



Podpora zdraví  
v nemocnicích:

Důkazy a řízení kvality

**Editoři:**

**Oliver Groene &**

**Mila Garcia-Barbero**



# Podpora zdraví v nemocnicích: Důkazy a řízení kvality

Národní systémy, politika a služby  
Oddělení podpory členských zemí  
Regionální úřad Světové zdravotnické organizace pro Evropu

Květen 2005

## ABSTRAKT

Před více než deseti lety byl iniciován projekt Světové zdravotnické organizace (dále jen SZO) Podpora zdraví v nemocnicích, jehož účelem je vést nemocnice k tomu, aby kladly větší důraz na podporu zdraví a prevenci nemocí a ne pouze na samotné diagnostické a léčebné služby. V letech 1993 až 1997 se podílelo na evropském pilotním projektu dvacet nemocnic v jedenácti evropských zemích. Od té doby se mezinárodní síť nemocnic podporujících zdraví soustavně rozrůstá a nyní čítá 25 členských států, 36 národních nebo regionálních sítí a více než 700 partnerských nemocnic.

Čeho však bylo dosaženo, pokud jde o implementaci podpory zdraví na úrovni nemocnic a sítí? Má podpora zdraví své vědecké opodstatnění, které napomáhá rozšíření služeb spojených s podporou zdraví v nemocnicích? A jakým způsobem můžeme hodnotit kvalitu aktivit zaměřených na podporu zdraví v nemocnicích?

Tato publikace je zaměřena na některé z klíčových otázek týkající se hodnocení podpory zdraví a řízení kvality a klade si za úkol pomáhat zdravotnickým odborníkům a vedení při zavádění a vyhodnocování aktivit na podporu zdraví v nemocnicích.

*Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2005 under the title Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management*

© *World Health Organization 2005*

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

*Překladatel odpovídá za přesnost překladu*

© *Consult Hospital, s.r.o, 2011*

## OBSAH

<b>Úvod (Mila Garcia-Barbero)</b> .....	<b>1</b>
<b>Podpora zdraví v nemocnicích – od principů k implementaci (Oliver Groene)</b> .....	<b>2</b>
<i>Podpora zdraví: definice a koncept</i> .....	2
<i>Proč patří podpora zdraví do nemocnic?</i> .....	4
<i>Vývoj mezinárodní sítě nemocnic podporujících zdraví</i> .....	6
<i>Vědecké důkazy a řízení kvality</i> .....	8
<i>Perspektivy do budoucna</i> .....	11
<b>Důkazy o přínosu podpory zdraví v nemocnicích (Hanne Tønnesen, Anne Mette Fugleholm &amp; Svend Juul Jørgensen)</b> .....	<b>15</b>
<i>Podpora zdraví v nemocnicích založená na důkazech</i> .....	15
<i>Použité koncepty</i> .....	16
<i>Politika podpory zdraví v nemocnicích</i> .....	16
<i>Podpora zdraví a nemocniční personál</i> .....	17
<i>Důkazy o přínosu obecné podpory zdraví</i> .....	18
<i>Doporučení ohledně opatření v nemocnicích</i> .....	21
<i>Systematická opatření a vzdělávání pacientů</i> .....	22
<i>Důkazy o specifické prevenci</i> .....	23
<i>Závěr</i> .....	30
<b>Osmnáct základních strategií pro nemocnice podporující zdraví (Jurgen M. Pelikan, Christina Dietscher, Karl Krajic, Peter Nowak)</b> .....	<b>33</b>
<i>Úvod</i> .....	33
<i>Strategie zaměřené na pacienta</i> .....	36
<i>Nové služby podpory zdraví pro pacienty v nemocnicích</i> .....	38
<i>Podpora zdraví zaměstnanců</i> .....	39
<i>Podpora zdraví populace</i> .....	40
<i>Přehled 18 strategií pro nemocnice podporující zdraví</i> .....	41
<i>Uvedení politiky podpory zdraví do praxe</i> .....	43

<b>Vývoj standardů pro prevenci onemocnění a podporu zdraví (Anne Mette Fugleholm, Svend Juul Jørgensen, Lillian Møller &amp; Oliver Groene) .....</b>	<b>46</b>
<i>Principy programu NPZ.....</i>	<i>46</i>
<i>Standardy podpory zdraví .....</i>	<i>48</i>
<i>Mezinárodní principy pro tvorbu standardů .....</i>	<i>50</i>
<i>Standardy a vědecké důkazy.....</i>	<i>51</i>
<i>Stávající standardy v oblasti prevence onemocnění a podpory zdraví .....</i>	<i>53</i>
<i>Proces vývoje standardů .....</i>	<i>54</i>
<i>Závěr .....</i>	<i>55</i>
<b>Implementace strategie podpory zdraví v nemocnicích prostřednictvím modelu excelence EFQM a systému vyvážených ukazatelů výkonnosti (Elimar Brandt, Werner Schmidt, Ralf Dziewas &amp; Oliver Groene) .....</b>	<b>57</b>
<i>Úvod.....</i>	<i>57</i>
<i>Od hodnot podporujících zdraví ke strategii podpory zdraví.....</i>	<i>57</i>
<i>Implementace konceptu NPZ do organizační struktury a kultury nemocnice .....</i>	<i>59</i>
<i>Přídavný model.....</i>	<i>59</i>
<i>Integrační model.....</i>	<i>60</i>
<i>Projekt SZO zaměřený na implementaci strategie NPZ s využitím modelu EFQM a systému vyvážených ukazatelů výkonnosti v Immanuel Diakonie Group .....</i>	<i>61</i>
<i>Aplikace modelu excelence EFQM .....</i>	<i>61</i>
<i>Implementace strategie NPZ s využitím systému vyvážených ukazatelů výkonnosti .....</i>	<i>65</i>
<i>Závěr .....</i>	<i>68</i>
<b>Seznam autorů .....</b>	<b>71</b>
<b>Příloha 1: Ottawská charta podpory zdraví – první mezinárodní konference o podpoře zdraví, Ottawa, Kanada, 17-21. listopadu 1986.....</b>	<b>72</b>
<b>Příloha 2: Vídeňská doporučení týkající se nemocnic podporujících zdraví .....</b>	<b>76</b>
<b>Příloha 3: Standardy podpory zdraví v nemocnicích .....</b>	<b>79</b>
<b>Příloha 4: Použité zkratky .....</b>	<b>85</b>

# Úvod

## (Mila Garcia-Barbero)

Před více než deseti lety byl iniciován projekt Světové zdravotnické organizace Podpora zdraví v nemocnicích, jehož cílem je vést nemocnice k tomu, aby kladly větší důraz na podporu zdraví a prevenci nemocí, spíše než na samotné diagnostické a léčebné služby. Strategie nemocnic podporujících zdraví je zaměřena na uspokojení tělesných, duševních a sociálních požadavků rostoucího počtu chronicky nemocných pacientů a seniorů; uspokojení požadavků nemocničního personálu, vystaveného fyzickému a psychickému stresu; a splnění požadavků veřejnosti a životního prostředí.

V letech 1993 až 1997 se podílelo na evropském pilotním projektu dvacet nemocnic v jedenácti evropských zemích. Od té doby se mezinárodní síť nemocnic podporujících zdraví soustavně rozrůstá a nyní čítá 25 členských států, 36 národních nebo regionálních sítí a více než 700 partnerských nemocnic.

Čeho však bylo dosaženo, pokud jde o implementaci podpory zdraví na úrovni nemocnic a sítí? Jaký je rozsah aktivit na podporu zdraví v nemocnicích a jak mohou být principy zakotvené v Ottawské chartě na podporu zdraví uvedeny v praxi? Má podpora zdraví své vědecké opodstatnění, které napomáhá rozšíření služeb spojených s podporou zdraví v nemocnicích? Je podpora zdraví skutečně službou? Jak podpora zdraví souvisí s řízením kvality? A jakým způsobem můžeme hodnotit kvalitu aktivit na podporu zdraví v nemocnicích?

Tato publikace poskytuje přehled východisek pro projekt podpory zdraví v nemocnicích a zaměřuje se na některé klíčové otázky v oblasti hodnocení podpory zdraví a řízení kvality:

Kapitola 1 nabízí přehled pravidel a zásad podpory zdraví v nemocnicích, shrnuje teoretická odůvodnění a vývoj programu zdraví podporujících nemocnic a vznáší řadu otázek na téma hodnocení a implementace aktivit na podporu zdraví v nemocnicích.

Kapitola 2 předkládá přehled vědeckých důkazů pro aktivity spojené s konkrétními chorobami a obecné aktivity na podporu zdraví v nemocnicích a ukazuje, jak rozsáhlé důkazy máme k dispozici pro hlavní opatření související s podporou zdraví.

Kapitola 3 nabízí konceptuální výuka v nahlížení na strategický význam podpory zdraví a popisuje 18 hlavních strategií podpory zdraví v nemocnicích.

Kapitola 4 popisuje význam používání kvalitativních standardů pro hodnocení podpory zdraví v nemocnicích a seznamuje čtenáře s charakteristikou pěti standardů vypracovaných na podporu implementace aktivit na podporu zdraví.

Kapitola 5 přináší cenný pohled na implementaci aktivit na podporu zdraví v nemocnicích s využitím modelu excelence Evropské nadace pro řízení kvality (EFQM) kombinovaného se systémem vyrovnaných ukazatelů výkonnosti.

Tato publikace si klade za úkol pomáhat zdravotnickým odborníkům a zdravotnickému vedení při implementaci aktivit na podporu zdraví v nemocnicích. Doufáme, že principy, důkazy, strategie, nástroje a kvalitativní standardy představené v této publikaci podpoří uplatnění v praxi a budou napomáhat nemocnicím v poskytování bezpečné, vysoce kvalitní a efektivní zdravotní péče.

# Podpora zdraví v nemocnicích – od principů k implementaci

(Oliver Groene)

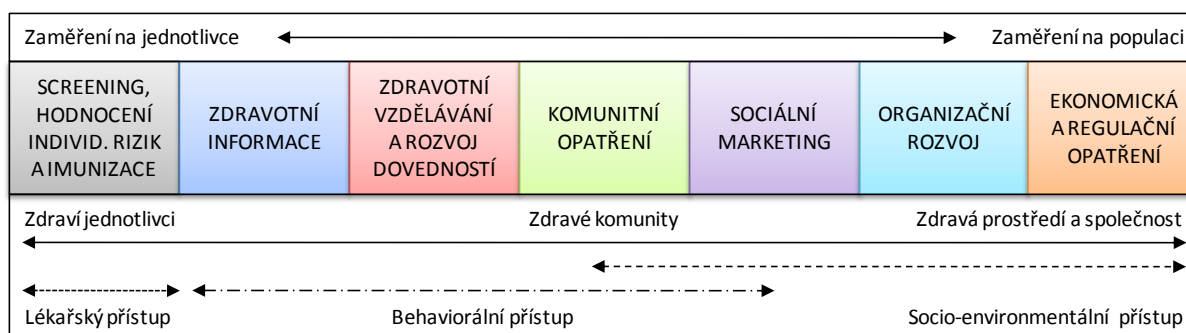
## Podpora zdraví: definice a koncept

Opatření podpory zdraví se zaměřují jak na jednotlivce, tak na kontextuální faktory ovlivňující jednání jednotlivců, a jejich cílem je prevence a snižování nemocnosti a zlepšování tělesné i duševní pohody. Pojem zdraví se v této souvislosti nevztahuje pouze na tradiční, objektivní biomedicínský pohled na absenci poruchy či nemoci, ale je chápán z holistického pohledu, který kromě tělesného zdraví bere v úvahu duševní zdroje a sociální prospěch [1, 2]. Podpora zdraví jde nad rámec zdravotní osvěty a prevence nemocí, je založena na konceptu salutogeneze a klade důraz na analýzu a rozvoj zdravotního potenciálu jednotlivců [3].

*Prevence chorob* je v Glosáři k problematice podpory zdraví definována jako “opatření, která neježe brání projevu choroby, jako je například omezení rizikových faktorů, ale v případě jejího propuknutí také zastaví její postup a zmírňují její následky” [4]. Tentýž zdroj definuje *zdravotní osvětu* jako soubor “vědomě vytvořených příležitostí ke vzdělávání zahrnující komunikaci za účelem zlepšení zdravotní gramotnosti, včetně zlepšování znalostí a rozvíjení životních dovedností, které směřují k individuálnímu a obecnému zdraví”. Podpora zdraví je definována v širším pojetí Ottawské charty SZO jako “proces umožňující lidem zvýšit kontrolu nad svým zdravím a své zdraví zlepšovat” [5].

V praxi se tyto termíny často vzájemně doplňují a opatření pro jejich implementaci se mohou překrývat; jsou mezi nimi nicméně významné konceptuální rozdíly z hlediska zaměření a dopadu příslušných kroků na podporu zdraví (Obrázek 1).

**Obrázek 1: Strategie pro podporu zdraví [6]**



Zatímco medicínský přístup je zaměřen na fyzické rizikové faktory (např. vysoký krevní tlak, stav imunity), behaviorální přístup se zaměřuje na faktory související s životním stylem (např. kouření, fyzický pohyb) a socio-environmentální přístup se zaměřuje na obecné životní podmínky (např. nezaměstnanost, nižší vzdělání nebo chudoba). Podpora zdraví tedy zahrnuje medicínské přístupy zaměřené na léčbu jednotlivců, zároveň je ale přesahuje.

Na základě vnímání zdraví jakožto pozitivního konceptu zformulovala Ottawská charta myšlenku, že “zdraví je lidmi utvářeno a prožíváno v lokálním rámci jejich každodenního života; tam kde se učí, pracují, baví se a milují”. Tento situační přístup k podpoře zdraví, založený na zkušenostech z vývoje

komunit a organizací vývoje, vedl ke vzniku množství iniciativ, jako jsou programy zdravá města, zdravé školy, zdravé nemocnice, atd. s cílem zlepšit zdraví lidí tam, kde tráví nejvíce času, tj. v různých institucích [7,8].

Přístup zaměřený na prostředí vychází z toho, že behaviorální změny jsou možné a trvalé, pouze pokud jsou integrovány do každodenního života a korespondují se souběžnými návyky a stávajícími kulturními zvyklostmi [9]. V organizacích musí tedy opatření na podporu zdraví být směřována na změnu chování jednotlivců, ale i na normy, pravidla a kulturní zvyklosti.

Ottawská charta identifikuje pět prioritních oblastí podpory zdraví:

- Vytvoření zdravých zásad spoluzití: politika podpory zdraví slučuje rozličné, avšak komplementární přístupy, jako je legislativa, fiskální opatření, správa daní a organizační změny. Politika podpory zdraví musí identifikovat překážky bránící osvojení zdravých zásad spoluzití v nezdravotnických sektorech a vytvořit cesty k jejich překonávání.
- Vytvoření zdraví podporujícího prostředí: Každá strategie na podporu zdraví musí být založena na ochraně přírodního i uměle vytvořeného prostředí a zachování přírodních zdrojů.
- Posílení akcí na podporu zdraví v rámci komunit: Rozvoj komunit čerpá ze stávajících lidských a materiálních zdrojů s cílem podpořit svépomocný přístup a sociální podporu a vytvořit pružné struktury za účelem posílení veřejné účasti a řízení v otázkách zdraví. K tomu je zapotřebí neomezený a průběžný přístup k informacím a vzdělávacím příležitostem souvisejícím se zdravím a v neposlední řadě také finanční podpora.
- Rozvoj osobních dovedností: Zajistit, aby se lidé učili (celoživotně) být připraveni na všechna období a vyrovnávat se s chronickými onemocněními a úrazy. Tento způsob vzdělávání musí být umožněn ve školách, domácnostech, na pracovištích a ve veřejných institucích.
- Reorientace zdravotních služeb: Úloha sektoru zdravotnictví musí vzrůstající měrou směřovat k podpoře zdraví jako nadstavbě k tradičnímu poskytování klinických a léčebných služeb. V rámci reorientace zdravotních služeb je dále zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost zdravotnímu výzkumu a změnám v odborném vzdělávání a školení.

Následující sekce objasní potřebu reorientace zdravotních služeb a rozvíjí některé myšlenky formulované v Ottawské chartě.



## Proč patří podpora zdraví do nemocnic?

### *Dopad zdravotních služeb na zdraví*

Mnozí zdravotničtí odborníci se domnívají, že podpora zdraví vždy byla hlavní náplní lékařství obecně i jednotlivých nemocnic. Tento názor je možné zpochybnit hned z několika důvodů.

Přestože historie sahá hlouběji, první historicky doložitelné nemocnice byly zřízeny během 12. století. Jednalo se o nábožensky orientované klášterní instituce poskytující pomoc chudým, starým, psychicky narušeným a dalším potřebným osobám. Prioritou bylo poskytování přístřeší, stravy a izolace infekčně chorých, nikoliv léčba nemocí jako taková.

*Tabulka 1: Historický vývoj nemocnic [10]:*

Doba	Role nemocnic	Charakteristika
7. století	Zdravotní péče	Byzantská říše, řecké a arabské teorie o nemocech
10. – 17. století	Ošetřování a duchovní péče	Nemocnice součástí církevních organizací
11. století	Izolace infekčních onemocnění	Ošetřování infekčních onemocnění jako např. lepra
17. století	Zdravotní péče pro chudé vrstvy	Filantropické a státní instituce
Pozdní 19. století	Lékařská péče	Lékařská péče a chirurgie, vysoká úmrtnost
Rané 20. století	Chirurgická střediska	Technologická proměna nemocnic, péče o středostavovské pacienty, rozmach ambulantních oddělení
50. léta 20. století	Nemocnice jako centra zdravotního systému	Velké nemocnice, chrámy technologie
70. léta 20. století	Všeobecné okresní nemocnice	Rozmach všeobecných okresních nemocnic, regionálních a terciárních nemocnic
90. léta 20. století	Nemocnice poskytující akutní péči	Aktivní krátkodobá péče
90. léta 20. století	Ambulantní chirurgická střediska	Rozmach jednodenních příjmů, rozmach minimálně invazivní chirurgie

Do pozdního 19. století nebyly nemocnice synonymem místa, kde se uzdravovalo, ale místem pro umírání [11]. To se změnilo s rozvojem medicínské vědy, podporované utilitární státní filosofií i humanismem. Od těch dob zaznamenala nemocniční péče prudké zlepšení díky vývoji aseptických a antiseptických technik, efektivnější anestézii, lepším chirurgickým znalostem a dovednostem, metodám ošetření úrazů, krevní transfúzi, bypassové chirurgii koronární tepny, efektivnějším léčivům, transplantačním metodám a minimálně invazivní chirurgii [12].

Souběžně s pokrokem v nemocničních postupech nicméně narůstaly pochybnosti ohledně skutečného přínosu zdravotní péče pro zdraví populace a ohledně efektivnosti zdravotních služeb. Přínosy zdravotní péče v oblasti snížení výskytu infekčních nemocí, značného omezení novorozenecké

úmrtí, snížení hlavních příčin úmrtí a z toho plynoucí prodloužení průměrné délky života byly v minulosti často zpochybňovány [13].

Přestože McKeown ve svém díle v některých detailech nadále vzbuzuje kontroverzní reakce, přesvědčivě ukázal, jak pokles úmrtnosti ve Velké Británii, který byl přisuzován úspěchům zdravotní péče, ve skutečnosti souvisel se zlepšením hygieny a výživy [14,15,16,17]. S jiným náhledem přišli Ivan Illich a Rick Carlson, kteří tvrdili, že zdravotní péče je spíše příčinou úmrtí nežli zdraví. Podle Illiche má lékařství možnost stejnou měrou působit dobro i škodit, jak ukázal ve svém konceptu *iatrogenese* [18]. Kritizoval zdravotní profese za jejich “moc vyrábět nemocné” a tvrdil, že ústavy zdravotní péče hrají opačnou úlohu, než jim byla původně souzena. Carlson v obdobném duchu tvrdil, že omezená účinnost zdravotnictví bude v budoucnu nadále upadat [19]. Poslední dobou se tyto názory dostaly do popředí zájmu díky zprávě Lékařského institutu “Mýlit se je lidské”, která odhaduje, že ve Spojených státech je ročně kolem 100 000 úmrtí v nemocnicích zapříčiněno chybami v léčbě [20].

S akceschopnějším pohledem přišel Avedis Donabedian a další, kteří si byli vědomi nepatrného vlivu zdravotní péče na obyvatelstvo, a zaměřili se na postupy zlepšování zdravotnických služeb [21,22,23]. Přestože díky „hnutí za výsledky“ a hodnocení zdravotních technologií bylo dosaženo významného pokroku, definice kvality jakožto správného a dobře vykonávaného postupu stále vyvolává zásadní otázky a poukazuje na možnosti zlepšení v oblasti poskytování zdravotnických služeb [24].

Sít nemocnic podporujících zdraví v sobě spojuje výše zmíněné názory. Je vedena silným přesvědčením, že nemocniční služby mají být více zaměřeny na potřeby lidí, a ne pouze na jejich orgány nebo fyzické parametry, aby měly hlubší a trvalejší vliv na zdraví. Zároveň je nyní filozofie podpory zdraví v nemocnicích založena na přesvědčivých důkazech a metodách, které mají podporu zdraví začlenit jako jeden z hlavních principů fungování nemocnice. Současné strategie kvality aplikované ve zdravotnictví a v řízení organizací poskytujících zdravotní péči jsou aplikovatelné i na propagaci zdraví. Dříve než budeme toto téma dále rozvíjet, uvádíme v následujících odstavcích teoretické zdůvodnění a konkrétní příklady služeb podporujících zdraví v nemocnicích.

### ***Aktivity podporující zdraví v nemocnicích***

V rámci možných způsobů účasti nemocnic na podpoře zdraví se hnutí Světové zdravotnické organizace za podporu zdraví v nemocnicích zaměřuje na čtyři oblasti: na podporu zdraví pacientů, podporu zdraví zdravotnického personálu, změnu organizace na instituci podporující zdraví a podporu zdraví veřejnosti ve spádové oblasti dané nemocnice. Tyto čtyři oblasti jsou uvedeny v definici nemocnice podporující zdraví:

*„Nemocnice podporující zdraví nejen že poskytuje vysoce kvalitní a srozumitelné zdravotní a ošetrovatelské služby, ale také buduje vlastní identitu, která přijímá za své cíle podpory zdraví, vytváří organizační strukturu a kulturu podporující zdraví, včetně aktivní účasti pacientů a zdravotnického personálu, transformuje se ve zdraví podporující instituci a aktivně spolupracuje s veřejností“* [25].

Ve zdravotnických zařízeních mají strategie podpory zdraví široké uplatnění a významný dopad na zdraví veřejnosti [26]. Nemocnice spotřebují mezi 40 – 70% státního zdravotního rozpočtu a obvykle zaměstnávají 1 – 3% pracující populace. Tato pracovní místa, většinou obsazovaná ženami, jsou charakterizována určitými fyzickými, chemickými, biologickými a psychosociálními rizikovými faktory. Paradoxně je v nemocnicích - organizacích cílených na obnovu zdraví – velmi málo rozvinut přístup k faktorům negativně ovlivňujícím zdraví personálu. Programy na podporu zdraví mohou pomoci zlepšit zdravotní stav personálu, snížit počet absencí a zlepšit produktivitu a kvalitu [27,28].

Zdravotníci odborníci v nemocnicích mohou mít také trvalý vliv na chování pacientů a příbuzných, kteří jsou díky prožitku špatného zdravotního stavu otevřenější zdravotnímu poradenství [29]. Toto

je zvláště důležité ze dvou důvodů: za prvé, prevalence chronických onemocnění (např. cukrovka, kardiovaskulární choroby, rakovina) je v Evropě i celosvětově na vzestupu [30]; za druhé, současná nemocniční léčba nejen zabraňuje předčasnému úmrtí, ale zároveň zlepšuje životní úroveň pacientů. Pacientovy návyky po propuštění z péče a podpora ze strany příbuzenstva jsou z pohledu udržitelnosti této kvality důležitými proměnnými [31]. Programy na podporu zdraví mohou povzbuzovat zdravé návyky, předcházet opětovným hospitalizacím a udržovat kvalitu života pacientů.

Nemocnice také obvykle produkují značné množství odpadu a nebezpečných látek. Zavedení strategií na podporu zdraví do nemocnic může napomáhat snižování znečištění prostředí a spolupráce s institucemi a odborníky může vést k dosažení nejvyššího možného stupně koordinace péče.

Díky své pozici výzkumných a výukových ústavů nemocnice vytvářejí, shromažďují a rozšiřují znalosti a mohou díky tomu ovlivňovat lokální zdravotní struktury a odborné postupy jinde.

**Tabulka 2: Příklady projektů/aktivit na podporu zdraví v nemocnicích**

<b>Pacienti</b>	<b>Personál</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruktaž na podporu odvykání kouření</li> <li>• Zavedení charty pacientů</li> <li>• Hodnocení spokojenosti pacientů</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zdravá strava</li> <li>• Zavedení interdisciplinární týmové práce</li> <li>• Poučení o správném způsobu zvedání břemen pro prevenci bolesti zad</li> </ul>
<b>Organizace</b>	<b>Veřejnost</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Řízení konfliktů a změn</li> <li>• Mise podpory zdraví</li> <li>• Zavedení totálního řízení kvalit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redukce odpadu a ekologických rizik</li> <li>• Vyhodnocení potřeby podpory zdraví mezi populací na základě nemocničních dat</li> <li>• Bezpečný provoz sanitních vozů</li> </ul>

## **Vývoj Mezinárodní sítě nemocnic podporujících zdraví**

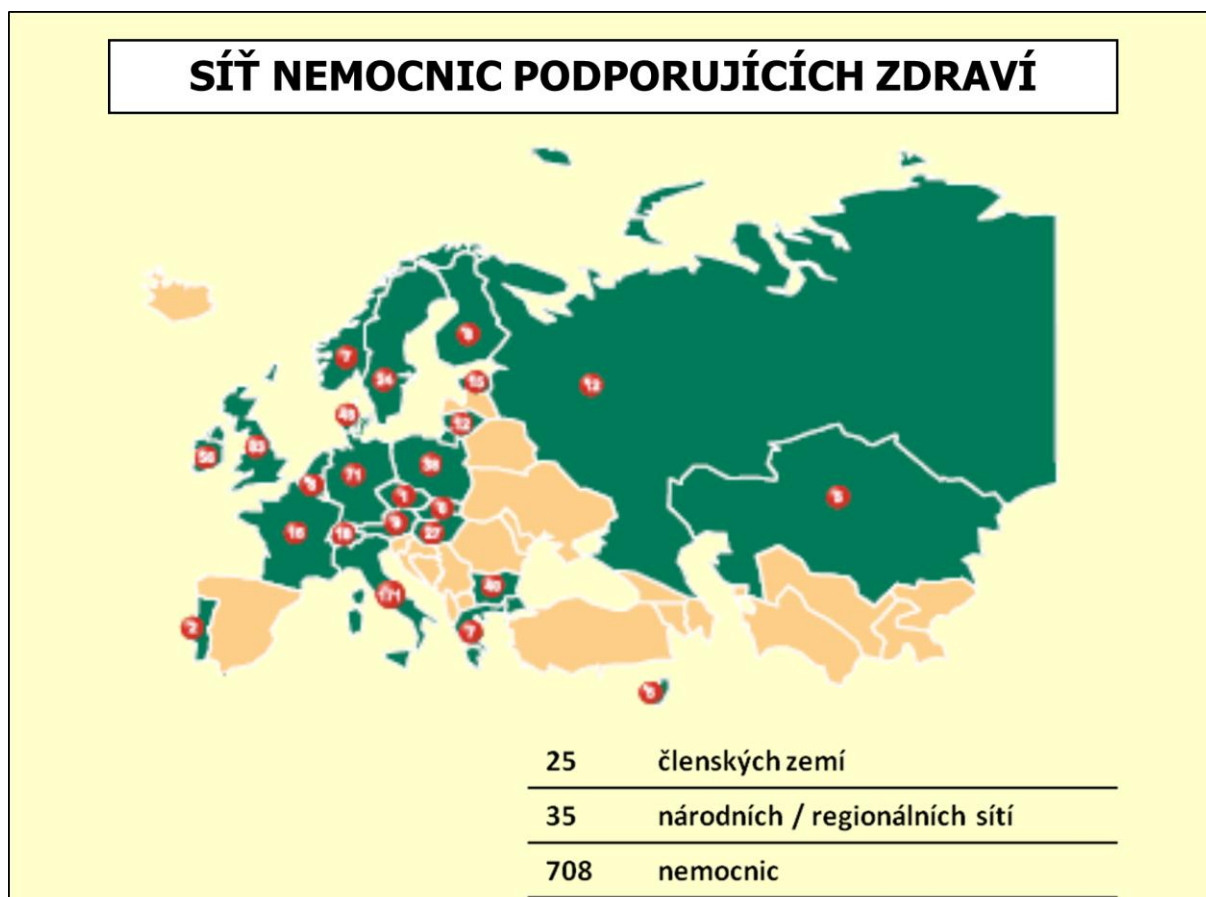
V rámci podpory implementace programů na podporu zdraví v nemocnicích odstartovala Regionální úřad SZO pro Evropu první mezinárodní rozhovory v roce 1988. V následujícím roce byl iniciován modelový projekt SZO “Zdraví a nemocnice” v partnerské instituci, nemocnici Rudolfstiftung ve Vídni.

Po této fázi konzultací a experimentování se hnutí Nemocnice podporující zdraví (NPZ) posunulo do fáze vývoje programu, kterou zahájil Evropský projekt pilotních nemocnic iniciovaný Regionálním úřadem SZO pro Evropu v roce 1993. Tato fáze, probíhající v letech 1993 až 1997, zahrnovala intenzivní monitoring rozvoje projektů ve 20 partnerských nemocnicích z 11 evropských zemí.

Po dokončení této pilotní fáze byly vybudovány národní a regionální sítě a celý systém se posunul do své konsolidační fáze. Od té doby zastávají národní a regionální sítě významnou roli v podporování spolupráce a sdílení zkušeností mezi nemocnicemi daného regionu nebo země, včetně vyhledávání oblastí společných zájmů, sdílení prostředků a vývoje společných systémů hodnocení. Navíc existuje i jedna oborová síť, která spojuje psychiatrické nemocnice a umožňuje vzájemnou výměnu názorů a strategií v tomto odvětví.

Mezinárodní síť nemocnic podporujících zdraví funguje jako zastřešující síť spojující všechny národní a regionální sítě. Podporuje výměnu koncepcí a strategií implementovaných v různých kulturách a zdravotních systémech, rozvíjí znalosti ve strategických otázkách a rozšiřuje obzory. Od května 2005 zahrnuje Mezinárodní síť nemocnic podporujících zdraví 25 členských zemí, 35 národních a regionálních sítí a více než 700 nemocnic.

**Obrázek 2: přehled rozmístění nemocnic podporujících zdraví v evropském regionu SZO [32, 33, 34].**



V minulosti byly projekty uskutečněné v rámci sítě NPZ charakterizovány tradičnějším zaměřením na vzdělávací aktivity pro pacienty a v menší míře také pro zdravotnický personál. Zaměření projektů NPZ je nyní širší a zabývá se také organizačními a společenskými otázkami, jako jsou například změny firemní kultury nebo otázky týkající se životního prostředí [35].

Výzvou do budoucna pro NPZ nadále zůstává propojení aktivit na podporu zdraví v organizacích s průběžnými programy na zlepšení kvality, využití zjevných podobností jako například zaměření se na kontinuální procesy a vývoj, aktivní zapojení zúčastněných osob do projektů a odpovědnost za jejich průběh, monitorování a měření výsledků a včlenění zásad podpory zdraví do struktury a kultury organizace.

Johnsen & Baum poukázali na skutečnost, že je potřeba urazit ještě dlouhou cestu, než bude podpora zdraví zakotvena ve firemní kultuře a struktuře [36]. Na základě analýzy dostupné literatury a vyhodnocení projektů NPZ v Austrálii jsou aktivity NPZ rozděleny podle typu do čtyř kategorií (Tabulka 3).

**Tabulka 3: Typologie aktivit na podporu zdraví**

Typ	Význam
Realizace projektu na podporu zdraví	Absence reorientace celé organizace nebo role personálu. Toto může být výchozím bodem pro akce na podporu zdraví, pokud není k dispozici podpora ze strany vyššího vedení.
Delegování podpory zdraví na určitou divizi, oddělení nebo část personálu.	Podporou zdraví se zabývá určité oddělení, ale tyto aktivity nejsou součástí celé organizace. Nemocnice spadající do tohoto typu mohou být v první fázi implementace programu.
Zdraví podporující instituce	Podpora zdraví je v rámci řízení nemocnice považována za významnou záležitost napříč odděleními. Nemocnice se stala zdraví podporující organizací, přestože nevynakládá prostředky na ovlivnění veřejnosti.
Zdraví podporující organizace zaměřená také na zlepšování zdraví veřejnosti	Nemocnice je zdraví podporující organizací a bere na sebe odpovědnost za zlepšování zdraví veřejnosti.

Přestože jsou si autoři vědomi toho, že není lehké stát se zdraví podporující organizací se zřejmým dopadem na veřejnost, prohlašují, že "...přístup k podpoře zdraví respektující dané prostředí neznamena pouze umožnit jednotlivcům změnu v chování prostřednictvím nemocnice". Jejich argumentace je v souladu s naším sledováním aktivit v Mezinárodní síti nemocnic podporujících zdraví. Ukázalo se, že mnohé z nemocnic si osvojily vybrané aktivity na podporu zdraví, nicméně proces prohlubování těchto aktivit a jejich uplatňování v širším měřítku byl pomalý.

Předchozí odstavce ukázaly, že přestože mohou být nemocnice obecně vnímány jako zdraví podporující organizace, existují různé stupně vlivu, které mohou nemocnice skutečně mít na zdraví populace, vlivu na potenciální způsobení újmy léčeným jednotlivcům a vlivu na zužitkování dostupných vědomostí za účelem zlepšování zdraví. Přestože hlavní faktory ovlivňující zdraví spočívají mimo zdravotní sektor, nemocnice mají možnost zlepšovat zdraví svých pacientů a mít déletrvající vliv, hlavně na pacienty s chronickými obtížemi.

Navíc se strategie podpory zdraví zabývá otázkou zdraví personálu, což má významný vliv nejen na zdravotní stav zdravotnického personálu jako takový, ale i na spojitost mezi zdravotním stavem a spokojeností zaměstnanců a výsledky léčby a spokojeností pacientů.

Existují různé strategie na podporu zdraví a nemocnice se v nich angažují různou měrou, například prostřednictvím informování pacientů a vyhodnocováním individuálních rizik. Hlavním nedostatkem je však nadále absence systematické implementace aktivit na podporu zdraví v nemocnicích a záruky kvality těchto aktivit. Následující část se bude zabývat otázkami zavádění aktivit na podporu zdraví a následnému vyhodnocování jejich kvality.

## **Vědecké důkazy a řízení kvality**

Jedním z klíčových faktorů pro další vývoj projektu nemocnic podporujících zdraví bude obstarávání vědecky podložených důkazů, protože jejich nedostatek spojený s převládajícím tlakem na snižování nákladů téměř ve všech systémech zdravotní péče dělá z programů na podporu zdraví snadné cíle pro rozpočtové škrty [37]. Dalším faktorem jsou nástroje implementace, protože v praxi se ukazuje, že i přes kvalitní důkazy existují v klinické praxi často značné rozdíly.

## **Podpora zdraví založená na důkazech?**

Zaměření se na důkazy o významu podpory zdraví [38, 39] je aktuálně jedním z hlavních okruhů aktivit. Klíčovou publikací v tomto směru je zpráva Mezinárodní unie na podporu zdraví a vzdělávání vypracovaná pro Evropskou komisi [40]. Části této práce se zabývají přímo podporou zdraví ve zdravotním sektoru [41]. „Vědecké důkazy“ byly také jedním z hlavních témat na Páté světové konferenci na podporu zdraví konané v roce 2000 v Mexiku [42] a na Deváté mezinárodní konferenci o nemocnicích podporujících zdraví v Kodani v roce 2001<sup>1</sup> [43].

S jistým zpožděním reflektuje poptávka po vědeckých důkazech v oblasti podpory zdraví na vývoj hnutí za medicínu založenou na důkazech. Mnozí požadují, aby byly při vyhodnocování zákroků zaměřených na podporu zdraví používány stejné metody a kritéria, které se osvědčily při získávání důkazů v klinické medicíně.

Podle definice v Glosáři podpory zdraví SZO [44], „*cílem hodnocení v oblasti podpory zdraví je určení, do jaké míry dosahují kroky zaměřené na podporu zdraví „hodnotných“ výsledků*“. Metody hodnocení a výsledky používané v oblasti podpory zdraví a v klinické medicíně se však liší (Tabulka 4).

**Tabulka 4: Porovnání klinických studií a opatření zaměřených na podporu zdraví.**

	<b>Klinické studie</b>	<b>Případy zapojení podpory zdraví</b>
<b>Kontext a povaha zákroku</b>	randomizace fyzických zákroků; zaslepené a placebem kontrolované studie jsou možné; jednotkou je jednotlivec v kontrolovaných podmínkách ( <i>hodnotí se účinek</i> )	randomizace behaviorální účasti; metoda zaslepení kontrola placebem mnohdy nejsou možné; jednotkou je jednotlivec, organizace nebo veřejnost v podmínkách každodenního života ( <i>hodnotí se přínos</i> )
<b>Poskytovatel</b>	zdravotnický personál provádějící klinickou studii	mnohdy jsou zapojeni různí poskytovatelé a instituce
<b>Příjemce</b>	účastníci se zdravotními potížemi hledající úlevu	účastníci, kteří si svých zdravotních potíží nemusí být nutně vědomi
<b>Časový rámec výsledku</b>	cílem je vyléčení nemoci; zákrok končí ukončením léčby nebo stabilizací situace	cílem je zabránit zdravotním problémům do budoucna; výsledky v rámci let, desetiletí nebo až v další generaci

Přestože mohou být experimentální a kvantitativní metodologie aplikovány i na opatření zaměřená na podporu zdraví (zvláště na ty, které se týkají personálu a pacientů), musí být při hodnocení aktivit zaměřených na podporu zdraví z hlediska širších organizačních, koncepčních a společenských otázek brán v potaz také význam kvalitativních metod [45].

<sup>1</sup> Abstrakty z konference jsou dostupné na internetových stránkách Mezinárodního časopisu integrované péče, <http://www.ijic.org> (2001, 1, 3, dodatek); virtuální jednání této a předchozích konferencí jsou dostupné na internetových stránkách Ústavu Ludwiga Boltzmana pro sociologii zdraví a medicíny, Vídeň, Centrum spolupracující se SZO pro nemocnice a podporu zdraví (<http://www.hph-hc.cc/>).

Při současném zaměření zdravotního systému a vedení nemocnic na výsledky jsou kvalitativní metody mnohdy považovány za nedostatečně průkazné. U mnoha opatření zaměřených na podporu zdraví je z hlediska dlouhodobého přínosu nutné rozlišovat mezi různými úrovněmi výsledků podpory zdraví, mimo změny klinických parametrů a zdravotního stavu. V kontextu podpory zdraví jsou významnými aspekty, které je potřeba brát v úvahu, také spoluúčast, partnerství, převzetí odpovědnosti a činnost vyvíjená za účelem vytvoření podporujícího prostředí a mnozí zastánci podpory zdraví doporučují rozlišovat různé úrovně analýzy [46-50].

Don Nutbeam navrhuje rozlišovat výsledky související s podporou zdraví, prostřední výsledky a zdravotní a sociální výsledky [51]:

- **Výsledky podpory zdraví** se týkají změn personálních, sociálních a environmentálních faktorů za účelem zlepšení vlivu jednotlivců na determinující činitele zdraví (např. zdravotní gramotnost, sociální vliv a aktivity, zdravá veřejná politika a organizační kultura);
- **Nepřímé výsledky** se týkají změn determinujících činitelů zdraví (např. životní styl, dostupnost zdravotních služeb, omezení environmentálních rizik);
- **Zdravotní a sociální výsledky** se týkají subjektivních (výsledky sebehodnocení, např. Nottinghamský zdravotní profil, SF-36 nebo EUROQOL) a objektivních hodnot (hmotnost, hladina cholesterolu, hodnota krevního tlaku, biochemický test, úmrtnost) souvisejících se změnou zdravotního a sociálního stavu (např. rovné postavení).

Hnutí za nemocnice podporující zdraví poskytlo mnoho dobrých příkladů opatření na podporu zdraví, která mohou nemocnice realizovat. Některá z těchto opatření na podporu zdraví byla v literatuře vyhodnocena jako vysoce efektivní a finančně dostupná, jak je popsáno v kapitole věnované důkazům o přínosu podpory zdraví v této publikaci. Někdo by mohl namítnout, že aktivity na podporu zdraví hodnocené pomocí kontrolovaných studií jsou nahlíženy z příliš úzkého pohledu, a argumentovat tím, že naše chápání takové aktivity přesahuje

### **Hodnocení aktivit v nemocnicích podporujících zdraví?**

V současné době není kvalita aktivit na podporu zdraví v nemocnicích v rámci Mezinárodní sítě nemocnic podporujících zdraví nijak systematicky hodnocena. Nemocnice, které se stávají členy mezinárodní sítě:

- se hlásí k základním principům a strategiím pro implementaci Vídeňských doporučení;
- patří k národní/regionální síti nemocnic podporujících zdraví tam, kde takové síť existují (v zemích, kde tyto síť neexistují, se hlásí přímo u mezinárodního koordináčního úřadu); a
- dodržují pravidla a směrnice ustanovené na mezinárodní a národní/regionální úrovni.

Nemocnice mezinárodní sítě se nadále musí zavázat, že se stanou nekuřáckými nemocnicemi a musí spustit tři konkrétní projekty zaměřené na zdraví personálu, pacientů, veřejnosti, nebo na zlepšení organizačních postupů s možným dopadem na zdraví. Byla založena síťová databáze pro registraci projektů a aktivit, která poskytuje informace o klíčových indikátorech dané nemocnice a aktivitách na podporu zdraví [52].

Na mezinárodní úrovni byly učiněny pokusy o revizi a vývoj systémů hodnocení aktivit na podporu zdraví. Tomuto tématu byl věnován čtvrtý a pátý ročník symposia koordinátorů národních a regionálních sítí v letech 1998 a 1999 toto, který dospěl k závěru, že doposud byla všechna případná hodnocení prováděna na úrovni jednotlivých projektů. Pouze několik strategií zajištění kvality bylo aplikováno na úrovni sítí a většina koordinátorů narazila při vývoji a zavádění vyhodnocovacích



schémat na velké problémy. K hodnocení na úrovni národních a regionálních sítí existují různé přístupy, zatím však žádný z nich není dobře zavedený [53].

Předchozí analýza z roku 1998 popisuje stávající přístupy a potíže při hodnocení výsledků projektu nemocnic podporujících zdraví [54]. Jedním z nejlepších dosud aplikovaných nástrojů bylo Schéma pro akreditaci nemocnic, které vzniklo v souvislosti s udílením Ceny pro zdravou nemocnici ve Velké Británii. Nemocnice byly po přihlášení formálně akreditovány jako nemocnice podporující zdraví, poté, co podaly přihlášku a proběhl v nich standardizovaný interní audit a externí hodnocení za účelem ověření výsledků auditu a rozhovory se zaměstnanci a pacienty.

Podobný systém byl zaveden v Německu. Je založen na hodnocení dvou nemocnic stejného postavení a jedné návštěvě zástupce sítě v žadatelské nemocnici. O přijetí nemocnice do sítě rozhodovali externí poradci. Zkušenost z Německa nicméně ukazuje, že tyto návštěvy jsou obtížně realizovatelné kvůli finančním nákladům. Německá síť se dále věnovala implementaci modelu excelence Evropské nadace řízení kvality a systému vyrovnaných ukazatelů výkonnosti za účelem začlenění podpory zdraví do organizační struktury a kultury nemocnic. Zpráva o průběhu tohoto projektu je součástí této publikace.

V roce 1994 uvedla polská síť do provozu systém sebehodnocení pro sledování pokroku ve výkonech jednotlivých nemocnic, ale jeho používání dále nepokračovalo kvůli problémům se spolehlivostí a věrohodností tohoto nástroje. Dánská síť zavedla v prosinci do praxe soubor standardů; část tohoto projektu je také představena v této zprávě.

Některé další země evropského regionu SZO v minulosti iniciovaly podobná schémata založená na návštěvách žadatelských nemocnic, hodnoceních prováděných partnerskými nemocnicemi, sebehodnocení a průzkumech. Mimo Evropu provedlo thajské ministerstvo zdravotnictví průzkum porovnávající 17 nemocnic podporujících zdraví s 23 nemocnicemi bez tohoto programu [55]. Byl vypracován dotazník, jehož položky umožňovaly sebehodnocení v otázkách implementace principů podpory zdraví v následujících oblastech: a) vedení a administrativa, b) rozdělení prostředků a rozvoj lidských zdrojů, c) podporující prostředí, d) podpora zdraví zaměřená na personál, e) podpora zdraví zaměřená na pacienty a jejich rodiny, a f) podpora zdraví zaměřená na veřejnost. Než bude možné provést platné srovnání, bude zapotřebí vyřešit mnoho metodologických otázek, tento dotazník nicméně obsahuje mnohé inovativní postupy, které mohou být v budoucnu dále rozpracovány.

V době přípravy tohoto přehledu byly ostatní národní/regionální sítě v Evropském regionu SZO stále v počáteční fázi [56, 57]. Přestože není úmyslem SZO posuzovat výsledky a hodnotit jednotlivé nemocnice na základě jejich přístupu k podpoře zdraví, absence systematického hodnocení aktivit na podporu zdraví stojí v cestě k přímočarému zlepšování těchto aktivit.

## **Perspektivy do budoucna**

Přestože byl v uplynulém desetiletí učiněn značný pokrok, je koncepce podpory zdraví zaváděna do nemocnic velmi pomalu. Jedním z hlavních důvodů může být absence jasných strategií a implementačních nástrojů. Vědomosti a nástroje představené v této publikaci průběh implementace bezesporu urychlí a zaslouží se o to, že podpora zdraví získá v nemocničním prostředí na významu. Máme nyní k dispozici lepší a hodnotnější důkazy svědčící pro aktivity vycházející z podpory zdraví zaměřené na pacienty, zdravotnický personál a veřejnost. Nadto byly vyvinuty nástroje, které zdravotnickým pracovníkům pomohou stanovit si priority a zavádět podporu zdraví v praxi. Fakta o aktivitách zaměřených na podporu zdraví, souvisejících strategiích a nástrojích hodnocení kvality, které v budoucnu umožní lepší zavádění podpory zdraví do nemocnic, jsou uvedena v následujících kapitolách.



## Seznam použité literatury

1. Ústava SZO. Ženeva, Světová zdravotnická organizace, 1946 [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42).
2. Downie RS, Tannahill C & Tannahill A. *Health promotion. Models and values*. Oxford, Oxford University Press, 1996.
3. Antonovsky A. *Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey Bass, 1987.
4. *Health Promotion Glossary*. Ženeva, Světová zdravotnická organizace, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1) ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs;hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs;hp_glossary_en.pdf))
5. *Ottawská charta podpory zdraví*. Ženeva, Světová zdravotnická organizace, 1986. ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs;Ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs;Ottawa_charter_hp.pdf))
6. Bensberg M. *What are health promoting emergency departments?* Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000.
7. Grossmann R. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. In: Pelikan JM, Demmer K & Hurrelmann K. *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung*. Mnichov, Weinheim, 1993.
8. Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, Machardy L, Young I & Witney E. 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promotion International*, 2001, 16, 4, 339-353.
9. Broesskamp-Stone U, Kickbusch I & Walter U. Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW et al., *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Mnichov, Urban & Schwarzenberg, 1997, 141-150.
10. Healy J & McKee M. The evolution of hospital systems. In: McKee M & Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. Oxford, Open University Press, 2001.
11. Ackerknecht EH. *Geschichte der Medizin*. Stuttgart, Enke, 1986.
12. Foucault M. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. Londýn, Tavistock, 1973.
13. Aday LA, Begley AC, Lairson DR, Skater CH. *Evaluating the medical care system*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1993.
14. McKeown T. *The origins of human disease*. Oxford, Blackwell, 1993.
15. Link BG, Phelan JC. *McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease*. *Am J Public Health*, 2002, 92(5):730-2.
16. Colgrove J. *The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence*. *Am J Public Health*, 2002, 92(5):725-9.
17. Mackenbach JP. *The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited*. *J Clin Epidemiol*, 1996, 49(11):1207-1213.
18. Illich I. *Medical Nemesis*. 1975.
19. Carlson. *The end of medicine*. 1975.
20. Kohn LT, Corrigan JM and Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, 2000. <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
21. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring, Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan, 1980.
22. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 2. The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1982.
23. Palmer H, Donabedian A & Povar GJ. *Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1991.
24. Epstein AM. *The outcomes movement will it get us where we want to go?* *New England Journal of Medicine*, Vol.26, 1990, 4:232, 266-270.
25. Garcia-Barbero M. Evolution of health care systems. In: Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H (ed.). *Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects*. Gamburg, G. Conrad Health Promotion Publications, 1998, 27-30.
26. Doherty D. Challenges for Health Policy in Europe – What Role Can Health Promotion Play? In: Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H (ed.). *Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects*. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998, 36-41.

27. Müller B, Münch E & Badura B. *Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell*. Weinheim, Juventa, 1997.
28. Ogden J. *Health Psychology: A Textbook*. Buckingham, Open University Press, 1996.
29. Florin D & Basham S. Evaluation of health promotion in clinical settings. In: Thorogood M & Coombes Y (ed.). *Evaluating health promotion. Practice and methods*. Oxford, Oxford University Press, 2000, 140-150.
30. Murray CL (ed.). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Ženeva, Světová zdravotnická organizace, 1996.
31. Badura B, Grande G, Janßen H & Schott T. *Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer Versorgung*. Weinheim, Juventa, 1995.
32. Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H & Krajic K (ed.). *Pathways to a health promoting hospital*. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998.
33. Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H. (ed.). *Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects*. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998.
34. *Health promoting Hospitals – Short report from the co-operating centre for the period 1999/2000*. Prezentace přednesená na 8. mezinárodní konferenci nemocnic podporujících zdraví. Atény, Institut Ludwiga Boltzmann pro sociologii zdraví a medicíny, 2000.
35. Groene O. *Evaluating Health Promotion Programmes in Hospitals. Methodological and Practical Issues*. Diplomová práce. The London School of Hygiene & Tropical Medicine. London, 2000.
36. Johnson A & Baum F. *Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion*. *Health Promotion International*, Vol. 16, 2001, 3:281-287.
37. Speller V, Learmonth A & Harrison D. *The search for evidence of effective health promotion*. *BMJ*, 315 (7104), 1997, 361-363.
38. Scott D & Weston R. *Evaluating health promotion*. Cheltenham, Stanley Thornes, 1998.
39. Nutbeam D. *The challenge to provide 'evidence' in health promotion*. *Health Promotion International*, Vol.14, 1999, 2:99-101.
40. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Part One: Core Document. Part Two: Evidence Book, 1999.
41. McKee M. Settings 3: health promotion in the health care sector. In: *The evidence of health promotion effectiveness: Shaping public health in a new Europe*. Lucembursko, Evropská komise, 1999, 123-133.
42. *5th Global Conference on Health Promotion*. Mexiko, 2000. <http://www.who.int/hpr>
43. *9th International Conference of HPH* <http://www.euro.who.int/healthpromohosp/>
44. *Health Promotion Glossary*. Ženeva, Světová zdravotnická organizace, 1998. ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs; hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs; hp_glossary_en.pdf))
45. Thorogood M & Coombes Y (ed.). *Evaluating health promotion. Practice and methods*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
46. Green LW. *Evaluation and measurement: some dilemmas for health education*. *American Journal of Public Health*, Vol. 67, 1977, 155- 161.
47. Rootman I, Goodstadt M, McQueen et al. (ed.). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
48. McQueen DV. *Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and the emergence of complexity*. *Health Promotion International*, Vol. 15, 2000, 95-97.
49. McQueen DV. *Strengthening the evidence base for health promotion. A report on evidence for the Fifth Global Conference on Health Promotion*. Mexico City, 5-9 June 2000.
50. McDonald G. *Where next for evaluation?* *Health Promotion International*, Vol. 11, 1996, 3:171-173.
51. Nutbeam D. *Evaluating health promotion - progress, problems and solutions*. *Health Promotion International*, 1998; 13: 27 – 44.
52. *WHO Health Promoting Hospitals Database*: <http://data.euro.who.int/hph/>
53. Report on the Fourth Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators. Kodaň, Regionální úřadovna SZO pro Evropu (EUR/ICP/DLVT 01 01 05)

- [http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1)
54. Report on the Fifth Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators. Kodaň, Regionální úřadovna SZO pro Evropu (EUR/ICP/DLVT 05 03 02). [http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1)
  55. Auamkul N et al. *Result of a self-assessment of Health Promoting Hospitals Implementation in Thailand*.2002. <http://www.anamai.moph.go.th/newsletter/Presentation/HPHThailand.pdf>
  56. Groene O. Managerial experiences of Health Promoting Hospitals Networks. In: *Health Promoting Hospitals Newsletter No 11*, June 1998 <http://www.univie.ac.at/hph/>
  57. *Annual Reports on Progress of National and Regional Health Promoting Hospitals Networks*. [http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1)

# **Důkazy o přínosu podpory zdraví v nemocnicích** (Hanne Tønnesen, Anne Mette Fugleholm & Svend Juul Jørgensen)

Nemocnice podporující zdraví se zavázaly integrovat podporu zdraví do svých každodenních aktivit a následovat Vídeňská doporučení, která prosazují větší účast pacientů, zapojení veškerého zdravotního personálu, ochranu práv pacientů a snahu o vytvoření zdravého nemocničního prostředí. Podpora zdraví v nemocnicích je tedy založena na aktivitách a opatřeních. Stejně jako pro jiné klinické aktivity jsou pro účinné a efektivní zavedení podpory zdraví zapotřebí platné normy a směrnice. Faktické důkazy pro širokou škálu aktivit jsou představeny v následující části.

## **Podpora zdraví v nemocnicích založená na důkazech**

Zatímco “léčebné” zdravotnictví se týká symptomatických pacientů vyhledávajících zdravotní péči, podpora zdraví a jiné preventivní přístupy často usilují o úpravu životů jednotlivců, a proto musí být založeny na co možná nejkvalitnějších randomizovaných důkazech pro to, „že naše preventivní postupy budou k užítku, nikoliv na škodu” [1].

Směrnice pro praxi jsou považovány za platné, pokud “vedou ke zdravotním přínosům při očekávaných nákladech” [2], a jsou založeny na důkazech vyplývajících ze studií používajících platné metody. Důkazy jsou obvykle kategorizovány následovně:

- 1a: Důkazy vyplývající z metaanalýzy randomizovaných kontrolovaných studií;
- 1b: Důkazy vyplývající z alespoň jedné randomizované kontrolované studie;
- 2a: Důkazy vyplývající z alespoň jedné kontrolované studie bez použití randomizace;
- 2b: Důkazy vyplývající z alespoň jedné jiné kvaziexperimentální studie;
- 3: Důkazy, vyplývající z deskriptivních studií, např. komparativních studií, korelačních studií a studií případů a kontrol;
- 4: Důkazy opírající se o zprávy komisí odborníků nebo o názory a klinické zkušenosti uznávaných kapacit, nebo oboje.

Pokud je to možné, měla by být podpora zdraví založena na důkazech co možná nejvyšší úrovně, tj. úrovně 1a, 1b nebo 2a.

Nižší úroveň důkazů může být použita pro popis dobré klinické praxe z hlediska podpory zdraví v nemocnicích, nepřítomnost důkazů kategorie 1a až 2a by však měla být impulsem pro získání nových důkazů.

Klinické studie podpory zdraví musí vyhovovat stejným měřítkům kvality jako ostatní randomizované studie. Jsou jimi: Odpovídající zařazovací a vylučovací kritéria, zatajení zařazení pacientů do skupin, zaslepení údajů pacientů i zdravotníků, objektivní nebo slepá metoda sběru dat, validní nebo slepá metoda analýzy, úplnost a délka trvání sledování, odpovídající hodnocení výsledků a statistická síla výsledků.

Velká skupina kvalitativních studií této definici nevyhovuje. Zabývají se názory a pocity vybraných osob a jsou založeny na subjektivní tazatelově interpretaci a kompetenci a daném kontextu. Jsou důležité pro implementační proces a mohou vést ke vzniku nových hypotéz, jejich výsledky však

mohou být těžko zobecnitelné. Kombinace kvantitativního výzkumu a kvalitativních studií je jedinečným východiskem pro zkoumání nových možností v oblasti výzkumu a implementace.

## Použité koncepty

Ve veřejném zdravotnictví je prevence chorob obvykle definována jako a) primární prevence chorob, která brání vzniku chorob, b) sekundární prevence, která zachytí chorobu v jejím počátečním stádiu a zabrání jejímu dalšímu vývoji, a c) terciární prevence nebo rehabilitace, která brání zhoršení nebo opětovnému výskytu choroby a zajišťuje zachování funkcí.

Tradičně se nemocnice zabývají úkoly týkajícími se sekundární nebo terciární prevence, zatímco otázkami primární prevence se zabývá spíše primární sektor a jiné sociální instituce. Je však stále více zřejmé, že i nemocnice mohou sehrávat v primární prevenci důležitou úlohu.

Při integrování podpory zdraví do klinických procesů je vhodné vycházet z klasifikace, která rozlišuje mezi pacienty v běžné klinické praxi, zdravotním personálem a veřejností:

- **Pacienti:** Obecná podpora zdraví, která by měla být nabízena všem pacientům a je zaměřená na všechny léčebné případy. Zvláštní podpora zdraví cílená na definované skupiny pacientů, kteří patří k určité diagnostické skupině apod.
- **Zdravotnický personál:** Obecná podpora zdraví cílená na zdravé a bezpečné zdravotní prostředí. Školení v oblasti klinicky zaměřené podpory zdraví.
- **Veřejnost:** Spolupráce s relevantními strukturami a organizacemi. Informace o podpoře zdraví a konkrétní služby pro občany.

*Obecná podpora zdraví* se zaměřuje na obecné činitele zdraví a nemoci (včetně tabáku, alkoholu, výživy, fyzické aktivity a psychosociálních otázek). Příkladem mohou být intervence zaměřené na způsob života, které zahrnují aktivity cílené na ovlivnění individuálního chování (konzumace alkoholu, kouření atd.). Intervence zaměřené na způsob života zahrnují poradenství, doporučení a podporu pacientů ve zvyšování jejich kompetencí a odpovědnosti.

*Specifická podpora zdraví* se soustředí na otázky, které jsou významné pro určité skupiny pacientů. Příkladem může být prevence komplikací u diabetických pacientů, poučení astmatických pacientů, rehabilitace kardiaků apod. Důležitou součástí podpory zdraví zaměřené na konkrétní nemoci je posilování schopnosti pacientů ovlivňovat svůj zdravotní stav.

## Zásady podpory zdraví v nemocnicích

Nemocnice jsou specifickým pracovním prostředím s mnoha zaměstnanci, kteří jsou v souvislosti s plněním svých klinických úkonů ohroženi jak po fyzické, tak i psychické stránce. I přes bezpečnostní pracovní předpisy nelze mnohým ohrožením a rizikovým situacím zabránit. Pro nemocnice je proto nutností zavést politiku podpory zdraví.

Na základě dostupných vědomostí o vlivu faktorů životního stylu na léčbu a prognózu by všechny nemocnice měly zavést metodiku, poradenské služby, vzdělávání a podporu v oblasti podpory zdraví jakožto nedílné součásti individuálního přístupu k pacientům i zdravotnickému personálu.

Vliv politiky podpory zdraví v nemocnicích je založen výlučně na deskriptivních studiích, poskytuje tudíž pouze důkazy nižší úrovně.

## Podpora zdraví a nemocniční personál

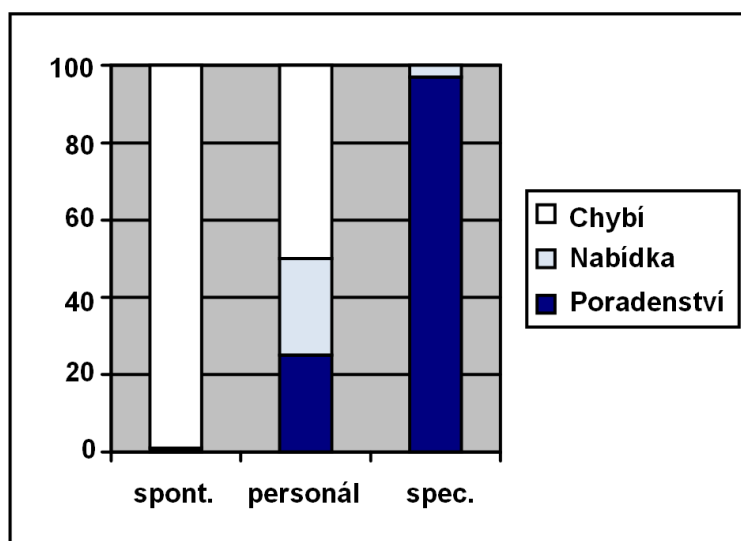
Lidé pracující ve zdravotním sektoru mohou v podpoře zdraví hrát významnou roli, ať už tím, že poskytují příklad, jakým způsobem je možné dosáhnout zdravého prostředí, nebo tím, že využívají svého vlivu k šíření politiky veřejného zdraví, nebo poskytují poradenské služby jednotlivým pacientům a občanům [3].

Vzdělávání a výuka metod používaných v podpoře zdraví a instruktáži pacientů by měly být založeny na důkazech [4]. Individuální návyky zdravotnického personálu a jejich postoje a kompetence ovlivňují způsob, jakým k otázkám prevence přistupují.

Kuřáci z řad zdravotnického personálu obecně podceňují roli kouření jakožto rizikového faktoru, zatímco nekuřáci v některých případech tento rizikový faktor příliš nadhodnocují. Kuřáci tudíž mají menší sklony radit pacientům v otázkách životního stylu a totéž platí o nekuřácích, kteří mají pocit, že nejsou v těchto otázkách dostatečně proškoleni [5]. Chování kuřáků z řad zdravotnického personálu není v souladu s poznatky o zdraví, o kterých by měli s pacienty hovořit. Vzniká tak kognitivní neshoda mezi jejich chováním a jejich vědomostmi, tzn. personál, buď přestane kouřit, nebo se rozhodne ignorovat své znalosti na úkor poradenství pacientům.

Zajímavé je, že zaměstnanci, kteří přestali kouřit, podávají pacientům více doporučení ohledně odvykání kouření a mají v tomto směru lepší výsledky. Dalším významným způsobem usnadnění integrace podpory zdraví do každodenního chodu klinik jsou zvláštní pravomoci. Obrázek níže ukazuje výsledky implementační studie zaměřené na odvykání kouření mezi pacienty přijatými s akutním onemocněním. Výsledky implementace uvedeny pro “spontánní” motivační poradenství na pohotovosti, pro poradenství poskytnuté běžným zdravotnickým personálem, a pro poradenství poskytnuté specializovanými sestrami, a to ve třech po sobě jdoucích obdobích, vždy pro 100 pacientů [6]. Specializovaný zdravotnický personál poskytuje systematičtější poradenství odvykání kouření než ostatní personál.

**Obrázek 1: Odvykání kouření mezi pacienty**



Vliv osobního příkladu a vzdělání personálu je posuzován na základě střední až vysoké úrovně důkazů.

## Důkazy o přínosu obecné podpory zdraví

Existují důkazy o vlivu podpory zdraví na faktory vyplývající z životního stylu.

### **Kouření**

Kouření tabáku způsobuje celou řadu chorob. Kouření způsobuje 30% všech případů ischemické choroby srdeční, vysvětluje 90% případů rakoviny plic, 75% případů obstrukční choroby plic a 6 % případů zlomenin kyčlí. Nejenže se choroby u kuřáků projevují častěji, ale ve srovnání s nekuřáky také v mladším věku. Údaje z Dánska například ukazují, že mezi pacienty postiženými mozkovým infarktem byli kuřáci hospitalizováni o 10 let dříve než nekuřáci [7]. Populační studie ukazují, že kuřáci bývají hospitalizováni dvakrát častěji než nekuřáci [8].

Značná část hospitalizací je přímo spojena s životním stylem pacientů. Choroby spojené s kouřením jsou příčinou 30% všech příjmů na běžných lůžkových odděleních [9]. Kouření navíc hraje nepřímou roli u mnoha dalších příjmů.

Kouření také ovlivňuje výsledek léčby. Je dobře zdokumentováno, že léčba hypertenze, radiační terapie u rakoviny hlavy a krku, léčba arteriosklerózy a léčba poranění jsou mnohem méně účinné u kuřáků, než je tomu u nekuřáků. Kouření ovlivňuje imunitní systém a přispívá k delší hospitalizaci u pacientů s infekčními chorobami.

Ovlivněn je i dlouhodobý stav a prognóza pacientů. Je zdokumentováno, že pacienti, kteří přestali po prodělaném infarktu myokardu kouřit, snížili riziko jeho opětovného výskytu v následujících dvou letech o 50%. Neplánované opakované hospitalizace představují pro zdravotní sektor značnou finanční zátěž. Kuřáci vykazují téměř dvojnásobný počet opakovaných hospitalizací než nekuřáci [10]. Studie ukazují, že průměrný počet opakovaných příjmů je mezi 16% a 27%, přičemž obzvláště vysoký počet opakovaných příjmů vykazují pacienti trpící ischemickou chorobou srdeční, obstrukční plicní nemocí (CHOPN) a rakovinou plic [11].

Odvykání kouření má prokazatelný vliv na symptomy a zdraví [12]. Mnohé studie dokazují, že mezi kouřením (doba trvání kuřáctví a vykouřené množství) a výskytem choroby existuje vztah mezi dávkou a odpovědí. Obdobně funguje proporcionální vztah mezi tím, jak dlouho už osoba nekouří, a snížením rizika výskytu choroby. Nedávné studie ukázaly, že zanechání kouření ve věku 65 let má stále kladný dopad na zdravotní stav a snižuje nemocnost [13], nicméně pouhé omezení množství vykouřených cigaret nehraje významnější roli. [14].

V krátkosti, je prokázáno, že zanechání kouření:

- snižuje nebo zcela eliminuje výskyt plicních chorob, jako je např. kašel a vykašlávání u zdravých kuřáků;
- normalizuje budoucí úbytek funkčnosti plic u pacientů s chronickou plicní chorobou;
- po pěti letech snižuje na polovinu riziko výskytu rakovin (bývalí silní kuřáci jsou nicméně vystaveni zvýšenému riziku výskytu rakoviny plic až do konce života);
- vede k okamžitému snížení rizika srdečního a mozkového infarktu;
- snižuje na polovinu riziko dalšího infarktu a úmrtí v letech následujících po akutním infarktu myokardu;
- snižuje riziko arteriosklerózy a podobných chorob;
- snižuje riziko osteoporózy a z ní pramenících zlomenin kyčlí;

- snižuje riziko předčasného porodu, pokud těhotná přestane kouřit v prvních třech nebo čtyřech měsících těhotenství;
- snižuje riziko výskytu pozdních komplikací u diabetických pacientů;
- zlepšuje opožděné hojivé procesy poranění tkání.

*Tyto důkazy vycházejí z deskriptivních studií na téma kouření a randomizovaných klinických studií zaměřených na odvykání kouření, tudíž mají vysokou důkazní hodnotu.*

## **Alkohol**

Zvýšená konzumace alkoholu zvyšuje riziko výskytu chorob, jako je zápal plic, infekční onemocnění, průjem a malabsorpce, šíření rakoviny, nealkoholická steatohepatitida, hypertenze, špatně kontrolovaný diabetes, nerovnováhy tekutin a elektrolytů. Pacienti s vysokou spotřebou alkoholu jsou častěji hospitalizováni; asi 20% hospitalizovaných mužů a 10% hospitalizovaných žen požívá alkohol v dávkách vyšších, než doporučují mezinárodní limity pro konzumaci alkoholu.

Konzumace alkoholu ze strany pacientů ovlivňuje také výsledky léčby. Mezi projevy patří snížená imunita, subklinická nebo klinická srdeční dysfunkce, hemostatická nerovnováha, zpomalené hojení ran a zpomalená obnova tkání a kostí, myopatie a zvýšená citlivost na stres, které přispívají k prodloužené hospitalizaci pacientů [15].

Je dokázáno, že abstinence od konzumace alkoholu a do jisté míry i omezení konzumace alkoholu vedou k:

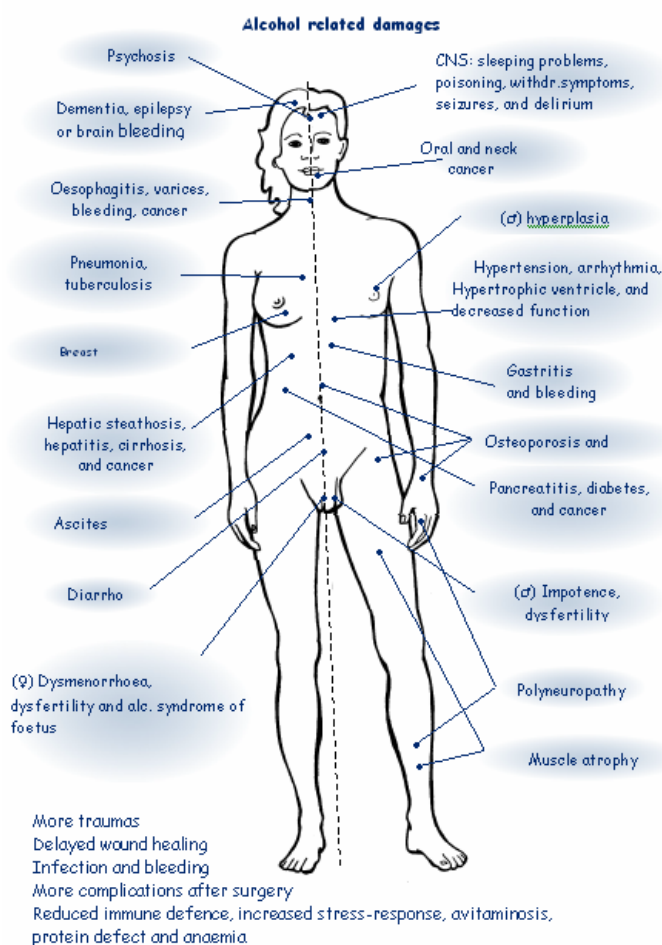
- snížení počtu hospitalizací s poruchami souvisejícími s alkoholem, jako je např. cirhóza jater a pankreatitida;
- méně hospitalizací z důvodu otravy alkoholem, alkoholismu a alkoholické psychózy;
- snížení výskytu infekčních onemocnění (zvláště zápalu plic a tuberkulózy);
- lepšímu hojení tkání a kostí;
- zlepšení srdeční činnosti a krevního tlaku;
- zlepšení výsledků léčení některých chorob nesouvisejících s alkoholem (a další dopady).

*Důkazy jsou založeny na deskriptivních studiích na téma konzumace alkoholu, randomizovaných klinických studiích zaměřených na odvykání alkoholu a randomizovaných studiích dobrovolné excesivní konzumace alkoholu, tudíž mají vysokou důkazní hodnotu.*

Nadměrná konzumace alkoholu způsobuje řadu onemocnění postihujících téměř všechny orgány, viz obrázek níže.



**Obrázek 2: Poškození související s konzumací alkoholu**



## **Tělesná aktivita**

Nedostatek tělesného pohybu je spojen se zvýšeným výskytem diabetu druhého typu, nadváhou, vysokými hodnotami krevního tuku, hypertenzí a rozvojem metabolického syndromu.

Je dokázáno, že pravidelný tělesný pohyb [16]:

- snižuje riziko výskytu kardiovaskulárních chorob obecně a zvláště ischemické choroby srdeční;
- snižuje riziko rozvinutí diabetu 2. typu;
- snižuje úmrtnost u osob středního a vyššího věku u obou pohlaví;
- pozitivně ovlivňuje hustotu kostí, omezuje pokles obsahu minerálů v kostech, spojený se stárnutím a funguje jako prevence výskytu osteoporózy;
- funguje jako prevence hypertenze a snižuje hypertenzi;
- funguje jako prevence nadváhy;
- funguje jako prevence výskytu depresí, snižuje napětí a zvyšuje sebeúctu;
- funguje jako prevence úbytku svalové hmoty u starších pacientů a snižuje riziko pádu.

Cvičení je důležitou součástí některých rehabilitačních programů, např. rehabilitace kardiaků, rehabilitace pacientů s chronickou obstruktivní plicní nemocí, rehabilitace po chirurgických zákrocích, psychiatrická rehabilitace atd.

U pacientů s infarktem myokardu snižuje cvičení riziko dalšího infarktu během prvních tří let o 25%. Cvičení je také důležitou součástí mobilizace pacientů trpících revmatickou artritidou a pacientů trpících artritidou. Studie ukázaly, že cvičení formou procházek může pomoci oddálit chirurgický zákrok u pacientů-čekatelů na výměnu kolenního nebo kyčelního kloubu.

*Uvedené důkazy vycházejí z deskriptivních studií tělesného pohybu a randomizovaných klinických studií, tudíž mají vysokou důkazní hodnotu.*

## **Výživa**

V evropské populaci je nadváha nejčastějším zdravotním problémem. Rostoucí výskyt nadváhy vede ke zvyšování počtu osob trpících diabetem, kardiovaskulárními chorobami, úrazy způsobenými námahou a hormonálně podmíněnými typy rakoviny.

Problémem nemocnic je nicméně podvýživa. Studie ukázaly, že téměř 30 % pacientů v nemocnicích je při příjmu podvyživeno. Studie zároveň ukazují, že nemocniční strava pokrývá pouze 60% skutečných výživových potřeb pacientů [17].

Je dokázáno, že podvyživení pacienti vykazují v porovnání s dobře živými pacienty zvýšenou nemocnost a úmrtnost. Zároveň platí, že systematická kontrola stavu výživy a vhodná nutriční terapie během hospitalizace snižuje riziko infekce ran, zkracuje dobu hospitalizace a přispívá k urychlení rekonvalescence [18]. Je dokázáno, že opatření v oblasti výživy u podvyživených pacientů [19]:

- zlepšují funkci plic a prodlužují vzdálenost, kterou jsou schopni pacienti s chronickým plicním onemocněním ujít;
- zvyšují hmotnost a objem svalové hmoty u pacientů s rakovinou;
- zvyšuje pohybovou aktivitu a snižuje úmrtnost u geriatrických pacientů;
- snižuje úmrtnost u pacientů s akutním ledvinovým selháním.

*Důkazy jsou založeny na několika randomizovaných klinických studiích, tudíž mají vysokou důkazní hodnotu.*

## **Doporučení ohledně opatření v nemocnicích**

Panuje mezinárodní shoda, že pacienti by měli mít v nemocnicích přístup k poradenství, instrukcím a pomoci založené na podpoře zdraví. Opatření podporující zdraví zajišťují, že jsou rozpoznány rizikové faktory a že má pacient povědomí o významu těchto faktorů, doporučují vhodné změny a aktivně podporují realizaci těchto změn. Existují důkazy pro následující opatření, která by měla být zavedena do každodenní nemocniční praxe:

### **Kouření:**

- identifikace kuřáků a důkladná evidence jejich kuřácké anamnézy;
- poskytování ústních i písemných informací ohledně škodlivosti kouření a zdravotních výhod, které přináší zanechání kouření;

- poradenství a doporučení ohledně odvykání kouření;
- zavedení služeb odvykání kouření nebo zřízení poradny odvykání kouření jako součásti léčby.

### **Alkohol:**

- identifikace pacientů s nezdravou konzumací alkoholu nebo závislostí na alkoholu podle měřítek ICD-10;
- poskytování ústních i písemných informací ohledně škodlivosti alkoholu a zdravotních výhod abstinence a o možnostech vyhledání pomoci s omezením konzumace nebo abstinencí;
- doporučení nadměrným konzumentům alkoholu, aby pít přestali nebo pití omezili;
- stručná nabídka opatření (pro nezdravou konzumaci) nebo odkázání na protialkoholní léčbu (pro závislou konzumaci).

### **Tělesný pohyb:**

- identifikace pacientů s potřebou poradenství ohledně tělesného pohybu;
- poradenství o cvičení v souladu s mezinárodními pokyny, sledování a poradenství při dalším kontaktu s příslušným oddělením;
- zřízení systematických cvičebních programů pro relevantní pacienty (pacienty se srdečními a plicními chorobami, diabetem, pacienty po operaci, psychiatrické pacienty, pacienty trpící nadváhou nebo podváhou).

### **Výživa:**

- identifikace podvyživených pacientů a pacientů vystavených riziku podvýživy;
- zahájení relevantní nutriční léčby a kontinuální sledování tělesné hmotnosti a příjmu potravy v průběhu hospitalizace pacienta;
- předávání informací při propuštění (ošetřujícímu lékaři, pro domácí ošetření, praktickému lékaři);
- identifikace pacientů s nadváhou a vyšetření na diabetes a jiné komplikace;
- poradenství ohledně diet a cvičení;
- zavedení systematických vzdělávacích programů pro relevantní pacienty;
- zajištění následného sledování v rámci primárního zdravotního sektoru.

## **Systematická opatření a vzdělávání pacientů**

Cílem zdravotního poradenství je podporovat u jednotlivců pozitivní změny v přístupu k jejich životnímu stylu. Zdravotní poradenství je založeno na teoriích behaviorální změny [20]. Tyto teorie popisují jednotlivé fáze a procesy, kterými lidé při změnách chování procházejí. Model popisuje behaviorální změnu jako pohyb v kruhu. Před konečnou změnou chování většina lidí tímto procesem projde několikrát.

Zdravotní poradenství sestává z dialogu s pacientem a je založeno na:

- pacientově povědomí o zdravotním vlivu kouření a konzumace alkoholu a o významu, který má odvykání/omezení konzumace pro chorobu, léčbu a zdraví;
- pacientových názorech, pocitech a postojích ve vztahu ke konzumaci alkoholu a kouření;
- pacientových předchozích zkušenostech s pokusy o změnu chování;
- posouzení pacientova citového rozpoložení ve vztahu ke konzumaci;
- přijetí pacientova rozhodnutí ohledně konzumace;
- na základě dialogu stanovení realistických cílů, které odpovídají fázi změny, ve které se pacient nachází.

Existují důkazy o tom, že zdravotní poradenství může motivovat ke změnám v životním stylu [21]. Nemocnice Bispebjerg (Kodaň, Dánsko) se od roku 1996 snaží zavést systematická opatření týkající se kouření a konzumace alkoholu, což zahrnuje zdravotnické poradenství pro všechny pacienty včetně ambulantních pacientů, elektivních pacientů, pacientů denní péče a akutně přijatých pacientů.

Intervence je založena na klinických směrnicích vyvinutých interdisciplinárními skupinami složenými ze zdravotnického personálu z relevantních klinických oddělení. Tyto klinické směrnice jsou v souladu mezinárodními směrnicemi pro nemocniční léčbu chorob spojených s kouřením a konzumací alkoholu. Níže jsou uvedeny používané indikátory kouření, které jsou součástí běžných auditů prováděných dvakrát ročně na všech klinických odděleních:

**Tabulka 1: Indikátory kouření pro běžný audit**

Č.	Indikátory pro systematickou intervenci týkající se kouření	Ano	Ne
1	Byly údaje o kouření zaznamenány do lékařské zprávy?		
2	Kouří pacient denně?		
3	Byly pacientovi poskytnuty informace o vlivu kouření na jeho symptomy, léčbu a prognózu?		
4	Byla započata intervence v souladu s klinickými směrnicemi?		
5	Bylo poskytnuto motivační poradenství?		
6	Byl pacient přijat na oddělení pro odvykání kouření?		

Doporučuje se, aby po vyšetření rizikových faktorů (kouření, alkohol, výživa a fyzický pohyb) následovala systematická nabídka zdravotního poradenství všem pacientům a zároveň byla nabízena příslušná pomoc formou následného sledování.

## Důkazy o specifické prevenci

Specifická prevence se týká aktivit zaměřených na specifické skupiny pacientů. Příkladem je vzdělávání pacientů a rehabilitační programy. Rehabilitační programy, které se zaměřují na podporu schopnosti jednotlivce zvládat chorobu, jsou tedy součástí klinických postupů společných pro různé

skupiny pacientů, nikoliv pouze jako doplněk, ale jako součást léčby [22]. Různé vzdělávací a rehabilitační programy mají společné prvky, jako je např. poradenství o odvykání kouření, abstinenci nebo snížení spotřeby alkoholu, tělesném pohybu, výživě, psychosociální podpora, vzdělávání pacientů a optimalizace medicínských (nebo chirurgických, nebo psychiatrických) zákroků.

### ***Pacienti s chorobami srdce***

Ischemická choroba srdeční je jednou z největších skupin chorob v nemocničním sektoru a je zároveň zdrojem značného a stále stoupajícího tlaku poptávky na sektor zdravotní péče obecně.

V minulosti představovala rehabilitace pacientů se srdečními chorobami hlavně cvičení, ale díky vědeckým poznatkům získaným v uplynulých 10 nebo 15 letech byl její záběr rozšířen a nyní zahrnuje i následující prvky:

- cvičení;
- opatření v oblasti životního stylu a sledování rizikových faktorů: podpora změn stravovacích návyků, odvykání kouření, omezení konzumace alkoholu, přiměřené cvičení a preventivní lékařská péče;
- vzdělávání pacientů;
- psychosociální péči;
- léčbu symptomů;
- systematickou kontrolu a sledování.

Výsledky mezinárodních kontrolovaných studií dokazují, že rehabilitace srdečních chorob může poskytovat cenné zdravotní výsledky [23, 24, 25] v podobě:

- snížení počtu příjmů, pokud jde o opakované příjmy i celkový počet příjmů pacientů s chorobami srdce;
- udržování funkčního stavu;
- zlepšení v oblasti kvality života z hlediska zdravotního stavu;
- zlepšení celkového přístupu k rizikovým faktorům prostřednictvím změn životního stylu a zlepšení spolupráce pacienta.

*Důkazy o významu rehabilitace pro pacienty s onemocněním srdce mají vysokou důkazní hodnotu.*

### ***Pacienti s chronickými chorobami plic***

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je často se vyskytující chorobou a je příčinou 20 – 25% příjmů na nemocniční oddělení v Evropě. V Dánsku je CHOPN jednou z pěti nejnákladnějších chorob. Za posledních 20 let bylo vypracováno a v praxi vyzkoušeno mnoho rehabilitačních programů pro plicní onemocnění. Je zdokumentováno, že tyto programy vedou k [26, 27]:

- zmírnění dýchacích potíží;
- prodloužení vzdálenosti, kterou je pacient schopen ujít;
- zlepšení tělesných schopností;
- zlepšení zdravotního stavu z hlediska fungování v každodenním životě;
- zlepšení kvality života;

- zlepšení schopnosti vypořádat se s chorobou a se zhoršením stavu nemoci;
- snížení počtu příjmů.

Zatím není jasné, jaká je pro rehabilitační programy CHOPN optimální struktura, obsah a doba trvání, nicméně panuje shoda, že by tyto programy měly zahrnovat alespoň následující prvky:

- pomoc při odvykání kouření;
- cvičení/domácí cvičení;
- fyzioterapii;
- nutriční poradenství;
- psychosociální podporu;
- vzdělávání pacientů.

*Důkazy o pozitivním dopadu rehabilitace pacientů po prodělané plicní chorobě jsou na střední až vysoké úrovni.*

### **Pacienti s astmatem**

Astma je rozšířená choroba, která ve většině evropských zemí postihuje přibližně 5% dospělé populace a 5 – 10% dětí školního věku. Za posledních 30 až 40 let bylo uskutečněno velké množství randomizovaných studií zaměřených na účinnost různých vzdělávacích programů. Byly zkoumány jak programy v nemocničním sektoru, tak programy v praktickém lékařství. Výsledky byly popsány v různých referátech [28] a studii publikované v databázi Cochrane [29], které dokazují, že pacienti účastníci se výukových programů o astmatu zaměřených na rozvoj dovedností dosahují pozitivních výsledků, jako je například:

- snížení počtu příjmů;
- snížení počtu návštěv na pohotovosti;
- méně absencí v zaměstnání;
- snížení počtu nočních astmatických záchvatů;
- obecné zlepšení pacientova stavu;
- zlepšení spolupráce s lékařem;
- zlepšení kvality života.

Zatím stále není jasné, jaká je u vzdělávacích programů o astmatu optimální struktura, obsah a doba trvání. Obvykle se v rámci programu jedná o 4 nebo 5 lekcí v průběhu několika týdnů.

*Důkazy o pozitivním dopadu rehabilitace astmatických pacientů jsou na vysoké úrovni.*

### **Pacienti s diabetem**

Diabetes typu 1 se vyskytuje u všech věkových skupin. Ve srovnání s diabetem typu 1 toho víme o výskytu diabetu typu 2 méně. Výskyt diabetu typu 2 se rapidně zvyšuje a díky nárůstu výskytu nadváhy/obezity s projevuje u stále mladších osob. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem u obou typů diabetu jsou pozdní komplikace (troj- až pětinasobně vyšší riziko výskytu kardiovaskulárních chorob) a výskyt diabetických očních komplikací, poruch ledvin a nervových poruch (retinopatie, nefropatie a neuropatie).

Ohledně diabetu typu 1 a typu 2 bylo uskutečněno množství randomizovaných a kontrolovaných studií. Všechny tyto studie ukazují, že intervence týkající se jednoho nebo několika rizikových faktorů případných pozdních komplikací jsou účinné [30, 31]. Intervence by měly být zaměřeny na [32]:

- maximálně normalizovanou hodnotu krevního cukru;
- maximálně normalizované hodnoty krevního tlaku a krevního tuku;
- odvykání kouření;
- psychosociální podporu;
- poradenství o výživě, alkoholu a tělesném pohybu.

*Důkazy o pozitivním dopadu rehabilitace diabetických pacientů jsou na vysoké úrovni.*

### **Pacienti s osteoporózou**

Výskyt osteoporózy v zemích západního světa narůstá mimo jiné z důvodu zvyšujícího se počtu seniorů. Riziko zlomenin zapříčiněných osteoporózou narůstá s věkem a jejich výskyt je zvláště častý u žen. Tři nejčastější typy zlomenin zapříčiněné osteoporózou se vyskytují u různých věkových skupin. Počet zlomenin zápěstí nebo jeho okolí značně narůstá kolem 55. roku, problémy se zády kolem 65. roku a zlomenina kyčle nebo okolí kolem 75. roku života.

Je dokázáno, že zvýšený přísun vápníku v dětství může vést k růstu obsahu minerálů v kostech. Zatím neexistuje shoda ohledně názoru, že ze zvýšeného přísunu vápníku mohou mít prospěch ženy po menopauze. Některé studie však ukazují, že užívání vápníku a vitamínu D má na snížení počtu zlomenin u starších mužů a žen vliv [33].

Tělesný pohyb a aktivní životní styl vedou ke zvýšení obsahu minerálů v kostech, zlepšení svalové síly a svalové koordinace, což přispívá ke snižování rizika vzniku zlomenin [34]. Kouření u žen zvyšuje riziko osteoporózy, protože kuřačky mají menopauzu dříve než nekuřačky a zvýšený metabolismus estradiolu. Podle podobného vzorce působí zvýšená konzumace alkoholu u mužů jako významný rizikový faktor rozvoje osteoporózy z důvodu nedostatečné výživy a snížené produkce testosteronu.

Primární intervence by se tedy měly týkat:

- odvykání kouření;
- abstinence nebo omezení konzumace alkoholu;
- motivace k tělesné aktivitě.

Dále se ukázalo, že chrániče kyčlí snižují počet zlomenin kyčlí u starších lidí v pečovatelských domovech o 67%. Chrániče kyčlí jsou tudíž důležitou součástí programů prevence pro seniory, kteří jsou náchylní k pádům a osteoporóze [35].

*Důkazy o významu rehabilitace těchto pacientů mají nízkou až středně vysokou důkazní hodnotu.*

### **Pacienti s rakovinou**

Snížení výskytu rakoviny je primárním cílem plánů zdravotní péče většiny zemí, avšak rehabilitaci pacientů s rakovinou stejná pozornost věnována není. Odhaduje se, že dvě třetiny nově diagnostikovaných pacientů s rakovinou potřebují rehabilitační služby [36].

V této oblasti je zapotřebí získávat další znalosti, intervence by nicméně měly být zaměřeny na:

- psychosociální podporu a poradenství;
- cvičení/relaxaci;
- nutriční poradenství;
- odvykání kouření;
- sexuální problémy;
- předávání vědomostí pacientům a jejich rodinám.

*Důkazy o přínosu rehabilitace pro pacienty s rakovinou mají nízkou důkazní hodnotu.*

### **Mozková příhoda**

Mozková příhoda je závažný stav, kdy až 40% pacientů zemře během prvního roku po jejím prodělání a mnoho pacientů již není možné propustit do domácího ošetřování.

Riziko mozkové příhody ovlivňuje mnoho faktorů: kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nedostatek tělesného pohybu, zvýšené hodnoty krevního tuku, hypertenze, diabetes, nepravidelnost srdečního rytmu. Riziko stoupá s přibývajícím věkem [37]. Je dokázáno, že pacienti účastníci se rehabilitace v podobě komplexní interdisciplinární léčby během všech fází nemoci mohou dosáhnout [41]:

- snížení úmrtnosti o 25% - 50%;
- snížení nutnosti umístění do pečovatelských ústavů o 40%;
- zlepšení funkcí.

Prevence dále zahrnuje poradenství o odvykání kouření, abstinenci nebo omezení konzumace alkoholu, regulaci hodnot krevního tuku, optimalizaci krevního tlaku a srdeční činnosti a v neposlední řadě antikoagulační terapii.

Proto se doporučuje, aby byli pacienti s mrtvicí přijímáni na zvláštní jednotky, kde je možné začít s rehabilitací již v akutní fázi nemoci[38].

*Důkazy o významu rehabilitace u pacientů, kteří prodělali mrtvici, mají vysokou důkazní hodnotu.*

### **Pacienti s psychiatrickými poruchami**

Značná část psychiatrických pacientů jsou kuřáci, nebo mají problémy s jinými návykovými látkami. Léčba psychoaktivními farmaky vede u mnoha pacientů k podstatnému přibírání na váze, a je u nich tudíž zapotřebí intervence týkající se výživy a tělesného pohybu. Tělesný pohyb má u psychiatrických pacientů prokázaný kladný účinek na průběh léčby. Prevence by tudíž měla být nedílnou součástí léčby psychiatrických pacientů, stejně jako u pacientů se somatickými poruchami.

Byly realizovány práce zaměřené na dokumentaci a vyhodnocování různých druhů přístupu k léčbě, jako jsou např. skupiny asertivní komunitní léčby. Je dokázáno, že skupiny asertivní komunitní léčby zaměřené na často hospitalizované pacienty mohou snížit náklady na nemocniční léčbu, zvýšit počet pacientů, kteří zůstávají v kontaktu s léčbou, a zlepšit spokojenost pacientů a jejich rodin. Je také prokázán pozitivní vliv na celou řadu sociálních proměnných, např. bezdomovectví nebo absenci nezávislého bydlení [39, 40]. Doporučuje se, aby byly obecně zavedeny týmy kontaktní práce zaměřené na léčbu pacientů s dlouhodobými psychotickými poruchami.



*Důkazy pro účinky rehabilitace psychiatrických poruch mají středně vysokou až vysokou úroveň důkazní hodnoty.*

### **Pacienti podstupující chirurgické zákroky**

U mnohých pacientů, kteří podstoupili chirurgický zákrok, se následně projevují dlouhodobé komplikace. Projevy těchto komplikací mohou být připsány na vrub diagnózy a rozvoje choroby, druhu chirurgického zákroku a podmínkám nemocnice, tzn. kompetence personálu, používání klinických směrnic apod. V minulých letech jsme získali nové poznatky o významu intervence cílené na životní styl pacienta (kouření, konzumace alkoholu, výživa a pohybové aktivity). Existují důkazy o tom, že cílené preventivní iniciativy mají vliv na snížení rizika vzniku pooperačních komplikací. Význam rizika pooperačních komplikací vyplývajících z výše uvedených faktorů by měl být brán v úvahu při celkové indikaci pacienta k operaci. Stejně jako v případě pacientům s chronickým onemocněním by se tyto kvalitativní intervence měly týkat sedmi tematických okruhů, tj. kouření, konzumace alkoholu, tělesného pohybu, výživy, psychosociální podpory, optimalizace lékařského zákroku (včetně chirurgické a anestetické) a vzdělávání pacientů [41].

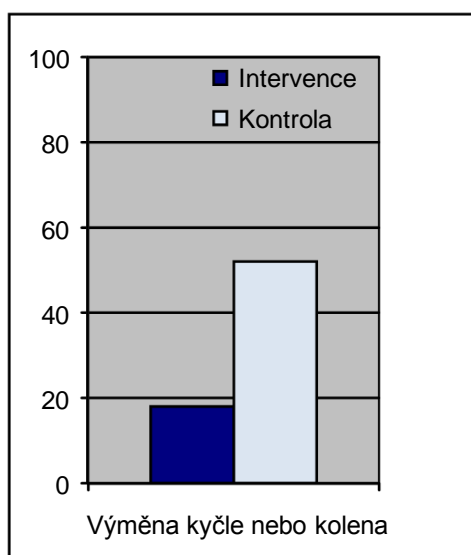
Na těchto důkazech založila Národní rada pro zdraví svá obecná doporučení pro intervence týkající se kouření a konzumace alkoholu ve vztahu k chirurgickým zákrokům [16]. Jako důležité součásti pooperační fáze byly popsány časná mobilizace a odpovídající strava [42].

### **Kouření**

Kuřáci jsou v porovnání s nekuřáky celkem třikrát náchylnější ke komplikacím souvisejícím s chirurgickými zákroky (např. zhoršená hojivost ran a tkání, srdeční a plicní komplikace).

První mezinárodní studie zaměřená na intervence z roku 2002 ukázala, že riziko komplikací u chirurgických pacientů, kteří přestali kouřit 6 až 8 měsíců před zákrokem, se snížilo z 52% na 18% a průměrná délka hospitalizace se zkrátí ze třinácti na jedenáct dní [43].

**Obrázek 3: Pooperační komplikace po intervenci zaměřené na podporu zdraví**



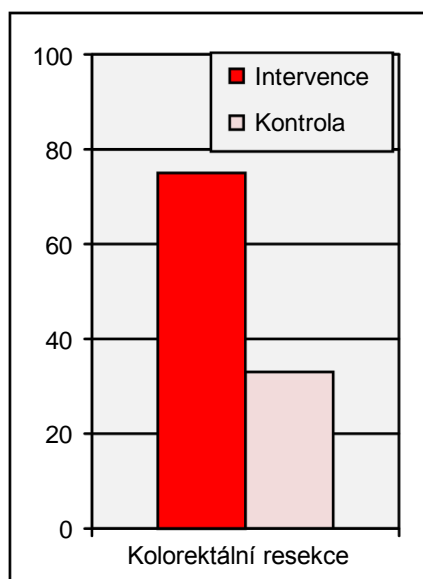
Nové poznatky z Dánska ukazují, že pokud pacient přestane kouřit pouhé dva týdny před operačním zákrokem, má to na snížení rizik komplikací přesto vliv [44].

## Alkohol

Přílišná spotřeba alkoholu je spojena se zvýšenými chirurgickými riziky, která narůstají souběžně s konzumovaným množstvím, takže u pacientů, kteří denně vypijí pět a více jednotek alkoholu, pravděpodobnost komplikací narůstá trojnásobně. Komplikace způsobují poškození orgánů způsobená alkoholem, která jsou do značné míry vratná, za předpokladu že není požíván žádný další alkohol.

Jak je zobrazeno níže, je dokázáno, že čtyřtýdenní předoperační abstinence snižuje riziko případných komplikací po resekci střeva na polovinu [45].

**Obrázek 4: Komplikace následující po resekci střeva**



## Výživa

Je dokázáno, že intervence týkající se výživy u podvyživených pacientů [18] snižují komplikace vzniklé v souvislosti s chirurgickým zákrokem o 10 a zároveň snižují výskyt infekcí a zvyšují svalovou sílu pacientů.

Existují rovněž důkazy o tom, že obnovení příjmu potravy bezprostředně po zákroku podstatnou měrou snižuje riziko komplikací [46, 47].

## Tělesný pohyb

Ukázalo se, že časná mobilizace a zvýšený tělesný pohyb po operaci jsou důležité a jako takové se staly součástí nového přístupu k rehabilitaci v souvislosti s chirurgickými zákroky [43]. Tento typ opatření předchází úbytku hmotnosti a často se vyskytující pooperační únavě [48].

Preventivní intervence, která by měla být systematicky nabízena:

- identifikace rizikových faktorů;
- dialog s pacientem za účelem ujasnění vlivu těchto faktorů, odpovědnost pacienta za svůj stav a možnosti ovlivnit jej;
- nabídka intervence založená na důkazech a následné sledování.

Intervence cílené na chirurgické pacienty jsou podporovány vysokou mírou motivace pacientů ke změně životního stylu před operací, což prokázala překvapivě vysoká míra dodržování poskytnutých

doporučení [44,46,47]. Informace poskytované pacientům by měly zahrnovat upozornění na zvýšenou pooperační úmrtnost spojenou s rizikovými faktory životního stylu. V dostatečném předstihu před operativním zákrokem by měl být pacientovi nabídnut preventivní program založený na vědeckých důkazech.

Důkazy o významu prevence a rehabilitace ve vztahu k chirurgickým zákrokům mají středně vysokou až vysokou důkazní hodnotu.

## Závěr

Na základě výše uvedených důkazních hodnot se doporučuje zavedení klinických směrnic pro preventivní opatření ve vztahu ke značnému počtu specifických onemocnění a stavů, na jejichž další vývoj má klinická podpora zdraví rozhodující vliv. Klinické směrnice by měly popisovat vědecké důkazy v souladu se standardy na podporu zdraví vyvinutými Sítí nemocnic podporujících zdraví.

Nemocnice mají v oblasti výzkumu a praktické realizace podpory zdraví tradici i odborné znalosti a jednou z jejich priorit by měl být další výzkum směřující k vývoji programů na podporu zdraví. Zdravotní sektor sám nedokáže způsobit významné změny v přístupu ke zdraví, ale může hrát významnou roli v tom smyslu, že pojmenuje důležité aspekty zdravotní problematiky a bude na ně upozorňovat veřejnost i politické kruhy.

## Seznam literatury

1. Sacket DL. *The arrogance of preventive medicine*. CMAJ. 2002, 167, 363-365.
2. Eccles M, Freemantle N, Mason J. *North England evidence based guidelines development project: Methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care*. BMJ. 1998, 316:1232-1235.
3. McKee Martin. In: *The evidence for health promotion effectiveness, report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Brusel, 2000.
4. *ABC of learning and teaching in medicine*. BMJ. 2003, 326:213-216,268-270,328-330,385-387, 437-440, 492-494, 443-445, 591-594, 643-645, 703-706, 753-755, 810-812, 870-873, 921-923.
5. Willaing I, Iversen L, Jørgensen T. *What do hospital staff's smoking habits mean for knowledge, attitude and counselling practice related to smoking?* Ugeskr Laeger. Vol. 163, 2001, 32:4180-4181 (English abstract).
6. Nelbom BM, Christensen PJ, Tønnesen H, Backer V. *Implementation of motivational counselling among medical patients in an emergency ward* (in press 2003).
7. Christensen HK, Guassora AD, Boysen G. *Ischaemic stroke occurs among younger smokers*. Ugeskr Laeger. 2001, 163: 7057-7059.
8. Haapanen Niemi N, et al. *The impact of smoking, alcohol consumption and physical activity on use of hospital services*. Am J Public Health. 1999,89:691-698.
9. Jensen JK. *Smoking and admission to a department of internal medicine at a county hospital*. Ugeskr Laeger. 1999 Dec 6; 161(49):6779-81(anglický abstrakt).
10. Evangelista LS et al. *Usefulness of a history of tobacco and alcohol use in predicting multiple heart failure readmissions among veterans*. Am J Cardiol. Vol. 86, 2000, 12:1339-1342.
11. Sicras MA et al. *The evaluation of hospital readmissions in internal medicine service*. Med Clin. Vol. 101, 1993,19:732-735.
12. Fiore MC, Bailey WC, Choen SJ et al. *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Services, 2000.
13. Doll R, Peto R et al. *Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors*. BMJ. 1994, 309:901-911.
14. Møller AM, Villebro M, Pedersen T, Tønnesen H. *Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized controlled trial*. Lancet. 2002, 159:114 – 117.

15. *Smoking & Alcohol and Operations – Prevention and Health Promotion (systematic review)*. Danish Board of Health. Vol. 20. 2001.
16. *Physical Activity and Health, Systematic Review of literature Prevention and Health Promotion*. Danish Board of Health. Vol. 19, 2001.
17. Heys SD, Walker LG, Smith I, Eremin O. *Enteral nutritional supplementation with key nutrients in patients with critical illness and cancer: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials*. *Ann Surg* Vol. 229. 1999, 4:467-477.
18. *ESPEN guidelines for nutritional screening and therapy*. European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, 2003.
19. Beier-Holgersen, Boesby S. *Influence of postoperative enteral nutrition on postsurgical infection*. *Gut*, 1996, 39:833-835.
20. Miller Wr, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York, The Guilford press, 1991: 30-35.
21. Prochaska JO, Goldstein MG. *Process of smoking cessation. Implications for clinicians*. *Clin Chest Med*, 1991, 12:727-735.
22. Editorial. *BMJ*, 2001, 323:1016.
23. McAlister FA, Lawson FME, Teo KK, Armstrong PW. *Randomized trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review*. *BMJ*, 2001, 323:957-962.
24. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. Review article. *N Engl J Med*, 2001:345; 892-902.
25. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thomson D, Oldridge N, Ebrahim S. *Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001, 1:CD001800.
26. Lacasse et al. Meta-analysis of rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 1996, 348:1115-1119.
27. Bendstrup KE, Ingemann Jensen J, Holm S, Bengtsson B. Out-patient rehabilitation improves activities of daily living, quality of life and exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* Vol. 10. 1997, 12:2801-2806.
28. Fugleholm AM. *Epidemiologiske og klinisk eksperimentelle studier af helbredsforhold og adfærd blandt 18-34 årige astmapatienter* (Ph.Dafhandling) Københavns Universitet, 1993 (experimental and clinical epidemiological studies of health issues and behaviour among 18 to 34-year-old asthma patients).
29. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ et al. Self-management, evidence based education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, Issue 3, 2000.
30. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *N. Engl. J Med*, 1993, 329:977-986.
31. Diabetes Prevention Programme Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl. J. Med.*, 2002, 346:393-403.
32. Gæde P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type-2 diabetes. *N Engl J Med*, 2003, 348:457-459.
33. Shea B, Wells G, Cranney A, Zytaruk N, Robinson V, Griffith L, Ortiz Z, Peterson J, Adachi J, Tugwell P, Guyatt G, Osteoporosis Methodology Group and The Osteoporosis Research Advisory Group. Meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis. VII. Meta-analysis of calcium supplementation for the prevention of postmenopausal osteoporosis. *Endocr Rev*, 2002, Aug 23:552-559.
34. Bonaiuti D, Shea B, Lovine R, Negrini S, Robinson V, Kemper HC, Wells G, Tugwell P, Cranney A. Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002, 3:CD000333.
35. Lauritzen JB, Petersen MM, Lund B. Effect of external hip protectors in hip fractures. *Lancet*, 1993, 341:11-13.
36. Møller C, Brandstrup B, Engholm G, Tønnesen H. The potential number of cancer rehabilitation patients in Denmark – an estimate. *Ugeskr Laeger*, 2003 (English abstract).
37. Hankey GJ. Long-term outcome after ischaemic stroke/transient ischaemic attack. *Cerebrovasc Dis*. Vol. 16, 2003, 1:14-19.
38. Teasell R. Stroke Recovery and Rehabilitation. *Stroke*. 2003, 34:365.
39. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe

- mental disorders. (*Cochrane Review*) I: The Cochrane Library, Issue 5, Oxford, 1998.
40. Vendsborg P, Nordentoft M, Hvenegaard A, Søgaard J. *Teams for Assertive community treatment Copenhagen*. DSI-Institut for Sundhedsvæsen, 1999.
  41. Clinical unit for disease prevention at Bispebjerg Hospital is developing a common programme package with knowledge and tools for combined intervention.
  42. Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. *BMJ*, 2001, 322: 473-476.
  43. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. *Lancet*, 2002, 359:114-117.
  44. Personal communication from the research fellow Lars Tue Sørensen, Surgical department, Bispebjerg Hospital, 2002.
  45. Tønnesen H, Rosenberg J, Nielsen HJ, Rasmussen V, Hauge C, Pedersen IK, Kehlet H. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcoholic misers: a randomized controlled trial. *BMJ*, 1999, 318:1311-1316.
  46. Beier-Holgesen R, Boesby S. Influence of postoperative enteral nutrition on post-surgical infections. *Gut*, 1996, 39: 833-835.
  47. Silk DBA, Green CJ. Preoperative nutrition; parenteral versus enteral. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 1998, 1: 21-27.
  48. Christensen T. Postoperative fatigue. *Danish Med Bull*, 1995, 42: 314-322.

# Osmnáct základních strategií pro nemocnice podporující zdraví

(Jurgen M. Pelikan, Christina Dietscher, Karl Krajic, Peter Nowak)<sup>2</sup>

## Úvod

Na základě Ottawské charty [1] stanovil Regionální úřad SZO pro Evropu **tři linie podpory pro reorientaci nemocnic směrem k podpoře zdraví:**

- **koncepční rozvoj** [2]; Budapešťská deklarace [3]; Vídeňská doporučení [4];
- **Zkušenosti s implementací v rámci modelového projektu SZO „Zdraví a nemocnice“** realizovaného ve Vídni [5] a Evropského pilotního projektu pro nemocnice [6,7]; a
- **Vytváření sítí a médií** (pracovní sekání, výroční mezinárodní konference konané od roku 1993, semináře, informační bulletiny, národní a regionální sítě, databáze, webové stránky, spolupracující centrum SZO pro podporu zdraví v nemocnicích, spolupracující centrum SZO pro hodnocení podpory zdraví v nemocnicích).

V roce 2001, zahájila SZO činnost pracovní skupiny pro rozvoj aktuálního strategického rámce pro nemocnice podporující zdraví (NPZ). Tento příspěvek představuje zkrácenou verzi zaměřenou na hlavní výsledky pracovní skupiny „Uvádění zdraví podporující politiky do praxe“. Abychom pochopili vztah nemocnic a podpory zdraví a specifický potenciál nemocnic zapojit se do podpory zdraví, je třeba objasnit některé aspekty pozice nemocnic a specifické rysy podpory zdraví.

Situace v nemocnicích je charakterizována stálým a rostoucím tlakem jejich okolí na to, aby se přizpůsobily měnícím se politickým a ekonomickým, profesním a spotřebitelským očekáváním ohledně způsobu poskytování a obsahu nemocničních služeb.

Ve vývoji reformy nemocnic lze rozlišit dvě obecné tendence:

- **Strategická změna pozice nemocnice:** potřeba nově definovat rozsah a skladbu poskytovaných služeb (tj. rozdíl mezi hlavními činnostmi a dalšími službami; zajištění rovnováhy mezi službami pro hospitalizované a ambulantní pacienty, nebo pacienty s akutním/chronickým onemocněním a pacienty vyžadující rehabilitaci; zařazení vzdělávacích prvků; specializace nemocnic a oddělení; integrace primární péče a sociálních služeb a mezisektorové spolupráce).
- **Zajištění a zlepšení kvality poskytovaných služeb:** zvýšení bezpečnosti, přiměřenosti, účinnosti a efektivity služeb a zvýšení spokojenosti zúčastněných stran. Mnoho nemocnic stále častěji zavádí kvalitativní přístupy, jako je TQM, EFQM, ISO nebo akreditace, a klade větší důraz na medicínu založenou na důkazech a na práva pacientů.

Konkrétní přínos podpory zdraví pro tyto strategické změny pozice a zlepšení kvality nemocnic vyplývá z definice Ottawské charty: „Podpora zdraví je proces, který lidem umožňuje získat větší kontrolu nad svým zdravím a přispívat k jeho zlepšování“. Zdraví je proto chápáno jako absence

---

<sup>2</sup> Tato práce vychází z diskuzí vedených v rámci pracovní skupiny SZO „Uvedení politiky NPZ do praxe“. Chceme poděkovat ostatním členům pracovní skupiny za jejich cenné připomínky. Jsou jimi Elimar Brandt, Carlo Favaretti, Pascal Garel, Bernard J. Günter, Oliver Gröne (SZO Barcelona), Ann Kerr, Elizabeth Marty-Tschumi, Raymond McCartney, Yannis Tountas

nemocí a pozitivní zdravotní stav, přičemž oba tyto pojmy jsou chápány ve vztahu k tělu, mysli a společenskému postavení. K intervencím vycházejícím z podpory zdraví patří udržování a zlepšování zdraví, ať už ochranou nebo rozvíjením pozitivního zdraví nebo prostřednictvím prevence, léčby a péče.

Termín „umožňuje“, užitý v Ottawské chartě, odkazuje na skutečnost, že své zdraví musí lidé rozvíjet sami, a proto záleží na jejich schopnosti a zaměření na jedné straně, a na příležitostech a podnětech, ve kterých žijí a jednají, na straně druhé. Dohled nad zdravím má být zcela přenechán odborníkům (z oblasti zdravotní péče a jiných oblastí) pouze v extrémních případech. Z tohoto pohledu vyplývá, že má cenu investovat nejen do klinických zákroků, ale také do jiných intervencí vedoucích ke zlepšení zdraví: do výchovy k samostatné odpovědnosti (přístupu k životnímu stylu) a do podpory situací, kdy je „zdravá volba snadná volba“ [10].

Ve smyslu Ottawské charty byl termín „umožňuje“ rozvinut do konkrétnějšího **konceptu posílení odpovědnosti**, tj. „procesu, jehož prostřednictvím získávají lidé větší kontrolu nad rozhodováním a jednáním, které ovlivňuje jejich zdraví“ [11].

Posílení odpovědnosti se vztahuje k jednotlivým aktérům, sociálním skupinám nebo společenstvím a spojuje opatření zaměřená na posílení schopností a dovedností aktérů (např. vyjádřit své potřeby, prezentovat své zájmy, vymýšlet strategie pro zapojení do rozhodování) pomocí opatření, která vytvářejí příznivé fyzické, kulturní a sociální podmínky s pozitivním dopadem na zdraví. Tohoto stavu lze dosáhnout s využitím sociálních, kulturních, psychologických nebo politických postupů.

Tyto dva termíny jsou obvykle používány v kombinaci, aby byl zdůrazněn všeobecný cíl a prostředky zaměřené na podporu odpovědnosti, kterými by mělo být tohoto cíle dosaženo. V seznamu sedmi základních principů a kritérií podpory zdraví, tak jak byly definovány Evropskou pracovní skupinou SZO pro hodnocení podpory zdraví (Rootman et.al.2001, str. 4) [12], je princip posilování odpovědnosti na prvním místě a po něm následují další:

- **princip participace** (zahrnutí všech zúčastněných ve všech fázích projektu)
- **holistický princip** (péče o tělesné, duševní, sociální a duchovní zdraví)
- **mezioborový princip**, zahrnující spolupráci jednotlivých složek příslušných odvětví
- **princip spravedlnosti** (vedený zájmem rovnosti a sociální spravedlnosti)
- **princip udržitelnosti** (přinášející změny, které mohou jednotlivci a komunity udržovat i po ukončení počátečního financování)
- **multistrategický princip** (využití různých přístupů – včetně politiky rozvoje, organizačních změn, komunitního rozvoje, legislativy, vzdělávání a komunikace – a jejich kombinací).

Podpora zdraví zaváděná za účelem zvýšení kvality v nemocnicích rozšiřuje pojetí výstupů a má vliv na nemocniční struktury a postupy. Podle této explicitnější filosofie kvality se rozšířil pohled nemocnic na výsledky a v současné době kromě klinických výsledků zahrnuje také kvalitu života a spokojenost pacientů.

Podpora zdraví zdůrazňuje psychologické a sociální dimenze výsledků zdravotní péče a přidává jako zvláštní měřitelný výstup (vzdělávacích) procesů zaměřených na podporu odpovědnosti zdravotní gramotnost – pokud jde o služby. Díky přístupu zohledňujícímu prostředí zavádí podpora zdraví hledisko vlivu prostředí na zdraví jako relevantního výsledku činnosti nemocnic, který má být sledován, kontrolován a zlepšován. Celkový zdravotní přínos nemocnic proto může být vnímán jako souhrn výsledků služeb a vlivu materiálního a sociálního prostředí nemocnice.

Toto rozšiřování očekávaných výstupů rovněž vede k většímu zaměření na zvyšování kvality postupů a struktur. Na základě nejdůležitějšího koncepčního rozlišení lze různé strategie podpory zdraví, které mají být zavedeny v nemocnicích za účelem zlepšení zdraví, rozlišit na *strategie orientované na služby* (strategie 1, 2 a 4, 5 v tabulce 1 níže) a *strategie orientované na prostředí* (strategie 3, 6).

**Tabulka 1: Šest všeobecných strategií podpory zdraví pro každou ze zúčastněných stran (pacienty, personál, komunitu)**

1.	Zvyšování kvality léčby a péče z hlediska podpory zdraví prostřednictvím <b>zvýšení odpovědnosti zúčastněných stran za samostatnou péči o své zdraví</b>
2.	Zvyšování kvality léčby a péče z hlediska podpory zdraví prostřednictvím <b>zvýšení odpovědnosti zúčastněných stran za společnou péči o zdraví</b>
3.	Zvyšování kvality z hlediska podpory zdraví za účelem <b>vytvoření zdraví podporujícího prostředí</b> , které ponechává zúčastněným stranám dostatek odpovědnosti
4.	Poskytování specifických služeb podporujících zdraví – <b>zvýšení odpovědnosti zúčastněných stran za vývoj onemocnění</b> (vzdělávání pacientů)
5.	Poskytování specifických služeb podporujících zdraví – <b>zvýšení odpovědnosti zúčastněných stran za změnu životního stylu</b> (zdravotní osvěta)
6.	Zajištění specifických aktivit zaměřených na podporu zdraví – <b>rozvoj zdraví podporující komunity, která ponechává zúčastněným stranám dostatek odpovědnosti</b>

Strategie orientované na služby zahrnují *zlepšení kvality již existujících* klinických a hotelových služeb (strategie 1, 2) a strategie spočívající v zavádění *nových primárně vzdělávacích služeb se střednědobým nebo dlouhodobým účinkem na zdraví* (strategie 4, 5). Strategie lze rozlišit podle orientace na léčbu nebo řízení specifických onemocnění (strategie 2, 4) a strategie orientované na služby zaměřené na udržování a zlepšování *pozitivního zdraví* (strategie 1, 5). Z hlediska prostředí lze rozlišit strategie rozvíjející prostředí v nemocnicích (strategie 3) a strategie zaměřené na roli nemocnice v rozvoji komunity (strategie 6) nebo dalších individuálních prostředí v rámci komunity (např. pracoviště nebo školy). Vzhledem k tomu, že jsou tyto strategie orientovány na získání lepšího zdraví a nikoli pouze na klinické výstupy, vztahují se nejen na pacienty (a jejich příbuzné), ale v pozměněné podobě také na personál a členy komunity, které nemocnice poskytuje služby a ve které se nachází, takže *výsledkem je osmnáct strategií podpory zdraví v nemocnicích*.

Množství a kvalita důkazů o proveditelnosti, účinnosti a dosažitelném zdravotním přínosu jsou pro jednotlivé strategie různé, ale pro každou z nich existují modely osvědčených postupů a příslušné důkazy. Pro lepší srozumitelnost jsou strategie popsány pro specifické cíle, i když se mohou ve skutečnosti překrývat.



## **Strategie zaměřené na pacienta**

### ***Strategie podpory zdraví pro zlepšení kvality akutní nemocniční péče***

#### ***Posílení odpovědnosti pacientů za léčbu a samostatnou péči o svůj zdravotní stav***

I když pacienti nejsou chápáni pouze jako předmět léčby, ale také jako spolutvůrci jejich výsledků, musíme vzít v úvahu, že mohou svou roli pacienta naplňovat pouze s ohledem na všechny tři složky - tělo, psychiku a společenské postavení.

V závislosti na jejich stavu se spolupráce pacientů týká samostatné péče o sebe sama, profesionálně vedené péče i intenzivní péče (např. přístroje na podporu srdce nebo plic). Ve smyslu čtyř kritérií vymezujících komplexní koncept přínosu ke zdraví se samostatný přístup týká všech tří dimenzí zdraví – fyzické (např. přiměřená výživa), duševní (např. dostatek soukromí v nemocnici) a sociální (např. možnosti kontaktu s příbuznými, podpora pacienta).

Aby se v maximální míře předcházelo hospitalizaci, mělo by být zásadou umožňovat pacientům samostatnou péči o sebe sama v co největším rozsahu a poskytovat odbornou péči dle potřeby. Abychom umožnili samostatnou péči v obtížných podmínkách také těžce nemocným pacientům, kteří se nacházejí mimo své obvyklé domácí prostředí a jsou vystaveni byrokratickým pravidlům nemocnic, musí odborná péče maximálně podporovat samostatnou odpovědnost, přičemž je třeba brát v úvahu kulturní rozdíly mezi pacienty. Posílení úlohy pacienta opět zahrnuje fyzické, duševní a sociální hledisko, znalosti pacientů, jejich schopnosti a motivaci. To může být opět chápáno jako zvláštní přínos podpory zdraví.

Vlivy této strategie nebyly systematicky zkoumány, ale existují příklady úspěšných opatření zavedených v některých nemocnicích:

- služby na podporu psychosociálních potřeb zajišťované docházejícími odborníky a laiky [5];
- poskytnutí všeobecných informací o chodu nemocnice (např. co kde najít, návštěvní hodiny) při příjmu pacienta [14];
- nabídky a možnosti povzbuzující aktivitu a samostatnou odpovědnost pacientů (např. cvičení, kulturní aktivity, patientské knihovny, diskuze, internetové kavárny pro pacienty);
- poskytování psychologické pomoci pro zvládnání stresu nebo úzkostí spojené s pobytem v nemocnici nebo pacientovým onemocněním (např. rakovina).

#### ***Posílení role pacientů z hlediska účasti na podpoře zdraví a spolupráce na léčbě a zdravotní péči***

Hlavním úkolem moderní nemocniční péče je poskytování diagnostických a terapeutických služeb pro případy akutního onemocnění (vážnějšího charakteru nebo s potřebou a možností technické diagnostiky a léčby), stejně jako při akutních projevech chronických onemocnění – pro hospitalizované a ambulantní pacienty.

Druhá strategie podpory zdraví se vztahuje k dlouhé a měnící se tradici zajišťování a zlepšování kvality plnění základních úkolů – počínaje vzděláváním odborníků, a v posledních 20 letech také rozvojem procesů a struktur organizací a větších systémů. Jak může podpora zdraví přispět ke zlepšení kvality klíčových procesů v nemocnicích?

Pojem posilování odpovědnosti (empowerment) zdůrazňuje nutnost, aby jednotlivci převzali kontrolu nad svým zdravím, což v rámci nemocnice znamená, že na pacienty není nahlíženo jen jako na

příjemce zákroků, ale také jako spolutvůrce těchto zákroků. Tento přístup zapadá mezi ostatní tradice, které chápou služby jako koprodukované. Protože se musí na celém procesu aktivně podílet, je třeba ho takové účasti aktivně podporovat. Tohoto posílení odpovědnosti nelze dosáhnout samotnými klinickými nebo technickými zásahy, ale opatřeními zaměřenými na komunikaci a vzdělávání. Medicína se musí otevřít směrem k vzdělání. Vzdělávání znamená předávání znalostí (data, informace), nácvik dovedností a zvýšení motivace.

Pojem zdravotní přínos definuje výstup nemocničních zákroků komplexnějším způsobem: **klinický výsledek + kvalita života + spokojenost pacienta + zdravotní gramotnost**. Tyto výsledky se

vztahují na všechny tři aspekty zdraví: fyzický, duševní a sociální. Vlastní léčebný postup musí být komplexnější. Středem pozornosti zůstává efektivní léčba, ale pokud chceme optimalizovat přínos ke zdraví, musíme věnovat náležitou pozornost aspektům prevence onemocnění, ochrany zdraví a rozvoje zdraví (systematicky se vyhýbat rizikům, využívat příležitosti k posilování zdrojů zdraví – biologických, duševních, sociálních).

Praktickým příkladem zapojení pacientů do spolupráce je poskytování informací souvisejících s diagnózou a léčbou pacienta, vzdělávání a poradenství (např. informováním pacientů o tom, jak mohou přispět k procesu zotavování, popisem alternativní léčby a vedlejších účinků), s cílem umožnit pacientům účastnit se diagnostického procesu (např. poskytováním všech potřebných informací), podílet se na rozhodnutích souvisejících s léčbou, podílet se na léčebné péči (např. dodržováním předepsaného režimu).

Existují jasné důkazy o tom, že takovéto postavení pacienta může, například v případě chirurgických pacientů, snížit pooperační komplikace a urychlit zotavení [13].

### ***Přeměna nemocnic na nápomocná, zdraví podporující a motivující zařízení pro pacienty***

Nemocnici neutvářejí jen procesy poskytování služeb, ale také kontext, ve kterém jsou služby poskytovány. Podobně jako služby nemocnic produkující (zdravotní) výsledky a výstupy má na zdraví vliv také kontext, situace a prostředí.

Existují vlivy fyzického prostředí (nemocniční infekce, kvalita vzduchu, teplota, syndrom nemocných budov atd.) a také vlivy nemocnice jako sociálního prostředí s organizační strukturou a kulturou, které ovlivňují možnosti spolupráce pacientů a samostatné péče o sebe sama, a samozřejmě také odbornou léčbu a péči.

Jaký je přínos podpory zdraví pro rozvoj prostředí? Podpora zdraví věnuje zvláštní pozornost podporujícímu prostředí z hlediska fyzických i sociálních podmínek a rozšiřuje pohled na klinické výsledky o další rozměry zdravotního přínosu.

Příkladem této strategie je poskytnutí příjemného výhledu z okna, které má na zdraví prokazatelně pozitivní dopad [15].

Tyto tři strategie zaměřené na pacienta směřují ke zvýšení kvality akutní péče v nemocnici pomocí programu podpory zdraví a mají značný potenciál pro zvyšování zdravotního přínosu nemocniční péče.

Avšak vzhledem k tomu, že se délka pobytu v nemocnici, kde je tato péče poskytována, stále zkracuje, očekává se, že mnoho nemocnic bude poskytovat také další typy služeb zajišťujících udržitelnost a dlouhodobé účinky nemocniční léčby.

## **Nové služby podpory zdraví pro pacienty v nemocnicích**

### ***Zapojení pacientů do podpory zdraví při léčbě chronických onemocnění***

Odborné zákroky v nemocnicích obecně znamenají pouze bod zlomu průběhu onemocnění a jsou základem pro zotavení nebo úspěšné zvládnutí chronického onemocnění.

Hlavní kroky v rámci zotavování nebo každodenního zvládnutí nemoci (prevence zhoršení, dlouhodobých negativních účinků, sociálních následků atd.) musí být prováděné primárně samotnými pacienty – se zvláštní odbornou podporou nemocnice, specializovaných služeb, rodinného lékaře nebo dalších služeb zdravotní i laické péče a podpory. Tato fáze nemoci trvá mnohem déle a je mimo přímou kontrolu nemocnice, ale je rozhodující pro obnovu zdraví a kvality života. Základem profesionální podpory v této fázi je vzdělávání: primárně poskytování informací, konzultací a školení.

Nemocnice musí brát tento střednědobý pohled na průběh onemocnění v úvahu tak, že budou následnou podporu pro specifická onemocnění poskytovat buď samy, nebo odkáží pacienta na jiného specializovaného poskytovatele v systému zdravotní péče. Čím je onemocnění vážnější a vzácnější, tím je pravděpodobnější, že dlouhodobá léčba zůstane úkolem nemocnice samotné, což ovšem samozřejmě vyžaduje odpovídající právní a finanční regulaci, která umožní poskytovat tyto služby systematicky.

V rámci Mezinárodní sítě NPZ existuje mnoho příkladů účinného poskytování služeb tohoto typu, jako je např. školení diabetiků nebo pacientů s CHOPN [16].

### ***Posílení odpovědnosti pacientů za zdravý životní styl***

Přínos ke zdraví ze strany nemocniční péče lze dále zvýšit, pokud zohledníme ještě dlouhodobější perspektivu.

Budoucí zdravotní stav lze zlepšit změnou životního stylu – a tím snížit rizika spojená s daným onemocněním a rozvíjet pozitivní zdravotní potenciál a zdroje [17] [18] [19]. Primárně to jsou vzdělávací služby (poskytování informací, konzultace, školení), které lze využít k ovlivňování individuálního životního stylu. Tyto typy služeb mohou nabízet různí poskytovatelé, např. jiní poskytovatelé v sektoru zdravotní péče, sociálních služeb a vzdělávání dospělých.

Nemocnice mají pro nabízení těchto služeb dobré postavení, protože již mají vybudované vazby s pacienty v krizových situacích, jsou centry znalostí a mají v oblasti zdraví vysokou prestiž. Zdravotní vzdělávání se může stát jednou ze součástí vzdělávací komunikace, s využitím vztahu a času v nemocnici. **Investice do této oblasti by přispěly k přeměně nemocnic na skutečná centra zdraví.**

### ***Rozvoj infrastruktury pro specifické potřeby pacientů zohledňující podporu zdraví a samostatnou odpovědnost***

Existuje dostatek důkazů, že zdravý životní styl závisí částečně na individuálních znalostech, schopnostech a motivaci, ale ve velké míře také na příležitostech, zdrojích a kulturních podnětech. To se týká jak přístupu ke zvládnutí nemoci, tak pozitivního rozvoje životního stylu.

Nemocnice mají rozsáhlé znalosti problémů a specifických rizik potřebné pro adekvátní přístup k onemocněním. Mohou využívat informace z anamnézy ke zpracování epidemiologických zpráv a mohou ze své pozice dobře obhajovat zdravotní zájmy jednotlivců i skupin pacientů v různých společenských kontextech.

Pro plnění těchto úkolů musí mít nemocnice k dispozici specifické postupy a zdroje, ale adekvátní nahrazení aktivní role nemocnic v této oblasti si lze stěží představit.

Systematický výzkum zaměřený na tuto strategii zatím nebyl realizován, ale mezi příklady její implementace patří například podpora svépomocných skupin pacientů, podpora nabídky specifických zdravotnických výrobků a služeb ve společnosti, apod.

## **Podpora zdraví zaměstnanců**

Přestože hlavním úkolem nemocnic je péče o pacienty, mají významný vliv i na zdravotní stav svých zaměstnanců, kteří tvoří nejméně 3% pracovní síly v Evropě.

Z hlediska podpory zdraví je třeba, aby byl vliv nemocnice na zdraví jejích zaměstnanců zohledněn v obecných pravidlech fungování nemocnice. Takový přístup je nejen v zájmu zaměstnanců a obecné zdravotní politiky, ale je rovněž přínosný pro nemocnici jakožto organizaci, kde je zdraví odborných pracovníků klíčové. V zásadě lze k dobrému zdravotnímu stavu zaměstnanců přispívat s využitím stejných strategií jako v případě pacientů. Existují celkem tři strategie zaměřené na kvalitu nemocnice jako pracoviště z hlediska zdraví, z nichž dvě jsou přímo orientované na jednotlivé zaměstnance nebo jejich skupiny a jedna je orientována na prostředí nemocnice jakožto pracoviště.

### ***Posílení odpovědnosti zaměstnanců za samostatnou péči o sebe sama***

Aby mohli být zaměstnanci nástrojem k výkonu práce, musejí uspokojovat své individuální lidské potřeby. Proto je třeba, aby se zaměstnanci po dobu své práce v nemocnici sami starali o svůj stav (do této oblasti patří např. přestávky v práci, stravování, používání toalet, duševní pohoda, vytváření sociálních sítí).

### ***Posílení odpovědnosti zaměstnanců za spolupráci podporující zdraví***

Práce v nemocnici (léčba, péče, podpůrné služby) má vliv nejen na zdraví pacientů, ale také na zdraví poskytovatelů těchto služeb. Tato skutečnost je zohledněna (avšak ne vždy adekvátně naplněna) v pracovních předpisech a zásadách pracovního lékařství. Přidanou hodnotou podpory zdraví je důraz na individuální kontrolu nad faktory ovlivňující zdraví na pracovišti a posílení odpovědnosti zaměstnanců za zdraví podporující pracovní procesy a chování, delegované ze strany majitelů a vedení.

### ***Přeměna nemocnic na příznivé pracovní prostředí, které podporuje zdraví a individuální odpovědnost zaměstnanců***

Fyzické a sociální prostředí nemocnice ovlivňuje také zdravotní stav zaměstnanců, dokonce mnohem intenzivněji, než je tomu v případě pacientů. Nemocnice jsou riziková pracoviště zahrnující rizika fyzická (např. vliv biologických, chemických a nukleárních činitelů), duševní (např. stres, noční služby) a společenská (např. vliv nočních služeb na osobní život, konflikty).

Pracovní podmínky mají na zdraví okamžitý dopad, který musí být řešen podle situace, a nemocnice nese za tento vliv odpovědnost a měla by uvedené tři strategie používat za účelem zlepšení zdravotního stavu zaměstnanců. Kromě toho mají nemocnice k dispozici, stejně jako v případě pacientů, tři volitelné strategie optimalizace účinků opatření zaměřených na zlepšování zdravotního stavu zaměstnanců.

### ***Zapojení zaměstnanců do léčby chorob z povolání***

Zvládání nemocí z povolání může nemocnice podpořit formou individuálních nebo skupinových služeb posilujících odpovědnost zaměstnanců za zdraví podporující přístup k léčbě těchto onemocnění [20].

### ***Posilování odpovědnosti zaměstnanců za zdravý životní styl***

Nemocnice mohou zdraví svých zaměstnanců posilovat také prostřednictvím podpory zdravého životního stylu, zejména v souvislosti se specifickými riziky souvisejícími s prací (kouření, konzumace alkoholu, zdravý pohyb, zdravá strava). Tyto aktivity mají smysl zvláště v případě, že vedou jednotlivce k tomu, aby se řídili obecnými pravidly podpory zdraví platnými v dané nemocnici, jako je tomu v případě nekuřáckých nemocnic, a umožňují zaměstnancům poskytovat příklad zdravého chování, jak se od nich očekává.

### ***Rozvoj infrastruktury pro specifické potřeby zaměstnanců s ohledem na podporu zdraví a samostatnou odpovědnost***

Životní styl pacientů i zaměstnanců závisí nejen na individuálních předpokladech, ale také na podmínkách daného prostředí. Životní podmínky mají navíc obecně velký vliv na kvalitu života. Proto mohou nemocnice zvýšit svůj vliv na zdraví zaměstnanců prostřednictvím rozvoje prostředí zaměřeného na zaměstnance. Příkladem může být provoz celodenních mateřských škol pro děti zaměstnanců; dostupnost veřejné dopravy a ubytování pro zaměstnance, příznivá provozní doba obchodů a dalších služeb.

## **Podpora zdraví populace**

Vliv nemocnic na zdraví populace je samozřejmě realizován v první řadě prostřednictvím vlivu na pacienty a zdravotní stav zaměstnanců.

Nemocnice však mají vliv také na zdravotní stav okolní populace (populace v její spádové oblasti), který tak může být cíleně zlepšován.

Na úvod je třeba zavést rozlišení rolí, které je pro tuto část diskuze obzvláště relevantní. Nemocnice mají reálný a silný vztah ke svým pacientům a zaměstnancům. Některé aspekty tohoto vztahu platí také v případě okolní populace. Pro většinu nebo pro všechny příslušníky okolní komunity je nemocnice primárně potenciálním poskytovatelem služeb.

I v tomto směru rozlišujeme tři strategie, které mohou zlepšit kvalitu vztahu mezi nemocnicí a obecnou populací.

### ***Posílení odpovědnosti komunity za samostatnou péči o své zdraví prostřednictvím zajištění přístupu k nemocničním službám v případě onemocnění***

Důležitou součástí osobní péče o vlastní zdraví je možnost odpovídajícím způsobem a včas využít služeb nemocnic. Podpora zdraví je zaměřena na skutečnost, že se nemocnice mohou aktivně podílet na zvyšování dostupnosti svých služeb.

### ***Posílení odpovědnosti zdravotníků a laických pečovatелů za zdraví podporující spolupráci během léčby a následné péče***

Pobyt v nemocnici se stále zkracuje, takže nemocnice musejí převzít odpovědnost za kontinuitu péče po propuštění pacienta z nemocnice. Proto je třeba posílit odpovědnost zdravotníků v oblasti primární

péče /zdravotních služeb poskytovaných mimo nemocnici a laických pečovateli, aby v optimálním případě převzali péči o pacienta po jeho propuštění z nemocnice. Nemocnice musí převzít odpovědnost za řízení kontaktu s osobami, které se o pacienta starají po propuštění. Specifický přínos podpory zdraví v tomto procesu spočívá v posilování odpovědnosti.

### ***Přeměna nemocnice na prostředí podporující zdraví a posilující odpovědnost z pohledu společnosti***

Fyzické a sociální prostředí nemocnic ovlivňuje nejen osoby vyskytující se v prostorách nemocnice, ale také osoby žijící a pracující v jejím okolí. Z pohledu kvality je třeba řešit především negativní dopad provozu nemocnic na zdraví (znečištění vzduchu, odpad, hluk, dopravní provoz). Z pohledu podpory zdraví je možné se zaměřit také na pozitivní vliv. Nemocnice zařízení mohou být přístupné také pro obecnou populaci a mohou sloužit jako kulturní centra či sportovní a tělocvičná zařízení [21].

Stejně jako v případě pacientů a zaměstnanců mají nemocnice k dispozici také tři další volitelné strategie sloužící k optimalizaci jejich vlivu na okolní komunitu. Té mohou nemocnice dosáhnout tím, že v případě potřeby zpřístupní specifické služby zaměřené na podporu zdraví a zapojí se do rozvoje komunity z hlediska obecné populace. Taková opatření samozřejmě závisí na konkrétních právních předpisech a podmínkách financování, které usnadňují nebo naopak znemožňují účast nemocnic na podobných aktivitách.

### ***Posílení odpovědnosti společnosti za zdraví podporující přístup k chronickým onemocněním***

Nemocnice mohou podporovat léčbu chronických onemocnění také u osob, které nejsou jejich přímými pacienty, prostřednictvím nabídky služeb pro jednotlivce i skupiny zaměřených na zdraví podporující přístup k léčbě nemocí. Nemocnice mají dobrou možnost organizovat různé skupiny (i pro specifická a vzácná onemocnění), a tak posilovat odpovědnost pacientů, kteří v rámci těchto skupin mohou sdílet zkušenosti (svépomocné skupiny).

### ***Posilování odpovědnosti komunity za zdravý životní styl***

Podobné argumenty platí i pro podporu zdravého životního stylu.

### ***Rozvoj komunity podporující zdraví z hlediska obecné populace***

Pro životní podmínky všech členů komunity platí totéž jako pro zajišťování potřeb pacientů a zaměstnanců. Nemocnice tak například mohou poskytnout svá epidemiologická data pro účely územního plánování, mohou dát své programy podpory zdraví na pracovišti k dispozici soukromým firmám, hájit zájmy etnických menšin, atd.

## **Přehled 18 strategií pro nemocnice podporující zdraví**

Pokud dáme dohromady šest obecných strategií pro tři cílové skupiny: pacienty, zaměstnance a komunitu, získáme matici 18 klíčových strategií pro nemocnice podporující zdraví, které jsou shrnuty v tabulce 7.

Některé obecné připomínky:

- Strategie se (částečně) překrývají.
- Strategie (částečně) vycházejí jedna z druhé.
- Při plánování strategií je třeba brát v úvahu vztahy mezi nimi (aby bylo možné využít synergií).

- Jednotlivá opatření jsou spojována do tematických bloků (např. kouření).

I když spolu jednotlivé strategie souvisí, není možné je aplikovat pouze holisticky, tj. všechny najednou, ale je třeba každou z nich naplánovat a implementovat samostatně.

**Tabulka 2: 18 klíčových strategií pro nemocnice podporující zdraví**

<b>Podpora zdraví z hlediska ...</b>	<b>Pacientů</b>	<b>Zaměstnanců</b>	<b>Komunity</b>
Zvyšování kvality léčby a péče z hlediska podpory zdraví prostřednictvím posílení odpovědnosti zúčastněných stran za samostatnou péči o své zdraví	Posílení odpovědnosti pacientů za léčbu a samostatnou péči o svůj zdravotní stav (PAC-1)	Posílení odpovědnosti zaměstnanců za samostatnou péči o sebe sama (ZAM-1)	Posílení odpovědnosti komunity za samostatnou péči o své zdraví prostřednictvím zajištění přístupu k nemocničním službám v případě onemocnění (KOM-1)
Zvyšování kvality léčby a péče z hlediska podpory zdraví prostřednictvím zvýšení odpovědnosti zúčastněných stran za společnou péči o zdraví	Posílení role pacientů z hlediska účasti na a spolupráce na léčbě a zdravotní péči z hlediska podpory zdraví (PAC-2)	Posílení odpovědnosti zaměstnanců za spolupráci podporující zdraví (ZAM-2)	Posílení odpovědnosti zdravotníků a laických pečovatелů za zdraví podporující spolupráci během léčby a následné péče (KOM-2)
Zvyšování kvality z hlediska podpory zdraví za účelem vytvoření zdraví podporujícího prostředí, které ponechává zúčastněným stranám dostatek odpovědnosti	Přeměna nemocnic na nápomocná, zdraví podporující a motivující zařízení pro pacienty (PAC-3)	Přeměna nemocnic na příznivé pracovní prostředí, které podporuje zdraví a individuální odpovědnost zaměstnanců (ZAM-3)	Přeměna nemocnice na prostředí podporující zdraví a posilující odpovědnost z pohledu společnosti (KOM-3)
Poskytování specifických služeb podporujících zdraví – zvyšování odpovědnosti zúčastněných stran za vývoj onemocnění (vzdělávání pacientů)	Zapojení pacientů do léčby chronických onemocnění s ohledem na podporu zdraví (PAC-4)	Zapojení zaměstnanců do léčby chorob z povolání (ZAM-4)	Posílení odpovědnosti společnosti za zdraví podporující přístup k chronickým onemocněním (KOM-4)
Poskytování specifických služeb podporujících zdraví – zvyšování odpovědnosti zúčastněných stran za změnu životního stylu (vzdělávání pacientů)	Posílení odpovědnosti pacientů za zdravý životní styl (PAC-5)	Posílení odpovědnosti zaměstnanců za zdravý životní styl (ZAM-5)	Posílení odpovědnosti společnosti za zdravý životní styl (KOM-5)
Zajištění specifických aktivit zaměřených na podporu zdraví – rozvoj zdraví podporující komunity, která ponechává zúčastněným stranám dostatek odpovědnosti	Rozvoj infrastruktury pro specifické potřeby pacientů zohledňující podporu zdraví a samostatné odpovědnosti (PAC-6)	Rozvoj infrastruktury pro specifické potřeby zaměstnanců zohledňující podporu zdraví a samostatné odpovědnosti (ZAM-6)	Rozvoj komunity podporující zdraví z hlediska obecné populace (KOM-6)

Nemocnice, která se chce stát „nemocnicí podporující zdraví“, musí určitě investovat do strategií 1, 2 a 3 se zaměřením na pacienty, zaměstnance a komunitu, a v závislosti na situaci ostatních zdravotnických služeb v dané komunitě a na právním rámci a systému financování také do strategií 4 – 6 (opět se zaměřením na pacienty, zaměstnance a komunitu).

## **Uvedení zásad podpory zdraví do praxe**

Při implementaci hraje roli také rozdíl mezi zajišťováním a rozvojem kvality z hlediska podpory zdraví a novými službami na podporu zdraví jakožto objekty strategického plánování. Ve druhém případě se jedná o implementaci specifických doplňkových, zejména vzdělávacích programů podpory zdraví souvisejících se strategiemi 4- 6 (pro pacienty, zaměstnance nebo komunitu), které musejí být řádně připraveny a realizovány stejně jako kterákoli jiná nová služba (na základě principů projektového managementu, atd.). Zajišťování a zvyšování kvality z hlediska podpory zdraví na komplexní úrovni je náročnějším úkolem.

Stejně jako požadavky na kvalitu musejí být principy podpory zdraví zohledněny ve všech relevantních rozhodnutích nemocnice (rozhodnutí managementu a profesních skupin v rámci nemocnice). Aby mohl být tento celkový přístup zaměřený na podporu zdraví realizován, potřebují nemocnice podporující zdraví podpůrný systém podobný tomu, který již byl v řadě nemocnic zaveden pro účely řízení kvality. Specifický systém zaměřený na podporu zdraví může být buď integrován do stávajícího řízení kvality v dané nemocnici, nebo může být vyvinut samostatně. Pro integraci podpory zdraví do již existujících systémů řízení kvality máme k dispozici praktické příklady [22].

Při implementaci konkrétních opatření je vhodné postupovat podle specifických pravidel (např. stravování, kouření, zvládání stresu, kontinuita péče). Tato pravidla musejí být zakotvena ve strategickém plánování nemocnice (na základě specifických souvisejících problémů a očekávání nemocnice).

Tento celkový přístup zaměřený na podporu zdraví vyžaduje ze strany nemocnic následující kroky:

### ***Z hlediska výsledků***

Plnění výše definovaných kritérií zdravotního přínosu musí být monitorováno. Proto je pro opatření zaměřená na podporu zdraví zapotřebí definovat specifické (klinické výsledky + zdraví z holistického pohledu, kvalita života, spokojenost pacientů, rovný přístup ke zdraví a zdravotní gramotnost, která je specifickým kritériem podpory zdraví).

### ***Z hlediska struktur a procesů nutných k dosažení těchto výsledků***

Za účelem dosažení zdravotního přínosu, jak byl definován výše, je třeba dále rozvíjet nemocniční struktury a procesy v souladu s principy a kritérii podpory zdraví:

- Podpora zdraví musí být explicitním cílem a hodnotou zakotvenou v misi nemocnice (ve které by měla být zmíněna práva pacientů a zdraví pacientů, zaměstnanců i komunity, atd.)
- Vrcholné vedení se musí jasně zavázat k podpoře zdraví. Měl by být formulován strategický dokument na podporu zdraví, ve kterém budou uvedeny cíle, strategie podpory zdraví a postupy vedoucí k jejich dosažení. Užitečný je také roční akční plán podpory zdraví s konkrétním rozpočtem vyčleněným na podporu zdraví.
- Je zapotřebí implementovat specifickou strukturu pro řízení podpory zdraví nebo spolehlivě inkorporovat principy a cíle podpory zdraví do stávající struktury řízení. Příkladem takové řídicí



struktury je například: řídicí výbor pro podporu zdraví se zajištěním účasti zaměstnanců nemocnice na všech úrovních (týká se všech profesí, úrovní hierarchie a oddělení), pacientů a příbuzných a dalších zúčastněných stran, manažer či vedoucí tým podpory zdraví poskytující nepřetržitou pomoc při implementaci opatření na podporu zdraví (odborníci, oddělení), síť kontaktních bodů podpory zdraví ve všech odděleních, organizační manuál podpory zdraví, který může být v každodenní praxi velmi užitečný.

- Aby se podpora zdraví mohla stát součástí každodenní klinické praxe, musí být integrována do standardů, směrnic a klinických postupů pro rutinní rozhodnutí a výkony.
- Je nutné pravidelné informování a zapojení zaměstnanců. Příkladem mohou být diskusní kroužky, systém zaměstnaneckých návrhů, implementační projekty, newslettery, výroční prezentace, internetová fóra. Pro sestavení agendy a rozdělení úkolů je potřeba zaškolit zaměstnance i vedení.
- Aktivní navazování vztahů s dalšími poskytovateli zdravotních služeb (služby spolupráce) a ostatními zúčastněnými stranami v rámci komunity.

### **Seznam literatury**

1. *Ottawská charta podpory zdraví*. Ženeva, Světová zdravotnická organizace, 1986. ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs; Ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs; Ottawa_charter_hp.pdf))
2. Milz H, Vang J. Consultation on the role of Health Promoting Hospitals. In: *Health Promotion International* 3, 1989, 425-427.
3. *Budapešťská deklarace o nemocnicích podporujících zdraví*. Kodaň, Regionální úřadovna SZO pro Evropu, 1991. ([http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1)).
4. *Vídeňská doporučení týkající se nemocnic podporujících zdraví*. Kodaň, Regionální úřadovna SZO pro Evropu, 1997. ([http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1)).
5. Nowak P, Lobnig H, Krajic K, Pelikan JM. Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO Model Project “Health and Hospital”. In: Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K. *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998, 47-66.
6. Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K. *Pathways to a Health Promoting Hospitals. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg, Health Promotion Publications, 1998.
7. Pelikan JM, Krajic K, Lobnig H, Dietscher C. Structure, Process and Outcome of the European Pilot Hospital Project – a summary. In: Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K. *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg, Health Promotion Publications, 1998.
8. *Health Promoting Hospitals*. Kodaň, Regionální úřadovna SZO pro Evropu, (<http://www.euro.who.int/healthpromohosp>).
9. *Spolupracující centrum SZO pro podporu zdraví v nemocnicích a zdravotnických službách* <http://www.hph-hc.cc/>
10. *HEALTH21 - health for all in the 21st century. An introduction*. Kodaň, Regionální úřadovna SZO pro Evropu, 1999 (European Health for All Series, No.5).
11. *Health Promotion Glossary*. Ženeva, Světová zdravotnická organizace, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1) ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs; hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs; hp_glossary_en.pdf))
12. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Kodaň, WHO Regional Publications, 2001 (European Series, No. 92).
13. Johnston M, Vögele C. Welchen Nutzen hat psychologische Operationsvorbereitung? Eine Metaanalyse der Literatur zur psychologischen Operationsvorbereitung Erwachsener. In: Schmidt, L.R. (Eds.): *Psychologische*

- Aspekte medizinischer Maßnahmen*. Berlin, Springer, 1992, 215-246.
14. [www.griffinhealth.org](http://www.griffinhealth.org)
  15. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. In: *The Lancet*, Vol. 357, 2001, 757-762.
  16. Devine EC, Pearcy J. Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. In: *Patient Education and Counselling*. Vol. 29, 1996, 2:167-178.
  17. Tubiana M. *The European action against cancer as a model for regional action: its successes and limitations*. 2000. [www.uiccc.org/eurocan/tubiana.shtml](http://www.uiccc.org/eurocan/tubiana.shtml).
  18. Willett WC. Diet, nutrition and avoidable cancer. In: *Environmental Health Perspectives*, Vol. 103, 8, 1995.
  19. *Physical inactivity a leading cause of disease and disability*. Geneva, World Health Organization (Eds.), 2002.
  20. Kilian K, Paul R. Staff Empowerment as a measure of progress in occupational health promotion: Theoretical foundation and baseline data from a Health Promoting Hospital. In: *Health gain measurements as a tool for hospital management and health policy. Proceedings of the 3rd International Conference on Health Promoting Hospitals*. Linköping, 1996.
  21. Eysymontt Z, Baczek Z, Marzec A. The Upper Silesian Rehabilitation Centre 'Repty' in Ustron as a Pilot Health Promoting Hospital. In: Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K. *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg, G. Conrad Health Promotion Publications, 1998, 293-308.
  22. Brandt E. (Ed.). *Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Handbuch zur EFQM-Einführung*. Neuwied & Kriftel. Luchterhand, 2001.

# Vývoj standardů pro prevenci onemocnění a podporu zdraví

(Anne Mette Fugleholm, Svend Juul Jørgensen, Lillian Møller & Oliver Groene)

Integrované aktivity nemocnic zaměřené na léčbu, rehabilitaci, prevenci a podporu zdraví jsou vzájemně propojeny a měly by na ně být kladeny stejné kvalitativní požadavky jako na ostatní služby ve zdravotnictví. I přesto, že máme stále více důkazů prokazujících význam podpory zdraví v rámci zdravotnických služeb, na vymezení kvalitativních cílů v této oblasti bylo zatím vyčleněno pouze malé množství prostředků.

Jedna ze skupin v rámci sítě NPZ (HPH) proto vytvořila pro program NPZ soubor standardů, které vymezují kroky, které by měly nemocnice a zdravotnické organizace realizovat v oblasti prevence onemocnění a podpory zdraví. V této kapitole jsou popsány principy a definice, na kterých jsou tyto standardy založeny, a postup uplatněný zmíněnou pracovní skupinou.

## Principy programu NPZ

### *Vídeňská doporučení*

Vídeňská doporučení pro nemocnice podporující zdraví [1] (vycházející ze strategie SZO Zdraví pro všechny, Ottawské charty na podporu zdraví, Lublaňské charty o reformě zdravotnické péče a Budapešťské deklarace o nemocnicích podporujících zdraví) uvádějí, že nemocnice podporující zdraví by měly:

1. Podporovat lidskou důstojnost, rovnost a solidaritu, dodržovat profesní etické principy a respektovat rozdíly v potřebách, hodnotách a kulturním zázemí různých skupin obyvatel.
2. Zaměřovat se na zlepšování kvality, spokojenost pacientů, jejich příbuzných i personálu, ochranu životního prostředí a využívání získaných poznatků a zkušeností.
3. Přistupovat ke zdraví z holistické perspektivy a nezaměřovat se pouze na léčbu.
4. Orientovat se na člověka a poskytovat zdravotnické služby na co možná nejlepší úrovni pacientům i jejich rodinám s cílem urychlit proces uzdravování a posílit odpovědnost pacientů za své zdraví.
5. Efektivně a hospodárně hospodařit s prostředky a vynakládat je tak, aby byl zajištěn maximální přínos pro zdraví pacientů.
6. Úzce spolupracovat s ostatními složkami zdravotnického systému a komunitou.

### *Podpora zdraví*

Aktivity související s podporou zdraví by se měly zaměřovat na:

- vytvoření souboru pravidel;
- zajištění vstřícného prostředí;
- posílení iniciativ na komunitní úrovni;

- rozvoj osobních dovedností;
- reorganizaci zdravotnických služeb, tak aby se prevence chorob a podpora zdraví stala nedílnou součástí léčebných služeb.

Iniciativy zaměřené na podporu zdraví jsou orientovány na zvýšení odpovědnosti a kompetencí jednotlivců a na přípravu podmínek pro změnu prostřednictvím vlivu na okolní prostředí a místní komunitu. Podpora zdraví včetně rehabilitace a prevence chorob je vnímána jako nedílná součást zdravotnických služeb, stejně jako vyšetření, léčba a poskytovaná péče.

Nemocnice nemohou podmínky pro podporu zdraví vytvořit výhradně svým vlastním úsilím. Program vyžaduje iniciativu napříč různými odvětvími. Ottawská charta definuje podporu zdraví jako proces, díky kterému mají lidé získat kontrolu nad faktory ovlivňujícími jejich zdraví, a tímto způsobem své zdraví zlepšovat. Podpora zdraví je popisována jako „proces“, jehož cílem je vést jednotlivce i skupiny a komunity k tomu, aby samostatně či společně vyvíjeli aktivitu za účelem získání kontroly nad faktory ovlivňujícími zdraví.

Faktory ovlivňující zdraví lze rozdělit na:

- faktory ovlivnitelné jednotlivci, jako je životní styl nebo využívání zdravotnických služeb;
- faktory, které jednotlivci ovlivnit nemohou, jako jsou ekonomické podmínky nebo životní prostředí.

Podle Vídeňských doporučení zahrnují aktivity zaměřené na podporu zdraví čtyři následující oblasti:

- pacienti
- zdravotnický personál
- organizace
- prostředí a komunity

Proto standardy, kterými se program podpory zdraví řídí, přirozeně vycházejí z Ottawské charty a cílů Vídeňských doporučení a zaměřují se na tyto čtyři oblasti. Dále je důležité, že konečná podoba standardů poskytuje základ pro hodnocení kvality podmínek, které ovlivňují propojení služeb poskytovaných v nemocnicích a mimo ně.

### **Prevence chorob**

Prevence chorob se zpravidla dělí na tři základní typy [2]:

- primární prevence, která předchází samotnému vzniku onemocnění;
- sekundární prevence, která zajistí diagnostikování choroby v časném stádiu a zabrání jejímu postupu;
- terciární prevence, která brání zhoršení nebo opětovnému výskytu symptomů a zajišťuje zachování funkcí.

Programy lze rozdělit na:

- obecné programy zahrnující aktivity, které by se měly týkat všech pacientů a měly by být součástí přístupu ke každému pacientovi;
- speciální programy zaměřené na konkrétní skupiny pacientů a konkrétní onemocnění.

Obecné programy se zaměřují na obecné faktory ovlivňující zdraví a nemocnost (včetně kouření, alkoholu, stravy, fyzické aktivity a psychologických faktorů). Jedním z příkladů takového programu je ovlivňování životního stylu prostřednictvím aktivit zaměřených na chování jednotlivců (konzumace alkoholu, kouření apod.). V rámci iniciativ zaměřených na ovlivňování životního stylu jsou pacientům poskytovány poradenské služby a podpora s cílem posílit jejich odpovědnost za prevenci onemocnění a změnu vlastního chování.

Konkrétní programy se zaměřují na určující nebo rizikové faktory relevantní pro určitou skupinu pacientů. Příkladem může být prevence pozdních komplikací u diabetu, vzdělávání pacientů s astmatem, rehabilitace pacientů s onemocněními srdce, apod. Důležitou součástí je aktivace individuálních možností a schopností pacienta využitelných pro boj s onemocněním. Podpora zdraví a prevence onemocnění jsou tedy úzce propojeny.

Nemocnice se tradičně zabývají především činnostmi souvisejícími se sekundární a terciární prevencí, zatímco primární prevence spadá pod sektor primární péče. Je však čím dál více zřejmé, že v oblasti primární péče hrají důležitou úlohu i nemocnice. Současný stav znalostí o významu životního stylu pro léčbu a prevenci onemocnění by měl vést k tomu, že budou všechny nemocnice v rámci individuální péče o jednotlivé pacienty poskytovat poradenské služby a podporovat změnu životního stylu.

Jedním z příkladů takového postupu je poučení pacientů v souvislosti s operacemi. Existují fakta dokazující, že kouření a nadměrná konzumace alkoholu znamenají vyšší riziko komplikací v případě chirurgických zákroků. Klinické testování předoperační spolupráce s pacienty prokázalo, že pacienti informace a poučení chtějí a přijímají a že tyto iniciativy mají vliv na výskyt komplikací, jako je například snížený výskyt pooperačních infekcí a plicních a srdečních komplikací [3].

Podobné důkazy prokázaly například také účinnost rehabilitačních programů pro pacienty s onemocněním srdce a cév po akutním infarktu. Několik výzkumů prokázalo, že programy nabízející poradenství a podporující změnu přístupu k pohybovým aktivitám, stravě, kouření, atd., snižují riziko opakování infarktu, pravděpodobnost další hospitalizace a zlepšují kvalitu pacientova života.

Díky výše popsaným vědeckým zjištěním je stále více pozornosti věnováno tomu, aby se aktivity zaměřené na prevenci chorob a podporu zdraví staly součástí přístupu ke všem pacientům, a to nikoli jako doplněk léčby, ale jako její nedílná součást. [4,5].

## **Standardy podpory zdraví**

### ***Východiska***

Společné standardy vytvořené sítí nemocnic podporujících zdraví k problematice přistupují jak z národního, tak z mezinárodního hlediska.

Na národní úrovni je funkce společných standardů následující:

- poskytnout rámec pro stanovení cílů a zahájení konkrétních iniciativ zaměřených na podporu zdraví;
- poskytnout nemocnicím platformu pro naplánování a organizaci příslušných aktivit a pro vedení dokumentace o těchto aktivitách a jejich hodnocení;
- podporovat systematické zavádění a začlenění jednotlivých aktivit;
- stát se součástí plánů řízení kvality a sloužit k rozvoji kvality;

- podpořit interní vzdělávací procesy v dané instituci;
- poskytnout platformu pro srovnání v rámci národních sítí a podpořit vzájemnou výměnu informací a zkušeností;
- identifikovat nové potřeby v oblasti prevence chorob a podpory zdraví;
- podporovat spolupráci mezi sektorem primární a sekundární zdravotnické péče v oblasti prevence a podpory zdraví; a
- podporovat vzdělávání zaměstnanců.

Na mezinárodní úrovni mají standardy následující cíle:

- založit společnou platformu pro spolupráci v rámci sítě nemocnic podporujících zdraví;
- sloužit jako platforma pro mezinárodní srovnání a vzájemnou výměnu zkušeností mezi jednotlivými státy;
- podporovat usnesení související s programem (např. Vídeňská doporučení).

### **Koncepty a definice**

Pro účely hodnocení kvality nemocničních služeb je třeba nejprve stanovit cílovou kvalitativní úroveň. Tuto úroveň lze definovat formou standardů. Standard představuje cíl, který by měl být dosažen nebo udržován za určité situace a v určitém časovém období. Standard může vyjadřovat ideální kvalitativní cíl nebo cíl realisticky dosažitelný v určité situaci a může být vyjádřen kvantitativními nebo kvalitativními měřítky:

- **Kvantitativní měřítko:** Daný standard definuje úroveň odpovídající požadované kvalitě číselně (např. „potřeby pacientů v oblasti získávání informací jsou posouzeny a zaznamenány v jejich kartách“ (JCIA - Společná mezinárodní akreditační komise).
- **Kvalitativní měřítko:** Daný standard popisuje úroveň odpovídající požadované kvalitě slovně a uvádí, jaké podmínky musejí být pro dosažení dané úrovně splněny. Tyto podmínky mohou definovány například prostřednictvím pokynů a směrnic (např. „úkolem týmu spolupracujícího s komunitou je podporovat zdraví, předcházet zdravotním problémům nebo je včas identifikovat a maximalizovat spokojenost svých klientů“) (Kanadská rada pro akreditaci zdravotnických služeb).

Standardy mohou popisovat obecné aspekty, tj. aspekty týkající se všech pacientů, nebo aspekty specifické pro určité onemocnění a určitou skupinu pacientů. Mohou být formulovány z hlediska profesionální či organizační kvality nebo z hlediska vztahu k pacientům. Standardy mohou vymezovat cíle v oblasti struktur, procesů či výsledků. *Strukturální standardy* formulují požadavky týkající se struktury v souvislosti s poskytováním určité služby, dostupnými prostředky (např. fyzické zázemí, technické vybavení, kompetence zdravotnického personálu, organizace práce, interní a externí spolupráce, atd.). *Standardy zaměřené na procesy* souvisejí s aktivitami vykonávanými v rámci klinických úkonů (vyšetření, léčba a péče) nebo s procesy podporujícími organizaci (např. používání směrnic, informování pacientů, atd.). *Standardy zaměřené na výsledek* definují výsledky, kterých má být dosaženo z hlediska stavu pacienta (např. tlumení bolesti, kvalita života, stav tělesných funkcí nebo přežití pacienta) nebo výsledky aktivit dané instituce chápané z širší perspektivy (např. spokojenost zaměstnanců, absence zaměstnanců, pracovní úrazy apod.)

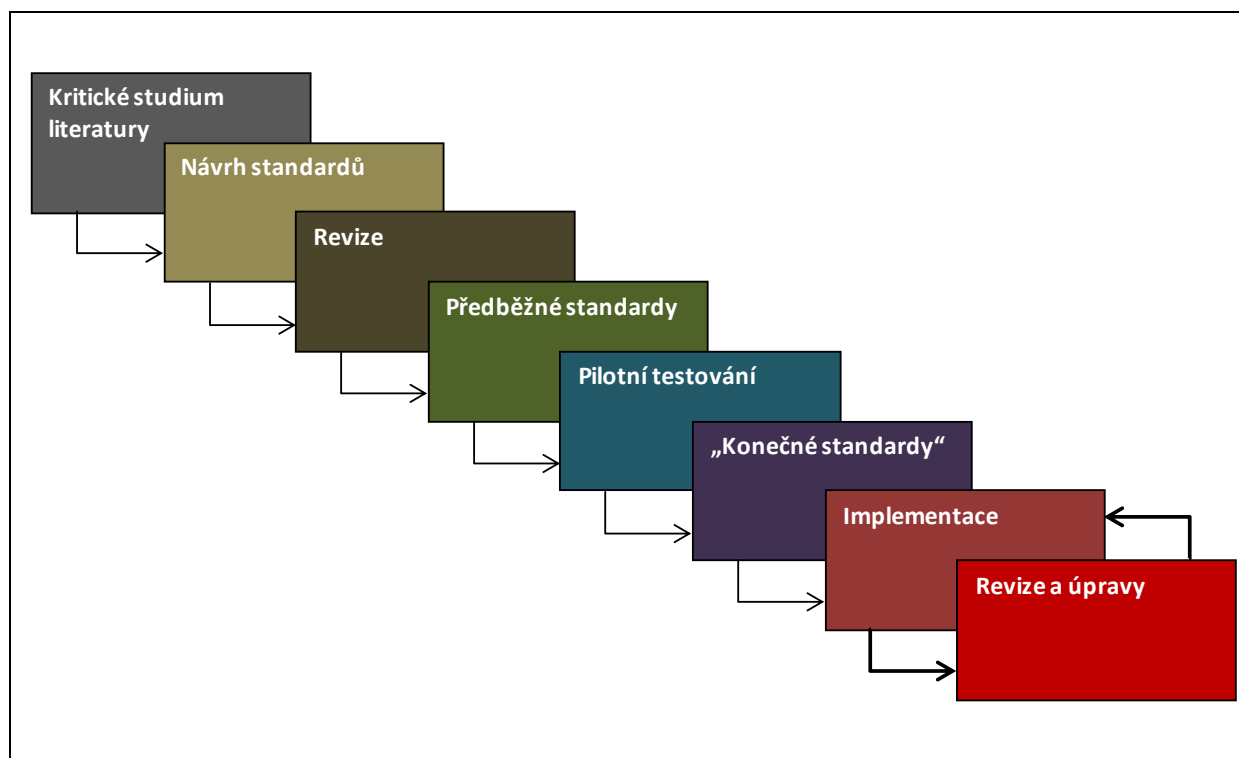
Dosažení daného standardu může být hodnoceno prostřednictvím interních a externích auditů, benchmarkingu nebo na základě hodnocení samotných účastníků v širokém slova smyslu: pacientů, příbuzných, zaměstnanců, zdravých uživatelů, atd. Uživatelé mohou hodnotit pomocí dotazníků nebo

rozhovorů. Standardy by měly splňovat řadu požadavků, aby bylo zajištěno, že budou vymezovat smysluplné a klinicky užitečné cíle. Měly by v maximální míře vycházet z doložených poznatků a měly by být důvěryhodné, spolehlivé, dostatečně obecné, dosažitelné a jednoznačné. Společně se standardy by měly být definovány i příslušné procesy, testování a plánovaná realizace.

## Mezinárodní principy pro tvorbu standardů

Proces navržený v rámci Programu ALPHA organizace ISQUA – the International Society for Quality in Health Care / Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví/ – se sestává z následujících kroků (obr. 1):

*Obr. 1: Principy ALPHA pro tvorbu standardů*



Obecně platí, že tvorba standardů od prvních kroků je náročná z hlediska času a vynaložených prostředků. Tvorbou a popisem jednotlivých standardů se zpravidla zabývají interdisciplinární skupiny, jejichž složení odpovídá povaze daného standardu. Profesionální standardy tedy stanovují zdravotníci, zatímco na tvorbě organizačních standardů by se měli podílet i osoby odpovědné za administrativní a organizační záležitosti.

Prvním krokem v procesu tvorby standardů je studium vědecké literatury ve zvolené oblasti a návrh „předběžných“ standardů. Poté by tyto předběžné standardy měly být podrobeny revizi a pilotnímu testování, na jejichž základě jsou vytvořeny „konečné“ standardy. Standardy je však třeba hodnotit a upravovat průběžně, tak aby byly vždy aktuální a relevantní.

Program ALPHA byl původně vyvinut pro použití v mezinárodních akreditačních organizacích, které se zabývají externím hodnocením zdravotnických služeb na základě standardů. Stanoví mezinárodně uznávané požadavky na formu a strukturu jednotlivých standardů a jejich využití. Mezi tyto požadavky patří:

- *zaměření* standardu včetně zajištění účasti pacienta, ochrany práv pacientů, zaměření a neustálé zvyšování kvality, zaměření na monitorování aktuální kvality, požadavků na systematický monitoring a sledování;
- *typy standardů* včetně požadavků na strukturu, proces a výsledek;
- *rozsah* jednotlivých standardů včetně požadavků pro obecné standardy i standardy platné pro určitá oddělení, určité skupiny pacientů nebo určitá onemocnění; a
- formulace standardů včetně požadavků na *důkladně vymezené postupy* pro zapojení zdravotníků, zainteresovaných stran, integraci legislativy a smluv, výzkum a aktualizaci, požadavků na *testování standardů* a požadavků na *hodnocení a revizi*.

Při rozhodování o tom, zda vytvořit vlastní standard, nebo používat standardy vyvinuté jinými organizacemi, hrají roli čtyři faktory: 1. vynaložené prostředky – čas a náklady (na vývoj a údržbu), 2. vlastnictví a místní základna, 3. schválení danou organizací a 4. možnosti srovnání.

## Standardy a vědecké důkazy

Standardy by měly být v maximální možné míře založeny na vědeckých důkazech, avšak v případě podpory zdraví je množství dostupných důkazů omezené. Nicméně je možné identifikovat řadu oblastí, kde jsou důkazy o vlivu aktivit podporujících zdraví dostupné a kde by měly nemocnice hrát aktivní roli.

Na individuální úrovni existují důkazy o účincích poradenství v oblasti chování ve vztahu ke zdraví, které je ekonomickým způsobem, jak podporovat přístup jednotlivců k abstinenci od kouření a snížení konzumace alkoholu. Totéž platí i o poradenství ohledně zdravého pohybu, zejména u osob s nadváhou, iniciativách vedoucích ke snížení počtu pádů u seniorů a poradenství poskytované pacientům s astmatem (škola astmatiků), rehabilitaci pacientů s onemocněním cév a srdce, prevenci pozdních komplikací u pacientů s diabetem, atd.

Na základě těchto důkazů byly v řadě evropských zemí zahájeny národní iniciativy s cílem posílit prevenci nemocí a podporu zdraví v rámci sektoru zdravotnictví. Příklad podobné národní iniciativy je popsán v článku nedávno uveřejněném Dánskou společností pro interní medicínu [5]. Tento článek předkládá přehled vědeckých důkazů v oblasti *prevence onemocnění*. Společnost pro interní medicínu ve článku doporučuje kroky, které by mělo realizovat každé oddělení interní medicíny ve vztahu k různým faktorům souvisejícím s životním stylem. Tyto kroky jsou zaměřené na:

### **Kouření:**

- identifikace kuřáků a sestavení jejich důkladné anamnézy;
- poskytnutí ústních a písemných informací o škodlivém vlivu kouření a přínosu abstinence a možnostech pomoci s odvykáním kouření;
- založení oddělení či ordinace pro odvykání kouření nebo poskytování poradenství ohledně odvykání kouření v rámci léčby.

### **Alkohol:**

- identifikace pacientů nadměrně požívajících alkohol;
- poskytnutí základní léčby nebo odeslání na protialkoholní oddělení.



### **Fyzická aktivita:**

- identifikace pacientů, kteří potřebují poradenství ohledně přiměřené fyzické aktivity;
- poradenství o zdravém pohybu v souladu s mezinárodními doporučeními;
- zavedení systematických služeb zaměřených na zdraví pohyb pacientů.

### **Strava:**

- identifikace nevhodně se stravujících pacientů a pacientů, u nichž existuje riziko nevhodného stravování;
- zahájení odpovídající léčby;
- předání odpovídajících informací při propuštění (pro ošetřujícího lékaře, domů docházející zdravotní službu a obvodního lékaře).

### **Zvláštní skupiny pacientů:**

- identifikace pacientů s metabolickým syndromem (kardiovaskulární onemocnění a/nebo nadváha), poradenství o prevenci a doporučení odpovídající léčby (dieta, cvičení, atd.);
- identifikace pacientů s hypercholesterolémií, dislipidemií a hypertenzí, vyhodnocení rizik a poradenství ohledně prevence a zahájení odpovídající léčby (dieta, cvičení, atd.);
- identifikace pacientů s diabetem 2. typu a intolerancí glukózy, vyhodnocení rizik a zahájení odpovídající léčby (dieta, cvičení, atd.);
- systematické sledování pacientů s diabetem za účelem včasného odhalení pozdních komplikací;
- identifikace pacientů s osteoporózou, vyhodnocení rizik (test rizika zlomeniny, rentgenové vyšetření, dědičné předpoklady) a poradenství ohledně odpovídající léčby, případně její zahájení.

Společný soubor standardů pro prevenci onemocnění a podporu zdraví vydaný pro nemocnice podporující zdraví by měl obsahovat standardy, které stanoví požadavky na obecné aktivity zdravotnických institucí ve vztahu k pacientům, zdravotnickému personálu a jejich prostředí. Tyto standardy by dále měly odrážet základní principy (Vídeňská doporučení) a cíle aktivit realizovaných v rámci programu NPZ. A konečně by měl poskytovat prostor pro doplňkové standardy relevantní pro daný stát, jako jsou např. standardy zohledňující legislativu daného státu, pravidla a individuální cíle pro národní síť a existující mezinárodní standardy a cíle v oblasti prevence onemocnění a podpory zdraví.

Zároveň je důležité, aby byla zajištěna rovnováha mezi obecnými standardy a standardy zaměřenými na konkrétní onemocnění. Při výběru standardů je důležité podporovat samostatnou odpovědnost nemocnic a zařadit standardy, které zajišťují kontrolu kvality zdravotní péče ze strany nemocnice.

## **Stávající standardy v oblasti prevence onemocnění a podpory zdraví**

Ačkoli existují důkazy o přínosu prevence onemocnění a podpory zdraví pro výsledek léčby, zatím bylo na popis souvisejících kvalitativních cílů a vývoj standardů vyčleněno jen málo prostředků.

Na 9. mezinárodní konferenci nemocnic podporujících zdraví, která proběhla v květnu 2001 v Kodani, ustanovila SZO pracovní skupinu, jejímž úkolem je vývoj standardů pro podporu zdraví v nemocnicích. Návrhy standardů byly diskutovány s odborníky v oblasti podpory zdraví a tvorby standardů během seminářů, které proběhly v květnu 2002 v Bratislavě a v listopadu 2002 v Barceloně, a poté bylo vypracováno pět standardů, z nichž každý obsahuje formulaci daného standardu, cíle, definici kritérií a měřitelné parametry.

V souvislosti s tvorbou nových standardů provedla uvedená pracovní skupina analýzu existujících souborů standardů vydaných šesti akreditačními institucemi v Austrálii (Australian Council of Healthcare Service), Kanadě (Canadian Council of Healthcare Service Accreditation), USA (Joint Commission International), Francii (Agence Nationale d'Acréditation et d'Évaluation en Santé), Anglii (Health Quality of Standards) and Skotsku (Scotland Board of Standards).

Žádná z výše uvedených organizací v té době nepoužívala speciální standardy pro prevenci onemocnění a podporu zdraví. Některé z analyzovaných souborů však zahrnovaly témata související s prevencí onemocnění podporou zdraví (Tabulka 1).

### ***Tabulka 1 – Stávající mezinárodní standardy pro prevenci onemocnění a podporu zdraví.***

---

Priority z hlediska pacientových potřeb preventivní, paliativní, léčebné a rehabilitační péče jsou stanoveny na základě pacientova stavu při přijetí (JCI).

Nemocnice spolupracuje se sektorem primární péče, aby byla zajištěna včasná a odpovídající následná léčba. (JCI).

Pacientům ohroženým nevyhovující výživou by měla být nabídnuta terapie v oblasti výživy (JCI).

Nemocnice spolupracuje s odpovídajícími úseky sektoru primární péče za účelem podpory zdraví a prevence chorob prostřednictvím poskytování informací a pokynů. (JCI).

Tým ve spolupráci s komunitou podporuje zdraví, předchází zdravotním problémům nebo se snaží je odhalit včas a usiluje o co nejvyšší kvalitu života svých klientů (CCHSA).

Oddělení provedlo hodnocení rizikových faktorů souvisejících se službami a péčí poskytnutými v uplynulých 12 měsících a zaznamenal výsledky. (HQS).

Nemocnice provádí individuální předběžná hodnocení přizpůsobená zvláštním skupinám pacientů (včetně pacientů vykazujících znaky závislosti na alkoholu či drogách) (JCI).

---

Kromě těchto specifických standardů byly identifikovány i další standardy zaměřené na aspekty, které jsou pro prevenci onemocnění a podporu zdraví rovněž důležité. Zejména se jedná o standardy pro poskytování informací. Příklady jsou uvedeny v Tabulce 2.

## ***Tabulka 2 – Stávající mezinárodní standardy týkající se aspektů souvisejících s prevencí onemocnění a podporou zdraví***

---

Pacientům a příbuzným jsou poskytovány informace a poučení, aby se mohli sami podílet na rozhodování o léčbě a péči po celou dobu léčby (JCI).

Pacienti a případně i jejich příbuzní by měli být informováni a poučeni srozumitelným způsobem a jazykem, kterému rozumí. (JCI)

Poučení a vzdělávání pacientů posiluje jejich potřeby z hlediska péče o zdraví. (JCI)

Tým poskytuje svým klientům a jejich rodinným příslušníkům veškeré relevantní informace o poskytovaných službách. (CCHSA)

---

Akreditační standardy pro oblasti, jako je bezpečnost pacientů a ochrana před infekcemi, zde neuvádíme.

### **Proces vývoje standardů**

Rozhodnutí vytvořit soubor společných standardů pro podporu zdraví a prevenci onemocnění v nemocnicích bylo přijato na základě konsenzu dosaženého na setkání zástupců všech národních sítí tvořících síť nemocnic podporujících zdraví v květnu 2001. Byla ustavena pracovní skupina a bylo rozhodnuto, že bude postupovat podle doporučení programu ALPHA pro vývoj standardů. Prvním krokem bylo kritické zhodnocení literatury shromažďující důkazy o účinnosti preventivních a zdraví podporujících programů a existující standardy uplatňované v nemocnicích. Zjistilo se, že existují kvalitní důkazy o tom, že program podpory zdraví má svůj význam, a že stávající soubory pravidel se otázce podpory zdraví v nemocnicích věnují jen okrajově.

Pracovní skupina SZO vytvořila předběžné standardy pro podporu zdraví v nemocnicích na základě všech kroků uvedených v programu ALPHA. Bylo rozhodnuto, že standardy budou zaměřeny na celou dobu kontaktu pacienta se zdravotní péčí a budou popisovat potřeby pacientů a aktivity zaměřené na uspokojení těchto potřeb. Velký důraz byl kladen na odpovědnost vedení nemocnic a na roli zdravotnického personálu.

První návrh standardů byl předložen na semináři v Bratislavě v květnu 2002. Poté byly navrhované standardy předmětem diskuze na výročním setkání národních a regionálních koordinátorů organizovaném v souvislosti s konferencí o nemocnicích podporujících zdraví. Druhý návrh standardů byl předmětem diskuze na novém specializovaném semináři konaném ve španělské Barceloně v listopadu 2002, kde byly standardy následně přeformulovány a byla navržena první verze pilotního testování. Soubor standardů byl zároveň předán mezinárodním akreditačním agenturám a dalším orgánům zabývajícím se zlepšováním kvality zdravotní péče, aby vyjádřili své připomínky a předložili návrhy. V únoru 2003 bylo zahájeno pilotní testování standardů. Výsledkem pilotního testování byla řada návrhů na zlepšení a upřesnění standardů, které byly předmětem diskuze na třetím specializovaném semináři v dubnu 2003.

Na 11. mezinárodní konferenci o nemocnicích podporujících zdraví, která proběhla v květnu 2003 v italské Florencii, byla představena upravená verze standardů, která je nyní považována za první vydání konečných standardů pro podporu zdraví, a dále bylo na konferenci rozhodnuto, že bude ustavena nová pracovní skupina SZO, jejímž úkolem bude vytvořit online nástroj pro sebehodnocení vycházející z této konečné verze standardů.

## **Pilotní testování**

Cílem pilotního testování bylo hodnocení standardů a nikoli hodnocení nemocnic. Pro účely hodnocení potřeby zavedení těchto standardů byla však provedena anonymní analýza informací o aktuálním dodržování standardů ze strany nemocnic. Většina nemocnic se standardy v nepříliš velké míře řídila, což naznačuje, že standardy jsou v podstatě použitelné a že z hlediska jejich dodržování existuje prostor pro zlepšení. Byl sestaven systém hodnocení a pilotní testování proběhlo v 36 nemocnicích v 9 evropských zemích (6).

Standardy 1 a 4 hodnotilo vedení nemocnic, zatímco standardy 2, 3 a 5 byly hodnoceny na základě auditu dvaceti náhodně vybraných záznamů o pacientech přijatých a propuštěných během posledních tří měsíců před zahájením testu. Záznamy v tomto kontextu zahrnují veškerou dokumentaci (chorobopis, záznamy ošetřovatelek, poznámky terapeutů a dietetiků atd.), která musela být pro účely hodnocení dodržování standardů ze strany nemocnice vzata v úvahu. Bylo vydáno doporučení, aby audit prováděla interdisciplinární skupina odborníků obeznámených se způsobem vedení dokumentace na daném oddělení.

Podle testovaných nemocnic bylo všech pět testovaných standardů relevantních, protože 32 z 36 nemocnic uvedlo, že považuje všechny standardy za relevantní a aplikovatelné. Zúčastněné nemocnice a národní koordinátoři uvedli řadu cenných připomínek. Převládal názor, že zavedení standardů je žádoucí a potřebné a že jejich struktura vyhovuje potřebám praktického použití. I když byla uvedená kritéria obecně uznávána, testované nemocnice splňovaly pouze malou část z nich, což znamená, že v oblasti realizace aktivit na podporu zdraví existuje ve zúčastněných nemocnic prostor pro výrazné zlepšení. Před pilotní implementací sebehodnocení a případného benchmarkingu v nemocnicích byl vytvořen nástroj pro sebehodnocení, který byl okomentován a poté zrevidován a přepracován. Pro tento nástroj byly navrženy měřitelné parametry a indikátory (7). Součástí nástroje je manuál a slovníček pojmů. Standardy mohou být dále doplněny specifickými pokyny.

## **Standardy**

Definitivní verze návrhu obsahuje pět standardů, jejichž předmětem je: Zásady řízení, Posuzování potřeb pacientů, Informování pacientů a opatření na podporu zdraví, Podpora zdravého pracovního prostředí, Kontinuita a spolupráce. Standardy se týkají přístupu k pacientovi a definují odpovědnosti a aktivity související s podporou zdraví jakožto nedílnou součástí všech služeb nabízených pacientům v každé nemocnici. Součástí každého standardu je jeho formulace, cíl a definice substandardů (Příloha 3).

## **Závěr**

Evropská síť nemocnic podporujících zdraví uznala potřebu a význam vytvoření standardů pro podporu zdraví v nemocnicích a během dvou let byl vytvořen příslušný soubor standardů. Celý proces proběhl v souladu s principy programu ALPHA stanovenými organizací ISQua, aby byly standardy aplikovatelné a přijatelné ve všech nemocnicích a aby bylo možné je integrovat do stávajících kvalitativních standardů nemocnic, vytvořených různými mezinárodními a národními organizacemi pro řízení kvality a akreditaci.

Standardy prošly pilotním testováním, které potvrdilo, že jsou srozumitelné, smysluplné, relevantní a aplikovatelné. Mezinárodní organizace pro řízení kvality jsou vyzývány k tomu, aby standardy integrovaly do svých již existujících souborů standardů a zavedli je do praxe.

## Seznam literatury

1. *Videňská doporučení týkající se nemocnic podporujících zdraví* přijatá na třetím semináři národních a regionálních koordinátorů nemocnic podporujících zdraví, Vídeň, 16. dubna 1997 ([http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1)).
2. Jørgensen T, Borch-Johnsen K, Iversen L. *Klinisk håndbog i forebyggelse på sygehuse (Klinická příručka pro prevenci v nemocnicích)*. Kodaň, Munksgaard, 2001.
3. Møller A, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications, a randomized clinical trial. *Lancet*, 2002, 359:114-117.
4. Editorial. *BMJ*, 2001, 323:1016.
5. Snorgard O, Becker PU, Døssing M et al. Forebyggelse i den intern medicinske afdeling. Klaringsrapport fra Dansk Selskab for Intern Medicin (*Prevence na oddělení interní medicíny*). Dánská společnost pro interní medicínu, Ugeskr Laeger, klaringsrapport nr. 2, 2003.
6. Groene O, Jørgensen SJ, & Garcia-Barbero M. *Self-assessment tool for pilot implementation of health promotion standards and indicators in hospitals*. Kodaň, Regionální úřadovna SZO pro Evropu, 2004 ([http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1))  
<http://www.euro.who.int/document/E85054.pdf>
7. Groene O, Jørgensen 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*. Vol. 18, 4: 2005.

# **Implementace strategie podpory zdraví v nemocnicích prostřednictvím modelu excelence EFQM a systému vyvážených ukazatelů výkonnosti**

(Elimar Brandt, Werner Schmidt, Ralf Dziewas & Oliver Groene)

## **Úvod**

Koncept nemocnic podporujících zdraví přináší inovativní a důležitý model pro další rozvoj moderních nemocnic s cílem vyhovět požadavkům vyplývajícím z nových systémů financování, tlaku na transparentnost a kvalitu a velkých pracovních úvazků zaměstnanců. Nemocnice by měly usilovat o zlepšování zdraví pacientů i zaměstnanců, aby zajistily finanční zázemí pro svou práci a přitáhly a udržely si kvalitní a motivované zaměstnance. Strategie podpory zdraví orientované na komunitu jsou pro každou nemocnici další konkurenční výhodou.

Koncept NPZ je zatím do nemocniční praxe zaváděn prostřednictvím individuálních projektů, které zvýšily informovanost zaměstnanců a manažerů o těchto strategiích a zajistily, že podpora zdraví pronikla do řady nemocnic v mnoha zemích. Pro další rozvoj služeb podporujících zdraví v nemocnicích je nutná lepší integrace této koncepce do organizační struktury a kultury nemocnic. To je však záležitostí odpovídající strategie a jejího řízení ze strany managementu. Proto by se snaha o zavedení podpory zdraví do nemocnic měla zaměřovat spíše na strategickou implementaci než na individuální projekty.

SZO prohlásila, že začlenění konceptů, hodnot a standardů zdravotní péče do organizační struktury a kultury nemocnic je pro Mezinárodní síť nemocnic podporujících zdraví jedním z hlavních cílů [1]. Tato kapitola popisuje strategii pro implementaci konceptu NPZ pomocí kombinace modelu Evropské nadace pro management kvality (EFQM) a systému vyvážených ukazatelů výkonnosti (Balanced Scorecard, BSC), která byla použita v pilotním projektu realizovaném v Immanuel Diakonie Group (skupina baptistických zdravotnických zařízení v Berlíně a Brandenburgu v Německu).

## **Od hodnot podporujících zdraví ke strategii podpory zdraví**

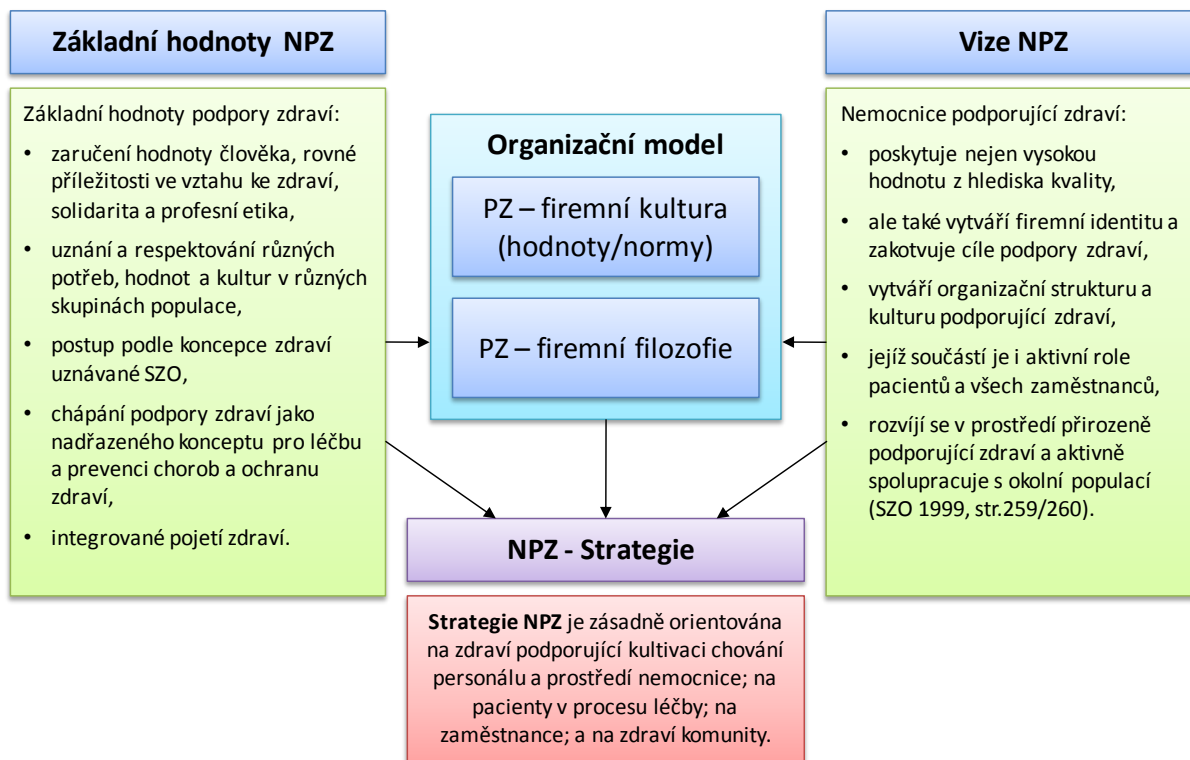
Firemní strategie musí vždy vycházet z *mise* dané instituce. Mise vyjadřuje důvod existence dané organizace a způsob, jakým mají být uspořádány jednotlivé součásti ve struktuře podniku. Mise podniku je zpravidla poměrně stabilní a přetrvává po relativně dlouhá období. Dobře formulovaná mise účinkuje i navenek, protože vyjadřuje, jak chce být daný podnik vnímán zvenku svými zákazníky. Jakožto interní příjemci vnímají misi podniku také stávající a potenciální zaměstnanci, a mohou tak lépe spolupracovat na její realizaci.

Mise nemocnice vychází primárně ze závazku poskytovat péči a z pokynů majitelů dané nemocnice. Nemocnice podporující zdraví by však do své mise nebo alespoň do své podnikatelské filozofie, základních hodnot a postupů měla zahrnout obecnou misi programu NPZ: podporovat zdraví pacientů a personálu, zvyšovat potenciál nemocniční organizace s ohledem na podporu zdraví a poskytovat služby podporující zdraví příslušné komunitě pacientů [2].

Základní hodnoty jsou součástí firemní filozofie, oficiálně formulovaného postoje dané organizace. Mezi tyto hodnoty patří názory na způsob podnikání, systém nejvyšších firemních cílů, základní provozní pravidla, hodnoty a normy a další koncepty definující orientaci podniku, které ve své konečné podobě formují a zároveň odrážejí firemní kulturu a které mohou být prezentovány společně

s misí firmy. Firemní kultura je klíčovým faktorem úspěchu procesů strukturální transformace a integrace, jako je implementace konceptu NPZ [3].

**Obrázek 1: Od hodnot podpory zdraví ke strategii nemocnic podporujících zdraví**



**Vize** společnosti, na rozdíl od mise, odráží představu budoucího vývoje společnosti. Stanoví směr, jakým se chce daná organizace ubírat a formuluje cíl takového vývoje a napomáhá pochopení nezbytných procesů změn ze strany zaměstnanců. Ukazuje zaměstnancům, jak a proč by měli organizaci podpořit v jejím směřování [4].

Formulace vize tvoří most mezi relativně statickou misí a základními hodnotami, které se mění pouze v dlouhodobém plánu, a dynamickými strategickými změnami. Důležitým krokem při tvorbě vize je definování „strategického cíle“. Takový cíl vyjadřuje, jak bude organizace vypadat v horizontu tří až pěti let, a jak se bude jevit osobám odpovědným za finanční rozhodnutí, zákazníkům a zaměstnancům. Nemocnice, která se chce stát nemocnicí podporující zdraví, musí tuto orientaci zahrnout do své vize a definice svého strategického cíle.

**Strategie** je způsob, jakým se organizace rozhodne svou misí a vizi realizovat. Strategie má řadu jasných dílčích cílů, a vytváří tak jedinečnou pozici pro zvýšení konkurenceschopnosti [5]. Vize, hodnoty a základní směřování jsou výchozím bodem pro rozvoj strategie, a jako takové jsou modelem a základem pro strategické rozhodování o vývoji firmy. Tato opatření vymezují rámec pro implementaci strategie.

Strategie definuje obecné směřování (vizi) podniku a stanoví priority. Sestává zejména z individuálních témat (takzvaná „klíčová strategická témata“ nebo „strategické impulzy“), která umožňují segmentovat strategii do různých kategorií a strukturovat její implementaci do různých oblastí. Z tohoto hlediska poskytuje strategie informace o tom, co je třeba udělat, a také o tom, co se

dělat nemá. Poté, co byl definován strategický cíl nemocnice, je identifikace klíčových témat důležitým krokem pro následné definování individuálních strategických cílů a standardů. Strategii zpravidla formuje tři až pět strategických témat, která jsou jakýmsi impulzy, jež by měly vést k dosažení strategického cíle.

## **Implementace konceptu NPZ do organizační struktury a kultury nemocnice**

Rozlišujeme dva modely implementace konceptu NPZ do organizační struktury a kultury nemocnice: *přídavný model* a *integrační model*. Přídavný model je založen na integraci konceptu NPZ prostřednictvím projektového managementu a organizačního rozvoje za pomoci „specifického subsystému NPZ fungujícího v rámci nemocnice“, zatímco v integračním modelu je implementace strategie NPZ chápána jako kontinuální proces vývoje dané organizace spojený s komplexním řízením kvality podle modelu excelence EFQM [6], nebo jako implementace strategie NPZ za použití systému vyvážených ukazatelů (BSC), nebo kombinace modelu EFQM a BSC.

### **Přídavný model**

#### ***Implementace konceptu NPZ prostřednictvím projektového řízení***

Koncept NPZ byl zatím zaváděn do každodenní nemocniční praxe prostřednictvím individuálních projektů. Ačkoli je takový přístup dobrým výchozím bodem pro zavedení myšlenky podpory zdraví do nemocnic, má svá omezení z hlediska dopadu a udržitelnosti:

- Lékařský a ošetrovatelský personál je často obtížné přesvědčit o užitečnosti konceptu NPZ pro léčebný proces a přimět jej k zavedení požadavků NPZ do každodenní praxe za běžného chodu nemocnice. Implementace proto často selhává ve fázi propojování těchto individuálních projektů s klíčovými procesy nemocnice.
- Vedoucí a administrativní pracovníci často v zavedení konceptu NPZ nespátřují žádný ekonomický přínos. Naopak chápou projekt, který má pro strategický vývoj instituce nulový nebo jen marginální význam, spíše jako finanční zátěž. Ochota investovat finance a lidské zdroje do individuálních projektů NPZ je proto často minimální.
- Vysoká a stále narůstající vyčerpání zaměstnanců je často uváděna jako argument pro to, že požadavek na „zdraví podporující personál“ a „zdraví podporující pracoviště“ jde ve skutečnosti proti smyslu projektu NPZ. Mnoho zaměstnanců se proto aktivitám souvisejícím s projektem věnuje ve svém volném čase nebo pracují přesčas.
- Aktivity související s konceptem NPZ jsou často realizovány mimo systém řízení kvality. Z toho důvodu po skončení projektu často chybí vyhodnocení a další aplikace pozitivních výsledků. Dlouhodobý dopad implementace koncepce NPZ může negativně ovlivnit zejména skutečnost, že projekty jako takové mají často omezené trvání.

Tento neúplný výčet problémů a překážek poukazuje na potřebu vytvoření takové koncepce NPZ, která bude pro zaměstnance i management srozumitelná a motivující a poskytne přesvědčivé argumenty pro přínos projektu pro pacienty, vzájemné vztahy a zaměstnance a pro konkurenční výhodu, kterou bude znamenat pro nemocnici. Projekty podpory zdraví budou i nadále představovat jeden ze způsobů implementace konceptu NPZ v nemocnicích, avšak vzhledem k našemu cíli, kterým



je systematické začlenění konceptu NPZ do struktury a kultury nemocnice, je tento přístup nedostatečný.

### **Rozvoj organizace s využitím „Specifického systému NPZ v rámci nemocnice“**

Implementace konceptu NPZ do struktury a kultury nemocnice je dlouhodobý úkol, protože vyžaduje integraci základních hodnot konceptu NPZ do kultury a hodnotového systému nemocnice [3]. Tento poznatek bere v úvahu metoda, která projektový management NPZ pojímá jako „komplexní a kontinuální rozvoj strategie dané organizace... podpořený *specifickým organizačním subsystémem NPZ v rámci nemocnice*“ [7].

Aplikace tohoto modelu vyžaduje velké nasazení z hlediska pracovní síly, financí a organizačního úsilí. Jakmile byla podpora zdraví výslovně uvedena jako jedna z hodnot uznávaných danou nemocnicí, je potřeba vytvořit specifické strategické pokyny, konkrétní roční akční plán, organizační příručku pro implementaci konceptu NPZ a specifickou strukturu pro řízení projektu NPZ s řídicím výborem, projektovým vedoucím a/nebo projektovým manažerem a sítí osob odpovědných za koncept NPZ pro jednotky nižší, než jsou jednotlivá oddělení.

Komplexní implementace konceptu NPZ do organizačního procesu by musela být podpořena specifickou aktivitou zaměstnanců ve zdravotních kroužcích a nemocničním systému prostřednictvím zvláštního rozpočtu na projekt NPZ, specifických informačních strategií, jako je vydávání letáků a výročních prezentací, a speciálních školení zaměstnanců, a vyhodnocována prostřednictvím specifických kontrolních opatření, jako jsou pravidelná dotazníková šetření nebo systém vyvážených ukazatelů (Balanced Scorecard).

Při správné aplikaci se tento model blíží integračnímu modelu, který je však schopný dosáhnout srovnatelné transformace firemní kultury prostřednictvím komplexního řízení kvality, systému vyvážených ukazatelů pro problematiku NPZ nebo kombinace obou těchto přístupů, aniž by byl potřeba zvláštní implementační subsystém s vlastními plány a specifickými strukturami pro management konceptu NPZ.

## **Integrační model**

Příručka „Management kvality a podpora zdraví v nemocnicích“ vytvořená regionální sítí Berlin-Brandenburg obsahuje praktické rady, jak využít ze zákona povinný management kvality k realizaci cílů konceptu NPZ, a nalézt a generovat v organizaci nemocnice potenciál ke zlepšení v souladu se strategií NPZ. Díky tomuto procesu, který využívá kompatibility strategie NPZ s řízením kvality podle modelu EFQM, může nemocnice naplňovat vizi podpory zdraví v rámci kontinuálního procesu.

Vzhledem k tomu, že aplikace konceptu NPZ v nemocniční praxi ve skutečnosti vyžaduje implementaci strategie NPZ, je při tomto způsobu implementace možné využívat moderní nástroje managementu, jako je systém vyvážených ukazatelů výkonnosti (Balanced Scorecard, BSC), které jsou již teď ve veřejném sektoru včetně zdravotnictví využívány stále častěji.

Pokud se rozhodneme využít při implementaci strategie NPZ v nemocnici systém vyvážených ukazatelů BSC, je třeba definovat nanejvýše čtyři strategicky smysluplné cíle formulované jako otázky (klíčová strategická témata), které lze adaptovat na čtyři oblasti – zákazníci, finance, interní procesy a inovace. Součástí každého cíle je stanovení výchozí hodnoty, cílové hodnoty a strategické iniciativy (konkrétní opatření, projekt). I nemocnice, která se rozhodla používat pro implementaci strategie NPZ pouze systém vyvážených ukazatelů BSC, se může stát organizací, jejíž fungování je založeno na strategii NPZ.

V následující části popisujeme, jakým způsobem byl koncept NPZ implementován do organizační struktury a kultury nemocnice prostřednictvím kontinuálních procesů rozvoje s využitím komplexního managementu kvality založeného na modelu excelence EFQM a systému vyvážených ukazatelů v pilotním projektu SZO realizovaném ve zdravotnickém zařízení Immanuel Diakonie Group.

## Projekt SZO zaměřený na implementaci strategie NPZ s využitím modelu EFQM a systému vyvážených ukazatelů výkonnosti v Immanuel Diakonie Group

Pilotní projekt SZO zaměřený na implementaci strategie NPZ probíhal od 25. února 2005 v pěti zdravotnických centrech v rámci zdravotnického zařízení Immanuel Diakonie Group (IDG) pod vedením generálního ředitele IDG a předsedy německé sítě nemocnic podporujících zdraví. Každá z těchto institucí měla jiný profil a jinou firemní kulturu, takže se očekávalo, že projekt přinese řadu různých zkušeností.

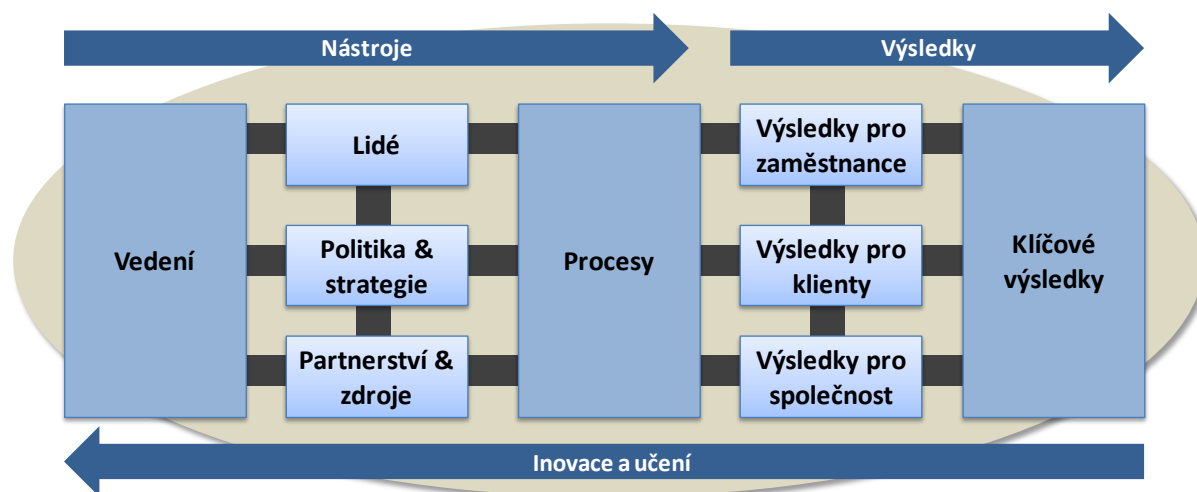
Jedna ze zúčastněných institucí je zakládajícím členem německé sítě nemocnic podporujících zdraví a členem evropské nadace pro management kvality a v roce 1998 realizovala sebehodnocení podle modelu EFQM. Ostatní instituce zatím nebyly jako členové sítě NPZ uznány a i řízení kvality podle modelu EFQM pro ně byl neznámou oblastí. S používáním systému vyvážených ukazatelům neměla zkušenost žádná ze zúčastněných pěti institucí.

## Aplikace modelu excelence EFQM

### Základní informace o modelu EFQM

Model EFQM je otevřená struktura pro hodnocení a zvyšování kvality v podnicích a institucích využívající 9 kritérií a dvě subkritéria [8]. Model vychází z toho, že vynikajících výsledků z hlediska výkonnosti, zákazníků, zaměstnanců a společnosti lze dosáhnout pomocí přístupu, který klade důraz na firemní politiku a strategii, zaměstnance, partnerství, zdroje a procesy.

Obrázek 2: Model EFQM



Šipky naznačují dynamickou povahu modelu a ukazují, že výchozí kritéria lze zlepšovat díky inovaci a vzdělávání, což v důsledku vede ke zlepšení celkových výsledků. Model EFQM je skvělým východiskem pro zavedení komplexního managementu kvality do nemocnic, protože nabízí

nejkomplexnější přístup k hodnocení kvality a další modely osvědčující kvalitu, jako je ISO, JCIA a KTQ z něj vycházejí. Z našeho pohledu je tento model managementu kvality optimální také pro systematickou integraci konceptu NPZ do organizační struktury a kultury nemocnice. Model je nejen diagnostickým nástrojem pro hodnocení aktuálního stavu kvality podnikání, ale také závazkem k neustálému zlepšování a zvyšování kvality.

Díky sebehodnocení prováděnému na základě modelu EFQM, tj. komplexní, systematické a pravidelné kontrole aktivit a výsledků dané organizace, je možné zjistit silné stránky instituce i její potenciál pro zlepšení.

Na tomto základě je možné vytvářet a realizovat zlepšovací plány a pokroky v oblasti dosahování kvality lze pravidelně hodnotit.

Model EFQM byl původně vytvořen pro účely zlepšování kvality v průmyslových podnicích, ale jeho přínos byl prokázán i v případě neziskových organizací a institucí veřejné správy a v Evropě byl testován i pro využití v nemocnicích. Při používání modelu EFQM je potřeba počítat se dvěma problémy: a) metodologie modelu EFQM je primárně určena pro průmyslové podniky, a jako taková musí být „přeložena“, aby odpovídala situaci v nemocnicích, a b) zejména pro malé nemocnice může být systém hodnocení příliš komplikovaný.<sup>3</sup>

### ***Integrace konceptu NPZ do modelu EFQM***

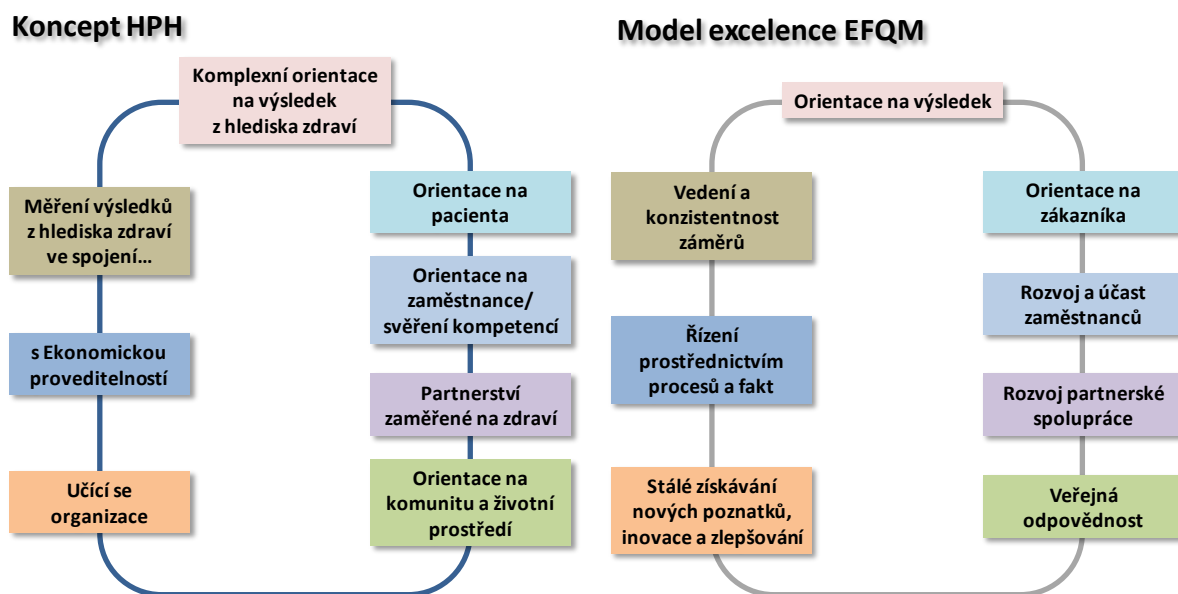
Využívání modelu EFQM v nemocnicích podporujících zdraví je systematicky prosazováno od 7. mezinárodní konference ve Swansea, a to prostřednictvím koncepční práce [9] a výměny zkušeností na seminářích zaměřených na používání modelu EFQM při implementaci konceptu NPZ, které od roku 1999 probíhají na každé mezinárodní konferenci.

Regionální síť nemocnic podporujících zdraví Berlin-Brandenburg se na tomto procesu aktivně podílí a vytvořila i manuál pro zavedení modelu EFQM do nemocnic, Qualitätsmanagement & Gesundheitsförderung im Krankenhaus [6], který byl publikován v roce 2001. Příručku vytvořilo na žádost německé sítě NPZ třináct autorů z nemocnic v Berlíně a Brandenburgu s cílem poskytnout praktické pokyny pro společnou aplikaci konceptu NPZ a modelu EFQM. Důležitým výchozím bodem pro tento projekt byla zjevná kompatibilita základních konceptů podpory zdraví s modelem EFQM.

---

<sup>3</sup> Kromě iniciativ na národní úrovni se touto problematikou několik let zabývá i Evropská skupina EFQM pro sektor zdravotnictví (další informace poskytuje hlavní kontaktní osoba pro otázky spojené s NPZ/EFQM werner.schmidt@immanuel.de).

**Obrázek 3: Kompatibilita konceptu NPZ a EFQM**



### **Sebehodnocení podle modelu EFQM – zkušenosti a výsledky**

Pro účely sebehodnocení v oblasti NPZ/EFQM prováděného podle zmíněné příručky v každé z pěti institucí, které se účastnily pilotního projektu, bylo pro devět kritérií obsažených v modelu EFQM sestaveno 8 týmů, protože kritériem 3 („zaměstnanci“) a 7 („výsledky ve vztahu k zaměstnancům“) se zabýval jeden tým. Na sebehodnocení se podílelo asi 180 zaměstnanců, tj. do pilotního projektu bylo zapojeno více než 10 % všech zaměstnanců zúčastněných institucí.

Všichni vedoucí týmů, tzv. „criteria managers“ a poté i všichni jejich členové prošli školením, na kterém získali základní informace o modelu EFQM a účelu sebehodnocení. Od zahájení projektu vychází čtvrtletně také čtyřstránkový newsletter („Pilot News“), který přináší všem zaměstnancům zúčastněných institucí informace o projektu a aktuálních výsledcích.

Kromě projektových manažerů byl pro účely organizace celého pilotního projektu jmenován také hlavní koordinátor a místní koordinátor pro každou nemocnici, kteří mají na starost podporu procesu sebehodnocení a poskytování souvisejících informací. Schůzky jednotlivých týmů rámci nemocnic jsou organizovány samostatně, zatímco výměna zkušeností mezi jednotlivými institucemi probíhá pod vedením hlavního koordinátora, který zároveň pomáhá místním koordinátorům v jednotlivých nemocnicích.

V současné době máme k dispozici dílčí výsledky jednotlivých týmů. Prezentace celkových výsledků sebehodnocení je naplánována na prosinec 2002, aby od ledna 2003 mohlo probíhat vyhodnocení a určení priorit na základě předložených návrhů pro zlepšení. Příručka Management kvality a podpora zdraví v nemocnicích popisuje zkušenosti jiných institucí s modelem EFQM, které mohou být užitečné při pohledu na dosavadní průběh pilotního projektu.

Procesy a terminologie související s managementem kvality používané v modelu EFQM jsou pro zaměstnance nemocnic pochopitelně obtížně uchopitelné. Zejména terminologie používaná v modelu EFQM je v nemocničním kontextu nezvyklá a pro zaměstnance je obtížné pochopit, že musí být sebehodnocení prováděno s využitím předepsaných procesů a jaký je očekávaný přínos celého procesu pro nemocnici. Zaměstnanci jsou navíc často skeptičtí ohledně aplikace návrhů na zlepšení v praxi a

mají obavy, že celý projekt pro ně bude znamenat nejen víc práce, ale také nepříjemné změny v jejich pracovním prostředí. Tento problém je zvláště významný, protože v případě kombinace implementace konceptu NPZ a EFQM musejí zaměstnanci používat obtížně srozumitelné pojmy a termíny, jako je např. „podpora zdraví“ a „posílení odpovědnosti“. Zmíněná příručka poskytuje potřebné informace v základní podobě, ale pokud bychom se chtěli obejít bez nutnosti důkladného zaškolení všech členů týmů, musely by obsažené informace být vztaženy přímo na nemocniční kontext a jazyk ještě praktičtějším a konkrétnějším způsobem.

Management kvality podle EFQM je obtížný i z toho důvodu, že od členů jednotlivých týmů vyžaduje vysokou schopnost kritického myšlení a analýzy, protože na ně nepřímo přenáší odpovědnost za fungování instituce a její budoucnost. Skutečnost, že sebehodnocení od zaměstnanců vyžaduje kritický pohled na jejich pracoviště (protože jako základ pro budoucí zlepšení může sloužit pouze pravdivá analýza), je v rozporu s běžnou hierarchickou strukturou nemocnic, která od zaměstnanců vyžaduje, aby plnili příkazy „shora“. Tento „problém“ z dlouhodobého hlediska představuje pro každou instituci používající EFQM neočekávaný potenciál pro výchovu informovaných a zapojených zaměstnanců, protože jejich kritických schopností využívá namísto toho, aby je znevažoval.

Další problém souvisí s proměnlivým tempem práce, se kterým se v nemocnicích často setkáváme. Z tohoto důvodu je pro hodnotící týmy obtížné vykonávat soustavně svou práci, pokud jsou jejich členové zaměstnáni jinými úkoly v rámci fungování nemocnice. Totéž platí o účasti na školeních a schůzích společných pro celou nemocnici. Pokud mají být členové týmů uvolněni pro výkon aktivit souvisejících EFQM, je potřeba zajistit za ně odpovídající zastoupení.

Celkově lze říci, že časová a organizační náročnost hodnocení podle EFQM není zanedbatelná. Proto je třeba jmenovat kompetentní projektový management, který je schopen řešit každodenní organizační záležitost související s chodem nemocnice. Proto by do práce na hodnocení podle modelu EFQM měli být zapojeni vedoucí pracovníci nemocnice, aby tak byly omezeny případné problémy související s nemocniční hierarchií. Nároky na zaškolení zaměstnanců jsou sice vysoké, ale vyplatí se, protože díky práci na projektu se významně zvýší jejich kompetence a organizační schopnosti.

Vzhledem k tomu, že interní management kvality musí v nemocnicích probíhat v každém případě, je zvýšené úsilí věnované zavedení modelu EFQM přijatelné, protože umožní odhalit potenciál dané instituce z hlediska programu NPZ a využít ho v rámci zlepšovacího procesu nemocnice, který musí fungovat za každých okolností. Na základě aktuálních zkušeností s pilotním projektem je možné představit koncept NPZ a jeho výhody pro budoucnost instituce velkému počtu lidí.

Navíc je celá organizace konfrontována s požadavky konceptu NPZ a je kriticky zhodnocena její kompatibilita s tímto programem. Sebehodnocení podle modelu EFQM tedy představuje výchozí celkovou analýzu nezbytnou pro implementaci konceptu NPZ do provozní struktury a kultury nemocnice. Za předpokladu, že jsou vybrané návrhy na zlepšení v souladu s principy programu NPZ, je jejich využití významným krokem tomu, aby se dané zařízení stalo nemocnicí podporující zdrav. V této fázi použila zúčastněná centra Immanuel Diakonie Group systém vyvážených ukazatelů výkonnosti.

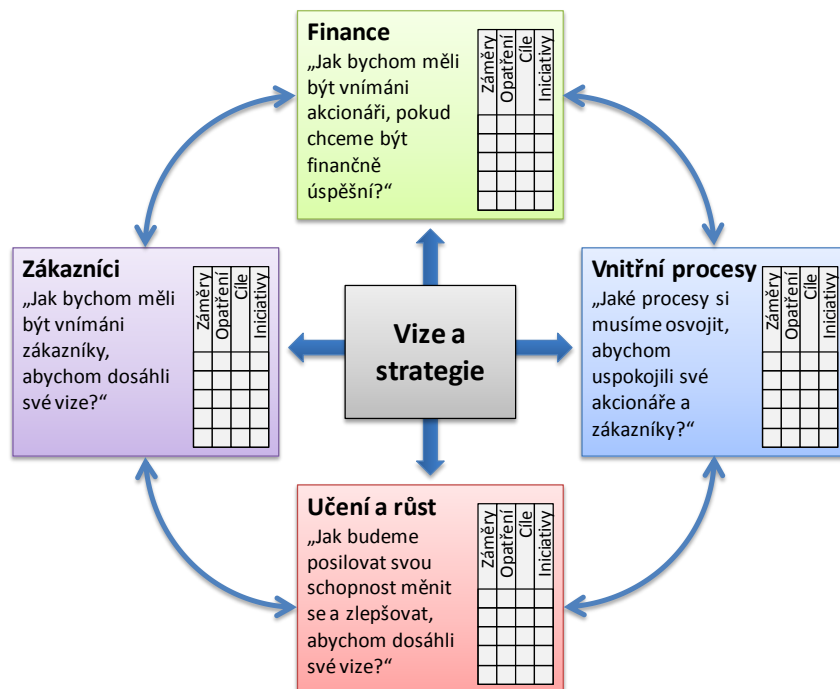
# Implementace strategie NPZ s využitím systému vyvážených ukazatelů výkonnosti

## Základní informace o systému vyvážených ukazatelů výkonnosti

Systém vyvážených ukazatelů výkonnosti je technika managementu, kterou vyvinuli Kaplan a Norton [4], aby vyřešili problémy související s transformací strategie. Jeho cílem je důkladné propojení strategie s provozem daného podniku. Jedná se tedy o optimální nástroj pro formulaci, prezentaci a realizaci strategií [10]. Systém vyvážených ukazatelů výkonnosti se stal světově uznávaným nástrojem managementu pro implementaci strategií. Jeho základem je výběr a formulace strategických cílů, které řídí postup dané organizace v souladu se strategií.

Strategie je v tomto pojetí vyjádřena jako integrovaný systém sestávající ze čtyř základních hledisek: finančního hlediska, hlediska zákazníků, procesů a inovací.

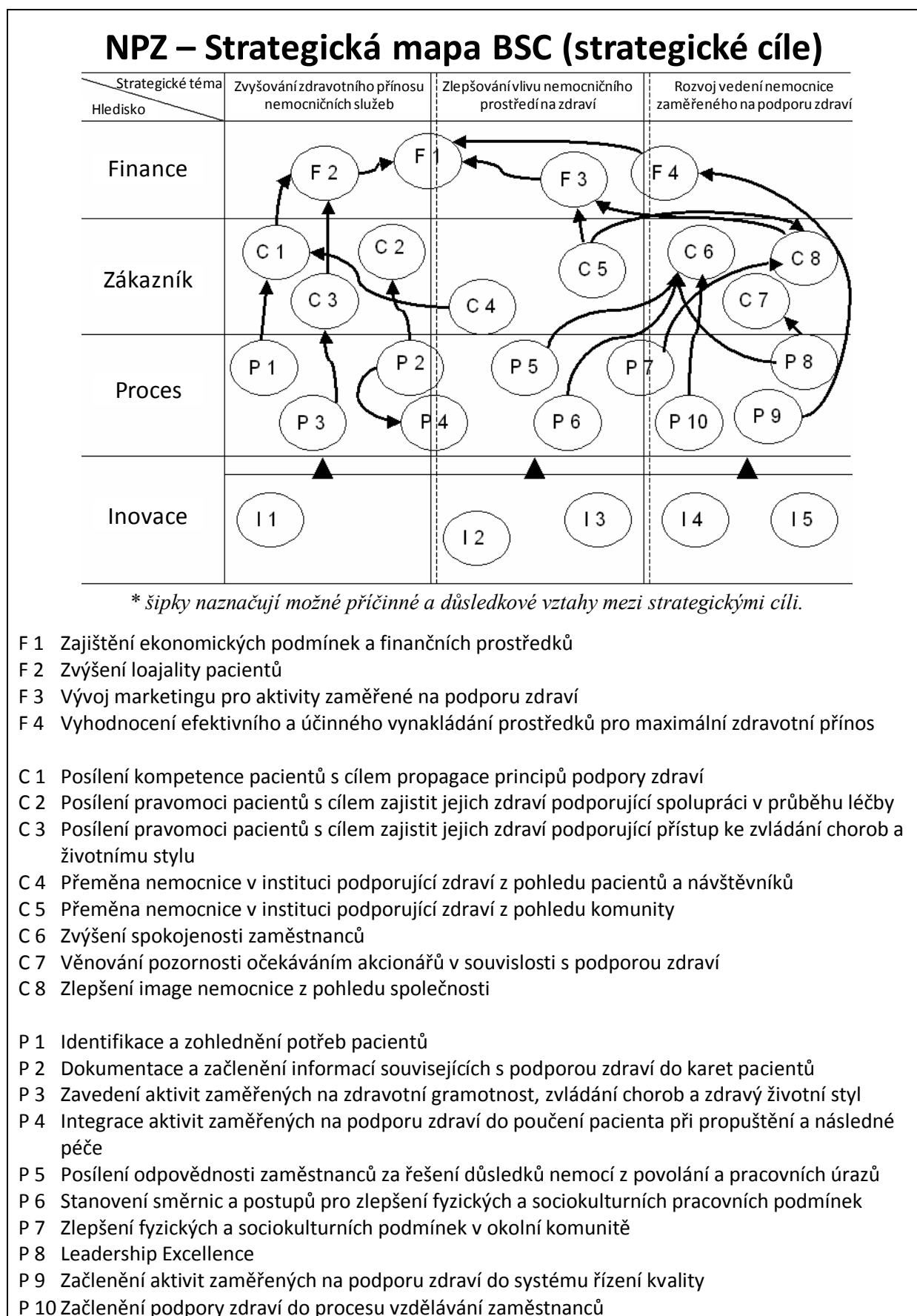
Obrázek 4: Vyvážený systém ukazatelů výkonnosti (Balanced Scorecard)



Horváth [10] rozlišuje v rámci implementace systému vyvážených ukazatelů výkonnosti pět fází. Nejprve je třeba vytvořit organizační rámec pro vytvoření systému, poté vymezit strategická východiska, následně vytvořit samotný systém, uvést ho do praxe a konečně zajistit jeho průběžnou implementaci. Cílem těchto pěti fází je transformovat daný podnik na „organizaci zaměřenou na strategii“, ve které je systém vyvážených ukazatelů pevně zakořeněn v systému řízení.

Mezinárodní síť nemocnic podporujících zdraví by se v ideálním případě rovněž měla stát „organizací zaměřenou na strategii NPZ“ a k tomuto účelu může využít specifické zkušenosti z německých mluvících zemí a USA. Při použití systému vyvážených ukazatelů pro účely implementace konceptu NPZ v nemocnicích je třeba pro každé z maximálního počtu pěti klíčových témat strategie NPZ vymezit tři až čtyři strategické cíle relevantní pro danou nemocnici a poté je přizpůsobit jednomu z pěti výše uvedených hledisek: hledisku zákazníků, financí, procesů či inovací (obrázek 5).

Obrázek 5: Příklad mapy strategie NPZ



- |     |   |
|-----|---|
| I 1 | Stanovení kompetencí zaměřených na podporu zdraví pro zaměstnance („strategické dovednosti“)                                |
| I 2 | Přeměna nemocnice na pracoviště podporující zdraví a poskytující dostatek pravomocí svým zaměstnancům („zdravé pracoviště“) |
| I 3 | Větší motivace zaměstnanců k účasti na podpoře zdraví a zlepšování kvality („proaktivní prostředí“)                         |
| I 4 | Začlenění podpory zdraví do informačních technologií  |
| I 5 | Vybudování strategické spolupráce v oblasti podpory zdraví  |

Příčinné a důsledkové vztahy mezi těmito maximálně 20 cíli jsou znázorněny v tabulce systému vyvážených ukazatelů výkonnosti, která slouží jako grafické vyjádření strategie dané instituce. Pro každý cíl (který může být rovněž formulován jako standard) se stanoví měřítko, cílová hodnota (nebo několik cílových hodnot pro různá období) a strategická iniciativa (opatření, projekt), ve které má být daného cíle dosaženo. Pokud jsou tyto cíle v souladu s konceptem NPZ a strategické iniciativy jsou zaměřeny na jejich realizaci, z nemocnice se s implementací systému vyvážených ukazatelů výkonnosti zaměřeného na principy NPZ stává „organizace zaměřená na strategii NPZ“. V pilotním projektu vytvořila zúčastněná pracoviště v rámci Immanuel Diakonie Group nejprve „rámcový systém vyvážených ukazatelů na základě principů NPZ“, který musí být následně specifikován pro jednotlivé instituce.

Tento rámcový systém by měl inspirovat ostatní nemocnice k tomu, aby strategii NPZ integrovaly do svého vlastního systému vyvážených ukazatelů výkonnosti s přihlédnutím k vlastní misi a strategii, čímž si vytvoří podmínky k tomu, aby se z nich staly „nemocnice zaměřené na strategii NPZ“ v rámci jejich konkrétních kompetencí.

### ***Aktuální stav a první výsledky systému vyvážených ukazatelů***

#### ***1. fáze: Vytvoření organizačního rámce***

Poté, co generální ředitel informoval vedoucí pracovníky o záměru implementovat systém vyvážených ukazatelů v rámci úvodní schůze pilotního projektu, obdrželi všichni zaměstnanci první číslo newsletteru „Pilot News“ se základními informacemi.

Pro samotnou přípravu systému vyvážených ukazatelů výkonnosti byl vytvořen interdisciplinární ústřední tým složený z vedoucích pracovníků pěti zúčastněných institucí a vedoucího projektu BSC pro centra komunitní péče, který je rovněž členem pracovní skupiny pro implementaci BSC v regionální síti NPZ Berlin-Brandenburg. Ústřední tým pro implementaci BSC rozhodl, že nejprve sestaví rámcový systém vyvážených ukazatelů výkonnosti zaměřený na strategii NPZ, který bude následně sloužit jako východisko pro konkrétní systémy vyvážených ukazatelů použité v jednotlivých zúčastněných institucích.

Za účelem co nejpřesnějšího vymezení strategického cíle se ústřední tým pro zavedení BSC rozhodl přizvat k tvorbě strategie co nejdříve také všechny vedoucí lékaře, kteří byli požádáni o vyplnění dotazníků. Generální ředitel se pravidelně účastní setkání týmu odpovědného za BSC, aby byla vždy zajištěna úzká a odpovídající spolupráce mezi týmem vytvářejícím strategii a vedením společnosti.

#### ***2. fáze: Upřesnění strategických východisek***

Samotná tvorba systému vyvážených ukazatelů výkonnosti (3. fáze) začíná stanovením strategických cílů pro klíčová strategická témata. Tyto cíle však nemohou být stanoveny před vymezením mise,



hodnot, vize a strategického směřování dané organizace. Proto ústřední tým odpovědný za zavedení systému vyvážených ukazatelů výkonnosti v rámci pilotního projektu realizoval nejprve následující kroky vedoucí k vymezení strategických východisek:

- rozhovor s generálním ředitelem a jeho vyhodnocení;
- vyhodnocení dostupné dokumentace relevantní z hlediska strategie;
- rozhovor s 20 vedoucími lékaři na téma strategického cíle pro rok 2005;
- definování mise a vize (strategického cíle pro rok 2005) pro IDG a zkušebně také pro jednu z pěti zúčastněných institucí;
- definování hodnot jednotlivých zařízení v rámci IDG;
- rozhodnutí poskytnout všem zaměstnancům vtištěný návrh základních hodnot instituce, aby se s nimi mohli seznámit a vyjádřit se k nim.
- vytvoření „strategické orientace“ a její rozdělení do čtyř klíčových témat (1. zdravotní přínos komplexní orientace na pacienta, 2. optimalizace procesů a managementu kvality, 3. partnerská spolupráce a rozvoj zdravotnických center a 4. vytvoření firemní kultury podporující).

Důležitým výsledkem tohoto procesu vývoje strategie je skutečnost, že současná celková strategie pilotní instituce odráží misi, hodnoty a vizi konceptu NPZ. Jedenáct ze sedmnácti základních hodnot zúčastněných institucí má jasný vztah k aktuálním tématům konceptu NPZ. Na základě těchto hodnot bylo vymezeno deset strategických orientací, z nichž osm je zaměřeno na problematiku NPZ. A konečně s konceptem NPZ souvisejí také všechna čtyři „klíčová strategická témata“, která byla předmětem diskuze v rámci ústředního týmu odpovědného za systém vyvážených ukazatelů výkonnosti.

Za dílčí výsledek pilotního projektu je tedy možné považovat závěr, že systém vyvážených ukazatelů výkonnosti je velmi vhodným nástrojem pro implementaci konceptu NPZ za předpokladu, že vedoucí zaměstnanci instituce, kteří jsou zároveň členy týmu odpovědného za přípravu systému vyvážených ukazatelů, při tvorbě strategie dané instituce uplatňují principy NPZ a jsou jimi ovlivněni.

*Poznámka:* Po odevzdání rukopisu tohoto článku byl systém vyvážených ukazatelů výkonnosti v rámci Immanuel Diakonie Group Since implementován (fáze 3-5). Výsledky a zkušenosti budou v dohledné době publikovány.

## **Závěr**

Zúčastněné instituce na počátku pilotního projektu připravily jak systém vyvážených ukazatelů, tak nástroj totálního řízení kvality (TQM) podle modelu EFQM. Díky kombinaci těchto dvou přístupů by se z pěti zúčastněných institucí měly stát nemocnice podporující zdraví.

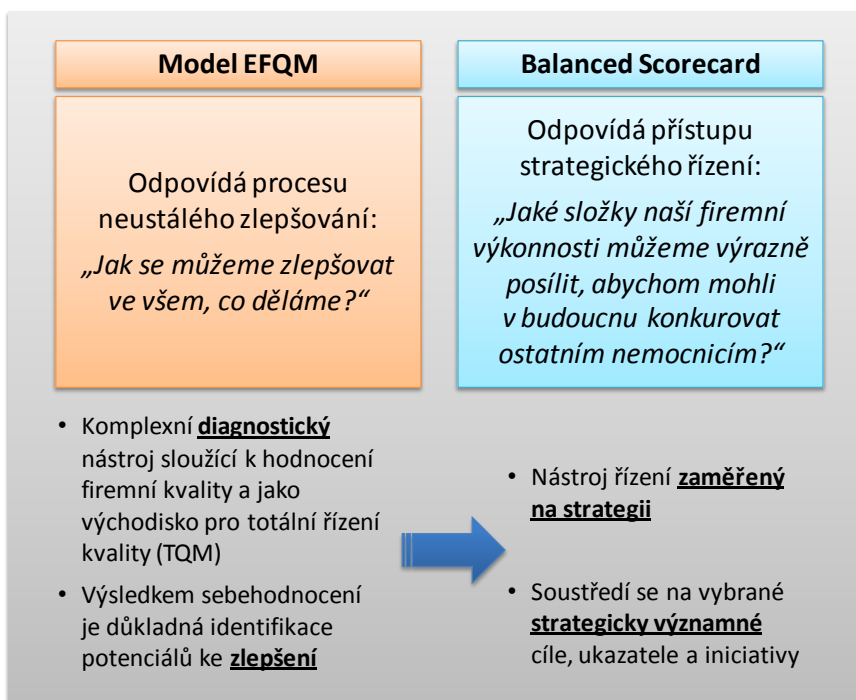
Na základě pravidelného důkladného sebehodnocení a v souladu s příručkou Management kvality v nemocnicích podporujících zdraví je průběžně hodnocena míra, do jaké se koncept NPZ odráží v kvalitě provozu dané instituce, tj. do jaké míry jsou koncept, hodnoty a standardy podpory zdraví implementovány v organizační struktuře a kultuře dané nemocnice. V rámci sebehodnocení je identifikován potenciál pro zlepšení a na jeho základě jsou stanoveny priority. Ty jsou základem pro průběžný proces zlepšování zakotvený ve střednědobém a dlouhodobém plánování opatření, iniciativ a projektů zaměřených na každodenní chod nemocnice. Projekty implementace podpory zdraví založené

na sebehodnocení jsou tak společně s příslušnými cíli začleněny do systému řízení kvality dané nemocnice.

Výsledky sebehodnocení podle modelu EFQM mohou sloužit jako vstupní parametry pro systém vyvážených ukazatelů výkonnosti, pokud jsou na základě hierarchicky seřazených bodů pro potenciální zlepšení. Proto se předpokládá, že konkrétní systémy vyvážených ukazatelů výkonnosti budou sestavovány až po vyhodnocení výsledků sebehodnocení provedeného z hlediska konceptu NPZ prostřednictvím modelu EFQM. V takovém případě bude možné návrhy na zlepšení získané v rámci systému řízení kvality zapracovat do systému vyvážených ukazatelů výkonnosti. Jednotlivé systémy vyvážených ukazatelů výkonnosti budou vypracovány na základě již vytvořeného rámcového systému vyvážených ukazatelů kvality zaměřeného na principy NPZ platného pro celé odvětví.

Dosavadní zkušenosti a výsledky ukazují, že použití kombinace modelu EFQM a BSC je pro implementaci strategie NPZ přínosem. Jedná se dva komplementární modely řízení kvality, které se vzájemně doplňují a přitom mají podobné uplatnění. Systém vyvážených ukazatelů kvality vycházející z principů NPZ ukazuje, směr, kterým by se nemocnice měla vydat. Sebehodnocení na základě modelu EFQM přináší konkrétní obsah ve formě návrhů konkrétních změn pro praxi (obrázek 6).

**Obrázek 6: EFQM a BSC – dva vzájemně se doplňující modely (viz Horvarth)**



Průběžné totální řízení kvality podle modelu EFQM a pravidelné revize systému vyvážených ukazatelů kvality jsou tedy skvělým východiskem pro trvalou implementaci strategie NPZ do provozu nemocnice a zároveň mohou přispět k tomu, aby se nemocnice neustále zlepšovaly a sloužili svým pacientům, zaměstnancům i celé společnosti v souladu se strategií zaměřenou na podporu zdraví.

## Seznam použité literatury

1. Groene O & Jorgensen S. Health Promotion in Hospitals – A strategy to improve quality in health care. *European Journal of Public Health*, 15 (1) 2005, 6-8.
2. *Health Promotion Glossary*. Geneva, World Health Organization, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1). ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf))
3. Greulich A. u.a. *Balanced Scorecard im Krankenhaus. Von der Planung bis zur Umsetzung. Ein Praxishandbuch*. Heidelberg, Economica, 2002.
4. Kaplan R S, Norton DP. *The strategy-focused Organization. How Balanced Scorecard companies thrive in the new business environment*. Boston, Harvard, 2001.
5. Porter M E. Nur Strategie sichert auf Dauer hohe Erträge: Im Brennpunkt. In: *Harvard Business Manager*, Vol. 19, 1997, 3:42-58.
6. Brandt E, Hrsg. *Qualitätsmanagement & Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Handbuch zur EFQM-Einführung*. Luchterhand, Neuwied und Kriftel, 2001.
7. Pelikan J. *Putting HPH Policy into Action*, Präsentation auf dem 8. Workshop der Nationalen und Regionalen HPH-Netzwerk- Koordinatoren, Bratislava, 2002.
8. EFQM: *Das EFQM-Modell für Excellence- Öffentlicher Dienst und soziale Einrichtungen*. Brussels, 1999.
9. Brandt E, Nowak C, Peinhaupt J, Pelikan JM, Schmidt W. *The Challenges and Possibilities of Future Hospitals at the Outset of the 21st Century – Consequences for National Networks of Health Promoting Hospitals*. 2000.
10. Horváth & Partner, Hrsg. *Balanced Scorecard umsetzen*, 2, überarbeitete Auflage. Stuttgart, Schäffer-Poeschel, 2001.

## Seznam autorů

**Elimar Brandt, Mag.theol.** – generální ředitel Immanuel Diakonie Group, Berlín a předseda správní rady německé sítě nemocnic podporujících zdraví.

**Christina Dietscher, Mag rer.soc.oek.** – vědecká pracovnice, Centrum SZO pro podporu zdraví v nemocnicích a zdravotnictví, Institut Ludwiga Boltzmann pro sociologii zdraví a medicíny, Vídeň. Koordinátorka – Rakouská síť nemocnic podporujících zdraví, Rakousko.

**Ralf Dziewas, PhD** – Zástupce pro firemní identitu, Immanuel Diakonie Group, Berlín, Německo.

**Anne-Mette Fugleholm, MD, PhD** – ředitelka pro oddělení výzkumu, kvality, rozvoje a vzdělávání ve zdravotnictví, Frederiksborg, Dánsko.

**Mila Garcia-Barbero, MD, PhD.** – ředitel, Kancelář SZO v Barceloně, Oddělení pro politiku, systémy a služby v jednotlivých zemích, Úřadovna SZO pro Evropu.

**Oliver Groene, MA, MPH, PhD cand.** – technický ředitel, Program pro nemocnice, Oddělení pro politiku, systémy a služby v jednotlivých zemích, Úřadovna SZO pro Evropu.

**Svend Juul Jorgensen, MD** – konzultant, Zdravotnická rada, Kodaň, Dánsko.

**Karl Krajic, PhD** - vědecký pracovník, Spolupracující centrum SZO pro podporu zdraví v nemocnicích a zdravotnických zařízeních, Vídeň. Přednášející na Sociologickém institutu Vídeňské univerzity, Rakousko.

**Lillian Moller, M.Sc. Pharm. MPH** – koordinátorka dánské sítě nemocnic podporujících zdraví, Kodaň, Dánsko

**Peter Nowak, Mag. Phil.** – vedoucí vědecký pracovník a administrativní ředitel, Institut Ludwiga Boltzmann pro sociologii zdraví a medicíny Vídeň. Přednášející na Sociologickém institutu Vídeňské univerzity, Rakousko.

**Jürgen Pelikan, PhD** – profesor sociologie, Vídeňská univerzita. Ředitel Spolupracujícího centra pro podporu zdraví v nemocnicích a zdravotnických službách, Institut Ludwiga Boltzmann pro sociologii zdraví a medicíny, Vídeň, Rakousko.

**Werner Schmidt, PhD. PhDsc.** – profesor, projektový manažer Immanuel Diakonie Group, Berlín, Německo a ředitel regionálního úřadu pro nemocnice podporující zdraví v Berlíně-Brandenburgu.

**Hanne Tonnesen, MD, PhD.** – ředitelka Spolupracujícího centra SZO pro podporu zdraví založenou na důkazech, nemocnice Bispebjerg, Kodaň, Dánsko.

# **Příloha 1: Ottawská charta podpory zdraví – první mezinárodní konference o podpoře zdraví, Ottawa, Kanada, 17-21. listopadu 1986**

## ***Podpora zdraví***

Podpora zdraví je proces, který lidem umožňuje zvyšovat kontrolu nad svým zdravím a zlepšovat svůj zdravotní stav. Má-li jednotlivec nebo skupina dosáhnout stavu úplné tělesné, duševní a sociální pohody, musí mít možnost určovat a uskutečňovat své aspirace, uspokojovat své potřeby a měnit prostředí nebo se s ním vyrovnávat. Zdraví je proto vnímáno jako zdroj každodenního života a nikoli jako životní cíl. Zdraví je pozitivní koncept, který kromě tělesných schopností zdůrazňuje i sociální a osobní možnosti člověka. Podpora zdraví tak není jen odpovědností zdravotnického sektoru, ale dotýká se i otázky zdravého životního stylu a celkové spokojenosti.

## ***Předpoklady zdraví***

Základními podmínkami a zdroji zdraví jsou mír, přístřeší, vzdělání, potrava, finanční příjem, stabilní ekosystém, udržitelné zdroje, sociální spravedlnost a rovnost. Zlepšování zdravotního stavu musí mít pevné základy v těchto základních předpokladech.

## ***Prosazování zdraví***

Dobré zdraví je významným zdrojem pro sociální, hospodářský a osobní rozvoj a důležitým rozměrem kvality života. Politické, ekonomické, sociální, kulturní a biologické faktory i faktory týkající se chování a životního prostředí mohou mít na zdraví příznivý, nebo naopak škodlivý vliv. Cílem opatření v oblasti podpory zdraví je zajišťovat příznivé podmínky prostřednictvím prosazování zájmů zdraví.

## ***Vytváření příležitostí***

Podpora zdraví se zaměřuje na dosažení spravedlnosti ve vztahu ke zdraví. Cílem opatření podporujících zdraví je zmírnit rozdíly ve zdravotním stavu a zajistit rovné příležitosti a přístup ke zdrojům, aby mohli všichni lidé plně realizovat svůj zdravotní potenciál. To vyžaduje pevný základ v nápomocném prostředí, přístup k informacím, životní dovednosti a příležitosti vybírat si zdravé alternativy. Lidé nemohou svůj zdravotní potenciál plně využívat, pokud nemají možnost převzít kontrolu nad faktory ovlivňujícími jejich zdraví. To se musí vztahovat jak na muže, tak na ženy.

## ***Zprostředkování***

Předpoklady a perspektivy pro zdraví nemůže zajišťovat samotný sektor zdravotnictví. Podpora zdraví vyžaduje především koordinovaný přístup všech zúčastněných stran: vlád, zdravotnického sektoru a dalších sociálních a hospodářských resortů, nevládních a dobrovolnických organizací, úřadů místní samosprávy, průmyslu a médií. Podpora zdraví se týká všech lidí jako jednotlivců, členů rodin nebo komunit. Významným úkolem profesních a společenských skupin a zdravotníků je být prostředníkem mezi rozdílnými zájmy ve společnosti ve prospěch úsilí o zdraví.

Strategie a programy podpory zdraví by měly být přizpůsobeny místním potřebám a možnostem jednotlivých zemí a regionů tak, aby zohledňovaly rozdílné společenské, kulturní a hospodářské systémy.

## ***Opatření na podporu zdraví znamená:***

### ***Vybudování zdraví prospěšné veřejné politiky***

Podpora zdraví přesahuje oblast zdravotní péče. Zařazuje totiž zdraví do agendy tvůrců politiky ve všech odvětvích a na všech úrovních a vede je k tomu, aby si uvědomovali důsledky svých rozhodnutí pro zdraví a přijali odpovědnost za zdraví.

Politika podpory zdraví v sobě spojuje rozmanité, avšak vzájemně se doplňující přístupy, zahrnující legislativu, fiskální opatření, zdanění a organizační změny. Koordinovaný přístup vede ke zdravotní, finanční a sociální politice, která podporuje větší spravedlnost. Společný postup přispívá k zajištění bezpečnějšího a zdravějšího zboží a služeb, zdravějších veřejných služeb a čistšího, příjemnějšího prostředí.

Politika podpory zdraví vyžaduje, aby byly pojmenovány překážky bránící přijetí zdravé veřejné politiky v nezdravotnických sektorech a nalezen způsob, jak je odstranit. Cílem je zajistit, aby byla zdravější volba tou snazší volbou i pro tvůrce politiky.

### ***Vytváření příznivého prostředí***

Naše společnosti jsou složité a vzájemně propojené. Zdraví nelze oddělit od ostatních cílů. Nevyhnutelně existující vazby mezi lidmi a prostředím, které je obklopuje, představují základ socioekologického přístupu ke zdraví.

Celkovým vůdčím principem pro svět, národy, regiony i jednotlivá společenství je potřeba podporovat reciproční péči – starat se jeden o druhého, o naše společenství a naše přírodní prostředí. Je také třeba zdůrazňovat globální odpovědnost za uchování přírodních zdrojů po celém světě.

Významný dopad na zdraví má měnící se způsob života, práce a trávení volného času. Práce a volný čas by měly být zdrojem lidského zdraví. Způsob, jakým společnost organizuje práci, by měl napomáhat rozvoji zdravé společnosti. Podpora zdraví vytváří životní a pracovní podmínky, které jsou bezpečné, stimulující, uspokojující a příjemné.

Zásadní význam má systematické hodnocení zdravotních dopadů rychle se měnícího prostředí – zejména v oblasti technologií, práce, výroby energie a urbanizace. Po něm musejí následovat opatření zajišťující pozitivní vliv na zdravotní stav veřejnosti. Každá strategie podpory zdraví musí zahrnovat otázky ochrany přirozených i umělých prostředí a uchování přírodních zdrojů.

### ***Posílení činnosti na úrovni komunity***

Podpora zdraví funguje prostřednictvím konkrétního a efektivního působení na úrovni komunit při určování priorit, přijímání rozhodnutí, plánování strategií a jejich implementaci s cílem dosáhnout zlepšení zdraví. Ústředním aspektem tohoto procesu je potřeba dát lidským společenstvím potřebná práva, možnosti a kontrolu a umožnit jim, aby byla plně odpovědná za svůj osud a úsilí.

Rozvoj komunit čerpá z lidských a materiálních zdrojů, které již v daném společenství existují, s cílem posílit svépomoc a sociální podporu a vyvinout flexibilní systémy pro větší zapojení společnosti a lepší řízení záležitostí souvisejících se zdravím. To vyžaduje plnohodnotný a stálý přístup k informacím, vzdělávací příležitosti v oblasti zdraví a finanční podporu.

### ***Rozvíjení osobních dovedností***

Podpora zdraví znamená i podporu osobního a sociálního rozvoje, protože zahrnuje poskytování informací, vzdělávání za účelem lepšího zdraví a zlepšování životních dovedností. Tímto způsobem

rozšiřuje možnosti lidí uplatňovat větší kontrolu nad vlastním zdravím a prostředím a vybírat si alternativy vedoucí k lepšímu zdraví.

Podstatné je umožnit lidem, aby se mohli učit po celý život, připravovat se na všechna životní stádia a vyrovnávat se s chronickými onemocněními a úrazy. Tomu je třeba napomáhat v kontextu školy, domova, práce a komunity. Opatření je třeba přijímat prostřednictvím vzdělávacích, profesních, komerčních a dobrovolných organizací i uvnitř těchto institucí samotných.

### ***Přeorientování zdravotnických služeb***

Odpovědnost za podporu zdraví v rámci zdravotnických služeb nesou jednotlivci, skupiny na úrovni komunit, profesionální zdravotníci, zdravotnická zařízení a vlády. Ti všichni musejí spolupracovat na vytváření systému zdravotní péče, který přispívá k úspěšnému usilování o zdraví.

Role zdravotnického sektoru se musí posouvat směrem k podpoře zdraví nad rámec jeho odpovědnosti za poskytování klinických a léčebných služeb. Zdravotnické služby se musejí vyrovnat se svým rozšířeným mandátem, který se vyznačuje citlivostí a respektem ke kulturním potřebám. Tento mandát by měl pomoci uspokojovat potřebu jednotlivců a komunit vést zdravější život a zároveň otevřít komunikační kanály mezi zdravotnickým resortem a ostatními složkami širšího sociálního, politického, ekonomického i fyzického prostředí.

Předpokladem změny orientace zdravotnických služeb jsou také změny v profesním vzdělávání a výcviku a větší důraz na zdravotnický výzkum. To musí vést ke změně postojů a organizace zdravotnických služeb s novým zaměřením na veškeré potřeby jednotlivce jakožto celého člověka.

### ***Výhled do budoucna***

Zdraví vytvářejí a prožívají lidé v kontextu a prostředí svého každodenního života – tam, kde se učí, pracují, baví se a milují. Zdraví vzniká ze starosti o sebe a druhé, z možnosti rozhodovat a mít pod kontrolou okolnosti svého života, z možnosti zajistit, aby společnost, v níž člověk žije, vytvářela podmínky pro dosažení zdraví pro všechny své členy.

Základními východisky pro přípravu strategií podpory zdraví jsou starostlivý zájem, celostní přístup a ekologie. Proto by všichni lidé zapojení do tohoto procesu měli za jeden z vůdčích principů považovat rovnoprávnou účast žen a mužů ve všech fázích plánování, realizace a hodnocení aktivit zaměřených na podporu zdraví.

### ***Závazek k podpoře zdraví***

Účastníci této konference se zavazují:

- vstoupit do sféry zdraví prospěšné politiky a prosazovat jasný politický závazek vůči zdraví a spravedlnosti ve všech odvětvích;
- působit proti tlakům vedoucím k prodeji škodlivých výrobků, vyčerpání zdrojů, nezdravým životním podmínkám a prostředím a ke špatné výživě a zaměřit pozornost na takové otázky veřejného zdraví, jako je znečištění, pracovní rizika, bydlení a osídlení;
- reagovat na zdravotní rozdíly v rámci společnosti a mezi různými společnostmi a řešit nespravedlnosti ve zdraví, které jsou produktem pravidel a praktik těchto společností;
- uznat lidi jako hlavní zdroj zdraví, podporovat je a umožnit jim, aby si uchovali zdraví své, svých rodin a přátel pomocí finančních i jiných prostředků a dát lidským společenstvím hlavní slovo v záležitostech zdraví, životních podmínek a blahobytu;

- přeorientovat zdravotnické služby a jejich zdroje směrem k podpoře zdraví a sdílet pravomoci v této oblasti s dalšími resorty, obory a především s lidmi samotnými;
- uznat zdraví a jeho zachování za významnou sociální investici a důležitý úkol a zabývat se celkovou ekologickou problematikou spojenou s naším způsobem života.

Účastníci konference naléhají na všechny, kterých se to týká, aby se připojili k jejich závazku vytvářet silné spojení ve prospěch veřejného zdraví.

### ***Výzva k činnosti na mezinárodní úrovni***

Konference vyzývá Světovou zdravotnickou organizaci a další mezinárodní organizace, aby prosazovaly podporu zdraví na všech vhodných fórech a podporovaly jednotlivé země při přípravě strategií a programů podpory zdraví.

Účastníci konference jsou pevně přesvědčeni, že pokud lidé ze všech oborů a vrstev, nevládní a dobrovolnické organizace, vlády, Světová zdravotnická organizace a všechny ostatní zainteresované instituce spojí síly při přípravě a realizaci strategií pro podporu zdraví v souladu s morálními a sociálními hodnotami, které jsou základem této charty, myšlenka zdraví pro všechny do roku 2000 bude naplněna.



## **Příloha 2: Vídeňská doporučení týkající se nemocnic podporujících zdraví**

### **Úvod**

Nové směry vývoje prosazující se v projektu nemocnice podporující zdraví (Health Promoting Hospital – HPH), změny zdravotní politiky a reformy zdravotní péče v Evropě vedly k nutnosti přezkoumání rámce, v němž je projekt zasazen. Posunem od HPH pilotního projektu (založeného na rámci definovaném Budapešťskou deklarací o nemocnicích podporujících zdraví) k širší síti podepřené hlavně národními a regionálními sítěmi a Lublaňskou chartou o reformování zdravotní péče se vytváří zázemí pro novou fázi projektu HPH. Lublaňská charta byla vydána v červnu roku 1996, se souhlasem ministrů zdravotnictví nebo jejich zástupců jednotlivých členských států Evropského regionu Světové zdravotnické organizace. Charta se zabývá reformami zdravotní péče ve specifickém evropském kontextu a je založena na principu, podle něhož by zdravotní péče měla především sledovat pevnější zdraví a kvalitu života lidí.

Ústřední roli v systému zdravotní péče sehrávají nemocnice. Jako centra moderní medicíny provádějí výzkum a zajišťují vzdělávání, shromažďují poznatky a zkušenosti a mohou ovlivňovat odbornou praxi v ostatních institucích a sociálních skupinách.

Nemocnice jsou institucemi, jimiž projde značný počet lidí – mohou se přiblížit ke značné části populace. V některých zemích přichází každoročně s nemocnicemi do kontaktu až 20 % populace v roli pacientů, přičemž počty jejich návštěvníků jsou ještě vyšší. V některých městech je nemocnice tím největším zaměstnavatelem; 30 000 evropských nemocnic zaměstnává 3 % celkové pracovní síly.

Nemocnice se může stát rizikovým pracovištěm. Zdravotní rizika zahrnují nejenom expozici různým toxickým nebo infekčním chemickým anebo fyzikálním látkám, ale i stres plynoucí ze samotné povahy práce a odpovědnosti s ní spojené.

Nemocnice produkují značné množství odpadu. Mohou přispět k redukci znečišťování životního prostředí, a jako spotřebitelé velkých množství produktů mohou upřednostňovat zdravé produkty a bezpečnost prostředí.

Nemocnice již tradičně poskytují široké spektrum diagnostických a terapeutických služeb, včetně nechirurgických a chirurgických výkonů u akutních nebo chronických chorob. V důsledku toho se zaměřují hlavně na nemoc a léčebnou péči, nikoli na zdraví. Dnes se nemocnice stále větší měrou zabývají osudy pacientů před a po hospitalizaci a více si uvědomují jejich vztahy s ostatními oblastmi zdraví a komunitou jako celkem. I když se nemocnice podporou zdraví a prevencí onemocnění zabývají pouze okrajově, jejich potenciál je právě zde enormní. Uplatněním tohoto potenciálu by mohly optimalizovat využívání zdrojů a směřovat je nejenom na léčebnou péči, ale i do zdraví v jeho širším smyslu.

Rostoucí potřeba a nové možnosti léčby a péče na straně jedné a omezené veřejné rozpočty na straně druhé vedou k situaci, kdy poskytovatelé zdravotní péče a nemocnice zejména musí zvyšovat efektivnost využívání svých zdrojů. V téže době vývoj lékařských a informačních technologií dává zelenou inovačním alternativám v oblasti služeb zdravotní péče. V důsledku toho probíhají zásadní změny v nemocnici jako organizaci, stejně jako dochází k posunům v povinnostech nemocnic v rámci sektoru zdravotní péče. Jasná orientace na posilování zdraví by měla přispět k zavedení služeb, které lépe vyhovují potřebám klientů a spotřebitelů a zároveň i racionálnímu využívání zdrojů.

Vídeňská doporučení berou v úvahu potřeby reforem zdravotní péče i okolnost, že je třeba, aby se nemocnice více věnovaly zdraví. Doporučení jsou rozlišena na Základní principy, Strategie zavádění a Účast na Síti HPH.

### **Základní principy**

V rámci strategie Zdraví pro všechny, Ottawské Charty na podporu zdraví, Lublaňské Charty o reformování zdravotní péče a Budapešťské deklarace o nemocnicích podporujících zdraví by nemocnice podporující zdraví měla:

1. podpořit lidskou důstojnost, spravedlnost, solidaritu a profesní etiku, uznávající rozdíly v potřebách, hodnotách a kultuře různých populačních skupin;
2. zaměřit se na zlepšování kvality, psychickou pohodu pacientů, příbuzných a personálu, ochranu prostředí a uplatnění svého potenciálu stát se organizací zajišťující vzdělávání;
3. soustředit se na zdraví na základě celostního přístupu, a neklást důraz pouze na léčebné služby;
4. zaměřit se na lidi tak, že bude co možná nejlepším způsobem poskytovat zdravotní služby pacientům a jejich příbuzným, usnadňovat proces uzdravování a přispívat ke zvýšení odpovědnosti pacientů;
5. účinně a nákladově efektivně využívat zdroje a alokovat je na základě přispění ke zlepšení zdraví; a
6. vytvářet co možná nejtěsnější vazby s ostatními úrovněmi systému zdravotní péče a s komunitou.

### **Strategie implementace**

Projekt HPH se napříč nemocnicí stává příležitostí k rozpracování výhledů, cílů a struktur orientovaných na zdraví. To obnáší zejména:

#### **1. Podporu účasti a vytváření závazku cestou:**

- povzbuzování participačních, na zdraví orientovaných procedur napříč nemocnicí, včetně aktivního zapojení všech profesních skupin a budování aliancí s odborníky mimo nemocnici;
- podpory aktivní a participační role pacientů v souladu s jejich specifickým potenciálem zdraví, prosazování patientských práv, zlepšování pohody pacientů a vytváření nemocničního prostředí pro pacienty a příbuzné, podporujícího zdraví;
- vytváření zdravých pracovních podmínek pro veškerý personál nemocnice, včetně omezování nemocničních rizik a rovněž psychosociálních rizikových faktorů;
- podpory vedení, aby přijalo závazek usilovat o zdravotní přínos, včetně uplatňování zdravých principů při každodenním rozhodování;

#### **2. Zkvalitňování komunikace, informací a vzdělávání cestou:**

- zlepšování komunikace v rámci nemocnice a zkvalitňování její kultury, aby se tak zvýšila kvalita života nemocničního personálu (způsob komunikace používaný nemocničním personálem by měl podpořit meziprofesní spolupráci a vzájemné akceptování);

- zlepšování komunikace mezi nemocničním personálem a pacienty tak, aby se řídila úctou a humánními hodnotami;
- širšího poskytování a kvality informačních, komunikačních a vzdělávacích programů a osvojování dovedností u pacientů a jejich příbuzných;
- integrace principů nemocnice podporující zdraví do rutinního chodu nemocnice vytvářením společné firemní identity v rámci nemocnice;
- zlepšování komunikace a spolupráce nemocnice se sociálními a zdravotními službami v komunitě, iniciativ podpory zdraví na komunitní bázi a skupin dobrovolníků a organizací, a přispívat tak k optimalizaci vazeb mezi různými poskytovateli a aktéry v sektoru zdravotní péče;
- budování informačních systémů schopných měřit výsledky a sloužících rovněž k administrativním účelům;

### ***3. Používání metod a technik vývoje organizace a řízení projektu:***

- ke změně a reorientaci stávajících rutinních postupů nemocnice, v zájmu přetvoření nemocnice v organizaci, která se učí z nových poznatků;
- ke školení a vzdělávání personálu v oblastech týkajících se podpory zdraví, jako je vzdělávání, komunikace, psychosociální dovednosti a řízení;
- ke školení vedoucích projektů v řízení projektu a v komunikačních dovednostech;

### ***4. Poučení ze zkušeností:***

- měla by být prosazována výměna zkušeností s realizací projektů nemocnic podporujících zdraví, a to na národní a mezinárodní úrovni, aby se participující nemocnice mohly poučit z různých přístupů k řešení problému;
- nemocnice podporující zdraví by se samy měly zavázat k regionální, národní a mezinárodní výměně a komunikaci.

### ***Účast v Síti nemocnic podporujících zdraví SZO***

Nemocnice, které se chtějí stát členy SZO Síť nemocnic podporujících zdraví SZO

1. by měly podporovat základní principy a strategie realizace Vídeňských doporučení;
2. by měly být součástí národní/regionální sítě v těch zemích, kde takové sítě existují (nemocnice v zemích, kde takové sítě nejsou vybudovány, by se měly obrátit přímo na mezinárodní koordinační instituci);
3. by měly vyhovět pravidlům a směrnicím, zavedeným na mezinárodní a národní/regionální úrovni členy mezinárodní sítě, Světovou zdravotnickou organizací a mezinárodní koordinační institucí.

### ***Existují tři druhy členství:***

- členové národní/regionální sítě
- individuální členové ze zemí, kde neexistují žádné národní/regionální sítě
- členové tématických sítí.

## Příloha 3: Standardy podpory zdraví v nemocnicích

### Úvod: Evropská strategie nemocnic podporujících zdraví

Strategie Regionální úřadovny SZO pro Evropu nazvaná „Přizpůsobení služeb novým potřebám“<sup>4</sup> se zaměřuje na analýzu potřeb spolupracující země a podporuje implementaci strategií na základě nejlepších dostupných důkazů, přičemž bere v úvahu situaci v dané zemi a možnosti implementace. V souladu s touto strategií a na žádost nemocnic, které jsou členy sítě nemocnic podporujících zdraví, sestavili odborníci z 25 zemí Standardy pro nemocnice podporující zdraví.

Světová zdravotnická organizace zahájila projekt sítě nemocnic podporujících zdraví s cílem neorientovat zdravotnická zařízení tak, aby se jejich nedílnou součástí její léčebné péče stala podpora zdraví a vzdělávání, prevence chorob a rehabilitační služby. Od vzniku sítě nemocnic podporujících zdraví byla realizována řada aktivit a do sítě se zapojilo více než 700 nemocnic z 25 evropských zemí<sup>5</sup>.

Nemocnice podporující zdraví se zavázaly integrovat podporu zdraví do své každodenní činnosti, tj. musejí se stát nekuřáckými pracovišti a řídit se *Vídeňskými doporučeními*, která obsahují řadu strategických a etických pokynů, jako je maximální zapojení pacientů a všech zdravotnických odborníků, ochrana práv pacientů a podpora zdravého prostředí v rámci nemocnice<sup>6</sup>. Doposud však nebyl k dispozici žádný nástroj nebo sada standardů, které by umožňovaly kvalitu služeb podpory zdraví systematicky hodnotit, monitorovat a zlepšovat.

Další informace o projektu jsou k dispozici na internetových stránkách úřadu SZO pro Evropu (<http://www.euro.who.int/healthpromohosp>).

### Definice podpory zdraví

Podpora zdraví je definována jako „proces umožňující lidem zvyšovat kontrolu nad svým zdravím a zlepšovat ho“ (Ottawská charta o podpoře zdraví<sup>7</sup>) a v tomto dokumentu je pojímána tak, že zahrnuje zdravotní výchovu, prevenci chorob a rehabilitační služby. Zahrnuje též podporu zdraví prostřednictvím rozšiřování možností pacientů, příbuzných a zaměstnanců zlepšit jejich tělesnou, duševní i sociální pohodu.

Nemocnice hrají důležitou úlohu v podpoře zdraví, prevenci chorob a poskytování rehabilitačních služeb. Některé z těchto aktivit jsou již dnes nezbytnou součástí práce nemocnic, i když to nikde není výslovně řečeno. S nárůstem výskytu civilizačních a chronických chorob je však zapotřebí tyto aktivity rozšířit a poskytovat je systematictěji. Zdravotní výchova, strategie umožňující pacientům převzít aktivní úlohu v léčbě chronických chorob nebo stimulační rady mohou přispět ke zlepšení zdravotních výsledků nemocnic.

Mění se veřejná očekávání, rostoucí počet chronicky nemocných pacientů vyžadujících dlouhodobou péči a fyzická i psychická náročnost práce zdravotníků jsou důvodem, proč by nemocnice měly zavést podporu zdraví jako ústřední princip služeb pro pacienty i zaměstnance.

<sup>4</sup> Kodaň, Regionální úřadovna SZO pro Evropu, 2002 (dokument EUR/RC50/10).

<sup>5</sup> Nemocnice podporující zdraví (<http://www.euro.who.int/healthpromohosp>). Kodaň, Regionální úřadovna SZO pro Evropu, 2002 (stránka navštívena 4. března 2004).

<sup>6</sup> Vídeňská doporučení týkající se nemocnic podporujících zdraví, (<http://www.euro.who.int/document/IHB/hphviennarecom.pdf>) (stránka navštívena 4. března 2005).

<sup>7</sup> Ottawská charta podpory zdraví ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)). Ženeva, Světová zdravotnická organizace, 1986 (stránka navštívena 4. března 2004).

Nemocnice ovlivňují zdraví nejen poskytováním kvalitních preventivních, léčebných a rehabilitačních služeb, ale také prostřednictvím svého vlivu na okolní prostředí a místní ekonomiku, který vyplývá z partnerské spolupráce s místní komunitou.

### ***Potřeba standardů podpory zdraví v nemocnicích***

Řízení kvality v nemocnicích většinou probíhá na základě stanovení standardů pro jednotlivé služby. Podpora zdraví je pro zlepšování a udržování kvality život klíčovou záležitostí, avšak revize existujících kvalitativních standardů ve zdravotnictví ukázala, že podpora zdraví v nich je zmiňována pouze sporadicky<sup>8</sup>. Standardy podpory zdraví v nemocnicích jsou přitom k zajištění kvality poskytovaných služeb nezbytné.

Systematické začlenění podpory zdraví jakožto nedílné součásti nemocničních služeb zatím neusnadňují ani používané systémy financování. Pokud mají mít aktivity podporující zdravý dlouhodobý přínos pro pacienty a systémy, měly by být také součástí národní a regionální zdravotní politiky. Standardy usnadní implementaci podpory zdraví i hodnocení a průběžné monitorování kvality.

SZO reagovala na potřebu vytvoření standardů podpory zdraví tím, že na 9. mezinárodní konferenci o nemocnicích podporujících zdraví konanou v květnu 2001 v Kodani vytvořila specializovanou pracovní skupinu. Od té doby na vývoji standardů pracuje několik pracovních skupin a národních sítí.

Výsledkem je pět základních standardů aplikovatelných ve všech nemocnicích, vytvořených v souladu s mezinárodními požadavky programu ALPHA vyvinutého Mezinárodní společností pro kvalitu ve zdravotnictví<sup>9</sup>. Proces vývoje těchto standardů zahrnoval kritickou analýzu literatury, definování a kontrolu standardů, pilotní testování, revizi a konečnou úpravu standardů. Účastnila se ho celá řada vědeckých pracovníků, odborníků na podporu zdraví a manažerů zdravotnických ze zařízení v zemích spadajících pod regionální úřadovnu SZO pro Evropu a ze zdravotnických zařízení, která jsou členy mezinárodní sítě nemocnic podporujících zdraví.

### ***Forma a použití standardů***

Standardy uvedené v tomto dokumentu jsou výsledkem řady seminářů a konzultací. Jejich pilotní testování proběhlo v 36 nemocnicích v devíti evropských zemích a byly vyhodnoceny jako relevantní a použitelné. Na základě výsledků pilotního testování byly upraveny a konkretizovány substandardy a měřitelné prvky a naplánovány další kroky k dalšímu zlepšení a zjednodušení standardů.

Každý standard obsahuje formulaci, vymezení síle a definici substandardů. Standardy se vztahují k péči o pacienty a definují odpovědnosti a aktivity vycházející z podpory zdraví jakožto nedílné součásti všech služeb poskytovaných pacientům. Standardy jsou většinou generické a zaměřují se na pacienty, zaměstnance a organizační řízení. Dále existují i standardy pro konkrétní onemocnění, které se zaměřují na skupiny pacientů s prokázanými specifickými potřebami. Kvalitativní cíle popsané ve standardech se zaměřují na odborné a organizační záležitosti a přístup k pacientům.

---

<sup>8</sup> Pracovní skupina SZO pro vývoj standardů. Vývoj standardů pro prevenci chorob a podporu zdraví. Schůze SZO na téma standardů pro prevenci chorob a podporu zdraví, Bratislava, 14. května 2002.

<sup>9</sup> Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotní péči. Program Alpha a akreditace (<http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha.html>). Victoria, ISQua, 2003 (stránka navštívena 4. března 2004).

- *Standard 1* požaduje, aby nemocnice měla vypracované písemné zásady pro podporu zdraví. Zásady jsou v organizaci implementovány jakou součástí celého jejího systému zlepšování jakosti, který usiluje o zlepšení zdravotních výsledků. Tyto zásady jsou zaměřeny na pacienty, příbuzné a pracovníky organizace.
- *Standard 2* popisuje povinnost nemocnice zajistit, aby byla systematicky posuzována potřeba pacientů týkající se podpory zdraví, prevence onemocnění a rehabilitace.
- *Standard 3* stanoví, že organizace je povinna poskytovat pacientům informace o závažných faktorech týkajících se jejich onemocnění nebo zdravotního stavu a při každé interakci je informovat o opatřeních na podporu zdraví.
- *Standard 4* stanoví, že management nese povinnost za vytváření podmínek pro to, aby nemocnice mohla být zdravým pracovním prostředím.
- *Standard 5* se týká kontinuity a spolupráce a požaduje, aby organizace měla systematický přístup ke spolupráci s jinými úrovněmi služeb zdravotní péče a jinými institucemi.

Na následujících stránkách jsou uvedeny všechny standardy v úplné podobě včetně popisu cílů a substandardů.

### ***Další směřování***

S cílem usnadnit praktické použití standardů při plánování, implementaci a hodnocení podpory zdraví v nemocnicích jsou definovány měřitelné prvky a ukazatele a připravuje se nástroj pro sebehodnocení.

Cílem SZO není externě hodnotit aktivity nemocnic v rámci Evropské sítě nemocnic podporujících zdraví, ale povzbudit členské i ostatní nemocnice k tomu, aby s použitím nástroje pro sebehodnocení zlepšovaly své služby zaměřené na podporu zdraví.

Standardy jsou považovány za veřejný majetek a instituce řízení kvality a akreditační orgány vyzíváme k tomu, aby standardy podpory zdraví zahrnuly do svých stávajících souborů standardů.

## **Zásady řízení**

---

**Standard 1.** Organizace má písemně zpracovány zásady podpory zdraví. Zásady jsou v organizaci implementovány jako součást celého jejího systému zlepšování jakosti, který usiluje o zlepšení zdravotních výsledků. Tyto zásady 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, kdo zodpovídá za proces implementace, hodnocení a pravidelné přezkoumávání politiky.
  - 1.2 Organizace vyčleňuje zdroje na proces implementace, hodnocení a pravidelné přezkoumávání politiky.
  - 1.3 Personál je obeznámen s politikou podpory zdraví a tato politika je zahrnuta v úvodních programech pro nové zaměstnance.
  - 1.4 Organizace zajišťuje dostupnost procedur pro shromažďování a vyhodnocování dat, aby umožnila sledování kvality činností na podporu zdraví.
  - 1.5 Organizace dbá na to, aby pracovníci měli přiměřené kompetence, které jim umožní provádět činnosti na podporu zdraví, a podporuje osvojování dalších potřebných dovedností.
  - 1.6 Organizace zpřístupňuje infrastrukturu, včetně zdrojů, prostor, vybavení atd., potřebnou pro provádění činností zaměřených na podporu zdraví.
- 

## **Posuzování potřeb pacientů**

---

**Standard 2.** 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 procedur pro posuzování potřeby podpory zdraví mezi pacienty.
  - 2.2 Organizace zajišťuje dostupnost procedur pro posuzování konkrétních potřeb podpory zdraví mezi skupinami pacientů s určitou diagnózou.
  - 2.3 Hned při prvním kontaktu s nemocnicí se provádí posouzení potřeb podpory zdraví každého pacienta. Tyto potřeby jsou přezkoumávány a upravovány podle změn v pacientově klinickém stavu nebo na základě jeho žádosti.
  - 2.4 Při posuzování potřeb pacientů se citlivě přihlíží k sociálnímu a kulturnímu původu pacienta.
  - 2.5 Při zjišťování potřeb pacientů jsou využívány informace získané od jiných partnerů z oblasti zdravotnických služeb.
-

## **Informování pacientů a opatření na podporu zdraví**

---

**Standard 3.** Organizace poskytuje pacientům informace o závažných faktorech týkajících se jejich onemocnění nebo zdravotního stavu a při každém kontaktu 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 činnosti na podporu zdraví do všech informací pro pacienty.

Substandardy:

- 3.1 Na základě posouzení potřeb podpory zdraví jsou pacienti informováni o faktorech ovlivňujících jejich zdraví a je s nimi připraven plán vhodných opatření na podporu zdraví.
  - 3.2. Pacienti dostávají jasné, srozumitelné a vhodné informace o svém aktuálním stavu, léčbě, péči a faktorech ovlivňujících jejich zdraví.
  - 3.3. Organizace se stará o to, aby všem pacientům byla systematicky nabízena podpora zdraví založená na posouzení jejich potřeb.
  - 3.4 Organizace se stará o to, aby všem pacientům byly poskytovány informace a aby činnosti na podporu zdraví byly písemně dokládány a vyhodnocovány, včetně toho, zda se dosáhlo očekávaných a plánovaných výsledků.
  - 3.5 Organizace je povinna zajistit, aby všichni pacienti, zaměstnanci a návštěvníci měli přístup k obecným informacím o faktorech ovlivňujících zdraví.
- 

## **Podpora zdravého pracovního prostředí**

---

**Standard 4.** 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 zajistí vytvoření a implementaci komplexní strategie lidských zdrojů, jejíž součástí je rozvoj a vzdělávání zaměstnanců v dovednostech souvisejících s podporou zdraví.
  - 4.2 Organizace se stará o sestavení a provádění politiky zdravého a bezpečného pracovního prostředí, včetně služeb pracovního lékařství pro zaměstnance.
  - 4.3 Organizace dbá to, aby se zaměstnanci podíleli na rozhodování majícím vliv na jejich pracovní prostředí.
  - 4.4 Organizace zajišťuje dostupnost procedur pro pěstování a udržování znalostí zaměstnanců o problematice zdraví.
-



## **Kontinuita a spolupráce**

---

**Standard 5.** Organizace má trvale systematický přístup ke spolupráci s jinými úrovněmi služeb zdravotní péče a jinými institucemi a sektory.

Cíl: Zajistit spolupráci s příslušnými poskytovateli a iniciovat spolupráci, která umožní optimalizovat začlenění činností na podporu zdraví do léčby pacientů.

Substandardy:

- 5.1 Organizace dbá na to, aby služby podpory zdraví byly v souladu s platnými ustanoveními a zdravotními plány.
  - 5.2 Organizace vyhledává existující poskytovatele zdravotní a sociální péče a související organizace a občanské skupiny a spolupracuje s nimi.
  - 5.3 Organizace zajistí dostupnost a realizaci činností a procedur po propuštění pacienta během období po hospitalizaci.
  - 5.4 Organizace dbá na to, aby se dokumentace a informace o pacientech dostaly k náležitým příjemcům / partnerům pověřeným následnou péčí o pacienta a rehabilitací.
-

## Příloha 4: Použité zkratky

SZO	Světová zdravotnická organizace
BSC	Balanced Scorecard, systém vyvážených ukazatelů výkonnosti
CCHSA	Canadian Council on Health Services Accreditation. Kanadská rada pro akreditaci zdravotnických zařízení
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
EFQM	European Foundation for Quality Management <a href="http://www.efqm.org/">http://www.efqm.org/</a> , Evropská nadace pro řízení kvality
PZ	Podpora zdraví
NPZ	Nemocnice podporující zdraví
HQS	Health Quality Service, Služba pro kvalitu ve zdravotnictví
ISO	International Organization for Standardization – Mezinárodní organizace pro normalizaci <a href="http://www.iso.ch/iso/en/ISOOnline.openerpage">http://www.iso.ch/iso/en/ISOOnline.openerpage</a>
ISQua	International Society for Quality in Health Care <a href="http://www.isqua.org.au/">http://www.isqua.org.au/</a>
JCAHO	Joint Commission for Accreditation of Health Organizations, Spojená komise pro akreditaci zdravotnických služeb <a href="http://www.jcaho.org/">http://www.jcaho.org/</a>
JCI	Joint Commission International <a href="http://www.jcrinc.com/international.asp?durki=7656">http://www.jcrinc.com/international.asp?durki=7656</a> , Spojená mezinárodní komise
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen - Spolupráce pro transparentnost a kvalitu ve zdravotnictví
TQM	Total quality management, totální řízení kvality



## 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)

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