

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**PROBLEMATIKA URGENTNÍHO PŘÍJMU
V NEMOCNICI NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUDMILA NOVOTNÁ

Praha 2018

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**PROBLEMATIKA URGENTNÍHO PŘÍJMU
V NEMOCNICI NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ**

Bakalářská práce

LUDMILA NOVOTNÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

NOVOTNÁ Ludmila

3CZZ

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Problematika urgentního příjmu v Nemocnici Nové Město na Moravě

The Issue of Emergency Admissions to the Hospital Nové Město na Moravě

Vedoucí bakalářské práce: doc.MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce doc. MUDr. Lidmile Hamplové, PhD. za vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala Janu Škrabánkovi za pomoc při psaní mé bakalářské práce a také mé rodině za podporu během studií.

ABSTRAKT

NOVOTNÁ, Ludmila. *Problematika urgentního příjmu v Nemocnici Nové Město na Moravě*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Praha. 2018. 77 s.

Tématem bakalářské práce je Problematika urgentního příjmu v Nemocnici Nové Město na Moravě. Teoretická část práce je zaměřena na popis urgentní medicíny, strukturu urgentního příjmu a na nejčastější diagnózy na oddělení urgentního příjmu v Nemocnici Nové Město na Moravě. V praktické části zjišťujeme frekvenci neoprávněného využití služeb Zdravotnické záchranné služby kraje Vysočina a urgentního příjmu. Dále zjišťujeme nejčastější diagnózy, kvůli nimž pacienti v regionu Žďár nad Sázavou navštěvují urgentní příjem v Nemocnici Nové město na Moravě a spokojenost pacientů s těmito službami.

Klíčová slova

Lékařská služba první pomoci. Pacient. Urgentní medicína. Urgentní příjem. Záchranná zdravotní služba.

ABSTRACT

NOVOTNÁ, Ludmila. *The Issue of Emergency Admission to the Hospital Nové Město na Moravě*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. 2018. 77 pages.

This thesis examines issues of Emergency department admissions in Hospital of Nové Město na Moravě. The thesis consists of two parts. Theoretical part describes emergency medical services, structure of Emergency department admissions and the most common diagnoses in given department. The practical research examines frequency of misuse of emergency medical services. It also examines the most frequent diagnoses in the department as well as customer satisfaction on patient's part.

Keywords

Ambulance. Emergency Admission. First Aid. Medical Service. Patient. Urgent Medicine.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD.....	13
1 URGENTNÍ MEDICÍNA	15
1.1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA.....	16
1.2 OPERAČNÍ STŘEDISKO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	17
1.3 TRIAGE	18
1.4 AKUTNÍ STAVY	19
2 URGENTNÍ PŘÍJEM	21
2.1 HISTORIE URGENTNÍHO PŘÍJMU.....	22
2.2 STRUKTURA URGENTNÍHO PŘÍJMU	22
2.2.1 RECEPCE	22
2.2.2 DISPEČINK	23
2.2.3 VYSOKOPRAHOVÝ PŘÍJEM – EMERGENCY ROOM	23
2.2.4 NÍZKOPRAHOVÝ PŘÍJEM	24
2.2.5 BEZPRAHOVÝ PŘÍJEM.....	24
2.2.6 EXPEKTAČNÍ LŮŽKA	25
2.2.7 HELIPORT	25
2.3 URGENTNÍ PŘÍJEM V NEMOCNICI NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ	25
2.3.1 RECEPCE.....	26
2.3.2 CHIRURGICKÁ POHOTOVOSTNÍ AMBULANCE.....	26
2.3.3 LSPP	26
2.3.4 INTERNÍ AMBULANCE	26
2.3.5 EXPEKTAČNÍ LŮŽKA	27
2.3.6 VYTÍŽENOST UP V NEMOCNICI NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ	27
3 NEJČASTĚJŠÍ DIAGÓZY NA URGENTNÍM PŘÍJMU.....	29
3.1 BOLESTI NA HRUDI.....	29
3.2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	29
3.3 DUŠNOST.....	30
3.4 HYPERTENZE	31
3.5 INTOXIKACE ALKOHOLEM	32
3.6 KOLAPS A SYNKOPA.....	33
3.7 VERTIGO.....	34

4	PROBLEMATIKA URGENTNÍHO PŘÍJMU V NEMOCNICI NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ	36
4.1	CÍLE PRŮZKUMU	36
4.2	PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	36
4.3	METODIKA PRŮZKUMU.....	37
4.4	PRŮZKUMNÝ SOUBOR A ORGANIZACE PRŮZKUMU.....	37
4.5	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	38
5	VÝPOČTY	67
6	DISKUSE.....	69
6.1	DOPORUČENÍ	72
7	ZÁVĚR	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anémie – chudokrevnost

Antiagregancia – snižují krevní srážlivost narušením funkce krevních destiček
trombocytů

Antidotum – látka s opačným účinkem k jiné látce, protilátka, protijed

Antiemetika – léčivo tlumící zvracení

Antihistaminika – léky blokující účinek histaminu

Antihypertenziva – léky proti vysokému krevnímu tlaku

Antikoagulační – působící proti koagulaci, krevnímu srážení

Antivertiginózum – léčivo určené k potlačení závratí

Anurie – malé množství moči vytvořené za 24 hod. méně než 100 ml

Asfyxie – nedostatek kyslíku v orgánech a v tkáních

Benzodiazepiny – léky řazené do psychofarmak

Bronchitida – zánět průdušek

Bronchodilatancia – léky rozšiřující průdušky bronchy

Disekce – podélné „odlepení“ stěny tepny

Diuretika – léky zvyšující tvorbu a vylučování moči

Embolie – vmetení, zaklínění vmetku v cévách

Epistaxe – krvácení z nosu

Expektorancia – léky usnadňující vykašlávání hlenu

Hemiparéza – částečné ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla

Hemiplegie – úplné ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla

Hemokoagulace – krevní srážení

Hyperventilace – je zrychlené a prohloubené dýchání

Hypoglykémie – pokles hladiny glukózy v krvi

Intracerebrální – nitromozkové, uvnitř vlastní mozkové tkáně

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

Koniotomie – protěti vazivové membrány hrtanu mezi štítnou a prstencovou
chrupavkou

Kortikosteroidy – steroidní hormony kůry nadledvin

Laryngospasmus – křečovitě uzavření hrtanu

Mukolytika – léky usnadňující vykašlávání tím, že zředí hlen

Oligurie – malé množství moči vytvořené za 24 hod. méně než 500 ml

Oxygenoterapie – léčba kyslíkem

Palpitace – bušení srdce

Pleuritida – zánět pohrudnice

Pneumonice – zánět plic

Pneumotorax – nahromadění vzduchu či jiného plynu v pleurální dutině

Pyróza – pálení žáhy

Subarachnoidální – podpavoučnicový, pod pavoučnicí

Sympatomimetika – léky s podobným účinkem jako sympatický nervový systém

Toxikologie – věda zabývající se jedy

Toxikománie – drogová a léková závislost

Trombolýza – proces rozpouštění krevní sraženiny, trombu

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Pohlaví pacienta.....	39
Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání	40
Tabulka 3 Věk pacienta	41
Tabulka 4 Den návštěvy na UP.....	42
Tabulka 5 Čas návštěvy na UP	43
Tabulka 6 Diagnóza	44
Tabulka 7 Způsob jak se pacient dostavil na UP	45
Tabulka 8 Využil pacient již v minulosti služeb ZZS?.....	46
Tabulka 9 Už byl pacient někdy v minulosti s tím to problémem hospitalizován?	47
Tabulka 10 Spokojenost pacienta se službami UP	48
Tabulka 11 Spokojenost pacienta se službami ZZS	49
Tabulka 12 Důvod nespokojenosti pacienta	50
Tabulka 13 Hospitalizace.....	51
Tabulka 14 Hospitalizace pacientů, kteří využili ZZS	52
Tabulka 15 Bylo nutné využít služeb ZZS?.....	53
Tabulka 16 Bylo nutné využít služeb UP?.....	54
Tabulka 17 Pohlaví pacienta.....	55
Tabulka 18 Nejvyšší dosažené vzdělání	56
Tabulka 19 Věk pacienta	57
Tabulka 20 Den návštěvy na LSPP.....	58
Tabulka 21 Čas návštěvy na LSPP	59
Tabulka 22 Diagnóza	60
Tabulka 23 Proč pacient využil svého PL?.....	61
Tabulka 24 Spokojenost pacienta na LSPP	62
Tabulka 25 Nespokojenost pacienta na LSPP	63
Tabulka 26 Hospitalizace.....	64
Tabulka 27 Bylo nutné využít služeb LSPP?.....	65
Tabulka 28 Skutečné a očekávané četnosti na UP.....	67
Tabulka 29 Skutečné a očekávané četnosti na LSPP.....	68

Graf 1 Pohlaví pacienta.....	39
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	40
Graf 3 Věk pacienta	41
Graf 4 Den návštěvy na UP	42
Graf 5 Čas návštěvy na UP	43
Graf 6 Diagnóza.....	44
Graf 7 Způsob jak se pacient dostavil na UP	45
Graf 8 Využil pacient již v minulosti služeb ZZS?	46
Graf 9 Už byl pacient někdy v minulosti s tím to problémem hospitalizován?.....	47
Graf 10 Spokojenost pacienta se službami UP	48
Graf 11 Spokojenost pacienta se službami ZZS	49
Graf 12 Důvod nespokojenosti pacienta	50
Graf 13 Hospitalizace	51
Graf 14 Hospitalizace pacientů, kteří využili ZZS	52
Graf 15 Bylo nutné využít služeb ZZS?	53
Graf 16 Bylo nutné využít služeb UP?	54
Graf 17 Pohlaví pacienta.....	55
Graf 18 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	56
Graf 19 Věk pacienta	57
Graf 20 Den návštěvy na LSPP	58
Graf 21 Čas návštěvy na LSPP	59
Graf 22 Diagnóza.....	60
Graf 23 Proč pacient využil svého PL?	61
Graf 24 Spokojenost pacienta na LSPP	62
Graf 25 Nespokojenost pacienta na LSPP	64
Graf 26 Hospitalizace	65
Graf 27 Bylo nutné využít služeb LSPP?	66

ÚVOD

Urgentní příjem neboli emergency je oddělení nemocnice, které zajišťuje akutní ošetrovatelskou péči pacientům. Emergency slouží k lepšímu přechodu z přednemocniční péče do nemocniční péče. Toto pracoviště je personálně, materiálně a přístrojově vybaveno pro příjem samostatně přichozích pacientů i převzetí nemocných od zdravotnické záchranné služby.

Bohužel není neobvyklé, že pacienti služeb urgentního příjmu využívají i v situaci, kdy to není nutné. Můžeme tedy hovořit o neoprávněném využití či zneužití služeb UP. Svě mírné zdravotní obtíže, které by dostatečně ošetřil jejich praktický lékař, řeší cestou urgentního příjmu. V jiných případech navštěvují urgentní příjem pacienti, kteří zanedbají onemocnění. Zdravotní potíže se u nich projevují několik dní, týdnů až měsíců. V těchto situacích je na místě vyhledat zdravotní péči dříve u svého praktického lékaře či jiného specialisty. Právě tyto pacienti zatěžují urgentní příjem, což zbytečně zvyšuje náklady oddělení, jehož primárním účelem je zajišťovat akutní péči. Kapacita emergency, časová náročnost a síly zdravotnického personálu jsou omezené.

V této bakalářské práci zkoumáme problematiku urgentního příjmu v nemocnici Nové Město na Moravě. Zaměřujeme se na frekvenci neoprávněného využití Urgentního příjmu v Nemocnici Nové Město na Moravě a Zdravotnické záchranné služby Vysočina. Neoprávněným využitím urgentního příjmu se rozumí situace, kdy ošetřující lékař určí, že návštěva urgentního příjmu nebyla nutná, případně určí, že bylo možné problém řešit cestou praktického lékaře. Zneužitím zdravotnické záchranné služby rozumíme situaci, kdy ošetřující lékař určí, že k danému případu nebylo nutné volat zdravotnickou záchrannou službu. Dále zjišťujeme nejčastější diagnózy, kvůli nimž pacienti v regionu Žďár nad Sázavou navštěvují urgentní příjem v Nemocnici Nové město na Moravě a spokojenost pacientů s těmito službami.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1 – seznámit čtenáře se strukturou urgentního příjmu.

Cíl 2 – seznámit čtenáře s nejčastějšími diagnózami na Urgentním příjmu v Nemocnici Nové město na Moravě.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1 – zjistit a zmapovat nejčastější diagnózy, kvůli nimž pacienti v regionu Žďár nad Sázavou a okolí využívají služeb ZZS Kraje Vysočina a urgentního příjmu ve spádové Nemocnici Nové Město na Moravě.

Cíl 2 – zjistit frekvenci neoprávněného využití služeb ZZS Kraje Vysočina a zneužívání služeb urgentního příjmu v daném regionu.

Cíl 3 – zjistit frekvenci následné hospitalizovanosti pacientů, kteří využili služeb ZZS Kraje Vysočina.

Cíl 4 – zjistit spokojenost pacientů s poskytovanými službami PNP a urgentní péče.

Vstupní literatura:

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Diferenciální diagnostika nejčastějších symptomů*. Praha: Triton, 2010. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-352-3.

DOBIÁŠ, Viliam a a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. dopl. vyd. Martin: Osveta, 2012. ISBN 978-80-8063-387-5.

POLÁK, Martin. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Praha: Mladá fronta, 2014. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3208-7.

REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací, které byly následovně využity pro tvorbu bakalářské práce, zajistila Knihovna Matěje Josefa Sychry ve Žďáře nad Sázavou (Rešerše č. 2/2018). Čtenářskou knihovnou byly vyhledávány knihy a články. Od českých autorů bylo vyhledáno 43 zdrojů. Zahraničních zdrojů bylo vyhledáno 4. Klíčová slova v českém jazyce byla zvolena: urgentní medicína, urgentní příjem, pohotovost, válečná medicína. Použity byly pouze citované zdroje, které se týkaly tématu bakalářské práce.

1 URGENTNÍ MEDICÍNA

Na základě poznatků válečné chirurgie z druhé světové války a dalších válečných konfliktů lékaři v 70. letech ve Spojených státech Amerických založili obor urgentní medicíny pod názvem Emergency medicine. Jedním z prvních kroků bylo zřízení tzv. urgentních míst (emergency rooms) v 50. letech. Praxe ukázala, že tato místa nedokáží efektivně zajistit nutnou péči pro pacienty. Jedním z problémů byla nedostatečná kvalifikace personálu pro řešení akutních stavů, kdy se urgentní medicíně věnovali primárně všeobecní praktičtí lékaři, kteří částečně sloužili na urgentním oddělení. Rozpoznání těchto problémů spolu s centralizací zdravotní péče do nemocničních zařízení vedla k etablování oboru v 70. letech (ZINK, 2006).

Urgentní medicína je interdisciplinární lékařský obor, který se zabývá diagnostikou, prvotním ošetřením a následným zaléčením náhle vzniklých akutní stavů, které ohrožují život pacienta nebo jeho zdraví. Akutními stavy se rozumí všechny srdeční zástavy, poruchy rytmu, mozkové mrtvice, úrazy, metabolické rozvraty, náhlé zhoršení chronického onemocnění, polytraumata, atd. Péče je poskytována ihned na místě zásahu, ať už se jedná o dopravní nehody, živelné pohromy, hromadná neštěstí způsobená lidským působením či teroristické útoky. V urgentní medicíně je kladen důraz na odbornou pomoc bez zbytečného odkladu. Včasná diagnostika, terapie a odsun postiženého do nemocnice zvyšují jeho naději na uzdravení. Každá minuta hraje svoji roli v boji o záchranu lidského života či jeho zdraví. Neméně důležité je zmírnění bolesti a utrpení postiženého. Ošetření a léčení postiženého probíhá již během odborného transportu do zdravotnického zařízení. Zde probíhá předání nemocného v ideálním případě na oddělení urgentního příjmu. Praxe tohoto oboru zahrnuje přednemocniční a nemocniční neodkladnou péči, dále též koordinaci, strategické rozhodování, plánování a spolupráci operačního střediska s ostatními složkami integrovaného záchranného systému. Urgentní příjem (dále jen UP) se skládá z oborů anesteziologie, resuscitace, chirurgie, pediatrie, vnitřního a všeobecné lékařství. Tato péče by měla být dostupná komukoliv a kdykoliv. Úkoly a cíle UP jsou zajišťovat přednemocniční a nemocniční urgentní péči. Dále snižovat mortalitu, morbiditu a minimalizovat následky způsobené úrazem nebo náhle vzniklým onemocněním. Rovněž se zabývá výzkumem, podporou zdraví a prevencí nehod. Součástí oboru je

také medicína katastrof, ta se zaměřuje na případy hromadného poškození zdraví, krizovým řízením a ochranou obyvatelstva (DOBIÁŠ, 2012).

Moderní systém urgentní péče má tři základní pilíře:

- *Přednemocniční péči (tedy práci zdravotnické záchranné služby),*
- *Urgentní nemocniční péči (ta se odehrává na urgentních příjmech),*
- *Připravenost na řešení mimořádných událostí. (ŠEBLOVÁ, KNOR, 2013, str. 13).*

1.1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

Základní složkou Integrovaného záchranného systému (dále jen IZS) je Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS). Jejím cílem je zajišťovat odbornou první pomoc a neodkladnou přednemocniční péči postižené osobě na místě mimořádné události. Rovněž zabezpečuje transport pacientů do zdravotnického zařízení. ZZS je organizována do čtrnácti územních středisek. Tuto službu poskytují výjezdové skupiny, které rozdělujeme na posádky rychlé lékařské pomoci (dále jen RLP), posádky rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP) a leteckou záchrannou službu (dále jen LZS). RLP tvoří lékař, zdravotnický záchranář nebo záchranáři. Rendez-vous (dále jen RV) systém je přístup, při kterém se setkávají dva typy výjezdových skupin na místě zásahu. Jednu posádku tvoří skupina RV (lékař, řidič a záchranář) ve vybaveném terénním nebo osobním vozidle. Druhou posádkou je RZP ve vybaveném sanitním vozidle, které je přizpůsobeno pro převoz postižené osoby. RZP je vždy tvořena zdravotnickým záchranářem a řidičem záchranářem. Součástí ZZS je Krajské zdravotnické operační středisko (dále jen KZOS), které nepřetržitě přijímá tísňová volání a vyhodnocuje stupeň naléhavosti události. Rovněž rozhoduje o vyslání výjezdové skupiny a o spolupráci s IZS, spolupracuje s cílovým poskytovatelem lůžkové péče, poskytuje instrukce první pomoci do příjezdu ZZS a koordinuje veškeré zdravotnické služby v souvislosti s poskytováním přednemocniční neodkladné péče (dále jen PNP) (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

Indikací k primárnímu výjezdu ZZS na výzvu tísňového volání jsou stavy, které bezprostředně ohrožují život, mohou vést k zhoršení chorobných stavů, působí náhlé utrpení a bolest, mají vliv na změnu chování nemocného, dále stavy, které ohrožují jeho

samotného nebo okolí. Sekundární výjezdy ZZS jsou indikovány pro převoz pacientů mezi zdravotnickými zařízeními. Významnou část těchto výjezdů tvoří urgentní transporty nezralých novorozenců. Dále překlady nemocných do spádových nemocnic nebo přesun vážně zraněných pacientů do specializovaných pracovišť (DOBIÁŠ, 2012).

1.2 OPERAČNÍ STŘEDISKO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

Zdravotnické operační středisko (dále jen ZOS) neboli krajské zdravotnické operační středisko (dále jen KZOS) je centrálním pracovištěm operačního řízení zdravotnické záchranné služby, které pracuje v nepřetržitém provozu a přijímá tísňové výzvy. ZOS spadá pod jednotlivá krajská území zdravotnických záchranných služeb. Operační středisko zpravidla bývá umístěno v krajském městě a zodpovídá za poskytování PNP ve své spádové oblasti na telefonním čísle 155 (ŠEBLOVÁ, KNOR 2013).

Hlavní činnosti zdravotnického operačního střediska jsou:

- *příjem a vyhodnocení tísňových volání;*
- *převzetí a vyhodnocení výzev a vyrozumění přijatých od základních složek integrovaného záchranného systému a do orgánů krizového řízení;*
- *vydávání pokynů výjezdovým skupinám na základě přijatých tísňových výzev;*
- *poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací, je-li nezbytné poskytnout první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny na místo události;*
- *spolupráce s ostatními zdravotnickými operačními středisky, pomocnými operačními středisky a operačními a informačními středisky integrovaného záchranného systému;*
- *koordinace činností pomocných operačních středisek;*
- *zajišťování komunikace mezi poskytovatelem zdravotnické záchranné služby a poskytovateli akutní lůžkové péče;*

- *koordinace přepravy pacientů neodkladné péče mezi poskytovateli zdravotních služeb* (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013, str. 18).

1.3 TRIAGE

Triage je metoda využívaná při rozdělování raněných osob do jednotlivých skupin. Slovo Triage pochází z francouzského slova trier, které znamená síto/vytřídit, odtud třídění raněných. Původ této metody musíme hledat až v Napoleonských válkách, kdy největší hodnota byla přikládána vojákům, kteří se mohou co nejrychleji vrátit do vojenské služby. Cílem třídění je poskytnout postiženým ošetření dle jejich zranění a následně určit jejich pořadí odsunu do zdravotnického zařízení. Využívá se v situacích, kdy počet raněných převyšuje počet zasahujícího záchranného personálu na místě hromadného neštěstí. Klíčovým aspektem takových situací je skutečnost, že není možné, aby každý, kdo potřebuje péči, tuto péči okamžitě dostal. Metoda triage pomáhá rozhodnout, jak alokovat omezené zdroje. (AACHARYA et al., 2011), (MICHELL, 2013).

Metodu třídění zraněných můžeme rozdělit na laickou a odbornou. V ČR se k třídění používá metoda START, která využívá k označení raněných barevné visáčky a pásky. Ty se umisťují na končetiny či na krk raněného. Tato metoda je třídící systém založený na rychlém vyhodnocení základních životních funkcí pacienta, zejména dýchání, krevní oběh a vědomí dle snadno zjistitelných příznaků. Podle závažnosti poranění rozlišujeme čtyři skupiny:

- Priorita 1 (P1) – neodkladná pomoc. Zranění jsou značeny červenou barvou. Jedná se o poranění bezprostředně ohrožující život, které vyžaduje neodkladnou lékařskou pomoc na místě zásahu a přednostní transport do zdravotnického zařízení.
- Priorita 2 (P2) – odložená pomoc. Do této skupiny patří zranění, kteří mají zachované a stabilní životní funkce, ale jejich zranění vyžaduje lékařskou odbornou péči. Ranění nesou označení žlutou barvou a jsou odsunováni do nemocničního zařízení ihned po pacientech s prioritou P1.

- Priorita 3 (P3) – lehce ranění, soběstační. Pacienti jsou lehce ranění, schopní chůze a soběstačnosti. Označují se zeleným štítkem. Ranění jsou transportováni do nemocnice až po skupinách P1 a P2.
- Priorita 4 (P4) – mrtví. Používá se černá barva. Toto označení nesou pacienti, kteří mají zranění neslučitelné se životem či nemají zachovány základní životní funkce (BYDŽOVSKÝ, 2010).

1.4 AKUTNÍ STAVY

Akutní stav je náhlá a závažná změna zdravotního stavu, která začíná náhle a má intenzivní příznaky. Většina akutních stavů vyžaduje rychlý transport do zdravotnického zařízení a neodkladnou lékařskou péči a léčbu. Primárně je pacient v méně závažném akutním stavu směřován do nejbližší nemocnice. Pokud je jeho stav příliš vážný, je postižený ihned odeslán do specializovaných pracovišť k definitivnímu ošetření.

Akutní stavy v urgentní medicíně dělíme na stavy, které:

- Bezprostředně ohrožují život: bezvědomí, bezdeší, masivní krvácení, šokové stavy, zástava krevního oběhu, polytraumata, dušení, náhlá bolest na hrudi, rozsáhlé popáleniny, závažné poranění hlavy s poruchou kvantitativního vědomí, utonutí, oběšení a zasypaní.
- Mohou vést k prohlubování chorobných změn či k náhlé smrti: bolesti na hrudi, poruchy srdečního rytmu, mdloba, kolaps, uštknutí hadem, přehřátí, podchlazení, úrazy elektrickým proudem, křečové stavy, náhlé poruchy hybnosti, intoxikace při zachovaném vědomí, alergické reakce, překotný porod, rozvrat vnitřního prostředí, zvracení krve, meléna, poleptání trávicího či dýchacího traktu, poranění hrudníku a břicha.
- Vyvolají bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny: poranění páteře, zlomeniny dlouhých kostí, závažné poranění oka (poleptání, perforující poranění).
- Způsobí náhlé utrpení a náhlou bolest: kruté bolesti břicha (abdominální kolika, biliární kolika, renální kolika), náhlá vzniklá bolest.

- Působí změny chování postiženého, ohrožující jeho samotného a okolí: akutní psychózy, toxikománie, sebevražedné pokusy (PAVLÍKOVÁ, 2011).

2 URGENTNÍ PŘÍJEM

Urgentním příjmem nazýváme pracoviště, které poskytuje akutní lůžkovou péči pacientovi s náhlou změnou zdravotního stavu. Tato pracoviště zajišťují plynulý přechod mezi PNP a NNP. UP přijímá nemocné, kteří byli přivezeni ZZS nebo zdravotnickou dopravní službou. Dále poskytuje péči nemocným, kteří jsou samostatně příchozí či přišli na doporučení praktického lékaře nebo lékaře specialisty. UP představuje širokou oblast odborností na jednom místě. Jedná se o plně materiálně a přístrojově vybavené oddělení, které urychluje vyšetření a ošetření pacienta. Velký význam UP leží nejen v přínosu pro samotného pacienta, ale také slouží k ulehčení práce odborným ambulancím. Současně funguje jako filtr stavům, které nejsou indikované k hospitalizaci (REMĚŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

UP rozlišuje tyto pacienty:

- Stabilní pacient: životní funkce pacienta jsou v normě odpovídající danému věku.
- Nestabilní pacient: jedna nebo více vitálních funkcí neodpovídají normálním hodnotám. Neobvyklé hodnoty se mohou týkat krevního tlaku, glykémie, srdečního rytmu, dýchání, vědomí nebo jiných parametrů.
- Stabilizovaný pacient: jedná se o pacienta, který byl nestabilní, ale díky léčbě má nejméně dvě z předešlých patologických fyziologických hodnot v normálním rozmezí při pravidelném měření.
- Pacient po laické nebo odborné kardiopulmonální resuscitaci prováděné v terénu.
- Pacient v terminálním stádiu onemocnění: nemocný, jehož prognóza je nepříznivá. Nejčastěji se jedná o pacienty s nádorovým onemocněním či chronickým srdečním selháváním.
- Zemřelý pacient: pacient, který zemřel během příjmu nebo krátce po přijetí na UP. (DRÁBKOVÁ, 2009)

2.1 HISTORIE URGENTNÍHO PŘÍJMU

Vytvoření UP souvisí úzce s oborem urgentní medicíny. Nejdůležitějším důvodem k vybudování je plynulá návaznost PNP a nemocniční neodkladné péče (dále jen NNP). První urgentní příjmy vznikaly v USA v 60. letech 20. století. Vznikaly jako oddělení v nemocnicích, které pečovaly o pacienty mimo ordinační hodiny praktických lékařů a o nepojištěné pacienty. Velký vliv na založení tohoto oddělení měla také válka ve Vietnamu v letech 1955 - 1975 (ZINK 2006).

V evropských zemích se na vzniku UP podíleli převážně lékaři intenzivní péče. První záznam o vzniku UP v tehdejší Československu se týkal UP v Bánské Bystrici v 80. letech 20. století. V České republice byli do roku 1989 akutní pacienti ošetřováni především na jednotkách intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitačním oddělení nebo v odborných ambulancích. Snaha zajistit kontinuitu PNP a NNP vedla k založení specializovaných center, jako jsou např. traumacentra, popáleninová centra, kardiocentra, iktové jednotky apod. Na základě vzniku těchto pracovišť vznikají první UP, které se liší nejen názvem, ale i personálním obsazením a náplní jejich činnosti (HLAVÁČKOVÁ, 2000).

2.2 STRUKTURA URGENTNÍHO PŘÍJMU

Každé oddělení je specifické svou strukturou a organizovaností. Výjimkou není ani oddělení urgentního příjmu. Struktura UP se skládá z recepce, dispečinku, vysokoprahového příjmu (emergency room), nízkoprahového příjmu, bezprahového příjmu, expektačních lůžek a heliportu.

2.2.1 RECEPCE

Zde probíhá příjem a registrace samostatně příchozích pacientů i pacientů, kteří byli přivezeni ZZS. V recepci se nachází nelékařský zdravotnický personál (dále jen NLZP), který provádí prvotní třídění a posílá nemocného do jednotlivých ambulancí dle jeho stavu, dále získává potřebné údaje k identifikaci pacienta. NLZP má možnost pacientův stav konzultovat s lékařem, který je nepřetržitě přítomen na UP.

Dle naléhavosti dělíme akutní stavy na:

- Kritické – okamžité řešení.
- Neodkladné – řešení do 2 hodin.
- Odložitelné – řešení stavu od 2 do 24 hodin při pobytu na UP.

Součástí každé recepce na UP je čekárna pro příchozí pacienty a jejich doprovod. Jsou zde také k dispozici potřebná pojízdná lehátka a sedačky pro imobilní pacienty. Sestra, která je zaměstnaná na recepci v nízkoprahovém příjmu, vykonává rovněž práci dispečerky (REMES, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

2.2.2 DISPEČINK

Dispečink je operační středisko, které pracuje v nepřetržitém provozu a je neustále v telefonickém spojení s KZOS a s dalšími složkami IZS. Operátor/ka UP je v kontaktu s jednotlivými konziliáři, ostatními zaměstnanci UP a koordinuje jejich činnost. Dispečer/ka má také za úkol monitorovat volnou kapacitu zdravotnického zařízení, vyvolávat trauma plán a přebírat pacienty od vozidel ZZS a DNR. Své postupy konzultuje s vedoucím lékařem operačního střediska (ŠEBLOVÁ, KNOR a kol. 2013).

2.2.3 VYSOKOPRAHOVÝ PŘÍJEM – EMERGENCY ROOM

Zde jsou přijímáni pacienti se selhávajícími či selhanými životními funkcemi. Po předání ZZS či LZS je pacient monitorován a jsou provedena nutná ošetření a vyšetření, která stabilizují vitální funkce nemocného. Dalším nezbytným úkolem je stanovení diagnózy pacienta a jeho předání k definitivnímu ošetření. Součástí UP by měl být operační sál, pokud to stavební podmínky dovolí. Ve fakultních a krajských nemocnicích jsou vysokoprahové příjmy samostatně odděleny a vybaveny třemi až čtyřmi resuscitačními lehátky, monitorovacími přístroji, pomůckami k urgentním výkonům (např. koniotomie), farmakologickými a transfúzními přípravky a dalšími nezbytnými zdravotními pomůckami a vybavením. Ostatní nemocnice disponují jedním až dvěma resuscitačními lehátky. V urgentním týmu spolupracuje lékař urgentista s NLZP a s dalšími lékaři, kteří byli přivolaní na konzultaci pacientovi nemoci nebo jeho poranění. Zejména se jedná o anesteziology, neurology, chirurgy, urology, traumatology atd., kteří jsou dostupní na telefonu. Vysokoprahové příjmy jsou

specifické tým, že přijímají pacienty pouze s určitou diagnózou například s bolestmi na hrudi (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013), (JANDA, 2012).

2.2.4 NÍZKOPRAHOVÝ PŘÍJEM

Nízkoprahové příjmy se liší od vysokoprahových příjmů tím, že ošetřují a vyšetřují všechny pacienty bez ohledu na jejich diagnózu. V ČR je většina UP nízkoprahová. Slouží k přijímání pacientů bez ohrožení základních životních funkcí, kteří byli přivezeni ZZS či dopravou raněných a nemocných (dále jen DRN). Pacienti také sem přichází na doporučení od svého praktického lékaře či přichází sami z vlastního rozhodnutí. Na UP se nacházejí specializované ambulance těchto oborů: chirurgie včetně traumatologie a vnitřního lékařství, neurologie, urologie mimo gynekologie. Gynekologické stavy a porody jsou odesílány přímo na oddělení gynekologicko – porodnické. Další součástí nízkoprahového UP je zákrový chirurgický sál, který řeší malé chirurgické výkony. Pacienti, kteří se nahlásí na recepci, jsou tříděni dle jejich stavu nebo obtíží do jednotlivých ambulancí. Může být zahájeno vyšetření a léčba nemocného na expektačních lůžkách. Dle stavu je pacient hospitalizován na některém nemocničním oddělení nebo může být propuštěn domů s dalším doporučením na kontrolu u svého praktického lékaře nebo u jiného lékaře specialisty. Urgentní tým spolupracuje úzce s resuscitačním týmem, který poskytuje KPR péči v rámci celé nemocnice (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013), (POLÁK, 2014).

2.2.5 BEZPRAHOVÝ PŘÍJEM

Bezprahový příjem neboli lékařská služba první pomoci (dále jen LSPP) či ordinace praktického lékaře jsou nedílnou součástí nízkoprahového UP. Lékař na LSPP řeší akutní stavy pacientů, kteří nemají ohrožené životní funkce a nevyžadují vyšetření specialistou. Zejména se jedná o lehké stavy jako například bolesti v krku, bolesti zad, alergické reakce atd. Hlavním úkolem je poskytnutí lékařské péče v okamžiku, kdy jsou ukončené ordinační hodiny praktických lékařů. Péči poskytuje lékař na UP nebo praktičtí lékaři, kteří podepsali smlouvu s danou nemocnicí. LSPP slouží jako filtr a zabraňuje přetěžování nízkoprahového příjmu (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

2.2.6 EXPEKTAČNÍ LŮŽKA

Expektační lůžko je místo, které umožňuje uložení pacienta po dobu pobytu na UP maximálně na 24 hodin. Během pobytu je pacient monitorován, vyšetřován a ošetřován lékařem a ostatním personálem. Dle potřeby se u nemocného provádí doplňující konziliární vyšetření nebo je poslán na speciální vyšetření. Dále je zahájena potřebná krátkodobá terapie k úpravě stavu. Po určení diagnózy lékařem je pacient buď hospitalizován, nebo poslán do domácí péče. Lůžka také slouží k pozorování některých pacientů, u kterých předpokládáme jejich propuštění nebo překlad do jiného zdravotnického zařízení. Toto se týká pacientů po epileptickém záchvatu, astmatickém záchvatu, s bolestmi zad nebo alkoholiků. Toto opatření zajišťuje snížení zatíženosti lůžek na jednotlivých odděleních dané nemocnice. Součástí expektačních lůžek by měl být i box pro observaci pacienta s přenosnou nemocí. Ideální uspořádání lůžek je tzv. „halové“. Jejich počet závisí na množství příjmu a velikosti spádového území dané nemocnice (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

2.2.7 HELIPORT

Heliport je zpevněná plocha v areálu nemocnice případně na střeše budovy. Slouží k předávání pacienta mezi LZS a urgentním týmem. Sestra na recepci UP je vždy informována KZOS o transportu pacienta LZS, aby poté vyslala urgentní tým s pojízdným lehátkem a potřebnými pomůckami k heliportu. Některé heliporty díky osvětlení umožňují přejímat pacienta i za tmy (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

2.3 URGENTNÍ PŘÍJEM V NEMOCNICI NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ

Urgentní příjem neboli Emergency při Nemocnici Nové Město na Moravě byl vybudován v roce 2013. Jedná se o nízkoprahový UP sloužící 24 hodin denně k ošetření všech akutně přichozích pacientů, jejichž stav vyžaduje okamžitou lékařskou péči. Součástí Emergency je interní i chirurgická ambulance, LSPP a expektační lůžka. Pacienti, kteří jsou tříděni sestrou na recepci, přicházejí do jednotlivých ambulancí. Oddělení se musí postarat o všechny přichozí, kteří o pomoc požádají. Na UP se pacienti dostávají třemi způsoby:

- Zdravotnickou záchrannou službou.

- S doporučením od praktického lékaře nebo jiným odborným lékařem.
- Bez doporučení a z vlastního rozhodnutí.

Pacientky s akutními gynekologickými potížemi a děti s nechirurgickým onemocněním odesílání přímo na gynekolocko-porodnické či dětské oddělení (<http://www.nnm.cz/2011/>).

2.3.1 RECEPCE

Recepce v Nemocnici Nové Město na Moravě je řídicí úsek UP. Zde pracuje NLZP, který všechny pacienty přichozí, přivezené ZZS či DNR zadává do systému a třídí dle jejich zdravotního stavu do jednotlivých ambulancí. NLZP na recepci přijímá informaci o příjezdu ZZS na Emergency z KZOS. Tuto událost ohlašuje pracovníkům na expektačních lůžkách nebo pracovníkům na chirurgické pohotovostní ambulanci. Dále sestra na recepci může vyhledávat trauma plán na výzvu KZOS či lékaře, podávat rady a přijímat telefonní hovory různých typů.

2.3.2 CHIRURGICKÁ POHOTOVOSTNÍ AMBULANCE

Chirurgická pohotovostní ambulance přijímá nepřetržitě pacienty s úrazovým poraněním nebo stavu, které vyžadují chirurgické ošetření bez objednání. Ambulance přebírá jak pacienty od ZZS či samostatně přichozí. Nemocní, kteří jsou objednaní na kontrolu, převaz nebo na malý chirurgický zákrok, jsou posíláni na chirurgické ambulance v jiné části budovy.

2.3.3 LSPP

Na LSPP jsou přijímáni pacienti s méně závažnými stavy, nejčastěji se jedná o bolesti v krku či bolesti zad. V týdnu zde slouží lékař, který má službu na lůžkové části UP. O svátcích či víkendech zde z důvodu velkého počtu přichozích vypomáhají praktičtí lékaři, kteří podepsali dohodu o provedení práce s nemocnicí.

2.3.4 INTERNÍ AMBULANCE

Hlavním úkolem interní ambulance na UP je minimalizovat nápor pacientů na expektační lůžka. Ordinační doba lékaře a všeobecné sestry na interní ambulanci je od 7:00 do 15:00, kdy se předpokládá největší počet pacientů, kteří přicházejí od svých praktických lékařů nebo lékařů specialistů. Tito pacienti jsou přijímáni na doporučení

k došetření či k hospitalizaci na interním oddělení. Dále jsou zde vyšetřovány stavy, které nevyžadují monitorování životních funkcí, a nepředpokládá se zhoršení stavu postiženého. Tato ambulance také zajišťuje příjem nemocných z jiného ZZ, tzv. překlad a podávání krevní transfúze objednaným pacientům.

2.3.5 EXPEKTAČNÍ LŮŽKA

Expektační lůžka neboli lůžková část UP spadá pod anesteziologicko-resuscitační oddělení. Součástí vyšetřovny je 5 lůžek, na kterých se pečuje o pacienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje neodkladné vyšetření, ošetření a sledování základních životních funkcí. Původní personální složení bylo jedna sestra a jeden lékař. Nyní se urgentní tým skládá z lékaře urgentisty, dvou NLZP, sanitáře ve dvanáctihodinových směnách a staniční sestry na osmihodinovou směnu. Péče o pacienta na lůžkách spočívá v odebrání krve na základní biochemické a hematologické vyšetření, natočení elektrokardiografické (dále jen EKG) křivky, monitorování vitálních funkcí, vyšetření doktorem a podání léků podle ordinace lékaře. Po provedení potřebných úkonů se obvykle čeká na výsledky. Dle stavu postiženého, výsledků a uvážení lékaře je nemocný poslán na další vyšetření nebo odeslán k hospitalizaci. Všechny tyto úkony jsou zapisovány do dokumentace tzv. *záznamu pacienta*. Urgentní tým úzce spolupracuje s anesteziologicko-resuscitačním týmem a dalšími lékaři specialisty. Pacienti po úspěšné KPR nebo se selhávajícími vitálními funkcemi jsou přijímáni přímo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (dále jen ARO).

2.3.6 VYTÍŽENOST UP V NEMOCNICI NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ

Nápor na UP se vzhledem k charakteru pracoviště nedá předem přesně odhadovat, nicméně zkušenosti z praxe dávají určité vodítko:

- Pracovní dny: Během dopoledne nejvíce dochází pacienti na interní ambulanci. Přicházejí od svého praktického lékaře na různá došetření či s doporučením k hospitalizaci na interním oddělení. Odpoledne obvykle kolem třetí hodiny pacientů přibývá. Důvodem je uzavření praktických a odborných ambulancí. Příjezdy ZZS nelze předpokládat.
- Víkendy: O víkendech je zpravidla zátěž větší než ve všední dny. Jsou zde přijímáni pacienti od ZZS i Ti, kteří přišli samostatně. Jsou třídění dle stavu na chirurgickou pohotovostní ambulanci, LSPP nebo na expektační

lůžka. Příčinou nárůstu je často skutečnost, že pacienti řeší své zdravotní potíže až o víkendu, kdy nemusí do práce, případně podcení příznaky během týdne.

- Noční služba: V tuto dobu je složení pacientů podobné jako o víkendech. Hlavní příjem nemocných je od ZZS.

Největší počet pacientů tedy bývá o víkendech a v odpoledních hodinách všedního dne. Často se stává, že počet nemocných převyšuje kapacitu lůžek a personálu a čekací lhůta neakutních pacientů se může protáhnout až na několik hodin.

3 NEJČASTĚJŠÍ DIAGÓZY NA URGENTNÍM PŘÍJMU

Mezi nejčastější diagnózy pacientů, kteří jsou přijímáni na expektační lůžka UP v Nemocnici v Novém Městě na Moravě, patří bolesti na hrudi, cévní mozková příhoda, dušnost, hypertenze, intoxikace alkoholem, kolaps, synkopa, vertigo.

3.1 BOLESTI NA HRUDI

Bolesti na hrudi neboli stenokardie jsou jednou z nejčastějších indikací k výjezdu ZZS či ošetření na UP. Jedná se o příznaky, které mohou mít široké spektrum příčin. Základní klasifikace je kardiální či nekardiální příčina bolesti. K závažným důvodům stenokardie patří akutní koronární syndrom, direkce aorty, plicní embolie a tenzní pneumotorax. K méně závažným příčinám patří pneumonie, pleuritida, pyróza, tumor, bronchitida, vertebrogenní bolesti a skřípnutý mezižeberní nerv. Bolesti na hrudi jsou často doprovázeny dušností, kolapsem, palpítací nebo nauzeou (POLÁK, 2014).

Základní diagnostikou hrudní bolesti je: anamnéza (pozitivní rodinná anamnéza, typ bolesti), fyzikální vyšetření, změření fyziologických funkcí, základní laboratorní vyšetření (urea, kreatinin, Na, K, Cl, C-reaktivní protein (dále jen CRP), glykémie, jaterní soubor (dále jen JS), celková bílkovina (dále jen CB), kardiospecifické markery, laktát, krevní obraz (dále jen KO), hemokoagulace), speciální laboratorní vyšetření (močový sediment (dále jen M+S), astrup), zobrazovací metody (EKG, rentgen (dále jen RTG) hrudních orgánů, ultrazvuk (dále jen UZ) srdce, výpočetní tomografie (dále jen CT) hrudníku) (BYDŽOVSKÝ, 2010).

Zajištění na UP se zaměřuje především na život ohrožující stavy, které vyžadují okamžité řešení. Mezi prvotní opatření patří: zajištění intravenózního vstupu (dále jen i.v.), monitorování fyziologických funkcí, natočení EKG křivky, odběr biologického materiálu, oxygenoterapie, terapeutická a infuzní léčba (POLÁK, 2014).

3.2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozková příhoda (dále jen CMP) neboli ictus představuje fokální či globální poškození funkce mozku. Příčiny CMP se dělí na ischemii mozku (80 %) a na krvácení subarachnoidální a intracerebrální (20 %). PNP nelze přesně určit příčinu vzniku. Základní triáda příznaků je porucha řeči, pokleslý koutek, hemiparéza až hemiplegie. Při odběru anamnézy je důležité se zaměřit na čas vzniku příznaků, předchozí prodělané

CMP, přidružená onemocnění a chronickou medikací, zejména na antikoagulační, antiagreganční léčbu. Tyto údaje mají velký význam při následném léčebném postupu, mluvíme o tzv. časovém či terapeutickém oknu. Pacienti jsou směřováni do iktových center, kde je prováděná systémová trombolýza podle terapeutického okna (TYRLÍKOVÁ, 2012).

Diagnostika: anamnéza (pozitivní triáda příznaků), fyzikální vyšetření, změření fyziologických funkcí, základní laboratorní vyšetření (urea, kreatinin, Na, K, Cl, CRP, glykémie, JS, CB, KO, hemokoagulace, krevní skupina), speciální laboratorní vyšetření (toxikologie, srdeční enzymy, laktát, astrup), zobrazovací metody (EKG, RTG hrudních orgánů, UZ srdce, CT a magnetická rezonance (dále jen MRI) mozku) (POLÁK, 2014).

Mezi počáteční opatření na UP patří: zajištění i.v. vstupu a PMK, odběr biologického materiálu, sledování průchodnosti dýchacích cest, monitorování fyziologických funkcí, natočení EKG křivky, oxygenoterapie, terapeutická a infuzní léčba, poté transport na CT vyšetřovnu. Důležitá je přítomnost neurologického lékaře, který si řídí léčbu a vyšetření pacienta (POLÁK, 2014).

3.3 DUŠNOST

Dýchání patří mezi základní životní funkce. Fyziologickou hodnotou je 14 -20 dechů za minutu. Dušnost neboli dyspnoe je nepříjemný subjektivní pocit nedostatku vzduchu vnímaná pouze člověkem při vědomí. Postižený má dojem, že je ohrožen na životě. V praxi je jedním z nejčastějších důvodů k dovolávání se ZZS. Dyspnoe můžeme dělit dle stupně dušnosti na:

- Fyziologickou: tato dušnost se vyskytuje v prostředí, kde se nachází málo kyslíku, například ve velkých nadmořských výškách, ve vydýchaných uzavřených prostorech.
- Námahová: dušnost, která se objevuje při aktivitě nemocného – chůze, chůze do schodů atd.
- Klidová: dušnost vzniká bez tělesné námahy.
- Ortopnoe: je dyspnoe podobné klidové dušnosti. Pacient pocítuje úlevu, pokud zaujme ortoptickou polohu, kde zapojuje pomocné dýchací svaly.

- Asfyxie: jedná se o dušení, kdy je pacient ohrožen na životě. Příčinou může být aspirace cizího tělesa (POLÁK, 2014).

Důvodem dušnosti může být defekt v jakékoliv části dýchání. Ve ventilaci (výměna plynů mezi alveoly), difuzi (výměna plynů mezi alveoly a krví), perfuzi (transport plynů krví) a v respiraci (výměna plynů mezi krví a tkáněmi) (ŠEBLOVÁ, KNOR a kol., 2013).

Nejčastější příčiny dušnosti jsou: levostranné srdeční selhávání, akutní infarkt myokardu, astma bronchiale, chronická obstrukční choroba, hyperventilace, pneumonie, plicní embolie, aspirace cizího tělesa, pneumotorax, laryngospasmus, zánětlivé onemocnění dýchacích cest, anémie atd. (ŠEBLOVÁ, KNOR a kol., 2013).

Základní diagnostika dušnosti spočívá v odebrání kompletní anamnézy, fyzikálním vyšetření, změření fyziologických funkcí, základním laboratorním vyšetřením (urea, kreatinin, Na, K, Cl, CRP, glykémie, JS, CB, KO), speciálním laboratorním vyšetření (astrup, odběr sputa, srdeční enzymy, D-dimery aj.) a zobrazovacích metodách (EKG, RTG hrudních orgánů, bronchoskopie, CT a UZ hrudníku a srdce) (POLÁK, 2014).

Mezi počáteční opatření na UP patří: zajištění i.v. vstupu, odběr biologického materiálu, monitorování fyziologických funkcí, natočení EKG křivky. Dle stavu pacienta a příčiny nemoci se aplikuje oxygenoterapie, neinvazivní plicní ventilace, léky (např. diuretika, bronchodilatacia, mukolytika, expektorancia, koritosteoridy, antihistaminika, sympatomimetika, benzodiazepany a infuzní terapie (POLÁK, 2014).

3.4 HYPERTENZE

Hypertenze je choroba, která se vyznačuje opakovaně zvýšeným krevním tlakem nad 140/90 mm Hg. Hypertenze má čtyři stádia:

- 1. stádium: Nedochozí zde k orgánovým změnám. Nemocný je většinou bez obtíží.
- 2. stádium: Změny na orgánech (hypertrofie levé komory, arteroskleróza).
- 3. stádium: Těžké orgánové změny se selhávajícími funkcemi (levostranné kardiální nebo renální selhávání, CMP, akutní infarkt myokardu aj.).

- 4. stádium: maligní hypertenze (změny na očním pozadí, rychle postupující renální selhávání).

S vysokým krevním tlakem je spojena hypertenzní krize. Jedná se o akutní stav s náhlým zvýšením systolického krevního tlaku, ohrožující zdraví a život pacienta. Emergentní krize poškozuje orgány a jejich funkci (BYDŽOVSKÝ, 2010).

Mezi příčiny hypertenzní krize mohou patřit: vynechání antihypertenzní terapie, subarachnoideální krvácení nebo intracerebrální krvácení, stenóza arterie renalis, akutní glomerulonefritida, nefrotický syndrom, preeklampsie, eklampsie, tumory nadledvin, intoxikace, hypertyreóza atd.

V klinickém obrazu sledáváme trvalé zvýšenou hodnotu krevního tlaku nad 180/120 mm Hg, bolesti hlavy, porucha vědomí, zmatenost, bolesti na hrudi, palpitace, dušnost, epistaxe, oligurie/anurie a poruchy vidění (POLÁK, 2014).

Ke klíčové diagnostice patří: anamnéza, fyzikální vyšetření, změření fyziologických funkcí, základní laboratorní vyšetření (urea, kreatinin, Na, K, Cl, CRP, glykémie, JS, CB, KO, hemokoagulace), speciální laboratorní vyšetření (astrup, srdeční enzymy, toxikologie, aj.), zobrazovací metody (EKG, ECHO, RTG hrudních orgánů, bronchoskopie, CT hlavy, CT angiografie hrudní aorty a UZ ledvin) (ŠEBLOVÁ, KNOR a kol., 2013).

Mezi počáteční opatření na UP náleží: zajištění i.v. vstupu, odběr biologického materiálu, monitorování fyziologických funkcí, hlavně krevního tlaku, natočení EKG křivky. Hypertenzní stavy vyžadují okamžité zaléčení a snížení krevního tlaku během 2-6 hodin. Dle stavu pacienta a příčiny hypertenze se podávají: antihypertenziva, diuretika, minerály, benzodiazepany, infuzní terapie aj. (POLÁK, 2014).

3.5 INTOXIKACE ALKOHOLEM

Otrava alkoholem patří mezi časté stavy prezentované na UP. Intoxikace alkoholem může být kombinovaná i s jinými omamnými látkami. Stádia intoxikace alkoholem se dělí podle množství alkoholu v dechu nebo v krvi:

- 1. stádium exitační: 0,5 – 1,5 ‰
- 2. stádium hypnotické: 1,5 – 2,5 ‰

- 3. stádium narkotické: 2,5 – 4,0 ‰
- 4. stádium asfyktické: nad 4,0 ‰

Pokud pacient spadá do kategorie 1. a 2. stádium intoxikace alkoholem a jsou vyloučená další onemocnění či zranění, je předán Polici ČR, která ho odveze na protialkoholní záchytnou stanici. Bohužel se ve většině situací na UP v Novém Městě takto neděje. V případě 3. a 4. stádia je nutná hospitalizace. Léčba je symptomatická. Je důležité zaléčit hypoglykémii, hypotermii nebo selhávání životních funkcí. Pacienta nejvíce ohrožuje aspirace zvratků, asfyxie a rozvrat vnitřního prostředí (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

K diagnostice u lidí s podezřením na intoxikaci alkoholem patří: anamnéza, fyzikální vyšetření, změření fyziologických funkcí, základní laboratorní vyšetření (urea, kreatinin, Na, K, Cl, CRP, glykémie, JS, CB, KO, hladina alkoholu), speciální laboratorní vyšetření (toxikologie, hemokoagulace, laktát, amoniak aj.), zobrazovací metody (EKG, RTG hrudních orgánů, CT hlavy při poranění) (POLÁK, 2014).

K počátečním opatření na UP u těchto lidí patří: zajištění i.v. vstupu, odběr biologického materiálu, sledování průchodnosti dýchacích cest, monitorování fyziologických funkcí, natočení EKG křivky. Při intoxikaci alkoholem je důležité dostatečně hydratovat pacienta infuzní terapií. Dle symptomů se podávají určitá léčiva nebo antidota (POLÁK, 2014).

3.6 KOLAPS A SYNKOPA

Synkopa je krátkodobá ztráta vědomí způsobená nedostatečným průtokem okysličené krve mozkem. Příčinou synkopy je vždy snížení dodávky kyslíku do mozku, zatímco příčin kolapsu může být více. Synkopy se klasifikují jako:

- Kardiální synkopa.
- Nekardiální synkopa.
- Synkopa nejasného původu.

Příčiny mohou být psychogenní, epilepsie, migréna, krvácení do centrálního nervového systému, úrazy hlavy, metabolické poruchy, intoxikace, úrazy, srdeční

onemocnění, léky, ortostatická synkopa a synkopy nejasné etiologie (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

Diagnostika kolapsů a synkop zahrnuje anamnézu, fyzikální vyšetření, změření fyziologických funkcí, základní laboratorní vyšetření (urea, kreatinin, Na, K, Cl, Mg, CRP, glykémie, JS, osmolalita, KO) speciální laboratorní vyšetření (M+S, kardiospecifické markery, hemokoagulace, toxikologie), zobrazovací metody (EKG, UZ srdce, RTG hrudních orgánů, CT hlavy při úrazu).

Během počátečních opatření nesmí být opomenuto na zajištění i. v. vstupu, monitorování fyziologických funkcí, natočení EKG křivky, odběr biologického materiálu, oxygenoterapie, infuzní terapeutická léčba (POLÁK, 2014).

3.7 VERTIGO

Vertigo je stav, který je způsoben pocitem porušené rovnováhy. Etiologie onemocnění je rozmanitá, proto je nutná pečlivá anamnéza. Iluze pohybu může připomínat kolísání země (poziční vertigo) nebo točení země pod nohama (rotační vertigo). Dále vertigo rozlišujeme jako periferní a centrální.

Periferní vertigo může být způsobeno akutní labyrintitidou, neuritidou, n. vestibularis, paroxysmálním pozičním vertigem (poruchy zádního polokruhovitého kanálku), cizím tělesem ve zvukovodu, kinetózou, traumatem hlavy, zánětem středního ucha, Meniérovou chorobou (onemocnění vnitřního ucha s ataky poruchy sluchu a orientace v prostoru) (ŠEBLOVÁ, KNOR a kol., 2013).

Jako příznaky periferního vertiga se popisuje náhlý nástup obtíží, příznaky trvají přibližně minuty až hodiny, horizontální, vertikální nebo poziční závrať, padání do určitého směru, nauzea, zvracení, porucha sluchu.

Oproti tomu centrální vertigo je způsobeno např. hypoglykemií, hypovitaminózou, krvácením do mozečku, mozečkovým infarktem/transitorní ischemickou atakou, nádory, okulární a psychogenní závratí.

Příznaky centrálního vertiga jsou postupně se rozvíjející mírné obtíže, trvání příznaku několik minut, poruchy zraku, hučení v hlavě, prázdno v hlavě, černo před očima, malátnost, mdloby, nauzea (BYDŽOVSKÝ, 2010).

Diagnostika obou typů vertiga zahrnuje odebrání anamnézy (počáteční příznaky, typ závratě), fyzikální vyšetření, změření fyziologických funkcí, základní laboratorní vyšetření (urea, kreatinin, Na, K, Cl, CRP, glykémie, JS, KO), speciální laboratorní vyšetření (M+S, kardi specifické markery), zobrazovací metody (EKG, UZ karotid a vertebrálních tepen, CT a MRI mozku).

U těchto pacientů jako počáteční péči je nutno zajistit i.v. vstup, monitorování fyziologických funkcí, natočení EKG křivky, odběr biologického materiálu, infuzní léčba. V akutní fázi je nutné ovlivnit zejména vegetativní příznaky. Jsou užívána antiemetika a antivertiginóza. Důležité je konziliární vyšetření neurologem či jiným lékařem specialistou (POLÁK, 2014).

4 PROBLEMATIKA URGENTNÍHO PŘÍJMU V NEMOCNICI NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ

V této praktické části bakalářské práce se zaměřujeme na vyhodnocení dat, která byla získána kvantitativním průzkumným šetřením, které bylo prováděno v Nemocnici Nové Město na Moravě na oddělení urgentního příjmu. Tato data byla opatřena pomocí dvou anonymních strukturovaných dotazníků, které byly vyplňovány s pacienty, kteří přišli nebo byli dovezeni ZZS na UP s interní diagnózou. Dále rovněž s pacienty, kteří využili služeb LSPP. Každý jednotlivý případ byl následně zkontrolován se sloužícím lékařem na UP s ohledem na to, zda stav pacienta oprávněně vyžadoval příjezd ZZS nebo péči na UP.

Průzkumný problém: Zjištění úrovně neoprávněného využívání UP v Nemocnici Nové Město na Moravě a Zdravotnické záchranné služby Vysočina.

4.1 CÍLE PRŮZKUMU

Cíl 1 – zjistit a zmapovat nejčastější diagnózy, kvůli nimž pacienti v regionu Žďár nad Sázavou a okolí využívají služeb ZZS Kraje Vysočina a urgentního příjmu ve spádové Nemocnici Nové Město na Moravě.

Cíl 2 – zjistit frekvenci neoprávněného využití služeb ZZS Kraje Vysočina a zneužívání služeb urgentního příjmu v daném regionu.

Cíl 3 – zjistit frekvenci následné hospitalizovanosti pacientů, kteří využili služeb ZZS Kraje Vysočina.

Cíl 4 – zjistit spokojenost pacientů s poskytovanými službami PNP a urgentní péče.

4.2 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Průzkumná otázka 1 – Jaká je nejčastější diagnóza pacientů přijímaných na expektační lůžka a LSPP v Nemocnici Nové město na Moravě?

Průzkumná otázka 2 – Jaký je podíl zneužití služeb ZZS a služeb UP na expektačních lůžkách a na LSPP?

Průzkumná otázka 3 – Jaké procento pacientů, kteří využili služeb ZZS Kraje Vysočina, je následně hospitalizováno?

Průzkumná otázky 4 – Jaké je následné hodnocení služeb ZZS a UP ze strany pacientů?

4.3 METODIKA PRŮZKUMU

Metodikou průzkumu bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda. Nástrojem k získání potřebných dat byly zvoleny dva strukturované anonymní dotazníky, které byly zaměřeny na pacienty na expektačních lůžkách a na pacienty přijaté na LSPP.

Dotazník č. 1, týkající se pacientů na expektačních lůžkách, obsahoval 15 otevřených a uzavřených otázek, které byly rozděleny na 3 sekce. První sekce se týkala identifikace respondenta (pohlaví, věk a vzdělání). Druhá sekce se zaměřila na otázky týkající se specifikace případu. Zde se zkoumal důvod, proč, jak a kdy se pacient dostavil na UP, jeho spokojenost se službami ZZS a UP, následná hospitalizace a zda byl v minulosti už někdy se stejným problémem hospitalizován v nemocnici. Poslední a třetí sekce byla vyplněna se sloužícím lékařem na UP, který vyhodnocuje, zda pacient oprávněně využil UP a ZZS. Celkem bylo získáno 54 dotazníků.

Dotazník č. 2 je zaměřený na pacienty na LSPP. Součástí dotazníku jsou podobné otázky jako u dotazníku č. 1. Je zde 11 otázek, které jsou opět rozděleny do 3 sekcí. V první sekci jsou otázky identifikační. V druhé průzkumné části se řeší důvod a čas příchodu pacienta na LSPP, proč nevyužil péče svého praktického lékaře, spokojenost s péčí a následná péče o pacienta, zda byl odeslán do domácí péče, nebo byl hospitalizován. Třetí část je znovu zhodnocená lékařem a obsahuje jeho vyjádření, zda bylo nutné využít LSPP na UP v Nemocnici Nové Město na Moravě. Bylo vyplněno celkem 53 dotazníků.

4.4 PRŮZKUMNÝ SOUBOR A ORGANIZACE PRŮZKUMU

Pacientům, kteří se dostavili na UP, byly osobně pokládány otázky z předem připraveného dotazníku. Odpovědi jsme rovnou zaznamenali. Poté byl pacientův stav, důvod jeho návštěvy a oprávněné využití služeb UP a ZZS konzultován se sloužícím lékařem. Odpovědi lékaře byly opět zapsány do dotazníku o daném pacientovi.

Dotazníky byly vyplňovány od začátku listopadu 2017 do konce ledna 2018 na UP v Nemocnici Nové Město na Moravě. Výběr respondentů nebyl ovlivněn pohlavím, vzděláním ani diagnózou. Získané dotazníky byly následně přepisovány do elektronické formy. S průzkumem byla nemocnice řádně seznámena a byl podepsán informovaný souhlas s dotazníkovým šetřením náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. Pacienti a lékař vždy ochotně souhlasili s vyplňováním dotazníku. Získaná data byla vyhodnocena a graficky vizualizovaná pomocí výsečových grafů v programu Excel Office a doplněna krátkým komentářem.

4.5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Celá práce sestává z analýzy výsledků dotazníkového šetření realizovaného u dvou souborů: A) Pacienti UP, B) Pacienti LSPP. Jelikož se v obou případech jedná o pacienty, kteří využili služeb Urgentního příjmu Nemocnice Nové Město na Moravě během stejného časového období, budou uvedeny souhrnné demografické údaje za oba zkoumané vzorky. Následně budou vyhodnoceny odpovědi za každý soubor zvlášť. Celkem se podařilo zajistit 107 dotazníků. Počet pacientů LSPP vůči UP představoval takřka ideální poměr 1:1 (53 pacientů na LSPP proti 54 pacientům na UP). Podrobnější informace jsou uvedeny v sekci níže:

A) Zkoumaný vzorek na expektačních lůžkách

Otázka 1 – Pohlaví pacienta?

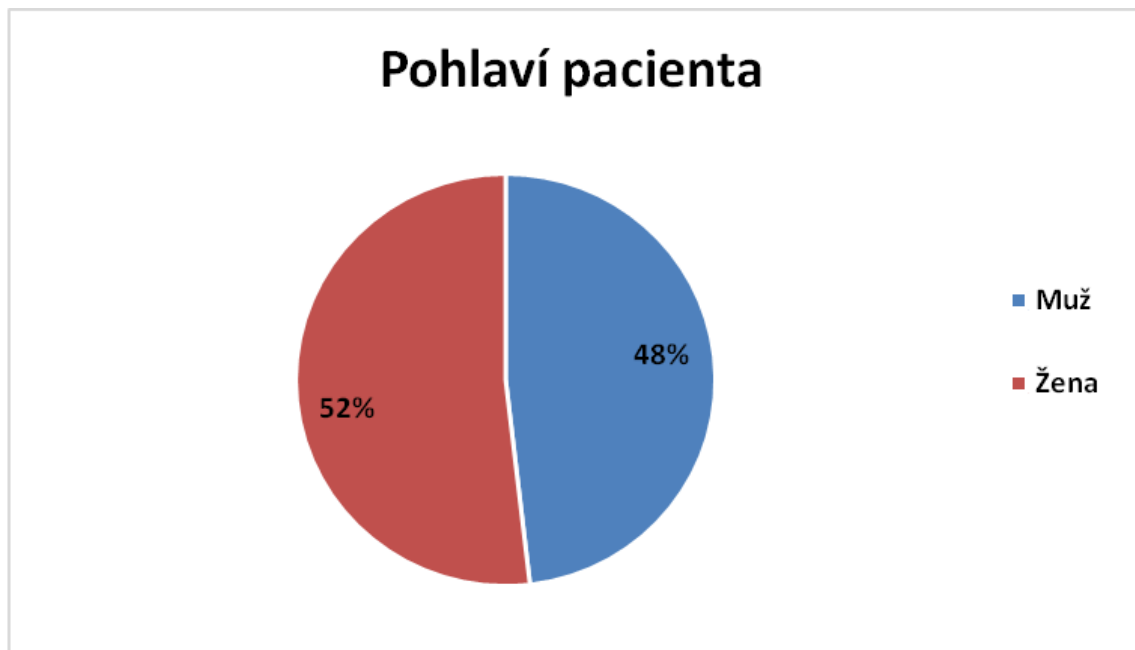
A) Muž

B) Žena

Tabulka 1 Pohlaví pacienta

Pohlaví pacienta		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	26	48 %
Žena	28	52 %
Celkem	54	100 %

Graf 1 Pohlaví pacienta



Zdroj: Autor, 2018

Otázku č. 1 zodpovědělo 54 respondentů (100 %), z toho 26 (48 %) mužů a 28 (52 %) žen.

Otázka 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání pacienta?

- A) Základní
- B) Střední odborné bez maturity
- C) Střední s maturitou
- D) Vysokoškolské

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	4	7 %
Střední odborné bez maturity	14	26 %
Střední odborné s maturitou	20	37 %
Vysokoškolské	16	30 %
Celkem	54	100 %

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Autor, 2018

Otázku č. 2 zodpovědělo 54 respondentů (100 %). Nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání bylo střední odborné s maturitou s počtem 20 (37 %) pacientů. Poté následovalo vysokoškolské vzdělání s počtem 16 (30 %) respondentů a střední odborné vzdělání bez maturity, které má 14 (26 %) respondentů. Respondenti se základním vzděláním byli 4 (7 %).

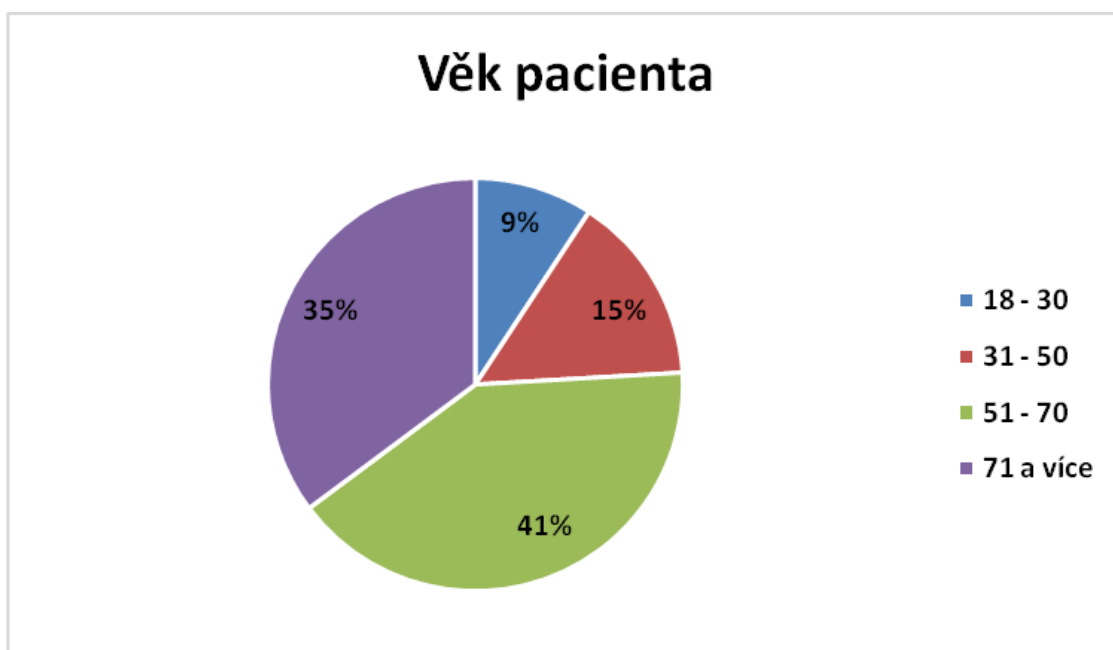
Otázka 3 – Věk pacienta?

- A) 18 – 30
- B) 31 – 51
- C) 51 – 70
- D) 71 a více

Tabulka 3 Věk pacienta

Věk pacienta		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 – 30	5	9 %
31 – 50	8	15 %
51 – 70	22	41 %
71 a více	19	35 %
Celkem	54	100%

Graf 3 Věk pacienta



Zdroj: Autor, 2018

Otázku č. 3 zodpovědělo 54 respondentů tedy (100 %). Nejčetnější skupinou byli pacienti mezi léty 51 – 70 a to 22 (41 %). Následovala skupina mezi léty 71 a více, 19 (35 %) pacientů, dále skupina mezi 31 – 50 lety, 8 (15 %) respondentů. Nejméně zastoupenou skupinou byli pacienti mezi léty 18 – 30, kterých bylo 5 (9 %).

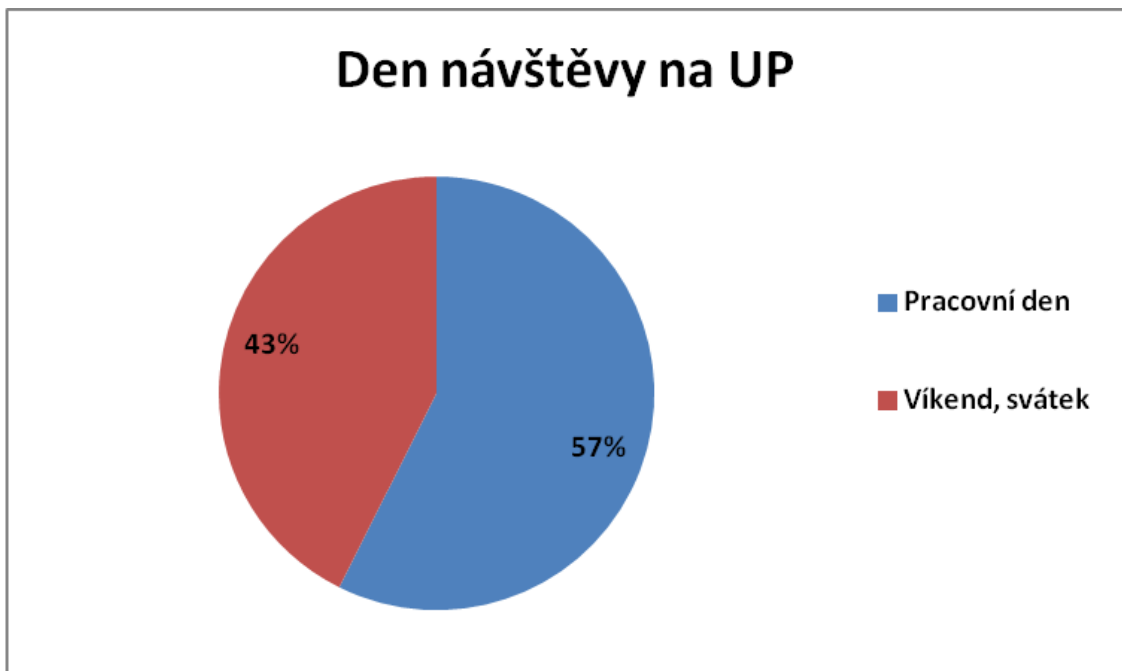
Otázka 4 – Den, kdy se pacient dostavil na UP?

- A) Pracovní den
- B) Víkend

Tabulka 4 Den návštěvy na UP

Den návštěvy na UP		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pracovní den	31	57 %
Víkend	23	43 %
Celkem	54	100%

Graf 4 Den návštěvy na UP



Zdroj: Autor, 2018

Otázku č. 4 zodpovědělo 54 respondentů (100 %). Nejvíce pacientů navštívilo UP v pracovní den, konkrétně 31 (57 %) respondentů. O víkendu přišlo 23 (43 %) pacientů.

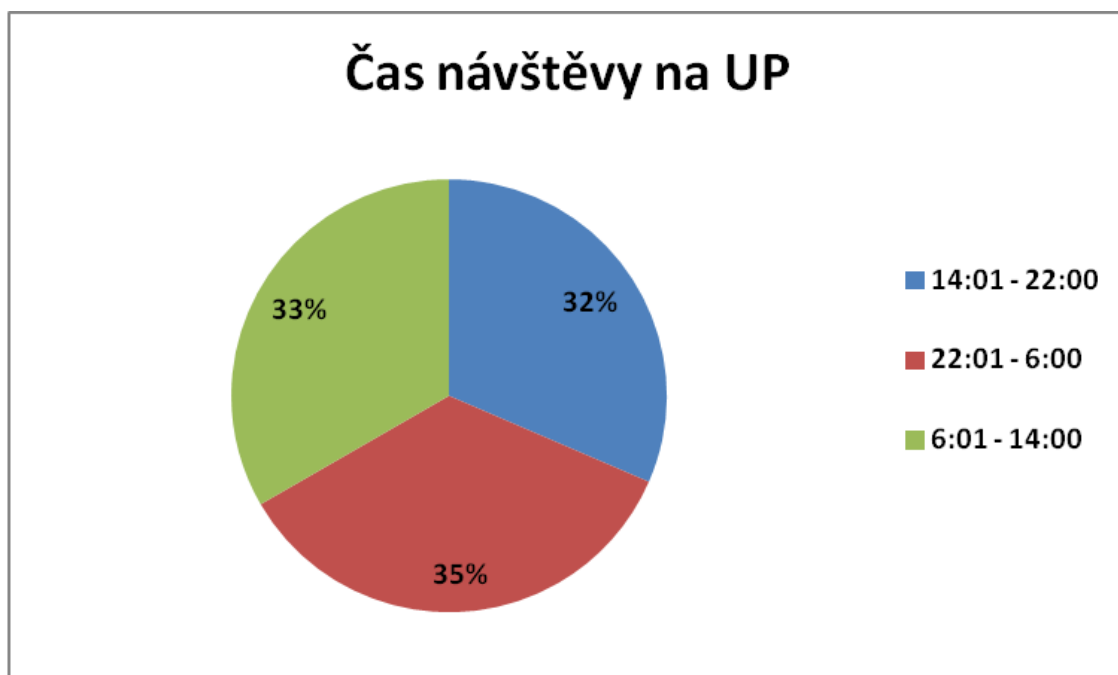
Otázka 5 – Čas kdy se pacient dostavil na UP?

- A) 6:01–14:00
- B) 14:01–22:00
- C) 22:01–6:00

Tabulka 5 Čas návštěvy na UP

Čas návštěvy		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
6:01 – 14:00	18	33 %
14:01 – 22:00	17	32 %
22:01 – 6:00	19	35 %
Celkem	54	100 %

Graf 5 Čas návštěvy na UP



Zdroj: Autor, 2018

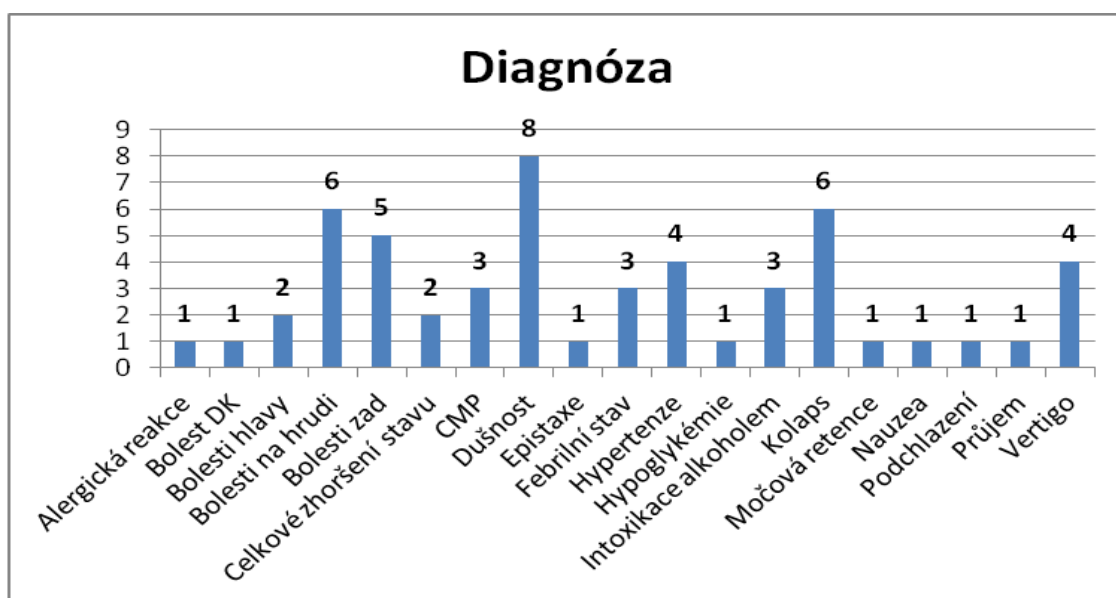
Otázku č. 5 zodpovědělo 54 respondentů (100 %). Nejvíce pacientů navštívilo UP od 22:01–6:00, konkrétně 19 (35 %) respondentů. V době 6:00–14:00 přišlo 18 (33 %) pacientů a v čase od 14:01–22:00 navštívilo UP 17 (32 %) respondentů.

Otázka 6 – Důvod proč se pacient dostavil na UP?

Tabulka 6 Diagnóza

Diagnóza		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Alergická reakce	1	2 %
Bolest DK	1	2 %
Bolesti hlavy	2	4 %
Bolesti hrudi	6	11 %
Bolesti zad	5	9 %
Celkové zhoršení stavu	2	4 %
CMP	3	6 %
Dušnost	8	15 %
Epistaxe	1	2 %
Febrilní stav	3	6 %
Hypertenze	4	7 %
Hypoglykémie	1	2 %
Intoxikace alkoholem	3	6 %
Kolaps	6	11 %
Močová retence	1	2 %
Nauzea	1	2 %
Podchlazení	1	2 %
Průjem	1	2 %
Vertigo	4	7 %
Celkem	54	100 %

Graf 6 Diagnóza



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 6 odpovědělo 54 respondentů (100 %). Nejčastěji zastoupená diagnóza na UP byla dušnost s počtem 8 (15 %). Poté následovala diagnóza bolesti na hrudi a kolaps po 6 (11 %). Pacientů s bolestmi zad bylo přijato celkem 5 (9%) a pacientů s hypertenzí a vertigem 4 (7 %).

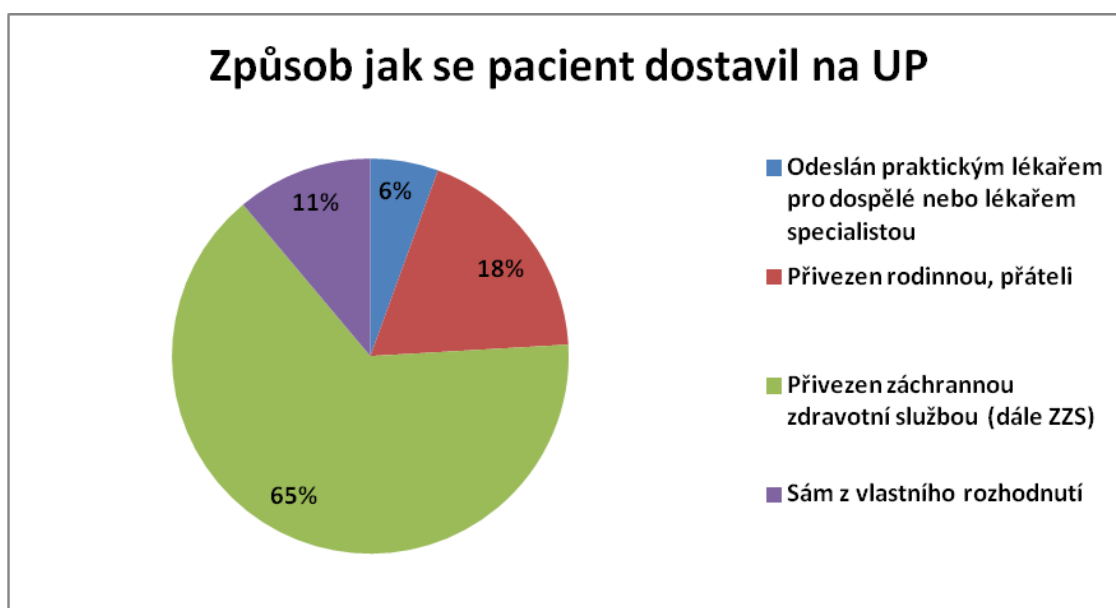
Otázka 7 – Způsob jak se pacient dostavil na UP?

- A) Přivezen ZZS
- B) Přivezen rodinou, přáteli
- C) Odeslán praktickým lékařem (PL) pro dospělé nebo lékařem specialistou
- D) Sám z vlastního rozhodnutí

Tabulka 7 Způsob jak se pacient dostavil na UP

Způsob jak se pacient dostavil na UP		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přivezen ZZS	35	65 %
Přivezen rodinou, přáteli	10	18 %
Odeslán PL nebo lékařem specialistou	3	6 %
Sám z vlastního rozhodnutí	6	11 %
Celkem	54	100 %

Graf 7 Způsob jak se pacient dostavil na UP



Zdroj: Autor, 2018

Otázka č. 7 zjišťovala, jakým způsobem se pacient dostavil na UP. Bylo získáno celkem 54 odpovědí (100 %). Nejvíce pacientů bylo přivezeno ZZS, konkrétně 35 (65 %). Dále 10 (18 %) pacientů bylo dovezeno rodinou či přáteli. Celkem 6 (11 %) respondentů se dostavilo na UP sami z vlastního rozhodnutí. Nejméně pacientů 3 (6 %) bylo odesláno PL či lékařem specialistou.

Otázka 8 – Využil pacient již v minulosti služeb ZZS?

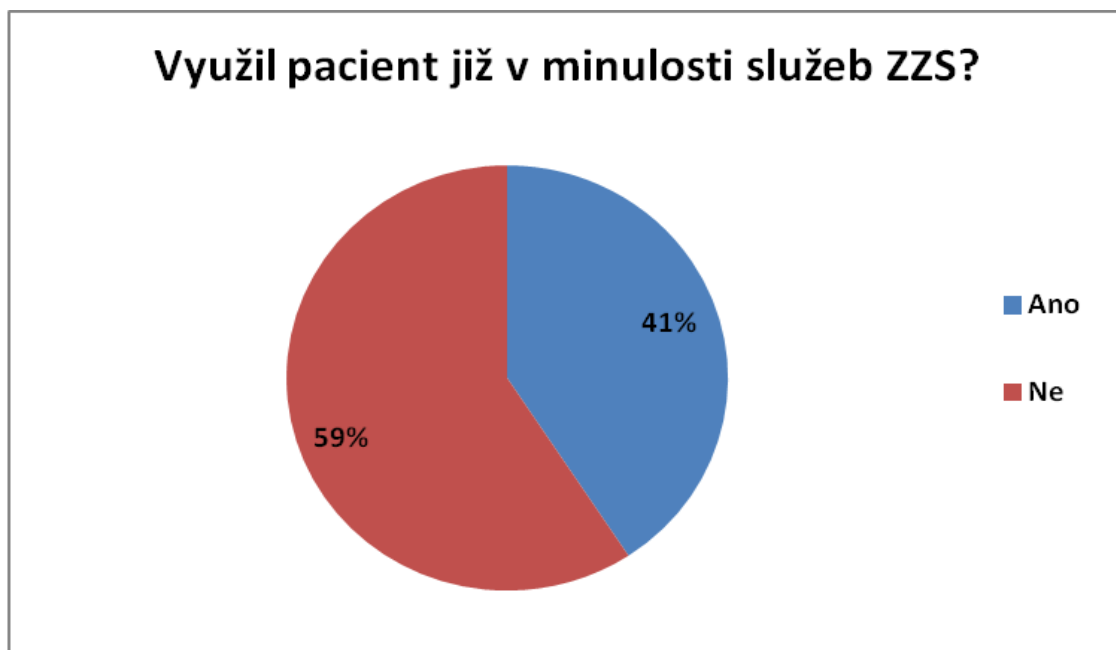
A) Ano

B) Ne

Tabulka 8 Využil pacient již v minulosti služeb ZZS?

Využil pacient již v minulosti služeb ZZS?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	22	41 %
Ne	32	59 %
Celkem	54	100 %

Graf 8 Využil pacient již v minulosti služeb ZZS?



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 8 odpovídalo 54 respondentů (100 %). Celkem 32 (59 %) pacientů nevyužilo v minulosti ZZS. Naopak 22 (41 %) pacientů již v minulosti využilo ZZS.

Otázka 9 – Už byl pacient někdy v minulosti s tímto problémem hospitalizován?

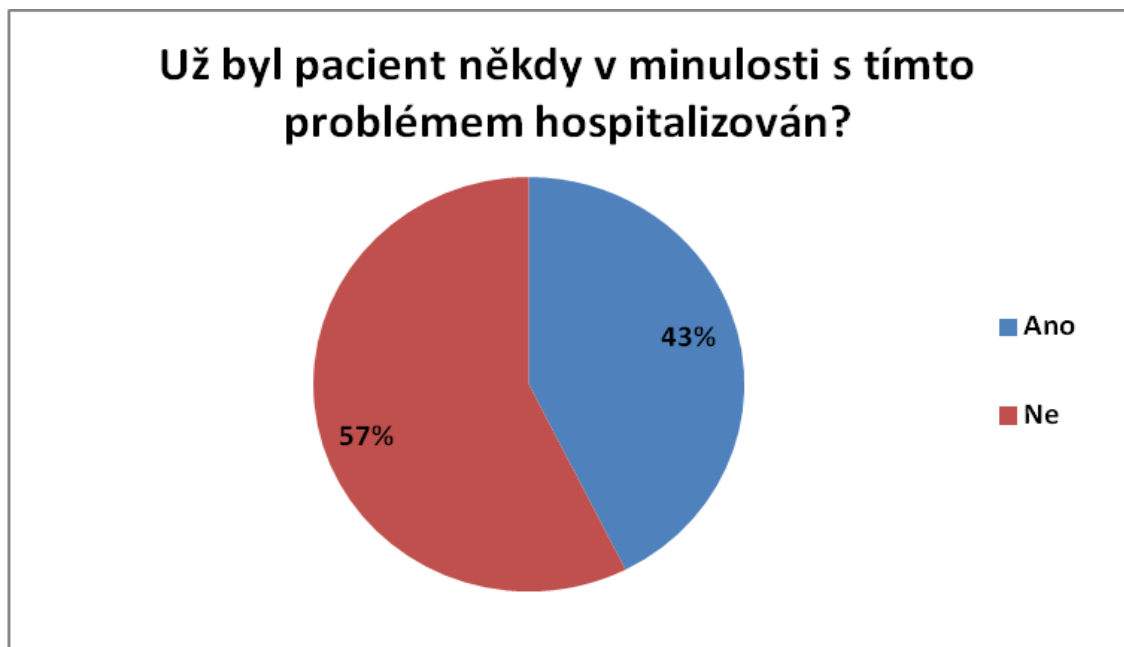
A) Ano

B) Ne

Tabulka 9 Už byl pacient někdy v minulosti s tímto problémem hospitalizován?

Už byl pacient někdy v minulosti s tímto problémem hospitalizován?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	23	43 %
Ne	31	57 %
Celkem	54	100 %

Graf 9 Už byl pacient někdy v minulosti s tímto problémem hospitalizován?



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 9 odpovídalo 54 respondentů (100 %). Celkem 31 (57 %) pacientů nebylo se stejnou diagnózou hospitalizováno. Naopak 23 (43 %) pacientů bylo již v minulosti se stejnou diagnózou hospitalizováno.

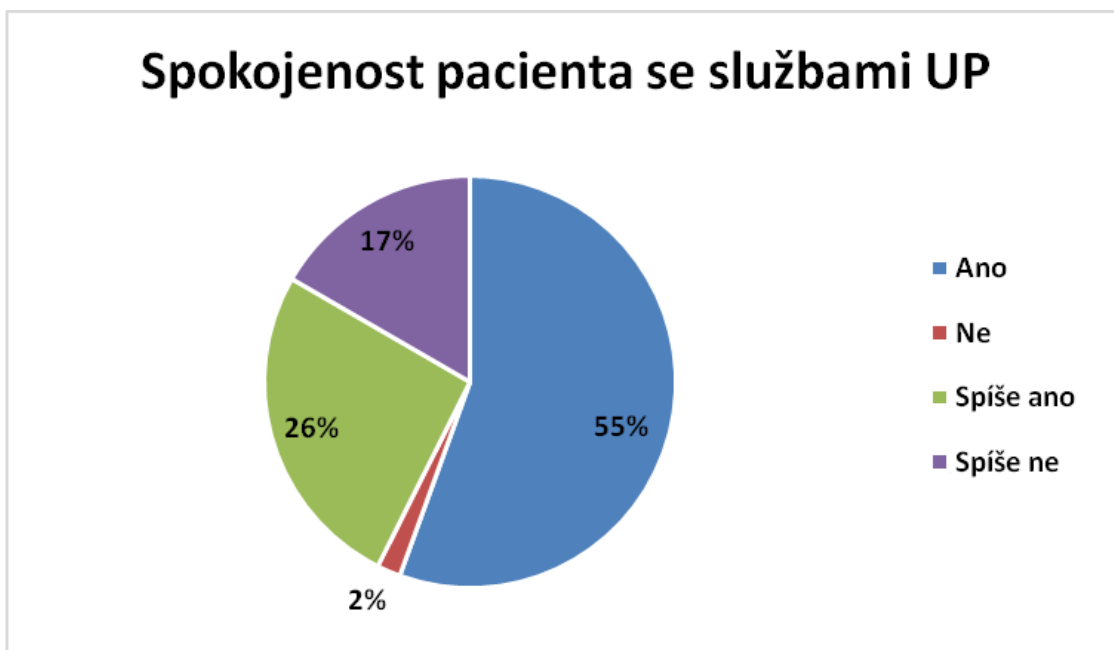
Otázka 10 – Byl pacient spokojen se službami UP?

- A) Ano
- B) Spíše ano
- C) Spíše ne
- D) Ne

Tabulka 10 Spokojenost pacienta se službami UP

Spokojenost pacienta se službami UP		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	30	55 %
Spíše Ano	14	26 %
Spíše Ne	9	17 %
Ne	1	2 %
Celkem	54	100 %

Graf 10 Spokojenost pacienta se službami UP



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 10 odpovídalo 54 respondentů (100 %). Celkem 30 (55 %) pacientů bylo spokojeno se službami UP. Spíše spokojeno bylo 14 (26 %) respondentů a spíše nespokojeno bylo 9 (17 %) pacientů. S péčí nebyl spokojen 1 (2 %) pacient.

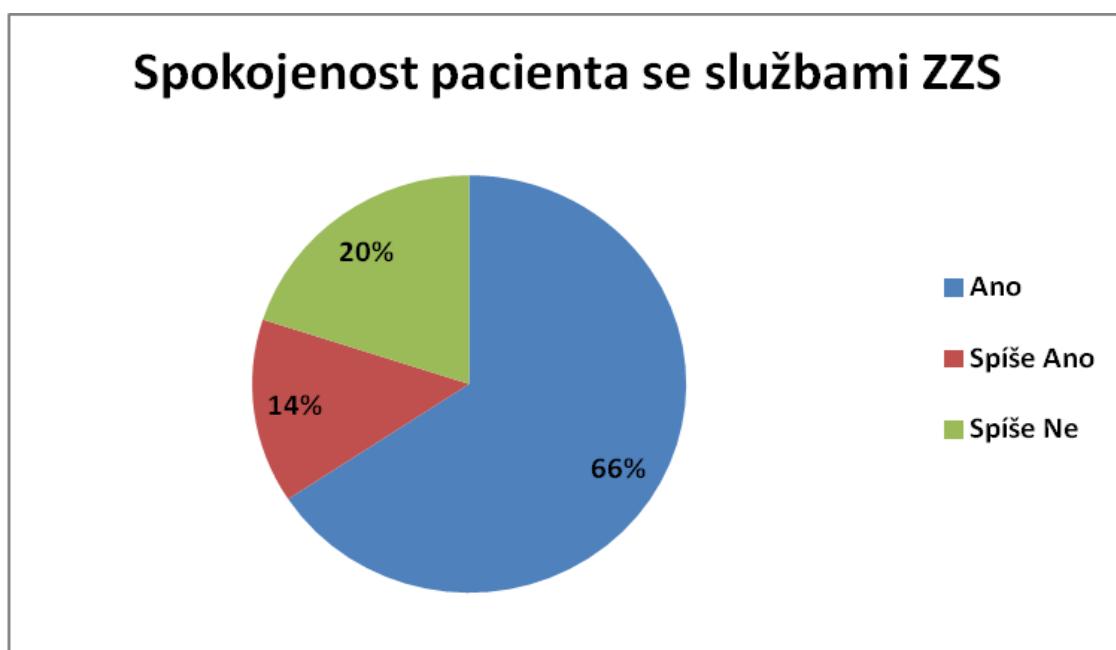
Otázka 11 - Byl pacient spokojen se službami ZZS? Týká se pouze pacientů, kteří využili služeb ZZS.

- A) Ano
- B) Spíše ano
- C) Spíše ne
- D) Ne

Tabulka 11 Spokojenost pacientů se službami ZZS

Spokojenost pacientů se službami ZZS		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	23	66 %
Spíše Ano	5	14 %
Spíše Ne	7	20 %
Ne	0	0%
Celkem	35	100%

Graf 11 Spokojenost pacienta se službami ZZS



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 11 odpovídalo 35 respondentů (100 %). Celkem 23 (66 %) pacientů bylo spokojeno se službami ZZS. Spíše spokojeno bylo 5 (14 %) respondentů a spíše nespokojeno s péčí ZZS bylo 7 (20 %) pacientů.

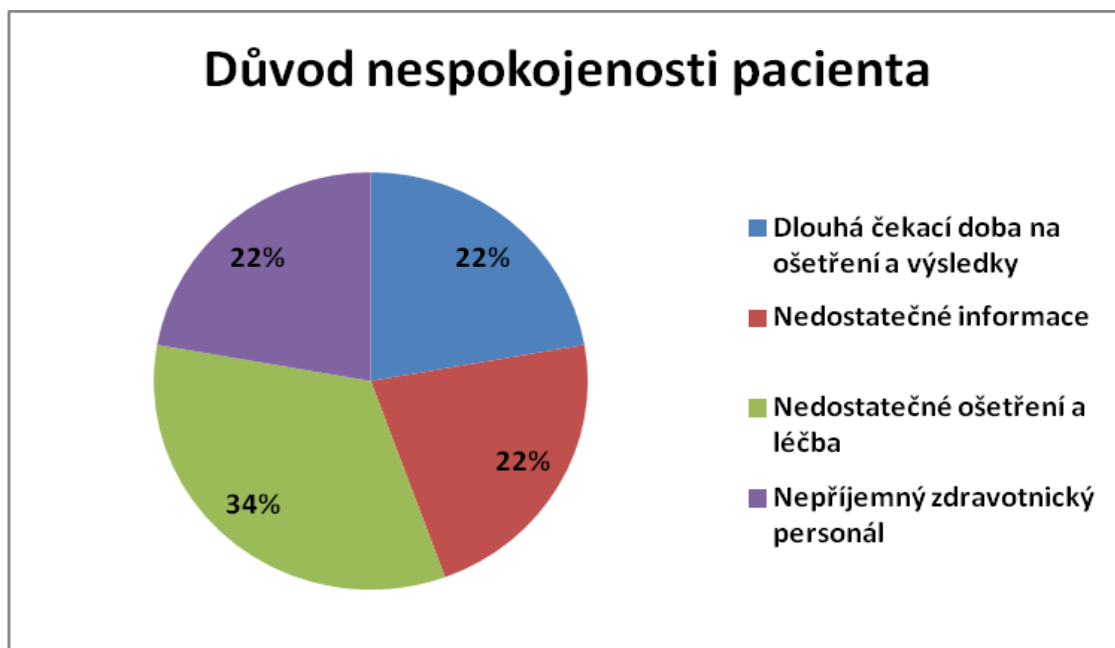
Otázka 12 – Proč pacient nebyl spokojený se službami UP a ZZS? Týká se pouze pacientů, kteří na otázku 9 a 10 odpověděli „Ne“ či „Spíše ne.“

- A) Nedostatečné informace
- B) Nedostatečné ošetření a léčba
- C) Dlouhá čekací doba na ošetření a na výsledky
- D) Nepříjemný zdravotnický personál
- E) Jiné

Tabulka 12 Důvod nespokojenosti pacienta

Důvod nespokojenosti pacienta		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatečné informace	2	22 %
Nedostatečné ošetření a léčba	3	34 %
Dlouhá čekací doba na ošetření a výsledky	2	22 %
Nepříjemný zdravotnický personál	2	22 %
Jiné	0	0 %
Celkem	9	100%

Graf 12 Důvod nespokojenosti pacienta



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 12 odpovídalo 9 respondentů (100 %). Hlavní důvodem nespokojenosti bylo nedostatečné ošetření a léčba s počtem 3 (34 %). Poté následovalo se stejným počtem 2 (22 %) dlouhá čekací doba na ošetření a výsledky, nedostatečné informace a nepříjemný personál.

Otázka 13 – Byl pacient hospitalizován?

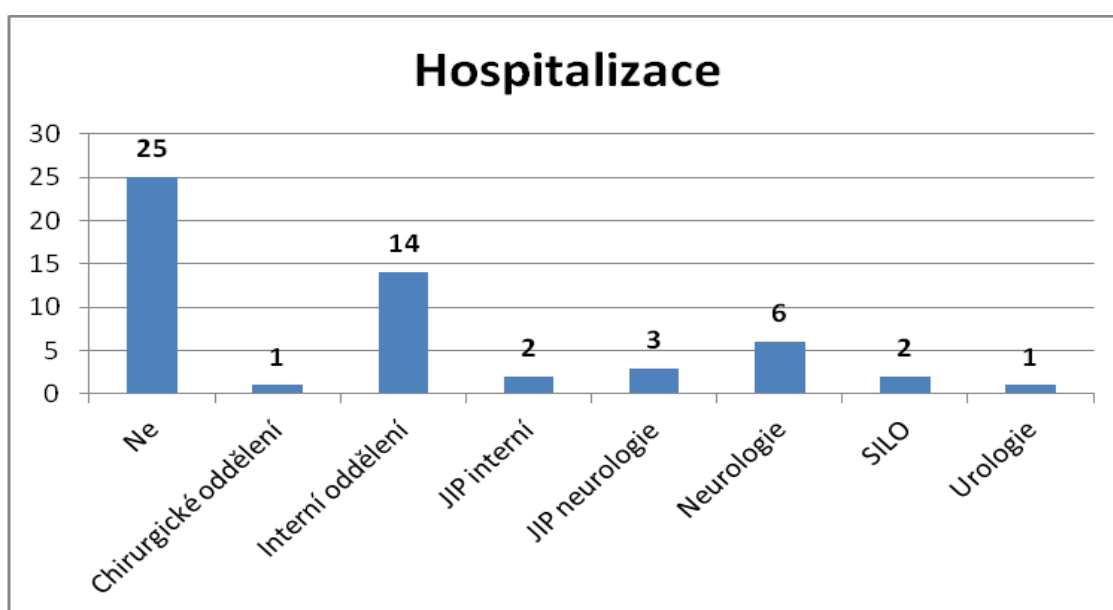
A) Ano a na které oddělení

B) Ne

Tabulka 13 Hospitalizace

Hospitalizace		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	25	46 %
Chirurgické oddělení	1	2 %
Interní oddělení	14	26 %
Jednotka intenzivní péče (JIP) interní	2	4 %
JIP neurologie	3	5 %
Neurologie	6	6,11 %
SILO	2	2,4 %
Urologie	1	1,2 %
Celkem	54	100 %

Graf 13 Hospitalizace



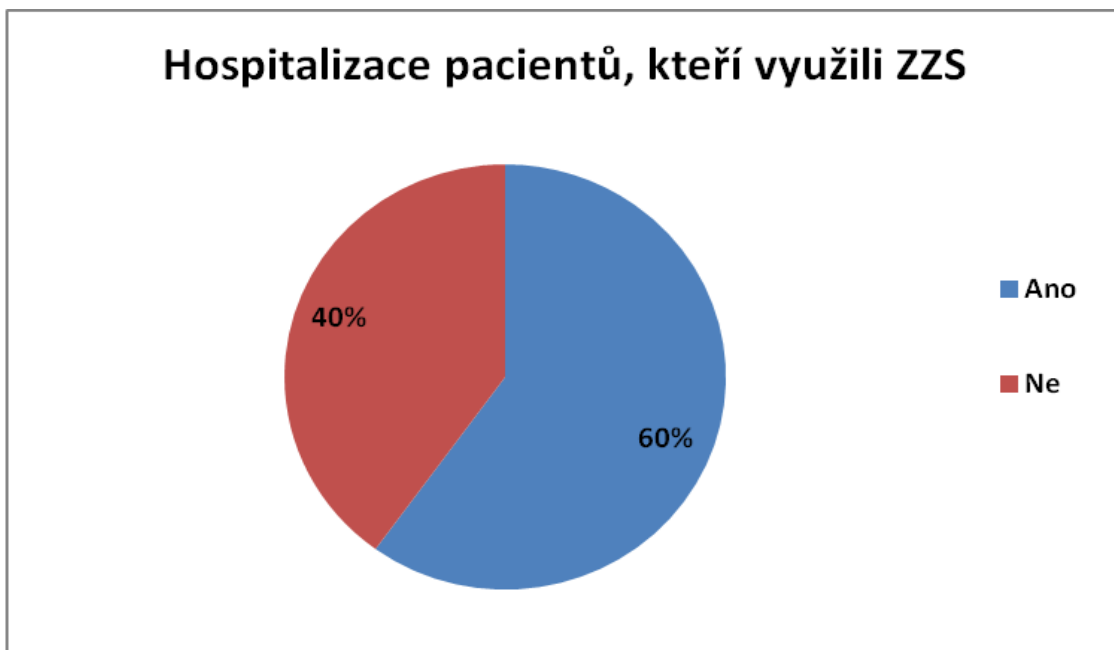
Zdroj: Autor, 2018

Otázkou č. 13 se zjišťoval počet hospitalizovaných pacientů. Bylo získáno 54 odpovědí (100 %). Celkem 25 (46 %) pacientů bylo propuštěno do domácí péče. Zbýlých 29 (54 %) pacientů bylo hospitalizováno. Nejvíce respondentů bylo hospitalizováno na interním oddělení, konkrétně 14 (26 %). Dále 6 (11 %) pacientů bylo přijato na neurologické oddělení. Celkem 3 (5 %) respondentů bylo přijato na JIP neurologie a 2 (4 %) pacienti byli přijati na JIP interní. Dále 2 (4 %) pacienti byli hospitalizováni na oddělení SILO (společné interní lůžkové oddělení), které přijímá pacienty s infekčním onemocněním. Nejméně respondentů bylo přijato na chirurgické oddělení 1 (2 %) a 1 (2 %) pacient na urologické oddělení.

Tabulka 14 Hospitalizace pacientů, kteří využili ZZS

Hospitalizace pacientů, kteří využili ZZS		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	21	60 %
Ne	14	40 %
Celkem	35	100 %

Graf 14 Hospitalizace pacientů, kteří využili ZZS



Zdroj: Autor, 2018

ZZS celkem využilo 35 pacientů (100 %). Z těchto 35 bylo 21 (60 %) hospitalizovaných. Zbýlých 14 (40 %) respondentů bylo propuštěno.

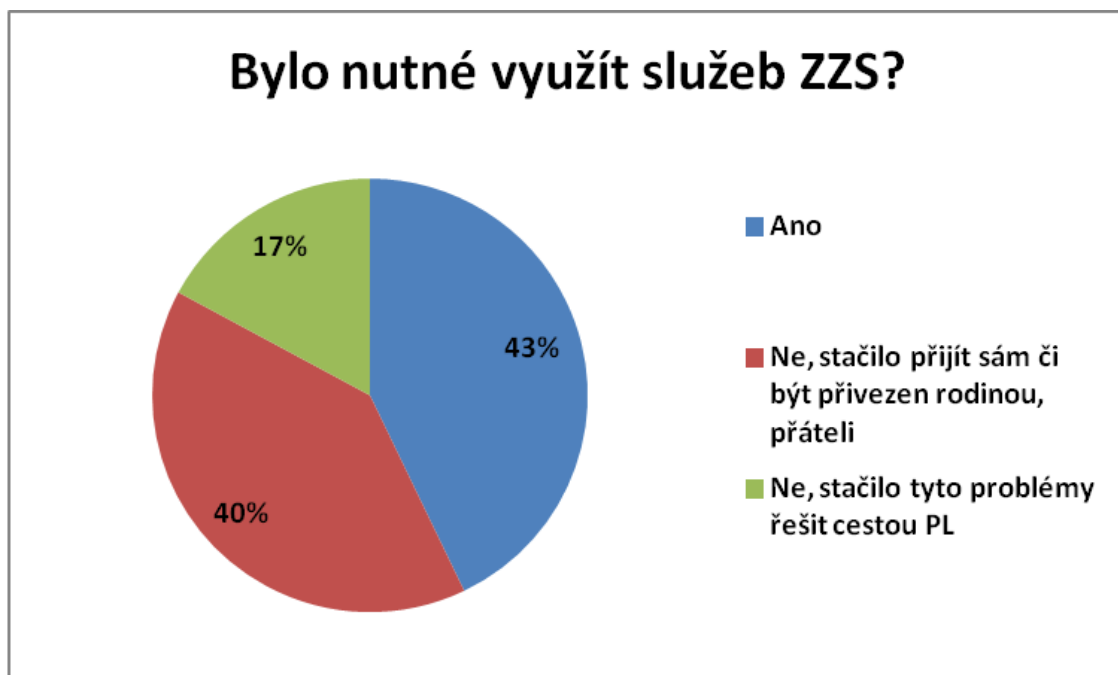
Otázka 14 – Bylo nutné využít služeb ZZS? Týká se pacientů, kteří využili služeb ZZS.

- A) Ano
- B) Ne, stačilo přijít sám či být přivezen rodinou, přáteli
- C) Ne, stačilo tyto problémy řešit cestou PL

Tabulka 15 Bylo nutné využít služeb ZZS?

Bylo nutné využít služeb ZZS?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	43 %
Ne, stačilo přijít sám či být přivezen rodinou, přáteli	14	40 %
Ne, stačilo tyto problémy řešit cestou PL	6	17 %
Celkem	35	100 %

Graf 15 Bylo nutné využít služeb ZZS?



Zdroj: Autor, 2018

U Otázky č. 14 poskytnul sloužící lékař stanovisko, zda bylo nutné využít služeb ZZS. Celkem služeb využilo 35 (100 %) pacientů. Z toho 15 (43 %) pacientů využilo podle lékaře ZZS oprávněně. U 14 (40 %) pacientů jejich stav nevyžadoval indikaci k výjezdu ZZS. A 6 (17 %) respondentů mohlo svůj zdravotní stav řešit se svým PL.

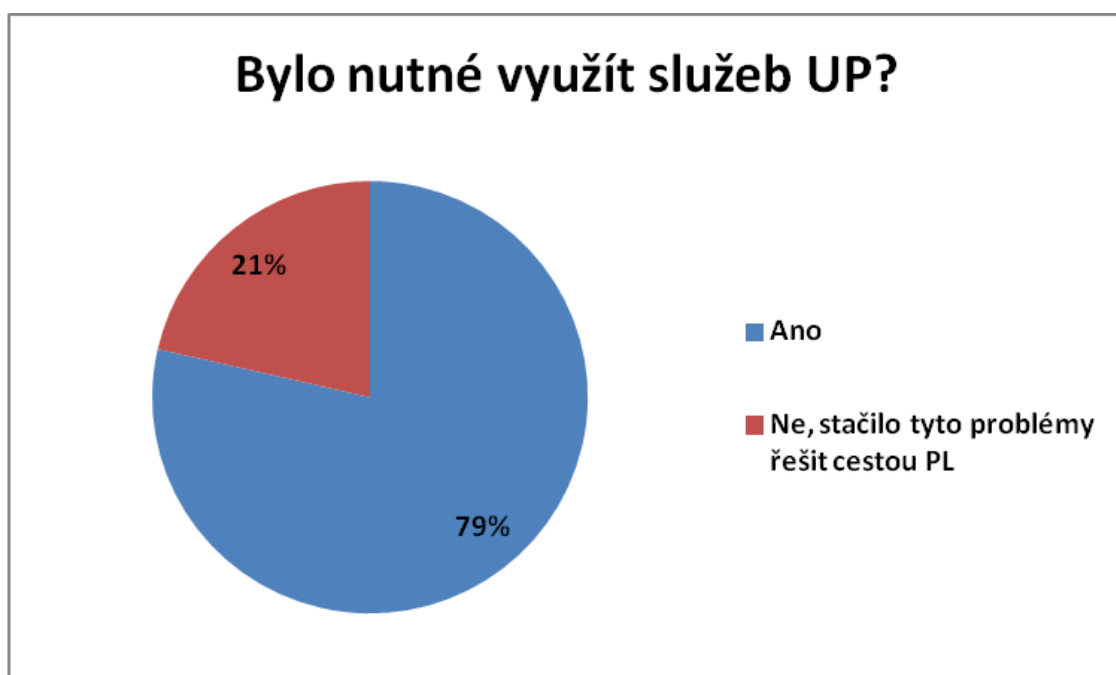
Otázka 15 – Bylo nutné využít služeb UP?

- A) Ano
- B) Ne, stačilo tyto problémy řešit cestou PL

Tabulka 16 Bylo nutné využít služeb UP?

Bylo nutné využít služeb UP?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	38	79 %
Ne, stačilo tyto problémy řešit cestou PL	16	21 %
Celkem	54	100 %

Graf 16 Bylo nutné využít služeb UP?



Zdroj: Autor, 2018

U Otázky č. 15 poskytnul sloužící lékař stanovisko, zda bylo nutné využít služeb UP. Lékař uznal, že u 38 (79 %) pacientů vyžadoval jejich zdravotní stav ošetření na UP. U zbylých 16 (21 %) postačilo jejich stav řešit cestou PL.

B) Zkoumaný vzorek na LSPP

Otázka 1 – Pohlaví pacienta?

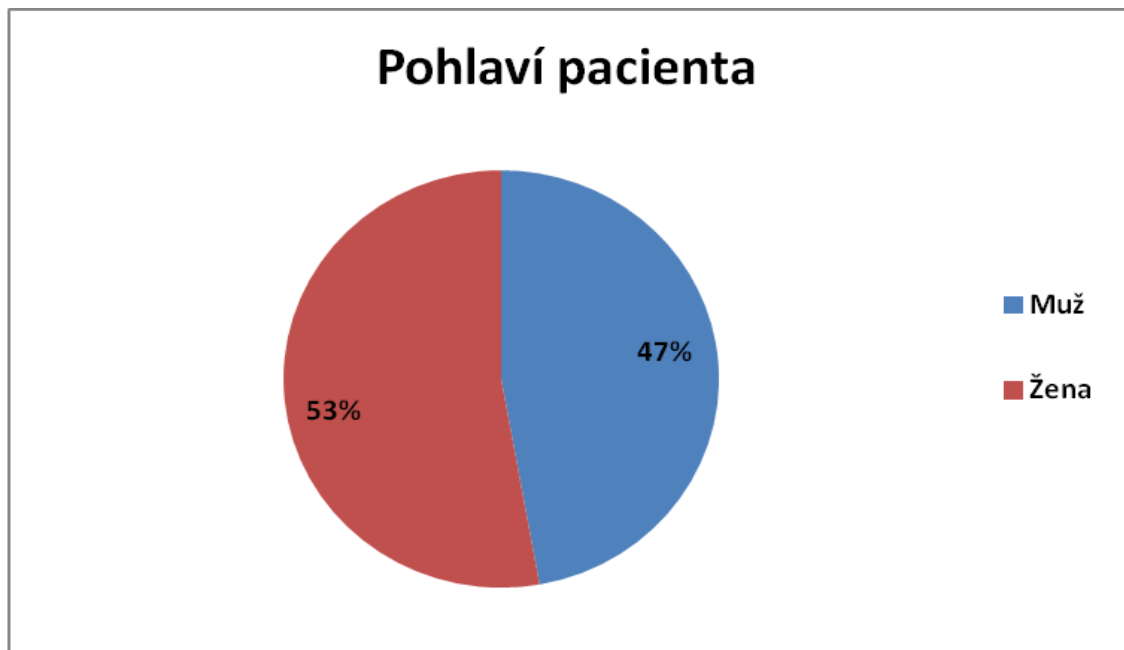
A) Muž

B) Žena

Tabulka 17 Pohlaví pacienta

Pohlaví pacienta		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	25	47 %
Žena	28	53 %
Celkem	53	100 %

Graf 17 Pohlaví pacienta



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 1 odpovědělo 53 respondentů (100 %), z toho 25 (47 %) mužů a 28 (52 %) žen.

Otázka 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání pacienta?

- A) Základní
- B) Střední odborné bez maturity
- C) Střední s maturitou
- D) Vysokoškolské

Tabulka 18 Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední odborné bez maturity	12	23 %
Střední odborné s maturitou	32	60 %
Vysokoškolské	9	17 %
Celkem	53	100 %

Graf 18 Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 2 odpovědělo 53 respondentů (100 %). Nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání bylo střední odborné s maturitou, konkrétně 32 (60 %) pacientů. Poté následovalo střední odborné vzdělání bez maturity s počtem 12 (23 %) respondentů. A nejméně bylo respondentů vysokoškolského vzdělání, konkrétně 9 (17 %).

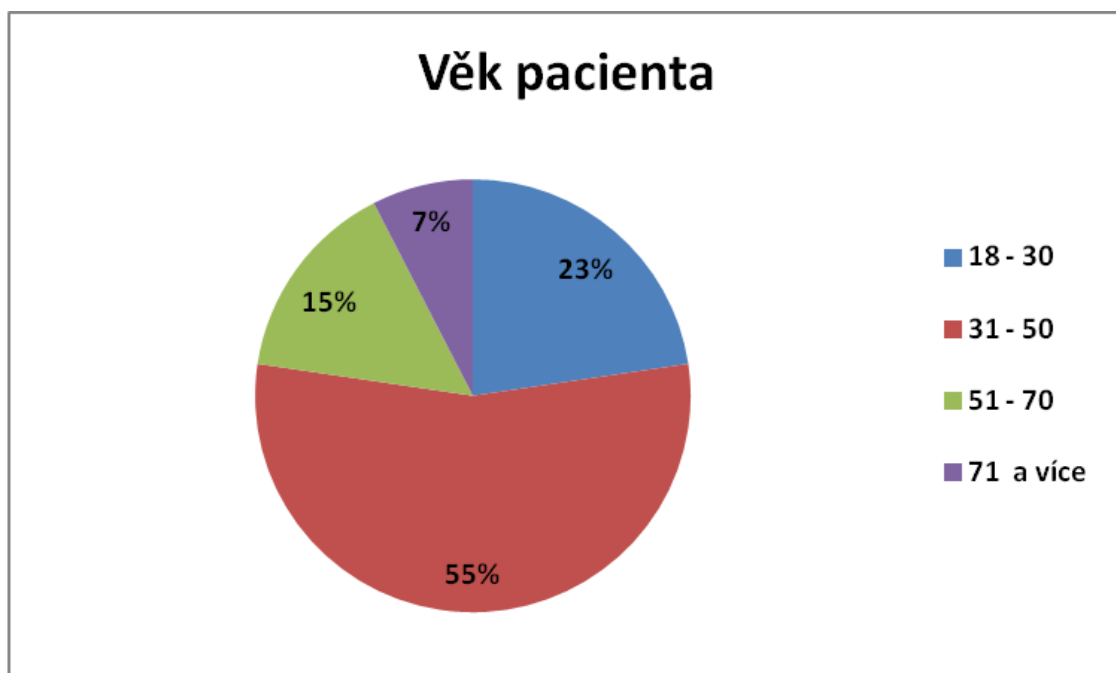
Otázka 3 – Věk pacienta?

- A) 18 – 30
- B) 31 – 51
- C) 51 – 70
- D) 71 a více

Tabulka 19 Věk pacienta

Věk pacienta		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 – 30	12	23 %
31 – 50	29	55 %
51 – 70	8	15 %
71 a více	4	7 %
Celkem	53	100 %

Graf 19 Věk pacienta



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 3 odpovědělo 53 respondentů (100 %). Nejčastější věkovou skupinou byli pacienti mezi léty 31 – 50, v počtu 29 (55 %). Následovala skupina mezi léty 18 – 30, a to 12 (23 %) pacientů. Dále skupina mezi 51 – 70 léty, 8 (15 %) respondentů. Nejméně zastoupenou skupinou byli pacienti mezi léty 71 a více, konkrétně šlo pouze o 4 (7 %).

Otázka 4 – Den, kdy se pacient dostavil na LSPP?

A) Pracovní den

B) Víkend

Tabulka 20 – Den návštěvy na LSPP

Den návštěvy na LSPP		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pracovní den	34	64 %
Víkend	19	36 %
Celkem	53	100 %

Graf 20 Den návštěvy na LSPP



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 4 odpovědělo 53 respondentů (100 %). Nejvíce pacientů navštívilo LSPP v pracovní den a to 34 (64 %) respondentů. O víkendu přišlo 19 (36 %) pacientů.

Otázka 5 – Čas, kdy pacient navštívil LSPP?

A) 7:01–15:00

B) 15:01–7:00

Tabulka 21 Čas návštěvy na LSPP

Čas návštěvy na LSPP		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
7:01 – 15:00	20	38 %
15:01 – 7:00	33	62 %
Celkem	53	100%

Graf 21 Čas návštěvy na LSPP



Zdroj: Autor, 2018

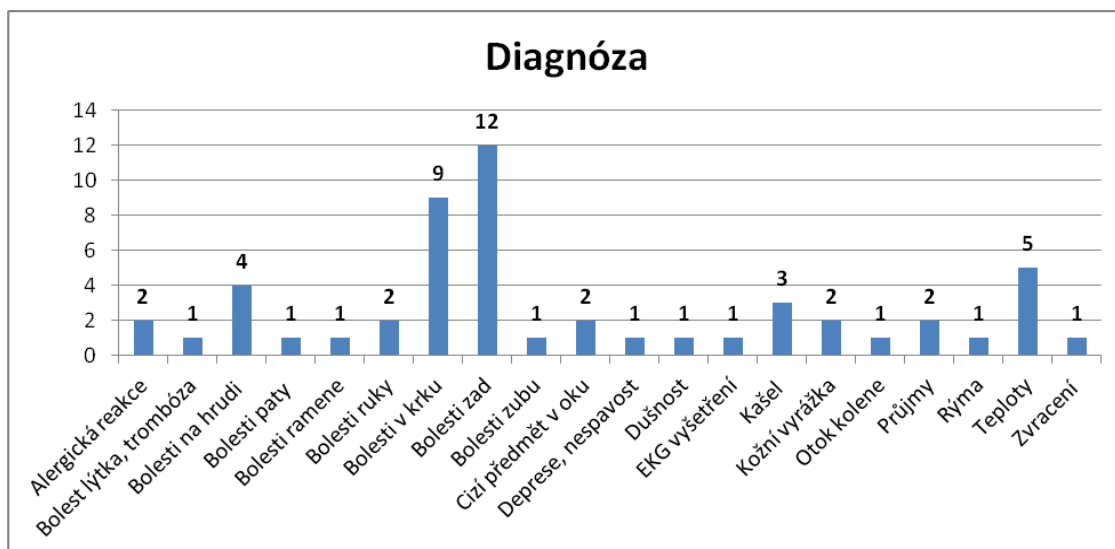
Na otázku č. 5 odpovědělo 53 respondentů (100 %). Nejvíce pacientů navštívilo LSPP v době 15:01–7:00, konkrétně 33 (62 %). Méně pacientů přišlo v době 7:01–15:00, konkrétně v počtu 20 (38 %).

Otázka 6 – Důvod proč se pacient dostavil na LSPP?

Tabulka 22 Diagnóza

Diagnóza		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Alergická reakce	2	4 %
Bolesti lýtka, trombóza	1	2 %
Bolesti na hrudi	4	8 %
Bolesti paty	1	2 %
Bolesti ramene	1	2 %
Bolesti ruky	2	4 %
Bolesti v krku	9	17 %
Bolesti zad	12	23 %
Bolesti zubu	1	2 %
Cizí předmět v oku	2	4 %
Deprese, nespavost	1	2 %
Dušnost	1	2 %
EKG vyšetření	1	2 %
Kašel	3	6 %
Kožní vyrážka	2	4 %
Otok kolene	1	2 %
Průjmy	2	4 %
Rýma	1	2 %
Teploty	5	9 %
Zvracení	1	2 %
Celkem	53	100 %

Graf 22 Diagnóza



Zdroj: Autor, 2018

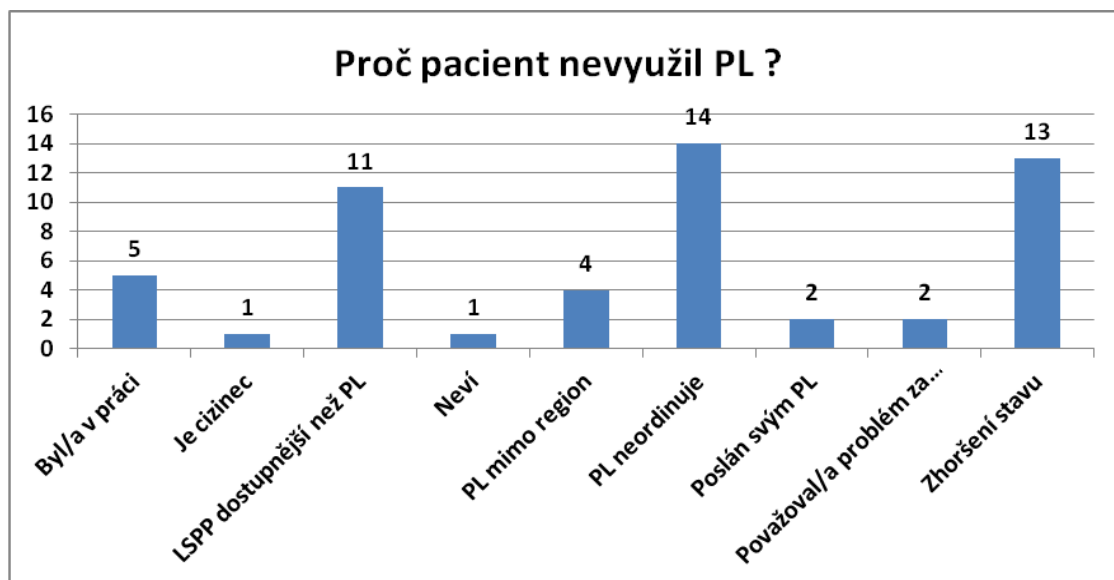
Na otázku č. 6 odpovědělo 53 respondentů (100 %). Nejčastěji zastoupenou diagnózou na LSPP byly bolesti zad s počtem 12 (23 %). Dále následovala diagnóza bolesti v krku 9 (17 %). Další častou diagnózou byly teploty, konkrétně 5 (9 %) respondentů, 4 (8 %) respondenti s bolestmi na hrudi, a 3 (6 %) s kašlem.

Otázka 7 – Proč pacient nevyužil svého PL?

Tabulka 23 – Proč pacient nevyužil svého PL?

Proč pacient nevyužil svého PL?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Byl/a v práci	5	9 %
Je cizinec	1	2 %
LSPP dostupnější než PL	11	21 %
Neví	1	2 %
PL mimo region	4	8 %
PL neordinuje	14	26 %
Poslán svým PL	2	4 %
Považoval/a problém za závažný	2	4 %
Zhoršení stavu	13	24 %
Celkem	53	100 %

Graf 23 Proč pacient nevyužil svého PL?



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 7 odpovídalo 53 respondentů (100 %). Nejvíce pacientů nenavštívilo svého PL z důvodu, že jejich PL již neordinoval, konkrétně 14 (26 %). U 13 (24 %) pacientů se jejich stav v daný čas zhoršil. Dále 11 (21 %) pacientů se dostavilo na LSPP z důvodu, že pohotovost je pro ně dostupnější než PL. Celkem 5 (9 %) pacientů nenavštívilo PL, protože byli v práci v době, kdy tento ordinoval a 4 (8 %) respondentů mělo svého PL mimo žďárský region.

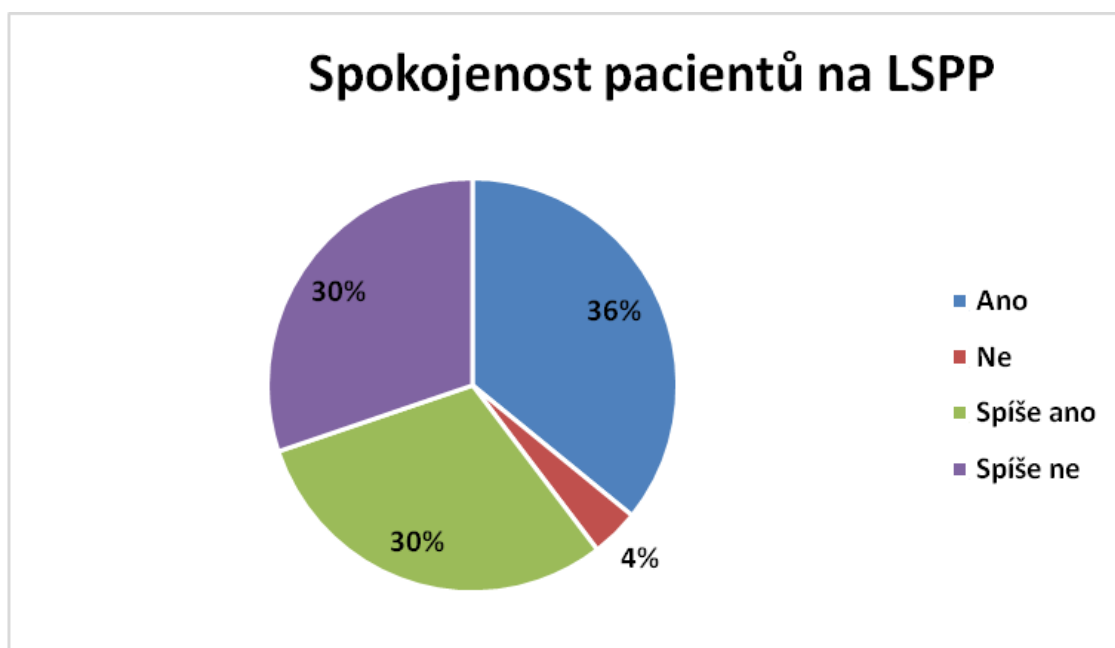
Otázka 8 – Byl pacient spokojen se službami LSPP?

- A) Ano
- B) Spíše ano
- C) Spíše ne
- D) Ne

Tabulka 24 – Spokojenost pacientů na LSPP

Spokojenost pacientů na LSPP		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	19	36 %
Spíše Ano	16	30 %
Spíše Ne	16	30 %
Ne	2	4 %
Celkem	53	100 %

Graf 24 Spokojenost pacientů na LSPP



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 8 odpovědělo 53 respondentů (100 %). Celkem 19 (36 %) pacientů bylo spokojeno se službami LSPP. Dále 16 (30 %) respondentů bylo spíše spokojeno. Spíše nespokojeno bylo 16 (30 %) pacientů a nespokojený se službami pohotovosti byli 2 (4 %) respondentů.

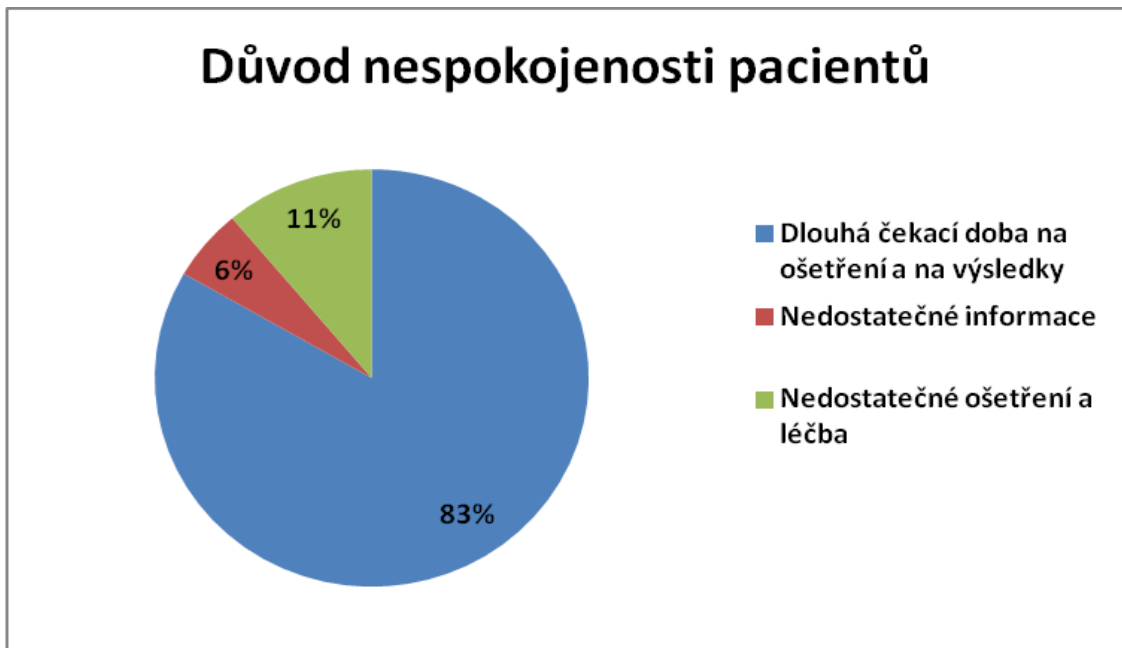
Otázka 9 – Proč pacient nebyl spokojený se službami LSPP? Týká se pouze pacientů, kteří na otázku 13 odpověděli „Ne“ či „Spíše ne.“

- A) Nedostatečné informace
- B) Nedostatečné ošetření a léčba
- C) Dlouhá čekací doba na ošetření a na výsledky
- D) Nepříjemný zdravotnický personál
- E) Jiné

Tabulka 25 Nespokojenost pacientů na LSPP

Nespokojenost pacientů na LSPP		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatečné informace	1	6 %
Nedostatečné ošetření a léčba	2	11 %
Dlouhá čekací doba na ošetření a na výsledky	15	83 %
Nepříjemný zdravotnický personál	0	0 %
Jiné	0	0 %
Celkem	18	100 %

Graf 25 Nespokojenost pacientů na LSPP



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku č. 9 odpovídalo 18 respondentů (100 %). Nejčastějším důvodem, proč pacient nebyl spokojen se službami LSPP, byla dlouhá čekací doba na ošetření a na výsledky s počtem 15 (83 %). Dalším důvodem bylo nedostatečné ošetření a léčba u 2 (11 %) respondentů a nedostatečné informace u 1 (6 %).

Otázka 10 – Byl pacient hospitalizován?

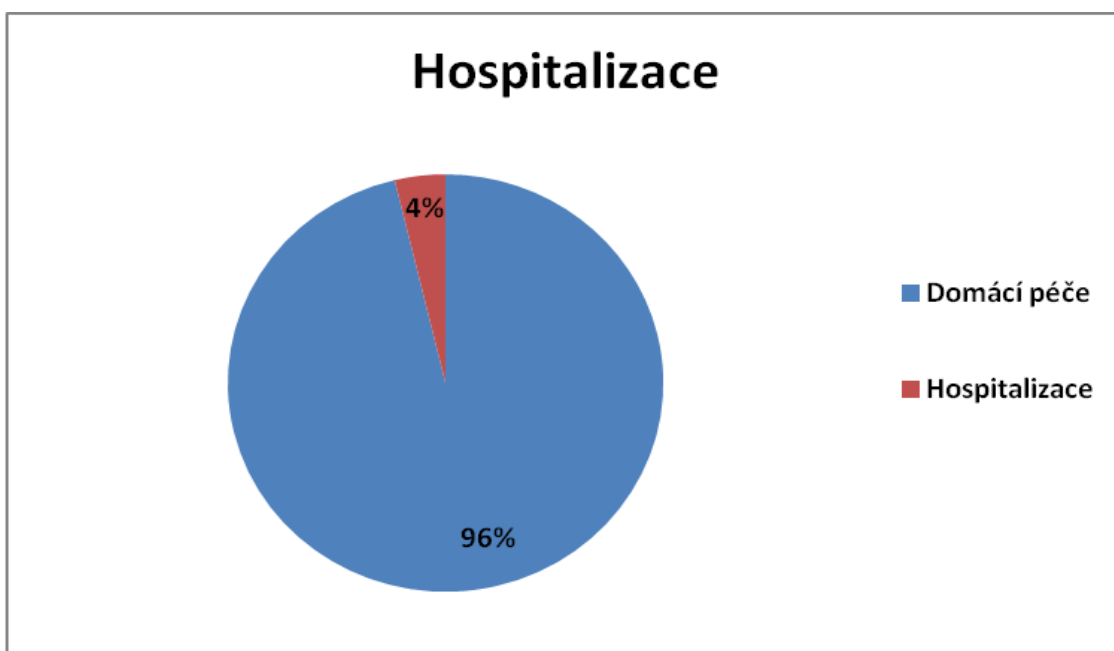
A) Ano

B) Ne

Tabulka 26 Hospitalizace

Hospitalizace		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	2	4 %
Ne	51	96 %
Celkem	53	100 %

Graf 26 Hospitalizace



Zdroj: Autor, 2018

Otázkou č. 10 se zjišťoval počet hospitalizovaných pacientů z LSPP. Bylo získáno 53 odpovědí (100 %). Celkem bylo propuštěno do domácí péče 51 (96 %) pacientů. Hospitalizovaní byli 2 (4 %) pacientů.

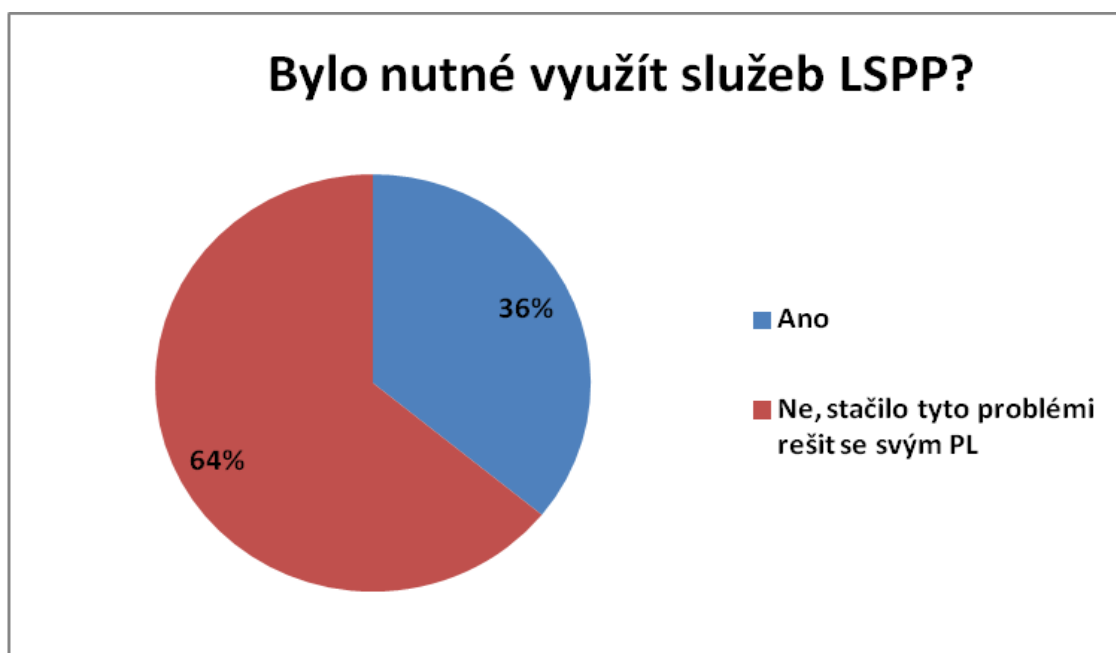
Otázka 11 – Bylo nutné využít služeb LSPP?

- A) Ano
- B) Ne, stačilo tyto problémy řešit se svým PL

Tabulka 27 Bylo nutné využít služeb LSPP?

Bylo nutné využít služeb LSPP?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	19	36 %
Ne	34	64 %
Celkem	53	100 %

Graf 27 Bylo nutné využít služeb LSPP?



Zdroj: Autor, 2018

U Otázky č. 11 poskytnul sloužící lékař stanovisko, zda bylo nutné využít služeb LSPP. Lékař uznal, že u 34 (64 %) pacientů postačilo jejich zdravotní stav řešit cestou PL. Zdravotní stav u 19 (36 %) respondentů vyžadoval ošetření na LSPP.

5 VÝPOČTY

Testovali jsme, zda mezi využitím služeb UP a pohlavím respondentů existuje nezávislost. Pro testování nezávislosti jsme použili test chí kvadrát. Hladinu významnosti jsme zvolili 5 %. Při testování jsme použili webovou aplikaci <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>.

Vytvořili jsme tabulku skutečných četností a vypočítali jsme očekávané četnosti. U tabulky očekávaných četností jsme provedli kontrolu podmínek použitelnosti testu, které musí být splněny. Podmínky byly splněny. Vypočtená hodnota testového kritéria je 1,028, kritická tabulková hodnota pro jeden stupeň volnosti a pro hladinu významnosti 5 % je 3,841. Protože kritická tabulková hodnota je větší než námi vypočtená hodnota, na hladině významnosti 5 % nezamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků.

Tabulka 28 Skutečné a očekávané četnosti na UP

Popisky řádků	Ano	Ne	Celkový součet
Muž	20	6	26
Žena	18	10	28
Celkový součet	38	16	54

Popisky řádků	Ano	Ne	Celkový součet
Muž	18,3	7,7	26
Žena	19,7	8,3	28
Celkový součet	38	16	54

Dále jsme testovali, zda mezi využitím služeb LSPP a pohlavím existuje nezávislost. Pro testování nezávislosti jsme použili test chí kvadrát. Hladinu významnosti jsme zvolili 5 %. Při testování jsme použili webovou aplikaci <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>.

Vytvořili jsme tabulku skutečných četností a vypočítali jsme očekávané četnosti. U tabulky očekávaných četností jsme provedli kontrolu podmínek použitelnosti testu, které musí být splněny. Podmínky byly splněny. Vypočtená hodnota testového kritéria je 0,001, kritická tabulková hodnota pro jeden stupeň volnosti a pro hladinu významnosti 5 % je 3,841. Protože kritická tabulková hodnota je větší než námi

vypočtená hodnota, na hladině významnosti 5 % nezamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků.

Tabulka 29 Skutečné a očekávané četnosti na LSPP

Popisky řádků	Ano	Ne	Celkový součet
Muž	9	16	25
Žena	10	18	28
Celkový součet	19	34	53

Popisky řádků	Ano	Ne	Celkový součet
Muž	8,96	16,04	25
Žena	10,04	17,96	28
Celkový součet	19	34	53

6 DISKUSE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit úroveň neoprávněného využití UP v Nemocnici Nové Město na Moravě a Zdravotnické záchranné služby Kraje Vysočina. Dále jsme zjišťovali nejčastější diagnózy, kvůli nimž pacienti v regionu Žďár nad Sázavou navštěvují urgentní příjem v nemocnici NMNM a spokojenost pacientů s těmito službami. V rámci průzkumu byly stanoveny čtyři dílčí cíle, s jejichž pomocí problematiku dále analyzujeme.

Dílčím cílem 1 bylo zjistit a zmapovat nejčastější diagnózy, kvůli nimž pacienti v regionu Žďár nad Sázavou a okolí využívají služeb ZZS Kraje Vysočina a urgentního příjmu ve spádové Nemocnici Nové Město na Moravě. Navazující **průzkumná otázka 1** potom byla zaměřena na nejčastější diagnózu pacientů přijímaných na expektační lůžka a LSPP v Nemocnici Nové město na Moravě za období listopad 2017 až leden 2018. Chtěli jsme získat přehled diagnóz na urgentním příjmu, abychom následně mohli vyhodnotit, zda bylo nutné využít služeb urgentního příjmu namísto vhodnějších možností ošetření (například návštěva praktického lékaře v ordinačních hodinách). Předpokládáme, že minimálně určitá část pacientů využila služby urgentního příjmu neoprávněně. Danou otázku řešíme zvláště pro oba zkoumané soubory.

Mezi 53 respondenty na LSPP byly nejčastěji zastoupené následující diagnózy: bolesti zad s počtem 12 (23 %), bolest v krku 9 (17 %), teploty, 5 (9 %), bolesti na hrudi, 4 (8 %) a kašel 3 (6 %). Mezi 54 respondenty na UP byly nejčastěji zastoupené následující diagnózy: dušnost s počtem 8 (15 %), bolest na hrudi a kolaps po 6 (11 %), bolesti zad 5 (9 %) a 4 (7 %) pacientů s hypertenzí a vertigem.

Dílčí cíl 2 ukládal zjistit frekvenci zneužívání služeb ZZS Kraje Vysočina a zneužívání služeb urgentního příjmu v daném regionu. K němu související **průzkumná otázka 2** byla zaměřena na frekvenci zneužití služeb ZZS a služeb UP na expektačních lůžkách a na LSPP. Z tohoto důvodu byl každý případ konzultovaný s ošetřujícím lékařem, který určil, zda bylo nutné využít služeb urgentního příjmu, případně zda bylo nutné využít výjezdu ZZS.

Z 53 respondentů na LSPP můžeme říci pouze u 19 (36 %), že bylo skutečně nutné využít služeb UP. U zbývajících 34 (64 %) respondentů se tedy jednalo o zneužití služeb UP. Zneužití přitom bylo častější ve všední dny (68 % respondentů, kteří

navštívili UP ve všední den vs. 58 % těch, kteří navštívili UP o víkendu). Takto výrazný výsledek zřejmě můžeme připsat na vrub nízkému zastoupení vysokoškolsky vzdělaných lidí v celkovém vzorku. Co se týká rozdílů dle pohlaví, poměr zneužití vyšel úplně stejně u mužů (služeb UP zneužilo 16 (64 %) z 25 respondentů) a žen (služeb UP zneužilo 18 (64 %) z 28 respondentů).

Z 54 respondentů na UP potvrdil lékař nutnost využití UP u 38 (79 %). Rozdíly mezi všedním dnem a víkendy přitom byly minimální (u 64 % respondentů bylo nutné využít služeb UP ve všední dny oproti 74 % o víkendu). K zneužití častěji docházelo mezi respondenty s vysokoškolským a základním vzděláním (v obou případech 50 %). Oproti tomu u respondentů se středoškolským vzděláním docházelo k zneužití výrazně méně (střední odborné s maturitou 15 %, střední odborné bez maturity 21 %). Co se týká rozdílů dle pohlaví, UP zneužilo 23 % respondentů mužského pohlaví vs 36 % z respondentů ženského pohlaví.

Z 54 respondentů na UP 35 využilo rovněž služeb ZZS. U těchto jsme dále zkoumali, zda bylo nutné využít služeb ZZS. Nutné to bylo u 15 (43 %) z nich. U 14 (40 %) by stačilo přijít sám. U 6 (17 %) dokonce nebylo vůbec nutné využít služeb UP. Nepozorovali jsme výraznější výkyvy dle vzdělání. Ze všech respondentů ženského pohlaví (16) bylo nutné využít ZZS u 8 (50 %). Ze všech respondentů mužského pohlaví (19) bylo nutné využít ZZS u 7 (37 %). U respondentů, kteří využili služeb ZZS poprvé bylo v souhrnu méně časté oprávněné využití ZZS (33 %) než u respondentů, kteří využili služeb ZZS opakovaně (50 %).

Dílčím cílem 3 bylo zjistit frekvenci následné hospitalizovanosti pacientů, kteří využili služeb ZZS Kraje Vysočina. K němu související **průzkumná otázka 3** – jaké procento pacientů, kteří využili služeb ZZS Kraje Vysočina, je následně hospitalizováno.

Z 53 respondentů na LSPP byli následně hospitalizováni pouze 2 (4 %). V obou případech se jednalo o středoškolsky vzdělané muže. Z 54 respondentů UP bylo dále hospitalizováno 29 (54 %). Celkem z 35 pacientů, kteří využili služeb ZZS, bylo hospitalizováno 21 (60 %). Pacienti byli nejčastěji hospitalizováni na následujících odděleních: interní oddělení 14 (26 %) ze všech 54 respondentů, neurologie 6 (11 %) a JIP neurologie 3 (5 %).

Dílčím cílem 4 bylo zjistit spokojenost pacientů s poskytovanými službami PNP a urgentní péče. K němu související **průzkumná otázka 4** zní – jaké je následné hodnocení služeb ZZS a UP ze strany pacientů. V rámci dotazníku jsme se pacientů dotazovali, zda byli spokojeni se službami UP. U pacientů, kteří byli nespokojeni, či spíše nespokojeni jsme se dále tázali po důvodu nespokojenosti.

Z 53 respondentů LSPP bylo 19 (36 %) pacientů spokojeno a 16 (30 %) spíše spokojeno se službami oddělení. Spíše nespokojeno bylo 16 (30 %) pacientů a nespokojení se službami pohotovosti byli 2 (4 %) respondentů. Jako nejčastější důvod nespokojenosti uvádí pacienti dlouhou čekací dobu. Nespokojenost byla častější u respondentů ženského pohlaví. Z 28 respondentek bylo nespokojených 1 (3 %) a spíše nespokojených 10 (36 %). Oproti tomu z 25 respondentů mužského pohlaví bylo nespokojených 1 (4 %) a spíše nespokojených 6 (24 %). Co se týká rozdílů ve spokojenosti dle nejvyššího dosaženého vzdělání, nepozorovali jsme výraznější rozdíly, pouze se drobně měnila distribuce hlasů mezi odpovědi *ne* a *spíše ne*.

U 18 respondentů, kteří byli nespokojeni či spíše nespokojeni, byla nejčastějším důvodem k nespokojenosti dlouhá čekací doba na ošetření a na výsledky s počtem 15 (83 %). Dalším důvodem bylo nedostatečné ošetření a léčba 2 (11 %) a nedostatečné informace 1 (6 %).

Z 54 respondentů UP bylo 30 (55 %) pacientů spokojeno a 14 (26 %) spíše spokojeno se službami UP. Spíše nespokojeno bylo 9 (17 %) pacientů. S péčí nebyl spokojen 1 (2 %) pacient. Nepozorovali jsme výraznější rozdíly dle pohlaví (18 % nespokojených či spíše nespokojených respondentů ženského pohlaví vs 19 % nespokojených či spíše nespokojených respondentů mužského pohlaví). Distribuce dle nejvyššího dosaženého vzdělání byla následující: u respondentů se středním vzděláním bez maturity byli pouze 2 (14 %) z 12 spíše nespokojení a žádný nespokojený. U respondentů se středním vzděláním s maturitou byli spíše nespokojení 4 (20 %) z 20. U respondentů s vysokoškolským vzděláním byl 1 (6 %) spíše nespokojený a 1 (6 %) nespokojený z celkového počtu 16 respondentů. U respondentů se základním vzděláním byli spíše nespokojení 2 (50 %) z celkového počtu 4.

Z 54 respondentů UP 35 využilo rovněž služeb ZZS. Těchto respondentů jsme se tázali na spokojenost se službami ZZS. Celkem 23 (66 %) pacientů bylo spokojeno se

službami ZZS. Spíše spokojeno bylo 5 (14 %) respondentů a spíše nespokojeno s péčí ZZS bylo 7 (20 %) pacientů.

Z 10 pacientů, kteří nebyli spokojeni, udalo pouze 9 respondentů důvod. Hlavním důvodem nespokojenosti bylo nedostatečné ošetření a léčba s počtem 3 (34 %). Poté následovalo se stejným počtem 2 (22 %) dlouhá čekací doba na ošetření a výsledky, nedostatečné informace a nepříjemný personál.

6.1 DOPORUČENÍ

Dochází-li k nadužívání a neoprávněnému využití služeb urgentního příjmu, můžeme předpokládat negativní důsledky pro práci oddělení. Narůstá riziko špatné alokace posádky ZZS, únava a snížení ostražitosti personálu, přetížení celého oddělení. Toto může mít dopad na úroveň služby právě v oblasti, pro kterou je urgentní příjem zřízen: poskytování akutní neodkladné zdravotní péče.

Urgentní příjem poskytuje služby dostupné v podstatě celé populaci. Vzdělávací programy a širší osvěta by mohly posloužit k lepšímu povědomí o tom, kdy je vhodné využít služeb UP, kdy je v hodné volat ZZS, atp. Zároveň je žádoucí informovanost obyvatel o léčení běžných chorob, které neohrožují život, ani zdraví pacienta. Jelikož oddělení UP často řeší pacienty ve stavu intoxikace 1. a 2. stupně, vhodné posílení lokálních protialkoholních záchytných zařízení by mohlo částečně ulevit tomuto náporu na UP.

V současné době je výjezd ZZS i ošetření na UP plně hrazeno pojišťovnou. Pacienti pouze platí tzv. pohotovostní poplatek 90,- Kč, pokud UP navštíví mimo běžnou pracovní dobu. Můžeme předpokládat, že pokud by existovaly vyšší náklady na čerpání této služby na straně pacienta, byla by frekvence zneužití nižší. Taková diskuse je ovšem komplexní a přesahuje rozsah této práce.

7 ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali problematikou urgentního příjmu v Nemocnici Nové Město na Moravě. Chtěli jsme zjistit frekvenci neoprávněného užití ZZS kraje Vysočina a UP v regionu Žďár nad Sázavou. Dále jsme se zkoumali nejčastější diagnózy pacientů, kteří byli přijímaní na expektační lůžka UP a na LSPP. Zjišťovali jsme i spokojenost pacientů se službami ZZS a UP a počet hospitalizovaných pacientů, kteří využili ZZS. Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme popisovali urgentní medicínu, strukturu urgentního příjmu a nejčastější diagnózy na UP v Nemocnici Nové Město na Moravě. V praktické části jsme určili čtyři cíle a čtyři průzkumné otázky. V prvním cíli jsme zjišťovali nejčastější diagnózy, kvůli nimž pacienti využívali služeb ZZS a UP ve spádové nemocnici. V prvním cíli se ukázalo, že nejčastější diagnózou na expektačních lůžkách byla dušnost s počtem 12 (23 %) z 54 přijatých pacientů. Dále bolesti na hrudi a kolaps s počtem 6 (11 %). Nejčastější diagnózou na LSPP byly bolesti zad s počtem 12 (23 %) z 53 a bolesti v krku, konkrétně 9 (17 %). V druhém cíli jsme zkoumali frekvenci zneužívání služeb ZZS Kraje Vysočina a služeb UP v daném regionu, dle hodnocení ošetřujícího lékaře. V druhém cíli jsme zjistili, že dle hodnocení ošetřujícího lékaře z 54 respondentů využilo UP neoprávněně celkem 16 (21 %). Dále 20 (57 %) z 35 respondentů zneužilo služeb ZZS. Z 53 pacientů na LSPP celkem 34 (64 %) využilo služeb LSPP neoprávněně dle ošetřujícího lékaře. Dalším cílem bylo zjistit frekvenci následné hospitalizovanosti pacientů, kteří využili služeb ZZS. Třetí cíl ukázal, že z 35 pacientů, kteří využili ZZS, bylo hospitalizováno 21 (60 %). Posledním cílem se hodnotila spokojenost pacientů s poskytovanými službami PNP a urgentní péče. Čtvrtým cílem jsme zjistili, že 44 (81 %) z 54 pacientů na expektačních lůžkách bylo spokojeno se službami UP a konkrétně z 35 pacientů, kteří využili ZZS, bylo spokojeno 28 (80 %). Se službami LSPP bylo spokojeno 35 (66 %) z 53 respondentů.

Průzkum naznačuje, že neoprávněné využití služeb ZZS a LSPP je relativně časté. Hlavní příčinou, proč pacienti využívají služeb LSPP místo péče svého PL, je neomezená časová dostupnost LSPP. Mnoho lidí tak raději volí návštěvu LSPP v čase mimo vlastní pracovní dobu. Ke zneužití ZZS nejčastěji dochází v situacích, kdy pacient špatně vyhodnotí naléhavost zdravotních problémů. U 14 (40 %) ze všech pacientů, kteří využili služeb ZZS sice ošetřující lékař uznal nutnost návštěvy UP,

samotný výjezd ZZS ale vyhodnotil jako zbytečný. Výjezd ZZS může být pro mnohé pacienty jednodušší a levnější řešení než alternativní doprava na UP.

Jelikož je tato práce ze svého charakteru omezená svým záběrem i zkoumaným vzorkem, výsledky pouze naznačují možný rozsah neoprávněného využití práv pacientů. Ročně se v České republice realizují statisíce výjezdů zdravotnické záchranné služby (Zdravotnická ročenka České Republiky 2016). I relativně nízká frekvence pacientů, kteří využívají UP neoprávněně, může mít značný dopad na náklady celého integrovaného záchranného systému. Zneužívání má rovněž neopomenutelný etický rozměr, který ovšem přesahuje rámec této práce.

Oblast neoprávněného využívání urgentní péče zatím není podrobně zmapovaná. V odborné komunitě se přesto jedná o relevantní téma. Zmínit můžeme rozhovor s primářkou emergency v ústecké Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem Janou Bednářovou, která upozorňuje na situaci, kdy UP supluje práci praktických lékařů nebo protialkoholní záchytné stanice. Marek Slabý z Komory záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky upozorňuje na další problémy s pojené s nadužíváním a neoprávněným využitím služeb ZZS. Jedná se o prodloužení dojezdové doby a únavu či pokles ostražitosti záchranářů. Další výzkum v této oblasti by mohl přinést jasnější představu o reálných nákladech neoprávněného využití UP v ČR (<https://www.idnes.cz>), (<https://www.komorazachranaru.cz>).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AACHARYA, R. et al. *Emergency department triage: an ethical analysis* [online]. 2011 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3199257/>
- ANGERMANNOVÁ, Andrea. Zneužívání naší péče je na denním pořádku, říká primářka emergency. *Idnes.cz* [online]. 2017 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: https://usti.idnes.cz/rozhovor-mf-dnes-s-primarkou-emergency-janou-bednarovou-pec-/usti-zpravy.aspx?c=A170525_2328330_usti-zpravy_vac2
- BYDŽOVSKÝ, Jan. *Diferenciální diagnostika nejčastějších symptomů*. Praha: Triton, 2010. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-352-3.
- BYDŽOVSKÝ, Jan. *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem*. Praha: Triton, 2010. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-351-6.
- DOBIÁŠ, Viliam a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. dopl. vyd. Martin: Osveta, 2012. ISBN 978-80-8063-387-5.
- DRÁBKOVÁ, Jarmila, 2009. *Akutní stavy, akutní a intenzivní medicína, urgentní medicína, medicína katastrof – CBRNE* [online]. [cit. 2018-03-08]. Dostupné z: www.fzs.tul.cz/skripta/data/2009-11-23/12-07-16.doc.
- DRÁBKOVÁ, Jarmila, Jaromír CHENÍČEK, Jaroslav NEKOLA a Jiří POKORNÝ. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2017. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7492-322-7.
- HLAVÁČKOVÁ, D. *Koncepce budování urgentních příjmů v ČR*. Praha, 2000. Dostupné z: www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=142. Atestační práce. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha. Vedoucí práce Ctibor Drbal.
- HROMÁDKOVÁ, Pavla a Peter HROMÁDKA. *Kdy (ne)jet na pohotovost?: jak poskytnout první pomoc našemu dítěti*. Praha: Gema Art, 2013. ISBN 978-80-904575-6-0.
- JANDA, Vladimír. *Urgentní příjmy v České republice - současný stav a perspektiva*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotních studií. Vedoucí práce Ondřej Franěk.

- KÁBRT, M., 2011. *Aplikovaná statistika. Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce* [online]. [cit. 21-02-2018]. Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>
- KNOR, Jiří a Jiří MÁLEK. *Farmakoterapie urgentních stavů: [přívodce léčbou život ohrožujících stavů]*. Praha: Maxdorf, 2014. Moderní farmakoterapie. ISBN 978-80-7345-386-2.
- KOLÁŘOVÁ, Zdena. Nadužívání a zneužívání záchranné služby stojí ročně přes 250 mil. Kč. *Komora záchranářů* [online]. 2015 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/naduzivani-a-zneuzivani-zachranne-sluzby-stoji-rocne-pres-250-mil-kc>
- MITCHELL, Glenn W. A Brief History of Triage. *Cambridge University Press* [online]. 2013 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/brief-history-of-triage/7A06DA1AE46DBBF782BD741C5F5CF4B2>
- Nemocnice Nové Město na Moravě [online]. 2011 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.nnm.cz/2011/?rezim=pacient&id=emergency>
- POKORNÝ, Jiří a et al. *Urgentní Medicína*. Praha: Galén, 2004. ISBN 8072622595.
- POLÁK, Martin. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Praha: Mladá fronta, 2014. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3208-7.
- REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
- Sloužit pohotovost s baterkou a špátlí lékaři nechtějí. *Medical Tribune* [online]. 2015 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/35897-slouzit-pohotovost-s-baterkou-a-spatli-lekari-nechteji>
- ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.

TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-540-2.

Urgentní příjmy v systému urgentní medicíny - kam kráčíme?: sborník abstraktů celostátní konference k desátému výročí Oddělení urgentního příjmu dospělých Fakultní nemocnice Motol : Nečtiny, 19.-20.1.2008. [Praha: Fakultní nemocnice Motol], 2008. ISBN 978-80-904017-0-9.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. Velký lékařský slovník. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

Zdravotnická ročenka České republiky. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z:

<http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

ZINK, B., 2006. Anyone, anything, anytime : a history of emergency medicine,. Philadelphia: Mosby Elsevier, [online] [cit. 2018-03-18]. Dostupné z:

https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=bUImH2GeULAC&oi=fnd&pg=PR9&dq=emergency+medicine+history&ots=11MnoM0TcN&sig=JAPPFAAa63G-wsoJAXLkXLxFNFE&redir_esc=y#v=onepage&q=emergency%20medicine%20history&f=false

ZVOLÁNEK, Rudolf, Barbora ZUCHOVÁ a Vladimír JARUŠEK. Řešení urgentních stavů v terénu včetně základní neodkladné resuscitace: textová opora ke kurzu. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou Jihomoravského kraje, 2014. Kurzy přednemocniční péče. ISBN 978-80-210-6807-0.

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník pro pacienty na expektační lůžka.....	I
Příloha B – Dotazník na LSPP.....	V
Příloha C – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu.....	VIII
Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	IX
Příloha E – Žádost o umožnění sběru dat.....	X
Příloha F – Rešeršní protokol.....	XI
Příloha G – Expektační lůžka na UP.....	XII

Příloha A – Dotazník pro pacienty na expektačních lůžkách

1. Pohlaví pacienta?

A) Muž

B) Žena

2. Nejvyšší dosažené vzdělání pacienta?

A) Základní

B) Střední odborné bez maturity

C) Střední s maturitou

D) Vysokoškolské

3. Věk pacienta?

A) 18 – 30

B) 31 – 51

C) 51 – 70

D) 71 a více

4. Den, kdy se pacient dostavil na UP?

A) Pracovní den

B) Víkend

5. Čas kdy se pacient dostavil na UP?

A) 6:01–14:00

B) 14:01–22:00

C) 22:01–6:00

6. Důvod proč se pacient dostavil na UP?

.....

7. Způsob jak se pacient dostavil na UP?

A) Přivezen ZZS

B) Přivezen rodinou, přáteli

C) Odeslán praktickým lékařem (PL) pro dospělé nebo lékařem specialistou

D) Sám z vlastního rozhodnutí

8. Využil pacient již v minulosti služeb ZZS?

A) Ano

B) Ne

9. Už byl pacient někdy v minulosti s tímto problémem hospitalizován?

A) Ano

B) Ne

10. Byl pacient spokojen se službami UP?

A) Ano

B) Spíše ano

C) Spíše ne

D) Ne

11. Byl pacient spokojen se službami ZZS? Týká se pouze pacientů, kteří využili služeb ZZS.

- A) Ano
- B) Spíše ano
- C) Spíše ne
- D) Ne

12. Proč pacient nebyl spokojený se službami UP a ZZS? Týká se pouze pacientů, kteří na otázku 9 a 10 odpověděli „Ne“ či „Spíše ne.“

- A) Nedostatečné informace
- B) Nedostatečné ošetření a léčba
- C) Dlouhá čekací doba na ošetření a na výsledky
- D) Nepříjemný zdravotnický personál
- E) Jiné

13. Byl pacient hospitalizován?

- A) Ano a na které oddělení
- B) Ne

14. Bylo nutné využít služeb ZZS? Týká se pacientů, kteří využili služeb ZZS.

- A) Ano
- B) Ne, stačilo přijít sám či být přivezen rodinou, přáteli
- C) Ne, stačilo tyto problémy řešit cestou PL

15. Bylo nutné využít služeb UP?

A) Ano

B) Ne, stačilo tyto problémy řešit cestou PL

Příloha B – Dotazník pro pacienty na LSPP

1. Pohlaví pacienta?

A) Muž

B) Žena

2. Nejvyšší dosažené vzdělání pacienta?

A) Základní

B) Střední odborné bez maturity

C) Střední s maturitou

D) Vysokoškolské

3. Věk pacienta?

A) 18 – 30

B) 31 – 51

C) 51 – 70

D) 71 a více

4. Den, kdy se pacient dostavil na LSPP?

A) Pracovní den

B) Víkend

5. Čas, kdy pacient navštívil LSPP?

A) 7:01–15:00

B) 15:01–7:00

6. Důvod proč se pacient dostavil na LSPP?

.....

7. Proč pacient nevyužil svého PL

.....

8. Byl pacient spokojen se službami LSPP?

A) Ano

B) Spíše ano

C) Spíše ne

D) Ne

9. Proč pacient nebyl spokojený se službami LSPP? Týká se pouze pacientů, kteří na otázku 13 odpověděli „Ne“ či „Spíše ne.“

A) Nedostatečné informace

B) Nedostatečné ošetření a léčba

C) Dlouhá čekací doba na ošetření a na výsledky

D) Nepříjemný zdravotnický personál

E) Jiné

10. Byl pacient hospitalizován?

A) Ano

B) Ne

11. Bylo nutné využít služeb LSPP?

A) Ano

B) Ne, stačilo tyto problémy řešit se svým PL

Příloha C – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu

ABSTRACT

NOVOTNÁ, Ludmila. *The Issue of Emergency Admission to the Hospital Nové Město na Moravě*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. 2018. 77 pages.

This thesis examines issues of Emergency department admissions in Hospital of Nové Město na Moravě. The thesis consists of two parts. Theoretical part describes emergency medical services, structure of Emergency department admissions and the most common diagnoses in given department. The practical research examines frequency of misuse of emergency medical services. It also examines the most frequent diagnoses in the department as well as customer satisfaction at patient's part.

Keywords

Ambulance. Emergency Admission. First Aid. Medical Service. Patient. Urgent Medicine.

Mgr. Papoušek Marek



Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Problematika urgentního příjmu v Nemocnici Nové Město na Moravě v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha E – Žádost o umožnění sběru dat

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	NOVOTNÁ LUDMILA	
Studijní obor	ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ	Ročník 2022
Téma práce	PROBLEMATIKA URGENCY PRÍJMU NEMOCNICE NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	ARO UP NEMOCNICE NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ	
Jméno vedoucího práce	doc. MUDr. LUDMILA KANJKOVÁ, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	

podpis

Jiřina Povolná
Nemocnice
Nové Město na Moravě
příspěvková organizace
②

v. Novém Městě n. M. dne 11.11.22

podpis studenta

Příloha F – Rešeršní protokol



Úrgentní příjem, pohotovost, válečná medicína.

Historie a současnost.
Rešerše č. 2 / 2018

Bydžovský, Jan, 1981-

Tabulky pro medicínu prvního kontaktu : záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem / Jan Bydžovský. -- Vyd. 1.. -- Praha : Triton, 2010. -- 239 s. : il. ; 17 cm. -- (Lékařské repetitorium)
ISBN 978-80-7387-351-6 (brož.)

Dobiáš, Václav, 1918-

Stručné dějiny lékařství a vojenského lékařství / Václav Dobiáš. -- Vydání 1.. -- [Brno] : Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně, 1955. -- 284 stran : ilustrace

Doleček, Martin

Řešení zdravotních následků mimořádných událostí v časné nemocniční neodkladné péči : textová opora ke kurzu / Martin Doleček. -- 1. vyd.. -- Brno : Masarykova univerzita ve spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou Jihomoravského kraje, 2014. -- [75] s. : barev. il. ; 30 cm. -- (Kurzy přednemocniční péče)
ISBN 978-80-210-6699-1 (Masarykova univerzita ; brož.)

Drábková, Jarmila, 1934-

Úrgentní medicína / Jarmila Drábková, Jaromír Cheníček, Jaroslav Nekola, Jiří Pokorný. -- První vydání. -- Praha : Galén, [2017], ©2017. -- 123 stran ; 23 cm. -- (Lékařské repetitorium)
ISBN 978-80-7492-322-7 (brožováno)

Franěk, Ondřej, 1966-

Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska / Ondřej Franěk. -- 8. vydání. -- Praha : Ondřej Franěk, 2015. -- 248 stran : ilustrace ; 21 cm
ISBN 978-80-905651-1-1 (brožováno)

Hromádková, Pavla, 1973-

Kdy (ne)jet na pohotovost? : jak poskytnout první pomoc našemu dítěti / Pavla Hromádková. -- [Praha] : Gema Art, 2013. -- 83 s. : barev. il. ; 21 cm, ISBN 978-80-904575-6-0 (brož.)
V tiráži uvedeno: autoři textů Pavla Hromádková, Peter Hromádka (kapitola Bolesti břicha) -- Terminologický slovník. -- Obsahuje bibliografické odkazy

Příloha G – Expektační lůžka na UP



Zdroj: Autor, 2018