu je vidět jednotlivé zastoupení priorit ve věkových kategoriích, viz. graf 5. Prioritu 3 nejčastěji dostávali pacienti do 30 let a nad 76 let věku.

graf č. 5: zastoupení priorit ve věkových kategoriích (zdroj: vlastní)



Celkové zastoupení priorit zobrazuje následující graf 6, kterým se potvrzuje tato hypotéza.

graf č. 6: celkové zastoupení priorit (zdroj: vlastní)

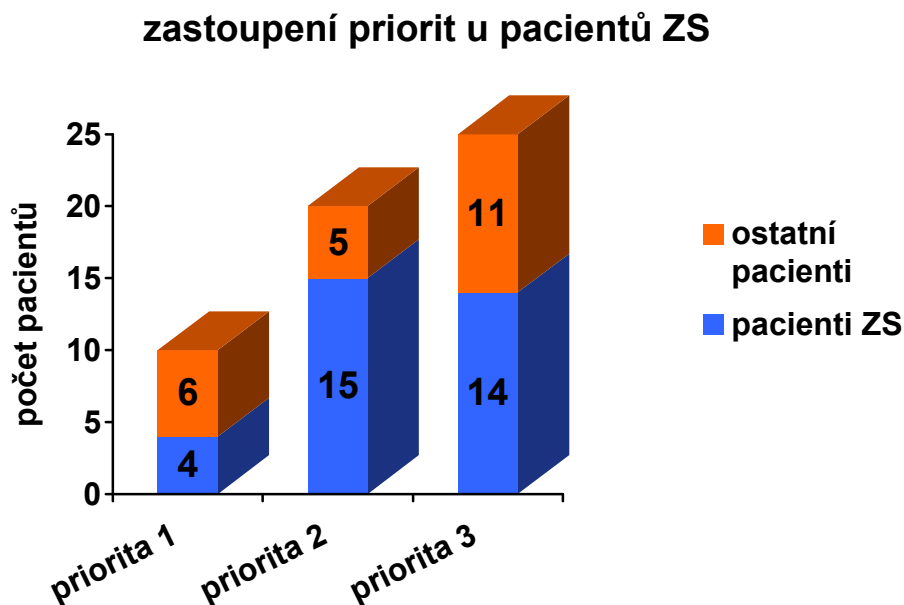


### 6.4 Hypotéza 3

**Zdravotnická záchranná služba vozí častěji pacienty s neakutními, než s akutními zdravotními obtížemi.**

Záchranná služba přivezla celkem 33 pacientů, což je 60% respondentů vzorku. Zastoupení priorit u dovezených pacientů zobrazuje následující graf 7, který je dán do kontextu s celkovým počtem zastoupení jednotlivých priorit.

graf č. 7: zastoupení priorit pacientů ZZS (zdroj: vlastní)

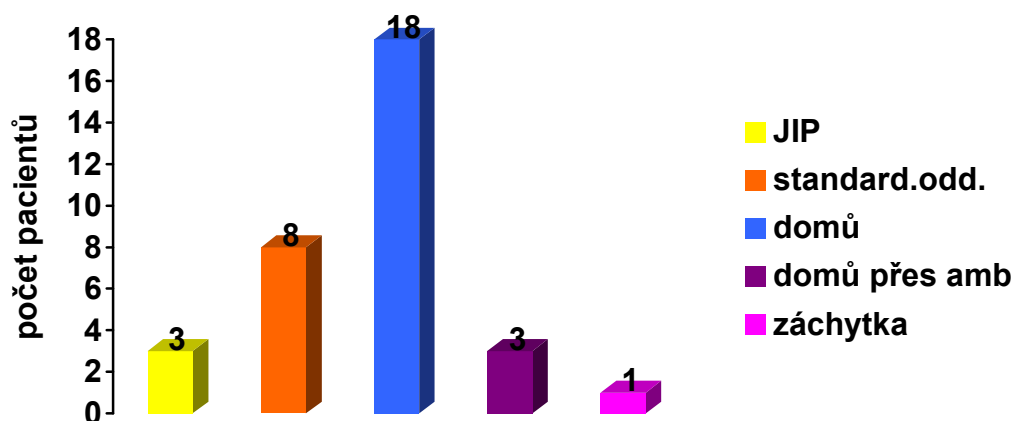


Jak ukazuje graf, záchranná služba přivezla nejvíce pacientů s prioritou dva, avšak pouze 4 z celkových deseti s prioritou jedna, což znamená, že akutní pacienti se z větší části dopravili do nemocnice sami, bez využití ZS. Z tohoto výsledku lze hypotézu potvrdit.

V následujících dvou grafech, viz. graf 8 a 9, je zobrazeno, kam byli pacienti po ošetření směřováni. Nejvíce pacientů, tedy 21 bylo propuštěno domů, z toho 3 byli z UP posláni na odbornou ambulanci a až poté propuštěni domů. V druhém grafu je vidět procentuelní zastoupení těchto propuštění v kontextu s pacienty, kteří se na urgentní příjem dostali jinak než záchrannou službou. Propuštění domů samo o sobě nevypovídá nic o tom, jaký byl stav pacienta při příchodu na ošetření. Grafy však potvrzují fakt, že pacienti ve vážném stavu nebyli ve většině případů přivezeni záchrannou službou.

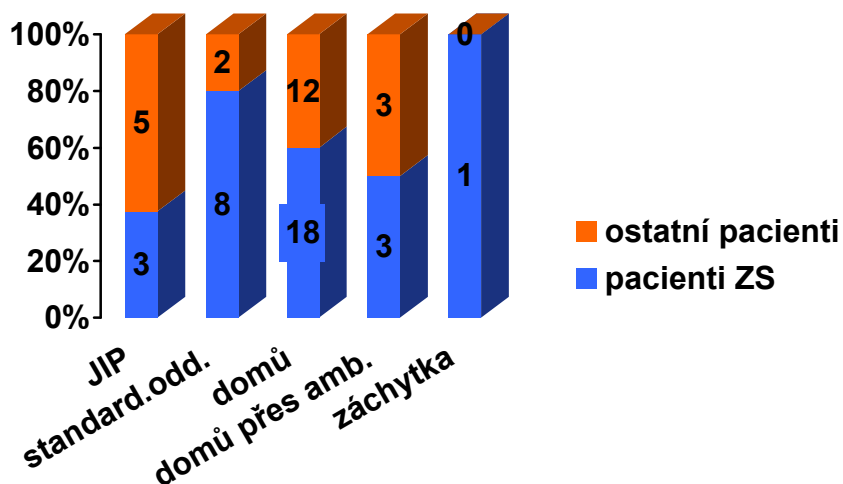
graf č. 8: propuštění pacientů přivezených ZZS (zdroj: vlastní)

### typ propuštění u pacientů přivezených ZS



graf č. 9: typy propuštění pacientů ZZS v kontextu s ostatními pacienty (zdroj: vlastní)

### typy propuštění v procentech



Z celkového počtu pacientů přivezených záchrannou službou mělo 7 pacientů doporučení lékaře. Z 26ti pacientů, kteří neměli doporučení, jich 5 volalo ZS samo, 10ti volal ZS někdo jiný s jejich vědomím nebo na jejich žádost a 11ti byla volána ZS bez jejich vědomí a tudíž i souhlasu. Z těchto 11 měl pouze jeden

pacient prioritou 1, čtyři měli prioritou 2 a zbývajících šest prioritou 3. Což ukazuje, že lidé volající záchrannou službu někomu, kdo je o to nepožádá, jsou méně schopni posoudit vážnost obtíží dotyčného.

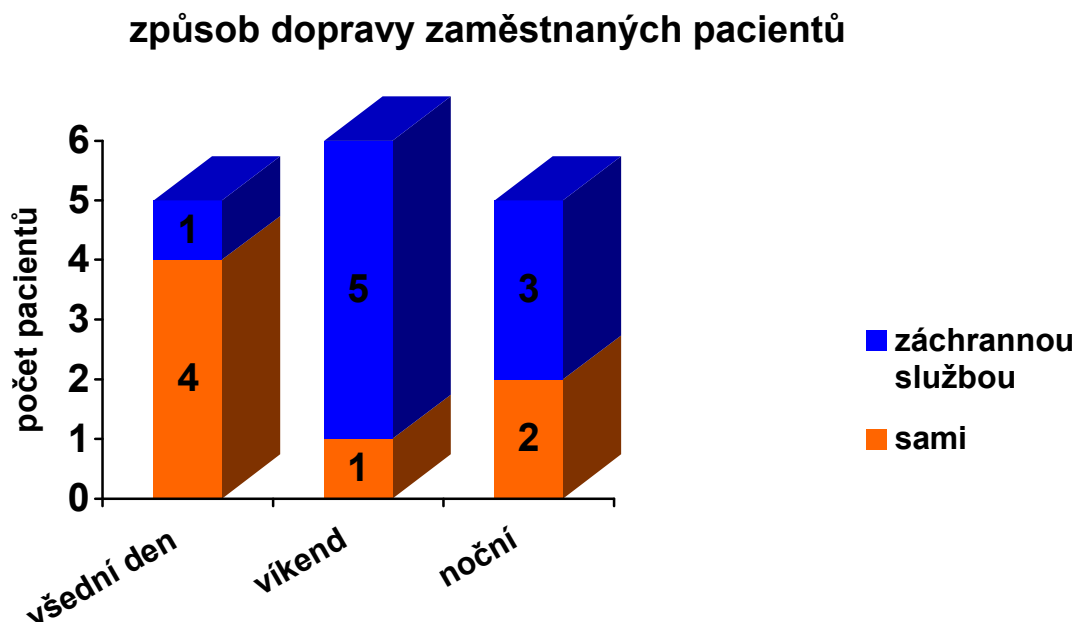
Hypotéza se potvrdila

## 6.5 Hypotéza 4

**Zaměstnaní pacienti (včetně studentů) navštěvují OUPD s neakutními obtížemi častěji v odpoledních a večerních hodinách (15-22 hod.) a o víkendech, než v pracovní době a v noci.**

Pacientů, kteří splnili kritéria zaměstnaných osob a studentů přišlo na urgentní příjem v době mého výzkumu 16, z toho 1 pacient s prioritou 1, 9 s prioritou 2 a pouze 6 s prioritou 3. 9 z nich přijelo záchrannou službou, jak ukazuje následující graf č. 10:

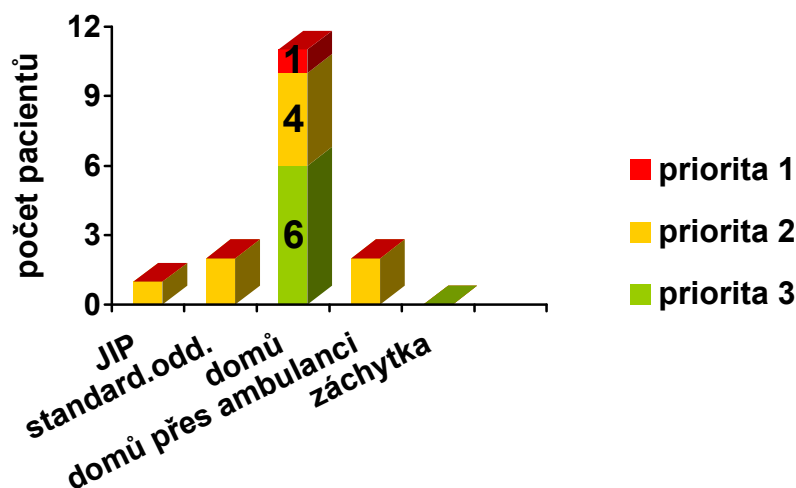
graf č. 10: způsob dopravy zaměstnaných pacientů (zdroj: vlastní)



Z těchto devíti pacientů, kteří přijeli záchrannou službou měl jeden doporučení lékaře. Dalších 6 se dostavilo kvůli důvěře ve FNM nebo její dostupnosti. Pouze jeden pacient zaškrtl odpověď, že neměl čas na jiný způsob řešení – jednalo se ovšem o pacienta, u kterého tento důvod neodpovídal skutečnosti (přišel okamžitě po úrazu elektrickým proudem). Jediný pacient s prioritou jedna z této skupiny pacientů přijel záchrannou službou a byl propuštěn domů. Všechny způsoby propuštění v souvislosti s prioritami ukazuje graf 11:

graf č. 11: propuštění zaměstnaných pacientů v souvislosti s prioritou (zdroj: vlastní)

### propuštění zaměstnaných pacientů v souvislosti s prioritou



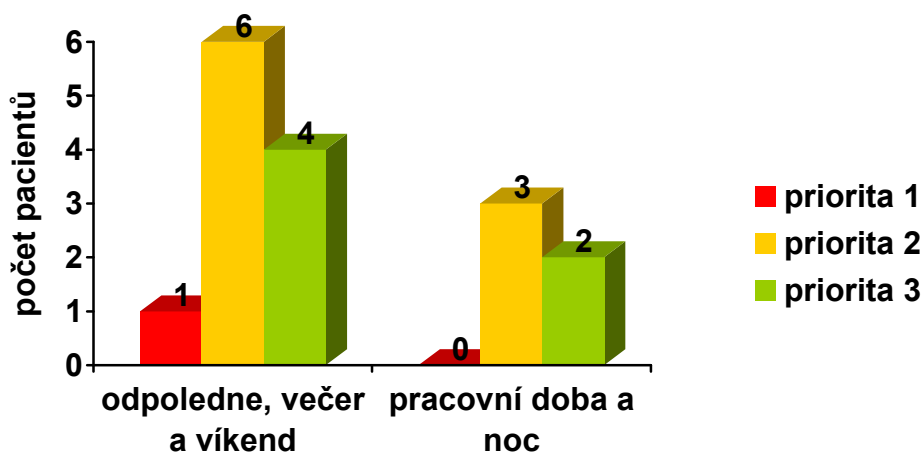
Vyplývá z něho, že zaměstnaní pacienti, kteří přišli do nemocnice, byli většinou propuštěni domů, pouze tři z celkových šestnácti zůstali v nemocnici. Byli to pacienti s prioritou 2, ve dvou případech ve věku 46-60 let. Třetí, který byl přijat na standardní oddělení, byl ve věku do 30 let.

Z tohoto celkového počtu jich 11 přišlo v odpoledních hodinách a o víkendu a jen 5 v noci. V pracovní době přišla pouze jedna osoba, konkrétně ve 14:37 hod. Pacienti s prioritou 3 pak přišli ve 4 případech odpoledne, večer a o víkendu a jen 2 v noci nebo v pracovní době, viz graf 12.



graf č. 12: zastoupení priorit zaměstnaných pacientů v čase (zdroj: vlastní)

### zastoupení priorit zaměstnaných pacientů v čase



Z celkového počtu jich ve všední den přišlo 5, o víkendu 6 a o noční také 5.

Hypotéza se tedy potvrdila – zaměstnaní pacienti chodí na urgentní příjem s neakutními obtížemi častěji mimo pracovní dobu a o víkendech, než během pracovní doby a v noci.

## 6.6 Hypotéza 5

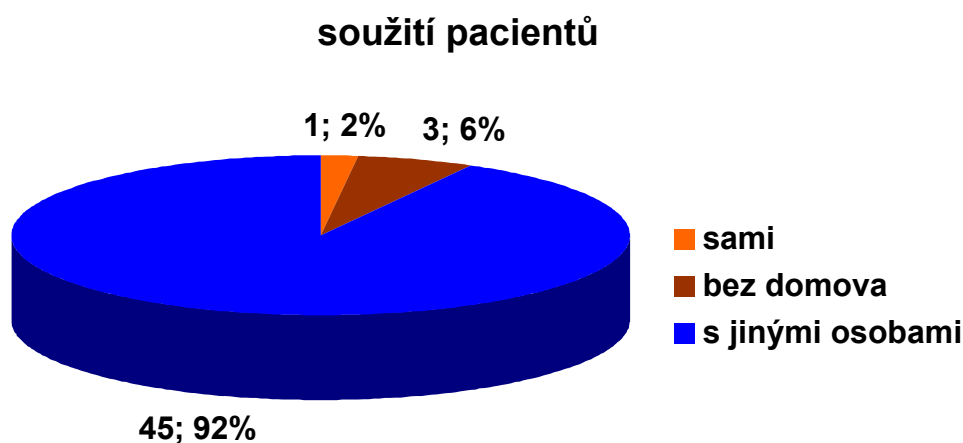
**Pacienti žijící sami v domácnosti navštěvují OUPD s neakutními potížemi častěji, než pacienti, kteří žijí s jinými osobami.**

Ze všech 55 pacientů, kteří vyplnili můj dotazník, jich 49 odpovědělo na otázku týkající se soužití s někým v domácnosti. Pouze jeden pacient odpověděl, že žije sám, 28 jich žije s partnerem, 6 s dětmi, 3 s rodiči, 1 s prarodiči, 5 se spolubydlícími, 2 v domě se zajištěnými sociálními službami a 3 jsou bezdomovci. Pokud klienti označili více možností, kdy jedna z nich byla b. (žijí s partnerem), jsou počítáni mezi soužití s partnerem. Ti, co žijí pouze s dětmi, rodiči atd. označili pouze tuto variantu a žijí tedy bez partnera.

Sedmi pacienty nebyla tato otázka zodpovězena. Pouze jedna varianta odpovědi nabídnuté v dotazníku splňuje kritérium samostatného bydlení, viz. graf 13 – a to první (sama/sám). Bezdomovectví je naprosto specifické – vlastně vypovídá o absenci přístřeší, nic však nesděljuje o způsobu sdílení tohoto „nebydlení“.

Pacient, který bydlí sám byl starší 60 let a měl prioritu číslo dva, propuštěn byl domů. Všichni bezdomovci měli prioritu číslo tři – jeden byl přijat na standardní oddělení, jeden propuštěn domů a jeden byl odeslán na záchytnou stanici.

graf č. 13: poměr typu soužití pacientů (zdroj: vlastní)



Vzhledem k nedostatečnému počtu samostatně žijících pacientů, není možno hypotézu ani potvrdit, ani vyvrátit. Lze pouze konstatovat, že mezi pacienty urgentního příjmu v době mého šetření nebyl dostatečný vzorek respondentů splňujících kritérium samostatného bydlení a že většina pacientů žije s někým v domácnosti.

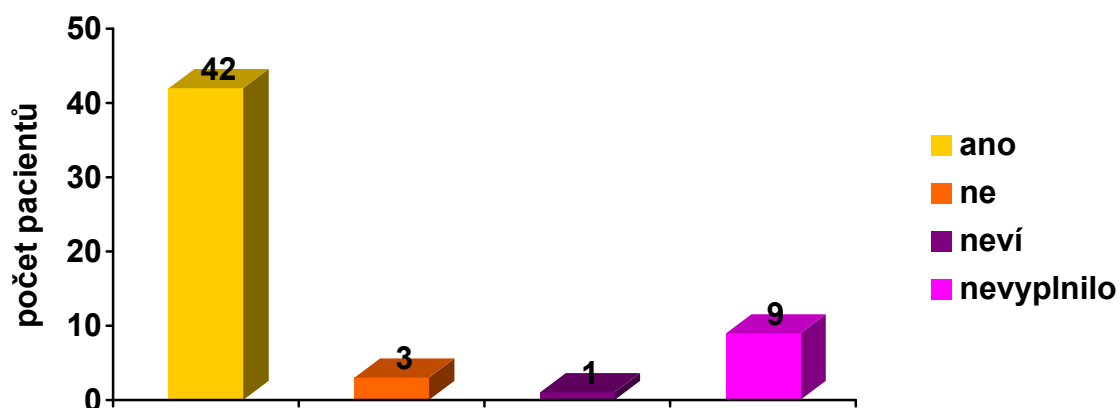
## 6.7 Hypotéza 6

**Pacienti, kteří nejsou registrováni u praktického lékaře, nemají ho dostupného nebo mu nedůvěřují přichází na OUPD s neakutními obtížemi častěji než pacienti, kteří ho mají a důvěřují mu.**

Z celkových 55 respondentů odpovědělo na otázku číslo 6 (Jste registrován/a u praktického lékaře?) 46 dotazovaných, viz. graf 14. Z nich 42 odpovědělo, že je, 3, že nejsou a 1, že neví.

*graf č. 14: registrace u praktického lékaře (zdroj: vlastní)*

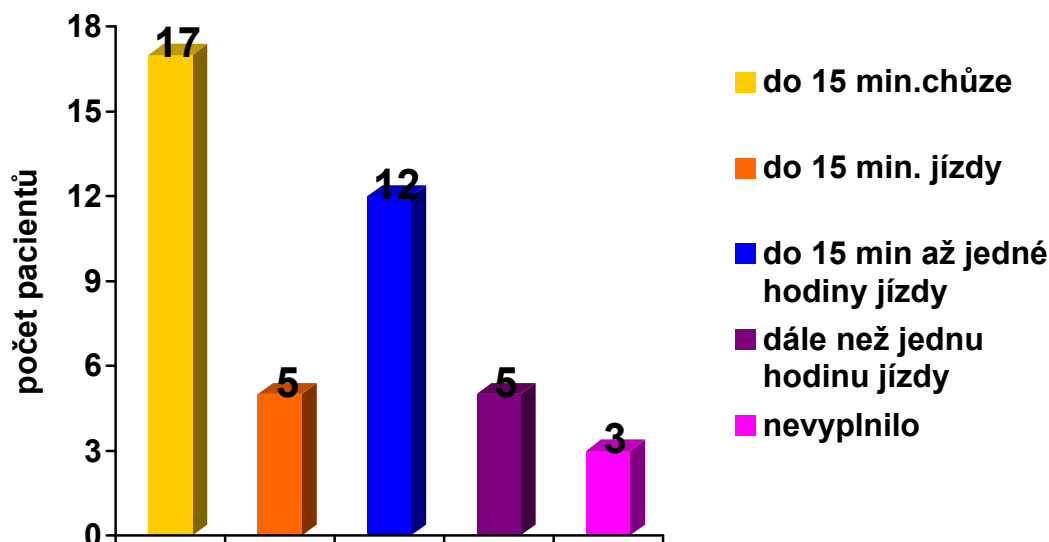
### registrace u praktického lékaře



Čtyřiceti dvou respondentů se tedy týkala otázka č. 8 (Jak daleko máte svého praktického lékaře od místa současného bydliště?). Na tuto otázku neodpověděli 3 tázaní. Ostatní odpověděli následovně, viz graf 15:

graf č. 15: dostupnost praktického lékaře (zdroj: vlastní)

### dostupnost praktického lékaře

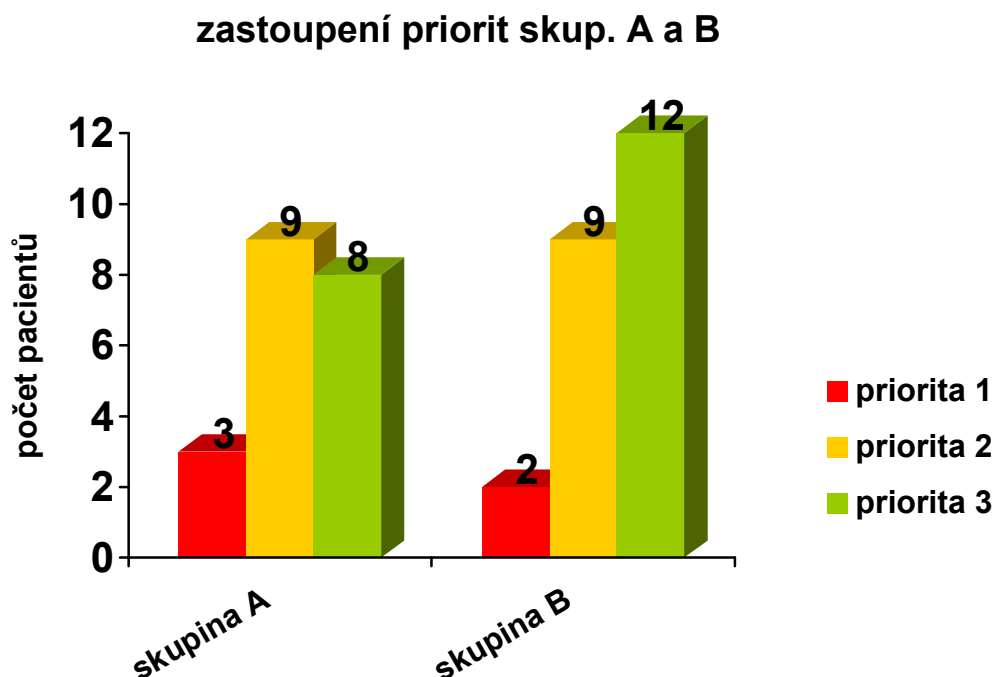


Z této skupiny, tedy 22 respondentů (1. a 2. sloupec) plní kritérium pacienta, který má praktického lékaře a má ho dostupného, avšak 2 klienti z této kategorie zaškrtnuli v otázce č. 12, že mají praktického lékaře nedostupného – jeden přišel ve všední den odpoledne, druhý o víkendu. Tím se počet 22 dotazovaných zmenšil na 20. Pro další graf tuto skupinu označuji písmenem A, viz. graf 16 a 17.

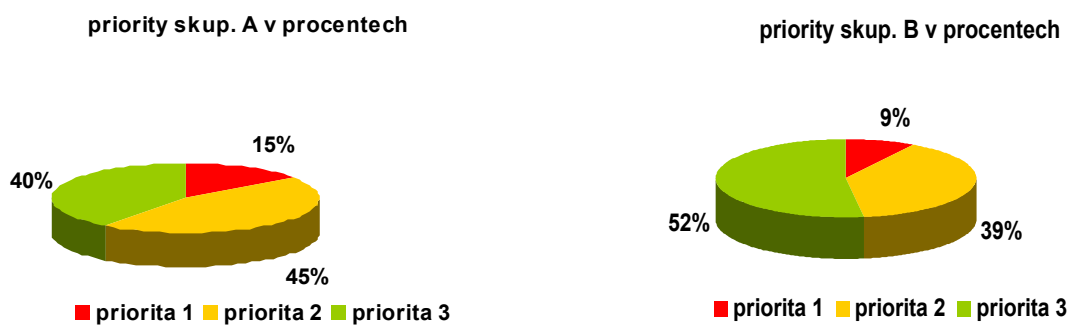
Množina respondentů, která „nemá praktického lékaře, nemá ho dostupného nebo mu nedůvěřuje“ tedy čítá 23 dotazovaných. V dalším zpracování je tato skupina označena písmenem B, viz. graf 16 a 17.

Nikdo ze všech dotazovaných, neoznačil možnost, že svému praktickému lékaři nedůvěřuje.

graf č. 16: zastoupení priorit ve skupinách A a B (zdroj: vlastní)



graf č. 17: zastoupení priorit ve skupinách A a B v procentech (zdroj: vlastní)



Z výše uvedených grafů vyplývá, že pacienti, kteří nemají praktického lékaře, nebo ho nemají dostupného, navštěvují urgentní příjem s neakutními obtížemi častěji než ti, kteří ho mají a mají ho dostupného. Korelační koeficient mezi otázkami číslo 6 (registrace u praktika) a 9 (důvod návštěvy UP) vyšel 0,424 se signifikancí 0,003, čímž se potvrzuje spíše slabá, ale z 99 % prokazatelná,

závislost – registrovaní pacienti navštěvují více urgentní příjem s náhle vzniklými obtížemi, než pacienti neregistrovaní.

Zajímavé však je, že většina respondentů v obou skupinách v otázce 7 (Kdy jste naposledy byl/a na preventivní prohlídce?) odpověděla, že byla na preventivní prohlídce méně než před dvěma roky. Ve skupině A to bylo 75 % a ve skupině B 70 % dotazovaných. Avšak podle Pearsonova korelačního koeficientu nevykazuje otázka na dobu poslední preventivní prohlídky téměř žádnou závislost s dalšími otázkami.

Závěr je, že, dodržování preventivních prohlídek nemá žádný vliv na návštěvu Urgentního příjmu. Avšak registrace a dostupnost praktického lékaře má, zdá se, vliv na návštěvnost s neakutními obtížemi.

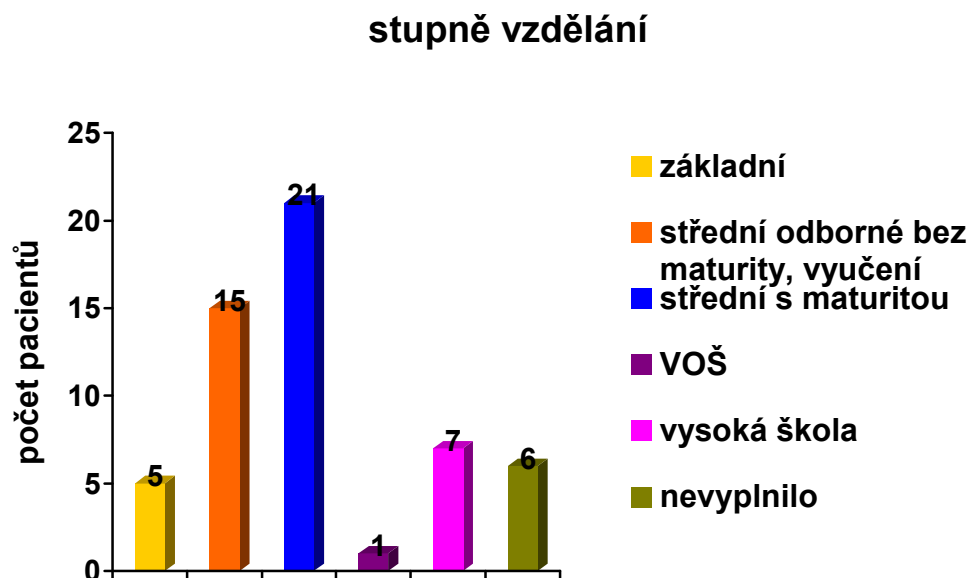
Hypotéza číslo 5 se potvrdila.

## **6.8 Hypotéza 7**

Vzdělanější pacienti (VOŠ a VŠ) přichází na OUPD s neakutními obtížemi častěji, než pacienti méně vzdělaní (základní vzdělání a střední bez maturity).

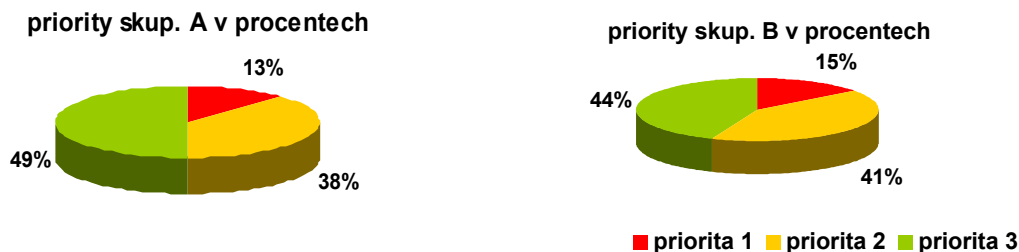
Otázku číslo 3 (Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?) odpovědělo celkem 49 respondentů. Rozložení odpovědí bylo takovéto, viz. graf 18:

graf č. 18: rozložení vzdělání mezi pacienty (zdroj: vlastní)



Z výše uvedeného grafu vyplývá, že kategorii pro tuto hypotézu splňuje pouze 8 respondentů. V následujícím grafu (graf 19) je vidět zastoupení priorit u skupiny A (pacienti s VOŠ a VŠ) oproti skupině B (pacienti se základním, středním odborným vzděláním bez maturity, vyučení a se středním vzděláním s maturitou):

graf č. 19: zastoupení priorit u skupiny A (VOŠ, VŠ) a B (ostatní) v procentech (zdroj: vlastní)

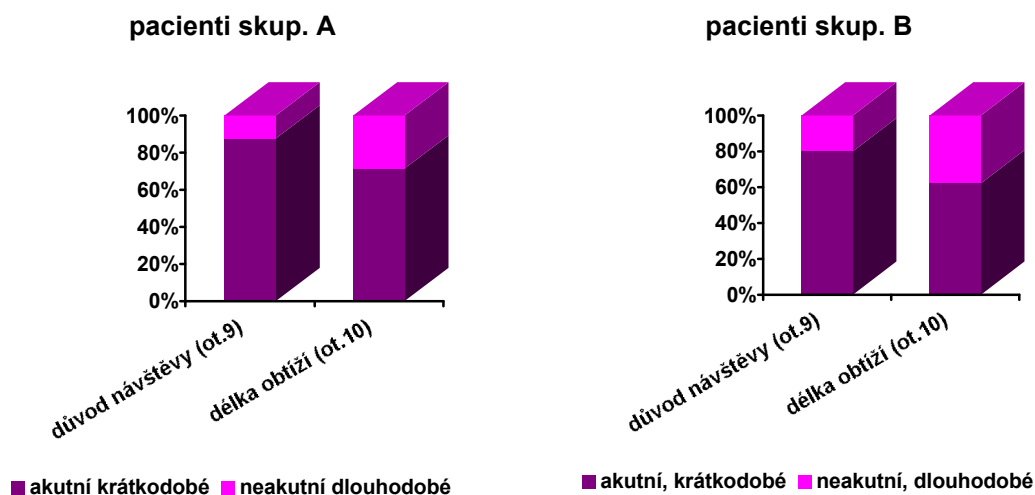


V obou skupinách je zastoupení priorit velmi obdobné, přesto je ve skupině A mírná tendence k většímu zastoupení v prioritě 3. Zda je tento jev náhodný, nebo relevantní, by pravděpodobně ukázal až větší počet respondentů. Korelační koeficient ukázal slabou, negativní (-0,317), z více než 95% prokazatelnou, závislost mezi otázkou vzdělání (č. 3) a dotazem na důvod návštěvy UP (č. 9). Vyplývá z ní, že vzdělanější pacienti spíše navštěvují UP s náhle vzniklými obtížemi, zatímco pacienti s nižším vzděláním chodí spíše s dlouhodobějšími obtížemi. Také se projevila podobně silná závislost (-0,321) s více než 95% prokazatelností s otázkou č. 10, kde je tázána délka trvání nynějších obtíží. Z této závislosti vyplývá, že se vzrůstajícím vzděláním chodí pacienti na urgentní příjem s kratší dobu trvajících obtížemi.

Pro následující graf (graf 20) ponechávám stejné rozdělení skupin A a B. Porovnávám zde otázku číslo 9 a 10. U obou jsem upravila kategorie – sečetla jsem zastoupení odpovědí a. a b., protože v obou otázkách splňují kritérium akutních, krátkodobých obtíží. Odpovědi c., d. a e. pak v obou otázkách splňují kritérium dlouhodobých a neakutních obtíží.



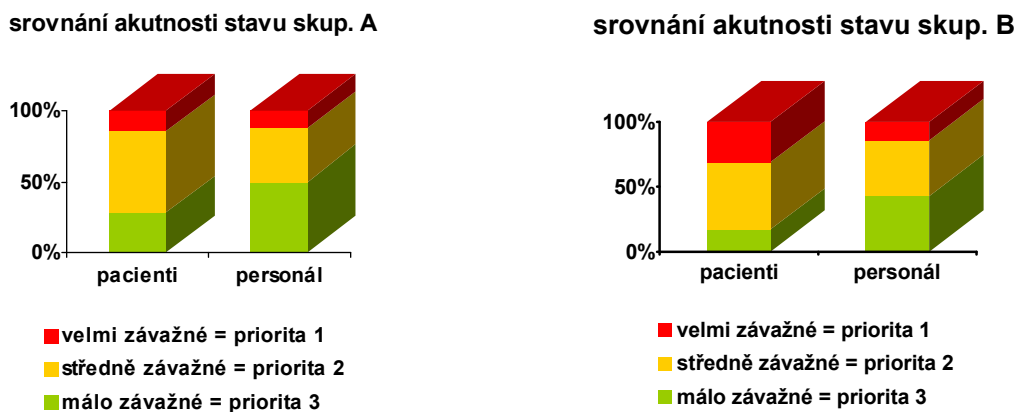
graf č. 20: porovnání odpovědí skupiny A (VOŠ, VŠ) a B (ostatní) u otázek 9 a 10 (zdroj: vlastní)



Z výše uvedených grafů vyplývá, že vzdělanější pacienti opravdu navštěvují UP s náhle vzniklými obtížemi, které netrvají déle než jeden den, častěji, než pacienti méně vzdělaní.

V následujícím grafu porovnávám opět skupinu A a B, tentokrát v kontextu otázky číslo 11 (vnímání akutnosti obtíží) a priority přidělené třídící sestrou, viz graf 21.

graf č. 21: porovnání odpovědí skupiny A (VOŠ, VŠ) a B (ostatní) u otázky 11 a priority (zdroj: vlastní)



Na těchto grafech je vidět, že vzdělanější pacienti hodnotí svůj stav méně závažně než pacienti méně vzdělaní – i z jejich odpovědí tedy vyplývá, že navštěvují UP častěji s neakutními obtížemi, než pacienti méně vzdělaní.

Pro tento malý vzorek se hypotéza potvrdila.

## 7 Diskuze

Výsledek výzkumu ukazuje, že urgentní příjem nejčastěji navštěvují pacienti s neakutními obtížemi (46 %). Bondové a kol. vyšlo procento neurgentního užití ještě vyšší (62.5 %) <sup>35</sup>. Vzhledem k tomu, že je Motolská nemocnice jedna z největších a nejznámějších v České republice, je možné, že poměr pacientů s neakutními obtížemi bude vyšší, než v jiných nemocnicích, protože sem spíše přijdou i lidé, kteří jsou v Praze na dovolené. Výzkum Inwalda potvrdil, že je mnohem větší návštěvnost ve velkém městě oproti malému. <sup>36</sup> Neurgentní užití v kontextu věku v mé práci ukázalo nejvyšší užití nejmladší a nejstarší věkovou skupinou. Toto zjištění koresponduje s jinými studii jen zčásti, což může být zapříčiněno různým dělení věkových kategorií – v každé studii řeší otázku věku jinak, respektive je věk různě zpracován v kontextu dalších výsledků. <sup>37,38,39,40,41</sup>

Z celé skupiny pacientů, jež byla ohodnocena prioritou tři, jich celých 56 % přivezla záchranná služba, což neodpovídá výsledkům výzkumu Fraňka, podle kterého je podíl případů záchranné služby s nejnižší naléhavostí pouze 7 % <sup>42</sup>. Příčinou této disproporce může být neshoda v definici nejnižší naléhavosti.

---

<sup>35</sup> Bond, T. K., Stearns, S., Peters, M., Analysis of chronic emergency department use, *Nursing Economics*, 1999, vol. 17, no. 4, p. 207-213, 237.

<sup>36</sup> Inwald, A. C. A comparison of self-referred patients to accident and emergency departments between an urban district and a rural district. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1980, vol. 30, no. 213, p. 220-223, ISSN 0035-8797.

<sup>37</sup> Sarver, J. H., Cydulka, R. K., Baker, D. W., Usual source of care and nonurgent emergency department use, *Academic Emergency Medicine*, 2002, vol. 9, no. 9, p. 916-923.

<sup>38</sup> Murphy, A. W. et. al. Characteristics of attenders and their attendances at an urban accident and emergency department over a one year period. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 1999, vol. 16, no. 6, p.425-427, ISSN 1351-0622.

<sup>39</sup> Carret, M. L., Fassa, A. G., Kawachi, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 2007, 7:131, ISSN 1472-6963.

<sup>40</sup> Koubová, M. *Rozdíly ve vnímání závažnosti zdravotního stavu pacientem a zdravotnickým personálem*, Praha, 2010. 73 s., Diplomová práce na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy na ústavu teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí diplomové práce Mgr. Marek Uhlíř.

<sup>41</sup> Inwald, A. C. A comparison of self-referred patients to accident and emergency departments between an urban district and a rural district. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1980, vol. 30, no. 213, p. 220-223, ISSN 0035-8797.

<sup>42</sup> Franěk, O. Struktura příchozích volání na tísňovou linku 155 v Praze. *Urgent. Med.*, 2005, roč. 8, č. 2, s. 6-7.

Dispečerka záchranné služby má omezené možnosti k posouzení stavu, zvláště, nehovoří-li přímo s postiženým – podle mých výsledků byla přes prostředníka záchranná služba volána z 85 %.

Akutní pacienti, kterých bylo pouze 18 %, se z větší části (60 %) dopravili do nemocnice sami. Tyto výsledky potvrzují hypotézu dva a tři. Fakt, že se akutní pacienti dopravují do nemocnice spíše sami, vlastními prostředky, koresponduje s výsledky Koubové v magisterské práci<sup>43</sup>.

Pacienti chodí do nemocnice k ošetření brzy po vzniku svých obtíží, které hodnotí spíše akutněji na rozdíl od třídící sestry příjmu. Tento jev může mít několik důvodů. Jedním z nich může být nedostupnost jiného lékaře, než urgentního příjmu, což potvrzuje můj výzkum, kde skupina nemající z nějakého důvodu dostupného praktického lékaře navštěvuje urgentní příjem častěji s neakutními obtížemi, než skupina, jež ho dostupného má. Nedostupnost praktického lékaře, nebo jiného alternativního místa k ambulantnímu ošetření zvyšuje incidenci neadekvátních návštěv urgentního příjmu, což je v souladu i s jinými studii.<sup>44,45</sup> Ukázalo se, že není souvislost mezi dodržováním preventivních prohlídek a návštěvou urgentního příjmu, ale spíše mezi tím, jestli je praktický lékař dostupný. Ovšem časověná studie provedená ve Španělsku mezi lety 1991-2001 došla k závěru, že zvýšený nárůst návštěv LSPP neměl za následek snížení užití UP.<sup>46</sup> V Sarverově a kol. studii se potvrdilo, že nespokojenost a nedostupnost praktického lékaře zvyšuje výskyt neurgentních užití UP.<sup>47</sup>

---

<sup>43</sup> Koubová, M. *Rozdíly ve vnímání závažnosti zdravotního stavu pacientem a zdravotnickým personálem*, Praha, 2010. 73 s., Diplomová práce na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy na ústavu teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí diplomové práce Mgr. Marek Uhlíř.

<sup>44</sup> Carret, M. L., Fassa, A. G., Kawachi, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 2007, 7:131, ISSN 1472-6963.

<sup>45</sup> Sarver, J. H., Cydulka, R. K., Baker, D. W. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Academic Emergency Medicine*, 2002, vol. 9, no. 9, p. 916-923.

<sup>46</sup> Oterino de la Fuente, D. et al. Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis. *European Journ. of Public Health*, 2006, vol. 17, no. 2, p. 186-182.

<sup>47</sup> Sarver, J. H., Cydulka, R. K., Baker, D. W., Usual source of care and nonurgent emergency department use, *Academic Emergency Medicine*, 2002, vol. 9, no. 9, p. 916-923.

Zaměstnaní pacienti chodí na urgentní příjem více během odpoledne, večera a o víkendech, než v noci a během pracovní doby. Potvrzení této hypotézy vede k úsudku, že dostupnost primární péče není dostatečně přizpůsobena pracujícím občanům. Vedlejším zjištěním bylo, že zaměstnaní pacienti jsou nejčastěji ohodnoceni prioritou 2. Ve všední den se více dostavovali svépomocí, než záchrannou službou, pro tento jev nemám vysvětlení – může být falešně pozitivní, ovlivněn nedostatečným vzorkem výzkumu.

Otázka týkající se incidence neakutních návštěv u pacientů, kteří žijí sami v domácnosti, se v mé studii nedala hodnotit, protože většina respondentů mého vzorku žila s někým v domácnosti. Což však neznamená, že má úvaha o vlivu soužití byla vedena nesprávným směrem – Carretové a kolektivu, kteří provedli podobný výzkum v Brazílii, se potvrdilo, že nedostatek sociální podpory vede ke zvýšení výskytu neurgentních užití<sup>48</sup>. Murphy a kol. došli ve svém výzkumu k závěru, že manželství má negativní závislost na návštěvnost urgentního příjmu<sup>49</sup>, což by mohlo nepřímo potvrzovat moji hypotézu o samostatném bydlení. Sun a kol. také potvrzují, že být svobodný, rozvedený a samoživitel je sociální status, který predikuje zvýšenou návštěvnost UP.<sup>50</sup>

Hypotéza týkající se vlivu vzdělání, která se dá v mém případě špatně ohodnotit, protože skupiny vzdělaných a méně vzdělaných jsou velice nerovnoměrné, vede nejspíše k závěru, že na urgentní příjem přichází menší počet vzdělaných pacientů, než pacientů s nižším vzděláním, což koresponduje s výsledky Suna a kol.<sup>51</sup> Avšak, i tato menší skupina vzdělanějších vykazuje lepší náhled na své obtíže, protože se více blíží hodnocení třídící sestrou - tím spíše

---

<sup>48</sup> Carret, M. L., Fassa, A. G., Kawachi, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 2007, 7:131, ISSN 1472-6963.

<sup>49</sup> Murphy, A. W. et. al. Characteristics of attenders and their attendances at an urban accident and emergency department over a one year period. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 1999, vol. 16, no. 6, p.425-427, ISSN 1351-0622.

<sup>50</sup> Sun, B. C., Burstin, H. R., Brennan, T. A., Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Academic Emergency Medicine*, 2003, vol. 10, no. 4, p. 320-328.

<sup>51</sup> Sun, B. C., Burstin, H. R., Brennan, T. A., Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Academic Emergency Medicine*, 2003, vol. 10, no. 4, p. 320-328.

ukazuje, že pacienti vzdělaní mají spíše tendenci vědomě urgentní příjem zneužívat. Oproti méně vzdělaným, kteří mají horší náhled na své obtíže a tudíž jejich zneužívání je více nevědomé. Ve výzkumu Carretové a kol. se také potvrdila větší incidence pacientů vzdělaných ve věku nad 50 let<sup>52</sup>.

Moje hypotéza, týkající se náhledu pacientů na jejich obtíže v souvislosti s náhledem personálu na jejich obtíže se ukázalo, že zde není žádná souvislost, která by potvrdila alespoň nějakou úměru mezi posouzením stavu pacienty a personálem. Tento závěr souhlasí se závěrem magisterské práce Koubové<sup>53</sup> a výzkumu Carretové a kol., která píše, že závažnost stavu udaná pacientem je slabým indikátorem přiměřenosti užití urgentního příjmu, ačkoliv v jejich práci je trend posuzování opačný – pacienti měli tendenci spíše svůj stav podhodnocovat.<sup>54</sup>

## 7.1 Limity

Způsob určení adekvátnosti užití pomoci priorit není vypovídající ohledně mnohých otázek (zda musel být pacient s obtížemi daného typu ošetřen, zda si pacient jen neví rady – nezná lepší řešení dané situace). Jeho výhodou však je, že je to způsob, který se v praxi užívá, podle tohoto dělení jsou pacienti ošetřováni. Ve většině výzkumů je k posouzení neurgentnosti použito více kritérií – doba čekání, doba ošetření, provedená medikace a způsob ošetření. Je však otázkou, zda je toto řešení lepší – výsledky v porovnání s mým přístupem se zdají podobné. I ostatní výzkumy mají jisté limity v určování neurgentnosti. Důvod mé volby způsobu určení urgentnosti spočíval v jeho jednoduchosti a v myšlence, že je

---

<sup>52</sup> Carret, M. L., Fassa, A. G., Kawachi, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 2007, 7:131, ISSN 1472-6963.

<sup>53</sup> Koubová, M. *Rozdíly ve vnímání závažnosti zdravotního stavu pacientem a zdravotnickým personálem*, Praha, 2010. 73 s., Diplomová práce na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy na ústavu teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí diplomové práce Mgr. Marek Uhlíř.

<sup>54</sup> Carret, M. L., Fassa, A. G., Kawachi, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 2007, 7:131, ISSN 1472-6963.

jednoduché říci, že pacient zneužil urgentní příjem, ve chvíli, kdy má ošetřující personál všechny výsledky a je tedy toto tvrzení objektivizováno.

Jak již bylo napsáno v úvodu praktické části práce, jednalo se o pilotní výzkum, což znamená, že výzkumný vzorek nebyl dostatečně veliký, ani dostatečně reprezentativní. Nedostatek respondentů se nejvíce projevil u zpracování hypotéz 4, 5 a 7, kde jsem se snažila zmapovat více jevů dohromady, což vedlo ke zmenšení původního vzorku. Reprezentativnost nebyla zaručena proto, že se na urgentní příjem pacienti dostávají náhodně – často, což je dáno spíše pozorováním, chodí v určité dny určité typy pacientů. Proto by pro jejich podchycení bylo třeba delšího a rozsáhlejšího výzkumu.

## 8 Závěr

Zneužívání péče je daň dnešní doby – všude a téměř vždy dostupné informace, téměř neomezená možnost zavolání si pomoci, „dopravyschopnost“. Všechny výdobytky doby jsou zaplacený – jak dlouho však bude možnost platit všechno a za všechny?

Je společensky neúnosné omezit možnost péče s rizikem ohrožení byť jediného člověka. Rozhodnutí tohoto typu by bylo velice nepopulární a pravděpodobně by se proti němu zvedla vlna nevole - to že je péče ohrožena právě nadužíváním je skrytá hrozba, jejíž řešení se pro svou nepopulárnost neblíží. Ani jinde ve světě si neví rady s tímto fenoménem, řešení situace pro všestrannou spokojenost se zdá nedostižné. V poměrech, jaké jsou nastaveny, však pacienti nenesou žádnou zodpovědnost za své jednání ani za své chyby, zatímco zdravotníci za své potenciální chyby nesou všechno. Pacient má právo rozhodnout, jaké vyšetření a ošetření chce a potřebuje, oproti lékaři, který za sebou nemá žádnou oporu ohledně nutně ordinovaných vyšetření pro daný stav, jež by ho právně chránila. Tato situace vede k tomu, že jsou pacienti často raději „převyšetrování“, než aby se něco zanedbalo. Cestou ven z této patové situace by mohly být standardy péče, které by určovaly povinná vyšetření při určitých stavech a symptomech – odvrácenou stranou této ochrany by samozřejmě byla, do jisté míry, ztráta svobodného úsudku lékaře.

Takové standardy by ovšem mohly být velkým přínosem pro nelékařský zdravotnický personál sloužící na záchranné službě. Mohly by umožnit objektivní posouzení stavu, kterého dispečerka po telefonu pochopitelně není často schopna, a případně následné ponechání na místě, což nyní možno není. Je možné, že by ubylo neakutních užití nejen urgentního příjmu v Motole, ale i ostatních zdravotnických zařízení podobného typu.

Dalším mechanismem, který by mohl pomoci k jisté regulaci neadekvátního užití zdravotnické péče by mohla být znalost pacientů cen vyšetření. Nevědomost o výši ceny, pouze jisté povrchní povědomí, rozhodně nepřispívají k tomu, aby se zdravotní péči snažili pacienti šetřit.



Pakliže by se upustilo od pokusů o regulaci, dalo by se podívat jiným směrem – FNM by mohla více spolupracovat s praktickými lékaři, jejichž péče je mimo jiné mnohem levnější. Větší spolupráce by mohla být přínosem oběma stranám:

1. nemocnice by mohla zvýšit komunikaci s praktickými lékaři a znát alespoň jejich jméno, místo ordinace, telefonní číslo a možnost registrace nových pacientů – k takovým lékařům by se mohli přesměrovat pacienti, kteří by byli ochotni se přeregistrovat anebo nově zaregistrovat.
2. případnou odměnou by jim mohla být stáž na urgentním příjmu.

Přesměrovat pacienta k jakémukoliv praktickému lékaři, u kterého není registrovaný, není řešením – je veliká pravděpodobnost, že nebude ošetřen, a stejně se nakonec vrátí. Skutečnost, že urgentní příjem nemůže pacientům nabídnout možnost alternativního řešení, mu „svazuje ruce“.

Posledním řešením je přizpůsobení urgentního příjmu potřebám všech pacientů, kteří žádají jeho služeb. Protože důvody zneužití péče nejsou jednoduché a často se překrývají.

Pro další výzkum bych doporučila zařadit konkrétní otázku na důvěru v praktického lékaře. Také bych spíše zvolila standardizovaný rozhovor s otevřenými otázkami, které by se kategorizovaly až při zpracování. Pokusila bych se zmenšit počet otázek o ty, jež lze vyčíst z dokumentace pacienta – bylo by možné pak na jejich místo zařadit jiné dotazy týkající se např. sociálního statutu pacienta, pracovní doby, důvodu pobytu v Praze u lidí, jež zde trvale nepobývají apod. Ohledně doby sběru dat bych jeho provádění doporučila po dobu alespoň jednoho měsíce.

## Seznam použité literatury

### Monografie

1. Pokorný, J. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s., ISBN 80-7262-259-5.

### Článek v tištěném časopise

2. Bond, T. K., Stearns, S., Peters, M., Analysis of chronic emergency department use. *Nursing Economics*, 1999, vol. 17, no. 4, p. 207-213, 237, ISSN 0746-1739.
3. Buda, O. Emergency department – příjmové oddělení v našich podmínkách. *Urgent. Med.*, 2003, roč. 6, č. 3, s. 22-26, ISSN 1212-1924.
4. Carret, M. L., Fassa, A. G., Kawachi, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 2007, 7:131, ISSN 1472-6963.
5. 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.
6. Franěk, O. Struktura příchozích volání na tísňovou linku 155 v Praze. *Urgent. Med.*, 2005, roč. 8, č. 2, s. 6-7, ISSN 1212-1924.
7. Inwald, A. C. A comparison of self-referred patients to accident and emergency departments between an urban district and a rural district. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1980, vol. 30, no. 213, p. 220-223, ISSN 0035-8797.
8. Koubová, M. *Rozdíly ve vnímání závažnosti zdravotního stavu pacientem a zdravotnickým personálem*, Praha, 2010. 73 s., Diplomová práce na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy na ústavu teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí diplomové práce Mgr. Marek Uhlíř.
9. Mareček, V., Pokorný, J. Emergency – vstupní brána do nemocnic. *Zdrav. Nov.*, 2002, roč. 51, č. 33, s. 26-27, ISSN 0044-1996.

10. Murphy, A. W. et. al. Characteristics of attenders and their attendances at an urban accident and emergency department over a one year period. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 1999, vol. 16, no. 6, p.425-427, ISSN 1351-0622.
11. Nešpor, K. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicína pro praxi*, 2007, roč. 4, č. 9, s. 371-373, ISSN 1214-8687.
12. Oterino de la Fuente, D. et al. Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis. *European Journ. of Public Health*, 2006, vol. 17, no. 2, p. 186-182, ISSN 1101-1262.
13. Sarver, J. H., Cydulka, R. K., Baker, D. W. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Academic Emergency Medicine*, 2002, vol. 9, no. 9, p. 916-923, ISSN 1069-6563.
14. Sun, B. C., Burstin, H. R., Brennan, T. A., Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Academic Emergency Medicine*, 2003, vol. 10, no. 4, p. 320-328, ISSN 1069-6563.
15. Větvička, V. Pohotovost vyhláší stav nouze. *Zdrav. Nov.*, 2007, roč. 56, č. 21, s. 6, ISSN 0044-1996.

### **Elektronické zdroje**

16. Drábková, J. *Urgentní medicína na rozcestí: Pohledem účastníka* [online]. [cit. 17. 5. 2011]. Dostupné z: [http://urgentni-prijem.cz/?page\\_id=21](http://urgentni-prijem.cz/?page_id=21)
17. European society for emergency medicine. *European curriculum for emergency medicine* [online]. Brusel: 2009 [cit. 14. 5. 2011] , 37 s. Dostupné z: [http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european\\_curriculum\\_for\\_em-aug09-djw.pdf](http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european_curriculum_for_em-aug09-djw.pdf)
18. GRAWEB. *Urgentní příjem – Nemocnice Břeclav* [online]. 2007 [cit. 17. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.nembv.cz/?p=159>
19. Righi, F. *Emergency medical services system in the European Union* [online]. Copenhagen: WHO, 2008 [cit. 21. 5. 2011], 96 s. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/114406/E92038.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/114406/E92038.pdf)

20. Via Aurea s.r.o. *Ambulance a urgent – Fakultní nemocnice Brno* [online]. 2011 [cit. 20. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/klinika-anesteziologie-resuscitace-a-intenz-med/ambulance-a-urgent/t2012>
21. WebActive s.r.o. *Nemocnice Česká Lípa: Centrální příjem* [online]. 2008 [cit. 17. 5. 2011]. Dostupné z: <http://www.nemcl.cz/cz/informace-pro-pacienty/centralni-prijem/>

### **Firemní zdroje**

22. biochemická a hematologická laboratoř FNM, výsledkové listiny pacientů, květen 2011
23. *Provozní řád pracoviště: Oddělení urgentního příjmu dospělých*. Praha: FNM, 2009, 11 s., 7 příloh.
24. Sekretariát OUPD FNM, květen 2011
25. Třídění pacientů – oddělení urgentního příjmu dospělých. Praha: FNM.
26. Vacková, L. *Urgentní medicína na rozcestí*. Propagační materiál OUPD FNM, 2008, plakát.

## Seznam zkratek

- ARIP – ošetrovatelská péče v anestezii, resuscitaci a intenzivní péči
- ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení
- CMP – cévní mozková příhoda
- CT – computer tomography (počítačová tomografie)
- EKG – elektrokardiogram
- ESEM – European Society for Emergency Medicine (Evropská společnost pro urgentní medicínu)
- EuSEM – European Society for Emergency Medicine (Evropská společnost pro urgentní medicínu)
- EU – Evropská unie
- FNM – Fakultní nemocnice v Motole
- JIP – jednotka intenzivní péče
- KAR – klinika anestezie a resuscitace
- LSPP – lékařská služba první pomoci
- OUPD – oddělení urgentního příjmu dospělých
- RTG – radioizotopový termoelektrický generátor – zkratka užívaná pro rentgenová vyšetření
- RZP – rychlá zdravotnická pomoc
- UP – urgentní příjem
- USA – United States of America
- VAS – vertebrogenní algický syndrom
- ZZS – zdravotnická záchranná služba

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Manifest Rady Evropské společnosti pro urgentní medicínu (ESEM)

**Příloha č. 2:** Třídění pacientů do skupin naléhavosti

**Příloha č. 3:** Sesterská dokumentace OUPD

**Příloha č. 4:** Graf četnosti diagnóz, se kterými přichází pacienti OUPD

**Příloha č. 5:** Dotazník pro pacienty OUPD

**Příloha č. 6:** Povolení k provedení výzkumu

# **Příloha č. 1: Manifest Rady Evropské společnosti pro urgentní medicínu (ESEM)<sup>1</sup>**

## **Charakteristika urgentní medicíny**

*Urgentní zdravotní péče vysoké úrovně má být dostupná komukoli, v každé situaci zdravotní tísně a kdykoli. To vyžaduje tomu odpovídající systém poskytující náležitou péči osobám s akutním onemocněním nebo zraněním.*

*Obor urgentní medicína naplňuje vědecké, klinické a organizační potřeby medicínské disciplíny, která se primárně zabývá náhle vzniklými poruchami zdraví, vyžaduje osobní nebo odborně koncepční přítomnost při přednemocniční, nemocniční a mezinemocniční péči o náhle zdravotně postižené.*

*Náplní činnosti urgentní medicíny je časná diagnóza a léčení všech stavů ohrožujících život, orgány nebo údy. Časně a správně koordinovaná péče omezuje bezprostředně i pozdně úmrtnost a snižuje trvání a závažnost morbidity v příčinné souvislosti s náhlým onemocněním a úrazem. Zmírnění strádání má rovněž zásadní význam. "systém urgentní zdravotní péče musí být klinicky, organizačně a finančně nezávislý. Do systému mají být začleněny i specifické složky, jako třídění, resuscitace a zařízení pro krátkodobé sledování a léčení. Rozsah a druh urgentní péče lze předvídat pouze s omezenou jistotou, a proto musí být personál a zdroje úměrné všem pravděpodobným situacím. Výuka a výcvik musejí být natolik extenzivní, aby připravily odborníky na široké spektrum požadavků.*

*Správná klinická praxe v urgentní medicíně maximalizuje pro postiženého pravděpodobnost příznivého výsledku. Léčení musí být v souladu se soudobými poznatky a péče musí být poskytována s dodržováním zásad humanity a respektu a za dostupnosti potřebné psychosociální podpory. Trvání urgentní péče není časově definováno.*

*Urgentní medicína iniciuje a podporuje spolupráci všech členů zdravotnického týmu. Účinný řetěz péče vyžaduje vazbu mezi poskytovateli přednemocniční péče, nemocničními odborníky a dalšími pracovníky a dále s lékaři a sestrami první linie a se sociálními pracovníky.*

*Týmová práce má zásadní význam. Musí zahrnovat těsnou spolupráci a integrované možnosti pro rozvíjení metodických doporučení a protokolů pro jejich zavedení a realizaci a pro výuku a výzkum. Obor urgentní medicína bude plně realizovat své možnosti, jestliže lékaři s kvalifikací v urgentní medicíně budou mít oprávnění řídit urgentní péči poskytovanou*

---

<sup>1</sup>Pokorný, J. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, s. 6, ISBN 80-7262-259-5.

*pacientům a přijmou za výsledek této péče odpovědnost. Tito lékaři musí mít obdobnou odpovědnost i za řízení prostředí, v němž se urgentní péče poskytuje.*

### **Úkoly a cíle urgentní medicíny:**

- *zajišťovat a v integrovaném systému poskytovat přednemocniční, nemocniční a mezinemocniční urgentní péči;*
- *standardizovat a zvyšovat úroveň urgentní zdravotní péče;*
- *snižovat mortalitu, morbiditu, pracovní neschopnost a strádání způsobené úrazem nebo náhlým onemocněním;*
- *zabývat se výzkumem povahy a léčení urgentních stavů;*
- *shromažďovat epidemiologická data vztahující se k prevenci nehod a k podpoře zdraví.*

### **Příprava a výběr pro klinickou praxi v urgentní medicíně**

*Zajištění vysoké úrovně urgentní medicíny vyžaduje lékaře se specializovanou přípravou. Ostatní lékaři, kteří nejsou odborníky v urgentní medicíně, se budou i nadále účastnit péče o pacienty v akutním stavu. Vedoucí oddělení urgentní medicíny/urgentního příjmu a starší lékaři oddělení musí nicméně být plně kvalifikovanými odborníky uvedeného oboru.*

*Urgentní medicína je samostatnou specializací. Lékaři mohou být zařazeni do specializační průpravy ze základních oborů chirurgie, vnitřního lékařství, anesteziologem, intenzivní péče, pediatrie nebo z kombinace vyjmenovaných oborů. Průprava z oboru urgentní medicína vyžaduje minimálně dva roky zkušeností při plném úvazku na oddělení poskytujícím neodkladnou péči s širokým spektrem případů. Do této doby lze zahrnout až jeden rok z obsahu základního oboru. Praxe pod odborným dohledem vyšší úrovně má zásadní význam. Oprávnění pro činnost lékaře-specialisty v urgentní medicíně má udělovat specifický akreditační orgán.*

*Evropský certifikát pro urgentní medicínu je žádoucí. Jeho základ by měly tvořit srovnatelné standardy všech evropských zemí. Panevropská specializační zkouška by měla být rovněž připravena tak, aby zhodnotila znalosti, dovednosti a řídicí schopnosti. Zavedení standardů výchovy vzdělávání v urgentní medicíně, obdobných pro celou Evropu, je prioritní.*



## **Příloha č. 2: Třídění pacientů do skupin naléhavosti<sup>2</sup>**

- třídí sestra na recepci urgentního příjmu

### priorita 1 – pacient má být viděn lékařem ihned

- pacienti přivezení lékařem RLP, pacienti přivezení posádkou RZP ležící na lůžku neschopni sami vstát a chodit
- všichni pacienti s poruchou vědomí, ať trvalí nebo proběhlou
- bolesti na hrudi doprovázenými dušností, pocením, nauseou či jinými vegetativními příznaky
- křeče
- akutně vzniklá porucha řeči, hybnosti. Krvácení či podezření na něj (meléna, hematemésy, enterorhagie aj.)
- akutní bolest hlavy s teplotou nebo zvracením
- alergické reakce s poruchou dýchání či polykání. Akutní dušnost.
- Nesnesitelná náhlá bolest jakéhokoliv původu a lokalizace

### Priorita 2 – pacient má být vyšetřen lékařem do 1 hodiny od příjezdu na OUPD

- pacienti přivezení posádkou RZP schopni chůze, s život neohrožujícími stavy, opilci, narkomani
- chronické nemoci exacerbované
- zvracení. Horečka. Bolesti hlavy
- zhoršení chronické bolesti

### priorita 3 – pacient může čekat, bude vyšetřen dle obsazenosti vyšetřoven a vytíženosti personálu

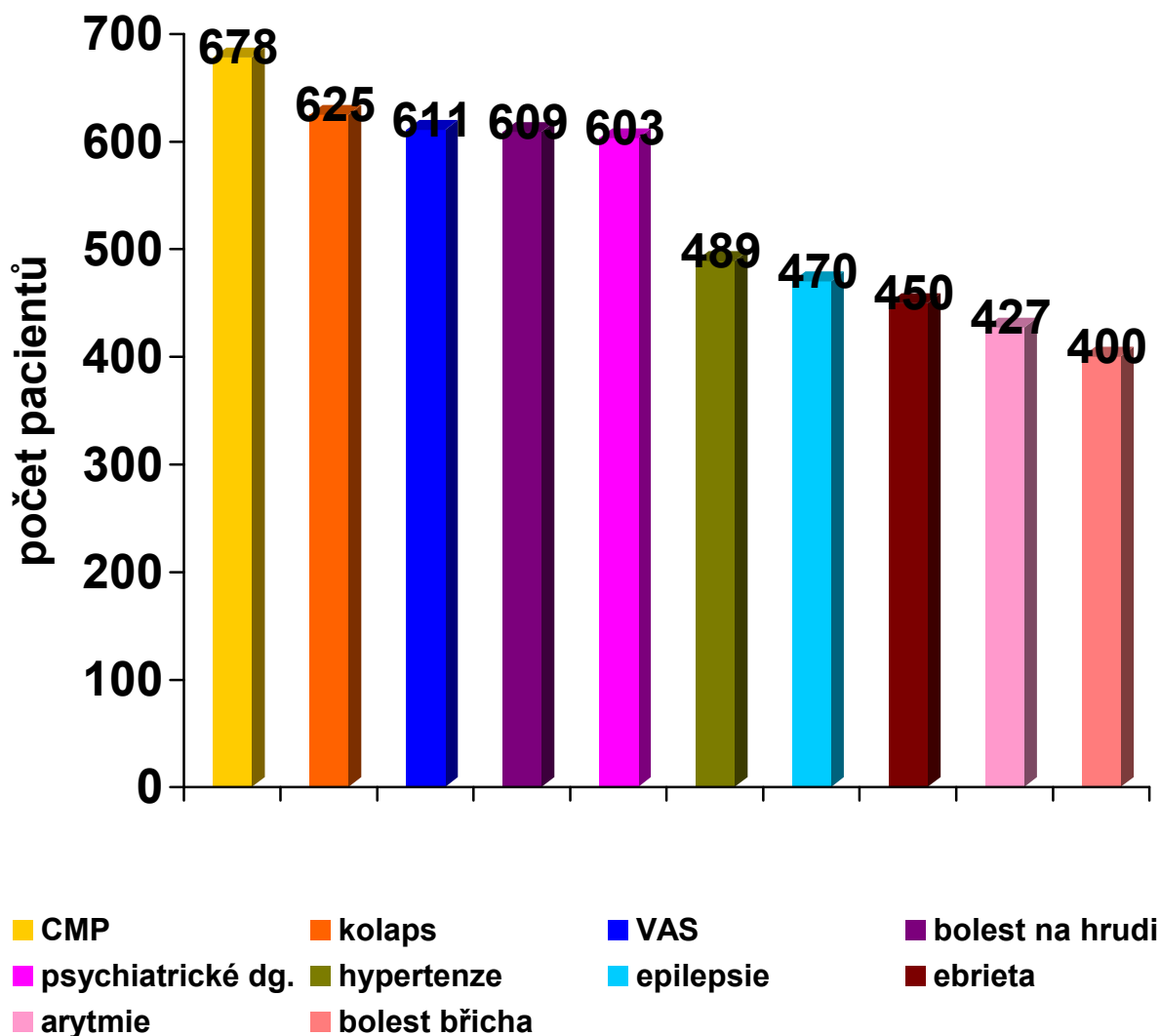
- pacienti čerpající služby namísto ambulantní péče v mimopracovní době a v době mimo ordinální hodiny LSPP, ortopedické obtíže, bolesti zad, nachlazení atd.
- z anamnesy odebrané sestrou recepce není důvodné podezření na stav přímo ohrožující zdraví, pacient není ve viditelném dyskomfortu

---

<sup>2</sup> Třídění pacientů – oddělení urgentního příjmu dospělých. Praha: FNM.



**Příloha č. 4: graf četnosti diagnóz<sup>3</sup>, se kterými přichází pacienti  
OUPD**



<sup>3</sup> Vacková, L. *Urgentní medicína na rozcestí*. Propagační materiál OUPD FNM, 2008, plakát.

## Příloha č. 5: Dotazník pro pacienty OUPD

### Dotazník pro pacienty urgentního příjmu dospělých Fakultní nemocnice v Motole

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Jana Pavlíková a pracuji jako zdravotnický záchranář zde, na urgentním příjmu FN Motol. Studuji ošetřovatelství na vysoké škole a ve své bakalářské práci se zabývám problematikou využití urgentního příjmu v naší nemocnici.

Proto bych Vás chtěla požádat o laskavé vyplnění následujícího anonymního dotazníku. Vaše odpovědi nebudou mít v žádném případě vliv na kvalitu Vašeho ošetření. Budou použity výhradně pro statistické zpracování v rámci mé bakalářské práce.

Velice Vám děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Jana Pavlíková, DiS.

#### 1) Jste:

- a. žena
- b. muž

#### 2) Váš věk je:

- a. do 30 let
- b. 31-45 let
- c. 46-60 let
- d. 61-75 let
- e. nad 76 let

#### 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. základní
- b. střední odborné bez maturity, vyučení
- c. střední s maturitou
- d. VOŠ
- e. vysoká škola

#### 4) Jste:

*(můžete zatrhnout více možností)*

- a. zaměstnanec
- b. soukromý podnikatel
- c. nezaměstnaný
- d. student
- e. důchodce
- f. na rodičovské dovolené
- g. v domácnosti

#### 5) Žijete:

*(můžete zatrhnout více možností)*

- a. sama/sám
- b. s partnerem
- c. s dětmi
- d. s rodiči
- e. s prarodiči
- f. se spolubydlícími
- g. v domě se zajištěnými sociálními službami (dům s peč. službou, domov pro seniory apod.)
- h. nemám stálé přístřeší

#### 6) Jste registrován/a u praktického lékaře?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

#### 7) Kdy jste naposledy byl/a na preventivní prohlídce:

- a. je tomu méně než 2 roky
- b. je to více než 2 roky
- c. nikdy jsem nebyla
- d. nevím

- 8) **Jak daleko máte svého praktického lékaře od místa současného bydliště:**
- do 15 minut pěší chůze
  - do 15 minut jízdy
  - do 15 minut až jedné hodiny jízdy
  - dále než jednu hodinu jízdy

- 9) **Nyní přicházíte na urgentní příjem do nemocnice z důvodu:**
- náhle vzniklých zdravotních obtíží
  - náhlého zhoršení déletrvajících obtíží
  - mám obavy ze zhoršení již dříve přítomných obtíží
  - mám dlouhodobý zdravotní problém, který se nelepší
  - jiný důvod.....

- 10) **Nynější zdravotní obtíže pociťujete:**
- méně než 12 hodin
  - 12 hodin až 1 den
  - déle než 1 den až týden
  - déle než 1 týden až 14 dní
  - více než 14 dní

- 11) **Své zdravotní obtíže vnímáte jako:**

- velmi závažné
- středně závažné
- málo závažné

- 12) **Proč přicházíte na urgentní příjem ve FN v Motole?**

*(můžete zatrhnout více možností)*

- kvůli důvěře ve FN Motol
- kvůli dostupnosti FN Motol
- kvůli nedůvěře ve svého praktického lékaře
- kvůli momentální nedostupnosti svého praktického lékaře.
- byl/a jsem do FN Motol odeslán/a s doporučením lékaře.
- byl/a jsem přivezen/a záchrannou službou
- mám nedostatek času na jiný způsob řešení svých zdravotních problémů
- jiný důvod (napište jaký).....

- 13) **Pokud jste byl/a přivezen/a záchrannou službou:**

- volal/a jste ji Vy sám/sama
- volal Vám ji někdo jiný na Vaši žádost
- volal Vám ji někdo jiný bez Vašeho vědomí

Velice Vám děkuji za Váš čas strávený vyplněním dotazníku.

Jana Pavlíková, DiS.

## Příloha č. 6: Povolení k provedení výzkumu



FN MOTOL



### FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE

*Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči*

150 06 Praha 5 - Motol, V úvalu 84

☎ 22443 1050, Fax: 22443 1020

E-mail: jana.novakova@fnmotol.cz

V Praze dne 5.5.2011

Vážená paní  
**Jana Pavlíková**  
všeobecná sestra  
Odd. urgentního příjmu dospělých,  
FN Motol

#### Věc: Žádost o umožnění provádění výzkumu

Vážená paní Pavlíková,

**vyhovuji** Vaší žádosti a **souhlasím** s prováděním výzkumu pro Vaši bakalářskou práci na téma „Analýza neurgentního užívání urgentního příjmu“. Kontaktujte prosím vrchní sestry, které potřebujete oslovit.

S pozdravem

Mgr. Jana Nováková, MBA  
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE  
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84  
náměstkyně pro oš. péči  
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203