



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra biomedicínské techniky

Název diplomové práce:

**Vyhodnocení úrovně dopadu
HPH Recognition projektu v nemocničním
systému řízení kvality**

**Evaluating the level of impact HPH Recognition Project
in the hospital quality management system**

Studijní program: Biomedicínská a klinická technika

Studijní obor: Systémová integrace procesů ve zdravotnictví

Autor diplomové práce: Bc. Veronika Stejskalová

Vedoucí diplomové práce: Ing. Petra Hospodková, MBA

Kladno 2016

Katedra biomedicínské techniky

Akademický rok: 2015/2016

Z a d á n í d i p l o m o v é p r á c e

Student: **Bc. Veronika Stejskalová**
Studijní obor: Systémová integrace procesů ve zdravotnictví
Téma: **Vyhodnocení úrovně dopadu HPH Recognition projektu v nemocničním systému řízení kvality**
Téma anglicky: Evaluating the level of impact HPH Recognition Project in the hospital quality management system

Zásady pro vypracování:

Cílem diplomové práce je navrhnout metodický návod pro implementaci mezinárodních standardů podpory zdraví do zdravotnického zařízení s využitím dat na vzorku HPH nemocnic zapojených do WHO/HPH Recognition projektu. Dílčím cílem práce je potvrdit pozitivní vliv implementace těchto standardů na kvalitu poskytované péče. Výstupy práce budou využity jako podklad MZ ČR a Kanceláře WHO v ČR pro plnění Národní strategie, metodika dále podpoří záměr rozšířit českou síť HPH zdravotnických zařízení pro udržení kontinuity programu v ČR.

Seznam odborné literatury:

- [1] Zlámal, J., Belková, J., Ekonomika zdravotnictví, Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů, 2005, ISBN 807-01-3429-1
- [2] Brent, R.J., Cost-benefit Analysis and Health Care Evaluations, Edward Elgar Publishing, USA, 2003, ISBN 1-84064-844-9
- [3] Kavalier, F. - Spiegel, D., Risk management in health care institutions, ed. London, Subdary: Jones and Barlett Publisher, 2003, ISBN 0-7637-2314-2

Vedoucí: Ing. Petra Hospodková, MBA

Zadání platné do: 20.08.2017

.....
vedoucí katedry / pracoviště

.....
děkan

V Kladně dne 29.01.2016

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Vyhodnocení úrovně dopadu HPH Recognition projektu v nemocničním systému řízení kvality“ vypracovala samostatně. Veškerou použitou literaturu a podkladové materiály uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Kladně 20. května 2016

.....
Bc. Veronika Stejskalová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své práce Ing. Petře Hospodkové, MBA, za metodické vedení diplomové práce a cenné rady pro její dokončení. Dále mé poděkování patří Mgr. Jiřině Cahlíkové z Fakultní nemocnice Olomouc a Mgr. Zbyňku Stanečkovi z Nemocnice Valašské Meziříčí, a.s., za poskytnutý souhlas se zpracováním interních dat zastupujících nemocnic, Mgr. Mileně Kalvachové z Ministerstva zdravotnictví ČR a MUDr. Aleně Šteflové, Ph.D., MPH, z Kanceláře WHO v ČR za udělení záštity nad zpracováním předkládané diplomové práce. Závěrem bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům, kteří mi byli oporou a inspirací. Speciální poděkování patří mé kolegyni Ing. Lence Zemanové, která se mnou měla nekonečnou trpělivost a byla mi vždy morální a psychickou oporou.

Název diplomové práce:

Vyhodnocení úrovně dopadu HPH Recognition projektu v nemocničním systému řízení kvality

Abstrakt:

Podpora zdraví a s ní související prevence je považována za nejefektivnější nástroj ke snížení výskytu civilizačních onemocnění, jejichž vznik je podmíněn rizikovým chováním obyvatel. Diplomová práce shrnuje dopady negativního působení rizikových faktorů, jako je kouření, konzumace alkoholu, špatná výživa a nedostatečná fyzická aktivita, a to nejen z hlediska epidemiologického, ale také ekonomického. Vysvětluje principy podpory zdraví, její celospolečenský význam a odůvodnění vhodnosti jejího zasazení do zdravotnického zařízení společně s představením mezinárodního programu Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH) a příslušných standardů podpory zdraví.

Cílem práce je vytvoření návrhu metodického návodu pro Ministerstvo zdravotnictví ČR k implementaci mezinárodních standardů podpory zdraví do zdravotnických zařízení v České republice včetně poskytnutí důkazů, že implementací podpory zdraví do zdravotnického zařízení dochází ke zkvalitnění poskytované zdravotní péče a zvýšení bezpečí pacienta při čerpání této péče.

V praktické části byla k řešení práce použita analýza dokumentace pilotního výzkumného HPH Recognition project provedeného ve Fakultní nemocnici Olomouc a Nemocnici Valašské Meziříčí, a.s. s cílem identifikovat oblasti, jež nevyhovují požadavkům mezinárodních standardů podpory zdraví. Na jejím základě pak bylo možné vytvořit doporučení pro zdravotnická zařízení České republiky ke zvýšení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče z hlediska podpory zdraví.

Výsledkem práce je návrh metodického doporučení, jež bude předloženo Ministerstvu zdravotnictví ke schválení a následnému vydání ve věstníku za účelem plnění národní strategie Zdraví 2020.

Klíčová slova:

Podpora zdraví, Nemocnice podporující zdraví a zdravotní služby, Ministerstvo zdravotnictví ČR, mezinárodní standardy podpory zdraví v nemocnici, HPH Recognition project, metodický návod

Master's Thesis title:

Evaluating the level of impact HPH Recognition Project in the hospital quality management system

Abstract:

Health promotion and the related health prevention are considered as the most effective instruments for the reduction of the occurrence of lifestyle diseases, whose inception correlates with hazardous behavior of inhabitants. The diploma thesis summarizes the impact of the negative influence of hazard factors like smoking, alcohol consumption, wrong nutrition and insufficient physical activity and not only in terms of epidemiology but also in terms of economy. It explains the principles of the health promotion, its global importance and its appropriateness for placing into medical facility, together with the introduction of the international "Health Promoting Hospitals & Health Services" (HPH) program and respective health promotion standards.

The goal of the thesis is to create the methodical instruction proposal for the Ministry of Health of the Czech Republic regarding implementation of the international health promotion standards into health facilities in the Czech Republic, including proving that by the health promotion implementation into health facilities, the provided quality of health care improves and higher safety for the patient, will be reached.

In the practical part, the analysis of the pilot project documentation (HPH Recognition project), which was performed in the Teaching hospital of Olomouc and in the Hospital of Valašské Meziříčí in order to identify the areas which do not comply with the international health promotion standard requirements, was used. On that basis, the recommendations for the health facilities in the Czech Republic are created in order to improve the quality and the safety of the health care in terms of health promotion.

The result of the thesis is the proposal of the methodical recommendation, which will be presented to the Ministry of Health for an approval and subsequent publication in the bulletin with the purpose of fulfilling the national strategy "Health 2020".

Key words:

Health promoting, Health Promoting Hospitals & Health Services, Ministry of Health of the Czech republic, international standards for health promotion in hospitals, HPH Recognition project, methodical guideline

Obsah

| | |
|--|----|
| Seznam symbolů a zkratk | 1 |
| Úvod | 2 |
| 1 Současný stav problematiky | 13 |
| 1.1 Důsledky působení rizikových faktorů | 17 |
| 1.2 Význam podpory zdraví ve zdravotnickém zařízení | 22 |
| 1.3 Ekonomický dopad podpory zdraví | 25 |
| 1.3.1 Dopady na úrovni státu | 25 |
| 1.3.1.1 Vyšší čerpání nemocenského pojištění absentujícím zaměstnancem | 25 |
| 1.3.1.2 Nižší odvody daní do státního rozpočtu | 27 |
| 1.3.1.3 Nižší odvody do systému pojištění | 28 |
| 1.3.1.4 Nižší ekonomická aktivita nemocných | 28 |
| 1.3.2 Dopady pro zaměstnavatele | 28 |
| 1.4 Mezinárodní podpora zdraví ve zdravotnictví | 32 |
| 1.4.1 Spojené státy americké | 32 |
| 1.4.2 Velká Británie | 32 |
| 1.4.3 Kanada | 32 |
| 1.4.4 Francie | 33 |
| 1.4.5 Státy Evropské unie | 33 |
| 1.4.6 Souhrn mezinárodního přehledu | 34 |
| 1.5 Mezinárodní program HPH | 35 |
| 1.5.1 Členství v HPH síti | 36 |
| 1.5.2 Standardy podpory zdraví | 36 |
| 1.5.3 Program HPH v ČR | 37 |
| 1.6 HPH Recognition project | 39 |
| 1.6.1 Provedení projektu v České republice | 40 |
| 1.6.2 Průběh projektu | 41 |
| 1.6.3 Dokumentace HPH Recognition projektu | 42 |
| 1.6.3.1 Audit zdravotnické dokumentace | 42 |
| 1.6.3.2 Průzkum mezi pacienty | 43 |
| 1.6.3.3 Průzkum mezi zaměstnanci | 43 |
| 1.6.3.4 Zhodnocení údajů o organizaci | 43 |
| 1.6.3.5 Plán kvality | 44 |
| 1.6.4 Externí audit | 44 |
| 1.6.5 Podpora národního koordinační instituce | 45 |
| 1.7 Závěr z realizace HPH Recognition project v ČR | 46 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 1.8 | Cíle práce | 47 |
| 2 | Metody | 48 |
| 2.1 | Technické zpracování dat..... | 48 |
| 2.2 | Sledování četností sledovaných znaků..... | 49 |
| 2.3 | Komparace základního a kontrolního sběru dat..... | 50 |
| 2.4 | Zdroje dat | 50 |
| 3 | Praktická část | 51 |
| 3.1 | Vyhodnocení Fakultní nemocnice Olomouc..... | 51 |
| 3.1.1 | Vyhodnocení auditu zdravotnické dokumentace | 51 |
| 3.1.1.1 | Standard 2: Posuzování pacientů..... | 52 |
| 3.1.1.2 | Standard 3: Informace pro pacienty a intervence | 59 |
| 3.1.1.3 | Standard 5: Kontinuita a spolupráce..... | 71 |
| 3.1.1.4 | Souhrnné zhodnocení výsledků auditu zdravotnické dokumentace | 73 |
| 3.1.2 | Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi pacienty | 74 |
| 3.1.2.1 | Souhrnné zhodnocení výsledků dotazníkového šetření mezi pacienty .. | 95 |
| 3.1.3 | Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi zaměstnanci | 97 |
| 3.1.3.1 | Souhrnné vyhodnocení výsledků šetření mezi zaměstnanci | 119 |
| 3.1.4 | Vyhodnocení organizace z hlediska managementu | 121 |
| 3.1.4.1 | Standard 1: Zásady managementu..... | 121 |
| 3.1.4.2 | Standard 2: Posuzování pacientů..... | 124 |
| 3.1.4.3 | Standard 3: Informace pro pacienty a intervence | 126 |
| 3.1.4.4 | Standard 4: Podpora zdravého pracovního prostředí..... | 127 |
| 3.1.4.5 | Standard 5: Kontinuita a spolupráce..... | 129 |
| 3.1.4.6 | Souhrnné hodnocení souladu se standardy..... | 131 |
| 3.2 | Ekonomická analýza implementace HPH RP | 132 |
| 3.2.1 | Náklady na HPH RP v první fázi realizace..... | 133 |
| 3.2.2 | Náklady na HPH RP ve druhé fázi realizace | 134 |
| 3.2.3 | Implementace programu podpory zdraví | 135 |
| 3.3 | Návrh metodického návodu pro MZ ČR..... | 138 |
| 4 | Diskuse..... | 145 |
| 5 | Závěr | 150 |
| | Seznam použité literatury | 151 |
| | Seznam obrázků..... | 158 |
| | Seznam tabulek | 159 |
| | Seznam grafů | 160 |
| | Seznam příloh | 163 |

Seznam symbolů a zkratek

| | | |
|------|---|--|
| HPH | = | Health Promoting Hospitals & Health services |
| RP | = | Recognition project |
| WHO | = | World Health Organization |
| OECD | = | Organisation for Economic Co-operation and Development |
| MZ | = | Ministerstvo zdravotnictví ČR |
| AP | = | Akční plán |
| PS | = | Poslanecká sněmovna |
| ÚVN | = | Ústřední vojenská nemocnice, Vojenská fakultní nemocnice Praha |
| VFN | = | Všeobecná fakultní nemocnice v Praze |
| FN | = | Fakultní nemocnice |
| BMI | = | Body mass index |
| DLPS | = | Doporučený lékařský postup |
| SAK | = | Spojená akreditační komise o.p.s. |
| ROI | = | Return of Investment |
| DDHM | = | Drobný dlouhodobý hmotný majetek |
| VM | = | Valašské Meziříčí |

Úvod

Předkládaná diplomová práce je zaměřena na podporu zdraví a s tím související prevenci nemocí způsobených rizikovými faktory pro lidské zdraví, jako jsou *kouření* či jiné užívání tabáku, *konzumace alkoholu*, *nedostatek fyzické aktivity*, *nezdravé stravování a výživa*, což v současné době představuje jednu z nejdůležitějších, avšak nejopomíjenějších oblastí českého zdravotnictví. Téma je zpracováno převážně z hlediska snahy českého státu o začlenění a rozvoj aktivit na podporu zdraví v systému českého zdravotnictví na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb.

Tyto snahy jsou prostřednictvím věcně příslušného Ministerstva zdravotnictví ukotveny v národní strategii *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*, jejímž hlavním koncepčním cílem je *zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet*. Realizačním cílem strategie je pak posílit pozici (a úroveň) podpory zdraví v systému českého zdravotnictví, a to převážně působením na zmíněné rizikové faktory, které dominantně ovlivňují zdravotní stav člověka, přičemž jsou z jeho vůle plně redukovatelné. Jejich působení je společností často podceňováno či znevažováno, avšak je nutné si uvědomit jejich dopady na (nejen) zdravotní stav obyvatelstva [1].

V návaznosti na výše uvedené je hlavním cílem předkládané diplomové práce vytvořit pro Ministerstvo zdravotnictví návrh metodického návodu pro implementaci mezinárodních standardů podpory zdraví do zdravotnického zařízení v ČR (dále jen „metodika“), jež bude využit k plnění strategie *Zdraví 2020* a dále pak potvrdit pozitivní vliv implementace těchto standardů na kvalitu poskytované zdravotní péče. K plnění těchto cílů budou využity zkušenosti zdravotnických zařízení, jež se za Českou republiku účastnila v období let 2012-2014 rozsáhlého mezinárodního projektu zaměřeného na integraci podpory zdraví do zdravotnického zařízení a osvojení si jejích principů (tzv. WHO/HPH Recognition project).

Začleněním podpory zdraví a jejích standardů do systému českého zdravotnictví bude kromě národní strategie *Zdraví 2020* Česká republika současně plnit i mezinárodní doporučení, jež vyplývají ze studie Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále jen „OECD“), provedené v ČR v roce 2013. Tato studie byla zaměřena na kvalitu poskytované zdravotní péče, a to z hlediska několika klíčových oblastí, přičemž nabízela pohled na situaci státu z širšího hlediska bez lokálního zaslepení. Jejím výstupem bylo v roce 2014 vydání publikace obsahující souhrnné hodnocení ČR a závěrečná doporučení [2].

V mnohých oblastech byla ČR pochválena, a to především v oblasti snížení prevalence infarktu myokardu. Oproti tomu byla České republice udělena četná doporučení na zlepšení slabých stránek systému. Vzhledem k tematice předkládané práce jsou relevantní následující zjištění:

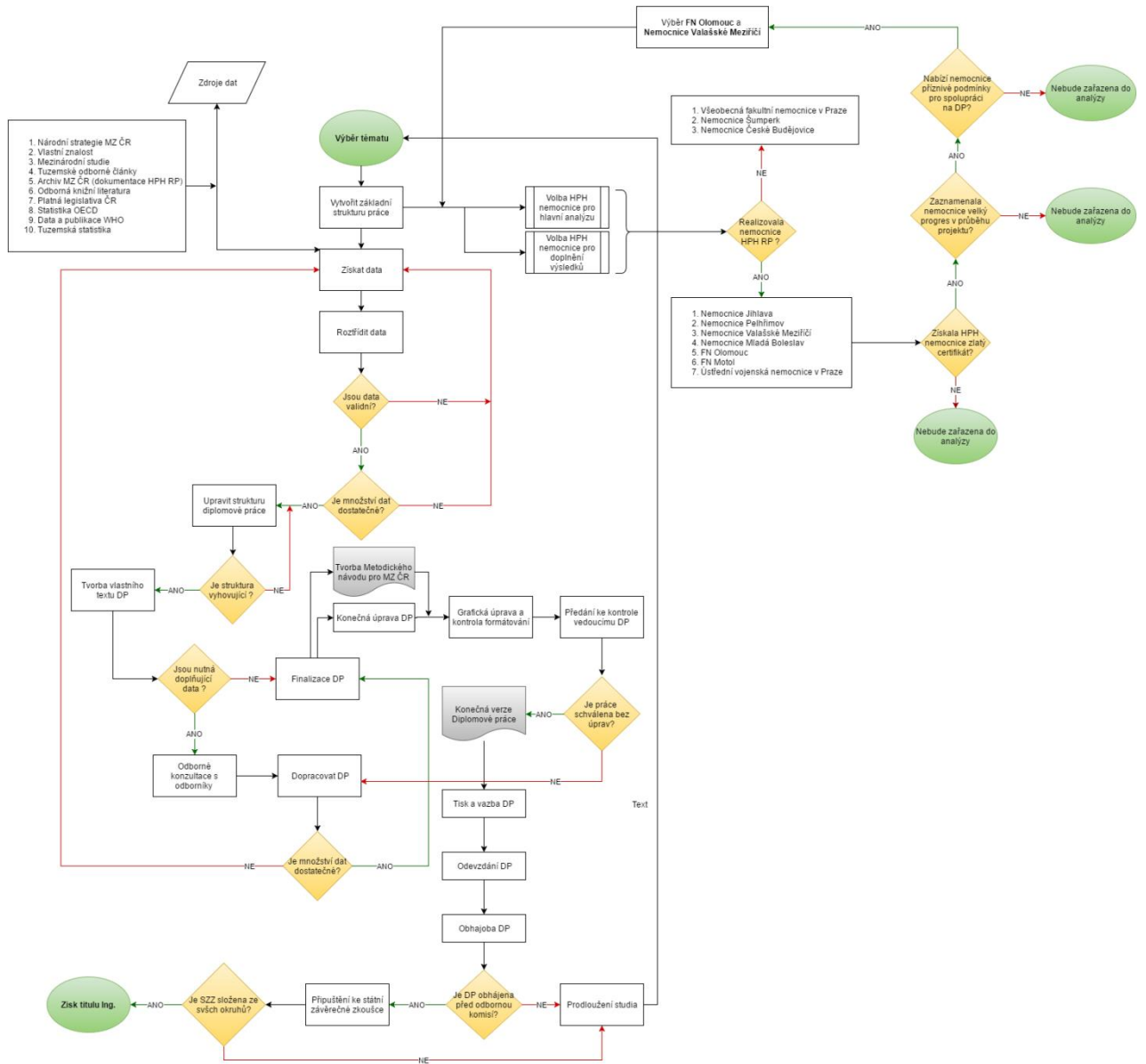
1. Na území ČR je nedostatečně rozvinutá osvěta pacientů.
2. Role pacienta by měla být posilována tak, aby se stala prioritou při zajišťování a zvyšování kvality poskytovaných zdravotních služeb.

3. Je třeba posílit snahy s oblasti preventivní zdravotní péče. Tato oblast představuje dle studie dvojí příležitost, a to nejen k významnému zlepšování zdraví, ale též k dlouhodobému omezení nákladů ve zdravotnictví.
4. V návaznosti na bod č. 3 by ČR měla investovat do nových preventivních iniciativ, které jsou v souladu s mezinárodními důkazy prokazatelně nákladově efektivní, např. cílené poradenství dle individuálních potřeb.
5. Posílit následné a kontinuální vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu se zaměřením na zdravotní sestry tak, aby byla zajištěna péče na vyšší úrovni.
6. ČR značně nedoceňuje možnosti pro neustálé zlepšování kvality poskytovaných zdravotních služeb. Studie zde konstatuje, že v oblasti řízení kvality zdravotní péče je ČR zaměřena výhradně na systém jednorázové akreditace dle minimálních standardů, avšak zcela nedoceňuje možnosti a příležitosti pro kontinuální zvyšování kvality poskytované zdravotní péče.
7. Mělo by být vyvinuto větší úsilí o participaci na mezinárodních programech pro zvyšování a porovnávání kvality zdravotní péče.
8. Je zanedbáván aktivní přístup ke chronickým onemocněním a jejich léčbě.
9. ČR by měla ve svém systému zdravotnictví více dbát na primární a sekundární prevenci [2].

Přesto, že projekt WHO/HPH Recognition project, který bude v rámci praktické části práce analyzován, nemá na studii OECD žádnou vazbu, zcela respektuje a plní prakticky veškerá její doporučení pro resort zdravotnictví. Proto představuje ideální implementační nástroj těchto doporučení.

Diplomové práci byla udělena oficiální záštita Ministerstva zdravotnictví ČR a Kanceláře WHO v České republice (příloha č. 1 a 2 diplomové práce).

Obrázek 1: Vývojový diagram diplomové práce (vlastní)



1 Současný stav problematiky

Pojem „podpora zdraví“ byl prvotně definován v Ottawské chartě z roku 1986 jako proces umožňující lidem zlepšovat své zdraví a zvyšovat nad ním kontrolu [3]. Světová zdravotnická organizace ve svém glosáři následně doplnila, že lidé by měli mít možnost zvyšovat kontrolu *nad determinantami zdraví* a tím zlepšit své zdraví. Význam tohoto pojmu byl zohledněn pro celou populaci, bez specifikace dílčích populačních skupin [4].

K takto definovanému základu byla následně přidána doplňující specifikace „klinická“ podpora zdraví, přičemž tato úprava zúžila zacílení pojmu na odborné činnosti bezprostředně se týkajících pacientů. Příkladem těchto činností jsou např. klinické intervence, klinická psychologie aj. [4].

„Terminology Council under the National Board of Health in Denmark“ (volně přeloženo jako Terminologická rada pod Národním zdravotním výborem v Dánsku) dále, již však oficiálně, definovala komplexní pojem „Clinical Health Promotion“ (klinická podpora zdraví), a to jako činnost nebo proces zahrnující prvky podpory zdraví, prevenci nemocí a rehabilitaci, jež je vykonáván v sektoru zdravotní péče, a který zahrnuje pacienty jako aktivní či aktivované klíčové osoby. Cílem této aktivity bylo integrovat podporu zdraví do pacientova života tak, aby byl omezen rozvoj nemocí, komplikací a recidiv, jakož i dosažení nejvyšší možné úrovně kontroly nad svým zdravím a kvalitou života [4].

Klinická podpora zdraví (v textu též jen „podpora zdraví“) a činnosti konané pro rozvoj této strategie jsou v rámci předkládané práce diskutovány jako velmi podstatný nástroj ke zvyšování úrovně kvality poskytovaných zdravotních služeb. Tato premisa byla v České republice dokázána prostřednictvím výzkumného projektu Světové zdravotnické organizace a Mezinárodní sítě nemocnic podporujících zdraví a zdravotní služby – HPH Recognition projektu, jež je dílčím předmětem praktické části této práce.

Výše uvedený projekt byl v ČR realizován v období let 2011 – 2014 v sedmi nemocničních zařízeních různého typu (Nemocnice Pelhřimov, Nemocnice Jihlava, Nemocnice Valašské Meziříčí, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, ÚVN, Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice v Motole) s cílem vyhodnotit, na jaké úrovni jsou v těchto nemocničních zařízeních plněny mezinárodně uznávané standardy podpory zdraví pro nemocniční zařízení a přidružené nástroje (v následujícím textu bude tento komplex dále označován pojmem „standardy podpory zdraví“). V závěru projektu získala každá nemocnice mezinárodní HPH certifikát deklarující úroveň této shody.

S cílem integrace principů podpory zdraví a aktivit na zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva do národních a mezinárodních strategií byl v září 2012 Regionálním výborem Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, dále též „WHO“) pro Evropu schválen strategický dokument Zdraví 2020. Ten shrnuje doporučené přístupy ke zlepšování zdraví včetně zavedení lepšího vedení a řízení v oblasti poskytování zdravotních služeb [1].

V rámci České republiky byl tento dokument převzat a zpracován do národně platné strategie na ochranu zdraví a prevenci nemocí (tj. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, dále jen „Zdraví 2020“). Hlavním záměrem této

strategie je zavedení dlouhodobě udržitelných a účinných mechanismů, jež povedou ke zlepšení zdravotního stavu populace ČR.

Ve svém usnesení č. 23 ze dne 8. 1. 2014 pověřila vláda ČR ministra zdravotnictví, MUDr. Svatopluka Němečka, MBA, k rozpracování této strategie do implementačních dokumentů, přičemž byla tato strategie následně oficiálně podpořena Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR v usnesení č. 175 z března 2014 [1].

Ve smyslu zmiňovaného usnesení vlády byla národní strategie Zdraví 2020 pověřeným Ministerstvem zdravotnictví rozpracována do jednotlivých implementačních dokumentů – akčních plánů, a to dle následujících prioritních témat strategie [1]:

1. Dostatečná pohybová aktivita,
2. Správná výživa a stravovací návyky populace, bezpečnost potravin,
3. Zvládání stresu a duševní zdraví,
4. Omezování zdravotně rizikového chování,
5. Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí,
6. Zvládání infekčních onemocnění, zejména nových a znovu se objevujících infekcí, infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče, opatření proti antimikrobiální rezistenci a vakcinační programy,
7. Screeningové programy, jejich sledování a vyhodnocování jejich efektivity, identifikace nových možností,
8. Zlepšení dostupnosti a kvality zdravotní péče včetně následné a dlouhodobé,
- 9. Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb,**
10. Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků,
11. Elektronizace zdravotnictví [1].

Vyplývající implementační dokumenty – akční plány Ministerstva zdravotnictví jsou:

1. Akční plán č. 1: Podpora pohybové aktivity,
2. Akční plán č. 2a: Správná výživa a stravovací návyky,
3. Akční plán č. 2b: Prevence obezity,
4. Akční plán č. 2c: Bezpečnost potravin,
5. Akční plán č. 3: Duševní zdraví,
6. Akční plán č. 4a: Primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v České republice,
7. Akční plán č. 4b: Oblast kontroly tabáku v České republice na období 2015 až 2018,
8. Akční plán č. 4c: Omezení škod působených alkoholem,
9. Akční plán č. 5: Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí,
10. Akční plán č. 6a: Provakcinace,
11. Akční plán č. 6b: Zvládání infekčních onemocnění, zejména nově a znovu se objevujících infekcí, infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče, opatření proti antimikrobiální rezistenci,
12. Akční plán č. 7: Rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR,
13. Akční plán č. 8a: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče,
14. Akční plán č. 8b: Zvýšení dostupnosti návazné péče,

15. **Akční plán č. 9: Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb,**
16. Akční plán č. 10a: Vzdělávání lékařů,
17. Akční plán č. 10b: Vzdělávání nelékařských pracovníků,
18. Akční plán č. 11: Elektronizace zdravotnictví,
19. Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti,
20. Akční plán č. 13: Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel [5].

Z výše uvedených se předkládané diplomové práce věcně týká oblast a Akční plán č. 9: Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (dále též jen „AP kvality a bezpečí“). Jeho znění bylo v březnu 2015 schváleno ministrem zdravotnictví, následně vzato na vědomí Vládou ČR v usnesení č. 671, ze dne 20. srpna 2015. Všem akčním plánům byla vyslovena následná podpora Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR na jednání ze dne 2. září 2015 (usnesení PS č. 99) [5].

AP kvality a bezpečí definuje následující klíčové oblasti, které byly dále rozpracovány do jednotlivých dílčích cílů:

1. *Zlepšení edukace zdravotníků v oblasti řízení kvality a bezpečí.*
2. *Zvýšení zainteresovanosti veřejnosti a pacientů na kvalitě a bezpečí zdravotních služeb.*
3. *Kontinuální zvyšování systému hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotní péče.*
4. *Podpora kvality populačního zdraví prostřednictvím efektivního a bezpečného zdravotnictví.*

V rámci klíčové oblasti č. 1 je definováno, jako jeden z cílů, rozšíření podpory zdraví ve zdravotnických zařízeních v ČR, a to konkrétně prostřednictvím programu WHO – Health promoting hospitals & Health services (dále jen „HPH“). Plnění cíle má být realizováno prostřednictvím navýšení počtu členů národní sítě HPH tak, aby došlo k implementaci mezinárodních standardů podpory zdraví v co největším počtu českých nemocnic.

Splněním tohoto cíle dojde z primárního hlediska ke zvýšení úrovně kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, bezpečnosti a spokojenosti pacientů s poskytovanou zdravotní péčí, včetně bezpečnosti zdravotnických pracovníků a jejich spokojenosti s pracovním prostředím, dále k zavedení efektivního vedení zdravotnické dokumentace a ovlivnění samotného systému řízení kvality a bezpečí ve zdravotnickém zařízení [6]. Ze sekundárního hlediska lze očekávat pozitivní vliv na ekonomiku zdravotnického zařízení při snížení přímých i nepřímých nákladů; v dlouhodobém horizontu lze pak očekávat optimalizaci nákladů pro celý resort zdravotnictví [7], [8], [9].

Podpora zdraví a jeho ochrana je též jednou z prioritních oblastí při předsednictví České republiky ve Visegrádské skupině¹ pro období 2015-2016 [10].

Na základě výše uvedeného si předkládaná diplomová práce klade za cíl využít znalosti a zkušenosti poskytovatelů zdravotních služeb certifikovaných v rámci HPH Recognition projektu tak, aby mohly být zjištěné výsledky využity Ministerstvem zdravotnictví k navýšení stávajícího počtu (certifikovaných) HPH nemocnic na území ČR. Proto je výsledným záměrem práce vytvoření metodického návodu pro implementaci

¹ Jedná se o alianci původně tří středoevropských států fungující od roku 1991 – tehdy označena, jako Visegrádská trojka, V3. Po rozpadu Československa nabyt k 1. lednu 1993 počet států o jeden. Označení byla pak upraveno na Visegrádská čtyřka, V4, jež platí dodnes.

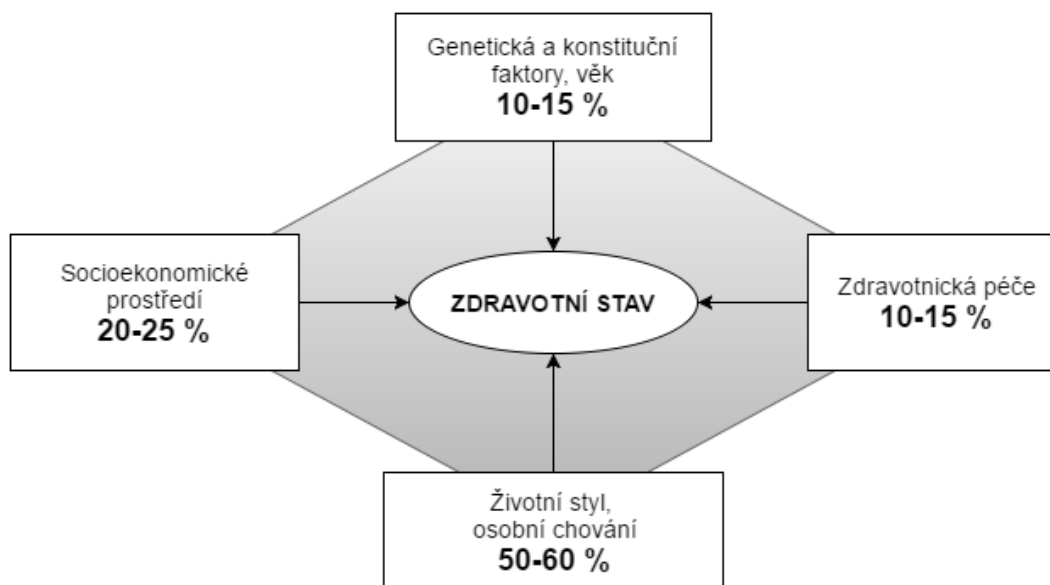
mezinárodních standardů podpory zdraví a tím přispět k rozvoji programu HPH v ČR a plnění národní strategie.

Podpora zdraví a s tím související snahy o systematické snižování působení rizikových faktorů je celospolečenským problémem a mělo by být celosvětovým zájmem. Nevyvratitelné důkazy o negativních klinických, sociálních a ekonomických vlivech výše uvedených rizikových faktorů na společnost jsou například následující data OECD.

1.1 Důsledky působení rizikových faktorů

Zdravotní stav všech jedinců je ovlivňován čtyřmi hlavními determinantami, z nichž dominantní vliv má životní styl a individuální chování jedince. Pro vizualizaci tohoto vlivu je na Obrázek 2 uveden tzv. diamantový model příčin nemocí [11].

Obrázek 2: Diamantový model příčin nemocí [11]



Jak Obrázek 2 demonstruje, nezdravý životní styl a rizikové chování jedinců má až 60 % podíl na nepříznivém zdravotním stavu obyvatel. Proto se z této oblasti stává ta strategicky nejpodstatnější pro zlepšení zdravotního stavu populace a to též proto, že se jedná o dopady redukovatelné cílenou prevencí. Mezi nejzásadnější rizikové faktory se řadí kouření a jiné užívání tabáku, konzumace alkoholu, nedostatek fyzické aktivity, nezdravé stravování a výživa [1], [11].

Tabák způsobuje úmrtí téměř 6 milionů lidí ročně, z nichž více než 5 milionů pochází z přímého užívání tabáku, dalších více než 600 000 lidí jsou nekuřáci vystaveni pasivnímu kouření. Tabák je tak jedním z hlavních rizikových faktorů minimálně dvou nejčastějších příčin předčasných úmrtí – tj. kardiovaskulárních onemocnění a rakoviny. Jeho působením se dále zvyšuje riziko výskytu infarktu myokardu, cévní mozkové příhody, karcinomu plic, hrtanu a úst, slinivky břišní a dalších závažných onemocnění. Kromě toho je tabák, resp. cigaretový kouř, dominantním faktorem přispívajícím ke vzniku onemocnění dýchacích cest, jako je např. chronická obstrukční plicní nemoc. Kouření v těhotenství zvyšuje riziko nízké porodní hmotnosti novorozence a výskytu onemocnění u kojenců. Již po několik let zůstává kouření celosvětově největším vyhnutelným rizikovým faktorem pro zdraví [12], [13].

Též zdravotní zátěž vztahovaná ke škodlivé konzumaci alkoholu je z hlediska nemocnosti a úmrtnosti značná. Dle výzkumů z různých částí světa je užívání alkoholu spojeno nejen s četnými negativními následky zdravotními (např. zvýšené riziko vzniku nádorových onemocnění, cévní mozkové příhody, cirhózy jater, atd.), ale též následky sociálními. Fetální expozice alkoholu zvyšuje riziko vrozených vad a vznik mentální poruchy dítěte.

Podle odhadů je alkohol příčinou více než 3,3 milionu úmrtí na celém světě ročně a tvoří 5,1 % z globální zátěže způsobené chorobami. Náklady na zdravotní péči spojené s jeho nadměrnou konzumací jsou např. ve Spojených státech amerických odhadovány na 25,6 miliardy \$ (v roce 2011) [12].

Z hlediska komplexního účinku alkoholu představuje jeho konzumace též zvýšené riziko předčasného úmrtí či invalidity konzumenta v důsledku úrazu či násilného aktu. Toto riziko se nepřímo vztahuje též na abstinenty, kteří jsou opilou osobou ohroženi, např. při dopravních nehodách v důsledku řízení vozidla pod vlivem alkoholu. Z ekonomického hlediska představuje škodlivá konzumace alkoholu častou příčinu absenteismu [12].

Dle dostupných dat je průměrná konzumace alkoholu napříč zeměmi OECD 8,9 litru na dospělé osobu ročně. Konkrétně v konzumaci alkoholu je Česká republika značně nad tímto průměrem, např. v roce 2013 měla Česká republika čtvrtou největší míru konzumace s průměrem téměř 12 litrů na osobu za rok [12].

Dalším významným faktorem z hlediska zdraví je výživa. Např. nedostatečná konzumace ovoce a zeleniny je jedním z faktorů, které mohou představovat nepříznivé účinky na zdraví a zvyšovat riziko výskytu nemocí. Správná výživa je možným preventivním prvkem u vzniku řady chronických onemocnění, včetně kardiovaskulárních chorob, hypertenze, diabetu mellitu 2. typu, cévní mozkové příhody, některých druhů rakoviny, onemocnění pohybového aparátu a řady duševních onemocnění [12].

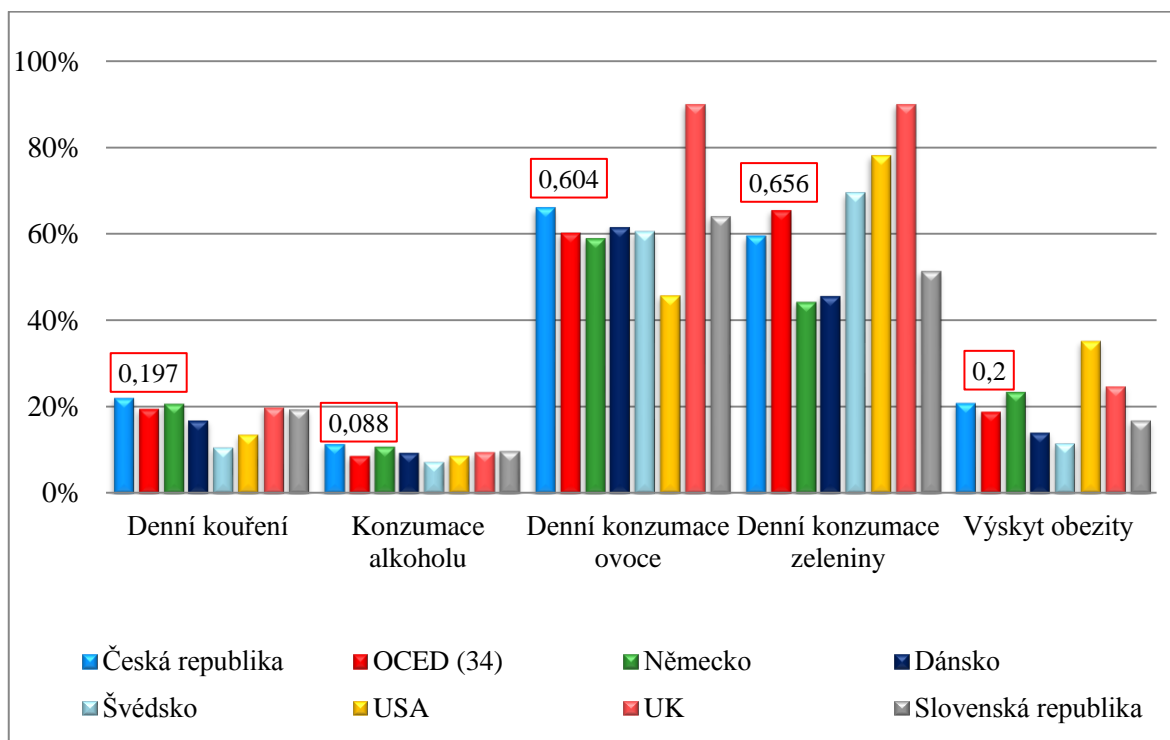
V důsledku špatného životního stylu, jehož podstatnou determinantou je nejen správná výživa, ale též fyzická aktivita, dochází k nárůstu výskytu obezity. Ta je známým rizikovým faktorem pro řadu onemocnění, včetně hypertenze, vysoké hladiny cholesterolu, v jehož důsledku pak dochází k ateroskleróze, diabetu mellitu 2. typu, kardiovaskulárním onemocněním, dýchacím potížím, včetně rozvoje astmatu, apod. Velmi dominantně ovlivňuje také vznik onemocnění pohybového aparátu (např. artritida) a některých z druhů rakoviny [12].

Rostoucí prevalence nadváhy a obezity je v současné době významným celosvětovým zdravotním problémem ohrožujícím např. pokrok v boji proti kardiovaskulárním onemocněním. Dle dostupných dat trpí nadváhou či obezitou více než polovina dospělé populace (53,8 %) zemí OECD. V České republice vzrostla prevalence obezity (pro pacienta představuje mnohem závažnější rizika nežli nadváha) o 7 % za posledních deset let [12].

Pro ucelenou představu, jaký je stav této problematiky v ČR, zobrazuje následující Graf 1 pozici ČR ve vztahu s průměrem OCED (tj. 34 členských států) a s vybranými státy OCED za rok 2013 (nebo nejbližší rok)² [12].

² Publikace Health at Glance 2015 uvádí uvedená data za rok 2013. V případě, že stát neodevzdá aktuální data, používá OCED data dostupná, a to za nejbližší možné období.

Graf 1: Prevalence rizikových faktorů v ČR ve vztahu ke státům OECD (vlastní)



Pro snazší čtení v Graf 1 je číselně označena jen průměrná hodnota získaná ze všech 34 členských států OECD, ke které se pak vztahují výsledky jednotlivých států. Na grafu můžeme vidět, že pozice ČR je téměř ve všech sledovaných faktorech na pozici nežádoucí, tzn., že výskyt negativního chování pro zdraví je zde vyšší a výskyt pozitivního chování nižší nežli je průměr OECD. V prevalenci obyvatel, jež denně kouří tabák, je Česká republika z ostatních vybraných států na prvním místě s 22,2 % obyvatel. To samé platí pro konzumaci alkoholu³, (11,5 %). Ve výskytu obezity je sice o 2 % ČR nad průměrem OECD (21,0 % ku 19,0 %), avšak zde z těchto vybraných států OECD zcela dominují Spojené státy americké. Nejvíce ovoce a zeleniny se z těchto vybraných zemí konzumuje ve Velké Británii, což představuje velmi podstatný atribut prevence diskutovaných chronických neinfekčních onemocnění.

Působení rizikových faktorů samostatně je pro zdravotní stav jedince ohrožením. Pozornost je však nutno věnovat též současnému působení více nežli jednoho z těchto faktorů, kdy dochází v důsledku různých mechanismů k potenci možných negativních účinků na lidský organismus a tím též k možnému závažnějšímu poškození zdraví. Tento synergický efekt dokládá i studie z roku 2011, v rámci již bylo zjištěno, že roční nároky na čerpání zdravotní péče byly u lidí s pěti nebo více zdravotními riziky dvakrát vyšší nežli u lidí zdravějších, tzn. přítomnost dvou či méně rizikových faktorů [9], [14].

Tento jev je podstatný nejen z hlediska státu, který prostřednictvím zdravotního pojištění poskytovanou péči převážně hradí, ale též pro zaměstnavatele takto ohrožených jedinců. Právě zaměstnavatelům je vzhledem k potenciálnímu ekonomickému zatížení pro

³ Konzumace alkoholu je zde ze strany OECD zjišťována na základě tohoto výpočtu: roční prodej čistého alkoholu ve státě v litrech / počet obyvatel ve věku 15 let a výše.

organizaci prostřednictvím americké studie z roku 2010 doporučováno začlenit zaměstnance do kategorií podle počtu reálně se vyskytujících rizikových faktorů působících na jejich zdraví [14].

Obrázek 3: Možné rozdělení zaměstnanců do skupin dle výskytu rizikových faktorů (vlastní)

| Rizikový faktor Skupina | 4 a více | 2-3 | 0-1 | 0 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Vysoce rizikovní zaměstnanci | skupina 1 | skupina 1 | | |
| Středně rizikovní zaměstnanci | skupina 2 | skupina 2 | | |
| Zaměstnanci s nízkým rizikem | | | skupina 3 | |
| Zaměstnanci bez rizika | | | | skupina 4 |

Obrázek 3 představuje návrh, jak by mohla ve strategii společnosti tato kategorizace zaměstnanců dle působení rizikových faktorů vypadat. Stupněm červené jsou označeny jednotlivé skupiny, přičemž nejsytější odstín představuje tu nejzávažnější skupinu zaměstnanců. Do této skupiny by mělo být zařazeno co nejméně zaměstnanců a současně na tuto skupinu by mělo být vynakládáno nejvyšší úsilí ponížení působení rizikových faktorů tak, aby bylo možné je pomyslně přemístit do skupiny s nižším rizikem.

Zařazení do skupiny 1 a 2 je podmíněno dvojí četností znaku. Tato možnost byla do návrhu zapracována záměrně s tím, že působení jednotlivých rizikových faktorů není co do účinku zcela porovnatelné. Doporučuje se zde proto zvážit specifičnost působících rizikových faktorů, a to i vzhledem k ostatním informacím o zaměstnanci, a na základě individuálního zhodnocení jej pak zařadit do skupiny. Jelikož je narůstající počet rizikových faktorů ve svém důsledku spojen s vyššími náklady na zdravotní péči, je cílem zaměstnavatele prostřednictvím zavedení programu na podporu zdraví na pracovišti přemísťovat zaměstnance do kategorií s lepší ekonomickou prognózou [14].

Studie prováděná světově známou Mayo Clinic v roce 2013 uvádí, že po intervencích zaměstnanců v rámci programu podpory zdraví bylo až 58 % zaměstnanců s vysoce rizikové skupiny pro vznik kardiovaskulárních onemocnění převedeno do skupiny s nízkým rizikem [15].

V návaznosti na výše uvedené je naléhavost a nezbytnost vytváření funkčních strategií na rozvoj a integraci podpory zdraví zcela jednoznačný. Jelikož se jedná o preventabilní důsledky ovlivňující celé obyvatelstvo z hlediska klinického, sociálního i ekonomického, měly by být tyto iniciativy realizovány nejlépe na principu mezinárodně kooperujících snah o zmírnění dopadu rizikových faktorů na lidské zdraví a zabránění jejich dalšímu působení na populaci. Podle modelové studie ze Spojených států amerických z roku 2007 by implementace primární, sekundární a terciární prevence v domácnostech a na pracovištích snížila ekonomický dopad chronických onemocnění o 27 %, tzn. úsporu \$ 1,1 miliardy ročně do roku 2023, při snížení počtu případů chronických onemocnění o 40 milionů. Studie dále vyčíslila, že náklady spojené s léčbou chronických onemocnění,

jímž lze předcházet prevencí, tj. rakovina, srdeční choroby, vysoký krevní tlak, duševní poruchy, diabetes mellitus II. typu, plicní onemocnění a cévní mozkové příhody, stojí ekonomiku Spojených států amerických více než \$ 1 bilion ročně. Na základě rostoucího výskytu těchto chronických stavů se zde do roku 2023 předpokládá zvýšení tzv. „*illness-related cost*“⁴ na \$ 4 biliony (založeno na modelu). Z hlediska úspor studie uvádí, že posílením primární, sekundární a terciální prevence u výše uvedených chronických onemocnění, by se roční náklady na léčbu ve Spojených státech snížily o \$ 217 miliard. Zároveň by došlo ke snížení ztrát z prezenteismu o \$ 905 milionů do roku 2023 [14].

⁴ náklady související s onemocněním

1.2 Význam podpory zdraví ve zdravotnickém zařízení

Na základě četných empirických důkazů víme, že mnohá chronická onemocnění jsou ve svém vzniku a rozvoji do různé míry ovlivnitelné zdravým životním stylem, a že náklady spojené s prevencí nemocí a podporou zdraví jsou ve svém konečném přínosu úsporným a efektivním opatřením před rozvojem těchto chronických stavů. Dokázán byl též nižší výskyt komplikací, redukce komorbidit a zlepšení výsledků léčby v krátkém časovém období. Nezdravý životní styl dále velmi výrazně ovlivňuje průběh hospitalizace, léčby a prognózy, přičemž podpora zdraví má masivní potenciál k jejich pozitivnímu ovlivnění [16].

I přesto, je výskyt chronických onemocnění neustále rostoucím problémem globální společnosti [7]. Ve Spojených státech amerických trpí téměř 50 % Američanů alespoň jedním chronickým onemocněním, z nichž téměř polovina má více nežli jedno. Studie doplňující toto zjištění dokládá, že více než 70 % lékařských výdajů je v USA vynaloženo právě na péči o chronické pacienty [9], [14].

Podpora zdraví a prevence nemocí by měla být součástí přirozeného prostředí člověka, jako je rodina, škola nebo pracovní prostředí. Bohužel toto není vždy skutečností a v důsledku toho si lidé do různé míry navykají na často mnohaúrovňový nezdravý životní styl (např. aktivní kuřák s nízkou fyzickou aktivitou), který u nich vyvolává poškození zdraví v různém rozsahu. S těmito obtížemi pak přicházejí do zdravotnických zařízení a čerpají zdravotní péči [16].

Právě zdravotnické zařízení je pro vytváření fungujících strategií na podporu zdraví a jejich implementaci do systému zdravotnictví, resp. lidských životů, ideálním prvkem této infrastruktury. Důvodem je principiální poslání zdravotnických zařízení uzdravovat své pacienty a pečovat o jejich zdraví. Důležité je též souběžné vnímání obyvatel, které plnění těchto poslání od zdravotnického zařízení a zdravotnického personálu očekává [16].

V souvislosti s výše uvedeným představuje podpora zdraví ve zdravotnickém zařízení významný nástroj ke zvýšení úrovně poskytované zdravotní péče a posílení zdravého životního stylu pacientů a svých zaměstnanců s přecházejícím vlivem na ostatní obyvatelstvo [16].

Souběžným důvodem pro umístění podpory zdraví do zdravotnického zařízení je též skutečnost, že vzhledem ke specifičnosti tohoto pracoviště, jsou zde zaměstnanci ve zvýšené míře vystavováni každodenní fyzické a psychické zátěži a dalším rizikovým faktorům (např. zvýšené riziko infekcí). Vhodně zavedená strategie podpory zdraví zde proto může zaměstnancům (a pacientům) zvýšit kvalitu života, zlepšit zdravotní stav a posílit zdraví a celkově zlepšit fyzické i psychické zdraví⁵ na pracovišti i mimo něj. Těmito mechanismy lze pak ovlivnit organizační a ekonomické parametry např. snížení nemocnosti a snížení počtu dní neschopnosti [16].

Je velmi důležité si zde uvědomit, že jak je již nastíněno výše, dochází tímto mechanismem k reálnému šíření zásad podpory zdraví, kdy informační a intervenční střed představuje

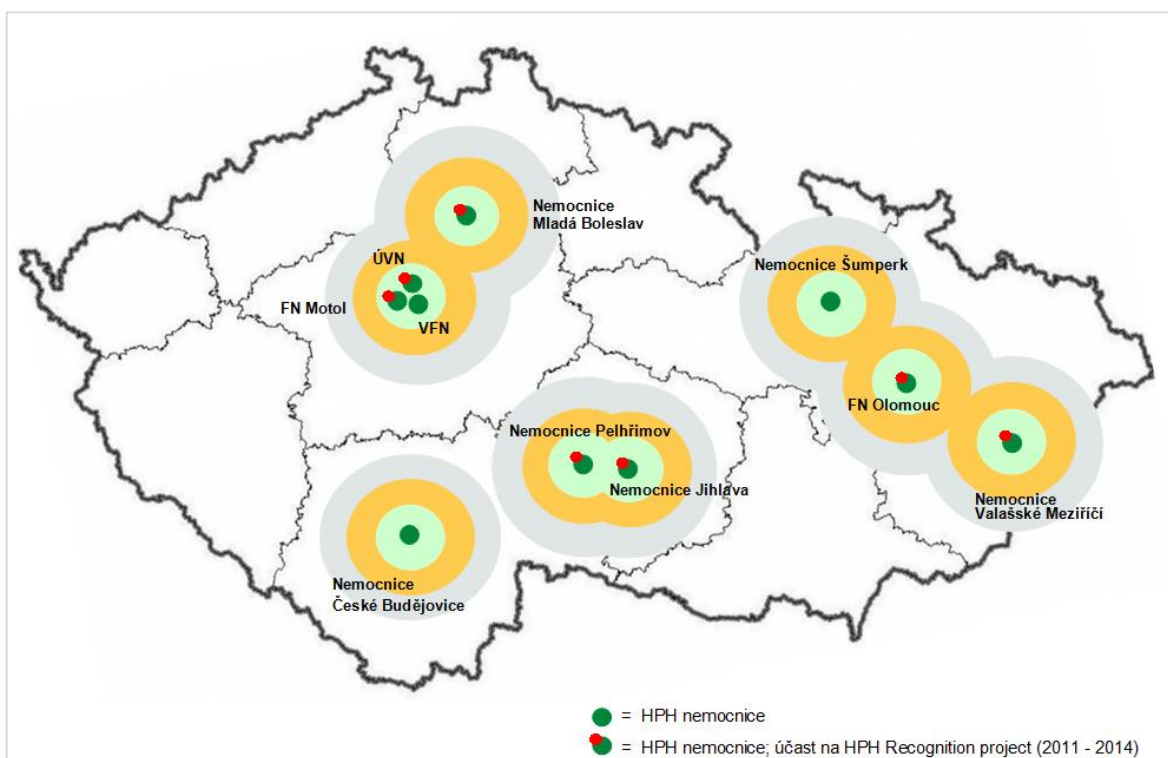
⁵ Psychická vyrovnanost a pohoda na pracovišti je jednou z determinantů snižující výskyt prezenteismu [7].

zdravotnické zařízení a šíření pak dále stupňovitě pokračuje s pozitivním vlivem na další vrstvy obyvatel.

Tuto myšlenku vizualizuje následující Obrázek 4, který na slepé mapě zobrazuje všechny členské nemocnice Národní sítě HPH v ČR⁶. Pro úplnost jsou zde nemocnice rozděleny podle účasti či neúčasti na dále diskutovaném výzkumném projektu WHO – HPH Recognition project. Jednotlivé intenzity „informační vrstvy“ jsou zde vyobrazeny různě barevným kruhem se středem v daném zdravotnickém zařízení, přičemž světle zelený kruh znázorňuje největší intenzitu sdílení nových informací a znalostí v oblasti podpory zdraví v populaci, oranžový kruh již pokleslou míru sdílení a světle šedý kruh představuje jen informační dozvuky.

Propojení alespoň oranžové úrovně, nejlépe však světle zelené, by znamenalo prakticky plnou saturaci obyvatelstva informacemi o principech podpory zdraví a zásadách zdravého životního stylu. Jak obrázek zobrazuje, nyní se v rámci Národní sítě HPH toto propojení daří, avšak pouze na omezeném území České republiky.

Obrázek 4: Vizualizace odhadu šíření povědomí o zásadách podpory zdraví (vlastní)



Současně Obrázek 4 nabízí vysvětlení národního strategického záměru (Zdraví 2020) o rozšíření Národní sítě HPH v ČR, jelikož jsou zde patrná území, kde je integrace a rozvoj podpory zdraví ze strany tohoto mezinárodního programu nedostatečná či zcela chybí.

Rozvoj podpory zdraví v nemocnicích je podstatný též z hlediska kvality poskytované zdravotní péče. Podpora zdraví směřovaná na zdraví zaměstnanců a příznivé pracovní

⁶ Seznam členů je aktuální k 10. 4. 2016; k 1. dubnu 2016 byla tato síť rozšířena Nemocnicí České Budějovice, a.s.

prostředí je ve zdravotnickém zařízení velmi efektivní nástroj pro posílení psychického zdraví personálu, který ve svém důsledku vede ke zvýšení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. Dle výzkumu u 11 549 pacientů a 10 733 zdravotních sester v 217 nemocnicích z 8 evropských států vede implementace programu podpory zdraví ve zdravotnickém zařízení k lepším výsledkům v péči o pacienty a ke snížení rizika výskytu syndromu vyhoření. Sledovaná spokojenost pacientů s poskytovanou zdravotní péčí byla zjištěna o to vyšší, o co spokojenější byl místní ošetřující zdravotnický personál s pracovním prostředím a pracovními podmínkami. Na tomto základě došla studie k závěru, že příznivé pracovní podmínky jsou značně důležité pro zajištění bezpečné a vysoce kvalitní péče o pacienty [17].

1.3 Ekonomický dopad podpory zdraví

Bylo by omezené nepohlížet na podporu zdraví též z hlediska ekonomického dopadu [7]. Dle odhadů Národní bezpečnostní rady (*National safety council*) je jen na úrazy spojené s pracovním prostředím ve Spojených státech amerických vynaloženo více než 130 miliard amerických dolarů ročně [9].

Z dostupných zdrojů můžeme z nedodržování zásad podpory zdraví a zdravého životního stylu obyvatel dovodit následující dopady, které lze rozdělit na úroveň ovlivňující organizaci, tedy zaměstnavatele, zdravotnické zařízení a na úroveň zásahu státní pokladny [7], [16].

1.3.1 Dopady na úrovni státu

„Náklady spojené se zdravotní péčí v České republice dosahují v současné době 219 miliard korun. Nejvyšší podíl na této částce mají výdaje na léčbu chronicky nemocných pacientů, kterých neustále přibývá, a jejichž léčba bývá nejnáročnější. Pro stát i systém zdravotního pojištění tak vznikají dva problémy najednou: růst celkových nákladů na léčbu a současný pokles počtu výdělečně činných obyvatel, kteří by ji solidárně hradili skrze zdravotní a sociální pojištění [18].“

Výše citované a další závažné dopady na Českou republiku vzniklé v důsledku nedostatečné podpory zdraví a jejich popis lze rozdělit na následující.

1.3.1.1 Vyšší čerpání nemocenského pojištění absentujícím zaměstnancem

Nemocenské je definováno a regulováno zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění (dále jen „zákon o nemocenském pojištění“). Představuje jednu z dávek, jež je možné čerpat z tzv. nemocenského pojištění osobami, jež jsou v zaměstnaneckém poměru a jež jsou v důsledku nemoci či poškození zdraví neschopni vykonávat své zaměstnání [19].

Rozdělujeme ji na krátkodobou nebo též dočasnou a dlouhodobou pracovní neschopnost. Pro účely předkládané práce se problematiky podpory zdraví týká spíše neschopnost dočasná definovaná v § 57 odst. 1 zákona o nemocenském pojištění, jež lze vyložit jako ošetřujícím lékařem stanovenou neschopnost výkonu zaměstnání v důsledku nemoci či úrazu trvající po omezenou dobu [19].

„Nemocenské se poskytuje za kalendářní dny; státem se začíná vyplácet od 15. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti a končí dnem skončení dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény, nejdéle však po dobu 380 kalendářních dnů ode dne vzniku dočasné pracovní neschopnosti (včetně zápočtu předchozích období dočasných pracovních neschopností) [20].“

Prvních 14 dní trvání dočasné pracovní neschopnosti zaměstnance hradí plně zaměstnavatel z vlastních zdrojů, a to formou tzv. náhradou mzdy. Z těchto 14 dnů jsou pak první tři dny dočasné pracovní neschopnosti (na rozdíl od karantény) zcela osvobozeny

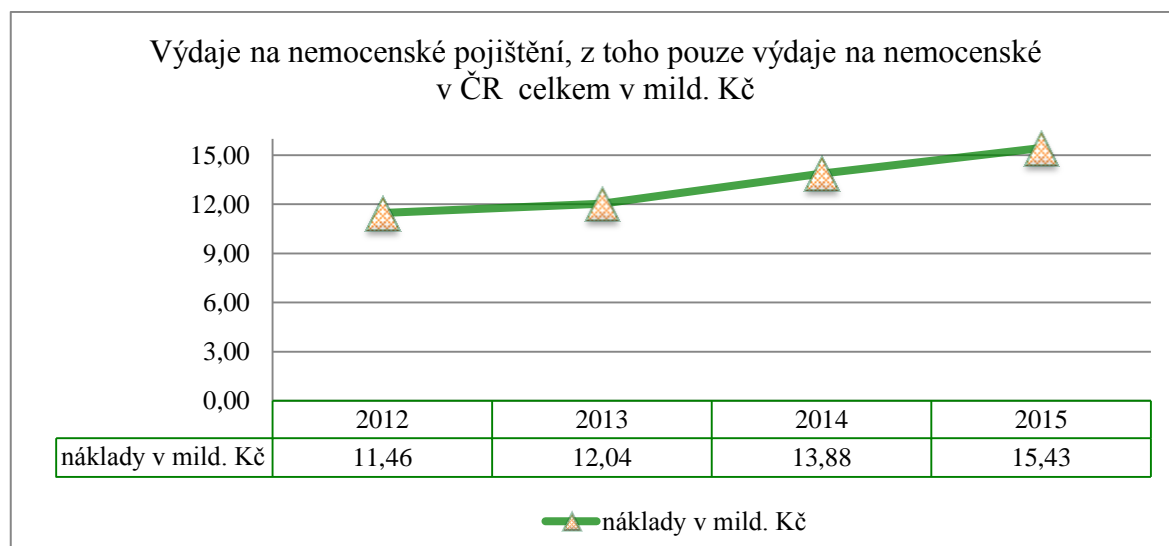
od nároku na jakoukoli náhradu mzdy, mluvíme o tzv. karenční době. Náhrada mzdy je zaměstnavatelem vyplácena ve výši 60 % redukovaného průměrného výdělku [20][20].

Souhrnně lze říci, že čerpání nemocenské představuje od 4. do 14. dne trvání zvýšení nákladů pro rozpočet zaměstnavatele. Od 15. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti je finanční zátěž přenesena pro stát, který prostřednictvím příslušné Okresní správy sociálního zabezpečení vyplácí zaměstnanci 60 % z celoročního průměrného platu/mzdy za poslední rok [19], [20].

Čerpání nemocenské je možné i zpětně, a to v rámci tzv. ochranné lhůty, kterou se rozumí sedm kalendářních dní od ukončení pracovního poměru se zaměstnavatelem, při které může bývalý zaměstnanec uplatnit nárok na nemocenskou, v případě onemocnění [19].

V současné době můžeme v ČR sledovat spíše negativní trend v uplatňování nároku na nemocenskou. Dle údajů České správy sociálního zabezpečení došlo za minimálně poslední 3 roky k postupnému nárůstu výdajů na nemocenské dávky⁷ z nemocenského pojištění, jak dokládá následující graf 2.

Graf 2: Výdaje na nemocenské pojištění, z toho pouze výdaje na nemocenské/mild. Kč⁸ (vlastní)



Aktuální data z Ministerstva práce a sociálních věcí uvádějí, že výdaje vynaložené na nemocenské zaznamenalo největší meziroční nárůst ze všech druhů dávek nemocenského pojištění, a sice nárůst o 7, 8 % mezi lety 2015 a 2016 (počítáno k měsíci lednu), tj. z 1 316,3 mil. Kč (2015) na 1 418,6 mil. Kč (2016).

Podpora zdraví představuje obrovský potenciál ke snížení nemocnosti⁹ a tím i ke snížení potenciální potřeby uplatnění pracovní neschopnosti. Níže uvedená Tabulka 1 vyčísluje v absolutních číslech počty ukončených případů čerpání dočasné pracovní neschopnosti, počtu dnů absence v zaměstnání a k tomu vztážená její průměrná délka trvání ve dnech.

⁷ Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění (ze dne 14. března 2006).

⁸ Z celkových výdajů na dávky nemocenského pojištění byly odstraněny náklady na ošetřované, peněžité pomoc v mateřství a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

⁹ Počtu nemocných k celkovému počtu obyvatel daného území.

Tabulka 1: Přehled vybraných dočasných pracovních neschopností za rok 2015 [22]

| Příčina dočasné pracovní neschopnosti | Ukončené případy dočasné pracovní neschopnosti | Prostonané dny | Průměrná délka trvání dočasné pracovní neschopnosti |
|---------------------------------------|--|----------------|---|
| Zhoubné novotvary | 12 778 | 2 265 332 | 177,28 |
| Nemoci duševní | 39 289 | 3 553 434 | 90,44 |
| Nemoci nervové soustavy | 22 372 | 1 828 489 | 81,73 |
| Nemoci oběhové soustavy | 44 700 | 3 608 587 | 80,73 |
| Nemoci dýchací soustavy | 595 160 | 9 280 525 | 15,59 |
| Nemoci trávicí soustavy | 107 016 | 3 135 046 | 29,30 |
| Nemoci pohybové soustavy | 277 381 | 18 541 092 | 66,84 |
| Úrazy, otravy | 177 742 | 9 196 525 | 51,74 |

Tabulka 1 byla vytvořena na základě dat z výkazů České správy sociálního zabezpečení, přičemž jsou zde zobrazeny pouze vybrané skupiny onemocnění, jež způsobily dočasnou pracovní neschopnost pracující populaci v roce 2015, a jejichž vzniku či progresi lze zabránit preventivními opatřeními a implementací principů podpory zdraví na pracoviště i do domácností. Podstatné je zde zmínit, že téměř u všech výše uvedených skupin dominují v počtu ukončených dočasných pracovních neschopností ženy. Tato skutečnost je velmi důležitá vzhledem k reálné situaci českého zdravotnictví, kdy je většina zdravotního personálu právě ženského pohlaví.

Uvedená statistika je vztažena na všechna povolání napříč celou Českou republikou. Data, jež zohledňují druh či zaměření zaměstnání, poskytuje Český statistický úřad využívající klasifikaci ekonomických činností CZ-NACE; zdravotnictví a sociální péče je vedena ve skupině Q. Z těchto dat můžeme vidět, že průměrný denní stav práce neschopných zaměstnanců v roce 2014 byl 12 015 z celkových 165 028; nově hlášených případů pracovní neschopnosti bylo 84 874 z celkových 1 314 790 [23].

1.3.1.2 Nižší odvody daní do státního rozpočtu

Pro zpracování podkapitoly 1.3.1.2 a 1.3.1.3 byly čerpány informace z konzultací oddělení účtárny na vlastním pracovišti a dále konzultace s vedoucím oddělení matematicko-pojistného Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Obě konzultace probíhaly dne 4. května 2016. Důvodem k tomuto zdroji informací byla snaha, o co nejvíce správné informace, jelikož veřejně dostupná data byla věcně nesourodá a často v rozporu.

Nižší odvody daní zaměstnanců, jež čerpají nemocenskou, jsou způsobeny snížením zdaňovacího základu platu/mzdy daného zaměstnance. Výměra daně z příjmu fyzické osoby je dána fixně platnou tabulkou, přičemž se její výše odvíjí od výše dosaženého příjmu. Z tohoto vyplývá, že čím déle je zaměstnanec v pracovní neschopnosti, tím nižší má vyměřovací základ daně. K tomuto snížení přispívá i legislativně definovaná úleva vyplácené nemocenské dávky od daňových i dalších odvodů [19].

Z opačného pohledu lze říci, že v případě, kdy zaměstnanec nečerpá pracovní neschopnost a je tedy plnohodnotnou pracovní silou, do státní poklady jsou odváděny vyšší daně, jelikož je vyměřovací základ příjmu jedince vyšší, nežli ve výše popsané situaci. Ve vazbě na tuto skutečnost představuje pracovní schopnost zaměstnance relativní úsporu pro stát v podobě nevyplácení nemocenské dávky.

1.3.1.3 Nižší odvody do systému pojištění¹⁰

V případě, že je zaměstnanec v pracovní neschopnosti a čerpá nemocenské dávky, je jeho příjem osvobozen od povinnosti odvádět zdravotní a sociální pojištění. V případě zdravotního pojištění představuje celkový odvod 13,5 %, z toho 4,5 % odvádí sám zaměstnanec ze své hrubé mzdy/platu, zbylých 9 % odvádí zaměstnavatel. U sociálního pojištění je odvod pro zaměstnance stanoven na 6,5 % z hrubého příjmu, dalších 25 % odvádí zaměstnavatel.

Dopady neuskutečněného odvodu sociálního pojištění představují zátěž pro stát; zde se text věcně prolíná s předchozí podkapitolou. Ovšem neodvedení výše popsané části příjmu zaměstnance na zdravotní pojištění představuje ekonomickou ztrátu pro smluvní zdravotní pojišťovnu daného jedince. Jako ilustrativní příklad můžeme uvést, že při hrubém příjmu, jehož průměrná výše představuje 25 000 Kč, je příjem zdravotní pojišťovny snížen o 3 375 Kč.

1.3.1.4 Nižší ekonomická aktivita nemocných

Pro zpracování následujícího textu bylo využito konzultací na Českém statistickém úřadě. Ekonomická aktivita obyvatelstva je pravidelně sledovaný ekonomický ukazatel, který je vyhodnocován ve vztahu k počtu zaměstnaných a nezaměstnaných obyvatel ČR. Z průběžných analýz vyplývá, že ekonomická aktivita obyvatelstva je úzce vázaná na počet zaměstnaných obyvatel.

Zaměstnaní jedinci představují pracující část populace, která svým výdělkem přispívá k ekonomické stabilitě českého státu. V případě ponížení výše příjmu jedinců při pracovní neschopnosti se velmi často přímo úměrně též poníží jejich ekonomická aktivita ve smyslu nižších průměrných útrat na domácnost. Je zde však nutno připustit určitou míru variability tohoto vlivu, a to podle role pracovně neschopného v dané domácnosti. V případě, že je pracovně neschopný dominantní živitel rodiny, lze očekávat vyšší ponížení ekonomické aktivity rodiny a snížení průměrného nákupního košíku.

1.3.2 Dopady pro zaměstnavatele

Jak uvádí text výše, ekonomickou zátěž pro zaměstnavatele představuje, ve vazbě na pracovní neschopnost zaměstnance, výplata náhrady mzdy/platu od 4. dne čerpání nemocenské do 14. dne. Z těchto 10 dní se náhrada mzdy/platu vztahuje pouze na dny pracovní a její výše je kalkulována jako 60% podíl z průměrné mzdy/platu za předchozí kalendářní čtvrtletí.

Dále představuje nedodržování zásad zdravého životního stylu zvýšení výskytu absenteismu či prezenteismu, což navyšuje náklady po zaměstnavatele [7].

Za absenteismus označujeme stav úplné absence zaměstnance na pracovišti (a s tím vázané ekonomické ztráty). Prezenteismus je definován jako přítomnost zaměstnanec na pracovišti, avšak se sníženou produktivitou v důsledku své zdravotní indispozice, která se projevuje prodloužením doby potřebné pro provedení úkonu, činnosti či aktivity,

¹⁰ Zahrnuje též dopad na zdravotní pojišťovny.

ve snížení kvality provedené práce, apod.; při některých činnostech je výkon zaměstnance dokonce úplně omezen (např. zvedání těžkých břemen, apod.). Tato kauzalita mezi existencí zdravotní indispozice/onemocnění zaměstnance a ovlivněním pracovního výkonu je podložena mnoha empirickými důkazy. Oba stavy existují v určitém vztahu, přičemž mezi nimi může často docházet k pozvolnému přechodu [7], [14].

Potenciálními rizikovými faktory pro vznik prezenteismu jsou nadváha, špatné stravovací návyky, nedostatek fyzické aktivity, psychické zatížení, např. v podobě stresu, a špatné vztahy s kolegy na pracoviště. Jak již uvádí předchozí text, jedná se výhradně o rizikové faktory, jež lze významně (někdy až úplně) eliminovat jak z pracovního, tak osobního prostřední jedince. Za vhodné nástroje je odbornou společností považována právě aplikace programů na podporu zdraví na pracovišti, které tyto faktory eliminují a v základní premise zvyšují produktivitu zaměstnanců [7].

Obecně lze říci, že u jedinců, kteří snížili svá zdravotní rizika na pracovišti, došlo k obecnému zlepšení produktivity, zatímco u těch, kteří tato rizika ponechala na stejné úrovni či navýšila, došlo naopak k poklesu [9]. Z meta-analýzy 42 studií prováděné v roce 2012¹¹ prokázala, že zaměstnanci, kteří se účastní programu na podporu zdraví na svém pracovišti, vykazují o 25 % méně absenteismu nežli ti, jež se taktových programů neúčastní. Zavedením těchto programů dochází též ke snížení fluktuace zaměstnanců a vysokému nárůstu morálky zaměstnanců a jejich loajality vůči společnosti [8].

Programy podpory zdraví na pracovišti můžeme definovat jako strategii organizace zacílenou na prevenci, minimalizaci a eliminaci zdravotních rizik s cílem udržet a podpořit pracovní schopnost svých zaměstnanců. Ve svém designu odráží širokou škálu cílů organizace; zahrnují např. posuzování zaměstnance z hlediska zdravotního stavu, včasné rozeznání nemocí, léčení úrazu či již existujících nemocí, bezpečnost zaměstnance při práci, posilování kultury pracoviště, prevenci zdravotních postižení a návrat do zaměstnání, dále mohou být zaměřeny též na behaviorální a psychický stav zaměstnanců. Důležité je, aby byly programy zdraví založeny na modelu žádoucí změny vzorce chování, ve smyslu dlouhodobého osvojení si nových zásad podpory zdraví a zdravého životního stylu a ne pouze na principu krátkodobé intervence [7], [9].

Studium prezenteismu je pro analýzy ekonomického dopadu přítomnosti nemocni u pracovní síly poměrně novou metodou, např. oproti metodám pro analýzu dopadu absenteismu. V současné době, kdy je cílem zaměstnavatele udržet zdravou a produktivní pracovní sílu, představuje tento nový směr významný nástroj pro příslušné ekonomické analýzy, a to především ve vztahu k rostoucímu počtu chronicky nemocných lidí a stárnoucí populaci, u níž se předpokládá častější výskyt zdravotní indispozice [7].

Jak bylo již uvedeno výše, má z hlediska výstupů pro organizaci zásadní vliv na efektivitu těchto programů jejich primární nastavení (design) a to, co se od nich očekává. Též ekonomické dopady, jako je finanční úspora nákladů organizace, je možná pouze v případě správně nastaveného programu podpory zdraví. Ve druhé fázi je pak neméně důležitá integrace těchto programů do vlastní organizace či společnosti. Beztoho, aniž by

¹¹ Chapman L. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2012 update. *Am J Health Promot.* 2012;26:TAHP1–TAHP12.

byl vhodně zvolený program podpory zdraví plnohodnotně začleněn do systému společnosti, nemá přílišné naděje na úspěch. Je však nutné říci, že tato integrace může trvat i několik let v závislosti na stáří organizace a její velikosti. Vhodné je též souběžné zavedení kontrolního prvku, který by vyhodnocoval a průběžně měřil výsledky zvoleného programu [8].

V dostupné literatuře se mohou výsledky jednotlivých programů na podporu zdraví lišit. Tento jev byl zjištěn též obsáhlou meta-analýzou, kdy bylo nalezeno deset případů metodologicky silných studií zaměřených na ekonomické výstupy, jež v osmi případech potvrdily pozitivní finanční dopady, zatímco jiné dvě hlásily výsledky negativní. V reakci na toto zjištění bylo odborníky řečeno, že negativní zjištění je pravděpodobným odrazem právě nevhodně zvoleného designu programu podpory zdraví. Jinými slovy je nutné rozlišovat selhání nastaveného programu a selhání teorie samotné. Dalším kritériem pro dosažení pozitivních dopadů, zde ve smyslu úspor nákladů, je délka zavedeného programu, přičemž se pozitivní dopad odhadují až po několika letech provozu [7], [8].

Dle dostupných empirických důkazů již tedy víme, že ekonomické náklady spojené s absencí programu podpory zdraví na pracovišti a s prezenteismem, popř. absenteismem, jsou značné. Problémem však zůstává, jak na úrovni organizace vyčíslit úspory vyplývající ze zavedení vhodného programu podpory zdraví [7], [8].

Pevně stanovená univerzální metoda o nejvhodnějším způsobu měření nebo vyčíslení implementace podpory zdraví se zaměřením na prezenteismus v současné době není známá, avšak obvyklou metodou je měření nákladů spojených se sníženým pracovním výkonem, zvýšenou chybovostí, snížení kvality odvedené práce, zvýšení pracovní neschopnosti, apod. [7], [8].

Za relevantní ekonomický ukazatel fungování programu podpory zdraví je považován ukazatel ROI, avšak k jeho vyčíslení by byla potřeba měřit veškeré náklady a úspory spojené se všemi složkami zavedení a fungování programu zvlášť, což je v reálném světě velmi obtížné, ne-li nemožné dosáhnout [8].

ROI je zkratka z anglického Return on Investment, neboli návratnost investice. Jedná se o ukazatel, jež je využíván ke zhodnocení rentability provedené kapitálové investice neboli její úspěšnost. Počítá se dle následujícího vzorce:

$$\text{ROI} [\%] = \left[\frac{(\text{zisk} - \text{investice})}{\text{investice}} \right] * 100 \quad (1.3.2.1.)$$

Zisk i investice figurující v uvedeném vzorci jsou vztaženy pouze ke konkrétní položce. Níže uvedené výstupy ROI analýz uvádějí vždy výši úspor na jednotku nákladu.

Pro jakousi empiricky podloženou představu možného ponížení nákladů a částečné ROI analýzy je možno zde využít rozbor literárních zdrojů Univerzity Harvard, jež byl zaměřen na náklady a úspory spojené se zavedením programů podpory zdraví a prevence. Tato studie přinesla následující závěry: Náklady na zdravotní péči byly zavedením strategie na podporu zdraví sníženy o \$ 3,27 a náklady spojené s absenteismem byly

sníženy o \$ 2,73 na každý \$ 1 vynaložený na komplexní program podpory zdraví na pracovišti [9], [15].

Jiné studie a reporty uvádí, že v některých případech při zavedení vhodně designovaného programu na podporu zdraví je možné dosáhnout návratnosti investice až \$ 11 na každý vynaložený dolar [15].

Průzkum prováděný v roce 2001 týmem z Brigham Young University prokázal, že zásahy ve smyslu zavedení programu podpory zdraví na pracovišti mohou produkovat snížení nákladů na zdravotní péči až o 26 % a úspory ve výši 30 % z nákladů na náhradu pracovní neschopnosti či kompenzaci pracovního úrazu [15].

1.4 Mezinárodní podpora zdraví ve zdravotnictví

Z hlediska managementu je orientace na podporu zdraví důležitým strategickým rozhodnutím, a to především proto, že pomáhá zvyšovat kvalitu poskytovaných služeb, zlepšuje postavení zdravotnického zařízení z hlediska konkurenční výhody, a to z pohledu pacientů, partnerů i zaměstnanců, napomáhá k ponížení fluktuace zdravotnických pracovníků a k jejich vyšší spokojenosti s pracovním prostředím [24].

Pro zjištění, jakých metod je pro podporu zdraví ve zdravotnických zařízeních nemocničního typu využíváno v jiných státech, byl proveden průzkum dostupných zdrojů se související tematikou.

1.4.1 Spojené státy americké

Ve Spojených státech amerických jsou pro oblast zdravotnictví využívány strategie Světové zdravotnické organizace, přičemž tou aktuálně aplikovanou je *Health for all*. Prioritami strategie USA je podpora zdravého životního prostředí, pohybové aktivity a zdravé výživy, prevence obezity a úrazů, snížení užívání tabáku a návykových látek a podpory screeningových programů. Strategii zajišťuje ministerstvo zdravotnictví, prostřednictvím speciálně zřízeného oddělení pro prevenci nemocí a podporu zdraví. Spolupracující organizací je zde Americká asociace veřejného zdravotnictví, jež sdružuje desetitisíce jedinců, mnoho státních a nestátních institucí. Její činnost je zaměřena na celé rodiny a komunity (nejen na jednotlivce) z hlediska snižování preventabilních zdravotních rizik. Vzhledem k rozloze USA jsou zde aktivní tzv. *Country Health Department*, jež působí na území jednotlivých zemí USA (v USA označováno jako Okresní úřady pro zdraví). Tyto instituce lze v paralele na Českou republiku vnímat jako hygienické stanice [1].

1.4.2 Velká Británie

Ve Velké Británii působí na poli regulace podpory zdraví mnoho institucí. Tou hlavní, jež zastřešuje komplexně veřejné zdraví je tzv. Národní zdravotní služba. Od dubna 2014 je právním orgánem ochrany zdraví agentura *Public Health England*, jejíž činnost je zaměřena na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a výzkum. Strategie na podporu zdraví je cílena na snížení působení negativních faktorů a zdraví a sociální stav obyvatel od nejnižšího věku jedinců. Z nezávislých organizací můžeme jmenovat *The Royal Society for Public Health* [1].

1.4.3 Kanada

V Kanadě je podpora zdraví velmi podstatnou oblastí zdravotnictví pro všechny provincie. Od roku 2014 je zajištěna vládním Úřadem veřejného zdravotnictví, jež náleží pod Ministerstvo zdravotnictví. Tato instituce zahrnuje komplexní jištění prevence nemocí, podporu zdraví a ostatní aktivity s tímto spojené. Organizuje stovky projektů na úrovni celého území Kanady. Každá kanadská provincie má vlastní zdravotní úřad, který dohlíží nad plněním strategie pro podporu zdraví, realizuje projekty a programy na podporu zdraví a dbá o ochranu zdraví a prevenci nemocí [1].

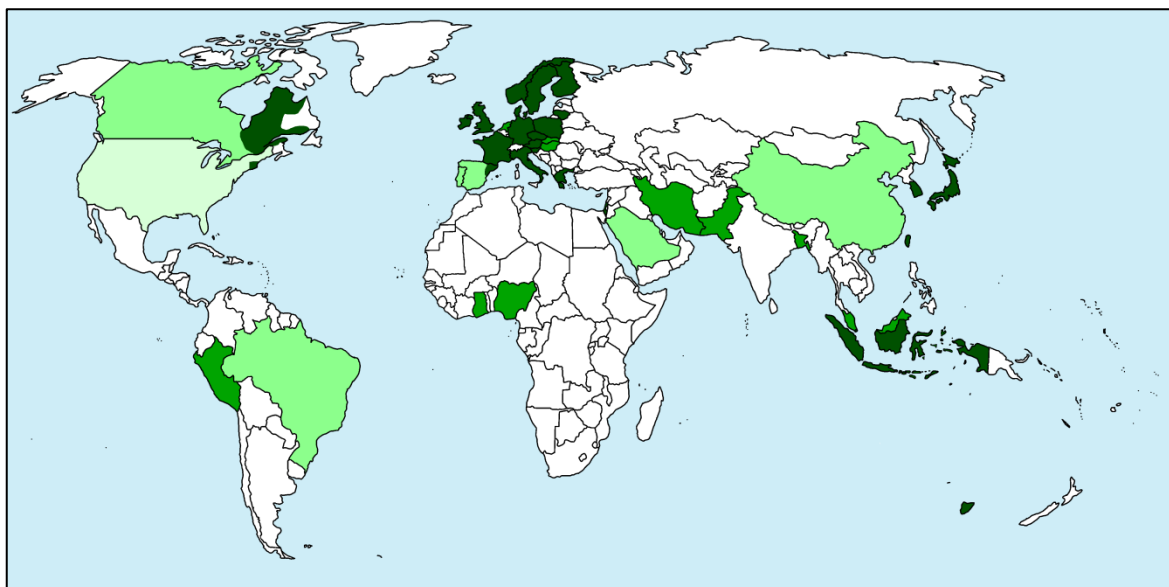
1.4.4 Francie

Francie vynakládá na podporu zdraví miliardy eur ze státního rozpočtu. Prevence nemocí a s tím související strategie zahrnující i podporu zdraví jsou zde zajišťovány mnoha programy, projekty a aktivitami vycházejícími z místního zákona o politice veřejného zdravotnictví z roku 2004. Hlavní institucí Francie je v této oblasti Národní ústav prevence a výchovy ke zdraví, který též integruje podporu zdraví do národních politických směrnic. Do aktivit na prevenci a podporu zdraví se zde angažují též zdravotní pojišťovny, které organizují různě zaměřené kampaně s touto tematikou. I zde se využívají studie a programy WHO. V rámci národní strategie podpory zdraví jsou zde definovány prioritní oblasti, jako např. zdraví a prostředí, rizikové a návykové chování apod. Strategie jsou diskutovány s Národní radou pro zdraví, jež je poradním orgánem ministra zdravotnictví a vlády v otázkách zdraví obyvatelstva Francie. Často zde dochází ke slučování hlavních strategických plánů s národními a regionálními programy [1].

1.4.5 Státy Evropské unie

Při rešerši států z Evropské unie bylo zjištěno, že 20 z celkových 28 členských států je současně členem mezinárodní sítě zdravotnických zařízení, jež pro podporu zdraví využívají program *Health promoting Hospitals & Health Services* (dále též jen „HPH“), nad nímž má záštitu Světová zdravotnická organizace (dále jen „WHO“) prostřednictvím svého spolupracujícího útvaru s názvem WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals & Health Services (v literatuře též označováno zkratkou WHO-CC) [25].

Obrázek 5: Přehled států s aktivním programem HPH (vlastní)



Obrázek 5 představuje orientační nástroj pro ucelení představy, kde je reálně aplikován program *Health promoting Hospitals & Health Services*. Stupeň sytosti zeleného zabavení státu odpovídá lokální saturaci programem. Na příklad ve Spojených státech amerických je celkem pouze 5 zdravotnických zařízení, což představuje vzhledem k jejich rozloze

pouze minimální nasycení. Oproti tomu můžeme uvést např. Německo, Rakousko, Finsko či Švédsko, jejichž saturace je ve vztahu v rozloze dané země relativně vyšší. Přehledná tabulka uvádějící konkrétní počty zdravotnických zařízení zařazených do programu HPH v jednotlivých státech je uvedena v příloze č. 3 této práce.

1.4.6 Souhrn mezinárodního přehledu

Ze studovaných vyspělých států je podpora zdraví jednou z dominant národních strategií pro oblast zdravotnictví. Z přehledu je patrné, že je tato problematika tak rozsáhlá a pro jednotlivé státy tak důležitá, že vyžaduje specifickou instituci, jež ji bude zastřešovat, přičemž se zde diskutované státy neomezují jen na jednu takovou organizaci. Programy a strategie podpory zdraví jsou často v jednotlivých státech zajištěny legislativně.

Pro specifické umístění podpory zdraví je ve světě masivně rozšířený program WHO *Health promoting Hospitals & Health Services*, který v jednotlivých státech funguje na úrovni ministerstev zdravotnictví, ve výjimečných případech na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení.

1.5 Mezinárodní program HPH

Program Nemocnice podporující zdraví (Health Promoting Hospitals) vznikl, stejně jako mnoho jiných programů na podporu zdraví, v návaznosti na Ottawskou chartu z roku 1986. Tato charta definovala zdravotní služby jako jednu z klíčových oblastí podpory zdraví [3], [1]. V období 1986 – 1989 byl vytvořen první konkrétní koncept „Health Promoting Hospitals“ navrhující zahájení modelových projektů, jež by demonstrovaly proveditelnost podpory zdraví v nemocnicích [26].

Po mnoha následných dílčích aktivitách byla, jako hlavní organizace tohoto programu, roku 1990 vytvořena prozatím neformální Mezinárodní síť Nemocnic podporujících zdraví (International Network of Health Promoting Hospitals), přičemž byl v roce 1991 WHO vydán první dokument determinující politiku této mezinárodní sítě, Budapešťská deklarace. Deklarace definuje náplň a cíle sítě; její politiku dále určují Vídeňská doporučení [26], [27], [28].

Do roku 2001 byla koordinace programu HPH pod záštitou WHO *European Office for Integrated Healthcare Services* (Evropská kancelář WHO pro integrované zdravotní služby) v Barceloně. Následně ji převzalo *WHO Collaborating Centre for evidence-based Health Promoting in Hospitals & Health Services* v Kodani, a to včetně samotného sekretariátu. Tímto se stala mezinárodní síť HPH autonomním subjektem a v roce 2008 byla oficiálně transformována na mezinárodní sdružení s názvem *International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services*, tedy Mezinárodní síť nemocnic podporujících zdraví a zdravotní služby (dále též jen „mezinárodní síť HPH“) [26].

Následným krokem pro vytvoření hierarchické struktury mezinárodní sítě bylo vydání ustanovení, jež definovalo potřebu vytvoření národních či regionálních HPH sítí jako jádrových členů mezinárodní centrály. Každá takto vytvořená dílčí síť má dle stanov mezinárodní sítě HPH povinnost oficiálně určit národního/regionálního koordinátora. Z řad těchto koordinátorů jsou každé dva roky voleni předseda a místopředseda Valného shromáždění mezinárodní správní rady [26].

Z obecného hlediska je činnost této sítě koordinována prostřednictvím Mezinárodního sekretariátu HPH se sídlem v Kodani. Zaměřena je na tvorbu strategií pro podporu zdraví a jejich následnou integraci do nemocnic a zařízení poskytující zdravotní péči. Základními záměry a cíli této sítě je především podpora členských zemí při zavádění činností vedoucích k podpoře zdraví ve zdravotnickém zařízení a implementaci standardů podpory zdraví. Napomáhá též při změnách vnitřní kultury pracoviště, jež z těchto principů vycházejí, napomáhá zavedení interdisciplinární spolupráce a aktivního zapojení pacientů [9], [24], [29].

Jak je zmíněno výše, strukturálně je tato mezinárodní platforma tvořena mnoha regionálními či národními sítěmi členských států, které čítají minimálně 3 členy, popř. lze uznat i členství jednotlivých zdravotnických zařízení, a to při absenci regionální či národní sítě v dané oblasti [29].

Každá z těchto dílčích HPH sítí musí ustanovit koordinační instituci a národního či regionálního koordinátora. Ten je pak hlavním představitelem programu HPH v daném státě na vládní úrovni. Členství se stává oficiálním po předložení a následném schválení

písemného implementačního programu mezinárodním sekretariátem HPH a konečně po podpisu tzv. dohody o spolupráci s mezinárodním sekretariátem HPH, jejíž platnost je omezena 4 roky [24], [30].

Aktuálně čítá mezinárodní HPH síť více než 900 zdravotnických zařízení z více než 20 zemí světa [31].

1.5.1 Členství v HPH síti

Národní a regionální sítě musí pro své uznání sdružit minimálně 3 poskytovatele zdravotních služeb. Žadatelská nemocnice je pro uznání členství povinna předložit příslušné národní koordinační jednotce programu HPH, resp. národnímu koordinátorovi, podpisem stvrzený formulář, jenž je nazýván Letter of Intent. Podpis tohoto dokumentu náleží výhradně řediteli dané instituce, přičemž se tím zavazuje k plnění a dodržení plošně stanovených pravidel (např. k přijetí principů programu HPH, implementaci strategií mezinárodní sítě, vytvoření písemných pravidel na implementaci podpory zdraví) [24]. Platnost tohoto dokumentu trvá též 4 roky; po uplynutí této doby je opakovaně administrován.

Důležitou povinností je jmenování místního koordinátora programu v dané nemocnici, který je pak kontaktní a klíčovou osobou pro národní koordinační jednotku. Podmínkou pro jeho určení je dle mezinárodního sekretariátu HPH aktivní výkon činnosti v managementu nemocnice. Další povinností je dále úhrada ročního členského poplatku. Jeho výše je s platností od roku 2015 ve výši 200 EUR.

Určení místního koordinátora je podstatné především z hlediska lokálního řízení a kontroly podpory zdraví; pro návrh, implementaci a realizaci aktivit na podporu zdraví. Aby mohl tyto činnosti odpovědně plnit, je nezbytné vytvoření skupiny odborníků, která v sobě zahrnuje zástupce managementu (samotný HPH koordinátor), oddělení kvality i pracovníky z klinické praxe, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty. Implementace na úrovni jednotlivce je prováděna na úkor efektivity a systematizace [32]. HPH koordinátor volený z řad personálu organizace je zárukou, že výše uvedené změny nebudou zaváděny externí autoritou, ale budou vycházet z vlastního systému zdravotnického zařízení tak, aby mohl být program podpory zdraví plnohodnotně začleněn do všech příslušných procesů [24].

1.5.2 Standardy podpory zdraví

V souladu s kritérii, jež stanovila Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotní péči (The International Society for Quality in Health Care) a ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací a Mezinárodní sítí HPH bylo vytvořeno 5 mezinárodních standardů, které jsou zaměřené na dominantní oblasti v podpoře zdraví v prostředí zdravotnického zařízení:

- Standard 1: Zásady řízení/managementu,
- Standard 2: Posuzování potřeb pacientů,
- Standard 3: Informování pacientů a opatření na podporu zdraví,

- Standard 4: Podpora zdravého pracovního prostředí,
- Standard 5: Kontinuita a spolupráce.

Jejich koncepce byla vytvořena na základě snahy pomoci vedoucím pracovníkům ve zdravotnictví (zdravotníkům ve vedoucích pozicích i nezdravotníkům zastupující management nemocnice) nejprve v organizaci identifikovat slabá místa z hlediska podpory zdraví a následně pak pomoci zavést a systematicky zlepšovat vhodné aktivity týkající se podpory zdraví včetně souvisejících činností [33].

Souhrnným cílem standardů podpory zdraví je, vždy v souladu s oblastí jeho zaměření, pomoci ukázat nové možnosti, jakým způsobem lze činnosti na rozvoj podpory zdraví ve zdravotnickém zařízení monitorovat, hodnotit a kontinuálně zlepšovat, a to jak zástupcům managementu, tak i zdravotnickým pracovníkům. Dalším cílem je povýšit roli pacienta při poskytování zdravotní péči se zaměřením na hodnocení kvality péče, začlenit do systému zvyšování kvality co nejvíce jedinců z řad personálu, zavést a posílit systematickosti aktivit na podporu zdraví, přičemž se zaměřit též na posilování zdraví a bezpečí pacientů i zaměstnanců, zlepšit organizaci poskytování zdravotní péče a dílčích aktivit na podporu zdraví. Souběžně s tímto je pak posílání standardů posílit spolupráci resortních organizací, např. v rámci jednotlivých států, krajů, regionů, apod. K ukotvení nově osvojených aktivit, praktik a procesů je z hlediska plnění standardů velmi důležitá formulace metodických doporučení, jež mají vést ke standardizaci a ucelení aktivit podpory zdraví v dané organizaci [30].

Každý standard je tvořen třemi úrovněmi. První úroveň tvoří pět výše uvedených dimenzí (zásady řízení, posuzování potřeb pacientů, informování pacientů a opatření na podporu zdraví, podpora zdravého pracovního prostředí, kontinuita a spolupráce). V rámci každé této dimenze byla vytvořena druhá úroveň tvořena dílčími standardy neboli sub-standardy, jež jsou nástrojem ke konkretizaci jednotlivých standardů. Třetí úroveň představují měřitelné prvky, jež specifikují, co přesně má být v rámci každého standardu sledováno [30], [35].

1.5.3 Program HPH v ČR

Česká republika je členem mezinárodní HPH sítě od roku 2003. Národní koordinační jednotkou bylo stanoveno Ministerstvo zdravotnictví ČR, které tak dalo vzniknout Národní síti HPH v ČR (dále též jen „národní síť“). Národní koordinátorkou programu je Mgr. Milena Kalvachová (dále též je „národní koordinátor“), pozici národního administrátora a dílčího koordinátora programu HPH zastává od roku 2013 autorka předkládané práce, Bc. Veronika Stejskalová.

Národní koordinátor je v daném státě nejvyšším představitelem programu HPH. Z hlediska působení na úrovni státu je národní koordinátor kontaktní osobou všech zainteresovaných subjektů. Reprezentuje daný stát na mezinárodních konferencích a na shromážděních členů Mezinárodní sítě HPH. Jeho pozice je především prezentační a propagační. Dále se podílí na vytváření koncepčních materiálů.

Hlavními povinnostmi národního administrátora je především zajištění veškeré komunikace mezi jednotlivými členy národní sítě a národní koordinací organizací programu (MZ ČR), mezinárodním sekretariátem HPH a WHO. Ve spolupráci s národním koordinátorem zajišťuje program HPH na všech úrovních, tj. resortně, meziresortně, na národní a mezinárodní úrovni. Dále má v gesci administraci kompletní příslušné dokumentace všech členů národní sítě.

Členy této národní sítě je aktuálně 10 níže uvedených nemocničních zařízení napříč celou Českou republikou.

- Fakultní nemocnice v Motole,
- Nemocnice Valašské Meziříčí a. s.,
- Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a. s., nemocnice Středočeského kraje
- Fakultní nemocnice Olomouc,
- Nemocnice Pelhřimov, p. o.,
- Nemocnice Jihlava, p. o.,
- Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha,
- Všeobecná fakultní nemocnice v Praze,
- Nemocnice Šumperk a. s.
- Nemocnice České Budějovice, a.s.

Záměrem Ministerstva zdravotnictví ČR (dále též „ministerstvo“) je tento seznam systematicky rozšiřovat o nové členy. Jelikož však je povědomí o programu HPH v ČR značně nedostatečné, je tento stanovený úkol pro ministerstvo o to náročnější. Právě k rozšíření národní sítě HPH nemocnic o nové členy bude sloužit výstup předkládané práce, kdy bude vytvořená metodika představovat ucelený rámec (informační i metodický) pro zdravotnická zařízení se zájmem o zvyšování kvality poskytované zdravotní péče.

Pro vytvoření funkční základny pro rozvoj sítě zřídilo ministerstvo Pracovní podskupinu Národní síť Nemocnic podporujících zdraví a zdravotní služby (dále též jen „pracovní podskupina“), která je poradním orgánem Pracovní skupiny pro bezpečí pacientů a kvalitu zdravotní péče, jež je hlavním koordináčním a regulačním orgánem Ministerstva zdravotnictví pro oblast kvality poskytované zdravotní péče a bezpečí pacientů. Členem pracovní podskupiny je vždy místní koordinátor HPH programu za jednotlivé členy Národní sítě HPH v ČR. Její předsedkyní je národní HPH koordinátor, Mgr. Milena Kalvachová, pozici místopředsedkyně zastává MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH, ředitelka Kanceláře WHO v ČR, tajemníkem pracovní podskupiny je autorka předkládané práce.

1.6 HPH Recognition project

HPH Recognition project (dále též jen „HPH RP“) je mezinárodní pilotní výzkumný projekt realizovaný jako část plnění tzv. WHO/HPH Memoranda o porozumění vedený WHO kolaborujícím centrem v Kodani, a to jako součást doktorandského studia Jeffa Kirka Svana pod dohledem mezinárodního týmu odborníků (prof. Hanne Tønnesen, prof. Shu-Ti Chiou, Oliver Groen) [4]. Česká republika jej úspěšně ukončila jako první stát na světě v roce 2014.

V rámci zdravotnického zařízení je pro realizaci tohoto projektu zvoleno jedno konkrétní oddělení či klinika, které musí podepsat tzv. smlouvu o účasti. Z jinak svobodného výběru oddělení/klinik jsou vyřazena oddělení paliativní péče, dětská oddělení, pečovatelské domy a zařízení primární péče. Toto omezení vychází ze skutečnosti, že aplikované standardy a nástroje WHO/HPH nejsou pro tyto odvětví ověřeny [34].

Projekt je designován jako randomizovaná kontrolovaná studie, ve které jsou participující oddělení/kliniky počítačem randomizovány do intervenční a kontrolní skupiny. Intervenční skupina zahajuje HPH RP bezodkladně, kontrolní skupina s ročním odkladem. Každému zapojenému oddělení je mezinárodním HPH sekretariátem přiděleno tzv. účastnické číslo, které je kombinováno se zkratkou daného státu, např. pro ČR vypadá takový kód např. CZ209 [4], [34].

Cílem projektu je vyhodnocení, do jaké míry jsou zdravotní služby poskytované ve zdravotnickém zařízení, včetně zásad managementu a způsobu řízení, ve shodě s mezinárodními standardy podpory zdraví a dvěma modely pro provádění auditu zdravotnické dokumentace, tj. model HPH DATA a HPH Doct-Act. Zjištěná shoda identifikuje oblasti správné praxe na podporu zdraví. Nesplnění znamená, že jsou v dané oblasti reálné možnosti na zlepšení. Míra souladu se standardy se měří jako souhrn plnění měřitelných prvků a dílčích sub-standardů. Měřitelné prvky se hodnotí jako zcela splněné, částečně splněné nebo nesplněné [30].

Účast zdravotnického zařízení v HPH RP je zcela dobrovolná, avšak podmíněná členstvím v mezinárodní HPH síti. Rozhodnutí participovat na projektu musí být nutně podporováno managementem nemocnice, jelikož bez této podpory je realizace projektu prakticky nemožná. Po provedení HPH RP na vybraném oddělení či klinice by měly být osvojené zásady rozšířeny i na ostatní pracoviště zdravotnického zařízení.

Hlavní hypotézou projektu je, že zdravotnické zařízení zapojené do HPH RP by měla po ukončení projektu poskytovat kvalitnější zdravotní péči pro své pacienty a zdravější pracovní prostředí pro své zaměstnance, poskytovat více aktivit na podporu zdraví ve srovnání s ostatními poskytovateli zdravotní péče, a to vše při zachování své rutinní praxe [34].

Úroveň plnění standardů podpory zdraví je v závěru projektu označena podle procentuální shody ve smyslu tabulky 2.

Tabulka 2: Hodnotící škála plnění WHO/HPH standardů

| PROCENTUÁLNÍ SOULAD SE STANDARDY PODPORY ZDRAVÍ | BAREVNÉ ROZLIŠENÍ | SLOVNĚ |
|---|-------------------|---------------|
| 1 – 25 % | | Bílá |
| 26 – 50 % | | Světle zelená |
| 51 – 70 % | | Zelená |
| 71 – 80 % | | Bronzová |
| 81 – 90 % | | Stříbrná |
| 91 – 100 % | | Zlatá |

1.6.1 Provedení projektu v České republice

V roce 2011 byly v rámci české národní HPH sítě s nabídkou účasti na HPH Recognition project osloveny všechny členské nemocnice. Pozitivní reakci mělo následně osm nemocnic ČR, které shrnuje následující tabulka. Jednou z přihlášených byla též Nemocnice na Homolce, avšak ta se vzhledem k závažným personálním změnám v managementu a vedení nemocnice rozhodla počátkem roku 2013 odstoupit jak z HPH RP, tak i z HPH sítě.

Tabulka 3: Přehled nemocnic ČR zapojených do HPH RP v období 2011-2013

| | |
|----------------------------|---|
| INTERVENČNÍ SKUPINA | Nemocnice Valašské Meziříčí a. s. |
| | Nemocnice Pelhřimov, p. o. |
| | Nemocnice Jihlava, p. o. |
| KONTROLNÍ SKUPINA | Fakultní nemocnice v Motole |
| | Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s., nemocnice Středočeského kraje |
| | Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha |
| | Fakultní nemocnice Olomouc |

Financování HPH Recognition projektu v ČR bylo řešeno formou Dvouleté smlouvy o spolupráci mezi Regionální úřadovnou Světové zdravotnické organizace pro Evropu a Ministerstvem zdravotnictví České republiky (dále jen „BCA“). Tato smlouva je uzavírána vždy na dvouleté období. Podpisem smlouvy se obě strany zavazují ke spolupráci ve stanovených prioritních oblastech WHO (nyní převážně prioritní oblasti Národní strategie Zdraví 2020). Za plnění dílčích úkolů a projektů v rámci těchto oblastí je přímo odpovědné MZ ČR, přičemž WHO se na plnění finančně podílí v souladu se schváleným rozpočtem.

V rámci ČR byly tyto finance vykazovány pouze na takové nákladové položky, které se přímo týkaly realizace projektu, konkrétně např. náklady na překlady všech základních a kontrolních balíčků do anglického jazyka (nutná podmínka pro odevzdání balíčků k vyhodnocení), zajištění externích auditů (zahrnuje dopravu zahraničních externích auditorů, ubytování v daném městě pro ně a v případě potřeby pro zástupce ministerstva a kanceláře WHO v ČR) apod. Veškeré čerpání těchto finančních prostředků je v pravidelných intervalech vykazováno a musí být relevantně podloženo.

1.6.2 Průběh projektu

Průběh HPH RP byl rozdělen do 4 fází. Zahajovacím úkonem je postoupení realizační klinice či oddělení (dále jen „oddělení“) tzv. základního balíčku (*Baseline package*). Ten obsahuje kompletní informace, které oddělení potřebuje pro orientaci a vlastní realizaci projektu, tj. hlavně prováděcí dopisy, časový plán dané skupiny, manuál k jednotlivým fázím projektu a formuláře k vlastní realizaci včetně instrukcí pro sběr dat [34], [35].

Po seznámení se s obsahem základního balíčku a po osvojení si postupu realizace zahajuje oddělení primární sběr dat, jenž je časově ohraničen lhůtou 2 měsíců. Během této doby též realizační tým projektu vyplní příslušná data do jednotlivých formulářů, z nichž dva jsou ve formě online aplikace (dotazníkové šetření pro pacienty a zaměstnance). Tato fáze de facto odpovídá internímu auditu, jehož cílem by mělo v této fázi být zpracování tzv. akčního plánu podpory zdraví na základě dostupných zjištění. V obsahu by měl tento dokument představovat pro danou organizaci strategický dokument, jak podporu zdraví rozvinout a posílit [30], [35].

Po kompletaci zpracovaného základního balíčku byl odevzdán místním HPH koordinátorem národnímu administrátorovi, jehož povinností bylo ve spolupráci s Kanceláří WHO v ČR zajistit překlad základní balíčku z českého do anglického jazyka a následně jeho odeslání do Fakultní nemocnice Bispebjerg v Kodani k rukám hlavního projektanta, jenž provádí jeho vyhodnocení [34], [35].

Tímto byla ukončena první fáze projektu a nemocnice plynule přechází do druhé fáze – implementační, která trvá jeden rok. V rámci této doby by měla nemocnice plnit cíle a realizovat sebou stanovené aktivity na podporu zdraví, jež uvedla ve výše uvedeném akčním plánu podpory zdraví. Výsledkem by měla být implementace takových nástrojů, které zdravotnické zařízení povedou ke zvýšení míry plnění standardů podpory zdraví a povedou ke zkvalitnění poskytovaných zdravotních služeb [34], [35].

Po uplynutí roční doby byl místnímu HPH koordinátorovi zaslán tzv. kontrolní balíček. (*Follow-up Package for Data collection*, pozn.: balíček by se měl označovat spíše jako *následující* či *následný*; v ČR je však plošně používáno označení „kontrolní balíček“). Jeho obsah je téměř shodný s balíčkem základním. Jeho zpracování bylo též založeno na sběru stávajících dat, a to zcela shodným postupem jako v případě prvního sběru. Rozdílným prvkem bylo v této třetí fázi HPH RP to, že nemocnice již neměla zpracovat nový akční plán kvality, ale měla revidovat ten, jenž nemocnice zaslala k vyhodnocení v rámci základního balíčku. Tento postup slouží ke kontrole, co bylo v rámci podpory zdraví nemocnicí plánováno, a co skutečně realizováno, popř. jaké má organizace nové výstupy. Pro realizaci této fáze měla nemocnice opět lhůtu dvou kalendářních měsíců. Následný postup zaslání zpracovaného balíčku národnímu koordinátorovi, zajištění překladu a postoupení k vyhodnocení, byl shodný jako u balíčku základního [34], [35].

Konečnou fází projektu byla realizace externího auditu mezinárodním multioborovým týmem¹², v jehož závěru obdržela nemocnice tzv. HPH certifikát. Ten uvádí procentuální

¹² Externího auditu se účastní vždy vedoucí projektu Jeff Kirk Svane, prof. Hanne Tønnesen, národní či regionální koordinátor, nemocniční HPH koordinátor, management nemocnice.

shodu auditovaných poskytovaných služeb s mezinárodními standardy podpory zdraví. Vedle předání certifikátu bylo cílem tohoto auditu ověření dat zaslaných v kontrolním balíčku [34], [35].

1.6.3 Dokumentace HPH Recognition projektu

V rámci každého základního a kontrolního balíčku obdržela každá HPH nemocnice participující na HPH RP 5 formulářů, jež představují vlastní realizační nástroje projektu. Každý formulář je de facto pouze nástroj pro standardizaci zpracování výsledků. Pro takto rozsáhlý projekt je zprostředkování takovýchto nástrojů pro usnadnění jeho realizace a vyhodnocení naprosto nezbytnou součástí.

Každý z těchto pěti formulářů je speciálně navržen pro jednotlivé oblasti průzkumu, přičemž se označují shodně velkým písmenem E a následně číslicí od 1 do 5. Toto označení opět vyplývá ze snahy o standardizaci, jelikož při komunikaci s Mezinárodním sekretariátem se používá výhradně toto označení. Vedle standardizovaného kódu (E1 – 5) lze jednotlivé formuláře označit též slovně podle oblasti jejich aplikace.

1.6.3.1 Audit zdravotnické dokumentace

Interní audit zdravotnické dokumentace je metodicky založen na modelech WHO – HPH DATA a HPH Doct-Act. Tato fáze projektu představuje pro zdravotnické zařízení poměrně značně náročnou část realizace projektu.

Pro usnadnění zpracování dat z auditu zdravotnické dokumentace slouží formulář E1, jež představuje strukturovanou tabulku v programu Microsoft Excel. Struktura podléhá výše uvedeným modelům vedení zdravotnické dokumentace.

Základním principem této části HPH RP byla analýza padesáti po sobě následujících zdravotnických dokumentací vzatých jeden měsíc zpětně po přihlášení daného oddělení do projektu. Jednotlivé standardy podpory zdraví, jež souvisejí s patientskou zdravotnickou dokumentací, tj. standardy 2, 3 a 5, jsou zde rozepsané na otázky, které lze zodpovědět v rozsahu *ano*, *ne* či *neznámo*. Podstatné pro správné provedení auditu zdravotnické dokumentace bylo, aby si provádějící tým pokládal otázku ve smyslu, zda je odpověď na ní možno nelézt v hodnocené zdravotnické dokumentaci, nikoli tak, aby na ní přímo odpovídal [30].

Pro názornost můžeme uvést následující příklad. Dílčí otázka standardu zní „Má pacient index BMI nižší nežli 25?“. Přístup hodnotícího týmu má správně být „Je v dokumentaci proveden řádný záznam o hodnotě BMI pacienta?“.

Pro řádné zpracování auditu nesměla být žádná zdravotnická dokumentace z auditu vyloučena.

1.6.3.2 Průzkum mezi pacienty

Průzkum mezi pacienty byl řešen formou online dotazníkového šetření, přičemž jeho označení v dokumentaci HPH RP je E2. Vstup do prováděcí online aplikace byl zabezpečen přístupovým heslem, které měl k dispozici vždy jen HPH koordinátor a národní administrátor programu HPH, který má neomezený přístupový kód do všech dokumentů všech participujících nemocnic. Vstupní přihlášení je pro každého poskytovatele vázáno na účastnický kód dané nemocnice.

Dotazník měl být podle manuálu projektu vyplněn samotným pacientem, což však nebylo ve většině případů možné. Důvodem byl především častý vysoký věk respondentů a s tím související absence přístupu k počítači nebo internetu. Tento problém byl v souladu s prováděcím protokolem HPH RP řešen následovně. Realizační tým HPH RP jednotlivé dotazníkové formuláře vytiskl a na oddělení je pacientům rozdával v této pro ně přívětivější formě. V případě, že pacient potřeboval s vyplněním pomoci, byla mu poskytnuta neutrálním členem personálu, popř. členem, který byl v projektu zainteresován, avšak nebyl členem řídicí skupiny projektu. Tento neutrální člen personálu, popř. nezapojený zaměstnanec, byl pak tím, kdo zanášel sebrané data z dotazníku do online aplikace. Dotazníky měly 32 otázek, jež pacienti zodpovídali v rozsahu připravených možností tak, aby odpověď co nejvíce vystihovala jeho stanovisko a anonymně [35].

Průzkum byl prováděn vždy u hospitalizovaných nebo ambulantních pacientů, kteří navštívili dané oddělení, od data zapojení oddělení do HPH RP zpětně po dobu jednoho měsíce nebo dokud nebude proveden průzkum u 200 po sobě následujících pacientů (podle toho co nastane dříve). Z průzkumu nesmí být vyloučen žádný pacient, ledaže pacient zemřel, odstěhoval se nebo není schopen dát informovaný souhlas (bezvědomí, nezletilost nebo obdobné důvody) nebo konečně v případě, kdy pacient nechce odpovědět [35].

1.6.3.3 Průzkum mezi zaměstnanci

Průzkum mezi zaměstnanci je de facto shodný s průzkumem mezi pacienty. Shodně se jednalo o online dotazníkové šetření, standardizované formulářem E3. Anonymní dotazník v tomto případě čítá 37 otázek.

Do šetření měli být zahrnuti všichni členové personálu zaměstnaní na daném oddělení, a to jeden měsíc před zapojením do HPH RP. Stejně jako v předchozím případě zde nebylo možné vyloučit jakéhokoli člena personálu, kdy výjimkou je pouze smrt jedince, jeho odstěhování se, případně kdy nechce odpovědět [35].

1.6.3.4 Zhodnocení údajů o organizaci

Pro analýzu organizace a jejích údajů sloužil v dokumentaci HPH RP formulář E4. Jedná se o nejpodstatnější dokument celého projektu. Výše uvedené dílčí průzkumy slouží de facto jako pouhé nástroje pro plnění požadavků tohoto průzkumu. Analýza je členěna podle jednotlivých standardů a její provedení spočívá v zodpovězení jednotlivých sub-standardů na principu „ANO“ (splňujeme) nebo „NE“ (nesplňujeme). V případě, že dané pracoviště označí jakoukoli položku „ANO“, je nutné toto tvrzení doložit kopií příslušného

dokumentu v anglickém jazyce. Samotný formulář uvádí vždy konkretizaci požadovaného dokládajícího dokumentu. V závěru formuláře je souhrnné hodnocení plnění standardů. Maximálně lze zde získat 40 bodů [35].

1.6.3.5 Plán kvality

Vytvoření plánu kvality (v textu též uváděno pod pojmem „akční plán podpory zdraví“) je posledním dokumentem nutným pro finalizaci HPH RP. Jeho struktura byla již předem stanovená. V počátku formuláře bylo po realizačním týmu HPH požadováno vyjádřit důležitost účasti daného zdravotnického zařízení v HPH RP.

Dále je ze strany realizačního týmu nutné v první fázi projektu shrnout dosažené výsledky z interního auditu a navrhnout plán podpory zdraví s konkrétními cíli, jež bude organizace plnit v době roční implementační doby. Identifikaci silných a slabých stránek poskytovaných zdravotních služeb s návrhy na zlepšení. Ve fázi kontrolního sběru dat se takto vytvořený akční plán podpory zdraví revidoval s cílem určit, co bylo naplánováno a co bylo skutečně realizováno. Dále zde místní HPH tým definoval své nové cíle na podporu zdraví [30].

Ve fázi primárního sběru dat bylo zdravotnické zařízení nuceno provést z hlediska zjištěných dat sebehodnocení. To bylo poměrně problematické, jelikož měl Mezinárodní sekretariát HPH v souladu s dohodou s Ministerstvem zdravotnictví ČR dodat výstupy z obou online šetření tak, aby bylo možné sebehodnocení plnohodnotně provést. Bohužel však tato data nebyla dodána a HPH týmy tak nemohli provést sebehodnocení kompletně. Dále nebyly dodány výstupy z auditu zdravotnické dokumentace, což ve výsledku vedlo k provedení jen zběžného vyhodnocení. Plán kvality byl však i tak nemocničním HPH týmem zpracován dostatečně, a to převážně na základě intuice, odborných názorů, praxe, rozhovorů a dílčích průzkumů. Shodná byla situace též při zpracování plánu kvalitu v rámci kontrolního balíčku.

Právě výše popsaná absence výstupů jednotlivých fází HPH RP byla důvodem pro zpracování této diplomové práce.

1.6.4 Externí audit

Externí audit byl realizován jako závěrečná fáze HPH RP. Byl veden autorem projektu, Jeffem Kirkem Svanem, M. A. a prof. Hanne Tønnesen (dále jen „vedoucí auditu“). Dalšími auditory v tomto procesu byli zástupci Ministerstva zdravotnictví a Kanceláře WHO v ČR. Celkem audit provádělo 5 osob. Tato odborná skupina se pro každý audit rozdělila do dvou prováděcích týmů, vždy v čele s jedním z vedoucích auditu.

První skupina prováděla strukturované rozhovory s pěti pacienty a pěti zaměstnanci. Otázky, jež byly v průběhu rozhovorů pokládány, vycházely z příslušných dotazníků. Z řad zaměstnanců byli vybráni zástupci vyhovující následujícímu personální zařazení: lékař; zdravotní sestra; pracovník s kontaktem s administrativou; dietní sestra či nutriční terapeutka nebo dietolog (pokud je součástí oddělení) a rehabilitační asistent (pokud je součástí oddělení). Z řad pacientů bylo vybráno náhodně, a to z pacientů přítomných

v době auditu, tzn. z aktuálně hospitalizovaných pacientů daného oddělení. Rozhovory s pacienty byly vždy založeny na dobrovolné účasti. Veškeré rozhovory byly prováděny za přítomnosti národního administrátora, kde působil jako tlumočnick a odborný konzultant.

Druhá skupina prováděla kontrolní audit zdravotnické dokumentace, ve kterém se hodnotilo pět náhodně vybraných zdravotnických dokumentací pacientů, kteří byli zahrnuti do původního auditu zdravotnické dokumentace, přičemž nebylo podmínkou, že pacienti, jímž hodnocená dokumentace náležela, museli být v době auditu hospitalizováni. Přípravených však muselo být všech 50 dokumentací, přičemž konkrétních pět hodnocených bylo vybráno až ve chvíli samotné kontroly.

Po ukončení výše popsaných fází externího auditu se vedoucí auditu sešli za účelem kompletnosti zjištěných dat, která pak interpretovali všem přítomným, tj. též přítomným zástupcům daného zdravotnického zařízení. Součástí této interpretace bylo předání inspirativních prvků a doporučení na zlepšení těch oblastí, kde byly zjištěny nedostatky. Slavnostním zakončením bylo závěrečné předání HPH certifikátu z rukou prof. Hanne Tønnesen. Jeho „hodnota“ odpovídala vždy škále plnění dle tabulky 2.

1.6.5 Podpora národního koordinační instituce

Členství V HPH Network považuje ministerstvo za jednu z klíčových cest, jak v České republice podpořit činnosti na podporu zdraví a zvýšit tak kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, spokojenost pacientů a zaměstnanců. Pro provedení HPH RP v jednotlivých nemocničních zařízeních byla činnost Ministerstva zdravotnictví zcela nezbytná, jelikož neslo zásadní odpovědnost při finálním předání jednotlivých balíčků do Fakultní nemocnice Bispebjerg v Kodani k vyhodnocení.

Cílem MZ ČR bylo zajistit úspěšné a co nejlepší provedení všech zúčastněných nemocnic celým projektem. Proto muselo MZ zajistit úzkou spolupráci mezi nemocnicemi, ministerstvem a Kanceláří WHO v ČR. Primární úlohou ministerstva byl tak kontinuální dohled a podpora všech zúčastněných zdravotnických zařízení, vedení a kompletnosti základních a kontrolních balíčků a ve spolupráci s Kanceláří WHO v ČR zajištění překlady balíčků do anglického jazyka.

Další povinností bylo kompletní zajištění externího auditu. Externí audit rámcově obnášel nejen vytvoření funkčního plánu vhodného pro všechny zúčastněné subjekty včetně zajištění finančního plánu. Především pak kontinuální dohled nad realizací auditu, řešení veškerých problémů a dohled nad správným a jednotným průběhem všech sedmi auditů.

Pro zajištění maximální podpory pořádalo ministerstvo s nemocničními HPH koordinátory průběžná osobní setkání, informativní semináře a poskytovalo jim kontinuální metodickou podporu.

1.7 Závěr z realizace HPH Recognition project v ČR

Účast ČR na HPH Recognition project přinesla ČR nejen významnou přeshraniční spolupráci a podstatné poznatky v mezinárodních aktivitách podporujících zdraví, ale především prestižní postavení České republiky, jelikož ta byla prvním státem, který HPH RP ukončil, a to s velkým úspěchem.

Tohoto prvenství bylo dosaženo intervenční skupinou, která projekt ukončila v prosinci 2013. Při závěrečném auditu získala Nemocnice Valašské Meziříčí, a. s., a Nemocnice Pelhřimov p. o., zlatý certifikát za plnění standardů v 98 % a 93 %, Nemocnice Jihlava p. o. dosáhla na stříbrný certifikát s plněním v 88 % [18].

V září 2014 následovala závěrečná zhodnocení projektu (externí audit) ve zbývajících 4 nemocnicích, které byly zahrnuty do kontrolní skupiny. Jejich výsledky byly ohodnoceny předáním zlatého certifikátu ve všech případech.

Tabulka 4: Přehled procentuálního plnění standardů jednotlivých HPH nemocnic

| | |
|--|------|
| Nemocnice Valašské Meziříčí, a. s. | 98 % |
| Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace | 93 % |
| Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace | 88 % |
| Fakultní nemocnice Olomouc | 98 % |
| Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a. s., nemocnice Středočeského kraje | 95 % |
| ÚVN | 98 % |
| Fakultní nemocnice v Motole | 95 % |

Z hlediska poskytovaných zdravotních služeb přinesla účast na projektu výrazné zvýšení úrovně kvality těchto služeb z hlediska podpory zdraví. Interpretace přínosů a dosažených výsledků byly jednotlivými HPH koordinátory předneseny na setkání národní HPH sítě na Ministerstvu zdravotnictví v říjnu 2014.

Výstupem HPH RP bylo pro jednotlivé nemocnice „pouze“ obdržení zmiňovaného HPH certifikátu. Nemocnice tak získaly informaci o souhrnné míře plnění standardů HPH, avšak nebyly jim poskytnuty výsledky dílčích průzkumů z jednotlivých fází projektu.

1.8 Cíle práce

Hlavním cílem předkládané diplomové práce je vytvoření návrhu metodického návodu pro implementaci mezinárodních standardů podpory zdraví do zdravotnického zařízení v ČR.

Dílčím cílem je potvrdit pozitivní vliv implementace mezinárodních standardů podpory zdraví na kvalitu poskytované péče.

Výstupy práce budou sloužit k plnění národní strategie ČR, Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí a dále k plnění strategie WHO, která je definována v BCA smlouvě na období let 2016-2017¹³.

Pro splnění hlavních cílů bylo nutné definovat i dílčí cíle, jež slouží jako milníky pro zpracování praktické části práce. Mezi ně patří provedení vyhodnocení veškeré relevantní dokumentace HPH RP na úrovni vybraných nemocnic certifikovaných v tomto projektu, tzn.:

- kompletace dokumentace z HPH Recognition projectu,
- rozřídění dat prvního a druhého sběru – tj. základního a kontrolního balíčku,
- komparace dat základního a kontrolního balíčku a analýza kvalitativních dat,
- provedení auditu procesů vedoucích ke zvýšení míry plnění mezinárodních standardů po fázi implementace.

Analýza kvalitativních dat primárního a sekundárního sběru dat za jednotlivé nemocnice měla za cíl identifikovat nejslabší a nejsilnější oblasti, jež byly v rámci projektu hodnoceny, a to před implementací HPH standardů a dále oblasti poskytovaných zdravotních služeb, kde došlo po implementaci HPH standardů k nejmenšímu a největšímu zlepšení. Zjištěné výsledky budou převedeny do národního doporučení v podobě zmiňovaného návrhu metodického návodu.

Splněním stanovených cílů bude tato diplomová práce sloužit jako soubor aplikovatelných výstupů pro poskytovatele zdravotních služeb vedoucích ke zlepšení kvality poskytovaných zdravotních služeb, bezpečnosti a spokojenosti pacientů a zaměstnanců, včetně povýšení činností managementu zdravotnického zařízení na mezinárodní úroveň.

Návrh metodického návodu k implementaci mezinárodních standardů podpory zdraví do zdravotnického zařízení v ČR bude po odevzdání diplomové práce postoupen ke schválení Pracovní podskupině Národní síť nemocnic podporujících zdraví a zdravotní služby, dále do vnitřního schvalovacího procesu Ministerstva zdravotnictví. Závěrečným krokem bude předložení ke schválení poradě vedení Ministerstva zdravotnictví a následné vydání ve Věstníku MZ.

¹³ Tato smlouva ve svém již schváleném znění obsahuje povinnost stanovit potřeby posilování národních kapacit a podporovat Českou republiku ve zlepšování kvality a bezpečnosti zdravotních služeb pomocí intervencí projektu Nemocnice podporující zdraví

2 Metody

Veškeré metody použité v předkládané diplomové práci jsou přizpůsobeny kvalitativní povaze analyzovaných dat. Velmi malá část dat, jež jsou součástí patientských a zaměstnaneckých dotazníků, mají povahu kvantitativní. Jejich význam je ale pouze doplňující a pro celkovou analýzu nemají rozhodující váhu.

Oblastmi pro kvalitativní analýzu byli následující:

- vedení zdravotnické dokumentace,
- průzkum mezi pacienty,
- průzkum mezi zaměstnanci,
- zásady managementu zdravotnického zařízení.

Pro analýzu byla zvolena FN Olomouc, jako hlavní donor výstupů, dále Nemocnice Valašské Meziříčí, a. s., pro potvrzení výsledků, případně jejich rozšíření. Uvedené metody budou aplikovány vždy nejprve na data základního balíčku, poté na data kontrolního balíčku. Tyto dva datové soubory budou následně porovnávány a vyhodnocovány.

2.1 Technické zpracování dat

Aby bylo možné provést vlastní analýzu dokumentace jednotlivých HPH RP ve vybraných nemocnicích, bylo nezbytné provést řadu úprav primárních dat.

Formát analyzovaných dat se lišil podle jednotlivých oblastí průzkumu. Záznamy o auditu zdravotnické dokumentace byly ke zpracování předány v původní formě, tj. tabulka v programu Microsoft Excel, která obsahovala jednotlivé záznamy z 50 začleněných zdravotnických dokumentací. Pro zpracování analýzy bylo nutné určit absolutní četnost výskytu odpovědí *ano*, *ne*, *neznámo* pomocí podmíněného formátování v témže programu. Tento postup byl proveden u dat základního a kontrolního balíčku zvlášť. Následně byly jednotlivé otázky zpracovány do grafů, které vizualizují výstupy z těchto balíčků vedle sebe tak, aby bylo možné provést postupnou analýzu.

Data patientských a zaměstnaneckých dotazníků byly dodány z jednotlivých nemocnic v podobě souboru tištěných dotazníků, které vyplňovali pacienti či zaměstnanci ručně. Tyto dotazníky byly převedeny do elektronické podoby. Po elektronizaci dat bylo nutné tato surová data zkompilovat do grafů a tyto grafy pak jednotlivě vyhodnotit.

Grafy náležící do jednotlivých oblastí HPH RP (tedy audit zdravotnické dokumentace, patientský průzkum, zaměstnanecký průzkum) mají pro lepší přehlednost vždy odlišnou barevnou kombinaci.

Údaje o zásadách managementu zdravotnického zařízení z obou sběrů dat byl vzájemně porovnán v rozmezí odpovědi *ano*, *ne*, přičemž byly rozděleny do jednotlivých standardů pro lepší přehlednost a vlastní vyhodnocení dosažených změn.

2.2 Sledování četností sledovaných znaků

K přípravě dat pro vyhodnocení byla použita metoda sledování absolutní a relativní četnosti sledovaných statistických znaků. V každém formuláři sledujeme četnost odlišných znaků.

V případě auditu zdravotnické dokumentace byl sledován výskyt odpovědí v rozsahu ano, ne, neznámo v absolutních četnostech. Absolutní četnost je zde možné použít především proto, že počet auditovaných zdravotnických dokumentací je vždy shodný a roven padesáti.

Výsledky z dotazníkových šetření mezi pacienty a zaměstnanci jsou svou povahou shodné. Metodicky zde byly sledovány relativní četnosti možných odpovědí na otázky stanovené v dotazníkových průzkumech. Relativní četnost byla použita především pro rozdílný počet respondentů v jednotlivých sběrech dat.

U hodnocení organizace z pohledu managementu, byla sledována absolutní četnost pozitivní či negativní odpovědi na otázku výskytu konkrétního prvku v systému řízení nemocnice.

Po zjištění absolutní a relativní četnosti sledovaných statistických znaků v jednotlivých průzkumech základních a kontrolních balíčků bylo provedeno kvalitativní zhodnocení zjištěných stavů.

$$n_i = n_1 + n_2 + n_3 + \dots + n_k = \sum_{i=1}^k n_i = n \quad (2.2.1)$$

n_i = absolutní četnost sledovaného znaku

n = velikost statistického souboru

$n_{1, 2, 3 \dots}$ = počet statistických jednotek se shodnou hodnotou, jako má sledovaný znak [36]

$$f_i = \frac{n_i}{n}, \quad f_1 + f_2 + f_3 + \dots + f_k = \sum_{i=1}^k f_i = 1 \quad (2.2.2)$$

f_i = relativní četnost sledovaného znaku

n_i = četnost sledovaného znaku

n = velikost statistického souboru [36]

Po zvážení povahy a struktury plánu kvality, byl tento formulář ze standardního vyhodnocení vyloučen. Důvodem byla především nejednotnost jeho zpracování v rámci jednotlivých nemocnic a tím jeho neporovnatelnost.

2.3 Komparace základního a kontrolního sběru dat

Po shromáždění kvantitativních výsledků četností sledovaných prvků byla provedena komparace jednotlivých datových souborů, která sledovala rozdíly mezi základním a kontrolním balíčkem. Tímto krokem byly stanoveny nejkritičtější a naopak nejvíce vyhovující oblasti ve vztahu k mezinárodním standardům podpory zdraví.

Konečné výsledky provedené analýzy sloužily jako hlavní podklad pro formulaci návrhu metodického návodu pro implementaci standardů podpory zdraví ve zdravotnických zařízeních v ČR.

2.4 Zdroje dat

Projekt HPH Recognition project byl v ČR realizován pod vedením Ministerstva zdravotnictví ČR. To je důvodem, proč je převážná dokumentace základních a kontrolních balíčků z jednotlivých nemocnic archivována právě na MZ ČR.

Takto archivovaná dokumentace se týká pouze formulářů E1, E4 a E5. Formuláře E2 a E3, dotazníková šetření pro pacienty a zaměstnance, byly v rámci projektu zpracovávány online, přičemž je jednotlivé nemocnice mají archivované v tištěné podobě. Autorka práce proto kontaktovala nemocniční HPH koordinátory FN Olomouc a Nemocnice Valašské Meziříčí, a. s., kteří jí postoupili všechny příslušné dotazníky ke zpracování.

Pro korektní interpretaci zjištěných výsledků byly zajištěny souhlasy se zpracováním dat z HPH RP pro účely předkládané diplomové práce od obou HPH koordinátorů ze zmiňovaných zdravotnických zařízení.

3 Praktická část

Obsahem praktické části předkládané diplomové práce je podrobné vyhodnocení HPH Recognition project ve FN Olomouc a doplňující vyhodnocení téhož projektu v Nemocnici Valašské Meziříčí, a.s. Toto doplňující vyhodnocení je uvedeno v příloze č. 4 této práce. FN Olomouc byla zvolena proto, že podle předběžného zhodnocení všech účastníků HPH RP zaznamenala tato nemocnice největší progresi. Dalšími faktory ovlivňujícími toto rozhodnutí je fakultní typ nemocnice a velmi vstřícný přístup managementu. Konečným výstupem praktické části předkládané diplomové práce je zpracovaný návrh výše uvedeného metodického návodu pro potřebu Ministerstva zdravotnictví ČR.

3.1 Vyhodnocení Fakultní nemocnice Olomouc

Fakultní nemocnice Olomouc představuje jednu z přímo řízených organizací Ministerstva zdravotnictví ČR, jež byla založena roku 1896. Obsahuje 52 dílčích pracovišť a nabízí 1 184 lůžek. K lednu 2016 zaměstnává 3 487 osob. Náleží do Olomouckého kraje, kde zastává pozici největšího poskytovatele zdravotních služeb; v ČR je šestá největší. S cílem poskytovat vysoce kvalitní diagnostickou a léčebnou péči byla ve FN Olomouc provedena rozsáhlá rekonstrukce, jejíž výstupem je moderní chirurgický komplex. Kromě činností diagnosticko-terapeutických se činnost FN Olomouc zaměřuje též na vědu, výzkum a vzdělávání. V roce 2015 zde bylo ošetřeno 838 000 ambulantních pacientů a hospitalizováno zde bylo 50 000 pacientů [37].

3.1.1 Vyhodnocení auditu zdravotnické dokumentace

Jak je již uvedeno v textu této práce výše, zpracování auditu zdravotnické dokumentace spočívá v zodpovězení jednotlivých otázek týkajících se vedení zdravotnické dokumentace, a to ve vymezeném rozsahu – ano, ne, neznámo. Varianta „neznámo“ se používá v případě roztržitého či částečného zápisu do zdravotnické dokumentace.

Princip vyhodnocení je založen na správném položení jednotlivých otázek, tj. „Je možné ve zdravotnické dokumentaci pacienta nalézt dotazovaný údaj?“. Jako příklad můžeme uvést první otázku, kdy se ptáme „Bylo ze zdravotnické dokumentace daného pacienta možné zjistit, zda je hodnota jeho indexu BMI nižší než 20,5?“. Poté odpovídáme v uvedeném rozmezí „ano, záznam je jasně uveden ve zdravotnické dokumentaci“, „ne, takovýto záznam v dokumentaci není“ nebo „neznámo, údaj není úplný, není jasný, nelze s jistotou říci“.

Do auditu bylo zahrnuto vždy 50 po sobě jdoucích zdravotnických dokumentací. Jelikož je v primárním i sekundárním sběru dat vždy stejný počet zdravotnických dokumentací, analýza byla prováděna v hodnotách absolutních četností znaků.

Jednotlivé grafy znázorňují vždy výsledky konkrétní otázky z daného standardu, resp. sub-standardu, a to v porovnání základního a kontrolního balíčku.

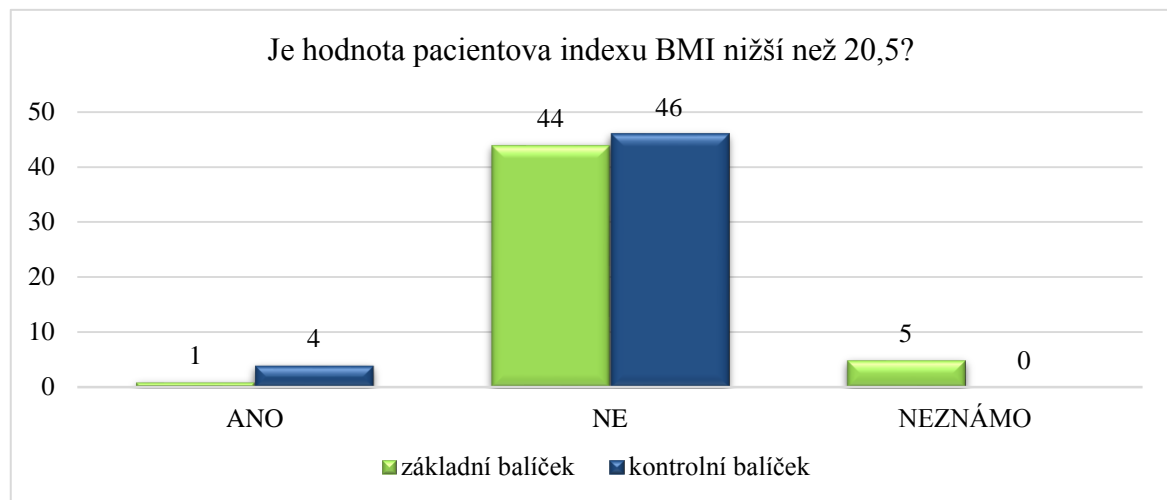
3.1.1.1 Standard 2: Posuzování pacientů

Pro posuzování potřeb pacientů bylo ve zdravotnické dokumentaci zjišťováno pomocí dvanácti otázek.

3.1.1.1.1 Posuzování individuálních potřeb podpory zdraví (data model HPH)

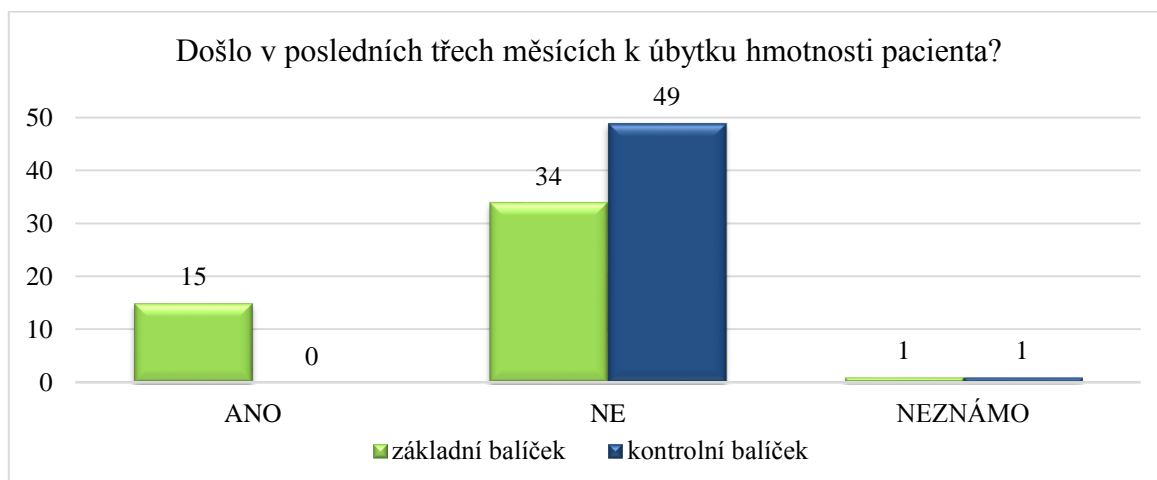
Níže uvedené grafy se týkají posuzování potřeb týkajících se podpory zdraví dle datového modelu HPH.

Graf 3: E1 – hodnota BMI



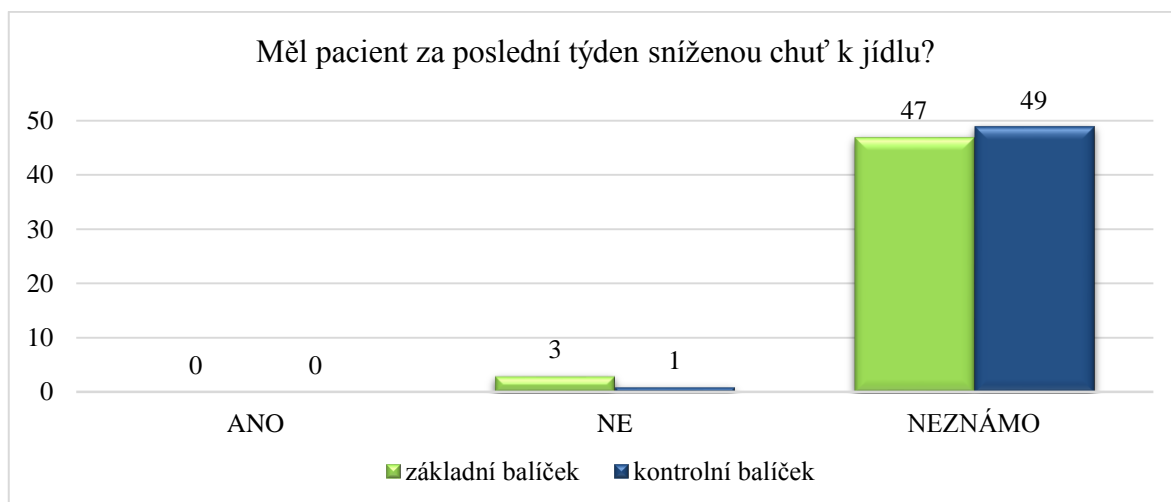
Z výše uvedeného grafu je patrné, že ve všech padesáti zdravotnických dokumentacích, které byly zahrnuty do základního balíčku HPH RP byl zjištěn pouze jeden pozitivní nález a 44 negativních; v 5 případech pak nebylo možné tuto otázku 100 % zodpovědět. V rámci kontrolního balíčku se zvýšil počet pozitivních nálezů na 4 případy, avšak vzrostla i hodnota negativních odpovědí ze 44 na 46, možnost *neznámo* nebyla uvedena. I přesto, že pozitivní trend je nejvyšší u odpovědi *ano*, je tento nárůst nepatrný. Z grafu můžeme konstatovat, že po implementaci standardů na podporu zdraví nedošlo prakticky k žádnému zlepšení při vedení zdravotnické dokumentace.

Graf 4: E1 – úbytek hmotnosti



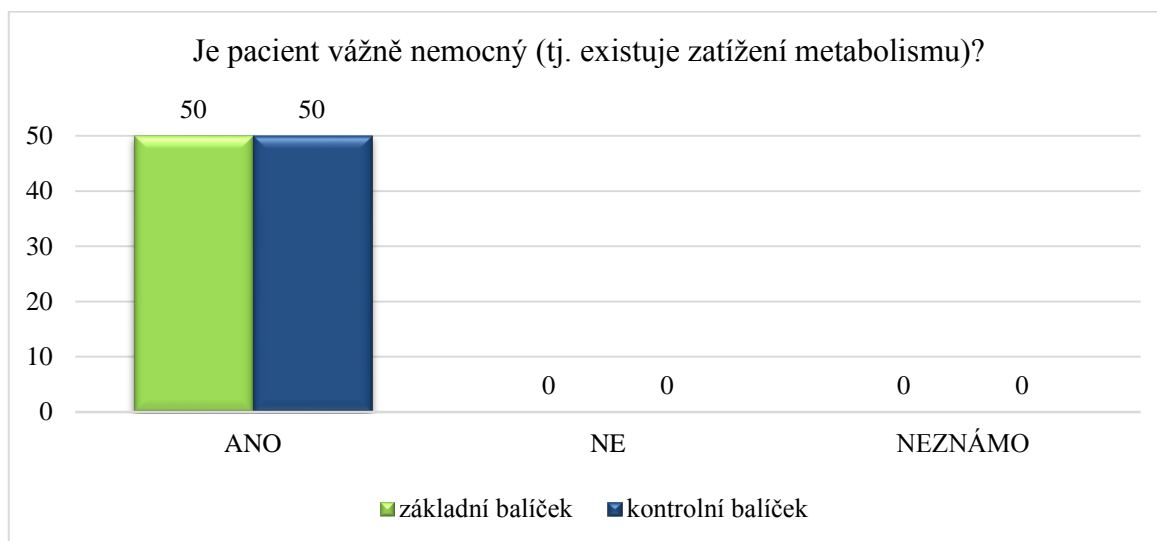
Na základě grafu 4 je viditelné značné zhoršení při vedení zdravotnických dokumentací. Při auditu základního balíčku bylo z celých 15 zdravotnických dokumentací možno jasně zjistit, zda u pacienta došlo za poslední 3 měsíce k hmotnostnímu úbytku, ve 34 případech byl nález informace negativní, v jednom případě byla informace neúplná. Oproti tomu v rámci sběru dat pro kontrolní balíček bylo zjištěno značné zhoršení situace, kdy pozitivní nález nebyl uveden, negativní nález byl v dominantních 49 případech a jeden nález byl neúplný. V tomto případě byl patrný spíše negativní trend, což neguje základní předpoklad této diplomové práce.

Graf 5: E1 – snížená chuť k jídlu



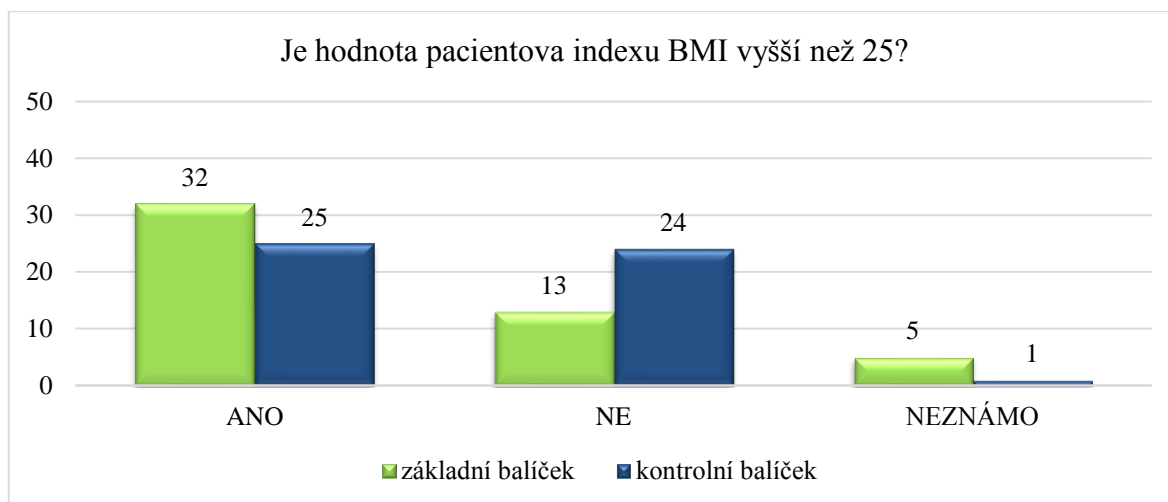
Graf 5 dokládá, že je oblasti výživy v průběhu vedení zdravotnické dokumentace, resp. tedy hospitalizace pacienta a s tím spojené komunikace mezi ošetřujícím zdravotnickým personálem a pacientem, značně opomíjena otázka nutrice. Dále je z grafu možné vidět, že implementace standardů podpory zdraví nevedlo ke zlepšení, jelikož celých 49 zdravotnických dokumentací obsahovalo jen nejasnou či částečnou informaci o možném snížení chuti k jídlu pacienta.

Graf 6: E1 – vážné onemocnění



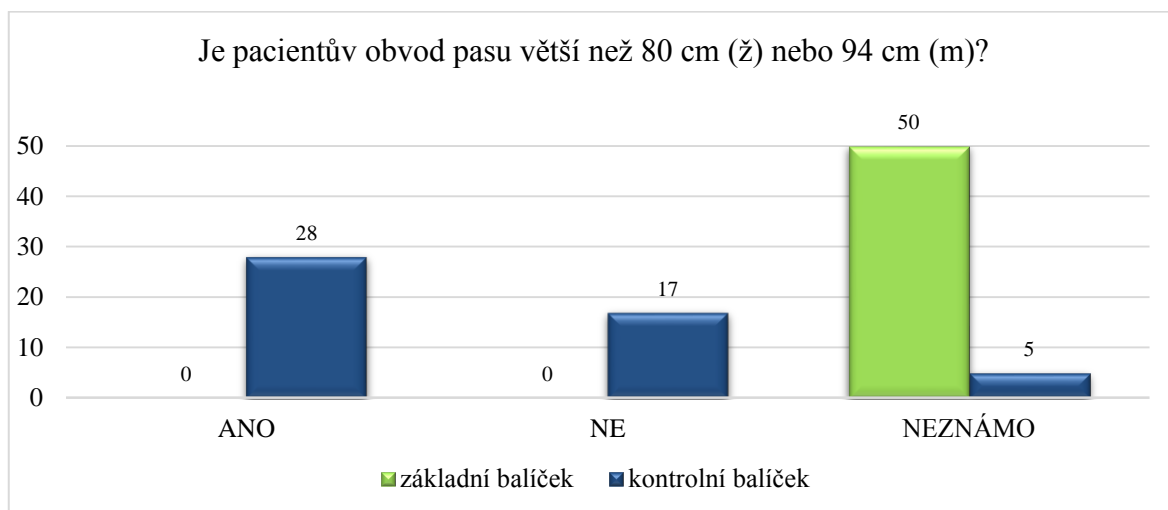
Na grafu 6 můžeme vidět, že záznam o existenci závažného onemocnění je pro zdravotnický personál samozřejmostí u všech pacientů. Pozitivní nález záznamu ve zdravotnické dokumentaci byl v rámci základního i kontrolního balíčku 100 %.

Graf 7: E1 – index BMI vyšší než 25



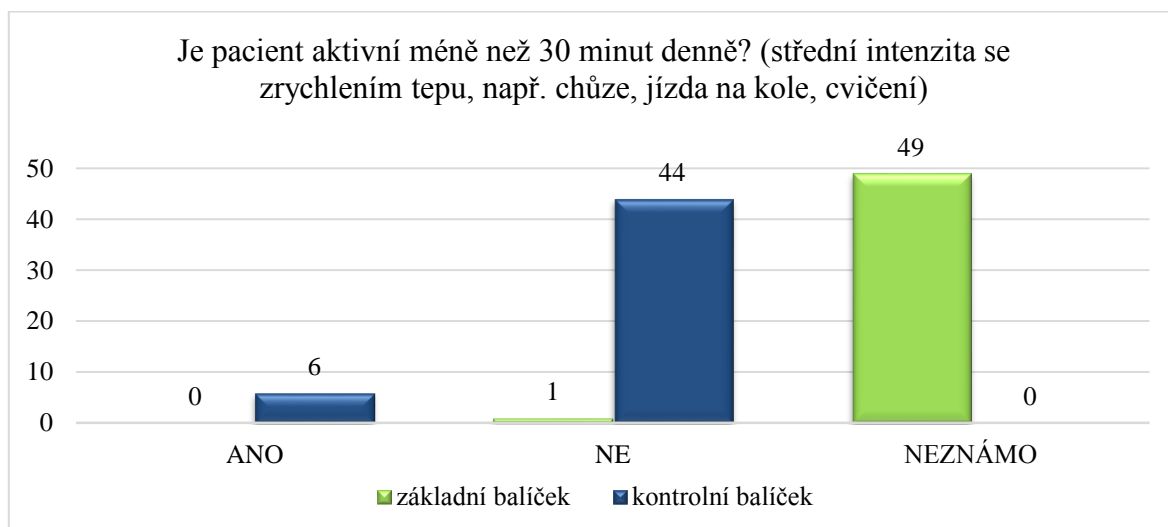
Z výše uvedeného grafu 7 je zřejmé, že záznam o indexu BMI vyšším než 25, představuje pro zdravotnický personál mnohem menší problém než případ u jeho hodnoty deklarující podvýživu. Bezpochybně lze tvrdit, že je zde v mnoha případech značně nápomocné vizuální zodpovězení otázky, zda pacient trpí nadváhou. Tento předpoklad by podporoval též skutečnost, že podváha není často viditelná, a proto spíše zdravotnický personál otázku na index BMI opomene. I přes převažující pozitivní nález (32 případů v základním balíčku ku 25 případům v kontrolním) je nutné se zde pozastavit nad otázkou, proč je po implementaci standardů podpory zdraví přítomnost negativního nálezu ve 24 případech, což znamená zhoršení o 11 případů.

Graf 8: E1 – obvod pasu



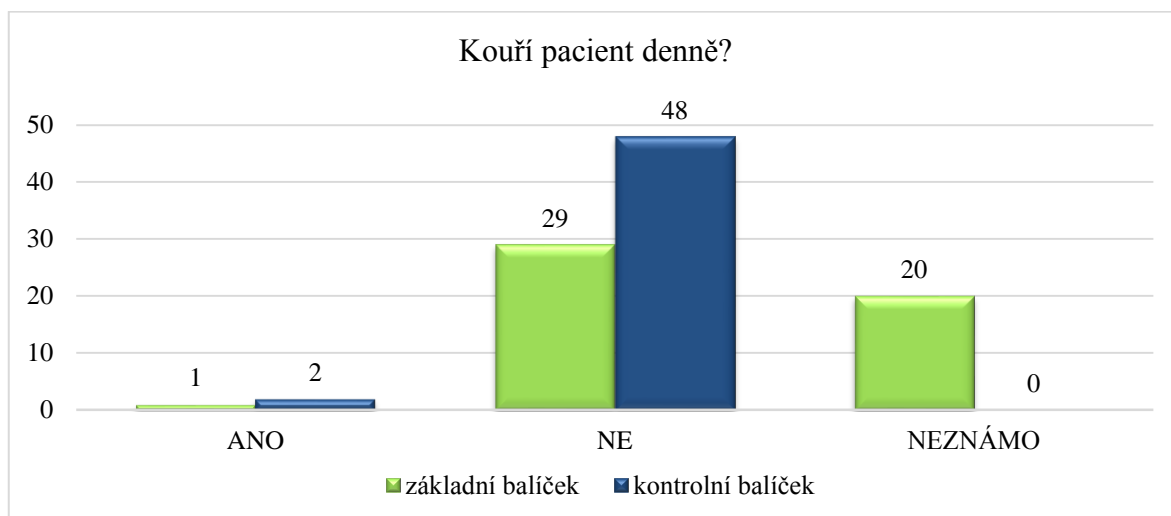
Z grafu 8 je viditelné, že v rámci sběru dat základního balíčku byl záznam o obvodu pasu pacientů zaznamenán jen částečně a to ve všech 50 případech. Oproti tomu zaznamenal sběr pro kontrolní balíček značné zlepšení situace, kdy byl záznam zřetelně uveden ve 28 zdravotnických dokumentacích, negativní nález byl v 17 případech a pouze v 5 případech byl záznam částečný. Trend této otázky je pozitivní, jelikož v nadpoloviční většině případů kontrolního balíčku byla odpověď *ano*. Tato skutečnost je klinicky velmi významná, jelikož obecně platí, že obvod pasu je o stavu výživy více vypovídající údaj než index BMI.

Graf 9: E1 – aktivita menší než 30 minut denně



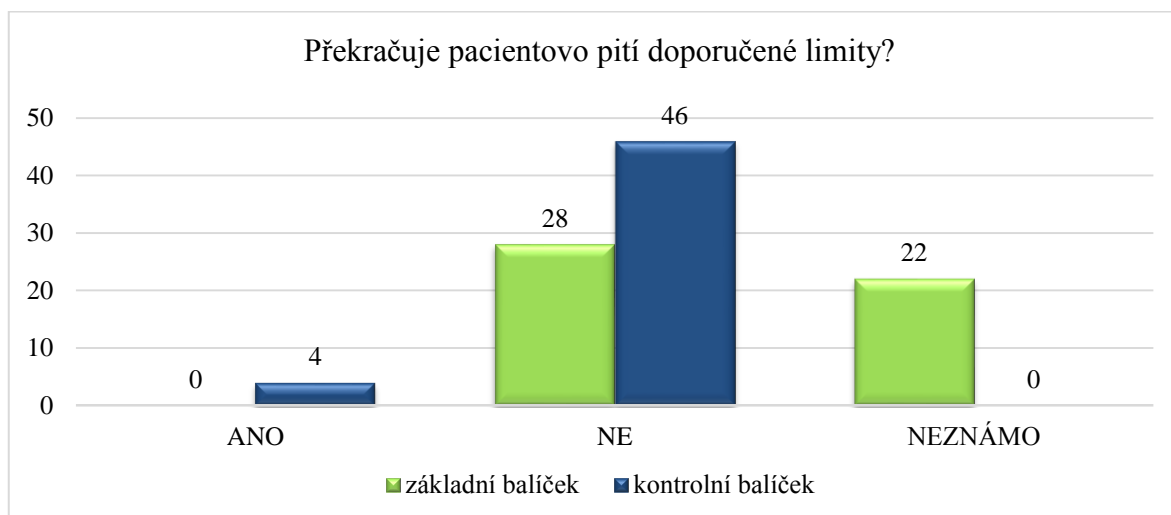
Graf 9 zobrazuje, že v rámci základního balíčku bylo pro zdravotnický personál obtížné definovat, že zdravotnická dokumentace pacienta obsahuje informaci o fyzické aktivitě pacienta v délce alespoň 30 minut denně, avšak byl tuto informaci schopen nalézt alespoň částečně. V kontrolním sběru dat bylo shledáno 44 zdravotnických dokumentací za neobsahujících tento údaj, a to ani částečně, a dále v 6 případech byl záznam jednoznačný.

Graf 10: E1 – kouření



Na grafu 10 můžeme vidět, že v základním sběru dat byl částečný záznam o denním kouření pacienta nalezen ve dvaceti případech, ve 29 případech byl pak nález negativní. Při kontrolním sběru byl nález prakticky pouze negativní, ve 48 případech; pouze 2 dokumentace obsahovaly plnohodnotný záznam o předmětné skutečnosti.

Graf 11: E1 – užívání alkoholu

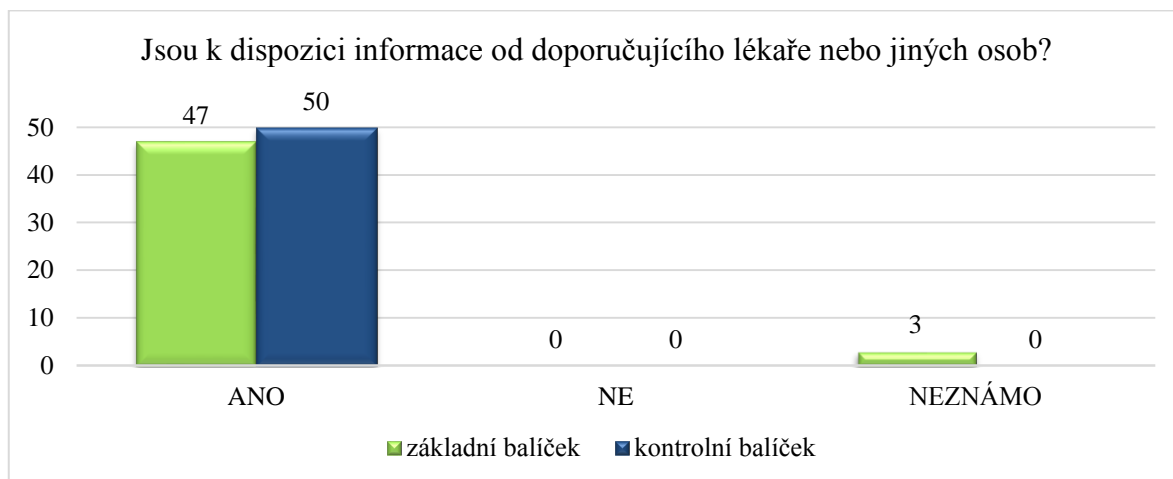


Výše uvedený graf 11 má prakticky shodnou tendenci jako graf předcházející. Je zde viditelné, že množství odpovědí, kdy je ze zdravotnické dokumentace *neznámo*, zda pacient překračuje doporučené limity pro konzumaci alkoholu, v základním sběru, bylo v kontrolním balíčku zaznamenáno jako plně negativní nález. Z hlediska plnohodnotného záznamu této skutečnosti byl nárůst z nuly na 4 případy.

3.1.1.1.2 Doplnující informace pro posouzení potřeby podpory zdraví

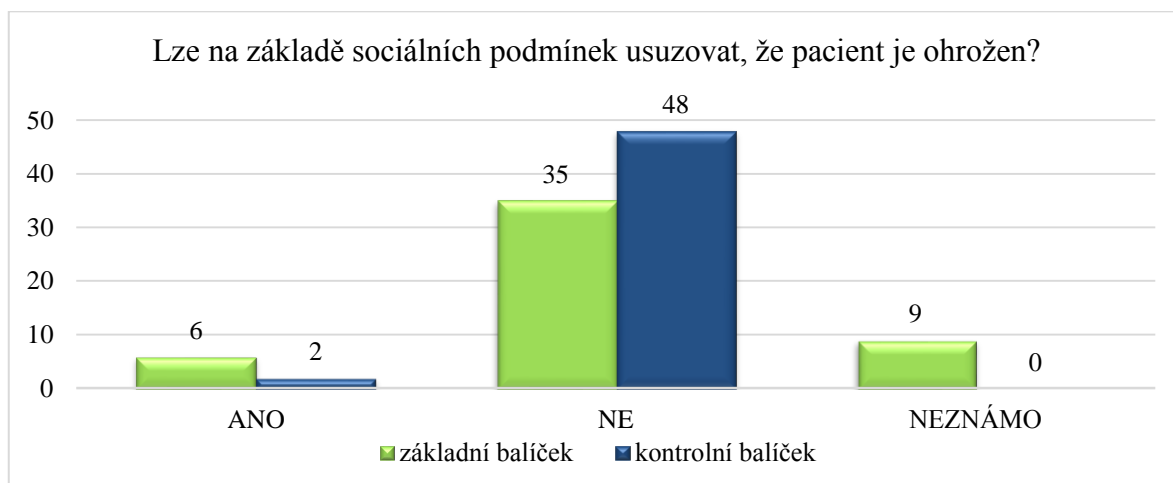
Následující grafy se zaměřují na doplňující informace s vazbou na posuzování potřeb týkajících se podpory zdraví.

Graf 12: E1 – informace od doporučujícího lékaře



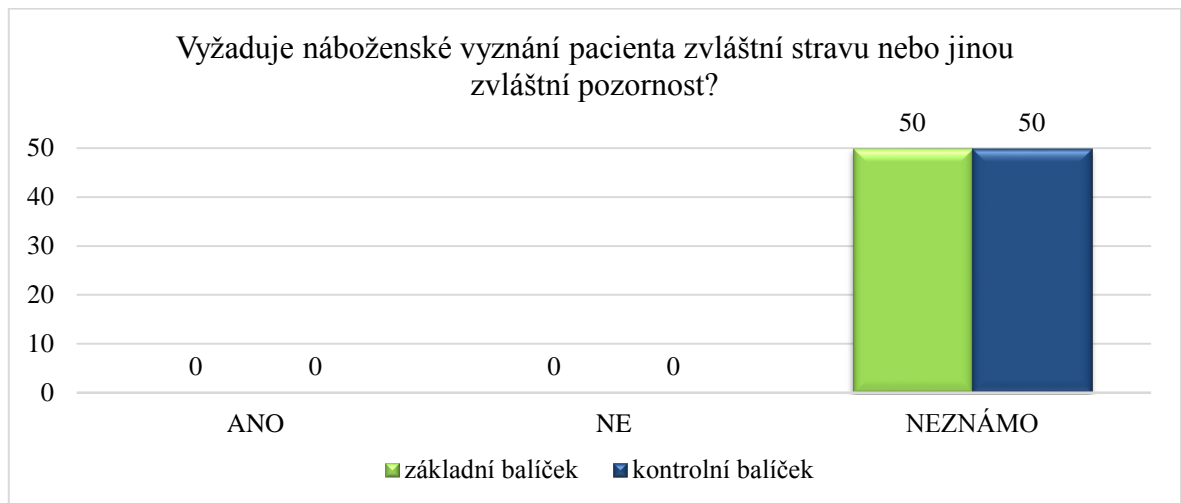
Z grafu 12 je zřetelné, že informace od doporučujícího lékaře a obdobných osob je provedení zdravotnické dokumentace podstatné i bez ohledu na implementaci standardů na podporu zdraví. I přesto zde však můžeme vidět zlepšení, a to navýšením pozitivních nálezů ze 47 na celých 50 případů.

Graf 13: E1 – možnost ohrožení na základě sociálních podmínek



Graf 13 ukazuje, že sociální podmínky pacienta nepatří ze strany zdravotnického personálu mezi běžně zjišťované okolnosti jeho zdravotního stavu. Bohužel je zde viditelný i negativní trend, kdy z 6 plnohodnotných záznamů o možném ohrožení pacienta z hlediska sociální situace ze základního sběru došlo k ponížení množství na 2 případy.

Graf 14: E1 – náboženství a vztah na stravu či péči



Podobně jako na předešlém grafu 13 je i zde viditelné opomíjení zdravotnického personálu v oblasti náboženského vyznání, resp. konkrétně v tomto případě jeho vztah ke specifické dietě. V rámci obou sběrů byla tato skutečnost pouze částečně či neurčitě zaznamenána.

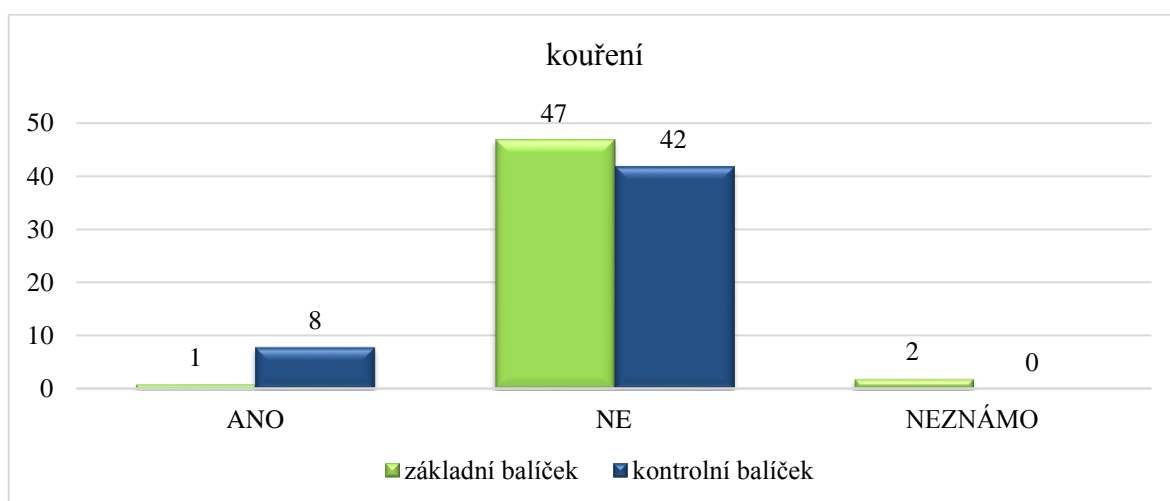
3.1.1.2 Standard 3: Informace pro pacienty a intervence

Průzkum zde byl zaměřen na zjištění, zda byly ze strany ošetřujícího personálu poskytnuty patřičné informace o nežádoucím rizikovém chování pacientů, včetně souvisejících intervencí.

3.1.1.2.1 Poskytnuté informace dle individuálních potřeb pacienta

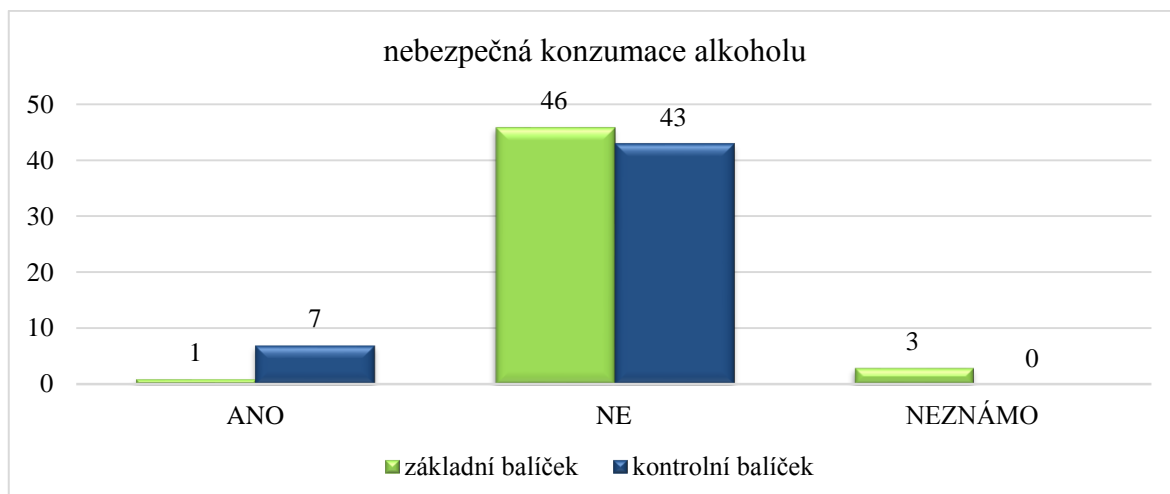
Na základě potřeb ohledně podpory zdraví byly poskytnuty informace týkající se následujících oblastí.

Graf 15: E1 – poskytnuty informace – kouření



Uvedený graf 15 dokládá, že ze strany zdravotnického personálu nebyly poskytnuty informace o podpoře zdraví z hlediska kouření u 47 pacientů (základní balíček) a u 42 pacientů (kontrolní balíček), nebo o tom nebyl proveden záznam do zdravotnické dokumentace. Plnohodnotný záznam v dokumentaci byl nalezen pouze v 8 případech kontrolního sběru, což však představuje zlepšení o 7 případů oproti základnímu sběru.

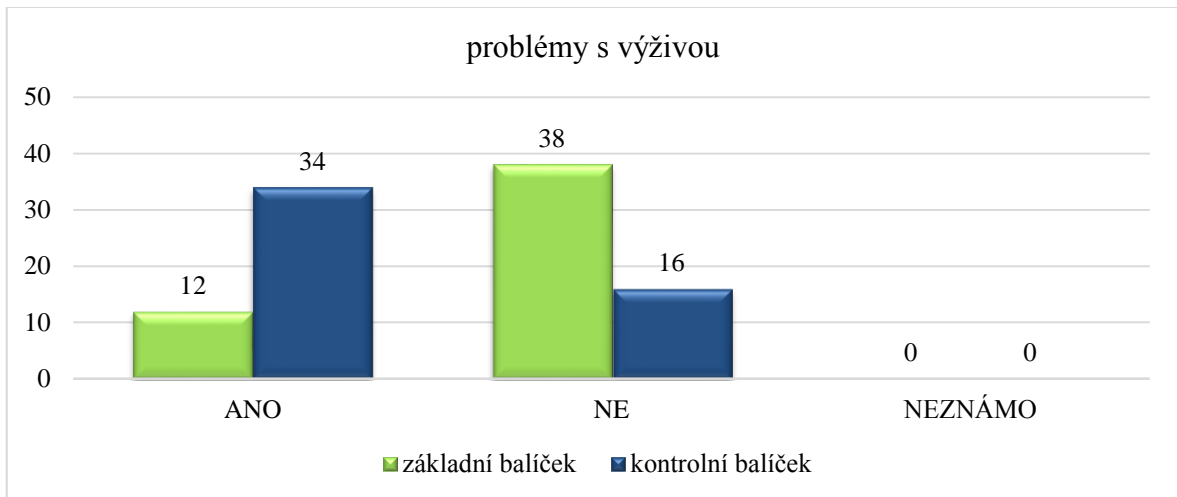
Graf 16: E1 – poskytnuty informace – nebezpečná konzumace alkoholu



Obdobný nálezn jako u poskytnutí informací o podpoře zdraví ve vztahu ke kouření je možno vidět na grafu 16 Graf 16, který vizualizuje záznamy ze zdravotnické dokumentace

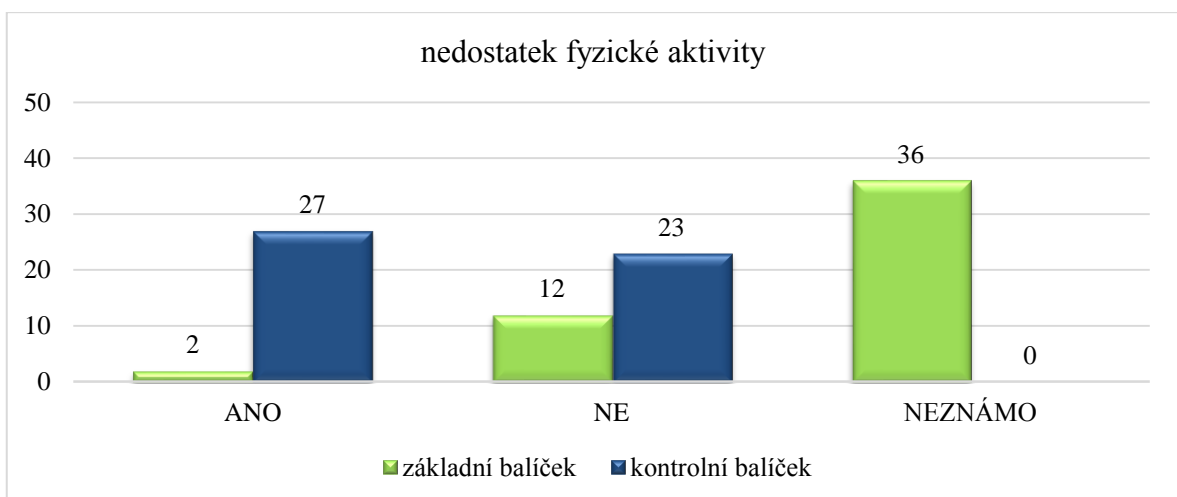
o poskytnutí informací o podpoře zdraví ve vztahu k nebezpečné konzumaci alkoholu. Shodně zde vidíme zlepšení v případě pozitivního nálezu záznamu z 1 na 7 zdravotnických dokumentací.

Graf 17: E1 – poskytnuty informace – problémy spojené s výživou



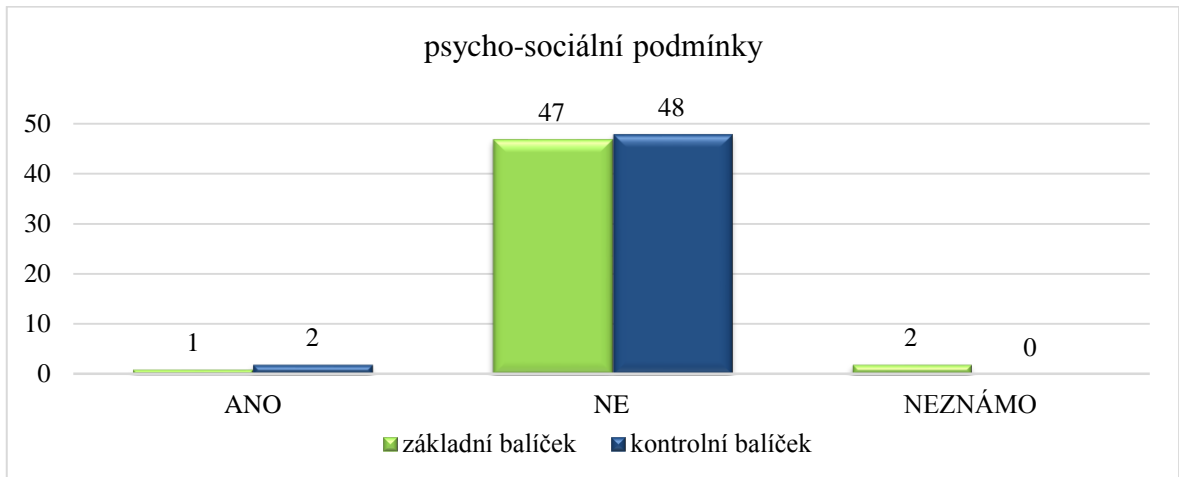
Zcela jiná je situace v případě poskytování informací o podpoře zdraví v oblasti problémů s výživou. Došlo zde ke zlepšení o celých 22 zdravotnických dokumentací.

Graf 18: E1 – poskytnuty informace – nedostatek fyzické aktivity



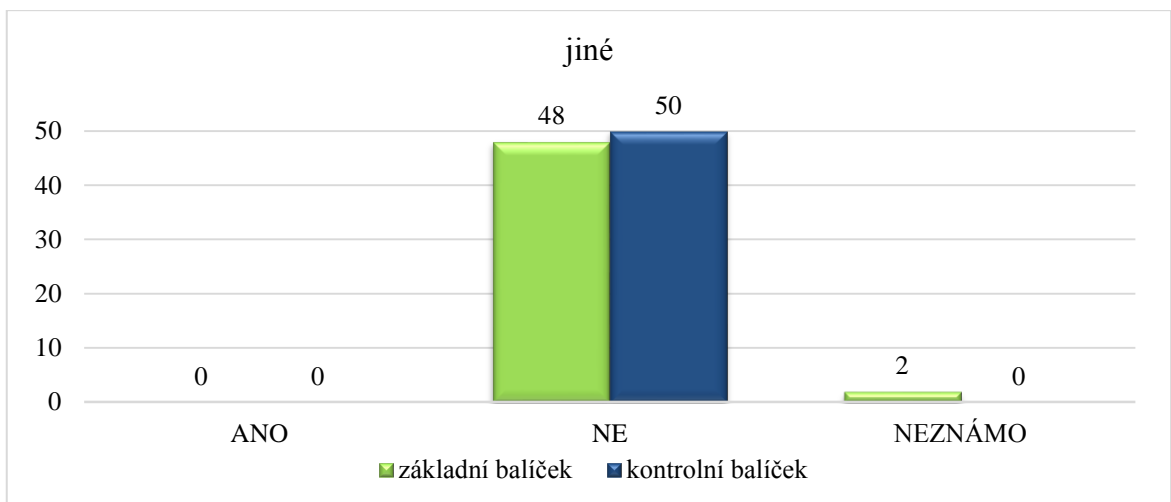
Na grafu 18 je viditelný obdobný trend jako na předchozím grafu, kdy došlo též ke značnému zlepšení, a to ve smyslu zvýšení pozitivního nálezu záznamu ve zdravotnické dokumentaci až o 35 případů.

Graf 19: E1 – poskytnuty informace – psycho-sociální podmínky

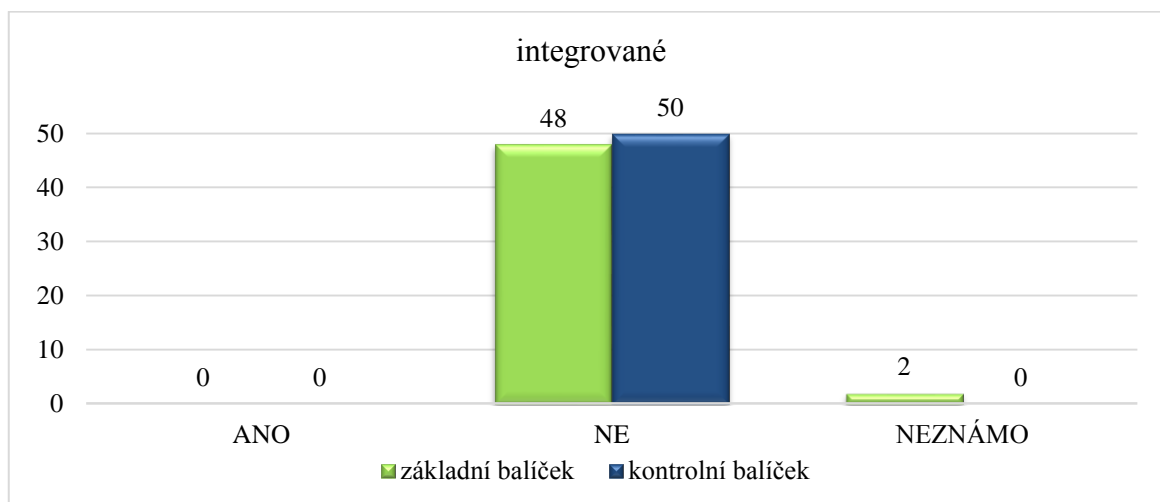


Graf 19 zobrazuje již zmiňované přehlížení psycho-sociálních faktorů ovlivňujících zdravotní stav pacientů. K nápravě nedošlo ani po implementaci standardů podpory zdraví na daném pracovišti.

Graf 20: E1 – poskytnuty informace – jiné



Graf 21: E1 – poskytnuty informace – integrované

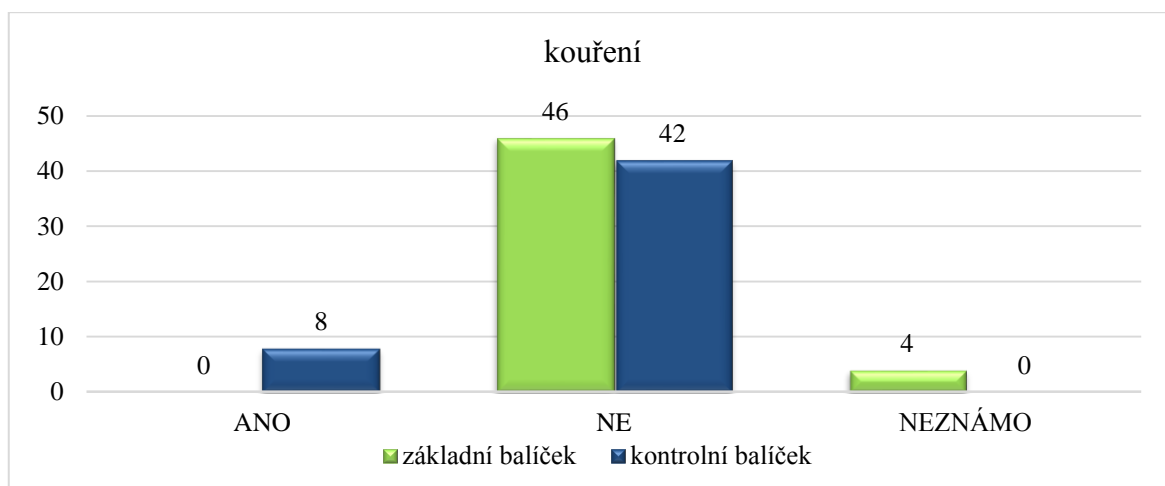


Dle výše uvedených grafů 20 a 21 je vidět, že zdravotnický personál neposkytuje žádné informace o podpoře zdraví vztahující se na jiné či související oblasti zdravotního stavu pacientů. Na základě souhrnného pohledu na dosavadní výsledky lze předpokládat, že je pro zdravotnický personál obtížné definovat v určitém slova smyslu novou, ne plošně nastavenou oblast, která by mohla pacienta ovlivňovat ve vztahu k jeho zdravotnímu stavu.

3.1.1.2.2 Zajištění motivačních aktivit či intervencí

V této části byl audit zaměřen na otázku, zda byly na základě potřeb ohledně podpory zdraví zajištěny motivační aktivity a krátká intervence týkající se následujících oblastí.

Graf 22: E1 – motivační aktivity a intervence o kouření



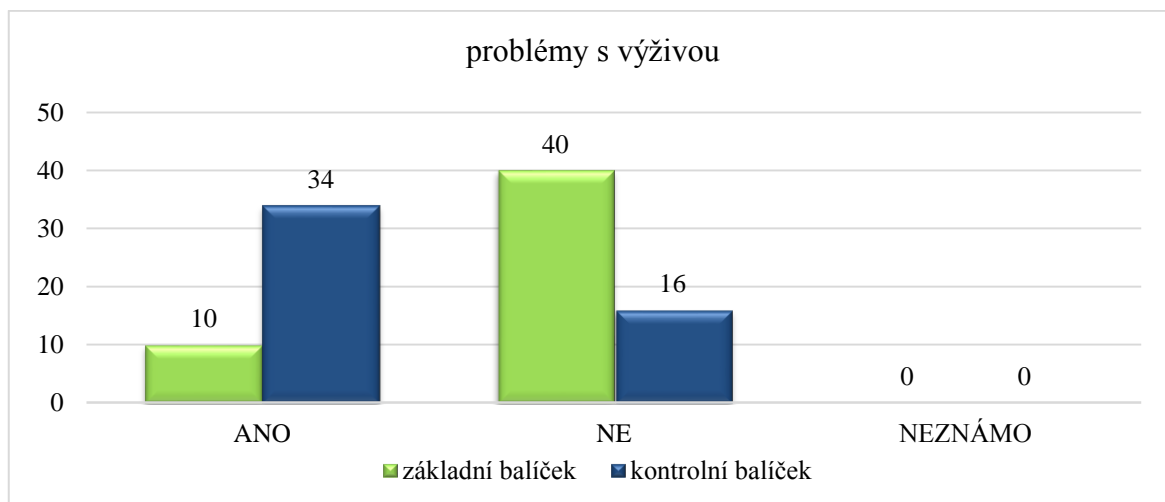
Ve shodě s výše uvedenými zjištěními z oblasti kouření je i v případě poskytnuté intervence o kouření převažující negativní nález ve zdravotnických dokumentacích. I přesto můžeme vidět pozitivní vliv implementace standardů na podporu zdraví, kdy vzrostl počet plnohodnotných záznamů do zdravotnické dokumentace o 8 případů a počet negativním nálezů klesl ze 46 na 42 případů.

Graf 23: E1 – motivační aktivity a krátká intervence o konzumaci alkoholu



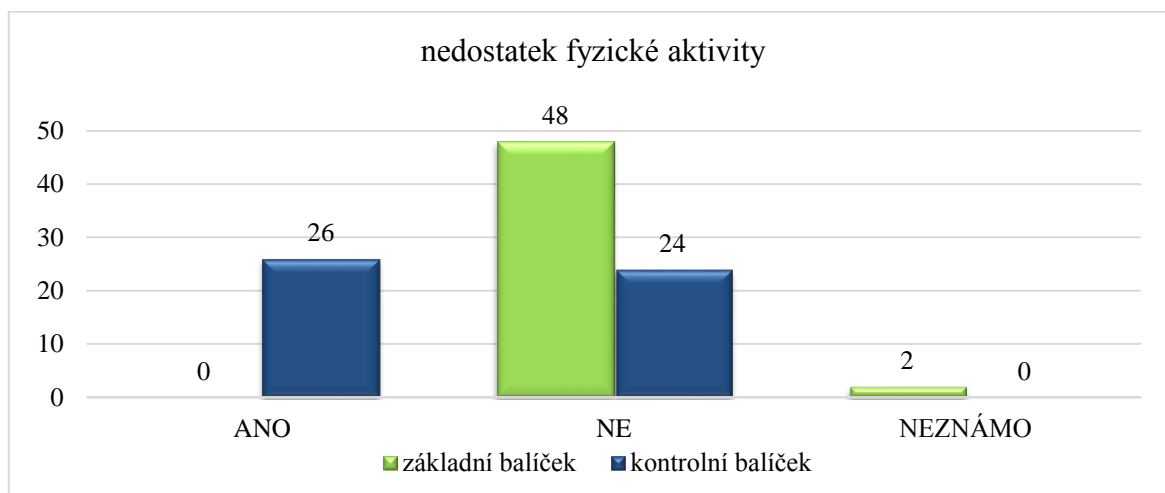
Na grafu 23 výše můžeme opět vidět evidentní provázanost s ostatními negativními nálezy týkajícími se oblasti nebezpečné konzumace alkoholu.

Graf 24: E1 – motivační aktivity a intervence o výživě



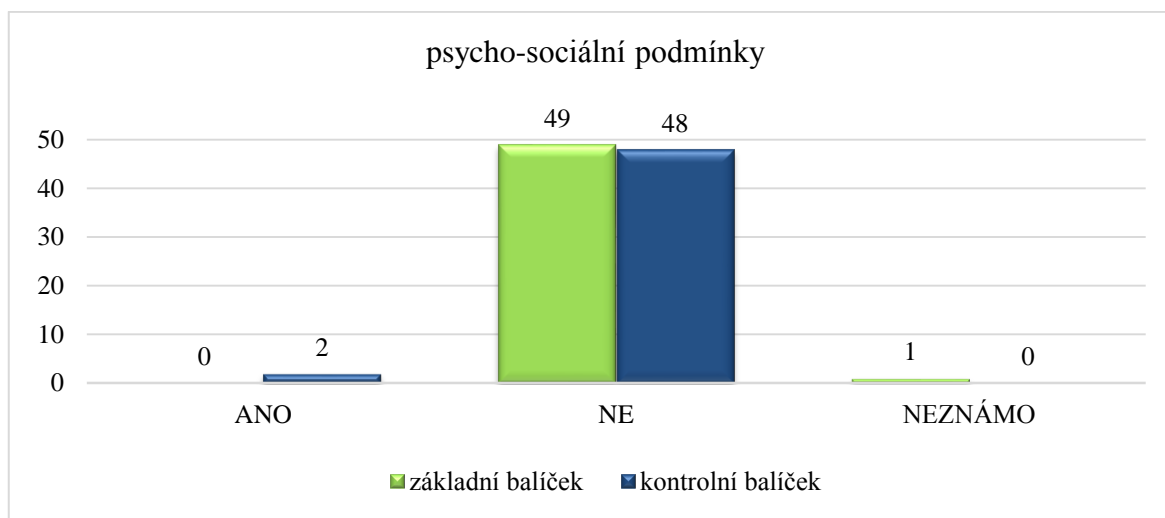
Jak je zřejmé z dosavadních výsledků auditu zdravotnické dokumentace, je oblasti výživy ze strany zdravotnického personálu věnována značná pozornost. Proto zde můžeme vidět navýšení pozitivních nálezů ve zdravotnických dokumentacích o 24 případů při ponížení negativních případů ze 40 na 16.

Graf 25: E1 – motivační aktivity a krátká intervence o nedostatku fyzické aktivity



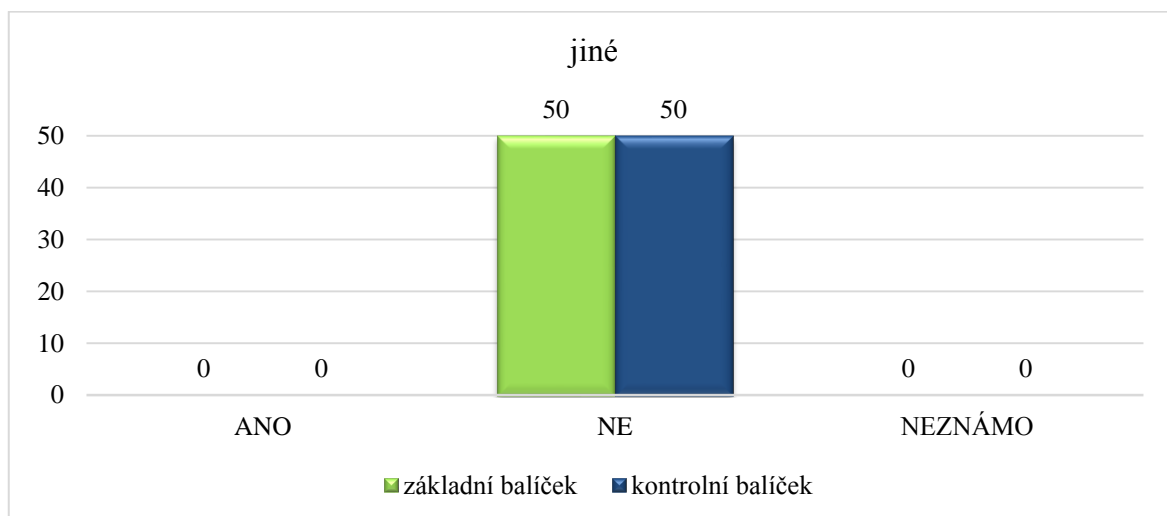
Graf 25 vizualizuje významné zvýšení pozitivních nálezů o provedeném záznamu při provedení motivačních činností a intervencí v oblasti fyzické aktivity. Jak bylo již řečeno, je z dosavadních výsledků zdravotnického auditu viditelný pozitivní vliv provedeného HPH RP. Pozitivní nález byl v rámci kontrolního balíčku ve 26 případech oproti předchozímu nulovému stavu.

Graf 26: E1 – motivační aktivity a krátká intervence o psycho-sociálních podmínkách

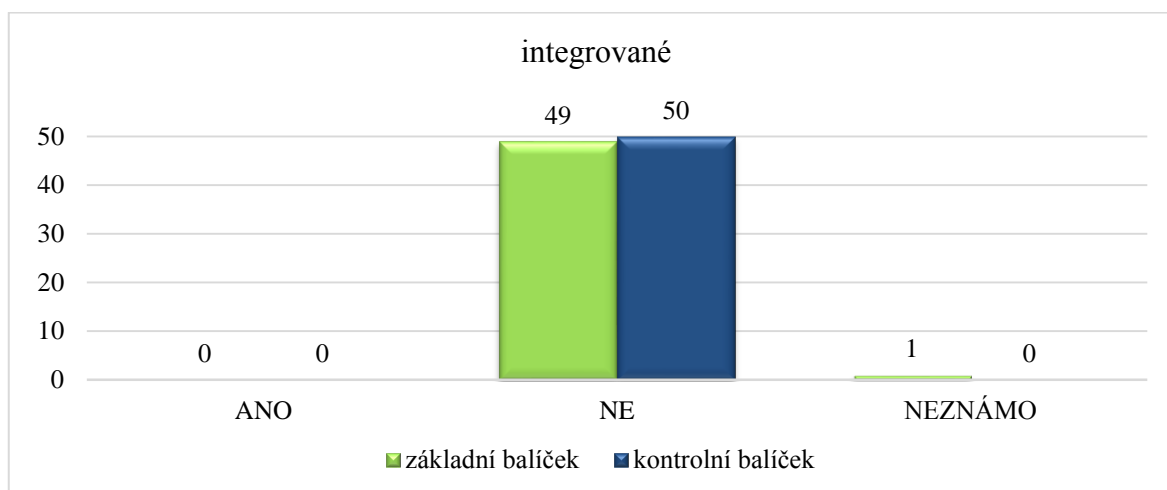


V duchu předchozích vyhodnocení grafů týkajících se psycho-sociálních podmínek je nutné zjistit, zda je tato oblast skutečně opomíjena, či zda je ze strany zdravotníků pouze opomíjeno provádění zápisu do zdravotnické dokumentace.

Graf 27: E1 – motivační aktivity a intervence – jiné



Graf 28: E1 – motivační aktivity a krátká intervence – integrované



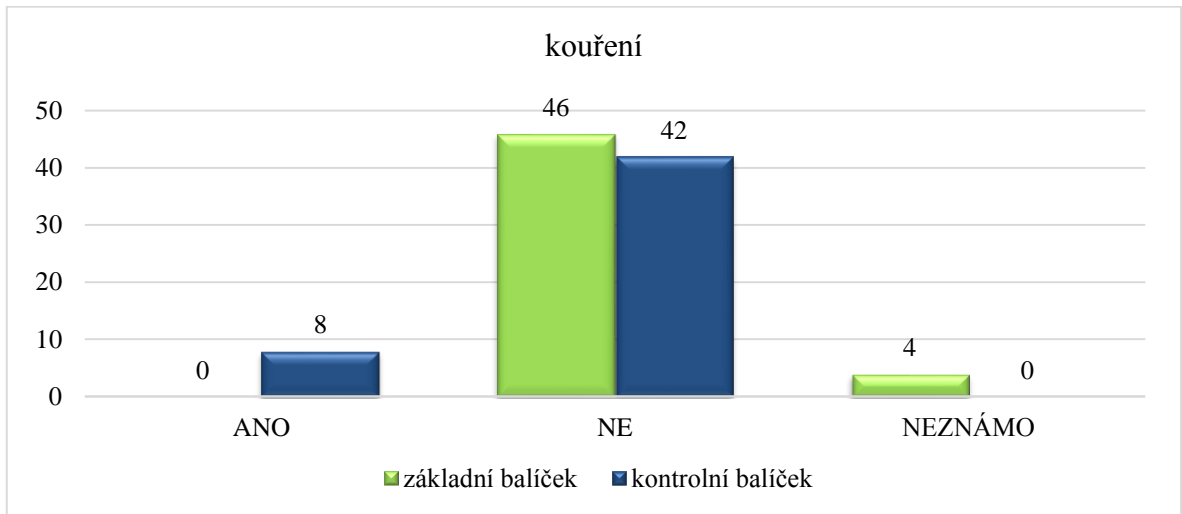
Zhodnocení dvou výše uvedených grafů je uvedeno u grafů 20 a 21.

3.1.1.2.3 Zajištění intervence či rehabilitace po léčbě

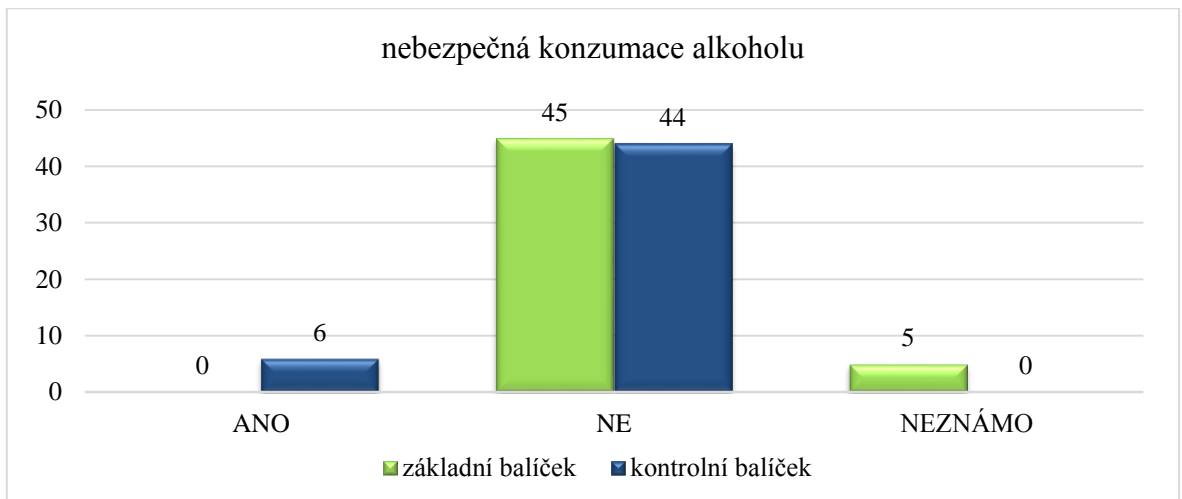
Následující grafy 29 až 35 zobrazují, zda byly ve zdravotnických dokumentacích zalezeny záznamy o zajištění intervence, rehabilitace a péče po léčbě týkající se níže uvedených oblastí na základě potřeb ohledně podpory zdraví.

Slovní zhodnocení k níže uvedeným grafům je principiálně shodné s již uvedenými komentáři výše. Výsledky z této části auditu zdravotnické dokumentace zcela korespondují s výsledky předcházejících auditovaných oblastí zdravotnické dokumentace, proto lze níže uvedené výsledky považovat za potvrzení výsledků uvedených výše (myšleno z hlediska oblastí opomíjených a naopak oblastí se zřetelným zájmem zdravotníků).

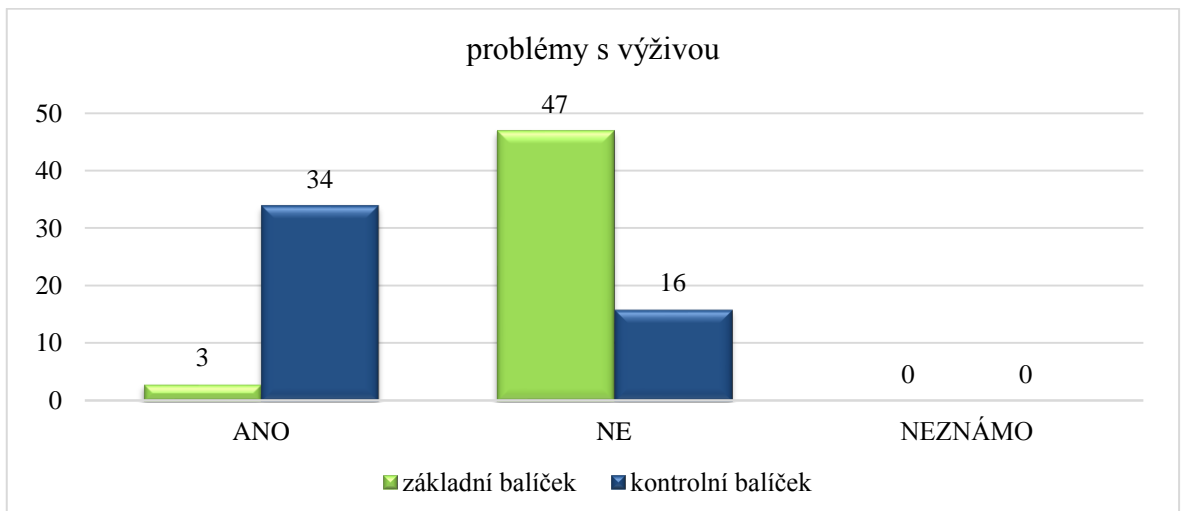
Graf 29: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě při kouření



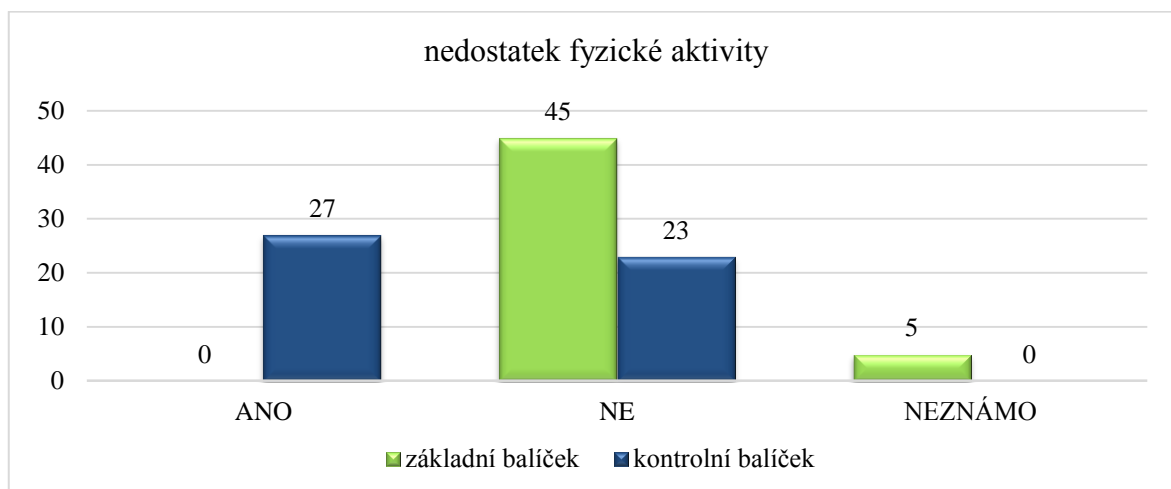
Graf 30: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě při konzumaci alkoholu



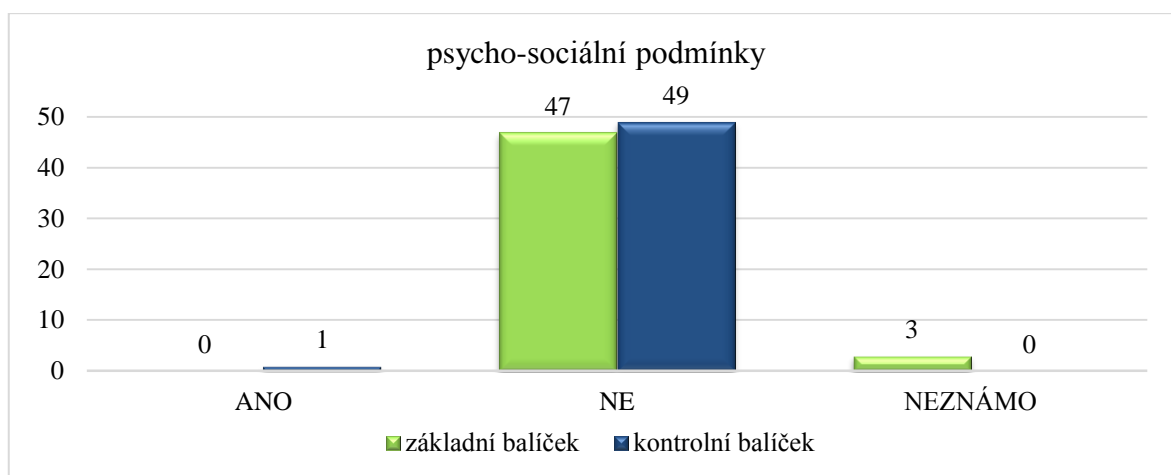
Graf 31: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě při problémech s výživou



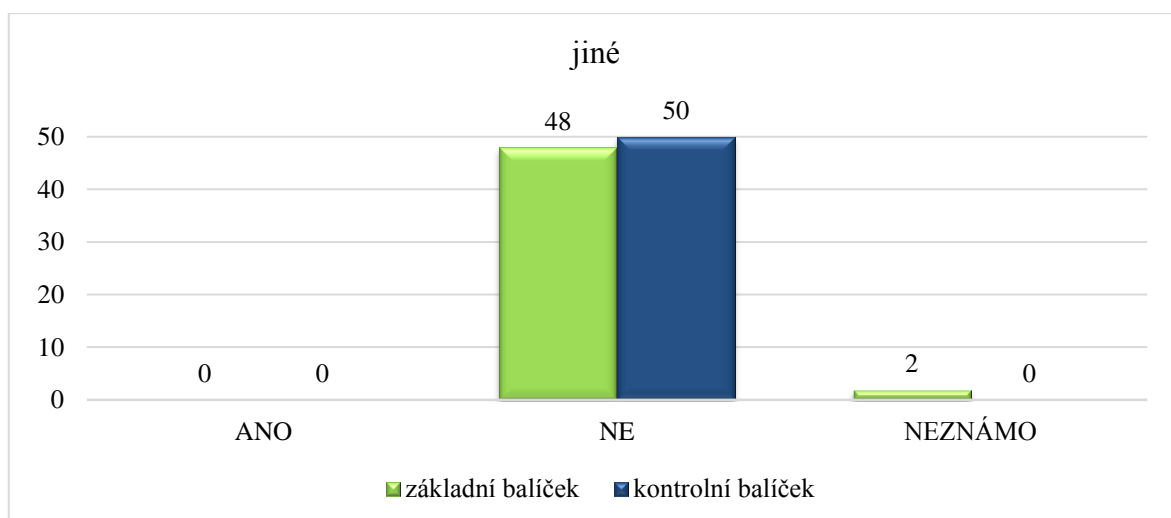
Graf 32: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě při nedostatku fyzické aktivity



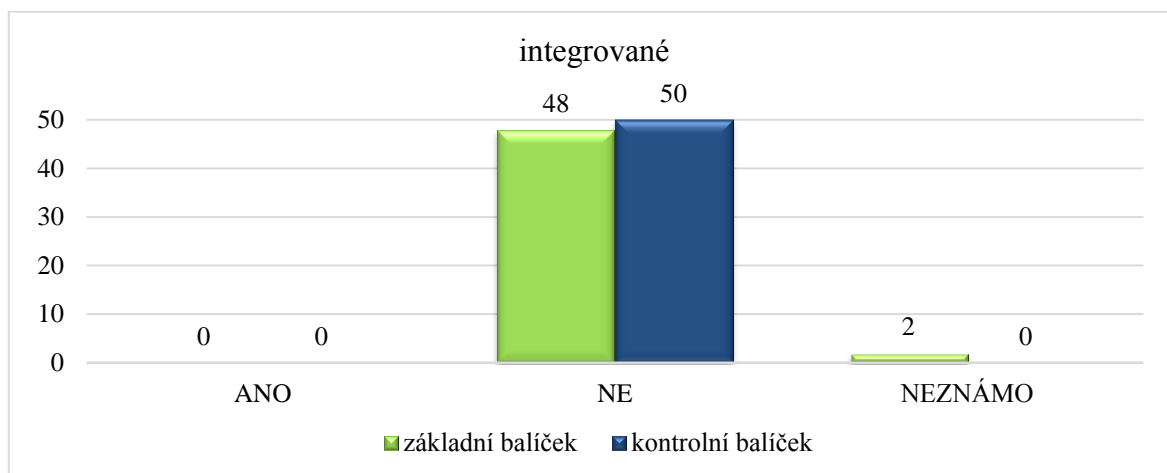
Graf 33: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě – psycho-sociální podmínky



Graf 34: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě – jiné



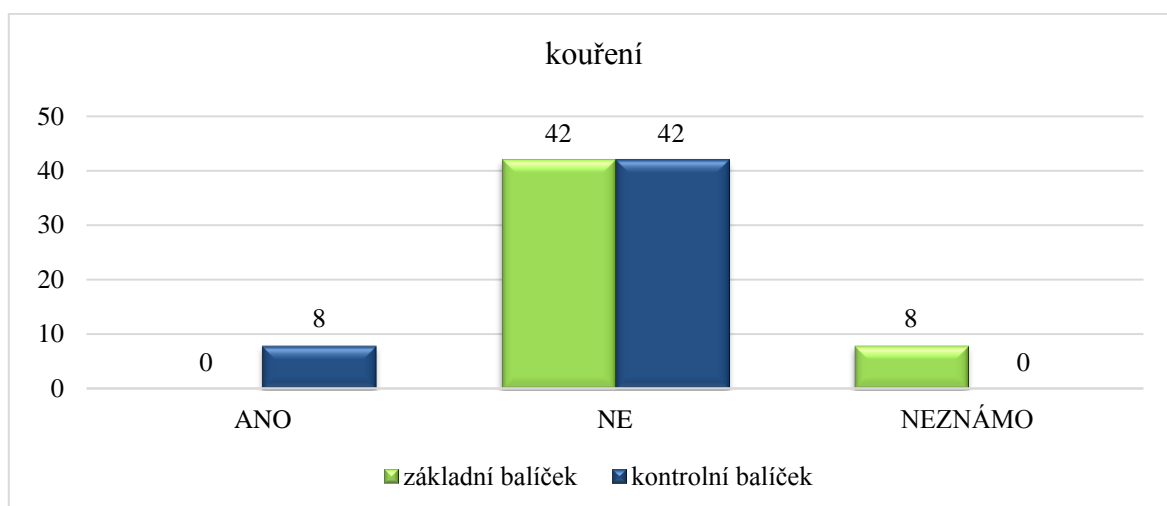
Graf 35: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě – integrované



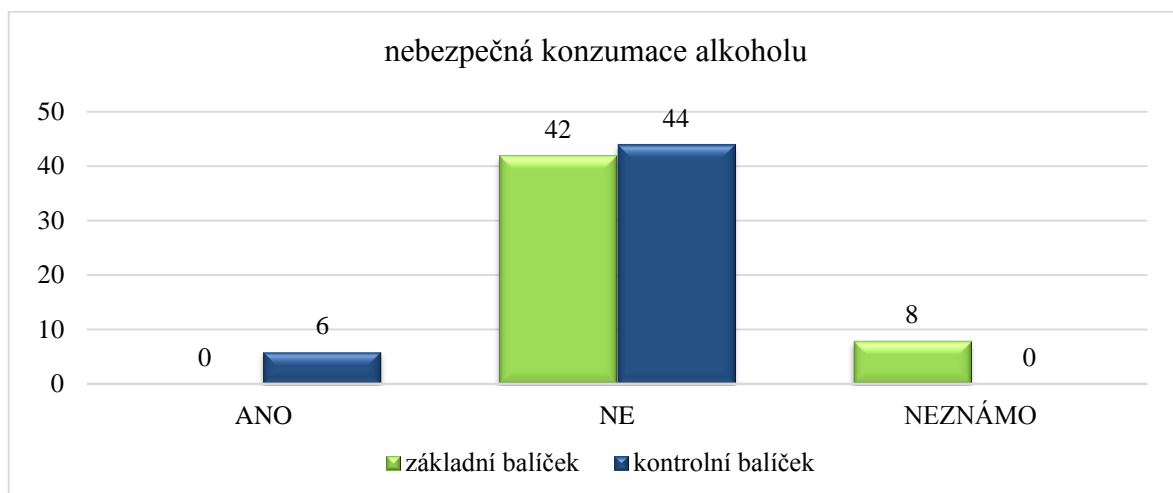
3.1.1.2.4 Následná kontrola účinnosti prostředků podpory zdraví

Závěrečné grafy náležící do hodnocení standardu 4 se zabývají otázkou, zda byla na základě potřeb ohledně podpory zdraví provedena následná kontrola účinnosti týkající se níže uvedených oblastí.

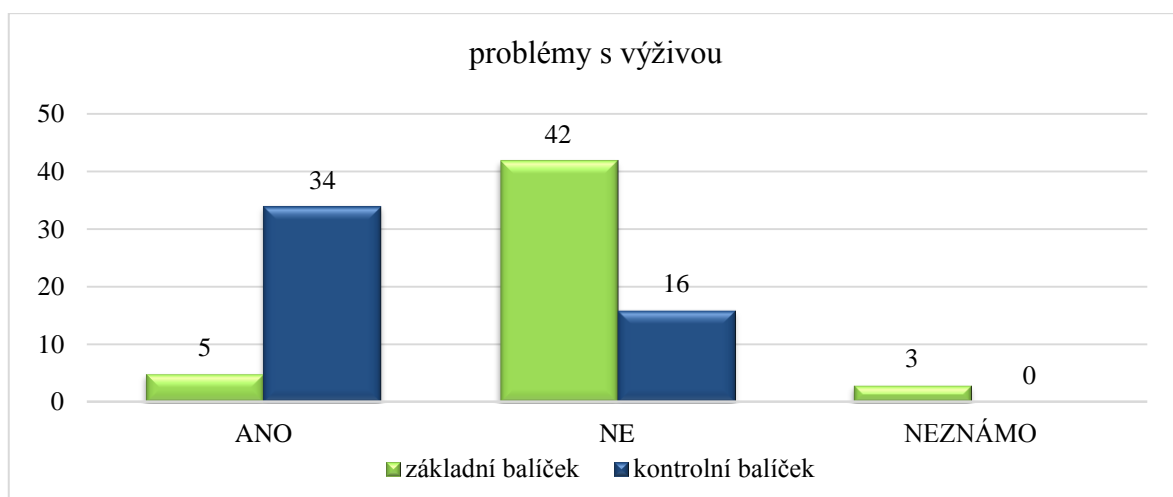
Graf 36: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se kouření



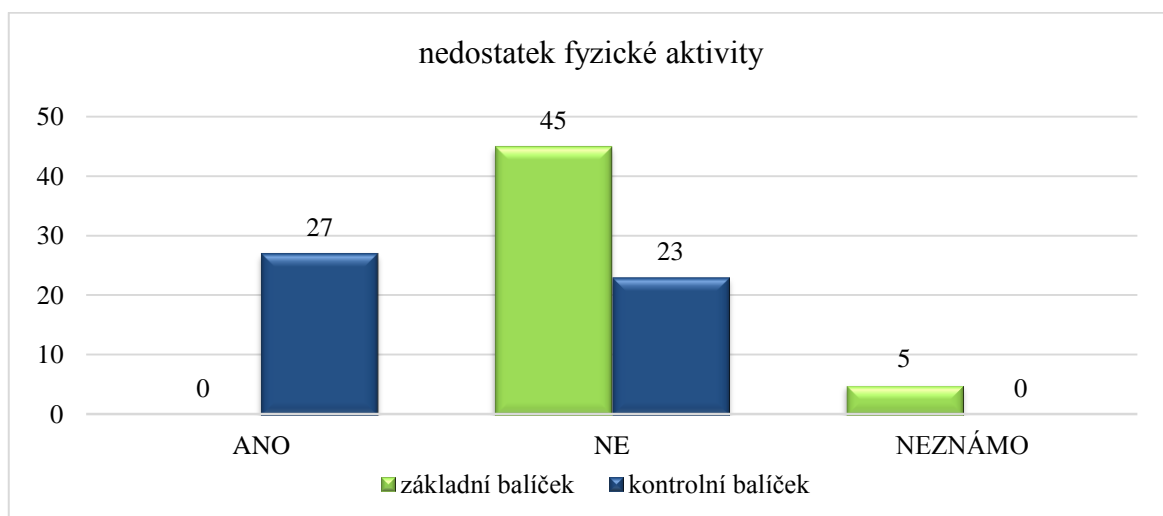
Graf 37: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se konzumace alkoholu



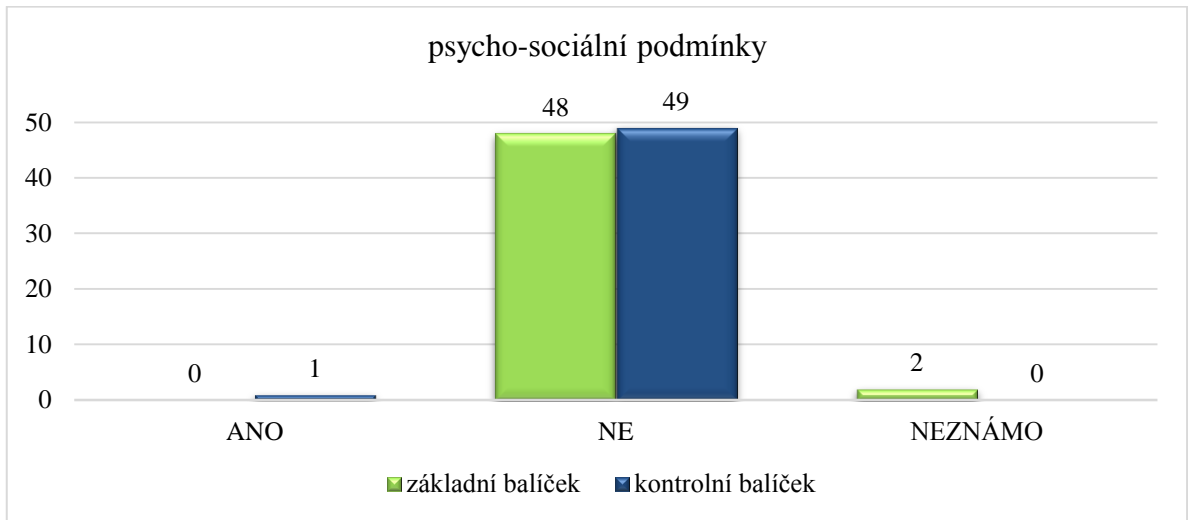
Graf 38: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se problémů s výživou



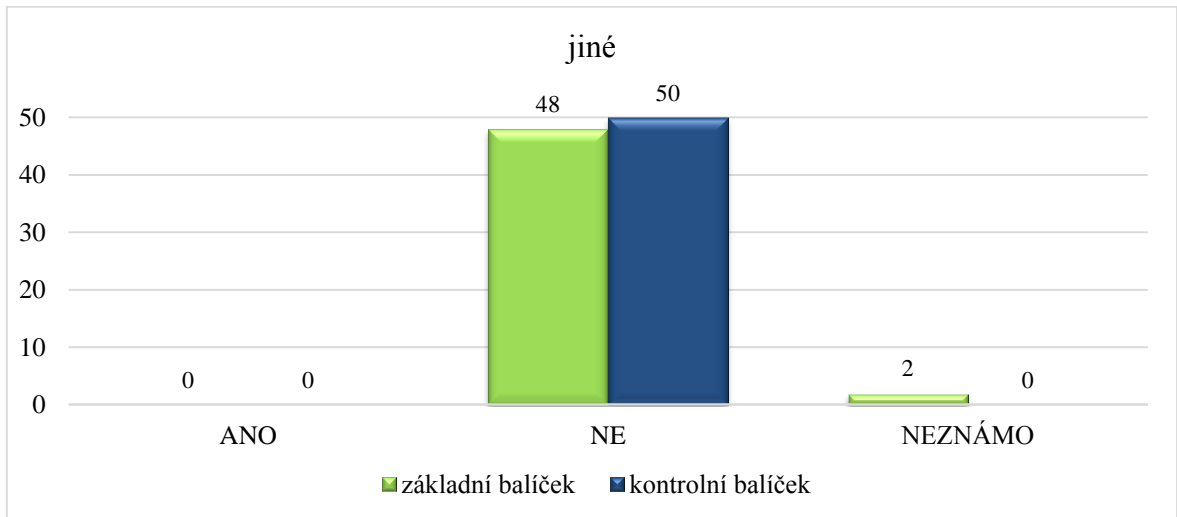
Graf 39: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se nedostatku fyzické aktivity



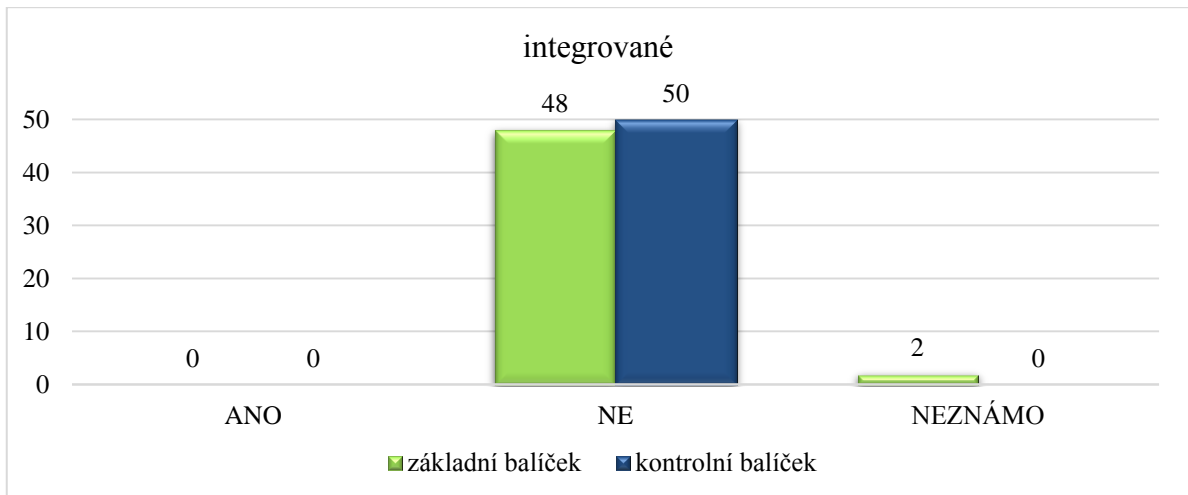
Graf 40: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se psycho-sociálních podmínek



Graf 41: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se jiného



Graf 42: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se integrovaného



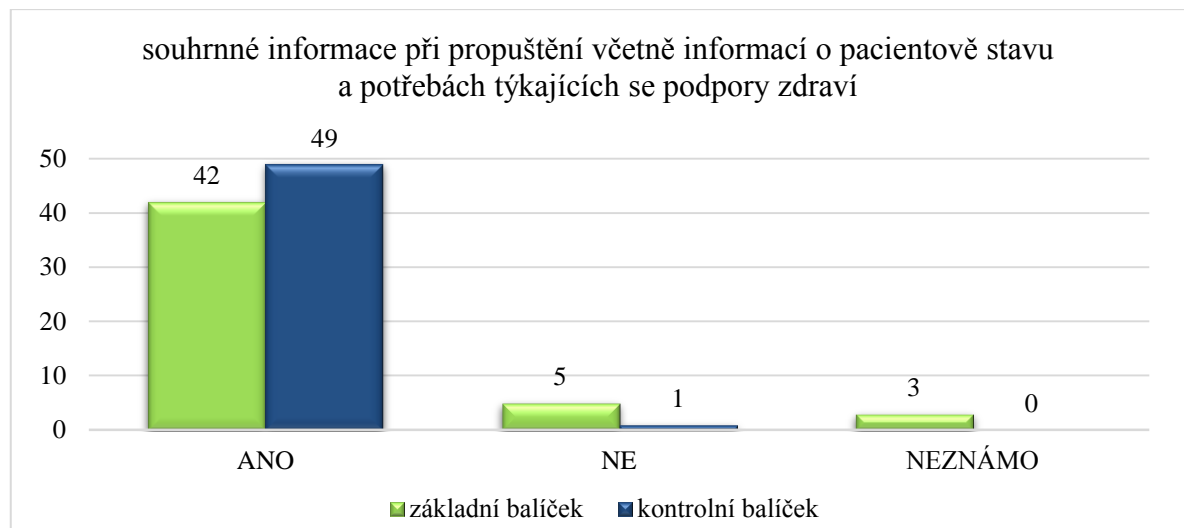
3.1.1.3 Standard 5: Kontinuita a spolupráce

Standard č. 5 se zaměřuje na multioborovou spolupráci v zajištění kontinuální a plnohodnotné péče o pacienta.

3.1.1.3.1 Bylo provedeno hodnocení, rehabilitace a péče po léčbě

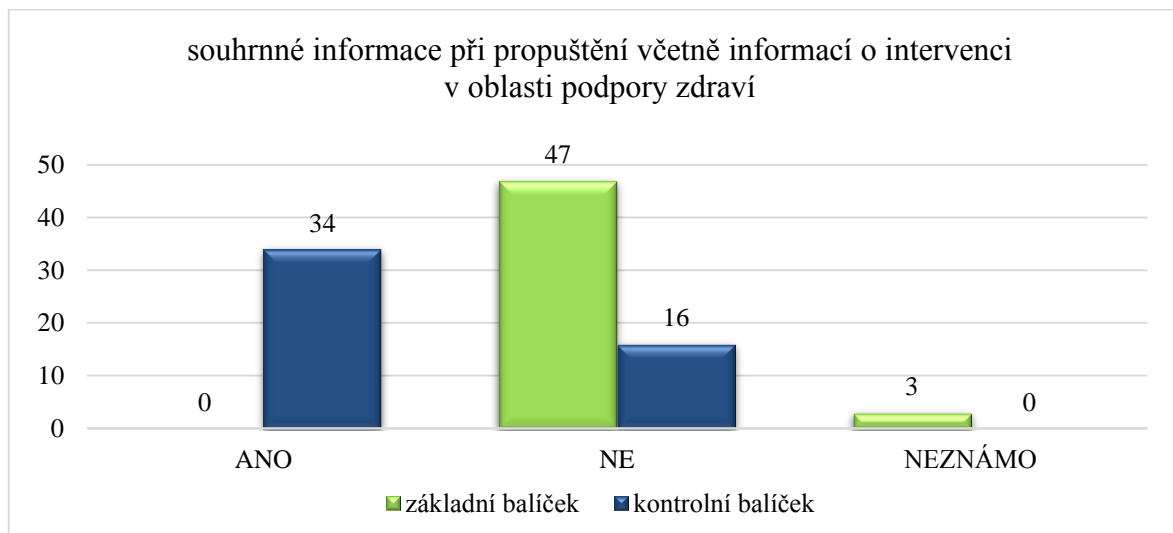
Níže uvedená oblast standardu 5 mapuje, zda byl do zdravotnické dokumentace proveden záznam o hodnocení, rehabilitaci a poskytnuté péči po léčbě v uvedených oblastech.

Graf 43: E1 – hodnocení, rehabilitace a péče po léčbě týkající se zprávy při propouštění pacienta – pacientův stav a potřeba podpory zdraví



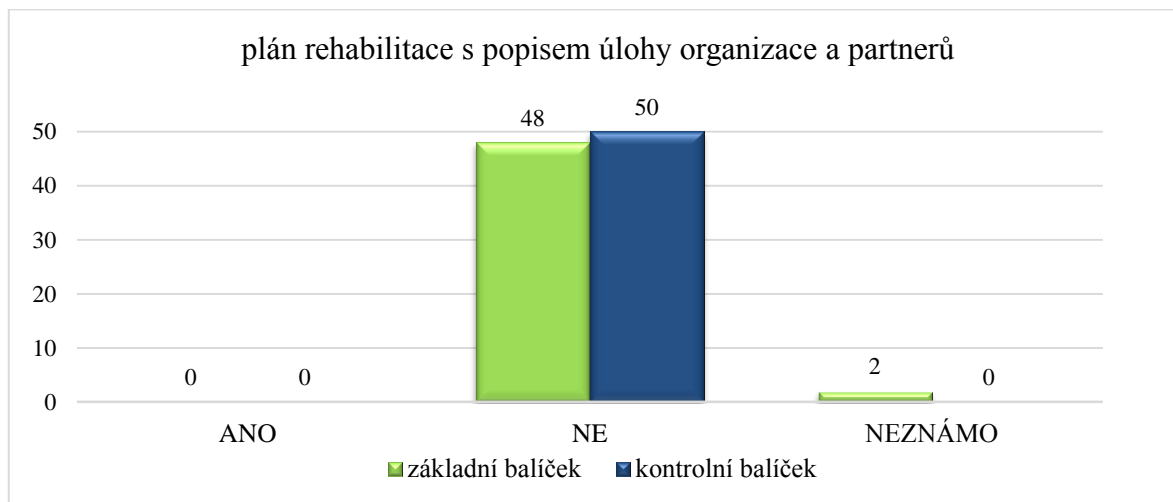
Graf 43 ukazuje, že v rámci obou sběrů je na záznam o informacích spojených s propouštěním pacienta dbán důraz, avšak i přesto došlo v rámci kontrolního sběru k pozitivnímu navýšení počtu zdravotnických dokumentací s pozitivním nálezem, a to ze 42 na 49. Tyto informace jsou pro poskytovanou zdravotní péči velmi podstatné z hlediska její kontinuity a návaznosti.

Graf 44: E1 – hodnocení, rehabilitace a péče po léčbě – intervence v oblasti podpory zdraví



Co se týče pořízení záznamů do zdravotnické dokumentace při propouštění pacienta týkajících se intervencí v oblasti podpory zdraví, se situace po implementaci standardů podpory zdraví značně zlepšila. Počet pozitivních nálezů narostl z nuly na 34 zdravotnických dokumentací; dále došlo k ponížení negativního nálezu ze 47 na 16.

Graf 45: E1 – hodnocení, rehabilitace a péče po léčbě – plán rehabilitace



Oblastí, která není z pozice zdravotnického personálu dostatečně zohledňována a není tedy ani zaznamenávána do zdravotnické dokumentace je plán rehabilitace v rámci propouštění pacienta.

3.1.1.4 Souhrnné zhodnocení výsledků auditu zdravotnické dokumentace

Na základě zjištěných výsledků auditu zdravotnické dokumentace lze říci, že z hlediska vedení zdravotnické dokumentace je pro zdravotnický personál prioritní oblastí výživa a stav pacienta s ní spojený. V rámci kontrolního balíčku se pak k prioritě výživy přidala též oblast fyzické aktivity. Paradoxně k tomu ovšem není dbáno, a to i po implementaci standardů podpory zdraví, na záznam hodnoty indexu BMI (hlavně ve směru k podvýživě) či pokles chuti k jídlu a úbytek hmotnosti pacienta. Oproti tomu bylo v rámci kontrolního balíčku zaznamenáno v oblasti výživového stavu pacienta zlepšení při pořízení záznamu o obvodu pasu pacienta. Tento fakt můžeme považovat za pozitivní jev, jelikož jak již bylo v textu uvedeno, z hlediska klinického významu má obvod pasu značně kvalitnější vypovídající hodnotu.

Další oblastí, na kterou není zdravotnický personál dostatečně zaměřen, je abúzus tabáku a alkoholu a míra fyzické aktivity. Velmi zásadní nedostatky byly zjištěny v oblasti sociálních a psycho-sociálních potřeb a stavů s těmito potřebami spojenými a v otázkách náboženského vyznání. Téměř zcela negativní nález byl u otázek zaměřujících se na „jiné“ či „integrované“. Tento nález si autorka práce vysvětluje tím, že je pro zdravotnický personál obtížné definovat v určitém slova smyslu novou, ne plošně nastavenou oblast, která by mohla pacienta ovlivňovat ve vztahu k jeho zdravotnímu stavu.

Velmi střeženou oblastí, o které byl proveden záznam v 100% při obou sběrech dat, je přítomnost závažného onemocnění, které by mohlo představovat zatížení organismu. Dále též je prakticky vždy pořízen záznam o informacích od doporučujícího lékaře.

3.1.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi pacienty

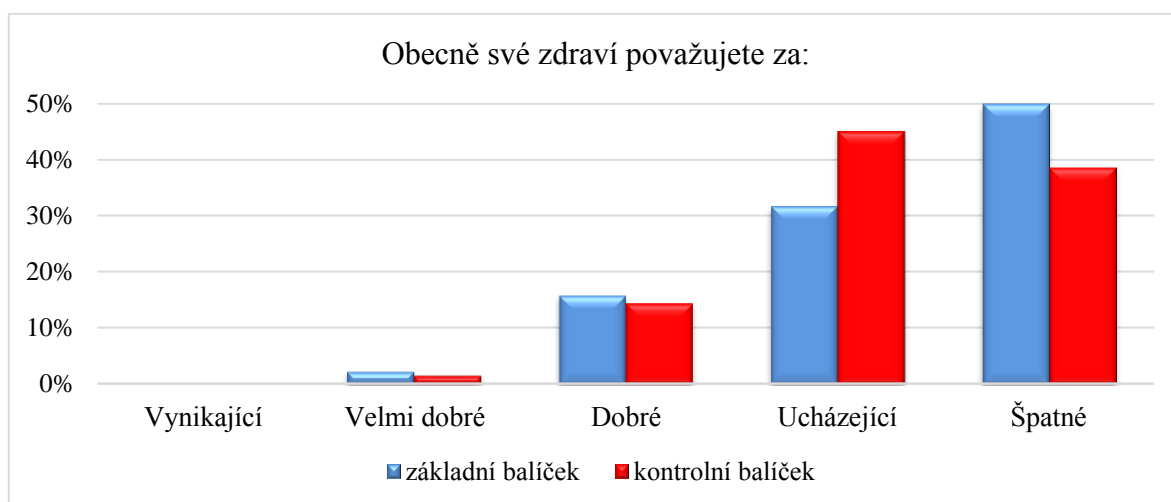
Dotazníkový průzkum mezi pacienty byl formalizován do formuláře E2. Je zaměřen na pacienty a jejich zdravotní stav z hlediska fyzického i psychického stavu, na každodenní zvyklosti pacienta, přičemž zohledňuje zdraví prospěšné, tak i zdraví škodlivé aktivity. Dále se dotazník zaměřuje na interakce pacienta se zdravotnickým zařízením.

Při vyhodnocování patientského průzkumu bude brán poměrně značný ohled na skutečnost, že se průzkumu účastnili pouze pacienti hemodialyzačního oddělení. Jelikož je hemodialýza kurativní procedurou indikující chronické onemocnění, popř. můžeme předpokládat polymorbiditu, je očekáván odraz těchto souvislostí ve výsledcích z dotazníků.

Základního sběru dat se účastnilo 44 respondentů, kontrolního sběru pak 62. V rámci kvalitativního slovního zhodnocení výstupů z patientského průzkumu budou procentuální hodnoty zaokrouhlovány na celá čísla.

Úvodní otázka č. 1 zde není vyhodnocována, jelikož není zaměřena na samotného respondenta, ale požaduje pouze zapsání identifikačního čísla dotazníku (zapisuje zdravotnické zařízení).

Graf 46: E2 – otázka č. 2 – stav vlastního zdraví – obecné hledisko



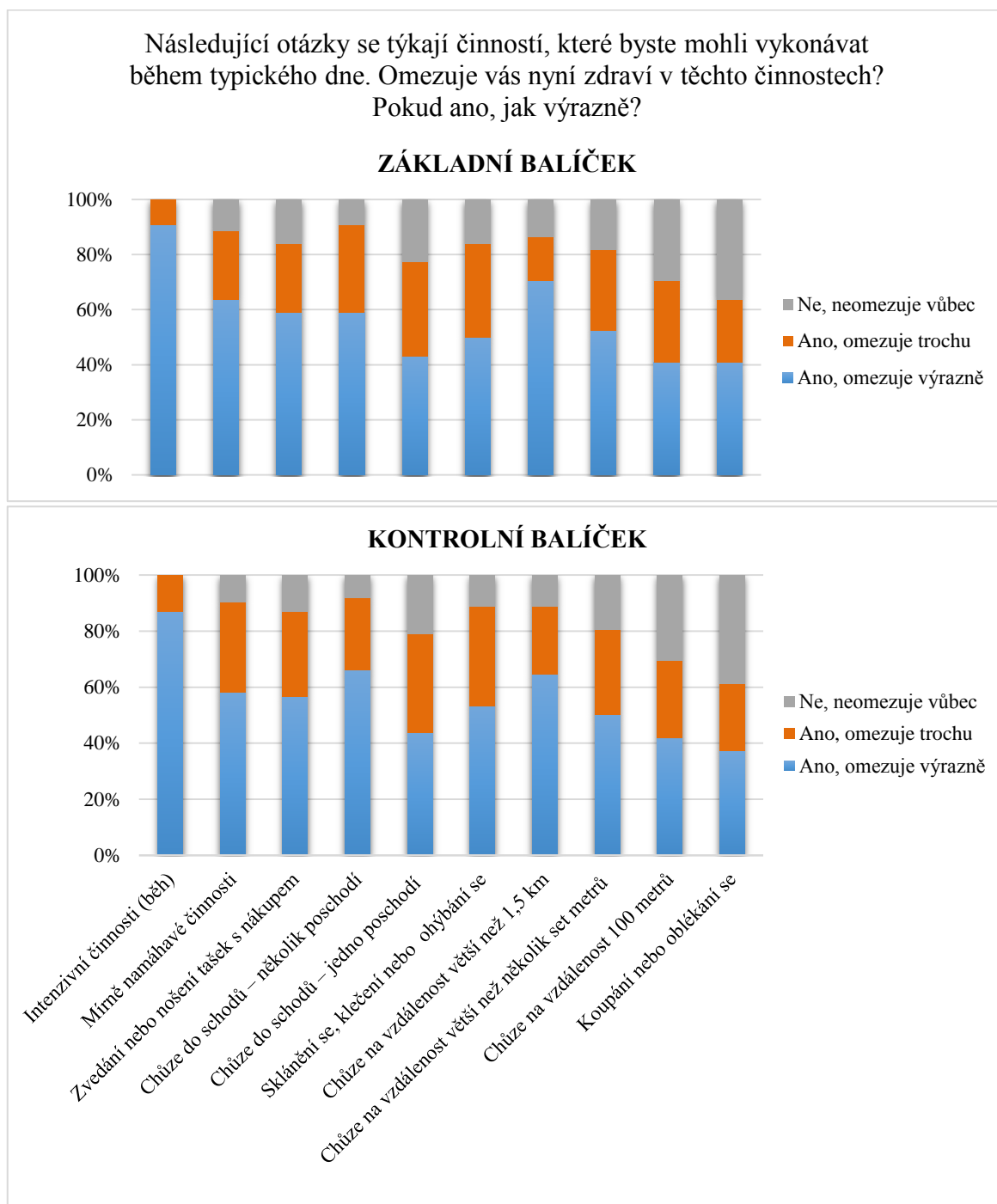
Graf 46 znázorňuje procentuální vyjádření názorů pacientů na stav svého zdraví v obecné rovině. Ve smyslu výše uvedeného se zde nevyskytuje názor, kdy by pacient zhodnotil svůj aktuální zdravotní stav jako *vynikající*, a pouze v zanedbatelné míře se vyskytuje odpověď *velmi dobré*. Jako *dobré* označilo svůj zdravotní stav vždy více než 14 % pacientů. Podstatný nárůst a pozitivní trend byl zaznamenán u možnosti označující zdravotní stav z hlediska pacienta za *ucházející* – při sběru základního balíčku tak odpovědělo 32 % respondentů, v rámci kontrolní balíčku již 45 %. V případě možnosti *špatné* se odpovědi vyjádřené v procentech snížily z významných 50 % na 39 %. Uvedené hodnoty ukazují, že názor pacientů na stav vlastního zdraví má po implementaci standardů na podporu zdraví pozitivní trend.

Graf 47: E2 – otázka č. 3 – pohled na své zdraví v porovnání se situací před rokem



Výše uvedený graf 47 je důkazem základního předpokladu, že v důsledku chronického onemocnění je zdravotní stav pacientů v časové ose spíše s negativní projekcí. V rámci kontrolního balíčku zhodnotilo 44 % respondentů své zdraví za spíše nebo značně horší než před rokem. Odpověď *o něco lepší než před rokem* zvolilo o necelá 3 % více pacientů u kontrolního sběru oproti sběru základnímu; za přibližně stejné než před rokem považuje své zdraví o téměř 14 % méně pacientů (základní vs. kontrolní sběr).

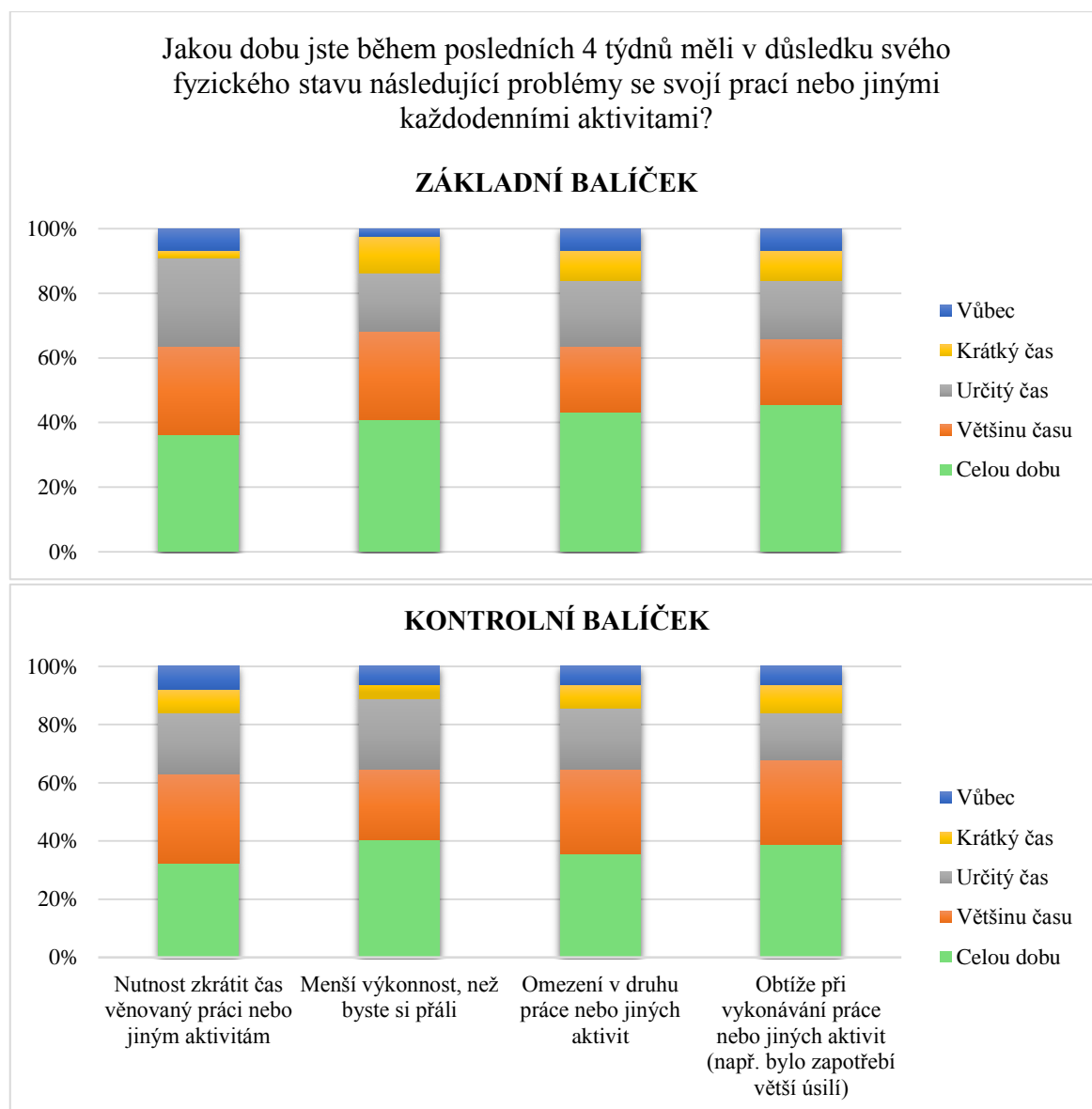
Graf 48: E2 – otázka č. 4 – omezení pacientů v každodenních činnostech



Otázka č. 4 se pacientů dotazovala, zda pociťují omezení v každodenních činnostech, přičemž k jednotlivým činnostem pacienti uváděli míru omezení v rámci svého zdravotního stavu. Výrazné omezení při výkonu jednotlivých činností pociťuje většina respondentů, avšak v rámci kontrolního sběru bylo zjištěno, že téměř ve všech uvedených činnostech pociťuje výrazné omezení méně pacientů, tzn., že průměrně 4 pacienti označili své omezení za mírnější než výrazné. Nejčastěji se výrazné omezení vyskytuje u fyzicky náročnějších aktivit, jako je běh, zvedání těžkých předmětů, přesun těžkých předmětů apod. – zde byla značná míra omezení udána 91 % respondentů základního sběru a 87 % při kontrolním sběru dat. Druhou nejvíce omezující aktivitou je pro pacienty chůze na

dlouhé vzdálenosti (cca 1,5 km). I přesto zde došlo ke zlepšení ze 70 % na 65 %. Mírné omezení cítilo v rámci kontrolního sběru značně více respondentů, nežli tomu bylo v základním sběru. Došlo též k úbytku respondentů, kteří při výkonu uvedených činností neregistrují žádné omezení. Při porovnání vývoje počtu odpovědí u jednotlivých aktivit a porovnáme-li rozdíly mezi základním a kontrolním balíčkem, dá se předpokládat, že v rámci prvních čtyř (nejnáročnějších) aktivit došlo k možnému přelítí volby ze závažného na mírné omezení. Počet pacientů, kteří při výkonu udaných aktivit nepocítovali žádné omezení, měl směrem ke kontrolnímu balíčku pozitivní vývoj – největšího nárůst a tedy pozitivní trend byl zaznamenán u chůze do schodů do více poschodí, naopak největší pokles byl vyhodnocen u aktivit souvisejícími se skláněním či ohýbáním se a klečením (z 16 % na 11 %).

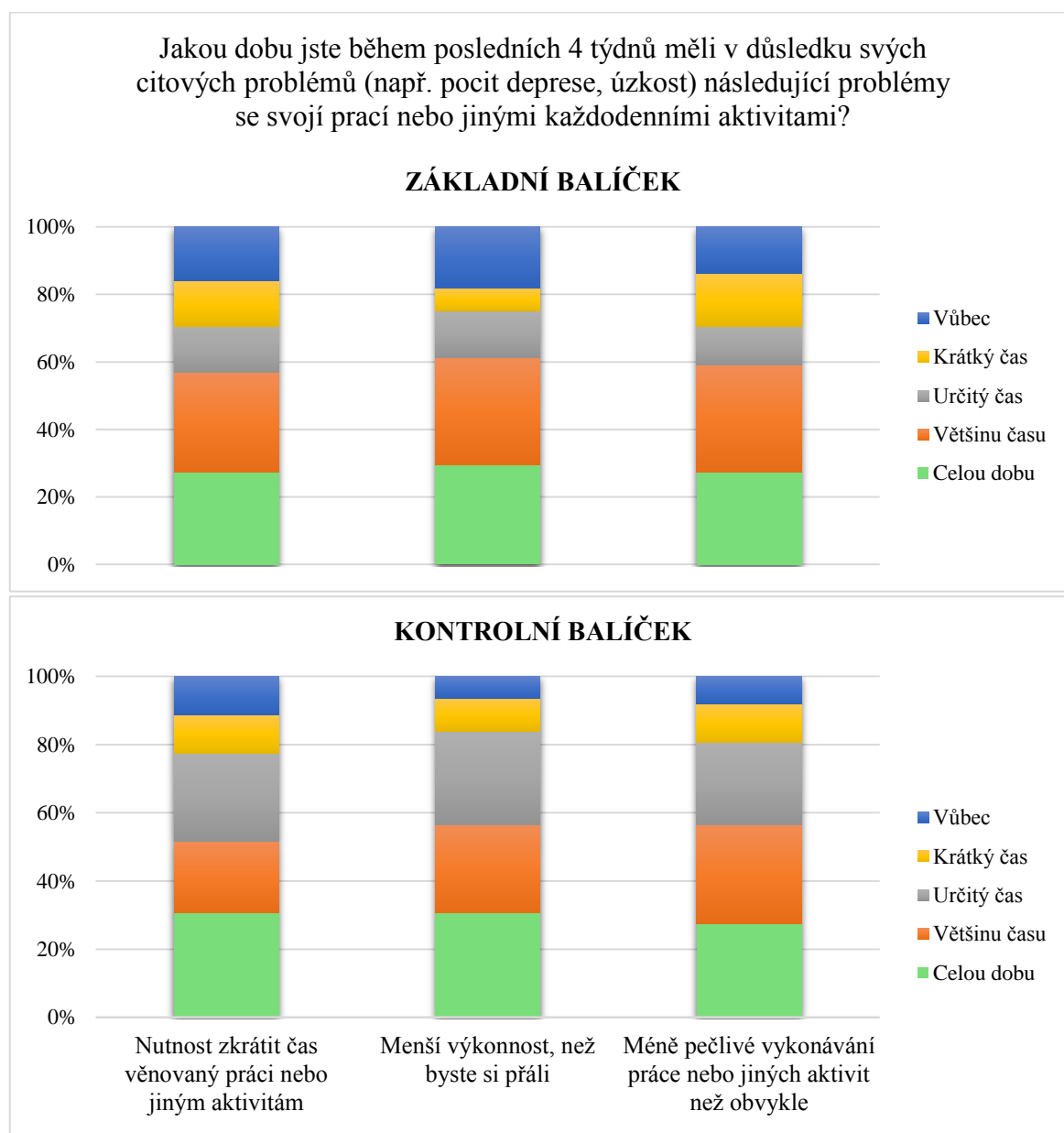
Graf 49: E2 – otázka č. 5 – obtíže při každodenních činnostech – fyzický stav



Graf 49 udává výčet 4 negativních dopadů fyzického omezení pacientů na jejich výkon v zaměstnání či jiné aktivity, přičemž respondenti mají z dané škály určit dobu přítomnosti těchto limitací. Nejvýraznější změny ve spektru odpovědí byly zaznamenány v té nejhorší

míře ovlivnění, tzn. po celou dobu výkonu činnosti. Směrem ke kontrolnímu balíčku zde došlo k poklesu počtu odpovědí ve všech uvedených činnostech. Nejvýraznější bylo snížení obtíží ve smyslu omezení druhu práce/jiných aktivit, a to ze 43 % na 35 %. V návaznosti na tento jev byla zaznamenána častější volba, kdy byly obtíže pociťovány většinu času. Omezení druhu práce/jiných aktivit či obtíže při jejich vykonávání pociťovalo v obou případech o 9 % více respondentů. Po určitý čas cítilo nutnost zkrátit čas věnovaný práci/jiným aktivitám o 6 % méně respondentů; menší výkonnost, než by si přáli, pak cítilo o 6 % respondentů více, než v základním balíčku. Žádné omezení výkonnosti pak pociťovalo celých 6 % (kontrolní balíček).

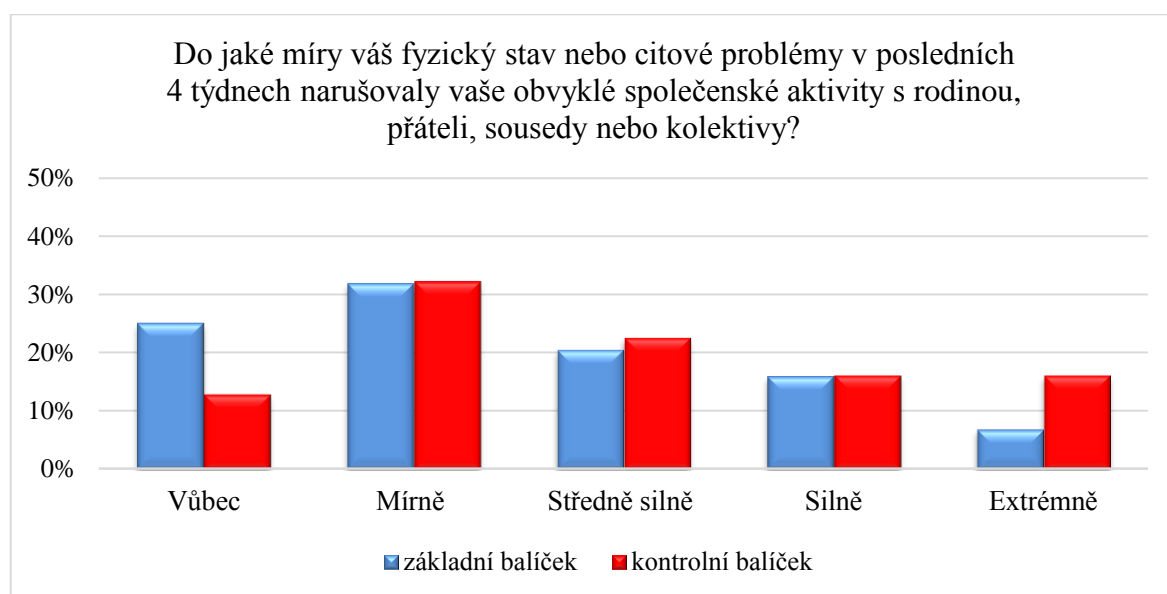
Graf 50: E2 – otázka č. 6 – obtíže při každodenních činnostech – psychický stav



Otázka č. 6 (Graf 50) je svou podstatou shodná s otázkou předcházející, avšak vztahuje se na obtíže psychické jako např. pocit úzkosti, deprese apod., a udává o jeden negativní dopad méně. Z výsledků dotazníků je patrné, že citové/psychické obtíže snáší pacienti

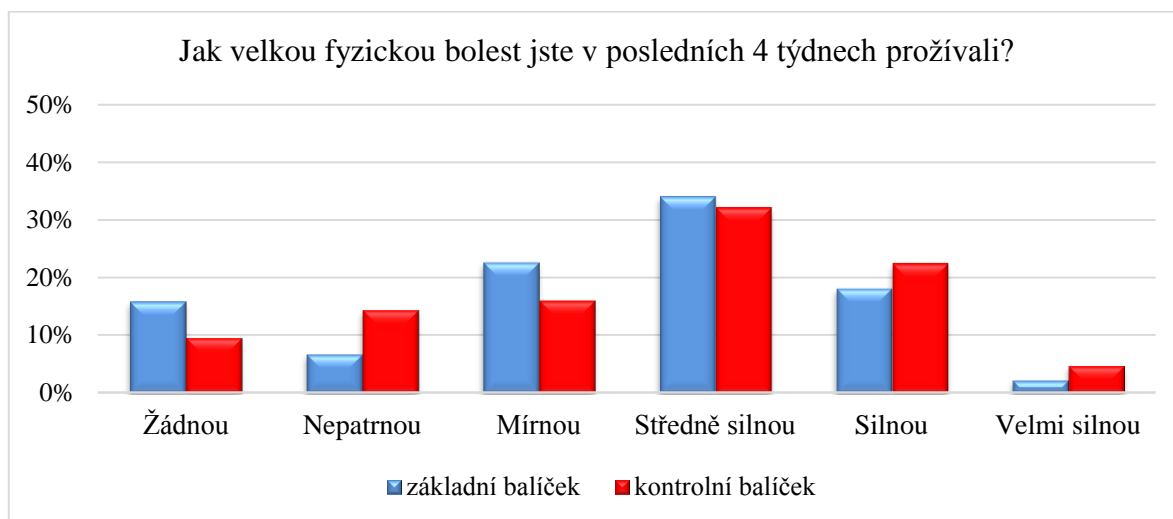
mnohem hůře nežli obtíže fyzické. Po celou dobu pociťovalo limitaci větší počet respondentů, a to hlavně v nutnosti zkrátit čas věnovaný práci/jiné aktivitě. Naopak po většinu času se cítilo omezeno významně méně pacientů, např. nutnost zkrátit čas věnovaný práci/jiné aktivitě jen 21 % (kontrolní balíček) oproti 30 % (základní balíček), menší výkonnost než by si přáli, zaznamenalo jen 26 % oproti 32 %, menší pečlivost při výkonu činnosti uvedlo 29 % oproti 32 %. Po určitý čas pociťovalo uvedená omezení ve všech případech cca o 12 % více pacientů. Krátkodobé a žádné omezení zaznamenalo negativní trend – žádné omezení pociťovalo značně méně pacientů než v základním balíčku, největší pokles byl pak zjištěn ve vazbě na pocit menší výkonnosti (pokles o 12 % z 18 % na 6 %).

Graf 51: E2 – otázka č. 7 – limitace pacienta ve společenských aktivitách



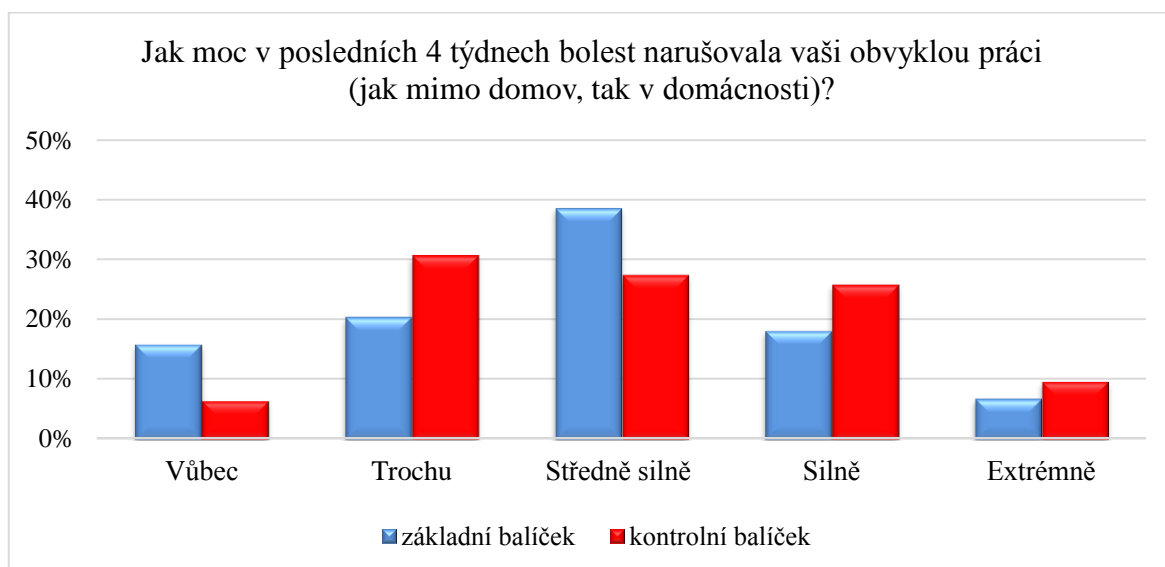
Z grafu 51 můžeme vidět, že míra omezení je co do společenské aktivity z hlediska fyzických a psychických problémů pacienty vnímáno téměř shodně při sběru základního i kontrolního balíčku. Jediná změna je v maximální a minimální možnosti odpovědi, kdy došlo v rámci kontrolního balíčku, k ponížení volby *vůbec* nenarušuje o 12 % a naopak ke zvýšení volby *extrémně* narušuje ze 7 % na 16 %. Obě tyto výchytky představují negativní trend, který můžeme vysvětlit pravděpodobnou souvislostí se zmiňovanou chronicitou respondentů.

Graf 52: E2 – otázka č. 8 – bolest v posledních 4 týdnech



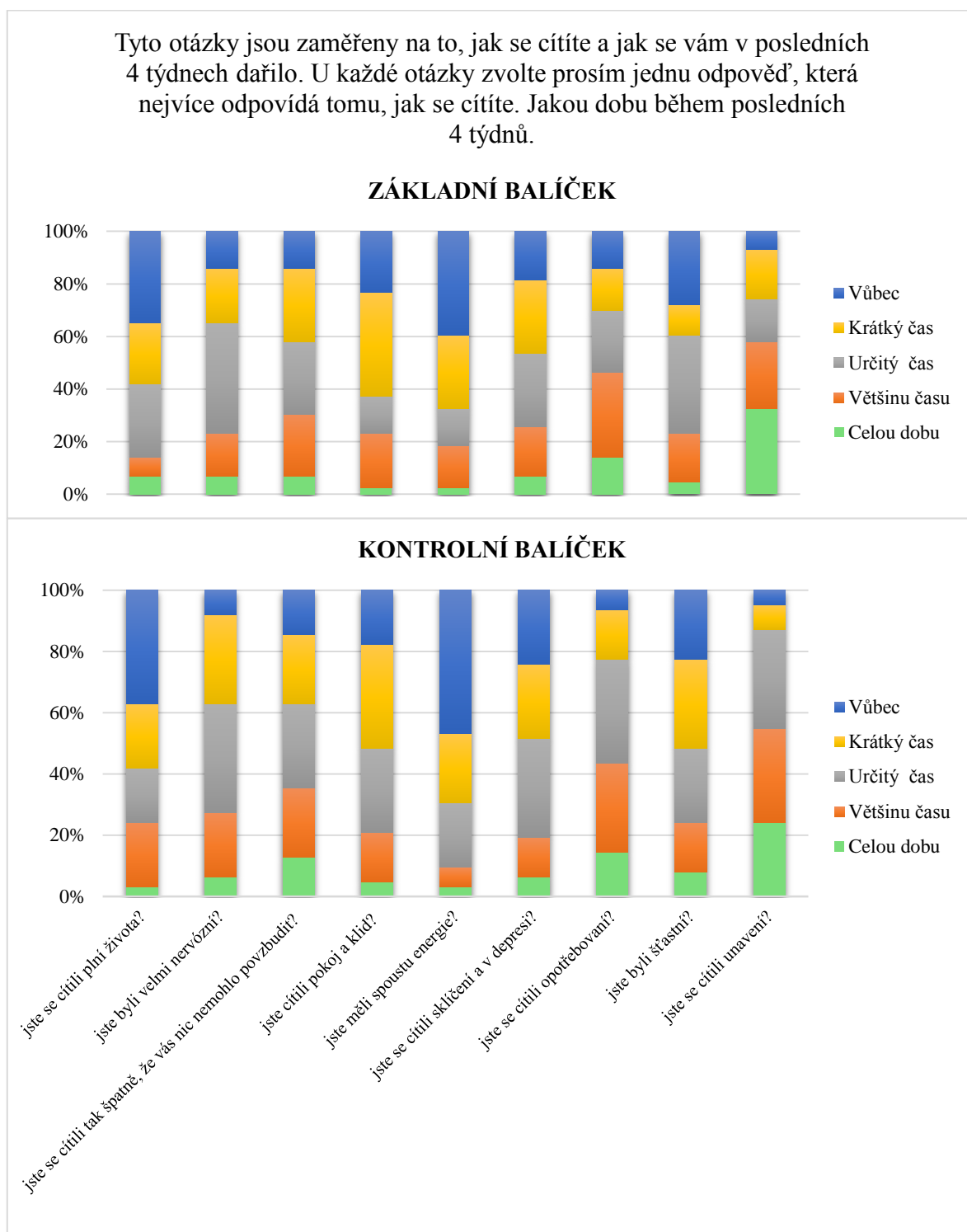
Vyhodnocení grafu 52 je obdobné předchozímu zhodnocení míry limitace pacienta fyzickými nebo psychickými problémy ve společenských aktivitách za poslední 4 týdny. Opět můžeme vidět, že zdravotní stav pacientů z hlediska bolesti má v čase negativní vývoj. Žádnou, nepatrnou až mírnou bolest pociťovalo v kontrolním balíčku 40 % pacientů, středně silnou, silnou až velmi silnou bolest pociťovalo téměř 60 % pacientů. Pozitivní trend můžeme vidět pouze u míry nepatrné bolesti, kdy došlo ke zlepšení situace u téměř 7 % respondentů.

Graf 53: E2 – otázka č. 9 – omezení obvyklých činností pacienta v důsledku bolesti



Graf 53 zobrazuje, do jaké míry pacienti vnímají omezení svých každodenních aktivit v důsledku bolesti. Při kontrolním sběru vnímalo 37 % pacientů částečné či žádné omezení oproti 36 % při základním sběru. Je tedy vidět, že nedošlo k významné změně. Středně silně, silně až extrémně omezení svých aktivit pociťuje 63 % pacientů (kontrolní balíček) oproti 64 % (základní balíček).

Graf 54: E2 – otázka č. 10 – jak se pacienti cítili v posledních 4 týdnech



Z výše uvedených možných pocitů byl největší pozitivní nárůst zaznamenán u pocitu životaplnosti po většinu času z posledních 4 týdnů (bráno z hlediska data vyplňování dotazníku), a to ze 7 na 21 %. Bohužel i přes implementaci standardů podpory zdraví je nejčtenější volbou pacientů, že plní života se necítíte vůbec, dokonce zde došlo k mírnému nárůstu z 35 % na 37 % (kontrolní balíček). K ponížení o 10 % (v rámci kontrolního sběru) došlo u pocitu životaschopnosti alespoň po určitý čas z posledních 4 týdnů. Po celé poslední 4 týdny se plno života cítilo o 4 % méně pacientů (ze 7 na 3 %).

Vzhledem k povaze onemocnění pacientů, kteří se dotazníkového šetření účastnili (pacienti hemodialyzačního oddělení) je pochopitelné, že pocit životaplnosti zde není zcela předpokládaným pocitem.

Pocit pokoje a klidu cítila v posledních 4 týdnech alespoň po určitý čas převážná většina pacientů; zde byl zaznamenán největší nárůst odpovědí, z 14 % na 27 %. Dále došlo k nárůstu počtu pacientů, kteří se cítili pokojně a klidně po celou dobu 4 týdnů, z 2 na 5 %. S výše uvedeným souvisí pokles o 5 % (z 21 % na 16 %) u možnosti volby pocitu pokoje a klidu po většinu času. Pozitivní trend byl též zaznamenán u vnímání pocitu pokoje a klidu po krátkou dobu či vůbec.

Spoustu energie cítilo většinu času za poslední 4 týdny o 10 % více pacientů, po určitý čas se plno energie cítilo o 7 % více (z 14 % na 21 %), po krátký čas jen 23 % (pokles o 5 %). Bohužel značný negativní trend byl zaznamenán v rámci možnosti, že plní energie se pacienti necítili vůbec. Zde byl nárůst ze 40 % na 47 %.

Ve shodě s výše uvedenou premisou jsou i výsledky dotazníku mezi pacienty týkající se pocitu štěstí. U vnímání pocitu štěstí po celou dobu posledních 4 týdnů byl mírný nárůst (od data vyplňování dotazníku) z 5 % na 8 % pacientů. Po určitý čas si pocit štěstí uvědomovalo o 13 % méně pacientů, oproti tomu krátký čas o 17 % více. Po žádný čas se tak necítilo 23 % (mírný pokles z původních 25 %).

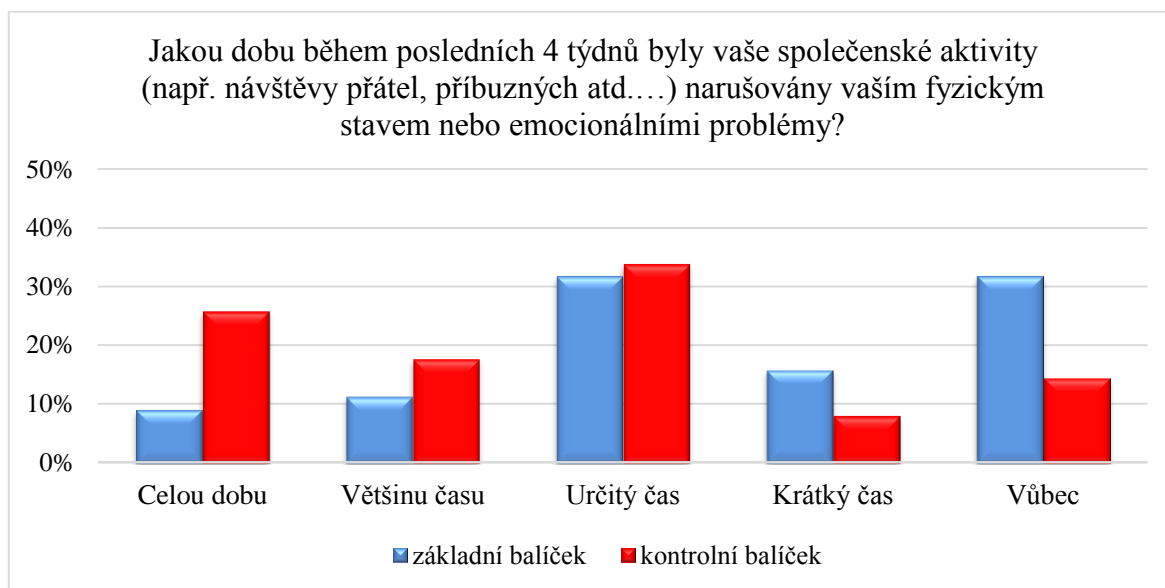
Velmi nervózní se po většinu času cítilo o 5 % více pacientů nežli v základním balíčku. Po určitý čas se velmi nervózní cítilo jen 35 % z původních 42 % probandů. Po krátký čas zaznamenalo silný pocit nervozity až 29 % pacientů – jedná se však o mírný pozitivní trend, i přesto, že se jedná o nárůst z 21 % (základní balíček). Vůbec nebyl pocit nervozity zaznamenán v 8 % (pokles o 6 %).

Takový pocit, kdy pacienta nemohlo nic povzbudit, cítilo po celou dobu posledních 4 týdnů o 6 % více respondentů než při základním sběru. Po většinu času či určitý čas se takto negativně cítilo zhruba stejné množství pacientů, a to cca 50 %. Po krátkou či žádnou dobu pociťovalo takovýto pocit, kdy nebylo možno pacienta ničím povzbudit, jen 38 % probandů ku 42 % (základní balíček).

Pocit sklíčenosti a deprese má z celkového hlediska pozitivní trend. Celou dobu či většinu času se takto cítilo o 6 % méně pacientů, po určitý čas se takto cítilo o 4 % více pacientů. Oproti tomu po krátký čas se cítilo sklíčeně či v depresi o 4 % méně probandů. Nikdy po dobu posledních 4 týdnů tento pocit nevnímalo o 5 % více pacientů.

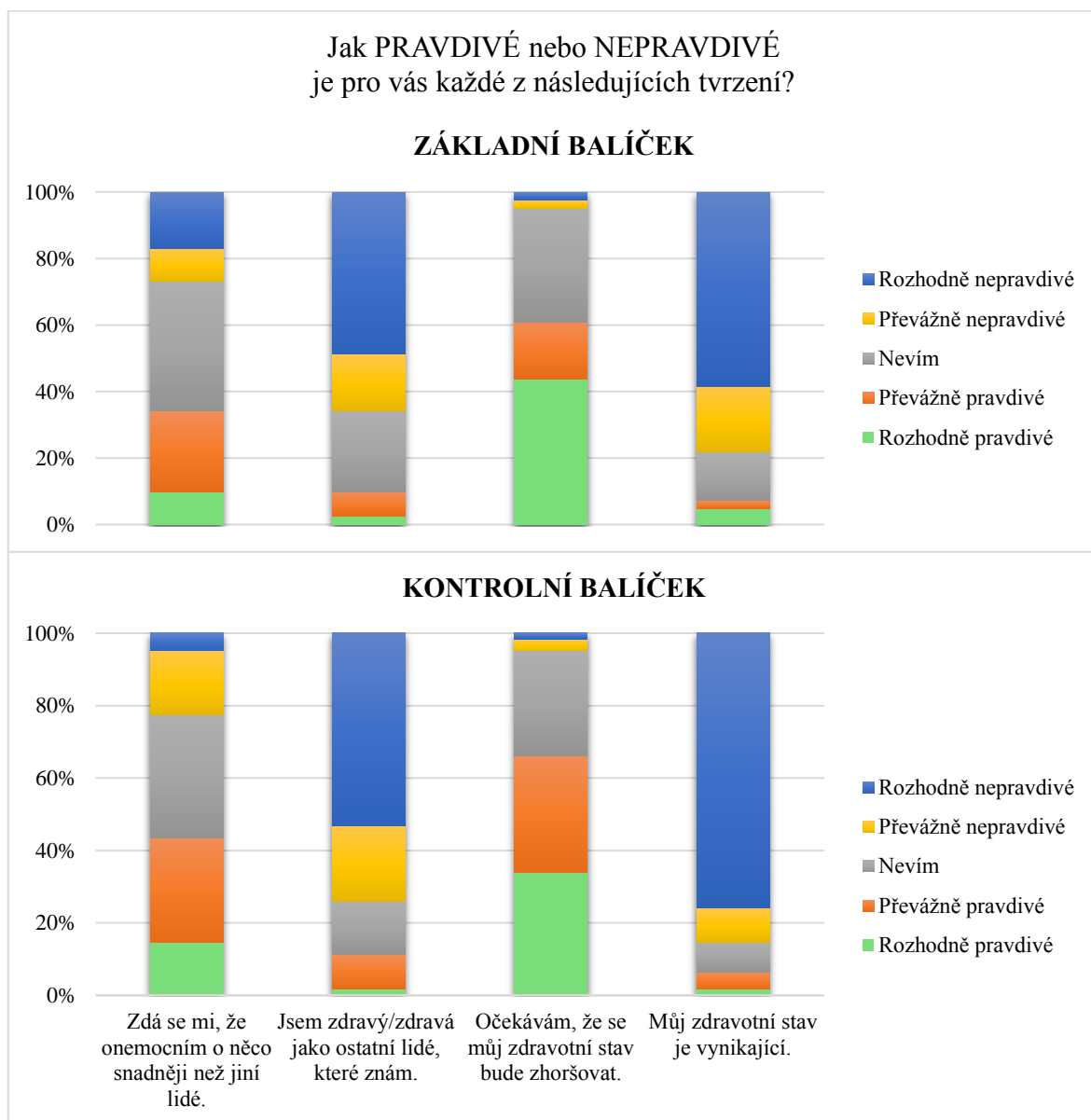
Pocit fyzického opotřebení pociťovalo po celou dobu či po většinu času 44 % z původních 37 % pacientů. Po určitý čas tento pocit vnímalo o 11 % více probandů. Tento negativní trend pokračuje v možnosti, kdy pacient tento pocit nevnímá vůbec – zde došlo k poklesu počtu odpovědí o 8 % (z 14 % na 6 %). Pocit únavy byl zaznamenán též v negativním trendu. Po celou dobu 4 týdnů sice cítilo únavu o 9 % méně pacientů, avšak tento pozitivní jev je setřen nárůstem pocitu únavy po většinu času o 5 % nebo po určitý čas, kdy vidíme nárůst o 16 %. Opět negativní trend pak vykazuje pocit únavy po krátkou dobu, kdy došlo k poklesu o 9 %.

Graf 55: E2 – otázka č. 11 – narušení společenských aktivit za poslední 4 týdny



Graf 55 navazuje a v jistém smyslu doplňuje graf 51 vyhodnocující otázku č. 7 patientského dotazníku. Po určitý čas bylo při svých společenských aktivitách fyzickým či psychickým stavem ovlivněno kolem 30 % pacientů v obou případech sběru. Celé 4 týdny či převládající většinu času bylo takto omezeno „pouze“ 20 % pacientů při základním balíčku ku 44 % v kontrolním balíčku. Naopak krátký či žádný čas označilo v rámci kontrolního balíčku o 25 % méně respondentů vůči základnímu. Otázka tedy vykazuje negativní trend, který je pravděpodobně opět odrazem důsledků chronicity pacientů, jejichž onemocnění vyžaduje ambulantní hemodialýzu či hospitalizaci pro závažnější stav. Tato skutečnost je patrná ve všech otázkách týkající se zdravotního stavu a jeho vývoje v čase.

Graf 56: E2 – otázka č. 12 – pravdivá či nepravdivá tvrzení



Tvrzení, že proband onemocní snadněji nežli ostatní, vnímá jako zcela či převážně pravdivé o 10 % více pacientů (při kontrolním sběru dat). Za převážně či zcela nepravdivé označilo tvrzení o 4 % méně respondentů.

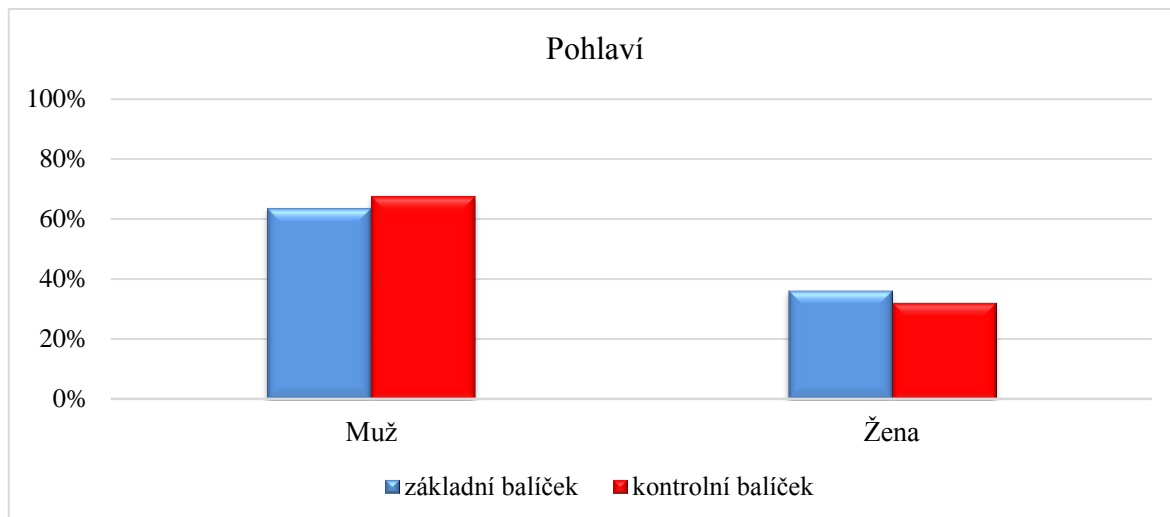
Svůj zdravotní stav považuje za průměrně dobrý vzhledem k okolním známým lidem až 10 % pacientů (zlepšení o 3 % z původních 7 %). Za převážně či zcela nepravdivé toto tvrzení označilo o 8 % více pacientů.

V očekávání zhoršení svého zdravotního stavu v blízké budoucnosti je o 5 % více pacientů (došlo k úbytku o 10 % ve volbě *rozhodně pravdivé*, při volbě *převážně pravdivé* byl zaznamenán nárůst o 15 %).

Za vynikající svůj zdravotní stav označil stejný počet probandů (při součtu procent náležící k rozhodně či převážně pravdivému tvrzení). Za převážně nepravdivé toto tvrzení označilo o 10 % méně pacientů, což následně stírá nárůst volby rozhodně nepravdivého tvrzení o 17 % z 59 % na 76 %.

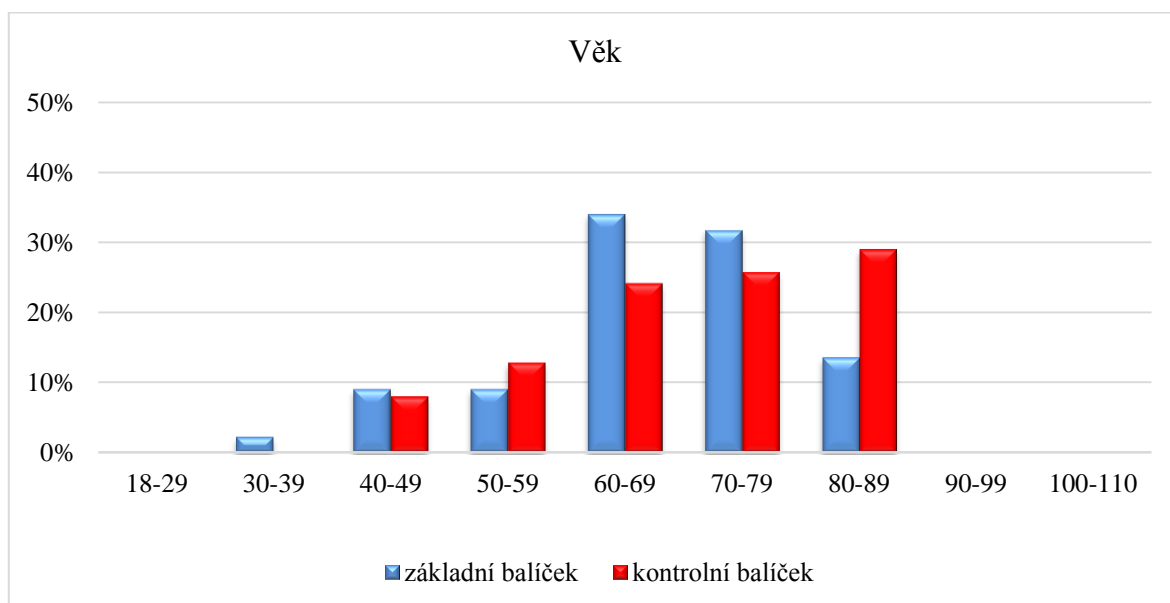
Volba odpovědi *nevím* byla směrem ke kontrolnímu balíčku vždy ponížena v rozmezí od 5 % do 9 %. Toto zjištění je pozitivní, jelikož o kolik byla ponížena neurčitá volba *nevím*, o tolik vzrostl počet volby s vypovídající hodnotou.

Graf 57: E2 – otázka č. 13 – rozložení pohlaví



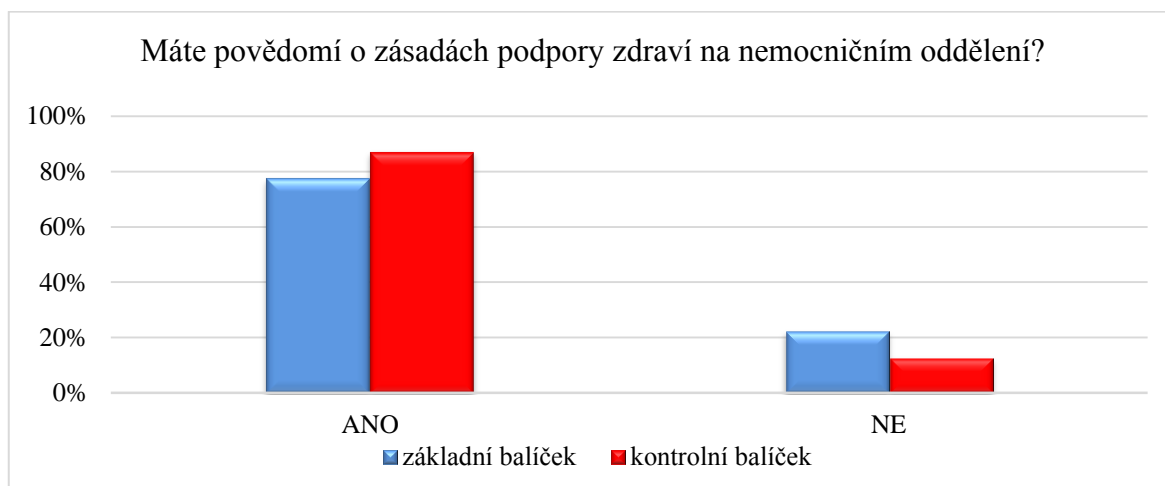
Graf 57 znázorňuje podíl mužů a žen na celkovém počtu respondentů. Rozložení základní balíčku odpovídá poměru 64 % mužů a 36 % žen, v kontrolním balíčku odpovídalo 68 % mužů a 32 % žen. V obou sběrech dominují muži.

Graf 58: E2 – otázka č. 14 – věk respondentů



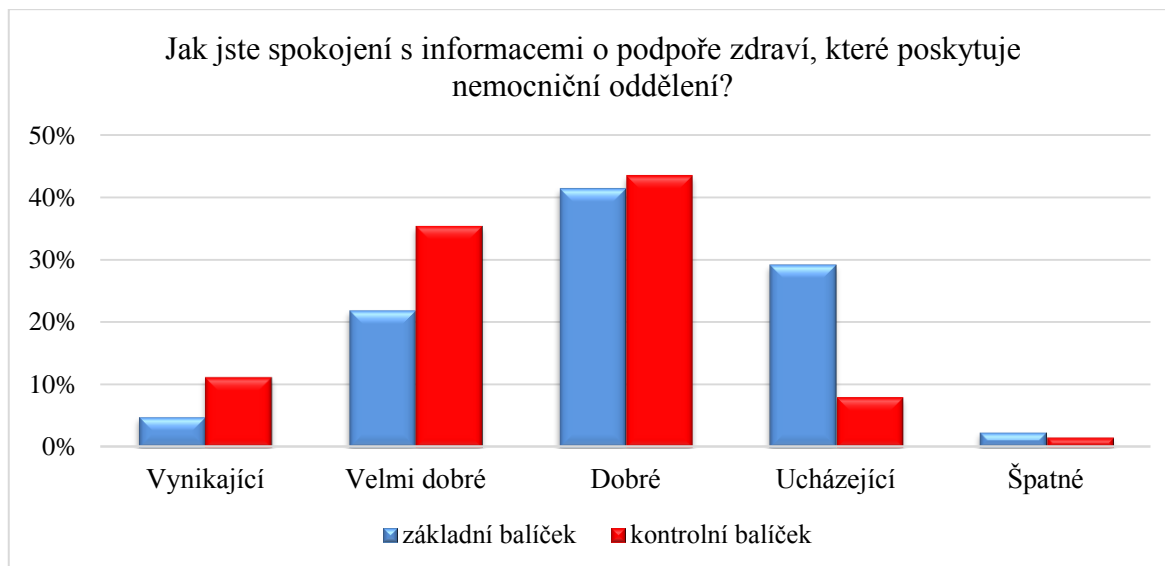
Na grafu 58 můžeme vidět věkové rozložení respondentů, přičemž je zde zřetelně vidět, že věk respondentů se v případech obou sběrů pohybuje od 40 do 89 roku věku. Je zde zcela nebo zcela výrazně eliminována věková kategorie od 18 do 39 roku věku a rozmezí od 90 let a výše. Markantní nárůst byl zaznamenán u probandů ve věku od 80 od 89 let.

Graf 59: E2 – otázka č. 15 – povědomí pacientů o zásadách podpory zdraví



Na grafu 59 pozorujeme, že o zásadách podpory zdraví má povědomí o 10 % více pacientů v rámci kontrolního balíčku oproti základnímu balíčku. To nasvědčuje tomu, že byl v rámci implementační fáze projektu HPH RP aplikován nástroj či nástroje vedoucí k lepší informovanosti pacientů o principech podpory zdraví. Nutno ale říci, že i v rámci základního balíčku se 78 % pacientů považuje za seznámené se základními principy podpory zdraví.

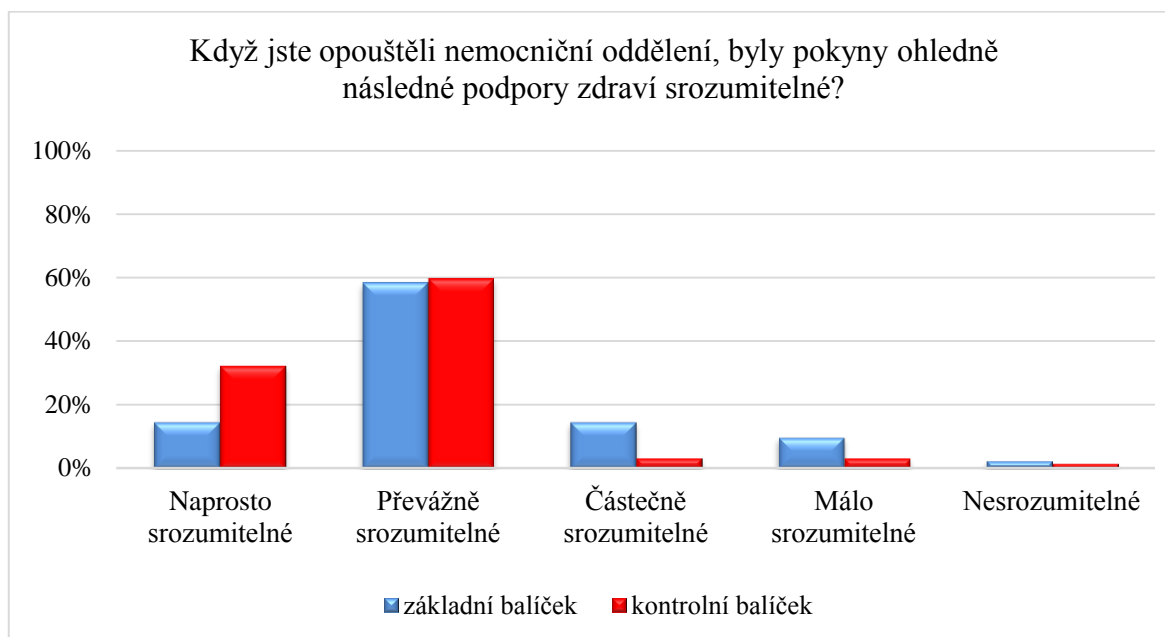
Graf 60: E2 – otázka č. 16 – spokojenost s informacemi o podpoře zdraví



Na grafu 60 můžeme vidět, že v období mezi sběrem základního a kontrolního balíčku byla na nemocniční oddělní zavedena taková opatření, která vedla ke značnému zlepšení míry spokojenosti pacientů s poskytnutými informacemi o podpoře zdraví.

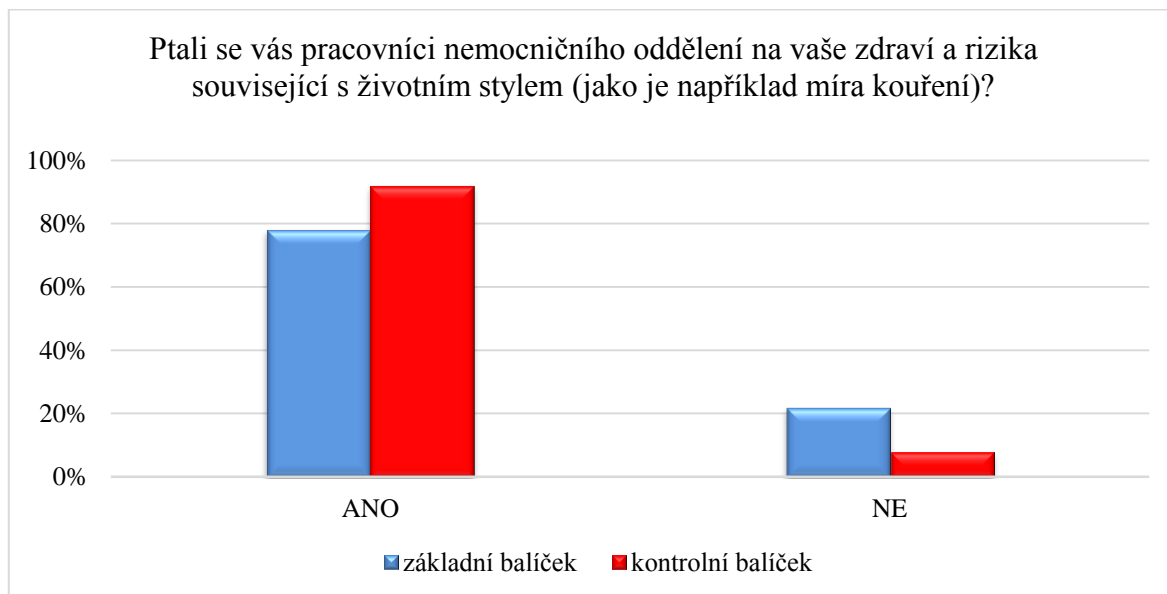
Největší pozitivní trend byl zaznamenán u zhodnocení, kdy pacient označil svou spokojenost s poskytnutými informacemi o podpoře zdraví za vynikající (nárůst odpovědí z 5 % na 11 %) a velmi dobré (nárůst z 22 % na 35 %). Počet odpovědí u možnosti *dobré* a *špatné* spokojenosti byl shodný, možnost, kdy byl pacient spokojen ucházející měrou, zaznamenala pokles z 29 % na pouhých 8 %.

Graf 61: E2 – otázka č. 17 – srozumitelnost pokynů o následné podpoře zdraví



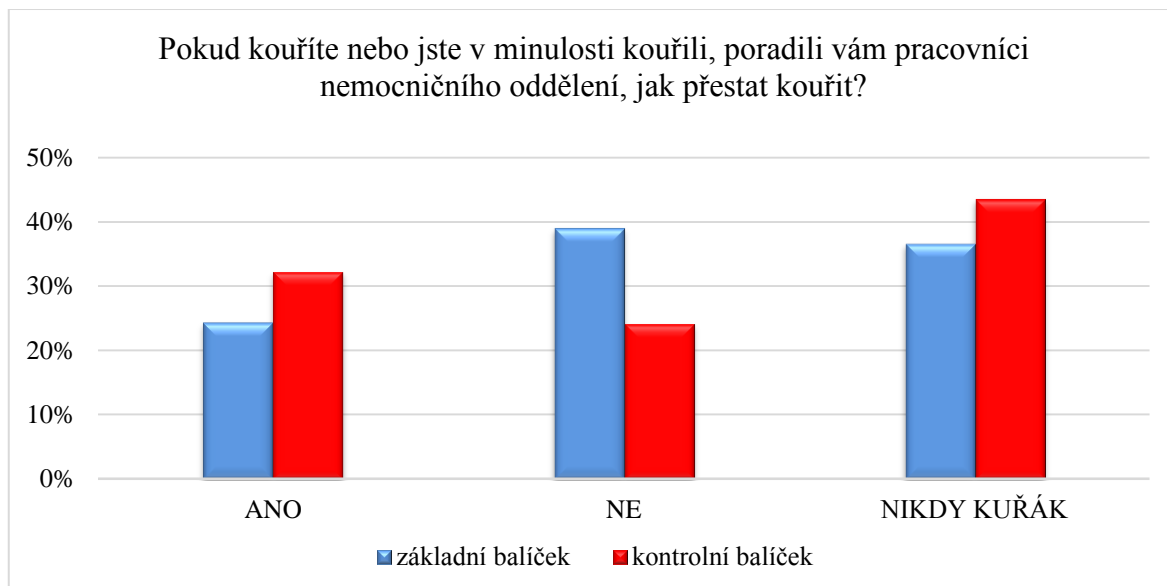
Výsledky z grafu 61 opět volně navazují na předešlý graf 60. Graf 60, kdy je zde patrné značné zlepšení při poskytování informací souvisejících s podporou zdraví. Za zcela či převážně srozumitelné označilo poskytnuté informace při kontrolním sběru 92 % respondentů, necelých 7 % považuje poskytnuté informace za částečně či málo srozumitelné, pouze necelá 2 % je považuje za nesrozumitelné. Tento výstup je z hlediska nemocnice podstatný, jelikož informacím poskytovaným od zdravotnického personálu směrem k pacientům nemusí pacient často porozumět. Ať budeme zohledňovat fyzické indispozice, jako např. nedoslýchavost, mentální zdatnost apod. (v návaznosti na věkové rozložení respondentů budou mít oba prvky vysokou pravděpodobnost výskytu) nebo jen možné nepochopení odborně formulovaných informací, je pravidlem z praxe, že kvalita poskytovaných informací je pro pacienta značně podstatnější než jejich kvantita. Jinými slovy, z hlediska pacientů záleží spíše na kvalitě sdělovaných informací, kterým pacient porozumí a dokáže s nimi dále zacházet, nežli na kvantitě nevhodně sdělovaných informací, které pacient není z různých důvodů schopen zpracovat, natož pak dále upotřebit (ať teoreticky, tak prakticky).

Graf 62: E2 – otázka č. 18 – zájem zdravotnického personálu o zdravotní stav pacienta a jeho životní styl ve vztahu na rizikové faktory



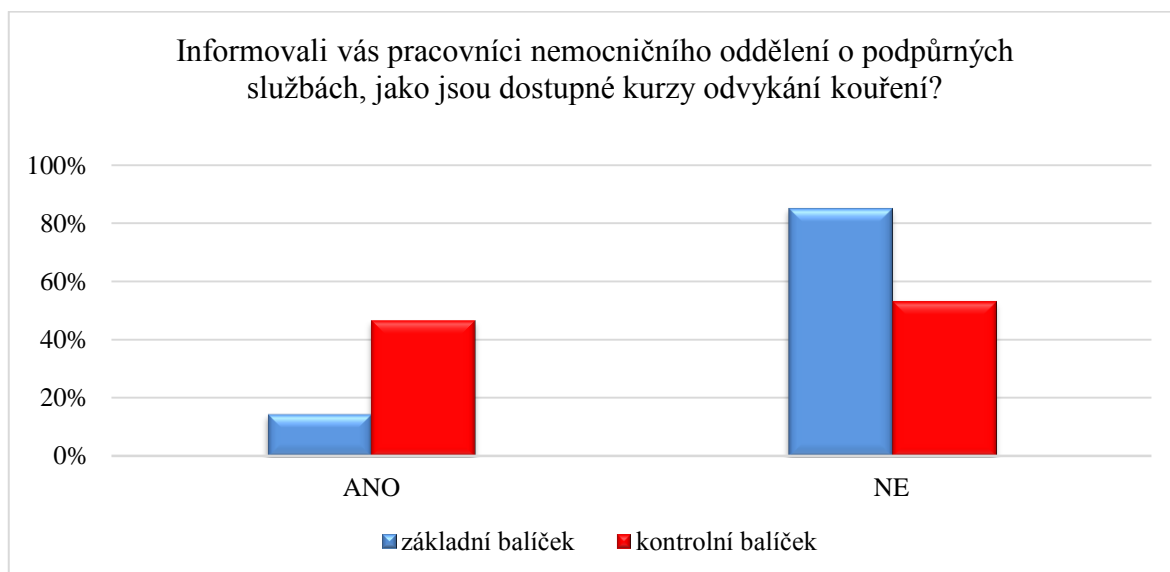
Graf 62 ukazuje, že v rámci kontrolního sběru dat došlo na oddělení hemodialýzy k navýšení pozitivní odpovědi ve vztahu projeveného zájmu zdravotnického personálu o zdravotní stav a životní styl pacienta a rizika s tímto související ze 78 % na 92 %.

Graf 63: E2 – otázka č. 19 – poradenství v odvykání kouření



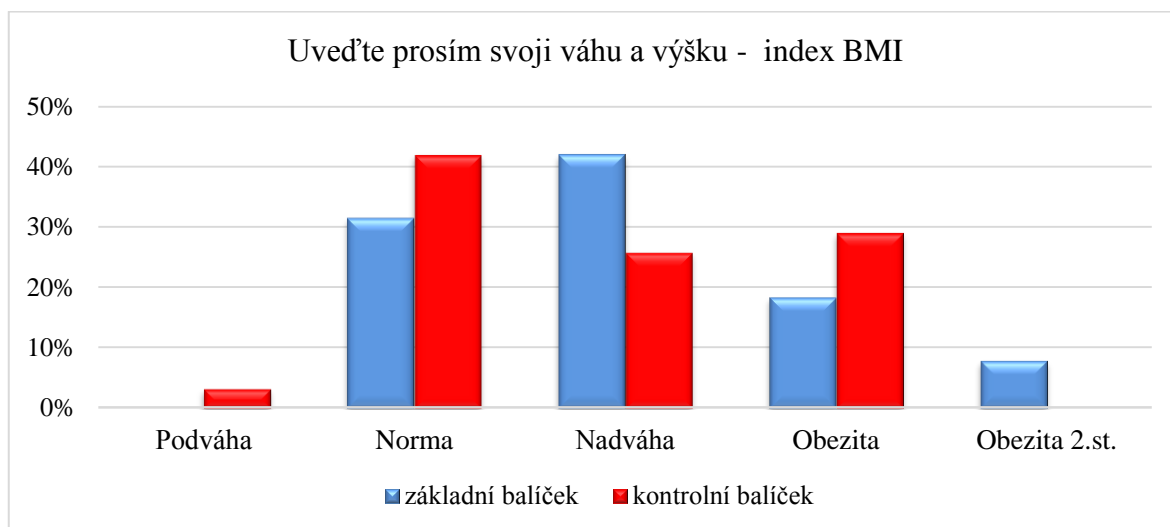
Též na výše uvedeném grafu 63 vidíme pozitivní vliv implementace standardů podpory zdraví, přičemž počet pacientů, kterým bylo poskytnuto poradenství v oblasti odvykání kouření, vzrostl o 8 %. Též došlo k navýšení počtu nekuřáků o 7 %.

Graf 64: E2 – otázka č. 20 – informace o podpůrných službách na odvykání kouření



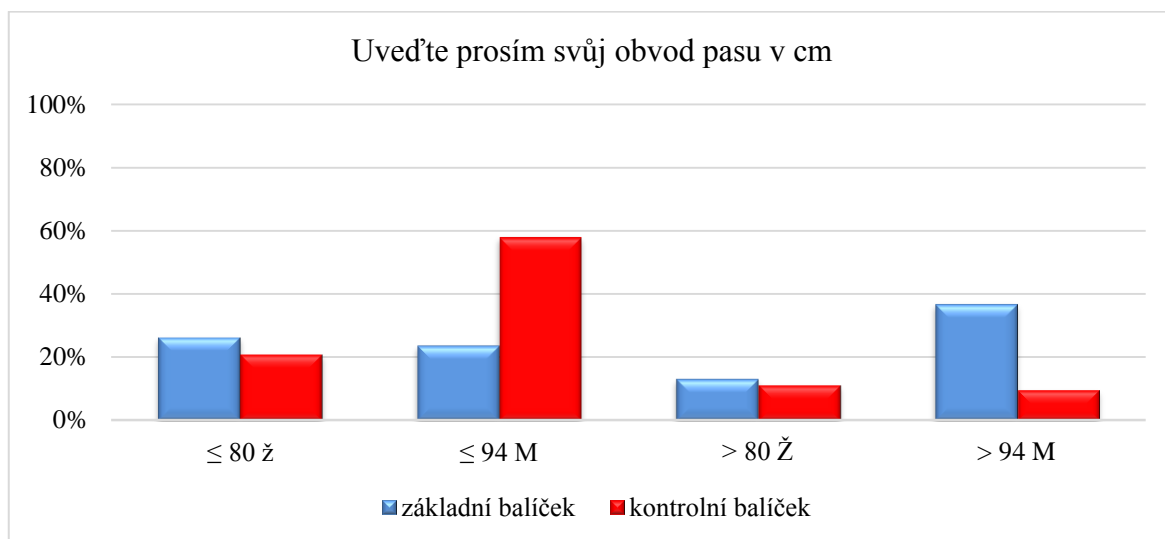
Graf 64 vyobrazuje značně pozitivní trend směrem ke kontrolnímu balíčku, kdy nabyl počet pozitivních záznamů (tj. kdy proběhlo předání informací o dostupných kurzech na odvykání kouření) o 32 %. Samozřejmě je zde nutné při výkladu grafu zohlednit, že odpověď *ne* volili i pacienti – nekuřáci a v tom případě by byla intervence nepotřebná.

Graf 65: E2 – otázka č. 21 – index BMI



Na základě grafu 65 vidíme, že se v rámci kontrolního sběru dat o 10 % navýšil počet pacientů s hodnotou indexu BMI v normě, tzn. v rozmezí 20-24,9. Tento stav představuje pro pacienta minimální rizika v souvislosti se zdravotním stavem. O 16 % klesl výskyt nadváhy (BMI = 25,0-29,9), ovšem došlo též k nárůstu výskytu obezity, a to o výrazných 10 % (BMI = 30,0-34,9). Oproti tomu již v rámci kontrolního sběru dat nebyl zaznamenán výskyt obezity 2. stupně (v literatuře též označována jako těžká obezita, BMI = 35-40 a více), který již pro pacienta znamená vysoká zdravotní rizika [38]. Oproti tomu byl však v kontrolním sběru zaznamenán stav podvýživy, a to u 3 % probandů.

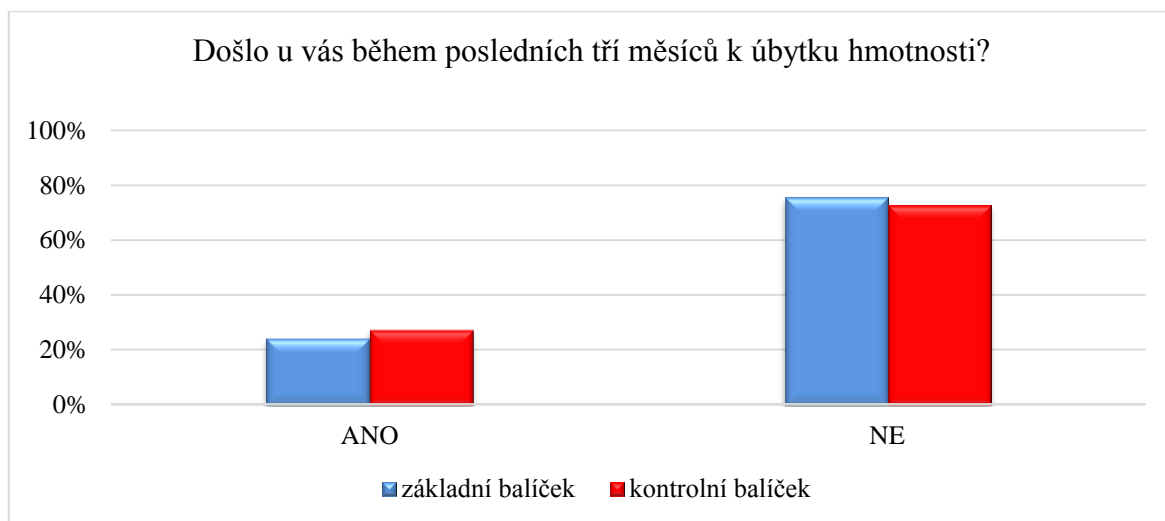
Graf 66: E2 – otázka č. 22 – obvod pasu pacientů



Graf 66 popisuje rozložení respondentů z hlediska obvodu pasu. Odráží se zde předešlé zjištění, že rozložení probandů je ve značný prospěch mužů. Největší pozitivní trend byl zaznamenán u mužské normy pro obvod pasu, tedy méně nebo rovno 94 cm (nárůst z 24 % na 58 %). Dále došlo k velmi významnému snížení výskytu obvodu pasu nad 94 cm u mužů (z 37 % na pouhých 10 %). Též v řadách žen došlo k mírnému ponížení rizikového obvodu pasu o 2 %.

Tento ukazatel je pro klinickou praxi velmi podstatný a jak bylo již dříve řečeno, má větší vypovídající hodnotu nežli index BMI. Je to především z důvodu, že hodnota obvodu pasu dokáže říci, zda pacient trpí androidním (typ jablko, též mužský typ) či gynoidním typem (typ hruška, též ženský typ) obezity. Závažnějším typem je rozhodně typ androidní, který indikuje ukládání viscerálního tuku do oblasti břišní, což může pro pacienta představovat značné riziko výskytu kardiovaskulárních onemocnění [38].

Graf 67: E2 – otázka č. 23 – váhový úbytek za poslední 3 měsíce

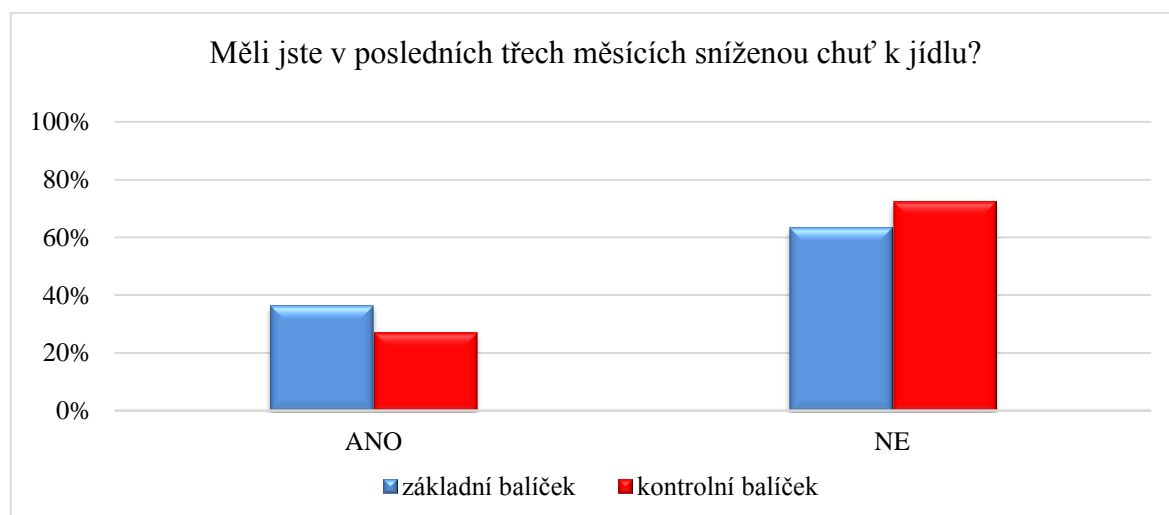


Graf 67 popisuje, že více než 27 % pacientů zaznamenalo v rámci kontrolního sběru dat úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce. Důležité je zde zmínit, že se jedná o neplánovaný

váhový úbytek, který je z klinického hlediska poměrně značně významný, jelikož může např. upozorňovat na odraz možného skrytého onemocnění. Dalším důvodem váhového úbytku pacientů je neschopnost pacienta přijmout podávanou stravu. To může souviset např. s náboženským vyznáním, které je, jak dokládají výsledky z auditu zdravotnické dokumentace, zdravotnickým personálem opomíjeno, nebo též ze situací, kdy je pacientovi podávána strava v individuálně nestravitelné formě. Jako příklad posledního odůvodnění nežádoucího váhového úbytku můžeme uvést např. podání plátku vepřového masa, které ale pacient není schopen rozkousat.

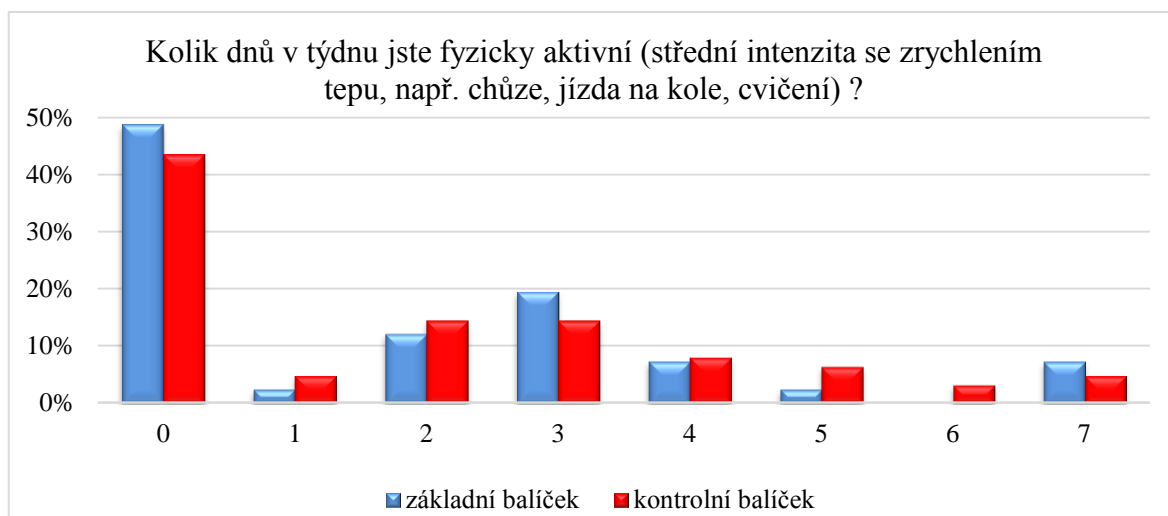
V případě, že za poslední 1-3 měsíce dojde u pacienta k neplánovanému úbytku na hmotnosti (nezahrnujeme sem např. úbytek v důsledku řízené redukční diety), představuje to pro zdravotnický personál varovný signál indikující stav podvýživy. Ten pak v případě nedbalého a nečasného zajištění může přecházet do oslabení imunitního systému, svalové slabosti a zvýšené náchylnosti k infekčním onemocněním [39].

Graf 68: E2 – otázka č. 24 – snížená chuť k jídlu v posledních 3 měsících



Výše uvedený graf 68 vizualizuje, že sníženou chuť k jídlu zaznamenalo za poslední 3 měsíce o 10 % méně pacientů. Je nutné tento faktor nutričního stavu pacienta sledovat, jelikož jeho výskyt u pacienta může předcházet kachexii [40].

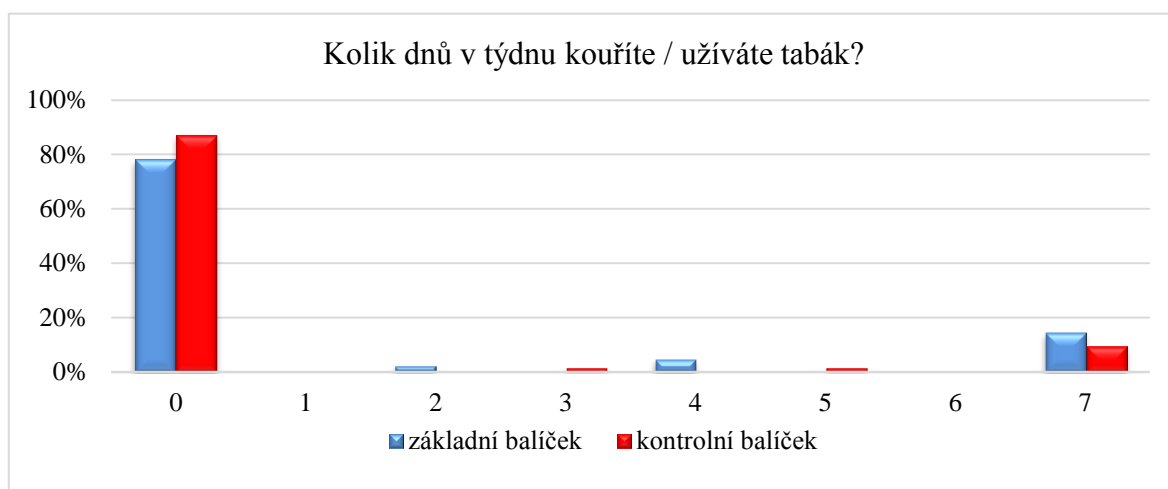
Graf 69: E2 – otázka č. 25 – počet dní fyzické aktivity za týden



V rámci otázky č. 25 patientského dotazníku bylo cílem zjistit počet fyzicky aktivních dní v týdnu s ohledem na střední intenzitu aktivity, tzn. obecně běžné denní aktivity. V celkovém pohledu došlo ke zlepšení situace, kdy byl zaznamenán průměrný nárůst fyzické aktivity pacientů v průběhu týdne. Čtyři a více dní je v rámci kontrolního balíčku aktivních přes 22 % probandů.

Otázka č. 26 se respondentů dotazuje na počet minut za jednotlivé dny, během kterých jsou fyzicky aktivní. Jednalo se o otevřenou otázku, kam měl respondent uvést číselnou hodnotu, která dle názoru respondenta nejvíce odpovídá skutečnosti. V rámci všech dotazníků, které byly v rámci HPH RP navraceny, byl počet odpovědí na tuto otázku statisticky nevýznamný, a proto byla tato otázka z vyhodnocení vyřazena.

Graf 70: E2 – otázka č. 27 – počet dnů – užívání/kouření tabáku



Z grafu 70 je patrné, že mezi respondenty byl počet aktivních kuřáků velmi nízký již v rámci základního sběru dat. Nicméně je zde opět vidět, že po implementaci standardů podpory zdraví, které jsou na kouření značně zaměřeny, došlo k dalšímu úbytku. Prakticky

zcela vymizeli příležitostní kuřáci, počet nekuřáků vzrostl o 9 %, počet denních kuřáků klesl z 15 % na 10 %.

Otázka č. 28 žádá po respondentech konkretizaci, kolik gramů tabáku během výše uvedených dnů v průměru vykouří/spotřebuje. Pro usnadnění odpovědi otázka obsahuje převodní tabulku pro číselné vyjádření počtu gramů, která je pro úplnost uvedena níže. Bohužel ani přes tuto snahu usnadnit respondentům udání číselné hodnoty, nebylo, stejně jako v případě otázky č. 26, zjištěno dostatečné množství odpovědí pro vyhodnocení. Stejná statistická nevýznamnost byla identifikována u otázek č. 30 a 31, které se dotazují na počet jednotek konzumovaného alkoholu či slovní vyjádření této konzumace, viz níže.

Tabulka 5: E2 – tabulka pro převod gramů tabáku náležící k otázce č. 28

| | |
|--|----------|
| 1 cigareta | 1 gram |
| 1 cheroot (druh doutníku s ořezanými konci) | 3 gramy |
| 1 doutník | 4 gramy |
| 1 dýmka | 3 gramy |
| 1 dávka šňupacího tabáku (obsah nikotinu v jednom gramu šňupacího tabáku odpovídá obsahu nikotinu v 10 cigaretách) | 10 gramů |

Graf 71: E2 – otázka č. 29 – počet dní v týdnu konzumace alkoholu



Výklad grafu 71 je prakticky shodný s předcházejícím grafem 70 zabývajícím se otázkou kouření, avšak předmětem zájmu je zde konzumace alkoholu vztažena na počet dní v týdnu. Opět je zde vidět značný pozitivní vývoj směrem ke kontrolnímu balíčku. Nulová varianta byla navýšena o 11 % z celkového počtu respondentů, dále pak klesl počet příležitostných uživatelů, počet každodenních uživatelů alkoholu klesl o významných 6 %.

Jak již bylo zmíněno, otázka č. 30 požadovala specifikaci, kolik jednotek alkoholu během těchto dnů v průměru respondent vypije, přičemž též nabízí tabulku pro převod jednotek alkoholu v jednotlivých druzích běžně užívaného alkoholu.

Tabulka 6: E2 – tabulka pro převod jednotek alkoholu náležící k otázce č. 30

| PIVO | | |
|--------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1 lehké pivo | 33 cl, 1,5 – 2,5 % | 0,5 jednotky |
| 1 malé lehké pivo | 25 cl, 1,5 – 2,5 % | 0,25 jednotky |
| 1 běžné pivo | 33 cl, 3,5 – 4,5 % | 1 jednotka |
| 1 malé běžné pivo | 25 cl, 3,5 – 4,5 % | 0,75 jednotky |
| 1 silné pivo | 33 cl, 4,5 – 6 % | 1,25 jednotky |
| 1 malé silné pivo | 25 cl, 4,5 – 6 % | 1 jednotka |
| 1 extra silné pivo | 33 cl, 7 – 10 % | 2 jednotky |
| 1 malé extra silné pivo | 25 cl, 7 – 10 % | 1,25 jednotky |
| VÍNO | | |
| 1 sklenka vína | 12,5 cl, 11 – 16 % | 1 jednotka |
| 0,5 láhve vína | 37,5 cl, 11 – 16 % | 3,25 jednotky |
| 1 láhev vína | 75 cl, 11 – 16 % | 6,5 jednotky |
| FORTIFIKOVANÉ VÍNO | | |
| 1 sklenka fortifikovaného vína | 12,5 cl, 17 – 22 % | 0,5 jednotky |
| 0,5 láhve fortifikovaného vína | 37,5 cl, 17 – 22 % | 5 jednotek |
| 1 láhev fortifikovaného vína | 75 cl, 17 – 22 % | 10 jednotek |
| LIHOVINY | | |
| 1 běžná dávka lihoviny | 4 cl, 35 – 40 % | 1 jednotka |
| 1 malá dávka lihoviny | 2 cl, 38 % | 0,5 jednotky |
| 1 láhev lihoviny | 75 cl, 35 – 40 % | 16 jednotek |
| JINÉ | | |
| 1 RTD (hotový míchaný nápoj) | 27,5 cl, 5,5 % | 1 jednotka |
| Alcopop (ochucený alkoholický nápoj) | | |

Související otázka č. 31 umožňuje respondentům napsat konzumované denní množství slovně v případě, že je pro něj obtížné vypočítat přesné množství alkoholu dle předchozí otázky. Odpovědí může být např. půl láhve červeného vína, půl láhve silného piva atd.

U obou těchto otázek (30, 31) se též nedá hovořit o statisticky významném vzorku dat, a proto nebyly do prováděné analýzy zařazeny.

Poslední otázka č. 32 vybízí respondenty ke komentáři v případě, že mají k tomuto průzkumu nějaké připomínky nebo návrhy, o něž se chtějí podělit s výzkumnou skupinou. Zde byla responze pacientů nulová.

3.1.2.1 Souhrnné zhodnocení výsledků dotazníkového šetření mezi pacienty

Vzhledem k dosaženým výsledkům dotazníkového šetření mezi pacienty lze závěrečně shrnutí rozdělit na pohled v obecném hledisku a dále ve vazbě na provedený audit zdravotnické dokumentace.

3.1.2.1.1 Obecné hledisko

Dotazníkový průzkum mezi pacienty, jež byl v rámci HPH RP realizován ve dvou po sobě jdoucích letech, přinesl následující výsledky. Pro samotné zhodnocení výstupů je zde nezbytné zdůraznit, že průzkum probíhal na hemodialyzačním středisku III. interní kliniky FN Olomouc.

Z výše uvedeného vyplývá, že probandi jsou hemodialyzovaní pacienti trpící převážně chronickým onemocněním ledvin. I přesto, že je hemodialýza život zachraňující procedura, představuje pro pacienty značnou fyzickou a psychickou zátěž. Proto by zde měl být kladen důraz na kvalitu života pacienta. Její úroveň se snaží HPH RP povýšit zacílením na faktory, jež kvalitu života pacientů přímo ovlivňují, a sice na spokojenost pacienta s poskytovanou zdravotní péčí a sociální a psychický stav pacienta [41].

Hemodialyzovaní pacienti jsou v průběhu léčby vystaveni mnoha negativním vlivům. Jedná se zde např. o zdravotní rizika spojená s vlastním onemocněním a léčbou; časové omezení ambulantních pacientů, kteří musí na oddělení pravidelně docházet; negativní dopad na společenský a partnerský život; a již zmíněné značné psychické zatížení [41].

Po provedené analýze dotazníkového průzkumu mezi pacienty lze říci, že se výše uvedené charakteristiky hemodialyzovaných pacientů plně odrážejí ve výsledcích tohoto šetření.

Výsledky dotazníkového šetření souhrnně ukazují, že i přesto, že probandi svůj zdravotní stav považují většinou za ucházející a srovnatelný s loňským rokem, jsou svým onemocněním značně omezeni, a to jak v každodenních aktivitách týkajících se domácnosti, tak při výkonu zaměstnání, a to nejen v důsledku značných bolestí. Bohužel velmi důrazná limitace fyzickým či psychickým stavem pacienta byla zjištěna též u společenských aktivit.

V rámci otázek zaměřených na psychický stav pacienta bylo opět potvrzeno výše uvedené. Pacienti pocítují převážně neutrální či negativní emoce/stavy, jako např. pocit únavy, nervozity, vyčerpanosti. Pocit pokoje, klidu a smíření cítí poměrně velké množství pacientů, což souvisí s pochopením a přijetím jejich onemocnění. Naštěstí byly v průzkumu též zaznamenány pozitivní emoce probandů, jako je pocit štěstí a energičnost. Je zde ovšem evidentní negativní vývoj v čase, tzn. ke kontrolnímu sběru dat.

Dále bylo zjištěno, že míra spokojenosti pacientů s poskytovanými informacemi týkající se podpory jejich zdraví po implementaci standardů podpory zdraví značně roste. Pacienti tak mají větší povědomí o možnostech a službách na podporu zdraví s ohledem na individuální situaci. Roste též zájem zdravotnického personálu o zdravotní stav pacienta jako takový a na rizika, která ho mohou ohrozit, pacienti jsou častěji a srozumitelněji intervenováni.

Závěrem je k tomuto bodu nutno shrnout, že i přes většinou mírné rozdíly, byl při vyhodnocení průzkumu mezi pacienty zjištěn pozitivní vývoj směrem ke kontrolnímu balíčku. Z toho lze usuzovat, že implementace standardů podpory zdraví, jež proběhla

v implementační fázi mezi oběma hodnocenými sběry dat, má pozitivní vliv na zdravotní stav pacientů a jejich psychickou pohodu a vyrovnanost, zprostředkovává jim kvalitnější péči s důraznějším zaměřením na potřeby pacientů a zvyšuje tak jejich spokojenost s poskytovanou péčí. Tímto pak v návaznosti na výše uvedené zvyšuje kvalitu života pacientů.

3.1.2.1.2 Vazba na audit zdravotnické dokumentace

Z hlediska úplného zhodnocení dotazníkového šetření mezi pacienty je dále podstatné zmínit následující. V rámci auditu zdravotnické dokumentace bylo zjištěno, že zdravotnická dokumentace pacientů neobsahuje ve většině (42 z 50) případů zápis o provedené intervenci či zajištění motivačních aktivit týkajících se kouření nebo o poskytnutí informací o možnostech na podporu zdraví ve vztahu ke kouření (42 případů z 50). Oproti tomuto zjištění však hovoří výsledky z dotazníkového šetření mezi samotnými pacienty, kteří zde většinou odpovídali, že jim intervence popř. přidružené informace poskytnuty byly (samozřejmě s přihlédnutím na pacienty – nekuřáky, kterým intervence poskytnuta nebyla).

Výstup z výše uvedeného je závěr, že počet odpovědí *ne* u auditu zdravotnické dokumentace je odrazem vzrůstajícího počtu pacientů – nekuřáků (zde je však nutné dodat, že informace, zda je pacient kuřák či nikoli, by měla být součástí zdravotnické dokumentace vždy) nebo je důkazem, že informace a příslušné intervence zdravotnický personál sice poskytuje, avšak nejsou zaznamenávány do zdravotnické dokumentace.

Dále je třeba povšimnout si souvislosti mezi auditem zdravotnické dokumentace a průzkumem mezi pacienty z hlediska konzumace alkoholu. Z dat, která poskytli sami pacienti v otázce č. 29 dotazníku E2 je patrné, že valná většina probandů nepožívají alkohol vůbec (84 %), pouze 9 % užívá alkohol 1-2 dny v týdnu. V návaznosti na tato zjištění můžeme předpokládat, že vysoký počet negativních nálezů ve zdravotnické dokumentaci o poskytnutí informací o podpoře zdraví z hlediska nebezpečné konzumace alkoholu (audit zdravotnické dokumentace – E1, Graf 16), může být odrazem faktu, že alkohol je v řadách pacientů velmi sporadické. Totéž můžeme konstatovat i o oblasti kouření, kde průzkum mezi pacienty dokázal velmi nízký počet aktivních kuřáků mezi probandy.

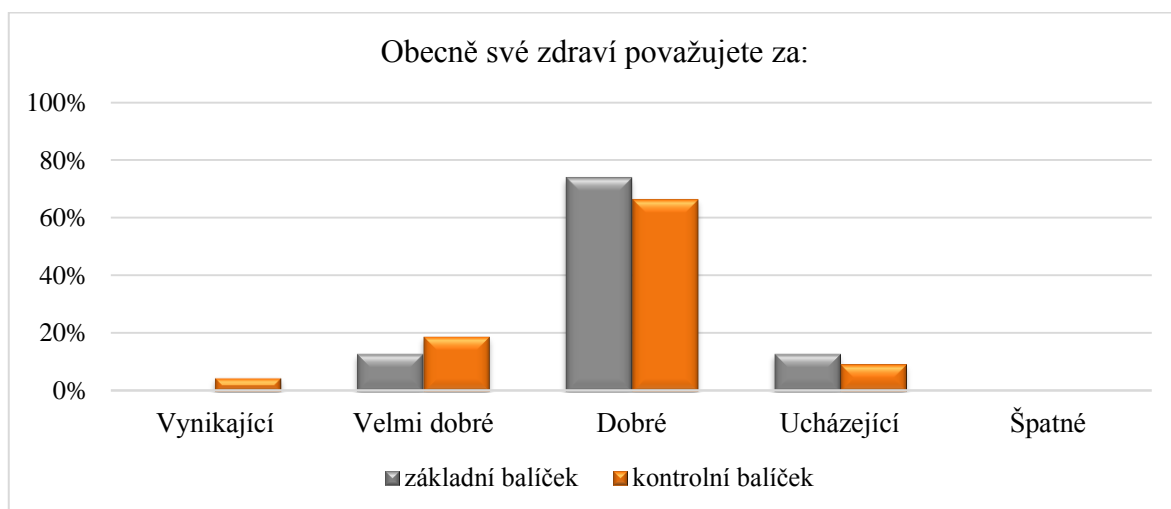
3.1.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi zaměstnanci

Dotazníkový zaměstnanecký průzkum je zaměřen na zdravotnické pracovníky, a to především z hlediska jejich zdravotního stavu a pracovních podmínek.

V rámci tohoto dotazníkového průzkumu bylo v základním sběru celkem 23 respondentů, v kontrolním sběru celkem 21 respondentů. Z těchto počtů pak byly zpracovány procentuální četnosti jednotlivých odpovědí probandů.

Otázka č. 1 požaduje, stejně jako u průzkumu mezi pacienty, pouze zápis identifikačního čísla dotazníku.

Graf 72: E3 – otázka č. 2 – zhodnocení vlastního zdravotního stavu – obecné hledisko



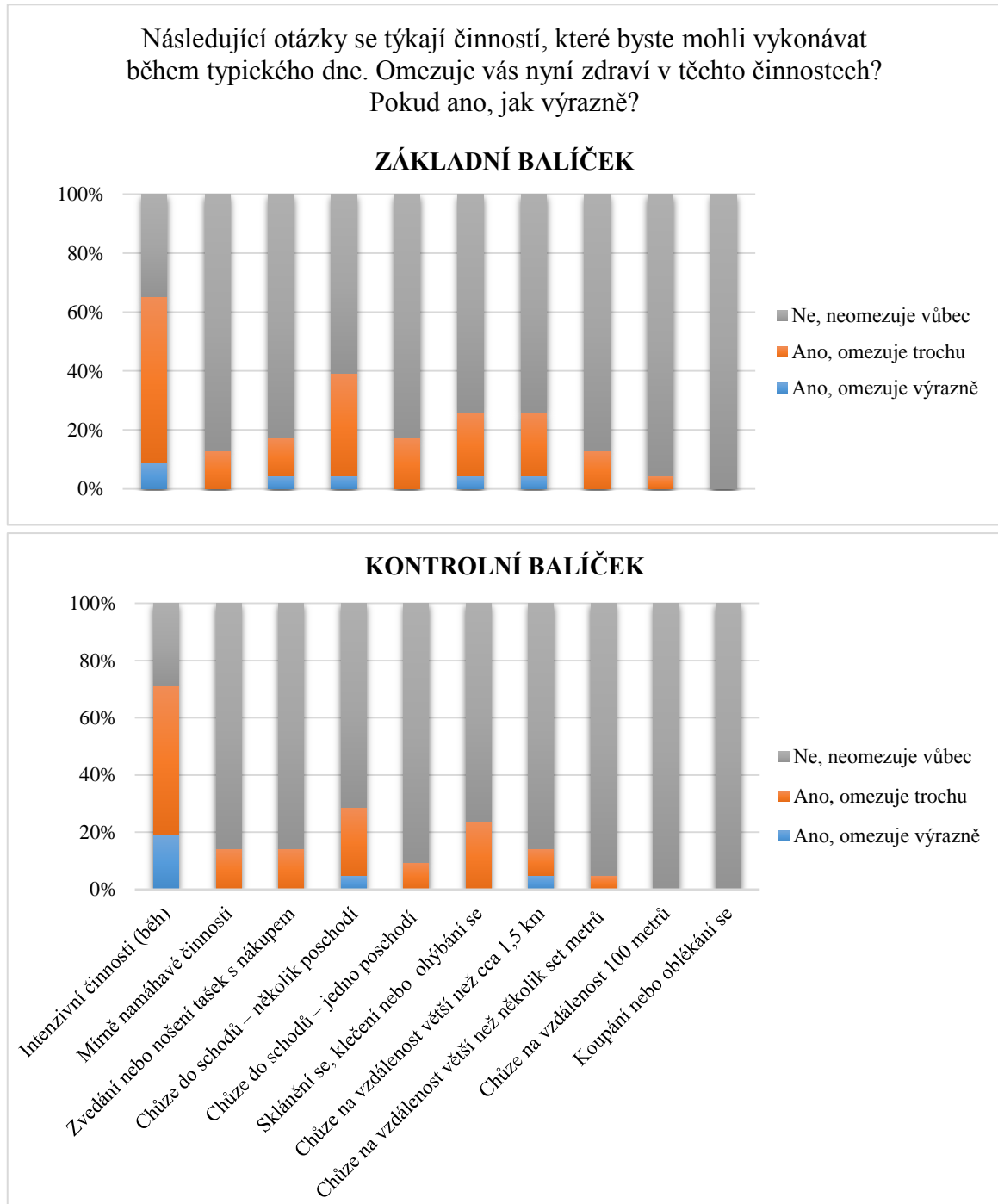
Svůj zdravotní stav shledává většina dotazovaných zaměstnanců (67 %) za *dobré*, jako velmi dobré až vynikající jej považuje až 24 %. Graf 72 tedy ukazuje, že směrem ke kontrolnímu balíčku byl pohled probandů na stav vlastního zdraví pozitivní.

Graf 73: E3 – otázka č. 3 – zhodnocení zdravotního stavu s loňským rokem



I v případě srovnání svého současného zdravotního stavu s dobou před jedním rokem jej vnímá 10 % respondentů jako mnohem či o něco lepší než před rokem (navýšení ze 4 %). Zanedbatelnou odchylku zaznamenalo zhodnocení *přibližně stejné jako před rokem*. Naopak jako o něco horší svůj stav zhodnotilo o 13 % méně respondentů než v základním sběru dat.

Graf 74: E3 – otázka č. 4 – přítomnost omezení při každodenních činnostech



Graf 74 shrnuje odpovědi probandů o míře omezení dotazovaných zaměstnanců při každodenních činnostech. Směrem ke kontrolnímu sběru dat, tzn. po implementaci standardů podpory zdraví, je zde viditelné markantní zlepšení fyzické zdatnosti. U většiny činností, jejichž provádění může být limitováno fyzickým stavem jedince, bylo zjištěno,

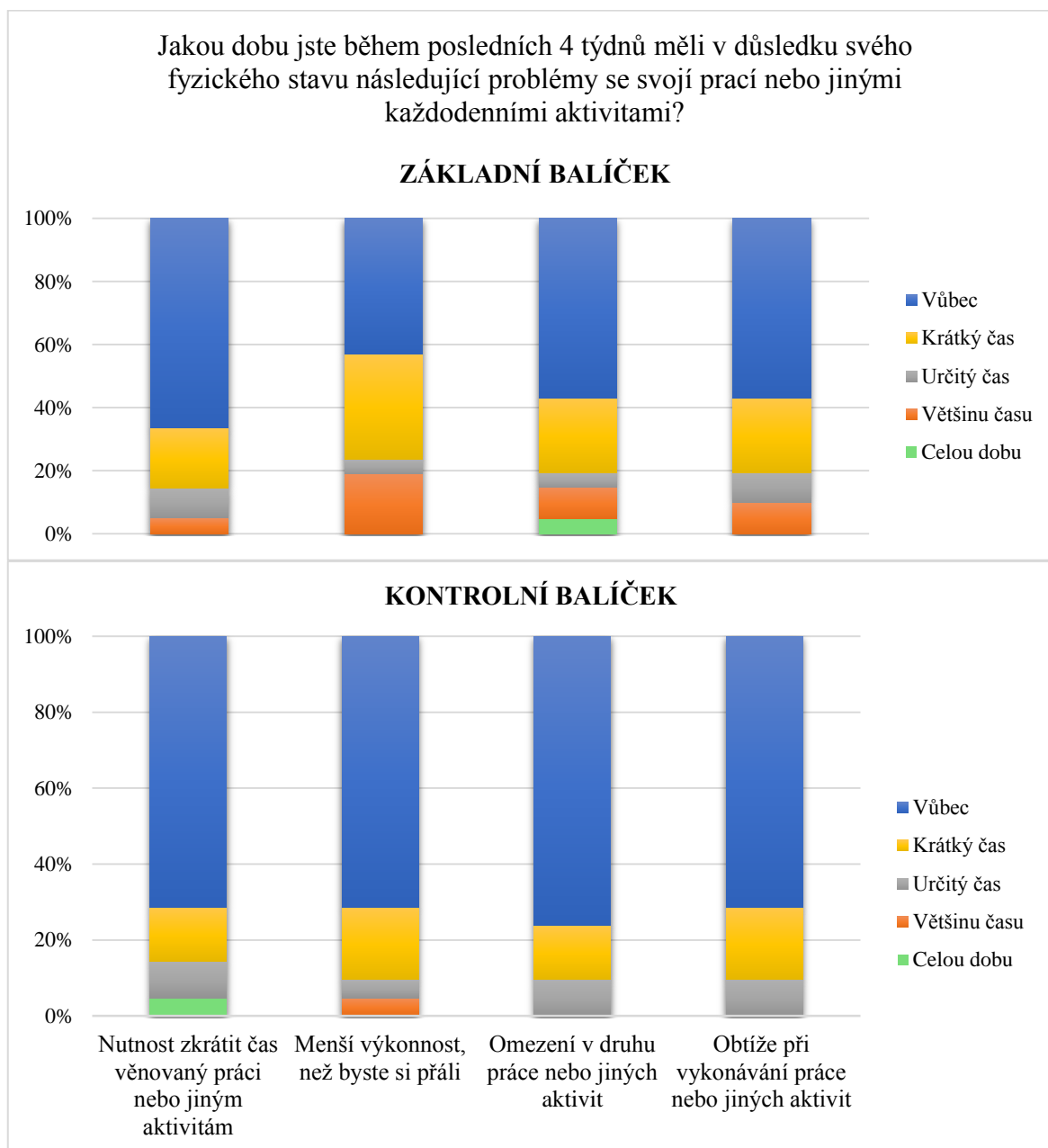
že pro respondenty nepředstavuje převážně žádné omezení. Výjimkou byly intenzivní činnosti jako např. běh, zvedání těžkých předmětů či provozování namáhavých sportů, u kterých byl nárůst výrazného omezení o 11 %, pocit mírného omezení přitom klesl o 4 %; mírně namáhavé činnosti, jako je přemísťování středního nábytku, vysávání, bowling apod. představovaly pro respondenty de facto shodné zatížení v obou sběrech dat.

Pozitivní vliv implementace podpory zdraví byl též zaznamenán u mírně náročných činností, jako je zvedání a nošení tašek s nákupem či sklánění se, klečení a ohýbání se; zde byla zcela eliminována možnost výrazného omezení. Též chůze na vzdálenost 100 metrů již pro respondenty nepředstavuje žádné fyzické omezení (v základním balíčku se cítilo mírně limitována 4 % respondentů).

Při chůzi do schodů pociťuje fyzické omezení mírného či výrazného stupně o 19 % respondentů méně směrem ke kontrolnímu balíčku (pokles z 57 % na 38 %).

V chůzi na vzdálenost 1,5 metrů a větší byl též zaznamenán pozitivní vývoj, kdy došlo k nárůstu respondentů bez omezení o 20 %.

Graf 75: E3 – otázka č. 5 – fyzické omezení při každodenních činnostech



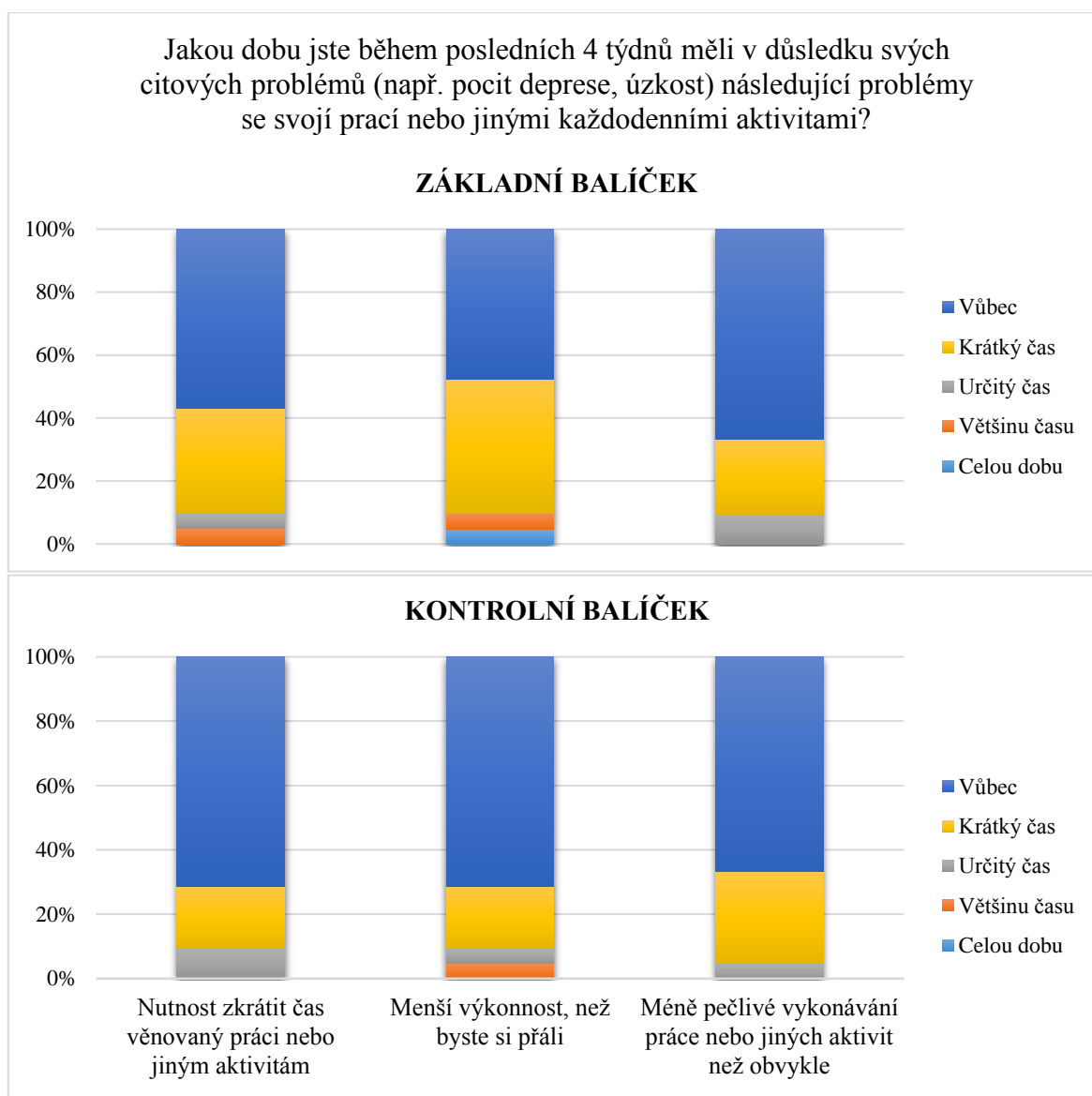
Graf 75 je stejně jako graf předchozí zaměřen na fyzické omezení zaměstnanců při každodenních činnostech avšak nyní vizualizuje druh limitace. I zde byl směrem ke kontrolnímu balíčku zaznamenán výrazný pozitivní vliv implementace standardů podpory zdraví. Obtíže při vykonávání aktivit po celou dobu či většinu času znamenalo směrem ke kontrolnímu balíčku o 10 % méně respondentů, krátký čas bylo limitováno o 5 % zaměstnanců méně. Bez omezení se cítí o 14 % více probandů.

Omezení v druhu práce či jiných aktivitách po celou dobu jejího výkonu či po většinu času pociťovalo o 15 % méně respondentů, omezení určitý čas cítilo o 5 % více zaměstnanců, omezení po krátkou dobu uvedlo o 10 % méně probandů. Oproti tomu o 19 % se navýšil počet zaměstnanců zcela bez omezení.

Menší výkonnost než očekávanou zaznamenalo po krátký čas o 14 % méně probandů a po většinu času výkonu činnosti až o 14 %. Počet jedinců, kteří nepocítují žádnou limitaci, narostl až o 29 %.

Relativně negativní nález byl zaznamenán v případě potřeby zkrátit čas věnovaný vykonávané činnosti, kdy 5 % respondentů mělo tuto potřebu po celou dobu výkonu činnosti. Oproti tomu je zde však viditelný pokles limitace po většinu času či po krátký čas (o 10 %) a související nárůst stavu bez limitace o 5 %.

Graf 76: E3 – otázka č. 6 – psychické omezení při každodenních činnostech



Výsledky průzkumu mezi zaměstnanci uvedené v grafu 76 opět dokládají značné pozitivní vlivy pro implementaci standardů podpory zdraví. Otázka č. 6 se respondentů dotazovala na omezení v důsledku psychické nestability. Žádné omezení ve smyslu nutnosti zkrátit čas věnovaný aktivitám, nižší výkonnosti či menší pečlivosti při výkonu aktivit uvedlo o 38 % více respondentů směrem ke kontrolnímu balíčku. Po celou dobu výkonu činnosti nebyl psychickým stavem limitován žádný respondent. Omezení po většinu času zaznamenalo

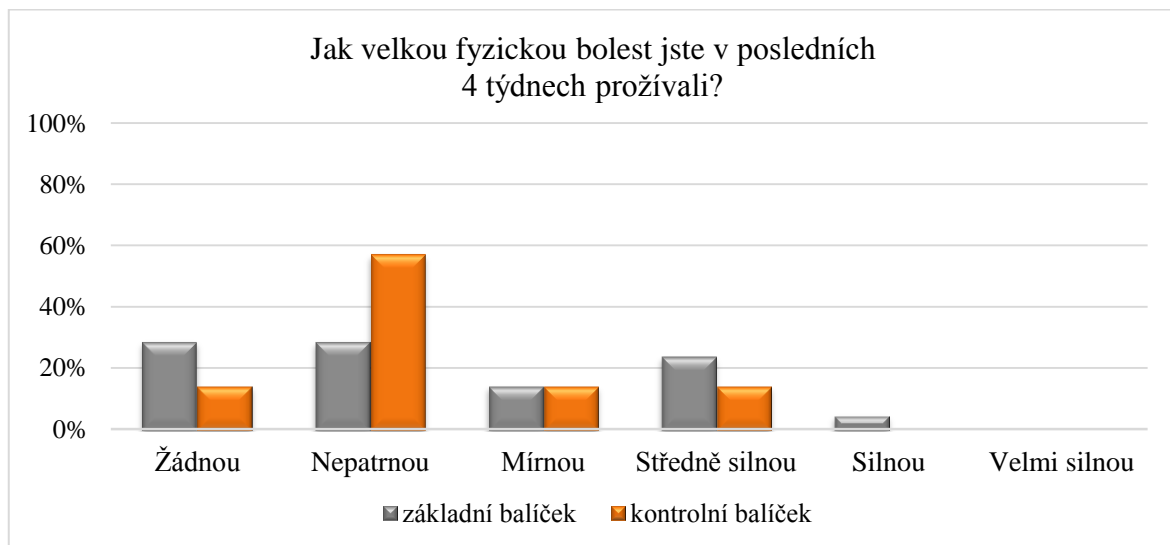
o 5 % méně dotazovaných nežli v základním sběru dat. Po krátkou dobu muselo nutno zkrátit čas věnovaný činnostem v důsledku nežádoucího psychického stavu o 19 %, stejný nález byl zaznamenán u vnímání menší výkonnosti, nežli je očekávaná. Po určitý čas pak zaznamenalo menší pečlivost a nutnost zkrátit aktivní dobu o 5 % méně respondentů.

Graf 77: E3 – otázka č. 7 – omezení při každodenních činnostech za poslední 4 týdny



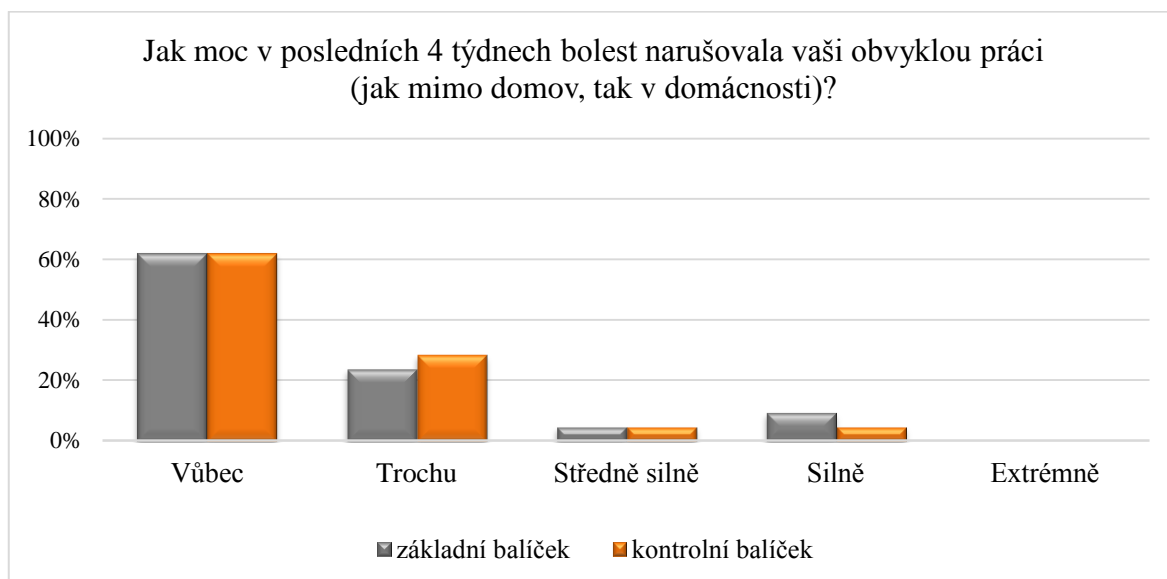
Na grafu 77 je viditelný pozitivní vliv implementace standardů podpory zdraví, kdy vzrostl počet respondentů bez omezení společenských aktivit vlivem fyzického či psychického stavu o 14 %. Též mírné a středně silné obtíže byly mezi zaměstnanci značně poníženy, a to ze 43 % na 24 %. Jediný negativní nález byl zaznamenán u silné míry omezení (nárůst z nulového stavu na 5 %).

Graf 78: E3 – otázka č. 8 – míra fyzické bolesti za poslední 4 týdny



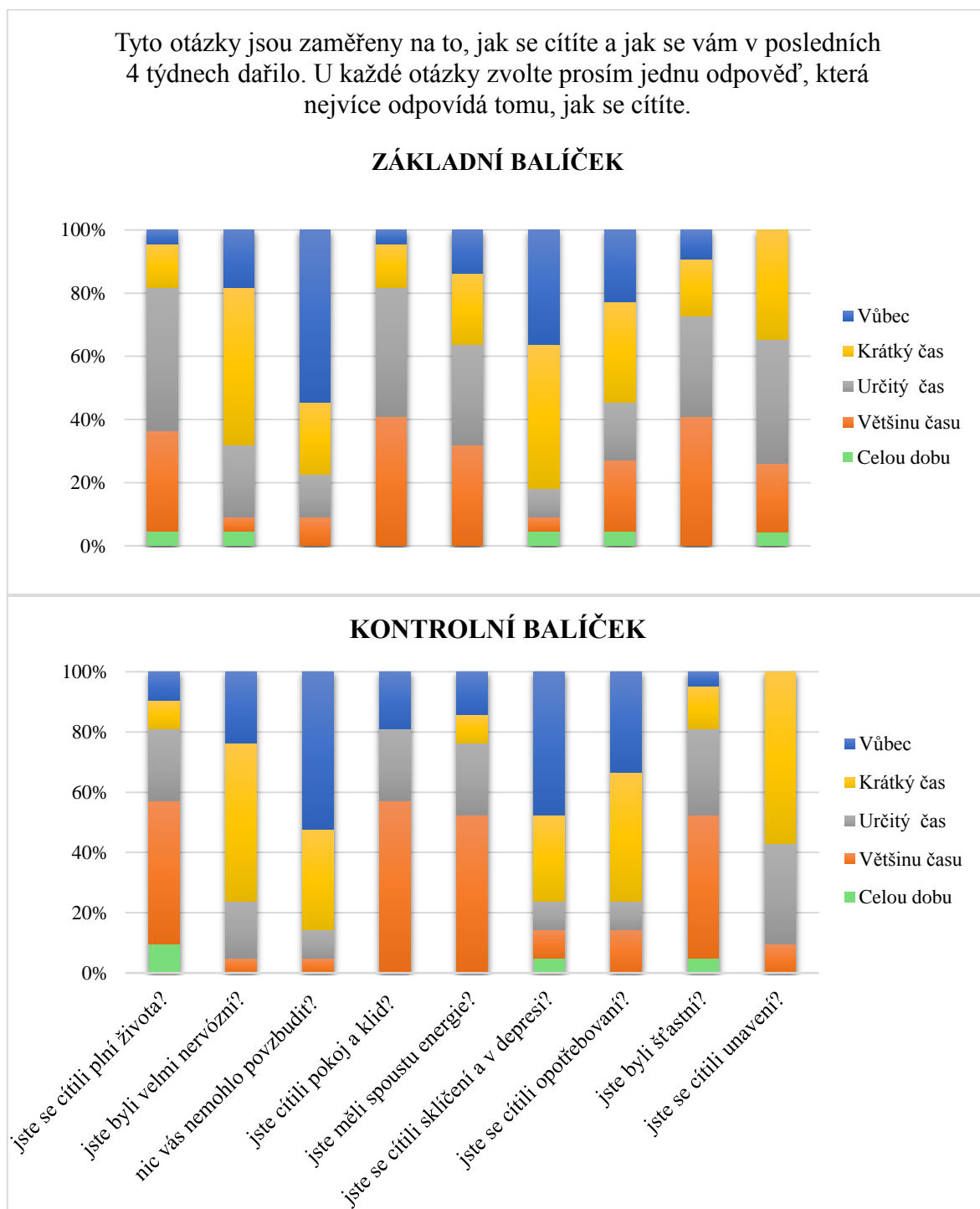
Míra fyzické bolesti zaznamenala též pozitivní vývoj. Většina (71 % v rámci kontrolního sběru dat) respondentů nepociťovalo v posledních 4 týdnech od vyplnění dotazníku žádnou nebo jen nepatrnou bolest. Počet zaměstnanců, který vnímal středně silnou bolest, byl ponížen o 10 %.

Graf 79: E3 – otázka č. 9 – limitace v obvyklých činnostech v důsledku bolesti



Omezení v důsledku pociťované bolesti se u dotazovaných zaměstnanců nevyskytuje nebo jen mírně (90 %). Při porovnání základního a kontrolního sběru zde nedošlo k významným změnám.

Graf 80: E3 – otázka č. 10 – doba trvání vybraných pocitů/stavů za poslední 4 týdny



I v případě posuzování pocitových stavů byl u zaměstnanců zaznamenán, směrem ke kontrolnímu balíčku, souhrnně velmi pozitivní vývoj. Graf 80 znázorňuje, jak se dotazovaní za poslední 4 týdny cítili, přičemž dotazník nabízel devět možných pocitů pozitivních či negativních.

Po celou dobu 4 posledních týdnů v době dotazování cítilo pocit štěstí a plnosti života o 10 % více; většinu času se tak cítilo o 23 %. Čtyři poslední týdny se cítilo pokojně a klidně po většinu času o 16 % více respondentů, pocit plnosti energie vnímalo o 21 % více respondentů. Šťastně se cítilo po většinu času o 7 % více jedinců.

Pocit nervozity, opotřebovanosti a únavy vnímalo po celou dobu 4 týdnů až o 13 % méně respondentů, po většinu času tak cítilo o 20 % méně zaměstnanců. Ostatní negativní pocity, jako je pocit bez možnosti povzbuzení a pocit sklíčení a deprese cítil průměrně shodný počet respondentů.

Po určitý nebo krátký čas se plno života cítilo 33 % respondentů, tj. pokles o 26 % oproti základnímu sběru dat; pokoj a klid pociťovalo o 31 % více zaměstnanců, při současném poklesu pocitu deprese a sklíčenosti o 16 %. Negativní nález byl zaznamenán u vnímání pocitu plnosti energie po určitý či krátký čas, zde byl pokles o 21 %. Značný nárůst byl uváděn v krátkodobém pocitu únavy (nárůst o 22 %) a opotřebovanosti (nárůst o 11 %).

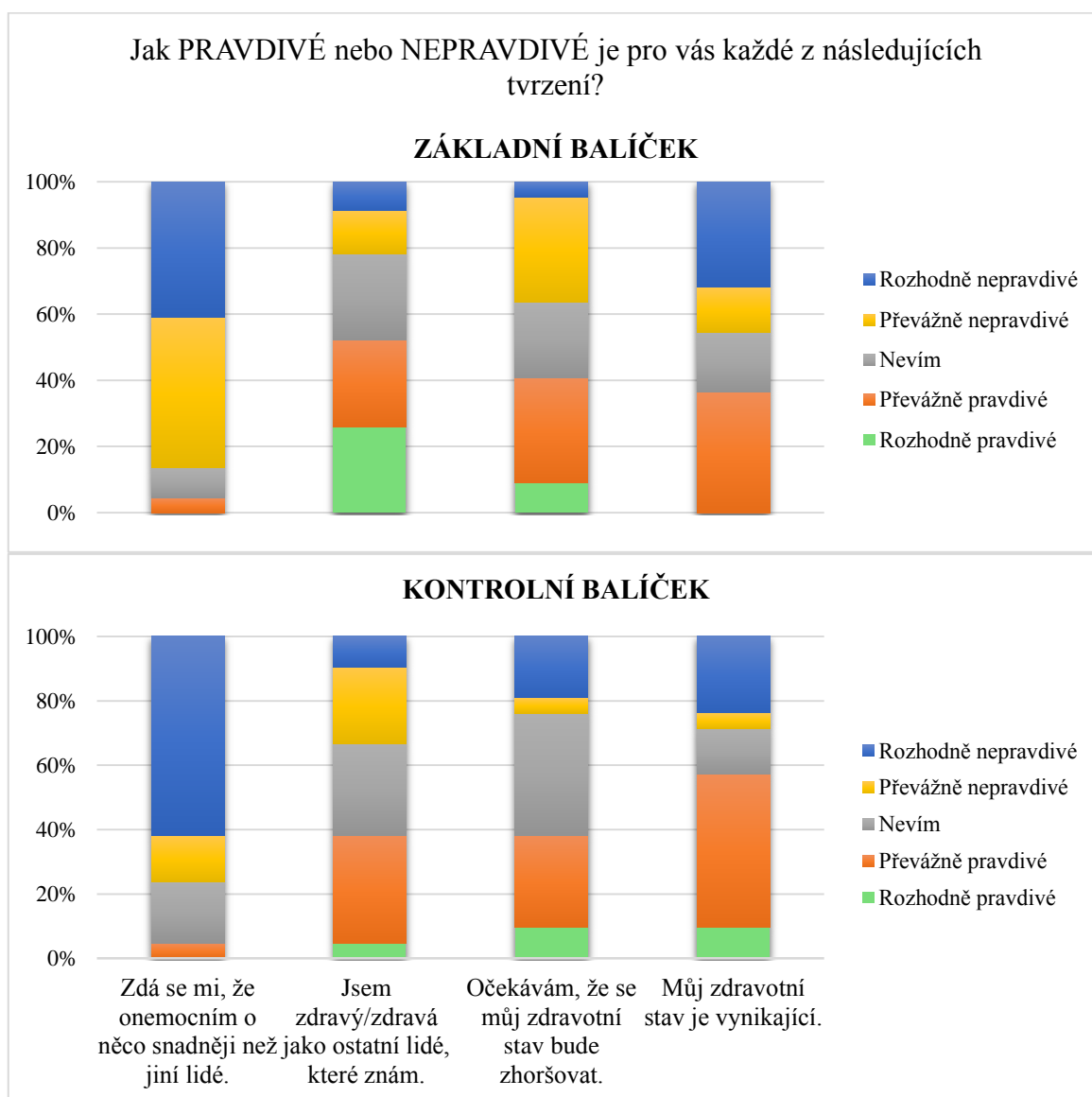
Za poslední 4 týdny od provedení průzkumu nezažilo pocit plnosti života, pokoje a klidu, plnosti energie až o 20 % více probandů. Opozitně k tomu nezaznamenalo více než 8 % žádné negativní pocity uvedené výše.

Graf 81: E3 – otázka č. 11 – narušení společenských aktivit



Otázka č. 11 zaměstnaneckého dotazníku doplňuje výsledky z grafu 77. Až 81 % probandů nepociťuje z hlediska času žádné omezení svých společenských aktivit. Zbýlých 19 % respondentů pociťovalo určité omezení po krátký až určitý čas či po většinu času z posledních 4 týdnů.

Graf 82: E3 – otázka č. 12 – pravdivá či nepravdivá tvrzení



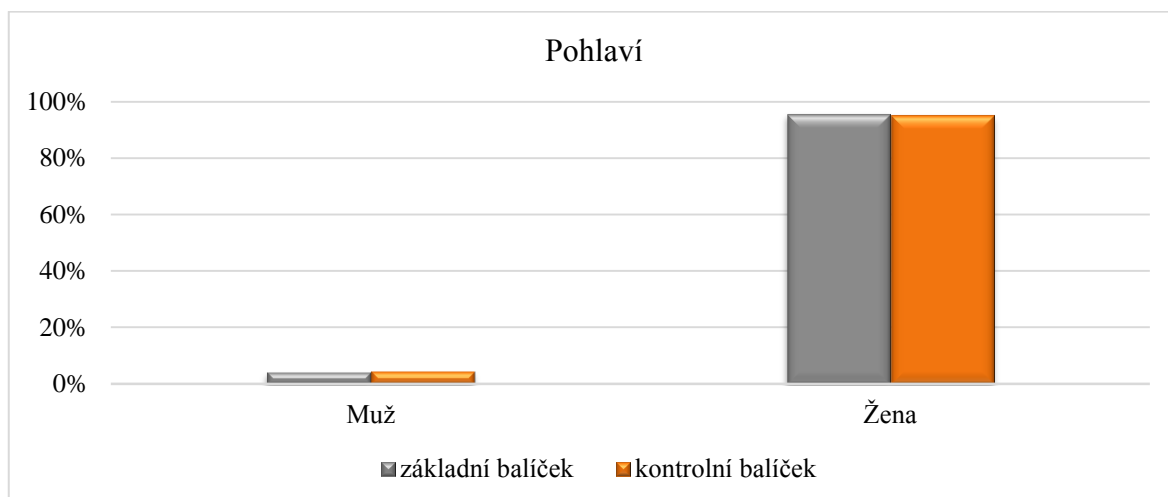
S tvrzením, že respondent onemocní snadněji, nežli ostatní lidé v jeho okolí souhlasí pouhých 5 % dotazovaných (nález stejný v obou sběrech dat), za rozhodně či převážně nepravdivé jej v kontrolním sběru označuje až 76 % respondentů; neurčitou odpověď *nevím* volilo 19 % zaměstnanců.

Tvrzení, že zdraví respondenta je shodné s ostatními lidmi v jeho okolí, považuje za rozhodně pravdivé pouze 5 % dotazovaných oproti původním 26 %, za převážně pravdivé jej považuje až 33 % probandů. Nesouhlasné stanovisko s tímto tvrzením projevila celá třetina respondentů.

V očekávání zhoršení svého zdravotního stavu je 38 % respondentů, pouhých 24 % tuto myšlenku odmítá; doplňujících 38 % neumělo tuto otázku zhodnotit.

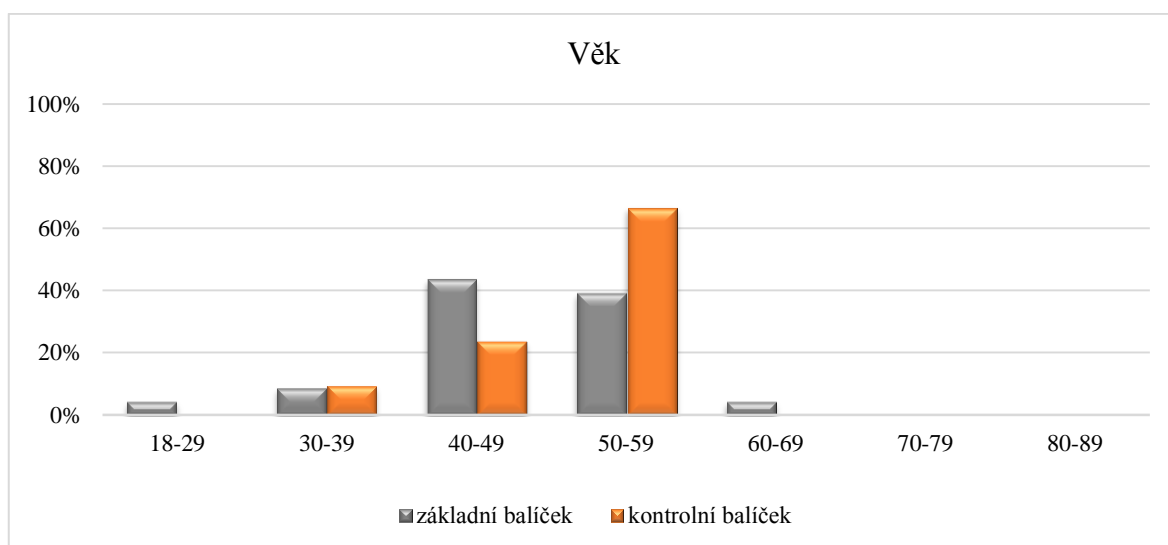
Za vynikající by svůj zdravotní stav označila nadpoloviční většina dotazovaných (57 % oproti původním 36 % ze základního sběru dat). S výrokem nesouhlasilo pouhých 29 % (pokles o 17 % oproti základnímu balíčku).

Graf 83: E3 – otázka č. 13 – rozložení probandů – pohlaví



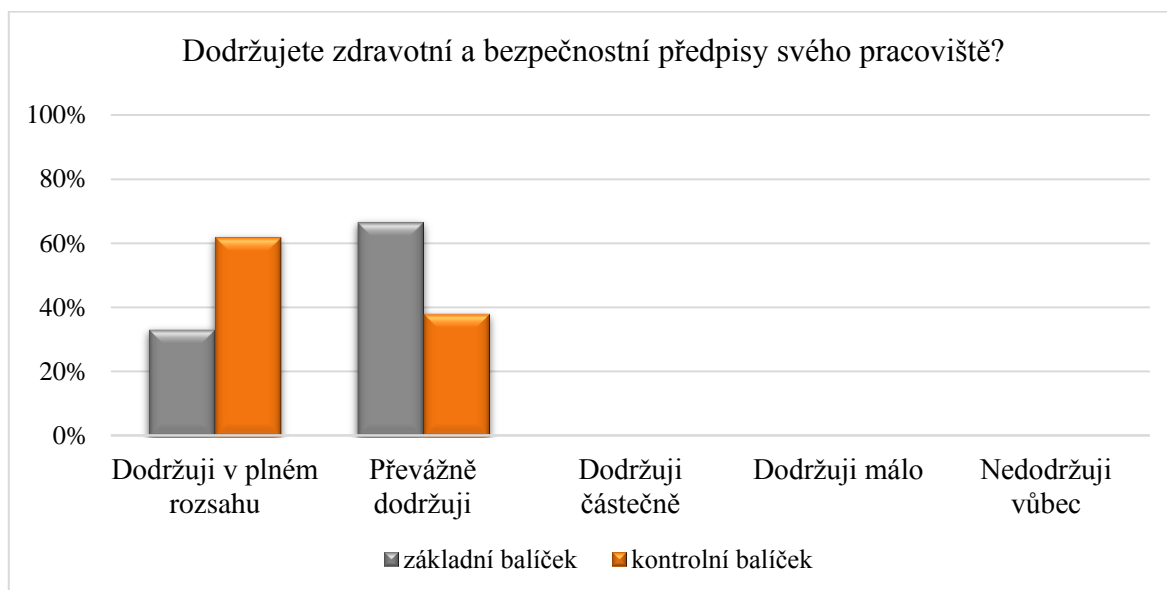
Výše uvedený graf 83 vizualizuje rozložení respondentů z hlediska pohlaví. Je viditelná naprostá dominance ženského pohlaví (95 %) nad mužským (pouhých 5 %, tj. v rámci dotazovaného vzorku pouze 1 osoba). Toto zjištění lze považovat za praktické potvrzení výstupů z průzkumu ÚZIS za rok 2013, který uvádí, že mezi zdravotnickým personálem je cca 4/5 žen [42].

Graf 84: E3 – otázka č. 14 – věkové rozložení probandů



Graf 84 udává věkové rozložení dotazovaných zaměstnanců, které je směrem ke kontrolnímu balíčku zaměřeno spíše na střední věk mezi 50-59 rokem věku, zde se pohybuje až 67 %. Zcela pak vymizela věková kategorie mezi 18-21 a 60-69 rokem věku. Ponižena byla kategorie mezi 40 až 49 rokem věku.

Graf 85: E3 – otázka č. 15 – dodržování bezpečnostních předpisů na pracovišti



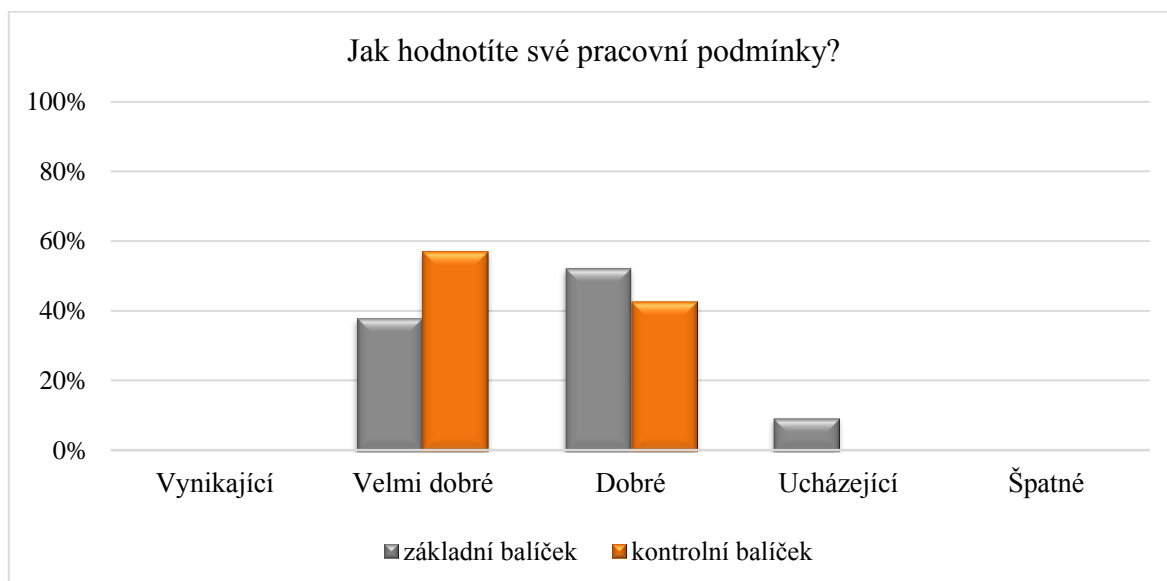
Graf 85 zobrazuje, že zásady bezpečné praxe dodržování bezpečnostních předpisů daného pracoviště je pro zaměstnance podstatnou složkou výkonu jejich povolání. I přesto je zde viditelné podstatné zlepšení v míře plnění těchto předpisů, a to o téměř 30 % zaměstnanců, kteří jej dodržují v plném rozsahu.

Graf 86: E3 – otázka č. 16 – uvědomění si rizik na pracovišti



O téměř 10 % více dotazovaných zaměstnanců si po implementaci standardů podpory zdraví plně uvědomuje rizika spojená s jejich pracovištěm. Částečnou, malou či žádnou míru uvědomování si těchto rizik nezaznamenal průzkum v žádném provedeném sběru.

Graf 87: E3 – otázka č. 17 – zhodnocení pracovních podmínek



Zhodnocení pracovního prostředí má též pozitivní trend. Většina respondentů (57 %) považuje své pracovní podmínky za velmi dobré. Zbýlých 43 % jej považuje za dobré. Obecně je na grafu 87 viditelná zvýšená spokojenost zaměstnanců s pracovními podmínkami směrem ke kontrolnímu balíčku.

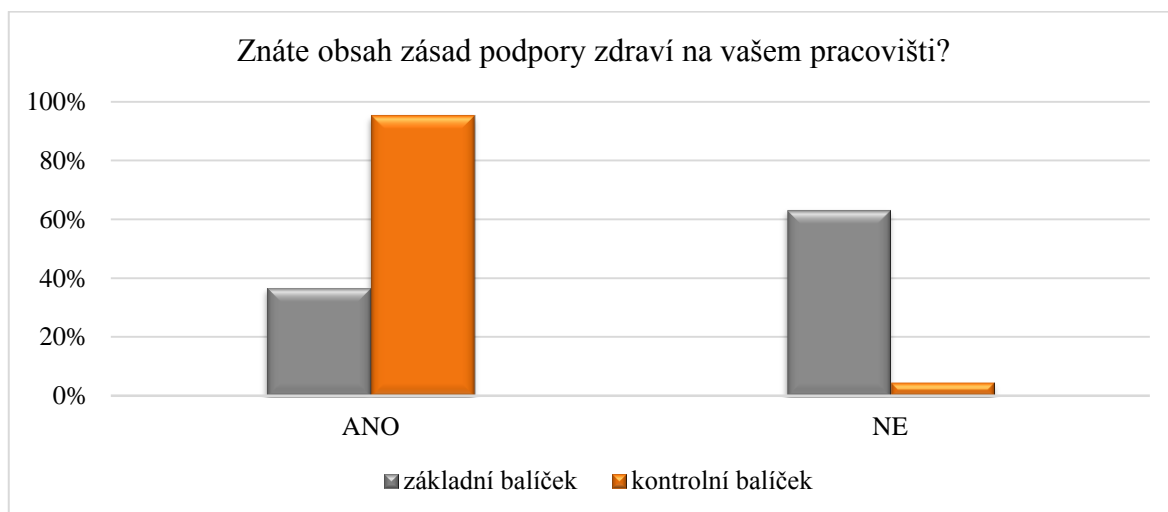
Graf 88: E3 – otázka č. 18 – vstupní školení o zásadách podpory zdraví na pracovišti



Graf 88 vyobrazuje výsledky z velmi podstatné oblasti HPH RP. Předmětná otázka dotazníku byla zaměřena na zjištění, zda zaměstnanci absolvovali vstupní školení o zásadách podpory zdraví na svém pracovišti. Důležitost tohoto výstupu je logická, jelikož pouze informovaný zdravotník může poskytovat správné poradenství a intervence.

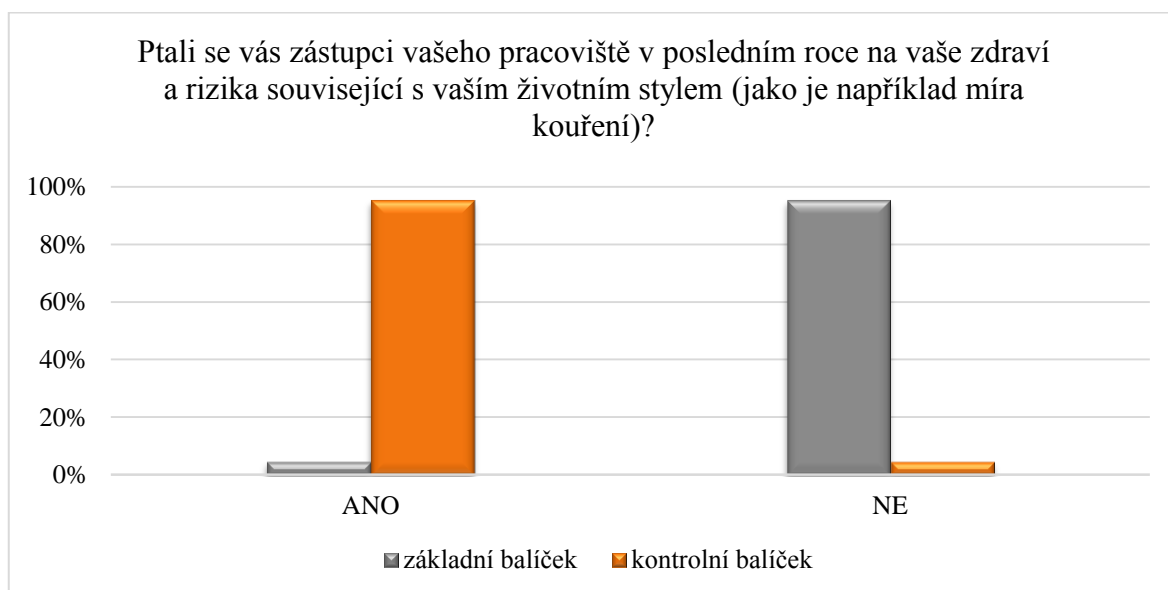
Účast na vstupním školení uvedlo 71 % probandů. I přesto, že se jedná o většinový nárůst, představuje zbylých 29 % dotazovaných značný prostor pro zlepšení.

Graf 89: E3 – otázka č. 19 – znalost obsahu podpory zdraví na pracovišti



Tato otázka navazuje na otázku předcházející, resp. na graf 88, jelikož se zaměřuje nejen na předání informací o podpoře zdraví, ale na znalost jejího obsahu. Naprostá většina dotazovaných zaměstnanců FN Olomouc si je tohoto obsahu vědoma, pouze 5 % (tj. 1 osoba) uvedlo, že nikoli – zde je viditelný obrovský pokles o 58 %.

Graf 90: E3 – otázka č. 20 – zájem nadřízených o zdravotní stav zaměstnance



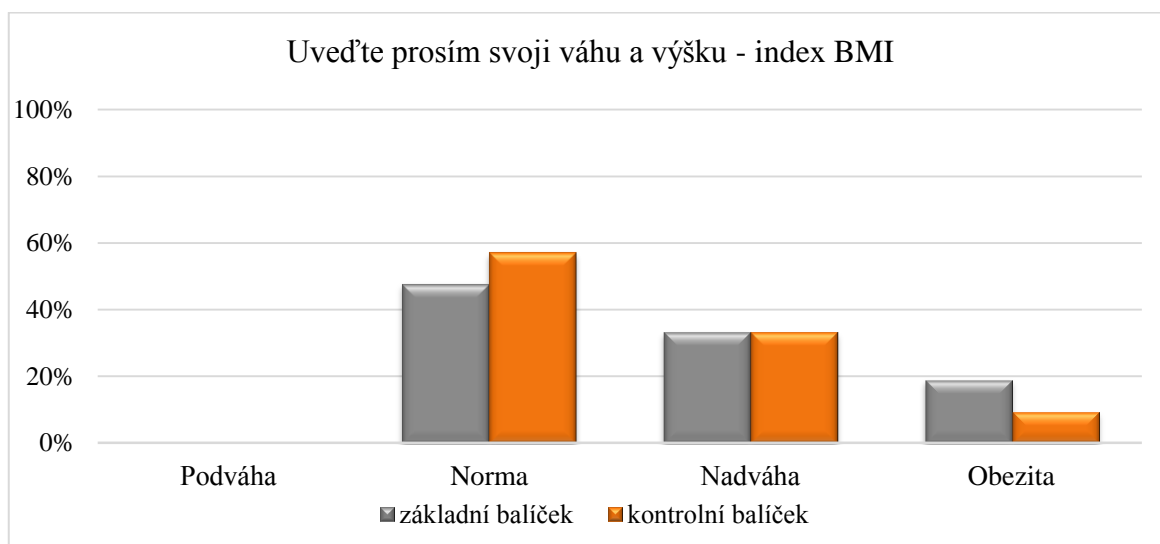
Graf 90 vyobrazuje též velmi podstatný faktor zdravého pracoviště, a sice zájem kolegů a nadřízených o individuální zdravotní stav svých kolegů a to se zaměřením na rizikové faktory, které jej mohou negativně ovlivňovat. Všichni dotazovaní, kromě jednoho z nich (tj. 5 %), zaznamenali projevený zájem svých kolegů/nadřízených.

Graf 91: E3 – otázka č. 21 – informovanost o podpůrných službách na pracovišti



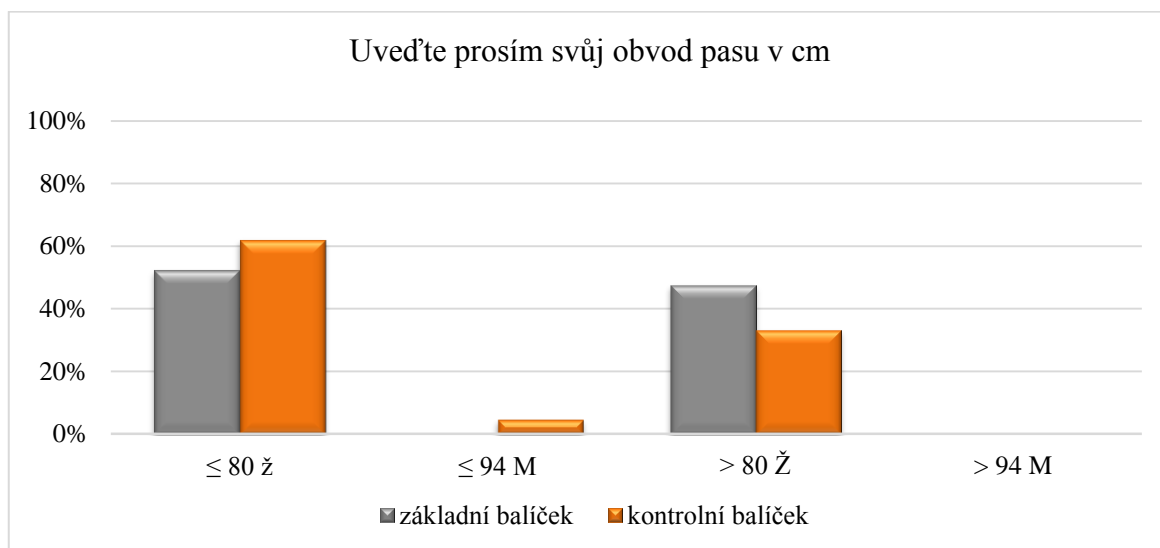
Vyhodnocení grafu 91 je prakticky shodné s výše uvedeným. Jednotlivé otázky na sebe přímo navazují. Cílem otázky je zjistit, zda jsou v případě zjištění výskytu rizikového faktoru následně zaměstnanci poskytnuty informace o podpůrných službách podpory zdraví, které FN Olomouc poskytuje.

Graf 92: E3 – otázka č. 22 – index BMI



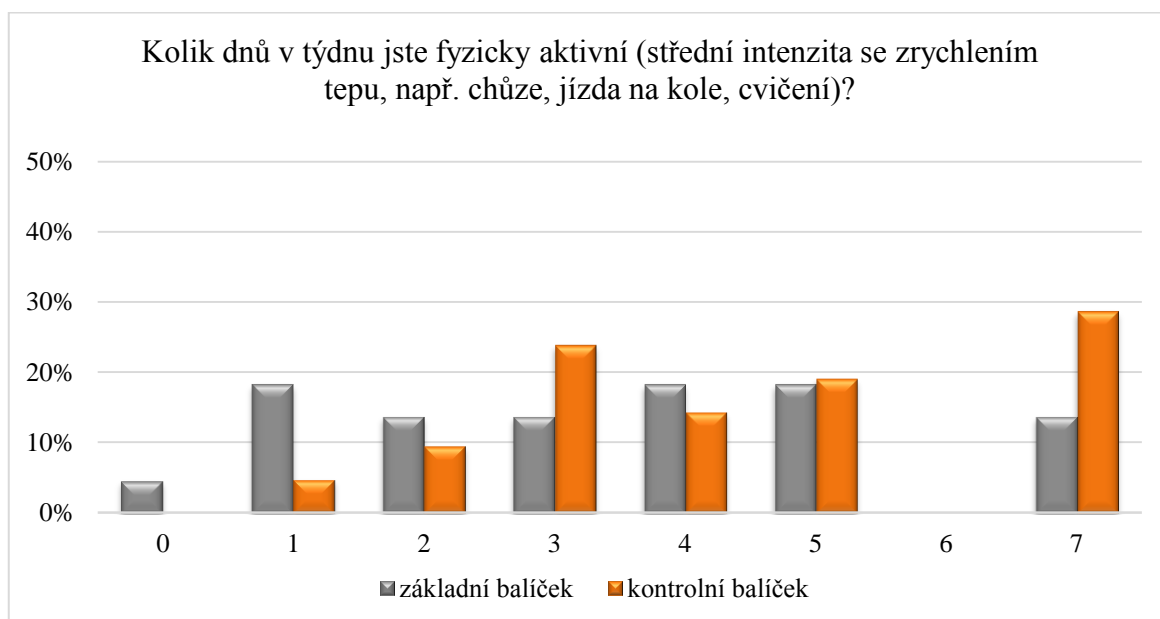
Na první pohled zobrazuje překvapivé zjištění graf 92, na kterém můžeme vidět rozložení probandů z hlediska indexu BMI. Až 43 % dotazovaných zaměstnanců má dle indexu BMI nadváhu či obezitu (1. stupně). Je však podstatné říci, že se jedná o poměrně logický nález, když uvážíme, že 95 % dotazovaných jsou ženy, z nichž většině je v rozmezí 50-59 let věku. Lze tedy vyvodit, že se jedná o klimakterické projevy. Zbylá většina dotazovaných zaměstnanců, tj. 57 % se z hlediska indexu BMI pohybuje v normě.

Graf 93: E3 – otázka č. 23 – obvod pasu



Jak bylo již vysvětleno v rámci vyhodnocení patientského dotazníku, je obvod pasu klinicky relevantnějším ukazatelem definujícím výživový stav pacienta. Zjištěné výsledky poměrně korespondují s výsledky výše, kdy 62 % probandů má z řad žen rozložení tuku v normě, avšak zbylých 33 % má množství tuku hraniční.

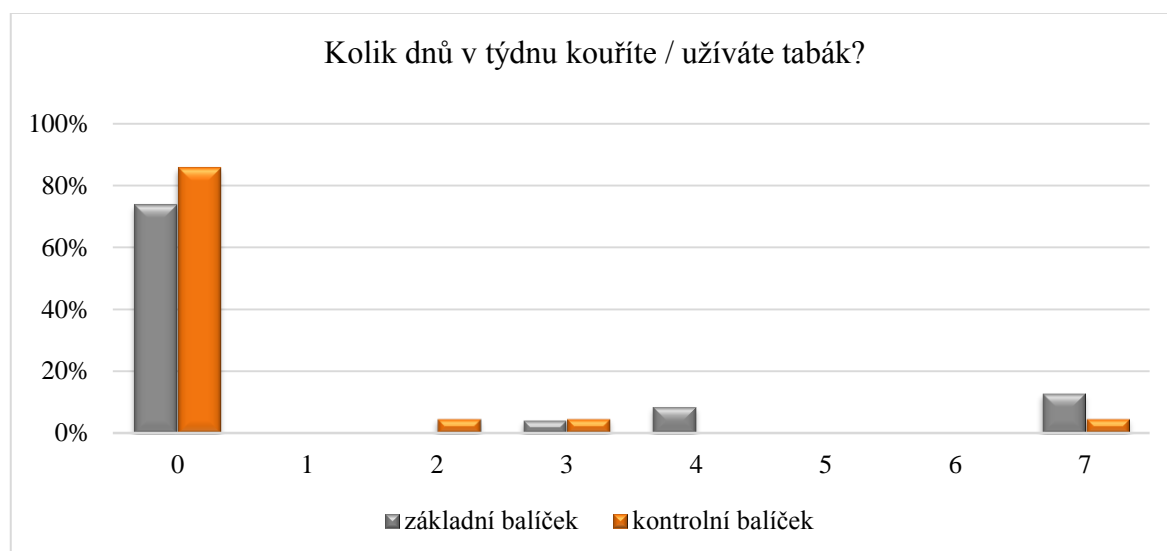
Graf 94: E3 – otázka č. 24 – počet fyzicky aktivních dnů v týdnu



Na základě výše uvedeného grafu 94 můžeme říci, že počet dnů, z nichž probandi vykonávají středně intenzivní fyzickou aktivitu, je v 48 % vyšší než polovina týdne. V rámci kontrolního balíčku došlo k úplnému vymizení probandů, kteří fyzickou aktivitu nevykonávají vůbec. Ve stejném pozitivním trendu se též понížil počet fyzicky aktivních respondentů pouze 1 den v týdnu. Značný nárůst je viditelný u délky trvání 3 dny v týdnu, zde se jedná o druhou nejčastější volbu (24 %).

Otázka č. 25 se respondentů dotazuje na počet minut za jednotlivé dny, během kterých jsou fyzicky aktivní. Stejně jako u dotazníku pro pacienty se jednalo o otevřenou otázku, kam měl respondent uvést číselnou hodnotu, které dle názoru respondenta nejvíce odpovídá skutečnosti. V rámci všech dotazníků, které byly v rámci HPH RP navraceny, byl počet odpovědí na tuto otázku statisticky nevýznamný, však nejčtenější odpovědí bylo v rámci kontrolního balíčku 60 minut (19 %), v jednom případě byla uvedena doba 90 minut (5 %).

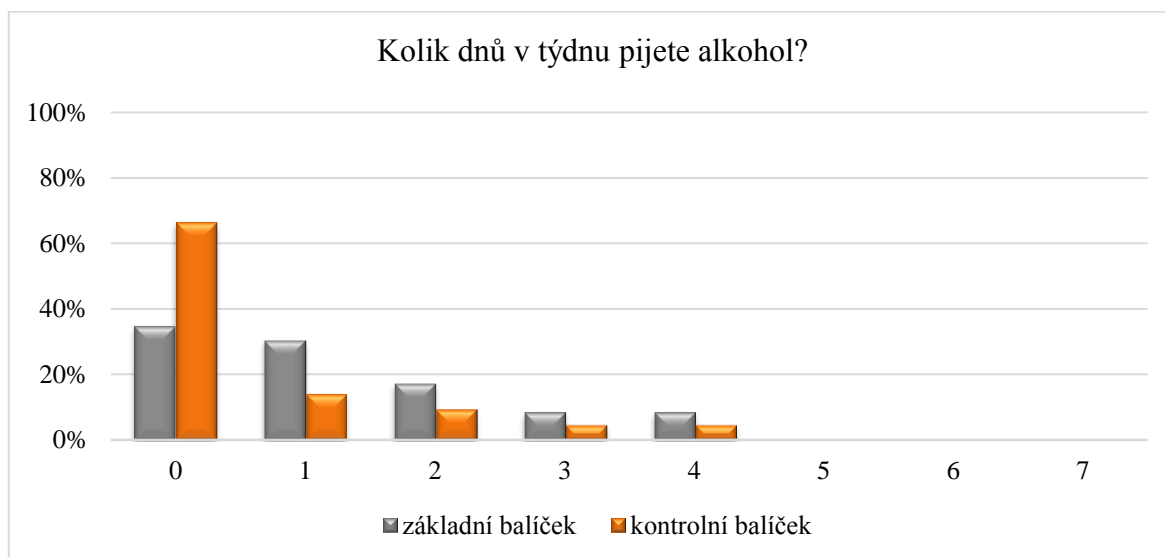
Graf 95: E3 – otázka č. 26 – počet dnů aktivního kouření/užívání tabáku



Z výsledků grafu 95 vidíme, že v řadách probandů vzrostl počet nekuřáků, a to o 12 %. Výrazně dále poklesl počet kuřáků, kteří kouří či užívají tabák denně (pouze 5 % respondentů v rámci kontrolního sběru dat, pokles o 8 %). V souvislosti s ponížením počtu probandů, kteří kouří či užívají tabák jiným způsobem 4 dny v týdnu, byl zaznamenán mírný nárůst „dvou či tří denních“ uživatelů tabáku.

Otázka č. 27 žádala po respondentech upřesnění kolik gramů tabáku během výše uvedených dnů v průměru vykouří/spotřebují. Stejně jako dotazník pro pacienty nabízí i tento výše uvedenou převodní tabulku (Tabulka 5). Odpověděl pouze statisticky nevýznamný vzorek probandů.

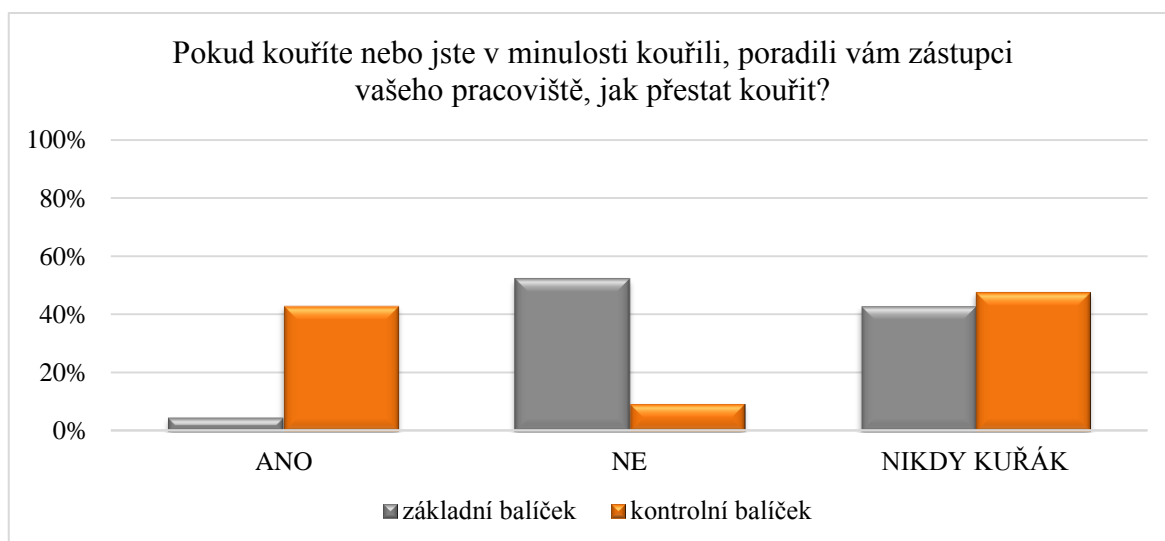
Graf 96: E3 – otázka č. 28 – počet dní konzumace alkoholu



I v rámci konzumace alkoholu byl zaznamenán velmi znatelný pozitivní trend, kdy byl ponížěn počet u všech počtů aktivních dní užívání kouření. Naopak je viditelné, že počet nekuřáků vzrostl o 23 %.

Otázka č. 29 požaduje specifikaci, kolik jednotek alkoholu v průměru respondent vypije, přičemž opět nabízí výše uvedenou tabulku pro snazší převod jednotek alkoholu (tabulka 6). Bohužel zde opět nebyl získán statisticky významný počet odpovědí. Stejně tomu bylo i v případě otázky č. 30, která respondentům nabízela možnost napsat denní konzumované množství ve formě „lahev piva“ apod. v případě, že pro ně byl přepočet jednotek obtížný.

Graf 97: E3 – otázka č. 31 – poskytnutí intervence v oblasti kouření



Průzkum mezi zaměstnanci ukázal v otázce č. 31, že pokud je proband kuřák, byl v rámci svého pracoviště intervenován o možnostech odvykání kouření, a to v 43 %.

Graf 98: E3 – otázka č. 32 – nepřítomnost v zaměstnání 7 dní a déle



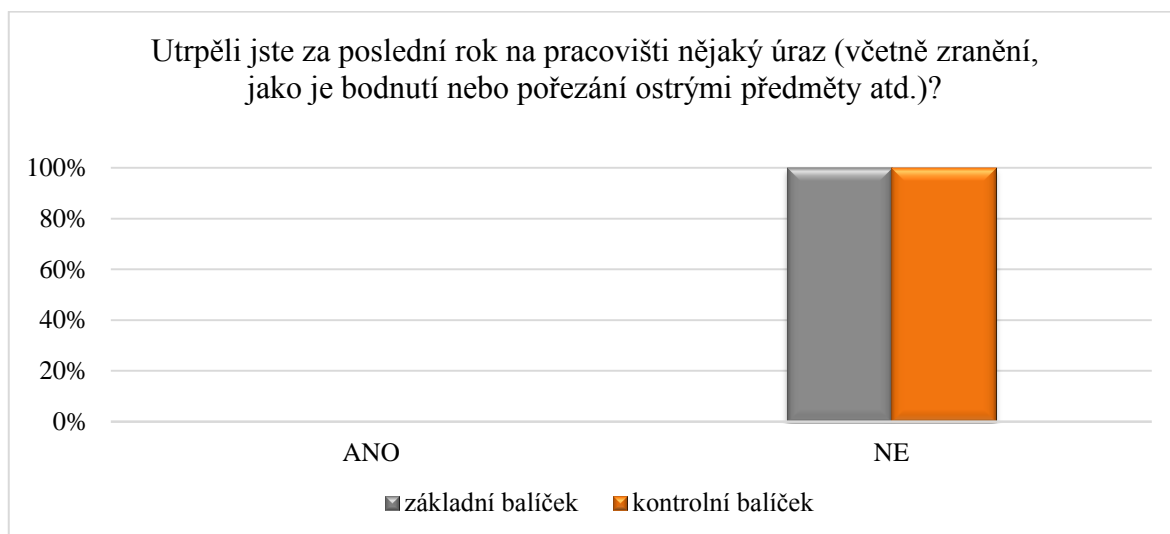
V rámci grafu 98 byl průzkum zacílen na zajištění přehledu střednědobé nepřítomnosti v důsledku jiných okolností, nežli je stanoveno přímo otázkou (nabízí se samozřejmě absence z důvodu nemoci). Graf zde ukazuje, že v rámci kontrolního sběru dat byl ponížěn počet takto absentujících zaměstnanců.

Graf 99: E3 – otázka č. 33 – nepřítomnost v zaměstnání 30 dní a déle



V návaznosti na předchozí se graf 99 zaměřuje na nepřítomnost v zaměstnání rovno či delší než 30 dní. Opět je zde vidět pozitivní trend směrem ke kontrolnímu sběru dat a tedy době po implementaci principů a standardů podpory zdraví.

Graf 100: E3 – otázka č. 34 – úraz na pracovišti



Graf 100 dokládá, že žádný z dotazovaných zaměstnanců FN Olomouc neutrpěl v rámci výkonu svého povolání žádný pracovní úraz.

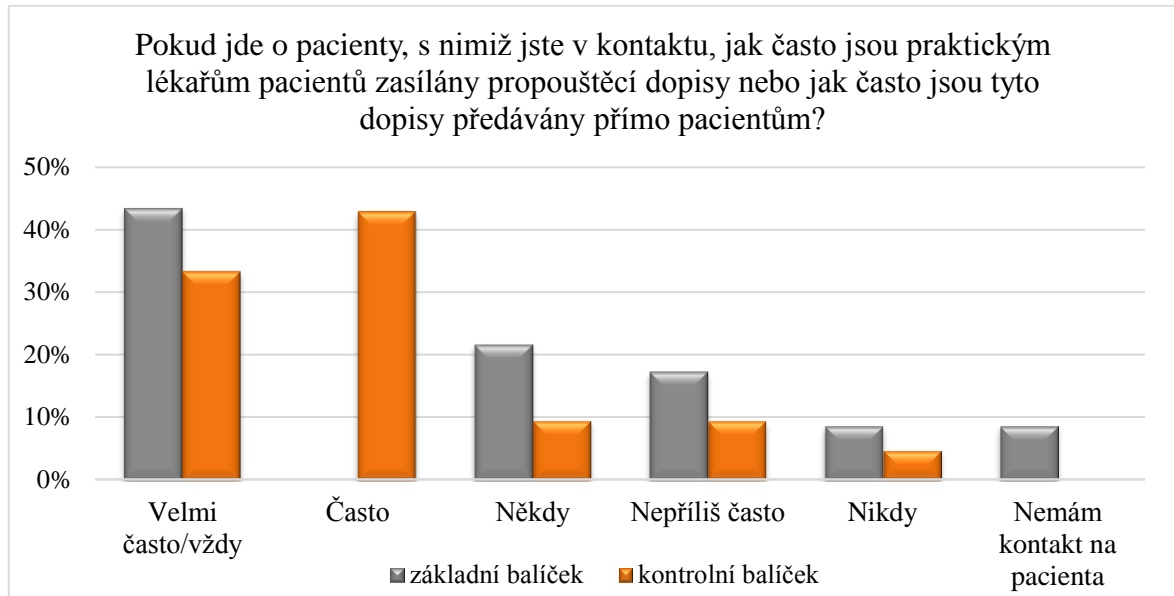
Graf 101: E3 – otázka č. 35 – přítomnost pocitu vyhoření



Velmi podstatnou a pro kvalitu výkonu vlastního povolání zásadní oblast představuje graf 101, kdy se vizualizovaná otázka dotazuje na míru pocitu pracovního vyhoření. Mírný pocit vyhoření byl v rámci základního i kontrolního balíčku téměř shodný, avšak byl zde zaznamenána velmi příznivá změna, kdy pocit pracovního vyhoření nepociťuje o 25 % probandů (tj. cca třetina respondentů). Silné a extrémní pocit vyhoření nepociťovali ani v jednom případě žádní dotazovaní zaměstnanci. Vnímání středního pocitu vyhoření bylo velmi výrazně poníženo z 30 % na pouhých 5 %. Vzhledem k povaze předmětného povolání, kdy je na zdravotníky směřována silná zodpovědnost apod., je zjištěný výskyt pocitu vyhoření poměrně pochopitelný. Je zde však i přes značný pozitivní trend nutno tuto oblast monitorovat, jelikož pocit či syndrom vyhoření je častým důvodem ke ztrátě řekněme pozitivizmu při výkonu zdravotnického povolání. Přítomnost syndromu vyhoření

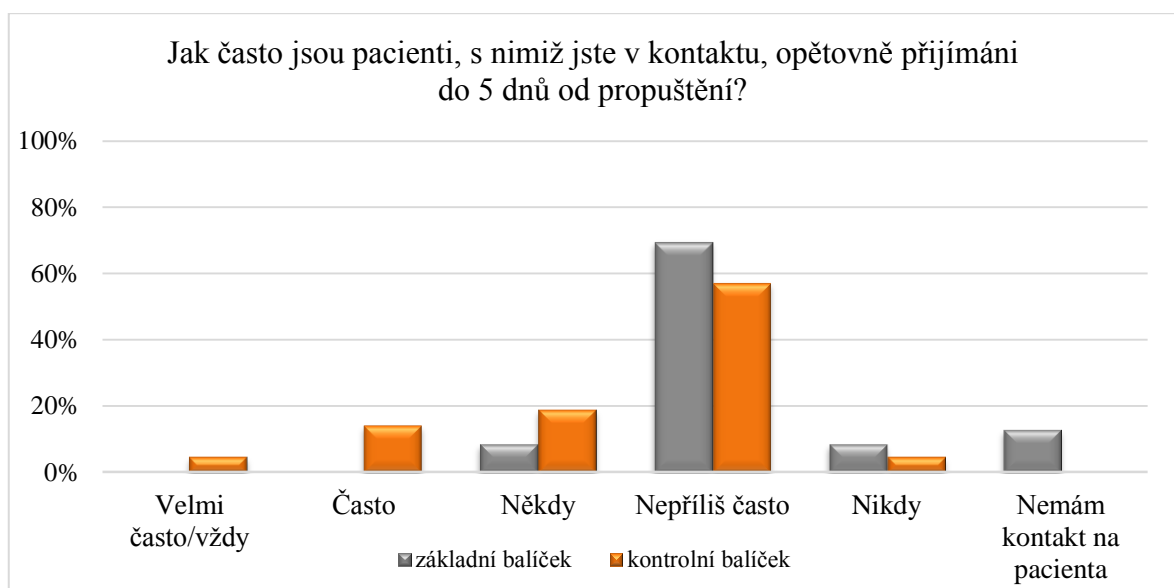
způsobuje i u velmi psychicky zdatných jedinců podrážděnost, nezáměr o pacienta a určitý nezáměr o sebe sama (označováno jako depersonalizace) [43].

Graf 102: E3 – otázka č. 36 – předávání informací praktickému lékaři či pacientovi



Graf 102 dokazuje, že v rámci běžné praxe je po implementaci standardů podpory zdraví zasílání propouštěcích dopisů praktickým lékařům či přímo pacientů zcela běžnou činností. V celých 76 % případů jsou tyto informace uvedeným osobám předávány. Tento stav je oproti původním 43 % velmi příznivý. V pokračujícím pozitivním trendu je též ponížena výskyt možnosti, kdy byla tato podstatná činnost vykonávána pouze někdy, nepříliš často či nikdy.

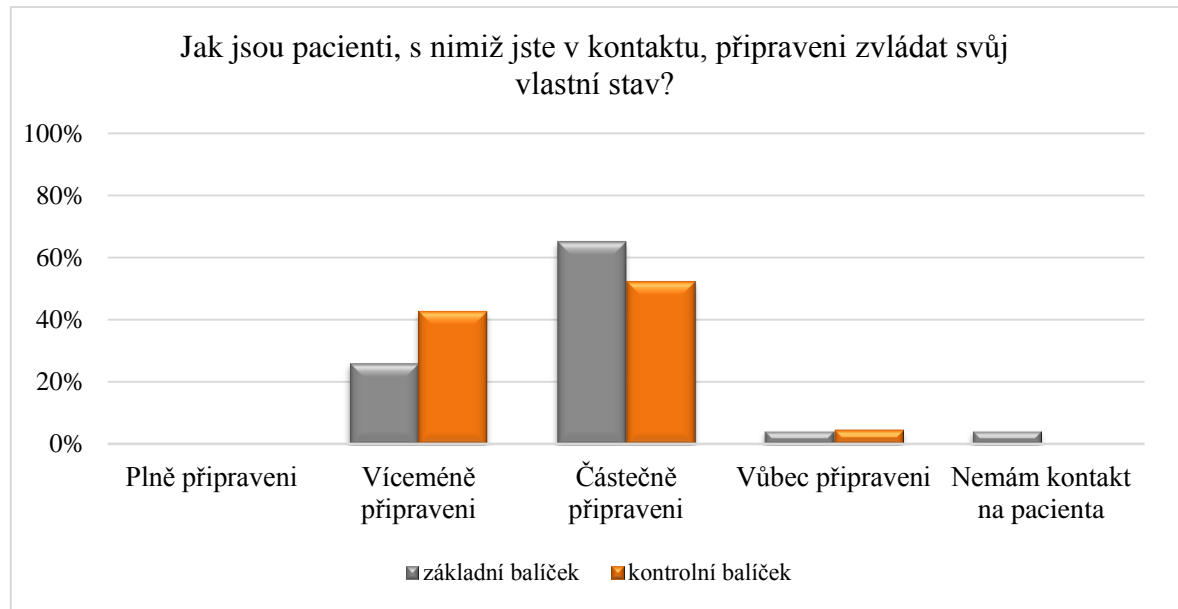
Graf 103: E3 – otázka č. 37 – opětovné přijímání pacienta do léčby



V rámci předcházející otázky č. 36 a nynější otázky č. 37 je z hlediska poskytování zdravotní péče velmi pozitivní, že zcela vymizela situace, kdy zdravotnický personál nemá

kontakt na ošetřované pacienty. Dále je vzhledem k převážně chronické povaze onemocnění ošetřovaných pacientů poměrně překvapujícím, že ošetřující dotazovaný personál až v 55 % nepříliš často zaznamenává opětovné přijetí pacientů.

Graf 104: E3 – otázka č. 38 – zvládnání vlastního stavu pacienty



Předposlední otázka dotazníkové průzkumu, jenž se dotazovala na připravenost pacientů zvládat svůj zdravotní stav, představuje též pozitivní trend vůči kontrolnímu balíčku, a to v důsledku značného zvýšení většinové připravenosti pacientů zvládat svůj často komplikovaný zdravotní stav (nárůst o 17 %). V důsledku tohoto jevu byla ponížena částečná připravenost pacientů o 13 %.

Poslední otázka č. 39 vybízí respondenty ke komentáři v případě, že mají k tomuto průzkumu nějaké připomínky nebo návrhy. V naprosté většině případů nebylo na tuto otázku odpovězeno. Pouze v ojedinělých případech bylo v komentáři probandy uvedeno, že některým otázkám bylo možno obtížněji porozumět. Nejasná byla též předdefinovaná škála možných odpovědí.

3.1.3.1 Souhrnné vyhodnocení výsledků šetření mezi zaměstnanci

Dotazníkové šetření probíhalo mezi zaměstnanci hemodialyzačního oddělení FN Olomouc, jež tvořilo přes 90 % žen převážně ve věku od 50 do 59 let. Souhrnné zhodnocení tohoto průzkumu bylo prováděno směrem od základního ke kontrolnímu sběru dat. Důvodem byl zájem zjistit převážně to, jaké dopady měla implementace standardů podpory zdraví. Proto jsou pro vytváření závěrů podstatnější právě výstupy z kontrolního balíčku.

V průzkumu bylo zjištěno, že zaměstnanci hemodialyzačního oddělení vnímají svůj současný zdravotní stav pozitivně a označují ho převážně za dobré až velmi dobré, a to též v porovnání se stavem loňského roku. Celých 19 % jej dokonce shledává za lepší, nežli v loňském roce. V porovnání se svými blízkými nepovažuje většina respondentů svůj zdravotní stav za horší. Subjektivně své zdraví považuje nadpoloviční většina za vynikající.

S tímto zjištěním koresponduje též dobrý fyzický stav, který jim nezpůsobuje téměř žádné, popř. jen mírné omezení v každodenních činnostech. Pochopitelně je největší limitace fyzickým stavem pocíťována v intenzivních a fyzicky náročných činnostech, jako je např. běh. V případě, že fyzickou limitaci pocíťují, její trvání je pouze na omezeně krátkou dobu.

Vzhledem k fyzické náročnosti vykonávaného povolání je očekávatelným zjištěním, že dotazovaní zaměstnanci pocíťují fyzickou bolest. I přesto, že bolest pocíťuje přes 85 % dotazovaných, označují ji převážně za nepatrnou či mírnou; proto pro ně nepředstavuje významné omezení v každodenních činnostech.

Z hlediska psychického stavu byl zjištěn zásadní pozitivní vliv implementace standardů podpory zdraví. I přesto, že byl výchozí psychický stav zaměstnanců značně pozitivní, bylo zde dosaženo výrazných zlepšení ve smyslu ponížení negativních pocitů (např. únava, deprese) a navýšení pocitů pozitivních (např. pocit štěstí).

Fyzický a psychický stav může představovat důvod k omezení společenských aktivit, což může mít z dlouhodobého hlediska vliv na sociální prostředí jedince s narušením společenských vazeb. Takováto omezení byla dotazovanými zaměstnanci uvedena pouze v krátkodobém horizontu, avšak i tento stav byl po zavedení standardů podpory zdraví zlepšen a limitaci ve společenských aktivitách nemá přes 80 % respondentů.

Dodržování zásad bezpečnosti na pracovišti se po integraci podpory zdraví ve Fakultní nemocnici Olomouc výrazně zlepšilo, což koresponduje s vyšší mírou uvědomování si rizik na pracovišti. Tento pozitivní vývoj souvisí též s kladnějším hodnocením svého pracoviště, oproti základnímu balíčku (nadpoloviční většina považuje své pracovní podmínky za velmi dobré) a dále též ve vyšší účasti zaměstnanců na vstupním školení o zásadách podpory zdraví. Nejen ve vazbě na absolvování vstupního školení o podpoře zdraví je výrazné povýšení počtu dotazovaných se znalostí jejich zásad a obsahu, a to až na 95 %.

Zásadním výstupem z kontrolního balíčku bylo zvýšení angažovanosti vedení oddělení v oblasti podpory zdraví, zájmu o zdravotní stav zaměstnanců apod. V základním balíčku byla míra angažovanosti pouze v 5 %, však došlo zde k jejímu povýšení až na 95 %.

Výskyt rizikového chování byl směrem ke kontrolnímu balíčku výrazně ponížen, a to z hlediska kouření či jiného užívání tabáku a konzumace alkoholu. Dále byla u většiny dotazovaných navýšena míra fyzické aktivity.

Míra nepřítomnosti v zaměstnání zaznamenala též pozitivní vývoj při snížení doby nepřítomnosti 30 dní a delší.

Vnímání pocitu vyhoření zaznamenalo též výrazné ponížení, přes 95 % nepocítuje žádné či pouze mírné vyhoření. Tento faktor je velmi podstatný pro poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče směrem k pacientovi. K tomuto přispívá též významné navýšení poskytování propouštěcích zpráv praktickým lékařům.

3.1.4 Vyhodnocení organizace z hlediska managementu

K této části HPH RP sloužil organizaci formulář E4, který je určen k posouzení podpory zdraví z hlediska vedení a managementu nemocnice. Je rozdělen do pěti částí podle jednotlivých standardů podpory zdraví, přičemž je každý standard rozdělen na dílčí sledované prvky dané oblasti.

Každý prvek je zde vyhodnocován managementem dané nemocnice zvlášť a podle reálné situace jej označí odpovědí *ano* v případě, že daná nemocnice prvek splňuje či mu vyhovuje, nebo odpovědí *ne*, kdy jej v příslušné chvíli nesplňuje či mu nevyhovuje.

Výsledkem je závěrečné skóre, které je dáno součtem pozitivních a negativních odpovědí. Každá odpověď má hodnotu rovnu jednomu bodu. Maximální počet bodů, v případě 100 % souladu se standardy podpory zdraví, je 40 bodů.

Toto hodnocení představuje stěžejní fázi celého HPH RP, přičemž výše popsané dílčí průzkumy mezi pacienty, zaměstnanci a průzkum zdravotnické dokumentace, jsou doprovodnými průzkumy, jejichž výsledky slouží též k doložení plnění níže uvedených standardů.

3.1.4.1 Standard 1: Zásady managementu

V této oblasti se zkoumají listinné dokumenty dokládající zavedení zásad podpory zdraví do systému řízení kvality zdravotních služeb. Zacilení těchto dokumentů má odpovídat všem úrovním, tedy pacientům, zaměstnancům i komunitě.

3.1.4.1.1 Odpovědnost za podporu zdraví v organizaci

Otázka průzkumu: Stanovuje organizace odpovědnost za podporu zdraví?

Tabulka 7: E4 – vyhodnocení standardu 1.1.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| Proklamované cíle a poslání nemocnice zahrnují podporu zdraví | NE | ANO |
| Zápis z jednání řídicího orgánu, na němž byla v uplynulém roce potvrzena dohoda o účasti v projektu WHO HPH | ANO | ANO |
| Aktuální plány kvality a činnosti nemocnice zahrnují podporu zdraví pro pacienty, personál a komunitu | NE | ANO |
| Nemocnice určuje personál a funkce s odpovědností za podporu zdraví | ANO | ANO |

Cílem této části průzkumu bylo z hlediska HPH RP zjistit, zda je organizace začleněná do Národní sítě HPH nemocnic, potažmo do Mezinárodní sítě HPH nemocnic, schopná integrovat podporu zdraví do dokumentů závazných v rámci této organizace.

Z hlediska standardního průběhu při rozhodnutí zdravotnického zařízení v ČR k participaci na mezinárodním projektu je přítomnost dokumentu toto rozhodnutí deklarujícího přítomno prakticky vždy. Dále jsou vzhledem k členství v Mezinárodní síti HPH členské

nemocnice zavázány k vytvoření týmu na podporu zdraví (k tomu to bodu byl organizací doložen jmenný seznam pracovníků koordinujících lokální podporu zdraví). Z těchto důvodů je očekávatelný pozitivní nález u dvou ze 4 výše uvedených podmínek plnění standardu č. 1. Nedostatky byly v rámci základního balíčku zjištěny ve stanovení konkrétních závazných dokumentů, v nichž byly principy a zásady podpory definovány. V rámci obvyklé praxe v ČR je bohužel často se vyskytující pravidlo „co není psáno, není dáno“, a proto bylo ze strany FN Olomouc nutné vytvořit příslušný závazný dokument.

Nedostatek v podobě neexistence plánu kvality s definovanými cíli v oblasti podpory zdraví byl v rámci kontrolního balíčku odstraněn doložením návrhu strategického plánu rozvoje FN Olomouc na budoucí pětileté období (2014-2019). Doloženy byly též příslušné dokumenty zacílené na rozvoj edukace v oblasti podpory zdraví u hemodialyzovaných pacientů a dále informace pro zaměstnance III. Interní kliniky k podpoře zdravého životního stylu. Těmito podkladem byla tvrzení o nápravě věrohodná a z hlediska HPH RP finální.

3.1.4.1.2 Rozdělování zdrojů na podporu zdraví

Otázka průzkumu: Přiděluje organizace zdroje na realizaci podpory zdraví?

Tabulka 8: E4 – vyhodnocení standardu 1.2.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Existuje jasný rozpočet na služby a materiály spojené s podporou zdraví | NE | ANO |
| Na odděleních kliniky jsou k dispozici provozní postupy, jako jsou směrnice pro klinickou praxi nebo plány opatření v oblasti podpory zdraví | NE | ANO |
| Lze identifikovat specifické objekty a zařízení nutné k podpoře zdraví (včetně zdrojů, prostoru, vybavení) | ANO | ANO |

Při vyhodnocení standardu 1.2, jehož hlavním záměrem je finanční zajištění realizované podpory zdraví, je nutné opět konstatovat značný pozitivní vliv HPH RP. Až po implementaci jeho principů a standardů bylo dosaženo 100 % shody s mezinárodními standardy. Nejzásadnější nedostatek zde byl v neexistenci jasně definovaného rozpočtu. V rámci prováděného externího auditu, jenž byl realizován jako závěrečná fáze HPH RP, bylo prof. Tønnesen sděleno zástupcům FN Olomouc, že neexistence konkrétního rozpočtu způsobuje v členských zdravotnických zařízeních „předstírání“ integrace podpory zdraví do běžné praxe zdravotnického zařízení. Zároveň uvedla, že i přes jistou finanční zátěž pro zdravotnické zařízení a zátěž pro interní rozpočet organizace, implementace podpory zdraví v plném rozsahu vyžaduje a zároveň „si zasluhuje“ přesně přiřazenou rozpočtovou položku. Příkladem odůvodnění tohoto požadavku je skutečnost, kdy je stanovený HPH tým velmi proaktivní a přichází s nápady na podporu činností v rámci HPH, které však v důsledku neexistence explicitního přidělení finančních prostředků na jejich realizaci, není možné mnohdy uskutečnit.

Požadavek na přítomnost provozních postupů, směrnic pro klinickou praxi nebo plány opatření v oblasti podpory zdraví na oddělení, byl v kontrolním balíčku doložen doporučeným lékařským postupem pro intervenci pacientů hemodialyzačního střediska v oblasti podpory zdraví.

3.1.4.1.3 Zajištění sběru dat pro sledování kvality aktivit na podporu zdraví

Otázka průzkumu: Zajišťuje organizace existenci procesů zaměřených na sběr a vyhodnocování dat s cílem sledovat kvalitu aktivit v oblasti podpory zdraví?

Tabulka 9: E4 – vyhodnocení standardu 1.3.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| Jsou pravidelně shromažďována data o intervencích v oblasti podpory zdraví a ta jsou zpřístupňována personálu k vyhodnocení | NE* | ANO* |
| Je zavedený program pro hodnocení kvality aktivit spojených s podporou zdraví | NE | ANO |

Prvky označené hvězdičkou jsou zde ty, jež je možné realizovat skrze provedené dotazníkové šetření zaměřené na zaměstnance. Při základním sběru dat byl zjištěn úplný nedostatek takového či jiného druhu sběru dat o intervencích personálu v oblasti podpory zdraví. Též v organizaci nebyl zaveden žádný program na hodnocení kvality činností spojených s podporou zdraví. Oba tyto nesoulady s požadavky mezinárodních standardů na podporu zdraví byly v rámci kontrolního balíčku odstraněny. Byly zavedeny pravidelné sběry dat týkající se zaměstnaneckých intervencí o podpoře zdraví, přičemž jsou výsledky z těchto šetření personálu dostupné. Organizace se dále více zaměřila na činnosti, které mají za cíl propagovat zásady podpory zdraví a zároveň v této oblasti personál edukovat o provádění patientských intervencí. V návaznosti na tento rozvoj a v souladu s požadavkem výše uvedeného standardu byly zavedeny postupy na hodnocení kvality a vyhodnocování dopadu aktivit spojených s podporou zdraví.

3.1.4.2 Standard 2: Posuzování pacientů

Cílem této části je zjištění, zda organizace dbá na to, aby zdravotnický personál ve vztahu s pacienty systematicky hodnotil jejich potřebu aktivit pro podporu zdraví.

3.1.4.2.1 Zajištění procesů pro hodnocení potřeb pacientů

Otázka průzkumu: Zajišťuje organizace existenci procesů, jejichž prostřednictvím lze hodnotit potřeby všech pacientů týkající se podpory zdraví?

Tabulka 10: E4 – vyhodnocení standardu 2.1.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Jsou k dispozici směrnice pro určování míry kouření, spotřeby alkoholu, kvality výživy a psycho-sociálně-ekonomického statusu | NE | ANO |
| Směrnice/postupy byly za poslední rok revidovány | NE | ANO |
| Jsou k dispozici směrnice pro určování potřeb týkajících se podpory zdraví pro skupiny pacientů (např. pro pacienty s astmatem, cukrovkou, chronickou obstrukční plicní nemocí, pro chirurgii, rehabilitaci) | NE | ANO |

K 100 % nápravě došlo v oblasti hodnocení potřeb pacientů. Vypracovány a do provozu organizace implementovány byly výše zmiňované doporučené lékařské postupy (dále jen „DLPS“) pro posuzování pacientů z hlediska potřeb podpory zdraví. S ohledem na patientské skupiny byly zpracovány DLPS – péče o dospělé pacienty s diabetem, DLPS – akutní rehabilitace u nemocných po amputaci na dolní končetině, DLPS – rehabilitační polohování v akutní rehabilitaci u nemocných po cévní mozkové příhodě, DLPS – cholecystolithiáza, DLPS – thyreodektomie. U každého doloženého DLPS je uveden garant zodpovídající za danou oblast.

3.1.4.2.2 Realizace hodnocení potřeb pacientů

Otázky průzkumu: Provádí se hodnocení potřeb pacienta ohledně podpory zdraví při prvním kontaktu s nemocnicí? Jsou tyto potřeby neustále sledovány a upravovány podle měnícího se klinického stavu pacienta nebo na požádání?

Tabulka 11: E4 – vyhodnocení standardu 2.2.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Hodnocení je zdokumentováno v záznamech pacienta při jeho přijetí | NE* | ANO* |
| Jsou k dispozici směrnice/postupy pro přehodnocování potřeb při propouštění pacienta nebo na konci dané intervence | ANO | ANO |

V tomto případě je hvězdičkou (*) označen prvek, který je doložitelný výstupy z auditu zdravotnické dokumentace. V návaznosti na výše uvedené vyhodnocení auditu zdravotnické dokumentace je viditelná náprava, kdy je při příjmu pacienta zaznamenáno zhodnocení pacienta ohledně podpory zdraví do jeho záznamu (zdravotnické dokumentace).

3.1.4.2.3 Zohlednění doplňujících informací o pacientech

Otázky průzkumu: Jsou zohledněny informace poskytnuté jinými osobami v hodnocení potřeb pacienta? Je dbáno na citlivý přístup vůči sociálnímu a kulturnímu pozadí?

Tabulka 12: E4 – vyhodnocení standardu 2.3.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| V záznamech pacienta jsou obsaženy informace od doporučujícího lékaře nebo z jiných relevantních zdrojů | NE* | ANO* |
| V záznamech pacienta je náležitě zdokumentován jeho sociální a kulturní profil | NE* | ANO* |

Oba sledované prvky je zde možné doložit výstupy z provedeného auditu zdravotnické dokumentace. I přes pozitivní nález u obou prvků, byly ve výše specifikovaných oblastech nalezeny značné nedostatky, které se však FN Olomouc zavázala odstranit v rámci doložených směrnic a doporučených postupů.

3.1.4.3 Standard 3: Informace pro pacienty a intervence

V rámci tohoto standardu je zjišťováno, zda nemocnice poskytuje svým pacientům důležité informace o faktorech, které mají zásadní vliv na jejich zdravotní stav či případné onemocnění. Dále sleduje, zda jsou v organizaci stanovena systémová opatření na podporu zdraví, a to ve všech oblastech péče o pacienta.

3.1.4.3.1 Informování pacienta o potřebách podpory zdraví a jejich plán

Otázky průzkumu: Je pacient na základě hodnocení potřeb týkajících se podpory zdraví informován o faktorech, které mají vliv na jeho zdraví? Je v partnerství s pacientem dohodnut plán odpovídajících aktivit zaměřených na podporu zdraví?

Tabulka 13: E4 – vyhodnocení standardu 3.1.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| Informace poskytnuté pacientovi jsou uloženy v záznamech pacienta | NE* | ANO* |
| V záznamech jsou zdokumentovány a vyhodnoceny aktivity na podporu zdraví a očekávané výsledky | NE* | ANO* |
| Provádí se hodnocení spokojenosti pacienta s poskytovanými informacemi (<i>a výsledky jsou integrovány do systému řízení kvality</i>) | NE* | ANO* |

Podobně jako u některých výše uvedených je i v tomto případě možné k doložení souladu se standardy podpory zdraví využít ostatních průzkumů, zde konkrétně z dotazníkového šetření mezi pacienty a auditu zdravotnické dokumentace.

3.1.4.3.2 Přístup k informacím o faktorech ovlivňujících zdraví

Otázka průzkumu: Dbá organizace na to, aby všichni pacienti, personál a návštěvníci měli přístup ke všeobecným informacím o faktorech ovlivňujících zdraví?

Tabulka 14: E4 – vyhodnocení standardu 3.2.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Jsou k dispozici všeobecné informace o zdraví | NE | ANO |
| Jsou k dispozici podrobné informace o vysoce rizikových onemocněních | NE | ANO |
| Jsou k dispozici informace o organizacích pro pacienty | NE | ANO |

V rámci základního balíčku nebyl ve FN Olomouc zajištěn volný přístup zaměstnanců k všeobecným informacím o faktorech ovlivňujících jejich zdraví. Po implementaci standardů podpory zdraví byla zajištěna náprava, přičemž byly zpracovány příslušné dokumenty poskytující personálu přehled a relevantní informace o zdraví a zdravém životním stylu.

Existence podrobných informací o rizikových onemocněních a patientských organizacích byla doložena kopiemi informačních brožur a letáčků s předmětnými informacemi.

3.1.4.4 Standard 4: Podpora zdravého pracovního prostředí

Tento standard zjišťuje, zda management zdravotnického zařízení vytváří podmínky pro rozvoj pracovního prostředí pro zdravotnický personál.

3.1.4.4.1 Zajištění zdravého a bezpečného pracovního prostředí

Otázka průzkumu: Dbá organizace na rozvoj a realizaci zdravého a bezpečného pracovního prostředí?

Tabulka 15: E4 – vyhodnocení standardu 4.1.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Pracovní podmínky jsou v souladu s národními/regionálními nařízeními a ukazateli | ANO | ANO |
| Personál dodržuje zdravotní a bezpečnostní požadavky, veškerá rizika na pracovišti jsou odhalena | NE* | ANO* |

Pro doložení dodržování zdravotních a bezpečnostních požadavků sloužil i zde provedený průzkum mezi zaměstnanci (dle formuláře E3). V tomto průzkumu bylo v kontrolním balíčku jednoznačně dokázáno téměř úplné plnění zásad BOZP a přidružených předpisů.

3.1.4.4.2 Zajištění vzdělávání zaměstnanců o zásadách podpory zdraví

Otázka průzkumu: Zajišťuje organizace vývoj a realizaci komplexní personální strategie, jejíž součástí je školení a rozvoj dovedností pracovníků v oblasti podpory zdraví?

Tabulka 16: E4 – vyhodnocení standardu 4.2.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Noví pracovníci absolvují vstupní školení zaměřené na zásady podpory zdraví v nemocnici | NE* | ANO* |
| Pracovníci všech oddělení znají obsah zásad podpory zdraví v organizaci | NE* | ANO* |
| Existuje systém hodnocení výkonnosti a proces trvalého profesionálního rozvoje včetně podpory zdraví | NE | ANO |
| Existují pracovní postupy (procesy a směrnice) vyvinuté všeoborovými týmy | NE | ANO |
| Personál se podílí na tvorbě zásad, auditu a kontrole | NE | ANO |

Dva výše uvedené prvky označené hvězdičkou byly opět zjišťovány v rámci provedeného průzkumu mezi zaměstnanci, a proto bylo doložení souladu se standardy podpory zdraví dostačující prostřednictvím předmětných výstupů z dotazníkového šetření mezi zaměstnanci.

K doložení reálného plnění požadavku na existenci systému hodnocení výkonnosti a procesu trvalého profesionálního rozvoje včetně podpory zdraví, byl v rámci kontrolního balíčku zpracován a zaveden Metodický pokyn – Bezpečnost a ochrana zdraví při

práci – výchova a vzdělávání, dále směrnici s hygienickými pravidly, která stanovuje hygienické zásady a epidemiologický režim organizace při poskytování zdravotních služeb, a směrnice – Adaptační proces, která má cíl stanovit postupy, které zabezpečí, že budou novému zaměstnanci FN Olomouc poskytnuty základní informace o organizaci a které zajistí jeho seznámení s chodem pracoviště (aby mohl zaměstnanec vykonávat práci, jež mu vedoucí zaměstnanec určí v náplni práce dle jeho kvalifikace).

Většina již uvedených metodických pokynů, směrnic a doporučených postupů bylo vytvořeno v rámci víceoborového týmu při stanovení jednoho garanta dokumentu.

Poslední sledovaný prvek je zde účast personálu na tvorbě zásad a provádění auditů a kontrol, jež byl FN Olomouc doložen směrnicí „Provádění kontrol systému jakosti“ a metodickým pokynem „Provádění auditů kvality dle standardů SAK“ (pozn.: FN Olomouc je držitelem certifikátu kvality a bezpečí od Spojené akreditační komise, o.p.s.).

3.1.4.4.3 Zajištění rozvoje a šíření povědomí o podpoře zdraví mezi zaměstnanci

Otázka průzkumu: Zajišťuje organizace existenci procesů zaměřených na rozvoj a udržování povědomí personálu o záležitostech týkajících se zdraví?

Tabulka 17: E4 – vyhodnocení standardu 4.3.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Pro pracovníky jsou k dispozici zásady informovanosti o záležitostech týkajících se zdraví | NE | ANO |
| Jsou nabízeny programy na odvykání kouření | NE | ANO |
| Každoročně jsou prováděny průzkumy mezi zaměstnanci včetně posuzování individuálního chování, znalosti podpůrných služeb/zásad a využívání podpůrných seminářů | NE* | ANO* |

V rámci kontrolního sběru dat zde byla zajištěna náprava v plném rozsahu, která byla podložena kopiemi programů na odvykání kouření, jež FN Olomouc poskytuje svým zaměstnancům. Byla též rozvinuta poradna pro odvykání kouření. Dále byly doloženy kopie zásad týkajících se kouření, konzumace alkoholu, abúzu návykových látek, fyzické aktivity a výživy. Poslední bod je opět plněn výsledky dotazníkového šetření mezi zaměstnanci.

3.1.4.5 Standard 5: Kontinuita a spolupráce

V rámci tohoto standardu je zjišťováno, zda má zdravotnické zařízení plánovaný přístup k pravidelné spolupráci s jinými odvětvími, institucemi a poskytovateli zdravotních služeb.

3.1.4.5.1 Soulad podpory zdraví s regionálními plány zdravotní péče

Otázka průzkumu: Dbá organizace na to, aby služby v oblasti podpory zdraví byly v souladu s platnými ustanoveními a regionálními plány zdravotní péče?

Tabulka 18: E4 – vyhodnocení standardu 5.1.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| Řídící výbor bere v úvahu regionální plán zdravotní péče | NE | NE |
| Řídící výbor může poskytnout seznam poskytovatelů zdravotní a sociální péče, kteří pracují v partnerství s nemocnicí | ANO | ANO |
| Spolupráce s jinými subjekty v rámci odvětví i z jiných odvětví je založena na plnění regionálního plánu zdravotní péče | NE | ANO |
| Existuje písemný plán spolupráce s partnery se zaměřením na zlepšení kontinuity péče o pacienty | NE | ANO |

Zde byl shledán jediný přetrvávající nesoulad se standardy podpory zdraví, a sice neakceptování regionálního plánu zdravotní péče řídicím výborem organizace.

Shoda, již bylo dosaženo jak v základním, tak kontrolním balíčku, spočívá ve spolupráci a funkčním partnerství FN Olomouc s dalšími poskytovateli zdravotní či sociální péče. V obou případech byl doložen seznam těchto spolupracujících poskytovatelů.

Kopii dokumentu deklarujícího spolupráci s Magistrátem města Olomouc byla doložena spolupráce ve zdravotnickém či jiném odvětví založená na plnění regionálního plánu zdravotní péče. Tato spolupráce je zakotvena v projektu „Rozvoj procesu plánování dostupnosti sociálních služeb v Olomouci“.

Pro rozvoj spolupráce s partnery s cílem zlepšení kontinuity péče o pacienty byla vypracována písemná kritéria pro příjem pacientů a plán jejich propouštění z péče.

3.1.4.5.2 Podpora zdraví pro ambulantní a propuštěné pacienty

Otázka průzkumu: Zajišťuje organizace dostupnost a realizaci aktivit a postupů zaměřených na podporu zdraví během ambulantní péče a po propuštění pacientů?

Tabulka 19: E4 – vyhodnocení standardu 5.2.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| Pacienti (a případě jejich rodinní příslušníci) dostávají srozumitelné pokyny při ambulantní konzultaci, při doporučování nebo po propuštění | NE* | ANO* |
| Existuje dohodnutý postup pro výměnu veškerých relevantních informací o pacientech mezi organizacemi | ANO | ANO |
| Přijímající organizaci je včas dodán písemný souhrn údajů o stavu pacienta a jeho zdravotních potřebách a také o opatřeních přijatých doporučující organizací | NE* | ANO* |
| V záznamech pacienta je zdokumentován případný plán rehabilitace s popisem úlohy organizace a spolupracujících partnerů | NE* | ANO* |

První požadavek této části standardu je plněn skrze provedený průzkum mezi pacienty. Ostatní požadavky označené hvězdičkou (*) jsou plněny prostřednictvím auditu zdravotnické dokumentace.

Pro výměnu veškerých relevantních informací o pacientech mezi organizacemi byl FN Olomouc stanoven závazný metodický postup.

3.1.4.6 Souhrnné hodnocení souladu se standardy

Tabulka 20: Souhrnné hodnocení se standardy podpory zdraví

| STANDARD | ZÁKLADNÍ BALÍČEK | | KONTROLNÍ BALÍČEK | |
|---------------------------------------|------------------|-----------|-------------------|----------|
| | ANO | NE | ANO | NE |
| Zásady managementu | 3 | 6 | 9 | 0 |
| Posuzování pacientů | 1 | 6 | 7 | 0 |
| Informace pro pacienty a intervence | 0 | 6 | 6 | 0 |
| Podpora zdravého pracovního prostředí | 1 | 9 | 10 | 0 |
| Kontinuita a spolupráce | 2 | 6 | 7 | 1 |
| CELKEM | 7 | 33 | 39 | 1 |

V závěrečném vyhodnocení HPH RP je hodnocena FN Olomouc jako organizace. Je zde analyzována praxe a zásady managementu, které de facto stanovují, zda a v jaké míře či na jaké úrovni je podpora zdraví ve zdravotnickém zařízení prosazována, do jaké míry jsou implementovány její zásady do běžné praxe zdravotnického personálu i samotného managementu nemocnice.

Na základě primárního sběru dat, tedy dat ze základního balíčku HPH RP, byla míra plnění mezinárodních standardů podpory zdraví vyhodnocena na pouhých 18 %, což dosahovala dle tabulky 2, jen základního plnění.

V rámci roční implementační doby, kdy měl management nemocnice prostor pro realizaci svého akčního plánu kvality, byla tato lhůta využita k provedení zásadních změn v organizaci práce, v metodách zavedení podpory zdraví do běžné praxe zdravotnického personálu a obecně k odstranění zjištěných nedostatků.

Tímto racionálním a systematickým přístupem dosáhla FN Olomouc odstranění téměř všech nedostatků a při mezinárodním externím auditu byla zjištěna míra plnění standardů podpory zdraví v 98 % (zlatá úroveň plnění).

3.2 Ekonomická analýza implementace HPH RP

Následující kapitola se bude věnovat finanční náročnosti implementace programu na podporu zdraví, a to jak z pohledu realizace HPH RP, tak z hlediska ekonomické náročnosti udržení kontinuity programu podpory zdraví ve FN Olomouc.

Aby bylo možné správně interpretovat uvedené náklady FN Olomouc, je zde nutné vysvětlit základní premisu celého programu HPH, resp. projektu HP RP.

Vzhledem k podstatě zdravotnického zařízení a jeho poslání z hlediska poskytování zdravotních služeb pro obyvatelstvo je podpora zdraví v těchto zařízeních zpravidla poskytována. Problém, který chce mimo jiného HPH RP identifikovat a odstranit, je skutečnost, že běžně poskytovaná podpora zdraví, je v jednotlivých zdravotnických zařízeních pojata nekonceptně, nesystematicky a bez organizačně definovaného rámce. Jak bylo již uvedeno v předešlých kapitolách, má takto poskytovaná podpora zdraví pouze částečný až minimální užitek pro zaměstnance i pacienty. Tento stav byl potvrzen u všech nemocnic zapojených do HPH RP. Pro představu můžeme tento nežádoucí jev demonstrovat na příkladu, kdy má zdravotnické zařízení např. poradnu pro odvykání kouření. Zcela běžnou praxí je, že je tato poradna personálem považována za běžně provozované pracoviště, které si „nezaslouží“ zvláštní zájem. Ze strany managementu není provozu poradny věnován dostatečný zájem a potenciál, který tato poradna představuje, upadá.

Po osvojení si zásad podpory zdraví, v tomto případě v rámci realizace HPH RP, je této poradně přikládána zcela jiná důležitost, a to jak z hlediska řadových zdravotnických pracovníků, tak ze strany managementu. Důvodem je ukotvení poradny v systematickém a organizačním rámci, který z této poradny tvoří dominantní atribut podpory zdraví. Personál je o škodlivosti kouření a s tím související poradně pravidelně informován a školen, což zvyšuje počet provedených intervencí; pacienti jsou informacím o možném využití poradny vystavováni napříč celým zdravotnickým zařízením formou informačních brožur, zmiňovaných intervencí a ostatních propagačních materiálů.

Výše uvedený příklad má v následujícím kontextu demonstrovat, že podpora zdraví (alespoň v základním měřítku) je více či méně poskytována v každém zdravotnickém zařízení v ČR. Problémem je právě zmiňovaná absence konceptu či strategie podpory zdraví. Z tohoto vyplývá i souvislost s finanční náročností implementace programu na podporu zdraví v ČR, kdy je na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení potřeba jen minimální finanční zajištění, což dokládají i níže uvedené finanční rozbory HPH RP.

3.2.1 Náklady na HPH RP v první fázi realizace

Pro zavedení HPH recogniton projektu v první fázi realizace, tzn. v průběhu sběru dat základního balíčku, byly nemocnicí identifikovány celkové náklady 74 000 Kč.

Z níže uvedené tabulky můžeme vidět, že nároky na finanční prostředky zde vznikají především kvůli mzdovým nákladům a pro zajištění financování dlouhodobého hmotného majetku, které je zde zastoupeno pulzním oxymetrem a detektorem oxidu uhličitého v dechu.

Tabulka 21: Položkové nároky na finanční prostředky při základním balíčku HPH RP

| Nákladová položka | | Náklady projektu [Kč] |
|--|---------------------------------------|-----------------------|
| 1. Provozní náklady celkem | | 43 000 |
| 1.1. Materiálové náklady celkem | | 38 000 |
| z toho: | kancelářské potřeby | 3 000 |
| | vybavení (*DDHM do 40 tis. Kč) | 35 000 |
| 1.2 Nemateriálové náklady celkem | | 5 000 |
| 1.2.1. | Cestovné zaměstnanců | 2 000 |
| 1.2.2. | Ostatní služby - školení a vzdělávání | 3 000 |
| 2. Osobní náklady celkem | | 31 000 |
| 2.1. Mzdové náklady - hrubé mzdy | | 23 000 |
| 2.2. Odvody sociální a zdravotní pojištění | | 8 000 |
| Celkové náklady na realizaci projektu | | 74 000,00 |

3.2.2 Náklady na HPH RP ve druhé fázi realizace

Náklady na realizaci kontrolního balíčku HPH RP zobrazuje níže uvedená tabulka 22. Jelikož byly finanční náklady na přístroje vyúčtovány při realizaci základního balíčku, omezilo se rozpětí nároků finančních prostředků na kontrolní balíček pouze na provozní náklady a dále na mzdové, které zde představují opět dominantu.

Tabulka 22: Nároky na finanční prostředky při kontrolním balíčku HPH RP

| | |
|--|---------------------|
| Provozní náklady | 9 054,75 Kč |
| z toho Materiálové náklady – kancelářské potřeby | 7 797,75 Kč |
| Nemateriálové náklady – překlad | 1 257,00 Kč |
| Osobní náklady – odměny | 54 000,00 Kč |
| z toho Mzdové náklady | 40 000,00 Kč |
| Odvody na sociální a zdravotní pojištění | 14 000,00 Kč |
| celkový rozpočet | 63 054,75 Kč |

Tabulka 23: Mzdové náklady na realizaci kontrolního balíčku HPH RP

| Členové realizačního týmu | Funkce | Dosažené vzdělání | Honorář [Kč] |
|---------------------------|----------------------|-------------------|---------------|
| 1 | zástupce managementu | VŠ | 5 500 |
| 2 | zástupce managementu | VŠ | 5 000 |
| 3 | vrchní sestra | SŠ | 8 000 |
| 4 | zástupce managementu | SŠ | 7 000 |
| 5 | staniční sestra | SŠ | 10 000 |
| celkem | | | 35 500 |

Uvedené tabulky 23 a 26 dokládají tvrzení z praxe, že samotná implementace podpory zdraví je pro prostředí českých poskytovatelů zdravotních služeb finančně nenáročná, avšak položkou, na kterou jsou finanční prostředky zcela oprávněně čerpány největší obnosy, jsou mzdy pro realizační týmy. Důvodem, proč toto finanční rozložení autorka práce označuje za oprávněné je, že mnoho pracovníků participujících na realizaci HPH RP či následných aktivit na rozvoj podpory zdraví, pracuje ve svém volném čase po pracovní době.

3.2.3 Implementace programu podpory zdraví

FN Olomouc realizovala v rámci programu na podporu zdraví mnoho aktivit. Vybranou aktivitou pro ukázkou ekonomické náročnosti je celoroční projekt, jehož hlavní zaměření bylo uspokojování psychických a fyzických potřeb zdravotnických pracovníků a motivace jednotlivců i kolektivů k vytváření příznivého prostředí ve FN Olomouc.

Níže uvedená kalkulace je pro realizaci projektu jednorázová; pro fungování projektu déle nežli 1 rok se počítá pouze s minimálním dofinancováním. Jedná se však pouze o rámcové náklady, jejichž výčet není kompletní a níže uvedená data lze tak považovat pouze za orientační.

Tabulka 24: Souhrnná kalkulace projektu – implementace podpory zdraví – personál

| | |
|---------------------------------|----------------------|
| materiál ¹⁴ | 32 500,00 Kč |
| služby | 62 500,00 Kč |
| mzdové prostředky ¹⁵ | 115 000,00 Kč |
| ostatní | 3 000,00 Kč |
| celkový rozpočet | 213 000,00 Kč |

Tabulka 24 uvádí souhrnné finanční nároky na realizaci jednoletého projektového záměru pro zajištění interaktivních seminářů spirituální péče, podpory psychické odolnosti a zdatnosti zdravotnického personálu a dále pro tisk propagačních a informačních letáků a brožur. Jednotlivé oblasti jsou v následujících tabulkách dále „rozpoložkovány“ pro vyšší transparentnost čerpání finančních prostředků.

¹⁴ Materiálem je zde myšleno: papíry A4, tonery do tiskáren, flipchart, flashdisk, CD nosiče, fixy, stojan na velkoformátové papíry

¹⁵ Mzdové prostředky byly vynaloženy na lektorskou a organizační činnost.

Tabulka 25: Položkové rozdělení nákladů projektu

| Nákladová položka | | Náklady projektu [Kč] |
|--|--------------------------------|-----------------------|
| 1. Provozní náklady celkem | | 98 000 |
| 1.1. Materiálové náklady celkem | | 32 500 |
| z toho: | kancelářské potřeby | 1 500 |
| | vybavení (*DDHM do 40 tis. Kč) | 1 500 |
| | ostatní materiálové náklady | 16 000 |
| 1.2 Nemateriálové náklady celkem | | 62 500 |
| 1.2.1 | Energie | 8 500 |
| z toho: | elektřina | 5 000 |
| | plyn | 3 000 |
| | vodné, stočné | 500 |
| 1.2.2. | Opravy a udržování | 4 000 |
| 1.2.3. | Ostatní služby | 5 000 |
| z toho: | telefony | 2 000 |
| | jiné ostatní služby | 48 000 |
| 1.3 Jiné provozní náklady - odpisy | | 3 000 |
| 2. Osobní náklady celkem | | 115 000 |
| 2.1. Mzdové náklady - DPČ | | 115 000 |
| Celkové náklady na realizaci projektu | | 213 000,00 |

Tabulka 26: Mzdové náklady na implementaci podpory zdraví do FN Olomouc za rok¹⁶

| | Funkce | Dosažené vzdělání | Počet odpracovaných hodin | Honorář za 1 hodinu [Kč] | Honorář celkem [Kč] |
|---------------|------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|
| 1 | všeobecná sestra | VŠ | 60 | 250 | 15 000 |
| 2 | náměstek | VŠ | 60 | 250 | 15 000 |
| 3 | referent | VŠ | 32 | 250 | 8 000 |
| 4 | referent | VŠ | 32 | 250 | 8 000 |
| 5 | referent | SŠ | 20 | 250 | 5 000 |
| 6 | referent | VŠ | 20 | 250 | 5 000 |
| 7 | kaplan | VŠ | 12 | 250 | 3 000 |
| 8 | kaplan | VŠ | 12 | 250 | 3 000 |
| 9 | všeobecná sestra | VŠ | 8 | 250 | 2 000 |
| 10 | všeobecná sestra | VŠ | 8 | 250 | 2 000 |
| 11 | referent | VŠ | 36 | 250 | 9 000 |
| 12 | externista | SŠ | 20 | 250 | 5 000 |
| 13 | všeobecná sestra | VŠ | 20 | 250 | 5 000 |
| 14 | všeobecná sestra | VŠ | 60 | 500 | 30 000 |
| celkem | | | | | 115 000 |

¹⁶ Personální čerpání mzdových nákladů je pro účely této práce anonymizováno.

Pro finanční jištění nákladů, jež vznikly v souvislosti s implementací podpory zdraví, byly všem členským nemocnicím Národní sítě HPH v ČR, ze strany Ministerstva zdravotnictví nabídnuty opakované možnosti čerpání státních dotací. Konkrétně v případě FN Olomouc byly tímto mechanismem poskytnuty příspěvky ze státního rozpočtu ve výši 250 000 Kč za období 2013-2015.

Jediným nákladem, který je hrazen vždy bezvýjimečně danou HPH nemocnicí, je roční členský poplatek, jež je hrazen v součinnosti s Ministerstvem zdravotnictví, avšak pouze z hlediska administrativního jištění. Jak bylo uvedeno v teoretické části práce, jeho výše je aktuálně 200 EUR (ve vazbě na aktuální kurz se tento náklad pohybuje kolem 5 500 Kč).

Výše uvedené nákladové tabulky představují sice ekonomickou stránku problematiky, ale pouze z omezeného pohledu. Pro provedení plnohodnotné ekonomické analýzy nejsou v současné době k dispozici relevantní data, a to v rámci celé Národní HPH sítě. Problémem, který tato práce odhaluje a konkretizuje, je úplná absence měřitelných ekonomických ukazatelů, podle nichž by bylo možné sledovat a dále vyhodnocovat dopady programu podpory zdraví (místního, krajského či národního, nebo v rámci holdingu). I přesto, že známe oblasti odrazu těchto intervencí, nejsou na území ČR, ani ve světě, dosud stanoveny vhodné ukazatele pro jeho vyjádření v peněžních jednotkách.

Jak vysvětlují sami zástupci zdravotnických zařízení a dokládají též mezinárodní studie, je pro organizaci velice náročné identifikovat všechny vstupní náklady a investice související s podporou zdraví a programem na její integraci do systému [8], [9], [15].

Dále je pro zdravotnické zařízení prakticky nemožné plnohodnotně a bezezbytku vyčíslit dopady podpory zdraví. Nyní se v rámci zdravotnických zařízení neprovádějí prakticky žádné ucelené statistiky, jejichž cílem by byla ekonomická analýza dopadů podpory zdraví.

Právě z těchto důvodů, tj. v situaci, kdy neznáme hodnotu *investice* a výši *zisku*, není v současné době možné provést plnohodnotnou ROI analýzu.

3.3 Návrh metodického návodu pro MZ ČR

METODICKÝ NÁVOD K ZAČLENĚNÍ POSYKTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB DO NÁRODNÍ SÍTĚ HPH ČR

Doporučení pro implementaci mezinárodních standardů podpory zdraví pro poskytovatele lůžkové zdravotní péče

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

ÚVOD

S cílem povýšit úroveň poskytovaných zdravotních služeb se Česká republika, prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví zařadila do mezinárodního programu Světové zdravotnické organizace (dále jen „WHO“), Health promoting hospitals & Health services (dále jen „HPH“), který členským státům umožňuje zvyšování úrovně kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb prostřednictvím přijetí a implementace mezinárodních standardů na podporu zdraví do stávajícího systému managementu a řízení zdravotnického zařízení.

Tyto aktivity ve svém důsledku podporují mezinárodní spolupráci České republiky a nabízí poskytovatelům zdravotních služeb využívat nové mezinárodně uznávané metody zvyšování kvality a bezpečí.

V rámci programu HPH bylo v souladu s vnitřními stanovami mezinárodní sítě HPH stanoveno Ministerstvo zdravotnictví národní koordinační jednotkou v čele s národním koordinátorem. Z této pozice byla při ministerstvu vytvořena tzv. Národní síť HPH v ČR. Cílem ministerstva je systematicky tuto síť rozšiřovat a rozvíjet tak podporu zdraví na území České republiky.

Pro souhrnné seznámení s programem HPH v ČR vydává ministerstvo tento metodický návod, který sumarizuje stanovené postupy pro přijetí poskytovatelů zdravotních služeb do národní sítě HPH a dále provází poskytovatele zdravotních služeb jednotlivými oblastmi členství.

Tento metodický návod neukládá poskytovateli zdravotních služeb povinnost plnění ve smyslu zákonné povinnosti. Jeho povaha je pouze doporučující, jelikož jeho předmětem je dobrovolně osvojený program.

1. ZÁKLADNÍ USTANOVENÍ

- 1.1. Program Health promoting hospitals & Health services funguje pod záštitou Světové zdravotnické organizace.
- 1.2. Hlavní organizací programu HPH je Mezinárodní síť Nemocnic podporujících zdraví a zdravotní služby (dále jen „mezinárodní síť“).
- 1.3. Výkonnou institucí mezinárodní sítě je Mezinárodní sekretariát programu HPH (dále jen „mezinárodní sekretariát“).
- 1.4. Členy mezinárodní sítě HPH jsou státy, kterým bylo oficiálně uznané členství v této síti ve formě tzv. dohody o spolupráci.
- 1.5. Všechny členské státy vytváří národní či regionální síť HPH, které sdružují místní zdravotnická zařízení podporující zdraví a zdravotní služby o minimálně 3 členech.
- 1.6. V případě, že ve státě neexistuje žádná blízká národní či regionální síť, je možné uznat i individuální členství zdravotnického zařízení.
- 1.7. Česká republika je členským státem Mezinárodní sítě HPH (dále jen „členský stát“) od roku 2003.
- 1.8. V rámci členství dle bodu 1.7 byla v České republice vytvořena Národní síť HPH v ČR (dále jen „národní síť ČR“).
- 1.9. Národní koordinační jednotkou je ustanoveno Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále jen „ministerstvo“).
- 1.10. V čele národní sítě ČR je národní koordinátor programu HPH pro území ČR, který je v rámci programu výkonnou osobou (dále jen „národní koordinátor“).
- 1.11. Osoba zastupující národního koordinátora je po přímém pověření národní administrátor programu HPH v ČR (dále jen „národní administrátor“).
- 1.12. Členem národní sítě ČR se může stát pouze zdravotnické zařízení nemocničního typu (dále jen „nemocnice“) oprávněné k poskytování zdravotních služeb dle zákona o zdravotních službách se sídlem na území České republiky.
- 1.13. Členství nemocnice podléhá vždy schválení národní koordinační jednotkou.
- 1.14. Pro ukotvení národní sítě v ČR do struktury ministerstva byla vytvořena Pracovní podskupina Národní síť Nemocnic podporujících zdraví a zdravotní služby (dále jen „PPNPZZS“) při Pracovní skupině pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče (dále jen „PSBPKZP“). Předsedkyní PPNPZZS je národní koordinátor programu HPH v ČR.

2. PŘIJETÍ DO NÁRODNÍ SÍTĚ HPH v ČR

- 2.1. Nemocnici, jež se uchází o členství v národní síti ČR (dále též „žadatelská nemocnice“), se před podáním žádosti o toto členství, doporučuje seznámit se s mezinárodními stanovami mezinárodní sítě HPH (dále jen „stanovy“), které jsou volně k dispozici na webových stránkách ministerstva.
- 2.2. Před podáním oficiální žádosti o členství musí být v rámci žadatelské nemocnice zajištěn souhlas vedení nemocnice se záměrem o účasti na programu HPH.
- 2.3. Žadatelská nemocnice stanoví osobu, která bude kontaktní osobou pro národní koordinační jednotku programu (dále jen „místní HPH koordinátor“).

- 2.4. Místní HPH koordinátor je vždy člen managementu žádající nemocnice, přičemž jsou další kritéria jeho volby stanovena přímo žadatelem nemocnicí.
- 2.5. V rámci tohoto metodického návodu je na pozici místního HPH koordinátora dle bodu 2.4. doporučen manažer kvality nebo náměstek pro ošetrovatelskou péči.
- 2.6. Před podáním oficiální žádosti o členství v Národní síti HPH v ČR informuje místní HPH koordinátor národního koordinátora, popř. národního administrátora (dále též „představitel národní sítě ČR“), o záměru o členství daného nemocničního zařízení.
- 2.7. Na podnět žadatelé nemocnice dle odstavce 2.6. připraví národní administrátor příslušnou dokumentaci potřebnou k administraci nového člena Národní sítě HPH v ČR, tj. Letter of Intent (dále jen “LoI”).
- 2.8. V rámci komunikace obou stran seznámí představitel národní sítě ČR místního HPH koordinátora o budoucím postupu.
- 2.9. Představitel národní sítě ČR vyzve místního koordinátora k administraci LoI na úrovni zdravotnického zařízení. Přitom zašle národní administrátor LoI místnímu HPH koordinátorovi elektronicky.
- 2.10. Místní koordinátor HPH zajistí v rámci administrace vyplnění LoI podpisem ředitele žádající nemocnice. Vlastní podpis musí být opatřen datem podpisu a čitelným jménem podpisujícího.
- 2.11. Letter of Intent podepsaný dle odstavce 2.10. žadatel zašle zpět národnímu administrátorovi, a to elektronicky v podobě scanu.
- 2.12. Po stvrzení záměru o účasti na programu HPH ze strany žadatele tj. podpisem LoI, zajistí národní administrátor datovaný podpisem národního koordinátora programu HPH v ČR. Platnost členství je omezena na 4 roky, přičemž tato lhůta se začíná dnem podpisu národního koordinátora.
- 2.13. Po podpisu Letter of Intent oběma stranami dle bodu 2.10. a 2.12. zajistí národní administrátor veškerou komunikaci s mezinárodním sekretariátem tak, aby byla zajištěna oficiální evidence nového člena národní sítě ČR touto institucí.
- 2.14. Současně s plněním odstavce 2.13. zajistí národní administrátor, v co nejkratším možném termínu, předání podepsaného Letter of Intent místnímu koordinátorovi HPH. Tento dokument je oficiálním dokladem členství nemocnice v národní síti ČR.
- 2.15. V návaznosti na bod 2.13. zajistí národní administrátor tzv. uvítací balíček programu HPH. Tento je zasílán z mezinárodního sekretariátu národnímu koordinátorovi poštou do cca 21 dní od registrace nového člena dle bodu 2.13.
- 2.16. Místní koordinátor HPH je po uznání členství vyzván k úhradě ročního členského poplatku ve výši 200 EUR. Od úhrady členského poplatku za první rok členství je nemocnice osvobozena pouze v případě podpisu LoI dle bodu 2.10. a 2.12. po šestém měsíci v daném roce.
- 2.17. Národní administrátor zajistí po realizaci bodu 2.16. uvedení nové HPH nemocnice na webové stránky Ministerstva zdravotnictví ČR, portál kvality a bezpečí.
- 2.18. Národní koordinátor jmenuje místního HPH koordinátora nově členské nemocnice jako člena do Pracovní podskupiny Národní síť nemocnic podporujících zdraví a zdravotní služby. Jmenování je prováděno formou jmenovací listiny.

3. POVINNOSTI ČLENŮ NÁRODNÍ SÍTĚ HPH v ČR¹⁷

- 3.1. Přijmout principy stanovené v dokumentech a deklarácích WHO vydaných v souvislosti s programem HPH včetně stanov mezinárodní sítě HPH.
- 3.2. Usilovat o implementaci principů, strategií a pravidel programu HPH s využitím standardů WHO a / nebo příslušných národních standardů souvisejících s principy programu HPH.
- 3.3. Vytvořit soubor písemných pravidel zaměřených na podporu zdraví; vytvořit a vyhodnotit akční plán podpory zdraví, jehož cílem bude napomáhat začlenění podpory zdraví do zdravotnického zařízení.
- 3.4. Platit roční členský poplatek mezinárodnímu sekretariátu HPH.
- 3.5. Na národní a mezinárodní úrovni sdílet zkušenosti a informace o vývoji projektu HPH, příkladech dobré praxe a implementaci standardů a indikátorů.

4. MEZINÁRODNÍ STANDARDY PODPORY ZDRAVÍ

- 4.1. Mezinárodní standardy podpory zdraví (dále jen „standardy“) byly stanoveny v souladu s kritérii Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotní péči ve spolupráci s WHO a mezinárodní sítí HPH.
- 4.2. Jsou zaměřeny na dominantní oblasti v podpoře zdraví pro prostředí zdravotnického zařízení.
- 4.3. Oblastmi standardů jsou zásady řízení/managementu organizace, posuzování potřeb pacientů, informování pacientů a opatření na podporu zdraví, podpora zdravého pracovního prostředí, kontinuita a spolupráce.
- 4.4. Představují pro organizaci nástroj pro identifikaci slabých míst z hlediska podpory zdraví a následně pak pomáhají zavést a systematicky zlepšovat vhodné aktivity týkající se podpory zdraví včetně souvisejících činností.
- 4.5. Cílem standardů je ve zdravotnickém zařízení monitorovat, hodnotit a kontinuálně zlepšovat kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.
- 4.6. V rámci implementace standardů je záměrem zavést a posílit systematickosti aktivit na podporu zdraví, přičemž se zaměřit též na posilování zdraví a bezpečí pacientů i zaměstnanců, zlepšit organizaci poskytování zdravotní péče a dílčích aktivit na podporu zdraví. Dále posílit spolupráci resortních organizací.

¹⁷ Povinnosti vycházejí ze stanov mezinárodního sekretariátu HPH, a jsou proto, i přes doporučující povahu tohoto metodického návodu, pro členy národní sítě v ČR povinné.

5. PŘÍNOSY IMPLMENTACE PODPORY ZDRAVÍ

- 5.1. Přínosy implementace podpory zdraví byly prokázány provedenou analýzou výsledků projektu HPH Recognition project a rozsáhlou rešerší odborné literatury.
- 5.2. Dělení jednotlivých přínosů je děleno na úroveň pacientů, zaměstnanců a organizace jako celku.

I. PŘÍNOSY NA ÚROVNI PACIENTŮ

- a) Zlepšení fyzického stavu pacienta.
- b) Zlepšení psychického stavu pacienta.
- c) Ponižení míry limitace pacientů při každodenních aktivitách.
- d) Ponižení míry limitace pacientů při společenských aktivitách.
- e) Snížení rizikového chování pacientů ve smyslu omezení kouření, konzumace alkoholu.
- f) Zvýšení zodpovědnosti pacientů vůči svému zdravotnímu stavu.
- g) Pacienti jsou více zainteresováni v možnostech podpory zdraví v daném zdravotnickém zařízení.
- h) Pacienti vnímají svůj zdravotní stav jako příznivější.
- i) Pacienti lépe přijímají informace poskytované zdravotnickým personálem.

II. PŘÍNOSY NA ÚROVNI ZAMĚSTNANCŮ

- a) Zaměstnanci vnímají svůj zdravotní stav příznivěji.
- b) Zlepšení fyzického stavu zaměstnanců.
- c) Došlo k navýšení fyzicky aktivních dní.
- d) Zlepšení psychického stavu zaměstnanců.
- e) Ponižení vnímání syndromu vyhoření.
- f) Snížení rizikového chování zaměstnanců ve smyslu omezení kouření a konzumace alkoholu.
- g) Zvýšení zodpovědnosti zaměstnanců vůči svému zdravotnímu stavu.
- h) Pokles míry limitace při výkonu zaměstnání v důsledku bolestivých stavů.
- i) Ponižení míry limitace zaměstnanců při každodenních aktivitách.
- j) Ponižení míry limitace zaměstnanců při společenských aktivitách.
- k) Zaměstnanci si více uvědomují rizika na svém pracovišti.
- l) Pracovní prostředí je vnímáno značně pozitivněji.
- m) Zaměstnanci zodpovědněji přistupují ke kontinuálnímu vzdělávání v oblasti možností podpory zdraví.
- n) Snížení absenteismu na pracovišti.
- o) Snížení prezenteismu na pracovišti.
- p) Zlepšení komunikace mezi členy personálu.
- q) Zlepšení komunikace směrem k pacientům.

III. PŘÍNOSY NA ÚROVNI ORGANIZACE

- a) Zvýšení zájmu vedoucích pracovníků o zdravotní stav svých podřízených.
- b) Zvýšení angažovanosti vedení oddělení v oblasti podpory zdraví.
- c) Zvýšení spolupráce resortních organizací a institucí.
- d) Rozvoj mezinárodní spolupráce.
- e) Zvýšení spokojenosti pacientů při čerpání zdravotní péče.
- f) Zvýšení spokojenosti zaměstnanců s pracovním prostředím.
- g) Ponižení zátěže plynoucí z prezenteismu a absenteismu personálu.
- h) Tvorba interních doporučujících léčebných a ošetrovatelských postupů.
- i) Zlepšení image mezi pacienty.
- j) Více informovaný personál o zásadách podpory zdraví.
- k) Zvýšení compliance pacientů.

6. ČASTÉ NEDOSTATKY NEMOCNIC Z HLEDISKA PODPORY ZDRAVÍ

- 6.1. Absence jasně definovaných pravidel a strategie pro zavedení zásad podpory zdraví v organizaci.
- 6.2. Nevyhraněný finanční budget pro dostatečné zavedení podpory zdraví v organizaci.
- 6.3. Nízká či žádná spolupráce mezi resortními institucemi.
- 6.4. Nepřítomnost strategického dokumentu podpory zdraví.
- 6.5. Nezájem vedení nemocnice o zpětnou vazbu od personálu.
- 6.6. Nepřítomnost specifických programů podpory zdraví pro personál.
- 6.7. Nedostatečné postupy pro informování pacientů o možnostech podpory zdraví.
- 6.8. Nesprávné vedení zdravotnické dokumentace.
 - a) Roztříštěnost zdravotnické dokumentace.
 - b) Vedení dokumentace na několika dílčích liniích.
 - c) Opomíjení provádění zápisů o relevantních skutečnostech, jež získal ošetřující personál běžným rozhovorem s pacientem (např. sociální prostředí pacienta).
 - d) Provedené záznamy jsou neúplné, což snižuje jejich možnost interpretace.
 - e) Nedostatečné zápisy do zdravotnické dokumentace při mezioborové spolupráci (např. návštěva a intervence od nutričního poradce, fyzioterapeuta).
 - f) Opomíjení sociálního stavu pacienta.
 - g) Opomíjení náboženského vyznání pacienta.
- 6.8. Nedostatečně edukovaný personál v oblasti podpory zdraví.
- 6.9. Absence indikátorů, podle kterých by bylo možné do budoucích let sledovat finanční bilanci programů a aktivit na podporu zdraví.

Doplnění k bodu 6.9.: Jedním ze snah a cílů zdravotnického zařízení při implementaci podpory zdraví do organizace by mělo být vytvoření takových ekonomických ukazatelů, které umožní sledovat návratnost investice.

7. ZÁVĚR

Přínosy, které přináší implementace podpory zdraví do zdravotnického zařízení, jsou evidentní a jejich vyjmenováním v kapitole 0 tohoto metodického návodu chce Ministerstvo zdravotnictví dosáhnout vyššího zájmu českých poskytovatelů zdravotních služeb o program HPH a jeho principy.

Účelem kapitoly 6 chce ministerstvo poukázat na nejčastější nedostatky, jež byly zjištěny analýzou výzkumného projektu HPH Recognition project (podrobné informace o projektu naleznete na webových stránkách ministerstva v sekci legislativa a na portálu kvality a bezpečí). Cílem ministerstva je specifikací těchto nedostatků pomoci poskytovatelům zdravotních služeb zaměřit se na ty nejčastěji přehlížené oblasti pro plnohodnotný rozvoj podpory zdraví v ČR.

V rámci podpory zdraví nabízí ministerstvo plnou podporu všem zdravotnickým zařízením, jež mají zájem tuto podstatnou oblast zdravotnictví rozvíjet a systematicky zlepšovat. Jedním z pomocných nástrojů pro minimální základní orientaci obsahu činností na podporu zdraví nabízí tento metodický návod.

Kontakt: odbor zdravotních služeb, oddělení kvality a bezpečí zdravotních služeb.

4 Diskuse

Diplomová práce obsahuje rozsáhlou podrobnou analýzu pilotního výzkumného projektu HPH Recognition project (HPH RP), který v českých zdravotnických zařízeních probíhal v letech 2012-2014. Tento projekt probíhal v sedmi zdravotnických zařízeních v ČR a dále v desítkách států po celém světě. Jeho záměrem bylo zjistit, do jaké míry jsou ve zdravotnických řízeních plněny mezinárodně uznávané standardy podpory zdraví, které vytvořila Světová zdravotnická organizace (WHO) ve spolupráci s Mezinárodní společností pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua). Tyto standardy jsou založeny převážně na základě principu využívání tzv. best practices, přičemž je jejich struktura podložena výstupy dílčích průzkumů WHO (např. HPH-DATA model) [4], [30], [33].

Účast zdravotnických zařízení v HPH RP je podmíněna jejich členstvím v Mezinárodní síti nemocnic podporující zdraví a zdravotní služby, která působí pod záštitou WHO. Členy této sítě se stávají zdravotnická zařízení, která vnímají důležitost podpory zdraví a prevence, coby efektivní strategie vedoucí ke snížení incidence a prevalence civilizačních chorob. Mezi ty nejzávažnější civilizační onemocnění, jímž lze předcházet zdravým životním stylem řadíme kardiovaskulární onemocnění, včetně hypertenze, postižení pohybového aparátu, diabetes mellitus II. typu, onemocnění dýchacího systému, karcinomy různého druhu, cévní mozková příhoda a psychiatrická a duševní onemocnění. Zátěž těmito chorobami má ve vyspělé populaci rostoucí tendenci a postihuje řádově miliony jedinců. Vedle toho mají převážně chronickou povahu, což jejich negativní dopady zvyšuje [1], [12], [13].

Podpora zdraví je pojem, jež v sobě obsahuje mnoho aktivit s jedním souběžným cílem, a sice redukovat působení rizikových faktorů pro lidské zdraví, jako je kouření a jiné užívání tabáku, konzumace alkoholu, nedostatek fyzické aktivity, nezdravé stravování a výživa [4]. Působení všech výše uvedených rizikových faktorů souvisí s osvojeným životním stylem a jsou tak plně preventabilní. Dle odborné literatury je nezdravý životní styl příčinou vzniku onemocnění až v 60 % [11].

Vedle klinického a epidemiologického působení popsanych rizikových faktorů je nutné vnímat i dopady ekonomické. Onemocnění vznikající v důsledku rizikového životního stylu představují ve vyspělých zemích ohromnou ekonomickou zátěž. Náklady na léčbu výše uvedených chronických preventabilních chorob představují např. ve Spojených státech amerických, podle modelové studie z roku 2007, více než \$ 1 bilion ročně, přičemž odhad úspor při posílení preventivních programů jejich vzniku je až \$ 217 miliard [14].

Náklady však vznikají též na úrovni státu, zdravotních pojišťoven a zaměstnavatelů, kde představují náklady vznikající v důsledku narůstajícího prezenteismu a absentismu 43. Absentující zaměstnanec představuje pro stát zátěž v podobě nižšího odvodu daní při snížení vyměřovacího základu, jelikož se její výše odvíjí od výše dosaženého příjmu (čím déle je zaměstnanec v pracovní neschopnosti, tím nižší má vyměřovací základ daně). V případě čerpání nemocenské je pak absentující jedinec osvobozen o úhrady zdravotního a sociálního pojištění. Tím je postižen opět stát a současně též zdravotní pojištěna, u níž je pojištěn. Značné náklady též představuje prezenteismus, kdy dochází ke snížení produktivity jedince a snížení kvality jeho práce. Mnohé studie potvrzují, že prezenteismus

je pro zaměstnavatele ekonomicky náročný jev. Současně se však též shodují, že vyjádření jeho dopadu v peněžních jednotkách je v současné době velmi obtížné [7], [8], [9].

Zásady zdravého životního stylu, podpory zdraví a prevence by si měli lidé osvojit již v raném věku, nejčastěji v prostředí vzdělávacího zařízení či rodiny, nebo v pozdější době v rámci svého zaměstnání. Naneštěstí je tento předpoklad často mylný a první kontakt je stále častěji situován do zdravotnického zařízení. Sem však lidé nejčastěji přichází s již osvojeným rizikovým chováním, která je často víceúrovňové. To znamená, že na zdraví jedince působí více nežli jeden rizikový faktor. Nejčastěji se vyskytují např. kombinace aktivního kouření s konzumací alkoholu; kouření a nízká fyzická aktivita; konzumace alkoholu, kouření a špatná výživa apod.

Zdravotnické zařízení se tak stává strategickým místem pro zavedení opatření proti působení rizikových faktorů na zdravotní stav obyvatel. Potencujícím důvodem je též základní poslání zdravotnických zařízení – pečovat o lidské zdraví [14].

Podpora zdraví se však netýká pouze těch, co v důsledku poškození zdraví čerpají zdravotní péči, ale má též zásadní význam pro zaměstnance. I zde je zdravotnické zařízení vhodnou institucí pro šíření zásad podpory zdraví. Zdravotnický personál je ve zvýšené míře vystavován často nadměrné fyzické a psychické zátěži a dalším rizikovým faktorům, jako je např. riziko infekcí. Podpora zdraví směřovaná na zdraví zaměstnanců a příznivé pracovní prostředí ve zdravotnickém zařízení představuje velmi efektivní nástroj pro posílení nejen psychického zdraví personálu, což ve svém důsledku vede ke zvýšení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. Dle výzkumu u 11 549 pacientů a 10 733 zdravotních sester v 217 nemocnicích z 8 evropských států vedla implementace programu podpory zdraví ve zdravotnickém zařízení k lepším výsledkům v péči o pacienty a ke snížení rizika výskytu syndromu vyhoření. Sledovaná spokojenost pacientů s poskytovanou zdravotní péčí byla zjištěna o to vyšší, o co spokojenější byl místní ošetřující zdravotnický personál s pracovním prostředím a pracovními podmínkami [16], [17].

S cílem integrovat podporu zdraví do zdravotnických zařízení systematickým a efektivním způsobem, jež by zaručoval mezinárodní spolupráci a sdílení odborných know-how, vznikla při WHO již zmiňovaná Mezinárodní síť nemocnic podporujících zdraví a zdravotní služby (International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services). Tato mezinárodní platforma je tvořena dílčími regionálními či národními sítěmi členských států, popř. i jednotlivými zdravotnickými zařízeními [26], [29], [31].

Česká republika vstoupila do uvedené Mezinárodní HPH sítě roku 2003 a od této doby se prostřednictvím zastřešující instituce, Ministerstva zdravotnictví (ministerstvo), snaží o implementaci zásad podpory zdraví na národní úrovni. K tomuto záměru vytvořila vlastní národní síť HPH nemocnic, která aktuálně čítá 10 zdravotnických zařízení.

V rámci těchto snah využila Česká republika výzvy WHO a Mezinárodní sítě HPH k účasti na pilotním projektu HPH Recognition project (HPH RP), jehož cílem bylo zjistit, do jaké míry jsou v těchto zdravotnických zařízeních plněny a dodržovány zásady podpory zdraví.

K tomuto posuzování byly v rámci projektu využívány nástroje vycházející z mezinárodně uznávaných standardů podpory zdraví. Ty jsou rozděleny do pěti oblastí hodnocení: zásady řízení/managementu, posuzování potřeb pacientů, informování pacientů a opatření na

podporu zdraví, podpory zdravého pracovního prostředí a konečně, kontinuita a spolupráce. Samotná realizace projektu probíhala ve dvou sběrech dat, kdy první sběr, tzv. základní balíček, představoval zjištění současného plnění zásad podpory zdraví, druhý sběr dat, tzv. kontrolní balíček, sledoval nápravu zjištěných nedostatků s ročním odstupem. V průběhu této roční lhůty měla nemocnice za úkol implementovat zásady podpory zdraví do každodenní praxe zdravotnického zařízení [33].

Na HPH RP participovalo celkem sedm zdravotnických zařízení, jež jsou členy Národní sítě HPH v ČR. Tři nemocnice ukončily tento projekt v roce 2013, zbylé čtyři jej ukončily o rok později. Účast na projektu přinesla nemocnicím nejen analýzu současného stavu, ale především jim na základě sebehodnocení dopomohla k vytvoření takové interní strategie podpory zdraví, aby jimi poskytované služby dosahovaly mezinárodní úrovně. Z hlediska konkrétních nemocnic byl též velmi podstatný zisk mezinárodního HPH certifikátu, jež byl udělován v závěrečné fázi projektu (externí audit).

V souvislosti s účastí České republiky na HPH RP definovalo Ministerstvo zdravotnictví strategický národní cíl zvýšit počet nemocnic s certifikátem HPH a zvýšit počet nemocnic zapojených do Národní sítě HPH v ČR. Tento cíl byl začleněn do národní strategie resortu zdravotnictví s názvem Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (Zdraví 2020). Podkladem pro strategii ČR byla, Světovou zdravotnickou organizací vydaná, evropská strategie *Health 2020* [1].

Cílem předkládané diplomové práce bylo vytvoření návrhu metodického návodu pro implementaci mezinárodních standardů podpory zdraví do zdravotnického zařízení v ČR (metodika). Hlavní premisou bylo vytvoření souhrnného dokumentu, který bude zdravotnickým zařízením v ČR sloužit jako průvodce programem HPH, poskytne jim podrobné informace o tom, jak se stát členskou nemocnicí a především shrne oblasti, jež jsou z hlediska podpory zdraví v českých zdravotnických zařízeních často opomíjeny. Tímto chce ministerstvo dosáhnout zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb a bezpečí pacientů a získání nových členů do Národní sítě HPH tak, aby byl splněn stanovený cíl uvedené národní strategie Zdraví 2020.

Aby bylo možné metodiku vytvořit, bylo v rámci praktické části předkládané práce využito dokumentace HH RP z Fakultní nemocnice Olomouc a Nemocnice Valašské Meziříčí, a.s. Tato dokumentace představuje rozsáhlý soubor dat, který nebyl na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení nikdy plnohodnotně vyhodnocen a nebylo tak možné získat validní argumenty pro získání nových členů Národní sítě HPH v ČR. Z výstupů mezinárodních externích auditů, při nichž byla zdravotnická zařízení certifikována, byl známý jednoznačný přínos, který zhodnotili sami zástupci nemocnic. Dále byl znám vývoj nemocnic ve smyslu navýšení procentuální shody s mezinárodními standardy podpory zdraví, který deklaruje udělený certifikát, avšak podrobné vyhodnocení jednotlivých částí projektu nebylo ze strany WHO nikdy poskytnuto. Z těchto důvodů je předkládaná diplomová práce přínosem ve smyslu sumarizace výsledků vybraných participujících nemocnic a vytvoření návrhu metodického návodu pro Ministerstvo zdravotnictví pro rozšíření Národní HPH sítě a implementaci standardů podpory zdraví.

Výsledky praktické části diplomové práce přinesly následující závěry, které pak autorka práce převedla do výše uvedeného návrhu metodického návodu. Jednotlivé výsledky jsou

rozděleny dle jednotlivých prováděcích nástrojů projektu, jež představuje audit zdravotnické dokumentace, dotazníkový průzkum mezi zaměstnanci, dotazníkový průzkum mezi zaměstnanci a zhodnocení nemocnice, coby organizace z hlediska přístupu managementu.

Na základě auditu zdravotnické dokumentace, který hodnotil, zda příslušný zdravotnický personál provádí řádné záznamy o provedených aktivitách souvisejících s podporou zdraví, lze říci, že je pro zdravotnický personál prioritní oblastí výživa a stav pacienta s ní spojený. V rámci kontrolního balíčku se pak k prioritě výživy přidala též oblast fyzické aktivity. Paradoxně k tomu ovšem není dbáno, a to i po implementaci standardů podpory zdraví, na záznam hodnoty indexu BMI (hlavně ve směru k podvýživě) či pokles chuti k jídlu a úbytek hmotnosti pacienta. Oproti tomu bylo v rámci kontrolního balíčku zaznamenáno v oblasti výživového stavu pacienta zlepšení při pořízení záznamu o obvodu pasu pacienta. Tento fakt můžeme považovat za velmi pozitivní, jelikož z hlediska klinického významu se jedná o ukazatel s větší vypovídající hodnotou [38].

Další oblastí, na kterou není zdravotnický personál dostatečně zaměřen, je abúzus tabáku a alkoholu. Velmi zásadní nedostatky byly zjištěny v oblasti sociálních a psycho-sociálních potřeb a stavů s těmito potřebami spojenými a v otázkách náboženského vyznání. Velmi dobře dokumentovanou oblastí, je přítomnost závažného onemocnění, které by mohlo představovat zatížení organismu a záznam o informacích od doporučujícího lékaře. Obecně byly výsledky z auditu zdravotnické dokumentace dosti alarmující, a to i po implementaci standardů podpory zdraví. Toto zjištění však neodpovídalo úspěchu nemocnic v externím auditu, kde byla obě zdravotnická zařízení oceněna certifikátem s plněním standardů podpory zdraví v 98 %. Tento rozpor byl v rámci diplomové práce diskutován s národní koordinátorkou programu HPH v ČR a hlavní představitelkou Národní sítě HPH v ČR, Mgr. M. Kalvachovou, jež se tohoto auditu při externích auditech přímo účastnila. Podané odůvodnění negativních výsledků auditu zdravotnické dokumentace bylo následující. Zdravotnická dokumentace pacientů byla v hodnocených zdravotnických zařízeních vedena roztržitě. Jednotlivé informace měl sice zdravotnický personál k dispozici, ale ve formě několika různých formulářů, samostatných listů apod. Jejich obsah se však nepřenáší do „řádné“ zdravotnické dokumentace, a proto je např. nový člen ošetřujícího personálu nemusel v dokumentaci najít. V rámci podrobné osobní kontroly při externím auditu nemocnice byla pak většina údajů dohledána.

Z hlediska názorů pacientů přinesla implementace zásad a standardů podpory zdraví do zdravotnického zařízení obrovský přínos. Průzkum jednoznačně ukázal, že pacienti jsou lépe informovaní o rizikových faktorech, které ohrožují jejich zdravotní stav; poskytované informace jsou pro ně lépe pochopitelné; poskytované odborné intervence jsou jimi lépe přijímané a více využívané; svůj zdravotní stav vnímají pozitivněji a přistupují k němu více zodpovědně. Dále bylo prokázáno, že po integraci podpory zdraví, bylo značně posíleno fyzické a především psychické zdraví pacientů; souvislosti s tímto bylo výrazně poníženo vnímání limitací pacientů ve výkonu každodenních činností a při společenských aktivitách.

Při porovnání výsledků z průzkumu mezi pacienty a auditu zdravotnické dokumentace došlo k praktickému potvrzení, že aktivity na podporu zdraví jsou poskytovány, jen nejsou

řádně zaznamenávány do patientské zdravotnické dokumentace. Dále bylo zjištěno, že možné odůvodnění neposkytnutí intervencí a zdraví podporujících aktivit pacientům, je nepřítomnost rizikového chování pacientů.

V průzkumu mezi zaměstnanci bylo zjištěno, že implementace standardů podpory zdraví a jejich zásad do každodenní praxe zaměstnanců přinesla ohromný pozitivní výsledek. Zaměstnanci vnímají svůj zdravotní stav více pozitivně. Subjektivně své zdraví považuje nadpoloviční většina dokonce za vynikající. Velmi často se u zaměstnanců navýšil počet fyzicky aktivních dní. Ve vztahu k tomu se zlepšil jejich fyzický stav a významně též psychický stav, s čím souvisí též ponížení vnímání syndromu vyhoření. Vzhledem k fyzické náročnosti vykonávaného povolání je očekávatelným zjištěním, že dotazovaní zaměstnanci pocíťují fyzickou bolest, avšak míra bolesti měla po zavedení podpory zdraví na pracovišti klesající tendenci (co do intenzity i délky trvání). Došlo ke snížení případného omezení při výkonu svého povolání každodenních činnostech či společenských aktivitách. Zaměstnanci si po implementaci podpory zdraví na pracovišti více uvědomují možná rizika pracoviště a svého povolání; výrazně pozitivněji vnímají své pracovní prostředí; byla potvrzena vyšší účast zaměstnanců na školeních o zásadách podpory zdraví. Zásadním bylo zvýšení angažovanosti vedení oddělení v oblasti podpory zdraví a v jejich zájmu o zdravotní stav svých podřízených. Dále bylo směrem ke kontrolnímu balíčku výrazně poníženo rizikové chování zaměstnanců, a to z převážně hlediska kouření či jiného užívání tabáku a konzumace alkoholu. Pozitivní vývoj byl zaznamenán též v ponížení míry nepřítomnosti v zaměstnání 30 dní a delší.

Z hlediska zásad managementu při vytváření přívětivého prostředí pro podporu zdraví přineslo hodnocení v základním sběru dat převážně negativní zjištění. Mezi nejčastější nedostatky patřily nedostatečně definované postupy pro provádění aktivit na podporu zdraví, nevyhraněný finanční budget pro dostatečné zavedení jejich zásad, nízká či žádná spolupráce mezi resortními institucemi, nepřítomnost strategického dokumentu podpory zdraví, nezáměr vedení nemocnice o zpětnou vazbu od personálu, nepřítomnost specifických programů podpory zdraví pro personál, nedostatečné postupy pro informování pacientů o možnostech podpory zdraví v daném zdravotnickém zařízení i obecně, již zmiňované neúplné zásady pro správné vedení zdravotnické dokumentace a nedostatečně edukovaný personál v oblasti podpory zdraví. Převážná většina těchto nedostatků byla odstraněna v rámci roční lhůty pro implementaci zásad podpory zdraví do organizace. Vydáno bylo mnoho doporučených léčebných i ošetrovatelských postupů, mnoho tematických informačních brožur pro pacienty, personálu byly nabídnuty vždy cílené programy pro podporu jejich zdraví (např. možnost bezplatných návštěv plaveckého bazénu, tělocvičen, různé kurzy pro zlepšení psychického zdraví), apod.

Všemi popsányi změnami dosáhly v závěru projektu obě hodnocené nemocnice certifikátu deklarujícího míru plnění mezinárodních standardů podpory zdraví v 98 %.

5 Závěr

Cílem práce bylo vytvoření návrhu metodického návodu pro Ministerstvo zdravotnictví ČR k implementaci mezinárodních standardů podpory zdraví do zdravotnických zařízení v České republice. Dílčím cílem práce pak bylo poskytnutí důkazů, že implementací podpory zdraví do zdravotnického zařízení dochází ke zkvalitnění poskytované zdravotní péče a zvýšení bezpečí pacienta při čerpání této péče.

Pro splnění cílů diplomové práce byla v praktické části provedena podrobná analýza dokumentace pilotního výzkumného projektu, HPH Recognition project, provedeného ve Fakultní nemocnici Olomouc a Nemocnici Valašské Meziříčí, a.s. v letech 2012-2014. Součástí analýzy jsou četné grafy a tabulky.

Výsledky analýzy dokázaly, že implementací mezinárodních standardů podpory zdraví došlo v obou zdravotnických zařízeních k významnému zvýšení spokojenosti pacientů s poskytovanou zdravotní péčí a zlepšení jejich zdravotního stavu. Dokázán byl též značně pozitivní vliv na zdravotnický personál a na přístup managementu nemocnice k podpoře zdraví, což nástroje pro zvyšování kvality poskytované zdravotní péče a bezpečí pacienta při čerpání této péče.

Na základě zjištěných výsledků byl formulován návrh metodického návodu, který bude sloužit Ministerstvu zdravotnictví ČR k rozšíření Národní sítě HPH v České republice a rozvoji integrace zásad podpory zdraví do tuzemských zdravotnických zařízení.

V souladu s interními postupy ministerstva bude tento návrh předložen nejprve ke schválení Pracovní podskupině Nemocnic podporujících zdraví a zdravotní služby, jež představuje hlavní poradní orgán Pracovní skupiny pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče pro oblast podpory zdraví. Po finalizaci návrhu bude již finální znění metodického návodu postoupen ke schválení porady vedení Ministerstva zdravotnictví, a poté uveřejněn jako doporučující metodika ve věstníku Ministerstva zdravotnictví k plošnému využití.

Seznam použité literatury

- [1] *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [online]. ČR: Ministerstvo zdravotnictví, 2014, 16.12.2014 [cit. 2015-12-10]. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html
- [2] *OECD reviews of health care quality: Czech Republic 2014 : raising standards*. Paris, 2014, 158 pages. ISBN 92-642-0859-3.
- [3] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2015, 5(2). ISSN 2226-5864.
- [4] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2011, 1(2). ISSN 2223-7399.
- [5] Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Veřejné zdraví* [online]. ČR: Ministerstvo zdravotnictví, 2015 [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html
- [6] *Národní strategie ochrany a podpory zdraví - Zdraví 2020: Akční plán č. 9: Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*. 1. ČR: Ministerstvo zdravotnictví, 2015.
- [7] CANCELLIERE, Carol, J David CASSIDY, Carlo AMMENDOLIA a Pierre CÔTÉ. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? a systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health* [online]. 2011, 11(1), 395 [cit. 2016-04-15]. DOI: 10.1186/1471-2458-11-395. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-395>
- [8] GOETZEL, Ron Z., Rachel Mosher HENKE, Maryam TABRIZI, et al. Do Workplace Health Promotion (Wellness) Programs Work? *Journal of Occupational and Environmental Medicine* [online]. 2014, 56(9), 927-934 [cit. 2016-04-16]. DOI: 10.1097/JOM.0000000000000276. ISSN 1076-2752. Dostupné z: http://journals.lww.com/joem/Abstract/2014/09000/Do_Workplace_Health_Promotion__Wellness_Programs.6.aspx
- [9] HYMEL, Pamela A., Ronald R. LOEPPKE, Catherine M. BAASE, et al. Workplace Health Protection and Promotion. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* [online]. 2011, 53(6), 695-702 [cit. 2016-04-16]. DOI: 10.1097/JOM.0b013e31822005d0. ISSN 1076-2752. Dostupné z: http://journals.lww.com/joem/Fulltext/2011/06000/Workplace_Health_Protection_and_Promotion__A_New.17.aspx?trendmd-shared=0#

- [10] Program českého předsednictví ve Visegrádské skupině v letech 2015–2016: V 4 Trust – Společná důvěra. In: *Vláda České republiky: Předsednictví ČR ve Visegrádské skupině* [online]. ČR: Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, 2015 [cit. 2016-04-30]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/Program-a-priority-CZ-V4-PRES.pdf>
- [11] ČERNOHORSKÝ, Petr. *Podpora zdraví na pracovišti: literární rešerše* [online]. Brno, 2015 [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/349014/fsps_b/Bakalarska_prace_final_-_Cernohorsky.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, fakulta sportovních studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Stará.
- [12] OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
- [13] OECD (2016), *OECD Factbook 2015-2016: Economic, Environmental and Social Statistics*, OECD Publishing, Paris.
- [14] LOEPPKE, Ronald, Dee W. EDINGTON a Sami BÉG. Impact of the Prevention Plan on Employee Health Risk Reduction. *Population Health Management* [online]. 2010, **13**(5), 275-284 [cit. 2016-04-25]. DOI: 10.1089/pop.2010.0027. ISSN 1942-7891. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3128505/>
- [15] ARENA, Ross, Marco GUAZZI, Paige D. BRIGGS, et al. Promoting Health and Wellness in the Workplace: A Unique Opportunity to Establish Primary and Extended Secondary Cardiovascular Risk Reduction Programs. *Mayo Clinic Proceedings* [online]. 2013, **6**(88), 605-17 [cit. 2016-05-02]. DOI: 10.1016/j.mayocp.2013.03.002. ISBN 10.1016/j.mayocp.2013.03.002. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025619613001924>
- [16] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2012, **2**(2). ISSN 2226-5864.
- [17] BRUYNEEL, L., B. LI, D. AUSSERHOFER, et al. Organization of Hospital Nursing, Provision of Nursing Care, and Patient Experiences With Care in Europe. *Medical Care Research and Review* [online]. 2015, **72**(6), 643-664 [cit. 2016-05-02]. DOI: 10.1177/1077558715589188. ISSN 1077-5587. Dostupné z: <http://mcr.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1077558715589188>
- [18] Medical Tribune: AIFP - INOVACE: Kolik stojí stát chronicky nemocný pacient. ČR: Medical Tribune, 2012, **2012**(26).
- [19] ČR. Zákon č. 187/2006 Sb.: o nemocenském pojištění. In: *Sbírka zákonů*. ČR, 2008, ročník 2008, částka 99, číslo 305.
- [20] *Portál veřejné správy, Informace pro občany České republiky: Nemocenské pojištění* [online]. ČR: Ministerstvo vnitra, 2016 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/portal/obcan/situace/191/193/4547.html>

- [21] Nemocenská statistika: Počty nemocensky pojištěných a výdaje na dávky nemocenského pojištění. *Česká správa sociálního zabezpečení: Počty nemocensky pojištěných a výdaje na dávky nemocenského pojištění* [online]. ČR: Česká správa sociálního zabezpečení, 2015 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/pocty-nemocensky-pojistenych-a-vydaje-na-davky-nemocenskeho-pojisteni/>
- [22] Přehled vybraných statistických a ekonomických ukazatelů: Přehled vybraných statistických ukazatelů z agend ČSSZ. *Česká správa sociálního zabezpečení: Statistické a ekonomické ukazatele* [online]. ČR: Česká správa sociálního zabezpečení, 2015 [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/statistiky/ekonomicke-ukazatele/prehled-vybranych-statisticky-ch-a-ekonomicky-ch-ukazatelu/>
- [23] *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v České republice* [online]. ČR: Český statistický úřad, 2015, **636 / 2015 – 63(63)** [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/30912328/26000414p2u_c.pdf/23e1e2a0-ed51-47c8-8070-74a840132493?version=1.1
- [24] The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services: Concept, framework and organization. In: World Health Organization: Regional office for Europe [online]. WHO, 2007 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf
- [25] Členské státy Evropské unie. In: *Europa.eu: Evropská unie* [online]. EU: Evropská komise [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/index_cs.htm
- [26] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2011, **1(1)**.
- [27] The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. In: *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services* [online]. Maďarsko: WHO, 1991 [cit. 2016-05-03]. Dostupné z: http://www.hphnet.org/images/PDF/The_Budapest_Declaration_on_Health_Promoting_Hospitals.pdf
- [28] The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. In: *The International Network of Health promoting hospitals & Health services* [online]. Vídeň: WHO, 1997 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.hphnet.org/images/PDF/The_Vienna_Recommendations_on_Health_Promoting_Hospitals.pdf
- [29] *Ministerstvo zdravotnictví: Kurz koordinátorů HPH a podzimní škola WHO v Praze* [online]. 2012. vyd. 2013 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/Soubor.ashx?souborID=17050&typ=application/pdf&nazev=Kurz_koordinatoru_HPH_článek_2012.pdf

- [30] Health Promoting Hospitals and Health Services: Nemocnice podporující zdraví a zdravotní služby. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR: Portál kvality a bezpečí* [online]. WHO: WHO, 2008 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/Soubor.ashx?souborID=14296&typ=application/pdf&nazev=Příloha 4 _Stanovy HPH_cz.pdf
- [31] The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Hospital and Health Service Members. *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services* [online]. WHO-HPH, 2016 [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: http://www.hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2312:members-061114js&catid=138:members&Itemid=370
- [32] Manuál pro koordinátory programu podpory zdraví v nemocnicích. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR: portál kvality a bezpečí* [online]. ČR, 2011 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/Soubor.ashx?souborID=17048&typ=application/vnd.openxmlformats-officedocument.word&nazev=Manual_základní_kurz_pro_koordinátory_programu_podpory_zdraví.docx
- [33] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2014, 4(1). ISSN 2226-5864.
- [34] WHO-HPH PROJECT: EFFECT OF A RECOGNITION PROCESS – A MULTI-CENTRE RCT - PROJECT PROTOCOL. In: *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services* [online]. WHO [cit. 2016-05-03]. Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwitpd2jub7MAhVI2RoKHcLDBt4QFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hphnet.org%2Fattachments%2Farticle%2F1712%2FD%2520Project%2520Protocol%2520APR13.doc&usg=AFQjCNE4y-6hDvcSBjxan3a7QphyC-Wuyw&sig2=SzDIYkPAQcZk5DnAM9PjQ>
- [35] Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. In: *World Health Organization: Regional office for Europe* [online]. WHO: WHO, 2006 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf
- [36] Statistika: základní pojmy. In: *Gymnázium Brno, Elgartova, příspěvková organizace: Státní střední škola v Brně-Husovicích* [online]. ČR: Gymnázium Brno, Elgartova, příspěvková organizace, 2015 [cit. 2015-12-11]. Dostupné z: http://www.gymelg.cz/sites/default/files/chemie/Statistika_Studenti.pdf
- [37] Fakultní nemocnice Olomouc: O nás. *Fakultní nemocnice Olomouc* [online]. Olomouc: FN Olomouc, 2016 [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <https://www.fnol.cz/o-nas.asp>

- [38] GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1868-2.
- [39] VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.
- [40] LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky 2: 35 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 32 kapitolách s prologem a epilogem*. 1. vyd. ČR: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3728-7.
- [41] KYCLTOVÁ, Pavlína. *Kvalita života hemodialyzovaných pacientů*. Praha, Karlova univerzita, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2013. Vedoucí práce PhDr. Šárka Tomová
- [42] *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky: Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2013* [online]. Praha: ÚZIS, 2014, **2014**(23) [cit. 2016-04-01]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/ai_2014_23.pdf
- [43] ŠTĚTINA, Jiří. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7.
- [44] Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.: O nemocnici. *Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.: Člen skupiny AGEL*[online]. Valašské Meziříčí: Nemocnice Valašské Meziříčí a.s., 2016 [cit. 2016-05-12]. Dostupné z: <http://nemocnicevalmez.agel.cz/index.html>
- [45] KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. Praha: Grada, 2010-. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3270-1.
- [46] Zlámal, J., Belková, J., *Ekonomika zdravotnictví, Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů*, 2005, ISBN 807-01-3429-1
- [47] Brent, R. J., *Cost-benefit Analysis and Health Care Evaluations*, Edward Elgar Publishing. USA, 2003, ISBN 1-84064-844-9
- [48] Kavalier, F. - Spiegel, D., *Risk management in health care institutions*, ed. London, Subdary: Jones and Barlett Publisher, 2003, ISBN 0-7637-2314-2
- [49] PLECHATÁ, Ivana. *Chronická onemocnění a jejich dopad na rozpočty*. In: *O zdravotnictví: Nezávislé internetové médium* [online]. ČR, 2014 [cit. 2016-04-30]. Dostupné z: <https://www.ozdravotnictvi.cz/komentare/chronicka-onemocneni-a-jejich-dopad-na-rozpocty/>
- [50] FROHLICHOVA, Linda. *Kouříte? Jste obézní? Pijete alkohol ve velkém? Domníváte se, že poškození Vašeho vlastního zdraví se týká jen Vás?* In: *Státní zdravotní ústav: aktuality* [online]. ČR: Státní zdravotní ústav, 2013 [cit. 2016-04-30]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/kourite-jste-obezni-pijete-alkohol-ve-velkem-domnivete-se-ze>

- [51] HORWITZ, J. R., B. D. KELLY a J. E. DINARDO. Wellness Incentives In The Workplace: Cost Savings Through Cost Shifting To Unhealthy Workers. *Health Affairs* [online]. 2013, **32**(3), 468-476 [cit. 2016-05-02]. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.0683. ISSN 0278-2715. Dostupné z: <http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.2012.0683>
- [52] *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky: Zdraví 2020*. 1. ČR: Ministerstvo zdravotnictví, 2014. ISBN 978-80-85047-49-3.
- [53] Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion. In: *The International Network of Health promoting hospitals & Health services* [online]. Kanada: WHO, 1986 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: http://www.hphnet.org/images/PDF/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion.pdf.pdf
- [54] The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. In: *The International Network of Health promoting hospitals & Health services* [online]. Thajsko: WHO, 2005 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.hphnet.org/images/PDF/The_Bangkok_Charter_for_Health_Promotion_in_a_Globelized_World.pdf
- [55] Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. In: *World Health Organization: Regional office for Europe* [online]. WHO: WHO, 2005 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf
- [56] Standards for Health Promotion in Hospitals. In: *World Health Organization: Regional office for Europe* [online]. Španělsko: WHO, 2004 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99762/e82490.pdf
- [57] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2012, **2**(1). ISSN 2226-5864.
- [58] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2012, **2**(3). ISSN 2226-5864.
- [59] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2013, **3**(1). ISSN 2226-5864.
- [60] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2013, **3**(2). ISSN 2226-5864.
- [61] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2013, **3**(3). ISSN 2226-5864.

- [62] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2014, **4**(2). ISSN 2226-5864.
- [63] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2015, **5**(1). ISSN 2226-5864.
- [64] *Clinical Health Promotion: Research & Best Practice for patients, staff and community*. Dánsko: WHO-CC, Clinical Health Promotion Centre, Dánsko, 2015, **5**(2). ISSN 2226-5864.

Seznam obrázků

| | |
|---|----|
| Obrázek 1: Vývojový diagram diplomové práce (vlastní)..... | 4 |
| Obrázek 2: Diamantový model příčin nemocí [11] | 17 |
| Obrázek 3: Možné rozdělení zaměstnanců do skupin dle výskytu rizikových faktorů (vlastní) | 20 |
| Obrázek 4: Vizualizace odhadu šíření povědomí o zásadách podpory zdraví (vlastní) | 23 |
| Obrázek 5: Přehled států s aktivním programem HPH (vlastní) | 33 |

Seznam tabulek

| | |
|---|-----|
| Tabulka 1: Přehled vybraných dočasných pracovních neschopností za rok 2015 [22] | 27 |
| Tabulka 2: Hodnotící škála plnění WHO/HPH standardů | 40 |
| Tabulka 3: Přehled nemocnic ČR zapojených do HPH RP v období 2011-2013..... | 40 |
| Tabulka 4: Přehled procentuálního plnění standardů jednotlivých HPH nemocnic | 46 |
| Tabulka 5: E2 – tabulka pro převod gramů tabáku náležící k otázce č. 28 | 93 |
| Tabulka 6: E2 – tabulka pro převod jednotek alkoholu náležící k otázce č. 30 | 94 |
| Tabulka 7: E4 – vyhodnocení standardu 1.1 | 121 |
| Tabulka 8: E4 – vyhodnocení standardu 1.2 | 122 |
| Tabulka 9: E4 – vyhodnocení standardu 1.3 | 123 |
| Tabulka 10: E4 – vyhodnocení standardu 2.1 | 124 |
| Tabulka 11: E4 – vyhodnocení standardu 2.2 | 124 |
| Tabulka 12: E4 – vyhodnocení standardu 2.3 | 125 |
| Tabulka 13: E4 – vyhodnocení standardu 3.1 | 126 |
| Tabulka 14: E4 – vyhodnocení standardu 3.2 | 126 |
| Tabulka 15: E4 – vyhodnocení standardu 4.1 | 127 |
| Tabulka 16: E4 – vyhodnocení standardu 4.2 | 127 |
| Tabulka 17: E4 – vyhodnocení standardu 4.3 | 128 |
| Tabulka 18: E4 – vyhodnocení standardu 5.1 | 129 |
| Tabulka 19: E4 – vyhodnocení standardu 5.2 | 130 |
| Tabulka 20: Souhrnné hodnocení se standardy podpory zdraví | 131 |
| Tabulka 21: Položkové nároky na finanční prostředky při základním balíčku HPH RP .. | 133 |
| Tabulka 22: Nároky na finanční prostředky při kontrolním balíčku HPH RP | 134 |
| Tabulka 23: Mzdové náklady na realizaci kontrolního balíčku HPH RP | 134 |
| Tabulka 24: Souhrnná kalkulace projektu – implementace podpory zdraví – personál | 135 |
| Tabulka 25: Položkové rozdělení nákladů projektu | 136 |
| Tabulka 26: Mzdové náklady na implementaci podpory zdraví do FN Olomouc za rok.. | 136 |

Seznam grafů

| | |
|--|----|
| Graf 1: Prevalence rizikových faktorů v ČR ve vztahu ke státům OECD (vlastní) | 19 |
| Graf 2: Výdaje na nemocenské pojištění, z toho pouze výdaje na nemocenské/mild. Kč (vlastní) | 26 |
| Graf 3: E1 – hodnota BMI | 52 |
| Graf 4: E1 – úbytek hmotnosti | 53 |
| Graf 5: E1 – snížená chuť k jídlu | 53 |
| Graf 6: E1 – vážné onemocnění | 54 |
| Graf 7: E1 – index BMI vyšší než 25 | 54 |
| Graf 8: E1 – obvod pasu | 55 |
| Graf 9: E1 – aktivita menší než 30 minut denně | 55 |
| Graf 10: E1 – kouření | 56 |
| Graf 11: E1 – užívání alkoholu | 56 |
| Graf 12: E1 – informace od doporučujícího lékaře | 57 |
| Graf 13: E1 – možnost ohrožení na základě sociálních podmínek | 57 |
| Graf 14: E1 – náboženství a vztah na stravu či péči | 58 |
| Graf 15: E1 – poskytnuty informace – kouření | 59 |
| Graf 16: E1 – poskytnuty informace – nebezpečná konzumace alkoholu | 59 |
| Graf 17: E1 – poskytnuty informace – problémy spojené s výživou | 60 |
| Graf 18: E1 – poskytnuty informace – nedostatek fyzické aktivity | 60 |
| Graf 19: E1 – poskytnuty informace – psycho-sociální podmínky | 61 |
| Graf 20: E1 – poskytnuty informace – jiné | 61 |
| Graf 21: E1 – poskytnuty informace – integrované | 62 |
| Graf 22: E1 – motivační aktivity a intervence o kouření | 62 |
| Graf 23: E1 – motivační aktivity a krátká intervence o konzumaci alkoholu | 63 |
| Graf 24: E1 – motivační aktivity a intervence o výživě | 63 |
| Graf 25: E1 – motivační aktivity a krátká intervence o nedostatku fyzické aktivity | 64 |
| Graf 26: E1 – motivační aktivity a krátká intervence o psycho-sociálních podmínkách ... | 64 |
| Graf 27: E1 – motivační aktivity a intervence – jiné | 65 |
| Graf 28: E1 – motivační aktivity a krátká intervence – integrované | 65 |
| Graf 29: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě při kouření | 66 |
| Graf 30: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě při konzumaci alkoholu | 66 |
| Graf 31: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě při problémech s výživou | 66 |
| Graf 32: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě při nedostatku fyzické aktivity | 67 |
| Graf 33: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě – psycho-sociální podmínky | 67 |
| Graf 34: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě – jiné | 67 |
| Graf 35: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě – integrované | 68 |
| Graf 36: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se kouření | 68 |
| Graf 37: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se konzumace alkoholu | 69 |
| Graf 38: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se problémů s výživou | 69 |
| Graf 39: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se nedostatku fyzické aktivity | 69 |
| Graf 40: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se psycho-sociálních podmínek | 70 |
| Graf 41: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se jiného | 70 |

| | |
|---|-----|
| Graf 42: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se integrovaného | 70 |
| Graf 43: E1 – hodnocení, rehabilitace a péče po léčbě týkající se zprávy při propouštění pacienta – pacientův stav a potřeba podpory zdraví | 71 |
| Graf 44: E1 – hodnocení, rehabilitace a péče po léčbě – intervence v oblasti podpory zdraví | 72 |
| Graf 45: E1 – hodnocení, rehabilitace a péče po léčbě – plán rehabilitace | 72 |
| Graf 46: E2 – otázka č. 2 – stav vlastního zdraví – obecné hledisko | 74 |
| Graf 47: E2 – otázka č. 3 – pohled na své zdraví v porovnání se situací před rokem | 75 |
| Graf 48: E2 – otázka č. 4 – omezení pacientů v každodenních činnostech | 76 |
| Graf 49: E2 – otázka č. 5 – obtíže při každodenních činnostech – fyzický stav | 77 |
| Graf 50: E2 – otázka č. 6 – obtíže při každodenních činnostech – psychický stav | 78 |
| Graf 51: E2 – otázka č. 7 – limitace pacienta ve společenských aktivitách | 79 |
| Graf 52: E2 – otázka č. 8 – bolest v posledních 4 týdnech | 80 |
| Graf 53: E2 – otázka č. 9 – omezení obvyklých činností pacienta v důsledku bolesti | 80 |
| Graf 54: E2 – otázka č. 10 – jak se pacienti cítili v posledních 4 týdnech | 81 |
| Graf 55: E2 – otázka č. 11 – narušení společenských aktivit za poslední 4 týdny | 83 |
| Graf 56: E2 – otázka č. 12 – pravdivá či nepravdivá tvrzení | 84 |
| Graf 57: E2 – otázka č. 13 – rozložení pohlaví | 85 |
| Graf 58: E2 – otázka č. 14 – věk respondentů | 85 |
| Graf 59: E2 – otázka č. 15 – povědomí pacientů o zásadách podpory zdraví | 86 |
| Graf 60: E2 – otázka č. 16 – spokojenost s informacemi o podpoře zdraví | 86 |
| Graf 61: E2 – otázka č. 17 – srozumitelnost pokynů o následné podpoře zdraví | 87 |
| Graf 62: E2 – otázka č. 18 – zájem zdravotnického personálu o zdravotní stav pacienta a jeho životní styl ve vztahu na rizikové faktory | 88 |
| Graf 63: E2 – otázka č. 19 – poradenství v odvykání kouření | 88 |
| Graf 64: E2 – otázka č. 20 – informace o podpůrných službách na odvykání kouření | 89 |
| Graf 65: E2 – otázka č. 21 – index BMI | 89 |
| Graf 66: E2 – otázka č. 22 – obvod pasu pacientů | 90 |
| Graf 67: E2 – otázka č. 23 – váhový úbytek za poslední 3 měsíce | 90 |
| Graf 68: E2 – otázka č. 24 – snížená chuť k jídlu v posledních 3 měsících | 91 |
| Graf 69: E2 – otázka č. 25 – počet dní fyzické aktivity za týden | 92 |
| Graf 70: E2 – otázka č. 27 – počet dnů – užívání/kouření tabáku | 92 |
| Graf 71: E2 – otázka č. 29 – počet dní v týdnu konzumace alkoholu | 93 |
| Graf 72: E3 – otázka č. 2 – zhodnocení vlastního zdravotního stavu – obecné hledisko | 97 |
| Graf 73: E3 – otázka č. 3 – zhodnocení zdravotního stavu s loňským rokem | 97 |
| Graf 74: E3 – otázka č. 4 – přítomnost omezení při každodenních činnostech | 98 |
| Graf 75: E3 – otázka č. 5 – fyzické omezení při každodenních činnostech | 100 |
| Graf 76: E3 – otázka č. 6 – psychické omezení při každodenních činnostech | 101 |
| Graf 77: E3 – otázka č. 7 – omezení při každodenních činnostech za poslední 4 týdny | 102 |
| Graf 78: E3 – otázka č. 8 – míra fyzické bolesti za poslední 4 týdny | 102 |
| Graf 79: E3 – otázka č. 9 – limitace v obvyklých činnostech v důsledku bolesti | 103 |
| Graf 80: E3 – otázka č. 10 – doba trvání vybraných pocitů/stavů za poslední 4 týdny | 104 |
| Graf 81: E3 – otázka č. 11 – narušení společenských aktivit | 105 |
| Graf 82: E3 – otázka č. 12 – pravdivá či nepravdivá tvrzení | 106 |
| Graf 83: E3 – otázka č. 13 – rozložení probandů – pohlaví | 107 |

| | |
|--|-----|
| Graf 84: E3 – otázka č. 14 – věkové rozložení probandů..... | 107 |
| Graf 85: E3 – otázka č. 15 – dodržování bezpečnostních předpisů na pracovišti | 108 |
| Graf 86: E3 – otázka č. 16 – uvědomění si rizik na pracovišti | 108 |
| Graf 87: E3 – otázka č. 17 – zhodnocení pracovních podmínek | 109 |
| Graf 88: E3 – otázka č. 18 – vstupní školení o zásadách podpory zdraví na pracovišti.... | 109 |
| Graf 89: E3 – otázka č. 19 – znalost obsahu podpory zdraví na pracovišti..... | 110 |
| Graf 90: E3 – otázka č. 20 – zájem nadřízených o zdravotní stav zaměstnance | 110 |
| Graf 91: E3 – otázka č. 21 – informovanost o podpůrných službách na pracovišti | 111 |
| Graf 92: E3 – otázka č. 22 – index BMI..... | 111 |
| Graf 93: E3 – otázka č. 23 – obvod pasu | 112 |
| Graf 94: E3 – otázka č. 24 – počet fyzicky aktivních dnů v týdnu..... | 112 |
| Graf 95: E3 – otázka č. 26 – počet dnů aktivního kouření/užívání tabáku..... | 113 |
| Graf 96: E3 – otázka č. 28 – počet dní konzumace alkoholu | 114 |
| Graf 97: E3 – otázka č. 31 – poskytnutí intervence v oblasti kouření..... | 114 |
| Graf 98: E3 – otázka č. 32 – nepřítomnost v zaměstnání 7 dní a déle..... | 115 |
| Graf 99: E3 – otázka č. 33 – nepřítomnost v zaměstnání 30 dní a déle..... | 115 |
| Graf 100: E3 – otázka č. 34 – úraz na pracovišti | 116 |
| Graf 101: E3 – otázka č. 35 – přítomnost pocitu vyhoření..... | 116 |
| Graf 102: E3 – otázka č. 36 – předávání informací praktickému lékaři či pacientovi | 117 |
| Graf 103: E3 – otázka č. 37 – opětovné přijímání pacienta do léčby | 117 |
| Graf 104: E3 – otázka č. 38 – zvládání vlastního stavu pacienty | 118 |

Seznam příloh

Příloha 1: Záštit Ministerstva zdravotnictví ČR nad předkládanou diplomovou prací

Příloha 2: Záštit Kanceláře WHO v ČR nad předkládanou diplomovou prací

Příloha 3: Přehled rozložení zdravotnických zařízení zařazených do programu HPH

Příloha 4: Vyhodnocení HPH RP v Nemocnici Valašské Meziříčí, a.s.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Národní koordinátor programu WHO
Health Promoting Hospitals and Health Services
a
vedoucí oddělení kvality zdravotních služeb

Mgr. Milena Kalvachová

uděluje záštitu

nad diplomovou prací s názvem

**Vyhodnocení úrovně dopadu HPH Recognition
projektu v nemocničním systému řízení kvality**

studentky

Bc. Veroniky Stejskalové

V Praze dne 16. 4. 2015

Ministerstvo zdravotnictví
Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2
tel./fax: +420 224 971 111, e-mail: mzcr@mzcr.cz, www.mzcr.cz

Příloha č. 2



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Head office:

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01
Email: contact@euro.who.int
Website: <http://www.euro.who.int>

Our reference: 0504/2015
Notre référence:
Unser Zeichen:
См. наш номер:

Your reference:
Votre référence:
Ihr Zeichen:
На Ваш номер:

Datum: 16. dubna 2015

České vysoké učení technické v Praze
Fakulta biomedicínského inženýrství
Nám. Sítná 3105,
272 01 Kladno

Udělení záštity nad diplomovou prací

Vedoucí kanceláře Světové zdravotnické organizace v České republice a koordinátorka programu WHO "Health Promoting Hospitals and Health Services", MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH, uděluje záštitu nad diplomovou prací s názvem "Vyhodnocení úrovně dopadu HPH Recognition projektu v nemocničním systému řízení kvality" studentky Bc. Veroniky Stejskalové.

MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH
Ředitelka kanceláře WHO v ČR



WHO Country Office, Czech Republic

Rytiřská 31 (3rd floor)
110 00 Prague 1
Czech Republic

Tel.: +420 224 267 050

Email: wholoccz@who.cz
Website: <http://who.euro.in/czechrepublic>
<http://www.who.cz>

Příloha č. 3

| Země/Stát | Počet zdravotnických zařízení |
|---|-------------------------------|
| Austrálie | 16 |
| Bangladesh | 1 |
| Brazílie | 1 |
| Česká republika | 10 |
| Čína | 8 |
| Dánsko | 3 |
| Estonsko | 22 |
| Finsko | 23 |
| Francie | 11 |
| Ghana | 1 |
| Hong Kong | 4 |
| Indonésie | 12 |
| Irán | 4 |
| Irsko | 64 |
| Israel | 9 |
| Itálie | 52 |
| Japonsko | 45 |
| Jižní Korea | 24 |
| Kanada - Manitoba | 1 |
| Kanada - Ontario | 38 |
| Kanada - Québec | 1 |
| Kréta | 5 |
| Litva | 10 |
| Maďarsko | 1 |
| Malajsie | 1 |
| Německo | 22 |
| Nigérie | 1 |
| Nizozemsko | 1 |
| Norsko | 18 |
| Pákistán | 4 |
| Peru | 1 |
| Polsko | 21 |
| Portugalsko | 1 |
| Rakousko | 25 |
| Řecko | 5 |
| Saudská Arábie | 1 |
| Singapur | 10 |
| Slovensko | 2 |
| Slovinsko | 5 |
| Španělsko | 2 |
| Španělsko - Katalánsko | 23 |
| Švédsko | 88 |
| Taiwan | 150 |
| USA | 2 |
| USA - Connecticut | 3 |
| Velká Británie (England, Scotland, Wales, Northern Ireland) | 23 |
| CELKEM | 749 |

Příloha č. 4

Vyhodnocení Nemocnice Valašské meziříčí, a.s.

Nemocnice Valašské Meziříčí je členem holdingu AGEL. Poskytuje zdravotní péči v základních medicínských oborech, přičemž za svou současnou dominantu označují porodnictví a obecnou a úrazovou chirurgii. Svou činnost zaměřují na diagnostiku a prevenci civilizačních chorob, včetně rozsáhlého poradenství [44].

Dokumentace HPH Recogniton projekt Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. představuje pro de facto porovnávací datový soubor praktické části diplomové práce, čemuž bude přizpůsobeno i její vyhodnocení. To bude prováděno ve vztahu k výsledkům FN Olomouc. V případě, že graf nemá slovní komentář a vyhodnocení, je jeho nálezný významově shodný s nálezem u FN Olomouc.

Do projektu zde bylo zapojeno interní oddělení.

1 Vyhodnocení auditu zdravotnické dokumentace

Zpracování auditu zdravotnické dokumentace spočívá v zodpovězení jednotlivých otázek týkajících se vedení zdravotnické dokumentace, a to ve vymezeném rozsahu – ano, ne, neznámo. Varianta „neznámo“ se používá v případě roztříštěného či částečného zápisu do zdravotnické dokumentace. Princip vyhodnocení je založen na správném položení jednotlivých otázek, tj. „Je možné ve zdravotnické dokumentaci pacienta nalézt dotazovaný údaj?“.

Do auditu bylo zahrnuto vždy 50 po sobě jdoucích zdravotnických dokumentací. Jelikož je v primárním i sekundárním sběru dat vždy stejný počet zdravotnických dokumentací, analýza byla prováděna v hodnotách absolutních četností znaků. Jednotlivé grafy znázorňují vždy výsledky konkrétní otázky z daného standardu, resp. sub-standardu, a to v porovnání základního a kontrolního balíčku.

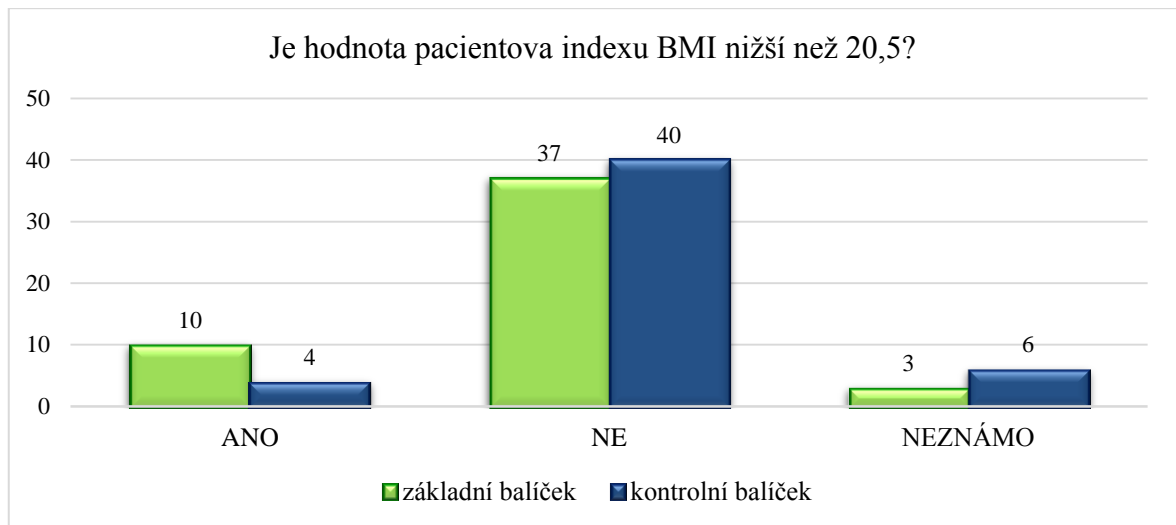
1.1 Standard 2: Posuzování pacientů

Posuzování potřeb pacientů bylo ve zdravotnické dokumentaci zjišťováno pomocí dvanácti otázek.

1.1.1 Posuzování individuálních potřeb podpory zdraví

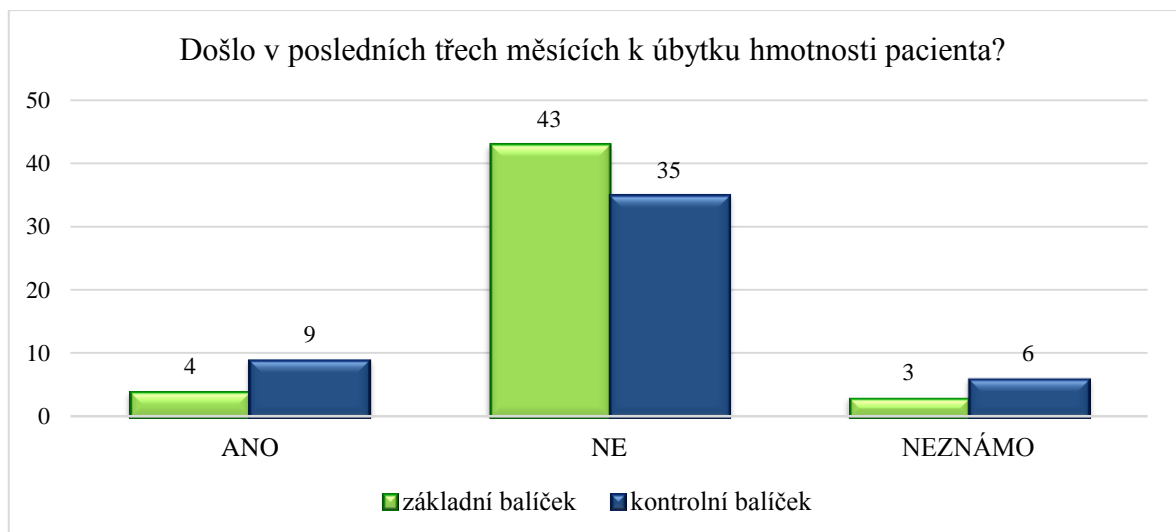
Níže uvedené grafy se vztahují k posuzování potřeb pacientů týkajících se podpory zdraví dle datového modelu HPH.

Graf 1: E1 – hodnota BMI



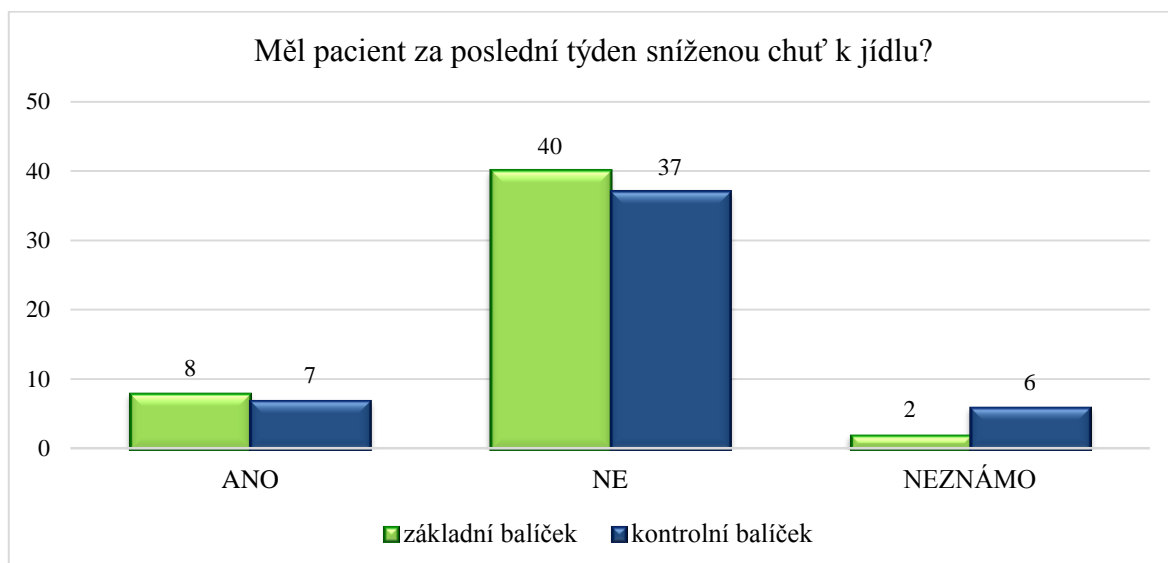
Výstup prakticky shodný s FN Olomouc. Rozdílný je výsledek z interního auditu, kde byl v 10 případech pozitivní nález, oproti kontrolnímu balíčku, kde byl záznam do zdravotnické dokumentace proveden plnohodnotně pouze ve čtyřech případech a ve zbylých šesti jen částečně.

Graf 2: E1 – úbytek hmotnosti



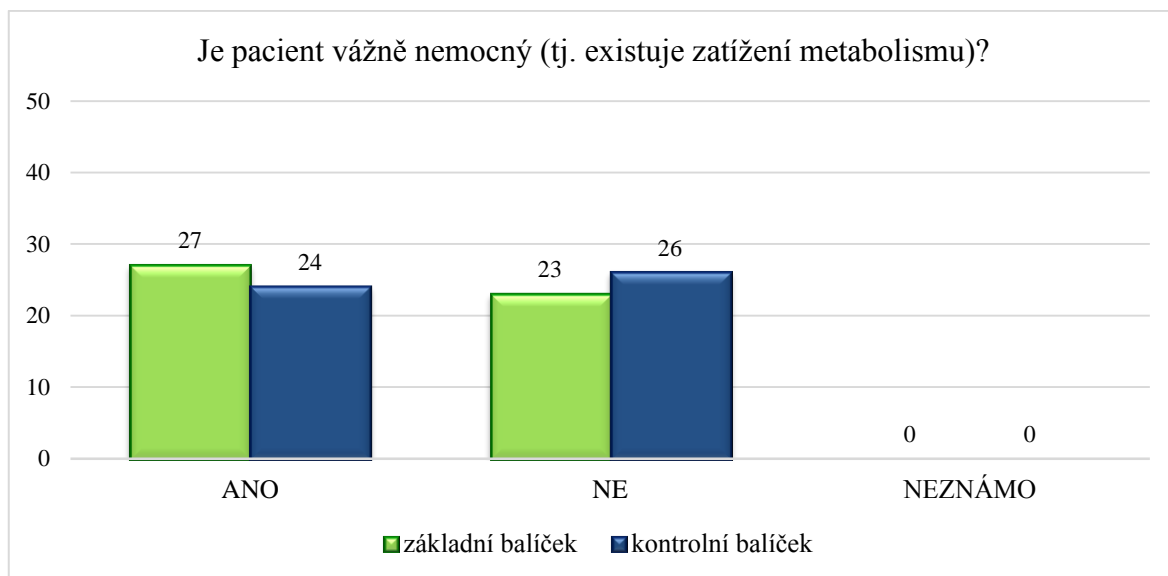
Graf 2 též vizualizuje příznivější výchozí pozici, nežli ve FN Olomouc. O to zásadnější je zde viditelné zhoršení ve vedení zdravotnické dokumentace.

Graf 3: E1 – snížená chuť k jídlu



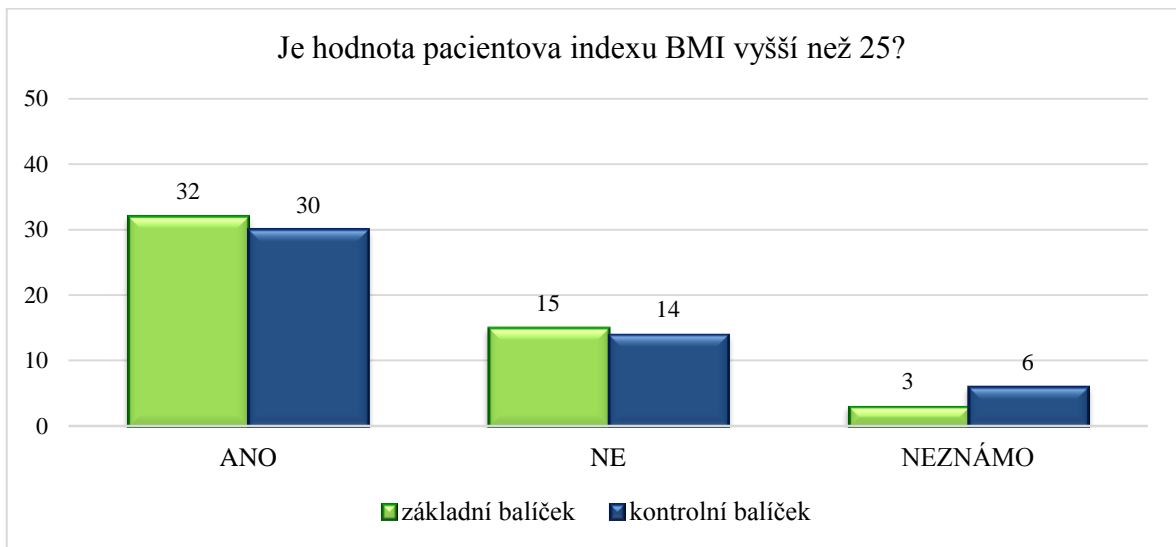
Oproti FN Olomouc zde ve zdravotnické dokumentaci pacientů převážně není proveden žádný (ani částečný) záznam o snížené chuti k jídlu.

Graf 4: E1 – vážné onemocnění

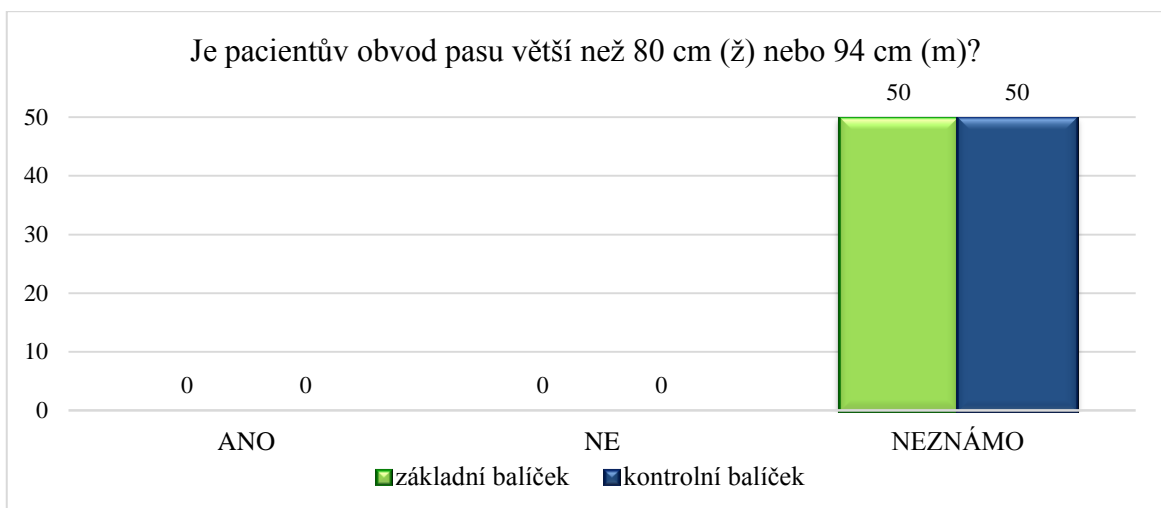


Záznamem o přítomnosti závažného onemocnění byla zdravotnická dokumentace ve FN Olomouc doplněna vždy, tzn., v 100%. Zde byl pozitivní nález pouze průměrně 50 %.

Graf 5: E1 – index BMI vyšší než 25

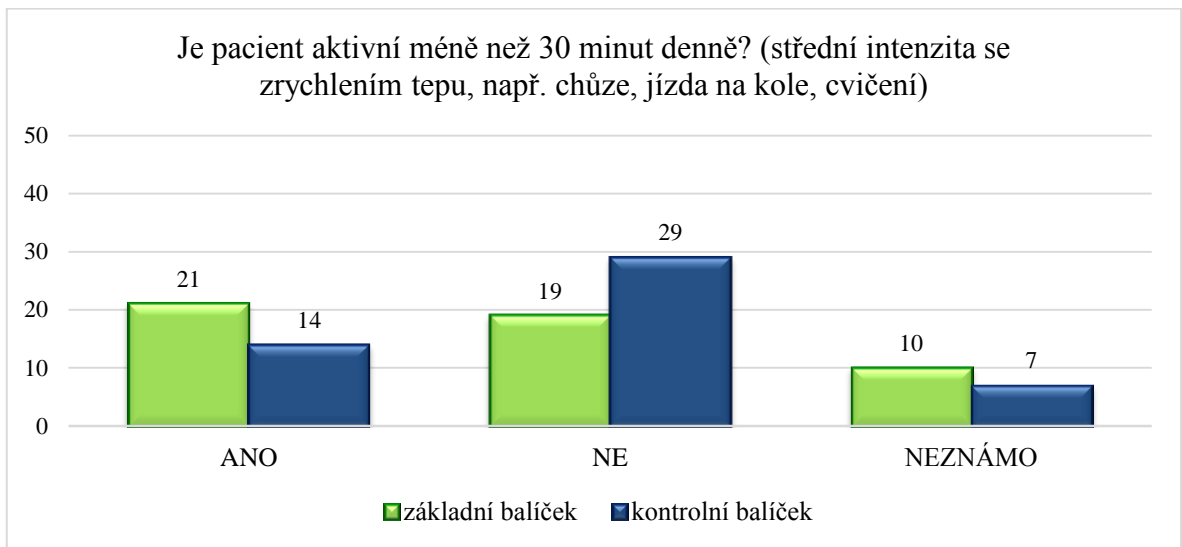


Graf 6: E1 – obvod pasu



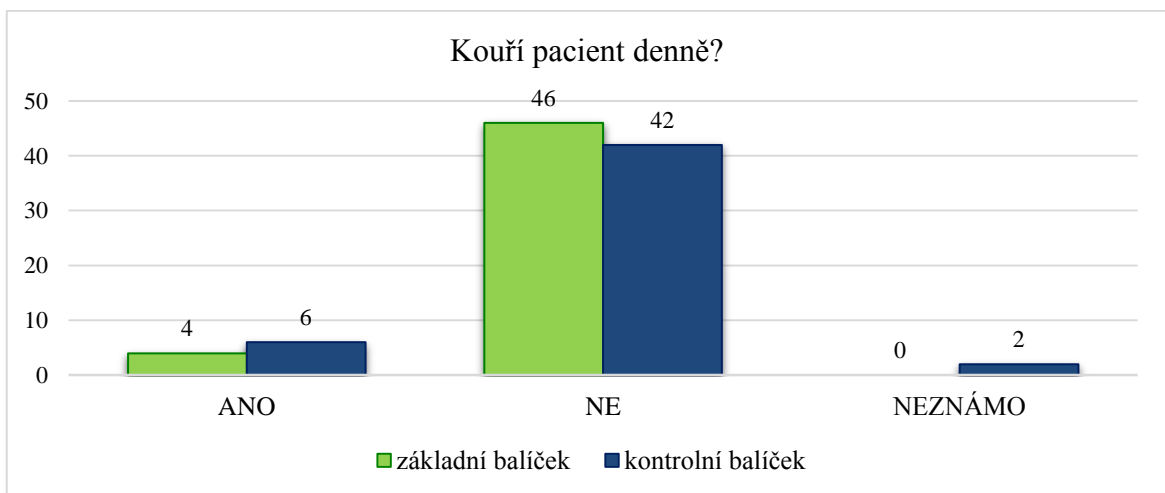
Graf 6 dokládá, že z hlediska obvodu pasu pacienta neobsahuje zdravotnická dokumentace v žádném z hodnocených případů plnohodnotný a vypovídající záznam. I zde je oproti FN Olomouc výstup horší.

Graf 7: E1 – aktivita menší než 30 minut denně

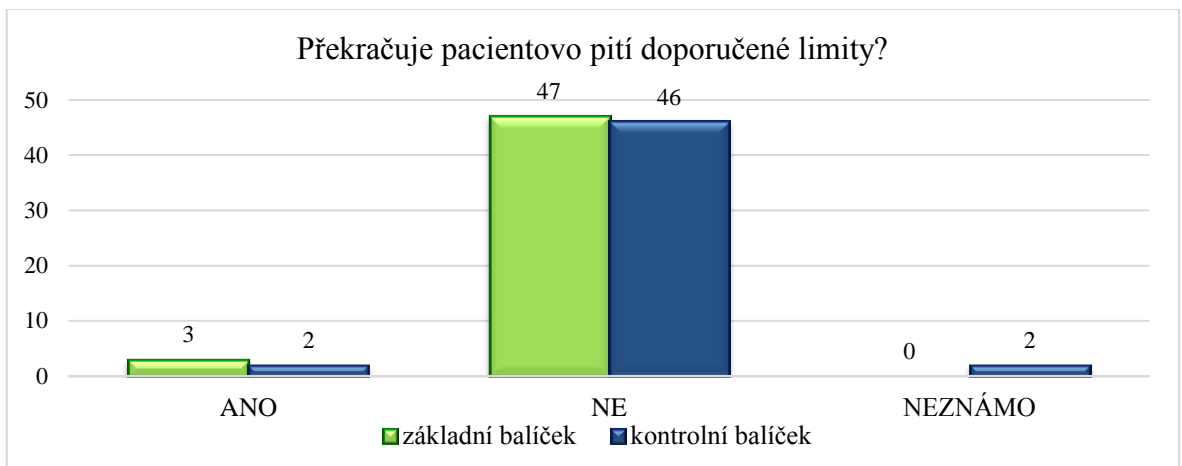


Záznamy o krátkodobé fyzické aktivitě jsou v tomto případě do zdravotnické dokumentace zadávány častěji, avšak stejně jako ve FN Olomouc zde převažuje negativní nález.

Graf 8: E1 – kouření



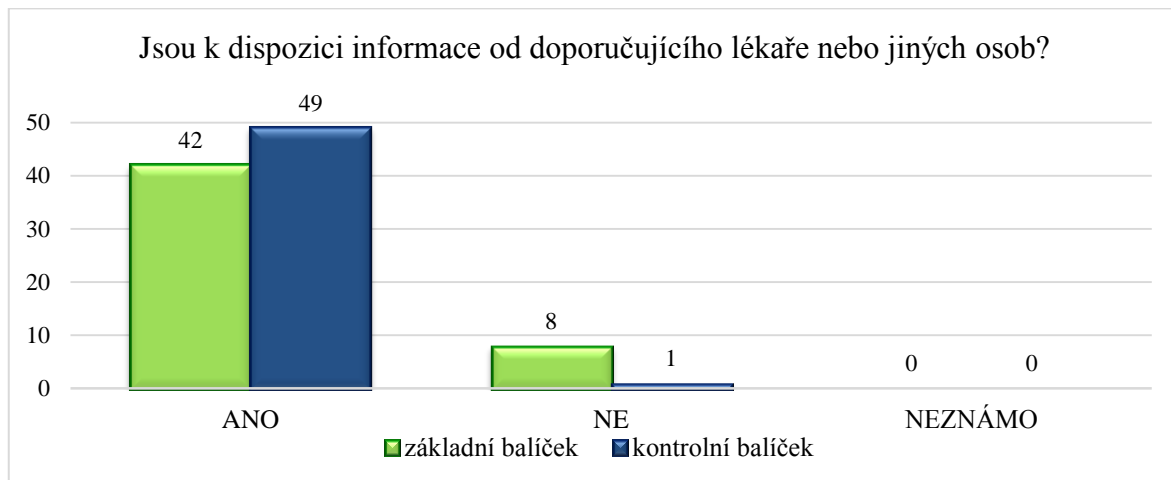
Graf 9: E1 – užívání alkoholu



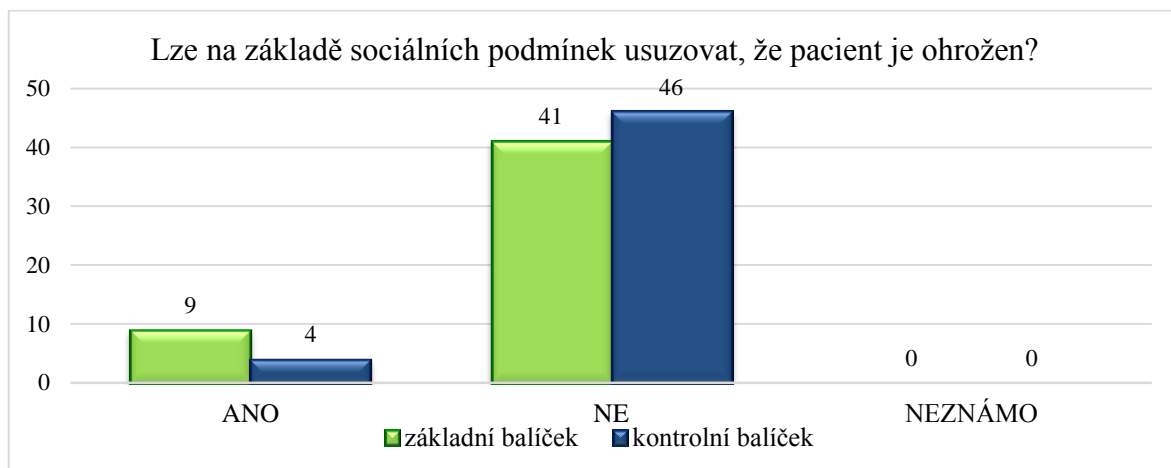
1.1.2 Doplnující informace pro posouzení potřeby podpory zdraví

Následující grafy se zaměřují na doplňující informace s vazbou na posuzování potřeb týkajících se podpory zdraví.

Graf 10: E1 – informace od doporučujícího lékaře



Graf 11: E1 – možnost ohrožení na základě sociálních podmínek



Graf 12: E1 – náboženství a vztah na stravu či péči



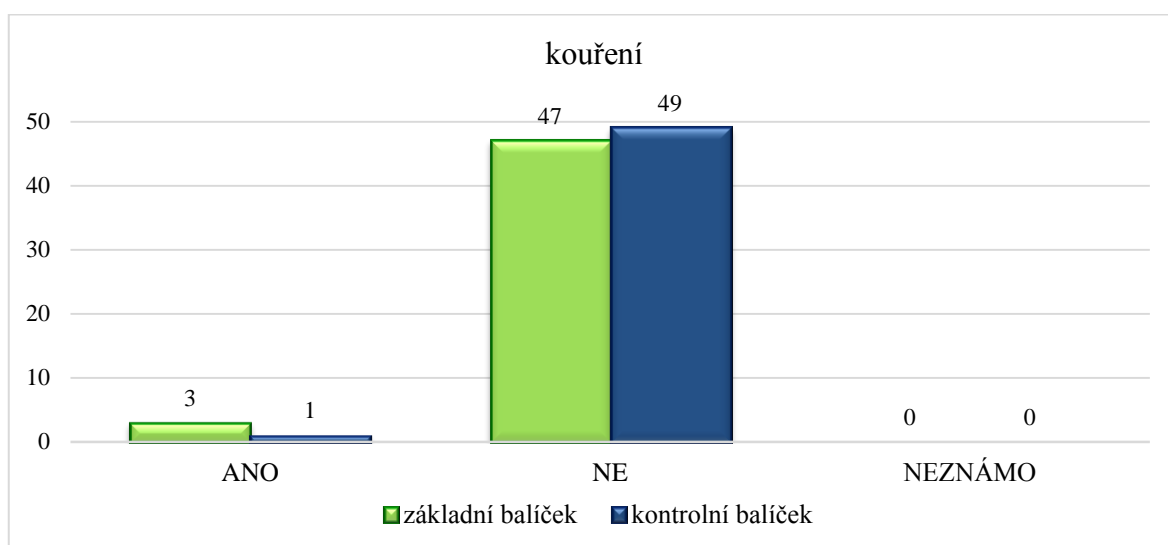
1.2 Standard 3: Informace pro pacienty a intervence

Průzkum zde byl zaměřen na zjištění, zda byly ze strany ošetřujícího personálu poskytnuty patřičné informace o nežádoucím rizikovém chování pacientů, včetně souvisejících intervencí.

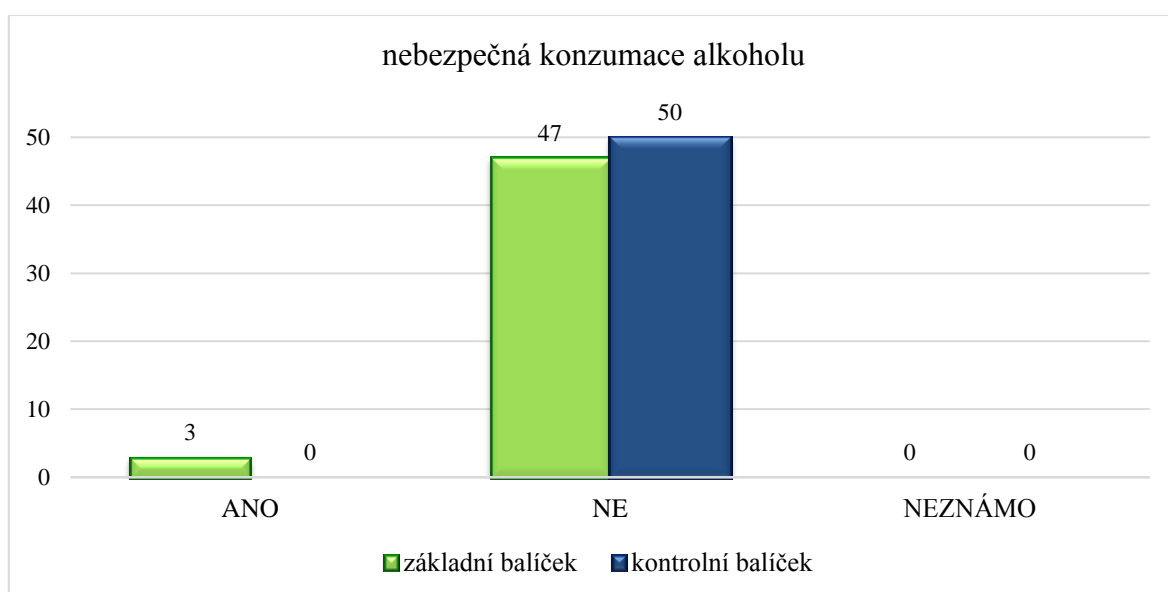
1.2.1 Poskytnuté informace dle individuálních potřeb pacienta

Na základě potřeb ohledně podpory zdraví byly poskytnuty informace týkající se následujících oblastí.

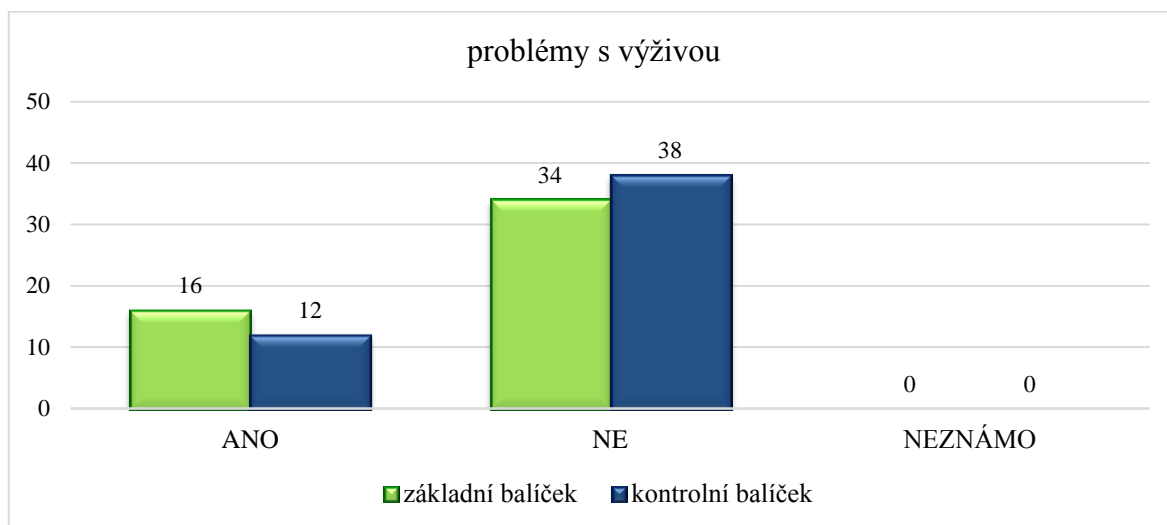
Graf 13: E1 – poskytnuty informace – kouření



Graf 14: E1 – poskytnuty informace – nebezpečná konzumace alkoholu

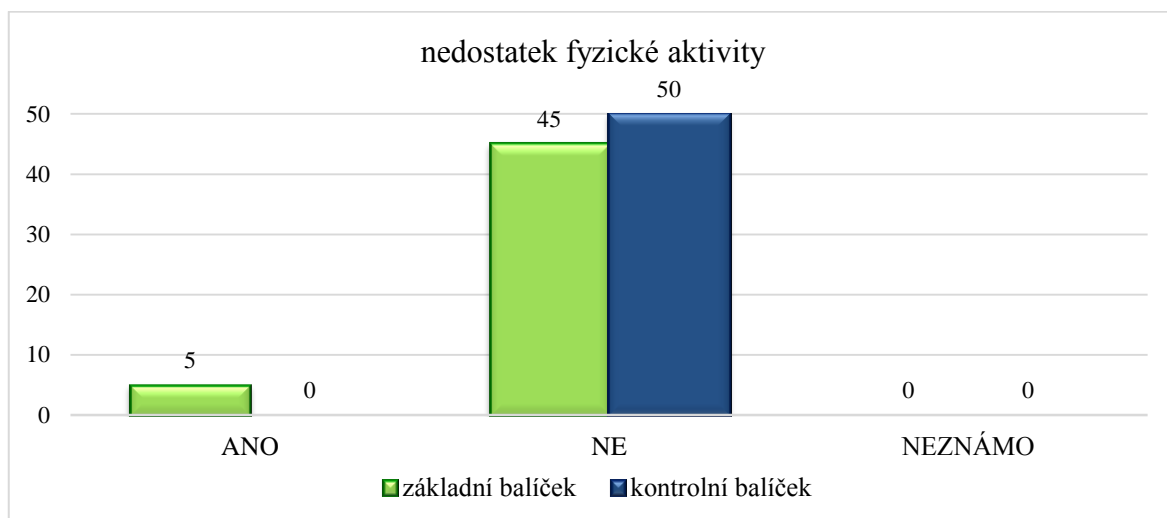


Graf 15: E1 – poskytnuty informace – problémy spojené s výživou



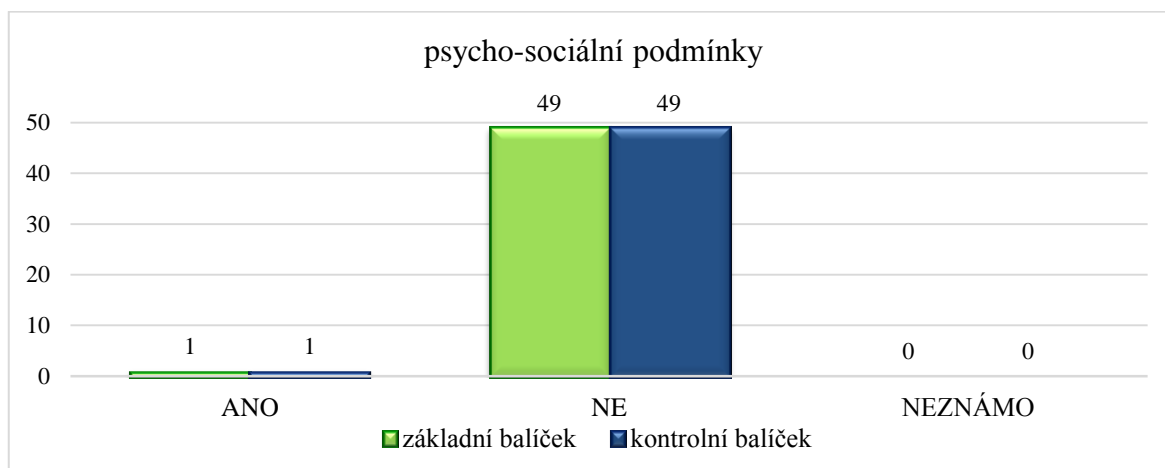
Oproti FN Olomouc je ve zdravotnické dokumentaci Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. značně více opomíjeno provádění zápisu o poskytnutí informací týkajících se správných zásad výživy.

Graf 16: E1 – poskytnuty informace – nedostatek fyzické aktivity

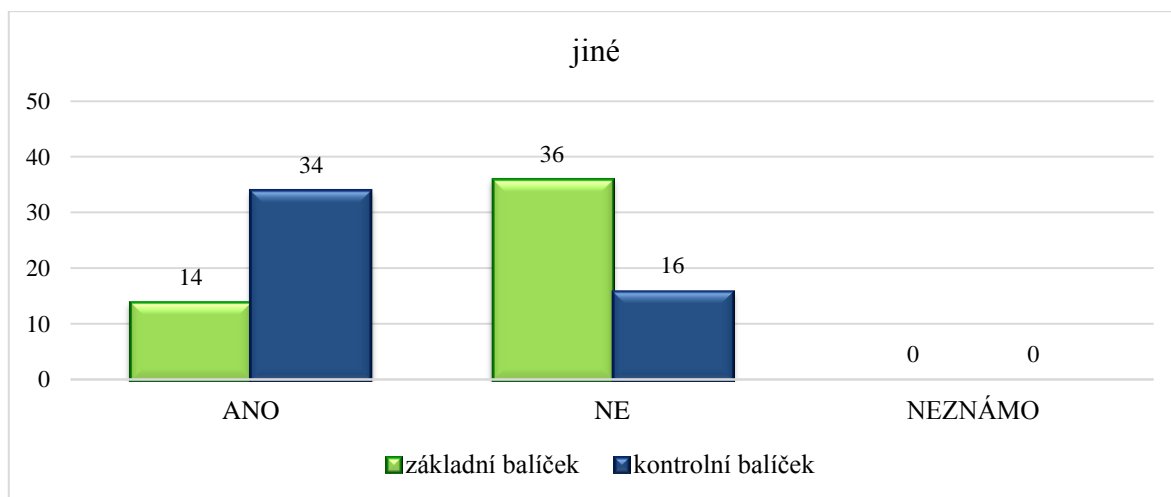


Graf 16 opět ukazuje nedostatečnost záznamů ve zdravotnické dokumentaci, nyní vzhledem k poskytování informací o možnostech zvýšení fyzické aktivity, a to i ve vztahu k FN Olomouc, kde bylo více než 50 % hodnocených zdravotnických dokumentací s pozitivním nálezem.

Graf 17: E1 – poskytnuty informace – psycho-sociální podmínky

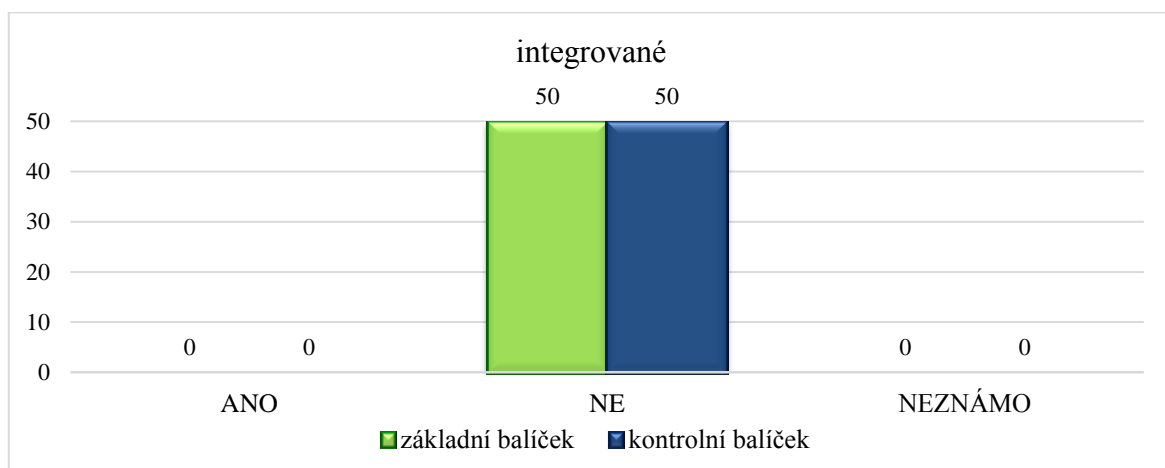


Graf 18: E1 – poskytnuty informace – jiné



Oproti výsledkům FN Olomouc, byl v hodnocené zdravotnické dokumentaci Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. častý jednoznačný záznam o poskytnutých informacích, týkající se jiné oblasti než jsou předcházející uvedené.

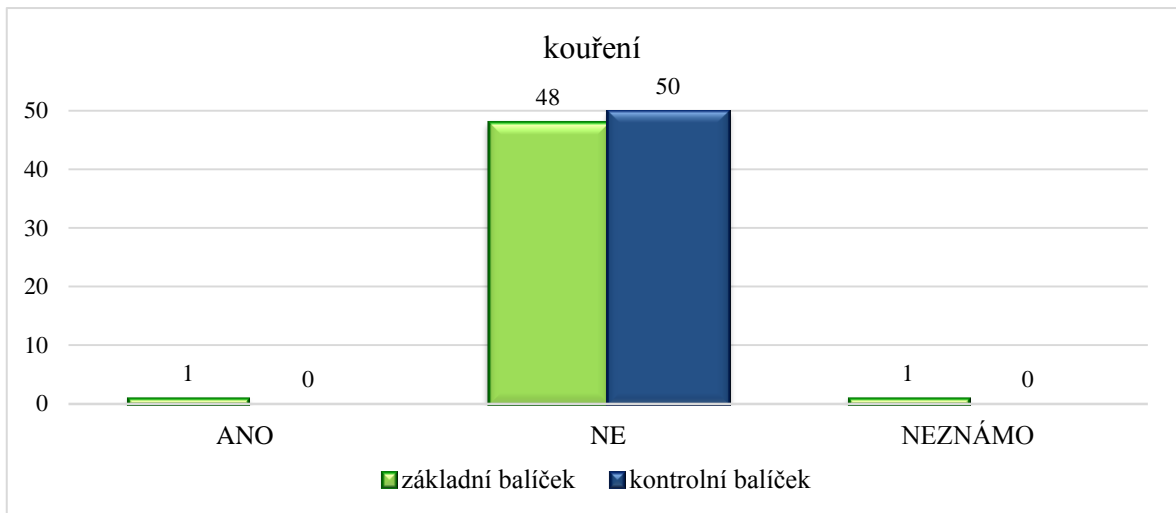
Graf 19: E1 – poskytnuty informace – integrované



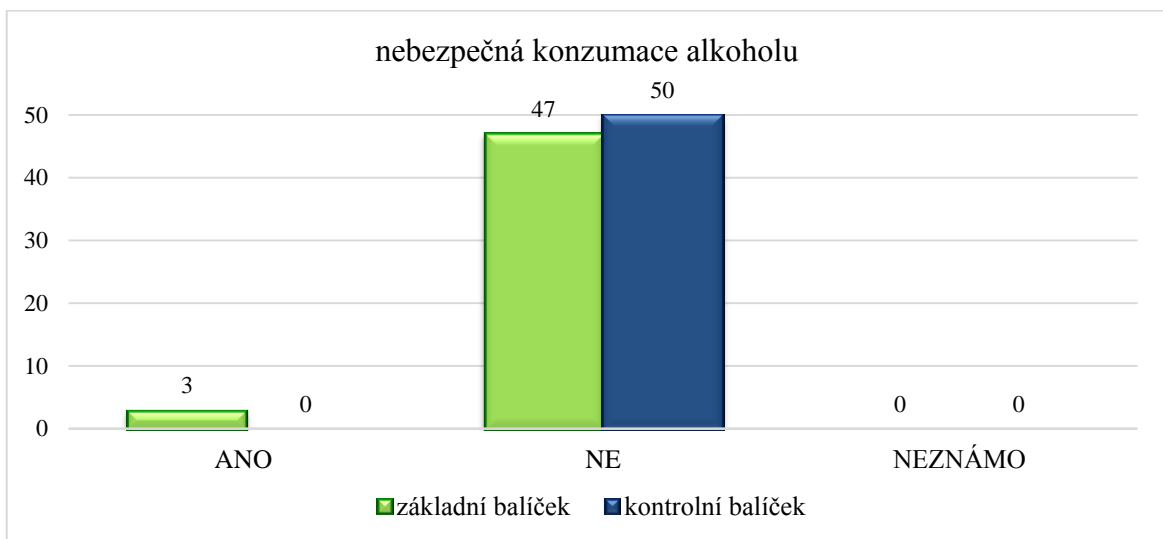
1.2.2 Zajištění motivačních aktivit či intervencí

V této části byl audit zaměřen na otázku, zda byly na základě potřeb ohledně podpory zdraví zajištěny motivační aktivity a krátká intervence týkající se následujících oblastí.

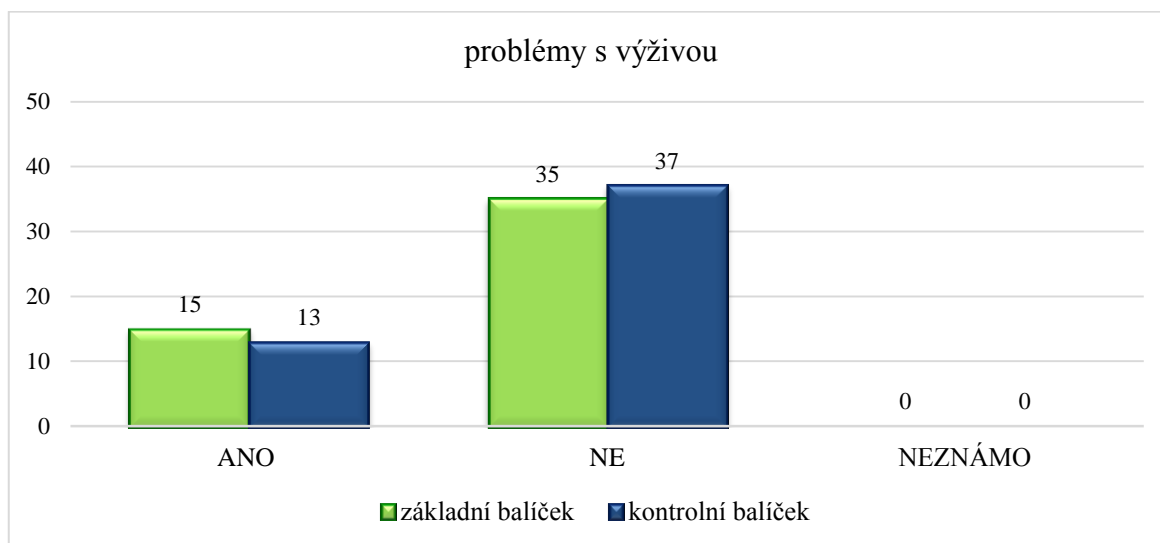
Graf 20: E1 – motivační aktivity a intervence o kouření



Graf 21: E1 – motivační aktivity a krátká intervence o konzumaci alkoholu

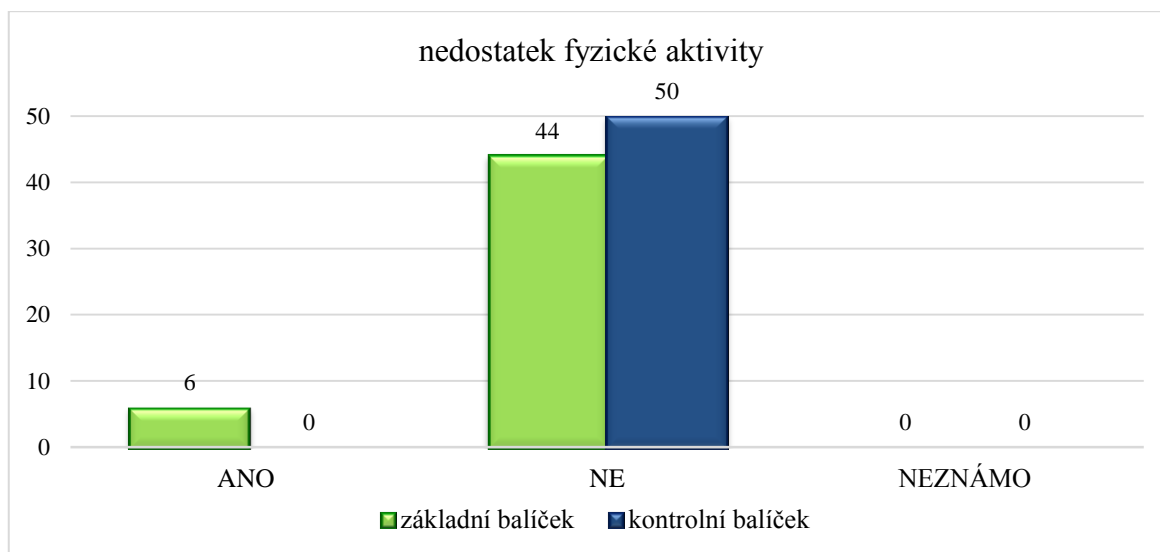


Graf 22: E1 – motivační aktivity a intervence o výživě



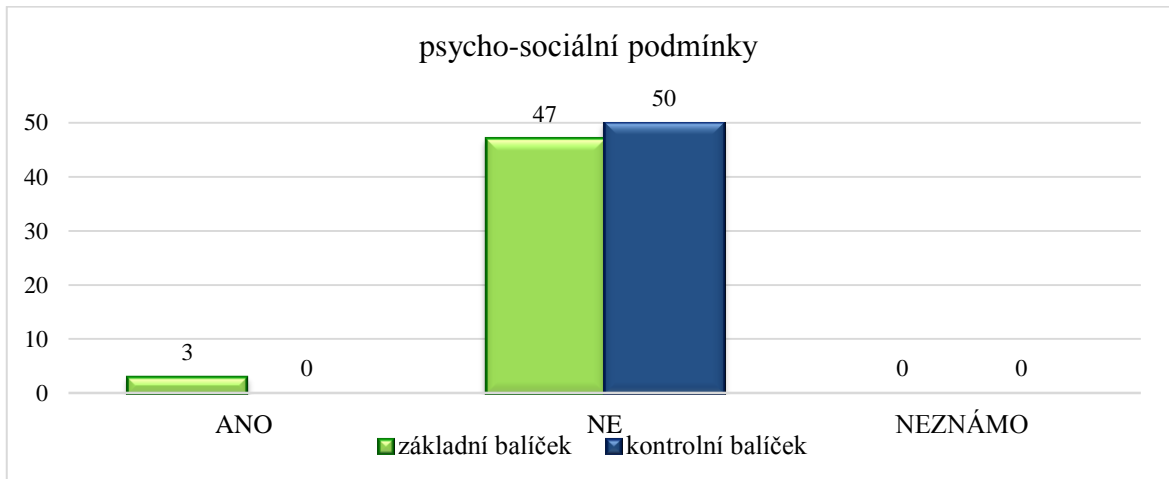
Graf 22 vizualizuje, že ani po implementaci zásad a standardů podpory zdraví nebylo dosaženo zlepšení. Záznamy o provedení motivačních aktivit a intervencí obsahuje pouze 13 zdravotnických dokumentací, oproti 34 ve FN Olomouc.

Graf 23: E1 – motivační aktivity a krátká intervence o nedostatku fyzické aktivity

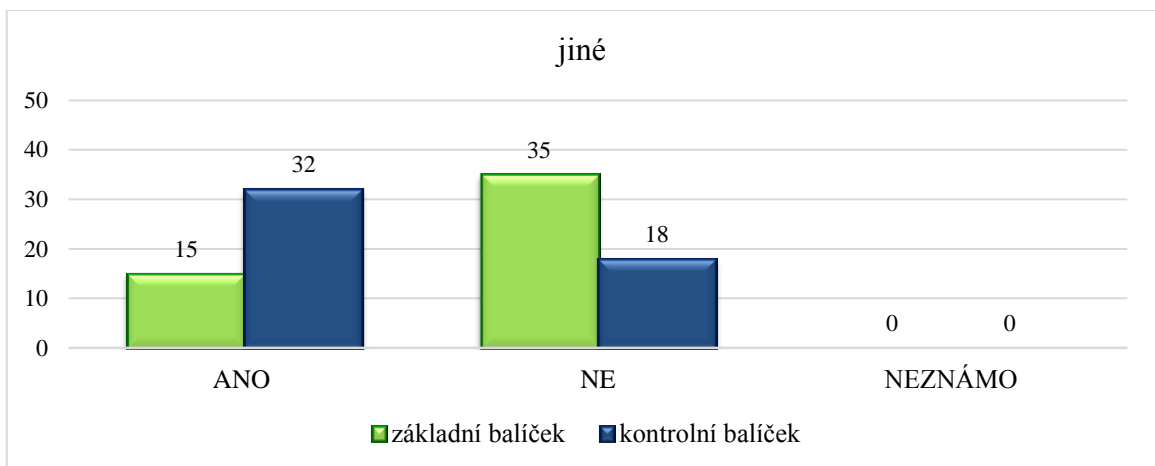


V porovnání s FN Olomouc je v Nemocnici Valašské Meziříčí a.s. zcela opomíjena intervence u pacientů, jež vzhledem ke svému stavu potřebují zvýšit fyzickou aktivitu.

Graf 24: E1 – motivační aktivity a krátká intervence o psycho-sociálních podmínkách

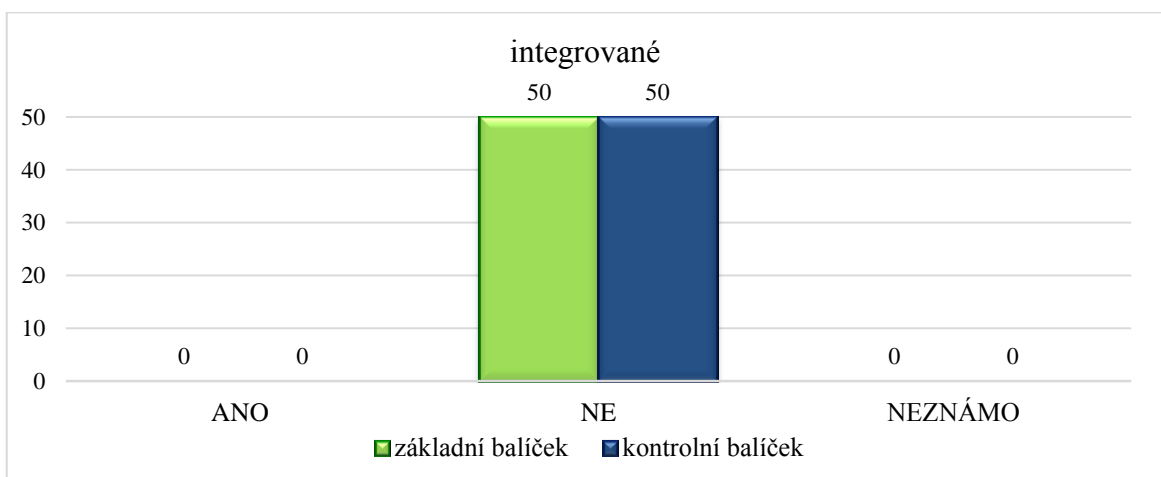


Graf 25: E1 – motivační aktivity a intervence – jiné



Oproti výsledkům FN Olomouc, byl v hodnocené zdravotnické dokumentaci Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. častý jednoznačný záznam o poskytnutých intervencích či motivačních aktivitách, týkající se jiné oblasti než jsou předcházející uvedené.

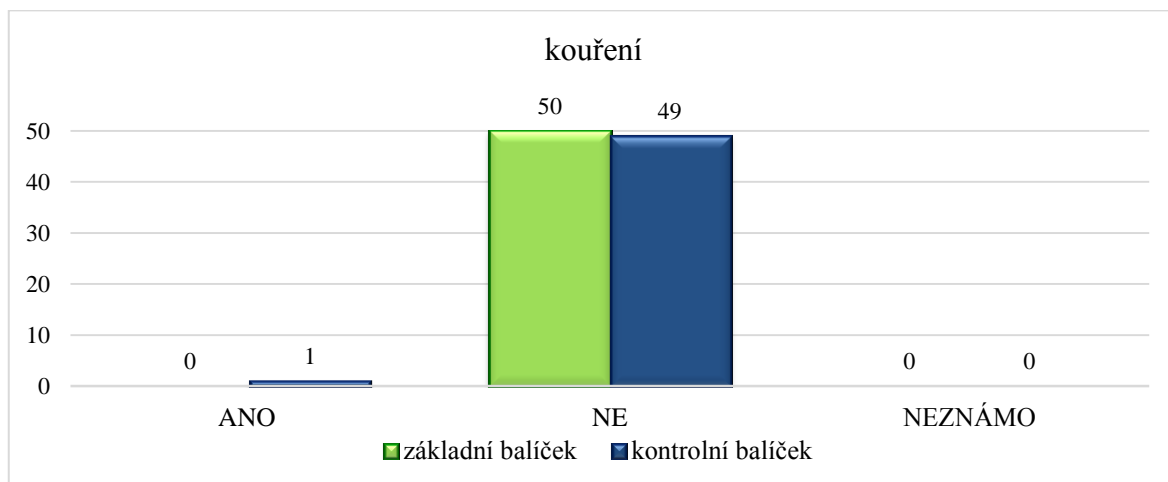
Graf 26: E1 – motivační aktivity a krátká intervence – integrované



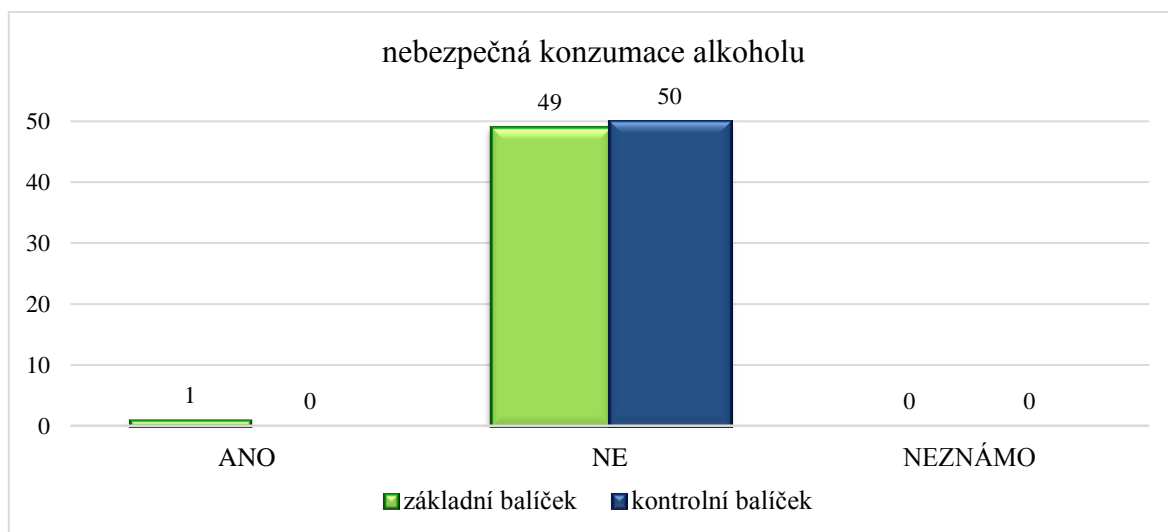
1.2.3 Zajištění intervence či rehabilitace po léčbě

Níže uvedené grafy vizualizují, zda byly ve zdravotnických dokumentacích nalezeny záznamy o zajištění intervence, rehabilitace a péče po léčbě týkající se níže uvedených oblastí na základě potřeb ohledně podpory zdraví.

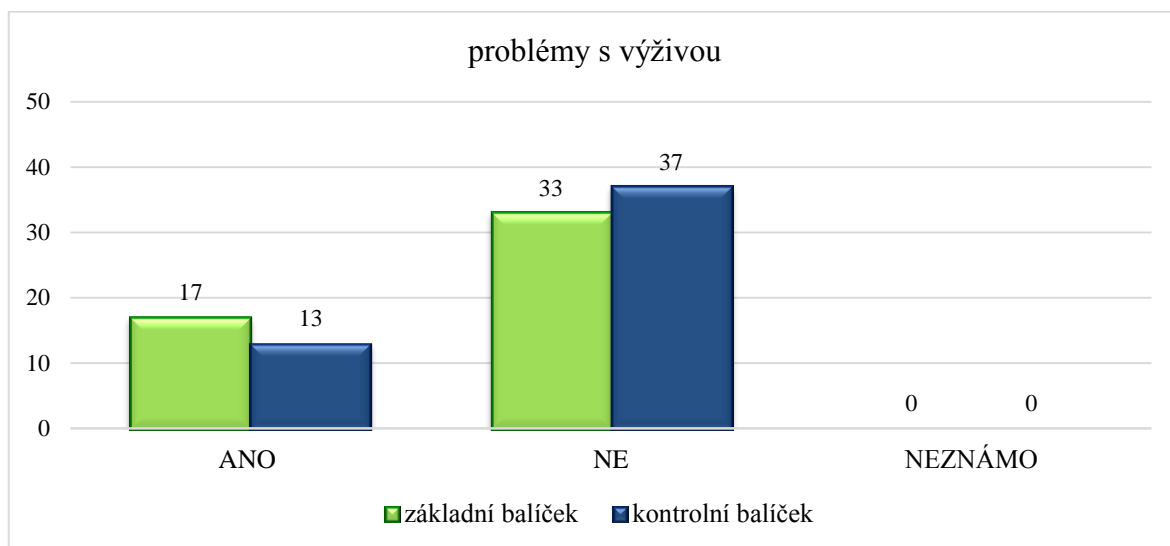
Graf 27: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě při kouření



Graf 28: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě při konzumaci alkoholu

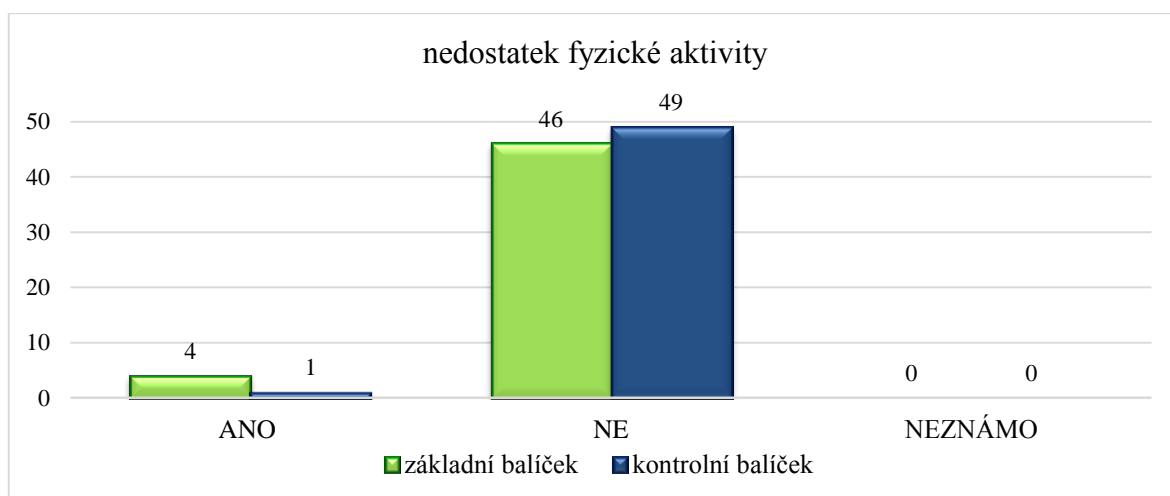


Graf 29: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě při problémech s výživou



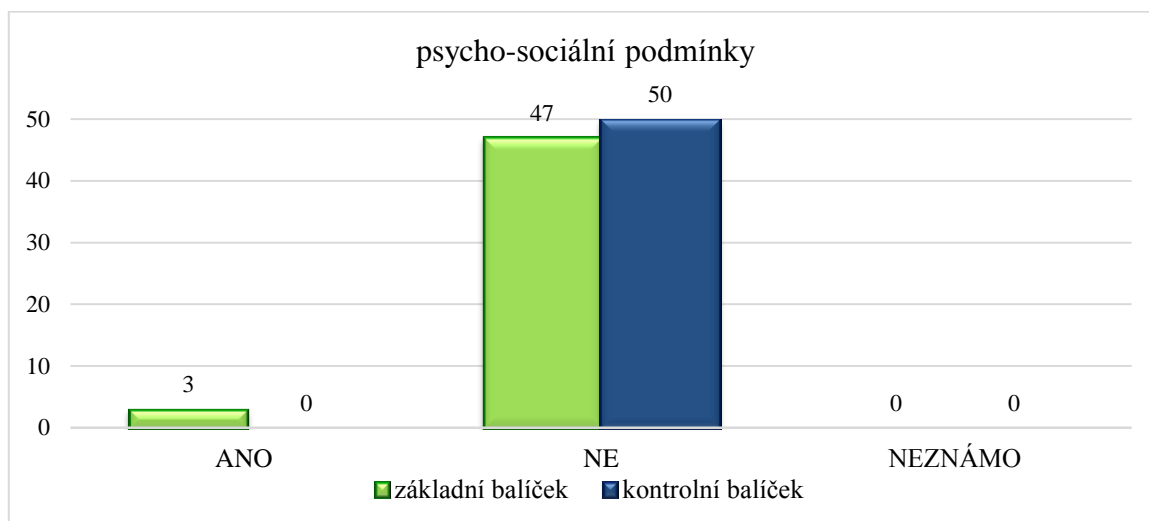
Oproti 34 pozitivním nálezům ve FN Olomouc bylo v Nemocnici Valašské Meziříčí a.s. zaznamenáno pouze 13 zdravotnických dokumentací s provedeným úplným záznamem o provedené rehabilitaci či intervenci po léčbě pacientům s problémy se stavem výživy.

Graf 30: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě při nedostatku fyzické aktivity

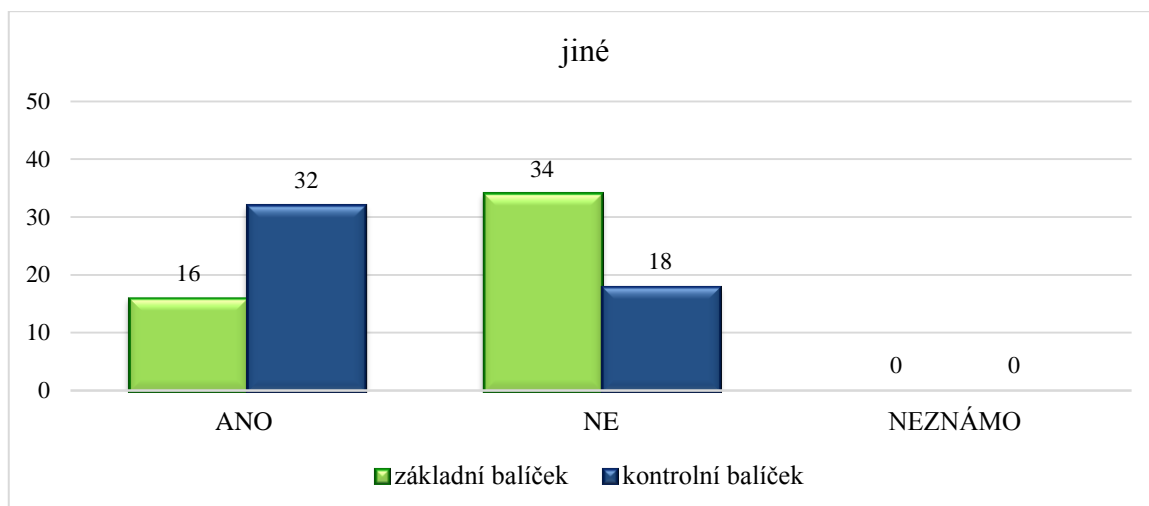


Graf 30 zobrazuje téměř 100% negativní nález (49 zdravotnických dokumentací), oproti FN Olomouc, která v kontrolním balíčku zaznamenala až 27 záznamů.

Graf 31: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě – psycho-sociální podmínky

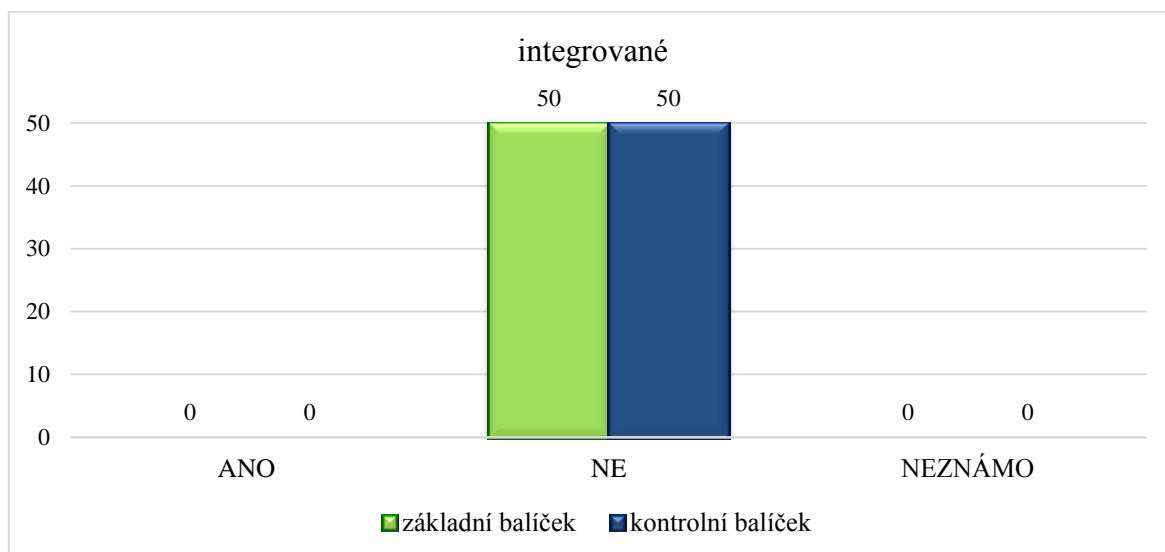


Graf 32: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě – jiné



Oproti výsledkům FN Olomouc, byl v hodnocené zdravotnické dokumentaci Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. jednoznačný záznam o rehabilitaci a intervencích po léčbě ve 32 případech, týkajících se jiné oblasti než jsou předcházející uvedené. Ve FN Olomouc nebyl žádný pozitivní nález.

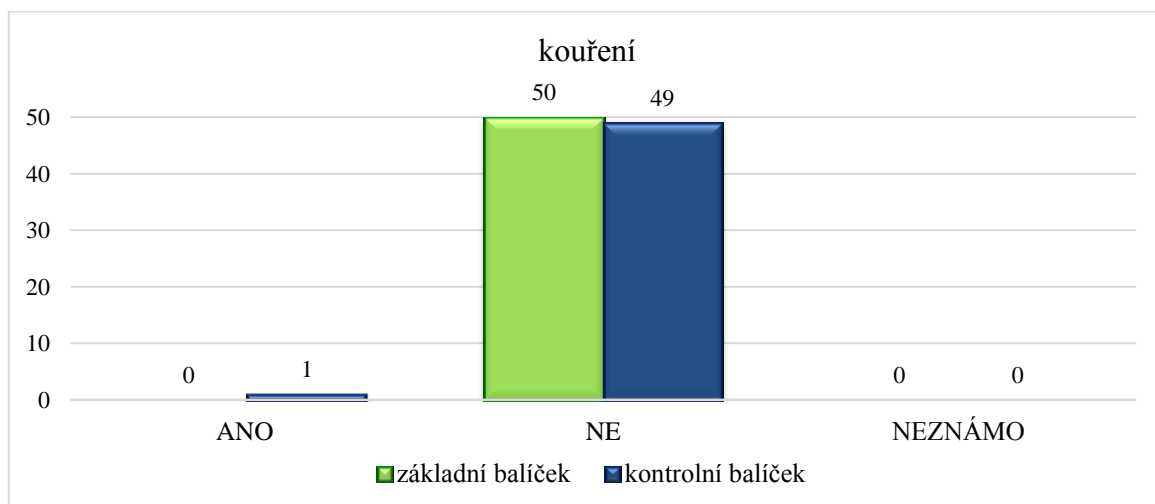
Graf 33: E1 – intervence, rehabilitace a péče po léčbě – integrované



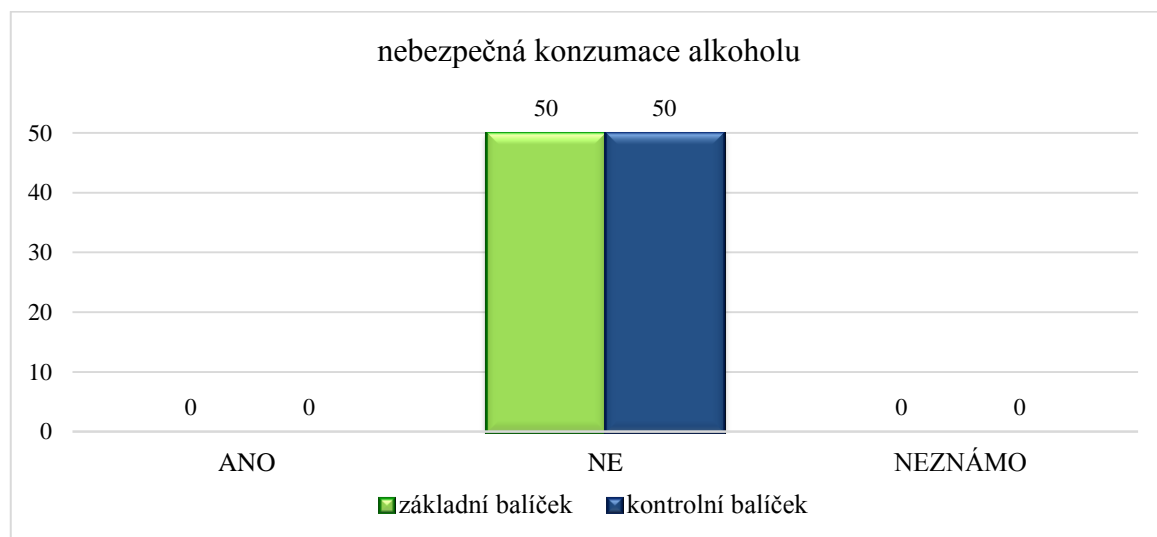
1.2.4 Následná kontrola účinnosti prostředků podpory zdraví

Následující grafy se zabývají otázkou, zda byla na základě potřeb ohledně podpory zdraví provedena následná kontrola účinnosti týkající se níže uvedených oblastí.

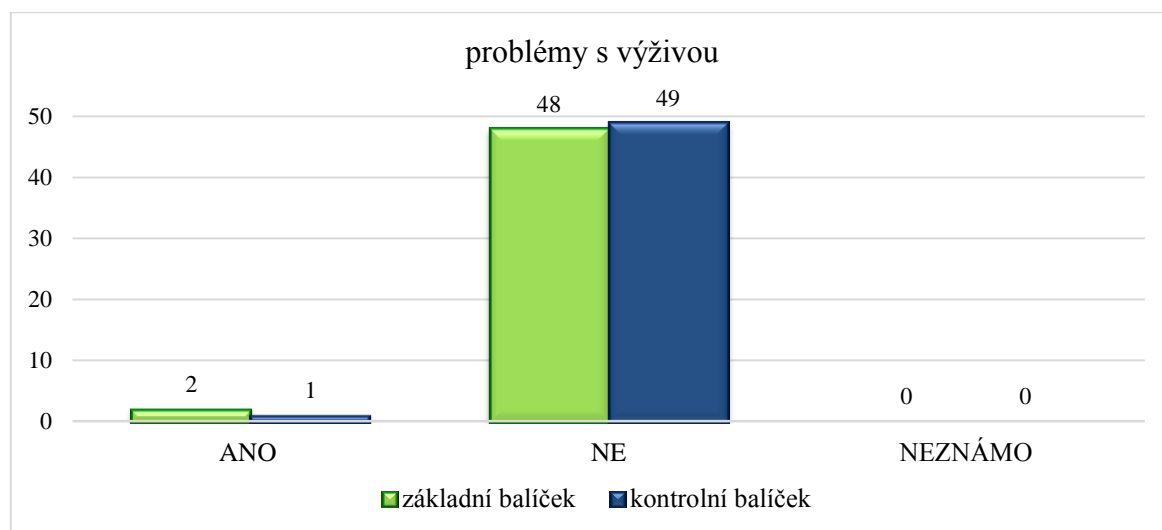
Graf 34: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se kouření



Graf 35: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se konzumace alkoholu

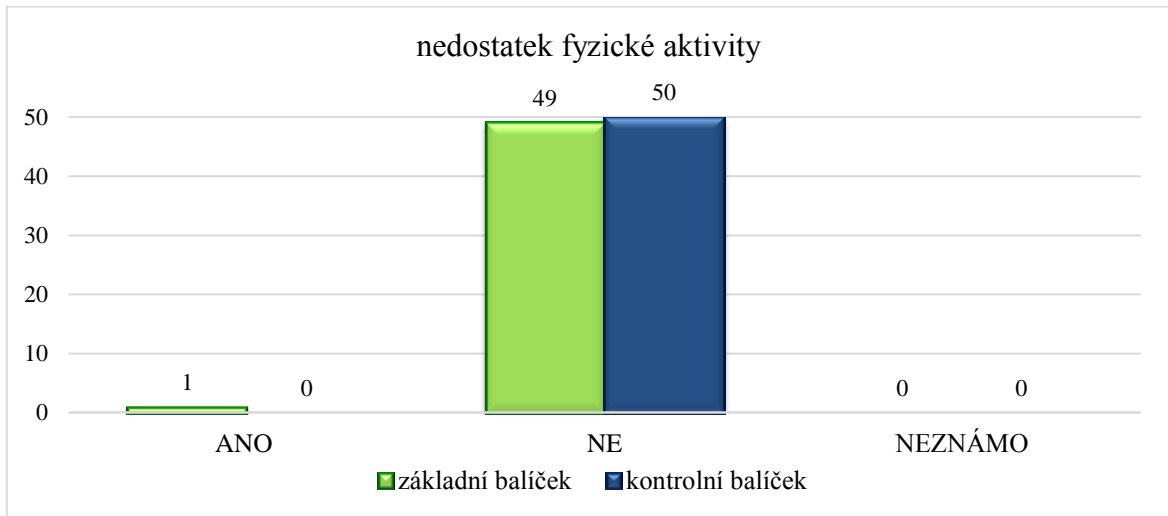


Graf 36: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se problémů s výživou



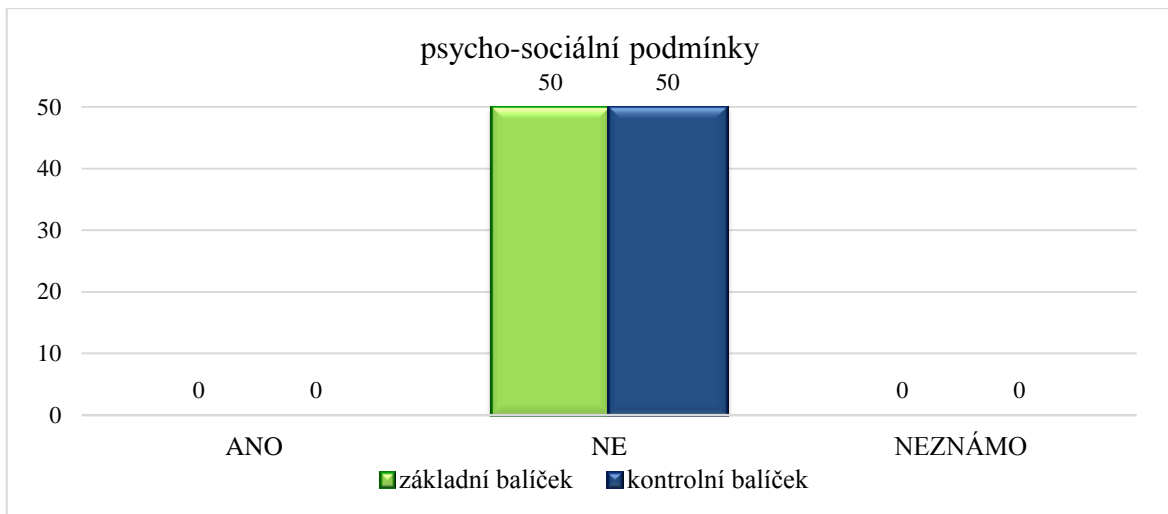
Graf 36 zobrazuje, že v auditu zdravotnické dokumentace Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. byl pouze jeden pozitivní nález o následné kontrole týkající se problémů s výživou. Oproti tomu bylo ve FN Olomouc až 34 pozitivních nálezů.

Graf 37: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se nedostatku fyzické aktivity

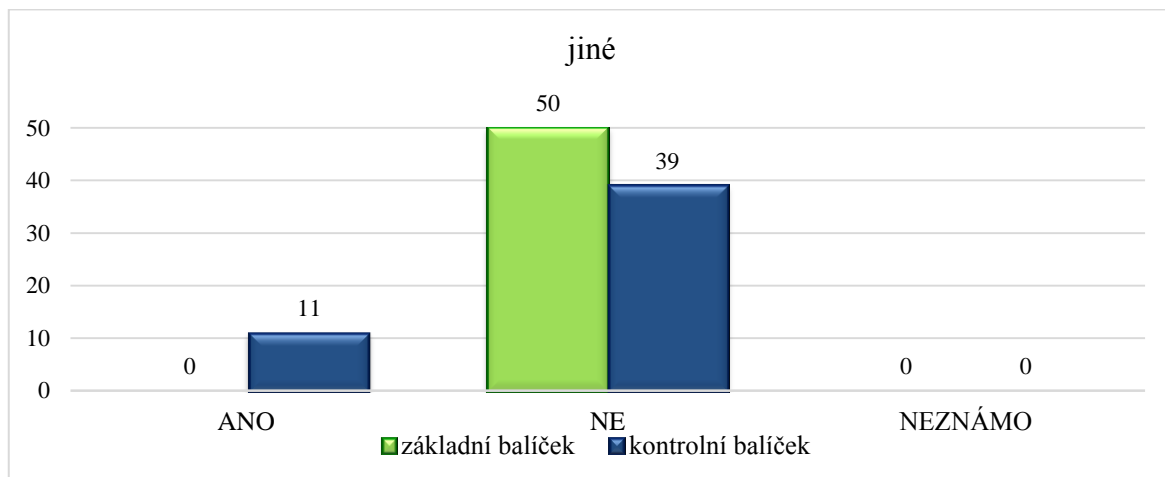


Graf 37 zobrazuje, že v auditu zdravotnické dokumentace Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. byl opět pouze jeden pozitivní nález o následné kontrole týkající se nedostatku fyzické aktivity. Oproti tomu bylo ve FN Olomouc 27 pozitivních nálezů.

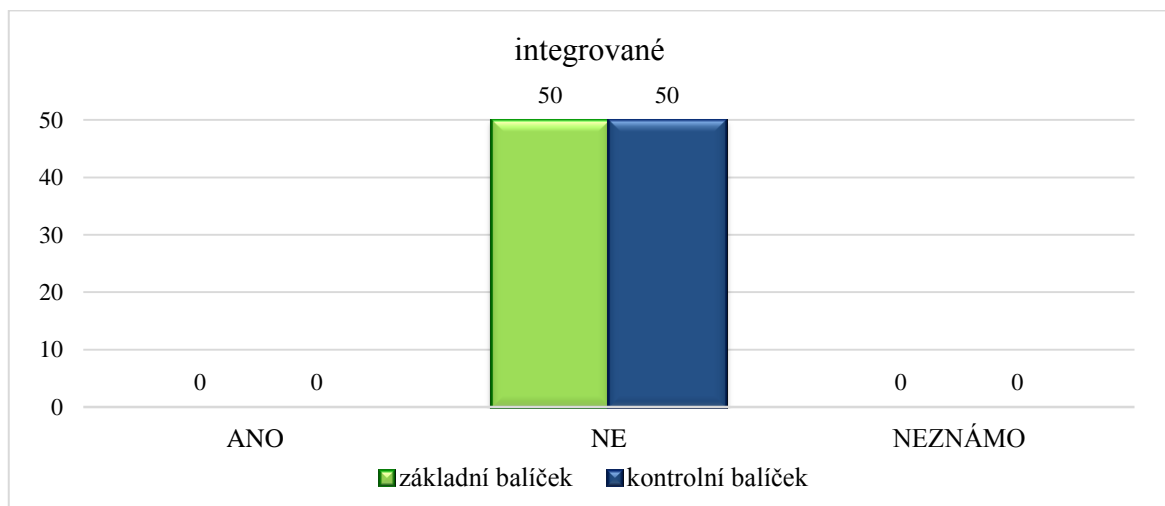
Graf 38: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se psycho-sociálních podmínek



Graf 39: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se jiného



Graf 40: E1 – následná kontrola účinnosti týkající se integrovaného



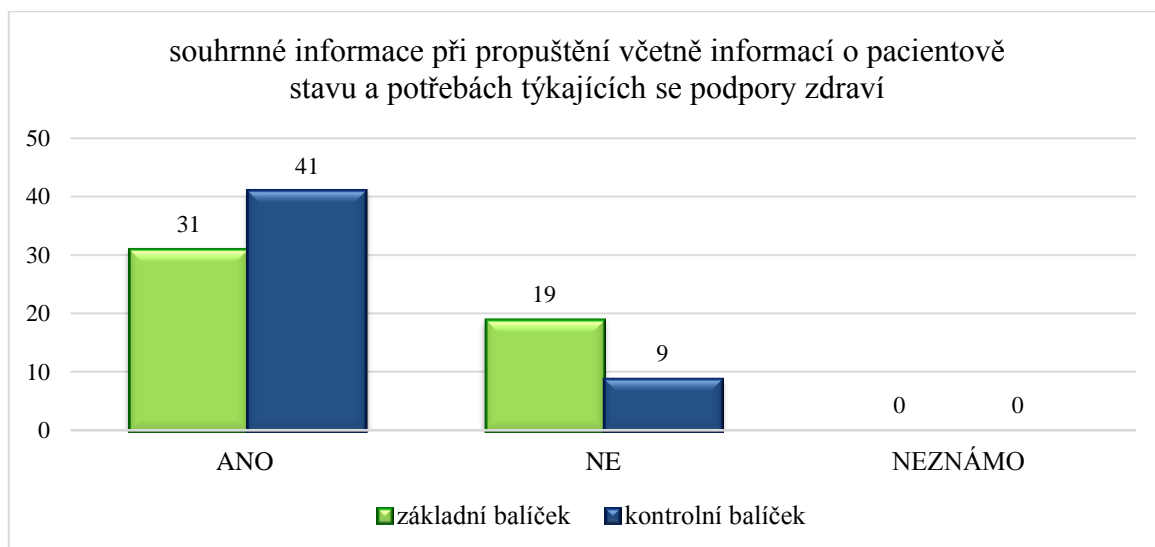
1.3 Standard 5: Kontinuita a spolupráce

Standard č. 5 se zaměřuje na multioborovou spolupráci v zajištění kontinuální a plnohodnotné péče o pacienta.

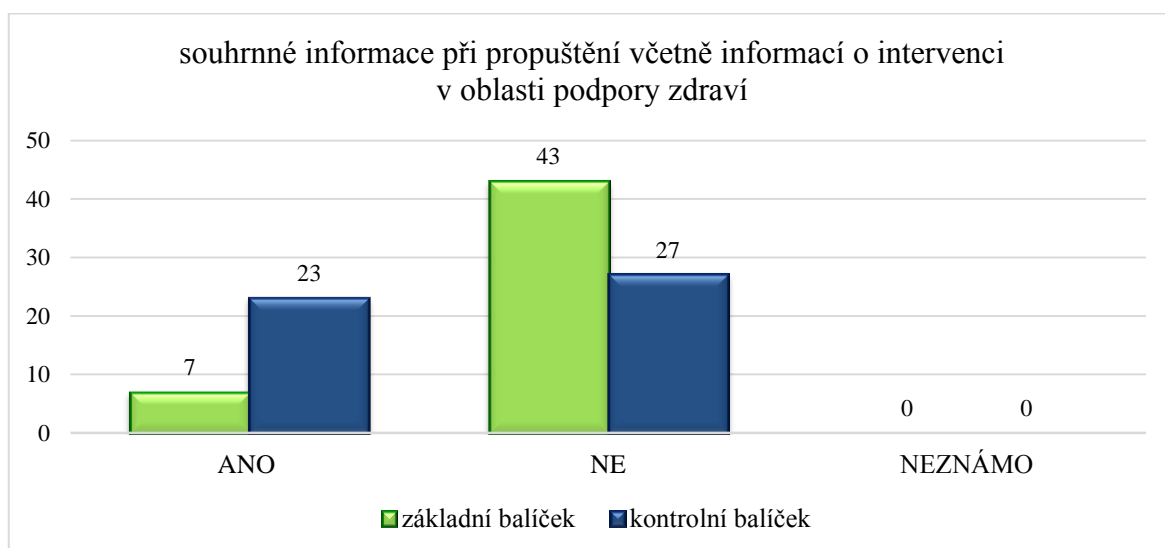
1.3.1 Bylo provedeno hodnocení, rehabilitace a péče po léčbě

Níže uvedená oblast standardu 5 mapuje, zda byl do zdravotnické dokumentace proveden záznam o hodnocení, rehabilitaci a poskytnuté péči po léčbě v uvedených oblastech.

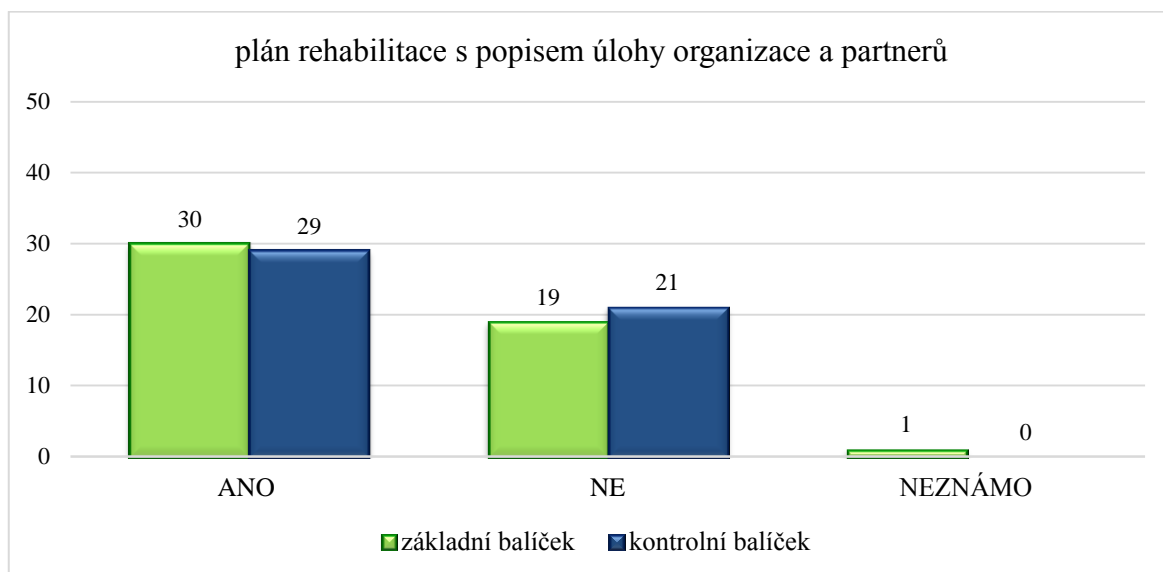
Graf 41: E1 – hodnocení, rehabilitace a péče po léčbě týkající se zprávy při propouštění pacienta – pacientův stav a potřeba podpory zdraví



Graf 42: E1 – hodnocení, rehabilitace a péče po léčbě – intervence v oblasti podpory zdraví



Graf 43: E1 – hodnocení, rehabilitace a péče po léčbě – plán rehabilitace



V tomto případě zaznamenala Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. značně lepší výsledky, nežli FN Olomouc. Pozitivní nález zde byl až ve 29 zdravotnických dokumentacích oproti nulovému nálezu ve FN Olomouc

1.3.2 Souhrnné zhodnocení výsledků auditu zdravotnické dokumentace

Výsledky z auditu zdravotnické dokumentace v Nemocnici Valašské Meziříčí a.s. v zásadě potvrdily zjištění ve FN Olomouc. V určitých oblastech je zde vedení zdravotnické dokumentace detailnější, a to např. v uvádění naordinovaných rehabilitací a dále též v následné kontrole plnění plánu rehabilitací po ukončení léčbě pacienta.

Oproti tomu však bylo zjištěno významné opomíjení poskytování krátkých intervencí o možnostech snížení škodlivého působení rizikových faktorů na zdravotní stav pacientů, včetně kontroly jejich účinnosti, v případě, že poskytnuty byly. To se týká všech hodnocených oblastí.

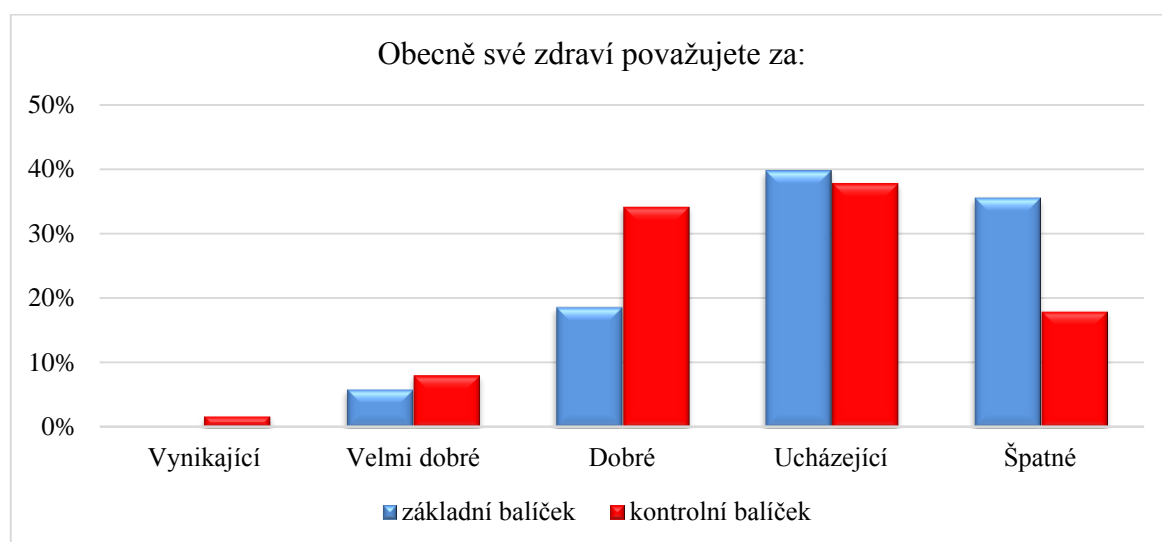
2 Vyhodnocení průzkumu mezi pacienty

Je zaměřen na pacienty a jejich zdravotní stav z hlediska fyzického i psychického, každodenní zvyklosti pacienta, přičemž zohledňuje zdraví prospěšné, tak i zdraví škodlivé aktivity. Dále se dotazník zaměřuje na interakce pacienta se zdravotnickým zařízením.

V obou sběrech dat bylo osloveno vždy 200 pacientů. V základním sběru bylo navráceno 118 dotazníků (návratnost 59 %), v kontrolním bylo vráceno 111 dotazníků (návratnost 55,5 %).

Úvodní otázka č. 1 zde není vyhodnocována, jelikož není zaměřena na samotného respondenta, ale požaduje pouze zapsání identifikačního čísla dotazníku (zapisuje zdravotnické zařízení).

Graf 44: E2 – otázka č. 2 – stav vlastního zdraví – obecné hledisko



Graf 45: E2 – otázka č. 3 – pohled na své zdraví v porovnání se situací před rokem

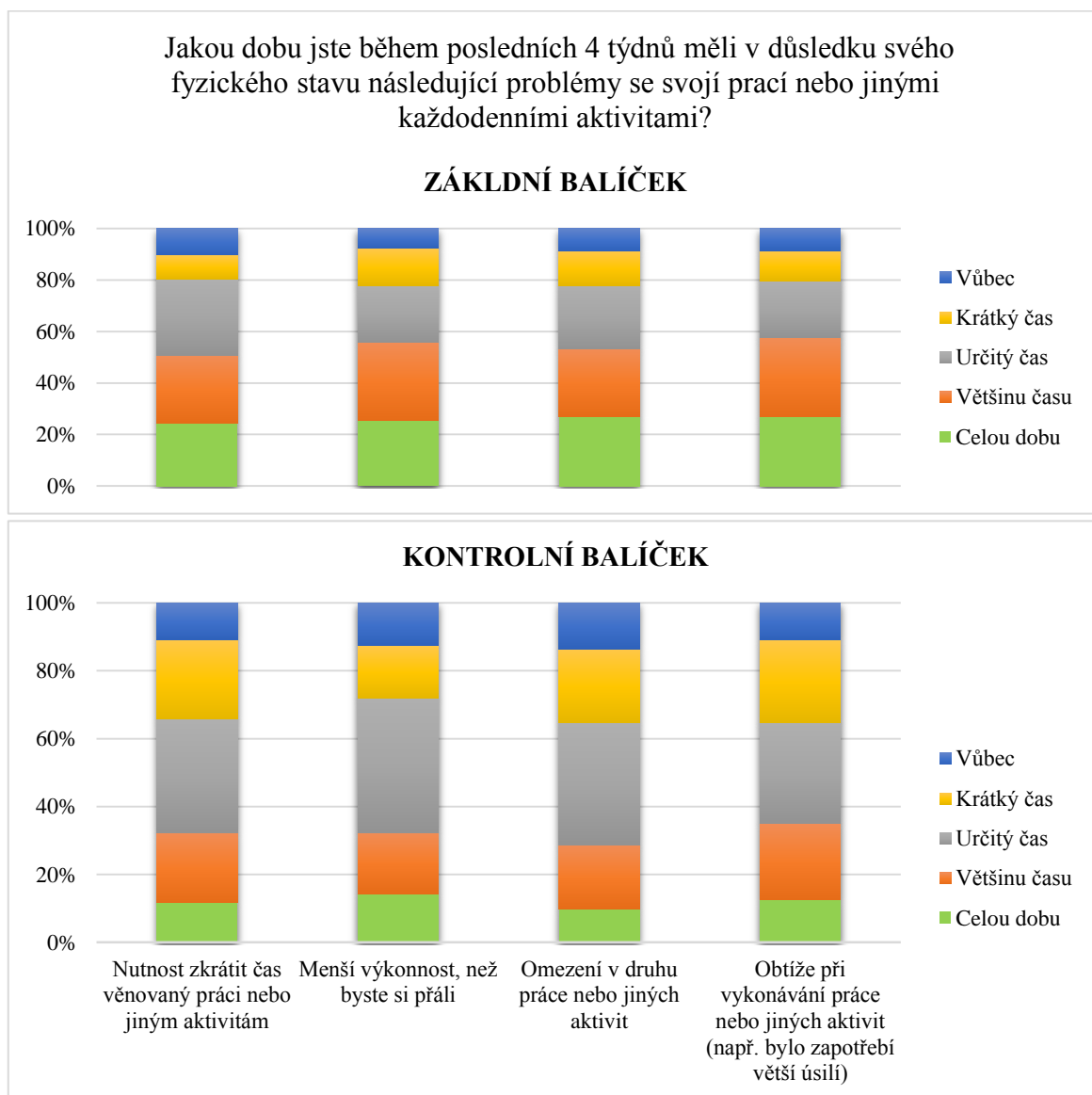


Graf 46: E2 – otázka č. 4 – omezení pacientů v každodenních činnostech



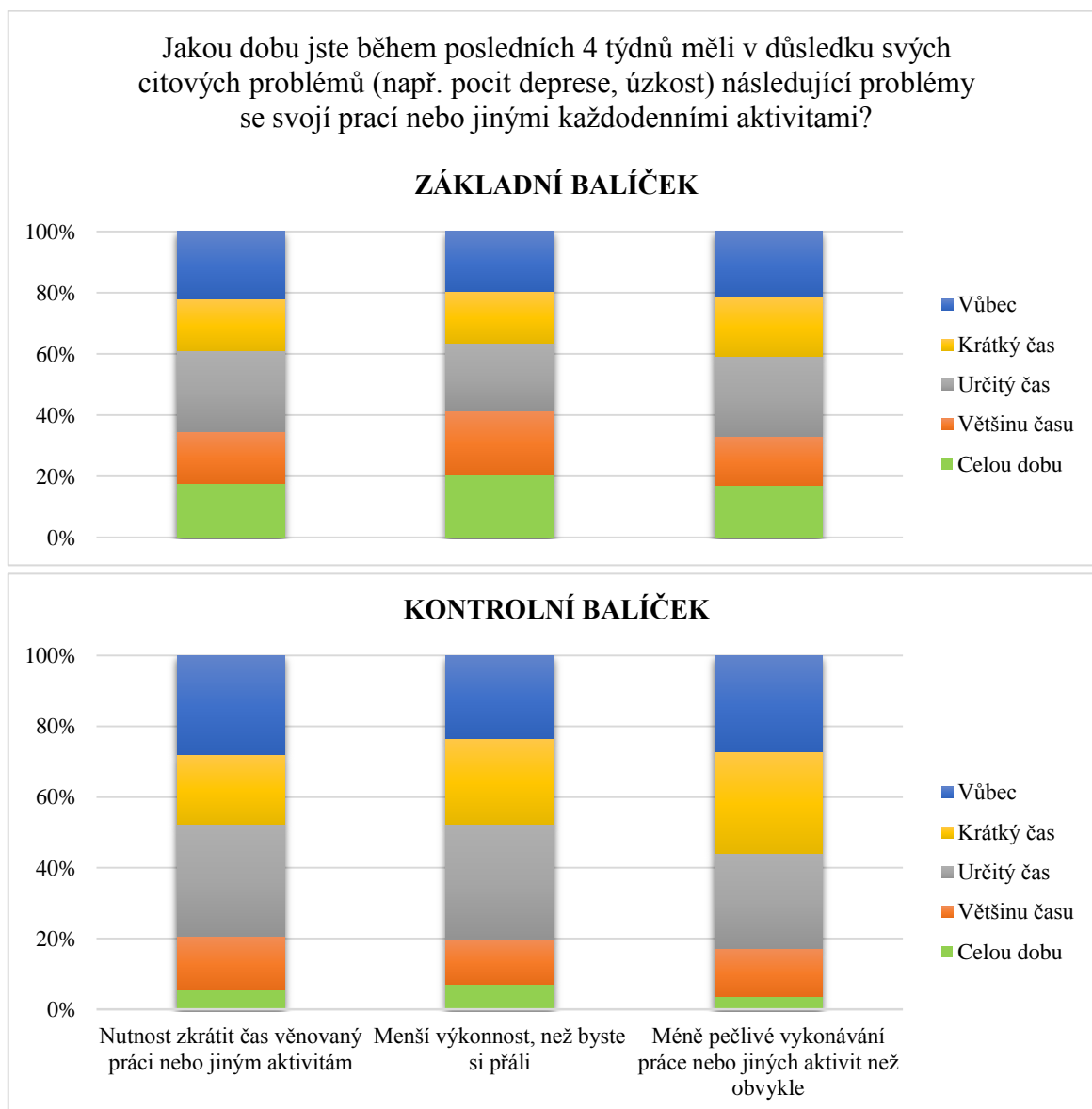
Omezení zdravotním stavem je mezi dotazovanými pacienty mírnější nežli ve FN Olomouc.

Graf 47: E2 – otázka č. 5 – obtíže při každodenních činnostech – fyzický stav



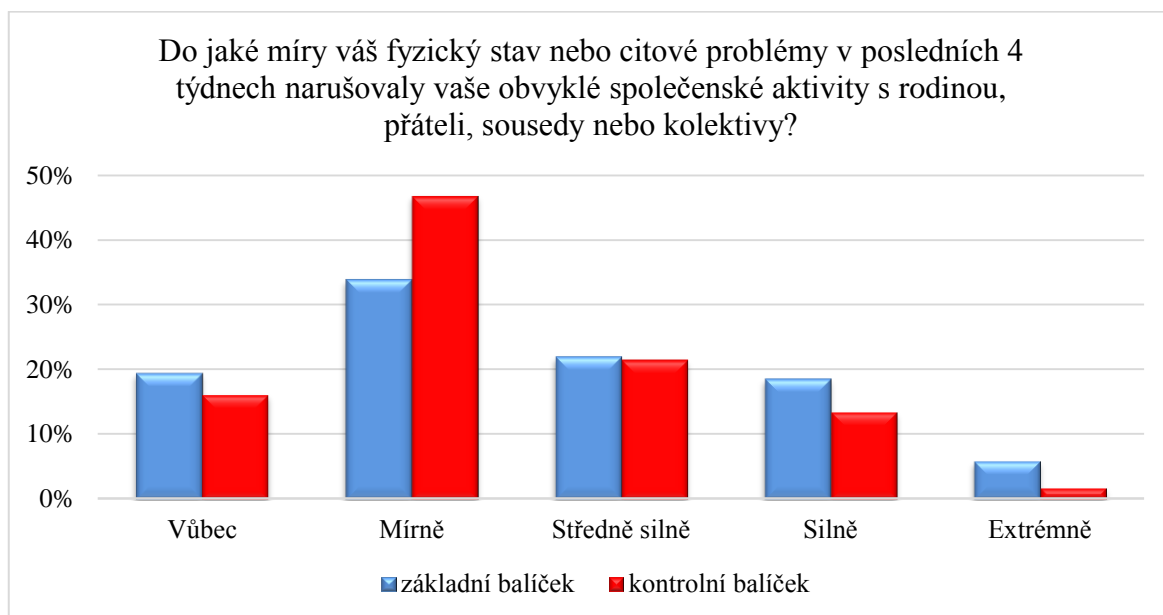
Graf 47 zobrazuje, že vnímané omezení pacientů v důsledku svého fyzického stavu, je v porovnání s výsledky FN Olomouc značně nižší. Ve všech druzích limitace je případné omezení vnímáno nadlopoviční většinou jen po krátký čas. Po celou dobu výkonu každodenních aktivit bylo limitováno vždy méně, než polovina respondentů (v porovnání s FN Olomouc).

Graf 48: E2 – otázka č. 6 – obtíže při každodenních činnostech – psychický stav



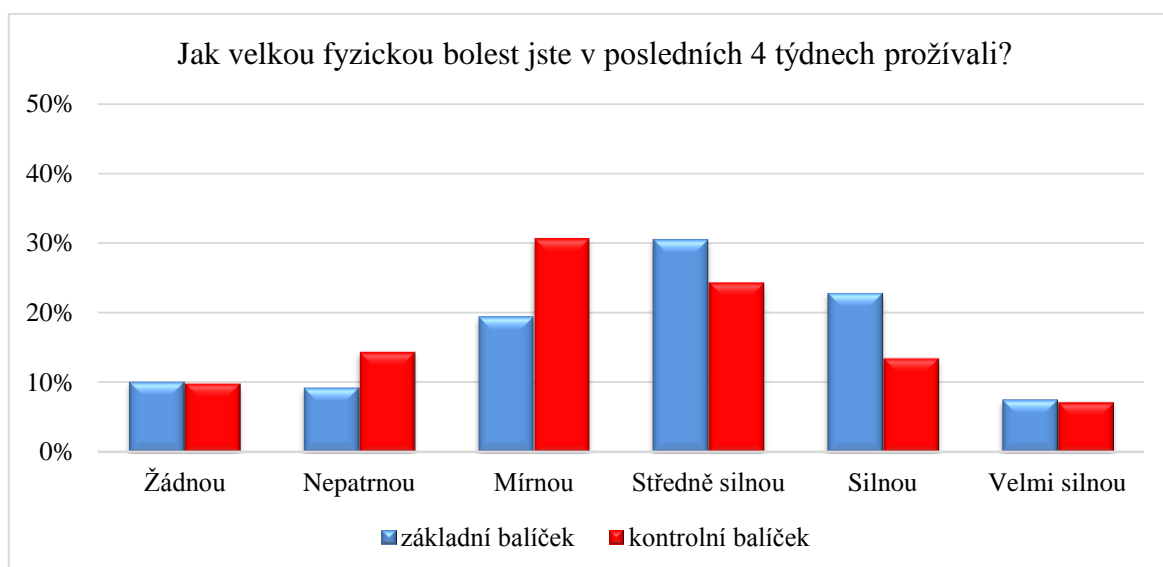
Oproti FN Olomouc bylo zjištěno značné zlepšení též ve smyslu snížení limitace psychickým stavem pacienta. V základním sběru dat dosahovala doba imitace po celou dobu či po většinu času téměř 40 %. V kontrolním sběru dat bylo trvání takového dlouhotrvající limitace sníženo na polovinu.

Graf 49: E2 – otázka č. 7 – limitace pacienta ve společenských aktivitách



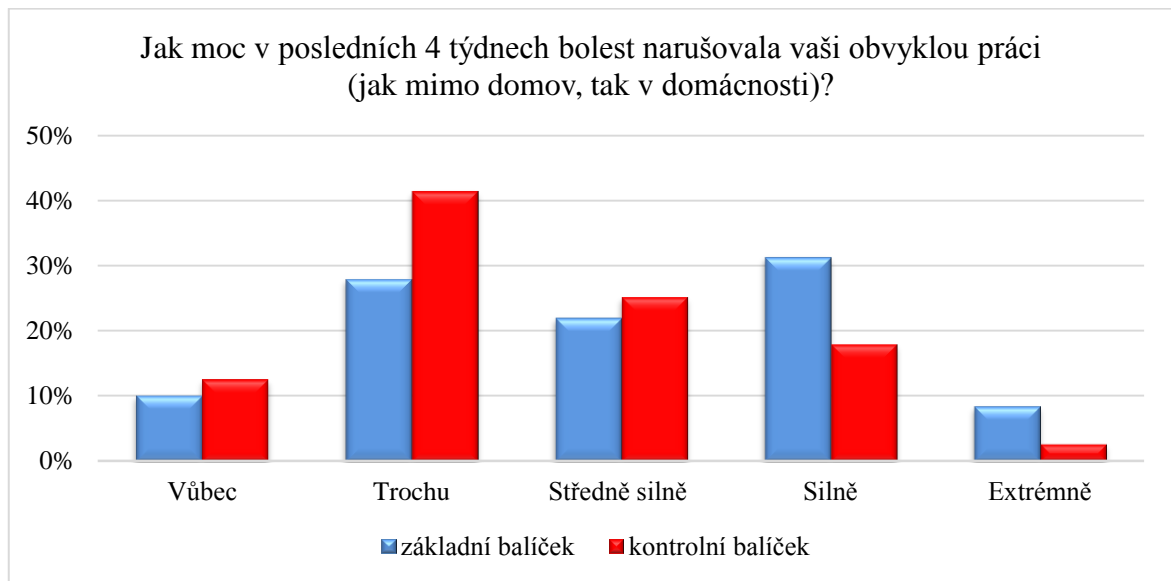
Pozitivní trend byl zaznamenán též v možných omezeních společenských aktivit v důsledku fyzických či psychických problémů.

Graf 50: E2 – otázka č. 8 – bolest v posledních 4 týdnech



Po zavedení programu podpory zdraví v Nemocnici Valašské Meziříčí a.s. se zlepšila též míra vnímání bolesti či míra jejího výskytu.

Graf 51: E2 – otázka č. 9 – omezení obvyklých činností pacienta v důsledku bolesti

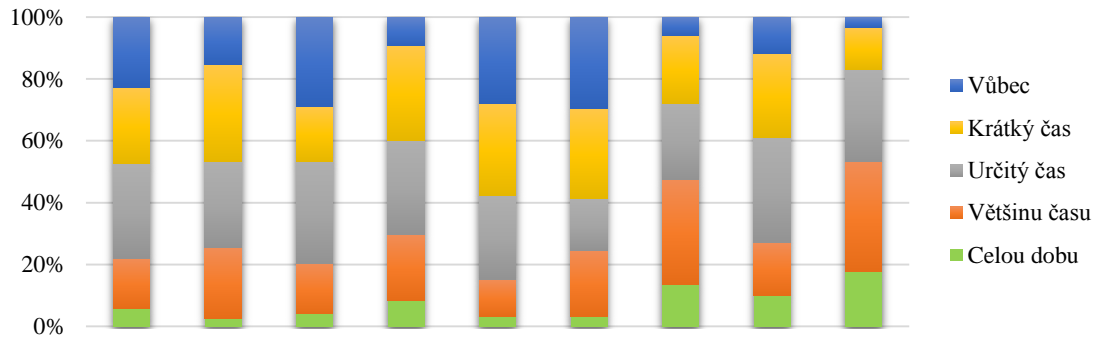


V souvislosti s předcházejícím grafem 50 se snížila též limitace každodenních činností pacientů v důsledku bolesti.

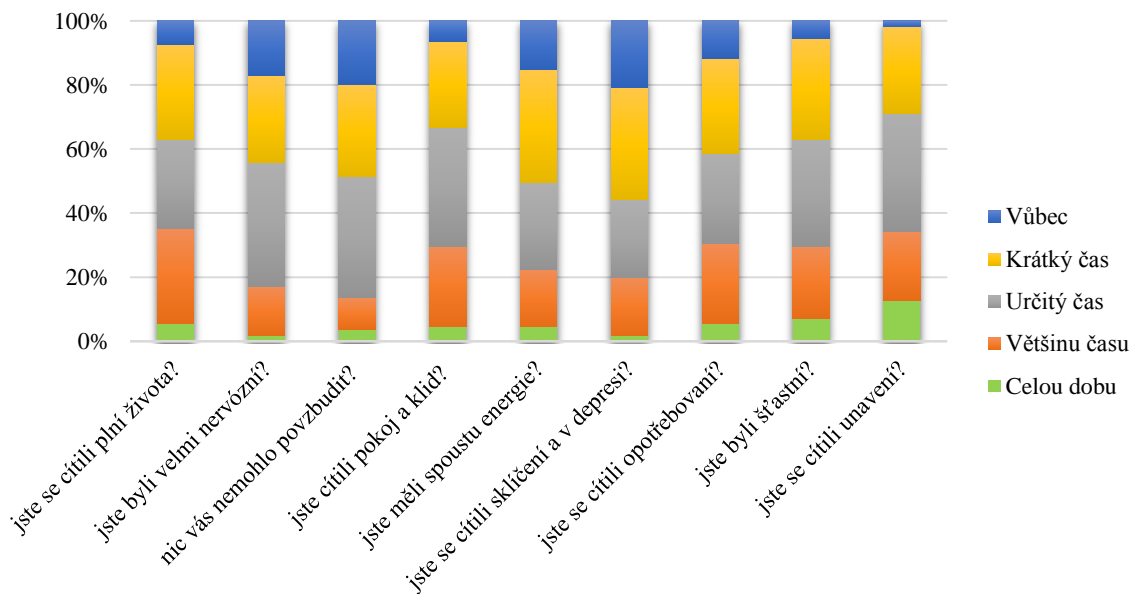
Graf 52: E2 – otázka č. 10 – jak se pacienti cítili v posledních 4 týdnech

Tyto otázky jsou zaměřeny na to, jak se cítíte a jak se vám v posledních 4 týdnech dařilo. U každé otázky zvolte prosím jednu odpověď, která nejvíce odpovídá tomu, jak se cítíte.

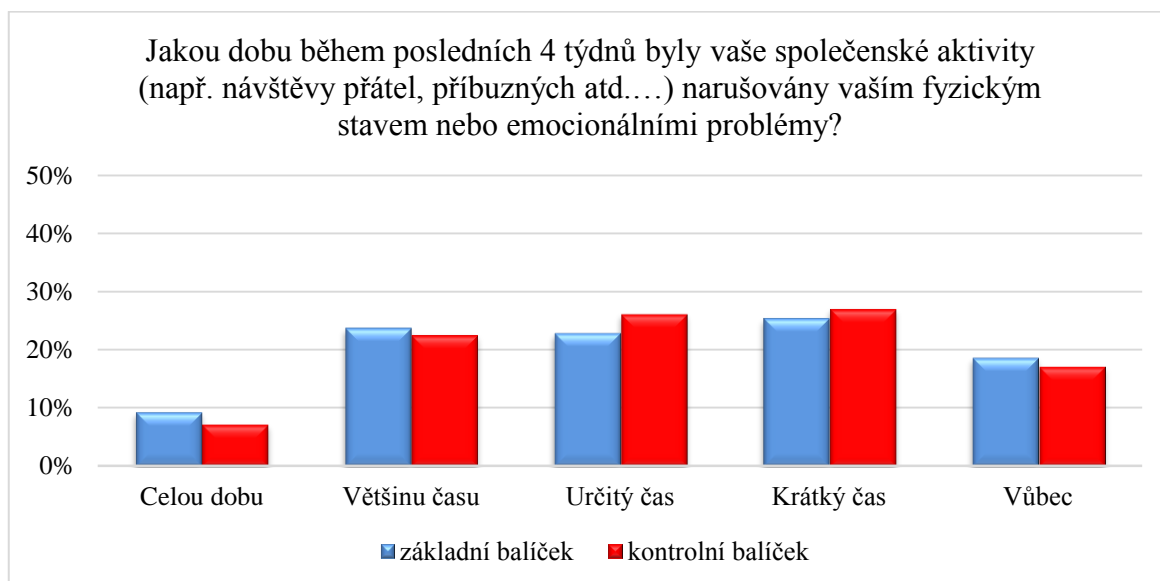
ZÁKLADNÍ BALÍČEK



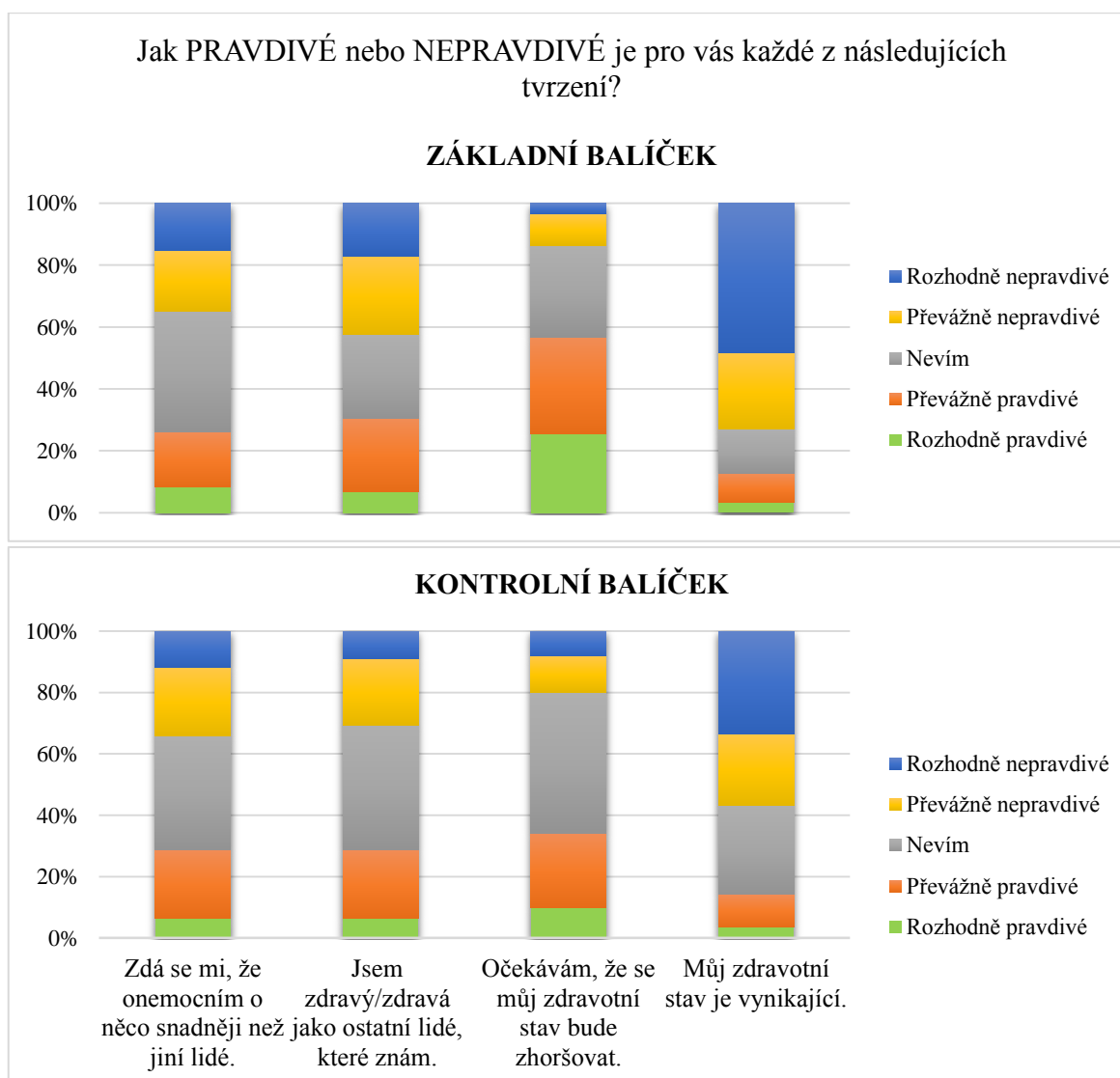
KONTROLNÍ BALÍČEK



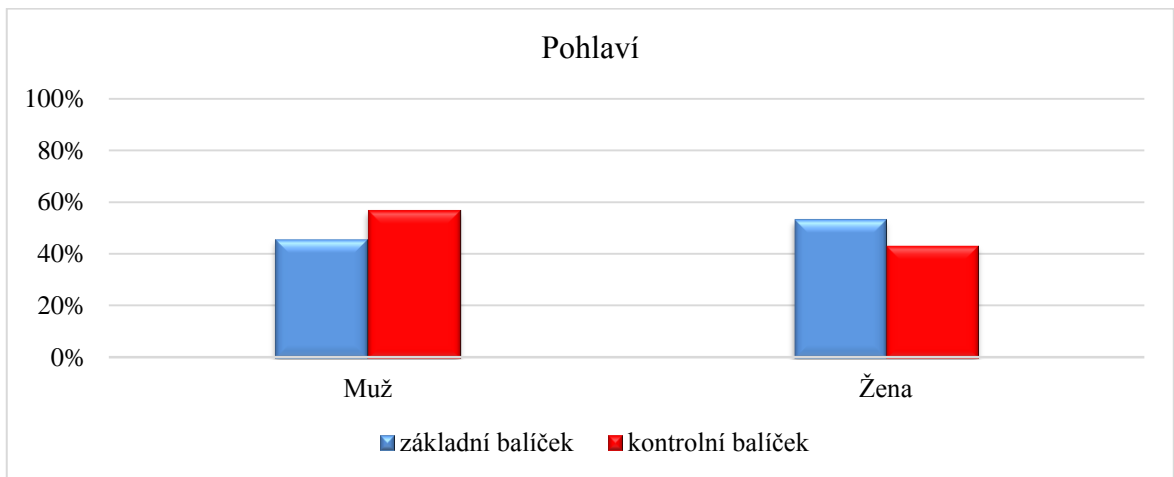
Graf 53: E2 – otázka č. 11 – narušení společenských aktivit za poslední 4 týdny



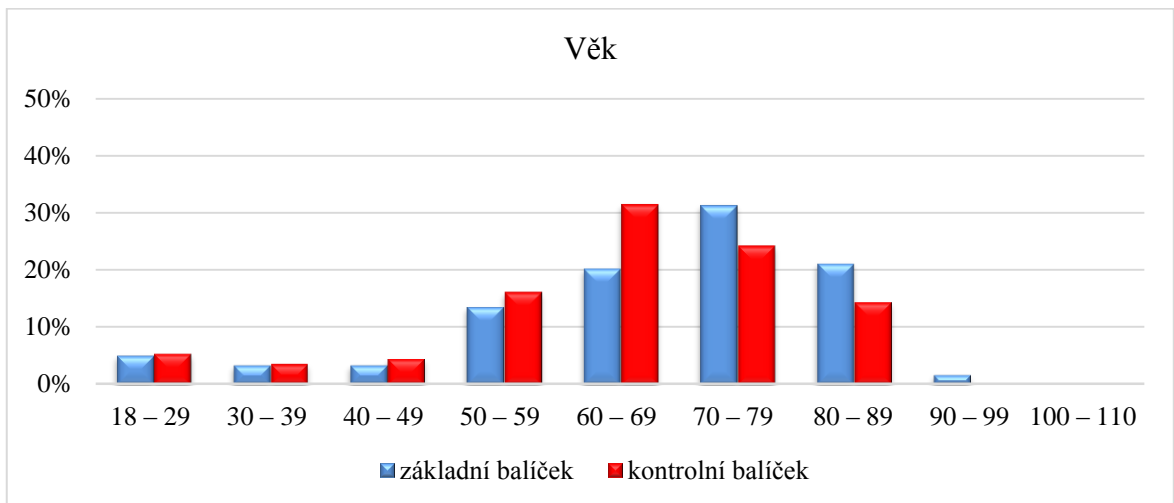
Graf 54: E2 – otázka č. 12 – pravdivá či nepravdivá tvrzení



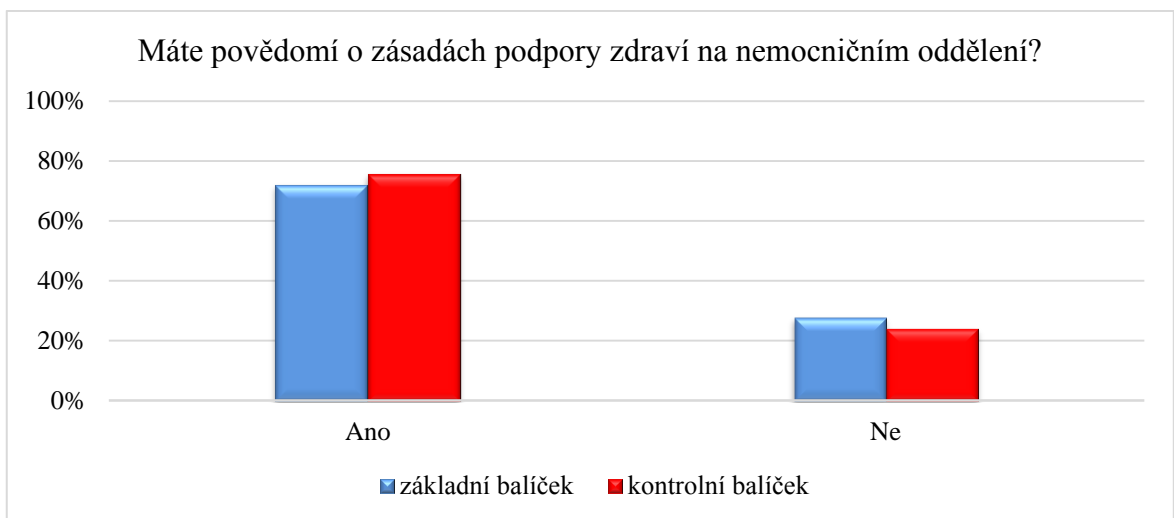
Graf 55: E2 – otázka č. 13 – rozložení pohlaví



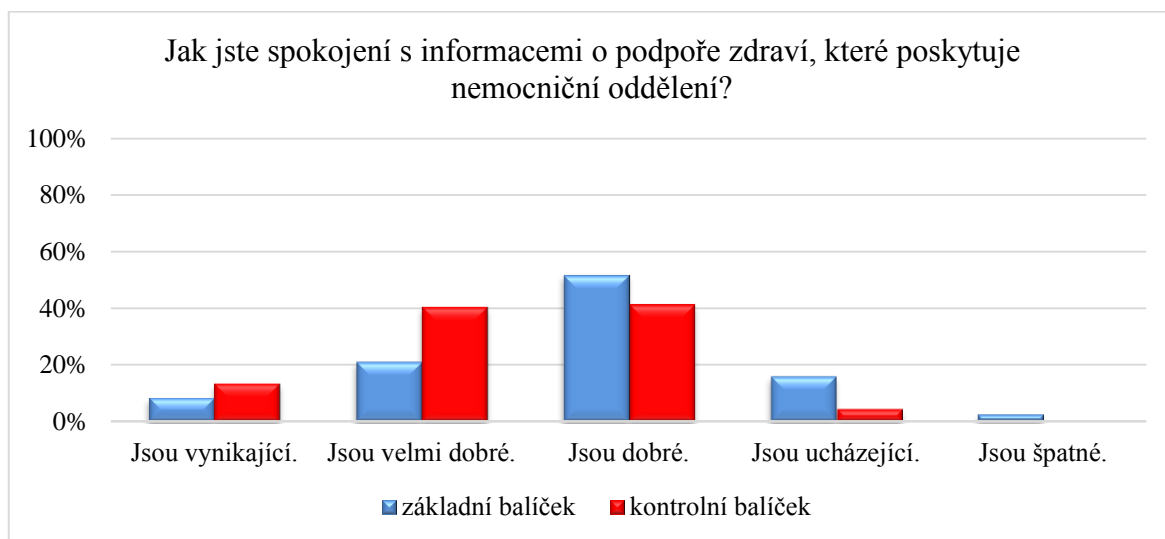
Graf 56: E2 – otázka č. 14 – věk respondentů



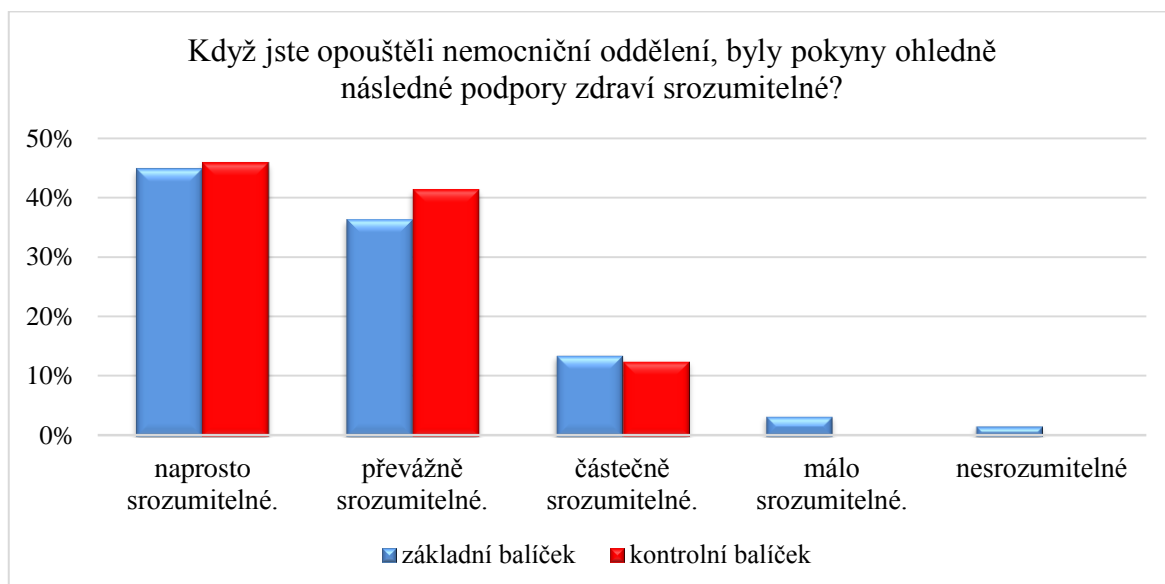
Graf 57: E2 – otázka č. 15 – povědomí pacientů o zásadách podpory zdraví



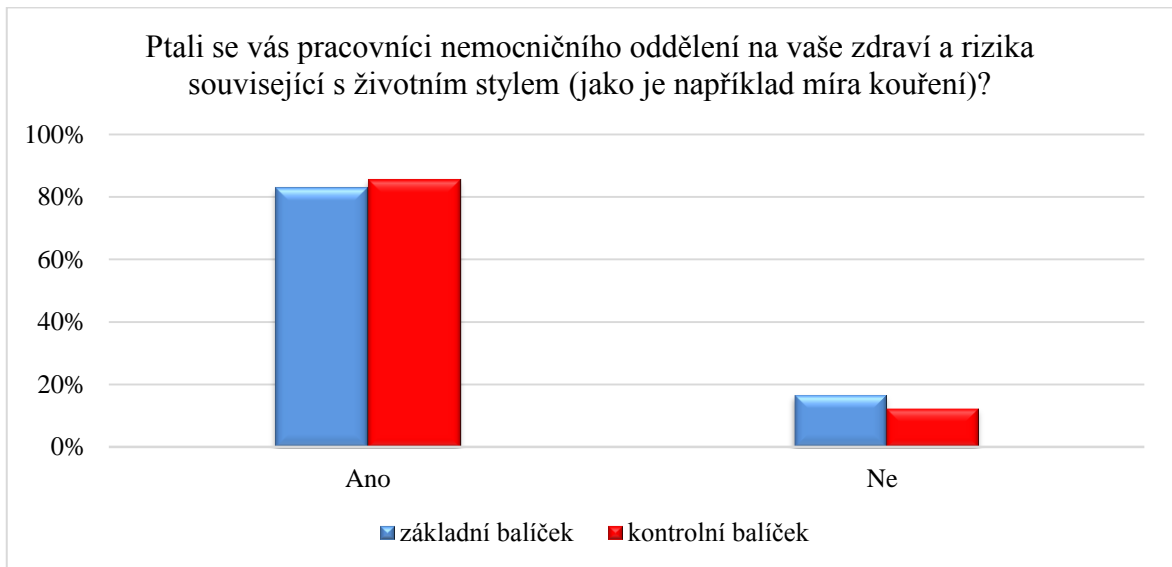
Graf 58: E2 – otázka č. 16 – spokojenost s informacemi o podpoře zdraví



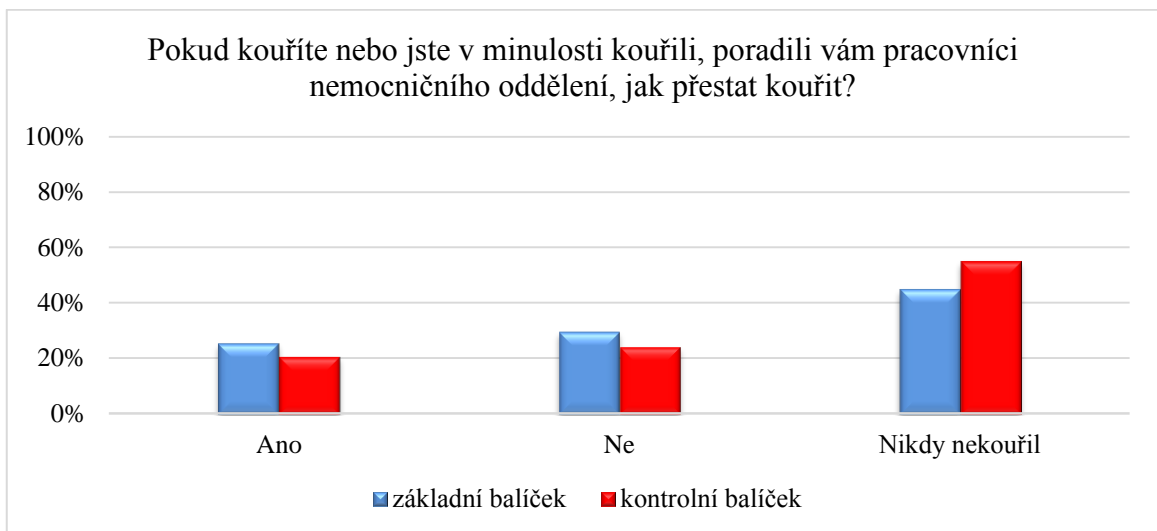
Graf 59: E2 – otázka č. 17 – srozumitelnost pokynů o následné podpoře zdraví



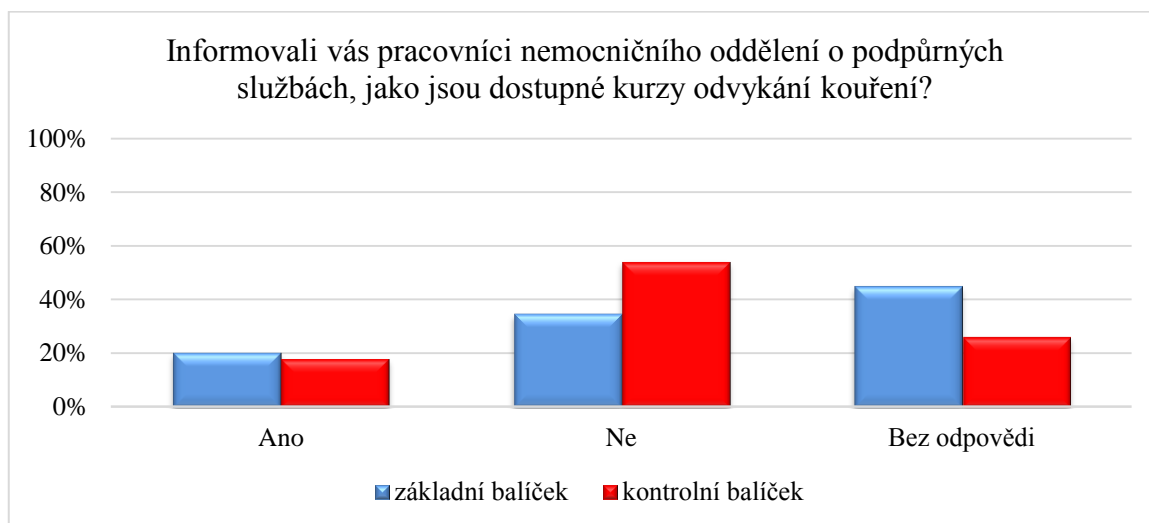
Graf 60: E2 – otázka č. 18 – zájem zdravotnického personálu o zdravotní stav pacienta a jeho životní styl ve vztahu na rizikové faktory



Graf 61: E2 – otázka č. 19 – poradenství v odvykání kouření

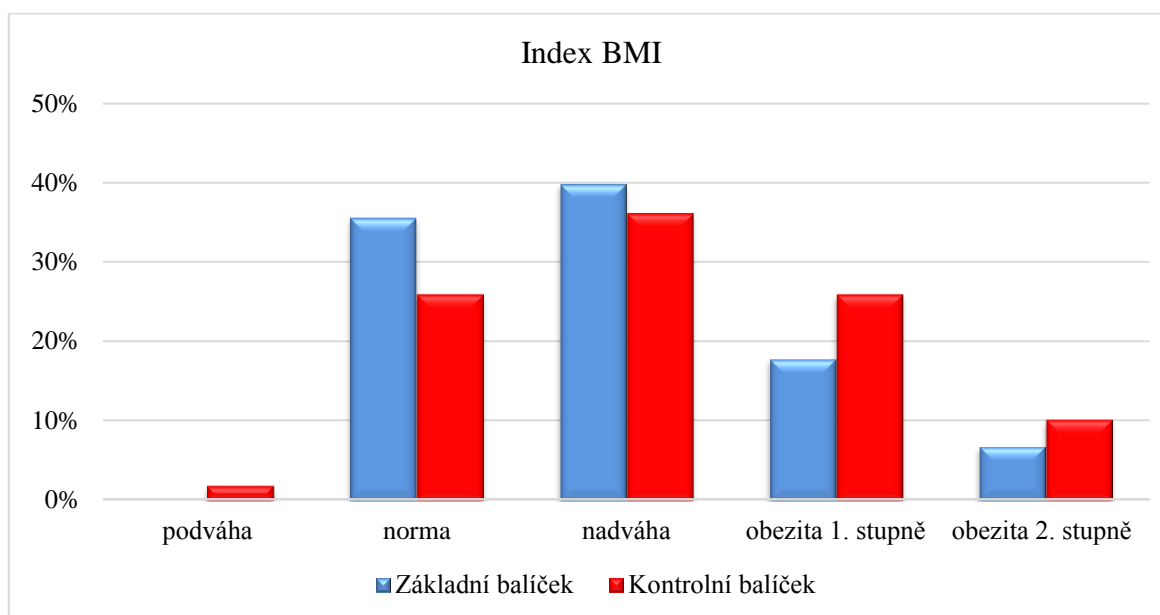


Graf 62: E2 – otázka č. 20 – informace o podpůrných službách na odvykání kouření



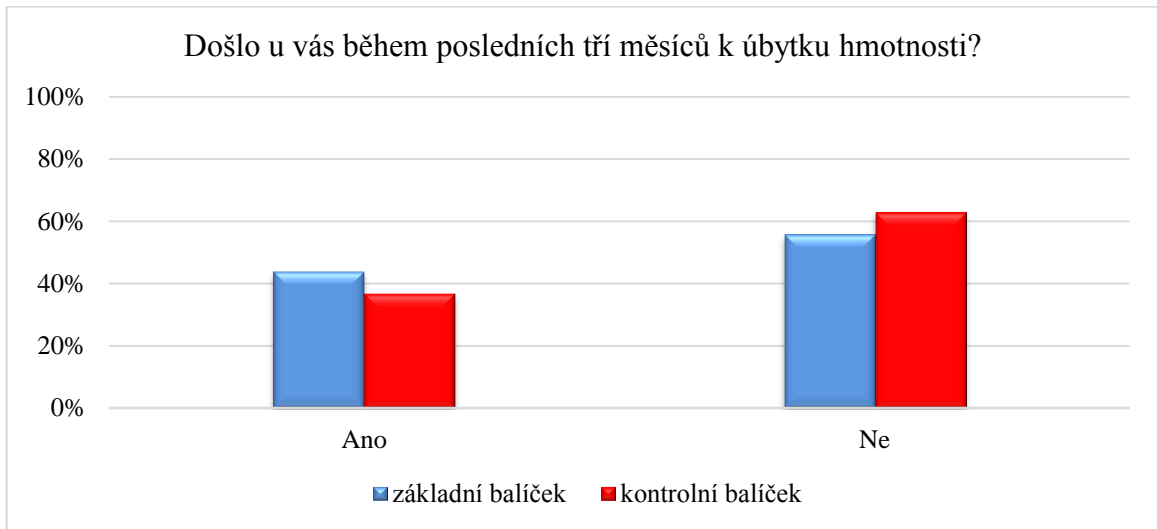
Více než 54 % dotazovaných pacientů sice odpověděla, že jim nebyly poskytnuty informace o možnostech odvykání kouření, avšak v souvislosti s vysokým počtem (79 %) nekuřáku v souboru respondentů, je toto zjištění pochopitelné.

Graf 63: E2 – otázka č. 21 – index BMI

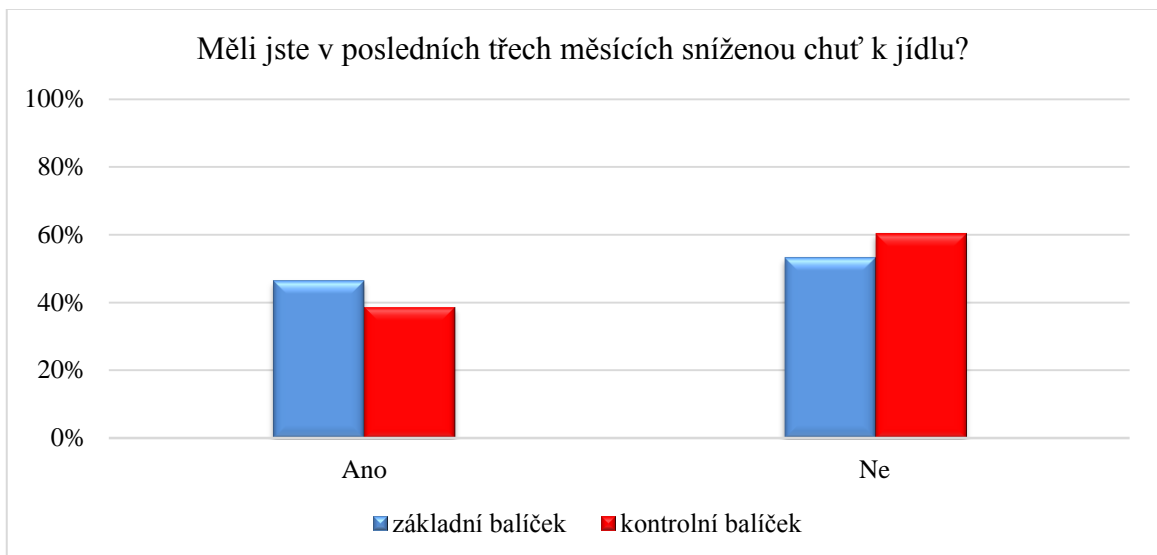


Otázka č. 22 požadovala uvedení obvodu pasu. Při analýze odpovědí pacientů z jednotlivých sběrů bylo shledáno, že není možné provést porovnání dat. Důvodem je vysoký počet respondentů, jež odpověď neuvedly.

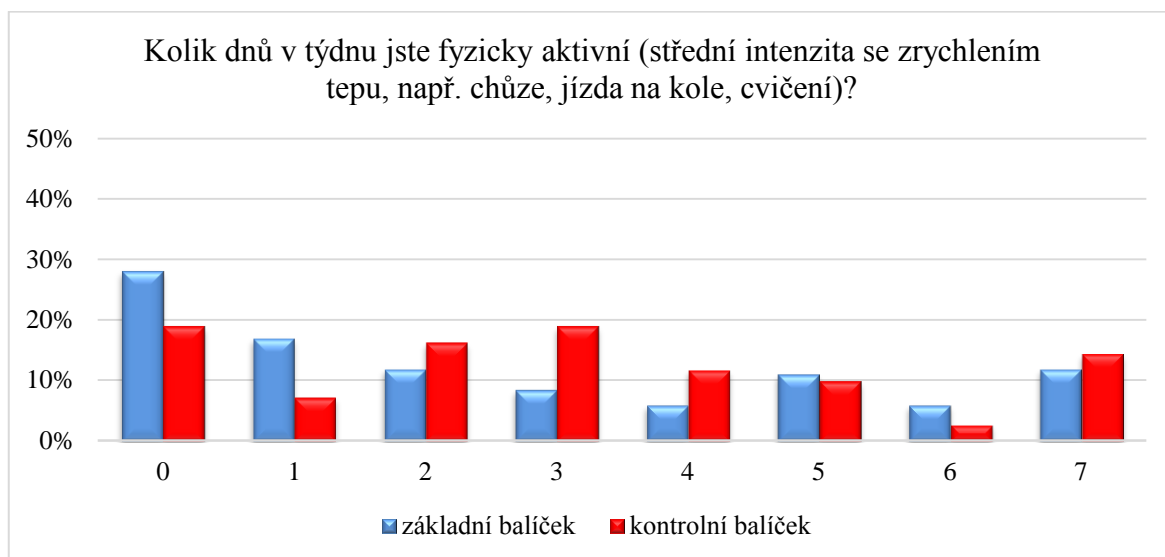
Graf 64: E2 – otázka č. 23 – váhový úbytek za poslední 3 měsíce



Graf 65: E2 – otázka č. 24 – snížená chuť k jídlu v posledních 3 měsících

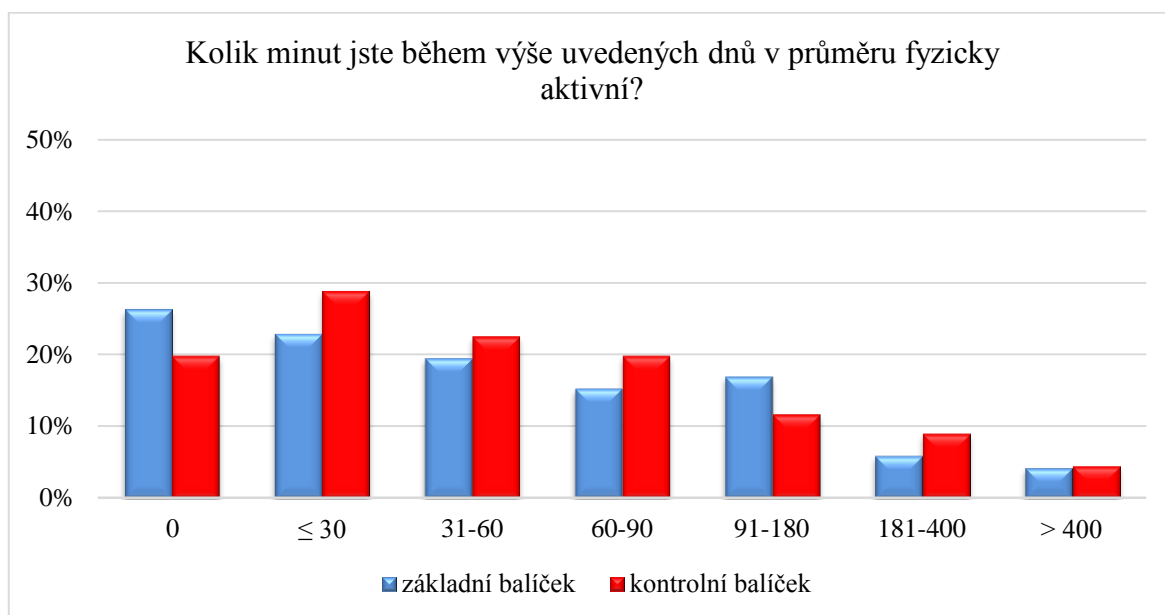


Graf 66: E2 – otázka č. 25 – počet dní fyzické aktivity za týden



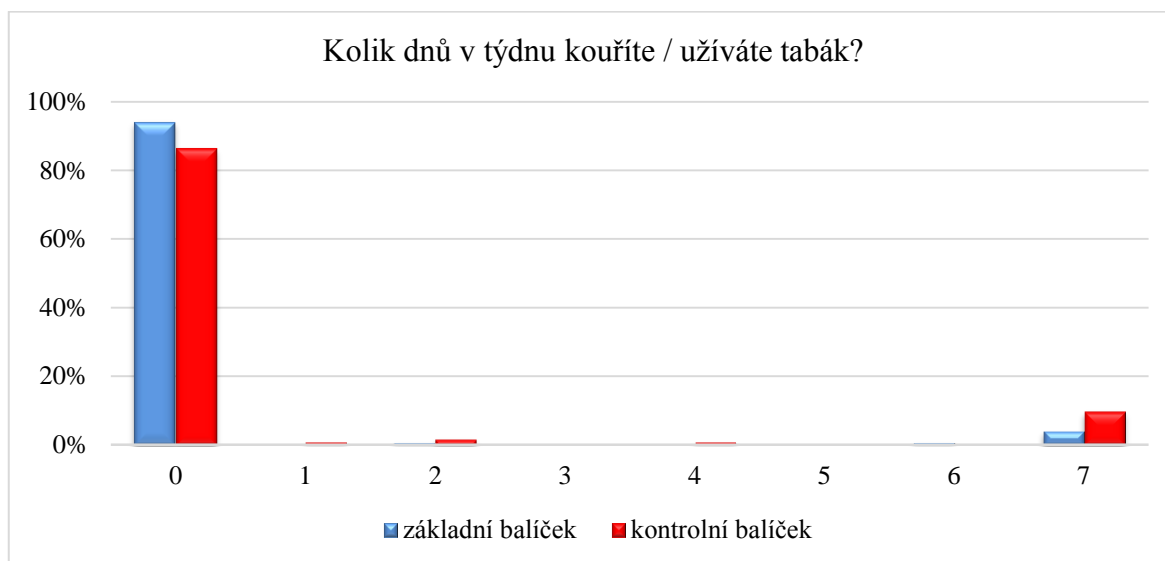
Po implementaci standardů podpory zdraví došlo k vysokému nárůstu počtu dní, kdy jsou pacienti fyzicky aktivní.

Graf 67: E2 – otázka č. 26 – počet minut fyzické aktivity za týden



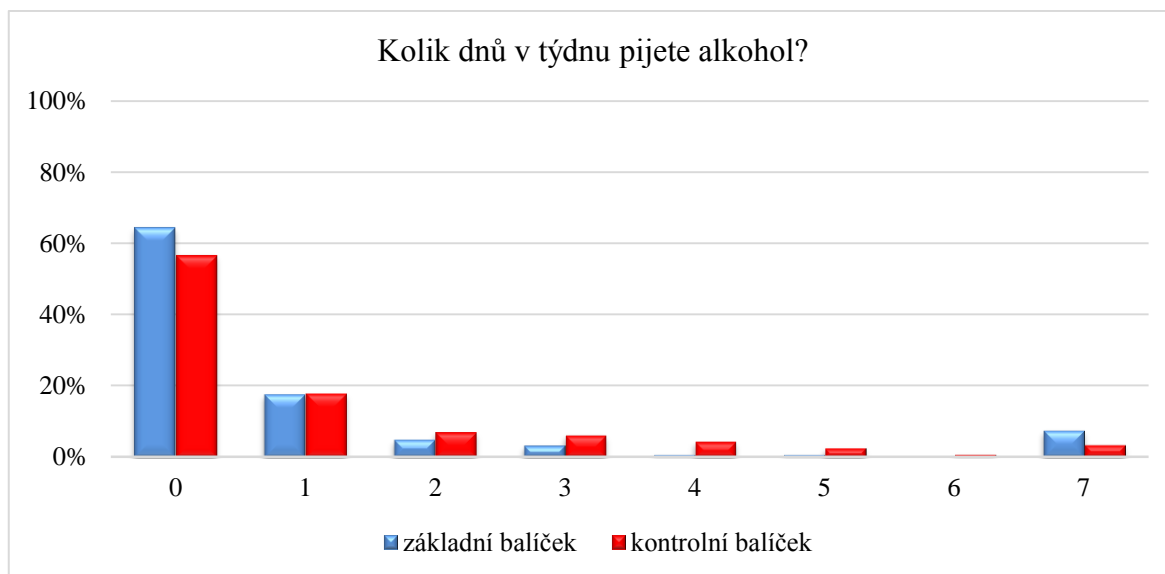
V případě počtu fyzicky aktivních minut pacientů za týden nelze porovnat s FN Olomouc, jelikož tam nebyl získán dostatečný statisticky významný počet odpovědí. Lze ale zhodnotit, že dotazovaní pacienti v Nemocnici Valašské Meziříčí, a.s. jsou vysoce fyzicky aktivní.

Graf 68: E2 – otázka č. 27 – počet dnů – užívání/kouření tabáku



U otázky č. 28, jež se dotazovala kolik gramů tabáku během v průměru pacient vykouří/spotřebují, nebylo zjištěno dostatečné množství odpovědí pro vyhodnocení.

Graf 69: E2 – otázka č. 29 – počet dní v týdnu konzumace alkoholu



Otázka č. 30 požadovala specifikaci, kolik jednotek alkoholu během těchto dnů v průměru respondent vypije, přičemž též nabízí tabulku pro převod jednotek alkoholu v jednotlivých druzích běžně užívaného alkoholu.

Otázka č. 31, která žádala uvést specifikaci, kolik jednotek alkoholu denně pacient konzumuje a související otázka č. 32 nebyla respondenty zodpovězena ani v jednom případě.

2.1 Souhrnné vyhodnocení průzkumu mezi pacienty

Dotazníkového průzkumu se účastnili pacienti lůžkové části interního oddělení Nemocnice Valašské Meziříčí, a.s. Jsou zde hospitalizováni pacienti s kardiovaskulárními chorobami, národovým onemocněním, s metabolickou poruchou a onemocněním pohybového aparátu.

Vzhledem k povaze těchto onemocnění je prevence a zavedení podpory zdraví na tomto oddělení velmi důležité pro zlepšení současného zdravotního stavu pacientů a často též prognózy diagnostikovaného onemocnění.

Implementace standardů podpory zdraví na tomto pracovišti přinesla dle výsledků dotazníkového šetření velmi pozitivní přínos, a to převážně ve vztahu k fyzickému a psychickému stavu pacientů. Pacienti jsou méně limitováni v každodenních činnostech i při společenských aktivitách. V případě, že je zdravotní stav pacientů vnímán jako nepříznivý, připouštějí převážně jen mírnou limitaci.

Došlo ke zlepšení komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem, jak z hlediska objemu poskytovaných informací, tak z hlediska kvality a srozumitelnosti těchto informací. Pro posílení zásad podpory zdraví byl u pacientů zaznamenán nárůst fyzické aktivity.

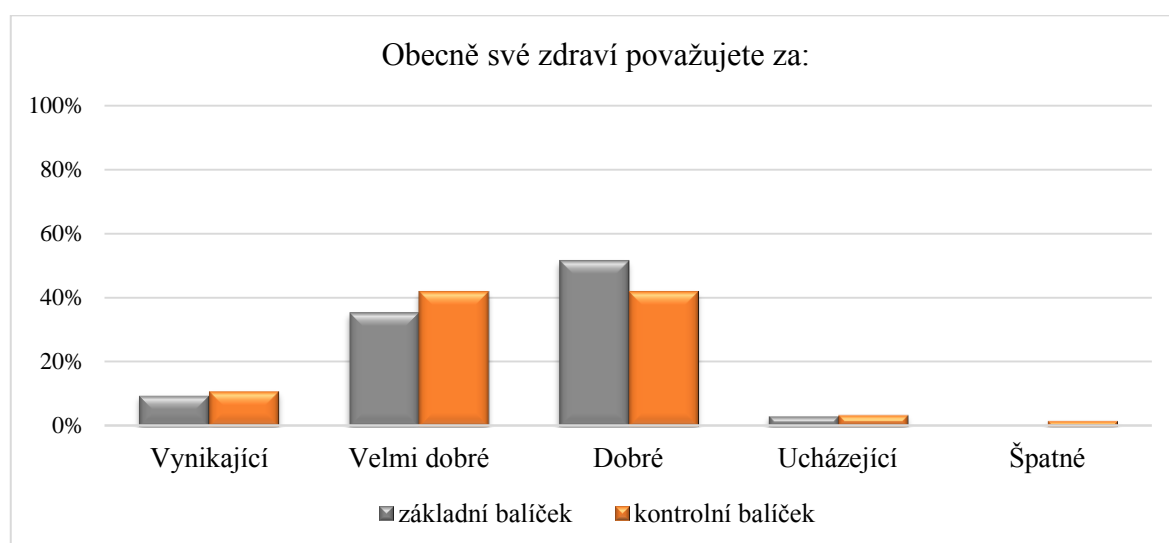
3 Vyhodnocení průzkumu mezi zaměstnanci

V rámci průzkumu mezi zaměstnanci se v Nemocnici Valašské Meziříčí a.s. (dále jen „Nemocnice VM“) tohoto šetření účastnilo 62 respondentů v základním a 55 respondentů v kontrolním sběru dat.

Pro jednotlivé otázky byly vypočteny procentuální četnosti jednotlivých odpovědí probandů, a ty následně zpracovány do grafů porovnávajících oba tyto sběry dat. U jednotlivých grafů bude uveden slovní komentář pouze v případě rozdílných výsledků v porovnání s výsledky FN Olomouc.

Otázka č. 1 požaduje zápis identifikačního čísla dotazníku.

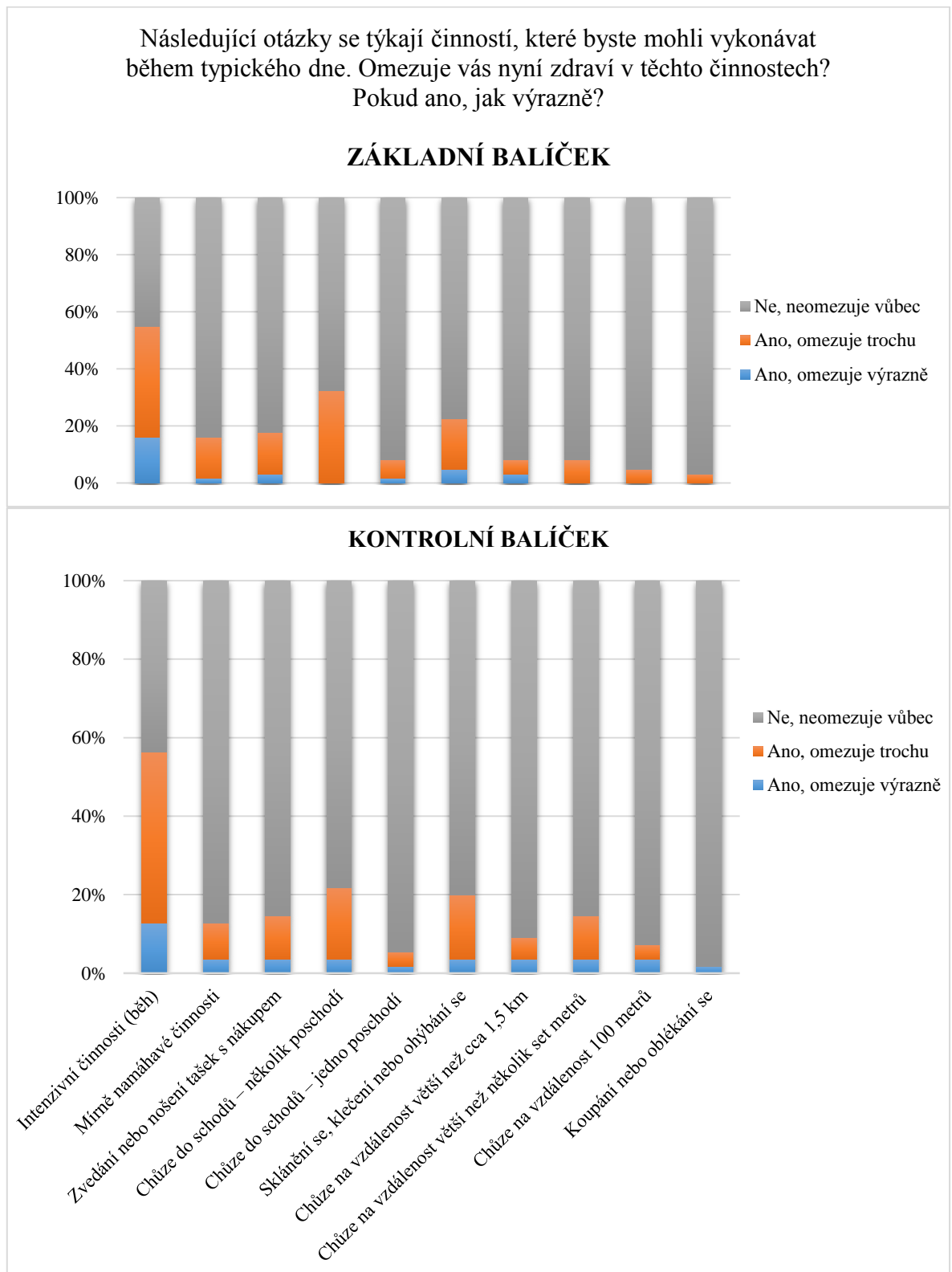
Graf 70: E3 – otázka č. 2 – zhodnocení vlastního zdravotního stavu – obecné hledisko



Graf 71: E3 – otázka č. 3 – zhodnocení zdravotního stavu s loňským rokem

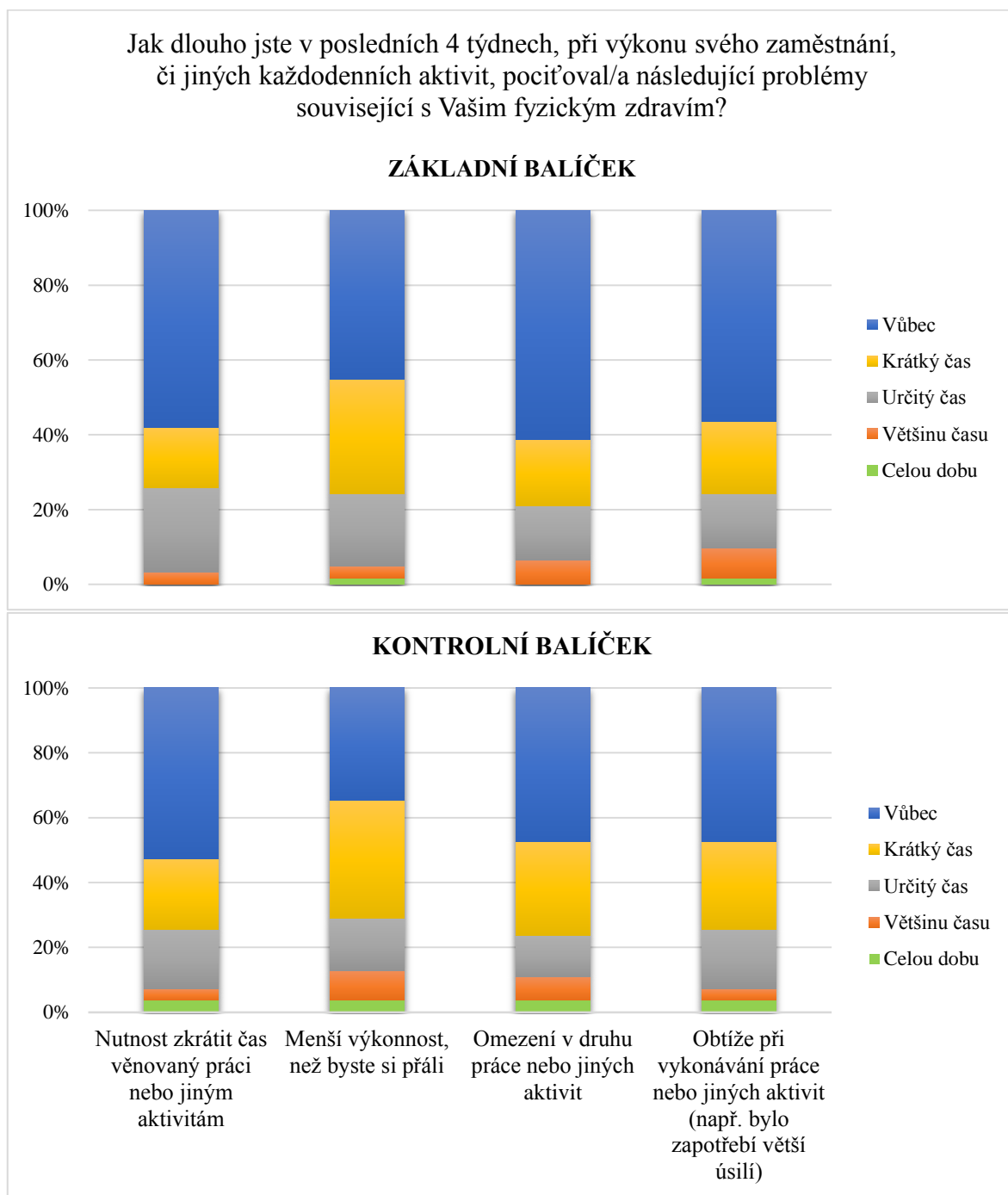


Graf 72: E3 – otázka č. 4 – přítomnost omezení při každodenních činnostech



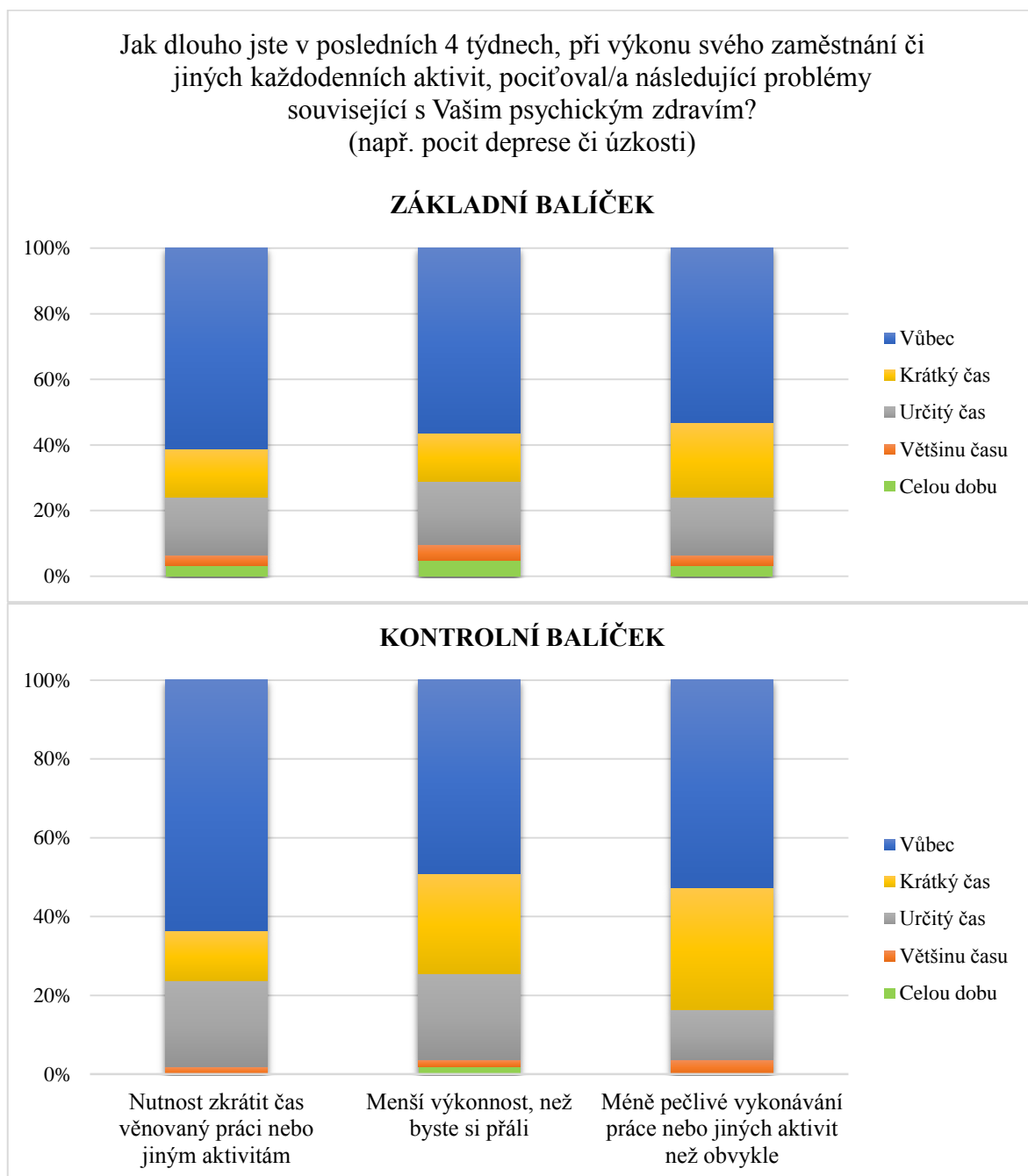
Oproti FN Olomouc pocítávají dotazovaní zaměstnanci Nemocnice VM výrazné omezení v každodenních činnostech, a to až ve 29 % po implementaci standardů podpory zdraví.

Graf 73: E3 – otázka č. 5 – fyzické omezení při každodenních činnostech



V souvislosti s předcházejícím výsledkem doplňuje graf 73 též délku vnímaného omezení v důsledku nepříznivého fyzického stavu, které zde u respondentů trvají většinu času nebo celou dobu výkonu každodenních aktivit až u 31 % dotazovaných.

Graf 74: E3 – otázka č. 6 – psychické omezení při každodenních činnostech

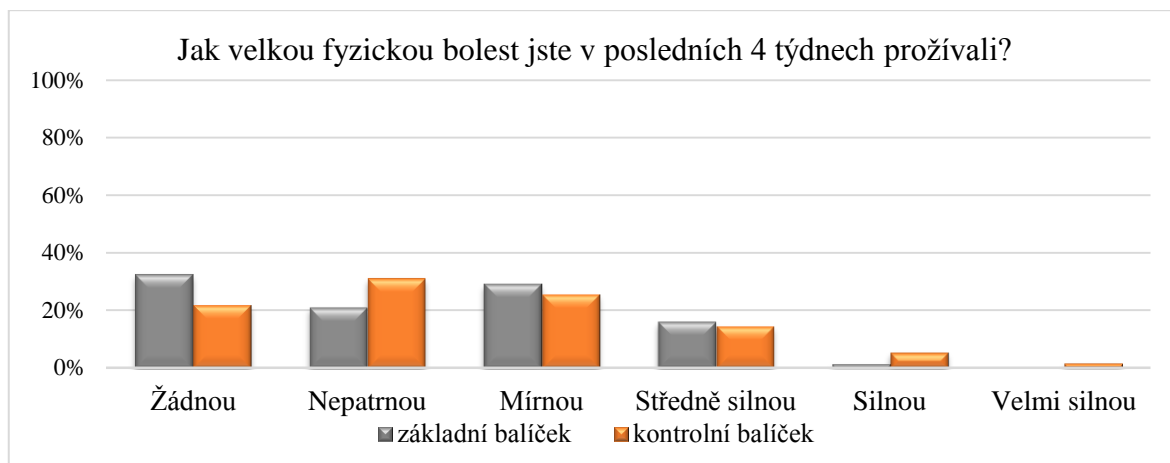


Graf 74 zobrazuje psychickou zátěž dotazovaných při výkonu každodenních činností či zaměstnání. I zde je oproti FN Olomouc více negativní nález, jelikož je toto omezení vnímané po delší dobu.

Graf 75: E3 – otázka č. 7 – omezení při každodenních činnostech za poslední 4 týdny



Graf 76: E3 – otázka č. 8 – míra fyzické bolesti za poslední 4 týdny

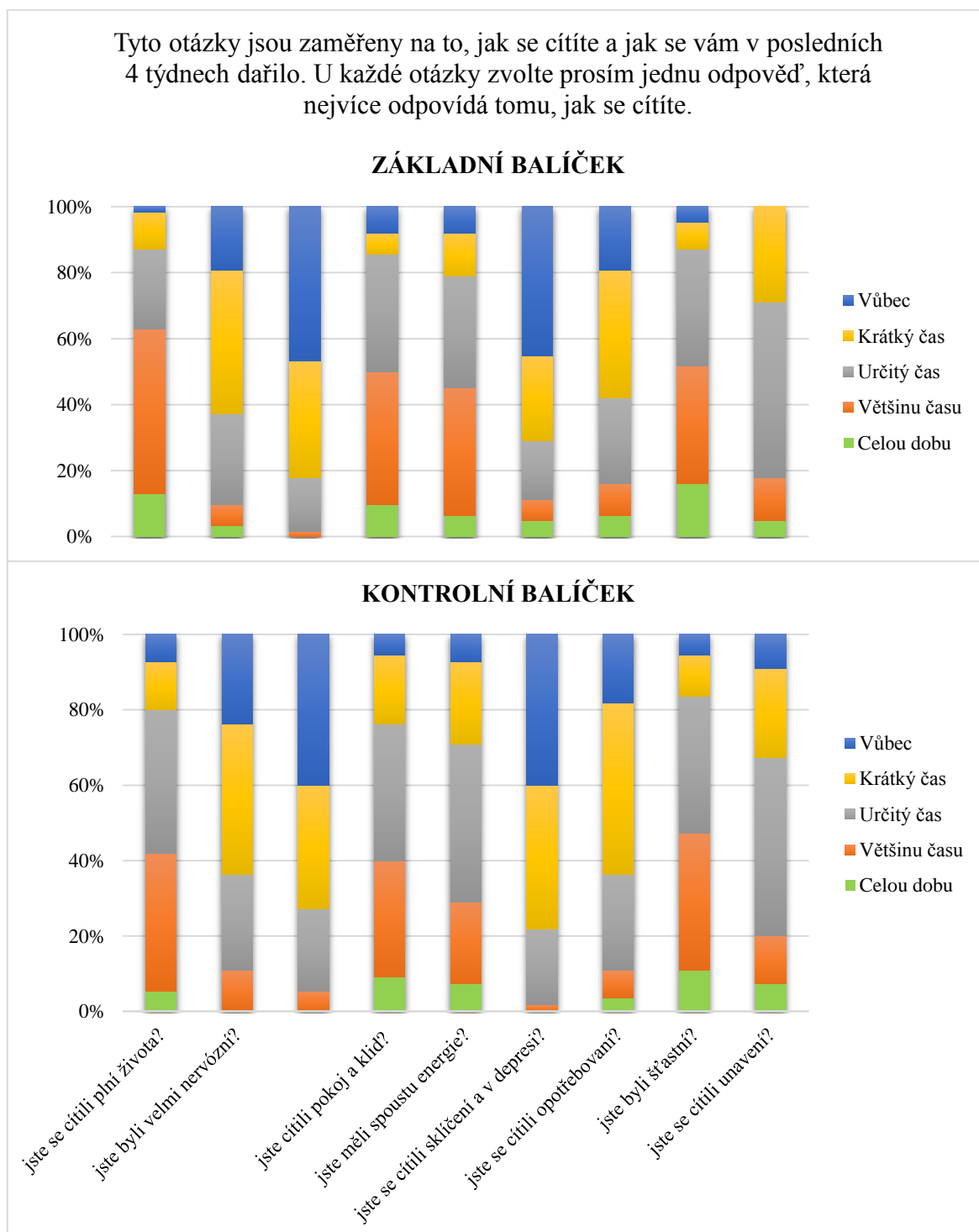


Vnímání bolesti je u zaměstnanců Nemocnice VM vnímáno více intenzivně, nežli ve FN Olomouc, avšak i zde došlo k průměrnému zlepšení směrem ke kontrolnímu sběru dat.

Graf 77: E3 – otázka č. 9 – limitace v obvyklých činnostech v důsledku bolesti

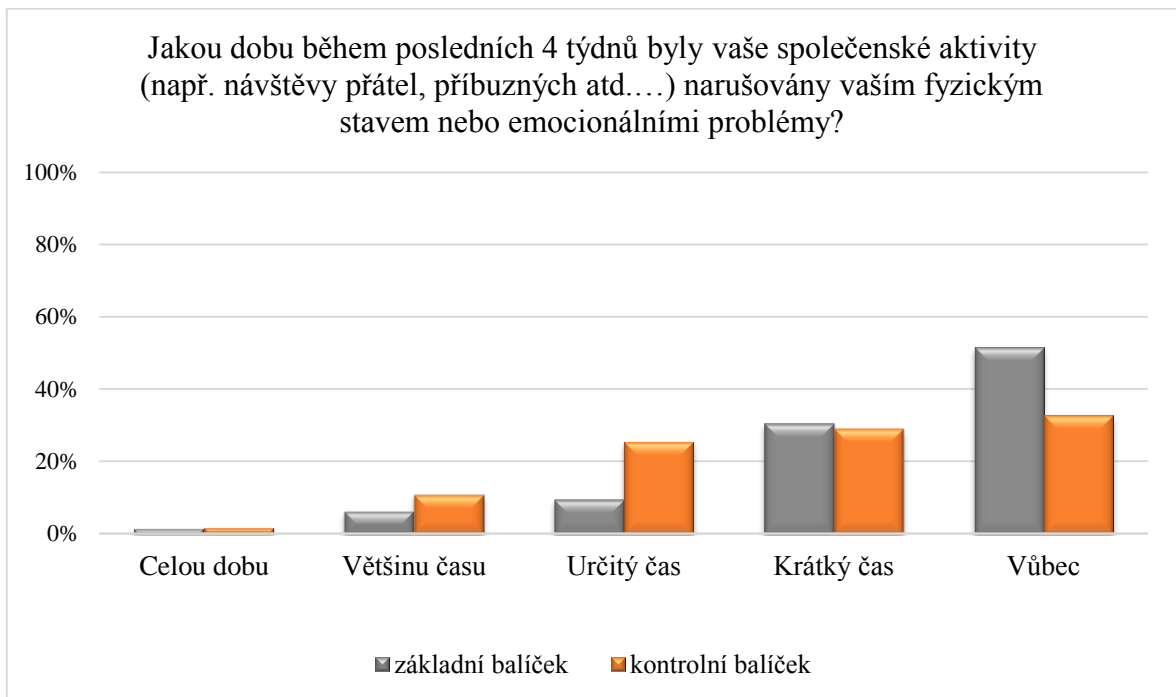


Graf 78: E3 – otázka č. 10 – doba trvání vybraných pocitů/stavů za poslední 4 týdny



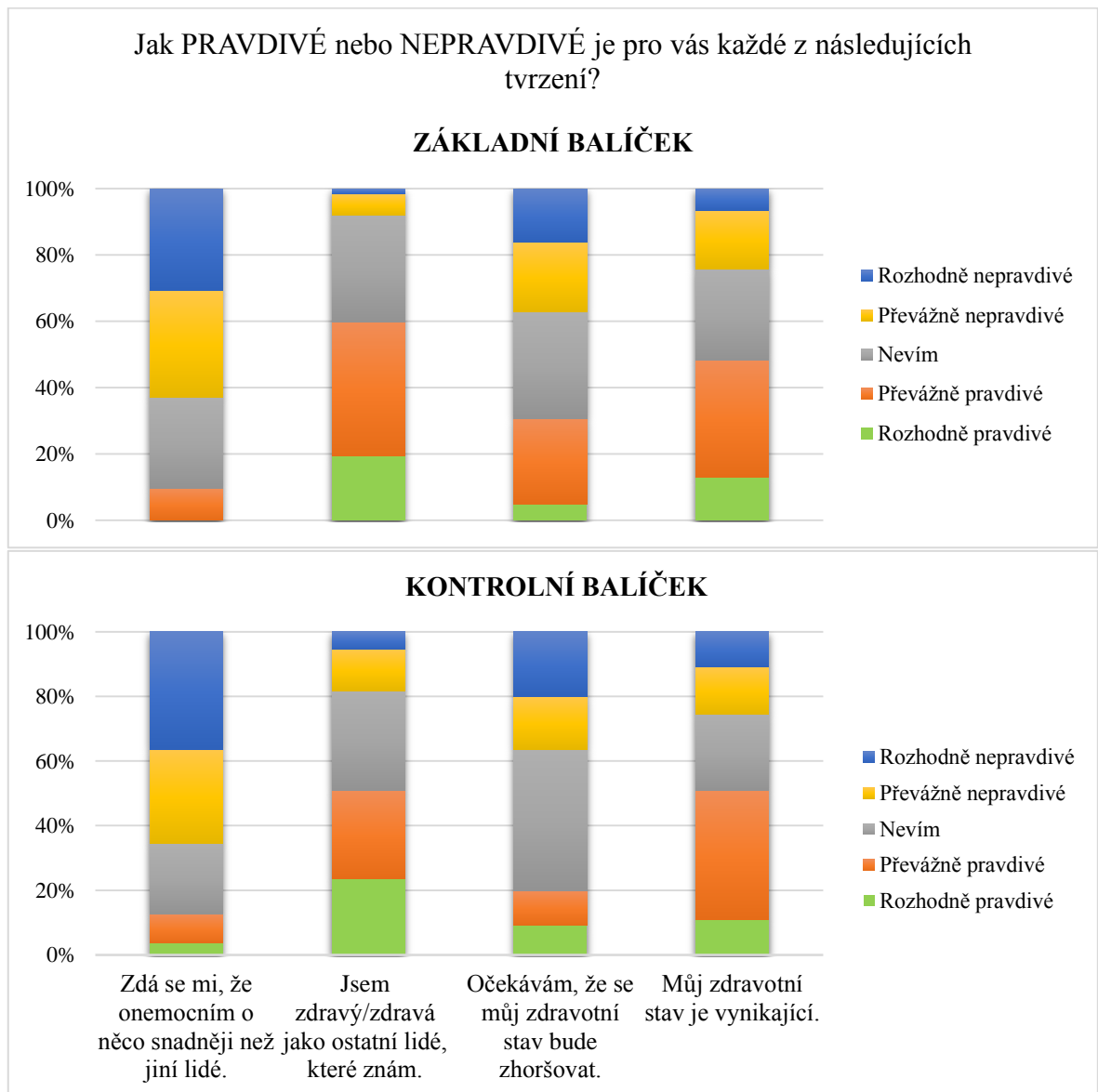
Graf 78 shrnuje, že dotazovaní zaměstnanci Nemocnice VM pociťují mnohem častěji pozitivní pocity, jako je pocit plnosti života, štěstí, pokoje a klidu, energie apod. Oproti tomu se více dominuje pocit únavy a opotřebovanosti.

Graf 79: E3 – otázka č. 11 – narušení společenských aktivit

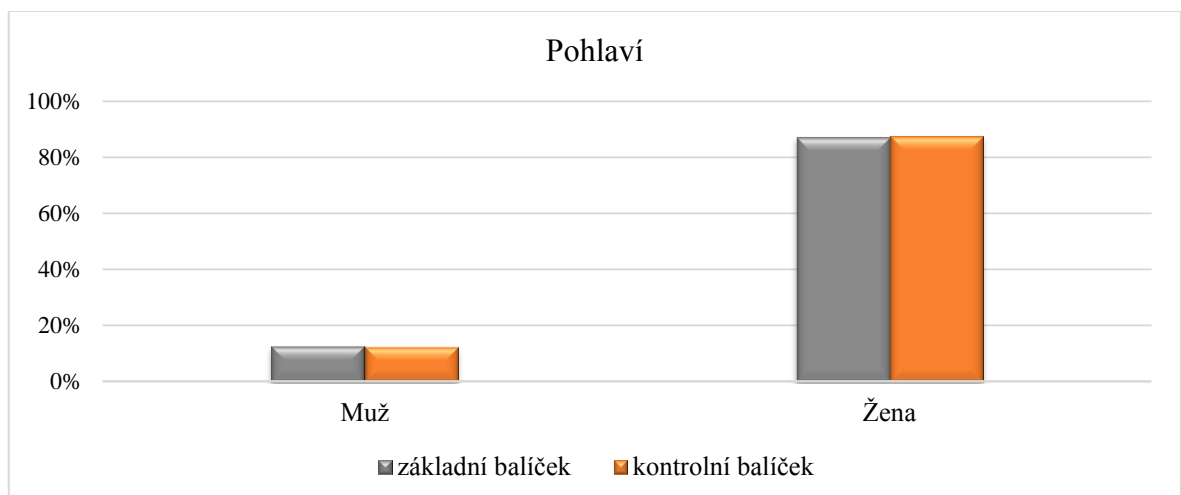


Omezení respondentů Nemocnice VM při společenských aktivitách v důsledku fyzického či psychického stavu je poměrně značné a výrazně vyšší, nežli ve FN Olomouc. Ke zlepšení situace nepomohla ani implementace standardů podpory zdraví.

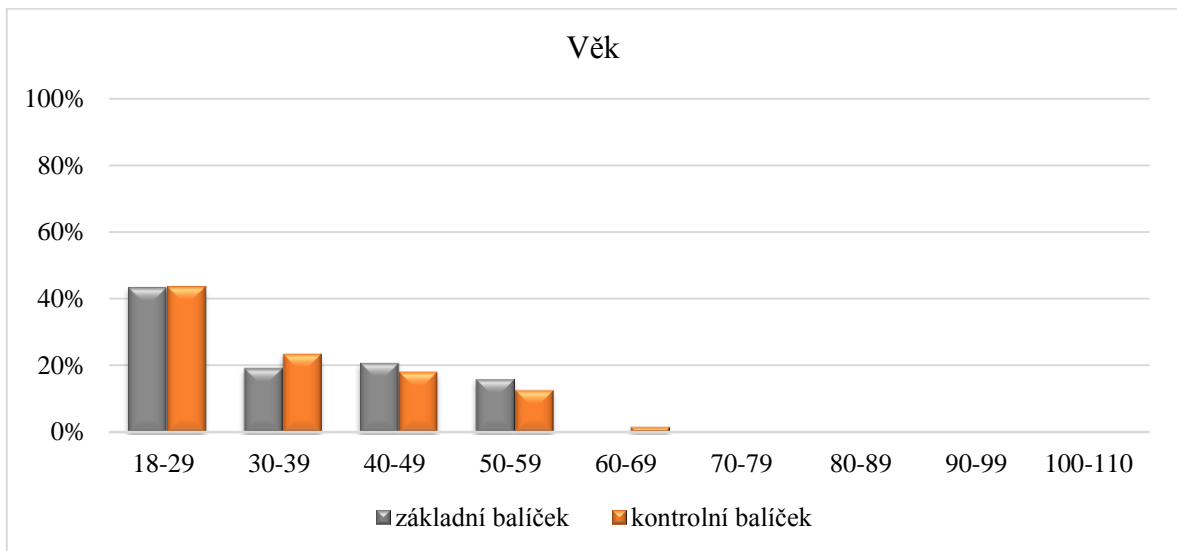
Graf 80: E3 – otázka č. 12 – pravdivá či nepravdivá tvrzení



Graf 81: E3 – otázka č. 13 – rozložení probandů – pohlaví

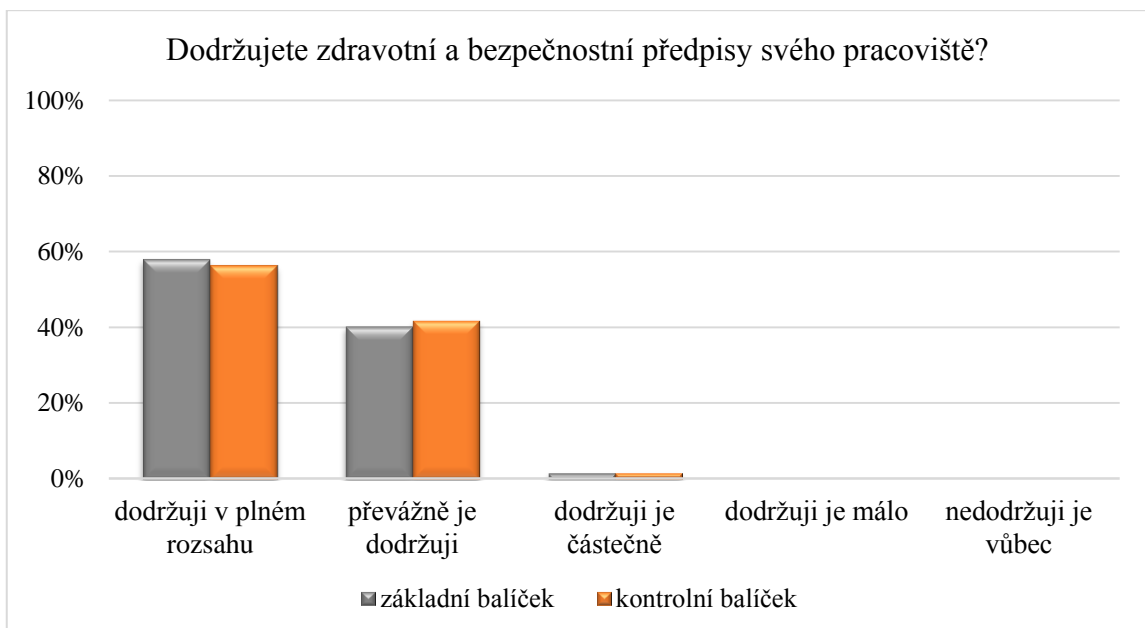


Graf 82: E3 – otázka č. 14 – věkové rozložení probandů



Graf 82 zobrazuje věkové rozložení probandů v Nemocnici VM. Dotazovaný zdravotnický personál zde nejčastěji zastává věkovou kategorii od 18 do 29 let, a to až ve 44 %, druhá největší skupina je tvořena zdravotníky ve věku od 30 do 39 let.

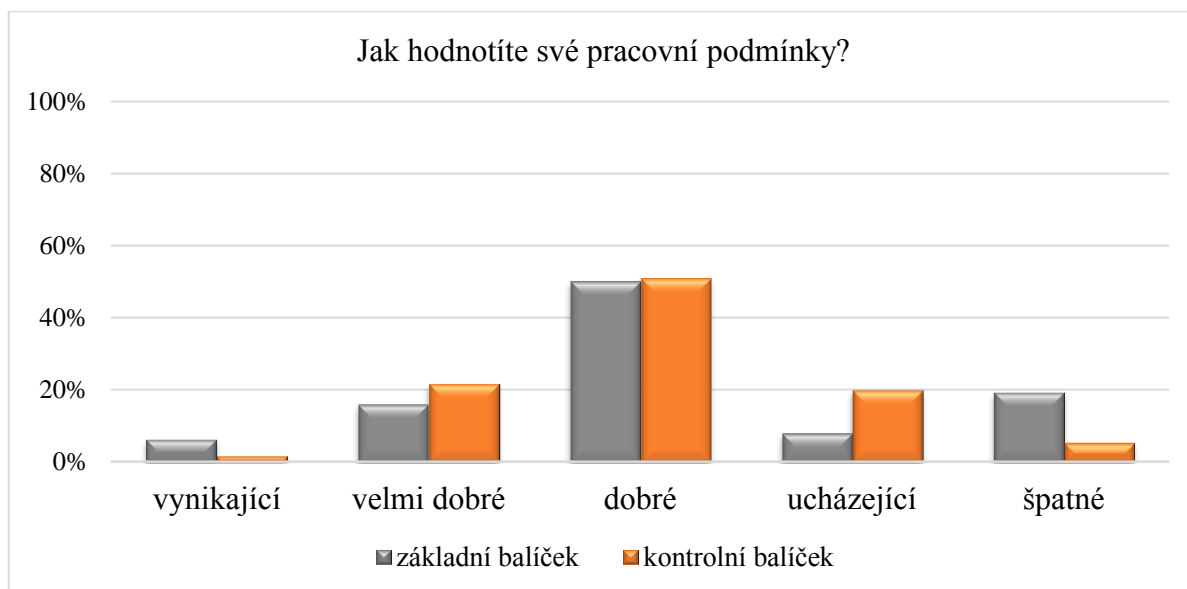
Graf 83: E3 – otázka č. 15 – dodržování bezpečnostních předpisů na pracovišti



Graf 84: E3 – otázka č. 16 – uvědomění si rizik na pracovišti

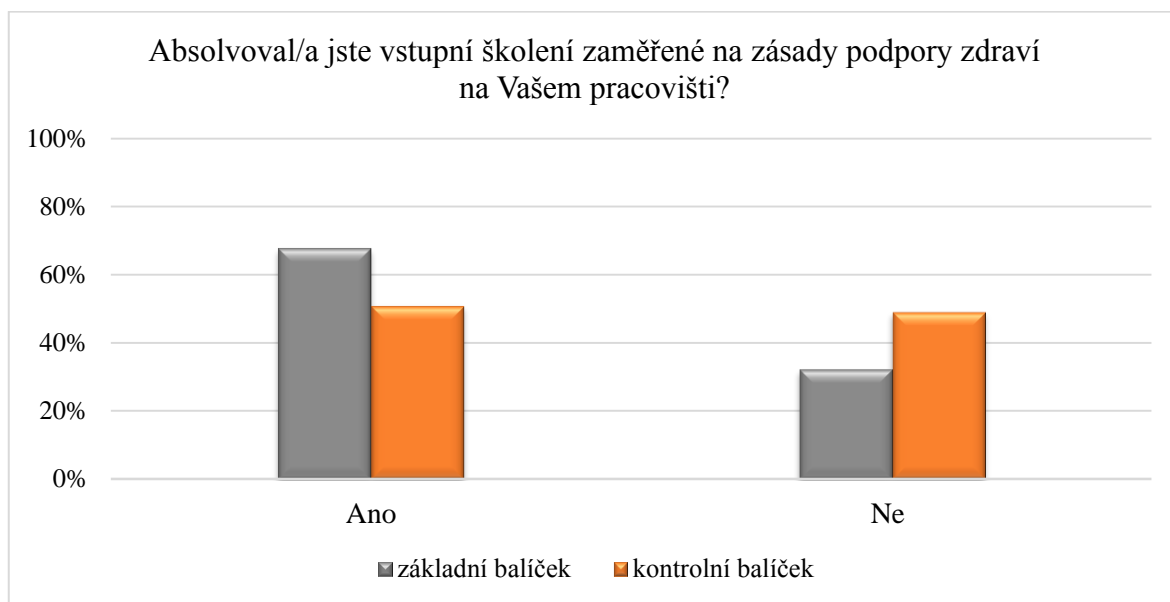


Graf 85: E3 – otázka č. 17 – zhodnocení pracovních podmínek



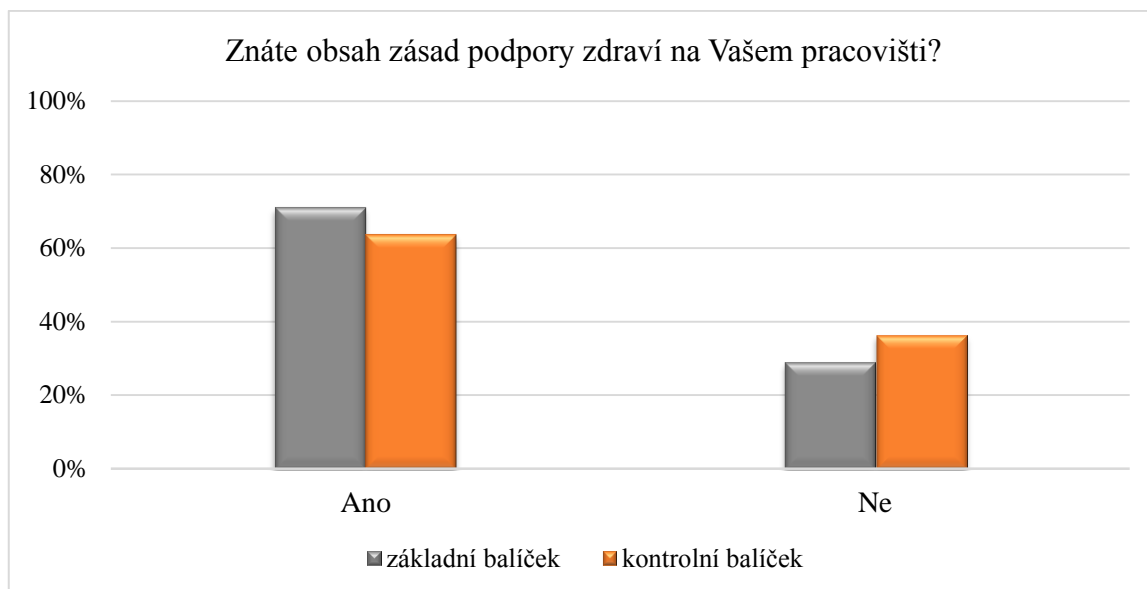
Vnímání pracovních podmínek zde není tak pozitivní jako ve FN Olomouc, ale i přesto bylo zaznamenáno směrem ke kontrolnímu balíčku zlepšení.

Graf 86: E3 – otázka č. 18 – vstupní školení o zásadách podpory zdraví na pracovišti



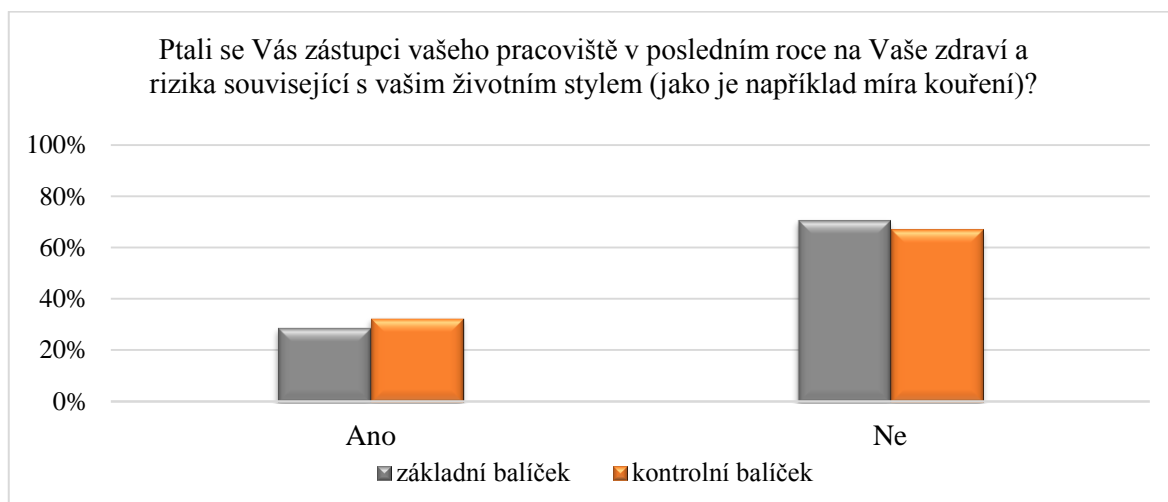
Graf 86 ukazuje, že směrem ke kontrolnímu sběru dat došlo k nárůstu zaměstnanců, jež neabsolvovali vstupní školení zaměřené na zásady podpory zdraví až o 17 %.

Graf 87: E3 – otázka č. 19 – znalost obsahu podpory zdraví na pracovišti

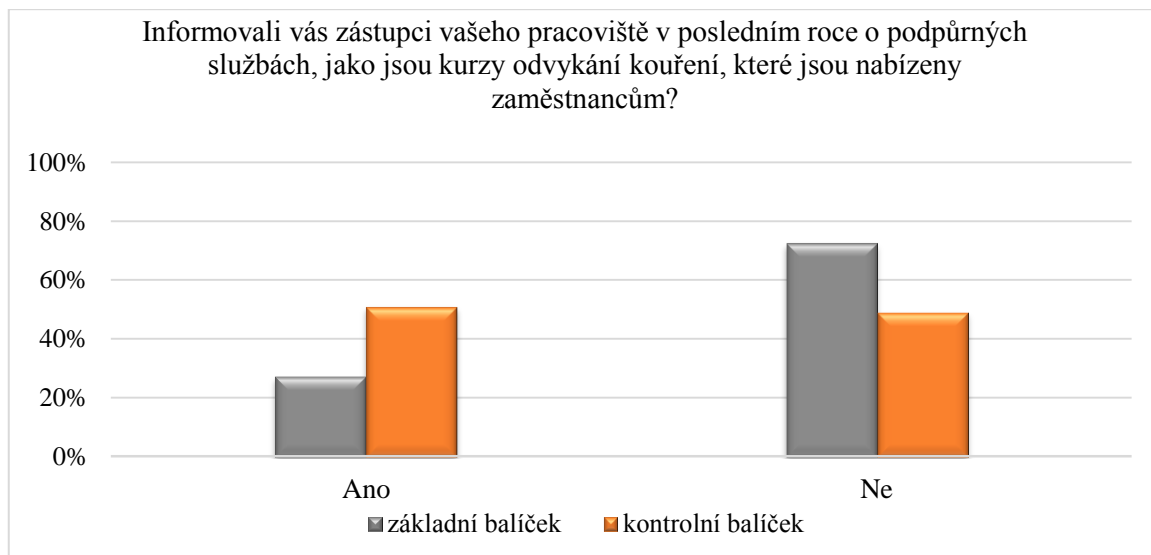


Dle grafu 87 došlo u respondentů ke snížení úrovně znalosti zásad podpory zdraví.

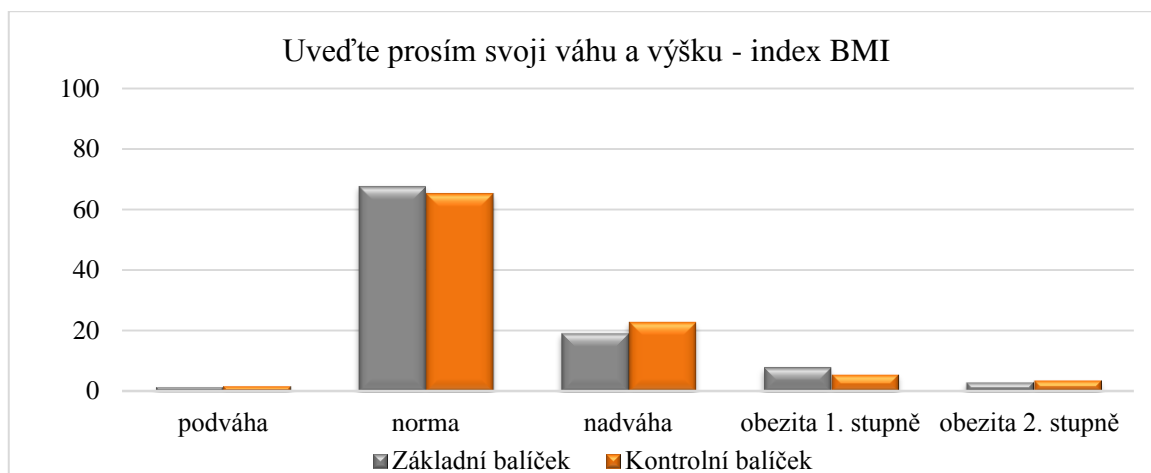
Graf 88: E3 – otázka č. 20 – zájem nadřízených o zdravotní stav zaměstnance



Graf 89: E3 – otázka č. 21 – informovanost o podpůrných službách na pracovišti

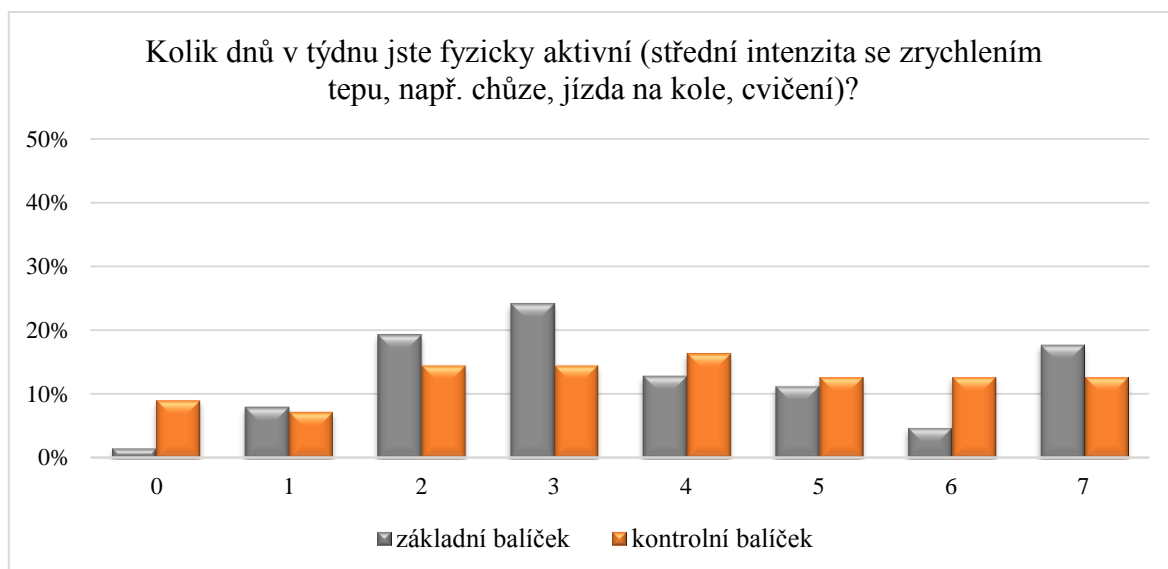


Graf 90: E3 – otázka č. 22 – index BMI



Otázka č. 23 se respondentů dotazovala na obvod pasu. Vzhledem ke skutečnosti, že v kontrolním sběru dat se 18 respondentů zdrželo odpovědi, bylo vyhodnocení této otázky značně zavádějící, a proto od ní bylo upuštěno.

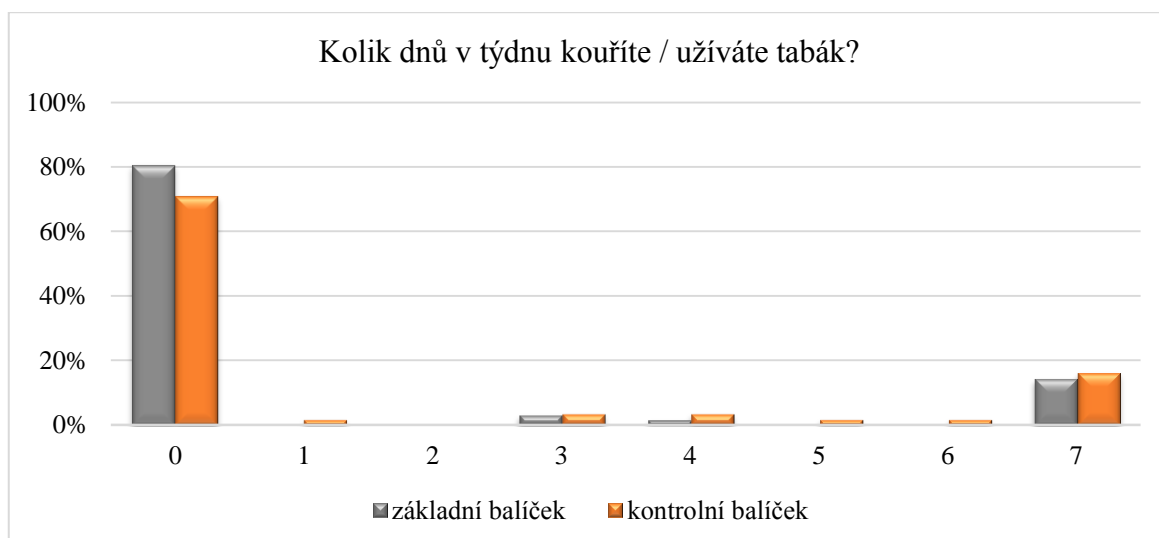
Graf 91: E3 – otázka č. 24 – počet fyzicky aktivních dnů v týdnu



Graf 91 vyobrazuje, že respondenti Nemocnice VM jsou více fyzicky aktivní, nežli probandi z FN Olomouc. Celých 38 % dotazovaných je fyzicky aktivní 5 a více dní v týdnu.

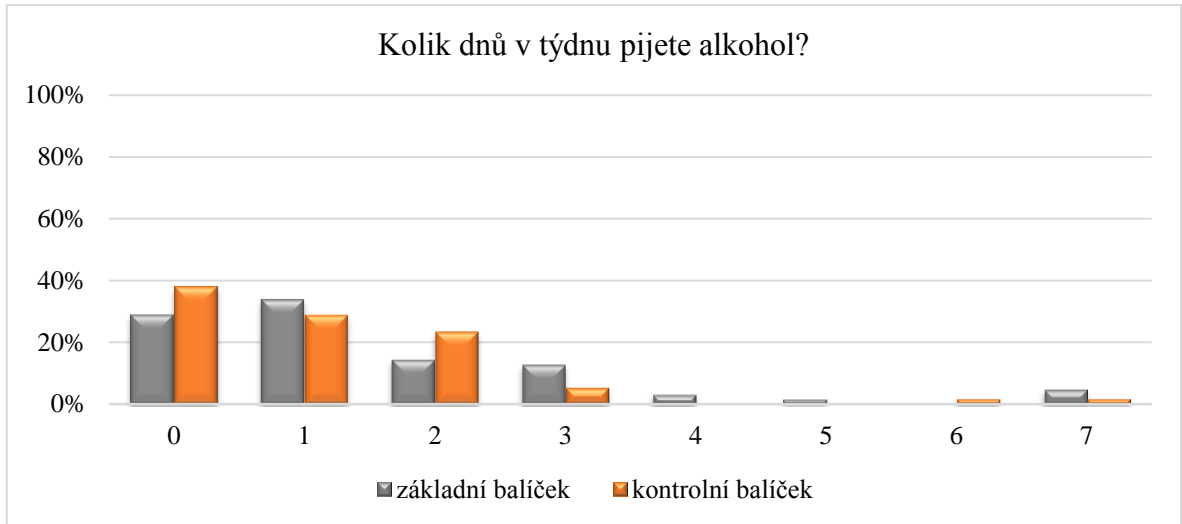
Otázka č. 25 se respondentů dotazuje na počet minut za jednotlivé dny, během kterých jsou fyzicky aktivní. Stejně jako u dotazníku pro pacienty se jednalo o otevřenou otázku, kam měl respondent uvést číselnou hodnotu, které dle názoru respondenta nejvíce odpovídá skutečnosti. V obou sběrech byl modus odpovědi 60 minut.

Graf 92: E3 – otázka č. 26 – počet dnů aktivního kouření/užívání tabáku



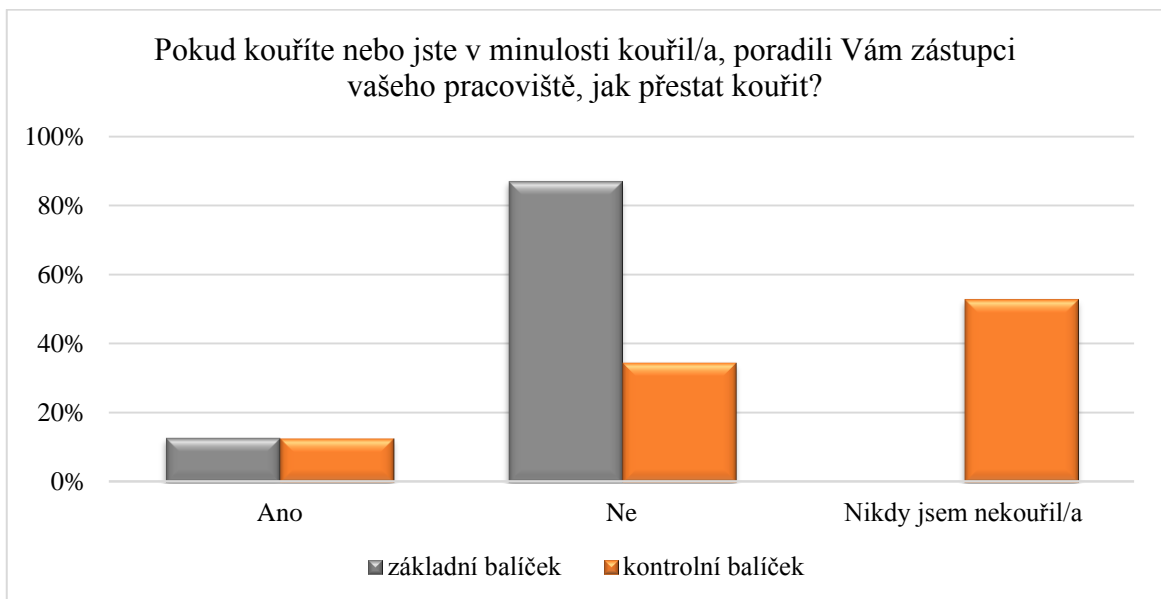
Otázka č. 27 žádala po respondentech upřesnění kolik gramů tabáku během výše uvedených dnů v průměru vykouří/spotřebují. Odpověděl pouze statisticky nevýznamný vzorek probandů.

Graf 93: E3 – otázka č. 28 – počet dní konzumace alkoholu

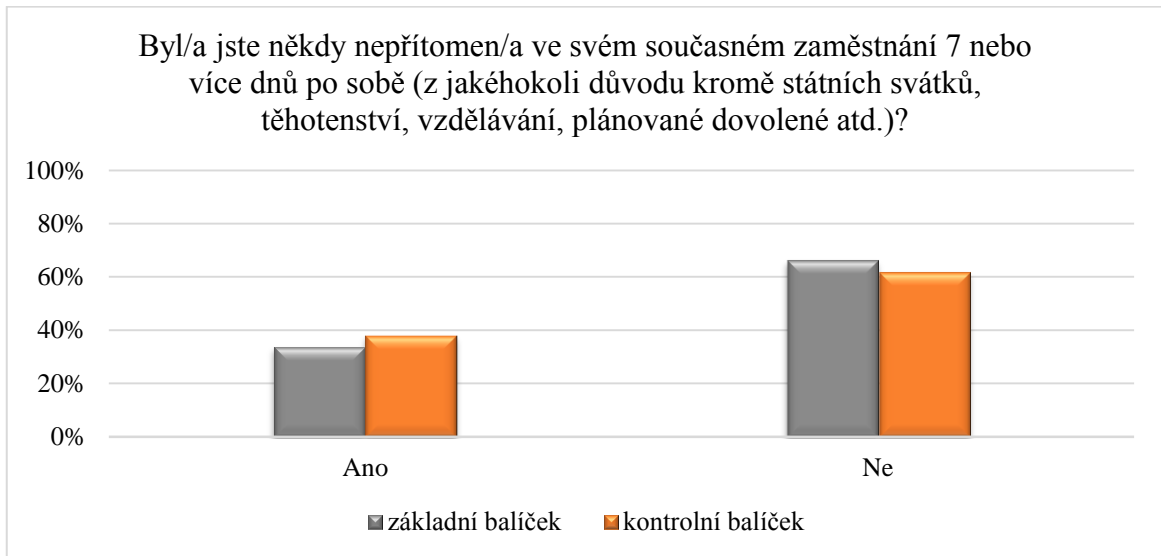


Otázka č. 29 požaduje specifikaci, kolik jednotek alkoholu v průměru respondent vypije, přičemž opět nabízí výše uvedenou tabulku pro snazší převod jednotek alkoholu. Bohužel zde opět nebyl získán statisticky významný počet odpovědí. Shodně tomu bylo i u otázky č. 30.

Graf 94: E3 – otázka č. 31 – poskytnutí intervence v oblasti kouření



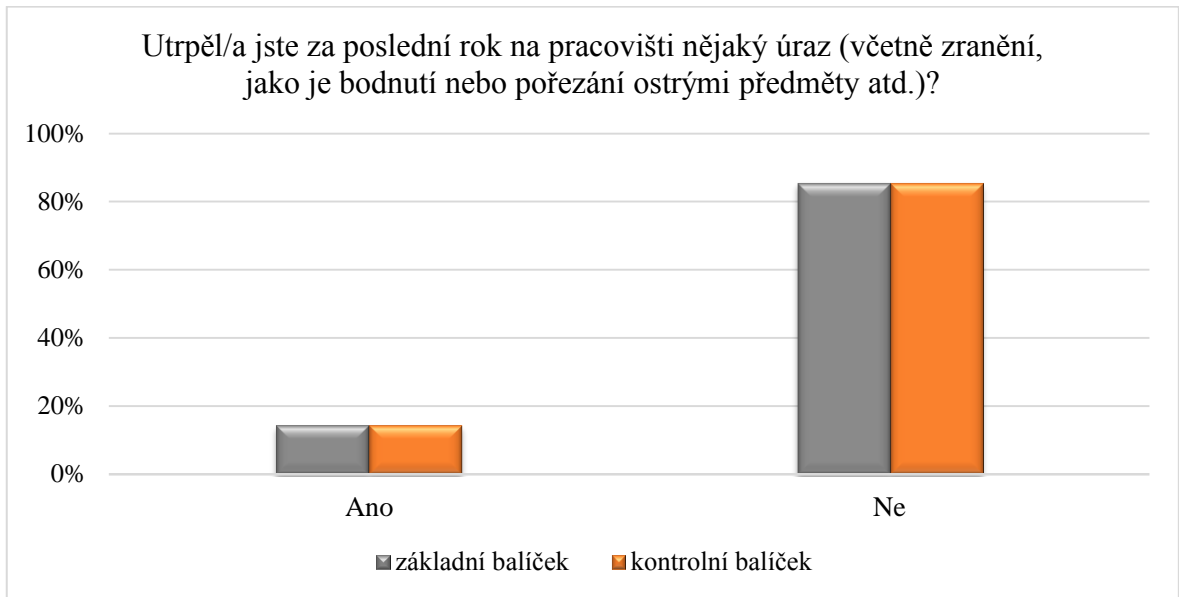
Graf 95: E3 – otázka č. 32 – nepřítomnost v zaměstnání 7 dní a déle



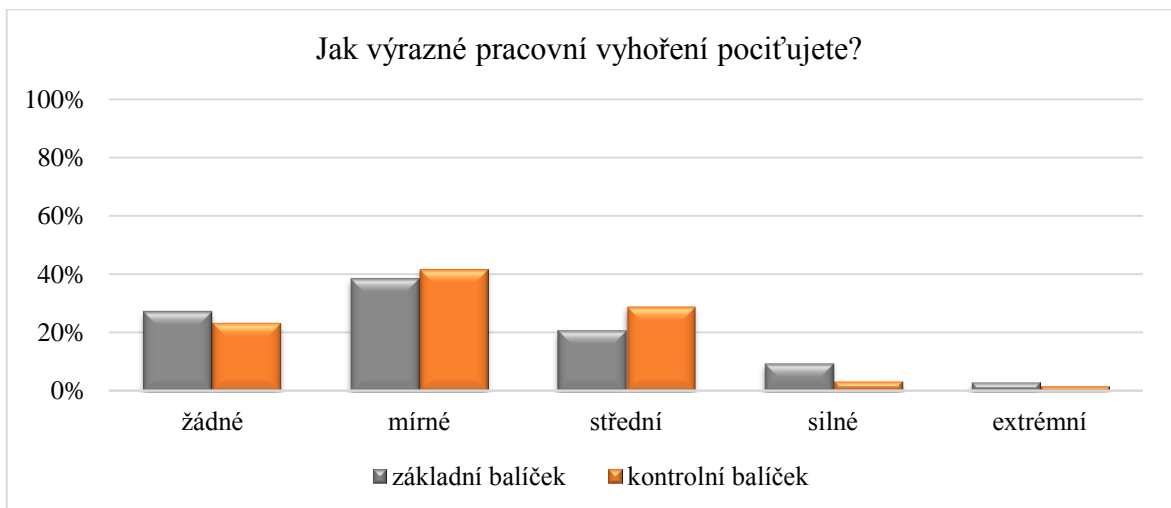
Graf 96: E3 – otázka č. 33 – nepřítomnost v zaměstnání 30 dní a déle



Graf 97: E3 – otázka č. 34 – úraz na pracovišti

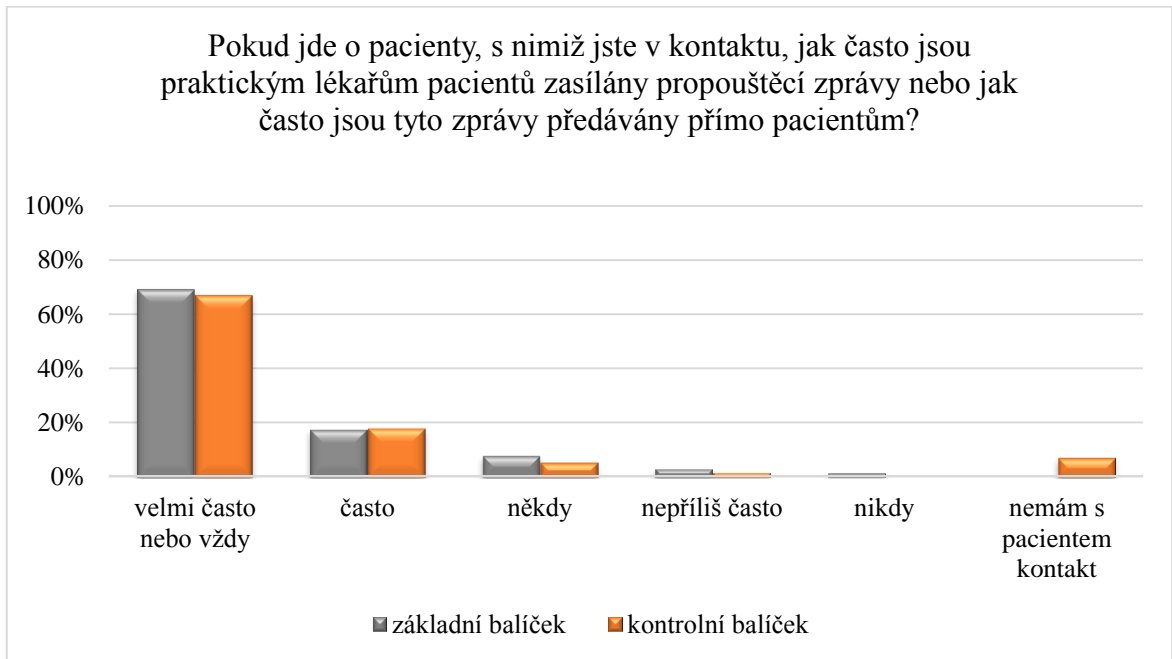


Graf 98: E3 – otázka č. 35 – přítomnost pocitu vyhoření

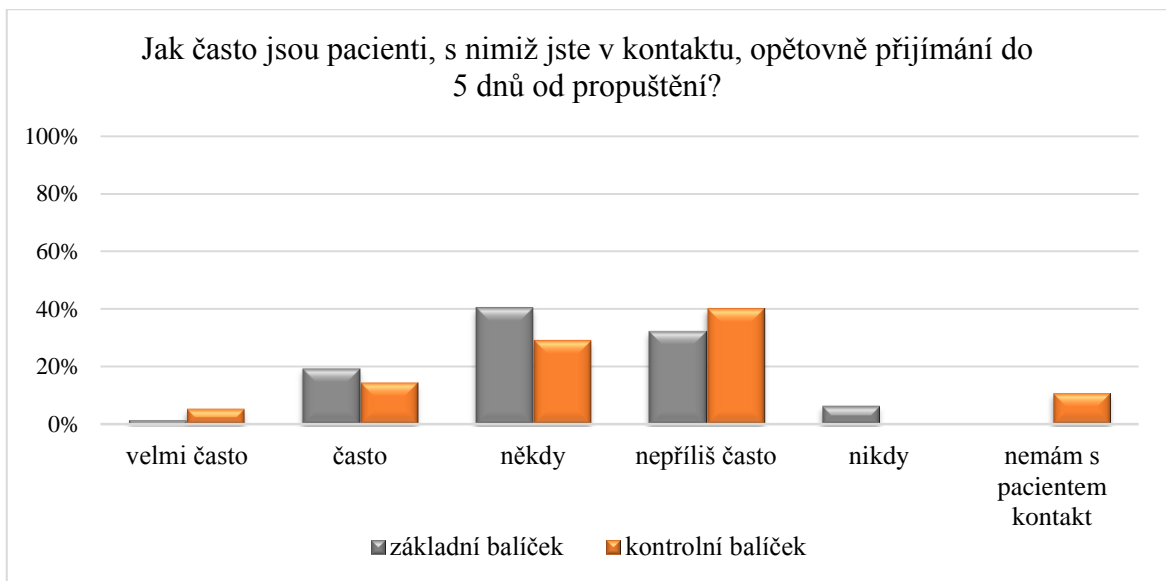


Graf 98 zobrazuje výskyt pocitu vyhoření mezi respondenty. Výsledky jsou zde značně horší, nežli v případě FN Olomouc. Dokonce zde došlo k mírnému nárůstu i po zavedení podpory zdraví na pracoviště.

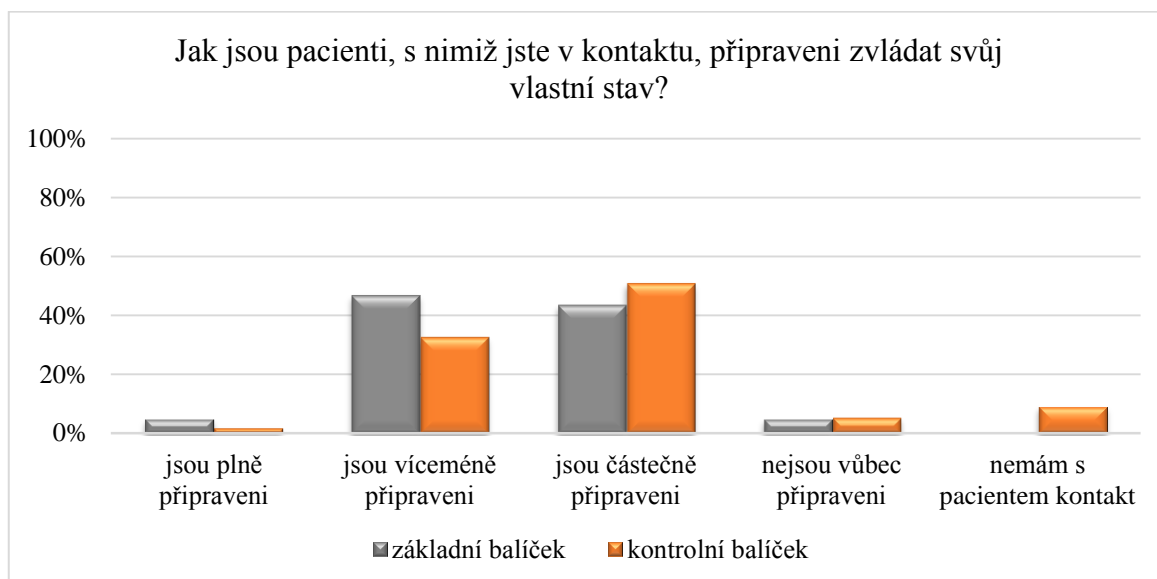
Graf 99: E3 – otázka č. 36 – předávání informací praktickému lékaři či pacientovi



Graf 100: E3 – otázka č. 37 – opětovné přijímání pacienta do léčby



Graf 101: E3 – otázka č. 38 – zvládání vlastního stavu pacienty



Otázka č. 39 vybízí respondenty ke komentáři v případě, že mají k tomuto průzkumu nějaké připomínky nebo návrhy. V naprosté většině případů nebylo na tuto otázku odpovězeno. Pouze v ojedinělých případech bylo v komentáři uvedeno, že některým otázkám bylo možno obtížněji porozumět.

3.1 Souhrnné vyhodnocení výsledků šetření mezi zaměstnanci

Souhrnně lze říci, že výsledky zjištěné v průzkumu mezi zaměstnanci v Nemocnici Valašské Meziříčí a.s. většinově potvrzují výsledky téhož průzkumu ve FN Olomouc. Jsou zde však patrné odchylky, které lze shrnout následovně.

I přes implementaci standardů podpory zdraví vnímají zaměstnanci své pracovní podmínky za spíše průměrné. Zaměstnanci udávají nižší účast na vstupním školení o zásadách podpory zdraví a nižší znalosti v této oblasti. Toto zjištění je značně negativní, vzhledem k logické vazbě, že plnohodnotnou edukaci pacientů v oblasti podpory zdraví může poskytovat pouze správně školený a informovaný personál. Dále bylo zjištěno, že i přes zavedení standardů podpory zdraví na svém pracovišti se jen menšina setkala se zájmem vedení o jejich zdravotní stav.

Zajímavým výsledkem průzkumu je, že i přes nižší věkový průměr je dotazovaný vzorek zaměstnanců více limitován svým fyzickým stavem, a to především z hlediska intenzity fyzického omezení. Velmi nežádoucím výsledkem je vysoká míra vnímání syndromu vyhoření, což může mít negativní vliv na kvalitu poskytované péče.

4 Vyhodnocení z hlediska managementu

K této části HPH RP sloužil organizaci formulář E4, který je určen k posouzení podpory zdraví z hlediska vedení a managementu nemocnice. Je rozdělen do pěti částí podle jednotlivých standardů podpory.

Postup vyhodnocování je shodný s postupem ve FN Olomouc.

4.1 Standard 1: Zásady managementu

V této oblasti se zkoumají listinné dokumenty dokládající zavedení zásad podpory zdraví do systému řízení kvality zdravotních služeb. Zacílení těchto dokumentů má odpovídat všem úrovním, tedy pacientům, zaměstnancům i komunitě.

4.1.1 Odpovědnost za podporu zdraví v organizaci

Otázka průzkumu: Stanovuje organizace odpovědnost za podporu zdraví?

Tabulka 1: E4 – vyhodnocení standardu 1.1.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| Proklamované cíle a poslání nemocnice zahrnují podporu zdraví | ANO | ANO |
| Zápis z jednání řídicího orgánu, na němž byla v uplynulém roce potvrzena dohoda o účasti v projektu WHO HPH | ANO | ANO |
| Aktuální plány kvality a činnosti nemocnice zahrnují podporu zdraví pro pacienty, personál a komunitu | NE | ANO |
| Nemocnice určuje personál a funkce s odpovědností za podporu zdraví | ANO | ANO |

4.1.2 Rozdělování zdrojů na podporu zdraví

Otázka průzkumu: Přiděluje organizace zdroje na realizaci podpory zdraví?

Tabulka 2: E4 – vyhodnocení standardu 1.2.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Existuje jasný rozpočet na služby a materiály spojené s podporou zdraví | NE | NE |
| Na odděleních kliniky jsou k dispozici provozní postupy, jako jsou směrnice pro klinickou praxi nebo plány opatření v oblasti podpory zdraví | ANO | ANO |
| Lze identifikovat specifické objekty a zařízení nutné k podpoře zdraví (včetně zdrojů, prostoru, vybavení) | NE | ANO |

4.1.3 Zajištění sběru dat pro sledování kvality aktivit na podporu zdraví

Otázka průzkumu: Zajišťuje organizace existenci procesů zaměřených na sběr a vyhodnocování dat s cílem sledovat kvalitu aktivit v oblasti podpory zdraví?

Tabulka 3: E4 – vyhodnocení standardu 1.3.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| Jsou pravidelně shromažďována data o intervencích v oblasti podpory zdraví a ta jsou zpřístupňována personálu k vyhodnocení | ANO* | ANO* |
| Je zavedený program pro hodnocení kvality aktivit spojených s podporou zdraví | NE | ANO |

4.2 Standard 2: Posuzování pacientů

Cílem této části je zjištění, zda organizace dbá na to, aby zdravotnický personál ve vztahu s pacienty systematicky hodnotil jejich potřebu aktivit pro podporu zdraví.

4.2.1 Zajištění procesů pro hodnocení potřeb pacientů

Otázka průzkumu: Zajišťuje organizace existenci procesů, jejichž prostřednictvím lze hodnotit potřeby všech pacientů týkající se podpory zdraví?

Tabulka 4: E4 – vyhodnocení standardu 2.1.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| Jsou k dispozici směrnice pro určování míry kouření, spotřeby alkoholu, kvality výživy a psycho-sociálně-ekonomického statusu | ANO | ANO |
| Směrnice/postupy byly za poslední rok revidovány | ANO | ANO |
| Jsou k dispozici směrnice pro určování potřeb týkajících se podpory zdraví pro skupiny pacientů (např. pro pacienty trpící astmatem, cukrovkou, chronickou obstrukční plicní nemocí, pro chirurgii, rehabilitaci) | ANO | ANO |

4.2.2 Realizace hodnocení potřeb pacientů

Otázky průzkumu: Provádí se hodnocení potřeb pacienta ohledně podpory zdraví při prvním kontaktu s nemocnicí? Jsou tyto potřeby neustále sledovány a upravovány podle měnícího se klinického stavu pacienta nebo na požádání?

Tabulka 5: E4 – vyhodnocení standardu 2.2.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Hodnocení je zdokumentováno v záznamech pacienta při jeho přijetí | ANO* | ANO* |
| Jsou k dispozici směrnice/postupy pro přehodnocování potřeb při propouštění pacienta nebo na konci dané intervence | ANO | ANO |

4.2.3 Zohlednění doplňujících informací o pacientech

Otázky průzkumu: Jsou zohledněny informace poskytnuté jinými osobami v hodnocení potřeb pacienta? Je dbáno na citlivý přístup vůči sociálnímu a kulturnímu pozadí?

Tabulka 6: E4 – vyhodnocení standardu 2.3.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| V záznamech pacienta jsou obsaženy informace od doporučujícího lékaře nebo z jiných relevantních zdrojů | ANO* | ANO* |
| V záznamech pacienta je náležitě zdokumentován jeho sociální a kulturní profil | ANO* | ANO* |

4.3 Standard 3: Informace pro pacienty a intervence

V rámci tohoto standardu je zjišťováno, zda nemocnice poskytuje svým pacientům důležité informace o faktorech, které mají zásadní vliv na jejich zdravotní stav či případné onemocnění. Dále sleduje, zda jsou v organizaci stanovena systémová opatření na podporu zdraví, a to ve všech oblastech péče o pacienta.

4.3.1 Informování pacienta o potřebách podpory zdraví a jejich plán

Otázky průzkumu: Je pacient na základě hodnocení potřeb týkajících se podpory zdraví informován o faktorech, které mají vliv na jeho zdraví? Je v partnerství s pacientem dohodnut plán odpovídajících aktivit zaměřených na podporu zdraví?

Tabulka 7: E4 – vyhodnocení standardu 3.1.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| Informace poskytnuté pacientovi jsou uloženy v záznamech pacienta | ANO* | ANO* |
| V záznamech jsou zdokumentovány a vyhodnoceny aktivity na podporu zdraví a očekávané výsledky | ANO* | ANO* |
| Provádí se hodnocení spokojenosti pacienta s poskytovanými informacemi (<i>a výsledky jsou integrovány do systému řízení kvality</i>) | ANO* | ANO* |

4.3.2 Přístup k informacím o faktorech ovlivňujících zdraví

Otázka průzkumu: Dbá organizace na to, aby všichni pacienti, personál a návštěvníci měli přístup ke všeobecným informacím o faktorech ovlivňujících zdraví?

Tabulka 8: E4 – vyhodnocení standardu 3.2.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Jsou k dispozici všeobecné informace o zdraví | ANO | ANO |
| Jsou k dispozici podrobné informace o vysoce rizikových onemocněních | ANO | ANO |
| Jsou k dispozici informace o organizacích pro pacienty | NE | NE |

4.4 Standard 4: Podpora zdravého pracovního prostředí

Tento standard zjišťuje, zda management zdravotnického zařízení vytváří podmínky pro rozvoj pracovního prostředí pro zdravotnický personál.

4.4.1 Zajištění zdravého a bezpečného pracovního prostředí

Otázka průzkumu: Dbá organizace na rozvoj a realizaci zdravého a bezpečného pracovního prostředí?

Tabulka 9: E4 – vyhodnocení standardu 4.1.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Pracovní podmínky jsou v souladu s národními/regionálními nařízeními a ukazateli | ANO | ANO |
| Personál dodržuje zdravotní a bezpečnostní požadavky, veškerá rizika na pracovišti jsou odhalena | ANO* | ANO* |

4.4.2 Zajištění vzdělávání zaměstnanců o zásadách podpory zdraví

Otázka průzkumu: Zajišťuje organizace vývoj a realizaci komplexní personální strategie, jejíž součástí je školení a rozvoj dovedností pracovníků v oblasti podpory zdraví?

Tabulka 10: E4 – vyhodnocení standardu 4.2.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Noví pracovníci absolvují vstupní školení zaměřené na zásady podpory zdraví v nemocnici | ANO* | ANO* |
| Pracovníci všech oddělení znají obsah zásad podpory zdraví v organizaci | ANO* | ANO* |
| Existuje systém hodnocení výkonnosti a proces trvalého profesionálního rozvoje včetně podpory zdraví | ANO | ANO |
| Existují pracovní postupy (procesy a směrnice) vyvinuté všeoborovými týmy | ANO | ANO |
| Personál se podílí na tvorbě zásad, auditu a kontrole | ANO | ANO |

4.4.3 Zajištění rozvoje a šíření povědomí o podpoře zdraví mezi zaměstnanci

Otázka průzkumu: Zajišťuje organizace existenci procesů zaměřených na rozvoj a udržování povědomí personálu o záležitostech týkajících se zdraví?

Tabulka 11: E4 – vyhodnocení standardu 4.3.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|--|------------------|-------------------|
| Pro pracovníky jsou k dispozici zásady informovanosti o záležitostech týkajících se zdraví | NE | ANO |
| Jsou nabízeny programy na odvykání kouření | NE | ANO |
| Každoročně jsou prováděny průzkumy mezi zaměstnanci včetně posuzování individuálního chování, znalosti podpůrných služeb/zásad a využívání podpůrných seminářů | ANO* | ANO* |

4.5 Standard 5: Kontinuita a spolupráce

V rámci tohoto standardu je zjišťováno, zda má zdravotnické zařízení plánovaný přístup k pravidelné spolupráci s jinými odvětvími, institucemi a poskytovateli zdravotních služeb.

4.5.1 Soulad podpory zdraví s regionálními plány zdravotní péče

Otázka průzkumu: Dbá organizace na to, aby služby v oblasti podpory zdraví byly v souladu s platnými ustanoveními a regionálními plány zdravotní péče?

Tabulka 12: E4 – vyhodnocení standardu 5.1.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| Řídící výbor bere v úvahu regionální plán zdravotní péče | ANO | ANO |
| Řídící výbor může poskytnout seznam poskytovatelů zdravotní a sociální péče, kteří pracují v partnerství s nemocnicí | ANO | ANO |
| Spolupráce s jinými subjekty v rámci odvětví i z jiných odvětví je založena na plnění regionálního plánu zdravotní péče | ANO | ANO |
| Existuje písemný plán spolupráce s partnery se zaměřením na zlepšení kontinuity péče o pacienty | ANO | ANO |

4.5.2 Podpora zdraví pro ambulantní a propuštěné pacienty

Otázka průzkumu: Zajišťuje organizace dostupnost a realizaci aktivit a postupů zaměřených na podporu zdraví během ambulantní péče a po propuštění pacientů?

Tabulka 13: E4 – vyhodnocení standardu 5.2.

| Sledovaný prvek | Základní balíček | Kontrolní balíček |
|---|------------------|-------------------|
| Pacienti (a případě jejich rodinní příslušníci) dostávají srozumitelné pokyny při ambulantní konzultaci, při doporučování nebo po propuštění | ANO* | ANO* |
| Existuje dohodnutý postup pro výměnu veškerých relevantních informací o pacientech mezi organizacemi | ANO | ANO |
| Přijímající organizaci je včas dodán písemný souhrn údajů o stavu pacienta a jeho zdravotních potřebách a také o opatřeních přijatých doporučující organizací | ANO* | ANO* |
| V záznamech pacienta je zdokumentován případný plán rehabilitace s popisem úlohy organizace a spolupracujících partnerů | ANO* | ANO* |

4.6 Souhrnné hodnocení souladu se standardy

V závěrečném vyhodnocení HPH RP je Nemocnice Valašské Meziříčí, a.s. hodnocena jako organizace. Je zde analyzována praxe a zásady managementu, které de facto stanovují, zda a v jaké míře či na jaké úrovni je podpora zdraví ve zdravotnickém zařízení prosazována, do jaké míry jsou implementovány její zásady do běžné praxe zdravotnického personálu i samotného managementu nemocnice.

Tabulka 14: Souhrnné hodnocení se standardy podpory zdraví

| STANDARD | ZÁKLADNÍ BALÍČEK | | KONTROLNÍ BALÍČEK | |
|---------------------------------------|------------------|----------|-------------------|----------|
| | ANO | NE | ANO | NE |
| Zásady managementu | 5 | 4 | 8 | 1 |
| Posuzování pacientů | 7 | 0 | 7 | 0 |
| Informace pro pacienty a intervence | 5 | 1 | 5 | 1 |
| Podpora zdravého pracovního prostředí | 8 | 2 | 10 | 0 |
| Kontinuita a spolupráce | 8 | 0 | 8 | 0 |
| CELKEM | 33 | 7 | 38 | 2 |

Na základě primárního sběru dat, tedy dat ze základního balíčku HPH RP, byla míra plnění mezinárodních standardů podpory zdraví vyhodnocena na velmi úspěšných 83 %, čímž již před implementační fází projektu dosahovala stříbrného plnění.

Po realizaci svého akčního plánu kvality došlo k odstranění většiny zjištěných nedostatků, přičemž při kontrolním sběru dat a po mezinárodním externím auditu dosáhla Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. míry plnění standardů podpory zdraví až v 98 % a dosáhla tak zlatého HPH certifikátu.