

# Podpora zdraví v nemocnicích a zdravotnických zařízeních (Health Promotion in Hospitals and Health Services - HPH): Výsledky a provedení v České republice.

SVANE JK<sup>1\*</sup>, RAISOVÁ B<sup>2</sup>, STANEČKA Z<sup>3</sup>, DOLEŽEL Z<sup>4</sup>, RICHTER M<sup>5</sup>, CAHLIKOVÁ J<sup>6</sup>, VLACHOVÁ M<sup>7</sup>, OPOČENSKÁ M<sup>8</sup>, TØNNESEN H<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinical Health Promotion Centre, Bispebjerg & Frederiksberg Hospital, Univerzita v Kodani, Dánsko.

<sup>2</sup>Plicní oddělení, Mladá Boleslav, Česká republika;

<sup>3</sup>Oddělení interní medicíny, Nemocnice Valašské Meziříčí, Česká republika;

<sup>4</sup>Plicní oddělení, Nemocnice Jihlava, Česká republika;

<sup>5</sup>Ortopedické oddělení, Nemocnice Pelhřimov, Česká republika;

<sup>6</sup>Nefrologické oddělení, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika;

<sup>7</sup>Plicní oddělení, Fakultní nemocnice Motol, Česká republika;

<sup>8</sup>Kardiologické oddělení, Ústřední vojenská nemocnice Praha, Česká republika.

\*Kontakt na autora: jeff.kirk.svane@regionh.dk

Poděkování: Mgr. Mileně Kalvachové, Národní koordinátorce HPH a MUDr. Aleně Šteflové, Ředitelce kanceláře WHO v ČR za technickou podporu po celou dobu trvání projektu; Chirurgickému oddělení Nemocnice na Homolce za sběr dat, která všechna pocházejí z ČR. Studie byla podporována Ministerstvem zdravotnictví ČR, které v souladu se zásadami správného výzkumu nemělo žádný vliv na vývoj protokolu, sběr dat, analýzu, interpretaci ani publikaci.

---

## SHRNUTÍ

Klinická podpora zdraví výrazně zlepšuje léčebné výsledky v nemocnicích a zdravotnických zařízeních, a to jak z dlouhodobého, tak krátkodobého hlediska. Proto Světová zdravotnická organizace (WHO) a Mezinárodní síť nemocnic a zdravotnických zařízení podporujících zdraví (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services - HPH) vyvinuly a ohodnotily tři snadno aplikovatelné nástroje, které již byly implementovány mnoha národními, regionálními a lokálními zdravotnickými organizacemi a začleněny do jejich rámce managementu kvality. Nicméně, míra dodržování a používání těchto nástrojů a standardů, stejně tak jako skutečná praxe poskytování služeb podpory zdraví jsou jen zřídka uveřejňovány.

**Cíl:** Zhodnotit, do jaké míry pracuje zdravotnické zařízení v souladu se současnými standardy WHO-HPH a s nimi souvisejícími modely dokumentace ve srovnání s mezinárodními základními daty, získanými ze tří historických kontrolních skupin v letech 2005, 2008 a 2012.

**Metody:** V průřezovém návrhu bylo zahrnuto 8 klinických oddělení v ČR, a následně bylo hodnoceno 400 medických záznamů náhodného data. Byla sesbírána data o výkonnosti a provádění v souladu s následujícími třemi nástroji: 5 obecných standardů WHO-HPH (2005); model HPH-Činnosti-Dokumentace(2007), týkající se intervence v rámci podpory zdraví; a modelu HPH DATA (2012) pro dokumentaci lékařských záznamů potřeb pacienta z hlediska intervence v rámci podpory zdraví. Mezinárodní základní data pocházely z historické kontrolní skupiny 38 nemocnic v 8 zemích (2005); 17 z nich bylo ze šesti zemí (2007) a 68 z celkem 11 zemí (2012).

**Výsledky:** Celková míra naplňování standardů WHO-HPH je v současnosti výrazně vyšší ve srovnání s mezinárodními základními daty (2005); míra naplňování činila 68% versus 53% (P <0.01). Současné potřeby pacientů pro intervenci v oblasti podpory zdraví byly dokumentovány na srovnatelné úrovni, jako v historické kontrolní skupině, s procentuálním pokrytím 66% (26-98%) versus 66% (29-94%). Poskytování intervencí v rámci podpory zdraví pacientům, u nichž je to zapotřebí, je v současnosti nižší, s celkovou mírou 16% (13-24%) versus 30% (10-36%), u p<0.05 u motivačních aktivit. Dále 14% (13-20%) versus 29% (22-40%), u p<0.01, mělo zdokumentované intervenční programy. Dalších 16-27% ve srovnání s 0-3%

( $p < 0.01$ ) pacientů, u kterých vznikla potřeba, mělo nedostatečný přístup k informacím o tom, zda k nějaké intervenci došlo.

**Závěr:** Celková míra souladu se standardy WHO-HPH je v současnosti vyšší. Nicméně poskytování klinických aktivit v oblasti podpory zdraví pacientům, u kterých je to zapotřebí, je nedostatečné, což ukazuje, že by mohlo být dosaženo značného zlepšení, pokud by byla zavedena klinická praxe podpory zdraví. Je urgentně zapotřebí provést nový výzkum v oblasti implementačních strategií.

---

**Klíčová slova:** klinická podpora zdraví, standardy kvality, indikátory kvality, zdraví podporující nemocnice a zdravotnická zařízení

## ÚVOD

Klinická podpora zdraví je na pacienta orientovaný přístup ke zdravotnickým službám, charakterizovaný integrací podpory zdraví do klinické praxe. Přínosy klinické podpory zdraví zahrnují lepší výsledky léčby, nižší náklady a zvýšenou bezpečnost pacientů (Oppedal et al. 2010, Rotboell Nielsen et al. 2008, Groene & Jorgensen 2005). Podpora zdraví v nemocnicích a zdravotnických zařízeních také zahrnuje podporu zdravých klinických pracovišť. Celkovým cílem je zlepšení zdraví u pacientů, zaměstnanců a v komunitách.

Většinou pocházejí zprávy o přínosech podpory zdraví z dlouhodobých hodnocení (Vox and Flaxman et al. 2012, Groene and Garcia-Barbero 2005, Li et al. 2008). Kromě snížení zatížení nemocí se také ukazuje velmi výrazný klinický účinek z krátkodobého hlediska, například zlepšení výsledků u pacientů s diabetes pomocí celkových programů podpory zdraví a rehabilitačních programů (Gade et al. 2008), redukce pooperačních komplikací pomocí zavádění intenzivních zásahů v rámci podpory zdraví před operací (Nielsen et al. 2010, Møller et al. 2002, Tønnesen et al. 2009, Nasell et al. 2010) a zlepšení mentálního zdraví pomocí intervencí v oblasti odvykání kouření v psychiatrické praxi a na dalších pracovištích (Taylor et al. 2014).

Proto se systematická implementace efektivních programů podpory zdraví stala klíčovou složkou kvality, poskytované v nemocnicích a zdravotnických zařízeních, společně s klinickou účinností a bezpečností pacientů (WHO 2004, WHO 2013a, WHO 2013b). Podle kritérií, stanovených Mezinárodní společností pro kvalitu ve zdravotní péči (Society for Quality in Health Care, [www.isqua.org](http://www.isqua.org) and Groene and Jorgensen et al. 2005), Světová zdravotnická organizace (WHO) a Mezinárodní síť nemocnic a zdravotnických zařízení podporujících zdraví (HPH) vytvořily, ověřily a publikovaly 5 všeobecných standardů podpory zdraví v nemocnicích (WHO 2006). Běžný management kvality v nemocnicích zahrnuje plánování, implementaci, hodnocení a neustálé zlepšování veškerých klinických i neklinických aktivit. Standardy WHO-HPH přímo spadají pod snahu zlepšovat kvalitu tím, že pomáhají vedoucím pracovníkům a zaměstnancům nemocnic zhodnotit a zlepšovat aktivity, týkající se podpory zdraví a s nimi souvisejících výkonů.

Byly vytvořena a mezinárodně ověřena příslušné nástroje pro sebehodnocení, které mají podpořit implementaci a následné kroky pro zlepšení managementu zdravotní péče v každodenní klinické praxi.

Nástroje jsou snadno použitelné a nezávislé na lokálních dokumentačních postupech. Nástroje zahrnují:

- Pět standardů WHO-HPH se 40 měřitelnými prvky, které mohou být pro zhodnocení podpory zdraví použity na úrovni celé nemocnice nebo jednotlivých oddělení. Zahrnují čtyři oblasti 1) politika managementu, 2) hodnocení pacientů, 3) informace o pacientech a intervencích, 4) podpora zdravého pracoviště a 5) kontinuita a spolupráce (Obr. 1) (WHO 2006)
- Dva modely pro provádění auditu zdravotnické dokumentace na úrovni jednotlivých pacientů:
  - HPH DATA s 9 otázkami, týkajícími se zdokumentování potřeb pacienta v oblasti podpory zdraví (Tabulka 2) (Tønnesen et al. 2012)
  - HPH Doct-Act, obsahující 15 mezinárodních kódů pro zdokumentování provedených činností v rámci podpory zdraví (Tabulka 3) (Tønnesen et al. 2007).

Mnohá národní, regionální a místní zdravotnická zařízení již částečně či úplně implementovaly standardy WHO-HPO a oba podpůrné nástroje, které se staly součástí jejich rámce managementu kvality. Nicméně hodnocení potřeb v rámci podpory zdraví a administrace činností v této oblasti v klinické praxi je ještě stále novou oblastí a existuje pouze zanedbatelné množství informací o tom, na kolik jsou tyto oblasti splňovány.

Proto bylo cílem této studie zhodnotit současnou míru souladu se standardy WHO-HPH a souvisejících modelů dokumentace v České republice ve srovnání s mezinárodními základními daty ze třech historických kontrolních skupin z let 2005, 2008 a 2012.

## **METODY**

Studie je navržena jako průřezová, se srovnáním současných a mezinárodních základních dat z historických kontrolních skupin (primárně v rámci Evropy, avšak byly zahrnuty i další kontinenty).

Kritéria pro zahrnutí byla klinická oddělení odpovědná za léčbu pacientů v rámci nemocnic, které jsou členy Mezinárodní sítě nemocnic a zdravotnických zařízení podporujících zdraví ([www.hphnet.org](http://www.hphnet.org)). Byla zahrnuta jak lůžková nemocniční oddělení, tak ambulantní kliniky. Nicméně do studie bylo vždy zahrnuto jen jedno oddělení z každé z nemocnic. Vyřazena byla dětská oddělení a oddělení paliativní péče, stejně jako domovy důchodců, jelikož ani standardy WHO-HPH, ani žádný z nástrojů HPH nebyly pro tyto skupiny pacientů ověřeny (Groeneand Jorgensen et al. 2005, Tønnesen et al. 2012).

Míru souladu jsme hodnotili pomocí kategorizace měřitelných prvků standardů WHO-HPH jako vyhovující či nevyhovující. U modelů HPH DATA a HPH Doc-Act byla data ze zdravotnických záznamů označena buď jako kategorizovatelná, což zahrnovalo i případy, kde byly uvedené informace dostačující k tomu, aby bylo možné identifikovat potřebu pacienta v rámci podpory zdraví (např. vysoce rizikový pacient: „pacient vykouří deset cigaret za den, nebo pacient s nízkou mírou rizika: „V posledních třech letech nekouří“), nebo jako nekategorizovatelná, což zahrnou případy, kdy nebyla uvedená informace dostatečná pro identifikaci potřeby pacienta v rámci podpory zdraví (např. „pacient je cítit po tabáku“).

### ***Účastníci studie a prostředí***

Na otevřenou výzvu reagovalo osm klinických oddělení z 8 nemocnic v ČR, které jsou členy programu HPH. Oddělení byla do studie zařazena poté, co byl získán informovaný souhlas oddělení a vedení nemocnice. Tři oddělení se zabývají léčbou plicních chorob, a zbylá oddělení byla interní, chirurgické, oddělení ortopedické chirurgie, neurologie a kardiologie. Jednotlivá oddělení se nachází v různých typech nemocnic. V souladu s českou legislativou ohledně poskytování zdravotní péče byly všechny nemocnice externě hodnoceny českými úřady a/nebo v rámci soukromých akreditačních programů.

Mezinárodní základní data byla získána z historických kontrolních skupin. Data ohledně standardů WHO-HPH pocházejí z 38 nemocnic v 8 zemích: Česká republika, Irsko, Litva, Slovinsko, Jihoafrická republika, Švédsko, Německo a Itálie (Groene et al. 2010). Celkově prošlo 14 ze 38 nemocnic externím hodnocením kvality. Charakteristika jednotlivých nemocnic je uvedena v Tabulce 1.

Základní data týkající se Dokumentace činnosti HPH byla získána ze 17 klinických nemocničních oddělení v šesti zemích: Estonsko, Irsko, Itálie, Kanada, Švédsko a Spojené království. Zde se jednalo o chirurgická oddělení, oddělení ortopedické chirurgie, interní oddělení (včetně plicních chorob), geriatrické, psychiatrické a pediatrie (Tønnesen et al. 2007).

Mezinárodní data, týkající se modelu HPH-DATA byla získána ze 68 klinických oddělení různých nemocnic v jedenácti zemích/regionech: Rakousko, Česká republika, Estonsko, Finsko, Německo, Itálie, Kanada, Norsko, Španělsko, Švýcarsko a Taiwan (Tønnesen et al. 2012). Oddělení byla ve velkých i malých nemocnicích, stejně jako ve fakultních nemocnicích s lůžkovými i ambulantními pracovišti interní medicíny (včetně plicních chorob), kardiologie, neurologie, onkologie, geriatrické, chirurgie, ortopedické chirurgie, urologie a středisky akutní medicíny a jednotkami intenzivní péče.

### **Sběr dat**

Osm účastnických oddělení v České republice obdrželo informační manuál, technickou podporu a online formulář pro autonomní sběr dat, nutný pro dokončení každého z prvků projektu. Proces sběru dat trval 6-8 měsíců a probíhal podobně, jak je popsáno u historických kontrolních skupin (Groene et al. 2010, Tønnesen et al. 2007+2012). Proces obsahoval následující prvky:

- 1) Nástroj sebehodnocení v rámci standardů WHO-HPH u každého oddělení (WHO 2010)
- 2) Nástroje HPH pro interní audit 50 x 8 následujících zdravotnických záznamů provedený k náhodnému datu před zahájením účasti v projektu (Modely DATA Model a Doc-Act) (Tønnesen et al. 2012, Tønnesen et al. 2007)

Veškeré překlady byly zajištěny Kanceláří Světové zdravotnické organizace v ČR a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Dánská agentura na ochranu dat u mezinárodních studií (The Danish Data Protection Agency for international studies), Mezinárodní rada pro výzkum při nemocnici v Bispebjergu (the Internal Research Board of Bispebjerg Hospital) a etická rada každé ze zúčastněných nemocnic projekt schválily. Veškerá osobní data získaná od pacientů a zaměstnanců byla anonymizována přímo u jejich zdroje.

**Tabulka 1: Charakteristika 8 současných oddělení a 38 mezinárodních nemocnic z historické kontrolní skupiny**

		<b>Současná skupina</b>	<b>Kontrolní skupina</b>
<b>Statut nemocnice:</b>	Veřejná	5/8	32/38
	Soukromá nezisková	1/8	4/38
	Soukromá zisková	2/8	2/38
<b>Typ nemocnice:</b>	Komunitní nemocnice	3/8	21/38
	Velká všeobecná výuková	1/8	7/38
	Fakultní nemocnice	3/8	4/38
	Specializovaná nemocnice	1/8	6/38
<b>Spádová oblast:</b>	Venkov	0/8	3/38
	Město	1/8	8/38
	Smíšené	7/8	27/38
<b>Počet lůžek:</b>	<200	0/8	5/38
	200 to 399	3/8	11/38
	400 to 599	2/8	9/38
	>599	3/8	13/38
<b>Člen HPH</b>	Ano	8/8	28/38
	Ne	0/8	10/38

### **Analýza dat**

Míra souladu byla kategorizována pomocí hodnocení každého ze 40 měřitelných prvků standardů WHO-HPH jako vyhovující či nevyhovující. Kategorie nevyhovující také zahrnovala hodnocení částečně vyhovující. Spočítali jsme počet vyhovujících bodů pro každý z pěti standardů, stejně jako pro jejich celkové naplnění a výsledky byly vyjádřeny pomocí procent.

Úroveň splňování indikátorů byla také vypočítána procentuálně.

Výsledky naplňování standardů byly srovnány předchozími zjištěními z historické kontrolní skupiny. Nicméně pět standardů, používaných v rámci hodnocení kontrolní skupiny původně zahrnovalo hodnocení 68 měřitelných prvků, jejich počet byl později snížen na 40 měřitelných prvků, které jsou používány v současnosti (Groene et al. 2010+ 2005). Výsledek míry souladu byl původně kategorizován jako vyhovující, částečně vyhovující a nevyhovující. Pro srovnání se současnou skupinou byla použita pouze kategorie vyhovující z historické kontrolní skupiny. Srovnání bylo provedeno pomocí Fisherova přesného testu. Hodnota  $p$  nižší než 0,05 byla považována za statisticky relevantní.

## VÝSLEDKY

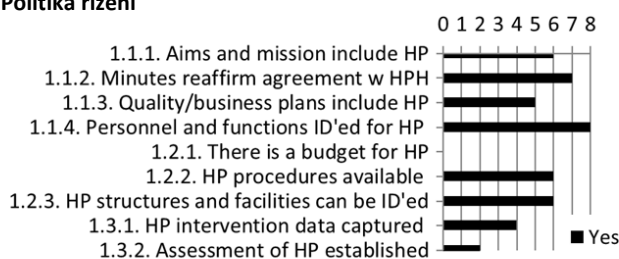
### Standardy WHO-HPH

Osm klinických oddělení v ČR dosáhlo míry souladu 61% pro standard 1, 73% pro standard 2, 50% pro standard 3, 65% pro standard 4 a 81% pro standard 5. Celková míra souladu byla 68% v porovnání s 37% v historické kontrolní skupině ( $p < 0.01$ ).

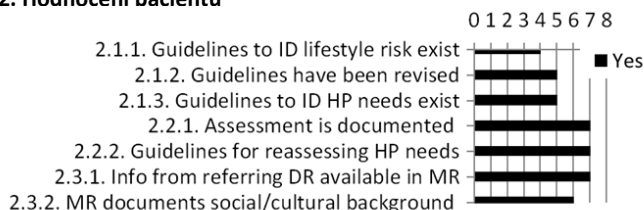
3 ze 40 měřitelných prvků se nacházely v oblasti nejnižšího hodnocení, dva prvky nebyly splněny v žádném ze sledovaných oddělení. 10 se nacházelo ve čtvrtině s nejvyšším hodnocením, 6 z toho bylo plně splňováno všemi osmi odděleními (viz. Obr. 1)

**Obrázek 1: Výsledky splňování 40 měřitelných prvků v 5 standardech pro podporu zdraví v nemocnicích**

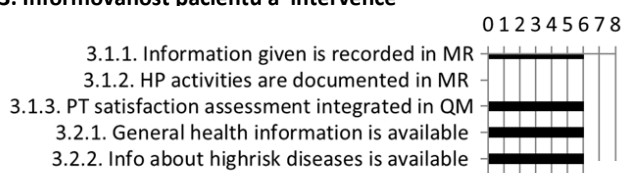
#### 1. Politika řízení



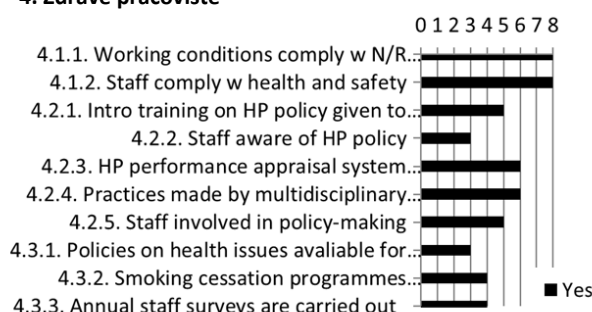
#### 2. Hodnocení pacientů



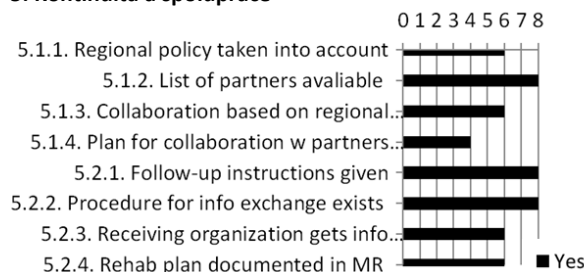
#### 3. Informovanost pacientů a intervence



#### 4. Zdravé pracoviště



#### 5. Kontinuita a spolupráce



**WHO-HPH, které byly měřeny na 8 klinických odděleních v České republice.**

## Model HPH DATA

Dokumentace potřeb pacientů z hlediska intervencí v oblasti podpory zdraví byla podobná jako u historické kontrolní skupiny; 66% (26-98%) obsahovalo informace, které bylo možné kategorizovat oproti 66% (29-94%) ( $p=0.85$ ). Fyzická aktivita a konzumace alkoholu byly dokumentovány nejhůře, a v těchto kategoriích se výsledky současné a historické kontrolní skupiny výrazně nelišily. Detailní informace jsou obsaženy v Tabulce 2.

Bohužel byla míra poskytnutí intervence v oblasti podpory zdraví u pacientů s identifikovatelnou potřebou výrazně nižší než u historické kontrolní skupiny.

Celkový výsledek 16% (13-24%) u současné skupiny versus 30% (10-36%) v historické kontrolní skupině ( $p<0.05$ ) mělo zdokumentovány motivační aktivity a 14% (13-20%) u současné skupiny versus 29% (22-40%) v historické kontrolní skupině ( $p<0.01$ ) mělo zdokumentovány intervenční činnosti. Dalších 16-27% pacientů mělo nedostatečné informace k tomu, aby byli schopni identifikovat, zda došlo či ně k intervenčnímu zásahu, což je výrazně horší výsledek než u kontrolní skupiny. (0-3%) ( $p<0.01$ ; Tabulka 3).

**Tabulka 2. Výsledky auditu lékařských záznamů v oblasti dokumentace potřeb v oblasti podpory zdraví u současné skupiny (400 pacientů) a v historické skupině (1360 pacientů) (Výsledky vyjádřeny v %, Ž: ženy, M: muži)**

**Tabulka 2: Model HPH DATA pro hodnocení potřeb v oblasti podpory zdraví**

	Kategorizovatelné (%)				Nekategorizovatelné (%)	
	Vysoce rizikovní pacienti		Pacienti s nízkou mírou rizika		Neznámo	
	Současná skupina	Historická skupina	Současná skupina	Historická skupina	Současná skupina	Historická skupina
A-1 Je pacientův BMI nižší než 20.5?	9	12	81	56	10	32
A-2 Ztratil pacient v posledních třech měsících na váze?	11	15	56	44	33	41
A-3 Trpěl pacient v posledním týdnu sníženou chutí k jídlu?	10	16	38	43	52	41
A-4 Je pacient vážně nemocen? (např. metabolický stres)	63	31	35	63	2	6
B 1 Je pacientův BMI vyšší než 25?	60	31	31	35	9	34
B-2 Přesahuje obvod pacientova pasu 80 cm (Ž) or 94 cm (M)?	13	12	13	17	74	71
C-1 Je pacient aktivní méně než 30 min denně? (Střední intenzita s nárůstem tepu, např. chůze, jízda na kole, trénink)	23	17	23	37	54	46
D-1 Kouří pacient denně?	20	22	69	64	11	14
E-1 Překračuje pacientova konzumace alkoholu doporučené limity? (Ženy: 7 týdně, Muži: 14)	2	9	59	62	37	29

**Tabulka 3: Audit modelu HPH Doc-Act pro dokumentaci aktivit podporujících zdraví (systematická klasifikace léčby a péče v Dánsku)**

**7 kódů pro techniku motivačního poradenství a motivačních pohovorů, vztahujících se k:**

Tabáku	(BQFS01)
Alkoholu	(BQFS02)
Výživě	(BQFS03)
Fyzické aktivitě	(BQFS04)
Psychosociálních vztahů	(BQFS05)
Dalších rizikových faktorů	(BQFS06)

Integrované poradenství (sestavá z více faktorů)	(BQFS19)
<b>8 kódů pro intervenci, rehabilitaci a následnou péči:</b>	
Program odvykání kouření	(BQFT01)
Alkoholický intervenční program	(BQFT02)
Program výživového poradenství	(BQFT03)
Intervence v oblasti fyzického cvičení	(BQFT04)
Psychosociální podpora	(BQFT05)
Optimalizace medikace/ Úprava medikace	(BXAB0)
Program vzdělávání pacientů	(BVDY04)
Integrovaná rehabilitace (sestavá z více faktorů)	(BQFT01)

## **DISKUZE**

Zjistili jsme, že míra souladu byla u současné skupiny v České republice výrazně vyšší než u historické kontrolní skupiny. Dokumentace potřeby pacientů v oblasti podpory zdraví byla na srovnatelné úrovni, avšak poskytování služeb podpory zdraví těm, kteří je potřebují, byla nižší než u odpovídajících historických kontrolních skupin.

Podle nepříliš rozsáhlé literatury ohledně integrace efektivní podpory zdraví do každodenní klinické praxe mají zaměstnanci, vedoucí pracovníci i pacienti všeobecně pozitivní přístup k managementu kvality v nemocnicích, zaměřenému na podporu zdraví (Miseviciene and Zalnieraitiene 2012, Groene et al. 2010, Guo et al. 2007). Pacienti většinou přijímají a preferují efektivní programy na podporu zdraví, které mohou snížit jejich komplikace v období rekonvalescence (Villebro&Møller 2004; Thomsen, Esbensen et al. 2009; Pedersen, Oppedal et al. 2011). A dále jsou pacienti všeobecně zklamní, pokud jsou o programech na podporu zdraví pro zlepšení jejich léčebných výsledků informováni, ale pokud jim program není následně nabídnut (Lindström et al. 2010).

Mnoho zdravotnických služeb zahrnuje některé či všechny tři nástroje, hodnocené v rámci této studie – příkladem mohou být národní programy managementu kvality v Irsku, Švédsku a Dánsku, mimo jiné. Mnoho dalších zdravotnických zařízení a nemocnic tyto nástroje na regionální a místní úrovni.

Tato implementace byla zaměřena hlavně na rady managementu kvality, vytváření politik, rozhodování na úrovni managementu a zjišťování postupu pomocí plnění standardů a indikátorů spojených s procesem, jako jsou zavedená politika podpory zdraví, klinické pokyny, seznamy a následné procedury. Nicméně management kvality jako takový má nulový nebo velmi mízný účinek na poskytování péče (Shaw, Groene et al. 2014).

Zaznamenávání potřeb pacientů v oblasti podpory zdraví je nutným předpokladem pro to, aby bylo možné systematicky poskytovat účinné programy pro rizikové pacienty. Nabídka relevantní a účinné léčby většinou následuje po identifikaci symptomů a diagnóze. Tak je tomu v případě zápalů plic, zlomenin, diabetes, hypertenze, mentálních onemocnění a tak dále. Oproti tomu diagnostika kouření, podvýživy, rizikové konzumace alkoholu a nedostatečné fyzické aktivity je jen zřídka následována relevantní a účinnou intervencí, přestože intervence v oblasti podpory zdraví by měly pozitivní dopad na výsledky léčby.

Abychom mohli získat přínosy, plynoucí ze zavedení klinické podpory zdraví do sledování pacientů, je potřeba se zaměřit na implementaci činností, zaměřených na pacienta a ověřování jejich účinnosti pomocí pozdějšího hodnocení. Důležitým prvkem implementace intervencí na podporu zdraví je vzdělávání a školení zaměstnanců, jelikož míra implementace se zdvojnásobuje, pokud jsou zaměstnanci jak kompetentní, tak angažovaní (Backer et al. 2007).

Nadále by pak úspěšná a systematická implementace klinické podpory zdraví mohla zasáhnout i jinak nedosažitelné pacienty – pacienty s vysokou mírou rizika a marginalizované skupiny, které se často potýkají s nedostatečnými léčebnými výsledky – a tak by došlo ke snížení nerovností zdravotního stavu a výraznému zlepšení léčebných výsledků.

### ***Jednostrannost a omezení***

Tato studie v sobě obsahuje mnoho jednostranných zaměření a omezení. Nicméně některé z těchto jednostranných tendencí jsou vyrovnány. Zaprvé použití historických kontrolních skupin může vést k systematické nevyváženosti, ať už kvůli zlepšení implementace v průběhu času nebo díky stále se zvyšujícímu zájmu o podporu zdraví, nebo snížení míry implementace kvůli krátkozrakému krácení rozpočtů na aktivity v rámci podpory zdraví v období ekonomické krize.



Další možné jednostranné zaměření této studie se vztahuje pouze ke standardům WHO-HPH, které v minulosti zahrnovaly větší počet měřitelných prvků, než jejich současná verze. Vyšší počet prvků zvyšuje možnost náhodného splnění, které následně snižuje rozdíly mezi oběma skupinami. Na druhou stranu naplňování určitého standardu může být na nižší úrovni pokud zahrnuje větší počet měřitelných prvků, obzvláště pokud jsou tyto prvky na sobě nezávislé. Nicméně toto se této studie netýká. Dále pak byla data historické kontrolní skupiny měřena pro celé nemocnice, zahrnující mnoho oddělení, oproti samostatným jednotlivým oddělením. Proto byly požadavky na splňování standardů širší ve srovnání s jednotlivými odděleními, což může vysvětlovat některé rozdíly mezi současnou a historickou kontrolní skupinou. Nicméně politika managementu, společné pokyny a všeobecné procesní standardy často zahrnují všechny oddělení naráz, což usnadňuje splňování požadavků v rámci celé nemocnice.

Omezení této studie spočívá v širokém zapojení členů Mezinárodní sítě HPH. Zevšeobecnění výsledků na nemocnice a zdravotnická zařízení mimo skupinu členů HPH by mělo být zvaženo do budoucna.

### **Perspektivy**

Tato studie jasně ukazuje, že hlavním problémem provádění a poskytování činností na podporu zdraví se týká implementace činností. Nadále pak strategie managementu kvality a akční plány by se měly zaměřovat na potřeby jednotlivých pacientů a zahrnovat také následné hodnocení, které by sledovalo postup v konkrétních oblastech. Zavádění standardů a hodnocení pacientů není žádoucí, pokud není nejprve zajištěno, že mohou být také implementovány a přispět ke zlepšení zdravotního stavu.

Přínosy systematické implementace efektivních programů na podporu zdraví jsou velmi výrazné – mohou předcházet komplikacím, opakované hospitalizaci, prodloužené rekonvalescenci a dalším nežádoucím prvkům v pacientově klinickém procesu. Měly by být vytvořeny nové schopnosti v rámci klinické podpory zdraví pro pacienty a jejich příbuzné tak, aby byla vytvořena lepší provázanost s primární zdravotní péčí. Nadále je nutné, aby se zdravotnický personál zaměřil na své vlastní zdraví a podpořil implementaci zásad zdraví podporujícího pracoviště.

Společenské dopady aktivit podporujících zdraví jsou především ekonomického rázu. Zahrnují snížení využívání finančních zdrojů určených na zdravotní péči u jednotlivých vysoce rizikových pacientů, které jsou z krátkodobého hlediska dosaženy díky snížení komplikací, zkrácení doby rekonvalescence a snížení výskytů opakované hospitalizace. Z dlouhodobého hlediska snižuje klinická podpora zdraví zhoršení existujících a rozvoj nových chronických onemocnění a traumat.

Hlavní vědecké dopady této studie zahrnují potvrzení potřeby dalšího výzkumu v této oblasti. Dále je potřeba, abychom vytvořili vysoce kvalitní studie týkající se účinných implementačních strategií s cílem propojit management kvality s poskytováním účinných intervencí v oblasti podpory zdraví, založených na výsledcích v rámci zařízení, poskytujících klinickou zdravotní péči.

### **REFERENCE**

Backer V, Nelbom BM, Duus BR, Tønnesen H. Introduction of new guidelines for emergency patients: motivational counselling among smokers. ClinRespir J 2007 1:37-41

Botje D, Klazinga NS, Sunol R, Groene O, Pfaff H, Mannion R, Depaigneloth A, Arah OA, Dersarkissian M and Wagner C (2014). Is having quality as an item on the executive board agenda associated with the implementation of quality

management systems in European hospitals: a quantitative analysis. *International Journal for Quality in Health Care* 2014; pp. 1–8. Advance Access.

Gade P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 358:580-591.

Groene O, Alonso J and Klazinga N. (2010). Development and validation of the WHO selfassessment tool for health promotion in hospitals: results of a study in 38 hospitals in eight countries. *Health Promotion International*, Vol. 25, No. 2. Oxford University Press. Advance Access published 22 February, 2010.

Groene O, Jorgensen SJ. Health promotion in hospitals-a strategy to improve quality in health care. *The Eur J of Pub Health* 2005;15:6-8.

Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Garcia Barbero M. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *Int J Health Care QualAssurInLeadersh Health Serv* 2005;18:300-7.

Groene O and Garcia-Barbero M (Eds.) (2005). *Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management. Country Systems, Policies and Services*, Division of Country Support, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/99827/E86220.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf)

Groene O (2011). Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals: rationale, measurement, implementation. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol 23, No 5. Pp. 531-537. Advance Access Publication, August 2011.

Guo XH, Tian XY, Pan YS, Yang XH, Wu SY, Wang W and Lin V. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promotion International*, Vol. 22 No. 3. Oxford University Press. Advance Access Publication, May 2007.

Li G, Zhang P, Wang J, Gregg EW, Yang W, Gong Q, Li H, Li H, Jiang Y, An Y, Shuai Y, Zhang B, Zhang J, Thompson TJ, Gerzoff RB, Roglic G, Hu Y, Bennett PH (2008). The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. *Lancet*, Volume 371, Issue 9626, Pages 1783 - 1789, 24 May 2008.

Lindström D, Sundberg-Petersson I, Adami J, Tønnesen H (2010). Disappointment and drop-out rate after being allocated to control group in a smoking cessation trial. *ContempClin Trials*. 2010 Jan;31(1):22-6. doi: 10.1016/j.cct.2009.09.003. Epub 2009 Sep 14.

Miseviciene I and Zalnieraitiene K. (2012). Health promoting hospitals in Lithuania: health professional support for standards. *Health Promotion International*, Vol. 28 No. 4. Oxford University Press. Advance Access Publication, September 2012.

Misevičienė I, Milašauskienė Ž (2003). Changes of patients' satisfaction with the health care services in Lithuanian Health Promoting Hospitals network. Institute for Biomedical Research, Kaunas University of Medicine, Lithuania. *Medicina* (2003) 39 tomas, Nr. 6.

Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. (2002). Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002; 359:114-7

Nasell H, Adami J, Samnegard E, Tønnesen H, Ponzer S. (2010). Effect of smoking cessation intervention on results of acute fracture surgery: a randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am* 2010; 92:1335-1342.

Nielsen PR, Jørgensen LD, Dahl B, Pedersen T, Tønnesen H. (2010). Prehabilitation and early rehabilitation after spinal surgery: randomized clinical trial. *ClinRehabil* 2010; 24:137-148.

- Oppedal K, Nesvåg S, Pedersen B, Skjøtskift S, Aarstad AKH, Ullaland S, et al. (2010). Health and the need for health promotion in hospital patients. *Eur J of Pub Health* 2010.
- Pedersen B, Oppedal K, Egund L, Tønnesen H (2011). Will emergency and surgical patients participate in and complete alcohol interventions? A systematic review. *BMC Surg.* 2011 Sep 23;11:26. doi: 10.1186/1471-2482-11-26.
- Polluste K, Alop J, Groene O, Härm T, Merisalu E and Suurorg L. (2007). Health-promoting hospitals in Estonia: what are they doing differently? *Health Promotion International*, Vol. 22 No. 4. Oxford University Press. Advance Access Publication, November 2007.
- Rotboell Nielsen P, Andreassen J, Asmussen M, Tonnesen H (2008). Costs and quality of life for prehabilitation and early rehabilitation after surgery of the lumbar spine. *BMC Health Services Research* 2008, 8:209 doi:10.1186/1472-6963-8-209
- Shaw CD, Groene O, Botje D, Sunol R, Kutryba B, Klazinga N, Bruneau C, Hammer A, Wang A, Arah OA, Wagner C; on behalf of the DUQuE Project Consortium. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *Int J Qual Health Care* 2014 Mar 9. [Epub ahead of print]
- Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g1151doi: 10.1136/bmj.g1151
- Thomsen T, Esbensen BA, Samuelsen S, Tønnesen H, Møller AM (2009). Brief preoperative smoking cessation counselling in relation to breast cancer surgery: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2009 Dec;13(5):344-9. doi: 10.1016/j.ejon.2009.04.006. Epub 2009 Jun 16.
- Tønnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Møller AM. (2009). Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Br J Anaesth* 2009;102:297-306.
- Tønnesen H, Svane JK, Lenzi L, Kopecky J, Suurorg L, Bukholm IRK, Hsu ST, Hübner M, Krogerus S, Kellner-Rechberger S, Masiello MG and the HPH Networks in Tuscany, Italy; Spain; Ontario, Canada and Germany. (2012). Handling Clinical Health Promotion in the HPH DATA Model: Basic Documentation of Health Determinants in Medical Records of tobacco, malnutrition, overweight, physical inactivity & alcohol. *Clinical Health Promotion*. Vol 2, Issue 1, April 2012. Pp. 5 – 11.
- Tønnesen H, Christensen ME, Groene O, O'Riordan A, Simonelli F, Suurorg L, Morris D, Vibe P, Himel S and Hansen PE. (2007). An evaluation of a model for the systematic documentation of hospital based health promotion activities: results from a multicentre study. *BMC Health Services Research*, September 2007. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/145>
- Møller AM, Villebro NM (2004). Preoperative smoking intervention: What do patients think? A qualitative study. *UgeskrLaeger.* 2004 Oct 11;166(42):3714-8. [Article in Danish]
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K, Salomon JA, Abdalla S, Aboyans V, Abraham J, Ackerman I, Aggarwal R, Ahn SY, Ali MK, AlMazroa MA, Alvarado M, Anderson HR, Anderson LM, Andrews KG, Atkinson C, Baddour LM, Bahalim AN, Barker-Collo S, Barrero LH, Bartels DH, Basáñez MG, Baxter A, Bell ML, Benjamin EJ, Bennett D, Bernabé E, Bhalla K, Bhandari B, Bikbov B, Abdulhak AB, Birbeck G, Black JA, Blencowe H, Blore JD, Blyth F, Bolliger I, Bonaventure A, Boufous S, Bourne R, Boussinesq M, Braithwaite T, Brayne C, Bridgett L, Brooker S (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. Volume 380, Issue 9859, 15 December 2012–4 January 2013, Pages 2163–2196.
- WHO, World Health Organization (2004). Standards for health promotion in hospitals: development of indicators for a self-assessment tool. World Health Organization Regional Office for Europe 2004.

WHO, World Health Organization (2006). Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99819/E88584.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf)

WHO, World Health Organization (2008). The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99801/E90777.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf)

WHO, World Health Organization (2013a). Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf)

WHO, World Health Organization (2013b). Global action plan for prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization, Geneva.  
[http://www.who.int/nmh/events/2013/revised\\_draft\\_ncd\\_action\\_plan.pdf](http://www.who.int/nmh/events/2013/revised_draft_ncd_action_plan.pdf)

Øvretveit J, Gustafson D. (2003). Using research to inform quality programmes. *BMJ* 2003;326:759-61.