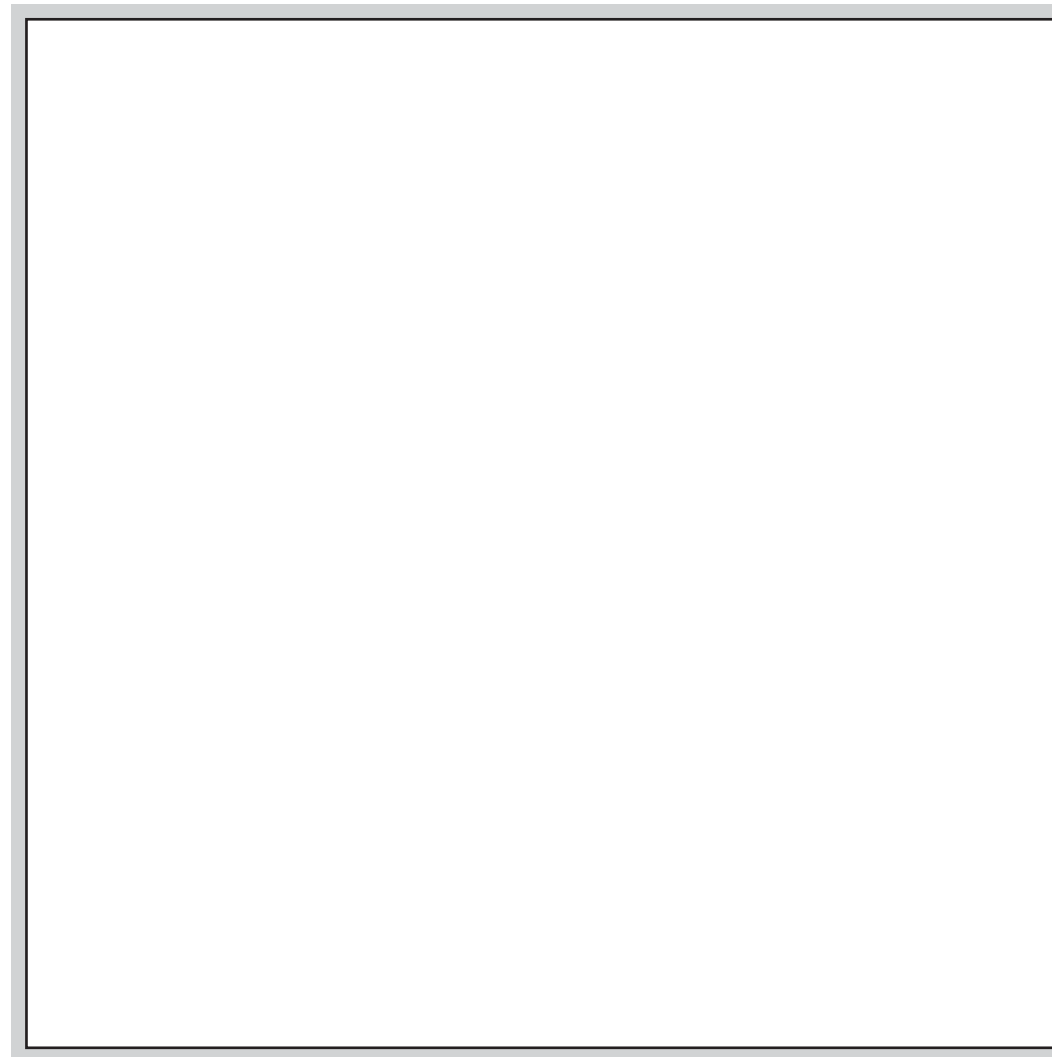


Zdravotnictví

v České Republice



Hodnocení primární péče ☒ Sociologický výzkum ve zdravotnictví
☒ Screening kolorektálního karcinomu ☒ Bezdomovství a zdravotní stav
☒ Efektivní kontrola tabáku ☒ Nemocnice jako dodavatel zdravotní péče

prosinec ☒ 2004

Bibliografický přehled článků uveřejněných v roce 2004

Zdravotnictví v České republice

prosinec □ 2004

□ Vydává

Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ve spolupráci s Institutem zdravotní politiky a ekonomiky

Autor Umístění	Název Text vznikl v rámci
ANGELOVSKI Igor listopad 2004, str. 118	Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnictví účelové podpory MPSV ČR – Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR (1J013/04 – DP1)
ANGELOVSKI Igor; BARTÁK Miroslav prosinec 2004, str. 174	Zdravotní stav bezdomovců v Kanadě grantového úkolu IGA MZ ČR NR 8119-3/2004
BARTÁK Miroslav říjen 2004, str. 76	Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty grantového projektu IGA MZ ČR – Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (NR 8119-3/2004)
ČAPKOVÁ Magdalena a kol. listopad 2004, str. 130	Utonutí a téměř utonutí z pohledu soudního lékařství grantu IGA MZ ČR č. NE/7302-3
DITTRICH Ludwig O. prosinec 2004, str. 180	Nemocnice jako dodavatel zdravotní péče
DLOUHÝ Martin; FLUSSEROVÁ Lenka listopad 2004, str. 104	Výdaje na zdravotnictví: mezinárodní srovnání a ekonometrická analýza výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
DOBIÁŠOVÁ Karolína; VYSKOČILOVÁ Olga září 2004, str. 32	Potřeba a spotřeba zdravotní péče imigrantů spolupráce IZPE a MZ ČR, financovala Komise min. vnitra ČR pro integraci cizinců
HANUŠOVÁ Pavla září 2004, str. 24	Bývalé okresní nemocnice
HÁVA Petr říjen 2004, str. 56	Zdravotní plány krajů
HÁVA, Petr září 2004, str. 5	Výzva k diskusi na Základními tezemi koncepce zdravotnictví ČR
HAVELKOVÁ Jana listopad 2004, str. 139	Jak plánují města, obce a regiony ČR svůj rozvoj?
HAVELKOVÁ Jana a kol. prosinec 2004, str. 162	Hodnocení realizace screeningového programu grantu IGA NO/7701-03
HAVELKOVÁ Jana; KUČERA Zdeněk listopad 2004, str. 124	Podpora zdraví v ČR v kontextu implementace programů WHO „Zdraví pro všechny“ a „Zdraví 21“ podpory Evropského centra pro zdravotní politiku v Bruselu, WHO
HNILICA Karel; HNILICOVÁ Helena říjen 2004, str. 82	Pohlaví, astma a kvalita života výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
HOLČÍK Jan listopad 2004, str. 137	12. konference EUPHA (European Public Health Association) grantového úkolu IGA MZ ČR č. NO/7700-3
IVANOVÁ Kateřina prosinec 2004, str. 154	Kvalitativní sociologický výzkum
LANGROVÁ Kateřina prosinec 2004, str. 179	Efektivní politiky kontroly tabáku
MERTL Jan; PASOVSKÁ Lenka listopad 2004, str. 108	Konkurence za veřejné peníze?
NESVADBOVÁ Libuše; HÁVA Petr září 2004, str. 40	Povodně v ČR 2002 – Implikace zdravotních důsledků povodní pro veřejnou politiku projektu číslo NO-7701-3 IGA MZ ČR „Podpora zdraví na úrovni kraje a nová zdravotní politika (investice do zdraví)“
POTUŽNÍKOVÁ Zuzana prosinec 2004, str. 168	Bezdomovství ve Velké Británii grantového úkolu IGA MZ ČR NR 8119-3/2004
redakce září 2004, str. 50	Pokyny pro autory
redakce září 2004, str. 52	Program seminářů
SKALICKÝ Roman; BĚLÁČEK Jaromír říjen 2004, str. 64	Demografie a zdraví výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
STAŇKOVÁ Barbora; KLINER Jan září 2004, str. 19	Legislativní činnost MZ ČR v letech 2002 – 2004
Státní ústav pro kontrolu léčiv září 2004, str. 46	Reklama na léčivé přípravky 1. Část
Státní ústav pro kontrolu léčiv říjen 2004, str. 96	Reklama na léčivé přípravky – dokončení
STRUK Petr a kol. prosinec 2004, str. 144	Hodnocení primární péče – 1. Část grantu IGA MZ ČR NO/7147-3
TUČEK Martin listopad 2004, str. 134	Malé změny k lepšímu, objevování skrytých možností protitabákové politiky v ČR
TŮMOVÁ – KŘEČKOVÁ Naděžda říjen 2004, str. 90	Primární zdravotní péče výzkumného záměru MZO 2002-01 IZPE
VORLÍČKOVÁ Věra; STAŇKOVÁ Barbora září 2004, str. 14	Koncepční činnost MZ ČR v letech 1998 – 2004

Editorial

Koncem roku starého a začátkem nového roku je čas bilancovat. Redakce splnila s malým prodlením to, co si předsevzala. Podařilo se nám za čtvrt roku vydat čtyři čísla, tak abychom splnili to základní, co se dá od čtvrtletníku očekávat. Postupně se podařilo zaplnit stránky časopisu autory, kteří jsou z různých pracovišť celé republiky. Důkazem toho je číslo, které právě čtete. Časopis letos poprvé podporují internetové stránky www.zcr.cz, které pravidelně informují o obsahu nových čísel. Připravujeme i elektronickou verzi starších ročníků, kterou během roku 2005 zpřístupníme. To všechno, co se podařilo, by nebylo možné bez spolupráce redakční rady, příspěvatelů redakce a mnoha hodin dobrovolné práce dalších spolupracovníků. Těm bychom chtěli především poděkovat. Následující rok bude znamenat pro časopis návrat k normálu, tedy k obvyklým termínům. Vyjdeme čtyřikrát ročně v březnu, červnu, září a prosinci. Těšíme se na vaše příspěvky, protože nikoliv redakce, ale především příspěvatelé a jejich texty dělají odborný časopis skutečně odborným a kvalitním. Rádi vyslecheme také vaše kritické připomínky k odborné i novinářské stránce časopisu. Jenom s vaší pomocí můžeme dosáhnout skutečné kvality. Všem našim čtenářům, abonentům a spolupracovníkům přejeme co nejlépe úspěšných dnů v roce 2005.

Redakce

Obsah

Petr Struk, Bohumil Seifert, Václav Beneš, Vlastimil Jindrák, Alena Šteflová	
□ Hodnocení primární péče – 1. část – přehled projektu a metodika	144
Kateřina Ivanová	
□ Kvalitativní sociologický výzkum	154
Jana Havelková, Zdeněk Kučera, Marcela Svěráková, Martin Tuček	
□ Hodnocení realizace screeningového programu	162
Zuzana Potužníková	
□ Bezdomovství ve Velké Británii	168
Igor Angelovski, Miroslav Barták	
□ Zdravotní stav bezdomovců v Kanadě	174
Kateřina Langrová	
□ Efektivní politiky kontroly tabáku	179
Ludwig O. Dittrich	
□ Nemocnice jako dodavatel zdravotní péče	180

□ Předseda redakční rady
Ing. Alexander Stožický, CSc.

□ Redakční rada
Doc. MUDr. Ctibor Drbal, CSc.
Prof. MUDr. Ivan Gladkij, CSc.
Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.
PhDr. Zdeněk Kučera
Mgr. Vlasta Mazánková
Doc. MUDr. Alena Petránková, CSc.
MUDr. Mgr. Petr Struk
Doc. Ing. Jaromír Vepřek CSc.

□ Adresa redakce a administrace
Institut zdravotní politiky
a ekonomiky, Kutnohorská 1102
281 63 Kostelec nad Černými lesy

□ Vedoucí redakce
Mgr. Vít Černý
Tel.: 321 613 043; 224 222 441
Fax: 321 679 062; 224 222 441
e-mail: cerny@izpe.cz;
vit.cerny@zdrav.cz

□ Indexace a Excerptce
Bibliographia Medica Českoslovana

□ Design
Studio Krilín – Linda Kriegerbeck
Grafika a zlom: V.I.T. – Vít Šmejkal

□ Registrováno Ministerstvem
kultury ČR pod číslem E 7600

ISSN 1213-6050

Petr Struk, Bohumil Seifert, Václav Beneš, Vlastimil Jindrák, V. (x), Alena Šteflová (xx)

Society of General Medicine – Czech Medical Association J.E. Purkyně, Homolka Hospital (x), WHO Liaison Office in Czech Republic (xx)

IDEA: The project, supported by the Internal Grant Agency of the Ministry of Health of the Czech Republic, was focused on identification of valid indicators of efficient delivery of primary health care, selection of appropriate instruments, to monitor and evaluate primary health care and, to consider its proper scope and content in the Czech Republic.

METHODS: A set of instruments for evaluation of primary health care were to be tested. They were: International Classification of Primary Care – ICPC 2, International Questionnaire of Patient's Satisfaction EquiP and modified version of EFQM instrument for primary health care settings. Paralelly, study of documentation of morbidity using WONCA instruments as well as the study of using tool of illness severity DUSOI/WONCA, audit of antibiotic therapy in general practice and pilot study of medical errors in primary care were carried out.

KEY WORDS: Primary health care, evaluation, quality of primary health care, EFQM, ICPC 2, DUSOI/WONCA, EquiP, EUROPEP, patient's satisfaction, audit of antibiotic therapy, medical errors in primary care

Hodnocení primární péče

1. část – přehled projektu a metodika

Petr Struk, Bohumil Seifert, Václav Beneš, Vlastimil Jindrák, Alena Šteflová

1. Úvod

Srovnání obsahu primární péče u nás a v zahraničí v současné době ukazuje, že specialisté stále poskytují řadu služeb, které by mohli poskytovat lékaři primární péče. Projevuje se to nejen v přístrojovém vybavení těchto lékařů u nás a v zahraničí, v rozsahu poskytovaných diagnostických a terapeutických výkonů, ale i ve formálních požadavcích na vzdělání a praxi lékařů před udělením povolení k otevření praxe. Modelové srovnání praxí českých a švýcarských praktických lékařů (studie Švýcarského národního fondu) ukázalo odlišnosti nejen ve výšce příjmů, ale i v dalších aspektech spojených s jejich činností. Např. v počtu denních kontaktů (v ČR cca 55 pacientů denně, ve Švýcarsku cca 28), v délce postgraduálního výcviku (v ČR 2,5 – 3 roky, ve Švýcarsku 6 – 7 let). Rozdílnost v šíři přístrojového parku a schopnostech provádět různé diagnostické výkony ovlivňuje i adekvátnost odeslání pacientů ke specialistům (Beneš V., Seifert B.). Ve snaze racionálně reagovat na tyto rozdíly a problémy organizovala odborná sdružení praktických lékařů a další organizace a instituce řadu vzdělávacích a výzkumných aktivit a posílila mezinárodní spolupráci, zejména směrem ke Světové organizaci rodinných lékařů – WONCA. Z výzkumných projektů zde uvádíme ty, na které předkládaná přihláška o grant bezprostředně navazuje. V letech 1995 až 1997 proběhl v rámci programu Phare projekt Rozvoj primární péče zaměřený především na popis struktury systému primární péče (Šteflová, A., Struk, P.) a definování jednotlivých složek, následoval v letech 1999 – 2000 další projekt programu Phare Rozvoj

integrované zdravotní péče. Ten byl zaměřen na rozvoj systémových procesů, hodnocení kvality péče, koordinaci primární péče a monitoring a byly v něm použity pracovní verze hodnotících nástrojů, především Mezinárodní klasifikace primární péče WONCA (ICPC 2), dotazník spokojenosti pacienta (EUROPEP) a Mezinárodní slovník všeobecné/rodinné praxe (Hofmans-Okkes I M and Lamberts H.). Vzhledem k tomu, že v rámci projektů Phare nebylo možno dokončit všechny práce na překladech a adaptaci nástrojů, požádala Společnost všeobecného lékařství ČLS J. E. Purkyně na jaře 2001 o podporu Ministerstva zdravotnictví ČR na dokončení těchto prací v projektu Zavádění nástrojů k harmonizaci hodnocení primární péče. To vše spolu s celoevropsky akceptovaným systémem hodnocení kvality EFQM dalo dostatečný základ pro realizaci výzkumného projektu hodnocení primární péče (Seifert, B. 1996, 1997, 2000, 2001, Závěrečná zpráva Projektu Rozvoje primární péče PHARE, MZ ČR, 1997; Závěrečná zpráva Projektu rozvoje integrované primární péče PHARE, MZ ČR 2000; Health Care Systems in Transition: Czech Republic).

2. Cíle projektu

2.1. Ověření praktické využitelnosti Mezinárodní klasifikace pro primární péči ICPC-2 v prostředí všeobecné praxe PL (praktických lékařů) a PLDD (praktických lékařů pro děti a dorost).

2.2. Příprava softwarového nástroje pro plošné využití ICPC-2 s možností konverze do ICD-10

2.3. Příprava softwarového nástroje pro hromadné zpracování a vyhodnocení dat praxí (na základě metodologie monitoringu praxí využívajícího ICPC-2 vytvořeného v průběhu projektu PHARE Rozvoj integrované primární zdravotní péče)

2.4. Ověření vztahu mezi spokojeností pacientů (měřenou Mezinárodním standardizovaným dotazníkem spokojenosti pacientů v primární péči EQuIP) a kvalitou poskytované primární péče (měřené pomocí metodiky EFQM)

2.5. Studie záznamu zdravotních problémů a procesu péče podle řádné metodiky WONCA.

2.6. Pilotní studie kódování závažnosti onemocnění podle metodiky The Duke/WONCA Severity Illness Checklist (DUSOI/WONCA).

3. Pracovní hypotéza

Řešitelé předpokládali, že důsledné využití nástrojů k hodnocení primární péče v ordinacích praktických lékařů přispěje k odpovědi na následující otázky:

- Jaké jsou ukazatele efektivního poskytování primární péče?
- Jak efektivně monitorovat primární péči?
- Jak hodnotit primární péči?
- Jaký je přiměřený rozsah a obsah primární péče?
- Jaké jsou účelné náklady na primární péči?

4. Očekávané výsledky

V předchozích projektech výzkumu a rozvoje primární péče byly definovány složky a systémové procesy primární péče. Byly dále vybrány a adaptovány příslušné mezinárodní hodnotící nástroje. V následujícím období budou mít klíčový význam hodnotící studie. V případě úspěšné přípravy účelné provázané metodiky hodnocení primární péče měl být:

- stanoven soubor indikátorů poskytování kvalitní primární péče
- navržen systém hodnocení primární péče
- provedeno modelové šetření hodnocení primární péče ve 20 praxích
- stanoven přiměřený rozsah, obsah a vnější vztahy primární péče, včetně ekonomických aspektů
- zpracován systematický přehled metodik hodnocení primární péče
- navržena forma a obsah řádného statistického šetření primární péče

5. Význam projektu

Přínosy popisovaného projektu jsou v oblasti aplikovaného výzkumu a rozvoje, ve využití nových mezinárodních hodnotících nástrojů a vypracování metodiky hodnocení

primární péče. Mezinárodní klasifikace primární péče ICPC 2, mezinárodní dotazník spokojenosti pacientů (EUROPEP) i Mezinárodní slovník všeobecné/rodinné praxe (Bentzen, N.) jsou v našem zdravotnictví zatím nevyužity. V případě širšího použití zpracovaných nástrojů bude zvýšena kvalita péče v rozhodujícím segmentu zdravotnictví, v primární péči, s významným přesahem do oblasti komunitních sociálních služeb. Tato péče se týká prakticky celé populace a má enormní rozsah, zvážíme-li, že na primární péči připadá většina kontaktů občana se zdravotnictvím (v posledních letech připadlo na občana ročně průměrně 15 kontaktů se zdravotnickým systémem, ÚZIS ČR, 2002). Zkvalitnění primární péče představuje významnou cestu k racionalizaci zdravotnictví jako celku, především cestou snižování nároků na zbytečnou péči ústavní případně specializovanou. Aby k tomuto žádoucímu posunu došlo, musí být poskytování primární péče opravdu kvalitní a snadno dostupné. Důsledné využívání mezinárodně ověřených nástrojů a postupů primární péče přiblíží Českou republiku k poměrům běžným a očekávaným pro Evropskou Unii. Projekt měl přispět i k posunu v přístupu k organizaci a poskytování primární péče.

6. Metodika

Výzkumná metodika pro sledování péče byla založena na Mezinárodní klasifikaci primární péče ICPC 2, především na jejich základních dimenzích, tj. 18 specifických kapitolách a 7 standardních komponentách, a dále její základních konceptech jako jsou „epizoda péče“, „důvod pro návštěvu“, „zdravotní problém“ a „intervence“. Závažnost onemocnění byla měřena pomocí metodiky DUSOI/WONCA a kvalita poskytované péče byla sledována pomocí systému hodnocení kvality EFQM. S tímto hodnocením byla porovnáována data klasifikovaná podle ICPC 2. Souběžně byla kvalita péče nepřímo šetřena pomocí dotazníku spokojenosti pacientů EquiP. Vycházelo se přitom ze zkušeností, získaných s tímto nástrojem v projektu programu Phare Rozvoj integrované primární zdravotní péče a v právě probíhajícímu projektu Ministerstva zdravotnictví ČR a Společnosti všeobecného lékařství ČLS J. E. Purkyně Zavádění nástrojů k harmonizaci hodnocení primární péče.

Sběr dat proběhl na základě zkušeností, získaných v projektu programu Phare Rozvoj integrované primární zdravotní péče ve 20 vybraných praxích praktických lékařů pro děti a dorost (tzv. školitelů). Byla využita SW asistovaná

Harmonogram projektu	
datum	činnost
I. – III. 2002	mezinárodní rešerše metodik hodnocení primární péče a rozbor výsledků významných projektů výzkumu a rozvoje primární péče – systematický přehled
IV. – VI. 2002	mezinárodní rešerše metodik sledování kvality zdravotnických služeb – systematický přehled včetně rešerše metodik šetření spokojenosti pacientů
VII. – IX. 2002	příprava pracovní verze modelu: vzorová dokumentace a manuál hodnocení primární péče a návrh formy a obsahu statistického a kvalitativního šetření
X. – XII. 2002	rozpracování metodiky
X. – XII. 2002	příprava experimentální skupiny praktických lékařů a příprava experimentálních praxí
VI. – XII. 2002	příprava softwaru pro sběr dat
I. 2003 – VI. 2004	sběr dat a setkávání pracovních skupin
I. 2003 – VI. 2004	šetření spokojenosti pacientů
VI. – X. 2004	kvalitativní rozbor a statistická analýza šetření primární péče a šetření spokojenosti pacientů
VI. – X. 2004	rozbor financování primární péče – ekonomický rozbor kapacit a nákladů na primární péči
IX. – XII. 2004	závěrečná zpráva
XII. 2002, XII. 2003, XII. 2004	cílená prezentace projektu
průběžně	publikace a komunikace výsledků projektu



forma monitoringu s využitím struktury a postupů Mezinárodní klasifikace primární péče ICPC 2, DUSOI/WONCA. Shromážděná data byla přehodnocována a projednávána na periodických setkáních výzkumné skupiny.

V projektu měla místo i kvalitativní analýza zdravotní péče, především její postupy sběru, redukce a zobrazení dat a ověřování závěrů (Miles, M. B., Huberman, A. M.). Kvalitativní metodologie je relativně novou a ve světě se v současné době dynamicky rozvíjející skupinou výzkumných postupů. Tyto postupy, vycházející z filosofické reflexe, původně vyvinuté v 70. letech 20. století v oblasti sociální antropologie, sociologie a pedagogiky nabízí mnoho možností využití ve výzkumu zdravotnických služeb (Mays, N., Pope, C.). U nás se kvalitativní metodologie již etablovala v sociologii a psychologii (Čermák, I., Miovský, M.; Hendl, J.). Předložený projekt by měl prokázat její užitečnost i v rozvoji primární péče. Řešitelé dále přepokládali, že projektové kapacity bude možno využít i jako ověřovací platformy pro pilotní studie dalších nástrojů hodnocení primární péče.

7. Analýza mezinárodních iniciativ v oblasti hodnocení a podpory kvality primární péče.

Evropská větev největší a nejprestižnější organizace praktických/rodinných lékařů (dále PL) WONCA (World Organization of National Colleges and Academies) sdružuje a podporuje tři základní evropské organizace: EGPRN (European General Practice Research Network), síť výzkumníků v oblasti primární péče, společnost učitelů EURACT (European Acade-

my of Teachers) a pracovní skupinu, zabývající se kvalitou péče EQuIP (European Association for Quality in General Practice/Family Medicine). Kromě těchto organizací působí v Evropě další skupiny, víceméně navázané a podporované organizací WONCA, jako je skupina pro prevenci (EUROPREV), evropská větev skupiny pro problematiku izolovaných praxí, pro klasifikaci v primární péči a sítě specificky odborně zaměřené, jako je ESPCG (European Society for Primary Care Gastroenterology) a ESPCC (European Society for Primary Care Cardiology).

EQuIP (European Association for Quality in General Practice/Family Medicine) vznikla jako pracovní skupina několika nadšených odborníků, dnes sdružuje zástupce většiny zemí Evropy, většinou přední akademické praktické lékaře, a stala se jednou z nejprestižnějších skupin praktického lékařství. Jako své poslání EQuIP vytýčila podporu toho, aby každý občan žijící v Evropě měl zajištěnou praktickou/rodinnou péči co nejvyšší možné kvality.

Náplní práce EQuIP je tvorba metodologie postupů vedoucích k hodnocení a zvyšování kvality péče poskytované individuálním lékařem, týmem primární péče i skupinami praxí i pro oblast řízení zdravotní péče. Zahrnuje oblast organizace péče i problematiku klinikou, především v oblasti podpory implementace medicíny podložené na důkazech.

- Vytváří ideologii a vize pro zvyšování kvality v praktickém lékařství.
- Je platformou na výměnu zkušeností z oblasti zvyšování kvality.
- Vytváří, testuje a nabízí metody a nástroje zvyšování kvality.

EQuIP vydává brožury shrnující celoroční činnost a publikace uvádějící základní osvědčené postupy, vyzkoušené ve zdravotních systémech svých zemí. EQuIP zveřejňuje a vydává klíčová poselství pro zvyšování kvality. Nejvýznamnějším dokumentem, který byl vytvořen ve spolupráci s organizací učitelů EURACT, bylo doporučení pro celoživotní profesionální rozvoj praktického lékaře (Continuing Professional Development in General Practice). Dokument byl u nás v roce 2003 přeložen a distribuován. Jednou ročně probíhají tzv. Otevřené zvací konference EQuIP. Zástupci praktických lékařů České republiky se zúčastnili všech těchto konferencí a na všech měli svá aktivní vystoupení, inspirovaná aktivitami v rámci projektů na podporu kvality (O'Riordan M., Seuntjens L., Grol R.).

8. Mezinárodní klasifikace pro primární péči ICPC-2

V listopadu 1985 WHO svolala konzultace ke klasifikacím primární péče. Návrh Mezinárodní klasifikace primární péče (International Classification of Primary Care, – dále ICPC) byl diskutován z hlediska informačních potřeb členských států WHO a ve vztahu k vývoji zdravotního stavu v těchto zemích. Návrh byl založen na postupech primární zdravotní péče a na činnosti WHO na poli zdravotních klasifikací, jakož i dalších činností v oblasti všeobecného lékařství. Konzultace vedly ke konstatování, že návrh klasifikace zatím nereflektuje pojetí, prvky ani složky primární péče, jak je popisuje deklarace u Alma Aty (Struk, P., 1987)

a které byly potvrzeny Světovým zdravotnickým shromážděním. Pevněl názor, že návrh klasifikace nemůže nahradit ICD, ale mohla by ji doplnit. Od té doby je ICPC však stále více využívána jednotlivými rodinnými lékaři i skupinovými praxemi pro záznam jejich práce a v některých zemích dokonce ke klasifikaci činnosti primární péče a jejich pacientů ve vztahu k zdravotnímu pojištění a k neschopnosti práce pro nemoc nebo úraz. Záznam obojího, jak pacientem pocívaných důvodů pro návštěvu u poskytovatele zdravotní péče, tak eventuální klinické diagnózy, umožnilo využití těchto dat pro lepší poznání, proč pacienti konzultují praktického lékaře a jak jim prezentují své problémy. ICPC rovněž umožnila klasifikaci epizod nemoci, a tak rozšířila rozsah záznamů procesů všeobecné praxe a rodinného lékařství. ICPC je klasifikací, která odráží charakteristické rozložení a obsah různých aspektů primární péče, není však terminologií primární péče. Bohatství lékařství, jež lze vyjádřit terminologií a tezaurem, jsou mnohem bohatší než ICPC, zvláště pro zaznamenávání specifických detailů v individuální dokumentaci pacienta. Použití ICPC spolu s ICD-10 a jinými klasifikačními systémy však může poskytnout základ pro budování adekvátní terminologie a tezauru (Wood M, Lamberts H, Meijer J S, and Hofmans-Okkes I M.). Je třeba dodat, že ICPC přišla se zcela novými prvky ve světě zdravotnických klasifikací. Vůbec poprvé mohli poskytovatelé zdravotní péče s využitím jediné klasifikace kódovat tři důležité prvky návštěvy ve zdravotní péči – důvody pro návštěvu, diagnózy problémů i proces péče. Provázanost prvků dovoluje kategorizaci péče od začátku návštěvy až k jejímu závěru.

ICPC je založena na jednoduché dvouosé struktuře: 17 kapitol založených na tělesných systémech na jedné ose, každá z nich je označena alfa kódem a sedm identických komponent pro rubriky nesoucí dvoumístný numerický kód na druhé ose (tab. 1 a tab. 2).

ICPC je dostatečně obsažná, aby umožnila klasifikaci hlavních prvků primární péče, přesto má stále některá omezení. Rubriky v komponentách 2 – 6, kryjící proces péče, jsou velmi široké a nespecifické. Klasifikace medikace a léků sice již byla vyvinuta, ale zatím není zahrnuta. ICPC rovněž nezahrnuje objektivní nálezy fyzikálního vyšetření. To vše bude předmětem dalšího vývoje klasifikace a Česká republika se do tohoto procesu prostřednictvím popisovaného projektu zapojuje.

Tabulka č. 1 Struktura ICPC: 17 kapitol a 7 komponent

Komponenty	Kapitoly																
	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	

Tabulka č. 2 Kapitoly a komponenty ICPC

Kapitoly	
A	Všeobecné a nespecifikované
B	Krev, krvetvorné orgány a imunitní mechanismus (slezina, kostní dřeň)
D	Trávicí
F	Oční
H	Ušní
K	Cirkulační
L	Muskuloskeletální (lokomoce)
N	Neurologické
P	Psychologické
R	Respirační
S	Kožní
T	Endokrinní, metabolické a nutriční
U	Urologické
W	Těhotenství, porod, plánované rodičovství
X	Ženské genitální
Y	Mužské genitální
Z	Sociální problémy
Komponenty (standard pro každou kapitolu):	
1	Komponenta stížností a příznaků
2	Diagnostická, skrýnková a preventivní komponenta
3	Komponenta medikace, léčby a dalších procedur
4	Výsledková komponenta
5	Administrativní komponenta
6	Odeslání a jiné důvody pro návštěvu
7	Komponenta diagnóza/choroba
	- infekční choroby
	- novotvary
	- poranění
	- vrozené anomálie
	- jiné

9. Závažnost onemocnění podle metodiky DUSOI/WONCA

V primární péči jsou řešeny všechny kategorie problémů, od těch nejběžnějších až po nejzávažnější. Zkušený praktický lékař ví, že způsob prezentace a vnímání problému pacientem neodpovídá vždy závažnosti stavu. Diagnóza také není vždy rozhodující pro posuzování závažnosti stavu, který musí být vní-

mán komplexně, v souvislostech bio-psycho-sociálních. Postupy používané v primární péči, mají-li být racionální a přiměřené, zejména „risk management“, musí odpovídat epidemiologii závažnosti v primární péči a nikoliv epidemiologii závažnosti v péči sekundární, kam přicházejí již případy, které prošly sítím lékařů prvního kontaktu. Od roku 1993 klasifikační komise WONCA vyvíjí Duke

Spolupráce na projektu	
Společnost Econsult získala bezprostřední zkušenosti z managementem výzkumného a rozvojového projektu v oblasti primární péče v rámci programu Phare Rozvoj integrované primární zdravotní péče. V projektu byly navázány úzké vztahy k oběma sdružením praktických lékařů, k Asociaci domácí péče, ke Společnosti všeobecného lékařství ČLS J. E. Purkyně i k Odborné společnosti praktických lékařů pro děti a dorost ČLS J. E. Purkyně. Hlavní řešitel má dlouholeté zkušenosti s řízením výzkumu a výzkumných projektů, zejména v oblasti primární péče. Spoluřešitelé projektu jsou čelnými představiteli Společnosti všeobecného lékařství ČLS J.E. Purkyně s dlouholetou pedagogickou praxí v primární péči a s úzkým mezinárodním propojením v této oblasti na aktivity WONCA a EQuIP (Continuing Professional Development in Primary Health Care). Na projektu spolupracovala síť spolupracovníků – praktických lékařů:	<p>MUDr. Brejník Pavel, Kyšice, Kyšice 184 MUDr. Bumbová Irena, Kamenné Žehrov, Nám. Míru 93 MUDr. Dupal Libor, Libouchec, Teplická 401 MUDr. Hamouz Petr, Kladno, Doberská 297 MUDr. Hanzlová Alena, Praha 5, Archeologická 2216 MUDr. Jančová Eva, Praha 4, Soukalova 3355 MUDr. Janková Darja, Praha 4, A. Staška 80 MUDr. Koudelka Ludvík, Přerov, Kramářova 41 MUDr. Málková Hana, Praha 4, Daškova 3074 MUDr. Petrová Romana, Blatná, J. Wericha 502 MUDr. Rolc Josef, Ústí nad Labem, Velká Hradební 8 MUDr. Seifertová Jarmila, Kladno, Litevská 2720 MUDr. Stiebler Otakar, Vodňany, Jiráskova 116 MUDr. Stieblerová Marie, Bavorov, Za Kostelem 423 MUDr. Struková Nora, Praha 4, Soukalova 3355 MUDr. Ševčíková Věra, Praha 2, Ke Karlovu 8 MUDr. Šircová Mirka, Slaný, Vepřkova 853 MUDr. Vojtíšková Jana, Praha 4, Petra Rezka 3</p>
MUDr. Adamová Ruth, Čáslav, Masarykova 414 MUDr. Bílková Šárka, Slaný, Smetanovo nám. 1358	



Severity Illness Checklist (DUSOI) systém pro mezinárodní použití a WONCA také organizovala studii Severity of Illness Field Trial (WONCA-SIFT) v 16 zemích. Nutnost metodiky, která by lékařům umožnila kódovat nejen problém, ale také úroveň jeho závažnosti, se ukázala jako nezbytná. Standardizovaná závažnost je použitelná obecně a může odlišit míru závažnosti u různých problémů, stejně jako u stejného problému u rozdílného pacienta. Systém se ukázal jako vhodný k použití v praxi rodinných lékařů. Závažnost je v klasifikaci DUSOI založena na následujících druhových parametrech: (škála hodnocení u každého parametru je od 0 do 4)

1. Symptomy v průběhu minulého týdne
2. Komplikace v průběhu minulého týdne
3. Prognóza v průběhu následujících 6 měsíců, jestliže nebyla poskytnuta žádná léčba pro daný zdravotní problém
4. Léčitelnost nebo potřeby léčby a očekávaná odpověď pacienta na léčbu

Cíl studie

1. Zhodnocení proveditelnosti studie závažnosti onemocnění a stavů ve všeobecné praxi s využitím klasifikace DUSOI/WONCA a ICPC-22.
2. Vytvoření, testování a vyhodnocení softwarového nástroje DUSOI/WONCA v síti praktických lékařů HOPP- 2.
3. Získání epidemiologických a klinicky významných dat k vybraným onemocněním a stavům:
 - a) Zjištění prevalence a závažnosti obtíží se vztahem k horní části trávicího traktu v populaci, konzultující praktické lékaře a jejich rozložení podle ICPC-2 a DUSOI/WONCA klasifikace
 - b) Zjištění prevalence a závažnosti horečky jako symptomu u dětí, konzultujících praktické lékaře a jeho rozložení podle ICPC-2 a DUSOI/WONCA klasifikace

Studie byla zahájena ve 12 praxích praktických lékařů pro dospělé a 8 praxích praktických lékařů pro děti. Do studie byli zařazováni všichni pacienti, kteří jako důvod konzultace (jeden z důvodů) uvedli obtíže se vztahem k horní části trávicího ústrojí resp. u dětí byla důvodem návštěvy horečka, a to do celkového počtu 30 pacientů u každého lékaře od stanoveného data. Pacienti byli zařazováni bez ohledu na to, zda se u nich jednalo o obtíže vyšetřené nebo nevyšetřené, funkční nebo se zjištěnou organickou příčinou v pozadí obtíží, zařaditelných podle kódů klasifikace ICPC-2:

- a) symptomatických kódů – vymezujeících sledovanou problematiku

Parametry závažnosti onemocnění					
Príznaky, komplikace:	0 (žádná)	1 (sporné)	2 (mírné)	3 (střední)	4 (závažné)
	Disabilita				Ohrožení života
Prognóza:	0 (žádná)	1 (mírná)	2 (střední)	3 (závažná)	4 (závažné)
	Potřeba léčby		Očekávaná odpověď na léčbu		
Léčitelnost:	0 (žádná)	1 (sporná)	2 (dobrá)	3 (sporná)	4 (špatná)
Celkové hodnocení závažnosti onemocnění					
Skóre	kód závažnosti		Závažnost		
0	0		žádná		
1 – 4	1		mírná		
5 – 8	2		střední		
9 – 12	3		vysoká		
13 – 16	4		maximální		

b) kódů, definujících známý (předpokládaný) důvod obtíží

Pacienti byli dále skórováni podle softwarové nabídky klasifikace DUSOI/WONCA. Paralelně byla sledována denní a celková návštěvnost praxe. Období sběru dat bylo 3 – 4 týdny, maximální perioda zařazování pacientů byla stanovena na 20 pracovních dnů. K záznamům byl přímo využíván vytvořený softwarový nástroj a data byla v elektronické podobě odesílána do vyhodnocovacího centra.

10. Spokojenost pacientů podle EUROPEP

Kvalita péče je dána nejen respektováním lékařských a profesionálních standardů, ale i respektováním hodnot pacienta. Péče o člověka se dostává do konfliktu s člověkem samým. Laik se stále hůře a hůře orientuje v soukolí zdravotnictví. Vědeckotechnický rozvoj přináší skvělé technologie, které je třeba v procesu zdravotní péče využívat, aby se vrátily vložené investice. Evidence based medicine linkuje lékaři doporučené postupy, které nemusejí konvenovat individuálnímu pacientovi. Nové a nové originální léky i jejich generika musí být prodány na trhu a najít si cestu k pacientům, aby mohla být za získané prostředky vyvíjena další, lepší a účinnější farmaka. Péče o pacienta je ovlivňována systémem úhrad a systémem péče o zdraví. V primární péči, která je velmi osobní, je pacient odkázán na komunikaci s lékařem a jeho sestrou, která nemusí být vždy optimální. Svobodná volba lékaře a zařízení má svoje limity. Je tedy otázkou, jak je na tom pacient, jak vnímáme jeho potřeby a zda je spokojenost pacienta pro nás významným výsledkem péče. Platí-li předpoklad, že spokojenost pacientů

je významným aspektem hodnocení jak procesu poskytování péče, tak i výstupu poskytované péče, je otázkou, zda je spokojenost pacientů měřitelným aspektem kvality péče.

Spokojenost pacientů s poskytováním péče u praktických lékařů a hledání nástroje pro její měření byla předmětem mezinárodní studie pracovní skupiny Evropské společnosti pro kvalitu v primární péči (EQUIP). Byl vytvořen a v letech 1995 – 1999 v 8 zemích také testován dotazník spokojenosti pacientů, tzv. EUROPEP. Práce na dotazníku trvaly několik let. Původně bylo zařazeno 44 položek – aspektů kvality péče z pohledu pacienta. Z nich bylo pro finální validizační studii vybráno 23 položek. Dotazník je určen pro pacienty starší 18 let, kteří jsou schopni porozumět dotazníku. Dotazník je vydáván v ordinaci praktickými lékaři nebo sestrami, a to pacientům, přicházejícím postupně do praxe od určitého data. Pacienti vyplňují dotazník doma a odesílají v připravené obálce anonymně na vyhodnocovací centrum. Počet pacientů v jednotlivých zemích se pohyboval od 300 do 1000.

Cíl studie

- 1) provést ve spolupracujících praxích mezinárodně srovnatelnou studii spokojenosti pacientů s použitím české verze dotazníku EUROPEP
- 2) zhodnotit proveditelnost studie, relevance otázek pro českou praxi, výpovědní hodnotu dotazníku
- 3) provést mezinárodní srovnání
- 4) zhodnotit možnost zařazení tohoto nástroje do systému hodnocení praxe pro potřeby hodnocení kvality praxe, ISO, akreditace

Metodika

Procedurální překlad dotazníku EUROPEP byl dokončen v průběhu dříve realizovaného projektu HOPP-1 v roce 2001. Řešitelský tým měl možnost navázat na pilotní audit spokojenosti pacientů s dotazníkem EUROPEP, provedený v rámci projektu PHARE v letech 1998 – 1999. Dvanácti praktickým lékařům pro dospělé bylo rozdáno po 50 dotaznících s tím, že budou rozdány „neselektovaným pacientům“, přicházejícím do ordinace z jakéhokoliv důvodu od daného termínu. Vylučujícím kritériem byla neschopnost pacienta pochopit otázky v dotazníku a adekvátně odpovědět. Pacienti spolu s dotazníkem obdrželi ofrankovanou obálku s adresou centra. Dotazníky byly odesílány anonymně. Praktickým lékařům pro děti byl nabídnut jen omezený počet dotazníků pro pacienty starší 18 let. Studie proběhla během května 2003.

11. Pochybení ve všeobecné praxi

Subprojekt Studie pochybení ve všeobecné praxi navazoval na mezinárodní studii, ve které se účastnilo 6 zemí. Organizovala ji Americká společnost rodinných lékařů (AAFP) s účastí světové organizace rodinných lékařů (WONCA). V Evropě se nyní připojili k této aktivitě Velká Británie, Holandsko, Rakousko a Německo, v poslední době i další státy. V projektu HOPP se jednalo o dotazníkovou akci v praxích praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost. Pochybením pro účely studie se rozuměla jakákoli neočekávaná skutečnost, která se přihodí v lékařské praxi, ale která se neměla stát. Mohlo se jednat o malé či velké pochybení, administrativní nebo klinické, opomenutí či zbytečný čin, zkrátka něco, čemu je do budoucna nutné se vyhnout. (Makeham M, Dovey S, County M, Kidd M a Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, The Linnaeus-PC Collaboration).

Dvacet lékařů primární péče (PL a PLDD) sledovalo a dokumentovalo svá pochybení v průběhu 6 měsíců a nahlásilo je. Hlášení bylo provedeno v elektronické formě na předepsaném formuláři. Součástí hlášených pochybení byl i návrh hlásícího lékaře, jak by bylo možné se do budoucna chybě vyhnout. Žádná jména pacientů, lékařů či zdravotního personálu se neuváděla, ale informace zahrnovala základní identifikační data (délka praxe, pohlaví lékaře, průměrný počet pacientů ošetřených za den, zda je praxe výukovým pracovištěm, počet lékařů v praxi, počet ostatních zdravotnických pracovníků v praxi, používání počítače při denní praxi, místo a druh praxe – městská, venkovská, či zda se jednalo o PL nebo PLDD). Nahlášené

Tabulka č. 4 Položky dotazníku auditu

Praktický lékař:	Jméno auditovaného praktického lékaře je předtištěno v dotazníku
Pacient (iniciály):	Uvádějí se iniciály pacienta v pořadí jméno – příjmení
Narození:	Uvádí se celé datum narození ve tvaru DD/MM/RRRR
Pohlaví:	Zaškrtně se možnost Ž nebo M
Diagnosa:	Uvede se diagnosa onemocnění, pro které nemocný přichází do ordinace
ICPC 2:	Uvede se odpovídající položka klasifikace ICPC
Datum návštěvy:	Uvede se datum ve tvaru DD/MM/RRRR
Pořadí návštěvy:	Uvede se pořadí návštěvy v rámci případu (od 1 do X). Zaznamenávají se pouze návštěvy, při nichž byla indikována antibiotika, nebo byla jejich předchozí indikace potvrzena (pokračovalo se v léčbě), případně byla léčba modifikována (úprava dávkování, délky podávání, atp.), nebo zcela měněna za jinou (změna antibiotika).
Alergie k penicilinu:	Uvádí se přítomnost alergie k penicilinu, je-li uvedena v anamneze nemocného
Důvod ATB léčby:	Zaškrtně se možnost přímo uvedená v tabulce. Pokud důvod podání neodpovídá žádné uvedené možnosti, uvede se slovně důvod indikace antibiotik v příslušné kolonce „jiné onemocnění“, případně „jiný důvod, přičemž se co nej-přesněji uvede jaký. Uvádí se i preventivní a profylaktické podání antibiotik.
Antibiotikum:	Uvede se úplný název přípravku, včetně lékové formy a obsahu účinné látky (např. AMOCLEN cps. 500mg, ...)
Jednotlivá dávka:	Uvede se jednotlivá dávka včetně jednotky (např. 1g, 200mg, atd.)
Dávkovací interval:	Uvede se doporučený dávkovací interval v hodinách (6, 8, 12, 24, atp.)
Délka podávání:	Uvede se délka podávání, kterou doporučujete pacientovi ve dnech, a to počítáno od data návštěvy v ordinaci, pro kterou platí daný formulář.

údaje slouží pouze výzkumným účelům této studie, byly zpracovány důvěrně koordinátorem a není k nim umožněn neoprávněným osobám či institucím přístup.

Výzkumné otázky:

- Jaká jsou pochybení lékařů?*
- Kde se stávají?*
- Kdy se stávají?*
- Komu se stávají?*
- Jaké jsou potenciální a skutečné důsledky?*
- Jaké změny systému by mohly pochybením předcházet?*

Hypotézy výzkumu:

- Lékaři hlásí svá pochybení.*
- Podobnosti i rozdíly přinesou poučení.*
- Z poučení bude možné učinit změny vedoucí k prevenci chyb.*
- Možný význam pro pacienty, lékaře a zdravotní systém.*

12. Metodika auditu předepisování antibiotik u praktických lékařů pro dospělé

Audit slouží ke zjištění spektra indikací antibiotik v ordinacích praktických lékařů pro dospělé a získání podkladů pro přípravu preskripčního auditu v primární péči. Předmětem auditu jsou všechny nově vzniklé pří-

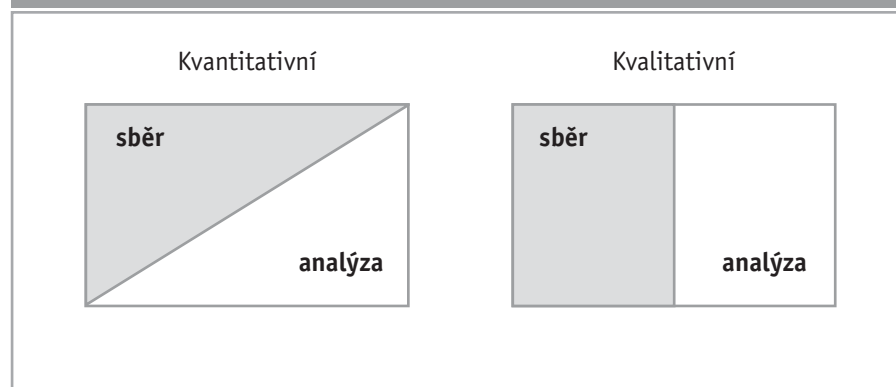
pady onemocnění, u kterých předepsal praktický lékař antibiotika ve sledovaném období. Délka auditu je 4 týdny, zařazují se všechny nové případy onemocnění a zaznamenávají se opakované návštěvy. Dosledování případů se provádí po dobu 1 týdne (pořizují se pouze protokoly u opakovaných návštěv již zařazených případů). Metodou auditu je vyplnění dotazníku pro každou návštěvu pacienta v ordinaci, při které byla indikována, měněna nebo modifikována ATB terapie.

13. EFQM pro primární péči

V roce 1989 zřídila Evropská nadace pro management jakosti (EFQM – European Foundation for Quality Management) Evropskou cenu za kvalitu (EQA – European Quality Award), která byla určena pro zvýšení konkurenceschopnosti evropských firem v té době zaostávajících za americkou a japonskou konkurencí. EFQM sdružuje v současné době přes 850 významných firem z celé Evropy. Model ukazuje, jak jsou spokojenost klientů, spokojenost zaměstnanců a dopad na společnost ovlivňovány vedením firmy, které řídí strategie a plánování, řízení lidí a řízení zdrojů a systém jakosti a procesy, což následně vede k vynikajícím finančním i nefinančním výsledkům. Model EFQM využívá zejména metody sebehodnocení a benchmarkingu.



Obrázek č. 1 Modely výzkumného procesu (v Mays, N., Pope, C)



Sebehodnocení slouží k popsání všech činností organizace a benchmarking porovnává dosažené výsledky jiných organizací v daném oboru i mimo něj. Použití tohoto modelu umožňuje efektivní diagnostiku silných stránek a oblastí pro zlepšování a docilování synergického efektu slaďováním osobních cílů pracovníků se strategickými cíli organizace. Svým preventivním zaměřením přináší úspory jak likvidační neefektivních procesů, které negativně ovlivňují výsledky organizace, tak i účinnějším využíváním svého potenciálu. V českém zdravotnictví se tohoto postupu začalo v širší míře používat u klinických laboratoří, zavádí se do systému řízení kvality lůžkových zařízení a v projektu HOPP byl model poprvé představen individuálně pracujícím lékařům primární péče. Praktičtí lékaři měli model EFQM posoudit co do použitelnosti v podmínkách primární péče a doporučit případné úpravy obecného modelu. Zásady a kritéria modelu EFQM jsou dále uvedeny v přehledu.

Zásady využití EFQM

1. nesnažit se stát se vynikající organizací v krátkém čase
2. začít s těmi oblastmi, které mají největší vliv na spokojenost zákazníků a vztahují se ke klíčovým procesům
3. tam, kde je žádoucí zdokonalení, volit témata tak, aby zlepšování bylo schůdné

Popis základních kritérií EFQM

Kritérium 1: Vedení

Posuzuje, jak chování a činnosti vrcholového vedení a všech ostatních vedoucích pracovníků inspiruje, podporuje a prosazuje principy komplexního managementu jakosti (Total Quality Management – TQM). Zabývá se i tím, jak vrcholové vedení i ostatní vedoucí pracovníci jsou zapojeni do TQM, jak aktivně řídí proces zlepšování uvnitř organizace a jak jednájí se zákazníky nebo dodavateli.

Kritérium 2: Politika a strategie

Je zaměřeno na to, jak organizace formuluje, rozšiřuje, přezkoumává a převádí své strategie do plánů a aktivit, zejména jak formuluje strategii a plány založené na odpovídajících informacích, jak strategii a plány prezentuje pracovníkům, jak je uvádí do života a jak je aktualizuje.

Kritérium 3: Pracovníci

Všímá si toho, jak organizace využívá celkový potenciál svých lidských zdrojů, jak vytváří a přezkoumává svoji personální politiku a jak umožňuje pracovníkům iniciativu a angažovanost v procesu zlepšování činnosti.

Kritérium 4: Partnerství a zdroje

Zkoumá, jak efektivně a účinně organizace řídí své finanční a informační zdroje, jak spolupracuje a řídí své dodavatele a veškeré materiály včetně minimalizace odpadu a jak účelně využívá budov, technologických zařízení apod.

Kritérium 5: Procesy

Hodnotí, jak management systému jakosti a procesů pomáhá organizaci uspokojovat své zákazníky, jak řídí vlastní rozhodující procesy pro tvorbu výrobků a služeb i vlastní proces neustálého zlepšování.

Kritérium 6: Zákazníci, výsledky

Prověruje, jakých výsledků organizace dosahuje ve vztahu ke spokojenosti externích zákazníků, jak zákazník vnímá činnost organizace a chování organizace vůči zákazníkům.

Kritérium 7: Pracovníci, výsledky

Rozebírá, jakých výsledků organizace dosahuje ve vztahu ke spokojenosti vlastních pracovníků, zejména v oblasti pracovního prostředí, pracovních podmínek, možnosti postupu, ale i v oblasti neomluvené absence, nemocnosti nebo fluktuace.

Kritérium 8: Společnost, výsledky

Zjišťuje, jakých výsledků organizace dosahuje v uspokojování potřeb a očekávání regionu, ve kterém je situována, se zaměřením na omezování hluku, emisí, odpadních vod a prevenci zdravotních a bezpečnostních rizik. Součástí je i aktivní podpora regionu a veřejně prospěšných organizací.

Kritérium 9: Klíčové výsledky výkonnosti

Věnuje se výsledkům organizace, které dosahuje ve vztahu k plánovaným podnikatelským cílům a při uspokojování potřeb a očekávání každého, kdo má na organizaci finanční zájem. Zahrnuty jsou finanční i nefinanční ukazatele výkonnosti organizace.

Významným rysem 9 základních kritérií je jejich propojenost. Jestliže některý z procesů je klíčový v některém z kritérií v oblasti předpokladů, pak dosažené výsledky vztahované k tomuto procesu by se měly projevit v některém z kritérií v oblasti výsledků. Vzájemné vztahy mezi některými kritérii naprosto evidentní:

- řízení pracovníků (kritérium 3) a spokojenosti pracovníků (kritérium 7)
- zdroje a procesy (kritéria 4 a 5) a výsledky podnikání (kritérium 9)
- politika a strategie (kritérium 2) a výsledky podnikání (kritérium 9)
- vedení a politika a strategie (kritérium 1 a 2) a spokojenost zákazníků (kritérium 6)

Důležité je využití modelu pro zlepšování všech činností organizace. Existuje spojitost mezi dosaženými výsledky a činnostmi vedoucími ke zlepšování v kritériích předpokladů. Musí zde být srovnání výsledků s vnitřními cíli, konkurencí nebo podobnými organizacemi a nejlepšími v odvětví (benchmarking). Toho se následně využívá pro stanovení priorit, které vedou ke zlepšování všech činností organizace.

14. Kvalitativní metody v primární péči

V posledních desetiletích probíhá v řadě oblastí výzkumu, stavějících dříve prakticky výhradně na kvantitativních metodách, trend k obohacení výzkumných nástrojů o nástroje kvalitativní. Hlavním motivem jejich zavádění je skutečnost, že dominující kvantitativní metodologie sice produkuje velké množství velmi přesných poznatků, často však problematických co do smyslu a možnosti využití v praxi. Základy kvalitativní metodologie tvoří filosofické, reflexivní přístupy (Hendl, J.), aplikované nejprve od šedesátých let 20. sto-

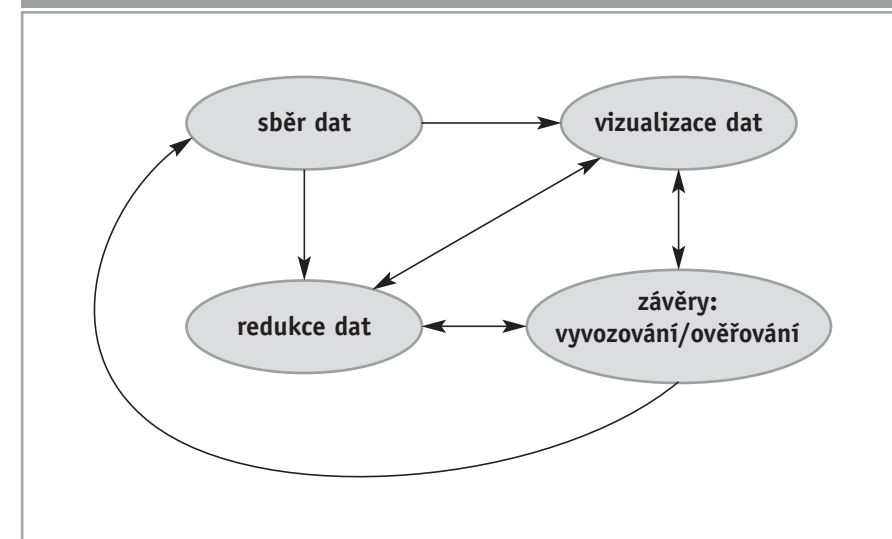
letí v sociologii a postupně pronikající do dalších oblastí společenských věd, zejména do psychologie a pedagogiky (Čermák, I., Miovský, M.). Ve zdravotnictví jsou tyto postupy aplikovány v oblasti veřejného zdraví (Strauss, A.; Strauss, A., Corbinová, J.) Vzhledem k tomu, že primární péče s oblastí veřejného zdraví úzce souvisí, nabízí se využití kvalitativní metodologie i při výzkumu v oblasti primární péče. Oproti kvantitativní metodologii se v kvalitativních postupech striktně neodděluje fáze sběru a analýzy dat (viz obr. 1). Naopak, sběr a analýza dat se prolínají jako komplementární a interaktivní procesy (viz obr. 2).

Komplementárnost, simultánnost a interaktivita kvalitativních postupů mají přispět k hlubšímu pochopení zkoumané skutečnosti, včetně motivace jejích aktérů (Miles, M. B., Huberman, A. M.) Kvalitativní metodologie se považuje za vhodný doplněk kvantitativních přístupů jak ve fázi koncipování výzkumných otázek, tak i při sběru dat, jejich rozboru a při vyvozování závěrů. Kvalitativní metodologie jsou do jisté míry zobecněním, formalizací a zefektivněním postupů, již dříve výzkumníky spontánně používaných. V současné době se ve společenských vědách používají desítky kvalitativních metodik, v oblasti veřejného zdraví jsou nejužívanějšími postupy řízeného pozorování, případových studií, kvalitativních rozhovorů s aktéry, ohniskových skupin a konsensových metod (Mays, N., Pope, C., Morgan, D.L). Různé prvky těchto postupů byly využity i v rámci projektu Hodnocení primární péče. Hlavním objektem kvalitativního zkoumání v projektu HOPP byly zkoumající subjekty – síť spolupracujících praktických lékařů v procesu sběru, diskuse a rozboru dat, jak byly v projektu realizovány. Výslednicí těchto procesů je pak něco, co lze charakterizovat jako „příběh skupiny společně zkoumajících praktických lékařů“.

15. Přehled výsledků projektu

V rámci projektu Hodnocení primární péče byla provedena celá řada šetření. Hlavními studii byly Míra odeslání ke specialistům a Sledování vybraných diagnóz, založené na použití Mezinárodní klasifikace primární péče ICPC 2 a návazného nástroje šetření závažnosti onemocnění DUSOI/WONCA. Vzhledem k množství výsledků šetření byla připravena samostatná prezentace prvních výsledků projektu, kde jsou nálezy v přehledu uvedeny. Dalšími rozsáhlejšími šetřeními byly studie Spo-

Obrázek č. 2 Komponenty analýzy dat: Interaktivní model (v Miles, M.B., Huberman, A.M.)



kojenost pacientů s použitím evropského dotazníku EUROPEP. S využitím mezinárodně používaného nástroje byla provedena i studie Pochybení ve všeobecné praxi. Rovněž výsledky těchto šetření přinese následující obsírná prezentace prvních výsledků projektu.

16. Diskuse a předběžné hodnocení použitých metodik

Výsledky předběžného výzkumu i dosaavadní praktické zkušenosti podporují prioritu primární péče v soustavě zdravotnických služeb. Nezbytné je soustavné zlepšování kvality primární péče, průběžné ověřování účinnosti, monitorování a hodnocení poskytovaných služeb primární péče, postupná standardizace činnosti a odpovídající rozvoj výzkumné činnosti v dané oblasti.

Projekt HOPP měl spíše rozvojový než úzce výzkumný charakter a směřoval k vyzkoušení celé škály postupů, jindy a jinde používaných, i v podmínkách primární péče, jak je poskytována v současném období v České republice. Výzkumná síť praktických lékařů představovala pozitivně laděné a zároveň otevřeně kritické prostředí pro první ověřování jak zcela nových metod – ICPC 2, tak i metod velmi ozehaných – pochybení ve všeobecné praxi, či postupů perspektivně chystaných pro řízení kvality péče a akreditace v celém zdravotnictví – model EFQM. V projektu HOPP byla provedena i pilotáž metodiky auditu předepisování antibiotik u praktických lékařů pro dospělé. Dosud byl tento nástroj aplikován pouze u PLDD a studie připravila výchozí situaci pro rozšíření nástroje na celou oblast primární péče. Všechny uvedené

zkoumané nástroje se v projektu vesměs osvědčily a měly se stát součástí zatím postupně budovaného souboru základních metod výzkumu i každodenního procesu primární péče a všeobecné praxe. Využití kvalitativních nástrojů k hodnocení primární péče je jak v České republice, tak ve světě ještě v samých začátcích a rozhodnutí o jejich využitelnosti v primární péči je spíše otázkou pro budoucnost.

17. Závěr – způsob hodnocení socioekonomických aspektů projektu

Sledování socioekonomických přínosů primární péče byl jedním z hlavních záměrů navrhovaného projektu a tyto přínosy budou hodnoceny jako jedna ze základních hypotéz. Metodika hodnocení primární péče by měla rozhodujícím způsobem přispět ke zvýšení kvality a hospodárnosti poskytované zdravotní péče a sekundárně pak napomoci ke zlepšení kvality života, spokojenosti a integrity české společnosti.

Společnost Econsult s.r.o., Společnost všeobecného lékařství ČLS J. E. Purkyně, Nemocnice na Homolce, Ministerstvo zdravotnictví ČR

V tomto sdělení popisovaný projekt Hodnocení primární péče byl realizován v letech 2002 až 2004 s podporou grantu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR evidovaný pod registračním číslem NO/7147-3. Další sdělení, která řešitelská skupina zpracovávala, se zaměřují na metodiku projektu a na přehled dosažených výsledků.

literatura

1. BENEŠ V., SEIFERT B.: Kvalita péče ve všeobecné praxi. Praktický lékař 77, 1997, č. 12, 597-599
2. BENTZEN N (ed.): An International glossary for general / family practice. Fam. Pract. 1995, 12: 341-369
3. Continuing Professional Development in primary Health Care, Policy Document of EQUIP and EURACT, 2003, www.equip.org
4. ČERMÁK, I., MIOVSKÝ, M.: Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí, Albert, Boskovice, 2001
5. DOVEY SM, MEYERS DS, PHILLIPS RL, GREEN LA, FRYER GE, GALLIHER J, KAPPUS J. A Preliminary Taxonomy of Medical Errors in Family Practice. Quality and Safety in Health Care 2002; 11: 233-8.
6. Health Care Systems in Transition: Czech Republic (1999), WHO, Copenhagen, spoluautor Struk, P.
7. HENDL, J.: Úvod do kvalitativního výzkumu, Karolinum, Praha, 1999
8. HOFMANS-OKKES I M AND LAMBERTS H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer based patient records in family practice. Fam. Pract. 1996; 13: 294-302
9. International Classification of Primary Care, Second Edition, Oxford University Press, WONCA, 1998, reprinted 1999
10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision), Geneva, World Health Organization, 1992
11. KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS. To err is human: Building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
12. MAKEHAM M, DOVEY S, COUNTY M, KIDD M. An international taxonomy for reporting general practice error in Australia and five other countries. Med J Aust 2002; 177: 68-72.
13. MAYS, N., POPE, C.: Qualitative Research in Health Care, BMJ Publishing Group, London, 1997
14. MILES, M.B., HUBERMAN, A.M.: Qualitative Data Analysis, SAGE, London, 1994
15. MORGAN, D.L.: Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu, Albert, Boskovice, 2001
16. Report of the International Conference on Pri-

mary Care, Alma Ata, USSR, 6 -12 September 1978; WHO/Alma Ata/78.10

17. O'RIORDAN M., SEUNTJENS L., GRÖL R. Improving patient care in primary care in Europe, EQUIP 2004, ISBN 90-5793-175-3

18. SEIFERT, B.: Rekválifikace do oboru všeobecné lékařství, Praktický lékař 1996

19. SEIFERT, B.: Kvalita péče ve všeobecné praxi, Praktický lékař 1997

20. SEIFERT, B.: Programy kvality ve zdravotnictví, Provoz zdravotnických zařízení, Praktická příručka pro soukromou lékařskou práci a zdravotnická zařízení, Verlag Dashofer, 2000

21. SEIFERT B. General Practitioners have key role in colorectal cancer screening in the Czech republic. ESPCG EuroGut 2000, vol.3, 2, 4-5

22. SEIFERT B. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Praktický lékař 81, 2001, č. 2, 113-115

23. STRAUSS, A.: Qualitative analysis for social scientists, Cambridge University Press, 1988

24. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J.: Základy kvalitativního výzkumu, Albert, Boskovice, 1999

25. STRUK, P.: Historický vývoj problematiky kvality ve zdravotní péči, Verlag Dashofer, Praha, 2002

26. ŠTEFLOVÁ, A., STRUK, P. (1997): Rozvoj primární péče v ČR. Zdravotnictví a zdravotní pojištění, 1, no 1 – 2, pp. 9 – 13.

27. The Linnaeus-PC Collaboration. International Taxonomy of Medical Errors in Primary Care – Version 2. Washington, DC: The Robert Graham Center, 2002

28. WONCA Classification Committee. Functional status in primary care. New York, Springer, 1990

29. WOOD M, LAMBERTS H, MEIJER J S, AND HOFMANS-OKKES I M. The conversion between ICPC and ICD-10: requirements for a family of classification systems in International Classification of Primary Care in the European Community: with Multi-Language Layer. Oxford, Oxford University Press, 1993: 18-24

30. Závěrečná zpráva Projektu Rozvoje primární péče PHARE, MZ ČR, 1997

31. Závěrečná zpráva Projektu rozvoje integrované primární péče PHARE, MZ ČR 2000

32. Zdravotnická ročenka ČR 2001, ÚZIS ČR, 2002

Zemřel profesor MUDr. Milan Beniák, DrSc.

Profesor Beniák byl významným odborníkem na zdravotní výchovu, lékařem, pedagogem, přednostou Ústavu sociálního lékařství v Lékařské fakultě Komenského v Bratislavě. Zajímala se především o otázky zdravotního uvědomění, ale také o historický vývoj medicíny i zdravotnictví a o problematiku organizace, struktury a řízení zdravotnictví. Pro svůj široký rozhled byl v letech 1990 a 1991 hlavním odborníkem Ministerstva zdravotnictví SR pro sociální lékařství a organizaci zdravotnictví.

Bohatý je také výčet jeho publikací. Profesor Beniák získal několikrát ocenění Slovenského literárního fondu, výboru Sekce pro vědeckou a odbornou literaturu. Napsal mj. praktickou příručku o ochraně zdraví Chystáte sa k lekárovi?, reportáže z expertízy v Tunisku Tunisko očami lékaře, životopis představitele sociálního lékařství Ivan Stodola – lékař, publikace zdravotnické výchovy Starý člověk a jeho zdravie či Vysokoškolač a jeho zdravie. Mezi jeho knihami najdeme i dětskou zdravotnickou literaturu, například pohádku O bielom paláci. Je autorem scénářů několika videofilmů, jako V laboratóriu akademika Antala, Chirurg a také 15 televizních zdravotnických výchovných filmů Fitfamília. Že se podílel na přípravě řady učebnic a napsal velké množství odborných prací není třeba připomínat.

Profesor Beniák se narodil 20. 2. 1932 v Kozárovciach, maturoval v roce 1951 v Levciach a odtud odešel do Bratislavy studovat medicínu. Během studií se věnoval ochotnickému divadlu, vedl úspěšný soubor Medik. V roce 1961 obhájil kvalifikační atestaci z organizace zdravotnictví, a protože chtěl zakusit i praktickou medicínu, získal po praxi atestaci z vnitřního lékařství. Pracoval i jako pohotovostní lékař, po absolvování kurzu tropické medicíny pracoval v letech 1974 – 1977 v Tunisku, v roce 1982 vedl pracovní skupinu Mezinárodního červeného kříže v Kambodži.

Seznam míst, kde přednášel na konferencích a kongresech, obsahuje Finsko i Mongolsko, Maďarsko i San Marino. Stejně pestrý je souhrn dalších činností, složitý úplný výčet jeho aktivit je proto téměř nemožné. Při svém konání si dokázal získat své studenty i spolupracovníky. Ještě před sedmi lety o něm V. Ozorovský napsal: „Za každou jeho činností se skrývá nekonečné množství práce, jeho aktivita, činnost a pracovní elán jsou obdivuhodné.“

**Zdroj: www.elis.sk
Adéla Daiňhová**

Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách

V pátek 10. 12. 2004 se konala konference Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách. Představila výsledky prvního pololetí stejnojmenného projektu, řešeného za podpory MPSV ČR v letech 2004 – 2008 ve spolupráci Institutu zdravotní politiky a ekonomiky, Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče a Výzkumného ústavu bezpečnosti práce.

Výzkum násilí na zdravotnických pracovištích (ILO / WHO / ICN / PSI)

První oblastí, kterou se zabývaly přednesené referáty, bylo shrnutí mezinárodních poznatků o násilí na pracovišti ve zdravotnictví. Vystoupil Allan Leather z Internacionály veřejných služeb (PSI). Tato organizace provedla spolu se Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Světovým kongresem sester (ICN) a Mezinárodní organizací práce (ILO) výzkum, který měl poskytnout srovnatelná data z několika zemí. Podle něj má násilí na pracovištích vzestupnou tendenci a nejpostíženější oblastí je právě sektor zdravotnictví. Allan Leather poznamenal, že v některých zemích se otázka násilí na zdravotnických pracovištích neuznává jako seriózní problém. Jinde začal výzkum až po případech s vážnými následky (například ve Finsku dva zdravotníci zemřeli). Takové podceňování je podle něj chybou.

Šetření proběhla v Austrálii, Portugalsku, Bulharsku, Jižní Africe, Thajsku a dalších zemích. Mezi výsledky výzkumu Allan Leather jmenoval, že za posledních 12 měsíců před výzkumem se alespoň jednou setkala s násilím na pracovišti (ať už v jakékoli podobě) více než 61 % zdravotníků ve zdravotnictví v Jižní Africe a v Thajsku 54 %. Častější je přitom psychické násilí, například slovně napadena byla v Jižní Africe 52 % respondentů, v Thajsku 47,7 %.

Závěry výzkumu z Bulharska představil předseda Odborové federace zdravotnictví Dr. Ivan Angelov – Kokalov. Dotazníkové šetření proběhlo v roce 2001 v Sofii. Podle jeho výsledků bylo za poslední rok fyzicky napadeno 7,5 % zdravotníků ve zdravotnictví, slovně 37,2 %. Obětí bullyingu (čili mobbingu) se stalo v posledním roce 30,9 % zdravotníků. Fyzické násilí se přičítá většinou lidem zvenku – například pacientům a jejich příbuzným, pachatelé psychických útoků jsou často i spolupracovníci a nadřízení. Nejohroženější profesní skupinou jsou přítomné sestry. Upozornil, že je v Bulharsku značná míra tolerance k násilí a málo se o tomto problému mluví.

Součástí společného programu jmenovaných organizací (ILO, WHO, ICN a PSI) bylo také

vypracování stručného rámcového návodu, jak násilí na pracovišti řešit. Obsahuje definice jednotlivých forem násilí, rady, jak vyhodnotit rizika vzniku násilí, i jak případům napadení zabránit. V České republice rámcový návod vydal Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR (OSZSP).

Přehled dalších důležitých výzkumů z různých zemí a jejich výsledků poskytla MUDr. Libuše Nesvadbová. Zmínila problémy se srovnatelností výstupů jednotlivých výzkumů, už jen z důvodu kulturních rozdílů a odlišností ve vnímání pojmů jako mobbing, bullying a harassment. Jmenované studie rozdělila na ty, které zkoumají násilí ze strany pacientů a ty, které se týkají násilí mezi zdravotnickými pracovníky.

První výsledky českého výzkumu (IZPE, OSZSP, VÚBP)

Dotazníkové šetření, které proběhlo letos v Česku, přiblížilo účastníkům konference Ing. Bohumila Čabanová, Mgr. Karolína Dobiášová, PhDr. Helena Hnilicová (všechny z Institutu zdravotní politiky a ekonomiky – IZPE) a Mgr. Jaroslav Uzel z Výzkumného ústavu bezpečnosti práce (VÚBP). Na výzkumu dále spolupracoval také Odborový svaz zdravotníků ve zdravotnictví a sociální péči.

Obětí fyzického násilí na pracovišti se podle výsledků v ČR v průběhu posledního roku stalo 12 % zdravotníků ve zdravotnictví a sociálních službách. U zdravotníků, kteří přicházejí do styku s pacienty či klienty je tento počet ještě vyšší.

Dotazník, který vyplnilo 1286 zdravotníků ve zdravotnictví a sociálních službách, sledoval zvlášť zkušenosti s fyzickým a psychickým násilím. Nejčastější je výskyt slovního napadení – v posledních 12 měsících se s ním přímo setkala 38 % respondentů. Pracovníků ve zdravotnictví bylo slovně napadeno víc (41,6 %) než v sociálních službách. Další formou psychického násilí je mobbing, čili bullying. S tím se podle šetření v posledním roce setkala 13 % zdravotníků ve zdravotnictví a sociálních službách. Zkušenost v tomto období se sexuálním obtěžováním uvedla 3 % dotázaných.

Ve zkoumaném vzorku byli zastoupeni pracovníci z veřejného i soukromého sektoru ze všech krajů ČR. Zdravotní sestry tvořily 33 % respondentů, lékaři 11 %.

Dotazníkové šetření Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách bylo zpracované v rámci projektu MPSV ČR Moderní společnost a její proměny.

Závěrem

Účastníci konference se shodli, že problém násilí, páchaného na zdravotnickém personálu, je problém, který si zasluhuje pozornost. Velkou váhu přikládají prevenci, která by měla začínat už výběrem pracovníků. Jak ve svém vystoupení uvedl Bc. Igor Angelovski, důležitou součástí výcviku pracovníků by měly být jasné informace o tom, jak se chovat v různých krizových situacích, aby se co nejvíce snižovalo napětí. Prostředí zdravotnických zařízení i institucí sociální péče by mělo být dobře osvětlené, zabezpečené, měly by být jasné označeny zóny, kam pacienti nesmí, a v neposlední řadě by mělo působit přátelsky. Také upozornil, že je třeba poskytovat obětem násilí okamžitou a krátkodobou péči; v případě hrozícího posttraumatického stresu pochopitelně i dlouhodobou.

Určitý podíl viny na tom, že se zvyšuje počet útoků na zdravotnických pracovištích, může mít ne zcela jasné vymezení práv a povinností pacientů / klientů, samotných pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách a manažerů daných zařízení. JUDr. Dominik Brůha vyjmenoval podstatné právní normy, týkající se zdravotnictví a sociálních služeb, platné v České republice (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Zákon o péči o zdraví lidu, Zákon o sociálním zabezpečení) a upozornil, že v žádné z nich nejsou role zdravotnických pracovníků a spotřebitelů péče jasné definovány. Poměrně kvalitně podle něj popisují práva a povinnosti daných subjektů podzákonné normy, jako Etický kodex České lékařské komory, Kodex pro zdravotní sestry či Kodex práv pacientů. Mgr. et Mgr. Ripová shrnuje zkušenosti s fyzickým a psychickým násilím. Nejčastější je výskyt slovního napadení – v posledních 12 měsících se s ním přímo setkala 38 % respondentů. Pracovníků ve zdravotnictví bylo slovně napadeno víc (41,6 %) než v sociálních službách. Další formou psychického násilí je mobbing, čili bullying. S tím se podle šetření v posledním roce setkala 13 % zdravotníků ve zdravotnictví a sociálních službách. Zkušenost v tomto období se sexuálním obtěžováním uvedla 3 % dotázaných.

Ve zkoumaném vzorku byli zastoupeni pracovníci z veřejného i soukromého sektoru ze všech krajů ČR. Zdravotní sestry tvořily 33 % respondentů, lékaři 11 %.

Dotazníkové šetření Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách bylo zpracované v rámci projektu MPSV ČR Moderní společnost a její proměny.



Adéla Daiňhová

Sociology provides medicine and health service institutions with quantitative and qualitative methodology that helps to deal with medical and health service issues. The choice of methodological principles and subsequently of individual methods and techniques depends on the aim of particular research as well as the depth of knowledge. However, qualitative research has not been used much in health services so far. One of the qualitative methods that might prove very useful in health services is the grounded theory method. A combination of quantitative and qualitative approaches followed by a comparison of acquired data is also of great value. An example of such a combination is a research project assessing health care accessibility in the Olomouc Region. The health care accessibility assessment project included physical, economic and psychosocial accessibility of health services.

KEY WORDS: Sociological methodology of sociology, grounded theory method, health care accessibility

Kvalitativní sociologický výzkum

Jeho význam a praktické využití ve zdravotnictví

Kateřina Ivanová

Úvod do problematiky – uplatnění sociologických metod ve zdravotnictví

Sociologie je věda o společnosti, která shrnuje a syntetizuje poznatky z různých oborů a snaží se najít a odhalit obecné zákonitosti společenského pohybu. Vědecky se zabývá společenskými jevy, strukturami a procesy a jejich vzájemnými vztahy (1). Sociologický výzkum je hojně užíván v mnoha jiných vědách k poznání pro ně relevantních společenských problémů; jedním z aplikovaných odvětví sociologie je i sociologie lékařská.

Lékařskou sociologii rozdělil Robert Strauss (1957) podle předmětu zkoumání na sociologii v medicíně – sociology in medicine – (možná lépe sociologii zdraví) a na sociologii medicíny – sociology of medicine – (možná česky srozumitelněji na sociologii zdravotnictví). V sociologických kruzích bývá tato aplikovaná oblast také nazývána sociologií zdraví a nemoci.

Sociologie zdraví se zabývá např. výzkumem skupinových reakcí na nemoc, výzkumem faktorů ovlivňujících spotřebu a potřebu zdravotní péče, výzkumem sociálně kulturních faktorů významných pro etiologii, výskyt, průběh a ošetřování chorob. Jde tedy o řešení problémů, které také řeší sociální lékařství a epidemiologie (2).

Sociologie zdravotnictví zkoumá (jak už sám název napovídá) zdravotnictví jako celek, jako interakční systém v makro systému společnosti, se svými specifickými i obecnými subsystemy. Řeší více problematiku zdravot-

nického managementu a zdravotní politiky.

„Význam sociologie pro medicínu není jen v tom, že otevírá nové možnosti myšlení, ale i v tom, že dává k dispozici metody a techniky, které pomáhají při řešení odborně lékařských problémů (2).“

Sociologický výzkum má však proti klinickým a epidemiologickým šetřením nevýhodu. Nálezy exaktních věd jsou mnohem přesnější a spolehlivější a mají mnohem univerzálnější platnost než nálezy věd společenských. Závěry sociologických výzkumů, průzkumů i šetření mají vždycky stochastický, pravděpodobnostní charakter (3).

1. Kvantitativní výzkum

Za tradiční sociologický výzkum bývá považován „survey“, který zkoumá vybrané indikátory na velkém vzorku populace. Jedná se o tradiční kvantitativní výzkum, který nejčastěji pracuje s využitím statistické metody. Ten je však vždy determinován multiparadigmatickým přístupem sociologie a redukcí zkoumané reality. Složitost sociální reality nutí výzkumníky vybrat z přirozeného sociálního systému jen ty (pro daný výzkum) nejdůležitější indikátory. Podle povahy výzkumu redukce probíhá v počtu pozorovaných proměnných, v počtu analyzovaných vztahů mezi nimi, z populace na vzorek, z časového kontinua na krátké období.

Po druhé světové válce, zejména v USA, převažovaly neopozitivistické tendence, pod jejichž vlivem vědci trvali na tom, aby se vědecké teorie společnosti zakládaly jen na dotazování, pozorování a experimentech, neboť se všeobecně tvrdilo, že obecné zákonitosti mohou být odvozeny pouze ze zkoumání důkazů, které jsou přímo známy pozorovateli (4). To znamenalo obrovský rozmach kvantitativního statistického výzkumu, zejména pak gnoseologicky efektivních výběrových šetření.

Ukázalo se však, že tento typ empirického výzkumu má své limity, které není s to překročit. Nevýhody kvantitativního společenského výzkumu by se daly shrnout takto:

- kvantitativní výzkum nikdy nemůže prozkoumat celý přirozený systém,
- je vždy nutná redukce, která může zapříčinit zkreslení,
- hypotézy buď potvrdíme nebo vyvrátíme, ale jiné řešení můžeme jen navrhnout,
- sociální teorie nemohou být založeny na rekonstrukci, která je analogická přírodním vědám (3).

Tím nejzávažnějším nedostatkem kvantitativního výzkumu se jeví zkreslení skutečnosti nezbytnou redukcí reality. Navíc toto zkreslení nemá úplně jasný charakter. Pro snadnější pochopení je uveden příklad: „Rozhodneme se zkoumat, co může ovlivnit chování pacienta v nemocnici. Začneme (po nezbytném studiu odborné literatury) shromažďovat ty jevy (proměnné), které považujeme za důležité: diagnóza, délka nemoci, věk, pohlaví, předchozí zkušenosti s nemocí, vzdělání, národnost, kulturní zázemí, místo bydliště, chování příbuzných, četnost návštěv, přátele, koníčky, zájmy, zvyky, životní filosofie, náboženství a tak dále. Všimněte si, že mnoho jevů, které jsou zmíněny, představují, každý sám, další košaté soubory proměnných. Již v této fázi nás elán opustí a to k tomu není přidána druhá strana problematiky – chování personálu, velikost nemocnice, způsob léčení, vztahy mezi lékaři a ošetřovatelkami, stravování, úklid na oddělení, atd., atd (5).“

Jak příklad ukazuje, v kvantitativním zkoumání není možné sledovat všechny vstupy do problematiky, čímž se ovšem nejen redukuje, ale i zkresluje sociální realita. Proto sociologové dneška poukazují na důležitost kvalitativního výzkumu, zejména jeho fenomenologické verze.

Zdá se tedy, že problém datového založení sociálních teorií může pomoci vyřešit právě kvalitativní výzkum.

2. Kvalitativní výzkum

Problém se zaváděním kvalitativního výzkumu v České republice souvisí zejména s tím, „že kvalitativní metodologie nemá v české sociologii téměř žádnou tradici. Tento stav je důsledkem různých ideologických, politických a jiných příčin, které českou sociologii poznamenaly v období normalizace. V západní sociologii se různé antipozitivistické teorie a přístupy uplatňovaly již dlouhou dobu (6).“

Ani v lékařské sociologii není používání kvalitativního výzkumu tradicí. Je však zřejmé, že ji může obohatit v pohledu na sociální jevy, které se vyskytují v celém procesu poskytování zdravotní péče. V medicíně i ošetřovatelství má však dlouhodobou (dalo by se říci i historickou) tradici kazuistika, která má s kvalitativním výzkumem mnoho společných rysů i principů.

Disman definuje kvalitativní výzkum takto: „Kvalitativní výzkum je nenumerné šetření a interpretace sociální reality. Cílem je tu odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.“

Pro pochopení rozdílů mezi kvantitativním a kvalitativním výzkumem je vhodné si uvědomit, jaké jsou jejich formální cíle: Cílem kvantitativního výzkumu je testování hypotéz, které byly vytvořeny a priori a cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nových hypotéz, nového porozumění, vytváření teorie (3).

Rozdílná je i redukce informací. V kvantitativním výzkumu jde vždy o omezený rozsah informací o velice mnoha jedincích, zatímco v kvalitativním o mnoho informací o velmi malém počtu jedinců. Znamená to ovšem, že generalizace zjištěného na populaci je u kvalitativního výzkumu problematická, někdy i nemožná. Z hlediska transformace informací zjistíme, že kvantitativní výzkum má vysokou reliabilitu, ale nízkou validitu, kdežto kvalitativní výzkum naopak, tedy nízkou reliabilitu a vysokou validitu.

Základním rozdílem mezi oběma typy výzkumů je způsob poznávání. Metoda kvantitativního výzkumu je deduktivní, kdežto u kvalitativního výzkumu se jedná o metodu induktivní.

V kvalitativním výzkumu sbíráme „všechna data“ a snažíme se mezi nimi najít nějakou pravidelnost a strukturu (3).

Kvalitativní metodou, která byla ve zdravotnictví vyzkoušena a osvědčila se, je metoda zakotvené teorie. Její koncept a strategii (tzv. „grounded theory“ neboli metodu „zakotvené teorie“) uvedli do sociologie Glase a Strauss, a do zdravotnictví Strauss a Corbinová. Zakotvená teorie disponuje strategickými nástroji, jak vyvinout teorii

z existujících dat, bez použití jakýchkoliv předem připravených kritérií pro to, která data mají být vybrána. Cílem metody je vytvoření teorie bez předem připravených hypotéz (7). Výsledky by měly věrně odpovídat zkoumané oblasti a vysvětlovat ji.

Nejúčelnější technikou pro tento typ kvalitativního výzkumu se jeví nestandardizovaný (volný), zjevný a individuální rozhovor. Nestandardizovaný rozhovor obvykle zjednodušuje formální stránku rozhovoru, musí být však dobře promyšlen a připraven. Výzkumník si musí určit přesný cíl a informace, které mají být zjišťovány, avšak konečná formulace otázek je ponechána až na situaci výzkumu (8).

I jednotlivé kroky kvalitativního výzkumu se liší od výzkumu kvantitativního. Zejména zde chybí vyslovení předpokladů, výběr indikátorů, zcela jiným způsobem probíhá výběr vzorku.

Metodika a charakteristika souborů

Metoda „zakotvené teorie“ byla použita ve výzkumu (1999–2000), který se v obecném pojetí priorit a cílů hlavních participantů zdravotní péče konkrétně zabýval dostupností zdravotní péče v regionu Olomouc (teritoriálně bývalý okres Olomouc). Celý výzkum byl zaměřen na dva hlavní participanty zdravotní péče a to na laickou veřejnost a na část odborné veřejnosti, na lékaře (8).

Ze záměru vyplývá, že laickou veřejností bylo nutno zkoumat kvantitativním statistickým výzkumem s tradiční dotazníkovou technikou, neboť bývalý okres Olomouc leží na 1451 km², počet obyvatel celkem byl 225665; celkový počet obcí 93, včetně Olomouce, Šternberka, Uničova a Litovle (8).

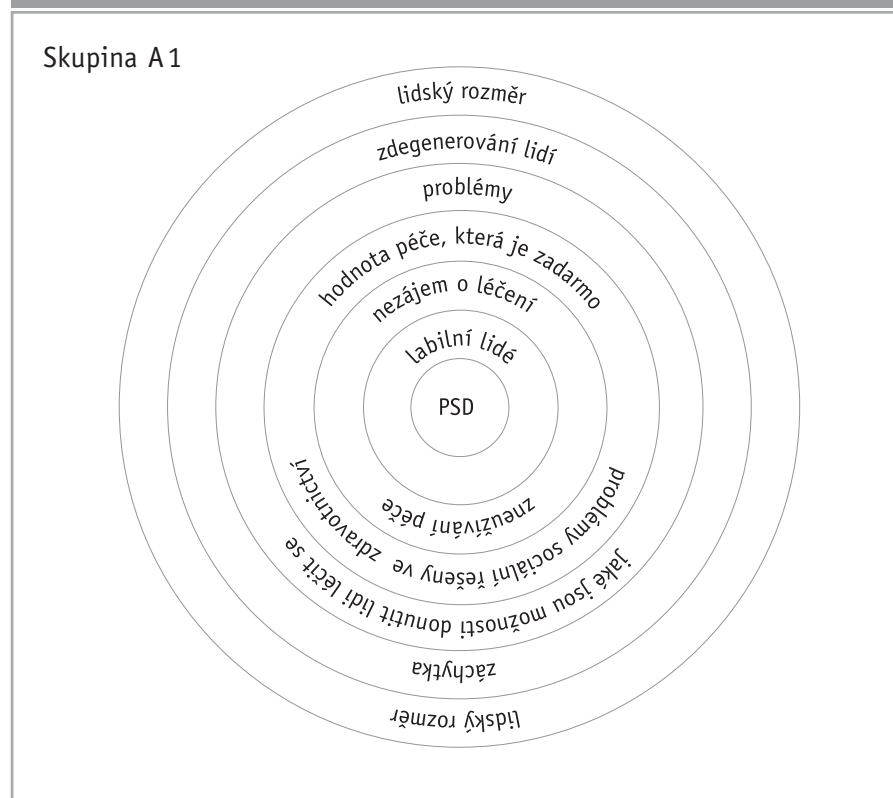
Kvalitativní metoda byla naopak vhodná pro lékaře, jimž bylo možno věnovat více času a na zkoumanou problematiku se ptát pomocí nestandardizovaného rozhovoru. Výsledky obou výzkumů byly interpretovány a následně komparovány, čímž vznikly podrobnější a informovanější závěry.

Prvním krokem bylo stanovení sociálního problému, který vycházel z otázky: „Co všechno může být prioritou hlavních participantů zdravotní péče?“ Výběr padl na oblasti, ve kterých oba zkoumaní participanté mají své cíle a priority (i když nikoli shodné ve všech indikátorech). Z těchto oblastí byla pro výzkum kvantitativní i kvalitativní určena dostupnost zdravotní péče v oblasti geografické, ekonomické a sociálně psychologické.

Dostupnost zdravotní péče je velmi citlivou sociální otázkou a je předpokladem spravedlivě poskytované péče (9). Zahrnuje pro-



Obrázek č. 1 Psychosociální dostupnost – PSD



Vzorek po detailním přepisu všech informací z rozhovorů je velmi rozsáhlý, ale přesný přepis je pro další postup kvalitativního výzkumu nezbytný, neboť z něj vychází důležitý nástroj, kterým je kódování a vytváření kategorií dat. Z různých typů kódování bylo vybráno kódování otevřené a jeho zpracování do matic podmiňujících vlivů. Základní dělení vzorku bylo zvoleno podle pracovního zaměření respondentů. To znamená, že respondenti byli fundamentálně rozděleni na skupinu A, kde byli všichni manažeři a na skupinu B, kde byli ambulantní lékaři. Dále se skupiny dělily na:

- A1 manažeři lůžkových zařízení na okrese Olomouc;
- A2 manažeři ostatních zdravotnických zařízení na okrese Olomouc;
- B1 ambulantní lékaři – specialisté v okrese Olomouc;
- B2 ambulantní lékaři – praktičtí lékaři v okrese Olomouc.

Dalším možným základním dělením by bylo dělení podle oblastí, což by však představovalo mnohonásobně větší rozsah práce.

Kategorie dat byly nazývány podle zkušeností a znalostí výzkumnice s dostupností zdravotní péče. Byly seskupovány pojmy, které se zdály příslušet ke stejnému jevu. U každé kategorie byla stanovena základní vlastnost (frekvence výskytu, míra, intenzita, doba trvání) a u ní potom dimenzionální rozsah pomoci škály (často – nikdy; více – méně; vysoká – nízká; dlouho – krátce).

Vlastnost, která byla určena pro každou kategorii jako hlavní, je vždy ve zpracování výzkumu vyznačena na dimenzionální škále a podle výsledků škál je i popisována v textu. Na podkladě kódování jsou potom vytvořeny matice podmiňujících vlivů. Ty stránky, které jsou zkoumány nejbližší jsou v matici uvedeny kolem jádra prstence a ty, které je ovlivňují z nejbližších míst a mají zároveň přesah do dalších „světů“, jsou uvedeny nejdále.

Na každé úrovni byly doplněny specifické podmiňující vlivy patřící do zkoumané oblasti. Položky, které je třeba zahrnout, závisí na typu a rozsahu zkoumaného objektu. Jakýkoliv jev lze zkoumat na kterékoliv úrovni problému, ale je nutné si uvědomit, že bez ohledu na úroveň, na které se jev nachází, musí být jev v podmínkovém vztahu k nižším i vyšším úrovním.

Výsledky a interpretace výzkumu

Z jednotlivých kategorií a jejich vlastností vzniklo 12 matic podmiňujících vlivů, což znamená, že pro každou skupinu (A1; A2;

B1; B2) je vytvořena zvlášť matice pro fyzickou dostupnost (FD), pro ekonomickou dostupnost (ED) a pro psychosociální dostupnost (PSD). Pro ilustraci jsou zde uvedeny vybrané čtyři matice podmiňujících vlivů. Matice jsou uspořádány vzestupně od základních konkrétních problémů, po problémy obecnější a společenské. Jevy ze stejné úrovně, avšak stojící často proti sobě v komparaci či protivenství, jsou v kruhu proti sobě uvedeny. Z každé skupiny je uvedena jedna matice – viz obrázky 1-4.

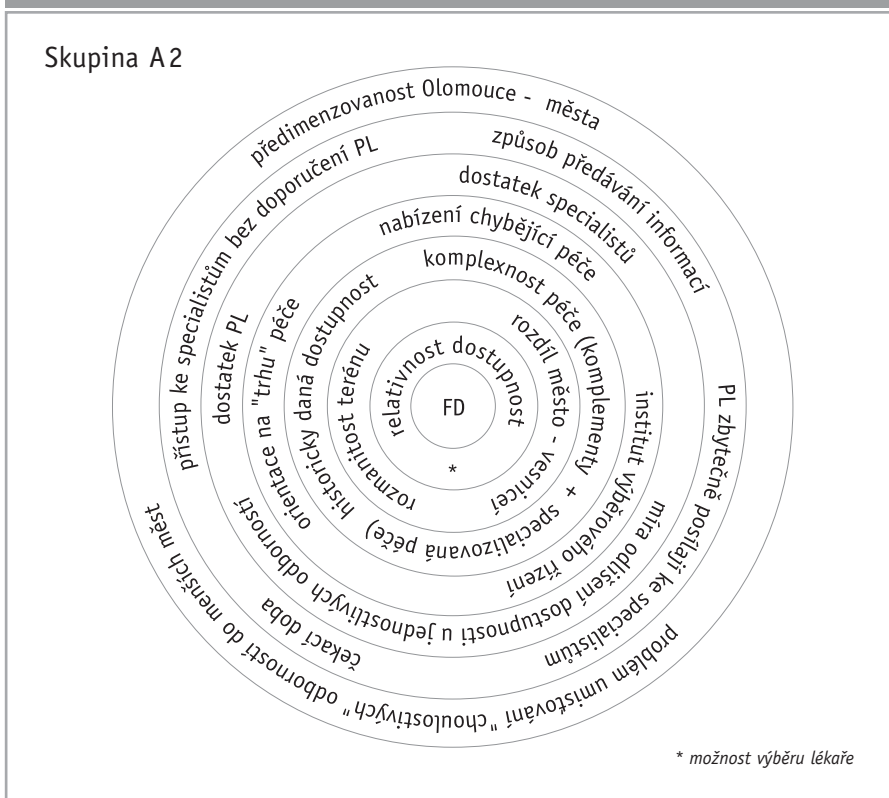
Při interpretaci výzkumu se považuje za nezbytné vysvětlit všechny interakční vztahy, což je povinnou součástí prezentace výzkumu.

1. Výsledky a interpretace výzkumu z oblasti fyzické dostupnosti

Manažeři lůžkových zařízení kladou při hodnocení fyzické dostupnosti prvotně důraz na kapacitu nemocnice, ale zdůrazňují, jak důležité je její umístění, často se odvolávají na historickou zvyklost. Na tento typ dostupnosti má (podle jejich výpovědí) následně vliv nejen pokrytí co nejvíce odborností, ale také rozsah služeb, které tyto odbornosti poskytují. I přes tyto atributy považují za velmi důležité budování dobré pověsti a strategické uvažování o budoucnosti lůžkového zařízení. Výsledkem manažerského uvažování (strategie a pověst) je nabídka služeb a zlepšování kvality, které jsou však, jak cítí všichni manažeři, ohrožovány stále více narůstající čekací dobou, problémy se sociálními lůžky a s následnou péčí, která zabírá akutní lůžka. To, co však ovlivňuje ostatní faktory fyzické dostupnosti v lůžkové péči, jsou zejména způsoby řízení a přesah okrese v příjmu pacientů.

Skupina manažerů ostatních zdravotnických zařízení si jako první atribut vybrala relativnost dostupnosti, což znamená, že pokud občané bydlí na vesnici daleko od Olomouce nebo menších měst, anebo ani ne tak daleko, ale nemají vlastní auto a dopravní obslužnost v místě jejich bydliště je minimální, tak si ani nemohou vybrat lékaře, i kdyby jim jejich praktický lékař nevyhovoval po všech stránkách. Dalším zdůrazněným atributem byla rozmanitost terénu okresu Olomouc, zejména pak na zvláštnost vojenského prostoru Libavá, kde také žijí civilní občané. Opírali se o historicky danou dostupnost zdravotní péče na okrese, který byl vždy regionem s poměrně dobrou sítí zdravotnických zařízení. Hovo-

Obrázek č. 2 Fyzická dostupnost – FD



řili však o nezbytnosti komplementu u mnoha odborností a váhali nad tím, zda odbornosti bez svého typického komplementu jsou odbornostmi v pravém slova smyslu. Není tedy podle nich řešení a hlavně to není způsob zvýšení fyzické dostupnosti mít ambulantní specialisty bez komplementu i v obcích. Zvýšením fyzické dostupnosti může být (podle nich) sice větší vzdálenost, ale potom rychlé, komplexní a kvalitní služby.

Všichni respondenti z této skupiny zdůrazňovali nutnost orientace na trhu péče, třeba nabízením chybějícího druhu péče. Jednotný názor zazněl na množství ambulantních specialistů; shodli se, že je jich dostatek a někdy i nadbytek, i když se neshodli na typu nadbytečné specializace. O nadbytku praktických lékařů nikdo nehovořil, dokonce zazněl názor, že ještě jeden dva by se uživil. Upozorňovali na to, že nadbytek či nedostatek lékařů určité specializace, ale také druh specializace, mají vliv na míru dostupnosti. To znamená, že nejen nedostatek nějaké odbornosti zvětšuje fyzickou dostupnost, ale třeba psychiatrie a sexuolog nejsou navštěvováni v místě, zvláště v menších lokalitách, protože se tam lidé navzájem znají.

Jako další následný atribut fyzické dostupnosti označila skupina ostatních

zdravotnických manažerů čtyři oblasti, které spolu vzájemně souvisejí. Jsou to:

- čekací doba,
- přístup ke specialistům bez doporučení praktického lékaře,
- způsob předávání informací,
- případy zbytečného odesílání pacientů od praktických lékařů ke specialistům.

Přístupem ke specialistům bez doporučení praktického lékaře a zbytečným odesláním ke specialistům se zabývá i ekonomická dostupnost, jedno nejde zcela oddělit od druhého. Čekací doba a s ní i spokojenost pacientů závisí na tom, jak mezi sebou spolupracují praktičtí lékaři a ambulantní specialisté (a samozřejmě i nemocniční lékaři) a jak si předávají informace.

Skupina B1 jsou praktičtí lékaři, kteří byli ve výzkumné práci prioritně popisování a sledování. Střed jejich matice tvoří přesvědčení o důležitosti praktických lékařů jako lékařů první linie. Fyzickou dostupnost nevidí v nedostatku lékařů, ale v dopravní obslužnosti obcí, zejména obslužnosti autobusové. Vesničtí lékaři a praktičtí lékaři v menších městech se domnívali, že jejich bydlení v místě působení fyzickou dostupnost zvyšuje, často zasahují v noci, anebo u dětí, když pediatr nebo pohotovost nejsou k dispozici.

blémy týkající se zdravotní politiky, alokace zdrojů, socio-behaviorálních postojů občanů, ekvity, humánních hodnot a práv občanů, organizace a koordinace činnosti zdravotnických institucí.

Z přípravných kroků vyplynula pro kvalitativní konkrétní výzkumná otázka a ta byla definována jako otázka organizační: „Jaká je dostupnost zdravotní péče na okrese Olomouc ve všech jejích hlavních indikátorech?“ Údaje k organizační otázce byly shromažďovány nejen pomocí rozhovorů, ale i studiem a popisem ostatních geografických, demografických, ekonomických i sociálních dat, podkladů a ukazatelů vybrané lokality.

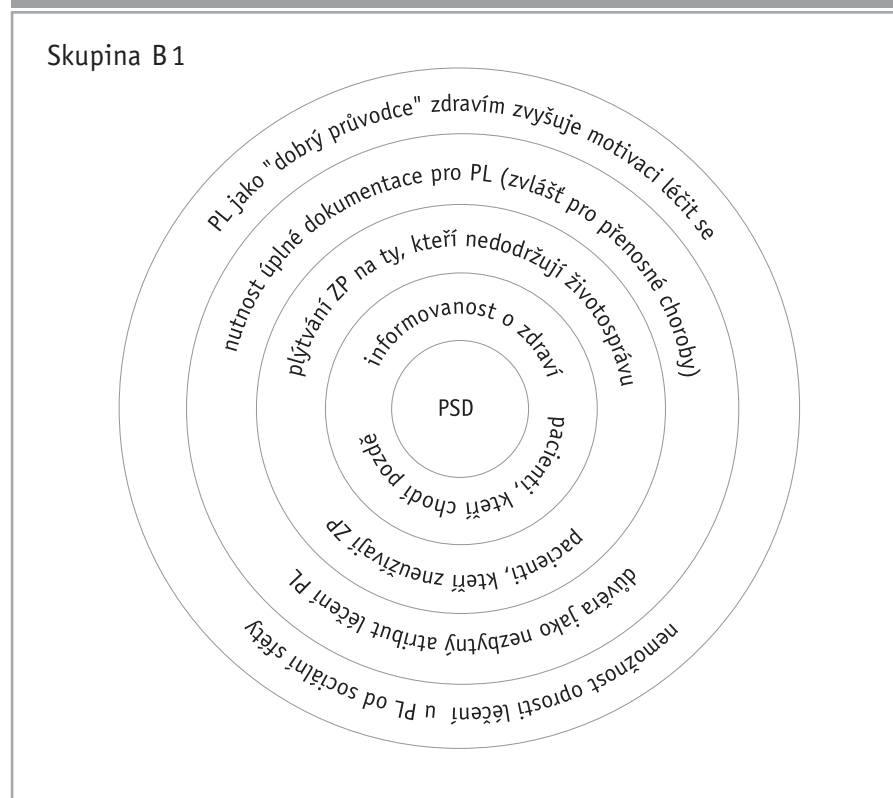
V kvalitativním výzkumu je vzorek vytvářen souběžně a jde o to, s kterým jedincem budeme dělat rozhovor jako první, a rozbohem prvního (případně druhého) rozhovoru se rozhodneme, koho se budeme ptát dál. Jde tedy spíše o „nabalovací techniku“, která je ve světě známá jako „snow-ball technique“. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu nechceme reprezentovat populaci jedinců, ale populaci problému.

V konkrétním výzkumu to znamenalo, že byly stanoveny jako první dva rozhovory s lidmi, kterým byl znám problém dostupnosti zdravotní péče v okrese Olomouc ve všech oblastech a kteří se jím zabývají ve své práci. Byli jimi MUDr. Vladimír Jukl, zdravotní rada

okresu Olomouc a MUDr. Marie Horáková, ředitelka zdravotnického zařízení SPEA s.r.o., která je i členkou krajského zastupitelstva. Oběma byla na závěr rozhovoru položena otázka, koho by bylo možno se ptát dále a zda by nedoporučili další kontakty. Jejich doporučení leckde výzkumníci otevřelo dveře. Dalším odborníkem byl Mgr. Lubor Machytka, ředitel okresní pobočky VZP. Tyto tři základní rozhovory nasměrovaly výzkumníci k praktickým lékařům (Horáková), k ředitelům nemocnic (Jukl) a k některým specialistům (Machytka).

Vzorek v kvalitativním výzkumu je nasycen, když data už nepřinášejí nic nového. Toho bylo dosaženo u zdravotnických manažerů a praktických lékařů. U specialistů byly provedeny jen tři rozhovory a vzniká zde do budoucna prostor pro další výzkumy.

Bylo provedeno 16 rozhovorů na různých místech bývalého okresu, označených podle naléhavosti znalci problematiky. Rozhovory byly natáčeny na diktafon, což u většiny respondentů nebyl problém. Každému respondentovi byl předložen „Podklad k rozhovoru“ s konkrétní definicí všech druhů dostupností zdravotní péče a podrobnou mapu okresu Olomouc. U každého rozhovoru je v příloze výzkumu popsána i situace z natáčení rozhovoru, nálada natáčení i celkový dojem.



Praktičtí lékaři z Olomouce si stěžovali na obcházení praktických lékařů, a chození rovnou ke specialistům, mnohem více než lékaři v menších lokalitách. Vesničtí lékaři byli přesvědčeni, že jejich pacienti nejsou ti, kteří zneužívají pohotovost, že jsou to především lidé z Olomouce. Stejně tak byli přesvědčeni, že v lokalitách, kde není na blízku nemocnice, je pohotovost celých 24 hodin nezbytná.

O nutnosti doporučení praktického lékaře k dalšímu léčení byli přesvědčeni všichni. „Kam já pacienta v léčení nasměřuji, na tom často závisí jeho další život“, řekla jedna praktická lékařka. Čekací dobu ani jeden praktický lékař neoznačil za příliš dlouhou, i když upozorňoval na to, že praktický lékař nemůže mít systém objednávek jako specialista. Objednat se dají plánované výkony, injekce, pravidelné prohlídky. Jejich oblastí jsou však i různé sezónní nemoci a potom je vždy čekací doba delší. Jeden praktický lékař však pravil, že se lidé u něj objednávají telefonicky, a že vždy čeká on na pacienta a ne pacient na něho.

Velkým tématem praktických lékařů bylo podceňování jejich práce a přisouzení jim pouhé administrativní role; i když mnozí odesílali ke specialistům. Je ale pravdou, že z ostatní zdravotnické odborníci upozorňovali

na to, že praktičtí lékaři si sami podřezávají větve své odbornosti, když:

- slouží do stařeckého věku, kdy už nemají zájem o nic nového,
- dále se nevzdělávají v různých malých zákrocích a novinkách,
- nepřesahují svým zájmem oblast okresu,
- nespolupracují s klinickými pracovišti.

Jeden praktický lékař, který se snaží uve- dené nešvary zcela ve své praxi odbourat, měl zkušenost s tím, že pokud jsou s ním pacienti spokojeni a on jim vychází maximálně vstřícně, jezdí za ním i z větší vzdálenosti.

Skupina ambulantních specialistů jako podstatné jádro fyzické dostupnosti uvedla míru spádovosti odborných specializací v minulosti. Zastávala shodně názor na rozdílnou dostupnost pro obyvatele Olomouce a ostatní obyvatele okresu Olomouc. Zabývali se způsobem získávání pacientů, a to z pozice tradice, z pozice dobré pověsti a také doporučením od praktického lékaře. Ambulantní specialisté neodmítají pacienty bez doporučení a proto nevidí nutnost pohotovostních služeb. Vždy se snaží o krátkou čekací dobu, což je často velmi vyčerpávající, protože ordinují nejen dopoledne, ale i odpoledne tak, aby se mohl dostavit každý pacient. Medicínu považují za vyčerpávající a náročné povolání.

2. Výsledky a interpretace výzkumu z oblasti ekonomické dostupnosti

Výsledky kvalitativního výzkumu v oblasti ekonomické dostupnosti se týkaly ve všech čtyřech skupinách především pojmu standardní a nadstandardní péče, příplácení, připojištění a chuti současné i minulé politické scény řešit finanční problémy ve zdravotnictví.

Pojem standardní a nadstandardní péče byl popisován jako pojem nejasný a nevyjasněný. Zejména praktičtí lékaři si nedovedli představit, co by v jejich praxi znamenalo poskytovat standard a co nadstandard. Jeden praktický lékař dokonce řekl, že buď péči poskytuje dobře a pak nelze hovořit o nadstandardu, anebo špatně a pak je téměř všechno nadstandard. Jako nadstandard viděl snad předepisování antibiotik, která není nutno brát často a tak pacient nemusí v noci vstávat. Zjevně si respondenti přáli, aby už jednou někdo vymezil na co máme, a na co ne.

Ředitelé nemocnic byli v nadstandardu opatrní a stejně tak v příplácení nemocniční péče. Vadila jim sociální lůžka, která mlží skutečnou ekonomiku akutní péče v lůžkových zařízeních. Všichni se shodli v příplácení „hotelových služeb“ a bez rozdílu se divili, proč tato věc, o které se tak dlouho mluví, ještě neexistuje. Části rozhovorů o ekonomice zdravotnictví končily povzdechem – není politická vůle to řešit.

Co se týká nadstandardu, tak nekonkrétnější představu měla ambulantní specialista z Olomouce a zde si troufnu tvrdit, že byla zástupce „nové generace“ ambulantních specialistů po roce 1990. Nabízela služby ve svém oboru (o kterých byla přesvědčena, že jsou nadstandardní) a spíše si stěžovala, že lidem je zatěžko cokoliv platit. Co jí ale nejvíce vadilo, byla chybná představa občanů o tom, kolik stojí zdravotní péče.

Téměř všichni se shodli v kladném názoru na příplácení za léky. Byl zdůrazňován hlavně výchovný efekt příplácení. Lékaři byli přesvědčeni, že lidé si váží léků, jen když si je zaplatí či na ně určitou částku doplatí. Zamezí zbytečnému plýtvání drahými farmaceutickými výrobky. Mnozí lékaři vyprávěli příhody ze svého profesionálního života, kde lidé, ač nejsou nemocní, si přijdou předepsat Paraleny a podobné léky a jako důvod uvádějí – do zásoby; nebo jak přijdou s pohotovostí ke stařečkovi, který tam má nashromážděnou mnoho starých neotevřených prošlých léků; jak se pacient i dvakrát vrátí, jen aby dostal od lékaře lék, za který se nic nepříplácí.

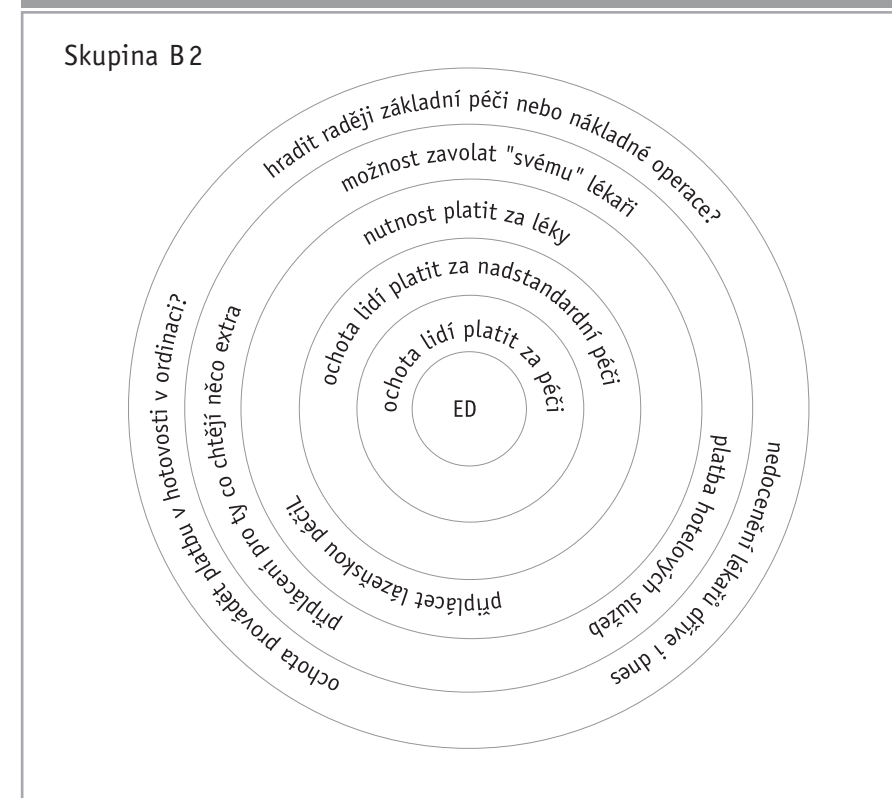
Někteří praktičtí lékaři také poukazovali na to, že sice předepisují drahé léky, ale pacient stejně nedodrží životosprávu, a tak by bylo „snad lepší ty trášky vyhodit z okna,“ jak konstatovala jedna praktická lékařka.

Jako další možnosti příplácení navrhovali lékaři lázeňskou péči, hotelové služby zejména v LDN (padly také návrhy, že by se nikde neplatilo hned, ale až po dlouhodobějším pobytu, či častějších návštěvách nebo plánovaných nemocničních akcích). O příplácení se mluvilo dále ze všech úst ambulantních specialistů a i některých praktických lékařů, a to v oblasti novodobých „bohatých podnikatelů“ či lidí, kteří se cítí „výluční či nadvýluční“, prostě těch, kteří chtějí „něco extra“. A jako příklad byly uvedeny dražší léky a jednodušší léčebné metody u těch, kteří nechtějí žádné neschopenky a nemocenské; přednostní přístup v ordinacích či mimo ordinacní hodiny, protože nechtějí ztratit ani minutku ze „svého drahocenného“ času.

Z rozhovorů jiných respondentů než praktických lékařů vyplynulo zcela jednoznačně, že pro každého z nás by bylo v případě nedostatku finančních prostředků ze zdravotního pojištění mnohem únosnější platit hotově základní (primární) péči, než nemocniční nákladné operace a léčení. Zejména zmiňovali jako nutnou bezplatnou nákladnou léčbu, nemocniční a operační péči pro děti a to bez rozdílu. Praktičtí lékaři však viděli jako velký etický problém vybírání peněz keš přímo v ordinaci.

Jako příkoří a podceňování oboru praktického lékařství, viděli lékaři neplacení úkonů praktickým lékařům, které oni umějí (obvyčejně se jednalo o výplachy uší, malé chirurgické excize, předoperační vyšetření, léčení vysokého krevního tlaku) a nechtějí kvůli nim odesílat pacienta ke specialistovi (zvláště v lokalitách, kde je ke specialistovi daleko). Zdůrazňovali, jak je to drahé, neboť specialistům se platí za tyto úkony mnohem více, a k tomu přidávali ještě časové zdržování pacienta. Dodávali, že nechtějí být jen administrativními pracovníky, ale že současný finanční systém je k tomu nutí.

Často respondenti hovořili o nutnosti příplácet pohotovostní služby, které bývají často zneužívány pro pohodlí či neinformovanost občanů. Nikdo z nich však nejmenoval jako možnost příplácení akutní a neodkladné přednemocniční péče, naopak hovořili o jejím rozšíření. Nebyli si však jisti, jak postupovat u příplácení pohotovosti, jak odlišit nutný zásah lékaře od banálního. Jeden pohotovostní lékař (dříve praktický



lékař) hovořil dokonce o problémech příplácení za léky u pohotovostní služby a popisoval situaci, kdy lékař chce po staré paní, které je opravdu zle a je ve vesnickém domku sama, dvanáct korun.

Ředitel ÚSZS (Územního střediska záchranné služby) viděl možnosti v příplácení dopravní zdravotní služby a srovnával rozsah u nás s ostatními evropskými státy. Nikde, poukazoval, není zdravotnická doprava tak redundantní. Jako velké plýtvání označili poskytovatelé zdravotní péče situaci, kdy občan obíhá mnohé ambulantní speciality se stejnou specializací a porovnává jejich názory a léčbu, nebo sám bez doporučení praktického lékaře navštíví podle svého zhodnocení specialistu, což nemusí být adekvátní jeho potížím či druhu onemocnění.

Zdravotnickí manažeři státní, političtí a pojišťovenští hodnotili situaci z širšího pohledu. Zdůrazňovali důležitost vytváření sítě zdravotnických zařízení, zvažovali míru zavedení „trhu“ do zdravotní péče, viděli spojení mezi ekonomickou a fyzickou dostupností (návštěvnost se zvyšuje zlepšením fyzické dostupnosti), věděli, že zvýšením nabídky či kvality péče se zvyšuje finanční náročnost péče a zamýšleli se nad celospolečenskou spravedlností v rozdělování finančních prostředků.

3. Výsledky a interpretace výzkumu z oblasti psychosociální dostupnosti

V psychosociální dostupnosti se respondenti kvalitativního výzkumu, rozdělení do skupin podle oblasti svého odborného působení, neshodují tolik ve svých výpovědích jako u fyzické i ekonomické dostupnosti. Přesto ti, kteří odpověděli, prokázali hluboce lidský rozměr svého myšlení a často profesionální zájem o ty, kteří nemají zájem ani sami o sebe.

Hovořili o lidech se svérázným způsobem života, o lidech zdegenerovaných nejrůznějším způsobem, o pacientech, kteří chodí pozdě. Polemizovali, jaká je možnost pochycení těchto občanů a donucení k léčbě, jak podpořit jejich odvalu navštívit lékaře, jak je přesvědčit, že zdraví je jejich vklad do života. Nepovažovali za velký problém přenosné choroby, jako spíše zanedbané interní a onkologické problémy.

Skupina manažerů viděla velké problémy v sociální hospitalizaci, kterou se snaží řešit rozšiřováním LDN, anebo vytvářením postakutních lůžek. Další věcí k řešení bylo ošetřování opilých a intoxikovaných na akutních lůžkách. Ředitel Šternberské nemocnice, po schválení akce zdravotním radou, vybudoval v prostorách bývalé polikliniky záchrannou stanici. Jak sám řekl: „Nikdy

✚ takové lidi nevyhodíme, nejprve je umyeme a podíváme se, jestli jim něco není. A tento účel splňuje právě záchytná stanice“. Záchytná stanice je ve Šternberku umístěna historicky, dříve byla v areálu psychiatrické léčebny.

Skupina ostatních zdravotnických manažerů poukazovala na to, že je to právě solidarita našeho zdravotního systému, která nám pomáhá podchytit lidi se zdravotními problémy. Jako určitou nesnáž viděli přetrvávající náladu z období socialismu, že „za všechno může zdravotník“ a jednotlivec nepřebírá takovou odpovědnost za svůj zdravotní stav, která se jeví jako potřebná.

Téměř všichni respondenti vypovídali také o labilních lidech, kteří péci nadužívají. Domnívali se, že jsou to často lidé, kteří by spíše než lékaře potřebovali psychologa, a tak se je snaží uklidnit, že jsou v pořádku. Takovému chování ale nepovažují za zneužívání zdravotní péče. V těchto případech praktičtí lékaři zdůrazňovali, jak je důležité své pacienty dobře znát. Po více výpovědích praktických lékařů, a zejména ve venkovských lokalitách bylo zřejmé, jak je těžké pro tyto lékaře oddělit problémy sociální od zdravotních.

Ambulantní specialisté hovořili o zneužívání pohotovosti a o tom, zda už mají lidé odvahu se obrátit na svého lékaře i mimo službu. Jedna lékařka viděla velký problém v tom, že pacient, u kterého má zmapovány možnosti léčebných postupů, jde prostě jedno odpoledne na pohotovost a přijde třeba s antibiotiky, které (jak ona ví) na něj neúčinkují. Sama však viděla své mezery především v komunikaci s pacienty a cítila to jako celkový problém lékařů, že neumějí hovořit tak, aby jim pacient porozuměl.

Městští lékaři neviděli pohotovostní služby jako nutné a když, tak jen do určité hodiny a pak už jen akutní případy a nemocniční příjem. Nutnost pohotovosti zdůrazňovali lékaři na Litovelsku, Uničovsku a Boudovsku, tedy tam, kde není žádná nemocnice v dosahu.

Zdravý způsob života byl probíráán zejména ambulantními lékaři. Soudili, že opravdu „zdravý způsob života“ vede jen málokdo. Lidé spíše čekají na zázrak, a když lékař podá rady typu „snížit nadváhu, nepít alkohol, nekouřit, vypotit se, pít hodně čaje“ považují to za banalitu, i když je to také léčebná metoda. Často neúplná a nekompetentní informovanost občanů, zvláště z TV reklam, či zábavných časopisů vede k očekávání rychlých a zázračných metod.

Znovu se respondenti vraceli k otázce, jaká je hodnota péče, která je zadarmo. V tomto bodě se prolínala ekonomická dostupnost s psychosociální dostupností.

Závěr

Výpověď předcházejícího odstavce potvrdila, že pozorný a dobře zpracovaný kvalitativní výzkum může přinést mnoho zajímavých, a v praxi využitelných informací. Více proměnných nevedí, je shromážděno více informací o konkrétních lidech (v uvedeném případě o konkrétních pracovních pozicích) v konkrétním prostředí. Jednoznačně je výzkumem získán hlubší pohled na zkoumanou problematiku. Nevýhodou je nemožnost zobecnit data a vztáhnou je k dalším zdravotnickým institucím, k dalším lokalitám a možná i odbornostem.

Používání kvalitativního výzkumu ovšem neznamená zavrhnutí výzkumu kvantitativního. Záleží na tom, jaká sociální problematika má být zkoumána, jaký je cíl výzkumu a do jaké hloubky poznání je nutné jít. Jako neefektivnější se jeví spojení kvantitativních i kvalitativních metod. „Tyto dva přístupy se mohou efektivně používat ve stejném výzkumném projektu. ... Příklady spojení těchto dvou přístupů jsou následující: Kvalitativní údaje se mohou použít pro ilustraci nebo vyjasnění kvantitativně odvozených závěrů, nebo můžeme také použít jakési kvantitativní údaje k částečnému ověření svých závěrů získaných kvalitativní analýzou (7).“

V doktorské práci, z které je ukázka kvalitativního výzkumu, byla taková komparace úspěšně použita a statistické výsledky z kvantitativního zkoumání názorů na dostupnost zdravotní péče u občanů regionu Olomouc byly srovnávány s uvedeným kvalitativním výzkumem lékařů. Porovnání obou výstupů bylo velmi zajímavé a ukázalo, kde se názory laické a odborné veřejnosti shodují a kde se naopak rozcházejí. Cílem doktorské práce bylo nejen poukázat na možnosti využití kvalitativních metod při zkoumání sociálních problémů ve zdravotnictví, ale i ukázat způsob, jakým by se měl sociologický výzkum ve zdravotnictví ubírat.



o autorech

Mgr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

je odbornou asistentkou Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty Univerzity Palackého

SOUHRN:

Sociologie poskytuje medicíně i zdravotnictví kvantitativní i kvalitativní metodologii, jejíž využití pomáhá při řešení odborných lékařských i zdravotnických problémů. Výběr metodologického principu a následně i jednotlivých metod a technik závisí na cíli výzkumu i plánované hloubce poznání. Kvalitativní výzkum však byl dosud málo v oblasti zdravotnictví využíván. Jednou z kvalitativních metod, která může být ve zdravotnictví velmi užitečná, je metoda zakotvené teorie. Pro získání kvalitních poznatků se ukazuje také jako velmi přínosná kombinace kvantitativních i kvalitativních přístupů a následná komparace získaných dat. Ukázkou takového spojení je výzkum dostupnosti zdravotní péče v regionu Olomouc. Dostupnost zdravotní péče zde byla studována z hlediska fyzické, ekonomické a psychosociální dosažitelnosti zdravotnických služeb.

KLÍČOVÁ SLOVA: Sociologická metodologie, metoda zakotvené teorie, dostupnost zdravotní péče

literatura

1. SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AKADEMIE VĚD. Sociologický slovník. 1. a 2. díl. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 1627 s. ISBN 80-7184-311-3.

2. KUBÍČKOVÁ, N. Sociologie zdraví, nemoci a medicíny. Studijní texty. 1. vyd. Olomouc: VUP, Filosofická fakulta, 2000. 49 s.

3. DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele 1.vydání. Praha: Karolinum – nakladatelství Univerzity Karlovy, 1998. 374s. ISBN 80-7184-141-2.

4. OSBORNE, R. and van LOON, B. Sociologie. 1. vyd. Přel. J. Papoušek. Praha: Portál, 2002. 177s. ISBN80-7178-610-1.

5. IVANOVÁ, K. Sociologický pohled na kvalitativní výzkum. In: Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetřovatelství. Praha: Grada,2002. s.153-157. ISNB 80-247-0536-2.

6. KUBÁTOVÁ, H. Akademičky. Doktorská práce. Olomouc: 1998, s. 7.

7. STRAUSS, a. and CORBINOVÁ, J. Základy kvalitativního výzkumu. Překl. S. Ježek, 1. vyd. Boskovic: Albert, Sdružení podané ruce, 1999. 228 s. Přel. z: Basic of Qualitative Research. ISBN 80-85834-60-X.

8. IVANOVÁ, K. Priority a cíle hlavních participací zdravotní péče v okrese Olomouc. Doktorská práce, 2001, 198 s.

9. GLADKIJ, I. a KOLDOVÁ, Z. Propedeutika sociálního lékařství. 1.vyd. Olomouc: VUP, 1998. 180 s. ISBN 80-7067-904-2.

Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a ČR

Inspirace

Publikace „Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a v ČR“ byla inspirována naším vstupem do Evropské Unie (EU) v květnu 2004 a dvěma souhrnnými publikacemi, které připravil Eurostat jako příspěvek k novému akčnímu programu EU v oblasti veřejného zdraví na roky 2003 až 2008 schválenému Evropským parlamentem i Evropskou komisí

Obsah

Publikace je členěna do následujících kapitol a obsahuje vedle textu řadu přehledných grafů. Vedle malých tabulek začleněných přímo do textu, jsou na konci každé kapitoly uvedeny přehledové tabulky s údaji za Českou republiku, průměr EU-15 a za jednotlivé země bývalé EU-15. Pro lepší představu uvádím stručné postřehy a závěry z představované publikace. Vzhledem k charakteru tohoto příspěvku zde neuvádím žádné tabulky a ani žádný z mnoha grafů z této publikace.

Demografie

Obyvatelstvo České republiky se podílí na celkovém počtu obyvatel „rozšířené“ Evropské unie 2,3 %. Podle indexu stáří patří věková struktura obyvatel ČR zatím k evropskému průměru, při zachování stávajícího trendu demografického vývoje se však postupně přesune naše republika mezi země s nejstarším obyvatelstvem.

Porodnost v České republice se dostala na historicky nejnižší úroveň. Patříme k zemím s nejnižší úhrnnou plodností. Přes mimořádné tempo růstu střední délky života v 90. letech naše země stále nedosahuje ani nejnižší hodnoty v zemích EU 15. V rámci země střední a východní Evropy zaujímá druhé místo za Slovinskem.

Kojenecká úmrtnost zaznamenala v České republice v celém sledovaném období velmi příznivý vývoj a úroveň kojenecké úmrtnosti se řadí k evropské i světové špičce.

Údaje vztahující se ke zdraví získané z výběrových šetření

Z hlediska zdravotního stavu hodnoceného na základě výběrových šetření se Česká republika, ve srovnání s EU 15 pohybuje přibližně na průměrné úrovni.

Souhrnné hodnocení otázek je však velice zavádějící, zatímco v subjektivním hodnocení zdraví je na tom ČR hůře, prevalence některých chronických onemocnění či dlouhodobé neschopnosti je u nás ve srovnání s EU 15 poměrně nízká.

Srovnání zdravotního stavu však závisí především na položené otázce a socio-kulturním přístupu dané populace k vlastnímu zdraví a jeho hodnocení. Zdá se, že uvedené výsledky potvrzují větší pesimismus našich občanů.

Životní styl

Z dostupných údajů je zřejmé, že podíl obézních osob a osob s nadváhou je u nás ve srovnání s EU 15 poměrně vysoký. Zatímco z hlediska údajů o spotřebě alkoholu založených na produkci, spotřebě, vývozu a dovozu se ČR řadí mezi země s nejvyšší vykazovanou spotřebou, podle údajů z výběrových šetření se podíl osob s konzumací alkoholu v posledních 4 týdnech pohybuje jen mírně nad průměrem EU 15. Údaje o kouření jsou obtížně srovnatelné, v porovnání s EU 15 je však kuřáctví v ČR relativně méně rozšířené.

Využívání zdravotnických služeb

V oblasti využívání zdravotní péče je Česká republika na předním místě jak v prevalenci hospitalizace, tak ve frekvenci ambulantních návštěv lékaře. Nejméně využívají lůžkovou i ambulantní péči obyvatelé jihoevropských států (Řecko, Itálie, Španělsko), nejvíce naopak Rakousko, Belgie a Německo. Preventivní péče je u nás, s výjimkou mamografie, poměrně častá. Obecně lze říci, že v oblastech, kde jsou zdravotnické služby více využívány, převládá spokojenost se zdravotnickým systémem. Naopak v zemích s nízkou frekvencí využívání těchto služeb převládá spíše nespokojenost.

Využití rutinních statistik

Údaje z předcházejících kapitol byly získány z výběrových šetření typu Health interview survey (HIS). Ale i v zemích EU existují rutinní statistiky zdravotního stavu, jsou zde vedeny zdravotní registry a z těchto zdrojů pochází následující data. Dostatečně srovnatelných statistik však není mnoho.

Péče o děti a ženy

V péči o děti a těhotné matky Česká republika do „Evropy“ již dávno patří. Mateřská úmrtnost je nízká a vakcinační děti patří dokonce mezi nejlepší v Evropě. V potratech je situace o něco horší, ale nastoupený trend stálého poklesu jejich počtu je velmi pozitivní.

Zdravotní stav

Zdravotní stav je zde krátce hodnocen jednak mírou úmrtnosti a za druhé statistikami nemocnosti, mezi kterými významnou roli mají zdravotní registry. mezi nejrozšířenější vedle sledování přenosných onemocnění patří zhoubné novotvary, TBC, registr hospitalizovaných.

Lékaři a lůžka

Česká republika je v počtu lékařů jen mírně pod evropským průměrem a výrazně převyšuje země bývalého východního bloku. V počtu zubních lékařů odpovídá evropskému průměru.

Počtem nemocničních lůžek je Česká republika výrazně nad průměrem Evropské unie, z části je to

však způsobeno nedostatečným počtem lůžek ošetřovatelských a sociálních. Nedostatečná je dosud i síť zařízení domácí zdravotní péče, která umožňuje propustit pacienta dříve do domácího ošetřování.

Ekonomický potenciál

Česká republika vstupuje do EU s ekonomickým potenciálem, který ji řadí mezi první čtyři státy z dřívějších kandidátských zemí spolu s Kypr, Maltou a Slovinskem. Ve výši výdajů na zdravotnictví však zaostáváme za průměrem EU 15 jak v absolutních hodnotách, tak i v procentuálním vyjádření poměru z HDP. EU nestanoví jednotnou zdravotní politiku. Řízení, správu a financování ponechává na jednotlivých národních vládách.

Zdravotnické systémy a financování

Podle dat z roku 2002 (Eurostat) je možno organizaci zdravotnických systémů v EU 15 zjednodušeně popsat takto :

V Irsku, Lucembursku a Nizozemsku je zdravotnictví převážně privatizované. V Dánsku, Finsku, Itálii, Portugalsku, Španělsku, Švédsku a Řecku je převážně veřejné, v ostatních zemích je ambulantní péče privátní, ústavní péče veřejná (Eurostat 2002). V Dánsku, Finsku, Irsku, Itálii, Portugalsku, Španělsku, Švédsku a Velké Británii jsou pro financování zdravotnictví nejdůležitější veřejné rozpočty (rozuměj daně), z toho převážně územní rozpočty. V Belgii, Francii, Lucembursku, Německu, Nizozemsku, Rakousku a Řecku tvoří největší podíl veřejné zdravotní pojištění. Soukromé pojištění/připojištění kromě Nizozemska (14,9 %) a Francie (10,4 %) se pohybuje v řádu několika procent.

Podíl přímých soukromých peněžních výdání v roce 2002 kolísal od 6,8 % (Nizozemsko) do 31,1 % v Portugalsku. Tento údaj vyjadřuje podíl na celkových výdajích, nelze jej chápat jako spoluúčast pacienta na platbách za ambulantní či ústavní péči apod.

Kde publikaci najdete?

V tiskové podobě vyšla publikace v omezeném nákladu. Publikace je v plném tvaru (ve formátu pdf) umístěna na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky www.uzis.cz.

Použití krátkých výtahů z této publikace v dalších pracích je dovoleno za předpokladu úplného citování zdroje. Pro publikování grafů, map nebo většího objemu informací z této publikace je nutný souhlas Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, Palackého náměstí 4, P.O.BOX 60, 128 01 Praha 2.



Mgr. Jiří Holub, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

The evaluation of the process of implementation of the colorectal cancer screening in South Bohemia region was the main aim of the research carried out amongst all general practitioners of the two districts of the region. Reflection of the program by GPs, the key actors of the program, was one of the most important elements of the program evaluation. 38 (58 %) out of 66 GPs targeted via post responded the questionnaire. GPs mostly (32 respondents) estimate screening as the important or even particularly important and the same number of respondents appreciate the organization of the program. Most of GPs (35) informed their patients about the screening during their visit to the surgery and only minority of them (6) invited their patients via post as well. Only half of GPs perceived the information campaign accompanying the program as satisfactory; most of respondents (27) estimated the level of awareness in patients as „partial“. Only 15 practitioners reported 100 % utilization of the offer to undergo the test and 22 only 50 % utilization. Only 23 GPs replied all their tests returned back in a month. There were more favorable results obtained in smaller district that is at the same time the district with more inhabitants living in smaller communities.

Hodnocení realizace screeningového programu

kolorektálního karcinomu na úrovni dvou okresů Jihočeského kraje

Jana Havelková, Zdeněk Kučera, Svěráková Marcela, Martin Tuček

Východiska projektu

Zhoubný nádor tlustého střeva a konečníku (kolorektální karcinom) je významnou příčinou nemoci a úmrtnosti ve většině průmyslově vyspělých zemích. Na základě dat Evropské sítě onkologických registrů je počet nových onemocnění v 15 členských státech EU odhadován na 200 000 případů ročně. V celosvětovém srovnání zaujímá Česká republika první místo ve výskytu této závažné nemoci.

Ze statistických přehledů Národního onkologického registru ČR vyplývá, že karcinom tlustého střeva a konečníku je v počtu výskytů na druhém místě: u mužů po karcinomu plic, u žen po karcinomu prsu [Zavoral, Ladmanová 2001]. Každý rok je zachyceno kolem 4 100 nových případů nádorového onemocnění tlustého střeva a asi 3 100 případů nádorů konečníku. U zhoubných nádorů tlustého střeva je incidence 45 mužů a 35 žen na 100 000 obyvatel. Zhoubných nádorů konečníku je 38 mužů a 23 žen na 100 000 obyvatel [Hrubá a kol. 2001]. Více než 5 000 lidí ročně na tuto diagnózu umírá.

Příčiny této situace můžeme hledat jednak v oblasti životního stylu: jsou to dlouhodobě špatné stravovací návyky české populace, charakteristické vysokým obsahem živočišných tuků a nízkou konzumací zeleniny a ovoce. Druhou příčinou je pozd-

ní diagnostika onemocnění. Uvádí se, že téměř polovina zhoubných nádorů je zjištěna až v pokročilých stádiích, kdy je již naděje na uzdravení malá.

Karcinom tlustého střeva a konečníku je při časně detekci dobře léčitelný. Rozvoji tohoto onemocnění lze zabránit odstraněním adenomových polypů, které jsou považovány za prekancerózní stádium nemoci, a to v rámci preventivního vyšetření. Proto byla Evropskou komisí pro screening KR-CA vypracována metodika doporučující provádět preventivní vyšetření stolice na okultní krvácení u asymptomatických jedinců starších 50 let ve dvouletých cyklech [Faire 2001].

1.1 Screening kolorektálního karcinomu

Metodika provádění screeningu kolorektálního karcinomu je poněkud složitější než je tomu u jiných druhů zhoubných nádorů. Například u screeningu rakovinu prsu je stanoven jeden standardizovaný test, jímž je mamografické vyšetření žen určitého věku. Pro detekci kolorektálního karcinomu existuje několik různých způsobů screeningového vyšetření. Jsou to: test okultního krvácení ve stolici (TOKS)¹, sigmoidoskopie, kolonoskopie, a rentgenové vyšetření tlustého střeva a konečníku. Účinnost těch-

to vyšetření byla prokázána a liší se pouze svojí mírou efektivity, přesností, invazivitou (zátěží pro pacienta) a finanční náročností lékařského výkonu [Větrovský 2002]. Při výběru vhodného diagnostického testu by měl lékař zvážit jejich senzitivitu a specifitu. Oba tyto ukazatele by měly být přirozeně co nejvyšší, v praxi toho nelze většinou dosáhnout. U případů, kdy je pravděpodobnost přítomnosti nádoru v tlustém střevě nebo konečníku malá je vhodné použít test senzitivní, tj. s nízkou falešnou negativitou Janout 1998 .

Odborníci se doposud na stanovení nejvhodnějšího testu či jejich vzájemné kombinace neshodli. V poslední době se začínají používat nové metody, jako je např. virtuální kolonoskopie nebo zkoumání DNA sekvence karcinomu metodou Stool-Based Molecular Screening. [Walsh, Teridman 2003] Nejčastěji používaným screeningovým vyšetřením je stále testování na okultní krvácení u asymptomatických jedinců starších 50 let. Testování však není v ČR prováděno v takovém rozsahu, v jakém je doporučeno. Tato situace je způsobena překážkami na straně pacientů, lékařů i zdravotnického systému². Pacienti zpravidla nejsou dostatečně informováni o závažnosti onemocnění, o jeho výskytu a preventivních vyšetřeních, resp. o screeningových testech. Svou roli hraje pracovní vytíženost jednotlivců, ale i obavy jak ze samotného provedení testu, tak z pozitivního výsledku. K překážkám ze strany lékaře mohou patřit například nedocenení významu prevence či nedostatek času pro komunikaci s pacientem. Mezi bariéry způsobené zdravotnickým systémem mohou patřit problémy s pojišťovkami a screeningovými pracovišti. [Walsh, Teridman 2003]

V ČR byl celoplošný program prevence kolorektálního karcinomu podle metodiky České gastroenterologické společnosti ČLS JEP zahájen v roce 2000, kdy bylo do Seznamu zdravotních výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění zařazeno vyšetření pomocí testu na okultní krvácení u asymptomatických osob starších 50 let ve dvouletém intervalu.

Screening, resp. test na okultní krvácení, provádějí praktičtí lékaři v rámci preventivní činnosti⁴. V případě pozitivního testu je pacient odeslán k gastroenterologovi, kde mu je provedena kolonoskopie. V rámci ní se provádí i odstranění adenomových polypů⁵ [Větrovský 2002]. Před 1. červencem roku 2000 vyšetřovali v ČR lékaři testem na okultní krvácení asi 12 000 pojištěnců ročně. Po zavedení screeningu KR-CA došlo k nárůstu počtu vyšetření (tabulka č. 1). Nárůst však neodpovídá závažnosti tohoto onemocnění. VZP eviduje v rizikové skupině osob starších 50 let celkem 2,6 milionu pojištěnců [VZP 2003].

1.2 Screening kolorektálního karcinomu v ČR

Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP zpracovala v rámci projektu Doporučené postupy pro praktické lékaře metodiku screeningu kolorektálního karcinomu, v níž doporučuje provádět depistážní program u populace starší 50 let v rámci preventivní

Název výkonu	Počty provedených testů (TOKS)			
	3.Q.2002	4.Q.2002	1.Q.2003	2.Q.2003
standardizovaný test TOKS – negativní výsledek	28 602	46 718	52 483	53 796
standardizovaný test TOKS – pozitivní výsledek	1 815	2 693	2 923	2 948
Celkový počet provedených TOKS testů	40 417	49 411	55 406	56 744
Čtvrtletní procentuelní nárůst počtu TOKS – (%)	—	+ 22%	+ 12%	+ 2%
Procento pozitivních výsledků z celkového počtu	5.97%	5.45%	5.28%	5.20%

Zdroj □ www.vzp.cz

prohlídky³. Vycházela při tom z výsledků tří randomizovaných studií, které sledovaly efekt testování na okultní krvácení ve stolici v intervalu dvou let. Závěry studií dokazují snížení mortality na kolorektální karcinom až o 20 %. Je-li testování prováděno každý rok, je toto číslo pravděpodobně ještě vyšší [Atkin 2003].

V ČR byl celoplošný program prevence kolorektálního karcinomu podle metodiky České gastroenterologické společnosti ČLS JEP zahájen v roce 2000, kdy bylo do Seznamu zdravotních výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění zařazeno vyšetření pomocí testu na okultní krvácení u asymptomatických osob starších 50 let ve dvouletém intervalu.

Screening, resp. test na okultní krvácení, provádějí praktičtí lékaři v rámci preventivní činnosti⁴. V případě pozitivního testu je pacient odeslán k gastroenterologovi, kde mu je provedena kolonoskopie. V rámci ní se provádí i odstranění adenomových polypů⁵ [Větrovský 2002].

Před 1. červencem roku 2000 vyšetřovali v ČR lékaři testem na okultní krvácení asi 12 000 pojištěnců ročně. Po zavedení screeningu KR-CA došlo k nárůstu počtu vyšetření (tabulka č. 1). Nárůst však neodpovídá závažnosti tohoto onemocnění. VZP eviduje v rizikové skupině osob starších 50 let celkem 2,6 milionu pojištěnců [VZP 2003].

Cíle

Cílem projektu bylo v prvé řadě popsat a zhodnotit průběh screeningového programu, zaměřeného na časný záchyt kolorektál-

ního karcinomu na základě informací, získaných od praktických lékařů ve vybraných územních jednotkách, v bývalých okresech Jihočeského kraje Tábor a Český Krumlov. K výběru těchto lokalit nás vedly především ukazatele výskytu kolorektálního karcinomu v populaci. Tábořsko vykazuje nejvyšší výskyt a českokrumlovsko naopak nejnižší výskyt tohoto nádorového onemocnění v Jihočeském regionu.

Metodologie

Ke sběru dat ve sledovaných okresech byl připraven jednoduchý dotazník, který byl distribuován poštou. O jeho vyplnění byli požádáni všichni praktičtí lékaři, kteří mají ordinaci v okresech Tábor a Český Krumlov.

Výzkumné otázky

Úkolem našeho šetření bylo získat data, která bychom mohli využít ke zpracování odpovědí na následující otázky:

1. V jaké míře je realizován screening kolorektálního karcinomu ve vybraných okresech Jihočeského kraje?
2. Je počet vyšetření TOKS (test okultního krvácení ve stolici) determinován počtem pacientů regionu?
3. Jsou v provádění screeningu KRCA rozdíly mezi jednotlivými praktickými lékaři ve sledované oblasti?
4. Zvýšil se počet screeningových vyšetření v průběhu posledních dvou let?
5. Jaká je motivace praktických lékařů k provádění preventivních prohlídek, jaký postoj k němu zaujímají?

1) též Fecal Occult Blood Testing – FOBT [Walsh, Teridman 2003]

2) Podle Vyhlášky MZČR č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, mají lidé starší 50 let v ČR nárok na vyšetření na okultní krvácení ve stolici jednou za dva roky.

3) Analýza provádění preventivních prohlídek byla provedena v Hutnické zdravotní pojišťovně a výsledek byl následující – onkologické preventivní prohlídky provádělo 68,8 % praktických lékařů pro dospělé. Ani v jednom případě nebyla prokázána souvislost zjištění onemocnění (maligní melanom kůže) s provedenou preventivní prohlídkou [Dolanský 2002].

4) Odstranění všech adenomových polypů zjištěných při kolonoskopii metodou endoskopické polypektomie.

5) Metoda endoskopické polypektomie a návazného dlouhodobého pozorování je významným faktorem snižujícím následnou incidenci KR-CA. Dosavadní studie prokazují snížení rizika o 76-90%. Zavoral, Ladmanová 2001

6) Informace, kolik onemocnění adenomovými polypy, popř. KR-CA bylo diagnostikováno na základě provedených screeningových testů (TOKS) v rámci preventivního vyšetření, nejsou bohužel dostupné.

6. Jaká je motivace občanů vstoupit do screeningového programu?

7. Co vytváří překážky provádění preventivních prohlídek?

Na některé z uvedených otázek zatím nemůžeme odpovědět. Předpokládali jsme, že odpovědi na otázky naší ankety budou doplněny analýzou dat Všeobecné zdravotní pojišťovny – tato potřebná data se nám bohužel nepodařilo získat. Krom toho předpokládáme ještě realizaci dotazníkového šetření u populace osob, které tvoří cílovou skupinu screeningů.

Výsledky šetření

Popis souboru:

Z celkem 66 dotazníků rozeslaných všem praktickým lékařům z „okresů“ Český Krumlov a Tábor se nazpět vrátilo 38 vyplněných dotazníků. Návratnost této „poštovní ankety“ je tedy 58%, což je u poštovních anket poměrně vysoké procento, které nás opravňuje k zobecnění našich zjištění. Na druhou stranu musíme konstatovat, že jsme nezjišťovali, zda samoselektce plynoucí z návratnosti nějakým systematickým způsobem nepoznámala výsledky.

Pohlaví, věk a délka odborné praxe:

Z těch, kteří vyplnili a odeslali dotazník, dvojnásobně převládají praktičtí lékaři z Táborska nad lékaři z Českého Krumlova (poměr je 26:12). Zastoupení lékařů a lékařek je téměř rovnoměrné: 20 žen a 18 mužů.

Celkový věkový průměr je 51,5 roku, nejmladšímu lékaři je 40 let, nejstaršímu 64 let. Průměr uváděné doby dosažené praxe je 25 let, přičemž do 20 let praxe uvedlo 9 lékařů, naopak nad 30 let praxe má zhruba polovina lékařů, účastníků se naší ankety.

Počet účastníků	Průměrný věk	Muži / Ženy	Deklarovaná délka praxe
38 PL	51,5 let	18 / 20	25

Velikost obce a počet registrovaných pacientů

Počet registrovaných pacientů, které mají praktičtí lékaři ve své kartotéce, se pohyboval v rozmezí 300 – 2 621, jeden lékař odmítl tento údaj sdělit. Vedle těch, kteří mají ordinaci přímo v Táboře či Českém Krumlově (město s 35 000 resp. 15 000 obyvateli), byli kontaktováni i lékaři na venkově. Z těch, kteří se našeho výzkumu zúčastnili, jich celkem 14 ordinuje v obci do 3 500 obyvatel, dalších 5 v městech s počtem 5 – 10 tisíc oby-

	Tábor	Český Krumlov	Celkem
Mimořádný význam	9	2	11
Značný význam	13	8	21
Omezený význam	3	2	5
Bezvýznamná metoda	1	0	1
Nevyhraněný názor	0	0	0
Celkem	26	12	38

	Tábor	Český Krumlov	Celkem
Své pacienty aktivně zvalo na vyšetření korespondenčním lístkem	3	3	6
Své pacienty informovalo o možnosti vyšetření stolice na OK během návštěvy v ordinaci	25	10	35
Sestra informovala pacienty při návštěvě ordinace o možnosti vyšetření	9	5	14
Přednášku pro své pacienty zorganizovali	1	1	2
Nechal jsem na pacientech, zda si vyšetření vyžádají	1	2	3
V čekárně byl vyvěšen plakát	11	6	17
V čekárně byl k dispozici informační leták	10	5	15

	Tábor	Český Krumlov	Celkem
Všichni nebo téměř všichni pacienti, kterým jsem vyšetření nabídl(a), je podstoupili	6	9	15
Více než polovina pacientů, kterým jsem vyšetření nabídl(a), je podstoupila	18	3	21
Poměr těch, kteří souhlasili a odmítli, byl zhruba vyrovnaný	1	—	1
Více než polovina pacientů, kterým jsem vyšetření nabídl(a), je odmítla	1	—	1
Všichni nebo téměř všichni pacienti, kterým jsem vyšetření nabídl(a), je odmítli	—	—	—
Vyšetření jsem svým pacientům nenabízel(a)	—	—	—
Celkem	26	12	38

vatel. Z tohoto pohledu lze soubor lékařů, kteří se zúčastnili dotazování, považovat za vyvážený. Získali jsme informace nejen od lékařů z velkého města a s velkým počtem registrovaných pacientů (11 lékařů bylo přímo z Písku), ale i od lékařů z vesnic a malých měst, ve kterých lze předpokládat také menší počet registrovaných pacientů. Pro přehlednost uvádíme tabulku:

Počet registrovaných pacientů (r. p.)	Počet PL	Průměrná vel. kartotéky (r. p.)
300 – 1 500	15	1 175
1 501 – 2 000	12	1 791
2 001 – 2 621	9	2 281

	Tábor	Český Krumlov	Celkem
Velmi dobrá	5	5	10
Dobrá	17	5	22
Nemám názor	3	2	5
Spíše špatná	1	0	1
Velmi špatná	0	0	0
Celkem	26	12	38

	Tábor	Český Krumlov	Celkem
Ano, všechny	14	9	23
Test vrátí asi 60 % pacientů	11	3	14
Test vrátí asi 30 % pacientů	1	—	1
Test vrátí méně než 30 % pacientů	—	—	—
Celkem	26	12	38

	Tábor	Český Krumlov	Celkem
Nárůst počtu vyšetření OK v roce 2002-3	18	9	27
Přibližně stejný počet vyšetření v obou obdobích	8	3	11
Pokles počtu vyšetření na OK v roce 2002-3	0	0	0
Vyšetřené na OK se v mé ordinaci nerealizovala	0	0	0
Celkem	26	12	38

Postoje praktických lékařů ke screeningu KRCA:

První blok otázek dotazníku byl zaměřen na zjištění postojů praktických lékařů k metodě sekundární prevence kolorektálního karcinomu, resp. jeho časného zachytu pomocí vyšetření TOKS. Zajímalo nás, jaký význam přisuzují lékaři této vyšetřovací metodě.

Z počtu 38 lékařů, kteří provádějí vyšetření TOKS přisuzuje této metodě mimořádný či značný význam 32 dotázaných. 5 lékařů přikládá vyšetření TOKS u asymptomatických jedinců spíše omezený význam a jeden dotázaný je dokonce považuje za bezvýznamné. Skeptický postoj ke screeningu KRCA zaujímají tito lékaři na základě vlastní, spíše negativní

zkušenosti se spolehlivostí testu. Mezi sledovanými lokalitami nejsou významné rozdíly.

Hodnocení organizace a průběhu screeningů:

Úkolem dalšího bloku otázek bylo zjistit, zda a do jaké míry byli praktičtí lékaři informováni o tom, jak mají postupovat při provádění screeningů KRCA.

Z vyhodnocení odpovědí vyplynulo, že z 38 respondentů bylo 32 spokojeno s organizací projektu a hodnotí ji jako „velmi dobrou“ či „dobrou“. Pouze 9 lékařů se setkala s organizačními problémy, ty však nebyly dále specifikovány. Není patrný výrazný rozdíl mezi jednotlivými okresy.

Informace o tom, že zdravotní pojišťovny hradí vyšetření TOKS u asymptomatických jedinců, se dostala k převážné většině dotázaných před zahájením programu, pouze 6 lékařů z 38 bylo informováno až v jeho průběhu.

Jakým způsobem probíhal screening v ordinaci praktického lékaře:

Zajímalo nás způsob, jakým jednotliví praktičtí lékaři postupovali při informování svých pacientů o možnosti preventivním významu vyšetření TOKS.

Požádali jsme respondenty, aby v nabídce možností označili ty, které využili (tab. 3). Z vyhodnocení odpovědí je zřejmé, že převážná většina dotázaných zaujala spíše aktivní přístup a informovala své pacienty o preventivním vyšetření TOKS u příležitosti návštěvy v ordinaci, polovina lékařů měla v čekárně k dispozici osvětové materiály. Zhruba jedna třetina lékařů pověřila zdravotní sestru, aby pacienty o možnosti preventivního vyšetření informovala. Dva lékaři uvedli, že pro své pacienty zorganizovali přednášku. Rozložení odpovědí se v jednotlivých okresech výrazně neliší.

Využití osvětových materiálů:

Jedním z nejčastěji využívaných osvětových materiálů pro pacienty byl leták z produkce VZP. Využívalo jej 30 z 38 respondentů. 13 lékařů využívalo ve své ordinaci materiály farmaceutických firem a jeden lékař uvedl, že si k této příležitosti pro své pacienty zpracoval osvětové informace sám.

Hodnocení celoplošné mediální kampaně ke screeningu KRCA:

37 respondentů uvedlo, že kampaň dle jejich mínění probíhala v tisku, v rozhlase a v televizi „osvětová kampaň“ zaměřená na širokou veřejnost, avšak pouze polovina dotázaných ji hodnotí jako dostatečnou.

	Tábor	Český Krumlov	Celkem
Ano, všechny	14	9	23
Test vrátí asi 60 % pacientů	11	3	14
Test vrátí asi 30 % pacientů	1	—	1
Test vrátí méně než 30 % pacientů	—	—	—
Celkem	26	12	38

	Tábor	Český Krumlov	Celkem
Nárůst počtu vyšetření OK v roce 2002-3	18	9	27
Přibližně stejný počet vyšetření v obou obdobích	8	3	11
Pokles počtu vyšetření na OK v roce 2002-3	0	0	0
Vyšetřené na OK se v mé ordinaci nerealizovala	0	0	0
Celkem	26	12	38

	Tábor	Český Krumlov	Celkem
Záchyt KRCA v ordinaci se zvýšil	13	5	18
Záchyt KRCA v ordinaci se nezvýšil	12	4	16
Nevím	1	3	4
Vyšetření OK se v mé ordinaci neprovádělo	0	0	0
Celkem	26	12	38

	Tábor	Český Krumlov	Celkem
Zřetel k prevenci závažného onemocnění	24	12	36
Uspokojení potřeb mých pacientů	9	6	15
Odpověď na výzvu SVL	6	6	12
Úhrada pojišťovny	6	4	10
Jiné	—	—	—

Hodnocení informovanost pacientů:

10 z 38 lékařů uvedlo, že považují informovanost svých pacientů za velmi dobrou, 27 lékařů soudí, že pacienti byli informováni částečně. Jeden lékař uvedl, že pacienti nebyli informováni vůbec, a to i navzdory tomu, že v předchozí otázce uvedl, že pacienti měli k dispozici leták VZP.

Zájem pacientů o preventivní vyšetření:

Na dotaz, jak by lékaři zpětně hodnotili zájem pacientů o vyšetření TOKS, odpovědělo 37, že „měli několik pacientů, kteří o vyšetření požádali sami“. 22 lékařů uvedlo, že vyšetření TOKS podstoupila více než polovina pacientů, kterým je nabídl. Stoprocentní využití nabídky vyšetření uvedlo 15 lékařů. Z odpovědí je zřejmé, že zájem ze strany pacientů byl výrazně vyšší v regionu Český Krumlov.

Návratnost testů:

Velmi důležitým údajem pro nás bylo zjištění, v jaké míře se vracejí od pacientů zpět testy OK a v jakém časovém rozmezí. Pouze 23 lékařů odpovědělo, že se jim do jednoho měsíce vrátily všechny testy, 14 lékařům se vrátilo asi jen 60 % testů. V okrese Český Krumlov byla návratnost testů OK vyšší než v okrese Tábor.

Zhodnocení nárůstu počtu vyšetření TOKS a zachytu KRCA v časném stádiu:

Zhruba 2/3 lékařů v obou sledovaných oblastech shodně uvedlo, že podle jejich názoru počet vyšetření v letech 2002-3 rostl, 1/3 soudí, že počty jsou stejné.

Polovina lékařů jak z Táborska tak z Českokrumlovska uvedla, že se jim podařilo zachytit KRCA v časném stádiu.



Důvody účasti v programu sekundární prevence KRCA:

Všichni dotázaní považují svou účast v programu za potřebnou vzhledem k prevenci tohoto závažného onemocnění. Několik dotázaných uvedlo ještě další důvody, které je vedly k zapojení se do programu. Například 16 respondentů uvedlo jako jeden z důvodů také uspokojení potřeb svých pacientů, 12 lékařů uvedlo, že je oslovila výzva Společnosti pro všeobecné lékařství (SVL) a 10 považuje za motivující i úhrady pojišťovny. Mezi sledovanými regiony jsem nezaznamenal výrazné rozdíly.

Závěr

- Praktičtí lékaři ve sledované oblasti přikládají provádění testů na okultní krvácení u asymptomatických jedinců starších 50 let velký význam. Sami se do screeningu, který organizovala Společnost pro všeobecné lékařství ČLS JEP zapojili a tato vyšetření svým pacientům nabízejí.
- Organizace projektu se ze strany praktických lékařů nesetkala s výhradami.
- Zájem pacientů o preventivní vyšetření byl mírně vyšší v regionu Český Krumlov. Pacienti byli informováni o tomto vyšetření převážně u příležitosti návštěvy lékaře z jiného důvodu. V některých ordinacích informovala pacienty zdravotní sestra, ve velké míře bylo využito různých tištěných osvětových materiálů. Mediální kampaň ke screeningu zřejmě výrazně neovlivnila chování pacientů.
- Nárůst počtu pacientů podstupujících vyšetření na OK byl vyšší v regionu Český Krumlov, stejně tak i návratnost testů OK byla vyšší. Záchyt kolorektálního karcinomu se zvýšil v obou sledovaných oblastech zhruba stejně.

literatura

ATKIN, W.: Options for screening for colorectal cancer, Scand. J. Gastroenterol. Suppl. 2003; (237): 13-6.

DOLANSKÝ, H.: Socioekonomické aspekty, ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva a analýzy jako faktory, které mohou ovlivnit orientaci revizního lékaře zdravotní pojišťovny v problematice sekundární prevence, Listy revizního lékařství 1/2003

ECCO 12: EUROCORE-3 – new European cancer survival figures, sdělení z konference ECCO 12, 2003, www.fecs.be/conferences/ecco12/media_updates.shtml

FAIVRE, J., BENHAMICHE, A.M., TAZI, M.A.: Evaluation of screening for colorectal cancer, In: Evaluation and monitoring of screening programmes, European Commission, 2001

GROSSMANOVÁ, M., HOLUB, P.: Lepší léčbě rakoviny brání špatná organizace, Hospodářské noviny, 23.10.2003

JANOUT, V.: Klinická epidemiologie – nedílná součást klinických rozhodovacích procesů. Grada Publishing, 1998

VĚTROVSKÝ, T.: Teoretické studie dosavadních zkušeností u vybraných preventivních programů – Screening kolorektálního karcinomu, In Sborník IZPE 2/2002

WALSH, J., M.E., TERDIMAN, J., P.: Colorectal Cancer Screening. Clinical Applications. JAMA, Vol.289, No.10, 2003

ZAVORAL, M., LADMANOVÁ, P.: Kolorektální karcinom – screening a dispenzarizační program. Doporučené postupy pro praktické lékaře, Projekt IGA MZ ČR 5393-3, 2001 www.cls.cz/dp

SOUHRN:

Cílem šetření prováděného u všech praktických lékařů dvou okresů Jihočeského kraje bylo zhodnocení implementace screeningu kolorektálního karcinomu v Jihočeském kraji. Reflexe programu praktickými lékaři jako klíčovými postavami programu byla jednou z důležitých cest evaluace programu. Z 66 praktiků, dotázaných prostřednictvím poštovní ankety, jich vyplněný dotazník vrátilo 38 (58 %). Respondenti většinou (32 dotázaných) hodnotí screening jako důležitý nebo dokonce mimořádně důležitý a stejný počet hodnotí pozitivně i organizaci programu. Převážná většina lékařů (35) o možnosti vyšetření na okultní krvácení informovala během návštěvy pacienta v ordinaci a jen menšina (6) zvala pacienty na vyšetření poštou. Informační kampaň v médiích provádějící program hodnotí pouze polovina dotázaných lékařů jako dostatečnou, a tomu odpovídá pouze „částečná“ informovanost o programu (27 dotázaných). Pokud jde o využití nabídky na preventivní vyšetření, 15 lékařů uvedlo její stoprocentní využití a 22 pouze padesátiprocentní využití. Pouze 23 lékařů uvedlo, že se jim do jednoho měsíce vrátily všechny testy. Příznivější výsledky byly zaznamenány v menším s obou okresů, který je současně okresem s větším počtem obyvatel žijících v obcích s menším počtem obyvatel.



Text byl zpracován v souvislosti s řešením grantu IGA, projekt byl realizován v rámci grantu IGA NO /7701-03

Globální pohled WHO

Nové trendy ve veřejném zdravotnictví („Public Health“)

Na semináři, který se konal 2.12. 2004 ve Státním zdravotním ústavu (SZÚ) MUDr. Jarмила Rázová (MZ ČR) stručně seznámila posluchače s problematikou podpory zdraví v ČR v souvislosti s připojením do EU, s náplní činnosti krajských hygienických stanic a zdravotních ústavů v oblasti podpory zdraví. V závěru příspěvku byly prezentovány výsledky první hodnotící zprávy o meziresortním naplňování Usnesení vlády č. 1046 ze dne 30.10.2002, kterým byla přijata dlouhodobá strategie ke zlepšování zdraví obyvatel ČR - Zdraví 21. Problémy, které provázejí realizaci tohoto programu, byly MZ ČR zformulovány do 5 okruhů:

- nedostatečné finanční zdroje,
- nedostatečně rozvinutá meziodvětvová spolupráce,
- nižší účast občanské veřejnosti,
- podcenění role medií a
- pomalá regionální implementace programu Zdraví 21.

Dále Doc. MUDr. Alena Petraková (WHO, Ženeva) seznámila posluchače se strukturou sekretariátu WHO v Ženevě, s aktivitami WHO v oblasti vzdělávání v oboru veřejné zdravotnictví v celosvětovém rozsahu i s konkrétními projekty v Evropě. Diskutovány byly také možnosti spolupráce českých

expertů a jejich zapojení do realizovaných i připravovaných programů – zdroje podrobnějších informací jsou: www.wfpha.org, www.aspher.org, www.eupha.org, www.who.int, www.euro.who.dk, Kancelář LO WHO v Praze Zástupce Ústavu zdravotnických informací a statistiky Mgr. Jiří Holub informoval přítomné o spolupráci na projektu WHO „World Health Survey“ v letech 2001-2004.

Seminář proběhl pod patronací ředitele SZÚ MUDr. Jaroslava Volfa, Ph.D.

Ing. Jana Havelková, IZPE

Objednávka časopisu – předplatné na rok 2005

Časopis je určen všem zájemcům o zdravotnictví zejména ovšem vedoucím pracovníkům zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven, ministerstva zdravotnictví, ministerstva práce a sociálních věcí, zdravotních úřadů, lékařských fakult, středních zdravotnických škol, pracovníků, výzkumu, ústavů a kateder sociálního lékařství, řízení péče o zdraví, managementu a ekonomiky. Neměl by scházet v žádné lékařské odborné knihovně.

Tématicky je Zdravotnictví v České republice zaměřeno především na veřejné zdravotnictví, na řízení zdravotnictví, ekonomiku a financování zdravotnictví, nemocenské a zdravotní pojištění, zdravotnickou legislativu, na podporu zdraví, zdravotnické právo, veřejnou ekonomiku, ekonomiku zdraví, sociologii medicíny a lékařskou etiku.

Adresa pro zaslání objednávek:

Redakce Zdravotnictví v České republice, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kutnohorská 1012, 281 63 Kostelec nad Černými lesy

Objednávám závazně dodání čtyř čísel časopisu Zdravotnictví v České republice na rok 2005 (roční předplatné 200,- Kč):

Titul: Jméno: Příjmení: Podpis:

Adresa pro zaslání časopisu:

.....
.....
.....

o autorech

Ing. Jana Havelková viz Zdravotnictví v České republice (listopad 2004, str. 124)

PhDr. Martin Tuček viz Zdravotnictví v České republice (listopad 2004, str. 134)

PhDr. Marcela Svěráková, vědecký pracovník Institutu zdravotní politiky a ekonomiky;

PhDr. Zdeněk Kučera je programový ředitel České společnosti podpory zdraví a vědecký pracovník Institutu zdravotní politiky a ekonomiky

vybráno z tisku

... podle časopisu Gastroenterology jsou léčebné výdaje v době před a po stanovení diagnózy kolorektálního karcinomu podstatně nižší u pacientů zachycených při screeningovém vyšetření než u těch, kteří byli zachyceni detekcí symptomatického karcinomu. „Screening rakoviny tlustého střeva je daleko efektivnější než některé jiné programy, například léčba mírně zvýšeného cholesterolu u rizikových pacientů, screening a terapie osteoporózy atd.“

... „Jedinou metodou, která umožní včasnou diagnostiku kolorektálního karcinomu, je screening, vyhledávání potenciálních nemocných. Česká republika je po SRN druhou zemí, kde byl screening v roce 2001 zaveden na celonárodní bázi. Test na skryté krvácení je určen pro lidi starší padesáti let a je součástí onkologické prohlídky v ordinaci praktického lékaře,“ řekl doc. MUDr. Miroslav Zavoral, přednosta II. interního oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze.

Zdravotnické noviny 16. 01. 2004
(www.medscape.com/viewarticle/466656)

Haló noviny, 12.10.2004

SUMMARY: HOMELESSNESS IN THE GREAT BRITAIN

THE AIM of the work is to analyse homelessness and its development in the UK, to create a comprehensive overview of homelessness issues and how they are dealt with in the UK, for further comparison with the Czech Republic.

METHODS: Analysis of materials available on the issues of homelessness in the UK (this work is based primarily on the study of Fitzpatrick S., Kemp P., Kinkler S.: „Single homelessness, An overview report of research in Britain“, from 2000, which comprises a broad spectrum of research and maps both the development and the current situation in the sphere of homelessness in the United Kingdom) Analysis of legal regulations and actors in the sphere of homelessness in the UK

FINDINGS: Homelessness is a topical problem in the UK, many actors are involved in dealing with it (government, researchers, policy makers and organisations helping the homeless). Solutions are being gradually implemented in practice, but there are still many people in the UK without a home.

CONCLUSIONS: Homelessness is a multi-factorial and society-wide problem, and it must be viewed as such. Mitigating the consequences of homelessness does not resolve the main problem. Essential is a focus on prevention and action in the initial stages (before a person becomes homeless). This approach has found support in the UK in recent years. There are a number of organisations focused on educating and employing at-risk groups. There are also government initiatives supporting the approach.

KEY WORDS: homelessness, development of homelessness, state of health, numbers of the homeless

Bezdomovství ve Velké Británii

Zuzana Potužníková

1. Úvod

Tato práce se zaměřuje na bezdomovství ve Velké Británii. Bezdomovství je zde aktuálním problémem, kterým se v průběhu posledních deseti let zabývala celá řada vládních i dobrovolnických výzkumů. Bezdomovství je ve VB nejviditelnější ve velkých městech, nejvíce pak v Londýně. Bezdomoveckou populaci ve VB lze rozdělit do dvou hlavních skupin:

1. oficiální bezdomovci, kteří byli uznáni příslušnou legislativou (hlavně mladé rodiny s dětmi, často osamělé matky s dětmi)
2. neoficiální bezdomovci (případy lidí přespávajících v nejrůznějších podmínkách – ve squatech, u přátel, na ulici – nejčastěji muži a starší lidé)

V Británii se počet oficiálních bezdomovců mezi lety 1978 až 1992 ztrojnásobil. Tento trend pokračoval i po roce 1997, kdy se počet domácností pohyboval kolem 148 000 (asi 350 000 lidí) a v roce 2000 už se jednalo o 172 760 domácností (asi 415 000 lidí). Bezdomovství je tedy celospolečenský problém, který se týká v Británii nezanedbatelné části populace. Alarmující je věková struktura bezdomovců, jejichž hranice se stále snižuje. Ve zprávě National Health Agency (NHA) se odhaduje, že ve VB je 246 000 lidí bez domova ve věku od 16 do 25 let.

2. Cíle, otázky a metodologie

Předmětem této práce je analýza bezdomovství a jeho vývoje ve VB a vytvoření uceleného přehledu o problematice bezdomovství a jeho řešení ve VB pro další komparaci s Českou republikou.

Sledované otázky:

- Jak lze definovat bezdomovství ve VB?
- Jaký byl historický vývoj bezdomovství ve VB?
- Jací aktéři vystupují v boji proti bezdomovství ve VB?
- Jaký je počet bezdomovců ve VB?
- Jaký je zdravotní stav bezdomovců ve VB?
- Jakými politikami bojuje VB proti tomuto fenoménu?

Metodologie

Mezi metody, které byly použity v této práci, patří analýza dostupných materiálů o problematice bezdomovství ve VB – zejména překlad studie Single homelessness, An overview report of research in Britain (Fitzpatrick S., Kemp P., Kinkler S.) z roku 2000, která zabírá široké spektrum výzkumů a mapuje tak vývoj a současnou situaci v oblasti bezdomovství ve Velké Británii. Další metodou je analýza právních norem ve VB a analýza aktérů boje proti bezdomovství.

3. Teoretický kontext bezdomovství ve VB

3.1 Analýza právních předpisů v oblasti bezdomovství ve VB. Definice bezdomovství

Ve VB existují dva přístupy k definici bezdomovství: zákonná definice a „neoficiální“ definice.

Zákonná definice

Podle zákona z roku 1977, upevněném v zákoně z roku 1985 (Housing Act, Part 3) a 1996, mají místní samosprávy zákonnou povinnost pomáhat bezdomovcům.

Podle tohoto zákona jsou žadatelé uznáni za bezdomovce pokud splňují některou z následujících podmínek:

- Nemají ubytování
- Mají domov, ale jsou v nebezpečí násilí
- Žijí v nouzových podmínkách
- Jsou rodinou, která by za normálních podmínek bydlela ve společné domácnosti, ale žije odděleně
- Mají bydlení, které není možné dlouhodobě užívat

Dále jsou podle zákona určeni lidé „in priority need“, s určitou prioritní potřebností:

- Lidé s nezaopatřenými dětmi
- Těhotné ženy
- Lidé, kteří se stali bezdomovci za nepřed-

vídatelných (mimořádných) okolností

- Zranitelné skupiny lidí (z důvodu věku, psychického onemocnění, hendikepu)
- Lidé s fyzickým postižením apod.

Podmínkou pro uznání za „zákonného bezdomovce“ je, že se jím jedinec nestal úmyslně, a zároveň i vazba na místo, kde jedinec žádá o náhradní bydlení.

Pokud jsou všechny tyto podmínky splněny, stává se jedinec zákonem uznaným bezdomovcem, z čehož plyne povinnost pro místní samosprávy – poskytnout těmto lidem ubytování.

3.2 Historický vývoj bezdomovství ve Velké Británii¹

40. a 50. léta

1948 – zákon o sociální pomoci (National Assistance Act)

- pokus o humánnější přístup k problematice bezdomovců, zrušil chudinský zákon (Poor Law), který byl k tulákům velmi tvrdý
- povinnost místní správy sociálního zabezpečení zabezpečit lidi bez domova a poskytnout jim dočasné ubytování
- místní správy soustředily svoji pomoc na rodiny bez domova (hlavně na matky s dětmi)
- otcové rodin se ocitli bez pomoci² (byli vylučováni ze společných ubytoven, což způsobilo časté rozpady rodin)
- neefektivní zákon z roku 1948 se projevil v šedesátých letech vzrůstem počtu bezdomovců
- bezdomovství stále více souviselo s nedostatkem bytů
- vrůstal nátlak na vytvoření opatření centrální vládou v problematice bezdomovství (po odvysílání televizního dramatu Cathy Come Home v roce 1996 a i díky nově vzniklé „agitační“ skupině Schelter).

60. a 70. léta

- bezdomovství se ve Velké Británii poprvé objevuje jako politické téma, je spojováno hlavně s chudými rodinami a starými opuštěnými lidmi.³
- 1977 – zákon o bydlení, Housing (Homelessness Person) Act
- výsledek rostoucího politického nátlaku, hlavní mezník v reakci vlády na problematiku bezdomovství

Tabulka č. 1 Neoficiální (pracovní) definice bezdomovství	
Pojem	Praktický význam
Bez střechy nad hlavou	Život na veřejném místě Pobyť v ubytovně pro bezdomovce
Bez domova	Pobyť v ubytovně (hostely pro bezdomovce, úkryty pro ženy) Život v přechodném ubytování (provizorní bydlení, krátkodobá nájemní sml.) Život v institucionálním zařízení (vězení, pečovatelské centr., nemocnice apod.) Život v podporovaném bydlení (pronájem je závislý na poskytování pomoci)
Nejisté a neadekvátní bydlení	Squatting Život v levných hotelech
Nejisté bydlení	Život pod hrozbou vystěhování Dočasné bydlení u přátel (nucené) Bydlení pod hrozbou násilí (domácí násilí) Nelegální bydlení
Neadekvátní bydlení	Bydlení v provizorních podmínkách Bydlení v mobilních domech/karavanech (nelegální místo k bydlení) Bydlení v místech, která jsou zákonem definována, jako nezpůsobilá k bydlení Bydlení v přeplněných místech

- hlavní cíl: objasnit a upevnit povinnosti místní samosprávy vůči bezdomovcům a převést odpovědnost ze správy sociálního zabezpečení na resort pro bydlení
- zákon zaměřen zejména na rodiny s nezaopatřenými dětmi, těhotné ženy a oběti živelních pohrom upřednostňuje rodiny bezdomovců při rozdělování sociálních bytů (viz Robson and Poustie, 1996)⁴

80. a 90. léta

- 1979 až 1997 – ve VB je u moci konzervativní vláda
- politika prováděná touto vládou (hospodářská, bytová, politika v oblasti sociálního zabezpečení) vedla ke zhoršení situace v problematice bezdomovství (Kemp, 1992)
- výsledek: redukce sociálních služeb pro bezdomovce (rozpočtové škrty ve financování místních samospráv)
- konec 80. let – nárůst bezdomovství
- změna profilu bezdomovce (nárůst mladistvých, žen a lidí z etnických minorit)
- 1990 – Rough Sleepers Initiative (RSI) – Londýn
- první pokus konzervativní vlády reagovat na problematiku rostoucího počtu bezdomovců
- RSI – zaměřen na zjevné bezdomovství, jeho cílem byla během 3 let minimalizace počtu lidí přespávajících na ulicích centrálního Londýna (vytvářením pracovních

míst, zvyšováním ubytovacích kapacit, zajištěním přechodného ubytování)

- cíl RSI splněn, ale nedostatečnost programu tkvěla v jeho omezeném geografickém rozsahu a v zaměření na příznaky, nikoliv příčiny bezdomovství

1989 – zákon Children's Act – další krok konzervativců v řešení problematiky bezdomovství

- zákon zaměřený na větší ochranu nezletilých bezdomovců, místní samosprávy jim měly v případě potřeby poskytnout ubytování

1996 – zákon o bydlení

- upravil zákonný rámec v Anglii a Walesu a omezil povinnosti místních samospráv vůči domácnostem, kterým byla přiznána maximální pomoc při zajištění dočasného ubytování na omezenou dobu dvou let

- povinnost anglických a waleských místních samospráv určit dostupné pronájmy v obecním bydlení a vytvořit prostřednictvím jednotného ubytovacího registru kandidaturu na sociální ubytování

- zákon odstranil rodiny bez domova ze seznamu skupin, které by měly být upřednostněny při přidělování bytů

od r. 1997 – ve Velké Británii vládnou labouristé

- vláda slíbila vybudovat skutečnou záchranou síť pro rodiny, které se neúmyslně ocitly bez domova a ve zvláštní nouzi (DETR, 1997)⁵

1) Fitzpatrick S., Kemp P., Kinkler S.: „Single homelessness, An overview report of research in Britain“ (Bristol, 2000)

2) Robson P., Poustie M.: „Homelessness and the law in Britain“ (London, 1996)

3) Smith J., Gilford S.: „Not only street sleepers are homeless“ (1998)

4) Robson P., Poustie M.: „Homelessness and the law in Britain“ (London, 1996)

5) DETR (1997): „Government to Rebuild the Safety Net for Those in Need“



- změna v konzervativním zákonném rámci – opětovně zařazení rodin na seznam zasluhujících upřednostnění při rozdělování obecního bydlení
- březen 1999 – pro potřeby místních samospráv vydána přepracovaná verze směrnice (DETR 1999a)⁶
- přespávání lidí na ulicích je hlavní prioritou Jednotky pro sociální vyloučení úřadu vlády (Cabinet Office Social Exclusion Unit, SEU), v r. 1998 uveřejnila tato jednotka opatření zaměřená na snížení počtu bezdomovců o dvě třetiny do roku 2002
- zřízena nová organizace pro řešení bezdomovství (Rough Sleepers Unit, RSU) pro převzetí a koordinaci všech vládních programů zaměřených na londýnské bezdomovce
- září 1999 – RSU převzal odpovědnost za koordinování opatření a programů, které zahrnují problematiku bezdomovství po celé Anglii

1999 (prosinec) – Národní strategie boje proti zjevnému bezdomovství (RSU)

- zahájen akční program pro pomoc dobrovolnickým organizacím vypořádat se s problémem zjevného bezdomovství i mimo Londýn

2002 (březen) – publikována zpráva Více než střecha nad hlavou (More than the roof), která popisuje problém bezdomovství ve VB, jeho příčiny a možnosti řešení

- tato zpráva společně se zákonem o bezdomovství (Homelessness Act 2002) představuje základ současné vládní strategie v boji proti bezdomovství (s cílem zintenzivnit pomoc bezdomovcům a ohroženým jedincům, vyvíjet strategické přístupy k řešení a prevenci bezdomovství, zlepšit schopnosti reagovat na problematiku bezdomovství, snížit počet bezdomoveckých rodin s dětmi, které využívají bydlení typu Bed and Breakfast, snížit celkový počet lidí bez domova o dvě třetiny, zajistit odpovídající bydlení pro všechny obyvatele Velké Británie)

2003 (březen) – zahájen program pro podporu lidí znevýhodněných v oblasti bydlení

- cílem programu je poskytnout ohroženým skupinám (zejména obětem domácího násilí, starším občanům, mladistvým rodičům) možnost nezávislého bydlení

2004 (leden) – zřízeno tzv. Homelessness and Housing Support Directorate (Ředitelství pro bezdomovství a podporované bydlení), které vydává zprávy zaměřené na problematiku bezdomovství v souvislosti s bydlením

Typ ubytování	+	-
Hostely a B & B	dostupné všem vhodné pouze pro některé skupiny bezdomovců (dlouhodobě žijící v institucionální péči) pokud jsou specializované na určité skupiny (mladí, ženy, lidé neschopní dodržovat závazná pravidla) zimní noclehárny	nízký standard riziko nízké kvality života nedostatečná kapacita
Foyers	snaha integrace mladých bezdomovců do společnosti holistický přístup (bydlení & práce)	velmi malý počet proti obecnému trendu k nezávislému bydlení
Projekty společného bydlení Zařízené byty a domy	vhodné pro překonání problému samoty a sdílení životních nákladů společně	nemožnost volby spolubydlících (drogově závislí jsou obzvlášť problematictí klienti) v nesouladu s trendem k nezávislému bydlení
	vhodné pro rodiny s dětmi přináší vyšší životní standard	otázka výše nájemného
Variabilní pomoc v nezávislých nájemných bytech	vyhledávané efektivní při integraci zpět do společnosti levnější než provozování hostelů naplňuje poptávku po nezávislém bydlení	otázka výše nájemného problém osamělosti

3. 2 Hlavní aktéři v problematice bezdomovství ve VB:

1. vládní orgány a organizace

The Rough Sleepers Unit – vládní orgán, který byl založen pro koordinaci opatření, která mají minimalizovat počet zjevných bezdomovců (www.housing.detr.gov.uk/rsu)
Ministretstvo životního prostředí, dopravy a krajů (www.detr.gov.uk)
(www.housing.detr.gov.uk/hrs/hrs104.htm)
Ministerstvo zdravotnictví (www.doh.gov.uk)
Jednotka pro sociální vyloučení (www.cabinet-office.gov.uk/seu/index.htm)
Sdružení pro bydlení (www.housingcorp.gov.uk)
Oficiální dokumenty – poskytující přístup k oficiálním materiálům a dokumentům (www.official-documents.co.uk)
Národní statistiky – oficiální statistiky ve VB (www.statistics.gov.uk)

2. Dobročinné spolky pro bezdomovce a organizace poskytující bydlení:

Thamesreach – vládní organizace pro bezdomovce v Londýně (www.thamesreach.org.uk)
PCHA – Paddington Churches Housing Association (www.pcha.org.uk/index_flat.cfm)
Centrepoint – vládní organizace pro mladé bezdomovce (www.centrepoint.org.uk)
Shelter – vládní organizace pro bezdomovce

(údaje a skutečnosti) – (www.shelter.org.uk/housing/3.1_factsheets.asp)

Crisis – národní dobročinná organizace pro bezdomovce (www.crisis.org.uk)
CRASH – britská národní organizace pro pomáhající bezdomovcům (www.crash.org.uk/index.cfm)

3. Ostatní vládní organizace

pro bezdomovce:
National Homeless Alliance – mateřská organizace pro více než 1000 menších organizací pomáhajících bezdomovcům (formou poskytování informací a rad, výzkumnou činností apod.) (www.home-all.org.uk)
Housing Services Agency – organizace nabízející dlouhodobé ubytování, praktickou pomoc a přesídlovací služby pro bezdomovce (www.hsa.uk.com)
National Housing Federataion – vládní orgán, který zastupuje 1,400 neziskových organizací poskytujících bydlení bezdomovcům (www.housing.org.uk)
London Housing Unit – jednotka poskytující informace a popisující situaci s bydlením v Londýně (www.lhu.org.uk)
FEANTSA – Evropská federace organizací pracujících s bezdomovci (www.feantsa.org/english.htm)

Eurohousing – má informace o evropských politikách, legislativě a možnostech financování (www.eurohousing.org.uk)
Housing Quality Network – hledá cesty, jak zlepšit kvalitu služeb v oblasti bydlení (www.hqnetwork.org.uk)
Foyer Federation – Foyers poskytují ubytování spolu se zaměstnáním pro mladé lidi (www.foyer.net)
Chartered Institute of Housing – asociace s cílem pozvednout management ubytovávání (www.cih.org/frames.php)

3.3 Typologie služeb poskytovaných bezdomovcům ve Velké Británii

Současné trendy v oblasti služeb ve VB:⁷

- zejména znatelný ústup od provozování velkokapacitních hostelů (ekvivalent ubytoven a nocleháren)
- podpora nezávislého bydlení
- tzv. foyers – zaměřeny zejména na pomoc mladým lidem v reintegraci do společnosti (cestou odborného vzdělávání s flexibilním přístupem kombinujícím ubytování a práci)
- poskytování zařízených bytů – jako forma pomoci v rámci trendu směřujícímu k nezávislému bydlení (výhodné především pro rodiny s dětmi)
- variabilní pomoc v nájemném bydlení (floating support in independent tenancies) – vázaná na osobu využívající bydlení, ne na vlastníka bytu (umožní klientovi získat odpovídající bydlení a příjem podpory po dobu její potřeby) – pomocí tohoto modelu může být uspokojována poměrně široká škála potřeb⁸

3.4 Statistika bezdomovců ve VB

Důvodů pro neexistenci souhrnného a přesnějšího zdroje informací o počtu bezdomovců je hned několik:

- bezdomovci jsou často těžko dostižitelní nebo „skrytí“, což ztěžuje sčítání nebo odhad jejich počtu;
- bezdomovství není stálý fenomén (balancování na hraně mezi bezdomovstvím a mimo něj);
- neexistence dohodnuté definice bezdomovství

V současnosti existují ve Velké Británii tyto tři rozdílné zdroje udávající počet bezdomovců:

Rok	Anglie 2002/03	Skotsko 2002/03	Wales 2001/02	Severní Irsko 2002/03
Žádosti (1)	269,940	50,917	13,982	16,426
Přijetí (2)	124,880	26,933	5,333	8,580
Dočasné ubytování (3)	90,680	5,496	1,309	—

(1) Žadatelé o uznání za bezdomovce dle příslušné legislativy
(2) Neúmyslní bezdomovci, lidé „in priority need“
(3) Domácnosti bezdomovců v dočasném ubytování

Zdroj □ Review of Statistics on Homelessness in Europe. European Observatory of Homelessness, FEANTSA Bruxelles

1. Statistika bezdomovců uznaných zákonem

- bezdomovcem je člověk, který zažádal místní úřady o pomoc nebo ten, který už byl podle legislativy za bezdomovce uznán
- umožňuje zjistit prevalenci „zákonného“ bezdomovství
- systém anglických, waleských a skotských statistik není jednotný
- statistiky jsou shromažďovány místními správami průběžně každé čtvrtletí a pokrývají celé území Velké Británie

2. Sčítání zjevných bezdomovců (spících na veřejných prostranstvích)

- první oficiální sčítání pouličních bezdomovců bylo ve VB provedeno v roce 1991 – tehdy jich bylo sečteno 1,275
- 2000 – sečteno 1,180 (z tohoto počtu bylo 92 % mužů a 8 % žen)
- metoda zaměřena na rozsah zjevného bezdomovství
- jednorázový (ale někdy se opakující) součet zjevných bezdomovců
- sčítání je prováděno zejména v centrálním Londýně a dalších městech Velké Británie
- od r. 92 – ve VB dvakrát do roka – sčítání bezdomovců spících v ulicích centrálního Londýna

3. Počet bezdomovců v hostelích a noclehárnách

- zahrnuje celkovou kapacitu lůžek v hostelích a noclehárnách a počet uživatelů v konkrétní době nebo i průměrnou míru obývání každého zařízení
- dostupnost seznamů hostelů pomáhá rozšiřovat odhady o počtu bezdomovců
- příklad – v Londýně existuje seznam londýnských hostelů, který poskytuje informace o množství a jednotlivých typech těchto zařízení, který obsahuje podrobný

Rok	Anglie	Londýn
1982	18 500	5 000
1984	20 500	6 000
1986	25 500	8 000
1988	30 000	8 000
1990	35 500	10 000
1992	38 000	10 500
1994	32 000	8 000
1996	30 000	6 500
1998	27 500	6 000
2000	29 000	6 500
2002	33 500	7 000

popis příslušenství poskytovaného jednotlivými institucemi, skupiny klientů, kterým je zde nabízena pomoc, pravidla pro ubytovávání a počet volných lůžek

- počet volných lůžek v londýnských hostelích je v současné době 17 000 a jejich míra obývání je vysoká
- ve VB jsou každoročně shromažďovány a analyzovány statistiky počtů lidí využívajících zimní ubytovny v Londýně, Brightonu, Bristolu a Cambridgi. Míra obývání těchto úkrytů je vysoká (přes 90 %)

- V Londýně je okolo 500 hostelů, z nichž asi 50 jich je k dispozici v mimořádných situacích (cca 2500 lůžek)
- V celé VB existuje téměř 1900 hostelů provozovaných místními správami (27 000 lůžek)

3.4 Zdraví bezdomovců a jeho determinanty

Zdraví bezdomovců je ve VB ve srovnání se zbytkem populace na špatné úrovni. Často zdravotní problémy vycházejí ze samotného statusu bezdomovce nebo obecně ze špat-

6) DETR (1999a): „Code of guidance for local authorities on the allocation of accommodation and homelessness: Parts VI and VII of the Housing Act 1996 (London, DETR)“

7) Fitzpatrick S., Kemp P., Kinkler S.: „Single homelessness, An overview report of research in Britain“ (Bristol, 2000)

8) Fitzpatrick S., Kemp P., Kinkler S.: „Single homelessness, An overview report of research in Britain“ (Bristol, 2000)

ných životních podmínek. Bezdomovci se často nestarají o své zdravotní problémy a nechávají svůj zdravotní stav dojít až do krajní meze. Pak spoléhají na léčbu a k lékařům přicházejí až na poslední chvíli, což zvyšuje celkové náklady na léčbu a snižuje úspěšnost léčby.

Přístup ke zdravotnickým službám ve VB je pro bezdomovce komplikovaný zejména v případě primární péče. Lidé využívající služby hostelů a nocleháren jsou na tom díky zjednodušeným kontaktům lépe, než většina zjevných bezdomovců. Výhodou je, že v Anglii existují specializované zdravotnické služby pro bezdomovce. Britské Ministerstvo zdravotnictví by mělo v nejbližší době zveřejnit výsledky výzkumu ohledně primární zdravotnické péče pro bezdomovce.

Ve VB funguje vládní výbor pro rozvoj zdraví – HDA (Health Development Agency⁹⁾. Tento orgán poskytuje informace o tom, na čem je potřeba pracovat pro celkové zlepšení zdraví lidí a redukcii zdravotních nerovností ve Velké Británii. HDA shromažďuje informace a poskytuje rady tvůrcům politik, profesionálům a lékařům.

Fyzické zdraví

Obecně bezdomovci trpí horším zdravím než majoritní populace a to zejména kvůli jejich nezdravému životnímu stylu a podmínkám, ve kterých žijí (špatné bydlení, špatná strava, špatná hygiena, časté závislosti). Nejohroženější skupinou jsou tzv. zjevní bezdomovci, kteří přespávají v nejhorsších podmínkách přímo na ulici.¹⁰ Mezi časté zdravotní problémy, způsobené zejména přespáváním venku, patří: chronická i akutní onemocnění dýchacího ústrojí (bronchitidy, zápal plic, laryngitidy apod.), kožní onemocnění, poruchy pohybového ústrojí, neurologické potíže (migrény, časté bolesti hlavy, záchvaty a ztráty vědomí). Vážným a v populaci bezdomovců velmi rozšířeným infekčním onemocněním, které ohrožuje nejen zdraví samotného jedince, ale i jeho okolí, je tuberkulóza (TBC). Citron (1995) ve své studii zjišťuje, že je výskyt TBC u zjevných bezdomovců (studie zahrnovala starší zjevné bezdomovce, často alkoholiky) 200 x

vyšší než u zbylé populace. Mortalita bezdomovců je kritická. Grenier¹¹ (1996) uvádí ve své studii očekávanou délku života lidí spících na ulici – 42 let, přičemž národní průměr ve VB byl v té době 74 let. U lidí na ulici byl zjištěn 35 x vyšší výskyt sebevražd než u zbylé populace¹² a 4 x častější úmrtí z nepřírodných příčin (napadení, nehody, otrava alkoholem či drogami).¹³

Duševní zdraví

Vztah mezi bezdomovstvím a duševním zdravím je diskutovanou otázkou. Existují dva přístupy k tomuto jevu: duševní porucha jako příčina bezdomovství (spouštěcí mechanismus) a duševní porucha jako důsledek bezdomovství

Výzkum DETRu ukázal, že u lidí spících v noclehárnách byl zjištěn 8 x častější výskyt duševních poruch (deprese, úzkosti, neurozy – častěji jako důsledky bezdomovství) a u lidí spících na ulici dokonce 11 x častější výskyt ve srovnání s majoritní společností.¹⁴ Častý je u bezdomovců i výskyt schizofrenie (zejména jako příčina bezdomovství). Podle výzkumu SEU (1998) měla většina bezdomovců s duševní poruchou tyto problémy již dříve, než se ocitli bez domova.¹⁵ V roce 1990 byla v Londýně založena Homeless Mentally Ill Initiative, která financovala zdravotní týmy, jejichž cílem bylo vyhledávání lidí s duševní poruchou, kteří propadli záchranou sítí sociální a psychiatrické péče. U žen je procento výskytu duševních poruch vyšší než u mužů.¹⁶

Abusus

Vážným problémem bezdomovců, který se negativně odráží na jejich zdraví, jsou různé závislosti – zejména alkoholová, drogová a nikotinová. Randall a Brown (1996) zjistili, že téměř polovina lidí přespávajících na ulici má vážné problémy s alkoholem. Alkoholici bez domova jsou v porovnání s ostatními bezdomovci zvýšeně náchylní k dalším zdravotním problémům.

V populaci bezdomovců je několikrát násobně vyšší procento kuřáků než u zbylé populace. Kouření je hlavní příčinou onemocnění a předčasných úmrtí u této skupiny.

Narkomani jsou další, relativně novou skupinou bezdomovců. Tato skupina je specifická svým nízkým věkovým průměrem. Flemen (1997) ve své studii uvádí, že 35 % mladých bezdomovců z ulic centrálního Londýna jsou uživateli heroínu (18 x více než u stejně staré populace ne-bezdomovců). Nitrožilní užívání drog nese spoustu zdravotních rizik, nemluvě o riziku předávkování a následné smrti.

4. Závěry

Ve VB pomalu mizí názor ze 70. let, že se potřeby bezdomovců dají zjednodušit jen na adekvátní bydlení (vyklučuje potřebu dalších podpůrných služeb). Posun ve vnímání bezdomovství a jeho problematiky poukazuje na existenci řady dalších nenaplněných potřeb. Jedná se hlavně, vedle potřeb spojených s bydlením, o podpůrné potřeby (zdravotní péče a sociální služby), sociální potřeby (vztahy s lidmi apod.) a finanční potřeby (souvisí s potřebou pracovního uplatnění). Současným trendem v oblasti boje proti bezdomovství je ve VB rostoucí pochopení jak mezi výzkumníky, tak mezi politiky, že řešení bezdomovství vyžaduje spolupráci více organizací, že se jedná o multifaktoriální problém. Dále je zde patrný posun od institucionalizované pomoci k programům, které vyžadují aktivní účast bezdomovce (Foyers – kombinace práce s bydlením, podporované bydlení apod.). V posledních letech je stále větší důraz kladen na prevenci bezdomovství.

Ve VB ani jinde zatím neexistuje žádná ustálená definice bezdomovství, která by pomohla ujasnit tento pojem. I když ve VB není žádný souhrnný a spolehlivý zdroj o celkovém počtu bezdomovců (ve všech jeho formách), zdá se, že v posledních letech má jejich počet v Anglii a Walesu klesající tendenci (výjimkou je Skotsko, kde se jejich počet stále zvyšuje). I přesto jsou současné údaje o počtu bezdomovců ve VB stále vyšší než před deseti lety. Poslední vývoj ekonomických, sociálních a bytových podmínek ve VB vytlačil určitou část populace na okraj společnosti, kde je riziko vzniku bezdomovství nejvyšší. Co se týče zdravotního stavu a přístupu bezdomovců ke zdravotnickým službám, DETR potvrzuje, že převážná většina bezdomovců ve VB je registrována u léka-

ře a ví, kde jej hledat. Přesto výzkumy ukazují, že náhodní pacienti úrazového oddělení jsou jen ve 30 % registrováni u praktického lékaře (oproti 97 % ve zbylé populaci).¹⁷ Neuspokojivá a nedostatečná je situace v případě přístupu ke zdravotnickým službám v psychiatrii, a to v celé VB (30 % bezdomovců s duševní poruchou nedostane odpovídající péči¹⁸). Současným trendem je zvýšený zájem o práci a vzdělávání rizikových skupin ohrožených bezdomovstvím. Ve VB existuje řada nových programů zaměstnanosti a zácviu (př. Employment Service, New Futures Fund).

Celá řada existujících výzkumů i nový zákon o bezdomovství (Homelessness Act 2002) nasvědčuje tomu, že bezdomovství je ve VB aktuálním tématem. I díky lepší informovanosti aktérů v boji proti bezdomovství je patrný posun ve vnímání bezdomovství jako celospolečenského problému, který je nutno řešit. Stále se ale hledají praktiky, jak tento pohled uplatnit v praxi.



Text vznikl v rámci výzkumného grantového úkolu IGA MZ ČR Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty NR 8119-3/2004

odkazy
www.hda.nhs.uk
www.housing.detr.gov.uk/rsu
www.detr.gov.uk
www.housing.detr.gov.uk/hrs/hrs104.htm
www.doh.gov.uk
www.cabinet-office.gov.uk/seu/index.htm
www.housingcorp.gov.uk
www.official-documents.co.uk
www.statistics.gov.uk
www.thamesreach.org.uk
www.pcha.org.uk/index_flat.cfm
www.centrepoin.org.uk
www.shelter.org.uk/housing/3.1_factsheets.asp
www.crisis.org.uk
www.crash.org.uk/index.cfm
www.home-all.org.uk
www.hsa.uk.com
www.housing.org.uk
www.lhu.org.uk
www.feantsa.org/english.htm
www.eurohousing.org.uk
www.hqnetwork.org.uk
www.foyer.net
www.cih.org/frames.php

17) North, C.; Moore, H., Owens, C.? Go home and rest? The use of an Accident and Emergency department by homeless people. London, Shelter (1996)

18) Anderson, I.: Housing policy and street homelessness in Britain. Housing studies (1993)

literatura
ANDERSON, I.: Housing policy and street homelessness in Britain. Housing studies (1993)
AURAMOV, D.: Data on Homelessness. Feantsa (1996)
BAKER, L.: Homelessness and suicide, Shelter: London (1997)
BINES, W.: The health of single homeless people, York (1994)
CONNELLY, J. AND CROWN, J.: Homelessness and ill health, London (1994)
CROSIER, A.: Homelessness, smoking and health. Health Development Agency, London (2004)
DETR (1997): „Government to Rebuild the Safety Net for Those in Need“
DETR (1999a): „Code of guidance for local authorities on the allocation of accommodation and homelessness: Parts VI and VII of the Housing Act 1996 (London, DETR)
EDGAR, B.; DOHERTY, J.; MEERT, H.: Review of Statistics on Homelessness in Europe. European Observatory of Homelessness, FEANTSA Bruxelles (2000)
FITZPATRICK S., KEMP P., KINKLER S.: „Single homelessness, An overview report of research in Britain“ (Bristol, 2000)
GRENIER, P.: Still dying for a home, London (1996), Crisis
MADANIPOUR et al: Social exclusion in European Cities, London, 1998 in Byrne D.: Social exclusion, Philadelphia, USA 1999
MATOUŠEK, O.: Slovník sociální práce, Portál, Praha 2003
NORTH, C.; MOORE, H., OWENS, C.? Go home and rest? The use of an Accident and Emergency department by homeless people. London, Shelter (1996)
ROBSON P., POUSTIE M.: „Homelessness and the law in Britain“ (London,1996)
SEDLÁČEK P., KOSOVÁ P.: „Zjevné bezdomovství v Praze“ (www.mcssp.cz, 2003)
SMITH J., GILFORD S.: „Not only street sleepers are homeless“ (1998)
Social Exclusion Unit: Rough sleeping – Report by the Social Exclusion Unit, London (1998)
WARNES, A.; CRANE, M.; WHITEHEAD, N.; FU, R.: Homelessness Factfile (Crisis, Sheffield)

SOUHRN:

CÍLEM práce je analýza bezdomovství a jeho vývoje ve Velké Británii (VB), vytvoření uceleného přehledu o problematice bezdomovství a jeho řešení ve VB pro další komparaci s Českou republikou.

METODY:

- analýza dostupných materiálů o problematice bezdomovství ve VB (podkladem pro tuto práci byla zejména studie – Fitzpatrick S., Kemp P., Kinkler S.: „Single homelessness, An overview report of research in Britain“ – z roku 2000, která zabírá široké spektrum výzkumů a mapuje tak vývoj a současnou situaci v oblasti bezdomovství ve Velké Británii)

- analýza právních předpisů a aktérů v oblasti bezdomovství ve VB

ZJIŠTĚNÍ: Bezdomovství je ve VB aktuálním problémem, o jehož řešení usiluje celá řada aktérů (vláda, výzkumníci, tvůrci politik i organizace pomáhající bezdomovcům). Jeho řešení se postupně uplatňuje i v praxi, stále však ve VB existuje nemalé množství lidí bez domova.

ZÁVĚRY: Bezdomovství je multifaktoriálním a celospolečenským problémem, a tak se k této problematice musí přistupovat. Minimalizace důsledků bezdomovství neřeší hlavní problém. Zásadní je zaměření na prevenci a působení už v počátečních fázích (před vznikem bezdomovství). Ve VB je tento přístup v posledních letech podporován. Je zde řada organizací zaměřených na vzdělávání a zaměstnávání rizikových skupin. Existují i vládní iniciativy, které tento přístup podporují.

KLÍČOVÁ SLOVA: bezdomovství, vývoj bezdomovství, zdravotní stav, počet bezdomovců

o autorech
Bc. Zuzana Potužníková absolvovala bakalářské studium LF UK v Praze, obor ergoterapie, nyní studuje navazující magisterské studium na FSV UK obor Veřejná a sociální politika, zároveň je výzkumnou pracovnící IZPE

9) www.hda.nhs.uk

10) Bines, 1994; Connelz a Crown, 1994; Pleace a Quilgars, 1997

11) Grenier, P.: Still dying for a home, London (1996), Crisis

12) Baker, L.: Homelessness and suicide, Shelter: London (1997)

13) Conelly, J. and Crown, J.: Homelessness and ill health, London (1994)

14) Bines, W.: The health of single homeless people, York (1994)

15) Social Exclusion Unit: Rough sleeping – Report by the Social Exclusion Unit, London (1998)

16) Warnes, A.; Crane, M.; Whitehead, N.; Fu, R.: Homelessness Factfile (Crisis, Sheffield)

THE OBJECTIVE of the article is to analyse the situation of homelessness in Canada and health status of Canadian homeless.

METHODS: secondary analysis of documents and published researches. Findings: According to the researches made in 90' the situation of Canadian homeless people become a serious social problem. The number of homeless people is raising and the structure of homeless is changing. Today a large segment of homeless population is made by young men, women and children. A significant number of them suffer from diseases as mental illness, HIV/AIDS, sexually transmitted diseases, skin diseases, TBC, alcohol, cigarette-tobacco and drug addiction etc. many times more than general population. It is mainly caused by their homeless status.

CONCLUSIONS: One of the possible solutions of homeless people problem can be the Canadian Government policy, which formed the foundation of the National Homelessness Initiative (NHI). The NHI project, which was launched in 1999 includes the plan for preventing and solving the homelessness in the next 10 years by investment more than one billion Canadian dollars. The money will be invested in the projects not only to provide more food banks, soup kitchens, beds and night shelters, but also to prevent the growing percent of homelessness.

KEY WORDS: homelessness, health, Canada

Zdravotní stav bezdomovců v Kanadě

Igor Angelovski, Miroslav Barták

V posledních několika desetiletích začalo být bezdomovství v mnoha státech vnímáno jako závažný sociální a politický problém. Tento článek pojednává o problematice bezdomovství v Kanadě a reakcích kanadské společnosti na tento problém.

Bezdomovství je značný a často neřešený socio-ekonomický problém, který se pak negativně odráží ve zdravotním stavu lidí bez domova. Pokud se chceme pokusit tento efektivně řešit, musíme bezdomovství definovat. Samotná definice bezdomovství však není snadná.

Pojem bezdomovství znamená absenci domova nebo absenci místa, kde žít. Pokud nemají jedinci kde bydlet, zůstávají pak na místech, jakými jsou například opuštěné budovy, azylové domy, restaurace s celonočním provozem, ale také veřejné prostory. Tedy na místech, která nejsou určena pro obývání (Hulchanski 2002).

Podle definice Spojených národů můžeme rozlišovat „absolutní bezdomovce“ a „relativní bezdomovce“. Absolutní bezdomovci jsou osoby definované jako lidé spící na ulicích, ve veřejných prostorách nebo na jiných místech, která nejsou vhodná a určená pro bydlení. Tato skupina se zpravidla vybaví lidem, pokud se jich na bezdomovce zeptáme. Tito lidé pak obývají různé azylové domy, i když jejich obyvatelé představují pouhou část této populace. Relativní bezdomovec je podle této definice označen ten, jehož bydlení neodpovídá základním standardům bydlení z hlediska zdraví a bezpečnosti např. kvůli nepřístupnosti k vodovodu a sanitárnímu zařízení, ale také z hlediska osobní bezpečnosti (Hwang 2001).

Mimo tyto dvě skupiny je nutné rozlišovat ještě dvě problematické skupiny. Skupinu „skrytých bezdomovců“ a lidí, kteří jsou bezdomovstvím ohroženi. Skrytí bezdomovci představují kategorii lidí, kteří žijí s rodinou nebo přáteli, protože si pro sebe nemohou zajistit vlastní bydlení. Bez pomoci rodiny nebo přátel by žili na ulici nebo v azylovém domě. Fenomén „skrytého bezdomovství“ je však velice složité objektivizovat a s touto skupinou pracovat. Existuje také skupina lidí, která je bezdomovstvím ohrožena. Než se někdo stane bezdomovcem, může již delší dobu žít v nevyhovujících podmínkách. Skupina lidí, kteří se mohou stát bezdomovci, respektive tomuto nebezpečí reálně čelí, je označována jako kategorie částečných bezdomovců (Hulchanski 2002).

V tomto článku se budeme věnovat především skupině absolutních bezdomovců a jejich problémům vzhledem k závažnosti sociální situace těchto jedinců, což ovšem neznamená, že problém bezdomovství by bylo možné zužovat pouze na tuto skupinu.

Absence bydlení, absence stále adresy, to jsou jen dvě charakteristiky této skupiny bezdomovců. Tyto osoby jsou vinou své sociální situace vyloučeny z aktivit souvisejících s bydlením i z vytváření vzájemných vztahů v rámci komunity. Absence bydlení (domova) bezdomovce vyčleňuje z aktivit, které jsou pro majoritní populaci zcela běžné a bere je jako součást svého každodenního života. Také v Kanadě jsou bezdomovci považováni za sociální skupinu, která se potýká s nejzávažnější formou sociálního vyloučení. Lidé, kteří se nacházejí v obtížné situaci, se podobně jako v dalších státech přesouvají do měst-

ských oblastí a velkých měst, kde existuje naděje na možnost získání prostředků, a kde existuje širší nabídka sociálních služeb, které mohou případně využít.

V Kanadě převažuje názor, že bezdomovství je zapříčiněno především strukturálními (sociálně-ekonomickými a politickými) faktory, jakými je nezaměstnanost, deinstitucionalizace v oblasti péče o pacienty s duševními chorobami, rozvolnění rodinných vztahů, násilí v rodinně (Hulchanski 2002, Smith, Torjman 2004).

Bezdomovství ovšem není ani v Kanadě pouze problémem bytovým, ale problémem bytovým je vždy. Můžeme sledovat různé „kariéry bezdomovství“ od toho, kdy se lidé ocitnou na ulici a nemají kam jít. Někteří z nich zůstávají na ulicích dlouhou dobu i několika let.

Situace bezdomovců v Kanadě

Problematika bezdomovství se těší v Kanadě rostoucí pozornosti. Pokud chceme hovořit o rozsahu problematiky bezdomovství v Kanadě, je zajímavé srovnat velikost populace kanadských bezdomovců (asi kolem 200 000 osob) s 750 000 osobami v USA. Je nutné si uvědomit, že USA má současně devětkrát více obyvatel než Kanada (Wikipedia 2004). V průběhu posledních dvaceti let se bezdomovství ve velkých kanadských městech

Město	Populace (v 1000 obyv.)	Azylové domy pro dospělé	Azylové domy pro mladé	Azylové domy pro rodiny	Celkem
Toronto	4586	2074	441	1650	4165
Montreal	3424	1118	44	25	1187
Vancouver	1999	339	25	51	415
Ottawa/Hull	1056	325	30	201	556
Edmonton	914	395	29	0	424
Calgary	903	798	80	0	878
Quebec City	687	125	8	15	148
Winnipeg	678	144	24	61	229
Hamilton	658	109	30	65	204
Celkem	14905	5427	711	2068	8206

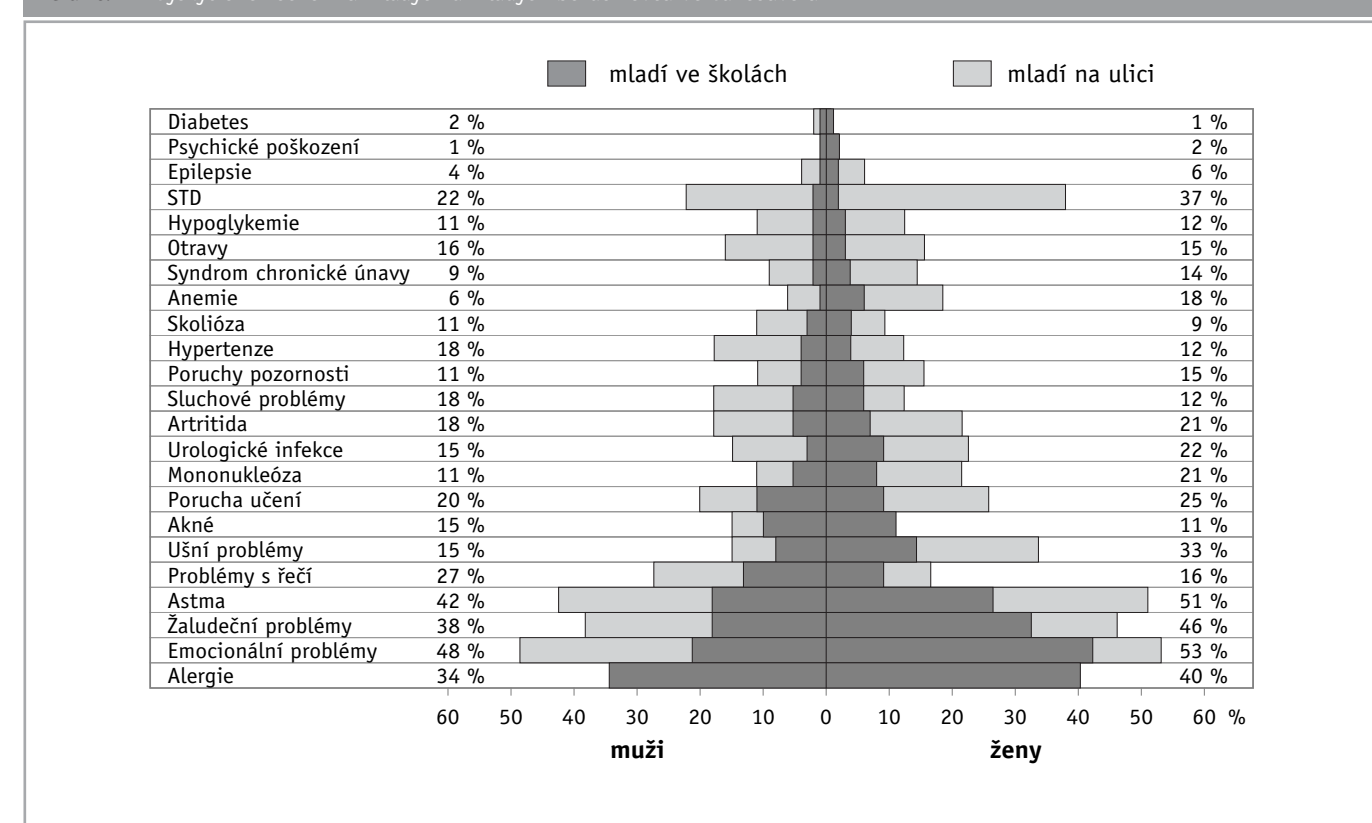
Zdroj: Whang 2001

stále zviditelněvalo. Počet bezdomovců v Kanadě je odhadován na 150 až 200 tisíc osob s tím, že počet lidí bez domova stále roste (Wikipedia 2004). Přesný počet bezdomovců vzhledem k povaze tohoto sociálního jevu není samozřejmě znám. Většina bezdomovců žije ve velkých městech, bezdomovci využívají služeb různých sociálních organizací, ale jejich kapacita, stejně jako v dalších státech, není zcela dostačující. Ubytovací kapacity v jednotlivých kanadských městech zobrazuje následující tabulka.

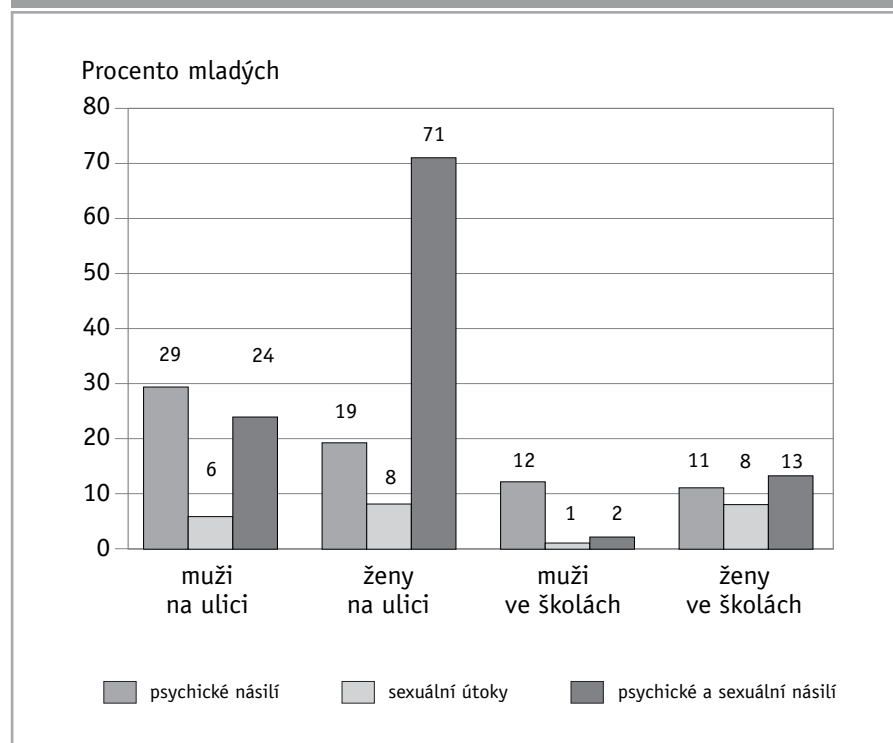
V kanadských městech nocuje každý večer v těchto zařízeních více než 8000 bezdomovců. Počet jedinců, kteří využívají těchto ubytovacích kapacit rok od roku přibývá. V Torontu využilo v roce 1998 alespoň jednou služeb těchto zařízení na 28 800 bezdomovců!

Do 80. let 20. století byla populace bezdomovců tvořena převážně staršími muži. Situace se však výrazně změnila. Dnes jsou bezdomovci především lidé do 25 let, původní obyvatelé Kanady, osaměle žijící muži a ženy. V Torontu je jednoznačně nejrychleji

Graf č. 1 Výskyt onemocnění u mladých a mladých bezdomovců ve Vancouveru



Graf č. 2 Problémy mladých bezdomovců ve Vancouveru



lze konstatovat, že jejich výskyt je u populace mladých bezdomovců vyšší, a to vyjma alergií. Onemocnění hypoglykémie, hypertenze, artritida, otravy, infekce apod. se mezi populací mladých bezdomovců vyskytují třikrát častěji než u mladých, kteří mají bydlení. Samozřejmě existují rozdíly mezi muži a ženami, jak tento graf znázorňuje.

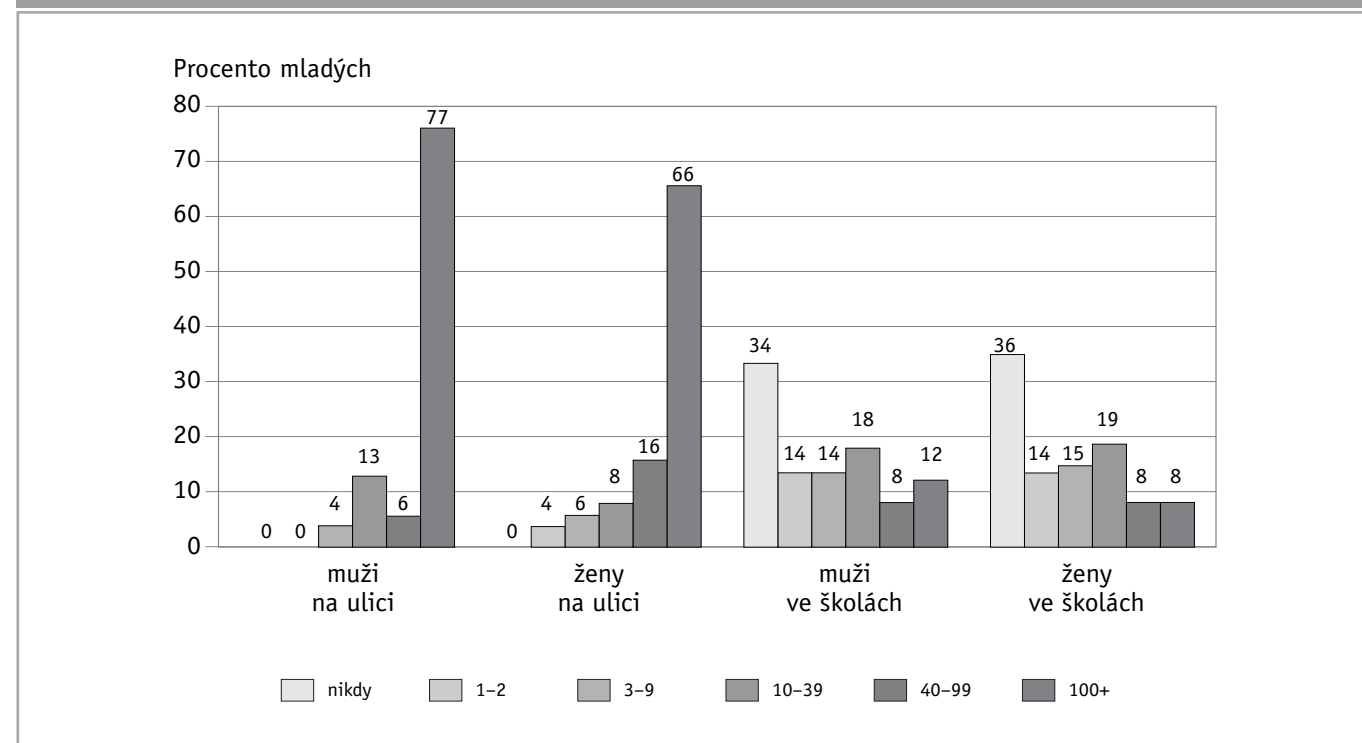
Mnoho zdravotních problémů lidí bez domova vyplývá ze sociálního stresu, který je zapříčiněn jejich stylem života na ulici. Výzkumy dokazují, že bezdomovci, kteří využívají azylového ubytování, mají lepší zdravotní stav než skupina bezdomovců, která tento druh ubytování nevyužívá. Z výše zmíněného života na ulici vyplývá celá řada závažných onemocnění, ať již mentálních (Acorn 1993), ale také HIV/AIDS, sexuálně přenosné choroby, kožní onemocnění, ale také např. TBC, závislost na alkoholu, tabáku a omamných a psychotropních látkách. Výčet onemocnění bezdomovců zde ovšem nekončí. Mezi bezdomovci je vyšší incidence artritidy, alergií, chronické bronchitidy, astma, hypertenze, horečnatých onemocnění, ale také diabetu, mozkové mrtvice apod. (Pollack 2001, O'Connell 2004, Fayden, Fletcher 2002). Bezdomovci se také častěji stávají obětmi psychického násilí (graf č. 2) nehoď a sexuálních útoků.

Duševní onemocnění jsou pravděpodobně nerozšířenější patologií, která souvisí s bezdomovstvím. Podle výzkumu, který byl proveden v roce 1993 ve Vancouveru trpělo duševním onemocněním 20 % bezdomovců, kteří využívali služeb azylových domů (Acorn 1993). Jiní autoři uvádí, že mentálními onemocněními trpí jedna třetina kanadských bezdomovců (Pollack 2001).

V posledních letech je rostoucím problémem u bezdomovců onemocnění HIV/AIDS. Podle provedených studií je prevalence tohoto závažného onemocnění u populace bezdomovců 0,6 – 11,3 % v závislosti na městě, kde bylo toto šetření prováděno (Hwang 2001, Cheung, Hwang 2004). Příčiny rozšíření tohoto onemocnění mezi populací kanadských bezdomovců jsou zpravidla prostituce, promiskuitní chování, nepoužívání antikoncepce a nitrožilní užívání drog.

Sexuálně přenosné choroby jsou rozšířeny zejména mezi mladými bezdomovci, a to i mezi těmi, kteří se nevěnují prostituci. Mezi kanadskými bezdomovci je velmi rozšířen také diabetes nebo kapavka (Mc Creary Centre Society 1994). Velice častá jsou mezi bezdomovci také kožní onemocnění. Příčinami těchto onemocnění je zpravidla nedostatečná hygiena, špinavé ošacení, případně nekvalitní

Graf č. 3 Konzumace alkoholu mezi mladými ve Vancouveru, počet dní konzumace v posledním roce



obutí apod. Obvyklou nemocí bezdomovců je TBC. Bezdomovci jsou z hlediska TBC rizikovou skupinou, a to také kvůli menší odolnosti jejich organismu, která vyplývá z života na ulici (Pollack 2001). V neposlední řadě souvisí s životním stylem bezdomovců problémy alkoholu, tabáku a drog. Bezdomovci mají problémy s alkoholem více než sedmkrát častěji než bydlící populace.

Tento problém je výrazný zejména u mladých bezdomovců. Podle výzkumu z roku 1994, který byl prováděn ve Vancouveru, přibližně 77 % mužů a 66 % žen na ulici konzumuje alkohol více než stokrát v roce v porovnání s 12 % mužů a 9 % žen, kteří navštěvují školu (viz graf č. 3). Podobná situace jako s alkoholem existuje také co se týče tabáku. Více než 75 % mužů bez domova každý den kouří v porovnání s 8 % mužů ve školách. Co se týče žen, každý den kouřilo 72 % žen bez domova v porovnání s 9 % ve školách. Zajímavé je také srovnání s hlediska užívání marihuany. Tu užívalo 90 % mladých mužů bez domova a 67 % žen bez domova v porovnání s 5 respektive se 3 % u školní mládeže. Signifikantní je u bezdomovců také užívání tzv. tvrdých drog, jakými jsou kokain, heroin nebo opiáty (Mc Creary Centre Society 1994).

Co se týče počtu hospitalizací jsou bezdomovci hospitalizováni pětkrát častěji než majoritní populace. Také délka hospitalizace je u bezdomovců vyšší. Kanada má systém

univerzálního zdravotního pojištění a bezdomovci tudíž de jure nemají faktické bariéry v přístupu k péči. Problémy ale vznikají například v důsledku ztráty karty pojištěnce (Whang et al 2000). Například 72 % bezdomovců s diabetem v Torontu konstatovalo, že má problémy s dodržováním diabetické diety, případně s kombinací stravy a užívání léků (Hwang, Bugeja 2000).

Jistý problém představuje neschopnost kanadského zdravotnictví poskytnout lidem bez domova adekvátní péči, zejména pokud jsou bezdomovci nemocní duševně, případně se u nich objevuje závislost. Vyřešení tohoto problému vyžaduje zejména posílení péče na úrovni komunity. V případě duševních onemocnění se jedná o týmovou práci psychiatrů, sestery a sociálních pracovníků, kteří lidem bez domova poskytují potřebnou zdravotně-sociální péči (Whang 2001).

Bezdomovství v Kanadě jako politická agenda

V posledních několika letech podnikla kanadská vláda odpovědné kroky v oblasti řešení a prevence problematiky bezdomovství. Na konci roku 1999 (17. prosince 1999) uvolnila kanadská vláda částku 753 milionů na dobu tří let na strategii, která byla vystavena na spolupráci aktérů na různých úrovních (vládní, neziskový a ziskový sektor), a jejímž cílem je čelit problému bezdomovství v Kanadě. Koordinace celého programu se

stala agendou na úrovni ministerstva pro sociální záležitosti. První prioritou se stala pomoc těm nejpotřebnějším – absolutním bezdomovcům.

Během první fáze tohoto projektu bylo pro jeho implementaci vybráno 10 největších kanadských měst. Konkrétně se jednalo o města Toronto, Montreal, Vancouver, Calgary, Edmonton, Winipeg, Ottawa, Hamilton, Quebec a Halifax. V těchto městech žije 50 % obyvatel Kanady.

V druhé části projektu hrají nejvýznamnější úlohu komunity, které projekt administrují a plánují v jeho rámci své aktivity na tomto poli. V této fázi jsou velmi důležitým aktérem malé organizace, které se bezdomovstvím zabývají. Tyto organizace mohou zajistit přechodné bydlení a to na dobu v rozmezí 6 měsíců až pěti let. Po prvních třech letech byl program rozšířen v současné době do roku 2006.

V druhé fázi programu na léta 2003 – 2006 je na tento program uvolněna částka 405 milionů kanadských dolarů. Největší částka je věnována podpoře Iniciativy pro komunitní partnerství (Supporting Health Partnership Initiative) a to částka 258 milionů kanadských dolarů. 67 milionů kanadských dolarů je určeno na řešení bezdomovství původních obyvatel Kanady, 13 milionů potom na Regionální fond pro bezdomovství a 9 milionů pro pořízování nemovitostí v rámci programu Surplus Federal Real Property. Na výzkum problematiky bezdomovství je vyčleněna

rostoucí skupinou bezdomovců, kteří využívají ubytování v azylových domech, rodiny a bezdětné páry (Day et al. 2001). Přestože se demografický profil jednotlivých kanadských měst liší, ve všech je patrný růst počtu mladých lidí bez domova. Jako děti ulice resp. mladí bezdomovci jsou označováni lidé ve věku mezi 12 a 25 lety. Městy s největším počtem mladých bezdomovců jsou v Kanadě Toronto, Montreal a Vancouver. Největší problém, který souvisí s bezdomovstvím mladých je, že tato skupina nevyužívá služeb azylového ubytování, a tak je jen velice složité určit velikost této skupiny.

Druhou skupinou bezdomovců, která je specifická pro Kanadu, představují původní obyvatelé Kanady. Původní obyvatelé Kanady, kteří se dostanou do této situace, stejně jako mladí bezdomovci upřednostňují život na ulici před pobytem v azylových domech. Původní obyvatelé představují 35% podíl bezdomovců v Edmontonu, 18% v Calgary, 11% ve Vancouveru a 5% v Torontu.

Poslední skupinu v tomto výčtu představují osamocené žijící muži a ženy. Osaměle žijící muži představují mezi kanadskými bezdomovci největší skupinu. Například 70 % ve Vancouveru, Edmontonu a Calgary, 50 % v Ottawě a 35 % v Torontu. Co se týče žen bez domova ve městech jako Ottawa a Calgary představují 10% podíl, ale například v Torontu, Vancouveru a Edmontonu je to podíl 25% (Hwang 2001).

Zdravotní stav kanadských bezdomovců

Bezdomovci jsou co se týče zdravotního stavu heterogenní skupina. Většina bezdomovců v 80. letech se rekrutovala z alkoholiků nebo duševně nemocných. Dnes představuje největší skupinu bezdomovců skupina mladých lidí. Tím se samozřejmě změnila i problémy v oblasti zdravotního stavu. Zdravotní stav bezdomovců je obecně horší než zdravotní stav bydlící populace, to se týká v Kanadě především bezdomovců mladšího věku.

Pokud srovnáme střední délku života, kanadští bezdomovci mají menší naději na dožití než majoritní kanadská populace. Pokud srovnáme například úmrtnost dětí ulice v Montrealu s majoritní skupinou mladých v Quebecu, pak zjišťujeme, že u dětí ulice je úmrtnost devítinásobně vyšší u mužů a jednatřicetinásobně vyšší u dívek. Pokud porovnáme ještě s Torontem, pak je úmrtnost u mužů bez domova 8,3 násobně vyšší pro věkovou kategorii 18 – 24 let, 3,7 násobně vyšší v kategorii 25 – 44 let a u kategorie mužů ve věku 45 – 64 je pravděpodobnost úmrtí vyšší více než dvojnásobně (Hwang 2001).

Problémy související se zdravotním stavem bezdomovců patří mezi ty nejzávažnější, s kterými se u této sociální skupiny setkáváme. Graf č. 1 znázorňuje zdravotní problémy mladých bezdomovců a bydlících mladých ve Vancouveru (Mc Creary Centre Society 1994). U všech sledovaných onemocnění

částka 7 milionů kanadských dolarů a na informační systém pro bezdomovce a rodiny bez domova bylo uvolněno 6 milionů kanadských dolarů.

Hlavním cílem těchto aktivit je prevence a řešení bezdomovství v Kanadě a prioritně také zajištění dostatečné kapacity ubytovacích zařízení pro tuto sociální skupinu. Například v Torontu je k dispozici asi 5 000 lůžek, ale odhadem asi 50 000 bezdomovců. Mimo azylového bydlení je projekt určen také na vytváření potravinových bank a vývařoven pro bezdomovce. Na azylové bydlení připadá celkem 70 % finančních prostředků, 26 % je určeno na podporované a přechodné bydlení, zbylé finanční prostředky slouží pro hrazení podpůrných služeb pro bezdomovce.

Závěry

Bezdomovství představuje v Kanadě závažný problém. Přestože Kanada patří mezi nejbohatší a „sociálně citlivé“ státy, problém bezdomovství se zde zatím nedaří řešit, naopak počet bezdomovců zdá se stoupat. Bezdomovství se v Kanadě týká jak mužů, tak žen. Ohroženou skupinou jsou mladí lidé, ale také původní obyvatelé Kanady. Nejméně jedna třetina lidí bez domova v Kanadě trpí duševním onemocněním. Mezi kanadskými bezdomovci jsou rozšířené choroby a to jak infekční (pohlavní, včetně HIV/AIDS) problém představuje také TBC a abúzus alkoholu a drog. Kanada, která byla za nezládnutý problém bezdomovství kritizována i mezinárodními organizacemi (např. OSN), věnuje v posledních letech řešení a prevenci bezdomovství značnou pozornost. Výsledky politiky boje proti bezdomovství lze hodnotit spíše ve střednědobém a dlouhodobém časovém úseku. Inspirační je pro nás zejména koordinace aktivit jednotlivých aktérů a výrazná podpora, kterou věnuje vláda Kanady řešení této problematiky. Z hlediska zdravotního stavu je velice vážné zjištění rostoucího počtu bezdomovců nakažených sexuálně přenosnými chorobami, zejména HIV/AIDS. V České republice se zatím s tímto problémem u bezdomovců setkáváme spíše ojediněle. V Kanadě je na rozdíl od ČR zdravotní stav předmětem dlouholetého výzkumu. Bude zajímavé sledovat, zda se budou objektivní informace o zdravotním stavu bezdomovců v ČR odpovídat výsledkům kanadských výzkumů, případně jaké odlišnosti bude možné pozorovat. Zjišťováním zdravotního stavu bezdomovců se bude zabývat v roce 2005 řešitelský tým grantového projektu

IGA MZ ČR Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty, kdy proběhne empirická šetření na toto téma.



Článek vznikl v rámci výzkumného grantového úkolu IGA MZ ČR – Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty NR 8119-3/2004

SOUHRN:

CÍLE: Cílem článku je analýza bezdomovství v Kanadě a zdravotního stavu kanadských bezdomovců.

METODY: Metodologicky je článek založen na sekundární analýze dokumentů a publikovaných výzkumů.

ZJIŠTĚNÍ: Výzkumy, které byly v Kanadě provedeny v 90. letech se bezdomovství v této zemi stává závažný sociální problém. Roste počet lidí bez domova a mění se také jejich složení. Významnou část bezdomovců představují dnes mladí muži, ženy a také děti. Významné procento bezdomovců trpí závažným onemocněním, jakými jsou duševní onemocnění, HIV/AIDS, sexuálně přenosná onemocnění, kožní onemocnění, TBC, závislost na alkoholu, tabáku a drogách. Výskyt těchto onemocnění je u bezdomovců významně vyšší než u bydlící populace. Většina těchto onemocnění souvisí se situací bezdomovství.

ZÁVĚRY: Jedno z řešení bezdomovství v Kanadě představuje založení Národní iniciativy pro bezdomovství (NHI). Projekt byl odstartován v roce 1999 a zahrnuje plán pro prevenci a řešení bezdomovství na příštích 10 let s finanční dotací více než jedné miliardy kanadských dolarů. Tyto zdroje jsou investovány do programů jakými jsou potravinové banky, vývařovny, ubytovny a azylové domy, ale zejména do prevence rostoucího počtu lidí bez domova.

KLÍČOVÁ SLOVA: bezdomovství, zdraví, Kanada

o autorech

Igor Angelovski viz Zdravotnictví v České republice (listopad 2004) str. 118,

Miroslav Barták viz Zdravotnictví v České republice (říjen 2004) str. 24

literatura

HWANG, S. W. Homelessness and health, CMAJ, 2001. January 23 164(2): pg.229-233

WRENN, K. Foot problems in homeless persons. Ann Intern Med. 1990. 113: pg.567-9

ROY, E. at all. Hepatitis B virus infection among street youth in Montreal. CMAJ 1999. 161(6): pg. 689-93

HWANG, S. W. Mortality among men using homeless shelter in Toronto, Ontario, JAMA, 2000. 283: pg 2152-7

O'CONNELL, J. J. Dying in the shadows: the challenge of providing health care for homeless people, CMAJ, 2004. April 13 170(8): pg.1251-2

HWANG, S. W, BUGEJA AL. Barriers to appropriate diabetes management among homeless people in Toronto. CMAJ 2000. 163(2): pg 161-5

POLLACK, G. Who Are Canadian's Homeless, RDAC Ltd, 2001 Available: www.readersdigest.ca/mag/2001/01/homeless.html (accessed 2004 September)

BRANDT, S. Homeless Healthcare, Steer level Consulting, 2003 Available: www.streetlevel.ca/news/ArticlesStats/homeless_healthcare.htm (accessed 2004 September)

ACORN, S. Mental and Physical Health of Homeless Persons Who Use Emergency Shelters in Vancouver, Hospital and Community Psychiatry, 1993. September Vol. 44 No. 9 pg. 854-7

HWANG, S. W, WINDRIM, P. M, SVOBODA, T. J, SULLIVAN, W. F. Physician payment for the care of homeless people. CMAJ 2000.163(2): pg. 170-1

HWANG, S. W, GOTTLIEB, J.L. Drug access among homeless men in Toronto. CMAJ 1999. 160(7): pg. 1021

DAY, N. FLEISZER, P. AND BASRUR, S. Toronto's Health Status: A Profile of Public Health in 2001, Toronto Public Health, 2001. May Available: www.city.toronto.on.ca/health (accessed 2004 October)

National Homelessness Initiative 1999-2003 Progress Report, Government of Canada 2004 ISBN 0-662-35713-2 Available: www.homelessness.gc.ca (accessed 2004 September)

SMITH, R. AND TORJMAN, S. Policy Development and Implementation in Complex Files, Canada School of Public Service, 2004 ISBN 0-662-37139-9 Available: www.homelessness.gc.ca (accessed 2004 September)

NEAL, R. Voices: Women, Poverty and Homelessness in Canada. NAPO, 2004. May

HARGRAVE, C. Homelessness in Canada From housing to shelters to blankets, SHARE International 2004 Available: www.shareint.org/archives/homelessness/hl-ch_Canada.htm (accessed 2004 September)

HULCHANSKI, D. J. What is homelessness? Questions and Answers, 2002 Available: www.raisingtheroof.org/lrn-home-QandA-index.cfm (accessed 2004 September)

WIKIPEDIA, free encyclopedia. Homelessness in Canada Available: http://en.wikipedia.org/wiki/Homelessness_in_Canada (accessed 2004 September)

CHEUNG, A.M., HWANG, S.W. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of literature. CMAJ 2004. 170(8):1243-7.

Efektivní politiky kontroly tabáku

Souhrn studie z 28 evropských zemí

Kateřina Langrová

V říjnu letošního roku byl zveřejněn souhrn výsledků studie Evropské sítě pro prevenci kouření (European Network for Smoking Prevention, ENSP), kterou financovala Evropská komise v rámci programu EU Public Health Programme 2003 – 2008.

Svým zaměřením navazuje souhrn na dokument Světové banky publikovaný v červnu 2003 Tobacco Control at a Glance (1), jež popisuje šest efektivních opatření na kontrolu tabáku. Přesto že je známo, která opatření jsou účinná (a z hlediska cost-effectivity výhodná), zůstává stále nejasné, kterým z přístupů má být dána priorita.

Studie ENSP popisuje dopad politik kontroly tabáku v Evropě a uvádí, které typy intervencí by měly být prioritní v komplexním přístupu ke kontrole tabáku.

Důležitost a efektivita jednotlivých opatření identifikovaných Světovou bankou byla pro situaci rozvinutých evropských zemích v rámci studie ohodnocena bodově tak, že 100 bodů bylo rozděleno mezi těchto 6 opatření:

cena / daňová politika	30 bodů
zákazy (omezení) kouření na pracovištích / veřejných prostranstvích	22 bodů
celkový rozpočet na kontrolu tabáku	15 bodů
zákaz reklamy na tabákové výrobky	13 bodů
zdravotní varování	10 bodů
léčba závislosti na tabáku	10 bodů

Jako nejúčinnější v souladu s dosavadními poznatky byla identifikována daňová politika, resp. cena tabákových výrobků – při jejím zvýšení o 10 % můžeme očekávat snížení prevalence kuřáků v populaci asi

o 4 % (2), při zvýšení o 25 % asi 7 % – 13 % pokles prevalence. Efekt se nejvíce projeví mezi mladými lidmi a sociálně slabší skupinou obyvatelstva (kde je kuřáctví také nejrozšířenější). Zajímavým údajem je důležitost nekuřáckých pracovišť a veřejných míst. Pokud by byl důsledně uplatňován zákaz kouření na pracovišti, ubylo by 5 – 10 % kuřáků v populaci, zákaz kouření v restauracích by snížil prevalenci o dalších 2 – 4 %. Obdobně zákaz reklamy (který v ČR platí od července tohoto roku) je spojován s poklesem kuřáctví o 6 %.

Závěrem studie shrnuje nejdůležitější doporučení pro to, aby kontrola tabáku v Evropě byla skutečně efektivní:

- více finančních zdrojů na programy kontroly tabáku
- více finančních zdrojů na vyhodnocení politik kontroly tabáku
- sjednocení sběru a zpracování dat o prevalenci kuřáctví
- přijetí šesti nejdůležitějších kroků ke kontrole tabáku (viz tabulka)

Co se týká programů na kontrolu tabáku, odhady potřebných finančních prostředků pro jejich efektivní uskutečňování se pohybují mezi 1 – 3 USD na obyvatele a rok, minimálně po dobu 3 let. V České

republice by to znamenalo tedy minimálně 250 mil. Kč, což je suma výrazně vyšší než současná realita.



Plné znění souhrnu studie

EFFECTIVE TOBACCO CONTROL POLICIES

IN 28 EUROPEAN COUNTRIES:

<http://www.ensp.org/files/effectivefinal.pdf>

literatura

(1) <http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/AAG%20Tobacco%206-03.pdf>

(2) JHA, P., CHALOUPEK, F. Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control. The World Bank, Washington, 1999

o autorce

MUDr. Kateřina Langrová
vědecká pracovnice Institutu zdravotní politiky a ekonomiky

SUMMARY: HOSPITAL AS SUPPLIER OF HEALTH CARE. FOR-PROFIT HOSPITALS, OR NOT-FOR-PROFIT HOSPITALS?

The development in public sector is currently a subject of intensive debates among experts and politicians. Discussions about the future direction of health care sector epitomize sharp division among opposing views. The controversy about appropriate organizational and legal status of hospitals is an example, how deep the „fault line“ runs.

This note explores tendencies expected in hospital behavior as an economic entity and provider of health care services operating under alternative organizational and legal status. We use a not-for-profit model of hospital and compare it with a for-profit model, in order to suggest what kind of behavior could be expected from an alternative organizational form. We also touch on some risks related to not-for-profit entities.

Nemocnice jako dodavatel zdravotní péče

Obchodní společnost, nebo nezisková organizace?

Ludwig O. Dittrich

Úvod

V současné době se intenzivně jedná o zainteresovanosti a odpovědnosti institucí a jiných aktérů za vývoj ve veřejném sektoru. Ve zdravotnictví je tato diskuse velmi vyhraněná. Mezi jinými se diskutuje o výběru vhodné právní formy pro nemocniční zařízení. Analýzou na mikroúrovni, tedy na úrovni firmy, se tento příspěvek pokouší odpovědět na otázku, jaké se dá očekávat chování nemocnice pracující ve formě obchodní společnosti ve srovnání s nemocnicí pracující ve formě neziskové organizace při produkci zdravotní péče. Příspěvek také upozorňuje na některá rizika spojená s formou neziskové organizace.

Obchodní společnost

V typické firmě, fungující v prostředí tržní konkurence, vrcholný a střední management rozhoduje o skladbě výroby, procesu výroby a skladbě použitých faktorů v procesu výroby. Cílem je dosáhnout maximálního zhodnocení vlastním vloženého kapitálu. Tento cíl je konzistentní s maximalizací zisku společnosti.

Například v akciové společnosti vlastníkem reziduálních finančních výsledků, zisku nebo ztráty, jsou akcionáři.

Nezisková organizace

I v tržním prostředí existuje velký sektor, kde pro organizace, které tam působí, není produkce maximálního zisku cílem. Základní

kapitál je vložen do těchto organizací buď státem, nebo jednotlivci, kteří se ztotožňují s cílem těchto organizací. Reziduální finanční výsledek nepatří „vlastníkům“, ale zůstává uvnitř organizace. V takových organizacích může eventuelní finanční přebytek sloužit ke snížení ceny placené klientem v dalších obdobích, ale také se může stát předmětem konkurence zájmových skupin uvnitř organizace.

Nemocnice – obchodní společnost

Nemocnice fungující v právním režimu obchodní společnosti maximalizuje zisk $P(S) \cdot N - C(N,S)$; kde $P(S)$ je cena produkce, N je objem produkce, S je kvalita produkce a $C(N,S)$ jsou náklady na produkci. Maximalizace zisku znamená, že objem a kvalita produkce by v rovnovážném stavu měla splňovat následující:

$$P(S) = C_N \\ P_S N = C_S$$

kde C_N jsou mezní náklady (mn) na N , C_S mn na S a P_S přírůstek ceny v důsledku přírůstku v S .

Nemocnice – nezisková společnost

Nemocnice fungující v režimu neziskové společnosti může mít různé objektivní funkce, které mohou být předmětem optimalizace (Reference 1, 2, 3, 4, 5). V tomto příspěvku použijeme objektivní cílovou funkci podle (5). V tom případě nemocnice maximalizuje

$L = U(N,S) + \lambda[P(S) \cdot N - C(N,S)]$; kde λ je tvrdost rozpočtového omezení, tedy požadavku, aby příjmy byly rovné nákladům a $U(N,S)$ je funkce užítka neziskové společnosti.

Funkce užítka může popisovat společenské zadání (ale také nemusí pokud zadání není srozumitelně definováno), se kterým se ztotožňují uživatelé v celospolečenském kontextu. Mimo dodávku vlastní péče společenská zakázka navíc definuje požadovaný rozsah péče, její skladbu, dostupnost, požadavek na rezervní kapacitu a jiné.

Maximalizace užítka za podmínky vyrovnanosti rozpočtu znamená, že objem a kvalita produkce by v rovnovážném stavu měla splňovat následující:

$$U_N + \lambda[P(S) - C_N] = 0, \text{ neboli } U_N/ + P(S) = C_N \\ U_S + \lambda(P_S N - C_S) = 0, \text{ neboli } U_S/ + P_S N = C_S \\ P = AC, \text{ neboli } P(S) \cdot N - C(N,S) = 0$$

Kde U_N je mezní užitek z dodatečného objemu produkce, U_S je mezní užitek z dodatečné kvality a AC jsou průměrné náklady. Všechny ostatní symboly mají stejný význam jako v předcházejícím textu.

Ziskový a neziskový model nemocnice

Porovnejme podmínky, jejichž splnění vede k maximalizaci zisku pro obchodní společnost a maximalizaci užítka pro neziskovou společnost.

Ziskový model:

$$P(S) = C_N \\ P_S N = C_S$$

Neziskový model:

$$U_N/\lambda + P(S) = C_N \\ U_S/\lambda + P_S N = C_S$$

Nezisková nemocnice má tedy tendenci dodávat kvantitu a kvalitu zdravotní péče definovanou společenskou zakázkou (rozsah, skladba, dostupnost, atd.) nad úroveň, kterou by dodávala nemocnice operující v ziskovém režimu.

Shrnutí

Management nemocnice fungující v režimu obchodní společnosti se rozhoduje tak, aby čistá tržní hodnota společnosti rostla a zvyšovala jmění vlastníků. Maximalizace dlouhodobého zisku je konzistentní s růstem tržní hodnoty společnosti. Společenské zadání definující požadovaný rozsah péče, její skladbu, dostupnost a eventuálně požadavek na rezervní kapacitu zařízení nemůže být konzi-

stentně plněno obchodní společností. Plnění zadání by znamenalo, že nemocnice by musela poskytovat kombinaci kvality a kvantity produktu odlišnou od kombinace, která maximalizuje zisk a tržní hodnotu společnosti.

Nemocnice fungující v režimu neziskové společnosti má přímo v zadání dodávat kombinaci kvality a kvantity produktu, který naplňuje společenskou poptávku v tom smyslu, jak je uvedeno výše.

To také znamená, že když inkrementální užitek z dodatečného objemu a kvality reprezentují zakázku veřejnosti (a ne „soukromý“ individuální užitek pro management a týmy lékařů), měl by se tento užitek explicitně rozpoznat jako žádoucí a finančně pokrýt dotacemi a daňovými úlevami.

Nemocnice jako nezisková společnost je také vhodným subjektem pro příjem darů a jiné formy privátních finančních zdrojů. Veřejnost se tak může přímo podílet na naplnění společenského zadání. Nemocnice fungující v režimu obchodní společnosti nemohou tento typ kapitálu mobilizovat.

Úspora na nákladech a správně nastavené ceny za epizodu hospitalizace jsou nutné, ale ne postačující kroky k vyrovnanému hospodaření nemocnic operujících v neziskovém modelu. Stejně nutné je identifikovat, jestli užitek ze zvyšování objemu a kvality ($U_N/$ a $U_S/$) je ještě součástí společenské zakázky a nebo je nahrazen soukromým individuálním užitekem a slouží k naplnění privátních ambicí manažerských a profesionálních týmů.

Existuje riziko, že nezdařile, nebo neúplně formulovaná společenská zakázka na skladbu a rozsah garantované zdravotní péče pravděpodobně vyústí v její nahrazení zakázkou individuálních aktérů v jednotlivých nemocnicích. To znamená, že následně se dá očekávat racionální tendence managementu a profesionálních týmů lékařů k nadprodukcí výkonů za úroveň, která odpovídá vyrovnanému hospodaření (vyjednává se o tvrdosti rozpočtového omezení).

Také se dá očekávat tendence managementu a vedoucích lékařů investovat do přístrojů a vybavení za hranici návratnosti investovaných prostředků.



o autorovi

Ludwig O. Dittrich, Ph.D. je odborným pracovníkem Katedry ekonomických teorií Provozní ekonomické fakulty České zemědělské univerzity v Praze Suchbale (dittrich@pef.czu.cz)

literatura

1. PAULY, M. V., AND REDISCH, M., „The – Not – for – Profit Hospital as a Physicians’ Cooperative“, AER 1973; 63(1):87-99
2. M. F. LONG, „Efficient Use of Hospital“, The Economics of Health Care and Medical Care, Ann Arbor 1964, 211-26
3. M. L. LEE, „A Conspicuous Production Theory of Hospital Behavior“, Southern Econ. J., July 1971, 38, 48-59
4. M. REDER, „Some Problems in the Economics of Hospital“, AER Proc., May 1965, 55, 472-80
5. J. NEWHOUSE, Toward a Theory of Non-profit Institutions: An Economic Model of a Hospital“, AER, March 1970, 60, 64-73

vybráno z tisku

...Většina nemocnic na Slovensku se podle 2005 změní na neziskové organizace. Slovenský zákon o nemocnicích umožňuje. O akciové společnosti nemají ředitelé zdravotnických zařízení velký zájem. Podle vyjádření Pavla Sedláčka, prezidenta Asociace nemocnic Slovenska, má každá právní forma své výhody a nevýhody...

Pravda, 27.12.2004

... Dosavadní výsledky výzkumů, analýz a zahraničních zkušeností ukazují, že nejvýhodnější je pro provoz a stabilizaci nemocnic právní forma neziskových organizací - respektive organizací, které nejsou zřízeny pro tvorbu zisku - „non for profit“. To neznamená, že by takové organizace zisk nemohly vytvářet. „Non for profit“ znamená v praxi, že pokud zisk vytvoří investují ho zpět, ve prospěch činnosti, které má „nonprofitní“ organizace zajišťovat. Bohužel, současná česká legislativa tento typ organizací nezná. Ministryně Milada Emmerová uvedla, že se pokusí co nejrychleji přislusný zákon o „neziskovkách“ protlačit sněmovnou, tak aby ti hejtmani, kteří mají podobný názor na věc jako ona a dávají přednost převodu nemocnic na neziskové organizace před převodem na obchodní organizace, měli možnost tak zákonnou cestou učinit...

Zdraví a zdravotnictví, 19.10.2004

Poskytování informací krajskými odbory ÚZIS ČR

Během posledních dvou let prošly krajské odbory Ústavu zdravotnických informací a statistiky velkým vývojem. Se změnou územní legislativy (od 1. 1. 2003) došlo k transformaci 8 regionálních pracovišť na 14 krajských odborů (KO) s jednotnou strukturou organizace i pracovních postupů. Ústav jejich prostřednictvím navázal spolupráci s krajskými úřady a orgány samosprávy. Prohloubila se i spolupráce KO se zdravotnickými zařízeními.

Většina publikací, které KO vydávají, je k dispozici v elektronické podobě na internetových stránkách Ústavu <http://www.uzis.cz>. Kratší analýzy jsou zasílány uživatelům elektronickou poštou či v tištěné podobě. Informační nabídka je následující:

1. Standardní publikace navazující na celorepublikové informace

- ☐ Zdravotnické ročenky krajů
- ☐ Zdravotnictví krajů (Kardex)
- ☐ Lůžkové péče v nemocnicích kraje
- ☐ Ambulantní péče v kraji – doplněná o rozložení sítě ambulantních zařízení
- ☐ Primární péče v krajích – nová publikace o rozsahu personálního zajištění a objemu poskytnuté primární péče

2. Informace ze zdravotnictví krajů IZK o různých oborech a speciální IZK pro Krajské úřady o ekonomice nemocnic, mzdách, lůžkovém fondu a síti ZZ v kraji

3. Mimořádné analýzy a studie odpovídající na otázky lékařské odborné veřejnosti

4. Zpracování individuálních požadavků

V posledních měsících roku vychází dvě studie o nemocnicích, a to z hlediska provozně-ekonomického a z hlediska hospitalizovaných v nemocnicích daného kraje. Studie o nemocnicích tvoří pečlivě vybrané statistické ukazatele, které porovnávají údaje za rok 2003 a mohou managementům nemocnic, zdravotním radům i státní správě pomoci v orientaci a posloužit k hlubší analýze dosažených výsledků. Jde o soubor asi 140 provozně ekonomických ukazatelů a několika tabulek a grafů o hospitalizovaných.

Na tyto studie volně navazuje analýza Zajištění lůžkové a ambulantní péče pro obyvatele území správních obvodů ORP v jednotlivých krajích, kde je podíl hospitalizovaných z obce bydliště analogický celkovému počtu obyvatel obce ve spádové oblasti obce s rozšířenou působností (ORP).

V některých krajích budou koncem roku 2004 k dispozici i grafické studie o Migraci za lůžkovou péčí ve vybraných oborech nemocnic kraje. Analyzují skladbu hospitalizovaných na základě jednotné metodiky ve všech krajích.

Snižování počtu lůžek akutní péče a růst lůžek následné péče analyzuje studie Následné a ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních v kraji.

V tabulkách na vedlejší straně je uvedeno několik ukazatelů ze studií o nemocnicích. Fakultní nemocnice byly srovnávány odděleně od nemocnic běžného typu. V tabulce je uvedeno pět Fakultních nemocnic z pěti krajů. Pořadí ukazatelů odpovídá jejich očíslování ve výše uvedených studiích.

Díky speciálnímu seskupení lůžek je možné mnohem lépe srovnávat vybrané ukazatele, v tabulce je uvedeno 23 statistických údajů ze 141 provozně ekonomických ukazatelů. Průměrná ošetrovací doba není nadhodnocována případy následné a ošetrovatelské péče, také využití lůžek je lépe souměřitelné uvedením údajů za začleněná zařízení zvlášť (viz LDN v Ostravě a v Praze). Nelze prezentovat odděleně pouze ekonomické ukazatele, které nemocnice vykazují za celý právní subjekt dohromady (výkazem E(MZ)6-12). Ve FN s poliklinikou Ostrava představují téměř polovinu počtu všech lůžek lůžka nákladnější (sv. modrá, uk. 12 a 14), což zvyšuje výnosy za lůžkovou péči (uk. 99), které jsou k celkovému počtu lůžek vysoké ve srovnání s Brněnskou či Olomouckou FN. Sledované nemocnice mají i velké výnosy za ambulantní péči (uk. 101), což svědčí o nezanedbatelných úvazcích lékařů pro ambulantní péči v nemocnicích, zejména v oborech s lůžkovou základnou. Nemalé výnosy za ambulantní péči (oranž uk. 101) jsou FN v Hradci Králové a ve FN Královské Vinohrady v Praze, kde zajišťují odbornou ambulantní péči pro hustě osídlenou spádovou oblast se snadnou dopravní dostupností. Vysoké výnosy za lůžkovou péči (uk. 99) a vysoké využití lůžek (uk. 25) ukazují na hlavní těžiště práce FN. Velký počet hospitalizovaných na 1 lékaře (zelená uk. 35) v Hradci a Praze, vysoké procento lékařů ze všech odborných zdravotnických pracovníků v Praze a téměř polovina nákladnější lůžek v Ostravě (sv. modrá uk. 12 a 14), patří k faktorům zvyšujícím tržby na 1 odborného zdravotnického pracovníka (zelená uk. 115). Nejnížší tržby z uvedených FN jsou v Olomouci, kde je také nejnížší využití lůžek (uk. 25) pouze 258 dnů v roce. Ukazatel procento nezdravotnických pracovníků ze všech zaměstnanců (žlutá uk. 52) souvisí

se způsobem zajišťování hospodářsko-technických služeb (prádelna, úklid, stravování). Jeho nízké hodnoty v Brně a Olomouci napovídají, že služby zajišťují smluvně (což zvyšuje režijní náklady), nikoli pomocí vlastních zaměstnanců. Nízké tržby na 1 odborného zdravotnického pracovníka (modrá uk. 115) ve FN Brno a Olomouc jsou jedním z faktorů majících vliv na záporný hospodářský výsledek.

V další tabulce je uvedeno 21 ukazatelů 6 menších nemocnic z šesti krajů. Nemocnice jsou srovnatelné co do počtu lůžek, oddělení i zaměstnanců. Všechny uvedené nemocnice odměňují podle zákona č.143/1992 Sb., o platu.

Lůžka na odděleních pro akutní péči ve specializovaných oborech v těchto nemocnicích představují lůžka novorozenecká. Na celkovou průměrnou délku ošetrovací doby (oranž uk. 20) má vliv i počet lůžek na oddělení následné a ošetrovatelské péče (oranž uk. 13), která tvoří skoro čtvrtinu z celkového počtu lůžek v Chrudimské nemocnici. Větší počet těchto lůžek je i v Teplické a Náchodské nemocnici. Nepřiměřené využití lůžek (růžová uk. 25) vykazují nemocnice Náchod, pouze 241 dní v roce, přestože jde z dřívějšího pohledu o okresní nemocnici. Z uvedených podílů tržeb na celkových výnosech od ZP (zelená uk. 100 a 102) lze vysledovat, že jsou nemocnice, které pozvolna přesouvají těžiště své činnosti na odbornou ambulantní péči. Poměrně vysoký rozdíl tržeb na odborného zdravotnického pracovníka (sv. modrá) a zaměstnance vykazují nemocnice Frýdek Místek, což může být ovlivněno vysokým procentem lékařů z odborných zdravotnických pracovníků (sv. modrá uk. 53) a vysokým procentem nezdravotnických pracovníků ze všech zaměstnanců. Alarmující jsou vysoké osobní náklady na zaměstnance (růžová uk. 91) právě v nemocnicích s nízkým procentem nezdravotnických pracovníků ze všech zaměstnanců (růžová uk. 52). Pro dokreslení jsou zde uvedeny průměrné mzdy zaměstnanců (žlutá uk. 62). V nemocnici Teplice je nejnížší, což může být ovlivněno poměrně vysokým počtem zaměstnanců, z nichž navíc velkou část tvoří personál s nízkým příjmem. V nemocnici Břeclav přispívá vyšší průměrné mzdě nezanedbatelný podíl nákladnějších lůžek (65) a poměrně vysoké využití lůžek (uk. 25), přes 300 dnů v roce.

Závěrem je nutné konstatovat, že nelze žádné ukazatele hodnotit bez návaznosti na ovlivňující faktory.

Ing. Jana Blažková, František Horák, ÚZIS ČR

Vybrané ukazatele fakultních nemocnic v r. 2003

Pořadí	Ukazatel	FNsP Ostrava		FN Brno - PMDV	Fakultní nemocnice Olomouc	FNKV Praha 10		FN Hradec Králové		
		nem.	LDN Klokočov			nem.	LDN	nem.	OLÚ Nechanice	
6	Počet lůžek na všech odděleních celkem k 31. 12.	1 373	160	2 191	1 426	1 151	89	1 458	56	
11	Lůžka na odděleních pro (včetně pracovišť)	akutní péči v základních a hlavních oborech	694	-	1 545	896	676	-	1 056	56
12		intenzivní péči	177	-	264	156	207	-	193	-
13		následnou a ošetrovatelskou péči	-	160	85	-	-	89	-	-
14		akutní péči ¹⁾ a ostatní péči	502	-	297	374	268	-	209	-
20	Průměrná délka ošetrovací doby celkem	8,4	45,6	8,3	8,2	8,6	122,3	9,3	51,4	
21	Průměrná délka ošetrovací doby na odděleních (včetně pracovišť)	v akutní péči v základních a hlavních oborech	6,0	-	5,1	5,7	7,0	-	7,4	51,4
22		v intenzivní péči	5,8	-	5,0	3,8	4,5	-	5,4	-
23		v následné a ošetrovatelské péči	-	45,6	44,2	-	-	122,3	-	-
24		v akutní péči ¹⁾ a ostatní péči	7,3	-	18,0	7,0	6,6	-	6,9	-
25	Využití lůžek ve dnech celkem	291,72	325,50	293,63	258,41	282,81	350,36	266,9	295,5	
35	Průměrný počet hospitalizovaných na 1 lékaře	197,9	285,5	195,5	166,9	210,7	85,0	222,2	161,0	
52	Procento nezdravotnických pracovníků ze všech zaměstnanců	24,8	42,1	19,1	18,1	22,6	13,1	26,7	13,7	
53	Procento lékařů ze všech odborných zdravotnických pracovníků	17,9	7,1	18,5	18,4	20,2	8,6	17,8	7,1	
89	Náklady na spotřebu energie, služby a ostatní náklady na 1 ošetrovací den	1 411	-	1 099	1 342	-	871	-	1 467	
54	Počet zaměstnanců za celý právní subjekt – průměrný stav	3 338,94	-	4 463,86	3 093,37	-	2 913,84	-	3 584,95	
97	Výnosy celkem (v tis. Kč)	2 755 497	-	3 487 591	2 321 914	-	2 170 397	-	3 108 380	
99	Výnosy za lůžkovou péči (v tis. Kč)	1 611 144	-	1 557 927	1 460 596	-	1 151 046	-	1 624 971	
101	Výnosy za ambulantní péči (v tis. Kč)	317 150	-	304 794	241 828	-	441 035	-	541 536	
105	Výnosy na 1 vykázaný bod (v Kč)	1,58	-	1,30	1,43	-	1,47	-	1,53	
106	Hospodářský výsledek (v tis. Kč)	474	-	-29 898	-205 856	-	1 790	-	7 146	
115	Tržby na 1 odborného zdravotnického pracovníka (v tis. Kč)	825	-	753	715	-	799	-	956	
116	Tržby na 1 zaměstnance (v tis. Kč)	615	-	609	587	-	609	-	699	

1) akutní péče ve specializovaných a vysoce specializovaných oborech a ostatní péče

Vybrané ukazatele nemocnic s regionální působností v r. 2003

Pořadí	Ukazatel	Nemocnice						
		Nemocnice Chrudim (PAR)	Okresní nem. Tábor (JHC)	Nem. Teplice (UST)	Nem. Břeclav (JHM)	Nem. Frýdek Místek (MSK)	Oblastní nem. Náchod (HRA)	
1	Počet lůžkových oddělení	8	15	14	13	12	14	
6	Počet lůžek na všech odděleních celkem k 31. 12.	440	564	584	511	558	522	
11	Lůžka na odděleních pro (včetně pracovišť)	akutní péči v základních a hlavních oborech	296	457	431	426	467	407
12		intenzivní péči	29	31	46	46	35	17
13		následnou a ošetrovatelskou péči	100	64	91	20	32	83
14		akutní péči ¹⁾ a ostatní péči	15	12	16	19	24	15
25	Využití lůžek ve dnech celkem	271,84	261,29	280,22	302,48	276,10	241,02	
20	Průměrná délka ošetrovací doby celkem	9,1	8,7	8,3	7,4	7,1	8,9	
100	Z celkových výnosů	tržby od ZP za lůžkovou péči v %	76,0	99,1	99,2	99,3	99,0	99,7
102		tržby od ZP za ambulantní péči v %	100,0	99,5	100,2	98,6	95,1	99,6
115	Tržby na 1 odborného zdravotnického pracovníka (v tis. Kč)	526	569	515	545	636	586	
116	Tržby na 1 zaměstnance (v tis. Kč)	376	457	369	492	452	512	
	Rozdíl: tržby za 1 odb.zdr.prac. – tržby za 1 zaměstnance v tis. Kč za rok	+150	+112	+146	+53	+184	+74	
91	Osobní náklady na 1 zaměstnance v Kč	281	300	263	302	287	307	
83	Náklady (celkové) na 1 ošetrovací den v Kč	3 435	2 545	2 504	2 747	3 356	2 003	
92	Náklady na 1 vykázaný bod v Kč	1,36	1,41	1,28	1,26	1,28	1,27	
123	Cena výkonového bodu celkem v Kč	0,81	0,93	0,94	0,83	0,82	0,91	
41	Počet zaměstnanců celkem stav k 31.12. (fyzické osoby)	817	874	1 094	748	993	641	
52	Procento nezdravotnických pracovníků ze všech zaměstnanců	28,1	19,9	28,9	9,8	28,9	12,8	
53	Procento lékařů ze všech odborných zdravotnických pracovníků	16,7	16,2	15,3	15,4	19,0	18,2	
62	Průměrná měsíční mzda zaměstnanců celkem v Kč	16 590	17 048	15 746	18 273	17 263	18 516	

1) akutní péče ve specializovaných a vysoce specializovaných oborech a ostatní péče

Podklady pro zdravotní plány krajů

Demografický vývoj
Zdravotní stav populace
Geografická dostupnost lékařské péče
Analýza lidských zdrojů
Sít' veřejných zdravotnických zařízení

pro Vás zpracuje
IZPE

Institut zdravotní politiky a ekonomiky

KONTAKT:
Institut zdravotní politiky a ekonomiky
Kutnohorská 1102
281 63 Kostelec nad Černými lesy

Tel: 321 679 061
Fax: 321 679 062
e-mail: sekretariat@izpe.cz
www.izpe.cz

