

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018

Barbora Kuželová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Návrh modelu managementu kvality v praxi následné péče

Barbora Kuželová

Diplomová práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora Kuželová**
Osobní číslo: **Z16179**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Název tématu: **Návrh modelu managementu kvality v praxi následné péče**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

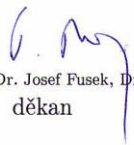
1. GLADKIJ, Ivan a kol. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 308 s. ISBN 80-7226-996-8.
2. MADAR, Jiří a kol. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
3. PLEVOVÁ, Ilona a kol. Management v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
4. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Řízení ve zdravotnickém zařízení. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
5. ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**


Katedra informatiky, managementu a radiologie

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **4. května 2018**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne

.....
Barbora Kuželová

PODĚKOVÁNÍ

Velké poděkování patří vedoucí mé diplomové práce, paní doc. Ing. Janě Holé, Ph.D. za odborné vedení, vynikající spolupráci, za její trpělivost, ochotu a podporu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala.

ANOTACE

Předmětem diplomové práce je návrh modelu managementu kvality v praxi následné péče. Práce je rozdělena na část teoretickou a průzkumnou. V části teoretické je charakterizována následná lůžková péče poskytována v lázeňství, dále je popsána kvalita ve zdravotnických službách a možné nástroje k přípravě a zavedení modelů managementu kvality. Část průzkumná popisuje vybrané zařízení, průzkumný design a jeho výsledky včetně doporučení na zavedení konkrétního modelu managementu kvality.

KLÍČOVÁ SLOVA

lázeňská léčebně rehabilitační péče, management kvality, následná péče

TITLE

Design of a quality management model in follow-up care practice

ANNOTATION

The subject of the diploma thesis is a proposal of a quality management model in follow-up care practice. The thesis is divided into two parts, the theoretical and the exploratory one. The theoretical part describes follow-up bed care provided in spa treatment. It also depicts quality of medical services and possible tools for preparation and implementation of quality management models. The exploratory part describes the chosen facility, exploratory design and its results, including recommendations for the implementation of a particular quality management model.

KEYWORDS

spa physiotherapeutic treatment, quality management, follow-up care

OBSAH

Úvod.....	10
1 Lázeňství.....	12
1.1 Následná lůžková péče v lázeňství.....	12
1.2 Legislativa vztahující se k následné lůžkové péči v lázeňství	13
2 Kvalita a bezpečí zdravotní péče	16
2.1 Kvalita obecně.....	16
2.2 Kvalita ve zdravotnictví	16
2.3 Resortní bezpečnostní cíle.....	17
2.4 Minimální požadavky na kvalitu a bezpečí zdravotní péče	18
2.5 Minimální požadavky na zavedení hodnocení kvality a bezpečí.....	20
2.6 Manažer kvality ve zdravotnictví.....	21
2.7 Modely zavádění kvality ve zdravotnictví	21
2.8 Indikátory kvality	28
3 Nástroje k přípravě a implemenciaci modelu managementu kvality.....	30
3.1 SWOT analýza	30
3.2 Benchmarking	33
3.3 Zavedení modelu jako řízená změna.....	35
3.4 Komunikace změny.....	36
3.5 Kulturní změna.....	37
4 Návrh modelu managementu kvality ve vybraném zařízení následné péče	39
4.1 Popis vybrané organizace.....	39
4.2 Průzkumný design.....	40
5 Shrnutí výsledků a diskuze	46
6 Závěr	50
7 Seznam použitých zdrojů.....	51
8 Přílohy.....	55

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Model 7S (Peters – Waterman, 1982)	31
Obrázek 2 – Křivka změny (Wright, 2009)	37
Obrázek 3 – Část rozhovoru s ředitelkou úseku léčebné péče.....	41
Obrázek 4 – Část rozhovoru s personálem zařízení.....	41
Obrázek 5 – Část rozhovoru s manažerkou obdobné organizace	45

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČSÚ	Český statistický úřad
ISO	Mezinárodní organizace pro standardizaci
JCAHO	Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení
JCI	Nezávislá mezinárodní akreditační organizace
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

ÚVOD

Kvalita poskytované zdravotní péče patří nepochybně mezi důležité hodnoty zdravotní péče. V posledních letech dochází k výraznému posunu vnímání poskytované péče. Dříve byl pacient pasivní příjemce zdravotní služby, nyní se z něj stává klient, který se chce podílet na léčbě a vyjadřuje negativní stanovisko, pokud není spokojen s poskytnutou péčí. Kvalitu zdravotní péče lze označit jako schopnost uspokojení potřeb a očekávání pacientů. Pacient ovšem nepozná, zda organizace splňuje jeho požadavky na kvalitní péči. Pokud stav pacienta vyžaduje hospitalizaci, je přijat na lůžko do zdravotnického zařízení, kde je mu poskytnuta zdravotní lůžková péče. Ve zdravotnických zařízeních je poskytována lůžková péče akutní standardní či intenzivní, dále je to péče následná nebo dlouhodobá.

V ČR je následná péče vymezena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, dle stávajícího znění zákona je poskytována pacientům, u nichž došlo ke stabilizaci zdravotního stavu a jejichž zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí léčebně rehabilitační péče. Mezi zařízení poskytující následnou péči patří léčebné ústavy a zařízení lázeňského typu, jak upřesňuje Holmerová (2014). Čerpání služeb následné péče se dotýká všech věkových kategorií obyvatelstva. Vzhledem k demografickému vývoji a stárnutí populace lze předpokládat, že spotřeba následné péče poroste. Dle dostupných dat, které zveřejňuje ÚZIS ČR si lze všimnout i nárůstu počtu lůžek k poskytování následné péče. Roku 2014 bylo evidováno celkem 23 315 lůžek následné péče, o dva roky později bylo těchto lůžek 24 274. Oproti nárůstu počtu lůžek pro následnou péči je zaznamenán pokles lůžek akutní péče, kdy v roce 2014 bylo evidováno celkem 48 903 lůžek a o dva roky později činil počet lůžek pro poskytnutí akutní péče o 527 méně.

Kvalita nemocničních zařízení je nepochybně velmi důležitý element systému zdravotní péče, avšak jistě neúčinný, pokud by návaznost nemocniční péče na péči následnou byla odlišná, co se kvality poskytovaných služeb týče. Zavedení hodnocení kvality v následné lůžkové péči je tedy velmi vhodnou a důležitou oblastí pro zachování kvality poskytované péče ve zdravotnictví. Toto tvrzení lze opřít o kroky vlády ČR, která v roce 2014 podpořila Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí realizací Zdraví 2020, jejichž účelem je nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Výstupem této realizace je vytvoření 13 akčních plánů, z nichž jsou některé rozděleny na dílčí akční plány dle rozsahu témat. Akční plán č. 8a s názvem – Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče, by měl vést ke zlepšení stávající

situace ve zmíněných typech poskytované zdravotní péče. Bližší informace jsou volně dostupné na portálu Ministerstva zdravotnictví České republiky. Téma diplomové práce je tedy velmi aktuální, což vedlo k výběru tématu.

Před samotným zpracováním tématu, byla provedena rozsáhlá teoretická rešerše, specifikace cílů práce a určení jednotlivých kroků k dosažení cíle práce.

Cílem práce je návrh vhodného modelu managementu kvality ve vybraném zařízení včetně návrhu způsobu jeho zavedení. S ohledem na cíl práce byly stanoveny následující průzkumné otázky.

1. Jaké modely kvality jsou v současné době dostupné a vhodné k zavedení managementu kvality pro vybrané zařízení?
2. Jaké jsou aktuální podmínky pro zavedení modelu managementu kvality ve vybraném zařízení?

Teoretickými východisky jsou – následná lůžkové péče v lázeňství, management kvality ve zdravotnictví včetně možných modelů k zavedení kvality ve zdravotnictví. Dalšími teoretickými východisky jsou nástroje k přípravě a implementaci modelu managementu kvality ve vybraném zdravotnickém zařízení. Následující kroky jsou zaměřeny na přípravu k realizaci návrhu modelu managementu kvality – v zařízení je provedena průzkumná sonda realizací studia vnitřní dokumentace, rozhovoru se zaměstnanci a managementem zařízení. Dále je proveden benchmarking formou rozhovoru s manažerkou obdobné organizace poskytující stejný typ zdravotních služeb. Ze získaných dat je vytvořena SWOT analýza, která znázorňuje aktuální stav a podmínky v organizaci s ohledem na cíl práce. Na základě získaných informací je navrhnout konkrétní model managementu kvality včetně možného způsobu jeho zavedení.

1 LÁZEŇSTVÍ

Jak uvádí Křížek (2002) dějiny lázní a lázeňství zapadají do širších dějin lékařství, kulturních dějin, i do dějin přírodních věd a techniky. Využívání přírodních léčivých zdrojů je jeden z nejstarších způsobů léčby s výraznými léčebnými úspěchy, prověřenými mnoha staletí praxe. V blízkosti zdrojů, především v okolí vývěrů termálních a minerálních vod vznikala léčebná místa. Tradice našeho lázeňství je mnohem mladší, než v zemích středomořské oblasti s antickými vzory. Založení mnoha českomoravských lázní spadá do období středověku a renesance. Mnoho pramenů bylo církví prohlášeno za zázračné. Lázně byly vždy kulturně-společenský fenomén, což se projevilo i v jejich architektuře a parkových úpravách. Lázeňská místa mají specifický ráz, jehož typickým prvkem je kolonáda či altán nad pramenem. Vědní obor zabývající se lázeňstvím nazýváme – balneologie. Balneologie tedy patří mezi nejstarší formy prevence a léčby nemocí. V Evropě a ČR je součástí léčebné a preventivní péče. V současné době je balneologie součástí specializovaného oboru Rehabilitace a fyzikální medicína, jak upřesňuje Špišák a Rušavý (2010).

1.1 Následná lůžková péče v lázeňství

Následnou lůžkovou péči definuje zákon 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. Následná lůžková péče je dle zákona poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena diagnóza základní, došlo ke stabilizaci zdravotního stavu, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí léčebně rehabilitační péče. Dle Holmerové (2014) mezi zařízení poskytující následnou péči nejčastěji patří léčebné ústavy a zařízení lázeňského typu poskytující lázeňskou léčebně rehabilitační péči.

Dle platné legislativy je léčebně rehabilitační péče druhem zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí. Léčebně rehabilitační péče je poskytována za účelem maximálního možného obnovení fyzických, řečových, poznávacích a psychických funkcí pacienta. V případě že jsou při poskytování této péče využívány přírodní léčivé zdroje, nebo příznivé klimatické podmínky k léčení dle lázeňského zákona, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči. Lázeňská léčebně rehabilitační péče je poskytována výhradně jako následná lůžková péče a hradí se jako komplexní lázeňská péče nebo péče příspěvková. Komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče navazuje na péči lůžkovou, nebo specializovanou ambulantní zdravotní péči a je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti. Pacient musí být ubytován v registrovaném zdravotnickém zařízení. Lázeňskou péči poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu doporučuje ošetřující lékař, potvrzuje lékař revizní a hradí příslušná

zdravotní pojišťovna. Systém poskytování lázeňské péče funguje na základě předvolání. K nástupu na pobyt je pacient předvolán nejpozději 5 pracovních dnů před nástupem. Termín nástupu na lázeňskou péči je pro pacienta závazný. Pokud je pacient účastníkem nemocenského pojištění, péče je poskytnuta v době jeho dočasné neschopnosti k práci. Komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče je plně hrazena zdravotní pojišťovnou. Příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče je poskytována pacientům s chronickým onemocněním, kdy nejsou splněny podmínky k poskytnutí komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče. Takovou péči lze poskytnout jednou za dva roky, nebo dle rozhodnutí revizního lékaře, jak uvádí Kolář (2009). Všechny léčebné procedury, které jsou v lázních poskytnuty, jsou předepsány po vstupním lékařském vyšetření.

Lázeňská léčebně rehabilitační péče v roce 2016

Dle odevzdaných výkazů ÚZIS ČR (2017) navštívilo v roce 2016 lázně za účelem lázeňské léčebně rehabilitační péče celkem 364 648 pacientů. Celkem 353 145 byly dospělé osoby a 11 503 bylo dětí a dorostenců. Pacienti strávili v lázních celkem 4 854 518 ošetrovacích dní. Nejčastější indikací u dospělých pacientů jsou nemoci pohybového aparátu, u dětí a dorostu jsou to nemoci nervové, poruchy látkové výměny a žláz s vnitřní sekrecí. Výkazy odevzdalo 82 z 92 registrovaných poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče.

1.2 Legislativa vztahující se k následné lůžkové péči v lázeňství

Každé registrované zdravotnické zařízení, lépe řečeno poskytovatel zdravotních služeb je povinen řídit se platnou legislativou České republiky a Evropské unie. Lázeňská péče je zvláštním typem péče, která je vzhledem ke svému charakteru poskytovaných služeb a financování vymezená především indikačním seznamem, ale samozřejmě i legislativou o poskytování zdravotních služeb, uvedených níže.

Zákon č. 164/2001 Sb., zákon o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon). Zákon určuje podmínky pro stanovení přírodních léčivých lázní, podmínky vyhledávání, ochrany, využívání a rozvoj přírodních léčivých zdrojů. Určuje také povinnosti uživatele zdrojů včetně poplatku za využívání.

Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Zákon se zabývá zdravotními službami a podmínkami jejich poskytování, a to ve všech typech zdravotnických zařízení. Dále upřesňuje druhy a formy

zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů i osob blízkých pacientům. Na zákon navazují vyhlášky MZ ČR, které obsahují minimální hodnotící standardy kvality a bezpečí zdravotních služeb.

Zákon č. 200/2015 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon zpracovává související předpisy Evropské unie a upravuje veřejné zdravotní pojištění, jeho rozsah a podmínky za nichž jsou ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby.

Vyhláška č. 99/2012 Sb., vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. V této vyhlášce MZ ČR stanoví dle zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, minimální personální požadavky pro poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče. Určuje počet zaměstnanců včetně pracovních úvazků – lékařů, všeobecných sester, sanitářů, ošetřovatelů a fyzioterapeutů.

Vyhláška č. 262/2016 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Upřesňuje požadavky na personální zabezpečení hodnocení kvality a bezpečí v zařízení. Hodnotitelský tým má dle vyhlášky tvořit lékař s minimální praxí 5 let při poskytování lůžkové zdravotní péče, zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu s minimální praxí 5 let a dále osoba s vysokoškolským vzděláním technického nebo manažerského zaměření taktéž s praxí minimálně 5 let u poskytovatele zdravotních služeb.

Vyhláška č. 2/2015 Sb., vyhláška o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče. Vyhláška upřesňuje vyšetření pro vystavení návrhu na lázeňskou léčebně rehabilitační péči včetně obsahu návrhu. Návrh na péči, který má 6 dílů, si lze prohlédnout v příloze A. V souladu s vyhláškou musí návrh obsahovat – identifikační údaje pacienta, indikaci na jejímž základě se pacientovi navrhuje lázeňská léčebně rehabilitační péče, způsob péče (komplexní nebo příspěvková), délka pobytu včetně naléhavosti, vedlejší onemocnění a pravidelná medikace, výška a hmotnost pacienta, případně jeho závislost na návykových látkách, EKG vyšetření pokud je pacient starší 40 let, stanovisko internisty nebo geriatra ke schopnosti pacienta absolvovat péči v případě věku nad 70 let, pokud se jedná o dítě tak je nutné vyjádření pediatra k schopnosti dítěte absolvovat lázeňskou léčebně rehabilitační péči. Návrh by měl také obsahovat nejméně 2 lázeňská místa určená pro léčbu dané nemoci. Pokud se jedná o přeložení pacienta ze zdravotnického zařízení lůžkové péče nebo vypsání lázeňského návrhu v době kratší 2 měsíců od ukončené hospitalizace, pak musí být přiložená kopie propouštěcí zprávy.

Dále je ve vyhlášce přehledný seznam indikací k lázeňské péči včetně kontraindikací i seznamu lázeňských míst, dle indikačního zaměření pro dospělé, dorost i děti.

Věstník MZ ČR č. 16, ročník 2015 – Ministerstvo zdravotnictví ustanovilo dne 26. 10. 2015 prostřednictvím tohoto věstníku, minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb včetně metodického návodu pro sebehodnocení. Interní hodnocení vychází ze sebehodnocení dle lokálních standardů. Sebehodnocení dle doporučení věstníku by mělo být komplexní, systematické a pravidelné, čímž poskytovatel posuzuje kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb na lokální úrovni. Sebehodnocení slouží pouze pro interní potřeby poskytovatele s cílem minimalizovat rizikové činnosti, k odhalení možností ke zlepšení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Věstník doporučuje zavedení standardů dle typu poskytované péče, a to pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče, pro poskytovatele péče ambulantní a zdravotnické záchranné služby.

2 KVALITA A BEZPEČÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Kvalita a bezpečí zdravotnictví či kvalita zdravotní péče jsou pojmy, které v poslední době hrají důležitou roli nejen na úrovni zdravotní politiky, ale také na úrovni celého národního hospodářství. Zdravotnictví je pod drobnohledem vlád, národních institucí a bezesporu i samotných spotřebitelů služeb. I v rámci EU patří řízení a sledování kvality ve zdravotnictví k prioritám. Kvalita a bezpečí zdravotní péče má své místo v reformách zdravotních systémů všech vyspělých zemí.

2.1 Kvalita obecně

Z hlediska řízení organizací je pojem kvalita a jakost de facto synonymum. V praxi se pojem jakost používá v souvislosti s výrobky – jakost výrobku. Plevová (2012) upřesňuje, že pojem kvalita se používá v ostatních oblastech, a to především v sektoru služeb. Jak uvádí Častorál (2015) definovat kvalitu, jakost není jednoduché. Kvalita je intuitivně vnímaný pojem. Asi nejlepší definici kvality najdeme v normě ISO 9001:2000. „*Jakost je stupeň plnění požadavků souborem inherentních znaků*“. Pešek (2003) definuje jakost ve zdravotnictví jako schopnost uspokojit očekávání, potřeby a požadavky pacienta. WHO definuje kvalitu jako stupeň dokonalosti péče ve vztahu k znalostem a technologického rozvoje. Kvalita znamená také úroveň splnění požadavků zákazníka, zaměstnanců i dalších dotčených skupin a subjektů. Ve všech definicích je jedna společná věc – zákazník a jeho požadavky na výrobek nebo službu jsou hlavním hodnotitelem kvality. Hodnocení kvality je ovlivňováno mnoha faktory (biologické, sociální, demografické). Dalším, kdo dává požadavky na kvalitu je společnost formou zákonů, vyhlášek a nařízení, které musí organizace plnit, jak dodává Holmerová (2014) i Škrlovi (2003). Dle Madara (2004) má kvalita dvě dimenze a to subjektivní – jak já jako jedinec jsem spokojen a objektivní – což je sledování přesně nastavených a dohodnutých kritérií. Kvalita závisí i na hodnotách, chování a postojích zaměstnanců. Gladkij (2003) uvádí jasné tři přínosy kvality a to:

- zlepšení strategického plánování,
- zlepšení klinických výsledků,
- zlepšení manažerské a operativní hospodárnosti.

2.2 Kvalita ve zdravotnictví

Mezi specifické znaky kvality ve zdravotnictví patří podle manželů Škrlových (2003) především pochopení lidské dimenze péče v kombinaci s dostupností, důsledností a včasností poskytované péče. Při zlepšování kvality ve zdravotnických službách je nutné zaměřit se

komplexně na všechny oblasti související s péčí. Jak uvádí Dolanský (2002), některé nemocnice využívají k řízení kvality projektový přístup, který má velice široké uplatnění. Aby byl přístup správný, musí splňovat zejména zásady cílovosti, účelnosti a reálnosti, uplatnění systémového přístupu, postupného řešení a efektivnosti.

Podle Madara (2004) rozeznáváme tři orientace zdravotních služeb:

- Kvalita služeb z pohledu klienta – co vyžadují pacienti od služby?
- Kvalita z profesionálního hlediska – naplňují služby potřeby tak, jak jsou vymezeny profesionály?
- Kvalita služeb z hlediska řízení – je využití zdrojů v rámci limitů a direktiv nejekonomičtější a nejproduktivnější?

Zákazníkem ve zdravotnictví je pacient, samoplátce, zdravotní pojišťovna. Rozhodující role má pracovník první linie, který má lepší možnost pružněji reagovat na přání pacienta. Pozice zdravotnických pracovníků je složitá, neboť pracují s nemocnými a každá chyba může skončit poškozením zdraví, nebo dokonce smrtí. Poskytujeme tedy zdravotní služby v co největší kvalitě, standardně je měříme a následně hodnotíme, jak doporučuje Madar (2004).

Kvalita zdravotních služeb je citlivé téma, které zajímá, jak již bylo zmíněno provozovatele léčebné péče, státní správu, plátce zdravotního pojištění i širokou veřejnost. K hodnocení kvalitativní péče se objevují různé přístupy, které lze dle Madara (2004) rozdělit na:

- dobrovolné aktivity zařízení s cílem získat cenu za kvalitu, což je velmi prestižní označení, které lze získat po splnění kritérií, které vyhlásí organizace pro národní cenu za jakost,
- dobrovolné aktivity zdravotnických zařízení směřující k získání certifikátu kvality, který dokládá, že systém jakosti zařízení odpovídá požadavkům dle ISO 9001:2000,
- aktivity k hodnocení kvality poskytovaným zdravotnických služeb s cílem být akreditované zařízení.

2.3 Resortní bezpečnostní cíle

Otázkou kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče ve zdravotnických zařízení se samozřejmě zabývá i Ministerstvo zdravotnictví ČR, které vyhlásilo od roku 2009 do roku 2012 postupně 7 resortních bezpečnostních cílů, které zahrnovaly oblasti nejčastějšího výskytu nežádoucích událostí. Resortní bezpečnostní cíle jsou tedy postupy zvyšující kvalitu a bezpečí poskytované péče, neboť vedou ke snížení rizik při samotném poskytování zdravotní péče.

V současné době jsou k dispozici aktualizované Resortní bezpečnostní cíle ve Věstníku MZ ČR č.16 z roku 2015. Pro zavedení resortních bezpečnostních cílů musí být splněny standardy uvedeny níže:

- bezpečná identifikace pacientů,
- bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti,
- prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech,
- prevence pádů,
- zavedení postupu hygieny rukou při poskytování péče,
- bezpečná komunikace,
- bezpečné předávání pacienta,
- prevence vzniku dekubitů – tento standard byl přidán koncem roku 2015.

V roce 2011 Ministerstvo zdravotnictví ČR v přímo řízených organizacích vyhodnotilo zavedení Resortních bezpečnostních cílů, podle svého sdělení všechny přímo řízené organizace Ministerstvem zdravotnictví splnily zavedení cílů, a to vypracováním nových interních předpisů, které splňovaly všechny body pro zavedení cílů, nebo pouze doplněním některého vnitřního předpisu k naplnění bezpečnostního resortního cíle a k ostatním cílům doložily stávající interní dokumentaci, nebo zaslaly Ministerstvu zdravotnictví stávající vnitřní předpisy, které korespondovaly s požadovanou metodikou, jak také uvádí Šupšáková (2017). Dodržování a sledování resortních bezpečnostních cílů, stanovených MZ ČR je tedy jedním ze základních legislativních i akreditačních požadavků.

2.4 Minimální požadavky na kvalitu a bezpečí zdravotní péče

Aby bylo naplněno minimálních požadavků na kvalitu a bezpečí lůžkové péče, je nutné implementovat minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí Ministerstva zdravotnictví stanovené vyhláškou č. 102/2012 Sb., *o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče*. Minimální standardy jsou rozděleny dle oblastí a to na:

- řízení kvality a bezpečí,
- péče o pacienty,
- řízení lidských zdrojů a
- zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance.

Pro naplnění minimálních hodnotících standardů řízení kvality a bezpečí, je nutné naplnit jednotlivé standardy popsané níže.

- Standard zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí s cílem uplatnění zásad a činností, které vedou ke zvyšování kvality a bezpečí jako součást systému řízení lůžkové zdravotní péče.
- Standard sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí, jehož cílem je evidence a vyhodnocování nežádoucích událostí, které se vyskytnou při poskytování péče.
- Standard sledování spokojenosti pacientů s cílem sledování a následného vyhodnocování spokojenosti pacientů s péčí a podmínkami jejího poskytování.
- Standard sledování a vyhodnocování stížností a podnětů, které se týkají zdravotní péče, cílem standardu je získání poznatků pro zvýšení kvality a bezpečí.
- Standard využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů s cílem využívání postupů doporučených odbornými i profesními organizacemi zdravotnických pracovníků.

Minimální hodnotící standardy péče o pacienta vyžadují plnění následujících standardů.

- Standard dodržování práv pacientů včetně osob pacientům blízkým s cílem vyplývajícím již ze samotného názvu standardu.
- Standard stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace, který upravuje vedení, nakládání i nahlížení do dokumentace v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování péče a organizační strukturu zařízení.
- Standard konzultačních služeb s cílem zajistit konzultační služby pro zdravotnické pracovníky při poskytování péče.
- Standard bezpečného zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky s cílem definovat činnosti, které mají vliv na bezpečné zacházení se zmíněnými přípravky a prostředky.
- Standard kvality stravování a nutrice, jehož cílem je definování činností, které mají vliv na kvalitu stravování i léčebnou výživu pacientů.
- Standard zajištění léčebně rehabilitační péče v návaznosti na poskytovanou lůžkovou zdravotní péči.
- Standard podpory zdraví a prevenci nemocí s cílem definování činností zaměřených na podporu zdraví a prevenci nemocí k pacientům i zaměstnancům.

- Standard kontinuity zdravotní péče s cílem návaznosti zdravotní péče v zařízení i v rámci spolupráce s dalšími poskytovateli zdravotních služeb.
- Standard identifikace pacienta s cílem vyloučení rizika záměny pacientů při poskytování zdravotní péče.
- Standard zajištění kardiopulmonální resuscitace, jehož cílem je plnění požadavků pro zajištění kardiopulmonální resuscitace.

Minimální hodnotící standardy řízení lidských zdrojů obsahují standard personálního zabezpečení lůžkové zdravotní péče, který má za cíl zajistit potřebné personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče. Posledním minimálním standardem zajištění bezpečného prostředí pro pacienty i zaměstnance je standard bezpečného prostředí s cílem snižování bezpečnostních rizik, které souvisí s lůžkovou zdravotní péčí.

Pokud se zařízení rozhodne řídit se minimálními požadavky, lze využít i minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb včetně metodického manuálu pro sebehodnocení, které jsou uvedeny ve věstníku MZ ČR 16/2015.

2.5 Minimální požadavky na zavedení hodnocení kvality a bezpečí

Zavedení systému hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem, který zajišťuje zejména kvalitu procesů, ke kterým ve zdravotnictví dochází. Doporučení k jeho zavedení na národní úrovni dala Rada Evropy již v roce 1997. Na mezinárodní úrovni se hodnocením kvality a bezpečí ve zdravotnictví zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví. V ČR je hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb obsaženo v zákoně č. 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. Tento zákon ukládá poskytovateli zdravotních služeb povinnost, v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných služeb, zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Dne 22. března 2012 byla vydána provádějící vyhláška č. 102/2012 Sb., v níž jsou stanoveny minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí pro tři typy poskytovatelů zdravotních služeb a to:

- lůžkovou a jednodenní péčí,
- ambulantní péčí,
- zdravotnickou záchrannou službu.

Ve vyhlášce však nebylo určeno, jakým způsobem mají poskytovatelé zdravotních služeb interní hodnocení provádět. A proto dne 26. 10. 2015 MZ ČR vydalo systém doporučení včetně metodiky k provádění interního hodnocení kvality ve věstníku MZ ČR č. 16/2015.

2.6 Manažer kvality ve zdravotnictví

Již zmíněný Věstník MZ č. 16/2015 jehož součástí je metodický návod pro sebehodnocení, doporučuje určit koordinátora, který bude přímo odpovědný za zavedení standardů, uvedených v minimálních požadavcích na hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb. Tento věstník dále vysvětluje, že obvykle je tímto koordinátorem manažer kvality. Řízením kvality ve zdravotnických zařízeních bývá tedy většinou pověřen manažer kvality, který je součástí top managementu zařízení. Od manažera kvality ve zdravotnickém zařízení se vyžadují mimo obecných požadavků i další vlastnosti typické pro zdravotnictví. A to především – důvěryhodnost, autorita, motivační dovednost, organizační schopnost, konstruktivní kritičnost, spolehlivost a komunikační dovednost. Tyto vlastnosti vyplynuly z dotazníkového šetření ve zdravotnických zařízeních Ostravského kraje v roce 2002, který provedl a zpracoval kolektiv – Jarošová, Lednický a Knopová. Úkoly manažera kvality ve zdravotnickém zařízení popisuje Gladkij (2003). Mezi tyto úkoly patří vytváření koncepce se zaměřením na uspokojení zdravotních potřeb klientů, zájem o kvalitu péče, vytváření a monitorování podmínek pro kvalitní a efektivní péči, monitorování pracovníků z pohledu kvality i efektivity, zajištění zdrojů pro provoz a rozvoj zařízení, dohlížení na využívání těchto zdrojů a zajištění efektivní komunikace s příslušnými orgány jednak uvnitř organizace i mimo ni.

2.7 Modely zavádění kvality ve zdravotnictví

Ne každé zdravotnické zařízení používá pro zavedení hodnocení kvality stejný postup, lépe řečeno model. Modely kvality lze rozdělit do základních kategorií, jak uvádějí Škrlovi (2003):

- Model systémů řízení kvality: ISO.
- Modely akreditačních standardů: SAK ČR, JCAHO, JCI.
- Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů: ALPHA, ISQua.
- Modely excelence: EFQM, Baldrige.

Model systému řízení kvality

ISO je největší organizací, která vytváří standardy. Vznikla v roce 1947 a její sídlo je v Ženevě. Organizace publikuje mezinárodní standardy zaměřené pro oblasti – informačních technologií, zdravotnických prostředků, strojírenství a pro mnoho dalších odvětví. Certifikace spočívá v posouzení, do jaké míry dokumentovaný a zavedený systém jakosti splňuje kritéria evropské normy, jak také popisuje Madar (2004).

Škrlovi (2003) uvádějí, že série ISO, která se zabývá kvalitou vznikla v roce 1987. Mezi nejvýznamnější standardy patří systém řízení kvality – základy a terminologie, systém řízení kvality – požadavky a systém řízení kvality – návod ke zlepšování požadavků. V roce 2000 byly tyto standardy přebudovány a sjednoceny pod pojem ISO 9001:2000. Certifikace ISO 9001:2000 je zaměřena na systémové řízení kvality a na odstranění odchylek ve výkonu.

Modely akreditačních standardů

Co je akreditace a jaký má význam?

Akreditace zdravotnických zařízení v ČR je formou externího hodnocení kvality ve zdravotnictví, jejímž principem je posuzování shody procesů probíhajících ve zdravotnickém zařízení s akreditačními standardy jejichž cílem je zajistit kontinuální zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče, což vychází ze zákona č. 372/2011 Sb. JCI (2008) ve své publikaci uvádí, že akreditace je dobrovolný proces, při kterém externí organizace hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na kvalitní péči. Akreditace slouží hodnocené organizaci k tomu, aby se jasně zavázalo ke zvyšování kvality péče o pacienty, k zajištění bezpečného prostředí, a k systematické snaze o snižování rizik pro pacienty i zaměstnance. Proces akreditace pomáhá posuzovanému zařízení vytvořit kulturu kvality a bezpečí, v rámci které dochází ke kontinuálnímu zlepšování procesů zajišťujících péči o pacienty i ke zlepšení výsledků poskytované péče. Akreditace pro zdravotnické zařízení znamená určitou prestiž v oblasti její působnosti. Akreditace by měla zdravotnickému zařízení usnadnit sledovat vlastní výkon a kontinuálně jej zvyšovat. Smyslem tedy není pouhé získání akreditačního certifikátu, ale především udělat si „úklid“ v zařízení, jak doporučují i Škrlovi (2003).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) – tato společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení vznikla roku 1951 jako iniciativa Amerického svazu chirurgů. Americký svaz chirurgů vydal v roce 1926 první komprehenzivní manuál nemocničních standardů. V současnosti se v organizaci angažuje mnoho prominentních, vysoce erudovaných amerických organizací i asociací, včetně ošetrovatelských. JCAHO v minulosti ovlivnila a dodnes ovlivňuje akreditační modely pro zdravotnická zařízení v ostatních zemích, jak popisují Škrlovi (2003). Podle Madara (2004) systém hodnocení napomáhá zlepšování nemocnic, ale nemotivuje ty dobré, je příliš byrokratický a hodnotí hlavně dokumentaci a ne procesy.

Joint Commission International (JCI) – je dceřinou společností JCAHO, která je zaměřena na zlepšení bezpečnosti a kvality péče na mezinárodní úrovni prostřednictvím publikací, vzdělávání, poskytování konzultací a evaluačních služeb. Škrlovi (2003) uvádějí, že hlavní cíl společnosti je zvyšovat kvalitu péče v mezinárodním prostředí pomocí mezinárodní akreditace. Společnost vydala v roce 1999 mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic, tyto standardy jsou rozděleny do dvou skupin – standardy týkající se potřeb pacienta a standardy týkající se funkce zdravotnického zařízení. Standardy jsou řazeny do kapitol, dle činností zdravotnických zařízení. Toto uspořádání vychází ze zkušenosti získané ve více než 30 zemích. Při akreditaci JCI se hodnotí dodržování standardů a plnění jejich indikátorů. Jak je uvedeno v publikaci JCI (2008) o tuto akreditaci může požádat kterékoliv zdravotnické zařízení, které plní následující podmínky:

- Zdravotnické zařízení je v příslušném státě poskytovatelem zdravotní péče a splňuje všechny požadavky stanovené národní legislativou.
- Zařízení odpovídá za zvyšování kvality poskytované péče a služeb nebo je rozhodnuto tuto odpovědnost převzít.
- Zdravotnické zařízení poskytuje formy a druhy zdravotní péče, které upravují standardy JCI.

Spojená akreditační komise, o. p. s. (SAK ČR) – Spojená akreditační komise vznikla v roce 1998 jako sdružení právnických osob. SAK je první organizace v České republice, která se začala zabývat kvalitou poskytované péče ve zdravotnictví, dále bezpečím pacientů i zdravotnických pracovníků, prostředím a řízením rizik. Akreditace Spojené akreditační komise, je nástroj pro externí hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb. Akreditace probíhá dle pěti sad národních akreditačních standardů, které jsou určeny pro:

- nemocnice,
- následnou a dlouhodobou péči,
- ambulantní zdravotnická zařízení,
- pobytová zařízení sociálních služeb,
- záchranné služby.

Pro potřeby této práce je pozornost věnována akreditačním standardům pro následnou péči. V roce 2014 SAK ČR vydala akreditační standardy pro následnou péči, je to již druhé vydání s účinností od 1. září 2015. Tyto akreditační standardy jsou rozděleny do kapitol odpovídajících příslušným činnostem při poskytování zdravotních služeb v zařízení následné péče. Každý

standard je rozčleněn na tři části – vlastní znění standardu, účel standardu a indikátor standardu. Při samotném akreditačním šetření se posuzuje stupeň naplnění indikátorů (splněn, částečně splněn, nesplněn) a dále pak samotných standardů. Pravidla hodnocení akreditačních standardů a následného rozhodování o udělování akreditace jsou upravena směrnicí SAK č. S-01, která je dostupná na internetových stránkách Spojené akreditační komise. Hodnotitelský tým v průběhu akreditačního šetření tvoří lékař, nelékařský zdravotnický pracovník a administrativně technický speciality. Pro udělení akreditace musí být každý standard alespoň částečně splněn, každá kapitola splněna alespoň na 70 % maxima a všechny standardy musí být splněny alespoň na 80 % maxima. Národní akreditace je udělována na 3 roky. Zdravotnické zařízení, které si chce zachovat statut „akreditováno“, musí projít reakreditačním šetřením každé tři roky.

Přehled akreditačních standardů pro následnou péči Spojené akreditační komise, o. p. s.

I. Resortní bezpečnostní cíle – jednotlivé cíle uvádějí požadavky, při jejichž splnění dochází ke snížení rizik pro pacienty a tím k zvýšení bezpečí poskytované péče. Zařízení naplní požadavky, pokud naplní indikátory v oblasti – bezpečné a jednoznačné identifikace, prokáže bezpečnost při používání rizikových léků, minimalizuje rizika záměny pacienta, minimalizuje rizika pádů a nozokomiálních infekcí řádnou hygienou rukou, prokáže bezpečnou komunikaci a realizuje bezpečné předání pacientů.

II. Práva pacientů a jejich edukace – k naplnění standardů dojde, pokud bude každý pacient při přijetí do zařízení srozumitelně seznámen se svými právy a následně se učiní zápis do pacientovi dokumentace o tomto seznámení, budou respektovány spirituální potřeby pacienta, bude respektována důstojnost a pacientovo soukromí, zařízení bude podporovat právo pacienta a jeho blízkých podílet se na poskytování zdravotní péče, všechny výkony se budou provádět se souhlasem pacienta, pacient bude informován o povaze onemocnění a o návrhu léčby, nebude omezován volný pohyb pacienta, pokud to nebude v rozporu s právním řádem ČR, v zařízení bude zaveden systém edukace pacientů i jejich blízkých, v organizaci bude v souladu s platnou legislativou zaveden postup přijímání a následného řešení stížností pacientů i jejich blízkých.

III. Dostupnost a kontinuita péče – standard je naplněn, pokud má zařízení stanoveno vnitřním předpisem odpovědného pracovníka za koordinaci poskytované péče, včetně znalosti jména tohoto pracovníka pacienty. K plnění standardu dochází, pokud má organizace stanovený postup pro zajištění kontinuity péče, dochází při poskytování zdravotní péče k odstraňování bariér, které by mohly bránit dostupnosti či dokonce poskytnutí péče, při propuštění jsou

pacienti případně jejich blízcí srozumitelným způsobem informováni o případném dalším postupu péče. K naplnění standardu dochází, pokud zařízení spolupracuje s ostatními poskytovateli zdravotních služeb s cílem zajištění další péče svým pacientům, pokud každé předání pacienta mezi směnami provádí kompetentní pracovník a je o tomto proveden záznam v dokumentaci. K úplnému naplnění dochází, pokud překlád pacienta do jiného zdravotnického zařízení probíhá dle jasně stanovených standardů, upravených vnitřním předpisem postupu této činnosti.

IV. Diagnostická péče – k plnění standardu dochází, pokud zařízení stanoví minimální obsah, rozsah a časový interval provedení vstupního vyšetření při příjmu pacienta a na základě tohoto vyšetření stanoví plánovanou délku hospitalizace. K naplnění standardu dochází, pokud má zařízení definovanou skupinu pacientů, u nichž je žádoucí hodnotit jejich nutriční stav, soběstačnost i vstupní vyšetření hodnotící bolest s pravidelným přehodnocením tohoto stavu. Zařízení musí mít zajištěnou dostupnost laboratorních služeb, včetně výsledků vyšetření dostupných ve stanoveném časovém intervalu a dle potřeb svých pacientů. Manipulace s laboratorními vzorky musí splňovat jednotné postupy. Dalším standard se týká organizace a dostupnosti zobrazovacích metod, dle potřeb pacientů a požadavkům národní legislativy.

V. Terapeutická péče – k realizaci standardu dochází, pokud je pro pacienta na začátku hospitalizace vyhotoven plán péče, při poskytování péče dochází k její integraci, poskytovaná ošetrovatelská péče je poskytována formou ošetrovatelského procesu a je řádně vedena ošetrovatelská dokumentace. K naplnění standardu dále dochází, pokud je v organizaci zaveden účinný postup provádění kardiopulmonální resuscitace, dále je přesně definovaná odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci i podání stravy bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem po schválení nutričním terapeutem, s tím souvisí i zajištění pacientů v nutričním riziku. Dále musí být zaveden účinný systém léčby bolesti a systém léčebné rehabilitační péče.

VI. Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv – k vykonání standardu dochází, pokud jsou léky správně a bezpečně uloženy, jejich objednávání, předepisování a podávání probíhá dle stanovených postupů, zařízení má stanovené minimální náležitosti úplné ordinace léků pro hospitalizované pacienty, léky jsou podávány dle ordinace. Skladování a užívání donesených léků do zařízení musí být v souladu s vnitřními předpisy zařízení.

VII. Hygiena prostředí a protiepidemická opatření – k uskutečňování standardu dochází, pokud má zařízení vytvořen a zaveden koordinační postup k předcházení vzniku a následného

šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik nozokomiálních infekcí pacientů a profesních infekcí zaměstnanců. Dále pokud organizace dodržuje hygienické požadavky pro příjem fyzických osob i jejich ošetření, pokud zařízení provádí školení personálu v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky.

VIII. Řízení a správa – k realizaci standardu dochází, pokud má zařízení definované vztahy nadřízenosti a podřízenosti, rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení, dále pokud vedení organizace ve spolupráci s majitelem této organizace formuluje poslání, vize a strategie zařízení na základě analýzy dostupných zdrojů a potřeb pacientů. K naplnění dochází pokud pracovníci zařízení dodržují závazné předpisy a je zaveden postup zapracování změn v legislativě do vnitřních předpisů, dále pokud se vedení organizace podílí společně s vedoucími pracovníky na písemném zpracování vnitřních předpisů, pokud se vedení organizace aktivně podílí na řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb, sděluje veřejnosti vhodnou formou spektrum poskytované péče a odpovídá za služby zajištěné smluvními dodavateli. Standard je uskutečněn, pokud je v organizaci zaveden program podpory zdraví a také vytvořen i zaveden soubor pravidel pro dodržování etických norem a zlepšování organizační kultury ve všech důležitých činnostech.

IX. Řízení kvality a bezpečí – k naplnění standardu dochází, pokud jsou v organizační struktuře poskytovatele zdravotních služeb stanoveny osoby či týmy, které se zabývají plánováním, řízením, monitorováním a zvyšováním kvality péče a bezpečí poskytovaných služeb, pokud je zaveden funkční program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a pokud je program zaveden do celého zařízení. Dále k plnění standardu dochází, pokud je poskytovaná zdravotní péče v souladu s doporučenými klinickými postupy, standardy a protokoly, dále pokud v zařízení probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb a tato činnost je plánovaná a řádně dokumentována. Dále musí v zařízení probíhat sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb. K naplnění standardu dochází, pokud je v zařízení zaveden postup sledování nežádoucích událostí.

X. Bezpečné prostředí – k naplnění standardu dochází, pokud se v zařízení bezpečí prostředí plánuje a řídí v souladu s národní legislativou, je zajištěna ochrana před požárem nebo zakouřením pro pacienty, návštěvy i pracovníky, zařízení zajišťuje bezpečnost prostředí i osob, bezpečné nakládání s chemickými látkami a odpadem, zajišťuje trvalé zásobování elektřinou, pitnou vodou i medicínami a zajistí bezpečný a spolehlivý provoz zdravotnických přístrojů.

XI. Informace a komunikace – realizace standardu nastane, pokud existují vnitřní předpisy určující formální i věcné náležitosti zdravotnické dokumentace, je určena frekvence a obsahová náplň zápisu v dokumentaci pacientů, v dokumentaci každého pacienta je pravidelně písemně vyhotovována epikríza, všichni propuštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou, jejichž náležitosti jsou definovány vnitřním předpisem, dále pokud zařízení provádí kontrolu této dokumentace včetně všech jejich náležitostí a je zajištěno zabezpečení informací včetně bezpečnostní politiky informačních technologií i havarijních plánů.

XII. Řízení lidských zdrojů – k uskutečnění standardu dochází, pokud se plánuje počet personálu, jeho kvalifikace včetně rozvoje. Pokud má každý pracovník osobní spis s důležitými informacemi o jeho dosažené kvalifikaci, informacemi požadovanými legislativou, povinnosti zaměstnance jsou stanoveny v platné náplni práce, všichni pracovníci jsou při nástupu zapracováni dle potřeb zařízení a s ohledem na požadavky legislativy, každý pracovník poskytující zdravotní péči má stanovené své kompetence a ty jsou pravidelně hodnoceny. Zařízení musí mít také vypracován plán bezpečnosti a ochrany zdraví při práci včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek (Spojená akreditační komise, 2014).

Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů

The International Society for Quality in Health Care (ISQua) – mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví nabízí příležitost v oblasti rozvoje kvality ve zdravotnictví. ISQua vznikla roku 1985 během setkání odborníků ve zdravotnictví. Tato společnost je hluboce ovlivněna myšlenkami Avedise Donabediana, jak uvádí Plevová (2012).

Agenda for Leadership in programs in Healthcare Accreditation (ALPHA) – je dceřinou organizací ISQua. Škrlovi (2003) popisují tuto organizaci, jako společnost, která pomáhá zemím vytvářet či zlepšovat jejich vlastní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení. Organizace ALPHA se snaží do těchto standardů vnést principy významných systémů kvality, jako jsou ISO nebo Baldrige.

Modely excellence – světové ceny za kvalitu

European Foundation for Quality Management (EFQM) – Evropská nadace pro řízení kvality byla založena roku 1998, jejím posláním je stimulovat evropské instituce ke zlepšování jejich činnosti s cílem dosažení vysokého stupně spokojenosti zákazníků i zaměstnanců a podporovat manažery organizací v prosazení postupů, které kvalitu vnímají jako zásadní faktor

k dosažení konkurenční výhody. Madar (2004) doplňuje, že EFQM poskytuje zájemcům strategickou osnovu i kritéria pro řízení organizace.

Cena Malcolma Baldrige – velmi prestižní cena Malcolma Baldrige za kvalitu vznikla roku 1988 a uděluje se jednou za rok organizacím v USA, jsou i první pokusy o udělení v Evropě. Tato národní cena se týká sedmi oblastí: vůdcovství, strategického plánování, zaměření na zákazníka, informatiky, lidských zdrojů, řízení procesů a kvality postupů. Tato cena je uznání za excelenci v kvalitě a má trojí účel – podporu uvědomění významu kvality, rozpoznání a zveřejnění organizace, které se zlepšují a zvyšují svoji konkurenceschopnost, a dále o předání informací o způsobu řízení, jak uvádí i autoři Madar (2004) a Plevová (2012).

2.8 Indikátory kvality

Jednou z integrovaných dimenzí kvality je její měření a následné vyhodnocování. Nelze-li parametry procesu měřit, je velmi složité rozhodnout, zda se proces či výstup zlepšuje, nebo zhoršuje a také nebude možné jej porovnávat s jiným zdravotnickým zařízením nebo oddělením, jak uvádí Škrlovi (2003).

Jako základní nástroj pro měření kvality ve zdravotnickém zařízení slouží indikátory kvality. Gladkij (2003) dává indikátorům kvality významné místo právě v hodnocení poskytované péče. Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která se používají při porovnání se standardem, požadavkem či směrnicí. Indikátory kvality vyjadřují, jak dalece bylo konkrétního standardu dosaženo. Ve zdravotnictví se mohou vztahovat na proces, strukturu nebo výstup péče. Indikátor kvality by měl být smysluplný a napomáhat ke zvyšování kvality, je to kvantita, která nám říká něco o kvalitě, je to vždy číslo, výstražná značka, která má varovný signál. Může být zaměřen na pozitivní či negativní jev, jeho zaměření se může týkat lékaře, sestry, procesu nebo systému. Vyhodnocený indikátor musí být s něčím porovnán, neboť bez kontextu je indikátor pouhá statistika, a nikoliv nástroj pro zvyšování kvality. Žádoucí je i uvědomění, že indikátor kvality není neomylný, jak doplňují Škrlovi (2003).

Indikátory, podle kterých lze sledovat kvalitu zdravotních služeb, definovala například Americká asociace zdravotních sester. Jedná se o níže uvedené oblasti poskytované ošetrovatelské péče, které uvádí i Válková (2015):

- struktura ošetrovatelského personálu,
- celkový počet hodin ošetrovatelské péče o pacienta za den,
- výskyt dekubitů

- pády pacientů,
- spokojenost pacienta s léčbou bolesti, s mírou edukace, s celkovou péčí i s péčí ošetrovatelskou,
- výskyt nemocničních nákaz,
- spokojenost ošetrovatelského personálu.

Kvalitně poskytovaná zdravotnická péče má vliv na snižování nežádoucích událostí. Předcházení těmto událostem lze na základě vypracování systému kvalitně poskytované péče, analýze možných příčin, odhalení krizových oblastí, které vedou k nežádoucím událostem a na základě analýzy stanovit opatření, a to pomocí měřitelných ukazatelů – indikátorů kvality, jak také doporučují autorky Plevová a Adamicová (2013).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve snaze podpořit sledování nežádoucích událostí, zajišťuje prostřednictvím ÚZIS ČR sběr dat v Systému hlášení nežádoucích událostí na centrální úrovni s cílem tvorby nových doporučení pro prevenci nežádoucích událostí a bezpečnou praxi. Metodiku sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lze nastudovat ve věstníku MZ ČR č. 7/2016.

3 NÁSTROJE K PŘÍPRAVĚ A IMPLEMENZACI MODELU MANAGEMENTU KVALITY

Gladkij (2003) uvádí, že základní postupy při zavádění managementu kvality jsou dle vědeckých principů shodné s těmi, které se opírají o klasické manažerské postupy, jako je např. Demingův. Tedy definice cílů kvality, dokumentace údajů a informací, analýza výsledků, kontinuální sledování a kontrola, zda je dosahováno cíle a stálé přizpůsobování cílů a postupů korigujícím opatřením. Implementace tedy zahrnuje následující kroky pro poznání prostředí.

- Vymezení problému, rozdílu mezi tím, co a jak se dosud dělá a mezi tím, co a jak by bylo žádoucí dělat.
- Stanovení způsobu řešení, hledání modelu řešení, který by tento rozdíl eliminoval.
- Zavedení modelu v rámci instituce.
- Přijetí modelu jako běžné činnosti v organizaci.

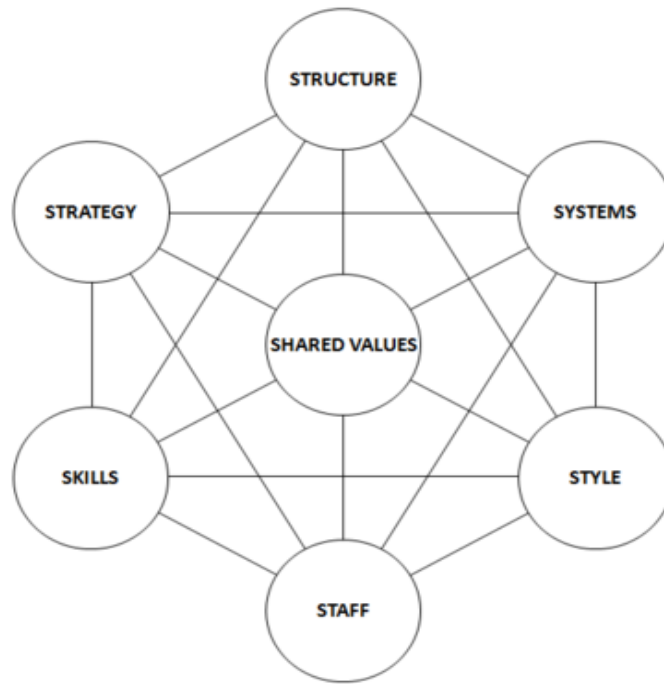
Profesor Gladkij (2003) také zdůrazňuje ústřední bod pro implementaci, a to nové chápání vedoucích úloh řídicích pracovníků. Jejich úkol by měl spočívat v uvedení procesu do pohybu, implementaci a řízení. Důležitým předpokladem těchto vedoucích pracovníků je působení v roli příkladu pro své spolupracovníky, neboť jen tak lze dle pana profesora počítat s rozvojem aktivit i u ostatních. Implementace modelu managementu kvality zdravotní péče není lehký úkol ani nepředstavuje snadné řešení problémů. Je to bezesporu krok správným směrem, který ovšem vyžaduje oddanost myšlenky, vytrvalost a také trpělivost.

Pro zavedení modelu managementu kvality je tedy nejdůležitější vyhodnotit aktuální stav, zmapovat stávající situaci v dané organizaci. Jedním z nástrojů k vyhodnocení stávající situace může být vhodná SWOT analýza, která je oblíbená díky své jednoduchosti i široké uplatnitelnosti, jak vysvětluje Holá (2011).

3.1 SWOT analýza

SWOT analýza je nástroj strategického řízení, sumář vlivných vnějších a vnitřních faktorů zjištěných v předcházejících analýzách modelu 7S a SLEPT.

Docentka Holá (2011) uvádí, že analýza vnitřních faktorů modelem 7S je užitečný nástroj, který má pomáhat dívat se na organizaci jako na množinu sedmi základních prvků, jejichž fungování rozhoduje o fungování celé organizace. Model 7S je modelem sedmi strategických prvků se vzájemnou provázaností, kterou ukazuje obrázek 1. Výhodou této analýzy je odhalení potenciálních zdrojů nefunkčnosti a problémových míst.



Obrázek 1 – Model 7S (Peters – Waterman, 1982)

Názvy všech provázaných prvků začínají v angličtině písmenem **S** a paní docentka Holá (2011) dále vysvětluje jejich význam následovně.

- Strategie (**S**trategy) – strategií lze označit hlavní cíl firmy a vytyčení cesty, která k cíli vede. Strategie je dlouhodobý cíl, jehož naplnění trvá mnoho let.
- Struktura (**S**tructure) – strukturou rozumíme organizační uspořádání smyslu kompetencí, zodpovědností, dělby práce, nadřízenosti a podřízenosti. Uvedené vymezuje přesně kdo a co má dělat a současně ukazuje propojení i spolupráci.
- Systémy řízení (**S**ystems) – jsou všechny procesy řízené systémově. Jsou to tedy nastavené procesy s jasnými vlastníky, vstupy a výstupy, používanými prostředky a metodami. Jsou to informační a logistické systémy nebo systémy rozhodovací.
- Styl řízení a manažerské práce (**S**tyle) – je shrnutí způsobů řízení manažerů v organizaci. Neboť styl práce manažerů odráží kulturu, hlavní principy řízení a vedení lidí v zařízení. Styl manažerské práce tedy vyjadřuje nastavené a uplatňované formální i neformální vztahy mezi spolupracovníky, podřízenými a nadřízenými.
- Spolupracovníci (**S**taff) – jsou označováni všichni pracovníci.
- Schopnosti a dovednosti (**S**kills) – zahrnují kvalifikační odbornost celé organizace, její strukturu, limity a potenciál pro firmu, kterou představují její pracovníci jako celek i jednotlivě.

- Sdílené hodnoty (**Shared Values**) – odrážejí principy, na kterých je založeno dosažení strategie, vyjadřují vztah organizace ke světu okolo.

Analýzu vnějších faktorů modelem SLEPT popisuje velmi přehledně ve své publikaci také Holá (2011), která uvádí že cílem analýzy vnějších faktorů je identifikace významných faktorů, které ovlivňují chod i prosperitu firmy z hlediska vnějšího okolí. Tento model umožňuje identifikovat faktory dle jednotlivých typů. Typy faktorů v této analýze odpovídají velmi důležitým prvkům makroprostředí, jsou to:

- Sociální faktory (**Social**) – do této kategorie spadají faktory demografie, trhu práce a sociokulturních aspektů.
- Právní faktory (**Legal**) – do kterých spadají faktory existence či neexistence zákonných norem a jejich vymahatelnosti.
- Ekonomické faktory (**Economical**) – zde se jedná hlavně o aktuální stav ekonomiky státu.
- Politické faktory (**Political**) – do skupiny politických faktorů spadá politická stabilita, politická rozhodnutí, vliv politických skupin i osobností.
- Technologické (**Technological**) – tato kategorie zahrnuje faktory nových technologií, rychlosti a ceny jejich implementace, vládní nebo jiné podpory vědy a výzkumu. A také tato kategorie zahrnuje úroveň informační a komunikační infrastruktury státu.

Po analýze vnitřních a vnějších faktorů by měl následovat souhrn nejdůležitějších formou SWOT analýzy, která shrne tedy nejdůležitější faktory vnitřního prostředí ve formě silných a slabých stránek a faktory vnějšího prostředí jako příležitosti a hrozby. Identifikované silné stránky by měly vést management k jejich posílení a udržení, slabé stránky by měly vést k posílení, ke změnám, které slabiny eliminují. Tyto vnitřní stránky může management ovlivnit. Analýza vnějších faktorů, které management nemůže ovlivnit, by měla vést k identifikaci příležitostí, které by měly být využity pro posílení konkurenceschopnosti a také hrozeb, na něž se musí organizace připravit, aby ji neohrozily, jak vysvětluje Holá (2011).

Data pro tvorbu analýzy lze získat ze znalosti prostředí, z dotazníků, rozhovorů, ze závěrů expertů apod. Při zpracování analýzy je velmi nutné respektovat účelnost a adekvátnost řešení k posuzované problematice, zaměření na podstatné skutečnosti, faktory, jevy, objektivnost zpracovávaných dat, význam jednotlivých jevů a faktorů, identifikovatelnost a měřitelnost. U SWOT analýzy je důležitý dynamický a tvůrčí přístup hlavně v orientaci na budoucí vývoj.

Z vývojových aspektů je nutné posuzovat, jak silné a slabé stránky organizace umožní využití příležitostí a eliminaci hrozeb, jak také doporučuje Častorál (2009).

3.2 Benchmarking

Pro nalezení silných a slabých stránek je vhodné využít i benchmarking, který je základní manažerskou dovedností, která podporuje kvalitu a vede k excelenci. Je známo, že u zrodu benchmarkingu stáli pracovníci firmy Xerox, kteří se nechali inspirovat výrokem generála Sun Tzu, který v roce 500 před našim letopočtem ve spisu o umění válek napsal: *„Jestliže poznáš slabé a silné stránky sebe a nepřítele, nemusíš se obávat výsledku bitev. Jestliže poznáš sebe, ale ne nepřítele, ke každému vítězství bude cesta dlážděna i porážkami. A když nepoznáš ani sebe, ani nepřítele, pak v každé bitvě padneš“*. V tomto poselství je moudrost, vizionářství i zkušenost. Pracovníci Xeroxu pak vytvořili metodu, kterou označili jako konkurenční benchmarking, jak uvádí Camp (1995). Plevová (2012) doplňuje, že benchmarking se následně stal zásadní součástí úspěchu amerických firem v rámci Malcolm Baldrige National Quality Award, ujal se také v Evropě v rámci The European Quality Award, kterou zaštiťuje European Foundation for Quality Management. Dle jednoduché definice se jedná o hledání těch nejlepších postupů v podnikání, které vedou k vynikajícím výsledkům, které v důsledku vedou ke zlepšení konkurenceschopnosti nebo konkurenční pozice organizace.

Nenadál (2008) dělí benchmarking na dva základní typy, dle místa realizace v následujících bodech.

- Benchmarking interní, který je realizován v rámci jedné organizace mezi organizačními jednotkami, které zabezpečují stejné nebo podobné procesy i funkce. Tento typ benchmarkingu není možný v malých firmách, kde je zmíněná podobnost mizivá.
- Benchmarking externí, kdy je objektem pro srovnání jiná organizace. U malých a středních firem je to jediný možný typ benchmarkingu.

Dále lze benchmarking dle Nenadála (2008) dělit v závislosti na zvoleném objektu zkoumání na následující typy.

- Benchmarking konkurenční, který je nejnáročnějším druhem. Předmětem zájmu je výkonost přímých konkurentů na trhu. Tento druh je uplatňován mezi poskytovateli srovnatelných služeb.

- Benchmarking funkcionální, kdy je srovnáváno několik funkcí nebo jen jedna funkce organizací. Například může sloužit k porovnávání doprovodných služeb nabízených zdravotnickými zařízeními.
- Benchmarking generický, kdy je v centru pozornosti porovnání a měření u konkrétního procesu zařízení.

Benchmarking v ošetrovatelství

Benchmarking v ošetrovatelství, jak uvádějí Škrlovi (2003) je postup, při kterém se porovnávají slabé stránky oddělení s nejlepšími stránkami konkurence. Nejde ale pouze o porovnání dat nebo procesů, nýbrž o porovnání svých výkonů s jinými odděleními, objevení a porozumění novým myšlenkám a metodám, které jsou vhodné ke zlepšení a také o asertivní identifikování nových, a především dosažitelných cílů. Benchmarking přináší oddělení mnoho výhod, a to nejčastěji v podobě zlepšení kvality péče, snížení nákladů, zlepšení konkurenceschopnosti, seznámení zaměstnanců s novými nápady, tvorbou kultury, zvýšením potenciálu oddělení i samotné spokojenosti zaměstnanců. Aby měl benchmarking smysl, musí být objektivní a cílevědomý.

V ošetrovatelství existují dle Škrlových (2003) dvě kategorie benchmarkingu níže uvedené.

- Procesní benchmarking – například sledování procesu příjmu pacienta.
- Výkonnostní benchmarking – příkladem může být porovnání počtu nežádoucích událostí.

Benchmarking není normovanou metodou, Škrlovi (2003) uvádějí existenci celé řady algoritmů, které se neliší svým obsahem, nýbrž strukturou jednotlivých kroků. Z praktického přístupu je důležitý výběr procesu, který vyžaduje zlepšení. Dále je důležité si tento proces zapamatovat a určit smysluplné indikátory kvality. Neméně důležité je určit členy benchmarkingového týmu, následně si vybrat benchmarkingové partnery, od kterých se chcete učit. Všeobecně lze říci, že každé oddělení, jež dělá něco lépe než vy, je vhodný benchmarkingový partner. Dalším důležitým krokem je sběr důležitých dat, dokumentů a informací, které dávají smysl. Následně zjistit rozdíly mezi vlastním výkonem a výkonem konkurence, následuje rozhodnutí se pro změnu a konečně implementace změny a monitorace výsledku, jak také uvádí Nenadál (2008).

3.3 Zavedení modelu jako řízená změna

Každá organizace podstupuje plánované i neplánované změny, změny menší či větší. Pojem „změna“ je dle Častorála (2010) charakterizován odklonem od stávajícího stavu, reakcí na změny se zabývá management změn. Management změn lze chápat jako specifický management integrující v sobě dvě složky managementu: pasivní připravenost na změnu a aktivní schopnost iniciovat změny. Proti změnám působí: stereotypní jednání, absence pružného jednání v reakci na změnu, chyby v aktivitě a zapojování znalostního potenciálu, zúžení problematiky změn pouze na vedení organizace a rozpory mezi řídicími a realizačními složkami. Proces řízení změn je nutné chápat jako nepřetržitý, systematický a plánovitý cílově orientovaný proces, jak zdůrazňuje Mužáková (2011).

Pro implementaci změn je v literatuře doporučováno několik modelů, např. Lewinův model, model Kotterův, nebo Galpinův model změny. Lze využít i komunikační model např. Wrightův model dle Kübler-Ross.

Lewinův model je dle Šupšákové (2017) nejznámější a zároveň nejstarší model změn v organizaci, který klade důraz na týmovou spolupráci a demokratický přístup. Kurt Lewin jako sociální vědec založil tříkrokovou metodu na svém předpokladu, že chování je „*dynamická balance pracující v protisměru jako síla*“. Řízení této síly umožní zvládnout změny posouváním zaměstnanců žadoucím směrem ve třech krocích, a to:

- Rozmražení stávající situace, které je nutné k překonání případného odporu. Realizace tohoto kroku by měla být provedena posílením řídicí síly, která odklání chování pryč z existující situace, následným potlačením síly, která negativně ovlivňuje posun ze současného stavu a nalezením kombinace dvou předchozích metod.
- Pohyb je druhým krokem, ve kterém je nutný posun směrem k cíli. V tomto kroku je velmi důležité přesvědčit zaměstnance, že staré „status quo“ pro ně není přínosné, poskytnout relevantní informace a propojit pohled skupiny s respektovaným lídrem, který změnu podporuje.
- Třetím krokem je znovuzamražení, který je realizován po ukončení implementace změny. Účelem třetího kroku je stabilizace nové úrovně, která vzešla ze změny.

Kotterův model popisuje postupné provedení osmi kroků a to: vyvolání vědomí naléhavosti, sestavení koalice schopné prosadit a realizovat změnu, vytvoření vize a strategie, komunikace transformační vize, delegování v širokém měřítku, vytváření krátkodobých vítězství, využití

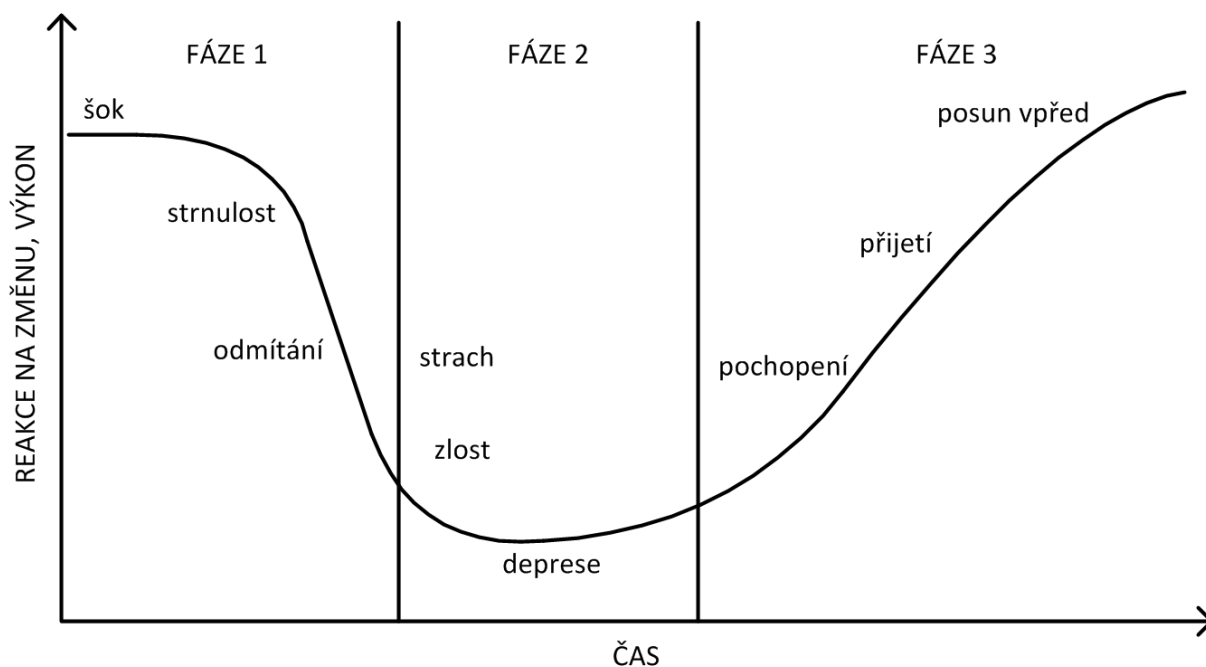
výsledků a podpora dalších změn a osmým krokem je zakotvení nových přístupů do firemní kultury, jak popisuje Šupšáková (2017).

Galpinův model je dalším modelem, který lze využít pro realizaci plánované změny. Galpinův model je pojmenovaný dle autora Timothy Galpina (1996). Tento model pro zavádění změn do organizací, byl již v minulosti s úspěchem použit ve zdravotnických zařízeních, např. v USA. Galpinův model změny obsahuje 9 fází, a to:

- Ustanovení potřeby změny – dle trendů, benchmarkingu, analýzy dokumentace atd.
- Vytvoření a šíření vizí změny.
- Diagnostiky a analýzy současné situace.
- Vytvoření doporučení – jakých změn je třeba.
- Detailního doporučení – propracování doporučení do detailu.
- Pilotních testování doporučení – implementace v malém měřítku.
- Přípravy doporučení pro zavedení změny – implementace změny ve velkém měřítku.
- Změny v implementaci – co jsme se naučili?
- Měření, posilování a vylepšování změny – s cílem neustálého zlepšování.

3.4 Komunikace změny

Holá (2011) vysvětluje, že pokud organizace zavádí změny, je manažer velmi důležitým prostředníkem mezi top managementem a pracovníky. Top management i manažer musí komunikovat se stejným cílem a stejnými argumenty, které vedou k přesvědčení, přijetí změny a její následné realizaci. Úspěch přijatých změn závisí na akceptaci dotčených pracovníků. Ve chvíli, kdy nejsou změny jasně, a hlavně včas vysvětleny, kdy není prostor pro argumentaci, mohou být změny kontraproduktivní. Nechuť k novému a obava z budoucnosti paralyzují pracovní výkon. Velmi častý argument pro nepřijetí změny, že dosud to fungovalo dobře, tak proč by se to mělo měnit, je nutné překonat trpělivou diskuzí. Velmi účinným nástrojem v těchto situacích může být komunikační plán, jak uvádí Holá (2011). Úloha komunikace je v různých krocích procesu řízení změny různá a přizpůsobuje se dle konkrétních potřeb. Rozpracovaná křivka změny dle Kübler-Rossovové ukazuje možné etapy, kterými prochází ti, pro které je změna ztrátou jistoty. Wright rozpracoval křivku změny, kterou si lze prohlédnout na obrázku 2, tak aby byla uchopitelná ve všech situacích a vedla k pochopení toho, čím prochází ti, kteří čelí změně, jak vysvětluje Wright (2009).



Obrázek 2 – Křivka změny (Wright, 2009)

Wrightův model dle Kübler-Ross je komunikační model, který zdůrazňuje citlivý a individuální přístup jako prostředek pro efektivní přijetí změny v organizaci. Wrightův model dle Kübler-Ross dále rozpracovává ve své publikaci Holá (2011).

3.5 Kulturní změna

Úspěšné zavedení řízení kvality může poskytovat přínosy zdravotnickému zařízení. Ovšem zavádění modelu vyžaduje velké úsilí, při kterém se výsledky nemusí dostavit hned. Je velmi důležité vyhodnocovat přínosy systému, jestliže výsledky nejsou uspokojivé, je nutné systém přezkoušet a případně zabudovat nové komponenty. Značná část opatření, která vznikají při procesu zlepšování kvality, přináší samozřejmě změny pracovních pozic a změny kultury jednání pracovníků, kteří přímo či nepřímo implementují tento proces, jak vysvětluje Graham (1995). Za kulturní změny považujeme takové, které přinášejí změny hodnot, názorů a návyků pracovníků. Proto je třeba počítat při snaze o změny procesů i se změnami kulturního klimatu. Z toho plyne důležitá úloha týmu, který se snaží o implementaci změn kvality, a to napomáhání kulturní adaptaci těchto změn, jak doporučuje Gladkij (2003) a dále upřesňuje, že lidská kulturní změna představuje široký a komplexní problém. Existují ovšem pravidla, která již pomohla provést lidi změnami v řadě institucí. Dle Grahama (1995) jsou to následující pravidla:

- Poskytnout lidem možnost participovat na projektu i implementaci změn.
- Poskytnout dostatek času, který je potřebný.
- K získání času lze užít doporučení začít od malých změn a zvolit vhodný čas.

- Nepřetěžovat navrhovanými změnami.
- Pracovat s pomocí formálních i neformálních vůdců.
- Uznávat důstojnost lidí při jednání.
- Obrátit postavení a ptát se: „Jak já bych reagoval?“
- Naložit s odporem vážně a přímo – pokusit se o motivaci či výměnu.
- Někdy je přizpůsobení, omezující technickou účinnost opatření, přiměřené.
- Učinit podpůrné změny kultury.

Gladkij (2003) uvádí dvě funkce těchto pravidel – slouží jako obecná strategie, která pomáhá plánovat vždy i za předpokladu odporu a usnadňuje přijetí specifických protiopatření, které jsou nutné k překonání překážek implementace.

4 NÁVRH MODELU MANAGEMENTU KVALITY VE VYBRANÉM ZAŘÍZENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

4.1 Popis vybrané organizace

Popisované zařízení se nachází ve východočeském regionu, jeho specializací je léčba pohybového aparátu a nervového systému vyjma CNS. Dlouhodobě dosahuje výborných léčebných výsledků, zejména v rámci své specializace na časnou pooperační rehabilitační péči. Díky ní se u pacientů rychleji zlepšuje zdravotní kondice, osvojení správných zdravotních návyků, cviků, dietního stravování a celkového celodenního režimu. Časná lázeňská pooperační rehabilitační péče navazuje na pobyt v nemocnici a zahajuje se překladem z lůžka na lůžko převážně mezi 7. až 10. dnem po operaci. Pacienti jsou ubytováni ve speciálně upravených pooperačních pokojích. Délka lázeňské léčby se řídí diagnózou a pohybuje se od 21 do 28 dní. Léčebný režim je stanoven všem pacientům, jenž přicházejí do lázeňského léčení popisované organizace. Každý obdrží léčebný průkaz, v kterém jsou rozepsány jednotlivé procedury a postupy. Pacient je povinen řídit se pokyny stanovené ošetřujícím lékařem zařízení. V případě porušení stanoveného režimu může dojít i k propuštění z léčení a tím i k případnému postihu ze strany zdravotní pojišťovny. Nejpozdější nástup do lázní po operaci totální endoprotézy kolene či kyčle, je do 3 měsíců po operaci. Jedná se o komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči.

Lázeňský komplex tvoří pět samostatně stojících pavilonů o celkové kapacitě 573 lůžek a 271 pokojů, které se nachází přímo v centru lázeňského města. Všechny pavilony propojuje unikátní krytá kolonáda. Rozlehlý park, který lázeňský komplex obklopuje, tvoří nádhernou kulisu pro relaxaci, zdravotní procházky i klidné rozjímání. První lázeňská sezóna byla zahájena v srpnu roku 1897. V současné době jsou lázeňské služby poskytovány pacientům po celý rok. Lázeňská rehabilitační péče poskytovaná v tomto zařízení je nezbytná součástí léčebného procesu, jejíž potřebu a nezbytnost doporučuje ošetřující lékař a potvrzuje revizní lékař zdravotní pojišťovny.

Organizační struktura zkoumané organizace

Součástí interní dokumentace zařízení je i organizační struktura, kterou vytvořil top management organizace. V čele organizace je tříčlenná správní rada, která řídí akciovou společnost. Správní rada určuje základní zaměření obchodního vedení organizace a dohlíží na jeho výkon. Správní radou je jmenován statutární ředitel, kterému přísluší obchodní vedení společnosti, tedy exekutivní činnost a je odpovědný správní radě. Pozici statutárního ředitele je

přímo podřízený výkonný ředitel organizace, který má odpovědnost za veškerou činnost zařízení. Pozici výkonného ředitele je přímo podřízen úsek – obchodní, personální, finanční, hotelových služeb a úsek léčebné péče. V čele každého úseku stojí ředitel, který je odpovědný za danou část organizační struktury. K 31. 3. 2018 činil počet zaměstnanců zařízení 340 osob.

4.2 Průzkumný design

Realizace průzkumné sondy v zařízení byla provedena po písemném souhlasu top managementu organizace. Cílem diplomové práce je návrh modelu managementu kvality v podmínkách popisovaného zařízení. Návrh modelu managementu kvality může sloužit jako doporučení pro management popisované organizace. V souladu s cílem práce byly stanoveny následující kroky průzkumu.

1. Pro následnou SWOT analýzu byl proveden sběr dat z interní dokumentace zařízení v prostředí organizace. Dále byly realizovány průzkumné rozhovory se zaměstnanci organizace. S poskytnutím rozhovoru souhlasilo ústní formou 5 zaměstnanců – ředitelka úseku léčebné péče a 4 všeobecné sestry. Respondenti byli informováni o záměru studie a také, že data budou podkladem k vypracování diplomové práce. Záznam dat probíhal doslovným přepisem do MS Word.
2. SWOT analýza – analýza byla vytvořena na základě studia vnitřních dokumentů organizace, informací ze zdrojů ČSÚ, ÚZIS ČR a platné legislativy. Dále byly jako zdroj využity rozhovory s personálem a managementem organizace viz příloha B.
3. Benchmarking – pro porovnání situace aktuálního nastavení managementu kvality byl proveden rozhovor s manažerem obdobné organizace viz příloha C. Rozhovor se zaměřil na zavedení konkrétního modelu managementu kvality akreditací SAK a může vést k inspiraci a hledání dobré praxe.
4. Návrh modelu a jeho implementace – je založen na modelu „Akreditace SAK.“ Pro úspěšné zavedení byly na základě SWOT analýzy stanoveny tyto klíčové faktory:
 - podpora managementu organizace,
 - zavedení funkce manažer kvality,
 - zahájení předakreditačního řízení,
 - výběr vhodného modelu pro zavedení „kulturní změny.“

SWOT analýza organizace

SWOT analýza byla provedena v kontextu možností zavedení modelu managementu kvality SAK ČR. Pro vypracování bylo použito studium vnitřních dokumentů organizace a to: standardy pro poskytování péče v úseku léčebné péče, pravidla firemní kultury, dokumentace BOZP, organizační struktura zařízení, náplň práce jednotlivých profesí, pracovní řád, provozní řád, vnitřní řád a informace pro klienty, všeobecné podmínky pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče pro dospělé a výroční zpráva. Dále bylo využito informací z pramenů ČSÚ, ÚZIS ČR a médií. Dalším zdrojem pro vypracování SWOT analýzy byla platná legislativa České republiky – zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách; vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb; vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče a věstník MZ ČR č. 16/2015. Dále byly jako zdroj využity rozhovory s personálem i managementem vybrané organizace (příloha B), jak si lze všimnout na obrázku 3, 4 a rozhovoru s ředitelkou obdobné organizace viz příloha C. Rozhovory s personálem vybrané organizace byly předčasně na žádost respondentů ukončeny.

„A jak já vnímám kvalitu u nás? Jsme zavedené lázně s tradicí a návazností na odborné pracoviště, pacient k nám přichází přímo z nemocnice, což je pro něj skvělé, naše výsledky časné rehabilitační péče jsou velmi uznávané právě odborníky z odborných pracovišť, jak jsem už zmínila, máme dobře nastavené procesy, zavedené standardy, pracuje u nás zkušený a kvalifikovaný personál. O naši kvalitě vypovídá i fakt, že máme vysokou míru obloženosti. Ale samozřejmě je vždy co zlepšovat, je otázka jestli zavedení papírů a peskování personálu je ta správná cesta ke kvalitě.“

Obrázek 3 – Část rozhovoru s ředitelkou úseku léčebné péče

určují? Nemělo by to být spíš o tom pacientovi? My tady máme zavedené dotazníky pro pacienty, jak jsou spokojeni, ale nevím jak to vychází, protože zpětnou vazbu nám nikdo neříká, ani dobrou ani tu špatnou. Když to porovnáám s kolegyněmi z nemocnic, kde mají různé akreditace, tak vím jak špatně prožívají kontroly, které se dělají, to přece není dobře, ale zase na druhou stranu se můžou přímo v práci účastnit různých seminářů, přednášek a to my tady nemáme, to je škoda.“

Obrázek 4 – Část rozhovoru s personálem zařízení

Silné stránky

Pro určení silných stránek vybraného zařízení bylo využito rozhovorů s personálem a managementem organizace (příloha B) i již zmíněné studium vnitřní dokumentace zařízení.

- Tradiční poskytovatel následné péče – nastavené procesy a hodnoty – dlouholetá tradice – již od roku 1897.
- Zařízení prošlo rekonstrukcí čímž se zvýšil komfort pro pacienty.
- Trend neustálé modernizace – uplatnění moderní přístrojové techniky, což vede k většímu bezpečí.
- Návaznost péče na odborná pracoviště nemocnic, čímž je zajištěna kontinuita péče.
- Pacienty vyhledávané zařízení pro léčbu pohybového aparátu.
- Prokazatelné výsledky časné rehabilitační péče respektované odbornou veřejností, a to zejména zvýšení svalové síly, zvýšení rozsahu pohybu v kloubu a zvýšení soběstačnosti pacientů.
- Péče poskytovaná dle doporučených klinických postupů a standardů, což svědčí o bezpečí a komfortu pro pacienty.
- Léčebné služby poskytované 24 hodin denně, což přináší komfort pro pacienty.
- Flexibilita poskytované péče – péče je poskytována s ohledem na individuální potřeby i přání pacientů.
- Kvalifikovaný a zkušený personál, což pro pacienta znamená bezpečí a komfort.
- Dobře nastavené procesy péče o pacienty, což svědčí o dobře nastavených podmínkách.
- Bezbariérový přístup, který přispívá k lepšímu bezpečí.
- Nekuřácké zařízení přispívá k bezpečí.
- Zavedené hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanými službami.
- Vysoká míra obloženosti, která je motivací ke zlepšení.
- Dobrá dopravní dostupnost zařízení z krajského města, což je komfortní.
- Dobré ekonomické výsledky pracoviště dávají možnost se rozvíjet.
- Stabilní kladný hospodářský výsledek dává možnost se rozvíjet.
- Uzavřené smlouvy s pojišťovny jsou možností pro rozvoj.

Silné stránky zařízení lze rozdělit z hlediska komfortu pro pacienta a z hlediska ekonomické stability organizace. Ze silných stránek organizace tedy vyplývá, že jsou vhodné podmínky pro zavedení modelu managementu kvality:

- organizace má nastavené základní procesy,
- zařízení je prosperující a vyhledávané,
- ekonomicky zdravé.

Slabé stránky

Pro identifikaci slabých stránek byl využit benchmarking. Aby mohlo dojít k porovnání, byl proveden neformální rozhovor s manažerkou obdobné organizace (příloha C), rozhovor s personálem zkoumaného zařízení a studium vnitřní dokumentace zařízení.

- Neexistuje pozice manažer kvality.
- Není nastavená jednoznačná organizační struktura, pravomoci a povinnosti vedoucích pracovníků.
- Není zpracován program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
- V zařízení není realizován interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
- Nejsou jasně definovány kompetence personálu.
- Nejsou definovány nežádoucí události, ani sledovány.
- V zařízení neprobíhá sběr a analýza dat s cílem sledování spokojenosti zaměstnanců.
- Chybí zpětná vazba na hodnocení spokojenosti pacientů s kvalitou poskytované péče.
- Nevhodný způsob sběru dat k zjištění spokojenosti pacientů s kvalitou poskytovaných služeb viz Příloha D.
- Nelékařský zdravotnický personál postrádá vzdělávací akce.
- Nedostatek personálu.
- Špatná informovanost personálu o vizích a cílech oddělení.
- Vrcholové vedení organizace nevnímá nastavení a řízení kvality poskytované péče jako důležité.

Ze slabých stránek vyplývá nutnost zavedení modelu kvality.

Příležitosti

Pro určení příležitostí organizace byly využity dostupné informace ČSÚ, ÚZIS ČR a médií.

- Celospolečenský tlak na zlepšování kvality poskytované zdravotní péče.
- Zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů, které vede ke zvýšení sebedpěče.
- Rostoucí míra vzdělanosti a informovanosti pacientů o zdravotních službách.
- Omezená kapacita nemocničních lůžek následné péče.

- Stárnutí populace.
- Důraz na péči o seniory.
- Dostupnost potencionálních zaměstnanců s požadovanými schopnostmi a dovednostmi.
- Existence vzdělávacích institucí k získání potřebného vzdělání.
- Zvyšování kreditu u zdravotních pojišťoven.
- Využití dotace z evropských fondů pro vzdělávání.
- Zlepšující se ekonomická situace – nárůst samoplátců.

Z příležitostí plyne, že model kvality může organizaci zajistit:

- zvýšení kvality péče,
- konkurenceschopnost,
- prosperitu.

Hrozby

Pro identifikaci hrozeb stejně jako příležitostí organizace bylo využito informací ČSÚ, ÚZIS ČR a médií.

- Nedostatek nelékařských zdravotnických pracovníků na trhu práce.
- Odchod kvalifikovaného zdravotního personálu do jiného regionu, do zahraničí.
- Existence konkurenčních zařízení.
- Nestabilní legislativa upravující nároky na lázeňskou péči hrazenou zdravotními pojišťovnami.
- Nepříznivý politický vývoj, který má negativní dopad na soukromá zdravotnická zařízení.
- Absence podpory zdravotních služeb ze strany státu, kraje a prohlubující se disproporce mezi nabídkou a poptávkou.
- Zdravotní politika bez důrazu na následnou péči.
- Snižování úhrad za poskytnutou péči.
- Nedostatečně informování pacienti přicházející z odborných pracovišť nemocnic o následné péči.

Hrozby jasně ukazují nutnost nastavení stabilního modelu, který eliminuje problémy v provozu a organizace se může připravovat na vnější hrozby.

Závěr ze SWOT analýzy

Perspektivní pracoviště musí obstát v budoucí konkurenci udržením kvalitní péče a dostát legislativním požadavkům, proto je žádoucí zavedení systému managementu kvality. Hlavním strategický cíl pro organizaci by mělo být zavedení modelu managementu kvality. Jako vhodný model managementu kvality se ukazuje model „Akreditace SAK.“

Benchmarking

Benchmarking byl proveden na základě neformálního rozhovoru s výkonnou ředitelkou obdobné organizace (příloha C). Část rozhovoru s manažerkou obdobného zařízení, které poskytuje podobný typ zdravotních služeb ukazuje obrázek 5. Tato organizace získala v roce 2016 akreditaci SAK a v současné době se připravuje na reakreditační řízení. Důvodem pro rozhodnutí o uskutečnění akreditačního řízení SAK ČR bylo pro výkonnou ředitelku v této organizaci ověření si, zda jsou nastavené procesy v souladu s legislativními požadavky. Pro top management to znamenalo přesvědčit zaměstnance o změně, určit manažera kvality, aktualizovat a doplnit vnitřní dokumentaci, naučit se pracovat systémově, nastavit pravidelný vnitřní audit. Jako přínos manažerka uvádí zpřehlednění provozu, minimalizaci možného pochybení a nedostatků v činnosti.

Závěr benchmarkingu

Na základě zkušenosti obdobné organizace se zavedením modelu kvality, jasně vyplývá vhodnost zavedení modelu managementu kvality „Akreditace SAK.“ Praxe ukazuje jasný výsledek doporučené akreditace, a to zlepšení kvality.

Výběr modelu

Na základě provedení SWOT analýzy a benchmarkingu v obdobném zařízení se jeví jako nejvhodnější a nejdostupnější výběr modelu managementu kvality „Akreditace SAK.“

„Největší přínos akreditace spočívá v zavedení interního systému řízení kvality a bezpečí. Dále je to zpřehlednění provozu, minimalizace možného pochybení a nedostatků v činnosti. Jedná se o účinný manažerský nástroj, jak si udělat pořádek v domě a mít pod kontrolou nejrizikovější procesy, které v zařízení probíhají, naučit se pracovat systémově. Velmi jsem si cenila kladného přístupu kolegů k přípravě na akreditaci a v současné době i na reakreditaci, kterou plánujeme v příštím roce.“

Obrázek 5 – Část rozhovoru s manažerkou obdobné organizace

5 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE

V této kapitole jsou prezentovány výsledky průzkumu ve vybrané organizaci pro návrh modelu managementu kvality v praxi následné péče a odpovědi na průzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku průzkumného šetření. S ohledem na cíl práce byly stanoveny tyto průzkumné otázky:

1. Jaké modely kvality jsou v současné době dostupné a vhodné k zavedení managementu kvality pro vybraném zařízení?
2. Jaké jsou aktuální podmínky pro zavedení modelu managementu kvality ve vybraném zařízení?

Průzkumná otázka č. 1: Jaké modely kvality jsou v současné době dostupné a vhodné k zavedení managementu kvality pro vybraném zařízení?

Tato průzkumná otázka byla hlavní náplní praktické části diplomové práce. Na základě provedené SWOT analýzy současného stavu organizace, byl zvolen jako následující krok benchmarking formou rozhovoru s výkonnou ředitelkou obdobné organizace, která získala v roce 2016 akreditaci SAK a v současné době se připravuje na reakreditační řízení. Rozhovor byl zaměřen na zavedení konkrétního modelu managementu kvality „Akreditací SAK“. Z rozhovoru s ředitelkou stejného typu zařízení, jasně vyplývají pozitiva zavedení modelu managementu kvality prostřednictvím akreditace SAK. Manažerka zdůrazňuje zpřehlednění provozu, minimalizaci možného pochybení a nedostatků v činnosti. A to vše v souladu s platnou legislativou. Praxe tedy ukazuje výsledek akreditace, a to jednoznačné zlepšení kvality.

Na základě provedené SWOT analýzy a benchmarkingu v obdobném zařízení, se jeví jako nejvhodnější a zároveň nejdostupnější zavedení modelu managementu kvality ve vybraném zařízení model „Akreditace SAK“ dle standardů pro následnou péči.

Tvrzení o vhodnosti zavedení modelu „Akreditace SAK“ podporuje i zjištění, že si jej vybralo pro zavedení managementu kvality i další zařízení stejného typu, jako je vybraná organizace a organizace která byla použita k benchmarkingu. Zmíněné zařízení získalo certifikát o udělení akreditace SAK 24. 10. 2016.

Dle volně dostupných informací na internetových stránkách Spojené akreditační komise, bylo uděleno od roku 2002 do roku 2018 t.č., 140 certifikátů kvality. Největší počet mezi udělenými certifikáty poskytovatelů zdravotních služeb činí nemocniční zařízení s 85 udělenými

certifikáty, dále to je 32 ambulantních zařízení a pouze 14 certifikátů kvality bylo uděleno poskytovatelům následné péče. Mezi 14 akreditovanými poskytovateli následné péče jsou dvě zařízení, které poskytují shodnou péči jako vybrané zařízení popisované v této práci. Zde je důležité zdůraznit, že kvalita péče poskytovaná v nemocničních zařízeních je nesporně velmi důležitá, avšak může se stát neúčinná, pokud v návaznosti na péči následnou bude rozdílná, což se kvality poskytované péče týče. Dále byl certifikát udělen 7 poskytovatelům sociálních služeb a 2 poskytovatelům zdravotní záchranné služby.

K dostupným modelům kvality lze také zařadit certifikaci ISO. Standardy ISO jsou zaměřeny na určený proces řízení kvality, jehož cílem je produkce výrobku nebo služby odpovídající definovaným kritériím a na posouzení shody, jak vysvětluje Nenadál (2008). Obecně lze konstatovat, že pacient nikdy nebude tzv. shodný produkt, z čehož plyne nevhodnost zavedení modelu managementu kvality ve vybraném zdravotnickém zařízení cestou certifikace ISO. Další důvod proti zavedení modelu kvality certifikací ISO uvádí Frey (2011) ve své disertační práci. Konstatuje, že certifikace dle ISO norem je často pouze formální doplněk. Podobný závěr popisuje i Švábenská (2016), která ve své práci udává další důvody a to, že řízení kvality dle ISO norem je formální zavedení systému externí firmou s výsledkem nefunkčního, formálního a drahého systému. Tvrzení podporuje i Nenadál (2008), který se zabývá problematikou kvality normy ISO a to, že normy dostatečně nepokrývají stále se zvyšující požadavky a doporučuje normy ISO pouze jako výchozí základnu k implementaci dalších metod řízení kvality, jako je například akreditace. Pro zavedení modelu managementu kvality ve vybraném zařízení se zdá být certifikace ISO nevhodná.

Nabízí se i akreditace JCAHO, která ovlivňuje tvorbu akreditačních modelů pro zdravotnická zařízení i mimo USA, avšak jak uvádí Madar (2004) tento systém nemotivuje zařízení ke zlepšování kvality péče, je velmi byrokratický a je zaměřen především na dokumentaci, a nikoliv na procesy. Dále Madar (2004) upozorňuje na velmi vysokou cenu za akreditaci a také na absenci kontroly JCAHO jinou veřejnou organizací, což jsou důvody proč se v USA od akreditace JCAHO ustupuje. Z uvedených důvodů není navržen model na zavedení managementu kvality ve vybraném zdravotnickém zařízení prostřednictvím této organizace pro akreditaci.

Dceřinou společností JCAHO je JCI, pokud se zařízení rozhodne pro tuto akreditaci, tak musí splňovat přes 300 akreditačních standardů, které vznikly na základě mezinárodního konsenzu. Cílem standardů je efektivita, kvalita péče, řízení rizik a vytváření optimálního léčebného

prostředí s ohledem na kulturní i právní kontext v každé zemi. Komise při akreditačním procesu vychází z rozhovorů se zaměstnanci a pacienty. Velká pozornost je věnována také vnitřním dokumentům organizace. Negativum lze spatřit v případě jazykové bariéry, kdy musí být přizváni tlumočníci. Nepříznivé jsou i cenové podmínky, kdy žadatel hradí cestovní náklady inspektorů včetně ubytování, stravného i kapesného, jak uvádí JCI (2008). I v tomto případě se jeví zavedení modelu managementu kvality formou akreditace SAK jako dostupnější a vhodnější. Ke stejnému výsledku dochází i Švábenská (2016), která ve své diplomové práci doporučuje pro zařízení lůžkového typu řízení kvality plněním standardů SAK.

Průzkumná otázka číslo 2: Jaké jsou aktuální podmínky pro zavedení modelu managementu kvality ve vybraném zařízení?

Prvním krokem bylo provedení SWOT analýzy současného stavu organizace. Analýza byla vytvořena na základě studia vnitřních dokumentů, informací ze zdrojů ČSÚ, ÚZIS ČR a platné legislativy. Dále bylo jako zdroje využito rozhovorů se zaměstnanci organizace. Ze SWOT analýzy současného stavu organizace vyplývá, že organizace má nastavené základní procesy, je prosperující, vyhledávaná a ekonomicky zdravá. Zásadní nedostatky zařízení byly odhaleny po identifikaci slabých stránek. Mezi identifikované slabé stránky organizace patří absence pozice manažera kvality, nejasně nastavená organizační struktura organizace, nejasné definování kompetencí personálu, nezpracovaný program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, neprobíhá interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb, nejsou definovány ani sledovány nežádoucí události, v zařízení není realizován sběr a analýza dat s cílem sledovat spokojenost zaměstnanců, v organizaci probíhá sběr dat k zjištění spokojenosti pacientů s kvalitou poskytovaných služeb nevhodným způsobem a chybí na tuto patientskou odezvu zpětná vazba, nelékařský zdravotnický personál postrádá vzdělávací akce, personál dále uvádí nedostatečnou informovanost o vizích a cílech organizace. Velmi zásadní slabou stránkou je, že top management organizace nevnímá nastavení a řízení kvality poskytované péče jako důležité. Cílem organizace by tedy mělo být zachování silných stránek, minimalizovat až eliminovat stránky slabé, využití nabízených příležitostí a nastavením stabilního modelu managementu kvality minimalizovat ohrožení hrozbami.

Vzhledem k tomu, že zavedení modelu managementu kvality je pro organizaci a její zaměstnance velká změna, lze podpořit zavedení změny modelem pro implementaci změn. Dle praxe založené na důkazech, lze využít Galpinův model změny. Galpinův model byl již v minulosti použit ve zdravotnických zařízeních a to např. v USA. Popis zavedení změny

pomocí tohoto modelu v praxi, lze nalézt v článku *Implementing evidence-based practice findings to decrease postoperative sternal wound infections following open heart surgery*, v periodiku *Journal of Cardiovascular Nursing* (2005). Galpinův model změny o 9 fázích je spojen s 4 až 6 měsíčním časovým horizontem. V 1. fázi je důležité ustanovit potřebu změny např. na základě benchmarkingu nebo trendů. V 2. fázi je nutné šířit vizi změny a zde se jeví jako velmi vhodné využití komunikačního modelu. I autoři Kubíčková a Rais (2012) zdůrazňují v oblasti řízení změn význam komunikace. Galpin (1996) uvádí, že změna musí nastat na úrovni „grassroots“, což ve zdravotnickém zařízení znamená, že zaměstnanci musí být zapojeni, neboť oni jsou klíčem k dosažení konečného cíle. Jako velmi vhodný komunikační model se jeví Wrightův model dle Kübler-Ross, který dále rozpracovává Holá (2011). Tento komunikační model zdůrazňuje citlivý a individuální přístup jako prostředek pro efektivní přijetí změny v organizaci. Další fází je diagnostika a analýza současné situace, následné vytvoření doporučení, jakých změn je třeba s detailním propracováním. V návaznosti na předchozí je dalším krokem provedení pilotního testování, následně implementace ve velkém měřítku s následným hodnocením v předposlední fázi – co jsme se naučili? Posledním krokem změny je dle Galpinova modelu měření, posilování a neustálé zlepšování.

Závěrem této kapitoly lze konstatovat, že stanovený cíl práce byl splněn. Navrhovaným modelem pro zavedení managementu kvality je „Akreditace SAK“, pro implementaci změny v organizaci je doporučen Galpinův model změny a pro podporu komunikace Wrightův model dle Kübler-Ross, neboť jak uvádí Holá (2011) *„Faktorem úspěchu je schopnost spolupráce a navázání dobrých vztahů, jejichž základem je komunikace.“*

6 ZÁVĚR

Téma diplomové práce bylo vybráno záměrně zejména z důvodu, poukázání na důležitost managementu kvality v následné zdravotní péči. Následná péče je poskytnuta pacientovi po stanovení základní diagnózy, po stabilizaci zdravotního stavu a pokud jeho zdravotní stav vyžaduje doléčení. Pacienti do zkoumané organizace přichází z nemocničního zařízení, která mají systém managementu kvality zavedený a nejčastěji potvrzený SAK ČR. Touto cestou je důležité upozornit na význam návaznosti poskytované zdravotní péče a potřebu kontinuálního zvyšování kvality poskytované péče.

Teoretická část práce je zaměřena na následnou lůžkovou péči v lázeňství, stručnou charakteristiku historie lázeňství a související legislativu. Další kapitola je věnována managementu kvality ve zdravotnických službách. Závěr teoretické části se zabývá nástroji k přípravě a implementaci modelu managementu kvality. Průzkumná část diplomové práce je v úvodu věnována popisu zkoumaného zařízení následné péče, dále je popsán průzkumný design včetně výsledků, závěru šetření.

Velmi důležitým zjištěním je, že model managementu kvality lze zavést a kvalitu v organizaci tak sledovat a zvyšovat. Ovšem za předpokladu, že management organizace se pro tento významný krok rozhodne. Návrh modelu managementu kvality může sloužit jako doporučení pro management popisované organizace. Zde je prostor pro zdůraznění, že cílem práce nebylo poškodit popisovanou organizaci, nýbrž získat informace o možnostech zavedení modelu managementu kvality v praxi. Tvorba diplomové práce měla i obohacující přínos, který byl získán studiem odborné literatury, interních dokumentů a nepochybně i vyslechnutím názorů zaměstnanců organizace v průběhu realizace rozhovorů.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

CAMP, Robert C. *Business Process Benchmarking*. Milwaukee: ASQC Quality Press. 1995, 464 s. ISBN 0-87389-296-8.

ČASTORÁL, Zdeněk. *Management kvality a výkonnosti*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2015, 140 s. ISBN 978-80-7452-101-0.

ČASTORÁL, Zdeněk. *Základy moderního managementu*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2009, 208 s. ISBN 978-80-86723-76-1.

ČASTORÁL, Zdeněk. *Strategický management změn a znalostí*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 216 s. ISBN 978-80-86723-94-5.

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. *zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. In. Sbírka zákonů České republiky, 2011, částka 131. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?r=2011&cz=372>

ČESKO. Zákon č. 164/2001 Sb. *zákon o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon)*. In. Sbírka zákonů České republiky, 2001, částka 64. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?r=2001&cz=164>

ČESKO. Zákon č. 200/2015 Sb., *zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*. In. Sbírka zákonů České republiky, 2015, částka 82. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=200&r=2015>

ČESKO. Vyhláška č. 102/2012 Sb., *o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče*. In: Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 39. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=102&r=2012>

ČESKO. Vyhláška č. 262/2016 Sb., *o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče*. In: Sbírka zákonů České republiky. 2016, částka 101. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=262&r=2016>

ČESKO. Vyhláška č. 99/2012 Sb., *o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*. In. Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 39. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=99&r=2012>

ČESKO. Vyhláška č. 2/2015 Sb., o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče. In. Sbírka zákonů České republiky. 2015, částka 1. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-2>

DOLANSKÝ, V., MĚKOTA, V., NĚMĚC V. *Projektový management*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 371 s. ISBN 80-7169-287-5.

FREY, Peter. *Management rozvoje kvality poskytované péče v dermatovenerologické ambulanci a implementace systému kvality v procesu diagnostiky a léčby*. Olomouc, 2011, 121 s. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. Školitel práce Ing. Jaroslav Zlámal, Ph.D.

GALPIN, Timothy J. *The Human Side of Change: A Practical Guide to Organization Redesign*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996, 176 s. ISBN 978-0-787-90216-2.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví, řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví, kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

GRAHAM N. O. *Quality in Health Care*. 3 st ed. Gaitersburg: Aspen Publication, 1995, 366 s. ISBN13: 978-0834206250.

HAYCOCK, C., LASER C., KEUTH J., MONTEFOUR K., WILSON M., AUSTIN K., COULEN C., BOYLE D. *Implementing evidence-based practice findings to decrease postoperative sternal wound infections following open heart surgery*. In. Journal of Cardiovascular Nursing, 2005, 20 (5), 299-305 pp. ISSN 0889-4655.

HOLÁ, Jana. *Jak zlepšit interní komunikaci: vyhněte se zbytečným škodám, odchodu zaměstnanců a ztrátě zákazníků*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2011, 317 s. ISBN 978-80-251-2636-3.

HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, 2014, 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

JAROŠOVÁ, D., LEDNICKÝ V., KNOPOVÁ D. *Vlastnosti sester manažerek ve zdravotnictví*. In. Moderný medicínský management, 2002, roč. 3, s. 11-12. ISSN 1335-2326.

JCI. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Překlad 3. vyd. Praha: Grada, 2008, 312 s. ISBN 978-80-247-2436-2.

KOLÁŘ, Pavel a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

- KŘÍŽEK, Vladimír. *Obrazy z dějin lázeňství*. 2. vyd. Praha: Libri, 2002, 263 s. ISBN 80-7277-092-6.
- KUBÍČKOVÁ, Lea a Karel RAIS. *Řízení změn ve firmách a jiných organizacích*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 136 s. ISBN 978-80-247-4564-0.
- MADAR, Jiří a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
- MUŽÁKOVÁ, Karina. *Strategický management (strategický management včetně úvodu do procesu řízení změn)*. 1. vyd. Brno: Vysoká škola Karla Engliš, 2011, 90 s. ISBN 978-80-86710-29-7.
- NENADÁL, Jaroslav a kol. *Moderní management jakosti: principy, postupy, metody*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2008, 377 s. ISBN 978-80-7261-186-7.
- PEŠEK, Jaromír. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 112 s. ISBN 80-247-0551-6.
- PETERS, Tom J., and Robert H. WATERMAN. *In Search of Excellence*. New York: Harper and Row, 1982, 350 s. ISBN 0-06-015042-4.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
- PLEVOVÁ, Ilona a Katarína ADAMICOVÁ. Význam indikátorů kvality v poskytování ošetrovatelské péče. In: *Hygiena*, 2013, roč. 4, s. 171-175, ISSN 1802-6281.
- SOUČEK, Zdeněk a Jan BURIAN. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2006, 196 s. ISBN 80-86946-18-5.
- SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, o. p. s. *Akreditační standardy pro následnou péči*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2014, 148 s. ISBN 978-80-905886-0-8.
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent – Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- ŠPIŠÁK, Ladislav a Zdeněk RUŠAVÝ. *Klinická balneologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 275 s. ISBN 978-80-246-1654-4.
- ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, 288 s. ISBN 978-271-9673-9.

ŠVÁBENSKÁ, Karla. *Implementace systému kvality ve zdravotnickém zařízení*. Brno, 2016, 97 s. Diplomová práce. Mendelova Univerzita v Brně, Provozně ekonomická fakulta. Vedoucí diplomové práce Ing. Tomáš Pyšný, Ph.D.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Lázeňská péče 2016*. Praha: ÚZIS ČR, 2017, 26 s. ISBN 978-80-7472-163-2.

VÁLKOVÁ, Monika. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. 1. vyd. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015, 78 s. ISBN 978-80-87023-45-7.

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2015, částka 16. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2016, částka 7. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c7/2016_12350_3442_11.html

WHO. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [online]. MZ ČR, 2015 [cit. 14. 1. 2018]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html

WRIGHT, Marc. *Gower Handbook of Internal Communication*. 1st ed. Farnham: Gower Publishing, 2009, 468 s. ISBN 0-5660-8689-1.

8 PŘÍLOHY

Příloha A – Návrh na lázeňskou péči (6 dílů).....	56
Příloha B – Průzkumné rozhovory	62
Příloha C – Rozhovor s manažerkou obdobné organizace	66
Příloha D – Zařízení ke sběru dat	67

Příloha A – Návrh na lázeňskou péči (6 dílů)

	IČP	NÁVRH NA LÁZEŇSKOU PÉČI - díl 1		Ev. č.
	Odbornost	předvolání pacientovi		Čís. vysílajícího ÚP VZP
Pacient		Zák. zástupce		
Příjmení a jméno				
Číslo pojištění				
Zaměstnavatel - Škola (třída)				
Bydliště (adresa) vč. PSČ	tel.:		tel.:	
Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy): Indikace: <input type="text"/> Dg. <input type="text"/> Komplexní - příspěvková lázeňská péče <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče Muž - Žena Doporučené místo pro lázeňskou léčbu: 1 _____ 2 _____		STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE ÚP VZP Schvaluji: - komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D - příspěvkovou lázeňskou péči - průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče Muž - Žena - lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování: 1 _____ 2 _____ 3 _____ Upravuji - Zamítám (důvod): Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře		
POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ Dne: _____ razítko a podpis		Dne: _____ razítko a podpis revizního lékaře razítko a podpis ÚP VZP		

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

VZP-15/2004

razítko a podpis


	IČP	NÁVRH NA LÁZEŇSKOU PÉČI - díl 2		Ev. č.
	Odbornost	potvrzená objednávka lázním		Čís. vysílajícího ÚP VZP
Pacient		Zák. zástupce		
Příjmení a jméno				
Číslo pojištěnce				
Zaměstnavatel - Škola (třída)				
Bydliště (adresa) vč. PSČ	tel.:		tel.:	
Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy): Indikace: <input type="text"/> Dg. <input type="text"/> Komplexní - příspěvková lázeňská péče <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče Muž - Žena Doporučené místo pro lázeňskou léčbu: 1 _____ 2 _____ Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře		STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE ÚP VZP Schvaluji: - komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D - příspěvkovou lázeňskou péči - průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče Muž - Žena - lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování: 1 _____ 2 _____ 3 _____ Upravuji - Zamítám (důvod): Dne: _____ razítko a podpis revizního lékaře razítko a podpis ÚP VZP		
POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ Dne: _____ razítko a podpis				

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

VZP-15/2004

razítko a podpis

	IČP	NÁVRH NA LÁZEŇSKOU PÉČI - díl 3		Ev. č.
	Odbornost	lázeňskému ošetř. lékaři k dokumentaci		Čís. vysílajícího ÚP VZP
Pacient		Zák. zástupce		
Příjmení a jméno				
Číslo pojištěnce				
Zaměstnavatel - Škola (třída)				
Bydliště (adresa) vč. PSČ	tel.:		tel.:	
Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy): Indikace: <input type="text"/> Dg. <input type="text"/> Komplexní - příspěvková lázeňská péče <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče Muž - Žena Doporučené místo pro lázeňskou léčbu: 1 _____ 2 _____ Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře		STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE ÚP VZP Schvaluji: - komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D - příspěvkovou lázeňskou péči - průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče Muž - Žena - lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování: 1 _____ 2 _____ 3 _____ Upravuji - Zamítám (důvod): Dne: _____ razítko a podpis revizního lékaře _____ razítko a podpis ÚP VZP		
POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ Dne: _____ razítko a podpis				

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

VZP-15/2004

razítko a podpis

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(Ize nahradit propouštěcí zprávou lůžk. zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)

B: NO

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

IČP	
Odbornost	

_____ razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvrzuji, že jsem převzal a vzal na vědomí poučení pacienta "Jak s VZP ČR do lázni" _____

_____ podpis pojištěnce (zák. zástupce)

	IČP	NÁVRH NA LÁZEŇSKOU PÉČI - díl 4 pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci	Ev. č.
	Odbornost		Čís. vysílajícího ÚP VZP
Pacient		Zák. zástupce	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce			
Zaměstnavatel - Škola (třída)			
Bydliště (adresa) vč. PSČ		tel.:	tel.:
Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy): Indikace: <input type="text"/> Dg. <input type="text"/> Komplexní - příspěvková lázeňská péče <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče Muž - Žena Doporučené místo pro lázeňskou léčbu: 1 _____ 2 _____ Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře		STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE ÚP VZP Schvaluji: - komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D - příspěvkovou lázeňskou péči Muž - Žena - průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče - lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování: 1 _____ 2 _____ 3 _____ Upravuji - Zamítám (důvod): Dne: _____ razítko a podpis revizního lékaře _____ razítko a podpis ÚP VZP	
POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ Dne: _____ razítko a podpis			

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

VZP-15/2004

razítko a podpis

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(Ize nahradit propouštěcí zprávou lůžk. zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)

B: NO

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

IČP	
Odbornost	

_____ razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvrzuji, že jsem převzal a vzal na vědomí poučení pacienta "Jak s VZP ČR do lázní" _____

_____ podpis pojištěnce (zák. zástupce)

	IČP	NÁVRH NA LÁZEŇSKOU PÉČI - díl 5 navrhujícímu lékaři k dokumentaci	Ev. č.
	Odbornost		Čís. vysílajícího ÚP VZP
Pacient		Zák. zástupce	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce			
Zaměstnavatel - Škola (třída)			
Bydliště (adresa) vč. PSČ		tel.:	tel.:
Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy): Indikace: <input type="text"/> Dg. <input type="text"/> Komplexní - příspěvková lázeňská péče <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče Muž - Žena Doporučené místo pro lázeňskou léčbu: 1 _____ 2 _____ Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře		STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE ÚP VZP Schvaluji: - komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D - příspěvkovou lázeňskou péči Muž - Žena - průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče - lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování: 1 _____ 2 _____ 3 _____ Upravuji - Zamítám (důvod): Dne: _____ razítko a podpis revizního lékaře _____ razítko a podpis ÚP VZP	
POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ Dne: _____ razítko a podpis			

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

VZP-15/2004

razítko a podpis

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(Ize nahradit propouštěcí zprávou lůžk. zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)

B: NO

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

IČP _____
 Odbornost _____ razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvrzuji, že jsem převzal a vzal na vědomí poučení pacienta "Jak s VZP ČR do lázni" _____
 podpis pojištěnce (zák. zástupce)

JAK S VZP ČR DO LÁZNI

1. Lázeňskou péči jako nezbytnou součást léčebného procesu doporučuje pojištěnci ošetřující lékař přímo na návrhu v části lékařská zpráva. Doporučení, minimálně v rozsahu odborného nálezu, pro který se doporučuje lázeňská péče, může být vystaveno i na zvláštním tiskopisu (např. výměnný list). Návrh na lázeňskou péči podává na předtištěném formuláři pojišťovny navrhující lékař (registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci). Navrhující lékař musí mít s VZP ČR uzavřenou smlouvu a návrh vyplní bez přímé úhrady od pacienta. Návrh na lázeňskou péči schvaluje příslušné územní pracoviště VZP ČR (dále jen ÚP VZP ČR) podle adresy uvedeného bydliště pacienta.
2. Při schválení komplexní lázeňské péče hradí VZP ČR náklady na ubytování, stravování a léčení ve standardní úrovni nasmulované s poskytovateli lázeňské péče. Ubytování dospělých pacientů je poskytováno dle možnosti a kapacity lázni ve dvou kategoriích (kategorie A, kategorie B). Obě kategorie představují 2-lůžkový pokoj se základním vybavením, přičemž v kategorii A je sociální zařízení přímo součástí pokoje, v kategorii B je dostupné v rámci ubytovacího objektu. Jakékoliv jiné vybavení pokoje, např. televize, lednice či jednolůžkový pokoj je posuzován jako nadstandard, který sám uhradí pacient přímo lázeňskému zařízení. Na tuto skutečnost musí být upozorněn před nástupem na lázeňské léčení. Ubytování dětí a dorostu je rovněž poskytováno dle možnosti a kapacity dětských lázeňských léčeben ve dvou kategoriích (kategorie A, kategorie B). Obě kategorie představují pokoje se základním vybavením, přičemž do kategorie A jsou zařazeny 2-3 lůžkové pokoje a do kategorie B patří 4-6 lůžkové pokoje. Strava je dle smluvního ujednání připravována dle „Lázeňského dietního systému“. Léčení je vedeno lázeňským lékařem a jakékoliv změny musí být prováděny s jeho souhlasem. Dopravu do lázeňského zařízení a zpět hradí VZP ČR při komplexní lázeňské péči pouze v případě, že zdravotní stav pacienta podle vyjádření ošetřujícího lékaře, který tuto dopravu indikuje, neumožňuje dopravu běžným způsobem bez použití dopravní zdravotní služby. Komplexní lázeňská léčba trvá 21 nebo 28 dnů. U osob, které jsou účastny sociálního pojištění, probíhá komplexní lázeňská péče v době pracovní neschopnosti.
3. U příspěvkové lázeňské péče VZP ČR hradí standardní léčení. Ubytování, stravování a dopravu si hradí pojištěnec sám. Ubytovat a stravovat se může v lázeňském zařízení, ale i mimo ně. Při převzetí schváleného návrhu na vysílajícím ÚP VZP ČR budou pacientovi poskytnuty informace o vhodných lázeňských místech. Svůj návrh může uplatnit osobní návštěvou v lázních nebo prostřednictvím cestovní kanceláře a také může využít službu ÚP VZP ČR, kde mu pomohou s výběrem lázeňského zařízení. Délka pobytu se řídí indikačním seznamem a nemůže být kratší než 21 dnů. Je-li zaměstnan, musí si vzít na příspěvkovou lázeňskou péči dovolenou, případně neplacené volno.
4. Celý systém poskytování lázeňské péče je předvolánkový. To znamená, že smluvní lázeňské zařízení pacienta předvolá nejpozději 5 dnů před nástupem léčení. Současně mu sdělí všechny další informace, které jsou pro pacienta nezbytně nutné (např. možné způsoby dopravy, kde se bude v lázních hlásit, co je třeba vzít si s sebou apod.). Při obou typech léčby, tj. komplexní lázeňské péči i příspěvkové lázeňské péči se pacient při nástupu hlásí v léčebně předvoláním (díl č. 1 návrhu), které slouží po odléčení jako příloha k vyúčtování. Termín předvolání je pro pacienta závazný. Zabrání-li mu v nástupu do lázni úmrtí v rodině, ošetřování člena rodiny nebo onemocnění, které vedlo k přijetí do nemocnice, či je neslučitelné s absolvováním lázeňské léčby je povinen ihned o tom uvědomit územní pracoviště, které schválilo jeho lázeňské léčení. V těchto případech doloží potvrzení pracovníci pro lázeňství vysílajícího územního pracoviště, která mu sdělí další postup. Všechny tyto uvedené důvody ke změně termínu jsou klienti povinni projednat s lázeňským zařízením, které je předvolává. Všechny ostatní případy nedodržení termínu nástupu budou považovány za svévolné porušení léčebného režimu. Škody, které tím vzniknou VZP ČR budou klienti povinni uhradit v plné výši. V průběhu lázeňské léčby jsou pacienti povinni dodržovat léčebný režim, který jim stanovil ošetřující lázeňský lékař a respektovat ustanovení domácího řádu příslušné lázeňské léčebny. Nedodržení léčebného režimu a domácího řádu je považováno za svévolné porušení základních povinností pacienta a může být důvodem k jeho předčasnému propuštění z lázeňské léčebny z disciplinárních důvodů. V takovém případě je pacient rovněž povinen uhradit zdravotní pojišťovně veškeré náklady za škodu způsobenou znehodnocením plánovaného lázeňského pobytu.
5. Každý navrhující lékař je povinen vybavit pacienta léky, které permanentně užívá, na celou délku lázeňského pobytu. Dětsí pacienti jsou také povinni přijet vybavení očkovacím průkazem.
6. Systém zakládání pracovní neschopnosti se od dosavadního způsobu nezměnil. Znamená to, že ji pouze u komplexní lázeňské péče vystavuje ošetřující lékař lázeňské léčebny.
7. Délka léčebného pobytu je určena v Indikačním seznamu pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost (Vyhláška č.58/1997 Sb.). S délkou pobytu seznámí pacienta jeho ošetřující lékař. Při ukončení pobytu potvrdí pacient podpisem pravdivost vyúčtování lázeňské péče.
8. Vzniknou-li při lázeňském léčení jakékoliv problémy, řeší je buď:
 - kompetentní pracovníci lázeňského zařízení,
 - kompetentní pracovníci územního pracoviště VZP ČR, v jejímž regionu se dané lázeňské zařízení nachází,
 - nebo si můžete za cenu místního hovoru zatelefonovat z celé České republiky na tzv. modrou linku VZP ČR s číslem 844 117 777
9. VZP ČR hradí náklady na lázeňskou péči pouze svým pojištěncům. Rovněž hradí pobyt průvodce, který je indikován a je součástí léčebného procesu pacienta - pojištěnce VZP ČR. Pokud však pacient před nástupem na lázeňskou péči nebo v průběhu léčení změní svůj pojistný vztah a přihlásí se k jiné zdravotní pojišťovně, zařídí si u této pojišťovny úhradu lázeňské péče za ty dny, po které byl již jejím pojištěncem.

Při lázeňském léčení Vám přejeme pohodu, odpočinek a především zlepšení Vašeho zdravotního stavu.

Vaše zdravotní pojišťovna

Přepis rozhovoru s ředitelkou úseku léčebné péče.

Jak vnímáte kvalitu v zařízení, na oddělení?

„Lázeňské zařízení je v rámci standardů a pravidel globálně ve velice nevýhodné pozici. Patří do následné péče, ale pro lázeňství není stejná například personální vyhláška, parametry hodnocení kvality a postupy jako v rehabilitačních ústavech. Zároveň ale konkurence a tlak specialistů na lázeňská zařízení, je čím dál horší. Konkuruje si navzájem na malém povrchu, v ČR je 36 lázeňských zařízení a specialisté posílají čím dál komplikovanější pacienty, jelikož neví, co s nimi a kam je alespoň na chvíli dát na rehabilitaci. Proto sami vytváříme standardy, postupy, kopírujeme to od konkurence, **péči poskytujeme podle nejnovějších postupů a standardů, snažíme se pacientům vycházet vstříc, přistupujeme k nim individuálně, všem totiž nevyhovuje vše a to platí i u nás, tak se snažíme vycházet požadavkům pacientů maximálně, snažíme se okoukat, jak je to v cizině. Právě v cizině mají některé lázně ISO, na základě toho kontrolují procesy a kvalitu služeb. Po letech se zjistilo, že je ISO dost velká zátěž, převážně administrativní pro kádr lázní, tak se od ISO upouští. Navíc dnes lázeňství bojuje se zachováním kvalitního personálu a personál, pokud si může vybrat instituci, kde ho nebude někdo peskovat s kontrolou a pevným postupem při práci – raději si vybere například ambulantní zařízení, kde nic takového není. Naše pooperační oddělení má parametry podobné jako v nemocnici oddělení s 30 lůžky na 1 sesternu, výpomoc sanitárek, **pracované postupy, standardy, co dělat při příjmu, ošetření pacienta, jak o něj pečovat atd.** Myslím si, že na 1 sestru je toho příliš. **A proč nemáme více sester? Protože jich je na trhu práce nedostatek, a i protože 1000 Kč, tolik dostáváme na pacienta na jeden den, nedovolí s dalším nákladem, co na pacienta máme s ubytováním, stravou, antikoagulačními léky, ošetrovatelskou péčí, rehabilitací, aby bylo více zaměstnanců. Ve zdravotnictví se ze všeho stal velký business. Kdyby pacient připlácel na lůžko za den, za každé zbytečné vyšetření, které si sám vyžádá, tak by více ocenil naše znalosti, i to, jak se věnujeme pacientům. Zkrátka není tady ten správný kapitalismus.**“**

„A jak já vnímám kvalitu u nás? **Jsmo zavedené lázně s tradicí a návazností na odborné pracoviště, pacient k nám přichází přímo z nemocnice, což je pro něj skvělé, naše výsledky, časné rehabilitační péče jsou velmi uznávané právě odborníky z odborných pracovišť, jak jsem už zmínila, máme dobře nastavené procesy, zavedené standardy, pracuje u nás zkušený a kvalifikovaný personál. O naší kvalitě vypovídá i fakt, že máme vysokou míru obloženosti. Ale samozřejmě je vždy co zlepšovat, je otázka jestli zavedení papírů a peskování personálu je ta správná cesta ke kvalitě.**“

Přepis rozhovoru s nelékařským zdravotnickým personálem

1. všeobecná sestra

Jak vnímáte kvalitu v zařízení, na oddělení?

„Kvalitu vnímám dobře, pacienti od nás odchází po měsíci v pořádku, jsou zlepšeni a to je pro mne ta správná kvalita.“

„Vnímám v okolí, hlavně teda u kolegyň které pracují v nemocnici tlak na kvalitu ve zdravotnictví, ale opravdu je potřeba ke kvalitě tolik papírování? Popsané papíry tu kvalitu určují? Nemělo by to být spíš o tom pacientovi? My tady máme zavedené dotazníky pro pacienty, jak jsou spokojeni, ale nevím jak to vychází, protože zpětnou vazbu nám nikdo neříká, ani dobrou ani tu špatnou. Když to porovnám s kolegyněmi z nemocnic, kde mají různé akreditace, tak vím jak špatně prožívají kontroly, které se dělají, to přece není dobře, ale zase na druhou stranu se můžou přímo v práci účastnit různých seminářů, přednášek a to my tady nemáme, to je škoda.“

A dotazníky pro sledování spokojenosti vás zaměstnanců, nebo jiný sběr dat s tímto účelem je zaveden?

„Ne, to není.“

Zmiňujete akreditace nemocnic, myslíte nějakou konkrétní?

„Hm, ano SAK. Ta je asi nejrozšířenější, ale je to papírově dost náročné, i když některé standardy by se daly zavést i u nás.“

Jaké standardy myslíte?

„Mohli bysme sledovat nežádoucí události, například pády a také se tu často děje, že se pacient opije.“

„Nezlobte se, ale já už nechci na nic odpovídat, ještě se to otočí proti mě a budu mít problém, že chci zavádět kvalitu, ani nevím jestli tomu rozumím a neodpovídám hlouposti.“

Rozhovor byl na přání respondentky ukončen.

2. všeobecná sestra

Jak vnímáte kvalitu v zařízení, na oddělení?

„Tady kvalita odpovídá pooperačnímu stavu, tady je kvalita dobrá, opravdu poskytujeme velmi dobrou ošetrovatelskou péči a taky podle pokroku ve stavu pacienta, **pacient se zlepšuje v chůzi, protože mají větší rozsah v kloubu tak i v sebeobsluze, i podle návratnosti pacientů rádi se vracejí.** A co dál? Vždyť o to přece jde, pacienti jsou spokojeni, a to je nejdůležitější. Víc Vám k tomu říkat nebudu, kvalita je u nás výborná, to tam napište.“

Rozhovor byl na přání respondentky ukončen.

3. všeobecná sestra

Jak vnímáte kvalitu v zařízení, na oddělení?

„Poskytujeme kvalitní ošetrovatelskou péči, hodnotím to podle návratnosti pacientů, když jdou na další operaci, tak se rádi vrací a hlavně odchází velmi zlepšení a spokojeni. Určitě by pro nás bylo dobré a velmi přínosné mít tu kvalitu potvrzenou, ne vycházet jen z našeho pocitu, **ale třeba nad zavedením akreditace vedení přemýšlí, to já nevím, co bude a co mají v plánu.**“

„Ale to co Vám říkám, **neznamená, že jsem pro zavádění takových věcí,** já už raději nebudu nic říkat, nebo spustím nějakou reakci a pak to bude na mě, že jsem přišla se zaváděním kvality a akreditací a já nevím čeho všeho.“

Rozhovor byl na přání respondentky ukončen.

4. všeobecná sestra

Jak vnímáte kvalitu v zařízení, na oddělení?

„Kvalita je tady velice dobrá, jsem tu 30 let a odvádíme perfektní práci, perfektní v přístupu k pacientům, perfektní v odvedené práci. Ale soudím to i podle vlastní zkušenosti, jsem tu sama velmi spokojená, a to je pro mne také kvalita.“

„Vím, kam se chcete tím povídáním dostat. Hm, ale já si **nemyslím, že akreditace by k něčemu byla,** je to hrozně moderní být akreditované pracoviště, ale o čem to ve skutečnosti je? Jenom papíry a stres. Vždyť se podívejte, **máme pořád obsazené všechny postele, denně nám pacienti volají, jestli by k nám mohli jít po operaci na rehabku,** oni když jdou na druhou operaci, tak chtějí jen k nám, to znamená, že se jim tady líbí. Celá moderní **kvalita je jen na obtíž a**

doufám, že se tady nedočkám něčeho takového, nepotřebujeme papíry na to abysme věděli, že jsme dobří. A tím to ukončíme, my žádné takové novinky nepotřebujeme.“

Rozhovor byl na přání respondentky ukončen.

Přepis rozhovoru s manažerkou obdobné organizace

Lázně Slatinice jsou 1. akreditované lázně v ČR, jaké důvody Vás vedly k tomuto kroku?

„Když jsem začala řídit Lázně Slatinice, přípravu na akreditaci jsem mimo jiné i brala jako příležitost k ověření nastavených procesů, zda to co děláme je v souladu s platnou legislativou, byla to taková sonda do systému. Je obecně platné, že jakýkoli systém řízení kvality zavedený ve zdravotnické organizaci zvyšuje míru bezpečí poskytované péče a její kvality. A v neposlední řadě - být prvními akreditovanými lázněmi v republice byla samozřejmě i otázka prestižní.“

Co vše obnášelo získání akreditace?

„Aktualizovat postupně veškerou dokumentaci společnosti, od těch základních dokumentů, jako např. Organizační, Pracovní, Metrologický a Spisový a skartační řád, Provozní řády jednotlivých budov po organizační směrnice. A samozřejmě, tam, kde tomu doposud nebylo, bylo nutné zavést všechny směrnice i do praxe. Nastavili a zavedli jsme vnitřní audit, zavedli jsme pozici manažera kvality, který se musel dozdělat v oboru, museli jsme přesvědčit všechny zaměstnance a získat je pro změnu. A započal proces kontinuálního zvyšování kvality, který je samozřejmě pro společnost již navždy. Využili jsme i externího poradce.“

Proč jste se rozhodli pro akreditaci SAK ČR? Uvažovali jste i o jiné možnosti?

„Spojená akreditační komise působí ve svém oboru již 20 let. Vsadili jsme na firmu s tradicí, kterou volí velká většina zdravotnických zařízení, včetně řady fakultních nemocnic.“

Vnímáte akreditaci jako přínos? Pokud ano, jaký?

„Největší přínos akreditace spočívá v zavedení interního systému řízení kvality a bezpečí. Dále je to zpřehlednění provozu, minimalizace možného pochybení a nedostatků v činnosti. Jedná se o účinný manažerský nástroj, jak si udělat pořádek v domě a mít pod kontrolou nejrizikovější procesy, které v zařízení probíhají, naučit se pracovat systematicky. Velmi jsem si cenila kladného přístupu kolegů k přípravě na akreditaci a v současné době i na reakreditaci, kterou plánujeme v příštím roce.“

Příloha D – Zařízení ke sběru dat

