

Zpráva o

SKRYTÉ

kapacitě

Překážky, nástroje a opatření
k rozšíření jednodenní chirurgie

Červen 2026

Obsah

Předmluva	3
Shrnutí	4
Úvod	6
Metodologie	9
Definice jednodenní chirurgie	11
Co je jednodenní chirurgie?	12
Které výkony a chirurgické obory se přesouvají směrem k jednodenní chirurgii?	14
Otázky kvality, bezpečnosti a rovnosti	18
Bezpečnost	18
Bezpečnost v každé fázi procesu	19
Výběr a předoperační posouzení	20
Koncepce perioperační péče	20
Propuštění	21
Rekonvalescence a podpora v domácím prostředí po propuštění	21
Rovnost	22
Domácí rekonvalescence	24
Komunikace s pacientem a nerovnost v oblasti zdraví	25
Co brání dalšímu rozšíření	27
Provozní a organizační překážky	28
Vyhrazená infrastruktura a kapacita pro elektivní výkony	28
Žebříček priorit a kapacita pro management změn	29
Špatně nastavené finanční pobídky	30
Klinické a kulturní rozdíly mezi týmy	31
Překážky na straně pacienta	32
Co napomáhá rozšíření jednodenní chirurgie	33
Nastavení procesů	34
Domácí rekonvalescence	36
Pracovní síla	38
Technologie	40
Politické a finanční nástroje	41
Doporučená opatření	44
Závěr	47
Literatura	48
Příloha	52
Otázky položené v průzkumu	52
Rozhovory	60
Poradní výbor	64
Účastníci	64
Program jednání	65
Shrnutí projednaných témat	67

Předmluva



David Bunting

Vedoucí lékař pro chirurgii horní části zažívacího traktu a rekonstrukční chirurgii břišní stěny, North Devon District Hospital
Člen vedení Mezinárodní asociace jednodenní chirurgie (IAAS)
Bývalý ředitel Britské asociace jednodenní chirurgie

Zdravotnické systémy po celém světě čelí společnému a stále palčivějšímu problému: jak s omezenými zdroji zajistit větší objem péče pro více pacientů a současně zachovat ty nejvyšší standardy kvality, bezpečnosti a spokojenosti pacientů. V kontextu stále delších čekacích dob na plánované operace, podstavů personálu a omezené kapacity nemocnic naléhavě potřebujeme inovativní a udržitelná řešení.

Jednodenní chirurgie je jednou z nejdůležitějších příležitostí, které se modernímu zdravotnictví nabízí. Během posledních desetiletí se zásadně posunuly hranice možného díky pokrokům v chirurgických technikách, anestezii, perioperační péči a postupech pro pooperační rekonvalescenci. Výkony, které dříve vyžadovaly dlouhou hospitalizaci, lze dnes bezpečně a efektivně provést v jednodenním režimu, což pacientům umožňuje zotavit se v pohodlí svého domova a snižuje tlak na nemocniční lůžka a zdroje.

Přes jasné důkazy o přínosech je ale implementace jednodenní chirurgie stále nejednotná. Mezi zeměmi, zdravotnickými organizacemi, chirurgickými obory i jednotlivými klinickými týmy existují značné rozdíly. Řada systémů stále nevyužívá potenciál jednodenní chirurgie naplno. V cestě jí stojí organizační, finanční, provozní a kulturní překážky, které upřednostňují tradiční modely lůžkové péče.

Tato zpráva vnáší do probíhající debaty relevantní a důležité informace o tom, jak mohou zdravotnictví tyto problémy překonat. Staví na důkazech z řady zemí, poznatcích z praxe, rozhovorech s odborníky a zasvěcených názorech a předkládá podrobný rozbor překážek bránících rozvoji, předpokladů pro úspěch a politických nástrojů na podporu smysluplných a udržitelných změn.

Předložené argumenty staví jednodenní chirurgii do zcela nového světla a představují ji ne jako drobné zlepšení služeb, ale jako klíčový strategický prvek elektivní péče. Ukazuje se, že systémy s nejlepšími výsledky mají řadu společných prvků: cílené nastavení procesů, vyhrazenou kapacitu, přizpůsobené pobídky, rozvoj pracovní síly a péči zaměřenou v první řadě na pacienta. Zpráva nám také připomíná další neméně důležitou věc, a to, že rozšiřování musí probíhat promyšleně a že na prvním místě musí být bezpečnost, kvalita, rovnost a rozhodnutí pacienta.

Doporučení představená v tomto dokumentu jsou pragmatická, podložená důkazy a vysoce relevantní pro vedoucí osobnosti ve zdravotnictví, klinické pracovníky, politické činitele i manažery. Nabízí jasný postup pro bezpečné škálování jednodenní chirurgie v reálném kontextu složitého zdravotnického prostředí.

V situaci, kdy zdravotnické systémy hledají možnosti zvýšení produktivity, zlepšení výsledků pacientů a posílení odolnosti do budoucna, si principy představené v této zprávě zaslouží pečlivé prostudování. Důkazy jasně hovoří o tom, že tam, kde je to z klinického hlediska vhodné, by měla jednodenní chirurgie postupně přebírat roli výchozího modelu péče. Tato revoluční změna se neobejde bez jasného vedení, investic a úsilí, ale její přínosy pro pacienty, zdravotnické pracovníky i celé zdravotnictví jsou značné.

Shrnutí

Tato zpráva se zabývá překážkami, nástroji a politickými opatřeními pro bezpečné a škálovatelné zvýšení objemu jednodenní chirurgie. Dokument zastává stanovisko, že jednodenní chirurgie by se měla u klinicky vhodných výkonů stát výchozím řešením: představuje totiž praktický způsob, jak zvýšit kapacitu pro plánované operace, zmírnit nedostatek lůžek, snížit náklady a zvýšit spokojenost pacientů.

Na základě rychlé rešerše mezinárodní literatury, průzkumu mezi 256 zdravotnickými pracovníky z deseti zemí, hloubkových rozhovorů a připomínek poradního výboru dospěla tato zpráva ke zjištění, že stále existuje značný nevyužitý potenciál, a to i v relativně vyspělých systémech, které zatím plně nezavedly specifické procesy, vyhrazenou kapacitu a spolehlivou podporu pro domácí rekonvalescenci.

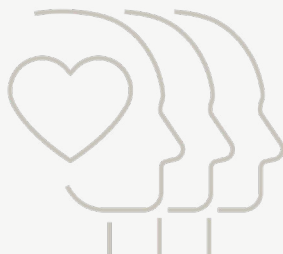
Tato zpráva ukazuje, že podíl jednodenní chirurgie roste tam, kde zdravotnictví cíleně mění systém péče s ohledem na procesy jednodenní chirurgie.

Co brání rozšíření jednodenní chirurgie

Podle dostupných důkazů je více překážek, které brání rozšíření jednodenní chirurgie. Patří mezi ně soutěžení o prostor na sále, lůžka, kapacitu na rekonvalescenci pacientů a personál s urgentní chirurgií a plánovanými výkony s hospitalizací; nedostatečný zájem vedení; finanční pobídky, které v některých systémech upřednostňují výkony s hospitalizací; různé klinické standardy jednotlivých týmů; a překážky na straně pacientů, jako jsou komorbidita, nedostatečné domácí zázemí, dlouhá cesta do nemocnice a nedůvěra v domácí rekonvalescenci. Tato zpráva ukazuje, že podíl jednodenní chirurgie roste tam, kde zdravotnictví cíleně mění systém péče s ohledem na procesy jednodenní chirurgie.

Čím se liší systémy s nejlepšími výsledky

Systémy s nejlepšími výsledky mají pro jednodenní chirurgii vytvořené speciální procesy, vyhrazenou účelově vázanou kapacitu, správně nastavené finanční pobídky a standardizované perioperační a propouštěcí postupy. Také investují do rozvoje personálu a jednodenní chirurgii přiřazují vysokou prioritu. Tato zpráva zdůrazňuje, že nárůst podílu jednodenní chirurgie nesmí být v žádném případě na úkor bezpečnosti a rovnosti pacientů. U řady výkonů je jednodenní chirurgie přinejmenším stejně bezpečná jako výkon s hospitalizací, za předpokladu pečlivého výběru pacientů, uplatnění protokolů ERAS, propuštění na základě stavu pacienta a jasných postupů pro eskalaci po propuštění.



Dopad na rovnost pacientů

Nerovná situace pacientů v rámci jednodenní chirurgie má vliv jak na dostupnost péče, tak na její výsledky. Jakékoli rozšíření jednodenní chirurgie musí brát v potaz zdravotní gramotnost, možnosti dopravy, přístup k digitálním technologiím, jazykovou bariéru a domácí prostředí, kde probíhá pooperační rekonvalescence, jinak hrozí další prohloubení nerovnosti. Důležitým aspektem je v tomto ohledu komunikace s pacienty.

Doporučení

Hlavním doporučením je vytvořit spolehlivé, důsledně dodržované postupy a procesy zaměřené na pacienta, a v klinicky vhodných případech nastavit jednodenní chirurgii jako výchozí možnost:

- + **V klinicky vhodných případech zaveďte jednodenní chirurgii jako výchozí možnost** při zachování bezpečnosti a možnosti volby pacienta.
- + **Při expanzi postupujte strategicky ve třech krocích:** zaměřte se na frekventované a nepříliš složité výkony, následně omezte bezdůvodné odchylky od jednodenní chirurgie u zavedených výkonů a nakonec začněte s rozšířením na vybrané nové výkony a skupiny pacientů.
- + **Nastavte pro jednodenní chirurgii spolehlivé a specifické procesy** se standardizovanými protokoly pro výběr, perioperační péči, propuštění a podporu po propuštění.
- + **Chraňte kapacitu pro plánované výkony** vyhrazením účelově vázaných chirurgických zdrojů a ideálně zajistěte přímo specializovaná zařízení nebo oddělené procesy.
- + **Postupy vytvářejte s ohledem na rovný přístup** k pacientům. Berte ohled na možnosti dopravy, zdravotní gramotnost, jazykové bariéry, přístup k digitálním technologiím, podporu v domácím prostředí a širší sociální situaci.
- + **Posilte komunikaci s pacienty** i následné kontroly, aby pacienti věděli, jak probíhá domácí rekonvalescence, kdy si mají vyžádat pomoc a na koho a jak se mají po propuštění obrátit.

Úvod

Zdravotnické systémy po celém světě se potýkají s národem poptávky po plánovaných operacích, který vede k dlouhým čekacím dobám a odkladům.¹ Díky pokrokům v minimálně invazivních technikách², standardizovaným postupům pro rekonvalescenci a propuštění³ a větší pozornosti ze strany odpovědných činitelů^{4,5} lze dnes stále více výkonů provádět v režimu jednodenní chirurgie.

Mezi jednotlivými zdravotnickými systémy existují značné rozdíly v tom, nakolik jsou schopné přesunout výkony z hospitalizační péče do režimu jednodenní chirurgie.

Provádění výkonů v režimu jednodenní chirurgie znamená vyšší obrát lůžek a větší produktivitu operačních týmů,^{4,6,7} nižší náklady a nižší míru využití zdrojů⁸ a vyšší spokojenost pacientů.⁹ Schopnost jednotlivých zdravotnických systémů přesunout výkony do režimu jednodenní chirurgie se ale značně různí, a to jak mezi zeměmi,⁴ tak mezi nemocnicemi a týmy v rámci stejné země¹⁰⁻¹² a dokonce i mezi různými výkony a chirurgickými obory.^{2,13}

Tato zpráva se zabývá překážkami, nástroji a opatřeními pro bezpečné a škálovatelné zvýšení podílu jednodenní chirurgie napříč zdravotnickými systémy. Využívá k tomu celou řadu zdrojů, mezi které patří rešerše mezinárodní literatury zabývající se produktivitou, úhradovými systémy, nastavením procesů, výsledky pacientů a aktuálními doporučenými postupy, dále rozhovory s odborníky z klinické praxe a doporučení odborné skupiny, jejíž členové mají přímou zkušenost s poskytováním, řízením a rozšiřováním služeb jednodenní chirurgie.



Členové odborné skupiny:



prof. Jaideep Pandit

Profesor anestezie a vedoucí divize anestezie, Oxfordská univerzita, Británie



Jaana Perttunen

Prezidentka Evropské asociace sálových sester (EORNA), Finsko



Laurens Van Houte

Manažer chirurgického oddělení, Medisch Spectrum Twente, Nizozemí



dr. Shaan Chhabra

Vedoucí týmu pro transformaci a zlepšení pracovního toku v Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Británie



Daniela Matos

Vrchní sestra, Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugalsko



dr. Francesco Venneri

Ředitel Centra pro management klinických rizik a bezpečnost pacientů, Toskánsko, Itálie



dr. Jaroslaw J. Fedorowski

Prezident Polské federace nemocnic (PFSz), Polsko

Rozhovor pro tuto zprávu poskytli:



Prof. Tim Briggs, CBE

Vedoucí programu GIRFT (Getting It Right The First Time) pro zlepšení kvality péče a národní ředitel NHS pro Anglii s agendou zlepšení klinických výsledků, rekonvalescence po plánovaných výkonech a urgentní a neodkladné péče, Británie



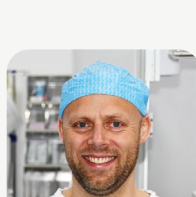
David Bunting

Vedoucí lékař pro chirurgii horní části zažívacího traktu a rekonstrukční chirurgii břišní stěny, North Devon District Hospital
Člen vedení Mezinárodní asociace jednodenní chirurgie
Bývalý ředitel Britské asociace jednodenní chirurgie, Británie



Prof. Karine Nouette-Gaulain

Profesorka anestezilogie, intenzivní péče a perioperačního lékařství, CHU de Bordeaux, Francie



Bjarne Skjødt Hjaltalin

Vedoucí lékař oddělení jednodenní chirurgie, nemocnice Amager a Hvidovre, Dánsko



Tato zpráva předkládá důkazy o tom, že existuje značný prostor pro další zvýšení podílu jednodenní chirurgie

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, kde je podle zúčastněných stran další potenciál pro rozšíření jednodenní chirurgie, jaké překážky nejčastěji vedou k tomu, že se vhodné případy neprovádí v režimu jednodenní chirurgie, a která praktická opatření by nejvíce urychlila další postup. Tato zjištění představují praktický doplněk k publikovaným studiím a pomáhají najít body, kde stále existuje nesoulad mezi stanovenými cíli a provozní realitou.

Tato zpráva předkládá důkazy o tom, že existuje značný prostor pro další rozšíření podílu jednodenní chirurgie, a to i v zemích, kde už je jednodenní chirurgie relativně dobře zavedená. Nejlepší cestou k využití tohoto potenciálu je nastavení jednodenní chirurgie u vhodných výkonů jako výchozího řešení a vytvoření specifických procesů pro jednodenní chirurgii včetně vyhrazené kapacity a zdrojů.

Metodologie

Tato zpráva je založená na rychlé rešerši studií, které se zabývají překážkami a nástroji pro rozvoj jednodenní chirurgie. Pomocí nástroje umělé inteligence Undermind.ai byly shromážděny relevantní mezinárodní zdroje publikované v angličtině za posledních pět let.

Undermind je nástroj AI určený přímo pro zpracování rešerši akademické literatury, který prohledává databázi Semantic Scholar o více než 200 milionech článků (součástí je databáze PubMed a další biovědné databáze). Abstrakty nalezených článků následně prošly ruční kontrolou pro ověření relevantnosti. První verze rešerše obsahovala 64 studií. Témata týkající se překážek a nástrojů nalezená v těchto článcích byla pak použita k dalšímu cílenému prohledávání šedé literatury a starších akademických článků, které pomohlo v potřebných případech upřesnit další podrobnosti.

Pro doplnění těchto zjištění o perspektivu z klinické praxe bylo zadáno provedení průzkumu o budoucnosti jednodenní chirurgie přímo v první linii.

Kromě toho byly provedeny čtyři polostrukturované rozhovory s odborníky působícími v jednodenní chirurgii. Všechny citace a odkazy na rozhovory v této zprávě jsou zde uvedeny se souhlasem dotazovaných.

Průzkum mezi

256

zdravotnickými pracovníky
v 10 zemích provedla mezi
2. a 22. dubnem 2026
společnost Censuwide.¹⁴

V rámci průzkumu byli osloveni chirurgové (n=63), anesteziologové (n=25), sálové sestry (n=60), manažeři operačních sálů (n=32), nákupčí (n=35) a vedoucí představitelé nemocnic (n=41), kteří svou činnost alespoň jeden den v měsíci vykonávají v oblasti jednodenní chirurgie.

Británie (52N)

Francie (28N)

Rakousko (25N)

Itálie (25N)

Severské státy (Norsko: n=17,
Švédsko: n=18, Dánsko: n=15;
celkem n=50)

Německo (26N)

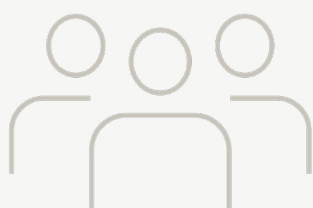
Spojené arabské emiráty (25N)

Saúdská Arábie (25N)



Na závěr byl koncept této zprávy předložen poradnímu výboru sedmi zdravotnických odborníků působících v jednodenní chirurgii z šesti různých zemí a proběhla řízená diskuze s cílem přezkoumat zjištění zprávy a vypracovat doporučení.¹⁵

Po setkání poradního výboru proběhlo další cílené prohledání dostupné literatury na téma bezpečnosti pacientů a zdravotní nerovnosti v oblasti jednodenní chirurgie. Zpráva byla přepracována a na základě výsledků diskuze poradního výboru byla připravena doporučení. Obojí bylo opět předáno členům poradního výboru pro získání další zpětné vazby.



Definice jednodenní chirurgie

Různé země používají pro „jednodenní chirurgii“ různé termíny a liší se i v tom, jak tento koncept realizují v praxi. Rozdíly v používané terminologii často odráží to, jakým způsobem jednotlivé země péči spravují a platí a jakou pozici má jednodenní chirurgie v nastavených rámcích odpovědnosti a modelech poskytování péče.

Některé země definují jednodenní chirurgii jako hospitalizaci na dobu kratší než 24 hodin,⁹ zatímco jiné používají přísnější definici hospitalizace o délce nula dní, která se snáze dohledává v běžně sbíraných datech.¹⁶

Tabulka 1

Termín	Běžný význam	Příklad zemí	Poznámky
Jednodenní chirurgie	Plánovaný výkon s propuštěním ve stejný kalendářní den jako operace	Anglie, Irsko, severské státy ^{4,10}	
Ambulantní (ambulatory) chirurgie	Chirurgie bez hospitalizace pacienta na noc, často probíhá ve specializovaných centrech	Severní Amerika a Španělsko ^{6,17,18}	Může označovat jak postup, tak typ pracoviště
Ambulantní (outpatient) chirurgie	Chirurgický výkon bez hospitalizace pacienta	Německo, Švýcarsko, Spojené státy ^{6,17,18}	Někdy má širší význam než „propuštění ve stejný den“ a může zahrnovat hospitalizace kratší než 24 nebo 23 hodin
Ambulantní (outpatient) chirurgie	Označení jednodenní chirurgie v Maďarsku z hlediska financování	Maďarsko ¹⁹	

Tato zpráva používá definici Mezinárodní asociace jednodenní chirurgie (IAAS): „Operace či chirurgický výkon, kdy je pacient propuštěn ve stejný pracovní den, s výjimkou operací/výkonů v ordinacích či bez hospitalizace“.²⁰ IAAS a anglická verze této zprávy používají výrazy „jednodenní chirurgie“ (day surgery) a „ambulantní chirurgie“ (ambulatory surgery) jako synonyma, zatímco v české verzi této zprávy se vzhledem k odlišnému úzu používá pouze termín „jednodenní chirurgie“.

Co je jednodenní chirurgie?

Jednodenní chirurgie je kompletní proces, jehož cílem je u vybraných pacientů a výkonů provést plánovanou operaci bez hospitalizace pacienta přes noc.²⁰

Aby bylo možné zajistit dřívější propuštění, skládá se proces jednodenní chirurgie z řady kroků:^{3,9,21}

- + Výběr pacienta
- + Anesteziologické a chirurgické techniky vhodné pro časnou rekonvalescenci
- + Standardizované perioperační protokoly
- + Jasná kritéria pro propuštění založená na stavu pacienta, nikoli na uplynutí stanovené doby od výkonu
- + Poradenství a podpora po propuštění
- + Monitorování pacienta
- + Mechanismy pro eskalaci v případě, že domácí rekonvalescence neprobíhá podle plánu





Jednodenní chirurgie je specifická alternativa k hospitalizační péči. Z rozhovorů, které jsme vedli se špičkovými odborníky na jednodenní chirurgii, vyplývá, že zdravotnické systémy, kde se daří jednodenní chirurgii rozšiřovat, se nesnaží urychlit stávající procesy: namísto toho vytváří zcela nové, založené na potřebách jednodenní chirurgie. V nejúspěšnějších systémech je jednodenní chirurgie u vybraných pacientů a výkonů výchozí volbou.



David Bunting

Vedoucí lékař pro chirurgii horní části zažívacího traktu a rekonstrukční chirurgii břišní stěny, North Devon District Hospital
Člen vedení Mezinárodní asociace jednodenní chirurgie (IAAS)
Bývalý ředitel Britské asociace jednodenní chirurgie, Británie

”

Jde o to najít způsob, jak udělat z jednodenní chirurgie nový standard. Jakmile se vám podaří tohoto bodu dosáhnout, pravděpodobně už to dál poběží samo, protože jednodenní chirurgie je z definice mnohem udržitelnější než jiné typy chirurgie.“

Na systémové úrovni může postupný nárůst podílu jednodenní chirurgie umožnit například menší počet lůžek určených pro plánované výkony, případně možnost tato lůžka převést jinam. Mohou se tak snížit celkové náklady systému a uvolnit se lůžková kapacita pro pacienty, pro které by byla hospitalizace větším přínosem. Irský program pro plánované operace (Elective Surgery Programme) například odhaduje, že **zvýšení podílu jednodenní chirurgie a zkrácení doby hospitalizace ve 14 chirurgických oborech by mohlo každoročně ušetřit přibližně 41 500 lůžkodnů.**²³ Další důkazy ukazují, že specializované procesy pro jednodenní chirurgii mohou snížit náklady a zvýšit obrát lůžek, čímž se může mimo jiné zvýšit kapacita pro plánované výkony a zkrátit čekací doba.^{3-5,19,24}



Daniela Matos

Vrchní sestra, Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugalsko¹⁵

”

V mém centru máme 11 operačních sálů, kde každý den proběhne přibližně 200 výkonů. Na hlavním operačním sále pro výkony s hospitalizací proběhne stejný počet výkonů za týden, takže naše produktivita je velice vysoká. Doba přípravy sálu mezi jednotlivými výkony je díky dobrému proškolení jen asi osm až devět minut. Máme vysokou míru spokojenosti pacientů a nízkou míru komplikací.“

Které výkony a obory se přesouvají směrem k jednodenní chirurgii?



Jaana Perttunen

Prezidentka Evropské asociace sálových sester, Finsko¹⁵

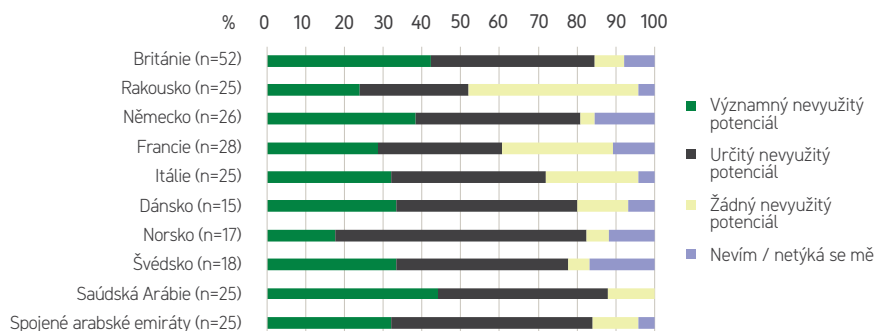
” Ve Finsku podíl jednodenní chirurgie neustále roste, v některých oborech je to už 90 %. Pro pacienty hodně využíváme mobilní aplikace, které jim umožňují komunikovat s nemocnicí. Téměř všichni pacienti, kteří mají podstoupit plánovanou operaci, dorazí do nemocnice ráno v den výkonu, pokud nemusí absolvovat dlouhou cestu. Po výkonu mohou být pacienti propuštěni, jakmile je to klinicky bezpečné, a v čase, který jim vyhovuje. Vyvíjíme teď řadu aplikací, které sestrám umožní poskytovat pacientům podporu v každé fázi celého procesu. Edukace pacientů a schopnost sester je podpořit jsou velice důležité faktory.“

Jednodenní chirurgie byla v minulosti nejvhodnější u drobných, frekventovaných a nepříliš složitých výkonů.^{4,12} Možnosti se ale neustále rozšiřují a dnes dokáže jednodenní chirurgie díky pokrokům v operačních technikách,² způsobech práce a postupech pro rekonvalescenci obsáhnout i některé složitější operace.^{2,19,25-27} Patří sem například robotická chirurgie,²⁸ anesteziologické techniky, metody ERAS a standardizované perioperační protokoly.^{25,29}

Ke zvyšování podílu jednodenní chirurgie dochází ve všech chirurgických oborech, ale v různých částech světa probíhá různou rychlostí.^{2,4} Tento trend potvrzují i data z našeho průzkumu,¹⁴ kde respondenti viděli nevyužitý potenciál pro jednodenní chirurgii ve všech oborech, na které jsme se ptali. Zdá se tedy, že řada zdravotnických systémů je podle názoru místních zdravotníků stále na začátku celého procesu.

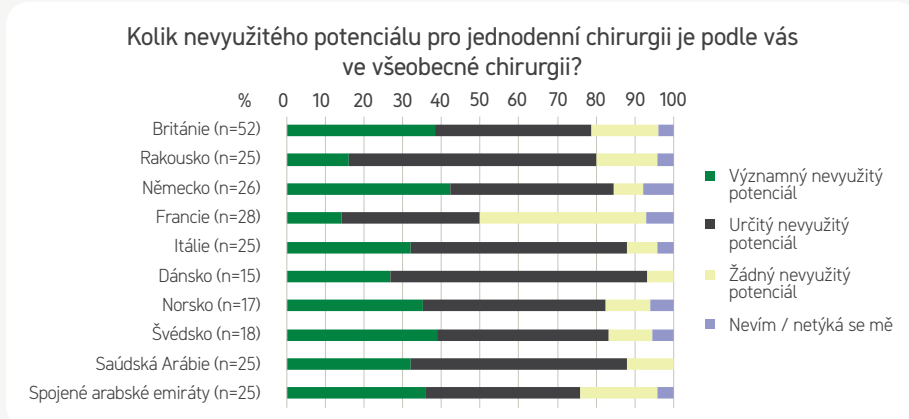
Obr. 1a

Kolik nevyužitého potenciálu pro jednodenní chirurgii je podle vás v ortopedii?

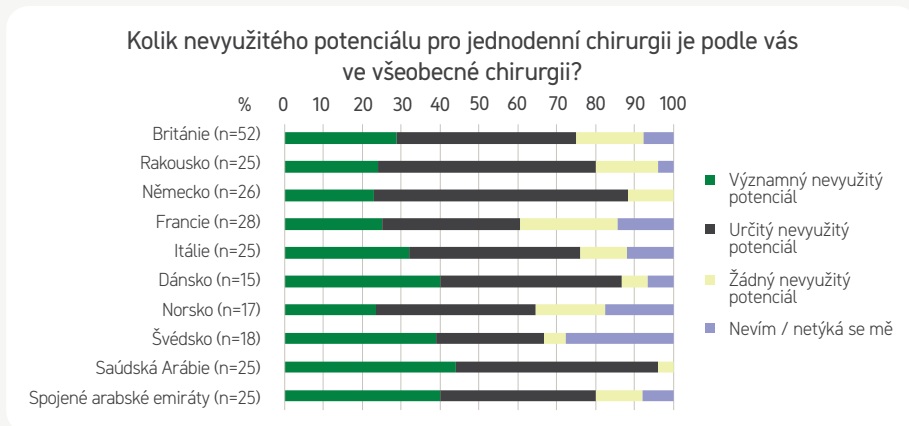


Které výkony a obory se přesouvají směrem k jednodenní chirurgii?

Obr. 1b



Obr. 1c



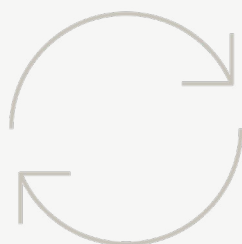
Zdroj: Průzkum Mölnlycke v oblasti jednodenní chirurgie, Censuwide, 2.-22. dubna 2026.
Respondenti: všichni (n=256).

Míra optimismu se lišila podle zemí. Respondenti v Británii a v Dánsku kladli do dalšího rozšíření největší naděje, zejména v oborech ortopedie, oftalmologie a všeobecné chirurgie. Německo má podle průzkumu také výrazné možnosti rozšíření v oblasti všeobecné chirurgie a respondenti ze Saúdské Arábie byli velmi optimističtí ohledně ortopedie a oftalmologie. Respondenti ve Francii a Rakousku byli oproti tomu v některých zavedených oborech opatrnější, což naznačuje, že vnímání možností dalšího rozvoje se liší podle toho, v jaké fázi vývoje procesů pro jednodenní chirurgii se země nachází a do jaké míry je už jednodenní chirurgie zavedená.

Pro zvýšení podílu jednodenní chirurgie jsou stále nejdůležitější frekventované a nepříliš složité výkony. Ty představují pro zdravotnictví přímočarý způsob, jak si vyzkoušet přípravu a rozvoj jednodenních procesů, a jejich provádění v rámci jednodenní chirurgie je nejjednodušší.

Za indikátory toho, jak daleko systém v zavádění jednodenní chirurgie dospěl, se dá považovat několik běžných elektivních výkonů včetně:

- + laparoskopické cholecystektomie²⁴
- + operace tříselné kýly¹²
- + oční chirurgie^{30,31}



Které výkony a obory se přesouvají směrem k jednodenní chirurgii?

Díky technickému pokroku se ale možný rozsah jednodenní chirurgie výrazně mění, a to zejména v několika oborech. Jedním z nich je urologie, kde lze díky minimálně invazivním laserovým metodám například benigní hyperplazii prostaty stále častěji řešit v rámci jednodenní chirurgie.²

Dalším novým kandidátem na jednodenní chirurgii je totální endoprotéza. V Británii ukázala metaanalýza 17 studií, že u totálních endoprotéz prováděných v rámci jednodenní chirurgie byla míra opakované hospitalizace 1,9 %, zatímco u hospitalizovaných pacientů to bylo 2,0 %. Bezpečnost obou postupů je tedy velice podobná.³² Provádění těchto složitějších výkonů v rámci jednodenní chirurgie často vítají i pacienti: v jedné studii uvedlo 80–96 % pacientů, že by se pro endoprotézu v jednodenním režimu rozhodli znovu.³³

To je v souladu se závěry našeho průzkumu,¹⁴ kde byla ortopedie jedním z oborů s nejvyšší vnímanou mírou nevyužitého potenciálu (77 %), což ukazuje, že kliničtí pracovníci stále častěji vidí operace velkých kloubů jako reálné kandidáty na jednodenní chirurgii, pokud jsou nastaveny správné postupy a procesy.

Obr. 2

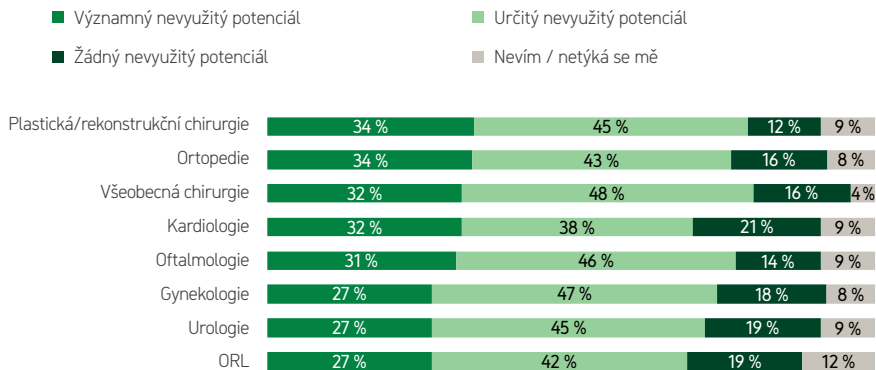
Až

80%

respondentů vidí nevyužitý potenciál pro jednodenní chirurgii

Kolik nevyužitého potenciálu pro jednodenní chirurgii je podle vás v následujících oborech?

Všichni respondenti, n=256

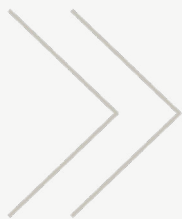


Zdroj: Průzkum Mölnlycke v oblasti jednodenní chirurgie, Censuwide, 2.–22. dubna 2026. Respondenti: všichni (n=256).

Je ale důležité podotknout, že navzdory technickému pokroku umožňujícímu rozšíření jednodenní chirurgie do řady oborů **musí tento pokrok nutně doprovázet nové nastavení procesů**. Jde o nezbytné opatření pro to, aby se z výkonů dnes vnímaných jako potenciální kandidáti staly výkony, u kterých je jednodenní chirurgie výchozí volbou.

Zdravotnictví, která jsou v rozšiřování jednodenní chirurgie na začátku, by měla postupovat strategicky ve třech krocích.²² V první řadě je potřeba vypracovat příkladové postupy pro jednodenní chirurgii u frekventovaných a nepříliš složitých výkonů, které se pro tento typ chirurgie nabízí. Ve druhém kroku je potřeba snížit míru variability, kdy budou prověřené a prokazatelně bezpečné jednodenní výkony, u kterých někteří poskytovatelé zatím na jednodenní režim nepřešli, prováděny u všech poskytovatelů standardně v jednodenním režimu.

Které výkony a obory se přesouvají směrem k jednodenní chirurgii?



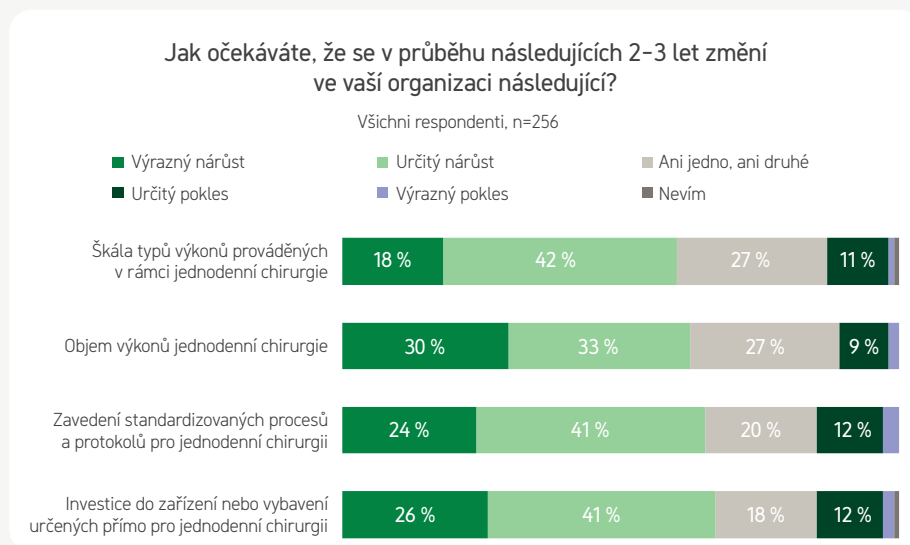
A posledním krokem je rozšíření možností jednodenní chirurgie o „nové“ výkony a skupiny pacientů, které dnes jsou díky technickému pokroku už také klinicky vhodnými kandidáty na jednodenní chirurgii.

V praxi to znamená:²²

- 1. Zaměřit se na frekventované výkony a na jejich základě vytvořit spolehlivé postupy pro jednodenní chirurgii. Tady je největší prostor pro rychlé uvolnění kapacity.**
- 2. Pomocí nového nastavení procesů, standardních protokolů a podpory implementace zajistit, aby případy potenciálně proveditelné jako jednodenní skutečně probíhaly v režimu jednodenní chirurgie.**
- 3. Začít vytvářet kapacitu pro vybrané nové výkony a zajistit, aby byly prováděny v režimu jednodenní chirurgie, kdykoli je to klinicky vhodné.**

Příležitost k rozšíření jednodenní chirurgie už se neomezuje jen na „drobné“ výkony: stále častěji je možné tímto způsobem provádět složitější výkony u širší populace pacientů. Podle účastníků průzkumu lze najít významné příležitosti („určitý“ nebo „významný“ nevyužitý potenciál) nejen v tradičních oborech s velkým počtem výkonů, ale také v ortopedii (77 %, 34 %), kardiologii (70 %, 32 %), urologii (72 %, 27 %) a plastické a rekonstrukční chirurgii (79 %, 34 %),¹⁴ což jasně ukazuje, jak široký záběr by mohla další fáze rozšíření jednodenní chirurgie mít. Potenciál uvolnění nemocniční kapacity díky jednodenní chirurgii je tedy značný.

Obr. 3



Zdroj: Průzkum Mölnlycke v oblasti jednodenní chirurgie, Censuwide, 2.-22. dubna 2026.
Respondenti: všichni (n=256).

Otázky kvality, bezpečnosti a rovnosti

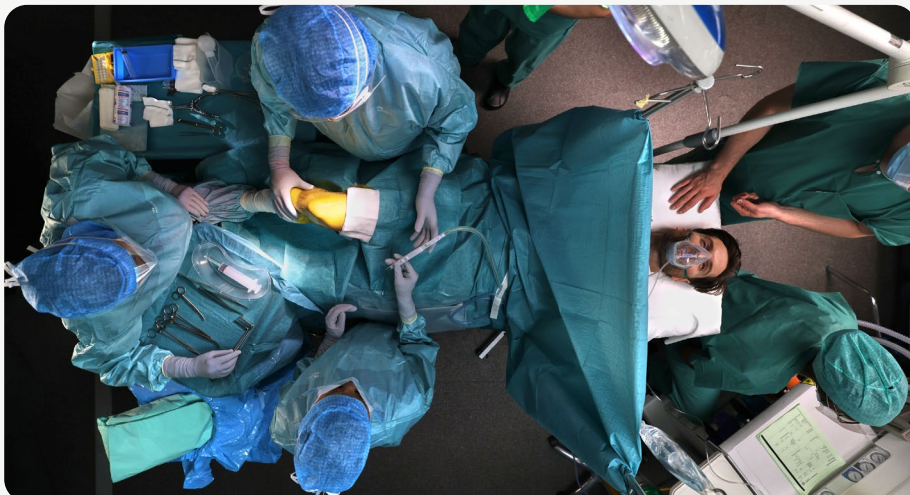
Bezpečnost

Jakákoli snaha o navýšení podílu jednodenní chirurgie se musí odvíjet od bezpečnosti pacientů. Na rozdíl od tradičních výkonů s hospitalizací se u jednodenní chirurgie odehrává větší část rekonvalescence pacientů v jejich domácím prostředí a tedy mimo přímý dohled zdravotnických pracovníků.^{9,34} Je tedy potřeba důkladně zvážit, které výkony a také kteří pacienti jsou pro tento přístup vhodnými kandidáty.^{35,36}

Ve stávající praxi vykazuje jednodenní chirurgie opakovaně přinejmenším stejnou bezpečnost jako výkony s hospitalizací.^{16,32,37} Srovnání provedené v USA ukázalo u 13 ze 14 zkoumaných výkonů nižší míru komplikací a opakovaných hospitalizací u jednodenních výkonů.¹⁶ Zde je ale důležité poznamenat, že těchto výsledků bylo dosaženo výběrem vhodných pacientů a spolehlivým a propracovaným procesem pro co nejvyšší pravděpodobnost bezpečného a nekomplikovaného průběhu výkonu i rekonvalescence.¹⁶

Studie zkoumající výsledky u různých výkonů přináší ohledně bezpečnosti zajímavé poznatky. V Anglii se výsledky u jednodenních endoprotéz lišily podle toho, o který kloub se jednalo. Částečná náhrada kolenního kloubu v jednodenním režimu se jevila jako bezpečná. Totální náhrada kyčelního kloubu byla v zásadě také bezpečná, ale s určitým zdržením, zatímco si jednotky osvojovaly nové postupy: prvních šest případů u každé jednotky ve studii se pojilo s vyšší mírou rizika opakované hospitalizace. U totální náhrady kolenního kloubu bylo ale zjištěné zvýšené riziko opakované operace; zejména se jednalo o mobilizaci kloubu v anestezii z důvodu pooperační ztuhlosti.¹³

Ukazuje se tak, že je důležité nedělat přehnaně obecné závěry o celých kategoriích chirurgických výkonů a zaměřit se na bezpečnost pacientů u každého výkonu zvlášť.



Bezpečnost v každé fázi procesu

Je potřeba myslet na bezpečnost pacientů v každé fázi celého procesu, od výběru a předběžného posouzení po propuštění a domácí rekonvalescenci.

Tabulka 2

Fáze procesu	Postupy pro lepší bezpečnost	Možná kritická místa
Výběr a předběžné posouzení	Posouzení rizikovosti pacienta, složitosti výkonu, plánu anestezie, možností zařízení a podpory v domácím prostředí ^{35,36,38,39}	Namísto propuštění v tentýž den dojde k neplánované hospitalizaci ⁴⁰⁻⁴²
Perioperační péče	Protokoly ERAS, anestezie s rychlým nástupem účinku, analgezie minimalizující použití opioidů, účinná profylaxe pooperační nauzei a zvracení (PONV), minimálně invazivní chirurgické techniky, časná mobilizace ^{34,43-45}	Bolest, PONV, pozdní mobilizace, delší rekonvalescence, hospitalizace přes noc ^{29,41,46}
Propuštění	Kritéria pro propuštění na základě stavu pacienta (a ne uplynulé doby): stabilní vitální funkce, plné vědomí, mobilita, bolest a nauzea pod kontrolou, přijatelná míra krvácení. Písemné pokyny, doprovod, převoz domů, podpora pro první noc ^{29,34,47,48}	Pozdní propuštění, propuštění za ne zcela bezpečných okolností, preventabilní opakovaná hospitalizace ^{40,49}
Domácí rekonvalescence	Jasný postup pro eskalaci, proaktivní kontrola následující den, distanční sledování, revize medikace, sledování symptomů ^{34,50-52}	Nezachycené zhoršení pacientova stavu, symptomy nejsou pod kontrolou, medikační pochybení, využití urgentní péče ^{40,51}
Dohled nad postupy a procesy	Průběžné měření počtu neplánovaných hospitalizací, opakovaných návštěv nemocnice, komplikací, nezdařených propuštění, informací o rekonvalescenci hlášených pacienty a rozdílů mezi pracovišti ^{6,7,16,53}	Preventabilní rozdíly mezi pracovišti a kontexty, nevyužití příležitosti ke zlepšení ^{16,40}



dr. Francesco Venneri

Ředitel Centra pro management klinických
rizik a bezpečnost pacientů,
Toskánsko, Itálie¹⁵

**Metaanalýza pacientů s obstrukční
spánkovou apnoe zjistila, že jednodenní
chirurgie je možná za předpokladu
aktivního screeningu, využití
perioperační péče řízené algoritmy
a zvýšené pozornosti po výkonu.⁴²**

Výběr a předoperační posouzení

”

Je tu potenciální riziko přecenění vhodnosti pacienta, kdy je pacient považován za vhodného pro výkon v jednodenním režimu, ale ve skutečnosti jsou u něj nerozpoznané rizikové faktory.“

Bezpečnost pacientů v jednodenní chirurgii začíná posouzením vhodnosti pacienta pro tento režim operace. V řadě zdravotnických systémů se už upustilo od pevně stanovených kategorií a výběr pacientů probíhá dynamicky na základě stávajících komorbidit, invazivity výkonu, použité anestezie, konkrétního chirurgického pracoviště a sociální podpory / domácího prostředí.³⁵ Při rozhodování o tom, zda je pro pacienta režim jednodenní chirurgie vhodný, je potřeba posoudit jak jeho schopnost výkon vzhledem ke zdravotnímu stavu tolerovat, tak celkový kontext, kam patří například dostupnost podpory v nejbližším okolí, životní podmínky, vzdálenost od nemocnice i úroveň zdravotní gramotnosti, která může mít vliv na pacientovu schopnost bezpečně dodržet plán rekonvalescence.^{36,38}

V literatuře lze najít několik rizikových faktorů souvisejících se zdravotním stavem pacienta. Patří sem vyšší věk, obezita, respirační onemocnění, srdeční choroby, diabetes, obstrukční spánková apnoe, křehkost a větší zátěž komorbidit.^{37,40–42,54} Tyto rizikové faktory nutně neznamenají, že jsou pacienti jako kandidáti na jednodenní chirurgii zcela vyloučeni,^{37,55} mohou ale potřebovat více péče a pozornosti.

Kromě fyzické vhodnosti pacienta zdůrazňuje literatura i několik oblastí sociální připravenosti, které určují, zda by měl být pacient shledán vhodným pro jednodenní chirurgii. Patří mezi ně vzdálenost od zdravotnického pracoviště, dostupné dopravní možnosti a dostupná péče v domácím prostředí.^{29,34,35,48} Anglický program Getting It Right First Time například doporučuje, aby pacienti žili do jedné hodiny jízdy od nemocnice, která by byla v případě komplikací schopná zajistit péči; v opačném případě může být potřeba, aby se pacienti na první noc před odjezdem domů ubytovali v místním hotelu.⁵⁵ Toto všechno jsou zásadní faktory bezpečnosti pacientů, kterým by měla být věnována stejná pozornost jako jejich zdravotnímu stavu.

Koncepce perioperační péče

Jakmile pacienti prošli řádným výběrem, je dalším faktorem důležitým pro jejich bezpečnost perioperační postup. Nalezené studie opakovaně zmiňovaly protokoly ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) jako zásadní strategii pro zajištění bezpečnosti.^{34,43,44} Mezi základní prvky těchto protokolů patří edukace pacienta před operací, optimalizace příjmu stravy (včetně omezení lačnění) a hydratace, tzv. fast-track anestezie, analgezie minimalizující použití opioidů, profylaxe PONV, bilance tekutin, pokud možno minimálně invazivní postupy a časná mobilizace.^{34,43,44} Jedna studie ukázala, že průběžné vzdělávání a zpětná vazba pro personál zlepšila míru dodržování těchto protokolů a následně i výsledky pacientů.⁴⁵

Propuštění

Literatura je jednotná co se týče doporučení propouštět pacienty na základě jejich stavu, nikoli uplynulé doby.^{34,47} Pacienti by neměli být propuštěni po uplynutí stanovené doby, ale měla by proběhnout kontrola podle stanoveného kontrolního seznamu s body, jako jsou stabilní vitální funkce, bdělost, schopnost chůze a bolest a nauzea pod kontrolou,³⁴ které jsou signálem toho, že je bezpečné, aby pacient pokračoval v samostatné péči v domácím prostředí. Tato funkční kritéria pro propuštění se mohou lišit podle oboru^{29,48} a zohlednit tak specifika různých výkonů.

Rekonvalescence a podpora v domácím prostředí po propuštění



Bjarne Skjødt Hjaltalin

Vedoucí lékař oddělení jednodenní chirurgie,
nemocnice Amager a Hvidovre, Dánsko⁵⁶

“Musíme zajistit, aby měli pacienti po propuštění možnost eskalace.

Musí se cítit v bezpečí a musí mít jistotu, že se po operaci mají na koho obrátit: to je to hlavní, o co žádají.“

Jednou z určujících charakteristik jednodenní chirurgie je větší důraz na domácí rekonvalescenci.^{34,35} Na pacientovi a jeho rodině tak leží mnohem větší díl odpovědnosti za vlastní zotavení včetně managementu symptomů, péče a rozhodnutí ohledně toho, kdy vyhledat pomoc.^{9,57,58} Řadě bezpečnostních rizik se lze vyhnout pečlivým výběrem pacientů,^{36,38,59} i přesto ale většina problémů u jednodenní chirurgie nastane nikoli na operačním sále, ale po propuštění.⁴⁰ Podle jedné americké studie byla u jednodenních výkonů míra opakované hospitalizace 4,8 % s tím, že vyšší riziko se pojilo s vyšším věkem, komorbiditami a určitými skupinami výkonů.⁴⁰

Jedna americká studie přišla se zjištěním, že u řady jednodenních chirurgických výkonů považovaných za neinvazivní neprobíhalo rutinní sledování případného výskytu infekce v místě chirurgického výkonu, přestože i u těchto operací bylo stále výrazné riziko infekce.⁶¹

Pooperační bolest a krvácení je jedním z nejčastějších důvodů, proč pacienti den po operaci znovu vyhledávají péči.⁴¹ Ukazuje se tak, jak je důležité se před propuštěním pacienta ujistit, že tyto symptomy jsou spolehlivě pod kontrolou.^{43,44} Další důležitý faktor jsou infekce v místě chirurgického výkonu, které si téměř vždy vyžádají opakovanou hospitalizaci: 93 % těchto infekcí je nutné řešit v rámci lůžkové péče.⁶⁰

Přibývají také studie zabývající se elektronickým hlášením symptomů u pacientů, kteří se po operaci zotavují v domácím prostředí. Podle jedné studie zkoumající jednodenní operace zhoubných nádorů snížilo elektronické hlášení symptomů sestrám počet potenciálně preventabilních návštěv pohotovosti.⁵² Jiná studie telemedicíny s automatizovaným distančním sledováním zaznamenala zlepšení v detekci medikačních omylů a managementu bolesti.⁵¹

Rovnost



Dr Shaan Chhabra

Vedoucí týmu pro transformaci a zlepšení
pracovního toku v Newham Hospital, Barts
Health NHS Trust, Británie¹⁵

“Rovnost neznamená jen zahrnutí, ale také vyloučení. Existuje celá řada důvodů a okolností, proč mohou být pacienti vyloučeni. Někteří se například nedokážou orientovat ve zdravotnickém systému, nedokážou se dobře domluvit nebo nemají vyhovující možnost dopravy. Pro některé pacienty jednoduše není domácí rekonvalescence zvládnutelná a my si toho musíme být vědomi.”

Nerovnost mezi pacienty se vyskytuje ve všech oblastech zdravotní péče a jednodenní chirurgie není výjimkou. Platí to zejména o době po propuštění: faktory jako nižší zdravotní gramotnost, nedostupnost dopravy a nižší kvalita domácího zázemí představují potenciální překážky.⁹



Literatura popisuje několik rovin dopadu nerovného přístupu ke zdravotnickým službám:

Tabulka 3

Oblast nerovnosti	Poznatky z literatury	Analýza důsledků
Lokalita a chudoba	U nových center jednodenní chirurgie v USA byla větší pravděpodobnost jejich otevření v okresech s lepšími zdroji a nižší mírou chudoby. ¹⁸	Pokud by se situaci ponechal volný průběh, mohlo by dojít k rozšíření kapacity tam, kde to bude mít největší návratnost, a ne tam, kde je to nejvíc potřeba.
Rasová a etnická příslušnost	Nárůst počtu jednodenních náhrad kyčelního kloubu poté, co poskytovatel veřejného zdravotního pojištění Medicare odstranil tento výkon ze seznamu výkonů vyžadujících hospitalizační péči, se soustředil u bílých pacientů. ⁶²	Nárůst jednodenní chirurgie může dále zhoršit nerovný přístup, pokud se současně nezačnou řešit i překážky, které přístupu brání.
Příjem	Ve studii, která se zabývala nárůstem jednodenní chirurgie v USA po skončení pandemie, se ukázalo, že u pacientů z nízkopříjmových oblastí se celkový počet operací pomaleji vracel na původní hodnoty. ⁶³	Přínosy rozšíření jednodenní chirurgie a celkového zotavení systému mohou být nerovnoměrně rozloženy.
Pojištění a sektor	Ve Španělsku byla u pacientů s veřejným pojištěním mnohem vyšší pravděpodobnost hernioplastiky v jednodenním režimu oproti pacientům se soukromým pojištěním a samoplátcům. ¹²	Pobídky a obchodní modely poskytovatelů péče mohou mít vliv na dostupnost jednodenní chirurgie.
Rodinné a domácí zázemí	Pro pacienty s horším domácím zázemím může být rekonvalescence po jednodenní chirurgii náročnější. ⁹	Sociální faktory hrají důležitou roli: vhodnost pacienta z klinického hlediska nestačí, pokud nemá potřebné domácí zázemí k rekonvalescenci.
Přístup k digitálním technologiím	Využívání digitálních technologií odpovídá sociálnímu rozvrstvení a může dále zhoršit nerovný přístup, pokud se jedná o výchozí způsob podpory. ⁶⁴	Souběžně s digitálními inovacemi je nutné zachovat i kvalitní nedigitální možnosti.



Dr Francesco Venneri

Ředitel Centra pro management klinických rizik a bezpečnost pacientů, Toskánsko, Itálie¹⁵

”

Domácí rekonvalescence

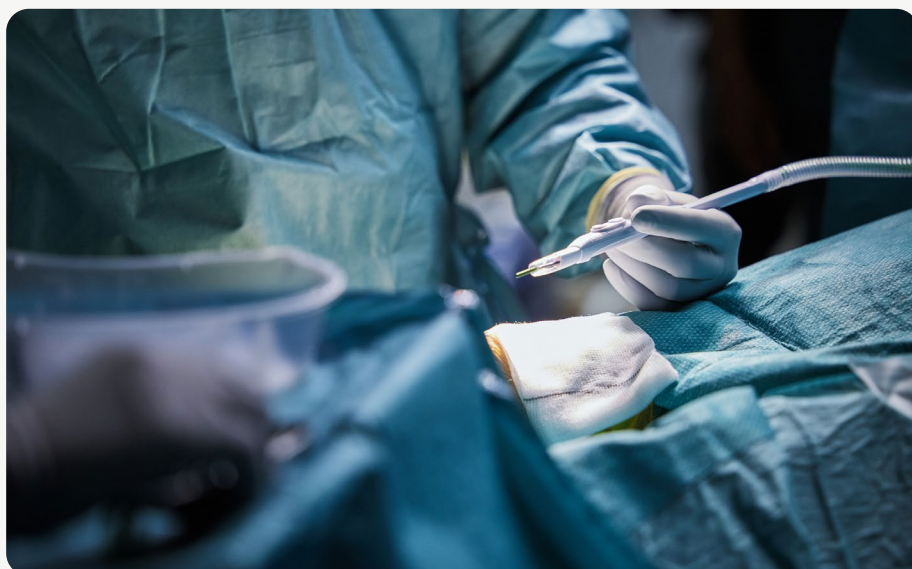
Kdo si vezme na zodpovědnost pacienta po jeho propuštění, zejména u pacientů, kteří nemají rodinu, žijí v zařízeních dlouhodobé péče nebo žijí v sociálních komunitách. To všechno jsou aspekty, které musíme brát v úvahu, protože zázemí, do kterého se pacient po operaci vrací, může mít velký vliv na jeho zdravotní výsledky.“

Nerovnost v oblasti zdraví může mít vliv jak na dostupnost péče, tak na pooperační výsledky,^{62,65} přičemž domácí rekonvalescence je v kontextu jednodenní chirurgie významnou příčinou nerovnosti.^{9,57,58}

Vzhledem k tomu, že jednodenní chirurgie přesouvá značnou část pooperační péče do domácího prostředí pacientů,^{9,57} musí pacienti přebírat úkony, jako je monitorování symptomů, management bolesti a mobility a rozhodnutí o tom, kdy je čas vyhledat pomoc. Největší problém se splněním těchto požadavků mají pacienti bez silné podpůrné sítě, přičemž tento problém se týká celé řady demografických skupin.⁹ Je tu také riziko, že očekávání pacientů od jednodenní chirurgie a to, jak celý postup prezentují kliničtí pracovníci, může situaci ještě zhoršit: pacienti často na jednodenní výkony přichází s vidinou snadného zotavení a místo toho je čeká proces rekonvalescence, který je bolestivější a hroživější, než očekávali.⁵⁷

Jedna ortopedická studie založená na rozhovorech popisovala celou škálu negativních emocí pacientů v pooperačním období. Pacienti popisovali, že se cítili osamělí, nebyli si jistí, jestli jejich rekonvalescence postupuje podle očekávání, a byli závislí na rodině v oblasti hygieny a dalších každodenních činností.⁵⁸ Řada pacientů potřebovala slyšet ujištění od sester, ale nechtěli je kontaktovat v obavě, že je budou obtěžovat.⁵⁸ Rutinní telefonická kontrola tak představuje důležitý způsob, jak nabídnout pacientům ve stresující situaci snadnou příležitost položit otázky, které by jinak možná vůbec nezazněly.⁶⁶

V tomto kontextu jsou náročným pooperačním obdobím nejvíce ohroženi pacienti, kteří žijí sami a nemají spolehlivou oporu v rodině.^{9,57}





Komunikace s pacientem a nerovnost v oblasti zdraví



Dr Francesco Veneri

Ředitel Centra pro management klinických rizik a bezpečnost pacientů, Toskánsko, Itálie¹⁵

„Další věc je jazyková bariéra, a to nejenom u cizích jazyků, ale i u různých nářečí a také rozdílných úrovní vzdělání. Pacient nemusí rozumět technickým výrazům, které používáme, a může tak mít problém dodržovat pokyny nebo se do péče víc zapojit. Je zásadní snažit se předávat informace jednoduše a zbytečně neplýtvat odbornými termíny.“

Schopnost pochopit a zpracovat informace od zdravotnických pracovníků je také jednou z dimenzí nerovnosti pacientů v kontextu jednodenní chirurgie. Komunikace v jednodenní chirurgii je často kusá a probíhá pod časovým tlakem před operací nebo po ní, kdy jsou pacienti v časovém stresu, zažívají úzkost nebo se potýkají s účinky sedace.^{9,67,68}

V anglicky psané literatuře se omezená znalost angličtiny u pacientů často pojí s horšími výsledky péče, zejména co se týče procesů, jako je^{67,69} porozumění udělovaným souhlasům a pokynům při propouštění.⁶⁸ Důsledky mohou být zásadní, kdy například pacienti s omezenou znalostí angličtiny mají větší potíže s kontrolou bolesti, pokud není při propouštění přítomen tlumočník.⁶⁸

Pokud není dobře nastavená komunikace, pacienti mohou při propuštění působit jako klinicky stabilní, nemají ale dobrou představu o tom, jak by měla probíhat bezpečná domácí rekonvalescence.⁶⁹

Další oblastí, kde se může nerovnost projevit, je zdravotní gramotnost. Dobrá zdravotní gramotnost je u jednodenní chirurgie významným indikátorem kvality rekonvalescence,⁷⁰ ale intervence pro zlepšení zdravotní gramotnosti týkající se plánovaného chirurgického výkonu jsou málo časté, různorodé a ve stávající literatuře nedostatečně zachycené.⁷¹ Je zde tedy očividný rozpor mezi tím, co pacienti potřebují, a běžnou praxí.

Zásadní roli v perioperační i pooperační komunikaci s pacienty mají sestry, a právě ty jsou proto pro pacienty stěžejním zdrojem podpory a pomoci.



Daniela Matos

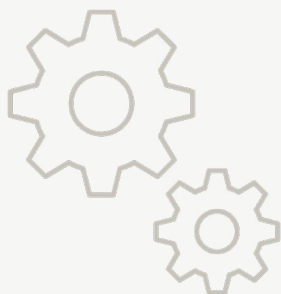
Vrchní sestra, Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugalsko¹⁵

”

V Portugalsku se jednodenní chirurgie od svého zavedení v roce 2008 [výrazně rozrostla]. Provádíme velice pečlivé předběžné posouzení buď po telefonu, nebo stále častěji pomocí digitálních technologií. S pacienty komunikujeme v každém důležitém bodě procesu, kdy nám buď informace dávají, nebo je sami dostávají.

Po předběžném posouzení se chirurg rozhodne, jestli je pro pacienta tento režim vhodný, a následně proběhne ještě před stanovením data operace setkání s anesteziologem a sestrou. Ve chvíli, kdy pacient z konzultace odchází, už je stanovené datum operace. Následně pacientovi znovu voláme a probíhají další online konzultace s týmem sester, abychom se ujistili, jestli je všechno v pořádku.

Jakmile pacient dorazí na kliniku jednodenní chirurgie, míří přímo na předoperační lůžko nebo křeslo. Pečlivě kontrolujeme dodržení všech kritérií včetně povinných otázek na zdravotní gramotnost a odpovědný doprovod. Pacienti mají vždy k dispozici telefonní číslo a aplikaci, abychom měli jistotu, že s námi mohou během celého procesu komunikovat.”



Co brání dalšímu rozšíření

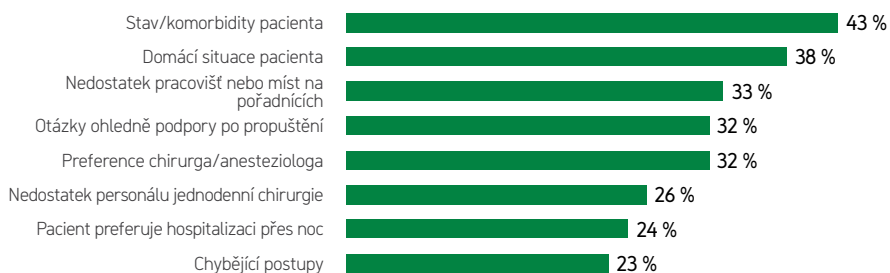
Přijetí jednodenní chirurgie jako standardu brání řada různorodých překážek, které se navíc mohou lišit podle zemí, oborů i jednotlivých postupů.

To potvrzuje i náš průzkum, kde respondenti uvádí klinické i provozní důvody a důvody na straně personálu i pacientů, kvůli kterým hraniční nebo vhodné případy neprobíhají v režimu jednodenní chirurgie.¹⁴ Žádná z překážek jednoznačně nedominovala, což ukazuje, že rozšíření jednodenní chirurgie nevyžaduje úzce zaměřené intervence, ale systémové řešení.¹⁴

Obr. 4

Proč hraniční případy neprobíhají v režimu jednodenní chirurgie?

% respondentů, kteří tuto možnost označili jako jednu ze tří nejlepších odpovědí – kliničtí pracovníci a manažeři operačních sálů, n=180



Zdroj: Průzkum Mělnycké v oblasti jednodenní chirurgie, Censuwide, 2.-22. dubna 2026.
Respondenti: kliničtí pracovníci a manažeři operačních sálů, n=180.

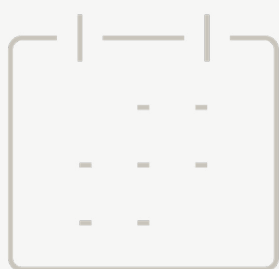




Provozní a organizační překážky

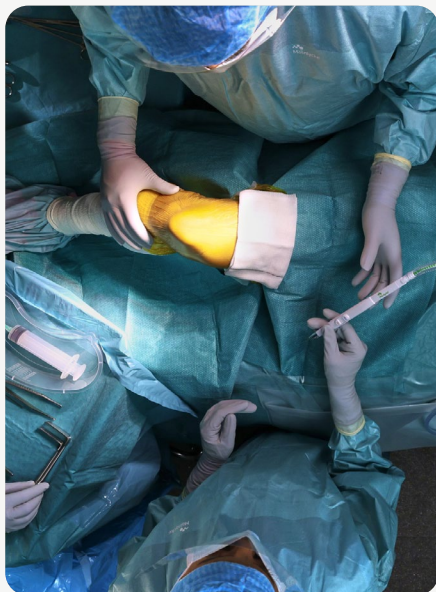
Vyhrazená infrastruktura a kapacita pro elektivní výkony

Důkazy z literatury i zkušenosti shromážděné prostřednictvím rozhovorů konzistentně ukazují na „konkurenci“ mezi plánovanými a jednodenními výkony a urgentní chirurgií, co se týče využití sálů, lůžek, prostoru na rekonvalescenci a pozornosti personálu. V průzkumu odpovědělo 28 % dotazovaných, že výkony, které by bylo možné bezpečně provést v rámci jednodenní chirurgie, se místo toho „často nebo vždy“ provádí s hospitalizací pacienta.¹⁴ To je zásadní praktická překážka zejména pro týmy na pracovištích s vysokým vytížením sálů. V situaci, kdy jednodenní chirurgie využívá stejný fyzický prostor, personál a postupy pro eskalaci jako výkony s hospitalizací a urgentní výkony, snadno dochází k přesunům, rušení nebo změně na výkon s hospitalizací přes noc.^{3,29} To narušuje jak spolehlivost tohoto postupu, tak důvěru klinických pracovníků v jednodenní chirurgii.



Systémy s nejlepšími výsledky proto chrání kapacitu jednodenní chirurgie prostřednictvím specializovaných center jednodenní chirurgie nebo prostřednictvím „pomyšlného oddělení“ v podobě samostatných seznamů pacientů, vyhrazené kapacity pro rekonvalescenci a propouštění a jasných postupů pro eskalaci v případě, že úplné oddělení není možné. To ukázal i průzkum, kde 33 % respondentů odpovědělo, že hraniční případy se neprovádí v režimu jednodenní chirurgie proto, že buď chybí vhodné zařízení jednodenní chirurgie, nebo místo v pořadníku. Toto číslo bylo ještě vyšší v severských státech (42 %), což ukazuje, že i relativně vyspělé systémy se mohou v praxi potýkat s omezenou kapacitou.¹⁴

V Británii se podařilo dosáhnout jednoho z celosvětově nejvyšších podílů jednodenní chirurgie zejména díky vytvoření center pro frekventované a nepříliš složité plánované výkony a díky rozdělení chirurgických pracovišť podle urgency případů („hoří“ / „nehoří“).⁷² I USA⁷³ a Kanada⁷⁴ mají specializovaná centra jednodenní chirurgie (*ambulatory surgery centres*) a tedy vyhrazený prostor na tyto výkony. Britští respondenti také častěji než ostatní zmiňovali otázky ohledně podpory po propuštění jako důvod, proč se výkon neprovede v režimu jednodenní chirurgie (49 % vs. 32 % celkově), což ukazuje, že samotná infrastruktura nestačí, pokud nejde ruku v ruce se stejně kvalitními postupy pro rekonvalescenci mimo nemocnici.



Tento přezkum zjistil, že na rozdíly v počtu výkonů v režimu jednodenní chirurgie má vliv kombinace služeb, celkový objem výkonů i infrastruktura, což ukazuje, že systém organizace dané nemocnice má na počty jednodenních výkonů zásadní vliv.¹¹

Žebříček priorit a kapacita pro management změn

Jednou z nejvýraznějších překážek pro zvyšování podílu jednodenní chirurgie je chybějící zaměření organizačních strategií a chybějící standardizované procesy a postupy pro provádění jednodenních výkonů.

V našich rozhovorech se ukázalo, že poskytovatelé, kteří systematicky využívají jednodenní chirurgii v nejvyšší možné míře, ji berou jako manažerskou prioritu. Jinak řečeno, mají jasně nastavenou odpovědnost, milníky pro plnění úkolů a koordinaci v rámci plánování termínů, předběžného posouzení, sálů, oddělení a rekonvalescence, procesů pro propuštění, nákupního oddělení a týmů pro zpracování dat. Pod tlakem každodenního provozu se může rozvoj elektivní jednodenní chirurgie zadrhnout, pokud se pozornost vedení a zdroje zaměřují jinam, nebo pokud má vedení obavy, aby tato snaha nebyla vnímána jako zasahování do výsostně klinických záležitostí.

V našem poradním výboru zaznělo, že úspěšné programy tento problém řeší vytvořením výboru složeného z klinických i provozních pracovníků s jasně nastavenými rozhodovacími pravomocemi a také kvalitním managementem změn včetně rutinních měření, zpětné vazby a řešení problémů na úrovni pořadníků i procesů. Průzkum zase poukázal na skutečnost, že v rámci každodenního provozu se nepostupuje jednotně. Respondenti kromě nedostatečné infrastruktury často zmiňovali preventabilní překážky typu preference klinických pracovníků, dostupnosti seznamu pacientů nebo otázek okolo postupů pro eskalaci.¹⁴

V rámci Evropy se jednodenní chirurgie relativně pomalu rozvíjela v Německu (i když po nedávných reformách se tempo zrychlilo), zejména při srovnání s podobně dobře fungujícími zdravotnickými systémy. V dostupné literatuře byly historicky nižší počty jednodenních výkonů spojovány s finančními pobídkami v Německu, které lépe odměňovaly výkony s hospitalizací.⁴ Jeden z přezkumů dospěl nicméně s použitím kombinace metod k závěru, že i mezi nemocnicemi fungujícími v rámci stejného úhradového rámce existovaly výrazné rozdíly.¹¹

Zásadním problémem se ukazuje být situace, kdy jednodenní chirurgie probíhá ve stejných prostorách jako výkony s hospitalizací. Když tyto dva procesy soupeří o stejný personál, prostor a zdroje, je pro nemocnice problém udržet jednodenní chirurgii jako výchozí možnost.³ Několik zemí s velkým objemem jednodenní chirurgie, včetně USA, využívá centra jednodenní chirurgie, kde probíhají pouze jednodenní operace, čímž tento problém eliminují.

V zásadě lze říct, že pokud pracovní toky na sálech, protokoly, doprava i kultura na pracovišti stojí na modelu hospitalizační péče, nebude jednodenní chirurgie vzkvétat.

Špatně nastavené finanční pobídky

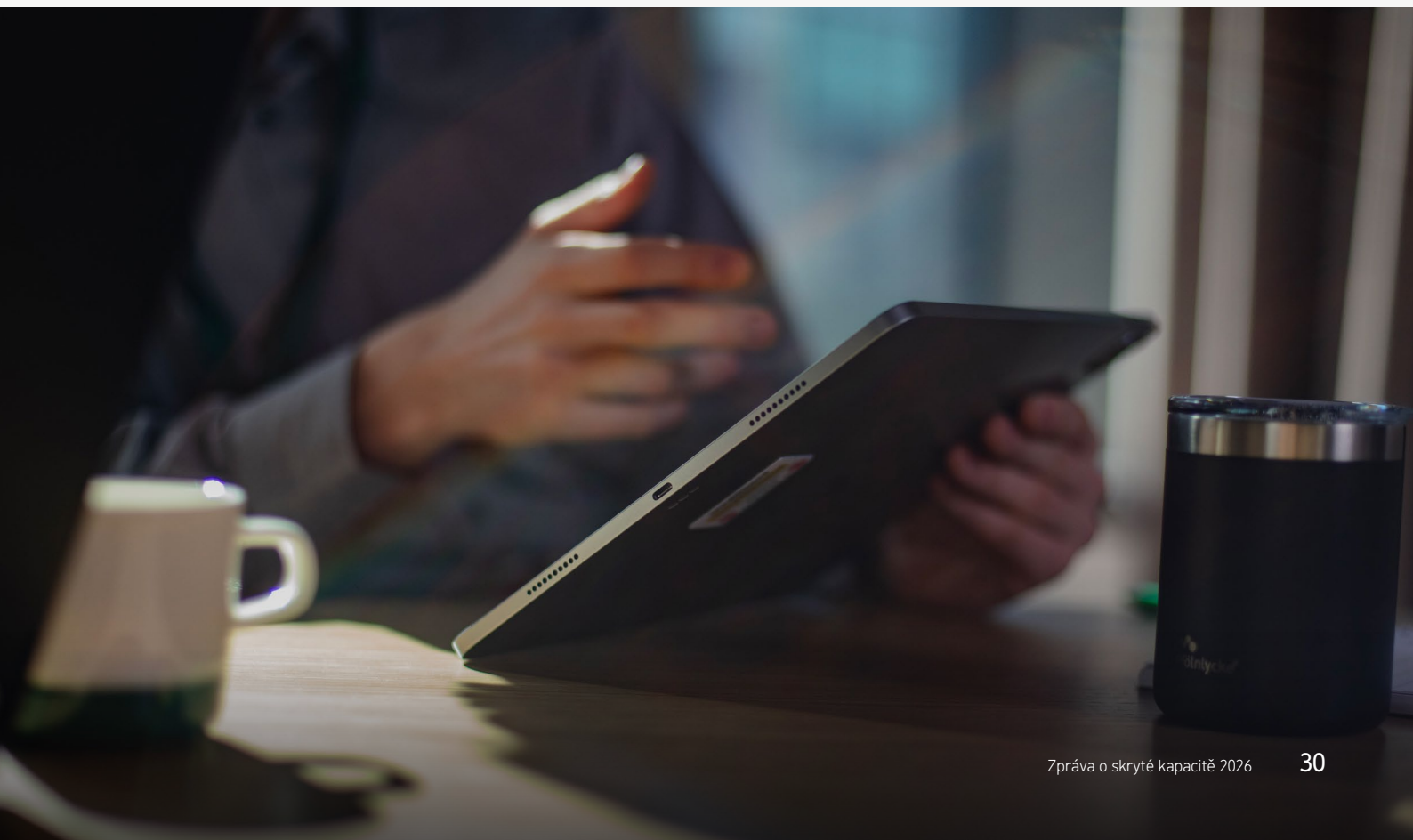
V zemích, kde jsou nesprávně nastavené finanční pobídky, může tato situace představovat pro růst podílu jednodenní chirurgie nepřekonatelnou překážku.⁴

Porovnání podílu jednodenní chirurgie ve 13 zemích OECD ukázalo, že všechny tři země, kde byl tento podíl v době srovnání malý (Rakousko, Německo, Švýcarsko), měly nevhodně nastavené finanční pobídky.⁴ V Rakousku se u výkonů bez hospitalizace a s hospitalizací lišil jak systém úhrady, tak plátcí, což pro přechod na jednodenní režim představovalo značný problém.⁴

V Německu mělo zavedené institucionální rozdělení na ambulantní péči v ordinacích a hospitalizační péči v nemocnicích za následek to, že nemocnice poskytující služby jednodenní chirurgie dostávaly úhrady vypočítané pro soukromé ordinace, které nedokázaly pokrýt vyšší fixní náklady nemocnic. Ve Švýcarsku zase vznikla situace, kdy jednodenní výkony mohly mít v místním systému DRG za následek snížení úhrady nemocnici, místo aby jí ušetřily peníze, což paradoxně vytvářelo tlak proti jednodenní chirurgii.⁴

I v zemích, kde jsou finanční pobídky nastavené správně, může absence účelově vázaných financí a kapacity pro jednodenní chirurgii znamenat, že zdroje putují do zavedeného modelu hospitalizační péče.¹¹

Kromě provozního nastavení a infrastruktury pro jednodenní chirurgii mohou být závažnou strukturální překážkou pro přesměrování péče mimo lůžková oddělení i špatně nastavené finanční pobídky, které paradoxně odměňují méně efektivní režim chirurgických výkonů.⁴



Klinické a kulturní rozdíly mezi týmy



Prof. Jaideep Pandit

Profesor anestezie a vedoucí divize
anestezie, Oxfordská univerzita, Británie¹⁵

” Překážkou může být i samotná příprava chirurgů. Chirurgové se běžně učí, že určité operace se provádí s hospitalizací pacienta – z dobrých i méně dobrých důvodů. Říkejme tomu psychologické příčiny, zvyk, setrvačnost nebo špatná zkušenost, ale důsledkem může být neochota přejít na jednodenní chirurgii.“

Několik studií ukázalo, že rozdílná praxe na různých pracovištích může být problém pro celý systém. Například v Irsku se v roce 2019 různil podíl jednodenní laparoskopické cholecystektomie mezi nemocnicemi od 0 % až po 90 %, a to do značné míry kvůli rozdílům mezi chirurgickými týmy.¹⁰ Podobně i v USA přetrvávají mezi institucemi rozdíly, které nelze vysvětlit faktory na straně pacientů, a to zejména u operací prsou, štítné žlázy a kýly.¹⁶

Náš průzkum navíc ukázal, že ačkoli 44 % respondentů vnímá jednodenní chirurgii jako „naplňující a vysoce kvalitní“ oblast práce, 31 % ji považuje za „podřadnou“ oproti výkonům s hospitalizací.¹⁴

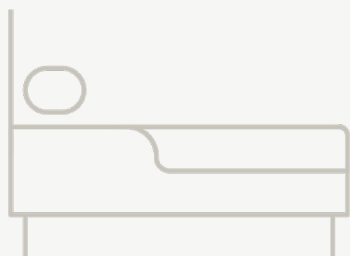
Tato zpráva přináší závěr, že existuje výrazné napětí mezi nařízeními seshora a kulturou klinických specialistů zezdola, které je nutné uvést do souladu, aby bylo možné využít přínosy jednodenní chirurgie naplno. Pro další rozšíření jednodenní chirurgie je nutné, aby nové jednotné klinické standardy šly ruku v ruce s novými opatřeními na vedoucí a politické úrovni. Stejně tak je důležité v rámci jednotlivých systémů vyhledávat a rozšiřovat příklady dobré klinické praxe, protože za prvotními inovacemi většinou stojí konkrétní specialisté a chirurgické týmy.



Prof. Tim Briggs, CBE

Vedoucí programu GIRFT (Getting It Right The First Time) pro zlepšení kvality péče a národní ředitel NHS pro Anglii s agendou zlepšení klinických výsledků, rekonvalescence po plánovaných výkonech a urgentní a neodkladné péče, Británie⁷⁵

” Pokud máme tento problém vyřešit, musí k němu cestu prorazit respektovaní kliničtí odborníci vyzbrojení potřebnými daty, po kterých budou následovat potřebná provozní opatření – ne naopak.“



Překážky na straně pacienta

Přestože je jednodenní chirurgie a domácí rekonvalescence v řadě zemí pro pacienty vítanou alternativou k hospitalizační péči, je důležité nepolevit v zaměření na spokojenost pacientů mimo jiné právě proto, že se práce spojená s rekonvalescencí přesouvá z nemocnice do domovů.⁹ I drobný chirurgický výkon může znamenat bolest, nauzeu a únavu a zdravotnické systémy potřebují spolehlivé mechanismy pro správné nastavení očekávání pacientů, implementaci protokolů ERAS a monitorování v domácím prostředí. Spokojenost pacientů musí zůstat při rozšiřování záběru jednodenní chirurgie prioritou.

Toto byl jeden z nejzřetelnějších závěrů našeho průzkumu: stav pacienta, komorbidita a složitost výkonu byly nejčastěji uváděné důvody pro nezvolení režimu jednodenní chirurgie (43 %). Na druhém místě byla domácí situace pacienta, např. jednočlenná domácnost, vzdálenost do nemocnice nebo chybějící pečující osoba (38 %). Celkem 32 % pak vybralo otázky ohledně podpory po propuštění či možnosti eskalace v případě komplikací.¹⁴

Atraktivita jednodenní chirurgie pro pacienty se také liší mezi zeměmi; v některých kulturách, například v Japonsku, se delší hospitalizace přímo očekává.⁷⁶ Jednodenní chirurgie tedy v podobných zemích může být pravým opakem toho, co si pacient přeje.

Průzkum také ukazuje na zřejmé rozdíly mezi vyspělostí kultury a procesů jednodenní chirurgie v různých zdravotnických systémech. Britští respondenti se zaměřovali zejména na bezpečné propuštění a podporu domácí rekonvalescence, zatímco respondenti ze severovýchodních států častěji zmiňovali nedostatek volných míst v poradnách a omezenou kapacitu pracovišť. Zdá se tedy, že překážky se během vývoje mění. Systémy, které jsou na začátku, si možná budou muset v první řadě zajistit kapacitu, zatímco ty rozvinutější se budou více zaměřovat na důvěru pacientů, kvalitu propouštěcích postupů a spolehlivost celého procesu.¹⁴



Co napomáhá rozšíření jednodenní chirurgie

V zemích s nejlepšími výsledky je vysoký podíl jednodenní chirurgie výsledkem jasného zaměření na politické i institucionální úrovni, správného nastavení finančních pobídek a reagování na doporučené klinické postupy ověřené praxí.

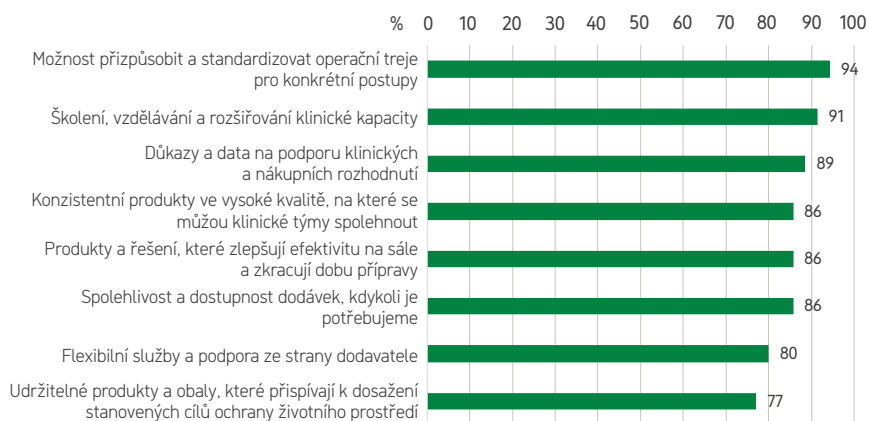
Takový přístup vede ke vzniku vysoce standardizovaných procesů, vyhrazené kapacity a očekávání, že u vhodných výkonů bude jednodenní chirurgie výchozí volbou. Tyto země si typicky nastavují ambiciózní cíle podílu jednodenní chirurgie a snaží se průběžně rozšiřovat jak škálu jednodenních výkonů, tak skupiny pacientů, které jednodenní chirurgie pokrývá.

Zjištění z průzkumu tuto interpretaci jasně potvrzují. Naši respondenti označili za nejefektivnější cestu k rozšíření jednodenní chirurgie kombinaci intervencí v oblasti procesů, infrastruktury, technologií a zapojení pacientů, což zřetelně ukazuje, že žádné konkrétní opatření samo o sobě nestačí. Celkově lze říct, že klíčová je spolehlivost a standardizace.¹⁴

Obr. 5

Když vybíráte dodavatele nebo partnera pro řešení z oblasti produktů a služeb v jednodenní chirurgii, nakolik důležité je pro vás následující?

% respondentů, kteří možnost vybrali jako důležitou
(čistý výsledek) – pouze respondenti z řad nákupčích, n=35



Zdroj: Průzkum Mölnlycke v oblasti jednodenní chirurgie, Censuwide, 2.-22. dubna 2026.
Respondenti: nákupčí (n=35).



Nastavení procesů

Rozšíření jednodenní chirurgie znamená přechod systému od výkonů založených na nemocniční lůžkové péči, kde v jednodenním režimu probíhá jen malá část výkonů, na chirurgický systém založený na postupech, kde práce odvedená před výkonem (posouzení rizika, triáž prostřednictvím digitálních technologií) a po něm (časná mobilizace a distanční sledování) je zásadní pro to, aby celý systém fungoval.¹⁵ Členové našeho poradního výboru nám řekli, že efektivní management celého procesu musí jít ruku v ruce s rozhodováním chirurgů o tom, které další výkony lze provádět v jednodenním režimu.¹⁵

Jasně nastavení procesů s explicitním cílem dosáhnout propuštění ve stejný den je základ pro úspěšné rozšíření podílu jednodenní chirurgie. Potvrzují to i respondenti v našem průzkumu: 27 % odpovědělo, že jeden z největších praktických přínosů pro rozšíření podílu jednodenní chirurgie má lepší standardizace klinických postupů a propouštěcích protokolů, a dalších 26 % u této otázky vybralo specializovaná školení personálu.¹⁴

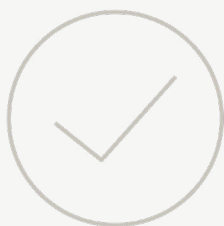
Je důležité, aby jednodenní chirurgie představovala samostatný proud práce s pacienty, který je procesně a ideálně i fyzicky oddělený od hospitalizační péče.³ Vyhrazená kapacita na jednodenní výkony je možná vůbec nejsilnější signál, jaký může instituce ve snaze o přechod na jednodenní chirurgii jako výchozí řešení vyslat. Pokud není možné zajistit samostatnou budovu nebo oddělený prostor, je možné alespoň vyhradit účelově vázaný čas na operačních sálech a prostor na rekonvalescenci pacientů, zajistit kapacitu personálu pro předběžné posouzení a propuštění a oddělit jednodenní chirurgii od pracoviště urgentní chirurgie.^{3,24} Tento krok si získal v našem průzkumu velice silnou podporu: 32 % respondentů označilo účelově vybudovaná pracoviště nebo centra jednodenní chirurgie jako klíčový nástroj další expanze. Tento přístup měl značnou podporu zejména ve střední Evropě (42 %), z čehož lze usuzovat, že v některých zemích je infrastruktura stále jedním ze základních problémů.¹⁴



Celkem

94%

respondentů z řad nákupčích v našem průzkumu uvedlo, že možnost přizpůsobit a standardizovat operační treje pro konkrétní postupy hraje při výběru dodavatele nebo partnera pro řešení důležitou roli.¹⁴



Možnost přizpůsobení vybavení a materiálu se zdá být pro efektivní rozšíření jednodenní chirurgie také důležitá. U této podskupiny to byla nejčastější odpověď, což ukazuje, že respondenti vnímají zakázkové treje pro jednodenní výkony jako nástroj, jak zlepšit tok práce, omezit zpoždění a pomoci zajistit to, aby jednodenní chirurgie s vyšším obratem lůžek fungovala spolehlivěji.

Jednodenní chirurgie také často vyžaduje vyšší míru standardizace a zavedených protokolů než výkony při hospitalizaci, protože v tomto procesu není ani tolik možností pro eskalaci, ani tolik příležitostí dohnat zpoždění v průběhu dne. Z tohoto důvodu musí být rozšíření jednodenní chirurgie prioritou vedení nemocnice. Jakmile existují zavedené protokoly, mělo by se vedení nemocnice dále zaměřit na jejich dodržování, například prostřednictvím školení, kontrolních seznamů, auditů, shromažďování zpětné vazby a rychlého řešení problémů. To pomáhá zajistit, aby proces fungoval jednotně napříč všemi týmy.

Procesy pro jednodenní chirurgii by měly zahrnovat následující: ^{3,9,11,20,29,55}

- + Standardizované, předem připravené protokoly
- + Stanovený seznam vhodných výkonů
- + Jasně daná kritéria pro zařazení a vyřazení pacientů
- + Příjem pacientů postupně – „ani brzy, ani pozdě“
- + Příprava a komplexní předběžné posouzení pacientů
- + Časná mobilizace a kritéria propuštění na základě stavu pacienta (ne uplynulé doby)
- + Propuštění vedené sestrami
- + Včasné naplánování termínu operace u pacientů splňujících podmínky
- + Podpora po propuštění
- + Monitorování pacientů a kritéria pro eskalaci včetně spolehlivého postupu pro podporu po propuštění
- + Průběžná edukace personálu a podpora implementace

Domácí rekonvalescence

To, co se odehraje v nemocnici – efektivní předběžné posouzení, operace a průběh propuštění – je pro úspěch jednodenní chirurgie zásadní, neméně důležitá je ale i podpora úspěšné domácí rekonvalescence.²⁰

Domácí rekonvalescence po jednodenním výkonu přesouvá odpovědnost za péči z nemocničního klinického týmu na pacienta nebo pečující osobu a tento přesun vyžaduje jasný postup. Rekonvalescence musí začít ještě předtím, než pacient opustí nemocnici, v podobě důkladné edukace. Pacienti musí mít k dispozici kromě ústních i písemné pokyny: studie ukazují, že až 80 % ústně sdělených informací zapomenou.⁷⁴ Toto byla nejčastěji volená praktická intervence v našem průzkumu, kdy 34 % respondentů volilo edukaci pacienta pro jasné nastavení očekávání ohledně jednodenní chirurgie a domácí rekonvalescence.¹⁴ Z toho jasně vyplývá důležitost jistoty a připravenosti pacienta, která má podobný význam, jako efektivita v rámci nemocnice.



Prof. Karine Nouette-Gaulain

Vedoucí oddělení anesteziologie, intenzivní péče a perioperačního lékařství, Dětská nemocnice a porodnice Aliénor d'Aquitaine, fakultní nemocnice Univerzity v Bordeaux, Francie⁷⁸

” Problém s jednodenní péčí je v tom, že pacienti se bojí jít domů. Často mají strach a musíme je ujišťovat: pokud to nepůjde dobře, necháme vás tu přes noc. Jakmile je po výkonu, začnou se domů těšit.“

S přesunem pooperační rekonvalescence do domácího prostředí roste význam prevence infekce a péče o ránu. V komunitním prostředí může být těžší zachytit začínající pooperační infekci a příznaky se mohou projevit až ve chvíli, kdy už pacient není pod přímým dohledem chirurgického týmu.⁷⁹ Postupy by proto měly jasně popisovat pokyny k péči o ránu, pomoci pacientovi pochopit očekávané symptomy a to, jak se liší od komplikací, a zdůraznit význam konzistentního používání vhodného krytí a postupů pro prevenci infekce.^{79,80} Zároveň je nutné předat instrukce pro vyhledání klinické pomoci. Toto je obzvláště důležité ve chvíli, kdy se do režimu jednodenní chirurgie dostávají složitější postupy nebo rizikovější skupiny pacientů. Existují také možnosti, jak pacientům poradit s ideální předoperační přípravou a snížit tak následnou pravděpodobnost infekce, například díky koupeli před operací.⁸¹



David Bunting

Vedoucí lékař pro chirurgii horní části zažívacího traktu a rekonstrukční chirurgii břišní stěny, North Devon District Hospital
Člen vedení Mezinárodní asociace jednodenní chirurgie (IAAS)
Bývalý ředitel Britské asociace jednodenní chirurgie, Británie

” Kdykoli jsme prováděli šetření výsledků podle pacientů, zjistili jsme, že všeobecně pacienti asi ve více než 95 % případů preferují jednodenní chirurgii. Opravdu dávají přednost rekonvalescenci v pohodlí vlastního domova.“



Pacienti musí také vědět, jaký je rozdíl mezi běžným pooperačním diskomfortem a vážnými komplikacemi,⁷⁹ a pro případ takovýchto komplikací musí mít k dispozici spolehlivý způsob, jak si vyžádat další pomoc. Je třeba nastavit proaktivní, nikoli reaktivní, strategii managementu symptomů spojených s bolestí. Jednou z hlavních příčin neplánované opětovné hospitalizace je pooperační nauzea a zvracení (PONV), proto by efektivní procesy měly zahrnovat i „nouzovou“ dávku antiemetik pro domácí použití.⁸³

Pacienti také musí být seznámeni s realistickým časovým průběhem rekonvalescence včetně toho, kdy se mohou vrátit k běžným činnostem, jako je řízení, fyzická aktivita nebo práce, aby nedošlo k ohrožení celého procesu zotavení.⁸⁴

Zásadní je průběžné monitorování a komunikace s pacientem v jeho domácím prostředí.⁹ Centrum perioperační péče doporučuje, aby pacienta po 24 hodinách telefonicky kontaktovala sestra a odhalila případné menší problémy předtím, než eskalují do větších.⁸⁵ Kontrolní telefonáty se také pojí s větší jistotou a spokojeností pacientů.⁶⁶



Pracovní síla

Jednodenní chirurgie funguje nejlépe tehdy, pokud ji provádí specializovaný personál. Vysokého obratu lůžek v jednodenní chirurgii je možné dosáhnout, když má nemocniční personál v rámci celého průběhu jednodenní chirurgie jasně dané role a potřebnou erudici.^{9,29}

Optimální proces jednodenní chirurgie by měl každý případ rozdělit do konkrétních epizod, v nichž mají jednotliví pracovníci jasně danou odpovědnost za různé funkce.^{3,9,28}

Tabulka 4

Funkce v rámci procesu	Čeho má role dosáhnout	Proč je to důležité
Předběžné posouzení a výběr	Provéřit klinickou vhodnost, sociální podporu a to, zda domácí rekonvalescence připadá v úvahu	Prevence nemožnosti propuštění ve stejný den a výběru pacientů, pro které není jednodenní chirurgie bezpečná ^{9,29}
Koordinace pořadníku	Zanést vhodné pacienty včas na pořadníky pro operaci	Zajištění dostatku času na mobilizaci pacienta, management symptomů a propuštění ²⁹
Rekonvalescence a propuštění	Uplatnit funkční kritéria propuštění v následujících oblastech: bolest, nauzea, mobilita a krvácení	Konzistentnější rozhodování ohledně propuštění, které je méně závislé na úsudcích jednotlivců nebo časových kritériích ²
Edukace pacienta	Vysvětlit, co bude domácí rekonvalescence ve skutečnosti obnášet a kdy vyhledat pomoc	Nastavení realistických očekávání ohledně období po operaci ⁹
Podpora po propuštění	Zajistit telefonní kontakt, proaktivní kontrolu nebo podle potřeby podporu v rámci komunity	Dodává pacientům jistotu a umožňuje včas zachytit problémy ⁹
Datová a koordinační podpora	Sledování toku pacientů, jejich výsledků a komplikací napříč pracovišti nebo jednotkami	Podpora standardizace a průběžného zlepšování ^{3,29}

Tyto funkce přesně neodpovídají stávajícím modelům hospitalizační péče, je tedy potřeba je vytvořit konkrétně pro účely jednodenní chirurgie a zajistit pro personál přecházející na jednodenní chirurgii potřebné školení a rozvoj. Dobře to koreluje s výsledky průzkumu, kde 26 % respondentů vybralo jako prioritní intervenci specializované školicí programy pro personál na sále, na oddělení i personál odpovědný za rekonvalescenci. V jiném dotazu pak 88 % respondentů označilo školení, vzdělávání a rozšiřování klinické kapacity jako důležitý faktor při výběru dodavatelů a partnerů.¹⁴

Velkou pozornost je třeba věnovat sestrám jako jedné z profesí v rámci jednodenní chirurgie: právě sestry tráví s pacienty nejvíc času a leží na nich hlavní odpovědnost za to, aby pacienta celým procesem jednodenní chirurgie bezpečně provedly.¹⁵ Období okolo operace je pro pacienty velice citlivé a sestry jim v něm dokážou poskytnout praktickou i emoční podporu a zajistit, aby byli vyslyšeni a dostalo se jim odpovědí a podpory.¹⁵



Jaana Perttunen

Prezidentka Evropské asociace sálových sester, Finsko¹⁵



Provedení pacientů celým procesem jednodenní chirurgie je nesmírně důležitou prací, kterou odvádí sestry.“



Technologie

Hned po správném nastavení postupů a finančních pobídek je technologie dalším důležitým nástrojem, který posouvá hranice jednodenní chirurgie.

Stále častěji jde například ruku v ruce s jednodenním režimem robotická chirurgie, protože bývá minimálně invazivní a vyžaduje tedy kratší dobu rekonvalescence.²⁸ Více než 50 % roboticky asistovaných radikálních prostatektomií ve Spojených státech dnes probíhá v jednodenním režimu, který oproti hospitalizační péči znamená o 20 % nižší náklady.⁸⁶



David Bunting

Vedoucí lékař pro chirurgii horní části zažívacího traktu a rekonstrukční chirurgii břišní stěny, North Devon District Hospital
Člen vedení Mezinárodní asociace jednodenní chirurgie (IAAS)
Bývalý ředitel Britské asociace jednodenní chirurgie, Británie

” Pomocí robotických platforem lze dnes provést velkou část operací ventrálních kýl. Tyto zákroky by dříve vyžadovaly třeba čtyř až pětidenní hospitalizaci s drény; dnes je to jednodenní zákrok bez použití drénů.“

Co se týče domácí rekonvalescence, digitální technologie a nástroje pro distanční sledování umožňují dřívější a bezpečnější propuštění. S pooperačními kontrolami na dálku pomocí telemedicínských prostředků je 80,6 % pacientů „velmi spokojeno“ a za pětileté období dokážou prokazatelně ušetřit přes 1 milion dolarů. V Austrálii ušetřil model akutní cholecystektomie v režimu jednodenní chirurgie 1,7 dní na pacienta a 1 416 australských dolarů na případ v porovnání s konvenční operací s hospitalizací.⁸⁷

” Distanční sledování se dnes využívá v domácím prostředí. Virtuální platformy, které začínaly jako nástroj na odděleních neodkladné péče, dnes vidíme v pooperační fázi péče. Když může pacient jít domů a být sledován distančně, dává to jak jemu, tak klinickým pracovníkům u některých výkonů mnohem větší jistotu.“

Politické a finanční nástroje

Obr. 6

32%

respondentů uvedlo, že digitální nástroje a nižší administrativní zátěž by byly pro rozšíření jednodenní chirurgie nejpřínosnější

Co by bylo pro rozvoj jednodenní chirurgie ve vaší organizaci nejpřínosnější?
(Vyberte až 3 odpovědi.)

% respondentů, kteří tuto možnost označili jako jednu ze tří nejlepších odpovědí – všichni respondenti, n=256



Zdroj: Průzkum Mólnycké v oblasti jednodenní chirurgie, Censuswide, 2.–22. dubna 2026. Respondenti: všichni.

Vzhledem k očividným přínosům jednodenní chirurgie, co se týče nižších nákladů,⁴ ušetření kapacity,^{19,23} efektivity⁴ a spokojenosti pacientů,⁹ existuje silná motivace pro to, aby operace primárně probíhaly jako jednodenní. Překážky i nástroje pro rozšíření jednodenní chirurgie se dotýkají řady faktorů, je proto potřeba pravidla nastavit velmi pečlivě a brát v úvahu možnou nerovnost v dostupnosti zdravotní péče a otázky bezpečnosti.



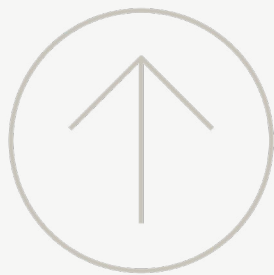
Prof. Tim Briggs, CBE

Vedoucí programu GIRFT (Getting It Right The First Time) pro zlepšení kvality péče a národní ředitel NHS pro Anglii s agendou zlepšení klinických výsledků, rekonvalescence po plánovaných výkonech a urgentní a neodkladné péče, Británie⁷⁵

”

Spolu s Britskou asociací jednodenní chirurgie se nám podařilo dokázat, že zvýšení podílu jednodenní chirurgie neznamena vyšší míru opakované hospitalizace ani komplikací. Velmi důležitá je ale spokojenost pacientů – jsou za operaci rádi.“

Zjištění našeho průzkumu toto upřednostňování jednodenní chirurgie potvrzují.¹⁴ Respondenti označili za hlavní motivaci k přechodu na jednodenní chirurgii kombinaci klinických inovací, poptávky ze strany pacientů, tlaku na efektivitu, otázek bezpečnosti a explicitně nastavených cílů. Zdá se tedy, že tento trend žene kupředu více různých faktorů, a ne jediné konkrétní opatření.¹⁴

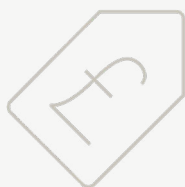


Jedním ze spolehlivých způsobů, jak systém motivovat ke změně, je použít srovnání s jinými zeměmi. Porovnání 13 zemí OECD⁴ ukázalo, že všechny země si stanovily přechod na jednodenní chirurgii jako strategickou prioritu, lišily se ale v tom, nakolik důrazně tuto prioritu podpořily pomocí regulace, reformy úhradového systému a stanovením odpovědnosti. Srovnávací přehledy mají potenciál ukázat, že nízký podíl jednodenní chirurgie není nevyhnutelný a že pokrok je možný. Pokud se ve srovnání ukáže, že určitá země zaostává, může to sloužit jako důvod pro využití dalších strategických mechanismů. Standardizované srovnání je užitečné i z toho důvodu, že jednodenní chirurgie se díky němu stává měřitelnou jednotkou výkonnosti a místní systémy tak mají motivaci plnit cíle a standardy.

Finanční pobídky slouží ve zdravotnictví jako signály toho, kam je třeba upřít pozornost a investice. Dobrým příkladem je Maďarsko, kde odpovědní činitelé nejprve jednodenní chirurgii rozšířili pomocí nevyužité kapacity hospitalizační péče. Maďarsko mělo původně pro jednodenní chirurgii nastavené limity, které v roce 2015 zrušilo. Kromě toho se v roce 2017 zvýšily v Maďarsku úhrady za tyto výkony o 10 % a lépe se tak sladily finanční pobídky s požadovanými výsledky.¹⁹ Ve výsledku Maďarsko zaznamenalo mezi lety 2010 a 2019 nárůst počtu jednodenních výkonů ze 42 % na 80 %, přičemž počet lůžkových dnů v hospitalizační péči za stejnou dobu klesl o 17 %. Zdravotnické systémy by tedy měly přinejmenším zajistit, aby jednodenní chirurgie nebyla finančně znevýhodněna.⁴

Celkem 27 % respondentů uvedlo, že za rozvojem jednodenní chirurgie stojí především tlak na snížení nákladů.¹⁴

Pokud chybí finanční pobídky, může pomoci regulace a politická opatření. Švýcarsko úspěšně převedlo vybrané výkony do jednodenní péče zavedením závazných substitučních pravidel, a to i poté, co v roce 2017 zrušilo systém vyšších úhrad.⁵ Díky tomu je jednodenní chirurgie pro švýcarské zdravotnictví finančně dostupnější a tím i atraktivnější pro státní rozpočet, aniž by se narušil pokrok v rozvoji jednodenní chirurgie dosažený finančními pobídkami. Průzkum ukazuje, že politická opatření mohou být účinná, pokud jdou ruku v ruce s klinickou proveditelností.¹⁴ Vůbec nejčastěji označovaným hybatelem růstu jednodenní chirurgie bylo zlepšení chirurgických technik a rekonvalescenčních protokolů (36 %), který tak v průzkumu předběhl čistě finanční nebo regulační tlak. To naznačuje, že mandatorní nařízení mají největší úspěch, pokud jim odpovídají praktické klinické možnosti.¹⁴



S finančními pobídkami je nutné zacházet opatrně, protože někdy mohou mít nezamýšlený účinek. V Anglii měla úhradová vyhláška zaměřená na odměňování praxe v souladu s osvědčenými postupy (Best Practice Tariff) pozitivní vliv na růst vybraných výkonů. Tyto přínosy se ale časem začaly snižovat a kromě toho pobídky v úhradové vyhlášce znamenaly odklon zdrojů a investic z ostatních výkonů na seznamu jednodenní péče, takže některé přínosy byly na úkor jiných oblastí.⁸⁸ Zjištění našeho průzkumu nutnost opatrného postupu stvrzují. Podle respondentů není samotný finanční tlak dostatečný, ale za nejpraktičtější intervence pro další růst považují edukaci pacientů, účelově zbudovaná zařízení, digitální nástroje a přepracování procesu péče.¹⁴

I zkušenosti z Irska ukazují, proč je nutné, aby finanční pobídky doprovázely také provozní změny, nový model péče a vyhrazená kapacita. V Irsku bylo zaveden model financování za výkon i cílené finanční pobídky pro jednodenní laparoskopické cholecystektomie, ani jedno ale nepřineslo měřitelný rozdíl v počtu jednodenních operací nebo průměrné délce hospitalizace.⁸⁹ Příklad Irska ukazuje, že finanční reforma nemusí mít úspěch, pokud pobídky neodpovídají tomu, jaké provozní úsilí vyžaduje jich dosáhnout. Nemocnice mohou změnu jednoduše přijmout, aniž by na péči cokoli změnily. Podobné signály fungují jen v případě, že motivují management nemocnic k tomu, aby se na jednodenní chirurgii opravdu zaměřil.

Další prověřenou možností pro opatření seshora je soustředěné úsilí vytvořit pro jednodenní chirurgii vyhrazenou účelově vázanou kapacitu. Studie v naší rešerši opakovaně ukázaly, že ve sdílených prostorách dochází ke stírání hranic mezi hospitalizační a jednodenní péčí a vzniká tak riziko, že se chirurgické výkony setrvačností vrátí k hospitalizačnímu nastavení. Zlatým standardem podpory jednodenní chirurgie je vyhradit pro tento účel specializované zařízení, odpovědní činitelé a vedení nemocnic mohou ale zvážit i další způsoby, jak kapacitu a zdroje pro jednodenní chirurgii ochránit.



David Bunting

Vedoucí lékaře pro chirurgii horní části zažívacího traktu a rekonstrukční chirurgii břišní stěny, North Devon District Hospital
Člen vedení Mezinárodní asociace jednodenní chirurgie (IAAS)
Bývalý ředitel Britské asociace jednodenní chirurgie, Británie

”

Jednou z nejdůležitějších věcí jsou účelově vázaná lůžka pro jednodenní chirurgii, která není možné využít pro neplánované hospitalizace.“

Snaha o zvýšení podílu jednodenní chirurgie vyžaduje holistický přístup k problému. Je potřeba najít konkrétní překážky a nástroje v daném systému a zaměřit se na vytvoření samostatného a standardizovaného postupu pro jednodenní chirurgii. Existuje řada způsobů, jak toho dosáhnout, od regulace přes finanční pobídky až po uložení konkrétních povinností a odpovědnosti, vždy je ale potřeba opatření posoudit a zabránit nezamýšleným účinkům a důsledkům. Tento závěr potvrzují i výsledky průzkumu. Respondenti popisují přechod na jednodenní chirurgii jako proces motivovaný inovacemi, očekáváním pacientů, rozpočtovým omezením, tlakem čekacích dob a explicitně stanovených cílů.¹⁴ Nejúspěšnější opatření tedy pravděpodobně budou taková, která všechny tyto faktory sladí a napřou jedním směrem, namísto spoléhání na výsledky jediné intervence.

Je také zásadní pečlivě se podívat na situaci v klinické praxi, najít pracoviště, kde se inovacím daří, poučit se z jejich příkladu a aplikovat ho dál. Zvyšování podílu jednodenní chirurgie stojí jak na postupech a opatřeních, tak na kultuře.



Prof. Tim Briggs CBE

Vedoucí programu GIRFT (Getting It Right The First Time) pro zlepšení kvality péče a národní ředitel NHS pro Anglii s agendou zlepšení klinických výsledků, rekonvalescence po plánovaných výkonech a urgentní a neodkladné péče, Británie⁷⁵

”

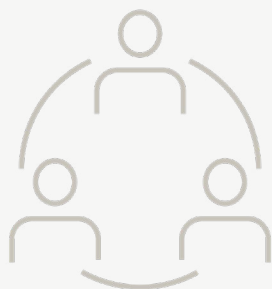
Čím více můžeme plánovanou péči oddělit od urgentní a neodkladné péče, tím lépe.“



dr. Shaan Chhabra

Vedoucí týmu pro transformaci a zlepšení pracovního toku v Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Británie¹⁵

Tato doporučení byla prodiskutována a upravena poradním výborem pro jednodenní chirurgii¹⁵ a následně prošla dalším kolem revizí.



”

Doporučená opatření

S nárůstem počtu jednodenních operací v Británii se pojí dva klíčové problémy: variabilita a plánování. U některých typů výkonů dosahují regionální organizace až 95% podílu jednodenní chirurgie, zatímco u jiných, a to někdy v tomtéž regionu, dosahují jen 60 %. A přibližně 20 % jednodenních výkonů se v rámci NHS ruší buď při předoperační přípravě, nebo 24 a méně hodin před operací. Je tak těžké operace efektivně plánovat a provádět.

Nedávný projekt, kterého jsem se účastnil a který měl řešit vysokou míru komplikací, přinesl opravdu zajímavé výsledky. Zjistili jsme, že problémy související s týmovou identitou a cíli – pozdní přijímání pacientů kvůli neefektivním procesům, příliš těsné sepjetí s nemocnicí vedoucí k soutěžení o lůžka a omezené sdílení dat – vedou k horšímu porozumění tomu, jak by bylo možné situaci zlepšit.

Tato zkušenost mi jasně ukázala, že pokud umožníme týmům cílené zaměření a nastavení na jednodenní chirurgii, máme nakročeno k úspěchu.“

Bezpečnost pacientů je na prvním místě

Jednodenní chirurgie je stěžejním nástrojem pro zkrácení čekací doby na plánované operace, zlepšení efektivity a obratu lůžek nemocnic a zajištění dostatečné lůžkové kapacity. Tento režim lze ale použít jen v případě, že je pro pacienty bezpečný. Všechny pobídky, které mají podpořit zvýšení podílu jednodenní chirurgie, je nutné pečlivě promyslet a zabránit možným nezamýšleným důsledkům, které by mohly ohrozit bezpečnost pacientů. Jednodenní chirurgie by pro pacienty měla vždy znamenat přidanou hodnotu.

Na bezpečnost pacientů je nutné myslet po celou dobu průběhu jednodenní chirurgie, zejména při výběru a předoperačním plánování a v souvislosti s domácí rekonvalescencí. Pacientům by měl být přidělený konkrétní zdravotnický pracovník, na kterého se mohou v případě pooperačních komplikací obrátit. Musí rozumět tomu, jak má rekonvalescence za normálních okolností probíhat, a musí mít k dispozici jasný postup pro eskalaci.

Zdravotničtí pracovníci by se měli zaměřit na hlavní příčiny opakovaných hospitalizací, zejména na management bolesti, pooperační nauzeu a zvracení a infekci v místě chirurgického výkonu (a to i u miniinvazivní chirurgie).



Bjarne Skjødt Hjaltalin

Vedoucí lékař oddělení jednodenní chirurgie,
nemocnice Amager a Hvidovre, Dánsko⁵⁶



Nastavte u klinicky vhodných výkonů jednodenní chirurgii jako výchozí model péče

Jednodenní chirurgie by měla být hlavním modelem péče, a pokud se od něj lékaři budou chtít odchýlit, musí to patřičně zdůvodnit.“

Zdravotnické systémy by měly usilovat o to, aby se u prokázaně bezpečných a klinicky vhodných výkonů stala jednodenní chirurgie výchozím modelem péče, pokud to pacientův fyzický stav a sociální zázemí umožňují. Toho lze dosáhnout pomocí řady prostředků, včetně vyhrazené, účelově vázané kapacity, samostatných zařízení, provozních očekávání, stanovené odpovědnosti a finančních pobídek. Pacientům by měla zůstat možnost volby a spokojenost pacientů a jejich pohled na přijatelnost jednodenních operací je třeba sledovat jako důležitý indikátor úspěchu.

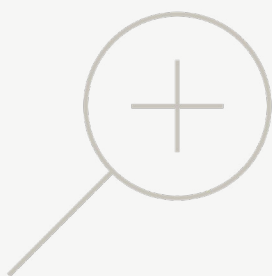
Dodržte strategický postup tří kroků pro rozšíření jednodenní chirurgie

1. Frekventované a nepříliš složité výkony začněte standardně provádět v režimu jednodenní chirurgie, pokud je pro něj pacient vhodným kandidátem.
2. Omezte variabilitu u prokazatelně bezpečných a proveditelných operací, které se na různých pracovištích provádí různě.
3. Začněte rozšiřovat možnosti jednodenní chirurgie o možné „nové“ výkony a skupiny pacientů.

Zaměřte pozornost odpovědných činitelů na vypracování spolehlivých procesů

Jednodenní chirurgie by se měla řídit procesy a postupy odlišnými od průběhu operací s hospitalizací, které je potřeba vypracovat samostatně s ohledem na specifika jednodenních výkonů. Z hlediska bezpečnosti pacientů je třeba zvláště pečlivě zvážit jejich výběr a předoperační plánování a komunikaci. Standardizace je důležitá, nově zaváděné výkony v rámci jednodenní chirurgie by si ale měly vyvinout vlastní postupy podle vlastních potřeb.

Zároveň by se zdravotnické systémy měly zaměřit na rozhraní mezi chirurgickými středisky a komunitními či sociálními službami: je nutné zohlednit, že jednodenní výkon pro pacienta nekončí odchodem z nemocnice či kliniky.



Standardizace postupů a zachování flexibilit

V rámci jednotlivých postupů se snažte dosáhnout adaptabilní standardizace: procesy musí být standardizované z důvodu jasného vymezení odpovědnosti, opakovatelnosti úkonů, efektivity a obeznamenosti personálu s postupem, současně je ale nutné zachovat určitou úroveň flexibility, která umožní zohlednit konkrétní výkon a kontext. Inovace, jako jsou například operační sety na zakázku, mohou pomoci tuto adaptabilní standardizaci rozšířit na různé typy chirurgických výkonů.

Vyhradte pro plánované výkony kapacitu: zajistěte účelové vázání kapacity a zdrojů pro jednodenní chirurgii a vybudování specializovaných zařízení

Vyhňte se sklouzávání zpět k hospitalizační péči zajištěním účelově vázané nebo jinak vyhrazené kapacity pro jednodenní chirurgii. Pro pacienty, kteří to skutečně potřebují, ale vždy musí existovat postup pro odeslání do hospitalizační péče.

Rovnost musí být součástí nastavení systému

Zdravotnické systémy musí pracovat na tom, aby na lokální úrovni odhalovaly a monitorovaly nerovnost v dostupnosti zdravotní péče. Tyto faktory by neměly znamenat, že bude pro pacienty jednodenní chirurgie nedostupná: zdravotnictví by naopak mělo usilovat o nápravu situace a zajištění dostupnosti jednodenní chirurgie i pro tyto skupiny pacientů. Zvláště důkladně je nutné zvážit domácí prostředí pacienta pro pooperační rekonvalescenci a v případě chybějícího rodinného zázemí je potřeba pro umožnění domácí rekonvalescence zajistit příslušné komunitní služby.

K pacientům je potřeba přistupovat komplexně a jejich sociálnímu zázemí je nutné přikládat stejnou váhu jako jejich klinickému stavu.

Srozumitelná komunikace s pacienty

Zdravotnické systémy musí dbát na to, aby se při plánování postupů věnovala zvýšená pozornost komunikaci s pacienty. Informace je pacientům nutné předávat nejjednodušším možným způsobem, vyhýbat se lékařskému žargonu, a pokud je to potřeba, využít služby tlumočnicka. Pacienti by měli důležité informace dostávat ve chvíli, kdy je nejpravděpodobnější, že si je zapamatují, a musí dostat „více než dost“ času na pokládání otázek. Všechny důležité informace musí pacienti dostat kromě ústního sdělení také písemně. Po operaci musí následovat rutinní kontroly, kde mohou pacienti probrat své problémy.

Zdravotníci pracovníci se musí vynasnažit věnovat pacientům dostatek času a naslouchat jim empaticky a pozorně: je nutné mít na paměti, že operace dostává pacienty do extrémně zranitelné pozice. Pacienti by měli mít jasnou představu o tom, co jednodenní chirurgie obnáší a co bude vyžadovat domácí rekonvalescence, a musí mít příležitost dát informovaný souhlas.

Sestry jsou těmi, kdo jsou s pacienty během perioperačního období nejvíc v přímém kontaktu, a je nutné dát jim k dispozici dostatek času na komunikaci a interakci s pacienty.

Závěr

Jednodenní chirurgie má značný potenciál zlepšit spokojenost pacientů se zdravotnictvím a současně snížit náklady a odlehčit kapacitu plánovaných operací tak, aby bylo více prostoru na případy, které skutečně potřebují hospitalizační péči. Celosvětově ale zatím existují v podílu jednodenní chirurgie značné rozdíly a lze najít příklady velmi pomalého postupu i tam, kde je jednodenní chirurgie oficiálně systémovou prioritou. Tato zpráva předkládá argumenty pro soustředěné úsilí na zvýšení podílu jednodenní chirurgie, které nejprve zaměří na frekventované a nepříliš složité výkony a následně rozšíří možnosti zavedením standardizovaných protokolů a postupů a zvýší motivaci k přechodu na jednodenní chirurgii pomocí řady možných nástrojů a opatření.

Literatura

1. Siciliani L. Waiting times for health services, health, and labour market outcomes. *Eur J Public Health* [Internet]. 2026 Mar 1;36(Supplement_2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41329126/>
2. Turney BW, Cornu JN, Schattelman P, et al. Evolution of the Endoscopic Surgical Approach for Benign Prostatic Obstruction in European Countries. *Eur Urol Focus* [Internet]. 2025 Apr;11(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40189998/>
3. Rieder L, Schoder J. Strategies for Successful Hospital-Based Outpatient Care: Insights from Switzerland and Germany. *Hospitals (Lond)* [Internet]. 2025 Jun;2(2). Available from: <https://www.mdpi.com/2813-4524/2/2/13>
4. Kreutzberg A, Eckhardt H, Milstein R, et al. International Strategies, Experiences, and Payment Models to Incentivise Day Surgery. *Health Policy (New York)*. 2023 Dec;140:104968.
5. Baumann A, Wyss K. The Shift from Inpatient Care to Outpatient Care in Switzerland Since 2017: Policy Processes and the Role of Evidence. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021 Jan;125(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33579560/>
6. Glowka L, Tanella A, Hyman J. Quality Indicators and Outcomes in Ambulatory Surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Aug;36:624–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37871296/>
7. Rodriguez L, Bloomstone J. Benchmarking Outcomes for Day Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Mar;37 3:331–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938080/>
8. Brünger B, Bähler C, Schwenkglenks M, et al. Surgical Procedures in Inpatient Versus Outpatient Settings and Its Potential Impact on Follow-up Costs. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021 Jul;125(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34348846/>
9. Sig JR, Nielsen C, Bille Camilla and Thomsen JB, et al. Patients' Experiences of Day Surgery: A Qualitative Systematic Review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2025 Mar;82(1):247–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40159718/>
10. Brick A, Walsh B, Kakoulidou T, et al. Variation in Day Surgery Rates Across Irish Public Hospitals. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024 Nov;152:105215. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39837055/>
11. Messerle R, Hoogestraat F, Wild EM. Which Factors Influence the Decision of Hospitals to Provide Procedures on an Outpatient Basis? -Mixed-methods Evidence from Germany. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024 Oct;150:105193. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39488029/>
12. Guillaumes S, Hidalgo N, Bachero I, et al. Outpatient Inguinal Hernia Repair in Spain: A Population-Based Study of 1,163,039 Patients—Clinical and Socioeconomic Factors Associated with the Choice of Day Surgery. *Updates Surg* [Internet]. 2022 Oct;75(1):65–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36287386/>
13. French J, Deere K, Sayers A, et al. Day case hip and knee replacement in England: a population-based cohort study using linked National Joint Registry and Hospital Episode Statistics data. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088192/>
14. Censuswide. Survey of clinicians and hospital managers involved in day surgery (n=256). Field work was carried out between 2-22 April 2026. 2026.
15. Mölnlycke Healthcare. Outpatient surgery advisory board 7 May 2026. Data on file. 2026.
16. Zhang C, Shariq O, Bews K, et al. Outpatient Surgery Benchmarks and Practice Variation Patterns: Case Controlled Study. *Int J Surg* [Internet]. 2024 Mar;110(10):6297–305. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38526509/>
17. Morales-García D, García MZ, Lanza JCC, et al. DUCMA 2.0 Project: Update on the Current Situation of the Outpatient Surgery Units in Spain. *Cir Esp* [Internet]. 2024 Jan;102(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38224773/>
18. Berlin NL, Brownlee S, Yu E, et al. Growth of Ambulatory Surgery Centers More Likely in Higher-Resourced Counties with Lower Deprivation, 2014–2021. *Health Affairs Scholar* [Internet]. 2025 Oct;3(11). Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12596691/>
19. Pónusz R, Endrei D, Kovács D, et al. The Development of One-Day Surgical Care in Hungary Between 2010 and 2019. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Jun;22. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9210767/>
20. International Association for Ambulatory Surgery. Day Surgery Handbook [Internet]. 2014. Available from: https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/day_surgery_manualLiaas.pdf
21. Hirsi AA, Danielsen O, Varnum C, et al. Day-case hip and knee arthroplasty does not increase healthcare system contacts: a prospective multicenter study in a public healthcare setting. *Acta Orthop* [Internet]. 2025;96:265–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40099463/>
22. Mölnlycke Healthcare. Interview with Mr David Bunting. 1 April 2026. Data on file.

23. Royal College of Surgeons in Ireland. Model of Care for Elective Surgery [Internet]. 2014. Available from: <https://www.rcsi.com/surgery/practice/publications-and-guidelines>
24. Ayyaz F, Joyner J, Cheetham M, et al. Association of Day-Case Rates with Post COVID-19 Recovery of Elective Laparoscopic Cholecystectomy Activity Across England. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2024 Apr;107(1):54–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38563060/>
25. Wainwright T. The Current Status of Daycase Hip and Knee Arthroplasty Within the English National Health Service: A Retrospective Analysis of Hospital Episode Statistics Data. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021 Mar;103(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33739152/>
26. Danielsen O, Jensen CB, Varnum C, et al. Day-case success or why still in hospital after total hip, total knee, and medial unicompartmental knee arthroplasties? *Bone Jt Open* [Internet]. 2024;5(11):977–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39496281/>
27. French J, Deere K, Sayers A, et al. Trends in hip and knee replacement length of stay and patient demographics in England: a population-based study of 1,455,842 primary procedures. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088116/>
28. Ricciardi R, Seshadri-Kreaden U, Yankovsky A, et al. The COMPARE Study: Comparing Perioperative Outcomes of Oncologic Minimally Invasive Laparoscopic, da Vinci Robotic, and Open Procedures: A Systematic Review and Meta-analysis of the Evidence. *Ann Surg* [Internet]. 2025 May 1;281(5):748–63. Available from: https://journals.lww.com/annalsurgery/fulltext/2025/05000/the_compare_study_comparing_perioperative.8.aspx
29. Danielsen O, Varnum C, Jensen CB, et al. Implementation of Outpatient Hip and Knee Arthroplasty in a Multicenter Public Healthcare Setting. *Acta Orthop* [Internet]. 2024 May;95:219–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38715473/>
30. Wada S, Miyake M, Hata M, et al. Annual Trends of Ophthalmic Surgeries in Japan's Super-Aged Society, 2014–2020: A National Claims Database Study. *Sci Rep* [Internet]. 2023 Dec;13(1). Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-49705-x>
31. Kabata Y. Trends in Ophthalmic Surgery Among Older Patients in Japan (Fiscal Years 2018 to 2022): A National Claims Database Study on Surgical Shifts and the COVID-19 Pandemic's Impact. *Cureus* [Internet]. 2025 Jun;17(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40656271/>
32. Dey S, Gadde R, Sobti A, et al. The safety and efficacy of day-case total joint arthroplasty. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021;103(9). Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10335200/>
33. Hoffmann JD, Kusnezov NA, Dunn JC, et al. The Shift to Same-Day Outpatient Joint Arthroplasty: A Systematic Review. *J Arthroplasty* [Internet]. 2018 Apr 1;33(4):1265–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29224990/>
34. Rohi A, Olofsson M, Jakobsson J. Ambulatory Anesthesia and Discharge: An Update Around Guidelines and Trends. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022 Oct;35(6):691–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194149/>
35. Rajan N, Rosero E, Joshi G. Patient Selection for Adult Ambulatory Surgery: A Narrative Review. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1415–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784328/>
36. Young SM, Osman B, Shapiro F. Safety considerations with the current ambulatory trends: more complicated procedures and more complicated patients. *Korean J Anesthesiol* [Internet]. 2023;76(5):400–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36912006/>
37. Courtney PM, Boniello AJ, Berger RA. Complications Following Outpatient Total Joint Arthroplasty: An Analysis of a National Database. *J Arthroplasty* [Internet]. 2017 May 1;32(5):1426–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034481/>
38. Filipovic MG, Schwenter A, Luedi M, et al. Modern preoperative evaluation in ambulatory surgery – who, where and how? *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022;35:661–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194141/>
39. Hodgson JAB, Cyr KL, Sweitzer B. Patient Selection in Ambulatory Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Jan;37(3):357–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938082/>
40. Bongiovanni T, Parzynski C, Ranasinghe I, et al. Unplanned hospital visits after ambulatory surgical care. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34283840/>
41. Alharthi AA, Mohammed A, Jamil M, et al. Evaluation of Risk Factors for Unanticipated Hospital Admission Following Ambulatory Surgery – An Observational Study. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2022 Sep;16(4):419–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36337418/>
42. Ceban F, Yan E, Pivetta B, et al. Perioperative Adverse Events in Adult Patients with Obstructive Sleep Apnea Undergoing Ambulatory Surgery: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Anesth* [Internet]. 2024 May;96:111464. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38718686/>
43. Joshi G. Enhanced Recovery Pathways for Ambulatory Surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020 Sep;33(6):711–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33002957/>
44. Cukierman D, Cata J, Gan TJ. Enhanced Recovery Protocols for Ambulatory Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Apr;37(3):285–303. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938077/>
45. Afonso A, McCormick P, Assel M, et al. Enhanced Recovery Programs in an Ambulatory Surgical Oncology Center. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1391–401. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784326/>

46. Emery SL, Jeannot E, Dallenbach P, et al. Minimally Invasive Outpatient Hysterectomy for a Benign Indication: A Systematic Review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2024 May;53(8):102804. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38797369/>
47. Fang L, Wang Q, Xu Y. Postoperative Discharge Scoring Criteria After Outpatient Anesthesia: A Review of the Literature. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2023 Jan;38(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36670045/>
48. Philteos J, Baran E, Noel CW, et al. Feasibility and Safety of Outpatient Thyroidectomy: A Narrative Scoping Review. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2021;12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34394008/>
49. Shah S, Qureshi F, Stanley S, et al. Unplanned Hospital Admissions Within 24 h After 53,185 Surgical Procedures at a U.S. Ambulatory Surgery Center. *Perioperative Medicine* [Internet]. 2024 Aug;13(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39138487/>
50. Sun W, Wu F, Du Y, et al. Construction of the whole-process nursing service system for day surgery patient based on the Kano model: A pilot cluster randomized controlled trial. *Digit Health* [Internet]. 2024;10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39372810/>
51. McGillion M, Parlow J, Borges F, et al. Post-Discharge After Surgery Virtual Care with Remote Automated Monitoring-1 (PVC-RAM-1) Technology Versus Standard Care: Randomised Controlled Trial. *The BMJ* [Internet]. 2021 Sep;374(30). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34593374/>
52. Simon B, Assel M, Tin A, et al. Association Between Electronic Patient Symptom Reporting With Alerts and Potentially Avoidable Urgent Care Visits After Ambulatory Cancer Surgery. *JAMA Surg* [Internet]. 2021 Jun;156(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34076691/>
53. Pinto J, Matias A, Sá L, et al. Quality Indicators in Ambulatory Care Surgery: A Scoping Review. *Nurs Econ* [Internet]. 2022;40(5). Available from: <https://www.proquest.com/openview/8bef025f13cededcd7278991ba3a6a6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30765>
54. Alder CC, Bronsert MR, Meguid R, and Stuart CM, et al. Preoperative Risk Factors and Postoperative Complications Associated with Mortality After Outpatient Surgery in a Broad Surgical Population: An Analysis of 2.8 Million ACS-NSQIP Patients. *Surgery* [Internet]. 2023 Jun;174(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37290998/>
55. GIRFT. Day Case First: National Day Surgery Delivery Pack [Internet]. 2024. Available from: <https://www.gettingitrightfirsttime.co.uk/wp-content/uploads/2024/09/National-Day-Surgery-Delivery-Pack-V2.0-September-2024.pdf>
56. Mölnlycke Healthcare. Interview with Mr Bjarne Skjødt Hjaltalin. 30 April 2026. Data on file.
57. Thoen CW, Sæle M, Strandberg RB, et al. Patients' experiences of day surgery and recovery: A meta-ethnography. *Nurs Open* [Internet]. 2024 Jan 1;11(1):e2055. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.2055>
58. Larsson F, Strömbäck U, Rysst Gustafsson S, et al. Postoperative Recovery: Experiences of Patients Who Have Undergone Orthopedic Day Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing* [Internet]. 2022 Aug 1;37(4):515–20. Available from: <https://www.jopan.org/action/showFullText?pii=S1089947221003610>
59. Rajan N. The high-risk patient for ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020;33(6):724–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093300/>
60. Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, et al. Surgical Site Infections Following Ambulatory Surgery Procedures. *JAMA* [Internet]. 2014 Feb 19;311(7):709–16. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1829988>
61. Linsenmeyer K, Branch-Elliman W, Kalver E, et al. Surgical Site Infections in Outpatient Surgeries: Less Invasive Procedures Contribute Substantially to the Overall Burden. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2019 Oct 1;40(10):1191. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7328464/>
62. Tsai TC, Brownlee S, Dai D, et al. Disparities in Access to Outpatient Surgery Related to Removal of Procedures From Medicare's Inpatient-only List. *Ann Surg* [Internet]. 2024 Apr;281(5):779–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38660795/>
63. Chen AT, Saynisch PA, Song H, et al. Inpatient to Outpatient Shifts in Surgical Care: Persistence of COVID-19 Era Changes and Socioeconomic Variations. *Medical Care Research and Review* [Internet]. 2025 Dec;83(2):156–64. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10775587251396718>
64. Theiss LM, Wood L, Shao C, et al. Disparities in Perioperative Use of Patient Engagement Technologies - Not All Use is Equal. *Ann Surg* [Internet]. 2023 Jan 1;277(1):E218–25. Available from: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2023/01000/disparities_in_perioperative_use_of_patient.57.aspx
65. Janeway MG, Sanchez SE, Chen Q, et al. Association of Race, Health Insurance Status, and Household Income With Location and Outcomes of Ambulatory Surgery Among Adult Patients in 2 US States. *JAMA Surg* [Internet]. 2020 Dec 1;155(12):1123–31. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2770165>
66. Rajala M, Kääriäinen M, Tanhua A, et al. Patients' Perspectives on Postoperative FollowUp Calls in Day Surgery: A Qualitative Study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2025 Sep 1;39(3):e70077. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12209737/>
67. Joo H, Fernández A, Wick EC, et al. Association of Language Barriers With Perioperative and Surgical Outcomes: A Systematic Review. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2023 Jul 3;6(7):e2322743–e2322743. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2807136>

68. Luan-Erfe BM, Erfe JM, Decaria B, et al. Limited English Proficiency and Perioperative Patient-Centered Outcomes: A Systematic Review. *Anesth Analg* [Internet]. 2023 Jun 1;136(6):1096–106. Available from: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2023/06000/limited_english_proficiency_and_perioperative.13.aspx
69. Dai X, Ryan MA, Clements AC, et al. The Effect of Language Barriers at Discharge on Pediatric Adenotonsillectomy Outcomes and Healthcare Contact. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* [Internet]. 2021 Jul 1;130(7):833–9. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0003489420980176>
70. Wu C, Lin K, Fan Q, et al. The effect of health literacy on early postoperative recovery of patients undergoing outpatient surgery. *Technology and Health Care* [Internet]. 2024 Mar 14;32(2):1091–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38073342/>
71. Maria J, Wängdahl J, Karuna D. Health literacy friendly organizations – A scoping review about promoting health literacy in a surgical setting. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2024 Aug 1;125:108291. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399124001587>
72. Clarke G. Surgical hubs: key to tackling hospital waiting lists? [Internet]. 2024. Available from: <https://www.health.org.uk/features-and-opinion/blogs/surgical-hubs-key-to-tackling-hospital-waiting-lists>
73. Jain S, Rosenbaum PR, Reiter JG, et al. Assessing the Ambulatory Surgery Center Volume-Outcome Association. *JAMA Surg* [Internet]. 2024 Apr 1;159(4):397–403. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2814240>
74. Pace D, Hounsell C, Boone D. Ambulatory surgery centres: a potential solution to a chronic problem. *Canadian Journal of Surgery* [Internet]. 2023 Mar 17;66(2):E111. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9998099/>
75. Mölnlycke Healthcare. Interview with Professor Tim Briggs. 23 April 2026. Data on file.
76. Muramatsu N, Liang J. Hospital length of stay in the United States and Japan: a case study of myocardial infarction patients. *Int J Health Serv* [Internet]. 1999;29(1):189–209. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10079404/>
77. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* [Internet]. 2003 May 1;96(5):219. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC539473/>
78. Mölnlycke Healthcare. Interview with Professor Karine Nouette-Gaulain. 10 April 2026. Data on file.
79. National Institute for Health and Care Excellence. Surgical site infections: prevention and treatment. NICE Guidance [Internet]. 2019; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
80. WHO. Global guidelines for the prevention of surgical site infection [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475>
81. Berriós-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surg* [Internet]. 2017 Aug 1;152(8):784–91. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2623725>
82. Brown EG, Burgess D, Li CS, et al. Hospital readmissions: necessary evil or preventable target for quality improvement. *Ann Surg* [Internet]. 2014;260(4):583–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25203874/>
83. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesth Analg* [Internet]. 2020 Aug 1;131(2):411–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32467512/>
84. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology* [Internet]. 2013 Feb;118(2):291–307. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23364567/>
85. Centre for Perioperative Care & GIRFT. National Day Surgery Delivery Pack [Internet]. 2020. Available from: https://www.cpop.org.uk/sites/cpop/files/documents/2020-09/National%20Day%20Surgery%20Delivery%20Pack_Sept2020_final.pdf
86. Kumar N, Miocinovic R, Beris TD, et al. Comparison of same-day discharge robotic-assisted radical prostatectomy in an ambulatory surgery center versus hospital setting. *J Robot Surg* [Internet]. 2026 Dec 1;20(1):48–. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11701-025-03014-9>
87. Kuwornu JP, Brain D, Ng KS, et al. Cost-Effectiveness of Day Surgery With Remote Patient Monitoring for Acute Cholecystitis: Economic Modeling Study. *JMIR Perioper Med* 2025;8:e76807 <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807> [Internet]. 2025 Oct 20;8(1):e76807. Available from: <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807>
88. Britteon P, Kristensen S, Lau YS, et al. Spillover Effects of Financial Incentives for Providers onto Non-Targeted Patients: Daycase Surgery in English Hospitals. *Health Econ Policy Law* [Internet]. 2023 May;18(3):1–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37190849/>
89. Valentelyte G, Keegan C, Sørensen J. Hospital Response to Activity-Based Funding and Price Incentives: Evidence from Ireland. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2023 Sep;137:104915. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37741112/>

Příloha

Otázky položené v průzkumu

Q1

Jak často, pokud vůbec, dochází ve vaší každodenní práci k následujícímu?

	Stále	Často	Občas	Zřídka	Nikdy	Nevím / netýká se mě	Nechci odpovědět
Výkony, které by bylo možné bezpečně provést jako jednodenní, se místo toho provádí jako výkony s hospitalizací	7 %	22 %	30 %	32 %	8 %	1 %	1 %
Tlak na navýšení objemu jednodenní chirurgie má negativní vliv na rozhodnutí o výběru pacientů	7 %	22 %	30 %	28 %	12 %	1 %	0 %
Pacienti jsou z jednodenní chirurgie propouštěni ve chvíli, kdy na to podle mě ještě nejsou zcela připraveni	9 %	16 %	24 %	32 %	18 %	1 %	0 %
Pacienti jsou propouštěni z jednodenní chirurgie, aniž by měli v domácím prostředí potřebnou podporu pro rekonvalescenci	4 %	19 %	28 %	27 %	22 %	0 %	0 %
Operace pacientů vhodných pro jednodenní chirurgii se odkládají z důvodu nedostatku kapacity sálů	7 %	25 %	33 %	24 %	10 %	1 %	0 %

N: chirurgové, anesteziologové, sálové sestry (148)

	Stále	Často	Občas	Zřídka	Nikdy	Nevím / netýká se mě	Nechci odpovědět
Plánované rozšíření jednodenní chirurgie se odkládá z důvodu nedostatku prostor, zařízení nebo investic	9 %	19 %	34 %	26 %	11 %	0 %	1 %
Tlak ze strany plátců, regulačních orgánů nebo stanovených celostátních cílů na zvýšení podílu jednodenní chirurgie	9 %	20 %	34 %	32 %	3 %	0 %	1 %

N: manažeri operačních sálů, nákupní oddělení nebo vedení nemocnice (108)

	Stále	Často	Občas	Zřídka	Nikdy	Nevím / netýká se mě	Nechci odpovědět
Je složité najmout nebo si udržet personál pro jednodenní chirurgii	10 %	27 %	33 %	23 %	5 %	0 %	1 %

N: manažeři operačních sálů nebo vedení nemocnice (73)

	Stále	Často	Občas	Zřídka	Nikdy	Nevím / netýká se mě	Nechci odpovědět
Zdlouhavé pořizování nebo nedostatek vybavení a materiálu pro jednodenní chirurgii	9 %	14 %	20 %	43 %	14 %	0 %	0 %

N: nákupní oddělení (35)

	Stále	Často	Občas	Zřídka	Nikdy	Nevím / netýká se mě	Nechci odpovědět
Pořadníky pacientů čekajících na jednodenní výkon se ruší nebo zkracují kvůli provozním omezením	8 %	21 %	39 %	27 %	5 %	0 %	0 %

N: All (256)

Q2

Jak byste na svém stávajícím pracovišti ohodnotili následující?

	Velmi špatné	Spíše špatné	Ani dobré, ani špatné	Spíše dobré	Velmi dobré	Nevím / netýká se mě
Školení a příprava personálu na výkony jednodenní chirurgie	2 %	12 %	17 %	36 %	31 %	1 %
Standardizace procesů a protokolů pro jednodenní chirurgii	3 %	9 %	18 %	44 %	27 %	0 %
Předoperační posouzení a výběr pacientů pro jednodenní chirurgii	5 %	11 %	22 %	36 %	27 %	0 %
Fyzické prostory a vybavení k dispozici pro jednodenní chirurgii	2 %	11 %	17 %	41 %	29 %	1 %
Kvalita života a pracovní podmínky personálu v jednodenní chirurgii oproti personálu v hospitalizační péči	5 %	8 %	22 %	38 %	28 %	0 %
Dostupná kapacita na pooperační rekonvalescenci a propuštění	4 %	10 %	24 %	38 %	24 %	0 %

N: All (256)

Q3

Když se na základě svých vlastních zkušeností nebo znalostí zamyslíte nad vhodnými pacienty a výkony, který režim podle vás dosahuje v níže uvedených oblastech lepších výsledků?

	Výrazně lepší v jednodenní chirurgii	O něco lepší v jednodenní chirurgii	Zhruba stejné	O něco lepší u výkonů s hospitalizací	Výraznělepší u výkonů s hospitalizací	Nevím
Operační komplikace a míra výskytu pooperačních infekcí	11 %	30 %	30 %	19 %	9 %	1 %
Míra neplánovaných opětovných hospitalizací nebo návratu do nemocnice	11 %	29 %	30 %	21 %	7 %	2 %
Bolest a průběh rekonvalescence uváděný pacientem	12 %	26 %	30 %	20 %	10 %	1 %
Nižší celkové náklady pro nemocnice i plátce	22 %	28 %	24 %	15 %	9 %	2 %
Nižší výskyt vedlejších účinků anestezie	11 %	32 %	29 %	18 %	9 %	0 %
Rychlejší obrát lůžek a provozní efektivita chirurgického týmu	11 %	35 %	25 %	18 %	10 %	1 %

N: všichni (256)

Q4

Kolik nevyužitého potenciálu pro jednodenní chirurgii je podle vás v následujících oborech – tj. kde by bylo možné reálně provádět větší počet výkonů jako jednodenní, přestože tomu tak momentálně není?

Chirurgický obor	Žádný nevyužitý potenciál	Určitý nevyužitý potenciál	Významný nevyužitý potenciál	Nevím / netýká se mě
Ortopedie	16 %	43 %	34 %	8 %
Všeobecná chirurgie	16 %	48 %	32 %	4 %
Oftalmologie	14 %	46 %	31 %	9 %
Gynekologie	18 %	47 %	27 %	8 %
Urologie	19 %	45 %	27 %	9 %
ORL	19 %	42 %	27 %	12 %
Plastická/rekonstrukční chirurgie	12 %	45 %	34 %	9 %
Kardiologie (intervence s využitím katétrů)	21 %	38 %	32 %	9 %

N: všichni (256)

Q5

Které faktory, pokud vůbec některé, vaše pracoviště nejvíce motivují k přechodu na jednodenní chirurgii?
(Vyberte až 3 možnosti.)

	Vše
Zlepšení chirurgických technik a protokolů pro rekonvalescenci	36 %
Pacienti upřednostňují propuštění ve stejný den a domácí rekonvalescenci	30 %
Snížení rizika nozokomiální nákazy a zlepšení bezpečnosti pacientů	27 %
Tlak ze strany nákladů nebo rozpočtu	27 %
Celostátní nebo regionální cíle zdravotnického systému ohledně podílu jednodenní chirurgie	26 %
Tlak na kapacitu zvyšuje cíle v oblasti obratu lůžek	25 %
Zkrácení pořadníků nebo čekací doby na plánované operace	25 %
Otevření specializovaných center jednodenní chirurgie	24 %
Tlak na zlepšení efektivity na operačních sálech	22 %
Nová nařízení, regulatorní opatření nebo změny úhrad	21 %
Nevím	0 %
Jiné, upřesněte prosím	0 %

N: všichni (256)

Q6

V kterém bodě škály mezi tvrzením vlevo a vpravo se nacházíte?

Tvrzení vlevo	Naprostou souhlasím s tvrzením vlevo	Spíše souhlasím s tvrzením vlevo	Ani jedno / obě tvrzení jsou si rovna	Spíše souhlasím s tvrzením vpravo	Naprostou souhlasím s tvrzením vpravo	Tvrzení vpravo
Lidé z profese vnímají jednodenní chirurgii jako naplňující a vysoce kvalitní oblast práce	15 %	29 %	25 %	22 %	9 %	Lidé z profese vnímají jednodenní chirurgii jako oblast s nižším statusem či méně náročnou než hospitalizační péči
Jednodenní chirurgie umožňuje lepší týmovou práci a koordinaci mezi jednotlivými rolemi	13 %	29 %	23 %	23 %	11 %	V jednodenní chirurgii je těžší dosáhnout efektivní týmové práce
Klinický personál může promlouvat do formování procesů pro jednodenní chirurgii a mít na ně vliv	14 %	26 %	23 %	27 %	10 %	Procesy pro jednodenní chirurgii se do značné míry připravují bez dostatečného zapojení personálu, který je bude realizovat
Jednodenní chirurgie funguje nejlépe při realizaci na vyhrazené jednotce se specializovaným týmem	16 %	29 %	21 %	24 %	10 %	Jednodenní chirurgie funguje dobře v prostředí nemocničního sálu všeobecné chirurgie
Rozhodnutí o tom, které případy jsou vhodné pro jednodenní chirurgii, dělají společně klinické a manažerské týmy	13 %	25 %	27 %	24 %	12 %	Rozhodnutí o tom, které případy jsou vhodné pro jednodenní chirurgii, dělá převážně jedna skupina bez dostatečného zapojení ostatních
Pracovní zátěž a tempo v jednodenní chirurgii je zvládnutelné a udržitelné	12 %	24 %	27 %	25 %	13 %	Pracovní zátěž a tempo v jednodenní chirurgii vyvíjí na personál přehnaný tlak

N: všichni (256)

Q7

Co, pokud vůbec něco, by podle vás bylo pro rozvoj jednodenní chirurgie na vašem pracovišti nejpřínosnější?
(Vyberte až 3 odpovědi.)

	Vše
Edukace pacientů pro správné nastavení očekávání ohledně jednodenní chirurgie a domácí rekonvalescence	34 %
Účelově vybudované prostory nebo centra pro jednodenní chirurgii	32 %
Digitální nástroje, které snižují administrativní zátěž a nabízí personálu rychlejší přístup k potřebným informacím	32 %
Lepší anesteziologické protokoly umožňující rychlejší rekonvalescenci (např. lokální anestezie, anestetika s kratším účinkem)	30 %
Standardizované klinické postupy a protokoly vypracované pro konkrétní chirurgický výkon	27 %
Specializované školicí programy pro týmy jednodenní chirurgie	27 %
Lepší data a standardizované srovnávání výsledků jednodenní chirurgie	26 %
Jasnější finanční pobídky pro péči o pacienty v jednodenním režimu	25 %
Propracovanější nástroje a prostředky určené přímo pro jednodenní chirurgii	23 %
Nevím	1 %
Jiné, upřesněte prosím	0 %

N: All (256)

Q8

Pokud se hraniční případ neprovede v režimu jednodenní chirurgie, jaké hlavní důvody, pokud nějaké jsou, k tomu podle vaší zkušenosti vedou? (Vyberte až 3 možnosti.)

	Vše
Stav pacienta, komorbidita nebo složitost operace	43 %
Domácí situace pacienta (žije sám, daleko od nemocnice, absence pečující osoby)	38 %
Chybí vhodné zařízení jednodenní chirurgie nebo místo v pořadníku	33 %
Otázky ohledně podpory po propuštění nebo eskalace v případě komplikací	32 %
Chirurg nebo anesteziolog preferují operovat pacienta s hospitalizací	32 %
Chybí příslušný personál pro jednodenní chirurgii	26 %
Pacient preferuje hospitalizaci přes noc	24 %
Pro daný chirurgický výkon není zavedený postup pro jednodenní chirurgii	23 %
Jiné, upřesněte prosím	0 %
Nevím	0 %

N: chirurgové, anesteziologové, sálkové sestry, manažeři operačních sálů (180)

Q8a

Co, pokud vůbec něco, by nejvíc zvýšilo vaši jistotu ohledně možnosti rozšíření jednodenní chirurgie ve vaší organizaci? (Vyberte až 3 možnosti.)

	Vše
Standardizované operační treje, které zkrátí dobu přípravy a variabilitu mezi jednotlivými případy	42 %
Lepší protokoly pooperační péče o rány pro pacienty v domácí rekonvalescenci	38 %
Řešení pro prevenci infekcí určená přímo pro prostředí jednodenní chirurgie s velkým obratem lůžek	36 %
Školící a vzdělávací programy na rozvoj dovedností v jednodenní chirurgii napříč všemi týmy	36 %
Důkazy a srovnávací data k výsledkům jednodenní chirurgie podle typu chirurgického výkonu	30 %
Podpora pro nové nastavení procesů tak, aby se omezily činnosti bez přidané hodnoty a zlepšila se efektivita sálů	30 %
Digitální nástroje pro efektivnější nakládání s materiálem, denní tok práce na chirurgickém sále a statistiky ohledně činností	21 %
Udržitelná řešení, která omezují množství odpadu a neohrožují přitom bezpečnost	21 %
Nevím	1 %
Jiné, upřesněte prosím	0 %

N: všichni (256)

Q9

Když vybíráte dodavatele nebo partnera pro řešení z oblasti produktů a služeb v jednodenní chirurgii, nakolik důležité je pro vás následující?

	Není vůbec důležité	Není důležité	Je do určité míry důležité	Je velmi důležité	Nevím / netýká se mě
Konzistentní produkty ve vysoké kvalitě, na které se můžou klinické týmy spolehnout	4 %	8 %	36 %	51 %	2 %
Spolehlivost a dostupnost dodávek, kdykoli je potřebujeme	3 %	13 %	34 %	50 %	1 %
Flexibilní služby a podpora ze strany dodavatele	2 %	13 %	44 %	41 %	0 %
Produkty a řešení, které zlepšují efektivitu na sále a zkracují dobu přípravy	3 %	10 %	41 %	45 %	1 %
Důkazy a data na podporu klinických a nákupních rozhodnutí	2 %	11 %	45 %	41 %	2 %
Školení, vzdělávání a rozšiřování klinické kapacity	3 %	8 %	30 %	57 %	2 %
Udržitelné produkty a obaly, které přispívají k dosažení stanovených cílů ochrany životního prostředí	2 %	14 %	41 %	41 %	2 %
Možnost přizpůsobit a standardizovat operační treje pro konkrétní postupy	2 %	11 %	43 %	43 %	1 %

N: všichni (256)

Q10

Jakou změnu, pokud nějakou, očekáváte na svém pracovišti v příštích 2–3 letech v každé z následujících oblastí?

	Výrazný pokles	Určitý pokles	Ani pokles, ani nárůst	Určitý nárůst	Výrazný nárůst	Nevím
Objem výkonů jednodenní chirurgie	2 %	9 %	27 %	33 %	30 %	0 %
Škála typů výkonů prováděných v rámci jednodenní chirurgie	1 %	11 %	27 %	42 %	18 %	1 %
Investice do zařízení nebo vybavení určených přímo pro jednodenní chirurgii	2 %	12 %	18 %	41 %	26 %	1 %
Zavedení standardizovaných postupů a protokolů pro jednodenní chirurgii	3 %	12 %	20 %	41 %	24 %	0 %
Nížší výskyt vedlejších účinků anestezie	11 %	32 %	29 %	18 %	9 %	0 %
Rychlejší obrat lůžek a provozní efektivita chirurgického týmu	11 %	35 %	25 %	18 %	10 %	1 %

N: všichni (256)



David Bunting

Vedoucí lékař pro chirurgii horní části zažívacího traktu a rekonstrukční chirurgii břišní stěny, North Devon District Hospital

Člen vedení Mezinárodní asociace jednodenní chirurgie (IAAS)

Bývalý ředitel Britské asociace jednodenní chirurgie, Británie

1. dubna 2026

Rozhovory

Otázky:

- + Máte zkušenosti jako chirurg i jako vedoucí osobnost jednodenní chirurgie na celostátní úrovni. Jaké důvody podle vás hrají největší roli v tom, že v některých částech Británie se podařilo jednodenní chirurgii úspěšně rozvinout, zatímco jiné stále zaostávají?
- + Kde konkrétně v chirurgii horní části zažívacího traktu a břišní stěny je podle vás největší příležitost přesunout v příštích několika letech ještě víc péče bezpečně do režimu jednodenní chirurgie?
- + Které prvky procesů nebo modelů služeb jsou nejdůležitější pro to, aby jednodenní chirurgie dobře fungovala v praxi, zejména na pracovištích NHS, která jsou pod značným tlakem?
- + Jednodenní chirurgie se dnes rozšiřuje na složitější výkony a nové skupiny pacientů. Jak by měli poskytovatelé přistupovat k výběru pacientů, aniž by sklouzli k přílišné neochotě nést riziko?
- + Jak důležité jsou inovace a technologie, jako například minimálně invazivní techniky, robotická chirurgie, lepší analgezie a následná kontrola pacientů pomocí digitálních technologií, v umožnění rozvoje další fáze jednodenní chirurgie v Británii?
- + Která ponaučení z britského vývoje jsou podle vás nejnázorněji uplatnitelná pro zdravotnické systémy mimo Británii, které chtějí rozšířit jednodenní chirurgii, a co by se naopak nemělo kopírovat bez potřebných úprav?



**Prof. Karine Nouette-Gaulain,
MD, PhD**

Vedoucí oddělení anesteziologie, intenzivní péče a perioperačního lékařství, Dětská nemocnice a porodnice Aliénor d'Aquitaine, fakultní nemocnice Univerzity v Bordeaux, France (CHU de Bordeaux)

10. dubna 2026

Otázky:

- + Selon votre expérience, comment les modèles de chirurgie ambulatoire et de chirurgie de jour ont-ils évolué en France au cours des dernières années, et quels changements vous semblent les plus structurants aujourd'hui?
- + Dans le système de santé français, quels sont les principaux facteurs cliniques, organisationnels ou systémiques qui expliquent l'accélération de la transition vers des parcours de chirurgie avec sortie le jour même?
- + Dans quelle mesure le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite-t-il, selon vous, une plus grande priorité accordée à des infrastructures et à des capacités dédiées d'éviter la concurrence permanente entre la chirurgie programmée et les activités d'urgence pour le temps opératoire et les ressources cliniques?
- + Du point de vue de l'anesthésie-réanimation, quels progrès ont été les plus déterminants pour rendre la sortie le jour même plus sûre et plus fiable pour un nombre croissant de patients et de procédures?



Prof. Tim Briggs

Vedoucí programu GIRFT (Getting It Right The First Time) pro zlepšení kvality péče a národní ředitel NHS pro Anglii s agendou zlepšení klinických výsledků a plánovaných výkonů

23. dubna 2026

Otázky:

- + Které nejefektivnější nástroje pro zvýšení počtu jednodenních výkonů v NHS jsou podle vás k dispozici na celostátní politické úrovni, zejména u operací, kde mezi jednotlivými složkami NHS stále panuje velká variabilita?
- + Jaké jsou podle vašich zkušeností s programem GIRFT hlavní překážky, které jednotlivým složkám brání přesunout větší objem vhodných operací do režimu jednodenní chirurgie, přestože klinické důkazy hovoří ve prospěch tohoto postupu?
- + Nakolik podle vás závisí pokrok na jasném celostátním politickém směřování, a nakolik na vedení na úrovni složek NHS nebo systémové úrovni, pokud jde o snížení variability v podílu jednodenních chirurgie na celkovém objemu operací?
- + Do jaké míry aktuální systémy úhrad, finanční pobídky a výkonnostní rámce podporují jednotlivé složky NHS v tom, aby v rámci elektivní péče upřednostňovali jednodenní chirurgii a ambulantní péči?
- + Do režimu jednodenní chirurgie se přesouvá stále větší objem péče. Jak by měli v tomto kontextu odpovědní činitelé a vedoucí osobnosti klinické praxe pohlížet na domácí rekonvalescenci a co je potřeba k tomu, aby měli pacienti po propuštění zajištěnou bezpečnou a konzistentní podporu?
- + Když se podíváme do budoucnosti, jaké další politické změny nebo celostátní priority by měly největší vliv na to, aby se vysoce kvalitní jednodenní chirurgie a domácí rekonvalescence staly standardem v rámci celé NHS?
- + Kde vzhledem ke svým zkušenostem v ortopedii vidíte největší příležitost rozšířit jednodenní chirurgii a jaká ponaučení může ortopedie nabídnout zbytku systému?



Bjarne Skjødt Hjaltalin MD, MPG

Vedoucí lékař oddělení jednodenní chirurgie,
nemocnice Amager a Hvidovre

30. dubna 2026

Otázky:

- + Když budete čerpat ze své zkušenosti z anesteziologie, intenzivní a neodkladné péče, jaká jsou podle vás nejdůležitější klinická opatření pro bezpečný rozvoj jednodenní chirurgie?
- + Jaké byly a jsou podle vaší zkušenosti největší praktické překážky pro rozvoj jednodenní chirurgie ve vaší nemocnici?
- + Jaké jsou podle vaší zkušenosti klíčové nástroje, které napomohly pokroku Dánska v oblasti jednodenní chirurgie?
- + Když se podíváme konkrétně na Dánsko, jaké trendy budou podle vás v následujících pěti až deseti letech utvářet budoucnost jednodenní chirurgie?
- + Když vezmeme v úvahu vaši roli v přípravě strategie pro jednodenní chirurgii v severských zemích, jaká ponaučení z dánské zkušenosti jsou podle vás nejrelevantnější pro ostatní evropská zdravotnictví?

Zpráva o nové podobě jednodenní chirurgie prošla přezkoumáním a diskuzí odborné skupiny v rámci dvouhodinového setkání poradního výboru. Schůzka proběhla prostřednictvím Microsoft Teams ve čtvrtek 7. května mezi 17:00–19:00 BST.

Poradní výbor

Účastníci:



Předseda: Chris Hopson

Bývalý strategický ředitel NHS Anglie



Prof. Jaideep Pandit

Profesor anestezie a vedoucí divize anestezie, Oxfordská univerzita, Spojené království



Laurens Van Houte

Manažer chirurgického oddělení, Medisch Spectrum Twente, Nizozemí



Daniela Matos

Vrchní sestra, Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugalsko



dr. Jaroslaw J. Fedorowski

Prezident Polské federace nemocnic (PFSz), Polsko



Jaana Perttunen

Prezidentka Evropské asociace sálových sester (EORNA), Finsko



dr. Shaan Chhabra

Vedoucí týmu pro transformaci a zlepšení pracovního toku v Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Británie



dr. Francesco Venneri

Ředitel Centra pro management klinických rizik a bezpečnost pacientů, Toskánsko, Itálie

Program jednání

Bod programu	Popis
Přivítání a představení	Přehled cílů a programu schůzky; představení členů poradního výboru.
Část 1.A: Jednodenní chirurgie v mém zdravotnickém systému	Každý účastník během tří minut shrne aktuální situaci jednodenní chirurgie ve své zemi nebo zdravotnickém systému. Cílem je rychlé srovnání definic, realizace a postavení tohoto režimu chirurgie v různých zemích a nalezení nejdůležitějších podobností a rozdílů mezi jednotlivými systémy.
Část 1.B: Diskuze o odprezentovaných souhrnech	Diskuze o společných tématech, rozdílech a jejich důsledcích pro tuto zprávu. Cílem této části je najít nejdůležitější body, které se prolínají napříč systémy, a rozhodnout se, které otázky je třeba v závěrečné verzi zprávy zdůraznit. Diskuzní otázky: 1. Jaké byly nejdůležitější podobnosti a rozdíly mezi představenými zdravotnickými systémy, a co nám to říká o překážkách a nástrojích pro rozvoj jednodenní chirurgie? 2. Na která témata, příklady nebo ponaučení z prezentací by měla zpráva klást větší důraz?
Část 2: Diskuze o zprávě	Skupinová diskuze rozebírající koncept této zprávy a to, zda věrně odráží potenciál jednodenní chirurgie v různých zdravotnických systémech. Diskuzní otázky: 1. Zachycuje zpráva věrně potenciál a důležitost jednodenní chirurgie? 2. Odráží zpráva věrně a vyváženě jak příležitost, kterou jednodenní chirurgie představuje, tak její praktická omezení? 3. Odráží zpráva věrně následující výzvy? Zamyslete se nad tím, jak se týkají vašeho vlastního zdravotnického systému, pokud není ve zprávě explicitně zmíněný. + Tlak na kapacitu lůžek + Nedostatek personálu + Efektivita procesů na operačních sálech + Čekací doby na plánované operace + Finanční omezení + Cokoli, co podle vás chybí
Část 3:	V této části se zaměříme na to, jestli se zpráva zabývá těmi správnými chirurgickými výkony, obory a příležitostmi pro další rozšíření jednodenní chirurgie. Cílem je otestovat, jestli předkládaný rámec stanovení priorit odráží reálnou praxi v různých zdravotnických systémech a jestli v současné verzi zprávy nechybí důležité obory, výkony nebo nastupující trendy. Úkolem pro skupinu je zamyslet se nad tím, kde jsou momentálně největší příležitosti pro rychlý rozvoj kapacity, kde je pokrok pomalejší, než se čekalo, a které oblasti budou s největší pravděpodobností utvářet budoucí směřování jednodenní chirurgie. Diskuzní otázky: 1. Dává předkládaný postup stanovení priorit smysl? + Frekventované výkony s prověřenými postupy pro jednodenní chirurgii + Výkony se silnou oporou v důkazech, ale nízkou mírou implementace + Průkopové výkony, které mohou být realizovatelné v budoucnosti 2. Které obory nebo výkony je nejdůležitější zahrnout z hlediska vašeho zdravotnictví?

Bod programu	Popis
Část 4: Zvyšování efektivity na operačním sále	Tato část se zaměří na to, zda jsou doporučení předkládaná v konceptu zprávy dostatečně praktická, relevantní a proveditelná v různých zdravotnických systémech. Bude se diskutovat o tom, jestli zpráva zachycuje ty správné kroky, priority a nástroje na podporu širší implementace jednodenní chirurgie v různých prostředích. Zamyslete se nad tím, jak může být zpráva pro klinické pracovníky, manažerské týmy i odpovědné činitele co největším přínosem. V této části se také zaměříme na to, jaké další pokyny, příklady nebo úpravy mohou být nezbytné pro to, aby byla doporučení přesvědčivá a prakticky proveditelná. Diskuzní otázky: 1. Odráží doporučení v konceptu zprávy nejdůležitější kroky, které jsou pro urychlení rozvoje jednodenní chirurgie potřeba? 2. Která doporučení budou ve vašem zdravotnictví pravděpodobně nejsnáze dosažitelná? 3. Která doporučení budou ve vašem zdravotnictví pravděpodobně nejnáročnější nebo nejvíce kontroverzní? 3. Uvádí zpráva dostatek důkazů ohledně následujících témat: + Změna koncepce pracovní síly + Vyhrazená kapacita pro plánované operace + Finanční pobídky a úhrady + Otázky bezpečnosti a rovnosti + Použití digitálních technologií a distančních kontrol
Další postup	Přehled dalších kroků, časová osa pro přípravu zprávy a možnost dalších komentářů a připomínek.

Schůze poradního výboru se zaměřila na kontrolu zjištění a doporučení uvedených v konceptu zprávy o jednodenní chirurgii. Dalším cílem bylo získat pohledy z různých zemí na překážky, nástroje a budoucí příležitosti pro rozvoj jednodenní chirurgie.

Shrnutí projednaných témat

1. Aktuální stav jednodenní chirurgie napříč zdravotnickými systémy

Členové výboru se podělili o svůj pohled na to, jakým způsobem jejich země a zdravotnictví aktuálně definuje a realizuje jednodenní chirurgii a jaké priority si v ní stanovuje. V diskuzi se řešily rozdíly mezi nastavením politického rámce, míra přijetí, úhradové modely, infrastruktura a klinické postupy.

Mezi hlavní probíraná témata patřila tato:

- + Rozdíly v tom, jak jednotlivé země jednodenní chirurgii definují a měří
- + Do jaké míry je jednodenní chirurgie prioritou v rámci zdravotnické politiky a strategií nemocnic
- + Běžné překážky bránící dalšímu rozvoji včetně nedostatku personálu, nevyhovující infrastruktury a problémů v oblasti úhrad
- + Příklady úspěšných postupů, díky kterým se podařilo tempo implementace zrychlit

2. Společná témata a ponaučení z jednotlivých zemí

Po skončení prezentací vedli účastníci diskuzi o tom, co je v jednotlivých systémech podobné, a co odlišné, a o důsledcích těchto zjištění pro tuto zprávu.

Diskuze se zaměřila na:

- + Sdílené problémy, které trápí jednodenní chirurgii bez ohledu na zemi
- + Systémové nástroje, které se pojí s vyšší mírou implementace
- + Ponaučení, která jsou přenositelná mezi zdravotnickými systémy
- + Oblasti, kterým by se zpráva vzhledem k opakovanému zmiňování tématu v prezentacích měla věnovat důkladněji

3. Diskuze o konceptu zprávy

Výbor zkoumal, zda zpráva věrně odráží to, jakou příležitost jednodenní chirurgie představuje, i realitu, v níž zdravotnické systémy operují.

Mezi hlavními body diskuze byly tyto:

- + Zda zpráva jasně pojmenovává strategický význam jednodenní chirurgie
- + Rovnováha mezi zdůrazněním příležitostí a poukázáním na praktické problémy s implementací
- + Zda zpráva odráží hlavní tlaky, kterým zdravotnické systémy čelí, včetně těchto:
 - Omezená kapacita lůžek
 - Nedostatek personálu
 - Efektivita operačních sálů
 - Čekací doby u plánovaných operací
 - Finanční tlak
- + Případné další problémy nebo kontextuální faktory, které je třeba do zprávy zapracovat

4. Určení priorit u výkonů a budoucích příležitostí

V diskuzi se řešilo také to, zda se zpráva zaměřuje na ty správné výkony, obory a příležitosti k růstu.

Mezi probíranými tématy byla tato:

- + Vhodnost předloženého rámce pro stanovení priorit
- + Příležitost k rozšíření zavedených jednodenních postupů u frekventovaných operací
- + Operace, kde se může režim jednodenní chirurgie opřít o silné důkazy, ale implementace je přesto omezená
- + Nové a průkopnické operace, kde může být zavedení jednodenní chirurgie možné v budoucnosti
- + Příležitosti u konkrétních chirurgických oborů a rozdíly mezi jednotlivými zdravotnickými systémy
- + Oblasti, kde je pokrok pomalejší, než se čekalo, a příčiny zdržení

5. Vyšší efektivita operačních sálů i systémů

Výbor se zabýval tím, jestli jsou doporučení zprávy praktická, proveditelná a relevantní pro různé zdravotnické systémy.

Diskuze se zaměřila na:

- + Kroky, u kterých je největší pravděpodobnost, že urychlí implementaci jednodenní chirurgie
- + Doporučení, která jsou realistická a dosažitelná v různých zdravotnických systémech
- + Oblasti, kde je pravděpodobný vznik problémů s implementací nebo odpor zúčastněných stran
- + Roli následujících opatření:
 - Změna koncepce pracovní síly a profesního složení personálu
 - Vyhrazená kapacita pro plánované operace
 - Finanční pobídky a úhradové mechanismy
 - Otázky bezpečnosti a rovnosti
 - Digitální technologie a postupy pro distanční kontroly

