

# Jaký „prototyp“ lékaře je vhodný pro práci na „pohotovosti“?

**Tato otázka začíná být stále více aktuální vzhledem k narůstajícímu počtu tzv. „urgentních příjmů“, které jsou budovány jak v nemocnicích střední velikosti (bývalá okresní zařízení), tak v nemocnicích vyššího typu (krajské, oblastní a fakultní nemocnice). Navíc je vznik těchto urgentních příjmů podporován i Ministerstvem zdravotnictví ČR.**

Název „urgentní příjem“ či jiné názvy nevystihují přesně podstatu a povahu těchto částí nemocnice. Název totiž vznikl jako nepřesný překlad „Emergency Department“. Ve skutečnosti je přesný překlad do češtiny „pohotovost“ a lékaři, kteří zde pracují, jsou „pohotovostní lékaři“. Nemá to nic společného s Lékařskou službou první pomoci neboli LSPP, slangově nazývané „pohotovost“. V anglo-americké oblasti je Emergency Medicine samostatným oborem (např. v USA je to 23. samostatný obor). V ČR bohužel Emergency Medicine jako samostatná odbornost neexistuje, a proto také neexistuje ani náplň tohoto oboru. Česká společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP se zabývá především problematikou přednemocniční péče a problematika „pohotovosti“ v nemocnici je pro ni jen okrajová záležitost, i když je nutné jí přiznat zásluhu na uznání příslušných kódů pro vykazování pro zdravotní pojišťovny. O zájmu o oddělení emergency svědčí i náplň oboru prezentovaná na webovských stránkách, i když se zde hlásí k zásadám a principům European Society of Emergency Medicine (EUSEM). Prostory urgentních příjmů jsou pro přednemocniční péči zásadní především proto, že jsou místem, kam jsou pacienti vozy ZZS transportováni a kde jsou předáváni lékařům k další péči.

## Onemocnění valné části pacientů prezentovaných na urgentních příjmech je především interní povahy

Z dané situace až na výjimky jaksi vyplynulo, že na urgentním příjmu pracují lékaři interních oddělení a rovněž neurologové, kteří ovšem řeší jen onemocnění neurologické povahy. Na urgentním příjmu samozřejmě pracují i chirurgové a ortopedi – ti řeší jen onemocnění chirurgické povahy. Takto však obor Emergency Medicine rozhodně koncipován ve světě není. V ČR neexistuje ani řádný trénink těchto pohotovostních lékařů za-

končený příslušnou zkouškou (ta je ve světě rovněž koncipována obecně jinak než v ČR).

## Lékaři, kteří na urgentních příjmech v ČR pracují, mají různý stupeň vzdělání

Lékaři se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru jsou spíše výjimkou, respektive někteří mají spíše atestaci v některém ze základních oborů – tedy vnitřní lékařství, intenzivní medicína, chirurgie, urgentní medicína a medicína katastrof, anesteziologie a resuscitace – ti někde stojí v čele těchto oddělení. Většinou zde pracují lékaři bez odborné a specializované způsobilosti, někteří dokonce neprojdou ani základním výcvikem na jednotkách intenzivní péče. Jaký to může mít dopad na úroveň poskytované péče na urgentních příjmech (ale nejenom na nich, ale v rámci celé nemocnice), včetně právních důsledků, není předmětem tohoto článku. Navíc se mnozí představitelé managementu mylně domnívají, že urgentní příjem slouží jako místo, kde se provádí příjem nemocného, včetně sepsání kompletní příjmové zprávy. Pokud tomu tak je, pak je to jedna z příčin přeplněných čekáren urgentních příjmů a potenciálně i nespokojenosti pacientů a jejich doprovodů.

## Jaký „prototyp“ lékaře je tedy nejvhodnější pro práci na urgentních příjmech?

Ideálně by samozřejmě na zmíněných pracovištích měl působit lékař, který by měl specializaci v oboru „Emergency medicine“. Tito lékaři v ČR zatím neexistují. Část odborné lékařské obce i příslušných úředníků tvrdí, že v čele urgentních příjmů by měli stát anesteziologové či intenzivisty. Je to skutečně tak? Práce na urgentním příjmu, především nízkoprahové povahy nemá jen charakter resuscitační či intenzivní péče. Tu naštěstí potřebuje jen malá část pacientů, kteří jsou na urgentních příjmech prezentováni.

Velká část pacientů může být léčena na urgentním příjmu a velká část může být také propuštěna do ambulanti péče. K tomu je však nutné znát kritéria, při jejichž splnění je propuštění možné, a naopak je nutné znát kritéria, kdy pacient musí být hospitalizován, a v případě hospitalizace rozhodnout, zda potřebuje standardní lůžko či lůžko intenzivní. Obávám se, že anesteziolog či intenzivista, který se této problematice, včetně triáže pacientů, systematicky nevěnuje, není tohoto komplexního rozhodování schopen (i když se na mne kolegové anesteziologové a intenzivisty budou možná zlobit).

Jiná část lékařské obce soudí, že práce na urgentním příjmu je schopen především lékař se specializovanou způsobilostí v oboru Urgentní medicína a medicína katastrof. Bohužel ani toto není ideální odbornost. Lékaři s touto odborností znají především problematiku přednemocniční péče, ale problematika nemocniční péče je pro ně spíše okrajovou záležitostí. Ani tyto kolegové většinou nedokážou rozhodnout, kteří pacienti mají být přijati a eventuálně na jaké oddělení a kteří mohou být propuštěni, jak má probíhat diagnostika a léčba. Jen malá část lékařů pracuje jak v přednemocniční etapě u ZZS, tak v rámci zdravotnického zařízení na oddělení emergency.

Zdálo by se tedy, že nejbližší ke komplexnímu pojetí pacienta mají lékaři se specializovanou způsobilostí ve vnitřním lékařství. Ale je to skutečně tak? Internisté většinou dokáží komplexně posoudit stav pacienta, jsou schopni provést velmi širokou diferenciálně diagnostickou rozvahu, rozhodnout, zda pacient může být propuštěn do domácího ošetření nebo musí být hospitalizován. Část z nich ovšem není trénována v problematice intenzivní a resuscitační péče a díky tomu jsou některá léčebná opatření zahajována se zpožděním.

Urgentní příjem (lépe oddělení emergency) musí mít nejenom vedení, které problematiku Emergency Medicine zná, a to jak po stránce odborné, tak po stránce managementu, ale musí mít i příslušné personální obsazení.

## Která odbornost je ideální pro práci na oddělení emergency?

Pokud lékař nemá ani specializovanou způsobilost v některém ze základních oborů, pak práce na urgentních příjmech je pro ně mnohdy stresující, nutí je k častým konzultacím se služebně staršími kolegy, kteří by navíc měli schválit každé propuštění do ambulanti péče, každý překlad na jiné

pracoviště apod. Na většině urgentních příjmů není v současné době při všeobecném nedostatku lékařů totiž z organizačních a provozních důvodů možné, aby každá směna byla obsazena starším lékařem a lékařem v záchvatu.

V následující tabulce je prezentován rozdíl mezi pohotovostním lékařem a nemocničním lékařem. V USA a dalších zemích (Austrálie, UK, Kanada, Skandinávie, Belgie) se v posledních letech ukazuje, že ideální stav je, pokud lékař pracující na oddělení emergency (tedy pohotovostní lékař) získá vzdělání jak v oboru Emergency Medicine, tak

v intenzivní medicíně, a naopak lékař pracující na oddělení intenzivní péče má společný trénink s pohotovostními lékaři. Dokonce dochází jak k organizačnímu, tak personálnímu, technickému a ekonomickému spojení pohotovostního a oddělení intenzivní medicíny do jednoho celku (tzv. Department of Emergency and Intensive Care Medicine). Důkazy pro prospěšnost tohoto spojení jsou již dostatečně dobře dokumentovány.

**MUDr. Martin Polák**  
JIP interních oborů,  
Oblastní nemocnice Příbram, a.s.

## Z výše uvedených skutečností lze tedy uzavřít, že:

- v ČR neexistuje samostatný obor „Emergency Medicine“ a díky tomu neexistuje ani odbornost „pohotovostní“ lékař v pravém slova smyslu
- Česká společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP je členem EUSEM, ale problematika pohotovostní medicíny jako vstupní brány do zdravotnického zařízení je pro ni pouze okrajovou záležitostí (viz webovské stránky společnosti)
- „Urgentní příjem“ a urgentní medicína vznikla ne zcela přesným překladem z anglického termínu, a díky tomu ne zcela přesně vyjadřují podstatu problematiky
- Odbornost „pohotovostního“ lékaře v pravém slova smyslu může vzniknout jediné tehdy, když bude Emergency Medicine („Pohotovostní medicína“) ustavena jako samostatný obor, včetně curricula, tak jak je to uvedeno v curricula oboru Emergency Medicine EUSEM z roku 2015, včetně tréningu a složení akreditační zkoušky
- Z krátkodobého pohledu je výhodné jak z organizačního, odborného, personálního, technického i edukačního hlediska spojení oddělení emergency a oddělení intenzivní péče do jednoho celku s jedním vedením a společným zázemím
- Je nutná maximální podpora ze strany ministerstva zdravotnictví, krajských zřizovatelů (organizační i finanční) i managementů zdravotnických zařízení
- Je třeba na celostátní úrovni sjednotit nomenklaturu, tedy místo „Urgentní příjem“ (či jeho ekvivalentů) správně „Emergency“, místo „urgentní lékař“ správně pohotovostní lékař, správně používat termíny emergentní a urgentní situace apod.
- Je třeba v rámci zdravotnických zařízení, kde je již oddělení emergency zřízeno, ustavit tým, který bude složením splňovat nároky pohotovostní medicíny
- Vedoucí lékař oddělení emergency (primář oddělení) bude směřovat vše k tréninku členů týmu, aby se staly tím správným „prototypem“ pohotovostního lékaře
- Na oddělení emergency mohou pracovat kolegové i jiných odborností, pokud budou v problematice pohotovostní medicíny proškoleni a budou se jejich principy řídit, tzn. pokud budou na „pohotovosti“ sloužit, pak ne jako internisté, ne jako chirurgové, ale jako pohotovostní lékaři
- Využít zkušeností kolegů, kteří se vrátili ze zahraničí a pracovali na odděleních emergency

INZERCE ZN-3803

Tab. 1: Rozdíly mezi pohotovostním a nemocničním lékařem

Pohotovostní lékař	Nemocniční lékař
Trénovaný k rychlému poskytování péče	Komplexněji přemýšlí o klinickém stavu pacienta
Trénovaný v problematice nemocniční triáže (třídění) pacientů	Diskutuje více a více o klinickém stavu pacienta, než dojde k rozhodnutí o dalším postupu a i pak o postupech diskutuje
Trénovaný k efektivnímu využívání diagnostických metod, především typu Point-of-Care Testing (POCT).	Rychlost diagnostiky není zásadní, rozhodování je postaveno především na principech medicíny důkazů („evidence-based medicine“) nikoliv zaměřená na pacienta („patient centred medicine“)
Zaměřuje se na hlavní problém pacienta a neprovádí detailní diferenciální diagnostiku	Ordinuje více laboratorních a dalších vyšetřovacích metod
Snaží se co nejrychleji stanovit diagnózu, zahájit léčbu zjištěného onemocnění a co nejdříve propustit pacienta z oddělení emergency na lůžkové oddělení zdravotnického zařízení, přeložit ho na vyšší pracoviště nebo ho propustit do ambulanti péče	Provádí velmi detailní diferenciální diagnostiku zjištěného klinického stavu, není zvyklý ve své práci běžně využívat skórovací systémy.
Trénovaný k rychlému rozhodování využitím algoritmičtějšího způsobu myšlení, a tím rychlejšímu směřování pacienta k další péči	V terapii neočekává vždy okamžitý efekt zahájené léčby
Stabilizuje a transportuje pacienta k další péči	V mnoha ohledech je protikladem pohotovostního lékaře
Délka hospitalizace na oddělení emergency se pohybuje v minutách až hodinách	Délka hospitalizace na lůžkovém oddělení se pohybuje v dnech

Pokud tedy máme odpovědět na otázku, jaký „prototyp“ lékaře je vhodný k práci na oddělení emergency, zdá se, že výše uvedená charakteristika ho jasně definuje. Ve skutečnosti je situace trochu složitější. Oba typy lékařů, tedy pohotovostní i nemocniční, mohou mít potenciálně výhody ke způsobu práce toho druhého, jak ukazují tabulky 2 a 3. V podmínkách ČR by byla možná vhodná střední cesta, tedy kombinace nemocničního a „pohotovostního“ lékaře. Pokud chceme rychle dosáhnout cíle, aby na odděleních emergency pracovali správné „prototypy“ lékařů, je třeba maximální podpory ze strany státu i zřizovatelů zdravotnických zařízení, je třeba zásadní změny myšlení nás lékařů na existenci pohotovosti ve zdravotnickém zařízení, včetně jejich kompetencí i změna systému vzdělávání. Správně fungující oddělení emergency, včetně správného personálního obsazení, vede ke zvýšení kvality a efektivity poskytované péče a ve svém důsledku ke zvýšení spokojenosti jak pacientů, tak personálu zdravotnických zařízení.

Tab. 2: Potenciálně negativní pohled nemocničního lékaře na práci pohotovostního lékaře

- snaží se přijmout každého
- pacient není zcela a dokonale vyšetřen
- odhalí pouze jednotlivou diagnózu
- nezvažuje jiné alternativy, než přijetí k hospitalizaci
- ordinuje příliš mnoho vyšetření
- ordinuje příliš málo vyšetření
- dlouho trvá, než pacienta odešle k přijetí

Tab. 3: Potenciálně negativní pohled pohotovostního lékaře na práci nemocničního lékaře

- vyhýbá se vyšetření pacientů a nevěnují jim čas, aby se dostali na oddělení emergency
- stěžuje si na nedostatečně provedené testy nebo příliš málo vyšetření, i když je diagnóza zřejmá
- nechota vyšetřit nové pacienty, pokud nejsou k na oddělení emergency volná lůžka
- provádí příliš složité testy a diferenciálně diagnostické rozvahy, než přijme nějaké rozhodnutí
- trvá mu příliš dlouho, než je schopen pacienta z oddělení emergency převzít

## Nové ordinace k pronájmu PASÁŽ PRAŽSKÁ MNÍŠEK POD BRDY

- v objektu lékárna i odběrová laboratoř



**Zdeňka Benešová**

tel.: 728 961 519

[zdenka.benesova@general-reality.cz](mailto:zdenka.benesova@general-reality.cz)

[www.general-reality.cz](http://www.general-reality.cz)