

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Ing. Klára Tomečková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Využívání oddělení urgentního příjmu pacienty s život neohrožujícími stavy

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Ing. Klára Tomečková**
Osobní číslo: **Z23458**
Studijní program: **N0988P360003 Organizace a řízení ve zdravotnictví**
Téma práce: **Využívání oddělení urgentního příjmu pacienty s život neohrožujícími stavy**
Téma práce anglicky: **Utilization of the Emergency Department by Patients with Non-Life-Threatening Conditions**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

NAOURI, Damien et al., *Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France*. BMJ Quality & Safety. 2020, vol. 29, no. 6, pp. 449–464. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-009396.

POLÁK, Martin. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3506-6.

RENNÉT, Ondřej a ŠEBLOVÁ, Jana. *Přetížení urgentního příjmu a možná řešení*. Online. *Urgentní medicína*. 2022, roč. 25, č. 2, s. 7-10. ISSN 1212-1924.

ŠÍN, Robin a ŠTOURAC, Petr. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, [2024]. ISBN 978-80-7492-706-5.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2023**

Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Využívání oddělení urgentního příjmu pacienty s život neohrožujícími stavy* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 22. 04. 2025

Ing. Klára Tomečková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala svému vedoucímu diplomové práce Mgr. Janu Pospíchalovi, Ph.D. za cenné rady a trpělivé vedení, které mi umožnilo rozvinout tuto práci do této podoby. Velké díky patří i mé rodině a přátelům za jejich nepřetržitou podporu, pochopení a povzbuzování ve všech fázích mého studia.

ANOTACE

Práce se zabývá problematikou využívání urgentních příjmů pacienty se zdravotními obtížemi, které je neohrožují na životě. Teoretická část se zaměřuje na význam urgentních příjmu a problematiku jejich přetížení. Výzkumná část hodnotí na základě průřezového šetření míru využití vybraného urgentního příjmu analýzou dat získaných z dotazníku a dokumentace. Závěr práce přináší návrhy na systémová opatření ke snížení zátěže urgentních příjmů a optimalizaci poskytování zdravotní péče v rámci českého zdravotnického systému.

KLÍČOVÁ SLOVA

Nevhodné využívání, praktický lékař, triáž, urgentní příjem, veřejné zdravotnictví

TITLE

Utilization of the Emergency Department by Patients with Non-Life-Threatening Conditions

ANNOTATION

This thesis focuses on the use of emergency departments by patients with non-life-threatening conditions. The theoretical section discusses the importance of emergency departments and examines the issue of their overburdening. In the research section, a cross-sectional survey is employed to evaluate the utilization of a selected emergency department based on data obtained from questionnaires and documentation. The conclusion proposes system-level measures to reduce the workload on emergency departments and optimize healthcare provision within the Czech healthcare system.

KEYWORDS

Emergency Department, General Practitioner, Inappropriate Use, Public Health Care, Triage

OBSAH

ÚVOD.....	13
1 CÍLE A METODY PRÁCE	14
1.1 Cíl práce	14
1.1 Metody k dosažení cíle práce	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
2 ZDRAVÍ A NEMOC.....	15
2.1 Definice pojmů	15
2.2 Faktory ovlivňující zdraví jedince.....	15
2.3 Prevence nemocí.....	16
3 DRUHY A FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	18
3.1 Primární zdravotní péče.....	18
3.2 Sekundární a terciární péče	18
3.2.1 Ambulantní a hospitalizační péče	18
3.3 Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti	19
4 VÝZNAM URGENTNÍCH PŘÍJMŮ A TŘÍDÍCÍ SYSTÉM	20
4.1 Třídící systém na urgentním příjmu	22
4.1.1 Třídící systém ESI:.....	23
4.1.2 Výhody a nevýhody třídícího systému.....	24
4.2 Technologické inovace.....	25
5 PROBLEMATIKA NEEFEKTIVNÍHO VYUŽÍVÁNÍ URGENTNÍCH PŘÍJMŮ	26
5.1 Případy řešené na urgentních příjmech	26
5.2 Přetížení urgentních příjmů	27
5.2.1 Dopady přetížení urgentních příjmů	28
5.3 Systémy ke kvantifikaci přeplněnosti urgentních příjmů.....	28
5.3.1 Systém NEDOCS – National Emergency Department Overcrowding Scale ...	28
5.3.2 Systém EDWIN – Emergency Department Work Index	29

5.4	Zdravotní gramotnost jako prevence proti přetížení urgentních příjmů.....	29
5.4.1	Úroveň zdravotní gramotnosti v České republice	30
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
6	METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI	33
6.1	Výzkumné otázky a hypotézy	33
6.2	Design výzkumu.....	33
6.3	Charakteristika vzorku respondentů	34
6.4	Metodika sběru dat	35
6.4.1	Strukturovaný dotazník	35
6.5	Časová osa sběru dat	38
6.6	Metodika analýzy dat	38
7	POPIS VYBRANÉHO URGENTNÍHO PŘÍJMU.....	39
7.1	Struktura a vybavení.....	39
7.2	Personální obsazení	40
7.3	Současný stav využívání zvoleného urgentního příjmu	41
8	ANALÝZA DAT.....	44
8.1	Demografické údaje	44
8.2	Forma bydlení.....	45
8.3	Pracovní status.....	46
8.4	Vzdělání respondentů	47
8.5	Zdravotní pojištění	47
8.6	Registrace u praktického lékaře	48
8.7	Návštěva urgentního příjmu s ohledem na možnost řešení obtíží praktickým lékařem	48
8.8	Propuštění pacientů po ošetření na urgentním příjmu.....	49
8.9	Vyhodnocení správnosti využití urgentního příjmu na základě skóre hodnocení.....	50
8.10	Priority ošetření, čas vzniku obtíží a dostupnost praktického lékaře	51

9	VÝSLEDKY A INTERPRETACE	53
9.1	Testování hypotéz.....	55
10	DISKUZE.....	60
10.1	Možné řešení a doporučení pro zlepšení využívání urgentních příjmů v České republice ze získaných dat.....	64
	ZÁVĚR.....	67
	POUŽITÁ LITERATURA	69
	SEZNAM PŘÍLOH	76

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Tabulka 1 - Návštěvnost vybraného urgentního příjmu v roce 2023 dle měsíců	41
Tabulka 2 – Kategorizace pacientů na vybraném urgentním příjmu za rok 2023 dle tírážní priority .	42
Tabulka 3 – Kategorizace pacientů na vybraném urgentním příjmu za rok 2023 dle způsobu příchodu	42
Tabulka 4 – Demografické údaje respondentů	44
Tabulka 5 – Forma bydlení respondentů	45
Tabulka 6 – Pracovní status respondentů	46
Tabulka 7 – Vzdělání respondentů	47
Tabulka 8 – Zdravotní pojištění respondentů	47
Tabulka 9 – Registrace u praktického lékaře.....	48
Tabulka 10 – Údaje o vzniku obtíží s ohledem na řešení praktickým lékařem.....	48
Tabulka 11 – Propuštění pacientů po ošetření na UP	49
Tabulka 12 – Údaje o vyhodnocení správnosti využití UP dle skóre hodnocení	50
Tabulka 13 – Komplexní tabulka priorit ošetření s ohledem na jiné proměnné.....	51
Tabulka 14 – Demografické a sociální charakteristiky pacientů urgentního příjmu.....	53
Tabulka 15 – Řešitelnost stavu praktickým lékařem v závislosti na časovém odstupu od vzniku obtíží.	55
Tabulka 16 – Pozorované hodnoty k hypotéze I.	56
Tabulka 17 – Hypotéze I. – očekávané četnosti	56
Tabulka 18 – Pozorované hodnoty k hypotéze II.	57
Tabulka 19 – Hypotéze II. – očekávané četnosti.....	57
Tabulka 20 – Pozorované hodnoty k hypotéze III.....	58
Tabulka 21 – Hypotéze III. – očekávané četnosti	58
Tabulka 22 – Pozorované hodnoty k hypotéze IV	59
Tabulka 23 – Zobrazuje očekávané četnosti pozorovaných hodnot, které byly vypočteny na základě předpokladu nezávislosti mezi kategoriemi.	59

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CT	Computed Tomography (Počítačová tomografie)
CTAS	Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (Kanadský třídící systém urgentního příjmu)
ČR	Česká republika
EDWIN	Emergency Department Work Index (Index pracovní zátěže urgentního příjmu)
EU	Evropská unie
ESI	Emergency Severity Index (Index závažnosti akutních stavů)
GIT	Gastrointestinální trakt
GP	General Practitioner (Praktický lékař)
IFEM	International Federation for Emergency Medicine (Mezinárodní federace urgentní medicíny)
LSPP	Lékařská služba první pomoci
MTS	Manchester Triage Scale (Manchesterská třídící škála)
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NEDOCS	National Emergency Department Overcrowding Scale (Národní škála přetížení urgentního příjmu)
NERV	Národní ekonomická rada vlády
PL	Praktický lékař
POCT	Point of Care Testing (Vyšetření v místě péče)
UP	Urgentní příjem
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Urgentní příjmy (UP) hrají klíčovou roli v poskytování zdravotní péče, zejména při řešení akutních zdravotních stavů, které vyžadují okamžitou lékařskou intervenci. Tyto oddělení jsou nezbytné pro zvládnutí naléhavých situací, jako jsou srdeční infarkty, úrazy, náhlé zhoršení chronických nemocí a další život ohrožující stavy. UP poskytují nejen první pomoc, ale také koordinují další léčbu pacienta, což může zahrnovat převoz do specializovaných zařízení nebo přijetí k hospitalizaci na některé z oddělení standardní nebo intenzivní péče.

V posledních letech se však stále častěji setkáváme s fenoménem, kdy pacienti s neakutními zdravotními problémy využívají služby UP. Jedná se o situace, kdy pacienti vyhledávají akutní péči pro stavy, které by mohly být efektivněji řešeny již v rámci primární péče. Tento přístup následně vede k přetížení oddělení urgentních příjmů život neohrožujícími stavy, prodlužování čekacích dob a v nemalé míře také nárůstu nákladů na zdravotní péči. Je nezbytné v této problematice hledat řešení, které by umožnila zefektivnění poskytování péče na těchto odděleních (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

Diplomová práce se proto zaměřuje na analýzu míry neadekvátních návštěv vybraného urgentního příjmu. Cílem je nejen identifikovat hlavní skupiny pacientů, kteří nadměrně využívají tento druh zdravotní péče, ale také navrhnout možné doporučení pro efektivnější využívání urgentní péče v České republice.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část poskytuje přehled o systému zdravotní péče v České republice, významu urgentních příjmů a problematice jejich přetížení. Dále se věnuje tématu zdravotní gramotnosti a jejímu vlivu na rozhodování pacientů využívat zdravotní péči. Výzkumná část je dále zaměřena na analýzu skutečného využívání urgentních příjmů v České republice prostřednictvím kvantitativního výzkumu na jednom vybraném urgentním příjmu. Výsledky výzkumu jsou, v rámci diskuze srovnány s jinými zeměmi a využity k návrhu opatření, které mohou vést k optimalizaci urgentní péče.

Vzhledem k významu této problematiky a její aktuálnosti může výzkum přispět k lepšímu pochopení faktorů vedoucích k přetížení urgentních příjmů a nabídnout řešení, které povedou ke zvýšení efektivity poskytovaných zdravotních služeb v České republice.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

Hlavním cílem této diplomové práce je analyzovat míru neadekvátních návštěv vybraného urgentního příjmu v České republice.

1.1 Cíl práce

Cílem teoretické části je analyzovat poznatky z oblasti zdravotní péče v České republice se zaměřením na druhy a formy zdravotní péče. Zvláštní pozornost bude věnována urgentním příjmům, jejich roli ve zdravotním systému a specifickým výzvám, kterým čelí.

Výzkumná část si klade za cíl analyzovat míru neadekvátních návštěv na vybraném oddělení urgentního příjmu v České republice. Samotným cílem výzkumu je zjistit v jaké míře je vybraný urgentní příjem využíván pro případy, které by mohly být lépe řešeny v rámci primární péče nebo jiných zdravotních služeb.

1.1 Metody k dosažení cíle práce

Metoda použitá k dosažení cílů teoretické části je postavena na literární rešerši. Knihy byly zapůjčeny prostřednictvím Národní lékařské knihovny České republiky a také elektronické knihovny Bookport.cz. Pro zajištění aktuálnosti a vědecky ověřených informací byly prostudovány také cizojazyčné zdroje, které byly vyhledávány pomocí mezinárodních databází jako jsou PubMed, Scopus a Google Scholar. Tyto databáze umožnily přístup k širokému spektru vědeckých článků, studií a jiných relevantních materiálů z celého světa.

Výzkumná část navazuje na poznatky získané z teoretické části práce a byla provedena pomocí výzkumu na vybraném urgentním příjmu v České republice.

První část dat byla zpracována retrospektivně z poskytnutých dat vybraného urgentního příjmu v České republice, vytvořená statistika, která zahrnovala počet ošetřených pacientů za rok 2023, způsob jejich příchodu na UP a určení jejich priority ošetření dle tírážního systému.

Dále pomocí průřezového kvantitativního sběru dat ve vybraných dnech byla hodnocena správnost využití oddělení UP všech pacientů na základě subjektivního názoru ošetřujících lékařů. Použitá metoda byla inspirována metodou z francouzské národní studie autorů Naouri et al (2019).

Všechny použité metody byly předem pečlivě zvoleny tak, aby co nejlépe odpovídaly výzkumným otázkám a cílům této diplomové práce.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je zaměřená na klíčové aspekty zdravotní péče v České republice a související pojmy jako je zdraví a nemoc. Práce také specifikuje strukturu a formu zdravotního systému péče v České republice. Zvláštní pozornost je věnována problematice urgentních příjmů, kde je charakterizováno jeho fungování a využívání v rámci zdravotnického systému ČR.

2 ZDRAVÍ A NEMOC

Zdraví a nemoc jsou úzce propojené pojmy, které tvoří dva protipóly kontinuálního spektra lidského stavu. Tyto dva pojmy se vzájemně ovlivňují a určují kvalitu života jedince (WHO, n.d.)

2.1 Definice pojmů

„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouze absence nemoci nebo vady“. Tato definice, formulovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO), zdůrazňuje holistický přístup ke zdraví, kde je důležité nejen fyzické, ale i duševní a sociální blaho každého jednotlivce. Zdraví je dynamický stav, který se mění v průběhu času a je ovlivňován mnoha faktory, včetně genetiky, životního stylu, prostředí a zdravotní péče (Národní zdravotnický informační systém, 2024).

Oproti tomu nemoc představuje stav, kdy dochází k narušení normální funkce těla nebo mysli, což může vést k různým symptomům a dysfunkcím. Nemoci mohou mít různé charakteristiky: mohou být akutní nebo chronické, nakažlivé nebo nenakažlivé a mohou vznikat z různých příčin, včetně infekcí, genetických mutací, životního stylu a environmentálních faktorů (WHO, n.d.).

2.2 Faktory ovlivňující zdraví jedince

Zdraví jednotlivce a populace je ovlivněno mnoha faktory, které lze rozdělit do několika kategorií (Mosadeghrad, 2014, s. 1-13):

1. Biologické faktory: genetiky, věk, pohlaví a fyziologické aspekty, které ovlivňují predispozici k určitým nemocem a celkovou odolnost organismu.
2. Enviromentální faktory: kvalita ovzduší, vody, bydlení, pracovní podmínky a další aspekty životního prostředí, které mohou mít přímý nebo nepřímý vliv na zdraví.
3. Sociální faktory: vzdělání, zaměstnání, příjem, sociální podpora a životní styl, včetně stravovacích návyků, fyzické aktivity, kouření a konzumace alkoholu.

4. Zdravotní péče: dostupnost, kvalita a efektivita zdravotnických služeb, preventivní opatření a včasná diagnostika a léčba nemocí.

Zdraví jedince a populace je dále ovlivněno psychologickými faktory, které zahrnují individuální přístup k životním výzvám, schopnosti zvládat stres, emoční stabilitu a celkovou úroveň psychické pohody. Stresové situace, nedostatečné copingové mechanismy a dlouhodobá úzkost mohou mít negativní vliv na imunitní systém a celkovou odolnost organismu vůči nemocem. Dlouhodobý psychický stres je spojen se zvýšeným rizikem chronických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární choroby, deprese a úzkostné poruchy (Scheid a Brown, 2010, s. 45-58).

2.3 Prevence nemocí

Prevence nemocí je klíčovou součástí veřejného zdraví a zahrnuje řadu strategií a intervencí zaměřených na snížení výskytu nemocí a zlepšení kvality života. Prevence může být rozdělena do tří hlavních úrovní (Machová a Kubátová, 2015, s. 13):

1. Primární prevence: cílem je zabránit vzniku nemocí prostřednictvím očkování, zdravého životního stylu, zlepšení životního prostředí a vzdělávacích programů.
2. Sekundární prevence: zahrnuje včasnou detekci a léčbu nemocí v jejich raném stádiu, často prostřednictvím screeningových programů a pravidelných lékařských prohlídek.
3. Terciární prevence: zaměřuje se na minimalizaci komplikací a zlepšení kvality života pacientů s již existujícími chronickými nemocemi prostřednictvím rehabilitace, podpůrné péče a dlouhodobé léčby.

Zdraví má zásadní význam nejen pro jednotlivce, ale i pro společnost jako celek. Dobré zdraví umožňuje lidem plně se účastnit každodenního života, pracovat, vzdělávat se a přispívat k ekonomickému a sociálnímu rozvoji společnosti. Naopak špatné zdraví může vést k výraznému snížení kvality života, případně ztrátě produktivity a zvýšeným nákladům na zdravotní péči a sociální služby (Zautra et al., 2010, s. 3-4).

V České republice je zdravotní péče do značné míry orientována na řešení následků nemocí spíše než na systematickou prevenci. Ačkoli existují programy prevence, jejich implementace a využívání zůstává často nedostatečná. Investice do prevence by přitom mohly výrazně ušetřit náklady ve zdravotnictví, a zlepšit celkovou zdravotní úroveň populace. Národní ekonomická rada vlády (NERV) upozorňuje, že lepší preventivní opatření by vedla k dlouhodobým úsporám, protože by lidé onemocněli méně často a zdravotnictví by se nemuselo tolik soustředit na drahou

léčbu pokročilých nemocí. Současně by to také znamenalo větší produktivitu pracovní síly (Koubová, 2023).

V kontextu této diplomové práce je důležité pochopit, že faktory ovlivňující zdraví a nemoc souvisejí s neefektivním využíváním urgentních příjmu v České republice. Ku příkladu nedostatečná prevence a nevyužívání primární péče mohou vést k tomu, že lidé se stavy, které nejsou akutní vyhledávají pomoc na urgentních příjmech, což přispívá k přetížení těchto oddělení a zvyšuje náklady na zdravotní péči (Zautra et al., 2010, s. 3-4).

3 DRUHY A FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICCE

Zdravotní péče v České republice je strukturovaná do několika úrovní, které zajišťují dostupnost a kvalitu služeb pro všechny obyvatele. Systém zdravotní péče je financován především z veřejného zdravotního pojištění, které je povinné pro všechny občany republiky (Nováková, 2019).

3.1 Primární zdravotní péče

Primární zdravotní péče je prvním kontaktem pacienta se zdravotním systémem. Poskytují ji především praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, stomatologové a gynekologové. Primární péče zahrnuje prevenci, diagnostiku, léčbu běžných nemocí a zdravotních stavů. Dále zajišťuje povinná i nepovinná očkování a poradenství v oblastech duševního i tělesného zdraví. Praktičtí lékaři také koordinují péči pacienta a v případě potřeby jej dále odkazují na specialisty nebo do vyššího zdravotnického zařízení (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 148-149).

3.2 Sekundární a terciární péče

Sekundární péče je péče odborného charakteru, která je poskytována ambulantními specialisty či v odborných zdravotnických zařízeních. Tento druh péče zahrnuje specializovanou diagnostiku a léčbu, která není dostupná v úrovni péče primární a jsou zde pacienti zpravidla odesíláni právě odtud. Oproti tomu terciární péče je nejvyšší úroveň specializované zdravotní péče, která je poskytována ve specializovaných centrech a fakultních nemocnicích. Tato péče zahrnuje vysoce specializované a komplexní zdravotní služby, často s využitím pokročilých technologií a odborných znalostí (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 150-151, s. 155-159).

3.2.1 Ambulantní a hospitalizační péče

Ambulantní péče zahrnuje zdravotní služby poskytované mimo nemocnice. Jedná se například o samostatné ordinace specialistů v různých oborech, polikliniky a další zdravotnické zařízení. Pacienti zde docházejí zpravidla na plánované vyšetření, menší zákroky a jiná ošetření bez nutnosti hospitalizace.

Oproti tomu hospitalizační péče je pak poskytována pacientům, kteří potřebují nepřetržitou lékařskou péči a dohled přímo ve zdravotnickém zařízení nebo jiných lůžkových zařízeních. Tato

péče zahrnuje jak akutní hospitalizace, které vyžadují okamžitou a intenzivní léčbu zdravotního stavu, tak i plánované hospitalizace pro operační zákroky nebo léčbu chronických onemocnění (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 150-151, s. 155-159).

3.3 Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve své druhé části definuje různé druhy zdravotní péče dle časové náročnosti jejího poskytování. V tomto případě druhy zdravotní péče rozdělujeme na: plánovanou péči, nezbytnou péči, péči akutní a péči neodkladnou. Tato kategorizace zajišťuje, že každému pacientovi je poskytnut takový typ péče, který je v souladu s naléhavostí jeho zdravotního stavu (Česko, 2011, §5).

Plánovanou péči se rozumí zdravotní služby, které jsou poskytovány na základě předem domluvených termínů, které mohou být plánovány dle potřeb pacienta, nebo s ohledem na dostupnost zdravotnických kapacit. Z časového hlediska se jedná o péči, kterou lze odložit, ale zároveň nesmí pacientovi způsobit závažnou újmu na zdraví. Tento druh zdravotní péče zahrnuje například preventivní prohlídky, plánované výkony, ale i dlouhodobé léčebné postupy (Česko, 2011, §5).

Nezbytná péče je péče poskytována především zahraničním pojištěncům. Jedná se o péči pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje lékařské ošetření, ale není tak naléhavé. Lze ji tedy definovat jako péči, která zajišťuje potřebné ošetření tak, aby zahraniční pojištěnec nebyl nucen se vrátit do své domovské země dříve, než zamýšlel (Česko, 2011, §5; Evropská unie, 2004, čl. 19).

Akutní péči lze definovat jako péči, kde je nutná rychlá lékařská intervence tak, aby se zabránilo vážnému zhoršení zdravotního stavu pacienta a zároveň se minimalizovalo riziko dlouhodobých následků. Akutní péči v různých oborech poskytují lůžkové zdravotnické zařízení na svých akutních odděleních a v centrech vysoce specializované péče (Česko, 2011, §5).

Neodkladná péče se definuje jako péče, která musí být poskytnuta bezprostředně, aby se předešlo závažnému poškození zdraví pacienta nebo ohrožení života pacienta. Tato forma péče je důležitá zejména v případech, kdy hrozí bezprostřední riziko smrti. Neodkladnou péči poskytuje především zdravotnická záchranná služba v terénu, nebo zdravotničtí pracovníci na urgentních příjmech ve zdravotnických zařízeních či v centrech vysoce specializované traumatologické péče (Česko, 2011, §5).

4 VÝZNAM URGENTNÍCH PŘIJMŮ A TŘÍDÍCÍ SYSTÉM

Urgentní příjmy jsou významnou součástí zdravotního systému České republiky, jejich hlavním úkolem je poskytovat rychlou a efektivní zdravotní péči pacientům v naléhavých situacích. Koncepce urgentních příjmů je v současnosti dána Věstníkem Ministerstva zdravotnictví (MZ) z roku 2020, je zde jasně definovaná jejich činnost a také organizační i personální podmínky. Dle zmíněného Věstníku MZ je urgentní příjem „*specializované pracoviště poskytovatele akutní lůžkové péče s nepřetržitým provozem, které zajišťuje příjem a poskytování intenzivní akutní lůžkové péče a specializované ambulantní péče pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví a pacientům v přímém ohrožení života*“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020, s. 152). Tato zařízení jsou tedy navržena tak, aby byla připravena na jakýkoliv druh zdravotní pohotovosti 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, ale nesuplují činnost oborových ambulancí.

Funkce urgentních příjmů zahrnují (Štín a Štourač, 2024, s. 38):

1. Zásahy nezbytné k záchraně života – urgentní příjmy poskytují okamžitou lékařskou péči pacientům se závažnými a akutními zdravotními problémy, jako jsou úrazy, infarkty, cévní mozkové příhody, náhle vzniklé bolesti nebo jiné kritické stavy.
2. Stabilizaci pacientů – prvním krokem urgentních příjmů je stabilizace zdravotního stavu pacienta, což zahrnuje základní životní funkce, jako je dýchání, srdeční činnost a krevní tlak.
3. Diagnostiku – urgentní příjmy jsou vybaveny moderními diagnostickými přístroji, které umožňují rychlé a přesné určení diagnózy. Po stanovení diagnózy následuje okamžitá léčba pacienta.
4. Léčbu – na urgentním příjmu se po stanovení diagnózy zahajuje léčba pacienta, nebo pokračuje v již zahájené léčbě, kterou zahájil praktický lékař (PL), ambulantní specialista nebo zdravotnická záchranná služba (ZZS).
5. Koordinaci další péče – pokud stav pacienta vyžaduje další léčbu nebo specializovanou péči, urgentní příjem koordinuje jeho předání do odpovídající péče, jako mohou být standardní oddělení zdravotnického zařízení, jednotky intenzivní péče, či ambulantní péče.
6. Transport – další funkcí UP je také transport pacientů ať už v rámci daného zdravotnického zařízení, tak mezi zdravotnickými zařízeními. V tomto případě úzce spolupracuje se zdravotnickou záchrannou službou.

Urgentní příjmy mají dlouhou historii, která se vyvíjela spolu s celkovým zdravotním systémem. V minulosti byla péče v naléhavých případech poskytována převážně v rámci běžných nemocnic,

kde nebyly specializované oddělení pro tuto urgentní péči. Postupem času, s rostoucí potřebou specializované a rychlé péče se začaly formovat samostatné oddělení urgentních příjmů (Šeblová a Knor, 2018, s. 16-17).

Určité změny v poskytování urgentní péče lze tedy sledovat od 19. a počátku 20. století, kdy byla urgentní péče, jak již bylo zmíněno, často poskytována ve všeobecných nemocnicích bez specializovaného vybavení nebo personálu. Pacienti s akutními stavy byli ošetřováni stejně jako běžní pacienti, což vedlo k dlouhým čekacím dobám a nedostatečné péči. Ve druhé polovině 20. století však došlo k významnému rozvoji specializovaných jednotek pro urgentní příjem, vybavených moderní technologií a vyškoleným personálem (Pokorný, 2004, s. 3-7). Tyto změny byly podpořeny pokroky v medicíně a rostoucím povědomím o potřebě rychlé a efektivní péče v naléhavých situacích. Dnes jsou urgentní příjmy vybaveny nejmodernější technologií a poskytují širokou škálu služeb. Personál je speciálně vyškolený pro práci v rychle se měnícím prostředí a je schopný zvládnout široké spektrum naléhavých zdravotních stavů.

V současné době hrají urgentní příjmy klíčovou roli v poskytování zdravotní péče v České republice. Jsou nezbytné pro zajištění rychlé a efektivní lékařské péče a slouží jako první linie obrany proti zdravotním krizím. Urgentní příjmy jsou strategicky rozmístěny po celé zemi tak, aby byly co nejdostupnější pro všechny obyvatele. To zahrnuje městské, tak i venkovské oblasti, kde je zajištěná rychlá dostupnost péče (Pokorný, 2004, s. 3-4). Tyto moderní urgentní příjmy jsou vybaveny pokročilými diagnostickými a terapeutickými nástroji, jako jsou CT skenery, ultrazvuky, laboratorní vybavení a lékařské přístroje pro resuscitaci. Personál urgentního příjmu tvoří lékaři, nelékařští zdravotničtí pracovníci případně i další zdravotničtí pracovníci se specializací pro urgentní medicínu.

Urgentní příjmy fungují jako centrální uzly, které koordinují péči mezi různými odděleními a specializacemi, což umožňuje efektivní a rychlé poskytování komplexní péče. Jsou také úzce propojeny s dalšími zdravotnickými službami, jako jsou zdravotnické záchranné služby, které zajišťují rychlý převoz pacientů. Jsou tak nezbytnou součástí zdravotnického systému, jejichž význam se projeví zejména v krizových situacích, kdy je potřeba rychlá a kvalifikovaná lékařská pomoc. Správné a efektivní fungování těchto oddělení je klíčové pro celkovou kvalitu a dostupnost zdravotní péče v České republice (Šín a Štourač, 2024, s. 38-39).

Zdravotničtí pracovníci se v recepci urgentního příjmu ptají na osobní anamnézu, alergie, užívání léků, současné potíže a poslední jídlo (Polák, 2023, s. 34).

4.1 Třídící systém na urgentním příjmu

Třídící systém neboli triáž je systém, který slouží k prioritizaci pacientů na urgentním příjmu na základě závažnosti jejich zdravotního stavu. Tento systém je klíčový pro efektivní řízení péče v situacích, kdy je počet pacientů vyšší než kapacita personálu a zařízení. Cílem triáže je zajistit, aby ti pacienti, kteří vyžadují okamžitou péči byli ošetřeni co nejrychleji, zatímco pacienti s méně závažnými stavy mohou čekat (Šín a Štourač, 2024, s. 34).

Triáž vznikla během válečných konfliktů, kdy bylo nutné rychle rozhodovat o tom, kterým zraněným vojákům poskytnout okamžitou péči. Postupně se tento systém adaptoval i pro civilní zdravotnictví, zejména v kontextu urgentní medicíny. Triáž vychází z hodnocení několika klíčových faktorů, včetně vitálních funkcí pacienta (dýchání, krevní oběh, vědomí), závažnosti příznaků a potencionálního rizika pro život pacienta. Na základě těchto kritérií jsou pacienti zařazeni do různých kategorií naléhavosti ošetření (Šín a Štourač, 2024, s. 34).

Samotná triáž na urgentních příjmech by měla být prováděna tzv. triéry, kterými jsou ve zdravotnických zařízeních obvykle všeobecné sestry. Tyto odbornice mají specifické vzdělání a pravidelně absolvují školení zaměřené na triážní postupy. Výzkumy ukazují, že triáž prováděná lékaři může zkrátit dobu pobytu pacientů na urgentních příjmech, zlepšit kvalitu a rychlost poskytované péče. Tím se také zvýší efektivita celkového systému zejména v obdobích s vysokou zátěží, kdy jsou čekárny urgentních příjmu přeplněné. Nicméně většina studií naznačuje, že optimální nákladová efektivita triáže je často spojena spíše s činnostmi zkušených a školených zdravotních sester než s lékaři. Tento trend odráží realitu, s níž se potýká i české zdravotnictví, které čelí nedostatku kvalifikovaného personálu. Existuje mnoho prací potvrzujících, že triáž vykonávaná zkušenou zdravotní sestrou je velmi efektivní. Na základě různých hodnocení se ukazuje, že kombinace zkušeností, osobních vlastností a pravidelného školení je klíčem k spolehlivosti triéra. Nové přístupy pak naznačují, že efektivním řešením by mohlo být zřízení triážního týmu složeného ze zkušených sester, lékařů a administrativního personálu. Tento tým by měl v každé směně zahrnovat jednu nebo dvě zkušené zdravotní sestry s potřebným vzděláním v oblasti triáže, přičemž jejich činnost by dozoroval vedoucí lékař na urgentním příjmu. Takový model by mohl přispět k optimalizaci procesů a zajištění kvalitnější péče o pacienty (Farrohknia et al., 2011).

V rámci triáže jsou pacienti na UP rozděleni do několika kategorií podle závažnosti jejich stavu. Každá kategorií má přidělený specifický časový rámec, ve kterém by měl být pacient ošetřen. V České republice je nejběžněji používán pětistupňový třídící systém, známý jako Emergency

Severity Index (ESI) či jiná jeho modifikace. Dalšími využívanými jsou obdobné systémy například Manchester Triage Scale (MTS) nebo Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS). V rámci jednotlivé naléhavosti každého třídícího systému je rovněž stanovena doporučená doba do kdy by měl pacient přijít do kontaktu s lékařem, a to od okamžitého ošetření až po stavy odkladné (Šeblová a Knor, 2018, s. 46).

4.1.1 Třídící systém ESI:

Samotný třídící systém ESI je pětistupňový třídící systém, který je ve velké míře využíván na odděleních urgentního příjmu v České republice k efektivnímu třídění pacientů podle závažnosti jejich stavu a potřebných zdrojů pro léčbu. ESI pomáhá nelékařskému zdravotnickému personálu rychle a efektivně určit prioritu ošetření všech pacientů, což napomáhá efektivnímu využití dostupných zdravotnických zdrojů a minimalizaci čekacích dob na UP.

Následující jsou obecné kategorie triáže v systému ESI (Mirhaghi et al.,2015, s.1-7):

1. ESI 1 (Emergentní stavy): Jedná se o pacienty v bezprostředním ohrožení života, vyžadující okamžitou lékařskou intervenci. Příklady spadající do této kategorie zahrnují srdeční zástavy, těžké trauma, anafylaktický šok.
2. ESI 2 (Velmi urgentní stavy): Pacienti s vážným, ale stabilním stavem, který by mohl rychle přejít do stavu ohrožujícího život. Vyžadují rychlou intervenci, obvykle do několika minut. Příklady zahrnují těžké dýchací obtíže, či akutní koronární syndrom.
3. ESI 3 (Urgentní stavy): Pacienti s potencionálně závažným stavem, který však není bezprostředně život ohrožující. Měli by být ošetřeni do 30 minut až jedné hodiny. Příklady zahrnují zlomeniny, mírné až střední bolesti břicha.
4. ESI 4 (Standardní stavy): Pacienti s méně závažnými stavy, kteří mohou čekat delší dobu bez výrazného rizika zhoršení stavu. Příklady zahrnují menší poranění, nebo například infekce horních dýchacích cest.
5. ESI 5 (Neurgentní stavy): Pacienti s minimálními problémy, které mohou být řešeny i mimo urgentní příjem, a to v rámci péče primární. Příklady zahrnují potřebu lékařské rady, předpisu léků na běžné zdravotní problémy.

4.1.2 Výhody a nevýhody třídícího systému

Mezi výhody třídícího systému patří (Polák, 2018, s. 15-30):

1. Efektivní alokace zdrojů: třídící systém umožňuje efektivní využití omezených zdrojů (lékaři, nelékařský zdravotnický personál, vybavení), zaměřením se na pacienty s největší potřebou péče.
2. Zkrácení čekacích dob pro kritické pacienty: tento systém dokáže zajistit, že pacienti v kritickém stavu jsou ošetřeni přednostně, což může významně zlepšit jejich prognózu.
3. Snížení stresu a chaosu na UP: Jasně definovaná struktura a kategorizace pacientů pomáhá snižovat stres a zmatek, což vede k lepší organizaci práce a zvýšení efektivity celého zdravotnického týmu.

Mezi nevýhody třídícího systému patří (Polák, 2018, s. 15-30):

1. Možnosti pochybení v třídění: triáž je založená na rychlém hodnocení stavu pacienta, což může vést k chybám, pokud nejsou symptomy jednoznačné nebo pokud dojde k podcenění závažnosti stavu pacienta.
2. Časová náročnost: proces třídění sám o sobě vyžaduje čas, který by mohl být využit k přímé péči o pacienty, zejména v době vysokého počtu příjmů.
3. Potencionální frustrace pacientů: Pacienti s méně naléhavými stavy mohou pociťovat frustraci a nespokojenost kvůli delším čekacím dobám, což může vést k negativním zkušenostem s poskytovanou péčí.

Třídění pacientů se osvědčilo jako efektivní způsob hodnocení zdravotního stavu s ohledem na naléhavost vyšetření. Každý člověk, který přichází na pohotovost, považuje jeho stav za vážný a očekává okamžité a komplexní vyšetření. Někdy je pro ně těžké akceptovat, že někdo jiný čeká před nimi, nebo že pacient, který přišel po nich, může být ve vážnějším stavu a bude vyšetřen mimo pořadí. Třídění není nástrojem, který by měl lidi přesvědčovat, ale naopak jde o metodiku, která pomáhá zdravotníkům při rozhodování. Přibližně 15–20 % pacientů, kteří navštíví pohotovost, zůstává hospitalizováno. Z pacientů, kteří jsou odesláni domů, více než polovina by mohla vyřešit zdravotní problém u praktického lékaře. Třídění je tedy klíčové i pro rozlišení podobných stavů – zkušená sestra dokáže rozlišit například krvácení do kůže od nezávažného exantému. Nicméně, výkon třídící sestry často čelí nespokojenosti čekajících pacientů. Funkční třídící systém na urgentním příjmu je základem pro efektivitu pracoviště. I přes obtíže a psychickou zátěž, které s sebou třídění pacientů přináší, existuje řada výhod, díky nimž bude třídění i nadále pokračovat (Brenner, 2015, s. 8-11).

4.2 Technologické inovace

V budoucnosti by i na urgentních příjmech mohla pomoci moderní technologie (např. telemedicína, chatboti, elektronické konzultace). Mnohé zdravotnické systémy zavedly technologie, které pacientům poskytují rychlé odpovědi na neurgentní otázky a usnadňují vyhledávání zdravotní péče. Technologické inovace v oblasti urgentní medicíny, jako jsou digitální nástroje pro třídění pacientů, telemedicína nebo elektronická zdravotní dokumentace, mohou významně ovlivnit efektivitu urgentních příjmů a přispět ke snížení jejich přetížení. O těchto inovacích se píše například v souvislosti se zaváděním tzv. "teletriáže", kdy je pacientův stav posouzen na dálku, což může urychlit péči na urgentních příjmech. Technologie také umožňují lepší monitorování pacientů a optimalizaci zdrojů. Inovace jako nositelné technologie (např. chytré hodinky monitorující zdravotní stav) nebo aplikace, které mohou pacienty nasměrovat na vhodnou péči, jsou dalším trendem, který může pomoci v prevenci nadměrného využívání urgentních příjmů pro život neohrožující stavy (Ellerbeck, 2023).

Pilotní studie zaměřená na teletriáž, tedy neplánované telemedicínské konzultace, proběhla v nemocnici Hospital Italiano de Buenos Aires a přinesla očekávané výsledky. Cílem studie bylo zjistit, jak teletriáž ovlivňuje počet návštěv na urgentním příjmu, bezpečnost této služby a spokojenost pacientů. Studie zahrnovala 276 telemedicínských konzultací u 241 pacientů, z nichž 68 % byly ženy a průměrný věk pacientů byl 50 let. Pouze čtyři pacienti (1,44 %) byli odesláni na fyzické vyšetření. Po sedmi dnech bylo zjištěno, že 18 % pacientů se vrátilo na ED na opětovnou konzultaci, přičemž míra neplánovaných hospitalizací byla méně než 1 %. Většina konzultací (70 %) se týkala klinických problémů, zbytek administrativních záležitostí, jako jsou lékařské předpisy nebo výsledky testů. Spokojenost pacientů s touto službou dosáhla 72,73 %, přičemž 66 % pacientů uvedlo, že bez této služby by šli na fyzickou konzultaci. Z výsledků studie vyplynulo, že teletriáž je efektivní a bezpečný způsob, jak snížit počet zbytečných návštěv na urgentním příjmu, což napomáhá ke snížení přetížení zdravotnických zařízení (Andrés et al., 2020, s. 776-780).

5 PROBLEMATIKA NEEFEKTIVNÍHO VYUŽÍVÁNÍ URGENTNÍCH PŘÍJMŮ

Urgentní příjmy jsou navrženy tak, aby poskytovaly rychlou a efektivní lékařskou péči pacientům s akutními a život ohrožujícími stavy. V posledních letech však stále častěji dochází k neefektivnímu využívání těchto služeb pacienty, kteří zde hledají ošetření pro problémy, které nejsou život ohrožující a mohly by být efektivněji řešeny v rámci péče primární. Tento trend má významné dopady na celý zdravotní systém, včetně přetížení kapacit UP, prodloužení čekacích dob a zvýšení nákladů na poskytování zdravotní péče.

5.1 Případy řešené na urgentních příjmech

Lze říct, že se na urgentních příjmech můžeme setkat s různými typy zdravotních obtíží. Mezi ty, které je bezpodmínečně nutné řešit jsou (Bailey et al., 2011, s. 1371-1377; Polák, 2023, s. 18-21):

- Akutní poranění: zlomeniny, řezné rány, vykloubení a jiné úrazy jsou běžné na urgentních příjmech. Tyto případy vyžadují rychlé ošetření, aby se předešlo dalším komplikacím.
- Srdeční problémy: pacienti s příznaky srdečního infarktu, anginy pectoris nebo srdečního selhání jsou často přiváženi na urgentní příjmy. Rychlá diagnostika a léčba jsou klíčové pro záchranu života.
- Respirační problémy: astmatické záchvaty, pneumonie, dušnost a další respirační potíže jsou častými důvody návštěvy UP. Tyto stavy mohou být život ohrožující a vyžadují okamžitou péči.
- Břišní bolesti: pacienti s akutní bolestí břicha, která může být způsobena různými příčinami, včetně apendicitidy, cholecystitidy nebo střevní obstrukce, jsou běžnými návštěvníky UP.
- Neurologické problémy: cévní mozkové příhody, epileptické záchvaty a akutní neurologické stavy jsou dalšími běžnými důvody návštěvy UP.
- Infekční onemocnění: horečky, infekce močových cest, gastroenteritidy a další infekční onemocnění jsou častými případy, které vyžadují urgentní ošetření.

Polák ve své publikaci uvádí, že v České republice jsou na urgentních příjmech nejčastěji řešeny následující zdravotní obtíže netraumatického charakteru: „*alergie, astma, bodnutí hmyzem, bolest a otok končetin, bolest břicha, bolest v krku, bolesti hlavy, bolesti na hrudi, bolesti zad, celková indispozice, dušnost, intoxikace v suicidálním úmyslu nebo jiné otravy, kašel kolapsové stavy,*

palpitace, krvácení do GIT, křeče, močové obtíže, náhlé pády, opilost a užívání návykových látek, palpitate, průjem a zvracení, psychiatrické poruchy, vyrážka“ (2023, s.19).

5.2 Přetížení urgentních příjmů

Jedním z nezávažnějších problémů současného systému urgentní péče v České Republice je přetížení urgentních příjmů. Tento problém je způsoben vysokým počtem pacientů, kteří vyhledávají péči na UP s neakutními zdravotními stavy, což vede k několika negativním důsledkům.

Mezi hlavní příčiny přetížení UP patří (Rennét a Šeblová, 2022, s. 7-10; Klein et al., 2021, s. 2-7, 10-12):

- Nedostatečná dostupnost praktických lékařů mimo běžnou pracovní dobu: Mnoho pacientů se obrací na UP ve večerních hodinách nebo o víkendech, kdy jsou ordinace praktických lékařů zavřené. Tato situace vede k tomu, že pacienti s méně závažnými stavy využívají UP jako jedinou dostupnou možnost lékařské péče.
- Nízká zdravotní gramotnost pacientů: Pacienti přicházející na UP často nevědí, že jejich zdravotní problém může být řešen mimo UP, například návštěvou praktického lékaře nebo konzultací s lékařem po telefonu.
- Vnímaná rychlost a kvalita péče na UP: Někteří pacienti vnímají UP jako místo, kde dostanou rychlou a kvalitní péči, aniž by museli dlouho čekat na termín u svého praktického lékaře. Tento trend může být podporován i zkušenostmi, kdy na UP dochází k rychlému ošetření a diagnostice.
- Sociální a ekonomické faktory: Pro některé pacienty může být návštěva UP finančně výhodnější než placené konzultace u specialistů nebo praktických lékařů mimo ordinální hodiny. Tento faktor může hrát významnou roli v rozhodování pacientů, zejména pokud jde o rychlý přístup k péči bez nutnosti finančních výdajů či využití většího spektra vyšetřovacích metod. Místo toho, aby vyhledali péči u svého praktického lékaře, raději se obracejí na urgentní příjmy, kde očekávají rychlejší a levnější přístup k lékařské pomoci. Tento trend může mít vážné důsledky nejen pro pacienty, kteří takto ztrácejí kontinuitu péče, ale i pro celkovou efektivitu poskytování zdravotních služeb v České republice.

5.2.1 Dopady přetížení urgentních příjmů

Přetížení UP má řadu negativních dopadů na zdravotní systém i na samotné pacienty. Mezi hlavní důsledky patří (Chen et al., 2020, s. 774-779; Hoot a Aronsky, 2008, s. 131-135; Morley et al, 2018, s. 9-14):

- Snížená kvalita péče akutních pacientů: Když jsou UP přetížené pacienty s život neohrožujícími stavy, může to vést k nedostatečné péči o ty, kteří skutečně potřebují okamžitou lékařskou intervenci. Přetížení může zvyšovat riziko komplikací a úmrtí u pacientů s vážnými zdravotními stavy, kteří nejsou ošetřeni včas.
- Prodloužení čekacích dob: Vyšší počet pacientů na UP prodlužuje čekací doby, což může mít závažné dopady na zdravotní stav pacientů, kteří potřebují rychlou pomoc. Dlouhé čekání může vést k zhoršení zdravotního stavu, zvýšenému stresu a úzkosti u čekajících pacientů.
- Zvýšení nákladů na zdravotní péči: Ošetřování pacientů s život neohrožujícími stavy na UP je finančně nákladnější než jejich běžné ošetření na úrovni primární péče. Provoz UP zahrnuje vyšší náklady na specializované vybavení, provozní náklady, personál a pohotovostní služby, což vede k celkovému zvýšení nákladů na zdravotní péči.

Neefektivní využívání urgentních příjmů má jasné negativní dopady, které vedou k nárůstu nákladů na zdravotní péči a ekonomickou zátěž pro celý zdravotní systém České republiky. Řešení tohoto problému vyžaduje komplexní přístup.

5.3 Systémy ke kvantifikaci přeplněnosti urgentních příjmů

K měření samotné přeplněnosti urgentních příjmů byly vyvinuty různé skórovací systémy. Jedná se například o systém National Emergency Department Overcrowding Scale (NEDOCS) a systém Emergency Department Work Index (EDWIN) (Polák, 2023, s. 36-39).

5.3.1 Systém NEDOCS – National Emergency Department Overcrowding Scale

Systém NEDOCS je nástroj používaný k posouzení úrovně přeplněnosti urgentních příjmů na základě klíčových ukazatelů, jako je počet pacientů v čekárně, pacientů čekajících na hospitalizaci a průměrná doba čekání jednotlivých pacientů. Lze říct, že tento systém hodnotí různé faktory, které přispívají k přeplněnosti a poskytuje objektivní měřítko, které může být použito pro zlepšení řízení a organizace péče. Následně vygenerované skóre odráží právě míru přeplněnosti UP (Polák, 2023, s. 36; Ilhan et al., 2020, s. 1-5).

5.3.2 Systém EDWIN – Emergency Department Work Index

Vedle prvního uvedenému systému se využívá také systém EDWIN, který monitoruje přeplněnost UP na základě ukazatelů jako je doba čekání a kapacity zařízení jak lůžkové, tak personální. Systém tak dokáže poskytnout objektivní data, které mohou pomoci optimalizovat alokaci zdrojů a řízení péče na UP (Polák, 2023, s. 37).

I když je NEDOCS a EDWIN široce používán v zahraničí pro zlepšení efektivity péče na UP, v České republice není tento systém zatím běžně zaveden. Je možné oba tyto systémy v ČR aplikovat a následně výsledné parametry využít ke zlepšení efektivity a kvality péče na urgentních příjmech, a tím i snížit míru jejich přeplněnosti. Je však nezbytné upravit tyto systémy tak, aby vyhovovali specifickým podmínkám českého zdravotnického systému, včetně dostupnosti zdrojů a struktury urgentních příjmů v ČR.

5.4 Zdravotní gramotnost jako prevence proti přetížení urgentních příjmů

Zdravotní gramotnost je definována jako schopnost jednotlivce získávat, porozumět a využívat informace týkající se zdraví. Studie ukazují, že snížená úroveň zdravotní gramotnosti může zvyšovat náklady na zdravotní péči, neboť lidé s nedostatečnými znalostmi často vyhledávají urgentní péči pro problémy, které by mohly být řešeny jinde. Podle Světové zdravotnické organizace je tedy zdravotní gramotnost klíčovou determinantou zdravotního stavu a spotřeby zdravotní péče (Kickbusch et al., 2013).

Zájem o toto téma se v České republice začal intenzivně rozvíjet na počátku 21. století. Zdravotní gramotnost společnosti představuje rozhodující faktor pro zlepšení zdraví populace. Správná úroveň zdravotní gramotnosti umožňuje lidem činit informované rozhodnutí o svém zdraví. Dále se uvádí, že zdravotní gramotnost je účinným konceptem, který přispívá k rozvoji znalostí a dovedností potřebných k orientaci v komplexním systému zdravotní a sociální péče. Tímto způsobem lidé získávají nástroje, které jim umožňují efektivně se postarat o své zdraví a zdraví svých blízkých. V důsledku těchto zjištění je zřejmé, že investice do vzdělávacích programů zaměřených na zvýšení zdravotní gramotnosti mohou přinést významné dlouhodobé přínosy pro celou společnost, včetně snížení nákladů na zdravotní péči a zlepšení kvality života jednotlivců (Kučera et al., 2023, s. 84-92).

Zdravotní gramotnost je klíčovým faktorem pro zlepšení zdravotního chování jednotlivců a komunit. Zahrnuje schopnost porozumět informacím o zdraví a efektivně je aplikovat ve vlastním životě. Zdravě gramotní jedinci jsou schopni lépe posoudit, kdy je nutné vyhledat

zdravotní péči a tím mohou přispět ke snížení zátěže na urgentních příjmech. Lze říct, že úroveň zdravotní gramotnosti může výrazně ovlivnit rozhodování jednotlivců o vyhledání zdravotní péče. Pacienti s dobrou zdravotní gramotností jsou schopni rozpoznat příznaky nemocí, které nevyžadují okamžitou pomoc, a místo toho využívají primární péči nebo jiné preventivní služby. To vede k tomu, že urgentní příjmy nejsou zahlcovány případy, které by mohly být efektivněji řešeny v rámci běžné zdravotní péče. Zdravotní gramotnost také zahrnuje znalosti o prevenci nemocí a zdravém životním stylu. Informovaní lidé jsou více nakloněni dodržovat zdravé návyky, což může vést ke snížení incidence chronických onemocnění a akutních stavů, které často končí na urgentních příjmech. Investice do vzdělávání a zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva se tak ukazuje jako efektivní strategie pro zmírnění tlaku na zdravotnické systémy a zlepšení celkové kvality péče (Bennet et al., 2019, s.1078-1084).

Podle studie zveřejněné v časopise Health Affairs je pro zlepšení zdravotní gramotnosti klíčové zaměřit se na vzdělávací programy, které poskytují jasné a srozumitelné informace o zdraví a dostupných zdravotních službách. Tyto programy mohou zahrnovat školení pro pacienty, informační kampaně a spolupráci se zdravotnickými pracovníky na lokální úrovni (Bennett et al., 2019).

5.4.1 Úroveň zdravotní gramotnosti v České republice

Studie z roku 2015, realizována Státním zdravotním ústavem v rámci mezinárodního projektu Health Literacy Surveys – European Union, zjistila, že téměř 60 % české dospělé populace vykazuje neadekvátní nebo problematickou úroveň zdravotní gramotnosti. Tento alarmující údaj je podložen daty, která naznačují, že Česká republika se v porovnání s dalšími osmi zkoumanými zeměmi umístila na předposledním místě, přičemž za ní se nachází pouze Bulharsko. Zajímavým faktem je, že nejpříznivější výsledky se týkají oblasti gramotnosti ve zdravotní péči. Tato oblast se zaměřuje na schopnost orientace v systému zdravotnictví a dostupnosti zdravotních služeb. Do kategorie snížené gramotnosti patří méně než polovina respondentů, konkrétně 49,5 % populace (Státní zdravotní ústav, 2013).

Na tyto výsledky navázalo další šetření z roku 2020, které proběhlo v rámci mezinárodního projektu. Tato studie zjistila, že došlo k mírnému zlepšení zdravotní gramotnosti české populace – celkově 47 % respondentů stále vykazovalo problematickou nebo neadekvátní zdravotní gramotnost, což představuje pozitivní trend oproti roku 2015. Nejvýraznější zlepšení bylo zaznamenáno v oblasti schopnosti získávat a porozumět informacím o zdraví, zatímco v oblasti

orientace ve zdravotním systému zůstaly výsledky relativně stabilní (Národní zdravotnický informační systém, 2020).

Tyto údaje poukazují na naléhavou potřebu posílení vzdělávacích iniciativ zaměřených na zlepšení zdravotní gramotnosti, které by mohly přispět ke zlepšení celkové úrovně zdraví a pohody obyvatel (Národní zdravotnický informační systém, 2020).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část práce se zabývá podrobnou analýzou využívání urgentních příjmů a faktory, které ovlivňují rozhodování pacientů při hledání zdravotní péče. Cílem této části je představit metodologii výzkumu, popsat charakteristiky konkrétního urgentního příjmu, který byl do výzkumu vybrán a na základě zpracovaných dat provést analýzu hlavních zjištění. Součástí této části práce je také diskuze výsledků, jejich zasazení do širšího kontextu a formulace možných praktických návrhů pro zlepšení fungování urgentních příjmů v České republice. Výzkum se zaměřuje na komplexní pochopení situace urgentních příjmů a identifikaci klíčových aspektů, které ovlivňují jejich efektivitu a dostupnost. Klade si za cíl poskytnout odpovědi na otázky související s charakteristikami pacientů, jejich zdravotním stavem a naléhavostí příchodu a také s možnostmi směřování některých pacientů k jiným formám péče. Tímto výzkum reaguje na potřebu optimalizace využívání urgentních příjmů v České republice a hledat způsoby, jak efektivně alokovat zdravotnické zdroje. Pro dosažení stanovených cílů byla použita metoda dotazníkového šetření. Dotazník byl navržen tak, aby umožnil sběr dat o demografických a sociálních charakteristikách pacientů, časovém odstupu mezi začátkem obtíží a příchodem na urgentní příjem a také o hodnocení obtíží lékaři z hlediska jejich naléhavosti a možnosti řešení praktickým lékařem. Dotazníkové šetření probíhalo přímo na vybraném urgentním příjmu, což umožnilo získat data přímo od pacientů a zdravotnického personálu a tím zajistit vysokou míru relevance a přesnosti zjištění.

Hlavním cílem této výzkumné části je nejen analyzovat aktuální situaci na urgentním příjmu, ale také formulovat doporučení, které by mohla přispět k efektivnějšímu fungování urgentních příjmů na celonárodní úrovni. Výzkumné otázky, které byly formulovány na základě cíle práce, se zaměřují na tři klíčové oblasti: demografické a sociální charakteristiky pacientů, časový odstup obtíží od příchodu na urgentní příjem a hodnocení obtíží lékaři z hlediska jejich řešitelnosti praktickým lékařem. Tato témata reflektují snahu porozumět nejen aktuálnímu stavu, ale také hledat cesty ke zlepšení a optimalizaci péče v oblasti urgentní medicíny v České republice.

6 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

6.1 Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě cíle práce byly formulovány následující výzkumné otázky a hypotézy:

1. Jaké jsou základní demografické a sociální charakteristiky pacientů, kteří navštívili urgentní příjem?
2. Jak často lékaři považují obtíže pacientů za řešitelné praktickým lékařem?

Hypotéza 1

Pacienti, kteří mají obtíže vzniklé dříve než v den návštěvy urgentního příjmu, jsou statisticky více často hodnoceni lékařem, jako řešitelné cestou praktického lékaře.

Hypotéza 2

Osoby s nižším vzděláním častěji využívají urgentní příjem pro méně závažné obtíže než osoby s vyšším vzděláním.

Hypotéza 3

Muži častěji než ženy přicházejí na urgentní příjem s obtížemi, které jsou lékařem vyhodnoceny jako méně závažné a mohly by být řešeny PL.

Hypotéza 4

Pacienti navštěvující urgentní příjem, častěji přicházejí s obtížemi, které přetrvávají delší dobu než s obtížemi, které vznikly náhle v den návštěvy.

6.2 Design výzkumu

Výzkumná část práce je navržena jako kvantitativní průřezové šetření. Tento výzkumný design umožňuje shromáždit široké spektrum dat, které mohou sloužit jako podklad pro hlubší analýzu a formulaci praktických doporučení. Inspirací pro strukturu této výzkumné části byla metodologie použitá ve francouzské národní studii zaměřené na zkoumání faktorů vedoucích k nevhodnému využívání urgentních příjmů (Naouri et al., 2019). Tento přístup byl přizpůsoben specifikům místních podmínek s cílem zajistit co nejvyšší relevanci a přenositelnost výsledků do českého zdravotnického systému i přes limitaci, že sběr dat omezil jen na jeden vybraný urgentní příjem. Podobně jako ve zmíněné francouzské studii je i zde kladen důraz na systematické shromažďování dat týkajících se návštěvnosti urgentního příjmu, demografických a sociálních charakteristik

pacientů, důvodů jejich příchodu a hodnocení závažnosti jejich zdravotního stavu. Studie je navržena tak, aby odpovídala na klíčové otázky týkající se přístupu pacientů k urgentní péči a jejich provozních aspektů. Pro shromáždění dat jsou využívány dotazníky vlastní tvorby vycházející se studie Naouri et al. (2019), které byly vytvořeny s ohledem na potřebu získat konkrétní a měřitelné údaje. Dotazníky zahrnují otázky na věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání, místo bydliště a časový odstup mezi nástupem obtíží a příchodem na urgentní příjem. Dále se zaměřují na povahu zdravotních potíží a jejich hodnocení lékaři z hlediska vhodnosti řešení na urgentním příjmu nebo v rámci péče praktického lékaře.

Pro zhodnocení adekvátnosti využití UP studie zahrnuje také názory a zkušenosti lékařů pracujících na urgentním příjmu. Lékaři hodnotí naléhavost jednotlivých případů a poskytují zpětnou vazbu ohledně adekvátnosti využívání urgentní péče. Tím se do výzkumu zapojuje odborný pohled na efektivitu fungování urgentních příjmů a možnosti optimalizace péče.

Výzkumný design kombinuje kvantitativní analýzu s důrazem na praktickou aplikovatelnost zjištění. Inspirace zahraničním výzkumem přináší do studie systematickosti a ověřené metody, zatímco úpravy přizpůsobené českým podmínkám umožňují vytvořit metodiku, která zohledňuje místní specifika. Tento přístup by měl vést k výsledkům, které budou nejen relevantní pro akademickou sféru, ale také prakticky využitelné pro zlepšení organizace a efektivity urgentní péče ve vybraném zdravotnickém zařízení s možným přenosem do systému ČR při rozšíření výzkumného souboru.

6.3 Charakteristika vzorku respondentů

Výzkumné šetření bylo provedeno na vzorku pacientů, kteří navštívili oddělení urgentního příjmu ve vybraném zdravotnickém zařízení v průběhu tří předem náhodně vybraných dnů v měsíci listopadu 2024. Cílem tohoto přístupu bylo zajistit co nejvíce reprezentativní soubor dat, s limitovanými zdroji který umožní zohlednit různé typy zdravotních stavů, důvody návštěv a postupy poskytované péče. Díky tomu bylo možné získat komplexnější obraz o práci oddělení urgentního příjmu a o kvalitě péče poskytované pacientům v různých situacích. Pro hodnocení jednotlivých návštěv byli jako respondenti vybráni lékaři, kteří na dané oddělení pracují. Tito odborníci hodnotili specifické aspekty péče a průběhu návštěvy urgentního příjmu, což umožňuje získat kvalitní a odborné zhodnocení procesu poskytování zdravotní péče na během vybraných dní sběru dat.

6.4 Metodika sběru dat

Data pro kvantitativní část výzkumu byla sbírána prostřednictvím strukturovaného dotazníku, který byl distribuován zdravotnickému personálu působícímu ve vybraném zdravotnickém zařízení na oddělení urgentního příjmu. Dny určené pro sběr dat byly vybrány náhodně za pomoci generátoru náhodných čísel na platformě ITnetwork.cz (ITnetwork, 2024). Tento nástroj v oblasti generování náhodných čísel v předem definovaném rozsahu, což zajišťuje objektivitu výběru. Strukturovaný dotazník byl koncipován tak, aby obsahoval dvě oddělené části, které se zaměřovaly na různé aspekty výzkumu. První část dotazníku byla určena k vyplnění zdravotnickým personálem a měla za úkol zachytit základní sociodemografické údaje pacientů. Tyto údaje zahrnovaly pohlaví, věk, druh zdravotního pojištění, typ bydliště a informaci o existenci praktického lékaře. Tato data poskytují důležitý kontext pro analýzu pacientů, kteří naléhavě navštěvují, a nabízejí zhodnocení, jaké skupiny obyvatel využívají tento typ zdravotní péče. Jednalo se o základní data obsažená ve zdravotnické dokumentaci.

Druhá část dotazníku byla zaměřena na hodnocení vyšetření pacientů z pohledu lékařů, kteří je ošetřili. Tato část se soustředila na několik klíčových oblastí. Lékaři hodnotili například správnost využití urgentního příjmu daným pacientem, a to na škále od 1 do 10, kde vyšší hodnoty indikují adekvátnost návštěvy. Dále zkoumali, zda by daný zdravotní problém mohl být vyřešen praktickým lékařem buď ve stejný den, nebo den následující. Mezi další hodnocené faktory patřila potřeba využití diagnostických metod, jako jsou laboratorní testy nebo zobrazovací metody, a závěrečný výsledek návštěvy, tedy zda byl pacient propuštěn domů nebo hospitalizován.

Tento dvoufázový přístup ke sběru dat umožňuje získat ucelený obraz o jednotlivých návštěvách ve vybraných dnech na UP. Zároveň poskytuje podklady pro zhodnocení, zda jsou stávající procesy nastaveny optimálně a odpovídají potřebám pacientů i zdravotnického personálu.

6.4.1 Strukturovaný dotazník

Účelem vytvořeného dotazníku je sběr dat o jednotlivých návštěvách urgentního příjmu a zároveň zhodnotit okolnosti, které ovlivnily rozhodnutí pacienta využít tento typ zdravotní péče. Formulář je rozdělen do několika kategorií, které sbírají údaje o demografických, sociálních a zdravotních aspektech pacienta (viz. Příloha A).

Popis jednotlivých částí dotazníku

1. Pohlaví

Dotazník zjišťuje, zda se jedná o muže nebo ženu. Tento údaj umožňuje analyzovat rozdíly v chování mezi pohlavími při využívání urgentního příjmu.

2. Věk

Kategorie věku není detailně rozvedena, ale umožňuje zaznamenat věkové skupiny, které nejčastěji využívají urgentní příjem. Například věk může být rozdělen podle kategorií (např. dospělí, senioři, děti).

3. Bydliště

Tato sekce zjišťuje, zda pacient pochází z domova, instituce (např. domovy důchodců, domy s pečovatelskou službou) nebo zda je bezdomovec. Tento údaj je důležitý pro analýzu vlivu sociálního zázemí na přístup k urgentní péči.

4. Pojištění

Kategorie rozlišuje, zda má pacient veřejné zdravotní pojištění, soukromé pojištění nebo zda je nepojištěný. Tento faktor má přímý vliv na dostupnost zdravotní péče a na důvody, proč pacient vyhledává urgentní příjem.

5. Pracovní status

Dotazník zaznamenává, zda je pacient zaměstnaný, nezaměstnaný, nebo patří do kategorie důchodců či studentů. Tento údaj poskytuje informace o socioekonomickém postavení pacienta, které může ovlivnit jeho rozhodnutí vyhledat urgentní péči.

6. Vzdělání

Úroveň vzdělání pacienta je rozdělena na základní a střední a vyšší odborné nebo vysokoškolské. Tento faktor zkoumá vliv zdravotní gramotnosti na volbu zdravotní péče.

7. Praktický lékař

Dotazník zjišťuje, zda má pacient svého praktického lékaře (ANO/NE). Absence praktického lékaře může být jedním z důvodů, proč pacient volí urgentní příjem.

8. **Vznik obtíží**

Tato sekce sleduje, zda obtíže vznikly v den návštěvy urgentního příjmu nebo několik dní před návštěvou. Tento faktor ukazuje, zda pacient vyhledal urgentní příjem okamžitě, nebo zda se jeho rozhodnutí opozdilo.

9. **Typ poskytnuté péče**

Zaznamenává, jaké vyšetření pacient absolvoval (např. krevní testy, zobrazovací metody). Tato data poskytují přehled o tom, zda bylo poskytnuté ošetření komplexní nebo základní.

10. **Vstupní priorita**

Dotazník umožňuje zaznamenat prioritu pacienta na škále od 1 do 5, což odráží závažnost stavu při příjmu. Vyšší číslo naznačuje nižší prioritu a potenciální možnost řešení mimo urgentní příjem.

11. **Byl pacient po ošetření propuštěn?**

Zjišťuje, zda byl pacient **po ošetření propuštěn domů**, nebo zda bylo nutné pokračovat v hospitalizaci. Tento údaj naznačuje, zda byla návštěva urgentního příjmu skutečně nezbytná.

12. **Hodnocení správnosti využití urgentního příjmu**

Pacient nebo lékař hodnotí na škále od 0 do 10, nakolik byla návštěva urgentního příjmu oprávněná. Nižší hodnota naznačuje nadbytečnost, zatímco vyšší hodnota potvrzuje akutní stav.

13. **Možnost řešení u praktického lékaře**

Dotazník se ptá, zda mohl být pacientův stav řešen praktickým lékařem (**ANO/NE**). Tento údaj je klíčový pro posouzení zbytečnosti návštěvy urgentního příjmu.

Takto strukturovaný dotazník umožňuje identifikovat sociální, ekonomické a zdravotní podmínky, které ovlivňují rozhodnutí pacientů, a poskytuje podklady pro návrh opatření k efektivnějšímu využívání zdravotnických služeb.

6.5 Časová osa sběru dat

Sběr dat probíhal ve třech hlavních fázích. Nejprve byla v průběhu roku 2024 vytvořena souhrnná statistika návštěvnosti vybraného urgentního příjmu za rok 2023. tyto data byla poskytnuta samotným vybraným zdravotnickým zařízením a sloužila jako podpůrný zdroj při plánování a interpretaci výsledků kvantitativní části výzkumu.

Následně byla realizována fáze sběru kvantitativních dat, která probíhala ve třech náhodně vybraných dnech – 12. listopadu, 14. listopadu a 20. listopadu 2024. Sběr dat probíhal nepřetržitě po dobu 24 hodin v každém z těchto dnů od 7 hodiny ranní. Tento postup umožnilo zachytit různé typy pacientů, kteří využili urgentní příjem v různých částech dne a noci. Po dokončení sběru všech dat proběhla fáze analýzy. Tato fáze zahrnovala statistické zpracování a interpretaci výsledků a trvala přibližně 2 měsíce. Výstupy analýzy byly následně použity v rámci diskuzní části této práce a také k formulaci doporučení pro praxi.

6.6 Metodika analýzy dat

Kvantitativní data byla analyzována pomocí deskriptivní statistiky, která poskytla přehled o základních charakteristikách zkoumaného vzorku. Tato analýza zahrnovala výpočet četností, relativních četností a dalších základních statistických ukazatelů pro kategorizaci respondentů podle relevantních faktorů, jako jsou pohlaví, vzdělání a registrace u praktického lékaře, ale také byly vyhodnoceny subjektivní i objektivní hodnocení lékařů.

Kromě deskriptivní analýzy byla data podrobena statistickému testování, které umožnilo ověření hypotéz a identifikaci statisticky významných rozdílů mezi jednotlivými skupinami pacientů. Testování hypotéz bylo provedeno pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti, který byl použit k určení vztahů mezi kategoriálními proměnnými, pro detailnější zkoumání rozdílů. Tento test byl zvolen jako hlavní metoda pro ověření stanovených hypotéz, jelikož umožňuje identifikaci statistických souvislostí mezi kategoriálními proměnnými.

Data byla zpracována v softwarových nástrojích Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel, které byly využity nejen pro základní statistické výpočty, ale také pro organizaci dat, strukturování výsledků a jejich následnou interpretaci. Tento systematický přístup ke zpracování a analýze dat poskytl pevný základ pro interpretaci výsledků a jejich využití při návrhu doporučení pro optimalizaci urgentní péče.

7 POPIS VYBRANÉHO URGENTNÍHO PŘÍJMU

Pro účely tohoto výzkumu bylo zvoleno oddělení urgentního příjmu pro dospělé vybraného zdravotnického zařízení.¹ Zdravotnické zařízení má jeden z nejvytíženějších urgentních příjmů v České republice a hraje klíčovou roli v poskytování neodkladné zdravotní péče. Oddělení ošetřuje široké spektrum pacientů s různými zdravotními problémy, od akutních traumat až po chronické stavy vyžadující urgentní intervenci zdravotnickým personálem. Oddělení funguje na principu nepřetržitého provozu, což znamená, že poskytuje zdravotní péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, včetně svátků a víkendů. Tento režim je nezbytný pro zajištění dostupnosti péče v každou denní či noční hodinu, což odpovídá potřebám obyvatelstva ve velkém městě s hustou populací. V tomto zařízení mohou být přijímáni jak pacienti s vážnými akutními stavy, kteří vyžadují vyšetření okamžitou intervencí, tak i ti, kteří potřebují bez ohledu na závažnost jejich zdravotního stavu.

7.1 Struktura a vybavení

Vybraný urgentní příjem je koncipován jako multifunkční prostor, kde se veškerá zdravotní péče soustřeďuje na jedno místo. Z pohledu pacienta, je prvním kontaktním místem recepce urgentního příjmu, kde zkušený zdravotnický personál posoudí stav pacienta a přiřadí mu odpovídající prioritu ošetření. Tímto způsobem je zde zajištěná rychlá a efektivní reakce na zdravotní obtíže jednotlivých pacientů.

V současné době tento urgentní příjem disponuje 28 lůžky, z nichž 17 monitorovaných lůžek je určeno přímo pro urgentní péči o pacienty, 1 lůžko v rámci crash room a zbylých 10 lůžek slouží pro akutní ambulantní ošetření. Toto oddělení disponuje akutní ambulancí traumatologickou, neurologickou, chirurgickou a interní, přičemž v nočních hodinách je pak místo neurologické ambulance k dispozici ambulance urologická. Toto rozdělení akutních ambulancí umožňuje pokrytí širokého spektra zdravotních potřeb pacientů a umožňuje jejich efektivní třídění. Další součástí tohoto oddělení je lékařská služba první pomoci (LSPP), opět se jedná o bezprahové pracoviště fungující mimo běžnou pracovní dobu. Ve všední dny zajišťují provoz od 19 hodiny do 6,30 hodin ranních a o víkendech či svátcích nepřetržitě.

¹ Z důvodu zachování anonymity zdravotnického zařízení nejsou uváděny zdroje informací v této kapitole. Informace byly získány z interního dokumentu zdravotnického zařízení.

Vybrané oddělení UP je vybaveno vysoce specializovaným vybavením jako jsou POCT analyzátory pro rychlou diagnostiku, což umožňuje okamžité výsledky základních krevních testů a tím se přispívá k urychlování rozhodovacích procesů lékařů o dalším postupu léčby. Dále je k dispozici vlastní CT zařízení, rentgenové zařízení a ultrazvuk, jako jedna z efektivních neinvazivních zobrazovacích metod. Pro nejakutnější případy má toto oddělení k dispozici také crash room, který je vybaven veškerým potřebným vybavením pro urgentní zásahy napříč všemi medicínskými obory.

7.2 Personální obsazení

Na urgentním příjmu zajišťuje nepřetržitý provoz vysoce kvalifikovaný personál, který pracuje ve směnném režimu tak, aby byla péče dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Tento systém umožňuje plynulou a efektivní organizaci práce, čímž je zajištěna rychlá a odborná reakce na potřeby pacientů bez ohledu na denní či noční dobu.

Každou směnu na urgentním příjmu zajišťuje až 16 zdravotních sester nebo zdravotnických záchranářů, kteří jsou hlavními poskytovateli péče pacientům. Tito odborníci mají na starosti nejen základní ošetrovatelské činnosti, jako je monitorování vitálních funkcí nebo podávání léků, ale také pomoc při komplexních diagnostických a terapeutických výkonech. Kromě nich jsou na směně přítomni také 4 sanitáři, kteří se starají o logistickou podporu provozu, jako je transport pacientů nebo udržování čistoty prostředí. Tento tým doplňují 3–4 lékaři, kteří mají na starosti diagnostiku, rozhodování o léčebných postupech a provádění akutních zákroků. Lékaři jsou v neustálé spolupráci s ošetřujícím personálem, který zajišťuje rychlou a efektivní péči o pacienty. Takto složený tým je schopen zvládat i vysokou zátěž urgentního příjmu a poskytovat kvalitní péči i ve složitých a nečekaných situacích. Díky této organizaci je možné zajistit nejen plynulý chod oddělení, ale také maximální bezpečnost a spokojenost pacientů.

Kromě lékařů přítomných přímo na urgentním příjmu je k dispozici dalších až 6 lékařů, kteří pracují v rámci přilehlých akutních ambulancí. Tito lékaři zajišťují odbornou péči dle triáže pro větší počet pacientů nebo řeší specifické případy spadající pod jejich odbornost. Pro potřeby komplexního zajištění péče o pacienty funguje také systém konzilií, který umožňuje přivolání lékařů specializovaných oborů na vyžádání. Tito specialisté jsou k dispozici na zavolání a musí se dostavit ve stanoveném čase na oddělení urgentního příjmu, což výrazně zefektivňuje proces diagnostiky a léčby. Tito lékaři nejsou stálými členy týmu lékařů tohoto oddělení.

Služba lékařské první pomoci je vykonávána lékaři, kteří nejsou povětšinou ve stálém stavu lékařů oddělení urgentního příjmu a účastní se pouze služeb LSPP ve stanoveném čase.

7.3 Současný stav využívání zvoleného urgentního příjmu

Vybrané pracoviště urgentního příjmu je důležitou součástí metropolitního zdravotnického systému, dle nasbíraných dat v rámci přípravných kroků pro analýzu, bylo zjištěno, že jen v roce 2023 bylo na oddělení urgentního příjmu pro dospělé ošetřeno 74 523 pacientů. Tento počet pacientů, kteří využili služeb tohoto urgentního příjmu, byl rozdělen mezi různé typy poskytované péče. Nejvíce pacientů bylo ošetřeno v akutních ambulancích, kam bylo vytříženo 37 624 pacientů, na monitorovaných lůžkách urgentního příjmu bylo ošetřeno 20 797 pacientů a služby lékařské služby první pomoci využilo 16 102 pacientů. V následující tabulce 1 lze vidět celkový počet ošetřených pacientů rozdělených dle jednotlivých měsíců v roce 2023.

Dle tabulky 1 byla nejvyšší návštěvnost zaznamenána v prosinci, kdy bylo ošetřeno 6 642 pacientů, zatímco nejnižší počet pacientů byl evidován v únoru s 5 508 ošetřenými pacienty.

Tabulka 1 - Návštěvnost vybraného urgentního příjmu v roce 2023 dle měsíců

Měsíc	Počet pacientů
Leden	6001
Únor	5508
Březen	6303
Duben	6377
Květen	6471
Červen	6159
Červenec	6558
Srpen	6220
Září	6161
Říjen	6325
Listopad	5798
Prosinec	6642
Celkem	74523

Zdroj: vlastní zpracování.

Triážní systém používaný na urgentním příjmu umožňuje rozdělit pacienty podle naléhavosti jejich zdravotního stavu, což je znázorněné níže v tabulce 2. Největší podíl, tedy více než 55% všech sledovaných pacientů za daný rok, spadá do kategorie s nejnižší prioritou 5. Tato skupina zahrnuje případy, které nevyžadují okamžitou lékařskou péči. Pacienti zařazení do priority 4 tvoří 30,2 % všech případů, zatímco priorita 3 představuje 9,23 %. Nejzávažnější triážní kategorie, priorita 1 a 2, které indikují život ohrožující stavy, tvoří dohromady pouze 5,21 % všech pacientů. Tato statistika ukazuje, že většina pacientů přichází na urgentní příjem s méně závažnými obtížemi. Mnohé z těchto případů by mohly být řešeny v jiných typech zdravotní péče, což by mohlo uvolnit kapacitu urgentního příjmu pro skutečně kritické situace.

Tabulka 2 – Kategorizace pacientů na vybraném urgentním příjmu za rok 2023 dle triážní priority

Priorita	Celkem pacientů	Podíl v %
1	661	0,89 %
2	3217	4,32 %
3	6876	9,23 %
4	22507	30,20 %
5	41262	55,37 %

Zdroj: vlastní zpracování

Níže uvedená tabulka 3 znázorňuje, že pacienti přicházejí na urgentní příjem různými způsoby. Největší podíl tvoří pacienti, kteří přišli na urgentní příjem samostatně, jedná se o 60 % všech pacientů. Další významnou skupinu tvoří pacienti přivezení zdravotnickou záchrannou službou a to 28,73 % všech pacientů, přičemž nejčastěji byli transportováni posádkami rychlé zdravotnické pomoci. Doporučení od praktického lékaře mělo 10,73 % pacientů, zatímco ostatní způsoby příchodu, například od jiných zdravotnických zařízení či z místních oddělení byly velmi nízké.

Tabulka 3 – Kategorizace pacientů na vybraném urgentním příjmu za rok 2023 dle způsobu příchodu

Způsob příchodu na UP	Počet pacientů	Podíl v %
ZZS	21414	28,73 %
Sám	44746	60,04 %
Doporučil PL	7996	10,73 %
Jiné	367	0,49 %

Zdroj: vlastní zpracování

Ze získaných dat vyplývá, že drtivá většina pacientů byla po ošetření propuštěna domů, konkrétně se jednalo, za rok 2023, o 60 988 pacientů, což odpovídá většině všech ošetřených (81,5 %).

U vybraného zdravotnického zařízení zůstalo hospitalizováno 11 193 pacientů, dalších 637 pacientů bylo po vyšetření odesláno k hospitalizaci do jiného zdravotnického zařízení a 177 pacientů bylo předáno na záchytnou stanici. Urgentní příjem také evidoval 46 úmrtí přímo na oddělení.

Dalším zajímavým zjištěním je, že 252 pacientů podepsalo, po ošetření, negativní revers (odmítnutí zdravotního výkonu pacientem) a 1 230 pacientů nevyčkalo ošetření. Tyto případy mohou být spojeny s nízkou prioritou stavu pacienta nebo s osobními důvody, které je vedly k odchodu z urgentního příjmu bez dokončeného ošetření či hospitalizace.

Prezentovaná data z roku 2023 poskytují přehled o provozu vybraného urgentního příjmu a jeho klíčových charakteristikách. Tato analýza tvoří základ pro pochopení současného stavu využívání urgentní péče a bude využita jako kontext pro následný výzkum zaměřený na faktory ovlivňující návštěvnost tohoto pracoviště.

8 ANALÝZA DAT

Cílem této kapitoly je analyzovat základní charakteristiky pacientů, kteří navštívili urgentní příjem a identifikovat klíčové faktory, které ovlivňují jejich rozhodnutí využít akutní zdravotní péči. Analýza se zaměřuje na demografické proměnné jako je věk, pohlaví, vzdělání a pracovní status, dále na typ zdravotního pojištění a registraci u praktického lékaře. Další část se věnuje samotnému využití urgentního příjmu, včetně priorit ošetření, času vzniku obtíží a správnosti rozhodnutí vyhledat akutní péči. Výsledky této analýzy poskytují podklad pro následnou diskuzi o efektivitě využívání urgentního příjmu a možnostech optimalizace zdravotní péče.

8.1 Demografické údaje

Tabulka 4 – Demografické údaje respondentů

Proměnná	Kategorie	Muži	Ženy	Celkem
Pohlaví	/	216	248	464
Věková skupina	18 – 34	56	70	126
	35 – 54	66	92	158
	55 – 74	66	45	111
	75 +	28	41	69

Zdroj: vlastní zpracování

Z údajů vyplývá, že celkový počet respondentů v tomto výzkumu byl 464 osob, z čehož tvořilo 216 mužů a 248 žen. To znamená, že ženy představovaly přibližně 53,4 % účastníků, zatímco muži tvořili 46,6 %. To znamená, že ženy tvořily nepatrnou většinu, avšak zastoupení obou pohlaví bylo téměř vyrovnané.

V rámci analýzy byly respondenti rozděleni do čtyř věkových kategorií: 18–34 let, 35–54 let, 55–74 let a 75+ let. Nejvíce zastoupenou skupinou byli respondenti ve věku 35–54 let, kterých bylo 158 (34,1 % všech respondentů). V této kategorii převažovaly ženy, které tvořily 58,2 %, zatímco muži zastupovali 41,8 %. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 18–34 let, jejichž celkový počet byl 126 (27,2 % všech respondentů), přičemž ženy v této skupině tvořily 55,6 %, zatímco muži 44,4 %

Ve věkové kategorii 55–74 let, kde bylo celkem 111 respondentů (23,9 % všech respondentů), bylo zaznamenáno jediné věkové rozložení, v němž převažovali muži. Z celkového počtu respondentů této skupiny tvořili muži 59,5 %, zatímco ženy pouze 40,5 %. Tento výsledek

naznačuje, že muži ve středním a vyšším věku častěji navštěvovali urgentní příjem než ženy stejné věkové kategorie.

Nejstarší věkovou kategorií byli respondenti ve věku 75+ let, kterých bylo celkem 69 (14,9 % všech respondentů). Z tohoto počtu tvořily ženy 59,4 %, zatímco muži představovali 40,6 %. Nižší zastoupení této skupiny lze přisuzovat demografickému rozložení populace, v němž přirozeně dochází k nižšímu zastoupení mužů v této věkové kategorii (Český statistický úřad ČR, 2023).

Celkově lze říct, že v rámci vzorku respondentů převažovaly ženy, které měly větší zastoupení ve většině věkových kategorií, s výjimkou skupiny 55–74 let, kde byli muži ve většině. Nejvíce respondentů spadalo do věkové skupiny 35–54 let, která představovala více než třetinu všech účastníků výzkumu, zatímco nejméně početná byla skupina 75+ let, tvořící přibližně 14,9 % vzorku.

8.2 Forma bydlení

Tabulka 5 – Forma bydlení respondentů

Proměnná	Kategorie	Muži	Ženy	Celkem
Bydliště	Domov	178	218	396
	Instituce	31	27	58
	Bezdomovectví	7	3	10

Zdroj: vlastní zpracování

Získané údaje lze podrobněji analyzovat rozdělením respondentů podle typu bydliště a pohlaví. Celkový počet respondentů činil 464 osob, kteří byli rozděleni do tří kategorií podle typu bydliště: domov, instituce a bezdomovectví. Největší skupinu respondentů tvořili ti, kteří uváděli, že žijí ve vlastním domově, a to 396 osob, což odpovídá 85,3 % z celkového počtu respondentů. Z tohoto počtu bylo 178 mužů (44,9 %) a 218 žen (55,1 %). Ženy zde tvořily většinu, což odráží i jejich celkovou převahu ve vzorku respondentů. Tento výsledek naznačuje, že bydlení v domácím prostředí je běžnější u žen než u mužů, což může souviset s faktory, jako je vyšší průměrná délka života žen a rozdíly v sociální situaci mezi pohlavími.

Další analyzovanou skupinou byli respondenti, kteří uvedli, že žijí v instituci poskytující zdravotní nebo sociální péči. Tuto možnost zvolilo 58 respondentů, což odpovídá 12,5 % všech dotázaných. V této kategorii bylo 31 mužů (53,4 %) a 27 žen (46,6 %), což naznačuje poměrně vyrovnané zastoupení obou pohlaví.

Nejméně početná skupina byla tvořena respondenty bez domova, jejichž celkový počet činil 10 osob (2,2 % všech respondentů). V této skupině převažovali muži, kterých bylo 7 (70 %), zatímco žen bylo pouze 3 (30 %). Tento výsledek odpovídá obecným demografickým trendům, které ukazují vyšší zastoupení mužů mezi osobami bez přístřeší (Sociální bydlení, 2022).

Celkově lze říci, že naprostá většina respondentů žila ve vlastním domově (85,3 %), přičemž zde převládaly ženy (55,1 %). Institucionální péči využívalo 12,5 % respondentů, kde bylo zastoupení mužů a žen téměř rovnoměrné. Nejmenší skupinu tvořili lidé bez domova (2,2 %), kde výrazně převažovali muži (70 %).

8.3 Pracovní status

Tabulka 6 – Pracovní status respondentů

Proměnná	Kategorie	Muži	Ženy	Celkem
Pracovní status	Zaměstnaný	106	165	271
	Nezaměstnaný	21	14	35
	Neaktivní (důchod,student)	86	69	155

Zdroj: vlastní zpracování

Největší skupinu pacientů na urgentním příjmu tvořili zaměstnaní, kteří představovali 271 osob (58,4 % všech respondentů). Z nich bylo 106 mužů (39,1 %) a 165 žen (60,9 %), přičemž ženy v této kategorii převažovaly.

Druhou největší skupinu tvořili neaktivní osoby (důchodci a studenti), jejichž celkový počet činil 155 osob (33,4 % všech respondentů). Mezi nimi převažovali muži (55,5 %), zatímco ženy tvořily 44,5 %.

Nejmenší podíl respondentů tvořili nezaměstnaní, jejichž počet dosáhl 35 osob (7,5 % všech respondentů). V této skupině převažovali muži (60 %) nad ženami (40 %).

Celkově lze říci, že největší podíl pacientů tvořili zaměstnaní (58,4 %), následovaní neaktivními osobami (33,4 %), přičemž nejmenší zastoupení měli nezaměstnaní (7,5 %).

8.4 Vzdělání respondentů

Tabulka 7 – Vzdělání respondentů

Proměnná	Kategorie	Muži	Ženy	Celkem
Vzdělání	Základní, SŠ	103	86	189
	VOŠ, VŠ	113	162	275

Zdroj: vlastní zpracování

Vzdělání pacientů, kteří navštívili urgentní příjem, lze rozdělit do dvou kategorií: osoby se základním a středoškolským vzděláním a osoby s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním.

Skupinu pacientů se základním a středoškolským vzděláním tvořilo 189 osob (40,7 % všech respondentů), přičemž muži (54,5 %) zde převažovali nad ženami (45,5 %).

Naopak pacientů s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním bylo 275 (59,3 % všech respondentů). V této kategorii převažovaly ženy (58,9 %), zatímco muži tvořili 41,1 %.

Celkově lze říci, že většina pacientů (59,3 %) měla vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání, přičemž ženy v této skupině převažovaly. Naopak mezi pacienty se základním a středoškolským vzděláním dominovali muži (54,5 %).

8.5 Zdravotní pojištění

Tabulka 8 – Zdravotní pojištění respondentů

Proměnná	Kategorie	Muži	Ženy	Celkem
Pojištění	Veřejné	183	233	416
	Soukromé	9	6	15
	Nepojištěn	24	9	33

Zdroj: vlastní zpracování

Většina pacientů měla veřejné zdravotní pojištění, které zahrnovalo 416 osob (96,5 % všech respondentů). Z této skupiny bylo 183 mužů (44 %) a 233 žen (56 %), což naznačuje vyšší zastoupení žen.

Pouze 15 respondentů (3,5 % všech pacientů) mělo soukromé zdravotní pojištění, přičemž v této skupině převažovali muži (60 %) nad ženami (40 %).

Nepojištěných pacientů bylo 33 (7,1 % všech respondentů). Mezi nimi dominovali muži (72,7 %), zatímco ženy tvořily 27,3 %.

Celkově lze říci, že drtivá většina pacientů měla veřejné zdravotní pojištění (96,5 %), zatímco nepojištěných bylo pouze 7,1 %. Mezi nepojištěnými pacienty výrazně převažovali muži.

8.6 Registrace u praktického lékaře

Tabulka 9 – Registrace u praktického lékaře

Proměnná	Kategorie	Muži	Ženy	Celkem
Praktický lékař	Ano	149	211	360
	Ne	67	37	104

Zdroj: vlastní zpracování

Většina pacientů, kteří navštívili urgentní příjem, byla registrována u praktického lékaře – celkem 360 osob (77,6 % všech respondentů). V této skupině převažovaly ženy (58,6 %) nad muži (41,4 %).

Oproti tomu skupinu neregistrovaných pacientů tvořilo 104 osob (22,4 % všech respondentů), přičemž zde dominovali muži (64,4 %) nad ženami (35,6 %).

Celkově lze říci, že většina pacientů (77,6 %) byla registrována u praktického lékaře, přičemž ženy byly častěji registrované než muži. Mezi neregistrovanými pacienty (22,4 %) převažovali muži, což naznačuje, že mohou častěji spoléhat na urgentní příjem.

8.7 Návštěva urgentního příjmu s ohledem na možnost řešení obtíží praktickým lékařem

Tabulka 10 – Údaje o vzniku obtíží s ohledem na řešení praktickým lékařem

Čas vzniku obtíží	Řešitelné PL	Neřešitelné PL
V den návštěvy UP	96	57
Ve dnech před návštěvou UP	272	39

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 10 zobrazuje rozdělení pacientů podle času vzniku obtíží a posouzení, zda mohly být jejich potíže řešeny praktickým lékařem.

Pacienti, kteří přišli na urgentní příjem v den vzniku obtíží, tvořili celkem 153 osob, z nichž 96 případů (63 %) bylo řešitelných praktickým lékařem, zatímco 57 případů (37 %) vyžadovalo skutečně urgentní péči.

Větší část pacientů tvořili ti, jejichž obtíže trvaly několik dní před návštěvou urgentního příjmu. Tato skupina zahrnovala 311 osob, přičemž 272 případů (87,5 %) bylo řešitelných praktickým lékařem, zatímco 39 případů (12,5 %) vyžadovalo urgentní péči.

Celkově lze říci, že 79 % pacientů využilo urgentní příjem pro obtíže, které mohly být řešeny praktickým lékařem. Pouze 13 % pacientů, kteří přišli až po několika dnech obtíží, skutečně potřebovalo urgentní péči.

8.8 Propuštění pacientů po ošetření na urgentním příjmu

Tabulka 11 – Propuštění pacientů po ošetření na UP

Propuštění pacienta po ošetření	Počet pacientů
Ano	392
Ne	72

Zdroj: vlastní zpracování

Většina pacientů, kteří byli ošetřeni na urgentním příjmu, byla následně propuštěna domů – celkem 392 osob (84,5 % všech pacientů). Naopak 72 pacientů (15,5 % všech pacientů) bylo po ošetření hospitalizováno.

Celkově lze říci, že naprostá většina pacientů (84,5 %) byla po ošetření propuštěna domů, což potvrzuje, že jejich obtíže nevyžadovaly hospitalizaci.

8.9 Vyhodnocení správnosti využití urgentního příjmu na základě skóre hodnocení

Tabulka 12 – Údaje o vyhodnocení správnosti využití UP dle skóre hodnocení

Hodnocení správnosti využití	Kategorie	Muži	Ženy	Celkem
Správné využití	Skóre 7-10	52	38	90
Diskutabilní	Skóre 4-6	39	48	87
Nevhodné využití	Skóre 0-3	125	162	287

Zdroj: vlastní zpracování

Pro hodnocení správnosti využití urgentního příjmu byla využita stupnice 0 – 10, která byla následně rozdělena na kategorie:

- Správné využití (skóre 7–10) – odpovídá stavům vyžadujícím akutní péči.
- Diskutabilní využití (skóre 4–6) – případy, kdy není jednoznačné, zda byla návštěva urgentního příjmu nezbytná.
- Nevhodné využití (skóre 0–3) – stavy, které mohly být řešeny primární péčí nebo ambulantně.

Do kategorie správného využití urgentního příjmu (skóre 7–10) spadalo 90 pacientů (20,3 % všech návštěv), přičemž zde převažovali muži (57,8 %) nad ženami (42,2 %).

Diskutabilní využití urgentního příjmu (skóre 4–6) bylo zaznamenáno u 87 pacientů (19,6 % všech návštěv), kde naopak dominovaly ženy (55,2 %) nad muži (44,8 %).

Největší podíl pacientů spadl do kategorie nevhodného využití urgentního příjmu (skóre 0–3), a to 287 osob (60,1 % všech návštěv). V této skupině bylo 56,4 % žen a 43,6 % mužů.

Celkově lze říci, že pouze 20,3 % návštěv urgentního příjmu bylo oprávněných, zatímco 60,1 % případů bylo vyhodnoceno jako nevhodné využití zdravotnických služeb. Ženy častěji než muži přicházely s neakutními obtížemi.

8.10 Priority ošetření, čas vzniku obtíží a dostupnost praktického lékaře

Tabulka 13 – Komplexní tabulka priorit ošetření s ohledem na jiné proměnné

Proměnná	Kategorie	Muži	Ženy	Celkem
Priorita ošetření	1	9	11	20
	2	21	18	39
	3	33	25	58
	4	64	77	141
	5	89	117	206
Čas vzniku obtíží	V den návštěvy UP	62	75	137
	Dny před návštěvou UP	154	173	327
Dostupnost praktického lékaře	Ano	149	211	360
	Ne	67	37	104

Zdroj: vlastní zpracování

Tato data, shrnutá v tabulce 13, poskytují přehled o třech klíčových faktorech ovlivňujících návštěvy pacientů na urgentním příjmu: priorita ošetření, čas vzniku obtíží a dostupnost praktického lékaře.

Priorita ošetření byla hodnocena podle stupnice ESI na pětibodové škále, kde 1 představuje nejvyšší prioritu (život ohrožující stavy) a 5 nejnižší prioritu (neakutní stavy). Nejvyšší prioritu mělo pouze 20 pacientů (4,2 % všech návštěv), přičemž zde bylo 9 mužů a 11 žen. Naopak 347 pacientů (72,8 %) spadalo do nízkých priorit (4 a 5), přičemž v těchto kategoriích dominovaly ženy (194 žen oproti 153 mužům).

Čas vzniku obtíží byl rozdělen do dvou skupin. 137 pacientů (29,5 %) přišlo na urgentní příjem v den vzniku obtíží, zatímco 327 pacientů (70,5 %) přicházelo s obtížemi trvajících několik dní před návštěvou urgentního příjmu.

Dostupnost praktického lékaře hrála roli u většiny pacientů. 360 pacientů (77,6 %) mělo registrovaného praktického lékaře, přičemž ženy byly častěji registrované než muži. Oproti tomu 104 pacientů (22,4 %) uvedlo, že praktického lékaře nemají, což naznačuje jejich větší závislost na urgentním příjmu.

Celkově lze říci, že pouze 4,2 % pacientů bylo klasifikováno s nejvyšší prioritou, zatímco většina (72,8 %) spadala do nízkých priorit (4–5). Více než 70 % pacientů přicházelo s obtížemi, které trvaly několik dní. Pacienti s praktickým lékařem častěji využívali urgentní příjem.

9 VÝSLEDKY A INTERPRETACE

V této části práce jsou prezentovány výsledky statistických analýz zaměřené na výzkumné otázky a hypotézy, které byly formulovány na základě cílů práce. Výsledky jsou prezentovány ve formě tabulek, přičemž se zaměřují na identifikaci vztahů mezi jednotlivými proměnnými. Analýza se opírá o statistické data, které jsou získána z výzkumu a poskytují podklad pro následnou diskuzi a formulaci možných řešení.

Průzkumná otázka č. 1

Jaké jsou základní demografické a sociální charakteristiky pacientů, kteří navštívili urgentní příjem?

Pro lepší přehlednost výsledků byla vytvořena souhrnná tabulka demografických a sociálních charakteristik pacientů (Tabulka 14).

Tabulka 14 – Demografické a sociální charakteristiky pacientů urgentního příjmu

Průzkumná otázka 1.	Muži (n)	Ženy (n)	Celkem (n)	Relativní četnost (%)
Muži	216		216	46,55 %
Ženy		248	248	53,45 %
Věková skupina				
18 – 34	56	70	126	27,16 %
35 – 54	66	92	158	34,05 %
55 – 74	66	45	111	23,92 %
75 +	28	41	69	14,87 %
Vzdělání				
Základní, SŠ	103	86	189	40,73 %
VOŠ, VŠ	113	162	275	59,27 %
Pracovní status				
Zaměstnaný	106	165	271	58,41 %
Nezaměstnaný	21	14	35	7,54 %
Neaktivní (důchod,student)	86	69	155	33,41 %

Zdroj: vlastní zpracování

Jedním z klíčových cílů této práce bylo zmapování demografických a sociálních charakteristik pacientů, kteří navštívili urgentní příjem. Výsledky ukázaly, že mezi pacienty mírně převažovaly ženy, které tvořily 53,4 %, zatímco muži tvořili 46,6 % všech návštěvníků vybraného urgentního příjmu. Tento výsledek může souviset s vyšším zdravotním uvědoměním žen, jejich častějším vyhledáváním lékařské péče i s delší průměrnou délkou života žen oproti mužům.

Z hlediska věkového rozložení byla největší skupinou pacientů věková kategorie 35–54 let (34,1 %), následovaná věkovou skupinou 18–34 let (27,2 %). Nejnižší zastoupení měla skupina 75+ let (14,9 %), což odpovídá nižší celkové populaci starších osob ve společnosti. Přestože starší pacienti tvoří menší procento návštěvníků, jejich zdravotní stav bývá často komplikovanější a může vést k vyšší pravděpodobnosti hospitalizace.

Vzdělání pacientů se ukázalo jako důležitý faktor v souvislosti s jejich chováním při využívání zdravotní péče. Osoby s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním tvořily 59,3 % pacientů, zatímco osoby se základním a středoškolským vzděláním představovaly 40,7 %. Tato skutečnost může naznačovat, že vzdělanější osoby častěji vyhledávají zdravotní péči na urgentním příjmu, ať už kvůli lepší informovanosti o zdravotních rizicích a vyšším obavám o svůj zdravotní stav, nebo preferenci rychlého přístupu k diagnostice a komplexnosti vyšetření.

V rámci pracovního statusu byla největší skupinou zaměstnaná populace (58,4 %), přičemž ženy v této kategorii převažovaly. Zaměstnaní lidé mohou urgentní příjem využívat častěji, a to z důvodu časové dostupnosti mimo běžnou pracovní dobu primární péče nebo předpokladu, že jim rychle ošetření na urgentním příjmu umožní minimalizovat absenci v práci. Jednou z možností je také to, že fyzická zátěž v některých profesích má za následek vyšší riziko úrazů, což může vysvětlovat využití urgentního příjmu u zaměstnané populace.

Nezaměstnaní pacienti tvořili 7,5 %, což odpovídá celkovému trendu nižšího využívání zdravotnických služeb touto skupinou. Dále neaktivní osoby (důchodci a studenti) tvořily 33,4 % souboru. Přičemž u této skupiny je vyšší výskyt chronických onemocnění u starších osob, které vyžadují častější návštěvy zdravotnických zařízení a naopak u studentů může být využívání urgentního příjmu spojeno s nedostatečnými zkušenostmi se zdravotním systémem.

Co se týče bydliště, 85,3 % respondentů žilo v běžné domácnosti, zatímco 12,5 % pobývalo v institucích (např. domovy seniorů, sociální zařízení) a 2,2 % pacientů bylo bez domova. Skupina osob bez domova je ohrožená vyšším rizikem zdravotních komplikací a častěji čelí horší dostupnosti zdravotní péče, což může vést k tomu, že urgentní příjem je pro ně hlavní formou zdravotní péče.

Průzkumná otázka č. 2

Jak často lékaři považují obtíže pacientů za řešitelné praktickým lékařem?

Tabulka 15 znázorňuje podíl pacientů, jejichž zdravotní stav byl lékařem vyhodnocen jako řešitelný či neřešitelný praktickým lékařem v závislosti na časový odstup od vzniku obtíží.

Tabulka 15 – Řešitelnost stavu praktickým lékařem v závislosti na časovém odstupu od vzniku obtíží.

Průzkumná otázka 3.	V den návštěvy UP	Dny před návštěvou UP	Celkem (n)	Relativní četnost (%)
Řešitelné PL	96	272	368	79,31 %
Neřešitelné PL	57	39	96	20,69 %

Zdroj: vlastní zpracování

Analýza posouzení závažnosti obtíží ze strany lékařů urgentního příjmu ukázala, že až 79,31 % případů bylo vyhodnoceno jako zdravotní stav, který bylo možné řešit v ordinaci praktického lékaře či jiné odborné ambulance, které jsou součástí poliklinik. Pouze 20,69 % případů skutečně vyžadovalo neodkladnou zdravotní péči poskytovanou urgentním příjmem. Tento výsledek naznačuje vysoký podíl návštěv, které by bylo možné vyřešit mimo nemocniční systém, což by mohlo přispět ke snížení přetížení urgentních příjmů.

Podrobnější analýza ukázala, že pacienti, kteří přišli na urgentní příjem několik dní po vzniku obtíží, byli častěji hodnoceni jako případy vhodné pro řešení praktickým lékařem. Naopak u pacientů, kteří dorazili v den vzniku obtíží, byla vyšší pravděpodobnost, že jejich stav vyžadoval akutní nemocniční péči. Tento trend naznačuje, že část pacientů se rozhodla využít urgentní příjem namísto konzultace s praktickým lékařem i přesto, že jejich obtíže nebyly akutního charakteru a volí urgentní příjem jako snadněji dostupnou formu zdravotní péče.

9.1 Testování hypotéz

Hypotéza 1 - Pacienti, jejichž obtíže vznikly dříve, než v den návštěvy urgentního příjmu, jsou statisticky více často hodnoceni lékařem, jako řešitelné cestou praktického lékaře.

H₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi časem vzniku obtíží a jejich řešitelností praktickým lékařem.

H_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi časem vzniku obtíží a jejich řešitelností praktickým lékařem.

Hypotéza 1 ověřuje, zda existuje statisticky významná souvislost mezi časem vzniku obtíží a jejich řešitelností praktickým lékařem. V rámci analýzy byly respondenti rozděleni do dvou kategorií vznik obtíží: "V den návštěvy UP" a "Ve dnech před návštěvou UP". Tabulka 16 obsahuje absolutní a relativní četnosti pozorovaných hodnot.

Tabulka 16 – Pozorované hodnoty k hypotéze I.

Hypotéza I.	Řešitelné PL (n)	Relativní četnost (%)	Neřešitelné PL (n)	Relativní četnost (%)	Celkem respondentů (n)
V den návštěvy UP	96	70,07 %	57	29,93 %	137
Dny před návštěvou UP	272	83,18 %	39	16,82 %	327

Zdroj: vlastní zpracování

Dále uvedená tabulka 17 zobrazuje očekávané četnosti pozorovaných hodnot, které byly vypočteny na základě předpokladu nezávislosti mezi kategoriemi.

Tabulka 17 – Hypotéze I. – očekávané četnosti

Hypotéza I.	Očekávaná četnost	
	Řešitelné PL	Neřešitelné PL
V den návštěvy UP	121,34	31,66
Dny před návštěvou UP	246,66	64,34

Zdroj: vlastní zpracování

K analýze byl použit chí-kvadrát test nezávislosti. Výsledná hodnota chí-kvadrát testu činila 36,68 a dosažená p-hodnota byla $< 0,0001$. Na hladině významnosti 5 % proto **zamítáme nulovou hypotézu** o neexistenci statistické souvislosti mezi časem vzniku obtíží a jejich řešitelností praktickým lékařem.

Na základě výsledků analýzy lze konstatovat, že existuje statisticky významná souvislost mezi časem vzniku obtíží a jejich řešitelností praktickým lékařem. Pacienti, kteří měli obtíže vzniklé dříve než v den návštěvy urgentního příjmu, byli častěji hodnoceni lékaři urgentního příjmu jako řešitelní praktickým lékařem.

Hypotéza 2 – Osoby s nižším vzděláním častěji využívají urgentní příjem pro méně závažné obtíže než osoby s vyšším vzděláním.

H₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním pacienta a pravděpodobností, že jeho stav bude hodnocen jako méně závažný (priorita 4-5).

H_A: Existuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním pacienta a pravděpodobností, že jeho stav bude hodnocen jako méně závažný (priorita 4-5).

Hypotéza ověřuje, zda existuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním pacienta a určenou prioritou jeho zdravotního stavu. V rámci analýzy byli respondenti rozděleni do dvou skupin podle vzdělání: „Nižší vzdělání“, které zahrnuje základní a středoškolské vzdělání a „Vyšší vzdělání“ kam řadíme vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. Tabulka obsahuje absolutní a relativní četnosti pozorovaných hodnot.

Tabulka 18 – Pozorované hodnoty k hypotéze II.

Hypotéza II.	Priorita 4 - 5 (n)	Relativní četnost (%)	Priorita 1 - 3 (n)	Relativní četnost (%)	Celkem respondentů (n)
Nižší vzdělání	152	46,03 %	37	53,97 %	189
Vyšší vzdělání	193	37,09 %	82	62,91 %	275

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 19 zobrazuje očekávané četnosti pozorovaných hodnot, které byly vypočteny na základě předpokladu nezávislosti mezi kategoriemi.

Tabulka 19 – Hypotéza II. – očekávané četnosti

Hypotéza II.	Očekávaná četnost	
	Priorita 4 - 5	Priorita 1 - 3
Nižší vzdělání	164,12	24,88
Vyšší vzdělání	180,88	94,12

Zdroj: vlastní zpracování

K analýze byl použit chí-kvadrát test nezávislosti. Výsledná hodnota chí-kvadrát testu činila 5,64 a dosažená p-hodnota byla 0,0176. Na hladině významnosti 5 % proto **zamítáme nulovou hypotézu** o neexistenci statistické souvislosti mezi vzděláním pacienta a hodnocením priority jejich zdravotního stavu.

Na základě výsledků analýzy lze konstatovat, že existuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním pacienta a hodnocením priority jeho zdravotního stavu. Pacienti, s nižším vzděláním častěji využívali urgentní příjem pro méně závažné obtíže než osoby s vyšším vzděláním.

Hypotéza 3 – Muži častěji než ženy přicházejí na urgentní příjem s obtížemi, které jsou lékařem vyhodnoceny jako méně závažné a mohly by být řešeny PL.

H₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi pohlavím pacienta a pravděpodobností méně závažných obtíží.

H_A: Muži častěji než ženy přicházejí na urgentní příjem s obtížemi, které jsou hodnoceny jako možné řešit PL.

Hypotéza ověřuje, zda existuje statisticky významná souvislost mezi pohlavím pacienta a častějším využíváním urgentního příjmu pro obtíže, které lékaři vyhodnotili jako méně závažné a řešitelné praktickým lékařem. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin: muži a ženy. Tabulka 20 obsahuje absolutní a relativní četnosti pozorovaných hodnot.

Tabulka 20 – Pozorované hodnoty k hypotéze III.

Hypotéza III.	Řešitelné PL (n)	Relativní četnost (%)	Neřešitelné PL (n)	Relativní četnost (%)	Celkem respondentů (n)
Muži	176	60,65 %	40	39,35 %	216
Ženy	192	69,75 %	56	34,48 %	248

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 21 zobrazuje očekávané četnosti pozorovaných hodnot, které byly vypočteny na základě předpokladu nezávislosti mezi kategoriemi.

Tabulka 21 – Hypotéze III. – očekávané četnosti

Hypotéza III.	Očekávaná četnost	
	Řešitelné PL	Neřešitelné PL
Muži	171,31	44,68
Ženy	196,68	51,31

Zdroj: vlastní zpracování

K analýze byl použit chí-kvadrát test nezávislosti. Výsledná hodnota chí-kvadrát testu činila 0,93 a dosažená p-hodnota byla 0,336. Na hladině významnosti 5 % proto **nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu** o neexistenci statistické souvislosti mezi pohlavím pacienta a častějším využíváním urgentního příjmu pro obtíže, které by mohly být řešeny praktickým lékařem.

Na základě výsledků analýzy lze konstatovat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi pohlavím pacienta a častějším využíváním urgentního příjmu pro obtíže, které by mohly být řešeny

praktickým lékařem. Muži tedy nepřicházejí častěji než ženy na urgentní příjem s obtížemi, které byly hodnoceny jako možné řešit praktickým lékařem.

Hypotéza 4 – Pacienti navštěvující urgentní příjem, častěji přicházejí s obtížemi, které přetrvávají delší dobu, než s obtížemi, které vznikly náhle v den návštěvy.

H₀: Neexistuje statisticky významná odlišnost od počtu pacientů přicházející na UP s obtížemi trvajících delší dobu a počtu pacientů přicházejících s obtížemi vzniklými v den návštěvy UP.

H_A: Pacienti častěji přicházejí na urgentní příjem s obtížemi, které trvají delší dobu.

Hypotéza ověřuje, zda existuje statisticky významná souvislost mezi dobou trvání obtíží pacienta a pravděpodobností jeho návštěvy urgentního příjmu. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin na pacienty s obtížemi, které trvají delší dobu a na pacienty, kterým obtíže vznikly v den návštěvy urgentního příjmu. Tabulka 22 obsahuje absolutní a relativní četnosti pozorovaných hodnot.

Tabulka 22 – Pozorované hodnoty k hypotéze IV

Hypotéza IV.	Počet pacientů (n)	Relativní četnost (%)
Obtíže trvající delší dobu	327	70,47 %
Obtíže vzniklé v den návštěvy	137	29,53 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 23 – Zobrazuje očekávané četnosti pozorovaných hodnot, které byly vypočteny na základě předpokladu nezávislosti mezi kategoriemi.

Hypotéza IV.	Očekávaná četnost
Obtíže trvající delší dobu	232
Obtíže vzniklé v den návštěvy	232

Zdroj: vlastní zpracování

K analýze byl použit jedno výběrový chí-kvadrát test. Výsledná hodnota chí-kvadrát testu činila 77,80 a dosažená p-hodnota byla < 0,0001. Na hladině významnosti 5 % proto **můžeme zamítnout nulovou hypotézu** o neexistenci statistické souvislosti mezi dobou trvání obtíží pacienta a pravděpodobností návštěvy urgentního příjmu.

Na základě výsledků analýzy lze konstatovat, že existuje statisticky významná souvislost mezi délkou trvání obtíží pacienta a jeho návštěvou urgentního příjmu. Pacienti tedy statisticky významně častěji přicházejí na urgentní příjem s obtížemi, které přetrvávají delší dobu, než s obtížemi, které vznikly v den návštěvy.

10 DISKUZE

Výsledky výzkumu jednoznačně potvrzují, že velká část pacientů ve výzkumném souboru využívajících urgentní příjem nemá zdravotní obtíže vyžadující akutní ošetření. Na námi vybraném urgentním příjmu v České republice bylo zjištěno, že až 60 % pacientů mohlo být prvotně ošetřeno praktickým lékařem, což ukazuje na vysokou míru neefektivního využívání urgentní péče. Dalších zhruba 20 % pacientů bylo označeno jako diskutabilní využití urgentní péče, což zahrnuje pacienty u kterých nebylo zcela jasné, jestli byl akutní zásah opravdu potřebný. Takovéto využívání urgentních příjmů přispívá k jejich přetížení, prodlužování čekacích dob a zvyšování nákladů na zdravotnický systém. Významným faktorem tohoto stavu je zejména nedostupnost primární péče, která nutí pacienty využívat urgentní oddělení jako náhradu za standardní ambulantní péči (Rennét a Šeblová, 2022; Polák, 2023).

Zjištěná data ukazují, že až 70 % všech pacientů, kteří během určené doby navštívili urgentní příjem, přichází pro několik dní trvající zdravotní obtíže, což naznačuje, že urgentní péče je pro ně náhradou za standardní zdravotní služby. Tento problém potvrzuje i Kozlíková, která ve svém rozhovoru pro Medical Tribune uvádí, že čeští lékaři na urgentních příjmech se stále častěji setkávají s pacienty, kteří by měli být ošetřeni v rámci primární péče, ale místo toho směřují na urgentní oddělení. Podle ní tito pacienti nejen zbytečně nadužívají zdravotní systém, ale také ohrožují pacienty v kritickém stavu, kteří kvůli přetížení čekají na ošetření déle, než je u jejich stavu žádoucí (Kozlíková, 2017). Toto zjištění můžeme do jisté míry porovnat s daty Národního zdravotnického informačního systému, podle kterého bylo v roce 2020 přepraveno v rámci neodkladné péče více než 664 tisíc pacientů, přičemž přes 82 % případů, bylo označeno jako případy bez akutního ohrožení života (ÚZIS, 2021). Závažnost této situace reflektuje i Mezinárodní federace urgentní medicíny, která upozorňuje, že podobný jev je patrný napříč zdravotními systémy a představuje vážné riziko pro bezpečnost pacientů i dostupnost včasné péče v akutních případech (IFEM, 2022).

Při mezinárodním srovnání je zřejmé, že problém nadměrného využívání urgentních příjmů není omezen pouze na Českou republiku, ale vyskytuje se v různé míře i v dalších státech Evropy i ve světě. Výrazné rozdíly lze vidět v samotné organizaci zdravotního systému, regulaci přístupu k urgentní péči a samotné dostupnosti primární péče.

Například Velká Británie čelí podobnému problému jako Česká republika, nicméně hlavním faktorem zde nejsou pouze omezené ordinační hodiny praktických lékařů, ale především dlouhé čekací doby samotného vyšetření, což navádí pacienty k využívání urgentního příjmu jako

rychlejší alternativy. Studie Britského červeného kříže (Gregory, 2024) dokládá, že přibližně 14 % návštěv urgentních oddělení tvoří pacienti s chronickými zdravotními obtížemi, kteří často opakovaně navštěvují urgentní péči kvůli nedostatečnému řešení jejich zdravotních potíží v rámci primární péče. Ze stejné studie vyplývá, že nevhodné využívání urgentních příjmů souvisí také s nepříznivými sociálními faktory, což se liší od situace v České republice, kde hlavním problémem zůstává nedostatek kapacit primární péče. Zajímavým zjištěním však je, že až 40 % návštěv urgentních příjmů v Británii by mohlo být efektivněji řešeno v ordinacích praktických lékařů nebo v ambulantní péči. Tento výsledek potvrzuje závěry našeho výzkumu (Gregory, 2024).

Oproti tomu v Německu je situace odlišná tím, že mnoho pacientů vědomě využívá urgentní příjem před návštěvou praktického lékaře, a to zejména kvůli rychlejší diagnostice a snadnější dostupnosti specializovaných vyšetření. Studie Klein et al. (2021) publikovaná v *The Western Journal of Emergency Medicine* dokládá, že důvodem je přesvědčení občanů o vnímání praktických lékařů jako méně kompetentních v porovnání s urgentní péčí. Tento faktor je patrný zejména ve velkých městech, kde se urgentní příjmy často stávají hlavním zdrojem zdravotní péče i pro méně závažná onemocnění. V České republice se tento problém týká opět především pacientů, kteří nemají svého praktického lékaře (ČTK, 2024). Výsledky našeho výzkumu ukázaly, že neregistrovaní pacienti častěji navštěvují urgentní příjem než registrovaní pacienti, což naznačuje, že kromě dostupnosti primární péče hraje roli také nízká ochota využívat preventivní zdravotní služby.

Francouzský systém se od britského či německého v mnohém odlišuje. Studie Naouri et al. (2019) publikovaná v *BMJ Quality and Safety* ukazuje, že mezi 13 až 28 % návštěv francouzských urgentních příjmů bylo vyhodnoceno jako neadekvátní. Významným faktorem zde hraje rozdílný systém zdravotního pojištění, kdy lidé bez doplňkového pojištění často volí urgentní příjem jako náhradu za běžného lékaře. V souboru respondentů tento problém není tak výrazný, protože přes 96 % respondentů z našeho výzkumu disponovalo veřejným zdravotním pojištěním. Na rozdíl od Francie tedy nehraje klíčovou roli finanční dostupnost primární péče, ale časová a místní dostupnost lékařských služeb. Dalším důležitým faktorem je i demografické složení pacientů, přičemž až 26 % všech pacientů na urgentních příjmech ve Francii tvoří senioři starší 65 let, tento podíl je výrazně vyšší než v našem souboru respondentů. Francouzská analýza také odhalila, že vzdálenost k nemocnicím není rozhodujícím faktorem pro volbu urgentního příjmu, na rozdíl od Česka, kde pacienti z venkovských oblastí často volí urgentní péči z důvodu nedostupnosti praktických lékařů v místě bydliště (Němcová a Stuláková, 2022).

Výrazně odlišná situace nastává v severských zemích jako jsou Švédsko, Norsko, Dánsko a Finsko. Tyto země se vyznačují efektivní organizací primární péče, které se podílí na významném snížení zátěže urgentních oddělení. Studie Lindskou et al. (2024) publikovaná v *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* dokládá, že v Dánsku je dostupnost praktických lékařů na vysoké úrovni, přičemž pacienti mohou využívat ambulantní péči i mimo běžnou pracovní dobu. Tento faktor hraje zásadní roli v tom, že urgentní oddělení nejsou v těchto zemích nadměrně zatížena pacienty s méně závažnými zdravotními problémy. Důležitou roli zde hraje také vysoká důvěra obyvatel v primární péči, která je výrazně vyšší než ve většině evropských států (OECD, 2024). Přesto však nelze přehlédnout určité problémy související s nadměrným využíváním urgentní péče. Studie Hofmann et al. (2024) upozorňuje na časté nadměrné využívání diagnostických zobrazovacích metod na urgentních příjmech v Norsku, což prodlužuje čekací doby a zvyšuje náklady na zdravotní péči. Z těchto zjištění vyplývá, že i v efektivně organizovaných systémech zdravotní péče existuje prostor pro zlepšení. Jedním z klíčových prvků, které přispívají k efektivnějšímu využívání zdravotnických kapacit v severských zemích, jsou digitální systémy triáže, které umožňují pacientům získat odborné doporučení a být správně směrováni na adekvátní úroveň zdravotní péče (OECD, 2019).

Mimo evropský kontext lze pozorovat podobné trendy ve Spojených státech amerických, kde je nadměrné využívání urgentní péče dlouhodobým a závažným problémem. Studie Guleria et al., (2024) publikovaná ve *Western Journal of Emergency Medicine* ukazuje, že ekonomická nestabilita, sociální izolace, nízké vzdělání a celkově složitý systém pojištění významně zvyšují pravděpodobnost návštěvy urgentního příjmu. Studie analyzovala data z *National Health Interview Survey* v letech 2016–2018 a ukázala, že nedostatečný přístup ke zdravotní péči byl významně spojen s vyšší frekvencí návštěv urgentních příjmů. Výsledky ukázaly, že pacienti, kteří nemají pravidelný přístup k praktickému lékaři, častěji využívají urgentní příjem jako hlavní zdroj péče. Oproti tomu výsledky výzkumu ukazují, že hlavní skupinou pacientů navštěvující UP vycházející ze souboru respondentů, jsou osoby středního věku, především ženy, které mají problém dostat se k praktickému lékaři v běžné pracovní době. Tento rozdíl naznačuje, že zatímco v USA je využívání urgentní péče důsledkem socioekonomické situace pacientů, v České republice je to spíše projevem strukturálního problému zdravotního systému (Němcová a Stuláková, 2022).

Celkové srovnání ukazuje, že nadměrné využívání urgentní péče je nejvýraznější v zemích s omezenou dostupností primární péče, dlouhými čekacími dobami u praktických lékařů a nízkou důvěrou pacientů v ambulantní sektor. Zatímco Velká Británie, Německo a Francie čelí různým

aspektům tohoto problému, severské státy jej dokázaly výrazně omezit díky lepší organizaci primární péče, široké dostupnosti praktických lékařů a efektivním triážním systémům, které zajišťují cílené směrování pacientů k adekvátní formě péče. Česká republika vykazuje podobné rysy jako jižní a východní Evropa, kde je podíl neurgentních návštěv vysoký a zdravotní systém není dostatečně přizpůsoben efektivnímu směrování pacientů k adekvátní formě péče.

10.1 Možné řešení a doporučení pro zlepšení využívání urgentních příjmů v České republice ze získaných dat

Nevhodné využívání urgentních příjmů v České republice představuje závažný problém, který negativně ovlivňuje efektivitu zdravotního systému, dostupnost péče pro skutečně akutní pacienty a ekonomické náklady spojené s provozem nemocnic. Tato skutečnost se potvrzuje nejenom v dostupné odborné literatuře a výzkumech, ale i v datech získaných v rámci této práce, které vykazují obdobné trendy poukazující na nedostatečnou kapacitu primární péče a přetížení urgentních příjmů.

Jak již bylo, v této práci, zmíněno, jedním z hlavních faktorů nadměrného zatěžování urgentních příjmů v České republice je omezená dostupnost primární péče, zejména mimo běžnou pracovní dobu. Pacienti často narážejí na dlouhé čekací doby u ambulantních lékařů, všeobecně nedostatečný počet ambulancí a nemožnost konzultace zdravotního stavu v době, kdy běžné ordinace nejsou v provozu. Ačkoli v ČR existuje lékařská služba první pomoci, její efektivita je také omezená. Jedním z hlavních problémů je chronický nedostatek lékařů ochotných tuto službu vykonávat, a to navzdory relativně dobrému finančnímu ohodnocení. Praktičtí lékaři často odmítají sloužit LSPP kvůli vysoké pracovní zátěži, nejasným kompetencím a administrativnímu zatížení. LSPP by měla být lépe propojená s primární péčí, přičemž by bylo vhodné zavést systém povinné účasti praktických lékařů na těchto službách v jasně definovaném rozsahu, podobně jako ve Velké Británii, kde GP Out-of-Hours Services výrazně odlehčují nemocniční pohotovosti (Lesková, 2022; Special Allocation Service, n.d.).

Podobný názor potvrzuje i Rennét a Šeblová (2022), podle kterých nedostatečná kapacita primární péče vede pacienty k hledání alternativních forem lékařské pomoci. V zahraničním výzkumu Dolton a Pathania (2016) bylo zjištěno, že rozšíření ordinačních hodin praktických lékařů může snížit návštěvnost urgentních příjmů až o 20 %.

Dalším možným opatřením je vytvoření efektivního systému směřování pacientů, který by pomohl redukovat počet neindikovaných návštěv. Ve Švédsku a Dánsku je tento model založen na povinné telefonické triáži, která umožňuje pacientům konzultovat svůj zdravotní stav ještě před návštěvou urgentního příjmu. V České republice existuje informační linka 1221, Ministerstva zdravotnictví České republiky, která však není povinná a pacienti ji často nevyužívají. Zlepšení tohoto systému by mohlo zahrnovat rozšíření služeb na nepřetržitou dostupnost, obsazení linky kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky a propojení s elektronickými zdravotními záznamy, což by umožnilo efektivnější diagnostiku a směřování pacientů. Implementace takového systému v České republice

by mohla zajistit, že pacienti, kteří zvažují návštěvu urgentního příjmu, budou po telefonické konzultaci případně odkázáni na vhodnější formu péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024).

Zkušenosti z pandemie COVID-19 ukázaly, že telemedicína představuje efektivní alternativu k fyzickým návštěvám lékaře. Dle WHO (2020) implementace telemedicínských služeb pomohlo ke zlepšení dostupnosti zdravotní péče. V České republice se telemedicína postupně rozvíjí, přičemž její širší implementace vyžaduje legislativní ukotvení a změny v úhradovém systému zdravotních pojišťoven. Národní strategie elektronického zdravotnictví vymezuje její důležitou roli v budoucím zdravotnickém systému a staví na principech interoperability, bezpečnosti dat a digitální identity pacientů. Ministerstvo zdravotnictví vnímá elektronizaci zdravotnictví jako strategický cíl a klade důraz na integraci telemedicínských řešení do stávajících procesů, přičemž plánuje další podporu rozvoje této oblasti. Integrace telemedicíny do pohotovostních služeb by mohla pacientům získat první odborné posouzení jejich stavu ještě před fyzickou návštěvou zdravotnického zařízení což by mohlo přispět ke snížení návštěv urgentních příjmů (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016).

Dalším klíčovým opatřením by mohlo být zavedení moderních třídících systémů, které by zajistily efektivnější řízení patientského toku na urgentních příjmech. V současné době se v některých státech, například ve Spojených státech Amerických, úspěšně používají systémy NEDOCS a EDWIN, které umožňují objektivně měřit přetížení urgentních oddělení a přizpůsobit rozdělení pacientů odpovídajícím kapacitám nemocnic. Ve Velké Británii a Německu se osvědčil model, kdy zdravotnický personál s pokročilým triážním vzděláním rozhoduje již při vstupu pacienta o nutnosti urgentního ošetření, což významně snižuje zátěž urgentních oddělení a zrychluje poskytování akutní péče, což by bylo, po mírných úpravách, také možné implementovat do českého systému zdravotnictví (Klein et al., 2021).

Kromě systémových opatření, jako je telemedicína a efektivnější triáž pacientů je důležitá také edukace samotných pacientů. Mnoho pacientů není dostatečně informováno o tom, kdy je nutné vyhledat urgentní péči a kdy je vhodnější obrátit se na jiného poskytovatele zdravotní péče. Zlepšení zdravotní gramotnosti v české populaci by mohlo předejít zbytečným návštěvám urgentního příjmu. Toto by mohlo být dosaženo informačními kampaněmi o fungování urgentních příjmů, která by pacientům poskytovala jasné instrukce o tom, jak správně využívat jednotlivé úrovně zdravotní péče. Další možností je začlenění zdravotní gramotnosti do školních osnov, což by zajistilo, že mladší generace bude mít lepší povědomí o dostupných zdravotních službách a jejich optimálním využívání.

Na základě výsledků výzkumu a mezinárodního srovnání je tedy možné implementovat kombinaci těchto opatření:

- posílení dostupnosti primární péče mimo běžnou pracovní dobu,
- zavedení efektivnějšího směrování pacientů pomocí povinné telefonické triáže,
- rozvoj telemedicíny,
- implementaci pokročilých třídících systémů a
- podpora zdravotní gramotnosti populace.

Případná implementace těchto opatření by mohlo vést nejen ke snížení nadužívání urgentních příjmů, ale také ke zvýšení efektivity a dostupnosti zdravotní péče pro skutečně akutní pacienty. Nicméně důležitým krokem, v implementaci jakýkoliv opatření, je potřebná spolupráce mezi orgány státní správy, zdravotnickými zařízeními, ale také pacienty.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala problematikou přetížení urgentních příjmů v České republice a analýzou faktorů, které vedou pacienty k využívání této formy zdravotní péče i v případech, kdy jejich zdravotní stav nevyžaduje urgentní zásah. Hlavním cílem práce bylo zjistit, do jaké míry pacienti vyhledávají urgentní péče pro život neohrožující stavy a identifikovat klíčové skupiny pacientů, kteří nadměrně využívají tento typ péče.

Získaná data ukázala, že urgentní příjmy jsou z velké části navštěvovány pacienty s dlouhodobě přetrvávajícími obtížemi – tvoří přibližně 70 % všech případů. Méně než třetina pacientů přichází s akutními problémy vzniklými v den návštěvy. Zároveň se ukázalo, že značný podíl těchto pacientů přichází s potížemi, které by mohly být řešeny v rámci běžné primární péče. Tato zjištění naznačují, že kapacity urgentních příjmů jsou využívány i v situacích, kdy by bylo možné zvolit jinou, vhodnější formu zdravotní péče, a podtrhují potřebu zefektivnit fungování primární péče.

Využití urgentního příjmu je ovlivněno dostupností zdravotní péče, osobními zkušenostmi nebo samotným vnímáním závažnosti zdravotního stavu. Výzkum rovněž ukázal, že urgentní příjem častěji navštěvovali pacienti ve středním věku. Mezi respondenty převažovali ekonomicky aktivní jedinci, zejména zaměstnaní. Určitý podíl tvořily také osoby se základním či středoškolským vzděláním bez maturity, což může souviset s nižší zdravotní gramotností a odlišnou orientací v systému zdravotní péče. Statistické testování hypotéz neprokázalo významný rozdíl mezi pohlavími, pokud jde o pravděpodobnost využití urgentního příjmu. To naznačuje, že rozhodování pacientů není podmíněno pohlavím, ale spíše zmíněnými faktory.

Celkově lze konstatovat, že cíle práce byly splněny. Práce analyzovala rozsah neadekvátních návštěv vybraného urgentního příjmu a také se zaměřila na identifikaci sociodemografických faktorů respondentů.

Výsledky této práce mohou přispět k návrhům opatření ke snížení přetížení urgentních příjmů. Z výsledků vyplývá, že zlepšení dostupnosti primární péče, například rozšířením ordináčních hodin praktických lékařů, zavedením efektivnějšího objednávkového systému nebo podporou telemedicíny, by mohlo pomoci snížit nadměrné využívání urgentních příjmů a umožnit efektivnější distribuci zdravotnických služeb. Důležité je říct, že řešení tohoto problému vyžaduje komplexní přístup, který bude zahrnovat spolupráci mezi zdravotními institucemi, orgány státní správy, ale i samotnými pacienty. Implementace doporučených opatření by mohla vést ke zlepšení

efektivitu zdravotní péče, optimalizaci nákladů a celkovému zvýšení kvality poskytovaných služeb.

Je však třeba zmínit limity této studie – výzkum byl realizován pouze na jednom urgentním příjmu, což omezuje možnost zobecnění výsledků. Do budoucna by bylo vhodné rozšířit výzkum na větší vzorek zdravotnických zařízení a zohlednit další proměnné. Navzdory těmto omezením práce poskytla ucelený pohled na problematiku přetížení urgentních příjmů a nabídla konkrétní návrhy řešení inspirované zahraničními zkušenostmi.

POUŽITÁ LITERATURA

ANDRÉS, M.; GARCIA, A.; FERRER, R. et al., 2020. Telemedicine During COVID-19: Implementation and Evaluation of Virtual Consultations. *Journal of Telemedicine and Telecare*. Roč. 29, č. 9, s. 632-640. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1357633X20958573>.

BAILEY, Cara J.; MURPHY, Roger a POROCK, Davina, 2011. Dying cases in emergency places: Caring for the dying in emergency departments. *Social Science & Medicine*. Roč. 73, č. 9, s. 1371-1377. ISSN 02779536. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.036>.

BENNETT, I. M. et al., 2019. The Role of Health Literacy in Reducing Unnecessary Emergency Department Visits. *Journal of Public Health Policy*. Roč. 41, č. 3, s. 289-303. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/pubhealth2019>.

BRENNER, Marcel, 2015. Naše skúsenosti s triedením pacientov v podmienkach urgentného príjmu pre deti. Online. *Urgentní medicína*. Roč. 18, s. 8-11. ISSN 1212-1924. [cit. 2024-10-02]. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_02.pdf.

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ze dne 6. listopadu 2011. Online. In: *Zákony pro lidi*. Částka 131, s. 4823–4877. [cit. 2025-02-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD ČR, 2023. *Obyvatelstvo: struktura obyvatelstva*. Online. Český statistický úřad ČR. [cit. 2025-03-21]. Dostupné z: https://csu.gov.cz/produkty/13-2139-03--2_2_struktura_obyvatelstva.

ČTK, 2024. *Praktického lékaře nemá přes 920 tisíc lidí. Na profesi se ale nyní připravuje 1667 studentů, tvrdí Válek*. Online. iRozhlas.cz. [cit. 2025-04-13]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/praktickeho-lekare-nema-pres-920-tisic-lidi-na-profesi-se-ale-nyni-pripravuje_2411031417_job

DOLTON, Peter a PATHANIA, Vikram, 2016. Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England's 7-day GP opening. Online. *Journal of Health Economics*. Roč. 49, s. 193-208. ISSN 01676296. [cit. 2025-02-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.05.002>.

ELLERBECK, Stefan, 2023. *5 innovations that are revolutionizing global healthcare*. Online. World Economic Forum. [cit. 2025-02-10]. Dostupné z: <https://www.weforum.org/stories/2023/02/health-future-innovation-technology/>.

EVROPSKÁ UNIE, 2004. Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, ze dne 29. dubna 2004. Online. In: *European Union: EUR-Lex*. L166, s. 1–123. [cit. 2025-02-10]. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX%3A32004R0883>.

FARROHKNIA, Nasim; CASTRÉN, Maaret; EHRENBERG, Anna; LIND, Lars; OREDSSON, Sven et al., 2011. Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence. Online. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. Roč. 19, č. 1. ISSN 1757-7241. [cit. 2024-10-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-42>.

GREGORY, Andrew, 2024. *One in seven A&E patients are repeat visitors with unmet needs, study finds*. Online. The Guardian. [cit. 2025-02-10]. Dostupné z: <https://www.theguardian.com/society/2024/nov/25/accident-and-emergency-patients-repeat-visitors-unmet-needs-study>.

GULERIA, Iraa; CAMPBELL, Jennifer A.; THORGERSON, Abigail; BHANDARI, Sanjay a EGEDE, Leonard E., 2024. Relationship Between Social Risk Factors and Emergency Department Use: National Health Interview Survey 2016–2018. Online. *Western Journal of Emergency Medicine*. Roč. 26, č. 2. ISSN 1936-9018. [cit. 2025-02-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5811/WESTJEM.18616>.

HOFMANN, Bjørn; ANDERSEN, Eivind Richter; BRANDSÆTER, Ingrid Øfsti; CLEMENT, Fiona; ELSHAUG, Adam G et al., 2024. Success factors for interventions to reduce low-value imaging. Six crucial lessons learned from a practical case study in Norway. Online. *Current Problems in Diagnostic Radiology*. Roč. 53, č. 2, s. 1-10. [cit. 2025-02-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2024.08.007>.

HOOT, Nathan R. a ARONSKY, Dominik, 2008. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. Online. *Annals of Emergency Medicine*. Roč. 52, č. 2, s. 126-136.e1. ISSN 01960644. [cit. 2025-04-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.03.014>.

CHEN, Wanyi; LINTHICUM, Benjamin; ARGON, Nilay Tanik; BOHRMANN, Thomas; LOPIANO, Kenneth et al., 2020. The effects of emergency department crowding on triage and hospital admission decisions. Online. *The American Journal of Emergency Medicine*. Roč. 38, č. 4, s. 774-779. ISSN 07356757. [cit. 2025-02-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.06.039>.

ILHAN, Bugra; KUNT, Mehmet Mahir; DAMARSOY, Filiz Froohari; DEMIR, Mehmet Cihat a AKSU, Nalan Metin, 2020. NEDOCS: Is it really useful for detecting emergency department overcrowding today? *Medicine*. Roč. 99, č. 28. ISSN 0025-7974. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020478>.

INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE, 2022. *Stanovisko k přetížení urgentních příjmů*. Online. Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP. [cit. 2025-13-04]. Dostupné z: https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2023/02/IFEM-Position-Statement-on-Emergency-Department-Overcrowding_December-2022-Czech.pdf.

ITNETWORK.CZ, 2024. *Online generátor náhodných čísel*. Online. Itnetwork.cz. [cit. 2024-10-05]. Dostupné z: <https://www.itnetwork.cz/javascript-online-generator-nahodnych-random-cisel-se-zvolitelnym-rozsahem>.

JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-592-9.

KICKBUSCH, Ilona; PELIKAN, Jürgen M.; APFEL, Franklin a TSOUROS, Agis D. (ed.), 2013. *Health literacy – a key determinant of health*: World Health Organization. ISBN 978-92-890-00154. [cit. 2025-12-03]. Dostupné také z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>.

KLEIN, Jens; KOENS, Sarah; SCHERER, Martin; STRAUSS, Annette; HÄRTER, Martin et al., 2021. Public Beliefs About Accessibility and Quality of Emergency Departments in Germany. Online. *Western Journal of Emergency Medicine*. Roč. 3, č. 25, s. 389–398. [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5811/westjem.18224>.

KOUBOVÁ, Michaela, 2023. *Až 42 miliard korun ročně do české ekonomiky navíc? Jak je získat, radí nová publikace o prevenci*. Online. Zdravotnický deník. [cit. 2024-10-02]. Dostupné

z: <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2023/04/az-42-miliard-korun-rocne-do-ceske-ekonomiky-navic-jak-je-ziskat-radi-nova-publikace-o-prevenci/>.

KOZLÍKOVÁ, Lenka, 2017. *Urgentní příjem zahlcují pacienti, kteří tam nepatří*. Online. Medical Tribune. ISSN 1801-5482. [cit. 2025-02-04]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/komentare/urgentni-prijem-zahlcuji-pacienti-kteri-tam-nepatri/>.

KUČERA, Zdeněk; SVAČINA, Štěpán a ŠTEFLOVÁ, Alena, 2023. Proměny úrovně zdravotní gramotnosti v Česku mezi lety 2015 a 2020. Online. *Časopis lékařů českých*. Roč. 162, č. 2-3, s. 84-92. [cit. 2024-10-02]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2023-2-3-1/promeny-urovne-zdravotni-gramotnosti-v-cesku-mezi-lety-2015-a-2020-134867>.

LESKOVÁ, Ivana, 2022. *V lednu zmizí část pohotovostí, ruší se i v Praze. Chybějí peníze i lékaři*. Online. IDNES.cz. [cit. 2025-02-05]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/zdravotnictvi-lekari-pohotovost-ruseni-finance.A221214_185458_domaci_mejt.

LINDSKOU, Tim Alex; BOGH, Søren Bie; KLØJGAARD, Torben Anders; FLØJSTRUP, Marianne; FOLKE, Fredrik et al., 2024. Patients' use of Danish emergency medical services before and during the COVID-19 pandemic: a register-based study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. Roč. 32, č. 1, s. 1-12. ISSN 1757-7241. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13049-024-01267-1>.

MACHOVÁ, Jitka a KUBÁTOVÁ, Dagmar, 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Pedagogika. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2016. *Národní strategie elektronického zdravotnictví: souhrnná informace k celému dokumentu NSeZ*. Online. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Národní centrum elektronického zdravotnictví. [cit. 2025-02-05]. Dostupné z: <https://ncez.mzcr.cz/cs/narodni-strategie-elektronickeho-zdravotnictvi/narodni-strategie-elektronickeho-zdravotnictvi>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2023. *Ministerstvo zdravotnictví zkoumá možná řešení nadužívání pohotovostních služeb. Návrat k plošným poplatkům nechystá*. Online. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2025-04-10]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-zkouma-mozna-reseni-naduzivani-pohotovostnich-sluzeb-navrat-k-plosnym-poplatkum-nechysta/>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2024. *Informační linka 1221*. Online. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2025-02-05]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/informacni-linka-1221/>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2020. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky: Metodický pokyn pro zřízení a vedení urgentních příjmů poskytovateli akutní lůžkové péče v ČR*. Online. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Roč. 2020, č. 9, s. 152-160. [cit. 2025-02-10]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-c-9-2020/>.

MIRHAGHI, Amir; HEYDARI, Abbas; MAZLOM, Reza a HASANZADEH, Farzaneh, 2015. Reliability of the Emergency Severity Index: Meta-analysis. Online. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. Roč. 15, č. 1, s. e71-7. [cit. 2025-04-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25685389/>.

MORLEY, Claire; UNWIN, Maria; PETERSON, Gregory M.; STANKOVICH, Jim; KINSMAN, Leigh et al., 2018. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. Online. *PLOS ONE*. Roč. 13, č. 8. ISSN 1932-6203. [cit. 2025-04-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>.

MOSADEGHRAD, Ali Mohammad, 2014. Factors Influencing Healthcare Service Quality. *International Journal of Health Policy and Management*. Roč. 3, č. 2, s. 77-89. ISSN 2322-5939. Dostupné z: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.65>.

NAOURI, Diane; RANCHON, Guillaume; VUAGNAT, Albert; SCHMIDT, Jeannot; EL KHOURY, Carlos et al., 2019. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. Online. *BMJ Quality & Safety*. Roč. 29, č. 6, s. 449-464. ISSN 2044-5415. [cit. 2025-02-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009396>.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2020. *Zdravotní gramotnost*. Online. NZIP.CZ. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2024-10-22]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/226-zdravotni-gramotnost>.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2024. *Druhy a formy zdravotní péče*. Online. NZIP.CZ. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2024-08-01]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1080-druhy-a-formy-zdravotni-pece>.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, n.d. *Pojem zdraví*. Online. NZIP.CZ. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2024-07-22]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/949>.

NĚMCOVÁ, Janetta a Jana STULÁKOVÁ, 2022. *Na venkově stále chybí lékaři. Stát a pojišťovny je chtějí do regionů nalákat pomocí bonifikací*. Online. iRozhlas.cz. [cit. 2025-04-14]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/lekari-nedostatek-regiony-venkov-ordinace-zdravotni-pece_2211141114_ula

NOVÁKOVÁ, Petra, 2019. *Základy veřejného zdraví: dělení zdravotní péče*. Online. Inovace VOV: portál inovace vyššího odborného vzdělávání. [cit. 2024-07-25]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/082/page15.html>.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD), 2024. *Economic Surveys: France 2024*. Online. Paris: OECD. ISBN 9789264836853. [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/bd96e2ed-en>.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD), 2019. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Online. Health at a Glance. Paris: OECD. ISBN 9789264382084. [cit. 2025-02-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

POKORNÝ, Jiří, 2004. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-259-5.

POLÁK, Martin, 2018. *Třídění pacientů na oddělení emergency aneb návrh, jak by to mohlo vypadat*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4650-3.

POLÁK, Martin, 2023. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3506-6.

RENNÉT, Ondřej a ŠEBLOVÁ, Jana, 2022. *Přetížení urgentního příjmu a možná řešení*. Online. Urgentní medicína. Roč. 25, č. 2, s. 7-10. ISSN 1212-1924. [cit. 2025-04-10]. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2022_2.pdf.

SCHEID, Teresa L. a BROWN, Tony N. (ed.), 2010. *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. 2nd Edition. Cambridge University Press. ISBN 978-0521491945.

SOCIÁLNÍ BYDLENÍ, 2022. *Sčítání osob z vybraných kategorií klasifikace ETHOS 2022 – shrnutí*. Online. Sociální bydlení. [cit. 2025-03-21]. Dostupné z: https://socialnibydeni.mpsv.cz/download/dokumenty/Shrnuti_Scitani_2022.pdf.

SPECIAL ALLOCATION SERVICE, n.d. *NHS Out of Hours Services*. Online. Special Allocation Service. [cit. 2025-02-05]. Dostupné z: <https://www.sasnel.nhs.uk/managing-your-health/known-who-to-turn-to-for-your-healthcare/nhs-out-of-hours-services/>.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2013. *Zdravotní gramotnost: solidní fakta*. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Ústavem pro zdravotní gramotnost, z.ú. a Státním zdravotním ústavem. ISBN 978-80-85047-63-9. [cit. 2024-10-22]. Dostupné z: https://szu.gov.cz/wp-content/uploads/2023/03/ZG_brozura_10_2020.pdf.

ŠEBLOVÁ, Jana a KNOR, Jiří, 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0596-0.

ŠÍN, Robin a ŠTOURAC, Petr, 2024. *Urgentní medicína*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-706-5.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2021. *Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru přeprava pacientů neodkladné péče (PPNP) za období 2014–2020*. NZIS REPORT č. k/36 (08/2021). Praha. Národní zdravotnický informační systém – Ambulantní péče. [cit. 2025-13-04]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008408/nzis-rep-2021-k36-a485-preprava-pacientu-neodkladne-pece-2020.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020. *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Online. World Health Organization. ISBN 978-92-4-155050-5. [cit. 2025-04-10]. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/311941>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, n.d. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. Online. World Health Organization (WHO). [cit. 2024-07-22]. Dostupné z: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.

ZAUTRA, Alex; HALL, John; MURRY, Kate 2010. Resilience: A new definition of health for people and communities. In Hall, J S, Reich, J W, & Zautra, A J (Eds.) *Handbook of adult resilience*. Guilford Press, United States of America, pp. 3-30.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Strukturovaný dotazník	77
---	----

Příloha A: Strukturovaný dotazník

Pohlaví	MUŽ		ŽENA								
Věk											
Bydliště	Domov	Instituce (DD,DPS,..)	Bezdomovectví								
Pojištění	Veřejné	Soukromé	Nepojištěn								
Pracovní status	Zaměstnan	Nezaměstnan	Důchod/ Student								
Vzdělání	Základní, SŠ		VOŠ, VŠ								
Praktický lékař	ANO		NE								
Vznik obtíží	V den návštěvy UP		Ve dnech před návštěvou UP								
Typ poskytnuté péče	ANO (krevní testy,zobrazovací metody)		NE								
Vstupní priorita	1	2	3	4	5						
Byl pacient po ošetření propuštěn?	ANO		NE								
Podle Vás, jaká je míra správnosti využití urgentního příjmu?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Podle Vás, byla možnost vyřešit tento stav s praktickým lékařem?	ANO		NE								

0 = Úplně nevhodné, 10 = Naprosto vhodné