

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav zdravotnického managementu

Michal Kalina

Konkrétní zkušenosti a zobecnitelné poznatky
z akreditace Nemocnice Šternberk

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Eliška Sovová, Ph. D., MBA

Olomouc 2010

ANOTACE

Název práce:

Konkrétní zkušenosti a zobecnitelné poznatky z akreditace nemocnice Šternberk.

Název práce v AJ:

The Šternberk Hospital's accreditation - concrete experiences and generalized knowledges.

Datum zadání: 2007-09-01

Datum odevzdání: 2010-07-30

Vysoká škola, fakulta ústav:

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav zdravotnického managementu

Autor práce: Kalina Michal

Vedoucí práce: doc. MUDr. Eliška Sovová, Ph. D., MBA

Oponent práce: MUDr. František Vlček

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zabývá přípravou a realizací akreditačního šetření Nemocnice Šternberk. V práci jsou popsány různé systémy zajišťování a řízení kvality poskytované péče. Z výsledků dotazníkových šetření, jež byly zaměřeny na zkušenosti zaměstnanců s implementací akreditace, vyplynuly přínosy některých změn uskutečněných v rámci příprav na akreditační šetření. Práce by měla být rozšířením zkušeností využitelných při přípravě zdravotnické instituce na akreditační nebo reakreditační šetření.

Klíčová slova v ČJ:

akreditace nemocnice, Nemocnice Šternberk, kvalita zdravotní péče

Abstrakt v AJ:

This diploma thesis deals with the preparation and the realization of an accredited search of a hospital in Šternberk. In the thesis are introduced different systems of the locking and the operating qualities of provided care. From the results of questionnaires that were concentrated on the employees' experiences with the implementation of the accreditation, were ensued benefits of some changes. These changes were realized within the scope of preparations for the accredited search, but there were also couple of difficulties. The thesis should be enlargement of experiences which should be usable during the preparation of a medical institute for accredited or re-accredited search.

Klíčová slova v AJ:

hospital accreditation, Šternberk hospital, healthcare quality

Rozsah: 91 s., 3 příl.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené informační zdroje.

V Jeseníku dne 30.7. 2010

.....

Děkuji doc. MUDr. Elišce Sovové, Ph. D., MBA, za vedení diplomové práce. Děkuji MUDr. Mileně Gojové, PhDr. Lubici Juríčkové a Bc. Haně Knopové za cenné rady a připomínky při zpracování této diplomové práce. Děkuji Bc. Zuzaně Homolové a celému kolektivu rehabilitačního oddělení Nemocnice ve Šternberku za pomoc při realizaci dotazníkového šetření. Děkuji Mgr. Kateřině Langové za pomoc při statistickém zpracování dat.

OBSAH

ÚVOD	7
1 KVALITA	9
1.1 Definice kvality	9
1.2 Systémy řízení a zajišťování kvality	10
1.2.1 Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations.....	10
1.2.2 Joint Commission International Accreditation	11
1.2.3 International Organization For Standardizations	12
1.2.4 The International Society For Quality In Healthcare.....	13
1.2.5 Cena Malcolma Baldrige	14
1.2.6 Total Quality Management	14
1.2.7 European Foundation For Quality Management	15
1.2.8 Spojená akreditační komise České republiky	16
1.2.9 Srovnání modelů	16
2 AKREDITACE	18
2.1 Principy akreditace	19
2.2 Historie akreditace	19
2.3 Akreditace v České republice	20
2.4 Průběh akreditace	20
2.4.1 Jednotlivé fáze akreditačního šetření.....	21
2.4.2 Realizace akreditace	23
2.4.3 Akreditace a lidské zdroje.....	24
2.5 Význam akreditace	29
3 CÍLE PRÁCE	30
3.1 Historie Nemocnice Šternberk	30
3.2 Zahájení akreditace	31
3.3 Harmonogram akreditace	32
3.4 Řízení kvality	33
3.5 Stanovení vize, poslání a hodnot nemocnice	35
3.6 Plán kontinuálního zvyšování kvality, stanovení indikátorů kvality, auditu	35
3.6.1 Indikátory kvality.....	36
3.6.2 Audit	37

3.6.3	Standardy zdravotní péče	38
3.7	Projekty realizované v rámci příprav	39
3.7.1	Zavedení jednotné dokumentace	39
3.7.2	Spokojenost pacientů	40
3.7.3	Identifikace pacientů	41
3.8	Akreditační šetření Nemocnice Šternberk	42
3.8.1	Předakreditační šetření	42
3.8.2	Akreditační šetření	43
3.9	Změny v přípravě na nové akreditační šetření	44
4	PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	46
4.1	Cíl průzkumného šetření, hypotézy, dílčí cíle	46
4.1.1	Cíle průzkumného šetření	46
4.1.3	Dílčí cíle.....	47
4.2.3	Statistické zpracování	49
4.3	Výběr a charakteristika zkoumaného souboru.....	50
4.4	Výsledky kvantitativního šetření.....	50
4.5	Výsledky kvantitativního šetření.....	65
4.5.1	Částečný přepis rozhovoru s manažerkou kvality	65
4.5.2	Shrnutí výsledků rozhovoru s manažerkou kvality.....	69
4.5.3	Částečný přepis rozhovoru se zdravotní sestrou.....	69
4.5.4	Shrnutí výsledků rozhovoru se zdravotní sestrou	71
4.5.5	Shrnutí výsledků polostandardizovaného rozhovoru.....	71
4.7	Diskuse	71
ZÁVĚR	76
LITERATURA A PRAMENY	78
SEZNAM ZKRATEK	81
SEZNAM OBRÁZKŮ	82
SEZNAM TABULEK.....	84
SEZNAM PŘÍLOH.....	85
PŘÍLOHY.....	86

ÚVOD

Lidé, kteří se mají odpovědně rozhodnout, komu svěří své zdraví, potřebují pro své rozhodnutí informace o poskytovateli péče, zejména, co mohou očekávat z hlediska kvality a výsledků péče.¹ Určitým vodítkem pro zorientování by měla být akreditace, jež je určitou garancí kvality poskytované péče. Získání akreditačního certifikátu je bezesporu pro zdravotnické zařízení velmi prestižní ocenění nejen v očích odborné veřejnosti, ale hlavně v očích jejich klientů. Pohledem klienta by měl získání certifikátu garantovat, že dané zdravotnické zařízení se snaží poskytovat péči na určité úrovni kvality.

Otázkou je, co akreditace přináší pro zaměstnance. Změny realizované v rámci příprav na akreditační šetření, se ve větší či menší míře dotknou všech zaměstnanců. Spouště z nich akreditace zásadně změní dosavadní způsob výkonu práce a ne všichni jsou těmto změnám nakloněni.

Hlavním cílem diplomové práce je popsat konkrétní zkušenosti zaměstnanců Nemocnice Šternberk s přípravami a průběhem akreditačního šetření. Práce je rozčleněna do čtyř kapitol. První tři kapitoly se zabývají teoretickými východisky a čtvrtá kapitola obsahuje empirickou část práce.

Co znamená pojem kvalita asi každý z nás tuší, ale přesně popsat a vysvětlit tento termín je náročné, neboť existuje mnoho definic, přístupů a pohledů na kvalitu.²

První kapitola diplomové práce obsahuje vybrané definice kvality a přehled systémů zajišťování a řízení kvality zdravotní péče v České republice i ve světě. Kvalita poskytované péče a její vyhodnocování se v oblasti zdravotnictví stává stále aktuálnějším tématem.

Pro rozpoznání, zda-li daná zdravotnická instituce poskytuje kvalitní zdravotní péči, existují systémy zajišťování a řízení kvality péče. Jedním z mnoha systémů je program akreditace zdravotnické instituce. Téma akreditace je hlavním tématem druhé kapitoly, která se zabývá především historií, principy, průběhem a významem akreditace. Získání akreditačního certifikátu přináší zdravotnické instituci garanci, že poskytované služby splňují parametry určitého stupně kvality.

¹ Srov. GLADKIJ, I., *Řízení zdravotní péče, orientované na výsledky a kvalita péče*, s.2-3.

² Srov. MADAR, J., a kol., *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*, s. 29-31.

Do projektu akreditace zdravotnické instituce se v roce 2005 zapojila také nemocnice ve Šternberku. Během příprav na akreditační šetření došlo v nemocnici k celé řadě různých změn, jež významně ovlivnily chod celé nemocnice. Právě změny, zaváděné v rámci požadavků akreditace do praxe, jsou popsány ve třetí kapitole. Zde jsou mimo historie Nemocnice Šternberk uvedeny kroky realizované v rámci přípravy na akreditační šetření. Získání akreditace není pro zdravotnickou instituci jednoduchou záležitostí, neboť během procesu musí instituce zvládnout celou řadou procesních i strukturálních změn, což klade vysoké nároky na personál i finance. Dále je v této kapitole věnována pozornost zaměstnancům a jejich motivaci k provádění změn v rámci akreditační přípravy.

Ve čtvrté kapitole je popsáno kvantitativní i kvalitativní průzkumné šetření, hlavní i dílčí cíle práce, hypotézy, postup výzkumu, zpracování dat a vyhodnocení výsledků. V diskuzi jsou zhodnoceny zjištěné výsledky a posouzeny cíle práce.

Závěr popisuje strukturu práce a shrnuje výsledky práce. Jsou zde představeny praktické zkušenosti zaměstnanců, které lze využít při přípravě zdravotnického zařízení na akreditační šetření.

1 KVALITA

Pojem kvalita je v poslední době poměrně často skloňován ve všech oblastech lidské činnosti, průmyslovou výrobou počínaje, přes služby až zdravotnictvím konče. Lidé tento termín sice běžně používají, přitom ale neví, co konkrétního si pod tímto pojmem představit. Intuitivně asi každý z nás tuší, co se za pojmem kvalita skrývá, ale při jeho vysvětlení nebo definování se dostáváme do potíží.³

1.1 Definice kvality

Jak už bylo zmíněno, definovat kvalitu je značně náročné a obtížné, neboť existuje nespočet definic vycházejících z různých názorů, postojů a pohledů na kvalitu. Z celé řady definic jsem jen několik.

Gladkij, Heger a Strnad v publikaci *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování* uvádějí definice kvality různých autorů. Dle World Health Organization, dále WHO, je kvalita zdravotní péče definována jako stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje.

Palmer definuje kvalitu obecněji: „dělat věci správným způsobem.“ Donabedian definuje kvalitu zdravotní péče jako „takovou péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.“

Gladkij upozorňuje, že kvalita je dynamický a mnohorozměrný pojem a při jejím definování musíme brát zřetel z jaké perspektivy je nazírána, na jakých hodnotách je založena a z jakých znalostí a zdrojů pramení.⁴

Madar zdůrazňuje, že kvalita v sobě ukrývá dvě dimenze. První je dimenze subjektivní, jak jsem já jako jedinec spokojen, druhou je objektivní, jež představuje sledování určitých přesně nastavených a dohodnutých kritérií.⁵

Na rozdíl od výše uvedeného rozdělení kvality do dvou dimenzí, rozlišuje Gladkij tři dimenze kvality zdravotnických služeb. První dimenzí je kvalita z hlediska

³ Srov. PEŠEK, J., *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*, s.17-19.

⁴ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 12-14.

⁵ Srov. MADAR, J., a kol., *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*, s. 27.

profesionálního a třetí z hlediska řízení. Gladkij představuje atributy, jež by kvalitní zdravotní péče poskytovaná zdravotnickou institucí měla splňovat: ⁶

- je vykonávána kvalifikovanými pracovníky,
- je poskytovaná s přiměřeným přístrojovým a dalším vybavením,
- je poskytovaná přiměřeně stavu pacienta, který zpravidla nemůže být z hlediska jeho závažnosti a z hlediska potřeby náročné diagnostiky či terapie řešen mimo nemocnici,
- je přínosem pro zdravotní stav či kvalitu života pacienta,
- je pro pacienta přijatelná z hlediska jeho hodnotové a emocionální rovnováhy a přiměřeně bezpečná,
- je řádně dokumentovaná a medicínsky zdůvodnitelná,
- je hospodárná ve vztahu ke svým účinkům a srovnatelným nákladům.

1.2 Systémy řízení a zajišťování kvality

Postupem doby se vyvinulo několik různých přístupů k vyhodnocování úrovně kvality poskytovaných zdravotnických činností. V podkapitole 1.2.1 až 1.2.8 jsou popsány vybrané systémy řízení a zajišťování kvality ve světě i v ČR. Tyto systémy mají původ v United States of America, dále USA, odkud se postupně rozšířily téměř do celého světa.⁷

1.2.1 Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations

Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations, dále JCAHO, byla založena Americkým svazem chirurgů v roce 1951 jako nezávislá nezisková organizace, jejíž hlavní snahou bylo vypracovávání kritérií pro hodnocení úrovně a kvality poskytované zdravotní péče v nemocnicích. První akreditační manuál byl

⁶ Srov. GLADKIJ, I., aj., *Management ve zdravotnictví*, s. 313-314.

⁷ Srov. MADAR, J., a kol., *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*, s. 43.

vydán v roce 1976. Od té doby tato organizace výrazně ovlivňuje vypracovávání a zavádění akreditačních standardů ve zdravotnických zařízeních po celém světě.⁸

Komise hodnotí nemocnice podle 500 ukazatelů zaměřených převážně na práva pacientů, etiku, výchovu pacienta a rodiny, sledování infekcí, šíření informací, na řízení nemocnice a její zaměstnance. Jak uvádí Madar, v USA lze v posledních letech pozorovat postupný ústup nemocnic od JCAHO, neboť cena akreditace je vysoká v porovnání s přínosem pro nemocnici. Dále je to neexistující zákonná norma, jež by určovala, zda JCAHO provádí svou činnost odpovídajícím způsobem. Systém hodnocení nemotivuje dobré nemocnice, ale spíše motivuje špatné, aby se zlepšovaly. Změnu lze pozorovat také v přenesení důrazu hlavně na hodnocení procesů a trvalého zlepšování, než-li na hodnocení dokumentace.⁹

1.2.2 Joint Commission International Accreditation

Joint Commission International Accreditation, dále jen JCI, je dceřinou společností JCAHO a v roce 1999 vydala mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic. Standardy jsou zaměřeny na dvě hlavní skupiny, na potřeby pacienta a na funkci zdravotnického zařízení jako instituce. Důraz je kladen především na změnu myšlení a přístup ke změnám jako základní podmínku úspěchu zdravotnické instituce.¹⁰

Přes 220 veřejných a soukromých organizací poskytujících zdravotní péči ve 33 zemích získalo Joint Commission International, dále JCI, akreditaci. JCI umožňuje akreditování nemocnic, ambulancí, klinických laboratoří, organizací zajišťujících zdravotní transport, primární a následnou péči. Požadavky na zdravotnická zařízení jsou uspořádány do 270 standardů.

I v České republice, dále ČR, je mezi zdravotnickými zařízeními několik zájemců usilujících o tento model akreditace. Prvním zdravotnickým zařízením v ČR, akreditovaným dle mezinárodních akreditačních standardů, se v roce 2004 stala Ústřední vojenská nemocnice v Praze, která v roce 2007 úspěšně zvládla i reakreditační šetření. Dalším zdravotnickým zařízením je Nemocnice Na Homolce v Praze akreditovaná v roce 2005 a reakreditovaná o tři roky později. Zatím posledním

⁸ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 47.

⁹ Srov. MADAR, J., a kol., *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*, s. 43.

¹⁰ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s.47.

zařízením v ČR, jež zvládlo JCI akreditaci je Ústav hematologie a krevní transfuze v Praze, který získal akreditační certifikát v roce 2007.

Úspěšné absolvování akreditace má nemocnici přinést tyto výhody: ¹¹

- posílení důvěry veřejnosti v poskytování kvalitní a bezpečné léčby, péče a služeb,
- zvýšení konkurenceschopnosti,
- zlepšení managementu rizik a snížení rizika pro pacienty,
- pomoc s organizací a posílením pacientovy bezpečnosti,
- umožnění vzdělání v oblasti obchodních operací,
- umožnění profesionálního poradenství a konzultací, vzdělávání zaměstnanců
- poskytnutí intenzivního procesu hodnocení založeného na jedinečných posláních a hodnotách,
- vyšší úroveň náboru a rozvoje personálu,
- větší respekt a uznání ze strany pacientů i dalších subjektů,
- snížení nákladů,
- poskytnutí kostry organizační struktury a managementu,
- možnost plnění regulační funkce.

1.2.3 International Organization For Standardizations

International Organization For Standardizations, dále ISO, byla založena v Ženevě v roce 1947 jako nevládní organizace zabývající se vytvářením a vydáváním mezinárodních standardů pro takřka všechny odvětví průmyslu. ISO vytváří síť institucí pro standardizaci ve 159 státech světa s centrálním sekretariátem v Ženevě, jež působí jako koordinátor celého systému. Protože část institucí v této síti je soukromého charakteru a další jsou, buď vládní, nebo alespoň s vládní účastí, vytváří ISO jakýsi most mezi požadavky veřejného a soukromého sektoru. Od svého založení až po současnost vydala organizace více než 17 500 mezinárodních standardů. ¹²

¹¹ Srov. *About Joint Commission*, <<http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci>>.

¹² Srov. *About ISO*, <<http://www.iso.org/iso/about.htm>>.

Organizace vydala v roce 1987 první pěti norem zabývajících se požadavky na systém kvality označovaných jako ISO řady 9000:¹³

- ISO 9000 – systém řízení kvality – základy a terminologie,
- ISO 9001 – systém řízení kvality – požadavky,
- ISO 9004 – systém řízení kvality – návod ke zlepšování výsledků.

Škála norem byla rozšířena a inovována v roce 1994. Většina z těchto norem byla převedena i do Českých technických norem, dále ČSN. Normy ISO řady 9000 mají univerzální charakter, jsou nezávazné, mají doporučující povahu a jsou souborem pouze minimálních požadavků. Proto by měla být koncepce ISO chápána jako pouhý začátek cesty.¹⁴

Při vlastní certifikaci, která je prováděna nezávislou akreditovanou certifikační organizací, je hodnoceno, zda-li skutečný zavedený systém kvality je v souladu s dokumentovaným. Existuje osm hlavních obecných zásad: orientace na zákazníka, moderní management, orientace na pracovníky na všech úrovních organizace, aplikace pojetí rozhodujících činností organizace jako procesů, systémový přístup, zabezpečení neustálého zlepšování, analýza údajů a informací, úsilí o partnerství.¹⁵

1.2.4 The International Society For Quality In Healthcare

V roce 1958 vznikla v italském Udine The International Society For Quality In Healthcare, dále ISQua, (Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví) sdružující zhruba 70 členských zemí a zabývajících se oblastmi rozvoje kvality ve zdravotnictví v celosvětovém měřítku. Tato organizace poskytuje jedinečnou příležitost pro jednotlivce i celé instituce sdílet a získávat cenné zkušenosti skrze mezinárodní multidisciplinární fórum.¹⁶

Dceřinou organizací je Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation, dále Alpha, věnující se pomoci národním organizacím při tvorbě a zlepšování akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení. Při tvorbě standardů se snaží využívat prvky významných systémů kvality, např. ISO nebo Baldrige.

¹³ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKROVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 46-47.

¹⁴ Srov. NENADÁL, J., *Moderní systémy řízení jakosti : Quality Management*, s. 23.

¹⁵ Srov. MADAR, J., a kol., *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*, s. 45-52.

¹⁶ Srov. *ISQua: Improving Healthcare Worldwide*, <<http://www.isqua.org/isquaPages/General.html>>.

U standardů je kladen důraz na jasné definování typu, rozsahu, obsahu a členění standardu a na jejich aktuálnosti založené na solidních informacích z praxe.¹⁷

ISQua si zakládá na následujících hodnotách:¹⁸

- kvalitní zdravotní péče pro všechny - propagování přístupu pro lidi po celém světě k bezpečné a kvalitní zdravotní péči,
- schopnost naslouchat - porozumění a naplnění potřeb pacientů i dalších klientů a stálé zlepšování služeb,
- inovace - stálé zkoumání, studování a objevování nových konceptů a příležitostí,
- týmová spolupráce - zlepšení fungování týmové práce a partnerství,
- integrita - sloužit s postojem nesobeckých zájmů,
- správcovství - zodpovědný způsob hospodaření se svěřenými prostředky.

1.2.5 Cena Malcolma Baldrige

Americká Národní cena kvality Malcolma Baldrige vznikla zákonem Kongresu USA v roce 1987. Hodnocení probíhá v šesti oblastech: zdravotnictví, vzdělání, výroba, služby, neziskové organizace a malé podniky s méně než čtyřiceti zaměstnanci. Cena hodnotí systém řízení kvality nikoliv produkt a je zaměřena na sedm kategorií: vůdcovství, strategické plánování, zaměření na zákazníka, informatika, lidské zdroje, řízení procesů a kvalita výstupů. Cenu vítězům jednotlivých kategorií předává osobně prezident USA.¹⁹

1.2.6 Total Quality Management

Total Quality Management, dále TQM, Celkové řízení kvality vzniklo v 70. letech minulého století a vychází ze zkušeností japonských a amerických firem zabývajících se zabezpečováním kvality. Řízení kvality má fungovat maximálně efektivně a výkonně, s co možná nejnižšími náklady a maximálním využitím lidských

¹⁷ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 48.

¹⁸ Srov. *ISQua: Improving Healthcare Worldwide*, :<<http://www.isqua.org/isquaPages/General.html>>.

¹⁹ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 48. a srov. The National Institute of Standards and Technology, *Baldrige National Quality Program*, <http://www.nist.gov/baldrige/>.

i materiálních zdrojů. Hlavní principy jsou zaměřeny na uživatele zdravotní péče, týmovou spolupráci, odstranění profesních bariér a řízení lidských zdrojů. Výsledkem činnosti celého systému by mělo být uspokojování potřeb klientů.²⁰

1.2.7 European Foundation For Quality Management

V roce 1988 byla založena čtrnácti významnými evropskými společnostmi European Foundation For Quality Management, dále EFQM (Evropská nadace pro management kvality), která na základě plnění devíti hlavních hodnotících kritérií uděluje evropskou cenu kvality za špičkové podnikatelské výkony - „Cena EFQM za excelenci“.

Hlavní kritéria jsou rozdělena do skupiny způsobilosti a skupiny výsledků. Model EFQM je modelem podnikatelské úspěšnosti. Poprvé byl představen v roce 1991 jako rámec pro sebehodnocení organizací. Hlavní potřebou bylo vytvořit v Evropě zázemí pro zlepšování konkurenceschopnosti a motivace ke kvalitě, zejména ve vztahu k Japonsku a USA.

V dnešní době sdružuje EFQM okolo 600 organizací aktivně si vyměňujících zkušenosti z oblasti managementu kvality a rizik, vedení a podpory výzkumných programů atd.²¹

V některých evropských státech je tento systém zaveden i v oblasti zdravotnictví a má dokonce oporu v některých zákonných normách. Předností je kontinuální charakter řízení kvality, jenž vede k průběžnému monitorování stavu a zvyšování kvality poskytované péče. Protože se jedná o systém nekomerčního charakteru a organizace si monitoruje stav kvality sama, nepotřebuje najímat externí firmu.

Gladkij zdůrazňuje osm hlavních zásad modelu EFQM vedoucích k soustavnému zvyšování kvality: orientace na výsledek, orientace na zákazníky, vedení s jasně stanovenými cíli, řízení procesů zaměřených na výsledek, zainteresování

²⁰ Srov. MADAR, J., a kol., *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*, s. 45.

²¹ Srov. *Evropská nadace pro management kvality*,
<http://www.csq.cz/cs/efqm-evropska-nadace-pro-management-kvality.html> a srov. *About EFQM*,
<<http://ww1.efqm.org/en/Home/aboutEFQM/tabid/108/Default.aspx>>.

a aktivní účast všech pracovníků, plán soustavného zlepšování a vzdělávání, vytváření sítě s důležitými partnerskými institucemi, odpovědnost vůči veřejnosti a společnosti.²²

EFQM model se řadí mezi tzv. nepředepisující modely, které jen rámcově navrhuji, co má být uděláno v rámci cesty k dosažení excelence, ale nepředepisuje ani nespécifikuje jak. Měl by tedy na rozdíl od jiných modelů instituci inspirovat, nikoli ji něco direktivně nařizovat. Dále by měl vést k sebehodnocení a následnému kontinuálnímu zvyšování kvality pomocí programu Total Quality Management.²³

1.2.8 Spojená akreditační komise České republiky

V roce 1998 byla založena Spojená akreditační komise ČR, dále SAK ČR, jako zájmové sdružení právnických osob. Zřizovatelem byla Asociace nemocnic České republiky a Asociace českých a moravských nemocnic.

V témže roce vydala komise 50 akreditačních standardů rozdělených do deseti tématických skupin: řízení kvality a bezpečí, diagnostická péče, péče o pacienty, kontinuita zdravotní péče, dodržování práv pacientů, podmínky poskytované péče, management, řízení lidských zdrojů, sběr a zpracování informací a protiepidemická opatření.

Na základě srovnávání mezi standardy a skutečným stavem zdravotnické organizace provádí komise akreditační šetření.²⁴ Jeho výsledkem je udělení nebo neudělení akreditace, jež mívá platnost zpravidla 2-3 roky. Po uplynutí této doby musí zdravotní organizace projít reakreditačním šetřením.²⁵ K novému vydání Národních akreditačních standardů pro nemocnice došlo v roce 2008. Počet standardů se zvýšil z původních 50 na 74 platných od 1. září 2009.²⁶

1.2.9 Srovnání modelů

Výhrady k modelu SAK ČR uvádí Madar.: „Práce podle těchto standardů není systémová, jednotlivé položky nejsou mezi sebou provázány [...]Osvědčení vydané

²² Srov. GLADKIJ, I., aj., *Management ve zdravotnictví*, s. 312-313.

²³ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetřovatelský management*, s. 58-61.

²⁴ Srov. MARX, D., a VLČEK, F., *Národní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 5.

²⁵ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetřovatelský management*, s. 49.

²⁶ Srov. MARX, D., a VLČEK, F., *Národní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 6.

touto komisí má platnost pouze pro oblast zdravotnictví České republiky a i to je sporné, protože to není zakotvené v žádné právní normě.²⁷

Škrla uvádí přehledné srovnání mezi akreditací a certifikací ISO 9001:2000 (viz tab. 1, s. 17).²⁸

Tab. 1 – Rozdíly mezi akreditacemi a certifikací ISO 9001:2000

Akreditace (JCIA, SAK ČR)	Certifikace ISO 9001:2000
Zaměřuje se na celé zdravotnické zařízení	Zaměřuje se na hlavní procesy
Hodnotí speciální požadavky na zdravotnická zařízení	Hodnotí specifické požadavky na „univerzální organizaci“
Hodnotí plnění legislativy v mnoha oblastech	Nekontroluje přímo plnění zákona, pouze zda jsou zákony součástí systému
Hodnotí požadavky na výstupy zdravotní péče	Hodnotí požadavky na kvalitu zboží a produktů
Vyžaduje aktivní spolupráci s dalšími poskytovateli zdravotní péče	Nevyžaduje aktivní spolupráci

²⁷ MADAR, J., a kol., *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*, s. 44.

²⁸ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 50.

2 AKREDITACE

Slovo akreditace má původ v latinském slovu „credere“ – důvěřovat. Volnou interpretací termínu akreditace je tedy důvěryhodné prokázání způsobilosti.

Škrla definuje akreditaci jako proces začínající dobrovolným rozhodnutím zdravotnického zařízení sladit své aktivity s požadavky akreditačních standardů a v případě úspěchu tento proces končí získáním akreditačního certifikátu.²⁹

JCA vymezuje akreditaci jako obvykle dobrovolný proces, při kterém externí organizace hodnotí zdravotnické zařízení a dále posuzuje do jaké míry plní požadavky na zvyšování kvality péče.³⁰

Jiná definice představuje akreditaci jako formální proces, jehož cílem je poskytování bezpečné zdravotní péče na nejvyšší možné úrovni kvality tedy jako posouzení výkonu určitého zdravotnického zařízení.

Akreditace využívá jako specializované normy akreditační standardy, jež si nemocnice sama připravuje a jsou tedy psány srozumitelně pro všechny její zaměstnance. Výhodou je možnost samostatné přípravy bez navyšování nákladů na externí konzultační služby.

Staněk uvádí charakteristiku akreditace v několika bodech:³¹

- dobrovolnost,
- zaměření na pacienta,
- spolupráce všech zaměstnanců,
- podpora vedoucích pracovníků,
- zajištění kvality péče a bezpečí pacientů,
- pravidelná vnitřní kontrola,
- hodnocení externím orgánem,
- stimulace k trvalému zlepšování.

²⁹ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKŘLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 72.

³⁰ Srov. JCA, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 9

³¹ Srov. STANĚK, Ivan. *Akreditace nemocnic nástroje aneb jak na to?*,
<http://www.cskz.cz/seznamy/03_Stanek_Jaknato-CSKZ.ppt>.

2.1 Principy akreditace

Principy akreditace zdravotnických zařízení vycházejí z mezinárodních principů definovaných organizacemi ISQua a WHO. Jsou zapracovány do národních akreditačních standardů jednotlivých zemí a stanovují požadavky pro zdravotnická zařízení:³²

- zaměření na klienta, respektování jeho práv,
- odpovědnost poskytovatele za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování,
- optimální využívání zdrojů,
- řízení rizik,
- proces jasného řízení v organizaci,
- zahrnutí všech činností do strategického plánování,
- kontakt s přímými poskytovateli péče v příslušném regionu.

2.2 Historie akreditace

Historie akreditací zdravotnických institucí má své kořeny v USA, kde se snahy o rozvoj a dodržování kvality jednotlivých výrobků v průmyslu a poskytování služeb přenesly i do oblasti zdravotnictví. Byla založena Spojená komise pro akreditaci, jež v roce 1976 vydala první ucelený soubor standardů určující přesný počet povinných lékařských a ošetrovatelských auditů za rok. Z USA se akreditace postupně v různých formách šířila jako nástroj k zajištění porovnatelné kvality poskytování zdravotní péče.

V průběhu času se změnila i celá filosofie tohoto procesu, a to z nástroje trestajícího za nekvalitu v nástroj výukový a kontinuálně zvyšující kvalitu. V posledních letech se pozornost přesouvá z vyhodnocování struktury na vyhodnocování procesů a výstupů s důrazem na zvyšování bezpečnosti poskytované péče.

³² Srov. SUCHÝ, M., *Standardy léčebné péče*,
<<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/10-Standardy-lecebne-pece.html>>.

2.3 Akreditace v České republice

V českém zdravotnictví se kvalitě poskytování péče začala intenzivněji věnovat pozornost až po roce 1989, kdy byly patrné velké rozdíly mezi jednotlivými zdravotnickými institucemi, jak v technickém, tak i personálním vybavení.

V roce 1994 byl odstartován projekt Akreditace nemocnic vedený pracovní skupinou při ministerstvu zdravotnictví. Skupinu tvořili zástupci ministerstva zdravotnictví, Asociací nemocnic, České lékařské komory, pojišťoven, České asociace sester, Ústavu zdravotnických informací a ředitelé některých nemocnic. Projekt vycházel z amerického modelu JCAHO a jeho výsledkem bylo založení Spojené akreditační komise ČR v roce 1998. V roce 1999 úspěšně zvládla akreditační šetření první nemocnice v ČR.³³

2.4 Průběh akreditace

Proces akreditace je zahájen rozhodnutím zdravotnické instituce a podáním žádosti u organizace realizující akreditační šetření. Ve světě to bývají většinou nezávislé asociace nebo komise, v ČR je to již zmiňovaná SAK ČR.

Na počátku zdravotnická instituce obdrží přihlášku, akreditační standardy, podpůrné materiály, informace o poplatcích a způsobu průběhu samotného akreditačního šetření.

Poté zdravotnická instituce musí vytvořit harmonogram příprav a zvážit, zda-li je schopna všechny požadavky reálně zvládnout. Ve fázi vlastní přípravy dochází k postupným změnám, jež mají za cíl uvést vlastní směrnice a standardy do praxe v souladu s akreditačními standardy.

Součástí je i vytvoření koordinačního týmu zabývajícího se vypracováním směrnic, vzděláváním zaměstnanců a auditorskou činností.

Po podání přihlášky a uhrazení příslušných poplatků je určen den, kdy inspekce akreditačního týmu započne své šetření. Akreditační tým je tvořen kvalifikovanými akreditačními inspektory vybíranými z řad lékařů, zdravotních sester a administrátorů zdravotnických zařízení. Předmětem šetření jsou základní aspekty

³³ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKROVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 72-73.

provozu nemocnice, jeho struktura, procesy, výstupy a kvalita. Inspekce získává informace auditem dokumentace, inspekcí jednotlivých částí nemocnice, pohovorem s vedením, zaměstnanci a pacienty.³⁴

2.4.1 Jednotlivé fáze akreditačního šetření

1. Úvodní pohovor s vedením zařízení – auditoři seznámí vedení zdravotnického zařízení s programem akreditačního šetření a v rámci pohovoru zjišťují plnění standardů z kapitoly Standardy managementu, kvality, péče o zaměstnance, podmínek poskytované péče a dodržování práv pacientů. Otázky jsou zaměřené i na aktivity vedení a učiněná rozhodnutí vedení.
2. Kontrola vnitřních předpisů – pro posouzení souladu činností pracovníků s příslušnými předpisy je nutné, aby se auditoři seznámili s vypracovanými vnitřními předpisy a dále aby posoudili, zda vyhovují aktuálně platné legislativě i jednotlivým standardům.
3. Kontrola uzavřené zdravotnické dokumentace – kontrola obsahu a formy vedení zdravotnické dokumentace (zda odpovídá stanoveným zákonným požadavkům). Dále zařízení prezentuje systém vnitřních auditů zdravotnické dokumentace a výstupy z auditů.
4. Kontrola osobních spisů – auditoři hodnotí postupy používané při zapracování zaměstnanců, při stanovení odborných kompetencí i hodnocení pracovníků. Dále kontrolují vedení personální agendy zaměřené na jasné stanovení a kontroly odborných kompetencí pracovníků pečujících o pacienty.
5. Prohlídka areálu zařízení – auditoři posuzují plnění standardů i národní legislativy týkající se: stavu budovy či budov, zdravotnických technologií, bezpečí pacientů, personálu a návštěvníků nemocnice (včetně protipožárních opatření), prevence nemocničních nákaz.
6. Metodika stopař - je základním nástrojem akreditačního šetření SAK ve zdravotnickém zařízení, kterým lze hodnotit systém poskytování zdravotní péče konkrétním pacientům. Auditoři sledují postup při poskytování zdravotnické péče

³⁴ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKROVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 72-73 a srov. MARX, D., *Akreditace zdravotnických zařízení*, <<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/8-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html>>.

o konkrétního pacienta v průběhu jeho pobytu v nemocnici: k tomu slouží otevřená zdravotnická dokumentace, rozhovor s pracovníky daného oddělení i s pacientem samotným, posouzení vzájemných vztahů mezi jednotlivými pracovišti zařízení (klinickými i neklinickými), mezi různými programy nemocnice a mezi specializovanými týmy a postup při předávání pacientů mezi pracovníky a mezi jednotlivými pracovišti zdravotnického zařízení.

7. Návštěva oddělení laboratorního komplementu – auditoři kontrolují činnosti a procesy zavedené v laboratoři, zvláště procesy spojené s preanalytickou a postanalytickou fází, bezpečnost prostředí a dodržování protiepidemických opatření. I zde je využívána metodika stopování, kdy se sleduje putování konkrétního vzorku laboratoří.
8. Návštěva lékárny – kontrola je zaměřena na postup při přípravě, skladování a expedici léků, na přístup k informacím o léčivech i jejich přípravě, na postup používání bezplatných vzorků léků a zajišťování vzácnějších léků.
9. Návštěva radiodiagnostického pracoviště eventuelně dalších pracovišť zobrazovacích metod – auditoři posuzují činnost pracoviště, zejména hlášení výsledků vyšetření, bezpečnost prostředí a dodržování protiepidemických opatření.
10. Pohovor o řízení kvality a bezpečí zdravotní péče – cílem je zhodnocení práce osob odpovědných za řízení kvality a bezpečí zdravotní péče, dále využití sledovaných dat pro zvyšování kvality a bezpečí.
11. Výstupní konference s vedením zařízení – auditní tým představuje vedení nemocnice výsledky šetření. O tom, zda-li zdravotnické zařízení akreditaci získá či nikoli, rozhoduje SAK ČR na základě zprávy vypracované auditory. S předběžným obsahem této závěrečné zprávy auditoři seznámí zástupce zařízení.

SAK ČR doručí do 30 dnů zdravotnickému zařízení závěr provedeného akreditačního šetření. Možné varianty zakončení akreditačního šetření jsou:³⁵

- akreditace s pochvalou - je nejvyšším stupněm uznání organizace, která příkladným způsobem vyhovuje plnění akreditačních standardů a hodnocení bylo provedeno ve všech složkách nemocnice,
- akreditace - získá organizace, která odpovídá stanoveným standardům ve všech hodnocených oblastech,

³⁵ Srov. MARX, D. a VLČEK, F., *Průvodce akreditačním šetřením Spojené akreditační komise ČR v nemocnicích a zařízeních akutní péče*, s. 6-31.

- akreditace s doporučením prvního stupně - při observačním procesu organizace získá nejméně jedno doporučení při nedokonalém či nedostatečném plnění standardů ve specifické oblasti,
- provizorní akreditace (prozatímní) - tento typ hodnocení garantuje, že organizace dostatečným způsobem plní určený počet vybraných standardů, které byly kontrolovány během začátečního procesu. Organizace setrvává v tomto stavu až do vyplnění druhé části kontroly čili celého observačního procesu, který bývá asi šest měsíců po iniciální observaci, a pak se uděluje akreditace,
- podmíněná akreditace - je udělována, když organizace nevyhovuje plnění základních standardů, ale je schopna dosáhnout uspokojivého splnění v krátké době,
- předběžné neudělení akreditace - toto akreditační rozhodnutí je přiděleno organizaci, u které je shledáno, že je v závažném nesouladu se standardy,
- neudělení akreditace (neakreditován) - jestliže je podstatný a pronikavý nesoulad se standardy. Jestliže je zanedbána oprava jednoho nebo více určených nedostatků během požadovaného časového rámce. Jestliže bylo rozhodnuto o odpovědnosti organizace za falšování dokumentů týkajících se akreditace.

2.4.2 Realizace akreditace

Škrla a Škrlová představují 11 praktických kroků, které by měla zdravotnická instituce podniknout při realizaci akreditace:³⁶

- absolutní podpora vrcholného managementu,
- vytvoření koordinačního týmu,
- vytvoření strategického plánu příprav a harmonogramu koordinačním výborem,
- praktické vybudování infrastruktury programu KZK (kontinuálního zvyšování kvality),
- intenzivní výuka všech zaměstnanců,
- příprava akreditačních směrnic,
- provedení rozdílové analýzy koordinátory a pracovními týmy jednotlivých oddělení,

³⁶ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 71-76.

- předložení návrhů k řešení a nápravě zjištěných neshod,
- realizace potřebných změn a náprav,
- ověření provedených změn sérií interních auditů,
- realizace akreditačního šetření.

V rámci přípravy na akreditaci musí zdravotnické zařízení naplánovat a zrealizovat spoustu různorodých změn, které se dotknou ve větší či menší míře všech zaměstnanců.

2.4.3 Akreditace a lidské zdroje

Zaměstnanci, tedy lidské zdroje, jsou nejdůležitějším faktorem zajišťující úspěšnost instituce. Zlámal a Horváth uvádí lidské zdroje jako nejcennější a nejdražší ze všech zdrojů, neboť uvádějí do pohybu všechny ostatní zdroje.³⁷

V dnešní době, kdy jsou finance, technika a technologie prakticky stejně dostupné, se do centra pozornosti dostává zaměstnanec, jeho nápady, pracovní chování, loajálnost a identifikace. Všechny tyto hodnoty, které pracovník přináší a které zajišťují instituci nenahraditelnou vyšší hodnotu, nejsou často plně doceněny v systému řízení lidských zdrojů. Jako problematické se ukazuje rozhodování o investicích do oblasti právě lidských zdrojů, neboť velmi často nelze přesně určit zisk jednotlivých investičních programů. Lidské zdroje jsou prvkem tvořivým a proces rozhodování v oblasti řízení ovlivňuje výkonnost zaměstnanců i celé organizace.³⁸

Je všeobecným mýtem, že změna vždy vyvolá u lidí odpor nebo nesouhlas. Ve skutečnosti jsou často změny lidmi vítány, neboť vyvolávají u lidí vzrušení a vybočení z každodenního stereotypu. Všichni lidé nejsou stejní a proto i reakce na změnu budou různé. Někdo přijme změnu s nadšením, zatím co jiný nebude schopen vnímat výhody, které změna přináší.

Změny, uskutečňující se během akreditace, výrazně ovlivňují kulturní klima instituce, což se může projevit změnou hodnot, názorů a návyků zaměstnanců. Reakce pracovníků je determinována charakterem změny a má několik podob:

- strach,

³⁷ Srov. ZLÁMAL, J., a HORVÁTH, M., *Řízení lidských zdrojů*, s.5.

³⁸ Srov. HOLÁTOVÁ, Dana., *Měření kvalitativních faktorů v řízení lidských zdrojů a aplikace pro využití v praxi*, s.7-8.

- nepřátelství,
- aktivní odpor,
- pasivní odpor,
- stres.

Všechny výše uvedené reakce na změnu kulturního klima mohou narušit nebo zastavit úspěšné zavádění systému zvyšování kvality. Včasným identifikováním předpokládaných překážek a vhodnou intervencí se lze těmto problémům vyhnout, nebo alespoň jejich negativní vliv omezit.³⁹

Nikdy však nelze postupovat tak, aby byla změna pro všechny zaměstnance příjemná. Navíc pokud je změna prováděna bezohledně a lidé pociťují zmatek jako důsledek špatného řízení, může odpor vůči budoucím změnám narůstat. Přístup k prosazení změny závisí na míře odporu. Přístup bude v situaci, kdy změnu budou požadovat všichni zaměstnanci odlišný, než když změna bude narážet na silný odpor většiny zaměstnanců. Neméně důležitá je rovněž otázka místa výskytu odporu v rámci organizační struktury. Čím výše v organizační struktuře se odpor vyskytuje, tím náročnější je jeho překonání.

Příčin odporu zaměstnanců může být hned několik. K nejvýznamnějším patří vnucená změna, nedůvěra v lidi provádějících změnu a pocit, že bylo něco přehlédnuto. Často se zaměstnancům zdá, že změna je vnucená, neboť nepředstavuje něco, k čemu by se sami rozhodli. Vedení prosazuje vizi, kterou zaměstnanci nesdílejí, protože je pro ně těžké rozpoznat její užitek. Nedůvěra ve vedení snažící se prosadit změnu vede k nárůstu odporu. Zaměstnanci zastávají názor, že za měsíc či za dva měsíce se vše zase vrátí do stejných kolejí. Dalším důvodem odporu není změna samotná, ale některé skutečnosti, jež změna neobsahuje a jež jsou z odborného pohledu zaměstnanců důležité.

Při výskytu jakéhokoliv odporu je nezbytně nutné se zamyslet nad jeho příčinami a také nad možnostmi jeho omezení. Spoluúčast zaměstnancům umožňuje vzít změnu za svou a vede k přesvědčení, že podniknuté kroky jsou správné. Lidé se tak snáze ztotožní s výhodami zamýšlených změn. Dobrá komunikace zajišťující správné pochopení důvodů pro změnu může kdykoliv výrazně odpor oslabit. Důležité je vybrat příhodný styl, způsob, předmět a cílovou skupinu komunikace. Množství příčin odporu má svůj původ v postojích a hodnotách zaměstnanců. Změnou postojů lze tedy

³⁹ Srov. GLADKIJ, Ivan, a kolektiv. *Management ve zdravotnictví*, s. 339-342.

dosáhnout lepšího průběhu realizací změn. Ve zjednodušeném pohledu se na chování jedince podílejí dva určující činitele, jež jsou základním faktorem pro přijetí či odmítnutí změny. Prvním jsou hodnoty představující pevné přesvědčení o tom, co je dobré a co zlé. Mají pro osobu zásadní význam, vyvíjejí se po celou dobu a nejdůležitější vliv na jejich utváření má rodina a spojení s náboženskými, profesními a ostatními společenskými skupinami. Hodnoty se v průběhu let mohou měnit, nicméně změna základních hodnot zaměstnance je pro organizaci velmi náročný a složitý úkol. Druhým činitelem jsou postoje. Část z nich vychází z hodnot, ostatní jsou založeny na vjemech, znalostech nebo dokonce na neznalostech. Jsou pohyblivější než-li hodnoty. Lidské chování, tedy to, co děláme, je velmi složitý jev. Každý je navíc neopakovatelný jedinec lišící se jeden od druhého, stejně tak, se liší i chování, které je u každé osoby jedinečné. Nelze očekávat, že každá změna postoje automaticky vyvolá změnu chování. Možnost změny postoje vede přes změnu chování. Přesvědčíme-li zaměstnance, aby se chovali určitým způsobem, můžeme tím dosáhnout změny jejich postoje. Ke změně je nezbytně nutné zaměstnance motivovat.⁴⁰

Motivy lze definovat jako hnací síly našeho jednání, které nejsou neměnné, tedy v průběhu života se mohou měnit. Dle váhy se dělí na spolumotivy, hlavní a vedlejší motivy. Motivace ve srovnání s motivem je pojem širší a zahrnuje tři základní vlastnosti: je energizující, má selektivní roli a je to cílově zaměřené úsilí. Formy motivace lze rozdělit na:

- vědomou a nevědomou,
- primární a sekundární,
- vnitřní a vnější.

Aby zaměstnanci podávali požadované pracovní výkony, musí být odpovídajícím způsobem motivováni a jejich chování musí být v tomto smyslu řízeno. Předpokladem správného motivování zaměstnanců je znalost jejich potřeb a motivů.⁴¹

Existuje několik přístupů snažících se vysvětlit principy motivace, níže jsou představeny některé základní přístupy:

1. Behavioristický přístup – zaměřuje svou pozornost na pozorovatelné projevy lidského chování. Výsledek chování je naučená reakce na podnět, lze tedy lidem vštípit konkrétní reakce na specifické podněty. Výsledkem učení chování může být pozitivní

⁴⁰ Srov. HUSSEY, D., E., *Jak reorganizovat firmu*, s.6-33.

⁴¹ Srov. DEIBLOVÁ, M., *Motivace jako nástroj řízení*, s.53-60.

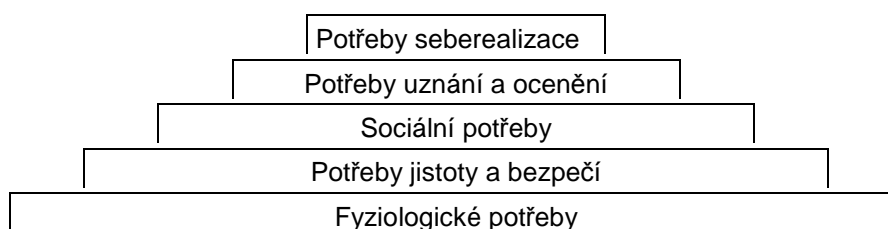
zpevnění, kdy je takový způsob chování odměňován, a nebo negativní zpevnění, kdy je chování trestáno. Na základě zkoumání posilování chování byla zobecněna pravidla pro motivování:

- výše odměny musí být úměrná vykonané práci,
- pracovníci musí vědět, za jaké chování jsou odměňováni,
- musí být jasné, za co je pracovník konkrétně trestán,
- důsledky by měly být adekvátní chování.

2. Humanistický přístup – věnuje více pozornost na vnitřní procesy odehrávající se v mysli člověka.

Hierarchie potřeb – americký psycholog Araham H. Maslow uspořádal lidské potřeby do pyramidy pro znázornění jejich hierarchie (viz. obr. 1, s. 27).

Obr. 1 – Maslowova pyramida potřeb



Potřeby vyššího řádu mohou být uspokojovány až po naplnění potřeb nižšího řádu. Maslow rozlišuje 5 skupin potřeb:

- fyziologické potřeby – udržování základních životních funkcí, příjem potravy, tekutin a vzduchu, dostatek spánku. V praxi to znamená zajištění vhodné zaměstnanecké stravy, dostatek odpočinku po práci, vhodné pracovní prostředí, atd.;
- potřeby uznání a ocenění – představují pro zaměstnance garanci pracovního místa, přehledný a názorný systém hodnocení a odměňování práce, zajištění v nemoci, atd.,
- sociální potřeby – potřeby člověka být členem nějaké sociální skupiny, žít ve společnosti. Zaměstnanci spolupracují s kolegy, nadřízenými a podřízenými, jsou členy pracovních kolektivů, atd.,
- potřeby uznání a ocenění – vhodný systém odměňování zaměstnanců, možnost kariérního růstu, uznání a respekt kolegů, atd.,

- potřeby seberealizace – volnost a samostatnost v zaměstnání, přiměřená míra odpovědnosti a náročnosti práce, atd..

Dvoufaktorová teorie – rozděluje faktory ovlivňující pracovní výkonnost do dvou skupin – hygienické faktory a satisfaktory. Autorem této motivační teorie je americký psycholog Frederic Herzberg. Odstraněním disatisfaktorů dosáhneme pozitivního účinku pouze na krátkou dobu, patří sem nevyhovující pracovní podmínky, negativní interpersonální vztahy s nadřízenými a spolupracovníky, nízká prestiž práce, problémy v osobním životě, nízké finanční ohodnocení, nejistota udržení práce. Satisfaktory mají naopak dlouhodobější a pozitivnější vliv na pracovní výkonnost zaměstnanců. Je to vlastní pracovní výkon, odpovídající ocenění za vykonanou práci, kariérový růst, osobní autonomie a odpovědnost.

Douglas McGregor představil dva různé pohledy na pracovníka. Zaměstnanci typu X mají negativní vztah k práci, nelze u nich očekávat vlastní iniciativu. Je nezbytně nutné, aby byli neustále kontrolováni a k práci nuceni. Finanční odměna je považována za nejúčinnější formu motivace. Typ Y je charakterizován seberalizací, sebeřízením a uvědoměním si osobní odpovědnosti. Motivace vychází z uznávání a rozvoje osobních kvalit zaměstnanců.

Motivování zaměstnanců je nesmírně obtížný a náročný úkol, jehož složitost je dána jejich rozdílností osobnostních struktur. Způsob úspěšného motivování jednoho zaměstnance nemusí být úspěšný u druhého. Významnými ovlivňujícími faktory jsou individuální hodnoty, zájmy, cíle, způsoby jednání, sebepojetí, momentální a dlouhodobá psychická pohoda.

V praxi lze využít celou řadu různých motivačních prostředků:⁴²

- finanční odměna,
- různé formy hmotných odměn v rámci péče o zaměstnance,
- obsah práce,
- formální i neformální hodnocení,
- interpersonální vztahy,
- prestiž profese i firmy,
- kultura organizace,
- pracovní podmínky.

⁴² Srov. ZLÁMAL, J., a HORVÁTH, M., *Řízení lidských zdrojů*, s.120-127.

2.5 Význam akreditace

Akreditace přináší celou řadu výhod pro všechny subjekty, tedy pro zdravotnické instituce ve zlepšení kvality poskytované péče, pro pacienty zaručením určité úrovně zdravotní péče a bezpečnosti, pro plátce ujištěním, že investované finanční prostředky jsou využity pro služby vykazující určitý standard a konečně pro komunitu zaručením poskytování opravdu kvalitní zdravotní péče.

Dalším přínosem pro vlastní zdravotnickou instituci je:⁴³

- zlepšení lékařské a ošetrovatelské péče i dokumentace na všech odděleních,
- vytvoření bezpečnějšího, atraktivnějšího a radostnějšího prostředí nejen pro pacienty, ale i pro personál,
- snížení variability v pracovních a ošetrovatelských procesech a zdravotnické dokumentaci,
- efektivnější využívání finančních, materiálních a lidských zdrojů,
- nové budování organizační kultury, s prvky osobní odpovědnosti za kvalitu a efektivitu práce,
- zlepšení vztahu mezi členy multidisciplinárního týmu,
- snížení fluktuace zaměstnanců,
- lepší image zdravotnické instituce i jejich zaměstnanců.

JCA představuje nepatrně odlišný pohled na přínos akreditačního procesu pro zdravotnické zařízení:⁴⁴

- zvýšení důvěry veřejnosti v kvalitní a bezpečné prostředí v daném zařízení,
- vytvoření bezpečného a efektivního pracovního prostředí pro zaměstnance,
- data popisující kvalitu poskytované péče umožní argumentaci při jednání s plátcí,
- vytvoření kultury otevřené organizace vycházející ze systému včasného hlášení mimořádných událostí a bezpečnostních rizik,
- vytvoření systému týmového vedení s trvalou snahou zajišťovat kvalitu péče a bezpečí pacientů na všech úrovních řízení.

⁴³ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKROVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 72-75.

⁴⁴ Srov. JCA, Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, s. 9-10.

3 CÍLE PRÁCE

1. Popsat dvě etapy akreditačního šetření v Nemocnici Šternberk se zaměřením na popis procesů důležitých pro akreditaci a zhodnocení jednotlivých faktorů rozhodujících pro úspěšné akreditační šetření.

2. Provést průzkumné šetření se zaměřením na zhodnocení vlivu lidského faktoru na úspěšnost akreditace.

3.1 Historie Nemocnice Šternberk

Nemocnice Šternberk je odštěpný závod Středomoravské nemocniční a.s., jejímž jediným akcionářem je AGEL a.s. Středomoravská nemocniční zahrnuje celkem tři nemocnice, a to nemocnici v Prostějově, v Přerově a ve Šternberku. Nemocnice Šternberk je nemocnicí středního typu a poskytuje jak ambulantní, tak i lůžkovou léčebnou péči pro spádovou oblast cca 100 000 obyvatel Olomouckého kraje.

Roku 1339 založil Štěpán ze Šternberka se svou manželkou Kateřinou špitál pro ženy. Měl kapacitu 12 míst a s přestávkami sloužil až do poloviny 18. století. V roce 1878 byla za pomoci továrníka Heega a tkalcovského společenstva zřízena nemocnice v domě na tzv. Olomouckém předměstí (v dnešní Bezručově ulici). Kapacita nemocnice byla zvýšena na 54 lůžek přístavbou infekčního oddělení. Personál byl složen z jednoho lékaře, tří řádových sester a jednoho sanitáře. 25. ledna 1913 byla slavnostně otevřena nová městská nemocnice v dnešní Jívavské ulici. Ve čtyřech pavilonech bylo umístěno oddělení chirurgicko - porodnické, oční, infekční a interní. Kapacita nové nemocnice byla 174 lůžek. Ještě před začátkem 1. světové války se spektrum služeb rozšířilo zřízením záchranné služby. Během 1. světové války tvořili převážnou část pacientů hlavně těžce ranění vojáci. Na konci 30. let měla nemocnice 14 budov a zaměstnávala 6 lékařů, 30 zdravotních sester a 42 členů ostatního personálu. Za 2. světové války byla nemocnice opět především vojenským lazaretem. V roce 1948 převzal správu nemocnice Okresní národní výbor ve Šternberku. Příští rok se osamostatnilo porodnicko - gynekologické oddělení, bylo zřízeno dětské oddělení.

V roce 1952 byla otevřena neurologie a počet lůžek vzrostl na 331. Dne 1. ledna 1952 vznikl Okresní ústav národního zdraví (OÚNZ) ve Šternberku, jehož jádrem byla právě nemocnice. Po reorganizaci v roce 1960 se nemocnice stala součástí Okresního ústavu národního zdraví Olomouc. Ve spolupráci s psychiatrickou léčebnou bylo vybudováno v jejím areálu pracoviště pro patologickou anatomii. V roce 1960 byly získány budovy v Opavské ulici pro zřízení polikliniky, a tak vznikl ve městě druhý zdravotnický komplex. Roku 1971 bylo zřízeno resuscitační oddělení. Roku 1981 byla otevřena nová budova porodnice. V letech 1985 - 1991 byl vybudován pavilon společných vyšetřovacích a léčebných složek. 1. ledna 1992 zanikl OÚNZ Olomouc. Ministerstvo zdravotnictví ČR dalo souhlas ke vzniku sdruženého zdravotnického zařízení Nemocnice s poliklinikou Šternberk a dalšími poliklinikami v Uničově a Litovli jako samostatného právního subjektu, jehož zřizovatelem byl Okresní úřad Olomouc. Roku 1994 bylo zřízeno geriatrické oddělení. V letech 1998 – 2003 prošlo několik pavilonů a oddělení rozsáhlou rekonstrukcí. Vznikly nové odborné ambulance, včetně centrálního příjmu pro chirurgické obory. Dále bylo nově koncipováno anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Nově bylo zřízeno pracoviště centrální sterilizace.⁴⁵

3.2 Zahájení akreditace

V roce 2005 se vrcholný management rozhodl, že nemocnice bude usilovat o získání certifikátu kvality v rámci programu akreditace. K zajištění souhry činností mezi jednotlivými částmi nemocnice, byly do akreditace zahrnuty nejen zdravotnické, ale i obslužné provozy, jež jsou nedílnou součástí správného fungování nemocnice jako celku. Akreditace byla prezentována jako „úklid celé nemocnice“, tedy zavedení a dodržování jasných a srozumitelných pravidel pro všechny zaměstnance. Vedení nemocnice shrnulo očekávaný přínos akreditace v několika bodech:

- zvýšení bezpečí pacientů,
- zlepšení kvality zdravotnické dokumentace,
- standardizaci procesů léčby a péče,
- zlepšení kvality péče,

⁴⁵ Srov. NEMOCNICE ŠTERNBERK, *Nemocnice Šternberk*, s. 1-9.

- zlepšení kontinuity péče,
- zlepšení vzájemných vztahů mezi zaměstnanci,
- snížení počtu pochybení,
- podpora procesního řízení,
- zlepšení prestiže nemocnice,
- efektivní využívání zdrojů,
- udržení konkurenční výhody v regionu.

Byl vytvořen harmonogram příprav, jehož cílem mělo být úspěšné absolvování akreditačního šetření v roce 2007.⁴⁶ Z výsledků vstupní analýzy bylo zřejmé, že nemocnici čeká spousta změn a náročné práce ke splnění veškerých požadavků akreditace. Vedení nemocnice seznámilo všechny zaměstnance s rozhodnutím o zahájení příprav akreditace i s předpokládanými změnami, jež se v rámci příprav uskuteční. Jako konzultanti pro přípravu akreditačního byli vybráni manželé Škrlovi.

3.3 Harmonogram akreditace

Pro realizaci projektu akreditace byl zvolen následující postup:

1. Rozhodnutí managementu nemocnice vstoupit do příprav a získat akreditaci, seznámit s rozhodnutím všechny zaměstnance.
2. Management vybere firmu, která provede vstupní audit v nemocnici.
3. Po vstupním auditu a podrobné analýze současného stavu následuje definitivní rozhodnutí managementu, zda budou zahájeny přípravy.
4. Management vybere konzultanta, který bude pomáhat s přípravou akreditace.
5. Management seznámí všechny zaměstnance s rozhodnutím získat certifikát kvality a vysvětlí, co to bude pro nemocnici obnášet.
6. Management jmenuje členy Rady pro kvalitu, manažera kvality, koordinátory kvality na jednotlivých útvarech nemocnice.
7. Stanovení vize nemocnice.
8. Definování politiky kvality, určení kompetencí a odpovědnosti
9. Postupné vydávání nových vnitřních předpisů a kontrola jejich dodržování.

⁴⁶ Srov. NEMOCNICE ŠTERNBERK, *Výroční zpráva za rok 2006 Nemocnice Šternberk p.o.*, s. 4-12.

10. Provádění auditů - interních, manažerských, konzultačních, externích a předakreditačních.
11. Odstraňování nedostatků zjištěných z výsledků auditů.
12. Přihlášení nemocnice k akreditaci na SAK ČR.

3.4 Řízení kvality

Politika kvality byla řízena ředitelem nemocnice a poradcem a zároveň byla ředitelem ustanovena Rada pro kvalitu jako řídicí orgán v této oblasti, dále ředitel jmenoval manažera kvality a koordinátory kontinuálního zvyšování kvality (KZK).

Ředitel zodpovídá za bezpečnost a kvalitu poskytované péče, za její implementaci odpovídá Rada pro kvalitu a dále pak primáři a vrchní sestry jednotlivých oddělení nemocnice.⁴⁷

3.5 Stanovení vize, poslání a hodnot nemocnice

Prvním krokem a zároveň jakýmsi signálem začátku změn bylo stanovení vize, poslání a hodnot nemocnice. Jak Škrála upozorňuje jsou tyto dokumenty nesmírně důležité pro zdravý rozvoj organizace, neboť nelze vytvořit smysluplný strategický plán bez jasně definovaných vizí, poslání a hodnot organizace. Naplňování vizí a poslání v praxi by měl právě zajišťovat strategický plán, správně určené hodnoty organizace by se měly odrážet ve vytváření potřebné organizační kultury.

Vize by měla být prvním dokumentem v procesu strategického plánování a měla by být jakýmsi motorem, jenž nás stále žene vpřed, i když situace není příznivá a budoucnost je nejistá. Vize by měla odpovědět na otázky:

- jaká je naše preferovaná budoucnost?
- jak by měla vypadat naše organizace za pět až deset let?

Je-li vize přesvědčivě a pravdivě prezentována vrcholným managementem, může sloužit jako pomocník při inspirování, motivování a řízení velkého počtu zaměstnanců.

⁴⁷ Srov. NEMOCNICE ŠTERNBERK, *Výroční zpráva za rok 2006 Nemocnice Šternberk p.o.*, s. 4-12.

Nemocnice Šternberk se stane preferovaným zdravotnickým zařízením v regionu tím, že bude usilovat o:

- výborný management,
- kvalitu na vysoké odborné úrovni,
- profesionální zaměstnance,
- příjemné prostředí,
- bezpečnou léčebnou a ošetrovatelskou péči,
- maximální efektivitu.

Termín poslání vyjadřuje smysl nebo důvod existence organizace, tedy kdo je, co dělá, za čím si stojí a proč to dělá. Optimální rozsah jsou maximálně 2 až 3 věty.

Nemocnice Šternberk usiluje o to, stát se nemocnicí s lidskou tváří, která poskytuje svým pacientům kvalitní péči v bezpečném prostředí, s respektem pro lidskou důstojnost.

Odrazem vnitřních přesvědčení zaměstnanců organizace jsou hodnoty. Před stanovením hodnot je nutné si uvědomit, zda jsou s nimi ztotožnění především všichni členové vrcholného managementu, neboť jsou považovány za základní morální princip jímž se organizace řídí. Hodnoty sdílené zaměstnanci společně určují standard chování a jsou zároveň základním stavebním kamenem organizační kultury.

Za účelem poskytnout co nejkvalitnější péči zaměstnanci nemocnice Šternberk budou usilovat o dosažení a udržení následujících hodnot:

- překonávání standardů péče,
- překonávání očekávání pacientů,
- osobní zodpovědnost za kvalitu a bezpečnost péče,
- zodpovědnost za svá rozhodnutí,
- profesionální chování,
- respekt pro lidskou důstojnost,
- touha získávat špičkové znalosti a dovednosti,
- efektivní spolupráce v léčebném týmu,
- ochota přijímat změny jako výzvy, ne ohrožení,
- důvěryhodnost.

Hlavním předpokladem splnění účelů výše zmiňovaných strategických dokumentů je jejich existence nejen na papíře, ale hlavně i v myslích a srdcích všech zaměstnanců organizace.

K dosažení požadované účinnosti vizí, poslání a hodnot musí splňovat zmiňované dokumenty následující charakteristiky: srozumitelnost, obraznost, aktuálnost, uskutečnitelnost a flexibilitu. Po zavedení by měl každý zaměstnanec být schopen během několika málo minut prezentovat vizi, poslání i hodnoty své organizace. Nezvládne-li přesvědčivě uvést tyto základní strategické dokumenty, znamená to, že je nezná nebo se s nimi neztotožňuje.⁴⁸

3.6 Plán kontinuálního zvyšování kvality, stanovení indikátorů kvality, auditu

Pro nemocnici byl vytvořen plán kontinuálního zvyšování kvality, jehož součástí je sledování indikátorů.⁴⁹

Chceme-li zjistit, zda se kvalita zlepšuje nebo zhoršuje, je nutné stanovit měřitelné parametry, jež nám dají jasnou odpověď. Pro měření a vyhodnocování kvality lékařské a ošetrovatelské péče nám slouží čtyři základní zdroje informací:

- pacienti a jiní interní nebo externí klienti,
- externí odborníci,
- auditu,
- indikátory kvality.

Z výše uvedených zdrojů se v praxi nejčastěji využívají auditu a indikátory kvality. Nesmíme zapomínat, že informace získané od pacientů a jiných klientů jsou nejméně objektivní.

⁴⁸ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 246-247.

⁴⁹ Srov. NEMOCNICE ŠTERNBERK, *Výroční zpráva za rok 2006 Nemocnice Šternberk p.o.*, s. 11-19.

3.6.1 Indikátory kvality

Měření a vyhodnocování kvality bylo dalším krokem na cestě k získání akreditačního certifikátu. V oblasti zdravotnictví se používá celá řada indikátorů umožňujících měření, vyhodnocování a porovnávání různých činností. Indikátor definujeme jako určité měřitelné kritérium, jež v porovnání se standardem ukazuje, v jaké míře je tento standard naplněn.

Indikátory kvality se mohou týkat:

- struktury – počet zaměstnanců, technické vybavení, kvalifikace lékařů nebo sester, atd.,
- procesu – měření jeho efektivity nebo správnosti - čekací doba na příjem, úroveň zdravotnické dokumentace, atd.,
- výstupu – náklady na lůžkoden, korektní určení hlavní diagnózy, atd..

Dle stupně priority se indikátory rozdělují do čtyř kategorií:

- indikátory rizik - velmi důležité, musí být dokumentovány a vyhodnoceny co možná nejdříve – smrt pacienta, požár, atd.,
- indikátory klíčové – velmi důležité, vysoce senzitivní a měly by být sledovány v pravidelných měsíčních intervalech – počet stížností, délka pobytu pacienta, atd.,
- indikátory popisné – jsou užitečné a důležitými se stávají až ve chvíli, kdy dojde k výrazným změnám v jejich výsledných datech,
- nedůležitá data – indikátory poskytující rozšíření a prohloubení celkového obrazu v kontextu jiných indikátorů.

Indikátor by měl splňovat následující vlastnosti:

- je smysluplný,
- je vždy kvantitou určující kvalitu,
- je vždy číslo,
- je výstražným signálem, jenž nás může varovat, že je něco v nepořádku,
- není neomylný,
- může být zaměřen na pozitivní i negativní jevy,
- může být zaměřen na lékaře, sestru, proces, systém, atd.,

- výsledek indikátoru musí být vždy zasazen do kontextu.

K porovnání kvality mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními slouží deset globálních indikátorů kvality:

- nozokomiální infekce,
- infekce pooperačních ran,
- mortalita hospitalizovaných pacientů,
- mortalita novorozenců,
- perioperativní mortalita,
- císařské řezy,
- neplánované znovupřijetí pacienta,
- neplánované přijetí pacienta po ambulantním chirurgickém zákroku,
- neplánovaný návrat na jednotku intenzivní péče,
- neplánovaný návrat na operační sál.⁵⁰

V rámci nemocnice byly sledovány tyto indikátory:

- výskyt pádů,
- výskyt dekubitů,
- výskyt nemocničních nákaz.

Dále byly sledovány indikátory kvality v rámci jednotlivých oddělení, jež byly definovány pro příslušná oddělení, např.:

- chyby při podávání léčiv,
- spokojenost pacientů,
- čekací doba na vyšetření,
- úplnost zdravotnické dokumentace.

3.6.2 Audity

System auditů představuje jeden z nejefektivnějších nástrojů programu kontinuálního zvyšování kvality. Pojem audit znamená důkladné vyhodnocení nebo průzkum. Definovat ho lze jako proces mající za cíl objektivně zhodnotit skutečný stav

⁵⁰ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 102-106.

věcí. Zdravotnické audity jsou neodmyslitelnou součástí měření a vyhodnocování kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení. Smyslem auditů je:

- analyzovat úspěch porovnáním dat a hledáním shody mezi plány a skutečností,
- odkrývat problematické oblasti,
- poukazovat na úspěchy, které mohou pomoci ostatním.

V rámci systému kontroly kvality v nemocnici byl zaveden následující soubor auditů:

1. Interní audit – je realizován koordinátorem kvality na příslušném oddělení, dle celoročního plánu auditů, výsledky jsou projednány na jednotlivých odděleních a výstupy jsou předávány manažerce kvality a Radě pro kvalitu, na základě výsledků jsou prováděny nápravná opatření, součástí interních auditů jsou i audity zdravotnické dokumentace.
2. Manažerský audit – provádí manažerka kvality a Rada pro kvalitu, stejně jako i u interních auditů je vypracován plán na celý rok, výstupy jsou předávány Radě pro kvalitu a vedení nemocnice k rozhodnutí o zajištění nápravných opatření.
3. Externí audity – jsou prováděny externím auditorem na základě žádosti vedení nemocnice nebo Rady pro kvalitu.

3.6.3 Standardy zdravotní péče

Standardy zdravotní péče vznikly v 70. letech v USA jako odezva na Chartu práv nemocných a představují platné definice úrovně kvality péče. Jsou závaznými odbornými normami reprezentující doporučení k diagnostickým a léčebným postupům, umožňující hodnocení a chránící pracovníky před právním postihem. Měly by splňovat dvě základní podmínky:

- „evidence based“ – normy odrážejí odborný názor podložený přesvědčivými vědeckými studiemi;
- „consensus based“ – normy jsou akceptovány významnými autoritami v oboru s vyloučením významných odborných sporů.

Standard by měl být akceptován minimálně na národní úrovni, přínosem z hlediska použitelnosti je schválení ministerstvem zdravotnictví nebo ministerstvem pověřenou institucí. Standardy péče se používají ke zvyšování kvality péče, k výuce a kontrole zaměstnanců, nikdy však nesmí být využity k represím.

V praxi se můžeme setkat s celou škálou různých forem zpracování standardů, neboť neexistuje žádný exaktně daný nadnárodní formální předpis. Standardy mohou mít podobu volného textu popisujícího doporučení postupu ve variantách (doporučený postup, guideline), nebo striktně předepisující jedinečný doporučený postup (protokol, SOP - standardní operační postup atd.).

Pro názornost a jednoznačnost jsou využívány vývojové diagramy, jenž graficky znázorňují postup. Standard by měl vždy obsahovat měřitelné parametry s obvyklými hodnotami (doba trvání, výsledky atd.).⁵¹

3.7 Projekty realizované v rámci příprav

V rámci příprav na akreditaci bylo spuštěno několik projektů, které vedly k podstatným změnám v organizaci i v samotném fungování nemocnice.

Ze zavedených projektů uveďme kupříkladu sjednocení zdravotnické dokumentace, používání řízené dokumentace, sledování spokojenosti pacientů, identifikace pacientů, zpracování a implementace akreditačních směrnic, vytvoření systému ošetřovatelských auditů, stanovení lékařských a ošetřovatelských operačních postupů.

3.7.1 Zavedení jednotné dokumentace

Zdravotnický dokumentační systém HINZ je pojmenován po svém německém zakladateli Dr. Richardu Hinze. Zhruba 100 let od svého vytvoření tvoří základ systému evropského ošetřovatelství, neboť je zaveden na převážné většině západoevropských zdravotnických pracovištích. V ČR začal být zaváděn po roce 1990. V polovině 90. let minulého století systém HINZ používala většina fakultních i okresních nemocnic, tedy více než 120 pracovišť.

⁵¹ Srov. MÜLLEROVÁ, N., *Standardy ošetřovatelské péče*,
<<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-oseetrovatelske-pace.html>>.

Dokumentační systém HINZ lze charakterizovat jako ucelený komplex informací a dat, jež sledují, dokumentují a potvrzují průběh vedení ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta během celé jeho léčby. Dokumentace je uložena v jediné složce a slouží společně jak lékařům a sestřám, tak i ostatním členům týmu podílejících se na léčbě pacienta. Prostřednictvím údajů ve formulářích lze celkem přesně nastavit systém pro konkrétní potřeby daného oddělení. Navíc mohou jednotlivé formuláře kromě lékařských a ošetrovatelských informací poskytnout data použitelná pro ekonomické, časové nebo výkonnostní audity.

Přínos zavedení dokumentace HINZ:⁵²

- finanční, časová i personální úspora,
- zpřesnění informací o prováděných úkonech,
- zamezení duplicit záznamů,
- zlepšení kvality ošetrovatelské péče,
- zvýšení individuální odpovědnosti za prováděnou péči,
- systematický způsob poskytování ošetrovatelské péče,
- zaměření na individuální potřeby pacienta,
- zlepšení komunikace mezi zdravotníky.

3.7.2 Spokojenost pacientů

Nejprve byla potřeba definovat, co se za pojmem „spokojenost“ skrývá. Nenadál definuje spokojenost: „Jako souhrn pocitů zákazníka, odvozený od rozdílů mezi jeho očekáváními a realitou.“⁵³

Spokojenost pacientů začala být sledována formou anonymních dotazníků a také metodou Focus groups, dále FG.

FG je metoda sledování spokojenosti pacientů, nazývaná též cílené rozhovory, spočívá v řízené diskuzi mezi tazatelem a skupinkou pacientů. Cílem je zjistit názory, postoje, mínění i samotnou spokojenost pacienta. Tato metoda je do jisté míry mnohem efektivnější pro zhodnocení spokojenosti, nežli klasické dotazníky běžně rozdávané pacientům. Pacienti jsou před tímto rozhovorem pečlivě vybíráni, na rozdíl od jiných

⁵² Srov. KJUČUKOVÁ, L., a BORKOVÁ, M., *Teorie a praxe v zavádění zdravotnické dokumentace HINZ*, <http://www.osu.cz/zsf/sbornik/prisp_19.pdf>.

⁵³ NENADÁL, Jaroslav, aj. *Metody a procesy měření v systémech managementu jakosti*, s. 25.

forem zjišťování názorů využívajících náhodného výběrů respondentů. Pro získání potřebných informací pomocí této metody je potřeba dodržet následující postup:

- správný výběr moderátora,
- vypracování plánu setkávání FG,
- seznámení pacientů s významem FG,
- zajištění příjemného a neformálního prostředí pro účastníky,
- zahájit a ukončit sezení poděkováním všem zúčastněným za ochotu přijít a pomoci,
- moderátorka by neměla diskutovat o názorech účastníků.

Z níže uvedené tab. 2, s. 42 vyplývá, že ani jedna z forem průzkumu spokojenosti pacientů není jednoznačně lepší, než-li ta druhá. Proto je pro získání komplexních a potřebných informací o spokojenosti pacientů v daném zařízení, popř. jeho části, dobré použít obě formy.⁵⁴

Tab. 2 – Porovnání průzkumů spokojenosti pacientů

Průzkum spokojenosti	Focus Groups	Dotazníky
Informace	Kvalitativní charakter	Kvantitativní charakter
Počet respondentů	Úzká skupina	Široká skupina

3.7.3 Identifikace pacientů

Jednoznačná identifikace pacientů v rámci léčebného procesu je klíčová vzhledem k jejich bezpečí. Chybná identifikace pacienta při chirurgickém zákroku nebo při podání léků může mít pro pacienta fatální následky. Za účelem zvýšení bezpečnosti hospitalizovaných pacientů byla v nemocnici Šternberk zavedena jednoznačná identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků. Náramky jsou vyrobeny z antialergických a antibakteriálních materiálů a velmi rychle poskytují ošetřujícímu personálu základní informace o pacientovi.⁵⁵

⁵⁴ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 116-118.

⁵⁵ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnickém zařízení*, s. 115-116.

3.8 Akreditační šetření Nemocnice Šternberk

Akreditační manuál SAK ČR přesně definuje indikátory k vyhodnocení plnění jednotlivých akreditačních standardů. Zdravotnické zařízení může tyto indikátory využít jako kritéria pro své audity v rámci předakreditační přípravy. Odstraní-li se všechny neshody, které byly při auditech zjištěny, pak by mělo samotné akreditační šetření proběhnout úspěšně a bez problémů.

3.8.1 Předakreditační šetření

Výsledek předakreditačního šetření nám ukazuje, jak daleko je zdravotnické zařízení na cestě k úspěšné akreditaci a kde je potřeba zaměřit pozornost dalších příprav. V praxi se při předakreditačních šetřeních opakovaně objevují kritické oblasti, ve kterých jsou problémy a neshody mezi realitou ve zdravotnickém zařízení a standardy nejčastější:⁵⁶

- nevyhovující systém informovaných souhlasů,
- nefungující proces hlášení a prevence nozokomiálních nákaz,
- sledování indikátorů kvality, které není smysluplné,
- chybějící vnitřní směrnice – hlášení mimořádných událostí, politika kvality, stížnosti, provozní řády, apod.),
- bezpečnostní aspekty zdravotnické zařízení (požár, evakuace, praktické znalosti zaměstnanců, smysluplná edukace) jsou sice písemně a formálně správně zpracovány, ale v praxi nefungují,
- nevyhovující náplně práce (aktualizace, jasně stanovené kompetence a odpovědnosti uvedené ve směrnících),
- nedodržování směrnice o zacházení s léčivými (chybné ordinace, vedení medikačních seznamů, změny nevysvětleny v dekurzu, nepřehlednost, nečitelnost),
- nedodržování standardního ošetrovatelského postupu pro výuku pacientů ošetrovatelským personálem,
- přístup k výuce zaměstnanců je neplánovaný,

⁵⁶ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKROVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*, s. 28-29.

- špatné vedení zdravotnické dokumentace (nedůslednost při odstraňování neshod, neplnění vlastních směrnic i platných zákonných norem),
- nedostatečná integrace požadavků akreditačních standardů do vnitřních směrnic a následně i do praxe jednotlivých oddělení,
- selhávání systémů vnitřních auditů tolerujícího chronicky se opakující neshody.

3.8.2 Akreditační šetření

V dubnu 2007 proběhlo první a v říjnu téhož roku druhé předakreditační šetření. Na základě výsledků obou šetření bylo rozhodnuto o termínu samotného akreditačního šetření na listopad 2007.

Akreditační šetření proběhlo ve dvou dnech, kdy tři auditoři ze SAK ČR prověřovali oblast lékařskou, ošetrovatelskou a hospodářsko-technickou. Po šetření následovala závěrečná schůzka inspektorů SAKu a managementu nemocnice, kde inspektoři sdělili, že nedoporučí nemocnici k získání certifikátu kvality. Při akreditačním šetření byly zjištěny nedostatky jak systémové, tak i individuální.

Příčin neúspěchu bylo identifikováno hned několik:

1. Nedostatečný časový prostor pro zažití některých prvků akreditace – v rámci příprav došlo v nemocnici k celé řadě změn. Jednoduché změny se v celku rychle dostaly do podvědomí zaměstnanců, a proto s jejich dodržováním nebyly problémy. Složitější změny realizované v rámci příprav však vyžadují větší časový úsek pro zavedení do praxe. Příkladem je správné a úplné vedení zdravotnické dokumentace.
2. Nedostatečné zpracování všech potřebných předpisů. Část předpisů a směrnic chybělo nebo neodpovídalo akreditačním standardům.
3. Špatně vedená příprava na akreditaci ze strany konzultantů.
4. Nedostatečná podpora akreditace ze strany zaměstnanců. Nízká podpora vycházela z předchozího bodu. Dalším důvodem byla nízká informovanost o akreditaci. Teoretických informací se zdálo být dostatečné množství, ale nikomu ze zaměstnanců nebyl jasně a zřetelně představen praktický přínos akreditace pro jeho každodenní práci.

5. Neshody mezi obsahem standardů a skutečností v nemocnici. Ne všechny standardy byly zcela přesně naplňovány v praxi.
6. Vysoká fluktuace zaměstnanců. Poměrně vysoká fluktuace zaměstnanců znamená pro nemocnici neustále přijímat a zaškolovat nové zaměstnance. Noví zaměstnanci potřebují dostatek času na vstřebání všech nutných informací a zapracování se.

Škrla,Škrlová dále uvádějí některé příčiny, jež lze pokládat za společného jmenovatele neúspěchu při akreditačním šetření:⁵⁷

- nedostatečné zmapování požadavků akreditačních standardů,
- nesprávná interpretace některých požadavků SAK ČR,
- nedostatečná důslednost při zavádění akreditačních standardů do praxe,
- neochota standardizovat požadavky akreditačních standardů v rámci celého zdravotnického zařízení,
- obavy manažerů z vyhlášení nulové tolerance k porušování vnitřních směrnic.

3.9 Změny v přípravě na nové akreditační šetření

Po neúspěšném absolvování šetření došlo ke změnám v pohledu i v přístupu k přípravám na akreditační šetření. Manažerka kvality zahájila intenzivní práci s cílem odstranit nedostatky a získat akreditační certifikát.

Externí konzultanty ze SAK ČR využívala manažerka kvality v rámci předakreditačního šetření k posouzení, zda-li nové změny posunují nemocnici správným směrem. Předakreditační šetření proběhlo v září 2008 a z jeho výsledků bylo patrné, že po doděláním zjištěných nedostatků má nemocnice poměrně velkou šanci uspět v samotném akreditačním šetření. Změny realizované v rámci příprav na nové akreditační šetření vycházely ze závěrečných hodnotících zpráv auditorů SAKu.

1. Přepřerování nevyhovujících a vypracování nových směrnic a standardů. Pro tvorbu a úpravu závazných dokumentů bylo vytvořeno několik týmů.

⁵⁷ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*, s. 27-28.

2. Změna ve školení personálu. Daleko větší důraz byl kladen na vedoucí pracovníky jednotlivých oddělení, aby co možná nejvíce informací o akreditaci přenesli na zaměstnance v rámci vzdělávání na oddělení. Byly znovu podrobně představeny výhody akreditace s cílem získat podporu akreditace u všech zaměstnanců nemocnice.

3. Motivování zaměstnanců. Všichni zaměstnanci, jež se aktivně podíleli na přípravách, začali být finančně motivováni. Vedoucí pracovníci byli motivováni k tomu, aby při nedostacích zaměstnance netrestali, ale chválili za to, že upozorní na nějaký nedostatek.

4. Sledování spokojenosti zaměstnanců. Pravidelné monitorování a vyhodnocování spokojenosti zaměstnanců se stalo přínosným zdrojem informací pro vrcholný management.

5. Zlepšení prostředí jak pro pacienty, tak i pro zaměstnance. Nákup nového vybavení a nových přístrojů, zkulturnění a zútulnění venkovních i vnitřních prostor nemocnice.

6. Dopracování systému zdravotnické dokumentace.

7. Zintenzivnění auditorské činnosti. Častější a pečlivější provádění vnitřních a manažerských auditů.

8. Vypracování nových pracovních náplní a adaptačních plánů.

Výsledkem změn v přípravách bylo úspěšně zvládnuté akreditační šetření. Nemocnice napodruhé získala v prosinci 2008 akreditační certifikát s platností na tři roky (viz. Příl. 1, s. 87).

4 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Hlavním předmětem zájmu průzkumného šetření jsou zaměstnanci Nemocnice Šternberk, jejich zkušenosti, názory a postoje s průběhem akreditace nemocnice.

4.1 Cíl průzkumného šetření, hypotézy, dílčí cíle

Cílem průzkumného šetření je zjistit, jaký vliv na proces kontinuálního zvyšování kvality mělo neúspěšné akreditační šetření a jak získání certifikátu ovlivnilo postoje, hodnoty a konkrétní zkušenosti zaměstnanců.

4.1.1 Cíle průzkumného šetření

Hlavní cílem průzkumného šetření je popsat zkušenosti zaměstnanců s přípravou a průběhem akreditace v Nemocnici Šternberk ve dvou etapách, jedna po neúspěšném šetření, druhá po úspěšném naplnění akreditačního procesu.

4.1.2 Hypotézy

Vnímání absolutní podpory akreditace ze strany vrcholného managementu, podpory tohoto procesu ze strany ostatních zaměstnanců, hodnocení přínosu akreditace a ztotožnění se s projektem akreditace se jeví jako jedny z nejdůležitějších faktorů pro úspěšné zvládnutí akreditačního šetření (viz. Předchozí kapitola).

H₀1: Absolutní podpora akreditace od vrcholného managementu je stejná před i po samotném akreditačním šetření.

H_A1: Absolutní podpora akreditace od vrcholného managementu není stejná před i po samotném akreditačním šetření.

H₀2: Absolutní podpora akreditace všemi zaměstnanci je stejná před i po samotném akreditačním šetření.

H_A2: Absolutní podpora akreditace všemi zaměstnanci není stejná před i po samotném akreditačním šetření.

H₀3: Hodnocení přínosu akreditace ke zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici je stejné před i po samotném akreditačním šetření.

H_A3: Hodnocení přínosu akreditace ke zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici není stejné před i po samotném akreditačním šetření.

H₀4: Ztotožnění se s projektem akreditace je stejné před i po samotném akreditačním šetření.

H_A4: Ztotožnění se s projektem akreditace není stejné před i po samotném akreditačním šetření.

4.1.3 Dílčí cíle

Dílčí cíle mají, na základě výsledků průzkumného šetření, najít odpovědi na vybrané otázky (viz. Příloha II, s. 79):

1. Má akreditace absolutní podporu vrcholného managementu?
2. Bylo vaše oddělení dostatečně připraveno na akreditační šetření?
3. Přinesla akreditace zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici?
4. Byl(a) jsem na akreditační šetření dostatečně připraven(a)?
5. Pociťoval(a) jste strach z průběhu popř. výsledku akreditačního šetření?

6. Obdržel(a) jste slíbenou finanční popř. jinou odměnu za úspěšný výsledek akreditačního šetření?

4.2 Metody, techniky a organizace průzkumného šetření

Pro praktickou část práce bylo zvoleno kvantitativní a kvalitativní průzkumné šetření. Kvantitativní šetření probíhalo dotazníkovou formou, kvalitativní metodou polostandardizovaného rozhovoru. Dotazníkové šetření probíhalo v nemocnici Šternberk s písemným souhlasem vedení nemocnice.

4.2.1 Dotazník

Dotazník shromažďuje písemné odpovědi na předem formulované otázky. Výhodou dotazníkového šetření je možnost oslovení velkého počtu respondentů, minimální potřeba vysvětlení ke způsobu vyplňování odpovědí a anonymita respondentů. Nevýhodou je nemožnost směřovat dotazy hlouběji, získávat úplné a podrobné informace.⁵⁸

První dotazníkové šetření proběhlo v měsíci listopadu roku 2008 v Nemocnici Šternberk před zahájením samotného akreditačního šetření. Druhé dotazníkové šetření se uskutečnilo v únoru 2009, kdy už nemocnice byla dva měsíce po úspěšném akreditačním šetření.

Dotazníkovou formou byly zjišťovány názory zaměstnanců na akreditaci a na její přípravu. První dotazníky byly rozdány před akreditačním šetřením a druhé po uskutečnění akreditačním šetření.

Vzor dotazníku je uveden v příloze č. 2 str. 88 a v příloze. 3, s.90.

4.2.2 Polostandardizovaný rozhovor

Polostandardizovaný rozhovor nemá přesně definovanou strukturu ani obsah, cílem je získání určitých informací pomocí volně formulovaných otázek popř. témat. Tazatel by měl mít průběh rozhovoru dopředu promyšlený

⁵⁸ Srov. WHAN, T.,T., H., Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče, s. 59-60.

a kladením otázek by měl tázaného taktně usměřňovat. Výhodou je možnost získávání hlubších a úplných informací.⁵⁹

Fixace dat získaných při kvalitativním šetření byla provedena formou audio záznamu. První fází přípravy dat pro analýzu byl přepis audio záznamu do textové podoby. Poté byla provedena redukce prvního řádu, při které byly vynechány nepodstatné informace. V rámci procesu kódování byla prvotní data rozdělena do významových jednotek, analyzována a následně vyhodnocena. Všechny časové jednotky byly uspořádány do jedné časové osy. Pro analýzu dat byly použity metody faktorování a metody vytváření trsů. Na závěr byly stanoveny konkrétní výsledky.⁶⁰

Polostandardizovaný rozhovor byl veden se dvěma zaměstnankyněmi Nemocnice Šternberk s cílem zkonkretizovat údaje o proběhlých akreditačních šetření. Rozhovor proběhl v červenci 2010 v Nemocnici Šternberk. Trvání rozhovoru bylo cca 20 minut. Témata byla volena na základě výsledků dotazníkového šetření a teoretických poznatků zmíněných v prvních třech kapitolách práce. Témata rozhovoru byla následující:

- podpora akreditace ze strany vedení,
- vztah zaměstnanců k akreditaci,
- příčiny neúspěšného akreditačního šetření,
- konzultant přípravy na akreditační šetření,
- audity.

4.2.3 Statistické zpracování

Ke zpracování získaných dat byly použity matematicko-statistické metody. Odpovědi na otázky dotazníku byly zaznamenány do kontingenční tabulky a hypotéza byla ověřena McNemarovým testem symetrie. Ke statistickému zpracování byl použit statistický software SPSS verze 15. Všechny testy byly provedeny na hladině signifikance 0,05.

⁵⁹ Srov. TONDROVÁ, I., *Získávání informací*, s. 12-14.

⁶⁰ Srov. UNIVERZITA TOMÁŠE BATI, *Co je důležité vědět o kvalitativním výzkumu?*

4.3 Výběr a charakteristika zkoumaného souboru

Bylo rozdáno 100 dotazníků zaměstnancům jednotlivých oddělení nemocnice. Navráčeno bylo 85 dotazníků, z nichž 19 muselo být vyřazeno pro nevyplnění nebo pro neúplné uvedení všech požadovaných údajů.

Při druhém dotazníkovém šetření bylo rozdáno 66 dotazníků (pro skupinu respondentů, jež odpovídala na otázky dotazníku prvního. Vzhledem k nedostatečnému vyplnění všech odpovědí dotazníku bylo vyřazeno 24 respondentů.

Zkoumaný soubor zahrnoval 42 zaměstnanců nemocnice. V souboru bylo 36 žen a 6 mužů, průměrný věk respondentů byl 37,4 let.

Polostandardizovaný rozhovor byl veden se dvěma zaměstnankyněmi Nemocnice Šternberk První zaměstnankyní byla manažerka kvality, druhou byla zdravotní sestra. Pracovnice jsou v nemocnici zaměstnány více než deset let. Obě si přály zůstat v anonymitě, v následujícím textu bude místo jejich jmen používán název pracovní pozice.

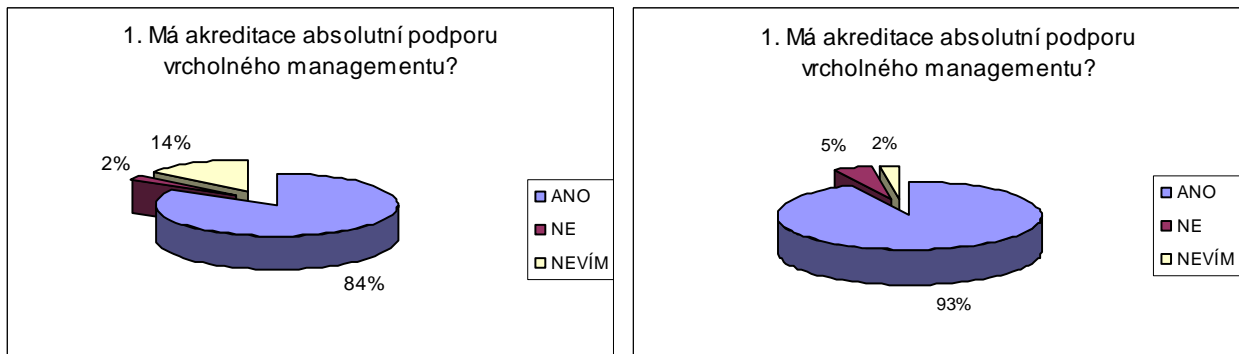
4.4 Výsledky kvantitativního šetření

4.4.1 Zpracování výsledků

Graf vlevo znázorňuje výsledky prvního dotazníkového šetření, graf vpravo výsledky druhého šetření. Výsledné hodnoty jsou vyjádřeny jako procenta. Statistické zpracování je uvedeno v kontingenčních tabulkách.

4.4.2 Má akreditace absolutní podporu vrcholného managementu?

Z výsledků je patrná velmi vysoká podpora akreditace ze strany managementu, v prvním 84 % a ve druhém šetření 93 % (viz. obr. 2, s. 51).



Obr. 2 – Grafy – Má akreditace absolutní podporu vrcholného managementu?

H₀1: Absolutní podpora akreditace od vrcholného managementu je stejná před i po samotném akreditačním šetření.

H_A1: Absolutní podpora akreditace od vrcholného managementu není stejná před i po samotném akreditačním šetření.

Tab. 3 – Kontingenční tabulka 1

Má akreditace absolutní podporu vrcholného managementu?					
			Po akreditačním šetření		Celkem
			Ano	Ne	
Před akreditačním šetřením	Ano	Četnost	34	1	35
		Celková procenta	94,4%	2,8%	97,2%
	Ne	Četnost	1	0	1
		Celková procenta	2,8%	,0%	2,8%
Celkem		Četnost	35	1	36
		Celková procenta	97,2%	2,8%	100,0%

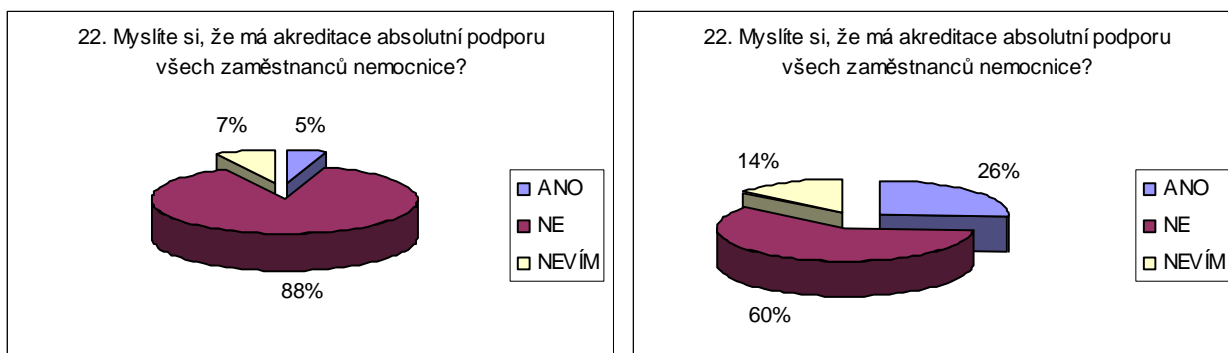
	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
McNemarův test		1,000
Počet platných případů	36	

McNemarovým testem symetrie nebylo prokázáno, že by se názor respondentů na absolutní podporu akreditace vrcholným managementem po akreditačním šetření změnil. 34 respondentů (94,4 %) své názory nezměnilo.

Hypotézu H_01 nelze zamítnout ($p = 1,000$).

4.4.3 Má akreditace absolutní podporu všech zaměstnanců nemocnice?

67% zaměstnanců se při prvním šetření domnívá, že akreditace nemá absolutní podporu všech zaměstnanců nemocnice. Z výsledků druhého dotazníku je patrný nárůst absolutní podpory ze strany zaměstnanců o 7 %, ale 60 % zaměstnanců stále zaujímá negativní postoj k této otázce.



Obr. 3 – Grafy – Myslíte si, že má akreditace absolutní podporu všech zaměstnanců nemocnice?

H_02 : Absolutní podpora akreditace všemi zaměstnanci je stejná před i po samotném akreditačním šetření.

H_{A2} : Absolutní podpora akreditace všemi zaměstnanci není stejná před i po samotném akreditačním šetření.

Ověření této hypotézy bylo provedeno stejným způsobem jako u hypotézy H_01 .

Tab. 4 – Kontingenční tabulka 2

Má akreditace absolutní podporu všech zaměstnanců?

			Po akreditačním šetření		Celkem
			Ano	Ne	
Před akreditačním šetření	Ano	Četnost	5	0	5
		Celková procenta	16,7%	,0%	16,7%
	Ne	Četnost	4	21	25
		Celková procenta	13,3%	70,0%	83,3%
Celkem		Četnost	9	21	30
		Celková procenta	30,0%	70,0%	100,0%

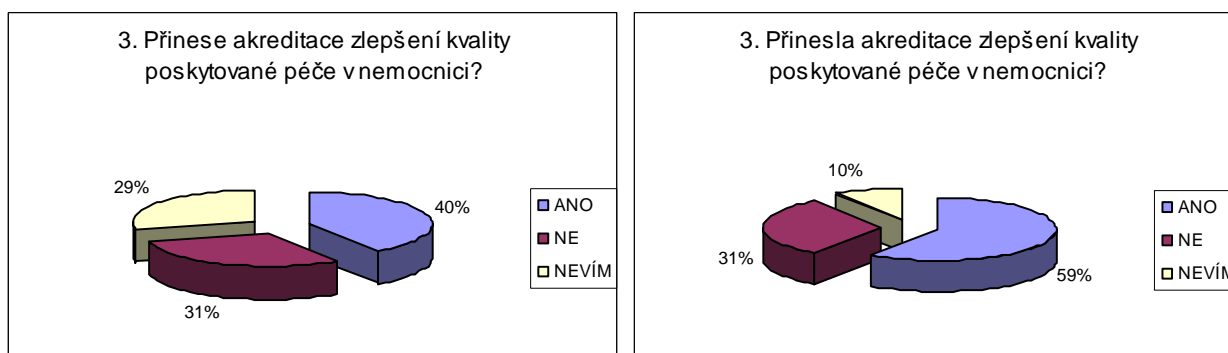
	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
McNemarův test		,125
Počet platných případů	30	

McNemarovým testem symetrie nebylo prokázáno, že by se postoj respondentů k podpoře akreditace po akreditačním šetření změnil. 26 respondentů (86,7 %) své názory nezměnilo.

Hypotézu H_02 nelze zamítnout ($p = 0,125$).

4.4.4 Přinese akreditace zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici?

Z výsledků je patrný nárůst počtu odpovědí ano, ze 40 % na 59 %, počet záporných odpovědí ale zůstává stejný.



Obr. 4 – Grafy – Přinese akreditace zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici?

H₀₃: Hodnocení přínosu akreditace ke zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici je stejné před i po samotném akreditačním šetření.

H_{A3}: Hodnocení přínosu akreditace ke zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici není stejné před i po samotném akreditačním šetření.

Tab. 5 – Kontingenční tabulka 3

Přinese akreditace zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici?

			Po akreditačním šetření		Celkem
			Ano	Ne	
Před akreditačním šetření	Ano	Četnost	18	1	19
		Celková procenta	60,0%	3,3%	63,3%
	Ne	Četnost	4	7	11
		Celková procenta	13,3%	23,3%	36,7%
Celkem		Četnost	22	8	30
		Celková procenta	73,3%	26,7%	100,0%

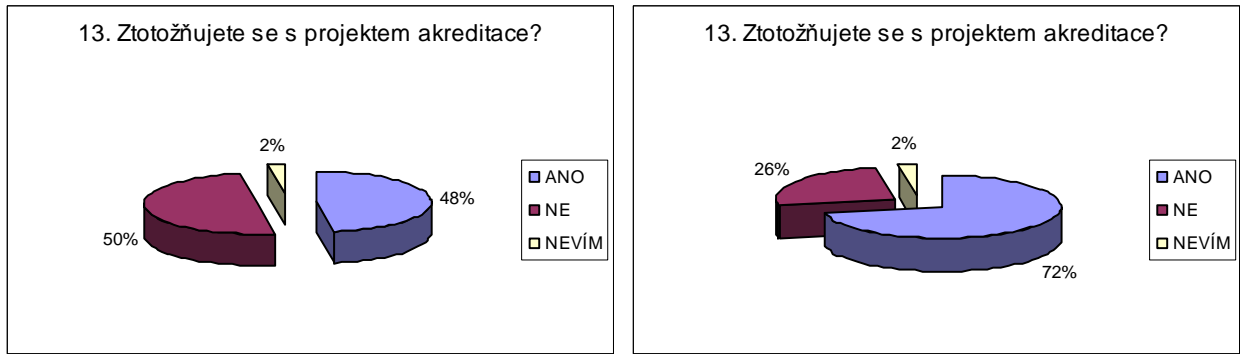
	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
McNemarův test		,375
Počet platných případů	30	

McNemarovým testem symetrie nebyla prokázána změna názorů respondentů: na hodnocení přínosu akreditace ke zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici. 25 respondentů (83,3 %) své názory nezměnilo.

Hypotézu H₀₃ nelze zamítnout ($p = 0,375$).

4.4.5 Ztotožňujete se s projektem akreditace?

V oblasti ztotožnění zaměstnanců s projektem akreditace lze pozorovat nárůst o 26 % (viz. obr. 5, s. 55).



Obr. 5 – Grafy – Ztotožňujete se s projektem akreditace?

H₀4: Ztotožnění se s projektem akreditace je stejné před i po samotném akreditačním šetření.

H_A4: Ztotožnění se s projektem akreditace není stejné před i po samotném akreditačním šetření.

Tab. 6 – Kontingenční tabulka 4

			Po akreditačním šetření		Celkem
			Ano	Ne	
Před akreditačním šetření	Ano	Četnost	17	1	18
		Celková procenta	45,9%	2,7%	48,6%
	Ne	Četnost	9	10	19
		Celková procenta	24,3%	27,0%	51,4%
Celkem		Četnost	26	11	37
		Celková procenta	70,3%	29,7%	100,0%

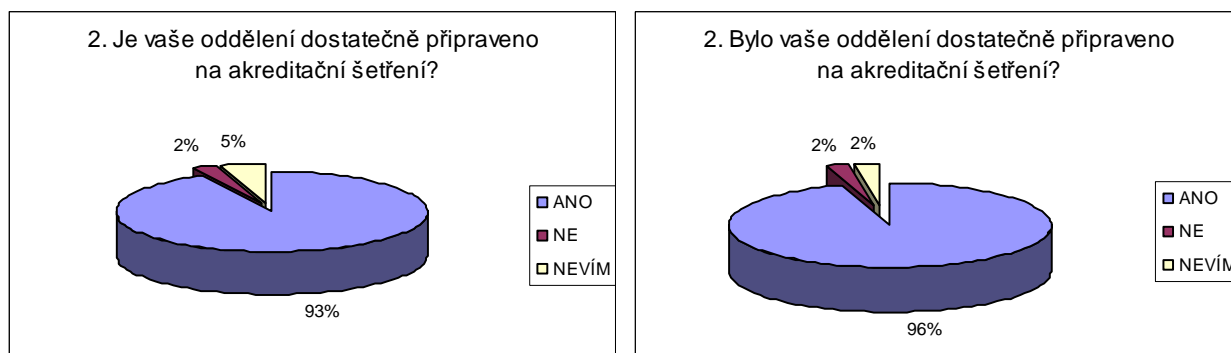
	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
McNemarův test		,021
Počet platných případů	37	

McNemarovým testem symetrie bylo prokázáno, že názory respondentů na ztotožnění se s projektem se změnilo. 9 respondentů (24,3 %) se před akreditací s projektem neztotožňovalo, po akreditačním šetření se jejich názor změnil. Pouze u 1

(2,7 %) respondentů byl vývoj v názorech opačný. U 27 respondentů se názory na tuto problematiku nezměnily. Tyto rozdíly jsou statisticky významné, hypotézu H_{04} lze zamítnout ($p = 0,021$).

4.4.6 Je vaše oddělení dostatečně připraveno na akreditační šetření?

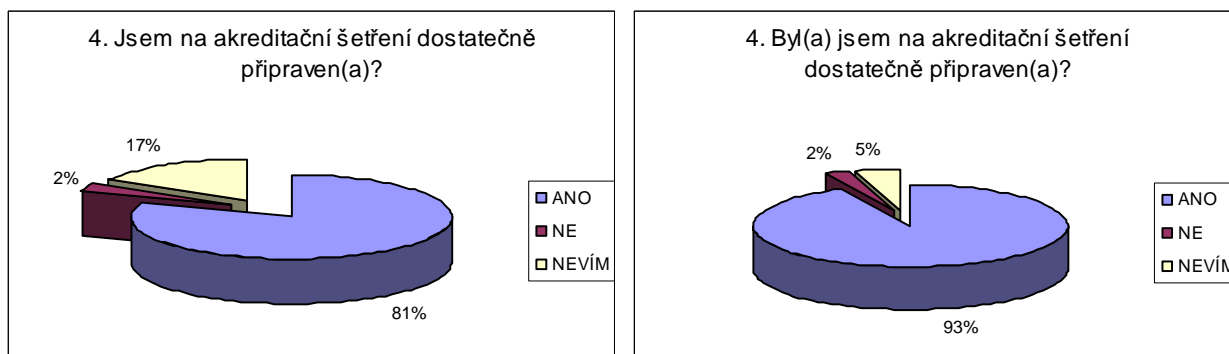
Dochází ke zvýšení počtu kladných odpovědí z 93% na 96%.



Obr. 6 – Grafy – Je vaše oddělení dostatečně připraveno na akreditační šetření?

4.5.7 Jsem na akreditační šetření dostatečně připraven(a)?

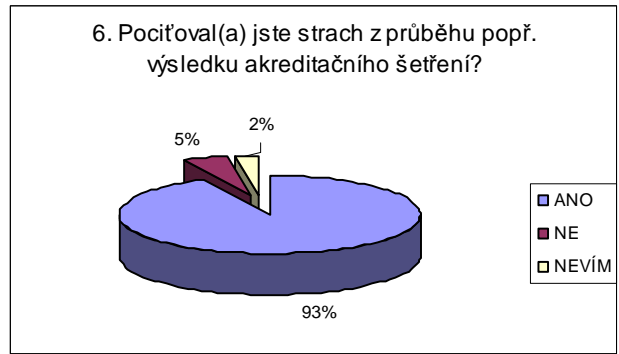
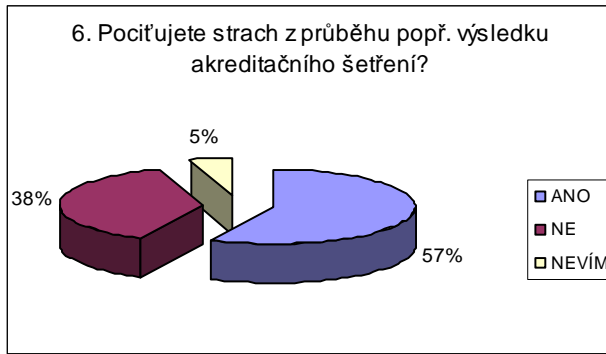
Z výsledků je patrné, že dochází ke zvýšení počtu kladných odpovědí z 81% na 93%.



Obr. 7 – Grafy – Jsem na akreditační šetření dostatečně připraven(a)?

4.4.8 Pociťujete strach z průběhu popř. výsledku akreditačního šetření?

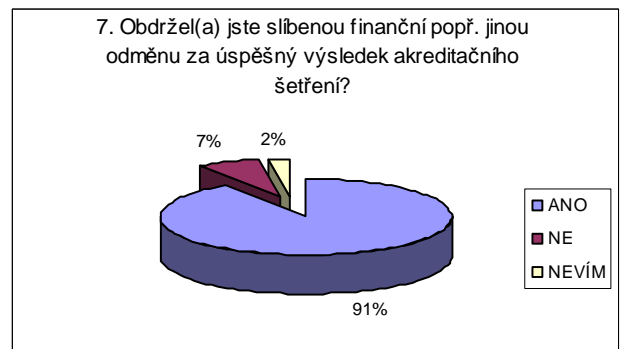
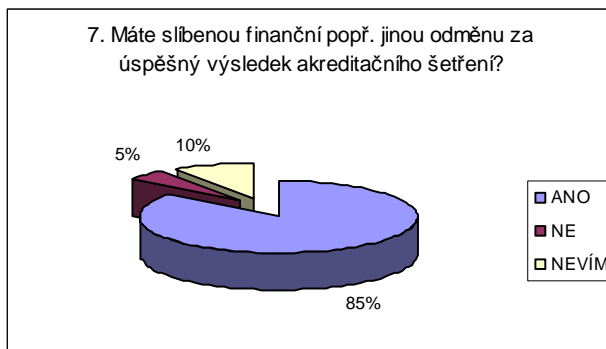
57 % dotázaných uvedlo, že pociťuje strach z průběhu, popř. výsledku akreditačního šetření. Po úspěšném zvládnutí akreditačního šetření přiznalo tento pocit 93 % tázaných.



Obr. 8 – Grafy – Pociťujete strach z průběhu popř. výsledku akreditačního šetření?

4.4.9 Máte slíbenou finanční popř. jinou odměnu za úspěšný výsledek akreditačního šetření?

85 % dotázaných uvedlo, že má slíbenou odměnu za úspěšný výsledek akreditačního šetření, o 6 % víc slibovanou odměnu obdrželo.



Obr. 9 – Grafy – Máte slíbenou finanční popř. jinou odměnu za úspěšný výsledek akreditačního šetření?

4.4.10 Změny v rámci příprav na akreditaci jsou dodržovány i nadále?

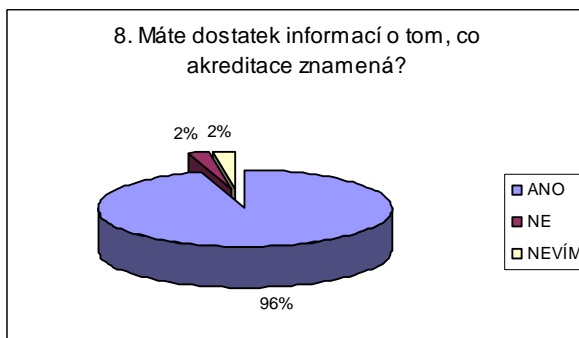
98 % zaměstnanců udává pokračující dodržování změn, které byly realizovány v rámci akreditační přípravy.



Obr. 10 – Graf – Změny v rámci příprav na akreditaci jsou dodržovány i na dále?

4.4.11 Máte dostatek informací o tom, co akreditace znamená?

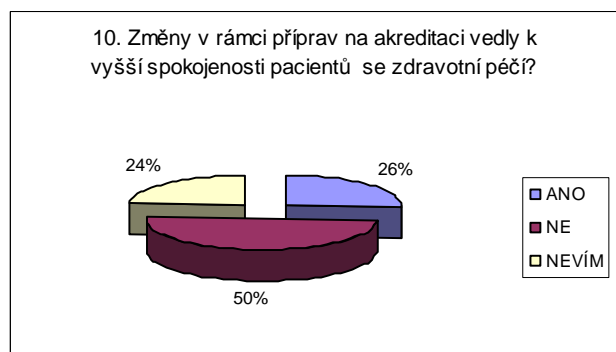
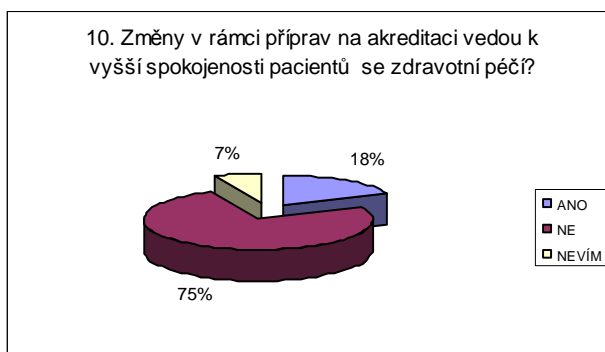
Výsledky ukazují, že 96 % dotázaných má dostatek informací o tom, co akreditace znamená.



Obr. 11 – Graf – Máte dostatek informací o tom, co akreditace znamená?

4.4.12 Změny v rámci příprav na akreditaci vedou k vyšší spokojenosti pacientů se zdravotní péčí?

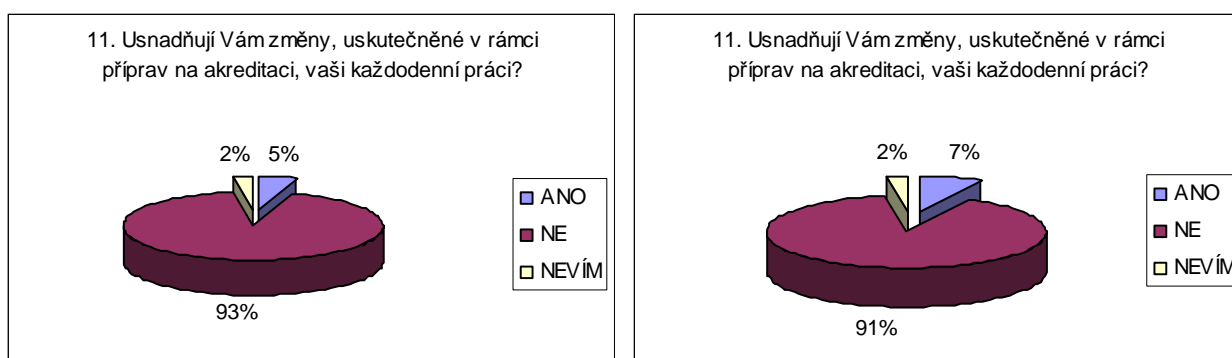
75 % dotázaných uvedlo při prvním šetření, že změny v rámci akreditace nevedou k vyšší spokojenosti pacientů, při druhé tento počet klesl o 25 %.



Obr. 12 – Grafy – Změny v rámci příprav na akreditaci vedou k vyšší spokojenosti pacientů se zdravotní péčí?

4.4.13 Usnadňují Vám změny, uskutečněné v rámci příprav na akreditaci, vaši každodenní práci?

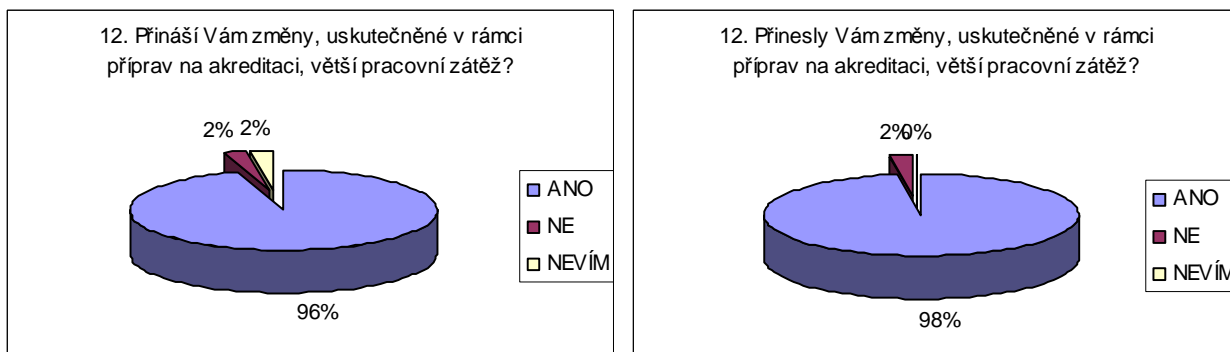
Zhruba 93 % dotázaných udává, že změny v rámci akreditace jim neusnadňují jejich každodenní práci a jejich názor se prakticky nezmění (91%).



Obr. 13 – Grafy – Usnadňují Vám změny, uskutečněné v rámci příprav na akreditaci, vaši každodenní práci?

4.4.14 Přináší Vám změny, uskutečněné v rámci příprav na akreditaci, větší pracovní zátěž?

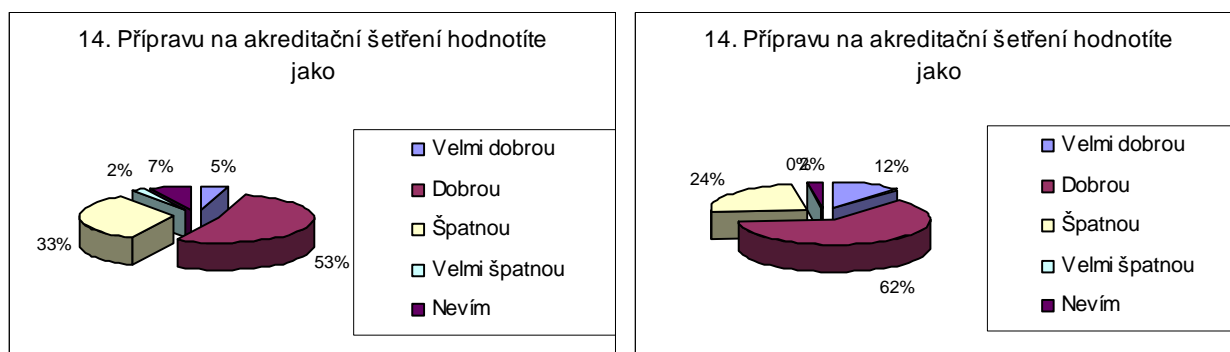
Více jak 96 % zaměstnanců uvádí, že změny v rámci akreditace přináší větší pracovní zátěž.



Obr. 14 – Grafy – Přináší Vám změny, uskutečněné v rámci příprav na akreditaci, větší pracovní zátěž?

4.4.15 Přípravu na akreditační šetření hodnotíte jako velmi dobrou, dobrou, špatnou, velmi špatnou, nevím.

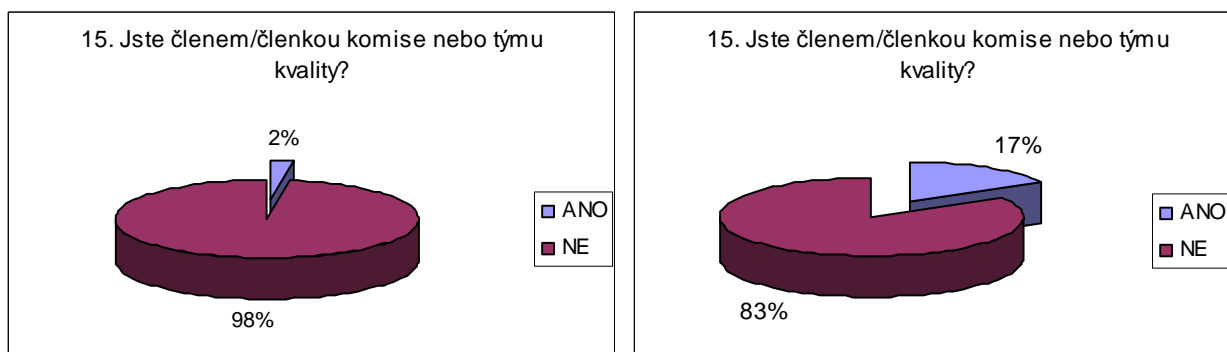
Z výsledků je patrný nárůst počtu dotázaných z 53 % na 62 %, kteří hodnotí přípravu na akreditační šetření jako dobrou.



Obr. 15 – Grafy – Přípravu na akreditační šetření hodnotíte jako.

4.4.16 Jste členem/členkou komise nebo týmu kvality?

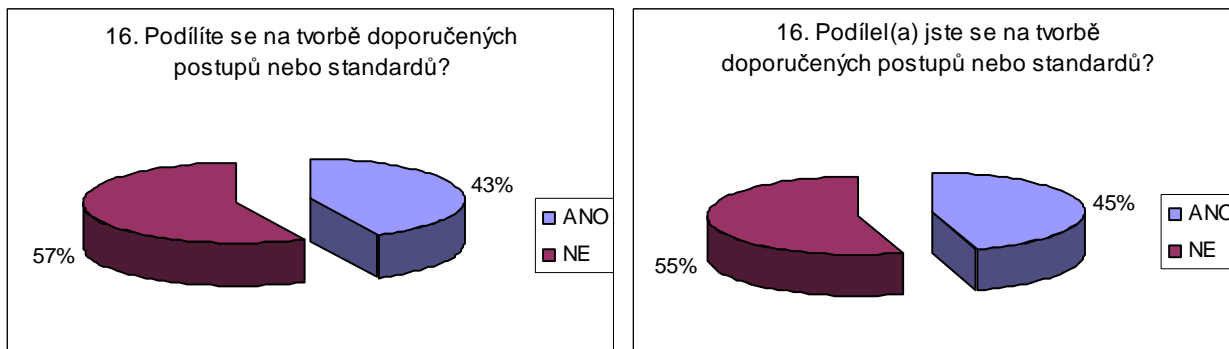
Počet členů komise nebo týmu kvality se zvýšil ze 2 % na 17 %.



Obr. 15 – Grafy – Jste členem/členkou komise nebo týmu kvality?

4.4.17 Podílíte se na tvorbě doporučených postupů nebo standardů?

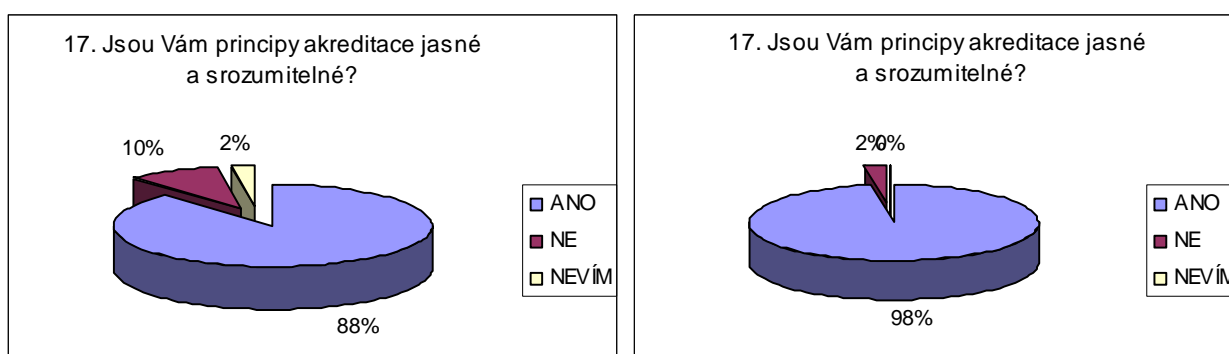
Zhruba více než 43 % zaměstnanců se podílelo na tvorbě doporučených postupů nebo standardů (viz. obr. 16, s. 61).



Obr. 17 – Grafy – Podílíte se na tvorbě doporučených postupů nebo standardů?

4.4.18 Jsou Vám principy akreditace jasné a srozumitelné?

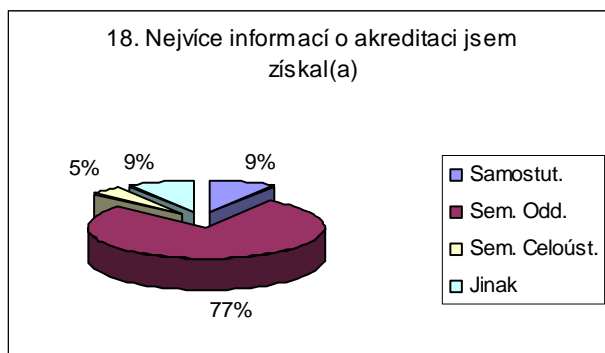
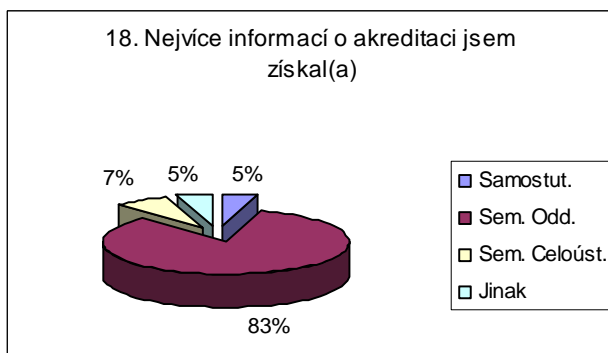
Z výsledků je patrné, že počet dotázaných, kterým jsou principy akreditace a srozumitelné, vzrostl z 88 % na 98 %.



Obr. 18 – Grafy – Jsou Vám principy akreditace jasné a srozumitelné?

4.4.19 Nejvíce informací o akreditaci jsem získal(a)?

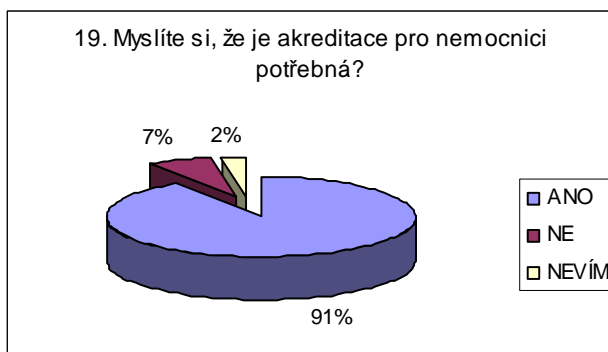
Nejčastěji udávanou formou získávání informací o akreditaci je seminář na oddělení. Další formou je získání informací pomocí samostudia. V možnosti jinak byl nejčastější variantou Internet (viz. obr. 18, s. 63).



Obr. 19 – Grafy – Nejvíce informací o akreditaci jsem získal(a).

4.4.20 Myslíte si, že je akreditace pro nemocnici potřebná?

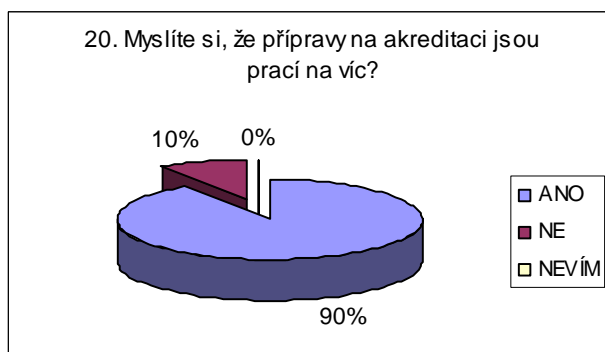
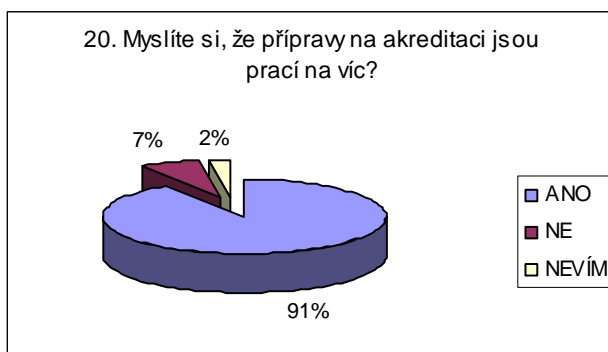
Zhruba 90 % dotázaných si myslí, že je akreditace pro nemocnici potřebná.



Obr. 20 – Grafy – Myslíte si, že je akreditace pro nemocnici potřebná?

4.4.21 Myslíte si, že přípravy na akreditaci jsou prací na víc?

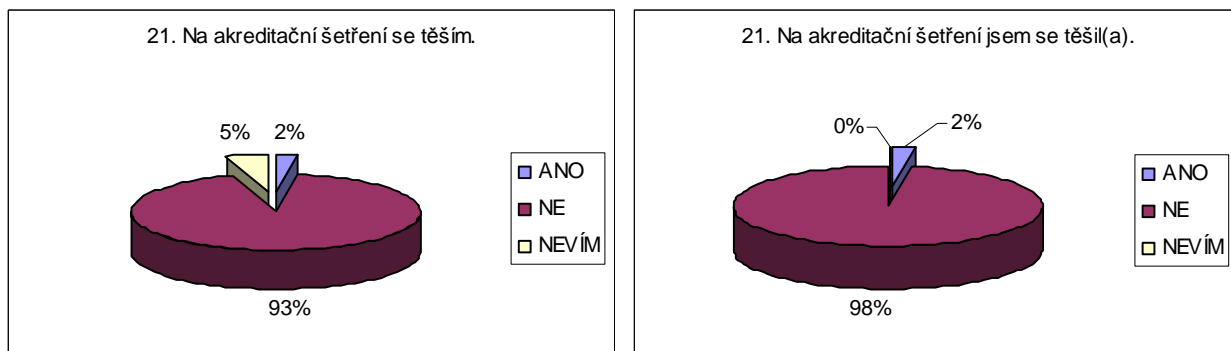
Zhruba 90 % dotázaných si myslí, že jsou přípravy na akreditaci prací na víc.



Obr. 21 – Grafy – Myslíte si, že přípravy na akreditaci jsou prací na víc?

4.4.22 Na akreditační šetření se těším.

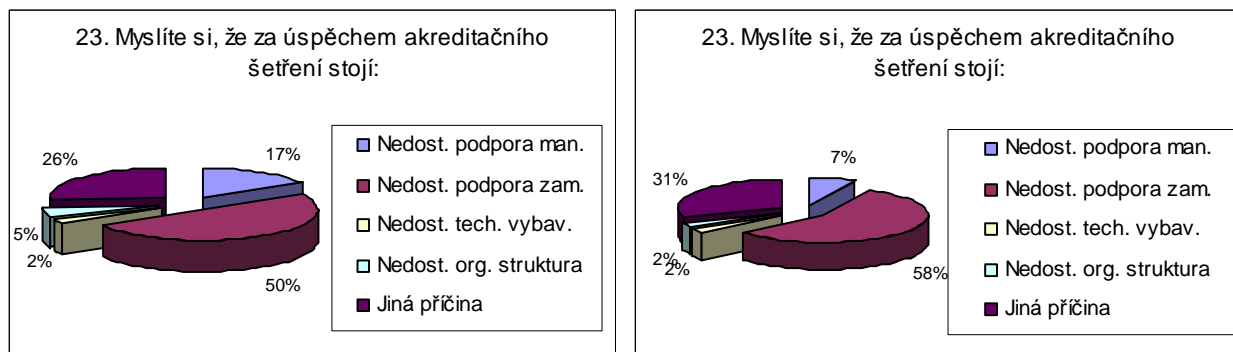
Z výsledků je patrné, že počet zaměstnanců netěšících se akreditační šetření je více než 90 %.



Obr. 22 – Grafy – Na akreditační šetření se těším.

4.4.23 Myslíte si, že za neúspěchem minulého akreditačního šetření stojí:

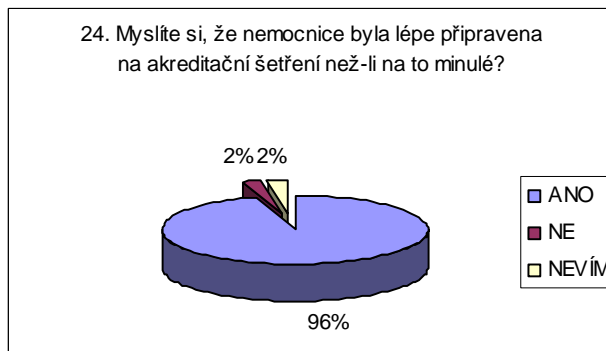
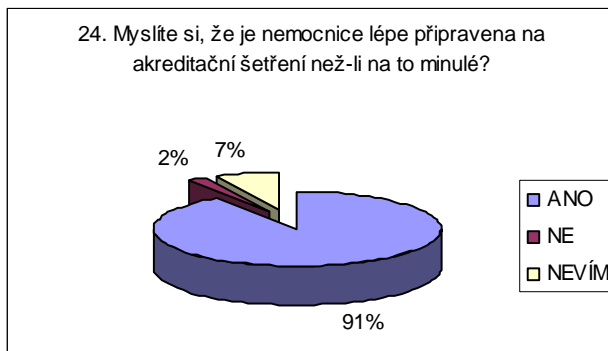
Více jak polovina dotazovaných uvedla jako důvod neúspěchu minulého akreditačního jinou příčinu. Jako jiná příčina byla z 95 % uvedena práce konzultanta.



Obr. 23 – Grafy – Myslíte si, že za neúspěchem minulého akreditačního šetření stojí.

4.4.24 Myslíte si, že je nemocnice lépe připravena na akreditační šetření než-li na to minulé?

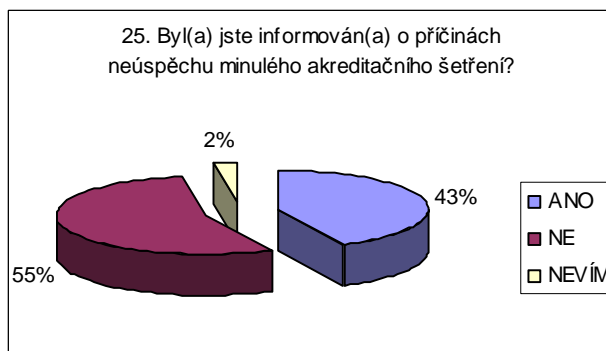
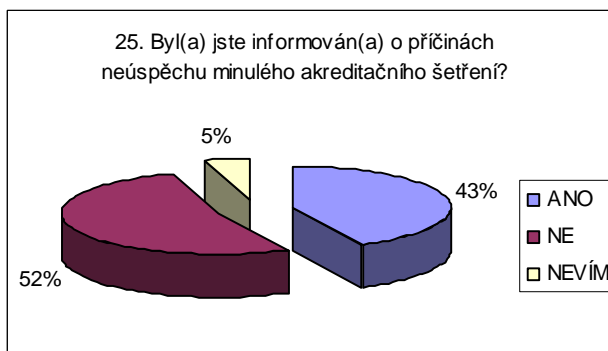
Více než 90 % zaměstnanců si myslí, že nemocnice byla lépe připravena na akreditační šetření než-li na minulé šetření (viz. obr. 24, s. 64).



Obr. 25 – Grafy – Myslíte si, že je nemocnice lépe připravena na akreditační šetření než-li na to minulé?

4.4.25 Byl(a) jste informován(a) o příčinách neúspěchu minulého akreditačního šetření?

Přes 50 % dotázaných uvedlo, že nebylo informován(a) o příčinách neúspěchu minulého akreditačního šetření.



Obr. 25 – Grafy – Byl(a) jste informován(a) o příčinách neúspěchu minulého akreditačního šetření?

4.5 Výsledky kvantitativního šetření

Kvantitativní šetření proběhlo formou polostandardizovaného rozhovoru se zaměstnankyněmi nemocnice. V oddílech 4.5.1 až 4.5.4 jsou částečné přepisy rozhovorů a závěry, které z rozhovorů vyplývají.

4.5.1 Částečný přepis rozhovoru s manažerkou kvality

Tazatel: „Součástí dotazníkového šetření byla i otázka Co bylo příčinou neúspěšného akreditačního šetření? Většina dotázaných uvedla jinou příčinu, než byly nabízené možnosti, např. nedostatečná podpora vedení, nedostatečná podpora zaměstnanců, špatná organizační struktura... V kolonce jiná příčina mohli zaměstnanci vyjádřit svůj názor. Ve více než 90-ti procentech uvedli jako příčinu neúspěchu akreditačního šetření osobu konzultanta. Sdílíte stejný názor?“

Manažerka kvality: „První akreditační přípravu vedli manželé Škrlovi. Pan doktor Škrla působil velice příjemným a kultivovaným dojmem, ale jeho pojetí přípravy bylo poněkud zmatené. Je určitě velice chytrý a vzdělaný s bohatými znalostmi z oblasti kvality zdravotní péče. Bohužel své cenné zkušenosti nám i se svou manželkou nedokázali předat. Já jsem v té době ještě nebyla manažerkou kvality a tak jsem zažila přípravu z pozice zdravotní sestry. Na prvním celoustavním semináři jsme se o akreditaci, o principech, o přínosu akreditace nedozvěděli vůbec nic. Celý seminář byl veden v obecné rovině a občas i zmateně, nic konkrétního, co bude akreditace přinášet pro naši každodenní práci. Velice barvitě popisovali, jak působili v Africe a v Kanadě, kolika lidem pomohli a jak kvalitní péči poskytovali. Když byl položen dotaz z odpovědi jsme se opět nic konkrétního nedozvěděli. Druhý seminář, který jsme absolvovali asi za tři týdny se nesl opět ve stejném duchu. Nedozvěděli jsme se žádné konkrétní informace o přípravě na akreditaci. První konkrétnější informace jsme se dozvěděli asi po měsíci, kdy jsme na každé oddělení obdrželi menší plakát s popisem akreditace a s její definicí. Dalšími informacemi byly vypracované otázky, týkající se akreditace. Otázek bylo přes sto. Tyto otázky jsme se měli naučit tak, abychom při přezkoušení znali všechny odpovědi. Otázky byly typu:
Má akreditace absolutní podporu vrcholného managementu.

Vyjmenujte indikátory, které jsou sledovány na vašem oddělení.

Jaké jsou celonemocniční indikátory.

Vyjmenujte vize nemocnice.

Jaké je poslání nemocnice?

Co je to mimořádná událost?“

Tazatel: „Takže výběr konzultanta považujete za hlavní příčinu neúspěšného akreditačního šetření?“

Manažerka kvality: „Ani ne tak za hlavní jako spíše za základní, neboť si myslím, že hlavním faktorem jsou zaměstnanci. Na zaměstnancích celá akreditace stojí. Můžete mít kvalitně zpracované předpisy a nařízení, ale pokud je zaměstnanci nebudou dodržovat, nejsou vám stejně nic platná. Bohužel osoba konzultanta negativně ovlivnila většinu zaměstnanců a jejich přístup a pohled na akreditaci.“

Tazatel: „Co bylo důvodem takové reakce u zaměstnanců?“

Manažerka kvality: „Jak jsem říkala před chvílí. První setkání zaměstnanců s akreditací bylo na dvou celoustavních seminářích, kde se jim nedostaly žádné konkrétní informace. Navíc některá tvrzení, že akreditace není žádnou činností navíc a tudíž by za to neměla být žádná odměna, vyvolala u zaměstnanců rozhořčení. Výsledkem tedy byl výrazně negativní postoj k akreditační přípravě. Místo toho, aby se podařilo hned na začátku získat zaměstnance na svou stranu, efekt byl přesně opačný. Bohužel tento negativní postoj se u zaměstnanců projevil i v přípravě na akreditační šetření. Byl velký problém získat koordinátory kvality na jednotlivých odděleních. Dalším problémem bylo nedodržování nově zavedených postupů. Zaměstnanci stále pracovali podle dříve zažitých postupů. Dalším faktorem byla direktivní forma: vy jste zdravotníci, vy musíte... Tento přístup se také negativně projevil na postoji zaměstnanců k akreditaci, hlavně u lékařů, kteří nejsou zvyklí na direktivní styl jednání.“

Tazatel: „V literatuře se uvádí absolutní podpora akreditace ze strany vedení jako základní podmínka pro úspěšné akreditační šetření. Bylo to tak i v Nemocnici Šternberk?“

Manažerka kvality: „Podpora ze strany vedení tu byla zpočátku zřetelná, později již méně, neboť za poslední čtyři roky se v nemocnici vystříдалo pět osob na pozici ředitele nemocnice. Při tak rychlých výměnách vedení nebyl prostor, aby se management zabýval akreditací do hloubky. Tyto časté výměny ředitelů se projevily i u všech zaměstnanců. Zaměstnanci pocívali jistou nestabilitu vedení a i akreditační příprava ustupovala do pozadí. Nebyl na ni brán takový důraz, jaký by akreditace vyžadovala.“

Tazatel: „Motivovalo vedení zaměstnance finančními odměnami?“

Manažerka kvality: „Nevím jak u ostatních zaměstnanců, ale při prvním akreditačním šetření jsem já a ani některé mé kolegyně žádnou finanční odměnu slíbenou neměly a ani nedostaly. Při druhém akreditačním šetření již zaměstnanci byli finančně motivováni za aktivní účast při přípravě na akreditaci.“

Tazatel: „Jakým způsobem a v jaké výši se finanční odměny pohybovaly?“

Manažerka kvality: „Systém ani výši odměn nevím, protože tyto věci jsou plně v kompetenci vedení nemocnice. Já mám na starosti pouze otázky řízení kvality v nemocnici.“

Tazatel: „Byli zaměstnanci motivováni i jinak než finančně?“

Manažerka kvality: „Myslím si, že pro mnoho zaměstnanců bylo velmi motivující aktivní zapojení se do příprav na akreditaci.“

Tazatel: „Co konkrétně máte na mysli?“

Manažerka kvality: „Mnoho zaměstnanců bylo zapojeno do akreditace tak, že se aktivně zapojili do tvorby standardů, standardních ošetrovatelských postupů, směrnic atd.. Tito zaměstnanci pak získali pocit, že jejich činnost je pro akreditaci důležitá a záleželo jim na tom, aby tyto dokumenty byly co nejlepší. Navíc mnoho zaměstnanců se v této činnosti seberealizovalo. Dalším z motivačních prvků bylo členství zaměstnanců v koordinačních týmech pro přípravu akreditace, v týmech pro kvalitu nebo v kontrolních týmech. Zajímavou zkušeností pro členy kontrolních týmů byla možnost vyzkoušet si kontrolovat činnosti svých kolegů, zda-li vše vykonávají správně dle stanovených předpisů.“

Tazatel: „Jakým způsobem kontroly probíhaly?“

Manažerka kvality: „V nemocnici byl vytvořen systém auditů. Vnitřní audity prováděly k tomu určení zaměstnanci na jednotlivých odděleních. Manažerské audity měla na starosti manažerka kvality spolu s členy rady pro kvalitu. Externí audity prováděl externí konzultant na žádost manažerky kvality popř. rady pro kvalitu. Kromě předem naplánovaných auditů, probíhaly i audity nečekané, nenahlášené, které dle mého názoru poskytovaly nejlepší informace o stavu kontrolovaného oddělení. Výsledky jednotlivých auditů jsem vždy předávala vrchním sestřím na společné schůzce, stejně tak jako primářům jednotlivých oddělení. Hlavně komunikace s vrchními sestrami byla pro mě užitečnou zpětnou vazbou, jak se standardy a další nařízení projevují v praxi. Od vrchních sester jsem získala i celou řadu cenných připomínek a návrhů ke zlepšení a zkvalitnění poskytování zdravotní péče. Snahou bylo za zjištěné nedostatky netrestat, ale vysvětlovat a zase vysvětlovat, tak aby pracovníci správně pochopili, co se po nich žádá. Prvky pozitivní motivace byly důležité u hlášení mimořádných událostí. Dříve se zaměstnanci snažili mimořádné události ututlat a nikam je nehlásit, což bylo nežádoucí z hlediska kontinuálního zvyšování kvality. Právě srozumitelné vysvětlení a pochopení proč mimořádnou událost ihned nahlásit, aniž by za ni hrozil trest, sankce či jiný postih, bylo důležitým bodem v akreditační přípravě.“

4.5.2 Shrnutí výsledků rozhovoru s manažerkou kvality

- podpora vedení nebyla jednoznačná, neboť během příprav na akreditaci došlo k jeho několika obměnám, za poslední čtyři roky se vedení nemocnice vystříдалo pět ředitelů;
- příčina neúspěchu prvního akreditačního šetření byla ve volbě konzultanta a ve způsobu vedení přípravy, to se následně projevilo i na vztahu zaměstnanců k akreditaci; většina zaměstnanců získala k akreditaci od počátku negativní postoj, který se alespoň z části podařilo během přípravy na druhé akreditační šetření změnit;
- audity se staly užitečným nástrojem pro kontinuální zvyšování kvality.

4.5.3 Částečný přepis rozhovoru se zdravotní sestrou

Tazatel: „Součástí dotazníkového šetření byla i otázka Co bylo příčinou neúspěšného akreditačního šetření? Většina dotázaných uvedla jinou příčinu, než byly nabízené možnosti, např. nedostatečná podpora vedení, nedostatečná podpora zaměstnanců, špatná organizační struktura... V kolonce jiná příčina mohli zaměstnanci vyjádřit svůj názor. Ve více než 90-ti procentech uvedli jako příčinu neúspěchu akreditačního šetření osobu konzultanta. Sdílíte stejný názor?“

Zdravotní sestra: „Nevím, jestli konzultant Dr. Škrla byl tou hlavní příčinou neúspěšné akreditace, ale určitě měl na neúspěchu výrazný podíl. Na seminářích, kde jsme měli možnost se s ním setkávat, na mě i mé kolegy působil světáckým a poněkud zmateným dojmem. Neustále při přednáškách přeskakoval z tématu do tématu, aniž by jedno či druhé srozumitelně a jasně vysvětlil. Neříkám, že všechny myšlenky byly špatné, ovšem jejich prezentace byla podána nevyhovujícím způsobem. Celý seminář se nesl v duchu „amerického úsměvu za každé situace“. Spolu s manželkou popisovali své zkušenosti ze zahraničí, které jsou podle mého názoru, vzhledem k rozdílným materiálním a finančním podmínkám v naší nemocnici, neaplikovatelné. Dalším názorem bylo tvrzení, že přípravy k akreditaci nejsou žádným výkonem navíc a proto nemáme za to očekávat žádné peněžité odměny. Všechny tyto názory i forma jejich prezentace ve mně, a řekla bych, že i u většiny mých kolegů a kolegyně, vyvolala celkovou nechuť k přípravě i k samotné akreditaci. Dobrou myšlenkou bylo pojetí

akreditace jako „provést úklid ve svém domě.“ Spousta věcí dostala pevný řád, nově byly popsány a rozděleny naše povinnosti. Na oddělení mám na starosti přístroje, konkrétně vedení veškeré dokumentace ke všem přístrojům používaných na našem oddělení. Všechny revize, preventivně bezpečnostní prohlídky a kontroly přístrojů jsou vedeny v knize přístrojové techniky. Při kontrole stačí otevřít skříňku a vytáhnout knihu přístrojů se všemi požadovanými informacemi.“

Tazatel: „Jak byste zhodnotila podporu akreditace ze strany vedení nemocnice?“

Zdravotní sestra: „Podpory jsem si nijak nevšimla. Za poslední tři nebo čtyři roky se tu vystřídali už čtyři ředitelé. Stejně jako já, tak i moji kolegové jsme pocíťovali obavy z budoucnosti nemocnice. Měli jsme hlavně strach o místo a nějaká akreditace nás netrápila. Co se týká podpory ze strany vedení, tak to jsme měli uvedené v otázkách na přípravu k akreditačnímu šetření. Kde odpověď zněla: Ano, akreditace má absolutní podporu vedení nemocnice.“

Tazatel: „Kdo vypracovával tyto otázky?“

Zdravotní sestra: „V rámci přípravy na akreditační šetření jsme dostali několik otázek, myslím něco kolem stovky, na které jsme museli umět odpovědět. U nás na oddělení otázky rozdělila vrchní sestra a každý z nás musel na přidělené otázky vypracovat odpovědi. Takto zpracovaný materiál sloužil pro naši přípravu.“

Tazatel: „Jaké zkušenosti máte s audity?“

Zdravotní sestra: „Zpočátku jsem z toho měla strach, bylo to skoro jak zkoušení ve škole. Odhalené nedostatky jsem nepřijímala moc dobře, brala jsem to jako neoprávněnou kritiku. Častým opakováním jsem si na kontroly zvykla a tak už mi nevadí, kdo mě kontroluje, jestli manažerka kvality nebo někdo cizí. Navíc je fajn, když vás kontroluje někdo z venku, protože má na věc úplně jiný pohled a často vidí chyby, které už nevnímáte nebo přehlížíte.“

4.5.4 Shrnutí výsledků rozhovoru se zdravotní sestrou

- v materiálech pro přípravu na akreditaci byla jednou z otázek i otázka: Má akreditaci podporu vedení? Naučená odpověď byla ano;
- příčina neúspěchu při prvním akreditačním šetření byla osoba konzultanta. Vedení celoustavních seminářů probíhalo zmateně a nepřehledně. Nebyly jasné stanoveny požadavky a konkrétní úkoly přípravy na akreditační šetření;
- provoz na oddělení získal přesný řád, který byl kontrolován pomocí auditů; počáteční negativní postoj zaměstnanců ke kontrolám se změnil, hlavně díky pozitivnímu motivování.

4.5.5 Shrnutí výsledků polostandardizovaného rozhovoru

Výsledky polostandardizovaného rozhovoru lze shrnout do několika doporučení pro přípravu na akreditační šetření:

1. Pečlivý výběr správného konzultanta.
2. Podpora ze strany vedení i zaměstnanců.
3. Správně nastavený systém auditů.
4. Motivace zaměstnanců.

4.7 Diskuse

Ze statistické analýzy vyplývá, že hypotézu H_01 nelze zamítnout. Názor respondentů na absolutní podporu akreditace ze strany vrcholného managementu se po akreditačním šetření nezměnil. V prvním dotazníkovém šetření 84 % zaměstnanců vnímá absolutní podporu akreditace ze strany managementu a v druhém dokonce 93 % zaměstnanců. Gladkij upozorňuje na nevýslovnou důležitost angažovanosti a podpory ze strany vrcholového vedení instituce při implementování řízení kvality. Pomineme-li rozhodovací úkoly vrcholného managementu v rámci směřování politiky kvality, pak chování a jednání slouží jako vzor pro ostatní zaměstnance instituce.⁶¹ Podobně Škrála uvádí absolutní podporu akreditace ze strany managementu nemocnice jako jednu

⁶¹ Srov. GLADKIJ, I., aj., *Management ve zdravotnictví*, s. 328-329.

z hlavních podmínek pro úspěšné absolvování akreditačního šetření.⁶² Lze s jistotou dávkou opatrnosti říci, že tak vysoké procento podpory je poměrně překvapivé, neboť manažerka kvality popsala podporu managementu jako nevýraznou. Důvodem bylo střídání ředitelů nemocnice. Za poslední čtyři roky se na této pozici vystřídal pět osob. I přesto, že je absolutní podpora jedním ze základních podmínek úspěšné akreditace, není v literatuře přesně definována konkrétní podoba absolutní podpory managementu. Zdravotní sestra v rozhovoru na toto téma uvedla, že v materiálech pro přípravu na akreditaci byla jednou z otázek i otázka: Má akreditaci podporu vedení? Odpověď je ano, bez objektivních důvodů pro tuto odpověď. Je tedy otázkou, do jaké míry jsou odpovědi na dotaz 1. Má akreditace absolutní podporu vrcholného managementu naučené z textů určených pro přípravu na akreditaci.

Jak uvádí manažerka kvality, velmi důležitým faktorem je absolutní podpora akreditace ostatními zaměstnanci. Z analýzy dat vyplývá, druhou hypotézu H₀₂ nelze zamítnout. Postoj zaměstnanců k podpoře akreditace se po akreditačním šetření nezměnil. Mnoho autorů to považuje za další pilíř pro úspěch v akreditačním šetření. Je proto velmi zajímavé, že i přes více jak 60% uvedenou nepodporu, se podařilo akreditaci získat. V druhém dotazníkovém šetření lze pozorovat nárůst podpory ostatními zaměstnanci ze 14 % na 25 %. Gutová upozorňuje na zcela nezbytnou nutnost motivovat zaměstnance při zavádění jakýkoliv změn, a to změny v rámci příprav na akreditaci určitě jsou.⁶³ Předpokladem optimálního motivování je znalost potřeb a motivů zaměstnanců. Charakteristika potřeb vychází z Maslowova hierarchického uspořádání. Ta, která potřeba bude uspokojována přednostně vychází z individuálních a dosud zažitých zkušenostech jednotlivce.⁶⁴ Tématem motivace se zabývá otázka 7. Máte slíbenou finanční popř. jinou odměnu za úspěšný výsledek akreditačního šetření? Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že 85 % zaměstnanců mělo slíbenou odměnu za úspěšné akreditační šetření. Škrta ovšem uvádí: „Akreditace nejsou nějaký nadstandard, za který by měli zaměstnanci očekávat odměnu.“⁶⁵ Tento názor je naprosto odlišný od odpovědí zaměstnanců na otázku 20.

Myslíte si, že přípravy na akreditaci jsou prací na víc? 90 % dotázaných považuje přípravu na akreditaci za práci na víc. Více jak 96 % pracovníků uvádí,

⁶² Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 33-35.

⁶³ Srov. GUTOVÁ, L., *Motivace zaměstnanců - součást přípravy k akreditaci*.

⁶⁴ Srov. DEIBLOVÁ, M., *Motivace jako nástroj řízení*, s. 61.

⁶⁵ Srov. ŠKRLA, P., *Především neublížit*, s. 149.

že změny uskutečněné v rámci příprav na akreditaci jim přináší větší pracovní zátěž a dále zhruba 91 % tvrdí, že tyto změny neusnadňují jejich každodenní práci.

I přes poměrně vysoké procento negativních odpovědí na předchozí otázky si 91 % zaměstnanců myslí, že je akreditace pro nemocnici potřebná.

Na základě analýzy dat nelze třetí hypotézu H_03 zamítnout. Zaměstnanci svůj názor na zhodnocení přínosu akreditace ke zlepšení kvality poskytované péče nezměnilo. Počet zaměstnanců uvádějících, že akreditace přinese zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici vzrostl ze 40 % na 59%. Počet pracovníků tvrdících opak zůstal stejný.

75 % dotázaných při prvním dotazníkovém šetření uvedlo, že změny v rámci příprav na akreditaci povedou k vyšší spokojenosti pacientů. Při druhém šetření tento počet klesl na 50 %, 26 % zaměstnanců uvedlo kladnou odpověď.

Statistickým testováním bylo prokázáno, že názory na ztotožnění se s projektem akreditace se změnilo. Čtvrtou hypotézu lze zamítnout. Zhruba 24 % zaměstnanců, kteří se před akreditačním šetřením s projektem akreditace neztotožňovali, svůj názor po akreditačním šetření změnilo. Škrla navrhuje zahrnout do příprav co nejvíce zaměstnanců. Zaměstnanci svou spoluúčastí získají pocit, že změny jsou iniciovány a realizovány na základě jejich nápadů.⁶⁶ Aby změny realizované v rámci příprav na akreditační šetření vedly k úspěšnému získání certifikátu, je nezbytně nutné zapojení všech zaměstnanců nemocnice, projekt akreditace je projekt komplexní, tedy týká se celé nemocnice. Proto jak uvádí Škrla nemocnice je tak silná, jak silný je její nejslabší článek.⁶⁷ Záleží tedy na každém zaměstnanci, jakým způsobem se k projektu akreditace postaví.

Další výhodou zapojení zaměstnanců do příprav je snadnější ztotožnění se samotným projektem akreditace. Jednou z aktivních forem spoluúčasti zaměstnanců na akreditaci může být tvorba doporučených postupů nebo standardů. Druhou z forem může být členství v komisi nebo týmu pro kvalitu. Jak je znázorněno v grafu (viz. obr. 16, s. 60), zhruba 43 % zaměstnanců se podílí na tvorbě doporučených postupů nebo standardů. Graf (viz. obr. 15, s. 60) ukazuje nárůst počtu zaměstnanců, kteří jsou členy komise nebo týmu pro kvalitu ze 2 % na 17 %. Manažerka kvality zdůrazňuje výstižnou a srozumitelnou prezentaci akreditace jako jeden z nejdůležitějších faktorů pro

⁶⁶ Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 251.

⁶⁷ Srov. ŠKRLA, P., *Především neublížit*, s. 149.

pochopení a ztotožnění se s projektem akreditace. 96 % zaměstnanců uvedlo, že má dostatek informací o tom, co akreditace znamená.

Z výsledků odpovědí na otázku 17. Jsou Vám principy akreditace jasné a srozumitelné je patrný nárůst kladných odpovědí z 88 % na 98 %. Zaměstnanci uvádějí, že nejvíce informací o akreditaci získaly na seminářích jednotlivých oddělení. Před akreditačním šetřením to bylo 83 %, po šetření 77 %. Z dalších forem získávání informací jsou to celoustavní semináře nebo samostudium.

Počet zaměstnanců uvádějících, že je na akreditační šetření dostatečně připraveno vzrostl z 81 % na 93 %, zhruba stejné procento vnímá připravenost svého oddělení. Tyto výsledky nekorespondují s odpověďmi na otázku 14, kdy při prvním dotazníkovém šetření hodnotilo přípravu jako dobrou 53 % a 5 % jako velmi dobrou, při druhém akreditačním šetření počet pracovníků označující přípravu jako dobrou vrostl na 62 % a počet pracovníků hodnotící přípravu velmi dobře na 12 %. Přes 91 % dotázaných hodnotí přípravu na akreditační šetření lépe než na šetření minulé. S úrovní a kvalitou přípravy souvisí i odpovědi na otázky 6. Pociťujete strach z průběhu popř. výsledku akreditačního šetření? a tvrzení 21. Na akreditační šetření se těším. Před akreditačním šetřením uvedlo pouze 57 % dotázaných strach z průběhu popř. výsledku akreditačního šetření, po akreditačním šetření 93 %. S tímto výsledkem koresponduje i zhruba 93 % zaměstnanců netěšících se na akreditační šetření. Přiměřené množství strachu zvyšuje výkonnost zaměstnanců, ale vysoká míra strachu má tendenci lidi „znehynit“. O tom, jak vysoká bude míra strachu rozhoduje velikost hrozby a individuální schopnosti jedince.⁶⁸

Důležité je pokračovat ve změnách i po akreditačním šetření. 96 % zaměstnanců potvrdilo dodržování změn realizovaných v rámci příprav na akreditační šetření (viz. obr. 8, s. 57).

Významným faktorem pro úspěšné absolvování akreditačního šetření je osobnost konzultanta. To vyplývá i z odpovědí na otázku 23. Myslíte si, že za neúspěchem akreditačního šetření stojí..., kdy zhruba 50 % dotázaných označilo jinou příčinu. V kolonce jiná příčina se v 95-ti % odpovědí objevil konzultant. Na pozici konzultanta je žádoucí pečlivě vybírat osobu, jež už má potřebné zkušenosti s přípravou akreditace. V Nemocnici Šternberk se nám velmi dobře osvědčili při přípravách konzultanti ze SAK ČR.

⁶⁸ Srov. ARNOLD, J. a kol., *Psychologie práce*, s. 492.

Přes 50 % zaměstnanců nebylo informováno o příčinách neúspěchu minulého akreditačního šetření (viz. obr. 25, s. 64). Je to poměrně nepříznivé zjištění, neboť zaměstnanci by měli být informováni o chybách, aby se tyto chyby znovu neopakovaly.

Odborné literatury o přípravách akreditace zdravotnické instituce existuje jen velmi málo. O praktické realizaci příprav a konkrétních zkušenostech jednotlivých zdravotnických zařízení ještě méně. Výjimku v této oblasti tvoří působení SAK ČR. K činnostem SAK ČR patří mimo samotného akreditačního šetření také vydávání standardů, odborných publikací a manuálů, např. Marx a Vlček v publikaci Průvodce akreditačním šetřením Spojené akreditační komise ČR v nemocnicích a zařízeních akutní péče,⁶⁹ pořádání vzdělávacích akcí, poradenství atd. K autorům zabývajících problematikou kvality poskytování zdravotní péče patří např. Gladkij v publikaci Management ve zdravotnictví⁷⁰ nebo Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování⁷¹, Madar a kolektiv v knize Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení.⁷² Manželé Škrlovi se v publikacích Kreativní ošetrovatelský management⁷³ a Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních⁷⁴ snaží aplikovat prvky západoevropského a amerického pojetí kvality zdravotní péče do podmínek českého zdravotnictví. Ne vždy se jim to v praxi optimálně daří. Problémem je nesprávné vedení akreditační přípravy, která se zaměstnancům jeví zmatená a nepraktická. Pro zdravotní zařízení připravující se na akreditační šetření jsou užitečná i krátká sdělení od autorů, kteří ve svých příspěvcích představují vlastní zkušenosti s přípravami na akreditaci.

⁶⁹ MARX, D. a VLČEK, F., *Průvodce akreditačním šetřením Spojené akreditační komise ČR v nemocnicích a zařízeních akutní péče.*

⁷⁰ GLADKIJ, I., aj., *Management ve zdravotnictví.*

⁷¹ GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování.*

⁷² MADAR, J., a kol., *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení.*

⁷³ ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management.*

⁷⁴ ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.*

ZÁVĚR

Teoretická část práce je věnována problematice definování kvality zdravotní péče a systémům jejího řízení a zajišťování. Akreditace je zde představena jako jeden ze systému uplatňovaných při řízení kvality v nemocnicích. V ČR provádí akreditační šetření SAK ČR, jež je i vydavatelem akreditačních standardů.

Nemocnice Šternberk je nemocnicí středního typu. V roce 2005 se vedení nemocnice rozhodlo zahájit přípravy na akreditaci. V roce 2007 proběhlo první akreditační šetření, jež bylo neúspěšné. V roce 2008 získala nemocnice akreditační certifikát s platností na tři roky. V rámci příprav na akreditační šetření došlo v nemocnici k celé řadě změn. Změny se dotkly poskytování zdravotní péče i práce samotných zaměstnanců. Práce popisuje příčiny neúspěšného akreditačního šetření a navrhuje hlavní zásady pro proces úspěšné akreditace.

Právě zkušenosti zaměstnanců a jejich ovlivnění jsou předmětem dotazníkového šetření. Analýza a výsledky kvantitativního průzkumného šetření, které proběhlo dotazníkovou formou, jsou prezentovány ve čtvrté kapitole. Ve stejné kapitole je popsáno i kvalitativní průzkumné šetření i výsledky. Šetření proběhlo formou polostandardizovaného rozhovoru s manažerkou kvality a se zdravotní sestrou. Rozhovor doplňuje data získaná pomocí kvantitativního průzkumného šetření.

Z dotazníkového šetření, které proběhlo před akreditačním a po akreditačním šetření, vyplynulo, že názory zaměstnanců na podporu akreditace ze strany vedení i zaměstnanců a stejně tak i názor, že akreditace přinese zlepšení kvality poskytované péče se nezměnil. Statisticky významně se změnil postoj zaměstnanců k samotné akreditaci, zaměstnanci se více ztotožnili s tímto projektem. Absolutní podpora akreditace ze strany vrcholného managementu a zaměstnanců se literatuře uvádí jako nezbytné faktory pro úspěšný průběh akreditačního šetření. Výsledky potvrzují, že podpora vedení je významná, ale podpora ze strany zaměstnanců toto tvrzení nepotvrdila. Z výsledků vyplynuly další zkušenosti využitelné při přípravě akreditace. Nejdůležitější formou získávání informací o akreditaci jsou informace získávané na seminářích jednotlivých oddělení. Změny v rámci akreditace přináší zaměstnancům větší pracovní zátěž, ta je považována za práci navíc. I přes větší pracovní zátěž vnímá většina zaměstnanců akreditaci jako potřebnou pro nemocnici. Principy akreditace je nutné zaměstnancům jasně a srozumitelně vysvětlit. Vysvětlit a zdůvodnit, že tyto

změny jsou potřebné nejen pro nemocnici jako celek, ale i pro jednotlivé zaměstnance a pacienty. Fáze vysvětlování a objasňování principů akreditace se jeví pro získávání podpory a důvěry zaměstnanců jako vůbec to nejdůležitější. Zde hraje významnou úlohu osobnost konzultanta, která může vhodným působením na zaměstnance podpořit jejich míru ztotožnění se s projektem akreditace. Dalším významným faktorem pro úspěšné akreditační šetření je motivace zaměstnanců. Změny realizované v rámci akreditace je nutné dodržovat i po akreditačním šetření. Ke kontrole dodržování standardů a předpisů se využívá systém auditů.

Doporučení pro úspěšný průběh akreditačního šetření se dají shrnout do následujících bodů:

1. Pečlivý výběr správného konzultanta.
2. Podpora ze strany vedení i zaměstnanců.
3. Správně nastavený systém auditů.
4. Motivace zaměstnanců vycházející ze znalosti jejich potřeb

Ve většině případů akreditace zdravotnického zařízení poměrně zásadně změní způsob jeho dosavadního fungování a velmi ovlivní i všechny jeho zaměstnance. Dopad změn na zaměstnance, na jejich motivaci a postoj k akreditaci by mohl být předmětem rozšíření dalšího výzkumného šetření.

LITERATURA A PRAMENY

About EFQM [online]. [cit. 2009-01-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.efqm.org/en/Home/aboutEFQM/tabid/108/Default.aspx>>.

About ISO [online]. [cit. 2009-01-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.iso.org/iso/about.htm>>.

About Joint Commission International [online]. [cit. 2009-01-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci>>.

ARNOLD, John, a kolektiv. *Psychologie práce*. Brno: Computer Press,a.s., 2007, 1. vyd. 629 s. ISBN 978-80-251-1518-3.

DEIBLOVÁ, Maria. *Motivace jako nástroj řízení*. Praha: LINDE, 2005, 1. vyd. 126 s. ISBN 80-902105-8-9.

Evropská nadace pro management kvality [online]. [cit. 2009-01-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.csq.cz/cs/efqm-evropska-nadace-pro-management-kvality.html>>.

GLADKIJ, Ivan. Řízení zdravotní péče orientované na výsledky a kvalita péče. *Zdravotnictví v České republice*, Praha: ST, s.r.o..2000, roč. 3, č. 4, s. 2-3.

GLADKIJ, Ivan, a kolektiv. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 1. vyd. 393 s. ISBN 80-7226-996-8.

GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, a STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999, 183 s. ISBN 80-7013-272-8.

GUTOVÁ, Lenka. *Motivace zaměstnanců - součást přípravy k akreditaci*.

HOLÁTOVÁ, Dana. *Měření kvalitativních faktorů v řízení lidských zdrojů a aplikace pro využití v praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2006. 52 s. ISBN 80-7318-404-4.

HUSSEY, D., E. *Jak reorganizovat firmu*, Praha: Computer Press, 2000. 113s. ISBN 80-7226-351-10.

ISQua: Improving Healthcare Worldwide [online]. [cit. 2009-01-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.isqua.org/isquaPages/General.html>>.

- JOINT COMMISSION INTERNATIOANAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Překlad 3. vyd. Praha GRADA Publishing, 2008, 312 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
- KJUČUKOVÁ, Ludmila, a BORKOVÁ, Milena. Teorie a praxe v zavádění zdravotnické dokumentace HINZ [online]. [cit. 2009-01-19]. Dostupné na WWW: <http://www.osu.cz/zsf/sbornik/prisp_19.pdf>.
- MADAR, Jiří, a kolektiv. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení : vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 248 s. ISBN80-247-0585-0.
- MARX, David, a VLČEK, František. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 2. vyd. Praha: TIGIS, 2008.
- MARX, David, a VLČEK, František. *Průvodce akreditačním šetřením Spojené akreditační komise ČR v nemocnicích a zařízeních akutní péče*. [online], [cit. 2010-06-25]. Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/files/Pruvodce-akr-setrenim-Nemocnice.pdf>>.
- MARX, David. Akreditace zdravotnických zařízení [online]. [cit. 2009-01-19]. Dostupné na WWW:<<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/8-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html>>.
- MARX, David. Průvodce akreditačním šetřením Spojené akreditační komise ČR. 1. vyd. Praha: Spojená akreditační komise, 2006. 31 s.
- MÜLLEROVÁ, Nina. Standardy ošetrovatelské péče, [online]. [cit. 2009-01-19]. Dostupné na WWW:<<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-osevrotavelske-pece.html>>.
- NEMOCNICE ŠTERNBERK. *Nemocnice Šternberk*. Šternberk: Nemocnice Šternberk, 1998. 29 s.
- NEMOCNICE ŠTERNBERK. *Výroční zpráva za rok 2006 Nemocnice Šternberk p.o.*
- NENADÁL, Jaroslav, aj. *Metody a procesy měření v systémech managementu jakosti*. 1. vyd. Ostrava: Vysoká škola báňská - Technická univerzita, 2002. 177s. ISBN 80-248-0192-2 .
- NENADÁL, Jaroslav. *Moderní systémy řízení jakosti: Quality Management*. Praha: Management Press, 1998. 1. vyd. 283 s. ISBN 80-85943-63-8.
- PEŠEK, Jaromír. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 110 s. ISBN 80-247-0551-6.

- Sborník kongresu Řízená kvalita ve zdravotní a sociální sféře. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2005. 1. vyd. 155 s. ISBN 80-02-01736-6.
- STANĚK, Ivan. Akreditace nemocnic nástroje aneb jak na to?[online]. [cit. 2009-01-19]. Dostupné na WWW:<http://www.cskz.cz/seznamy/03_Stanek_Jaknato-CSKZ.ppt>.
- SUCHÝ, Miloš, Standardy léčebné péče [online]. [cit. 2009-01-19]. Dostupné na WWW:<<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/10-Standardy-lecebne-pece.html>>.
- ŠKRLA, Petr, a ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- ŠKRLA, Petr. *řede vším neublížit*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
- ŠKRLA, Petr, a ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- THE NATIONAL INSTITUTE OF STANDARDS AND TECHNOLOGY. *Baldrige National Quality Program*, [online]. [cit. 2010-01-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.nist.gov/baldrige/>>.
- TONDROVÁ, IRENA. *Získávání informací*, [online]. [cit. 2010-01-07]. Dostupné na WWW: <www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Ziskavani_informaci.pdf>.
- UNIVERZITA TOMÁŠE BATI. *Co je důležité vědět o kvalitativním výzkumu?* [online]. cit. 2010-03-07]. Dostupné na WWW: <http://web.uni.utb.cz/cs/docs/Kvalitativn___v___zkum__NMgr..ppt?PHPSESSID=91c9e4e725d24ac7e258d5bcdc88eadc>.
- WHAN, Thomas, T., H.. *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998. 254 s. ISBN 80-7067-834-8.
- ZLÁMAL, Jaroslav, a HORVÁTH, Martin. *Řízení lidských zdrojů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 171 s. ISBN 80-244-1085-0.

SEZNAM ZKRATEK

ALPHA	Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČR	Česká republika
ČSN	Česká technické normy
EFQM	European Foundation For Quality Management
FG	Focus Groups
ISO	International Organization For Standardizations
ISQua	The International Society For Quality In Healthcare
JCAHO	Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
JCIA	Joint Commission International Accreditation
KZK	Kontinuální zvyšování kvality
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
SOP	Standardní operační postup
TQM	Total Quality Management
USA	United States Of America
WHO	World Health Organization

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Maslowova pyramida potřeb.....	27
Obr. 2 – Grafy – Má akreditace absolutní podporu vrcholného managementu?.....	51
Obr. 3 – Grafy – Myslíte si, že má akreditace absolutní podporu všech zaměstnanců nemocnice?.....	52
Obr. 4 – Grafy – Přinese akreditace zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici?.....	53
Obr. 5 – Grafy – Ztotožňujete se s projektem akreditace?.....	53
Obr. 6 – Grafy – Je vaše oddělení dostatečně připraveno na akreditační šetření?.....	56
Obr. 7 – Grafy – Jsem na akreditační šetření dostatečně připraven(a)?.....	56
Obr. 8. – Grafy – Pociťujete strach z průběhu popř. výsledku akreditačního šetření?.....	57
Obr. 9 – Grafy – Máte slíbenou finanční popř. jinou odměnu za úspěšný výsledek akreditačního šetření?.....	57
Obr. 10 – Graf – Změny v rámci příprav na akreditaci jsou dodržovány i na dále?.....	58
Obr. 11 – Graf – Máte dostatek informací o tom, co akreditace znamená?.....	58
Obr. 12 – Grafy – Je Změny v rámci příprav na akreditaci vedou k vyšší spokojenosti pacientů se zdravotní péčí?.....	58
Obr. 13 – Grafy – Usnadňují Vám změny, uskutečněné v rámci příprav na akreditaci, vaši každodenní práci?.....	59
Obr. 14 – Grafy – Přináší Vám změny, uskutečněné v rámci příprav na akreditaci, větší pracovní zátěž?	59
Obr. 15 – Grafy – Přípravu na akreditační šetření hodnotíte jako.....	60
Obr. 16 – Grafy – Jste členem/členkou komise nebo týmu kvality?.....	60
Obr. 17 – Grafy – Podílíte se na tvorbě doporučených postupů nebo standardů?.....	61
Obr. 18 – Grafy – Jsou Vám principy akreditace jasné a srozumitelné?.....	61
Obr. 19 – Grafy – Nejvíce informací o akreditaci jsem získal(a).	62
Obr. 20 – Grafy – Myslíte si, že je akreditace pro nemocnici potřebná?.....	62
Obr. 21 – Grafy – Myslíte si, že přípravy na akreditaci jsou prací na víc?.....	62
Obr. 22 – Grafy – Na akreditační šetření se těším.	63

Obr. 23 – Grafy – Myslíte si, že za neúspěchem minulého akreditačního šetření stojí.....	63
Obr. 24 – Grafy – Myslíte si, že je nemocnice lépe připravena na akreditační šetření než-li na to minulé?	64
Obr. 25 – Grafy – Byl(a) jste informován(a) o příčinách neúspěchu minulého akreditačního šetření?	64

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 – Rozdíly mezi akreditacemi a certifikací ISO 9001:2000	17
Tab. 2 – Porovnání průzkumů spokojenosti pacientů.....	41
Tab. 3 – Kontingenční tabulka 1.....	51
Tab. 4 – Kontingenční tabulka 2.....	53
Tab. 5 – Kontingenční tabulka 3.....	54
Tab. 6 – Kontingenční tabulka 4.....	55

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. 1 – Akreditační certifikát	87
Příl. 2 – Dotazník I – 1. část a 2. část	88
Příl. 3 – Dotazník II – 1. část a 2. část	90

PŘÍLOHY

Příl. 1 – Akreditační certifikát



Příl. 2– Dotazník I – 1. část

DOTAZNÍK I

Krásný den,

před Vámi leží několik otázek dotazníku, jenž je součástí diplomové práce na téma: Konkrétní zkušenosti a zobecnitelné poznatky z akreditace Nemocnice Šternberk. Proším Vás o pravdivé zodpovězení otázek a vyplnění celého dotazníku. Některé otázky jsou uzavřené, zaškrťává se pouze jedna z variant, některé jsou otevřené, máte prostor pro vyjádření vlastní myšlenky (pár teček.....). Všechné zpracování dat bude anonymní. Za Váš čas a vyplnění dotazníku děkuji.

Mgr. M. Kalina

Pohlaví: - Žena Věk:

- Muž Oddělení:

Nejvyšší dosažené vzdělání: Délka zaměstnání v nemocnici: do 1 roku
1 – 3 roku

Pracovní pozice:

3 – 5 let

5 – 10 let

- 1) Má akreditace absolutní podporu vrcholného managementu?
 ano ne nevím
- 2) Je vaše oddělení dostatečně připraveno na akreditační šetření?
 ano ne nevím
- 3) Přinese akreditace zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici?
 ano ne nevím
- 4) Jsem na akreditační šetření dostatečně připraven(a)?
 ano ne nevím
- 5) Kolik času jste věnoval(a) přípravě na akreditační šetření?
- 6) Pociťujete strach z průběhu popř. výsledku akreditačního šetření?
 ano ne nevím
- 7) Máte slíbenou finanční popř. jinou odměnu za úspěšný výsledek akreditačního šetření?
 ano ne nevím
- 8) Máte dostatek informací o tom, co akreditace znamená?
 ano ne nevím
- 9) Kolik finančních prostředků stojí akreditační šetření?
 do 10 tisíc do 100 tisíc do 500 tisíc
 do 50 tisíc do 200 tisíc nad 500 tisíc
- 10) Změny v rámci příprav na akreditaci vedou k vyšší spokojenosti pacientů se zdravotní péčí?
 ano ne nevím
- 11) Uspadňují Vám změny, uskutečněné v rámci příprav na akreditaci, vaši každodenní práci?
 ano ne nevím
- 12) Přináší Vám změny, uskutečněné v rámci příprav na akreditaci, větší pracovní zátěž?
 ano ne nevím

Příl. 2 pokračování – Dotazník I – 2. část

- 13) Ztotožňujete se s projektem akreditace?
 ano ne nevím
- 14) Přípravu na akreditační šetření hodnotíte jako
 velmi dobrou špatnou nevím
 dobrou velmi špatnou
- 15) Jste členem/členkou komise nebo týmu kvality?
 ano ne
- 16) Podílíte se na tvorbě doporučených postupů nebo standardů?
 ano ne
- 17) Jsou Vám principy akreditace jasné a srozumitelné?
 ano ne nevím
- 18) Nejvíce informací o akreditaci jsem získal(a):
 samostudiem na semináři mimo nemocnici
 na celoustavním semináři jinde.....
 na semináři oddělení
- 19) Myslíte si, že je akreditace pro nemocnici potřebná?
 ano ne nevím
- 20) Myslíte si, že přípravy na akreditaci jsou prací na víc?
 ano ne nevím
- 21) Na akreditační šetření se těším.
 ano ne nevím
- 22) Myslíte si, že má akreditace absolutní podporu všech zaměstnanců nemocnice?
 ano ne nevím
- 23) Myslíte si, že za neúspěchem minulého akreditačního šetření stojí:
 nedostatečná podpora managementu nedostatečná organizační struktura
 nedostatečná podpora ostatních zaměstnanců jiná příčina.....
 nedostatečné technické vybavení
- 24) Myslíte si, že je nemocnice lépe připravena na akreditační šetření než-li na to minulé?
 ano ne nevím
- 25) Byl(a) jste informován(a) o příčinách neúspěchu minulého akreditačního šetření?
 ano ne nevím

Příl. 3 – Dotazník II – 1. část

DOTAZNÍK II

Krásný den,

před Vámi leží několik otázek druhého dotazníku, jenž je součástí diplomové práce na téma: Konkrétní zkušenosti a zobecnitelné poznatky z akreditace Nemocnice Šternberk. Prosím Vás o pravdivé zodpovězení otázek a vyplnění celého dotazníku. Některé otázky jsou uzavřené, zaškrťává se pouze jedna z variant, někteří jsou otevřené, máte prostor pro vyjádření vlastní myšlenky (pár teček.....). Veškeré zpracování dat bude anonymní.

Za Váš čas a vyplnění dotazníku děkuji.

Mgr. M. Kalina

Pohlaví: - Žena
- Muž

Věk:

Oddělení:.....

Nejvyšší dosažené vzdělání:..... Délka zaměstnání v nemocnici: do 1 roku

1 – 3 roku

Pracovní pozice:.....

3 – 5 let

5 – 10 let

- 1) Má akreditace absolutní podporu vrcholného managementu?
 ano ne nevím
- 2) Bylo vaše oddělení dostatečně připraveno na akreditační šetření?
 ano ne nevím
- 3) Přinesla akreditace zlepšení kvality poskytované péče v nemocnici?
 ano ne nevím
- 4) Byl(a) jsem na akreditační šetření dostatečně připraven(a)?
 ano ne nevím
- 5) Kolik času jste věnoval(a) přípravě na akreditační šetření?
- 6) Pociťoval(a) jste strach z průběhu popř. výsledku akreditačního šetření?
 ano ne nevím
- 7) Obdržel(a) jste slíbenou finanční popř. jinou odměnu za úspěšný výsledek akreditačního šetření?
 ano ne nevím
- 8) Změny v rámci příprav na akreditaci jsou dodržovány i na dále?
 ano ne nevím
- 9) Kolik finančních prostředků stálo akreditační šetření?
 do 10 tisíc do 100 tisíc do 500 tisíc
 do 50 tisíc do 200 tisíc nad 500 tisíc
- 10) Změny v rámci příprav na akreditaci vedly k vyšší spokojenosti pacientů se zdravotní péčí?
 ano ne nevím
- 11) Usnadňují Vám změny, uskutečněné v rámci příprav na akreditaci, vaši každodenní práci?
 ano ne nevím
- 12) Přinesly Vám změny, uskutečněné v rámci příprav na akreditaci, větší pracovní zátěž?
 ano ne nevím

Příl. 3 pokračování – Dotazník II – 2. část

- 13) Ztotožňujete se s projektem akreditace?
 ano ne nevím
- 14) Přípravu na akreditační šetření hodnotíte jako
 velmi dobrou špatnou nevím
 dobrou velmi špatnou
- 15) Jste členem/členkou komise nebo týmu kvality?
 ano ne
- 16) Podílel(a) se na tvorbě doporučených postupů nebo standardů?
 ano ne
- 17) Jsou Vám principy akreditace jasné a srozumitelné?
 ano ne nevím
- 18) Nejvíce informací o akreditaci jsem získal(a):
 samostudiem na semináři mimo nemocnici
 na celoustavním semináři jinde.....
 na semináři oddělení
- 19) Myslíte si, že je akreditace pro nemocnici potřebná?
 ano ne nevím
- 20) Myslíte si, že přípravy na akreditaci byly prací na víc?
 ano ne nevím
- 21) Na akreditační šetření jsem se těšil(a).
 ano ne nevím
- 22) Myslíte si, že má akreditace absolutní podporu všech zaměstnanců nemocnice?
 ano ne nevím
- 23) Myslíte si, že za úspěchem akreditačního šetření stojí:
 dostatečná podpora managementu dostatečná organizační struktura
 dostatečná podpora ostatních zaměstnanců jiná příčina.....
 dostatečné technické vybavení
- 24) Myslíte si, že nemocnice byla lépe připravena na akreditační šetření než-li na to minulé?
 ano ne nevím
- 25) Byl(a) jste informován(a) o příčinách neúspěchu minulého akreditačního šetření?
 ano ne nevím