

A black and white photograph of an operating room. In the foreground, there is a large medical monitor on a stand. In the background, a patient is lying on an operating table, surrounded by various medical equipment, including a large overhead surgical light fixture and several monitors. The room has a tiled wall and a clean, clinical appearance.

OD RARITY K SYSTÉMU

Z KRÁTKÉ HISTORIE URGENTNÍCH PŘÍJMŮ V ČR

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP
European Society for Emergency Medicine
ZZS Středočeského kraje, p.o.
Urgentní příjem ON Kladno

První legislativní zakotvení pojmu „urgentní příjem“

Věstník

Ročník 2015

MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

ČESKÉ REPUBLIKY

Částka 4

Vydáno: 20. BŘEZNA 2015

Cena: 74 Kč



28

VĚSTNÍK MZ ČR • ČÁSTKA 4

URGENTNÍ PŘÍJEM V ČR

Obsah

1.	Úvod	29
2.	Popis činnosti urgentního příjmu	29
3.	Typy urgentních příjmů dle rozsahu poskytovaných služeb	29
4.	Struktura urgentního příjmu	29
4.1	Příjmová část	29
4.1.1	Recepce	29
4.1.2	Kontaktní místo	30
4.2	Ambulantní část	30
4.3	Expektační část	30
4.4	Zásahová část	30
4.5	Heliport	30
5.	Materiálové a přístrojové vybavení	30
6.	Personální zabezpečení	31
7.	Diagnostický komplement	31
8.	Komunikace urgentního příjmu	31
9.	Urgentní příjem a vzdělávání	31



Začátky urgentních příjmů – tehdy ještě bez urgentní medicíny

- **1991 – „NEZAS“ – Centrální příjem na Malvazinkách**
 - **1994 – FN Ostrava**
 - **1997 – FN Motol – provozován ZZS HMP**
 - **1997 – ÚVN (zkušenosti z misí, NATO)**
-
- **1999 – FN Motol – provozován FN Motol**
 - **2005 – FN Olomouc**
 - **2008 – FN Hradec Králové, Ústí nad Labem**
 - **2011 – ON Kladno**
 - **2011 – dětský UP DFN Motol (v 90. letech expektační oddělení)**
 - **2014 – Jindřichův Hradec**
 - **ON Příbram, Česká Lípa, FTN Krč....**



Začátky urgentních příjmů – s Urgentní medicínou

- v prvním čísle článek o zkušenostech z provozu UP ve FN Motol – MUDr. J. Oplt



URGENTNÍ MEDICÍNA

Vzdělávání - zkušenosti

Urgentní příjem - - zkušenosti z provozu oddělení

Záchranná služba hl.m.Prahy provozuje od r.1990 s krátkou přestávkou v r.1997 akutní nemocniční příjmové oddělení. Vznik tohoto oddělení byl spjatý se zřízením Nemocnice neodkladné péče. V NNP byla provozována chirurgie (traumatologie, dvě CHIP), ARO a v rámci interního oddělení koronární jednotka, metabolická jednotka s možností eliminačních metod a oddělení intermediární péče. Byla zajištěna nepřetržitá služba neurologa. Dále bylo přítomno oddělení klinické biochemie, radiodiagnostické oddělení, oddělení soudního lékařství. Celkový počet lůžek se pohyboval kolem 120, možnost ÚPV - 16 ventilátorů.

Příjem všech pacientů zabezpečovalo „Příjmové a expektační oddělení“ (centrální příjem - CP), které disponovalo interním a chirurgickým příjmovým sálkem. Obě místnosti byly vybaveny nezbytnými prostředky k zajištění a monitorování vitálních funkcí a technikou k provádění KPCR. V další místnosti byla dvě expektační lůžka. Vybavení se lišilo jen typy ventilátorů (ELEMV, příjmové sálky Oxylogy). Přijímání pacientů procházeli filtrem, kde byla dle potřeby prováděna očista, odběry biologického materiálu apod.

Snaktem pacientů obnovovalo

bezpečení vitálních funkcí pacienta, zahájení neodkladných léčebných a diagnostických opatření se snahou o maximální zkrácení doby do předání pacienta na cílové oddělení. Například u pacientů s koronární příhodou se délka pobytu pohybovala kolem 20 minut, během kterých byly provedeny laboratorní odběry, základní fyzikální vyšetření, natočeno EKG a pacient byl předán na KJ. V některých případech byla léčba zahajována v prostorách CP včetně kanylace centrální žíly a zahájení trombolytické léčby (za přítomnosti konziliáře). U intoxikovaných pacientů byl na CP kromě základních laboratorních vyšetření prováděn odběr biologického materiálu k toxikologickému vyšetření, výplach žaludku, zavedení močového katetru a nasogastrické sondy. Pacient s poruchami vědomí byl zajištěn k těmto výkonům intubací. V případech kdy nebylo možné následně pacienta extubovat a v NNP nebyl na MJ či ARO volný ventilátor, byl pacient v případech, kdy nebylo nutné provádět eliminační metody (například otravy benzodiazepiny v kombinaci s alkoholem, za předpokladu i krátkodobé ÚPV) ponechán po tuto dobu na expektačním lůžku. Kromě případů vyžadujících krátkodobou ÚPV byla expektační lůžka využívána k detoxikaci alkoholiků a osob pod vlivem drog. Ex-

pacientů, když z nějakého důvodu nebylo možné pokračovat do cílového zdravotnického zařízení (například letecké repatriace v nočních hodinách). Ojedinelé sloužilo expektační lůžko ke konečnému asylování pacientů u kterých bylo po „úspěšné“ resuscitaci zjištěno, že se jedná o terminální stav maligního onemocnění a s touto diagnózou žádné s kontaktovanými zdravotnickými zařízeními neindikovalo přijetí na lůžko.

Počet pacientů ošetřených na CP se pohyboval kolem 4-5 za den a byl ovlivněn lůžkovou kapacitou NNP. Akutních lůžek byl dostatek, ale nedostávalo se lůžek intermediárních. Týkalo se to zvláště interního oddělení a ARO - kde po potřeby KJ, MJ a resuscitačního oddělení bylo k dispozici 17 lůžek následně péče, takže často pacient s akutním IM odležel většinu pobytu v nemocnici na KJ. Další nevýhodou byly nedostatečné diagnostické komplexy (CT, katetrizace) a špatná dostupnost některých konsilií. Tyto nedostatky byly částečně eliminovány dispečinkem ZS, který rozhodl o směrování pacienta nejen podle stavu vitálních lůžek, ale i s ohledem na diagnostické a léčebné možnosti cílového zařízení. I z tohoto důvodu byl pacient s kraniocerebrálním poraněním ošetřován v NNP vyjmačně.

Začátky urgentních příjmů – s Urgentní medicínou

Ve druhém čísle článek o zkušenostech z provozu UP.....

Otázka do pléna i předsednictva?



U R G E N T N Í M E D I C Í N A

Vzdělávání - zkušenosti

bulancí a poraden, včetně mimo-spádových oddělení infekce a plastické chirurgie.

Myšlenka založení akutního příjmu (AP) v hraničské nemocnici s participací ZZS na jeho provozu, nám byla implantována panem prof. MUDr. J. Pokorným, DrSc. Při jeho přednášce o významu oddělení akutních příjmů pro práci ZS na konferenci PNP v Příbrami v listopadu 1995. Přípravu budování AP začal ředitel ZZS Přerov, pan MUDr. J. Štípl, CSc., který ale z důvodů úmrtí na zákeřné onemocnění nemohl toto dílo dokončit. Díky chápavému postoji dalšího vedení ZZS okresu Přerov, OkÚ v Přerově a vedení Nemoc-

nice Hranice a.s., byl po mnohaměsíčních přípravách a jednáních realizován k 1.1.1998 projekt akutního příjmu a reorganizace LSPP v regionu spoluprací ZZS a nemocnice.

AP je součástí centrálního příjmu interních oborů (CP) - interna, neurologie a plicní, který se nachází v přízemí hlavní budovy nemocnice s přímou návazností na komplementární a konziliární služby, resuscitační a intenzivní pracoviště, operační sály a informační servis. Centrální příjem je mimo akutní příjem (jeho dvě expoktační lůžka s výbavou odpovídající lůžku intenzivní péče) tvořen ještě dvěma ambulancemi, den-

ním stacionářem a informačním a dokumentačním úsekem.

Vlastní akutní příjem s využitím ambulancí CP poté:

a) zajišťuje plynulou návaznost přednemocniční a nemocniční neodkladné péče se snahou o rychlé a správné posouzení akutní změny zdravotního stavu se stanovením diagnózy, kontinuální terapií, prognostickou rozvahou a optimálním směřováním pacientů. Při zvládnutí stavu se pacienti vrací domů do péče praktických lékařů či ambulantních specialistů (benigni synkopy, st.p.epileptických záchvatů, nekomplikované astmatické záchvaty, hypoglykemické



Česká (nepřeložitelná) otázka – vysoký nebo nízký práh?

- diskuze o vysoko- či nízkoprahových urgentních příjmech vycházela z profesního zázemí lékařů prvních dvou generací oboru
- v současnosti již jen ve FNKV a ve FN Brno
- vzestup pacientů nízkých priorit v posledních letech výrazně i v PNP
- **nutnost pracovat se systémy triáže na UP – při zachování bezpečnosti pro pacienty!**

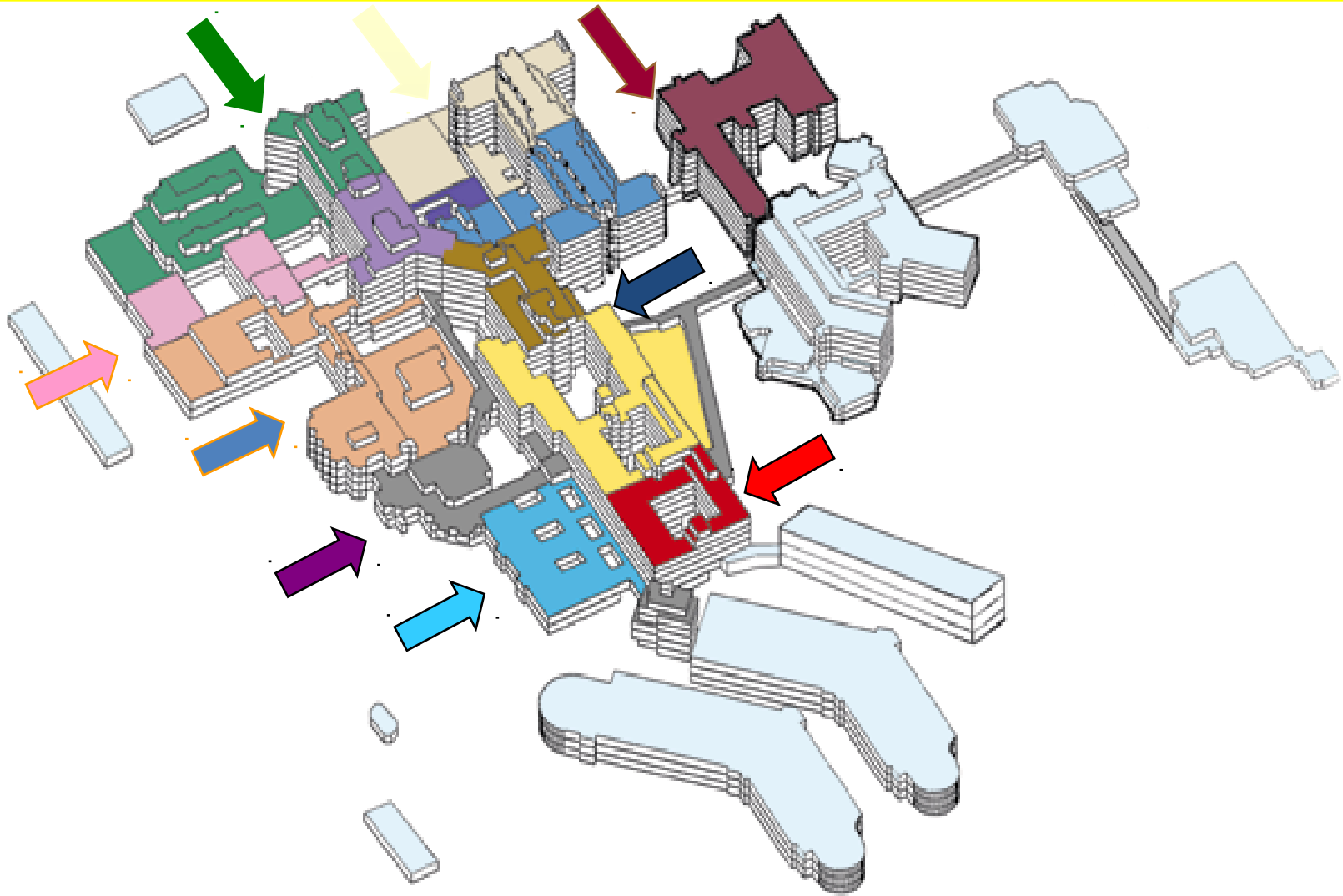
Kongresové centrum Na Homolce

Seminář 23. dubna 2003

Dr. Agnes Meulemans, ED Leuven, Katolická univerzita

- na pozvání redakce časopisu Urgentní medicína
- urgentní příjem – z hlediska stanovení cílů, kontroly indikátorů, definice úkolů a jeho „re-engineering“, tedy spíše manažersky zaměřená přednáška
- překlad prezentace vyšel v *Urgent Med 6, 2003;3: p.12-20*, reprint v *Urgent Med 2, 2015;2: p. 56-65*.
- analýza jednotlivých typů příjmu akutních pacientů do nemocnice a jejich výhody/nevýhody
 - „Multi-entrance“ – každá odbornost má své akutní příjmové místo
 - Monodisciplinární – americký model, jediná odbornost urgentní medicína
 - Pluridisciplinární – model i v ČR tam, kde není stálý lékař
 - **Multidisciplinární / multidisciplinárně integrovaný**

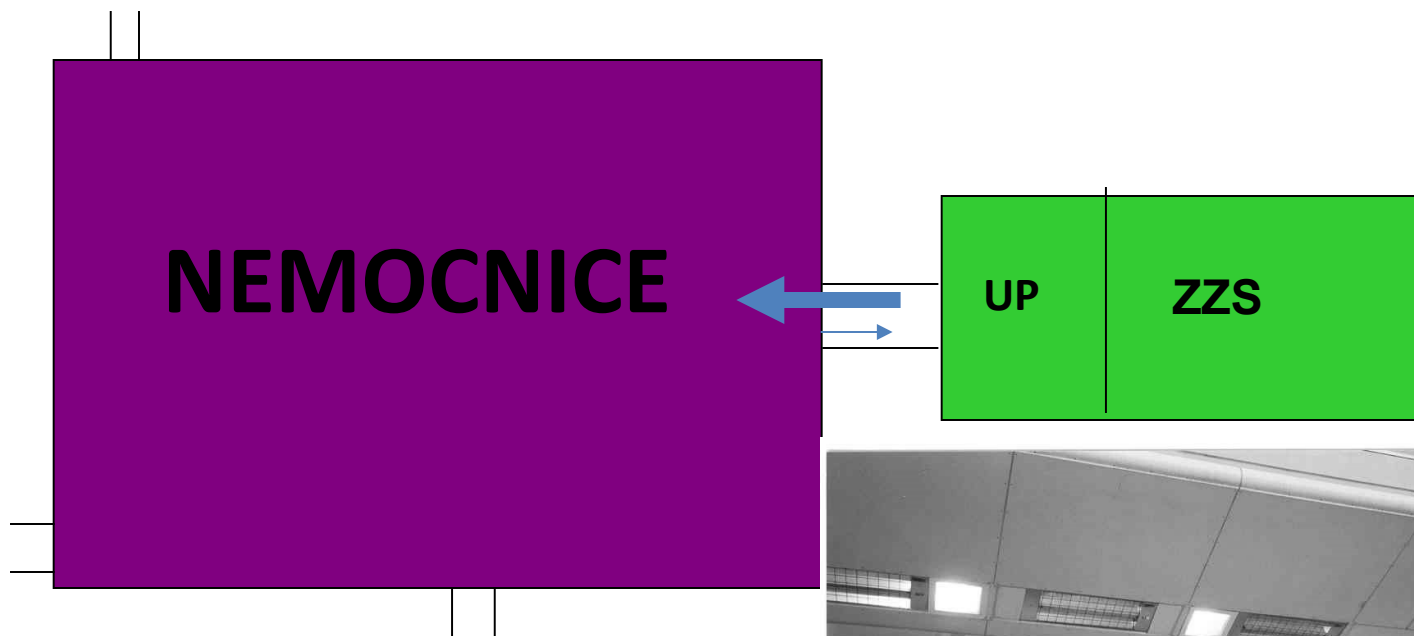
System s mnohočetnými vstupy



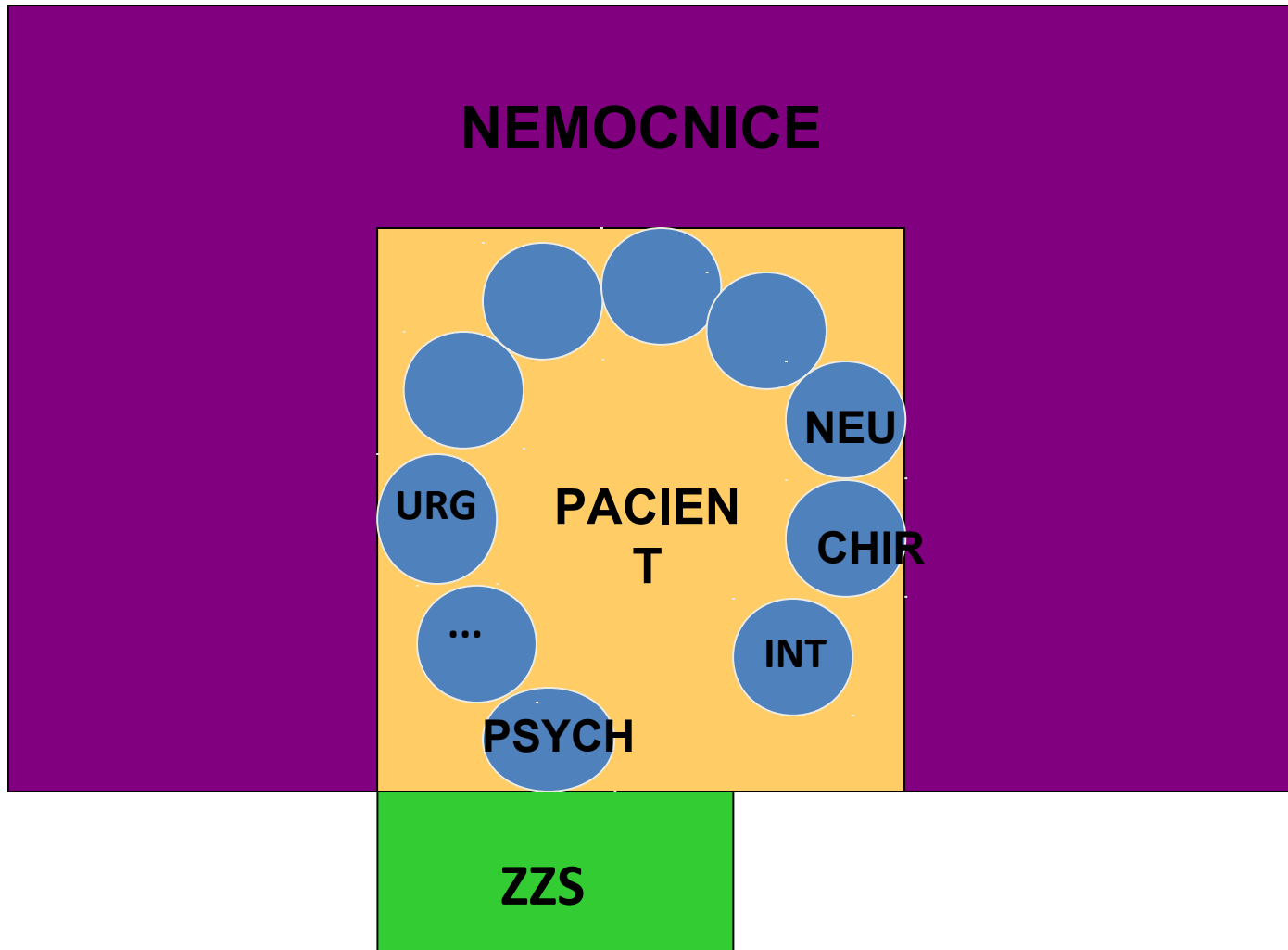
Vlastní vchod – vlastní oddělení - vlastní specializace – vlastní ne/zodpovědnost

Monodisciplinární model UP

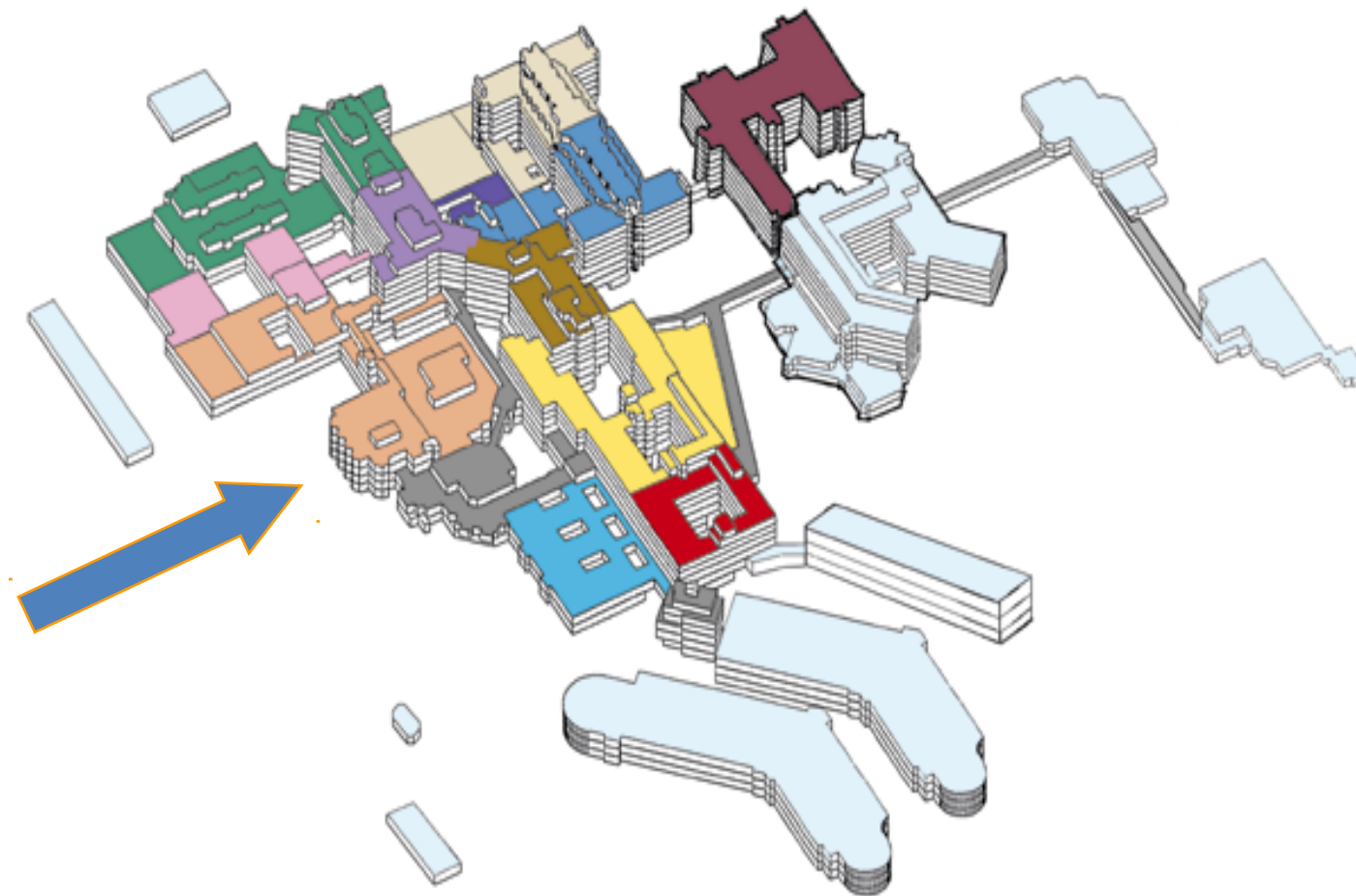
(nemocnice s jedním nebo více vstupy)



Urgentní příjem pluridisciplinární (péče různých odborníků na jednom místě – paralelně)

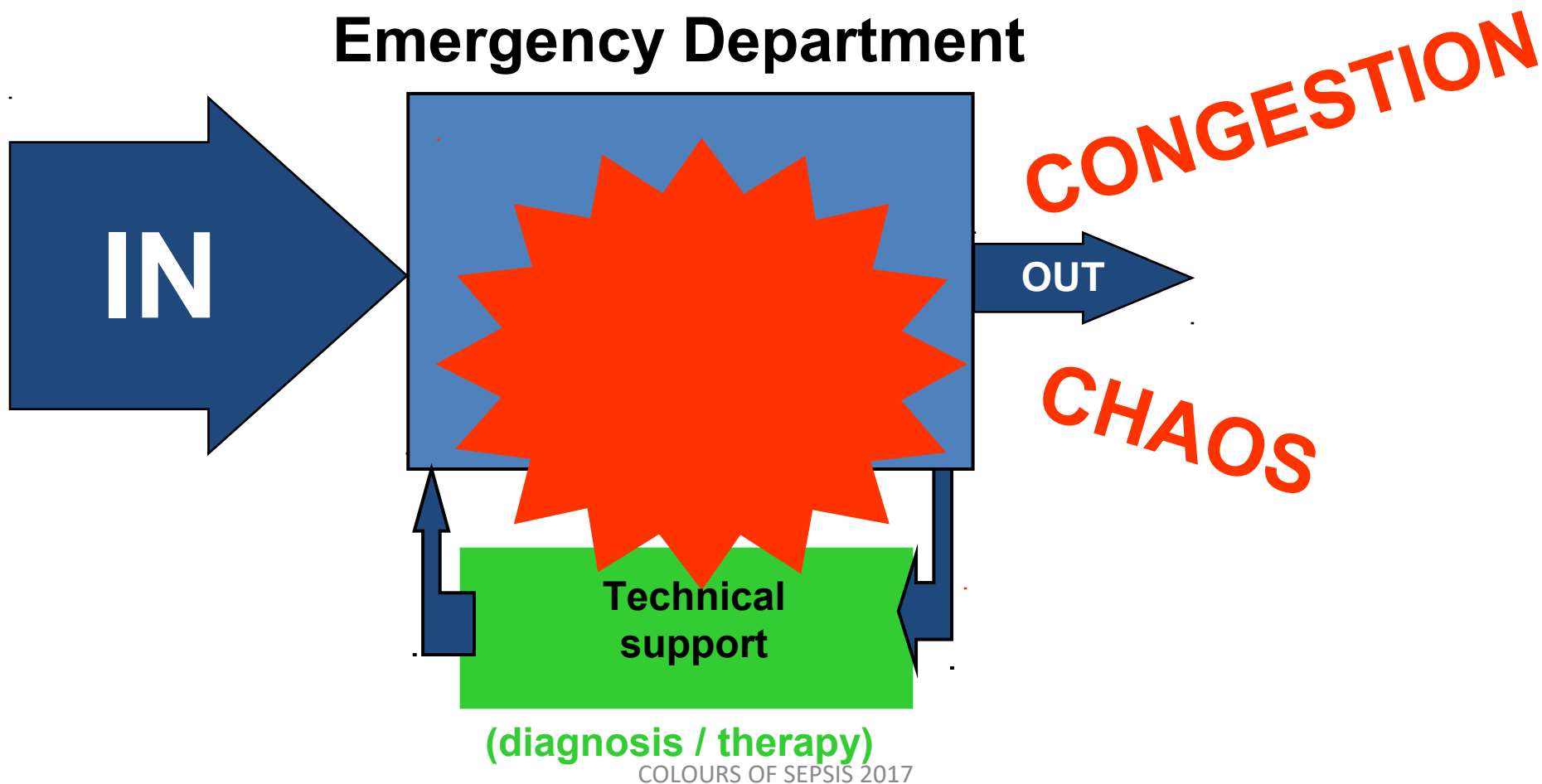


Multidisciplinární a integrovaný



**SPOLUPRÁCE - INTEGRACE - KOORDINACE A VEDENÍ – PÉČE
ZAMĚŘENÁ NA PACIENTA A JEHO POTŘEBY**

**POKUD NA SVÝCH URGENTNÍCH PŘÍJMECH
ZAŽÍVÁME „SYNDROM ÚZKÉHO HRDLA LAHVE“,
PAK UŽ JSME V EVROPĚ!**



...ANEB VÍTEJTE V REALITĚ URGENTNÍCH PŘÍJMŮ 21. STOLETÍ...

