

VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY

ROČNÍK XXXVII

SRPEN 1968

ČÍSLO 4

362.11[356.33]075.51[616].008:616—083

NĚKTERÉ PROBLÉMY NOVÉ ORGANIZACE PRÁCE NA INTERNÍM ODDĚLENÍ VOJENSKÉ NEMOCNICE SE ZVLÁŠTNÍM ZAMĚŘENÍM NA DIFERENCovanou PÉČI

Podplukovník MUDr. Josef KVĚTENSKÝ, podplukovník MUDr. Vlado HÝBL,
interní oddělení Vojenské nemocnice SNP v Ružomberku
(náčelník podplukovník MUDr. Josef Květenský)

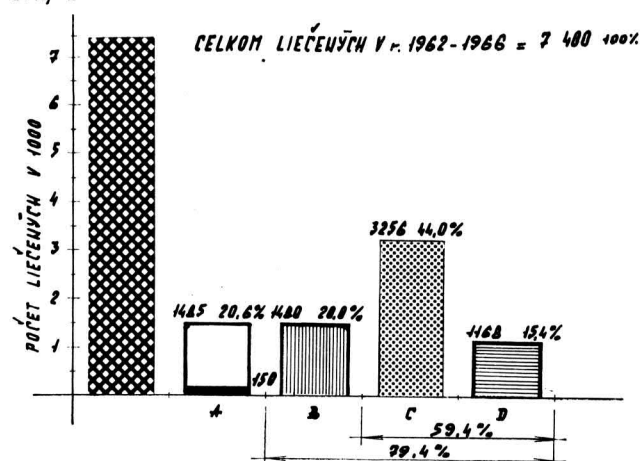
Současná doba je v klinické medicíně charakterizovaná stálým zdokonalováním a rozšiřováním diagnostických a léčebných metod. Vyrůstají nároky na lékaře, sestry i pomocný zdravotnický personál jak z hlediska časového, tak i z hlediska zatížení fyzického i psychického. Když však prozkoumáme, jaké organizační změny naší denní činnosti byly na základě toho provedeny, můžeme říci, že prakticky dlouhá desetiletí se v uspořádání vlastní lůžkové části nemocnic a ve struktuře zaběhané činnosti ošetrovatelského personálu změnilo jen málo věcí (3, 4, 5). Budeme-li chtít zvládnout stále narůstající nároky na lékaře a sestry nemocničních oddělení, pak se domníváme, že budeme moci postupovat jen dvojitou cestou:

zvyšováním počtu pracovníků oddělení nebo hledáním rezerv přeorganizováním práce na oddělení. Domníváme se, že zvláště v současné době, ale ani v nejbližší budoucnosti nebudeme moci počítat s nějakým zvyšováním počtu pracovníků na oddělení. Do úvahy proto přichází realizace druhé varianty.

A tu se dostáváme jednak k problematice tzv. diferencované péče, která je již řadu let v popředí zájmu všech větších pracovišť v zahraničí, ale i u nás (1, 6, 7, 8 a další). Dále se dostáváme k problematice, jak nahradit některé úkony lidské práce přístrojovým vybavením. Po dlouhá léta převládal ve všech nemocnicích určitý vychozený režim, nedbající individuality ošetrovaných nemocných. Požadavek individuální péče o nemocné, vyplývající z potřeb praxe zdokonalované na základě pokroků lékařské vědy, se prosazuje postupně teprve v uplynulých třech desetiletích (3 a další). V posledních letech se pak mění předpoklady nemocničního provozu natolik, že jeho dosavadní organizace působí vážné nesnáze a mimoto brání realizaci některých dřívějších potřeb odborné činnosti a provozu (3, 4, 5, 6, 7). Dále se chceme teoreticky dotknout některých problémů naší práce a sdělit zkušenosti, které jsme sami získali při aplikaci diferencované péče. Ve své práci opíráme naše teoretické úvahy o zkušenosti Havlíčka (3, 4, 5, 6, 7).

Požadavky odstupňované nebo diferencované péče byly zpočátku uplatňovány jen u chirurgických nemocných. Jak však další zkušenosti ukázaly, osvědčily se zásady diferencované péče i u nemocných na odděleních interních, neurologických a jiných (2, 8, 12). Když zkoumáme profil nemocných námi hospitalizovaných, vidíme, že převažující část nemocných trpí chronickými chorobami. Další velkou část, zvláště ve vojenské interně, tvoří ti, kteří se dostávají na oddělení k provedení nejružnějších vyšetření z posudkových důvodů (branci, žadatelé do škol, pro potřeby OVS atd.). Jen menší část tvoří nemocní, kteří potřebují soustavný dohled a péči. Konečně minimální procento tvoří ti, kteří se nacházejí ve skutečně těžkém stavu s ohrožením života. Za posledních 5 roků vypadala struktura námi hospitalizovaných tak, jak je uvedeno na grafu 1. Z toho možno usuzovat, že prakticky 80 % ne-

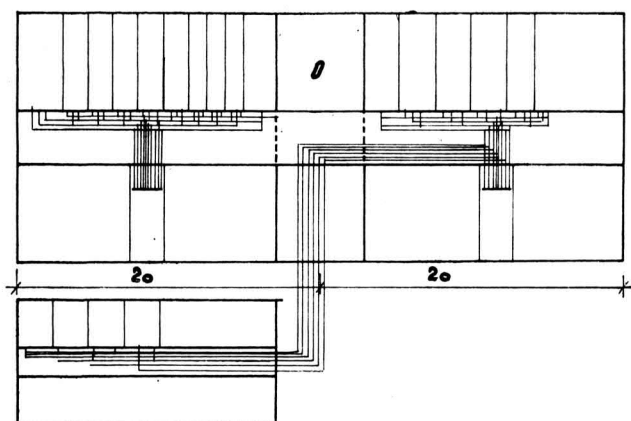
Graf 1



Rozložení nemocných do skupin podle závažnosti chorobného stavu: V prvním sloupci = celkem léčených. Ve sloupci A = počet nemocných vyžadujících intenzivní péči. Ve sloupci B = mobilní nemocní, vyžadující střední péči. Ve sloupci C lehce nemocní, kteří by si mohli vykonávat některé ošetrovatelské výkony sami. Ve sloupci D počet nemocných přijatých na vyšetření (nepotřebují praktickou péči).

mocných je schopno pohybu, mohou si vykonávat některé ošetrovatelské výkony sami. Naopak jen 20 % nemocných je odkázáno ve větší či menší míře na pomoc ošetrovatelského personálu a jen průměrně 30 nemocných ročně (2 %) potřebuje intenzivní péči. Dalším problémem je rozložení těchto skupin nemocných po oddělení. Většinou jsou na pokojích nemocní různě promícháni, pokud se týká závažnosti stavu, dochází tedy většinou k rozptýlení závažněji nemocných osob mezi ostatní pacienty. To vede k zvyšování nároků na práci a pochůzky sester. Když jsme sledovali pohyb sester po oddělení při dosavadní organizaci práce, mohli jsme během jednoho průměrného dopoledne vidět tuto skutečnost (graf 2): Sestra při své práci během

Graf 2



Pochůzky sester po oddělení během jedné průměrné osmi-hodinové pracovní doby (jedna čárka znamená dvě pochůzky). Stav před reorganizací.

jedné směny vykonala na našem oddělení zbytečně minimálně tři a půl kilometru pochůzek, což znamená dosti velké časové ztráty a nároky na fyzickou zdatnost. Když jsme podrobně zjišťovali, kolik sestra při dřívější organizaci práce věnovala jednotlivým úkonům během jedné směny, dostali jsme tyto hodnoty:

Tabulka 1

Druh činnosti	Dopoledne	Odpoledne
Přímá péče o nemocné	31 %	29 %
Příprava na práci, příprava přístrojů	10 %	3 %
Čištění přístrojů, péče o inventář	15 %	5 %
Pochůzky po oddělení	8 %	8 %
Pochůzky mimo oddělení	4 %	6 %
Administrativa	17 %	28 %
Jídlo pro nemocné	5 %	7 %
Telefonování a informace	4 %	8 %
Soukromé záležitosti	6 %	6 %

Přímé péči o nemocného je tedy věnována asi jedna třetina pracovního času. Ostatní práce jsou pomocného charakteru. Tu se nabízí ekonomická úvaha, že tak draze školená sestra je dosti málo využívána pro bezprostřední péči o svěřeného nemocného.

I ostatní pomocné úkony jsou však z hlediska provozního důležité. Nedostatek pomocných pracovníků i nedostatek technického vybavení nutí sestry, aby se ujaly méně důležitých úkonů na úkor vlastní práce a styku s nemocným. Když si všimneme blíže uvedených údajů, jistě nápadný je čas věnovaný administrativě. Podobné časové administrativní zatížení je v interně i u lékařů. Denní zápis vizity i u nemocných, kteří jsou jen na vyšetření a nemají žádné obtíže, vybavování příchodů, odchodů, zpracovávání dokumentace pro přezkumné řízení, administrativní opatření při dispenzarizaci a další některá administrativní opatření znamenají denně velké časové ztráty. K tomuto faktu přistupuje i nedostatek psacích strojů.

Z těchto všech skutečností pak plynou požadavky pokusit se nějakým způsobem přeorganizovat naši činnost tak, abychom se vyhnuli zmíněným nedostatkům. Proto jsme letošního roku přistoupili k pokusu získat zkušenosti s diferencovanou péčí. Tyto ještě nevelké zkušenosti chceme sdělit v této práci a byli bychom rádi, kdyby se staly podkladem do diskuse o nutnosti přeorganizovat některé prvky naší činnosti.

Předpokladem pro zavedení diferencované péče je propočítat počty léčebných nemocných s roztríděním na skupiny podle závažnosti onemocnění. Jak už jsme ukázali, můžeme nemocné dělit asi do čtyř základních skupin:

V první skupině jsou ti, u kterých dochází k selhávání vitálních funkcí vlivem akutního stavu-intoxikace, komatózní stavy, srdeční infarkty v prvním období a jiné. Těchto nemocných je méně. Na našem oddělení jsme pro tyto stavy vyhradili 14 lůžek. Z toho 5 lůžek je vyhrazeno pro intenzivní péči. Podle našich zkušeností je však potřeba lůžek pro tyto stavy jen asi 3—4 lůžka. Ostatních 9 lůžek je věnováno pro nemocné, kteří jsou v těžkém stavu, jsou trvale odkázáni na cizí pomoc, vyžadují trvalé odborné ošetřování a dohled.

Do druhé skupiny jsme zařadili nemocné většinou trpící chronickými chorobami, kteří jsou však mobilní, a nemocné, kteří sem byli přeloženi ze skupiny první. I tyto nemocní potřebují zvýšený dohled a trvalou ošetrovatelskou péči. Pro tuto skupinu jsme vyčlenili 15 lůžek.

Do třetí skupiny jsme zařadili ty, kteří tvoří největší procento námi hospitalizovaných — to je nemocné s vředovou chorobou, neurocirkulační astenii, bronchitiky, dyspeptiky atd. Tito nemocní sice potřebují léčbu, ale mohou si vykonávat některé práce sami a jsou úplně mobilní.

Do čtvrté skupiny jsme pak konečně zařadili ty, kteří přicházejí do nemocnice na vyšetření, například různé kardiologické nejasné nálezy, proteinurie, vyšetření pro posudkové účely atd. Tito nemocní nepotřebují vůbec medikamentózní léčbu a jen minimální ošetrovatelskou péči.

Největší pozornost je věnována nemocným skupiny první, zvláště těm, u kterých je nutno provádět intenzivní péči. Nároky na lékaře i sestry u této skupiny stoupají. Soustředění těžce nemocných se nám osvědčilo. Je to výhodné

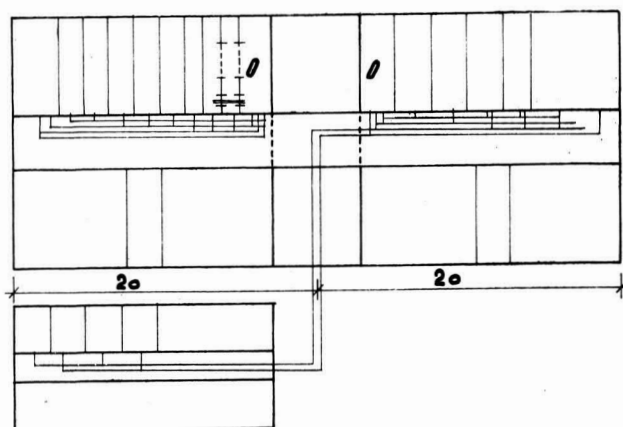
jednak proto, že můžeme zaopatřit na tyto po-koje všechnu techniku, kterou máme k dispozi-ci, a dále proto, že je můžeme dotovat i nejkva-lifikovanějšími pracovníky. U nemocných této skupiny je nutno provádět všechnu činnost ve zvýšené míře. A to jak léčebně-ošetrovatelskou, tak i dokumentační. Je nutno je mít pod stálým dchledem a soustavnou kontrolou. Tato kontro-la se dá provádět jednak vizuálně a jednak s po-mocí přístrojů. Na našem oddělení jsme provedli reorganizaci místností tak, že jsme vytvořili centrální ošetrovnu, kde sestra, která pečuje o nejtěžší nemocné, pracuje prakticky v jejich stálé blízkosti. Stavebními adaptacemi jsme za-bezpečili, že sestra má trvale možnost vizuální kontroly. Protože však nemůžeme trvale sledo-vat jednotlivé hodnoty u všech nemocných, umístěných na resuscitačním oddělení, vyvinuli jsme si svépomocí jednoduchý panel, pomocí něhož může lékař i sestra v každém okamžiku naráz kontrolovat základní údaje o stavu nemoc-ného, to je krevní tlak, puls, teplotu, počet de- chů, na kardioskopu i ekg křivku (přičemž je současně možno sledovat i graficky zápis dvou svodů ekg křivky), dále může sestra sledovat, jestli je nemocný pomočený, nebo zpocený atd. Vedle ekg křivky je možno trvale snímat i pul-sovou křivku z arteria carotis a fonokardiogram. Na panelu máme i zařízení pro centrální odsá-vačku a dvoustranné spojení sestry s nemocným. Současně je v panelu zamontován tranzistorový kardiostimulátor. Naše zařízení je provizorní. Chybou je doposud značná poruchovost. V sou-časné době pracujeme na zdokonalení celého panelu. Škoda, že nemůžeme využívat již doko-nale vyvinutých zařízení vyráběných sériově. I tak však toto provizorní zařízení plní cenné služby. Na pokojích pro intenzivní péči máme shromážděny všechny nutné nástroje a přístroje tak, aby je bylo možno v případě nutnosti co nejrychleji použít. Lůžka jsou vybavena antide-kubitálními matracemi. Postele jsou speciálně upraveny pro resuscitační účely — mají sníma-telná čela. Ve zbývajících první části oddělení jsou nemocní potřebující větší péči. U těchto 13—14 lůžek pracuje jeden lékař a dvě sestry v dopolední směně. Rovněž jedna sanitárka. Po-čet ošetrovatelského personálu je daleko za po-čty udávanými v zahraničí, ale jinak se to za-tím zařídit nedá. Ideální počty jsou jeden lékař na 5 nemocných a jedna sestra na jednoho až 6 nemocných (Havlíček).

Ve druhé skupině mobilních nemocných pra-cuje u 16—18 nemocných též jeden lékař a jed-na sestra. Je-li třeba, lékař vypomáhá i na prv-ním oddělení. Vedeme tu dokumentaci v celém rozsahu, s denními prohlídkami nemocných. Ne-mocní si prakticky svépomocí nevykonávají žádné práce.

Ve třetí skupině pracuje u 26 lůžek jeden lé-kař a jedna sestra, na čtvrté části u 18 lůžek taktéž jeden lékař, který současně provádí kon-zilia a pomáhá zde staniční sestra. Tu jsou však problémy, jak zvládnout velký pohyb nemoc-

ných (zde je velké střídání). Proto jsme se schválením nadřízeného odborného náčelníka přistoupili k zjednodušení administrativy. Při příchodu vyplňujeme chorobopis v celém rozsahu. Do vlastního dekursu však píšeme jen nález takzvané velké vizity nebo podstatné změny ve zdravotním stavu nemocného. Jinak u každého nemocného vedeme zvláštní vložku, kde grafic-kým způsobem přehledně vedeme všechny zá-znamy o nemocném. Tím získáváme značné ča-sové úspory. Další časové úspory hlavně pro sestry jsme získali tím, že po celém oddělení máme rozvedený dispečink, pomocí něhož si sestra volá na ošetrovnu nemocné k provádění jednotlivých léčebných úkonů a zákroků. Ne-mocní si na třetím a čtvrtém oddělení provádějí některé úkony sami — například stlaní postele, čištění stolků, základní hygienické výkony, vý-měnu prádla atd. Při příchodu předem na tato opatření každého nemocného upozorníme a do-posud jsme neměli žádné závažné námitky proti tomuto stylu práce. Rovněž pro léky si nemocní 3. a 4. skupiny chodí do ošetrovny. To má sou-časně tu výhodu, že konzumace léků probíhá opravdu za kontroly sestry. V dalším uvádíme rozdělení času po reorganizaci práce:

Graf 3



Pochůzky sester po reorganizaci práce (jedna čárka — jedna pochůzka).

Tabulka 2

Druh činnosti	Dopoledne	Odpoledne
Přímá péče o nemocné	43 %	38 %
Příprava k práci, příprava přístrojů	10 %	5 %
Čištění přístrojů, péče o inventář	12 %	5 %
Pochůzky po oddělení	3 %	3 %
Pochůzky mimo oddělení	4 %	6 %
Administrativa	13 %	20 %
Jídlo pro nemocné	5 %	7 %
Telefonování a informace	4 %	8 %
Osobní záležitosti sester	6 %	6 %

Ve čtvrté skupině jsou nemocní jen na vyšetření. Zde vedeme dekurs a vložku námi upravenou. Tito nemocní si vykonávají všechny práce až na úklid místností sami. Rychlým a plánovitým rozvržením jednotlivých vyšetření se snažíme co nejvíce zkracovat pobyt vyšetřovanců v nemocnici. Teplotu u nemocných 3. a 4. skupiny měříme jedenkrát denně, protože je většinou na normálních hodnotách. Existují samozřejmě individuální výjimky.

Nemocné z první a druhé skupiny po zlepšení stavu překládáme na oddělení pro chodící nemocné. To vyžaduje spolupráci mezi lékaři a sestrami. Na úrovni lékařů je koordinujícím článkem náčelník oddělení, u sester vrchní sestra.

Civilní nemocné a vojáky z povolání, u nichž to zdravotní stav dovolí, pouštíme na sobotu a na neděli na propustku domů. Toto opatření má několik výhod. Za prvé: Snížili jsme počet návštěv v neděli na oddělení. Za druhé: Zavedením volných sobot umožňujeme i personálu využít této vymoženosti. Za třetí: Můžeme snížit počty ošetřujícího personálu ve sváteční dny. A konečně zabezpečujeme již tolikrát hlásaný požadavek — nedělat z nemocnice věznici, nemocný se cítí svobodnějším. Organizačně-provozní problémy s tímto opatřením nemáme. Jsou snad určité problémy z hlediska forenzního pro případ, že by se nemocnému během pobytu mimo nemocnici něco stalo. Nemocný však musí o propustku požádat, propouštíme jej na vlastní žádost, na vlastní riziko. Nepozorovali jsme žádné zhoršení zdravotního stavu během pobytu doma. Léky nemocný dostává domů.

Diferencovanou péči jsme získali čas jak pro péči o nemocné, tak i pro ostatní nutný provoz. Chtěli bychom zdůraznit, že účelem vystupňované péče není ošetřování jen těžkých, beznadějných stavů až do jejich smrti, ale hlavně zabezpečení intenzivní péče o závažné stavy, které můžeme zachránit zvýšenou lékařskou a ošetrovatelskou péčí za pomoci moderní techniky.

Oddiferencováním péče jsme u lékařů získali určitý čas i na sebevzdělání v odborné problematice i v pracovní době. Je jasné, že každý lékař po reorganizaci práce není zatížen stejně. Na to se však pamatuje pravidelným střídáním na jednotlivých částech po čtvrt roku. Kdo je méně zatížen provozní prací, dostává většinou úkol sledovat odbornou literaturu a poznatky pak předávat ostatním na seminářích. Zatíženost lékařů speciálně sledujeme, o této problematice chceme uveřejnit naše zkušenosti ve zvláštní práci. Je však důležité si též uvědomit, že jestliže máme vyžadovat od lékařů i sester větší pracovní vypětí, musíme zabezpečit i dobré pracovní prostředí a prostory pro odpočinek. Naše prostorové možnosti dovolují zabezpečit vždy pro dva lékaře samostatnou pracovní a pro sestry jsme vybudovali příjemně zařízenou místnost, kde se převlékají i odpočívají. Příjemné prostředí se snažíme zabezpečit i našim nemocným.

Chtěli bychom ještě upozornit na několik dobrých zkušeností. Pro rozsáhlou administrativu, které se nevyhneme, je nutno vyžadovat dostatek psacích strojů a vybavení diktafony. Diktafon velmi dobře dovede šetřit čas a efektivně využít kancelářské síly. I přes velkou poruchovost a dosti velké finanční náklady je velmi rentabilní a vyplácí se.

Pro dorozumívání je vedle telefonů nutno využívat různých dispečinků a oddělských rozhlasů. Sami používáme:

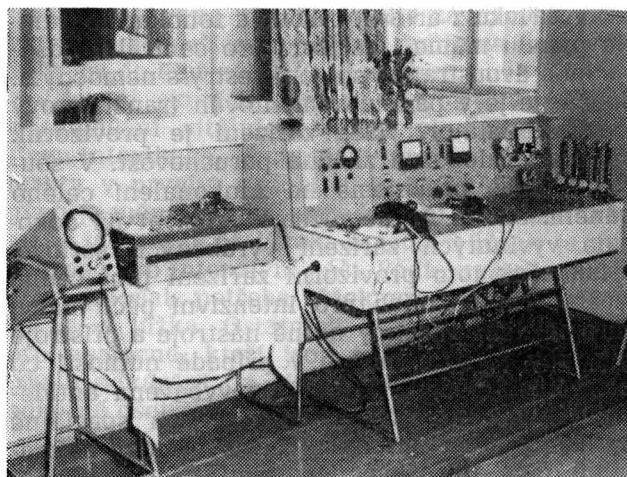
1. centrální dvoustranný dispečink náčelníka, kterým se dá velmi rychle navázat spojení se všemi pracovišti, v případě nutnosti i najednou se všemi. Toto zařízení je velmi výhodné pro dobrou organizaci práce zvláště v době akutní potřeby,

2. dispečink od ošetřující sestry k nemocnému,

3. volací zařízení pro ambulance, pro volání nemocných na ekg vyšetření atd.

Všechna tato zařízení šetří čas.

Obr. 1



Celkový pohled na panel, pomocí něhož možno sledovat nejdůležitější tělesné funkce. Sestra může od panelu vzdáleně přehlednout nemocné na dvou pokojích, kde se provádí intenzivní péče.

Problémů, o kterých bychom se chtěli ještě zmínit, by bylo dosti. Máme potíže s vedením dispenzarizací, není dostatečně vyřešena otázka chorobopisů jako podkladu pro statistické zpracování na oddělení, chtěli bychom sdělit zkušenosti o práci s výpisky z literatury, o problematice pracovnílékařské, o vedení přezkumných řízení atd. Toto však není tématem našeho sdělení, i když se domníváme, že by se tyto problémy měly vážně řešit.

Závěrem bychom chtěli zdůraznit, že naše zkušenosti s probranou tematikou jsou ještě malé. Jsme však přesvědčeni, že myšlenka a snaha zavést diferencovanou péči na odděleních

vojenských nemocnic musí být blízka každému vojenskému lékaři, který se již v mírové době zodpovědně zabývá otázkou třídění nemocných s aspektem co nejefektivnějšího využití vlastních sil a prostředků. Jsme si vědomi i toho, že si další praxe možná vynutí i jiné změny provozu. Je však nutno, abychom se touto problematikou zabývali, abychom šetřili sebe a hlavně abychom se mohli plně věnovat těm, kteří se na nás s důvěrou obracejí ve chvílích nejtěžších — ve chvíli nemoci.

Literatura

1. Čermák, F.: Čs. zdravotnictví, 15, 1967, 5:213—221.
2. Gabriel, J., Pajkrťová, B., Mossig, A., Rozsival, V.: Čs. zdravotnictví, 13, 1965, 2:53—59.
3. Havlíček, J.: Čs. zdravotnictví, 8, 1960, 12:685—697.
4. Havlíček, J.: Čs. zdravotnictví, 10, 1962, 10:483—496.
5. Havlíček, J.: Čs. zdravotnictví, 12, 1961, 5:231—239.
6. Havlíček, J.: Čs. zdravotnictví, 15, 1967, 5:205—212.
7. Havlíček, J.: Čs. zdravotnictví, 15, 1967, 6:265—273.
8. Herman, B., Hermanová, K.: Čas. lék. čes., 105, 1966, 26:706—707.
9. Melinard, M.: Techn. hosp., 19, 1964, 229:65—67.
10. Pacovský, V., Petrášek, J.: Základy péče o nemocné. Praha, SZdN 1963.
11. Pacovský, V.: Čas. lék. čes., 103, 1964, 18:481—485.
12. Preč, A.: Čs. zdravotnictví, 13, 1965, 7—8: 371—376.
13. Zweigbergk, O.: Čs. zdravotnictví, 10, 1962, 10:519—521.