

**ČESKÉ VYSOKÉ
UČENÍ TECHNICKÉ
V PRAZE**

**FAKULTA
BIOMEDICÍNSKÉHO
INŽENÝRSTVÍ**



**BAKALÁŘSKÁ
PRÁCE**

2019

**JAKUB
KRONEISL**



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

**Fakulta biomedicínského inženýrství
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**

Problematika obcházení praktických lékařů pacienty v České republice, následný dopad pro urgentní příjmy nemocnic

The issue of patient bypass of general practitioner and the consequences on hospital emergency departments in the Czech republic

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Böhm, MBA

Jakub Kroneisl

Kladno, květen 2019



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Kroneisl** Jméno: **Jakub** Osobní číslo: **433926**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Problematika obcházení praktických lékařů pacienty v České republice a následný dopad pro urgentní příjmy nemocnic

Název bakalářské práce anglicky:

The issue of patient bypass of general practitioner and the consequences on hospital emergency departments in the Czech republic

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude problematika obcházení praktických lékařů pacienty v České republice a s tím související dopad na urgentní příjmy v nemocnicích. V teoretické části se bude pojednávat o důvodech, které vedou pacienty k ignoraci praktických lékařů. Dále pak o důsledcích, které z toho plynou pro urgentní příjmy nemocnic, jako je např. časové zatížení místních lékařů. V praktické části student pomocí dotazníkového šetření zhodnotí, jaké jsou důvody ignorace praktických lékařů pacienty, a kolik procent respondentů využívá místo praktického lékaře přímo urgentní příjmy. Dále pak, jaké procento pacientů, přijatých na urgentní příjmy, zaujímají právě pacienti, kteří navštívili urgentní příjem bez adekvátního zdravotního problému, či bez doporučení praktického lékaře.

Seznam doporučené literatury:

- [1] VALUŠ, Antonín, Civilní spory mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotní péče, ed. 1., Praha: Leges, 2014, 240 s., ISBN 978-80-7502-045-1
- [2] POLÁK, Martin, Urgentní příjem, ed. 2., přeprac. a doplněné, Praha: Mladá Fronta, 2016, 768 s., ISBN 978-80-204-3939-0
- [3] KOŠTA, Oto, Management úspěšné ordinace praktického lékaře, ed. 1., Praha: Grada, 2013, 112 s., ISBN 978-80-247-4422-3
- [4] KOŠTA, Oto, Management úspěšné ordinace praktického lékaře, ed. 1., Praha: Grada, 2013, 112 s., ISBN 978-80-247-4422-3

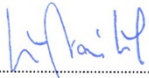
Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

Mgr. Pavel Böhm, MBA

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **19.03.2019**

Platnost zadání bakalářské práce: **20.09.2020**


prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., MBA, dr.h.c.
podpis vedoucí(ho) katedry


prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.
podpis děkana(ky)

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „Problematika obcházení praktických lékařů pacienty v České republice, následný dopad pro urgentní příjmy nemocnic“ vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 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.

V Praze dne 08.05.2019

.....
podpis

Poděkování

Rád bych poděkoval touto cestou vedoucímu této práce, panu Mgr. Pavlu Böhmovi, MBA. Za konzultace, přínosné rady a připomínky k této práci v průběhu jejího psaní, a za její vedení. Dále pak Marušce Trefné za inspiraci při výběru tématu, za překlady a obzvláště pak za celkovou všestrannou podporu. Rodině za pomoc nejen při zpracování dat, ale i za vytvoření klidného zázemí při psaní této práce. V neposlední řadě pak vedení nemocnice Motol za poskytnutí zkoumaných dat a panu primáři MUDr. Martinu Polákovi za informace k danému tématu.

Abstrakt

Bakalářská práce zabývá důvody, proč pacienti často obcházejí své praktické lékaře a míří se svými zdravotními problémy přímo na oddělení urgentních příjmů, a jaký následný dopad to pro oddělení urgentních příjmů má. Cílem práce je zjistit, jaké je zastoupení „neakutních“ pacientů přijatých na urgentní příjmy a zda je laická veřejnost dostatečně informována o tom, s jakými zdravotními problémy by měla na urgentní příjmy přicházet.

Teoretická část se věnuje oddělení urgentního příjmu jako takovému. Dále se pak zabývá třídícími systémy (převážně systémem ESI), které pomáhají určit, jak urgentní je zdravotní stav daného pacienta

V praktické části dochází k vyhodnocení dat, sbíraných z oddělení urgentního příjmu dospělých FN Motol, které se týkají urgentnosti zdravotního stavu pacientů přijatých na toto oddělení a způsobu, jakým se pacienti na oddělení dostavili. V druhé části je pak k vyhodnocení dotazník, který zkoumá spokojenost dotázaných s jejich praktickým lékařem a informovanost veřejnosti o problematice urgentních příjmů.

Klíčová slova

Urgentní příjem; triage; veřejné zdravotnictví; praktický lékař

Abstract

This bachelor thesis deals with reasons why patients often bypass the general practitioner and go with their health complaints directly to the emergency room, as well as the consequences this has on the emergency departments. The aim of this thesis was to determine what percentage of patients come to the emergency department with non-urgent complaints and whether the general public has sufficient knowledge about what type of health complaints belong to the emergency department.

The theoretical part of this thesis covers emergency departments as such. Furthermore, it deals with triage systems (especially the ESI system), which help to determine the urgency of the patient's condition.

In the practical part, data collected on the level of urgency and mode of transport patients used to get to the emergency room of patients admitted to the adult emergency department of the FN Motol hospital are evaluated. In the second part, a questionnaire examining the satisfaction of the general public with their general practitioner and the awareness about the issues of emergency departments are analyzed.

Keywords

Emergency department; triage; public health care; general practitioner

Obsah

1	Úvod	10
2	Současný stav	12
2.1	Význam zdraví pro člověka	12
2.2	Primární péče.....	13
2.3	Sekundární péče.....	14
2.4	Finanční zátěž pro zdravotnický systém.....	14
2.5	Urgentní příjem.....	15
2.5.1	Rozdělení urgentních příjmů	15
2.5.2	Přijetí pacienta na urgentní příjem.....	15
2.6	Triage	17
2.6.1	Historie.....	17
2.6.2	Současnost.....	17
2.6.3	Třídící systém ESI (Severity index system)	18
2.6.4	Situace v ČR.....	18
2.7	Zdravotní problémy řešené UP	19
3	Cíl práce.....	20
4	Metodika.....	21
4.1	Výběrový soubor.....	22
4.2	Organizace výzkumu.....	22
4.3	Struktura dat.....	23
5	Výsledky	24
5.1	Urgentní příjem.....	24
5.2	Analýza roku 2018.....	24

5.2.1	Za rok 2018 celkově	24
5.2.2	V rámci jednotlivých měsíců	27
5.3	Výsledky dotazníku.....	56
5.3.1	Analýza	57
6	Diskuze	72
7	Závěr	80
8	Seznam použitých zkratk.....	81
9	Seznam použité literatury	82
10	Seznam Příloh.....	86

1 ÚVOD

Přeplněné čekárny, nervózní a nespokojení pacienti, unavení lékaři i celý zdravotnický personál. To je velice častý, a mohli bychom s nadsázkou říci, typický obraz nejen českého zdravotnictví. Příčinou nemusí být ovšem pouze nedostatečný počet lékařů či sester, jak o tom slyšíme a čteme pravidelně v médiích.

Česká republika není jedinou zemí, která se nachází v této situaci. Na základě výsledků studií v zahraničí se ukazuje, že příčinou může být také nevědomost či pohodlnost pacientů. Ti se často nedrží určité struktury či „hierarchie“ zdravotnického systému a vybírají si zdravotnické zařízení či nemocniční oddělení podle kritérií, které mnohdy ani nesouvisí s jejich samotným zdravotním stavem. Následkem toho dochází k nevhodné korelaci mezi zdravotními potížemi pacienta (klienta) a oddělením, na které s potížemi přichází.

Pravděpodobně nejvíce postiženi touto diskorelací jsou oddělení urgentních příjmů. Největší předností (ale v závěru největším úskalím) urgentního příjmu je fakt, že k ošetření je přijat každý přicházející, bez ohledu na závažnost jeho zdravotního problému.

Nezřídka kdy se tudíž na urgentní příjem dostávají pacienti (klienti), jejichž zdravotní stav by mohl být léčen a řešen jejich praktickým lékařem (PL).

Práce předkládá statistické výsledky zastoupení pacientů spadajících do kategorie 4 a 5 („neakutní pacienti“) dle mezinárodní klasifikace ESI (emergency severity index) z celkového počtu přijatých pacientů na oddělení urgentního příjmu (UP) dospělých FN Motol.

Tato práce se zabývá důvody, proč lidé často nechodí se svými zdravotními problémy nejprve ke svému praktickému lékaři, ale naopak navštěvují přímo urgentní příjem, byť by jejich zdravotní problémy byl mnohdy kompetentní řešit právě jejich praktický lékař.

Práce předkládá statistické výsledky zastoupení pacientů spadajících do kategorie 4 a 5 („neakutní pacienti“) dle mezinárodní klasifikace ESI (emergency severity index) z celkového počtu přijatých pacientů na oddělení urgentního příjmu (UP) dospělých FN Motol.

Práce si v neposlední řadě pokládá otázku, zda dochází k dostatečné edukaci laické veřejnosti ohledně podstaty UP, a zda lze nevhodnému využívání urgentních příjmů nějakým způsobem předcházet.

2 SOUČASNÝ STAV

2.1 Význam zdraví pro člověka

Zdraví je pro člověka jedním z nejdůležitějších, ba možná nejdůležitějším kritériem, v hodnocení kvality jeho života. O tom, jak definovat zdraví se vedou dodnes poměrně dlouhé diskuze. Často zastávaným názorem je pohled na zdraví, jakožto na absenci nemoci. Existuje ovšem poněkud komplexnější pojetí významu zdraví, které nebere v potaz jen zdraví fyzické. Tomu odpovídá i definice WHO, podle které je zdraví: „stavem úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO, 1946), (IZPE, 2002).

Touha po dosažení zdraví existuje u člověka již odpradáвна a provází ho přes jeho vývoj, i přes veliký vývoj v oblasti medicíny, až dodnes. Není v závěru podstatné, jakými prostředky se člověk snažil zdraví v historii dosáhnout. Ať už se jednalo o konzumování nejrůznějších bylin, různé šamanské rituály či experimentální pokusy (ve středověku nazývány čarodějnické, a tvrdě trestané), až po dnešní dobu moderních technologií, kdy je medicína v poznání a možnostech léčby tak daleko, že si musí začít klást naopak otázku, zda již není její jednání neetické (Šimek, 2015), (Porter, 2015).

Veškeré medicínské techniky, či způsoby související s dosažením lidské dokonalosti v oblasti zdraví mají jednoho společného jmenovatele – a tou je právě ona touha po zdraví (Porter, 2015).

2.2 Primární péče

Primární zdravotní péče je definována WHO jako: „základní zdravotní péče založená na praktických, vědeckých a společensky akceptovatelných metodách a technologiích, která je všeobecně přístupná rodinám a individuům v komunitě tím, že je pro ně akceptovatelná a náklady na ni si komunita a země může dovolit udržet v každém stupni svého rozvoje v duchu spoléhání na sebe samu a vlastní rozhodování. Tato péče tvoří část zdravotního systému země, kterého je hlavní funkcí a zaměřuje se na celkový sociální a ekonomický rozvoj komunity. Tato péče je první úrovní kontaktu individua, komunity a rodiny se zdravotním systémem země, přináší zdravotní péči co nejbližší k životu a práci lidí a tvoří první stupeň navazujícího procesu zdravotní péče“. (WHO, 2019).

Primární zdravotní péče má za úkol zajišťování integrované zdravotní péče, a to jak o jednotlivce, rodinu či společenské celky. Zahrnuje soubor činností, které mají za cíl zajistit podporu zdraví, prevenci, vyšetření, léčení, rehabilitaci a ošetření.

Pro primární péči jsou charakteristické následující znaky: naprostá dostupnost, přijetí pacienta (klienta) bez jakýchkoliv překážek či diskriminace na úrovni kulturní, ekonomické, sociální či geografické. Dále je nutné pochopit potřeby daného pacienta, zachovat pacientovu důstojnost a vyvarovat se vyvolání pocitu méněcennosti u pacienta. Nesmírně důležitá je pak také empatie lékaře a schopnost vhodně komunikovat s pacientem (Košta, 2013).

Praktičtí lékaři se řadí mezi poskytovatele tzv. primární péče, což znamená, že na ně přednostně (primárně) by se měl pacient obracet se svými zdravotními problémy. Mezi lékaře primární péče patří praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, zubní lékaři a gynekologové. Mimo tyto lékařské obory

se pacient může v rámci primární péče setkat také s jinými specialisty, a to v rámci ambulantního ošetření (MZČR, 2019).

2.3 Sekundární péče

Odlišení primární péče od péče sekundární a terciální spočívá v několika základních charakteristikách. Lékař poskytující primární péči se zabývá častějšími a méně specifickými problémy. Je oproti lékařům poskytujícím specializovanou sekundární péči pacientovi lidsky blíže, má větší předpoklady ke sledování vlivů životního stylu a prostředí pacienta na vznik pacientovy nemoci. Má tak na základně osobnějších a komplexnějších informací o pacientovi větší možnost ovlivnit pozitivně jeho zdravotní stav. Praktický lékař se také ve své praxi setkává s větším počtem různorodých zdravotních obtíží, na rozdíl od svých specializovaných kolegů, kteří jsou limitováni pouze určitým typem diagnos, a tak mají (nebo by alespoň měli mít) v péči menší množství pacientů (IZPE, 2002).

2.4 Finanční zátěž pro zdravotnický systém

Primární péče prováděna právě také i praktickými lékaři je také pro zdravotnický systém levnější než péče o pacienty s diagnosou řešitelnou lékaři primární péče, ale řešenou specializovanými lékaři. Je to mimo jiné tím, že v primární péči lze ušetřit včasnou a správnou diagnosou a zahájením léčby v jejím počátku nemalé finanční částky za dlouhodobou léčbu či hospitalizaci pacienta (ÚZIS ČR, 2019).

2.5 Urgentní příjem

Urgentní příjem (jinak také „akutní příjem“, „emergency“, „oddělení centrálního příjmu“) je označení pro místo při zdravotnickém zařízení, kde dochází k přijímání a ošetřování pacientů (klientů), kteří sem přicházejí z důvodu akutního zdravotního problému či onemocnění.

2.5.1 Rozdělení urgentních příjmů

Urgentní příjem (UP) dělíme na dva typy, podle toho, jak vysoce specializovaný je, na:

1. Vysokoprahová oddělení = přijímání pacientů jen s určitou specifickou diagnosou (např. polytrauma či bolest na hrudi). Tyto vysokoprahová oddělení jsou vyhrazena pro specializovaná centra (příkladem mohou být např. centra vysoce specializované péče o pacienty s popáleninami, které ve fakultních nemocnicích v Brně, Ostravě a v Praze ve FNKV) (MZČR, 2019).
2. Nízkoprahová oddělení = přijímání všech pacientů bez ohledu na diagnosu.

Nutno poznamenat, že většina urgentních příjmů v České republice je právě nízkoprahových (Polák, 2018).

2.5.2 Přijetí pacienta na urgentní příjem

Pacient (klient), který je přivezen či se sám dostaví na urgentní příjem, má zdravotní potíže, které mají různou povahu a naléhavost (urgentnost). Hned ze začátku je důležité si uvědomit rozdíl mezi pojmy závažnost a urgentnost.

Pacient, který se léčí se závažným onemocněním nemusí automaticky potřebovat urgentní ošetření.

Urgentnost ošetření pacienta můžeme posuzovat z různých pohledů:

1. Pohled pacienta;
2. pohled přijímacího personálu urgentního příjmu;
3. pohled posádky ZZS (pokud byl pacient dopraven na UP vozem ZZS);
4. pohled lékaře, který doporučil pacienta na urgentní příjem (pokud přichází pacient s doporučením) (Polák, 2014).

Tyto pohledy se nemusí shodovat a v praxi se ukazuje, že se často opravdu neshodují.

Shoda mezi vnímáním zdravotního problému samotného pacienta a zdravotnickým personálem je často velice problematická. Stejně tak jako vztah mezi tím, jak zdravotní personál hodnotí bolest pacienta, a tím, jak hodnotí svoji bolest sám pacient. Bolest je subjektivní a je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Vnímání bolesti nelze jakkoliv objektivizovat (Křivohlavý, 2015).

Konečné posouzení, zda je pacientův stav opravdu urgentní a pokud je, tak do jaké míry a jak rychle je třeba daný zdravotní stav řešit, závisí na lékaři či sestře urgentního příjmu.

Lékař či sestra musí posoudit, který pacient musí být ošetřen primárně či naopak, který může být se svým zdravotním problémem ošetřen až následně. Důležité je uvědomit si, že na urgentním příjmu není důležité, kolikátý v pořadí daný pacient se zdravotním problémem přichází, ale s jak urgentním problémem přichází. Pro určení pořadí pacientů slouží na urgentních příjmech systém třídění – triage (triáž).

2.6 Triage

2.6.1 Historie

Slovo „trriage“ pochází z francouzského slova „trier par“, což znamená v českém překladu třídít. V souvislosti s medicínou a tříděním zraněných se objevuje poprvé v době napoleonských válek, konkrétně v době, kdy Napoleon táhl se svým vojskem mezi lety 1797 až 1801 do Sýrie a Egypta. Za tímto třídícím systémem stojí Napoleonův hlavní chirurg baron Dominique-Jean Larrey. Cílem této triage bylo původně třídít zraněné vojáky na vojáky dále bojeschopné a vojáky, kteří již vzhledem ke svému zranění nejsou schopni nadále bojovat. Triage také sloužila k tomu, aby byli zranění vojáci na bojišti roztríděni a těžce zranění evakuováni z bitevního pole k následnému ošetření (Nakao et al, 2017), (Polák, 2018), (Robertson-Steel, 2006).

2.6.2 Současnost

V dnešní době je triage systém vnímán jako: *„komplexní a sofistikovaný systém, který slouží ke stanovení závažnosti a urgentnosti onemocnění každého pacienta, kteří přijde na urgentní příjem (emergency), a to jakoukoliv cestou“*. (Polák, 2018).

Cílem triage je poskytnutí vhodné péče každému pacientovi, který na urgentní příjem přichází. Tato péče musí být poskytována v kvalitě a úrovni, která odpovídá klinickým požadavkům léčeného. Na druhé straně musí být všechny léčebné a diagnostické prostředky využívány efektivně.

Na oddělení emergency (UP) jsou přijímáni různí pacienti s různými zdravotními problémy. Ne všichni z nich potřebují stejnou úroveň péče, a ne všichni z nich potřebují veškeré diagnostické či léčebné prostředky (Polák, 2018), (WHO, 2019).

2.6.3 Třídící systém ESI (Severity index system)

Existuje několik různých systémů třídění pacientů. Systém ESI patří v dnešní době k nejvíce využívaným třídícím systémům. Zakladateli tohoto systému jsou lékaři Richard Wuerz a David Eitel. Cílem ESI je zjednodušit stanovení priority pacienta na základě urgentnosti jeho zdravotního stavu. Osoba provádějící třídění – tzv. trier, kterou je většinou zdravotní sestra odpovídá v podstatě na dvě zásadní otázky:

1. Který z pacientů by měl být ošetřen lékařem jako první.
2. Jak dlouho může každý z pacientů čekat na vyšetření a následné ošetření lékařem, aniž by došlo k ohrožení jeho zdravotního stavu.

ESI je systém pětistupňový, tzn. rozlišujeme zde pět stupňů (kategorií) naléhavosti, co se vyšetření a ošetření pacienta týče.

První (a nejzávažnější) stupeň znamená bezprostřední ohrožení pacienta, kdy je nutné jeho okamžité ošetření. Druhý stupeň jsou emergentní stavy, kdy vyšetření probíhá do 15 min. Třetí stupeň zahrnuje urgentní stavy a ošetření do 60 min. Čtvrtý stupeň jsou stavy semiurgentní, kdy se doma ošetření pohybuje mezi 60-120 min. Pátý (nejméně závažný) stupeň znamená stavy neurgentní, kdy doba nutná k ošetření pacienta dosahuje až 24 hod.

2.6.4 Situace v ČR

V České republice nejsou systémy třídění pacientů sjednocené. Některé UP používají systém ESI, některé systém MTS (Manchester triage system), některé urgentní příjmy systémy triage téměř nepoužívají. Sjednocení UP v této oblasti by bylo vhodné, obzvláště z důvodu efektivního třídění pacientů na všech pracovištích v ČR (Polák, 2018).

2.7 Zdravotní problémy řešené UP

Nejčastější zdravotní potíže, řešené na UP (vyjma traumat) jsou: „*alergie, astma, bodnutí hmyzem, bolest a otok končetiny, bolest břicha, bolesti zad, bolest na hrudi, bolest v krku, celková indispozice, dušnost, intoxikace v suicidálním úmyslu nebo jiné otravy, kašel, kolapsové stavy, palpitace, krvácení do GIT, průjem a zvracení, křeče, psychiatrické poruchy, močové obtíže, vyrážka, náhlé pády...*“ (Polák, 2014).

3 CÍL PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jaké je zastoupení „neakutních pacientů“ přijatých na urgentní příjmy nemocnic. Vychází z hypotézy, že na UP často přijíždí či přicházejí pacienti, jejichž zdravotní stav není tak závažný, aby musel být na těchto odděleních řešen. Práce chce dokázat, že tito „neakutní“ pacienti tvoří nemalou část celkově přijatých pacientů na urgentní příjmy. Práce zkoumá důvody, proč pacienti chodí se svými zdravotními problémy přímo na urgentní příjmy a nenavštěvují s nimi např. své praktické lékaře, kteří by byli často schopni jejich obtíže řešit. V neposlední řadě se snaží odpovědět na otázku, zda je veřejnost dostatečně informována o tom, s jakými zdravotními problémy by člověk měl primárně urgentní příjmy navštěvovat.

Cílem práce je potvrdit či vyvrátit hypotézu, že zastoupení „neakutních“ pacientů přijatých na UP není zanedbatelné.

4 METODIKA

Praktická část této práce probíhala na dvou úrovních. První úroveň byl sběr dat z urgentního příjmu FN Motol, týkajících se zastoupení jednotlivých kategorií závažnosti zdravotního stavu pacientů dle systému triage, konkrétně dle třídícího systému ESI. Práce se zabývala jak procentuálním zastoupením jednotlivých kategorií z celkového počtu přijatých pacientů na urgentní příjem, tak způsoby, jakými se pacienti na UP dostavili. Data byla extrahována z písemných záznamů oddělení urgentního příjmu FN Motol, dále transformována do elektrické podoby - grafů a tabulek a následně popsána. Rozlišeny zde byly kategorie: pacient přivezen zdravotnickou záchrannou službou (ZZS), pacient se dostavil sám (resp. jiná osoba ho přivezla), pacient přišel na doporučení PL a poslední kategorie byla nazvána „jiné“. Do kategorie „jiné“ spadaly pacienti přivezení z Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), pacienti dopraveni na UP pomocí Dopravy raněných a nemocných (DRN) či pacienti přicházející na UP z oddělení Lékařské služby první pomoci (LSPP).

Druhou úrovní této práce bylo zkoumání pohledu na urgentní příjmy stran veřejnosti. Tato část probíhala formou dotazníku. Dotazník byl vytvořen v programu Google Formuláře. Rozlišoval respondenty dle několika kritérií. Tyto kategorie a celková struktura dotazníku bude popsána dále v této práci. Otázky byly směřované na problematiku „obcházení“ praktických lékařů pacienty. Na důvody, proč lidé nechodí před tím, než navštíví UP ke svému PL a na celkovou spokojenost pacientů se svými praktickými lékaři. Dále byla v rámci dotazníku pokládána otázka, zda je veřejnost dostatečně informována a edukována o tom, k jakým zdravotním problémům oddělení urgentních příjmů slouží. Výsledky byly opět shrnuty a pomocí grafů popsány. Odkaz na online dotazník je uveden ve zdrojích této práce.

Celá bakalářská práce (včetně tabulek) byla napsána v programu Microsoft Word. Grafy byly použity z programu Google Formuláře po vyhodnocení výsledků dotazníku.

4.1 Výběrový soubor

V rámci výzkumu byla data odebírána z urgentního příjmu FN Motol. Počet zkoumaných pacientů byl 21 462, což odpovídalo počtu přijatých pacientů na oddělení za jeden rok. Data byla sbírána za celý rok 2018, tzn. od 1.1.2018 do 31.12.2018. Při odběru byly rozlišovány konkrétní měsíce, aby bylo v závěru možné určitě porovnání s celoročním průměrem.

Pro získání údajů stran veřejnosti pomocí online dotazníku byl použit vzorek 1307 respondentů s bydlištěm v Praze a Středočeském kraji.

4.2 Organizace výzkumu

Pro provedení výzkumu bylo nejprve získat patřičná povolení. Po schůzce s náměstkyní ředitele FN Motol pro ošetrovatelskou péči Mgr. Janou Novákovou, MBA, na které proběhlo představení výzkumu, jeho průběhu a záměru, a po následném podání oficiální žádosti, byl výzkum na urgentním příjmu FN Motol schválen (viz příloha 1). Poté došlo k představení výzkumu vrchní sestře oddělení, Bc. Lucii Vackové, se kterou bylo nutné domluvit konkrétní způsob a čas, kdy bude odběr dat prováděn, neboť bylo zapotřebí z archivu konkrétní záznamy před odběrem vždy na oddělení připravit.

Dotazník byl v elektronické podobě odeslán vybranému vzorku respondentů. Tento vzorek přesahoval počet 2500, z čehož odpovědělo 1307 respondentů. Největší distribuce probíhala skrze sociální sítě, dále pak formou emailu či

osobním kontaktem s respondentem, který dotazník na elektronickém zařízení (počítač, tablet) osobně vyplnil.

4.3 Struktura dat

Sběr dat probíhal od 17.4.2019 do 3.5.2019 na oddělení urgentního příjmu dospělých FN Motol v Praze. Data byla sbírána vždy po jednom či dvou měsících, aby se minimalizovala chybnost odběru. Do tabulky bylo zaznamenáváno několik údajů:

1. Celkový počet přijatých pacientů za daný měsíc;
2. celkový počet pacientů dané kategorie dle závažnosti (stupně 1-5);
3. pacienti přivezeni ZZS;
4. pacienti dostavivší sami;
5. pacienti doporučení praktickým lékařem;
6. pacienti, kteří se dostavili na UP jiným způsobem (LDN, DRN, LPPS).

Oslovení potenciálních respondentů ohledně dotazníku za účelem potvrzení jejich spolupráce na tomto výzkumu proběhlo v čase 1.-31.3.2019. Samotná distribuce dotazníku pak v době od 1.4.-30.4.2019.

Zpracování výsledků z praktické části této práce probíhalo od 1.-5.5.2019.

5 VÝSLEDKY

5.1 Urgentní příjem

U každého jednotlivého pacienta bylo zjišťováno, jaký stupeň naléhavosti dle třídícího systému ESI mu byl na oddělení přiřazen a jakým způsobem se na oddělení dostavil. Systém ESI je popsán v teoretické části této práce.

Analyzován je počet přijatých pacientů a způsob jejich dopravení se na oddělení celkově za rok 2018. Stejným způsobem jsou analyzovány i jednotlivé měsíce zvlášť.

5.2 Analýza roku 2018

5.2.1 Za rok 2018 celkově

Celkově bylo na urgentní příjem dospělých FN Motol v roce 2018 přijato 21 462 pacientů.

Tabulka 1 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v roce 2018

Kategorie	Celkem	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	1349	1279	55	6	9
2	3418	2110	1091	162	55
3	7389	4842	1581	647	299
4	6575	2917	1921	990	667
5	2731	575	1625	316	215

5.2.1.1 Zastoupení jednotlivých kategorií

Zastoupení pacientů daných kategorií dle třídění ESI, podle závažnosti jejich zdravotního stavu, v roce bylo v roce 2018 na oddělení urgentního příjmu dospělých FN Motol následující: kategorie 1: 1349 pacientů (6,29 %), kategorie 2: 3418 pacientů (15,93 %), kategorie 3: 7389 pacientů (34,43 %), kategorie 4: 6575 pacientů (30,64 %), kategorie 5: 2731 pacientů (12,72 %).

Z toho vyplývá toto pořadí: nejčastěji byli přijímáni pacienti kategorie 3 (34,43 %), dále kategorie 4 (30,64 %), kategorie 2 (15,93 %), kategorie 5 (12,72 %), nejméně pak pacienti kategorie 1 (6,29 %).

5.2.1.2 Pacienti dopraveni ZZS na oddělení UP

ZZS bylo přivezeno na oddělení 11 723 z 21 462 pacientů, tedy 54,62 %. Nejvíce vozila ZZS pacienty kategorie 1 (94,81 %), dále kategorie 3 (65,53 %), kategorie 2 (61,73 %), kategorie 4 (44,37 %), kategorie 5 (21,05 %).

5.2.1.3 Samostatně dopravivší se na oddělení

Samostatně se dostavilo na oddělení 6273 pacientů, což odpovídá 29,23 %. Nejvíce přicházeli sami pacienti spadající do kategorie 5 (59,50 %), dále kategorie 2 (31,92 %), kategorie 4 (29,22 %), kategorie 3 (21,40 %) a kategorie 1 (4,08 %).

5.2.1.4 Pacienti doporučení PL

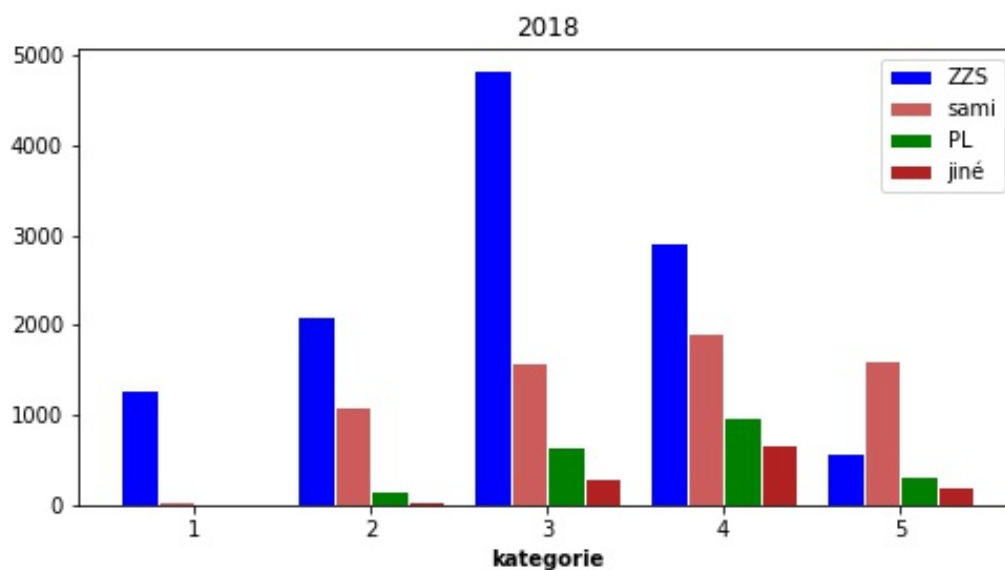
Praktický lékař doporučit k vyšetření na UP 2121, neboli 9,88 %. Doporučeno bylo 15,06 % pacientů kategorie 4, dále 11,57 % kategorie 5, kategorie 3 měla zastoupení 8,76 %, kategorie 2 pak 4,74 %, nejméně pacientů doporučených PL bylo z kategorie 1, a to 0,45 %.

5.2.1.5 Pacienti dopraveni na UP jiným způsobem

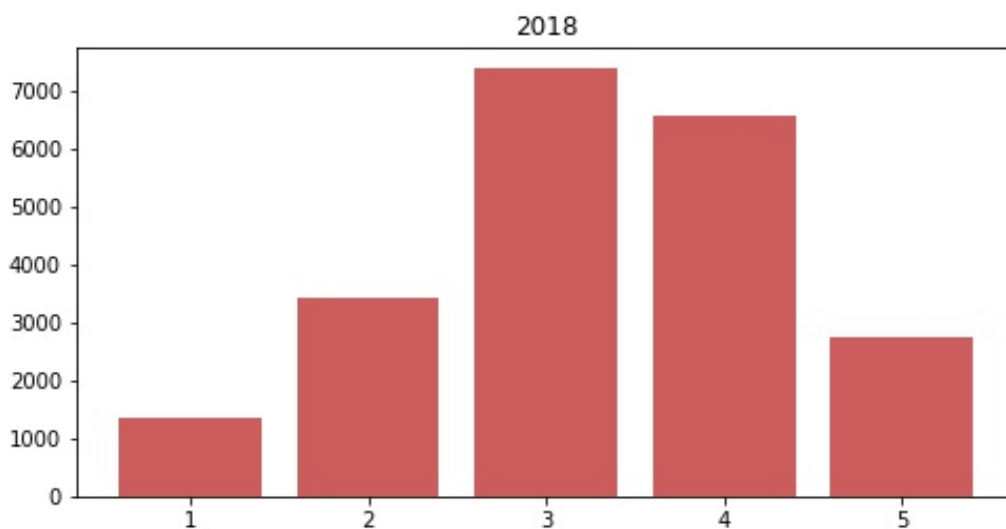
Jiným způsobem bylo na oddělení dopraveno 1245 pacientů, tedy 5,77 % a to v pořadí (od nejvyššího procentuálního zastoupení k nejnižšímu): kategorie 4 (10,14 %), kategorie 5 (7,87 %), kategorie 3 (4,04 %), kategorie 2 (1,61 %) a kategorie 1 (0,67 %).

Kategorie 4 a 5

V roce 2018 bylo na UP z celkových 21 462 pacientů přijato 9306 pacientů spadajících do kategorie 4 nebo 5, tedy 43,36 %. Praktickým lékařem bylo doporučeno 15,06 % pacientů kategorie 4 a 11,57 % kategorie 5. Z celkového počtu pacientů těchto kategorií bylo doporučeno PL pouze 14,03 % (1306 z 9306).



Obrázek 1 Počet pacientů přijatých na UP Motol (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se jednotlivých kategorií na oddělení (osa x)



Na ose X vidíme stupeň závažnosti pacienta UP a na ose Y počet pacientů v daném roce

Obrázek 2 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v roce 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.2.2 V rámci jednotlivých měsíců

5.2.2.1 Leden 2018

V lednu 2018 bylo přijato na UP FN Motol celkem 1927 pacientů.

Tabulka 2 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v lednu 2018

Kategorie	Celkem	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	128	113	12	1	2
2	463	267	160	22	14
3	795	462	212	96	25
4	395	172	134	55	34
5	146	37	83	19	7

Z celkového počtu přijatých (1927) bylo zastoupení kategorií (dle třídícího systému ESI) následující: kategorie 1: 128 pacientů (6,64 %), kategorie 2: 463 pacientů (24,03 %), kategorie 3: 795 pacientů (41,26 %), kategorie 4: 395 pacientů (20,50 %), kategorie 5: 146 pacientů (7,58 %). Nejvíce zastoupení byli tedy pacienti závažnosti 3 (41,26 %).

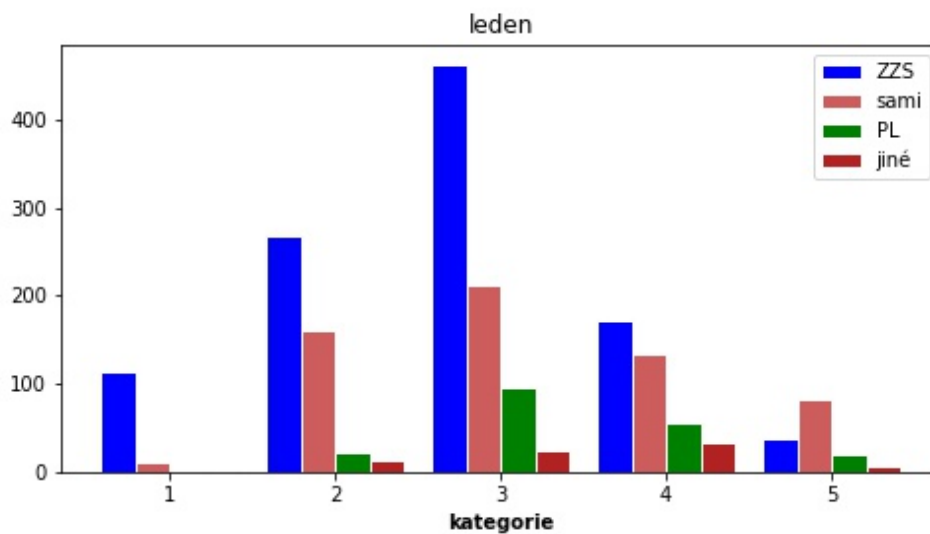
U grafu dále vyplývá, že ZZS bylo přivezeno procentuálně nejvíce, vzhledem k celkovému počtu dané kategorie, pacientů kategorie 1 (88,28 %), nejméně pak pacientů kategorie 5 (25,34 %). Přivezených ZZS bylo 1051 z celkového počtu 1927 přijatých, tj. 54,5 %.

Skupinou, která se na oddělení dopravovala nejvíce samostatně, byla kategorie 5 (56,85 %). Zajímavé zde je, že kategorie 2 chodila téměř stejně samostatně (34,56 %) jako kategorie podstatně méně závažná, kategorie 4 (33,92 %).

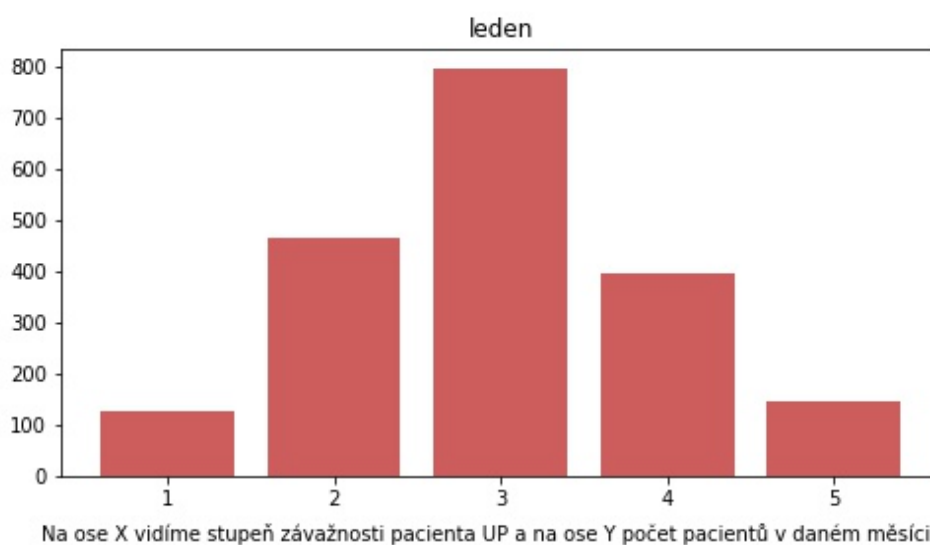
Praktický lékař doporučil nejvíce pacientů kategorie 4 (13,92 %) a 5 (13,01 %) z celkového počtu jednotlivých kategorií.

Kategorie 4 a 5

Celkový počet přijatých pacientů kategorií 4 a 5 byl dohromady 541, což odpovídá 28,08 % z celkového počtu přijatých na oddělení. U kategorie 4 bylo doporučeno praktickým lékařem 55 osob z 395 (13,92 %), u páté kategorie 83 osob ze 146 (13,01 %). Celkově doporučeno bylo 74 pacientů z 541, neboli 13,68 %.



Obrázek 3 Počet pacientů přijatých na UP Motol v lednu 2018 (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se jednotlivých kategorií na oddělení (osa x)



Obrázek 4 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v lednu 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.2.2.2 Únor 2018

Počet přijatých pacientů na UP FN Motol v měsíci únoru činil 1649.

Tabulka 3 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v únoru 2018

Kategorie	Celkem	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	126	122	3	1	0
2	326	160	138	24	4
3	630	410	110	71	39
4	412	188	118	65	41
5	155	33	101	13	8

Zastoupení jednotlivých kategorií z celkového počtu 1649 přijatých na oddělení v měsíci únoru, bylo: kategorie 1: 126 pacientů (7,94 %), kategorie 2: 326 pacientů (19,77 %), kategorie 3: 630 pacientů (38,20 %), kategorie 4: 412 (24,98 %), kategorie 5: 155 pacientů (9,40 %). Skupinou nejvíce zastoupenou byla kategorie 3 (38,20 %), nejméně zastoupenou kategorie 5 (9,40 %).

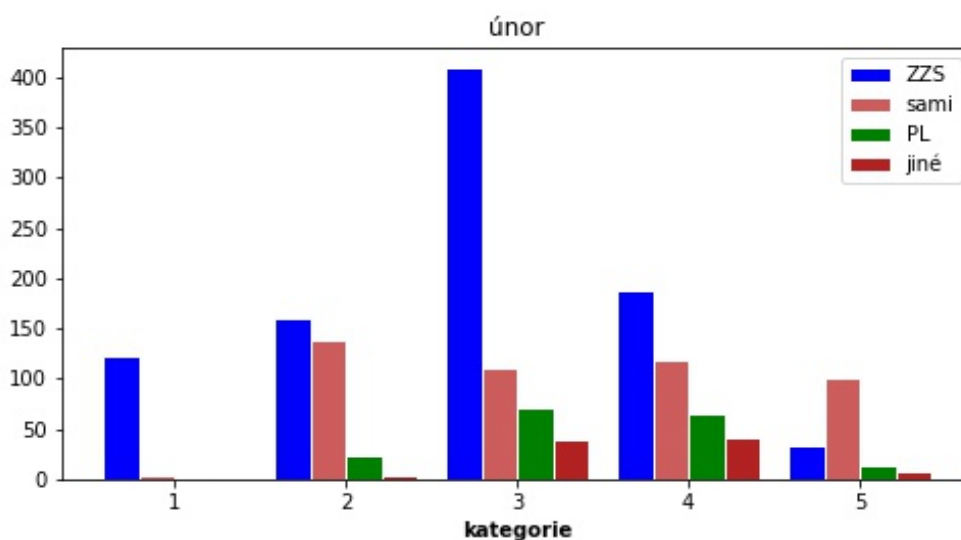
Přivezeno ZZS bylo celkově 55,37 % (913 z 1649). Pacienti nejvíce dopraveni na oddělení ZZS byli pacienti 1.kategorie (96,83 %). Zajímavé je, že pacienti 3. kategorie byli dopravováni na oddělení ZZS častěji (65,08 %) než pacienti 2. kategorie (49,08 %). ZZS odvezla dále 45,63 % pacientů kategorie 4 a 21,29 % pacientů páté, nejméně závažné kategorie.

Samostatně se nejvíce dostavovali pacienti kategorie 5 (65,16 %). Povšimnutí hodný je fakt, že pacienti 2. kategorie (42,33 %) se výrazně více dostavovali sami, než pacienti 3. (17,46 %) a dokonce i 4. kategorie (28,64 %).

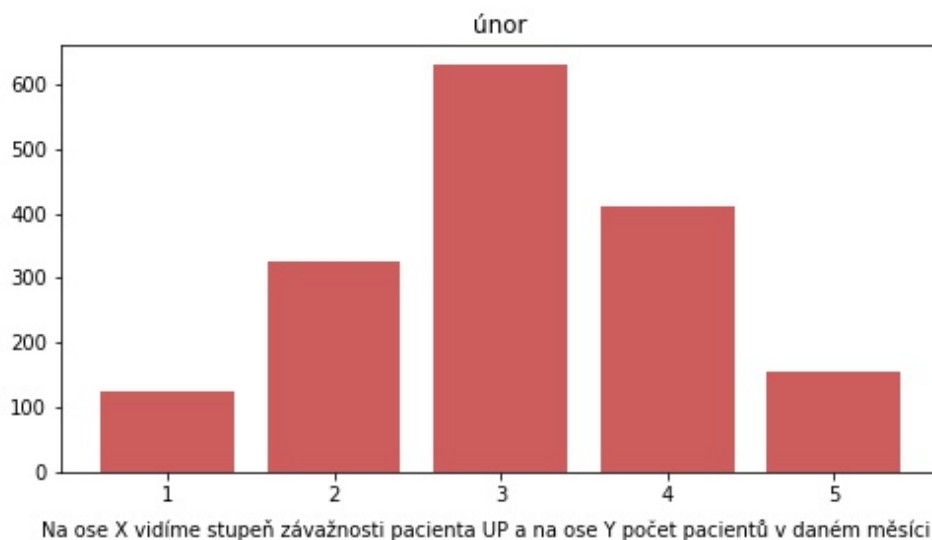
Na doporučení PL se na oddělení dostavilo nejvíce pacientů spadajících do 4. kategorie (15,78 %).

Kategorie 4 a 5

Pacienti 4. kategorie podstatně více využívají ZZS k dopravě do nemocnice než ostatní kategorie, vyjma kategorie 1. Celkové zastoupení pacientů kategorií 4 a 5 přijatých na UP v měsíci únoru bylo 26,52 %. Praktickým lékařem bylo doporučeno pouze 15,78 % osob z kategorie 4 a 8,39 % osob z kategorie 5. Celkově doporučeno praktickým lékařem bylo u těchto kategorií dohromady 13,75 % pacientů.



Obrázek 5 Počet pacientů přijatých na UP Motol v únoru 2018 (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se jednotlivých kategorií na oddělení (osa x)



Obrázek 6 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v únoru 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.2.2.3 Březen 2018

Počet přijatých osob na UP FN Motol v tomto měsíci byl 1956.

Tabulka 4 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v březnu 2018

Kategorizace	Celkem	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	139	130	7	0	2
2	354	205	123	20	6
3	744	487	154	60	43
4	531	245	134	95	57
5	188	50	123	12	3

Zastoupení jednotlivých kategorií pacientů, kteří se dostavili na oddělení UP FN Motol v měsíci březnu bylo toto: kategorie 1: 139 pacientů (7,10 %), kategorie 2: 354 pacientů (18,10 %), kategorie 3: 744 pacientů (38,04 %), kategorie 4:

531 pacientů (27,15 %), kategorie 5: 188 pacientů (9,61 %). Nejvíce zastoupenou skupinou byla kategorie 3 (38,04 %), nejméně pak kategorie 5 (9,61 %).

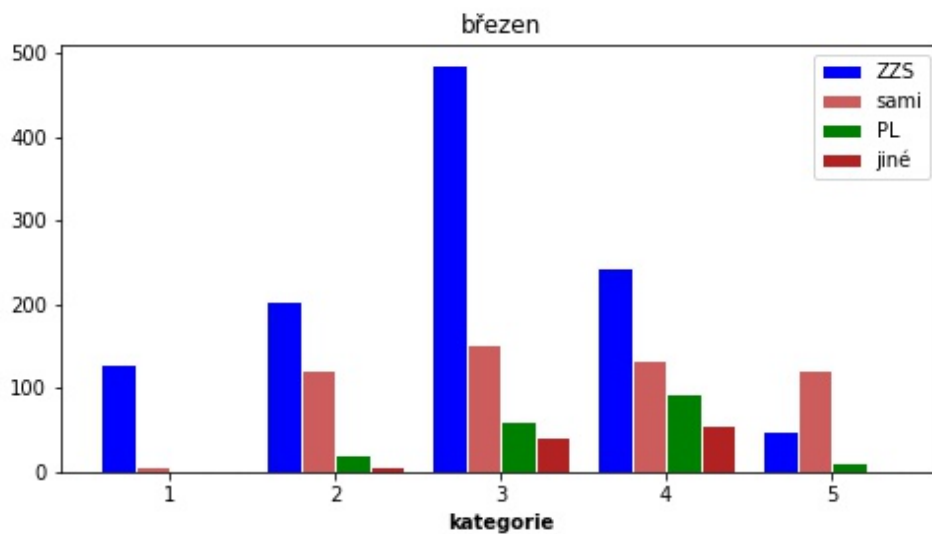
ZZS přivezla celkem na oddělení 1117 pacientů z 1956, což je 57,11 %. Mimo kategorii 1 (93,53 %) bylo ZZS přivezeno nejvíce pacientů kategorie 3 (65,46 %).

65,43 % pacientů 5. kategorie se dostavilo na UP samostatně, což odpovídá největšímu zastoupení v rámci způsobu dopravení se na oddělení. Opět zde platí, že pacienti kategorie 2 se dopravovali častěji na oddělení samostatně (34,75 %) než kategorie 3 (20,70 %) a kategorie 4 (25,24 %).

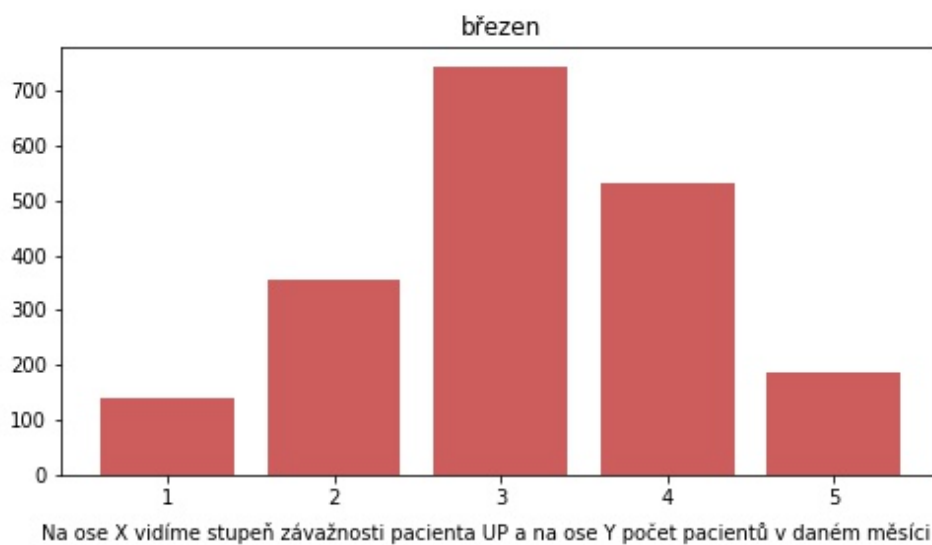
Praktickým lékařem bylo doporučeno nejvíce pacientů spadající do kategorie 4 (17,89 %), naopak žádný pacient z kategorie 1 nebyl praktickým lékařem doporučen.

Kategorie 4 a 5

Znovu můžeme vidět, že pacienti 4. kategorie využívají odvoz ZZS častěji než kategorie 2 a 3. Celkově bylo přijato v březnu na oddělení 36,77 % případů spadajících do kategorie 4 nebo 5. Praktický lékař doporučil jen 17,89 % pacientů kategorie 4 a 6,38 % kategorie 5.



Obrázek 7 Počet pacientů přijatých na UP Motol v březnu 2018 (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se jednotlivých kategorií na oddělení (osa x)



Obrázek 8 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v březnu 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.2.2.4 Duben 2018

V měsíci dubnu bylo na oddělení UP FN Motol přijato 1428 pacientů.

Tabulka 5 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v dubnu 2018

Kategorizace	Celkem	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	106	95	7	2	2
2	242	143	81	17	1
3	503	284	119	62	38
4	412	142	122	93	55
5	165	23	128	8	6

Zastoupení kategorií dle třídícího systému ESI bylo v měsíci dubnu na oddělení urgentního příjmu pro dospělé FN Motol následující: kategorie 1: 106 pacientů (7,42 %), kategorie 2: 242 pacientů (16,95 %), kategorie 3: 503 pacientů (35,22 %), kategorie 4: 412 pacientů (28,85 %), kategorie 5: 165 pacientů (11,55 %). Nejvíce zastoupená skupina byla kategorie 3 (35,22 %), vysoce zastoupená v tomto měsíci byla i kategorie 4 (28,85 %). Nejmenší skupinou přijatou na UP byla kategorie 1. Zajímavé je, že zastoupení kategorie 5 (nejméně závažná) - 11,55 %, je o několik procent vyšší než kategorie 1 (nejvíce urgentní) - (7,42 %).

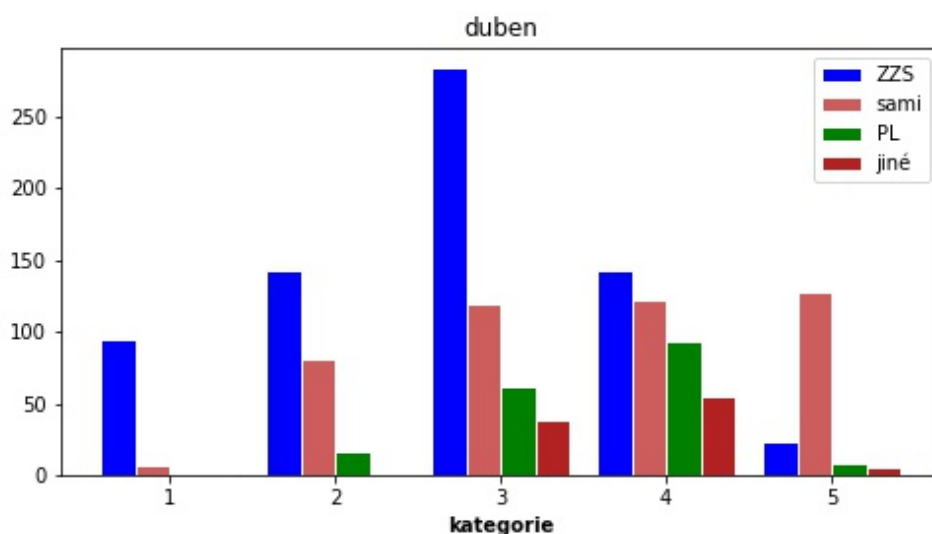
Dopraveno ZZS bylo v tomto měsíci 687 pacientů z celkových 1428, což odpovídá 48,11 %. V dubnu vozila ZZS zastoupení pacientů dle jednotlivých kategorií, nejvíce 1. kategorií = 89,60 %, nejméně 5. kategorií = 13,94 %.

Co se samostatného dopravení se na oddělení týče, stále platí, že kategorie 2 chodí častěji (33,47 %) sama než kategorie 3 (23,66 %) a 4 (29,61 %). Z celkového počtu 165 pacientů 5. kategorie jich 77,58 % dorazilo samo.

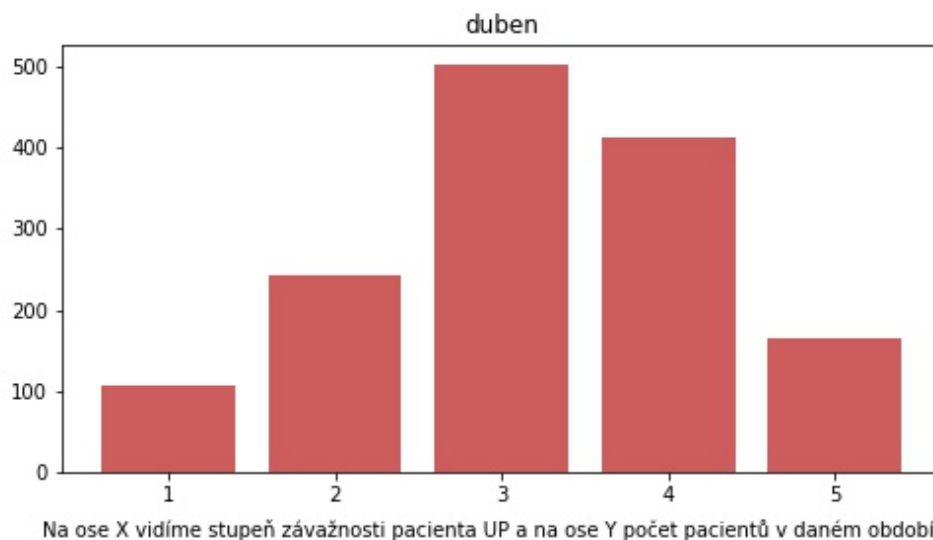
Za zmínku stojí 7 pacientů (6,6 %) 1. kategorie, kteří se na oddělení dostavili sami i přes největší stupeň naléhavosti řešení jejich zdravotních obtíží.

Kategorie 4 a 5

Tento měsíc tvořili pacienti těchto kategorií 40,4 % z celkově přijatých na oddělení UP. Doporučeno praktickým lékařem bylo doporučeno 22,57 % pacientů kategorie 4, ale pouze 4,85 % kategorie 5. Celkově pacientů z kategorií 4 a 5 praktický lékař doporučil 17,50 %.



Obrázek 9 Počet pacientů přijatých na UP Motol v dubnu 2018 (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se jednotlivých kategorií na oddělení (osa x)



Obrázek 10 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v dubnu 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.2.2.5 Květen 2018

Počet přijatých pacientů celkově v měsíci květnu činil 1556.

Tabulka 6 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v květnu 2018

Kategorie	Celkem	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	120	111	7	0	2
2	250	162	77	9	2
3	515	326	121	44	24
4	452	195	106	101	50
5	219	49	126	29	15

Zastoupení kategorií 1-5 dle závažnosti zdravotního stavu pacientů bylo v tomto měsíci takovéto: kategorie 1: 120 pacientů (7,71 %), kategorie 2: 250 pacientů (16,07 %), kategorie 3: 515 pacientů (33,09 %), kategorie 4:

452 pacientů (29,05 %), kategorie 5: 219 pacientů (14,07 %). Nejvíce zastoupená skupinou byla kategorie 3 (33,09 %) následovaná kategorií 4 (29,05 %). Kategorie 5 přesahovala co se procentuálního zastoupení týče kategorii 1 o 6,36 %.

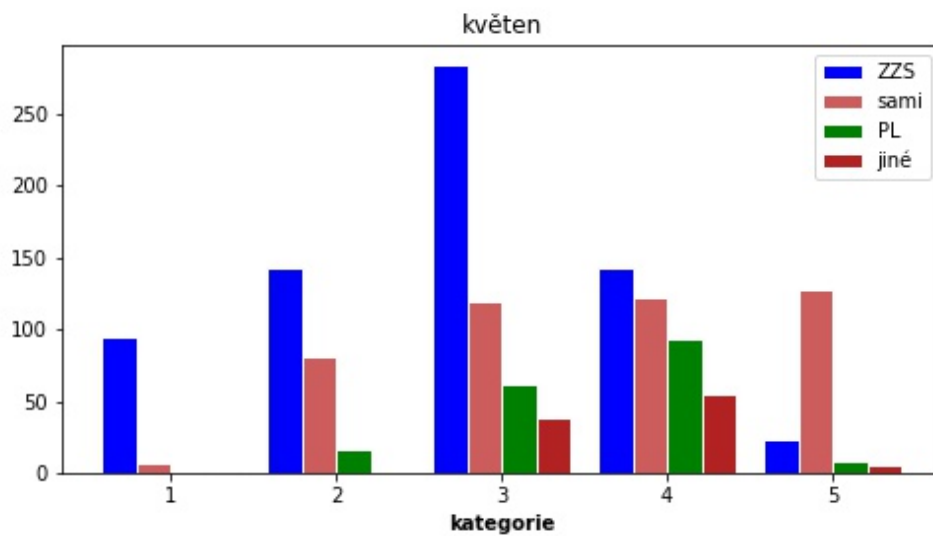
ZZS bylo přivezeno na oddělení UP 843 pacientů z celkového počtu 1556, neboli 54,18 %. Četnost jednotlivých skupin, které ZZS přivezla odpovídá opět přímé úměře dle kategorie. Nejvíce vozila ZZS pacienty kategorie 1 (92,50 %), nejméně pak pacienty kategorie 5 (22,37 %).

Skupinou pacientů, která se dostavovala nejčastěji na oddělení sama, byla kategorie 5 (57,53 %), dále kategorie 2 (30,80 %), která opět „předčila“ kategorie 3 (23,46 %) a 4 (23,45 %), jejichž zastoupení bylo v tomto ohledu téměř stejné.

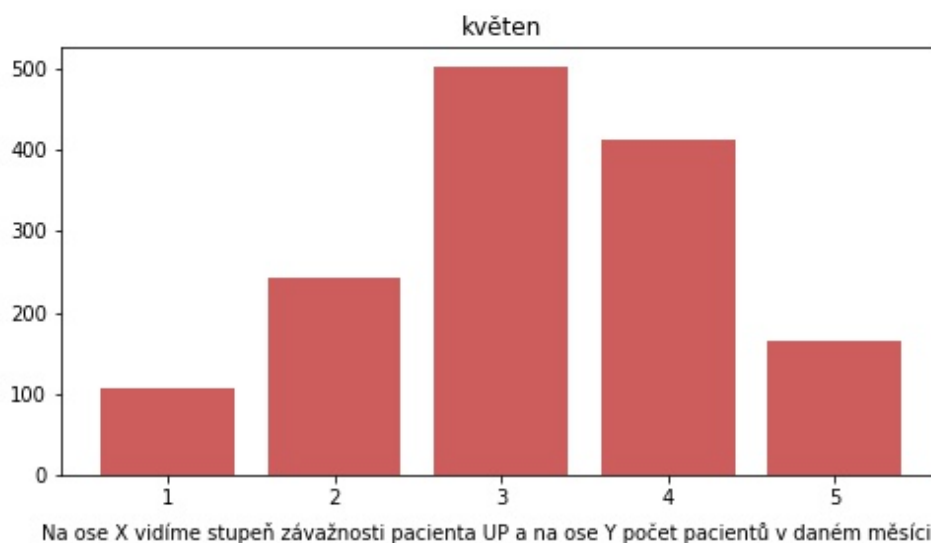
Na doporučení praktika se dostavilo nejméně pacientů z kategorie 1 (žádný), nejvíce z kategorie 4, a to 22,35 %.

Kategorie 4 a 5

Celkový počet pacientů spadajících do těchto dvou kategorií byl v květnu 671, což odpovídá 43,12 % celkově přijatých. Praktický lékař doporučil k vyšetření na UP 22,35 % pacientů kategorie 4 a 13,24 % kategorie 5. Celkově bylo doporučeno praktickým lékařem z počtu 671 pacientů pouze 130, neboli 19,37 %.



Obrázek 11 Počet pacientů přijatých na UP Motol v květnu 2018 (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se jednotlivých kategorií na oddělení (osa x)



Obrázek 12 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v květnu 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.2.2.6 Červen 2018

Na oddělení UP příjmu bylo přijato v měsíci červnu celkově 1760 pacientů.

Tabulka 7 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v červnu 2018

Kategorie	Celkem	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	110	108	1	1	0
2	201	142	53	4	2
3	632	412	163	39	18
4	549	263	142	89	55
5	268	46	166	36	20

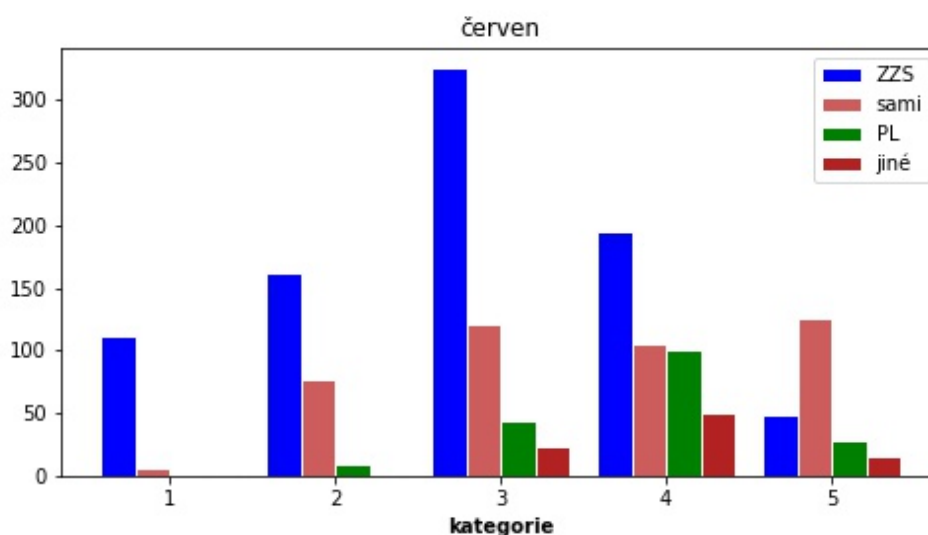
Zastoupení kategorií v červnu 2018 bylo následující: kategorie 1: 110 pacientů (6,25 %), kategorie 2: 201 pacientů (11,42 %), kategorie 3: 632 pacientů (35,90 %), kategorie 4: 549 pacientů (31,19 %), kategorie 5: 268 pacientů (15,23 %). Nejvíce zastoupenou skupinou byla kategorie 3 (35,90 %), druhou nejvíce zastoupenou skupinou pak kategorie 4 (31,19 %).

ZZS bylo přivezeno 971 pacientů ze 1760, tedy 55,17 %. Pořadí jednotlivých kategorií dle procentuálního zastoupení přivezených ZZS odpovídalo závažnosti zdravotního stavu pacientů (kategorie 1 nejvíce, kategorie 5 nejméně).

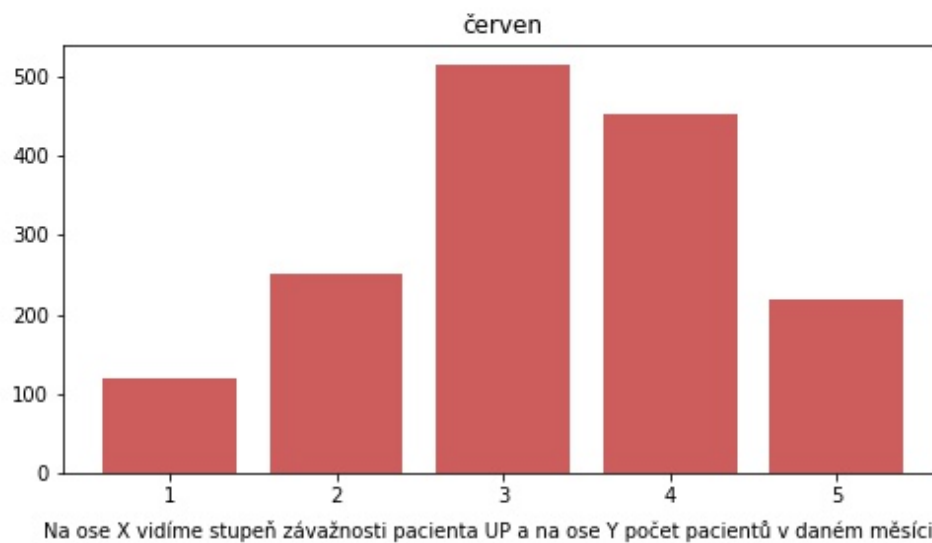
Nejvíce samostatně příchozích bylo pacientů kategorie 5 (61,94 %), následující pořadí pak bylo: kategorie 2 (26,37 %), kategorie 4 (25,87 %), kategorie 3 (25,79 %) a kategorie 1 (0,91 %).

Kategorie 4 a 5

Celkový počet pacientů kategorie 4 a 5 byl v tomto měsíci 817, což odpovídá 46,42 % z celkově přijatých na oddělení. Kategorie 5 (15,23 %) byla více častá, co se příjmu týče, než kategorie 1 (6,25 %) a dokonce i než kategorie 2 (11,42 %). S doporučením od praktického lékaře přišlo na oddělení UP 16,21 % pacientů kategorie 4 a 13,43 % kategorie 5. Celkově bylo z počtu 817 (součet kategorie 4 a 5 dohromady) doporučeno na vyšetření na UP 15,30 %.



Obrázek 13 Počet pacientů přijatých na UP Motol v červnu 2018 (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se jednotlivých kategorií na oddělení (osa x)



Obrázek 14 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v červnu 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.2.2.7 Červenec 2018

V červenci 2018 bylo na UP FN Motol přijato 1916 pacientů.

Tabulka 8 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v červenci 2018

Kategorie	Celkem	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	99	99	0	0	0
2	215	142	67	4	2
3	527	411	59	33	24
4	756	298	293	94	71
5	319	64	174	42	39

Zastoupení kategorií v měsíci červenci roku 2018 bylo toto: kategorie 1: 99 pacientů (5,17 %), kategorie 2: 215 pacientů (11,22 %), kategorie 3: 527 pacientů (27,51 %), kategorie 4: 756 pacientů (39,46 %), kategorie 5: 319 pacientů (16,65 %).

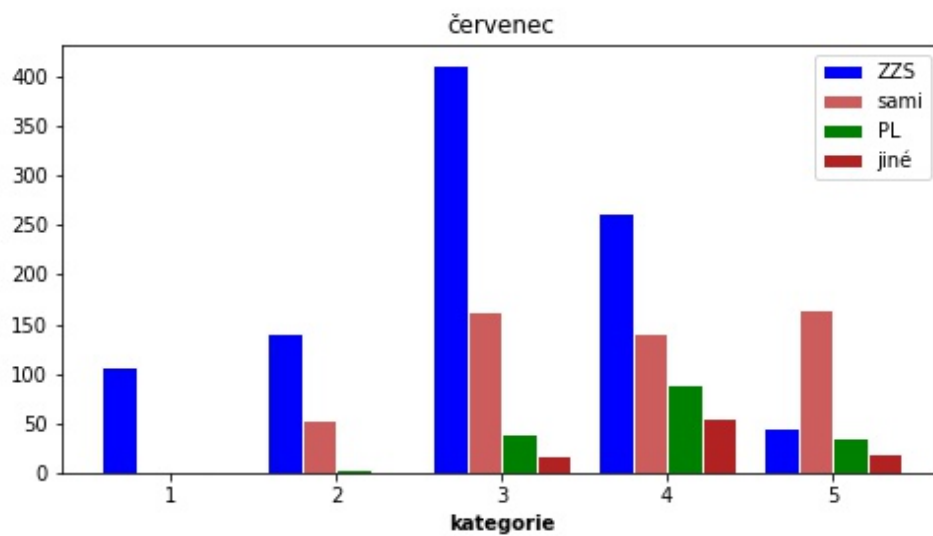
Můžeme si všimnout, že tento měsíc bylo nejvíce přijatých pacientů na UP z kategorie 4 (39,46 %). Pacientů kategorie 5 (16,65 %) bylo opět více než pacientů kategorie 1 (5,17 %) i kategorie 2 (11,22 %).

ZZS bylo přivezeno celkově 1014 pacientů z 1916, tudíž 52,92 %.

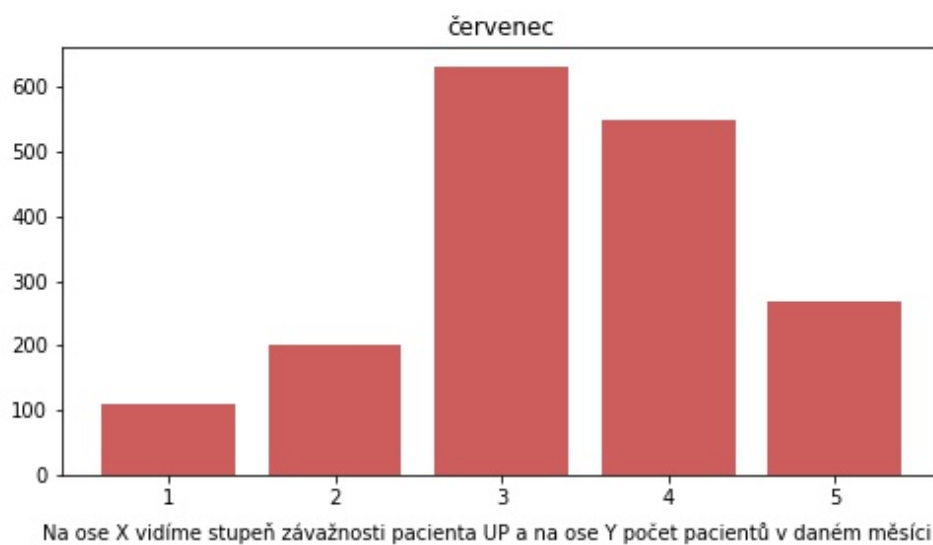
Samostatně se dostavilo nejvíce pacientů kategorie 5 (54,55 %), dále kategorie 4 (38,76 %). Zajímavé je z tohoto pohledu srovnání kategorie 2 a 3, kdy pacientů kategorie 3 přišlo samostatně pouze 11,90 %, naopak pacientů „závažnější“ skupiny 2 celých 31,16 %.

Kategorie 4 a 5

Z celkového počtu 1916 pacientů spadalo do kategorie 4 a 5 1075, což je 56,10 %. Vidíme tedy, že tento měsíc přesáhly tyto dvě kategorie nadpoloviční hranici všech přijatých pacientů na oddělení. Kategorie 4, jenž byla zastoupena téměř 40 % všech přijatých má na tomto výsledku významný podíl. Praktický lékař doporučil tento měsíc 12,43 % pacientů kategorie 4 a 13,17 % kategorie 5. Z celkového počtu 1075 těchto dvou kategorií bylo doporučeno PL 12,65 % pacientů.



Obrázek 15 Počet pacientů přijatých na UP Motol v červenci 2018 (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se jednotlivých kategorií na oddělení (osa x)



Obrázek 16 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v červenci 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.2.2.8 Srpen 2018

Počet přijatých osob v na UP FN Motol v tomto měsíci činil 1897.

Tabulka 9 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v srpnu 2018

Kategorie	Celkově	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	119	117	2	0	0
2	235	154	71	5	5
3	599	402	151	31	15
4	665	314	176	103	72
5	279	57	157	40	25

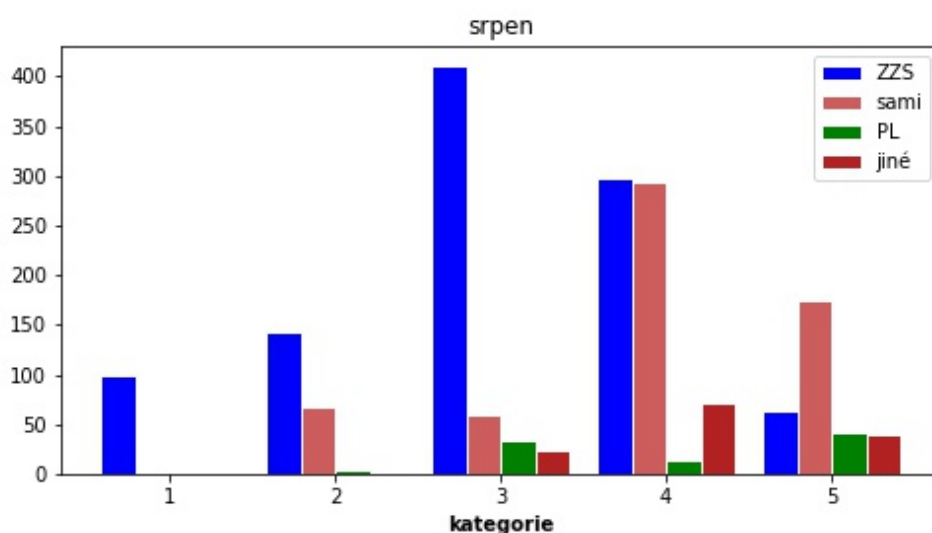
Zastoupení jednotlivých kategorií pacientů dostavivších se na oddělení UP FN Motol v měsíci březnu bylo toto: kategorie 1: 119 pacientů (6,27 %), kategorie 2: 235 pacientů (12,39 %), kategorie 3: 599 pacientů (31,57 %), kategorie 4: 665 pacientů (35,06 %), kategorie 5: 279 pacientů (14,71 %). Nejvíce zastoupenou skupinou přijatých pacientů byla jako v měsíci červenci kategorie 4 (35,06 %).

Dopraveno na oddělení prostřednictvím ZZS bylo 1044 pacientů z 1897 celkově přijatých, což odpovídá 55,03 %. Tento měsíc ZZS nejvíce využívali pacienti kategorie 1 (98,32 %). Za povšimnutí stojí pak fakt, že bylo přivezeno na oddělení ZZS více pacientů kategorie 3 (67,11 %) než kategorie 2 (65,53 %).

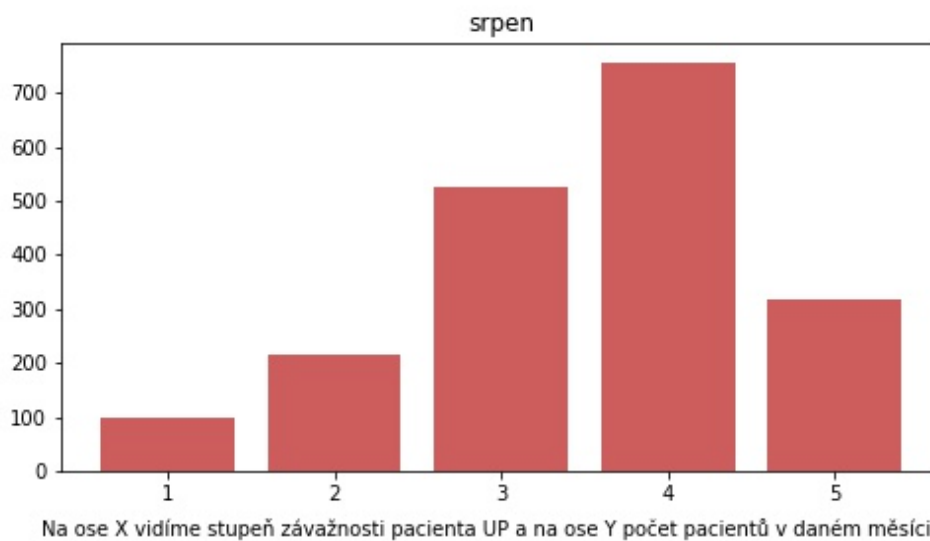
Samostatně se dostavilo nejvíce pacientů kategorie 5 (56,27 %), pacienti kategorie 2 (30,21 %) se opět dostavovali na UP více sami než pacienti kategorií 3 (25,20 %) a 4 (26,46 %).

Kategorie 4 a 5

Počet přijatých na oddělení UP za měsíc srpen a spadajících do kategorie 4 nebo 5 byl 944, neboli 49,76 %. Můžeme vidět, že se opět zastoupení těchto „neakutních“ kategorií blíží velice těsně hranici 50 % všech přijatých za tento měsíc. Doporučeno praktickým lékařem bylo 15,49 % pacientů kategorie 4 a 14,34 % pacientů kategorie 5. Z počtu 944, který odpovídá množství přijatých pacientů kategorií 4 a 5 tento měsíc, bylo doporučeno PL 15,15 %.



Obrázek 17 Počet pacientů přijatých na UP Motol v srpnu 2018 (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se jednotlivých kategorií na oddělení (osa x)



Obrázek 18 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v srpnu 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.2.2.9 Září 2018

V září 2018 bylo na UP přijato celkem 1728 pacientů.

Tabulka 10 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v září 2018

Kategorie	Celkem	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	120	115	4	0	1
2	251	104	72	10	5
3	564	378	143	31	12
4	544	251	157	77	59
5	249	55	135	37	22

Zastoupené pacientů dle kategorií, do nichž byli po příjezdu na UP roztržďeni, byl následující: kategorie 1: 120 pacientů (6,95 %), kategorie 2: 251 pacientů (14,53 %), kategorie 3: 564 pacientů (32,64 %), kategorie 4: 544 pacientů (31,48 %),

kategorie 5: 249 pacientů (14,41 %). Skupina nejvíce zastoupená tak byla kategorie 3 (32,64 %), druhá nejvíce zastoupená pak byla kategorie 4 (31,48 %).

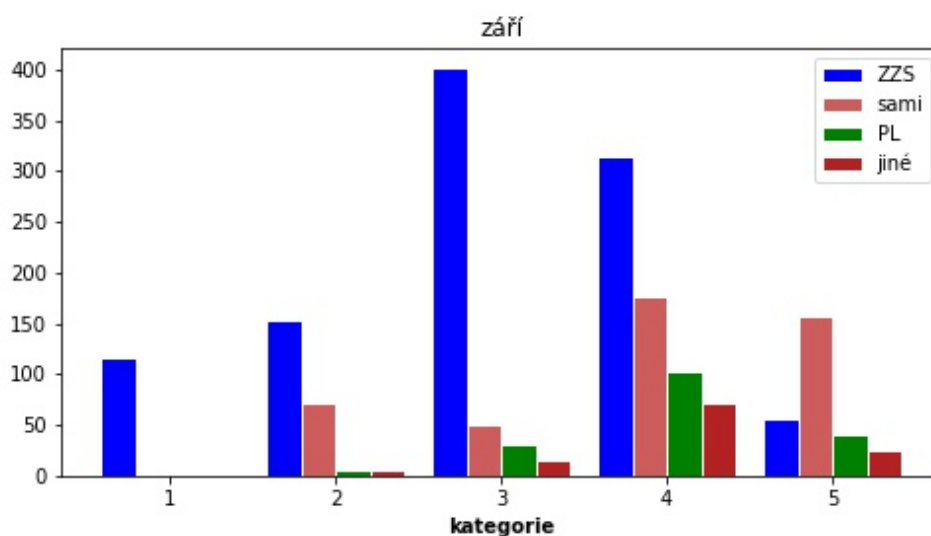
Přivezeno ZZS bylo 903 pacientů z celkových 1728, neboli 52,27 %. ZZS přivezla nejvíce pacientů v rámci kategorie 1 (95,83 %), dále kategorie 3 (67,02 %), kategorie 4 (46,14 %), kategorie 2 (41,43 %) a kategorie 5 (22,09 %). Pacienti kategorie 4 tedy využívali ZZS více než pacienti kategorie 2.

Samostatně se nejvíce dostavilo pacientů z kategorie 5 (54,22 %), dále z kategorie 4 (28,86 %) a kategorie 2 (28,69 %). Pacienti kategorií 2 a 4 se tedy dostavovali na oddělení v téměř stejném zastoupení v rámci svých skupin.

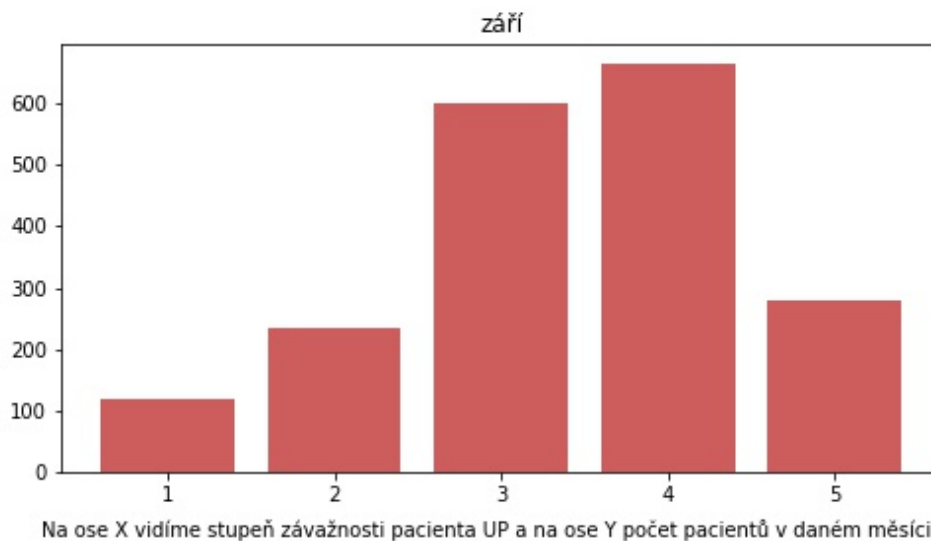
Počet pacientů doporučených PL ze všech pacientů všech kategorií byl 155, neboli 8,97 %.

Kategorie 4 a 5

Celkový počet pacientů spadajících do těchto dvou kategorií byl v měsíci září 793. Praktický lékař doporučil 14,15 % pacientů kategorie 4 a 14,86 % kategorie 5. Z celkového počtu 793 pacientů kategorií 4 a 5 bylo doporučeno PL 14,38 %.



Obrázek 19 Počet pacientů přijatých na UP Motol v září 2018 (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se na jednotlivých kategoriích oddělení (osa x)



Obrázek 20 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v září 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.2.2.10 Říjen 2018

Na oddělení UP bylo v měsíci říjnu přijato celkově 1807 pacientů.

Tabulka 11 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v říjnu 2018

Kategorie	Celkově	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	89	80	9	0	0
2	276	172	83	17	4
3	593	397	134	50	12
4	598	280	164	104	50
5	251	67	108	47	29

Zastoupení jednotlivých kategorií pacientů dostavivších se na oddělení UP FN Motol v měsíci říjnu bylo toto: kategorie 1: 89 pacientů (4,93 %), kategorie 2: 276 pacientů (15,27 %), kategorie 3: 593 pacientů (32,82 %), kategorie 4: 598 pacientů (33,09 %), kategorie 5: 251 pacientů (13,89 %).

Pacientů kategorie 4 se dostavilo tento měsíc 33,09 %, což odpovídalo největšímu zastoupení v rámci všech kategorií.

Přivezeno ZZS bylo 996 z celkových 1807, tedy 55,12 %.

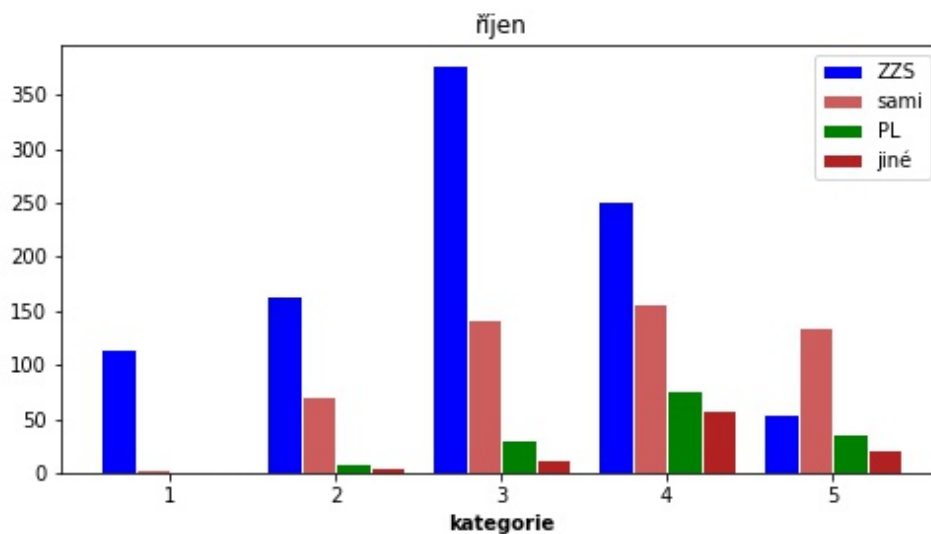
Nejvíce vozila ZZS pacienty kategorie 1 (89,89 %), dále pak pacienty kategorie 3 (62,32 %).

Samostatně se na UP dostavovali nejvíce pacienti 5.kategorie (43,03 %), dále 2. kategorie (30,07 %). Kategorie 2 byla tedy opět samostatnější, co se způsobu dostavení se na UP týče, než kategorie 1 (10,11 %), 3(22,60 %) i 4(27,42 %). Můžeme vidět, že přes 10 % pacientů nejzávažnější kategorie se dostavilo na oddělení samo.

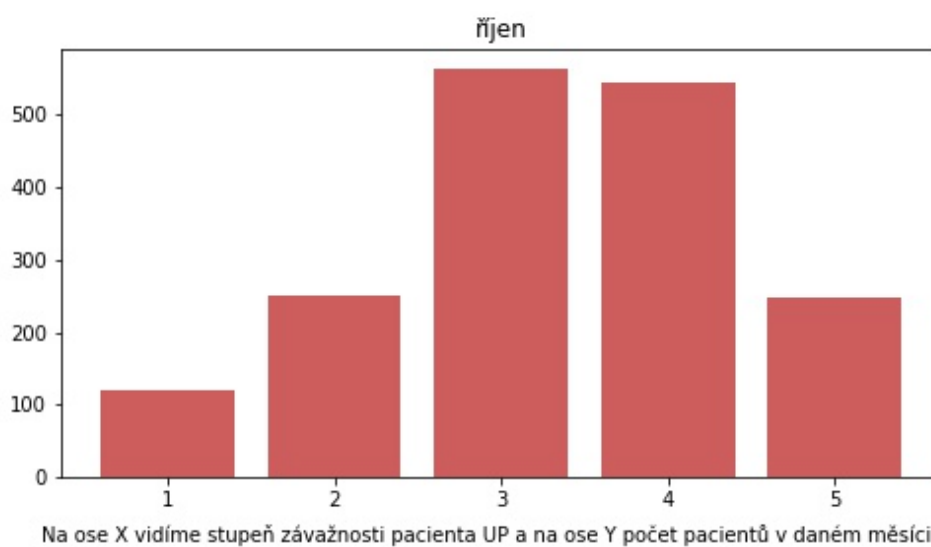
Praktický lékař doporučil k přijetí na UP 218 z celkových 1807 pacientů, což odpovídá 12,06 %.

Kategorie 4 a 5

Celkové zastoupení pacientů kategorie 4 a 5 bylo v měsíci říjnu 46,89 % (849 z celkových 1807). Téměř polovina pacientů kategorie 4 (46,82 %) využila k dopravení se na oddělení ZZS, samostatně se pacienti této kategorie dostavovali na oddělení méně než pacienti kategorie 2. Praktickým lékařem bylo doporučeno 17,39 % pacientů kategorie 4 a 18,73 % kategorie 5. Z celkového počtu pacientů těchto kategorií bylo doporučeno PL pouze 17,79 % (151 z 849).



Obrázek 21 Počet pacientů přijatých na UP Motol v říjnu 2018 (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se jednotlivých kategorií na oddělení (osa x)



Obrázek 22 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v říjnu 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.2.2.11 Listopad 2018

V měsíci listopadu bylo na oddělení UP FN Motol přijato 1945 pacientů.

Tabulka 12 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v listopadu 2018

Kategorie	Celkem	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	110	107	2	1	0
2	316	195	98	21	2
3	669	415	152	83	19
4	589	252	176	109	52
5	261	38	183	22	18

Zastoupení kategorií 1-5 dle závažnosti zdravotního stavu pacientů bylo v tomto měsíci následující: kategorie 1: 110 pacientů (5,66 %), kategorie 2: 316 pacientů (16,25 %), kategorie 3: 669 pacientů (34,40 %), kategorie 4: 589 pacientů (30,28 %), kategorie 5: 261 pacientů (13,42 %). Jak lze vidět, pořadí zastoupení jednotlivých kategorií bylo v tomto měsíci následující (od největšího zastoupení po nejmenší): kategorie 3, kategorie 4, kategorie 2, kategorie 5 a kategorie 1.

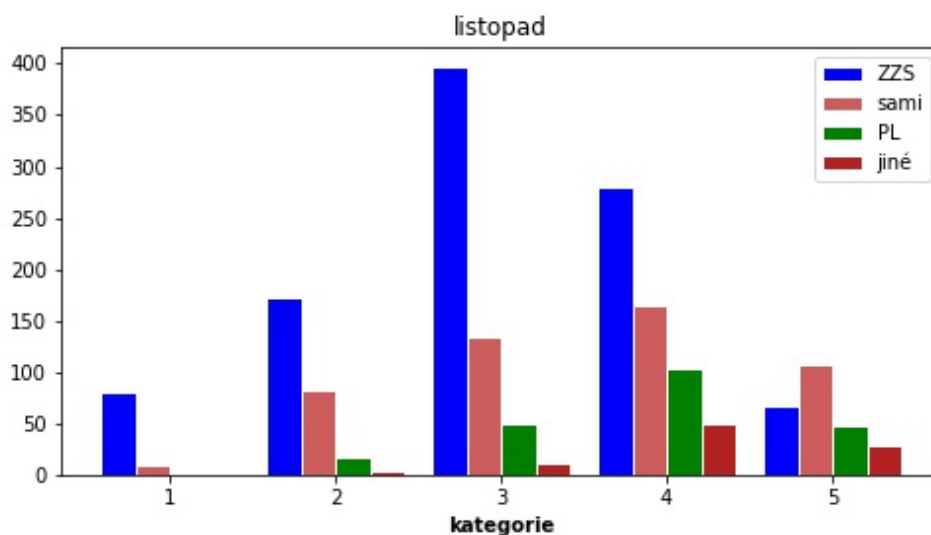
ZZS si zavolalo a následně bylo přivezeno na UP 1007 pacientů neboli 51,77 %. Pacienti kategorie 3 (62,03 %) byli více přiváženi vozy ZZS než pacienti kategorie 2 (61,70 %).

Nejvíce samostatně se dopravivší skupinou byla kategorie 5 (70,11 %), kategorie 2 (31,01 %) byla opět samostatnější než kategorie 3 (22,72 %) a 4 (29,88 %).

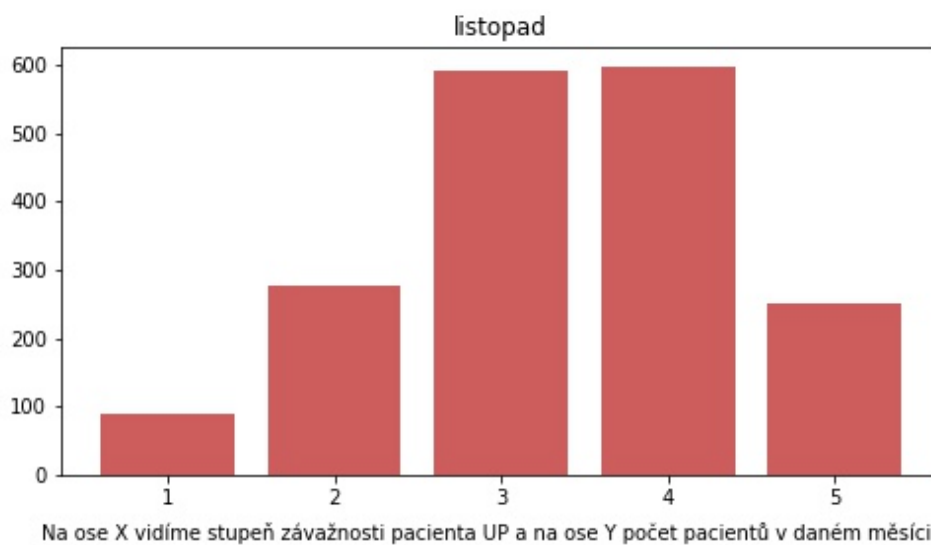
Na doporučení praktického lékaře se dostavilo na oddělení 236 z 1945 pacientů, tedy 12,13 %.

Kategorie 4 a 5

Pacienti kategorie 5 se dopravovali tento měsíc na oddělení převážně sami (70,11 %). Naopak pacienti 4 kategorie byli méně samostatní než pacienti podstatně závažnější 2. kategorie. Celkově bylo doporučeno PL v rámci těchto dvou kategorií 131 z 850 pacientů, tedy 15,41 %, pacientů kategorie 4 18,50 %, kategorie 5 jen 8,43 %.



Obrázek 23 Počet pacientů přijatých na UIP Motol v listopadu 2018 (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se jednotlivých kategorií na oddělení (osa x)



Obrázek 24 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v listopadu 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.2.2.12 Prosinec 2018

V prosinci roku 2018 bylo na oddělní UP FN Motol přijato a následně ošetřeno celkově 1973 pacientů.

Tabulka 13 Kategorizace pacientů na UP FN Motol v prosinci 2018

Kategorie	Celkem	ZZS	Samostatně	Doporučení PL	Jiné
1	83	82	1	0	0
2	289	204	68	9	8
3	698	458	163	47	30
4	672	317	199	85	71
5	231	56	141	11	23

Zastoupení kategorií v prosinci 2018 bylo následující: kategorie 1: 83 pacientů (4,20 %), kategorie 2: 289 pacientů (14,65 %), kategorie 3: 698 pacientů (35,38 %), kategorie 4: 672 pacientů (34,06 %), kategorie 5: 231 pacientů (11,71 %).

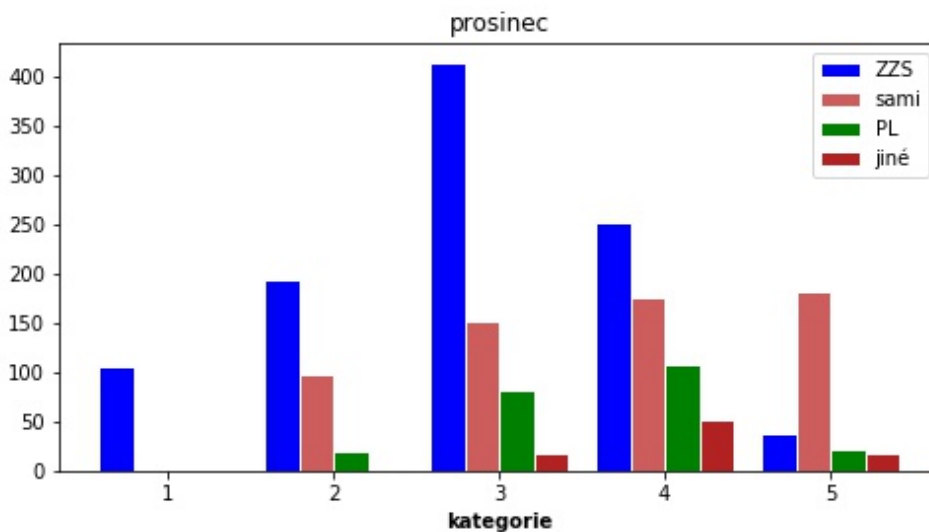
Na oddělení byli přijímáni nejvíce pacienti spadající do kategorie 3 (35,38 %), pacienti kategorie 4 byli druhými nejčastěji přijímanými (34,06 %).

ZZS dopravila na UP 1117 pacientů, tedy 56,61 %. Pořadí jednotlivých kategorií dle procentuálního zastoupení přivezených ZZS odpovídalo závažnosti zdravotního stavu pacientů (kategorie 1 nejvíce, kategorie 5 nejméně).

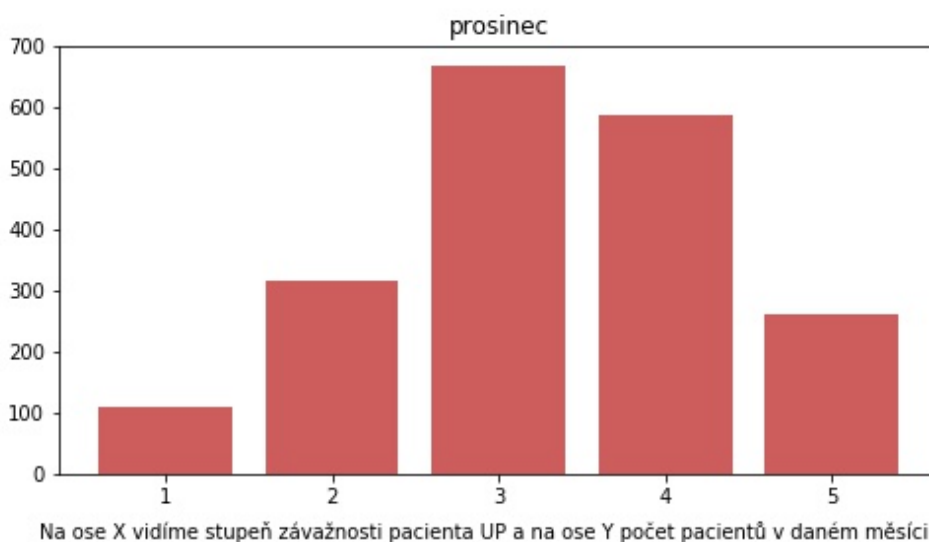
Praktickým lékařem bylo z celkového počtu 1973 přijatých doporučeno 7,70 % (152 z 1973).

Kategorie 4 a 5

Oproti předchozím měsícům chodili v prosinci pacienti kategorie 4 v porovnání s ostatními kategoriemi více sami (29,61 %). Ovšem i ZZS byla dovezena velká část pacientů této kategorie (65,62 %). Doporučeno praktickým lékařem bylo 96 pacientů z 903 celkově přijatých těchto kategorií, což odpovídá 10,63 %. PL doporučil k vyšetření na UP 12,65 % pacientů kategorie 4 a pouze 4,76 % pacientů kategorie 5.



Obrázek 25 Počet pacientů přijatých na UP Motol v prosinci 2018 (osa y) v závislosti na způsobu dopravení se jednotlivých kategorií na oddělení (osa x)



Obrázek 26 Počet pacientů přijatých na UP dospělých FN Motol v prosinci 2018 v závislosti na stupni závažnosti jejich zdravotního problému

5.3 Výsledky dotazníku

Osloveno a vyzváno k vyplnění dotazníku bylo 2500 lidí. Odpovědi byly získány pak od 1307 z nich.

V dotazníku byly kladeny respondentům mj. otázky týkající se jejich vztahu k praktickým lékařům a týkající se jejich osobních zkušeností s urgentními

příjmy. V případě, že daný respondent nebyl nikdy přijat na UP, odpovídal na otázku, s jakými zdravotními problémy by na urgentní příjem směřoval. V závěru dotazníku bylo zkoumáno, zda jsou respondenti dostatečně informováni o podstatě urgentních příjmů, a pokud ne, jakou formou by tyto informace uvítali.

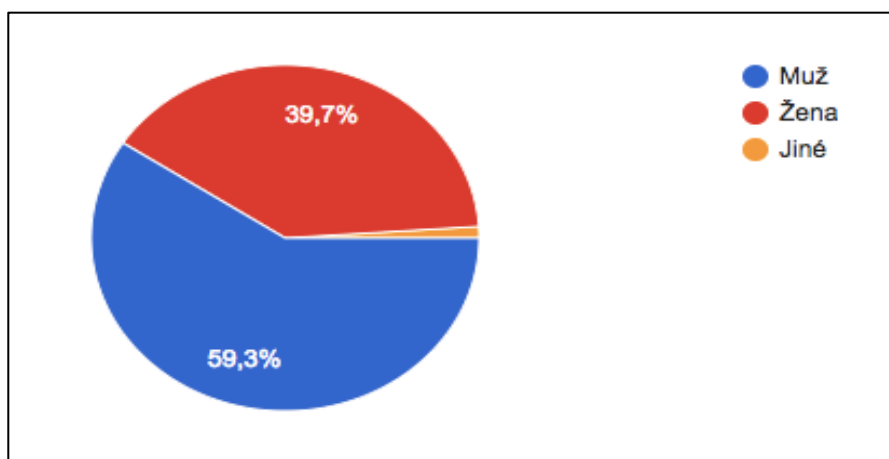
5.3.1 Analýza

Na dotazník odpovědělo 1307 respondentů, a to v období od 1.4 do 4.5.2019.

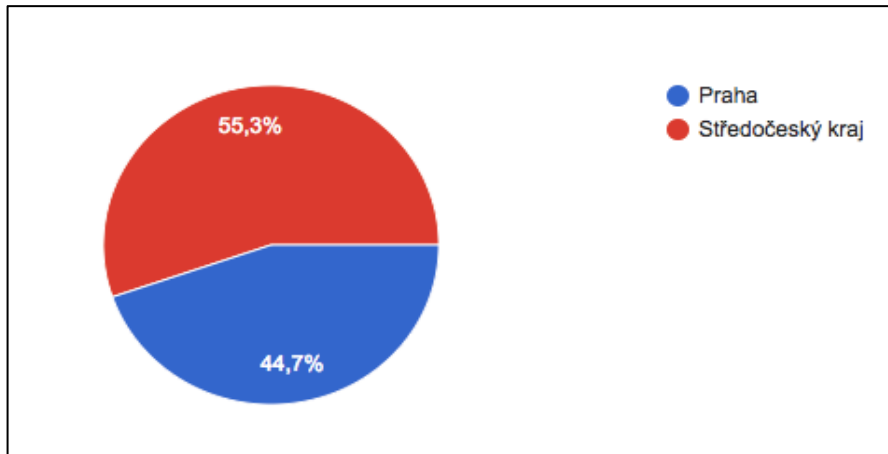
5.3.1.1 Úvodní informace o respondentovi

V této části byly zkoumány následující informace týkající se daného respondenta: pohlaví, bydliště, zda je daný respondent registrován u praktického lékaře a zda je registrován v místě, kde nyní bydlí.

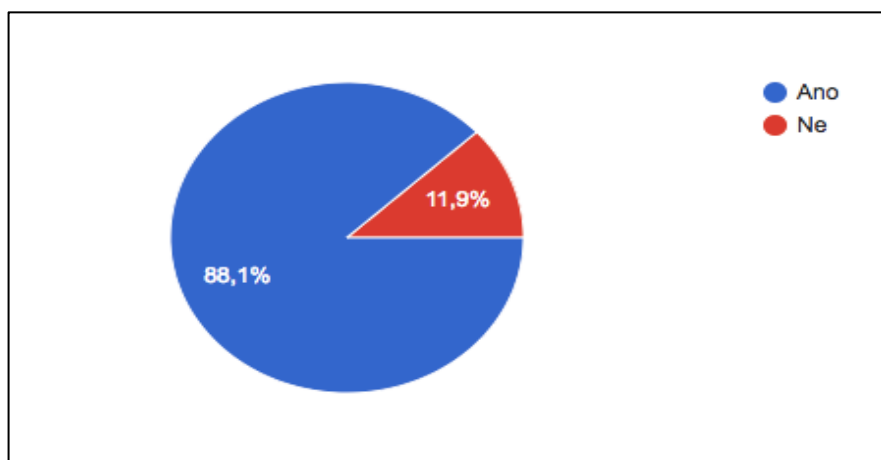
Z 1307 respondentů bylo 59,3 % mužů (774), 39,7 % žen (519), 1 % (14) označilo v nabídce pohlaví možnost „jiné“. 55,3 % odpovídajících mělo trvalé bydliště ve Středočeském kraji, 44,7 % v Praze. Registrováno u praktického lékaře bylo 88,1 % (1151), registrováno nebylo 11,9 % (156).



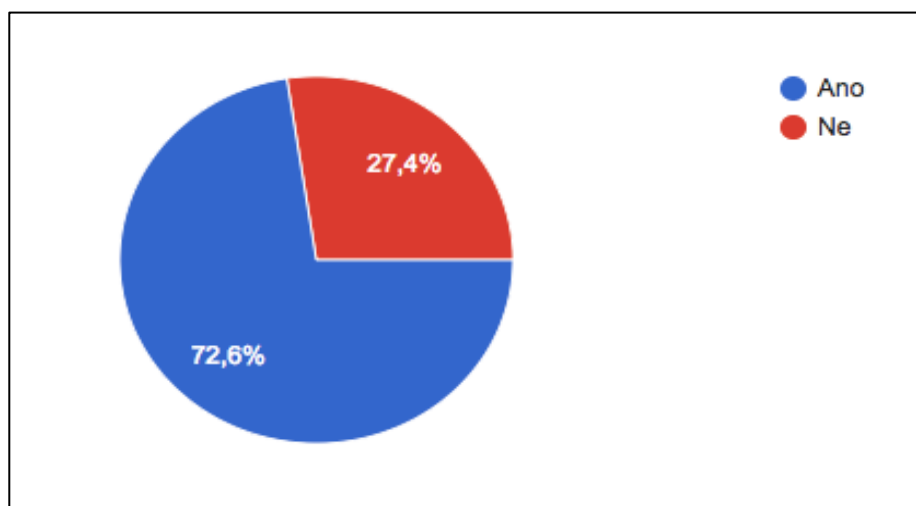
Obrázek 27 Pohlaví respondenta



Obrázek 28 Bydliště respondenta



Obrázek 29 Podíl respondentů registrovaných u praktického lékaře



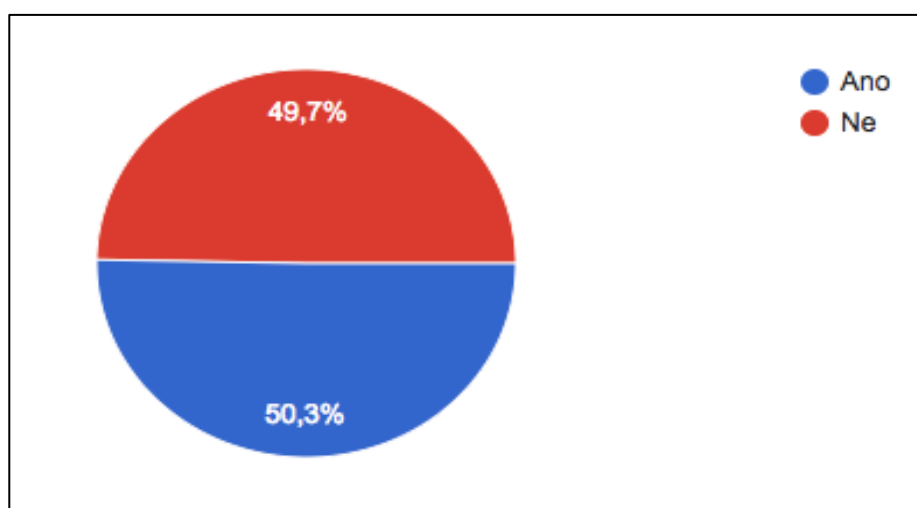
Obrázek 30 Podíl registrovaných v místě svého bydliště

5.3.1.2 Respondent registrován u PL

V případě, že byl respondent registrován u praktického lékaře, bylo zjišťováno, jaký vztah ke svému PL má, zda byl někdy přijat na urgentní příjem, pokud ano, zda před přijetím na UP navštívil svého PL. V případě, že svého PL nenavštívil, z jakého důvodu to bylo. Poslední otázka se pak týká způsobu dopravení se na UP.

5.3.1.2.1 Preventivní prohlídky

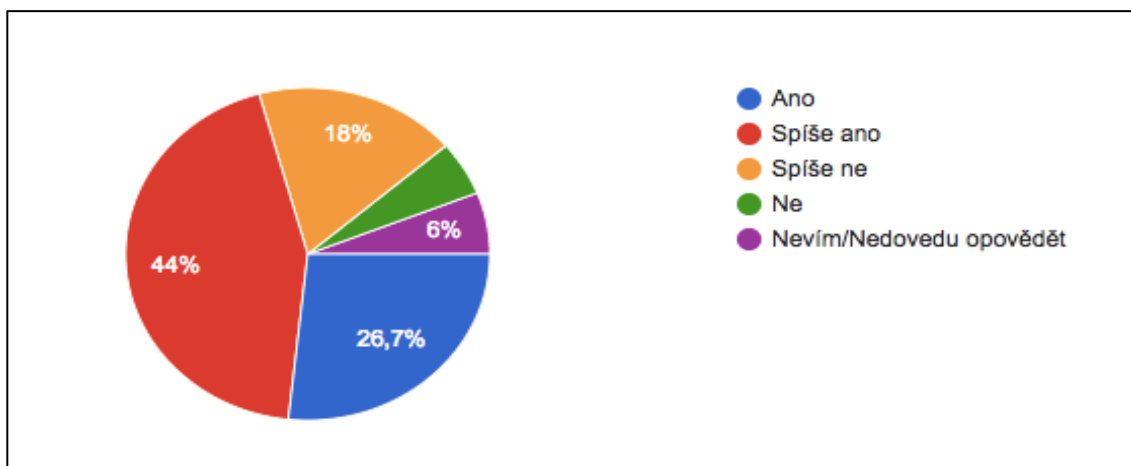
Na pravidelné preventivní prohlídky chodí 50,3 % (579 z 1151) registrovaných pacientů. Z toho 23,1 % jednou za rok, 56,5 % jednou za dva roky a 20,5 % jednou za tři a více let.



Obrázek 31 Respondent dochází pravidelně na prohlídky

5.3.1.2.2 Ordinační hodiny

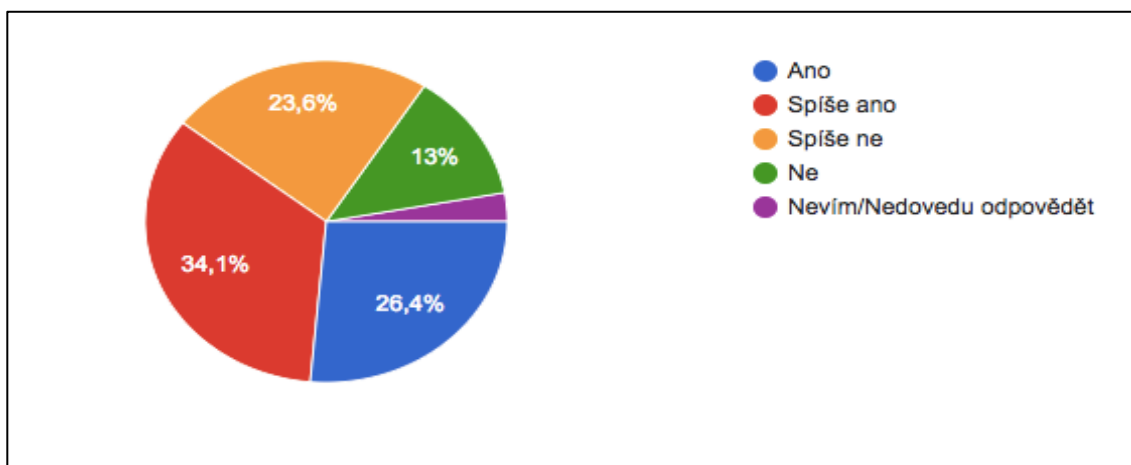
Na otázku, zda jsou respondenti spokojeni s ordinačními hodinami svého praktického lékaře, odpovědělo kladně (odpovědi „ano“ a „spíše ano“) 70,7 % dotázaných, záporně (odpovědi „ne“ a „spíše ne“) 23,4 %. Odpověď „nevím/nedovedu odpovědět“ označilo 6 % respondentů.



Obrázek 32 Spokojenost s ordinací svého lékaře

5.3.1.2.3 Čekací doba u PL

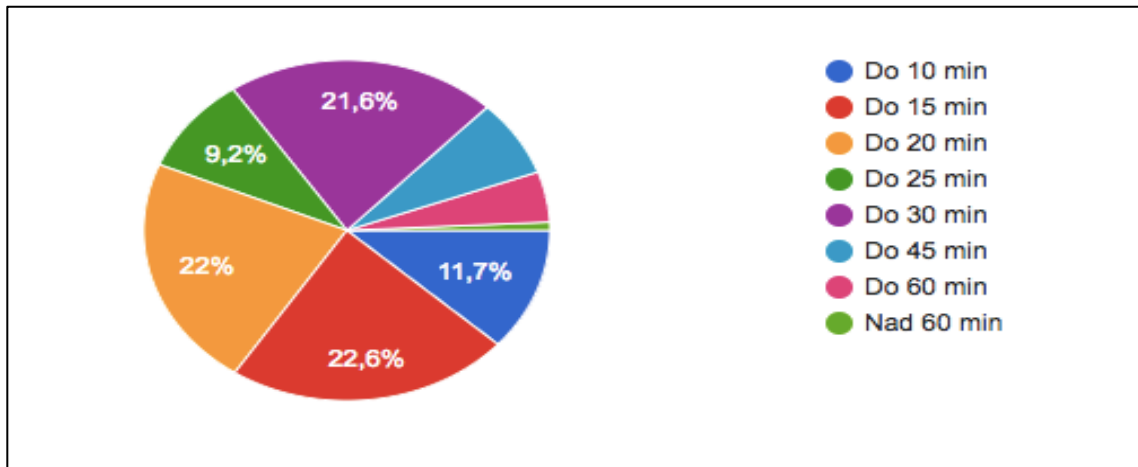
Čekací doba u PL je přijatelná pro 60,5 % (696 z 1151) respondentů, naopak nepřijatelná a spíše nepřijatelná pro 36,6 %. Na otázku nedovedlo odpovědět 2,9 % dotázaných.



Obrázek 33 Spokojenost s čekací dobou

Nejvíce lidí považuje za přijatelnou čekací dobu v ordinaci svého PL neboli čas od příchodu do čekárny do přijetí lékařem 15 min (22,6 %), dále pak

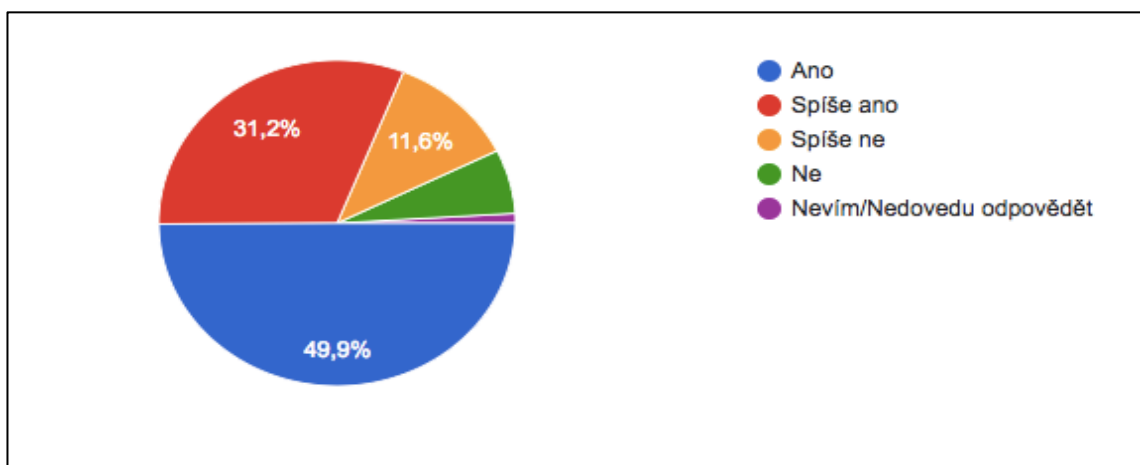
20 min (22 %), a 30 min (21,6 %). Na druhou stranu pouze 0,8 % dotázaných je ochotno čekat déle než 60 min.



Obrázek 34 Snesitelná doba čekání pro pacienta

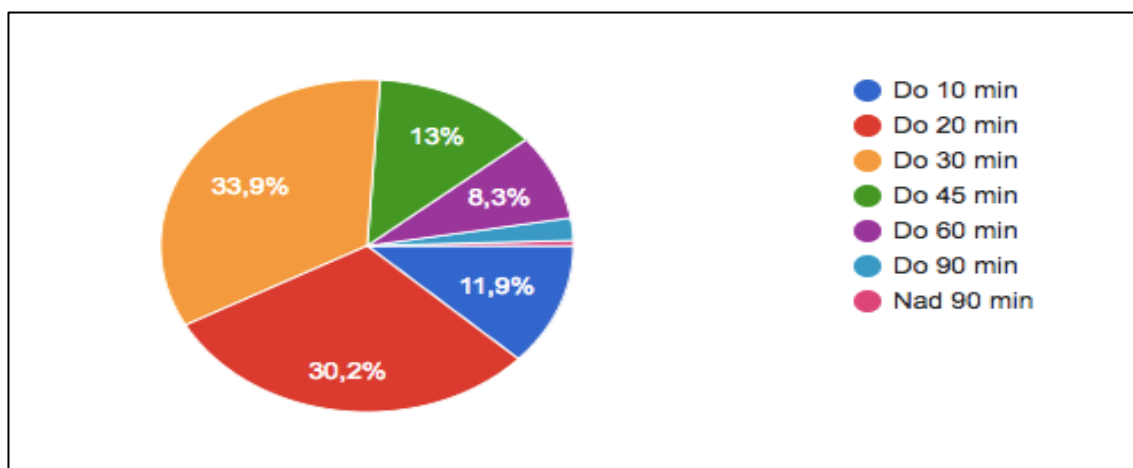
5.3.1.2.4 Dostupnost PL

Praktický lékař je v dostupné vzdálenosti pro 81,1 % dotázaných (odpovědi „ano“ a „spíše ano“), spíše nedostupný pro 11,6 % a nedostupný pro 6,4 %. Odpověď „nevím/nedovedu odpovědět“ zvolilo 1 % respondentů.



Obrázek 35 Dostupná vzdálenost k lékaři

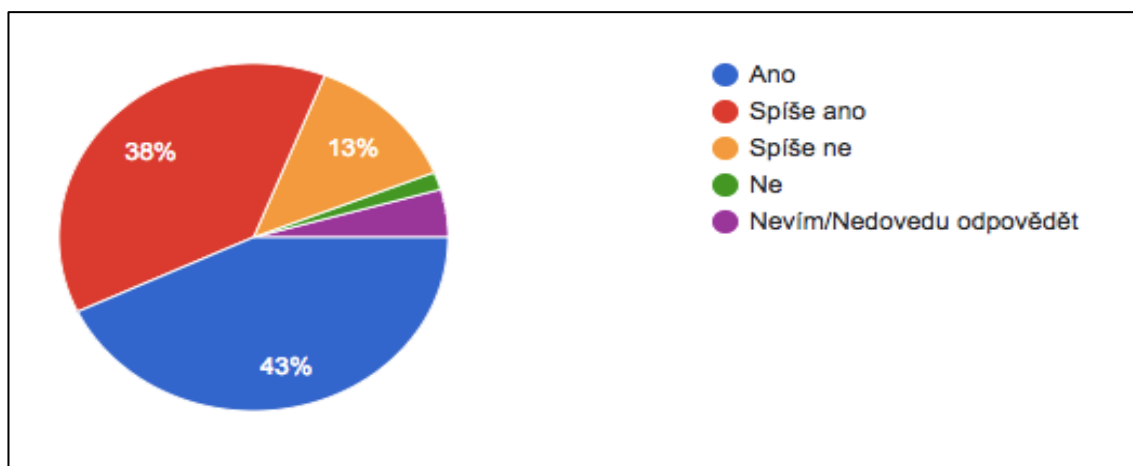
Dostupná vzdálenost znamená pro 33,9 % dotázaných čas dojezdu z jejich domova k PL do 30 min, pro 30,2 % do 20 min. Pouze 2,2 % (25) respondentů považuje za dostupnou vzdálenost čas dojezdu k PL nad 90 min.



Obrázek 36 Vnímání dostupné vzdálenosti k PL

5.3.1.2.5 Spokojenost s osobním přístupem PL

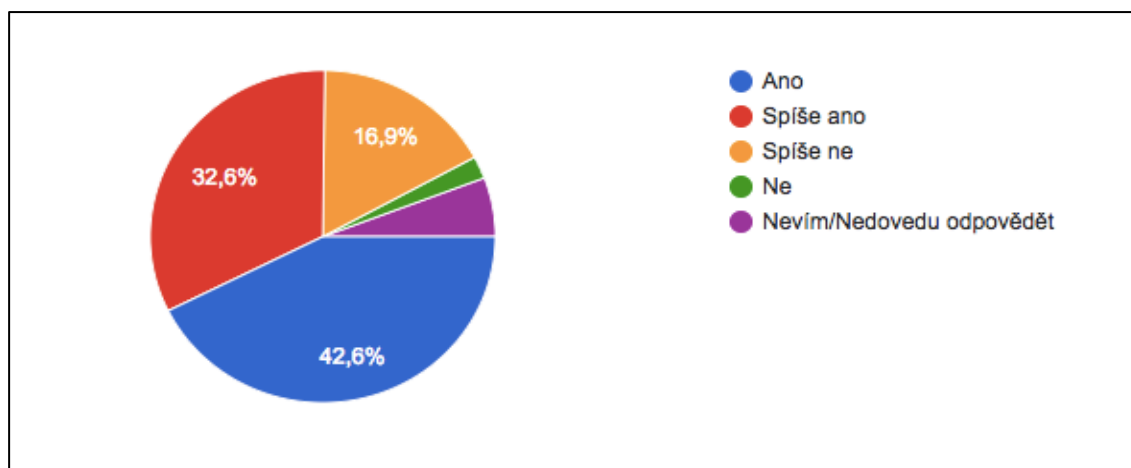
Spokojeno nebo spíše spokojeno s osobním přístupem PL k pacientovi je 81 % dotázaných. Spíše nespokojeno je 13 % a nespokojeno 2,6 % dotázaných. Na otázku nedokázalo odpovědět 3,4 % respondentů.



Obrázek 37 Spokojenost s přístupem lékaře

5.3.1.2.6 Porozumění praktickému lékaři

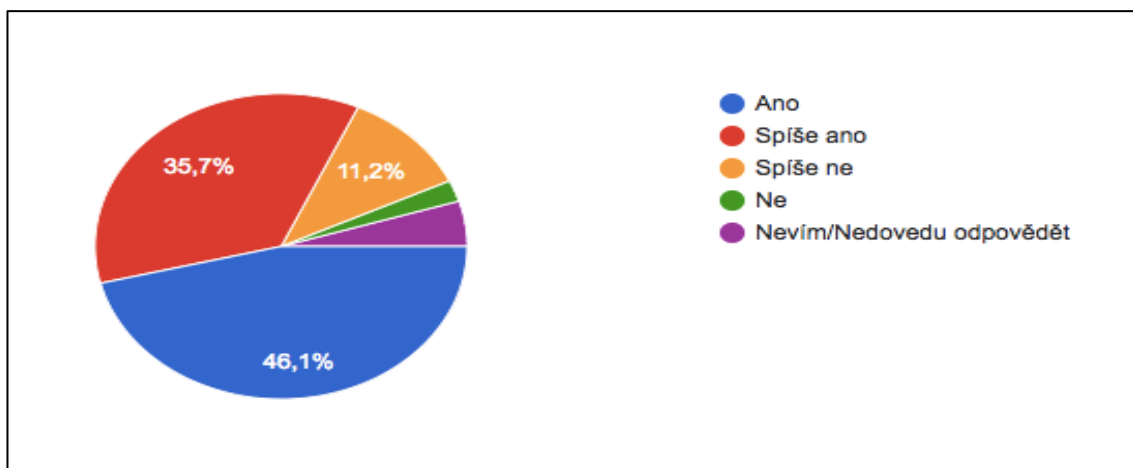
Na otázku, zda praktický lékař vysvětlí oslovenému srozumitelně situaci ohledně jeho zdravotního stavu a zda se ho může v případě nejasností zeptat, odpovědělo 42,6 % dotázaných „ano“, odpověď „spíše ano“ zvolilo 32,6 % dotázaných. Negativní odpověď (odpovědi „spíše ne“ a „ne“) vybralo 16,9 % respondentů.



Obrázek 38 Spokojenost

5.3.1.2.7 Důvěra v odborné znalosti PL

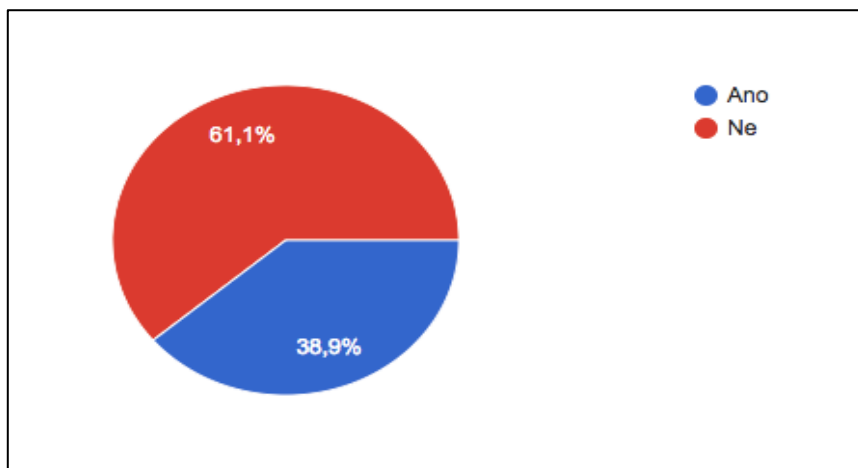
Svému praktickému lékaři, co se odborných znalostí týče, důvěřuje či spíše důvěřuje 81,8 %. Nedůvěru v PL v tomto ohledu má pouze 2,3 % dotázaných.



Obrázek 39 Důvěra respondenta vůči svému lékaři

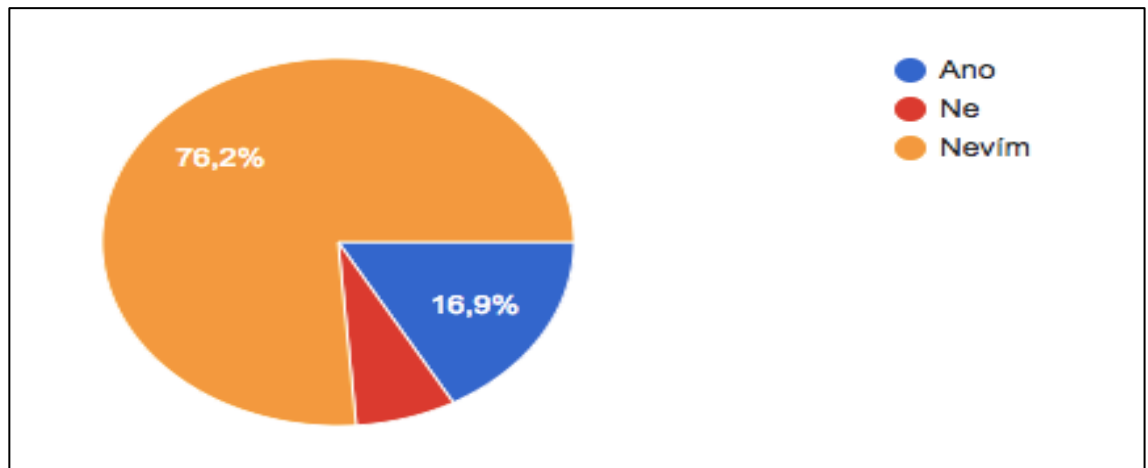
5.3.1.2.8 Návštěvní hodiny PL v domácnostech

Pouze 38,9 % dotázaných si je vědomo toho, že je PL může navštívit v případě potřeby i u nich doma.



Obrázek 40 Vědomí respondentů o návštěvních hodinách lékaře v domácnostech

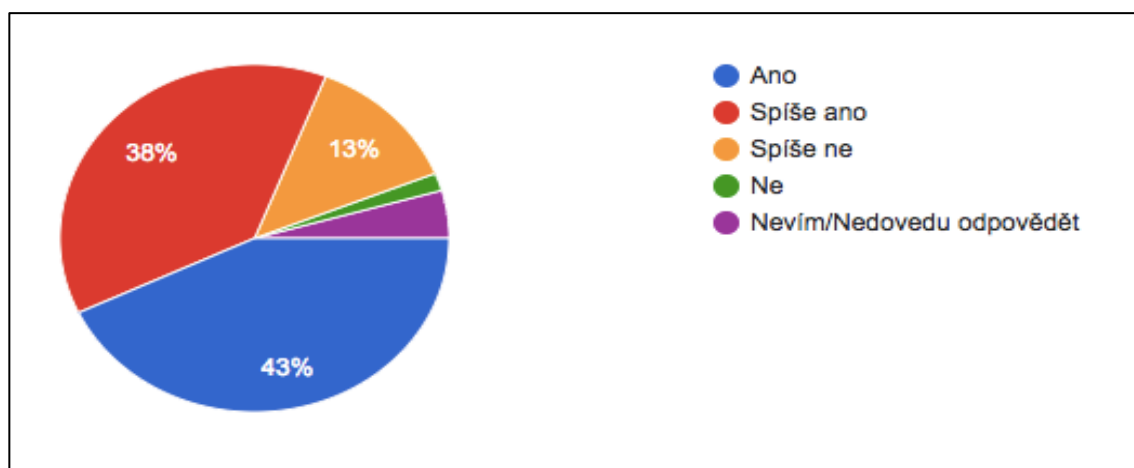
Na otázku, zda je jim tato návštěva v případě potřeby jejich PL umožněna odpovědělo nejvíce respondentů „nevím“ (76,2 %).



Obrázek 41 Možnost návštěvy lékaře u pacienta doma

5.3.1.2.9 Celková spokojenost s PL

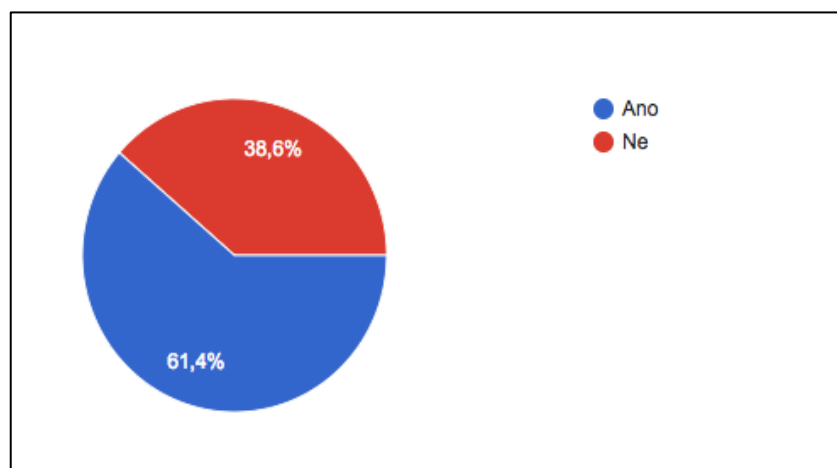
Se svým praktickým lékařem je spokojeno 43 % dotázaných, spíše spokojeno 38 %, spíše nespokojeno 13 %, nespokojeno 1,6 %. Odpověď „nevím/nedovedu odpovědět“ zvolilo 4,4 % respondentů.



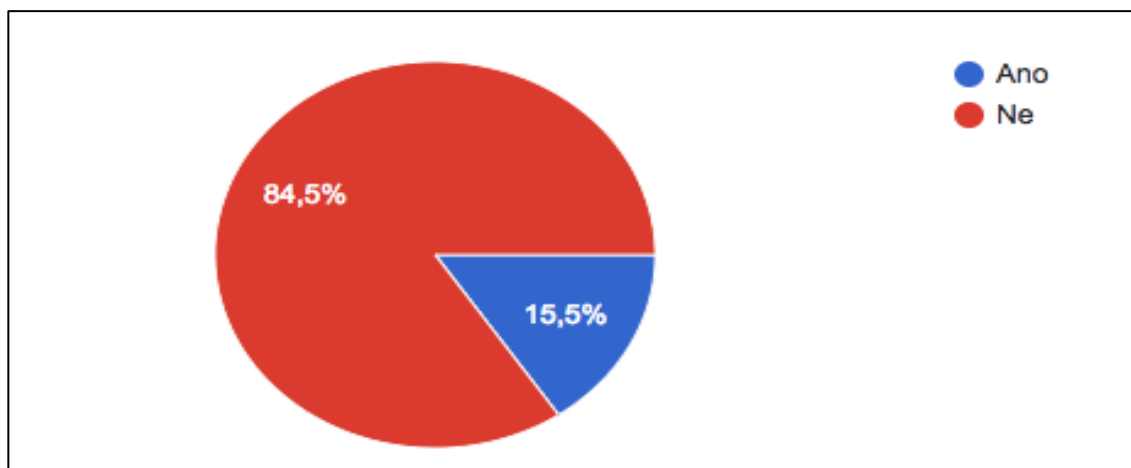
Obrázek 42 Celková spokojenost s lékařem

5.3.1.2.10 Přijetí na UP

Na urgentní příjem bylo přijato 61,4 % (708) respondentů registrovaných u praktického lékaře, z nich pouze 15,5 % bylo před přijetím na UP u svého PL.



Obrázek 43. Počet respondentů přijatých na urgentní příjem



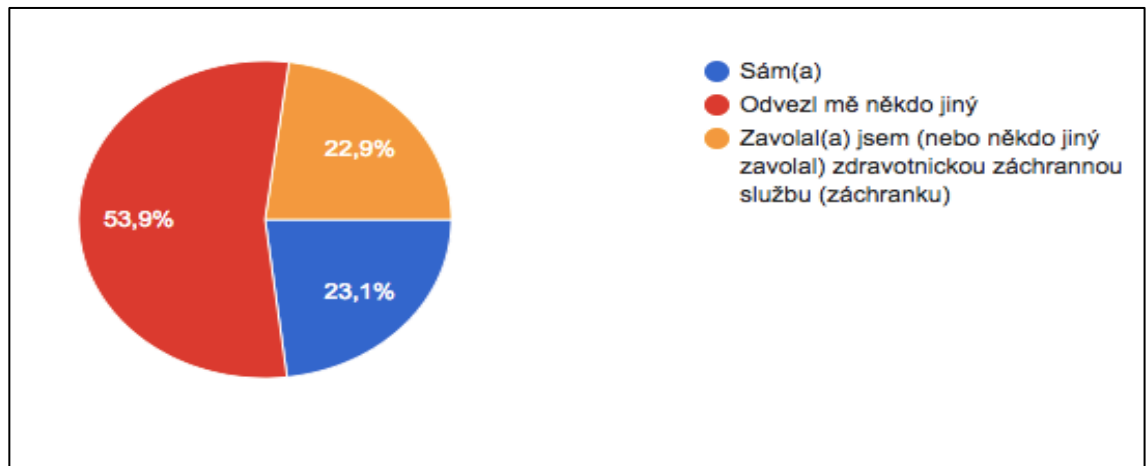
Obrázek 44 Návštěva lékaře před návštěvou urgentního oddělení

Důvody, proč svého praktického lékaře dotázaní před přijetím na UP nenavštívili byly následující:

- Dotázaný měl zdravotní obtíže v době, kdy jeho PL neordinoval (35,9 %)
- Dotázaný nebyl vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen svého PL navštívit (31,1 %)
- Dotázaný předpokládal, že by byl praktickým lékařem vzhledem ke svému zdravotnímu stavu stejně následně poslán na oddělení UP (26,2 %)
- Dotázaný nebyl v blízkosti svého PL (23,2 %)
- Dotázaný neměl čas/nechtělo se mu čekat u svého PL (13 %)
- Dotázaný nevěřil, že je PL schopen řešit jeho zdravotní problém (11,2 %)
- Dotázaný nebyl zcela spokojen se svým PL (4 %)

5.3.1.2.11 Způsob dopravení se na UP

53,9 % dotázaných odpovědělo, že na UP je odvezla jiná osoba, 23,1 % se dostavilo na oddělení samo, 22,9 % respondentů si přivolalo ZZS.



Obrázek 45 Způsob dopravy na urgentní příjem

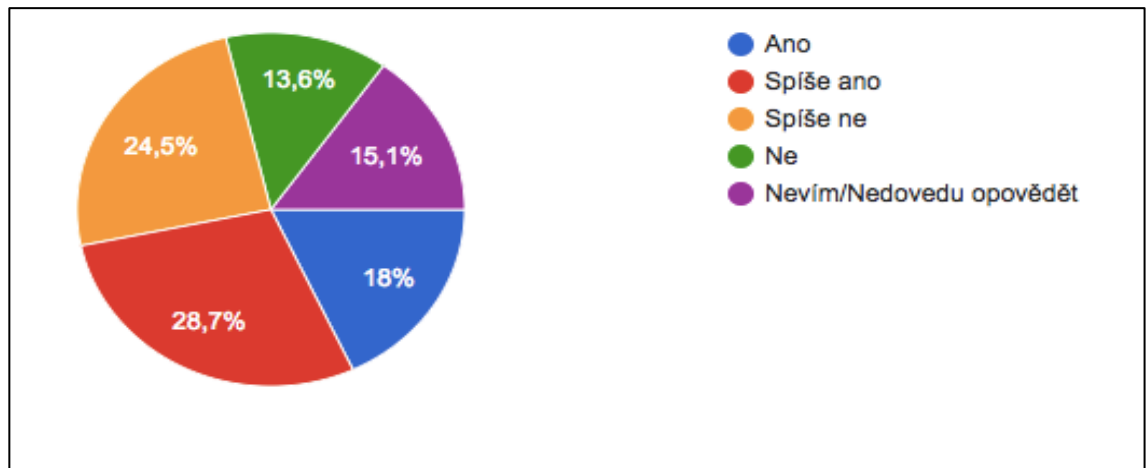
5.3.1.3 Respondent registrován u PL, ovšem nikdy nebyl přijat na UP

Dotázaných, kteří jsou registrováni u PL, avšak nikdy nebyli přijati na UP bylo 38,5 % (443). Této skupině respondentů byla položena otázka, s jakými zdravotními problémy z nabízených možností, by šli na UP. Dotázaní mohli vybírat více možností. Výsledky byly následující:

- Bolesti zad trvající déle než 3 dny (vybralo 28,6 % dotázaných)
- Svíravá bolest na hrudi (vybralo 81,6 % dotázaných)
- Náhle vzniklá dušnost (vybralo 72,8 % dotázaných)
- Bolest hlavy spojená s celkovou únavou (vybralo 16 % dotázaných)
- Pocit celkové slabosti organismu (vybralo 17,2 % dotázaných)
- Zarudnutí pokožky, odkud dotyčný v poslední době vytahoval klíště (vybralo 24,1 % dotázaných)
- Bolest břicha spojená s dlouhodobým průjmem (vybralo 36,9 % dotázaných)

5.3.1.4 Informovanost o podstatě UP

Otázku, zda má dotyčný dostatek informací o tom, s jakými zdravotními problémy primárně by měl člověk navštěvovat urgentní příjem vyplnilo v dotazníku 1306 respondentů. Z toho počtu odpovědělo kladně (odpovědi „ano“ a „spíše ano“) 46,6 % dotázaných. 38,2 % vybralo možnost „ne“ či „spíše ne“. Odpověď „nevím/nedovedu odpovědět“ vybralo 15,2 % respondentů.



Obrázek 46 Informovanost respondenta o podstatě UP

5.3.1.4.1 Respondent má dostatek informací o UP

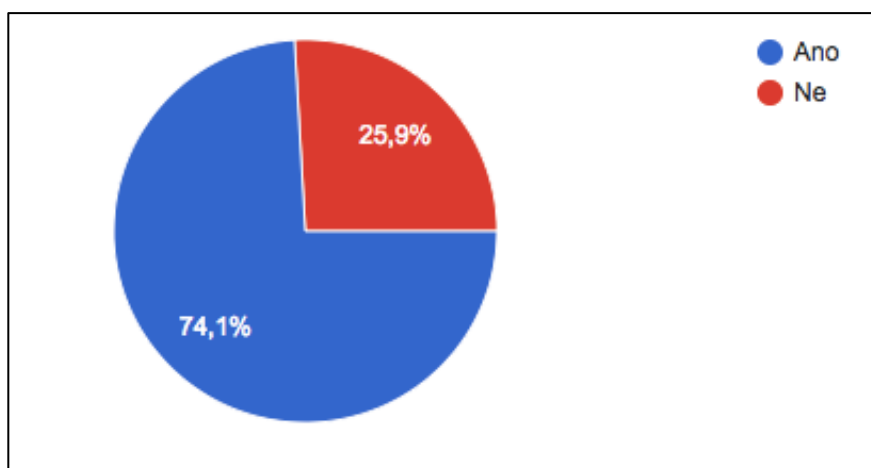
Pokud respondent odpověděl, že má informací o podstatě UP dostatek, byla mu položena otázka, odkud tyto informace má. Bylo možno vybrat více z nabízených možností. Výsledky byly následující:

- Informace mám z médií (vybralo 17 % respondentů)
- Informace mám z internetu (vybralo 31,6 % respondentů)
- Informace mám od svého praktického lékaře (vybralo 20,5 % respondentů)
- Informace mám od jiného lékaře (vybralo 22,8 % respondentů)
- Informace mám z jiných zdrojů (vybralo 64,8 % respondentů)

5.3.1.5 Respondent nemá dostatek informací o UP

Dostatek informací o tom, s jakými zdravotními problémy by měl člověk UP navštěvovat, nemá 38,2 % (695) dotázaných. Z tohoto počtu by informace uvítalo 74,1 % respondentů, a to formou:

- Prostřednictvím médií (38 %)
- Prostřednictvím internetu (64,5 %)
- Osobně od svého PL (43,4 %)
- Poučením ze strany nemocnic (37,6 %)
- Jinou formou (14,3 %)



Obrázek 47 Zájem respondenta o informace o UP

6 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou obcházení praktických lékařů pacienty a tím způsobeným negativním dopadem na urgentní příjmy nemocnic. Nejprve bylo zkoumáno, jak veliké je zastoupení případů zaznamenaných na oddělení urgentního příjmu pro dospělé FN Motol za rok 2018, které by bylo možné řešit v rámci ošetření praktickým lékařem. Hlavním ukazatelem zde byl třídící systém dle závažnosti zdravotního stavu pacientů, konkrétně třídící systém ESI, který je využíván i na oddělení UP dospělých v Motole. Ukázalo se, že z celkově přijatých 21 462 na oddělení bylo v roce 2018 43,36 % pacientů kategorie 4 a 5. V prázdninových měsících bylo zastoupení těchto kategorií ještě markantnější (v červenci 2018 tvořily kategorie 4 a 5 dokonce 56,10 % všech případů přijatých na toto oddělení). To mohlo být způsobeno faktem, že lidé jsou v době prázdnin, tedy v měsících červenec a srpen, častěji mimo místa svých trvalých bydlišť, tudíž i mimo dosah svých PL. Stejně tak i praktičtí lékaři častěji využívají k čerpání svých dovolených tyto měsíce, a tak nemusí být často svým pacientům k dispozici. Zdravotní problémy kategorií 4 a 5 jsou běžně řešitelné praktickým lékařem, jak bylo potvrzeno i MUDr. Martinem Polákem, autorem několika publikací, které se tématem urgentních příjmů a třídění pacientů na urgentních příjmech zabývají. Z dotazníku vyplynulo, že pouze 15,6 % oslovených navštívilo před přijetím na oddělení urgentního příjmu svého praktického lékaře, což téměř odpovídá i výsledům z analýzy dat oddělení UP dospělých FN Motol, kde pacienti kategorií 4 a 5 navštívili praktického lékaře před přijetím na oddělení pouze v 14,03 % případů.

Závěr z této části výzkumu je jednoznačný: Pacienti se zdravotními problémy, které by mohl řešit jejich PL, jsou přijímáni na oddělení urgentního příjmu v podobně vysokém počtu, v některých měsících i větším než pacienti, u nichž je vyšetření na urgentním příjmu vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nezbytné.

Každý kontakt pacienta se zdravotnictvím znamená pro stát finanční výdaje. Vyšetření pacienta na UP stojí více peněz, než jeho vyšetření v rámci primární péče (viz. teoretická část této práce). Navíc dle statistik WHO mají Češi daleko větší průměrný kontakt se zdravotnictvím než okolní země. Průměrně je Čech v kontaktu s českým zdravotnictvím 11,5krát ročně, což staví Českou republiku na druhé místo (za Maďarsko) v rámci celé Evropy. Například ve Finsku je každý občan v kontaktu se zdravotnictvím pouze 2,6krát ročně (Kroneman, M. et al, 2016), (WHO, 2016). Pro snížení finančních výdajů by bylo vhodné zredukovat průměrný kontakt Čechů se zdravotnictvím. Dále lze předpokládat, že by byly finanční výdaje nižší, pokud by pacienti kategorie 4 a 5 byli vyšetřováni v rámci primární (levnější) péče.

Z dotazníku vyplynulo, že pouze 15,6 % oslovených navštívilo před přijetím na oddělení urgentního příjmu svého praktického lékaře, což téměř odpovídá i výsledům z analýzy dat oddělení UP dospělých FN Motol, kde pacienti kategorií 4 a 5 navštívili praktického lékaře před přijetím na oddělení pouze v 14,03 % případů.

Další část výzkumu se zabývala důvody, proč pacienti, kteří ošetření na UP nepotřebují, tvoří tak velkou část celkově přijatých na UP. Z dotazníku, který byl předložen laické veřejnosti, vyšlo několik zajímavých poznatků, které by mohly napovědět, proč k této situaci v rámci urgentních příjmů dochází. Ukázalo se, že veřejnost je se svými praktickými lékaři převážně spokojena. Z toho lze tedy soudit, že nespokojenost s praktickými lékaři nebude hlavní důvod, proč neakutní pacienti na urgentní příjem chodí.

Bylo zjištěno, že nejčastějším důvodem, proč respondenti nejprve ke svému PL nešli bylo, že měli zdravotní obtíže v době, kdy jejich PL neordinoval (35,9 %). Zůstává otázkou, zda lze pohled směřovat na nedostatečnou ordinační dobu

praktických lékařů, či spíše vycházet z toho, že nemalé zastoupení lidí si kvůli řešení svých zdravotních problémů nebude ochotno brát dovolenou, a tak je řeší až po své pracovní době, kdy má logicky po pracovní době i jejich PL. Druhým nejčastějším důvodem bylo, že se dotyčný nebyl vzhledem ke svému zdravotnímu stavu k PL schopen dostavit (přes 31 %). Tento důvod se nám nepodaří nijak napadnout, neboť vnímání zdravotního stavu je ryze individuální. I za předpokladu, že zdravotní stav respondentů této skupiny nemusel být z pohledu zdravotnického personálu vždy tak akutní, že by znemožňoval dostavení se k PL, nemůžeme pacienty v tomto případě jakkoliv kritizovat.

Za zmínku stojí také další důvod, kterým byl předpoklad dotázaného, že by byl stejně jeho PL doporučen následně na UP (26,2 %). Tento důvod jde ruku v ruce s důvodem, kdy dotyčný nevěřil, že je PL schopen jeho zdravotní problém řešit (11,2 %). Haškovcová (2002) uvádí, že vztah pacienta a lékaře se v dnešní době pozvolna mění, a to ze vztahu paternalistického na vztah partnerský. Tuto změnu lze vidět i ve výše zmíněných důvodech. Příčinou změny přístupu pacienta k lékaři může být i pacientův neomezený přístup k informačním zdrojům, v podobě např. internetu. Pacient se na základě získaných informací často staví do role odborníka na daný zdravotnický problém. Diagnostikuje si své onemocnění sám a podle toho také rozhoduje, kam se svým zdravotním problémem bude směřovat. To ale může vést k chybnému výběru zdravotnického sektoru, jak vyplývá i z první části tohoto výzkumu.

Na základě vyhodnocení dotazníku lze upozornit na další problém, a tím je nevědomost pacientů o možnosti domácích návštěv jejich praktickým lékařem. O této možnosti ví pouze 38 % dotázaných. Pokud by pacienti, obzvláště kategorie 4, o této variantě věděli, možná by ji i využívali, a jejich počet na UP by se snížil.

Mnozí PL by mohli namítnout, že navýšení návštěv PL u pacientů doma není reálné, a to obzvláště z důvodu nedostatku času. Problém s nedostatkem času PL by mohl být řešen zvýšením pravomocí sester, které pracují v ordinacích praktických lékařů. Tyto sestry by musely projít určitým školením, jenž by zvýšilo jejich kvalifikaci. Následně by mohly pacienty navštěvovat místo PL a některé zdravotní problémy řešit přímo na místě. Takto specializované sestry jsou běžně i v zahraničí, kde řeší převážně zdravotní problémy starších a chronických pacientů.

Lze se domnívat, že by se návrh, týkající se zvýšení kompetencí sester, které by prošly určitou speciální vzdělávací nástavbou, mohl setkat s kladnou odezvou z jejich strany. V neposlední řadě by zvýšení kompetencí zdravotních sester mohlo posílit jejich vědomí, že funkce zdravotních sester (nejen těch pracujících v ordinaci PL), a jejich vědomosti a zkušenosti, jsou pro zdravotnictví absolutně nepostradatelné. Tyto sestry by bylo nutné za jejich obsáhlejší práci a větší zodpovědnost nutno také více finančně ohodnotit.

Nabízí se otázka, jak nahradit sestru praktického lékaře. Byl by schopen každý PL, v případě, že by byla jeho zdravotní sestra „v terénu“, vést ordinaci sám? Práce sestry v ordinaci praktického lékaře je často administrativní. I v České republice se už ale začínáme pomalu setkávat s modelem, kdy je 1 zdravotní sestra k dispozici více praktickým lékařům (pokud se nachází více ordinací PL v blízkosti). Praktický lékař pak využívá tuto sestru pouze na úkony spojené s vyšetřením či ošetřením daného pacienta. Administrativní záležitosti PL pak vyřizuje člověk pro to určený, který nemusí mít žádné zdravotní vzdělání. Šubrt (2018) popisuje tento model jako již zaběhnutý v řadě zemí a jeho výsledky jako příznivé.

V rámci dotazníku byla položena otázka, s jakými zdravotními problémy by daný respondent navštívil přímo urgentní příjem. Nabízeno bylo 7 možností (viz praktická část), z nichž pouze dvě (svíravá bolest na hrudi a náhle vzniklá dušnost) byly svým charakterem patřící přímo na UP. Dalších 5 bylo bez pochyby řešitelných PL, resp. praktický lékař měl rozhodnout o způsobu dalšího léčení těchto problémů. Přesto odpovědělo 28,6 % dotázaných, že by směřovalo přímo na UP s bolestmi zad trvajících více než 3 dny. Bezmála 37 % dotázaných by navštívilo UP s bolestmi břicha spojených s dlouhodobým průjmem. 17,2 % by dokonce navštívilo UP s pocitem celkové slabosti organismu. Z toho vyplývá, že veřejnost není zcela schopna správně definovat urgentní zdravotní stav a často by směřovala s neurgentními zdravotními problémy na oddělení UP. Tyto výsledky potvrzuje i první část analýzy této práce.

Na základě praktické části můžeme vidět, že na oddělení UP přicházejí „neakutní“ pacienti převážně bez doporučení PL. V některých zemích funguje v tomto směru tzv. „gatekeeping“. To znamená, že bez doporučení lékaře primární péče (nejčastěji právě praktického lékaře) není pacient přijat ke specialistovi ani do nemocnice. Výjimku tvoří akutní případy, které jsou ovšem přesně definované. Praktický lékař je tak člověkem, který rozhoduje a reguluje vstup daného pacienta do pomyslného dalšího stupně zdravotnictví, v podobě sekundární či terciální péče. Tento model je zaveden a úspěšně funguje na pyrenejském poloostrově, ve Skandinávských zemích či Velké Británii.

Další možností, jak zlepšit zdravotní systém ČR, přesněji jak snížit náklady nemocnic na neakutní pacienty, by bylo zavedení systému tzv. telefonní triage. Tento systém má své kořeny v USA a dnes je rozšířen i v řadách evropských zemí, kde se osvědčil. Je používán především ve Skandinávii a Velké Británii. Spočívá v roztřídění pacientů telefonickou cestou, kdy vyškolený zdravotnický personál (nejčastěji specializovaná sestra) určí díky údajům získaným od

pacienta, kam má daný pacient se svým zdravotním problémem směřovat (Holt, 2016), (Grol, 2006).

Třídění touto cestou by mohlo v ČR probíhat buď v rámci nemocnic, kde by bylo zřízeno pro tyto účely určité call centrum, či cestou ordinací praktických lékařů. V tomto případě by daný pacient zavolal ke svému praktickému lékaři, kde by daná sestra (či v případě že PL sestru nemá) sám lékař podal pacientovi informaci o tom, jak dále postupovat a kde konkrétní zdravotní problém řešit. Tato možnost by stála ovšem více úsilí a byla by složitější její realizace, neboť by muselo dojít k proškolení všech sester pracujících v ordinaci praktického lékaře. Další možností by bylo vytvoření externích call center, které by nemuseli fungovat ani v rámci nemocnic a které by mohly mít soukromý charakter. Zřízení tohoto systému telefonní triage by vyžadovalo samozřejmě nemalé finanční prostředky a je otázkou, kdo by zaběhnutí tohoto modelu a následně jeho fungování financoval. Lze se ovšem domnívat, že by se tyto finanční prostředky vrátily v rámci několika let v podobě finanční úlevy urgentním příjmům. Nevýhodou tohoto systému jsou vysoké nároky na zodpovědnost pracovníka, který by tuto telefonní triage prováděl.

Řešením, jak předejít tomu, aby na oddělení urgentních příjmů docházeli pacienti s neakutními zdravotními problémy by mohlo být zavedení modelu, který je využíván např. v Nizozemsku. Pokud pacient dorazí bez doporučení PL na urgentní příjem nemocnice a závažnost jeho zdravotního stavu je vyhodnocena místním personálem jako neodpovídající ošetření na tomto oddělení, je pacient poslán ke svému praktickému lékaři, aniž by byl na oddělení urgentního příjmu ošetřen. Pokud pacient trvá na ošetření na oddělení urgentního příjmu, je mu toto ošetření zpoplatněno. Tento model lze pokládat za jeden z nejreálnějších, co do provedení. Stačilo by pouze vyčíslit a stanovit, o jak

veliký poplatek by se jednalo, pokud by pacient trval na ošetření v rámci UP, aby byla určitá taxa stejná pro všechny oddělení UP v ČR.

Podstatnou a nepostradatelnou součástí všech systémů, pravidel či potenciálních změn v rámci zdravotního systému, je, aby pacienti byli o těchto změnách dostatečně informováni. Výzkum ovšem ukázal, že 38,2 % dotázaných o podstatě urgentních příjmů, a o tom, pro jaké zdravotní problémy by měly tyto oddělení sloužit, dostatečně informováno není. Dalším důležitým poznatkem je, že pokud jsou informováni, tak díky jiným zdrojům (64,8 %), než těm, které by měly veřejnost o těchto věcech informovat (nemocnice, praktičtí lékaři, média, internet). Téměř 75 % dotázaných by tyto informace uvítalo, a to nejlépe formou internetu (64,5 %). Bohužel je faktem, že informace pro veřejnost v tomto ohledu opravdu dostatečné nejsou, resp. jsou pro spoustu lidí nekonkrétní. Příkladem může být právě FN Motol, kde je pacient informován, že: *„Urgentní příjem dospělých je oddělení, jehož posláním je ošetření a péče o pacienty s náhlým zhoršením zdravotního stavu neúrazové příčiny“* (FN Motol, 2012).

Podobné informace dostane pacient na stránkách většiny urgentních příjmů v ČR. Co si ovšem lze představit pod pojmem „náhlé zhoršení zdravotního stavu“ je už bohužel velice subjektivní. Řešením by byl (alespoň přibližný) návod pro pacienta, který by konkretizoval, pro jaké případy urgentní příjem je a pro které ne. Nic podobného zatím bohužel k dispozici není. Návod by být např. ve formě tabulky, která by byla k nalezení na internetu. Zde by si pacient vyhledal svůj zdravotní problém a viděl by, zda je jeho problém možné řešit na UP či nikoliv. Může se totiž velice snadno stát, že si pacient není jistý, zda s daným problémem na UP jít či ne, a má touhu si zjistit více informací, které bohužel dostupné nejsou. Některé případy by byly jistě diskutabilní, ovšem je možné, že by i tímto způsobem mohlo dojít ke snížení „neakutních“ pacientů přijatých na oddělení urgentních příjmů.

Edukace veřejnosti (potenciálních pacientů) v České republice je základním předpokladem pro změnu jejich přístupu k českému zdravotnictví. Tato edukace by měla probíhat po celém území ČR a měla by probíhat prostřednictvím různých zdrojů současně: skrze média, internet, lékaře, nemocnice, jakožto i jednotlivé kraje.

Výzkum v rámci této bakalářské práce má několik limitací. První limitací je vzorek získaný pouze v rámci jedné nemocnice. Dále množství respondentů dotazníku je omezené a v popisu respondentů chybí jejich věkové rozlišení. Proto, aby mohla práce vypovídat obecně o situaci UP v ČR, bylo by nutné průzkum provést ve více nemocnicích a více městech a na dotazník by muselo odpovědět více lidí všech věkových skupin. Bylo by také zajímavé získat údaje o konkrétních finančních částkách, např. kolik přesně stojí české zdravotnictví přijímání neurgentních pacientů na UP.

7 ZÁVĚR

Výsledkem analýzy dat z urgentního příjmu dospělých FN Motol je zjištění, že téměř 50 % přijatých pacientů na urgentní příjem spadá do neurgentních kategorií 4 a 5, dle třídění podle systému ESI. Pacienti těchto kategorií by měli nejprve řešit své zdravotní problémy se svým praktickým lékařem, což jak dokazují výsledky dělá jen zlomek této skupiny pacientů. Dále bylo zjištěno, že laická veřejnost není dostatečně informována o tom, s jakými zdravotními problémy na oddělení urgentních příjmů přicházejí a že pro veřejnost nejsou v tomto ohledu dostupné žádné srozumitelné informace, byť by o ně veřejnost stála.

Je potřeba se touto problematikou více zabývat, neboť nynější stav stojí české zdravotnictví nejen velké množství peněz, ale také vede k fyzické i psychické vyčerpanosti zdravotnického personálu urgentních příjmů.

Vytyčené cíle práce byly splněny.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
ČR	Česká republika
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
WHO	World Health Organization
FN	Fakultní nemocnice
UP	Urgentní příjem
ESI	Emergency severity index
IZPE	Institut zdravotní politiky a ekonomiky
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
PL	Praktický lékař
DRN	Doprava raněných a nemocných
LPPS	Lékařská služba první pomoci

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
2. INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Vztah lékaře a pacienta v primární péči: teoretický souhrn poznatků a diskuse vlastního modelu*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2002. 149 s. *Zdravotní politika a ekonomika*, sv. 3, 2002.
3. KOŠTA, Oto. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 112 s., viii s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4422-3.
4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. 195 stran. *Psychologie*. ISBN 978-80-262-0978-2.
5. POKORNÝ, Jiří et al. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2004. xxiii, 547 s. ISBN 80-7262-259-5.
6. POLÁK, Martin. *Třídění pacientů na oddělení emergency, aneb, Návrh, jak by to mohlo vypadat*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 75 stran. *Edice postgraduální medicíny*. ISBN 978-80-204-4650-3.
7. POLÁK, Martin. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. 767 stran. *Edice postgraduální medicíny*. ISBN 978-80-204-3939-0.
8. PORTER, Roy. *Dějiny medicíny: od starověku po současnost*. Překlad Jaroslav Hořejší. V českém jazyce vydání třetí. Praha: Prostor, 2015. 809 stran, 24 nečíslovaných stran obrazových příloh. *Obzor*. ISBN 978-80-7260-324-4.
9. ROBERTSON-STEEL, Iain. *Evolution of triage systems*. *Emergency medicine journal: EMJ*, 2006, 23(2), s.154-155. ISSN 1472-0205. DOI: 10.1136/emj.2005.030270.

10. ŠIMEK, Jiří. Lékařská etika. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 222 stran. ISBN 978-80-247-5306-5.
11. VALUŠ, Antonín. Civilní spory mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotní péče. Vyd. 1. Praha: Leges, 2014. 240 s. Praktik. ISBN 978 - 80 7502 045-1.
12. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization. Data book [online]. Copenhagen: WHO, 2008. 196 s. [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/114564/E92039.pdf?fbclid=IwAR0OaEo42FUMfv9IM1CV7w3OES-n4dw9PIXzsTFDjWITsHCYLQjfo7Fi-dA
13. Fakultní nemocnice v Motole. Oddělení urgentního příjmu dospělých. Informace pro pacienty [online]. FN Motol, 2012 [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-dospele/oddeleni-urgentniho-prijmu/informace-pro-pacienty/>
14. GROL, Richard, GIESEN, Paul a van UDEN, Caro. After-Hours Care In The United Kingdom, Denmark, And The Netherlands: New Models. Health Affairs, 2006, 25(6), s.1733-1737. DOI: 10.1377/hlthaff.25.4.1733
15. HOLT, Tim A., FLETCHER, Emily, WARREN, Fiona et al. Telephone triage systems in UK general practice: analysis of consultation duration during the index day in a pragmatic randomised controlled trial. British Journal of General Practice, 2016, 66(644), s.E214-218. DOI: 10.3399/bjgp16X684001
16. KRAAIJVANGER, Nicole, RIJPSMA, Douwe, van LEEUWEN, Henk a EDWARDS, Michael. Self-referrals in the emergency department: reasons why patients attend the emergency department without consulting a general practitioner first - a questionnaire study. International Journal of Emergency Medicine, 2015,8(1), 46. 1865-1380. ISSN 1865-1372. DOI:10.1186/s12245-015-0096-x

17. KRONEMAN, Madelon, BOERMA, Wienke, van den BERG, Michael, GROENEWEGEN, Peter, de JONG, Judith a van GINNEKEN, Ewout. The Netherlands: health system review. [online]. Health Systems in Transition, 2016, 18(2), 275 s. ISSN 1817-6127. [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf?ua=1
18. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Druhy zdravotní péče [online]. MZČR, 2012 [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html
19. NAKAO, Hiroyui, UKAI, Isao, KOTANI, Joji. A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. *Acute medicine & surgery*, 2017, 4(4), s.379-384. ISSN 2052-8817. DOI: 10.1002/ams2.293
20. RIEFFE, Carolien, OOSTERVELD, Paul, WIJKEL, Dirk a WIEFFERINK, Carin. Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. *Accident and Emergency nursing*, 1999, 7(4), s.217-225. ISSN 0965-2302. DOI: 10.1016/S0965-2302(99)80054-X
21. ŠUBRT, Petr, KADEŘÁVKOVÁ, Lenka. Model ordinace 1 lékař+1 sestra je v Evropě neobvyklý [online]. *Terapie*, 2018. [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: <http://terapie.digital/nazory/rozhovor/model-ordinace-1-lekar-1-sestra-je-v-evrope-neobvykly.html?authToken=null#>
22. UNWIN, Maria, KINSMAN, Leigh a RIGBY, Scott. Why are we waiting? Patients' perspectives for accessing emergency department services with non-urgent complaints. *International Emergency Nursing*, 2016,29, s.3-8. ISSN 1755 - 599X. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.09.003
23. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Výdaje na zdravotnictví [online]. ÚZIS, 2019 [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>

24. VOJTÍŠKOVÁ, Jana. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře [online]. *Medicína pro praxi*, 2006, (2), s.94-96. ISSN 1214-8687. [cit. 2019-05-01]. Dostupné z:
<https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>
25. World Health Organization. Primary Health Care (PHC) [online]. WHO, 2019 [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: <https://www.who.int/primary-health/en/>
26. Informovanost veřejnosti o podstatě urgentních příjmů v České republice [online]. Google Formuláře, 2019 [cit. 2019-05-01]. Dostupné z:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdcr_wDzabpUVmLro9LXFqoPA1c0c07Mp3f4Z3eYHySArnmzg/viewform?fbclid=IwAR3t-K6zH1ZSw8fEJyXkekTlt_w6MiIVlc3jamoYdWKrSgczvaYmRzCDTfs

10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Schválení k provedení výzkumu na oddělení UP FN Motol

Vážená paní

Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně ředitele FN Motol pro ošetrovatelskou péči
V Úvalu 84
Praha 5
150 06

Vážená paní náměstkyně, rád bych Vás požádal o povolení k provedení výzkumu na oddělení urgentního příjmu FN Motol, jež by mělo být součástí mé bakalářské práce, kterou píší na FBMI ČVUT v Kladně na téma „Problematika obcházení praktických lékařů pacienty v České republice, následný dopad pro urgentní příjmy nemocnic“.

PŘEDMĚT: Žádost o provedení výzkumu na urgentním příjmu FN Motol

ŽADATEL: Jakub Kroneisl, FBMI ČVUT v Kladně

POPIS PRÁCE:

Práce se zabývá důvody, proč pacienti nezřídka „obcházejí“ své praktické lékaře a se svými zdravotními obtížemi míří na urgentní příjmy nemocnic, i přesto, že by praktický lékař byl často schopen jejich zdravotní problémy řešit. Dále zkoumá, kolik procent pacientů přijatých na urgentní příjem tvoří právě výše popsaní pacienti. V neposlední řadě pak jiná část práce zjišťuje, zda je laická veřejnost dostatečně informovaná o tom, pro jaké zdravotní problémy by měl urgentní příjem primárně sloužit. Pokud informovaná není, tak zda, a v jaké formě by tyto informace uvítala. Cílem je pak zjištění, zda jsou si pacienti vědomi toho, pro jaké zdravotní stavy je urgentní příjem primárně určen a zda jsou v této oblasti dostatečně edukováni. V závěru by měla práce navrhnout teoretické řešení či srovnání se zahraničím.

ŽÁDOST:

Pokud by mi bylo šetření povoleno, rád bych získal od FN Motol informaci o celkovém počtu přijatých pacientů na urgentní příjem za 1 rok, a procentuální zastoupení pacientů s naléhavostí 4 a 5 z tohoto počtu. Dále pak, kolik pacientů závažnosti 4 a 5 dle triage bylo doporučeno praktickým lékařem a zda tyto pacienti (klienti) byli přivezeni na oddělení emergency vozem ZZS či nikoliv. Další část by vzala anonymní vzorek cca 25 konkrétních pacientů (za každý jeden měsíc, tzn. 300 za rok) závažnosti 4 nebo 5 a posuzovala jejich konkrétní diagnosu. Výsledkem by bylo posouzení, zda hypotéza, že pacienti těchto kategorií (závažnosti 4 a 5) by opravdu mohli být léčeni jejich praktickým lékařem, platí, či ne. V této části bych nesledoval ani nepoužíval jakékoliv osobní údaje pacientů, čistě jen anonymní diagnosu. Délku výzkumu odhaduji na 14 dní.

Děkuji

S pozdravem
Jakub Kroneisl, FBMI ČVUT v Kladně

V Praze dne 16.4.2019

17 -04- 2019

Jakub Kroneisl

Mgr. Jana NOVÁKOVÁ, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice Motol