

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství*



**Andrea Ondrušíková**

**Činnosti sestry koordinátorky na Centrálním  
příjmu interních klinik FNKV**

*Workload of a nurse - coordinator at Central Admission  
Department FNKV*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2018

Autor práce: Andrea Ondrušíková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby:

## **Prohlášení**

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

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 24.5.2018

Andrea Ondrušíková



## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Marii Zvoníčkové za věnovaný čas, odborné rady a empatický přístup při vypracování této bakalářské práce. Také bych touto cestou moc ráda poděkovala vrchní sestře Mgr. Janě Bodlákové a staniční sestře CPIK I. interní kliniky 3. LF UK a FNKV Bc. Markétě Brunclíkové za poskytnuté materiály a konzultace.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1 CENTRÁLNÍ PŘÍJEM</b> .....	<b>7</b>
1.1 Příjem pacienta .....	8
1.1.1 Triage .....	9
1.2 Diagnostika pacienta .....	12
1.3 Zdravotnická dokumentace .....	12
1.3.1 Lékařská dokumentace .....	13
1.3.2 Ošetrovatelská dokumentace.....	13
1.4 Observace .....	14
<b>2 CENTRÁLNÍ PŘÍJEM INTERNÍ KLINIK V FNKV</b> .....	<b>15</b>
2.1 Historie CPIK ve FNKV .....	16
2.2 Personální zajištění zdravotníků na CPIK ve FNKV .....	17
2.3 Stavební uspořádání CPIK ve FNKV .....	17
2.4 Traumaplán.....	19
<b>3 FUNKCE KOORDINÁTORA NA URGENTNÍM PŘÍJMU</b> .....	<b>21</b>
<b>4 PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>22</b>
4.1 Design výzkumného šetření .....	22
4.2 Analýza záznamů .....	23
4.2.1 Kategorizace činností sestry koordinátorky.....	23
4.2.2 Detailnější popis pracovních činností koordinátora.....	29
4.3 Spotřeba času a četnost pracovních kategorií koordinátora .....	31
4.4 Četnost činností dle Dodatku k pracovní náplni koordinátora směny na CPIK 34	
4.5 Postřehy z praxe při pozorování koordinátora.....	35
<b>5 DISKUZE</b> .....	<b>38</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>41</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>42</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ</b> .....	<b>46</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>47</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>49</b>

## ÚVOD

Centrální příjem interních klinik (CPIK) je relativně novým organizačním prvkem ve struktuře I. interní kliniky 3. LF UK a FNKV. Svým popisem patří mezi nízkoprahový příjem, který poskytuje zdravotní péči lidem s interními potížemi. Velké množství pacientů procházejících CPIK klade velké nároky na organizaci práce zdravotnických pracovníků. Jedním z faktorů kvalitní poskytované péče je zvládnutá organizace práce. Nejdůležitější organizační člen ošetrovatelského týmu nepřetržitě přítomného na CPIK je sestra koordinátorka. Veřejnosti není tato role známá pro své nedostatečné popsání.

Na žádost vrchní sestry I. interní kliniky proběhne pilotní šetření zaměřené na zjištění pracovní náplně sestry koordinátorky.

Cílem teoretické části bakalářské práce je popis problematiky urgentních příjmů a seznámení se s jednotlivými příjmovými kroky, které pacient absolvuje na urgentním příjmu a konkrétněji také na oddělení CPIK. Dalším cílem je popis personálního a stavebního uspořádání CPIK a seznámení se s podobnou rolí sestry koordinátorky ve světě.

Cílem praktické části této bakalářské práce je identifikovat a definovat činnosti sestry koordinátorky a popsat míru zastoupení jednotlivých pracovních činností na CPIK.

# 1 CENTRÁLNÍ PŘÍJEM

V mezinárodním měřítku se model fungování příjmových oddělení opírá o platnou legislativu a systém poskytování zdravotní péče, která platí v dané zemi. Nejednotné principy a legislativa fungování v České Republice vnáší do problematiky příjmových oddělení určité nejasnosti. Jednou z nejasností jsou rozdílné názvy oddělení a různé stupně úseků:

- Vysokoprahový příjem – zde se přijímají pacienti, u kterých došlo k selhání základních životních funkcí.
- Nízkoprahový příjem – je úsek ambulancí, kde se ošetřují pacienti, kteří nejsou v bezprostředním ohrožení života.
- Bezprahový příjem – je určen pro pacienty s minimálním poškozením zdraví např. angína. V této ambulanci ordinuje praktický lékař. V podstatě přebírá a zahajuje činnost v době, kdy praktičtí lékaři ukončují své ordinace [1, 2].

V anglicky mluvících zemích se pacient setká s názvem *Emergency*, v Evropě *Accident & Emergency*. Názvosloví u nás je zcela specifické. Neplatí jeden název, ale celá škála názvů: *Emergency*, Urgentní příjem, Akutní příjem, Centrální příjem aj. Kolébkou urgentní medicíny jsou Spojené státy americké v 70. letech 20. století jako reakce na válečné poznatky z 2. světové války [1, 2].

Centrální příjem je příjmová část (oddělení), která obvykle slouží pro celou nemocnici. Zde je pacient vyšetřen a v případě nutnosti hospitalizace poslán na příslušnou ošetrovatelskou jednotku, která se zaměřuje na konkrétní klientovy potíže (interní, chirurgické, gynekologické, psychiatrické aj.) [3, 4].

Pro pacienta je centrální příjem prvním místem, kde se setkává s nemocničním zařízením a zdravotnickým personálem. Úkolem zdravotníků je vyšetřit pacienta v akutním stavu, poskytnout bezprostřední ošetření a zajistit přijetí nebo překlady do zdravotnického zařízení a eventuálně do domácí péče [4].

Dnešním trendem je zjednodušit orientaci pacientů hledajících lékařskou pomoc, proto se nemocnice snaží o centralizaci několika odborností do jedné ambulance. Jejich vzniku brání pavilonové uspořádání budov, které v minulosti

sloužily jako ochrana pacientů před šířením infekčních onemocnění. Příkladem je Centrální příjem interních klinik ve FNKV nebo Společný příjem interně nemocných ve Všeobecné fakultní Nemocnici v Praze [4, 5].

## 1.1 Příjem pacienta

Příjem pacientů do zdravotnického zařízení můžeme rozdělit ze dvou hledisek. Prvním hlediskem je příjem pacientů na základě doporučení. Pacienti ho nejčastěji získávají od praktického lékaře, specialisty nebo lékaře, který doporučí provedení plánovaného zákroku [6].

Druhé hledisko lze charakterizovat stupněm naléhavosti zdravotního stavu pacienta. Příjem je plánovaný nebo akutní. Nemocný, který přichází na plánovaný příjem, je předem objednaný k hospitalizaci, na vyšetření či zákrok. Očekává se, že bude pacient hospitalizován jen po nutný čas, proto jsou nezbytná vyšetření provedena již před hospitalizací [6].

Akutní neboli urgentní příjem nastává v případě náhlé změny zdravotního stavu nebo zranění. Pacient přichází sám bez doporučení lékaře nebo je dovezen Záchranou zdravotní službou (ZZS) [6].

Jak již bylo řečeno příjmová oddělení znamenají pro většinu pacientů první kontakt s nemocničním zařízením, proto zde někdy mohou vznikat možné negativní reakce. Když opomeneme samotné prostředí nemocnice, je to především komunikace zdravotnických pracovníků s nemocným a organizace práce celého personálu [6].

### **Negativní ovlivnění pacientů podmíněné špatnou organizací práce personálu:**

- dlouhá čekací doba
- nedostatečná organizace péče v případě zhoršení zdravotního stavu čekajícího pacienta
- nedostatečné předání informací pacientům o upřednostňování příjmu jiného pacienta v závažnějším zdravotním stavu.



## Negativní ovlivnění pacientů vyvolané komunikací personálu:

- chybějící osobní představení ošetřujícího personálu a viditelné identifikační vizitky
- chybějící tolerance k pacientovi (profesionální přístup)
- nevhodná neverbální komunikace
- nedostatečná komunikace a odpovědi zdravotníka
- devalvační jednání s pacientem (nadávky, nesprávné oslovení, nevhodná gesta)
- předávání pacienta bez pacienta („o nás bez nás“) aj. [6].

### 1.1.1 Triage

*Triage* v českém jazyce „třídění“ nebo triáž je postup pro stanovení pořadí (priorit) při ošetření nemocných. Tento pojem vznikl z francouzštiny (prosít, procedit) okolo roku 1792 baronem Dominiquem Jean Larreyem, hlavním chirurgem Napoleonovy armády. Cílem bylo zachovat co nejvíce vojáků schopných boje [7, 8].

V současnosti se třídění ve zdravotnickém zařízení používá všude tam, kde je vyšší potřeba ošetření a poskytnutí zdravotní péče než personální a prostorová kapacita. Obecně můžeme triage rozdělit na primární a sekundární. Primární třídění je stanoveno na místě události, je to tzv. prvotní třídění (S.T.A.R.T). V nemocnici lékař nebo třídící sestra/koordinátor provede sekundární třídění. Nejpoužívanější triage systémy jsou: *Australasian Triage Scale*, *Manchester Triage Scale*, *Canadian Triage and Acuity Scale* a *Emergency severity index (ESI)* [7, 8].

Všechny třídící systémy obsahují 5 stupňů naléhavosti. Rozdíl mezi nimi je v názvu kategorií a v čekací době do chvíle, než pacienta vyšetří lékař. Prioritu č. 1 ve škále ESI dostane pacient, který potřebuje okamžitou život zachraňující intervenci. Priorita č. 2 je charakteristická poruchou vědomí nebo bolestí

či utrpením. Podle počtu potřebných vyšetření přiřazujeme prioritu č. 3 (více vyšetření), č. 4 (jedno vyšetření), č. 5 (žádné vyšetření) [7, 8].

### **Triage na oddělení CPIK ve FNKV**

Každý pacient, který se dostaví na oddělení CPIK sám nebo je přivezen ZZS, dostává při příchodu určitou prioritu podle závažnosti jeho aktuálního zdravotního stavu. Priority na oddělení CPIK jsou v rozmezí od čísla 1 – 3 [9].

Prioritu č. 1 dostává nejčastěji nemocný přivezen ZZS, je ošetřen ihned a přednostně. Pacient s prioritou č. 2 musí být vyšetřen lékařem do 1 hodiny, pacient s prioritou č. 3 čeká maximálně 3 hodiny [10].

V případě, že pacient s prioritou č. 3 (maximální čekací doba 3 hod.) čeká na ošetření již 2,5 hod., bude ošetřen přednostně před nově přicházejícím pacientem s prioritou č. 2. Mimo stanovené pořadí přijetí pacienta může rozhodnout vedoucí lékař směny.

Pro stanovení priority se zdravotníci opírají o formulář Triage – třídění pacientů na CPIK a Lékařské pohotovostní služby (LPS). Ve formuláři jsou vypsány příznaky nemocí (tab. 1) a instrukce, kterými se zdravotníci řídí. Například, pokud má pacient více z daných symptomů, zdravotník určuje prioritu dle příznaků s nejvyšší prioritou. Jestliže pacient nemá uvedené příznaky, jeho priorita je č. 3. Třídící zdravotník může přidělit vyšší prioritu jen v opodstatněných případech [10].

*Tabulka 1 Priority podle příznaků (převzato a upraveno z [10]).*

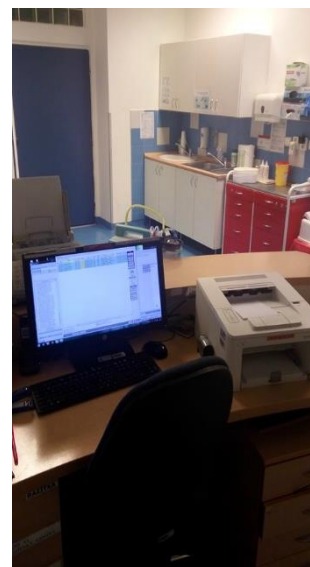
<b>Příznak</b>	<b>Nyní</b>	<b>V posledních 24 hodin, nyní ne</b>
<b>Krutá bolest (provázená nářkem, pocením, zblednutím, bolestivou grimasou a podobně)</b>	1	2
<b>Bolest v oblasti hrudníku</b>	1	2
<b>Dušnost</b>	1	2
<b>Mdloba, kolaps</b>	1	2
<b>Nově vzniklá porucha vědomí</b>	1	2
<b>Dlouhodobá porucha vědomí</b>	2	2
<b>Bolest břicha</b>	2	2
<b>Horečka nad 38,5 °C</b>	2	2

V pracovní době kartotéky od 7:00 – 15:30 hod. se pacienti hlásí na recepci kartotéky (obr. 1), kde kvalifikovaný pracovník (sestra) realizuje třídění pacientů dle jejich obtíží. Prioritu zapisuje do dokumentace. Mimo uvedenou dobu se pacienti hlásí signálním zařízením v ordinaci č. 1 (obr. 2), kde sestra koordinátorka odebere anamnézu pacienta a provede třídění. Dle vnitřního řádu I. interní kliniky FNKV z roku 2016 se posádka ZZS, která přiveze pacienta v akutním stavu, hlásí v pracovní době kartotéky na recepci. Sestra z kartotéky uvede člena ZZS k vedoucímu lékaři směny na oddělení CPIK. Po pracovní době kartotéky se posádka ZZS hlásí rovněž v ordinaci č. 1, kde si vedoucí lékař směny pacienta převezme. Ze zkušenosti na oddělení CPIK přichází posádka ZZS v provozní době kartotéky rovnou do ordinace č. 1. O prioritách u pacientů přivezených ZZS rozhoduje lékař [9].

Ve všedních dnech od 18:30 – 23:00 hod., víkendy a svátky od 8:00 – 20:00 hod. jsou pacienti, čekající na ošetření LPS v samostatném pořadí.



Obrázek 1 **kartotéka na CPIK** (převzato a upraveno z [11]).



Obrázek 2 **Box č. 1 na CPIK** (převzato a upraveno z [11]).

## **1.2 Diagnostika pacienta**

Pro správnou diagnostiku zdravotního stavu pacienta je potřeba sběru informací, které pomůžou odhalit stávající onemocnění. Na tomto sběru se podílí celý zdravotnický tým.

Lékař sbírá informace pomocí rozhovoru a vyšetření nemocného. Při rozhovoru se lékař ptá na přednemocniční onemocnění neboli dobu, která nemocí předcházela tzv. lékařská anamnéza. Vyšetření nemocného zahrnuje fyzikální vyšetření celého těla. Prostřednictvím lidských smyslů se zjišťují odchylky od fyziologické normy. Fyzikální vyšetření se provádí pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem a per rectum. V současnosti není fyzikální vyšetření dostačující informací o diagnóze. Potvrzení diagnózy se provádí dalším vyšetřením, a to laboratorním a přístrojovým. Do laboratoře jsou posílány vzorky krve a moči. Nejčastější přístrojové vyšetření jsou například EKG, ultrazvukové vyšetření či rentgenové vyšetření. Při těchto diagnostických vyšetřeních je potřeba asistence sestry [12].

## **1.3 Zdravotnická dokumentace**

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci vydaná na základě § 120 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování stanovuje, že zdravotnická dokumentace musí obsahovat identifikační údaje poskytovatele zdravotní péče a pacienta (celé jméno, datum narození, rodné číslo, číslo pojištěnce veřejného zdravotního pojištění, kód zdravotní pojišťovny a adresu trvalého bydliště). Dále musí zahrnovat pohlaví pacienta, jméno a podpis zdravotnického pracovníka, který zápis uskutečnil, datum zápisu, razítko poskytovatele zdravotní služby, informace o zdravotním stavu pacienta atd. [13].

V první řadě zdravotnická dokumentace slouží k zachování kontinuity zdravotní péče. Dále ji můžeme použít pro vědecké účely jako vhodný materiál,

je podkladem pro zdravotní pojišťovnu a mimo jiné i důkazem pro případné právní spory [14].

Zdravotníci musí dokumentaci lékařskou, sesterskou či dokumentaci ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků vést pravdivě, čitelně, jasně, srozumitelně a stručně. Je psána v českém jazyce [14].

### **1.3.1 Lékařská dokumentace**

Lékařská dokumentace obsahuje příjmové vyšetření a plán péče nejpozději do 24 hodin po přijetí pacienta. Dále je tvořena denními záznamy o aktuálním vývoji zdravotního stavu pacienta dle subjektivního hodnocení a objektivního vyšetření. Součástí lékařské dokumentace je ordinace léků, dokumentace anestezie a operace, předpis terapie a terapeutických procedur či diagnostických vyšetření atd. Při odchodu pacienta ze zdravotnické organizace se do lékařské dokumentace zakládá propouštěcí zpráva [15].

### **1.3.2 Ošetřovatelská dokumentace**

Do ošetřovatelské dokumentace patří všechny záznamy, které souvisejí s poskytováním ošetřovatelské péče o nemocného. Záznamy začínají přijetím pacienta a končí jeho propuštěním. Dokumentace se zaznamenává také v době, kdy je pacientovi poskytována ambulantní péče [16].

Součástí ošetřovatelské dokumentace je příjmová zpráva, ošetřovatelská anamnéza, plán ošetřovatelské péče a další informace o zdravotním stavu pacienta. Mohou se zde objevit i další dokumenty: plán prevence dekubitů, bilanční karta, glykemická karta, protokol při nežádoucí události, překladová sesterská zpráva, edukační plán, hodnotící škály, hlášení sester neboli sesterská vizita atd. [17].

#### **Dokumentace při příjmu nemocného na oddělení CPIK ve FNKV**

Při příchodu nemocného do zdravotnického zařízení, sestra v kartotéce (v pracovním týdnu od 7:00 – 15:30 hod.) nebo sestra koordinátorka (mimo uvedenou pracovní dobu a o víkendu), zapisuje pomocí občanského průkazu a kartičky pojištěnce pacienta do počítačového systému FRONTA a následně

vytiskne záznam o ošetrovatelské péči. Dále s tímto dokumentem pracuje sestra, která ošetřuje pacienta. Zapisuje do něj například fyziologické funkce, medikaci a další ošetrovatelské činnosti. V rámci dokumentace je důležité pacienta náramkem identifikovat a edukovat o všech rizicích, které mohou nastat.

## **1.4 Observace**

Pacienti, kteří potřebují krátkodobou terapii, čekají na výsledky nebo za účelem diagnostické rozvahy, využívají observační neboli expektační lůžka. Dle Velkého lékařského slovníku je význam slova observace srovnatelný s významem slova expektace. Maximální pobyt na observačním lůžku je 24 hodin. Během pobytu na observačním lůžku lékař rozhodne o umístění pacienta na lůžkové oddělení nebo pacienta propustí do domácí péče. Mimo jiné slouží také k observaci pacientů (alkoholici, pacienti s kolikovitými bolestmi nebo nemocní po astmatickém či epileptickém záchvatu aj.), u kterých je bezprostředně po zvládnutí akutního stavu naplánovaná demise. Významně tím sníží zatížení lůžkových oddělení nemocnic [18, 19, 20].

## 2 CENTRÁLNÍ PŘÍJEM INTERNÍ KLINIK V FNKV

Součástí Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady jsou 4 interní kliniky. Každá z nich se zaměřuje na odlišnou odbornost.

I. interní klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze (3. LF UK) a FNKV je specializované pracoviště pro diagnostiku a léčbu v oboru vnitřního lékařství, hepatologie, nefrologie, nefrologické intenzivní péče a revmatologie. Také plní úkoly v oblasti léčebně preventivní, výukové a výzkumné. Pracoviště I. interní kliniky obsahuje dvě lůžková oddělení standardního typu, nefrologickou jednotku intenzivní péče (NEFIP), zákrokový sál v rámci NEFIP, sonografickou vyšetřovnu, výzkumnou hepatologickou laboratoř, odborné ambulance kliniky a Centrální příjem interních klinik [21].

II. interní klinika 3. LF UK a FNKV se kromě oboru vnitřního lékařství také zabývá endokrinologií, diabetologií, gastroenterologií, lipidologií, klinickou výživou a poskytuje intenzivní metabolickou péči [22].

III. interní – kardiologická klinika 3. LF UK a FNKV se soustřeďuje na diagnostiku a léčebnou péči v oborech kardiologie a angiologie dospělých [23].

Poslední interní klinikou je Interní hematologická klinika 3. LF UK a FNKV, která diagnostikuje a léčí pacienty s krevním onemocněním [24].

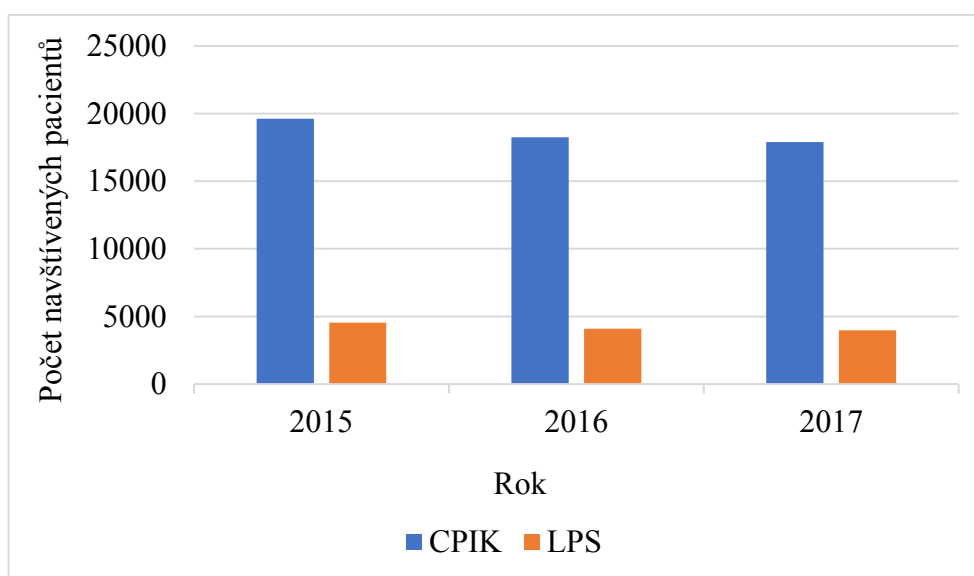
CPIK slouží k ambulantnímu ošetření pacientů s interními potížemi a jako příjmová ambulance pro interní kliniky FNKV (I., II., III. interní klinika). Nedílnou součástí je lékařská pohotovostní služba. Zajišťuje nepřetržitý provoz po celý rok [21].

Na CPIK je poskytována zdravotní péče nemocným přivezených ZZS, přicházejících s lékařským doporučením k hospitalizaci na interní oddělení, přicházejících bez doporučení v zhoršeném zdravotním stavu a z ostatních klinik FNKV k dovyšetření [11].

## 2.1 Historie CPIK ve FNKV

Provoz CPIK byl zahájen v únoru 2010. Důvodem vzniku bylo sjednotit příjmové ambulance pacientů a soustředit veškerou interní odbornost do jednoho místa. Před vznikem CPIK se nemocní s interními potížemi přijímali v pavilonu S a G – na dvou místech. Pacienti byli převáženi ZZS z jednoho příjmového místa na druhé. Důvodem převozů byla jiná spádová oblast pacientova bydliště nebo chybějící odbornost v dané příjmové ambulanci. Dalším důvodem pro vznik CPIK bylo zvýšení plynulého chodu příjmu akutních pacientů s interními potížemi [25].

Dle interních dat kliniky poskytnutých ústně vedením kliniky CPIK, navštívilo v roce 2015 celkově 19 618 pacientů CPIK a 4 542 nemocných přijala LPS. Pro rok 2016 byla čísla pacientů navštívených CPIK 18 240 a LPS navštívilo 4 102 pacientů. V roce 2017 bylo na oddělení CPIK ošetřeno 17 893 nemocných a na LPS se dostavilo 3 964 pacientů [26].



Graf 1 Návštěvnost pacientů pro rok 2015, 2016, 2017 (převzato a upraveno z [26]).



## **2.2 Personální zajištění zdravotníků na CPIK ve FNKV**

Oddělení CPIK funguje v nepřetržitém provozu tzn. 24 hodin denně, 7 dní v týdnu po celý rok. Na denní směně ve všedních dnech je na oddělení CPIK přítomno 5 – 6 všeobecných sester (praktických sester) a 2 sanitáři. Na noční směně je přítomno o sanitáře méně (1) a 3 sestry pečují o pacienty. O víkendu poskytují ošetrovatelskou péči 4 sestry. V každé směně je sestra koordinátorka. Provoz kartotéky zajišťuje 1 sestra v čase od 7:00 – 15:30 hod ve všedních dnech [26].

Počet lékařů na směnách je různý. Na denní směně ve všední den je na oddělení CPIK vždy přítomen 1 vedoucí lékař a 2 lékaři. V průběhu dne se počet lékařů může zvýšit až na počet 4. Na noční směně jsou k dispozici 2 lékaři a 1 vedoucí lékař. O víkendu poskytuje lékařskou péči 1 lékař a 1 vedoucí lékař [26].

## **2.3 Stavební uspořádání CPIK ve FNKV**

CPIK se skládá z recepce (kartotéky), čekárny pro pacienty s hygienickým zařízením, 5 vyšetřovacích boxů, observační místnosti a izolace. Personál CPIK používá denní místnost sester, šatnu a lékařský pokoj. Další součástí tohoto oddělení je administrativní místnost a sklad zdravotnického materiálu [21, 25].

V observační místnosti jsou 4 boxy. V každém boxu jsou umístěné 2 stretcher lůžka oddělená látkovou zástěnou (obr. 3). Pro nepřizpůsobivé pacienty nebo pacienty s infekčním onemocněním je vyhrazeno lůžko na izolaci, která se nachází mimo observaci jako samostatná místnost. V observační místnosti nalezneme 3 křesla, která především slouží pro pacienty s krátkodobou infuzní terapií [11].



*Obrázek 3* **Observační místnost s boxy na CPIK** (převzato a upraveno z [11]).

Další kapacita lůžek je na vyšetřovacích boxech. Dohromady má oddělení CPIK 10 vyšetřovacích lůžek. Pro diagnostiku aktuálního onemocnění pacienta jsou používány přístroje EKG, tlakoměry, pulzní oxymetry, ultrazvuk (obr. 4), přístroj na vyhodnocení CRP nebo přístroj POCT aj. (obr. 5) [11].



*Obrázek 4* **Ultrazvuk na CPIK** (převzato a upraveno z [11]).

POCT anglicky *Point – of care testing* je přístroj, který testuje biochemické markery in vitro z menšího objemu krve. Vyhodnocuje parametry vnitřního prostředí, stanovuje elektrolyty, kardiomarkery atd. Hlavní výhodou používání přístroje POCT je rychlé zajištění potřebných hodnot u pacientů v kritických stavech [27].



Obrázek 5 Přístroj POCT na CPIK (převzato a upraveno z [11]).

## 2.4 Traumaplán

Pokud nastane mimořádná událost s vyšším počtem zraněných, urgentní příjmy vyhlásí traumatický plán neboli traumaplán a připravují se na příjem zraněných pacientů [28].

### **Traumaplán na oddělení CPIK ve FNKV**

Podle počtu zraněných osob se traumaplán rozděluje na 3 stupně. V I. stupni se předpokládá hromadný příjezd, avšak nižší počet osob potřebuje ošetření na CPIK. II. stupeň je charakterizován příjezdem 13 – 24 osob. Ve III. stupni se očekává ošetření více jak 34 nemocných [29].

Traumaplán začíná aktivací. Po aktivaci traumaplánu dochází k třídění zraněných, informování interních klinik, uvolnění lůžek, svolávání personálu,

přípravy prostor, materiálu a personálu a přípravy improvizované čekárny (obr. 6) [29].



*Obrázek 6* Improvizovaná čekárna při traumaplánu na CPIK (převzato a upraveno z [29]).

Koordinátorka určí svolávací sestru a sestru – informátorku. Svolávací sestra zajišťuje, aby byli všichni pracovníci fyzicky přítomni na pracovišti. Dále svolává sanitáře z lůžkových oddělení, kteří jsou potřební k transportu postižených. V případě nutnosti svolává personál z domova. Sestra informátorka je zodpovědná za obvolání oddělení a informování je o uvolnění standardních a JIP lůžek. Koordinátorka mimo jiné zajišťuje provizorní čekárnu. V případě III. stupně traumaplánu musí připravit improvizovaný prostor pro ošetření pacientů například čekárna CPIK nebo přízemní prostory pavilonu S, vstupní hala pavilonu S1 atd. Organizuje a rozděluje úkoly nelékařských zdravotnických pracovníků. Sestra koordinátorka připravuje traumakarty pacientů [29].

### 3 FUNKCE KOORDINÁTORA NA URGENTNÍM PŘÍJMU

Pro účely této práce nebyly nalezeny žádné studie o roli sestry koordinátorky v České republice. K dispozici jsme měli pouze smlouvu o Dodatku k pracovní náplni koordinátora směny na CPIK. Názvosloví této role není jasně definováno. Na urgentních příjmech se můžeme setkat s názvy: vedoucí sestra směny, úseková sestra atd.

V Austrálii existují studie o roli sestry navigátorky na urgentních příjmech neboli *Emergency department* (ED), které svými činnostmi připomínají roli sestry koordinátorky.

Role navigátora ED vznikla v reakci na důkazy, že přeplněné ED a prodloužená délka pobytu na tomto oddělení souvisí se zvýšenou mortalitou v nemocnici. Cílem australských nemocnic bylo předem určený počet pacientů přijmout, propustit nebo přeložit do 4 hodin od příchodu. Zjistilo se, že navigátor zkrátí čas v ED o 15 % přes noc tím, že sleduje časový plán nebo včasně rezervuje lůžko. Úspěch měla také americká studie, kde pracuje Registrovaná sestra, která pacientovi zkrátila dobu strávenou na oddělení ED o 10 minut a čas pro zahájení léčby se zkrátí o 2,5 % [30, 31].

V Austrálii je řada názvů pro sestru navigátorku anglicky například *Operations Manager* nebo *Patient flow coordinator*, které byly definovány nezávisle v každé nemocnici [32].

Role navigátora ED vyžaduje zkušené zdravotní sestry, které jsou obeznámeny se všemi postupy ED. Sestra navigátorka sleduje a usnadňuje pohyb pacientů přes ED tým, že řídí personál při poskytování zdravotní péče. Pro rychlejší pohyb pacientů monitoruje čas, který pacient na oddělení ED strávil. Upozorňuje na konec časového limitu u čekajícího pacienta. Navigátor pomáhá identifikovat a odstraňovat problémy v krizových oblastech. Provádí různorodé časově náročné úkoly například koordinace observace, příjem pacientů na dostupná lůžka (od třídění do ED nebo z ED na lůžkové oddělení) aj. [32].

## 4 PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem praktické části této bakalářské práce je identifikovat a definovat činnosti sestry koordinátorky a popsat míru zastoupení jednotlivých pracovních činností na CPIK.

### 4.1 Design výzkumného šetření

Metodologie bakalářské práce spočívala v etnografickém pozorování (snímkování) činností sester koordinátorek, následném zapisování veškerých pracovních činností dle času do záznamového archu a poté doslovném přepisu do elektronické podoby.

Snímkování je výzkumná metoda, jejíž základem je tvorba určitého snímku o daném jevu. Nastiňuje informace o faktickém chování lidí za určitou časovou dobu a odhaluje časové ztráty při práci či dalších sledovaných jevech. Podstatou časového snímku je zapisování veškerých vykonaných činností, nevyjímaje návštěvy toalety, hygieny apod. do připravené tabulky nebo si respondent vybírá z příslušných odpovědí ve formuláři. V praxi se častěji využívá sběru údajů od samotného respondenta (autosnímkování). Jestliže jsou informace o činnostech sbírány výzkumníkem, metoda má povahu pozorování [33].

Přesto, že má časový snímek určitá pravidla, například pozorování celého pracovního týdne, v bakalářské práci se pozorování konalo 6x po 6 hodinách. Místem snímkování bylo oddělení CPIK I. interní kliniky FNKV a 3. LF UK. Z dlouholetých analýz vedení CPIK o množství návštěvníků jsme se rozhodli začít pozorování v době od 9:30 do 15:30 hod., kdy je otevřena kartotéka CPIK a dále od 15:30 do 21:30 hod. Koordinátorky se střídaly.

Poté byly jednotlivé činnosti rozděleny do pracovních kategorií: organizace péče, administrativa, ošetřovatelská péče a ostatní.

Pozorování bylo schváleno I. interní klinikou a vedením FNKV v Praze.

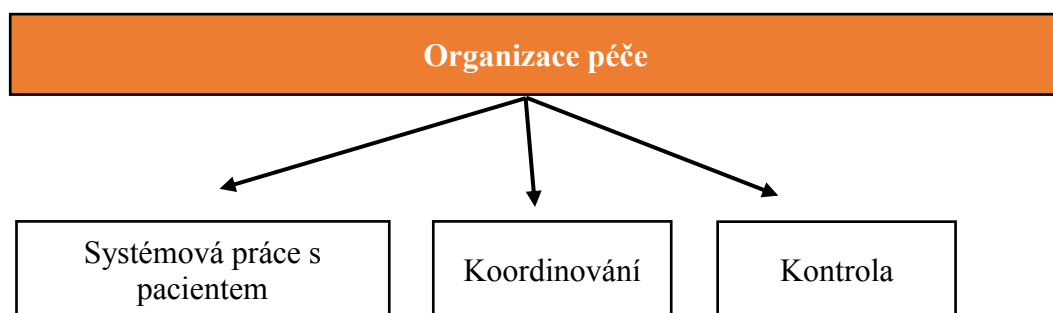
## 4.2 Analýza záznamů

Výsledkem bylo definování a kategorizace jednotlivých činností sestry koordinátorky do vybraných pracovních kategorií (organizace péče, administrativa, ošetrovatelská péče a ostatní). Činnosti jsou doplněné o konkrétní ukázky při pozorování a některé jsou popsány pro svou důležitost či zajímavost. Jedná se o činnosti: sběr pacientovy anamnézy od ZZS, sběr pacientovy anamnézy od samotného pacienta, triage pacienta a fyzikální vyšetření v případě nejistého třídění, zjištění identifikace pacienta, předání informací o čekací době pacienta, rozhodování o umístění příjmu na určitém boxu a monitorování volných lůžek na interních odděleních.

### 4.2.1 Kategorizace činností sestry koordinátorky

Za hlavní pracovní náplň sestry koordinátorky se považují činnosti pracovní kategorie organizace péče. Kvůli přehlednosti byla tato kategorie dále rozdělena na užší podkategorie (obr. 7).

Systémová práce s pacientem začíná příjmem pacienta na oddělení CPIK. Úzce se prolíná s pracovní kategorií administrativa. Při koordinování má sestra koordinátorka rozhodovací funkci a následně kontroluje činnosti ostatních pracovníků.



Obrázek 7 Rozdělení pracovní kategorie organizace péče na užší podkategorie.

Tabulka 2 Výčet činností podkategorie systémová práce s pacientem.

Systémová práce s pacientem	
Činnost	Ukázka
Sběr pacientovy anamnézy od ZZS	Koordinátorka se ptá ZZS při příjmu, jestli je pacient soběstačný nebo pouze ležící.
Sběr anamnézy od samotného pacienta	Koordinátorka se ptá pacienta, co ho trápí, s čím přichází, zda má bolesti, jak dlouho problémy přetrvávají.
Zjištění identifikace pacienta	Podnapilý pacient nemá doklady, koordinátorka podle jména a data narození pacienta hledá v systému, najde ho, přesto musí volat státní policii s žádostí o identifikaci.
Triage pacienta a fyzikální vyšetření v případě nejistého třídění	Pacient se cítí "špatně", je unavený a potí se. Koordinátorka pozve pacienta na box č. 1 a změří mu okamžitě tlak, který je natolik vysoký, že rozhodne, aby zůstal na boxu. Do systému koordinátorka zapíše prioritu č. 1.
Předání informací o čekací době pacienta	Zvoní zvonek, koordinátorka jde otevřít a sbírá anamnézu od pacienta. Po sběru informací přicházejí za koordinátorkou 3 pacienti a ptají se, kdy půjdou na řadu.

V podkategorii systémová práce s pacientem patřící do pracovní kategorie organizace péče jsou zaznamenány veškeré činnosti sestry koordinátorky, které byly zpozorovány při sběru dat. Tyto činnosti jsou: sběr pacientovy anamnézy od ZZS, sběr anamnézy od samotného pacienta, triage pacienta a fyzikální vyšetření v případě nejistého třídění, zjištění identifikace pacienta, předání informací o čekací době pacienta. V ukázkách jsou popsány konkrétní situace, které jsme viděli při pozorování.



Tabulka 3 Výčet činností podkategorie koordinování.

Koordinování	
Činnost	Ukázka
Rozhodování o umístění příjmu na určitém boxu	Koordinátorka pokládá telefon a oznamuje, že přijede "špatný" pacient a potřebuje box. Ptá se sester, kdo má volný box. Poté rozhodne, že půjde na box č. 3.
Monitorování volných lůžek na interních odděleních	Koordinátorka volá na oddělení, aby zjistila, kolik mají volných lůžek. Výsledek pokládá ke knize příjmů, aby všechny sestry viděly stav volných lůžek.
Zajištění podpory spolupracovníků	Sestra vyplňuje překladovou zprávu, neví co do ní napsat, koordinátorka ji pomáhá.
Komunikace s lékařem o chodu oddělení	Lékař a koordinátorka se vzájemně domlouvají, jaké pacienty přednostně ošetří a jak si je na boxech rozdělí.
Direktivní vedení a delegování nelékařských zdravotnických pracovníků	Koordinátorka mluví se sestrou „běž, prosím, zkontrolovat identifikační náramek paní... „
Zastupování staniční sestry v době její nepřítomnosti	Staniční sestra náhle ve službě onemocněla, před odchodem z práce pověřila sestru koordinátorku, aby ji v případě jakéhokoliv problému kontaktovala.

Další podkategorií organizace péče je koordinování. Sestra koordinátorka rozhoduje o umístění příjmu na určitém boxu, monitoruje volná lůžka na interních odděleních, zajišťuje podporu spolupracovníků, komunikuje s lékařem o chodu oddělení, direktivně vede a deleguje nelékařské zdravotnické pracovníky a zastupuje staniční sestru v době její nepřítomnosti. V ukázkách jsou popsány konkrétní situace, které se staly při pozorování.

Tabulka 4 Výčet činností podkategorie kontrola.

Kontrola	
Činnost	Ukázka
Kontrola obsazenosti boxů	Když sestra koordinátorka prochází oddělením, pohledem kontroluje obsazenost boxů.
Kontrola obsazenosti čekárny	Po kontrole observace, prochází čekárnou, kde pohledem zkontroluje pacienty.
Kontrola obsazenosti observace fyzicky a přes kamerový systém	Sestra koordinátorka jde zkontrolovat stav observace, ptá se ležící pacientky, zda má bolesti.
Kontrola systému FRONTA (čekací doby a výsledky pacientů)	-
Kontrola nelékařských zdravotnických pracovníků	Sestra Koordinátorka se sestry ptá, zda má pacientka identifikační náramek.
Kontrola trezoru s opiáty	-

Do kategorie organizace péče patří také kontrola. Sestra koordinátorka kontroluje obsazenost boxů, čekárny a observace fyzicky a přes kamerový systém. Průběžně monitoruje systém FRONTA, dohlíží na nelékařské zdravotnické pracovníky. Sleduje a kontroluje stav opiátů v trezoru. V ukázkách jsou přiblíženy konkrétní situace, které se staly při pozorování.

Tabulka 5 Výčet administrativních činností.

<b>Administrativa</b>	
<b>Činnost</b>	<b>Ukázka z pozorování</b>
Zajištění identifikace pacienta	Koordinátorka zapisuje identifikační údaje do systému v počítači dle občanského průkazu a kartičky pojištěnce.
Tisk potřebných příjmových dokumentů	Koordinátorka tiskne záznam o ošetření a štítky, následně do nich zapisuje.
Zápis pacienta do knihy příjmů	-
Vytvoření potřebných dokumentů k hospitalizaci	Koordinátorka vyplňuje chorobopis pacienta a tiskne souhlas s hospitalizací.
Vypsání formulářů o pracovní neschopnosti	-
Telekomunikace	-
Zásobování	-

Do administrativních činností patří zajištění identifikace pacienta, tisk potřebných příjmových dokumentů, zápis pacienta do knihy příjmů, vytvoření potřebných dokumentů k hospitalizaci, vypsání formulářů o pracovní neschopnosti, telekomunikace a zásobování. V ukázkách jsou popsány konkrétní situace, které se staly při pozorování.

Tabulka 6 Výčet činností kategorie ošetrovatelská péče.

<b>Ošetrovatelská péče</b>	
<b>Činnost</b>	
Měření fyziologických funkcí	Odběr astrupu a analýza v přístroji POCT
Odběr venózní krve	Asistence u ultrazvukového vyšetření
Zavedení periferního žilního katétru	Edukace pacienta
Aplikace intravenózních a intramuskulárních léků	Oblékání a odstrojení
Měření EKG	Převaz rány
Zavedení permanentního močového katétru	Příprava a úklid pomůcek a boxů
Odběr moči	

Sestra koordinátorka se věnuje ošetrovatelské péči. Do této kategorie patří měření fyziologických funkcí, odběr venózní krve, zavedení periferního žilního katétru, aplikace intravenózních a intramuskulárních léků, měření EKG, zavedení permanentního močového katétru, odběr moči, odběr astrupu a analýza v přístroji POCT, asistence u ultrazvukového vyšetření, edukace pacienta, oblékání a odstrojení, převaz rány, příprava a úklid pomůcek a boxů.

Tabulka 7 Výčet činností kategorie ostatní.

<b>Ostatní</b>
<b>Činnost</b>
Osobní volno (vyčkání na ordinace, WC, odpočinek, pitný režim)
Plánování svých služeb
Mentorování studentů

Mezi ostatní činnosti patří plánování svých služeb a osobní volno, které zahrnuje vyčkání na ordinace, wc, odpočinek a pitný režim. Sestra koordinátorka je mentorkou studentů při odborné ošetrovatelské praxi.

## **4.2.2 Detailnější popis pracovních činností koordinátora**

### **Sběr pacientovy anamnézy od ZZS**

Předání informací od ZZS je nejen důležité pro diagnostiku pacientova zdravotního stavu, ale také pro naplánování další péče o pacienta. V ukázce (tab. 2) je dle našeho názoru správný příklad toho, co by sestru koordinátorku mělo zajímat z jejího odborného pohledu. Organizaci péče může ovlivnit i schopnost koordinátora posoudit, jak moc je pacient aktivní v pohybu. Z nasbíraných informací od ZZS bude koordinátor potřebovat místo na observaci. Uvolní proto lůžko pro pacienta, který je pasivní a nevydržel by déle v křesle.

### **Sběr pacientovy anamnézy od samotného pacienta**

Sestru koordinátorku zajímají informace o aktuálních potížích pacienta pro správné přiřazení priority. Tím zajistí, aby se pacientův stav vzhledem k delší čekací době nezhoršil. Zároveň neprodlouží čekací dobu pacientům v čekárně. Koordinátor hodnotí příznaky, škálu bolesti, čas přetrvávání daného problému.

### **Triage pacienta a fyzikální vyšetření v případě nejistého třídění.**

Koordinátor změří pacientovi krevní tlak, aby zjistil vážnost zdravotního stavu pacienta. Koordinátoři při pozorování postupovali podobně v případě podezření na infarkt myokardu. Před přiřazením priority natočili pacientovi EKG.

### **Zjištění identifikace pacienta**

Běžným případem na oddělení CPIK je přijetí pacienta, který je cizinec nebo žije bez domova a nemá doklad o své totožnosti či kartičku pojištěnce. V obou případech je na koordinátorovi, aby zajistil identifikaci pacienta a administrativu

zdravotního pojištění. Sestra koordinátorka by měla vědět, jak v takových případech postupovat, například zavolat příslušnou státní organizaci.

### **Předání informací o čekací době pacienta**

Při pozorování se opakovala situace, kdy pacienti upozorňovali, že čekají příliš dlouho. Stěžovali si, že někteří pacienti jdou do ordinace dříve než oni samotní. Nemocní se na chodbě opakovaně připomínali personálu a využívali zvonek na boxu č. 1. Koordinátorka často obeznamuje pacienty o nutnosti čekací doby u pacientů s nižší prioritou.

### **Rozhodování o umístění příjmu na určitém boxu**

Rozhodnutí o umístění pacientů na boxech ovlivňuje několik vlivů. Koordinátor se rozhoduje na základě odebrané pacientovy anamnézy, technickém zázemí boxů a pracovní vytiženosti personálu po vzájemné komunikaci.

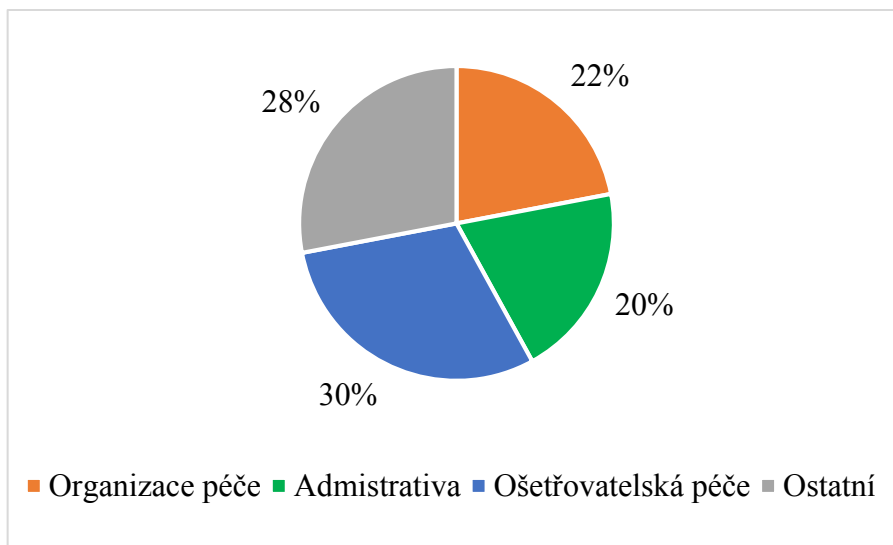
### **Monitorování volných lůžek na interních odděleních**

Při pozorování jsme si všimli různých postupů monitorování volných lůžek. První postup je popsán v ukázce (tab. 3). Sestra koordinátorka zjišťuje stav volných lůžek na jednotlivých odděleních. Zapisuje obsazenost na papír, který pro ostatní vyvěsí na dostupném místě.

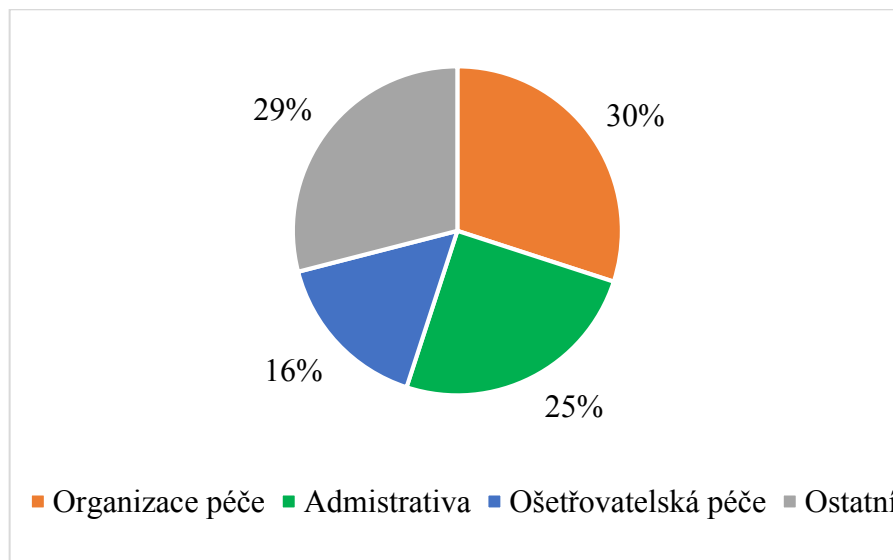
### 4.3 Spotřeba času a četnost pracovních kategorií koordinátora

Pozorování se konalo 6 x 6 hodin ve dvou různých dobách:

- od 9:30 - 15:30 hod. ve všedních dnech, kartotéka funguje.
- od 15:30 - 21:30 hod. a o víkendu, kartotéka nefunguje.



Graf 2 Spotřeba času pracovních činností koordinátora v pracovní době kartotéky.

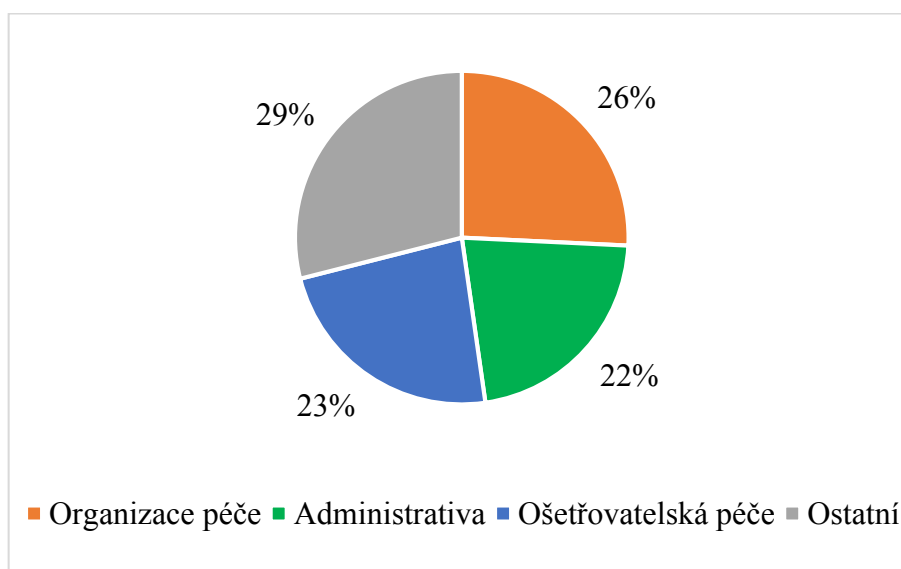


Graf 3 Spotřeba času pracovních činností koordinátora mimo pracovní dobu kartotéky.

Grafy č. 2 a č. 3 vyjadřují časové zastoupení pracovních kategorií během pozorování. Rozdíl mezi těmito grafy je v době pozorování (v pracovní době kartotéky, mimo pracovní dobu kartotéky).

Spotřeba času kategorie ostatní je u obou grafů téměř stejná (v grafu č. 2 je 28 %, v grafu č. 3 je 29 %). Nejvyšší rozdíl ve spotřebě času u těchto dvou grafů je v činnostech ošetrovatelské péče. V grafu č. 2 vyšla 30 % spotřeba času ošetrovatelské péče, zatímco v grafu č. 3 je spotřeba času činností ošetrovatelské péče 16 %. Spotřeba času administrativních činností je v grafu č. 2 o 5 % nižší než v grafu č. 3 (25 %). V poslední kategorii organizace péče je časové zastoupení činností v grafu č. 2 o 8 % nižší než v grafu č. 3 (30 %).

Časové zastoupení pracovních kategorií bylo ze všech pozorování zprůměrováno a vyjádřeno v procentech.

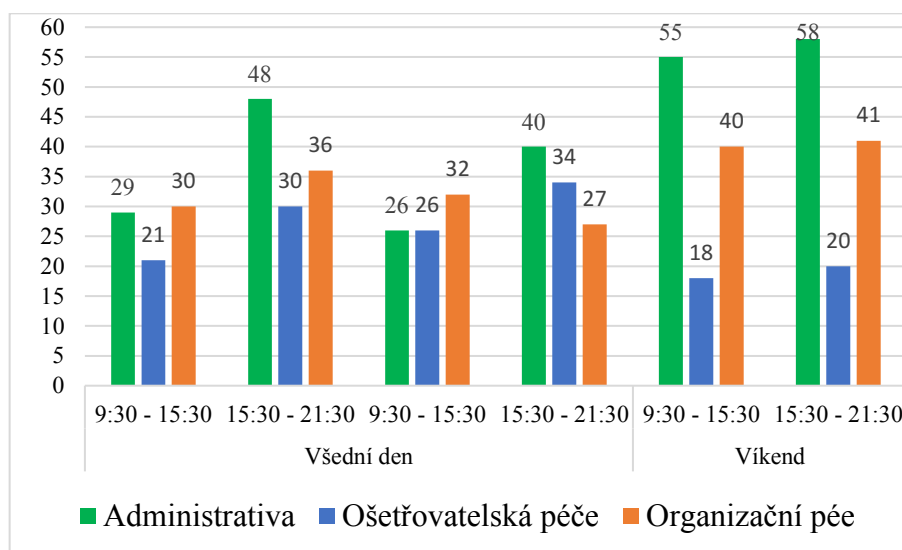


*Graf 4 Celková spotřeba času pracovních činností koordinátora.*

Z daného grafu lze říci, že v průběhu jednoho 6 hodinového pozorování je průměrné časové rozložení pracovních kategorií téměř rovnoměrné. 26 % času zabere sestře koordinátorce organizace péče, 22 % času zaujímá administrativa. 23 % času je potřebných pro činnosti ošetrovatelské péče. Zbylých 29 % času patří do kategorie ostatní.



Znázorněna byla také četnost jednotlivých pracovních kategorií během pozorování.



Graf 5 Četnost činností konkrétních pozorování koordinátora.

Nejčastější výkony, které koordinátoři vykonali, byly administrativní činnosti. Ve všedních dnech v čase 15:30 – 21:30 hod., byla administrativa častější než ve všedních dnech v čase 9:00 – 15:30 hod. Administrativní činnosti byly ve srovnání s víkendem početnější než ve všední dny. Nejvyšší hodnota četnosti administrativních činností byla 58 o víkendu tedy v době, kdy kartotéka nefunguje.

Druhou nejpočetnější kategorií vykonaných činností byla organizace péče, pokračovala stejným růstovým trendem jako kategorie administrativních činností, tedy více vykonaných organizačních činností provedla sestra koordinátorka v čase 15:30 – 21:30 hod. a o víkendu. Pouze v jednom případě nebyly činnosti organizace péče vykonány častěji než činnosti ošetrovatelské péče. Sestra koordinátorka vykonala během jednoho pozorování (o víkendu v době 15:30 – 21:30 hod.) 41 četností organizace péče. Nejméně činností organizace péče (27) vykonala ve všední den v době, kdy kartotéka nebyla v provozu.

Ošetrovatelské činnosti jsou v jednotlivých pozorováních různě četná. Nejvyšší naměřená hodnota četnosti činností ošetrovatelské péče je 34 ve všední den v čase od 15:30 – 21:30 hod. a nejnižší hodnota 18 je o víkendu bez podpory kartotéky.

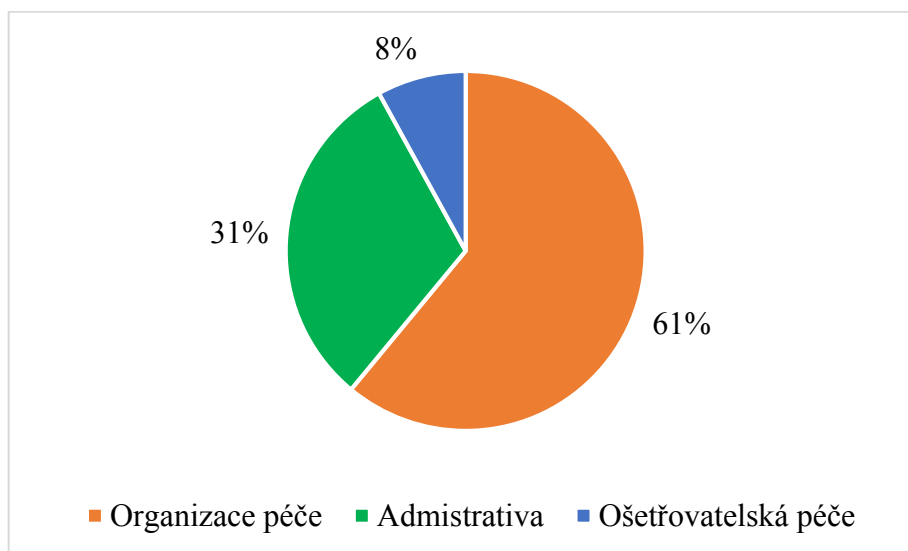
Tabulka 8 Četnost činností konkrétních pozorování koordinátora.

Všední den				Víkend		
Četnost činností						
	9:00 - 15:30	15:30 - 21:30	9:00 - 15:30	15:30 - 21:30	9:00 - 15:30	15:30 - 21:30
<b>Celkem činností</b>	<b>80</b>	<b>114</b>	<b>84</b>	<b>101</b>	<b>113</b>	<b>119</b>

V tabulce je vyjádřen celkový součet činností vykonaných během každého pozorování. V pracovní době kartotéky je součet činností průměrně o 29 činností nižší než součet činností mimo pracovní dobu kartotéky ve všedních dnech a o víkendu.

#### 4.4 Četnost činností dle Dodatku k pracovní náplni koordinátora směny na CPIK

Sestra koordinátorka je vázaná Dodatkem k pracovní náplni koordinátora směny na CPIK. V této smlouvě jsou vypsány jednotlivé pracovní činnosti, které byly rozděleny stejným způsobem jako činnosti při pozorování do jednotlivých pracovních kategorií. Jejich četnost byla graficky znázorněna v grafu č. 6.



Graf 6 Četnost činností z Dodatku k pracovní náplni koordinátora směny na CPIK.

Z grafu lze vyčíst, že nejčetnější zastoupení činností vypsanych v Dodatku k pracovní náplni koordinátora směny na CPIK jsou činnosti organizace péče 61 %.

Dle smlouvy koordinátoři vykonávají 31 % administrativních činností a zbylých 8 % tvoří činnosti ošetrovatelské péče.

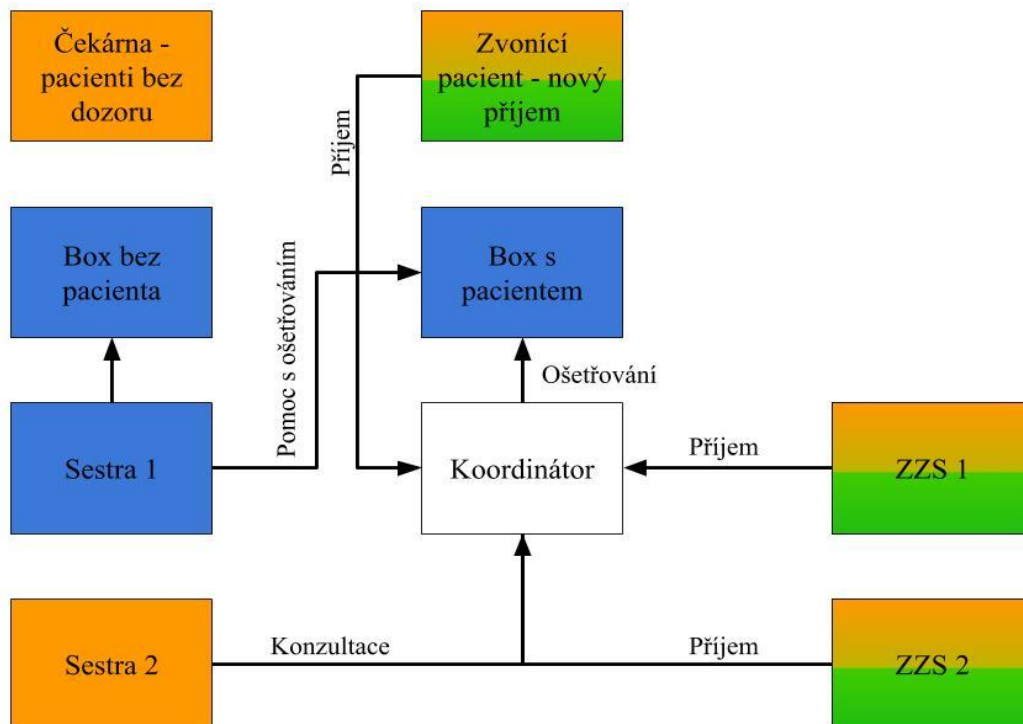
Je potřeba zdůraznit činnosti, které jsou ve smlouvě časově limitované z důvodu pracovní doby kartotéky od 7:00 – 15:30 hod. V pracovní době kartotéky CPIK je sestra koordinátorka pověřena péčí o pacienty na pracovním místě box č. 1. V době mimo pracovní dobu kartotéky sestra koordinátorka koordinuje umístění klientů k ošetření, kdy všichni prochází přes box č. 1, přiděluje priority pacientům podle určeného systému (triage), zaznamenává stanovenou prioritu do počítačového systému, zapisuje klienty do knihy příjmů. V době mimo pracovní dobu kartotéky sleduje pohyb pacientů v systému FRONTA, ve spolupráci s lékařem aktualizuje tento systém. V době mimo pracovní dobu kartotéky provádí administrativní příjmy na stanovená oddělení FNKV, vypisuje formuláře pracovní neschopnosti, ukládá je k evidenci [34].

#### **4.5 Postřehy z praxe při pozorování koordinátora**

Při sběru dat byly zpozorovány situace, kdy sestra koordinátorka vykonávala několik činností najednou (multitasking).

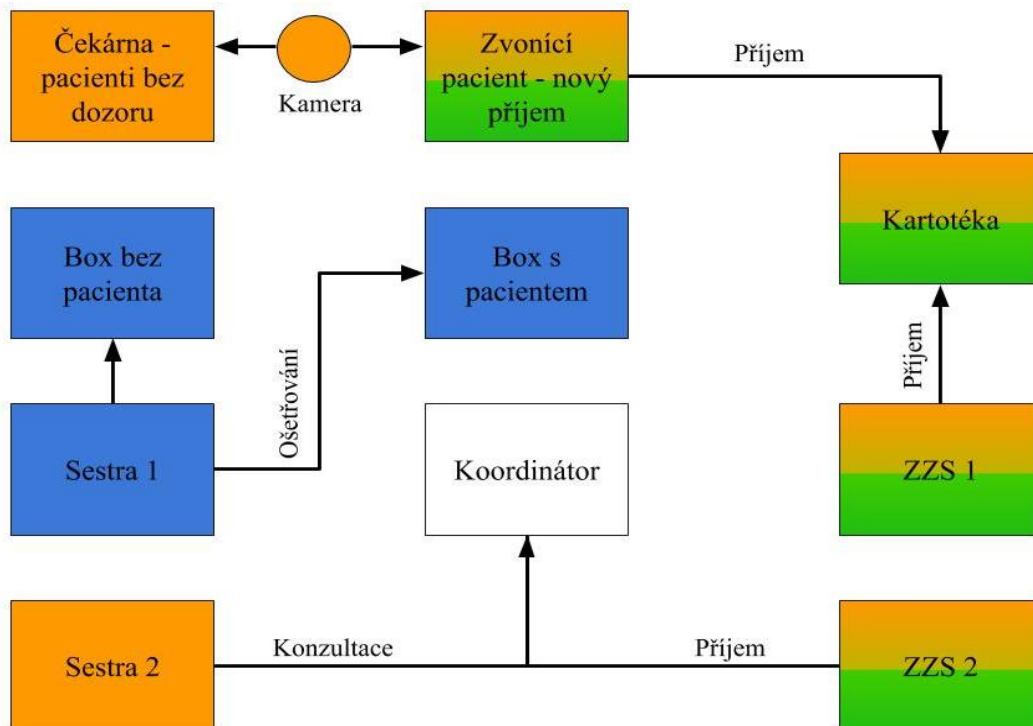
Pojem multitasking vznikl v oblasti počítačových a komunikačních systémů, kdy se operační systém stará o chod několika aplikací současně. Ve velkém anglicko-českém slovníku není tento termín přeložen. Uvádí pouze význam v technické oblasti jako „souběžné provádění více různých operací“ [35, 36].

V oblasti managementu multitasking znamená vykonávání více činností naráz. Je charakterizován opěťovaným startováním a „naladováním“ mozku na dané činnosti, které nemusí být vykonány důkladně nebo mohou být provedeny dílčím způsobem [37].



Obrázek 8 Pozorovaná situace při práci koordinátora.

Schéma popisuje pracovní situaci koordinátora CPIK při pozorování. Koordinátor v jednom okamžiku prováděl několik činností různých pracovních kategorií (oranžová barva – organizace péče, modrá barva – ošetrovatelská péče, zelená barva – administrativa) současně. Na boxu č. 1 sestra koordinátorka ošetřovala pacienta. S ošetřováním ji pomáhala sestra 1, která na svém boxu neměla pacienta. Zároveň ZZS 1 i ZZS 2 přivezli pacienty s prioritou č. 1, vstoupili do místnosti a čekali na příjem pacienta (sběr pacientovy anamnézy ze ZZS). Na nový příjem upozorňoval pacient v čekárně, který se podle instrukcí hlásil na boxu č. 1. Během této doby přišla sestra 2. Potřebovala konzultaci s koordinátorkou o administrativních činnostech. V schématu je znázorněna také čekárna pacientů, která je po určitou dobu bez dozoru (mrtvý bod).



Obrázek 9 Návrh pro efektivnější řešení situace při práci koordinátora.

Řešením navrhuje přenechat ošetřování všeobecným sestřím. Koordinátorka by pouze pomáhala s ošetřováním v době, kdy by neměla na starosti další činnosti. Dozor čekárny by mohla vyřešit kamera, která by nastínila aktuální stav čekárny pacientů a nový příjem. Zvonící pacient – nový příjem a ZZS by využili prodlouženou otevírací dobu kartotéky.

## 5 DISKUZE

Bakalářská práce byla zaměřena na strukturu pracovních činností sestry koordinátorky na CPIK ve FNKV. Výzkumnou metodologií bylo etnografické pozorování, které je charakterizováno sběrem dat během pobytu na určitém místě. Sestry koordinátorky se na začátku pozorování kontrolovaly a dávaly si pozor na to, co právě dělají. Po chvíli ztratily zábrany a pracovaly přirozeně.

Prvním seznámením s činnostmi sestry koordinátorky byla smlouva o Dodatku pracovních činností koordinátora na CPIK. V této smlouvě byly pracovní činnosti rozděleny do konkrétních pracovních kategorií a jejich četnost byla graficky vyjádřena.

Druhé seznámení s činnostmi sestry koordinátorky bylo skrz zúčastněné pozorování. Činnosti byly konkrétně definovány a rozděleny do pracovních kategorií organizace péče, administrativa, ošetrovatelská péče a ostatní. Domníváme se, že konkrétnější definování a přidání nových činností v Dodatku pracovní smlouvy nastíní novým koordinátorům přesnější rozsah jejich práce.

Nejpočetnější pracovní kategorie dle smlouvy je organizace péče 61 %, proto můžeme předpokládat, že činnosti organizace péče jsou hlavními pracovními činnostmi sestry koordinátorky. Činnosti, které jsou ve smlouvě nejméně popsány jsou činnosti ošetrovatelské péče 8 %. Přesto, že téměř ¼ (23 %) spotřebovaného času při pozorování představují činnosti ošetrovatelské péče, nelze říci, zda sestry koordinátorky tráví příliš času činnostmi ošetrovatelské péče vůči jiným činnostem nebo zda suplují práci ostatních sester. Tyto informace by byly možné zhodnotit v případě současného pozorování všeobecných sester a koordinátorů.

Mimo jiné sestra koordinátorka z Dodatku o pracovních činnostech pečuje o pacienty v pracovní době kartotéky od 7:00 – 15:30 hod. Z tohoto důvodu bylo očekáváno, že časové zastoupení ošetrovatelských činností bude kratší v době mimo pracovní dobu kartotéky. Grafy č. 2 a č. 3 potvrzují časový rozdíl ve vykonaných činnostech ošetrovatelské péče. Činnosti ošetrovatelské péče mimo

pracovní dobu kartotéky spotřebují o 14 % méně času než v provozní době kartotéky.

30 % času tvořily činnosti kategorie ostatní. Časovou délku této kategorie ve velké míře ovlivňuje čekání na příjem a ordinace lékaře (akutnost zdravotního stavu pacientů, vytíženost lékařů, návštěvnost pacientů). Koordinátoři v pracovní době i mimo pracovní dobu kartotéky tráví téměř stejnou dobu ostatními činnostmi. Z výsledků pozorování lze říci, že koordinátoři nevyužívají čas ušetřený provozem kartotéky k účelům osobního volna, ale věnují se činnostem ošetrovatelské péče.

Koordinátorům zaberou činnosti organizace péče a administrativní činnosti více času ve chvíli, kdy kartotéka nefunguje než v provozní době kartotéky.

Z daných pozorování byla spočtena četnost činností. Nejpočetnější kategorie vykonaných činností je administrativa. Mimo pracovní dobu kartotéky jsou administrativní výkony koordinátorů častější než v pracovní době kartotéky. To samé platí u činností kategorie organizace péče.

Sestra koordinátorka vykoná v průměru o 29 činností méně v době, kdy funguje kartotéka. Pro zdokonalení práce na oddělení CPIK by například tyto výsledky mohly být srovnány se statistikou nežádoucích událostí. Na základě tohoto srovnání bychom mohli určit, zda všeobecné sestry potřebují pomoc s ošetřováním pacientů a tím navýšit pracovní dobu kartotéky, či potřebují větší podporu organizační (koordinaci, kontrolu, vedení). Přesto se domníváme, že by se pozice sestry koordinátorky měla inspirovat zahraničními trendy sester navigátorek, které se starají pouze o koordinační a administrativní činnosti, především podporují plynulý „tok“ pacientů přes urgentní příjem nebo zajišťují volné lůžko pro další ošetření a pouze by dopomohly sestrám s ošetřením pacientů.

Při sběru dat bylo pozorováno, že sestry koordinátorky se snaží skloubit několik činností najednou (multitasking), což představuje na oddělení tohoto typu velkou zátěž a pravděpodobnost pochybení. V konkrétní ukázce z pozorování měla sestra koordinátorka v jedné chvíli na starost činnosti organizační, administrativní a ošetrovatelské. Dle našeho návrhu by ošetrovatelské činnosti šly delegovat na

jinou sestru. Prodloužením pracovní doby kartotéky by sestře koordinátorce ubyly činnosti spojené s příjmem pacienta.

V práci sestry koordinátorky byla během sběru dat zaznamenaná častá činnost, o které je v této bakalářské práci zmínka poprvé – otevírání dveří. Jak bylo již zmíněno v kapitole č. 1.3.2 ošetřovatelská dokumentace na CPIK ve FNKV nebo v kapitole č. 1.1.1 triage na CPIK ve FNKV, sestra koordinátorka přijímá pacienty mimo pracovní dobu kartotéky. Pacienti zazvoní na box. č. 1, sestra koordinátorka ukončuje rozdělanou činnost a jde pacientovi otevřít. V praxi to občas vypadá tak, že ve chvíli, kdy jde pacienta zapsat do systému a vytvořit potřebné dokumenty, zvoní další pacient a sestra koordinátorka se nepřetržitě pohybuje v prostoru počítač dveře. Z našeho pohledu se zdá lepším řešením organizační změna rozvržení místností a kamera, která by přiblížila sestře koordinátorce, s kým bude komunikovat. Kamera by mohla vizuálně nastínit zdravotní a psychický stav pacienta, jelikož toto oddělení navštěvuje spousty pacientů pod vlivem alkoholu a dalších omamných látek ovlivňujících psychiku pacienta. Kamera by dále mohla být vedena i na čekárnu, která je „mrtvým bodem“.



## ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce jsme se seznámili s problematikou urgentních příjmů. Tyto příjmy nejsou vždy stejné, ale v různých zdravotnických zařízeních se mohou dělit na různé stupně úseků (vysokoprahové, nízkoprahové, bezprahové). Právě nízkoprahový stupeň je CPIK FNKV. V teoretické části jsme popsali, co pacienta na takovém oddělení čeká, konkrétně příjem pacienta, triáž pacienta, diagnostiku a péči na observaci. Popsali jsme personální a stavební uspořádání a seznámili se s historií CPIK. Dále jsme shrnuli poznatky o funkci koordinátora na urgentním příjmu a nastínili funkci navigátora na urgentním příjmu v Austrálii. Tato role je některými pracovními činnostmi podobná roli sestry koordinátorky na CPIK.

Cílem experimentální části bakalářské práce bylo definovat činnosti sestry koordinátorky a popsat míru zastoupení jednotlivých pracovních činností na CPIK. Použili jsme metodu zúčastněného pozorování 6 x 6 hod. Identifikovali jsme jednotlivé činnosti sestry koordinátorky, které jsme roztřídili do pracovních kategorií (organizační péče, administrativa, ošetrovatelská péče a ostatní). Vyjádřili jsme četnost a čas potřebný pro činnosti vykonané sestrou koordinátorkou během fungování kartotéky i mimo provoz kartotéky. Nejpočetnější vykonané činnosti bez ohledu na provoz kartotéky jsou administrativní činnosti, poté jsou to organizační činnosti. Také jsme se seznámili se smlouvou o Dodatku pracovní náplně koordinátora směny na CPIK. Popsali jsme pozorované situace práce sestry koordinátorky při sběru dat.

Tato práce je pilotní studií. Přiblížila roli sestry koordinátorky na interních ambulancích. Popis činností koordinátora je dílčím krokem pro další studium. Bylo by dobré se této problematice dále věnovat a to systematicky po dobu 24 hodin denně a do pozorování zahrnout i další pracovníky CPIK zejména (sestra vs. koordinátor), (sestry vs. lékař). Pro větší ujasnění této role by mohla být zkoumána nejen práce ale také osobnostní předpoklady. Návrh řešení pozorované situace by mohl sloužit jako podklad pro organizační a stavební změny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] **JANDA, V.**, *Urgentní příjmy v České republice – současný stav a perspektiva*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Ondřej Franěk.
- [2] **BUDA, O.**, *Urgentní příjmy na vzestupu*. Urgentní medicína [online]. České Budějovice: Mediprax CB, 2005, (2), 4-6 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z www: <[http://mediprax.cz/um/casopisy/UM\\_2005\\_02.pdf#page=6](http://mediprax.cz/um/casopisy/UM_2005_02.pdf#page=6)>.
- [3] **KELNAROVÁ, J.**, *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009-. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3105-6.
- [4] **RŮŽIČKOVÁ, Z.**, *Management příjmu nemocných na interní ambulanci*. Plzeň, 2014. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Jaroslava Nováková.
- [5] **WALSH, K., ZANDER K.S.**, *Emergency department case management: strategies for creating and sustaining a successful program*. Marblehead, MA: HCPro, 2007. ISBN 978-160-1460-462.
- [6] **VYTEJČKOVÁ, R.**, *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.
- [7] **ROBERTSON-STEEL, I.**, Evolution of triage systems. *Emergency Medicine Journal*, 2006, 23.2: 154-155.
- [8] **JELÉN, S.**, *Triáž pacientů ve FN Ostrava s podporou systému MediScheduler*. Zdravotní a sociální akademie Hradec Králové [online]. [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <<http://www.zsa.cz/katastrofy2013/jelen.pdf>> .
- [9] **RYCHLÍK, I.**, *Vnitřní řád I. Interní kliniky*. Praha: I. interní klinika 3. LF UK a FNKV, 2016.
- [10] **KOCIÁNOVÁ, I.**, *Triage – třídění pacientů na CPIK a LPS*. Praha: I. interní klinika 3. LF UK a FNKV, [cit. 2018-04-24].
- [11] **KRAUSOVÁ, V.**, *CPIK. Interní zdroje CPIK FNKV – prezentace*. Praha: I. interní klinika 3. LF UK a FNKV, 2018.
- [12] **NEJEDLÁ, M.**, *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4402-5.

- [13] *Vyhláška č. 98/2012 Sb.* In: Ministerstvo zdravotnictví, 2012. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>
- [14] **VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ V.,** *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi.* Praha: Grada, 2009. ISBN 80-247-3132-0.
- [15] **PODSTATOVÁ, R.,** *Vedení zdravotnické dokumentace – nejčastější problémy v praxi.* In: Inmed 2014 [online]. Pardubice: Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, 2014 [cit. 2018-04-26]. Dostupné z [www: <http://www.inmed.eu/archive/2014\\_after/prednasky/2014/1\\_5.pdf>](http://www.inmed.eu/archive/2014_after/prednasky/2014/1_5.pdf).
- [16] **VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ V.,** *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi.* Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2763-9.
- [17] **TRYLČOVÁ, M.,** *Zdravotnická dokumentace.* Plzeň, 2013. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Zlata Kožíšková.
- [18] **VOKURKA, M., HUGO, J.,** *Velký lékařský slovník.* 6., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. Jessenius. ISBN 80-734-5105-0.
- [19] **SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTROF,** *Poslání, činnost a struktura oddělení urgentního příjmu.* 2011. Sekce urgentní příjmy [cit. 2018-26-04]. Dostupné z [www: <http://www.urgmed.cz/up/2011\\_up%20.doc>](http://www.urgmed.cz/up/2011_up%20.doc).
- [20] **HUBÁČEK, P.,** *Poslání a činnost oddělení urgentního příjmu-Emergency.* Urgentní medicína. 2005, roč. 8, č. 3, s. 6-8. ISSN 1212-1924.
- [21] **HAVRDA, M., KLAUSOVÁ, I.,** *Provozní řád I.interní kliniky.* Praha: I. interní klinika 3. LF UK a FNKV, 2013.
- [22] **KRŠEK, M.,** *II. interní klinika: Úvod.* Fakultní nemocnice Královské Vinohrady [online]. Praha [cit. 2018-04-26]. Dostupné z [www: <https://www.fnkv.cz/ii-interni-klinika-uvod.php>](https://www.fnkv.cz/ii-interni-klinika-uvod.php).
- [23] **WIDIMSKÝ, P.,** *III. interní kardiologická klinika: Úvod.* Fakultní nemocnice Královské Vinohrady [online]. Praha [cit. 2018-04-26]. Dostupné z [www: <https://www.fnkv.cz/iii-interni-kardiologicka-klinika-uvod.php>](https://www.fnkv.cz/iii-interni-kardiologicka-klinika-uvod.php).
- [24] **KOZÁK, T.,** *Interní hematologická klinika: Úvod.* Fakultní nemocnice Královské Vinohrady [online]. Praha [cit. 2018-04-26]. Dostupné z [www: <https://www.fnkv.cz/interni-hematologicka-klinika-uvod.php>](https://www.fnkv.cz/interni-hematologicka-klinika-uvod.php).

- [25] **MATÝSEK, L.**, *Centrální příjem – dva roky v provozu*. Vinohradské listy. Praha, 2011, (4/2011), 1-2.
- [26] **BRUNCLÍKOVÁ, M.**, *konzultace k bakalářské práci*. CPIK I. interní kliniky 3. LF UK a FNKV. Praha. 12.4.2018.
- [27] **FRIEDECKÝ, B.**, *POCT – nejdynamičtější se rozvíjející úsek laboratorní medicíny?*. Klinická biochemie a metabolismus [online]. 2009, (3/2009), 141-145 [cit. 2018-04-26]. Dostupné z [www: <http://www.solen.sk/pdf/dfc1333ed0cbbc7d428b885cfa775dbd.pdf>](http://www.solen.sk/pdf/dfc1333ed0cbbc7d428b885cfa775dbd.pdf).
- [28] **DOBIÁŠ, V.**, *Hromadné nešťastia a triedenie ranených*. Memorix[online]. 2006, (1/2006), 41-43 [cit. 2018-04-26]. Dostupné z [www: <http://www.solen.sk/pdf/dfc1333ed0cbbc7d428b885cfa775dbd.pdf>](http://www.solen.sk/pdf/dfc1333ed0cbbc7d428b885cfa775dbd.pdf)
- [29] **FRIŠTIKOVÁ, K.**, *Traumaplán CPIK*. Interní zdroje CPIK FNKV - prezentace. Praha: I. interní klinika 3. LF UK a FNKV, 2018.
- [30] **SULLIVAN, C., et al.**, *The National Emergency Access Target (NEAT) and the 4-hour rule: time to review the target*. The Medical Journal of Australia, 2016, 204.9: 354.
- [31] **JESSUP, M., FULBROOK, P., KINNEAR, F.B.**, *Multidisciplinary evaluation of an emergency department nurse navigator role: A mixed methods study*. Australian Critical Care, 2017.
- [32] **FULBROOK, P., JESSUP, M., KINNEAR, F.**, *Implementation and evaluation of a 'Navigator' role to improve emergency department throughput*. Australasian Emergency Nursing Journal, 2017, 20.3: 114-121.
- [33] **VESELÁ, J., KANIOKOVÁ VESELÁ, P.**, *Sociologické aspekty managementu*. Praha: Grada, 2011. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-2792-9.
- [34] *Dodatek k pracovní náplni koordinátor směny na CPIK*. Praha: I. interní klinika 3. LF UK a FNKV, [cit. 2018-04-24].
- [35] *Velký slovník anglicko-český, česko-anglický: - nejen pro překladatele*. Brno: Lingea, c2006. ISBN 80-903-3814-3.
- [36] **ZÍKA, M.**, *Bezpečnost a ochrana dat v operačních systémech*. Praha, 2011. Bakalářská práce. Bankovní institut vysoká škola Praha, Katedra informačních technologií a elektronického obchodování. Vedoucí práce Antonín Vogeltanz.

- [37] **KAŇÁKOVÁ, Eva.**, *Jak efektivně vést porady*. Praha: Grada, 2008. Vedení lidí v praxi. ISBN 978-80-247-1625-1.

## **SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ**

CPIK	Centrální příjem interních klinik
ZZS	Záchranná zdravotní služba
LPS	Lékařská pohotovostní služba
ESI	Emergency severity index
3.LF UK	3. lékařská fakulta Univerzity Karlova v Praze
ED	Emergency department (Urgentní příjem)

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 kartotéka na CPIK. ....	11
Obrázek 2 Box č. 1 na CPIK.....	11
Obrázek 3 Observační místnost s boxy na CPIK.....	18
Obrázek 4 Ultrazvuk na CPIK .....	18
Obrázek 5 Přístroj POCT na CPIK .....	19
Obrázek 6 Improvizovaná čekárna při traumaplánu na CPIK .....	20
Obrázek 7 Rozdělení pracovní kategorie organizace péče na užší podkategorie .	23
Obrázek 8 Pozorovaná situace při práci sestry koordinátorky.....	36
Obrázek 9 Návrh pro efektivnější řešení dané situace při práci sestry koordinátorky.....	37

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Priority podle příznaků. ....	10
Tabulka 2 Výčet činností podkategorie systémová práce s pacientem. ....	24
Tabulka 3 Výčet činností podkategorie koordinování. ....	25
Tabulka 4 Výčet činností podkategorie kontrola. ....	26
Tabulka 5 Výčet administrativních činností. ....	27
Tabulka 6 Výčet činností kategorie ošetrovatelská péče. ....	28
Tabulka 7 Výčet činností kategorie ostatní. ....	28
Tabulka 8 Četnost činností konkrétních pozorování koordinátora. ....	34



## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Návštěvnost pacientů pro rok 2015, 2016, 2017 .....	16
Graf 2 Spotřeba času pracovních činností koordinátora v pracovní době kartotéky .....	31
Graf 3 Spotřeba času pracovních činností koordinátora mimo pracovní dobu kartotéky.....	31
Graf 4 Celková spotřeba času pracovních činností koordinátora.....	32
Graf 5 Četnost činností konkrétních pozorování koordinátora .....	33
Graf 6 Četnost činností z Dodatku k pracovní náplni koordinátora směny na CPIK .....	34

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Žádost o souhlas se sběrem dat pro bakalářskou práci na I. interní klinice 3. LF  
UK A FNKV.



V Praze dne: 16.11.2017  
Vyřizuje: Petra Kučerová

**Vážená paní**  
**Andrea Ondrušíková**  
**Krátká 660**  
**739 25 Sviadnov**

**Věc: Žádost o souhlas se sběrem dat pro bakalářskou práci - odpověď**

Vážená kolegyně,

k Vaší žádosti o souhlasné stanovisko se sběrem dat ve FN Královské Vinohrady pro účely zpracování bakalářské práce na téma „*Pracovní činnosti všeobecné sestry na Centrálním příjmu interních klinik FNKV – časový snímek*“ v rámci studia na 3. lékařské fakultě UK, oboru všeobecná sestra, Vám sděluji, že s provedením dotazníkového šetření souhlasím za předpokladu dodržení zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č.101/2000Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění.

S pozdravem

PhDr. Libuše Gavlasová, MBA  
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a  
řízení kvality zdravotní péče

FAKULTNÍ NEMOCNICE  
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY  
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10  
Náměstek pro ošetrovatelskou péči a  
řízení kvality zdravotní péče