

Systémové hodnocení kvality péče a služeb: inspirace z oblasti paliativní péče

Lucie Žáčková – Martin Loučka

Abstrakt

Článek se zabývá vybranými přístupy k systémovému měření kvality paliativní péče v zahraniční (USA, Austrálie a Belgie), které by mohly být inspirativní, v pozitivním i negativním smyslu, pro české prostředí nejen na poli paliativní péče, ale přeneseně i pro oblast sociální péče a služeb, kde se systémové měření kvality začíná rozvíjet. První část článku uvádí paliativní péči do kontextu sociální práce a připomíná jejich vzájemné propojování v oblasti zdravotnictví. Rovněž shrnuje dosavadní znalosti ohledně tvorby a využití indikátorů kvality péče v paliativní péči. Druhá část textu, zabývající se srovnáním čtyř odlišných zahraničních přístupů k systémovému měření kvality paliativní péče, dochází k závěru, že úspěšné rozšíření do široké praxe se opírá o a) konsensus stakeholderů, poskytovatelů, odborníků z oboru a samotných uživatelů péče a služby na výběru indikátorů kvality; b) o iniciativu zaštitěnou „shora“ (stát/akademické prostředí); c) o dobrovolnou účast poskytovatelů spíše než o povinnou a sankcionovanou; a nakonec d) o finanční a/nebo technické zajištění jak rutinního sběru dat tak jejich následné analýzy.

Klíčová slova: systémové měření kvality péče, paliativní péče, indikátory kvality, zlepšování kvality

Abstract

The article considers selected foreign approaches to the systematic measurement of the quality of palliative care (i.e. in the USA, Australia and Belgium), which could provide inspiration for the Czech environment in this respect, both positively and negatively. The study concerns not only the field of palliative care but also the social care and services sector, where the systematic measurement of quality is still in the early stages. The first part of the article presents palliative care in the context of social work and reminds us of their interconnection in terms of healthcare. It also provides a summary of existing knowledge regarding the development and use of quality indicators in palliative care. The second part of the article, which compares the various foreign approaches to the systematic measurement of the quality of palliative care, concludes that successful expansion into widespread practice is based a) on consensus in terms of the selection of the quality indicators between stakeholders, providers, experts in the field and care and services end-users; b) on initiatives „from above“ (the state/academic environment); c) on the voluntary participation of providers rather than their mandatory and delegated participation; and finally d) on the financing and/or technical provision of the collection of data and the subsequent analysis thereof.

Keywords: systematic quality measurement of care, palliative care, quality indicators, quality improvement

Úvod

Systémové měření kvality poskytované péče a služeb je v oblasti sociální práce v posledních dvou desetiletích velmi relevantní téma a zdravotnictví se tímto tématem zabývá snad ještě intenzivněji. Paliativní péče, stále poměrně mladá vědní disciplína, vychází z obou oborů, a proto způsob, jakým se v zahraničí s měřením kvality péče a služeb tento obor vyrovnává, může mít pro české prostředí jak informativní, tak i inspirativní přínos.

V oblasti sociální práce již zkraje 21. století upozorňuje McMillen na to, že naléhavost tématu hodnocení a měření kvality péče se bude v příštích dvaceti letech stupňovat, jelikož snad v každém sektoru sociálních služeb se očekává monitoring a zlepšování kvality služeb, ať už ze strany stakeholderů nebo samotných poskytovatelů sociálních služeb (McMillen et al., 2005). Dnes je sledování kvality neoddelitelnou součástí práce sociálních pracovníků, jak na úrovni státní agendy (standardy, kontrola), tak na úrovni samotných poskytovatelů služeb (kvalita služby, organizace, výsledek

intervence) a nakonec i na osobní úrovni (zpětná vazba klientů, rodiny). Hodnocení kvality péče a služeb je rovněž součástí vzdělávacího kánonu sociálních pracovníků (Moriarty & Manthorpe, 2016).

Avedis Donabedian, lékař a zakladatel hodnocení kvality péče ve zdravotnictví, uvádí, že každý pokus o posouzení kvality péče musí začínat konceptuálním rámcem, který definuje kvalitu jak na obecné úrovni, tak ve vztahu ke konkrétnímu kontextu, ve kterém k posuzování kvality dochází (Donabedian, 1966, 1988). Nicméně podle Havlíkové et al. (2021) chybí v sociální práci v ČR jednotné a obecně uznávané vymezení kvality. Neposkytuje jej ani stávající legislativa, ani MPSV jakožto centrální řídicí orgán a ani se na něm dosud neshodli samotní sociální pracovníci v rámci svých profesních sdružení. Co se týče české paliativní péče, tak se vymezení kvality péče neustále vyvíjí, aktuálně dochází k definování standardů kvality pro různé oblasti poskytování paliativní péče.

Také z těchto důvodů je sledování kvality péče v sociální práci i v paliativní péči v České republice prozatím spíše doménou

jednotlivých poskytovatelů péče a služeb. Zatím ojediněle se realizují snahy o sledování výkonu a kvality péče na větším územním celku. V případě paliativní péče se jedná například o projekt Paliatr v Kraji Vysočina¹, který využívá informační systém ELFis². Nicméně vzhledem k tomu, že na globální úrovni se tématu zlepšování kvality péče a služeb věnuje čím dál větší pozornost, pro paliativní péči například v rámci doporučení WHO (WHO, 2021b) a pro sociální práci například v rámci doporučení EU (Montero, 2020), je velmi pravděpodobné, že v následujících letech bude potřeba zařadit měření kvality péče v ČR na systémovou úroveň. Cílem článku je představit přístup k systémovému měření kvality péče v oblasti paliativní péče, který primárně vychází z konceptu měření kvality zdravotní péče³, a porovnat čtyři odlišné zahraniční přístupy k systémovému měření kvality paliativní péče využívající indikátory kvality (USA, Austrálie a Belgie), které by mohly posloužit jako inspirace (se svými pro a proti) pro české prostředí.

V první části článku nejprve uvedeme paliativní péči do kontextu sociální práce

a připomene jejich vzájemné propojení a synergické působení v oblasti zdravotnictví. Následně shrneme dosavadní znalosti ohledně tvorby a využití indikátorů kvality péče a poskytovaných služeb v paliativní péči. Druhá část textu se zabývá aktuálními zahraničními přístupy k systémovému měření kvality paliativní a hospicové péče a služeb, kdy na vybraných příkladech ukážeme jejich přínosy a limity. V závěru budeme diskutovat možnosti systémového měření kvality paliativní a hospicové péče a služeb.

I. Paliativní péče v kontextu sociální práce a koncept systémového měření kvality péče a služeb

Paliativní péče je se sociální prací úzce provázána. Jak vyplývá z definice paliativní péče podle WHO, jedná se o takový přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů (dospělých i dětí) a jejich rodin, kteří se potýkají s problémy fyzickými, psychosociálními a/nebo spirituálními, spojenými s život ohrožujícím onemocněním nebo vážným zdravotním strádáním (WHO, 2021b). Její poskytování není nijak časově omezeno, nejedná se o „poslední možnost“, ale měla by být včas integrována do péče o pacienty s život ohrožujícím onemocněním nebo s vážným chronickým onemocněním. Paliativní péče je potřebná na všech úrovních péče (primární, sekundární i terciární) a není vyhrazena pouze pro určitý typ zařízení (Arias-Casajs et al., 2019). To znamená, že například v ČR je paliativní péče poskytována buď v domácím prostředí (mobilní hospic), v prostředí lůžkového hospice nebo v nemocnici. Vedle toho se ale paliativní péče postupně rozšiřuje do zařízení poskytujících dlouhodobou péči a do pobytových sociálních služeb pro seniory.

Jedná se o interdisciplinární obor, který se věnuje úlevě od utrpení (ať už fyzického, sociálního, psychologického nebo spirituálního charakteru), s holistickým, na pacienta a na rodinu zaměřeným přístupem. Nejedná se o čistě medicínské pojetí péče. Sociální práce přitom tvoří jednu ze stěžejních profesí zajišťujících paliativní péči v rámci multidisciplinárního týmu, neboť právě sociální pracovník je schopen reagovat na psychosociální potřeby pacienta a jeho blízkých (Sláma et al., 2013), facilitovat diskusi multidisciplinárního týmu, dohlížet na naplňování lidských práv a na ochranu důstojnosti při poskytování paliativní péče, a tím přispívat k celkové kvalitě života pacienta (Payne, 2017). Poskytování paliativní péče je navíc od počátku vedeno snahou rozšířit přístup k personalizované a kvalitní péči, a podílet se tak na vytváření spravedlivějšího a udržitelnějšího zdravotního systému (Altilio & Otis-Green, 2012). Všechny tyto faktory svědčí o tom, že paliativní péče a sociální práce jsou neodmyslitelně propojeny.

S rostoucí dostupností paliativní péče a služeb ve vyspělých zemích a její postupné integrace do běžné zdravotní péče se

systematické prokazování kvality péče, kterou poskytuje, stává stále aktuálnějším tématem (Cohen & Leemans, 2014). Právě ve zdravotnictví má systémové sledování kvality péče pomocí indikátorů kvality již dlouhodobou historii. Ta začíná v 90. letech a v 21. století nabývat značného rozmachu díky digitalizaci zdravotnické dokumentace, která poprvé umožňuje rutinní sběr dat (Kerr & Fleming, 2007; Lester & Roland, 2007; Majeed et al., 2007). Důvodem pro systémové sledování kvality je především zájem stakeholderů (státu, pojišťoven) na monitoringu kvality, na zlepšování kvality zároveň se zajištěním efektivity péče a služeb a/nebo na veřejném benchmarkingu. Paliativní péče vstupující do tohoto prostředí je tedy nucena zapojit se do systémového měření kvality péče mimo jiné proto, aby mohla získávat potřebné akreditace (Cohen & Leemans, 2014).

Vzhledem k předpokladu, že tlak na potřebnost systémového hodnocení kvality péče a služeb jak na úrovni paliativní a hospicové péče, tak na úrovni sociální práce se bude v České republice zvyšovat, bude rovněž třeba hledat způsoby, jak jej realizovat. V současnosti se systémovému hodnocení kvality sociální práce věnuje například projekt RILSA Kvalita výkonu sociální práce v ČR – vytvoření metodiky hodnocení a provedení prvotní evaluace⁴, v paliativní péči například projekt Centra paliativní péče Systémové hodnocení kvality hospicové péče⁵ nebo projekt Ministerstva zdravotnictví⁶. V těchto případech dosud probíhá pilotní sběr dat a až po jeho vyhodnocení se bude řešit další rozšiřování do praxe.

II. Indikátory kvality péče

Předpokladem pro tvorbu ukazatelů nebo indikátorů kvality je definování hlavních aspektů kvality péče a služeb, které zpravidla vycházejí z existujících standardů kvality (Ahluwalia et al., 2018; Masso et al., 2016; Schenck et al., 2014; Seow et al., 2009). Indikátory kvality následně reflektují dobrou nebo špatnou kvalitu péče a umožňují kvalitu poskytované péče systémově a kontinuálně sledovat a hodnotit (Campbell et al., 2003). To platí nejen pro zdravotnictví, ale i pro paliativní péči a sociální práci.

Pokud se zaměříme na oblast paliativní péče, pak na primární úrovni panuje v zásadě shoda na tom, co vlastně indikátory kvality vyjadřují a jak jim lze rozumět (Leemans et al., 2013). Literatura se shoduje na tom, že jsou to dobře definovatelné a měřitelné aspekty péče, které naznačují míru kvality poskytované péče (např. v podobě odhalení problematických míst poskytované péče nebo v podobě nedostatku informací o kvalitě péče); jsou obecně vyjádřitelné počtem nebo procentem; řeší konkrétní aspekt péče nebo s ní bezprostředně související výsledek a jsou vyjádřeny na agregované úrovni, ať už na úrovni skupiny poskytovatelů paliativní péče, nebo na úrovni jedné organizace (Shekelle, 2001; Campbell et al., 2003; Ostgathe 2010; Leemans et al., 2013).

Důležitým kritériem je jasně vymezená populace pacientů, včetně definování vyloučených nebo nezařazených skupin pacientů, dále definování postupu sběru dat a popsání způsobu výpočtu. Rovněž by indikátory kvality měly mít určený výkonostní standard, tj. prahovou hodnotu výsledku, aby bylo možné je relevantně vyhodnotit (Hanson et al., 2010; Leemans et al., 2013).

U indikátorů kvality musí být popsány specifické vlastnosti: číselné (tj. u kterých pacientů nabývá indikátor kladné hodnoty) a jmenovatel (tj. základní skupina hodnocených pacientů/definovaná populace pacientů) (Bausewein et al., 2016). Jmenovatel popisuje například pacienty, kterým by měla být poskytnuta péče, a číselník označuje pacienty, kterým byla tato doporučená péče skutečně poskytnuta.

Dalším definujícím kritériem je, aby indikátory kvality byly klinicky relevantní, aby byly v praxi sesbíratelné a aby byly založeny na existujících vědeckých důkazech nebo na expertním konsensu v případě neexistence takového důkazu (na aktuálním state-of-the-art ve vybrané oblasti) (Campbell et al., 2003). Přestože jsou poznatky založené na vědeckých důkazech důležité, nejsou a ani nemohou být dostupné pro všechny situace při poskytování péče. Z tohoto důvodu se k definování dobré kvality služeb a péče vedle evidence based policy využívá i názoru expertů anebo expertních panelů (a to včetně panelů sdružujících pacienty nebo pečující apod.), jež mohou také definovat, které z výsledků (tj. například symptomy nebo problémy pacientů) jsou relevantní z hlediska kvality péče (Pasman et al., 2009).

Pro indikátory kvality je důležité nejen to, aby byly explicitně definovány a aby byly měřitelné, ale obvykle také to, aby odkazovaly na jednu ze tří základních dimenzí Donabedianova modelu pro měření kvality péče, tj. na výsledek, proces nebo strukturu péče (Campbell et al., 2003; De Roo et al., 2013; Donabedian, 1966; Pasman et al., 2009). Podle těchto dimenzí bývají indikátory také označovány jako strukturální, procesní/procesové nebo výsledkové. Názory i praxe se však liší v tom, zda je třeba se spíše přiklánět k zastoupení všech tří dimenzí v rámci jedné sady indikátorů nebo spíše upřednostnit jen jednu skupinu – procesních nebo výsledkových indikátorů – a to jak z hlediska interpretace, tak i vzhledem k proveditelnosti sběru dat (Claessen et al., 2011; De Roo et al., 2013; Leemans et al., 2013).

Připomeňme, že struktura péče odkazuje na prostředí a podmínky, ve kterých je péče realizována. Typicky se jedná o dostupné materiální zdroje (např. zařízení a vybavení), o lidské zdroje (např. počet a kvalifikace personálu, tj. počet sester na 1 lůžko apod.) a o organizační strukturu zařízení poskytujících danou službu. Proces se týká interakce mezi poskytovateli a příjemci péče (např. psychosociální podpora nabízená pozůstalým během prvních 72 hodin po úmrtí pacienta nebo screening bolesti v určitých časových bodech). Výsledek označuje dopady péče na zdravotní stav pacientů, včetně zlepšení znalostí a informovanosti pacienta, změny v jeho chování

a spokojenosti pacienta s péčí (např. rehospitalizace nebo změna ve skóru bolesti) (Campbell et al., 2000). V mezinárodním měřítku se ve zdravotnictví klade stále větší důraz na výsledkové spíše než na procesní ukazatele (Claessen et al., 2011; Etkind et al., 2015).

III. Postup při vytváření sady indikátorů kvality

Jak již bylo řečeno, každý jednotlivý ukazatel kvality je třeba přesně definovat a každý má svou výpovědní hodnotu o jednom konkrétním aspektu kvality (např. skóre bolesti). Větší výpovědní hodnotu však mají sady ukazatelů vztahující se k širšímu konstrukt (např. fyzické a psychické aspekty péče) (Cacace et al., 2019). Vytváření a zavádění sady indikátorů kvality by mělo sledovat doporučený postup, který sestává z několika na sebe navazujících kroků (Campbell et al., 2003; Center for Health Policy, 2011; Dy et al., 2015; Leemans et al., 2013). Postup má určité variace podle toho, zda je jeho záměrem jednoznačné praktické využití, nebo se spíše jedná o výzkumný vědecký projekt. Na základě toho jsou pak akcentovány některé kroky více, jiné naopak méně (Schang et al., 2021).

- 1) Identifikace oblastí kvality, které nás zajímají a ve kterých budeme kvalitu paliativní péče sledovat.
- 2) Identifikace již existujících indikátorů kvality, jak prostudováním dosavadní odborné literatury, tak sumarizací v praxi využívaných indikátorů kvality. K tomuto účelu je nejvhodnější expertní panel. Následuje explicitní definice indikátorů a jejich přiřazení k předem navrženým oblastem paliativní péče (např. vycházejících ze standardů kvality).
- 3) Nejlépe dvou- nebo vícekolový výběr nejvhodnějších ukazatelů ve spolupráci s expertní skupinou. V tomto kroku bývá využívána tzv. Delfská metoda nebo tzv. „nominal group technique“, nejčastěji se však využívá kombinace obou dvou, a to v rámci metody označované jako RAND metoda (Campbell et al., 2003). Všechny přístupy jsou postaveny na konsenzu expertního panelu, přičemž pro hodnocení vybraných ukazatelů je využíváno dotazníkové šetření. Experti a/nebo uživatelé z praxe (tj. expertní panel, technický panel, panel ze zástupců rodinných pečujících apod.) hodnotí každý ukazatel na Likertově škále minimálně z těchto hledisek: důležitost pro výslednou kvalitu poskytované péče, realizovatelnost sběru dat v praxi (odhalení konkrétních bariér sběru dat a identifikování míry obtížnosti jejich překonání) a předpokládaný přínos indikátoru kvality v dlouhodobém horizontu sledování (např. míra jeho předpokládané změny). Na základě hodnocení a konsenzu je sestavena sada indikátorů kvality.
- 4) Pilotní otestování sady ukazatelů kvality v praxi a případná úprava výběru indikátorů.

5) Stanovení metodiky interpretace a definování použití výsledků v praxi. U každého ukazatele je nutné určit, zda informace o výsledcích budou zveřejňovány a jakým způsobem (v jakém rozsahu, v jaké frekvenci atd.) a kdo je bude zveřejňovat.

6) Stanovení frekvence hodnocení a revize ukazatelů zohledňující jak trendy ve zdravotnictví, tak v paliativní péči (Polívka, 2019).

Přestože existuje ustálený a obecně známý postup, jak vytvářet sadu indikátorů kvality, Schang et al. (2021) upozorňují na to, že sada několika validních ukazatelů není totéž jako jedna validní sada ukazatelů kvality. Podle těchto autorů dosud chybí postup, který by definoval vlastnosti potřebné pro zajištění validity sady indikátorů kvality. Ve své práci zkoumali obsahovou validitu u sady ukazatelů kvality ve zdravotnické literatuře s ohledem na tři hlavní rizika: nezařazení relevantních indikátorů v jednotlivých doménách péče, zařazení příliš velkého množství indikátorů z jedné domény péče a zařazení zcela nevhodných indikátorů. Autoři dochází ke zjištění, že 85 % studií (53/62) se sice zabývá alespoň jedním z těchto rizik, všechna tři obsahová rizika však vyhodnocuje jen 15 % (9/62) studií. Dále předkládají čtyři další věcná kritéria důležitá pro vyhodnocení validity u sady ukazatelů: náklady na měření, určení „zásadních“ ukazatelů, vyvarování se nadbytečných ukazatelů a stanovení celkového počtu ukazatelů (velikost sady). A rovněž zmiňují několik procedurálních kritérií ovlivňujících validitu, která se objevují při tvorbě sady indikátorů: zapojení stakeholderů, provozovatelů nebo pacientů; využití konceptuálního rámce; jasná definice účelu měření a míra transparentnosti procesu tvorby indikátorů (Schang et al., 2021).

IV. Přínosy a limity indikátorů kvality

Ačkoli vyhodnocení celkové validity sady indikátorů dosud není běžnou součástí zavedené praxe, na úrovni jednotlivých indikátorů kvality je za jejich hlavní přínos pokládáno to, že jsou standardizované, replikovatelné a srovnatelné (Rios-Zertuche et al., 2019). Jelikož se jedná o měřitelná kritéria kvality péče, očekává se, že při porovnání s určitým standardem je možné určit, v jaké míře bylo standardu dosaženo (Polívka, 2019). I v praxi se tedy hodnocení kvality obvykle opírá o existující standardy kvality. Indikátory kvality proto mohou naznačovat buď problémy s kvalitou, nebo naopak dobrou kvalitu v příslušných oblastech péče (Campbell et al., 2003; De Roo et al., 2013).

Přínosy indikátorů kvality jsou často opakovány, zmiňme zde alespoň ty nezákladnější. Sada indikátorů kvality umožňuje pracovníkům v paliativní péči, a osobám s rozhodovacími pravomocemi (stakeholderům) zaměřit se na ty oblasti, ve kterých je možné se zlepšovat, zavádět takové intervence, které vedou ke zlepšení kvality

péče, a v konečném důsledku tak optimalizovat zdraví a životní pohodu jedinců s vážným onemocněním (Aslakson et al., 2017; Cohen & Leemans, 2014; Rubin, 2001; WHO, 2021a).

Kromě toho, jak již bylo uvedeno výše (Cohen & Leemans, 2014), jsou v některých zdravotnických systémech využívány pro hodnocení jak kvality, tak efektivity pracovišť, týmů či oddělení, přičemž na toto hodnocení je dále navázána výše poskytovaných finančních příspěvků. Podobně bývá vyhodnocení kvality a efektivity dané péče nebo služby podmínkou pro získání akreditace. Dokazování účinnosti a kvality poskytované péče a služeb bývá nezdánlivě požadováno při zavádění či udržení zdravotních či sociálních služeb, a je tedy stále zásadním tématem v sociální i zdravotní oblasti (Malík Holasová, 2014). Přesto, nebo snad právě proto, je využívání indikátorů kvality nejen v paliativní péči celkem problematické.

K tomu přispívá jejich poměrně velké množství a různé přístupy k jejich tvorbě a využívání, a to nejen mezi různými státy, jež obvykle mají odlišné zdravotní a sociální systémy, ale i v rámci jedné země, kde indikátory kvality často pokrývají jen jedno konkrétní prostředí nebo cílovou skupinu pacientů, například paliativní onkologickou péči nebo domácí paliativní péči (Claessen et al., 2011), a nejsou tedy srovnatelné.

Na riziko „přílišné kvantifikace péče a služeb“ již v roce 1999 poukázali například Clark, Hocklay a Ahmendzai, když tvrdili, že zdravotnictví jako celek je v mnoha zemích tzv. hladově po vědeckých důkazech („evidence based“) a že se často očekává dokazování potřebnosti služeb, péče nebo intervence ještě před tím, než je vůbec nabízena (Clark, Hocklay & Ahmendzai, 1999). Na velký rozsah existujících indikátorů a na odlišný metodický přístup při jejich vytváření zase poukazují přehledové studie jak ve zdravotnictví (Schang et al., 2021), v sociální práci (Malley & Fernández, 2010), tak z paliativní péče. Pasman et al. v přehledové práci z roku 2009 napočítali 142 indikátorů kvality v 16 vybraných publikacích. Následně došli k závěru, že v paliativní péči je sice k dispozici značný počet indikátorů kvality, většina z nich však nebyla v literatuře dostatečně podrobně popsána (Pasma et al., 2009). Rozšíření tohoto systematického přehledu z roku 2013 (De Roo et al., 2013) přidává k původním 16 publikacím dalších 13 a celkový počet indikátorů dosahuje 326, což svědčí o rychlém rozvoji v této oblasti.

Vedle velkého množství indikátorů kvality v paliativní péči existují i další limity při jejich využívání. Typické omezení nastává již při sběru dat. Jelikož se obvykle vychází ze záznamů v pacientově dokumentaci, je zřejmé, že indikátory kvality nepokrývají, a ani nemožou pokrývat, všechny domény péče definované ve Strategii veřejného zdraví podle WHO (Stjernswärd et al., 2007) nebo standardy kvality paliativní péče (Campbell et al., 2003). V určitých oblastech jich je k dispozici více, v jiných méně už proto, že některé oblasti lze v pacientově dokumentaci vykazovat jednoduše (např. fyzické symptomy, záznam

o preferencích ohledně život udržující léčby apod.), jiné se ale v podstatě v záznamech nevyskytují (např. kulturní nebo sociální aspekty péče). Některé typy záznamů jsou zase objektivně lépe měřitelné než jiné (Dy et al., 2015). Například to, zda má pacient zdokumentované preference ohledně život udržující léčby, lze vyhodnotit zcela jednoznačně (čítá jedno kritérium). Naopak to, zda poskytovatel vypracoval plán péče v závěru života, který by řešil i vztahy s pečujícími, je pro vyhodnocení mnohem složitější (čítá mnoho kritérií, problematika shoda na definici takového plánu apod.) (Pechová & Loučka, 2019). Tato omezení vedou k potřebě zajištění pečlivého monitoringu indikátorů kvality péče tak, aby nedocházelo k nezáměrným negativním důsledkům, tzn. aby nedocházelo k ignorování důležitých oblastí, ve kterých je měření skrze indikátory obtížnější, a aby tyto oblasti byly vždy jednoznačně pojmenovány (Rios-Zertuche et al., 2019).

V neposlední řadě je třeba mít při implementaci indikátorů do klinické praxe vždy na mysli, že ne všechny indikátory lze aplikovat ve všech zařízeních a na všechny populace pacientů v rámci paliativní péče (Dy et al., 2015).

A nakonec uveďme jedno z často zmiňovaných a velmi podstatných omezení využívání ukazatelů kvality, a to, že nemusí odrážet vnímání kvality péče pacientem a jeho rodinou (Aslakson et al., 2017; Claessen et al., 2013; Price et al., 2014; WHO, 2021b). Tento typ informace není většinou možné získat z pacientovy dokumentace, proto se v praxi používá dotazníkové šetření, přičemž v paliativní péči je dotazování pacientů problematictější vzhledem k terminálnímu stavu pacientů. Dotazování je proto nezřídka směřováno na rodinné příslušníky (Price et al., 2018; Rhodes et al., 2008; Teno & Coppola, 1999).

V. Příklady z praxe a jejich porovnání

Vedle teorie zabývající se vytvářením sady indikátorů kvality však stojí jejich implementace a využití měření kvality paliativní péče v široké praxi. Předkládané zahraniční příklady sledování kvality paliativní péče pochází ze zemí s vysokou úrovní hospicové a paliativní péče, a to podle Quality of Death Index (QODI) sestaveném v roce 2015 (Economist Intelligence Unit, 2015). Tyto země tedy velmi dobře reprezentují podobnou úroveň paliativní péče. Na druhou stranu je třeba vzít v úvahu, že každá ze zmíněných zemí má poměrně odlišný způsob financování zdravotnického systému, což má bezpochyby rovněž vliv na výsledné pojetí měření kvality hospicové a paliativní péče.

Prvotním cílem všech čtyř zahraničních projektů bylo vytvoření standardizované sady ukazatelů pro měření kvality hospicové a paliativní péče v široké praxi. Tyto projekty spojuje snaha o transparentní postup a přesné definování jednotlivých ukazatelů jakož i záměru, k jakému mají být využity.

Otázkou je, do jaké míry se tento záměr jednotlivým projektům podařilo naplnit a co nejspíše vedlo k úspěšnému či méně úspěšnému rozšíření měření kvality péče pomocí vytvořené sady indikátorů. Aby bylo možné tyto otázky zodpovědět, jsou jednotlivé projekty posuzovány v následujících parametrech:

- Iniciátor projektu (kdo inicioval a zaštiťoval tvorbu indikátorů kvality a s jakým záměrem)
- Tvorba indikátorů kvality (zda byli zaangażováni samotní provozovatelé)
- Vztah ke standardům kvality paliativní péče (zda a k jakým standardům se vztahují)
- Počet indikátorů a převažující typ indikátorů
- Způsob využívání výsledků měření kvality péče (interní/externí využití /oboje, k čemu a komu mají výsledky sloužit)
- Typ účasti provozovatelů na měření kvality (dobrovolná/povinná)
- Existence registru dat, tj. technického řešení sběru dat a uchovávání dat a jejich zpracování
- Reálná praxe (zda odpovídá záměru a do jaké míry jsou v praxi indikátory kvality využívány)

Nejprve každý projekt stručně popíšeme a následně je v jednotlivých parametrech vyhodnotíme (viz tabulku 1). Vybrané zahraniční příklady v podstatě ukazují čtyři modelové typy tvorby a využití indikátorů kvality: a) shora ustavené povinné měření s externím technickým řešením pro sběr a uchovávání dat (USA 1), b) zdola zformované dobrovolné měření bez technického řešení sběru (USA 2), c) (původně) akademický projekt pro dobrovolné měření bez technického řešení sběru (Belgie) a za d) shora ustavené dobrovolné měření s externím technickým řešením pro sběr a uchovávání dat (Austrálie).

USA 1: Hospice Quality Reporting Program (HQRP)

Americký Hospice Quality Reporting Program (HQRP) vychází z projektu pojmenovaném Hospice PEACE Project⁷ (Prepare, Embrace, Attend, Communicate, Empower), který započal roku 2008. Byl iniciován institucí Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), v USA v podstatě plní funkci zdravotní pojišťovny, která oslovila vědce z Carolinas Center for Medical Excellence a vědce z University of North Carolina-Chapel Hill. Zastřešujícím cílem projektu bylo identifikovat nástroje nejvhodnější pro široké použití hodnocení kvality v klinické praxi paliativní péče a ke zlepšení kvality intervencí. Indikátory kvality, které byly definovány PEACE, jsou v USA stále využívány pro hodnocení kvality hospicové péče v rámci zdravotního pojištění (Hanson et al., 2010; Kamal et al., 2016; Schenck et al., 2014). Pro HQRP se nyní využívá 9 ukazatelů, které do značné míry vycházejí právě z PEACE a jsou výsledkového typu.

Kromě toho CMS od srpna 2017 provozuje portál Care Compare⁸, na kterém jsou indikátory kvality zveřejňovány. Cílem Care

Compare je veřejně informovat o kvalitě péče jednotlivých poskytovatelů, a tak pomocí uživatelům porovnávat a vybírat nejvhodnější péči. V podstatě se jedná o shora (externě) požadovaný reporting dat, který musí hospice spadající pod CMS pravidelně vykazovat (Vesel & Dave, 2020).

USA 2: Measuring What Matters (MWM)

Americký projekt pojmenovaný Measuring What Matters (MWM) je společným projektem American Academy of Hospice and Palliative Medicine (AAHPM) a Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA)⁹. Rovněž vychází z Projektu PEACE a je reakcí na HQRP (Dy et al., 2015). Zařazené indikátory mají splňovat kritérium validity a mají být klinicky relevantní a průřezové. Záměrem má být jejich využití pro interní měření kvality s přehledem pro celkový rozvoj kvalitní hospicové péče a pro zlepšení zkušeností pacienta a rodiny s poskytovanou péčí. Z původních 75 indikátorů vznikl konsenzuální seznam 10 finálních ukazatelů (z nichž 6 bylo již definováno v PEACE projektu). Většina indikátorů se vztahuje k procesu péče (Vesel & Dave, 2020). Tento americký projekt na rozdíl od předchozího, kde je sběr indikátorů v rámci HQRP povinný, staví na dobrovolné bázi.

Belgie: Nationwide evaluation of palliative care (Q-PAC)

Belgický program označený jako Q-PAC začínal jako výzkumný projekt mezi lety 2009 a 2014¹⁰ a byl primárně zaměřený na vývoj indikátorů kvality paliativní péče za použití rigorózní metody, která kombinovala přehled literatury, rozhovory s experty a pilotní testování. Výsledkem byl základní soubor 31 indikátorů kvality, které pokrývají širokou škálu aspektů paliativní péče. Sada byla určena k použití pro všechny služby paliativní péče, včetně pobytových sociálních služeb pro seniory. Zahrnuje jak perspektivu organizace a formálních pečujících, tak pacienta a jeho blízkých. Je tvořena výsledkovými, procesními i strukturálními ukazateli (Leemans et al., 2013, 2015). Od roku 2014 byl soubor indikátorů kvality implementován ve specializované paliativní péči (nemocniční týmy, mobilní týmy) ve Flandrech (Belgie), nicméně do pobytových sociálních služeb pro seniory zaveden nebyl (Dupont et al., 2021). Využití sady pilotovaných indikátorů je na dobrovolné bázi, a tak je rozšířenost v klinické praxi nakonec zřejmě menší, než se bylo původně očekávalo (Cohen et al., 2021). Nicméně v současnosti se toto měření kvality paliativní péče přesunulo pod Institut kvality ve zdravotnictví pro Flandry (VIKZ), kde je pilotován sběr dat a je plánováno rozšíření do široké praxe.

Austrálie: Program Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC)

Australský Program Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) je od roku 2009 financován australským ministerstvem zdravotnictví a je postaven na spolupráci

čtyř univerzit. Jedná se o národní dobrovolný program pro paliativní péči a služby, jehož podstatou je rutinní sběr dat na straně poskytovatele paliativní péče, v domácím či lůžkovém prostředí. Primárním cílem PCOC je systematické zlepšování výsledků péče na úrovni pacienta (například kontrola symptomů) a národní benchmarking (Eagar et al., 2010). Účelem benchmarkingu je podporovat rozvoj inovací služeb paliativní péče a dát poskytovatelům služeb možnost porovnat úroveň svých služeb s celkem ostatních poskytovatelů. Každý poskytovatel obdrží jednou ročně neveřejnou zprávu, která porovnává jeho výsledky se souhrnnými výsledky ostatních poskytovatelů (tzn. anonymizovaný celek).¹¹ V programu se sleduje 12 výsledkových ukazatelů. V současnosti se programu účastní na 200 míst poskytujících paliativní péči, což je velká většina poskytovatelů této péče v Austrálii¹². Kromě rutinního sběru dat do externího datového registru je program doplněn o pravidelné ad hoc průzkumy pacientů a pečovatелů. Korelace mezi zjištěními z těchto výzkumů a výsledky z rutinního sběru dat byla důležitým mezikrokem k tomu, aby poskytovatelé služeb přijali i nepříjemná zjištění týkající se jejich výkonnosti, která by jinak měli potíže akceptovat (Currow, 2011). PCOC je dnes adaptován ve vícero zemích po celém světě, v Evropě například od roku 2017 v Irsku¹³.

Prvním ze sledovaných parametrů je iniciátor projektu a s tím související záměr využití výsledků měření kvality. Důležité pro rozšíření měření v praxi se zdá to, zda impuls pro měření kvality paliativní péče přišel shora či zdola, tzn. jakým aktérem bylo sledování kvality iniciováno. Jejich zájmy a přístupy ke kvalitě se totiž budou více či méně lišit (Havlíková et al., 2021). Pokud je měření kvality požadováno stakeholdery (např. politiky, pojišťovny, plátcí či donory), pak se jedná o impuls shora. A to je případ amerického HQRP a australského PCOC. Pokud je měření kvality navrhováno samotnými poskytovateli péče a služeb (např. asociace sdružující poskytovatele), pak mluvíme o impulsu zdola jako v případě amerického MWM. Poslední možností je, že měření kvality péče je čistě akademický projekt, jako v případě belgického Q-PAC. Pokud impuls přichází shora, může být určován více politickými a ekonomickými zájmy než profitem pro zdravotní, potažmo paliativní a hospicovou péči (Malík Holasová, 2014). Pokud přichází zdola, může se jednat o snahu disponovat interním nástrojem pro hodnocení kvality péče a/nebo dosáhnout legislativní úpravy ve prospěch dané péče/služby. Jinými slovy může sloužit k tomu, aby službu legitimizoval a odůvodňoval její financování, s omezeným přesahem na systémovou úroveň (Franks, 2006). Akademický projekt může mít svá úskalí v rozšíření sady indikátorů do praxe, na druhou stranu může přinášet nové poznatky.

Jak budou nakonec indikátory kvality přijímány mezi poskytovateli paliativní péče, může být rovněž ovlivněno tím, k čemu a komu jsou výsledky měření kvality určeny.

Sada indikátorů může být použitelná primárně pro interní použití na úrovni organizace (MWM), nebo primárně pro externí použití na úrovni celku (HQRP) či jako kombinace obou (PCOC, Q-PAC). Interní využití znamená, že organizace používají indikátory k hodnocení kvality poskytované péče a následně ke zlepšení kvality v rámci své organizace tam, kde je to potřeba. Externí využití znamená, že indikátory (také) mohou být použity k poskytování transparentních informací pro externí strany, jako jsou plátcí (pojišťovny), pacientské organizace, inspekce, akreditační komise apod. (Claessen et al., 2011). Kombinace obou je optimální jak z hlediska využití pro zkvalitňování péče v rámci systému/celku, tak z hlediska zlepšování jednotlivých poskytovatelů.

Jiným parametrem, který má vliv zejména na sběr dat, je motivace poskytovatelů pro zapojení do měření kvality. Může se jednat o povinnou účast, kdy je zapojení organizace stakelhodrem/plátcem vyžadováno a nezapojení je penalizováno, jako v případě amerického HQRP. Nebo je účast poskytovatelů dobrovolná, jako v ostatních třech případech. Výhodou u povinné účasti je dostatečně velký počet organizací, což je pro systémové měření kvality a benchmarking zásadní. Na druhou stranu existuje zřejmě větší riziko, že organizace nebudou mít interní potřebu data sbírat a nebudou se tedy aktivně snažit, o co nejkvalitnější sběr dat, ale spíš o co nejefektivnější. Shromážděná data však mohou být vždy jen tak dobrá, jak kvalitní je metoda použitá k jejich získání (Hubert et al., 2009). V případě dobrovolné účasti naopak hrozí, že ochota organizací zapojit se do sledování kvality poskytované péče bude nižší a měření tak nebude dosahovat systémové úrovně. Účast i kvalitní sběr dat mohou být podpořeny například tím, že organizace pravidelně obdrží od zpracovatele dat individuální analýzu v podobě zprávy, jako to funguje v případě australského PCOC a jak to bylo designováno v belgickém Q-PAC (Currow et al., 2015; Leemans et al., 2013). Program PCOC navíc nabízí poskytovatelům mentoring pro zlepšení kvality péče v rámci jejich organizace.

Při tvorbě a implementaci setu indikátorů kvality se ukazuje jako velmi důležité zapojení samotných poskytovatelů paliativní péče a to optimálně do celého procesu, což rovněž podporuje přijetí a využívání sady indikátorů zdola (Leemans et al., 2013). Čím dál více jsou do přípravy procesu měření kvality péče rovněž zapojováni zástupci z řad pacientů a/nebo rodinných pečujících (Best, 2020).

Výše uvedené projekty se liší i v dalších parametrech (viz tabulku 1), ale všechny spojuje zájem měřit kvalitu hospicové a paliativní péče proto, aby se dále rozvíjela a zlepšovala, a aby disponovala robustními daty, která se sbírají u samotných poskytovatelů. PCOC, který je podporován a financován na vládní úrovni, je dobrovolný, a přesto má vysokou účast. I když tento program slouží jako velmi užitečný národní systém monitorování kvality paliativní péče, zaměřuje se především na měření

výsledků, a proto bývá zpochybňována úroveň komplexnosti tohoto přístupu, která je nezbytná pro hodnocení různých dimenzí paliativní péče (Leemans et al., 2013; Schang et al., 2021).

Na rozdíl od PCOC a HQRP, jakožto rutinních a úspěšně implementovaných programů měření kvality paliativní a hospicové péče do široké praxe, které mají významnou podporu ze strany stát, lze MWM stejně jako Q-PAC označit spíše za odborné iniciativy, jejichž snahou je především vytvořit vyváženou (nejen zaměřenou na „výsledek“) ale i sesbíratelnou sadu ukazatelů kvality péče. Přičemž v případě Q-PAC je navržený počet indikátorů vyšší než u tří ostatních projektů (31 vs. max 10). Zároveň o MWM a o Q-PAC nelze jasně říci, do jaké míry jsou v klinické praxi využívány, ale velmi pravděpodobně nebude rozšíření dosahovat úspěšnosti HQRP a PCOC. Implementace s rutinním sběrem dat zjevně vyžaduje silné finanční zajištění a silnou technickou podporu (platformu pro sběr a uchování dat apod.). Na druhou stranu mohou tyto odborné iniciativy přinášet další podněty pro samotný robustní sběr (například pro aktualizaci sady indikátorů).

Systémové měření kvality paliativní péče v ČR

V České republice doposud probíhala evaluace služeb poskytujících paliativní péči jen okrajově, a to převážně formou dobrovolné zpětné vazby od pozůstalých, jiné vhodné nástroje chyběly¹⁴. Některé organizace z řad lůžkových a mobilních hospiců si ale uvědomovaly nedostatek objektivních dat týkajících se kvality poskytovaných služeb a využily příležitost pro vlastní koordinovanou iniciativu. Díky tomuto impulsu zdola vznikl pod záštitou Centra paliativní péče a za finanční podpory Nadace Komerční banky Jistota, a.s. projekt Systémové hodnocení kvality hospicové péče, jehož důležitou součástí je právě sada indikátorů kvality paliativní péče¹⁵. Tento přístup se zřejmě nejvíce podobá americkému projektu MWM, s tím rozdílem, že v české variantě je zřetelný důraz na externí zajištění ukládání dat a jejich zpracování v podobě individuální analytické zprávy pro každou zúčastněnou organizaci. Tento prvek se totiž ukázal jako velmi funkční motivace poskytovatelů (PCOC, Q-PAC). Kromě toho se na Ministerstvu zdravotnictví dokončuje Metodika externího hodnocení kvality služby mobilní specializované paliativní péče¹⁶.

VI. Závěr

Definice kvality, ať už ve zdravotnictví, sociální práci nebo paliativní péči, je problematická, najít konsensus na jednom univerzálním vymezení je téměř nemožné (Hanefeld et al., 2017; Havlíková et al., 2021). Přes veškeré oprávněné argumenty o tom, že subjektivní vnímání kvality péče je neopominutelným kritériem při jejím hodnocení (Malin, 2017; Webb, 2001), jsou stále vyhledávány a vyvíjeny způsoby, jak

kvalitu péče a služeb co nejlépe kvantifikovat, zejména proto, abychom ji mohli systematicky měřit a hodnotit (Salem et al., 2020). Nejčastěji jsou pro systémovou úroveň využívány indikátory kvality.

Paliativní péče je poměrně mladý obor, kde se měření kvality péče začalo prosazovat celkem nedávno. Díky tomu, že se pohybuje na pomezí zdravotní a sociální oblasti, může čerpat jak z dosavadních zkušeností v měření kvality péče ve zdravotnictví, které jsou již dlouholeté, tak z diskuse o limitech „čistě“ kvantitativního přístupu v sociální práci, která je stále živá a je již přítomna i ve zdravotnictví.

Záměrem článku bylo ukázat některé přístupy k systémovému měření kvality paliativní péče v zahraničí (USA, Austrálie a Belgie), které by mohly být inspirativní, v pozitivním i negativním smyslu, pro české prostředí nejen na poli paliativní péče, ale přeneseně i pro oblast sociální péče a služeb, kde se systémové měření kvality začíná rozvíjet.

Důležitým prvkem se ukazuje co nejširší konsensus stakeholderů, poskytovatelů a odborníků z oboru a samotných uživatelů péče a služby (pacientů/klientů a jejich blízkých). Iniciativa pro tvorbu indikátorů kvality a následné hodnocení kvality, může vycházet buď shora (stát), nebo zdola (samotní provozovatelé péče/služeb), případně může být kombinací obou. Ukazuje se, že iniciativa shora, která se opírá o konsensus a která dokáže finančně nebo technicky zajistit rutinní sběr dat, jejich ukládání do datového registru a následně i analýzu, má největší potenciál na úspěšné rozšíření do široké praxe. Zdá se, že právě australský PCOC je koncept, který má co nabídnout. Vedle digitalizace rutinního sběru dat a technického zajištění, které je uživatelsky příjemné, přitom staví na dobrovolnosti spíše než na penalizaci za neúčast.

Článek neaspíruje na kompletní výčet různých přístupů k systémovému měření kvality paliativní a hospicové péče. Navíc výběr předložených zahraničních projektů je subjektivním krokem, a proto do jisté míry limitujícím faktorem, např. není zmíněna situace Velké Británie a Irska, jakožto zemí s vysoce rozvinutou paliativní péčí. Dalším limitem je fakt, že indikátory kvality poskytují pouze jeden úhel pohledu na systémové měření kvality, důležité je rovněž hodnocení kvality péče samotnými pacienty a/nebo jejich příbuznými. Nicméně některé projekty se snaží systematicky pracovat i s těmito informacemi, a to formou dotazníkového šetření (HQRP nebo Q-PAC), které však, na rozdíl od patientské dokumentace, vždy pracuje jen s výběrovým souborem (tj. jen s respondenty ochotnými vyplnit dotazník). Tato studie přináší v české literatuře ojedinělý přehled metodik v této oblasti. Zároveň je míra zobecnění výsledků do jiných oblastí sociální práce částečně limitována specifiky paliativní péče.

I přesto, že indikátory kvality mají svá mnohá úskalí, jsou v dnešní době zásadním pilířem pro systémové měření a sledování kvality péče a služeb, bez kterého je komplexní zlepšování kvality péče jen těžko

představitelné. Aplikovatelnost indikátorů kvality závisí na přesných, včasných a použitelných datech, která poskytují sami poskytovatelé. Základem je funkční platforma pro sběr a uchování dat. Aby celý systém fungoval, je potřeba stavět na spolupráci všech aktérů: stakeholderů, poskytovatelů a odborníků z praxe i z akademického prostředí. Zmíněné zahraniční příklady z oblasti paliativní péče nám proto mohou poskytnout inspiraci, jakou cestou se vydat a jakých chyb se při zavádění systematického měření kvality případně vyvarovat. Odpověď na to, jaké aspekty a za jakých podmínek jsou přenositelné do českého prostředí, by vyžadovala další zkoumání tohoto tématu.

- 1 Cílem projektu Paliatr je dosáhnout víceúrovňové implementace paliativní péče v regionech Kraje Vysočina a vytvořit komplexní systém regionální péče, více informací na: <https://www.paliatr-vysočina.cz/>
- 2 Jedná se o sadu nástrojů pro strukturovaný sběr dat podporující nemocniční paliativní péči, více na: <https://elfis.iba.muni.cz/>
- 3 Přínosem paliativní péče, a zároveň však pro tento článek jistým terminologickým úskalím, je právě to, že se pohybuje na pomezí zdravotní a sociální oblasti. Proto, pokud v článku používáme spojení „kvalita péče“ bez bližší specifikace toho, zda se jedná o „kvalitu zdravotní péče“ nebo „kvalitu sociální péče“, pak máme na mysli přesah do obou oblastí.
- 4 Více o tomto projektu RILSA (realizace 2020 až 2022), jehož základním výstupem bude na míru českému prostředí vytvořená Metodika hodnocení kvality výkonu sociální práce, lze nalézt na: <https://www.vupsv.cz/vybrane-projekty/kvalita-vykonu-socialni-prace-v-ceske-republice/>
- 5 Informace o tomto projektu Centra paliativní péče (realizace 2019 až 2022), jehož cílem je vytvořit a ověřit nástroj pro standardizované hodnocení kvality hospicové péče, se nacházejí na: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/systemove-hodnoceni-kvality-hospicove-pecce>
- 6 Jedná se o Hodnocení kvality mobilních hospiců v projektu v rámci projektu Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti domácí specializované paliativní péče (realizace 2021 až 2022), informace viz na <https://www.mzcr.cz/hodnoceni-kvality-mobilnich-hospicu-v-projektu-podpora-paliativni-pecce-zvyseni-dostupnosti-domaci-specializovane-paliativni-pecce/> nebo <https://www.paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pecce/o-projektu/popis-projektu>
- 7 Nejedná se o konkrétní nástroj označovaný PEACE, což je akronym pro Physical, Emotive, Autonomy, Communication, Economic and Transcendent domains of quality of life.
- 8 Na portálu Care Compare lze srovnávat a vyhledávat zdravotnická zařízení dle poskytovaných služeb, viz link: <https://www.medicare.gov/care-compare/>
- 9 Více o projektu Measuring What Matters se nachází na stránkách American Academy of Hospice and Palliative Medicine, viz link: <http://aahpm.org/quality/measuring-what-matters>
- 10 Základní informace o belgickém projektu Q-PAC lze nalézt na: <https://www.endoflifecare.be/q-pac-development-of-quality-indicators-for-palliative-care>
- 11 Detailní informace o australském programu PCOC viz link: <https://www.uow.edu.au/ahsri/pcoc>
- 12 Výsledky ze sběru dat mezi lety 2009 a 2018 v rámci australského programu PCOC jsou zveřejněny v souhrnné zprávě, viz na: <https://documents.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@chsd/@pcoc/documents/doc/uow251762.pdf>
- 13 Informace o mezinárodním rozšíření programu PCOC viz link: <https://www.uow.edu.au/ahsri/pcoc/international-presence/>
- 14 Máme na mysli lůžkové a mobilní hospice poskytující specializovanou paliativní péči. Vedle toho se rozvíjel paliativní přístup například v institucích dlouhodobé péče. Na podporu tohoto rozvoje vznikl např. systém Certifikace paliativního přístupu, který na základě interního vyhodnocení kritérií kva-

lity podporuje dané zařízení při tvorbě, implementaci a rozvoji konceptu paliativního přístupu. Více o certifikaci na <https://www.certifikace.paliativni-pristup.cz>.

- 15 Informace o projektu Centra paliativní péče na: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/systemove-hodnoceni-kvality-hospicove-pecce,op.cit>
- 16 Informace o projektu Ministerstva zdravotnictví na: <https://www.paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pecce/o-projektu/popis-projektu,op.cit>

Zdroje

- Ahluwalia, S. C., Chen, C., Raaen, L., Motala, A., Walling, A. M., Chamberlin, M., O'Hanlon, C., Larkin, J., Lorenz, K., Akinniranye, O., & Hempel, S. (2018). A Systematic Review in Support of the National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Fourth Edition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(6), 831–870. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.09.008>
- Altilio, T., & Otis-Green, S. (2012). *Oxford textbook of palliative social work*. Oxford University Press.
- Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., de Lima, L., Pons, J. J., Clark, D., Hasselaar, J., Ling, J., Mosoiu, D., & Centeno, C. (2019). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. Vilvoorde: EAPC Press. Dostupné z: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/56787%0Ahttp://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>
- Aslaxson, R., Dy, S., Wilson, R., Waldfogel, J., Zhang, A., Isenberg, S., A. B., J. S., & KA, R. (2017). *Assessment Tools for Palliative Care. Technical Brief No. 30 (Prepared by Johns Hopkins University under Contract No. 290-2015-00006-1)*. AHRQ Publication No. 14-17-EHC007-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Dostupné z: https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/palliative-care-tools_technical-brief-2017.pdf
- Best, C. (2020). Patient Satisfaction Metrics. In D. N. Salem (Ed.), *Quality Measures The Revolution in Patient Safety and Outcomes* (pp. 127–149). Springer International Publishing.
- Cacace, M., Geraedts, M., & Berger, E. (2019). Improving Healthcare Public Reporting as a Quality Strategy. In R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, & W. Quentin (Eds.), *Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies* (pp. 331–355). World Health Organization and OECD. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2003). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(4), 816–819. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7393.816>
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science and Medicine*, 51(11), 1611–1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- Claessen, S. J. J., Francke, A. L., Belarbi, H. E., Pasman, H. R. W., Van Der Putten, M. J. A., & Deliens, L. (2011). A new set of quality indicators for palliative care: Process and results of the development trajectory. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(2), 169–182. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.10.267>
- Claessen, S. J. J., Francke, A. L., Sixma, H. J., De Veer, A. J. E., & Deliens, L. (2013). Measuring relatives' perspectives on the quality of palliative care: The consumer quality index palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(5), 875–884. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.007>
- Cohen, J., & Leemans, K. (2014). How can you prove that you are delivering good care? Monitoring the quality of palliative care using quality indicators. *European Journal of Palliative Care*, 21(5), 228–231.
- Currow, D. C. (2011). The PRISMA symposium 3: Lessons from beyond Europe. Why invest in research and service development in palliative care? An Australian perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(4), 505–510. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.007>
- Currow, D. C., Allingham, S., Yates, P., Johnson, C., Clark, K., & Eagar, K. (2015). Improving national ho-

- spice/palliative care service symptom outcomes systematically through point-of-care data collection, structured feedback and benchmarking. *Supportive Care in Cancer*, 23(2), 307–315. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2351-8>
- De Roo, M. L., Leemans, K., Claessen, S. J. J., Cohen, J., W. Pasman, H. R., Deliens, L., & Francke, A. L. (2013). Quality indicators for palliative care: Update of a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(4), 556–572. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.013>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating The Quality Of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94–127.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Dupont, C., De Schreye, R., Cohen, J., De Ridder, M., Van den Block, L., Deliens, L., & Leemans, K. (2021). Pilot study to develop and test palliative care quality indicators for nursing homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020829>
- Dy, S. M., Kiley, K. B., Ast, K., Lupu, D., Norton, S. A., McMillan, S. C., Herr, K., Rotella, J. D., & Casarett, D. J. (2015). Measuring what matters: Top-ranked quality indicators for hospice and palliative care from the American Academy of hospice and palliative medicine and hospice and palliative nurses association. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(4), 773–781. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.01.012>
- Etkind, S. N., Daveson, B. A., Kwok, W., Witt, J., Bau-sewind, C., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. M. (2015). Capture, transfer, and feedback of patient-centered outcomes data in palliative care populations: Does it make a difference? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 611–624. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.010>
- Franks, A. (2006). Trust, standards and healthcare quality: a case of babies and bathwater? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(3), 112–114. <https://doi.org/10.1258/jrsm.99.3.112>
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T., & Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(5), 368–374. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179309>
- Hanson, L. C., Scheunemann, L. P., Zimmerman, S., Rokoske, F. S., & Schenck, A. P. (2010). The PEACE Project Review of Clinical Instruments for Hospice and Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 13(10), 1253–1260. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0194>
- Havlíková, J., Hubíková, O., Trpola, R., & Musil, L. (2021). *Kvalita výkonu sociální práce očima sociálních pracovníků*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_490.pdf
- Hubert, R. J., Dassen, T., Widdershoven, G., & Halfens, R. (2009). Evaluating Palliative Care-A Review of the Literature. *Palliative Care: Research and Treatment*, 3, 5–12. <https://doi.org/10.4137/PCRT.S2178>
- Kamal, A. H., Bull, J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Hanson, L. C., Friedman, F., Taylor, D. H., Aslakson, R. A., Ast, K., Elk, R., Garner, K. K., Gramling, R., Grudzen, C., Kamal, A. H., Lamba, S., LeBlanc, T. W., Rhodes, R. L., Roeland, E., Schulman-Green, D., & Unroe, K. T. (2016). Adherence to Measuring What Matters Measures Using Point-of-Care Data Collection Across Diverse Clinical Settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(3), 497–503. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.313>
- Kerr, E. A., & Fleming, B. (2007). Making performance indicators work: experiences of US Veterans Health Administration. *British Medical Journal*, 335(7627), 971–973. <https://doi.org/10.1136/bmj.39358.498889.94>
- Leemans, K., Cohen, J., Francke, A. L., Stichele, R., Vander, Claessen, S. J. J., Block, L., Van Den, & Deliens, L. (2013). Towards a standardized method of developing quality indicators for palliative care: protocol of the Quality indicators for Palliative Care (Q-PAC) study. *BMC Palliative Care*, 12(6), 2–9. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-6>
- Leemans, K., Deliens, L., Francke, A. L., Vander Stichele, R., Van den Block, L., & Cohen, J. (2015). Quality indicators for palliative care services: Mixed-method study testing for face validity, feasibility, discriminative power and usefulness. *Palliative Medicine*, 29(1), 71–82. <https://doi.org/10.1177/0269216314546712>
- Lester, H., & Roland, M. (2007). Future of quality measurements. *British Medical Journal*, 335(7630), 1130–1131. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.39385.406192.AD>
- Majeed, A., Lester, H., & Bindman, A. (2007). Improving the quality of care with performance indicators. *British Medical Journal*, 335(7626), 916–918. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.39337.539120.AD>
- Malik Holasová, V. (2014). *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Malin, N. (2017). Developing an analytical framework for understanding the emergence of de-professionalisation in health, social care and education sectors. *Social Work and Social Sciences Review*, 19(1), 66–162. <https://doi.org/10.1921/swssr.v19i1.1082>
- Malley, J., & Fernández, J.-L. (2010). MEASURING QUALITY IN SOCIAL CARE SERVICES: THEORY AND PRACTICE. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 81(4), 559–582. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8292.2010.00422.x>
- Masso, M., Samsa, P., & Grootematt, P. (2016). *Rapid review of the literature to inform the development of quality and safety indicators for end-of-life care in acute hospitals*. ACSQHC, Sydney. Dostupné z: https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-06/end-of-life-indicators_final-report_uow.pdf
- McMillen, J. C., Proctor, E. K., Megivern, D., Striley, C. W., Cabassa, L. J., Munson, M. R., & Dickey, B. (2005). Quality of Care in the Social Services: Research Agenda and Methods. *Social Work Research*, 29(3), 181–191. <https://doi.org/10.1093/swr/29.3.181>
- Montero, A. L. (2020). *Striving for Quality in Social Services and Social Care-Proposal For Quality Assurance Principles In Europe*. The European Social Network 2020. Dostupné z: https://www.esn-eu.org/sites/default/files/publications/ESN_Quality_report_light_web.pdf
- Moriarty, J., & Manthorpe, J. (2016). The effectiveness of social work with adults: A systematic scoping review. In *Social Care Workforce Research Unit*. Social Care Workforce Research Unit, The King's College London. Dostupné z: https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_21716-5_0.pdf
- Pasman, H. R. W., Brandt, H. E., Deliens, L., & Francke, A. L. (2009). Quality Indicators for Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 145–156. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.07.008>
- Payne, M. (2017). *Older Citizens and End-of-life Care: Social Work Practice Strategies for Adults in Later Life*. Routledge.
- Pechová, K., & Loučka, M. (2019). Plánování péče v závěru života v pobytových sociálních službách pro seniory. *Sociální Práce/Sociální Práce*, 19(6), 112–126.
- Polívka, J. (2019). *Hodnocení kvality hospicové a paliativní péče*. Master Of Healthcare Administration. Advance institue. Praha.
- Price, R. A., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Edgman-Levitan, S., & Cleary, P. D. (2014). Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522–554. <https://doi.org/10.1177/1077558714541480>
- Price, R. A., Stucky, B., Parast, L., Elliott, M. N., Haas, A., Bradley, M., & Teno, J. M. (2018). Development of Valid and Reliable Measures of Patient and Family Experiences of Hospice Care for Public Reporting. *Journal of Palliative Medicine*, 21(7), 924–932. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0594>
- Rhodes, R. L., Mitchell, S. L., Miller, S. C., Connor, S. R., & Teno, J. M. (2008). Bereaved Family Members' Evaluation of Hospice Care: What Factors Influence Overall Satisfaction with Services? *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(4), 365–371. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.004>
- Rios-Zertuche, D., Zúñiga-Brenes, P., Palmisano, E., Hernández, B., Schaefer, A., Johanns, C. K., Gonzalez-Marmol, A., Mokdad, A. H., & Iriarte, E. (2019). Methods to measure quality of care and quality indicators through health facility surveys in low- and middle-income countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(3), 183–190. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy136>
- Rubin, H. R. (2001). The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), 469–474. <https://doi.org/10.1093/intqhc/13.6.469>
- Salem, D. N., Kher, S., Charles, D., & Freund, K. M. (2020). The History of Quality Metrics. In D. N. Salem (Ed.), *Quality Measures: The Revolution in Patient Safety and Outcomes* (pp. 1–4). Springer International Publishing.
- Schang, L., Blotenberg, L., & Boywitt, D. (2021). What makes a good quality indicator set? A systematic review of criteria. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(3), 1–10. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab107>
- Schenck, A. P., Rokoske, F. S., Durham, D., Cagle, J. G., & Hanson, L. C. (2014). Quality Measures for Hospice and Palliative Care: Piloting the PEACE Measures. *Journal of Palliative Medicine*, 17(7), 769–775. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0652>
- Seow, H., Snyder, C. F., Mularski, R. A., Shugarman, L. R., Kutner, J. S., Lorenz, K. A., Wu, A. W., & Dy, S. M. (2009). A Framework for Assessing Quality Indicators for Cancer Care at the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(6), 903–912. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.024>
- Stjernswärd, J., Foley, K. M., & Ferris, F. D. (2007). The Public Health Strategy for Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 486–493. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.016>
- Teno, J. M., & Coppola, K. M. (1999). For Every Numerator, You Need a Denominator. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(2), 109–113. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(98\)00132-8](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(98)00132-8)
- Vesel, T., & Dave, J. (2020). Quality Measures for Palliative Care. In D. N. Salem (Ed.), *Quality Measures: The Revolution in Patient Safety and Outcomes* (pp. 99–114). Springer International Publishing.
- Webb, S. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British Journal of Social Work*, 31(1), 57–79. <https://doi.org/10.1093/bjsw/31.1.57>
- WHO. (2021a). *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organization. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345532>
- WHO. (2021b). *Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*. Geneva: World Health Organization. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1375726/retrieve>

Mgr. et Mgr. Lucie Žáčková
(l.zackova@paliativnicentrum.cz) *vystudovala sociologii a demografii a nyní studuje v doktorském programu Sociální práce na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy (Faculty of Humanities Charles University), Pátkova 2137/5, Praha 8, 180 00, Česká republika. V současné době spolupracuje s Centrem paliativní péče, z. ú. (Center for Palliative Care), Dykova 1165/15, Praha 10, 101 00, Česká republika jako výzkumná pracovnice*

PhDr. Martin Loučka, PhD.
(m.loucka@paliativnicentrum.cz) *je ředitel Centra paliativní péče (Center for Palliative Care), Dykova 1165/15, Praha 10, 101 00, Česká republika, psycholog a odborný asistent na oddělení psychologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Paliativní péči studoval v doktorském programu na Lancaster University v Anglii, jako stipendista Fulbrightovy komise působil na Icahn School of Medicine v New Yorku. Je vědeckým sekretářem České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a na období 2019-2022 byl zvolen členem výboru Evropské asociace paliativní péče.*

PŘÍLOHA

Tabulka 1 Srovnání zahraničních projektů systémového měření kvality paliativní péče ve sledovaných parametrech

Stát	USA	USA	USA	Belgie	Austrálie
Zkratka projektu	HQRP	MWM	Q-PAC study	PCOC	PCOC
Celý název	Hospice Quality Reporting Program	Measuring What Matters	Nationwide evaluation of palliative care	Program Palliative Care Outcomes Collaboration	Program Palliative Care Outcomes Collaboration
Kdo projekt inicioval?; doba realizace	shora/stakeholderi/zdravotní pojišťovna řízená státem (Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)); od 2008	zdola/provozovatelé paliativní péče/profesionální sdružení; od 2015	zdola/ akademický projekt/univerzita; 2009 až 2013	shora/ stakeholder/stát – ministerstvo zdravotnictví; od 2009	shora/ stakeholder/stát – ministerstvo zdravotnictví; od 2009
Kdo zajišťoval proces výběru a tvorbu indikátorů kvality?	akademické prostředí/ vědci a experti v rámci dvou univerzit v USA	tým v rámci profesních sdružení / Komise pro kvalitu a standardy a Rada pro výzkum	akademické prostředí/výzkumný tým End-of-Life Care Research Group v rámci dvou univerzit v Belgii	akademické prostředí/ vědci a experti v rámci čtyř australských univerzit	akademické prostředí/ vědci a experti v rámci čtyř australských univerzit
Kdo se účastní sběru dat, tj. cílová skupina poskytovatelů paliativní péče?	pouze v cílové skupině poskytovatelů označených v USA jako hospice a spadajících pod CMS (zdravotní pojišťovnu)	všichni poskytovatelé hospicové a paliativní péče	poskytovatelé hospicové a paliativní péče (nemocniční týmy, mobilní týmy, paliativní týmy v domovech pro seniory)	všichni poskytovatelé hospicové a paliativní péče	všichni poskytovatelé hospicové a paliativní péče
Byl při tvorbě indikátorů kvality brán v úvahu také názor poskytovatelů, pacientů nebo pečujících?	názor poskytovatelů	názor poskytovatelů i pacientů	názor poskytovatelů, pacientů, neformálních pečujících a formálních pečovatelů	názor poskytovatelů	názor poskytovatelů
Jaký mají vztah k publikovaným standardům kvality paliativní péče?	vycházejí z osmi domén kvality paliativní péče definovaných ve standardech kvality pro USA	vycházejí z osmi domén kvality paliativní péče definovaných ve standardech kvality pro USA	není zmíněno	vycházejí z australských standardů kvality paliativní péče	vycházejí z australských standardů kvality paliativní péče
Počet indikátorů kvality a převažující typ	9/převažují výsledkové	10/převažují procesní	31/mix procesní, výsledkové a strukturální	12/pouze výsledkové	12/pouze výsledkové
K jakému účelu jsou výsledky měření kvality využívány?	primárně externí využití pro stakeholdery a pro veřejnost, veřejně dostupný benchmarking	primárně interní využití pro hodnocení kvality poskytované péče v organizaci/týmu	primárně interní využití pro hodnocení kvality poskytované péče, sekundárně interní benchmarking (individuální zpráva porovnává v organizaci vůči celku)	primárně interní využití pro hodnocení kvality poskytované péče, sekundárně interní benchmarking (individuální zpráva porovnává v organizaci vůči celku)	primárně interní využití pro hodnocení kvality poskytované péče, sekundárně interní benchmarking (individuální zpráva porovnává v organizaci vůči celku)
Je účast na měření kvality péče povinná nebo dobrovolná?	povinná pro poskytovatele spadající pod danou zdravotní pojišťovnu (tj. CMS)	dobrovolná	dobrovolná	dobrovolná	dobrovolná
Motivace k účasti	nevyplnění je pojišťovnou finančně penalizováno	není známo	individuální zpráva pro provozovatele – benchmarking organizace proti celku	individuální zpráva pro provozovatele – benchmarking organizace proti celku	individuální zpráva pro provozovatele – benchmarking organizace proti celku
Existence datového registru/externí elektronické platformy pro sběr dat	ano	ne	ano	ano	ano
Původní záměr projektu	monitoring kvality péče a zlepšování kvality péče jako celku pro provozovatele spadající pod CMS; benchmarking dostupný veřejnosti	pro interní využití poskytovatelů hospicové a paliativní péče; monitoring kvality péče a zlepšování kvality péče uvnitř organizace; v budoucnu přesah do benchmarkingu	monitoring kvality péče a zlepšování kvality péče na individuální (pacientské) úrovni, na úrovni organizace nebo státu a nástroj pro rychlé vyhodnocení výkonu dané služby	systematické zlepšování a zkvalitňování služeb v klíčových aspektech péče na úrovni pacienta a národní benchmarking	systematické zlepšování a zkvalitňování služeb v klíčových aspektech péče na úrovni pacienta a národní benchmarking
Reálná praxe a aktuální rozšíření	data reportují všechny hospice působící pod CMS do registru provozovaného CMS; pacienti, rodinní příslušníci a veřejnost mají k dispozici portál Care Compare, kde jsou některé indikátory kvality zveřejňovány; široké rozšíření – více než 90 % hospicových pacientů je v systému CMS	neexistuje registr; dat; míra rozšíření v široké klinické praxi není dohledatelná	rozšířenost v klinické praxi je zatím spíše malá, a to převážně v nemocničních paliativních týmech; v současnosti se Q-PAC přesunul pod Institut kvality ve zdravotnictví pro Flandry (VIKZ), který také spravuje datový registr; nyní se pilotuje sběr dat	poskytovatelé reportují data do registru PCOC; používají se pro reporting, benchmarking a výzkum v paliativní péči; sběr dat se účastní více než 70 % všech poskytovatelů paliativní péče v Austrálii (201 poskytovatelů v roce 2021)	poskytovatelé reportují data do registru PCOC; používají se pro reporting, benchmarking a výzkum v paliativní péči; sběr dat se účastní více než 70 % všech poskytovatelů paliativní péče v Austrálii (201 poskytovatelů v roce 2021)

Zdroj: vlastní zpracování