HODNOCENÍ KVALITY POSKYTOVANÝCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Mgr. et Bc. Monika Válková

esf evropský sociální fond v ČR EVROPSKÁ UNIE
OPERAČNÍ PROGRAM LIDSKÉ ZDROJE A ZAMĚSTNANOST
PODPORUJEME VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb

Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb

Monika Válková

Monika Válková
Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb
Vydal: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Ruská 85, Praha 10
Technická redakce: Eva Srbová
Grafická úprava: Mgr. Karolína Loskotová
Praha 2015

Autorský kolektiv

Mgr. et Bc. Monika Válková

IPVZ

Abstrakt

Tato publikace je určena pro nelékařské zdravotnické pracovníky a snaží se přiblížit aktuální, diskutovanou a řešenou problematiku poskytování kvalitních a bezpečných zdravotních služeb. V krátkosti seznamuje s tím, co to kvalita je, jak vznikla a jaké jsou procesy pro řízení a management kvality ve zdravotnických zařízeních.
V publikaci jsou v krátkosti popsány systém kvality ve zdravotnictví, které můžeme definovat jako shrnutí jednotlivých procesů, odpovědností, zdrojů, které jsou v dané organizaci její součástí a které jsou potřebné pro zlepšování kvality poskytovaných služeb, jejichž cílem je zlepšení zdravotního stavu, či úplné navrácení zdraví, dále zvyšování kvality života a spokojenosti občanů.
Publikace se zabývá poskytováním kvality zdravotních služeb, přibližuje definici kvality, její historii, zabývá se audity a auditní činností, ošetřovatelskými standardy a akreditací. V druhé části publikace jsou vysvětleny modely řízení kvality, vztahy mezi jednotlivými modely, role a úkoly v procesu řízení kvality poskytovaných zdravotních služeb.

Obsah

1 Úvod ... 11

2 Definice kvality ve zdravotnictví ... 12

2.1 Historie kvality v zavádění systému řízení kvality ve zdravotnictví ... 14
2.2 Řízení a management kvality ... 14
2.3 Měření a vyhodnocování kvality poskytování zdravotních služeb, zdravotní péče ... 15
2.3.1 Indikátory kvality ... 16

3 Standardy zdravotní péče ... 19

3.1 Charakteristika a účel ... 19
3.2 Standardy ošetřovatelské péče ... 20
3.3 Typy standardů ... 20
3.3.1 Metodika tvorby standardů ... 22
3.4 Sestavování standardu metodou DySSSy ... 23
3.5 Klasifikační systém standardů ... 26

4 Měření dodržování stanovených norem, audity ... 28

5 Akreditace zdravotnických zařízení ... 33

6 Modely řízení kvality ... 37

6.1 Norma ISO ... 37
6.2 Model JCIA ... 38
6.3 Model SAK ČR ... 38
6.4 Model EFQM ... 38
6.4.1 Model kontinuálního zvyšování kvality ... 39
6.5 Vztahy mezi jednotlivými modely řízení kvality ... 39
6.6 Vztah managementu kvality ke změnám ... 39

7 Definice programu kontinuálního zvyšování kvality ... 41

7.1 Model se zaměřuje na řízení kvality z těchto pohledů: ... 42
7.2 Dimenze kvality podle programu KZK ... 42
7.3 Podmínky pro realizaci programu KZK ... 43
7.3.1 Role a úlohy manažera ... 43
7.3.2 Odpor vůči změnám a jeho překonávání v obecném měřítku ... 44
7.3.3 Možné příčiny odporu lidí ve zdravotnictví vůči zavádění systému kvality ... 45
7.3.4 Bariéry implementace programu KZK ... 46

8 Procesní řízení programu 48

8.1 Nástroje a techniky skupinového řešení problémů 49
8.2 Klient v ošetřovatelském procesu 50
8.3 Důležité aspekty úspěšně vedené změny 51

9 Modelové příklady řešení programu kvality 52

9.1 Oblast bezpečnosti klienta ve zdravotnickém zařízení 52
9.2 Oblast úcty a respektování osobnosti klienta a jeho rodiny 52
9.3 Oblast lege artis v ošetřovatelské péči 52

10 Hodnocení kvality 54

10.1 Metody hodnocení kvality 54
10.1.1 Metoda pozorování 54
10.1.2 Skupinová diskuse (focus group) 55
10.1.3 Individuální hloubkový rozhovor 55
10.1.3.1 Druhy rozhovoru 56
10.1.3.2 Požadavky na tazatele 58
10.1.4 Formy výzkumu 60
10.1.5 Dotazník 62
10.1.6 Související pojmy a metody 62
10.2 Kvalita očima pacientů – hodnocení kvality 62
10.2.1 Certifikace Vážka 65
10.2.2 Značka kvality v sociálních službách Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR 68

11 Závěr 76

Seznam použitých zkratek

ADL	Activity Daily Living (hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech)
ACPD	Plánuj (plan), Dělej (do), Kontroluj (check). Jednej (act)
ANA	Americká asociace zdravotních sester (American Nurses Association)
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
ČNS	Česká státní norma
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
DySSSy	Dynamický systém sestavování standardů (Dynamic Standard Setting System)
EU	Evropská unie
EFQM	Model excelence EFQM (Excellence Model EFQM, model vyvinutý nadací EFQM jako rámec pro uplatňování metod řízení jakosti v organizaci).
IADL	test instrumentálních všedních činností (Instrumental Activity Daily Living)
i.v.	intravenózní
ISO	Mezinárodní organizace pro standardizaci (International Standardization Organization)
ISQua	Mezinárodní společnost pro kvalitu zdravotní péče (The International Society for Quality in Health Care)
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
JCAHO	Společná komise pro akreditaci organizace zdravotní péče (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization).
JCIA	Společná komise pro mezinárodní akreditaci (Joint Commission Internacional Accreditation)
K/P	klient/pacient
KZK	Kontinuální zvyšování kvality
MMSE	Mini Mental State Exam
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
SAK	Spojená akreditační komise
SOP	Standard ošetřovatelské péče
TQM	Total Quality Management
TVS	Testování vývoje soběstačnosti (podle Pediatric Unit at Hospital, Bolzano)
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Klíčová slova

kvalita ve zdravotnictví, kvalita zdravotních služeb, kvalita zdravotní péče, řízení a management kvality, měření a vyhodnocování kvality, indikátory, standardy, ošetřovatelské standardy, metodiky, měření, auditní činnost, audity, akreditace, modely řízení kvality, role a úkoly manažera, bariéry, procesy

1 Úvod

S pojmy „kvalita ve zdravotnictví", „kvalita poskytovaných zdravotních služeb", „kvalita poskytované ošetřovatelské péče" se setkáváme významněji řádově v posledních dvou desetiletích, samotný pojem kvalita má však terminologicky velmi dlouhou historii. V současné době se pojmy jako kvalita péče a kvalita zdravotnických zařízení ve všech vyspělých zemích, stávají součástí vytvářených zdravotních reforem.

Koncepce nastavovaných procesů v oblasti kvality je primárně určována kulturním a sociálním prostředím daného státu. Představy o kvalitě zdravotní péče jsou ovlivňovány nejenom kolektivními hodnotami v dané společnosti, ale i těmi, kteří kvalitu definují na úrovni zástupců vlády – politiky, tvůrci zákonů ovlivňující procesy ve zdravotnictví, zástupci zdravotnických institucí, odborů a samotnými zdravotnickými pracovníky. Nelze opominutout ani spoluúčast obyvatelstva či konkrétních pacientů.

Současný nejrozšířenější koncept, kdy se zjišťuje a vyhodnocuje výkonnost a kvalita zdravotní péče, je založen na pozorování, která se týkají zejména vlastností prostředí, ve kterém je zdravotní péče poskytována (strukturální standardy), dále způsobu, jakým je péče poskytována (procesní standardy), a pozorování, zda bylo dosaženo stanoveného cíle. Rovněž je možné rozlišovat krátkodobé a dlouhodobé výsledky.

V rámci zpracování a vytváření metodiky je nutné hodnocení kvality poskytované péče zaměřit nejenom směrem subjektivním, ale zejména objektivním, tudíž měřitelným.

Objektivitou je myšleno zjišťování a vyhodnocování kvality poskytované péče v měřitelné/kvantitativní podobě a zároveň schopnost interpretovat výsledky měření.

Systém kvality ve zdravotnictví můžeme definovat jako shrnutí jednotlivých procesů, odpovědností, zdrojů, které jsou v dané organizaci její součástí a které jsou potřebné pro zlepšování kvality poskytovaných služeb, jejichž cílem je zlepšení zdravotního stavu či úplné navrácení zdraví, dále zvyšování kvality života a spokojenosti občanů.

Systémem kvality se tedy rozumí zahrnutí celého procesu tvorby postupů, sběru a analýzy informací, vytvoření a zavedení standardů do praxe a rovněž i vyhodnocení dosažených výsledků.

2 Definice kvality ve zdravotnictví

V současné literatuře je uváděno velmi široké spektrum různých definic kvality poskytované zdravotní péče a jejího vymezení. Kvalita péče je však pojem relativní, a nikoli pojem absolutní. Proto ji můžeme neustále zlepšovat, z čehož pak vycházejí veškeré snahy a iniciativy vedoucí ke zlepšování a řízení kvality.

Obecně kvalita znamená: nepřítomnost vad, uspokojení zákazníka, bezporuchový chod nebo ***dělat správné věci správným způsobem***.

Definice kvality ve zdravotnictví je uchopitelná v rámci vícera definic, které jsou v dostupných zdrojích uváděny.

Kvalita péče z pohledu WHO

V roce 1966 definovala **Světová zdravotnická organizace (WHO)** kvalitu zdravotnické péče jako souhrn výsledků, kterých bylo dosaženo v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě věd a praxe. Dále WHO ve „Směrnici pro vývoj strategií a kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotnického systému" definuje kvalitu jako službu, která co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje, aby spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u těch nejpotřebnějších, bez zbytečného plýtvání a v mezích požadavků vyšší úrovně.

WHO zahrnuje **tři pohledy na kvalitu** poskytování zdravotních služeb:

- Kvalita z pohledu pacienta (tzn. zohlednění zájmů, potřeb a přání pacienta).
- Kvalitu řízení managementu (tzn. vytváření a dodržování předpisů).
- Odbornou kvalitu poskytovaných služeb (správná odborná praxe). Proto, aby mohla být kvalita zaváděna do praxe, je potřeba využití specifických metod, nutných k její aplikaci v praxi.

WHO rozlišuje **4 základní kategorie**, které je nutné dodržovat a implementovat do zdravotnických systémů:

- Posílení role klientů/pacientů (K/P) a spotřebitelů zdravotní péče.
- Regulace a hodnocení zdravotnických pracovníků a zdravotních služeb.
- Místní implementace standardů a závazných norem.
- Vznik a činnost týmů, které se podílejí na řešení problémů kvality.

Kvalita péče ze tří pohledů

Mezi další definice vymezení pojmu kvalita péče, které nastiňují autoři Škrla, Škrlová tzn. „**Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.**" Autoři poukazují, že na kvalitu lze pohlížet z mnoha perspektiv:

- z pohledu lékařského a nelékařského personálu,
- z pohledu K/P,
- z pohledu výstupů.

Lékařský a nelékařský ošetřující personál vyhodnocuje stav K/P, řídí léčbu a péči, spolupracuje v multidisciplinárním týmu, uspokojuje především potřeby vzniklé v souvislosti s nemocí K/P a v neposlední řadě se podílí na výuce, ať sebe sama či K/P. K/P hodnotí kvalitu na základě spokojenosti s nemocničními službami, přístupu personálu k němu včetně projevu úcty, empatie, pomoci apod.

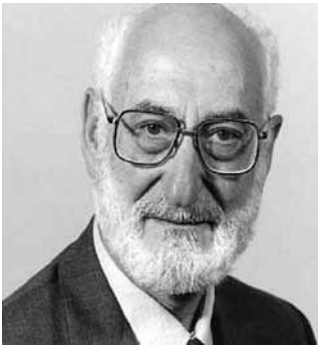
Po provedení léčebných opatření se ptáme, zda u K/P došlo ke zlepšení zdravotního stavu nebo kvality jeho života, a odpovědí jsou nám již zmiňované výstupy.

Kvalita péče podle Avedise Donabediana

Další definice, kterou je nutné zmínit a jejímž autorem je slavný americký univerzitní profesor veřejného zdravotnictví **Avedis Donabedian** (7. ledna 1919 – 9. listopadu 2000), stanovil rámec (model) pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče na celém světě.

Avedis Donabedian (viz obr. 1) definuje kvalitu zdravotní péče jako „**takový druh péče, při kterém lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu".**

Obr. 1: Avedis Donabedian. (Zdroj: http://zdravi.e15.cz/news/check-pro?id=444784&seo_name=sestra)



2.1 Historie kvality v zavádění systému řízení kvality ve zdravotnictví

Zakladatelem systému řízení kvality byl **Ernest Codman** (30. prosince 1869 – 23. listopadu 1940), a to na počátku 20. století v Americe. První akreditační standardy vyšly již v roce 1917, kdy se jimi začalo řídit více než 3000 zdravotnických zařízení. V roce 1951 byla zřízena **první Společná komise pro akreditaci nemocnic**. Tato instituce začala vytvářet a publikovat první standardy zabývající se kvalitou a bezpečností poskytované péče.

V roce 1987 byla tato organizace formálně přeměněna na **Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO).** Jejím posláním je zlepšování kvality zdravotní péče. Vypracovává a vydává standardy, posuzuje činnost jednotlivých zdravotnických zařízení a rovněž vydává akreditace. Dceřinou společností JCAHO se stala **Joint Commission Internacional Accreditation (JCIA),** která od roku 1998 působí i v České republice a v roce 1999 vydala Standardy pro mezinárodní akreditaci nemocnic.

V rámci hodnocení a řízení kvality v České republice byla založena **Spojená akreditační komise (SAK)**, a to v roce 1998. Účelem její existence je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit. Pro sledování a řízení kvality využívá zejména tyto prostředky:

- Vydávání akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně podrobné metodiky.
- Pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, specifikace metodiky podle typů zdravotnických zařízení, poradenství při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení, poradenská činnost na místě včetně akreditace nanečisto.
- Organizace regionálních i celostátních vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů.
- Vydávání publikací (v klasické i elektronické podobě) zaměřených na zvyšování kvality péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí.
- Spolupráce s ostatními organizacemi v ČR, které se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče, a spolupráce s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví.
- Podíl na mezinárodní spolupráci v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče a zajištění bezpečí pro pacienty.
- Vzdělávání konzultantů a auditorů akreditačního procesu.

Od 21. 6. 2012 je SAK, o.p.s., oprávněným hodnotitelem kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, pro druhy zdravotní péče uvedené v par. 5 odst. 2 písm. f) až h) zákona č. 372/2011 Sb., podle omezení udělení oprávnění plynoucích z vyhlášky č. 102/2012 Sb.

Od roku 2004 se problematikou bezpečnosti poskytované zdravotní péče – pod záštitou WHO intenzivně zabývá Světová aliance pro bezpečnost pacientů. Jejím hlavním cílem je rozšiřovat informace o možnostech prevence poškození pacientů spojeného s poskytováním zdravotní péče. Součástí těchto aktivit je pravidelné zveřejňování tzv. Řešení bezpečnosti pacientů (Patient Safety Solutions).

2.2 Řízení a management kvality

Tato oblast tvoří velmi významnou položku v celém systému vytváření kvality při poskytování zdravotnických služeb. Jak již bylo uvedeno, kvalita péče není pojem absolutní a je neustále co zlepšovat – mluvím o kontinuálním procesu.

Mechanismus managementu kvality, jako nezbytný předpoklad, vyžaduje měření kvality péče, srovnávání a vyhodnocování zjištěných výsledků a jejich následnou analýzu. Kvalita péče a její řízení patří mezi rozhodující faktory stabilního ekonomického růstu

organizací. Nejedná se jen o proces papírování nebo pouhou technickou kontrolu, ale o mnohem širší téma, které zasahuje téměř všechny procesy v organizaci.

Mnohé organizace využívají systém řízení jakosti, aniž by to vlastně věděly. Oproti tomu jiné mají certifikát vystavený na zdi, a o skutečně fungujícím systému řízení kvality nemůže být ani řeč. Nejčastěji jsou koncepce řízení kvality v organizacích založeny buď na normách a standardech (mezinárodních, národních či podnikových), nebo na koncepci TQM (Total Quality Management).

Přístupy k řízení kvality se rovněž liší u organizací poskytujících služby a u organizací, které produkují výrobky. Veškeré komplexní metody a standardy řízení kvality pomáhají organizacím nastavit celkový systém řízení tak, aby se zabránilo negativním jevům (nekvalitě, chybám, rizikům, nákladům), které se projeví ve výstupech jejich práce.

K trvalému zlepšování se nejčastěji využívá manažerský nástroj, který je známý jako **tzv. Demingův cyklus.** Ten spočívá v opakovaném provádění čtyř základních činností (ACPD):

- plánuj (plan),
- dělej (do),
- kontroluj (check),
- jednej (act).

Nejčastější průkaznost toho, že existuje systém kvality v jednotlivých zařízeních, spočívá zejména ve vzájemných vztazích zlepšování kvality, a to hlavně **ve čtyřech zásadních oblastech**:

- v celkové úrovni dané instituce (zařízení, společnosti),
- v úrovni zdrojů a struktury stávajícího systému,
- v úrovni procesů,
- v úrovni výstupů a výsledků.

Výše uvedené odpovídá rozdělení podle Donabediana.

2.3 Měření a vyhodnocování kvality poskytování zdravotních služeb, zdravotní péče

Jednou z integrovaných dimenzí kvality je její vyhodnocování a měření. Nelze-li něco změřit, lze špatně rozhodnout o tom, zda se určitý proces nebo výstup zlepšuje či zhoršuje.

V programech kontinuálního zvyšování kvality jsou zmíněny čtyři zdroje dat, na základě kterých můžeme měřit a vyhodnocovat kvalitu lékařské a ošetřovatelské péče, nebo jinou kvalitu poskytovanou zdravotnickým zařízením:

- od pacientů a jiných interních nebo externích klientů,
- z auditů,
- z indikátorů zdravotní péče,
- od externích expertů.

2.3.1 Indikátory kvality

Indikátor kvality je definován jako měřitelné kritérium, které v porovnání s určitým standardem, směrnicí, požadavkem ukazuje, jak dalece bylo standardu dosaženo. Může se vztahovat k struktuře, procesu nebo výstupu důležitého aspektu nebo péče.

Každý indikátor musí mít nějaké vlastnosti:

- musí být smysluplný, pomáhat zvyšovat kvalitu,
- je to kvantita, která nám říká něco o kvalitě,
- vždy se jedná o číslo,
- může nás varovat, že něco není v pořádku,
- zaměřuje se na negativní nebo pozitivní jevy,
- může se zaměřovat na lékaře, sestru, proces, klinickou událost nebo systém,
- výsledek musí být zanesen do numerického kontextu, který ho umožní s něčím porovnat.

Indikátory můžeme rozdělit na:

- **indikátory vztahu-poměru, poměrové indikátory:**
  - jsou založeny na sběru dat o jevech, které se vyskytují s určitou frekvencí a mohou být vyjádřeni jako poměry nebo průměry (císařské řezy, dekubity),
  - pro porovnatelnost musejí obsahovat čitatel a jmenovatel (nutnost porovnání s celkovým počtem a procentuální nebo grafické vyjádření).
- **strážní indikátory kvality:**
  - vztahují se převážně na mimořádné události,
  - mají za úkol identifikovat jevy, jejichž výskyt má za následek okamžité vyšetřování a analýzu příčin,
  - tyto jevy jsou nežádoucí kritické ojedinělé události, např. smrt pacienta, soudní proces.

Indikátory se mohou týkat:

- **struktury** – kvalifikace sester, lékařů, technického vybavení;
- **procesu** – měření jeho efektivity nebo správnosti – čekací doba na příjem, procento nozokomiálních nákaz, úroveň zdravotnické dokumentace, shoda se specifickými akreditačními standardy, úroveň ošetřovatelské péče;
- **výstupů** – náklady na lůžko/den, konkrétní určení hlavní dg.

Jako příklady jednotlivých indikátoru můžeme uvést např.:

- chirurgie – pooperační infekce jako % z celkových operací,
- porodnice – procento normálních porodů,
- pohotovost – průměrná čekací doba,
- interna – počet medikačních chyb, počet dekubitů, počet pádů.

Mezi další indikátory můžeme dále zařadit např.:

- počet pacientů nesprávně připravených na RTG vyšetření,
- dobu, která uplyne do příchodu sestry od jejího zavolání,
- procento správně vedených komplikací,
- počet nepodepsaných informovaných souhlasů,
- fluktuaci zaměstnanců,
- včasné doručení jídla, prádla, výsledků.

Indikátory kvality ošetřovatelské péče ANA

Indikátory, podle kterých můžeme sledovat poskytování kvality zdravotních služeb, definovala například Americká asociace zdravotních sester (American Nurses Association, ANA). Jedná se o níže sledované indikátory/oblasti poskytované ošetřovatelské péče:

- struktura ošetřovatelského personálu,
- celkový počet hodin ošetřovatelské péče o pacienta za den,
- výskyt dekubitů,
- pády pacientů,
- spokojenost pacienta s léčbou bolesti,
- spokojenost pacienta s mírou edukace a poskytování informací,
- spokojenost pacienta s celkovou péčí,
- spokojenost pacienta s ošetřovatelskou péčí,
- výskyt nemocničních nákaz,
- spokojenost ošetřovatelského personálu.

Hodnocení kvality v ošetřovatelství podle Donabediana

Americký univerzitní profesor veřejného zdravotnictví Avedis Donabedian stanovil rámec (model) pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče na celém světě. Jeho schéma se skládá z 3 částí: struktury, procesu a výsledku.

Struktura – strukturální:

- počet personálu,
- kvalifikační struktura (legislativa),
- vybavení pomůckami a přístroji.

Proces – procesuální:

- provozní režim,
- hygienický režim,
- diagnostické výkony,
- léčebné výkony,
- ošetřovatelské výkony.

Výsledek – statistika:

- incidence a prevalence dekubitů,
- management bolesti,

- management inkontinence,
- pitný režim,
- nozokomiální nákazy,
- incidence pádů,
- spokojenost klientů,
- spokojenost zaměstnanců,
- změny soběstačnosti.

Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelství:

- **soběstačnost:**
  - test ošetřovatelské zátěže – podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou,
  - Bartelův test základních všedních činností – Activity Daily Living (ADL),
  - test instrumentálních všedních činností – Instrumental Activity Daily Living (IADL),
  - Testování vývoje soběstačnosti (TVS) – podle Pediatric Unit at Hospital, Bolzano;
- **riziko vzniku dekubitů:**
  - škála Nortonové (Norton scale),
  - rozšířená škála Nortonové,
  - Waterlowova škála (Waterlow scale),
  - hodnocení rizika vzniku dekubitů (Shannon, 1984).
- **bolest:**
  - hodnocení bolesti podle Hospital Broussais, 1998,
  - hodnocení bolesti podle Institutu Gustave-Roussy,
  - sledování bolesti podle IPVZ, Praha,
  - kontrola bolesti podle Hospicu Anežky České,
  - hodnocení bolesti podle Royal Marsden Hospital,
  - sledování projevů bolesti u dítěte – modifikace podle Sparhotta,
  - vizuální analogové škály,
  - hodnocení bolestivých reakcí novorozence.
- **psychický stav:**
  - zkrácený bodovací test podle Gainda,
  - stupnice hodnocení psychického zdraví (Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol., 1993),
  - škála deprese pro geriatrické pacienty (Sheik, Yesavage, 1986),
  - Folsteinův test kognitivních funkcí (Mini-Mental-State, MMT) – modifikace podle Topinkové a Mellanové, 1993,
  - Glasgow skóre – stupnice hloubky bezvědomí.

3 Standardy zdravotní péče

3.1 Charakteristika a účel

Standardy zdravotní péče jsou odborníky popsané závazné normy. Umožňují objektivní hodnocení poskytované péče. Zajišťují pacientům bezpečí a chrání zdravotnické pracovníky před neoprávněným postihem. Rovněž slouží jako akreditační nástroj k posuzování úrovně péče nemocnic a zdravotnických zařízení.

Stejně jako jiné aktivity zabývající se kvalitou péče nikdy nesmějí být využívány k represím, ale pouze k podpoře vlastního zlepšování poskytované zdravotní péče. Formy zpracování standardů mohou být různé, neexistuje žádný nadnárodní formální předpis, který by bylo možné převzít. Standardy se prezentují ve formě volného textu. Standard má vždy obsahovat parametry, které jsou měřitelné a hodnotitelné.

Vzhledem k tomu, že proces standardizace se dnes nevyhýbá žádné lidské činnosti (službě), je nutno tento mechanismus akceptovat i v oblasti zdravotnictví. Bez standardizace nelze systémově řešit vztahy mezi kvalitou, cenou a dostupností zdravotní péče v žádném současném zdravotnickém systému.

Často se jako protiargument vytváření národních standardů udává možnost přijetí již vytvořených standardů ze srovnatelných okolních států. Je ale nutné podotknout, že vždy existují, byť jen částečné, rozdíly v geografii, demografii, zvyklostech daných odlišným způsobem přípravy zdravotnických odborníků, legislativním rozdělením kompetencí, přístrojovým vybavením, zdravotnickými technologiemi. Proto je potřeba vždy vyhodnotit a vytvářet standardy individuálně z hlediska každého státu a zdravotnického systému, a až poté je zdravotníkům nabídnout k praktickému využití.

První standardy vznikly v 70. letech v USA jako odezva zdravotníků na vyhlášení první Charty práv nemocných.

Ve formě doporučení mezinárodních organizací (např. WHO, ICN, EU) jsou standardy přenášeny do koncepcí ošetřovatelství jednotlivých zemí. Každý stát by měl při jejich vytváření vycházet z vlastních podmínek jednotlivých zdravotnických zařízení. V tomto smyslu mohou být vytvářeny standardy na národní, regionální nebo místní úrovni.

Standardizace je zaměřena zejména na omezení nepříznivých dopadů:

- nevysvětlitelné různorodosti v poskytování zdravotní péče,
- unáhleného zavádění neefektivních a neověřených léčebných a diagnostických postupů,
- opožděného a pomalého zavádění efektivních léčebných a diagnostických postupů,
- neadekvátního užívání efektivních léčebných a diagnostických postupů,
- nezodpovědného užívání neefektivních léčebných a diagnostických postupů.

Cíli standardizace jsou zejména:

- zavádění technologií s prokázanou efektivitou,
- eliminování zastaralé a neefektivní technologie,
- léčebné a ošetřovatelské postupy, postupy po používání léků, zdravotnické techniky, informačních technologií ve zdravotnictví,
- zajištění finanční úhrady efektivních technologií,
- zabránění zavádění technologií s nepodloženou efektivitou.

3.2 Standardy ošetřovatelské péče

Standardem se rozumí odborníky odsouhlasená úroveň poskytované péče, která respektuje dostupné zdroje. Standard (norma) vznikne nadefinováním podmínek pro poskytování ošetřovatelské péče a připojením jednoznačných kritérií a indikátorů kvality. Ošetřovatelské standardy jsou platné definice kvalitní ošetřovatelské péče. Udávají závaznou normu a umožňují objektivní hodnocení, jedná se o určité jednotné měřítko pro hodnocení kvalitní úrovně poskytované péče.

Zároveň poskytují pocit bezpečí a jistoty nemocným a chrání sestry před neoprávněným postihem.

3.3 Typy standardů

Při sestavování standardů se mohou používat různé teoretické modely. Jak již bylo zmíněno, např. Donabedian definoval zajišťování kvality z hlediska struktury, procesu a výsledku péče.

Jde o systémový přístup pro hodnocení kvality péče.

Standardy lze rozdělit na strukturální, procesuální a standardy výsledků.

I. Strukturální standardy

Jedná se zejména o manažerské standardy, které stanoví metody a nástroje k vedení lidí, poskytování zdrojů, prostředí, vybavení přístroji, nástroje na integraci a komunikaci, informační systémy apod. Vyznačují se tím, že:

- určují i minimální požadavky pro zajištění zdravotní péče,
- obvykle jsou nazvány pojmem směrnice,
- na národní úrovni jsou definovány platnou legislativou.

Hlavní požadavek na zajištění kvality péče je zaměřen na odbornou nebo speciální kvalifikaci jednotlivých profesí, které se podílejí přímo či nepřímo na zdravotní péči, udržování odborné úrovně celoživotním vzděláváním, definováním kompetencí a v neposlední řadě stanovením minimálního počtu pracovníků, kteří se na péči podílejí.

Z níže uvedených legislativních norem lze vycházet při zpracování strukturálních standardů na lokální úrovni:

- kvalifikace zdravotnických pracovníků a vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu – zákon č. 96/2004 Sb., o způsobilosti zdravotnických nelékařských pracovníků,
- celoživotní vzdělávání – vyhláška č. 423/2004 Sb., o kreditním systému,
- kompetence – vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,
- speciální kompetence – specializační vzdělávání podle nařízení vlády č. 463/2004,
- kvalifikační vzdělávání – vyhláška č. 39/2005 Sb., o minimálních požadavcích na vzdělávací programy,
- vyhláška č. 331/2007 Sb. – stanoví počty zdravotnických pracovníků, obsahuje Seznam zdravotních výkonů (sazebník), udává minimální požadavky na personální vybavení a kvalifikaci ve zdravotnických zařízeních, upravuje úhradu za ošetřovací dny,
- zajištění kvality ošetřovatelské péče,
- koncepce ošetřovatelské péče ČR z roku 2004,
- etické kodexy – MZ ČR vydalo ve Věstníku č. 7/2004 Etický kodex nelékařského zdravotnického pracovníka,
- zákon č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování,
- zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,
- vyhláška MZ ČR č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

II. Procesuální standardy

Jedná se zejména o **řídící standardy,** které stanovují závazné postupy pro řízení lidí, pro výkony a záznamy v praxi. Mají závazně strukturovaný obsah a zaměřují se na popis ošetřovatelských činností a výkonů. Postup je definován zejména z důvodu zajištění jednotné péče a bezpečného postupu pro pacienta i zdravotnického pracovníka. Většina zdravotnických zařízení si v souvislosti s probíhajícím procesem akreditace nebo certifikace vytvořila vlastní systém tvorby a formy standardních ošetřovatelských postupů, které korespondují s požadavky akreditačních standardů.

Konečné rozhodnutí včetně formy zpracování, které standardy budou v jednotlivých zdravotnických zařízeních definovány písemně, je na managementu těchto zařízení.

Standardy, které se přímo zabývají ošetřovatelskými činnostmi, jsou zaměřeny na specifiku ošetřovatelských činností (viz výše) a lze je rozdělit na 2 kategorie podle zaměření:

- **standardy ošetřovatelských postupů**, které určují postup u ošetřovatelského výkonu, zákroku „krok za krokem",

- **standardy ošetřovatelských činností**, které jsou zaměřeny na jednotlivé ošetřovatelské problémy, péče o pacienta s bolestí, prevence dekubitů, péče o pacienta po operaci kyčelního kloubu, péče o pacienta s infarktem myokardu a další.

Procesuální standardy obsahují kritéria, která jsou systémově zaměřena na kvalitu, tudíž jsou seřazena jako strukturální, procesuální a výsledková kritéria.

III. Standardy výsledků

Zde se jedná zejména o monitorovací standardy, které stanovují metody a nástroje pro monitorování, měření, analýzy a hodnocení výsledků: například struktura kvalifikace ošetřovatelského personálu, spokojenost pacientů, spokojenost personálu, výskyt nežádoucích jevů, jako jsou pády nebo dekubity a další.

Stanovují kritéria celkového hodnocení kvality poskytované péče.

3.3.1 Metodika tvorby standardů

Při zpracování a zavádění standardů se vždy jedná se o multioborovou spolupráci odborníků. Metodika tvorby standardů by se neměla lišit, měla by být jednotná pro tvorbu standardů na národní, regionální či místní úrovni.

Tvorba standardů by měla mít určité fáze:

- Sestavení týmu odborníků
- Proškolení členů týmu
- Vytipování problému, určení priorit
- Zjištění rozsahu problému
- Vyhodnocení šetření
- Vypracování standardu
- Provedení pilotní studie
- Připomínkování standardu a úprava podle aktuálních podnětů
- Schválení standardu a zavedení do praxe
- Revize po určitém časovém intervalu (1–3) roky

Standard by měl být:

- **odpovídající** – měl by být vytvářen na základě zjištěných poznatků a neměl by se odchylovat od zadaného tématu;
- **pochopitelný** – podle standardu by měl být personál schopen pracovat a rozumět tomu, co a proč činí;
- **měřitelný** – správně stanovená hodnotící kritéria nám umožní správné vyhodnocení a interpretaci výsledků;
- **akceschopný** – kroky procesu by měly plynule navazovat;

- **dosažitelný** – zadaná kritéria struktury, procesu a výsledku by měla být pro dané zařízení splnitelná (liší se spektrum poskytované péče v okresních nemocnicích a na špičkových klinických pracovištích).

Formulace standardu

Stejně jako u každé jiné normy, předpisu, směrnice, i u zpracování standardu by se měla dodržet určitá pravidla. Měl by obsahovat:

- téma standardu,
- upřesnění, pro jakou profesi/kategorii pracovníků je určen,
- upřesnění, pro jakou skupinu pacientů je určen,
- místo (zařízení, oddělení), kde se bude standard dodržovat,
- dobu platnosti SOP,
- uvedení skupiny odborníků, která standard sestavila,
- jméno kontaktní osoby,
- název zodpovědné instituce, jméno zodpovědné osoby,
- stanovený standard – cíl standardu,
- kritéria struktury, procesu, výsledku,
- kontrolní kritéria,
- vymezení nejdůležitějších pojmů.

3.4 Sestavování standardu metodou DySSSy

Jedním z nejpoužívanějších postupů je zpracování standardů metodou DySSSy. Tato metoda byla vyvíjena profesorkou Alison Kitsonovou v britské Royal College of Nursing a jmenuje se Dynamic Standard Setting System (Dynamický systém sestavování standardů, DySSSy).

Sestavení standardů touto metodou má několik kroků, podle kterých je nutné postupovat:

1. krok

V ošetřovatelském týmu je nutné vybrat a popsat problém, kterým je třeba se zabývat, a stanovit si, jakého cíle se má dosáhnout jeho vyřešením (obvykle je vybírána oblast, ve které by mohl být ohrožen pacient např. nesplněním individuálních potřeb, poraněním apod.).

U stanoveného cíle je také třeba určit požadovanou úroveň kvality. Příkladem může být problém intravenózních aplikací s cílem, který je zároveň požadovanou úrovní, tedy standardem: např. *sestra aplikuje předepsanou i.v. léčbu bezpečným způsobem.*

2. krok

Ke standardu je nutné připojit kritéria. Protože metoda DySSSy vychází ze systému Donabediana, je třeba přiřadit ke standardu kritéria strukturální, procesuální a výsledková. Každé z nich dostane svůj kód a bude číslováno (strukturální budou označena písmenem S – např. S1, S2, S3, procesuální P – např. P1, P2, P3, výsledková V – např. V1, V2, V3).

- Pro určení strukturálních kritérií je důležitá otázka: „Které předpoklady musejí být splněny, aby mohlo být standardu dosaženo?“ U problému zvoleného jako příklad jsou potřebné:
  - *S1: teoretické znalosti sestry*
  - *S2: praktické dovednosti sestry*
  - *S3: potřebné pomůcky*
  - *S4: dokumentace*
- Pro vymezení procesuálních kritérií pomůže otázka: „Co je nutné udělat, aby bylo stanoveného standardu dosaženo?“ Pro zvolený příklad jsou popsány specifické úkony při správné i.v. aplikaci léku:
  - *P1: sestra zjistí, jak je pacient lékařem informován o léčbě.*
  - *P2: sestra informuje pacienta o důvodu zavedení periferní žilní kanyly a o komplikacích, které se mohou vyskytnout.*
  - *P3: pacient je instruován, aby zaujal pohodlnou polohu.*
  - *P4: sestra dodržuje zásady asepse.*
  - *P5: sestra si před podáním léku/roztoku zkontroluje podávávaný lék a totožnost pacienta.*
  - *P6: po zavedení fixuje sestra vhodným způsobem periferní žilní kanylu.*
  - *P7: sestra provádí průběžnou kontrolu místa vpichu; dokumentuje datum kanylace, rekanylace a převazů kanyly a provádí záznam času provedení výkonu.*
- K určení výsledkových kritérií je nutné si položit otázku: „Které kvality musí splňovat výsledek?“ Tato kritéria slouží mimo jiné i jako hlavní podklad kontroly. Ve zvoleném problému i. v. aplikací jde např. o:
  - *V1: místo vpichu a aplikace roztoku, léku je klidné, měkké, nebolestivé, bez známek zarudnutí, zvýšené teploty.*

Při volbě kritérií je třeba dbát, aby byla dosažitelná. Znamená to, že je nutné vycházet z podmínek zařízení, ve kterém bude standard platit, ale na druhé straně nepřipustit, aby standard byl stanoven příliš nízko – nelze se spokojit s již nemoderním přístupem v ošetřovatelské praxi. Proto je někdy třeba zapojit do tvorby standardu i management zodpovědný za materiální vybavení organizace.

3. krok

- Napsaný standard je nutno znovu prodiskutovat v pracovním kolektivu a znovu posoudit jednotlivá kritéria, a tím si potvrdit, že byla stanovena taková úroveň péče, která je žádoucí a současně reálná.
- Pro tento způsob se někdy používá anglického pojmu „brainstorming" - každý v pracovním týmu dostane slovo a věcně vyjádří svůj názor, připomínky a návrhy k problému.

4. krok

- Před vyhlášením platnosti standardu je důležité ověřit ho v praxi. Měl by být po určitou dobu sledován a hodnocen z hlediska srozumitelnosti, realizovatelnosti, dosažitelnosti žádoucí úrovně realizace a měřitelnosti (kontrolovatelnosti).
- Veškeré slabiny a nedostatky zjištěné v době ověřování je třeba v konečném znění standardu opravit nebo doplnit.

5. krok

- Standard musí být opatřen jasným názvem vyjadřujícím jeho obsah.
- Protože počet standardů se v zařízení postupně zvyšuje, je nutná archivace a systematické třídění.

6. krok

- Po splnění předchozích kroků je možno vyhlásit platnost standardu. Měl by splňovat tzv. RUMBA pravidlo: **r**elevant – odpovídající, **u**nderstandable – pochopitelný, **m**easurable – měřitelný, **b**ehaviourable – akceschopný, **a**chievable – dosažitelný.

7. krok

- Součástí standardu je i schéma kontrol nebo hodnocení (v oblasti kvality se užívá pojem „audit"). Existuje více přístupů – některá doporučení se zaměřují jenom na výsledky – pokud ty jsou dosaženy, předpokládá se, že byly splněny struktura i proces.
- Zda však bylo skutečně postupováno podle námi vytvořených kritérií ve struktuře a procesu, se nedozvíme.
- Jsou-li ale nedostatky ve výsledcích, nelze analyzovat, zda a v které části struktury anebo procesu byla chyba. Proto se doporučuje hodnotit všechna kritéria.
- K tomu je nutné připravit ke konkrétnímu standardu list s kontrolními kritérii. Ten musí kromě jiného obsahovat:
- ***metodu monitorování;*** *používají se* ***dva základní přístupy:***
  - *sledování (kontrola dokumentace, prostředí, interakcí, praktických činností),*
  - *dotaz (dotazování sestry, pacienta, rodiny, dalších členů týmu) – sem patří i písemný dotazník či rozhovor;*

- ***kontrolní kritéria,*** *která se vztahují k jednotlivým kritériím struktury, procesu a výsledku (a jsou proto označena stejnými kódy a čísly – např. S1, S2, S3; P1, P2, P3; V1, V2, V3).*
- ***způsob hodnocení*** *jednotlivých kritérií (splněno/nesplněno – pomocí znaků 1/0, I/-, +/–)*
- **Kontrolní list k auditu musí dále obsahovat**:
  - *název oddělení/stanice, kde audit proběhl,*
  - *datum auditu,*
  - *jméno či jména auditorů.*
- Podle okolností může být vhodné i doplnění listu o další údaje, z nichž některé umožní hodnocení konkrétních případů (pacientů nebo sester):
  - *iniciály pacienta,*
  - *iniciály sestry,*
  - *datum přijetí pacienta,*
  - *datum plánovaného propuštění,*
  - *lékařské dg.,*
  - *sesterské dg.*

8. krok

- Vypracovaný standard není neměnný materiál – musí být periodicky kontrolován a pozměňován v případech objevení se nových poznatků nebo názorů na předmět jeho platnosti, ale také na základě výsledků auditů, které mohou odhalit chyby nebo mezery ve standardu.
  - I tyto změny by měly být diskutovány podobně jako vlastní standard v době jeho přípravy.

3.5 Klasifikační systém standardů

V rámci klasifikačního systému standardů si musíme určit hlavní oblast zájmu a k ní definovat součásti hlavního tématu, které mají přímou souvislost s oblastí zájmu.

Hlavní téma – širší oblast zájmu nebo problému vybraného pro sestavení standardu.

Součást hlavního tématu – umožňuje přesně definovat oblast spadající pod širší oblast zájmu.

Například:

- hlavní téma – týká se pacienta/klienta:
  - bezpečnost (tzv. bezpečnostní standardy)
- součást hlavního tématu například:
  - standardy operačních sálů,
  - standardy infekčních kontrol,
  - bezpečné provedení výkonů,
  - individualizovaná péče, například:
    - ošetřovatelský proces,

- udržování bezpečného prostředí,
- komunikace,
- dýchání,
- výživa a příjem tekutin,
- vylučování,
- osobní hygiena a oblékání,
- termoregulace,
- mobilita,
- péče o umírajícího,
- spánek,
- úmrtí.

Klasifikační systém standardů lze využít například pro:

- příjem pacienta/klienta,
- komunikaci – záznamy/zprávy pořízené sestrami,
- propuštění, překlad,
- udržování zdraví a edukaci, například:
  - konkrétní edukační činnost,
  - prevenci chorob,
  - schopnost podávání informací.

4 Měření dodržování stanovených norem, audity

Dodnes není odstraněn negativní postoj k auditu ze strany zaměstnanců. Ti ignorují kvalitu (jakost) služeb ve prospěch kvantity. V ošetřovatelské praxi převládají názory, že je moc práce, málo sester a na kvalitu není čas. Význam kvality je přesto velký – vytváří image nemocnice, ale i samotné ošetřovatelské a lékařské profese.

Auditem se prověřuje reálný stav, to znamená shodu či neshodu s kontrolními kritérii. Audit je používán jako účinný nástroj managementu. Jeho cílem je odstranění slabých míst, proto vyžaduje nápravná opatření, která vedou ke zlepšování kvality péče.

Neodmyslitelnou součástí každého vytvořeného standardu je i ošetřovatelský audit, který obsahuje metodu monitorování jednotlivých kritérií struktury, procesu a výsledku. Auditem rozumíme revizi, kontrolu, prověřování. Je to systematický, nezávislý a dokumentovaný proces pro získání důkazů o provádění správných činností správným způsobem. Tvoří součást standardu a systematicky hodnotí ošetřovatelskou péči. Zjišťuje rozdíl mezi skutečností a standardem. Posuzuje se, zda standard je stále platný, aktuální a zda není třeba provést změny. Ošetřovatelský audit obsahuje vyhodnocení splnění standardu, název oddělení, jména auditorů, datum a metody, které byly používány (otázky, pozorování, dotazování).

Audit může být interní nebo externí. Interní audit je vykonáván interními – vnitřními – auditory a slouží k udržení kvality zdravotnického zařízení a k následnému udělení akreditace. Externí audit je vykonáván odbornou certifikační komisí. Komise provádí audit na základě akreditovaných (schválených) standardů. Audity mohou být plánované nebo neplánované.

Pro sledování dodržování standardů/měření kvality můžeme použít několik metod:

- **standardizovaný rozhovor** – metoda používaná přímým poskytovatelem zdravotní péče,
- **přímé pozorování** – metoda používaná přímým poskytovatelem zdravotní péče,
- **dotazníky** – metoda používaná přímým poskytovatelem zdravotní péče i manažery na všech stupních řízení,
- **ošetřovatelský výzkum** – metoda používaná odborníky ve výzkumu,
- **analýza nežádoucích případů** – metoda používaná vrcholovým managementem,
- **audit** – metoda používaná středním a vrcholovým managementem a profesionálními auditorskými firmami.

Souhrnem:

Audit je:

- systematický, nezávislý a dokumentovaný proces pro získání důkazu o provádění správných činností správným způsobem,
- definován jako jednorázové měření kvality, které zjišťuje rozdíl mezi skutečností a standardem,
- nástroj k posouzení, zda standard je stále platný nebo je třeba provést změny,
- nedílnou součástí managementu kvality/jakosti a sestra důležitým členem auditního týmu.

Typy auditů

Audity můžeme rozdělit z několika pohledů:

- interní audit – prováděný v organizaci vlastními, vyškolenými zaměstnanci,
- externí audit – provádí akreditovaná firma;
- *z hlediska plánování:*
  - plánovaný audit – v celé organizaci na určité období,
  - neplánovaný – pokud se zjistí neshoda, následuje tento audit;
- *v průběhu času:*
  - retrospektivní – který lze provádět i po propuštění pacienta,
  - souběžný – zaměření na provádění činnosti – pozorování;
- *z hlediska zaměření:*
  - procesní audit – ověřující systém (školení zaměstnanců),
  - kvality produktu – ověřující provedení jedné činnosti (vyplňování identifikačních dat).

Týmy auditorů jsou tvořeny:

- *vedoucím auditorem*, tj. vedoucím zaměstnancem nebo externím auditorem, vždy je to osoba proškolená, s certifikátem,
- *auditorem*, tj. osobou způsobilou k provádění auditu, má certifikát a je absolventem akreditovaných kursů,
- *určitým počtem auditorů* – doporučují se 2 osoby,
- *do týmu patří expert* – osoba ovládající odbornou problematiku.

Odpovědnosti a pravomoci

- *Vedoucí auditor* odpovídá za přípravu dokumentace před auditem, za jeho organizaci a včasné vypracování zprávy.
  - V jeho pravomoci je sestavovat auditní tým, vyžádat si experta, seznámit se s dokumentací v prověřované oblasti, definovat neshody a předčasně ukončit audit, pokud se objeví překážky.

Znalosti a dovednosti

Každý z členů auditorského týmu by měl mít určité znalosti a dovednosti, zejména by měl znát související:

- normy,
- standardy,
- terminologie,
- nástroje pro vyhodnocování,
- metodiky (grafy, procenta apod.).

Řízení programu auditů

Jako každý proces, i auditní činnost by měla být řízena a měla by být standardní součástí každého zdravotnického zařízení. V ideálním případě oddělení pro kvalitu apod. Řízení programu auditů zahrnuje:

- sestavení plánu auditů na celý rok,
- plán rozsahu a cílů auditu,
- cíle vycházející z priorit managementu, legislativy, zákazníků, systému kvality,
- rozsah auditu určený pracovištěm, kde bude probíhat, hlavním auditorem a jednotlivými členy auditorského týmu, dále zdroje, z nichž se bude čerpat (směrnice, standardy) a postupy, které budou použity.

Audit je proces, který zahrnuje určité činnosti, které by se měly skládat ze:

- zahájení,
- přezkoumání dokumentů,
- přípravy kritérií kontrolované činnosti,
- vlastního provádění (sběr analýza podkladů),
- přípravy a schválení zprávy,
- dokončení auditu, pokud se provádí re-audit,
- vypracovaného protokolu o každém auditu,
- s výsledky auditu by se mělo stále pracovat a měly by být využívány v procesu řízení a zvyšování kvality,
- stanovení opatření na konci auditu
  - ¤ jejich realizace je v kompetenci vedoucího zaměstnance.

Hlavní fáze auditu

Samotné provádění auditu má několik fází:

1. Příprava auditu

a) Stanovení cíle auditu – musí být stanoven cíl, který chceme hodnotit a za jakých podmínek

b) Upřesnění rozsahu auditu
c) Sběr a analýza podkladů
d) Příprava otázek – základ dobře vedeného auditu; obsahují nezbytné body, na které má být audit zaměřen

Doporučuje se provádět příprava formou dotazníku a jsou veskrze možné dva přístupy pro zpracování:

- *Vytvořit přehled otázek a požadavků, výsledky zaznamenat do samostatných formulářů.*
  - ¤ Výhoda – univerzálnost dotazníku
  - ¤ Nevýhoda – náročnější zpracování při vlastním auditu
- *Vytvořený dotazník použít jako formulář pro záznam údajů.*
  - ¤ Výhoda – efektivnější průběh auditu
  - ¤ Nevýhoda – náročnější příprava

2. Stanovení programu auditu

Zde se musí určit:

- kde, na jakých místech se bude audit provádět = prověřovaná místa,
- jména pracovníků, kteří musejí být auditu na daném pracovišti přítomni,
- metoda prověřování, vypracování dotazníků, strategie postupu při vlastním auditu
- a nelze opomenout časový program auditu, včetně schůzek s vedoucími pracovníky.

3. Realizace auditu – průběh auditu

Úvodní jednání: vlastní realizace auditu by měla být zahájena představením auditora, týmu, po němž následuje sdělení významu, cíle a rozsahu auditu, odsouhlasení časového harmonogramu všemi zúčastněnými a seznámení se způsobem distribuce a počtem protokolů.

Činnost při auditu:

- musí poskytovat objektivní důkazy o souladu reálného stavu se stanovenými požadavky,
- přístup auditora musí být pozitivní, konstruktivní a profesionální, aby bylo dosaženo otevřeného, čestného a spolupracujícího postoje auditovaného.

Příklady okruhy auditů, které můžeme provádět:

- osoby – odpovědnost při vykonávané činnosti, pochopení vykonávané činnosti, vzdělání pracovníka potřebná pro danou vykonávanou činnost,
- stroje – správný typ pro danou činnost, stav používaného přístroje, identita zařízení,
- materiál – použití správného druhu, správné uložení, správné skladování, identifikovatelnost,
- metody – vhodnost a jejich dokumentování,
- měření – dodržování metod a postupů, provádění záznamů,
- prostředí – hluk, teplota, vlhkost, bezpečnost, osvětlení.

4. Vyhodnocení výsledků auditu

Vyhodnocení spočívá ve vypracování protokolu, které by mělo proběhnout co nejdříve po provedení auditu. Zpráva z auditu je záznam o jakosti, který musí být archivován a splňovat požadavky na řízenou dokumentaci.

Protokol opět musí obsahovat určité formální požadavky:

- název organizace,
- datum auditu, náplň, rozsah a cíl auditu,
- zjištění neshod a nedostatků, zdokumentování objektivních důkazů,
- identifikaci dokumentů, požadavky norem, standardů,
- posudek, do jaké míry auditovaný splňuje požadavky normy, standardu,
- doporučení týkající se následného auditu,
- datum a podpis odpovědného pracovníka,
- datum a podpis auditorů,
- popř. seznam příloh.

5. Závěrečná jednání

Při závěrečných jednáních by neměly chybět:

- zopakování cíle a rozsahu auditu, hodnocení jejich naplnění,
- stručná prezentace zjištění a objasnění dalšího postupu,
- podepsání záznamů o neshodě,
- hodnocení výsledů auditu.

6.Ukončení auditu

Je stanoveno opatření plynoucí z auditu:

- auditor stanoví neshodu s požadavkem standardu, ale nemůže vyžadovat konkrétní opatření, pouze doporučení,
- stanovení opatření je v kompetenci vedoucího pracovníka.

5 Akreditace zdravotnických zařízení

Akreditací rozumíme oficiální uznání, že zdravotnické zařízení (laboratorní pracoviště) je způsobilé (organizačně a technicky) k poskytování kvalitní zdravotní péče a má vytvořen funkční a efektivní systém pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče.

Akreditace podle ČSN 45020 – postup, na základě kterého vydává pověřený orgán osvědčení o tom, že orgán nebo osoba jsou způsobilé provádět určité činnosti.

Akreditace zkušební laboratoře podle ČSN 45001 – oficiální uznání, že zkušební laboratoř je způsobilá provádět určité zkoušky nebo určité druhy zkoušek.

Cílem akreditace zdravotnických zařízení je standardizovat a zlepšovat poskytování kvality péče v rámci zdravotnických institucí, a tím i v celém systému zdravotnictví, a to na základě průkazně ověřených vědeckých poznatků a zkušeností, a formálně tak završovat a ověřovat implementaci soustavného řízení a zlepšování kvality a bezpečnosti poskytované zdravotnické péče. Jak akreditace sama, tak zejména příprava na ni maji především vzdělávací, organizačně kultivační, standardizační a ověřovací charakter.

Cílem realizace akreditací tedy není jen získání akreditačního osvědčení. Stojí za ní především snaha zdravotnické instituce standardizovat a kontinuálně zkvalitňovat poskytování lékařské, ošetřovatelské péče, zlepšit kulturu organizace a zlepšit způsob řízení.

Význam akreditačního procesu tedy spočívá zejména v následujících aspektech:

- v jeho reálném příspěvku k vytváření podmínek pro zavedení programu soustavného zlepšování kvality ve zdravotnických institucích,
- v zavádění průkazně ověřených doporučených postupů a standardů do poskytování zdravotnických služeb, jejichž cílem je snížit nežádoucí a nepodloženou variabilitu mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče a mezi výkony a procedurami poskytovanými z jejich strany,
- ve formální informaci a záruce pro pacienty, že zdravotnická instituce splňuje rozhodující předepsané a očekávané požadavky na kvalitu a bezpečnost péče,
- pro veřejné plátce zdravotní péče je akreditace signálem, že prostředky vynaložené ze shromažďovaných zdrojů jsou vkládány do služeb, které mají ověřenou úroveň kvality a bezpečnosti,
- v akreditačním procesu by měly být rovněž zabudovány principy hospodárného využití lidských, finančních i materiálních zdrojů.

Akreditace motivuje jednotlivá zdravotnická zařízení k implementaci nových prvků řízení kvality, založených na analýze a dalším rozvoji existujících struktur a pracovních procesů.

Cílem je dosáhnout co nejlepší péče pro pacienty z hlediska procesu i výsledku za co nejlepších pracovních podmínek pro zdravotnické pracovníky. Takto pojatou proceduru lze označit jako komplexní akreditaci nemocnic.

Akreditace je většinou dobrovolná, ale málokterá nemocnice si může dovolit vyhnout se tomuto procesu. Ohrozilo by to důvěru pacientů a okolí ve zdravotnické zařízení, a to by ve svém důsledku vedlo k omezení přílivu financí do zdravotnického zařízení.

Akreditační proces začíná po přípravě oficiálním podáním přihlášky k akreditaci u organizace, která akreditace provádí. Zdravotnické zařízení pak zaplatí příslušné poplatky a obdrží akreditační standardy, které musí při akreditaci splnit. Tyto standardy představují minimum, na kterém se shodli experti z dané země a ze světa. V termínu porovná inspekční tým (většinou lékař, zdravotní sestra) tyto požadavky s realitou ve zdravotnickém zařízení.

Po splnění všech podmínek akreditační komisí obdrží zdravotnické zařízení platné vysvědčení – certifikát, který je platný 2–3 roky. Pokud zdravotnické zařízení požadavky nesplňuje, obdrží seznam nedostatků a termín, do kterého mají být tyto nedostatky odstraněny.

Od dubna roku 2012 vstoupil v platnost zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Jeho devátá část nese název Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Tento proces je definován jako dobrovolný a podle hodnoticích standardů posuzuje organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality a bezpečí. Jsou stanoveny podmínky, které je nutno splnit, aby ministerstvem zdravotnictví bylo uděleno oprávnění (fyzické či právnické osobě) k provádění této hodnoticí činnosti. Spojená akreditační komise (SAK) všechny tyto podmínky splnila a jako první toto oprávnění získala.

Akreditační standardy pro nemocnice jsou určeny k aplikaci poskytovatelům akutní péče – nemocnic všech typů.

V současné době jsou v České republice v rámci SAK publikovány níže uvedené akreditační standardy:

1. **Akreditační standardy pro NEMOCNICE** obsahující hodnotící požadavky specifikované v příloze č. 1 vyhlášky MZ ČR č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, jedná se o 3. vydání, účinné od 1. ledna 2014.

Tento dokument obsahuje standardy, které určují:

Resortní bezpečnostní cíle

I. Práva pacientů a jejich edukaci

II. Dostupnost a kontinuitu péče
III. Diagnostickou péči
IV. Terapeutickou péči
V. Anesteziologickou a chirurgickou péči
VI. Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv
VII. Hygienu nemocničního prostředí a protiepidemická opatření
VIII. Řízení a správu
IX. Řízení kvality a bezpečí
X. Bezpečí prostředí
XI. Informace a komunikaci
XII. Řízení lidských zdrojů

2. Akreditační standardy pro ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ PÉČE, 1. vydání, účinné od 1. 11. 2009.

Tyto akreditační standardy jsou rozděleny do několika oblastí, které jsou dále tvořeny dílčími standardy, které monitorují jednotlivé oblasti:

I. Standardy řízení kvality a bezpečí
II. Standardy diagnostické a léčebné péče
III. Standardy péče o klienty
IV. Standardy kontinuity zdravotnických služeb
V. Standardy dodržování práv klientů
VI. Standardy podmínek poskytované péče
VII. Standardy managementu
VIII. Standardy řízení lidských zdrojů
IX. Standardy pro sběr a zpracování informací

3. Akreditační standardy pro NÁSLEDNOU PÉČI obsahující hodnotící požadavky specifikované v příloze č. 1 vyhlášky MZ ČR č. 107/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, v platném znění, účinné od 1. září 2015. Jsou v nich obsaženy:

I. Resortní bezpečnostní cíle
II. Práva pacientů a jejich edukace
III. Dostupnost a kontinuita péče
IV. Diagnostická péče
V. Terapeutická péče
VI. Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv
VII. Hygiena prostředí a protiepidemická opatření
VIII. Řízení a správa
IX. Řízení kvality a bezpečí
X. Bezpečí prostředí

XI. Informace a komunikace
XII. Řízení lidských zdrojů
XIII. Rejstřík klíčových slov

4. Národní akreditační standardy pro AMBULANTNÍ ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ účinné od 1. 1. 2010. Jsou rozděleny do několika oblastí, jež jsou dále tvořeny dílčími standardy, které monitorují jednotlivé oblasti. Jedná se o standardy:

I. ŘÍZENÍ KVALITY A BEZPEČÍ
II. DIAGNOSTICKÉ PÉČE
III. PÉČE O PACIENTY
IV. KONTINUITY ZDRAVOTNÍ PÉČE
V. DODRŽOVÁNÍ PRÁV PACIENTŮ
VI. PODMÍNEK POSKYTOVANÉ PÉČE
VII. MANAGEMENTU
VIII. ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ
IX. PRO SBĚR A ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ
X. PROTIEPIDEMICKÝCH OPATŘENÍ

5. Akreditační standardy pro ZDRAVOTNÍ PÉČI V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, 1. vydání, účinné od 1. ledna 2014. Tyto akreditační standardy jsou rozděleny do několika oblastí, které jsou dále tvořeny dílčími standardy, které monitorují jednotlivé oblasti. Jedná se o oblasti:

I. ŘÍZENÍ KVALITY A BEZPEČÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE
II. ZDRAVOTNÍ PÉČE
III. DOSTUPNOST A KONTINUITA ZDRAVOTNÍ PÉČE
IV. HYGIENA PROSTŘEDÍ A PROTIEPIDEMICKÁ OPATŘENÍ
V. ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ

6 Modely řízení kvality

Poskytováním kvalitních zdravotnických služeb se zabývají různé země ve světě a vznikly různé modely, které se zaměřují na kvalitu poskytované zdravotní péče. Tyto modely lze rozdělit do čtyř základních kategorii:

1. kategorie: Modely systémů řízení kvality (Mezinárodní organizace pro normalizaci, ISO)

2. kategorie: Modely (národní a nadnárodní) akreditačních standardů (JCAHO, JCIA, SAK ČR)

3. kategorie: Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů, ISQua, ALPHA, které jsou zaměřeny na klienta a zapojení klienta do zdravotní péče a respektování práv pacienta, monitorování kvality, řízení rizik a kontinuita procesu.

4. kategorie: Modely excelence – světové ceny za kvalitu – (Baldrige, EFQM, Six Sigma)

Nyní budou v krátkosti představeny jednotlivé modely řízení kvalit, které se v našich zdravotnických zařízeních začínají implementovat do praxe. Nejrozšířenějším modelem je norma ISO, SAK, TQM.

6.1 Norma ISO

Nejrozšířenější modelem kvality, a to zejména v laboratořích, kuchyních, centrálních sterilizacích, je norma ISO. Systém ISO je zaměřen na procesní řízení kvality, na zákazníka, dále na způsob vedení dokumentace a zaměstnance. Základní koncept modelu kvality ISO je poskytovat identické služby a produkty za všech stanovených okolností a vždy ve stejné kvalitě.

Certifikace kvality se zaměřuje na smysluplnost a funkčnost nastavených procesů v organizaci. Získání certifikace ISO 9001:2000 znamená, že organizace byla odborníky analyzována a systém řízení kvality managementu je podle daného konceptu vyhovující a spolehlivý.

Každá organizace, tedy i nemocnice, potřebují mít k zachování stability, funkčnosti, kvality a bezpečnosti péče především kvalitní plánovací, řídicí a kontrolní procesy, které zaručí bezpečnost klienta. Zdravotníci příliš nezmohou, pokud nebudou vytvořeny únosné podmínky (kvalifikace, infrastruktura, rizika, validní údaje o současném stavu apod.). Základem kvalitního řízení je rovněž Demingův cyklus – ISO 9001 toto všechno podporuje. Cílem tohoto modelu bylo postupně zlepšovat celý systém směrem dolů od vrcholového, vytvářet nadstavbové zdravotnické standardy a dokumentované postupy s postupným vtahováním požadavků na BOZP a environment.

6.2 Model JCIA

V roce 1999 byl vytvořen mezinárodní akreditační program s názvem Joint Commision International (JCIA, Spojená mezinárodní komise). Tento akreditační program získal mezinárodní uznání, neboť standard kvality byl vytvořen ve spolupráci se zástupci 16 zemí reprezentujících hlavní světové trhy. Obsahuje 370 standardů a hlavní cíle, které jsou zaměřeny na efektivitu a kvalitu péče, řízení rizik a chyb a vytváření optimálního léčebného prostředí.

Tento program je založen na změně myšlení lidí pracujících v organizaci a na přístupu ke změnám. Podmínky úspěchu modelu řízení kvality je odstranění provozní slepoty a překonání odporu ke změnám u zaměstnanců. Standardy kvality se týkají práv nemocných, diagnostických procesů, ošetřovatelské péče o nemocné a edukaci nemocného a jeho rodiny.

6.3 Model SAK ČR

Po roce 1989 byl v tehdejším Československu zahájen transformační proces ve zdravotnictví. Jeho součástí bylo vytvoření systému kvality ve zdravotnických zařízeních. Jednou z metod standardizace je metoda akreditace nemocnic.

Akreditace jsou, stejně jako v jiných evropských zemích, v České republice dobrovolné, ale jsou velmi důležité pro zajištění bezpečné zdravotní péče o klienta. Spojená akreditační komise České republiky se sídlem v Praze vydala v roce 1998 padesát akreditačních standardů, které jsou rozděleny do deseti tematických oblastí. SAK ČR realizuje ve zdravotnických zařízeních, která o to požádají, takzvané „akreditační šetření" s cílem zjistit „shodu" mezi akreditačními standardy a aktuálním stavem zdravotnického zařízení.

Prokáže-li se shoda, SAK ČR udělí zdravotnickému zařízení akreditační certifikát platný 2–3 roky. V naší republice se o tuto akreditaci uchází řada zdravotnických zařízení, jsou zárukou bezpečnosti klienta.

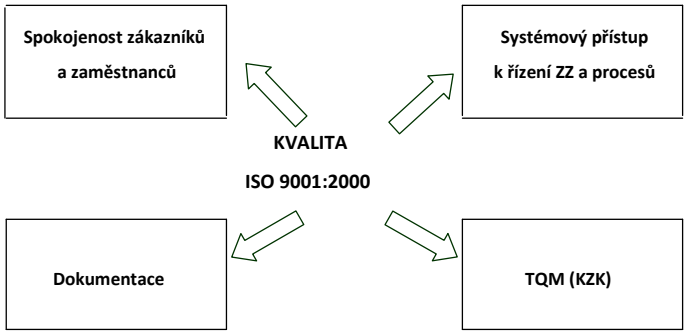
6.4 Model EFQM

Evropská nadace pro řízení kvality (European Foundation for Quality Management, EFQM) byla založena v roce 1988 čtrnácti významnými evropskými podniky, mezi nimiž jsou například KLM, Nestlé, Bosh, Phillips, Volkswagen nebo Ciba-Geigy. Jejím posláním je vést organizace v Evropské unii k zajištění kvality s pomocí programu TQM (Total Quality Management).

Tento model kvality je založen na pěti podpůrných faktorech, jako jsou vedení, politika a strategie, zaměstnanci, zdroje a partnerství, procesy. Dále stanovuje čtyři výsledné faktory – spokojenost zákazníků, zaměstnanců, komunity a excelenci v klíčových výsledcích výkonnosti. EFQM vede organizace k pravidelnému sebehodnocení a následnému kontinuálnímu zvyšování kvality. Organizace, která splní požadavky programu, může získat Evropskou cenu za kvalitu. Zdravotnické zařízení, které si zvolí tento model kvality, může

v budoucnosti očekávat kladný hospodářský výsledek, ale také kladné hodnocení poskytovaných služeb laickou i odbornou veřejností.

Obr. 2: Schéma



6.4.1 Model kontinuálního zvyšování kvality

Ze základů modelu TQM a ze základních principů řízení kvality vychází model kontinuálního řízení kvality (KZK). Podrobně jej popsali manželé Škrlovi, kteří navrhli jeho realizaci ve zdravotnických zařízeních. Jedná se o stejný princip modelu, ale v naší republice se podle autora ujal český název Model kontinuálního zvyšování kvality, i když ve světové literatuře stále převládá pojem TQM – důvodem je skutečnost, že Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 1998 (Věstník MZ ČR) uvedlo formálně pojem „kontinuální zvyšování kvality" ve své koncepci zvyšování kvality ve zdravotnictví.

6.5 Vztahy mezi jednotlivými modely řízení kvality

Široká veřejnost, díky větší dostupné informovanosti o zdravotnickém systému a zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, očekává od zdravotnických zařízení, že zdravotní péče bude pro občany bezpečnější a v souladu s jejich potřebami. V současné době není žádný recept, který zdravotnickému zařízení doporučuje model řízení kvality.

Mezi jednotlivými modely nejsou podstatné rozdíly, vzájemně se nevylučují a dalo by říci, že se naopak navzájem doplňují. Základním stavebním kamenem je norma ISO 9001 a její základní principy, které jsou zaměřené na standardizované procesy, jako jsou dokumentace, efektivní procesy, a na zaměstnance, kteří jsou velmi důležití při nastavování modelu kvality řízení v organizaci. Na těchto základech jsou vybudované modely KZK, EFQM, Akreditace (SAK ČR) a Six Sigma, který rozvíjí základní normu ISO 9001:2000.

6.6 Vztah managementu kvality ke změnám

Modely řízení kvality přinášejí do oblasti zdravotnictví nové přístupy, změny v chování a postojích lidí v organizaci. Management zdravotnického zařízení, který se rozhodne

pro proces změny se zaváděním některého ze systému kvality, musí počítat s přirozeným odporem lidí v organizaci.

Management kvality přináší v praxi mnoho pozitivních změn, které mají velký vliv na bezpečnost klienta v oblasti poskytovaných zdravotních služeb. Řízená kvalita zlepšuje poskytované zdravotní služby k větší spokojenosti klientů a zaměstnanců. Z ekonomického hlediska přináší úspory zdravotnickému zařízení, zlepšování diagnostických a léčebných procesů, a tím i zlepšení hospodářského výsledků zdravotnického zařízení.

7 Definice programu kontinuálního zvyšování kvality

Program kontinuálního zvyšování kvality (KZK) je založen na principu, který podporuje uspokojování potřeb klienta s co nejmenším úsilím a co nejnižšími náklady na potřebné zdroje. Aplikuje do praxe strukturované procesy, které zlepšují poskytovanou péči klientům. Nastavený model kvality předpokládá zajištění lidských zdrojů v organizaci a zdravou organizační kulturu, která podporuje plánované změny a týmovou práci zaměstnanců. Týmová práce patří mezi důležité aspekty při vytváření organizační kultury, neboť je to souhrn přesvědčení a hodnot, které utvářejí chování sestry.

O organizační kultuře můžeme říci, že je tepnou oddělení, která ve vysoké míře ovlivňuje chování nelékařského personálu. Nutno podotknout, že má-li organizace zdravou kulturu a neustále ji podporuje a rozvíjí, lépe se tvoří a implementují plánované změny u nelékařského personálu. Lidé v organizaci jsou orientováni na klienta, který hodnotí poskytovanou službu/péči. Personál neustále zvyšuje svou kvalifikaci. Osobní rozvoj zaměstnanců je v souladu s potřebami organizace plánován a neustále zlepšován. Organizace pro svůj dynamický rozvoj by měla uplatňovat v praxi zásady učící se organizace, která podporuje schopnost rychlejšího osvojování nových poznatků a podporuje vzájemnou interakci vztahů, hodnot a komunikaci. Výsledkem učení je nové myšlení a poznávání jednotlivců a celých týmů v organizaci. Lidé tak přijímají a podporují inovaci, mají nastavené své cíle, kterých chtějí dosáhnout v souladu s nastaveným model kvality v praxi.

Model KZK používá kvantitativní měřítka za účelem sledování dosažených zlepšení. Nikdy nemůžeme říci, že jsme dosáhli této nejvyšší kvality, neboť je to proces, který nikdy nekončí a je neustále v pohybu. Pokud je model řízení dobře zaveden ve zdravotnickém zařízení, stává se stavebním kamenem pro akreditaci podle SAK. Model programu KZK pracuje na velmi jednoduchém postupu, který je autorem označován jako 4P: plánujte, proveďte, překontrolujte, pokračujte.

Pokud je ve zdravotnickém zařízení nastavená zdravá organizační kultura a týmová spolupráce zaměřená na cíl změny, není problém s implementací kvality. V praxi 4P znamená: určete si změny, které chcete provést na oddělení v rámci zlepšení služeb pro klienty a naplánujte jednotlivé kroky. Zvolte způsob zavedení změny a proveďte. Uskutečněnou změnu překontrolujte za použití nastavených kontrolních mechanismů a přemýšlejte o dalším zlepšení poskytování ošetřovatelské péče.

7.1 Model se zaměřuje na řízení kvality z těchto pohledů:

- **Perspektiva lékařského a ošetřovatelského personálu:** kvalitní vyhodnocování stavu klienta, terapeutická a diagnostická péče o klienta, spolupráce v multidisciplinárním týmu, uspokojování převážně medicínských potřeb.
- **Perspektiva klienta:** spokojenost s poskytovanými službami, respekt, úcta či empatie členů léčebného a ošetřovatelského týmu v přístupu k nemocnému.
- **Perspektiva výstupů:** zda došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta nebo kvality jeho života.

7.2 Dimenze kvality podle programu KZK

Z popsaných úhlů pohledu programu je kvalita vyjádřena neustálým zlepšováním poskytované zdravotní péče klientovi. Model kvality můžeme sledovat z různých dimenzí:

- **Bezpečnost ošetřovatelské péče:** všechna možná identifikovatelná rizika poskytování ošetřovatelské péče jsou omezena na nejnižší míru nebo zcela vyloučena.
- **Kompetence:** znalosti a dovednosti každého jednotlivce jsou v souladu s nabízenou péčí nebo zákroky.
- **Přijatelnost:** veškerá ošetřovatelská péče a služby jsou přijatelné pro klienty.
- **Efektivnost:** péče, služby, zákroky a veškeré procedury mají za účel dosažení očekávaných výsledků.
- **Vhodnost:** veškerá péče a služby jsou vhodné a jsou založeny na uznávaných standardech.
- **Ekonomičnost:** očekávaných výsledků je dosaženo s nejekonomičtějším využitím všech zdrojů.
- **Dostupnost:** možnost klienta získat potřebné a přiměřené služby na správném místě, v pravý čas, skutečným odborníkem.
- **Kontinuita:** schopnost nabízet nepřerušované, koordinované služby překračující bariéry programů, oddělení, lékařů a organizací, návazné v prostoru a čase, tzv. „bezešvou péči".
- **Včasnost:** stupeň, v němž je péče poskytována pacientům v době, kdy ji nejvíce potřebují a kdy je pro ně nejprospěšnější.
- **Přiměřenost:** péče je poskytována na současné úrovni vědeckého poznání a odpovídá danému stavu a potřebám pacienta.
- **Úcta a vnímavost:** stupeň zapojení klientů a jejich rodinných příslušníků do rozhodovacích procesů týkajících se jejich zdraví. Způsob, jakým zdravotnický personál respektuje stud, lidskou důstojnost, soukromí a individuální odlišnosti pacientů.

Kvalita z různých úhlů pohledu

Dalo by se říci, že program KZK ve svých dimenzích bere v úvahu pohled managementu na kvalitu poskytovaných služeb, ale také vychází z potřeb klientů. Je velmi důležité znát, že model KZK se dívá na kvalitu z různých úhlů pohledu:

- **Produktu:** kvalitou podávané stravy, úrovní zdravotní dokumentace, úrovní kvality poskytovaného spotřebního zdravotnického materiálu.
- **Péče/služby:** úrovní ošetřovatelské a lékařské péče, chování ke klientovi, úrovní diagnostických a terapeutických výkonů.
- **Kvalifikace zaměstnanců:** úrovní dosaženého vzdělání lékařů a nelékařských profesí, úrovní dodavatelů.
- **Prostředí:** úrovní pracovního prostředí, budov, osvětlení, hluku.

7.3 Podmínky pro realizaci programu KZK

Řízení kvality programu KZK v organizaci má své specifické podmínky k úspěšné realizaci. Celý program stojí na jednotlivých stavebních kamenech, bez kterých není možno program implementovat do praxe .Jedním z nejdůležitých kroků je vytvoření základní organizační struktury programu, jmenování manažera a pracovního týmu, který bude spolu s manažerem řídit změny v ošetřovatelské praxi.

Manažer programu se svým týmem musí vypracovat plán kontinuálního zvyšování kvality, zajistit systém kontrolních mechanismů a vyhodnocování programu. Velmi důležité je i stanovení konkrétních odpovědností a pravomocí při zavádění programu. Nutno podotknout, že v úspěšnosti zavedení programu KZK hraje klíčovou roli manažer a jeho schopnost řídit změnu.

7.3.1 Role a úlohy manažera

Manažer by měl mít podle J. Kottera schopnost flexibility, neboť někdy je nutné naplánované procesy změnit nebo upravit. Dále by měl být v dané problematice expertem a měl by disponovat teoretickými a praktickými znalostmi v problematice řízení změny. Nejdůležitější vlastností manažera je schopnost vytváření pracovních týmů a umění vedení týmu a pracovníků, kteří jsou nositeli změn v organizaci.

Úspěšné organizace, které realizovaly proces změn, mají společné atributy. Výsledkem tohoto procesu jsou vedoucí lídři, kteří umějí nadchnout, podporovat změnu a týmovou práci.

Personál musí být neustále motivován ke změnám a na jednotlivých odděleních zdravotnických zařízeních je zdravá organizační kultura. Manažer 21. století v organizaci je podle Trunečka osobou, která chce jít cestou změn. Manažer změny je také neustále se učící člověk, který má široký rozhled, je kreativní, vzdělaný a permanentně se vzdělává.

Manažer je vedoucí realizačního týmu a je finalistou realizace změn. Jeho hlavní rolí je tvorba pozitivních změn, nikoli být správcem existujícího systému. Manažer projektu při

řízení změny musí během přípravy a implementace projektu do praxe počítat s přirozeným odporem lidí ke změně.

7.3.2 Odpor vůči změnám a jeho překonávání v obecném měřítku

Každá organizace, která prochází změnou, má i zaměstnance, kteří se změnám brání a celý proces brzdí. Takoví lidé milují „status quo" a staré zaběhnuté metody a často představují překážku při zavádění programu kvality.

Každý manažer realizující změnu si musí být vědom, že všechny změny, které se v organizaci připravují nebo implementují, se setkají s přirozeným odporem lidí.

Andrej Kopčák rozděluje odpor do šesti typologii odporu zaměstnanců:

- Komunikační odpor, který je příčinou nedostatečné komunikace a informovanosti personálu.
- Individuální necitlivost a nízká angažovanost pracovníků ve snaze zachovat „status quo".
- Obavy ze změněného způsobu práce, které vedou k odporu vůči novým vizím.
- Odpor proti potřebě se přizpůsobovat novým vztahům a způsobu práce.
- Ekonomicky stimulovaný odpor, který vychází z obavy z dosavadního způsobu odměňování za práci.
- Odpor k průchodu bodem zvratu, který vyplývá z nezažitého systému práce přinášející více strastí v pracovním životě.

Základem implementace změn je co nejširší komunikace a podávání informací pracovníkům zařízení. Velmi značnou roli hraje vzdělání pracovníků a nastavení motivačních faktorů, které pomohou k realizaci změn. Manažer musí využít všech motivačních faktorů, které povedou k překonání odporu u zaměstnanců.

Zaměstnanci se svým přirozeným způsobem brání změnám, pokud není v organizaci nastavená zdravá firemní kultura, nedostatečná motivace a hodnocení pracovních výsledků, nedostatečná inspirace a neznalost vize organizace. Východiskem je podpora učení a motivace lidí.

Komunikace a tvorba pracovních týmů, které dávají příležitost ke kreativitě. Pro úspěšnou implementaci modelu kvality je třeba pracovat se všemi lidmi v organizaci. Proces změn by měl řídit „leadership" manažer, který má nejdůležitější roli v organizaci, transformuje důležité informace mezi pracovníky v organizaci, rozšiřuje strategii a vizi organizace.

Plánování změn v organizaci je třeba rozšiřovat mezi všechny zaměstnance. Všichni zaměstnanci by měli znát krátkodobé a dlouhodobé cíle a jednotlivé nastavení všech kro-

ků směřující k cíli. Dále je velmi důležité vytvářet podmínky pro úspěšnou komunikaci, a tím modelovat chování zaměstnanců.

7.3.3 Možné příčiny odporu lidí ve zdravotnictví vůči zavádění systému kvality

Zavádění programu KZKv organizaci také sebou nese odpor zaměstnanců vůči změnám.

Každá nová změna přináší mezi zaměstnance pochybnosti, zda nová implementace programu kvality je pro organizaci to nejlepší řešení. Důvodem odporu k zavedení tohoto programu je frustrace pracovníků – mají před sebou velké úkoly, které neumějí splnit bez podpory manažera. Někteří zaměstnanci nemají dostatečné vzdělání na plnění úkolů a mohou být přetěžováni.

Dalším problémem je nedostatečná informovanost personálu a vzdělanost v problematice programu KZK na jednotlivých odděleních, kdy se odpor vůči změně vztahuje k jednotlivci, který je v mocenském postavení jako expert v dané problematice. Může nastat i taková situace, že zaměstnanci nechtějí s manažerem diskutovat o problémech vyplývajících ze zavádění programu kvality, neboť se bojí vyjádřit svůj názor. Odpor vůči změnám může nastat i tehdy, pokud personál má svého „vůdce" změn na oddělení, který je neaktivní, nezajímá se o problematiku, pouze plní dané úkoly.

Dalším problémem, který vyvolává odpor, je špatně vytvořený pracovní tým na odděleních, který pracuje povrchně a zrychleně na úkolech, které nedokončí. Tento systém práce nepřináší uspokojení zaměstnanců a vyvolává pocity zbytečnosti se zaváděním programu. Jednou z možných variant řešení je jmenování silného manažera programu KZK, který podporuje týmovou práci lidí.

Členové týmu modelu KZK musejí mít dostatečné znalosti o kvalitě ve zdravotnictví a programu KZK, neboť na jejich práci závisí další rozšíření programu mezi personál organizace. Dalo by se říci, že veškerá činnost v oblasti zvyšování kvality v přípravné fázi záleží na týmové práci mezi manažerem programu a jeho pracovním týmem. Špatná komunikace mezi personálem a manažerem programu je vždy příčinou ztráty a víry v zavádění změny v organizaci.

Další příčinou odporu vůči změnám je příliš mnoho etap v rámci jednoho procesu. Pokud je proces příliš složitý a lidé nemají potřebné množství znalostí a dovedností, ztrácejí pocit sebevědomí a pocit z dobře vykonané práce. Lehce se vracejí k zaběhnutému procesu, který vykonávali dříve. Velký problém při zavádění modelu kvality představuje dysfunkční firemní kultura, která vědomě i podvědomě vyznává staré postupy a zavedené pravdy. Tím odrazuje pracovníky od kreativity a inovací při zavádění systému kvality.

Obecně lze říci, že jakýkoli proces v organizaci týkající se změn postojů a chování lidí vyvolá odpor u zaměstnanců. Lidé pracující ve zdravotnických zařízeních reagují na změny stejně jako v ostatních organizacích. Při překonávání odporu u lidí v organizaci platí

obecně známá pravidla, která vycházejí ze strategie a poslání organizace, rozšíření cílů mezi zaměstnance.

Důležitými aspekty jsou komunikace a informovanost lidí v organizaci, podpora učení a nových dovedností, týmové práce a budování zdravé organizační kultury.

7.3.4 Bariéry implementace programu KZK

Každá změna dosavadní praxe přináší odpor pracovníků, kteří budou muset změnit své chování a přizpůsobovat se novým pravidlům.

Nejčastější bariery při implementaci programu:

Zdravotníci nejčastěji říkají, že to, co dělají v praxi, je dobré. Zkušenosti z řady zdravotnických zařízení ve světě i v České republice nás ujišťují o tom, že mnoho lidí ve zdravotnictví buď vědomě, nebo nevědomě věří, že to, co dělají, je dobré, a proto není co zlepšovat. Na mnoha pracovištích existuje nesmyslná administrativa, která často duplikuje výkony, procesy, které nejsou efektivní, ale pracovníci jsou zvyklí je tak vykonávat.

Č**asto funguje neefektivní komunikace mezi personálem a vedoucím oddělení.** Klient je naprosto vyřazen z procesu rozhodování. Podceňují se omyly z nedbalosti, které se neřeší z hlediska managementu rizik v rámci celé organizace.

Obecným příkladem je sledování pádů u klientů a benchmarking v této problematice v rámci organizace nebo jiného zdravotnického zařízení. Pokud není zavedený jednotný systém monitorování, hlášení a systém prevence pádů klientů v celé organizaci, nemůžeme říci, že tento problém máme vyřešený a „děláme to dobře". Je nutné si uvědomit, že program KZK nás povede k zlepšování všeho, co dnes „děláme dobře".

Mezi další barieru zavádění programu patří sledování **pouze některých indikátorů kvality.** Někteří lidé se domnívají, že pokud sledujeme pouze některé indikátory kvality, celý proces KZK není dostatečně implementován do praxe. Sledováním specifických indikátorů kvality na oddělení, můžeme získat celkový pohled na organizaci. Indikátory nám poskytnou první výstražné signály, že není něco pořádku. Musíme samozřejmě vybrat smysluplné indikátory, které nám pomohou i vyřešit celou řadu problémů. Příkladem indikátoru je incidence dekubitů, kterou můžeme sledovat na všech odděleních ve zdravotnickém zařízení. Sledováním výskytu dekubitů můžeme zjistit úroveň ošetřovatelské péče, jednotnost při ošetřovaní dekubitů, ale také materiální a technické vybavení oddělení antidekubitními pomůckami.

Nejčastější bariérou jsou časté odpovědi zaměstnanců „nemám čas". Většina zaměstnanců ve zdravotnictví se cítí velmi zaneprázdněna. Nesmíme ale zaměňovat zaneprázdněnost s výsledky. Často nicméně provádíme zbytečné věci, duplicitní administrativní úkoly nebo je na oddělení špatná organizace práce. Nemáme-li podklady k vyhodnocení naší práce, může se stát, že pracujeme sice velice těžce, ale děláme zbytečné věci, nejsme organizovaní nebo používáme špatnou metodu práce. Příkladem špatné metody práce je

funkční systém v organizování ošetřovatelské péče, který neřeší individuální odpovědnost za provedené úkony u klienta. Ve funkčním systému „všichni dělají všechno", a často tedy duplicitně, tento systém přetěžuje denní směnu a nevychází z potřeb klientů.

Při implementaci změn na pracovišti, se můžeme také setkat s barierou **„nemohu nic změnit, nemám pravomoc provést potřebné změny".** Manažerský tým musí podporovat zaměstnance ve snahách o zlepšení svého výkonu, zvlášť když tyto změny nejsou spojené s velkými náklady. Znovu je třeba zdůraznit fakt, že více než 80 % všech změn k lepšímu můžeme provést s minimálními náklady. Obecným příkladem změny, který opravdu nestojí žádný finanční náklad, je změna chování personálu, který je zaměřen na klienta a vychází směrem z jeho bio-psycho-sociálních potřeb. Úsměv, ochota a komunikace nic nestojí.

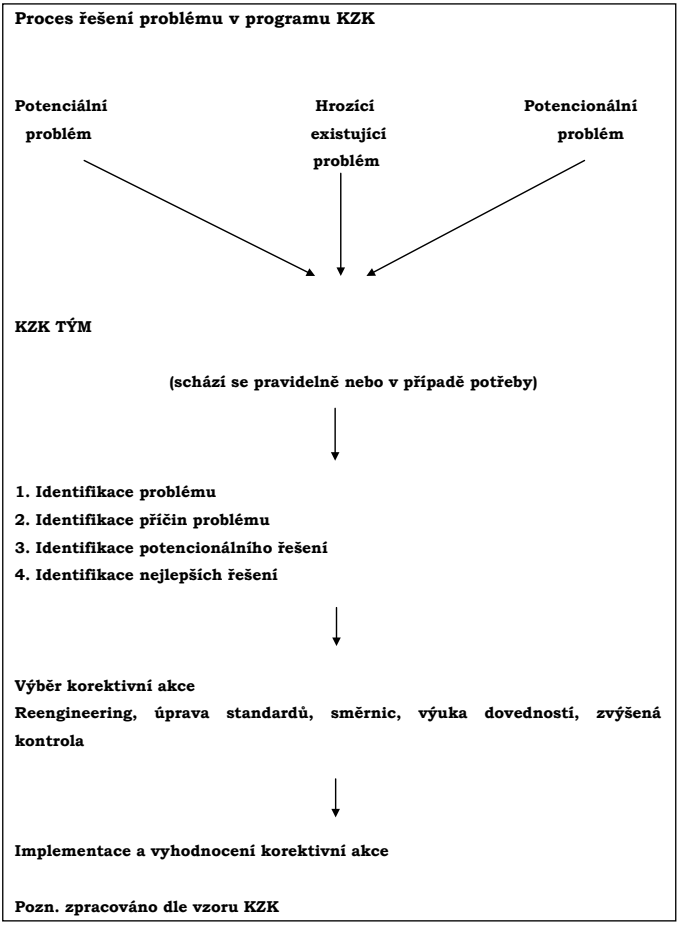
Někteří lidé ve zdravotnickém managementu mají obavy, že proces zvyšování kvality nezvládnou, protože nemají potřebné vědomosti a zkušenosti. Správný manažer programu učením svých zaměstnanců předává potřebné informace, které jsou nutné, aby model KZK byl implementován v praxi. Nastavení metodologického a systémového přístupu modelu kvality, je zpočátku velmi administrativně a časově náročný. Diagnostika pracoviště a jeho zaměstnanců je nemalý úkol, který se může zdát z pohledu zaměstnance jako nezajímavý. Obecně lze říci, že za několik měsíců se v lidech, kteří se problematikou kvality z perspektivy programu KZK zabývají, probudí zájem a nadšení, které přibývají s dosaženými úspěchy.

Velmi důležité je hodnotit dosažené výsledky a seznamovat své spolupracovníky s úspěchy, ale také s neúspěchy. V organizaci je nutné předem si stanovit společné indikátory úspěchu či neúspěchu, které se musejí pravidelně vyhodnocovat.

8 Procesní řízení programu

Dalším důležitým stavebním kamenem programu je procesní řízení. Pojem „procesní řízení" v sobě zahrnuje jednotlivé činnosti, které můžeme měřit, popsat a samostatně studovat. Podle P. Škly procesní řízení tvoří celkovou páteř systémových programů kvality a podle Shodlera můžeme o procesech říci, že se jedná o výkony, které na sebe navzájem navazují. Účelem procesu je vždy docílit specifikovaného výsledku. John Kotter popisuje osm fází procesního řízení, které vedou k úspěšnému vedení změny v organizaci.

Obr. 3: Proces řešení problému v programu KZK



Mezi nejdůležitější prvky procesního řízení aplikace do zdravotnického zařízení jsou vytvoření vize a strategie, které vedou k porozumění změně, vytvoření a podpora týmové práce v organizaci. Pracovní týmy pomáhají rozšiřovat cíle organizace a přímo se podílejí spolu s manažerem na vedení změny.

Během řízení změny je velmi důležitá komunikace s pracovníky a podpora jejich námětů k zvládnutí změny na pracovišti. Konečnou fází procesního řízení je upevnění cílů mezi pracovníky, efektivní vedení a rozvoj organizace směrem k proklientskému přístupu.

8.1 Nástroje a techniky skupinového řešení problémů

Řešení problémů v modelu řízení kvality KZK je založené na týmové práci lidí v organizaci. Chceme-li úspěšně vyřešit identifikované problémy, musí manažer projektu, který vede tým, znát nástroje a techniky skupinového řešení. Nejvhodnějším způsobem řešení problémů se oproti jiným technikám, např. brainstormingu a Paretově diagramu, ukázal multivoting a benchmarking. Metoda multivotingu a benchmarkingu nalézá a určuje nejlepší řešení problémů, zatímco jiné techniky pouze určují daný problém.

Benchmarking

Slouží k porovnávání procesů slabých stránek se silnými stránkami konkurenčního zdravotnického zařízení, které vedou ke zlepšení procesů a novým myšlenkám a nápadům na zlepšení. Každý člen týmu se může vyjadřovat k jednotlivým cílům a navrhovat řešení. Jednotlivé procesy se mohou porovnávat mezi jednotlivými odděleními, nemocnicemi. Vždy musejí být stanoveny indikátory, které chceme porovnávat (např. mimořádné události, pády, incidence dekubitů a další).

Pro benchmarking existují tři důvody:

- porovnání svých výkonů s jinými nemocnicemi,
- objevení a porozumění novým myšlenkám, nápadům a metodám vhodným ke zlepšení procesů a aktivit,
- asertivní identifikování nových, ale dosažitelných cílů a možností.

Cílem benchmarkingu by mělo být „vylepšit to nejlepší od těch nejlepších z příkladů dobré praxe u jiných poskytovatelů zdravotních služeb". Můžeme tedy zjišťovat, proč jsou jiné organizace daleko úspěšnější v některých aspektech než my, a poučit se od nich.

Multivoting

Multivolting je metoda, kdy se účastník může rozhodnout pro určitou variantu řešení svými počty hlasů. Při nastavování změn v organizaci jej můžeme použít jako metodu rozhodování. Jednotlivým zaměstnancům, kteří se podílejí na změnách v nastavení kvalitnější ošetřovatelské péče, dává možnost se svobodně rozhodnout pro nejlepší variantu řešení. Je velmi důležité pro manažera, aby se na tuto metodu rozhodování dobře připravil. Například manažer předem určí seznam možností nebo variant, o kterých chce

rozhodovat, a označí jednotlivé možnosti písmeny. Každý člen KZK obdrží pět hlasů, které při své volbě může rozložit mezi jednotlivé varianty, na jednu variantu smí ale použít maximálně 3 hlasy. Příklad: Varianta A, B, C a D. Nejvíce se mi líbí varianta B, ale líbí se mi také varianta C a D. Zhodnocení provede manažer a varianta s nejvyšším počtem hlasů vyhrává.

Metoda brainstormingu pomáhá odhalit příčiny problému a je pomocníkem manažera při plánování odstranění příčin problémů.

Skupinová práce lidí v organizaci je úzce spojena s organizační kulturou.

8.2 Klient v ošetřovatelském procesu

Klient je alfou a omegou v modelu KZK, neboť snaha managementu je poskytovat kvalitní zdravotní péči. Ošetřovatelský personál musí pochopit, že pouze proklientský způsob může postupně zlepšovat kvalitu poskytované péče. Je tedy velmi důležité znát pohled klienta – co si pod pojmem kvalitní zdravotní péče představuje on.

V různých zdravotnických zařízeních provedle agentura STEN/MARK výzkum kvality poskytované péče Kvalita očima klientů. Klient hodnotí zejména průběh přijetí na oddělení, posuzuje chování a jednání zdravotníků, zda byl ošetřován s úctou a ohledem, dále hodnotí naplánování a kontinuitu poskytované péče. Mezi velmi důležitými potřebami klienti uvádějí dostatek informací o průběhu léčby a komunikace se zdravotníky. Nejméně důležité pro klienta je mít pocit pohodlí, citové opory a zapojení rodiny do léčebného procesu.

Klient je hodnotitelem kvality a je pro něj velmi podstatné, jak vnímá nemateriální komponentu služby. Nemateriální stránka věci je jakási přidaná hodnota od poskytovatele zákazníkovi, přičemž náklady na tuto složku jsou zpravidla minimální (úsměv, vstřícné chování, seriózní a otevřená komunikace, klient musí mít pocit, že jsme tady jen a jen pro něho).

V zahraničí vznikl pro výzkum kvality Pickerův institut zabývající se spokojeností klientů. Monitoruje a vyhodnocuje názor klienta na poskytovanou zdravotní péči ve třech krocích – před jeho vstupem do zdravotnického zařízení, v průběhu hospitalizace a před jejím ukončením. Klient při svém hodnocení posuzuje kvalitu zdravotní péče podle svých potřeb (přijetí do nemocnice, komunikaci, citovou oporu, informovanost, zapojení rodiny). Obecně lze říci, že pokud se chceme zabývat řízením kvality ve zdravotnictví, musíme se především orientovat na klienta jako spotřebitele péče.

Souhrn

Závěrem je možné konstatovat, že při přípravě řízení změny v ošetřovatelské péči je velmi důležité seznámení se s modelem KZK a jeho možnými překážkami realizace v praxi. Aby manažer mohl řídit implementaci změn, musí být v dané problematice expertem

a využít získané dovednosti a znalosti modelu kvality. Z obecného hlediska lze shrnout, že pro úspěšné zavedení změny jsou důležité role a osobnost manažera a znalost principů procesního řešení problémů jeho nástrojů a technik řešení identifikováných problémů. Při přípravě modelu manažer vychází ze znalosti prostředí (diagnostika organizace), lidí v organizaci, kteří v první fázi kladou přirozený odpor ke změnám v ošetřovatelské praxi. Manažer programu při řízení změny vychází z potřeb klienta a jeho pohledu na kvalitu poskytované péče.

8.3 Důležité aspekty úspěšně vedené změny

Pro úspěch prováděné změny je třeba mít na zřeteli několik faktorů:

- Každý pracovník musí mít individuální zodpovědnost za poskytovanou kvalitu.
- Pracovníci musejí opustit staré rituály, staré návyky chování a postojů a radikálně změnit myšlení.
- Pracovník musí mít neustálou touhu být špičkovým zaměstnancem a chtít zlepšovat svou práci.
- Nastavení optimálního procesního řízení na řešení problémů.
- Manažer musí být oporou týmu a jednotlivců při dosahování jejich stanovených cílů.

9 Modelové příklady řešení programu kvality

Problematické oblasti, kde chceme zlepšovat ošetřovatelskou péči, si musí tým pro řízení kvality v organizaci identifikovat sám (diagnostikou organizace) pod vedením zkušeného manažera. V následujícím textu jsou uvedeny příklady z praxe v ošetřovatelské péči.

9.1 Oblast bezpečnosti klienta ve zdravotnickém zařízení

Bezpečnost imobilního klienta ve zdravotnickém zařízením je v organizaci zjišťována pomocí statistiky pádů a ze záznamu v ošetřovatelské dokumentaci, která hodnotí potřeby klienta. Bezpečnost klienta můžeme hodnotit i z hlediska nastavených standardů kvality péče na oddělení.

Standardy kvality a metodické postupy jsou nastavené pouze formálně. Pracovníci při ošetřování klienta nepostupují jednotně. Ošetřovatelský tým nevěnuje dostatečnou pozornost prevenci pádů a preventivním opatřením vzniku dekubitů. Vrchní a staniční sestra nemají plán kontrolní činnosti nad touto důležitou oblastí.

9.2 Oblast úcty a respektování osobnosti klienta a jeho rodiny

Tato oblast je velmi důležitá pro klienta a jeho rodinu, aby klient cítil svou autonomii a důstojnost. Může zjišťovat následující problémy:

- Na oddělení není dostatečně věnována pozornost psychosociálním potřebám klienta, což se projevuje nedostatkem úcty a respektování osobnosti nemocného. Na oddělení nejsou dostatečně respektována práva klientů a chybějí standardy kvality, které se zaměřují na správnou komunikaci a edukaci nemocného a jeho rodiny. Klient a jeho rodina poukazují na tento nedostatek kvality v ústních a písemných stížnostech na ošetřovatelský tým.
- Ošetřovatelský personál si dostatečně neuvědomuje, že rodina je často zapojena do rozhodovacích procesů týkajících se zdraví klienta, neboť imobilní klient je odkázán na pomoc rodiny.

9.3 Oblast lege artis v ošetřovatelské péči

Ošetřovatelská péče o klienty není založena na vhodných a uznávaných standardech. Na oddělení neplatí jednotné postupy, které by byly závazné pro každou kategorii pracovníků v ošetřovatelském týmu. Nelékařští pracovníci používají různé metody, na které jsou zvyklí, a dostatečně nezaznamenávají ošetřovatelské činnosti do dokumentace.

V ošetřovatelské dokumentaci často chybějí záznamy o poskytnuté ošetřovatelské péči. Vrchní sestra nemá v dostatečné míře určené kompetence pracovníků podle dosaženého vzdělání. V praxi to může znamenat, že „všichni dělají všechno", a tato situace může vést k frustraci pracovníků.

10 Hodnocení kvality

Kvalitu poskytované péče můžeme hodnotit z různých úhlů pohledů. Jedním z modelů hodnocení kvality je sledování spokojenosti klienta s poskytnutou zdravotní péčí – ta se projevuje v různých dimenzích, které mohou být zaměřené na jednotlivé oblasti v organizaci.

Hodnocení kvality mohou podstupovat například:
- poskytování zdravotní péče,
- dostupnost péče,
- finanční záležitosti,
- technické záležitosti,
- kontinuita, účinnost,
- přiměřenost,
- prostředí.

V praxi se manažeři zaměřují spíše na hodnocení kvality spokojenosti klienta v dané oblasti – řeší, co klient očekával a jak se jeho očekávání naplnilo. Toto hodnocení je velmi úzce spojené s věkem, vzděláním a osobností klienta. Hodnocení kvality je subjektivní záležitostí klienta.

10.1 Metody hodnocení kvality

10.1.1 Metoda pozorování

Definice: objektivní sledování činnosti prostřednictvím pozorovatelných jevů.

Metoda pozorování zahrnuje sledování objektivní odborné úrovně, zkušenosti, postřeh, osobnostní zaměření, a to nejen při vlastním pozorování, ale i při interpretaci výsledků. Pozorování je plánované a systematické a je jasně definované, na co se zaměříme v praxi.

Průběh pozorování

Nejdůležitější je přípravná fáze, která v sobě zahrnuje vlastní plán pozorování, tedy ujasnění, na co se chceme objektivně zaměřit v praxi. Součástí je příprava systému záznamu pozorování, protokolu pozorování. Velmi důležitou přípravnou fází pozorování je samotný předvýzkum, který může být realizován formou rozhovoru, dotazníků.

Vlastní pozorování

Je rozděleno do pěti etap:
- První etapa je globální percepce, tzn. identifikace sledovaného jevu, který chceme objektivně posoudit. Například v praxi se může touto metodou pozorovat chování nelékařského personálu vůči klientům.

- Druhá etapa je prohlubující se informace mezi pozorovatelem a pozorovaným jevem. Pozorovatel musí mít již předem dané informace o jevech. Například v praxi se mohou sledovat jevy chování nelékařského personálu v čekárně pro klienty. Pozorovatel již získal informace z předpilotní fáze na základě dotazníků spokojenosti klienta.
- Třetí etapa je registrace, tzn. záznam pozorovaných jevů, které mohou mít formu audio- či videozáznamu, pozorovacích archů, protokolů, schématických záznamů různého typu.
- Čtvrtá etapa je rozbor výsledků vzhledem k hypotézám a cílům. Mají se zpracovávat co nejdříve po provedení metody pozorování.
- Pátá etapa je interpretace vlastních výsledků pozorování.

Úskalí této metody

- nedostatečná příprava pozorovatele, z níž vyplývá nebezpečí povrchnosti, spekulativních závěrů,
- nedostatečné zajištění validity a spolehlivosti (procento shody mezi pozorovateli, opakování, analýza rozptylu),
- subjektivní vstup pozorovatele (nedostatečná odbornost, oproštění se od předsudků, pozorovací schopnosti, postřeh),
- nedostatečná schopnost dedukce.

10.1.2 Skupinová diskuse (focus group)

Cílem je konfrontace názorů diskutujících a pozorování způsobů jejich modifikace vzájemným ovlivňováním mezi členy skupiny. Jedná se o moderátorem řízený rozhovor malé skupiny vybraných osob na stanovené téma. Příspěvky diskutující neadresují moderátorovi, ale sobě navzájem, čímž vstupují do vzájemných vztahů a přesvědčování.

Účastníci jsou příslušníky stejné sociální skupiny – jejich homogenita zaručí podobné vnímání a zkušenosti a komunikační dovednosti na srozumitelné úrovni.

Diskutující mají s diskutovaným problémem osobní zkušenost. Diskuse není ovlivňována jinými faktory – účastníci nejsou ve vzájemném příbuzenském ani jiném vztahu a moderátor je připraven „zkrotit" případné dominantní jedince.

Skupinový rozhovor trvá poměrně dlouho – až 1,5–2 hodiny. Účastní se ho 8–12 spotřebitelů, nebo 6–7 odborníků – expertů.

10.1.3 Individuální hloubkový rozhovor

Cílem metody je odhalit často velmi hluboce zakořeněné příčiny názorů anebo chování respondenta. Jedná se o sondážní nestandardizovaný rozhovor, který umožňuje respondentovi volně hovořit a vyjádřit své názory a pocity k předmětu výzkumu. Tazatel podněcuje respondenta k volné diskusi bez zábran na daná témata, přičemž důležité jsou nejenom jeho odpovědi, ale také (nebo hlavně) reakce.

Individuální hloubkový rozhovor trvá zpravidla více než 1 hodinu a může být se svolením respondenta zaznamenáván pro pozdější analýzu.

Rozhovor, jeho druhy a požadavky na tazatele

Rozhovor je metoda získávání dat a ovlivňování druhých osob slovním kontaktem (verbální komunikací).

Jedná se o pravděpodobně nejdůležitější, nejnáročnější, nejstarší a nejpoužívanější metodu získávání informací, která umožňuje – je-li používána odborníky – hlubší zkoumání motivů odpovědí na otázky. Podléhá týmž kritériím responsibility (spolehlivosti), validity (ta je do značné míry závislá na osobě tazatele) a objektivity jako kterákoli jiná výzkumná a poznávací metoda.

Na rozdíl od některých jiných metod je však značně časově náročná, zejména její individuální (dvousměrová) forma. Za skupinový (vícesměrný) rozhovor přitom považujeme formu plánovité verbální (slovní) explorace celé skupiny osob, založené na využití situace skupinové interakce (vzájemného působení). Často se touto metodou zkoumá skupinová dynamika. Za optimální pro skupinový rozhovor se považuje 8–10 osob.

V praxi se často stává, že máme k dispozici neúplné životopisné údaje, proto někdy používáme metody rozhovoru k doplnění anamnézy. Mluvíme o tzv. subjektivní anamnéze (informace podává sám zkoumaný člověk) na rozdíl od objektivní anamnézy, kterou získáváme od druhých lidí.

Problémem je technické zaznamenávání dat získaných v rozhovoru, nemůžeme-li používat skrytého magnetofonu, který zachytí v úplnosti celý obsah výpovědi, ale i způsob řeči, jeho tón v různých okamžicích, pauzy, odmlky apod.

Záznamy a poznámky během rozhovoru ruší nejen plynulost a spontánnost rozhovoru, ale i příznivost kontaktu. Někdy dokonce tázanému znemožňují nabýt plné důvěry k tazateli.

Při poznávacím, výzkumném i korektivním rozhovoru se také může stát, že duševní pochody některých jedinců bývají tak spletité a tak málo ovlivnitelné tazatelem, že tazatel velmi obtížně udržuje rozhovor v žádoucích kolejích. Stává se to u osob, které se neustále odchylují od hlavní věci a zabíhají do nepodstatných podrobností, čímž zavádějí rozhovor do „slepé uličky".

10.1.3.1 Druhy rozhovoru

1. Poznávací

Diagnostický rozhovor, který má za cíl odhalit fakta týkající se životní historie člověka a zjistit z jeho vyprávění jeho názory, postoje, osobní zkušenosti, vědomosti a dovednosti. Poznávací rozhovor je vhodný všude tam, kde chceme poznat ty stránky osobnosti, které jsou nedostupné přímému pozorování nebo jiným metodám, např. některé vnitřní podmínky činnosti osobnosti, jako jsou přesvědčení, zájmy, ideály, osobní prožitky atp.

Získané informace můžeme rozdělit také na tzv. tvrdá fakta, tj. takové informace, které mají objektivní a relativně trvalou povahu, a měkká fakta, která mají povahu subjektivní a nestabilní v čase. Subjektivní charakter informací může ovlivnit také tzv. evaluační obava (tj. obava, zda tazatel bude odpovědi hodnotit kladně).

Při poznávacím rozhovoru člověk vypovídá tazateli svou životní historii, své chápání nějaké problematiky. Odpovídá také na kladené otázky jakéhokoli obsahu zvoleného tazatelem. I když poznávací rozhovor je pružnější metodikou než dotazník, jelikož se v něm nemusíme přísně přidržovat schématu, má také své typické nevýhody. Především je do značné míry závislý na duševním, a zejména emočním rozpoložení zkoumané osoby a na navázání kladného kontaktu (tzv. raportu) mezi tazatelem a tázaným.

2. Heuristický

V heuristickém rozhovoru se tazatel zajímá o tázaného jen potud, do jaké míry dokáže svými informacemi přispět k vyřešení určitého problému.

3. Nápravný

V nápravném (korektivním) typu rozhovoru jde primárně o optimální ovlivnění rozvoje osobnosti a sociální situace dané osoby. Cílem těchto rozhovorů je, abychom člověka o něčem přesvědčili, abychom ho přiměli ke změně v jistém směru (např. v sociálních vztazích, profesní orientaci atd.). Korektivní rozhovor se často prolíná s rozhovorem poznávacím (diagnostickým) a je těžké říci, kde jeden začíná a druhý končí.

Diagnostická složka a psychagogická složka rozhovoru by měly tvořit nedílnou jednotu. Odborník by měl naznačit vhodnou cestu k dosažení cílů a k uspokojování potřeb (často je nejvhodnější indirektivní náznak), přiměřené perspektivy do budoucna a sociálně přijatelné zájmové a profesní či studijní zaměření. Vždy je vhodné otupit případné záporné emoční postoje člověka ke konkrétním osobám, vést ho k vytvoření zdravého, racionálního náhledu na situaci. Někdy lze bagatelizovat a pacifikovat některé konflikty, jindy je vhodné umožnit abreakci (necháme vyjádřit agresi, vyplakat se apod.).

4. Hodnotící

Zvláštní pozornost vyžadují zásady hodnotícího rozhovoru. Doporučuje se přitom technika „obloženého chlebíčku“: nejdříve zmíníme některé přednosti hodnoceného, pak pokračujeme poznámkami o jeho nedostatcích (aby věděl, co by měl změnit) a v závěru opět zdůrazníme jeho přednosti.

Nesprávná je tendence používat převážně záporné formy hodnocení. Hodnocené osoby pak nezřídka považují takové posouzení za zaujatost či nepřátelský postoj hodnotitele.

Ale i kladné hodnocení má svoje úskalí: při sdělování kladného hodnocení můžeme mylně očekávat větší efekt. Příznivé hodnocení navíc často budí závist ostatních a zhoršuje vztahy ve skupině.

Zvláštní postavení mezi druhy rozhovorů zaujímá diskuse.

Podle iniciální (počáteční) situace při rozhovoru můžeme rozlišovat tyto typy rozhovoru:

1) Člověk spontánně, dobrovolně o rozhovor žádá (je v roli klienta; chce např. získat radu). Vedoucí rozhovoru nemusí v těchto případech zápasit s odporem vůči spolupráci.
2) Člověk je indirektivně (nepřímo) nucen k rozhovoru (je v roli kandidáta - např. chce získat nějakou výhodu).
3) Člověk je direktivně (přímo) nucen k účasti na rozhovoru. Nevýhoda při těchto rozhovorech je, že u osob donucených k rozhovoru musíme počítat se zjevným (otevřeným) nebo skrytým (larvovaným) odporem vůči rozhovoru a k nežádoucím obranným technikám.

Reakce odporu vedou navíc často u vedoucích rozhovoru ke sklonu vést rozhovor v represivním duchu ("pouštět hrůzu").

10.1.3.2 Požadavky na tazatele

Rozhovor je metoda, ve které hrají velkou roli osobní vlastnosti tazatele. Úspěch rozhovoru závisí na erudovanosti a praxi tazatele a na jeho osobnosti vůbec. Tazatele hodnotíme především podle toho, do jaké míry se mu podaří přimět člověka, aby se volně a pravdivě rozhovořil.

Devizy a předpoklady

Tazatel by měl být především důkladně obeznámen s oborem svého zkoumání a měl by mít široký kulturní a společenský rozhled. Musí bystře a logicky uvažovat, všímat si obsahu i formy výpovědí, změn chování a emotivity vypovídajícího a taktně i takticky využívat relevantních (závažných) námětů, které se vyskytnou během rozhovoru. Někdy je třeba jít pohotově do hloubky a do šířky za námětem, který tázaný nedovedl dostatečně rozvinout nebo který jen rychle přešel. Zde je však vždy třeba zvýšeného taktu a opatrnosti, abychom neztratili kontakt. Plán rozhovoru musí být pružný, protože spontánní výpověď nám poskytne někdy daleko více důležitých informací než přesný postup podle předem připraveného plánu.

Pro tazatele je nezbytná praktická znalost psychologie. Nebude sice potřebovat poznatky z mnohých oblastí akademické psychologie, ale při interpretaci rozhovoru se neobejde bez podrobných vědomostí o duševních dynamismech, jako jsou: projekce (promítání vlastních motivů, přání, cílů, emocí atd. do prožívání a chování jiných osob), racionalizace (hledání a předkládání rádoby rozumových důvodů jako omluvy nežádoucího jednání), alibismus (odmítání osobní zodpovědnosti za určité činy).

Tazatel sám by měl být klidným, přirozeným a harmonickým člověkem. Těžko může být někdo úspěšným interpretem duševních pochodů jiných lidí, ať již dětí nebo dospě-

lých, pokud se sám nepostaral o svou vlastní rovnováhu a dokud sám sebe nedovede efektivně řídit. Tazatel by tedy měl být vyrovnaný a citově ustálený, neměl by např. být náchylný projevovat nevhodné rozčilení. Měl by především rozumět sám sobě.

Musí se vyvarovat toho, aby ho příliš sugestivně neovlivnily emoční reakce a postoje tázaného. Afektivní reakce, jako jsou hněv, pláč, zarputilost, křik, nadávky apod., musejí být tazatelem pokud možno ignorovány. Někdy se jedná o reakce na situace, o nichž je řeč, jindy jsou to pokusy ovlivnit tazatele. V žádném případě by tazatel neměl hněvivě odpovídat ani by neměl projevovat přehnaný soucit, neměl by konejšit ani vyhrožovat. Musí být vnitřně emočně nezávislý, aby byl schopen všechny projevy odborně a racionálně analyzovat.

Působení navenek, vystupování a chování

Tazatel by měl vzbuzovat respekt, aniž by však příliš autoritativními tendencemi naháněl hrůzu. Měl by mít adekvátní prestiž, ale sám by měl být přátelský a srdečný, i když nikoli familiární. Také jeho osobní zjev by měl být přijatelný a jeho zevnějšek ani jeho způsoby vystupování by neměly odpuzovat nebo dokonce urážet. Při rozhovoru by neměl poradce vyvolávat pocity nedostačivosti.

Měl by se vyvarovat toho, aby v tázaném vyvolal pocit, že ho chce nějak zaskočit, že „kuje pikle" atp. Tázaný rovněž nesmí být přetěžován, a to ani přílišnou délkou, ani přehnanou intelektuální náročností rozhovoru. Tazatel by si měl uvědomit, že sebedůvěra a sebeúcta tázaného přispívají k jeho pravdivějšímu obrazu sebe sama, k větší otevřenosti, sebejistotě. Měl by proto přijímat tézanou osobu, jaká je, nenechat se vyprovokovat např. k afektu ani uhýbáním, kličkami, podváděním druhé osoby. Důležitými vlastnostmi tazatelů jsou upřímnost a sympatické porozumění.

Tazatel se nepředstíraně musí zajímat o problémy a potíže tázaného. Musí být ochoten pozorně naslouchat i rozvláčnému vyprávění a dlouhým steskům. Měl by být schopen vnímat, vidět a chápat hledisko druhého, jeho obavy i naděje, bez tendence zesměšňovat je nebo kritizovat. Tazatele by měly charakterizovat spíše laskavost a snášenlivost než přísnost, chladnost a povýšenost. Neměl by odsuzovat ani schvalovat chyby a poklesky svého svěřence. Neměl by také projevovat překvapení ani sentimentální rozcitlivělou sympatii, nýbrž jen ryzí, pravé a upřímné porozumění a pochopení. Neměl by prozradit ani stopu ustrnutí nad tím, k čemu se klient dozná nebo co mu odhalí, ale má vše přijímat objektivním a nesentimentálním způsobem.

Obratný a cvičený tazatel neprojevuje zjevné překvapení, natož zděšení nad žádným přiznáním. Jedinec, který doznává, že měl špatnou partu, že podváděl a kradl, by se neměl u tazatele setkat s kritickým nebo káravým postojem, ale s tichým přijetím těchto doznání jako řadových zpráv. Tázaný musí být přesvědčen, že hovoří s člověkem, který ho nezradí a který má na mysli především jeho dobro.

Tazatel musí být zdvořilý a uctivý adekvátně situaci. Zřídka by měl odporovat hledisku a názoru klienta a pochybovat o něm, leda by to činil úmyslně, aby přiměl klienta k zaujetí stanoviska a vyprovokoval ho k ráznému a otevřenému výroku. Měl by být dost energický, aby upoutával a ovládal pozornost tázaného, a přitom schopný poskytovat pocit důvěry a bezpečí.

Tazatel by neměl postrádat smysl pro humor, který pomůže zachránit situaci, pokud by se začala nepříznivě rozvíjet. Často vyvstanou v rozhovoru napětí a zábrany, které ztěžují a omezují volný prostor vyprávění. Tazatel musí být ostražitý vůči těmto emocionálním zábranám a musí být připraven je likvidovat. Musí také neustále sledovat úniky a vyhýbání, odbočování klienta, ať jsou jakkoli nepatrné. Neměl by se nátlakem vracet k námětům, jimž se klient vyhýbá, alespoň nikoli frontálním útokem, ale spíše oklikou přes příbuzné náměty, po vedlejších cestách. Jindy je moudřejší odložit diskusi o nich na pozdější dobu, byla-li odhalena další data, která pak umožní snadnější přístup k ožehavějšímu tématu.

Tazatel musí dokázat působit pozitivně na sebecit tázaného. Odborný rozhovor je sociální situací, a proto sociální vztahy mezi tazatelem a klientem zčásti determinují verbální projevy klienta. Vedoucí rozhovoru by neměl podléhat tendenci dávat tázanému najevo svou převahu. Stejně tak by neměl tazatel usilovat o to, za každou cenu se zavděčit a získat přízeň (např. vlivného rodiče). Dostane-li se tázanému pocitu důvěry a akceptace ze strany tazatele, nepochybně se tím sníží jeho uzavřenost, odpor a případně i nenávist.

Tazatel by měl s tázaným hovořit takovým tempem, v jakém probíhá myšlení tázaného.

Tazatel, je-li úspěšný, dosahuje u klienta uvědomování si nových vztahů, souvislostí a důsledků jeho chování. Jde o tzv. heuristické prvky rozhovoru.

10.1.4 Formy výzkumu

Kvalitativní výzkum

Představuje opak kvantitativního výzkumu, je chápán jako doplněk výzkumných strategií. Provádí se jako intenzivní a dlouhodobý kontakt s terénem nebo zkoumanou životní situací. Pracuje s malým souborem respondentů, využívá induktivní metody.

Kvantitativní výzkum

Ve společenských vědách se jedná o metodu standardizovaného vědeckého výzkumu, která popisuje zkoumanou skutečnost pomocí proměnných (znaků), které lze vyjádřit čísly. Ta mohou vznikat buď měřením, nebo častěji škálováním samotnými respondenty (např. od 1 do 10). Výsledky jsou pak zpracovány – obvykle statistickými metodami – a nakonec interpretovány.

Kvantitativní výzkum oproti kvalitativnímu vyžaduje větší soubory dat a respondentů, výsledky jsou reprezentativnější, méně závislé na názorech a schopnostech respondentů, a vedou tak k lépe ověřitelným a srovnatelným výsledkům. Jejich interpretace bývá naopak náročnější.

Popis

Východiskem pro kvantitativní výzkum je výchozí hypotéza, z níž vyplývá výběr znaků (otázek). Na tomto základě se vytvoří dotazník, který se předloží přiměřenému počtu vhodně vybraných respondentů. Na jejich počtu a výběru, ale i na návratnosti dotazníků pak závisí jednak reprezentativnost výsledků (tj. pravděpodobnost, že výsledek lze rozšířit na větší celek), jednak možnost jemnější kategorizace výsledků (např. podle kombinací dvou a více znaků).

Jednotlivé znaky mohou mít číselnou či měřitelnou povahu; sem patří například věk, tělesná výška, měsíční příjem atd., ale také kategoriální údaje jako např. pohlaví nebo jednoznačná volba z daných možností. Neměřitelný znak je třeba převést na čísla obvykle škálováním (respondent udává např. svoji spokojenost s vládou ve stupnici 1 až 10). Jen v prvním případě jsou výsledky skutečně objektivní, kdežto ve druhém závisí jak na přesné formulaci otázky, tak i na chápavosti a schopnostech respondentů.

Výběrový soubor (vzorek)

Jedná se o soubor jednotek, který zastupuje základní populaci a na které skutečně provádíme výzkum.

Typy výběrů – kvantitativní výzkum:

- NÁHODNÉ – PRAVDĚPODOBNOSTNÍ
  - všechny jednotky populace či skupiny jednotek (podsoubory) mají stejnou šanci (pravděpodobnost) být vybrány do vzorku, reprezentuje všechny známé i neznámé vlastnosti populace; jsme schopni odhadnout pravděpodobnost, s níž se vzorek liší od populace – hladinu významnosti;
  - prostý náhodný výběr;
  - náhodný stratifikovaný výběr;
  - skupinkový výběr;
  - vícestupňový náhodný výběr.
- ZÁMĚRNÉ – NEPRAVDĚPODOBNOSTNÍ
  - kvótní výběr – v sociologickém výzkumu používaný nejčastěji;
  - kvótní výběr – imituje ve struktuře vzorku známé vlastnosti populace;
  - systematický výběr;
  - výběr úsudkem (účelový) – založen pouze na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno, a o tom, co je možné pozorovat; používá se ve speciálních případech, zvl. pro malé výběry; neumožní žádnou širokou generalizaci;
  - výběr nabalováním (metoda sněhové koule) – původní informátor nás vede k jiným členům skupiny;
  - nahodilý výběr (anketa) – výběr vzniká v rámci možnosti a ochoty subjektů odpovědět nahodilý mechanizmus výběru

10.1.5 Dotazník

Typ otázek může být různý – může vyžadovat alternativní odpovědi (volba jedné nebo více variant, seřazení možností), volné odpovědi i jejich kombinaci.

Požadavky na otázky:

- smysluplnost pro respondenty,
- jednoduchost,
- vyhnutí se dvojitým otázkám,
- jasnost, srozumitelnost pro respondenta.

Pro dotazník platí následující charakteristiky:

- jde o vysoce efektivní techniku,
- umožňuje v krátkém čase získat informace od velkého počtu respondentů,
- náklady bývají malé,
- anonymita respondentů je vysoká a přesvědčivá,
- vysoké jsou požadavky na ochotu respondenta,
- pro respondenta je snadné přeskakovat otázky.

10.1.6 Související pojmy a metody

Nejčastější metodou sledování spokojenosti klienta je dotazníkové šetření a rozhovor, které si často zdravotnické zařízení vytváří dle vlastních vzorů. Jako komplexní hodnocení kvality z pohledu klienta se jeví hodnocení kvality očima pacientů, jehož odborným garantem a řešitelem v dlouhodobém horizontu je RNDr. Tomáš Raiter. Do projektu hodnocení kvality se zapojilo mnoho zdravotnických zařízení.

Hodnocení kvality zdravotní péče je zaměřeno na vnímání kvality ve zdravotnictví jejími každodenními spotřebiteli – pacienty a veřejností. Tento projekt nazvaný Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí vznikl jako reakce na projekt WHO „Zdraví 21", který je určen evropskému regionu, a v souladu se zájmy ČR souvisejícími se začleňováním do Evropské unie.

Ministerstvo zdravotnictví podporovalo uplatnění projektu Kvalita očima pacientů v praxi. Cílem projektu bylo vyvinout profesionální metodické nástroje a provést pilotní šetření nezávislé na nemocnicích, které by ověřilo metodiku použitelnou pro plošný monitoring spokojenosti s kvalitou zdravotní péče na území ČR a srovnatelnou s mezinárodními standardy.

10.2 Kvalita očima pacientů – hodnocení kvality

Spokojenost klientů se zdravotní péčí měří systém hodnocené kvality prostřednictvím 50 indikátorů kvality, které tvoří osm dimenzí kvality lůžkové péče. Velkou výhodou pro budoucí klienty je fakt, že pokud se klient chystá například na plánovaný operační výkon, může prostřednictvím webových stránek nahlédnout do výsledků a zjistit, jak byli pacien-

ti spokojeni se zdravotními službami na různých pracovištích různých nemocnic, ústavů či léčeben, a zohlednit tyto informace při rozhodování, kde se bude léčit.

Všechny poskytované informace o spokojenosti jsou objektivní a statisticky průkazné z jednotlivých zdravotnických pracovišť, která se připojila do systému hodnocení kvality. Výsledky projektu dokážou mezi sebou porovnat kvalitu nejen celých zdravotnických zařízení, ale i jednotlivých odborných pracovišť v různých zařízeních po celé republice.

Obecně lze říci, že tento systém hodnocení kvality zdravotnických zařízeních vychází z již historického pohledu vývoje tohoto systému. Fakultní nemocnice v Plzni, oddělení centra řízení kvality péče pod vedením PhDr. Bílka, ve spolupráci s agenturou STEM/MARK provedla výzkum kvality poskytované péče, jenž přispěl ke stanovení základních dimenzí kvality, které hodnotí klient z hlediska svých potřeb. Nemocnice a agentura STEM/MARK v roce 2002 sestavily dotazník, který hodnotí poskytované služby očima klientů. Z výsledků byly v centru pro řízení kvality sestaveny základní dimenze kvality z pohledu nemocného. Klient hodnotí zejména, jak proběhlo přijetí na oddělení. Posuzuje chování a jednání zdravotníků, zda byl ošetřován s úctou a ohledem. Dále hodnotí naplánování a kontinuitu poskytované péče. Mezi velmi důležitými potřebami jsou uváděny dostatek informací o průběhu léčby a potřeba komunikace se zdravotníky. Nejméně důležité pro klienta je mít pocit pohodlí, citové opory a zapojení rodiny do léčebného procesu.

Hodnocení spokojenosti klienta je rozděleno na lůžkovou a ambulantní složku.

Klienti na každém lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení hodnotí tyto dimenze kvality:

- Přijetí do zařízení
- Respekt – ohled – úcta k pacientovi
- Koordinace a integrace péče o pacienta
- Informace a komunikace s pacientem
- Tělesné pohodlí pacienta
- Citová opora pacienta
- Zapojení rodiny a blízkých do léčby pacienta
- Propuštění pacienta ze zařízení

Analogicky hodnotí pacienti podobné indikátory a dimenze v ambulantní péči:

- Dostupnost péče
- Čekárna a prostředí
- Návštěva lékaře/zdravotního odborníka
- Přístup personálu k pacientovi
- Informace o vyšetření a léčbě
- Informace o lécích

- Následná péče
- Celkový dojem z návštěvy ambulance

Tento systém hodnocení kvality je jedním z komplexních nástrojů sledování poskytování zdravotní péče, ale také zároveň další úrovně doprovodných a doplňkových služeb v organizaci. Po splnění všech podmínek může ministerstvo zdravotnictví vydat zdravotnickému zařízení **certifikát „SPOKOJENÝ PACIENT".** Odborný garant projektu RNDr. Raiter po roce od ukončení projektu (v r. 2012) s podporou ministerstva zdravotnictví dále pokračuje na pravidelném hodnocení zdravotnických zařízení.

Autor projektu má za cíl sledovat zvyšování kvality zdravotních služeb, zvýšení informovanosti veřejnosti o výsledcích těchto šetření a podporu motivace dalších zdravotnických zařízení pro zapojení do systému hodnocení kvality očima pacientů.

Projekt KVALITA OČIMA PACIENTŮ podporuje opatření, která efektivně a systematicky zvyšují kvalitu zdravotních služeb v České republice. Jedním z takových kroků je standardizované měření kvality zdravotních služeb prostřednictvím spokojenosti/zkušenosti pacientů, přičemž je využíván metodický návod pro distribuci a sběr dotazníků pro měření kvality zdravotních služeb prostřednictvím spokojenosti pacientů (Věstník MZ ČR, ročník 2008).

Metodický standard byl vydán pro přímo řízené organizace ministerstva zdravotnictví, ale tento systém hodnocení kvality je doporučován všem zřizovatelům zdravotnických služeb, které mají zájem o kvalitu poskytované zdravotní péče. Oborní garanti doporučují jeho využívání i dalším zřizovatelům zdravotnických zařízení, akreditujícím a certifikujícím agenturám, zdravotním pojišťovnám a dalším relevantním subjektům ve zdravotnickém systému tak, aby bylo možno získané informace věrohodně porovnávat a využívat.

Certifikát „SPOKOJENÝ PACIENT" může získat každé zdravotnické zařízení, které prokáže splnění níže uvedených metodických a výkonnostních kritérií, které byly stanoveny jako minimální podmínky pro jeho udělení. Systém hodnocení kvality zdravotnického zařízení má různá kritéria, která musejí být naplněna, aby organizace mohla certifikát „SPOKOJENÝ PACIENT" získat.

Byla stanovena **výkonnostní kritéria**, která určují pravidla pro lůžková zdravotnická zařízení:

- Pro nemocnice, ústavy a rehabilitační zařízení je udávána spolehlivost výsledků souhrnné spokojenosti klientů (musí být ≥ 80,0 %).
- Dolní mez intervalu spolehlivosti výsledku spokojenosti pacientů se sestrami za celé zdravotnické zařízení musí být ≥ 80,0 %.
- Dolní mez intervalu spolehlivosti výsledku spokojenosti pacientů s lékaři za celé zdravotnické zařízení musí být ≥ 80,0 %.

- Pro psychiatrické léčebny je dolní mez intervalu spolehlivosti výsledku souhrnné spokojenosti pacientů za všechna otevřená oddělení psychiatrické léčebny 75,0 %.
- Dolní mez intervalu spolehlivosti výsledku spokojenosti pacientů s lékaři za všechna otevřená oddělení psychiatrické léčebny musí být ≥ 75,0 %.
- Dolní mez intervalu spolehlivosti výsledku spokojenosti pacientů se sestrami za všechna otevřená oddělení psychiatrické léčebny musí být ≥ 75,0 %.

Metodická kritéria

Zdravotnické zařízení při měření kvality zdravotních služeb prokazatelně postupovalo podle metodického návodu uveřejněném ve Věstníku MZ ČR, ročník 2008, částka 3.

Zejména se jedná o respektování těchto zásad pro distribuci a sběr dotazníků:

- dodržení pravidla shodného dotazníku,
- dodržení pravidla shodného postupu při distribuci a sběru dotazníků,
- dodržení definice respondenta,
- splnění pravidel pro rozmístění, zabezpečení a označení sběrných schránek,
- řádné vyvěšení veřejných informací o šetření,
- respektování zásad anonymity a dobrovolnosti účasti respondentů při šetření,
- řádně vyplněná a podepsaná Hlášení o nezařazených pacientech a vyplněné a odpovědnou osobou podepsané Souhrnné hlášení o nezařazených pacientech,
- řádně vyplněná a odpovědnou osobou podepsaná Evidence propuštěných pacientů,
- dodržení zásad pro manipulaci s dotazníky a archivaci dokumentace.

Mezi další možné systémy hodnocení kvality v zařízení lůžkových a pobytových služeb u klientů s Alzheimerovou nemocí a jiným typem demencí patří certifikace kvality České alzheimerovské společnosti.

10.2.1 Certifikace Vážka

Česká alzheimerovská společnost (ČALS) vznikala v průběhu roku 1996 a zaregistrována byla jako občanské sdružení v únoru 1997. Vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších), kteří se zabývali problematikou občanů postižených demencí. Postupně se členy ČALS stávali ti, jichž se problematika demencí týká nejvíce – rodinní příslušníci a pečovatelé. V roce 2014 se podařilo formálně zakončit transformaci na obecně prospěšnou společnost.

V současné době je ČALS již respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International.

ČALS vyvinula certifikační systém, který je určen pro služby pro lidi s demencí, a různým zařízením, která poskytují své služby v souladu s potřebnými kritérii uděluje certifikát Vážka na dobu 18 měsíců. Dlouhodobým cílem ČALS je pomocí certifikačního

systému podporovat, rozvíjet a potvrzovat vysokou kvalitu služeb poskytovaných lidem s demencí. ČALS realizuje řadu svých aktivit prostřednictvím kontaktních míst, tedy nezávislých zařízení různého typu, která poskytují své služby lidem s demencí. Spolupráce s kvalitními zařízeními hraje pro odbornou společnost klíčovou roli, neboť kvalitní zdravotně sociální služby zajistí klientovi jeho důstojnost a autonomii. Zároveň společnost podporuje a rozvíjí kvalitní služby a také pomáhá rodinným příslušníkům rozpoznat spolehlivou a kvalitní službu pro svého blízkého.

ČALS si dala za hlavní cíl vytvořit přehled o kvalitě spolupracujících zařízení. Tato snaha vyústila ve vytvoření evaluačního nástroje, certifikace vysoké kvality péče o klienty s demencí, jenž bude využíván různými poskytovateli služeb. Ucelený certifikační systém poskytne záruku kvality poskytované péče, a to nejen pro kontaktní místa ČALS, ale také pro ostatní zájemce o stvrzení kvality péče poskytované v souladu s doporučeními ČALS.

Certifikační systém Vážka byl vytvořen na základě mnohaletých zkušeností v práci s lidmi s demencí a je postaven na několika základních dokumentech ČALS. Mezi důležitými fakty je třeba zmínit, že:

- stojí na Právech pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence (Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA),
- na přípravě základních dokumentů certifikačního systému Vážka se podílel tým spolupracovníků ČALS – dobrovolníků a expertů z řad geriatrů, zdravotníků, sociálních pracovníků, konzultantů a lektorů, z nichž někteří mají osobní zkušenost s péčí o člověka s demencí v domácím prostředí již od roku 2006,
- celý systém certifikace probíhal v různých fázích: v první fázi, tedy v letech 2009–2010, se do systému přihlásila kontaktní místa ČALS, jejichž snahou bylo s ČALS i nadále spolupracovat a sdílet dobrou praxi; proběhla v nich konzultační návštěva zástupců ČALS a na základě hodnocení jim byly uděleny první certifikáty Vážka; v další fázi proběhla certifikace jiných zařízení pečujících o klienty s demencí.

V současné době byla udělena certifikace Vážka i poskytovatelům, kteří nejsou kontaktními místy ČALS. V roce 2013 již třetinu všech držitelů certifikátu Vážka tvořili poskytovatelé sociálně zdravotních služeb, kteří prokázali, že splňují kritéria kvality péče o osoby s demencí. Mezi zájemce o certifikaci Vážka se může zařadit jakékoli zařízení, které poskytuje péči lidem s demencí a podporu jejich rodinám.

Mohou to být zařízení, jejichž zřizovatelem jsou kraje, obce, nestátní neziskové nebo církevní organizace i fyzické osoby a soukromé společnosti. Podmínkou udělení certifikátu Vážka je, aby se jednalo o zařízení, které péči o lidi s demencí poskytuje jako registrovanou sociální službu.

Zařízení, která provozují lůžkovou pobytou péči, a kontaktní místa ČALS musejí projít certifikací zdravotně sociální služby poskytující péči osobám s demencí. Proces certifikace všech služeb byl zahájen koncem roku 2009, aktuálně mají certifikaci za sebou všechna zařízení poskytující pobytové služby a také denní stacionáře. Od poloviny roku 2011 pro-

vádí ČASL audit také všech zařízení, která deklarují služby pro klienty s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence.

Pravidla pro udělování certifikátu Vážka

- Certifikát Vážka uděluje ČALS provozovatelům zařízení poskytujících kvalitní služby pro lidi s demencí.
- Certifikát je udělován na základě výsledků auditu v zařízení zájemce o certifikaci. Auditovány jsou všechny oblasti a kritéria, které jsou definovány v dokumentu Kritéria hodnocení kvality Vážka, ve znění platném v okamžiku konání auditu. Tato kritéria jsou uveřejněna na webových stránkách ČALS.
- Žadateli o certifikaci kvality Vážka jsou provozovatelé zařízení, která poskytují péči pro lidi s demencí v souladu s dokumenty ČALS Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence a podle Strategie ČALS P-PA-IA.
- Auditoři se v rámci certifikace Vážka zaměřují na kvalitu poskytované péče na oblasti na denní programové aktivity, nefarmakologické přístupy, účelné farmakoterapie, kvalitu života klienta, bezpečnost prostředí, podporu rodinných příslušníků, nabídku zdravotně sociálních služeb, respektování důstojnosti, autonomie klienta a na multidisciplinární přístup pracovníků v pobytových, ambulantních a terénních zdravotně sociálních službách.
- Odborníci rozlišují kvalitu poskytované péče v pobytových a ambulantních službách, kdy je kladen důraz na zdravotně sociální potřeby klientů a zajišťování těchto potřeb podle Strategie P-PA-IA dostupné na webových stránkách ČALS.

Kvalita poskytované zdravotně sociální péče je hodnocena podle Strategie P-PA-IA v těchto rovinách:

- jak je zabezpečena individualizovaná péče o klienta,
- jak je zabezpečena důstojnost klienta,
- jak je zabezpečena zdravotní péče o klienta,
- jak je zabezpečeno farmakologickými a nefarmakologickými přístupy zvládání problematického chování,
- jak je zabezpečeno používání omezovacích prostředků v souladu s potřebami klienta,
- jak je zabezpečena bezpečnost klienta,
- jak je zabezpečena výživa a hydratace klienta,
- jak je zabezpečena podpora rodinným příslušníkům (pomoc, podpora),
- jaký je celkový pohled na zařízení a jeho funkčnost vzhledem k potřebám klientů,
- zda jsou společné prostory a pokoje klientů přizpůsobeny potřebám klientů,
- jak jsou zabezpečeny hygienické požadavky klientů,
- zda kvalifikace personálu a celoživotní vzdělávání je uzpůsobeno a odpovídá potřebám klientů,
- zda počet personálu odpovídá potřebné zdravotně sociální péči o klienty.

- Zda je personál motivován a podporován v rámci celoživotního vzdělání k rozvoji svých dovedností a vědomostí k podpoře a pomoci klientům a rodinným příslušníkům

O certifikaci Vážka mohou zažádat zařízení jak zdravotnická, tak sociální. Podmínkou je, aby se v případě sociálního zařízení jednalo o zařízení, které služby pro lidi s demencí poskytuje jako registrovanou sociální službu, a v případě zdravotnického zařízení byla služba registrována krajským úřadem. Registrace sociálního či zdravotnického zařízení zajišťuje, že dané pracoviště poskytuje své služby v souladu s obecně závaznými právními přepisy (včetně například hygienických norem atd.).

Audit

Auditoři hodnotí veškerá kritéria, která jsou definována v dokumentu Kritéria hodnocení kvality Vážka.

Audit provádí tým auditorů ČALS, a to v počtu alespoň tří osob. Tým má určeného vedoucího, který zpracovává hodnotící zprávu. Žadatel poskytuje auditorům veškerou potřebnou součinnost. Audit probíhá ve sjednaném termínu, v zařízení, které žádá o certifikaci, po nezbytně dlouhou dobu (zpravidla jeden pracovní den).

Hodnocení kritérií dosahuje hodnot splněno versus nesplněno, případně je použita pětistupňová škála A, B, C, D, E: A = výborné, nadprůměrné (100 %), B = splňující požadavky bez výhrady (85 %), C = splňující požadavky s určitou přijatelnou výhradou (70 %). D = uspokojivé s výraznějšími výhradami (50 %), E = závažná neshoda, není přijatelné (0 %).

Tento systém hodnocení kvality odborníky ČALS je uveden z důvodů dalšího možného hodnocení z pohledu respektování kvality života u lidí s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí ve zdravotně sociálních službách. Lidé trpící demencí dost často nemohou objektivně posoudit poskytovanou kvalitu služeb, a odborná společnost tedy musí chránit klienta a jeho rodinu z pohledu „*příkladu správně praxe*".

10.2.2 Značka kvality v sociálních službách Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Mezi další novinky hodnocení kvality poskytované péče v pobytových zařízeních sociálních služeb z pohledu odborné společnosti patří značka kvality, kterou rozvinula Asociace poskytovatelů sociálních služeb.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky je největším tuzemským profesním sdružením svého druhu. Jde o nezávislé sdružení právnických a fyzických osob, registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, sledující jako základní cíl rozvoj a zvyšování úrovně sociálních služeb. Svoji činnost vyvíjí především tím, že:

- zastupuje a hájí zájmy svých členů u státních a ostatních zainteresovaných institucí, zejména předkládáním odborných stanovisek, kvalifikovanou oponenturou a iniciací a podporou žádoucí právní regulace sociálních služeb;

- zprostředkovává přenos vědeckých a výzkumných poznatků do činnosti poskytovatelů sociálních služeb a předávání tuzemských i zahraničních odborných zkušeností svým členům;
- reprezentuje společné zájmy a potřeby svých členů u veřejnosti v tuzemsku i zahraničí;
- vyvíjí studijní, dokumentační, informační, vzdělávací a expertní činnost.

Značka kvality v sociálních službách Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky má snahu poskytnout novým uživatelům sociální služby či zájemcům o ni, ale také jejich rodinným příslušníkům jednoznačnou informaci o tom, jakou kvalitu mohou od života v daném zařízení sociálních služeb očekávat. Jde o systém externí certifikace, který je založen na tzv. udělování hvězd. V praxi tak již při vstupu do zařízení uvidí jak jeho nový uživatel, tak případně i jeho rodina, zda jde např. o zařízení dvouhvězdičkové nebo pětihvězdičkové.

Značka kvality v sociálních službách hodnotí všechny důležité aspekty pobytu v zařízení, a to pouze z jednoho úhlu pohledu – z pohledu samotného uživatele této sociální služby.

Původně byla Značka kvality vytvořena pro domovy pro seniory. Od dubna roku 2013 byl systém zpřístupněn i pro službu domovů se zvláštním režimem a pro kombinaci těchto dvou služeb. V případě zájmu o certifikaci kombinace služeb musí být v rámci služby domova se zvláštním režimem garantována cílová skupina věkově odpovídající cílové skupině služby domova pro seniory.

Seznam držitelů ocenění Značka kvality v sociálních službách se nadále rozrůstá, prokazatelné je zvýšení zájmu o certifikaci v souvislosti se zařazením systému do prestižního vládního Programu Česká kvalita garantujícího objektivitu a nezávislost svých značek. Seznam držitelů kvality je dostupný na webových stránkách Asociace poskytovatelů sociálních služeb.

Značka kvality usiluje o zvyšování kvality v certifikovaných zařízeních, poukazuje na slabá místa v poskytování péče a předkládá doporučení, v jakých oblastech je možné se dále zlepšovat.

Model hodnocení kvality

Tento nový, vícerozměrný přístup hodnocení kvality v domovech pro seniory je založen na holistickém pojetí kvality života, na nejznámějším modelu měření a hodnocení kvality života vyvinutém Centrem pro podporu zdraví při University of Toronto v Kanadě.

Zahrnuje pět základních domén mezi, které patří:

1. Zdraví
2. Rodina a sociální život
3. Bydliště, komunita a okolí
4. Práce a profesní rozvoj
5. Volný čas a osobní rozvoj

Hodnocení v systému Značka kvality

V tomto systému bylo pro zařízení stanoveno celkem 5 vstupních kritérií (ubytování, stravování, kultura a volný čas, partnerství, péče). V rámci hodnocení Značka kvality je posuzováno celkem 24 perspektiv, 166 subperspektiv a 283 kritérií. Jedná se tedy o velmi přísná kritéria, která musí poskytovatel splnit, aby certifikaci Značka kvality získal.

Kritéria pro vstup do systému hodnocení:

1. Možnost uzamčení pokoje uživatelem
2. Volný pohyb uživatelů v zařízení
3. Bezbariérovost
4. Průchozí pokoje
5. Kapacita tří a vícelůžkových pokojů

Přehled hodnocených oblastí, perspektiv a subperspektiv je uveden pouze ve zkrácené verzi, neboť podrobnější informace lze získat na webových stránkách (www.apsscr.cz):

- *Hodnocení ubytování klienta:* Auditoři hodnotí například poměr jednolůžkových pokojů a jeho vybavení vzhledem k potřebám klienta a další parametry, vybavenost pokoje, signalizace, bezpečnostní opatření pokoje, bezbariérovost, společenskou místnost, orientační/informační systém pro klienty, čistotu prostředí domova, barevnost prostředí domova, kuchyňský, prádelenský provoz a další provozy, park, zahradu, parkování, návaznost na místní (veřejnou) dopravu, navigaci k domovu z okolí a další.
- *Stravování:* Auditoři hodnotí zejména například návaznost služeb, jako je výběr z více jídel, nabídku stravování pro vegetariány, nabídku dietní stravy, nabídku nápojů, počet studených, resp. teplých večeří týdně, zajištění nutriční péče, pestrost stravy, dostupnost nutričních přípravků pro osoby, které nepřijímají běžnou stravu, nabídku úpravy hrubosti stravy mletím, mixováním pro osoby, které mají problém s přijímáním celé potravy, kulturu a formu stravování, prostírání stolu, ubrusy, kořenky, příbory, ubrousky, čistotu prostředí, nádobí, příborů, výzdobu prostor pro stravování, obsluhu – servírování, kulturu podávání stravy na lůžku, na pokoji uživatele, v malých jídelnách.
- *Kultura a volný čas:* Auditoři hodnotí zejména například kulturní a společenské akce odpovídající cílové skupině, informovanost uživatelů o kulturních a společenských akcích a umožnění účasti na nich, nabídku prostoru pro uspořádání rodinných akcí, nabídku prostoru pro vlastní kulturní a společenský život uživatelů, umožnění individuálních a skupinových sportovních aktivit, výletů, zprostředkování kontaktů na duchovní, individuální pastorační péči, organizování pravidelných přednášek, diskusních pořadů, besed, kurzů, výuky jazyků, trénování paměti. Dále posuzují, zda zařízení disponuje vybavenými prostory pro tvořivé činnosti a hobby aktivity uživatelů, organizuje individuální doprovod (asistence) na základě osobních potřeb a přání uživatele vlastními pracovníky i zprostředkovaně jinými poskytovateli či dobrovolníky.
- *Partnerství:* Auditoři hodnotí zejména například komunikaci, která spočívá především v pravidelném informování organizace, setkání s vedením organizace, podávání in-

formací od uživatelů a vyhodnocování, zjišťování poznatků od rodinných příslušníků, volbu denního režimu, výběr pokoje, spolubydlícího během pobytu v zařízení, přání a oslavy narozenin, respektování osobního prostoru a dodržování etických pravidel, vstup do pokoje a zavírání dveří pokoje, zajištění intimity klienta při osobní hygieně, převlékání, ošetřovatelské péči apod.

- *Péče:* Auditoři hodnotí zejména například kvalitu sociální péče, sociální šetření v místě pobytu uživatele, kontrolní systém přímé péče, komunikace s uživatelem při ošetřovatelském procesu, organizaci péče o denní aktivity klienta (osobní hygiena, péči o nehty, vlasy, zubní náhradu, péče o kůži, péče o kůži, použití WC, pomoc při použití WC a další denní aktivity). Dále hodnotí terapeutickou péči, která v sobě zahrnuje například: individuální a skupinové terapie vhodné pro cílovou skupinu, zdravotní péči, rehabilitační zdravotní péči, ergoterapii, počet fyzioterapeutů v zařízení, antidekubitní program (prevence vzniku proleženin), systém prevence dekubitů, zajištění zdravotní péče, podporu uživatelů při zajištění praktického lékaře, zajištění služeb odborných lékařů, podporu uživatelů při výběru zdravotní pojišťovny a respektování výběru, prevenci pádů, sledování a podporu pitného režimu u osob s rizikem dehydratace, sledování a podporu přijímání potravy u osob s rizikem malnutrice, kontrolní systém ošetřovatelského procesu.

Výhody pro poskytovatele, které již mají Značku kvality:

- Mohou demonstrovat kvalitu zařízení směrem k uživatelům, jejich rodinným příslušníkům a široké veřejnosti.
- Zvýšení prestiže organizace vůči klientům a rodinným příslušníkům.
- Získání odborné zpětné vazby na poskytované služby, která je velmi důležitá při získávání finančních prostředků z různých zdrojů (kraje, města, obec a další).
- Možnost prezentovat zařízení jako dobré praxe poskytování kvalitní péče klientům prostřednictvím webových stránek Značky kvality.
- Možnost představit svoje zařízení v časopise Sociální služby, který je distribuován v rámci celé České republiky.
- Získání doporučení, v jakých oblastech je možné se dále zlepšovat.

V současné době se seznam držitelů ocenění Značka kvality v sociálních službách nadále rozrůstá, prokazatelné je zvýšení zájmu o certifikaci v souvislosti se zařazením systému do prestižního vládního Programu Česká kvalita garantujícího objektivitu a nezávislost svých značek.

Značka kvality usiluje o zvyšování kvality v certifikovaných zařízeních, poukazuje na slabá místa v poskytování péče a předkládá doporučení, v jakých oblastech je možné se dále zlepšovat.

Certifikace Značky kvality v sociálních službách

Značka kvality v sociálních službách je založena na principech dobrovolnosti, transparentnosti a dostupnosti. Kvalita sociální služby je hodnocena z pohledu uživatele služby. Vznik systému Značka kvality (dále jen ZQ) byl ovlivněn ostatními dostupnými modely měření kvality a inspirován systémy fungujícími v jiných evropských zemích, zejména ve Velké Británii, Německu, Rakousku a Švýcarsku. Rovněž byla analyzována návaznost a rozdílnost systému ZQ se standardy kvality sociálních služeb.

Principy certifikace Značka kvality

Principy certifikace Značka kvality kopírují modely jiných evropských zemích, které jsou však přizpůsobeny českým podmínkám.

- Princip pohledu uživatele – kvalita je definována z pohledu uživatele sociální služby domov pro seniory a zájemce o službu. Pohled uživatele je stěžejním kritériem, neboť klient by měl určovat kvalitu poskytovaných služeb podle svých potřeb.
- Princip dobrovolnosti – certifikace a žádost o udělení certifikace systému Značka kvality v sociálních službách je na dobrovolném rozhodnutí poskytovatele sociální služby, jeho zřizovatele či obou subjektů. Obecně lze říci, že pokud se zřizovatel rozhodne ucházet se o certifikaci, jde mu o zkvalitnění péče o klienty a přizpůsobení se novým trendům poskytování péče.
- Princip transparentnosti – jednotlivá hodnotící kritéria, perspektivy a subperspektivy jsou velice jasně a jednoznačně stanoveny. Každý zájemce o udělení certifikace Značka kvality v sociálních službách si provede vlastní sebehodnocení, na základě kterého bude nejen relativně přesně zřejmé, jakého hodnocení bude moci dosáhnout, ale může si přesně specifikovat a stanovit, jaká opatření učinit k získání vyššího hodnocení. Tento aspekt je velmi motivující pro všechny poskytovatelé, kteří se rozhodnou neustále zvyšovat kvalitu poskytované péče.
- Princip dostupnosti – Značka kvality v sociálních službách je finančně, časově a místně dostupný systém pro každého poskytovatele.

Předpokládané výsledky a dopady:

- Zvyšování kvality poskytovaných služeb v domovech pro seniory formou motivace managementu, které se mohou inspirovat v jiných organizacích, které získaly certifikát kvality.
- Zlepšení orientace zájemců o službu v úrovni kvality poskytovaných služeb. V současné době potencionální klienti a jejich rodinní příslušníci vyhledávají dostupné a kvalitní služby z různých veřejných zdrojů, které jim pomáhají ve vyhledání kvalitní služby.
- Zlepšení mediálního obrazu pobytových zařízení soc. služeb, které jsou v současné době někdy prezentovány pouze v negativních kauzách. Sociální služby, které jsou příkla-

dem dobré praxe, se prezentují pouze v odborné veřejnosti, ale pro média je na okraji zájmů.

- Zlepšení názoru a vnímání pobytových služeb a zařízení u široké veřejnosti, která může díky zavedené značky kvality služeb získat podvědomí, že poskytované služby v jejich regionu splňují požadovanou kvalitu klienta a rodinných příslušníků.
- Reflexe výstupů hodnocení kvality při stanovování výše úhrad, tj. prvek posilující tržní prostředí sociálních služeb. V současné době jsou sociální služby poskytující sociálně zdravotní péči značně podfinancovány zdravotními pojišťovnami. Odborná veřejnost si musí uvědomit, že pokud sociální pobytové služby poskytují sociální péči klientům ve III. a IV. stupni závislosti, má klient i zdravotní potřeby. Tyto potřeby musejí být uspokojeny profesionálními nelékařskými pracovníky, kteří musejí zabezpečit kontinuální ošetřovatelskou péči, kterou tito klienti vyžadují.
- Zpětná vazba zřizovatelům sociálních služeb je zajištěna jednak zvýšenou poptávkou o služby, veřejnou podporou z dotačního programu financování sociálních služeb, odbornou podporou z hlediska příkladu dobré praxe v sociálních službách.

Inspirace evropskými systémy hodnocení kvality

Při vytváření systému hodnocení Značka kvality v sociálních službách – domovech pro seniory se vycházelo z podobných systémů hodnocení realizovaných v jiných zemích.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb předložila a úspěšně dokončila v roce 2011 Projekt E-Qalin, který byl podpořen z Evropského sociálního fondu v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, prioritní osa 4.3. Posláním projektu bylo zavedení evropského modelu měření a zvyšování kvality E-Qalin do českého prostředí poskytování sociálních služeb. V rámci projektu bylo podpořeno celkem 15 zařízení poskytujících sociální služby vybraných na základě dotazníkového šetření a ve spolupráci s příslušnými krajskými úřady.

Model E-Qalin se dělí na dvě oblasti řízení kvality:

- Struktury & procesy
- Výsledky, které umožňují kritický pohled na zařízení z pěti různých perspektiv

Model E-Qalin je proces sebehodnocení v systému řízení kvality, podporuje každodenní praxi pro potřeby uživatelů, zaměstnanců a rodinných příslušníků. Metoda zkoumá a kontroluje veškeré procesy v organizaci, struktury s ohledem na výsledky spokojenosti klientů.

Výhodou tohoto modelu řízení kvality je, že se jedná o dynamický proces - je ponecháno na samotné organizaci, jaké další cíle si sama zvolí ve svém rozvoji do budoucna. I v tomto modelu je velmi důležitá spolupráce všech účastněných aktérů, jako jsou management, zaměstnanci, klienti, rodinný příslušníci a zřizovatelé. Základním kamenem je učící se organizace.

Vlastní hodnocení organizace je modifikované podle Demingova cyklu: Plánuj – Udělej – Zkontroluj – Navrhni řešení.

Vždy je nutné předem si stanovit cíle zlepšení kvality v organizaci a jednotlivé indikátory k dosažení cílů.

Na počátku je třeba stanovit plán změny a položit si základní otázky:

- Jak bude plán systematicky realizován?
- Kdo se bude na plánu podílet?

Dále se musejí přesně ve fázi Udělej identifkovat lidské zdroje, které se budou podílet na realizaci změn v organizaci:

- Jak se uskuteční realizace v organizaci?
- Kdo se bude podílet?

Fáze Zkontroluj je velmi důležitá, neboť se během ní stanovují indikátory, zda jsou cíle splněny:

- Jak se uskutečňuje kontrola dosažení cílů a plánů?
- Kdo se podílet a zúčastní?

Fáze Návrh zlepšení je nejdůležitější. Přináší návrhy a podněty na zlepšení kvality v organizaci:

- Jak jsou odvozena zlepšení?
- Kdo se nach podílí?

Tento cyklus v modelu E-Qalin se znovu opakuje, dokud se nedosáhne úspěšné změny ve prospěch spokojenosti klienta.

Druhým nosným sloupem modelu E-Qalin jsou výsledky, které jsou získávány z výše uvedených procesů a kvantifikovány prostřednictvím ukazatelů. V rámci této modelové části je analyzováno, jaké dílčí výsledky organizace mohou být dosaženy a jak mohou být plánovány a řízeny.

Výsledkům přísluší v modelu E-Qalin stejná důležitost jako strukturám a procesům. Většina zemí Evropské unie má systém certifikace kvality sociálních služeb, který vykazuje rozdílnosti dané úrovní sociálních služeb v příslušné zemi. V rámci vytváření českého systému Značka kvality E-Qalin v sociálních službách byla analyzována ve Velké Británii, Rakousku, Německu a Švýcarsku. Informace o těchto systémech byly použity pouze jako inspirace, příp. doplnění některých perspektiv či subperspektiv, jelikož není možné adaptovat jednotlivé národní systémy. Pojetí a nastavení kvality je totiž odlišné nejen v závislosti na stávající úrovni kvality vybavenosti a dostupnosti sociálních služeb v dané zemi, nýbrž také na subjektivním vnímání kvality, resp. kvalitativních kritérií obyvatelstva dané země.

Je tak zcela pochopitelné, že např. kritérium, které může být naprosto zásadní pro země středomořského typu, bude zcela nevýznamné pro země skandinávské, a naopak. I z tohoto důvodu není možné vytvořit celoevropskou certifikaci kvality a Evropská unie se tak

soustředí na vznik tzv. minimálních standardů, a to zejména v oblasti práv a důstojného života seniorů.

Některá zařízení sociálních služeb v České republice získala značku kvality podle modelu E-Qalin. Jsou to zařízení, která poskytují sociálně zdravotní péči v pobytových zařízeních. Více informací lze získat na webových stránkách Asociace poskytovatelů sociálních služeb.

Systém hodnocení Značka kvality v sociálních službách v domovech pro seniory byl vytvořen s ohledem na české reálie, kulturu a současnou situaci v sociálních službách, ale i s přihlédnutím k vnímání a hodnocení kvality služeb v ČR.

11 Závěr

V publikaci byly popsány systémy kvality, postupy a procesní řízení, které představují návod pro zdravotnická a sociální pobytová zařízení a mohou být užitečné pro management organizací poskytujících zdravotně sociální péči. Systém Kontinuální zvyšování kvality lze využít ve zdravotnických i sociálních organizacích, které mají zájem o proklientský přístup. Tento model lze využít ve všech organizacích, které chtějí změnit svůj přístup ke klientům a zároveň zvyšovat úroveň ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelské standardy a jejich využití v praxi a také různé zvolené modely řízení kvality v organizaci jsou variabilní dle tipů poskytování zdravotní péče. Organizace může zvolit sledování kvality z různých úhlů pohledů, ale nejdůležitější je pohled klienta, který hodnotí, zda se jeho očekávání splnilo. Organizace mohou v hodnocení kvality poskytované péče zvolit spokojenost klienta z hlediska subjektivního nebo objektivního hodnocení dimenzí poskytovaných zdravotních a doplňkových služeb. Zdravotnická zařízení mají možnost vytvářet si podle vlastních potřeb hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb, které však „*amatérským způsobem zpracování*" neodpovídají systémům hodnocením kvality na celorepublikové úrovni.

V současné době jsou na trhu modely řízení kvality a hodnocení, které může organizace současně porovnávat a analyzovat s jinými organizacemi poskytujícími zdravotní péči.

Závěr publikace byl také věnován hodnocení kvality nastaveného modelu řízení kvality ve zdravotnickém a sociálním systému, kde je poskytována významně i ošetřovatelská péče. Rozpracované modely kvality péče a hodnocení jsou uvedené v souvislosti s moderními trendy ošetřovatelské praxe.

Seznam použité literatury

Bártlová S., Hnilicová H.: Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000.

Disman J.: Jak se vyrábí sociologická znalost. 3. vydání. Praha: Karolinum 2003.

Gladkij I.: Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press 2003.

Hendl J.: Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál 2008.

Janoušek J.: Sociální komunikace. Praha: Svoboda 1968.

Jeřábek H.: Úvod do sociologického výzkumu. Praha: Univerzita Karlova 1993.

Kalvach Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie. 1. vydání, Praha: Grada 2004.

Kotter J.: Leading change. Bostton: Harvard Business School Press 1996.

Lippertová-Gruberová M.: Neurorehabilitace. 1. vydání. Praha: Galén 2005.

Marek J., Kajml P.: Metody moderního řízení organizací soukromého, veřejného i neziskového sektoru na bázi sociálního dialogu. Praha: Oeconomica 2012.

Mastiliaková D.: Úvod do ošetřovatelství II. díl. Praha: Nakladatelství Karolinum 2003.

Müllerová S.: Komunikační dovednosti. Liberec: Technická univerzita 2000; 109 s.

Nursing-Sensitive Duality Indicators for Acute Care Setting and ANAś Safety & Duality Initiative. www.nursingworld.org, 1999.

Staňková M.: České ošetřovatelství 6. Hodnocení a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno: NZO NCO 2001.

Surynek A., Komarová R., Kašparová E.: Základy sociologického výzkumu. Praha: Management Press 2001.

Škrla P., Škrlová M.: Kreativní ošetřovatelský management. 1. vydání. Praha: Advent-Orion 2003.

Reichel J.: Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. 1. vydání. Praha: Grada 2009.

Truneček J.: Znalostní podnik ve znalosti společnosti. Praha: Professional Publishing 2004.

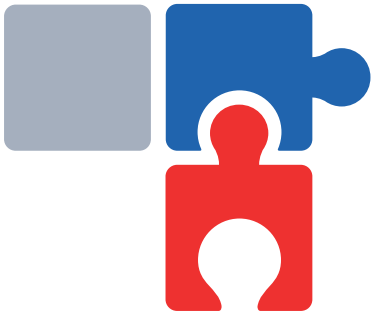
Internetové zdroje: www pickereurope.org, http://www.znackakvality.info/, http://www.apsscr.cz/cz/nabizime/e-qalin, http://www.sakcr.cz, http://www.alzheimer.cz/certifikace-vazka/

Curriculum vitae

Mgr. et Bc. Monika Válková
Datum narození: 3. 7. 1966

Vystudovala Střední zdravotnickou školu v Kolíně, v roce 1992 absolvovala v rámci obor Ošetřovatelská péče o nemocné v neurologii v Brně, v roce 1999 ukončila studium na LF UK Hradec Králové, obor Ošetřovatelství, psychologie, pedagogika, kde získala titul Bc. V roce 2006 dokončila studium programu Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy (UK), a to získáním titul Mgr. Od roku 2007 studuje na Fakultě humanitních studií UK doktorandský program Aplikovaná etika.

Ve svém profesním životě se věnovala práci ve zdravotnictví: 15 let byla vrchní sestrou na Neurologickém oddělení Oblastní nemocnice Kolín, 5 let působila jako hlavní sestra nemocnice a 5 let jako poradkyně v oblasti sociálně zdravotní péče na ministerstvu práce a sociálních věcí. V současné době je odbornou lektorkou na Univerzitě Karlově v Praze a dále se věnuje poradenské činnosti v oblasti sociálně zdravotní péče.



Vytvořeno a vytištěno v rámci Individuálního projektu Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost "Odborné vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků I. ". Číslo projektu: CZ.1.04/1.1.00/D3.00004.

esf evropský sociální fond v ČR
EVROPSKÁ UNIE
OPERAČNÍ PROGRAM LIDSKÉ ZDROJE A ZAMĚSTNANOST
PODPORUJEME VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz