

Implementace podpory zdraví v nemocnicích:

# Příručka a formuláře sebehodnocení

Editor:  
Olivere Groene

Implementace podpory zdraví v nemocnicích:

# Příručka a formuláře sebehodnocení

Editor:

Oliver Groene

odborný úředník, Kvalita zdravotních systémů a služeb

Divize státních zdravotních systémů

Odbor státních politik, systémů a služeb

Regionální úřad Světové zdravotnické organizace, Barcelona

## ABSTRAKT

Podpora zdraví je nedílnou součástí zdravotní péče a souvisí s klinickými, edukačními, behaviorálními a organizačními otázkami. Zlepšování kvality se musí týkat i aktivit podpory zdraví, aby bylo zajištěno použití efektivních přístupů a aby tyto aktivity byly průběžně sledovány ke zlepšování výsledků. Vzhledem k tomu, že se mnohé běžné nástroje řízení kvality aktivitami podpory zdraví výslovně nezabývají, vytvořili jsme tuto „Příručku k implementaci podpory zdraví v nemocnicích.“ Jejím cílem je zajistit, aby vedoucí pracovníci a zdravotníci mohli: hodnotit činnosti podpory zdraví v nemocnicích, zlepšovat možnosti organizací zdravotní péče při zlepšování činností podpory zdraví, formulovat doporučení pro zlepšování činností podpory zdraví v nemocnicích, zapojit všechny zdravotníky i pacienta do zlepšování kvality péče, zlepšovat koordinaci péče s ostatními poskytovateli péče, zlepšovat zdraví a bezpečnost personálu a pacientů. Vyzýváme jednotlivé nemocnice, agentury zabývající se kvalitou a zejména členy Mezinárodní sítě nemocnic podporujících zdraví k tomu, aby tento nástroj využívali a aby hodnotili a zlepšovali kvalitu činností podpory zdraví ve zdravotní péči.

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006 under the title *Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms.*

© World Health Organization 2006

Publikace byla přeložena a vydána v rámci projektu dvouleté smlouvy o spolupráci, podepsané mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Regionálním úřadem SZO pro Evropu na období 2010 – 2011.

Překladař odpovídá za přesnost překladu.

© Consult Hospital, s.r.o, 2011

# Obsah

---

	strany
Poděkování	5
Seznam vyobrazení a tabulek	6
1. Úvod	7
2. Časté dotazy	9
3. Východiska a metodologie	11
3.1. Úloha nemocnic při podpoře zdraví	11
3.2. Konceptualizace podpory zdraví	12
3.3. Interní a externí hodnocení kvality	13
3.4. Standardy podpory zdraví	15
3.5. Ukazatele podpory zdraví	19
3.6. Komplementární použití standardů a ukazatelů	22
4. Realizace projektu	24
4.1. Vyjasnění odpovědností	24
4.2. Shromažďování dat	25
4.3. Interpretace výsledků	26
4.4. Tvorba plánu zlepšování kvality	27
5. Formuláře hodnocení	29
Standard 1: Zásady řízení	33
Standard 2: Posuzování potřeb pacientů	38
Standard 3: Informování pacientů a opatření na podporu zdraví	43
Standard 4: Podpora zdravého pracovního prostředí	47
Standard 5: Kontinuita a spolupráce	52
6. Popisy hodnotících ukazatelů	59
7. Slovník pojmů	80



## Poděkování

Tento dokument vznikl díky příspěvkům mnoha osob. Děkujeme všem, kteří přispěli svou podporou a vedením v pracovních skupinách Mezinárodní sítě nemocnic podporujících zdraví i jako externí poradci.

Zvláštní poděkování náleží národním koordinátorům, kteří podporovali pilotní testování tohoto nástroje a zdravotníkům v nemocnicích, kteří věnovali svůj čas hodnocení souladu se standardy a shromažďovali údaje o ukazatelích podpory zdraví.

Na závěr je třeba poděkovat Dr. Svendu Juulu Jorgensenovi za jeho vizi tohoto projektu, Dr. Mile Garcia-Barbero za její neustálou podporu a Dr. Kiki Lombertsové za její odborné rady při tvorbě finálního dokumentu.

## Seznam vyobrazení a tabulek

Obrázek 1:	Strategie podpory zdraví	strana 12
Obrázek 2:	Klinické hledisko, hledisko pacienta a hledisko vedení nemocnice	strana 16
Obrázek 3:	Tříúrovňová struktura standardů podpory zdraví	strana 18
Obrázek 4:	Cyklus plánuj-zkus-vyhodnoť-proveď	strana 27
Tabulka 1:	Přehled ukazatelů podpory zdraví	strana 21
Tabulka 2:	Popis hodnocení informovanosti personálu o zásadách	strana 62
Tabulka 3:	Popis hodnocení informovanosti pacientů (a jejich příbuzných)	strana 63
Tabulka 4:	Popis hodnocení procenta z rozpočtu na podporu zdraví	strana 64
Tabulka 5:	Popis hodnocení pro pacienty s obecnými rizikovými faktory	strana 65
Tabulka 6:	Popis hodnocení pro pacienty se specifickými rizikovými faktory	strana 66
Tabulka 7:	Popis hodnocení spokojenosti pacientů	strana 67
Tabulka 8:	Popis hodnocení osvěty o sebeřízení pacientů	strana 68
Tabulka 9:	Popis hodnocení osvěty o rizikových faktorech u pacientů	strana 69
Tabulka 10:	Popis hodnocení skóre informovanosti pacientů a opatření podpory zdraví	strana 70
Tabulka 11:	Popis hodnocení kouření personálu	strana 71
Tabulka 12:	Popis hodnocení úspěšnosti snahy o to přestat kouřit	strana 72
Tabulka 13:	Popis hodnocení zkušeností personálu	strana 73
Tabulka 14:	Popis hodnocení krátkodobých nepřítomností	strana 74
Tabulka 15:	Popis hodnocení pracovních úrazů	strana 75
Tabulka 16:	Popis hodnocení stupnice vyhoření	strana 76
Tabulka 17:	Popis hodnocení propouštěcích zpráv	strana 77
Tabulka 18:	Popis hodnocení procenta znovupřijetí	strana 78
Tabulka 19:	Popis hodnocení přípravy na propuštění	strana 79

# 1. Úvod

---

Úloha podpory zdraví v nemocnicích se mění. Neomezuje se již jen na poskytování doplňujících informací pacientům týkajících se životního stylu po provedení klinických zákroků. Podpora zdraví se stává nedílnou součástí zdravotní péče a souvisí s klinickými, vzdělávacími, behaviorálními a organizačními otázkami<sup>1</sup>. V zájmu zkvalitnění péče o pacienty s chronickými a dlouhodobými onemocněními je nutné činnosti podpory zdraví lépe začlenit do širšího rámce lékařských systémů. S rozšiřujícím se rozsahem činností podpory zdraví byly vzneseny otázky spojené s hodnocením kvality a zlepšováním těchto činností.

Významné nástroje zlepšování kvality zdravotní péče, např. profesně uznávané směrnice, standardy a ukazatele výkonnosti, se otázkami podpory zdraví zabývají jen málo. Vytvořili jsme tedy nástroj pro sebehodnocení podpory zdraví v nemocnicích, který se věnuje těmto otázkám: zásadám řízení nemocnic, hodnocení rizikových faktorů a potřeb týkajících se zdraví pacientů, informovanosti pacientů o podpoře zdraví a souvisejících opatřeních, podpoře zdravého pracovního prostředí a kontinuitě a spolupráci nemocnice s ostatními poskytovateli zdravotní, sociální a neformální péče<sup>2</sup>.

Tento dokument poskytuje samostatný nástroj pro hodnocení, sledování a zlepšování činností podpory zdraví v nemocnicích. Vychází ze dvou vzájemně se doplňujících přístupů k hodnocení kvality: ze standardů, které vyjadřují profesně uznávané formulace struktur nebo procesů zdravotní péče, jež by měly být zavedeny, a z ukazatelů, které se zabývají procesy a výsledky zdravotní péče a poskytují kvantitativní nástroj hodnocení výkyvů ve výkonech za určitý časový úsek mezi jednotlivými institucemi. Konkrétně by měl tento dokument usnadnit: hodnocení činností podpory zdraví v nemocnicích, rozvoj možností organizací zdravotní péče při zlepšování činností podpory zdraví, formulování doporučení pro zlepšování činností podpory zdraví v nemocnicích, zapojení všech zdravotníků i pacienta do zlepšování aktivit podpory zdraví, zlepšování koordinace péče s ostatními poskytovateli péče; zlepšování zdraví a bezpečnosti personálu a pacientů, pomoc při modernizaci a změnách postupů zdravotní péče a poskytování služeb tak, aby byly účinnější a efektivnější.

1. Groene O, Garcia-Barbero M. eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, accessed 08 May 2006).

2. Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf>, accessed 08 May 2006).



V další části tohoto dokumentu jsou zodpovězeny časté dotazy na provedení a použití tohoto nástroje (část 2). Dále je popsán předchozí vývoj a metodologie použitá při tvorbě tohoto nástroje (část 3). Dokument se také věnuje praktickým otázkám realizace projektu: jak provádět sebehodnocení, jak identifikovat zdroje dat, interpretovat výsledky a převést je do plánu zlepšování kvality (část 4). Na podporu shromažďování dat obsahují části 5 a 6 soubor formulářů hodnocení, které lze použít k hodnocení souladu se standardy (část 5) a popisy hodnocení ukazatelů podpory zdraví (část 6). Poslední část obsahuje slovník pojmů z oblasti kvality a podpory zdraví (část 7).

Pojem podpora zdraví zahrnuje široké rozpětí činností, opatření, metod a přístupů, z nichž některé jsou pro rozsah tohoto dokumentu příliš široké. Bylo proto rozhodnuto, že se tento nástroj sebehodnocení bude zabývat jen oblastmi, které zdravotníci pracující s pacienty dokážou nejnázne rozlišit a u nichž je k dispozici nejvíce důkazních podkladů. Z toho vyplývá, že nebyly zcela pokryty některé činnosti podpory zdraví, které byly zahrnuty do předchozích řídicích dokumentů sítě nemocnic podporujících zdraví<sup>3,4</sup>. Komplexní rámec pro řízení strategické implementace podpory zdraví v nemocnicích a řízení dalšího rozvoje standardů podpory zdraví je sumarizován v dokumentu *Eighteen Core Strategies for Health Promotion in Hospitals*<sup>5</sup> (Osmnáct základních strategií podpory zdraví v nemocnicích). Některé standardy (např. posuzování potřeb pacientů nebo informování pacientů a opatření na podporu zdraví) přímo navazují na otázky bezpečnosti pacientů<sup>6</sup>. Tento dokument však poskytuje doplňující nástroje pro širší přístup ke zvýšení pravomocí pacientů a personálu a pro doplnění stávajících činností spojených s kvalitou a bezpečností.

Tento dokument byl vytvořen pro potřeby všech nemocnic a agentur zabývajících se kvalitou, které mají zájem o zlepšování podpory zdraví. Organizacím činným v oblasti zlepšování kvality doporučujeme, aby si standardy a ukazatele podpory zdraví v nemocnicích prostudovali a začlenili je do svých stávajících systémů.

3. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986. ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf), accessed 08 May 2006).

4. The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 ([http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1), accessed 08 May 2006)

5. Pelikan J, Dietscher C, Krajic K, Nowak P. Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds: Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 48-67. (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, accessed 08 May 2006).

6. Forward Programme 2005. World Alliance for Patient Safety. Geneva, World Health Organization, 2004. ([http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf), accessed 08 May 2006)

## 2. Časté dotazy

Otázka č. 1: Je pro členy sítě zdraví podporujících nemocnic WHO (HPH) sebehodnocení povinné?

*Ne – v této fázi je sebehodnocení dobrovolné. Nástroj členskými nemocnicím nabízíme jako prostředek usnadňující vyhledávání oblastí, které je třeba zlepšit.*

Otázka č. 2: Co může nemocnice k sebehodnocení motivovat?

*Nemocnice mohou provádět sebehodnocení, aby byly schopny poskytovat svým pacientům lepší péči a zlepšovat kvalitu života pacientů a zdraví personálu. Nástroj k sebehodnocení pomáhá vyhledávat nedostatky v poskytování služeb podpory zdraví a je pomůckou při tvorbě akčního plánu.*

Otázka č. 3: Jak to koresponduje s jinými iniciativami zaměřenými na kvalitu?

*Proces vytyčování standardů je nedílnou součástí neustálého zlepšování kvality. Standardy podpory zdraví vypracované v této příručce jsou doplňkem stávajících standardů jakosti, které se nezaměřují konkrétně na podporu zdraví. Byly k nim připojeny pomocné ukazatele, které umožňují kvantitativní posuzování výkonu v čase. Důrazně se doporučuje propojit sebehodnocení standardů podpory zdraví se strategiemi zabezpečení jakosti, které již nemocnice používá.*

Otázka č. 4: Jak to přispívá k bezpečnosti pacientů?

*Informace, vzdělávání a komunikace ve zdravotnictví jsou základními prvky zajišťování bezpečnosti pacientů. Platí to pro personál i pro pacienty a jedná se o zvyšování úrovně jejich informovanosti, motivace a ochoty reagovat na podněty. Informovaní pacienti mohou hrát například významnou úlohu při identifikaci rizik a hledání řešení během svého pobytu v nemocnici a po propuštění. Informovaný personál bude přispívat k vytváření a udržování zdravého a bezpečného pracovního prostředí.*

Otázka č. 5: Co je standard?

*Standardy v tomto dokumentu popisují úroveň, které chceme dosáhnout. Tento dokument vymezuje pět standardů, z nichž každý se věnuje jednomu aspektu podpory zdraví. Každý standard se dělí na dílčí standardy, které jsou dále rozděleny na řadu měřitelných prvků.*

Otázka č. 6: Jak se měří soulad se standardy?

*Soulad se standardy se měří jako souhrn plnění měřitelných prvků a dílčích standardů. Měřitelné prvky se hodnotí jako zcela splněné, částečně splněné nebo nesplněné.*

Otázka č. 7: Jak bychom měli interpretovat soulad se standardy?

*Soulad se standardy identifikuje oblasti správné praxe podpory zdraví, které možná budete chtít použít jako příklad na jiném místě ve vaší nemocnici. Nesplnění znamená, že v dané oblasti existuje prostor pro zlepšení.*

#### Otázka č. 8: Co jsou ukazatele?

*Zatímco standardy se zabývají požadovanou úrovní výkonů, která se hodnotí jako částečně splněná, zcela splněná nebo nesplněná, pro účely tohoto dokumentu chápeme ukazatele jako kvantitativní nástroje k hodnocení procesu a výsledků v oblasti kvality. Nejčastěji jsou popisovány jako číselné a jmenovatel.*

#### Otázka č. 9: Jaký je vztah mezi standardy a ukazateli?

*Ukazatele uvedené v tomto dokumentu neslouží k posuzování souladu s pěti standardy. Zabývají se spíše doplňkovými aspekty, které je třeba vzít v úvahu při sledování, hodnocení a zlepšování hodnocené oblasti podpory zdraví. Ukazatele jsou číselným vyjádřením, které slouží k označení nebo kontrole oblastí pro zlepšování.*

#### Otázka č. 10: Jak se ukazatele měří?

*Ukazatele musejí být měřeny v průběhu času opakovaně, aby odrážely proces průběžného zlepšování kvality. V příručce je pro každý ukazatel uvedeno jeho zdůvodnění, popis číselného a jmenovatele, zdroj dat a stratifikace.*

#### Otázka č. 11: Jak si můžeme vytvořit akční plán?

*Akční plán by měl být vypracován na základě posouzení standardů, ukazatelů, poznámek a připomínek doplněných v průběhu sebehodnocení. Akční plán by měl rovněž odrážet hlavní nedostatky zjištěné během posuzování a zohledňovat priority organizace.*

#### Otázka č. 12: Co bude s naším akčním plánem dál?

*V zájmu zajištění implementace a sledování je nutné akční plán předložit výkonnému vedení a začlenit jej do systému řízení kvality nemocnice.*

#### Otázka č. 13: Bude nástroj používán pro účely srovnání s jinými nemocnicemi?

*V této fázi je tento nástroj určen jen k sebehodnocení. WHO a koordinátoři sítě HPH zvažují jeho použití pro účely srovnání v budoucnu.*

#### Otázka č. 14: Dostaneme nějaký certifikát?

*Ne, WHO nevydává certifikáty. Výsledkem sebehodnocení, neustálého zlepšování kvality a vypracování akčních plánů není hodnocení typu „vyhovuje“ nebo „nevyhovuje“. Každá nemocnice je jiná a bude mít odlišnou množinu akčních plánů šitých na míru jejich vlastní organizaci. Mezinárodní síť nemocnic podporujících zdraví se však v budoucnu může rozhodnout, že vypracuje systém k rozlišení úrovně souladu se standardy a ukazateli uvedenými v tomto dokumentu.*

## 3. Východiska a metodologie

### 3. 1. Úloha nemocnic při podpoře zdraví

Počátkem 90. let 20. století byla Světová zdravotnická organizace (SZO) iniciátorem mezinárodní iniciativy na podporu nemocnic zapojených do podpory zdraví. Nemocnice v mezinárodní síti nemocnic podporujících zdraví se snaží poskytovat vysoce kvalitní, komplexní lékařské a pečovatelské služby zavedením činností podpory zdraví pacientů, personálu a celé komunity tak, aby se staly součástí její identity a každodenní praxe<sup>7</sup>.

V prostředí zdravotní péče existuje velká motivace k poskytování strategií podpory zdraví<sup>8</sup>. Nemocnice spotřebují 40% až 70% státního rozpočtu na poskytování zdravotní péče a obvykle zaměstnávají cca 1% až 3% pracujících obyvatel<sup>9</sup>. Nemocnice jako pracoviště jsou charakterizovány celou řadou fyzických, chemických, biologických a fyziologických rizikových faktorů. Nemocnice, jejichž cílem je uzdravování pacientů, paradoxně věnují jen malou pozornost faktorům ohrožujícím zdraví jejich zaměstnanců, a to i přes pádné důkazy o vztazích mezi zdravotním stavem personálu, produktivitou a kvalitou péče o pacienty<sup>10</sup>.

Nemocnice mohou mít dále trvalý vliv na chování pacientů a jejich příbuzných, kteří více dodržují rady týkající se zdraví v situacích, kdy je jejich zdravotní stav špatný<sup>11</sup>. Vzhledem k tomu, že se v Evropě a v celém světě zvyšuje výskyt chronických onemocnění a zároveň se léčebná doporučení nedodržují, nabývá zdravotnická osvěta zásadního významu<sup>12</sup>. Mnohé postupy v nemocnicích neslouží k vyléčení, ale spíše ke zlepšení kvality života pacientů. Ke zlepšení jeho kvality je třeba vzdělávat pacienty a jejich příbuzné a intenzivněji je připravovat na propuštění. Přestože největší odpovědnost nemocnice za péči o pacienta končí jeho propuštěním, je důležité zdůraznit, že z hlediska systému zdravotnictví by bylo možné zabránit velkému počtu rehospitalizací nebo komplikací, kdyby byli pacienti lépe připraveni a kdyby byli stále zapojeni poskytovatelé následné zdravotní a sociální péče.

7. Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/hpr/nph/docs>, accessed 08 May 2006)

8. Tonnesen H, Fugleholm AM, Jorgensen SJ. Evidence for health promotion in Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 22-47 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf> accessed 08 May 2006).

9. Mckee M, Healy J, eds. Hospitals in a changing Europe. Oxford, Open University Press, 2001

10. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93.

11. Ogden J. Health Psychology: A Textbook. Oxford, Open University Press, 1996.

12. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies. Geneva, World Health Organization, 2003. (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>, accessed 08 May 2006.)

V nemocnicích se spotřebovává celá řada výrobků a produkuje se velké množství odpadu a nebezpečných látek. Zavedení strategií podpory zdraví může napomoci snižování znečištění životního prostředí a kupování zdravých produktů vyrobených v daném místě.

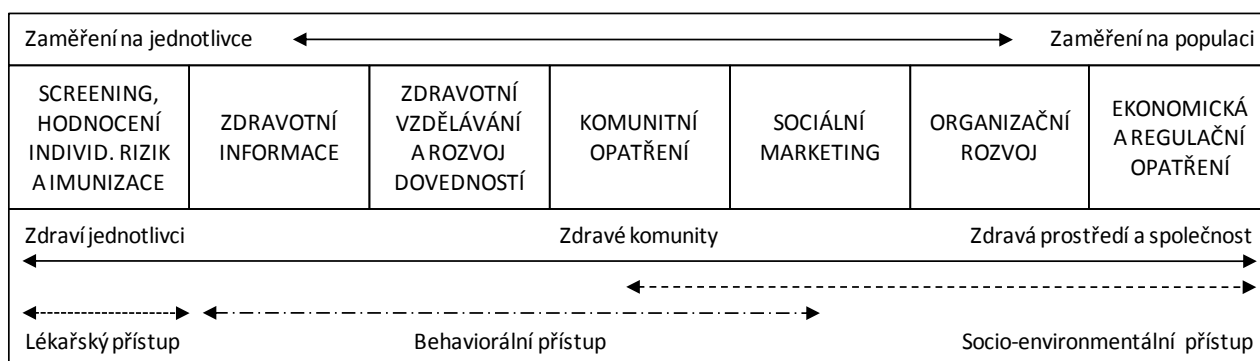
V neposlední řadě pak nemocnice jakožto výzkumné a vzdělávací instituce produkují, shromažďují a rozšiřují velké množství znalostí a mohou mít vliv na lokální strukturu zdravotnictví a na profesionální praxi uplatňovanou i v jiných organizacích.

### 3.2. Konceptualizace podpory zdraví

Pojem podpora zdraví se mnohdy nedostatečně odlišuje od pojmů jako prevence onemocnění, zdravotnická osvěta nebo zvyšování pravomocí<sup>13</sup>. Rozsah prevence onemocnění byl ve slovníku pojmů podpory zdraví definován jako „opatření nejen na prevenci výskytu onemocnění, např. snižováním rizikových faktorů, ale také na zastavení jeho postupu a na snižování jeho již vzniklých následků“. Stejný zdroj definuje rozsah zdravotnické výchovy a osvěty jako pojem zahrnující „vědomě vytvořené příležitosti k učení se, které zahrnují některou formu komunikace určené ke zlepšení zdravotní gramotnosti, včetně zlepšování vědomostí a rozvoje dovedností nutných pro úspěšný život a napomáhajících ke zdraví jednotlivce i celého společenství.“ Zvyšování pravomocí a podpora zdraví se vztahují k širšímu pojmu vymezenému v Ottawské chartě WHO jako „proces umožňující lidem zvyšovat kontrolu nad svým zdravím a neustále je zlepšovat<sup>14</sup>“.

V praxi se tyto pojmy často vzájemně doplňují nebo zaměňují a opatření k jejich realizaci se mohou překrývat. Existují však zásadní koncepční rozdíly v zaměření a dopadu činností podpory zdraví (obrázek 1):

Obrázek 1: Strategie podpory zdraví<sup>15</sup>



13. Úplné definice a další odkazy naleznete ve slovníku pojmů v části 7.

14. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986.

15. Bensber M. What are health promoting emergency departments? Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000.

Zatímco lékařský přístup se zaměřuje na fyziologické rizikové faktory (např. vysoký krevní tlak, stav imunizace), behaviorální přístup se týká faktorů životního stylu (např. kouření, fyzické nečinnosti) a socioenvironmentální přístup se zaměřuje na celkové podmínky (např. nezaměstnanost, nízká vzdělanost nebo chudoba). Z toho vyplývá, že podpora zdraví sice zahrnuje, ale také podstatně přesahuje lékařské hledisko, jež se zaměřuje na léčbu osob. Přestože rozlišujeme několik různých teoretických směrů používajících tyto pojmy, tato příručka se týká pouze aktivit podpory zdraví a pokrývá konkrétní činnosti, jako např. hodnocení pacientů a poskytování konkrétních informací na podporu rozeznávání symptomů onemocnění, a dále složitá opatření, např. podpora pacienta v tom, aby při zvládnání svého zdravotního stavu hrál aktivní roli. Do této příručky jsme nezahrnuli činnosti screeningu a imunizace, pro které existují jiná kritéria kvality.

Jsme si vědomi toho, že zde uvedené standardy nepokrývají celé spektrum aktivit spojených s Mezinárodní sítí nemocnic podporujících zdraví v rámci SZO. Standardy zaměřené na zlepšování zdraví v komunitě a na problematiku prostředí v nemocnicích je možné vypracovat později. Účelem standardů v tomto dokumentu dále není pokrýt celé spektrum kvality zdravotní péče. Kvalitu péče, definovanou jako „míra, do které zdravotní služby poskytované jednotlivcům a populacím zvyšují pravděpodobnost dosažení požadovaných účinků na zdravotní stav a jsou v souladu s aktuálním stavem znalostí v oboru“<sup>16</sup>, lze rozdělit na různé aspekty kvality, např. klinickou péči, orientaci na pacienta (tzv. patient-centeredness), orientaci na personál, citlivé vedení (tzv. responsive governance) nebo účinnost. Standardy a ukazatele popsané v tomto dokumentu se zabývají pouze aspektem podpory zdraví v rámci kvality zdravotní péče. Multidimenzionální perspektiva hodnocení kvality je podporována nástrojem PATH<sup>17</sup> pro posuzování zlepšování kvality v nemocnicích.

### *3.3. Interní a externí hodnocení kvality*

Přístupy k hodnocení kvality lze zhruba rozdělit na interní a externí. Interní hodnocení se týká hodnocení vycházejícího z posouzení nebo institucionálního sebehodnocení podle určitých standardů. Externí hodnocení se týká odborné kontroly nebo akreditace<sup>18</sup>. Standardy a ukazatele výkonnosti lze použít pro interní hodnocení i průběžné monitorování v čase nebo pro externí hodnocení a komparativní analýzu výkonnosti (např. tzv. benchmarking). Sebehodnocení a akreditace jsou nejběžnější formy interního a externího hodnocení.

16. Glossary. European Observatory on Health Systems and Policies. (<http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> , accessed 08 May 2006).

17. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. Report on a WHO Workshop, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf> , accessed 09 May 2006).

18. Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the EXPERT project. International journal for quality in health care , 2000, 3: 169-175

**Sebehodnocení** je proces používaný v organizacích poskytujících zdravotní péči pro přesné zhodnocení úrovně svých výkonů ve vztahu k zavedeným standardům a pro zavedení opatření k neustálému zlepšování. Sebehodnocení může zahrnovat všechny činnosti v dané nemocnici nebo se může zaměřovat na konkrétní témata, např. na podporu zdraví. Umožňuje personálu identifikovat oblasti správného uplatňování zásad a oblasti, které je třeba zlepšit. Personál nemocnice pak může odstupňovat priority a naplánovat opatření nutná k rozšíření správných postupů do ostatních oddělení nemocnice.

**Akreditace** je také obvykle založena na sebehodnocení, ale prováděna v rámci externího hodnocení nezávislým subjektem. Výsledkem externího hodnocení je nejčastěji celkové zhodnocení kvality nemocnice, identifikace prioritních oblastí ke zlepšení a za předpokladu, že bylo dosaženo požadované úrovně výkonů, i formální prohlášení, že nemocnice získala akreditaci. V řadě zemí akreditace zahrnuje důležitou právní, finanční a marketingovou problematiku.

Je prokázáno, že sebehodnocení přispívá k dosažení cílů zajištění kvality mnoha způsoby. Je to finančně nenáročná metoda řízení změn v chování jednotlivců za účelem lepšího dodržování standardů, při které se objasňují oblasti ke zlepšování, účastníci se na ní aktivně podílí a může se zlepšit komunikace mezi nadřízenými a podřízenými.<sup>19</sup>

Důležitou otázkou při sebehodnocení je, zda se dotyčné osoby hodnotí přesně. Poznatek z provedených sebehodnocení je takový, že dobré nemocnice jsou k sobě obvykle kritičtější než nemocnice, které si nevedou tak dobře. Nemocnice, které přijaly kulturu neustálého zlepšování, jsou ke svému potenciálu pro zlepšení citlivější než instituce, které tuto kulturu nezavedly<sup>20</sup>. Jedna studie sebehodnocení například prokázala, že v kontextu chyb v medikaci a kvality týmové práce dobré týmy zaznamenaly více chyb než slabé týmy. K podrobnějšímu prozkoumání tohoto jevu byly vedeny pohovory s vedoucími týmů a bylo zjištěno, že autoritářští, diktátorští vedoucí vedli slabší týmy, které však (možná ne tak překvapivě) vykazaly méně chyb. V procesu sebehodnocení tedy existuje tendence ke vzniku řady zkreslení, která je při interpretaci výsledků nutné vzít v úvahu.

V průběhu sebehodnocení je třeba získat tyto dva důležité poznatky: pro zlepšování kvality jsou nutné údaje o výkonech a kultura zlepšování. Bez údajů o výkonech měřených podle standardů nebo ukazatelů nelze jednoznačně doporučit směr pro zlepšování kvality. A bez kultury zapojení a podpory (i když jsou údaje o kvalitě péče k dispozici) nelze implementovat návrhy na zlepšení kvality. Bohužel se v rámci zlepšování kvality mnohdy shromažďuje velké množství údajů, které nejsou užitečné nebo nejsou vůbec použity. V takovém případě sběr dat ubírá čas a další zdroje jiným aktivitám a má negativní dopad na kvalitu péče.

19. Bose S, Oliveras E, Edson WN. How can self-assessment improve the quality of healthcare? Operations Research Issue Paper 2(4). Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance (QA) Project, Bethesda, MD and JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD. 2001.

20. Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error. Journal of Applied Behavioural Sciences, 1996. 32: 5-28

Strategie sebehodnocení spočívá v podpoře a vzdělávání a v pomoci zdravotnickým organizacím rozvíjet jejich procesy neustálého zlepšování kvality. Záměrem SZO není používat standardy a ukazatele k formálnímu posuzování, akreditaci nebo hodnocení jednotlivých nemocnic, které jsou členy sítě nemocnic podporujících zdraví. Hlavním účelem vypracování standardů je poskytnout nástroj, který může nemocnicím pomoci při hodnocení a zlepšování činností na podporu zdraví. Nemocnicím a zvláště těm, jež patří do sítě nemocnic podporujících zdraví, však doporučujeme, aby tento nástroj pro sebehodnocení používaly. Protože jsou standardy považovány za veřejně dostupné, doporučujeme i všem organizacím zabývajícím se kvalitou a akreditačním orgánům, aby tyto standardy zařadily do svých již existujících standardů pro podporu zdraví v nemocnicích.

### *3.4. Standardy podpory zdraví*

V mnoha zemích organizace zabývající se kvalitou vytvořily standardy pro kvalitu péče v nemocnicích. Významné agentury existují například v: Austrálii – Australská rada pro standardy zdravotní péče (ACHS), Kanadě – Kanadská rada pro akreditaci zdravotnických služeb (CCHSA), Francii – Nejvyšší zdravotní úřad (HAS), ve Velké Británii – Služby pro kvalitu zdravotní péče (HQS) a ve Spojených státech amerických – Společná komise pro akreditaci nemocnic (JCAHO)<sup>21</sup>. Mezinárodní standardy byly dále vypracovány Mezinárodní organizací pro standardizaci a mezinárodním odborem JCAHO, Společnou mezinárodní komisí (JCI). Zatímco cílem většiny těchto agentur je dosažení určitého souboru standardů, jiné organizace zabývající se kvalitou, např. Evropská nadace pro řízení kvality, vycházejí ze zásady usilování o dokonalost<sup>22</sup>.

Z přezkoumání standardů vytvořených nejvýznamnějšími akreditačními orgány vyplynulo, že činností na podporu zdraví se věnují jen málo<sup>23</sup>. Standardy SZO pro podporu zdraví byly tedy vypracovány jako doplněk k již existujícím akreditačním standardům v souladu s celkovou filosofií neustálého zlepšování kvality v organizacích. Všeobecně platí:

Přestože se standardy hojně používají v centrálních zdravotnických zařízeních (např. v laboratořích, radiologii, endoskopii, záchranných vozech, na operačních sálech), zdravotníci je univerzálně neakceptují z důvodu nedostatku orientace na pacienta a klinických výsledků.

21. Quality and accreditation in health care services. A global review. ISQuA and WHO. Geneva, World Health Organization, 2003. (EIO/OSD/2003) ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_EIP\\_OSD\\_2003.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf), accessed 08 May 2006).

22. Möller J. The EFQM excellence model. German experiences with the EFQM approach in health care. International Journal for Quality in Health Care, 2001, 13 (1): 45-49

23. Developing standards for Health Promotion in Hospitals. Background paper for the 1st Workshop on Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (5038045/5).



Modely dosahování dokonalé kvality nejčastěji vycházejí ze standardů dané organizace při aplikaci na standardy zjišťování nedostatků ve zdravotní péči v procesech péče o pacienty. Vzhledem k silné orientaci na zákazníka a na personál vyplývající z některých modelů lze standardy SZO na podporu zdraví považovat za nezbytný doplněk.

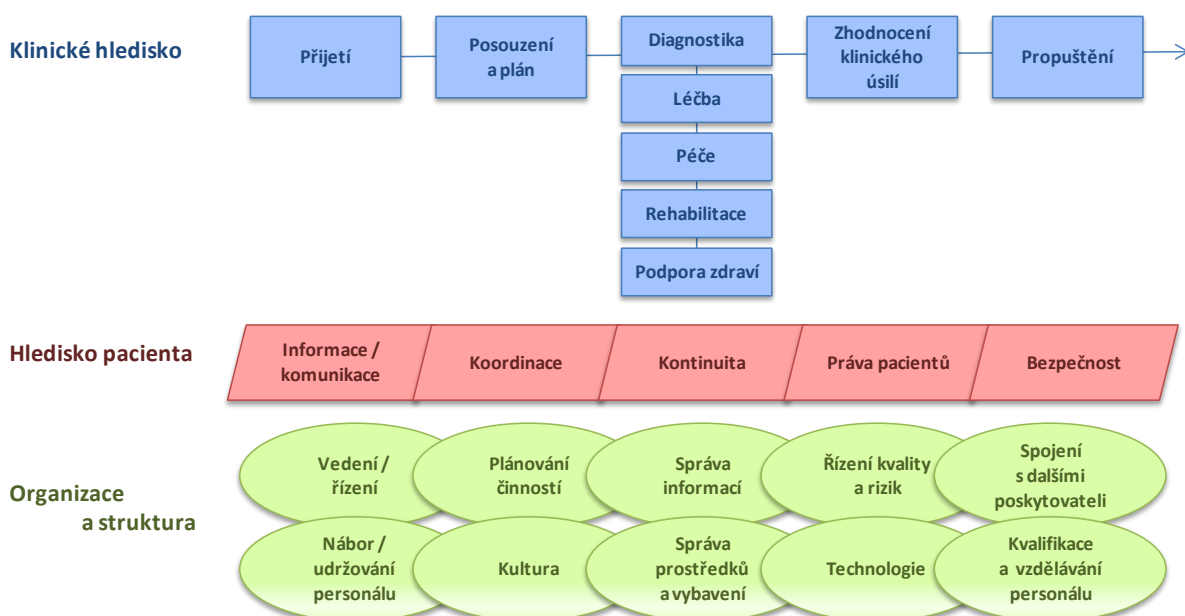
Akreditační standardy jsou používány v nemocnicích v mnoha zemích a částečně se věnují některým složkám osvěty pacientů, ačkoliv v nich chybí orientace na zdraví personálu. Standardy SZO mohou být doplňkem tohoto přístupu k silné orientaci na roli pacienta v léčbě chronických onemocnění a při zlepšování zdraví personálu.

### Obsah standardů

Standardy přihlížejí ke zdravotnímu potenciálu jednotlivců a zdůrazňují důležitost jejich aktivace prostřednictvím informací, motivace, poradenství, vzdělávání či jiných činností pro realizaci jejich zdravotního potenciálu. Protože výsledkem poskytování informací, vzdělávání a poradenství je změna chování jen tehdy, je-li toto vše podpořeno platnými normami, pravidly a kulturou, musí se opatření na podporu zdraví v organizacích týkat těchto základních faktorů. Podle filosofie Sítě nemocnic podporujících zdraví (NPZ - *angl. Health Promoting Hospitals*) se standardy týkají nejen péče o pacienty, ale také zdraví personálu, vazeb nemocnice na komunitu a rozvoje organizace. Obsah norem byl definován na základě filosofie sítě NPZ, důkazní dokumentace činností na podporu zdraví v nemocnicích a důkazů o implementaci řízení kvality v organizacích. Tyto standardy se vztahují na všechny sektory zdravotnické organizace přímo nebo nepřímo zapojené do péče o pacienty, např. veřejné a soukromé nemocnice a rehabilitační jednotky a lze je aplikovat i na psychiatrické nebo dětské nemocnice.

Tyto standardy představují cíle kvality v organizaci nemocnice ze tří různých hledisek: z klinického hlediska, z hlediska pacienta a z hlediska organizace a jejího vedení (obrázek 2):

Obrázek 2: Klinické hledisko, hledisko pacienta a hledisko vedení nemocnice



## Proces vývoje

Po návrhu pracovní skupiny spadající pod dánskou síť nemocnic podporujících zdraví byla z odborníků SZO sestavena pracovní skupina za účelem vytvoření standardů podpory zdraví. Těchto pět standardů popisuje zásady a opatření, které by měly být součástí péče v každé nemocnici<sup>24</sup>. Byly vypracovány v souladu s mezinárodními požadavky programu ALPHA, který zahrnuje kritickou rešerši literatury, návrh standardů, přezkoumání standardů, vypracování předběžných standardů, pilotní testování, vypracování „finálních“ standardů, zavádění a průběžné revize a přizpůsobování změnám v evidenci a poskytování zdravotní péče<sup>25</sup>.

Z rešerše literatury vyplynulo, že stávající standardy se tématu podpory zdraví v nemocnicích dotýkají jen okrajově. Po dosažení shody ohledně pěti aspektů (dimenzí), kterých se standardy mají týkat, byl vypracován soubor dílčích standardů za účelem rozpracování normativního obsahu standardů. Dílčí standardy vycházejí z nejlepších výsledků opatření na podporu zdraví. Dále byly odvozeny měřitelné prvky ke zlepšení platnosti a spolehlivosti postupu hodnocení. Je nutné je zdokumentovat a porovnat je s konkrétními výsledky hodnocení (např. je-li dílčí standard pro „identifikované odpovědnosti hodnocení a implementace podpory zdraví“ hodnocen jako pozitivní, musí být zdokumentován např. ve zprávě specifikující tyto odpovědnosti). Cílem měřitelných prvků a výsledků je tedy snížit možné zkreslení, které mohou jednotlivci vnést do postupu hodnocení.

Měřitelné prvky se hodnotí odpověďmi Ano, Částečně nebo Ne, ale význam doplnění tohoto hodnocení o kvalitativní informace je zdůrazněn textovým polem pod každým měřitelným prvkem, které umožňuje zdokumentovat vlastní postřehy, např. rozvést, proč byl měřitelný prvek hodnocen jen jako Částečně nebo Ne, nebo doplnit případné informace, které budou důležité pro vypracování plánu zlepšování kvality. Zatímco externí hodnocení obvykle skončí splněním určitého standardu, pro interní zlepšování kvality je důležitější přijít na to, jak lze kvalitu zlepšovat i nadále. Kvalitativní informace uvedené v tomto textovém poli tomuto cíli napomáhají.

Standardy, dílčí standardy a měřitelné prvky byly testovány ve 36 nemocnicích v devíti evropských zemích<sup>26</sup>. Hlavním účelem pilotního testu bylo zhodnotit, zda je zdravotníci v různých typech nemocnic v evropských zemích vnímají jako relevantní a použitelné. Dále byla hodnocena aktuální úroveň plnění standardů ke zjištění jejich případných dopadů.

24. Developing standards for health promotion in hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphstandardsfinrpt.pdf>, accessed 08 May 2006).

25. International Standards for Health Care Accreditation Bodies. International Society for Quality in Health Care (<http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation/ISQuaIAPPrinciplesV2.pdf>, accessed 08 May 2006).

26. Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moeller L, Garcia-Barbero M. Results of a pilot test of standards for health promotion in nine European countries. International Journal for Quality Assurance in Health Care, 2005, 18 (4): 300-307 ([www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm](http://www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm), accessed 08 May 2006).

Předběžné standardy byly zároveň zaslány mezinárodním akreditačním agenturám a dalším organizacím činným v oblasti zlepšování kvality zdravotní péče s žádostí o připomínky a podněty.

### Představení standardů

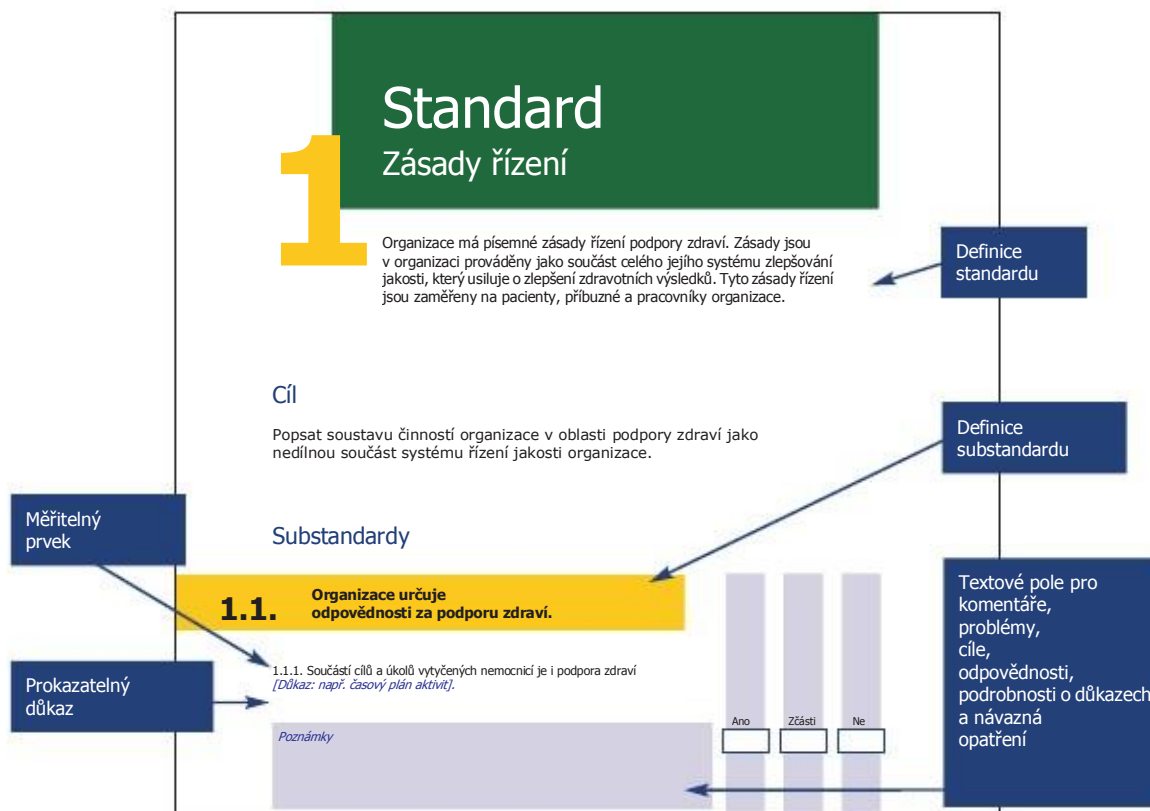
Každý standard má tři úrovně (obrázek 3):

**První úroveň** je úroveň samotného standardu. Těchto pět standardů se zabývá tématy: Zásady řízení, posuzování potřeb pacientů, informování pacientů a opatření na podporu zdraví, podpora zdravého pracovního prostředí, kontinuita a spolupráce.

**Druhá úroveň** je úroveň dílčích standardů čili substandardů. Substandardy jsou konkrétnizací standardu a dělí se na jednotlivé složky zásad. Celkem je 24 substandardů, každý standard obsahuje 4 až 6 substandardů.

**Třetí úroveň** představují **měřitelné prvky**. Měřitelné prvky jsou jednoduše soupisem toho, co má být v úplném souladu se standardem. Účelem přehledu měřitelných prvků je zajistit lepší přehlednost standardů a pomoci organizacím při informování personálu o standardech a jejich přípravě na akreditační kontrolu. Měřitelné prvky jsou požadavky standardu, které budou kontrolovány a u nichž se bude hodnotit, zda jsou splněny zcela, částečně nebo vůbec ne. Celkem je 40 měřitelných prvků, každý standard obsahuje 6 až 10 měřitelných prvků.

Obrázek 3: Tříúrovňová struktura standardů podpory zdraví v nemocnicích



### *3.5. Ukazatele podpory zdraví*

Ukazatele výkonu byly vypracovány jako doplněk ke standardům, který je nástrojem kvantitativního měření pro posuzování neustálého zlepšování. Účelem ukazatelů je zaplnit mezeru při posuzování výsledků, které lze očekávat, jsou-li zavedeny struktury a procesy doporučené při formulování standardů. Ukazatele ve srovnání se standardy poskytují kvantitativní základ pro hodnocení, monitorování a zlepšování péče a mohou zdravotníkům a vedoucím pracovníkům pomoci při vytyčování cílů a hodnocení pokroků v činnostech zlepšování kvality.

#### *Definice a charakteristika ukazatelů*

Ukazatele mohou sloužit různým účelům, např. k dokumentování kvality péče, k porovnání různých míst v čase, k posuzování a stanovování priorit, podpoře odpovědnosti, pro regulaci a akreditaci, k podpoře zlepšování kvality, k podpoře pacientů při jejich výběru poskytovatelů péče<sup>27</sup>. Ukazatele je tedy možné použít k interním i k externím účelům. Interní účely souvisí s různými manažerskými funkcemi nemocnice jako poskytovatele zdravotních služeb, např. s monitorováním, hodnocením a zlepšováním funkcí v dlouhodobém (strategie) nebo krátkodobém horizontu. Externí účely souvisí s odpovědností zainteresovaných osob, např. financujícího subjektu (pojistitele nebo státu), pacientů/spotřebitelů a veřejnosti vůbec.

Ukazatele se především zabývají dimenzí procesu a výsledku péče, ačkoliv se mohou také týkat strukturálních charakteristik (poměru specialistů a jiných lékařů). Lze je popsat různými způsoby, jako míru (počet událostí v dané populaci se srovnatelným jmenovatelem), poměr (procento událostí v dané populaci), koeficient (vztah mezi dvěma poměry), střední hodnotu (výsledek průzkumu) nebo absolutní číslo. Ukazatele se také mohou vztahovat k mimořádným událostem, tj. k jevům, které jsou ze své podstaty nežádoucí a kdy by si každá taková událost vyžádala hloubkové vyšetřování. Příkladem mimořádné události je operační zákrok na nesprávné straně těla. Mohou být generické (např. poměr neplánovaných návratů na operační sál) nebo specifické pro určité onemocnění (např. poměr pacientů s infarktem myokardu, kterým je aplikován beta-blokátor do 24 hodin po hospitalizaci). V rámci tohoto nástroje sebehodnocení na podporu zdraví v nemocnicích ukazatele zajišťují kvantitativní měření k posouzení pokroků ve vybraných klíčových procesech v čase a výsledků vybraných ukazatelů podpory zdraví. Jejich cílem je interní podpora řízení neustálého zlepšování a ne podpora rozhodnutí týkajících se odpovědnosti. V budoucnu však bude možné je použít k porovnávání aktivit podpory zdraví poté, co se prokáže, že jsou vědecky správné a užitečné pro hodnocení a zlepšování těchto aktivit.

27. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health care, 2003, 15 (6): 523-530.

## *Vztažení ukazatelů k výkonu*

Ukazatel poskytuje informace o konkrétní problematice, kdežto soubor ukazatelů může poskytnout informace o komplexním jevu (např. kvalitě péče), který se samotný posuzuje obtížně. Jejich validita závisí na pevnosti vztahu mezi měřitelným prvkem a základní koncepcí. Ukazatele jsou jen měření a neslouží k posuzování. Na základě jediného ukazatele nelze posuzovat výkony nemocnice, kdežto na základě určitého počtu souvisejících ukazatelů ano. Při vyvozování úsudku z ukazatele je třeba vzít v úvahu i další informace, např. referenční body nebo vysvětlující proměnné. Považuje se například průměrná doba hospitalizace 10 dnů při mrtvici za dobrou nebo špatnou? Odpověď na tuto otázku závisí na průměrné době hospitalizace v dané zemi, na dostupnosti rehabilitačních lůžek nebo na závažnosti stavu pacientů s mrtvicí v nemocnici, na zdravotním stavu při propuštění, na podpoře poskytované nemocnicí nebo zajišťované nemocnicí po návratu domů atd.

## *Použití ukazatelů k porovnávání*

Ukazatele lze použít k porovnání výkonů v jednotlivých nemocnicích. Je třeba věnovat velikou péči vypracování ukazatelů, formulování jednoznačných definic (čitatele a jmenovatele) a přizpůsobení faktorům, které by mohly srovnání zkreslit. Porovnání úmrtnosti by například nebylo správné bez úpravy výsledků podle věku, závažnosti a doprovodných onemocnění. Avšak i po komplexním posouzení rizik pomocí statistických metod s více proměnnými může zůstat nevysvětlená reziduální odchylka, která bude snižovat váhu tohoto porovnání.

Je třeba rozlišovat mezi jednoduchým porovnáním a srovnávacími testy (tzv. benchmarking). Zatímco porovnání je širší pojem pro uvádění měřítek do vzájemného vztahu, benchmarking se týká srovnávání výsledků hodnocení organizace s výsledky jiných organizací a zkoumání procesů v porovnání s procesy v jiných organizacích, považovaných za vynikající, to celé za účelem zlepšování. Benchmarking tedy zahrnuje porovnávání, zjišťování vynikajících výkonů a na závěr zkoumání faktorů, díky kterým organizace exceluje v dané věci ve srovnání s ostatními.

## *Vývoj ukazatelů podpory zdraví*

Byly zkoumány v současné době běžně používané koncepce hodnocení ukazatelů souvisejících s podporou zdraví. Jen několik ukazatelů se však týkalo podpory zdraví – většina z 300 zjištěných ukazatelů se zabývala oblastí klinické efektivity<sup>28</sup>. Byly tedy vypracovány ukazatele, které jsou doplňkem nástroje sebehodnocení podpory zdraví v nemocnicích pomocí pracovní skupiny a metod všeobecného souhlasu. Konala se dvě mezinárodní zasedání, na nichž se setkali odborníci v oboru tvorby ukazatelů, zlepšování kvality, akreditace a podpory zdraví<sup>29</sup>.

28. Champagne F, Guisset AL. A review of the indicators currently used in performance evaluation systems. Background paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (5038066/9).

Identifikované ukazatele podpory zdraví možná nejsou tak vědecky korektní jako ty, které se v klinické praxi již dlouho používají. Je třeba zdůraznit, že hodnocení výkonů v činnostech na podporu zdraví ve zdravotnictví je doposud novým oborem a bude se dále rozvíjet. Při shromažďování dat bude mnoho ukazatelů podpory zdraví možná vyžadovat další úsilí, protože tyto informace nejsou v běžných informačních systémech zaznamenávány. Představuje však také příležitost získat podrobnější údaje, které umožní úpravu pro srovnání nebo pro lepší vyhovění prioritám organizace.

Byly vybrány následující ukazatele, které doplňují pět standardů podpory zdraví, představených v nástroji sebehodnocení pro podporu zdraví v nemocnicích (tabulka 1).

Tabulka 1: Přehled ukazatelů podpory zdraví

<b>Standard/oblast</b>	<b>Ukazatel</b>
<i>Zásady řízení</i>	% zaměstnanců obeznámených s politikou podpory zdraví % pacientů obeznámených se standardy podpory zdraví % rozpočtu věnované na činnosti personálu v oblasti podpory zdraví
<i>Posuzování potřeb pacientů</i>	% pacientů, u nichž byly hodnoceny faktory generických rizik % pacientů, u nichž byly hodnoceny faktory rizik specifických pro dané onemocnění podle směrnic Skóre z průzkumu spokojenosti pacientů s postupem hodnocení
<i>Informování pacientů a opatření na podporu zdraví</i>	% pacientů informovaných o konkrétních opatřeních při zvládnání svého onemocnění % pacientů informovaných o změně rizikového faktoru a možnostech léčby onemocnění při zvládnání zdravotního stavu Skóre z průzkumu zkušeností pacientů s postupy informování a opatření na podporu zdraví
<i>Podpora zdravého pracovního prostředí</i>	% kuřáků mezi zaměstnanci Skončení s kouřením Skóre z průzkumu zkušeností zaměstnanců s pracovními podmínkami % krátkodobých absencí % pracovních úrazů Skóre na stupnici vyhoření
<i>Kontinuita a spolupráce</i>	% propouštěcích zpráv odeslaných všeobecnému lékaři nebo doporučené klinice do dvou týdnů nebo předaných pacientovi při propuštění Míra rehospitalizace do 5 dnů z důvodu ambulantních stavů vyžadujících péči Skóre z průzkumu přípravy pacienta na propuštění

29. Standards for health promotion: development of indicators for a self-assessment tool. WHO Regional Office for Europe, 2003. (<http://www.euro.who.int/document/E84988.pdf>, accessed 08 May 2006).

Tyto ukazatele jsou podrobněji popsány v části 7. Pro každý ukazatel byl vypracován list s popisem, který má tyto součásti: oblast, název, princip a zdůvodnění, číselník, jmenovatel, zdroj dat, stratifikace a poznámky.

### *3.6. Komplementární použití standardů a ukazatelů*

Standardy se zaměřují převážně na strukturu a proces, kdežto ukazatele se vztahují zejména na proces a výsledek. Ukazatele mají různé vlastnosti, které se měří, a vyžadují číselník a jmenovatele. Standardy musí mít jednoznačnou definici, ale nemusí být nutně vyjádřeny číselně. Vztah mezi standardy a ukazateli je vzájemně se doplňující. Každý navazuje na jinou filosofii a oba v kombinaci podporují činnosti zlepšování kvality v nemocnicích.

#### *Použití standardů a ukazatelů k hodnocení kvality*

Hodnocení na základě standardů vychází z posouzení, zda existují a fungují příslušné struktury, systémy a procesy k dosahování soustavně příznivých výsledků. Základním předpokladem je to, že jsou-li splněny standardy, jsou zavedeny všechny prvky pro maximalizaci pravděpodobnosti dobrých výsledků (nebo výstupů) pro pacienty, zaměstnance nebo pro veřejnost vůbec. Standardy měří úsilí věnované pěstování kvality. Otázky pokládané při hodnocení, zda jsou standardy splněny, tedy jsou: „Dělá organizace správnou věc“ a „Dělá tu správnou věc důsledně?“. Posuzování standardů však nepřináší informace o skutečných výkonech organizace.

Naproti tomu posuzování na základě ukazatelů je měřítkem toho, co se udělalo a jak dobře se to udělalo. Přestože měřítkem výkonů může být strukturální charakteristika nebo proces, v ideálním případě se měřítka výkonů týkají výsledků souvisejících se zdravím, zdravotním stavem, spokojeností pacienta a s využitím zdrojů spojených s péčí. Použití měřítek výkonů je omezeno problémem spojeným se shromažďováním a analýzou složitých dat, která je třeba přizpůsobit možným zkreslujícím faktorům. Samostatné ukazatele se obtížně interpretují a potenciál pro zlepšování kvality odráží spíše vzájemný vztah vybraných ukazatelů.

Podle typologie Anaïd Donabedianové lze kvalitu posuzovat podle struktury, procesu a výsledků. Přestože skutečně záleží především na výsledku, je z hlediska zlepšování kvality důležité studovat i vztah mezi strukturou, procesem a výsledky. Kombinace doplňujících se standardů a ukazatelů umožňuje zabývat se vztahem mezi strukturami, procesy a výsledky. Nesplnění standardů může poskytnout podnět pro změny struktur nebo procesů, které mohou být nutné pro maximalizaci pravděpodobnosti dosažení kladných výsledků. Například je důležité sledovat informace o negativních výsledcích, např. o mimořádných událostech, ale jakmile již k události dojde, na změnu je již příliš pozdě.

## *Použití standardů a ukazatelů v nástroji sebehodnocení*

V nástroji WHO pro sebehodnocení se standardy posuzují jen podle měřitelných prvků. Ukazatele podpory zdraví jsou doplňkem hodnocení souladu se standardy, jež odrážejí trvalé dodržování standardů. Je na nemocnici, aby sama rozhodla, které údaje pro doplňující ukazatele je třeba shromažďovat, avšak pro každou oblast by se měly shromažďovat údaje o alespoň jednom ukazateli. Nástroj sebehodnocení také obsahuje část o dalších ukazatelích, do které lze zapsat ukazatele důležité pro danou nemocnici nebo běžně dostupné ukazatele. Pokud se nemocnice rozhodne doplnit další ukazatele, je třeba mít na paměti, že musí být popsány stejně jako ukazatele obsažené v této příručce.

Hlavním účelem ukazatelů v rámci sebehodnocení je stanovení výchozí úrovně pro další činnosti zlepšování kvality, ke kterým je třeba přihlédnout při vývoji akčního plánu zlepšování kvality. Tato výchozí úroveň je důležitá při opakovaných měřeních výkonů v čase.



## 4. Realizace projektu

---

### 4.1. Vyjasnění odpovědností

Je důležité zdůraznit, že podporou zdraví nelze pověřit určitou roli nebo funkci v nemocnici – odpovědnost za ni nesou všichni v nemocnici a přispět k ní mohou pacienti i všichni členové personálu. Činnosti na podporu zdraví by se měly jako součást kvality hodnotit podle standardů a ukazatelů stejně jako ostatní parametry klinické kvality. V tomto kontextu ji lze považovat za „přidanou hodnotu“ k již existujícím iniciativám zaměřeným na kvalitu a sebehodnocení činností na podporu zdraví by mělo být součástí existujícího systému řízení kvality dané nemocnice.

Je třeba zdůraznit, že o úspěch projektu musí usilovat všichni zaměstnanci. Toto úsilí se bude lišit podle zájmu a motivace, ale dvěma zásadními pilíři úspěchu musí být podpora projektu v celé nemocnici a odpovědnost za něj. Pro projekt je nutné vytvořit tým s jednoznačně stanovenými úlohami a povinnostmi:

#### *Partneři:*

**Vedení nemocnice:** Nezbytným předpokladem úspěchu tohoto projektu je závazek ředitele, správní rady a nejvyššího vedení nemocnice, neboť jedině tak lze zajistit realizaci akčního plánu a uvolnit nezbytné zdroje k provedení tohoto úkolu.

**Vedoucí projektu:** Je rovněž třeba, aby byl v nemocnici jmenován vedoucí projektu, který celý proces povede a vyškolí ostatní zaměstnance v provádění sebehodnocení. V ideálním případě může jít o osobu, která již v nemocnici zodpovídá za jiné iniciativy zaměřené na kvalitu, neboť projekt je třeba provádět jako každou jinou aktivitu zaměřenou na zlepšení kvality.

**Vedoucí pro oblast podpory zdraví:** Vedoucí projektu může jmenovat vedoucího pro každou z pěti oblastí podpory zdraví (jeden vedoucí může zodpovídat i za více než jeden standard). Tito lidé musí převzít odpovědnost za zhodnocení úrovně shody se svým standardem a substandardy. Budou zodpovídat za shromáždění důkazů, kterými svá zjištění podepřou. Budou též povinni, ve spolupráci s dalšími členy řídicí skupiny, shromáždit data pro ukazatele podpory zdraví.

**Mezioborová řídicí skupina:** Vedoucí projektu musí sestavit mezioborovou řídicí skupinu, která bude reprezentovat pracovníky všech úrovní. Řídicí skupina bude pravidelně zasedat k projednání průběhu sebehodnocení, přicházet s nápady pro jednotlivé oblasti a propagovat větší angažovanost pro projekt. Každá nemocnice bude muset určit členy řídicí skupiny podle svého organizačního uspořádání.

Doporučujeme však, aby mezi členy mezioborové řídicí skupiny byli:

- služebně starší sestra, která může rovněž zodpovídat za kvalitu/klinický audit,
- jeden služebně starší a jeden služebně mladší lékař,
- zkušený člen vedení,
- člen personálního útvaru,
- zástupce doplňkových lékařských profesí (např. fyzioterapie, rehabilitační lékařství), zástupce všeobecných pomocných medicínských služeb (např. rentgenologie) a zástupce všeobecných neklinických služeb.

#### 4.2. Shromažďování dat

Do shromažďování dat a podpory kolektivní reakce na plnění standardu je třeba zapojit pracovníky na různých úrovních v rámci nemocnice. Je důležité zdůraznit, že má jen velmi malou hodnotu, když sebehodnocení vyplní jen jedna osoba, aniž by se zapojili i ostatní pracovníci, protože se tak znemožní angažovanost pracovníků a tedy i jejich zapojení do procesu získávání poznatků.

V nemocnici lze pro hodnocení standardů a ukazatelů využít tři nejdůležitější zdroje dat: běžný informační systém, metody provádění průzkumu a auditní postupy. Některá data mohou dále poskytnout externí partneři, například pojišťovny, které mohou mít údaje o chování ve vztahu ke zdraví nebo o absencích pracovníků.

**Běžné informační systémy** mohou obsahovat informace potřebné pro některé standardy a ukazatele podpory zdraví. Zvláště užitečný by byl například elektronický systém pro záznamy o pacientech, který umožňuje vyhledávání informací pro potřeby konkrétního hodnocení nebo aktivit na podporu zdraví. Administrativní databáze mohou do určité míry obsahovat informace o ukazatelích podpory zdraví pro dané pracoviště. Kdykoli jsou data dostupná z běžných zdrojů, měla by být použita pro sebehodnocení v zájmu snížení zátěže při shromažďování dat. Druh informací, které tyto databáze obsahují, však nemusí být dostatečně specifický pro účely posuzování problematiky podpory zdraví. Dále mohou mít jen malou možnost přizpůsobení pro jiné účely

Pro celou řadu ukazatelů podpory zdraví je nutné provést **průzkum**. Může se jednat o průzkum zkušeností pacientů nebo též o průzkum zkušeností členů personálu. Protože průzkumy by se měly provádět jen platnými a spolehlivými metodami, které mohou být náročné na zdroje, použití průzkumů by mělo být omezeno na minimum. Jako alternativu je vhodné zvážit zařazení položek nutných k posouzení standardů a ukazatelů podpory zdraví v již provedených průzkumech mezi pacienty a personálem.

Audit klinických záznamů je nutný pro posouzení některých standardů týkajících se posuzování potřeb pacientů, jejich informování a opatření na podporu zdraví. Podrobný popis postupů auditu je uveden dále.

### *Standardy*

Standardy pokrývající úroveň managementu a standardy pokrývající všechny součásti nemocnice (zásady řízení, podporu zdravého pracovního prostředí, kontinuitu a spolupráci) by měly být posuzovány vedením nemocnice nebo výborem pro kvalitu, pokud existuje. Standardy pro klinické aktivity (posuzování potřeb pacientů, informování pacientů a opatření na podporu zdraví) je třeba hodnotit na úrovni klinických jednotek. Pro hodnocení se doporučuje náhodně vybrat karty 50 pacientů, kteří již byli propuštěni a kteří byli přijati na oddělení v posledních 3 měsících. Auditorskou skupinou by měla být mezioborová skupina odborníků disponujících dobrou znalostí dokumentačních postupů oddělení. Pod pojmem „karty pacientů“ se rozumí veškerá dokumentace (chorobopis, záznamy ošetřovatelek, poznámky terapeutů a dietetiků atd.), ke které je třeba přihlídnout při posuzování souladu nemocnice se standardy.

### *Ukazatele*

V nástroji k sebehodnocení je zapotřebí vykazovat ukazatele. Shromáždění dat potřebných pro sestavení těchto ukazatelů se však provádí samostatně. Je na nemocnici, aby posoudila, který ukazatel zvolí, avšak každý z pěti standardů by měl doplňovat vždy alespoň jeden ukazatel.

Ukazatele se vykazují v nástroji k sebehodnocení, aby při vývoji akčního plánu bylo možno přihlídnout nejen k posouzení souladu se standardy, ale též k úrovni výkonu zjištěné podle ukazatelů. Ukazatele je třeba měřit opakovaně, aby se odrazily jejich změny v čase. Data pro ukazatele je vhodné shromažďovat každých šest měsíců.

## *4.3. Interpretace výsledků*

Míry kvality vyžadují sumarizaci dat o zdravotní péči poskytované pacientům a vyjádření výsledků ve formě míry, poměru, frekvence, rozložení nebo skóre průměrného výkonu.

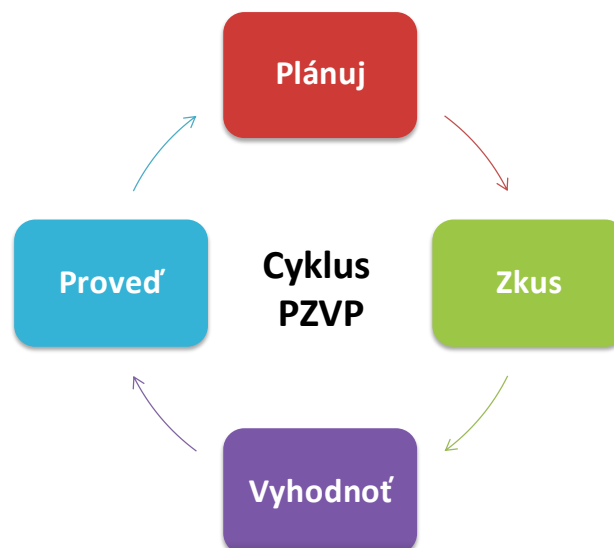
Míra se často skládá z číselné hodnoty a měrné jednotky, kdy číslo vyjadřuje velikost a jednotka poskytuje kontext pro interpretaci čísla. Je obtížné interpretovat výsledek míry kvality jako dobrý či špatný, pokud neexistuje standard, podle kterého lze srovnávat. Mezi různé druhy srovnání patří externí srovnání s podobnými poskytovateli v určitém časovém okamžiku, externí srovnání s podobnými poskytovateli v čase, interní srovnání v čase (porovnání výsledků před aktivitami ke zlepšení kvality a po nich) a normativní standard (např. cíle vytyčené v krajském plánu pro zdravotnictví).

Pro některé oblasti zdravotní péče a zdravotnických služeb existují již dobře zavedené standardy péče. V těchto případech lze vyvodit, že problém s kvalitou existuje, resp. neexistuje. Tam, kde žádný standard péče neexistuje, mohou mít výsledky význam jen tehdy, jsou-li porovnány se stanovenými cíli, např. s cíli organizace provádějící opatření nebo plnicí státem stanovené cíle. Doporučuje se projednat výsledky sebehodnocení nejen v rámci nemocnice, ale též s jinými nemocnicemi, které provedly sebehodnocení činností na podporu zdraví.

#### 4.4. Tvorba plánu zlepšování kvality

Při realizaci tohoto projektu se doporučuje dodržet cyklus PZVP - Plánuj-Zkus-Vyhodnoť-Proveď (anglicky PDCA: Plan-Do-Check-Act, pozn. překladatele). Cyklus PZVP původně vymyslel Walter Shewhart ve 30. letech 20. století a později jej rozpracoval W. Edwards Deming. Tento model poskytuje rámec pro zlepšování procesu nebo systému. Lze jej použít pro vedení celého projektu zlepšování nebo pro vypracování specifických projektů po zjištění cílových oblastí pro zlepšování. Cyklus PZVP je určen k tomu, aby byl používán jako dynamický model (obrázek 4). Po dokončení jedné části cyklu navazuje zahájení další části. V duchu neustálého zlepšování kvality je možné proces vždy znovu analyzovat a může začít další test změny.

Obrázek 4: Cyklus PZVP (Plánuj – Zkus – Vyhodnoť - Proveď )



**Plánuj:** naplánování činnosti, projektu nebo postupu s cílem zlepšení. Zahrnuje analýzu toho, co je třeba zlepšit, vyhledávání oblastí s možnostmi změny a rozhodování o tom, kde lze realizovat největší návratnost investic.

**Zkus:** provedení změny nebo testu (pokud možno v malém měřítku) a implementace změny naplánované v předchozí fázi.

**Vyhodnoť:** přezkoumání výsledků a analýza neúspěchů a úspěchů. V cyklu PZVP se jedná o zásadní krok. Po krátké době zavedení změny je nutné určit, jak dobře funguje. Vede opravdu ke zlepšení požadovaným způsobem? Je nutné určit několik způsobů měření, kterými lze sledovat úroveň zlepšení.

**Proved'**: Přijetí změny, upuštění od změny nebo opakování celého cyklu od začátku.

V postupech sebehodnocení každá část nástroje obsahuje textové pole, do kterého se dokumentují opatření na zlepšení kvality, zjištěná prostřednictvím posouzení standardů a ukazatelů, a dále odpovědnosti za dané opatření. Dále je nutné zdokumentovat časový rámec pro toto opatření a jeho očekávané výsledky. Poslední část nástroje k sebehodnocení obsahuje další textové pole, do kterého se vpisují všeobecné činnosti ke zlepšování kvality a opatření související s konkrétními standardy.

Odpovědností vedoucího projektu společně s mezioborovou řídicí skupinou je vyplnit údaje co nejpřesněji a zároveň realisticky posoudit možná opatření ke zlepšení kvality, aby byla získána podpora vrcholového vedení pro realizaci návrhu. Po dokončení sebehodnocení bude řídicí skupina schopna určit oblasti se správnou praxí a oblasti pro rozvoj, ve kterých nemocnice nesplňuje standardy a substandardy. Poté je možné vypracovat akční plán, který se bude zabývat touto problematikou. Je důležité, aby činnosti v plánu měly návaznost na místní a státní priority nebo cíle a na vlastní zdroje, které má nemocnice k dispozici. Akční plán by měl být rovněž začleněn do již existujícího systému řízení nemocnice ke sledování vývoje.

Po úspěšné identifikaci potenciálu pro zlepšování kvality a po naplánování a provedení činností je nutné provést následná sebehodnocení, aby bylo možné pokračovat v cyklu zlepšování kvality. Po úplném dokončení každého cyklu PZVP lze realizovat další a o něco složitější projekt, a tak neustále dále zlepšovat služby.

## 5. Formuláře sebehodnocení

## Odpovědnost za sebehodnocení

---

V této části by měly být zdokumentovány odpovědnosti za sebehodnocení. Celkovou odpovědnost musí nést jedna osoba (vedoucí projektu). Odpovědnost za jednotlivé standardy lze rozložit mezi více osob v závislosti na členění nemocnice a personálu, který je k dispozici (např. za zhodnocení souladu se standardy č. 1 a 5 může odpovídat člen vyššího vedení, kdežto za zhodnocení souladu s ostatními standardy může odpovídat pracovník klinických oddělení). Každý člen by měl podepsat dohodu, ve které potvrdí, že shromáždí data nebo bude dohlížet nad jejich shromažďováním.

Akční plán by měla projednat a naplánovat celá řídicí skupina. Vedoucí projektu akční plán schvaluje a usnadňuje jeho provádění. Akční plán je nutné předložit vedení nemocnice.

### Vedoucí projektu

(zodpovídá za dohled nad celkovým procesem sebehodnocení a za předkládané výsledky)

Jméno		
Funkce		
Datum	/	/

---

Podpis

## Členové řídicí skupiny

Jméno	Oddělení	Titul/ Funkce	Profese/ Odbornost



Vedoucí projektu pro standard 1: Zásady řízení

Jméno
Funkce
Datum / /

\_\_\_\_\_

Podpis

Vedoucí projektu pro standard 2: Posuzování potřeb pacientů

Jméno
Funkce
Datum / /

\_\_\_\_\_

Podpis

Vedoucí projektu pro standard 3: Informování pacientů a opatření na podporu zdraví

Jméno
Funkce
Datum / /

\_\_\_\_\_

Podpis

Vedoucí projektu pro standard 4: Podpora zdravého pracovního prostředí

Jméno
Funkce
Datum / /

\_\_\_\_\_

Podpis

Vedoucí projektu pro standard 5: Kontinuita a spolupráce

Jméno
Funkce
Datum / /

\_\_\_\_\_

Podpis

# 1

## Standard Zásady řízení

Organizace má písemné zásady řízení podpory zdraví. Zásady jsou v organizaci prováděny jako součást celého jejího systému zlepšování kvality, který usiluje o zlepšení zdravotních výsledků. Tyto zásady řízení jsou zaměřeny na pacienty, příbuzné a pracovníky organizace.

### Cíl

Popsat soustavu činností organizace v oblasti podpory zdraví jako nedílnou součást systému řízení jakosti organizace.

### Substandardy

#### 1.1. Organizace určuje odpovědnosti za podporu zdraví.

1.1.1. Součástí cílů a úkolů vytyčených nemocnicí je i podpora zdraví [Důkaz: např. časový plán aktivit].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1.2. Zápis z některého jednání řídicího orgánu za uplynulý rok znovu potvrzuje souhlas s účastí v projektu HPH WHO [Důkaz: např. datum rozhodnutí nebo datum úhrady ročního poplatku].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1.3. Současné plány kvality a podnikatelské plány nemocnice zahrnují podporu zdraví pacientů, personálu i celé komunity  
[Důkaz: např. podpora zdraví je výslovně zmíněna v akčním plánu].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

1.1.4. Nemocnice určila pracovníky a funkce pro koordinaci podpory zdraví  
[Důkaz: např. pracovník pověřený koordinací podpory zdraví].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

## 1.2. Organizace vyčleňuje zdroje na proces implementace podpory zdraví.

1.2.1. Existuje konkrétní rozpočet na hodnocení služeb a materiálů pro podporu zdraví  
[Důkaz: např. rozpočtové nebo personální zdroje].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

1.2.2. Podpora zdraví je zahrnuta v provozních postupech, např. směrnících pro klinickou praxi nebo v informacích pro pacienty  
[Důkaz: např. prověření směrníc].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

1.2.3. Existují konkrétní struktury a prostředky pro podporu zdraví (např. zdroje, prostory, zařízení)  
[Důkaz: např. je k dispozici zařízení ke zvedání pacientů].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

## 1.3. Organizace zajišťuje dostupnost postupů pro shromažďování a vyhodnocování dat, aby umožnila sledování kvality činností na podporu zdraví.

1.3.1. Organizace běžně zachycuje data o opatřeních na podporu zdraví a poskytuje je zaměstnancům pro účely hodnocení [Důkaz: např. posouzení dostupnosti průzkumem mezi zaměstnanci].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

1.3.2. Je zaveden program pro posuzování kvality činností zaměřených na podporu zdraví [Důkaz: např. k dispozici je časový plán průzkumů].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

## Standard 1: Zásady řízení

---

### *Doplňující ukazatele*

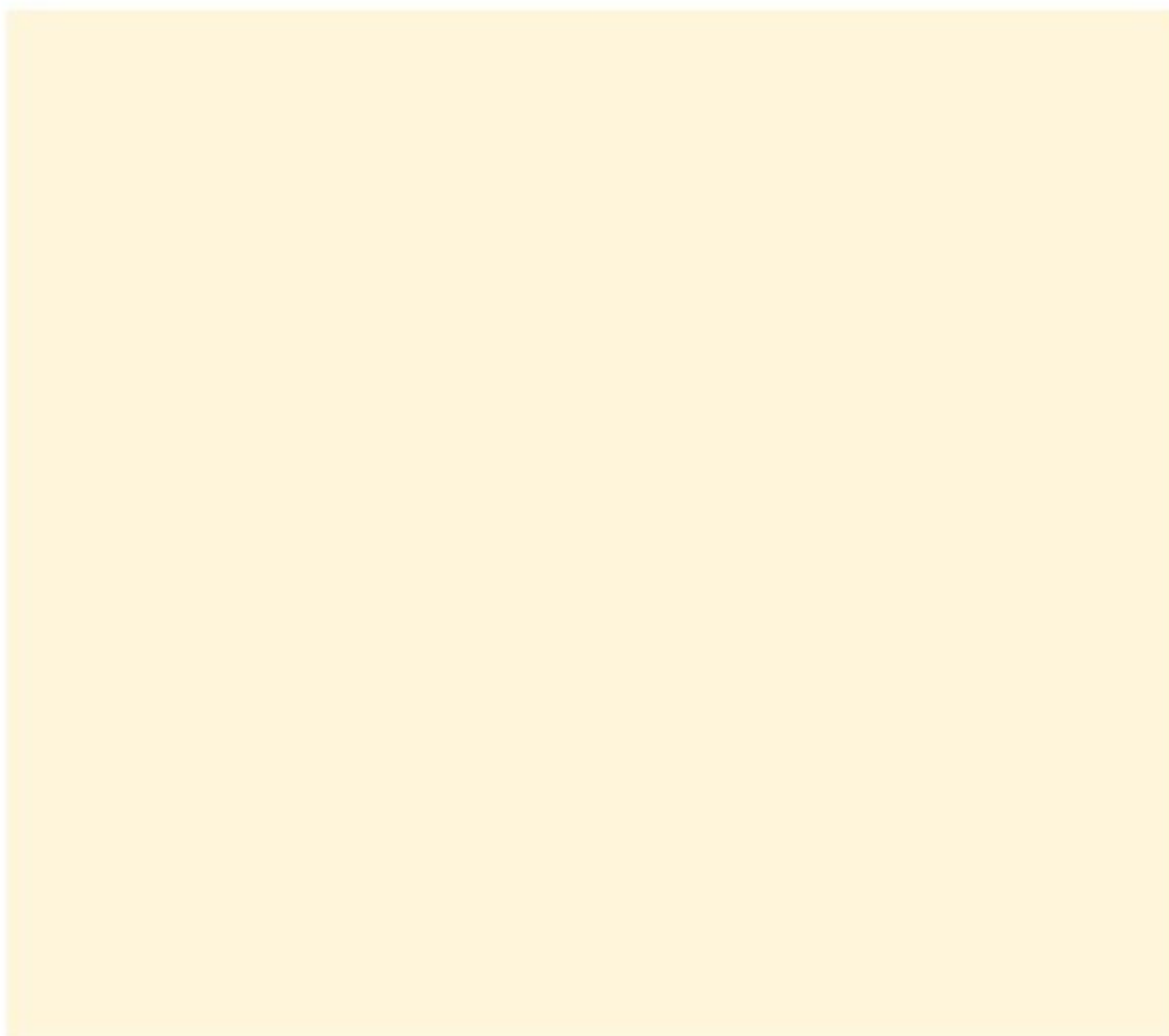
\_\_\_\_\_ % zaměstnanců je obeznámeno s politikou podpory zdraví

\_\_\_\_\_ % pacientů (a příbuzných) je obeznámeno se standardy podpory zdraví

\_\_\_\_\_ % rozpočtu je věnováno na činnosti personálu v oblasti podpory zdraví

### *Další ukazatele*

*(případné místní ukazatele, které chcete uvažovat v akčním plánu)*



## Standard 1: Zásady řízení

---

### *Akční plán*

	Opatření	Zodpovídá	Termín	Očekávaný výsledek
Obecné poznámky				
1.1.				
1.2.				
1.3.				

# Standard

## 2 Posuzování potřeb pacientů

Organizace dbá na to, aby zdravotníci ve spolupráci s pacienty systematicky posuzovali potřebu činností na podporu zdraví.

### Cíl

Napomoci léčbě pacientů, zlepšit prognózu a podpořit zdraví a celkovou pohodu pacientů.

### Substandardy

#### 2.1. Organizace zajišťuje dostupnost postupů pro posuzování potřeby podpory zdraví mezi pacienty.

2.1.1. Existují směrnice upravující, jak zjišťovat, zda pacient kouří, konzumuje alkohol, jak se stravuje, jaká je jeho psychologická, sociální a ekonomická situace  
[Důkaz: např. kontrola dostupnosti].

*Poznámky*

Ano Zčásti Ne

2.1.2. V průběhu uplynulého roku byly směrnice/postupy podrobeny prověrce  
[Důkaz: např. kontrola data a osoby odpovědné za prověrku směrnic].

*Poznámky*

Ano Zčásti Ne

2.1.3. Existují směrnice upravující, jak zjišťovat potřeby podpory zdraví mezi skupinami pacientů (např. astmatiky, diabetiky, pacienty s chronickou obstruktivní pulmonální chorobou, pacienty po operacích, pacienty na rehabilitaci)

[Důkaz: např. pro skupiny pacientů konkrétně léčené v daném klinickém oddělení].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

## 2.2. Posouzení potřeb podpory zdraví každého pacienta se provádí při prvním kontaktu s nemocnicí. Tyto potřeby jsou přezkoumávány a upravovány podle změn v pacientově klinickém stavu nebo na jeho žádost.

2.2.1. Posouzení se zapisuje do karty pacienta při jeho přijetí  
[Důkaz: např. zjišťuje se kontrolou karet pacientů].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

2.2.2. Existují směrnice/postupy pro opětovné posouzení potřeb při propouštění pacientů nebo po skončení daného zákroku  
[Důkaz: např. existence směrnic].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne



## 2.3. Při posuzování potřeb pacienta se přihlíží k informacím z ostatních zdrojů a k sociálnímu a kulturnímu původu pacienta.

2.3.1. V kartě pacienta jsou informace od doporučujícího lékaře nebo z jiných vhodných zdrojů  
[Důkaz: pro všechny pacienty doporučené lékařem].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3.2. V kartě pacienta je vhodně zdokumentován jeho sociální a kulturní původ  
[Důkaz: náboženství, která vyžadují speciální dietu nebo jinou zvláštní péči.  
Sociální podmínky naznačující, že pacient patří k rizikové skupině].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Standard 2 Posuzování potřeb pacientů:

---

### *Doplňující ukazatele*

\_\_\_\_\_ % pacientů je posuzováno s ohledem na přítomnost obecných rizikových faktorů

\_\_\_\_\_ % pacientů je posuzováno s ohledem na přítomnost rizikových faktorů specifických pro dané onemocnění podle směrnic.

\_\_\_\_\_ Skóre z průzkumu spokojenosti pacientů s hodnotícím postupem

### *Další ukazatele*

*(případné místní ukazatele, které chcete uvažovat v akčním plánu)*

## Standard 2: Posuzování potřeb pacientů

### Akční plán

	Opatření	Zodpovídá	Termín	Očekávaný výsledek
Obecné poznámky				
2.1.				
2.2.				
2.3.				

# 3

## Standard Informování pacientů a opatření na podporu zdraví

Organizace poskytuje pacientům informace o závažných faktorech týkajících se jejich onemocnění nebo zdravotního stavu a ve všech informacích pro pacienty informuje o opatřeních na podporu zdraví.

### Cíl

Zajistit, aby pacient byl informován o plánovaných činnostech, umožnit mu aktivní spoluúčast na plánovaných činnostech a umožnit začlenění činností na podporu zdraví do všech informací pro pacienty.

### Substandardy

#### **3.1. Na základě posouzení potřeb podpory zdraví jsou pacienti seznamováni s faktory, majícími vliv na jejich zdraví, a je s nimi domluven plán vhodných opatření na podporu zdraví**

3.1.1. Informace poskytnuté pacientům jsou zaznamenávány do jejich karet [Důkaz: např. namátková prověrka karet všech pacientů].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1.2. Činnosti na podporu zdraví a očekávané výsledky jsou zapisovány do karet a vyhodnocovány [Důkaz: např. kontrola karet pacientů]

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1.3. Provádí se posuzování spokojenosti pacientů s obdrženými informacemi a výsledky jsou vkládány do systému řízení kvality  
[Důkaz: např. různé metody posuzování: průzkum, skupinový pohovor, dotazník. Časový plán].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3.2. Organizace zajišťuje, aby všichni pacienti, personál i návštěvníci měli přístup ke všeobecným informacím o faktorech ovlivňujících zdraví.

3.2.1. Poskytují se všeobecné informace o zdraví  
[Důkaz: např. dostupnost informací v tištěné nebo elektronické podobě nebo u zvláštní informační přepážky].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2.2. Poskytují se podrobné informace o vysoce rizikových onemocněních  
[Důkaz: např. dostupnost informací v tištěné nebo elektronické podobě nebo u zvláštní informační přepážky].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2.3. Poskytují se informace o organizacích pacientů  
[Důkaz: např. jsou poskytovány kontaktní adresy].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Standard 3: Informování pacientů a opatření na podporu zdraví

---

### *Ukazatele*

\_\_\_\_\_ % pacientů je obeznámeno s konkrétními opatřeními vhodnými pro samoléčbu jejich stavu

\_\_\_\_\_ % pacientů je obeznámeno se změnami rizikových faktorů při léčbě jejich stavu a s možnostmi léčby

\_\_\_\_\_ Skóre z průzkumu zkušeností pacientů s postupy informování a s opatřeními na podporu zdraví

### *Další ukazatele*

*(případné místní ukazatele, které chcete uvažovat v akčním plánu)*

## Standard 3: Informování pacientů a opatření na podporu zdraví

### *Akční plán*

	Opatření	Zodpovídá	Termín	Očekávaný výsledek
Obecné poznámky				
3.1.				
3.2.				

# 4

## Standard Podpora zdravého pracovního prostředí

Management vytváří podmínky pro to, aby nemocnice mohla být zdravým pracovním prostředím.

### Cíl

Podpořit vytvoření zdravého a bezpečného pracovního prostředí a podpořit činnosti na podporu zdraví zaměstnanců.

### Substandardy

#### 4.1. Organizace se stará o vytvoření a implementaci zdravého a bezpečného pracovního prostředí.

4.1.1. Organizace se stará o vytvoření a implementaci zdravého a bezpečného pracovního prostředí

[Důkaz: např. jsou dodržovány vnitrostátní a mezinárodní předpisy/předpisy EU].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.1.2. Zaměstnanci dodržují zdravotní a bezpečnostní předpisy a jsou rozpoznána všechna rizika na pracovišti

[Důkaz: např. kontrola údajů o pracovních úrazech].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 4.2. Organizace se stará o vytvoření a implementaci komplexní strategie lidských zdrojů, jejíž součástí je rozvoj a vzdělávání zaměstnanců v dovednostech souvisejících s podporou zdraví.

4.2.1. Noví zaměstnanci dostávají úvodní školení o politice nemocnice v oblasti podpory zdraví

[Důkaz: např. pohovory s novými zaměstnanci].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

4.2.2. Zaměstnanci ve všech odděleních jsou seznámeni s obsahem politiky organizace v oblasti podpory zdraví

[Důkaz: např. výroční hodnocení výkonu nebo účast zaměstnanců v programu na podporu zdraví].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

4.2.3. Existuje systém hodnocení výkonu a celoživotního profesního vzdělávání zahrnujícího podporu zdraví

[Důkaz: např. doloženo prozkoumáním záznamů o zaměstnancích nebo pohovory.

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

4.2.4. Mezioborové týmy vypracovávají pracovní postupy (procedury a směrnice)

[Důkaz: např. kontrola procedur, ověření u zaměstnanců].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

4.2.5. Zaměstnanci jsou zapojeni do rozhodovacích procesů, auditů a prověrek  
[Důkaz: ověření u zaměstnanců, ověření účasti zástupců zaměstnanců  
v záznamech pracovních skupin].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4.3. Organizace zajišťuje dostupnost postupů pro rozvoj a udržování znalostí zaměstnanců o problematice zdraví.

4.3.1. Zaměstnancům je k dispozici politika pro informování o problematice zdraví

[Důkaz: např. ověření pro problematiku kouření, alkoholu, narkomanie a tělesného cvičení].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3.2. Jsou nabízeny programy pro skoncování s kouřením  
[např. důkaz o dostupnosti programů].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3.3. Každoročně jsou prováděny průzkumy mezi zaměstnanci zahrnující posouzení chování jednotlivců, znalosti pomocných služeb/politik a využívání pomocných seminářů

[Důkaz: проверка dotazníků používaných pro průzkumy u zaměstnanců a výsledků průzkumů].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Standard 4: Podpora zdravého pracovního prostředí

---

### *Doplňující ukazatele*

\_\_\_\_\_ % kuřáků mezi zaměstnanci

\_\_\_\_\_ Ukončení kouření

\_\_\_\_\_ Skóre z průzkumu zkušeností zaměstnanců s pracovními podmínkami

\_\_\_\_\_ % krátkodobých absencí

\_\_\_\_\_ % pracovních úrazů

\_\_\_\_\_ Skóre na stupnici vyhoření

### *Další ukazatele*

*(případné místní ukazatele, které chcete uvažovat v akčním plánu)*

## Standard 4: Podpora zdravého pracovního prostředí

### Akční plán

	Opatření	Zodpovídá	Termín	Očekávaný výsledek
Obecné poznámky				
4.1.				
4.2.				
4.3.				

# Standard

# 5

## Kontinuita a spolupráce

Organizace má trvale systematický přístup ke spolupráci s jinými úrovněmi služeb zdravotní péče a s jinými institucemi a sektory.

### Cíl

Zajistit spolupráci s příslušnými poskytovateli a iniciovat spolupráci, která umožní optimalizaci začlenění činností na podporu zdraví do informací pro pacienty.

### Substandardy

#### 5.1. Organizace zajišťuje, aby služby podpory zdraví byly v souladu s platnými ustanoveními a regionálními zdravotními plány.

5.1.1. Management bere v úvahu regionální zdravotní plán  
[Důkaz: např. určení předpisů a ustanovení a připomínky k nim v zápisu z jednání managementu].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

5.1.2. Management je schopen předložit seznam poskytovatelů zdravotní a sociální péče spolupracujících s nemocnicí  
[Důkaz: např. kontrola aktualizace seznamu].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

5.1.3. Spolupráce v rámci sektoru i mimo něj s ostatními subjekty je založena na provádění regionálního zdravotního plánu  
[Důkaz: např. kontrola souladu].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

5.1.4. Existuje písemný plán spolupráce s partnery pro zlepšování návaznosti péče o pacienty  
[Důkaz: např. kritéria pro přijímání, plán pro propouštění].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

## 5.2. Organizace zajišťuje dostupnost a implementaci činností a postupů na podporu zdraví při ambulantních vyšetřeních a po propuštění pacienta.

5.2.1. Pacientům (a případně jejich rodinám, je-li to vhodné) jsou při ambulantních konzultacích, doporučených vyšetřeních nebo při propuštění poskytovány srozumitelné pokyny pro následnou péči  
[Důkaz: např. posouzení hodnocení pacientů při průzkumech mezi pacienty].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

5.2.2. Existuje dohodnutý postup pro výměnu všech relevantních informací o pacientech mezi organizacemi  
[Důkaz: např. kontrola dostupnosti postupu].

*Poznámky*

Ano

Zčásti

Ne

5.2.3. Přijímající organizace dostává včas písemnou zprávu o pacientově stavu, zdravotních potřebách a zákrocích provedených předávající organizací [Důkaz: např. existence kopie].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2.4. Pokud třeba, v kartách pacientů se evidují plány rehabilitace popisující úlohu organizace a spolupracujících partnerů [Důkaz: např. prověrka karet].

*Poznámky*

Ano	Zčásti	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Standard 5: Kontinuita a spolupráce

---

### *Doplňující ukazatele*

\_\_\_\_\_ % propouštěcích zpráv zasláno praktickému lékaři nebo příslušné klinice do dvou týdnů nebo předáno pacientovi při propuštění

\_\_\_\_\_ Míra rehospitalizace do 5 dnů z důvodu ambulantních stavů vyžadujících péči

\_\_\_\_\_ Skóre z průzkumu přípravy pacienta na propuštění

### *Další ukazatele*

*(případné místní ukazatele, které chcete uvažovat v akčním plánu)*



## Standard 5: Kontinuita a spolupráce

### *Akční plán*

	Opatření	Zodpovídá	Termín	Očekávaný výsledek
Obecné poznámky				
5.1.				
5.2.				

## Celkové zhodnocení souladu se standardy

Zásady řízení

1

Celkem:

Ano	Zčásti	Ne
9	9	9

Posuzování potřeb pacientů

2

Celkem:

Ano	Zčásti	Ne
7	7	7

Informování pacientů  
a opatření na podporu zdraví

3

Celkem:

Ano	Zčásti	Ne
6	6	6

Podpora zdravého  
pracovního prostředí

4

Celkem:

Ano	Zčásti	Ne
10	10	10

Kontinuita a spolupráce

5

Celkem:

Ano	Zčásti	Ne
8	8	8

Souhrnně:

Ano	Zčásti	Ne
40	40	40

# Souhrnný akční plán

*(podle potřeby přidejte další stránky pro doplnění zprávy)*

## **Všeobecná opatření**

## **Opatření související s konkrétními standardy a ukazateli**

## 6. Popisy hodnocení

## 6. Popisy hodnocení ukazatelů

---

Pro každý navržený ukazatel byl vypracován list s popisem.<sup>30</sup> Tyto popisy obsahují operační definici, princip a zdůvodnění jeho použití (zatížení, význam, prevalence, potenciál ke zlepšení), zdroje dat a stratifikaci, platnost a vodítko pro interpretaci. Je nutné zdůraznit, že některé z navržených ukazatelů nelze popsat jako klinické ukazatele s kódy podle mezinárodní klasifikace chorob (ICD) a jednoznačnými kritérii pro zařazení a vyloučení, ale spíše vycházejí z měření při průzkumech nebo auditních postupů. Platnost a spolehlivost některých ukazatelů je ve srovnání s již zavedenými klinickými ukazateli dosud omezená, neboť ukazatele činnosti na podporu zdraví v nemocnicích mají příliš velký rozsah a stále se vyvíjejí. Popisy na následujících stranách je nutné pravidelně aktualizovat, aby odrážely nová zjištění a hodnocení platnosti těchto ukazatelů. Úplný přehled klinických a ostatních ukazatelů kvality zdravotní péče je k dispozici na internetu.<sup>31</sup>

### *Část 1. Princip a popis*

V této části je stručně zdůvodněno, proč je třeba používat daný ukazatel. Zásadní význam má objasnění, co má ukazatel měřit a jaké jsou jeho výhody a omezení. Je též nanejvýš cenné, aby uživatelé pochopili, proč je důležité shromažďovat data o tomto ukazateli, a aby byli motivováni k souhlasu s tímto ukazatelem, k náročnému shromažďování dat a k zajištění jejich kvality.

### *Část 2. Operační definice*

Cílem této části je najít společný jazyk. Operační definice slouží k podpoře jednotného shromažďování dat dlouhodobě v jednotlivých nemocnicích a zemích. Mají-li být ukazatele použity k porovnávání, operační definice (a výchozí data) musí být do značné míry standardizovány.

### *Část 3. Zdroj dat a stratifikace*

V této části uvádíme některé informace o shromažďování dat. Protože primárním účelem tohoto projektu není provést komparativní analýzu jednotlivých organizací, jednoznačné definice a homogenní postupy shromažďování dat jsou důležité jen ke zvýšení spolehlivosti a platnosti ukazatelů pro dlouhodobou analýzu. U některých ukazatelů poskytujeme informace o tom, která data shromažďovat, jsou-li k dispozici, kdo je má shromažďovat a jaké jsou mechanismy kontroly kvality dat.

30. Některé ze zvolených ukazatelů odpovídají ukazatelům vybraným pro nástroj WHO k hodnocení výkonu v oblasti zlepšování kvality v nemocnicích (PATH). U těchto ukazatelů jsme použili stejnou definici. Další informace o projektu PATH naleznete na stránkách [www.euro.who.int/ihb](http://www.euro.who.int/ihb)

31. National quality measures clearinghouse ([www.qualitymeasures.ahrq.gov](http://www.qualitymeasures.ahrq.gov) , accessed 08 May2006).

#### *Část 4. Vodítka pro interpretaci*

Poslední část obsahuje informace o způsobu použití výsledků měření daného ukazatele. Cílem tohoto projektu je podpořit zamyšlení nad současnými postupy a dát podnět k činnostem zlepšování kvality na základě výsledků sebehodnocení. Za tímto účelem by se ukazatele neměly považovat za pouhé vyjádření dobrého nebo špatného výkonu a stejně tak by se ukazatele neměly vykládat izolovaně.

Tabulka 2: Popis hodnocení informovanosti personálu o zásadách

Oblast	Zásady řízení
<b>Ukazatel 1</b>	<b>% zaměstnanců, kteří jsou obeznámeni se zásadami podpory zdraví</b>
Princip a popis	<p>Hlavním cílem odpovídajícího standardu je, aby vedení formulovalo politiku podpory zdraví, zacílenou na zaměstnance, pacienty a jejich příbuzné. Základními součástmi tohoto procesu jsou definování odpovědností, vytvoření kompetencí a určení infrastruktur.</p> <p>Protože cílem není přímo posuzovat soulad se standardy a substandardy, ale spíše jejich trvalé provádění, lze informovanost zaměstnanců o politice a jejím obsahu považovat na nepřímé a orientační měřítko, které však s výkonem úzce souvisí. I když jsou zaměstnanci s politikou obeznámeni, ale nesouhlasí s ní, je toto měřítko průkazné při zdůrazňování demokratických a transparentních pracovních procesů.</p>
Čítatel	Počet zaměstnanců, kteří dokážou vyjmenovat součásti politiky podpory zdraví.
Jmenovatel	Všichni zaměstnanci
Zdroj dat	Metody auditu nebo průzkumu. Řada nemocnic provádí opakované průzkumy zdravotního stavu a spokojenosti zaměstnanců, do kterých lze zařadit otázky k posouzení jejich informovanosti o politice vedení v oblasti podpory zdraví. Jinak lze za vhodný způsob získání dat pro tento ukazatel použít speciální průzkum v příležitostně vybraném vzorku.
Stratifikace	Podle oddělení, podle profesních skupin
Poznámky / interpretace	<p>Tento ukazatel dosud nebyl systematicky validován. K dispozici jsou však podobné ukazatele informovanosti zaměstnanců o základních zásadách organizace, které se osvědčily jako průkazné<sup>32</sup> a také existuje velké množství literatury z oblasti řízení organizací, popisující vliv zapojení zaměstnanců na efektivitu organizace<sup>33</sup>. Vysoká informovanost zaměstnanců o politice vedení svědčí o dobré komunikaci mezi vedením a zaměstnanci, což je samo o sobě důležitým potenciálním spouštěčem podpory rozhodnutí managementu, budování sdílené identity a procesů učení v rámci organizace.</p> <p>Samotná informovanost na druhou stranu nezajišťuje aktivitu zaměstnanců v oblasti podpory zdraví, zvláště pokud zaměstnanci nemají zdroje k realizaci této politiky. Ukazatel je tedy užitečný ke sledování toho, jak je politika vedení sdělována zaměstnancům, ale neměří skutečný výkon v oblasti podpory zdraví. Po dokončení počátečního cyklu PZVP se mohou následná opatření týkat znalostí zaměstnanců o konkrétních součástech politiky a posouzení potenciálu zaměstnanců a zdrojů pro její realizaci.</p>

32. Roberts KH. Managing high reliability organizations. Calif Manage Rev 1990, 32: 101-113.

33. Dierkes M, Antal AB, Child J, Nonaka I. Handbook of organizational learning and knowledge. Open University Press, 2001.

Tabulka 3: Popis hodnocení informovanosti pacientů (a jejich příbuzných)

<b>Oblast</b>	<b>Zásady řízení</b>
<b>Ukazatel 2</b>	<b>% pacientů (a příbuzných) obeznámených se standardy podpory zdraví</b>
Princip a popis	<p>Podobně jako u předchozího ukazatele je nutné, aby byli pacienti obeznámeni s politikou podpory zdraví. Pak ji budou moci maximálně využít. Pacienti, kteří jsou informováni o zásadách podpory zdraví, budou s vyšší pravděpodobností žádat o další informace o svém zdravotním stavu, změnách v životním stylu a o dalších institucích, spolcích a svépomocných skupinách. Základním předpokladem je to, že čím větší možnosti má pacient, tím pravděpodobněji bude žádat o další informace o svém zdravotním stavu, průběhu zdravotní péče a důsledcích pro následná opatření.</p> <p>Existují přesvědčivé důkazy o tom, že pacienti s většími pravomocemi se lépe uzdravují<sup>34</sup>. Tyto informace by rovněž měli mít k dispozici příbuzní. Shromažďování dat však zde může být náročnější, protože neexistují systematické záznamy návštěv příbuzných v nemocnici.</p>
Čítatel	Počet pacientů obeznámených s politikou podpory zdraví.
Jmenovatel	Všichni pacienti
Zdroj dat	Metody průzkumu. V mnoha zemích nemocnice posílají pacientům po propuštění dotazníky zkoumající jejich názory, zkušenosti a spokojenost s poskytovanou péčí. Takový průzkum může zahrnovat dotaz na informovanost pacienta o politice podpory zdraví. K hodnocení lze použít i pohovory s příležitostně vybraným vzorkem pacientů při propuštění, při kterých jim lze položit otázku, do jaké míry jsou obeznámeni s touto politikou.
Stratifikace	Nemocnice: Podle oddělení. Pacienti: podle věku, pohlaví a dosaženého vzdělání.
Poznámky/interpretace	Tento ukazatel dosud nebyl systematicky validován. Z výzkumů však jednoznačně vyplývá, že existuje souvislost mezi pravomocemi a zdravím. Tento ukazatel je užitečný ke sledování toho, jak zdravotníci komunikují s pacientem, a zda jsou schopni vysvětlit, co jejich nemocnice dělá pro podporu zdraví. Po dokončení počátečního cyklu PZVP se mohou následná opatření týkat znalostí pacientů o konkrétní formě podpory zdraví, kterou buďto obdrželi nebo ji považují za důležitou. Tyto informace by mohly být užitečné pro zahájení dalších činností na podporu zdraví.

34. McKee M. In: The evidence for health promotion effectiveness. Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels, 2000.



Tabulka 4: Popis hodnocení procenta z rozpočtu na podporu zdraví

Oblast	Zásady řízení
<b>Ukazatel 3</b>	<b>% rozpočtu věnované na činnosti personálu v oblasti podpory zdraví</b>
Princip a popis	<p>Tento ukazatel se týká přímých finančních zdrojů dostupných pro vzdělávání, porady a infrastruktury související s podporou zdraví. O rozsahu činností na podporu zdraví v nemocnicích je k dispozici jen málo údajů. Z průzkumu na vzorku více než 1400 společností v sedmi evropských zemích vyplývá, že „činnosti, které lze považovat za činnosti v oblasti podpory zdraví (např. zásady stravování, požívání alkoholu nebo kouření), jsou prováděny jen zřídka<sup>35</sup>“.</p> <p>Oblasti aktivit na podporu zdraví lze rozdělit do těchto skupin: 1) kontrola zdravotního stavu, 2) podpora zdravého chování, 3) organizační zásahy, 4) bezpečné/fyzické prostředí, 5) sociální a pečovatelská problematika. Příklady: programy pro skoncování s kouřením na pracovišti, poradenství pro zvládání stresu, péče o děti na pracovišti, očkování proti chřipce, zjišťování závislosti na alkoholu atd.</p> <p>Stupeň volnosti pro přidělování finančních prostředků v nemocnicích se v jednotlivých zemích značně liší a rozdíly v celkovém rozpočtu, který je k dispozici, jsou i mezi veřejnou a soukromou sférou. Záleží také na celostátní politice a zákonných předpisech o podpoře zdraví na pracovišti. Možným nežádoucím důsledkem je to, že nemocnice budou hodnoceny jen podle rozpočtu pro činnosti na podporu zdraví a ne podle objemu a kvality těchto činností. Stejně tak by mohly vyčlenit rozpočet, aniž by byly přesvědčeny o jeho prospěšnosti nebo aniž by jej vůbec využily.</p>
Čítatel	Rozpočet na činnosti týkající se podpory zdraví zaměstnanců
Jmenovatel	Průměrný počet stavu zaměstnanců za dané období (alternativa: průměrný počet zaměstnanců pracujících na celý úvazek)
Zdroj dat	Finanční údaje
Stratifikace	Podle oblasti podpory zdraví (viz výše uvedené definice)
Poznámky / interpretace	Tento ukazatel dosud nebyl systematicky hodnocen. Neexistuje důkaz toho, že by rozpočet na podporu zdraví měl vliv na rozsah a kvalitu těchto činností. I když však tyto činnosti nepřinesou očekávané výsledky, jejich provádění lze vykládat jako zájem o zdraví zaměstnanců a tedy i orientaci na zaměstnance.

35. European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition (EFILWC) Workplace Health Promotion in Europe – Programme summary. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, ed., 1997: 40.

Tabulka 5: Popis hodnocení pro pacienty posuzované s ohledem na přítomnost obecných rizikových faktorů

Oblast	Posuzování potřeb pacientů
<b>Ukazatel 4</b>	<b>% pacientů posuzovaných s ohledem na přítomnost obecných rizikových faktorů</b>
Princip a popis	Tento ukazatel měří to, zda se u pacientů posuzuje existence obecných rizikových faktorů. Obecné rizikové faktory hrají úlohu při rozvoji mnoha chorob, mnohdy však nejsou posuzovány ani zapisovány do zdravotních nebo ošetřovatelských záznamů. Účelem tohoto ukazatele je podpořit systematické posuzování výskytu obecných rizikových faktorů u všech pacientů a jejich dokumentování, aby je měli k dispozici i jiní zdravotníci než ti, kteří provádějí hodnocení.
Čítatel	Celkový počet pacientů se záznamem v kartě, že u nich byl posouzen výskyt rizikových faktorů včetně kouření, stravování a alkoholu.
Jmenovatel	Počet pacientů (v náhodném vzorku)
Zdroj dat	Klinický audit lékařských nebo ošetřovatelských záznamů (vzorek)
Stratifikace	Stratifikace podle věku.
Poznámky / interpretace	-

Tabulka 6: Popis hodnocení pro pacienty posuzované s ohledem na přítomnost specifických rizikových faktorů

Oblast	Posuzování potřeb pacientů
<b>Ukazatel 5</b>	<b>% pacientů posuzovaných s ohledem na přítomnost faktorů rizik specifických pro dané onemocnění podle směrnic</b>
Princip a popis	<p>Tento ukazatel měří to, zda se u pacientů posuzuje existence rizikových faktorů podle směrnic. Hospitalizace z důvodu chronických stavů lze v řadě případů uvést do souvislosti s několika rizikovými faktory, které se do značné míry podílí na rozvoji tohoto stavu, např. s kouřením, nadměrným požíváním alkoholu, špatným stravováním a nedostatkem fyzického pohybu.</p> <p>Nemocnice mnohdy poskytují péči ke zlepšení symptomů chronického stavu, aniž by se zabývaly základními rizikovými faktory. I když úkolem nemocnice nutně není poskytovat např. intenzivní programy pro ty, kteří chtějí přestat kouřit, měla by přesto a) poskytnout pacientovi informace o tom, kde tyto služby získá a b) informovat lékaře poskytujícího základní péči o existenci rizikových faktorů a jejich souvislosti se zdravotním stavem, kvůli kterému byl pacient hospitalizován.</p>
Čítatel	Celkový počet pacientů se záznamem v kartě, že u nich byl podle směrnic posouzen výskyt rizikových faktorů včetně kouření, stravování a alkoholu.
Jmenovatel	Počet pacientů (v náhodném vzorku)
Zdroj dat	Klinický audit lékařských nebo ošetřovatelských záznamů (vzorek)
Stratifikace	Stratifikace podle věku.
Poznámky / interpretace	Tento ukazatel se od ukazatele č. 4 odlišuje v tom, že se zaměřuje na konkrétní onemocnění a na použití směrnic při hodnocení. Důvodem je to, že u určitých stavů existují kromě obecných rizikových faktorů, jako jsou kouření a nedostatek tělesného pohybu, i specifické rizikové faktory.

Tabulka 7: Popis hodnocení spokojenosti pacientů

<b>Oblast</b>	<b>Posuzování potřeb pacientů</b>
<b><i>Ukazatel 6</i></b>	<b><i>Skóre z průzkumu spokojenosti pacientů s postupem hodnocení</i></b>
Princip a popis	Dotazníky průzkumu spokojenosti pacientů jsou běžně používaným nástrojem k posouzení celkové kvality péče z pohledu pacientů. Posouzení se často provádí při propuštění nebo krátce po něm (např. do dvou týdnů). Dotazníky hodnotící spokojenost pacientů jsou vhodným nástrojem k posouzení celkové kvality péče. Přestože pacienti nejspíše nebudou schopni posoudit technickou složku zákroku, kvůli kterému byli hospitalizováni, dokážou nejlépe posoudit péči, která je pro pacienty velmi důležitá, např. zachovávání soukromí, návaznost péče, důvěrnost a pocit, že bylo postaráno o všechny jejich potřeby včetně potřeb emocionálních. Dotazníky s otázkami na spokojenost pacientů a jejich zkušenosti jsou hlavním nástrojem k posuzování těch aspektů péče, jejichž pěstování si projekt nemocnic podporujících zdraví vytyčil jako cíl.
Čítatel	Skóre z průzkumu (např. spokojenosti pacientů s péčí – závisí na způsobu použití tohoto hodnotícího nástroje. Nemocnice si mohou zvolit vlastní mezní bod, ke kterému chtějí směřovat).
Jmenovatel	Všichni pacienti
Zdroj dat	Průzkum
Stratifikace	Podle oddělení v nemocnici a podle věku, pohlaví a dosaženého vzdělání pacienta.
Poznámky / interpretace	Nemocnice často používají průzkumy, které si samy vytvořily a do nichž při hodnocení spokojenosti nebo zkušeností pacientů může být vneseno určité zkreslení, přestože je na internetu k dispozici řada nástrojů pro průzkum v různých jazycích. Důrazně doporučujeme použití standardizovaného hodnotícího nástroje, který byl komplexně psychometricky validován. Jedná se například o Pickerův dotazník, ServQual nebo Consumer Health Plan Assessment (Posuzování plánu péče o zdraví pacientů).

Tabulka 8: Popis hodnocení osvěty o samoléčbě pacientů

Oblast	Informování pacientů a opatření na podporu zdraví
<b>Ukazatel 7</b>	<b>% pacientů obeznámených s konkrétními opatřeními vhodnými pro samoléčbu jejich stavu</b>
Princip a popis	<p>Pacientům s chronickými stavy je poskytován velký objem péče. Pobyt v nemocnici však představuje jen malou část péče, kterou pacienti s chronickými nemocemi potřebují. Další významné složky péče jsou poskytovány mimo nemocnici v ambulantním sektoru nebo si je zajišťují pacienti a jejich příbuzní sami. Svěření péče do pravomocí pacienta tak, aby se na ní aktivněji podílel, je ve skutečnosti nejdůležitějším příspěvkem ke zlepšení kvality péče a snížení výdajů ve zdravotnictví.</p> <p>Předpokladem pro aktivnější zapojení pacientů do procesu péče je jejich lepší informování o jejich stavu a o možných opatřeních pro jeho zlepšení. Bylo prokázáno, že informovanější pacienti mají méně komplikací a jsou méně často opětovně hospitalizováni, což přispívá jak k lepší kvalitě života, tak k úspoře nákladů<sup>36, 37</sup>.</p>
Čítatel	Pacienti, kteří dokážou jmenovat opatření pro samoléčbu jejich stavu
Jmenovatel	Všichni pacienti (vzorek)
Zdroj dat	Průzkum, pohovory
Stratifikace	Podle oddělení, věku, pohlaví
Poznámky / interpretace	V metodě průzkumu je třeba určit, které nejdůležitější opatření pro samoléčbu musí být pacient schopen jmenovat.

36. Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. *Clinical Medicine*, 2002, 2(3): 227-9.

37. Lorig K. et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical Care* 1999, 37(1): 5-14.

Tabulka 9: Popis hodnocení osvěty o rizikových faktorech u pacientů

<b>Oblast</b>	<b><i>Informování pacientů a opatření na podporu zdraví</i></b>
<b><i>Ukazatel 8</i></b>	<b><i>% pacientů, kteří jsou obeznámeni se změnami rizikových faktorů při léčbě jejich stavu a s možnostmi léčby svého onemocnění</i></b>
Princip a popis	Viz ukazatel č. 7. Rozdíl je v zaměření na konkrétní stavy
Čítatel	Pacienti, kteří dokážou jmenovat opatření pro samoléčbu jejich stavu
Jmenovatel	Pacienti s určitou diagnózou (např. mrtvice, chronická obstruktivní pulmonální choroba, infarkt myokardu, diabetes mellitus)
Zdroj dat	Průzkum, pohovory
Stratifikace	Podle oddělení, věku, pohlaví, zdravotního stavu
Poznámky / interpretace	V průzkumu je nutné určit hlavní problémy při změnách rizikových faktorů a možnostech léčby jednotlivých stavů, které musí být pacient schopen jmenovat.  Tento ukazatel se velmi podobá ukazateli č. 7 a data k nim lze shromažďovat zároveň a poté je stratifikovat podle zdravotního stavu.

Tabulka 10: Popis hodnocení skóre informovanosti pacientů a opatření na podporu jejich zdraví

Oblast	Informování pacientů a opatření na podporu zdraví
<b>Ukazatel 9</b>	<b>Skóre z průzkumu zkušeností pacientů s postupy informování a s opatřeními na podporu zdraví</b>
Princip a popis	<p>Viz č. 6. Dotazníky s otázkami na zkušenosti pacientů s péčí jsou běžně používaným nástrojem k posouzení celkové kvality péče z pohledu pacientů.</p> <p>Oproti ukazateli č. 6, který hodnotí celkovou kvalitu péče, tento ukazatel navíc hodnotí zkušenosti s informováním a zákroky, např. zda lékař pacientovi srozumitelným způsobem poskytl informace o nemoci.</p>
Čítatel	Skóre z průzkumu (např. spokojenosti pacientů s péčí – závisí na způsobu použití tohoto hodnotícího nástroje. Nemocnice si mohou zvolit vlastní mezní bod, ke kterému chtějí směřovat).
Jmenovatel	Všichni pacienti
Zdroj dat	Průzkum
Stratifikace	Podle oddělení v nemocnici a podle věku, pohlaví a dosaženého vzdělání pacienta.
Poznámky / interpretace	Nemocnice často používají průzkumy, které si samy vytvořily a do nichž při hodnocení spokojenosti nebo zkušeností pacientů může být vneseno určité zkreslení, přestože je na internetu k dispozici řada nástrojů pro průzkum v různých jazycích. Důrazně doporučujeme použití standardizovaného hodnotícího nástroje, který byl komplexně psychometricky validován. Jedná se například o Pickerův dotazník <sup>38</sup> , ServQual <sup>39</sup> nebo Consumer Health Plan Assessment (Posuzování plánu péče o zdraví pacientů) <sup>40</sup> .

38. Jenkinson C, Coulter, A, Bruster S. The Picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14: 353-358.

39. Buttle F. SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 1996, 30 (1): 8-32

40. Hibbard JH, Slovik P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. *The Milbank Quarterly*, 1997, 75(3): 395-414.

Tabulka 11: Popis hodnocení kouření personálu

Oblast	Podpora zdravého pracovního prostředí
<b>Ukazatel 10</b>	<b>% kuřáků mezi zaměstnanci</b>
Princip a popis	<p>Nemocnice podporující zdraví se zavázaly stát se nekuřáckým prostředím, a proto je procento zaměstnanců-kuřáků jediným ukazatelem, odrážejícím celkovou úspěšnost implementace podpory zdraví v nemocnicích.</p> <p>Kouření má neoddiskutovatelně negativní vliv na zdraví. I přesto však velký počet zdravotníků stále kouří<sup>41, 42</sup>. Kouření mezi zaměstnanci má další souvislost s dodržováním rad týkajících se životního stylu pacienty: pacienti, kteří jsou přijati do nemocnice se stavem souvisejícím se závislostí na kouření, lépe reagují na doporučení týkající se životního stylu. Pokud však takové rady obdrží od zdravotníka, který sám kouří, úspěšnost snah pacientů o skoncování s kouřením bude menší.</p>
Čítatel	Počet kuřáků mezi zaměstnanci
Jmenovatel	Všichni zaměstnanci
Zdroj dat	Průzkum
Stratifikace	Podle oddělení, oboru, věku a pohlaví
Poznámky / interpretace	Evropská síť nekuřáckých nemocnic <sup>43</sup> vypracovala dotazník obsahující 13 standardních otázek, podle kterého je možné porovnat rozdíly mezi nemocnicemi v různých evropských zemích.

41. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325: 188

42. Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. *Lancet* 2002, 359: 114-117

43. European Network of Smoke-free hospitals ( <http://ensh.free.fr> , accessed 08 May 2006).



Tabulka 12: Popis hodnocení úspěšnosti snahy o to přestat kouřit

Oblast	Podpora zdravého pracovního prostředí
<b>Ukazatel 11</b>	<b><i>Konec s kouřením: % zaměstnanců, kteří aktuálně kouřili nebo nedávno s kouřením přestali a kterým bylo doporučeno, aby s kouřením přestali.</i></b>
Princip a popis	<p>Kouření má významný vliv na úmrtnost na choroby spojené s kouřením. Konec s kouřením snižuje riziko předčasného úmrtí a velké procento kuřáků má zájem přestat kouřit docela. Tento ukazatel hodnotí to, zda kuřáci a osoby, které s kouřením skončily nedávno a které v daném roce absolvovaly prohlídku u závodního lékaře, obdržely doporučení, aby s kouřením přestali. Bylo prokázáno, že po doporučení lékaře se úspěšnost boje s kouřením zvýšila o 30%<sup>44</sup></p> <p>Tento ukazatel hodnotí procento zaměstnanců starších 18 let, kteří byli v roce, kdy se měření provádělo, v dané organizaci nepřetržitě zaměstnáni a kteří tehdy byli kuřáky nebo s kouřením nedávno skončili, v daném roce absolvovali prohlídku u závodního lékaře a bylo jim doporučeno, aby s kouřením přestali.</p>
Čítatel	Počet zaměstnanců ve jmenovateli, kteří v průzkumu odpovídali a uvedli, že jim závodní lékař v roce, ve kterém se měření provádělo, doporučil, aby přestali kouřit.
Jmenovatel	Počet zaměstnanců, kteří v průzkumu odpovídali a uvedli, že jsou aktuálně kuřáky nebo s kouřením nedávno skončili a že byli v roce, ve kterém se měření provádělo, na jedné nebo několika prohlídkách u závodního lékaře.
Zdroj dat	Administrativní údaje, údaje z průzkumu mezi pacienty a údaje
Stratifikace	Stratifikace podle oddělení, profese, pohlaví a věku.
Poznámky / interpretace	Jedná se o standardní ukazatel v systému HEDIS. Podrobné specifikace opatření Národního výboru pro zajištění kvality (NCQA) naleznete v publikaci HEDIS Volume 2: Technical Specifications (HEDIS Svazek 2: Technické specifikace), která je k dispozici na webové stránce NCQA <a href="http://www.ncqa.org">www.ncqa.org</a> .

44. National Quality Measures Clearinghouse (<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>, accessed 08 May 2006).

Tabulka 13: Popis hodnocení zkušeností personálu

Oblast	Podpora zdravého pracovního prostředí
<b>Ukazatel 12</b>	<b>Skóre z průzkumu zkušeností zaměstnanců s pracovními podmínkami</b>
Princip a popis	K posuzování zkušeností zaměstnanců s pracovními podmínkami existuje celá řada nástrojů. Výsledky dotazníkového průzkumu spokojenosti v zaměstnání (měří se psychologické potřeby, možnosti rozhodování o práci a sociální podpora v práci) souvisí s absencemi sester z důvodu nemoci doloženými i nedoloženými neschopenkou <sup>45</sup> . Tento ukazatel úzce navazuje na ukazatel č. 10 (spokojenost je nepřímo úměrná absencím)
Čítatel	Skóre z průzkumu (např. spokojenosti zaměstnanců s pracovními podmínkami – závisí na způsobu použití tohoto hodnotícího nástroje. Nemocnice si mohou zvolit vlastní mezní bod, ke kterému chtějí směřovat).
Jmenovatel	Všichni zaměstnanci
Zdroj dat	Průzkum
Stratifikace	Podle oddělení v nemocnici a podle věku, pohlaví a dosaženého vzdělání pacienta.
Poznámky / interpretace	Nemocnice si může zvolit druh průzkumu, např. Karaskův dotazník kvality pracovního života <sup>46</sup> . Také již mohou být k dispozici informace z již provedených průzkumů zdraví mezi zaměstnanci. Doporučuje se však používat jen průzkumy či otázky s prokázanou validitou a spolehlivostí na základě psychometrické validace.

45. Bourbonnais R, Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the Province of Québec. American Journal of Industrial Medicine, 2001, 39:194-202.

46. Karasek R, Brisson C, Kawakami N et al. The job content questionnaire: an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of Occupational Health Psychology, 1998, 3(4): 322-5.

Tabulka 14: Popis hodnocení krátkodobých nepřítomností

Oblast	Podpora zdravého pracovního prostředí
<b>Ukazatel 13</b>	<b>% krátkodobých absencí</b>
Princip a popis	Absence mají velký negativní dopad na fungování nemocnice: náklady na kompenzaci ušlé pracovní doby, zvýšená pracovní zátěž na zbývající zaměstnance, nižší produktivita, nižší kvalita v případě, že nelze nahradit vysoce odborný personál poskytující důležité služby. Krátkodobé absence jsou nejrušivější proto, že je nelze předvídat a je při nich méně času na úpravu časového plánu, podniknutí opatření na náhradu za nepřítomného pracovníka atd. Ale absence mají i pozitivní vliv: Krátkodobé absence mohou být efektivní strategií úlevy od stresujících podmínek. „Přecházení“ nemoci: Případy zaměstnanců, kteří chodí i přes nemoc do práce, jsou v zemích CIS stále častější, a to hlavně z důvodu obav ze ztráty zaměstnání nebo z finančních důvodů (ušlý výdělek). <sup>47</sup> V Evropě se procento absencí (včetně přechodné i trvalé pracovní neschopnosti) pohybuje od 3,5 % v Dánsku do 8 % v Portugalsku <sup>48</sup> . Absence na úrovni nemocnice mohou snížit různá opatření: programy pomoci zaměstnancům, programy školení a vytyčování cílů, změny politiky ke zvýšení odpovědnosti zaměstnanců za své absence, změny v plánování pracovní doby, např. pružná pracovní doba, a hry nebo různé druhy odměn. Nemocnice může částečně ovlivnit některé situace, které absencím předcházejí, např. přílišná benevolence v rámci organizace, problémy s plněním úkolů v dané funkci, mzda a charakteristika práce. <sup>49</sup>
Čítatel	Počet dnů absencí sester a pomocných sester, doložených nebo nedoložených neschopenkou po max. dobu 7 dnů nepřetržitě (krátkodobá absence) nebo déle než 30 dnů (dlouhodobá absence) bez započítání svátků
Jmenovatel	Celkový ekvivalent počtu sester a pomocných sester pracujících na plný úvazek * počet pracovních dnů za rok u zaměstnance na plný úvazek (např. 250 dnů)
Zdroj dat	Běžný informační systém na úrovni nemocnice nebo oddělení nebo údaje od pojišťoven.
Stratifikace	Shromažďování údajů podle věku, pohlaví a kvalifikace (zdravotní sestra nebo pomocná sestra)
Poznámky / interpretace	Tento ukazatel se měří pouze u sester a pomocných sester. Administrativní a pomocný personál a lékaři sem nejsou zařazeni. Nezahrnují se dlouhodobé absence a mateřské dovolené včetně preventivních dovolených. Nemocenská během mateřské dovolené se však zařazuje.

47. Arford CW. Failing health systems: Failing health workers in Eastern Europe. Report on the Basic Security Survey for the International Labour Office and Public Services International Affiliate in the Health Sector in Central and Eastern Europe. Geneva, International Labour Office, 2001 (Available on [www.ilo.org/ses](http://www.ilo.org/ses), accessed 08 May 2006).

48. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.

49. Dalton DR, William DT. Turnover, transfer, absenteeism: an independent perspective. *Journal of Management*, 1993, 19(2): 193-219.

Tabulka 15: Popis hodnocení pracovních úrazů

Oblast	Podpora zdravého pracovního prostředí
<b>Ukazatel 14</b>	<b>% pracovních úrazů</b>
Princip a popis	<p>Zaměstnanci nemocnice jsou vystaveni velkým zdravotním rizikům, např. virům HIV a dalším virům přenášeným krví (např. virům hepatitidy B a C). Riziko přenosu viru hepatitidy C při zranění jehlou se odhaduje na 1,8 % - 3 %. Brzká antivirová léčba akutní infekce virem hepatitidy C má vysoké procento vyléčení. Zranění mají trvalý vliv na obavy a stres pracovníků<sup>50</sup> a vyplývají z nich přímé náklady na zdravotnické sledování rizikových vlivů.</p> <p>V metaanalýze literatury byla střední úrazovost po zranění ostrým předmětem s patogenem přenášeným krví rovna 4 % z 10 000 zdravotníků, přičemž nejčastěji postiženi byli chirurgové<sup>51</sup>. Jen 35 % lékařů dodržovalo všeobecně platná bezpečnostní opatření a jejich nedodržování bylo spojeno se značným zvýšením rizika přenosu chorob sliznicí a kůží (MCE) a pouze kůží (PCE), zejména u nechirurgických specializací. Poznámka: tyto hodnoty se obtížně porovnávají, protože jednotlivé definice a metody se liší. Hlavní účetní úřad (GAO) v USA odhaduje, že by bylo možné zabránit 75 % zraněním jehlou, kdyby se odstranilo jejich zbytečné používání (25 %), kdyby se používaly jehly s bezpečnostními prvky (29 %) a bezpečnější pracovní postupy (21 %). Zranění významně souvisí s charakteristikou pracovního prostředí (časová tíseň při práci). Autoři Laiken a kol. (1997) tvrdí, že práce v nemocnicích, které používaly modely práce profesionálních ošetřovatelek a podnikly bezpečnostní opatření k zamezení kontaktu s krví, byla spojena s výrazně nižším počtem zranění sester.</p>
Čítatel	Počet perkutánních zranění v jednom roce (včetně zranění jehlou a ostrými předměty)
Jmenovatel	Průměrný ekvivalent počtu zaměstnanců vystavených rizikům (lékaři, sestry, pomocný personál) pracujících na plný úvazek
Zdroj dat	Průzkum mezi zaměstnanci o zraněních, která nahlásili, další údaje: pojistné nároky, speciální personální evidence
Stratifikace	Podle profese, oblasti péče (JIP, operační sál, záchranná služba, chirurgie, lékařská oddělení), denní doby (nebo podle pracovních dnů a víkendů), pracovních zkušeností
Poznámky / interpretace	Ukazatel by mohl alternativně zkoumat všechny pracovní úrazy a pak je rozlišovat podle druhu zranění.

50. Fisman DN, Mittelman MA, Sorock GS, Harris AD. Willingness to pay to avoid sharp-related injuries: a study in injured health care workers. *AJIC: American Journal of Infection Control*, 2002, 30(5): 283-287.

51. Trim JC, Elliott TS. A review of sharps injuries and preventive strategies. *Journal of Hospital Infection* 2003, 53(4): 237-242.

Tabulka 16: Popis hodnocení na stupnici vyhoření

Oblast	Podpora zdravého pracovního prostředí
<b>Ukazatel 15</b>	<b>Skóre na stupnici vyhoření</b>
Princip a popis	<p>Vyhoření je fyzická, duševní a emocionální reakce na trvale vysoký stres. Většina případů souvisí s prací. Následkem vyhoření je mnohdy fyzická a duševní únava a mohou se k němu přidružit pocity beznaděje, nemohoucnosti a selhání. Vyhoření je často důsledkem přílišných nároků kladených buďto sebou samotným (např. vysoká očekávání od sebe sama) nebo vnějšími subjekty (rodinou, zaměstnáním nebo společností) a je mnohdy spojeno s pracovními situacemi, ve kterých člověk cítí přepracování, nedostatečné ocenění, má zmatek v očekáváních a prioritách, uložené úkoly neodpovídají finanční odměně, panují obavy z dočasné výluky z práce, případně je nadměrná zátěž domácích a pracovních povinností.<sup>52</sup> Zatímco stres je „nemocí spěchu“, vyhoření je „syndrom vyčerpání“. Jedná se o dva zcela odlišné pojmy. Vyhoření není jen nadměrný stres. Jedná se spíše o složitou reakci člověka na stres a souvisí s pocitem, že vaše vnitřní zdroje jsou nedostačující ke zvládnání vzniklých úkolů a situací.<sup>53</sup></p> <p>Vyhoření je způsobováno (kromě jiného): organizačními změnami, pracovními nároky, nároky kladenými nadřízeným nebo daným oborem, změnami zájmů nebo hodnot souvisejících s prací, malým využitím schopností a dovedností, pocitem, že je člověk lapen v situaci, kdy se mu dostává nedostatečného uznání a odměny za dobře odvedenou práci, má uloženo více úkolů, než může reálně zvládnout, nemůže se vyjádřit ke svým úkolům nebo pracovním podmínkám, případně zápolí s úkoly, které jsou mimo jeho možnosti. Důsledkem vyhoření zaměstnanců mohou být psychosomatické nemoci (psychologicko-emocionální problémy, které se projevují i fyzicky), zažívací problémy, bolesti hlavy, vysoký krevní tlak, srdeční záchvaty, skřípání zubů a únava. Vyhoření mezi zaměstnanci může snížit lepší organizace nemocnice, pracovního prostředí a styl řízení.<sup>54</sup></p>
Čítatel	— Skóre na stupnici vyhoření —
Jmenovatel	— Skóre na stupnici vyhoření —
Zdroj dat	Průzkum
Stratifikace	Podle oddělení, pohlaví, profesní skupiny a věku.
Poznámky / interpretace	Kontroverzním tématem v literatuře je to, zda je závažnost onemocnění pacientů přímo úměrná vyhoření nebo nespokojenosti v práci. Při porovnávání různých oddělení (interna, onkologie) je možné kontrolovat závažnost stavů nebo je třeba alespoň zvážit vliv různých skupin pacientů a pracovních podmínek.

52. Cordes C., Dougherty TW. A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 1993, 18 (4): 621-656.

53. Collins MA. The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*. 1996, 12(2): 81-5.

54. Schulz R, Greenley JR, Brown R. Organization, management, and client effects on staff burnout. *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, 36(4): 333-45

Tabulka 17: Popis hodnocení propouštěcích zpráv

Oblast	Kontinuita a spolupráce
<b>Ukazatel 16</b>	<b>% propouštěcích zpráv zaslanych praktickému lékaři nebo příslušné klinice do dvou týdnů nebo předaných pacientovi při propuštění</b>
Princip a popis	<p>Ukazatel návaznosti péče. Chroničtí pacienti potřebují nepřetržitou následnou péči, avšak v mnoha případech je mezi poskytovateli zdravotní a sociální péče nedostatečná komunikace. Roztříštěné poskytování péče vede k opožděnému zjištění komplikací nebo ke zhoršení zdravotního stavu z důvodu nepravidelných nebo neúplných hodnocení či nedostatečných následných kontrol, k selhání samoléčby nemoci nebo rizikových faktorů následkem pasivity nebo nevědomosti pacienta vyplývající z nedostatečného nebo nekonzistentního hodnocení pacienta, jeho vzdělávání, motivace a poskytování zpětné vazby, ke snížené kvalitě péče z důvodu opomenutí účinných zákroků nebo poskytnutí neúčinných zákroků a k neodhalené nebo nedostatečně léčené psychologické tísní a úzkosti.</p> <p>Přestože tento ukazatel nepokrývá celé spektrum kontinuity péče,<sup>55</sup> shromažďování údajů není příliš obtížné a odráží důležitou složku kontinuity péče: informační tok mezi poskytovateli sekundární a primární péče.</p> <p>Ukazatel je nutné stratifikovat podle stavu: význam propouštěcích dopisů se liší podle stavu, kvůli kterému byl pacient hospitalizován. Další práce se může zaměřit na případy, kdy propouštěcí dopis obsahuje informace o laboratorních výsledcích zjištěných nemocnicí, které jsou potřebné pro následnou základní péči poskytovanou ošetřujícím lékařem.</p>
Čítatel	Propouštěcí dopisy odeslané praktickému lékaři nebo předané pacientovi do dvou týdnů po propuštění
Jmenovatel	Všechny propouštěcí dopisy
Zdroj dat	Administrativní audit nebo průzkum
Stratifikace	Podle oddělení nebo profesí.
Poznámky / interpretace	Tento ukazatel může představovat velkou pracovní zátěž při shromažďování dat v závislosti na tom, zda jsou tato data k dispozici v běžném informačním systému. V některých zemích se propouštěcí zprávy neposílají přímo poskytovateli následné péče, ale předávají se pacientu při propuštění. Protože je důležitá včasnost poskytnutí informací při propuštění, tento ukazatel neposuzuje jejich úplnost ani jejich pochopení příjemcem. Následné cykly zlepšování kvality mohou zahrnovat posouzení těchto otázek.

55. Analýza opatření kontinuity péče viz: Groene O. Approaches towards measuring the integration and continuity in the provision of health care services. In: Kyriopoulis, J, ed. Health systems in the world: From evidence to policy. Athens, Papazisis, 2005.

Tabulka 18: Popis hodnocení procenta znovupřijetí

Oblast	Kontinuita a spolupráce
<b>Ukazatel 17</b>	<b>Míra rehospitalizace do 5 dnů z důvodu ambulantních stavů vyžadujících péči</b>
Princip a popis	<p>Rehospitalizace vyjadřuje vliv nemocniční péče na stav pacienta po propuštění<sup>56</sup>. Základní předpoklad je ten, že poskytovatelé péče během předchozího pobytu učinili nebo naopak zanedbali něco, co vedlo k nutnosti rehospitalizace. Může to být například z důvodu podprůměrné péče během hospitalizace, špatné přípravy na propuštění nebo následné péče. Aby se jednalo o rehospitalizaci, musí být splněny čtyři podmínky: 1) splnění určitých diagnóz nebo postupů, 2) následné nouzové nebo urgentní přijetí (nepovinné), 3) doba mezi propuštěním po počáteční epizodě a přijetím k další hospitalizaci musí odpovídat stanovenému rozmezí, 4) počáteční epizoda neskončila odchodem pacienta z nemocnice na revers (nebo jeho úmrtím). Další potenciální kritéria vyloučení: pacienti, kterým již byla poskytována nepřetržitá péče na klinice základní péče, chemoterapie nebo radioterapie, pacienti, kteří bydlí v domově s pečovatelskou službou nebo to plánují, pacienti hospitalizovaní jen kvůli provedení jednoho zákroku. Astma a cukrovka jsou dva stavy citlivé na poskytování ambulantní péče. U stavů citlivých na ambulantní péči je prokázáno, že hospitalizaci by bylo možné alespoň částečně předejít, kdyby byla poskytována lepší ambulantní péče. Odhaduje se, že 9 % až 48 % z celkového počtu rehospitalizací je možné zabránit lepší informovaností pacienta, lepším zhodnocením jeho stavu před propuštěním a lepší domácí péčí.<sup>57</sup></p> <p>Vliv nemocnice je omezen, neboť rehospitalizace po pobytu v nemocnici jsou často důsledkem postupu nemoci, a ne důsledkem předchozí péče. Když se zaměříme na časné rehospitalizace a přísněji omezíme časový rámec rehospitalizace, vliv přirozeného postupu nemoci a péče po propuštění se sníží.</p>
Čítatel	Celkový počet pacientů přijatých prostřednictvím záchranné služby po propuštění (v pevně stanovené lhůtě) ze stejné nemocnice, jejichž diagnóza při rehospitalizaci souvisí s předchozí péčí.
Jmenovatel	Celkový počet pacientů přijatých z důvodu vybraného sledovaného stavu (např. astma, cukrovka, pneumonie, aortokoronární bypass)
Zdroj dat	Běžné informační systémy a klinické záznamy nemocnice. Žádosti o refundaci zaslané zásobovací agentuře.
Stratifikace	Upravit podle věku, pohlaví, závažnosti. Protože cílem pilotní implementace není snazší porovnání nemocnic, v této fázi nejsou nutné další úpravy.
Poznámky / interpretace	Vyloučení z měření: Do měření se nezahrnují pacienti, kteří v průběhu hospitalizace zemřeli nebo kteří byli předáni jiné nemocnici poskytující akutní péči.

56. Westert GP, Lagoe RJ, Keskimäki I, Leyland A, Murphy M. An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. *Health Policy*, 2002, 61: 262-278.

57. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:1074-1081.

Tabulka 19: Popis hodnocení přípravy na propuštění

Oblast	Kontinuita a spolupráce
<b>Ukazatel 18</b>	<b>Skóre z průzkumu přípravy pacienta na propuštění</b>
Princip a popis	<p>Příprava na propuštění je zvláště důležitá u pacientů, kteří trpí chronickými onemocněními a potřebují následnou péči. Pacienti musí být schopni chápat svůj stav, být si vědomi rizikových faktorů a projevit vymizení příznaků, musí znát možnosti léčby, režim užívání léků a plán následné péče. Mnozí pacienti tyto věci neznají, což má zásadní vliv na dlouhodobou kvalitu péče a možné následné komplikace, rehospitalizaci a horší kvalitu života.</p> <p>Tento ukazatel je nástrojem měření toho, jak dobře organizace připravuje své pacienty na propuštění. Existují různé nástroje, které byly vytvořeny speciálně pro tento účel, a také některé dotazníkové průzkumy spokojenosti a zkušeností pacientů obsahují otázky na přípravu na propuštění. Pokud takové nástroje již existují, doporučuje se je používat, a pokud neexistují, je nutné použít standardizované a validované nástroje.</p> <p>V případě úpravy již existujících nástrojů je vhodné zařadit například tyto otázky: „Můžete jmenovat stav, pro který jste byl(a) přijat(a)?“, „Můžete jmenovat symptomy vašeho stavu?“, „Jste si jist(a), že víte, jak užívat léky?“, „Víte, na koho se obrátit v případě zhoršení svého stavu?“</p>
Čítatel	— pro tento ukazatel je nutné vytvořit skóre podle výsledků průzkumu —
Jmenovatel	— pro tento ukazatel je nutné vytvořit skóre podle výsledků průzkumu —
Zdroj dat	Průzkum
Stratifikace	Podle oddělení a charakteristik pacientů (pohlaví, věk, stav)
Poznámky / interpretace	Úprava podle oddělení a charakteristik pacientů může být důležitá, protože na vnímání přípravy na propuštění má vliv celá řada faktorů.





## Slovník pojmů

## 7. Slovník pojmů

---

Následující slovník obsahuje nejdůležitější pojmy používané v této skupině příruček v rámci základních témat, např.:

Základní koncepce  
Dimenze kvality  
Zúčastněné subjekty  
Postupy posuzování/shromažďování dat  
Porozumění opatřením  
Interpretace výsledků  
Činnosti na podporu zdraví  
Opatření ke zlepšování kvality

Tyto pojmy byly převzaty ze standardních slovníků pojmů, např. od Mezinárodní společnosti pro kvalitu zdravotní péče (ISQuA)<sup>58</sup>, Společné mezinárodní komise (JCI)<sup>59</sup> a Evropské observatoře systémů zdravotní péče<sup>60</sup> atd.

### *Základní pojmy*

#### **Odpovědnost (Accountability)**

Odpovědnost a požadavek na plnění úkolů a činností. Tato odpovědnost by neměla být delegována a měla by být transparentní.

#### **Riziko (Risk)**

Možnost nebo pravděpodobnost vzniku nebezpečí, újmy nebo zranění. Může souviset se zdravím a spokojeností zaměstnanců a veřejnosti, s majetkem, dobrým jménem, životním prostředím, fungováním organizace, finanční stabilitou, podílem na trhu a dalšími věcmi, které mají hodnotu.

#### **Zdraví (Health)**

Zdraví je definováno v ústavě WHO z r. 1948 jako: stav úplné fyzické, sociální a duševní pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. V kontextu podpory zdraví je zdraví považováno v menší míře za abstraktní stav a ve větší míře za prostředek k dosažení cíle, který je možné vyjádřit z funkčního hlediska jako zdroj, který lidem umožňuje vést individuálně, sociálně a ekonomicky produktivní život. Zdraví je zdrojem pro každodenní život, není účelem života. Je to pozitivní pojem zdůrazňující sociální a osobní zdroje i fyzické schopnosti.

#### **Kultura (Culture)**

Společně sdílený systém hodnot, přesvědčení a chování.

#### **Etika (Ethics)**

Standardy chování, které jsou morálně správné.

58. International Society for Quality in Health Care: <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Links.html> (accessed 08 May 2006).

59. Joint Commission International <http://www.jointcommission.org/> (accessed 08 May 2006).

60. European Observatory on Health Systems and Policies: <http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> (accessed 08 May 2006).

**Práva (Rights)**

Něco, na co má člověk oprávněný, spravedlivý, právní nebo morální nárok. Formální označení služeb, které klienti mohou očekávat a požadovat od organizace.

**Hodnoty (Values)**

Principy, přesvědčení nebo vyjádření filozofie, která řídí chování a která může zahrnovat sociální nebo etické aspekty.

**Vize (Vision)**

Popis toho, čím by organizace chtěla být.

**Rozvoj zdraví (Health development)**

Rozvoj zdraví je proces nepřetržitého, progresivního zlepšování zdravotního stavu jednotlivců a skupin v rámci populace.

Použitá literatura: Terminologický informační systém. WHO, Ženeva, 1997

Jakartská deklarace popisuje podporu zdraví jako základní prvek rozvoje zdraví.

**Mise (Mission)**

Obecné písemné prohlášení, ve kterém organizace uvádí své činnosti a smysl své existence. Mise odlišuje organizaci od ostatních.

**Potřeba (Need)**

Fyzický, duševní, emoční, sociální nebo duchovní požadavek k dosažení pohody. Potřeby mohou nebo nemusí být těmi, kdo je potřebují, vnímány nebo vyjádřeny. Je nutné je odlišit od požadavků, které jsou vyjadřovány jako tužby či přání, ne nutně jako potřeby.

**Filosofie (Philosophy)**

Vyjádření zásad a přesvědčení provedené organizací, která se danou filosofií řídí a která poskytuje služby.

## *Dimenze kvality*

**Kvalita (Quality)**

Stupeň dokonalosti, míra, do jaké organizace plní potřeby klientů a překračuje jejich očekávání.

**Přístup (Access)**

Možnost klientů nebo potenciálních klientů získat požadované nebo dostupné služby tehdy, když je potřebují, a v přiměřené době.

**Vhodnost (Appropriateness)**

Míra, do jaké služba odpovídá požadavkům vyjádřeným klientem a je poskytnuta v souladu s aktuálně nejlepší praxí.

**Kontinuita (Continuity)**

Poskytování koordinovaných služeb v rámci programů a organizací i mimo ně v průběhu času.

**Kulturní vhodnost (Cultural appropriateness)**

Navrhování a poskytování služeb odpovídajících kulturním hodnotám klientů, kteří je používají.

**Efektivita (Effectiveness)**

Míra, v jaké jsou služby, zákroky nebo opatření poskytovány v souladu s aktuálně nejlepší praxí za účelem splnění cílů a dosažení optimálních výsledků.

**Účelnost (Efficiency)**

Míra, v jaké jsou získávány zdroje k dosažení výsledků s minimálním plýtváním, minimální nutností přepracování a minimálním vynaloženým úsilím.

**Bezpečnost (Safety)**

Míra, v jaké jsou vyloučena nebo minimalizována potenciální rizika a nezamýšlené výsledky.

## *Zúčastněné subjekty*

**Akreditační orgán (Accreditation body)**

Organizace odpovědná za akreditační program a za udělování akreditací.

**Zákazníci (Customers)**

Pacienti/klienti klientské organizace. Interní zákazníci/zaměstnanci organizace.

**Komunita (Community)**

Množina jednotlivců, rodin, skupin a organizací, kteří se vzájemně ovlivňují, spolupracují při společných aktivitách, řeší společné problémy, obvykle v určité zeměpisné lokalitě nebo v určitém prostředí.

**Komunita (Community)**

Konkrétní skupina lidí, obvykle žijících v určité zeměpisné oblasti, kteří mají společnou kulturu, hodnoty a normy a jsou uspořádáni v sociální struktuře podle vztahů, které se v rámci komunity v průběhu času vytvořily. Členové komunity získávají svou osobní a sociální identitu sdílením společných přesvědčení, hodnot a norem, které se v komunitě v minulosti vytvořily a které se mohou v budoucnu změnit. Jako skupina prokazují určité uvědomění si své identity a sdílejí společné potřeby a závazek je naplnit.

**Vedení (Governance)**

Funkce určování směru organizace, vytyčování cílů a rozvoje politiky k vedení organizace při plnění své mise a kontrola dosahování těchto cílů a provádění politiky.

**Řídící orgán (Governing body)**

Jednotlivci, skupina nebo instituce s nejvyšší pravomocí a odpovědností za celkové strategické směry a způsoby činnosti organizace. Též známý jako rada, představenstvo, správní komise atd.

**Zdravotníci (Health professionals)**

Lékařský, ošetřující či podobný zdravotnický personál, který klientům poskytuje klinickou léčbu a péči, je členem příslušné profesní instituce a je-li to potřeba, získal a udržuje registraci nebo certifikaci udělovanou zákonným orgánem.

**Organizace (Organization)**

Zahrnuje všechna pracoviště/místa, která spadají pod vedení řídicího orgánu/vlastníka a jsou mu podřízena.

**Partneři (Partners)**

Organizace, se kterými daná organizace spolupracuje na poskytování doplňujících služeb.

**Partnerství (Partnership)**

Formální nebo neformální vztahy mezi organizacemi, v nichž mohou být služby vytvářeny, poskytovány nebo sdíleny společně.

**Personál (Staff)**

Zaměstnanci organizace.

**Zúčastněný subjekt (Stakeholder)**

Jednotlivci, organizace nebo skupiny, kteří mají zájem nebo účast ve službách.

## *Postupy posuzování / shromažďování dat*

**Systém řízení dokumentace (Document control system)**

Plánovaný systém řízení uvolňování, změn a používání důležitých dokumentů v rámci organizace, zejména politik a postupů. Tento systém vyžaduje, aby každý dokument měl jednoznačné a nezaměnitelné označení, bylo na něm uvedeno datum vydání a data aktualizací a schválení. Vydávání dokumentů v organizaci je řízeno a kopie všech dokumentů jsou snadno sledovatelné a dostupné.

**Akreditace (Accreditation)**

Sebehodnocení a hodnocení externí nezávislou organizací je proces používaný zdravotnickými organizacemi pro přesné zhodnocení úrovně svých výkonů ve vztahu k zavedeným standardům a pro zavedení metod neustálého zlepšování.

**Posuzování (Assessment)**

Proces hodnocení nebo zjišťování charakteristik a potřeb klientů, skupin nebo situací tak aby bylo možné se na ně zaměřit. Hodnotící formuláře jsou podkladem pro plán služeb nebo opatření.

**Audit (Audit)**

Systematická nezávislá prověrka a kontrola ke stanovení, zda skutečné činnosti a výsledky odpovídají naplánovaným přípravným krokům.

**Kompetence (Competence)**

Záruka, že znalosti a dovednosti jednotlivce jsou vhodné pro poskytovanou službu a zajištění, že úroveň znalostí a dovedností je pravidelně hodnocena.

**Stížnost (Complaint)**

Vyjádření problému, sporného bodu nebo nespokojenosti se službami, jež může být slovní nebo písemné.

**Doplňující (Complementary)**

Vzájemně se doplňující nebo přídavné služby nebo komponenty, které tvoří úplnější služby.

**Mlčenlivost (Confidentiality)**

Zaručené podmínky používání a šíření informací shromážděných od jednotlivců a organizací.

**Souhlas (Consent)**

Dobrovolné svolení nebo schválení udělené klientem.

**Data (Data)**

Neutříděná fakta, ze kterých lze vytvořit informace.

**Hodnocení (Evaluation)**

Posouzení míry úspěšnosti při dosahování cílů a očekávaných výsledků organizace, služeb, programů nebo klientů.

**Důkazy (Evidence)**

Data a informace sloužící při rozhodování. Důkazy mohou vyplývat z výzkumu, ponaučením ze zkušeností, z údajů o ukazatelích a z hodnocení. Důkazy jsou systematicky používány k hodnocení možností a k rozhodování.

**Zdravotní výsledky (Health outcomes)**

Změna zdravotního stavu jednotlivce, skupiny nebo populace, kterou lze přisoudit plánovanému zákroku nebo řadě zákroků bez ohledu na to, zda změna zdravotního stavu byla účelem zákroku.

Okamžité zdravotní výsledky (Intermediate health outcomes)

Výsledky podpory zdraví (Health promotion outcomes)

**Informace (Information)**

Uspořádaná, interpretovaná a používaná data. Informace mohou být písemné, zvukové, nebo ve formě videa či fotografií.

**Informační systémy (Information systems)**

Systémy plánování, organizování, analýzy a řízení dat a informací včetně výpočetních a manuálních systémů.

**Výkon (Performance)**

Nepřetržitý proces, jehož prostřednictvím vedoucí pracovník a zaměstnanec posuzují výkon zaměstnance, stanovují cíle pro výkon a hodnotí pokroky při dosahování těchto cílů.

**Kvalitativní (Qualitative)**

Data a informace vyjádřené pomocí popisů a vysvětlivek, způsob, který zkoumá zkušenosti uživatelů prostřednictvím pozorování a pohovorů.

**Kvantitativní (Quantitative)**

Data a informace vyjádřené čísly a statistikami, způsob, který zkoumá jevy s jejich měrnými jednotkami.

**Spolehlivost (Reliability)**

Míra, do jaké jsou konzistentní výsledky při opakovaných měřeních různými měřidly nebo v různých časových okamžicích stejnými měřidly, pokud se měřený objekt v době mezi měřeními nezměnil.

**Výzkum (Research)**

Příspěvek k již existujícím poznatkům prostřednictvím zkoumání s cílem zjištění a interpretace faktů.

**Platnost (Validity)**

Míra, do jaké měřidlo věrně měří jen to, co má být změřeno.

**Výsledky (Results / Outcomes)**

Důsledky služby.

**Posuzování kvality (Quality assessment)**

Plánované a systematické shromažďování a analýza dat o službě, obvykle se zaměřením na obsah služby, specifikaci jejího poskytování a výsledky pro klienta.

**Průzkum (Survey)**

Hodnocení externí nezávislou organizací, které měří výkon organizace oproti přijatému souboru standardů.

**Inspektor (Surveyor)**

Externí kontrolor, hodnotitel výkonu organizace oproti přijatým standardům.

**Udělování licence (Licensure)**

Proces, v němž státní úřad uděluje povolení k činnosti jednotlivci nebo zdravotnické organizaci, případně jednotlivému praktickému lékaři k výkonu povolání nebo profese.

**Hodnocení nezávislou organizací (Peer assessment)**

Proces, ve kterém je výkon organizace, jednotlivců nebo skupin hodnocen členy podobných organizací nebo organizací se stejnou profesí či odborností a stavem jako u organizací, jednotlivců nebo skupin poskytujících služby.

**Personální evidence (Personnel record)**

Soubor informací o zaměstnanci zahrnující oblast personalistiky, např. informace o dovolené, předchozích zaměstnavatelích, hodnocení výkonu, kvalifikace, registrace a pracovní podmínky.

*Porozumění opatřením***Rozsah (Scope)**

Rozpětí a druh služeb nabízených organizací a případné podmínky nebo omezení poskytovaných služeb.

**Služby (Services)**

Produkty organizace poskytované klientům nebo jednotkám organizace, které poskytují produkty klientům.

**Standard (Standard)**

Žádoucí a dosažitelná úroveň výkonu, oproti které se měří skutečný výkon.

**Kritéria (Criteria)**

Konkrétní kroky, které je třeba podniknout, nebo činnosti, které je třeba provést, aby bylo splněno rozhodnutí nebo standard.

**Postupy (Procedures)**

Písemné soubory pokynů sdělující schválené a doporučené kroky k dosažení konkrétního opatření nebo řady opatření.

**Zásady/politiky (Policies)**

Písemná prohlášení, která představují směrnice a vyjadřují stanovisko a hodnoty organizace k danému tématu.

**Měřitelné prvky (Measurable elements)**

Měřitelné prvky standardu jsou požadavky standardu a prohlášení o jeho záměru, které budou během procesu akreditační kontroly zkoumány a kterým bude přiděleno skóre. Měřitelné prvky jsou jednoduše soupisem toho, co má být v úplném souladu se standardem. Každý prvek je již vyjádřen ve standardu nebo v prohlášení o záměru. Účelem přehledu měřitelných prvků je zajistit lepší přehlednost standardů a pomoci organizacím při informování personálu o standardech a jejich přípravě na akreditační kontrolu (JCI International Standards, 2003).

**Ukazatel (Indicator)**

Nástroj měření výkonu, indikátor nebo příznak, který slouží jako vodítko při sledování, hodnocení a zlepšování kvality služeb. Ukazatele souvisejí se strukturou, procesem a výsledky.

## *Interpretace výsledků*

**Benchmarking (Benchmarking)**

Porovnávání výsledků hodnocení organizace s výsledky jiných zámků, programů nebo organizací a zkoumání procesů oproti procesům v jiných organizacích, považovaných za vynikající, to celé za účelem zlepšování.

**Nejlepší praxe (Best practice)**

Přístup, který prokazatelně poskytuje nejlepší výsledky a který byl vybrán systematickým procesem a je považován za ukázkový nebo se osvědčil jako úspěšný. Následně je upraven tak, aby byl vhodný pro konkrétní organizaci.



## Podpora zdraví

### **Prevence chorob (Disease prevention)**

Prevence chorob nezahrnuje jen opatření k prevenci výskytu chorob, jako např. omezování rizikových faktorů, ale také opatření k zastavení jejich postupu a omezení již známých následků. Použitá literatura: adaptováno z publikace Glossary of Terms used in the Health for All series. (Slovník pojmů používaných v sérii dokumentů Zdraví pro všechny.) WHO, Ženeva, 1984

Primární prevence je cílena na prevenci počátečního výskytu poruchy. Sekundární a terciární prevence se snaží zastavit nebo zpomalit již existující onemocnění a jeho následky prostřednictvím jeho včasného zjištění a vhodné léčby, nebo omezit výskyt recidiv a chronických stavů, například pomocí efektivní rehabilitace. Prevence chorob se někdy používá jako doplňující termín k podpoře zdraví. Přestože se obsah a strategie mnohdy překrývají, prevence chorob je definována jako samostatný pojem. Prevence chorob se v tomto kontextu považuje za opatření, které obvykle vyplývá ze sektoru zdravotnictví a zabývá se jednotlivci a populacemi, u nichž se projevují identifikovatelné rizikové faktory, často spojené s různými druhy rizikového chování.

### **Vzdělávání (Education)**

Systematická výchova a činnosti učení za účelem rozvoje nebo uskutečnění změny ve znalostech, postojích, hodnotách nebo dovednostech.

### **Zvyšování pravomocí v oblasti zdraví (Empowerment for health)**

Ve sféře podpory zdraví je zvyšování pravomocí proces, jehož prostřednictvím lidé získávají větší kontrolu nad rozhodnutími a opatřeními, která mají vliv na jejich zdraví. Zvyšování pravomocí může být sociálním, kulturním, psychologickým nebo politickým procesem, pomocí něhož mohou jednotlivci a sociální skupiny vyjádřit své potřeby, projevit své obavy, formulovat strategie zapojení do rozhodovacího procesu a dosáhnout politických, sociálních a kulturních opatření ke splnění těchto potřeb.

### **Umožnění (Enabling)**

Ve sféře podpory zdraví umožnění znamená realizaci opatření ve spolupráci s jednotlivci nebo skupinami ke zvýšení jejich pravomocí prostřednictvím mobilizace lidských a materiálních zdrojů a k podpoře a ochraně jejich zdraví.

### **Chování ve vztahu ke zdraví (Health behaviour)**

Činnost prováděná jednotlivcem bez ohledu na skutečný nebo vnímaný zdravotní stav za účelem podpory, ochrany nebo udržování zdraví, a to ať je takové chování pro tento účel objektivně efektivní nebo ne.

### **Informování o otázkách zdraví (Health communication)**

Informování o otázkách zdraví je klíčovou strategií k informování veřejnosti o problematice zdraví a k udržování důležitých otázek z oblasti zdraví v popředí zájmu veřejnosti. Využití hromadných sdělovacích prostředků, multimédií a dalších technologických inovací k šíření užitečných informací o problematice zdraví mezi veřejností zvyšuje informovanost o konkrétních aspektech zdraví jednotlivců a skupin a o významu zdraví pro rozvoj. Použitá literatura: adaptováno z publikace Communication, Education and Participation: A Framework and Guide to Action. (Komunikace, vzdělávání a zapojení: rámec a návod k realizaci opatření.) WHO (AMRO/PAHO), Washington, 1996

### **Zdravotní výchova a vzdělávání (Health education)**

Zdravotní výchova a vzdělávání zahrnuje vědomě vytvořené příležitosti k učení se, které zahrnují některou formu komunikace určené ke zlepšení zdravotní gramotnosti, včetně zlepšování vědomostí a rozvoje dovedností nutných pro úspěšný život a napomáhajících ke zdraví jednotlivce i celého společenství.

Zdravotní výchova a vzdělávání se netýká jen sdělování informací, ale také pěstování motivace, dovedností a sebedůvěry (posouzení vlastní zdatnosti) nezbytné k provedení činností ke zlepšení zdraví. Zdravotní výchova a vzdělávání zahrnuje sdělování informací o základních sociálních, ekonomických a environmentálních podmínkách ovlivňujících zdraví a dále o individuálních rizikových faktorech a rizikovém chování a o využívání zdravotnického systému.

Z toho vyplývá, že zdravotní výchova a vzdělávání může zahrnovat sdělování informací a rozvoj dovedností, což prokazuje politickou realizovatelnost a organizační možnosti různých forem opatření, která se zabývají rozhodujícími sociálními, ekonomickými a environmentálními činiteli v oblasti zdraví.

### **Zdravotní gramotnost (Health literacy)**

Zdravotní gramotnost představuje kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup k informacím, porozumět jim a používat je způsoby, které podporují a udržují dobré zdraví.

Zdravotní gramotnost naznačuje dosažení úrovně znalostí, osobních dovedností a sebedůvěry k provedení opatření ke zlepšení osobního zdraví a zdraví komunity změnou osobního životního stylu a životních podmínek. Z toho vyplývá, že zdravotní gramotnost znamená více než jen schopnost přečíst si letáky a domluvit si vyšetření. Zlepšením přístupu lidí ke zdravotním informacím a jejich schopnosti je efektivně využívat je zdravotní gramotnost předpokladem pro zvyšování pravomocí. Zdravotní gramotnost samotná je závislá na obecnější úrovni gramotnosti. Nízká gramotnost může mít přímý vliv na zdraví lidí omezením jejich osobního, sociálního a kulturního rozvoje a bránit rozvoji zdravotní gramotnosti.

### **Nemocnice podporující zdraví (Health promoting hospitals)**

Nemocnice podporující zdraví neposkytuje jen vysoce kvalitní komplexní lékařské a ošetrovatelské služby, ale také rozvíjí identitu organizace, která zahrnuje cíle podpory zdraví, rozvíjí organizační strukturu a kulturu podporující zdraví a zahrnující aktivní, participativní role pacientů a všech členů personálu, rozvíjí fyzické prostředí podporující zdraví a aktivně spolupracuje se svou komunitou. Použitá literatura: podle Budapeštské deklarace o nemocnicích podporujících zdraví. WHO, Evropská regionální kancelář, Kodaň, 1991

### **Podpora zdraví (Health promotion)**

Podpora zdraví je proces umožňující lidem zvyšovat kontrolu nad svým zdravím a neustále je zlepšovat. Použitá literatura: Ottawská charta o podpoře zdraví. WHO, Ženeva, 1986

Podpora zdraví představuje komplexní sociální a politický proces. Nezahrnuje jen opatření zacílená na posílení dovedností a schopností jednotlivců, ale také opatření cílená na změnu sociálních, environmentálních a ekonomických podmínek tak, aby se zmírnil jejich dopad na zdraví veřejnosti i jednotlivců. Podpora zdraví je proces umožňující lidem zvyšovat kontrolu nad určujícími faktory zdraví a tím své zdraví zlepšovat. Zapojení je předpokladem trvalého udržování opatření na podporu zdraví.

**Intersektorální spolupráce (Intersectoral collaboration)**

Uznávaný vztah mezi součástí nebo součástmi různých sektorů společnosti, který vznikl za účelem opatření na dosažení výsledků nebo dílčích výsledků v oblasti zdraví způsobem, který je efektivnější, účinnější nebo trvalejší než výsledek, kterého by bylo dosaženo jen působením samotného zdravotnického sektoru.

**Dovednosti potřebné pro život (Life skills)**

Dovednosti potřebné pro život jsou dovednosti pro adaptivní a pozitivní chování, které jednotlivcům umožňují efektivně řešit nároky a výzvy každodenního života.

**Životní styl / životní styly napomáhající ke zdraví (Lifestyle / lifestyles conducive to health)**

Životní styl je způsob života založený na identifikovatelných vzorcích chování, které jsou určeny vzájemným působením mezi osobní charakteristikou jednotlivce, sociálními interakcemi a socioekonomickými a environmentálními životními podmínkami.

**Reorientace zdravotních služeb (Re-orienting health services)**

Reorientace zdravotních služeb je charakterizována explicitnějším zájmem o dosažení výsledků v oblasti zdraví populace způsoby, kterými je zdravotnický systém organizován a financován. Musí vést ke změně postoje a organizace zdravotních služeb, které se zaměřují na potřeby jednotlivce jako celé osobnosti s přihlédnutím k potřebám populačních skupin.

## *Opatření ke zlepšování kvality*

**Následná opatření (Follow-up)**

Procesy a činnosti prováděné po poskytnutí služby.

**Cíle (Goals)**

Obecná prohlášení popisující, jakých výsledků chce organizace dosáhnout, a která udávají směr každodenním rozhodnutím a činnostem. Cíle podporují misi organizace.

**Směrnice (Guidelines)**

Principy řídící nebo usměrňující činnost.

**Možnosti (Capacities)**

Schopnosti, zdroje, aktiva a silné stránky skupin nebo jednotlivců pro zvládnání situací a plnění jejich potřeb.

**Smlouva (Contract)**

Formální ujednání, které stanoví náležitosti a podmínky služeb, jež poskytuje jiná organizace, nebo jsou jiné organizaci poskytovány. Smlouva a smluvní služby jsou sledovány a koordinovány organizací a vyhovují standardům vlády a organizace.

**Koordinace (Coordination)**

Proces efektivní spolupráce s poskytovateli, organizacemi a službami v rámci organizace i mimo ni tak, aby nedocházelo k duplicitě, deficitům nebo přerušením.

**Vedení (Leadership)**

Schopnost určovat směr a poradit si se změnou. Zahrnuje stanovení vize, rozvoj strategií k dosažení změn potřebných k realizaci vize, usměrňování lidí a jejich motivování a inspirování k tomu, aby překonávali překážky.

**Management (Management)**

Určování cílů nebo záměrů pro budoucnost prostřednictvím plánování a sestavování rozpočtu, stanovování procesů k dosažení těchto cílů a přidělování zdrojů ke splnění těchto plánů. Zajišťování, aby plány byly dosahovány organizováním, kádrovou politikou, řízením a řešením problémů.

**Ukazatel / úkol (Objective)**

Cílová hodnota, které musí být dosaženo, má-li organizace splnit své cíle. Jedná se o převod cílů na specifické, konkrétní podmínky, vůči kterým lze měřit výsledky.

**Operativní plán (Operational plan)**

Návrh strategií, který zahrnuje procesy, činnosti a zdroje k dosažení cílů a ukazatelů organizace.

**Činnosti v oblasti kvality (Quality activities)**

Činnosti, které měří výkon, identifikují příležitosti ke zlepšení při poskytování služeb a zahrnují provádění opatření a následnou kontrolu.

**Kontrola kvality (Quality control)**

Sledování výstupů pro kontrolu, zda vyhovují zadání nebo požadavkům, a opatření prováděná pro nápravu výstupů. Zahrnuje bezpečnost, sdělování přesných informací, přesnost postupů a reprodukovatelnost.

**Zlepšování kvality (Quality improvement)**

Průběžná reakce na údaje z posuzování kvality o službě způsoby, které zlepšují procesy, jimiž jsou služby poskytovány klientům.

**Plán kvality (Quality plan)**

Aktuální akční plán ke splnění požadavků na kvalitu služby.

**Projekt kvality (Quality project)**

Časově ohraničený plán zlepšování kvality pro určitou službu nebo oblast.

**Řízení rizik (Risk management)**

Systematický proces identifikování, posuzování a provádění činností pro prevenci nebo řízení klinických, administrativních, majetkových a pracovních rizik v oblasti zdraví a bezpečnosti v organizaci.

**Strategický plán (Strategic plan)**

Formalizovaný plán, který stanoví všeobecné cíle organizace a vyjadřuje stanovisko organizace k jejímu prostředí.



## **Consult Hospital s.r.o.**

Hradčanské náměstí 12, Praha 1, 118 00  
Tel: +420 222 742 650, Fax: +420 222 742 652  
E-mail: [info@consulth.cz](mailto:info@consulth.cz)  
Web: [www.consulth.cz](http://www.consulth.cz)

Překladatel odpovídá za přesnost překladu.  
© **Consult Hospital, s.r.o., 2011**