

Univerzita Palackého v Olomouci

Lékařská fakulta

Postgraduální doktorské studium

Obor: Sociální lékařství

MUDr. František Vlček

**Řízení kompetencí zdravotnického personálu
v kontextu zajištění kvalitní a bezpečné
zdravotní péče**

Dizertační práce

Školitel: Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, PhD

Školící pracoviště:

Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP

přednosta: Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, PhD

Olomouc 2009

Poděkování

Děkuji své školitelce, Doc. PhDr. Kateřině Ivanové, PhD za pomoc a odborné vedení mého postgraduálního studia, za vydatnou pomoc při realizaci výzkumu a za cenné připomínkování dizertační práce.

Děkuji PhDr. Petru Sadílkovi a Lékařskému informačnímu centru za pomoc při realizaci kvantitativní části výzkumu.

Děkuji MUDr. Davidu Marxovi, PhD, za odborné vedení nejen při psaní této dizertační práce.

Děkuji Ministerstvu zdravotnictví ČR za grantovou podporu mé výzkumné práce, díky níž bylo možné provést výzkum v příslušném rozsahu a kvalitě.

Děkuji všem pracovníkům Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP v Olomouci za podporu a za připomínky.

Prohlášení

Předkládanou dizertační práci „Řízení kompetencí zdravotnického personálu v kontextu zajištění kvalitní a bezpečné zdravotní péče“ jsem vykonal samostatně a uvedl jsem veškerou použitou literaturu a jiné prameny.

MUDr. František Vlček

V Olomouci, 16. listopadu 2009

1. ÚVOD	6
2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA VÝZKUMNÉ PRÁCE.....	9
2.1. KVALITA A BEZPEČÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	9
2.2. LIDSKÉ ZDROJE VE ZDRAVOTNICTVÍ	20
2.3. PŘEHLED LEGISLATIVY V ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ	30
2.4. ŘÍZENÍ KOMPETENCÍ JAKO SOUČÁST ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	38
3. METODY	48
3.1. ZAMĚŘENÍ VÝZKUMU	48
3.2. CÍLE VÝZKUMU	48
3.3. HYPOTÉZY	48
3.4. TAZATELSKÝ ARCH.....	51
3.5. ČASOVÝ HARMONOGRAM VÝZKUMU.....	52
3.6. METODIKA VÝZKUMU	52
3.7. CHARAKTERISTIKA VÝBĚROVÉHO SOUBORU	53
3.8. PŘÍPRAVA DATOVÉHO SOUBORU A ZPRACOVÁNÍ DAT.....	54
4. VÝSLEDKY	56
4A. VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍ ČÁSTI STUDIE	56
4A.1. CHARAKTERISTIKY ZKOUMANÝCH ZAŘÍZENÍ.....	56
4A.2. ŘÍZENÍ KVALITY VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	57
4A.3. ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ.....	62
4A.4. ŘÍZENÍ KOMPETENCÍ LÉKAŘSKÉHO PERSONÁLU	70
4A.5. CELKOVÁ KVALITATIVNÍ ÚROVEŇ V PŘIDĚLOVÁNÍ A PŘEHODNOCOVÁNÍ KOMPETENCÍ – STATISTICKÁ ANALÝZA 2. ŘÁDU	87
4B. VÝSLEDKY KVALITATIVNÍ ČÁSTI STUDIE	90
4B.1. CHARAKTERISTIKA NAVŠTÍVENÝCH ZAŘÍZENÍ A OSOB.....	90
4B.2. OBECNÁ ZJIŠTĚNÍ Z REALIZOVANÝCH NÁVŠTĚV	90
4B.3. ŘÍZENÍ KOMPETENCÍ LÉKAŘŮ – PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE	91
5. DISKUSE.....	93
6. ZÁVĚR.....	96
6.1. DOPORUČENÍ PLYNOUCÍ Z VÝZKUMNÉ PRÁCE	96
6.2. HODNOCENÍ SPLNĚNÍ CÍLŮ PRÁCE	98
7. ANNOTATION	100
7.1. OBJECTIVE.....	100
7.2. DESIGN, METHODS.....	100

7.3. RESULTS	100
7.4. DISCUSSION.....	101
7.5. CONCLUSION	101
8. SEZNAM VYBRANÝCH PUBLIKACÍ	102
9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	103
10. SEZNAM ZKRATEK	112
11. SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A SCHÉMAT POUŽITÝCH V TEXTU	113
11.1. SCHÉMATA.....	113
11.2. TABULKY.....	113
11.3. GRAFY.....	113
12. SEZNAM PŘÍLOH	116
13. PŘÍLOHY	117
13.1. TAZATELSKÝ ARCH – KVANTITATIVNÍ ČÁST STUDIE	117
13.2. SCHÉMA NESTANDARDIZOVANÉHO ROZHOVORU (INSTRUKCE PRO PROVEDENÍ NÁVŠTĚVY ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ) – KVALITATIVNÍ ČÁST STUDIE.....	124

1. Úvod

Lidské zdroje představují jeden ze základních vstupů při poskytování zdravotní péče. Není sporu o tom, že se zároveň jedná o nejsložitěji říditelný zdroj, který je zároveň nejnáchylnější k selhání¹, neboť všechny aspekty jeho řízení od plánování až po vedení a kontrolní činnost jsou ovlivněny variabilitou lidského faktoru a nutností spolupráce vedoucích pracovníků na mnoha úrovních. Ve zdravotnictví jsou navíc aktivity zdravotníků i nezdravotnického personálu, jejich vzdělání, spektrum činnosti a profesní rozvoj přísně regulovány, a to jak národní a nadnárodní legislativou, tak profesními organizacemi a doporučenými postupy.

Cílem této práce je nabídnout přehledný popis situace v řízení lidských zdrojů s důrazem na řízení kompetencí lékařského personálu lůžkových zdravotnických zařízení v České republice. Toto téma je v této práci zasazeno do kontextu zvyšování kvality zdravotní péče a zajištění co nejvyšší míry jejího bezpečí, kde lidský faktor představuje zásadní proměnnou.

Kapitola 2. Teoretická východiska výzkumné práce plní jeden z dílčích cílů práce, kterým je pomocí literární rešerše a syntézy dosud získaných poznatků v oblasti řízení lidských zdrojů a v oblasti řízení kvality a bezpečí zdravotní péče popsat vztah mezi kvalitně řízenými lidskými zdroji a kvalitně a bezpečně poskytovanou zdravotní péčí. Záměrem je vysvětlit a argumentačně podpořit tvrzení, že některé aspekty řízení lidských zdrojů, především v oblasti kompetencí personálu, hrají významnou roli v zajištění kvalitní a bezpečné zdravotní péče.

Kapitola 3. Metody se již věnuje samotné výzkumné práci a detailně popisuje zaměření a cíle výzkumu, přes stanovení hypotéz, až po samotnou realizační fázi, dotazníkové šetření a kvantitativní analýzu dat a následnou kvalitativní analýzu pomocí nestandardizovaného rozhovoru se zástupci vybraných zařízení. Důležitým cílem této kapitoly je mimo jiné zdůvodnit výběr hodnocených oblastí a metody prezentace výsledků pomocí odkazů na již realizovaný domácí či zahraniční výzkum. Tato část výzkumné práce byla bezpochyby tou

¹ KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS (Editoři). *To err is human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.* National Academies Press, 2000. 287 s. ISBN 978-0-309-06837-6

nejnáročnější, neboť výběr hodnotících kritérií a způsob jejich analýzy a prezentace má klíčový vliv pro následnou validitu výsledků a jejich reprodukovatelnost.

Obsahem kapitoly 4. Výsledky je především zevrubná analýza stavu řízení lidských zdrojů v lůžkových zdravotnických zařízeních České republiky, a to pomocí kvantitativních a kvalitativních metod. V návaznosti na zaměření celé dizertační práce i v této kapitole těžiště spočívá v oblasti řízení kompetencí lékařského personálu, kde zejména statistická analýza druhého řádu přináší zajímavé vztahy mezi „externím tlakem“² a úrovní řízení lidských zdrojů v této oblasti. Vzhledem k tomu, že kvalitativní část studie přinesla poměrně rozmanité a kusé informace, jejichž přehledná prezentace by byla velmi složitá s rozporuplným přínosem, je zde zvolen spíše syntetický přístup, tedy formulace jakéhosi rámcového doporučení pro řízení kompetencí personálu lůžkových zdravotnických zařízení, který se skládá z dílčích zkušeností získaných při návštěvách vybraných pracovišť.

Kapitola 5. Diskuse přináší zejména konstatování, že všechny stanovené hypotézy byly výzkumnou prací potvrzeny. Poněkud znepokojující je však konfrontace zkušeností kvalitativní části výzkumu s výsledky dotazníkové studie, neboť v několika případech se ukázalo, že přestože v dotazníku uvádí některá zařízení hodnocení svědčící pro dobrou praxi, při osobní návštěvě výzkumníků se ukázalo, že se jedná pouze o formální, nikoli faktické naplnění některých kritérií. Kapitola se touto „disonancí“ zabývá a nabízí možnosti její eliminace v budoucnu.

Kapitola 6. Závěr nabízí zhodnocení toho, jak byly naplněny stanovené cíle práce, jaký dopad by práce měla mít na praxi v provozu zdravotnických zařízení. Především však kapitola přináší strukturované doporučení, které plyne jak z literární rešerše, tak z poznatků samotné výzkumné práce. Tato doporučení jsou rozdělena podle typů opatření, která lze zavést s očekávaným přínosem pro zlepšení situace v oblasti řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví, zejména na úrovni změn legislativního rámce a úprav požadavků/standardů externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče. Provedenou výzkumnou prací lze samozřejmě

² S termínem „externí tlak“ se v tomto textu pracuje poměrně často. Pro účely této dizertační práce se externím tlakem rozumí vybrané systémy externího hodnocení zdravotnických zařízení, které obsahují požadavky na oblast řízení lidských zdrojů, konkrétně se jedná o národní a mezinárodní akreditaci v oblasti kvality a bezpečí zdravotní péče, ISO certifikaci a akreditaci pro postgraduální vzdělávání lékařů.

rozšířit. Tato kapitola prezentuje hned několik návrhů, jak na provedený výzkum efektivně navázat.

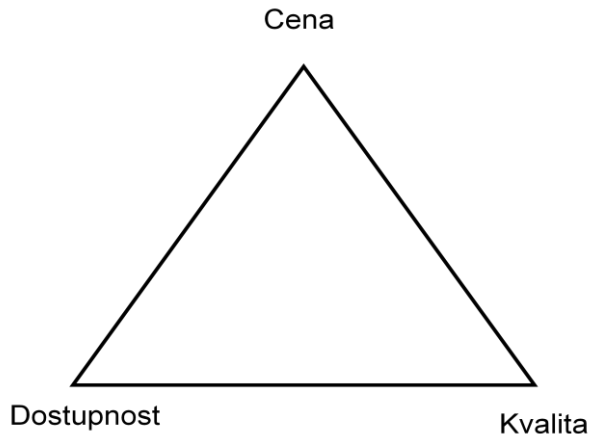
2. Teoretická východiska výzkumné práce

2.1. Kvalita a bezpečí zdravotní péče

2.1.1. Definice kvality zdravotní péče

Společně s dostupností a cenou (nebo též nákladovou efektivitou) patří kvalita ke třem hlavním atributům zdravotní péče, které se vzájemně ovlivňují (viz schéma č. 1). Kvalitu zdravotní péče lze definovat mnoha způsoby, avšak nejčastěji citovanou definicí je ta, se kterou poprvé začal pracovat Institute Of Medicine, který definuje kvalitu jako *míru pravděpodobnosti, se kterou poskytnutá péče přinese pro jednotlivce či populaci žádaný výsledek a je ve shodě s odbornými poznatky*³.

Schéma č. 1 – Hlavní atributy zdravotní péče



Vztah výše znázorněných atributů zdravotní péče se záměrně zobrazuje v trojúhelníku, neboť snaha o ovlivnění jednoho z nich ovlivňuje ostatní. Například, pokud se při zachování stejné ceny zdravotní péče (míněno na úrovni země nebo regionu) rozhodneme pro zvýšení její

³ INSTITUTE OF MEDICINE: *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. 1990, Vol.1. Washington, D.C.: National Academy Press.

dostupnosti (zkrácení dojezdové doby záchranné služby, zkrácení čekacích dob na některé specializované výkony, zvýšení geografické dostupnosti některých služeb apod.), potom lze takové zadání splnit pouze pokud zároveň rezignujeme na kvalitu takto poskytovaných služeb. Analogicky, pokud bychom chtěli zachovat kvalitu a zvýšit dostupnost zdravotní péče, musíme počítat s tím, že takové opatření povede ke zvýšení celkového objemu finančních prostředků nutných k její realizaci.

Přestože toto jednoduché schéma má jisté rezervy (například, pokud jde o cenu, počítá pouze s přímými náklady na poskytování péče, avšak pomíjí dopad zdravotní péče na makroekonomiku státu – vyšší nemocnost, delší čekací doby, případně delší doba rekonvalescence po méně odborně kvalitních výkonech apod. nepřímo negativně ovlivňují hospodářské výsledky státu), má i v dnešní době svou platnost a jeho principy se lze do určité míry řídit jak při administraci celého systému zdravotnictví, tak například při řízení konkrétního zdravotnického zařízení.

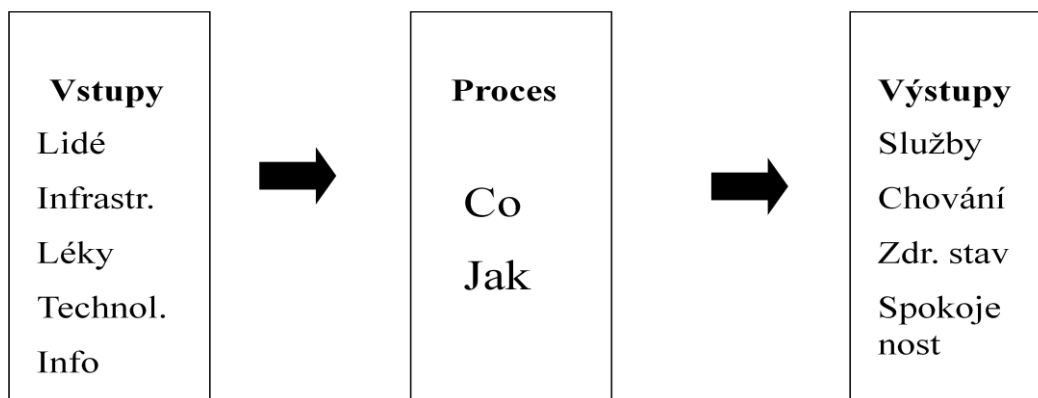
Především v případě atributu kvality zdravotní péče lze říci, že i po mnoha letech, kdy se s tímto termínem pracuje, se stále vedou debaty o tom, jak tento atribut definovat a především kvantitativně vyjádřit pro účely jeho hodnocení. Výše zmíněná definice je tedy jen jednou z mnoha. Další definicí, jejímž původním autorem je také Institute of Medicine, je rozdělení kvality na dvě hlavní složky: subjektivně vnímanou (ať už poskytovateli, plátcí, pacienty nebo personálem) a objektivně měřitelnou pomocí statistických ukazatelů.

Velmi často používanou definici kvality zdravotní péče (především pro její využitelnost pro měření a další ovlivnění kvality) přinesl Donabedian již v roce 1966⁴. Ten již tehdy definoval trojí kvalitu: *kvalitu struktury (vstupů)*, *procesu a výstupu* (viz schéma č. 2). Strukturální kvalita se vztahuje na úroveň vstupů, tedy vhodnost použitého materiálu, budov, léků a zejména úroveň lidských zdrojů při poskytování zdravotní péče. Neméně důležitá je v této definici otázka procesu, tedy jak se s dostupnými zdroji pracuje, jaké postupy jsou aplikovány ze strany personálu. Orientace na výstupy, případně výsledky, jsou velmi významné v kontextu se současným pojetím kvality, tedy zaměření na výsledný produkt a jeho kvalitu,

⁴ DONABEDIAN A: Evaluating the quality of medical care, *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966, č. 44, str. 166- 206.

ať už je jím ukazatel objektivní (např. frekvence komplikací, mortalita apod.) nebo subjektivní (spokojenost pacientů, personálu atd.).

Schéma č. 2 – Úrovně měření a ovlivňování kvality dle Donabediana



Donabedian je také autorem pravděpodobně v praxi nejpoužívanější definice kvality⁵. V této definici rozděluje kvalitu na tzv. *dimenze* (viz tabulka č. 1), čímž dává významný metodický základ pro měření kvality pomocí tzv. *indikátorů kvality*, tedy statistických ukazatelů, které o úrovni dané dimenze kvality vypovídají. Při zamyšlení nad definovanými dimenzemi dojdeme k závěru, že aby nejen zdravotní péče ale i jakýkoli produkt či služba mohla být považována za kvalitní, musí dosahovat určité úrovně ve všech zmíněných dimenzích. Takto stanovené dimenze navíc dávají poněkud vágnímu termínu *kvalita* jasný rámec a při snaze kvalitu měřit a ovlivňovat je při použití této definice snadné nalézt vhodné ukazatele a případná opatření pro jejich pozitivní ovlivnění.

Nelze si nevšimnout, že Donabedianova definice v sobě obsahuje i na úvod této podkapitoly citované tzv. atributy zdravotní péče, tedy nákladovou efektivitu a dostupnost, a zmiňuje je jako samostatné dimenze kvality. Je to proto, že v této definici se počítá i s dosahem zdravotní péče mimo samotný systém jejího poskytování, tedy do makroekonomiky dané země. Toto

⁵ DONABEDIAN A: *Explorations in quality assessment and monitoring*, sv. I, The definition of quality and approaches to its assessment. 1. vyd. 1980. Heath administration press, Ann Arbor.

pojetí dimenzí kvality zdravotní péče tedy počítá například i s tím, že nadužívání zdravotní péče svědčí pro její nekvalitu a i snižování její dostupnosti ovlivňuje kvalitu směrem dolů.

Tabulka č. 1 – Dimenze kvality dle Donabediana

Priměřenost	Míra s jakou je zvolená péče/intervence relevantní k pacientovu stavu, a to dle současných odborných poznatků
Dostupnost	Míra s jakou je vhodná péče/intervence dostupná pro pacienta s konkrétní potřebou/problémem
Kontinuita	Úroveň koordinace péče o pacienta mezi praktickými lékaři, zdravotnickými zařízení (mezi jednotlivými odděleními) a napříč časem
Účinnost	Správnost poskytnuté péče/intervence vzhledem k současným poznatkům, za účelem dosáhnout kýžených/očekávaných výsledků u daného pacienta či populace pacientů
Vhodnost	Míra s jakou je zvolená intervence prokazatelně účinná na konkrétní pacientův stav
Efektivita/výkonnost	Podíl dosaženého výsledku u pacienta k vynaloženým prostředkům za poskytnutou péči
Respekt a lidskost	Míra s jakou je pacient (či jeho blízcí) zapojován do rozhodování o čerpané péči a toho, jak citlivě a s respektem je tento proces veden ze strany poskytovatele zdravotní péče
Bezpečí	Míra předcházení rizikům, která hrozí pacientovi při poskytování zdravotní péče
Včasnost	Míra s jakou je péče/intervence pacientovi poskytnuta v době, kdy je nejvíce potřeba či pro pacienta znamená největší přínos

Toto poněkud rozdílné vnímání kvality *sensu stricto* (v užším slova smyslu, jako jednoho z atributů zdravotní péče) vs. *sensu lato* (v širším slova smyslu, kdy kvalita je jakýmsi všeobjímajícím termínem) lze pozorovat i v každodenním životě, při odborných debatách a v odborných publikacích. Je bohužel obvyklé, že termín kvalita je často používán poněkud promiskuitně bez nutného vysvětlení, co je v daném okamžiku tímto termínem vlastně míněno. Typickým příkladem jsou časté proklamace politiků a politických stran v předvolebním boji nebo přístup masmédií k problematice zdravotnictví⁶.

Rozdělením kvality na dimenze, mezi které patří i hlavní atributy zdravotní péče, se tedy kruhem uzavírá stručný souhrn v současné době nejpoužívanějších definic kvality zdravotní péče.

2.1.2. Externí hodnocení kvality zdravotní péče ve světě a v ČR

Externím hodnocením (ať už se jedná o zdravotní péči nebo o jiný, generický produkt či službu) se rozumí *hodnocení jednotlivce, služby, produktu nebo organizace nezávislou třetí stranou*. Děje se tak na základě předem definovaných kritérií, která jsou, společně s pravidly takového hodnocení, známá oběma stranám – hodnotícímu i hodnocenému. Co možná nejobjektivnější hodnocení má zajistit odborná erudice posuzovatelů a jejich zkušenosti s podobnými nebo stejnými produkty či službami, dále detailně definované požadavky (standards, normy, směrnice) a co možná nejoptimálnější pravidla jejich hodnocení. Mezi typy externího hodnocení patří *inspekce* (výkon dohledu správního orgánu), *certifikace*, *akreditace*, *autorizace*, *validace*, *peer review* a další typy, jejichž popis přesahuje účel tohoto textu.

Počátky externího hodnocení kvality ve zdravotnictví se datují do USA roku 1910, kdy Dr. Ernest Codman a Dr. Edward Martin otevřeně vyjádřili jistou potřebu *standardizace* ve zdravotnictví, a to například v dnes již tak samozřejmé oblasti jako je vedení zdravotnické

⁶ DOLEJŠÍ V: Strany představily své programy. Kdo chce šetřit a kdo rozdávat?, *www.idnes.cz* (online). 1.9.2009. http://zpravy.idnes.cz/strany-predstavily-sve-programy-kdo-chce-setrit-a-kdo-rozdavat-pv8-/domaci.asp?c=A090831_215246_domaci_abr

dokumentace⁷. Společně s Dr. Franklinem na konferenci severoamerických chirurgů a položili základ vzniku první organizace, která se této otázce věnovala: American College of Surgeons. American College of Surgeons nakonec vznikla v roce 1913 a externí hodnocení kvality bylo jejím hlavním účelem⁸. Prostředkem pro hodnocení zdravotnických zařízení byly standardy, které American College definovala v roce 1919 jako *minimální standard*⁹. Byl vyškolen tým pro hodnocení nemocnic dle těchto standardů a proběhlo hodnocení 692 nemocnic o lůžkové kapacitě přesahující 100 lůžek. Výsledky hodnocení byly tak hrozné (pouze 89 nemocnic splnilo tento minimální standard a například pouze 301 nemocnic vedla chorobopis pacienta), že hodnotící tým se je rozhodl spálit v kotelně hotelu Waldorf Astoria v New Yorku.

Na aktivitu American College of Surgeons navázala v roce 1951 Joint Commission on Accreditation of Hospitals, později Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). V případě JCAHO se již jednalo o organizaci, která se zabývala akreditací zdravotnických zařízení v USA a která vydávala a pravidelně revidovala standardy pro různé segmenty zdravotní péče. Již od roku 1967 akreditaci JCAHO uznal program Medicare.

JCAHO začala pro externí hodnocení kvality zdravotnických zařízení používat termín *akreditace* (z angl. *accreditation*). Akreditace však, jako generický termín, je také používána v jiných kontextech. Například v ČR je termín akreditace používán v souvislosti s uznáním zařízení jako školicího pracoviště pro specializační vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a nelékařských zdravotnických profesí ze strany MZČR dle zákona č. 95/2004 Sb.¹⁰, respektive zákona č. 96/2004 Sb.¹¹, a proto je dnes v ČR termín akreditace upřesňován

⁷ CODMAN EA: Autobiografická předmluva v: *The Shoulder: Rupture of the Supraspinatus and Other Lesions in or about the Supracromial bursa*. 1934. Boston, MA. Thomas Todd. s. v-vi

⁸ GASSIOT CA, SEARCY VL, GILES CW: *The Medical Staff Services Handbook: Fundamentals and Beyond*. Ilustrované vydání 2006. 664s. Jones & Bartlett Publishers. ISBN 9780763736941. s. 48-49

⁹ HORNSBY JA: Hospitals as they are: the hospital problem of today – what is it? *Bull Am Coll Surg*. 1917, č. 1., s. 4-11.

¹⁰ § 13 zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

dalším textem, aby se předešlo záměně, tedy *akreditace kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče*, respektive *akreditace pro specializační vzdělávání lékařů či nelékařských zdravotnických profesí*. Oba tyto systémy jsou předmětem zkoumání samotné výzkumné práce¹², neboť oba typy akreditace ve svých požadavcích upravují mimo jiné různé aspekty řízení lidských zdrojů v hodnocených zdravotnických zařízeních.

Akreditace v oblasti řízení kvality zdravotní péče se v Evropě začíná prosazovat koncem 80. let a od té doby počet národních akreditačních systémů neustále narůstá¹³ (což je patrné též z grafu č. 1 - zveřejněno s laskavým souhlasem pana Charlese Shawa), pravděpodobně i díky doporučení Rady Evropy z roku 1997¹⁴ zakládat národní systémy externího hodnocení kvality zdravotní péče.

Akreditace ve zdravotnictví se v Evropě rozvíjely poměrně nezávisle i přes existenci jiného, původem evropského produktu, ISO certifikace. ISO je zkratka pro *International Organization for Standardization* (Mezinárodní organizace pro normalizaci). Tato mezinárodní síť organizací se sídlem v Ženevě a s více než 157 členy koordinuje uspořádání a publikování schválených norem. Některé z těchto norem jsou dnes v Evropě s úspěchem aplikovány též do zdravotnictví. Jedná se především o generickou normu upravující řízení organizace, ISO řady 9000 (první norma této řady byla vydána v osmdesátých letech minulého století) a dále normy, které upravují některé speciální provozy zdravotnických zařízení (například klinické laboratoře – norma 15189) nebo konkrétních procesů (například proces řízení informací dle ISO 27001). ISO certifikace, a to zejména norma ISO 9000, je rovněž předmětem zkoumání v této práci, neboť i tento systém externího hodnocení obsahuje požadavky vztahující se k řízení lidských zdrojů.

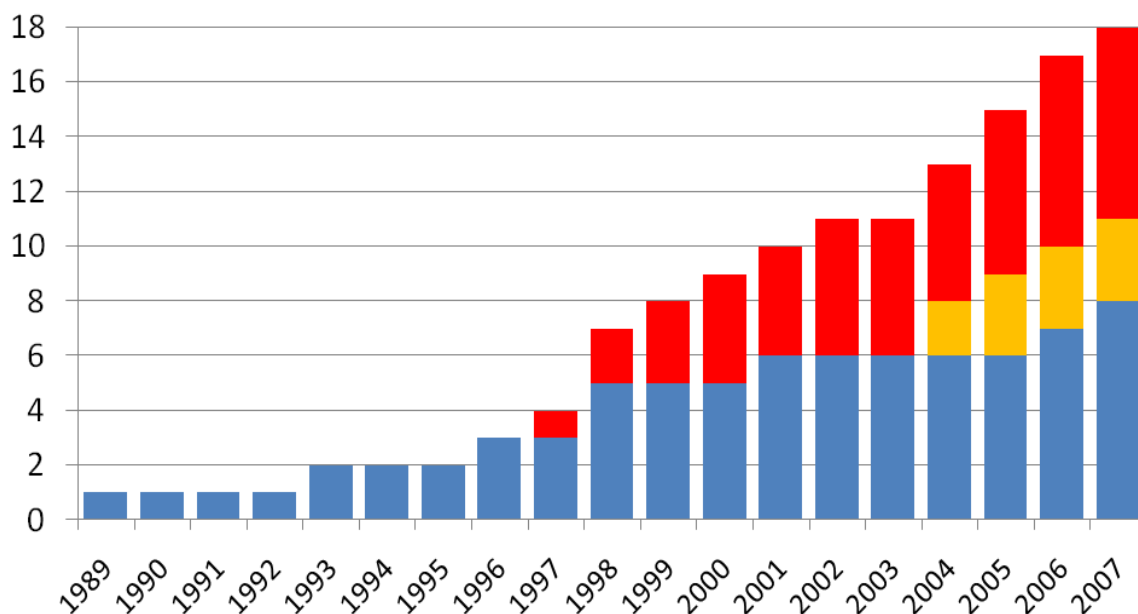
¹¹ § 45 zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

¹² Viz kapitoly 3.-6. této práce

¹³ SHAW CD: Accreditation in European Healthcare. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2006; 32: 266-275. ISSN 1553-7250

¹⁴ Recommendation No R(97)17 of the Committee of Ministers to member states on the development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care

Graf č. 1. – Nové akreditační programy v Evropě v letech 1989 - 2007



Legenda: modrá barva – nestátní akreditující organizace; žlutá barva – smíšené akreditující organizace; červená barva – státní akreditující organizace.

V České republice je situace velmi podobná té evropské. V ČR existuje národní akreditační systém pro řízení kvality a bezpečí zdravotní péče, jehož standardy byly poprvé uveřejněny v roce 1998 ve Věstníku MZČR¹⁵. Od stejného roku provádí akreditaci zdravotnických zařízení Spojená akreditační komise ČR, od roku 2008 transformovaná na obecně prospěšnou společnost s názvem Spojená akreditační komise, o.p.s., a to dle již druhého vydání Národních akreditačních standardů pro nemocnice¹⁶. Dále zde působí veliký počet firem a institucí, které nabízejí konzultační služby a/nebo certifikaci dle rozličných norem ISO. Kromě těchto dvou systémů externího hodnocení vstupuje (i když poměrně marginálně¹⁷) na český trh mezinárodní dceřiná společnost JCAHO, Joint Commission International (JCI), která rovněž vznikla v roce 1998 s cílem provádět akreditace ve zdravotnických zařízeních po

¹⁵ Věstník MZ ČR roč. 1998, částka 7, červen 1998.

¹⁶ MARX D, VLČEK F (ed.): *Národní akreditační standardy pro nemocnice – manuál a metodika plnění*. 2 vyd. 2008. Spojená akreditační komise ČR, Tigis, spol. s.r.o. ISBN978-80-903750-6-2

¹⁷ viz kapitola 4. Výsledky

celém světě (logicky kromě USA). JCI se poněkud vymyká situaci na trhu, neboť v jednotlivých zemích Evropy i světa zaujímá poměrně malý segment vesměs elitních zdravotnických zařízení, v celoevropském a celosvětovém měřítku se však jedná o významného hráče.

Vzhledem k rychlému nárůstu akreditačních systémů v Evropě i na světě se logicky začali objevovat kritici tohoto přístupu ke standardizaci ve zdravotnictví^{18,19}. Jedna z obav, která se objevuje čím dál častěji při pohledu na překotný vznik nových akreditačních programů, je obava o odbornou kvalitu jak standardů samotných, tak systému jejich tvorby, hodnocení, školení posuzovatelů apod. Částečnou odpověď na tuto otázku přinesla Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua), která v roce 1999 spustila svůj mezinárodní akreditační program (International Accreditation Programme, IAP), původně nazývaný také Alfa akreditace, nyní ISQua akreditace²⁰. Cílem bylo „akreditovat akreditátory“. K datu vydání této práce bylo dle akreditačních principů ISQua akreditováno 13 organizací jako celek, 28 různých sad akreditačních standardů a 2 programy vzdělávání a školení auditorů²¹.

2.1.3. Bezpečí zdravotní péče - východiska

Jednou z dimenzí kvality dle Donabediana je též *bezpečí zdravotní péče*, tedy *míra předcházení rizikům, která hrozí pacientovi při poskytování zdravotní péče*. K definici bezpečí pacienta se vyjadřuje, stejně jako ke kvalitě, i Institute of Medicine²², který definuje bezpečnou péči jakou takovou, která *je osvobozená od neúmyslného poškození vlivem*

¹⁸ ØVRETVEIT J, GUSTAFSON D. Using research to inform quality programmes. *BMJ*. 2003, č. 326, s. 759–761. ISSN 0959-8138

¹⁹ GREENFIELD D, BRAITHWAITE J. Developing the evidence base for accreditation of healthcare organizations: a call for transparency and innovation. *Qual. Saf. Health Care*, June 1, 2009. č. 18(3). ISSN 14753898 s. 162 - 163.

²⁰ INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE: *ISQua's International Accreditation program: Assessment Guide for Organizations*. 2008.

²¹ ISQua: ISQua Accreditation (online). <http://www.isqua.org/Accreditations.aspx?men=29>

²² INSTITUTE OF MEDICINE: *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. 2004. Washington, D.C.: National Academy Press.

nežádoucí události při jejím poskytování. Fakt, že zdravotní péče je pro pacienta (a při širším pohledu též pro personál) riziková, se začal otevřeně diskutovat teprve v druhé polovině 80. let, kdy proběhla významná a po metodologické stránce průkopnická studie Harvard Medical practice Study²³. Skupina výzkumníků v ní posoudila 30 121 náhodně vybraných chorobopisů pacientů hospitalizovaných během roku 1984 v 51 náhodně vybraných akutních zdravotnických zařízeních (s vyloučením psychiatrických pracovišť) ve státě New York, a to s cílem popsat epidemiologii poškození pacientů ve zdravotnických zařízeních. Výsledky této studie byly alarmující: mimořádné události (pro účely studie definované jako *poškození způsobené postupem při poskytování zdravotní péče (nikoli průběhem onemocnění), které vedlo k poškození pacienta, k prodloužení hospitalizace či k oběma těmito skutečnostem*) vznikly ve 3,7 % hospitalizací a z nich bylo 27,6 % způsobeno nedbalostí zdravotnických pracovníků. Ze zjištěných mimořádných událostí jich 6,5 % vedlo k trvalé invaliditě a 13,6 % k úmrtí pacienta.

Další podobné studie, jejichž cílem bylo použít stejnou metodologii a ověřit nelichotivé výsledky harvardské studie v jiný čas na jiném místě, na sebe nenechaly dlouho čekat (viz tabulka č. 2)²⁴. Ty, které následovaly bezprostředně, Studie kvality v australské zdravotní péči (The Quality in Australian Healthcare Study²⁵) a Studie Utah-Colorado (Utah and Colorado Medical Practice Study²⁶), bohužel přinesly podobné, respektive v případě australské studie dokonce mnohonásobně horší výsledky (16,6 % hospitalizací bylo zatíženo výskytem mimořádné události dle stejné definice jako v harvardské studii).

²³ BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD NM: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical practice Study I. N. Engl.J. Med., 1991, 324, s. 370-6

²⁴ Všechny studie provedeny v nemocniční péči – akutní hospitalizace

²⁵ WILSON RM, RUNCIMAN WB, GIBBERD RW, HAMILTON JD: An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Healthcare Study. Med J Aust 1995; 163, s. 458-471

²⁶ THOMAS EJ, STUDDERT DM, BURSTIN HR: Incidents and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado in 1992. Med Care, 2000, 38, s. 261-71

Tabulka č. 2 - Souhrnné údaje o studiích výskytu mimořádných událostí při poskytování zdravotní péče

Studie	Rok realizace studie	Posuzovaný počet hospitalizovaných	Počet mimořádných událostí	% výskytu mimořádných událostí
USA – HMPS	1984	30 195	1133	3,8
USA – UCMPS	1992	14565	475	2,9
Austrálie	1992	14179	2353	16,6
V. Británie ²⁷	1999-2000	1014	119	11,7
Dánsko ²⁸	1998	1097	176	9,0
Nový Zéland ²⁹	1998	6579	849	12,9
Kanada ³⁰	2001	3720	279	7,5
Brazílie ³¹	2003	1103	84	7,6
Švédsko ³²	2003-2004	1967	241	12,3

Bezpečí zdravotní péče se díky výše zmíněným studiím stalo natolik závažnou dimenzí kvality, že přestože je bezpečí obsaženo v definici kvality zdravotní péče dle Donabediana,

²⁷ VINCENT C, NEALE G, WOLOSZYNOVYCH M: Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*. 2001, č. 322, s. 517-19. ISSN: 09598138

²⁸ SCHIOLER T, LIPEZAK H, PEDERSEN BL et al.: Danish Adverse event study. Incidence of adverse events in hospitals: a retrospective study of medical records, *Ugeskr Laeger*. 2001, č. 163(39), s. 5370-8.

²⁹ DAVIS P, LAY-YEE R, BRIANT E et al: Adverse events in New Zealand public hospitals: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal*. 2002, č. 115, s. 271. ISSN 1175 8716

³⁰ BAKER GR, NORTON PG, FLINTOFT V et al.: The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2004, č. 170, s. 1678-1686. ISSN: 08203946

³¹ MENDES W, MARTINS M, ROZENFELD S, TRAVASSOS C: The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. Srpen 2009, č. 21(4), s. 285-91. ISSN 1353-4505

³² SOOP M, FRYKSMARK U, KÖSTER M, HAGLUND B: *Int J Qual Health Care*. Srpen 2009, č. 21(4), s. 285-91. ISSN 1353-4505

začalo být vyčleňováno z termínu kvalita a začalo se hovořit o kvalitě a bezpečí zdravotní péče (viz název této podkapitoly) nebo dokonce o bezpečí a kvalitě zdravotní péče. Obrovské prostředky byly od té doby investovány do výzkumu a vzdělávání v oblasti bezpečí zdravotní péče, dodnes vznikají nové organizace zabývající se touto problematikou a akreditační systémy³³ začaly vytvářet standardy, které upravují správnou praxi na organizační úrovni za účelem předcházet známým rizikům, zavádět hlášení nežádoucích událostí a zajistit co nejbezpečnější péči.

2.2. Lidské zdroje ve zdravotnictví

2.2.1. Terminologie

Pro účely následujícího textu je důležité sjednocení terminologie v oblasti řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že terminologie téměř výhradně vychází z angličtiny, je nutný citlivý přístup k jejímu překladu do češtiny. Některé již zažitě termíny používané v češtině mohou při nesprávném překladu být zavádějící pro svou podobnost s anglickými termíny, které je však nutné překládat odlišně. Následující text tedy nabízí definice jednotlivých termínů používaných v řízení lidských zdrojů a v textu této práce a také „páruje“ českou terminologii s anglickými ekvivalenty. Vzhledem k tomu, že Česká republika je součástí mnohojazyčné evropské komunity a výsledky vědeckých prací je často žádoucí publikovat zejména v angličtině, je sjednocení terminologie významným faktorem pro výměnu zkušeností se zahraničními partnery a čerpání teoretických vědomostí ze zahraniční literatury.

Otázkou terminologie se (logicky, vzhledem ke své mezinárodní působnosti) nejvíce zabývá Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, z jejichž publikací vychází

³³ Viz podkapitola 2.1.2. Externí hodnocení kvality zdravotní péče ve světě a v ČR

většina níže uvedených definic^{34,35,36,37,38}. Tato terminologie budiž východiskem pro text této práce a v ideálním případě též pro další publikace zveřejněné k problematice řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví.

Kompetentnost (competence, competency) - schopnost jednotlivce provádět zadané úkony na požadované úrovni, nebo také znalosti, dovednosti, schopnosti a vzorce chování, které umožňují jednotlivci provádět zadané úkoly správně a na požadované úrovni.

Kvalifikace (qualification-s) – dosažení míra vzdělání, specializace, praktický výcvik a délka praxe. Zaměstnavatel (případně zřizovatel či správní orgán) pro svá funkční místa mimo jiné stanovuje minimální úroveň kvalifikace jednotlivce pro zastávání příslušného místa nebo funkce.

Pověřovací listiny (credentials) – Oficiální doklady (obvykle definované zákonem nebo podzákonnou normou), kterými jednatelce zaměstnavateli prokazuje svoji dosaženou kvalifikaci pro získání konkrétního pracovního zařazení.

Pověření k poskytování péče (credentialing) – Proces, při kterém jednatelce prokazuje svoji dosaženou kvalifikaci zaměstnavateli (nebo zřizovateli či správnímu orgánu) za účelem získat oprávnění pro vykonávání konkrétních činností, a to předložením svých pověřovacích listin

³⁴ JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook. 2002, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, IL

³⁵ JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Lexicon: Dictionary of Healthcare Terms, Organizations, and acronyms. Second edition 1998, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, IL, s. 51

³⁶ JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Credentials Review and Privileging: Questions and Answers for Ambulatory Care. 1999, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, IL, s. 23

³⁷ JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Credentials Review, Clinical Responsibilities and Competence Assessment: Questions and Answers for Behavioral Health Care Organizations. 1999, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, IL, s. 4

³⁸ JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION: Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. Překlad 3. vydání 2007, Joint Commission International, Grada Publishing, a.s. 2008, 312.s. ISBN 978-80-247-2436-2, s. 293-306

Pravidelné ověření pověřovacích listin (re-credentialing) – Proces, při kterém jednotlivce opakovaně v pravidelných intervalech prokazuje svoji dosaženou kvalifikaci zaměstnavateli (nebo zřizovateli či správnímu orgánu) za účelem obnovit svá oprávnění pro vykonávání konkrétních činností.

Licence (licence) – Formální oprávnění k výkonu povolání (lékaře, sestry, sociální pracovníka, řídicí funkce apod.), vydávané příslušným státním orgánem v souladu s platnou legislativou

Výkon (performance) – tento termín (jak jeho anglická, tak česká verze) má mnoho konotací. V obecnějším kontextu je výkon definován jako „míra, do jaké jednotlivce nebo organizace plní svoji funkci“³⁹ V oblasti řízení lidských zdrojů nebo obecněji v řízení kvality a bezpečí se výkonem rozumí míra kvality, která je hodnocena skrze konkrétní ukazatele (indikátory). Měření výkonu (jednotlivce nebo organizace) je základním prostředkem získávání zpětné vazby při řízení (jednotlivce nebo organizace).

Zapracování (orientation) – proces, při kterém je zaměstnanec po praktické i teoretické stránce vzděláván a školen v konkrétních vnitřních pravidlech, procesech a činnostech v souvislosti s výkonem své pracovní činnosti.

Popis náplně pracovní činnosti (work description) – písemný seznam činností, povinností a pravomocí, určení nadřízenosti a podřízenosti, hmotné odpovědnosti a dalších činností v souvislosti s konkrétním pracovníkem vykonávající konkrétní pracovní pozici. Závaznost takového písemného dokumentu je obvykle zajištěna jeho přiložením k pracovní smlouvě či jiné smlouvě upravující pracovněprávní vztah zaměstnavatele a zaměstnance. Jednou součástí takového dokumentu může být i seznam přidělených kompetencí a minimální potřebná kvalifikace pro provádění dané pracovní pozice.

Školení (training) – kontinuální proces získávání teoretických znalostí, praktických dovedností a zkušeností v rámci výkonu zdravotnického povolání.

³⁹ *The American Heritage Dictionary of the English Language 3rd ed.* 1992. Boston: Houghton Mifflin Co. ISBN 978-0395825174. S. 1345

Hodnocení výkonu (assessment, performance assessment) – shromažďování dat, ukazatelů o kvalitě a jiné zpětné vazby za účelem jejich posouzení a použití v rozhodovacím procesu při řízení (jednotlivce nebo organizace).

Peer review – tento termín se obvykle nepřekládá. Jedná o konkrétní typ hodnocení výkonu, který provádí pracovník (nebo jejich skupina, komise) se stejnou nebo vyšší kvalifikací než hodnocený. Hodnocení je zaměřeno na odborné kvality hodnoceného a na provádění výkonů dle odborně uznaných pravidel a postupů.

Kompetence (privilege) – oprávnění k provádění konkrétních klinických výkonů či jejich skupin při poskytování zdravotní péče, které uděluje zaměstnavatel (nebo správní orgán) jednotlivci na základě jeho dosažené kvalifikace a hodnocení jeho skutečného výkonu (tedy znalostí, dovedností a výsledků jeho práce).

Řízení kompetencí (privileging, re-privileging) – proces přidělování/odebírání oprávnění k provádění konkrétních klinických výkonů či jejich skupin při poskytování zdravotní péče ze strany zaměstnavatele na základě jeho dosažené kvalifikace a hodnocení jeho skutečného výkonu (tedy znalostí, dovedností a výsledků jeho práce). Tento proces probíhá na začátku pracovního poměru a následně v pravidelných intervalech.

2.2.2. Lidské zdroje ve zdravotnictví – východiska

Jak vyplývá z předchozího textu, lidské zdroje jsou jedním z základních vstupů při poskytování zdravotní péče. Pokud hovoříme o řízení lidských zdrojů, je tím míněno řízení člověka jako pracovní síly, řízení jeho pohybu v organizační struktuře a hierarchii, dohled nad jeho rozvojem a odměňování jeho práce⁴⁰. Řízení lidských zdrojů (personalistika, personální řízení) má všechny složky obecného řízení: plánování, organizování, vedení, kontrolování.

Mezi hlavní úkoly personálního řízení patří:

⁴⁰ IVANOVÁ K: Řízení lidských zdrojů. In: Gladkij a kolektiv: Management ve zdravotnictví. 2003. Computer Press. s. 209. ISBN 80-7226-996-8.

- Personální marketing – orientace a vyrovnávání se se situací na trhu práce, řízení fluktuace a poskytování kontinuálního vzdělávání a specializace zaměstnanců;
- Personální strategie a plánování - vytváření/rušení/redesign pracovních míst, strategické/střednědobé/operativní plánování lidských zdrojů v rámci zdravotnického zařízení. Jako příklady plánů nutných k efektivnímu řízení lidských zdrojů lze uvést plán nábory, výběru zaměstnanců, plán vzdělávání a rozvoje, plán rozmisťování pracovníků, plán odměňování a produktivity, plán propouštění, penzionování apod.;
- Personální činnosti - vznik a ukončení pracovního poměru, stanovení pracovní náplně, zapracování, stanovení kompetencí, průběžné hodnocení pracovníků atd.;
- Sociální konsensus - odměňování, péče o pracovníky, kolektivní smlouva, zajištění bezpečného pracovního prostředí a školení pracovníků v základech bezpečí a ochrany zdraví při práci;
- Řízení kariérových postupů – zajištění/umožnění celoživotního vzdělávání a specializace, řízení postupu pracovníků v hierarchii zdravotnického zařízení v reakci na zvyšování jejich kvalifikace⁴¹.

Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví má svá specifika v porovnání s jinými odvětvími průmyslu nebo služeb, a to zejména:

- Velmi detailní vymezení legislativou – ve zdravotnictví jsou přímo legislativně regulované kvalifikační požadavky na výkon povolání i konkrétní pozice ve zdravotnickém zařízení⁴². Vzhledem k povaze zaměstnavatelů (převážně příspěvkové organizace) je například odměňování zdravotníků regulováno zákonem a podzákonnými normami;
- Vysoká prestiž – výkon povolání zdravotníka, zejména pak lékaře, je spojeno s velkou společenskou prestiží⁴³, což samo o sobě je velkým motivačním faktorem mimo finanční ohodnocení práce, které je naopak v porovnání s jinými sektory poměrně

⁴¹ IVANOVÁ K: Řízení lidských zdrojů. In: Gladkij a kolektiv: Management ve zdravotnictví. 2003. Computer Press. s. 210. ISBN 80-7226-996-8

⁴² Viz podkapitola 2.3. Přehled legislativy v řízení lidských zdrojů

⁴³ ŠKODOVÁ M: Prestiž povolání. Tisková zpráva CVVM. Praha: Sociologický ústav AV ČR. 28.6.2007. Online: http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100704s_eu70628.pdf.

nízké při srovnání ohodnocení pracovníků se stejným nebo podobným vzděláním v resortu zdravotnictví a mimo něj;

- Intelektuální kapacita, vnitřní motivace a autonomie zdravotníků – existuje poměrně málo oborů lidské činnosti, kde je tak vysoká koncentrace vysokoškolsky vzdělaného personálu. Vzhledem k tomu, že se jedná o pomáhající profesi, je výkon povolání zdravotníka též spojen s vysokou vnitřní motivací. Takový stav samozřejmě významně ovlivňuje výběr možných stylů řízení, které lze na zdravotníky aplikovat. Právě tyto faktory (spolu se značnou mírou diverzifikace činností v rámci výkonu povolání zdravotníka) též vedou k až nezdravé autonomii jednotlivých složek organizační struktury, kdy například jedno oddělení je po odborné stránce (ale do značné míry i organizačně) vedeno jedním pracovníkem (primářem, přednostou), který požívá obrovskou míru nezávislosti na vrcholovém managementu zařízení, což často vede jak k neefektivnímu fungování zařízení jako celku, tak jednoznačně přispívá k rizikosti zdravotní péče při kontinuitě průchodu pacienta zařízením⁴⁴;
- Tradiční hierarchizace organizační struktury – to, co způsobuje tento stav, má svoji příčinu především v odborné stránce zdravotnické profese. Zdravotní péče je typickým příkladem kontaktního povolání, kdy ten, kdo provádí či zajišťuje odborný výkon, je do značné míry zároveň tím, kdo o jeho nutnosti či vhodnosti rozhoduje⁴⁵. Tradiční prověřenou metodou, jak omezit rizika pro pacienta z toho plynoucí, je právě vysoká míra hierarchizace, kdy každý zdravotník je po odborné stránce veden, konzultován a kontrolován svým přímým nadřízeným. Studie zabývající se bezpečím zdravotní péče⁴⁶ bohužel přínos takové hierarchizace spíše popírají, protože jejím vedlejším produktem je až příliš velká moc (a zároveň odpovědnost) toho, kdo stojí na vrcholu takové pyramidové struktury a až příliš velká úcta ostatních k takovému jednotlivci,

⁴⁴ Viz podkapitola 2.2.3. Lidské zdroje a bezpečí zdravotní péče

⁴⁵ COOK RI: Two years before the mast: Learning how to learn about patient safety. Přednáška přednesena na konferenci Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care (Annenberg II), Rancho, Mirage, CA, 8.-10.11.1998.

⁴⁶ LEITER M: The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology*. ISSN 0708-5591 1991, sv. 32, s. 547 – 555.

kteřá do značné míry formuje patologickou kulturu uvnitř organizace^{47,48}. Navíc, co může být vhodné pro odbornou stránku práce zdravotníka, nemusí být (a také není⁴⁹) vhodné pro řízení zdravotnického zařízení po stránce organizační;

- Dvoukolejnost, vícekolejnost vedení – tento stav rovněž vyplývá z vysoké míry specializace zdravotnických profesí. Je tedy obvyklé, že každý zdravotník je veden jiným pracovníkem po stránce organizační a jiným po stránce odborné (například sestra na klinickém oddělení je podřízena primáři, ale metodicky je vedena hlavní sestrou, přímý dohled nad ní vykonává vrchní nebo staniční sestra);
- Nepravidelná pracovní doba a velký objem přesčasové práce – zatímco nepravidelná pracovní doba je charakteristická i pro jiná povolání (např. řidič dálkové dopravy, pekař, čišník, sezónní práce v zemědělství či ve stavebnictví apod.), objem přesčasů ve zdravotnictví naopak téměř nemá obdoby v jiném resortu. Objem práce přesčas u lékařů mnohdy představuje více než 800 hodin ročně⁵⁰. Díky tlaku zdravotníků byl také zvýšen limit pro práci přesčas⁵¹ stanovený novelou zákoníku práce⁵², který byl vydán v souladu s evropskou legislativou⁵³. Tlak zdravotníků na možnost pracovat přesčas má jistě svůj původ i ve snaze dosáhnout vyšších výdělků, ale má také své odborné zdůvodnění, neboť intenzivnější kontakt s odbornou problematikou v praxi vede k rychlejšímu získání potřebných zkušeností a rychlejšímu kariérnímu postupu.

⁴⁷ RESNICK D: Toward a Philosophy of Patient Safety: Expanding the Systems Approach to Medical Error, In: Youngberg, B.,J., Hatlie M. eds.: The Patient Safety Handbook, Jones and Barlett Publishers, London, 2004, s. 67-82

⁴⁸ GOODMAN, G. A Fragment Patient Safety Concept: The Structure and Culture of Safety Management in Healthcare, 2003. In Hospital Topics, sv. 81, č 2.

⁴⁹ CARNALL C: Managing Change in Organizations. 5. vydání 2007. Financial Times/ Prentice Hall. ISBN-13 978-0-273-65735-4

⁵⁰ NĚMCOVÁ B: Chcete pracovat v nemocnici? Upište se ke stovkám hodin přesčasů, *www.idnes.cz* (online). 8.8.2008. http://zpravy.idnes.cz/chcete-pracovat-v-nemocnici-upiste-se-ke-stovkam-hodin-prescasu-pwc-/domaci.asp?c=A080807_170443_domaci_ban

⁵¹ NĚMCOVÁ B: Senát schválil novelu, která zvyšuje přesčasy lékařů, *www.idnes.cz* (online). 16.7.2008. http://zpravy.idnes.cz/senat-schvalil-novelu-ktera-zvysuje-prescasy-lekaru-p0g-/domaci.asp?c=A080716_201550_domaci_ban

⁵² § 93a zákona č. 262/2006 Sb. Zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů

⁵³ Čl. 22 odst. 1 písm. d) směrnice Evropského parlamentu a Rady 2003/88/ES ze dne 4. listopadu 2003 o některých aspektech úpravy pracovní doby

Navíc tento vztah není přímo úměrný (o co více času na pracovišti, o to více zkušeností), ale je významně posunutý právě ve prospěch získaných zkušeností. Na druhou stranu však tento stav jednoznačně přispívá k zvýšené únavě zdravotníka⁵⁴, spánkové deprivaci⁵⁵, stresu⁵⁶ a v dlouhodobém měřítku též rozvoji syndromu vyhoření⁵⁷. Zvýšení míry chybovosti a následné poškození pacienta při poskytování zdravotní péče je jen logickým důsledkem těchto faktorů⁵⁸.

2.2.3. Lidské zdroje a bezpečí zdravotní péče

Harvardská studie a další studie, které se zabývaly pochybením při poskytování zdravotní péče, prokázaly, že značný podíl na výskytu mimořádných událostí má lidský faktor. Zatímco další faktory, které ovlivňují bezpečí zdravotní péče, zejména ty technické, se v poslední době daří eliminovat (vyšší spolehlivost a uživatelská vstřícnost zdravotnických prostředků, lepší stav budov a fyzického prostředí zdravotnických zařízení atd.), lidský faktor v posledních dvaceti letech vystupuje stále více do popředí. Jednak protože s variabilitou lidského faktoru na vstupu se dá dělat velmi málo, jednak protože ostatní faktory ustupují „na úkor“ lidského faktoru⁵⁹.

Studie pochybení při poskytování zdravotní péče poskytly překvapivé a nelichotivé informace o bezpečnosti zdravotní péče. Dokonce jdou o krok dále a informují o typech nežádoucích událostí (chyby v průběhu chirurgické péče, nežádoucí události při podávání léků,

⁵⁴ KRUEGER GP: Sustained work, fatigue, sleep loss and performance: A review of the issues. *Work and Stress*, 1989, č. 3, s. 129-141. ISSN 0267-8373

⁵⁵ FIRTH-COZENS J: Stress, psychological problems, and clinical performance. In C. Vincent (ed.) *Medical accidents*, 1993, s. 131-149. Oxford (UK): Oxford university press. ISBN 978-0192622891.

⁵⁶ FELTON JS: Burnout and as a clinical entity: Its importance in healthcare workers. *Occupational Medicine*, 1998, č. 48, s. 237-250. ISSN 0962-7480

⁵⁷ CAMBELL DA: The patient, burnout, and the practice of surgery (Presidential Address). *American Surgeon*, 1999, č. 65, s. 370-376. ISSN 0003-1348

⁵⁸ ROSENTHAL MM, SUTCLIFFE KM (ed.): *Medical Error: What Do We Know? What Do We Do?*. 1. vyd. 2002. 368 s. Jossey-Bass, s. 37-57. ISBN 978-0787963958

⁵⁹ HOLLNAGEL E: *Reliability of cognition: foundations of human reliability analysis*. London Academic Press 1993, s. 35-68. ISBN 978-0-08-042848-2

preventabilní nemocniční nákazy apod.). Vzhledem k typu provedených studií (retrospektivní analýzy) a jejich nebývalému rozsahu (desítky tisíc chorobopisů) však příliš neříkají o etiologii těchto neštěstí, což je logicky ta nejžádanější informace – co vedlo k nežádoucí události, nebo jaká je její tzv. kořenová příčina. Toto je totiž informace, která nám nabízí možnost zjištěnou chybu/slabé místo v procesu napravit a zabránit tak dalším podobným neštěstím. Proto se ve zdravotnictví začaly zavádět systémy detekce nežádoucích událostí, které by představovaly potenciál chybu nejen detekovat, ale též zevrubně analyzovat a odstranit její kořenovou příčinu v měřítku celého systému (pracoviště, zařízení, země atd.).

Jedním ze dvou možných přístupů k detekci nežádoucích událostí je tzv. aktivní surveillance, tedy aktivní vyhledávání nežádoucích událostí v reálném čase (jejími ve zdravotnictví použitelnými typy jsou tzv. screeningová *metoda* a *metoda externího pozorování*). Tyto metody jsou však velmi personálně a časově náročné a využívá se jich dnes spíše okrajově (např. tzv. *bezpečnostní vizity* apod.).

Druhým, stále více rozšířeným přístupem k detekci nežádoucích událostí je jejich hlášení přímo personálem, který se na události sám podílel nebo ji zjistil⁶⁰. Tato metoda umožňuje zevrubnou analýzu, která následuje po nahlášení události, a hledání její kořenové příčiny. Hlášení nežádoucích událostí se věnuje zejména americká JCAHO, tak například britská NPSA⁶¹, některé země ji dokonce jako povinnou zakotvenou v národní legislativě (např. Dánsko). Právě díky hlášení nežádoucích událostí a jejich kořenové analýze se dnes dovídáme více o etiologii těchto událostí. Právě oblast lidských zdrojů je při analýze kořenových příčin nežádoucích událostí skloňována ve všech pádech.

Pokud se povzneseme na tendenci hledat jednoho či skupinu viníků za každou nežádoucí událostí a spíše se budeme snažit hledat systémové důvody selhání, nalezneme mezi takto formulovanými kořenovými příčinami chyb při poskytování zdravotní péče mnoho takových, které souvisejí s řízením lidských zdrojů. Z analýzy mimořádných událostí při poskytování

⁶⁰ FLANNAGAN JC: The critical incident technique. *Psychological Bull.* 1954; 51, s. 327-358. ISSN 0033-2909

⁶¹ SCOBIE S, THOMSON .: Building a memory: preventing harm, reducing risks and improving patient safety. *The National Patient Safety Agency.* London, 2005.

zdravotní péče, kterou provedla Joint Commission⁶², vyplývají následující nejčastější příčiny (ty, které přímo souvisí s řízením lidských zdrojů jsou zvýrazněny kurzívou a podtržením; ty, které souvisí s lidskými zdroji nepřímo, jsou zvýrazněny kurzívou):

- Vadné vybavení nebo materiál
- Nedostupnost vybavení nebo materiálu
- Vadná nebo nedostatečná komunikace
- Nedostatečné zapracování personálu
- Nedostatečný dohled nad podřízeným personálem (rozuměj nejasně nebo nesprávně přidělené kompetence)
- *Časové zpoždění při poskytování některých služeb*
- Nedostatečné personální obsazení (rozuměj přílišné zatížení personálu)
- *Nesprávně zavedený nebo nefunkční proces*

Není pochyb o tom, že správným řízením lidských zdrojů je možné zabránit nebo omezit výskyt případů poškození pacienta při poskytování zdravotní péče. Proto je dnes řízení lidských zdrojů součástí požadavků většiny systémů externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče. Zejména se jedná o požadavek standardizovat následující oblasti:

- Oblast systematického a dokumentovaného zapracování
- Oblast přidělování a pravidelného hodnocení kompetencí
- Oblast hodnocení spokojenosti personálu (detekce přepracování, vyhoření atd.)
- Oblast adekvátního personálního obsazení pracovišť

Lidský faktor je sice pravděpodobně nejsložitěji standardizovatelným zdrojem ve zdravotnictví, ale rozhodně se nejedná o úkol nemožný či nerealizovatelný. Smyslem této výzkumné práce je mimo jiné zjistit, do jaké míry je tento zdroj řízený zdravotnickými zařízeními v ČR v kontextu předcházení nežádoucím událostem při poskytování zdravotní péče.

⁶² JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS: What every health care organization should know about sentinel events. Ilustrované vydání 2005. *Joint Commission Resources*. 110.s. ISBN 9780866889117

2.3. Přehled legislativy v řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví

Bylo by velmi těžké nalézt obor lidské činnosti, který je tak významně regulován národní i nadnárodní legislativou, jako je tomu u zdravotnictví. Legislativní normy zasahují do všech oblastí zdravotní péče v ČR, provozu zdravotnických zařízení, systému úhrady zdravotní péče, práv pacientů apod. Výjimkou není ani oblast řízení lidských zdrojů, která je na jedné straně regulována normami obecnými (např. Zákoník práce – viz níže), na straně druhé buďto speciálními ustanoveními v rámci těchto obecných norem nebo samostatnými, speciálními zákony a podzákonnými normami.

Pro účely poskytnutí přehledného obrazu o stavu řízení lidských zdrojů i pro potřeby samotné výzkumné práce je z výše uvedených důvodů jistě žádoucí nabídnout přehled nejdůležitějších zákonných i podzákonných legislativních norem a nadnárodní legislativy, která různé oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví upravuje, a to přesto, že legislativa se v ČR neustále mění, a to jak vlivem nových legislativních impulsů z praxe, tak díky regulačnímu vlivu Evropského společenství, zejména pak díky turbulentnímu politickému prostředí, ve kterém životnost ministra zdravotnictví je kratší než jeden a půl roku. To však nic nemění na nutnosti být s aktuální legislativou seznámen, pokud máme ambici zabývat se řízením lidských zdrojů ve zdravotnictví.

2.3.1. Zákoník práce⁶³ a některé jeho prováděcí předpisy

Zákoník práce je poměrně mladým a tedy moderním zákonem, který nahradil velmi starý, ještě komunistickým režimem vydaný a mnohokrát novelizovaný Zákoník práce z roku 1965⁶⁴. Mimo jiné však do něj byly zapracovány další zákony a vyhlášky, které do té doby existovaly samostatně. Z oblasti personalistiky se jedná zejména o zákon o mzdě⁶⁵.

⁶³ Zákon č. 262/2006 Sb. Zákoník práce v platném znění

⁶⁴ Zákon č. 65/1965 Sb. Zákoník práce – zrušen pro Českou republiku zákonem č. 262/2006 Sb.

⁶⁵ Zákon č. 1/1992 Sb. o mzdě, odměně za pracovní pohotovost a o průměrném výdělku – zrušen pro Českou republiku zákonem č. 262/2006 Sb.

Zákoník práce obsahuje jak obecná, pro všechny oblasti lidské práce závazná pravidla, tak ustanovení specifická pro zdravotnictví. Zejména jde o již diskutovanou výjimku v délce přesčasové práce⁶⁶.

Pro oblast řízení lidských zdrojů, kterým se věnuje tato výzkumná práce, jsou významné především následující statě Zákoníku práce:

- *Pracovní poměr* a veškeré jeho typy a náležitosti upravuje §30 - §77. V této části je například významný způsob ukončení pracovního poměru a odstupné (§50 - §73), kdy jednou z možností ukončení pracovního poměru zaměstnavatelem je opakované neplnění pracovních povinností v *požadované kvalitě*, což je jedním z argumentů pro měření výkonu zaměstnanců;
- *Pracovní doba a doba odpočinku* jsou upraveny v §78 - §92;
- Již zmiňovaná *práce přesčas* a dále *noční práce a pracovní pohotovost* jsou upraveny v §93 - §99;
- Důležitý aspekt vztahu zaměstnavatel-pracovník, na který je rovněž zaměřena tato výzkumná práce, je *ochrana zdraví zaměstnanců a bezpečnost a ochrana zdraví při práci*, uvedené v §101 - §108, zejména pak povinnost *školení v BOZP* (§103 odst. 1 písm. f) – i);
- *Plat, mzda* a další aspekty *odměňování* jsou upraveny v §109 - §150;
- Důležitá oblast *péče o zaměstnance* je upravena v §224- §235. Součástí tohoto oddílu je rovněž oblast významná pro text této práce – *zapracování (adaptace), prohlubování kvalifikace* a umožnění *kontinuálního vzdělávání* (upraveno rovněž v 302 písm. f).

Výše uvedený výčet rozhodně není kompletní, nicméně postihuje ty oblasti, které souvisejí s výzkumnou prací nebo je jejich dodržování v českých zdravotnických zařízeních přímo zkoumáno.

Zákoník práce má pro oblast lidských zdrojů ve zdravotnictví dva významné prováděcí předpisy.

⁶⁶ § 93a zákona č. 262/2006 Sb. Zákoník práce, v platném znění

Prvním je nařízení vlády č. 361/2007 Sb.⁶⁷, které upravuje a dále rozvádí podmínky *BOZP, kategorizaci prací, školení v ochraně zdraví* atd. Význam tohoto nařízení vlády spočívá zejména v jeho flexibilitě. Případná novelizace při změně evropského práva není tak složitá a na politické situaci závislá jako např. u zákonů. Při pohledu do textu tohoto nařízení vlády zjistíme, že již obsahuje mnoho odkazů na nejrůznější evropské směrnice a normy ČSN EN ISO. Jejich úplný výčet přesahuje účel tohoto textu, nicméně mezi významné, problematiku zastřešující směrnice rozhodně patří Směrnice Rady 89/391/EHS⁶⁸ a Směrnice Rady 89/654/EHS⁶⁹.

Druhým nařízením vlády, které provádí Zákoník práce, je obligátní *katalog prací*⁷⁰, jehož úplný text je přílohou tohoto nařízení vlády. Tento katalog je v podstatě směrodatným dokumentem pro stanovení platových tarifů v příspěvkových organizacích.

2.3.2. Zákon o platu⁷¹ a jeho prováděcí předpisy

Zákon o platu má svůj význam pro pracovníky ve zdravotnictví především proto, že, jak již bylo řečeno, většina zaměstnavatelů ve zdravotnictví patří mezi příspěvkové organizace⁷², a tudíž se tímto zákonem musí řídit. Vzhledem k nutnosti neustále platy valorizovat a upravovat v reakci na aktivitu na trhu práce, jsou aktuální výše platu v daných třídách uvedeny (a pravidelně aktualizovány jeho novelou) v prováděcím předpisu tohoto zákona, konkrétně v

⁶⁷ Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, v platném znění

⁶⁸ Směrnice Rady 89/391/EHS ze dne 12. června 1989 o zavádění opatření pro zlepšení bezpečnosti a ochrany zdraví zaměstnanců při práci

⁶⁹ Směrnice Rady 89/654/EHS ze dne 30. listopadu 1989 o minimálních požadavcích na bezpečnost a ochranu zdraví na pracovišti

⁷⁰ Nařízení vlády č. 469/2002 Sb., kterým se stanoví katalog prací a kvalifikační předpoklady a kterým se mění nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, v platném znění

⁷¹ Zákon č. 143/1992 Sb. o platu a odměně za pracovní pohotovost v rozpočtových a v některých dalších organizacích a orgánech, v platném znění

⁷² ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY: Registr zdravotnických zařízení. www.uzis.cz (online). <http://www.uzis.cz/uzis/rzz/rzz.htm>

příslušném nařízení vlády⁷³. V době psaní této dizertační práce byla poměrně aktuální výše ohodnocení zdravotních sester, neboť jeho nepřiměřenost k ohodnocení jiných vysokoškoláků vedlo k masovému odchodu sester mimo zdravotnictví a hrozilo, že systém zdravotnictví bude vystaven vážným problémům díky personální nouzi. Ministerstvo zdravotnictví na tuto situaci zareagovalo do té doby bezprecedentním krokem a uchýlilo se k diferenciaci platových tarifů pro zaměstnance zdravotnických zařízení (a také zaměstnanců záchranné služby a zdravotníky pracující v zařízení poskytující sociální služby) oproti ostatním zaměstnancům příspěvkových organizací a státní správy. Byl upraven § 5 (přidáním odst. č. 3) a tato skupina zdravotníků dostala „vlastní“ platové tarify, jejichž výše je pak uvedena v příloze č. 3 tohoto nařízení vlády.

2.3.3. „Profesní“ zákony a jejich prováděcí předpisy

Veškeré náležitosti získávání kvalifikace a obecně odborné způsobilosti k vykonávání profese zdravotníka upravují dva tzv. profesní zákony (zákony o zdravotnických povoláních), Zákon č. 95/2004 Sb.⁷⁴ a zákon č. 96/2004 Sb.⁷⁵

Zákon č. 95/2004 Sb. se zabývá povoláním lékaře (§ 4-6), farmaceuta (§ 7-9) a zubního lékaře (§ 10-12), tedy dle systému, který platil před vydáním těchto zákonů, tzv. zdravotníky-vysokoškoláky. Jedná se v podstatě o velmi stručnou normu, jejíž téměř celá druhá polovina (§ 24-36) transponuje evropskou legislativu o uznávání odborné způsobilosti lékařů, zubních lékařů a farmaceutů do legislativy ČR^{76,77,78,79}.

⁷³ Nařízení vlády č. 564/2006 Sb. o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, v platném znění

⁷⁴ Zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění

⁷⁵ Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění

⁷⁶ Směrnice Rady Evropy č. 93/16/EEC z 5.4.1993 k usnadnění volného pohybu lékařů a vzájemného uznávání jejich diplomů, osvědčení a jiných dokladů o jejich formální kvalifikaci, v platném znění

§ 13-18 upravuje jednu z oblastí zkoumaných v této práci, kterou je *akreditace pro specializační vzdělávání lékařů* (a farmaceutů a zubních lékařů). Zákon má v této oblasti též prováděcí předpis, vyhlášku č. 185/2009 Sb.⁸⁰, která stanovuje obory specializačního vzdělávání a obory certifikovaných kurzů, ke kterým je možno pracoviště akreditovat. Akreditovaná zařízení je ve výzkumné práci jednou z třídících skupin, která byla podrobena analýze druhého řádu⁸¹ za účelem zjistit souvislost jejich externího tlaku na úroveň řízení lidských zdrojů na takových pracovištích.

§ 21a-21d upravují novinku, tzv. *rezidenční místa*, tedy místa určená pro lékaře v příslušném oboru specializačního vzdělávání, jejichž práce je na akreditovaném pracovišti financována z prostředků MZČR. I k této oblasti MZČR vydalo samostatný prováděcí předpis, kterým je Vyhláška č. 186/2009 Sb.⁸².

Zákon č. 96/2004 Sb. zcela analogicky k zákonu č. 95/2004 Sb. upravuje všechny výše uvedené oblasti pro nelékařské zdravotnické obory, pouze je samozřejmě významně obsáhlejší, neboť oborů nelékařských profesí je celkem 18, které se dále dělí na podobory. Navíc tento zákon podstatně mění pregraduální vzdělávání nelékařů, a tudíž obsahuje extenzivní a poněkud nepřehledná přechodná ustanovení.

⁷⁷ Směrnice Rady Evropy č. 78/686/EEC z 25.7.1978 o vzájemném uznávání diplomů, osvědčení a jiných průkazů jmenovitých způsobilostí zubních lékařů, včetně opatření pro usnadnění výkonu práva zřízovat a svobodně provozovat služby, v platném znění

⁷⁸ Směrnice Rady Evropy č. 85/433/EEC z 16.9.1985 o vzájemném uznávání diplomů, osvědčení a jiných průkazů jmenovitých způsobilostí ve farmacii, včetně opatření pro usnadnění výkonu práva zřízovat určité aktivity v oblasti farmacie, v platném znění

⁷⁹ Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. září 2005 o uznávání odborných kvalifikací, v platném znění

⁸⁰ Vyhláška MZČR č. 185/2009 Sb. o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, v platném znění

⁸¹ Viz podkapitola 3. Metody

⁸² Vyhláška MZČR č. 186/2009 Sb. o postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta (o rezidenčních místech), v platném znění

I zákon o nelékařských zdravotnických povoláních transponuje důležitou evropskou legislativu o uznávání odborné způsobilosti nelékařů v této oblasti do podmínek ČR⁸³ (§ 73-89).

Na rozdíl od zákona č. 95/2004 Sb. má zákon č. 96/2004 Sb. pro text této práce velmi aktuální prováděcí předpisy, zejména vyhlášku MZČR č. 424/2004 Sb.⁸⁴ a nařízení vlády č. 463/2004 Sb.⁸⁵. V těchto normách je poměrně detailně popsáno spektrum činností, k jejichž vykonávání jsou jednotlivé nelékařské zdravotnické profese oprávněny. Dá se tedy říci, že jakási základní množina kompetencí je pro nelékařský zdravotnický personál upravena touto vyhláškou a nařízením vlády. Řízení kompetencí nelékařského zdravotnického personálu je tedy poněkud snazší než u lékařů, neboť management zdravotnického zařízení má takto alespoň rámcově stanovené maximální spektrum činností, ze kterého potom může při řízení kompetencí nelékařských zdravotnických profesí vycházet.

Posledním důležitým prováděcím předpisem zákona č. 96/2004 Sb. je vyhláška MZČR č. 423/2004 Sb.⁸⁶, která upravuje tzv. *kreditní systém* a celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických profesí vůbec. V této vyhlášce se pracuje s termínem, který má rovněž velmi blízko k řízení kompetencí, tím je *vykonávání činnosti odborným dohledem a bez odborného dohledu*. Co v praxi může činit potíže, je poněkud vágní formulace toho, jak má být odborný dohled vlastně realizován. Přímý dohled při výkonu konkrétního výkonu? Pravidelná revize provedené činnosti nadřizovaným? Nebo pouze přítomnost pracovníka oprávněného pro výkon činnosti bez odborného dohledu na stejném pracovišti, kde pracuje nelékař pod odborným dohledem?

⁸³ Směrnice Rady Evropy č. 77/452/EEC u 27.6.1977 o vzájemném uznávání diplomů, osvědčení a jiných průkazů jmenovitých způsobilostí sester odpovědných za všeobecnou péči, včetně opatření pro usnadnění výkonu práva zřizovat a svobodně provozovat služby, v platném znění

⁸⁴ Vyhláška MZČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění

⁸⁵ Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, v platném znění

⁸⁶ Vyhláška MZČR č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, v platném znění

2.3.4. Další legislativa související s řízením lidských zdrojů ve zdravotnictví

Pokud jsou činnosti nelékařského zdravotnického personálu přímo upraveny vyhláškou č. 424/2004 Sb., potom činnosti lékařů, farmaceutů a zubních lékařů přímo v zákoně č. 95/2004 Sb. nebo v jeho prováděcích předpisech nenajdeme. Jsou stanoveny pouze nepřímo, a to skrze legislativu, která upravuje úhradu zdravotní péče. Jedná se o zákon č. 48/1997 Sb.⁸⁷, jehož prováděcí předpis, pravidelně novelizovaná vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb.⁸⁸ (naposledy novelizovaná vyhláškou č. 244/2009 Sb.⁸⁹), stanovuje seznam zdravotních výkonů a způsob jejich úhrady z veřejného zdravotního pojištění (v příloze vyhlášky).

Vyhláška o hodnotě bodu pracuje s termínem, který je klíčový pro tuto výzkumnou práci, a tou je tzv. *nositel výkonu*. Ten je ve vyhlášce doslova definován takto (kapitola 1 textu vyhlášky): *nositel výkonu je zdravotnický pracovník, který se podílí na provedení výkonu. K výkonu jsou přiřazeny osobní náklady jednoho nositele výkonu, pouze výjimečně více nositelů (operační výkony a podobně). Je-li nositelem výkonu alespoň jeden lékař nebo jiný vysokoškolský pracovník, nejsou zásadně k výkonu přiřazeny osobní náklady nelékařských zdravotnických pracovníků (jsou obsaženy v úhradě nepřímých nákladů - režii).*

Celý text přílohy této vyhlášky potom v kolonce „nositel výkonu“ následně pracuje se třemi kategoriemi odborné způsobilosti nositele výkonu:

- L1 – náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání
- L2 – náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu⁹⁰

⁸⁷ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění

⁸⁸ Vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb. kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění

⁸⁹ Vyhláška č. 244/2009 Sb. kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

⁹⁰ Toto členění však již nemá oporu v platné legislativě

- L3 – náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta se specializovanou způsobilostí

Výše uvedená definice nositele výkonu má jeden výrazný nedostatek. Nestanovuje, co je vlastně míněno tím, že dotyčný se „podílí“ na výkonu. Analogicky k nelékařským zdravotnickým profesím chybí vysvětlení, zda se tím míní to, že nositel tento výkon přímo vykonává, nebo pouze nad ním vykonává jakýsi odborný dohled, neboli výkon odborně zaštiťuje, přestože jeho vykonavatelem je odborník s jinou (obvykle nižší) kvalifikací. Je zřejmé, že ani plátcí nejsou ve výkladu tohoto pojmu zajedno a při výkonu revizní činnosti se jejich interpretace liší. Při pohledu na aktuální seznam výkonů však lze přijmout jen jednu interpretaci. Tu, kde nositel výkonu je pouze odborným garantem. Drtivá většina výkonů stanovená sazebníkem totiž vyžaduje odbornou úroveň L3, v menší míře L2 a opravdu výjimečně L1, což by jinak znamenalo, že lékaři bez atestace (a před absolvováním základního kmene – ekvivalent 1. atestace dle dřívějšího systému) by takřka nemohli pracovat. Navíc by se celkové výdaje na provoz zdravotnických zařízení neúnosně navýšily právě o cenu práce odborně, respektive specializovaně způsobilých pracovníků. Jedním příkladem za všechny může být urologie, kde v kolonce „nositel výkonu“ nalezneme „L1“ pouze u dvou výkonů z celkových cca 300 – katetrizace močového měchýře permanentní cévkou a suprapubická punkce měchýře jehlou (viz tabulka č. 3). Dokonce i vyšetření urologem (ať už komplexní, cílené nebo kontrolní) má u nositele stanovenou minimálně úroveň L2.

Tabulka č. 3 – Příklad definice výkonu v sazebníku výkonů (urologie – L1)

76211 KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE PERMANENTNÍ CÉVKOU

Kategorie: P – hrazen plně
OM: A – pouze ambulantně – agregován do OD

čas výkonu: 5
body: 79

Nositel	INDX	Čas
L1	1	5

ZUM: ne
ZULP: ne

76225 SUPRAPUBICKÁ PUNKCE MĚCHÝŘE JEHLOU

Kategorie: P – hrazen plně
OM: bez omezení

čas výkonu: 5
body: 25

Nositel	INDX	Čas
L1	1	5

ZUM: ne
ZULP: ne

Stanovování kompetentnosti k výkonu na základě formálního vzdělání jeho nositele představuje extrémně strukturalistický přístup⁹¹, postrádá totiž další aspekty hodnocení výkonu jednotlivce, jako jsou kvalita provádění výkonu, frekvence jeho provádění nebo doba uběhnuvší od posledního provedeného výkonu.

Všechny argumenty, jak vyplývá z textu výše, hovoří pro interpretaci „nositele výkonu“ jako jeho odborného garanta, který splňuje příslušné kritérium kvalifikace a „ručí“ za provedený výkon ve vztahu zdravotnické zařízení – plátce. Pokud budeme takto sazebník chápat, potom ale můžeme oprávněně očekávat, že odbornému garantovi výkonu mimo jiné připadá úkol řídit k tomuto výkonu (nebo jejich skupině) příslušnou kompetenci u svých podřízených⁹². Přesně tato role středního a liniového managementu zdravotnického zařízení je detailně zkoumána v této výzkumné práci.

2.4. Řízení kompetencí jako součást řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví

2.4.1. Řízení kompetencí ve zdravotnictví - východiska

Jak již bylo řečeno, řízení kompetencí lze definovat jako *proces přidělování/odebírání oprávnění k provádění konkrétních klinických výkonů či jejich skupin při poskytování zdravotní péče ze strany zaměstnavatele a to na základě pracovníkovy dosažené kvalifikace a hodnocení jeho skutečného výkonu (tedy znalostí, dovedností a výsledků jeho práce). Tento proces probíhá na začátku pracovního poměru a následně v pravidelných intervalech.*

Žádná slovní definice pravděpodobně neznázorní jednotlivé komponenty řízení kompetencí tak didakticky, jako je na první pohled zřejmé ze schématu č. 3 (viz níže). Toto schéma zobrazuje čtyři množiny (roviny), které odpovídají reálným komponentám řízení lidských zdrojů a jejichž promítnutím vzájemně na sebe vznikají průniky, které všechny mají reálný ekvivalent ve skutečném provozu zdravotnického zařízení. Tyto množiny/roviny jsou:

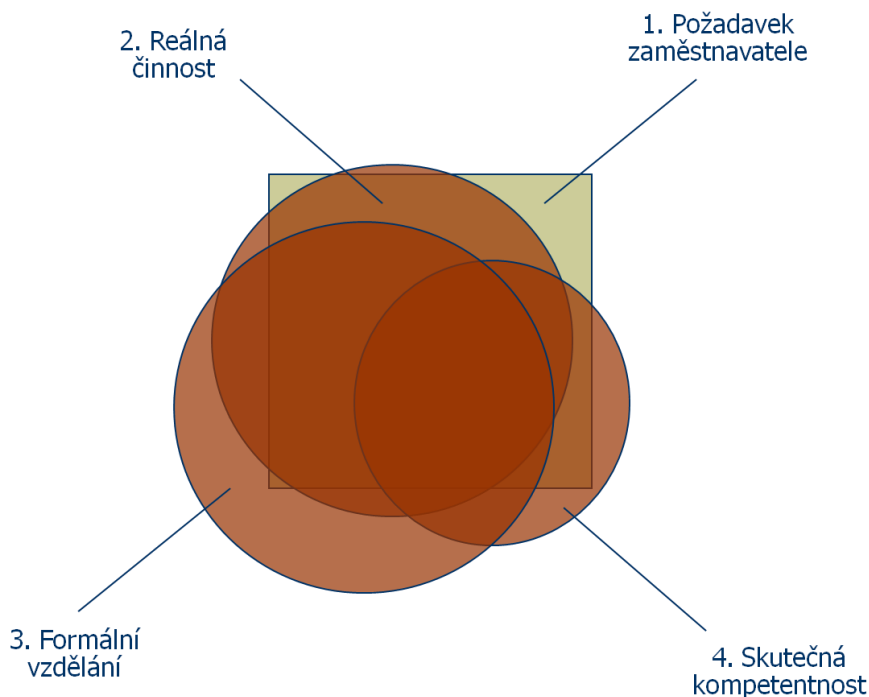
⁹¹ Viz podkapitola 2.4.2. Hodnocení výkonu při řízení lidských zdrojů

⁹² Viz kapitola 2.4. Řízení kompetencí jako součást řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví

1. Požadavek zaměstnavatele – písemná pracovní smlouva (nebo jiný pracovněprávní vztah), který mimo jiné obsahuje požadavek na oblast činností, které zaměstnavatel pracovníkovi stanovuje, tedy náplň pracovní činnosti, definice nadřízenosti a podřízenosti, práva a povinnosti apod.;
2. Reálná činnost pracovníka – činnosti, které skutečně pracovník v rámci pracovní doby provádí;
3. Formální vzdělání – skupina činností, ke kterým dotyčného pracovníka opravňuje jeho dosažené formální vzdělání, tedy k jakým činnostem je odborně kvalifikován;
4. Skutečná kompetentnost – činnosti, které, nezávisle na formálních oprávněních dotyčného, pracovník umí/zná/ovládá na dostatečně vysoké úrovni, a to buď úrovni stanovené odbornou autoritou (např. odbornou společností) nebo v lepším případě přímo zaměstnavatelem.

O *řízení* hovoříme v souvislosti s kompetencemi proto, že tato činnost v sobě zahrnuje většinu aspektů obecného řízení – kompetence je nutné plánovat, vyhodnocovat a pravidelně aktualizovat vzhledem k neustále se měnícím vstupním parametrům, které do tohoto procesu vstupují.

Schéma č. 3 – Roviny řízení kompetencí zdravotníků (původní schéma⁹³)



Každá ze čtyř výše uvedených rovin představuje určitou manažerskou výzvu a v praxi provozu zdravotnického zařízení lze u každé z nich pozorovat, nebo lépe, předpokládat určité problémy či nedostatky:

V rovině 1, písemně stanoveného požadavku ze strany zaměstnavatele, lze často v praxi pozorovat značnou vágnost, tedy nejasné hranice této množiny. Pracovní smlouvy v konkrétních zdravotnických zařízeních často tam, kde se očekává přesný popis pracovní náplně, obsahují pouze přepis odstavce z katalogu prací⁹⁴, který však primárně slouží pouze k zařazení zaměstnance do příslušné platové třídy dle jeho dosažené kvalifikace, nikoli k přesnému a úplnému výčtu jeho pracovní náplně. Navíc jsou samotné smlouvy nebo jejich

⁹³ VLČEK F: Řízení kompetencí lékařů v ČR. *Nástroje zvyšování bezpečnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních – národní seminář MZČR*. 23.2.2009, Palác Charitas Praha.

⁹⁴ Nařízení vlády č. 469/2002 Sb., kterým se stanoví katalog prací a kvalifikační předpoklady a kterým se mění nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě

části, které definují pracovní náplň pracovníka často zastaralé a neodpovídají skutečným potřebám pracoviště, na kterém se dotýčný nachází a kde vykonává práci.

V rovině 2 je hlavním nedostatkem (zdrojem neshody s pracovní smlouvou) stav, kdy dotýčný pracovník na jedné straně neplní svoje povinnosti stanovené v náplni práce a/nebo na straně druhé vykonává práci jinou, než kterou po něm formálně zaměstnavatel požaduje (v terminologii schématu č. 3 se jedná o činnosti mimo průnik množiny 1 a 2. Nejčastějším důvodem bývá buď nedostatečné vedení a kontrola ze strany nadřízeného (nadřízený o tomto stavu neví) nebo jeho přímý podíl na nerespektování požadavku zaměstnavatele (nadřízený tento stav vyžaduje). Dalším zdrojem značných problémů v této rovině bývá nedostatečné nebo někdy dokonce žádné *zapracování* pracovníka do jeho pracovních činností. Při vykonávání většiny úkolů je totiž činnost dotýčného pouze součástí širšího procesu uvnitř zařízení (např. skladování, předepisování podávání léků, vedení zdravotnické dokumentace nebo proces odběru, zasílání laboratorních vzorků a následného příjmu výsledků a jejich vyhodnocení), do kterého vstupují také jiní pracovníci a který je nutné provádět nejen odborně správně, ale také dle vnitřních pravidel zaměstnavatele, ve spolupráci s ostatními pracovníky a používáním konkrétních pomůcek, nástrojů a přístrojů. Pokud tedy není pracovník, přestože je dostatečně odborně způsobilý, řádně do všech činností zapracován, stává se jakousi „neřízenou střelou“, což je stav, který často přispívá k pochybení při poskytování zdravotní péče a následného poškození pacienta.

Podobně jako v rovinách 1 a 2, i v rovině 3 se lze dopustit určitých chyb. Především se jedná o neshodu odborné kvalifikace pracovníka s jeho pracovní náplní. Není samozřejmě problém, a je to neoddiskutovatelné právo zaměstnavatele, když zaměstnavatel nezahrne do pracovní náplně pracovníka činnosti, ke kterým pracovníka opravňuje jeho formální vzdělání a kvalifikace (tedy omezí jeho náplň práce vůči jeho kvalifikaci ve smyslu „mínus“). Je však velkým pracovní právním a tedy i ve vztahu k pacientovi občanskoprávním rizikem, pokud zaměstnavatel umožní pracovníkovi vykonávat činnosti, ke kterým tento nemá požadovanou kvalifikaci (tedy ve smyslu „plus“), a to buď formálně na úrovni jeho písemné náplně práce (rovina 1) nebo neformálně na úrovni vykonávaných činností na pracovišti (rovina 2).

Pravděpodobně největší manažerskou výzvu představuje rovina 4. Kompetentnost pracovníka lze řídit pouze za předpokladu, že jeho znalosti a dovednosti, případně objektivní výsledky jeho práce jsou nějakým způsobem hodnoceny a tím uváděny do kontextu s ostatními rovinami. Možným (a pravděpodobně velmi častým) nedostatkem je buď nedostatečné nebo

neformální (bez písemného dokladu) hodnocení kompetentnosti pracovníka. S trochou nadsázky se dá říci, že tato rovina v řízení lidských zdrojů může i zcela chybět. V lepším případě je buď „neveřejná“ (hodnocení probíhá neformálně), neobjektivně hodnocená (neexistují pro její hodnocení jasná předem definovaná kritéria) nebo, i když hodnocení probíhá, nejsou stanoveny minimální požadavky na kompetentnost pracovníka v té či oné oblasti, jejichž splnění/nesplnění by vedlo umožnění/neumožnění pracovníkovi danou činnost provádět v rámci jeho pracovní náplně (kompetencí).

Řízení kompetencí si tedy lze analogicky k výše uvedenému schématu č. 3 představit jako řízení jednotlivých množin/rovin za účelem dosáhnout jejich co největšího vzájemného překryvu, tedy:

Ad 1.: Přesným stanovením náplně pracovní činnosti v rámci smlouvy upravující pracovněprávní vztah zaměstnavatele a pracovníka a dále její pravidelná aktualizace, jejímž cílem je neustále upravovat stanovenou náplň práce vzhledem k měnícím se podmínkám na cílovém pracovišti. K tomu je zapotřebí spolupráce administrativního managementu zaměstnavatele (který vede doklady pracovníka v jeho osobním spisu) a jeho přímého nadřízeného, který jediný má zase přehled o tom, jaké jsou skutečné a aktuální požadavky na vykonávané činnosti v rámci provozu daného pracoviště.

Ad 2.: Uplatňováním nástrojů řízení ze strany nadřízeného, jako jsou dohled, vedení a kontrolování pracovníka. Jedině tak lze dosáhnout jeho skutečného plnění povinností písemně stanovených v popisu pracovní náplně. Významnou součástí řízení této roviny je správné a úplné zapracování pracovníka do všech činností, které vyžadují dodržování vnitřních předpisů, spolupráci s ostatními kolegy či používání konkrétních pomůcek, nástrojů a přístrojů atd. Odborný předpoklad pro vykonávání určité práce je pouze jedna strana mince, tou druhou je jejich vykonávání v konkrétním zařízení, kde jsou nějak nastavená vnitřní pravidla, formy komunikace a mezioborová spolupráce. Tyto oblasti lze pokrýt pouze řádným zapracováním.

Ad 3.: Na jedné straně přesným vymezením činností, které lze s příslušnou kvalifikací provádět a jejich reflektováním v pracovněprávním vztahu se zaměstnancem, na straně druhé přísným dohledem a kontrolou ze strany nadřízeného. Dále je nutné v pravidelných intervalech, v lepším případě vždy po změně, reflektovat na zvyšující se kvalifikaci zaměstnance, a to revizí dokladů o této dosažené kvalifikaci, specializaci či absolvování kurzů

apod. a v návaznosti na ni aktualizovat písemný popis pracovní náplně. I zde je nutná spolupráce jak administrativního vedení (personalisty), nadřízeného (primáře, vrchní sestry) a samotného pracovníka, který je ovšem obvykle motivován tuto skutečnost zaměstnavateli sdělit, neboť obvykle vede ke zlepšení jeho platového ohodnocení.

Ad 4.: Vytvořením hodnocení pro každou klíčovou činnost nebo skupinu činností pracovníků. Zde je třeba vycházet z toho, že u každého hodnocení reálné kompetentnosti je nutné:

- a) Stanovit oblasti, ve kterých je pracovník hodnocen;
- b) Stanovit časový rámec takového hodnocení (do kdy po nástupu a v jak častých pravidelných intervalech);
- c) Stanovit metodiku hodnocení u jednotlivých činností. Ta může být:
 - i. subjektivní ze strany nadřízeného – v tom případě je nutné alespoň definovat kritéria za účelem omezení odchylky při hodnocení různými jednotlivci;
 - ii. objektivní – pomocí dat o kvalitě práce dotyčného;
- d) U každého kritéria stanovit minimální požadavek, který, když jej pracovník splní, je považován za kompetentního – zde lze využít doporučení odborných společností nebo tento minimální požadavek stanovit s vedením odborných pracovišť.

Je zřejmé, že v rovině 4 se administrativní vedení organizace (personalista, personální oddělení) neobejde bez spolupráce středního a liniového managementu. Od něj totiž musí pocházet stanovení kritérií, oblastí hodnocení a zejména hodnocení samotné. Hypotéza 3 výzkumné práce⁹⁵ předpokládá závažné problémy v této oblasti a považuje střední a liniový management za jeden z nejslabších článků při řízení kompetencí klinického personálu.

Do procesu řízení kompetencí vstupují i další oblasti, které nejsou zobrazeny na schématu č.

3. Jedná se zejména o:

- a) subjektivní postoje pracovníka samotného – které činnosti chce či nechce vykonávat (například v souvislosti s osobními přesvědčeními či názory), kde by chtěl být za x let po nástupu atd.

⁹⁵ viz kapitola 3. Metody

- b) objektivní faktory ovlivňující kompetentnost pracovníka – sem patří zdravotní stav (např. kvalita zraku, lokomoce apod.) nebo například abusus (alkoholismus, užívání návykových látek apod.)

I výše uvedené další oblasti je nutné zahrnout do procesu řízení kompetencí, neboť mají velký vliv na případnou kompetentnost pracovníka.

2.4.2. Hodnocení výkonu při řízení lidských zdrojů

Hodnocením kompetentnosti, a to se všemi jeho aspekty, od stanovení kritérií až po jejich hodnocení, se zabývá mnoho monografií i původních vědeckých prací. Na hodnocení kvality práce jednotlivce lze totiž vztáhnout stejná východiska jako na hodnocení kvality služby či produktu obecně. Můžeme se, dle Donabedianovy definice úrovně kvality⁹⁶, zaměřit na různé úrovně hodnocení/měření – na strukturu, proces nebo výstup/výsledek.

Analogií ke strukturálnímu hodnocení kvality obecně je v oblasti hodnocení jednotlivce posouzení jeho formálního vzdělání v individuálním měřítku nebo personální obsazení pracoviště v měřítku činnosti celku (oddělení, celého zařízení apod.). Při strukturálním pojetí hodnocení musíme, abychom prokázali, že měříme validní údaj, nejdříve hledat argumenty (jaké jiné než vědecké), že pozitivním ovlivněním určitého strukturálního parametru pozitivně ovlivníme výsledek. Tedy, pokud například chceme argumentovat nízkým personálním obsazením pracovišť nebo formou pracovněprávního vztahu, na základě kterého odborníci vykonávají svou činnost (například zaměstnanecký poměr vs. smluvní lékaři, příspěvková organizace vs. akciová společnost apod.) jako ukazatelem kvality poskytované péče, musíme nejdříve prokázat vliv takového strukturálního ukazatele na výslednou kvalitu poskytované péče. Vlivem způsobu kontraktace lékařů se například zabývá López⁹⁷, který dochází k překvapivému závěru, že nemocnice, které angažují tzv. „hospitalisty“ (praktické lékaře pracující v nemocnici na základě dodavatelského smluvního vztahu), dosahují ve vybraných ukazatelích (například léčba pneumonie) lepších výsledků než nemocnice ostatní. Další studie

⁹⁶ viz podkapitola 2.1.1. Definice kvality zdravotní péče

⁹⁷ LÓPEZ L, HICKS LS, COHEN AP, MCKEAN S, WEISSMANN JS: Hospitalists and the quality of care in hospitals. *Arch Intern Med.* Srpen 2009. č. 10;169(15). s. 1389-94. ISSN 0003-9926

zabývající se strukturálními parametry v řízení lidských zdrojů již tak jednoznačné nejsou. Například Minnicková v několika výzkumných pracích^{98,99} zkoumá vliv počtu sester a organizace jejich práce na jednotkách intenzivní péče na kvalitu a bezpečí poskytnuté zdravotní péče. Bohužel nenachází přesvědčivou argumentaci pro konkrétní poměr počtu sestry-pacient ani pro jeden typ organizace práce. V Německu nedávno proběhla studie, jejímž cílem bylo prozkoumat vztah právní formy nemocnic (neziskové vs. ziskové, státní/regionální vs. soukromé) na spokojenost lékařů, kteří jsou v těchto organizacích zaměstnáni¹⁰⁰. Ani zde se nepotvrdila žádná souvislost.

Poměrně zajímavým a efektním způsobem přistupuje ke korelaci některých strukturálních ukazatelů s kvalitou výsledné práce lékaře tým profesora Jaffera na Lékařské fakultě londýnské King's College¹⁰¹. Za použití nejmodernější technologie, zejména nejrozumnějších počítačových simulací a chirurgických trenažérů zkoumají takové strukturální faktory jako je délka praxe, délka služby před výkonem (tedy jakýsi nepřímý, strukturální ukazatel únavy) apod. na kvalitu provedení některých výkonů. I zde se ukazuje, že nelze spoléhat na strukturální ukazatele jako je délka praxe, neboť výslednou kvalitu ovlivňují i interpersonální rozdíly. Lapidárně řečeno „šikovnější“ jedinec potřebuje na zvládnutí výkonu na určité úrovni méně času nebo počtu opakování než ten méně šikovný. Výzkum profesora Jaffera tedy jako vedlejší produkt předkládá argumenty pro měření výkonu lékařů samotného než snahu o nepřímé hodnocení skrz délku praxe, počet provedených výkonů nebo kvalifikaci dotyčného.

Se stejným problémem jako v případě strukturálních ukazatelů se musíme vyrovnávat i při hodnocení ukazatelů procesních, tedy určování, do jaké míry hodnocený jednotlivec dodržuje postupy, ať už se jedná o postupy odborně doporučené nebo vnitřní pravidla zařízení ve kterém dotyčný pracuje. I zde je předpokladem pro validitu hodnocení důkaz, že dodržení

⁹⁸ MINNICK AF, MION LC: Nurse labor data: the collection and interpretation of nurse-to-patient ratios. *J Nurs Adm.* Zář 2009; č. 39(9): s. 377-81. ISSN: 0002-0443

⁹⁹ CATRAMBONE C, JOHNSON ME, MION LC, MINNUCK AF: The design of adult acute care units in U.S. hospitals. *J Nurs Scholarsh.* 2009 Mar;41(1):79-86. ISSN: 1527-6546

¹⁰⁰ MACHE S, VITZTHUM K, NIENHAUS A, KLAPP BF, GRONEBERG DA: *BMC Health Serv Res.* Srpen 2009, č. 13;9. s. 148. ISSN 1472-6963

¹⁰¹ JAFFER A, BEDNARZ B, CHALLACOMBE B, SRIPRASAD S: The assessment of surgical competency in the UK. *Int J Surg.* Únor 2009, č. 7(1). s. 12-15. ISSN 0973-6042

určitého postupu má pozitivní vliv na výsledek, tedy například delší přežití, nižší míru komplikací nebo lepší kvalitu života pacienta. Přesto zde máme poněkud snazší práci, neboť mnoho (rozhodně však ne všechny) doporučených klinických postupů (jedním příkladem za všechny budiž podání kyseliny acetylsalicylové pacientovi s infarktem myokardu do 24 hodin po přijetí na lůžko^{102,103}) se zakládá na vědeckém poznání (tzv. „evidence-based“ postupy). Dodržování doporučených klinických postupů lze tedy s úspěchem hodnotit jako jedno z kritérií kvality práce zdravotníka, míru dodržování vnitřních organizačních norem zařízení lze zase pokládat za ukazatel správného zapracování a profesní kázně zaměstnance. Navíc lze podklady pro hodnocení těchto ukazatelů s úspěchem čerpat z poměrně solidních zdrojů jako je například zdravotnická dokumentace pacienta.

Pokud se rozhodneme hodnotit kvalitu výkonu jednotlivce pomocí ukazatelů výsledkových, odpadá práce s hledáním vztahu takového ukazatele na kvalitu poskytované péče. O to složitější úkol nás však čeká v ostatních aspektech takového hodnocení.

Prvním problémem spočívá již v hledání vhodného indikátoru, neboť kvalitu některých činností lze extrémně těžko kvantifikovat. Příkladem mohou být některé skupiny činností, jako je provádění konziliárních vyšetření. Přestože se nepochybně jedná o kompetenci, kterou je žádoucí řídit, je velmi složité až nemožné nalézt objektivní indikátor, který by bylo možné použít pro její hodnocení. V takovém případě se musíme „spokojit“ s odbornou úvahou nadřízeného, zda již dotýčný pracuje na dostatečné úrovni, aby takovou kompetenci získal, nebo vybrat pro jeho hodnocení jiný než výsledkový indikátor.

Další výzvu představuje samotný sběr dat. Výskyt komplikací po konkrétním invazivním výkonu nebo další výsledkové ukazatele totiž pravděpodobně nezískáme bez spolupráce samotných zdravotníků, kteří musí takovou komplikaci nahlásit nebo jinak zavést do nějaké databáze, ať už administrativní nebo určené přímo pro hodnocení kvality. Mnohdy se však

¹⁰² ARORA RR, RAI F: Antiplatelet Intervention in Acute Coronary Syndrome. *Am J Ther.* Květen 2009. ISSN: 1075-2765

¹⁰³ SPINLER SA: Managing acute coronary syndrome: evidence-based approaches. *Am J Health Syst Pharm.* Červen 2007, č. 64(11 Suppl 7), s. 14-24. ISSN: 1079-2082

setkáváme s tendencemi zdravotníků své neúspěchy zakrývat či jejich frekvenci účelově zkreslovat¹⁰⁴.

Když už se nám podaří získat validní výsledková data k hodnocení práce jednotlivce, objeví se další výzva v podobě správné metody analýzy těchto dat. Mnohdy se totiž, pokud se „snížíme“ v hodnocení objektivních dat až na úroveň jednotlivého pracovníka, dostaneme do oblasti malých čísel, jejichž statistická analýza neukáže nic jiného než velkou směrodatnou odchylku a tedy nemožnost taková data interpretovat jinak než jako nedostatečná. Navíc je třeba si uvědomit, že stejný výkon nemusí být u různých pacientů spojen se stejnou referenční hodnotou frekvence komplikací, veliký vliv na výsledek mají totiž například komorbidita pacienta, akuita výkonu v daném případě apod. Navíc je zaběhlou odbornou praxí, že „nejtěžší případy“ řeší nejzkušenější lékař na pracovišti. Prostou statistickou analýzou komplikací (bez jejich vážení, tzv. „risk adjustment“) by byly výsledky falešně posunuty ve prospěch těch méně zkušených lékařů.

Orientace na výsledky při hodnocení výkonu jednotlivých pracovníků je tedy jistě žádoucí, ale nesmírně složitá a, stejně jako každý statistický nástroj, může v nesprávných rukou představovat spíše problém. Jedním z řešení je vstup odborných vedoucích pracovníků do takového procesu hodnocení podřízených. Hodnocení tedy reálně probíhá na základě objektivních dat, ale přes jakýsi filtr v daném oboru vzdělaného, zkušenějšího nadřízeného, který má předpoklady pro to, aby sám vybral vhodné ukazatele ke sledování a správně interpretoval jejich výsledky. K administrativnímu vedení zařízení již pak pouze dorazí informace, zda je nebo není dotyčnému pracovníkovi příslušná kompetence přidělena. Nelze však počítat s tím (a je to také jednou z hypotéz výzkumné práce), že střední management bude takovou činnost vykonávat sám od sebe, bez jasně formulovaného požadavku od vrcholového managementu zdravotnického zařízení, případně, že se o takové, mnohdy velmi neformální a nestrukturované informace, bude s vedením zařízení ochotně dělit.

¹⁰⁴ LEAPE, LL, LAWTHERSs, AG, BRENNAN, TA, JOHNSON WG: Preventing medical injury. *Qual Rev Bull.* 1993, č. 19, s. 144-149. ISSN: 0097-5990

3. Metody

3.1. Zaměření výzkumu

Výsledky výzkumné práce „Řízení kompetencí zdravotnického personálu v kontextu zajištění bezpečné zdravotní péče“ byly zpracovány na základě výzkumu nemocnic a odborných léčebných ústavů. Výzkum byl realizován se záměrem zhodnotit úroveň řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví s důrazem na kompetence lékařského personálu. Předkládaný text obsahuje výstupy jak kvantitativní části výzkumu (použity matematicko-statistické metody), tak kvalitativní části (případové studie) – viz dále.

3.2. Cíle výzkumu

Cíle výzkumu byly definovány následujícím způsobem:

1. Zhodnotit stav řízení lidských zdrojů v lůžkových zdravotnických zařízeních z hlediska plnění stávající legislativy, a to především s důrazem na lékaře.
2. Zhodnotit stav řízení kompetencí v lůžkových zdravotnických zařízeních s důrazem na lékaře.

3.3. Hypotézy

Stanovené cíle byly operacionalizovány do následujících hypotéz:

Hypotéza 1

Předpokládáme, že plnění legislativních požadavků pro vykonávání konkrétní zdravotnické profese dnes zdravotnickým zařízením většinou nečinní potíže.

Indikátory hypotézy 1

Pro tuto oblast byly jako indikátor vybrány dvě oblasti požadované zákonem: vstupní a pravidelné školení v protipožární ochraně a vstupní a pravidelné školení v BOZP (včetně existence vnitřního předpisu, který jejich provádění požaduje), které vyplývají ze zákoníku práce¹⁰⁵. Viz otázky tazatelského archu¹⁰⁶ č. 15, 16 a 17.

Hypotéza 2

Předpokládáme ale, že se (především neakreditovaná či jinak externě nehodnocená) zařízení příliš nezabývají tím, že formální kompetence jsou pouze rámcem a že konkrétní kompetence je nutno přizpůsobit výše uvedeným faktorům a určit unikátní výčet konkrétních kompetencí pro každého zaměstnance, který nastoupí a pracuje v daném zdravotnickém zařízení (všechny výše uvedené faktory mají navíc jistou dynamiku a je tedy nutno kompetence každého zaměstnance nejen určit na začátku, ale pravidelně přehodnocovat. Není tedy obvyklá praxe, že v dané chvíli nebudou v nemocnici dva lékaři stejné formální kvalifikace, kteří by měli stejné spektrum kompetencí).

Indikátory hypotézy 2

Řízení kompetencí se věnuje celá sekce tazatelského archu – otázky č. 21 (přidělování kompetencí) a 22 (přehodnocování kompetencí), včetně podotázek.

Hlavní tvrzení této hypotézy – fakt, že u neakreditovaných či jinak externě nehodnocených zařízení je situace jiná než u těch, na které je vyvíjen tento externí tlak – je ověřováno analýzou druhého řádu. Tedy vztahením odpovědí na tyto otázky (respektive přepočítaným skóre z těchto odpovědí – čím vyšší číslo odpovědi, tím blíže k lepší praxi a naopak – aritmetický průměr číselných hodnot odpovědí u každého zařízení potom představuje tzv.

¹⁰⁵ Zákon č. 262/2006 Sb. Zákoník práce v platném znění

¹⁰⁶ Kopie tazatelského archu viz příloha č. 1 této práce

index kvality řízení kompetencí, tato metoda je s úspěchem používána v jiných studiích¹⁰⁷) k tomu, zda je zařízení akreditováno, certifikováno nebo akreditováno pro specializační vzdělávání lékařů, či zda se k některému z těchto externích hodnocení připravuje¹⁰⁸. Tyto třídící otázky jsou uvedeny v tazatelském archu pod čísly 6 až 11.

Hypotéza 3

Předpokládáme, že největší problémy s přístupem ke konkrétnímu procesu přidělování kompetencí má střední a liniový management zdravotnického zařízení (celý tento proces přidělování, odebrání a pravidelného přehodnocování kompetencí klade navíc vysoké nároky na střední a liniový management zdravotnického zařízení - spolupráce s personálním oddělením).

Indikátory hypotézy 3

Odpověď na tuto hypotézu přinese analýza odpovědí na stejné otázky jako u hypotézy 2 – celá sekce tazatelského archu vztahující se ke kompetencím, otázky číslo 21 a 22. V tomto případě však půjde o statistickou analýzu počtu odpovědí, které hypotézu potvrzují (odpovědi 1 a 2 jak u přidělování, tak přehodnocování kompetencí), představují přijatelnější, avšak stále nedostatečnou variantu (3 a 4 u přidělování, u přehodnocování logicky tato možnost neexistuje), případně hypotézu vyvracejí (odpovědi 5 a vyšší u přidělování, respektive 3 a vyšší u přehodnocování kompetencí).

Hypotéza 4

Předpokládáme, že konkrétní kompetence lze objektivně stanovit pouze na základě statistických dat o výkonu jednotlivce, což je (podle našich předpokladů) další velký problém.

¹⁰⁷ LOMBARTS M J M H et al.: Differentiating between hospitals according to the "maturity" of quality improvement systems: a new classification scheme in a sample of European hospitals. *Quality and Safety in Health Care*. 2009. sv. 18. s. i38-43. ISSN 14753898

¹⁰⁸ Viz kapitola 4A.5. Celková kvalitativní úroveň v přidělování a přehodnocování kompetencí – statistická analýza 2. řádu

Indikátory hypotézy 4

Indikátorem pro tuto hypotézu je odpověď 7 (u přidělování), respektive 5 (u přehodnocování kompetencí) na otázky číslo 21 a 22. Počet těchto odpovědí potom bude předmětem statistické analýzy (počet odpovědí 7 respektive 5), neboť tato varianta představuje příklad dobré praxe.

Hypotéza 5

Předpokládáme, že mnohé procesy se již dějí, avšak nejsou formálně označovány a chápány jako proces přidělování kompetencí. (Například primář chirurgie, když tvoří rozpis lékařů na jednotlivé operace, mnoho z výše uvedených faktorů zvažuje, ale nepoužívá k tomu statistická data a svoje rozhodnutí zdůvodňuje pouze sobě sama. Předpokládáme u procesů, které již existují, chybění formální stránky).

Indikátory hypotézy 5

Analogem k této hypotéze je odpověď 2 na otázky 21 a 22 tazatelského archu. I zde bude ve výsledcích zkoumán počet těchto odpovědí.

3.4. Tazatelský arch

Cíle, hypotézy a jejich indikátory byly operacionalizovány do podoby jednotlivých otázek v rámci tazatelského archu, určeného jednotlivým nemocnicím a odborným léčebným ústavům. V jeho rámci byly zjišťovány následující údaje:

- charakteristika lůžkového zdravotnického zařízení (celkový počet lůžek, počet hospitalizovaných a ambulantních pacientů za rok 2007, roční obrat zařízení, počet personálu – lékařského, nelékařského zdravotnického a ostatních);
- ukazatelé řízení kvality ve zdravotnickém zařízení (akreditace SAK, mezinárodní akreditace dle standardů JCI, certifikace ISO a příprava na ni, jiné dosažené certifikáty kvality, akreditace k specializačnímu vzdělávání lékařského personálu);
- problematika řízení lidských zdrojů (oblast vstupního a pravidelného hodnocení lékařů, oblast zapracování lékařů, oblast hodnocení spokojenosti lékařů);

- řízení kompetencí lékařského personálu, jejich přidělování a přehodnocování.

3.5. Časový harmonogram výzkumu

Výzkumný záměr a projekt výzkumu byl zpracován v průběhu července - října 2007. Jeho oponování proběhlo v listopadu 2007, předvýzkum sloužící k ověření instrumentů a znění jednotlivých otázek byl realizován) počátkem ledna 2008.

Vlastní terénní šetření bylo uskutečněno v období od 1. února 2008 do 15. března 2008, shromáždění tazatelských archů, jejich optická a logická kontrola a vkládání dat do počítače, matematicko – statistická analýza, tabelování a interpretace dat včetně zpracování a oponování signální zprávy byla provedena do 31. května 2008.

Návštěvy vybraných zdravotnických zařízení s cílem shromáždit případové studie popisující dobrou praxi probíhaly v měsíci červnu 2008.

3.6. Metodika výzkumu

Výzkum byl koncipován jako sociologický dle projektu a s využitím výzkumných instrumentů, zpracovaných Ústavem sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty UP v Olomouci a připomínkových Lékařským informačním centrem a agenturou INRES - SONES. Terénní šetření (kvalitativní část studie) bylo provedeno technikou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. V odůvodněných případech byla ponechána možnost, aby zdravotnické zařízení vyplnilo tazatelský arch samostatně a kvalita vyplnění byla posléze tazatelem kontrolována. Konečná podoba tazatelského archu byla stanovena na základě výsledků předvýzkumu (studie literatury v rámci výběru vhodných oblastí dotazování včetně vybraných kompetencí, připomínkování, pilotování).¹⁰⁹

¹⁰⁹ Tazatelský arch použitý v kvantitativní části studie je přílohou č. 1 této práce

Sběr dat byl proveden tazatelským aktivem agentury INRES - SONES. Byl zabezpečován 76 profesionálními tazateli v celé České republice. Optickou, logickou kontrolu, kódování a vkládání dat do počítače prováděli pracovníci agentury INRES – SONES.

Statistické zpracování dat bylo provedeno programem SASD (statistická analýza sociálních dat). Zpracován byl 1. stupeň třídění a kontingenční tabulky vybraných ukazatelů 2. stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě χ^2 a dalších testovacích kritérií, aplikovaných dle charakteru znaků. Na základě této analýzy byla provedena interpretace dat a zpracovány příslušné tabulky a grafy.

Shromažďování případových studií s účelem nalézt příklady dobré praxe probíhalo formou nestandardizovaných rozhovorů při osobních návštěvách ve vybraných zdravotnických zařízeních. Vhodná zdravotnická zařízení byla vybírána na základě předběžné analýzy výsledků kvantitativní části – zařízení vykazující vysokou úroveň řízení lidských zdrojů.¹¹⁰

3.7. Charakteristika výběrového souboru

V rámci výzkumu byly nejprve kontaktovány písemně, mailem a telefonicky všechny nemocnice a odborné léčebné ústavy v ČR. Takto bylo osloveno 192 nemocnic (stav k 31. 12. 2007 dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky) a 162 odborných léčebných ústavů (stav k 31. 12. 2006 dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky). Na základě vyhodnocení základních charakteristik zařízení a s přihlédnutím k ochotě zúčastnit se výzkumu bylo do výběrového souboru zařazeno 76 zdravotnických zařízení lůžkového typu, z nich bylo 52 nemocnic a 24 odborných léčebných ústavů. Vzhledem k základnímu souboru tvoří výběrový soubor 27,1 % nemocnic ČR a 14,8 % odborných léčebných ústavů ČR. Jejich zastoupení je dostatečné pro to, aby bylo možné závěry z kvantitativního výzkumu zobecnit pro základní soubor nemocnic a odborných léčebných ústavů v České republice.

K územnímu, resp. regionálnímu zařazení dotazovaných zařízení slouží členění dle krajů ČR, platné od roku 2001.

¹¹⁰ Instrukce (schéma) k provedení nestandardizovaného rozhovoru je přílohou č. 2 této práce

Ve výběrovém souboru jsou zastoupena zdravotnická zařízení ze všech krajů České republiky.

Tabulka č. 4 – Složení výběrového souboru dle krajů

KRAJ	A	%
PRAHA	4	5,3
STŘEDOČESKÝ	6	7,8
JIHOČESKÝ	5	6,6
PLZEŇSKÝ	3	3,9
KARLOVARSKÝ	5	6,6
ÚSTECKÝ	5	6,6
LIBERECKÝ	5	6,6
KRÁLOVÉHRADECKÝ	4	5,3
PARDUBICKÝ	5	6,6
VYSOČINA	5	6,6
JIHOMORAVSKÝ	8	10,4
OLOMOUCKÝ	5	6,6
ZLÍNSKÝ	5	6,6
MORAVSKOSLEZSKÝ	11	14,5
CELKEM	76	100,0

3.8. Příprava datového souboru a zpracování dat

Každý vyplněný tazatelský arch prošel důkladnou logickou a optickou kontrolou. Kontrolovány byly logické vazby a úplnost a věrohodnost vyplnění. Vyřazeny byly tazatelské archy s nefunkčními logickými vazbami a neúplně vyplněné.

Použitá výzkumná metodika zahrnovala u vybraných znaků několik úrovní filtrace během rozhovoru. Pochopitelně zde vznikl problém dvou typů chybějících údajů - za první tzv. strukturálních missingů, to jsou případy, kdy údaj chybí, protože otázka nebyla položena na základě podmínky filtru, za druhé tzv. pravých missingů, kdy otázka měla být položena a nebyla nebo byla položena a nebyla zodpovězena - takovýchto chybějících údajů nebylo mnoho, nicméně se vždy v dotazových šetřeních vyskytují. Vzhledem k tomu, že pro matematicko-statistické analýzy je potřeba definovat chybějící nebo nevalidní údaje jako jednu hodnotu, sloučili jsme oba typy missingů. Vlastní analýzy pak byly samozřejmě provedeny na základě validních hodnot každého znaku.

Mezi použitými položkami byly spojitě odpovědi. Logicky bylo pak potřeba provést řadu transformací na datovém souboru, aby bylo možné hlavní výsledky přehledně shrnout.

V důsledku zmíněné transformace se změnil charakter znaků u transformovaných proměnných ze spojitých většinou na intervalové či kategoriální.

4. Výsledky

4A. Výsledky kvantitativní části studie

V této části jsou interpretovány výsledky kvantitativního výzkumu. Interpretace je provedena na základě matematicko-statistické analýzy dat, získaných v rámci výzkumu nemocnic a odborných zdravotních ústavů. Analyzovány jsou základní charakteristiky sledovaných zdravotních zařízení, pozornost je věnována řízení kvality, řízení lidských zdrojů a řízení kompetencí, včetně jejich přidělování a přehodnocování.

4A.1. Charakteristiky zkoumaných zařízení

V rámci charakteristik zkoumaných zařízení byl zjišťován stav v roce 2007. Sledován byl počet lůžek v zařízení, počet hospitalizovaných a ambulantních za rok, roční obrat zařízení a počet personálu (lékařů, nelékařského zdravotnického personálu a ostatních).

Z hlediska **celkového počtu lůžek v zařízení** k 31. 12. 2007 byly ve výběrovém souboru zastoupeny zařízení od 26 lůžek (Městská nemocnice Hustopeče) do 2094 lůžek (Fakultní nemocnice Brno). Průměrný počet lůžek v zařízeních činil 438.

Dle **ročního počtu hospitalizovaných pacientů** bylo ve výběrovém souboru zaznamenáno rozpětí od 188 osob (Dům ošetrovatelské péče – Home care Dolní Rychnov) do 75 680 osob (Fakultní nemocnice Brno). Průměrný počet hospitalizovaných pacientů za rok činil ve sledovaných zařízeních v uvedeném období 12 327 osob.

Další ze sledovaných charakteristik byl **počet ambulantních pacientů** za rok 2007. Ten se pohyboval v rozpětí od 66 osob (nemocnice Měšice) do 1049520 osob (Fakultní nemocnice Brno). Roční průměr ambulantně ošetřených pacientů činil ve sledovaných zařízeních 153 469 osob. Celkem 11 zařízení uvedlo, že pacienti ambulantně neošetřují.

Důležitým ukazatelem charakteristiky zařízení bylo zjišťování **ročního obratu zařízení**. Ten se pohyboval v rozmezí od 17 905 617 Kč (Léčebna dlouhodobě nemocných ve Valašském Meziříčí) do 4 280,000.000 Kč (Fakultní nemocnice Brno). Průměrný roční obrat sledovaných zařízení činil 567 176 711 Kč, celkový pak 36 299 309 523 Kč. Nutno však uvést, že 11 zařízení odmítlo tento ukazatel pro potřeby výzkumu uvést.

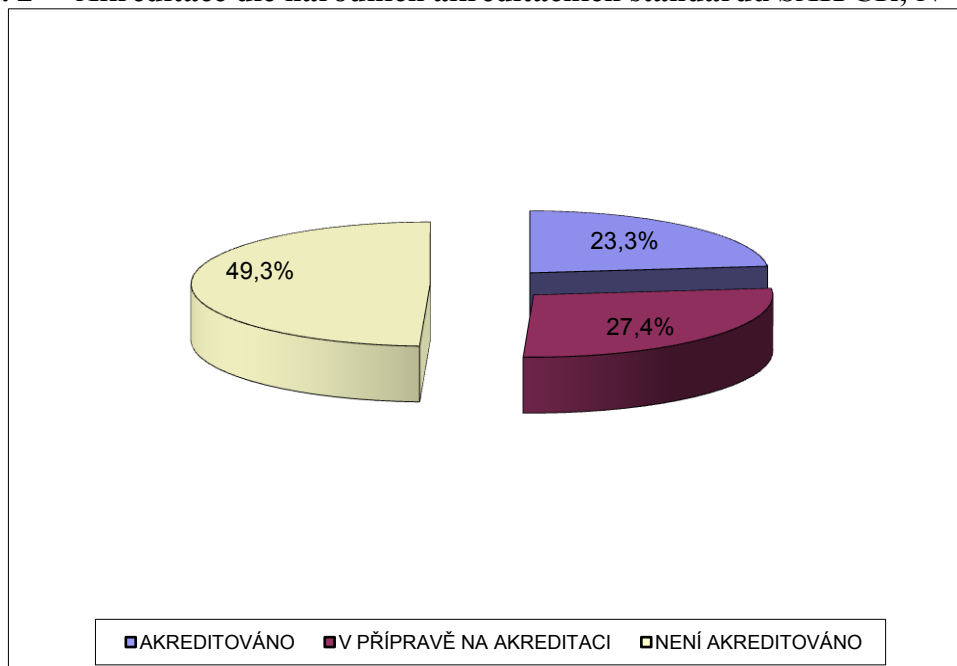
Poslední z charakteristik zařízení, která byla v rámci výzkumu sledována, byla **početnost personálu** (ekvivalent plného úvazku – průměrný evidenční počet přepočtený za 1. – 12. 2007). Z hlediska počtu lékařů jsou ve výběru zařízení, zaměstnávající od 3 lékařů (uvedlo 5 zařízení) do 718 lékařů (Fakultní nemocnice Brno). Průměr lékařů ve sledovaných zařízeních činil 83 osob. V případě nelékařského zdravotnického personálu (včetně farmaceutů) bylo v zařízeních zaměstnáno od 20 osob (Městská nemocnice Slavičín) do 3101 osob (Fakultní nemocnice Brno). Průměrný počet zaměstnanců v případě nelékařského zdravotnického personálu činil ve sledovaných zařízeních 403 osob. V případě ostatního personálu činí rozpětí od 0 osob (LDN Valašské Meziříčí) do 1004 osob (Fakultní nemocnice Hradec Králové), v průměru pak 145 osob.

4A.2. Řízení kvality ve zdravotnických zařízeních

Z hlediska řízení kvality byla v rámci výzkumu sledována skutečnost, zda zdravotnická zařízení mají či usilují o různé typy akreditací či certifikací, týkající se kvality poskytované léčebné a preventivní péče. Byla zjišťována akreditace dle národních akreditačních standardů SAK ČR, mezinárodní akreditace dle mezinárodních akreditačních standardů JCI. Ověřována byla rovněž skutečnost, zda pracoviště mají či zda se připravují k ISO certifikaci případně k jiným typům certifikátů kvality. Výzkum se zaměřil rovněž na existenci akreditace k specializačnímu vzdělávání lékařského personálu.

Z hlediska **akreditace dle národních standardů SAK ČR** je situace vyjádřena v následujícím grafu.

Graf č. 2 - Akreditace dle národních akreditačních standardů SAK ČR; N = 73

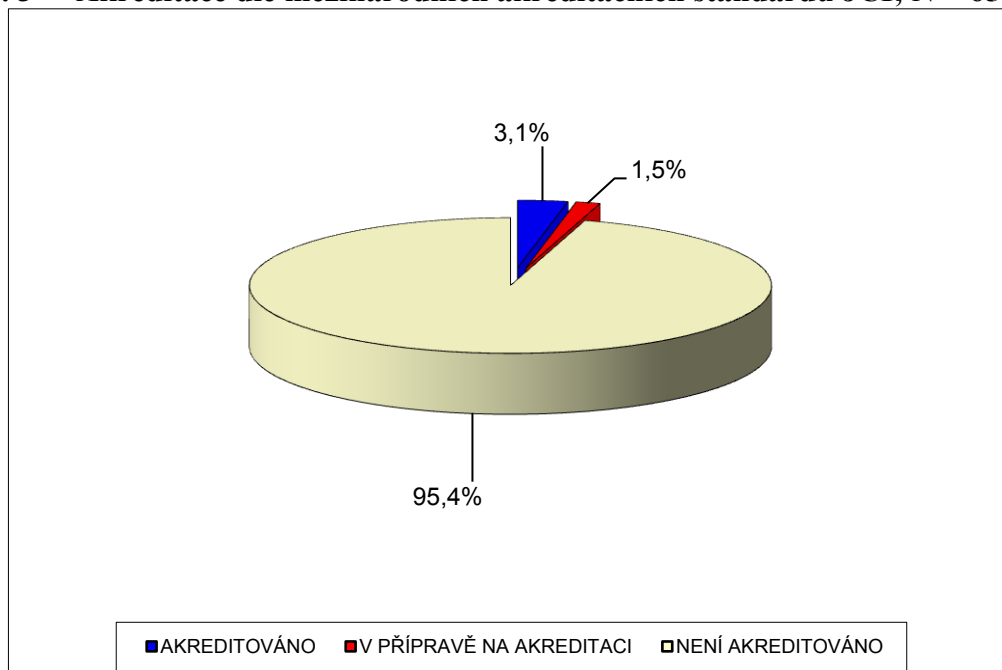


Akreditaci dle národních akreditačních standardů SAK ČR vlastní necelá $\frac{1}{4}$ (23,3%) lůžkových zdravotnických zařízení, další více než $\frac{1}{4}$ (27,4%) na získání tohoto typu akreditace připravuje. Zbývající necelá $\frac{1}{2}$ zařízení akreditaci dle standardů SAK ČR nemá ani o ni neusiluje.

Testovací kritéria, aplikovaná na základě druhého stupně třídění, neidentifikovala statisticky významné rozdíly v získávání akreditace SAK ČR či v přípravě na ni mezi nemocnicemi a odbornými léčebnými ústavy. Nelze tedy konstatovat, že by nemocnice usilovaly o tento typ akreditace více než odborné léčebné ústavy a naopak.

Velmi nízký je podíl zařízení, majících či připravujících se na **akreditaci dle mezinárodních akreditačních standardů JCI**.

Graf č. 3 - Akreditace dle mezinárodních akreditačních standardů JCI; N = 65

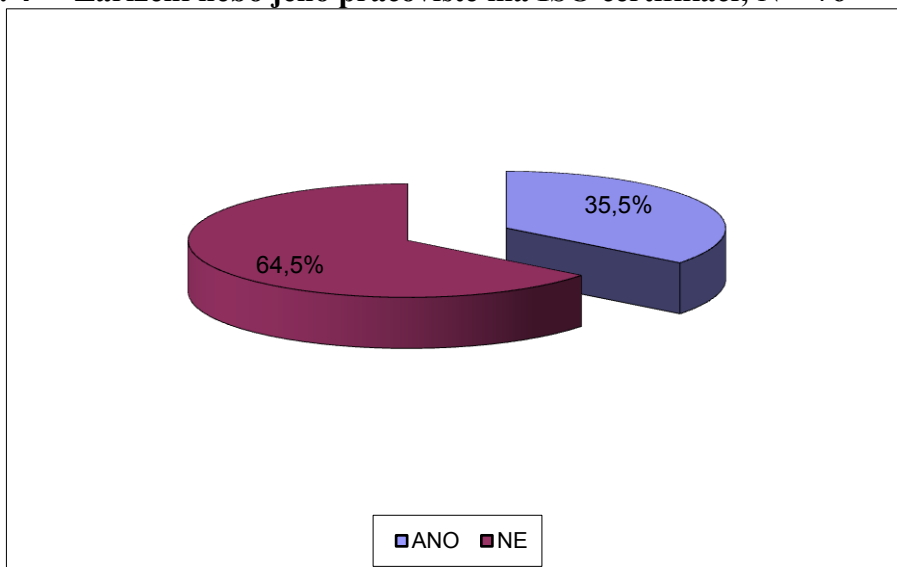


Tento typ akreditace mají pouze 2, tj. 3,1% sledovaných zařízení (Ústřední vojenská nemocnice Praha a Ústav hematologie a krevní transfúze Praha) a 1 zařízení, tj. 1,5% se na tento typ akreditace připravuje (Fakultní nemocnice Brno). Zbývajících 95,4 % zařízení mezinárodní akreditaci dle mezinárodních akreditačních standardů JCI nemá, ani o ni neusiluje.

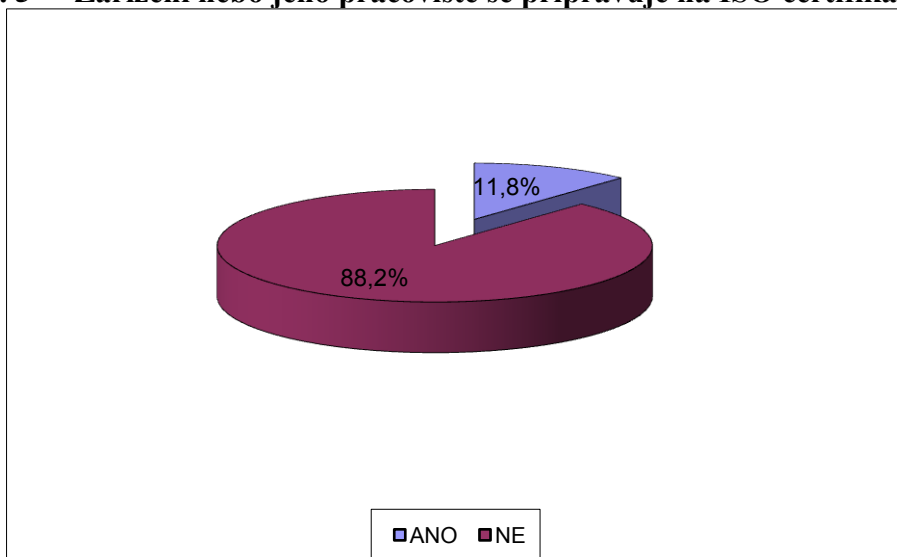
Vzhledem k nízkému počtu případů (zařízení, majících či připravujících se na mezinárodní akreditaci JCI) nebylo možné v tomto případě aplikovat testovací kritéria určená pro druhý stupeň třídění a sledovat statisticky významné souvislosti mezi jednotlivými znaky.

V rámci výzkumu bylo rovněž sledováno, **zda mají zařízení či jejich jednotlivá pracoviště ISO certifikaci nebo zda se k jejímu získání připravují.**

Graf č. 4 - Zařízení nebo jeho pracoviště má ISO certifikaci; N = 76



Graf č. 5 - Zařízení nebo jeho pracoviště se připravuje na ISO certifikaci; N = 76

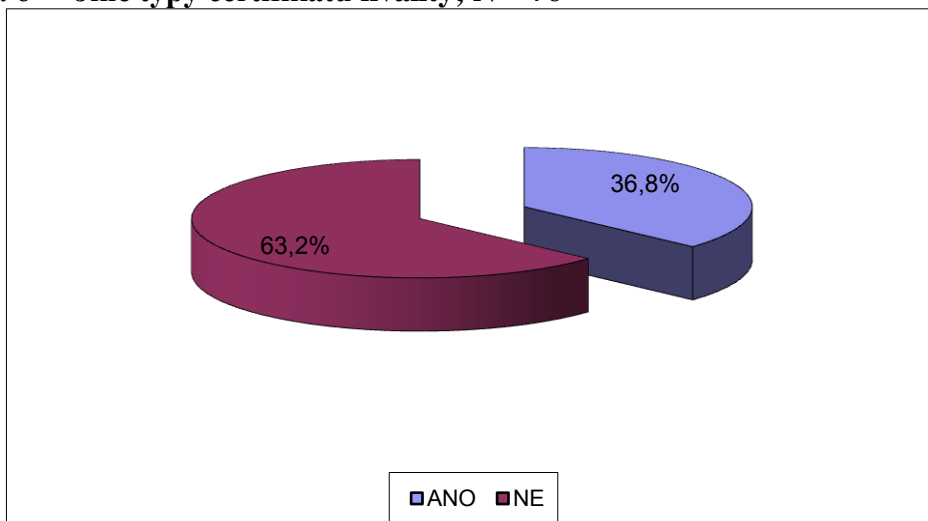


Více než 1/3 (35,5%) zařízení uvedla, že některé z jeho pracovišť má ISO certifikaci, 11,8 % zařízení uvedlo, že se na získání tohoto typu certifikace připravují. Podíl zařízení či jejich pracovišť, majících či připravujících se k získání ISO certifikace se blíží ½.

Testování statistických souvislostí signalizuje, že k ISO certifikaci se významně častěji připravují nemocnice než odborné léčebné ústavy (platí pro hladinu významnosti $\alpha < 0,05$) – test Chí kvadrát, 1 stupeň volnosti.

Více než 1/3 (36,8%) ze sledovaných zařízení uvedla, že vlastní **jiný než dosud uvedený certifikát kvality**.

Graf č. 6 - Jiné typy certifikátů kvality; N = 76

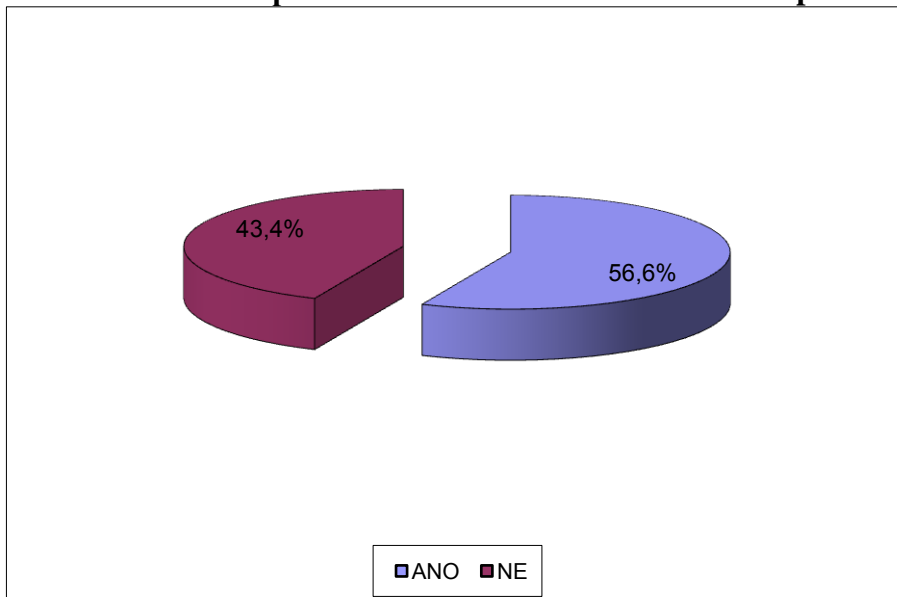


Z jiných typů certifikátů byly uvedeny např. „Baby friendly hospital“, „SEKK - systém externí kontroly kvality“, „systém kritických bodů HACCP“, certifikát správné diagnostiky“ a další.

Analýzy realizované na základě 2. stupně třídění neidentifikovaly statisticky významné souvislosti mezi získáním jiných typů certifikátů kvality a ostatními sledovanými znaky.

Posledním ze sledovaných ukazatelů řízení kvality byla skutečnost, zda má zdravotnické zařízení **akreditaci k specializačnímu vzdělávání lékařského personálu**. Tuto skutečnost splňuje 56,6 % sledovaných zdravotnických zařízení. Toto procento pracovišť uvedlo, že má akreditaci k specializačnímu vzdělávání lékařského personálu minimálně v jednom, zpravidla však ve více lékařských oborech.

Graf č. 7 - Akreditace k specializačnímu vzdělávání lékařského personálu; N = 76



Aplikovaná testovací kritéria prokázala statisticky významné souvislosti mezi testovanými znaky. Platí, že akreditaci k specializačnímu vzdělávání lékařského personálu mají významně více nemocnice ($\alpha < 0,05$), zařízení mající nebo připravující se na získání akreditace dle národních akreditačních standardů SAK ČR ($\alpha < 0,05$) a zařízení mající nebo připravující se na získání ISO certifikace ($\alpha < 0,01$).

Z porovnání jednotlivým typů akreditací vyplývá, že nejvíce je ve zdravotnických zařízeních ČR rozšířena akreditace k specializačnímu vzdělávání lékařského personálu. Naopak nejméně pracovišť je akreditováno dle mezinárodních akreditačních standardů JCI.

4A.3. Řízení lidských zdrojů

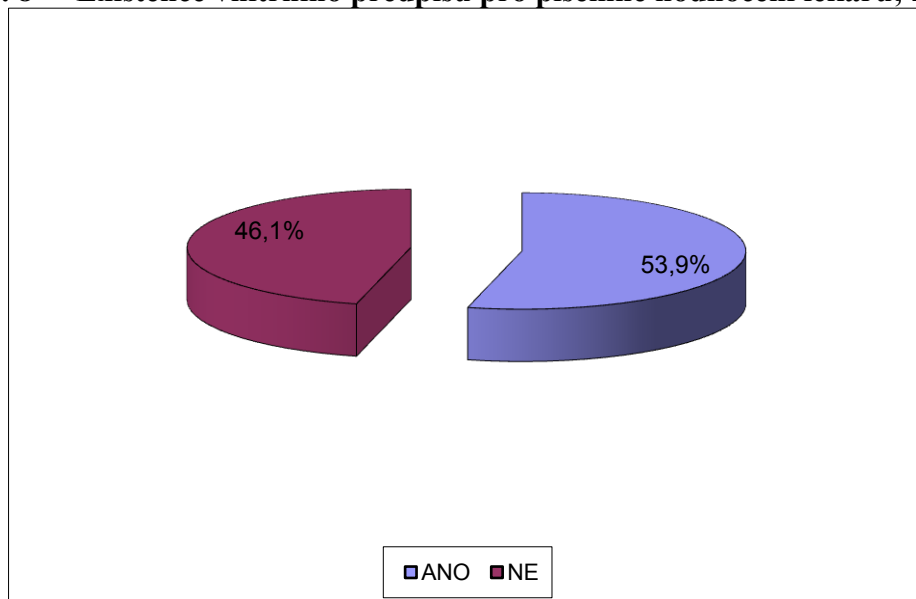
V rámci sledování problematiky řízení lidských zdrojů byla monitorována oblast vstupního a pravidelného hodnocení lékařů, dále oblast zapracování lékařů a oblast hodnocení spokojenosti lékařů.

4A.3.1. Oblast vstupního a pravidelného hodnocení lékařů

V rámci oblasti vstupního a pravidelného hodnocení lékařů bylo cílem výzkumu zjistit, zda v zařízení existuje předpis upravující písemné hodnocení lékařů a v jakých termínech probíhají vstupní a pravidelné hodnocení lékařů.

Vnitřní předpis, platný pro celé zařízení a definující jak odpovědné osoby, tak termíny a spektrum písemného hodnocení lékařů má přijato 53,9 % zařízení. Ve zbývajících 46,1% zařízení tento předpis neexistuje.

Graf č. 8 - Existence vnitřního předpisu pro písemné hodnocení lékařů; N = 76

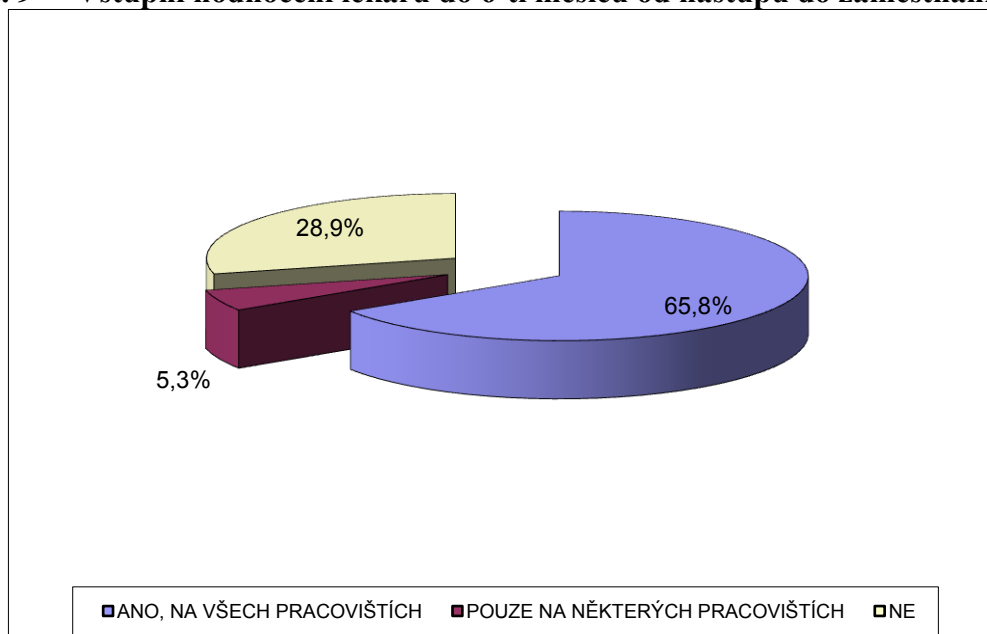


Z hlediska testování souvislosti mezi typem zařízení (nemocnice, odborné léčebné ústavy) a existencí předpisu pro písemné hodnocení lékařů lze přijmout závěr, že tato souvislost není statisticky významná. To znamená, že neexistují statisticky významné rozdíly mezi nemocnicemi a odbornými léčebnými ústavami z hlediska existence vnitřního předpisu pro písemné hodnocení lékařů. Jinými slovy nelze tvrdit, že by nemocnice měly častěji přijaty vnitřní předpisy tohoto typu než odborné léčebné ústavy či naopak.

Je logické, že vnitřní předpis upravující písemné hodnocení lékařů mají častěji přijata zařízení, která mají akreditaci SAK ČR či certifikaci ISO nebo se na její získání připravují (platí pro hladinu významnosti $\alpha < 0,01$). Tato souvislost byla testována jako statisticky významná.

S problematikou řízení lidských zdrojů velmi úzce souvisí, zda na pracovištích probíhá **vstupní hodnocení všech lékařů nejpozději do 6-ti měsíců od jejich nástupu do zaměstnání.**

Graf č. 9 - Vstupní hodnocení lékařů do 6-ti měsíců od nástupu do zaměstnání; N = 76

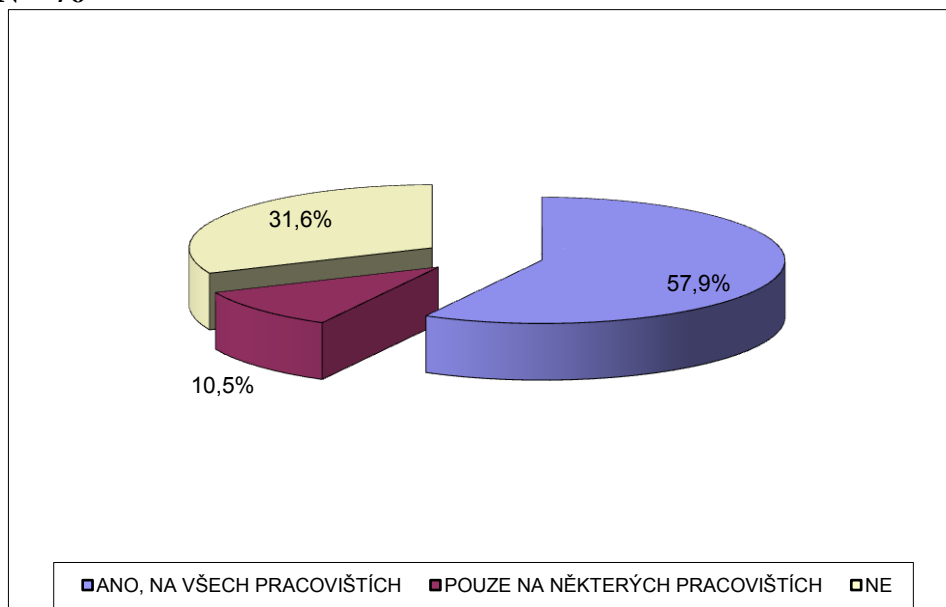


Vstupní hodnocení všech lékařů nejpozději do 6-ti měsíců od jejich nástupu do zaměstnání probíhá v necelých 2/3 (65,8%) zařízení, v dalších 5 % případů je realizováno jen na některých pracovištích, zbývajících 28,9 % zařízení uvádí, že u nich vstupní hodnocení lékařů do 6-ti měsíců od jejich nástupu do zaměstnání neprobíhá.

Analýza realizovaná na základě druhého stupně třídění neidentifikovala statisticky významné rozdíly v v odpovědích na tuto otázku mezi nemocnicemi a odbornými léčebnými ústavy. Statisticky významné souvislosti nebyly zjištěny ani mezi vstupním hodnocením lékařů a akreditací SAK, certifikací ISO či akreditací k PGV lékařského personálu.

Poslední ze sledovaných skutečností v oblasti vstupního a pravidelného hodnocení lékařů bylo zjištění, zda **pravidelné hodnocení všech lékařů probíhá minimálně jedenkrát za 2 roky.**

Graf č. 10 - Probíhá pravidelné hodnocení všech lékařů minimálně jedenkrát za 2 roky; N = 76



V téměř 58 % zařízení pravidelně hodnotí všechny lékaře minimálně jedenkrát za 2 roky, v dalších 10 % tak činí jen na některých pracovištích. Ve zbývajících necelé 1/3 (31,6%) zařízení toto pravidelné hodnocení v četnosti nejméně jedenkrát za 2 roky neprovádějí.

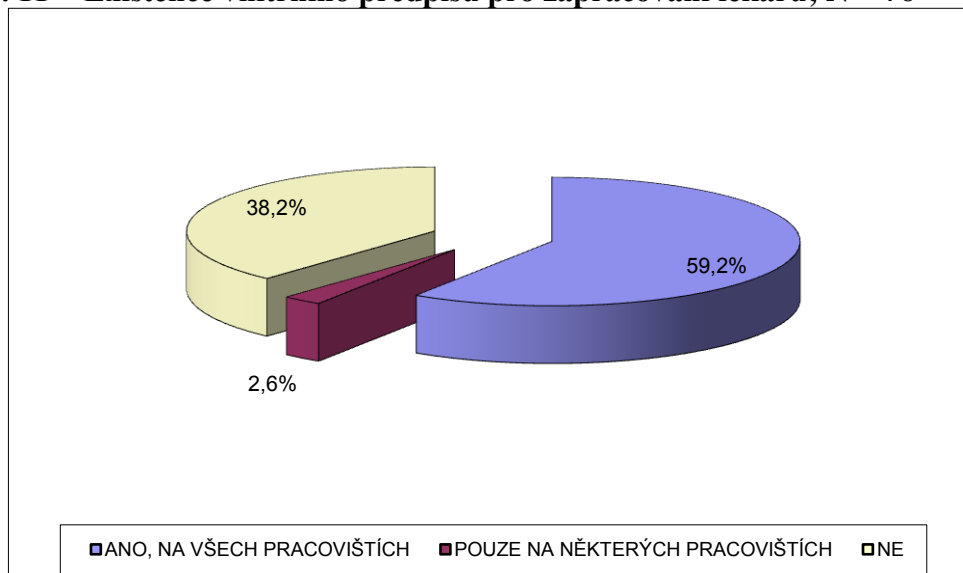
Testování statistické významnosti neprokázalo ani v tomto případě rozdílný přístup k hodnocení všech lékařů minimálně jedenkrát za 2 roky v nemocnicích na straně jedné a odborných léčebných ústavech na straně druhé. Platí však, že zařízení, mající či připravující se na akreditaci SAK ČR významně častěji provádějí pravidelné hodnocení lékařů minimálně jednou za dva roky ($\alpha < 0,01$). Souvislost tohoto znaku s existencí ISO certifikace či akreditací k PGV identifikována nebyla.

4A.3.2. Oblast zapracování lékařů

Další ze sledovaných skutečností v problematice řízení lidských zdrojů byla oblast zapracování lékařů. Jednalo se např. o způsob uvedení nového pracovníka do organizace a fungování pracoviště, jeho seznámení s vnitřními předpisy vztahujícími se na danou pozici, osvojení si všech pracovních postupů, to vše pod dohledem určených školitelů. V této souvislosti byla zjišťována existence vnitřních předpisů pro tuto oblast, realizace dokumentovaných školení v BOZP, protipožární ochraně a neodkladné KPR a další formální zapracování s písemným dokladem.

První z otázek této oblasti se týkala skutečnosti, zda existuje **vnitřní předpis, definující jak odpovědné osoby, tak termíny a spektrum zapracování lékařů.**

Graf č. 11 - Existence vnitřního předpisu pro zapracování lékařů; N = 76

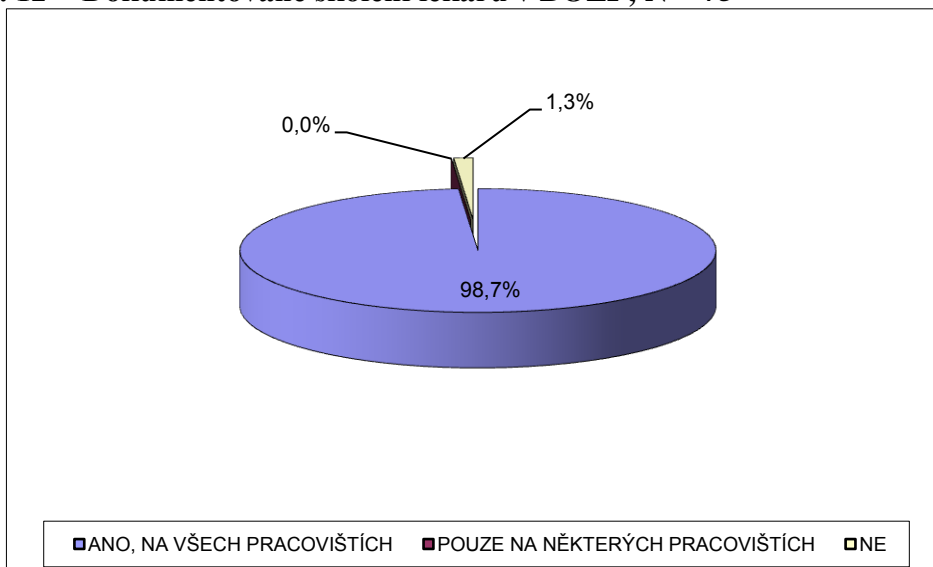


Téměř 60 % sledovaných pracovišť má přijatý vnitřní předpis pro zapracování lékařů platný pro celé zařízení, v dalších cca 3 % zařízení mají tento předpis platný pouze pro některá pracoviště. Zbývající necelé 2/5 (38,2%) zařízení uvádějí, že vnitřní předpis tohoto charakteru nemají a tuto oblast tedy tímto způsobem neřeší.

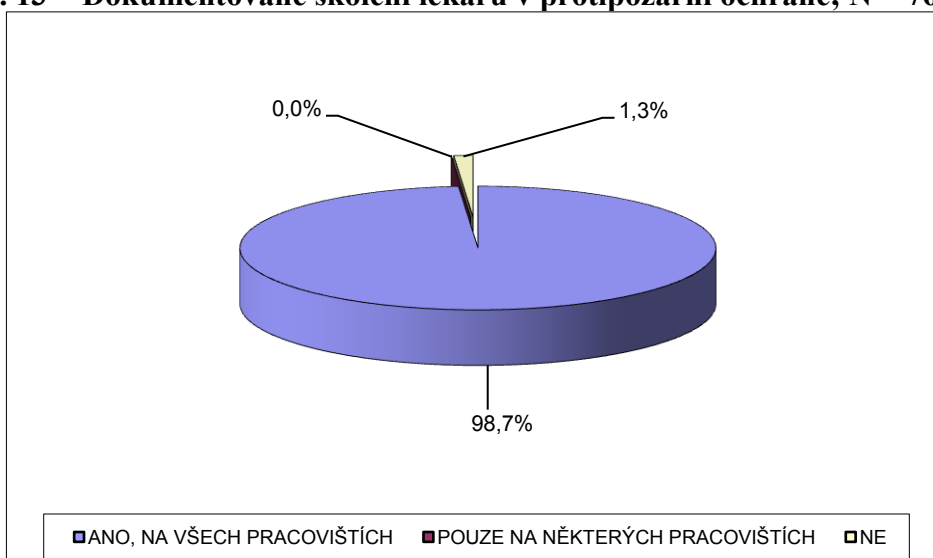
Nebyl identifikován statisticky významný rozdíl mezi nemocnicemi a odbornými léčebnými ústavy v případě existence vnitřního předpisu pro zapracování lékařů, platí však, že tento předpis mají zejména zařízení s akreditací SAK ($\alpha < 0,01$). Souvislost mezi certifikátem ISO a akreditací k PGV lékařů na straně jedné a existencí tohoto předpisu identifikována nebyla.

Zjištění, týkající se existence **dokumentovaných školení lékařů v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) a v protipožární ochraně** jsou totožná.

Graf č. 12 - Dokumentované školení lékařů v BOZP; N = 75



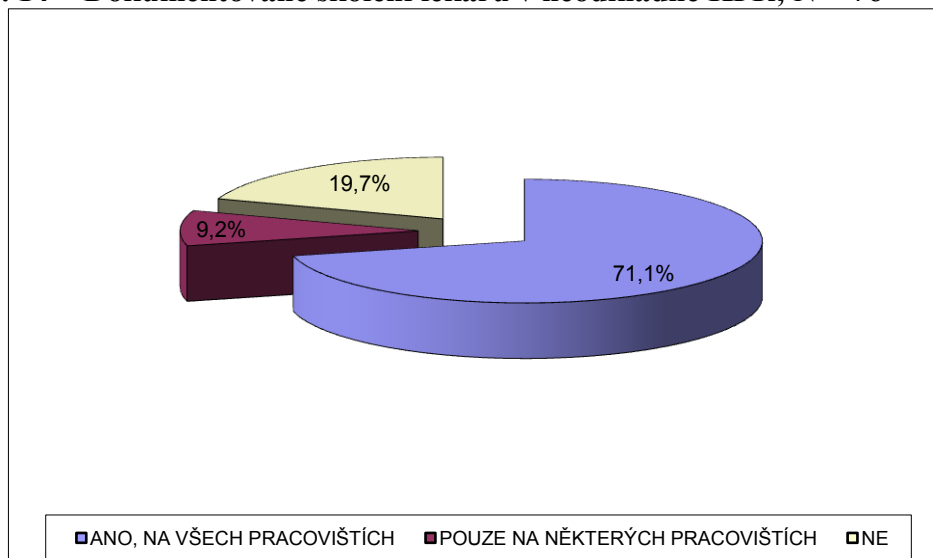
Graf č. 13 - Dokumentované školení lékařů v protipožární ochraně; N = 76



V případě obou typů dokumentovaných školení platí, že jsou prováděna téměř ve všech (98,7%) zdravotnických zařízeních. Tyto formy zapracování lékařů jsou ve zdravotnických zařízeních nejrozšířenější. Vzhledem k tomu, že je realizují téměř všechna sledovaná zařízení, nebyly mezi nimi zjištěny statisticky významné odlišnosti.

Dalším parametrem, sledovaným v souvislosti se zapracováním lékařů, je **školení lékařů v neodkladné kardiopulmonální resuscitaci (KPR)**.

Graf č. 14 - Dokumentované školení lékařů v neodkladné KPR; N = 76

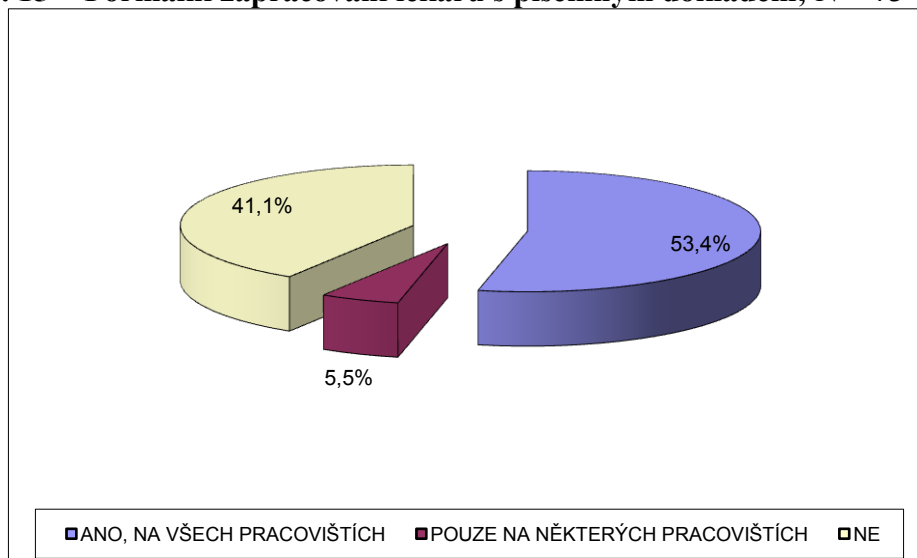


Dokumentované školení lékařů v neodkladné kardiopulmonální resuscitaci (KPR) je na všech pracovištích realizováno v 71,1 % zařízení. Dalších 9,2 % zařízení realizuje toto dokumentované školení pouze na některých pracovištích, ve zbývajících 1/5 (19,7%) pracovišť tato forma zapracování lékařů není realizována.

Tento typ dokumentovaného školení je více realizován v nemocnicích, méně v odborných léčebných ústavech. Významně častěji ho provádějí pracoviště s akreditací SAK ($\alpha < 0,001$), souvislost provádění tohoto typu školení a existencí certifikace ISO či akreditace k PGV lékařů nebyla identifikována.

Poslední skutečností, která byla v souvislosti se zapracováním lékařů zjišťována, byla **existence formálního zapracování lékařů s písemným dokladem (s výjimkou BOZP, PO a neodkladné KPR).**

Graf č. 15 - Formální zpracování lékařů s písemným dokladem; N = 73



Formální zpracování lékařů s písemným dokladem (mimo školení BOZP, PO a KPR) provádí na všech svých pracovištích 53,4 % lůžkových zdravotnických zařízení, jen na některých pak 5,5 % pracovišť. Toto školení není vůbec prováděno ve více než 2/5 (41,1%) zařízení.

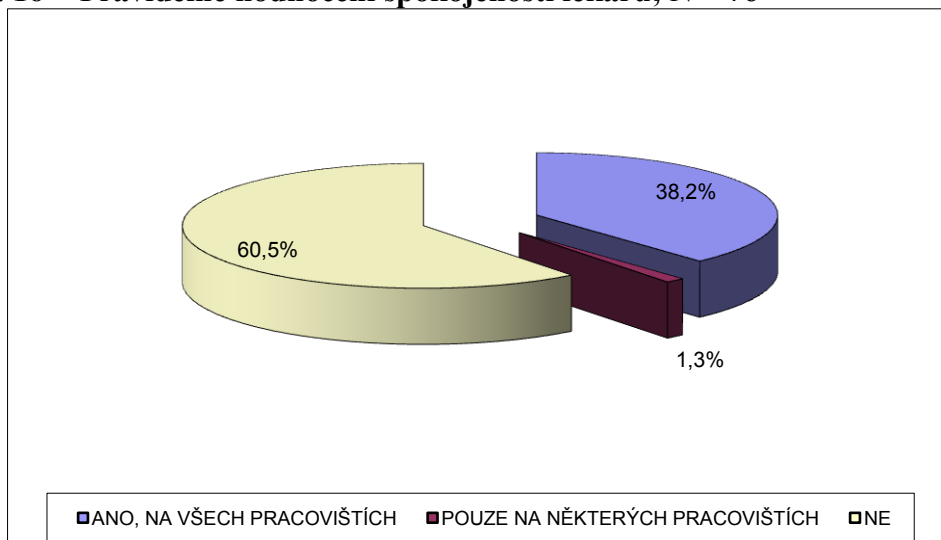
Statisticky významné rozdíly mezi nemocnicemi a odbornými léčebnými ústavy nebyly v případě realizace formálního zpracování lékařů s písemným dokladem zjištěny, významně větší pozornost této skutečnosti věnují pracoviště s akreditací SAK ČR ($\alpha < 0,001$). Existence certifikace ISO a akreditace k PGV nemá na kvalitu formálního zpracování lékařů vliv.

V oblasti zpracování lékařů lze shrnout, že největší pozornost je v zařízeních věnována dokumentovaným školením lékařů a v protipožární ochraně. Tento typ školení je realizován téměř ve všech zdravotnických zařízeních lůžkového typu.

4A.3.3. Oblast hodnocení spokojenosti lékařů

V souvislosti s řízením lidských zdrojů bylo v rámci výzkumu rovněž sledováno, do jaké míry probíhá ve zdravotnických zařízeních lůžkového typu **pravidelné hodnocení spokojenosti lékařů.**

Graf č. 16 - Pravidelné hodnocení spokojenosti lékařů; N = 76



Pravidelné hodnocení spokojenosti lékařů probíhá na všech pracovištích pouze v necelých 2/5 (38,2%) zařízení, vůbec toto hodnocení neprovádějí 3/5 (60,5%) zařízení. Tento ukazatel řízení lidských zdrojů je tedy ve zdravotnických zařízeních lůžkového typu v České republice uplatňován nejméně.

Z hlediska realizace pravidelného hodnocení lékařů nebyly identifikovány statisticky významné rozdíly mezi nemocnicemi a odbornými léčebnými ústavy. Platí však, že toto hodnocení je významně více realizováno v zařízeních s akreditací SAK ($\alpha < 0,01$), existence certifikace ISO či akreditace k PGV nemá na realizaci pravidelného hodnocení spokojenosti lékařů vliv.

4A.4. Řízení kompetencí lékařského personálu

Poslední oblastí, která byla v rámci výzkumu sledována, bylo řízení kompetencí lékařského personálu. Výzkum se soustředil na dvě roviny – přidělování kompetencí a jejich přehodnocování (odebírání). V obou rovinách bylo sledováno přidělování a přehodnocování (odebírání) následující kompetencí:

1. rozhodování o příjmu/propuštění pacienta do/z ústavní péče;
2. samostatné vedení léčby (ošetřující lékař);
3. provádění konzilií v oboru specializace dotyčného lékaře;

4. ústavní pohotovostní služba;
5. práce v odborných ambulancích;
6. práce s konkrétními zdravotnickými prostředky (složitě diagnostické či terapeutické přístroje);
7. rozhodování o nákladných, rizikových, nestandardních či jinak závažných postupech v léčbě (bazální péče, ordinace léčiv mimo pozitivní list atd.);
8. další kompetence.

Rozhodnutí předložit zdravotnických zařízením konkrétní seznam kompetencí a u nich se dotazovat na jejich řízení mělo své důvody především v názornosti této části tazatelského archu. Existovaly obavy z toho, že pokud se bude tazatelský arch dotazovat pouze na řízení kompetencí obecně (bez specifikace konkrétních kompetencí – i tento přístup by byl po metodologické stránce v pořádku), především ta zařízení, která nemají v této oblasti žádné zkušenosti, nepochopí zadání a dojde ke zkreslení výsledků díky odpovědím s nízkou validitou nebo pravdivostí. Předejít nepochopení při vyplňování tazatelského archu by znamenalo „dovzdělat“ vyplňující osoby před samotným vyplněním, a to buď pomocí poměrně rozsáhlého vysvětlujícího textu, což by pravděpodobně významně snížilo návratnost, nebo zorganizovat školení pro vyplňující osoby, což by bylo velmi nákladné a organizačně extrémně náročné. Tím, že byl respondentům předložen konkrétní výčet kompetencí a možností jejich řízení, vznikl jakýsi „samovysvětlující“ materiál. Je zřejmé, že je ale takovýto materiál zatížen jistou chybou, neboť existuje čistě teoretická možnost, že dané zařízení velmi sofistikovaně řídí jiné než nabídnuté kompetence, nebo nabídnuté způsoby jejich řízení neodpovídají jejich přístupu k řízení těchto kompetencí. Obě tyto (jak ukazují výsledky) čistě teoretické možnosti byly alespoň částečně eliminovány kategorií „další kompetence“, respektive „jiná situace“.

Bezpochyby bylo nutné vybrat vhodné kompetence k účelu tazatelského archu. Na výběr konkrétních kompetencí, jejichž řízení se bude sledovat v tazatelském archu, měly vliv především následující faktory:

- Snaha vybrat obecné kompetence, které by se vztahovaly na co nejširší spektrum lékařských odborností. Důvodem bylo postižení co nejširšího spektra zdravotnických zařízení;

- Studium literatury, především nejrůznějších zahraničních manuálů pro řízení lidských zdrojů a použití kompetencí (nebo jejich skupin), jejichž řízení je v nich doporučováno^{111,112,113}.
- Vlastní zkušenosti autorů z praxe ve zdravotnických zařízeních.
- Zkušenosti a připomínky, které přineslo pilotování tazatelských archů ve vybraných zdravotnických zařízeních

4A.4.1. Rozhodování o příjmu/propuštění pacienta do/z ústavní péče

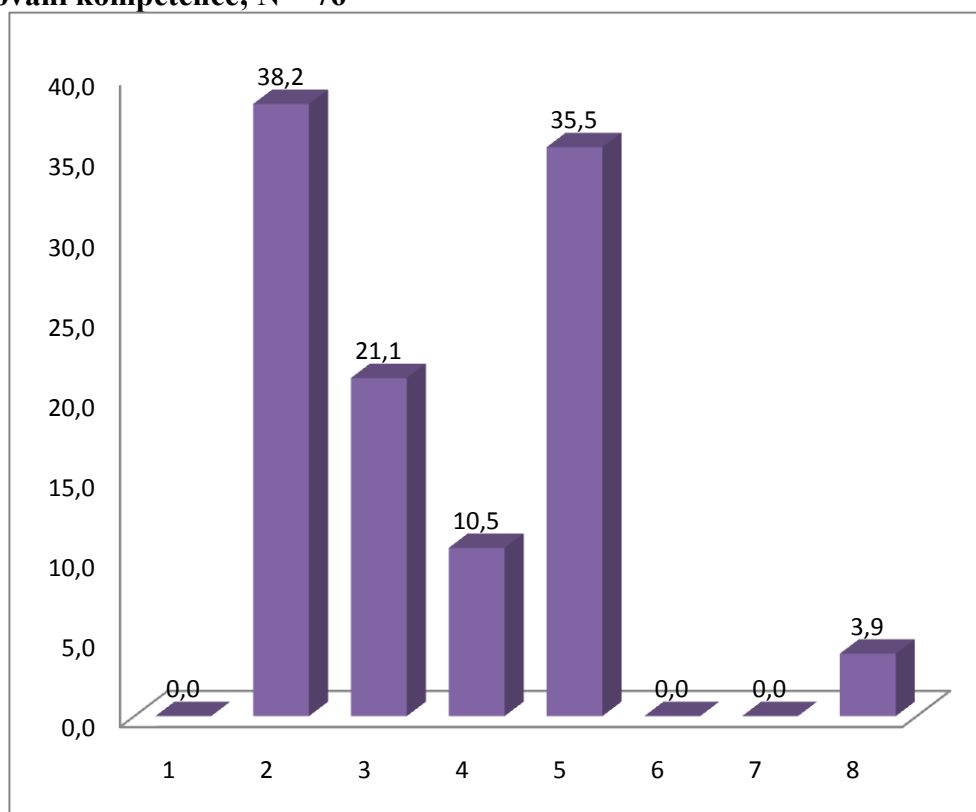
V případě rozhodování o příjmu či propuštění pacienta do či z ústavní léčby je kompetence přidělována neformálně (ústně bez písemného dokladu) primářem (přednostou) či jím pověřeným lékařem oddělení v téměř 2/5 (38,2%) zařízení. Ve více než 1/3 (35,5%) zařízení přidělují kompetenci formálně (s písemným záznamem do osobního spisu) a o jejich přidělení rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař. Tyto dvě formy přidělování kompetence jsou v této oblasti nejrozšířenější, klíčovou úlohu zde tedy hraje primář (přednosta) nebo nadřízený či pověřený lékař. V rámci výzkumu se nevyskytlo zařízení, ve kterém by kompetence nebyla v této oblasti přidělována.

¹¹¹ JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Credentialing, Privileging, Competency, and Peer Review: Examples of Compliance for the Medical Staff, Joint Commission Resources, ilustrované vydání, 2003, Joint Commission Resources, ISBN 0-86688-790-3

¹¹² JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Issues in Human Resources for Hospitals, Joint Commission Resources, ilustrované vydání, 2004, Joint Commission Resources, ISBN 0-86688-863-2

¹¹³ JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Assessing Hospital Staff Competence, Joint Commission Resources, ilustrované vydání, 2001, Joint Commission Resources, ISBN 0-86688-735-0

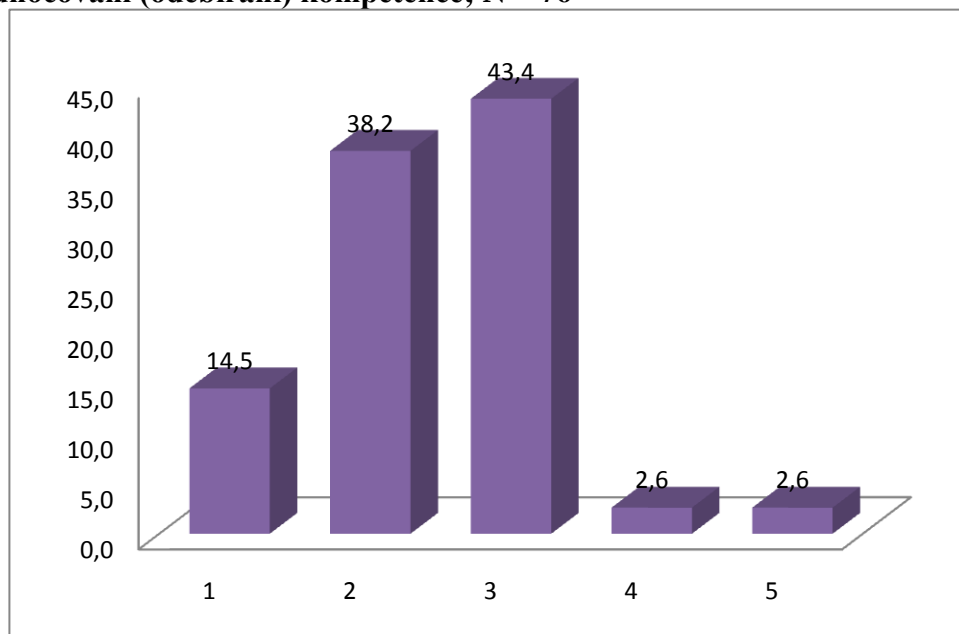
Graf č. 17 - Rozhodování o příjmu (propuštění) pacienta do (z) ústavní péče - přidělování kompetence; N = 76



Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přidělována; **2** – kompetence je přidělována neformálně (ústně bez písemného dokladu) primářem/přednostou či jím pověřeným lékařem oddělení; **3** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje pouze dosažené formální vzdělání (atestace); **4** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje délka praxe v oboru, případně počet výkonů; **5** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **6** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o její přidělení lékař žádá; **7** - kompetence je přidělována formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **8** - jiná situace.

Poznámka - odpovědi 4,5,6,7 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

Graf č. 18 - Rozhodování o příjmu (propuštění) pacienta do (z) ústavní péče - přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 76



Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přehodnocována (odebírána); **2** – kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) neformálně (ústně bez písemného dokladu, například ze strany primáře/přednosta oddělení); **3** - kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím znovu přidělení či odebrání rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **4** - kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **5** - jiná situace.

Poznámka - odpovědi 3 a 4 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

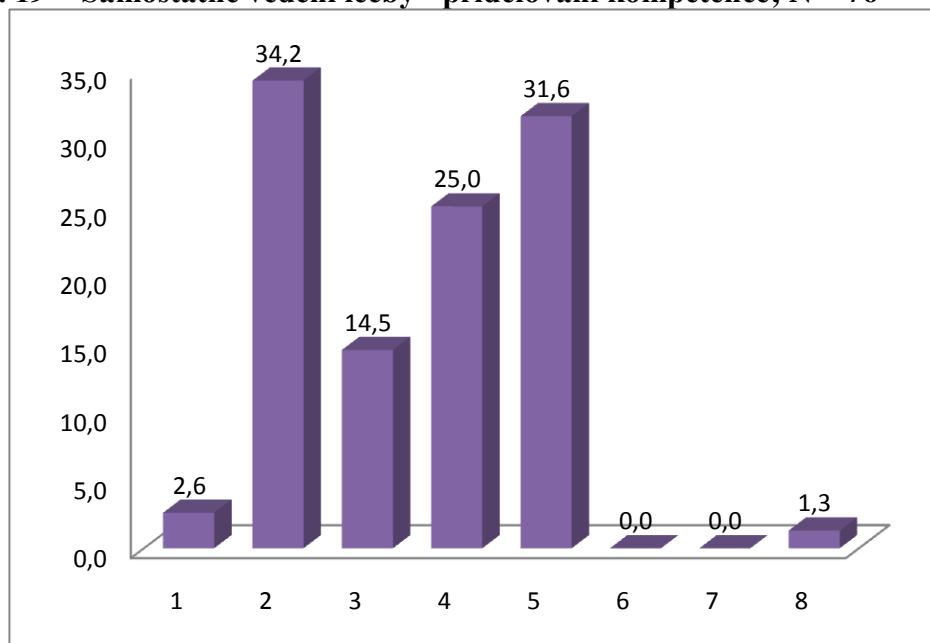
V případě přehodnocování (odebírání) kompetence v oblasti rozhodování o příjmu (propuštění) pacienta do (z) ústavní péče je nejčastěji používán formální způsob s písemným záznamem do osobního spisu na základě rozhodnutí nadřízeného nebo pověřeného lékaře. Tuto formu používá 43,4% zařízení a děje se tak nejčastěji jednou do roka. Poměrně časté je zastoupení rovněž neformálního přehodnocování (odebírání) kompetence (38,2%). Na rozdíl od přidělování kompetencí uvádí 14,5% zařízení, že kompetence u nich nejsou v uvedené oblasti formálně ani neformálně přehodnocovány (odebírány).

4A.4.3. Samostatné vedení léčby

V případě samostatného vedení léčby ošetřujícím lékařem je kompetence přidělována neformálně (ústně bez písemného dokladu) ve více než 1/3 (34,2%) zařízení. Celkově (71,1%) však převažuje formálního přidělování (s písemným záznamem do osobního spisu) - zde je

nejvíce rozšířena forma, v níž o přidělení rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař (31.6%). Ve 2,6 % zařízení kompetenci k samostatnému vedení léčby formálně ani neformálně nepřidělují

Graf č. 19 - Samostatné vedení léčby - přidělování kompetence; N = 76

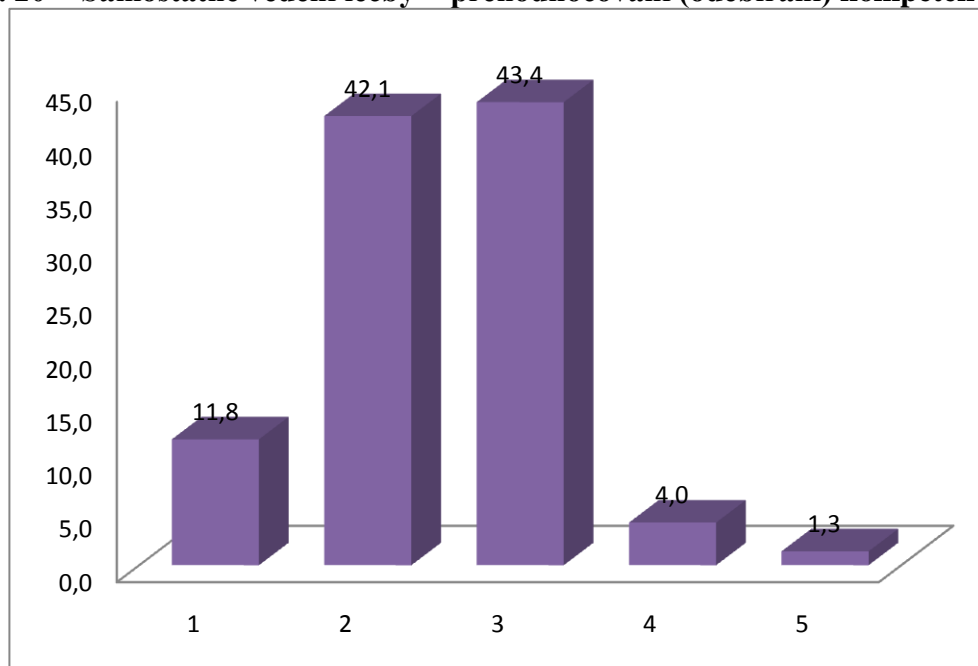


Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přidělována; **2** – kompetence je přidělována neformálně (ústně bez písemného dokladu) primářem/přednostou či jím pověřeným lékařem oddělení; **3** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje pouze dosažené formální vzdělání (atestace); **4** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje délka praxe v oboru, případně počet výkonů; **5** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **6** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o její přidělení lékař žádá; **7** - kompetence je přidělována formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **8** - jiná situace.

Poznámka - odpovědi 4,5,6,7 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

V případě přehodnocování (odebírání) kompetencí v oblasti samostatného vedení léčby je nejvíce rozšířena formální forma (s písemným záznamem do osobního spisu) na základě rozhodnutí nadřízeného nebo pověřeného lékaře, přičemž tento krok je realizován zpravidla 1x do roka. V této podobě je krok realizován ve 43,7% zařízení. Téměř stejným podílem je zastoupeno neformální přerozdělování (odebírání kompetencí) bez písemného záznamu – takto postupuje 42,1% zařízení.

Graf č. 20 - Samostatné vedení léčby - přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 76



Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přehodnocována (odebírána); **2** – kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) neformálně (ústně bez písemného dokladu, například ze strany primáře/přednosta oddělení); **3** - kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím znovu přidělení či odebrání rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **4** - kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **5** - jiná situace.

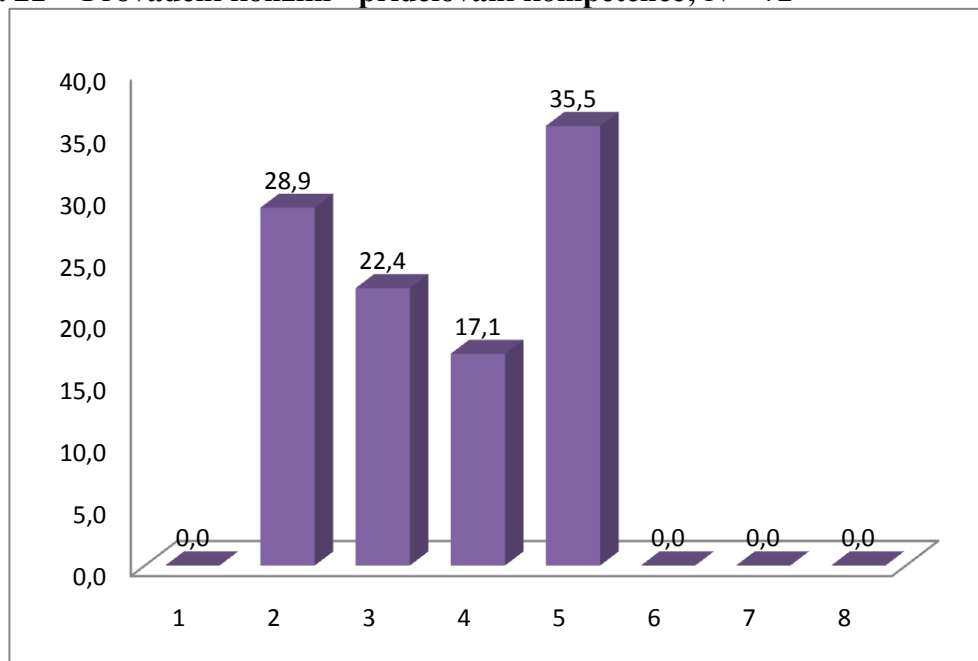
Poznámka - odpovědi 3 a 4 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

Ve více než 1/10 zařízení není kompetence v oblasti samostatného vedení léčby přehodnocována (odebírána).

4A.4.3. Provádění konzilií

Jinou oblastí, v rámci které byl sledován způsob přidělování či přehodnocování (odebírání) kompetence bylo provádění konzilií v oboru specializace dotyčného lékaře. I zde převládají formální postupy s písemným záznamem do osobního spisu (3/4, tj. 75 % zařízení), kdy nejčastější je forma, kdy o přidělení kompetence rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař (35,5%). V 28,9 % zařízení přidělují kompetenci v této oblasti neformálně.

Graf č. 21 - Provádění konzilií - přidělování kompetence; N = 72

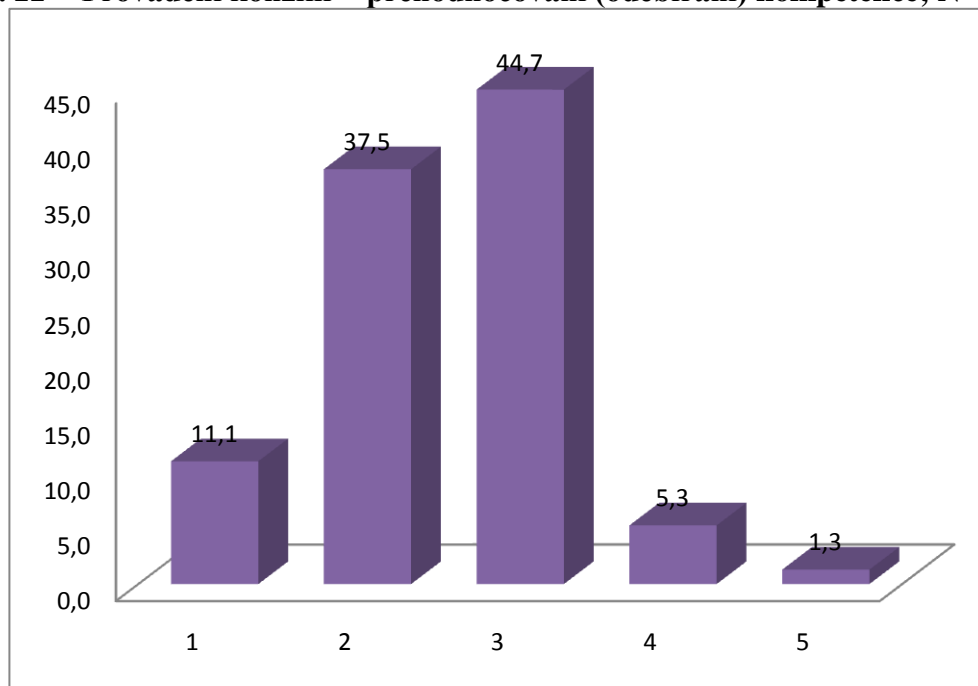


Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přidělována; **2** – kompetence je přidělována neformálně (ústně bez písemného dokladu) primářem/přednostou či jím pověřeným lékařem oddělení; **3** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje pouze dosažené formální vzdělání (atestace); **4** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje délka praxe v oboru, případně počet výkonů; **5** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **6** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o její přidělení lékař žádá; **7** - kompetence je přidělována formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **8** - jiná situace.

Poznámka - odpovědi 4,5,6,7 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

Formální přístup převládá v oblasti provádění konzilií i v případě přehodnocování (odebírání) kompetence. Písemný záznam do osobního spisu se v tomto případě provádí v ½ zařízení.

Graf č. 22 - Provádění konzilií - přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 72



Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přehodnocována (odebírána); **2** – kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) neformálně (ústně bez písemného dokladu, například ze strany primáře/přednosta oddělení); **3** – kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím znovu přidělení či odebrání rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **4** – kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **5** – jiná situace.

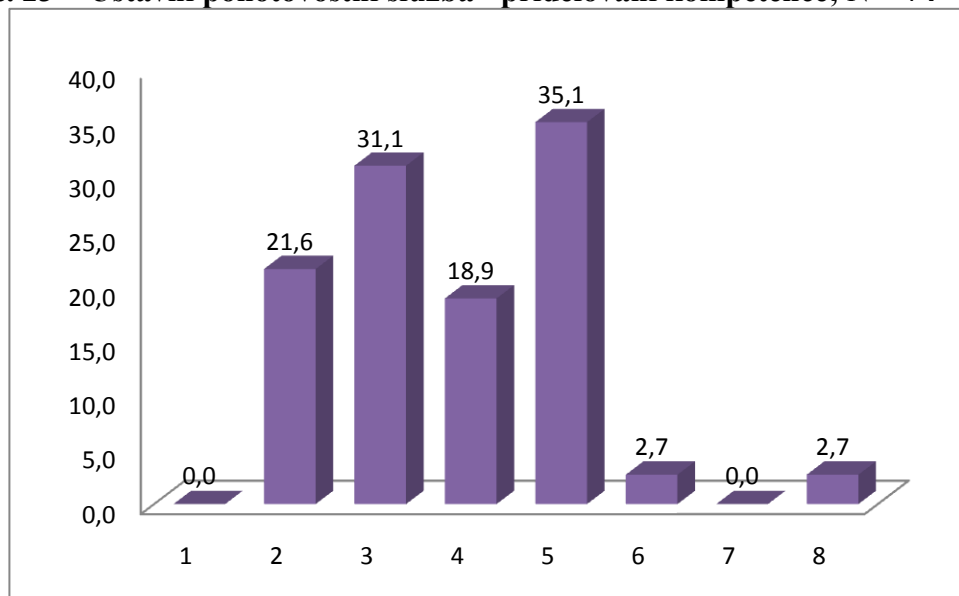
Poznámka - odpovědi 3 a 4 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

Neformálně bez písemného záznamu kompetenci v případě provádění konzilií přehodnocují (odebírají) v 37,5 % zařízení, více než 1/10 (11,1%) subjektů však nečiní v tomto směru žádné úkony a kompetenci v takovém případě formálně ani neformálně nepřehodnocují (neodebírají).

4A.4.4. Ústavní pohotovostní služba

Formální hledisko v přidělování kompetence je v případě ústavní pohotovostní služby uplatňováno v 87,8% případů. Na rozdíl od jiných oblastí hraje v tomto případě významnější roli dosažené vzdělání (atestace) lékaře (31,1%), i když rozhodující slovo má i nyní nadřízený nebo pověřený lékař (35,1%). Ve více než 1/5 (21,6%) zařízení je kompetence v této oblasti přidělována neformálně bez písemného dokladu primářem (přednostou) či jím pověřeným lékařem.

Graf č. 23 - Ústavní pohotovostní služba - přidělování kompetence; N = 74

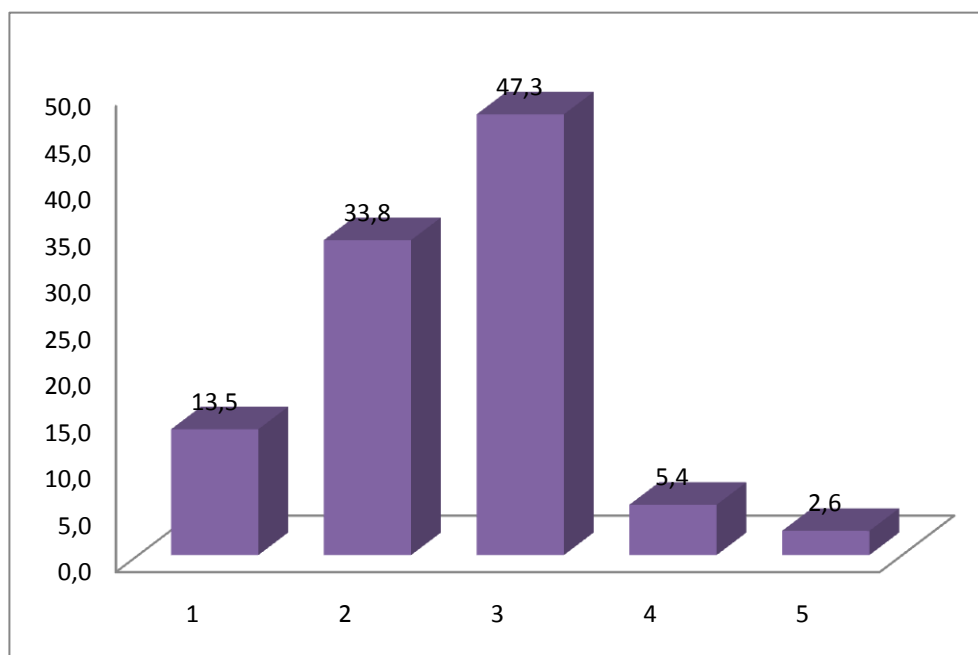


Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přidělována; **2** – kompetence je přidělována neformálně (ústně bez písemného dokladu) primářem/přednostou či jím pověřeným lékařem oddělení; **3** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje pouze dosažené formální vzdělání (atestace); **4** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje délka praxe v oboru, případně počet výkonů; **5** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **6** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o její přidělení lékař žádá; **7** - kompetence je přidělována formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **8** - jiná situace.

Poznámka - odpovědi 4,5,6,7 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

V případě přehodnocování (odebírání) kompetence v oblasti ústavní pohotovostní služby se dle formálních hledisek postupuje ve více než 1/2 (52,7%) případů, v 1/3 (33,8%) zařízení je postup neformální, tj. ústně bez písemného dokladu. Dalších 13,5 % zařízení uvádí, že kompetence není v případě ústavní pohotovostní služby formálně ani neformálně přehodnocována (odebírána).

Graf č. 24 - Ústavní pohotovostní služba - přehodnocování (odebírání) kompetence; N=74



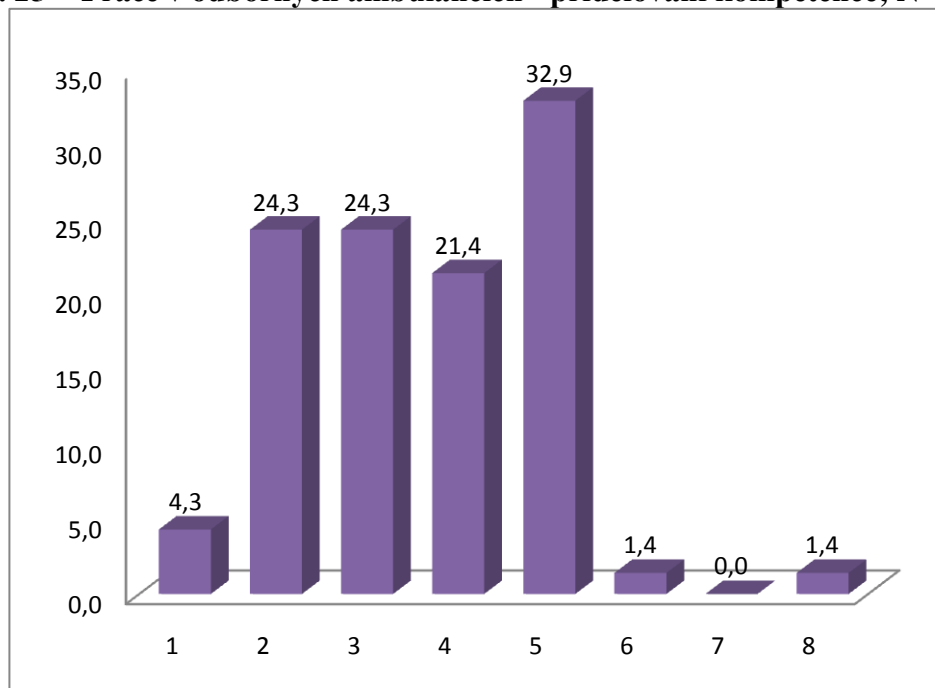
Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přehodnocována (odebírána); **2** – kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) neformálně (ústně bez písemného dokladu, například ze strany primáře/přednosta oddělení); **3** - kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím znovu přidělení či odebrání rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **4** - kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **5** - jiná situace.

Poznámka - odpovědi 3 a 4 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

4A.4.5. Práce v odborných ambulancích

Přidělování kompetence pro práci v odborných ambulancích se ve 4/5 sledovaných zařízení (80,0%) děje formálně, s písemným záznamem do osobního spisu. V 1/3 (32,9%) případů rozhoduje o přidělení kompetence nadřízený nebo pověřený lékař, v necelé ¼ (24,3%) se přihlíží k dosaženému formálnímu vzdělání, ve více než 1/5 (21,4%) zařízení je pro přidělení kompetence klíčová praxe v oboru.

Graf č. 25 - Práce v odborných ambulancích - přidělování kompetence; N = 70

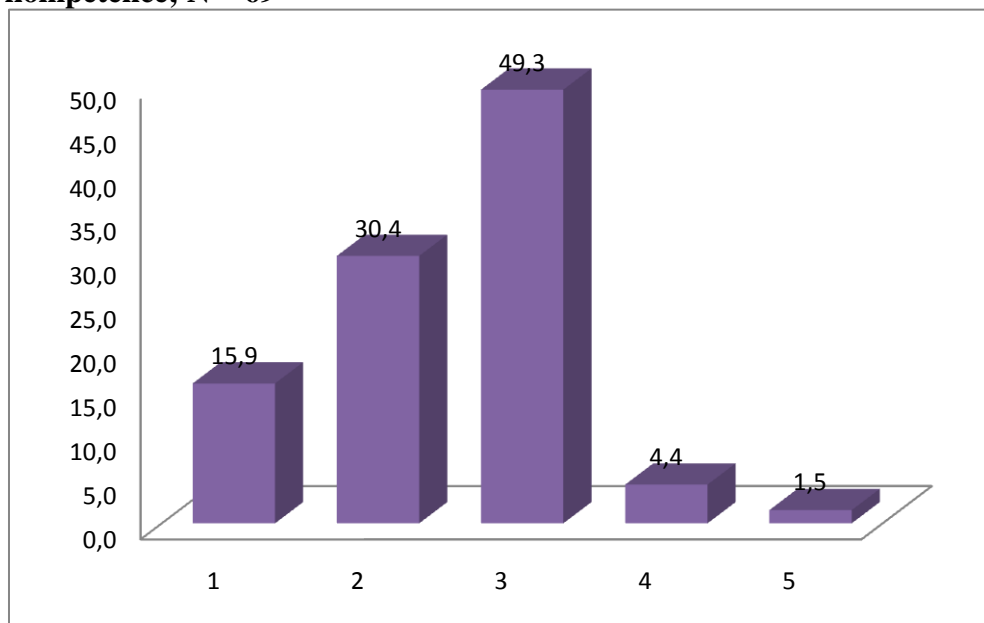


Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přidělována; **2** – kompetence je přidělována neformálně (ústně bez písemného dokladu) primářem/přednostou či jím pověřeným lékařem oddělení; **3** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje pouze dosažené formální vzdělání (atestace); **4** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje délka praxe v oboru, případně počet výkonů; **5** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **6** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o její přidělení lékař žádá; **7** - kompetence je přidělována formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **8** - jiná situace.

Poznámka - odpovědi 4,5,6,7 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

Platí však rovněž, že téměř v ¼ (24,3%) zařízení se kompetence pro práci v odborných ambulancích přiděluje neformálně, ústně, bez písemného dokladu, 4,3% ji nepřidělují vůbec – zde se může jednat o zařízení, která ambulantní péči nemají.

Graf č. 26 - Práce v odborných ambulancích - přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 69



Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přehodnocována (odebírána); **2** – kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) neformálně (ústně bez písemného dokladu, například ze strany primáře/přednosta oddělení); **3** - kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím znovu přidělení či odebrání rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **4** - kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **5** - jiná situace.

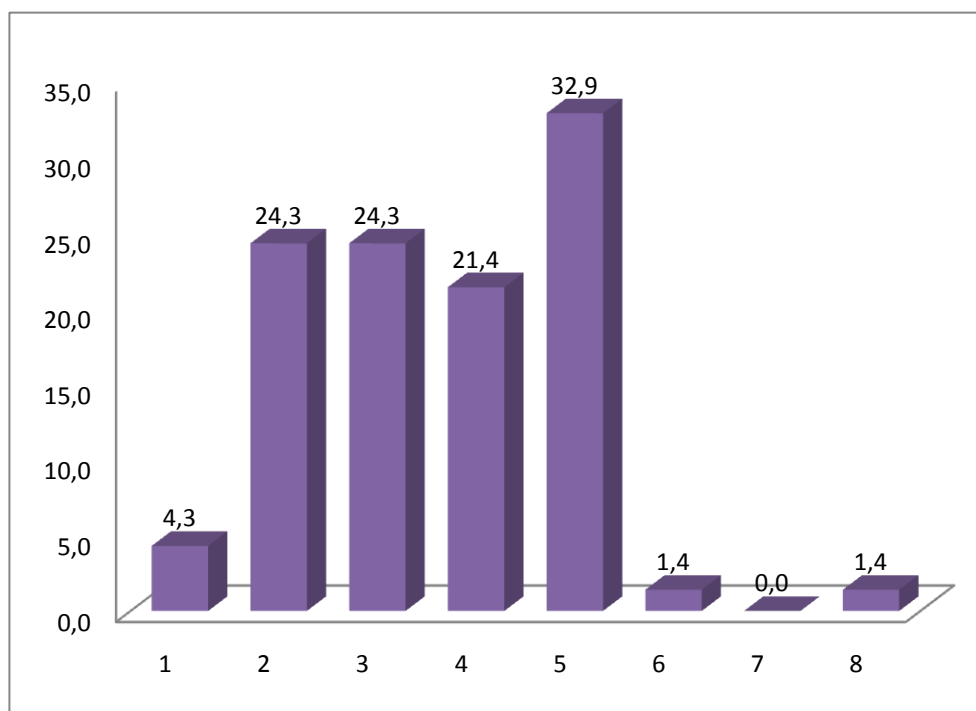
Poznámka - odpovědi 3 a 4 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

I pro přerozdělování (odebírání) kompetence pro práci v odborných ambulancích platí, že je více než v polovině případů (53,8%) realizována formálně s písemným záznamem do osobního spisu, a to téměř výhradně na základě rozhodnutí nadřízeného nebo pověřeného lékaře. Ve více než 3/10 (30,4%) se tak děje neformálně bez písemného záznamu, v cca 16 % případů není tento typ kompetence přerozdělován (odebírán) vůbec.

4A.4.6. Práce s konkrétními zdravotnickými prostředky

Problematika nakládání s kompetencí byla též sledována v oblasti práce s konkrétními zdravotnickými prostředky, konkrétně se složitými diagnostickými a terapeutickými přístroji na pracovišti.

Graf č. 27 - Práce s konkrétními zdravotnickými prostředky - přidělování kompetence
N = 70

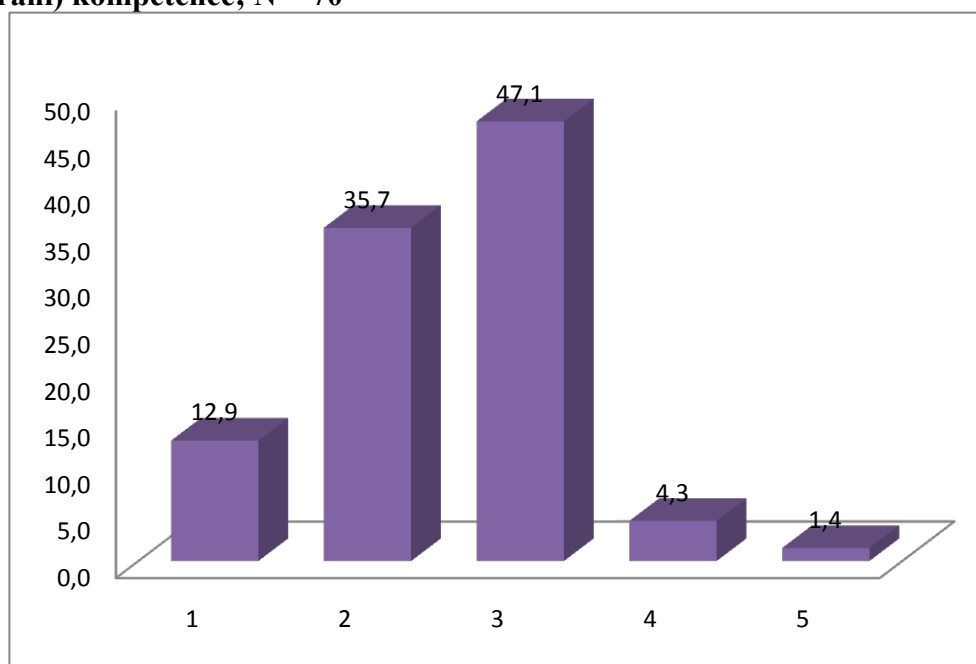


Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přidělována; **2** – kompetence je přidělována neformálně (ústně bez písemného dokladu) primářem/přednostou či jím pověřeným lékařem oddělení; **3** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje pouze dosažené formální vzdělání (atestace); **4** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje délka praxe v oboru, případně počet výkonů; **5** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **6** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o její přidělení lékař žádá; **7** - kompetence je přidělována formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **8** - jiná situace.

Poznámka - odpovědi 4,5,6,7 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

Přidělování kompetence pro práci se zdravotnickými prostředky se ve více než 4/5 (81,4%) případů děje formálně s provedením písemného záznamu do osobního spisu. Rozhodující slovo má zpravidla nadřízený nebo pověřený lékař (35,7%), často se tak děje rovněž na základě délky praxe v oboru příp. dle počtu provedených výkonů (28,6%). Je však potřebné rovněž uvést, že ve 3/10 zařízení je tato kompetence přidělována neformálně, tj. ústně bez písemného záznamu, zpravidla primářem (přednostou) nebo jím pověřeným lékařem.

Graf č. 28 - Práce s konkrétními zdravotnickými prostředky – přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 70



Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přehodnocována (odebírána); **2** – kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) neformálně (ústně bez písemného dokladu, například ze strany primáře/přednosta oddělení); **3** - kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím znovu přidělení či odebrání rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **4** - kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **5** - jiná situace.

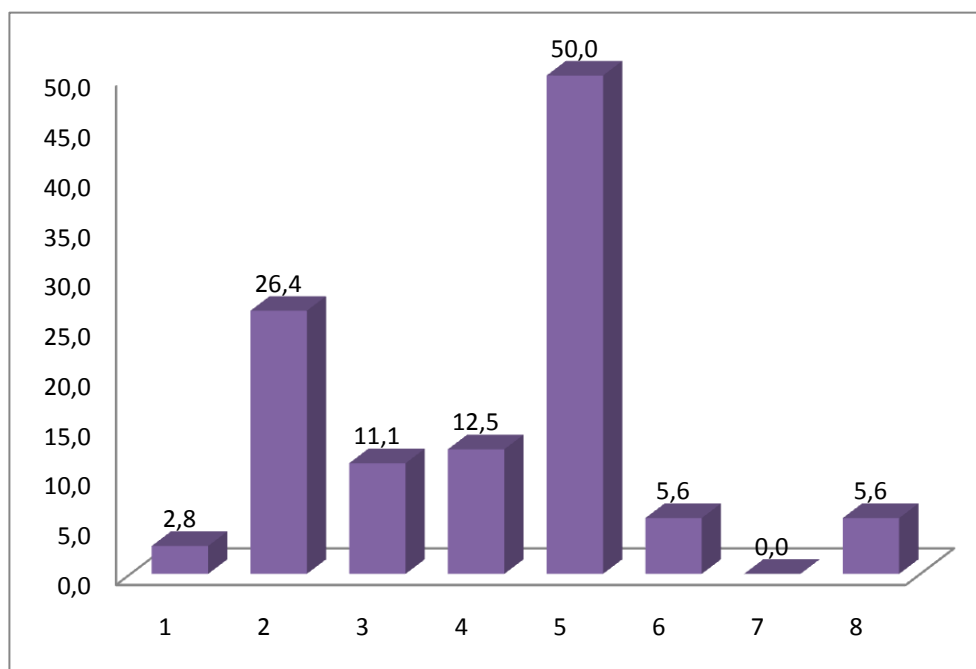
Poznámka - odpovědi 3 a 4 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

Rovněž v případě přehodnocování kompetencí převládá formální přístup (51,4%) nad neformálním (35,7%). Necelých 13 % pracovišť však uvádí, že k přehodnocování (odebírání) kompetencí u nich v této oblasti nedochází.

4A.4.7. Rozhodování o závažných postupech v léčbě

Poslední z oblastí, v jejímž rámci bylo přidělování či přehodnocování (odebírání) kompetence sledováno, byla oblast rozhodování o nákladných, rizikových, nestandardních či jinak závažných postupech v léčbě. Šlo např. o oblast bazální péče, ordinaci léčiv mimo pozitivní list a další.

Graf č. 29 - Rozhodování o závažných postupech v léčbě - přidělování kompetence; N = 72

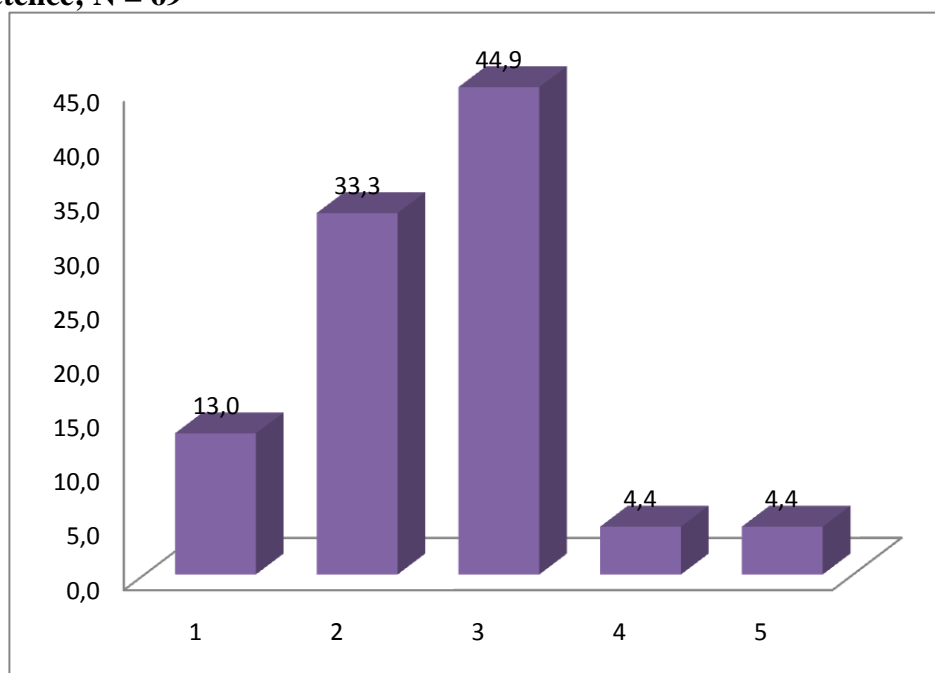


Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přidělována; **2** – kompetence je přidělována neformálně (ústně bez písemného dokladu) primářem/přednostou či jím pověřeným lékařem oddělení; **3** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje pouze dosažené formální vzdělání (atestace); **4** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje délka praxe v oboru, případně počet výkonů; **5** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **6** - kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o její přidělení lékař žádá; **7** - kompetence je přidělována formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **8** - jiná situace.

Poznámka - odpovědi 4,5,6,7 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

I v případě této oblasti jsou při přidělování kompetence uplatňovány převážně formální postupy s písemným záznamem do osobního spisu lékaře, o nichž jednoznačně nejvíce (50,0%) rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař. Podíl nadřízených nebo pověřených lékařů na přidělování kompetence je v této oblasti v porovnání s ostatními nejvyšší. Skutečností rovněž zůstává, že i v této oblasti jsou ve více než ¼ (26,4%) zařízení kompetence přidělovány neformálně, ústně, bez písemného dokladu.

Graf č. 30 - Rozhodování o závažných postupech v léčbě – přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 69



Legenda: **1** – kompetence není formálně ani neformálně přehodnocována (odebírána); **2** – kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) neformálně (ústně bez písemného dokladu, například ze strany primáře/přednosta oddělení); **3** - kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím znovu přidělení či odebrání rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař; **4** - kompetence je pravidelně přehodnocována (odebírána) formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality); **5** - jiná situace.

Poznámka - odpovědi 3 a 4 bylo možné označit současně, proto součet relativních četností může převyšovat 100 %.

I v případě přehodnocování (odebírání) kompetencí převažuje v oblasti rozhodování o závažných postupech v léčbě formální přístup (49,3%) nad neformálním (33,3%). Podobně jako v předcházejících případech existuje i v této oblasti část zařízení (13,0%), ve kterých nejsou kompetence formálně ani neformálně přehodnocovány (odebírány).

Souhrnně lze v souvislosti s přidělováním a přehodnocováním (odebíráním) kompetence konstatovat, že ve všech sledovaných oblastech převládají formální přístupy, spočívající v písemném záznamu do osobního spisu. Ve všech oblastech rovněž platí, že nejčastěji rozhoduje o kompetenci nadřízený nebo pověřený lékař, a to jak v případě formálního, tak neformálního postupu.

Neformální postupy v přidělování kompetence jsou voleny ve 20 – 40 % případů, nejvíce v oblasti rozhodování o příjmu (propuštění) pacienta do (z) ústavní léčby a v samostatném vedení léčby.

Platí rovněž, že přidělování kompetence (formální i neformální) je častější než její přehodnocování (odebírání). Ve všech oblastech existuje 12 – 16 % zařízení, ve kterých není kompetence formálně ani neformálně přehodnocována (odebírána).

4A.5. Celková kvalitativní úroveň v přidělování a přehodnocování kompetencí – statistická analýza 2. řádu

Konstrukce otázek, zjišťujících úroveň přidělování a přehodnocování (odebírání) kompetence umožňuje její vyhodnocení dle indexu kvality. Ten tvoří hodnota váženého aritmetického průměru. Jednotlivé oblasti bylo v případě přidělování kompetence možné hodnotit body 1 až 8 s tím, že nejnižší kvalita byla vyjádřena bodem 1, nejvyšší bodem 7 (bod 8 představuje jinou situaci, která nemusí být kvalitativně na nejvyšší úrovni). Pro každou oblast byl zpracován vážený aritmetický průměr odpovědí. Platí, že čím vyšší je hodnota váženého aritmetického průměru, tím vyšší je kvalitativní úroveň v přidělování kompetence a naopak.

Výsledky uvedené v následující tabulce, týkající se přidělování kompetence, jsou jednoznačné. Platí, že vyšší kvalitativní úroveň v přidělování kompetencí dosahují zařízení, která se mají nebo se připravují na akreditaci dle akreditačních standardů SAK ČR, která mají nebo se připravují k získání ISO certifikace a rovněž zařízení, mající akreditaci k specializačnímu vzdělávání lékařského personálu. Ve všech těchto případech je úroveň kvality v přidělování kompetencí vyšší než v zařízeních, která uvedené akreditace nemají nebo se na ně nepřipravují. Ve všech případech je rovněž vyšší, než činí celkový průměr zařízení (viz sloupec „všichni“). Nejlepších výsledků pak dosahují zařízení, mající nebo se připravující k získání certifikace ISO.

Tabulka č. 5 - Přidělování kompetence - index kvality (vážený aritmetický průměr)

	všichni	má, př. SAK	nemá SAK	má, př. ISO	nemá ISO	má PGV	nemá PGV
Rozhodování o příjmu/propuštění	3,578	3,700	3,475	3,771	3,437	3,604	3,543
Samostatné vedení léčby	3,506	3,732	3,256	3,829	3,271	3,681	3,278
Provádění konzilií v oboru	3,569	3,711	3,421	3,800	3,386	3,667	3,441
Ústavní pohotovostní služba	3,795	3,868	3,762	4,135	3,522	4,000	3,528
Práce v odborných ambulancích	3,597	3,737	3,432	4,000	3,262	3,822	3,281
Práce se zdravotnickými prostředky	3,654	3,795	3,500	3,947	3,395	3,776	3,469
Rozhodování o závaž. postup.v léčbě	4,098	4,103	4,075	4,361	3,891	4,149	4,029

Lze tedy jednoznačně konstatovat a považovat za prokázané, že v lůžkových zařízeních, které mají nebo se připravují na získání akreditace dle národních akreditačních standardů SAK ČR, dále v zařízeních, které mají nebo se připravují k získání certifikace ISO a konečně v zařízeních, které mají akreditaci k specializačnímu vzdělávání lékařského personálu je úroveň kvality v přidělování kompetence ve všech oblastech vyšší než v zařízeních, které tyto akreditace a certifikace nemají, ani se na ně nepřipravují.

Podobné výsledky byly zjištěny i v případě přehodnocování (odebírání) kompetence.

Tabulka č. 6 - Přehodnocování (odebírání) kompetence - index kvality (vážený aritmetický průměr)

	všichni	má, př. SAK	nemá SAK	má, př. ISO	nemá ISO	má PGV	nemá PGV
Rozhodování o příjmu/propuštění	2,390	2,459	2,324	2,438	2,356	2,405	2,371
Samostatné vedení léčby	2,423	2,526	2,324	2,485	2,378	2,442	2,400
Provádění konzilií v oboru	2,500	2,639	2,343	2,531	2,476	2,524	2,469
Ústavní pohotovostní služba	2,487	2,611	2,378	2,576	2,419	2,512	2,455
Práce v odborných ambulancích	2,457	2,611	2,250	2,594	2,342	2,550	2,333
Práce se zdravotnickými prostředky	2,465	2,657	2,242	2,594	2,359	2,619	2,241
Rozhodování o závaž. postup. v léčbě	2,522	2,618	2,394	2,700	2,385	2,641	2,367

Pro přehodnocování (odebírání) kompetencí byla zvolena pětistupňová škála, kdy první stupeň označoval nejnižší kvalitativní úroveň a čtvrtý stupeň úroveň nejvyšší (pátý stupeň, analogicky k přidělování kompetencí, reprezentuje jiný případ, který nemusí být kvalitativně na nejvyšší úrovni. I pro tento případ platí, že čím nižší je hodnota indexu, tím nižší je zároveň kvalitativní úroveň přehodnocování (odebírání) kompetence a naopak.

Bylo jednoznačně prokázáno, že v zařízeních, majících či připravujících se na získání akreditace dle národních akreditačních standardů SAK ČR, dále v zařízeních, majících či připravujících se na získání ISO certifikace a konečně v zařízeních, majících akreditaci k specializačnímu vzdělávání lékařského personálu je ve všech sledovaných oblastech přehodnocování (odebírání) kompetence na kvalitativně vyšší úrovni než v zařízeních, která uvedenou akreditaci (certifikaci) nemají. Tato úroveň je rovněž ve všech případech vyšší, než činí průměr pro všechna zařízení.

4B. Výsledky kvalitativní části studie

4B.1. Charakteristika navštívených zařízení a osob

Na základě předběžné analýzy výsledků dotazníkového šetření byla vybrána skupina těch zařízení, která vykazovala vysokou úroveň řízení lidských zdrojů, a to především v oblasti kompetencí lékařů. Následně byla provedena osobní návštěva těchto zařízení s cílem detailněji prozkoumat jak formální, tak organizační stránku řízení lidských zdrojů. Celkem bylo vybráno k návštěvě 10 zařízení, s návštěvou jich však nakonec souhlasilo pouze 6 – 5 nemocnic a 1 zařízení následné péče (psychiatrická léčebna).

Nestandardizovaný rozhovor probíhal vždy za přítomnosti osoby pověřené řízením lidských zdrojů (personalista) a pokud to bylo možné, i osoby, která byla odpovědná za odbornou stránku řízení kompetencí (ředitel, náměstek LPP či vedením pověřený primář).

4B.2. Obecná zjištění z realizovaných návštěv

Ve dvou z celkových šesti navštívených zařízení se při návštěvě ukázalo, že odpovědi, které poskytly v rámci dotazníkového šetření, se nezakládají na skutečnosti. Dle vyjádření osob přítomných u rozhovoru to bylo z důvodu nepochopení některých dotazů. Na základě těchto zjištění byla návštěva pro bezpředmětnost (nejednalo se o příklady správného řízení kompetencí) ukončená a jejich výsledky zásadně přehodnoceny.

Zjištění ze zbylých čtyř návštěv ukazují na vysokou variabilitu jak ve formální, tak organizačně-technické stránce řízení kompetencí v jednotlivých zařízeních. Například v oblasti přidělování kompetencí se vyskytly případy, kdy seznam kompetencí byl součástí všeobecného předpisu o provádění jednotlivých činností a k těmto činnostem byli přiřazeni jejich „nositelé“ (primář, atestovaný lékař atd.). Tento systém rozhodně nelze považovat za příklad dobré praxe, neboť neumožňuje dostatečnou individualizaci kompetencí a jejich flexibilní přehodnocování – kompetence je zde spojena s kvalifikací či funkcí dotyčného, nikoliv s jeho skutečnými znalostmi a dovednostmi, které jsou pravidelně přezkoumávány.

Vzniká tak opět pouze formální systém přidělování kompetencí, který není dostatečně konkrétní a flexibilní.

Na druhé straně se ve skupině vyskytla dvě zařízení, jejichž systém řízení kompetencí lze (v porovnání se studovanou zahraniční literaturou) považovat za blížící se dobré praxi. Jedno z těchto zařízení je akreditováno dle standardů SAK a připravuje se na mezinárodní akreditaci dle standardů JCI, druhé zařízení bylo certifikováno dle ISO 9001 a v době studie se připravovalo na akreditační šetření SAK ČR.

Následující kapitola obsahuje kompilát řízení kompetencí v obou zařízeních, který lze považovat za manuál dobré praxe v této oblasti.

4.B.3. Řízení kompetencí lékařů – příklad dobré praxe

Nemocnice má vydán **vnitřní předpis**, který (mimo jiné) popisuje:

- Detailní způsob zapracování lékařů po nástupu do zaměstnání (lhůty a termíny, definované „školitele“, spektrum teoretické a praktické přípravy, položkový výčet oblastí zapracování, kritéria splnění jednotlivých položek – např. „návštěva teoretického semináře“ a následné prozkoušení či splnění testu na minimálně 70 %)
- Přesný výčet řízených obecných kompetencí lékařů (v této studii sledované kompetence, jako např. práce v ÚPS) a dále specifické oblasti pro jednotlivé obory (konkrétní výkony u jednotlivých oborů – např. hrudní drenáž, ultrazvuk ledvin, atd.)
- U každé kompetence přesně definované požadavky na její získání a způsob jejího přehodnocování (například: provádění konzilií v oboru – minimálně 3 roky praxe v oboru, nelze provádět před ukončením zapracování (nutno ovládat dokumentaci, systém konziliárních služeb a další organizační a technické znalosti a dovednosti), schválení primářem oddělení; přehodnocování probíhá jednou ročně – schvaluje primář oddělení, nepodkročitelné minimum je však alespoň x provedených konzilií za uplynulé období jednoho roku a úspěšné (70%) absolvování e-learningového testu na pravidla poskytování konziliárních služeb (obsahem testu je vnitřní předpis, typy a termíny prováděních konzilií, telefonní čísla, organizace atd.), kompetence je

přezkoumána v dřívějším termínu v případě stížnosti z klientských oddělení na dotyčného konziliáře)

- Seznam pravidelně se opakujících školení a testování, jejichž splnění je buďto podmínkou pracovní smlouvy vůbec (např. zvládnutí KPR – u takových činností je popsán postup v případě, že pracovník školení neabsolvuje či neprojde následným přezkoušením) nebo je podmínkou udržení si některé kompetence (viz tam – předchozí odrážka).

Nemocnice pro každého lékaře vede **osobní spis**, který (mimo jiné) obsahuje:

- Popis pracovní náplně – výčet konkrétních povinností a práv, podřízenost, nadřízenost atd.
- Doklad o zapracování (viz výše) a pravidelných opakovaných školeních a testech (KPR, BOZP, PO)
- Seznam kompetencí k aktuálnímu datu, které jsou přidělené dle pravidel popsaných ve vnitřním předpisu
- Doklady o pravidelných hodnoceních těchto kompetencí nebo jejich dílčích částech. Z těchto dokladů je zřetelné splnění (či nesplnění) vnitřním předpisem popsaných podmínek pro získání či udržení jednotlivých kompetencí (lze sledovat logiku přidělení či odebrání kompetence, jsou zde uvedeny výsledky těch kritérií, na jejichž základě jsou kompetence přidělovány a hodnoceny)
- Doklady o dalších mimořádných okolnostech, které mají vliv na přidělení kompetence (disciplinární řízení, stížnosti, apod.)

5. Diskuse

Z výsledku studie lze konstatovat, že všechny stanovené pracovní hypotézy se potvrdily.

Těžiště studie jistě nespočívalo v testování dodržování legislativy, ale vybrané legislativní požadavky zdravotnická zařízení naplňují takřka beze zbytku (hypotéza 1). Otázkou zůstává, jak vypadá naplňování v praxi a nejsou-li tyto požadavky naplňovány pouze formálně (podpisem zaměstnance pod jakési zaškolení). Z kvalitativní části studie, která však nezkoumala dostatečně reprezentativní soubor, vyplývá, že jsou povinná školení přiměřeně zevrubná a mnohdy též doprovázená praktickými nácviky či testováním získaných znalostí a dovedností. S určitou mírou rezervovanosti (nedostatečně velký soubor v kvalitativní části studie) lze tedy říci, že **dodržování legislativy, a to ne pouze po formální stránce, nýbrž i po stránce praktické, je v oblasti řízení lidských zdrojů uspokojivé.**

Vztah „externího tlaku/hodnocení“, konkrétně akreditace pro řízení kvality a bezpečí dle SAK ČR a JCI, ISO certifikace a akreditace k specializačnímu vzdělávání lékařů (hypotéza 2), byl hlavním předmětem zkoumání. Lze jednoznačně konstatovat, že zdravotnická zařízení, která jsou zapojena do alespoň jednoho z výše uvedených systémů externího hodnocení, vykazují vyšší úroveň řízení lidských zdrojů v oblasti řízení kompetencí lékařského personálu. Metodika kvantitativní části studie nám bohužel neumožňuje dát tyto jevy do jakékoli kauzality, tedy nejsme schopni jasně říci, že jedno způsobuje druhé, že například nemocnice lépe řídí kompetence svých lékařů díky tomu, že je akreditovaná. V kvalitativní části studie se však tato kauzalita potvrdila a (opět však s výhradami k velikosti souboru) **lze konstatovat, že akreditace v oblasti kvality, certifikace a akreditace ve specializačním vzdělávání lékařů motivují zdravotnická zařízení k vyšší míře sofistikovanosti v oblasti řízení lidských zdrojů a kompetencí lékařů zvláště.** Toto tvrzení podporují též poznatky z návštěv zahraničních zdravotnických zařízení, které proběhly v přípravné fázi výzkumné studie. Celkem bylo navštíveno 6 lůžkových zařízení akutní péče ve Španělsku (3 zařízení) v Belgii (2) a v Rakousku (1), a to s cílem nalézt příklady dobré praxe v oblasti řízení kompetencí lékařů. Ve dvou zařízeních, která nakonec byla vybrána jako referenční centrum excelence, zástupci managementu potvrdili, že k revizi procesu řízení kompetencí je vedl externí tlak, v jednom případě mezinárodní akreditace JCI a ve druhém ISO certifikace. Poznatky z těchto

center excellence jsou rovněž součástí doporučení pro řízení kompetencí lékařského personálu¹¹⁴

Přestože z relativního srovnání vycházení lépe zdravotnická zařízení vystavená externímu tlaku, v absolutních hodnotách ani akreditovaná či certifikovaná zařízení nedosahují ideálních výsledků a i v jejich případě existují příležitosti k dalšímu zlepšování. Toto zjištění tedy směřuje k doporučení dále vytvářet tlak na již existující organizace poskytující externí hodnocení, aby více motivovaly zdravotnická zařízení k sofistikovanější úrovni řízení kompetencí zdravotníků.

Role středního a liniového managementu v oblasti přidělování a přehodnocování kompetencí (hypotéza 3 a 5) se v souladu s hypotézou ukázala jako nejslabší článek v řízení kompetencí. Odpověď 2 (kompetence je přidělována neformálně – ústně bez písemného dokladu) je v součtu druhou nejčtenější odpovědí na otázky ohledně přidělování a přehodnocování kompetencí lékařů. Možná je na místě vysvětlit, že tato odpověď vlastně znamená, že jakýsi management podle kompetencí existuje, ale není formalizován (nestojí na jasně stanovených a kontrolovaných pravidlech a je výhradně v rukou středního a liniového managementu, který navíc nedostatečně komunikuje s administrativním vedením nemocnice. Lze tedy konstatovat, že **ve zkoumaném souboru se příliš často vyskytuje neformální (a tedy nekontrolovaný, nestandardizovaný a rizikový) způsob řízení kompetencí lékařského personálu.**

Přidělování a přehodnocování kompetencí podle objektivních dat o kvalitě práce jednotlivce (indikátoru kvality) je vůbec nejslabší stránkou řízení kompetencí ve zdravotnictví v ČR (hypotéza 4). Odpověď 7 (*kompetence je přidělována formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti – tzv. indikátoru kvality*) se nevyskytla ani jednou. Analogicky k tomu, odpověď 4 při přehodnocování kompetence (*kompetence je přehodnocována (odebírána) formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti – tzv. indikátoru kvality*) vyskytovala nejméně často, fakticky v ojedinělých případech. Bohužel se hypotéza 4 beze zbytku naplnila a lze říci, že **řízení kompetencí ve zdravotnictví s využitím objektivních dat o kvalitě takřka neprobíhá.** Na obranu

¹¹⁴ Viz kapitola 4.B.3. Řízení kompetencí lékařů – příklad dobré praxe

dotazovaných zdravotnických zařízení je nutno uvést, že z důvodu co nejširší aplikace byly vybrány do studie velmi obecné kompetence nebo činnosti, které se dají interpretovat jako skupina kompetencí. Pro takto stanovené kompetence se složitě hledají objektivní indikátory kvality. Lze se domnívat, že situace bude lepší u jasně ohraničených specializovaných kompetencí, které je snazší „párovat“ s indikátory (např. provádění kanylace centrální žíly vs. frekvence komplikací při tomto výkonu). Tyto speciální kompetence nebyly předmětem studie, avšak bylo by velmi užitečné jejich řízení v budoucnu blíže analyzovat¹¹⁵.

¹¹⁵ Viz podkapitola 6.3.3. Další výzkumná aktivita

6. Závěr

6.1. Doporučení plynoucí z výzkumné práce

6.1.1. Legislativní rámec

Ze studie vyplývá, že pro řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví není třeba vytvářet novou nebo upravovat stávající legislativu. Současná legislativní úprava (ZP) je v oblasti řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví dodržována a jak formální, tak praktická stránka nečiní zdravotnickým zařízením potíže.

Tato studie neřeší, jakým způsobem by mělo být upraveno kontinuální zvyšování kvality ve zdravotnictví. **V kontextu připravované legislativy (Zákon o zdravotních službách, §§ 101-110 pojednávající o externím hodnocení kvality; příslušné prováděcí předpisy) však plyne ze studie jednoznačné doporučení: V rámci registrace orgánů externího hodnocení kvality dosahují nejrozšířenější typy externího hodnocení kvality relativního zvýšení úrovně řízení kompetencí v cílových zdravotnických zařízeních, ale absolutně stále existují rezervy. Pokud by tedy prováděcí předpis obsahoval oblasti, které má o registraci usilující organizace prosazovat v rámci svých aktivit, pak oblast řízení kompetencí by měla být jednou z nich.**

6.1.2. Externí hodnocení kvality, akreditace pro specializační vzdělávání zdravotníků

Jak již vyplývá z předchozího odstavce, všechny zkoumané typy externího tlaku přinášejí relativní zlepšení v úrovni řízení kompetencí lékařů, avšak absolutně lze dosáhnout ještě lepších výsledků. Doporučení pro orgány provádějící externí hodnocení kvality je tedy analogické k předchozímu odstavci: **rozšířit a zpřísnit požadavky na řízení lidských zdrojů s důrazem na řízení kompetencí zdravotníků a více motivovat zdravotnická zařízení k využívání objektivní indikátorů kvality pro přidělování a přehodnocování kompetencí. Za jeden z vhodných nástrojů implementace považujeme formulaci příkladů dobré praxe – viz kapitola 4.B.3. Řízení kompetencí lékařů – příklad dobré praxe.**

Podobně jako externí hodnocení kvality, i akreditace pro specializační vzdělávání zdravotníků v relativním srovnání vede k vyšší úrovni řízení kompetencí, ale absolutně nedosahuje ideálního efektu. **Mezi požadavky akreditace pro specializační vzdělávání zdravotnického personálu by kromě definice spektra poskytovaných služeb a personálního vybavení měly též patřit alespoň formální požadavky (vnitřní předpis) na kvalitní řízení kompetencí zdravotnického personálu.** Toto opatření je navíc poměrně jednoduché, protože akreditaci pro specializační vzdělávání je poskytováno jediným subjektem (MZČR) a jeho efekt by (vycházíme-li ze současné situace mezi zdravotnickými zařízeními) byl největší, neboť je ze všech tří porovnávaných typů externího tlaku nejrozšířenější.

6.1.3. Další výzkumná aktivita

Přestože cíle této studie byly naplněny, existují v zásadě dva další směry, do kterých lze výsledky dále rozšiřovat:

„Vertikálně“ lze studii rozšířit hlubším zkoumáním konkrétních speciálních kompetencí a jejich přidělování a přehodnocování již v jednotlivých oborech specializace. Zajímavá by v tomto projektu mohla být spolupráce s odbornými společnostmi, kterým tato oblast jistě přísluší. Odborné společnosti se podílely na definici strukturálních požadavků (personál, vybavení, spektrum poskytovaných služeb) pro specializační vzdělávání lékařů a velmi zajímavé by bylo zapojit je do definice procesních požadavků, tedy formulace doporučených postupů v řízení speciálních kompetencí – které stěžejní kompetence řídit, jak řídit, jak měřit kvalitu v této oblasti, definovat benchmark pro některé činnosti atd.

V „horizontálním“ směru lze studii rozšířit na nadnárodní úroveň a srovnat řízení kompetencí podobnou metodikou v jednotlivých evropských zemích a podobně jako v této studii vyhledávat příklady dobré praxe.

Kombinací obou výše zmíněných směrů rozšíření by bylo možno detailně popsat situaci v EU, pokud jde o řízení kompetencí lékařů a poskytnout tak základní zdroj informací pro sjednocování požadavků na lékařský personál v rámci volného pohybu pracovní síly v EU

6.2. Hodnocení splnění cílů práce

Cílem teoretického úvodu práce je nabídnout syntézu dosud získaných poznatků na poli řízení kvality a bezpečí zdravotní péče a na poli řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví a tyto dvě oblasti propojit, tedy na publikovaných faktech nalézt jejich vzájemný vztah. Jistě není možné zevrubně popsat všechny poznatky, které dnes existují v obou oblastech vzhledem k množství publikací a vědeckých prací, které se těmito aspekty řízení zabývají. Cílem teoretického úvodu je nalézt průnik těchto obrovských množin a zejména přinést pokud možno původní a přehledný popis toho, jak se tyto oblasti vzájemně ovlivňují. Tento cíl je splněn zejména v podkapitole 2.2.3. Lidské zdroje a bezpečí zdravotní péče, která, po obligátním vymezení pojmů a nejdůležitějších poznatků v řízení kvality a bezpečí i v řízení lidských zdrojů v ostatních podkapitolách teoretického úvodu, má ambici přinést argumenty pro nutnost zavést některé prvky řízení lidských zdrojů (zejména zapracování a řízení kompetencí) do provozu zdravotnických zařízení s cílem zvýšit kvalitu poskytované péče a omezit rizika z toho plynoucí pro pacienty a personál.

Hlavním cílem práce bylo přinést zevrubný popis současného stavu v řízení lidských zdrojů v lůžkových zdravotnických zařízeních ČR, a to právě v těch oblastech, které mají (z dostupné literatury) vliv na kvalitu a zejména bezpečí poskytované zdravotní péče. Největší výzvou bylo jistě vytvořit pro takové hodnocení vhodná kritéria, jejichž kvantitativní i kvalitativní zpracování přinese nové informace o zdravotnictví poskytované v České republice. Tento cíl lze s jistotou považovat za splněný, neboť se podařilo získat informace od reprezentativního vzorku zdravotnických zařízení a výsledky lze zobecnit na celou ČR. Navíc se ukázalo, že formulované hypotézy, které vycházely z poznatků jiných studií a z doporučených postupů popsaných v dostupné literatuře, se potvrdily i na území České republiky.

Formulace doporučení pro řízení lidských zdrojů v kontextu zajištění kvalitní a bezpečné zdravotní péče, jako další z cílů této práce, lze rovněž považovat za splněný. Výsledky tohoto výzkumu a formulované doporučení našly svoji cestu do oficiálních materiálů MZČR a jsou dostupné všem, kteří mají o tento materiál zájem. Je pravdou, že vzhledem k útržkovitým a mnohdy zcela chybějícím příkladům dobré praxe v navštívených zařízeních, jsou formulovaná doporučení založena na současné praxi v českých zdravotnických zařízeních jen z části a bylo nutné je doplnit o doporučení z literárních pramenů. Jistě by bylo zajímavé podobnou studii

zaměřenou především na příklady dobré praxe zopakovat. Není totiž novinkou, že samotné provedení výzkumu ve zdravotnických zařízeních zaměřené na konkrétní příklady dobré praxe, motivuje samotné respondenty k zavedení těch procesů, které tam v době výzkumu chybějí. Lze tedy očekávat, že samotný výzkum v této oblasti vedl některá zařízení k zavedení těch principů řízení lidských zdrojů, které byly jeho předmětem.

7. Annotation

7.1. Objective

To assess the level of human resources management in inpatient healthcare facilities in the Czech Republic. Special emphasis was placed on the privileging of physicians and measuring the level of development of the privileging system in the examined organizations. The final objective was to find out whether there exists any relation between the external appraisal systems (accreditation, ISO, teaching status) and the level of development of the physician privileging system in the appraised/non-appraised organizations.

7.2. Design, methods

A classical sociology study with use of research instruments. All organizations of the Czech Republic providing inpatient health care (both acute hospitals and follow-up and long-term care organizations, 354 in total) were addresses with a questionnaire. This questionnaire requested basic volume and structure data, description of implemented quality appraisal systems or teaching status and answers to various aspects of the level of human resources management. The largest section of the questionnaire contained questions about how physician privileges are managed within the respondent organization. All the provided data then undergone 1st-degree analysis and 2nd-degree analysis to find out possible relations. Special emphasis was placed on relation between “external pressure” (accreditation, certification, teaching status) and level of development of the physician privileging system.

7.3. Results

A total of 76 inpatient healthcare organizations were included in the study (52 acute care hospitals (27.1 %) and 24 long-term and follow-up care organizations (14.8 %) which was a sample large enough for generalization. All three examined types of external appraisal

showed statistically significant correlation with higher score in the level of privileging of physicians. Other aspects of human resource management, such as orientation and training, staff evaluation and staff satisfaction were also scrutinized in the study.

7.4. Discussion

The results of the study discovered some best-practices in healthcare staff human resource management. These should be further analyzed through a qualitative study and processed into recommendations for this managerial area. Same study design could be used both for international comparison and for scrutinizing more specialized privileges than those chosen for the purpose of this study.

7.5. Conclusion

Those inpatient healthcare facilities in the Czech Republic which are accredited, ISO certified or have teaching status demonstrated more developed process of privileging of physicians.

8. Seznam vybraných publikací

MARX D, VLČEK F (ed.): Národní akreditační standardy pro nemocnice – manuál a metodika plnění. 2. vyd. 2008. Spojená akreditační komise ČR, Tigris, spol. s.r.o. ISBN978-80-903750-6-2

VLČEK F: Indikátory kvality jako nástroj řízení a kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnickém zařízení; *Medical Tribune*. 16/2007. str. B3. ISSN 1214-8911

VLČEK F, IVANOVÁ K.: Řízení kompetencí lékařů v ČR – výsledky celonárodní studie. Mezinárodní konference SAK ČR Kvalita a bezpečí při poskytování zdravotní péče – priorita roku 2008 v ČR i ve světě. 25. Června 2008. Praha

VLČEK F, IVANOVÁ K.: Řízení kompetencí lékařů v ČR – výsledky celonárodní studie. Řízená kvalita ve zdravotní a sociální sféře 2008. 15. listopadu 2008. DTO Ostrava

VLČEK F, IVANOVÁ K, SADÍLEK P, MARX D: Vliv externího hodnocení na kvalitu řízení lidských zdrojů u lékařů v lůžkových zdravotnických zařízeních ČR; *Zdravotnictví v ČR*. 2010, č. 1. ISSN 1213-6050

VLČEK F, MAŠKOVÁ M, MARX D, GUTOVÁ L: Improving the quality of the patient records in the Central Military Hospital Prague, Czech Republic. ISQua. 2007. Boston.

VLČEK F: Řízení kompetencí lékařů v ČR. Nástroje zvyšování bezpečnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních – národní seminář MZČR. 23.2.2009, Palác Charitas Praha

VLČEK F, ZAMARIAN S, GUTOVÁ L: Meeting the Joint Commission International Accreditation standards in a hospital of a post-totalitarian country – a dream come true. European Forum on Quality Improvement in Health Care. 26.4.2006. Kongresové centrum Praha

VOLEJNÍK V, MARX D, VLČEK F (ed.): Národní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče. 1. vyd. 2009. Spojená akreditační komise ČR, Tigris, spol. s.r.o. ISBN978-80-903750-9-3

9. Seznam použité literatury

ARORA RR, RAI F: Antiplatelet Intervention in Acute Coronary Syndrome. Am J Ther. Květen 2009. ISSN: 1075-2765

BAKER GR, NORTON PG, FLINTOFT V et al.: The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Medical Association Journal. 2004, č. 170, s. 1678-1686. ISSN: 08203946

BARBORA NĚMCOVÁ: Chcete pracovat v nemocnici? Upište se ke stovkám hodin přesčasů, www.idnes.cz (online). 8.8.2008. http://zpravy.idnes.cz/chcete-pracovat-v-nemocnici-upiste-se-ke-stovkam-hodin-prescasu-pwc-/domaci.asp?c=A080807_170443_domaci_ban

BARBORA NĚMCOVÁ: Senát schválil novelu, která zvyšuje přesčasy lékařů, www.idnes.cz (online). 16.7.2008. http://zpravy.idnes.cz/senat-schvalil-novelu-ktera-zvysuje-prescasy-lekaru-p0g-/domaci.asp?c=A080716_201550_domaci_ban

BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD NM: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical practice Study I. N. Engl.J. Med., 1991, 324, s. 370-6

CAMBELL DA: The patient, burnout, and the practice of surgery (Presidential Address). American Surgeon, 1999, č. 65, s. 370-376. ISSN 0003-1348

CARNALL C: Managing Change in Organizations. 5. vydání 2007. Financial Times/ Prentice Hall. ISBN-13 978-0-273-65735-4

CATRAMBONE C, JOHNSON ME, MION LC, MINNUCK AF: The design of adult acute care units in U.S. hospitals..J Nurs Scholarsh. 2009 Mar;41(1):79-86. ISSN: 1527-6546

CODMAN EA: Autobiografická předmluva v: The Shoulder: Rupture of the Supraspinatus and Other Lesions in or about the Supracromial bursa. 1934. Boston, MA. Thomas Todd. s. v-vi

COOK RI: Two years before the mast: Learning how to learn about patient safety. Přednáška přednesena na konferenci Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care (Annenberg II), Rancho, Mirage, CA, 8.-10.11.1998.

DAVIS P, LAY-YEE R, BRIANT E et al: Adverse events in New Zealand public hospitals: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal*. 2002, č. 115, s. 271. ISSN 1175 8716

DONABEDIAN A: Evaluating the quality of medical care, *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966, č. 44, str. 166- 206.

DONABEDIAN A: *Explorations in quality assessment and monitoring*, sv. I, The definition of quality and approaches to it assessment. 1. vyd. 1980. Heath administration press, Ann Arbor.

FELTON JS: Burnout and as a clinical entity: Its importance in healthcare workers. *Occupational Medicine*, 1998, č. 48, s. 237-250. ISSN 0962-7480

FIRTH-COZENS J: Stress, psychological problems, and clinical performance. In C. Vincent (ed.) *Medical accidents*, 1993, s. 131-149. Oxford (UK): Oxford university press. ISBN 978-0192622891.

FLANNAGAN JC: The critical incident technique. *Psychological Bull.* 1954; 51, s. 327-358. ISSN 0033-2909

GASSIOT CA, SEARCY VL, GILES CW: *The Medical Staff Services Handbook: Fundamentals and Beyond*. Ilustrované vydání 2006. 664s. Jones & Bartlett Publishers. ISBN 9780763736941. s. 48-49

GOODMAN, G. A Fragment Patient Safety Concept: The Structure and Culture of Safety Management in Healthcare, 2003. In *Hospital Topics*, sv. 81, č 2.

GREENFIELD D, BRAITHWAITE J. Developing the evidence base for accreditation of healthcare organizations: a call for transparency and innovation. *Qual. Saf. Health Care*, June 1, 2009. č. 18(3). ISSN 14753898 s. 162 - 163.

HOLLNAGEL E: *Reliability of cognition: foundations of human reliability analysis*. London Academic Press 1993, s. 35-68. ISBN 978-0-08-042848-2

HORNSBY JA: Hospitals as they are: the hospital problem of today – what is it? Bull Am Coll Surg.1917, č. 1., s. 4-11.

INSTITUTE OF MEDICINE: *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. 1990, Vol.1. Washington, D.C.: National Academy Press.DONABEDIAN A: Evaluating the quality of medical care, *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966, č. 44, str. 166- 206.

INSTITUTE OF MEDICINE: Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. 2004. Washington, D.C.: National Academy Press.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE: ISQua's International Accreditation program: Assessment Guide for Organizations. 2008.

ISQua: ISQua Accreditation (online). <http://www.isqua.org/Accreditations.aspx?men=29>

IVANOVÁ K: Řízení lidských zdrojů. In: Gladkij a kolektiv: Management ve zdravotnictví. 2003. Computer Press. s. 209. ISBN 80-7226-996-8

IVANOVÁ K: Řízení lidských zdrojů. In: Gladkij a kolektiv: Management ve zdravotnictví. 2003. Computer Press. s. 210. ISBN 80-7226-996-8

JAFFER A, BEDNARZ B, CHALLACOMBE B, SRIPRASAD S: The assessment of surgical competency in the UK. Int J Surg. Únor 2009, č. 7(1). s. 12-15. ISSN 0973-6042

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION: Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. Překlad 3. vydání 2007, Joint Commission International, Grada Publishing, a.s. 2008, 312.s. ISBN 978-80-247-2436-2, s. 293-306

JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Assessing Hospital Staff Competence, Joint Commission Resources, ilustrované vydání, 2001, Joint Commission Resources, ISBN 0-86688-735-0

JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook. 2002, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, IL

JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Credentials Review and Privileging: Questions and Answers for Ambulatory Care. 1999, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, IL, s. 23

JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Credentials Review, Clinical Responsibilities and Competence Assessment: Questions and Answers for Behavioral Health Care Organizations. 1999, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, IL, s. 4

JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Credentialing, Privileging, Competency, and Peer Review: Examples of Compliance for the Medical Staff, Joint Commission Resources, ilustrované vydání, 2003, Joint Commission Resources, ISBN 0-86688-790-3

JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Issues in Human Resources for Hospitals, Joint Commission Resources, ilustrované vydání, 2004, Joint Commission Resources, ISBN 0-86688-863-2

JOINT COMMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS: Lexicon: Dictionary of Healthcare Terms, Organizations, and acronyms. Second edition 1998, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, IL, s. 51

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS: What every health care organization should know about sentinel events. Ilustrované vydání 2005. Joint Commission Resources. 110.s. ISBN 9780866889117

KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS (Editoři). To err is human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academies Press, 2000. 287 s. ISBN 978-0-309-06837-6

KRUEGER GP: Sustained work, fatigue, sleep loss and performance: A review of the issues. Work and Stress, 1989, č. 3, s. 129-141. ISSN 0267-8373

LEAPE, LL, LAWTHERS, AG, BRENNAN, TA, JOHNSON WG: Preventing medical injury. Qual Rev Bull. 1993, č. 19, s. 144-149. ISSN: 0097-5990

LEITER M: The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology*. ISSN 0708-5591 1991, sv. 32, s. 547 – 555.

LOMBARTS M J M H et al.: Differentiating between hospitals according to the "maturity" of quality improvement systems: a new classification scheme in a sample of European hospitals. *Quality and Safety in Health Care*. 2009. sv. 18. s. i38-43. ISSN 14753898

LÓPEZ L, HICKS LS, COHEN AP, MCKEAN S, WEISSMANN JS: Hospitalists and the quality of care in hospitals. *Arch Intern Med*. Srpen 2009. č. 10;169(15). s. 1389-94. ISSN 0003-9926

MACHE S, VITZTHUM K, NIENHAUS A, KLAPP BF, GRONEBERG DA: *BMC Health Serv Res*. Srpen 2009, č. 13;9. s. 148. ISSN 1472-6963

MARX D, VLČEK F (ed.): Národní akreditační standardy pro nemocnice – manuál a metodika plnění. 2 vyd. 2008. Spojená akreditační komise ČR, Tigis, spol. s.r.o. ISBN978-80-903750-6-2

MENDES W, MARTINS M, ROZENFELD S, TRAVASSOS C: The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. Srpen 2009, č. 21(4), s. 285-91. ISSN 1353-4505

MINNICK AF, MION LC: Nurse labor data: the collection and interpretation of nurse-to-patient ratios. *J Nurs Adm*. Září 2009; č. 39(9): s. 377-81. ISSN: 0002-0443

Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, v platném znění

Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, v platném znění

Nařízení vlády č. 469/2002 Sb., kterým se stanoví katalog prací a kvalifikační předpoklady a kterým se mění nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, v platném znění

Nařízení vlády č. 564/2006 Sb. o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, v platném znění

ØVRETVEIT J, GUSTAFSON D. Using research to inform quality programmes. BMJ. 2003, č. 326, s. 759–761. ISSN 0959-8138

Recommendation No R(97)17 of the Committee of Ministers to member states on the development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care.

RESNICK D: Toward a Philosophy of Patient Safety: Expanding the Systems Approach to Medical Error, In: Youngberg, B.,J., Hatlie M. eds.: The Patient Safety Handbook, Jones and Barlett Publishers, London, 2004, s. 67-82

ROSENTHAL MM, SUTCLIFFE KM (ed.): Medical Error: What Do We Know? What Do We Do?. 1. vyd. 2002. 368 s. Jossey-Bass, s. 37-57. ISBN 978-0787963958

SCOBIE S, THOMSON .: Building a memory: preventing harm, reducing risks and improving patient safety. The National Patient Safety Agency. London, 2005.

SHAW CD: Accreditation in European Healthcare. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2006; 32: 266-275. ISSN 1553-7250

SCHIOLER T, LIPEZAK H, PEDERSEN BL et al.: Danish Adverse event study. Incidence of adverse events in hospitals: a retrospective study of medical records, Ugeskr Laeger. 2001, č. 163(39), s. 5370-8.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2003/88/ES ze dne 4. listopadu 2003 o některých aspektech úpravy pracovní doby.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. září 2005 o uznávání odborných kvalifikací, v platném znění

Směrnice Rady Evropy č. 77/452/EEC u 27.6.1977 o vzájemném uznávání diplomů, osvědčení a jiných průkazů jmenovitých způsobilostí sester odpovědných za všeobecnou péči, včetně opatření pro usnadnění výkonu práva zřizovat a svobodně provozovat služby, v platném znění

Směrnice Rady Evropy č. 78/686/EEC z 25.7.1978 o vzájemném uznávání diplomů, osvědčení a jiných průkazů jmenovitých způsobilostí zubních lékařů, včetně opatření pro usnadnění výkonu práva zřizovat a svobodně provozovat služby, v platném znění

Směrnice Rady Evropy č. 85/433/EEC z 16.9.1985 o vzájemném uznávání diplomů, osvědčení a jiných průkazů jmenovitých způsobilostí ve farmacii, včetně opatření pro usnadnění výkonu práva zřizovat určité aktivity v oblasti farmacie, v platném znění

Směrnice Rady Evropy č. 89/391/EHS ze dne 12. června 1989 o zavádění opatření pro zlepšení bezpečnosti a ochrany zdraví zaměstnanců při práci

Směrnice Rady Evropy č. 89/654/EHS ze dne 30. listopadu 1989 o minimálních požadavcích na bezpečnost a ochranu zdraví na pracovišti

Směrnice Rady Evropy č. 93/16/EEC z 5.4.1993 k usnadnění volného pohybu lékařů a vzájemného uznávání jejich diplomů, osvědčení a jiných dokladů o jejich formální kvalifikaci, v platném znění

SOOP M, FRYKSMARK U, KÖSTER M, HAGLUND B: Int J Qual Health Care. Srpen 2009, č. 21(4), s. 285-91. ISSN 1353-4505

SPINLER SA: Managing acute coronary syndrome: evidence-based approaches. Am J Health Syst Pharm. Červen 2007, č. 64(11 Suppl 7), s. 14-24. ISSN: 1079-2082

ŠKODOVÁ M: Prestiž povolání. Tisková zpráva CVVM. Praha: Sociologický ústav AV ČR. 28.6.2007. Online: http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100704s_eu70628.pdf.

The American Heritage Dictionary of the English Language 3rd ed. 1992. Boston: Houghton Mifflin Co. s. 1345. ISBN 978-0395825174.

THOMAS EJ, STUDDERT DM, BURSTIN HR: Incidents and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado in 1992. Med Care, 2000, 38, s. 261-71

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY: Registr zdravotnických zařízení. www.uzis.cz (online). <http://www.uzis.cz/uzis/rzz/rzz.htm>

VÁCLAV DOLEJŠÍ: Strany představily své programy. Kdo chce šetřit a kdo rozdávat?, [www.idnes.cz](http://zpravy.idnes.cz) (online). 1.9.2009. http://zpravy.idnes.cz/strany-predstavily-sve-programy-kdo-chce-setrit-a-kdo-rozdavat-pv8-/domaci.asp?c=A090831_215246_domaci_abr

VINCENT C, NEALE G, WOLOSHYNOVYCH M: Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. British Medical Journal. 2001, č. 322, s. 517-19. ISSN: 09598138

VLČEK F: Řízení kompetencí lékařů v ČR. Nástroje zvyšování bezpečnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních – národní seminář MZČR. 23.2.2009, Palác Charitas Praha.

Vyhláška č. 244/2009 Sb. kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb. kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění

Vyhláška MZČR č. 185/2009 Sb. o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, v platném znění

Vyhláška MZČR č. 186/2009 Sb. o postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta (o rezidenčních místech), v platném znění

Vyhláška MZČR č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, v platném znění

Vyhláška MZČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění

WILSON RM, RUNCIMAN WB, GIBBERD RW, HAMILTON JD: An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Healthcare Study. Med J Aust 1995; 163, s. 458-471

Zákon č. 1/1992 Sb. o mzdě, odměně za pracovní pohotovost a o průměrném výdělku – zrušen pro Českou republiku zákonem č. 262/2006 Sb.

Zákon č. 143/1992 Sb. o platu a odměně za pracovní pohotovost v rozpočtových a v některých dalších organizacích a orgánech, v platném znění

Zákon č. 262/2006 Sb. Zákoník práce v platném znění

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění

Zákon č. 65/1965 Sb. Zákoník práce – zrušen pro Českou republiku zákonem č. 262/2006 Sb.

Zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění.

10. Seznam zkratek

AV ČR	Akademie věd České republiky
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
IAP	International Accreditation Programme
ISO	International Organization for Standardization
ISQua	Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky

11. Seznam tabulek, grafů a schémat použitých v textu

11.1. Schémata

Schéma č. 1 – Hlavní atributy zdravotní péče

Schéma č. 2 – Úrovně měření a ovlivňování kvality dle Donabediana

Schéma č. 3 – Roviny řízení kompetencí zdravotníků (původní schéma)

11.2. Tabulky

Tabulka č. 1 – Dimenze kvality dle Donabediana

Tabulka č. 2 - Souhrnné údaje o studiích výskytu mimořádných událostí při poskytování zdravotní péče

Tabulka č. 3 – Příklad definice výkonu v sazebníku výkonů (urologie – L1)

Tabulka č. 4 – Složení výběrového souboru dle krajů

Tabulka č. 5 - Přidělování kompetence - index kvality (vážený aritmetický průměr)

Tabulka č. 6 - Přehodnocování (odebírání) kompetence - index kvality (vážený aritmetický průměr)

11.3. Grafy

Graf č. 1. – Nové akreditační programy v Evropě v letech 1989 - 2007

Graf č. 2 - Akreditace dle národních akreditačních standardů SAK ČR; N = 73

- Graf č. 3 - Akreditace dle mezinárodních akreditačních standardů JCI; N = 65
- Graf č. 3 - Akreditace dle mezinárodních akreditačních standardů JCI; N = 65
- Graf č. 4 - Zařízení nebo jeho pracoviště má ISO certifikaci; N = 76
- Graf č. 5 - Zařízení nebo jeho pracoviště se připravuje na ISO certifikace; N = 76
- Graf č. 6 - Jiné typy certifikátů kvality; N = 76
- Graf č. 7 - Akreditace k specializačnímu vzdělávání lékařského personálu; N = 76
- Graf č. 8 - Existence vnitřního předpisu pro písemné hodnocení lékařů; N = 76
- Graf č. 9 - Vstupní hodnocení lékařů do 6-ti měsíců od nástupu do zaměstnání; N = 76
- Graf č. 10 - Probíhá pravidelné hodnocení všech lékařů minimálně jedenkrát za 2 roky; N = 76
- Graf č. 11 - Existence vnitřního předpisu pro zapracování lékařů; N = 76
- Graf č. 12 - Dokumentované školení lékařů v BOZP; N = 75
- Graf č. 13 - Dokumentované školení lékařů v protipožární ochraně; N = 76
- Graf č. 14 - Dokumentované školení lékařů v neodkladné KPR; N = 76
- Graf č. 15 - Formální zapracování lékařů s písemným dokladem; N = 73
- Graf č. 16 - Pravidelné hodnocení spokojenosti lékařů; N = 76
- Graf č. 17 - Rozhodování o příjmu (propuštění) pacienta do (z) ústavní péče - přidělování kompetence; N = 76
- Graf č. 18 - Rozhodování o příjmu (propuštění) pacienta do (z) ústavní péče - přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 76
- Graf č. 19 - Samostatné vedení léčby - přidělování kompetence; N = 76
- Graf č. 20 - Samostatné vedení léčby - přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 76
- Graf č. 21 - Provádění konzilií - přidělování kompetence; N = 72

Graf č. 22 - Provádění konzilií - přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 72

Graf č. 23 - Ústavní pohotovostní služba - přidělování kompetence; N = 74

Graf č. 24 - Ústavní pohotovostní služba - přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 74

Graf č. 25 - Práce v odborných ambulancích - přidělování kompetence; N = 70

Graf č. 26 - Práce v odborných ambulancích - přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 69

Graf č. 27 - Práce s konkrétními zdravotnickými prostředky - přidělování kompetence N = 70

Graf č. 28 - Práce s konkrétními zdravotnickými prostředky – přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 70

Graf č. 29 - Rozhodování o závažných postupech v léčbě - přidělování kompetence; N = 72

Graf č. 30 - Rozhodování o závažných postupech v léčbě – přehodnocování (odebírání) kompetence; N = 69

12. Seznam příloh

Příloha č. 1: TAZATELSKÝ ARCH – kvantitativní část studie

Příloha č. 2: SCHÉMA NESTANDARDIZOVANÉHO ROZHOVORU (INSTRUKCE PRO PROVEDENÍ NÁVŠTĚVY ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ) – kvalitativní část studie

13. Přílohy

13.1. Tazatelský arch – kvantitativní část studie

Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky, Hněvotínská 3, 775 15 OLOMOUČ
telefon: 585 632 714 fax: 585 632 716
Lékařské informační centrum
P.O.BOX 30, Sokolská 31, 120 21 PRAHA 2, tel.: 296181212, fax 296181804

Vážená paní, vážený pane,

tento dotazník se týká řízení kompetencí zdravotnického personálu ve Vašem zdravotnickém zařízení. Dotazník je součástí první fáze studie, kterou financuje Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále MZ ČR) a již provádí Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci spolu s Lékařským informačním centrem, které zabezpečuje sběr a zpracování dat. V druhé fázi studie se budeme obracet na vybraný vzorek respondentů s žádostí o umožnění osobní návštěvy a hlubší analýzy procesu řízení lidských zdrojů. **Cílem celé studie je zhodnotit úroveň řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví s důrazem na kompetence personálu.** Výsledky studie budou použity jako výchozí informace pro MZ ČR při tvorbě legislativy a metodických pokynů v této oblasti.

Veškeré informace, které v dotazníku (či při osobních návštěvách) požadujeme, jsou přísně důvěrné a ani objednatel studie (MZ ČR) nebude seznámen s výsledky jednotlivých zařízení, pouze mu předložíme již zpracované a zaslíbené výstupy.

Dovolujeme si Vás požádat o pečlivé vyplnění přiloženého dotazníku. Za nejvhodnější osobu, která většinu otázek sama zodpoví a ostatní zprostředkuje ve spolupráci s klinickými odděleními Vašeho zařízení, považujeme pracovníka odpovědného za řízení lidských zdrojů. Jakékoli dotazy v souvislosti s dotazníkem rádi odpovíme na kontaktech uvedených níže. Vyplněný dotazník vraťte na níže uvedenou adresu **nejpozději do 2008.**

Děkujeme za Vaši laskavou spolupráci

MUDr. František Vlček,
hlavní řešitel studie

Kontakt pro odeslání dotazníku a případné dotazy:

Lékařské informační centrum
P.O.BOX 30, Sokolská 31, 120 21 Praha 2
PhDr. Petr Sadílek – pracovník odpovědný za sběr dat
Tel.: 296181212, 296182626 Fax: 296181804
GSM: 604 557 777 (PhDr. Petr Sadílek)
e-mail: sadilek@help-lic.cz

NÁZEV PRACOVISŤE:

ADRESA:

TELEFON:

FAX:

MAIL:

NEJPRVE PROSÍME O ODPOVĚĎ NA OTÁZKY, TÝKAJÍCÍ SE CHARAKTERISTIKY VAŠÍ NEMOCNICE (VAŠEHO ZARÍZENÍ).

1. Celkový počet lůžek ve Vaší nemocnici (Vašem zařízení):
- stav k 31. 12. 2007 lůžek
2. Počet hospitalizovaných pacientů ročně:
- stav za rok 2007 osob
3. Počet ambulantních pacientů ročně:
- stav za rok 2007 osob
4. Roční obrát Vaší nemocnice (Vašeho zařízení)
- stav za rok 2007 Kč
5. Počet personálu celkem (ekvivalent plného úvazku – průměrný evidenční počet přepočtený za 1. – 12. 2007) osob
Z toho:
 - 5.1. Lékaři (včetně zubních lékařů) osob
 - 5.2. Nelékařský zdravotnický personál (včetně farmaceutů) osob
 - 5.3. Ostatní osob

NYNĚ VÁM POLOŽÍME NĚKOLIK OTÁZEK, TÝKAJÍCÍCH SE ŘÍZENÍ KVALITY VE VAŠÍ NEMOCNICI (VAŠEM ZARÍZENÍ).

6. Má Vaše zařízení akreditaci dle národních akreditačních standardů SAK ČR ?
(označte jen jednu možnost a u varianty 1 nebo 2 doplňte datum)
 1. Akreditováno od (uveďte datum)
 2. V přípravě na akreditaci od (uveďte datum)
 3. Nemí akreditováno, není v přípravě na akreditaci

7. Má Vaše zařízení mezinárodní akreditaci dle mezinárodních akreditačních standardů JCI ?
 1. Akreditováno od (uveďte datum)
 2. V přípravě na akreditaci od (uveďte datum)
 3. Nemí akreditováno, není v přípravě na akreditaci

8. Mají pracoviště ve Vašem zařízení ISO certifikaci ?

(Uveďte všechna certifikovaná pracoviště a vyplňte u každého z nich typ certifikace, datum, kdy byla certifikace udělena a název certifikovaného pracoviště. Pokud je počet certifikovaných pracovišť vyšší než počet kolonek, vypište zbývající na zvláštní papír a připevněte ho vhodným způsobem k tomuto dotazníku).

1. Certifikováno dle od....., název certifikovaného pracoviště.....
2. Certifikováno dle od....., název certifikovaného pracoviště.....
3. Certifikováno dle od....., název certifikovaného pracoviště.....
4. Certifikováno dle od....., název certifikovaného pracoviště.....
5. Certifikováno dle od....., název certifikovaného pracoviště.....

9. Připravují se pracoviště ve Vašem zařízení k ISO certifikaci ?

(Uveďte všechna pracoviště, která se připravují k ISO certifikaci a vyplňte u každého z nich dle čeho se k certifikaci připravují, datum, od kterého se k certifikaci připravují a název pracoviště, které se na certifikaci připravuje. Pokud je počet pracovišť připravujících se k certifikaci vyšší než počet kolonek, vypište zbývající na zvláštní papír a připevněte ho vhodným způsobem k tomuto dotazníku).

1. V přípravě k certifikaci dle od
název pracoviště.....
2. V přípravě k certifikaci dle od
název pracoviště
3. V přípravě k certifikaci dle od
název pracoviště
4. V přípravě k certifikaci dle od
název pracoviště
5. V přípravě k certifikaci dle od
název pracoviště

10. Jaké další dosažené certifikáty kvality mají pracoviště Vašeho zařízení ?

(Uveďte všechny dosažené typy certifikátů, datum jejich přidělení a název pracoviště.

Pokud je počet pracovišť, která získala certifikaci vyšší než počet kolonek, vyplňte zbývající na zvláštní papír a připevněte ho vhodným způsobem k tomuto dotazníku).

1. Název certifikátu od,
název pracoviště
2. Název certifikátu od,
název pracoviště

11. Má Vaše pracoviště akreditaci k postgraduálnímu vzdělávání lékařského personálu?

(Vypište všechny obory, ve kterých je Vaše pracoviště akreditováno).

1. Akreditována v oborech
-
-

NYNÍ SE ZAMĚŘÍME NA PROBLEMATIKU ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ (KROMĚ KOMPETENCÍ). PROSÍME O ODPOVĚĎ NA NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY.

Oblast vstupního a pravidelného hodnocení lékařů

12. Existuje vnitřní předpis platný pro celé zařízení definující jak odpovědné osoby, tak termíny, tak spektrum písemného hodnocení lékařů ? *(Označte jen jednu odpověď).*

1. ano
2. ne

13. Probíhá vstupní hodnocení všech lékařů nejpozději do 6-ti měsíců od nástupu do zaměstnání ? *(Označte jen jednu odpověď).*

1. ANO na všech pracovištích
2. ANO pouze na některých pracovištích
3. NE

14. Probíhá pravidelné hodnocení všech lékařů minimálně jednou za 2 roky ? *(Označte jen jednu odpověď).*

1. ANO na všech pracovištích
2. ANO pouze na některých pracovištích
3. NE

Oblast zapracování lékařů

(Jedná se např. o uvedení nového pracovníka do organizace a fungování pracoviště, seznámení s vnitřními předpisy vztahujícími se na danou pozici, osvojení si všech pracovních postupů, to vše pod dohledem určeného školitele/školitelů).

15. Existuje vnitřní předpis platný pro celé zařízení definující jak odpovědné osoby, tak termíny, tak spektrum zapracování lékařů ? *(Označte jen jednu odpověď).*
1. ANO na všech pracovištích
 2. ANO pouze na některých pracovištích
 3. NE
16. Probíhá dokumentované školení všech lékařů v BOZP ? *(Označte jen jednu odpověď).*
1. ANO na všech pracovištích
 2. ANO pouze na některých pracovištích
 3. NE
17. Probíhá dokumentované školení všech lékařů v protipožární ochraně ? *(Označte jen jednu odpověď).*
1. ANO na všech pracovištích
 2. ANO pouze na některých pracovištích
 3. NE
18. Probíhá dokumentované školení všech lékařů v neodkladné KPR ? *(Označte jen jednu odpověď).*
1. ANO na všech pracovištích
 2. ANO pouze na některých pracovištích
 3. NE
19. Probíhá formální zapracování lékařů s písemným dokladem (vyjma školení v BOZP, PO a neodkladné KPR) ? *(Označte jen jednu odpověď).*
1. ANO na všech pracovištích
 2. ANO pouze na některých pracovištích
 3. NE

Oblast hodnocení spokojenosti lékařů

20. Probíhá pravidelné hodnocení spokojenosti lékařů? *(Označte jen jednu odpověď).*
1. ANO na všech pracovištích
 2. ANO pouze na některých pracovištích
 3. NE

POSLEDNÍ OBLASTÍ, KTEROU V RÁMCI TOHOTO VÝZKUMU SLEDUJEME, JE ŘÍZENÍ KOMPETENCÍ LÉKAŘSKÉHO PERSONÁLU, KONKRÉTNĚ JEJICH PŘIDĚLOVÁNÍ A PŘEHODNOCOVÁNÍ.

21. Jak probíhá na Vašich pracovištích přidělování kompetencí lékařskému personálu?
(U každé uvedené kompetence – viz 21.1. až 21.8. – označte některé z následujících hodnocení.)

1. Kompetence není formálně ani neformálně přidělována
 2. Kompetence je přidělována neformálně (ústně bez písemného dokladu), primářem/přednostou či jím pověřeným lékařem oddělení
 3. Kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje pouze dosažené formální vzdělání (atestace)
 4. Kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje délka praxe v oboru, případně počet výkonů
 5. Kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o jejím přidělení rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař
 6. Kompetence je přidělována formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), o její přidělení lékař žádá
 7. Kompetence je přidělována formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality). **Uveďte, který indikátor používáte u této konkrétní kompetence:**.....
 8. Jiná situace (popište):.....
- * Pozn: u bodů 4, 5, 6, 7 lze zaškrtnout více odpovědí (kombinace)*

21.1. Rozhodování o příjmu/propuštění pacienta do/z ústavní péče	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
21.2. Samostatné vedení léčby (ošetřující lékař)	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
21.3. Provádění konzilií v oboru specializace dotyčného lékaře	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
21.4. Ústavní pohotovostní služba	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
21.5. Práce v odborných ambulancích	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
21.6. Práce s konkrétními zdravotnickými prostředky (složitě diagnostické či terapeutické přístroje)	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
21.7. Rozhodování o nákladných, rizikových, nestandardních či jinak závažných postupech v léčbě (bazální péče, ordinace léčiv mimo pozitivní list, atd.)	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
21.8. Další kompetence	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
.....	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
.....	1	2	3	4	5	6	7	8	.....

V bodě 21.8. uveďte pouze výčet další kompetence, které se udělují a pravidelně přehodnocují v rámci vašeho zařízení. (Např. speciální diagnostické a terapeutické výkony specifické pro jednotlivé specializační obory; Některé příklady: cévkování muže – urologie, endoskopické výkony – gastroenterologie, laparoskopické výkony – chirurgické obory, centrální žilní katetrizace, laserové korekční operace – oční, psychoterapie - psychiatrie atd.; Dále nespecifické kompetence (např. znalost cizích jazyků a jiné znalosti/dovednosti).

22. Jak probíhá na Vašich pracovištích přehodnocování (odebírání) kompetencí lékařskému personálu? (U každé uvedené kompetence – viz 22.1. až 22.8. – označte některé z následujících hodnocení):

1. Kompetence není formálně ani neformálně přehodnocována/odebírána
2. Kompetence je pravidelně přehodnocována/odebírána neformálně (ústně bez písemného dokladu, například ze strany primáře/přednosta oddělení)
3. Kompetence je pravidelně přehodnocována/odebírána formálně (s písemným záznamem do osobního spisu), a jejím znovu přidělení či odebrání rozhoduje nadřízený nebo pověřený lékař, **minimální frekvence hodnocení kompetence je jednou za..... rok(y)**
4. Kompetence je pravidelně přehodnocována/odebírána formálně, na základě objektivních dat o kvalitě práce lékaře v dané oblasti (tzv. indikátoru kvality). Uveďte, **který indikátor používáte u této konkrétní kompetence:..... minimální frekvence hodnocení kompetence je jednou za..... rok(y)**

5. Jiná situace

(popište):.....

^{*) Pozn: u bodů 3 a 4 lze zaškrtnout obě odpovědi (kombinace)}

22.1. Rozhodování o příjmu/propuštění pacienta do/z ústavní péče	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
22.2. Samostatné vedení léčby (ošetřující lékař)	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
22.3. Provádění konzilií v oboru specializace dotyčného lékaře	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
22.4. Ústavní pohotovostní služba	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
22.5. Práce v odborných ambulancích	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
22.6. Práce s konkrétními zdravotnickými prostředky (složitě diagnostické či terapeutické přístroje)	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
22.7. Rozhodování o nákladných, rizikových, nestandardních či jinak závažných postupech v léčbě (bazální péče, ordinace léčiv mimo pozitivní list, atd.)	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
22.8. Další kompetence	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
.....	1	2	3	4	5	6	7	8	.....
.....	1	2	3	4	5	6	7	8	.....

V bodě 22.8. uveďte pouze výčet další kompetence, které se udělují a pravidelně přehodnocují v rámci vašeho zařízení. (Např. speciální diagnostické a terapeutické výkony specifické pro jednotlivé specializační obory; Několik příkladů: cévkování muže – urologie, endoskopické výkony – gastroenterologie, laparoskopické výkony – chirurgické obory, centrální žilní katetrizace, laserové korekční operace – oční, psychoterapie - psychiatrie atd.; Dále nespecifické kompetence (např. znalost cizích jazyků a jiné znalosti/dovednosti).

Dotazník vyplňoval(i) pracovník(i) ve funkci(ích):

V případě potřeby upřesnění odpovědi a eventuální další fáze studie kontaktujte pracovníka:

Jméno a příjmení: funkce:

Telefon: mail:

13.2. Schéma nestandardizovaného rozhovoru (instrukce pro provedení návštěvy zdravotnického zařízení) – kvalitativní část studie

Schéma nestandardizovaného rozhovoru v rámci osobní návštěvy zařízení

Grantový projekt „Řízení kompetencí zdravotnického personálu v kontextu zajištění bezpečné zdravotní péče“

Cíle

1. Zhodnotit stav řízení kompetencí v lůžkových zdravotnických zařízeních s důrazem na lékaře
 - a. Kvalitativně (nestandardizovaný rozhovor a studium dokumentů)
2. Vybrat a popsat příklady dobré praxe v oblasti řízení kompetencí lékařů

Postup

1. Společně s přítomným personálem (osoby uvedené v dotazníku jako ty, které jej vyplnily) projít celý dotazník a ujasnit správnost údajů s následujícími úkoly:
 - a. Tam, kde se hovoří v dotazníku o existenci vnitřního předpisu, nechat si tento předpis předložit (pokud jej zařízení má vypracovaný) a pročíst, zda skutečně obsahuje požadované postupy definované v daném bodě – otázky číslo 12 a 15
 - b. Tam, kde se hovoří o naplňování vnitřního předpisu, nechat si předložit alespoň dva osobní spisy (nebo jiné spisy obsahující požadovaný doklad) a informaci ověřit – otázky číslo 13,14, 16-20
 - c. Při nesrovnalostech korigovat zaškrtnutou odpověď
2. Speciálně v oblasti kompetencí projít detailně jak zaškrtnuté odpovědi, tak celý proces přidělování a přehodnocování kompetencí, především:
 - a. Prostudovat vnitřně závazné dokumenty, které toto upravují (pokud existují)
 - b. Nechat si ústy dotazovaného popsat proces přidělování a přehodnocování kompetencí – odpovědné osoby, termíny, rozsah, způsob dokumentace (formulář v osobním spisu? Jinde?)
 - c. Na příkladech konkrétních osobních spisů si nechat demonstrovat celý proces
3. Dotázat se zástupce zařízení, jakou mají externí motivaci k takové formě řízení kompetencí (speciálně tam, kde nemají akreditaci, případně ISO), v čem jim tento nástroj pomáhá, případně s čím měli problémy při implementaci a jak překonali rezistenci personálu, atd.

Výstupy

1. Dotazník s případnými korekcemi v odpovědích (viditelně označené)
2. Vnitřní předpisy zařízení, které dotazovatel považuje za příklad dobré praxe vhodný k publikaci
3. Popis procesu řízení kompetencí lékařského personálu tak, jak jej popisuje zástupce zařízení -viz body 2b. a 3. Předchozího odstavce
4. Kopie veškeré doprovodné dokumentace – především formuláře hodnocení, zapracování pravidelného hodnocení personálu a samozřejmě veškerá dokumentace v oblasti řízení kompetencí lékařů + kopie vyplněného formuláře (zaslepené osobní údaje)