Zranitelné a znevýhodněné skupiny v urgentní péči

Jana Šeblová

Ústav etiky a humanitních studií 3. LF UK

Urgentní příjem ON Kladno, a.s.

Oddělení urgentního příjmu a LSPP dětí FN Motol

Ilustrace v prezentaci: Open AI a otevřené zdroje

Kdo patří ke zranitelným skupinám?

- Senioři
- Psychiatričtí pacienti
- Osoby bez přístřeší
- Menšiny (etnické, náboženské, sexuální…)
- Uprchlíci, azylanti, cizinci
- Obézní pacienti
- Ženy
- Děti
- Muži?

Ženy a děti jako znevýhodněné skupiny?

- Ženy mají horší výsledky KPR, horší prognózu přežití i neurologického deficitu
- V urgentních stavech se jim dostává konzervativnější léčby (PCI apod.)
- EBM – studie většinou na homogenní mužské populaci
  - Obavy ze zařazení těhotných žen do studií
- Ignorování odlišné symptomatologie – poddiagnostikování akutních stavů
- Nižší analgetická léčba
  - Podezírání z agravace, že jsou „hysterky“
- Děti – nejsou-li schopní verbalizovat a popsat bolest, automaticky se předpokládá, že ji necítí
- Často neznalost základní pediatrické problematiky – nečinnost v akutních stavech

Nerovnosti v průběhu a výsledcích resuscitace (gender-based) i v incidenci podle socioekonomického statusu

Effect of gender on out-of-hospital cardiac arrest survival: a registry-based study

Hervé Hubert[a], Déborah Jaeger[b], Valentine Baert[a], Christian Vilhelm[a], Michael Genin[a], Stéphane Manzo-Silberman[c,d], Sonia Sadoune[b], Franck-Olivier Denayer[e], François Javaudin[f,g], Pierre-Yves Gueugniaud[h], Karim Tazarourte[h,i], Claire Mounier-Vehier[a,j], Carlos El Khoury[k,l] and Tahar Chouihed[b,m]; on behalf of GR-RéAC

Objective **The aim of the study was to compare outcomes after out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) between comparable female and male OHCA cohorts in a large nationwide registry.**

Methods **This was a national multicentre retrospective, case-control propensity score-matched study based on French National Cardiac Arrest Registry data from 1 July 2011 to 21 September 2017. Female and male survival rates at D30 were compared.**

Results **At baseline 66 395 OHCA victims were included, of which 34.3% were women. At hospital admission, survival was 18.2% for female patients and 20.2% for male patients [odds ratio (OR), 1.138 (1.092–1.185)]; at 30 days, survival was 4.3 and 5.9%, respectively [OR, 1.290 (1.191–1.500)]. After matching (14 051 patients within each group), female patients received less advanced life support by mobile medical team (MMT), they also had a longer no-flow duration and shorter resuscitation effort by MMT than male patients. However, 15.3% of female patients vs. 9.1% of male patients were alive at hospital admission [OR, 0.557 (0.517–0.599)] and 3.2 vs. 2.6% at D30 [OR, 0.801 (0.697–0.921)], with no statistically significant difference in neurological outcome [OR, 0.966 (0.664–1.407)].**

Conclusions **In this large nationwide matched OHCA study, female patients had a better chance of survival with no significant difference in neurological outcome. We also noticed that female patients received delayed care with a shorter resuscitation effort compared to men; these complex issues warrant further specific investigation. Encouraging bystanders to act as quickly as possible and medical teams to care for female patients in the same way as male patients should increase survival rates.** ***European Journal of Emergency Medicine*** **XXX: 000–000 Copyright © 2020 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.**

European Journal of Emergency Medicine 2020, **XXX**:000–000

Keywords: gender, out-of-hospital cardiac arrest, prognosis, survival rates

[a]University of Lille, CHU Lille, ULR 2694 – METRICS (Evaluation des technologies de santé et des pratiques médicales), F-59000 Lille, [b]Department of Emergency Medicine, University Hospital of Nancy, [c]Department of Cardiology, Lariboisière Hospital, Paris, France, [d]INSERM UMR-S 942, Université Paris-Diderot, Sorbonne Paris Cité, Paris, [e]IMPECS, EA4483, University of Lille, 3 rue du Professeur Laguesse, Lille, [f]Department of Emergency Medicine, SAMU 44, University Hospital of Nantes, [g]University of Nantes, Microbiotas Hosts Antibiotics and bacterial Resistances (MiHAR), Nantes, [h]Department of Emergency Medicine and SAMU, Groupement Hospitalier Edouard Herriot, [i]HESPER EA 7425, Claude Bernard Lyon 1 University, Lyon, [j]Institut Cœur Poumon, University Hospital of Lille, Lille, [k]Emergency Department and RESCUe Network, Lucien Hussel Hospital, Vienne, [l]Clinical Research Unit, Emergency Department, Médipôle Hospital, Villeurbanne and [m]Unit 1433, INSERM U1116, F-CRIN INI-CRCT (Cardiovascular and Renal Clinical Trialists), Université de Lorraine, Nancy, France

Correspondence to Hervé Hubert, PhD, University of Lille, CHU Lille, ULR 2694 – METRICS (Evaluation des technologies de santé et des pratiques médicales), ILIS, 42, rue Ambroise-Paré, 59120 Loos, France
Tel: +33 320 623 741; e-mail: herve.hubert@univ-lille.fr

Received 1 March 2020 **Accepted** 15 May 2020

Socioeconomic status and incidence of cardiac arrest: a spatial approach to social and territorial disparities

Laurent Castra[a,d], Michael Genin[a], Joséphine Escutnaire[a,b], Valentine Baert[a,b], Jean-Marc Agostinucci[e], François Revaux[f], Cécile Ursat[g], Karim Tazarourte[h], Frédéric Adnet[e] and Hervé Hubert[a,b,c]

Objective **Cardiac arrest (CA) is considered a major public health issue. Few studies have focused on geographic variations in incidence and socioeconomic characteristics. The aim of this study is to identify clusters of municipalities with high or low CA incidence, and find socioeconomic factors associated with them.**

Patients and methods **CA data from three Parisian counties, representing 123 municipalities, were extracted from the French CA registry. Socioeconomic data for each municipality were collected from the French national institute of statistics. We used a statistical approach combining Bayesian methods to study geographical CA incidence variations, and scan statistics, to identify CA incidence clusters of municipalities. Finally, we compared clusters of municipalities in terms of socioeconomic factors.**

Results **Strong geographical variations were found among 123 municipalities: 34 presented a significantly increased risk of incidence and 37 presented a significantly low risk. Scan statistics identified seven significant spatial clusters of CA incidence, including three clusters with low incidence (the relative risk varied from 0.23 to 0.54) and four clusters with high incidence (the relative risk varied from 1.43 to 2). Clusters of municipalities with a high CA incidence are characterized by a lower socioeconomic status than the others (low and normal CA incidence clusters). Analysis showed a statistically significant relationship between social deprivation factors and high incidence.**

Conclusion **This study shows strong geographical variations in CA incidence and a statistically significant relationship between over-incidence and social deprivation variables.** ***European Journal of Emergency Medicine*** **26: 180–187 Copyright © 2018 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.**

European Journal of Emergency Medicine 2019, **26**:180–187

Keywords: cardiac arrest, France, incidence, out-of-hospital, scan statistics, social disfavour

[a]Department of Public Health, EA2694, University of Lille, [b]French National Out-of-Hospital Cardiac Arrest Registry Research Team, ReAC, [c]GR-ReAC, French national out-of-hospital cardiac arrest registry research group, Lille, [d]ARS Ile-de-France, [e]AP-HP, Department of Emergency Medicine, Avicenne Hospital, Inserm U942, Paris 13 University, [f]APHP, Department of Emergency Medicine, Henri Mondor University Hospital, [g]APHP, Department of Emergency Medicine, Raymond Poincaré University Hospital, Paris and [h]HCL, Department of Emergency Medicine, Lyon University Hospital, Claude Bernard University, Lyon, France

Correspondence to Hervé Hubert, PhD, Department of Public Health, EA2694, Institute of Health Engineering of Lille, University of Lille, 42, rue Ambroise Paré 59120 Loos, France
Tel: +33 320 623 741; fax: +33 320 623 738; e-mail: herve.hubert@univ-lille2.fr

Received 7 July 2017 **Accepted** 30 October 2017

Vybrané dokumenty týkající se péče o děti

- Ženevská deklarace práv dítěte – Liga národů (předchůdce OSN) – 1924
- Deklarace práv dítěte – OSN, 1959
- Úmluva o právech dítěte OSN, 1989
- Úmluva o právech dítěte o zapojování dětí do ozbrojených konfliktů – opční protokol k Úmluvě o právech dítěte
- EACH charta práv hospitalizovaných dětí Leiden, Holandsko, 1988

MEZINÁRODNÍ ÚMLUVY

Vybrané mezinárodní předpisy a deklarace o právech dítěte.

Deklarace

- Všeobecná deklarace lidských práv
- Ženevská deklaraci práv dítěte (r. 1924)
- Deklarace práv dítěte (OSN, r. 1959)
- Deklarace o ochraně žen a dětí za mimořádných událostí a za ozbrojených konfliktů

Pakty a úmluvy

- **Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod**
- Evropská sociální charta
- Mezinárodní pakt o občanských a politických právech
- Mezinárodním pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech
- Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání
- Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání
- **Úmluva o právech dítěte**
- **Evropská úmluva o výkonu práv dětí**
- **Úmluva o právech dítěte o zapojování dětí do ozbrojených konfliktů**
- **Úmluva o pravomoci orgánů, použitelném právu, uznávání, výkonu a spolupráci ve věce zodpovědnosti a opatření k ochraně dětí**
- **Úmluva o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení**
- **Evropská úmluva o právním postavení dětí narozených mimo manželství**
- **Úmluva o občanskoprávních aspektech mezinárodních únosů dětí**

Zranitelné skupiny dětí

- Děti s handicapem
- Děti ze socioekonomicky slabších rodin (a současně vyšší spotřeba akutní péče)
- Cizinci, uprchlíci, migranti
- Děti v ústavní nebo náhradní péči
- Týrání, zanedbávání – syndrom CAN
- Děti s komplexními potřebami
- Chronicky nemocné děti
- Děti při mimořádných událostech, katastrofách a ve válečných konfliktech

Dítě jako pacient v systému urgentní péče

- V USA a Kanadě tvoří děti 25 % pacientů urgentních příjmů
- Jen 23% dětských pacientů ošetřeno pediatrem, a pouze 7 % na specializovaných urgentních příjmech
- 15 % při triáži zařazeno do nižší priority
- ČR – jediný dětský UP
- předávání od ZZS
    - na dětská oddělení/JIP
    - LPS/LSPP
    - některé stavy na dospělých ambulancích (chirurgie, ortopedie)

JAMA Network Open

Original Investigation | Health Policy

Racial and Ethnic Differences in Insurer Classification of Nonemergent Pediatric Emergency Department Visits

Alexander Pomerantz, MD, MPP; Heidi G. De Souza, MPH; Matthew Hall, PhD; Mark I. Neuman, MD, MPH; Monika K. Goyal, MD, MSCE; Margaret E. Samuels-Kalow, MD, MPhil, MSHP; Paul L. Aronson, MD, MHS; Elizabeth R. Alpern, MD, MSCE; Harold K. Simon, MD, MBA; Jennifer A. Hoffmann, MD, MS; Jordee M. Wells, MD, MPH; Kristen H. Shanahan, MD, MPH; Colleen K. Gutman, MD; Alon Peltz, MD, MBA, MHS

Abstract

IMPORTANCE Government and commercial health insurers have recently enacted policies to discourage nonemergent emergency department (ED) visits by reducing or denying claims for such visits using retrospective claims algorithms. Low-income Black and Hispanic pediatric patients often experience worse access to primary care services necessary for preventing some ED visits, raising concerns about the uneven impact of these policies.

OBJECTIVE To estimate potential racial and ethnic disparities in outcomes of Medicaid policies for reducing ED professional reimbursement based on a retrospective diagnosis-based claims algorithm.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This simulation study used a retrospective cohort of pediatric ED visits (aged 0-18 years) for Medicaid-insured children and adolescents appearing in the Market Scan Medicaid database between January 1, 2016, and December 31, 2019. Visits missing date of birth, race and ethnicity, professional claims data, and *Current Procedural Terminology* codes of billing level of complexity were excluded, as were visits that result in admission. Data were analyzed from October 2021 to June 2022.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES Proportion of ED visits algorithmically classified as nonemergent and simulated per-visit professional reimbursement after applying a current reimbursement reduction policy for potentially nonemergent ED visits. Rates were calculated overall and compared by race and ethnicity.

RESULTS The sample included 8 471 386 unique ED visits (43.0% by patients aged 4-12 years; 39.6% Black, 7.7% Hispanic, and 48.7% White), of which 47.7% were algorithmically identified as potentially nonemergent and subject to reimbursement reduction, resulting in a 37% reduction in ED professional reimbursement across the study cohort. More visits by Black (50.3%) and Hispanic (49.0%) children were algorithmically identified as nonemergent when compared with visits by White children (45.3%; $P < .001$). Modeling the impact of the reimbursement reductions across the cohort resulted in expected per-visit reimbursement that was 6% lower for visits by Black children and 3% lower for visits by Hispanic children relative to visits by White children.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE In this simulation study of over 8 million unique ED visits, algorithmic approaches for classifying pediatric ED visits that used diagnosis codes identified proportionately more visits by Black and Hispanic children as nonemergent. Insurers applying financial adjustments based on these algorithmic outputs risk creating uneven reimbursement policies across racial and ethnic groups.

Key Points

Question Do insurance policies that retrospectively reduce payments for nonemergent pediatric emergency department (ED) visits by using claims algorithms introduce potential racial and ethnic differences in reimbursement?

Findings This cohort study of MarketScan Medicaid data included 8 471 386 ED visits and simulated the potential impact of 1 state Medicaid policy. Visits to the ED by Black (50%) and Hispanic (49%) children had a higher likelihood of being algorithmically identified as nonemergent and subject to professional reimbursement reductions compared with visits by White children (45%).

Meaning This study found that bias contained in the output of claims algorithms that retrospectively identify nonemergent pediatric ED visits may introduce inequity in health care financing.

+ Supplemental content

Author affiliations and article information are listed at the end of this article.

Why do parents present to the Paediatric Emergency Department with conditions suitable for management in less acute settings? A qualitative study

Kirsty McLauchlan[a], Shammi Ramlakhan[b] and Andy Irving[c]

Objective: **To determine the factors influencing attendance at a Paediatric Emergency Department with conditions suitable for management in less acute settings.**

Methods: **Semi-structured interviews exploring parental decision-making processes surrounding care-seeking behaviours in urgent situations were undertaken with parents of children allocated to the two lowest triage categories at a type-1 urban Paediatric Emergency Department over two 2-week periods.**

Results: **All parents expressed a desire to access care from the most appropriate service for their child in unscheduled situations. A number of factors influenced parental perceptions of appropriateness: (1) perceptions concerning the urgency or severity of a condition; (2) uncertainty regarding their assessment of the severity or urgency of a problem; (3) the possibility that a condition may require resources available solely at the Paediatric Emergency Department; and (4) awareness of alternative services. Parents reported that previous utilisation of alternative services, which lead to them being referred onwards to the Paediatric Emergency Department, influenced their decision to attend the Paediatric Emergency Department on this occasion.**

Conclusion: **Parental uncertainty and a low tolerance of risk among parents and healthcare professionals increases the likelihood of emergency department attendance. Parents are likely to continue to utilise the Paediatric Emergency Department for minor conditions. Future strategies should focus on improving outcomes for children with non-urgent problems who access care at the emergency department rather than discouraging utilisation.** ***European Journal of Emergency Medicine*** **27:40–45 Copyright © 2019 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.**

European Journal of Emergency Medicine 2020, **27**:40–45

Keywords: access and evaluation, emergency department, healthcare facilities, healthcare quality, human activities, manpower and services, paediatrics, qualitative methods

[a]St Mary's Hospital, Imperial College London, London, [b]Emergency Department, Sheffield Children's Hospital and [c]ScHaRR (School of Health and Related Research), The University of Sheffield, Sheffield, UK

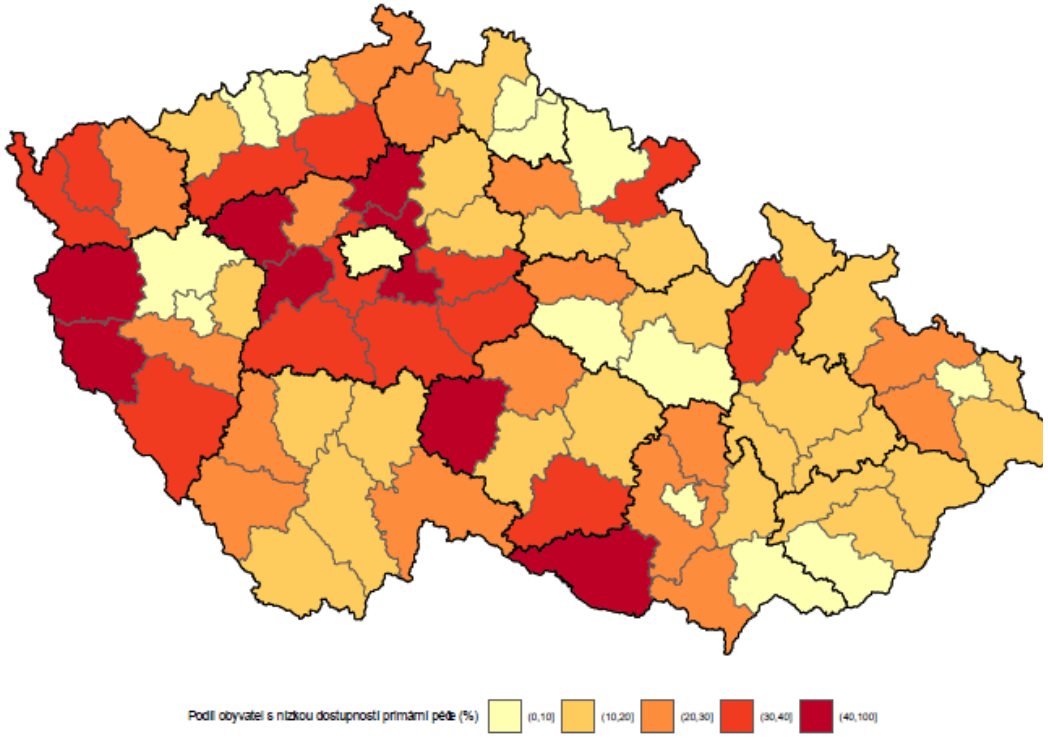
Correspondence to Shammi Ramlakhan, FRCEM, Emergency Department, Sheffield Children's Hospital, Sheffield, S10 2TH, UK
Tel: +44 114 226 2331; e-mail: sramlakhan@nhs.net

Received 7 March 2018 **Accepted** 8 May 2019

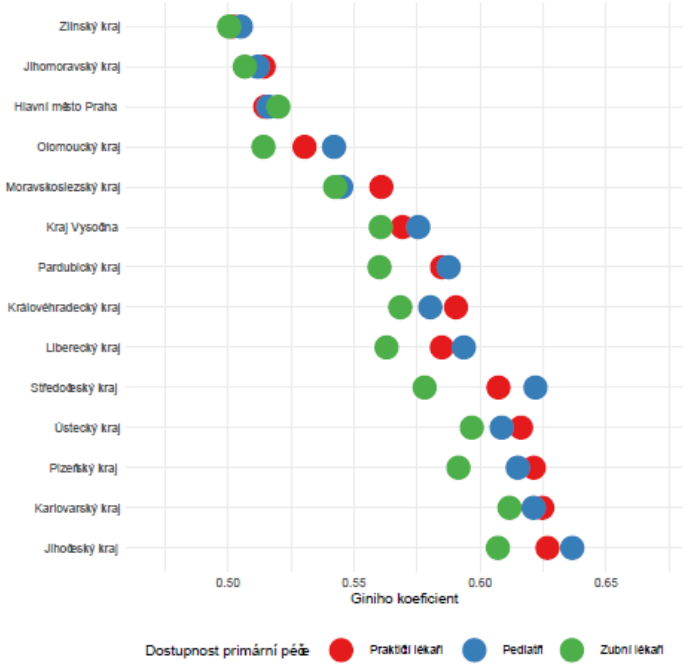
Děti, rodiče a urgentní příjmy

Dostupnost primární péče a ne/rovnosti

Mikula, Š., Škývarová, T., Špalková, D. (2024). *Dostupnost primární zdravotní péče.* ECON MUNI Policy Report č. 2024-03. Brno: Masarykova univerzita. https://doi.org/10.60791/PR_MUNI_ECON_2024-03



Podíl populace s nižší dostupností primární péče (praktičtí lékaři pro děti a dorost)



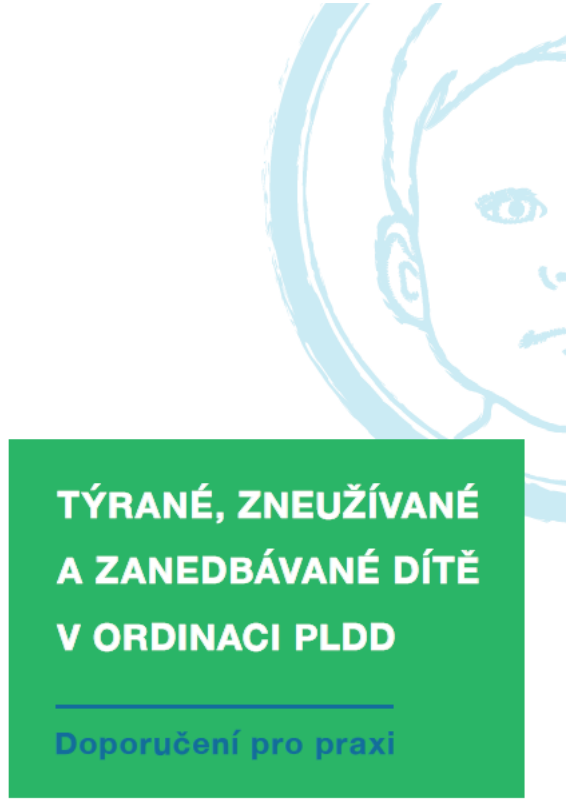
Obr. 1: Nerovnost dostupnosti primární péče v rámci krajů ČR

Giniho koeficient nabývá hodnot na škále mezi teoretickými hodnotami 0 (absolutní rovnost v přístupu k primární péči) a 1 (absolutní nerovnost).

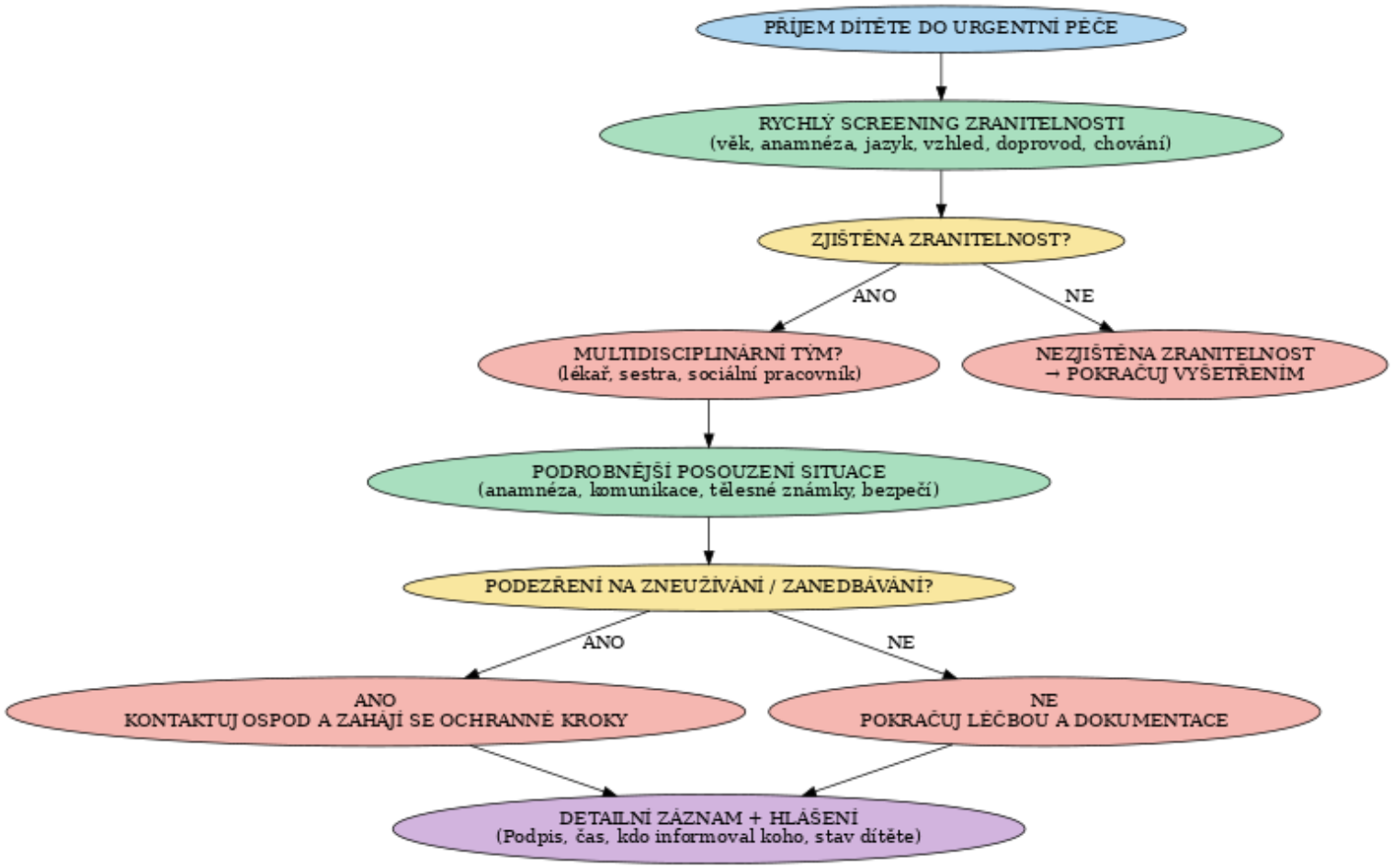
Týrané a zanedbávané dítě

Zákonná ohlašovací povinnost!

- Vzhled dítěte
  - Hematomy různého stáří, stará poranění, podvýživa, dítě se sebepoškozuje…
- Anamnéza
  - Mechanismus úrazu neodpovídá údajům od rodičů, opakovaná zranění, pokus o sebevraždu dítěte…
- Chování rodiče
  - Kontrolující, bagatelizující poranění, výhružky vůči dítěti
- Prostředí (pomocný faktor)

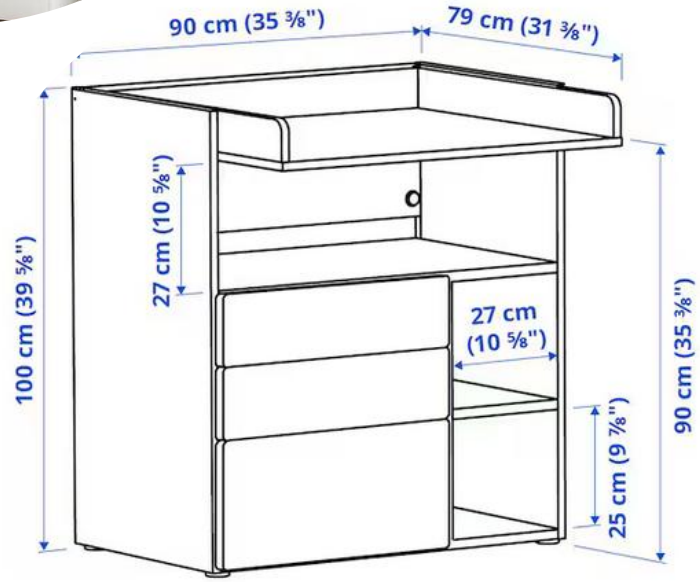


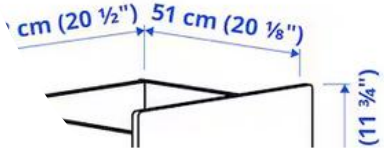
Zranitelné dítě v urgentní péči

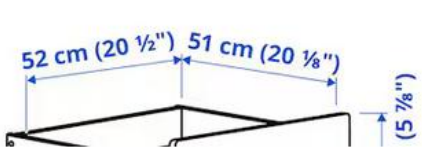


Pád dítěte (3 týdny starého) z přebalovacího pultu

- Pád dítěte při přebalování – plakalo ihned
- Rodiče volají tísňovou linku
- Dostane se jim rady, že pokud *„chtějí mít jistotu, ať zajedou na pohotovost“*
- Poslušně vyrážejí svým autem na nejbližší LSPP dětí
- Cestou dítě upadá do bezvědomí a má paroxysmus křečí
- Volána ZZS: „bezvědomí, křeče“







Dopravní nehoda na dálnici

(21. století, nikoliv devadesátá léta…)

- Lékař vzdálené LSPP volá, zda může poslat chlapce 14 let – účastník DN ve 140 km/hod., náraz zezadu
- Otec – řidič i matka transportováni ZZS do spádových TC, matka na UPV
- Chlapec se dostal z vozidla sám
- Záchranář mu řekl, aby se *„když tak nechal někde prohlédnout“*
- Jiným vozem ZZS odvezen bez zajištění na LSPP okresní nemocnice
- Sekundární převoz (až po naléhání lékaře LSPP) – přivezen bez zajištění, bez imobilizace

Bariéry kvalitní pediatrické urgentní péče

- Systémy péče se adaptují na potřeby dětských pacientů velmi pomalu
- Rozdílná úroveň poskytované péče, zejména venkovské oblasti znevýhodněné
- UP pro dospělé nemají vybavení na péči o děti
- V traumatologických plánech nejsou zohledněny potřeby dětí
- Kompetence a zkušenosti poskytovatelů pediatrické urgentní péče nejsou dostatečné
    - VP pediatrie – 2 měsíce dětská JIP a 2 měsíce dětské ARO /4,5 roku
    - ARO – specificky 0, po kmeni anestezie dětí nad 3 roky
    - UM – 1 měsíc porodnice a neonatologie, 1 dětská JIP, 1 dětská anestezie

Jak poskytovat dětem kvalitnější urgentní péči?

- Zvyšování kvalifikace poskytovatelů, zvýšení kompetencí
- Vytvoření standardů, protokolů a vzdělávacích programů
  - Triáž dětských pacientů se zohledněním hodnot VZ vzhledem k věku
  - Klinické postupy včetně farmakoterapie
- Zajištění praxe v dětské intenzivní a urgentní péči
- Zavedení evidence-based postupů ke zvýšení bezpečnosti a snížení chybovosti
- Využití pokročilých technologií
- Zohlednění dětských specifik v traumatologických plánech

Přestaňme se bát dětských pacientů, aby se děti nemusely bát nás….

seblova.jana@gmail.com