

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2016-2018

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jitka Pancířová

**Management kvality a vzdělávání pracovníků kvality ve
zdravotnictví**

Praha 2018

Vedoucí diplomové práce: Ing. Juraj Eisel, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES

2016-2018

DIPLOMA THESIS

Jitka Pancířová

**Quality management and education of workers in
healthcare**

Prague 2018

Diploma Thesis Work Supervisor: Ing. Juraj Eisel, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze 5. února 2018

Jitka Pancířová

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce panu Ing. Juraji Eiselovi Ph.D. za příjemnou spolupráci, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé diplomové práce. Také děkuji všem zdravotnickým pracovníkům, kteří mi věnovali svůj čas při vyplňování dotazníků.

Anotace

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku managementu kvality v oblasti poskytování zdravotních služeb a vzdělávání pracovníků kvality v České republice. V práci je popsána kvalita všeobecně, systém řízení kvality a modely systému řízení kvality, hodnocení kvality a dostupné akreditace a certifikace zdravotnických zařízení. Dále práce osvětluje, kdo je to manažer a auditor kvality a jak získá své profesní vzdělání. Hlavním cílem práce bylo zmapovat pomocí dotazníkového šetření současnou situaci ve zdravotnických zařízeních a definovat úskalí současného managementu kvality a vzdělávání pracovníků. V závěru práce jsou definovaná doporučení pro zlepšení současného stavu.

Klíčová slova

Kvalita, systém řízení kvality, manažer kvality, akreditace, certifikace, vzdělávání, řízení rizik, zdravotnictví.

Annotation

The diploma thesis focuses on issues of quality management in the provision of health services and education of quality workers in the Czech Republic. The thesis describes quality in general, quality management system and models of quality management system, quality assessment and available accreditation and certification for healthcare facilities. In addition, the work illuminates who is the quality manager and auditor and how gains his/her professional education. The main objective of the work was to map out the current situation in healthcare facilities by means of a questionnaire survey and to define the pitfalls of the current quality management and education of employees. At the end of the thesis are defined recommendations for improvement of the current status.

Keywords

Quality, Quality Manager, Quality Management System, accreditation, certification, education, risk management, healthcare.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 LITERÁRNÍ REŠERŽE	12
1.1 Kvalita.....	12
1.1.1 Historie kvality	14
1.1.2 Kvalita ve zdravotnictví.....	16
1.2 Měření a vyhodnocování kvality poskytovaných zdravotnických služeb a zdravotní péče	23
1.2.1 Interní systém hodnocení kvality – interní audit	27
1.2.2 Externí systém hodnocení kvality – externí audit.....	28
1.2.3 Modely akreditačních standardů.....	30
1.3 Systém řízení kvality	33
1.3.1 Modely řízení kvality.....	40
1.4 Řízení rizik ve zdravotnictví	45
1.4.1 Mimořádné události ve zdravotnických organizacích	48
1.4.2 Manažer rizik	52
1.5 Vzdělávání manažerů a auditorů kvality	54
1.6 Shrnutí teoretické části	56
PRAKTICKÁ ČÁST	57
2 PRŮZKUMNÁ ČÁST	57
2.1 Vymezené cíle a hypotézy	57
2.2 Metodika a realizace průzkumu	58
2.3 Charakteristika souboru respondentů.....	58
2.4 Výsledky dotazníkového šetření	59
3 VÝSLEDKY A DISKUZE	73
3.1 Doporučení pro praxi	76
ZÁVĚR	78

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	80
SEZNAM ZKRATEK	85
SEZNAM GRAFŮ	86
SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

System řízení kvality a implementace norem kvality do každodenních činností je již řadu let běžnou součástí většiny oblastí podnikání. Z průmyslového odvětví, kde je sledována kvalita výrobků, se problematika kvality přesunula i do oblasti poskytování služeb a zdravotnictví není výjimkou. V dnešním zdravotnictví se tak běžně setkáváme s akreditovanými či certifikovanými pracovišti. K hlavním důvodům této změny bezesporu patří konkurenční podmínky, snaha uspět na zdravotnickém trhu nebo snaha získat dobrou pověst, uspokojovat požadavky pacientů, zajistit jim kvalitní a bezpečnou péči nebo v případě nestátních zdravotnických zařízení splnit požadavky zahraničních vlastníků. Cílem systému řízení kvality ve zdravotnictví je neustálé zlepšování kvality medicínské a ošetrovatelské péče a zvyšování bezpečnosti poskytované péče. Bezpečnost poskytované zdravotní péče chápeme jako soubor postupů, který klade důraz na prevenci a minimalizuje výskyt pochybení, selhání lidského faktoru, selhání zdravotnické technologie či nežádoucích příhod. Zlepšování kvality poskytovaných služeb musí vycházet z reálných potřeb a očekávání zákazníků. Pro pacienty není jednoduché rozpoznat kvalitu zdravotnického zařízení. Dobrým indikátorem je akreditace nebo certifikace zdravotnického zařízení poskytující důkaz o existenci systému řízení kvality a tím pádem také důkaz o plnění určitých požadavků, norem a standardů. Situace je složitější o to, že zdravotnická zařízení nemají jednotný přístup k systému řízení kvality. Přístup se většinou odvíjí od požadavků certifikačních a akreditačních orgánů, kterými jsou nejčastěji Spojená Akreditační Komise (SAK), Joint Commission International (JCI) nebo TÜV SÜD. Certifikační orgány hodnotící kvalitu poskytované péče ve zdravotnických zařízeních také pomáhají definovat kritéria pro hodnocení kvality poskytované péče, i když to není jejich primárním úkolem.

Řízení kvality ve zdravotnictví lze všeobecně vysvětlit jako shrnutí jednotlivých procesů, odpovědností a zdrojů, které jsou součástí dané organizace a které jsou potřebné pro zlepšování kvality poskytovaných služeb, jejímž cílem je zlepšení zdravotního stavu pacienta či úplné navrácení jeho zdraví, zvyšování kvality života a spokojenosti pacientů. System řízení kvality obecně znamená zahrnutí celého procesu vytváření postupů, sběru a vyhodnocování informací, vytvoření a zavedení standardů a

postupů do každodenní praxe a následného vyhodnocení dosažených výsledků. Výsledky je nutné hodnotit měřitelným způsobem, neboť v kvalitě platí, že co nelze změřit, to neexistuje. Na základě pozorování, rozhovoru, dotazníkového šetření, výzkumu, analýzy nežádoucích událostí nebo auditů lze monitorovat dodržování stanovených norem a standardů ve zdravotnických organizacích a tím vyhodnocovat kvalitu poskytovaných zdravotních služeb. Pokud zdravotnická organizace splňuje definované požadavky na kvalitu a bezpečnost poskytovaných služeb, může je nadále zvyšovat prostřednictvím získání certifikace nebo akreditace. V České republice může každá zdravotnická organizace zvýšit kvalitu poskytované péče získáním akreditace od již zmiňované Spojené akreditační komise (SAK) nebo od mezinárodní organizace Joint Commission International (JCI), získáním certifikátu Spokojený pacient nebo obecného certifikátu kvality od různých certifikačních společností, měřením kvality péče pomocí hodnocení spokojenosti pacientů, monitorováním klíčových ukazatelů kvality, mimořádných událostí a jejich předcházením a také zavedením klinických postupů a standardů. Odpovědnost za plnění požadavků na kvalitu péče a tím kontinuálního zvyšování kvality je integrální součástí pracovních povinností všech manažerů zdravotnického zařízení a samozřejmě také každého zaměstnance. Profesionální, bezpečná, komplexní a hlavně kvalitní péče musí být poskytována každému pacientovi na základě standardizovaných postupů. Intervence od státu je v oblasti kvality poskytované péče nesmírně důležitá a týká se hlavně nastavení legislativního rámce a vedení, jmenování rad zdravotní péče, definování metodických postupů a pokynů, dostupnosti údajů, elektronizace zdravotnictví a vzdělávání zdravotnického personálu. Ministerstvo zdravotnictví České republiky aktivně spolupracuje s orgány Evropské unie a posouvá výš úroveň kvality zdravotní péče. Spokojení pacienti, propracované akční plány kvality a bezpečí jsou tím nejlepším důkazem úspěšné spolupráce.

Vzdělávání pracovníků kvality ve zdravotnictví se také odlišuje, určitou roli hraje, zda jde o státní či nestátní zařízení a také může záviset na typu certifikace a akreditace. V České republice existují nejrůznější organizace, které poskytují kurzy a vzdělávací programy s následným získáním certifikátu manažera či auditora kvality. Tyto kurzy pokrývají ve většině případů obecnou problematiku systému řízení kvality a jsou určeny všem pracovníkům, kteří odpovídají za řízení kvality a procesů v organizaci. Pozice manažera kvality je úzce specifická a to z toho důvodu, že se v každé

organizaci nachází většinou jen jedna taková pozice a nároky na ní jsou velice rozmanité. V menších zdravotnických organizacích může manažer kvality také zastávat funkci manažera rizik a vykonávat tak více funkcí najednou. Pro post manažera kvality či auditora kvality je taktéž vytvořen minimální legislativní rámec s podmínkami, které musí tyto osoby splňovat. Platná legislativa a etické kodexy se pak zabývají výkonem této funkce. Zdravotnictví je specifické v tom, že obecné vzdělání manažerů kvality není vždy dostatečné pro efektivní nastavení systému řízení kvality, definování klinických požadavků nebo realizaci klinických interních auditů. Vždy je potřeba zapojit do týmu expertní auditory, kteří mají medicínské nebo zdravotnické vzdělání a dokáží plně posoudit stupeň implementace definovaných požadavků a dodržování medicínských postupů a ošetrovatelských standardů.

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku managementu kvality v oblasti poskytování zdravotních služeb a vzdělávání pracovníků kvality v České republice. Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat současnou situaci ve zdravotnických zařízeních a definovat úskalí současného managementu kvality a vzdělávání pracovníků kvality. Práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána kvalita všeobecně, systém řízení kvality a modely systému řízení kvality, hodnocení kvality a dostupné akreditace a certifikace zdravotnických zařízení. Dále práce osvětluje, kdo je manažer a auditor kvality a jak získá své vzdělání. Praktické část práce se zabývá dotazníkovým šetřením a analýzou systémů řízení kvality ve zdravotnických zařízeních a vzděláváním pracovníků kvality. V závěru práce jsou navržena doporučení pro zlepšení zjištěného stavu a to pro zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, společností nabízející kurzy a vzdělávací programy pro manažery/auditory kvality, pracovníky ve zdravotnictví a pacienty.

TEORETICKÁ ČÁST

1 LITERÁRNÍ REŠERŽE

Ve srovnání s jinými obory neexistuje v odborné literatuře mnoho specifických literárních zdrojů pokrývajících problematiku kvality a systému řízení kvality ve zdravotnictví. O kvalitě a systému řízení kvality obecně existuje podstatně více literárních zdrojů, navíc podstatně novějšího vydání. V literatuře je možné nalézt pojem manažer kvality včetně popisu jeho role, pracovní náplně a požadavků na vzdělání, ale většinou bez vazby na zdravotnické prostředí. Jednotlivé internetové zdroje, které nabízejí kurzy manažerů a auditorů kvality popisují, jak vzdělávání těchto pracovníků probíhá a v jakém rozsahu a formě. Řízením rizik v organizacích se zabývá mnoho publikací, v posledních letech se jejich počet a dostupnost zvyšuje. Totéž platí o řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Těchto publikací stále přibývá, neboť je na bezpečnost a řízení rizik kladen stále větší důraz. Důležitou roli v tom také hraje vydání nové verze normy ISO 9001:2015, která vyžaduje po organizacích vyhodnocovat rizika a příležitosti u všech svých činností a aktivit.

1.1 Kvalita

Kvalita neboli jakost, je stupeň splnění požadavků souborem typických znaků, ke kterým lze zařadit výkonnost, realizaci, ekonomii a prodej. V posledních letech se zájem o kvalitu zvýšil a dosáhl tak úrovně nevyhnutelnosti v celé naší společnosti. Kvalita se tak stala neodmyslitelnou součástí prodejnosti každého produktu i služby. K péči o kvalitu přistupuje každá organizace proto, aby podpořila svou image ve společnosti. Nedostatečné produkty či služby pak poškozují tuto image a zapříčiňují úbytek zákazníků. Naproti tomu špičková kvalita, která je navíc podložena certifikáty kvality, je vizitkou a dokladem o zavedeném systému řízení kvality. Úsilí, jež je věnováno kvalitě, může mít pro organizaci dle Spejchalové (2012, s. 19) konkrétní důsledky:

- „snížení výrobních nákladů při zavedení systematického řízení kvality a tím dochází k růstu produktivity,
- snížení rizika sankcí,
- zavedení pořádku a jistého řádu v chodu organizace,
- zvyšování kvalifikace z důvodu zvyšujících se požadavků na kvalitu,
- změny v kultuře organizace z důvodu orientace na kvalitu a zavedení postupů péče, kdy si všichni zaměstnanci organizace musí uvědomit, že tím nejdůležitějším elementem je zákazník,
- aplikace principů procesního řízení, jež je založeno na integraci činností do procesů a následném řízení procesů a vazeb mezi nimi.“ (Spejchalová, 2012, s. 19)

Obecných definic kvality existuje v literatuře mnoho a tímto pojmem se zabývá celá řada autorů napříč jednotlivými obory. Kvalitu lze chápat jako kladné vlastnosti výrobku či služby, které jsou v souladu s požadavky zákazníků nebo standardů. Obecně tedy kvalita znamená nepřítomnost vady, uspokojení zákazníka, bezproblémový chod či dělat správné věci správným způsobem. Dle normy ČSN EN ISO 9000:2006 „...kvalita je to, co si přeje zákazník, a řízení kvality je filozofie, která znamená nebyvalou a zcela zásadní změnu v pojetí firmy, v jejím systému, struktuře a kultuře.“ (Spejchalová, 2012, s. 20) Norma ISO 9001 definuje kvalitu jako „Stupeň splnění požadavků souborem obsažených znaků.“ a Philip B. Cosby zase kvalitu definuje jako soulad s požadavky. (Spejchalová, 2012; Kilíková a Jakušová, 2008)

K důvodům, proč věnovat kvalitě úsilí se dle Spejchalové řadí složitost současných výrobků, kdy současní zákazníci jsou stále náročnější a zkušenější, dochází k nárůstu složitosti technologií, nárůstu nároků na bezpečnost a požadavkům na zdravotní nezávadnost výrobků, kdy je stále více zpřísnována legislativa, jež upravuje tyto atributy, nedostatky v kvalitě, jež mohou způsobit závažné škody, újmu na zdraví či dokonce smrt, jsou přísně postihovány. Dnešní konkurenční prostředí vede k tomu, že se kvalita stává jedním z momentů konkurenční výhody a to, že na současných trzích, které jsou přesyceny globální konkurencí, lze velmi těžko uspět s neadekvátními produkty. Značná pozornost by taktéž měla být věnována zásadám kvality, ke kterým patří:

- orientace na zákazníka, protože existence každé organizace je závislá na zákazníkovi, proto by měla porozumět jeho potřebám, snažit se plnit jeho požadavky a překonávat jeho očekávání,
- vytváření takového řízení, kde budou manažeři plně zapojovat všechny pracovníky a jejich schopnosti do dosahování cílů organizace,
- procesní přístup, kdy organizace identifikuje a řídí všechny procesy a vztahy mezi nimi,
- systémový přístup k managementu, který přispívá k efektivnosti a účinnosti organizace,
- neustálé zlepšování a zdokonalování je jedním z trvalých cílů organizace a každého jejich pracovníka,
- přístup k rozhodování zakládající se na faktech, kdy probíhají měření, jež sbírají a analyzují data týkající se cílů,
- vzájemné výhodné dodavatelské vztahy což znamená, že komunikace s dodavatelem nekončí po odevzdání práce, ale jejich činnost je vyhodnocena a jestliže vyhovují všem požadavkům, měli by být najati znovu. (Spejchalová, 2012)

1.1.1 Historie kvality

Již od pradávna hodnotili lidé výsledky své práce a konali opatření pro jejich vylepšení a tím byl vlastně kladen důraz na kvalitu. Řada autorů nalézají kořeny definice kvality již ve starověku a nejstarší definice pojmu kvalita je přisuzovaná Aristotelovi.

První organizace ve středověku, které byly dávány do souvislosti s kvalitou, byly cechy (ševci, kameníci, zlatníci apod.), jež hlídali kvalitu a členství v cechu. V období této řemeslné výroby převažovala přímá interakce řemeslníka se zákazníkem, kdy si řemeslník vyslechl požadavky od zákazníka, kterým se pak snažil vyhovět. Výhodou byla brzká zpětná vazba, kdy se do procesu mohlo flexibilně zasahovat od začátku až do konce zhotovení produktu. (Malík Holasová, 2014)

Ve 20. letech 20. století docházelo k rychlému rozvoji průmyslové výroby a dělby práce. Tím začala růst produktivita práce, načež byla přerušena přímá vazba poskytovatele se zákazníkem. Jednou z nejznámějších koncepcí mechanického pojetí

organizací představuje vědecké řízení F. W. Taylora, který se snažil o využití rozumných metod pracovních postupů. Ve své koncepci pohlížel na lidi jako na stroje s výjimkou toho, že lidé se dopouštějí chyb a pracují jen pro výdělek. Odpovědnost přesunul na manažery. Poté 60. léta 20. století přinesla usměrnění výrobních procesů s důrazem na zodpovědnost top managementu za řízení kvality. V těchto letech také vznikl základ moderních systémů kvality, kdy obzvláště japonské firmy začaly uplatňovat důraz na kvalitu, čímž získaly konkurenční výhodu. Taktéž v tomto období začaly vznikat národní a nadnárodní instituce pro kvalitu. V roce 1947 vznikla Mezinárodní organizace pro standardizaci (ISO) a v roce 1956 vznikla Evropská společnost pro jakost. (Malík Holasová, 2014)

Největší rozmach kvality byl zaznamenán po druhé světové válce, kdy se kvalita výrobku stala hlavním činitelem konkurenčního boje. Trend obratu ke kvalitě nastal od druhé poloviny 70. let 20. století, kdy se začala prosazovat souvislost mezi ekonomikou a kvalitou, mezi kvalitou výrobků, služeb a jejich cenou. Avšak vývoj kvality po druhé světové válce byl značně nestejněměrný a to z důvodu námahy při obnově zničených hospodářství a rychlé změny ve vojenském průmyslu. V roce 1945 publikoval A. V. Feigenbaum článek „Kvalita jako management“ a stal se tak prvním tzv. „kvalitátorem“. K dalším osobnostem, podílejícím se na rozvoji kvality po druhé světové válce patří W. E. Deming a J. M. Juran. Dr. Deming byl americký odborník, který představil v Japonsku použití statistických metod v oblasti kvality a zavedl pojem Demingův cyklus. Za jeho přínos byla společností JUSE v roce 1951 založena Demingova cena, což je japonská cena za kvalitu, která je udělována dodnes. Hlavním propagátorem myšlenky kvality v Japonsku pak byl K. Ishikawa. (Kilíková, Jakušová, 2008)

Ishikawa je také známý tím, že zavedl diagram příčin a následků tzv. Ishikawův diagram, využívaný k odhalení faktorů a příčin, které přispívají k dosažení dílčího cíle. Příčiny Ishikawa definoval tak, aby zahrnovaly metody, zařízení, materiály a lidský faktor. (Kelemen, 2003)

Američané Juran a Deming zavedli v Japonsku po druhé světové válce americké metody, které se týkaly jakosti, a setkali se s velkým ohlasem. Například Deming dokázal, že 94% chyb je obsaženo již v návrhu výroby a 6% chyb má svou příčinu v nedostatečně odvedené práci jednotlivými pracovníky. (Lang, 2007)

Na začátku 60. let 20. století pak představil B. Cosby, který se zabýval řízením a způsobem práce Japonců, koncepci „zero defect“ neboli práce bez chyb. V této koncepci kladl důraz na postupy, aby nedocházelo k chybám a co by mělo vedení učinit, aby se tyto chyby včas odhalily a odstranily. Proto delegoval zodpovědnost za kvalitu na pracovníky, což vyvolalo omezení početných kontrol a motivovalo pracovníky k přijetí zásady „udělat dobré napoprvé“. (Kilíková, Jakušová, 2008)

V 70. letech 20. století docházelo ke zjevným rozdílům mezi japonským a americkým průmyslem, neboť kvalita japonských výrobků začala být v porovnání s podobnými americkými výrobky vyšší. Tato prudká změna kvality v Japonsku donutila uskutečnit západ svou vlastní revoluci, která se nakonec uskutečnila v 80. letech 20. století. Koncem 80. let se začala uplatňovat orientace na zákazníka, který rozhodoval o tom, zda je výrobek či služba kvalitní. Významným posunem pro dosažení vyšší kvality v organizacích se pak stalo poznání nezbytnosti systematicky řídit kvalitu, která byla následně rozšířena na komplexní management kvality – TQM. (Kilíková, Jakušová, 2008)

Zaměření na kvalitu se také pomalu začalo přemísťovat i do nevýrobních sfér, jako například banky. V tomto období se také představa kvality ve veřejné správě začala shodovat s přístupy soukromého úseku. Značný vliv na utváření prostředí pro řízení kvality měla Evropská unie. Začaly se vytvářet normy a v roce 1991 byl vytvořen Evropskou nadací pro řízení kvality model EFQM. Dále byla v roce 1998 schválena Evropská charta jakosti. (Malík Holasová, 2014)

1.1.2 Kvalita ve zdravotnictví

Podle amerického profesora veřejného zdravotnictví Avedise Donabediana, je kvalita zdravotní péče definována jako „*takový druh péče, při kterém lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.*“ (Válková, 2013, s. 13)

Podle Peška je kvalita ve zdravotnictví schopnost uspokojovat očekávání, potřeby a požadavky pacientů. Madar rozděluje kvalitu na rozměr subjektivní – jak je spokojen jedinec a objektivní, která monitoruje určená kritéria. Marx toto rozdělení doplnil o tvrzení, že jedna část je kvantitativní, tudíž měřitelná, a druhá část je

kvalitativní, která vychází z hodnotového systému. Kvalita ve zdravotnictví vytváří nejen image zdravotnického zařízení, ale i samotné ošetřovatelské a lékařské profese. Kvalita ve zdravotní péči se vyznačuje působivostí, dostupností, včasností, bezpečností, adekvátností ke zdravotnímu stavu pacienta, systematičností, návazností, přijatelností pro pacienty a ekonomickou efektivitou. (Válková, 2013; Plevová, 2012) Podle definice WHO ve Směrnici pro vývoj strategií kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotnického systému definovala kvalitu jako službu, „*kteřá co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje, aby se spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u těch nejpotřebnějších, bez zbytečného plýtvání a v mezích požadavků vyšší úrovně.*“ (Bartůnek a Jurásková, 2016, s. 27)

V odborné literatuře najdeme definice, které zahrnují tři základní pohledy na kvalitu ve zdravotnictví. Patří sem kvalita služeb z pohledu pacienta, která vyjadřuje, co očekává pacient od služeb, kvalita služeb z profesionálního hlediska, která pohlíží na kvalitu tak, zda poskytované služby naplňují potřeby pacienta, zda mají profesionální charakter a zda obsahují všechno, co pacient očekává vzhledem k uspokojení svých potřeb a v neposlední řadě kvalita služeb z pohledu řízení, což vyjadřuje, jak zdravotnická organizace využívá zdrojů v rámci limitů a direktiv nadřazených z pohledu efektivity. (Bartůnek a Jurásková, 2016)

Zavádění kvality zdravotnických služeb se vyvíjelo zejména v USA, Kanadě a Austrálii a později se začalo rozšiřovat i do západní Evropy. Za zakladatele integrálního chápání kvality poskytované zdravotní péče je považován americký univerzitní profesor Avedis Donabedian, který stvořil model pro měření kvality a zdokonalení zdravotní péče. Spolu s jeho teoretickými pracemi, rozvojem zdravotnických služeb a rozšířením vyvinutých technologií se v 70. letech 20. století zvýšil zájem o vyhodnocování kvality. (Válková, 2013; Mahútová a Svobodová, 2010)

V roce 1951 vznikla v USA společnost JCAHO, která začala sledovat úroveň služeb a kvalitu ve zdravotnictví. Zájem o kvalitu a její zdokonalování se začal postupně přesouvat i do Evropy a na konci 80. let 20. století bylo ve velkém množství vyspělých evropských států zajišťování kvality zdravotní péče začleněno do zdravotnické legislativy. Myšlenky Avedise Donabediana měly vliv i na vznik nových organizací a na základě toho vznikla v roce 1985 Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví – ISQua. Další událostí v tomtéž roce bylo, že program zajišťování

kvality byl definován jako jeden z cílů WHO včetně strategie Zdraví pro všechny do roku 2000. V roce 1998 byla založena společnost JCI, která v roce 1999 publikovala mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic. V tomtéž roce Americký institut medicíny publikoval dokument „To err is human“ (Chybovat je lidské) a „Quality Chasm“ (Propast v kvalitě). Tyto dokumenty upozorňovaly zdravotníky před nebezpečím lékařských omylů a nabádali je ke zvýšení bezpečnosti pacientů. (Plevová, 2012; Škrála, 2005)

V roce 1998 byla na 51. světovém zdravotnickém shromáždění členskými státy WHO definována a přijata deklarace, která obsahovala hlavní politické zásady péče o zdraví. Jedním z jejích cílů se stal projekt „Řízení v zájmu kvality péče“ nabádající k řízení zdravotnictví tak, aby bylo orientováno na výsledek. Vláda ČR tento program přijala v roce 2002. V roce 2005 ratifikovala Evropská unie tzv. Lucemburskou deklaraci pro bezpečnost pacientů. Součástí tohoto dokumentu jsou doporučení týkající se kvality a bezpečí ve zdravotnictví:

- Celistvý, volný a srozumitelný přístup pacientů k informacím, které o nich byly nashromážděny při poskytování zdravotní péče.
- Zavedení systému hlášení mimořádných událostí, který je však zcela dobrovolný pro zdravotnické organizace. Ta organizace, která chce zavést kvalitní poskytování služeb, by měla zvažovat zavedení tohoto systému.
- Pozvolné zavádění procesů v oblasti řízení rizik ve zdravotnictví.
- Začlenění a použití nových technologií ve zdravotnictví.
- Zřídit národní fóra, která se budou zabývat bezpečím pacientů.
- Monitorovat bezpečí pracovních podmínek ve zdravotnictví, které budou v souladu s normami a nařízeními.
- Školení uživatelů nejrůznějších technologií ve zdravotnictví s cílem zajištění bezpečného užívání a tím minimalizovat riziko poškození pacienta a zajistit tak jeho bezpečí.
- Vzdělávání všech pracovníků ve zdravotnictví by se mělo také týkat informací o bezpečí pacientů.
- Ochrana soukromí pacientů i důvěrnost zdravotnické dokumentace národními legislativními normami.

- Vytvářet prostředí v organizaci, kde nebudou chyby trestány a haněny, ale budou dále využívány k poučení.
- Spolupráce s pacienty a jejich příbuznými, kdy je zdravotnický personál bude informovat o vzniku mimořádných událostí při poskytování zdravotní péče včetně tzv. nedokonaných pochybení. (www.mzcr.cz)

Ke zvyšování kvality péče a bezpečí pacientů ve zdravotnictví hojně přispívá WHO. Od roku 2004 se usilovně zaobírá okruhem problémů, které řeší bezpečí poskytované zdravotní péče. V tomtéž roce také vznikla Světová aliance pro bezpečí pacientů, která šíří informace o možnostech předcházení poškození pacientů zapříčiněné zdravotní péčí. WHO spustila projekt Pacienti pro bezpečí pacientů, jehož záměrem je uplatňování bezpečí pacientů, jejich ochrana a otevřená diskuze se zdravotnickými pracovníky o příčinách a eventualitách předcházení poškození pacientů při poskytování zdravotní péče. V roce 2006 WHO ratifikovala Londýnskou deklaraci, která reprezentuje představu bezpečnějších systémů zdravotní péče. V ČR byla v roce 2007 zveřejněna Kniha bezpečí, která je dostupná online a brožura Rádce pacienta, jejichž cílem je snížení rizik ve zdravotnických zařízeních. K dalším krokům realizovaným ke zvýšení kvality a bezpečnosti pacientů, které jsou podporovány Ministerstvem zdravotnictví České republiky, se řadí informační portál kvality a bezpečí, obecné fórum pro tvorbu standardů, národní sada ukazatelů kvality zdravotních služeb, metodický rámec pro sledování systému, sledování nežádoucích událostí v lůžkových zdravotnických zařízeních a zmapování situace v oblasti řízení a bezpečnosti kvality zdravotní péče v přímo řízených organizacích Ministerstvem zdravotnictví České republiky. V roce 2010 byla na příkaz Ministerstva zdravotnictví České Republiky odstartována činnost pracovní skupiny pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče. Tato skupina podněcuje a uvádí do souladu bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče v ČR. Z doporučení Rady Evropské unie a doporučení WHO byly definovány resortní bezpečnostní cíle. V roce 2009 a 2012 vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky resortní bezpečnostní cíle týkající se kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče. Jedná se o doporučení či rady k předcházení nejčastějších a nejrizikovějších mimořádných událostí v poskytování zdravotní péče. Tato doporučení byla inspirovaná bezpečnostními doporučeními vydanými WHO. V roce 2012 byly

resortní bezpečnostní cíle zavedeny do povinných minimálních požadavků pro nastolení vnitřního hodnocení. V současnosti se však nekoná žádné vyhodnocení a rozbor stávajících resortních bezpečnostních cílů a taktéž nedochází k jejich dalšímu šíření.

Pokud hovoříme o vývoji kvality zdravotní péče v ČR, tak byl v roce 1994 podnícen vznik projektu „Akreditace nemocnic“, na kterém se podílelo Ministerstvo zdravotnictví České republiky, zástupci asociací nemocnic, Česká lékařská komora, zástupci pojišťoven, Česká asociace sester, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR a ředitelé vybraných nemocnic. Tento projekt byl ukončen v roce 1998 vznikem Spojené akreditační komise (SAK). V roce 2007 byl zveřejněn Ministerstvem zdravotnictví České republiky dokument „Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví“, který zahrnuje záměr plánu ministerstva ke zvyšování bezpečí pacientů. (www.sakcr.cz)

Kvalita zdravotní péče je chápána jako souhrnná služba, jenž se může prolínat do kvality léčebného procesu. Zákazníci pak posuzují nejen výsledek služby, ale také průběh poskytování služeb, kdy je hodnocena kvalita služeb podle toho, co skutečně zákazník dostal v porovnání s tím, co očekával. V současnosti je stále častěji zdůrazňována kvalita poskytované péče v oblasti zdravotnických služeb z důvodů zvýšení spokojenosti pacientů, zaručení dobré pověsti zdravotnického zařízení, efektivního řízení rizik, udržení schopnosti plnění požadavků státních orgánů a pojišťoven, uchování konkurenceschopnosti, zdokonalení řízení služeb ve zdravotnických zařízeních, standardizace služeb a snížení nákladů aj. (Válková, 2015)

Hodnocení kvality zdraví a zdravotní péče patří k nejsložitějším oblastem systému managementu kvality. Po dlouhá desetiletí průmysl dospěl k jasně formulovaným znakům či ukazatelům kvality produktů. Kvalitní zdravotní péče by měla být poskytována jednotlivě, ekonomicky, podle nejnovějších výsledků, dostupně a v souladu s potřebami jedince. K zajištění kvalitní péče byly vytvořeny standardní postupy, jež jsou zahrnuty v legislativních předpisech, metodických opatřeních, standardech vypracovanými nemocnicemi a dalšími zdravotnickými zařízeními, profesními organizacemi a sdruženími. Zdravotnická zařízení jsou nucena dodržovat normy dané legislativou a vytvářet vlastní standardy, jež vycházejí z rámcových standardů doporučených Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Každý vedoucí pracovník je povinen kontinuálně a objektivně hodnotit kvalitu poskytované péče. Tito

vedoucí pracovníci jsou tzv. garanty kvality poskytované péče. (Plevová, 2012; Kilíková, Jakušová, 2008)

Jestliže chce zdravotnická organizace úspěšně zavést kvalitu poskytovaných služeb, tak musí projít zásadním procesem změny. Změna je v tomhle případě trvalým procesem a nevyhne se jí žádná zdravotnická organizace. Schopnost inovace a flexibility měnit zavedené za nové, kvalitní, je kritériem pro fungování a prosperitu i v budoucnosti. Podle K. Lewina existují kritická stádia změny, které definoval jako rozmražení, zavedení změny a opětovné zmrazení. Ve stádiu rozmražení se management snaží přesvědčit pracovníky pro podporu změny. V tomto stádiu převládá odpor ke změně, proto je cílem jeho překonání s pomalým prosazováním nových myšlenek. Poté přichází na řadu samotná změna a stádium opětovném zmrazení, ke které dochází, je-li změna stabilní a přijata všemi pracovníky. Poté by měla být provedena kontrola ke zjištění pozitivních či negativních důsledků změny. (Kilíková, Jakušová, 2008)

Aktivní navrhování a realizace změn vede ke zvyšování kvality, tento postup je označován jako cyklus PDCA, který probíhá ve čtyřech fázích:

- plánování změny, kdy tato fáze zahrnuje zhodnocení současného stavu, určení cílů, kterých by mělo být dosaženo, vytýčení změn v procesu a možných překážek, které se musí při zavádění změny překonat a nakonec naplánování kroků vedoucí ke změně,
 - vykonání změny,
 - vyhodnocení dopadu změny, kdy se tato fáze skládá z dalších kroků – pozorování a měření dopadu změny, rozbor účinků změny, zhodnocení účinků změny a rozhodnutí o dalším zdokonalování organizace,
 - realizace změny, která je sestavena do formy norem, postupů, standardů apod.
- (Kilíková, Jakušová, 2008)

K ukotvení a podpoře stabilizace kvality jsou v průběhu tohoto procesu využívány různé nástroje, ke kterým patří metodika popisující správné pracovní postupy, které musí zaměstnanci organizace dodržovat. V etapě stabilizace změny může organizace uskutečnit interní nebo externí audit, přihlásit se k certifikaci nebo může dojít k získání národní nebo mezinárodní ceny za kvalitu. (Malík Holasová, 2014)

Každá změna nebo iniciativa ke změně ve zdravotnické organizaci s cílem zdokonalení kvality a bezpečí péče představuje pro danou organizaci jisté riziko. Jestliže jsou tato rizika opomíjena, může dojít k negativním důsledkům ve smyslu plýtvání jakýchkoliv zdrojů a brždění iniciativy.

Změny by měly být ve zdravotnických organizacích zaváděny i přesto, že začátky budou obtížné a zaměstnanci budou odmítány. Jestliže se organizace rozhodne ke změně ve smyslu získání akreditace či zavedení nových standardů nebo norem do klinické praxe, měla by se nejdříve ujistit, je-li na tuto změnu připravená. Pro zhodnocení situace existuje vzorec $D \times V \times F > R$. D znamená, do jaké míry existuje nespokojenost se současným stavem, V znamená představa, čeho má být dosaženo, F označuje uskutečnění prvních kroků k dosažení změny a R znamená odpor ke změně. Rizik spojená se zaváděním změn lze popsat jako funkci tří činitelů:

- „*stupeň komplexnosti plánovaných změn (obtížnost, složitost, náročnost),*
- *intenzita, s jakou lidé nebo celá organizace vnímají možný dopad změn,*
- *schopnosti zdravotníků/oddělení přizpůsobit se změnám (stav organizační kultury, znalostí a dovedností zaměstnanců a manažerů).*“ (Škrála a Škrlová, 2008, s. 40)

Je velmi důležité, že změny ve zdravotnictví přinášejí výhody pacientům, tedy těm, kvůli kterým to všechno děláme. K několika výrazným změnám v českém zdravotnictví došlo v roce 2012. Odborníci a odborné zdravotnické organizace hodnotily tyto změny jako jedny z nejvýraznějších za posledních 45 let. Do platnosti tehdy vstoupily tři nové zákony, které upřesnily, jaká péče a za jakých podmínek a v jakých zdravotnických zařízeních bude poskytována pacientům v ČR. Došlo ke sjednocení práv českých pacientů s pacienty v ostatních evropských zemích, neboť byla zrušená spádovost a každý pacient si může vybrat, v jaké nemocnici nebo v jakém zdravotnickém zařízení se bude léčit. Existují samozřejmě výjimky a v případě plné kapacity může pracoviště pacienta odeslat na jiné pracoviště. Dále je možné, aby si každý pacient vyžádal názor od druhého lékaře tzv. „second opinion“. Lze tedy konzultovat výsledky, nálezy nebo léčebné postupy s více než jedním lékařem. Všechny tyto změny posílily práva pacientů v ČR a umožnily jim se aktivněji zapojit do své léčby a s lékaři a ostatními zdravotnickými profesemi více spolupracovat.

1.2 Měření a vyhodnocování kvality poskytovaných zdravotnických služeb a zdravotní péče

Jedním z rozměrů kvality je také její měření a následné vyhodnocení, které informuje o zlepšení či zhoršování vývoje kvality právě pomocí jejího měření a následného vyhodnocování, které hraje důležitou úlohu ve zdokonalování celého zdravotnického systému i jednotlivých zdravotnických organizací. Standardním nástrojem pro hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví je zavedení systémů hodnocení kvality, který zaručuje kvalitu postupů, ke kterým ve zdravotnictví dochází. Podle T. Wana existuje 7 aspektů zdravotní péče, kdy jeden z nich je i kvalita péče, kterou lze vyhodnocovat na úrovni jedince a na úrovni organizace. Doporučení k zahájení hodnocení kvality poskytovaných služeb dala v roce 1997 Rada Evropy. Na mezinárodní úrovni se hodnocením kvality ve zdravotnictví zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví – ISQua. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb v ČR je stanoveno zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který byl nahrazen zákonem č. 147/2016 Sb. Na základě čtyř údajů lze měřit a vyhodnocovat kvalitu poskytované péče či jinou kvalitu poskytovanou zdravotnickým zařízením:

- „od pacientů a jiných interních nebo externích klientů,
- z auditů,
- z indikátorů zdravotní péče,
- od externích expertů.“ (Válková, 2015, s. 15; Plevová, 2012)

K monitorování a měření kvality ve zdravotnictví lze využít metodu standardizovaného rozhovoru, kterou využívají poskytovatelé zdravotnických služeb. Dále je možná metoda přímého pozorování, která je rovněž využívána nejedním poskytovatelem zdravotnických služeb. Metodu dotazníkového šetření lze také využít pro měření kvality poskytované péče, taktéž pomocí výzkumu, což využívají experti ve výzkumu. Top management provádí analýzu nežádoucích případů a v neposlední řadě to je audit, což je metoda využívána top managementem a středním managementem a organizacemi, které se zabývají auditem. Kvalita ve zdravotnictví může vypovídat o poskytování zdravotní péče, kontinuitě péče nebo o prostředí. (Válková, 2015)

Indikátor nebo také ukazatel kvality byl vytvořen pro měření kvality. „*Jedná se o kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směrnici či požadavkem určují, do jaké míry bylo standardu dosaženo.*“ (Jarošová a Majkusová, 2015, s. 29)

Při výběru sledování určitého ukazatele kvality je nutno vycházet z toho, že není možné sledovat všechny indikátory. Proto se musí vybírat a zohledňovat ty nejrizikovější, nejdražší a nově stanovené. V dalším kroku se musí zohledňovat podstatné informace jako výstupy, nejrizikovější prvky procesu a jiné, jež vzájemně souvisí s výše uvedenými. Ke sledovaným indikátorům kvality ve zdravotnických organizacích patří například pády pacientů, sledování dekubitů, výskyt nozokomiálních nákaz, záměna pacientů, stranová záměna či spokojenost pacientů. (Jarošová a Majkusová, 2015; Pitrová a Hlaváčková; 2013, Plevová 2012)

Indikátor by měl splňovat určitá kritéria, měl by dávat smysl, měl by také měřit pozitivní i negativní události, měl by usnadňovat zvyšování kvality a vždy by se mělo jednat o číslo. Taktéž by měl na něco upozorňovat, dát vědět, že je něco v nepořádku. Může být zaměřen na lékaře, zdravotní sestru, proces, klinickou událost či systém. Výsledek musí být zanesen do číselné souvislosti, jež ho umožní s něčím porovnat. Každý poskytovatel zdravotní péče si formuluje své indikátory kvality, jež vycházejí z druhu poskytované péče a stanovených priorit. (Válková, 2015)

Indikátor se může týkat oblasti struktury, procesů nebo výstupů. Indikátory struktury zahrnují kvalifikace zdravotních sester, lékařů či technického vybavení. Indikátory procesu měří jeho správnost nebo účinnost (například čekací doba na příjem, procento nozokomiálních nákaz apod.) a indikátory výstupů se týkají nákladů na lůžko za den apod. (Válková, 2015)

K nejdůležitějšímu ukazateli kvality poskytované péče patří spokojenost pacientů. Informace o kvalitě služeb jsou významnými podklady pro management zdravotnické organizace a slouží při zkvalitňování a zdokonalování služeb pacientům a k eliminaci nedostatků v péči. Problémem však zůstává definice spokojenosti, která je nejednoznačná. Na spokojenosti se podílejí nejrůznější činitelé, avšak všeobecně lze spokojenost formulovat jako kladné zhodnocení určitých rozměrů zdravotní péče. (Ondriová a kol., 2013)

K nedostatkům indikátorů kvality se v současné době dle Ministerstva zdravotnictví České republiky řadí dobrovolné získávání údajů o indikátorech kvality u

poskytovatele zdravotních služeb, nejednotnost metodiky pro monitorování indikátorů kvality a chybějící národní doporučení pro jednotlivé postupy. (www.cmma.cz)

Kontrolu, hodnocení, podněcování průběhu procesu a jeho zdokonalování umožňuje standard. Standardy můžeme chápat jako součást procesu řízení kvality péče. Za prvními pokusy o sestavení standardů stojí Florence Nightingalová, která se této problematice věnovala již v polovině 19. století během Krymské války. Z pochopitelných důvodů byly její standardy zaměřené na oblast hygieny a prevence infekcí. **Standard** lze definovat jako daný či přijatý předpis, model, kritérium, který tvoří základ hodnocení. Ve zdravotnictví poskytují standardy objektivní hodnocení poskytované péče, zaručují pacientům bezpečí a chrání zdravotnické pracovníky před neoprávněným postihem. Standardy, jež se zabírají kvalitou péče, nesmějí být využívány k potlačování, ale pouze k podpoře vlastního zlepšování poskytované zdravotní péče. Standardy jsou tak nedílnou součástí systému řízení kvality a slouží ke kontinuálnímu zvyšování kvality a realizaci auditů. Jestliže zdravotnická organizace nechce zdokonalovat péči a poskytované služby, nesleduje ani plnění standardů a nerealizuje žádná nápravná opatření, která vycházejí z auditů. V tuto chvíli je pak vytváření standardů naprosto zbytečné. Proces standardizace se dnes nevyhýbá žádné službě a proto je nutno jej akceptovat i v oblasti zdravotnictví.

„Standardizace je zaměřena zejména na omezení nepříznivých dopadů:

- *nevysvětlitelné různorodosti v poskytování zdravotní péče,*
- *unáhleného zavádění neefektivních a neověřených léčebných a diagnostických postupů,*
- *opožděného a pomalého zavádění efektivních léčebných a diagnostických postupů,*
- *neadekvátního užívání efektivních léčebných a diagnostických postupů,*
- *nezodpovědného užívání léčebných a diagnostických postupů.“* (Válková, 2015, s 19; Mášová a Havrdlíková, 2009)

Standardy jsou předkládány ve formě textu a vždy obsahují měřitelné a hodnotitelné kritérium. Každá standard musí být pochopitelný pro personál, měřitelný, akceschopný, dosažitelný a splnitelný. Standardy by měly být vytvořeny na základě zjištěných poznatků. Při formulování standardů by měl každý stát vycházet z vlastních podmínek,

avšak jako důvodem proti formulaci vlastních standardů, je často používáno možnost přijetí již vytvořených standardů z okolních států. Pro monitorování dodržování standardů lze použít několik metod, jako je standardizovaný rozhovor, přímé pozorování, dotazníky, výzkum, analýza nežádoucích případů a audit. (Válková, 2015)

K organizacím, které standardy vytváří a vydávají, patří národní Spojená akreditační komise (SAK), mezinárodní standardy ISO, Mezinárodní organizace pro standardizaci, mezinárodní standardy JCAHO a Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení. Řada ekonomicky vyspělých zemí má své vlastní organizace, které se zabývají vývojem standardů. (Plevová, 2012)

Neodmyslitelnou součástí každého standardu je právě **audit**, který zjišťuje rozdíl mezi skutečností a standardem. Slouží k prověření shody či neshody s kontrolními měřítky a definovanými požadavky. Kontrolní činnost je nástrojem sloužícím k prověření, ze kterého vychází výsledek. Audit se zpravidla popisuje jako uspořádaný, nezávislý a dokumentovaný proces pro získání důkazů o provádění správných činností náležitým způsobem, který zdokonaluje a zkvalitňuje proces řízení. Slovo audit je latinského původu a znamená poslouchání či slyšení. Již ve starém Římě auditoři plnili poslání informátorů. Jeho cílem je odstranění slabých míst pomocí nápravných kroků, které vedou ke zlepšování kvality péče. (Válková, 2015; Plevová, 2012)

Audit může mít formu interní nebo externí, z hlediska plánování může být plánovaný nebo neplánovaný, z hlediska průběhu času retrospektivní, který lze provádět i po propuštění pacienta nebo souběžný. Audit je proces, který zahrnuje určité kroky a patří sem zahájení, prověření dokumentů, přípravy měřítek kontrolované činnosti, provedení, přípravy a schválení zprávy, vypracování konečného protokolu z auditu a ustanovení opatření na konci auditu. S výsledky auditu by se mělo stále pracovat a měly by být využívány v procesu řízení a zvyšování kvality. (Válková, 2015; Plevová, 2012)

1.2.1 Interní systém hodnocení kvality – interní audit

Proces interního auditu prošel dlouhým historickým vývojem. V odborné literatuře se uvádí, že interní audit, i když jinak než ho známe z dnešní doby, existoval již v době Starověkého Říma. Tehdejší role auditora byla velmi závislá na potřebách společnosti a její kultuře. V dnešní době bychom náplň práce tehdejšího auditora spíše zařadili na pozici účetního, neboť „*při velkých obchodních výpravách měl auditor za úkol evidovat druh a množství zboží braného s sebou, evidovat množství a druh zboží získaného výměnou a vykazovat rozdíly v hodnotě získané prodejem nebo směnou. Kromě zajišťování přesnosti evidence auditor rovněž odpovídal za věcnou ochranu majetku, prevence ztrát a krádeže.*“ (Kafka, 2009, s. 10) V porovnání s dnešní náplní práce interního auditora se tedy jednalo o diametrálně odlišné činnosti. Interní audit, jak ho známe z naší doby, vznikl během průmyslové revoluce v Anglii.

Pozice interního auditora je v České republice relativně mladou profesí, k jejímu rozmachu začalo docházet se vstupem mezinárodních společností na český trh. Český Institut Interních Auditorů (ČIIA) byla založen v roce 1995. Jeho hlavním cílem je podpora a rozvoj auditorských činností. (Schránil, Tvrdoň, 2010)

V 21. století je interní audit běžnou činností ve většině organizací a tudíž existuje nepřeberné množství publikací, které definují interní audit, roli interního auditora popřípadě odkazují na mezinárodní standardy pro profesionální praxi interního auditora, doporučení pro praxi, praktické pomůcky nebo etický kodex interního auditora.

Interní audit se zaměřuje na hodnocení postupů a procesů v organizaci tím, že vrcholovému managementu poskytuje zpětnou vazbu, hodnocení, analýzy, doporučení pro účinné plnění úkolů a opatření. Představuje speciální hloubkové prověření jednotlivých činností organizace, kdy poskytuje věcné informace osobám, které byly pověřeny spravováním systému řízení kvality, vedením organizace a také vlastníkům organizace. (Váchal a Vochozka, 2013)

Zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí je standardním prostředkem, který prověřuje kvalitu procesů nastavených ve zdravotnickém zařízení. Interní hodnocení také vychází ze sebehodnocení organizace dle určitých standardů, kdy zhodnocení je souhrnný, uspořádaný a pravidelný proces, který posuzuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb. Principem je sebekritické zhodnocení

všech sfér poskytované péče a vyhledání nejslabších míst. Interní hodnocení neslouží k udělení certifikátů kvality a nejedná se ani o složení zkoušky. Jeho cílem je porovnání účinnosti procesů a postupů, snížení rizikových činností a odhalení eventuálních možností ke zlepšení kvality a bezpečí poskytované zdravotnické péče. Interní audit začíná programem auditu, přípravou, stanovením rozsahu auditu a vytyčením cílů, realizací auditu, vyhodnocením průběhu auditu, návrhem harmonogramu realizace změn a konečnou zprávou z interního auditu. Na základě výsledků auditu je sestaven plán realizace nápravných opatření. Aktivita, které jsou následně naplánovány, jsou přiřazeny k prioritám, cílům a k dostupným zdrojům poskytovatele zdravotnické organizace. Výsledek a závěr interního auditu není na rozdíl od externího auditu dostupný veřejnosti. (Šupšáková, 2017; Váchal a Vochozka, 2013; Věstník MZ ČR č. 5, 2012)

Dle §47 zákona č. 372/2011 Sb., který mění zákon č. 147/2016 Sb., je poskytovatel zdravotnických služeb zavázán nastolit interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Ministerstvo zdravotnictví České republiky vypracovalo pro zavedení tohoto systému nezbytnosti, jenž jsou uveřejněny ve Věstníku MZ ČR č. 5/2012 s tím, že budou dále rozšiřovány a aktualizovány. Kritéria tohoto interního systému představují minimální paletu požadavků. Zahrnují „*zavedení resortních bezpečnostních cílů, řešení neodkladných stavů, dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých, sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí, sledování spokojenosti pacientů, dodržování, sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony, dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče.*“ (Bartůnek a Jurásková, 2015, s. 28 – 29; www.mzcr.cz)

1.2.2 Externí systém hodnocení kvality – externí audit

Externí audity vykonávají nezávislé organizace a certifikační orgány, které mají oprávnění je vykonávat. Cílem těchto auditů je zjištění shody s legislativními požadavky, nezávislé prověření definovaných postupů včetně jejich implementace, dále se provádí kontrola dokumentace a zjišťují se znalosti pracovníků.

Postupy pro externí hodnocení kvality a bezpečí jsou stanoveny §98 zákona č. 372/2011 Sb. a vyhláškou č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Toto hodnocení není povinné, jedná se spíše o dobrovolný proces, který

je prováděn, jestliže zdravotní organizace požádá o externí hodnocení oprávněnou osobou. Toto hodnocení kvality je prováděno fyzickými či právníckými osobami, jenž k této činnosti získají oprávnění dle zákona č. 372/2011 Sb., který mění zákon č. 147/2016 Sb. Jestliže zjištěná úroveň poskytovaných zdravotnických služeb vyhovuje legislativním a jiným požadavkům, tak je vydán certifikát, který je ukazatelem kvality a bezpečí. (www.mzcr.cz)

Akreditace je jednou z forem hodnocení kvality ve zdravotnictví. Stejně jako v případě ISO certifikačních či re-certifikačních auditů je hlavním principem hledání shody s definovanými požadavky a posouzení, zda jsou procesy a určené postupy implementované ve zdravotnickém zařízení v souladu s akreditačními standardy. Nelze hovořit pouze o administrativním procesu monitorace, který je zaměřen na formálnost předpisů, norem nebo dalších dokumentů. Jedná se také o proces kontroly praktických činností v dané zdravotnické organizaci. Akreditace zavazuje zdravotnické zařízení ke způsobilosti poskytovat kvalitní zdravotní služby. Cílem akreditace je zabezpečit kontinuální zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb, standardizovat a zdokonalit poskytování kvality péče v rámci zdravotnických organizací. (Plevová, 2012; Marx, 2011)

Pojem akreditace pochází z latiny a původně znamenal „credere“, tedy důvěřovat. Dnešní doba chápe akreditaci jako dobrovolný proces, o který celosvětově stoupá zájem jako o mocný nástroj pro hodnocení i řízení kvality a který objektivně a důvěryhodně prokazuje způsobilost. Vstupem do tohoto procesu se zdravotnická organizace zavazuje ke zvyšování kvality péče. Akreditační proces v posuzované organizaci přispívá k vytvoření kultury kvality a bezpečí, během kterého dochází k nepřetržitému zlepšování všech procesů a postupů, které zabezpečují péči o pacienty a ke zlepšování výsledků poskytované péče. Přínosem akreditačního procesu je zvyšování důvěry veřejnosti v kvalitní a bezpečné prostředí v dané organizaci, tvorby bezpečného a účinného pracovního prostředí, umožnění dokazování při jednání s plátcí na základě dat, které popisují kvalitu péče v dané organizaci, zvyšování podílení se pacientů a jejich blízkých na procesu poskytování zdravotní péče, utváření lepších podmínek pro uspokojování jejich potřeb a respektování jejich práv, utváření kultury organizace a utváření systému týmového vedení s trvalým úsilím zajišťovat kvalitu péče a bezpečí pacientů na všech úrovních řízení. (Válková, 2015)

Akreditace je tedy proces, potvrzující jak daná zdravotnická organizace dodržuje akreditační standardy, které jsou zahrnuty v legislativních předpisech, metodických opatřeních, standardech vypracovaných zdravotnickým zařízením apod. Zdravotnické organizace v ČR jsou povinny dodržovat normy stanovené legislativou a přijmout vlastní standardy, jež vystupují z rámcových standardů doporučených Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Vedoucí pracovníci ve zdravotnictví jsou pak povinni průběžně hodnotit kvalitu poskytované péče. Tito vedoucí pracovníci jsou tzv. garanty kvality poskytované péče. (Válková, 2015)

1.2.3 Modely akreditačních standardů

K modelům akreditačních standardů patří akreditace **JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)**, která je nezávislou organizací s úsilím rozpracovávat soubor měřítek pro hodnocení úrovně a kvality poskytované zdravotní péče na úrovni ambulancí, laboratoří, domácí péče, akutní péče a nemocnic. Monitoruje úroveň a kvalitu zdravotnictví a má vliv na akreditační modely pro zdravotnické organizace ostatních zemí světa. Nemocnice a další zdravotnická zařízení postupem času od této akreditace začala ustupovat. Tento ústup byl zapříčiněn cenou akreditačního šetření a přínosem pro nemocnice. (Plevová, 2012)

Dalším modelem je akreditace **Joint Commission International (JCI)**. JCI je největší organizací poskytující akreditace v USA a působí již více než 20 let. Je dceřinou společností JCAHO a akreditovala již více jak 16 000 organizací. Tato akreditace vznikla jako reakce na narůstající nároky z nejrůznějších nemocnic na světě. Akreditace zlepšuje důvěru veřejnosti a zajišťuje bezpečné prostředí pro pacienty a personál. Hlavním cílem této společnosti je zvyšování kvality péče v mezinárodním prostředí prostřednictvím mezinárodní akreditace. JCI vypracovala standardy s akreditačními programy pro klinické laboratoře, dlouhodobou a následnou péči, zdravotnický transport a ambulantní péči. Nabízí také možnost certifikovat programy, které zajišťují péči o konkrétní onemocnění. JCI požaduje po zdravotních sestřích, aby při vykonávání své práce postupovaly podle pětifázového ošetrovatelského procesu. Posláním této společnosti je zdokonalení bezpečnosti a kvality péče na mezinárodní úrovni pomocí vzdělávání, publikací, poskytování konzultací a hodnocení služeb.

Účelem JCI akreditačního procesu je prozkoumání, zda nemocnice žádající o akreditaci splňuje a dodržuje JCI standardy a zda plní definované indikátory. K tomu je používaná metoda „Stopař“, která pomáhá ověřovat poskytování péče pacientům tak, jak pacient nemocnicí prochází. (Plevová, 2012; www.jointcommissioninternational.org)

V neposlední řadě je třeba zmínit **Spojenou akreditační komisi, o.p.s. (SAK)**, která provádí od roku 1998 akreditace nemocničních zařízení v naší zemi. Spojená akreditační komise vydává národní akreditační standardy pro zdravotnické organizace, poskytuje pomoc zdravotnickým organizacím, když se připravují k akreditaci, k dispozici je poradenství při utváření vnitřních norem a poskytuje „akreditaci nanečisto“. Uskutečňuje vzdělávací akce, které jsou orientované na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů, sdílí publikace zaměřené na zvyšování kvality péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí. Spolupracuje také s ostatními organizacemi v ČR, které se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče. Také vzdělává odborné poradce a auditory akreditačního procesu. (Marx a Vlček, 2014; Plevová, 2012)

Její akreditační standardy popisují okruhy a činnosti, ve kterých musí zdravotnická organizace sjednat nápravu a pořádek, nejčastěji vnitřním předpisem tak, aby došlo ke standardizaci. Standardy jsou vypracovány tak, aby zahrnovaly všechny okruhy činnosti zdravotnické organizace, které přímo či nepřímou souvisí s péčí o pacienty. Vzhledem k variabilitě činností, které se uskutečňují ve zdravotnických organizacích, nejsou akreditační standardy předem formulované a pro jejich uskutečnění je daným zařízením vytvořen vlastní vnitřní předpis, který vytyčuje postup, jenž je povinný pro všechny pracovníky činné v dané oblasti. Při vytváření vnitřních předpisů vychází zdravotnická organizace z validní národní a oborové legislativy, z publikovaných doporučených postupů a z doporučení expertů v daném oboru. Velké množství standardů Spojené akreditační komise požaduje, aby zdravotnická zařízení sbírala a vyhodnocovala údaje, které objasňují trendy a jejich analýzu v jednotlivých sférách, neboť rozbor údajů a trendová analýza jsou integrální součástí akreditačního šetření. Následné akreditační vyšetřování posuzuje, zda zdravotnická organizace splnila nároky akreditačních standardů. Akreditační proces je prováděn auditory Spojené akreditační komise, kterými může být lékař, nelékařští zdravotničtí pracovníci a administrativně techničtí pracovníci ve zdravotnictví. Toto šetření je vykonáváno také

metodikou „Stopař“, která posuzuje, zda je péče o vybrané pacienty uskutečňována ve shodě s akreditačními standardy. Auditóři hodnotí každý indikátor akreditačního standardu hodnotou 10 (splněn), 5 (splněn částečně) nebo 0 (nesplněn). Pro jednotlivé standardy je vypočítán průměr bodů z hodnocených indikátorů a výsledek je následně zaokrouhlován na celé číslo směrem dolů. Standard je splněn, jestliže je průměr 7 a více, částečně splněn při průměru 5 a 7 a nesplněn, pokud je průměr menší než 5. Všechny osoby podílející se na průběhu rozhodování o akreditaci, nesmí být v konfliktu zájmu, což znamená, že v daný moment nejsou členy statutárních orgánů hodnocené organizace nebo nejsou ve smluvním vztahu s organizací, či v dané organizaci nefigurovali jako odborný poradce nebo konzultant. Také nesmí minimálně po dobu 4 let v dané organizaci realizovat audit. Závěrečná zpráva auditorů je předložena kanceláři Spojené akreditační komise, jejímž úkolem je seznámit žadatele o akreditaci s výsledkem auditu. Jestliže jsou požadavky standardů ve zdravotnické organizaci splněny, je akreditace Spojené akreditační komise poskytována na dobu tří let, stejně jako je to v případě jiných akreditačních a certifikačních orgánů. (Válková, 2015; Marx a Vlček, 2014)

Akreditační standardy Spojené akreditační komise jsou rozčleněny do tří částí – vlastní znění standardu, účel standardu a indikátory standardu. Patří k nim:

- hygiena rukou, bezpečná komunikace, bezpečné předávání pacientů a resortní bezpečnostní cíle vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky,
- práva pacientů a jejich edukace,
- dostupnost a kontinuita péče,
- diagnostická péče a terapeutická péče,
- anesteziologická a chirurgická péče,
- objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv. (Marx a Vlček, 2014)

V současnosti jsou v České republice v rámci Spojené akreditační komise uveřejňovány akreditační standardy pro nemocnice, akreditační standardy pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče, akreditační standardy pro následnou péči, národní akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení a akreditační standardy pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb. (Válková, 2015)

1.3 Systém řízení kvality

Systém řízení kvality lze chápat jako soubor procesů a postupů definovaných pro plánování a realizaci hlavních činností každé organizace. K základním částem systému řízení kvality se řadí poskytování jistoty, že produkty či služby naplní očekávání zákazníka, zavedení standardů kvality, zavedení monitorování kvality, odpovědný postoj ke kvalitě a zavedení informačního systému, který předává veškeré informace o kvalitě zaměstnancům organizace. (Plevová, 2012)

Nejčastěji jsou koncepce řízení kvality v organizacích založeny buď na normách a standardech nebo na koncepci Total Quality Management (TQM). Postoje k řízení kvality se pak odlišují u organizací, jež poskytují služby a u organizací zaměřených na výrobu. Doporučení k definování a implementaci systému řízení kvality publikovala Rada Evropy v roce 1997. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotnických služeb nařizuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, který mění zákon č. 147/2016 Sb. (Válková, 2015; Kilíková a Jakušová, 208)

Mít přehled o nastaveném systému řízení kvality a procesním řízení není jednoduché. Důležitým krokem je zmapování celé zdravotnické organizace a procesů, které se v ní konají. Na základě rozboru lze definovat skutečné cíle a další plán k zavedení systému řízení kvality. K základním složkám se řadí následující činnosti:

- vytyčení požadavků kvality,
- stanovení standardů kvality,
- vytvoření plánu sledování kvality,
- vytváření odpovědného vztahu ke kvalitě,
- tvorba informačního systému a tím předání všech informací o kvalitě pracovníkům, kteří v případě nedodržení standardů mohou uskutečnit nápravná opatření. (Plevová, 2012)

Kvalita péče ve zdravotnických organizacích patří mezi rozhodující činitele ustáleného ekonomického růstu každé organizace. Co se týče kvality poskytované péče, je neustále co zlepšovat a zdokonalovat. Jedná o kontinuální zvyšování kvality, ke kterému je využíván manažerský nástroj všeobecně známý jako tzv. Demingův cyklus zakládající se v opakovaném provádění čtyř základních činností – plánuj, dělej, kontroluj, jednej. (Válková, 2015)

Koncept TQM představuje systém souhrnného řízení kvality v organizacích, zapojuje všechny pracovníky organizace, splňuje očekávání klientů a je užíván na všech úrovních řízení – strategické, taktické, operativní a aktivit. Podle Besterfielda (2011, s. 1) znamenají písmena TQM:

T – vytvoření z celku, ve smyslu celé organizace,

Q – stupeň excelence produktů či služeb, kdy organizace vytváří či poskytuje služby na základě principů kvality,

M – manažerské řízení, kontrola a směřování poskytovaných služeb či vytváření produktů ke kvalitě. (Besterfield, 2011)

TQM zahrnuje kroky, pravidla a opatření vedoucí k nepřetržitému zlepšování kvality produktů na všech úrovních organizace a při spolupráci všech pracovníků organizace. Základem TQM je spokojenost zákazníků, jenž zaručuje dlouhodobý úspěch organizace. Klade důraz na procesy, které reprezentují soubor činností měnící hmotné a informační vstupy na výstupy při spotřebě určitých zdrojů. Měření výkonnosti těchto procesů představují kroky, jež poskytují přesné informace o průběhu jednotlivých procesů. K univerzálním ukazatelům výkonnosti procesů se řadí čas, kvalita, flexibilita a náklady. Procesy jsou součástí systému organizace, jehož jednotlivé části se vzájemně ovlivňují. Ke znakům TQM se řadí:

- zapojení vedoucích pracovníků a managementu, aby vytyčovali směr vývoje organizace v oblasti kvality a podmínky pro činnost pracovníků,
- respektování základní myšlenky managementu (priority, prevence, bezchybnost),
- orientace na klienta, kdy se skladba a chování organizace přednostně přizpůsobovalo klientům a ne vlastním zájmům,
- uplatnění procesního řízení,
- permanentní zlepšování představuje odezvu organizace na neustálé změny a nové vývojové tendence,
- vysoké nasazení pracovníků,
- účinná zpětná vazba. (Malík Holasová, 2014)

Ze základů konceptu TQM a základních výchozích zásad řízení kvality vychází model kontinuálního řízení kvality. Tento model se zakládá na principu uspokojování potřeb klienta s co nejmenší námahou a s co nejnižšími investicemi a zdroji. Za účelem docílení zlepšení používá kvantitativní kritéria. Kontinuální zvyšování kvality je procesem, jenž nikdy nekončí a probíhá tedy kontinuálně. Funguje na základě jednoduchých kroků, které jsou označovány jako 4P – plánujte, proveďte, překontrolujte a pokračujte. Jestliže je ve zdravotnické organizaci nastavená neporušená organizační kultura a týmová spolupráce orientovaná na cíl a realizaci změn, tak zpravidla nebývá problém s použitím nástrojů kvality. Tento model je zaměřován na řízení kvality z hlediska:

- perspektivy lékařského a ošetrovatelského personálu, kteří provádějí kvalitní zhodnocení stavu klienta, terapeutická a diagnostická péče o klienta, spolupráce v multidisciplinárním týmu, uspokojování medicínských potřeb,
- perspektivy klienta, kdy dochází ke spokojenosti s poskytovanými službami, respektu, nezbytná je úcta nebo empatie všech pracovníků léčebného a ošetrovatelského týmu v postoji k nemocnému,
- perspektivy výstupů, kde se hodnotí, zda došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta či kvality jeho života. (Válková, 2015)

Model kontinuálního zvyšování kvality pohlíží na kvalitu z různých aspektů a to z pohledu produktu (kvalita podávané stravy, kompletnost zdravotní dokumentace a klinického informačního systému, kvalita používaného spotřebního zdravotního nebo jiného materiálu), z pohledu péče/služby (úroveň ošetrovatelské a lékařské péče, chování ke klientovi, úroveň diagnostických a terapeutických výkonů), z pohledu kvalifikace zaměstnanců (stupeň dosaženého vzdělání lékařů a nelékařů), a v neposlední řadě z pohledu prostředí (vhodnost pracovního prostředí, budov, osvětlení popřípadě hladina hluku). (Válková, 2015)

Již zmiňovaný model kontinuálního zvyšování kvality lze posuzovat se zaměřením na bezpečnost poskytované péče, kompetence, přijatelnosti pro pacienty, efektivnost a dosažení očekávaných výsledků. Také se zjišťuje, zda jsou veškeré poskytované zdravotní služby založeny na standardech či normách, hospodárném využití všech zdrojů, dostupnosti pro pacienta, nabízení nepřerušovaných služeb, brzké

poskytnutí zdravotní péče v době, kdy ji pacient nejvíce potřebuje, přiměřené péči založené na úrovni vědeckých znalostí a zdvořilosti a také na ochotě a vnímavosti zdravotnického personálu. (Válková, 2015)

Program kontinuálního zvyšování kvality a jeho řízení stojí na jednotlivých podstatách, bez kterých ho není možné aplikovat do každodenní klinické a organizační praxe. Prvním důležitým krokem je utvoření základní organizační struktury tohoto programu, jmenování manažera a pracovního týmu, který bude spolupracovat. Manažer a jeho tým vypracovávají plán kontinuálního zvyšování kvality, zabezpečují systém kontrolních úkonů a vyhodnocování. Manažer hraje velmi významnou roli v kontinuálním zvyšování kvality, měl by být způsobilý řídit proces změny. K bariérám zavádění programu kontinuálního zvyšování kvality se řadí:

- zdravotničtí pracovníci jsou opakovaně ujištěni, že to, co dělají v praxi, je správné, tak proč to měnit,
- nedostatečná komunikace mezi personálem a vedoucími pracovníky oddělení, kdy je pacient naprosto odstraněn z procesu rozhodování,
- sledování jen určitých indikátorů kvality,
- zaneprázdnění zdravotnických pracovníků prováděním duplicitních úkonů či zbytečných administrativních úkolů,
- malá snaha zaměstnanců ve zdokonalování svých výkonů z důvodu domnívání se, že sami stejně nemohou nic změnit nebo ovlivnit,
- domnívání se zaměstnanci organizace, že proces kontinuálního zvyšování kvality nezvládnou z důvodu nevědomostí či malých zkušeností. (Válková, 2015)

Jako doklad o implementovaných požadavcích normy v systému řízení kvality, slouží **certifikace**, která není povinná, avšak přináší jisté výhody. Certifikovaný systém řízení kvality lze pochopit jako záruku, že jsou požadavky zákazníků zabezpečovány při poskytování služeb, jsou řešeny problémy a stížnosti a dochází ke kontinuálnímu zdokonalování postupů a procesů. Celý certifikační proces probíhá v několika systematických fázích:

- výběr certifikační organizace,
- podpis smlouvy,

- přezkoumání dokumentace systému řízení,
- audit na místě,
- vydání zprávy z auditu,
- napravení zjištěných neshod,
- vydání certifikátu. (Spejchalová, 2015)

Na začátku certifikačního procesu by měl být stanoven cíl, očekávání, výhody a přínos zvolené certifikace. Na základě toho je pak stanoven odpovídající postup, jak dosáhnout cíle a zajistit nutné zdroje. K postupu přípravy certifikace patří v první řadě počáteční rozbor upřesňující požadavky či očekávání, dále stanovení cíle certifikace, příprava na certifikaci a tím zavedení požadavků normy do klinické a organizační praxe, poté posouzení shody se specifikovanými požadavky certifikační instituce a nakonec vystavení certifikátu. (Kollár, 2013)

Při certifikaci systému řízení kvality auditor ověřuje, zda se dokumentace shoduje s požadavky normy a zda je činnost organizace skutečně vykonávána dle této dokumentace a definovaných postupů. Dále jsou kontrolovány údaje o plnění činností, o plnění prací v provozu, zaměstnancům jsou pokládány otázky a hodnotí se jejich odpovědi. Taktéž je vždy ověřováno nakládání se stížnostmi zákazníků, reklamacemi popřípadě se zjišťuje, jestli jsou neshody v provozu. Následně vystavený certifikát platí 3 roky od vydání s tím, že jsou pravidelně prováděny tzv. dohledy a dozorové audity prováděné oprávněnou certifikační společností. (Spejchalová, 2015)

S rozvojem a poptávkou po certifikaci se začalo objevovat více výhod, které s sebou certifikace přináší a to jak jednotlivým subjektům na trhu, výrobcům, zprostředkovatelům, spotřebitelům, tak i organizacím jako celku. Pro jednotlivé subjekty je proto důležité, aby výhody, které certifikace systémů kvality přináší, vykompenzovaly náklady a zapojení lidských a dalších zdrojů. Získaný certifikát může pro výrobce či pro poskytovatele služeb přinést následující výhody:

- usnadnění přístupu na nové trhy a podpora dobrého jména organizace, která poskytuje snižování nákladů na činnosti, jejímž cílem je dosáhnoutí prodejního úspěchu,

- umožnit diferencovat vlastní produkci od produkce konkurence, odlišit se od konkurenčních organizací nebo společností,
- snižování nákladů při zavádění nového výrobku či služby, protože získaný certifikát potvrzuje shodu s požadavky a překonává tak nedůvěru zákazníka k neznámému produktu či službě,
- získání kontroly výrobce či poskytovatele služby, čímž jsou snižovány vlastní výdaje na kontrolu kvality výrobků. (Kollár, 2013)

Certifikát je výsledný dokument, který stvrzuje shodu s požadavky příslušné normy. Jeho potřeba získání vyplývá z legislativních předpisů, strategie organizace či z potřeby využít marketingovou výhodu. Tyto certifikáty lze rozlišovat na následující typy:

- výrobní, jenž vydává certifikační instituce výrobků nebo notifikovaná osoba,
- systémový, jenž je vydáván certifikační institucí,
- inspekční vydávaný inspekčním orgánem,
- personální, který je vydáván certifikačním institutem (např. certifikát auditora kvality). (Kollár, 2013)

Certifikace je pro každou organizaci přínosná, neboť zlepšuje její image a díky systémovým přístupům přispívá k optimalizaci či snížení nákladů. Z každodenní praxe také vyplývá, že certifikované pracoviště bývají úspěšnější ve výběrových řízeních. Řada poskytovatelů zdravotnických služeb má ve svých interních směrnících zakotvený požadavek na spolupráci pouze s akreditovanými nebo certifikovanými pracovišti. K dalším výhodám certifikace můžeme zařadit plnění požadavků zákazníků, efektivnější alokaci finančních zdrojů, snížení počtu stížností a nákladů plynoucích ze zjištěných neshod, propracovanější procesy na ochranu osobních údajů a lepší interní komunikaci.

Při sledování důvěryhodnosti každého certifikátu je třeba monitorovat určité znaky, ke kterým náleží datum vydání, registrační číslo včetně identifikace toho, kdo jej vydal a kde je možnost si jej ověřit, dále dobu platnosti, okruh platnosti, odkaz na akreditaci příslušné instituce a akreditační značka. Držitel certifikátu jej pak může nadále využít k prokázání splnění určitých dopředu formulovaných požadavků, zvýšení ocenění

u zákazníka, k marketingovým účelům, ke splnění požadavků legislativních předpisů či ke splnění požadavků zadavatelů zakázky. (Kollár, 2013)

Certifikace je odlišná od akreditace neboť „certifikace představuje písemné ujištění o shodě produktu, procesu nebo služby se specifikovanými požadavky vydanými třetí stranou. Akreditace je zmocněným orgánem udělené formální uznání odborné způsobilosti k provádění práce v souladu se specifikovanými standardy. Certifikace podle normy, upravují obecný systém managementu jako například ISO 9001:2000, lze použít pro všechny organizace bez ohledu na jejich typ, velikost nebo produkty či poskytované služby.“ (www.cia.cz)

Další podrobnosti o rozdílech mezi akreditací a certifikací uvádí Evropské nařízení č.765/2008/ES, které pokrývá problematiku poskytování akreditačních služeb v Evropě.

1.3.1 Modely řízení kvality

Kvalitní zdravotní služby jsou v dnešní době běžné ve většině zemí a vznikly různé modely zaměřující se na kvalitu poskytované zdravotní péče. Tyto modely lze rozdělit do čtyř kategorií:

1. kategorie – modely systémů řízení kvality (Mezinárodní organizace pro normalizace, ISO),
2. kategorie – modely akreditačních standardů (JCAHO, JCI, SAK),
3. kategorie – modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů, ISQua, ALPHA,
4. kategorie – modely excelence (Baldrige, EFQM, Six Sigma). (Plevová, 2012)

K modelu systému řízení kvality patří **Mezinárodní organizace pro standardizaci (ISO)**, která je největší světovou organizací v oblasti vyvíjení standardů. Od svého založení v roce 1946 až doposud publikovala více než 18 500 mezinárodních standardů zaměřených na nejrůznější sféry. Mezinárodní organizace pro standardizaci vydala v roce 1987 soubor norem, které se výhradně orientují na systémy manažerské kvality. V průběhu dalších let se tyto normy revidovaly a aktualizovaly. V oblasti řízení kvality se uplatňuje soubor mezinárodních norem řady ISO 9000, které se zabývají systémem managementu kvality v organizacích a jejichž vývoj byl relativně zdoluhavý. Norma ISO 9000:2000 vymezuje 8 zásad kvality, které může vrcholový management použít při řízení zdravotnických organizací ke zlepšení výkonnosti. „*K těmto zásadám patří:*

1. *Zaměření na zákazníka,*
2. *Vůdcovství/vedení,*
3. *Zapojení pracovníků,*
4. *Procesní přístup,*
5. *Systémový přístup k vedení,*
6. *Trvalé zlepšování,*
7. *Rozhodování na základě faktů,*
8. *Vzájemné výhodné vztahy s dodavateli.*“ (Plevová, 2012, s. 123)

Doporučení pro systém řízení kvality jsou uvedena v několika normách, kdy každá z těchto norem jak v originální, tak i v aktualizované verzi, plní jinou funkci:

- ISO 9000:2000 – Systém managementu jakosti – základy, zásady a slovník, který obsahuje vysvětlení základů a zásad managementu kvality, vysvětlení nejdůležitějších pojmů, které se týkají kvality a jejího zajišťování.
- ISO 9001:2000 – Systémy managementu jakosti – požadavky, kdy lze tuto normu považovat za ústřední, jelikož podle této normy je uskutečňováno zavádění a prověřování zavedeného systému kvality.
- ISO 9004:2000 – Systému managementu jakosti – směrnice pro zlepšování výkonnosti, kdy záměrem této normy je poskytnout doporučení, jenž může organizace zavést nad rámec požadavků, které jsou uvedeny v ISO 9001:2000. (Kilíková a Jakušová, 2008)

Norma ISO 9004:2000 poskytuje organizacím návod ke zdokonalování výkonnosti, jejímž cílem je zdokonalení výkonnosti organizace, spokojenosti zákazníků a dalších účastníků se stran. Normy mají všestranný charakter a nejsou závislé od předmětu činnosti organizace a jsou použitelné v organizacích poskytující jakékoliv služby. Mají doporučující povahu, avšak v okamžiku, kdy se organizace rozhodne podle konkrétní normy postupovat, stává se tato norma závazným předpisem. (Plevová, 2012; Kilíková a Jakušová, 2008)

Norma ISO 9001 vznikla v 80. letech ve Velké Británii, kdy se následně rozšířila po celé Evropě a později po celém světě. Tato norma zahrnuje požadavek na vedení organizace ve smyslu definování cílů a plánů v oblasti kvality výroby či poskytovaných služeb. Dále se norma zabývá požadavky na řízení dokumentace, řízení lidských zdrojů a infrastrukturu organizace. Požaduje zavedené postupy pro komunikace se zákazníky, kvalifikaci a hodnocení dodavatelů, měření výkonnosti procesů a také realizaci auditů za účelem získání zpětné vazby. Z důvodu změn v podnikatelském a společenském prostředí došlo k revizi této normy a vznikla verze ISO 9001:2015. Tato upravená norma byla vytvořena na základě odezvy na změnu prostředí a celé společnosti. Zrcadlí zkušenosti z dlouholetého využívání stávající verze. Cíle a významné změny spočívají v zachování významu pro organizace a jejich klienty, větší slučitelnost s ostatními normami a nařízeními systémů řízení, vyšší spojitost se systémem řízení organizace a vyšší užití v praxi, nastolení systému řízení rizik, reakce na skutečnost, že stále více

procesů se přesunuje z oblasti výroby do oblasti poskytování služeb, flexibilní reakce na rychlejší změny tržního prostředí a jeho zdokonalení, propojení s marketingem organizace, zvýšení používání řídicí dokumentace včetně nejmodernějších softwarových a audiovizuálních metod, zajištění udržení normy na další období 10 let. (<http://www.iso.cz/iso-90012015>)

Význam norem ISO je založen na návodu k zabezpečování a ke zdokonalování kvality produktů či služeb, instrukcím co dělat pro vytvoření a udržení důvěry zákazníků, jaké nástroje a prostředky při tom využívat, ulehčují komunikaci mezi zákazníkem a dodavatelem. Vyžadují od organizací systematické řízení, procesní přístup, pořádek, zavedení předpisů, ujasnění odpovědností a kompetencí a také kvalitu práce. Pracovníci organizace se při dodržování norem učí eliminovat chyby a poučit se z nich, neplýtvat financemi, materiálem, energií a lidskými zdroji. Motivují zaměstnance k nápravě chyb, k předcházení a ke zlepšení výsledků. (Válková, 2015)

Normy řady ISO, konkrétně ISO 9001:2015, také slouží jako základ pro vytvoření odborné normy, podle které je možné certifikovat zdravotnická zařízení. Jedním z nejlepších příkladů je **norma IEC/TR 62653:2012 Pokyny pro bezpečné používání léčivých přípravků při dialyzační léčbě**, která se pod označením „**Správná Dialyzační Praxe**“ používá v nefrologii. Nefrologie je zdravotnickým oborem, ve kterém vedle státních zdravotnických zařízení provozují dialyzační střediska také zahraniční společnosti zabývající se výrobou a distribucí zdravotnických technologií a zdravotnického materiálu pro dialýzu. Tyto, vesměs německé společnosti kladou velký důraz i na kvalitu služeb poskytovaných pacientům.

V České republice je více než 40 nestátních dialyzačních středisek, která získala odborně zaměřenou certifikaci dle IEC/TR 62653:2012. Jediný certifikační orgán v Evropě, který má oprávnění tento certifikát udělit je TÜV SÜD Management Service GmbH se sídlem v německém Mnichově. Certifikační program „Správná Dialyzační Praxe“ je dobrovolné certifikační schéma, které hodnotí řízení kvality a preventivní bezpečnostní opatření na dialyzačních střediscích, která zajišťují léčbu pacientů s chronickou renální insuficiencí. Tuto odbornou certifikaci již získalo více než 600 dialyzačních středisek v celé Evropské unii, v Turecku a v Jihoafrické republice.

Tato certifikace je založena na prokázané shodě s požadavky normy IEC/TR 62653:2012, Pokyny pro bezpečné používání léčivých přípravků při dialyzační léčbě a

ISO 9001:2015. Norma ISO 9001:2015 vyžaduje zavedení systému řízení jakosti včetně standardizovaného pracovního procesu a postupů, formálních vzdělávacích programů pro zaměstnance, podrobný dohled a efektivní komunikaci v celé organizaci. IEC/TR 62653:2012 se také zaměřuje na definování preventivních opatření ke snížení známých rizik spojených s dialyzační léčbou. Společně tyto normy podporují snahu o rozvoj a udržení kultury bezpečnosti v rámci zdravotní péče s důrazem na průběžná vylepšení. Dosažení certifikace „Správná Dialyzační Praxe“ vyžaduje od dialyzačních středisek a nefrologických klinik zavedení systému řízení kvality, který splňuje požadavky normy ISO 9001:2015 a který rovněž odpovídá specifickým požadavkům normy IEC/TR 62653:2012. Systém řízení kvality je následně auditován, aby vyhověl požadavkům obou norem. Přestože je certifikace je dobrovolná, tak může podpořit úsilí o dosažení souladu se současnými a budoucími právními a regulačními požadavky. Certifikace také poskytuje strukturální a kulturní rámec pro vývoj a udržování bezpečných postupů. Nejdůležitější je, že certifikace představuje jasný a trvalý závazek ve vztahu k bezpečnosti, zdraví pacientů a zdravotnických pracovníků. V tomto je nefrologie velmi pokroková a poskytuje dobrý příklad a inspiraci ostatním zdravotnickým oborům.

Dalším modelem řízení kvality je **ISQua** neboli **Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví**, která se hodnocením kvality a bezpečí ve zdravotnictví zabývá na mezinárodní rovině. Její dceřinou společností je společnost **ALPHA**, která pomáhá jednotlivým zemím tvořit nebo zdokonalovat jejich vlastní akreditační standardy pro zdravotnické organizace. (Plevová, 2012)

Každá organizace je však svým způsobem jedinečná, proto bylo potřeba vytvořit skupinu měřítek, podle které by se mohly jednotlivé organizace objektivně porovnávat. Možným rámcem se stal **The EFQM – The European Foundation for Quality Management** (model podnikatelské výjimečnosti). Tento model byl vytvořen na základě odezvy na narůstající konkurenční tlak amerických a japonských organizací a je založen na základě normy ISO 9000. Posílení této koncepce mělo zaručovat založení Evropské nadace pro management kvality, jež vypracovala měřítko a zásady EFQM – Excellence Model jako nástroje podnikatelské úspěšnosti firem, který navazuje na systém ISO 9000. Tato měřítko nesměřují hodnocení do oblasti kvality výrobků nebo služeb, ale do oblasti hodnocení úrovně řízení a fungování organizace. Tento model vychází z konceptu kvality TQM a je založený na 9 hlavních a 23 dílčích kritériích,

kteřá hodnotí organizaci souhrnně z hlediska řízení pomocí politiky a strategie se zaměřením na lidské zdroje a procesy tak, aby byla uspokojena očekávání všech zainteresovaných stran. Tato měřítka se dají použít na každou organizaci. Hlavním cílem je dosáhnoutí podnikatelské výjimečnosti prostřednictvím splnění devíti hlavních kritérií. (Plevová, 2012; www.managementmania.cz)

Důležitou součástí přístupu EFQM je podpora sebehodnocení organizace podle Evropského modelu výjimečnosti. Jestliže organizace projde tímto procesem, může jí to poskytnout objektivní pohled na její silné a slabé stránky a na možnost zdokonalování se. Tento model slouží jako základní zásada, která je využívána v případě Evropské ceny za kvalitu a to ve všech kategoriích. (Plevová, 2012)

Od roku 1987 je udělována v USA prestižní **cena Malcolma Baldrige** za excelenci ve kvalitě. Toto ocenění bylo založeno na památku bývalému ministru obchodu USA. První cena byla udělena prezidentem Fordem a nyní je udělována ministrem obchodu a Národním institutem pro normy a technologie. Tato cena se týká sedmi sekcí – vůdcovství, strategického plánování, zaměření na zákazníka, informatiky, lidských zdrojů, řízení procesů a kvality výstupů. Jejím cílem je šíření vědomostí o kvalitních firmách a o úspěšnostech strategií kvality. (Plevová, 2012; Lang 2007)

V roce 1987 vznikl v americké instituci Motorola metoda či model **Six Sigma**. Tato metoda napomáhá plnit požadavky a očekávání zákazníků pomocí procesu bez chyb. Mnoho zdravotnických organizací v různých zemích, které mají ustálenou ekonomiku, se rozhodlo v zájmu bezpečí pacientů a zaměstnanců tuto metodu uplatnit. (Plevová, 2012)

Nejčastěji citovanou definicí Six Sigma je tato: „*Metoda Six Sigma je flexibilní a úplný systém dosahování, udržování a maximalizace obchodního úspěchu. Je založena na porozumění a očekávání zákazníků, správném používání dat, faktů a na detailní statistické analýze a na základě pečlivého přístupu k řízení, zlepšování a vytváření nových výrobních, obchodních a obslužných procesů.*“ (Pande, Cavanagh, Neuman, 2002, s. 23)

Metoda Six Sigma je tedy aplikovatelná ve všech oborech podnikání od výrobních činnostech počínaje a službami konče. Six Sigma se týká všech interních a externích zákazníků organizace. K úspěšné implementaci v organizaci je potřebná podpora vedení organizace a zapojení všech zaměstnanců.

1.4 Řízení rizik ve zdravotnictví

I pojem řízení rizik, hodně často používaný v anglickém originálu, tedy „risk management“ prošel určitým historickým vývojem neboť „počátky risk managementu sahají až do doby starověkého Babylonu, konkrétně jsou obsaženy v Chammurapiho zákoníku vydaného kolem roku 2100 před naším letopočtem.“ (Kafka, 2009, s. 93)

V dalších stoletích organizace využívali pojištění, což byl vlastně jediný způsob jak řídit rizika. „Významnější změny nastaly až v letech 1960 a 1970, kdy pojištění organizací vystřídala spíše ochrana před potenciálními ztrátami souvisejícími s jejich podnikatelskou činností.“ (Kafka, 2009, s. 93)

Riziko v dnešním světě znamená pravděpodobnost vzniku nějaké ztráty nebo nepříznivého stavu. Je to událost, která může záporně ovlivnit zdravotnickou organizaci. Riziko tedy označuje „něco“, co může nastat a jestliže to nastane, někdo či něco bude záporně ovlivněno. Avšak riziko nemusí vždy značit zápornou situaci, z rizika může vznikat i něco kladného z důvodu tzv. zdravého riskování. Řízení rizik znamená posloupný proces identifikace, vyhodnocení a konání činností k předcházení či řízení klinických, administrativních, provozních a bezpečnostních rizik v organizaci. Zaměřuje na všechny sekce činností, je postaveno na několika primárních blocích a pomocí poskytování bezpečné zdravotní péče chrání řízení rizik hodnoty zdravotnické organizace. Než organizace vůbec zavede program řízení rizik, tak musí mít připravené podmínky. Rozhodnutí o změně a zavedení programu řízení rizik provádí ředitel příslušné organizace. Poté informuje radu pro kvalitu, která se následně rozhodne, zda pozici manažera rizik bude vykonávat stávající pracovník v jiné funkci (např. manažer kvality) nebo bude tuto pozici zastávat zcela nový pracovník. Následně jsou určeným týmem pracovníků identifikované rizikové oblasti. Rizikové oblasti ve zdravotnictví vyhodnotí nejčastěji primář a vrchní sestra oddělení a určí, zda lze tato rizika akceptovat a pro které by se měla definovat odpovídající opatření. Pro vyhodnocení rizik lze využít stupnici od jedné do pěti, kdy větší číslo znázorňuje větší pravděpodobnost následku. Následné řešení rizika lze řešit dvěma způsoby – buď je riziko akceptováno, nebo musí být řešeno. Primář a vrchní sestra mohou dále určit tým pracovníků, kteří zpracují opatření k předcházení rizikům. Poslední fází je následná monitorace programu řízení rizik, kde jsou sledovány prostředky k předcházení vzniku a jsou doporučena efektivní opatření. (Šupšáková, 2017; Škrļa a Škrlová, 2008)

V České republice začaly pokusy o zavedení řízení rizik ve zdravotnických organizacích až v roce 1999 a původně byly součástí řízení kvality nebo byly v díkci vrcholového managementu zdravotnických organizací. Později se řízení rizik rozvinulo jako samostatný obor. První jasně dané definice bezpečí ve zdravotnictví se začaly v České republice objevovat právě až ke konci devadesátých let. Vývoj řízení bezpečí ve zdravotnických organizacích pokročil v roce 2002 vydáním publikace „Iatrogenie a sororigenie aneb jak lze poškozovat člověka“, ve kterém se autoři zabývali dosud vyhýbanému tématu možnosti pochybení. V tomtéž roce byly zahájeny první kurzy „Management rizik ve zdravotnických zařízeních“ určený zdravotnickým pracovníkům. Bezpečí ve zdravotnictví také podpořilo NCO NZO vydáním publikace „Především neublížit – Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči“. V roce 2005 vydala Spojená akreditační komise novou verzi svých akreditačních standardů, ve kterých zdůrazňuje nejen kvalitu, ale také bezpečí péče ve zdravotnických organizacích. Svůj zájem o bezpečí ve zdravotnictví se také pomalu začalo zajímat i Ministerstvo zdravotnictví České republiky, které svůj aktivní zájem odstartovalo vydáním letáku pokrývajícím problematiku bezpečné zdravotné péče a možným selháním lidského faktoru. Významným krokem pro české zdravotnictví byl také vstup do EU, protože propracované Evropské pojetí kvality a bezpečí zdravotní péče se promítlo i do českého zdravotnictví. Nejvýznamnější událostí v řízení rizik v naší zemi byl zájem o tuto oblast – akreditace JCI či JCAHO a sledování mimořádných událostí. Akreditační standardy společnosti JCAHO se zabývají bezpečností pacientů. K jejím nejdůležitějším cílům patří následující:

- *„Zlepšete spolehlivost identifikace pacientů. Použijte nejméně dva způsoby identifikace (číslo pokoje není jeden z nich), kdykoliv odebíráte vzorek krve, podáváte lék nebo krevní produkty. V případě chirurgického nebo jiného invazivního zákroku použijte smysluplný verifikační proces a aktivní komunikační techniky.*
- *Zkvalitněte efektivitu komunikace mezi poskytovateli péče v případě verbálních příkazů nebo v písemné komunikaci. Vytvořte seznam uznaných zkratk, akronymů nebo symbolů, které se ve vašem zdravotnickém zařízení mohou (či nesmí) používat.*

- *Zlepšete bezpečnost rizikových medikací. Odstraňte koncentrované elektrolyty z oddělení, standardizujte a omezte množství různých koncentrací specifických léků na oddělení.*
- *Zabraňte chirurgickým zákrokům na nepravém pacientovi, nesprávné lokalitě nebo použití nevhodné procedury. Zapojte pacienta do procesu označení místa chirurgického zákroku, používejte standardizovaného protokolu pro ověřovací proces.*
- *Zlepšete bezpečnost při použití infuzních pump (volný průtok).*
- *Zlepšete efektivitu klinických poplašných systémů (pravidelná údržba a kontrola).*
- *Omezte rizika nozokomiálních infekcí (používejte centrální venózní katétry impregnované antibiotiky).“ (Škrla, Škrlová, 2008, s. 25; Škrla, 2017)*

Řízení rizik a řízení kvality mají společné činitele a tím jsou standardy a audity, kdy standardy určují důležitosti z pohledu kvality a bezpečnosti práce a audity pak sledují, jak pracovníci ve zdravotnictví plní nařízení vycházející z definovaných standardů. Řízení rizik může být částí kontinuálního zvyšování kvality nebo může existovat jako samostatný program. Platná legislativa v České republice určuje minimální rámec týkající se poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče. Každá zdravotnická organizace pak může zvolit další systém hodnocení těchto parametrů. K cílům programu řízení rizik náleží:

- *„implementace efektivního procesu hlášení a prevence mimořádných událostí,*
 - *implementace fungujícího procesu hlášení a prevence nozokomiálních infekcí,*
 - *zavedení systému kvalitní řízení dokumentace,*
 - *zavedení procesu efektivního hlášení a řešení stížností (pacientů/zaměstnanců),*
 - *zavedení efektivního systému prevence pochybení zdravotníků,*
 - *zavedení registru aktuálních rizik,*
 - *prevence soudních sporů,*
 - *zavedení systému prevence kriminality,*
 - *zavedení systému auditů, který se zaměřuje na bezpečnost procesů a prostředí.“*
- (Škrla, Škrlová, 2008, s 14)

Akreditační standardy požadují v oblasti poskytování zdravotní péče nejen kvalitu, ale také bezpečnost poskytovaných služeb. Povinností každého zdravotnického pracovníka je poskytování nejen kvalitní, ale také bezpečné zdravotní péče. Cílem řízení rizik je snižování přítomnosti nežádoucích událostí, které poškozují zdraví pacienta nebo zdravotnického zaměstnance, majetek zdravotnické organizace či její jméno. Zavedení programu řízení rizik slouží také jako předcházení finančních nebo jiných ztrát. Cílem programu řízení rizik ve zdravotnických organizacích je zhodnocení dosavadních a potencionálních rizik a vytvoření strategie k předcházení rizik. (Šupšáková, 2017; Škrļa, Škrlová, 2008)

Ve zdravotnických organizacích, ale i v celém průmyslu, existuje funkce manažera rizik, který se zabývá monitorováním, hlášením a vyšetřováním nežádoucích událostí a příhod. Avšak hlavně podporuje rozvoj a udržuje řídicí systém, který hodnotí a předchází rizikům ve zdravotnické organizaci. Snaží se uskutečnit a řídit program řízení rizik, školí zaměstnance, usměrňuje činnosti, které směřují k bezpečnější péči. (Škrļa, Škrlová, 2008)

1.4.1 Mimořádné události ve zdravotnických organizacích

Ve statistikách Evropské unie je uváděno, že kolem 10 % pacientů, kteří jsou léčeni v nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních, má zkušenost s výskytem nežádoucích příhod a zažilo újmu během léčebného procesu. Malá bezpečnost pacientů je bezesporu závažný problém pro systém veřejného zdravotnictví a jeho ekonomiku. Celé řadě nežádoucích příhod u pacientů jak v lůžkových, tak i v ambulantních zařízeních se dá poměrně snadno zabránit, protože jsou způsobené chybně nastavenými postupy a jsou ovlivněné systémovými aspekty. Pochybení jako taková však stoprocentně eliminovat nikdo neumí, protože souvisejí se selháním lidského faktoru. Pro bezpečnost pacientů a poskytování zdravotní péče bez výskytu nežádoucích událostí je potřeba definovat postupy pro jejich prevenci, detekci a minimalizaci.

Hlášení mimořádných událostí je pokládáno ze strany Ministerstva zdravotnictví České republiky za jeden z hlavních momentů ve smyslu řízení rizik, kvality a bezpečí

poskytované zdravotní péče. V dnešní době neexistuje jak u nás, tak ve světě, jednotná definice mimořádné události, protože jednotlivé zdravotnické organizace pohlíží na mimořádné události jinak. Pro některé může být mimořádnou událostí ztráta osobních věcí pacienta či hádky mezi zdravotníky. To, že neexistuje jednotlivá definice nebo klasifikace mimořádných událostí neznamená, že ve zdravotnické organizaci nemůže hlášení mimořádných událostí účinně fungovat. Jestliže má zdravotnická organizace nastolený standardizovaný systém hlášení mimořádných událostí, který je účelný, není potřeba jej měnit jen z důvodu, že jiná organizace má údajně lepší systém pro hlášení těchto událostí. (Šupšáková, 2017; Škrla, Škrlová, 2008)

V posledních letech se ze strany zdravotnických organizací zvýšil zájem o mimořádné události ve smyslu jejich předcházení a vytváření standardizovaných norem k jejich hlášení, prošetření a zamezení. K hlavnímu důvodu, proč tomu tak je, jsou požadavky akreditačních orgánů a ISO norem. Bezprostřední hlášení nežádoucí události má pro manažera rizik velký význam neboť zjišťování opakujících se problémů ovlivňuje kvalitu a bezpečnost poskytovaných zdravotnických služeb. Rychlé předání protokolu týkajícího se mimořádné události může být nápomocno k co nejrychlejšímu vyhodnocení vzniklé situace. K nejvíce monitorovaným kategoriím mimořádných událostí patří medicínská pochybení, pády pacientů a chyby v diagnostice či léčbě. Také výzkumné práce se v poslední době začaly zabývat hlášením mimořádných událostí a jejich hodnocením a analýzou. Tato výzkumná šetření dospěla k závěru, že k nežádoucím vlivům a rizikům je možné zařadit chyby v systémech hlášení, zdravotnické dokumentaci, IT, narušení soukromí pacientů, agrese a násilí na oddělení, selhávající technika a nedostatečné lidské zdroje. (Škrla in Management rizik ve zdravotnictví)

K nedostatkům hlášení mimořádných událostí se dle Ministerstva zdravotnictví České republiky řadí metodologické mezery, kdy současný systém nenaskýtá vhodnou metodologickou podporu, nejednotné názvosloví a tím nedocení některých rizik a nemožnosti nastavit dostatečné postupy k předcházení mimořádných událostí. (www.cna.cz)

Každá zdravotnická organizace je povinna zavést systém hlášení mimořádných událostí, který musí být dostupný pro všechny zaměstnance nemocnice nebo jiné zdravotnické organizace a také musí zaručovat ochranu pracovníka, který událost

nahlásí, před jakoukoli sankcí. To může být zajištěno jeho anonymitou po doručení na oddělení zabývající se vyšetřováním těchto příčin. V současnosti má bohužel mnoho pracovníků negativní postoj k hlášení mimořádných událostí. Jestliže manažeři budou vidět pochybení v těchto pracovnících a budou považovat jako nejlepší řešení určité sankce, postihy či disciplinární řízení, nemohou očekávat úspěch procesu hlášení mimořádných událostí. Tato pochybení většinou vyšetřuje šetřící komise, kterou v menších zdravotnických organizacích může vykonávat koordinační výbor programu kontinuálního zvyšování kvality či Rada pro kvalitu. (Škrla a Škrlová, 2008)

Každá organizace musí mít nastavený proces, jakým způsobem jsou hlášení mimořádných a nežádoucích příhod zpracovávána, hodnocena a dále vyšetřována. V neposlední řadě sestavuje tým pracovníků, kteří realizují tyto činnosti. Zdravotnické organizace by měli motivovat své pracovníky k co největšímu počtu hlášení mimořádných událostí, i v případě, že dojde k organizačnímu selhání. Ke krokům algoritmu procesu mimořádných hlášení se řadí zajištění zabezpečení adekvátní pomoci postiženému prostřednictvím lékařské a ošetrovatelské péče, řádné vyplnění protokolu o hlášení mimořádné události a zabezpečení důkazů, kterými může být např. zdravotnická technika či technologie nebo zdravotnický materiál. Tyto důkazy slouží k následnému prošetření komisí nebo v případě malých zdravotnických organizací provádí šetření manažer rizik osobně. Poškozený jedinec by měl být seznámen lékařem nebo manažerem rizik o sepsání mimořádné události. Popřípadě by měla být vyrozuměna rodina poškozeného. V případě poškozeného se ne vždy musí jednat o pacienta, poškozený může být i sám pracovník zdravotnické organizace. Povinností každého pracovníka, který byl přítomen incidentu, je poskytovat pravdivé údaje. Formulář o mimořádné události není součástí zdravotnické dokumentace a musí obsahovat tyto údaje:

- totožnost poškozeného a jeho osobní údaje,
- povahu události, povahu škod nebo zranění,
- popis příhody založený na pravdivých údajích,
- jméno svědka či více svědků a bydliště nebo lze použít identifikační číslo a podpis pracovníka,
- zda byl lékař srozuměn s událostí,
- popis poskytnutí první pomoci,

- stupeň závažnosti mimořádné události,
- další připomínky nebo komentáře. (Plevová, 2012; Škrla, Škrlová, 2008)

Mimořádná událost je následně celá prošetřena a jsou navržena preventivní a nápravná opatření. Může se jednat o edukaci pracovníků, přepracování stávajícího standardu či postupu s následným zpracováním nového dokumentu a řešení pomocí techniky. Po následném vyhodnocení a analýze mimořádných událostí jsou každé čtvrtletí výsledky předkládány Radě pro kvalitu, která získá přehled o mimořádných událostech a účelnosti celého programu. (Škrla, Škrlová, 2008)

V České republice existuje Národní systém hlášení nežádoucích událostí v rámci projektu kvality Ministerstva zdravotnictví České Republiky „Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb“. Zapojená lůžková a ambulantní zařízení mohou porovnat výskyt konkrétních nežádoucích příhod na jejich pracovišti s ostatními pracovišti. Tento systém hlášení je velmi doporučený, ale zatím žádný legislativní požadavek nenutí zdravotnická pracoviště do tohoto projektu vstoupit.

1.4.2 Manažer rizik

Pozice manažera rizik je také relativně nová profese, neboť prvního pracovníka na této pozici představila společnost GE Capital až v roce 1993. V současné době zaměstnávají manažera rizik hlavně velké mezinárodní firmy a nadnárodní koncerny, i když i středně velké organizace mění svůj postoj a buď také zaměstnávají samostatného manažera rizik, popřípadě tuto pozici kumulují s pozicí finančního ředitele, manažera kvality nebo kontrolora.

„ *Odpovědností risk manažera obvykle je:*

- *přinášet povědomí o rizicích a risk managementu do organizace,*
- *představit rámce pro risk management a vysvětlit jejich výhody,*
- *napomáhat řádné a včasné identifikaci rizik,*
- *vytvořit jednotný systém hodnocení rizik,*
- *představit možné strategie reakce na riziko, tj. plány k minimalizaci rizik,*
- *radit zaměstnancům organizace jak rizika řídit,*
- *vytvářet a upravovat systém risk managementu organizace,*
- *udržet podnikání v chodu i v měnících se rizikových podmínkách.*“ (Kafka, 2009, s. 11)

Z každodenní praxe ve zdravotnictví vyplývá, že některé cíle programu řízení rizik jsou podobné cílům kvality. V menších zdravotnických organizacích se činnosti zaměřené na řízení rizik a řízení kvality zpravidla delegují na jednoho zaměstnance. Ve větších zdravotnických organizacích není možné, aby tyto funkce vykonával jeden zaměstnanec z důvodu časové náročnosti a také díky neustálým změnám a nárokům na vzdělávání. Mezi řízením rizik a řízením kvality existuje vzájemná provázanost a souvislost. Ty zdravotnické organizace, které mají zavedený program kontinuálního zvyšování kvality, mají taktéž zavedený či zavádí program řízení rizik. (Šupšáková, 2017; Škrla, Škrlová, 2008)

K rolím manažera rizik patří nejen monitorace hlášení a řešení mimořádných a nežádoucích událostí, ale také řízení procesu kontroly a předcházení všech rizik ve zdravotnické organizaci, která mohou vyústit poškozením zdraví pacientů, zaměstnanců organizace nebo návštěv, majetku organizace a v neposlední řadě ovlivnit image

zdravotnické organizace. K jeho pracovní náplni také patří být mluvčím programu řízení rizik, připravovat statistické přehledy a hlášení o průběhu řízení rizik. Usiluje o to, aby všichni zaměstnanci poskytovali kvalitní a bezpečnou péči a motivuje je k bezpečnější práci pomocí poskytování bezpečnějších postupů a tímto je směřuje k zodpovědnosti za vlastní výsledky. (Škrála, Škrlová, 2008)

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že dnešní, zejména akreditovaná a certifikovaná zdravotnická zařízení mají detailně definovaný proces pro řízení obecných a klinických rizik. Zjištění, zhodnocení a zaznamenání rizika jsou základními kroky tohoto procesu. Úkolem manažerů rizik ve zdravotnických organizacích je vytvořit adekvátní povědomí o riziku, aby bylo jisté, že budou podchycena všechna relevantní rizika. Všichni zaměstnanci musí sledovat situaci z hlediska rizik a přijímat opatření ve svých oblastech odpovědnosti a informovat své přímé nadřízené o vzniku rizik, která by mohla ovlivnit fungování organizace, bezpečnost pracovníků, pacientů nebo návštěvníků pracoviště, poškodit konstrukci budovy nebo pracovní prostředí. Odpovědný manažer rizika musí zajistit systematické zjišťování, hodnocení a zaznamenávání potenciálních rizik sledováním obecných a specifických rizik definovaných interními předpisy zdravotnického zařízení. Řízením rizik ve zdravotnictví se zabývá i již zmiňovaná norma IEC/TR 62653:2012 „Správná Dialyzační Praxe“. Norma řeší rizika, která by mohla ovlivnit fungování zdravotnického zařízení, bezpečnost pracovníků, pacientů nebo návštěvníků nebo poškodit pracovní prostředí. Sem může patřit např. riziko infekce, nežádoucí reakce u pacienta, únik krve do prostředí, infúze vzduchu, riziko spojené s elektrickou bezpečností, mikrobiologickou kontaminací dialyzačního roztoku, technickou službou, údržbou a kontrolami přístrojů a zařízení, s bezpečností přístrojů a kombinací přístrojů, dotykovým proudem a proudem, který může zasáhnout pacienta při použití centrálních žilních katetrů, s elektromagnetickými vlivy, bezpečnostními riziky při léčbě, odchylkami od parametrů pro léčbu nebo přerušením léčby, s ochranou životního prostředí, zdraví a bezpečnosti při práci, ochranou vlastnictví, úpravou a distribucí vody nebo dodávkou koncentrátu. (www.tuv-sud.com)

1.5 Vzdělávání manažerů a auditorů kvality

Manažer kvality je člověk, který je odpovědný za řízení a koordinaci kvality v celé organizaci. Nejčastěji se jedná o zaměstnance organizace s předepsanými odpovídajícími kompetencemi a s odpovědností za důsledné zavedení systému řízení kvality, jeho udržování, další rozvoj a dosahování stanovených cílů kvality. Jedná se o poměrně nové povolání, které vzniklo na základě požadavků vycházejících z praxe. Manažer kvality také zaručuje, aby poskytované výrobky či služby byly ve shodě s vnitřními i vnějšími požadavky dané organizace. Formuluje strategii kvality, uskutečňuje měření kvality, analyzuje a zpracovává plány kvality, řídí a provádí kontrolu dosažení cílů kvality, podporuje požadavky zákazníků a je zodpovědný za návrhy na další rozvoj systému řízení kvality a neustálé zlepšování. V neposlední řadě spolupracuje manažer kvality s ostatními manažery na všech stupních řízení a samozřejmě také s vrcholovým vedením organizace. (www.managementmania.com, Škrļa a Škrlová, 2008)

Pravomoc a odpovědnosti manažera kvality jsou uvedeny ve standardech a normách kvality. ISO 9001 (Systém managementu kvality) je standard požadavků na zavedení systému managementu kvality v organizaci. Pro výkon auditora kvality existují kodexy např. etický kodex pro výkon externího auditu a auditorské profese a etický kodex pro výkon interního auditu a auditorské profese.

Manažerem kvality pak může být pouze fyzická osoba, která získala středoškolské nebo vysokoškolské vzdělání, má nejméně tři roky praktických zkušeností v oblasti systému řízení kvality a absolvovala další rozvojová školení a další vzdělávání zaměřené na oblast kontroly kvality.

Manažer kvality a vnitřního auditu ve zdravotnictví má za úkol pomocí sofistikovaných kontrolních nástrojů monitorovat, zda zavedené postupy vyhovují očekávání nemocnice. Taktéž je zodpovědný za hospodárnost, účelnost a účelovost při vynaložení finančních prostředků, kvalitu a aktuálnost vnitřní řízené dokumentace a nemocničního informačního systému, provádí kontroly dodržování předpisů o odpadovém hospodářství popřípadě také o dalších pravidlech environmentálního managementu, monitoruje dodržování právních předpisů, rezortních směrnic, vnitřních norem a smluvních dohod. Jeho úkolem je dále koordinace lékařských, ošetrovatelských a provozních auditů, na kterých taktéž spolupracuje s klinickými a expertními auditory.

Podílí se na utváření kontrolního plánu, kontrolní činnosti a informuje ředitele o všech závažných faktech, které byly zjištěny při kontrolní činnosti. Na základě těchto zjištění navrhuje řediteli a vedoucím zaměstnancům relevantních oddělení náležitě strategie k okamžitému provedení náprav a monitoruje včasné a efektivní plnění všech nápravných opatření. (Škrla a Škrlová, 2008)

Certifikát ke způsobilosti funkce manažera kvality či auditora kvality lze získat pomocí kurzu. K nejznámějším a světově nejrozšířenějším mezinárodně platným certifikacím manažerů kvality patří Evropský certifikát Manažera kvality dle EOQ: QM, QSM a Americký certifikát Manažera kvality dle ASQ:CMQ/OE. V dnešní době tyto kurzy nabízí řada společností a programů. V ČR to jsou například Česká společnost pro jakost, jež nabízí kurz interního auditora kvality, auditor kvality a manažer kvality. Dále to jsou Systémy jakosti s.r.o. či společnost TÜV SÜD Czech. (www.managementmania.com)

Také interní auditoři jsou povinni se celý svůj profesní život vzdělávat a rozšiřovat si své znalosti a auditorské kompetence. K dispozici jsou například kurzy pořádané Českým institutem interních auditorů, které vycházejí z konceptu mezinárodní certifikace CIA nebo kurzy pořádané Českou společností pro jakost. Obsahem všech kurzů je seznámení s požadavky normy ISO 9001:2015 a ISO 19011:2012, teorie týkající se systému řízení kvality a zavádění tohoto systému v organizaci, proces interního auditu, správná dokumentační praxe, pravidla pro klasifikaci nálezů z interního auditu, realizace preventivních a nápravných opatření a požadované vlastnosti auditora. Nedílnou součástí dobrých kurzů pro auditory by měl být nácvik praktických dovedností auditora, kam je vhodné zařadit simulaci interního auditu s problémovým klientem.

Při vzdělávání manažerů kvality je také možné využít metod andragogického poradenství, neboť tato informační a konzultační činnost nasměrovaná k orientaci dotazovaného jedince, zahrnuje i poradenství v oblasti vzdělávacích možností.

1.6 Shrnutí teoretické části

Teoretická část diplomové práce se zabývá tématem kvality všeobecně, její definicí a historickým vývojem. První kapitola se zabývá vysvětlením pojmu kvalita ve zdravotnictví, důležitými milníky v historickém procesu vývoje kvality, na kterém se značně podílely různé mezinárodní organizace, Ministerstvo zdravotnictví České republiky a obzvláště pak WHO svými bohatými aktivitami, které jsou rovněž upřesněné v textu první kapitoly. Dalším tématem první kapitoly je zavádění kvality a proces změny, kterým musí zdravotnická organizace projít, chce-li do svých každodenních činností a do své klinické a organizační praxe zavést poskytování kvalitních a bezpečných služeb. Druhá kapitola je věnována měření a hodnocení kvality, standardům, indikátorům kvality, které slouží jako měřítko pro zhodnocení, zda bylo standardu dosaženo. Značná část této kapitoly je také věnována auditu a akreditaci zdravotnických zařízení, včetně modelů akreditačních standardů. Třetí část zahrnuje řízení kvality, model TQM a kontinuální zvyšování kvality, které spolu úzce souvisí a prolínají se. Na tato témata navazuje certifikace zdravotnických zařízení a udělování certifikátů kvality. Posledním tématem této kapitoly jsou modely řízení kvality. Čtvrtá kapitola je věnována procesu řízení rizik, který je blízký procesu řízení kvality. Zavedení efektivního systému řízení kvality v nemocnici nebo v jiném zdravotnickém zařízení totiž vede ke snížení rizik, což zlepšuje úroveň klinické péče. Velká část této kapitoly je věnována mimořádným a nežádoucím událostem ve zdravotnictví a manažerům rizik, kteří často zastávají pozici i manažery kvality ve zdravotnické organizaci. Poslední kapitola z teoretické části je věnována vzdělávání pracovníků kvality, manažerů a auditorů kvality ve zdravotnictví.

PRAKTICKÁ ČÁST

2 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Praktická část byla prováděna pomocí dotazníkového šetření mezi zdravotnickými pracovníky, kteří jsou zapojeni do systému řízení kvality ve státních a nestátních zdravotnických zařízeních v České republice.

2.1 Vymezené cíle a hypotézy

Prvním cílem tohoto průzkumu bylo zmapovat a analyzovat problematiku a úskalí managementu kvality ve zdravotnických zařízeních v České republice. Bylo zjišťováno, jaké existují praktiky a postupy, zda zdravotnická zařízení upřednostňují akreditaci nebo certifikaci, jaké v tom spatřují výhody a s jakým certifikačním orgánem nejčastěji spolupracují. Druhým cílem bylo zjistit, jaké vzdělání mají pracovníci kvality v českém zdravotnictví, zda ho považují za dostatečné a jaké další vzdělání by uvítali. Za tímto účelem bylo realizováno dotazníkové šetření. V praktické části dotazníkového šetření jsou tak hledány odpovědi na definované otázky a potvrzení či vyvrácení hypotéz tohoto průzkumu. Tento postup formou dotazníku je účinnou a běžně používanou metodou získání údajů a zpětné vazby od zdravotnických pracovníků a jejich připomínek k systému řízení kvality a ke vzdělávání. Průzkum byl anonymní a byl zaměřen na respondenty všech věkových skupin s různým stupněm vzdělání, kteří pracují ve státních i nestátních zdravotnických zařízeních v České republice.

Hypotéza č. 1: Národní akreditační standardy vydané Spojenou akreditační komisí (SAK) jsou nejčastěji se vyskytujícím typem akreditace v českém zdravotnictví.

Hypotéza č. 2: Vzdělávání pracovníků kvality je více obecné než odborně specializované se zaměřením na jeden konkrétní obor.

Hypotéza č. 3: Vzdělávání pracovníků kvality je těmito pracovníky považována za dostatečné.

2.2 Metodika a realizace výzkumu

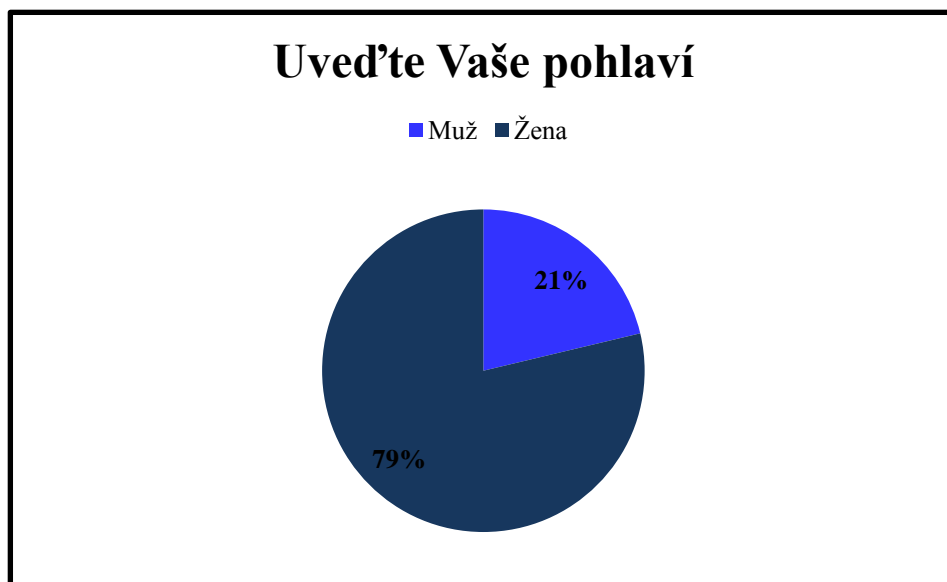
Jako metoda sběru dat byl zvolen kvantitativní průzkum pomocí dotazníkového šetření určený vrchním, staničním a řadovým zdravotním sestřím, manažerům kvality, interním auditorům ve zdravotnických zařízeních a ostatním profesím, které jsou zapojeny do systému řízení kvality. Dotazníkové šetření představuje základní metodu pro zjišťování informací na dané téma. Jeho výhodou spočívá v tom, že je možné oslovit větší množství respondentů a získat tak statisticky hodnotné vyjádření názoru na zadanou problematiku. Určitou nevýhodou může být fakt, že vyplnění dotazníků zabírá čas a respondent tak může zaškrtnout první možnou odpověď. I s touto statistickou chybou je možné do určité míry počítat a zaměřit se na vyšší počet vyplněných dotazníků, což zvýší pravděpodobnost, že budou získaná data skutečně hodnotná a použitelná. Průzkum k této diplomové práci probíhal v období říjen 2017 až leden 2018 pomocí elektronických dotazníků portálu Survio.cz a následně umístěného na sociální síti, která je určená zdravotnickým pracovníkům. Na základě praktických zkušeností byl sestaven dotazník, který obsahoval celkem 16 uzavřených, polozavřených a otevřených otázek. Celkem bylo zodpovězeno 141 dotazníků, minimální požadované množství dotazníků si autorka stanovila na 100. Na základě vyplněných dotazníků byla získaná data vyhodnocena a zpracována v programu Microsoft Excel. Zjištěné výsledky jsou prezentovány prostřednictvím grafů.

2.3 Charakteristika souboru respondentů

Výběr zvolených osob byl záměrný. Při výběru vzorku byla zvolena následující kritéria – nelékařský zdravotnický pracovník nebo zaměstnanec pracující v oblasti kvality ve zdravotnickém zařízení. Nejvíce respondentů zastávalo pozici vrchní nebo staniční sestry, manažera kvality a auditora kvality. Nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou 30 – 40 let bylo 52 respondentů (37%) a nejpočetněji zastoupenou skupinou ve smyslu doby praxe ve zdravotnictví 21 – 30 let bylo 56 respondentů (40%). Vzhledem k tomu, že se výzkum neorientoval na určitý typ zařízení, nebylo potřeba souhlasů k provedení průzkumného šetření od vedení nemocnic a ostatních zdravotnických organizací.

2.4 Výsledky dotazníkového šetření

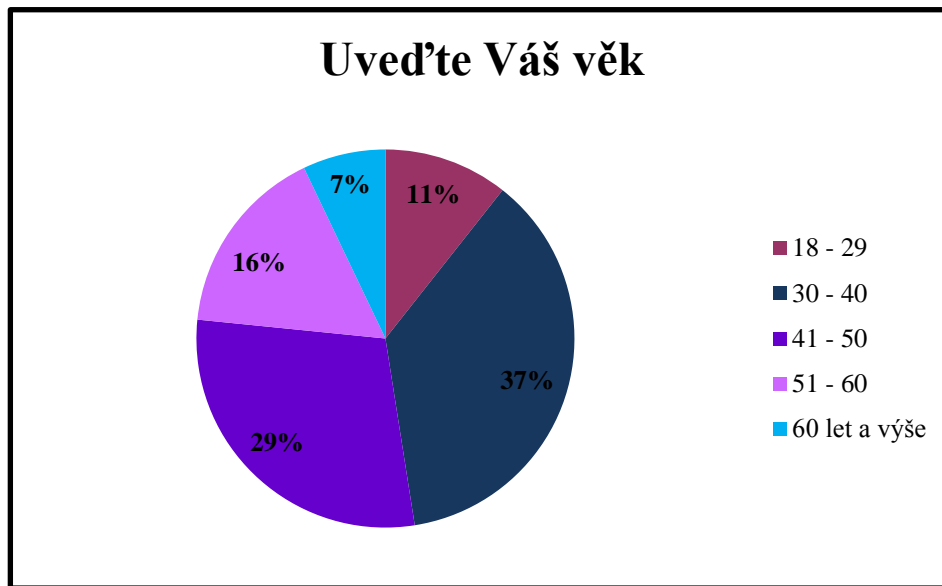
Graf 1: Pohlaví respondentů



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 30 respondentů (21%) je mužského pohlaví a 111 respondentů (79%) je ženského pohlaví. To odpovídá typickému genderovému složení zaměstnanců v českém zdravotnictví.

Graf 2: Věk respondentů



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Z průzkumného šetření bylo zjištěno, že ze 141 respondentů je ve věku 18 – 29 let 15 respondentů (11%), 30 – 40 let má 52 respondentů (37%), 41 – 50 let má 41 respondentů (29%), 51 – 60 let má 23 respondentů (16%) a 60 let a výše má 10 respondentů (7%).

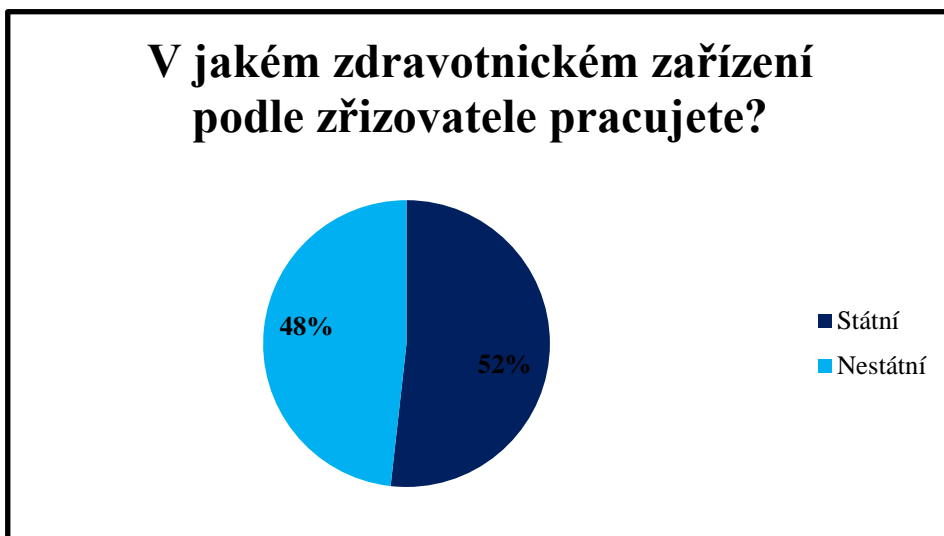
Graf 3: Délka praxe ve zdravotnictví



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Z průzkumného šetření vyplynulo, že ze 141 respondentů pracuje ve zdravotnictví do 5 let pouze 10 respondentů (7%), 6 – 12 let pracuje ve zdravotnictví 16 respondentů (11%), 13 – 20 let pracuje ve zdravotnictví 43 respondentů (31%), 21 – 30 let 56 respondentů (40%) a 31 let a výše pracuje ve zdravotnictví 16 respondentů (11%). Jednalo se tedy o velmi zkušené zdravotnické pracovníky.

Graf 4: Druh zdravotnického zařízení podle zřizovatele



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Průzkumné šetření upřesnilo, že 73 respondentů (52%) ze 141 dotazovaných pracuje ve státním zdravotnickém zařízení a 68 respondentů (48%) pracuje v nestátním zdravotnickém zařízení. Byla tedy zajištěna rovnováha mezi státním a nestátním sektorem.

Graf 5: Druh zdravotnického zařízení



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že v nemocnici pracuje 89 respondentů (63%), v léčebně či léčebném ústavu pracuje 32 respondentů (23%) a v ambulantním zdravotnickém zařízení pracuje 20 respondentů (14%).

Graf 6: Certifikace zdravotnického zařízení



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Dotazníkové šetření také ukázalo, že ze 141 respondentů pracuje 105 dotazovaných (74%) ve zdravotnickém zařízení, které je certifikováno a 36 respondentů (26%) nepracuje v certifikovaném zdravotnickém zařízení.

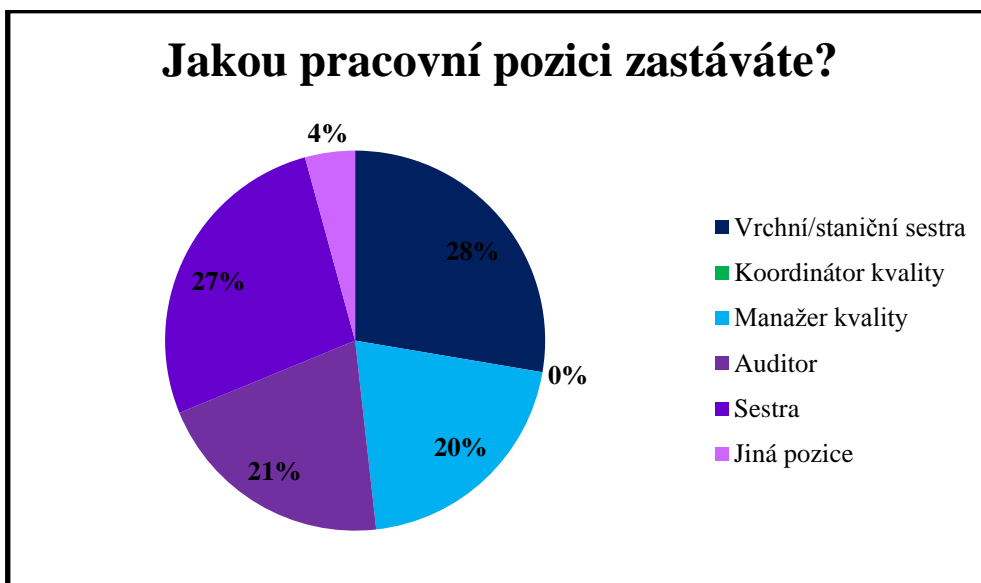
Graf 7: Zapojení respondentů do řízení kvality ve zdravotnickém zařízení



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Dotazníkové šetření upřesnilo, že 103 respondentů (73%) je zapojených do systému řízení kvality a 38 respondentů (27%) není zapojeno do systému řízení kvality.

Graf 8: Pracovní pozice respondentů



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Z průzkumného šetření bylo zjištěno, že pozici vrchní nebo staniční sestry zastává 39 respondentů (28%), funkci koordinátora kvality zastává 0 respondentů, funkci manažera kvality vykonává 29 respondentů (20%), auditora kvality vykonává rovněž 29 respondentů (21%), roli zdravotní sestry vykonává 38 respondentů (27%) a jinou pozici vykonává 6 respondentů (4%).

Odpovědi respondentů na položenou otázku:

„Hlavní sestra a manažer kvality.“

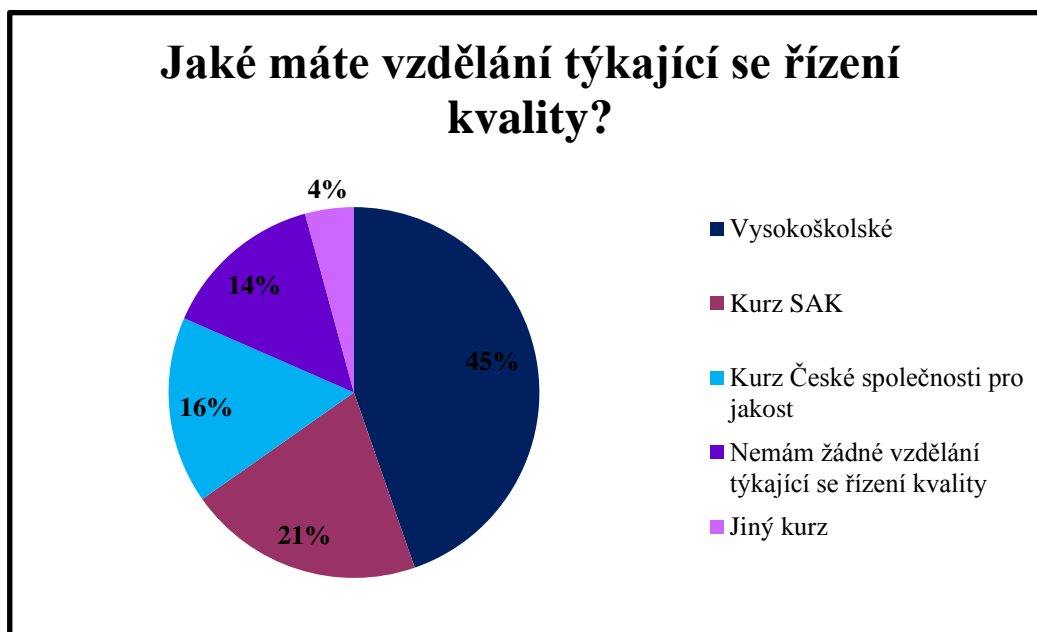
„Laborant, interní auditor.“

„Auditor a sestra.“

„Ředitelka.“

„Klinická sestra.“

Graf 9: Vzdělání respondentů v oblasti řízení kvality



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Z průzkumného šetření vyplynulo, že ze 141 dotazovaných má vysokoškolské vzdělání 63 respondentů (45%), kurz SAK má 29 respondentů (21%), kurz České společnosti pro jakost má 23 respondentů (16%), žádné vzdělání týkající se řízení kvality uvedlo 20 respondentů (14%) a jiný kurz má 6 respondentů (4%).

Vybraná vyjádření respondentů na položavřenou otázku:

„Organizace a řízení zdravotnictví.“

„Kurzy pro manažery kvality.“

„Management kvality ve zdravotnickém zařízení.“

„Kurz interního autora.“

„Vysokoškolské a kurz.“

„Kurz interního auditora u České společnosti pro jakost.“

Graf 10: Zaměření vzdělání řízení kvality respondentů



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Z průzkumného šetření bylo zjištěno, že ze 141 respondentů nemá žádné vzdělání 20 respondentů (14%), proto na tuto otázku odpovídalo 121 respondentů. 110 dotazovaných (91%) odpovědělo, že má obecné vzdělání, které se týká řízení kvality a 11 respondentů (9%) má vzdělání cíleně zaměřené.

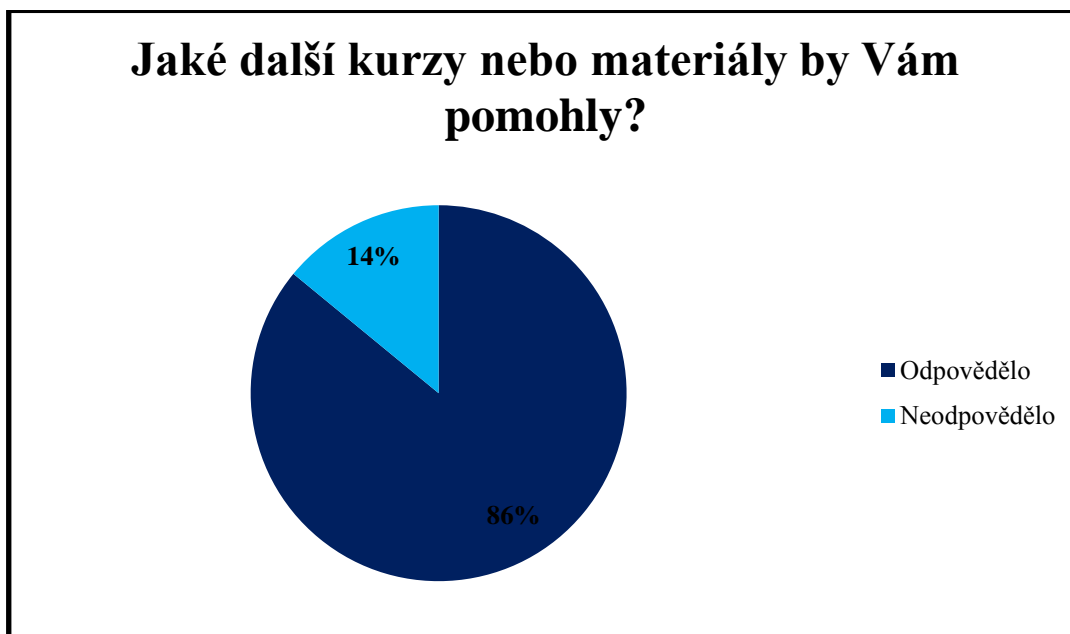
Graf 11: Dostatečnost vzdělání respondentů



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Ze 141 respondentů má vzdělání týkající se kvality 121 dotazovaných. 100 respondentů (83%) považuje své vzdělání za dostatečné a 21 respondentů (17%) nepovažuje své vzdělání za dostatečné.

Graf 12: Další kurzy a materiály



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Ze 121 respondentů, které má vzdělání v oblasti kvality na tuto otázku odpovědělo 104 respondentů (86%) a neodpovědělo 17 respondentů (14%). Pro četnost odpovědí je dále otázka zpracována slovně.

Vybrané odpovědi respondentů:

„Pravidelná školení a prezentování novinek z oblasti kvality.“

„Nemám možnosti dalšího vzdělávání v této oblasti.“

„Kurzy SAK, pravidelné školení.“

„Řízení kvality.“

„Kurzy týkající se legislativy.“

„Novinky v legislativě pro poskytovatele zdravotnických služeb.“

„Pro konkrétní problém vždy najdu. (ČIA nebo poradenská konzultační firma).“

„Certifikované kurzy ohledně auditů.“

„Spíše praxe.“

„Seminář.“

„Kurzy více zaměřené na danou oblast.“

„O žádném neuvažuji.“

„Kvalita v domácí péči.“

„Pravidelná aktualizace legislativy, případně konzultace s právníky, manažery kvality.“

„Nejsem si jistá, ale kvalita poskytované péče závisí na počtu personálu. Pokud personál chybí, což je i případ našeho oddělení, tak jsou všechny kurzy málo platné.“

„Kurzy nebo materiály vedoucí ke kritickému myšlení ošetrovatelského personálu, aby byl větší prostor pro rozhodování, posílit jejich sebedůvěru k realizaci kvalitní ošetrovatelské péče.“

„Kurz o řízení kvality.“

„Vystudovaný management.“

„Přednáška.“

„Vše, co pomůže zlepšit kvalitu a vzdělávání.“

„Vysvětlení zákonů a vyhlášek.“

„Žádné, celé to považuji za nesmysl.“

„Aktuální legislativa.“

„Kurz nebo zlepšení kvality ošetrovatelské péče a také zlepšení spolupráce v týmu lékař-sestra.“

„Nepotřebuji žádný další kurz.“

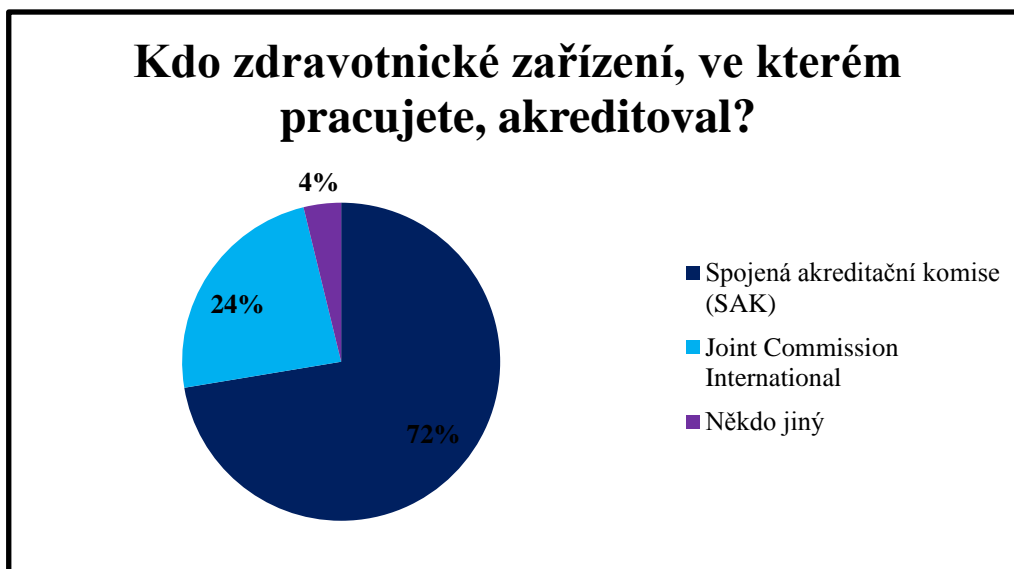
Graf 13: Akreditace zdravotnického zařízení



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že 105 respondentů (74%) pracuje v akreditovaném zdravotnickém zařízení a 36 respondentů (26%) nepracuje v akreditovaném zdravotnickém zařízení.

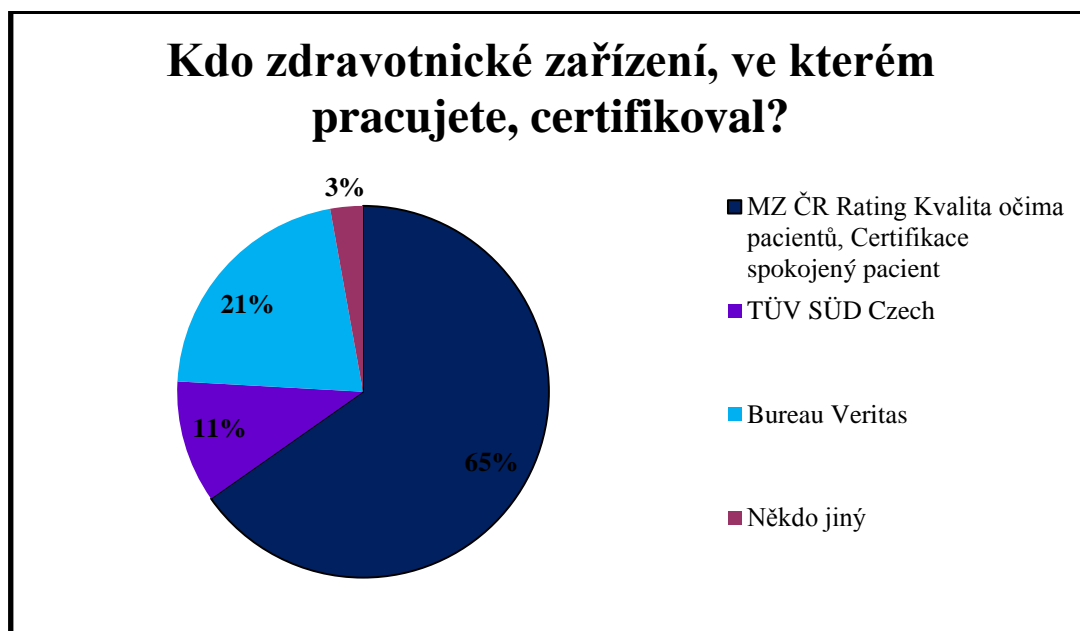
Graf 14: Kdo akreditoval zdravotnické zařízení



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Ze 105 respondentů, kteří pracují v akreditovaném zdravotnickém zařízení, odpovědělo, že v 76 případech (72%) dané zdravotnické zařízení akreditovala Spojená akreditační komise (SAK), ve 25 případech (24%) akreditovala dané zdravotnické zařízení JCI a ve 4 případech (4%) někdo jiný.

Graf 15: Kdo certifikoval zdravotnické zařízení



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 92 respondentů (65%) odpovědělo, že jsou certifikováni dle MZ ČR Rating Kvalita očima pacientů, Certifikace spokojený pacient. 15 respondentů (11%) zvolilo odpověď TÜV SÜD Czech, 30 respondentů (21%) zvolilo odpověď Bureau Veritas a 4 respondenti (3%) zvolilo odpověď někdo jiný. Dále je otázka zpracována slovně.

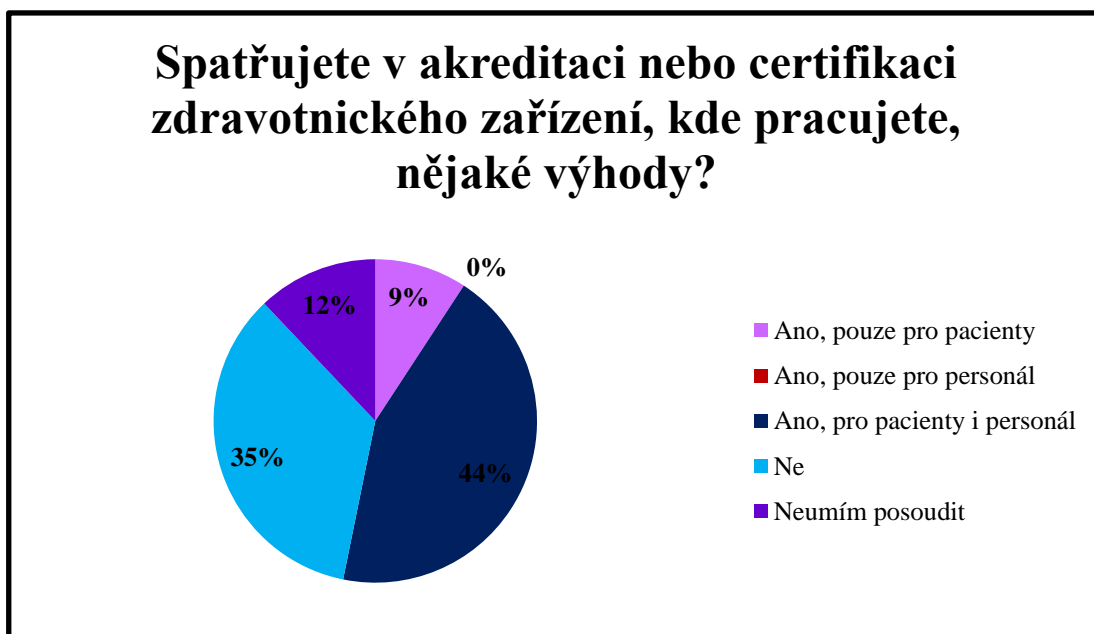
Vybrané odpovědi respondentů:

„Česká alzheimerská společnost.“

„ČIA.“

„Odborná společnost.“

Graf 16: Výhody akreditace a certifikace



Zdroj: autorka práce, vlastní šetření 2018

Dotazníkového šetření ukázalo, že ze 141 respondentů si 13 jedinců (9%) myslí, že akreditace nebo certifikace zdravotnického zařízení přináší výhody pouze pro pacienty, 0 respondentů se domnívá, že přináší výhody jen pro personál, 62 respondentů (44%) si myslí, že akreditace nebo certifikace zdravotnického zařízení přináší výhody pro pacienty i personál, 49 respondentů (35%) odpovědělo, že akreditace nebo certifikace nepřináší výhody a 17 respondentů (12%) tuto otázku neumí posoudit.

V rámci vyhodnocení dotazníku je možné konstatovat, že na základě dosažených výsledků získaných během průzkumu byl dotazník efektivní, jak v oblasti týkající se akreditace a certifikace zdravotnických zařízení, tak i v oblasti vzdělávání pracovníků kvality. Přínosem dotazníkového šetření jsou bezesporu níže uvedené odpovědi na definované hypotézy.

3 VÝSLEDKY A DISKUZE

Cílem průzkumu bylo zmapovat problematiku managementu kvality a vzdělávání pracovníků kvality. V souvislosti s tímto cílem byly stanoveny 3 hypotézy.

Ze 141 zodpovězených dotazníků bylo zjištěno, že 30 respondentů je mužského pohlaví a 111 respondentů je ženského pohlaví. Nejvíce zastoupenou skupinou, co se věku týče, byli respondenti ve věku od 30 – 40 let a to v 52 případech dotázaných respondentů. Dle délky práce ve zdravotnictví byla nejvíce zvolenou možností od 21 – 30 let a to v 56 možnostech. Dále autorku práce zajímala pracovní pozice respondentů. Nejvíce respondentů, 39 dotázaných, pracuje jako vrchní či staniční sestra, rovněž 39 respondentů pracuje jako řadová zdravotní sestra. Jako manažer kvality pracuje 29 respondentů a rovněž 29 respondentů pracuje jako auditor kvality. Taktéž autorku zajímalo, jaké mají respondenti vzdělání v oblasti systému řízení kvality. Z celkového počtu dotázaných uvedlo 63 respondentů, že má vysokoškolské vzdělání a 29 respondentů má kurz pořádaný Spojenou akreditační komisí (SAK). Kromě kurzu pořádaného Českou společností pro jakost uvedli respondenti absolvování kurzu Organizace a řízení zdravotnictví, Kurz interního auditora a některé další kurzy.

Hypotéza č. 1: Národní akreditační standardy vydané organizací Spojenou akreditační komisí (SAK) jsou nejčastěji se vyskytujícím typem akreditace v českém zdravotnictví. V souvislosti s touto hypotézou bylo zjišťováno, v jakém druhu zdravotnického zařízení podle zřizovatele respondenti pracují. Z celkového počtu dotázaných 73 respondenti uvedli, že pracují ve státním zdravotnickém zařízení a 68 respondentů pracuje v nestátním zdravotnickém zařízení. Dále byl zjišťován druh zdravotnického zařízení. Nejvíce respondentů, a to 89, pracuje v nemocnicích, dále v léčebně či léčebném ústavu a v neposlední řadě v ambulantním zdravotnickém zařízení. Taktéž bylo zjišťováno, zda je celé zdravotnické zařízení, kde respondenti pracují, certifikované. Ve většině případů (105 odpovědí) jsou zdravotnická zařízení, kde respondenti pracují, certifikována. Taktéž bylo předmětem průzkumu, zda jsou zdravotnická zařízení, kde respondenti pracují, akreditována. Opět 105 respondentů odpovědělo, že je zdravotnické zařízení, kde pracují, akreditováno. Ze 105 respondentů,

kteří odpověděli, že je jejich zdravotnické zařízení akreditováno a certifikováno, uvedlo, že jej akreditovala Spojená akreditační komise (SAK) a to v 76 odpovědích, dále zdravotnická zařízení akreditovala společnost JCI a v malém procentu případů také Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví a Český institut pro akreditaci. Co se týče certifikace zdravotnických zařízení, tak 92 respondenti uvedli, že se jedná o Certifikaci spokojený pacient, která je udělována Ministerstvem zdravotnictví České Republiky v rámci projektu Kvalita očima pacienta. Tento projekt měří kvalitu zdravotní péče prostřednictvím zkušeností a zpětné vazby od pacientů. Posléze poskytuje přehled o kvalitě jednotlivých zdravotnických pracovišť. Pacient pak může nahlédnout do výsledků a zjistit, kde byli pacienti se zdravotními službami spokojeni a zohlednit tyto informace při rozhodování, kde chce být on sám nebo někdo z jeho blízkých léčen. Druhou nejčastěji volenou odpovědí bylo v případě 30 respondentů Bureau Veritas, což je mezinárodní společnost, která poskytuje certifikace organizacím ve všech odvětvích průmyslu a služeb.

Hypotéza č. 2: Vzdělávání pracovníků kvality je více obecné než odborně specializované se zaměřením na jeden konkrétní obor. K této hypotéze se vztahuje v dotazníku otázka č. 10, na kterou bylo odpovězeno 121 respondenty, jelikož 20 respondentů nemá žádné vzdělání týkající se řízení kvality. Z tohoto počtu respondentů jich 110 uvedlo, že je jejich vzdělání v oblasti kvality obecné a 11 respondentů uvedlo, že je jejich vzdělání cíleně zaměřené.

Hypotéza č. 3: Vzdělávání pracovníků kvality je těmito pracovníky považována za dostatečné. V souvislosti s touto hypotézou byly do dotazníku zařazeny otázky č. 11 a 12. Opět na tyto otázky odpovídali respondenti, kteří mají vzdělání v oblasti systému řízení kvality. Celkem 100 respondentů považuje své vzdělání za dostatečné, průzkum dále zjišťoval, jaké další materiály a kurzy by respondentům pomohly nejen, aby jejich vzdělání bylo dostatečné. Na tuto otázku odpovědělo 104 respondentů. Nejvíce volných odpovědí se shodovalo v nutnosti vzdělávání v oblasti legislativy.

Kvalitou zdravotní péče, jejím hodnocením a implementací do klinické praxe se zabývá mnoho bakalářských a diplomových prací, zvláště pak zavedením kvality péče v různých oborech a typech organizací. Profesi manažera kvality se taktéž zabývá mnoho

prací, avšak ne přímo vzděláváním manažerů či auditorů kvality ve zdravotnictví. Výzkum Stupkové se oproti průzkumu autorky této práce přímo zaměřoval na spokojenost pacientů ve vybrané nemocnici, kde bylo pacienty hodnoceno přijetí do nemocnice, jejich komfort, komunikace s personálem, péče, respektování soukromí, úcta a respekt. Z tohoto průzkumu vyplynulo, že pacienti byli s celkovým průběhem hospitalizace spokojeni. Tato myšlenka je námětem pro další průzkumná šetření, například pro vyhodnocení kvality péče v certifikovaných či akreditovaných nemocnicích oproti necertifikovaným a neakreditovaným nemocnicím. Opět průzkum Koskové se zabýval spokojeností pacientů a spokojeností zaměstnanců ve vybrané nemocnici a následně byl zkoumán vztah mezi spokojeností zaměstnanců a spokojeností pacientů. Hodnocením kvality péče ve zdravotnictví se také zabývá práce Doležalové, která se pokoušela pomocí dotazníkového šetření zjistit, jak zaměstnanci určité organizace vnímají interní audit a jeho přínosy pro organizaci. Z jejího průzkumu vyplynulo, že zaměstnanci mají povědomí o existenci interního auditu a vědí, kdo ho provádí. Podobně jako v dotazníkovém šetření autorky této práce, ze kterého vyplynulo, že pracovníci ve zdravotnických organizacích mají ve většině případů povědomí o tom, kdo akreditoval a kdo certifikoval zdravotnické zařízení, ve kterém jsou zaměstnáni. Taktéž podle práce Doležalové z dotazníkového šetření vyplynulo, že si zaměstnanci myslí, že je interní audit pro organizaci přínosný. V dotazníkovém šetření zjišťovala autorka této práce, zda si respondenti myslí, že akreditace a certifikace přináší výhody. Z průzkumu vyplynulo, že si respondenti myslí, že je akreditace a certifikace přínosná a to jak pro personál, tak pro pacienty. Implementací systému kvality v dané organizaci se zabývá práce Sušilové, která ve své praktické části nastiňuje proces zavádění kvality do organizace s úmyslem certifikace společnosti kvůli nátlaku ze strany zákazníků a vedení. Takovýto systematický nástin zavádění kvality a tím i změny v organizaci je velmi zajímavý a jistě by nebylo od věci věnovat se více této problematice.

Přímo kvalitou ošetrovatelské péče se zabývala práce Smrčkové. Dotazníkovým šetřením se snažila zjistit, jaký přístup mají zdravotní sestry a zdravotničtí asistenti v jedné zdravotnické organizaci k monitorování a zavádění kvality a bezpečnosti poskytované ošetrovatelské péče. Její práce, se rovněž jako tato práce, okrajově zabývala bezpečností poskytovaných služeb, neboť problematika kvality také úzce souvisí s hodnocením rizik a bezpečností poskytované péče.

3.1 Doporučení pro praxi

Na základě interpretace výsledků dotazníkového šetření a vlastních zkušeností autorky byla navržena následující doporučení, která by měla pomoci eliminovat současná úskalí managementu kvality ve zdravotnických zařízeních:

Doporučení pro zdravotnická zařízení:

- zvyšovat prestiž a úroveň poskytovaných služeb získáním certifikace – toto platí zejména pro nestátní zdravotnická zařízení a úzce specializovaná pracoviště,
- zvyšovat prestiž a úroveň poskytovaných služeb získáním akreditace – toto platí zejména pro nemocnice a léčebné ústavy,
- nebát se počátečních nákladů na akreditaci nebo certifikaci,
- zajistit dostatek zdravotnického personálu, protože nedostatek zdravotních sester a lékařů přímo ovlivňuje kvalitu poskytované péče,
- umožnit zaměstnancům vzdělání v oblasti řízení či kontroly kvality a nebát se využití metod a služeb andragogického poradenství.

Doporučení pro zdravotní pojišťovny:

- zvýhodnit, např. formou paušálních úhrad akreditovaná a certifikovaná zdravotnická zařízení, neboť pro získání i obhájení externí akreditace a certifikace je nezbytné neustálé zvyšování kvality péče.

Doporučení pro společnosti nabízející kurzy pro manažery/auditory kvality:

- více začlenit do výuky platnou legislativu a interpretaci legislativních požadavků, které jsou potřebné pro každodenní klinickou praxi,
- začlenit do programu kurzu praktické činnosti potřebné pro práci manažerů kvality, interních auditorů nebo expertních klinických auditorů,
- začleňovat do výuky metody andragogického poradenství,
- zajistit větší dostupnost odborných a vzdělávacích materiálů.

Doporučení pro pracovníky ve zdravotnictví:

- zvýšit povědomí o akreditaci a certifikaci zdravotnického zařízení, kde pracují,
- uvědomit si, že akreditace nebo certifikace zdravotnického zařízení není pouze marketingový nástroj,
- kontinuálně se vzdělávat v oblasti systému řízení kvality.

Doporučení pro pacienty:

- zjistit si, jestli je zdravotnické zařízení kde se léčí akreditované nebo certifikované a jaké má recenze na webových stránkách,
- nebát se změnit zdravotnické zařízení v případě oprávněné nespokojenosti s kvalitou poskytované péče nebo ostatních služeb,
- poskytovat zdravotnickým pracovištím zpětnou vazbu, objektivně vyplňovat dotazníky spokojenosti pacientů.

Doporučení pro všechny výše uvedené je opakované seznámení se s výhodami akreditace a certifikace

- zlepšení postupů - dosažení akreditace nebo certifikace vyžaduje zavedení systému řízení kvality a řízení rizik, což vede ke zlepšení postupů, k větší konzistenci služeb a zvýšení ziskovosti organizace,

- zvýšená bezpečnost pacientů a zdravotnického personálu - zlepšení postupů také zvyšuje bezpečnost pacientů a zdravotnických pracovníků vytvořením kultury bezpečnosti a důrazu na neustálé zlepšování,

- soulad se současnými a budoucími právními požadavky – ačkoli je akreditace a certifikace zatím dobrovolná, tak může podporovat snahy o splnění stávajících i budoucích právních a regulačních požadavků,

- lepší postavení na trhu – akreditace a certifikace může poskytnout důležitou diferenciaci služeb.

ZÁVĚR

Kvalita ve zdravotnictví je velmi specifickým a od ostatních oborů odlišným pojmem, neboť klade mimořádný důraz na profesní odbornost, nutnost kontinuálního vzdělávání, dodržování definovaných standardů a medicínských postupů, dostupnost péče, profesionální přístup, empatii, lidskost a mnoho dalšího. Není tedy překvapením, že kvalita poskytované péče ve zdravotnictví je denně diskutovaným tématem. Také v současném zdravotnictví stoupá konkurence. Proto je v zájmu vedení těchto pracovišť odlišení od konkurence a usilování o kladné hodnocení jak od pacientů, tak i od odborníků a široké veřejnosti.

Dnešní výrazně konkurenční, o pacienty se přetahující doba, otevřela zdravotnictvím pracovištím celou řadu možností kontinuálního zvyšování kvality poskytované péče. Nemocnice a další zdravotnická zařízení mají na výběr, jaký systém řízení kvality budou implementovat na svých odděleních a zda budou spolupracovat s lokálním či mezinárodním akreditačním nebo certifikačním orgánem či organizací a jaké vzdělávání a v jaké kvalitě budou poskytovat svým zaměstnancům.

Diplomová práce si také kladla za cíl zmapovat pomocí dotazníkového šetření současnou situaci ve zdravotnických zařízeních a definovat úskalí současného managementu kvality a vzdělávání pracovníků kvality a navrhnout doporučení pro zlepšení tohoto stavu. Úkolem teoretické části bylo zpracovat informace týkající se kvality, popsat systém řízení kvality ve zdravotnictví, ozřejmit hodnocení kvality a zjistit dosaženou úroveň vzdělání manažerů a auditorů kvality. Na základě literární rešerše byla vypracována teoretická část, která se zaměřila na analýzu zmíněné problematiky.

V rámci praktické části diplomové práce byl realizován průzkum mezi zdravotnickými pracovníky. Výsledky dotazníkového šetření potvrdily hypotézu č. 1, že národní akreditační standardy vydané Spojenou akreditační komisí (SAK) jsou nejčastěji se vyskytujícím typem akreditace v českém zdravotnictví. Taktéž bylo zjištěno, že někteří pracovníci zdravotnických zařízení neví, jakou akreditaci získala jejich organizace nebo kdo jí udělil. Proto bylo uvedeno v doporučení pro praxi, aby si pracovníci zvýšili povědomí o akreditaci, popřípadě certifikaci organizace, kde pracují. Dále byla také potvrzena hypotéza č. 2, že vzdělávání pracovníků kvality je více obecné

než odborně specializované se zaměřením na jeden konkrétní obor. A dle hypotézy č. 3 je vzdělání pracovníků kvality těmito pracovníky považováno za dostatečné, avšak podle zjištění z dotazníkového šetření by řada těchto pracovníků do přípravných kurzů zavedla detailnější výklad platné legislativy, další zdravotničtí pracovníci by uvítali větší praxi v této oblasti či lepší dostupnost a větší množství edukačních materiálů.

Při výběru témat a formulování otázek do průzkumu autorka předpokládala, že více zdravotnických zařízení bude akreditováno či certifikováno. Dalším z doporučení pro praxi bylo, aby se zdravotnická zařízení pokusila získat certifikaci či akreditaci, která zvyšuje prestiž organizace a zavazuje se poskytovat kvalitní služby svým zákazníkům, tedy v tomto případě pacientům.

K zásadním úskalím současného managementu kvality ve zdravotnictví spatřuje autorka této práce v nejednotném přístupu k zavádění systému řízení kvality, dobrovolnosti akreditace a certifikace zdravotnických zařízení bez zásadního zvýhodnění od zdravotních pojišťoven a nižšímu počtu odborných vzdělávacích materiálů. Vzdělávání pracovníků kvality ve zdravotnictví tak má určité rezervy a určitě je co zlepšovat. Zavedení metod andragogického poradenství do procesu vzdělávání pracovníků kvality ve zdravotnictví může pomoci ke zlepšení stávajícího stavu.

Závěrem je možné konstatovat, že systém kontinuálního zvyšování kvality pomáhá zdravotnickým pracovištím, která mají zájem o přístup orientovaný na zákazníka. Kontinuální zvyšování kvality lze využít ve všech organizacích, jež chtějí změnit svůj přístup k pacientům a zároveň zvyšovat úroveň poskytované péče. Současné systémy řízení kvality ve zdravotnictví se buď opírají o různorodá kritéria a měření, kam můžeme například zařadit výskyt nežádoucích příhod, např. chybné podání medikace, pády pacientů nebo vznik dekubitů. Další významnou metodou hodnocení a měření kvality poskytované péče je hodnocení očima pacientů, které zpravidla probíhá za využití anonymního dotazníku spokojenosti pacientů. Názory pacientů jsou provedení zdravotnických zařízení cennou zpětnou vazbou a přispívají k lepší kvalitě péče. Je to pro dobro nás všech, neboť každý z nás je občas pacientem a tedy klientem zdravotnických zařízení v České republice. A každý z nás si jistě přeje kvalitní a bezpečnou péči poskytovanou adekvátně vzdělaným pracovníkem.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BARTŮNEK, P., JURÁSKOVÁ, D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.

DOLEŽALOVÁ, Tereza. *Přínos interního auditu ve státní příspěvkové organizaci působící ve zdravotnictví*. Brno, 2015. Bakalářská práce. Mendelova univerzita v Brně. Provozně ekonomická fakulta. Vedoucí práce Andrea HRDLIČKOVÁ.

JAROŠOVÁ, D., MAJKUSOVÁ, K. a kol., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5426-0.

KAFKA, Tomáš. 2009. *Průvodce pro interní audit a risk management* Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-121-5.

KOSKOVÁ, Adéla. *Kvalita služeb ve zdravotnictví*. Brno, 2015. Diplomová práce. Mendelova univerzita v Brně. Provozně ekonomická fakulta. Vedoucí práce Tomáš PYŠNÝ.

LANG, Helmut, 2007. *Management – trendy a teorie*. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7179-683-1.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra, 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4315-8.

MARX, D., VLČEK, F., 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: TIGIS, spol. s r.o. ISBN 978-80-87323-04-05.

PANDE, P. S., CAVANAGH, R. R., NEUMAN, R. P. 2002. *Zavádíme metodu Six Sigma: aneb jakým způsobem dosahují renomované světové společnosti špičkové výkonnosti* Brno: TwinsCom. ISBN 80-238-9289-4.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3871-0.

SCHRÁNIL, P. TVRDOŇ, J., 2010. *Externí a interní auditing*. Praha: Vysoká škola finanční a správní. ISBN 978-80-7408-042-5.

SMRČKOVÁ, Marcela. *Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu pracovníka nelékařských profesí*. Olomouc, 2012. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Jitka TOMANOVÁ.

SPEJCHALOVÁ, Dana, 2012. *Management kvality*. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu. ISBN 978-80-86730-88-2.

STUPKOVÁ, Iveta. *Management kvality ve zdravotnickém zařízení*. Olomouc, 2014. Bakalářská práce. Moravská vysoká škola Olomouc. Ekonomika a management. Vedoucí práce Miroslav RÖSSLER.

SUŠILOVÁ, Eva. *Zavedení systému managementu kvality ve společnosti SELP Servis s.r.o.* Olomouc, 2010. Bakalářská práce. Moravská vysoká škola Olomouc. Ústav managementu a marketingu. Vedoucí práce Vladimíra Sedláčková.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠKRLA, Petr, 2005. *Především neublížit*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-419-4.

ŠKRLA, Petr, 2017. Risk management po dvaceti letech. *Management rizik ve zdravotnictví*. 1, 9 – 10. ISSN 2570-6926.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra, 2017. *Řízení rizik při řízení zdravotních služeb – manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0062-0.

VÁCHAL, J., VOCHOZKA, M. a kol., 2013. *Podnikové řízení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4642-5.

VĚSTNÍK MZ ČR č. 5/2012, *Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: MZ ČR.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

BESTERFIELD, Dále, 2011. *Total quality management*. India: India Binding House. ISBN 978-81-317-3227-4.

KELEMEN, Mihaela, 2013. *Managing Quality*. London: SAGE Publications Ltd. ISBN 0-7619-6904-7.

KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V., 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stvu*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-2908.

KOLLÁR, Vojtěch, 2013. *Manažment kvality*. Bratislava: VŠEMvs Bratislava. ISBN 978-80-89600-11-3.

Seznam použitých internetových zdrojů

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pracovní skupina pro kvalitu ošetrovatelské péče*. [online]. 2016. [cit. 7.6.2016]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/pracovni-skupiny/pro-kvalitu-pece/>

ČESKÝ INSTITUT PRO AKREDITACI. *Informace pro vládu a regulátory*. [online]. 2017. [cit. 28.12.2017]. Dostupné z: <http://www.cia.cz/attachment.aspx?id=911>

ISO CZ. *ISO 9001:2015*. [online]. 2017. [cit. 28.12.2017]. Dostupné z: <http://www.iso.cz/iso-90012015>

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Kdo je JCI*. [online]. 2017. [cit. 28.12.2017]. Dostupné z: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>

- MAHÚTOVÁ, M., SVOBODOVÁ, D. 2010. *Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních*. [online]. Praha: A R. Gramond, 2010 [cit. 17.11.2011]. Dostupné z: http://www.ftn.cz/vzdelavani/files/Skripta_kurzNovinky.pdf
- MANAGEMENT MANIA. *Audit*. [online]. 2017. [cit.6.3.2017]. Dostupné z www.managementmania.com
- MANAGEMENT MANIA. *Kvalita/jakost*. [online]. 2017. [cit.6.3.2017]. Dostupné z www.managementmania.com
- MANAGEMENT MANIA. *Manažer kvality*. [online]. 2015. [cit. 3.8.2015]. Dostupné z www.managementmania.com
- MARX, David, 2011. *Akreditace zdravotnických zařízení* .[online]. [cit.28.11.2011]. Dostupné z: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/8-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html>
- MÁŠOVÁ, Renata, HAVRDLÍKOVÁ, Markéta, 2009. *Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. Sestra* [online]. Zář, 2009 [cit. 9.9.2009]. ISSN 12-10-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/standardy-oseetrovatelske-pecce-podle-donabediana-444784>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví*. [online]. 2008. [cit.3.3.2008]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1817_13.html
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Resortní bezpečnostní cíle*. [online]. 2012. [cit. 27.11.2012]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-1837_15.html
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Resortní bezpečnostní cíle na období červen 2011 – duben 2012*. [online]. 2011. [cit. 5.12.2011]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnosti-cile-pro-rok-2010_1882_15.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Akční plán č. 9: Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb* [online]. 2015. [cit. 17.12.2015]. Dostupné z http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/zdravi_2020_akcni_plan_kvalita.pdf

ONDŘIOVÁ, Iveta a kol., 2013. *Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. Sestra* [online]. Leden, 2013. [cit. 21.1.2013]. ISSN 12-10-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/spokojenost-pacientu-jako-indikator-kvality-pece-468686>

PITROVÁ, Martina, HLAVÁČKOVÁ, Eva a kol., 2013. *Kvalita péče jako indikátor spokojenosti pacientů. Sestra* [online]. Červen, 2013 [cit. 13.6.2013]. ISSN 12-10-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-pece-jako-indikator-spokojenosti-pacientu-470799>

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE ČR. *Akreditace zdravotnických zařízení v ČR* [online]. 2010. [cit. 20.12.2017]. Dostupné z <http://www.sakcr.cz/cz-top/sluzby/akreditace/>

TÜV SÜD. *TÜV SÜD'S Good Dialysis Practice (GDP) Certification*, [online]. 2012. [cit. 2.9.2012]. Dostupné z: <https://www.tuv-sud.com/industries/healthcare-medical-device/hospital-healthcare-providers/tuev-sueds-good-dialysis-practices-gdp-certification>

VÁLKOVÁ, Monika, 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. [online]. Praha: [cit. 27.12.2017]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2364-hodnoceni-kvality-poskytovanych-zdravotnich-sluzeb.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

ALPHA	Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation
ČIIA	Český Institut Interních Auditorů
ČR	Česká republika
EFQM	European Foundation for Quality Management
EU	Evropská unie
ISO	International organization for Standardization
ISQua	The International Society for Quality in Health Care
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
JCI	Joint Commission International
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
RBC	Resortní bezpečnostní cíle
TQM	Total Quality Management
USA	United States of America
WHO	World Health Organization

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví respondentů.....	59
Graf 2: Věk respondentů.....	60
Graf 3: Délka praxe respondentů.....	61
Graf 4: Druh zdravotnického zařízení podle zřizovatele.....	62
Graf 5: Druh zdravotnického zařízení.....	62
Graf 6: Certifikace zdravotnického zařízení.....	63
Graf 7: Zapojení respondentů do řízení kvality ve zdravotnickém zařízení.....	64
Graf 8: Pracovní pozice respondentů.....	64
Graf 9: Vzdělání respondentů v oblasti řízení kvality.....	65
Graf 10: Zaměření vzdělání řízení kvality respondentů.....	66
Graf 11: Dostatečnost vzdělání respondentů.....	67
Graf 12: Další kurzy a materiály.....	68
Graf 13: Akreditace zdravotnického zařízení.....	70
Graf 14: Kdo akreditoval zdravotnické zařízení.....	70
Graf 15: Kdo certifikoval zdravotnické zařízení.....	71
Graf 16: Výhody akreditace a certifikace.....	72

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník.....	I
Příloha B - Náplň vzdělávacího kurzu manažera kvality	V
Příloha C - Certifikát od Joint Commission International.....	VI
Příloha D - Certifikát od Spojené akreditační komise.....	VII
Příloha E - Certifikát od TÜV SÜD Management Service GmbH.....	VIII

Příloha A - Dotazník

1. Uved'te Vaše pohlaví

- a.) muž
- b.) žena

2. Uved'te Váš věk

- a.) 18 – 29
- b.) 30 – 40
- c.) 41 – 50
- d.) 51- 60
- e.) 60 let a výše

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a.) do 5 let
- b.) 6 – 12 let
- c.) 13 – 20 let
- d.) 21 – 30 let
- e.) 30 let a výše

4. V jakém zdravotnickém zařízení podle zřizovatele pracujete?

- a) státní
- b) nestátní

5. O jaké zdravotnické zařízení se jedná?

- a) nemocnice
- b) léčebna, léčebný ústav
- c) ambulantní zdravotnické zařízení

6. Je celé zdravotnické zařízení (všechna oddělení), kde pracujete, certifikované?

- a.) ano
- b.) ne

7. Jste nějak zapojená/ý do systému řízení kvality ve zdravotnickém zařízení, kde pracujete?

- a) ano
- b) ne

8. Jakou pracovní pozici zastáváte?

- a.) vrchní/staniční sestra
- b.) koordinátor kvality
- c.) manažer kvality
- d.) auditor
- e.) zdravotní sestra
- f.) jiná pozice, uveďte prosím jaká.....

9. Jaké máte vzdělání týkající se řízení kvality?

- a) vysokoškolské
- b) kurz SAK
- c) kurz České společnosti pro jakost
- d) nemám žádné vzdělání týkající se řízení kvality
- e) jiný kurz, uveďte prosím jaký.....

10. Je toto vzdělání týkající se řízení kvality obecné nebo cíleně zaměřené?

- a) obecné – zahrnující témata platná pro všechna oddělení
- b) cíleně zaměřené

11. Považujete vaše vzdělání týkající se řízení kvality za dostatečné?

- a.) ano
- b.) ne

12. Jaké další kurzy nebo materiály by vám pomohly? Uveďte je prosím:

.....

13. Je celé zdravotnické zařízení, kde pracujete akreditované?

- a.) ano
- b.) ne

14. Kdo zdravotnické zařízení, ve kterém pracujete, akreditoval?

- a.) Spojená akreditační komise (SAK)
- b.) Joint Commission International (JCI)
- c.) někdo jiný, uveďte prosím kdo

15. Kdo zdravotnické zařízení, kde pracujete, certifikoval?

- a) MZ ČR Rating Kvalita očima pacientů, certifikace Spokojený pacient
- b) TÜV SÜD
- c) Bureau Veritas
- d) někdo jiný, uveďte prosím kdo

16. Spatřujete v akreditaci nebo certifikaci zdravotnického zařízení, kde pracujete, nějaké výhody?

- a.) ano, pouze pro pacienty
- b.) ano, pouze pro personál
- c.) ano pro pacienty i personál
- d.) ne
- e.) neumím posoudit

Příloha B – Náplň vzdělávacího kurzu manažera kvality

Home > Činnosti > Vzdělávání > Kvalita > Manažer kvality (6ti denní kurz)

Manažer kvality (6ti denní kurz)

Komu je určeno

- Kurz je určen pracovníkům, kteří jsou v organizaci odpovědní za systém managementu kvality nebo se na tuto pozici připravují. Dále je seminář vhodný pro externí poradce a konzultanty v oblasti managementu kvality.

Co Vám školení přinese?

- Kurz nabízí praktické poznatky a zkušenosti z budování a dalšího rozvoje systému managementu kvality organizace, které si mohou účastníci vyzkoušet při řešení případových studií.

Program

- Význam managementu kvality
- Kvalita – vysvětlení pojmů
- Normy systému managementu kvality
- ISO 9001
- Interpretace požadavků normy s orientací na praxi
- Vytváření a implementace procesně orientované dokumentace integrovaného systému managementu
- Procesně orientovaný management kvality
- Proces, orientace na proces a popis procesu
- Základy managementu procesů
- Plánování kvality
- Procesní analýza a optimalizace
- Metody kvality (FMEA, Ishikawa, Pareto-Analýza)
- Základy statistiky
- SPC Statistical Process Control
- Kontrolní mechanismy v managementu kvality
- Náprava a prevence v managementu
- Motivace a techniky k podpoře systému kvality: Kaizen a TQM
- Základy dalších norem integrovaného systému managementu
- Výstavba integrovaného systému řízení

Lektor: Ing. Lumír Pektor

Cena: 18.000,- Kč (bez DPH, 6 dní). Fakturu obdržíte po školení.

(Zdroj: <https://www.tuv-sud.cz/cz-cz/cinnosti/vzdelavani/kvalita/manazer-kvality-6ti-denni-kurz>)

Příloha C – Certifikát od Joint Commission International



(Zdroj: <http://https://www.homolka.cz/o-nemocnici/kvalita-a-bezpecnost/oceneni-a-certifikaty/certifikaty-jci/>)

Příloha D – Certifikát od Spojené akreditační komise



(Zdroj: <http://www.sakcr.cz/cz-main/akreditovana-zarizeni/rok-2017/>)

Příloha E – Certifikát TÜV SÜD Management Service GmbH

22. 8. 2017

www.bbraun-avium.cz/cps/rde/xchg/av-avium-cs-cz/hs.xsl/print.html

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

ZERTIFIKAT ♦ CERTIFICATE ♦ 証明書 ♦ CERTIFICADO ♦ CERTIFICAT



Product Service

CERTIFIKÁT

Č. Q4 15 10 61465 088

Držitel certifikátu:
B BRAUN
SHARING EXPERTISE
B. Braun Avium s.r.o.
V Pasku 2335/20
CZ-146 00 Praha 4

Testovací značka:



Platí pro oblast:

Poskytování zdravotní péče v oblasti
dialýzy

Použitá(e) norma(y): ISO 9001:2008, IEC/TR 62653:2012,
ISO 14001:2004
Norma pama pro
"Správnou dialyzační praxi"

Certifikační místo TÜV SÜD PRODUCT SERVICE GMBH potvrzuje, že výše uvedený podnik zavedl a používá systém řízení jakosti a životního prostředí, který splňuje požadavky uvedené (y)ch normy(emi). Věřtejte pozornost informacím na zadní straně.

Zprava č.: 713052889
Hlavní certifikát o.: Q4 15 10 65097 070
Platí od: 2016-02-18
Platí do: 2018-10-31

Datum: 2016-02-18

Stefan Preiß



Stránky 1 z 3

Prostředím se, že pouze pro informaci. Právní závazná je výhradně anglická verze.

TÜV SÜD Product Service GmbH - Zertifizierstelle - Rattenstraße 65 - 80399 München - Germany

TUV[®]

<http://www.bbraun-avium.cz/cps/rde/xchg/av-avium-cs-cz/hs.xsl/print.html>

1/1

(Zdroj:<https://www.bbraun.cz/content/dam/b-braun/cz/website/certifik%C3%A1ty-kvality/Download%20File.pdf.bb-.33923966/Download%20File.pdf>)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Jitka Pancířová

Obor: Andragogika

Forma studia: Kombinované studium

Název práce: Management kvality a vzdělávání pracovníků kvality ve zdravotnictví

Rok: 2018

Počet stran textu bez příloh: 71

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů českých použitých zdrojů: 21

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 4

Počet internetových zdrojů: 19

Vedoucí práce: Ing. Juraj Eisel, Ph.D.