

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Význam expektačních lůžek na oddělení
urgentního příjmu**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Alena Krejčí, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Křížová
Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Alena Krejčí, Dis**
Studijní program: **Ošetrovatelství**
Obor: **Všeobecná sestra**
Název práce: **Význam expektačních lůžek na oddělení urgentního příjmu /emergency/**
Cíl práce: **Zmapovat využití expektačních lůžek na urgentním příjmu v nemocnici Jihlava z pohledu ošetrovatelského personálu. Zjistit spokojenost pacientů ošetřených na expektačních lůžkách urgentního příjmu v Jihlavě.**


Mgr. Radmila Křížová
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou významu expektačních lůžek na urgentním příjmu Nemocnice Jihlava. Dále se zaměřuje na míru spokojenosti pacientů, kteří jsou zde ošetřováni. Práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Úvodní část práce představuje oddělení, skladbu pacientů a specifiku práci všeobecných sester. Následná praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu. Rozhovory byly vedeny s ošetřujícím personálem a pacienty. V závěru práce jsou shrnuty nejdůležitější informace, které vyplynuly z výzkumného šetření. Výsledky výzkumu ukazují, do jaké míry jsou expektační lůžka využívána a jak jsou pacienti spokojeni s péčí. Získané informace mohou sloužit ke zkvalitnění péče na expektačních lůžkách.

Klíčová slova: akutní medicína, expektační lůžka, monitorace, ošetrovatelská péče, urgentní příjem

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of the importance of the observational beds in the emergency department at hospital in Jihlava. It is also focused on the degree of patients' satisfaction who are treated there. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The introductory part of the thesis describes the department, the composition of patients and the specificity of the work of adult nurses. The following practical part is elaborated in the form of qualitative research. The interview was conducted with treating staff and patients. At the end of the thesis there are summarized the most important information that emerged from the research survey. The results of the research show the extent to which observational beds are used and how patients are satisfied with the care. The information can be used to improve the care in the observational beds.

Key words: acute medicine, observational beds, monitoring, nursing care, emergency department

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Radmile Křížové za odborné vedení práce, za rady, připomínky a věnovaný čas. Dále děkuji všem respondentům a kolektivu urgentního příjmu Nemocnice Jihlava za ochotu a spolupráci.

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav problematiky	9
1.1 Urgentní příjem	9
1.1.1 Příjem pacienta na oddělení urgentního příjmu	10
1.1.2 Systém třídění pacientů na urgentním příjmu	11
1.2 Expektační lůžka	12
1.2.1 Historie a současnost expektačních lůžek.....	12
1.2.2 Specifika ošetrovatelské péče na expektačních lůžkách.....	13
1.2.3 Vedení ošetrovatelské dokumentace.....	16
1.2.4 Nejčastější onemocnění vyskytující se na expektačních lůžkách	16
1.3 Expektační lůžka v nemocnici Jihlava	18
2 Výzkumná část.....	20
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	20
2.2 Metodika výzkumu.....	20
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	21
2.4 Průběh výzkumu.....	22
2.5 Zpracování dat.....	22
2.5.1 Rozhovory se všeobecnými sestrami na EL	22
2.5.2 Rozhovory s pacienty.....	27
2.6 Názorná analýza dat	29
3 Diskuze	34
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	38
Závěr	39
Seznam použitých zdrojů.....	41
Seznam použitých zkratk	44
Seznam tabulek	45
Seznam příloh	46

Úvod

V současné době je trendem budovat moderní nemocnice. I Nemocnice Jihlava chce být mezi ně řazena. Má své motto: „*Nemocnice Jihlava – Vaše nemocnice*“ a jasnou vizi: „*Moderní, ekonomicky stabilní nemocnice s celokrajskou působností, poskytující špičkové služby klientům, kvalitním a motivovaným personálem.*“ Součástí moderně pracujícího nemocničního pracoviště by měl být urgentní příjem. Urgentní příjem slouží jako vstupní brána a umožňuje tak plynulý přechod z přednemocniční péče do péče nemocniční. Počet těchto důležitých a moderně vybavených součástí nemocnic se v České republice neustále zvyšuje. V roce 2012 vznikl i v Jihlavě. Jelikož pracuji v jihlavské nemocnici, zajímalo mě, jak urgentní příjem funguje zde (Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, 2012).

Tématem mé bakalářské práce je zmapovat využití expektačních lůžek v nemocnici Jihlava. Inspirací při výběru tématu mi byla mimo jiné i zpracovaná bakalářská práce na téma: „*Vývoj a porovnání urgentních příjmů v České republice.*“ V práci se autor zabývá problematikou vzniku a fungování UP v ČR. Toto téma je pro mě zajímavé, protože je aktuální, stále se vyvíjí a určitě má budoucnost. V bakalářské práci jsem chtěla zachytit názory na vznik UP zde v Jihlavě, jak ze strany ošetrovatelského personálu, tak ze strany pacientů. Soustředila jsem se hlavně na expektační část urgentního příjmu. Nejvíce mě zajímalo, do jaké míry jsou expektační lůžka využívána. Dále jsem chtěla zjistit, zda jsou pacienti spokojeni a vznik těchto lůžek uvítali (Feix, 2017).

Teoretická část nás seznamuje s chodem oddělení, prostorovým, přístrojovým a materiálním vybavením. Shrnuje také historii expektačních lůžek při rozvoji velice mladého oboru urgentní medicína a s tím související vznik urgentních příjmů. Dále jsou zde uvedena specifika ošetrovatelské péče všeobecných sester. Zmíněna je základní monitorace a péče o pacienta. Také jsou zde uvedena nejčastější onemocnění, se kterými se můžeme v praxi na expektačních lůžkách setkat. V praktické části jsou vyhodnocována data kvalitativního výzkumu. Data byla získána z rozhovorů, ty byly vedeny se všeobecnými sestrami a s pacienty. Výsledky byly následně zpracovány a vyhodnoceny. Diskuze je věnována shrnutí poznatků vyplývajících z výzkumu a návrhům na případné zlepšení.

Cíl výzkumu, výzkumné otázky

Stanovené cíle bakalářské práce a k nim odpovídající výzkumné otázky:

Cíl 1: Zmapovat využití expektačních lůžek na urgentním příjmu v nemocnici Jihlava z pohledu ošetrovatelského personálu.

Cíl 2: Zjistit spokojenost pacientů ošetřovaných na expektačních lůžkách v nemocnici Jihlava.

Výzkumná otázka 1: Jaká je skladba pacientů ošetřovaných na expektačních lůžkách?

Výzkumná otázka 2: Jaká je obsazenost expektačních lůžek z pohledu personálu?

Výzkumná otázka 3: Jak jsou pacienti spokojeni s přístupem ošetřujícího personálu?

Výzkumná otázka 4: Jak pacienti hodnotí prostředí expektačních lůžek?

1 Současný stav problematiky

1.1 Urgentní příjem

Toto důležité pracoviště slouží k diagnostice a terapii pro veškeré akutně vzniklé stavy, jde tedy o komplexní zdravotní péči o pacienty s náhlou změnou zdravotního stavu, kteří se do zdravotnického zařízení dostali jakýmkoliv způsobem. Dochází zde ke kontinuitě mezi přednemocniční péčí a neodkladnou nemocniční péčí, dále k filtraci stavů vyžadujících hospitalizaci, ambulantní péči, propuštění do domácí péče nebo umístění na observační (expektační) lůžka, což může značně snížit počet hospitalizací, případně i počet vyšetření v odborných specializovaných ambulancích. Díky materiálně a odborně personálně vybavenému urgentnímu příjmu dochází k centralizaci včasného a efektivního ošetření především pacientů v kritickém stavu, pro ostatní pacienty existence této části nemocnice znamená urychlení jejich ošetření. Při mimořádných událostech s větším počtem zraněných je tento úsek zcela zásadní pro poskytování péče (Remeš, 2013; Šeblová, 2013).

V modelu tzv. záchranného řetězu, který je charakterizován jako soubor pěti článků při poskytování první pomoci a neodkladné péče osobám v náhle vzniklém akutním a kritickém stavu, je právě urgentní příjem oním pátým článkem sloužícím pro převzetí pacienta do péče. V případě vzniku takové události, tedy v terénu za předpokladu transportu pacienta pomocí ZZS, jdou po sobě první pomoc poskytnutá svědky příhody, tísňové volání zdravotnického operačního střediska, zásah výjezdové posádky, transport a již zmiňované převzetí pacienta do nemocnice optimálně cestou urgentního příjmu (Drábková a kol., 2017).

Stejně, jako není zcela sjednoceno názvosloví (akutní příjem, centrální příjem, emergency), tak není ani zcela stanovena organizace, nicméně i tak můžeme urgentní příjem dělit do některých částí:

- informační úsek (recepce, operační středisko) sloužící zároveň i jako kontaktní místo pro ZZS, splňuje funkci nemocničního dispečinku, přijímá avíza od zdravotnické záchranné služby, monitoruje volná lůžka a svolává týmy při mimořádných událostech,

- vysokoprahová část (emergency room, crash room) je místem pro příjem pacientů v kritickém stavu, se selháváním vitálních funkcí a v bezprostředním ohrožení života,
- nízkoprahová část (specializované ambulance),
- bezprahová část (všeobecná ambulance) sloužící pro ošetření pacientů bez ohrožení vitálních funkcí,
- lůžková část (expektační lůžka),
- heliport (Remeš, 2013, Šeblová, 2013).

V roce 2013 využily těchto urgentních příjmů téměř dva miliony pacientů z celé České republiky. Péči tedy potřeboval každý pátý občan. Úkolem urgentního příjmu není určit definitivní diagnózu, ale pacienta stabilizovat, stanovit pracovní diagnózu a určit, na které oddělení má být předán (Šeblová, 2015b).

1.1.1 Příjem pacienta na oddělení urgentního příjmu

Je několik možností, jak se pacient na urgentní příjem dostane. Může přijít sám či v doprovodu rodiny, je přivezen sanitním vozem nebo posádkou RZP, RLP nebo je doporučen lékařem lékařské služby první pomoci. Personál urgentního příjmu musí rozhodnout o urgentnosti ošetření. Pacienti mají většinou obtíže různé povahy a urgentnost ošetření lze posuzovat z pohledu pacienta, přijímacího týmu UP a lékaře. Tyto pohledy nemusí být vždy totožné. Vždy je ale zásadní co udává pacient. Z jeho pohledu jsou potíže akutní, proto pomoc vyhledal. Do jaké míry jsou obtíže skutečně závažné, rozhoduje lékař. Musíme mít na mysli, že stav pacienta se může změnit během velmi krátké doby, proto jsou prostory UP monitorovány kamerovým systémem. Pro urgentní medicínu je charakteristická dynamika vývoje stavu pacienta, proto je také monitorování vitálních funkcí jedním ze základních stavebních kamenů kvalitní neodkladné péče. Tým urgentního příjmu je schopen v případě potřeby urychleně přesunout pacienta na crash room nebo expektační lůžka k zahájení léčby či resuscitace. Ošetřující personál na recepci urgentního příjmu je proškolen v oblasti odebrání přesné anamnézy a v systému kladení cílených dotazů. Mohou tak být kvalifikovaně posouzeny obtíže pacienta a stanovena priorita ošetření (Polák, 2016; Šeblová, 2013).

1.1.2 Systém třídění pacientů na urgentním příjmu

Pořadí ošetření pacienta není dáno dobou jeho příchodu či způsobem transportu do zdravotnického zařízení, ale právě závažností jeho potíží. Pro určení pořadí je zcela nutné používání systému třídění neboli triáž (viz Příloha č. 1). Dle tohoto posouzení jsou pacienti zařazeni do určitých skupin, což určuje v jakém pořadí a jak rychle mají být ošetřeni. Krátce po vzniku stavu bývá rychlá dynamika vývoje nebo naopak může dojít ke zlepšení vlivem již zahájené terapie, na urgentním příjmu se pak již v terapii pokračuje zároveň s upřesněním dalšího postupu diagnostiky. Triáž je prováděna pracovníkem urgentního příjmu, lékařem nebo zkušenou všeobecnou sestrou. Proces třídění nesmí zabrat mnoho času, maximálně několik minut. Zařazení pacienta může být do následujících skupin: emergentní, velmi urgentní, urgentní, standardní a neurgentní. Do neurgentní skupiny patří takoví pacienti, jejich potíže není nutné řešit okamžitě a ošetření lze odložit třeba i do druhého dne. Standardní skupina pacientů by měla být ošetřena do jedné hodiny. Urgentní a velmi urgentní stavy musí být ošetřeni do 5-10 minut, maximálně do 30 minut. Emergentní pacienti jsou ošetřeni ihned. Na základě vyšetření lékařem nastává několik možností dalšího postupu:

- emergentní stav pacienta vyžaduje transport na specializované pracoviště mimo rámec nemocnice. Zařízen je sekundární převoz pacienta a to vždy po předchozí domluvě s lékařem přebírajícího zařízení,
- pacient je přijat na jednotku intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení téže nemocnice,
- pacient je uložen na standardní lůžko téže nemocnice,
- pacient je monitorován na observačním (expektačním) lůžku a následně může být propuštěn, předán do ambulantní péče nebo na některé oddělení uvedené výše,
- pacient zemřel (Polák, 2016; Šeblová, 2013).

1.2 Expektační lůžka

Tato část urgentního příjmu umožňuje krátkodobou observaci pacientů na lůžku v rámci provádění diferenciální diagnostiky (vyšetřování pacienta, vyčkávání na výsledky testů, doplňující konziliární vyšetření apod.). Je možné zde také zahájit léčbu akutní poruchy před zahájením hospitalizace nebo při úspěchu terapie lze pacienta propustit do domácího ošetřování. Pobyt pacienta na takovémto lůžku by neměl přesáhnout 24 hodin. Někdy mohou být lůžka situována do jednotlivých boxů, což pacientům zaručuje dostatek soukromí, setkat se ale můžeme i s halovým řešením, kdy nejsou lůžka pevně rozdělena. V rámci této jednotky může být k dispozici i izolační box (Remeš, 2013).

Dle Emergency Nurses Association je doba observace dlouhá zpravidla 6 až 24 hodin a pacienti, kteří jsou uloženi na observačních lůžkách dělí na „návštěvu emergency s propuštěním“ a „návštěvu emergency s hospitalizací“. Jako hlavní cíl pro vznik expektačních lůžek považuje účinnou a efektivní alternativu zdravotní péče a také značné snížení nákladů za ni (Encapera, 2017).

Dle Dr. Jasona D. Napolitana z Kalifornie efektivita, která vyplývá z využívání observačních lůžek, může zlepšit kapacitu lůžek jednotlivých nemocnic a také poskytnout velkou úsporu nákladů v jednotlivých zemích, protože je péče poskytována bezpečně, v kratším čase a s využitím méně zdrojů (Napolitano, 2014).

1.2.1 Historie a současnost expektačních lůžek

V dnešní době jsme dospěli do zlomu, kdy je urgentní příjem pro nemocnice nezbytnou součástí, ale není tomu tak dávno, kdy v České republice vznikl první urgentní příjem s expektačními lůžky. Dá se tedy říci, že jde o moderní trend, kterým by se dnešní nemocnice měly ubírat. Pokud porovnáme rok vzniku urgentního příjmu v Linci (1974) a rok vzniku našeho prvního urgentního příjmu v Nemocnici Na Malvazinkách (1991), zjistíme, že jsme oproti zahraničí stále o něco pozadu. Tehdy tento urgentní příjem disponoval dvěma expektačními lůžky s možností kompletní monitorace a umělé plicní ventilace. Tato lůžka ale plnila rozdílnou funkci – umisťovali se na něj pouze pacienti v nejvážnějších stavech, aby čekali, až se uvolní lůžko na jednotce intenzivní péče

či ARO, dnes lůžka plní spíše observační funkci a dle vývoje stavu pacienta se rozhoduje o jeho dalším přesunu, buď do domácí péče nebo k hospitalizaci. Umístění jsou na něj často pacienti v lehčích stavech oproti historii, protože ti v kritických stavech jsou na JIP či ARO přesunuti okamžitě bez nutnosti využívat toto lůžko (Šeblová, 2015a; Remeš, 2013).

Další urgentní příjem pak vznikl ve FN Olomouc (1994), pak v Ústřední vojenské nemocnici (1997), v Motole (1997). Mezi ty modernější UP dnešní doby můžeme řadit například Nemocnici Jindřichův Hradec s 5 expektačními lůžky z roku 2014 (Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., 2018; Šeblová, 2015a).

V posledních letech můžeme zaznamenat nárůst v budování urgentních příjmů napříč celou Českou republikou, expektačními lůžky se na svých internetových stránkách pyšní řada nemocnic (např. Nemocnice Most, Fakultní nemocnice Olomouc, Nemocnice Nové Město na Moravě a další). Není ale zřejmé, kolik z celkem 188 českých nemocnic má expektační lůžka k dispozici. ÚZIS ČR v roce 2013 totiž expektační lůžka do statistik nezahrnul či nepojmenoval nijak tak, aby se dala rozlišit od ostatních akutních lůžek (Typlová, 2014).

Jak ale můžeme poznamenat na základě výzkumu Jandy (2012), mají některé nemocnice i přes existenci moderního zázemí urgentního příjmu k dispozici pouze řadu resuscitačních lůžek a žádná expektační, jak je tomu například v nemocnici v Motole, kde mají pouze 7 resuscitačních. Ve srovnání s ostatními zeměmi dle Dr Napolitana (2014) lze uvést, že observační jednotku (myšleno jako naše expektační lůžka) má jen třetina amerických nemocnic, přičemž k rozvoji v budování těchto jednotek docházelo již v 50. letech minulého století (Krajská zdravotní, a.s., 2017; Fakultní nemocnice Olomouc, 2018; Nemocnice Nové Město na Moravě, 2017).

1.2.2 Specifika ošetrovatelské péče na expektačních lůžkách

Vybraní pacienti mají takový zdravotní stav, který není natolik lehký, aby mohli odejít hned domů, ale ani tak těžký, aby se jednoznačně dalo rozhodnout o hospitalizaci, což vede k zajištění pacientů na expektační lůžka. Ty poskytují vhodné monitorování, diagnostiku, terapii a hodnocení příznaků pacienta při reakci na danou léčbu. Od toho se odvíjí další postup (Encapera, 2017).

Ošetřující personál musí získat maximum informací o pacientovi, ty pak uspořádat a správně vyhodnotit. Souběžně probíhá diagnostický a léčebný proces. Kroky by měly být efektivní a měly by vést k co nejrychlejší identifikaci onemocnění a nastavení adekvátní terapie. Prvním krokem v komunikaci je správné odebrání anamnézy. Cílem je získat základní informace jako pohlaví, věk, jaké má obtíže, jak dlouho trvají, co je zhoršuje nebo zmírňuje, zda je alergický nebo jakou užívá medikaci. Další součástí stanovení diagnózy je fyzikální vyšetření. Zajímá nás především celkový vzhled, stav vědomí, nutriční stav a hydratace, vitální parametry (tělesná teplota, krevní tlak, srdeční a dechová frekvence, saturace kyslíkem), důležitá je i výška a hmotnost pacienta. Sběr těchto dat je doplněn laboratorním vyšetřením a případně dalšími diagnostickými metodami. Na expektačních lůžkách jsou prováděny pouze ta laboratorní vyšetření, která jsou přínosná a mají zásadní význam pro stanovení diagnózy. Z diagnostických metod nejsou prováděny všechny, ale pouze ty, které mohou ovlivnit další rozhodování a posunout diagnosticky dále. Například při bolestech na hrudi je proveden EKG záznam nebo echokardiologické vyšetření (Polák, 2016).

Monitorace VF

Monitorace je soubor činností sloužících ke sledování aktuálního zdravotního stavu pacienta. Tento název pochází z latinského monere, což v překladu znamená varovat nebo připomínat. Monitorování je aktivní děj, kdy pozorujeme nebo měříme určitý ukazatel. Pozorované hodnoty slouží jako zdroj informací a usnadňuje rozhodování o veškeré další ošetrovatelské péči. Včasný záchyt abnormálních hodnot fyziologických funkcí je jedno ze základních paradigmat moderního pojetí ošetrovatelské péče o nemocné. K základním monitorovaným parametrům patří vědomí, srdeční frekvence a srdeční rytmus, krevní tlak, dechová frekvence, tělesná teplota a saturace hemoglobinu kyslíkem (Ševčík, 2014; Bartůněk, 2016).

Stav vědomí: Vědomí je stav, kdy si jedinec správně uvědomuje sám sebe, okolí a adekvátně reaguje na podněty z prostředí. Neurologické hodnocení stavu vědomí je nedílnou součástí monitorace. Posuzujeme vigilitu (bdělost) a luciditu (jasnost). Změna těchto stavů je označována jako porucha vědomí. Pokud je porušena vigilita, hovoříme o kvantitativních poruchách, kvalitativní poruchy pak postihují luciditu. Celosvětově se užívá skórovací systém GCS (Glasgow coma scale). Jedná se o první vstupní údaj, který nám určuje závažnost zdravotního stavu a následnou náročnost péče

o pacienta. Posuzování stavu vědomí se děje ve třech rovinách – otevření očí, slovní a motorická odpověď. Nejvyšší počet bodů je 15 a odpovídá normálnímu stavu vědomí. Nižší počet bodů značí závažnost stavu, a pokud je GSC menší než 8 hovoříme o bezvědomí (Ševčík, 2014; Tomek 2018).

Stav cirkulace: Srdeční rytmus a frekvence je na expektačních lůžkách sledována tří nebo pětibodovými monitorovacími systémy. Grafickým znázorněním srdeční akce je EKG křivka. Záznam může odhalit jak kvalitativní poruchy srdečního rytmu (arytmie), tak poruchy kvantitativní (bradykardie, tachykardie). Dle doporučeného postupu Nemocnice Jihlava (viz Příloha č. 2) je pacientům nad 50 let vždy natočena vstupní EKG křivka. K monitorování krevního tlaku se nejčastěji využívá neinvazivní techniky (NIBP) pomocí tlakové manžety. Monitor měří krevní tlak automaticky a pravidelně v předem nastavených intervalech. Zaznamenat můžeme fyziologické nebo patologické hodnoty. U kriticky nemocných se pak využívá invazivních metod měření krevního tlaku (Bartůněk, 2016; Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, 2012; O'Rourke, 2010)

Dýchání: Dechová frekvence je dalším ukazatelem vitálních funkcí. Fyziologické hodnoty dechové frekvence jsou 12 – 16 dechů za minutu. Frekvence je snímána pomocí elektrod, které zároveň slouží pro snímání srdeční frekvence a rytmu. Vyšší hodnoty nazýváme tachypnoe, nižší pak bradypnoe. Zástava dechu je označována jako apnoe (Bartůněk, 2016).

Pulzní oxymetrie: SpO₂ se používá tam, kde se předpokládá ohrožení pacienta dechovou insuficiencí. Měří se saturačním čidlem, které se umísťuje na akrální části těla, nejčastěji prst nebo ušní lalůček. Hodnoty jsou udávány v procentech a vyjadřují, do jaké míry je hemoglobin nasycen kyslíkem. Fyziologická hodnota je 95 - 100%. Při kriticky nízkých hodnotách je nutná umělá plicní ventilace (UPV) (Bartůněk, 2016).

Tělesná teplota: Tělesná teplota se nejčastěji měří pomocí bezkontaktních teploměrů. Pokud to zdravotní stav vyžaduje, je zde možnost využít kontinuálního měření TT pomocí teplotních čidel. Nejčastěji je čidlo umístěno v axile a pomocí svodu jsou hodnoty zobrazovány na monitoru. V akutní péči se setkáváme i s převáděním tělesné teploty na velmi nízkou hodnotu (<35°C), což je základ pro úspěšnou léčbu pacientů po resuscitaci (Bartůněk, 2016; Remeš, 2013).

1.2.3 Vedení ošetrovatelské dokumentace

Zdravotnická dokumentace je upravena řadou obecně závazných předpisů. Tyto předpisy stanovují zdravotnickou dokumentaci vést, nařizují formu i obsah. Vedení ošetrovatelské dokumentace vychází z platné legislativy České republiky. Kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace je odrazem úrovně profesionální praxe a správné, vhodné a efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka. Je to taková ošetrovatelská dokumentace, která je hodnocena a upravována podle potřeb pacientů. Může být vedena ve formě elektronické nebo listinné. Zdravotnická dokumentace zahrnuje dokumentaci lékařskou, ošetrovatelskou a provozní. Musí být pravdivá, srozumitelná, jednoduchá a věcná, opatřena datem a časem, vždy musí mít podpis a jmenovku a má být vždy dostupná. V rámci nemocnic bývají zavedeny nemocniční informační systémy (NIS). Tyto systémy však nejsou v ČR jednotné. Každé zdravotnické zařízení si NIS upravuje dle svých priorit. Pobyt na crash room nebo na expektačním lůžku je hodnocen jako předhospitalizační péče, je zde veden ambulantní záznam včetně záznamu monitorovacího (viz Příloha č. 3 a č. 4). (Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, 2012; Polák, 2016; Vondráček, 2008).

1.2.4 Nejčastější onemocnění vyskytující se na expektačních lůžkách

Bolesti zad

Patří mezi nejčastější příčiny vyšetření jak u praktického lékaře či neurologa, tak na oddělení urgentního příjmu. Jsou také nejčastějším důvodem pracovní neschopnosti. Při objektivním vyšetření pohybového aparátu se nesmí zapomínat na možnost závažnějšího onemocnění, než je akutní lumbago nebo algický vertebrogenní syndrom (Polák, 2016; Dobiáš, 2013).

Poruchy krevního tlaku a srdečního rytmu

Priměřené hodnoty krevního tlaku (TK) jsou zásadní k zajištění průtoku krve tkáněmi. Regulace tlaku záleží na spojení mnoha systémů, především kardiovaskulárního, nervového a endokrinního. Krevní tlak je důležitý ukazatel hodnocení hemodynamiky. Je to síla, kterou působí krev na stěny cév. Jeho měření je nedílnou součástí monitorace na expektačních lůžkách. Měřené hodnoty mohou být fyziologické nebo pozorujeme

odchyly od normy. Na expektačních lůžkách se můžeme setkat s pacienty s hypotenzí, hypertenzí nebo s hypertenzní krizí (Polák, 2016, O'Rourke, 2010).

Kolapsový stav

Jedná se o krátkodobé poruchy vědomí, kolaps či synkopu. Příčina vzniku synkopy je vždy náhlá a přechodná nedostatečnost průtoku krve mozkem, u kolapsů může být důvodů vzniku hned několik. Z méně závažnějších příčin je zmíněna ortostatická hypotenze, průjmová onemocnění, dehydratace, dlouhé stání v nevětraném prostoru nebo emoční rozrušení. Kolapsový stav může nastat i jako sekundární projev určitého onemocnění, nejčastěji kardiální nebo neurologické povahy. I krvácení neúrazového původu se může manifestovat kolapsem, nejčastěji se setkáváme s krvácením z gastrointestinálního traktu – zde ovšem nacházíme ale i řadu dalších příznaků jako anémii, bledost sliznic a další. Velice zásadní je zde proto pečlivý sběr anamnézy, kde příkladně cíleně zjišťujeme, zda má pacient implantovaný kardiostimulátor nebo kardioverter a také si necháme podrobně popsat charakter kolapsu (Remeš, 2013, Šeblová, 2013).

Bolesti na hrudi

Bolesti na hrudi definujeme jako nepříjemný pocit a dyskomfort, který vzniká při poškození tkáně v oblasti hrudníku. Jde o závažný příznak, který může být způsoben řadou onemocnění od banálních až po život ohrožující. Zásadními otázkami k určení příčiny této bolesti jsou: kdy a jak bolest vznikla, zda se již objevila někdy v minulosti, jaký má charakter, jak dlouho trvá, zda ji něco zhoršuje či zmírňuje, v jaké je lokalitě a zda někam propaguje. Pořizuje se EKG záznam a základní laboratorní rozbor. Stanovuje se, zda jsou bolesti na hrudi kardiálního původu (akutní infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris, disekce aorty), nebo z jiných příčin (úraz, pneumotorax, akutní mediastinitida, bolesti zad nebo psychosomatické potíže). Pokud jsou bolesti na hrudi kardiálního původu, hovoříme o stenokardii (Pit'ha, 2017; Šeblová, 2013).

Gastrointestinální potíže

Bolesti břicha jsou jedny z nejčastějších problémů chirurgických oborů, které se mohou projevit u nezávažných zdravotních stavů, jako jsou špatné stravovací návyky

či dietní chyba nebo ale mohou být důležitým ukazatelem onemocnění nějakého orgánu dutiny břišní. Je nezbytné co nejrychleji vyloučit náhlou příhodu břišní. Stále platí pravidlo, že nad NPB „nesmí vyjít a zapadnout slunce“. Měla by být vyřešena do 12 hodin, maximálně do 24 hod. Bolesti břicha bývají doprovázeny nauzeou a zvracením, průjmy, horečkou či naopak zimnicí. Zvracení může být také příznakem jiných nemocí včetně chorob infekčních. Akutní průjmy mohou nemocného ohrozit dehydratací, poruchou iontové rovnováhy a následně metabolickým rozvratem (Pitřha, 2017; Kelnarová a kol., 2013).

1.3 Expektační lůžka v nemocnici Jihlava

V roce 2012 vznikl v Nemocnici Jihlava nový úsek péče o nemocné – urgentní příjem, který se nachází v přízemí pavilonu PUIP. Tvoří ho tři trakty: ambulantní část, crash room a expektační lůžka. V ambulantní části se nacházejí základní odborné ambulance, které slouží k ošetření pacientů s akutním onemocněním. Pro pacienty přivezené vozidly záchranné služby je k dispozici další část UP – crash room, která má pět příjmových lůžek, sálek pro ošetření pacientů v ohrožení selhání vitálních funkcí a zákrový chirurgický sál. Poslední částí jsou expektační lůžka (Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, 2016).

„Tato část urgentního příjmu slouží pacientům, u kterých není zcela jasné, zda budou hospitalizováni, či zda budou léčeni ambulantně. Na těchto lůžkách mohou pacienti podstoupit nejrůznější vyšetření a krátkodobou terapii (až 24 hod), po jejímž ukončení lékař definitivně rozhodne o dalším postupu (hospitalizace nebo ambulantní léčba)“ (Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, 2012).

Uspořádání jednotky je halové, jednotlivá lůžka tedy nejsou oddělena pevně, ale k ochraně soukromí slouží posuvné plenty. Každé lůžko je polohovatelné a je vybavenou rampou, kde vedou rozvody medicínálních plynů ukončeny rychlospojkami a to pro stlačený kyslík, stlačený vzduch a podtlak (Bartůněk, 2016; Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, 2012).

Pacient je na UP vždy zajištěn a vyšetřen tak, aby mohl být buď propuštěn do ambulantní péče nebo hospitalizován. Pokud je pacient ve stabilizovaném stavu, je předán na příslušné standardní oddělení k doléčení. Pokud se nachází v závažném

stavu, ohrožení života nebo vyžaduje další odbornou péči, je pacient převážen v doprovodu lékaře a sestry na JIP či ARO (viz Příloha č. 1) (Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, 2012; Polák, 2016).

Pro úplnost informací o chodu tohoto oddělení vede Nemocnice Jihlava statistiku kvantitativního charakteru o počtu ošetřených pacientů jak na lůžcích v crash room, tak i na těch expektačních (viz Příloha č. 5). Můžeme zde názorně vidět četnost pacientů v jednotlivých měsících již od založení urgentního příjmu, souhrnně pak celkovou četnost za celé roky. Blíže jsou data rozebrána a srovnávána ve Výzkumné části této práce. (Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace).

2 Výzkumná část

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Pro zadané téma byly stanoveny dva cíle a k tomu odpovídající výzkumné otázky.

Cíl č. 1

Zmapovat využití expektačních lůžek na urgentním příjmu v nemocnici Jihlava z pohledu ošetrovatelského personálu.

Výzkumné otázky:

Jaká je skladba pacientů ošetřovaných na expektačních lůžkách?

Jaká je obsazenost expektačních lůžek z pohledu personálu?

Cíl č. 2

Zjistit spokojenost pacientů ošetřovaných na expektačních lůžkách v nemocnici Jihlava.

Výzkumné otázky:

Jak jsou pacienti spokojeni s přístupem ošetřujícího personálu?

Jak pacienti hodnotí prostředí expektačních lůžek?

2.2 Metodika výzkumu

V bakalářské práci byla použita metoda kvalitativního šetření. Tato metoda je v ošetrovatelství upřednostňována právě pro svůj holistický přístup k člověku. Přestože kvalitativní výzkum pracuje s menším vzorkem respondentů, oproti kvantitativnímu, je velice náročný na čas. Tento druh výzkumu byl zvolen i z toho důvodu, že dokáže problematiku prostudovat detailněji a více do hloubky. Pro sběr dat byla zvolena forma rozhovoru. Rozhovor byl polostandardizovaný a byl veden podle předem připravených otázek. Otázky v rozhovoru jsou vlastní tvorby. Jelikož jsou v této výzkumné práci zvoleny hned dvě různé skupiny respondentů (všeobecné sestry a pacienti), předlohy k rozhovorům jsou vypracované individuálně pro každou skupinu zvlášť. Pro ošetřující personál je celkem 10 otázek (viz Příloha č. 6). Rozhovor pro pacienty obsahuje také 10 otázek (viz Příloha č. 7). Rozhovory byly zaznamenávány na nahrávací zařízení se souhlasem všech

dotazovaných. V obou případech byly na začátku rozhovoru použity identifikační otázky. Dále byl poskytnut prostor a čas k tomu, aby se mohl tázaný k tématu vyjádřit sám, nebo dodat něco, co v otázkách nezaznělo. Dotazovaní zodpověděli všechny otázky. Získané informace byly písemně zpracovány. Všechny dotazy směřovaly k objasnění výzkumných otázek (Kutnohorská, 2009).

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Respondenty se stalo pět pacientů a pět členů ošetrovatelského týmu. Rozhovor byl nejprve veden s pěti náhodně vybranými všeobecnými sestrami. Dále bylo osloveno pět pacientů, kteří byli toho času na expektačních lůžkách ošetřováni. Všichni respondenti byli na začátku rozhovoru informováni o pořízení hlasového záznamu a s rozhovorem souhlasili. Doba trvání jednoho rozhovoru u všeobecných sester činila v průměru 17 minut. U pacientů byl zaznamenán průměrný čas 15 minut. Výzkumným prostředím byla Nemocnice Jihlava.

Tabulka1 Zastoupení mužů a žen ve zkoumaném vzorku (všeobecná sestra)

	VS č. 1	VS č. 2	VS č. 3	VS č. 4	VS č. 5	celkem
muž					X	1
žena	X	X	X	X		4

Tabulka znázorňuje zastoupení mužů a žen ve zkoumaném vzorku ošetřujícího personálu. Z celkového počtu pěti respondentů byly čtyři ženy a jeden muž. Zastoupeny byly tedy obě pohlaví.

Tabulka2 Délka praxe všeobecných sester na expektačních lůžkách

	VS č. 1	VS č. 2	VS č. 3	VS č. 4	VS č. 5	celkem
Do 1 roku			X			1
2-4 roky	X					2
6 let		X		X	X	3

Z celkového počtu pěti všeobecných sester mají tři z nich praxi 6 let, tedy od zahájení činnosti urgentního příjmu v Jihlavě. Jedna všeobecná sestra je zde čtyři roky. Pouze jedna všeobecná sestra zde působí pouze dva měsíce a je nyní v adaptačním procesu.

Tabulka3 Zastoupení mužů a žen ve zkoumaném vzorku (pacienti)

	P č. 1	P č. 2	P č. 3	P č. 4	P č. 5	celkem
muž		X		X		2
žena	X		X		X	3

Celkem bylo osloveno pět pacientů. Z tohoto počtu byli dva muži a tři ženy. Čtyři pacienti byli monitorováni plánovaně. Jeden pacient byl ošetřen akutně.

2.4 Průběh výzkumu

Téma této bakalářské práce jsem si zvolila koncem roku 2017. Během roku 2018 probíhala příprava výzkumu, výběr vzorku respondentů, sestavování otázek k rozhovorům a především vypracování teoretické části práce. Připravené rozhovory byly uskutečněny v období od března do července 2018. Výzkumné šetření probíhalo na oddělení urgentního příjmu Nemocnice Jihlava, na expektačních lůžkách. Šetření probíhalo s písemným souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, která též souhlasila s užitím některých dokumentů vydaných nemocnicí Jihlava (viz Příloha č. 8 a č. 9). Udělen byl i ústní souhlas hlavní sestry UP, souhlas všeobecných sester i oslovených pacientů. Data byla následně vyhodnocena a zpracována.

2.5 Zpracování dat

Textová část i grafická úprava práce byla zpracována v programu Microsoft Office Word 2007.

2.5.1 Rozhovory se všeobecnými sestrami na EL

Všeobecná sestra č. 1

Všeobecná sestra, žena, středoškolské vzdělání s maturitou, specializace ARIP, s čtyřletou praxí na EL. Na prvním místě ve využití EL zmiňuje oddělení neurologie, následuje kardiologie, revmatologie a interní obory, kam se „*schová oborů nejvíce.*“ Uvádí, že plánovaná ambulantní péče „*vede neskutečně*“ před péčí akutní. Nejčastěji zde ošetřuje pacienty s bolestmi zad. Dále se zde setkává s pacienty v programu

biologické léčby. Kožní oddělení se také podílí na zaplnění lůžek, především s onemocněním psoriáza. Občas monitoruje pacienty po krátkém výkonu. Například po gastrofibroskopii či elektroverzi, pokud o to z ambulance nebo oddělení nemocnice lékař požádá. Následují nespecifické bolesti břicha a bolesti na hrudi. Všeobecná sestra je přesvědčena o tom, že vznik EL je nesmírně přínosný především pro pacienty. Uvádí, že pacienti nemusí být v dočasné pracovní neschopnosti ani hospitalizováni. Zmiňuje i výhodu, kdy po prvotním ošetření na EL často následuje rekonvalescence v domácím prostředí, což je vždy pro pacienta příjemné. Dle jejího názoru jsou EL vždy efektivně využívána. Uvádí, že občas tohoto komfortu využívají pacienti opilí nebo „bezdomovci“. Doplnuje ale skutečnost, že o ošetření na EL vždy rozhoduje lékař, proto ke zneužívání EL nemůže vlastně dojít. Počet EL je dle jejích slov dostačující. Je ale toho názoru, že by se expektační lůžka využila i ve větší míře. Zdůrazňuje, že počet EL je dostačující pro stávající počet personálu a navýšení počtu EL by bylo žádoucí pouze s navýšením počtu personálu. Organizaci práce označuje jako „zajetou a vyhovující“. Vysvětluje, že dříve se na EL personál střídal. Každý den jiná sestra, vše bylo chaotické a nepůsobilo to sebraně. Nyní zde pracuje jedna všeobecná sestra na ranní směnu každý den, což uvádí jako velkou výhodu. Tato sestra má přehled o tom, co se zde děje, kdo přijde, zná i pacienty a jejich potíže. Nemusí se pacientů každý den ptát, s jakým onemocněním přicházejí, zda mají zavedenou „flexilu“, zda je něco bolí a mnoho dalších informací. Z jejího pohledu je práce všeobecných sester výborná. Hůře jsou hodnoceni lékaři, kteří jsou na expektační lůžka zváni ke konsiliu. „Občas jsou voláni, voláni a nepřijdou a nepřijdou. Mají naplněny své ambulance a čas jim nezbývá.“ S uplynulými roky se počet ošetřených pacientů zvýšil „o moc“. Počet objednávek stoupá. Dříve byl systém objednávání takový, že na každou hodinu byli objednáni dva pacienti. Tento systém nevyhovoval, proto se počet objednaných snížil a nyní se objednává na hodinu pouze jeden pacient. Přestože se počet objednaných pacientů omezil, stále vykazujeme nárůst počtu ošetřených. Ošetřujeme zde i pacienty z jiných okresů, například z Pelhřimova, Havlíčkova Brodu nebo z Nového Rychnova. Všeobecná sestra si myslí, že jsou pacienti na EL velice spokojeni. Uvádí, že mají veškerý servis. Pacienti je za to chválí, děkují jim a občas „něco dobrého i dostanou“. Na oddělení by nic neměnila. Je zde spokojená.

Všeobecná sestra č. 2

Všeobecná sestra, žena, středoškolské vzdělání s maturitou, specializace ARIP, délka praxe na EL 6 let. Tato sestra zde pracuje od doby zahájení provozu. Také uvádí, že nejčastěji EL využívají pacienti z neurologického oddělení. Dále zmiňuje interní oddělení, chirurgii, LSPP a pacienty z cash room. Nejvíce pacientů ošetří s bolestmi zad, vertiga, následně pacienty s kolapsovými stavy. Jak sama uvádí, za expektační lůžka je sama moc vděčná – je to dobrá věc. Jako největší výhodu vzniku EL udává komfort pro pacienty, kteří nemusejí být hospitalizováni. Počet lůžek vidí jako nedostačující. *“V určité dny je zde plno a občas se stane, že musí pacient na lůžko čekat o trochu déle.”* Kapacita lůžek je vždy efektivně využita, odpovídá jednoznačně. Zneužívání lůžek ze stran pacientů neguje. Zmiňuje, že občas dochází k časové prodlevě zejména ze stran lékařů. *„Není zde kmenový lékař a ostatní lékaři ordinují nejen v různých ambulancích, ale odchází i k operacím, což se může občas časově velice protáhnout.”* Organizaci práce sester hodnotí kladně. *„Nastavený systém péče všeobecných sester i nižšího zdravotnického personálu je plně vyhovující”*. Uvítala by lepší spolupráci s lékaři, hlavně jejich dostupnost. Spolupráci s ostatními odděleními hodnotí pozitivně: *„Počet ošetřovaných pacientů stále stoupá, vedeme statistiky”* (viz Příloha č. 5). Myslí si, že pacienti jsou zde spokojeni. Udává, že jsou ojedinělé případy nespokojenosti spojené spíše s vysokým stupněm opilosti, kdy stoupá agrese a slovní nadávky. Ohledně práce by zde nic neměnila, je spokojená.

Všeobecná sestra č. 3

Všeobecná sestra, žena, středoškolské vzdělání s maturitou, délka praxe na EL 2 měsíce. Dříve pracovala 14 let na chirurgickém oddělení v nemocnici Jihlava. Z dosavadních zkušeností vypovídá a shoduje se s ostatními všeobecnými sestrami, že nejvíce využívající oddělení na EL je neurologické oddělení. Následuje interní oddělení, dále udává velký počet pacientů přivezených RZP. Nejčastěji jsou zastoupena tato onemocnění: bolesti zad, bolesti na hrudi, vertiga, biologické léčby. Největší výhodu vzniku EL vidí též v komfortu pro pacienty. Uvádí též výhodu pro ambulantní sestry i sestry u lůžka, které tuto práci vykonávaly v době, kdy EL ještě neexistovala. Kapacitu lůžek považuje za 100% využitou. *„Objednávací kalendář je plný i na tři týdny dopředu a to jsou jen plánovaní pacienti.”* Na dotaz ohledně dostatečného

počtu lůžek ihned odpovídá, že je nedostačující. Lůžka jsou dle dotazované využity a stále obsazeny a potýká se s problémem, že některé pacienty nemá kam uložit. Optimální počet lůžek, který by poptávku pokryl, si ale nedokáže představit. Na otázku zneužívání EL odpovídá, že i zde mají „*své známé pacienty*“, kteří se opakovaně nechávají přivést RZP. Do této skupiny řadí hlavně alkoholiky a bezdomovce. V podzimních a zimních měsících jsou jejich návštěvy nejčastější. Nárůst počtu pacientů naskakuje neustále. Jednak populace stárne a dále si myslí, že lidé občas chodí do nemocnice s banalitami a zbytečnostmi. Na organizaci práce všeobecných sester nemá žádné výtky. Uvítala by lepší spolupráci s lékaři. Bohužel systém práce a zastoupení lékařů v ambulancích je pevně dán. Uvítala by ale celkově změnu v systému práce RZP, aby nemusela dovážet do nemocnice všechny pacienty. Pro případ uvádí, že znají případ, kdy se nechá pacient přivést RZP s „*banalitou*“ a naopak pacient s velkou tržnou ránou přijde sám, protože mu přijde obtěžující volat „*sanitku*“. Pacienti jsou různí. Většina z nich je ale vděčná a myslí si, že jsou spokojeni. Na závěr uvádí, že je zde pouze dva měsíce, takže spoustu věcí ještě neví.

Všeobecná sestra č. 4

Všeobecná sestra, žena, středoškolské vzdělání, specializaci ARIP nyní studuje, délka praxe na EL 6 let, v nemocnici Jihlava pracuje více jak 20 let. Na první otázku, která oddělení využívají EL nejvíce, odpovídá jednoznačně: neurologie, interní oddělení. Nejčastěji se setkává s bolestmi zad, arytmiemi a kolapsovými stavy. Největší přínos vzniku EL vidí v komfortu pro pacienty, dále se zmiňuje o ulehčení práce ambulantním sestrám, které pacienty ošetřovaly dříve. Ve srovnání s minulostí uvádí, že v případě hospitalizace pacienta je již kompletně nachystán a na oddělení se jen uloží na lůžko. To dříve nebylo. Jako ideální počet EL uvádí číslo 10. Dodává, že se zvýšeným počtem EL by bylo nutné i zvýšit počet personálu. Dle názoru této sestry nejsou lůžka vždy efektivně využívána, ale ke zneužívání pacienty nedochází. Více nechce odpověď rozvádět. Myslí si, že systém ošetrovatelské péče je dobrý. „*Nárůst počtu ošetřených pacientů roste rapidně, dříve byl větší klid*“. Dle jejích slov využívá lůžka i LSPP. Nápad na zlepšení práce na EL nemá. Neví, jak to funguje jinde v nemocnicích. Dle jejího názoru jsou pacienti spokojeni: „*Pacientům se zde uleví*“, dodává.

Všeobecná sestra č. 5

Všeobecná sestra, muž, středoškolské vzdělání, specializace ARIP, praxe v oboru 32 let, na EL 6 let. Z rozhovoru vyplývá, že nejčastěji EL využívá neurologie, následují interní obory. Celkově EL navštěvují spíše pacienti z nechirurgických oborů. Často se setkává s bolestmi zad, nauzeou. Dále zmiňuje zkratku „CTR“, což je pracovní název pro „celé tělo rozštelované“ a označuje tak pacienty, kteří mají mnoho potíží, a těžce se hledá, které onemocnění je primární. Jako největší přínos vzniku EL uvádí odlehčení ambulancím i oddělením, kde byla tato péče dosud poskytována. *„Pro personál je zde daleko více prostoru, lépe se kolem pacienta pracuje. Specializované ambulance byly spíše malé a vždy byl ošetřován pouze jeden pacient. Ostatní museli čekat v čekárně. Zde se uloží i 5 pacientů najednou.“* Toto uvádí jako největší výhodu pro pacienty. Počet EL vidí jako dostačující. *„Jsou situace, kdy je vytíženost a na lůžka je velký tlak. Občas se stane, že plánovaní pacienti musí na lůžko chvíli počkat. Lůžka jsou vždy efektivně využita“*, odpovídá jednoznačně. *„O zneužívání lůžek nemůže být řeč, spíše naopak. Pokud byl od RZP dovezen pacient pod vlivem alkoholu či bezdomovec, dříve musel být hospitalizován. Dnes se vyšetří na EL, a pokud je jeho zdravotní stav dobrý, může být propuštěn. Je to ekonomická otázka. Systém práce na EL je vynikající.“* Zásadní problém nevidí. Od doby, kdy je zavedena ranní směna jedné stále sestry vidí systém jako dokonalý. Nárůst v počtu ošetřených pacientů je znatelný. Uvádí ale, že k nárůstu dochází plynule. Jeho návrh na zlepšení práce je spíše technického rázu. Uvítal by třeba potrubní poštu na krevní odběry. Jelikož laboratoře a EL jsou každý na opačné straně nemocnice, personál se dost naběhá s transportem materiálu. V současnosti je nefunkční CT a s pacientem se musí na centrální RTG pracoviště, což zaměstná nejméně 2 členy personálu na dobu minimálně 30 minut. Ti pak na EL chybí a komplikuje to celý chod oddělení. Zda jsou pacienti spokojeni, nemůže úplně zhodnotit. *„Je to psychologie“*, říká a dále vysvětluje: *„pokud se pacient necítí dobře a musí čekat v čekárně třeba 2 hodiny, snáze se mu čeká uložení v lůžku, kde má již pocit, že je o něj postaráno. Psychika s člověkem udělá mnoho.“*

2.5.2 Rozhovory s pacienty

Pacient č. 1

Žena, 55 let, zde již pátá návštěva, plánované podávání infuzní terapie. Odeslána odbornou lékařkou z neurologické ambulance pro bolesti zad. Pojem EL znala již dříve, ale nevěděla přesně, co výraz znamená a jak to funguje. Monitorována byla po dobu 40 minut. První kontakt hodnotí velice kladně. Po nahlášení na recepci se jí hned ujala sestřička. Sestra se jí nepředstavila, což jí ale nevadilo. Mohla si dokonce vybrat i sama lůžko, které se jí bude líbit. Sestra jí vysvětlila, co se bude dít, aby nebyla „vystreslá“. Lékař během monitorace nepřišel. Pokud něco během ošetření potřebovala, zavolala sestřičku, která u ní okamžitě byla. Přiznává, že neví, zda je u lůžka signalizace pro případ potřeby. Informace o zdravotním stavu jí byly podány její ošetřující lékařkou- neuroložkou. Považuje je za dostačující. Léčí se s touto diagnózou dlouhodobě, proto svůj zdravotní stav zná a je seznámena s léčbou. Vybavení a uspořádání lůžek se jí zdá v pořádku. Že jsou lůžka odděleny pouze zástěnou ji nevadí. Uvádí, že zde byla třikrát úplně sama. Počet lůžek se jí zdá dostačující, protože pro sebe vždy měla místo a nikdy na lůžko nečekala. Vždy je objednána na určitou hodinu a ta byla vždy dodržena.

Uvádí, že měla lůžko vždy nachystané dopředu včetně své jmenovky. Neví, co by vytkla, je strašně spokojená - vstřícné sestřičky. Celkový pohled na EL hodnotí kladně, vše bylo vždy v pořádku.

Pacient č. 2

Muž, 26 let, druhá návštěva v historii. Poprvé zde byl před dvěma lety. Nyní již třetí návštěva, poslán z neurologie pro bolesti zad. Pojem EL dříve neznal, i dnes neví co to je. Je také monitorován po dobu 40 minut. Dnes poslední návštěva a léčbu má ukončenou. Ve srovnání s nemocnicí v Pelhřimově se mu zde moc líbí. Na objednání nemusel čekat, vše se rychle vyřídilo telefonicky. Zda se sestra představila, si již nepamatuje, ale určitě by jméno zapomněl. S lékařem nemluvil. Informace o zdravotním stavu mu byly podány neurologem ještě v ambulanci. Zde již nebylo nic řešeno. Sestřička měřila akorát krevní tlak. Místo zde vždy měl a nikdy nečekal. Nespokojen nebyl. Celkový pohled hodnotí jako dobrý.

Pacient č. 3

Žena, 61 let, opakovaná návštěva. Dochází plánovaně na doplnění tekutin. EL pojem vůbec nezná, nevěděla, že něco takového existuje. Poslali jí sem z oddělení. Dochází sem dvakrát týdně po dobu 1,5 roku. Stráví zde dvě hodiny. Uspořádání a prostředí jí nevadí, spíše ho nevnímá, prospí celou dobu. První kontakt s personálem si už nepamatuje, vnímá své problémy, ale nemůže si stěžovat, personál je bezvadný. Dochází k ní sestry i lékař. Když něco potřebuje, zavolá. *„Vždy tu někdo je a pomůže.“* Zvonek nikdy nepotřebovala, asi tu někde je, ale neví. Informace jsou 100% dostačující, nechce vědět více. Počet EL je někdy problém. Uvádí, že občas museli někoho odmítnout. Nemůže si vzpomenout, co by jí vadilo. EL na ní působí pozitivně. *„Je to lepší než trávit čas v nemocnici na oddělení.“*

Pacient č. 4

Muž, 60 let, mnohokrát ošetřen. Má „*lupénku*“. Plánovaný pobyt, zaslán z kožního oddělení. Dochází na biologickou léčbu, jednou za dva měsíce. Stráví zde jednu hodinu. Uspořádání a vybavení EL hodnotí jako „1A“. Pojem EL nikdy předtím neznal až teď, když sem chodí. S personálem je určitě spokojen. Do kontaktu přišel pouze se sestrou, představily se určitě. Oni ho už znají. S lékařem do kontaktu nepřišel. Nikdy nic nepotřeboval, ale sestry jsou vždy přítomny, určitě by to nebyl problém. Informace o zdravotním stavu s nikým neprobírá. Jezdí sem delší čas, ale při prvním ošetření mu bylo vždy vše sestrou vysvětleno. Nikdy nečekal, je objednána na určitý čas a vždy je dodržen. Stalo se mu, že zde byl sám, ale bylo zde i plno. Je to individuální. Nestalo se, že by byl nespokojen. *„Tady je pobyt fantastický“*.

Pacient č. 5

Žena 39let, je zde poprvé, dovezena manželem pro akutní potíže, bolesti hlavy. Pojem EL zná ze školy, je zdravotní sestra. Je zde prvních 10 minut. První kontakt je v pořádku, spoustu věcí nevnímá. *„První kontakt byl přes manžela, on vyřizoval vše“*. Zda se sestry představily, neví, věděl by manžel. Ještě neměla důvod sestry volat, pospává. Zatím ještě neví, co se bude dít. Nedokáže si nyní představit, kolik je zde lůžek a zda je počet velký či malý. Zatím je zde spokojená.

2.6 Názorná analýza dat

Souhrnný přehled výsledků odpovědí všeobecných sester na výzkumné otázky směřující k objasnění cíle č. 1.

Zmapovat využití expektačních lůžek na urgentním příjmu v nemocnici Jihlava z pohledu ošetrovatelského personálu.

Jaká je skladba pacientů ošetřovaných na expektačních lůžkách?

Jaká je obsazenost expektačních lůžek z pohledu personálu?

Tabulka4 Oddělení využívající expektačních lůžek

Odpověď personálu	VS č. 1	VS č. 2	VS č. 3	VS č. 4	VS č. 5	celkem
neurologie	X	X	X	X	X	5
Interní odd.	X	X		X	X	4
kardiologie	X					1
chirurgie		X			X	2
RZP/LSP		X				1
ostatní	X				X	2

Z tabulky vyplývá, že nejvíce expektační lůžka využívá oddělení neurologie. Všech pět dotázaných respondentů ho uvádí na prvním místě. Následují interní obory, které byly zmíněny hned čtyřikrát. Ve dvou případech je zmínka o chirurgických oborech. Kolonka „ostatní“, zahrnuje méně často zastoupená oddělení. Respondentem č. 1 bylo uvedeno oddělení kožní a respondent č. 5 se zmiňuje o zkratce „CTR“. Kardiologie a RZP/LSP bylo v rozhovoru zaznamenáno pouze jednou a to respondentem 1.

Tabulka 5 Nejčastější onemocnění vyskytující se na EL

Odpověď personálu	VS č. 1	VS č. 2	VS č. 3	VS č. 4	VS č. 5	celkem
Bolesti zad	X	X	X	X	X	5
Biologická léčba	X		X			2
Kolapsový stav		X		X	X	3
Arytmie		X		X	X	3
Bolesti břicha	X					1
Bolesti na hrudi	X					1
neurčené					X	1

Nejčastěji zastoupená onemocnění na expektačních lůžkách jsou bolesti zad. Tuto diagnózu zmiňuje na prvním místě všech pět dotázaných. Druhé místo zauímají kolapsové stavy a arytmie, které uvádí hned tři dotázaní. Dva tázaní doplňují z dalších onemocnění vertiga, nauzeu a aplikování biologické léčby. Respondent č. 5 uvádí tzv. neurčené diagnózy. Tento pojem vysvětluje tak, že pacient je polymorbidní a těžce se hledá primární zdroj obtíží.

Tabulka 6 Počet expektačních lůžek a jejich využití

Odpověď personálu	VS č. 1	VS č. 2	VS č. 3	VS č. 4	VS č. 5	celkem
Dostačující	X				X	2
Nedostačující		X	X	X		3
Využity	X	X	X	X	X	5
Nevyužity						0
Zneužívání lůžek	X		X			2

Dva dotazovaní si myslí, že počet expektačních lůžek je dostačující, s tím nesouhlasí tři respondenti. Shodně všichni doplňují, že při navýšení počtu lůžek by bylo nutné navýšit i počet personálu. Personál se shoduje, že jsou lůžka využívána efektivně. Vznik EL má dle tázaných největší přínos pro pacienty. Mají zde komfort, jsou ošetřeni v daném čase, nemusí být hospitalizováni. Tři tázaní respondenti udávají výhodu vzniku

EL i pro všeobecné sestry, které tuto činnost vykonávaly v rámci odborných ambulancí nebo na odděleních dříve. Tři dotazovaní si myslí, že dochází k zneužívání těchto lůžek. Shodují se, že EL zneužívají převážně bezdomovci a podnapilí.

Tabulka 7 Počet ošetřených pacientů na expektačních lůžkách v průběhu let

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
počet pacientů	299	3040	5566	6438	6517	6999	6954

Tabulka ukazuje nepřehlédnutelný nárůst počtu ošetřených pacientů za jednotlivé roky. Provoz expektačních lůžek byl zahájen v říjnu 2012. Za tři měsíce bylo ošetřeno 299 pacientů. Následující roky počet stoupá a dostává se na hranici sedmi tisícům ošetřených pacientů.

Souhrnný přehled výsledků odpovědí pacientů na výzkumné otázky směřující k objasnění cíle č 2

Zjistit spokojenost pacientů ošetřovaných na expektačních lůžkách v nemocnici Jihlava.

Jak jsou pacienti spokojeni s přístupem ošetřujícího personálu?

Jak pacienti hodnotí prostředí expektačních lůžek?

Tabulka 8 Počet návštěv pacientů na expektačních lůžkách

Odpověď pacientů	P č. 1	P č. 2	P č. 3	P č. 4	P č. 5	celkem
Poprvé					X	1
2. - 4. návštěva		X				1
5 a více návštěv	X		X	X		3

Z tabulky vidíme, že pouze jeden pacient navštívil expektační lůžka poprvé. Byl to pacient č. 5, který byl přijat akutně. Ostatní pacienti (č. 1, č. 2, č. 3) byli ošetřeni

plánovaně. Pacient č. 2 byl ošetřen potřetí. Oslovení pacienti č. 1, č. 3 a č. 4 byli ošetřováni na těchto lůžkách již několikrát.

Tabulka 9 Doba pobytu pacientů na expektačním lůžku

Odpověď pacientů	P č. 1	P č. 2	P č. 3	P č. 4	P č. 5	celkem
Do 30 min						0
Do 1h	X	X		X		3
1h a více			X			1
Nelze určit					X	1

Průměrná délka pobytu na expektačním lůžku je do 1 hodiny. Ošetření byli takto hned tři pacienti, kteří zde strávili necelých 40 minut. Pacient 3 zde byl více než jednu hodinu. Pacient 5 je akutně přijat a na lůžku je monitorován zatím 10 minut. Délku pobytu toho času nelze určit. Z tabulky je zřejmé, že u plánovaných příjmů se dá délka pobytu předem lépe určit na rozdíl od akutních příjmů.

Tabulka 10 Spokojenost pacientů s ošetřujícím personálem na expektačních lůžkách

Odpověď pacientů	P č. 1	P č. 2	P č. 3	P č. 4	P č. 5	celkem
První kontakt	X	X	X	X	X	5
Představení se			X	X		2
Podávané informace	X	X	X	X		4
Dostupnost personálu	X	X	X	X	X	5
Celkové hodnocení	X	X	X	X	X	5

První kontakt pacienta s ošetřujícím personálem je ve všech pěti případech hodnocen velice kladně. V jednom případě se personál pacientovi nepředstavil a ve dvou případech si pacient tuto skutečnost nepamatuje. Podávané informace o zdravotním stavu čtyři dotazovaní hodnotí jako dostačující. Jeden pacient není schopný vzhledem k jeho zdravotnímu stavu tuto otázku posoudit. Dostupnost personálu je ve všech případech hodnocena velice kladně. Celkové hodnocení ošetrovatelského personálu je výborné.

Tabulka 11 Spokojenost pacientů s uspořádáním a vybavením expektačních lůžek

Odpověď pacientů	P č. 1	P č. 2	P č. 3	P č. 4	P č. 5	celkem
Čekací doba	X	X	X	X	X	5
Uspořádání EL	X	X	X	X	X	5
Vybavení lůžek	X	X	X	X	X	5
Organizace práce	X	X	X	X	X	5
Počet EL	X	X	X	X	X	5
Kontakt s lékařem			X			1
Celkový dojem	X	X	X	X	X	5

Čtyři pacienti byli ošetřeni v předem objednaný čas, který byl vždy dodržen. Jeden pacient byl dovezen jako akutní případ a byl ošetřen ihned. Uspořádání a vybavení EL hodnotí všech pět pacientů kladně. Organizace práce sester je sladěná, nelze nic vytknout, shoduje se všech pět pacientů. Pouze jeden pacient byl v kontaktu s lékařem. Celkový dojem z prostředí EL je dobrý. Připomínky pacientů k pobytu na EL nebyly žádné.

3 Diskuze

Výsledky této práce mají nastínit řadu informací týkající se provozu Urgentního příjmu v Nemocnici Jihlava, konkrétně fungování expektačních lůžek a spokojenost pacientů s nimi. Výzkum byl zaměřen jak na pacienty využívající tato lůžka, tak ošetřující personál přímo z tohoto prostředí, který přímo na tomto místě odpovídal na otázky. Díky tomu ale mohlo dojít k působení vnějších vlivů na respondenty a tím pádem i zkreslení výsledků výzkumu.

Pokud se zaměříme na spokojenost pacientů s poskytnutou péčí v souvislosti s pobytem na expektačních lůžkách, můžeme si získanými výsledky ověřit, že celkové hodnocení pro spokojenost bylo maximální, tedy uznáno všemi dotazovanými pacienty, a to nejen na úrovni spokojenosti s ošetřujícím personálem, ale i v hodnocení spokojenosti s uspořádáním jednotky a jejím vybavením.

Zároveň při bližším pohledu na danou otázku také zjišťujeme, že kromě bezproblémového prvního kontaktu pacienta s personálem a zcela výbornou dostupností personálu (a to i přesto, že dva z respondentů nevědí, kde se nachází signalizace pro přivolání personálu; ten byl vždy natolik blízko, že přišel na ústní zavolání), dochází také k neúplné informovanosti pacienta, přesně jednoho, z důvodu neschopnosti tuto skutečnost posoudit díky zhoršenému zdravotnímu stavu. Také zjišťujeme, že představení personálu pacientovi má značné nedostatky – jeden respondent udává, že se personál nepředstavil a zbývající dva negující pacienti udávají, že si tuto skutečnost nepamatují. Vyústění toku tohoto problému může mít tři náhledy: lze předpokládat vzhledem k charakteristice účelu této jednotky, že je personál vytížen a tuto komunikačně zásadní věc ve svém nabitém pracovním shonu vypouští, nebo si pravidelně objednávání pacienti po několika návštěvách na jmenovité představování se personálu nepamatují, anebo nejsou pacienti s akutními obtížemi schopni informace adekvátně přijímat. V případě akutních pacientů ale není zcela jasné, zda můžeme zkušenost tohoto pacienta vztáhnout i na ostatní akutně přijaté. Lze si v takovém případě položit otázku: Pokud všichni pacienti s akutními problémy zhoršeně vnímají podávané informace, jak podávání informací zefektivnit natolik, aby se pacient cítil zajištěný a v bezpečí a nikoliv nejistý o své informovanosti? Zdá se, že i na tuto skutečnost bylo myšleno možností přítomnosti svého blízkého přímo

u tohoto lůžka, protože jak se ukazuje v tomto konkrétním případě, byl manžel oné pacientky informován mnohem více nežli sama pacientka. Mohlo zde pak dojít k pocitu bezpečí, který nepocházel z informovanosti pacienta, ale od informovaného rodinného příslušníka. Po rozboru těchto výsledků pacienti s podivem spokojenost s péčí udávají jako výbornou, což by mohlo ukazovat na to, že nepředstavení se personálem vnímají jako drobný nedostatek, který nemá na podávanou péči vliv, stejně tak by to mohlo být i u pacienta s nedostatečnými informacemi ve zhoršeném stavu, kdy není ze zdravotních důvodů schopen informace bedlivě vnímat.

Tímto ale narážíme na další problém, který zcela reálně na tento navazuje, a tím je objednávání pacientů na expektační lůžka pro podávání infuzní terapie či biologické léčby, načež všechny dotazované všeobecné sestry tento důvod uvádí jako jeden z nejvíce početných při ukládání pacientů na tato lůžka. V přímé souvislosti pak můžeme uvažovat nad tím, zdali je počet lůžek dostatečný, zda jsou efektivně využívána a zda nedochází k obtížím v plynulosti péče o pacienty, pokud zde dochází ke kombinaci péče o objednávané pacienty a akutně ošetrované pacienty. Zatímco jsou sestry v práci Veselé (2015) nespokojené s docházením pacientů objednaných k infuzní terapii na expektační lůžka (lůžka tím blokují pro akutní pacienty, či počet lůžek je s tímto vytížením nedostatečný), ošetřující personál v mé práci je s využitím i počtem EL spokojen, pouze některé z nich uvádí, že s navýšením počtu EL by se musel zvýšit i počet personálu pro tuto jednotku. Zároveň ale i popisují obtíže s nenadálými situacemi, jako jsou příkladně příjezdy sanitek s akutními pacienty, přičemž nelze dopředu plánovat počet těchto pacientů, závažnost jejich stavu či čas příjezdu. Stává se tak, že objednávání pacientů se může stát neefektivním, jelikož ti pak musí na své ošetření vyčkat. Tyto stavy se ale dějí nepravidelně, nelze je plánovat dopředu či předem nijak určovat další parametry, proto je využití lůžek někdy nedostatečné, čili jsou některá lůžka volná, a jindy zase dochází k přetížení, kdy jsou lůžka obsazena a další pacienti na ně čekají na chodbě, což popisují tři dotazované všeobecné sestry. Také říkají, že se v posledních letech počet ošetřených pacientů výrazně zvýšil (uvádějí čtyři všeobecné sestry) a jedna z nich odkazuje na jejich vlastní statistiku, kde můžeme sledovat exponenciální růst těchto ošetření (viz Příloha 5). Je tedy otázkou, zda bude počet lůžek dostatečný i v budoucnu, zda nebude docházet k výše zmíněnému přetěžování ve vyšší míře, a zda někdy nemůže dojít k opačné situaci – lůžka budou již obsazena objednanými pacienty a přitom bude

třeba na lůžka uložit ty akutní, nakolik pak může být přesažena kapacita, či v kolika případech pak dojde k hospitalizaci, která se právě dala řešit prostřednictvím EL? Jaké další situace mohou v takovém případě nastat (Veselá, 2015).

V porovnání s prací Veselé dochází k několika rozporům výsledků s mou prací a to v několika aspektech. Veselá zkoumala fungování urgentního příjmu v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s., který rovněž disponuje expektačními lůžky. Jejimi respondenty bylo také pět pacientů a pět sester, jejichž data byla sebrána dotazníkovým šetřením. Můžeme zde pozorovat rozdílnou dobu strávenou na expektačních lůžkách, v mém případě se jedná o třikrát zvolenou možnost „do 1 hodiny“, dále jedenkrát „1 hodina a více“ a jedenkrát „nelze určit“ z důvodu sebrání dat hned po uložení pacienta na EL. V jejích výsledcích se třikrát objevuje možnost „2 hodiny“, jedenkrát „3 hodiny“ a jedenkrát „1 hodina“. Tyto rozpory jdou v přímé úměře s rozdílností výzkumných vzorků s jinými zdravotními obtížemi. Zatímco v mé práci jsou celkem 4 respondenti indikováni k pravidelné infuzní terapii (všechny časové možnosti kromě „nelze určit“) a na tuto terapii byli objednáni či odesláni ambulantním lékařem, v práci Veselé vidíme pouze pacienty akutně přijaté (z toho jeden na doporučení lékaře). Máme zde možnost porovnat funkčnost expektačních lůžek s plánovanými pacienty, kteří jsou dle dostupných dat odbaveni dříve, s akutně přijatými pacienty, jejichž vyšetření a péče o ně je zřejmě náročnější nejen časově, ale i personálně či materiálně (Veselá, 2015).

Zatímco jsou sestry v práci Veselé nespokojené s docházením pacientů objednaných k infuzní terapii na expektační lůžka (lůžka tím blokují pro akutní pacienty, či počet lůžek je s tímto vytížením nedostatečný), ošetřující personál v mé práci je s využitím EL spokojen, někteří z nich ale hovoří o nedostatečnosti počtu lůžek v souvislosti s občasnou nutností nechat objednané pacienty vyčkat na chodbě pro plně obsazenou kapacitu lůžek a zároveň dodávají, že s navýšením počtu EL by se musel zvýšit i počet personálu pro tuto jednotku. Přitom také ale zároveň uvádí, že mezi nejčastější pacienty využívající expektační lůžka patří právě ti s bolestmi zad (uvedli všichni dotazovaní), až poté následují kolapsové stavy, arytmie, méně pak biologická léčba, bolesti břicha a bolesti na hrudi. Dle statistiky, kterou si oddělení Urgentního příjmu vede samo, nárůst počtu ošetřených pacientů se ale i rok od roku dále stupňuje (viz Příloha č. 5). Dalo by se tedy očekávat, že nespokojenost s využitím lůžek právě pro objednané

pacienty je palčivý problém, výpovědi tomu ale nenasvědčují. Zdá se, že veškerou občasnou nedostupnost lůžek chápe dotazovaný personál jako nutnost tuto situaci napravit zvýšením počtu lůžek, nikoliv změnou v organizaci ukládání pacientů na expektační lůžka. Ve srovnání s prací Dr. Napolitana, kde popisuje důvod vzniku observačních lůžek, uvádí jako hlavní příčiny přijetí pacientů bolesti na hrudi, astma a gastroenteritidy, tedy především akutní stavy, což oproti objednávacímu systému infuzních terapií na tato akutní lůžka zefektivňuje využití těchto lůžek. Dále pak ale píše, že díky přijímání akutních stavů na tato lůžka se na nich časem začala prodlužovat doba pacienta a to až na 48 hodin (později v textu uvádí i 72 hodin), což podle něj vede k problémům s rozdílem mezi hospitalizovaným pacientem a takto ambulantně ošetřovaným pacientem. Pokud však uvážíme dobu strávenou respondenty na EL v mé práci i práci Veselého, dostáváme se zatím nejvýše na 3 hodiny, vidíme zde výrazný rozdíl mezi zahraničními observačními lůžky a českými expektačními lůžky (Veselá, 2015; Napolitano, 2014).

Sebraná data v mém výzkumu mohl ovlivnit malý vzorek zkoumaných respondentů či náhodné řešení výběru respondentů. Některé výsledky mohl ovlivnit zvýšený počet objednávaných respondentů k infuzní terapii oproti akutním pacientům, kteří mohli poskytnout pestřejší data v podobě různorodých diagnóz a blíže pak upřesnit fungování EL v péči poskytované těmto pacientům. Jako nedostačující se může jevit i doba sběru dat, a to u všech právě přítomných respondentů na této jednotce v daný čas. Je totiž možné, že všichni tito pacienti na tento konkrétní čas byli objednáni a tudíž měli i podobné zdravotní obtíže. Při dotazování se personálu zřejmě nebyl kladen dostatečný důraz na problematiku objednávaných pacientů na EL, při dotazu na nedostatky měl personál konkrétně vyslovit předmět nedostatku, nespokojenosti či důvodu pro zlepšení, nyní bych ale tuto otázku více cílila na tuto problematiku, protože, jak je uvedeno již výše, personál udává nejvyšší výskyt pacientů s bolestmi zad, mezi respondenty byli tři s těmito problémy, ale personál i přesto vidí EL jako početně dostačující a správně využívaná. Z toho můžeme usuzovat i další pohled, tím je dnes všeobecný nedostatek personálu a s tím spojený strach při vyslovení přání o zvýšení počtu lůžek.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Vzhledem k markantnímu výskytu pacientů se stejným zdravotním problémem ve výzkumném vzorku, konkrétně bolesti zad a k tomu indikace pravidelného podávání infuzní terapie, docházíme k závěru, že tato lůžka, která jsou součástí urgentního příjmu, slouží i pro objednávání takovýchto pacientů, což může vést k blokaci lůžek pro akutní případy. Oslovený personál také uvádí nejvyšší incidenci pacientů s bolestmi zad, ale k využitelnosti či obsazenosti lůžek v této souvislosti se nevyjádřil zcela jasně.

Tímto klíčovým poznatkem by se mohl zabývat kvantitativní výzkum, který by stanovil četnost využití expektačních lůžek objednávanými pacienty a akutně přijímanými pacienty, případně pak jednotlivé rozdíly mezi nimi, pro stanovení rozsahu této problematiky a také by měl zjistit, zda jednotlivé nemocnice tento fenomén chápou jako problém nebo jako dobré řešení, či zda mají pro tyto dva odlišné typy péče odlišné řešení, než zde uvedené (např. oddělená lůžka pro objednané a akutně přijímané pacienty).

Pokud by hrozily komplikace pramenící z blokace lůžek pacienty docházejícími na pravidelné podávání infuzí, bylo by vhodné následující řešení:

- navýšení lůžek na stávající expektační pracoviště,
- zajištění samostatných, účelových lůžek pro tyto pacienty, která by nemusela být materiálně zajištěna stejně jako expektační lůžka, přímo na expektačním pracovišti,
- zajištění samostatných, účelových lůžek pro tyto pacienty, která by nemusela být materiálně zajištěna stejně jako expektační lůžka, samostatně mimo urgentní příjem jako vznik nové jednotky pro tyto účely,
- zajištění standardních, účelových lůžek na standardních odděleních příslušného zaměření.

Stejným způsobem by se dalo pracovat i s umístěním zdravotních křesel pro účely podávání infuzí v takovém počtu, aby nedocházelo k přetěžování urgentního příjmu.

Závěr

Urgentní příjem s expektačními lůžky v Nemocnici Jihlava funguje v současné době již sedmým rokem a výsledky této práce hovoří o těchto lůžkách veskrze pozitivně jak ze strany personálu, kteří mají možnost sledovat práci tohoto oddělení již řadu let, tak i pacienti, kteří mohou být s takovým systémem urgentní péče v kontaktu poprvé. Oddělení je vybaveno velice moderně a prakticky, což jen více podporuje jak spokojenost zaměstnanců, kterým se v takovém prostředí dobře pracuje, tak i mnohem více zpříjemňuje pobyt pacientům, kteří velmi pozitivně reagují na takto vysoký komfort. Systém péče je velmi efektivní, rychlý a hospodářsky výhodný. O uložení pacienta na toto lůžko rozhoduje lékař vždy podle stavu pacienta. Kromě ošetření pacientů s akutními obtížemi nezřídka ale dochází i k opakovanému objednávání pacientů na tato lůžka z důvodu podávání infuzní terapie, kteří by při neexistenci těchto lůžek museli být hospitalizováni.

Po rozhovoru s personálem se nám podařilo zmapovat využití expektačních lůžek, určit skladbu pacientů dle jejich zdravotních problémů a také určit přibližnou obsazenost lůžek. Ty tedy nejvíce využívají pacienti s neurologickým problémem (uvedlo všech pět zaměstnanců), většinou bolestmi zad, kteří posléze dochází přímo na tato lůžka k infuzní terapii, čili jsou objednávaní. Dalšími pacienty, kteří jsou zde často ukládáni, jsou akutní pacienti s kolapsovými stavy a arytmiemi, tedy interního a kardiologického charakteru. Podstatně méně pak personál uvádí incidenci chirurgického charakteru a využívání lůžek pacientů přivezených RZP. Využití lůžek je kolísavé, nepravidelné a nepředvídatelné díky akutním případům dovážených RZP, někdy je lůžek dostatek, či pár volných k dispozici, jindy jich je zase nedostatek, což potvrzují tři z pěti dotazovaných všeobecných sester. Celkem se také tři všeobecné sestry svěřují s dojmem, že tato lůžka jsou zneužívána pacienty s intoxikací alkoholu nebo bezdomovci. Využití lůžek i přesto personál hodnotí jako přiměřené a efektivní, oproti tomu jejich počet se dle jejich názoru zdá být nedostatečný. Zároveň podmíněně souhlasí s tím, že pokud by se počet lůžek navyšoval, bylo by třeba posílit i personál. Od počátku otevření expektačních lůžek ale také čtyři z pěti zaměstnanců popisují exponenciální růst ukládání pacientů na tyto lůžka, několik z nich také přiznává, že ti objednaní musí při náporu většího množství pacientů vyčkat na chodbě, nežli se pro ně lůžko uvolní. Ovšem tuto skutečnost nikdo z dotazovaných nevnímá

jako možnou budoucí hrozbu ohrožující plynulost péče či provozní omezení. Při dotazu na možné návrhy ke zlepšení bylo uvedeno zřízení potrubní pošty pro zasílání biologického materiálu, oprava toho času nefunkčního CT a návrh na zvýšení lůžek zmínila pouze jedna všeobecná sestra, konkrétně na 10 lůžek, ovšem pouze za podmínek uvedených výše – se současným navýšením stavu personálu. Celkově je personál s expektačními lůžky spokojen, zlepšení vnímají velmi pokrokově, jak v ulehčení práce ambulantním sestrám, které dříve pracovaly bez expektačních lůžek, tak i jako velký přínos pro pacienty, jejichž spokojenost se pro ně zdá být velmi důležitá a pak i pozitivně působící na celý ošetřující kolektiv.

Pro pacienty se zdá být založení expektačních lůžek skutečným přínosem v jejich péči. Spokojenost udávají jak s uspořádáním jednotky, tak i jejím vybavením. Zcela zásadními rozdíly oproti předchozí péči vnímají zkrácení čekací lhůty, vybavení lůžek (také především i jejich existence) pro efektivnější úlevu od obtíží a v organizaci práce personálu, který o ně pečuje v přímé blízkosti lůžka bez nutnosti přesunů na vyšetření. Prostřední halově uspořádané místnosti s expektačními lůžky pacienti vnímají jako celkově uspokojivé, v rozhovorech nebyly zaznamenány žádné výhrady. Hodnocení práce personálu také pacienti kvitují velice kladně, především pak výbornou dostupnost personálu a také velice profesionální přístup, příkladně první kontakt s pacientem. Nedostatky se pak vyskytují v představení se personálu, což ale někteří pacienti nemohli s jistotou určit, protože to dle jejich slov mohli zapomenout, a také jeden z pěti pacientů nebyl dostatečně informován, což ale nemohl zcela s jistotou posoudit díky zhoršenému zdravotnímu stavu a s tím spojeným odlišným vnímáním podávaných informací kvůli silné bolesti. Tyto skutečnosti se ale v celkové spokojenosti dále neodrážejí, ta je tak zcela maximální.

Seznam použitých zdrojů

1. BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a kol., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. DOBIÁŠ, Viliam, 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-4571-8.
3. DRÁBKOVÁ, Jarmila, 2017. *Urgentní medicína*. 1. vydání. Praha: Galén, Edice Lékařské repetitorium. 123 s. ISBN 978-80-7492-322-7.
4. ENCAPERA, Ellen, 2017. *Driven emergency department observation units. Protocol*. Emergency nurses association [online]. [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <www.ena.org>.
5. FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC, 2018. *Oddělení urgentního příjmu* [online]. [cit. 2019-03-26]. Dostupné na www: <https://www.fnol.cz/oddeleni-urgentniho-prijmu-zakladni-informace-sekce_291.html>.
6. FEIX, Jiří, 2017. *Vývoj a porovnání urgentních příjmů v České republice*. Praha. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství.
7. JANDA, Vladimír, 2012. *Urgentní příjmy v České republice – současný stav a perspektiva*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.
8. KELNAROVÁ, Jarmila, 2013. *První pomoc II. Pro studenty zdravotnických oborů*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada publishing, a.s. 192s. ISBN 978-80-247-4200-7.
9. KRAJSKÁ ZDRAVOTNÍ, a.s. Most, 2017. *Oddělení centrálního příjmu* [online]. [cit. 2019-03-26]. Dostupné na www: <<http://www.kzcr.eu/cz/mo/pro-pacienty/zdravotnicka-pracoviste/centralni-prijem/#ca4803>>.
10. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

11. NAPOLITANO, James, D, 2014. *Observation Units: Definition, History, Data, Financial Considerations, and Metrics*. Springer Science+Business Media. 1/2014. New York. DOI 10.1007/s40138-013-0038-y. ISSN 2167-4884.
12. NEMOCNICE JIHLAVA, příspěvková organizace, 2012. *Kvalita poskytované péče: Politika kvality* [online]. [cit. 2018-10-22]. Dostupné na www: <<https://www.nemji.cz/politika-kvality/d-4706/p1=3930>>.
13. NEMOCNICE JIHLAVA, příspěvková organizace, 2016. *Urgentní příjem: Spektrum péče* [online]. [cit. 2019-03-26]. Dostupné na www: <<https://www.nemji.cz/spektrum-pece/ms-5701/p1=5701>>.
14. NEMOCNICE JINDŘICHŮV HRADEC, a.s., 2018. *Urgentní příjem* [online]. [cit. 2019-03-26]. Dostupné na www: <<http://www.nemjh.cz/up>>.
15. NEMOCNICE NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ, 2017. *Expektační lůžka* [online]. [cit. 2019-03-26]. Dostupné na www: <<https://www.nnm.cz/aro-expektacni-luzka>>.
16. O'ROURKE, Robert A., Richard A. WALSH a Valentín FUSTER, 2010. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 800 s. ISBN 978-80-247-3175-9.
17. PIŤHA, Jan, Magdalena LEJSKOVÁ, Dan RAKUŠAN a kol., 2017. *Akutní stavy na interním oddělení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 296 s. ISBN 978-80-7387-682-1.
18. POLÁK, Martin, 2016. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. 768 s. ISBN 978-80-204-3939-0.
19. REMEŠ, R., Silvia TRNOVSKÁ a kol, 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vydání. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
20. ŠEBLOVÁ, Jana a kol., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s. 416 s. ISBN 978-80-247-4434-6.
21. ŠEBLOVÁ, Jana, 2015a. *Urgentní medicína a urgentní příjmy v České Republice*. Urgentní medicína. Ročník 18, 2/2015. Mediprax CB, s.r.o., Kladno. ISSN 1212-1924.

22. ŠEBLOVÁ, Jana, 2015b. *Úvahy o urgentní medicíně*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. 144 s. ISBN 978-80-204-3504-0.
23. ŠEVČÍK, Pavel a kol., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-749-2066-0.
24. TOMEK, Aleš, 2018. *Neurointenzivní péče*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. 607 s. ISBN 978-80-204-5119-4.
25. TYPLTOVÁ, Jolana, 2013. *Nemocnice v České republice v roce 2013*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha, 5/2014 [online]. [cit. 2019-03-26]. Dostupné na www: <<https://www.uzis.cz/rychle-informace/nemocnice-ceske-republice-roce-2013>>.
26. VESELÁ, Hana, 2015. *Význam urgentního příjmu v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.* Příbram. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety Bratislava, n.o. Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Příbram.
27. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

Seznam použitých zkratek

ARO – Anesteziologicko resuscitační oddělení
ČR – Česká republika
EKG – Echokardiograf
EL – Expektační lůžko
FN – Fakultní nemocnice
GSC – Glasgow coma scale
JIP – Jednotka intenzivní péče
LSPP – Lékařská služba první pomoci
NIS- Nemocniční informační systém
NIBP – Neinvazivní měření krevního tlaku
NPB – Náhlá příhoda břišní
P č. 1-5 – Pacient číslo 1-5
PUIP: Pavilon urgentní a intenzivní péče
RLP – Rychlá lékařská pomoc
RZP – Rychlá zdravotnická pomoc
SpO2 – Saturace buněk kyslíkem
TK – Krevní tlak
TT – Tělesná teplota
UP – Urgentní příjem
ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky
VF – Vitální funkce
VS č. 1-5 – Všeobecná sestra číslo 1-5
ZZS – Zdravotnická záchranná služba

Seznam tabulek

- Tabulka 1 Zastoupení mužů a žen ve zkoumaném vzorku (všeobecná sestra)
- Tabulka 2 Délka praxe všeobecných sester na expektačních lůžkách
- Tabulka 3 Zastoupení mužů a žen ve zkoumaném vzorku (pacienti)
- Tabulka 4 Oddělení využívající expektačních lůžek
- Tabulka 5 Nejčastější onemocnění vyskytující se na EL
- Tabulka 6 Počet expektačních lůžek a jejich využití
- Tabulka 7 Počet ošetřených pacientů na expektačních lůžkách v průběhu let
- Tabulka 8 Počet návštěv pacientů na expektačních lůžkách
- Tabulka 9 Doba pobytu pacientů na expektačním lůžku
- Tabulka 10 Spokojenost pacientů s ošetřujícím personálem na expektačních lůžkách
- Tabulka 11 Spokojenost pacientů s uspořádáním a vybavením expektačních lůžek

Seznam příloh

Příloha č. 1 Organizace provozu urgentního příjmu včetně přílohy

Příloha č. 2 Doporučený postup při monitoraci nemocných na crash room a EL

Příloha č. 3 Záznam pacienta na EL

Příloha č. 4 Záznam pacienta na crash room UP

Příloha č. 5 Statistiky obsazení expektačních lůžek

Příloha č. 6 Polostandardizovaný rozhovor s ošetřujícím personálem

Příloha č. 7 Polostandardizovaný rozhovor s respondenty

Příloha č. 8 Žádost o povolení průzkumného šetření

Příloha č. 9 Žádost o souhlas s užitím dokumentů Nemocnice Jihlava

