

# **Zavedení kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče do zdravotnického zařízení v ČR**

Bc. Pavel Gottwald

---

Diplomová práce  
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky  
Ústav managementu  
akademický rok: 2006/2007

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Pavel GOTTWALD**  
Studijní program: **N 6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Management a marketing**

Téma práce: **Zavedení kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče do zdravotnického zařízení v ČR**

Zásady pro vypracování:

Úvod

I. Teoretická část

- Stanovte cíle diplomové práce.
- Zpracujte a kriticky zhodnoťte právní normy a literární zdroje, prezentujte poznatky pro praktickou část.

II. Praktická část

- Popište a analyzujte současný stav řízení kvality a bezpečí péče ve zdravotnických zařízeních v ČR.
- Navrhněte konkrétní opatření pro zavedení kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče ve zdravotnickém zařízení v ČR.

Závěr

Rozsah práce: 70 stran  
Rozsah příloh:  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

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

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1001-3.

MARX, David; VLČEK, František. Národní akreditační standardy pro nemocnice. 1.vyd. Praha: Spojená akreditační komise ČR, 2005.

ŠKRLOVI, Petr a Magda. Kreativní ošetrovatelský management. 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

Zákon 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu.

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Libor Šnédar, Ph.D.  
Ústav managementu  
Datum zadání diplomové práce: 9. března 2007  
Termín odevzdání diplomové práce: 4. května 2007

Ve Zlíně dne 9. března 2007

  
doc. PhDr. Vnislav Nováček, CSc.  
děkan



  
Ing. Pavla Staňková, Ph.D.  
ředitel ústavu

## **ABSTRAKT**

Cílem systém kvality ve zdravotnictví je kontinuální zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. Respektovat práva pacientů, zaměřit se na správné vedení zdravotnické dokumentace, omezit chyby, zavést hlášení mimořádných událostí, vzdělávat a hodnotit zaměstnance. Důležitou součástí systému je kontrola kvality interními audity.

Klíčová slova: práva pacientů, zdravotnická dokumentace, podávání léků, mimořádné události, mimořádné události, management ve zdravotnictví

## **ABSTRACT**

The objective of quality system in public health is continuous increasing of quality and safety of offering care. To respect discretions of patient to focus on right management of health documentation, to reduce mistakes, lead on report of extra situation, to education and classification of employees. Important part of quality control system by internal audits.

Keywords: patient's discretions, health's documentation, administration of medicines, extra situations, management of health

Motto:

„dělat správnou věc správným způsobem ve správný čas na správném místě správnou osobou“

MUDr. David Marx, Ph.D.

Poděkování,

chtěl bych poděkovat JUDr. Liborovi Šnédarovi, Ph.D. za inspiraci, podporu při zpracovávání práce a věnovaný čas.

Poděkování patří také Ing. Josefu Langerovi, MUDr. Davidovi Marxovi, Ph.D. a MUDr. Ivanovi Staňkovi za literaturu, podněty a informace k řízení kvality ve zdravotnických zařízeních a vzdělávání externích spolupracovníků Spojené akreditační komise ČR.

Osobní poděkování manželce Bc. Kamile Gottwaldové za pomoc při psaní práce v závěrečné fázi, kdy jsem měl zlomenou pravou ruku.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 CÍL DIPLOMOVÉ PRÁCE</b> .....	<b>11</b>
<b>2 PRÁVO A KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>12</b>
2.1 PRÁVNÍ NORMY VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	12
2.1.1 Zákon o péči o zdraví lidu .....	12
2.1.2 Předmět nejnovější novely .....	12
2.1.2.1 Nová pacientova práva .....	12
2.1.2.2 Práva osob nahlížet do zdravotnické dokumentace.....	13
2.1.2.3 Právo na informace po smrti pacienta .....	13
2.1.3 Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny č. 96/2001 Sb.m.s. ....	14
2.1.3.1 Článek 5 – Informovaný souhlas .....	14
2.1.3.2 Článek 10 - Ochrana soukromí a právo na informace .....	14
2.1.4 Listina základních práv a svobod .....	14
2.1.4.1 Článek 8.....	14
2.2 KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	15
2.2.1 Definice kvality zdravotní péče .....	16
2.2.1.1 Kvalita z hlediska klienta .....	17
2.2.1.2 Kvalita z hlediska poskytovatele .....	18
2.2.1.3 Kvalita z hlediska řízení.....	18
2.2.2 Vztah kvality a financování zdravotní péče.....	19
2.2.3 Přínos zajišťování kvality .....	20
2.2.4 Management kvality ve zdravotnictví.....	21
2.2.5 Řízení kvality podle ISO 9000 .....	21
2.2.6 Řízení kvality podle TQM / CQI.....	23
2.2.7 Řízení kvality podle Národní ceny kvality M. Balridge .....	25
2.2.8 Řízení kvality podle EFQM.....	26
2.2.9 Akreditace jako nástroj řízení kvality .....	28
2.2.10 Prvky zajišťování kvality péče.....	30
2.2.11 Standardy kvality péče.....	31
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>32</b>
<b>3 SOUČASNÝ STAV ŘÍZENÍ KVALITY VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH V ČR</b> .....	<b>33</b>
3.1 POCHYBENÍ V ČESKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	33
3.1.1 Hlášení mimořádných událostí .....	34
3.1.2 Světová aliance pro bezpečí pacientů .....	35
3.1.3 Postoj ministerstva zdravotnictví k bezpečí pacientů .....	36
3.1.4 Jak bezpečná je zdravotní péče?.....	37
3.2 PRÁVO NA STRANĚ PACIENTA VS. ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ.....	38
3.2.1 Trestněprávní vs. občanskoprávní řízení.....	39
3.2.2 Zdravotnická dokumentace jako důkaz .....	39

3.2.3	Vina organizace.....	40
3.3	MOTIVACE K PREFEROVÁNÍ KVALITY .....	41
3.3.1	Co by měla zdravotnická zařízení dělat, aby se vyhnuly soudním sporům? .....	41
3.3.2	Nejčastější problémy zdravotnických zařízení při akreditaci.....	41
<b>4</b>	<b>CESTA KE KVALITĚ = AKREDITACE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ .....</b>	<b>43</b>
4.1	PROJEKT KONTINUÁLNÍHO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY A BEZPEČÍ PÉČE .....	43
4.2	PRÁVA PACIENTŮ = STĚŽEJNÍ OBLAST KVALITY PÉČE .....	46
4.3	ZÁSADY VEDENÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE .....	47
4.3.1	Dokumentace ambulantního pacienta .....	49
4.3.2	Dokumentace hospitalizovaného pacienta .....	50
4.3.2.1	Překladová a propouštěcí zpráva .....	51
4.3.3	Další náležitosti zdravotnické dokumentace .....	51
4.3.4	Uložení a archivace.....	51
4.4	OPERACE.....	52
4.5	LÉKY .....	53
4.6	NEODKLADNÁ PÉČE .....	55
4.7	STRAVA.....	55
4.8	BEZPEČNOSTNÍ ASPEKTY PROVOZU ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ.....	56
4.9	ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY .....	58
4.10	PÉČE O ZAMĚSTNANCE.....	59
4.11	NEMOCNIČNÍ NÁKAZY .....	60
4.12	MANIPULACE S BIOLOGICKÝM MATERIÁLEM .....	60
4.13	SBĚR A ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ .....	61
4.14	HLÁŠENÍ MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTÍ.....	62
4.14.1	Postup při vzniku mimořádné události .....	63
4.14.2	Pro účely hlášení se mimořádné události dělí do následujících skupin: .....	64
4.15	ČASOVÝ HARMONOGRAM .....	65
4.15.1	Přípravná fáze (3 měsíce).....	65
4.15.2	Validační fáze (1 měsíc).....	65
4.15.3	Analytická fáze (1 měsíc).....	65
4.15.4	Realizační fáze (6 měsíců).....	65
4.15.5	Kontrolní fáze.....	65
4.15.6	Akreditační šetření.....	66
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>72</b>

<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>73</b>
---------------------------	-----------



## ÚVOD

Kvalita zdravotní péče je jedním z nejdiskutovanějších témat posledních let a zavedení kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče ve zdravotnických zařízeních se postupně stává prioritou pro mnohé nemocnice a odborné léčebné ústavy. Po vstupu České republiky do Evropské unie se v oblasti zdravotnictví začala více porovnávat právě kvalita poskytované zdravotní péče.

Významným faktorem je lepší informovanost pacientů, kteří si uvědomují možnost výběru a zvyšují tlak na zveřejňování údajů o kvalitě zdravotní péče. Další příčinou rostoucího zájmu o zavedení kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče ve zdravotnických zařízeních v ČR jsou důvody ekonomické, konkurenční a také prestižní. V současném stavu financování zdravotnictví je kladen důraz na efektivnost a hospodárnost vynaložených prostředků, které jsou úzce spjaty s řízením kvality poskytnuté péče.

Jako člen managementu, který má ve své kompetenci ekonomiku a provoz zdravotnického zařízení si plně uvědomuji důležitost této problematiky. Mám osobní zkušenost se zavedením kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče, které bylo podrobena závěrečnému úspěšnému akreditačnímu šetření Spojenou akreditační komisí České republiky. Tato diplomová práce vychází z mé pracovní praxe a je zaměřena na předání zkušeností z procesu zavádění kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče. Výstupem je vytvoření návodu pro akreditaci zdravotnického zařízení, který vychází ze standardů zveřejněných Ministerstvem zdravotnictví ve svém Věstníku č. 7 z června 1998. Národní akreditační standardy jsem utřídil podle tematických skupin a v jednotlivých skupinách jsem zdůraznil a doporučil postupy, které jsou podstatné pro řízení kvality v našich zdravotnických zařízeních.

## TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CÍL DIPLOMOVÉ PRÁCE

Cílem diplomové práce je zpracovat manuál pro projekt zavedení kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče ve zdravotnických zařízeních v České republice. Najít nejvhodnější systém řízení kvality, který může management zdravotnického zařízení použít jako nástroj pro vedení a zlepšování kvality poskytované péče. Zaměřit se na práva pacientů a zásady vedení zdravotnické dokumentace, které jsou stěžejní oblastmi pro kvalitní péči. V závěru navrhnout metodu hlášení mimořádných událostí jako minimalizaci rizik při poskytování zdravotní péče.

## **2 PRÁVO A KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ**

### **2.1 Právní normy ve zdravotnictví**

#### **2.1.1 Zákon o péči o zdraví lidu**

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, je součástí českého právního řádu již více než čtyřicet let. Jeho první změna však přišla až v roce 1990. Z pohledu počtu změn v jednom roce byl rekordním loňský rok, kdy bylo přijato celkem osm změn. Jedna změna však v loňském roce neprošla – sněmovní tisk č. 1045. Do poslanecké sněmovny jej v červenci 2005 předložila tehdejší ministryně zdravotnictví Milada Emmerová. V listopadu 2006 nový ministr zdravotnictví navrhl parlamentu schválit novelu zákona o péči o zdraví lidu (sněmovní tisk č.83) s téměř shodným textem, jaký byl v původním sněmovním tisku.

#### **2.1.2 Předmět nejnovější novely**

Novela přináší změny ve dvou oblastech. První se týká potravin pro zvláštní lékařské účely. Druhou měněnou oblastí je přístup k informacím o zdravotním stavu pacienta a poskytované zdravotní péči, a to především k těm údajům, které jsou zaznamenávány ve zdravotnické dokumentaci.

##### **2.1.2.1 Nová pacientova práva**

Dosud měl pacient pouze právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu.

Nyní by měla být jeho práva rozšířena o možnost nahlížet přímo do zdravotnické dokumentace a nechat si pořídit výpisy, či kopie těchto dokumentů.

Dále se zavádí právo pacienta určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu. Stejně tak může pacient vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoli osobě. Obě práva může pacient realizovat jak v den přijetí do zdravotnického zařízení, tak kdykoliv později v průběhu poskytování zdravotní péče. Pacient může též určit, že osoba, která má dle jeho vůle právo být informována o jeho zdravotním stavu, má též právo nahlížet a

pořizovat kopie. Pokud tak pacient výslovně nerozhodne, nemá tato osoba na nic z toho právo.

Aby bylo jednoznačně prokazatelné, jak pacient rozhodl, novela vyžaduje zaznamenat do zdravotnické dokumentace každé určení osoby oprávněné být informována o zdravotním stavu pacienta. Stejně tak může pacient určit osoby, kterým se nesmí podat žádné informace. Zápis o výše uvedeném musí být opatřen podpisem ošetřujícího lékaře i pacienta.

Novela výslovně uvádí, že nahlížení do zdravotnické dokumentace je možno jen v přítomnosti zdravotnického pracovníka. Mám určité pochybnosti k tomuto pravidlu. Chápu záměr aby nahlédnutí byl přítomen lékař, který může bezprostředně odpovědět na dotazy, které vzniknou při čtení z dokumentace. Naopak by tomu bylo, kdyby byl přítomen např. sanitář (který je také zdravotnickým pracovníkem), ale nekompetentní k poskytování a vysvětlení tázaných dotazů.

#### ***2.1.2.2 Práva osob nahlížet do zdravotnické dokumentace***

V § 67b odst. 10 zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu jsou uvedeny osoby, které jsou oprávněny nahlížet do zdravotnické dokumentace. Jde jak o samotné zdravotnické pracovníky, dále revizní lékaře, členy znaleckých komisí, soudní znalce. V praxi se již delší čas setkáváme s problémem, že tyto osoby neměly výslovně jiné právo než pouze nahlížet. Mnozí z nich požadovali zasílání kopií zdravotnické dokumentace ke své kontrolní činnosti. Novela těmto osobám právo na pořizování kopií umožňuje. Pacient nemůže vůči těmto osobám uplatnit své právo zákazu informovat je o jeho zdravotním stavu.

V případě, že pacient, nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informováni, dává novela právo na aktuální informace o zdravotním stavu osobám blízkým. Dané pravidlo reaguje na situace typu přijatého do nemocnice po autohavárii s vážnými poraněními a v bezvědomí. Ve chvíli, kdy se tuto skutečnost dozví jeho blízcí, zavolají do nemocnice a potřebují se dozvědět jeli pacient na živu a jaká je jeho prognóza. Málo který lékař odkáže na povinnou mlčenlivost a neřekne nic.

#### ***2.1.2.3 Právo na informace po smrti pacienta***

Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, právo nahlížet nebo právo na kopie mají nově osoby blízké zemřelému pacientu.

I když zesnulý pacient za svého života vyslovil zákaz poskytovat o svém zdravotním stavu, měli by nyní mít osoby blízké na tyto informace nárok. Zde novela reaguje na dlouho neřešený problém, který byl výrazně medializován v souvislosti s úmrtím Ivana Hlinky a zájmem jeho manželky o poskytnutou péči před jeho smrtí v karlovarské krajské nemocnici.

Novela jde jistě dobrým směrem, problémem v praxi však může být prokazování, kdo byl osobou blízkou zemřelému.

### **2.1.3 Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny č. 96/2001 Sb.m.s.**

#### **2.1.3.1 Článek 5 – Informovaný souhlas**

Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.

Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.

Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.

#### **2.1.3.2 Článek 10 - Ochrana soukromí a právo na informace**

Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.

Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat.

Pokud je to v zájmu pacienta může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2.

### **2.1.4 Listina základních práv a svobod**

#### **2.1.4.1 Článek 8**

Zákon stanoví, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu. Takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do 7 dnů.

## 2.2 Kvalita ve zdravotnictví

Zajišťování kvality zdravotní péče je v současnosti ve vyspělých zemích jedním z hlavních problémů ve zdravotnictví. V jednotlivých státech jsou přijímány mezinárodní cíle kvality zdravotní péče a do měření kvality jsou zaváděny kvantitativní metody. Kvalita by měl být jedním z hlavních pilířů restrukturalizace zdravotní péče v České republice. [3]

První kroky v zajišťování kvality, jak v teoretické, tak v praktické rovině, byly zahájeny ve Spojených státech amerických, později i v západoevropských zemích. V roce 1910 Ernest Forman zdůrazňuje význam standardů pro hodnocení nemocnice. V roce 1917 Americká chirurgická společnost (American College of Surgeons) definovala 12 standardů, kterým v té době vyhovělo pouze 89 nemocnic z celkového počtu 692 nemocnic. V roce 1926 byl k dispozici první tištěný manuál a v roce 1950 se standardy Joint Commission řídí již 3200 zdravotnických zařízení.

V roce 1951 vznikla Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH) spojením 5. organizací:

- American College of Physicians (ACP)
- American Hospital Association (AHA)
- American Medical Association (AMA)
- Canadian Medical Association (CMA)
- American College of Surgeons (ACS)

V roce 1953 JCAH publikovala Standardy pro akreditace nemocnic. Americký Kongres schválil, že pouze nemocnice akreditované JCAH, případně jinou akreditující organizací (i dnes se kromě Joint Commission of Healthcare Organisations podílejí na akreditaci i další agentury) mohou navázat kontakt s Medicare či Medicaid.

V dalších letech byly rozšířeny akreditace i na další zdravotnická zařízení, např. léčebny, agentury domácí péče, hospice, ambulance, laboratoře. V roce 1987 JCAH změnila název na Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) a postupně začala prověřovat více jak 20000 zdravotnických zařízení.

Zakladatelem celostního chápání kvality poskytování zdravotní péče v sedmdesátých letech 20. století byl Avedis Donabedian. [2] Koncem osmdesátých let se zájem o zlepšování kvali-

ty péče postupně rozšířil i do Evropy, např. ve Velké Británii, Německu a Belgii bylo kontinuální zvyšování kvality a bezpečí péče zabudováno do zdravotnického zákonodárství. V Evropě byla iniciátorem převážně zdravotnická zařízení a akademická veřejnost, role plátců zdravotní péče je významnější jen v některých státech (Německo), v jiných státech je silná motivační role státu (Itálie, Francie, Španělsko).

Mnoho podnětů při zajišťování kvality bylo převzato z oblasti průmyslu a obchodu, kde existují mezinárodní normy a předpisy pro srovnatelnost kvality výrobků.

Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ ČR) v roce 1996 zřídilo oddělení kvality péče. V roce 1997 byla ustavena na MZ ČR pracovní skupina pro akreditaci, která provedla pilotní projekt akreditační studii pěti nemocnic s cílem vyzkoušet aplikaci národních standardů kvality nemocnic a dále upozornit na některé problémy, které nebyly zevnitř organizace pocíťovány.

V roce 1998 vznikla Spojená akreditační komise ČR (SAK ČR), která kontroluje zavedení kontinuálního zvyšování kvality péče a provádí akreditaci zdravotnických zařízení.

Na základě dohody mezi MZ ČR, českou lékařskou komorou a Českou lékařskou společností J.E.Purkyně vznikla Rada pro medicínské standardy. Ve stejném roce vznikla při MZ ČR nejprve Rada pro národní standardy pro obor ošetrovatelství a v roce 2001 byla ustanovena pracovní skupina pro národní standardizaci ošetrovatelství. Tyto skupiny se snaží o vypracování jednotlivých oborových standardů péče a doporučených postupů, které by měly přispět ke zlepšování kvality péče v praxi.

Usnesením vlády č. 458/2000 vláda ČR přijala dokument „Národní politika podpory jakosti ČR“. Pro koordinaci uplatňování tohoto programu v souladu s politikou podpory jakosti Evropské unie, byla zřízena Rada ČR pro jakost. Standardizace je Evropskou unií obecně požadována, proto se také připravuje zakomponování „kontinuálního zvyšování kvality, standardů a akreditace“ do novelizace zdravotnické legislativy – zejména do zákonů o „zdravotní péči“ a o „zdravotnickém zařízení“.

### **2.2.1 Definice kvality zdravotní péče**

Definovat pojem kvalita není jednoduché, proto v literatuře nalezneme mnoho definic kvality. Nejnovější definice Světové zdravotnické organizace (WHO – World Health Organi-



sation) říká, že kvalita zdravotní péče je definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí technologického vývoje.

Maxwellova definice kvality zdravotní péče z roku 1984 obsahuje 6 parametrů:

- dostupnost péče,
- důležitost potřeb z hlediska celé komunity,
- účinnost z hlediska pacienta,
- spravedlnost péče,
- společenská přijatelnost,
- hospodárnost. [5]

V roce 1995 ve Spojených státech definovala JCAHO devět parametrů kvality péče:

- dostupnost péče (accessibility),
- účinnost péče (effectiveness),
- bezpečnost péče (safety),
- přiměřenost péče (appropriateness),
- komplexnost péče (comprehensiveness),
- návaznost péče (continuity),
- ekonomická efektivnost péče (efficiency),
- přijatelnost (acceptability). [4]

Kvalitu můžeme také vymezit z pohledu klienta, poskytovatele a řízení.

### ***2.2.1.1 Kvalita z hlediska klienta***

Zákazníkem ve zdravotnických službách jsou především sami pacienti / klienti, ale také jejich rodiny, lékaři odesílající pacienty na odborná vyšetření a zaměstnanci zdravotnického zařízení. Zákazníkem mohou být za určitých okolností i plátcí zdravotní péče (např. pojišťovny).

Tito zákazníci považují za důležité:

- prevenci zdravotních problémů,
- schopnost diagnostikovat zdravotní problémy,
- účinek poskytovaných služeb – výsledek zdravotní péče,
- shodu mezi diagnózou, prognózou a léčbou,
- délku léčby,
- dostupnost péče,
- zájem a profesionalitu,
- úroveň obav ve vztahu k léčbě,
- informace použitelné pro řízení individuální zdravotní péče. [4]

### **2.2.1.2 Kvalita z hlediska poskytovatele**

Poskytovatelé zdravotní péče poskytují zdravotní péči a zdravotní služby, anebo předávají klienty k jiným službám. Kvalita péče je pro ně významným prvkem marketingovým a konkurenčním a to jednak ve vztahu k veřejnosti (potencionálním budoucím pacientům) a jednak ve vztahu k plátcům zdravotní péče (pacientům samotným, státním institucím, zdravotním pojišťovnám). Kvalita zdravotní péče, měřitelná objektivními indikátory, je pro management daného zdravotnického zařízení i významným nástrojem pro zvyšování efektivity poskytované péče, řízení a rozvíjení lidských zdrojů v organizaci, plánování spektra a forem poskytované péče včetně jejich investičního zajištění.

S rostoucí ekonomickou náročností zdravotní péče (technologie, léčiva, ale i trénink vlastních poskytovatelů) se stává oblast sledování kvality a možnost argumentace „lepší“ péčí pro poskytovatele žadáným nástrojem. Další motivační oblastí je forenzní riziko poskytované péče. Zde se program kontinuálního zvyšování kvality obsahující systematické sledování pochybení a jejich prevenci stává nástrojem pro zvýšení bezpečí jak u pacientů, tak u pracovníků daného zařízení i zařízení jako celku. [12]

### **2.2.1.3 Kvalita z hlediska řízení**

Manažerský přístup ke kvalitě zdravotních služeb je realizován pomocí limitů a direktiv, stanovených vedoucími pracovníky na všech úrovních řízení a externími institucemi, plátcí

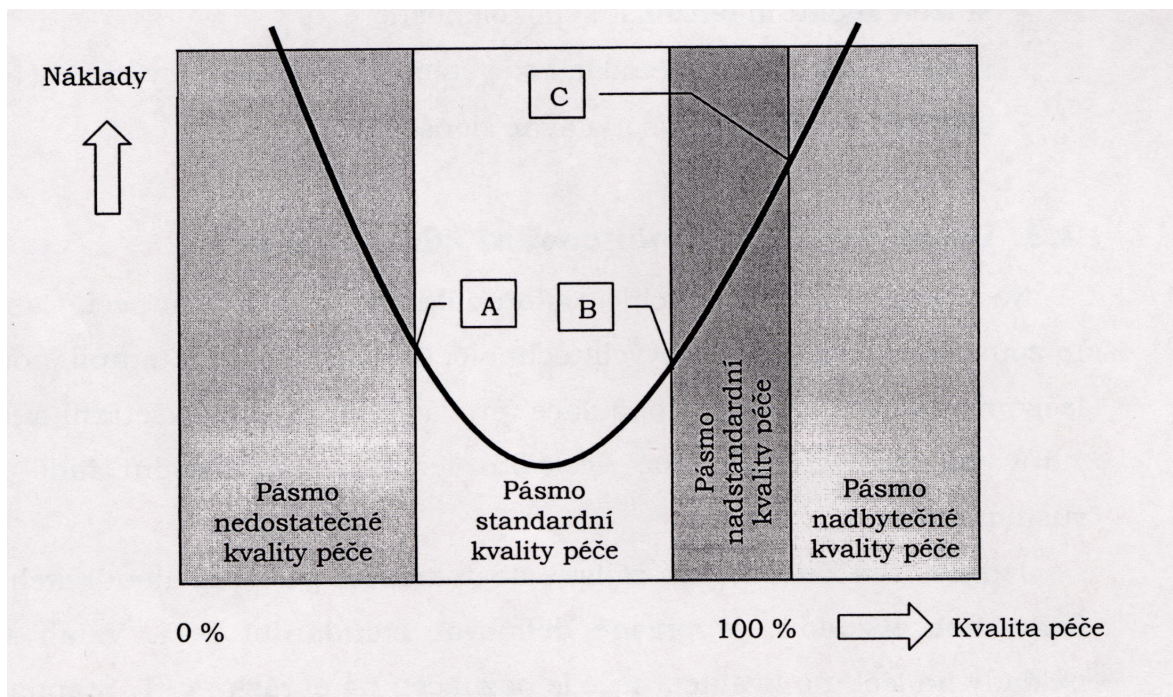
péče, orgány státní správy apod. Tato úroveň kvality může mít tendenci preferovat některé z následujících rozměrů kvality:

- odvrácení rizika a minimalizace zanedbání,
- pravidelné stanovování standardů,
- odborný rozvoj,
- služba klientům (stížnosti, spokojenosti),
- rozvoj organizace v metodách a systémech kvality (týmy kvality),
- celkové řízení kvality (soustavné zlepšování kvality).

### 2.2.2 Vztah kvality a financování zdravotní péče

Na celém světě velice rychle rostou náklady na zdravotní péči. Často je to způsobeno zaváděním nových technologií v diagnostice a terapii, nových léčiv, relativním stárnutím populace, prováděním mnoha vyšetření a léčby z důvodu obav ze špatného výsledku léčby a v neposlední řadě také růstem inflace. [5]

Jednou z možností, jak zajistit dostatečnou péči bez neudržitelných finančních nákladů, je přesně definovat standardní péči. Vztah mezi náklady na léčbu a kvalitou péče je naznačen na obrázku č.1. Standardní kvalita péče je znázorněna mezi bodem A (nepřípustně nízká kvalita) a bodem B (horní limit kvality péče), které proplatí zdravotní pojišťovna. Tento horní limit má dimenze medicínské, etické a finanční. Stanovení a přijetí tohoto limitu musí být předmětem jednání a dohody komor a odborných společností se zdravotní pojišťovnou. Pásmo B a C se týká nadstandardní péče, kterou pojišťovna neproplatí. Finanční zdroje na pokrytí tohoto nadstandardu musí být získány jiným způsobem, nejčastěji spoluúčastí pacienta.



Obrázek č.1: Náklady jako funkce kvality péče

### 2.2.3 Přínos zajišťování kvality

Přínos v zajišťování kvality je v:

- poskytování nejvhodnější péče nejlepším dostupným využitím současných poznatků,
- zmenšení příležitostí pro poskytování nevhodné nebo nedbalé péče a léčby,
- zlepšování kvality péče u jednotlivých zdravotnických pracovníků (snížení rozdílu v kvalitě péče mezi jednotlivými individuálními poskytovateli),
- zvýšení významu výchovy a dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků,
- možnosti větší informovanosti a odpovědnosti občanů a pacientů v péči o zdraví,
- větší odpovědnost ve vztazích mezi těmi, kteří péči poskytují a těmi, kteří ji financují,
- příležitosti k poskytování odpovídajících hodnot za vynaložené peníze,
- redukci nákladů (omezení zbytečných výdajů a vzrůstající ekonomičností),
- zmenšení prostoru pro korupci (za sponzorský dar „lepší“ péče),

- větší důvěryhodnosti zdravotnických organizací. [5]

#### 2.2.4 Management kvality ve zdravotnictví

Řízení kvality ve zdravotnictví se týká nejen samotné léčebné a ošetrovatelské péče, ale také podpůrných systémů ve zdravotnickém zařízení. To se může týkat provozů nebo služeb, např. informační technologie, údržba (zejména technologických zařízení), prádelna, kuchyně, spalovna, úklid, zásobování, skladování, přeprava pacientů nebo management zdravotnického zařízení.

Velmi aktuální v řízení kvality je bezpečné prostředí, ve kterém se zdravotní péče poskytuje – to znamená prevence ohrožení pacientů, jejich návštěv, zaměstnanců a dalších osob zdržujících se ve zdravotnickém zařízení požárem, fyzickým napadením, ztrátou či poškozením majetku apod.

Ve světě se využívá mnoho systému pro hodnocení kvality péče. Tyto systémy využívají:

- předem stanovená jasná kritéria či standardy, jejichž naplňování je hodnoceno uznávanou institucí,
- externí hodnotitele / konzultanty, kteří jsou do zařízení pozváni neformálně, aby posoudili plnění kritérií, nebo se jedná o inspektory vyslané uznávanou institucí, kteří hodnotí na základě jasně stanovených kritérií či standardů. [7]

#### 2.2.5 Řízení kvality podle ISO 9000

Mezinárodní organizace pro standardizaci (ISO – International Organisation for Standardization) je celosvětová federace národních organizací pro standardizaci. Její sídlo je v Ženevě. „ISO“ má původ v řeckém významu *isos* – *stejný*.

V roce 1987 byly přijaty mezinárodní normy řady ISO 9000. Jejich zpracování vycházelo ze zkušeností firem, které dosahovaly vynikajících výsledků v jakosti / kvalitě výrobků. Charakteristické rysy norem řady ISO 9000 jsou:

- zaměření na stabilitu jakosti / kvality,
- zavádění pořádku a disciplíny do zabezpečování jakosti / kvality,
- dokumentace všech postupů zabezpečování jakosti,

- dokladovost (záznamy, evidence) a realizace postupů,
- zpětná vazba a následná náprava.

Vypracování standardů a jejich aktualizaci provádějí technické výbory ISO a národní technické poradní skupiny. Standardy ISO musí být schváleny většinovým hlasováním členských států ISO.

Účelem ISO je poskytnout společnou základnu pro nezávislé hodnocení nebo registraci dodavatelů. Hodnocení obvykle provádí jiná instituce (certifikační autorita). Pravidla ISO též umožňují organizaci, aby sama o sobě prohlásila, že vyhovuje požadavkům ISO. Tento proces se nazývá certifikace jednou stranou (first-party certification), ale širokém měřítku není akceptován.

ISO standardy jsou seřazeny do 5. hlavních řad; ISO 9000-9004. ISO 9001 se zaměřuje na požadavky systému jakosti. Používá se v případě, že dodavatel má zaručit dodržování stanovených požadavků v průběhu plánování, vývoje, výroby, instalace a poskytování servisu. Tato řada ISO 9001 je rozpracována do 20. jednotlivých sekcí a považuje se za obsahově největší část systému.

Standardy ISO jsou zaměřené na jasně určený proces řízení kvality, jehož cílem je trvale produkovat výrobek nebo službu odpovídající daným kritériím a na posouzení této shody. Požadavky ISO jsou zaměřeny do oblasti výroby a používají terminologii lišící se od terminologie v oblasti zdravotnictví. To je jeden z důvodů, který znesnadňuje srovnání ISO se standardy zdravotní péče. Řada prvků systému ISO lze aplikovat do oblasti kvality péče, ale např. v oblasti hodnocení klinické péče to nelze.

Standardy ISO 9000 jsou zaměřené na systém řízení kvality, který zajišťuje dodržování specifických požadavků a na posuzování shody s přesným popisem. ISO používá následující kategorie:

- systém kvality,
- kontrola uzavřených dohod,
- kontrola systému plánování,
- kontrola dokumentů a dat,
- proces nákupu,

- kontrola produktu dodávaného zákazníkovi,
- identifikace produktu a jeho nezaměnitelnost,
- kontrola procesů,
- inspekce a testování,
- vybavení pro inspekci, měření a testování,
- stav testování,
- kontrola neshodného produktu,
- nápravné a preventivní činnosti,
- manipulace, skladování, balení, uchovávání a dodávání,
- záznamy o kvalitě,
- vnitřní audity kvality,
- udržování efektivní pracovní síly,
- údržba,
- statistické metody.

Z uvedených kritérií je zřejmé, že systém ISO klade nedostatečný důraz na poskytování klinické péče ve vztahu k pacientovi. Tento systém ale lze použít na posuzování např. laboratorní činnosti, kde kontrola kvality a měření je zásadní prioritou. [7]

### 2.2.6 Řízení kvality podle TQM / CQI

Total Quality Management (TQM) / Continuous Quality Improvement (CQI) vychází ze zkušeností předních japonských a marických firem zaměřených na zabezpečení jakosti / kvality. TQM / CQI slouží k identifikaci základních problémů, které trvale ovlivňují organizace vedoucí k uspokojení zákazníka. Odlišuje se od jiných přístupů důrazem na neustálé zlepšování. Hlavní rysy přístupu TQM / CQI jsou:

- orientace na zákazníka,
- zaměření kvality na celý proces (ne pouze na finální výrobek či službu),
- řízení procesů (ne pouze řízení cílů),

- tlak na trvalé zlepšování,
- podpora z managementu (určení strategických cílů, tlak a podpora jakosti / kvality),
- podpora od zaměstnanců,
- školení a moderní metody zabezpečení kvality.

V oblasti zdravotní péče se TQM / CQI opírá o Evidence Based Medicine – praxi založenou na důkazech. Charakteristickými rysy procesu je zaměření se na klienta – jeho spokojenost, přání a bezpečnost poskytované péče, chápání činnosti jako interakce systémů a procesů včetně testování změn s využitím dat, orientace na výkon a důraz na týmovou práci.

Postupy QI (Quality Improvement) zahrnují:

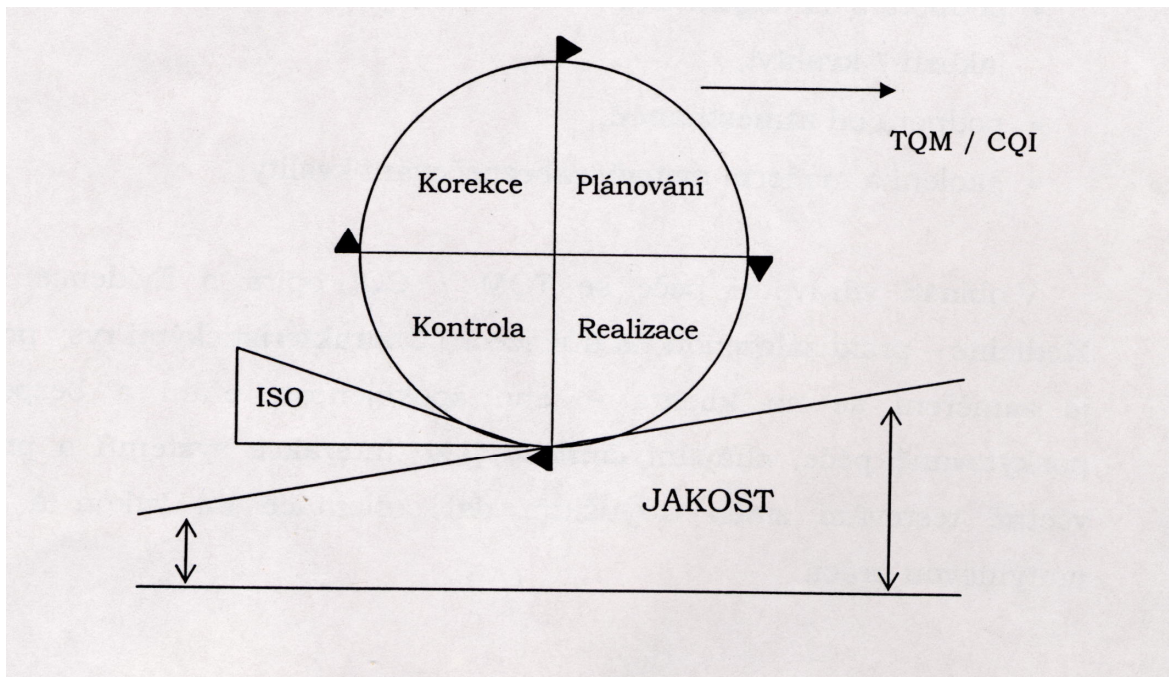
- identifikace problému,
- analýzy / porozumění problému,
- formulace hypotézy (jaká změna),
- ověření hypotézy,
- zavedení změny,
- PDCA (Plan – Do – Check – Act),

Chewhart cyklus: plánování – realizace - kontrola – korekce (viz obrázek č. 2)

TQM / CQI přístup zabezpečení jakosti / kvality je tvz. nadstavba norem ISO 9000, proto je vhodnější nejdříve postupy standardizovat a poté dále rozvíjet pomocí přístupu TQM / CQI.

[15]





Obrázek č. 2 – Kroky při řešení problémů a vztah ISO a TQM / CQI

### 2.2.7 Řízení kvality podle Národní ceny kvality M. Baldrige

Prezident R. Reagan v roce 1987 podepsal zákon č. 100-107, kterým na počest ministra Odchodu USA Malcolma Baldrige zřídil stejnojmennou Národní cenu Kvality. Tato cena, kterou uděluje Národní institut pro standardy a technologii při Ministerstvu odchodu USA, se stala označením vynikajících amerických společností. K vytvoření ceny Malcolma Baldrige vedly důvody:

- snaha o rozšíření informací o zvyšování kvality,
- potřeba poukázat na úspěchy dosažené v procesu zvyšování kvality,
- potřeba vzájemného předávání informací o zvyšování kvality.

Úspěch Baldrigeovy ceny spočívá v silné a aktivní vzájemné spolupráci mezi vládou a soukromým sektorem. Soukromá Nadace Národní ceny kvality Malcolma Baldrige získává finanční prostředky, Dozorčí rada, kterou z významných osobností jmenuje ministr obchodu USA, řídí a kontroluje všechny aktivity při udělení ceny. Rozhodní rada, kterou tvoří odborníci z oblasti obchodu a řízení kvality, posuzuje návrhy ne udělení ceny, navštívuje navržené organizace a navrhuje organizace na udělení ceny.

Držitelé Baldrigeovy ceny jsou na základě federálního zákona povinni poskytovat zájemcům informace o tom, jak postupují při řízení kvality.

Tato cena se uděluje v kategoriích:

- výrobní organizace,
- organizace služeb,
- drobné podnikání.

V roce 1998 byla publikována kritéria Baldrigeovy ceny pro oblast zdravotní péče se zaměřením na kontinuální zvyšování kvality z hlediska uspokojení zákazníka a se zaměřením na kvalitu provozu.

Kritéria Baldrigeovy ceny v oblasti zdravotní péče hodnotí:

- vedení a řízení,
- strategické plánování,
- zaměřením na pacienty, další zákazníky a na oblasti rozšiřování poskytování zdravotní péče,
- sběr a analýzu informací,
- zaměřením na zaměstnance,
- řízení jednotlivých procesů a hodnocení výstupů činnosti organizace. [7]

### 2.2.8 Řízení kvality podle EFQM

European Foundation for Quality Management (EFQM) byla založena v roce 1988 prezidenty 14. velkých evropských výrobních a obchodních společností za podpory Rady Evropy. V současné době jsou jejími členy více jak 600 společností; mezinárodní a národní společnosti, výzkumné instituce významných evropských univerzit.

Posláním EFQM je:

- Podporovat evropské organizace při činnostech zvyšujících kvalitu s cílem dosáhnout spokojenosti zákazníků a zaměstnanců, dosáhnout pozitivního vlivu na obchodní výsledky společnosti a na její společenský přínos,

- podporovat manažery evropských organizací při urychlování procesu, který vede k vnímání kvality jako rozhodujícího faktoru při získávání výhod při konkurenci.

Cíle EFQM jsou:

- poskytovat základní metodiku řízení organizace, poskytovat kritéria / standardy pro řízení a pro identifikaci oblastí, ve kterých je možné zlepšení bez ohledu na velikost organizace či spektrum její činnosti (postup shodný s principy akreditace JCAHO),
- udělovat mezinárodní cenu kvality organizacím dosahujících nejlepšího výsledku; vítězné organizace jsou pokládány za modelové.

Evropské ceny kvality se udělují ve čtyřech kategoriích:

- společnosti,
- provozní jednotky společnosti,
- instituce v rámci veřejného sektoru,
- malé a střední podniky.

EFQM při své činnosti klade také velký důraz na spolupráci mezi svými členy při výměně zkušeností o zvyšování kvality činnosti, o nově zavedených postupech vedoucí ke kontinuálnímu zvyšování kvality, konkurenceschopnosti a k vynikajícím obchodním výsledkům.

EFQM pracuje s holistickým přístupem, který pokrývá veškeré činnosti organizace a zaměřuje se na využití TQM jako nástroje pro dosažení nejlepšího obchodního výsledku.

Kategorie EFQM jsou podobné kritériím Baldrigeovy ceny:

- vedení a řízení,
- strategické plánování,
- řízení lidských zdrojů,
- zdroje,
- procesy,
- spokojenost zákazníků,
- spokojenost zaměstnanců,

- dopad na veřejnost,
- obchodní výsledky. [9]

### 2.2.9 Akreditace jako nástroj řízení kvality

Akreditace zdravotnických zařízení je jedna z důležitých objektivních metod hodnocení kvality zdravotní péče. Akreditace jsou řízeny a prováděny nezávislými neziskovými organizacemi. Jejich činnost spočívá ve vypracování a novelizaci akreditačních standardů péče, schvalování akreditačních rozhodnutí a poskytování konzultací zdravotnickým zařízením v oblasti metodiky kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče. [3]

Akreditační standardy mají nejen přínos pro zdravotnické zařízení (odhalení duplicitních chybných postupů a tzv. provozní slepoty, sjednocení klíčových ukazatelů), ale také pro pacienty (bezpečnost, prevence chyb, spokojenost, individuální přístup, rovnocennost vztahu). Důležitá je také měřitelnost různých parametrů (Co nelze měřit – nelze řídit).

Nezávislá nezisková organizace Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation (JCAHO) se zaměřuje na akreditaci nemocnic v USA a jejím hlavním úkolem je kontinuální zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče. Úzce spolupracuje s federální vládou USA a vládami jednotlivých států.

V současné době existuje několik stovek standardů JCAHO (přes 700), která musí zdravotnické zařízení splnit, chce-li být akreditováno. [14] Zavedené kontinuální zvyšování kvality a bezpečí péče dle standardů JCAHO má více než 19 000 zařízení následujících typů:

- ambulantní a primární péče,
- domovy s pečovatelskou službou,
- psychiatrická oddělení,
- domácí a hospicová péče,
- nemocnice,
- laboratoře,
- dlouhodobá péče,
- sdružená zdravotnická zařízení,

- systémy řízené psychiatrické péče,
- systémy řízené zdravotnické péče.

Joint Commission Resources (JCR), dceřiná společnost JCAHO poskytuje akreditační služby, vytváří standardy, kontroluje zařízení žádající o akreditaci, rozhoduje o udělení akreditace, organizuje vzdělávací programy a vydává publikace v oblasti kvality zdravotní péče.

Joint Commission International Accreditation (JCIA) je také dceřiná společnost JCAHO, slouží pro mezinárodní akreditaci.

Skupiny standardů JCI (Joint Commission International) jsou rozděleny na činnosti týkající se pacienta a na činnosti zabývající se řízením zdravotnického zařízení. Standardy JCI se zaměřují na hodnocení výsledků dané organizace a na prosazování kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče jako nástroje k dosažení optimálního výsledku.

Činnosti, které se přímo týkají uspokojování potřeb pacienta zahrnují:

- práva pacienta,
- diagnostickou péči,
- terapeutickou péči,
- edukaci pacientů a jejich blízkých,
- zajištění kontinuity péče.

Činnosti, které se týkají řízení zdravotnického zařízení obsahují:

- vedení a řízení (včetně strategického plánování),
- řízení lidských zdrojů,
- informační management (včetně zdravotnické dokumentace a analýzy informací),
- sledování nemocničních nákaz,
- zlepšování kvality péče (včetně řízení procesu zvyšování kvality a bezpečí péče, spokojenost zákazníků a zaměstnanců a indikátorů kvality péče o pacienty).

Porovnáme-li kritéria jednotlivých systémů (JCI, Baldridgeovy ceny, EFQM) zjistíme, že se standardy a kritéria navzájem překrývají. [10]

V České republice vznikla v roce 1998 Spojená akreditační komise ČR (SAK ČR), jako nevládní organizace pod vedením Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. Vypracovala 50 akreditačních standardů, které vyšly ve Věstníku MZ ČR č. 6/1998 částka 7. V červnu 2005 vydala SAK ČR metodiku plnění národních akreditačních standardů pro nemocnice, ve které jsou definovány indikátory naplnění jednotlivých standardů.

- řízení kvality,
- diagnostické postupy,
- kontinuitu zdravotní péče,
- dodržování práv pacientů,
- podmínky poskytované péče,
- management,
- péči o zaměstnance,
- sběr a zpracování informací,
- protiepidemické opatření.

SAK ČR hodnotí zdravotnická zařízení o oblasti řízení kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče, zda splňují všechny indikátory národních akreditačních standardů.

### **2.2.10 Prvky zajišťování kvality péče**

Prvky kvality péče lze rozdělit dle Donabediana na tři hlediska:

- struktura péče;
  - odborné kompetence,
  - vybavení a zařízení,
  - organizace péče a její zdroje,
- proces péče;
  - styk zdravotnického pracovníka s klientem,
  - léčebné a ošetrovatelské postupy a metody,

- ekonomické řízení a využívání zdrojů,
- výsledek / výstup péče;
  - výsledek osobní péče,
  - výsledek veřejné péče,
  - spokojenost klienta.

Struktura péče zvyšuje možnost optimalizace vlastního procesu péče a správnost procesu je předpokladem k docílení dobrých výsledků péče.

### 2.2.11 Standardy kvality péče

Standard podle Donabediana a dalších autorů znamená určitou přesně popsanou kvantitativní či kvalitativní úroveň kritéria péče, kdy je v dané době považována za projev dobré kvality péče. Standardy jsou ukazatele úspěšnosti realizace procesu zajišťování kvality a neustále se vyvíjejí dle pokroku a zlepšování péče. [2]

Standard představuje:

- minimální úroveň přijatelného provedení péče nebo výsledku péče,
- vynikající úroveň provedené péče nebo výsledku péče,
- rozsah (horní a dolní hranice) přijatelné úrovně poskytované péče nebo výsledku péče.

Jak standardy, tak kritéria můžeme rozdělit na dva typy dle vzniku:

- normativní – sestaveny podle literárních zdrojů a názorů expertů,
- empirická – odvozená od aktuálního měření péče.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**



### 3 SOUČASNÝ STAV ŘÍZENÍ KVALITY VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH V ČR

Podle světových statistik je při hospitalizaci nějakým způsobem poškozen zhruba každý desátý pacient. Například tím, že dostane jiný lék, než má, nebo infekčně onemocní.

Zdravotnická zařízení u nás zatím takové statistiky nemají a bezpečnost pacientů teprve začínají sledovat. Přispívají k tomu i akreditace zdravotnických zařízení a paradoxně také případ heparinových vražd v havlíčkobrodské nemocnici. „Bezpečnost pacientů považujeme ta velmi důležitou, a proto jsme pro její sledování dokonce ustanovili i náměstka ředitele, kterým je Petr Kolouch. Bude se zabývat tím, aby pacient byl kvalitně léčen, řekl novinářům doktor Vladimír Dbalý, ředitel pražské Nemocnice Na Homolce.

Právě tato nemocnice má mezinárodní akreditaci, kde se na bezpečnost pacientů dbá. Nemocnice loni hospitalizovala 15 000 pacientů a jen u čtyřiceti z nich došlo k mimořádné události. Nejčastěji šlo o selhání techniky, zejména dávkovačů léků. „Žádné úmrtí způsobené postupem zdravotníků jsme nezaznamenali“. řekl Právu nový náměstek Kolouch. Informoval, že nemocnice okamžitě prověřuje, pokud někdo z hospitalizovaných třeba opakovaně krvácí. Rovněž sleduje, kdo v nemocnici dostane infekci. Zatím je to zhruba 4 až 5 procent pacientů, což je ve srovnání se světovými čísly, kde je to 10 až 15%, mnohem méně.

Zdroj: Právo 31.3.2007

#### 3.1 Pochybení v českých zdravotnických zařízeních

Pochybení obvykle nevznikají tak, že by selhal pouze jedinec. Česká zdravotnická zařízení vesměs nedbají na to, aby byly dobře popsány procesy, tedy aby bylo například jasné, kdy má pacienta po přijetí vidět lékař, za jak dlouho má dostat léky... Laik si řekne, že pokud přijde do nemocnice, lékař mu zjistí zápal plic a naordinuje mu antibiotikum, zřejmě jej dostane hned. Někde ale sestry podávají léky pravidelně v šest hodin a ve dvanáct, takže pokud přijde v jednu, dostane jej až za pět hodin. Může kvůli tomu mít komplikace.

Mezi další zdroje chyb, se kterými se v praxi můžeme setkat, patří nedostatečné zapracování nových lékařů. Funguje to tak u nelékařských zaměstnanců, ale u lékařů ne. Už vůbec to nefunguje u těch, kteří již někde pracovali. Rozsah a obsah zapracování bude jiný u lékařů

s menší praxí a jiné u vážených profesorů, ale i u nich by mělo proběhnout, měl by o tom být záznam.

Zajímavé je podívat se na zdravotnická zařízení z hlediska přístrojů. V moha nemocnicích najdeme třeba sedm různých typů infuzních pump a každá z nich má jiný způsob obsluhy. Automaticky se předpokládá, že se s tím personál naučí pracovat, ale nikdo ho neškolí. Ti, kteří pumpu používají každý den, to pochopitelně umí, u ostatních je velké riziko, že s ní v krizové situaci nebudou umět zacházet.

Problémy vznikají i kvůli hierarchické kultuře, která přetrvává v českých zařízeních. Sestry se často bojí lékařů. Když lékař naordinuje časově nerealizovatelný úkol, sestra neřekne: "Pane doktore, nemůžu stihnout kontrolovat pacientům tlak každých pět minut." Místo toho jej prostě neměří a v horším případě si data vymýšlí. V řadě zdravotnických zařízení je také špatná organizace práce, takže personál je unavený a v časovém tlaku.

Ve zdravotnictví je silná atmosféra strachu z pochybení a jeho následků. V některých případech se přitom snadno pozná, když vykazované údaje nejsou pravdivé. Obecně mají nemocnice například 5-10% nozokomiálních nákaz. Při zavádění systému jejich evidence proto zpočátku platí „čím více, tím lépe“. Musí se nejdřív zjistit hladina jejich výskytu a pak jejich množství snižovat.

Nejvíce problémů s bezpečností pacientů vidí ve zdravotnických zařízeních sestra. Velmi riziková záležitost je telefonická ordinace léků. V nemocnicích jsou sestry instruovány, aby odmítly dát pacientovi lék na základě telefonátu a aby lékaři řekly, ať přijde osobně naordinovat medikaci. Je znám případ, kdy tak sestra učinila, bohužel ji lékař napadl. Zaměstnanci se však bojí i nad rámec zdravotnických zařízení. V jednom zařízení náměstek ředitele zakázal sledovat pády pacientů. Řekl, že by chtěl být právníkem člověka, který v nemocnici upadl, a mít k dispozici takovouto analýzu. To je ilustrace nepochopení problému.

### 3.1.1 Hlášení mimořádných událostí

V České republice zatím vychází aktivity směřující ke zvyšování bezpečí pacientů ze svobodné vůle vedení zdravotnických zařízení. Před časem byla provedena anketa mezi nemocnicemi zaměřená na systémy sledování mimořádných událostí. Provedli ji David Marx a Ivan Gladkij v Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP v Olomouci. Ze 201 obslaných zdravotnických zařízení odpovědělo 57 (tedy 28,4%), jejich lůžková kapacita tvořila

téměř polovinu všech obeslaných. Z tohoto vzorku podle výsledků studie v téměř 70% existuje vnitřní předpis, který upravuje způsob hlášení mimořádných událostí, jejich definice a typy. 65,5% zdravotnických zařízení, které dotazník vyplnily, mají vlastní definice mimořádných událostí, ostatní je nedefinují buď vůbec, nebo velmi obecně. „Jednotlivá zařízení zavádějí v závislosti na vlastní aktivitě různé formy sledování mimořádných událostí a vypracovávají jejich definice. I když je takový postup obecně pozitivní, brání nesoulad mezi definicemi a mezi jednotlivými kategoriemi mimořádných událostí srovnávání“, konstatují autoři studie.

### 3.1.2 Světová aliance pro bezpečí pacientů

World Alliance for Patient Safety byla založena v říjnu 2004. Jejím předsedou je sir Liam Donaldson. Cílem aliance je co možná nejbezpečnější a nejvčasnější zdravotní péče. Zaměřuje se na hledání nástrojů snižujících výskyt mimořádných událostí a zmírňování jejich následků pro pacienty i zdravotníky.

„Zvyšování bezpečí pacientů vyžaduje pečlivě vytvořené systémy zdravotní péče, které snižují rizika pro pacienty. Změna je nutná jak na úrovni jednotlivých zdravotníků a jejich výkonů, tak i zdravotnických zařízení a celých zdravotnických systémů“. Konstatuje ve svých materiálech Světová aliance pro bezpečí pacientů.

Každé dva roky věnuje světová aliance jednomu konkrétnímu tématu souvisejícímu se zvyšováním bezpečí péče v rámci programu Celosvětová výzva pro bezpečí pacientů (Global Patient Safety Challenge). V letech 2005-2006 bylo hlavní téma programu vyjádřeno heslem „Čistá péče je bezpečnější péče“, pro rok 2007-2008 zní téma „Bezpečná chirurgie zachraňuje životy“.

Jednou z oblastí zvyšování kvality a bezpečí péče při operacích je předcházení stranové záměně. Ta je podle některých studií jednou z nejrozšířenějších závažných mimořádných situací ve zdravotní péči. David Marx předseda dozorčí rady Spojené akreditační komise ČR, který se zvyšováním kvality a bezpečí zdravotní péče dlouhodobě zabývá, uvádí výsledky výzkumu JCAHO. Podle nich byla stranová záměna mezi závažnými událostmi ve Spojených státech v letech 1995-2005 druhá nejčetnější.

Důležité je podle aliance také prosadit ve zdravotnictví otevřený vztah s pacienty. Dosud není dostatečně využíváno, co sami pacienti zjistí o rizicích zdravotní péče. Světová aliance

pro bezpečí pacientů si proto dala za cíl vtáhnout pacienty přímo do středu světového hnutí za bezpečnou péči. S cílem zapojit patientské organizace vznikl v rámci aliance projekt „Pacienti pro bezpečí pacientů“. Podle Marxe se toto zatím v České republice nedaří. Zdejší patientská sdružení jsou často úzce specializována na jednotlivé diagnózy a problémy lidí, kteří je mají. Dále jsou u nás sdružení, která se specializují na práva pacientů obecně, dostupnost léků a péče. Podle veřejných výstupů patientských sdružení se zdá, že je dosud v Českém zdravotnictví příliš akutních problémů ekonomického charakteru, než aby si některé sdružení vzalo za svůj právě problém bezpečí zdravotní péče.

### **3.1.3 Postoj ministerstva zdravotnictví k bezpečí pacientů**

Zpráva Světové aliance pro bezpečí pacientů pro léta 2006 a 2007 konstatuje, že je nutné přesvědčit politiky, že jde o závažný problém, protože změny je třeba udělat i na úrovni zdravotnických systémů. Současné vedení českého ministerstva zdravotnictví ukazuje, že před problémem bezpečí pacientů nezavírá oči. Už když nastoupil do funkce, zdůrazňoval ministr zdravotnictví Tomáš Julínek, že nepovažuje české nemocnice za dostatečně bezpečné pro pacienty. „Vyzývám nemocnice, aby zvyšovaly bezpečí pacientů“, řekl ministr s tím, že jednou z cest je akreditace zdravotnických zařízení. V lednu tohoto roku proběhl na ministerstvu seminář pro vedoucí pracovníky zdravotnických zařízení na téma bezpečí pacientů. Přednášeli na něm kromě vedoucí české pobočky WHO Aleny Šteflové a zástupců Spojené akreditační komise ČR Ivana Staňka a Davida Marxe především lidé z vedení jednotlivých zdravotnických zařízení, která se dobrovolně rozhodla zavést kontinuální zvyšování kvality a bezpečí péče.

Zdroj: Zdravotnické noviny č. 6/2007

3.1.4 Jak bezpečná je zdravotní péče?



Obrázek č.3 – Jak bezpečná je zdravotní péče

Zdroj: Přednáška MUDr. Davida Marxe, Ph.D.

### 3.2 Právo na straně pacienta vs. zdravotnického zařízení

„Poskytování zdravotní péče, zejména ve zdravotnických zařízeních, je činností poměrně rizikovou,“ říká právník Ondřej Dostál z Centra pro zdravotnické právo 3. LF UK. Nemocnice jsou totiž už kvůli mnoha prováděným zákrokům a velkému množství pracovníků ideálním místem pro nedorozumění, opomenutí a zanedbání. Individuální přístup je někdy potlačen v důsledku nedostatku času, únavy personálu, porouchání přístrojové techniky. Často je ale příčinou chyb nedostatečné kvality péče.

Český právní systém k nápravě situace podle právníků nijak nepřispívá. Stejně tak, jako není vyloučené, že důsledky ponese nevinný, je možné i to, že se poškozený nedočká spravedlivé náhrady škody. Vyplácení peněžních kompenzací za pochybení v České republice není zatím příliš obvyklé. Poskytovatele péče nejsou nijak motivováni k tomu, aby i za cenu zvýšeného úsilí nebo peněžních nákladů usilovali o zlepšení kvality péče. Bezpečí pacientů je tak závislé na zastaralých principech a libovůli řídicích pracovníků.

Ve zdravotnictví dochází k různým typům událostí, které mohou pacienta poškodit na zdraví. Často unikne jen o vlasek, a to v případě chyb, kterým se podařilo v poslední chvíli předejít. Typickým příkladem je spontánní upozornění pacienta, že je alergický na právě podávaný lék, nebo případ, kdy si zdravotník všimne, že pacient byl zaměněn za svého jmenovce, tudíž jde na operaci s levou, nikoli pravou nohou. Horší důsledky mají tzv. nepříznivé události. Část z nich je zaviněna zásahem „vyšší moci“ a ani sebelepší organizace práce by poškozeného nezachránila. Mnohé z nich jsou ale zaviněné z větší části z nedbalosti personálu, méně pak úmyslně. Řada pacientů se ani nedozví, že jejich poškození bylo způsobeno cizím zaviněním. Nesoudí se a nedosáhnou kompenzace. V roce 1992 byla v americkém Utahu provedena studie výskytu nepříznivých událostí ve 28 nemocnicích. K nepříznivým událostem, které ohrožují zdraví pacienta, došlo ve 3% hospitalizací, což k vzhledem celkovému ročnímu počtu hospitalizací ve všech zkoumaných nemocnicích není zanedbatelné číslo. Z toho třetina poškození byla zaviněna nedbalostí zdravotnického personálu. Když organizátoři výzkumu porovnali své poznatky se soudními statistikami, zjistili, že pouhá 2,5% poškozených podala žalobu na náhradu škody. Naproti tomu bylo objeveno, že z 18 zkoumaných žalob chybělo u 14 cizích zavinění a u 10 nedošlo pro hospitalizaci vůbec k nepříznivé události, která by žalobce poškodila na zdraví. Tento fakt ukazuje, že přesto naprostá většina poškozených pacientů, není spravedlivě odškodněna, je zde i vysoký počet

falešných pozitiv, kdy žalobce uspěje aniž by se nemocnice jakkoli podílela na zhoršení jeho zdravotního stavu.

### 3.2.1 Trestněprávní vs. občanskoprávní řízení

Vlivem špatně nastaveného právního systému upřednostňují pacienti při podání žaloby trestněprávní cestu. Trestněprávní řízení je na rozdíl od občanskoprávního pro žalujícího daleko méně náročné. „Občanskoprávní spor trvá neskutečně dlouhý čas, pacient je odškodňován v řádech let, musí zaplatit soudní poplatky, je na něm důkazní břemeno,“ říká právník Ivan Nejedlý. Prokazování pochybení je pro žalujícího složité už kvůli tomu, že nemá přístup ke zdravotnické dokumentaci. Pro to většina pacientů volí lehčí cestu. Občanskoprávní řízení jsou u českých soudů také velmi zdlouhavá. „Žalobce může mluvit o štěstí, dosáhne-li prvoinstančního rozsudku do dvou let od rozhodné události, výjimkou nejsou řízení pěti-či šestiletá“ tvrdí Dostál. Někdy žalujícímu pro uznání nároků jen jeden právní spor nestačí. „Mnoho pacientů, i s ohledem na výši přiznávané náhrady škody, volí trestněprávní cestu souběžně s občanskoprávní, neboť chtějí dosáhnout satisfakce nejen finanční, ale i morální. Způsobují tím lékařům značné problémy,“ upozorňuje Nejedlý.

Kamenem úrazu je skutečnost, že v trestněprávním sporu nemůže být zažalována instituce (tedy zdravotnické zařízení) ani systém poskytování zdravotní péče. Viníkem může být pouze jednotlivec, tedy konkrétní zdravotnický pracovník. V případě závažných pochybení může zdravotnické zařízení „obětovat“ některého z pracovníků a zakrýt tak organizační chybu jako osobní selhání jednotlivce. Tato situace má i další negativní dopad. Často jsou vlivem strachu z možnosti soudního stíhání nepříznivé události zamlžovány. Lékaři nechtějí riskovat ohrožení své existence, a tak událost neohlásí. Tím zabrání jejímu napravení a mohou dokonce škody na pacientovi ještě zvětšit. Vedení zdravotnického zařízení tím přichází o jeden ze zásadních nástrojů řízení kvality.

### 3.2.2 Zdravotnická dokumentace jako důkaz

Častým problémem při soudních sporech je nedostatek důkazů kvůli špatnému vedení zdravotnické dokumentace. Do nesnáží se při tom může dostat jak strana žalující tak strana žalovaná. Zdravotnická dokumentace je v některých případech vedena nedostatečně, je nečitelná, případně jí chybí základní údaje, jako je jméno lékaře, který záznam provedl. Příkladem může být velmi sledovaná kauza vražd v havlíčkobrodské nemocnici v roce 2006, kde

ústřední znalecké komise shledaly závažná pochybení právě v dokumentaci. Pokud zmizí záznamy o vyšetření, ztratí se laboratorní výsledky nebo jsou v dokumentaci zjevné známky přepisování, porušují zdravotnická zařízení svou zákonnou povinnost. V soudním procesu je to někdy může paradoxně zvýhodnit, protože připraví žalující stranu o jediný směřodatný důkaz.

Rakouské a německé soudnictví se s tímto problémem vyrovnaly. Při porušení povinnosti řádně vest zdravotnickou dokumentaci procesně trestají zdravotnická zařízení přenosem důkazního břemene. Nemocnice musí tedy sama na základě nepřímých důkazu prokázat, že její zaměstnanci postupovali správně a jejich jednání pacienta nepoškodilo. Tuto povinnost většinou žalovaný neunes, protože důkazy buď vůbec nejsou, nebo jsou nevěrohodné, a to vede k většímu úspěchu poškozených pacientů. Je to impuls pro zdravotnická zařízení, aby dokumentovala správně a poctivě.

Českému soudnictví zatím chybí k podobným postupům, které jsou v zahraničí běžnou praxí, odvaha. Šancí na úspěch se jeví volné hodnocení důkazů. Právníci připouštějí, že někteří soudci tohoto práva opravdu využívají a netrvají pouze na tak nepopíratelných důkazech jakými jsou písemné záznamy. Právník Ivan Nejedlý upozorňuje na to, že zdravotnická dokumentace vedená v naprostém souladu s tím, co se opravdu děje, může být často i jediným důkazem nevinu lékaře. Navíc je to také potvrzením toho, že vzorně splnil povinnosti zaměstnance. Je pochopitelné, že v případě pochybení je odpovědnost objektivní, ale pokud není dokumentace kompletní, může se lékař dostat do potíží nejen trestněprávního charakteru, ale i občanskoprávní ve vztahu ke svému zaměstnavateli.

### 3.2.3 Vina organizace

Organizační zanedbání jsou poměrně častým a závažným pochybením. Jejich důsledkem jsou další problémy a chybné postupy, za které zpravidla nikdo nenes odpovědnost. Vystopovat viníka je o to obtížnější, o co výše se v organizační struktuře nachází. Proto zdravotnická zařízení někdy musí čelit žalobám, které ve své podstatě nenapadají jejich organizaci, ale např. některá ministerská rozhodnutí a vyhlášky. Právníci tak narážejí na případy, kdy byly pacientovi odepírány některé diagnostické zákroky kvůli příslušnosti určité zdravotní pojišťovně, nebo kvůli snaze lékaře nepřekročit limit na léčbu. Následkem toho se pak stávají jinak naprosto nepochopitelné situace, kdy se pacient s rozbitou lebkou a krvácením do mozku dobere na vyšetření CT až po několika intervencích rodiny, v době, kdy už je samo-



zřejmě dávno pozdě. Proto je z právního hlediska zavedení bonusů a sankcí za nevyčerpání, nebo naopak přečerpání limitu na léčbu podle některých právníků protiústavní.

Dalším problémem jsou organizační zanedbání v samotných zdravotnických zařízeních. Vznik dekubitů, různé nozokomiální nákazy, ale i napadení pacienta druhou osobou lze považovat za chybu v organizaci zdravotnického zařízení. Management nemocnice má povinnost řídit a vytvořit si mechanismus kontroly kvality práce. Příkladem nedostatečných kontrolních mechanismů může být příklad opilého lékaře, který v areálu Vinohradské nemocnice srazil autem malou dívku.

Zdroj: Zdravotnické noviny 5/2007

### **3.3 Motivace k preferování kvality**

Posílení práv pacientů na odškodné je paradoxně nejlepší cestou ke zlepšení kvality a bezpečí poskytované péče v českých zdravotnických zařízeních.

#### **3.3.1 Co by měla zdravotnická zařízení dělat, aby se vyhnuly soudním sporům?**

Měla by správně vést zdravotnickou dokumentaci.

Musí sledovat vývoj svého oboru, aby neposkytovaly péči způsobem, který je už zastaralý a nelze ho považovat za standardní.

Měla by motivovat zaměstnance, aby sledovali a upozorňovali na nedostatky, který odhalí na pracovišti, a nedělat, že se jich netýká.

#### **3.3.2 Nejčastější problémy zdravotnických zařízení při akreditaci**

- nedostatky a chyby ve zdravotnické dokumentaci
- soukromí pacientů
- edukace pacientů
- předepisování a podávání léčiv
- kompetence a náplně práce zaměstnanců
- absence vnitřních předpisů
- monitoring mimořádných událostí a indikátorů kvality

- nemocniční nákazy
- protipožární praxe

Zdroj: přednáška MUDr. Ivana Staňka, předseda představenstva Spojené akreditační komise ČR

## **4 CESTA KE KVALITĚ = AKREDITACE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ**

Účinným nástrojem pro zavádění, rozvoj a kontrolu programu trvalé zvyšování kvality a bezpečného fungování našich zdravotnických zařízení je proces akreditace zdravotnických zařízení. Ministerstvo zdravotnictví vydalo ve svém Věstníku metodické opatření s názvy 50 národních standardů. Požadavky národní akreditace jsou rozděleny do jednotlivých standardů, navzájem se doplňují a někdy částečně překrývají. Proto je výhodnější aplikovat standardy do praxe po tématických skupinách.

Smyslem této diplomové práce je navrhnout a doporučit Vám potřebné kroky při přípravě získání národní akreditace.

### **4.1 Projekt kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče**

Standard č. 1 – Nemocnice vytvořila projekt zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a naplňování potřeb zdravotní péče – projekt rozvíjí, sleduje a vyhodnocuje.

Standard č. 31 – Ředitel nemocnice vydává organizační řád nemocnice, ve kterém jasně definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení.

Standard č. 32 – Každé oddělení nemocnice má písemně zpracované spektrum péče poskytované pacientům.

Standard č. 33 – Každý vedoucí oddělení (kliniky) dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který řeší otázky personální, rozvoj odborný, rozvoj kvality a rozvoj spolupráce a kooperace s jinými odděleními.

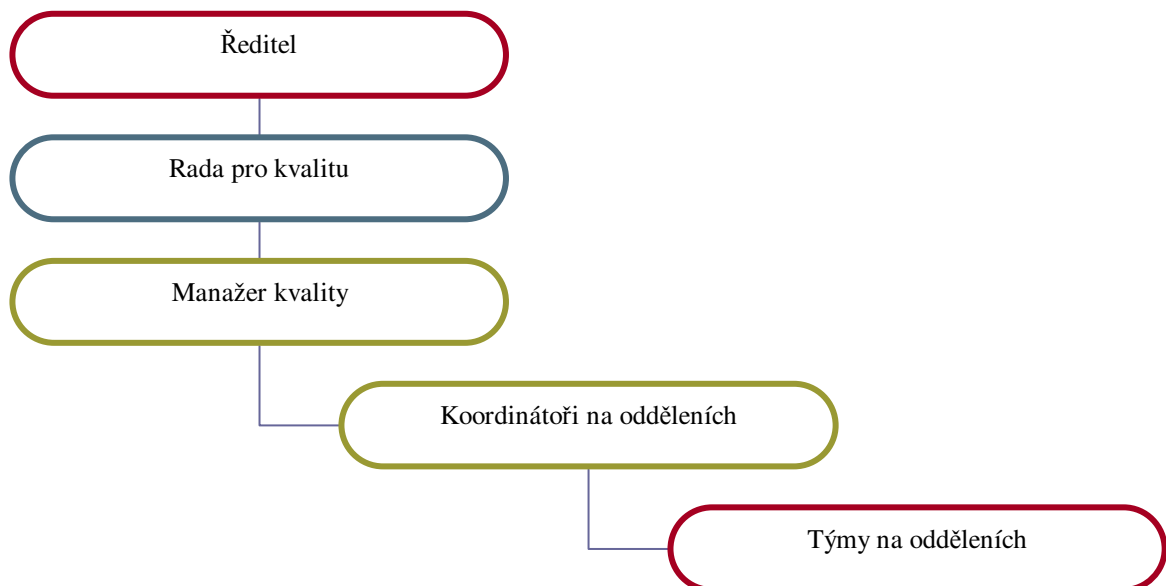
Standard č. 34 – Vedení nemocnice a personál jsou seznámeni s posláním, cíli, a se strategií řízení nemocnice.

Zdravotnické zařízení zavede základní cyklus procesního řízení:

**PLÁN – TESTOVÁNÍ NAVRŽENÝCH ZMĚN – REALIZACE – KONTROLA – HODNOCENÍ – REVIZE PLÁNU – ZPĚTNÁ VAZBA**

Ředitel zdravotnického zařízení jmenuje radu pro kvalitu, která bude zodpovědná za proces zavedení kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče. V čele rady stojí manažer kvality, který koordinuje všechny činnosti související s procesem zlepšování kvality napříč celou organizací.

Členy rady pro kvalitu by měly být řídicí zaměstnanci všech úseků, které v organizační struktuře přímo podléhají řediteli. Doporučuji vybrat další koordinátory kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče na jednotlivých odděleních, tak aby byla zajištěna přímá komunikace a zainteresovanost všech článků zdravotnického zařízení, která jsou definována v organizačním schématu.



Obrázek č. 4 – Infrastruktura řízení kvality

Standard č. 2 – Nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování standardních diagnostických, léčebných postupů i ošetrovatelských postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje.

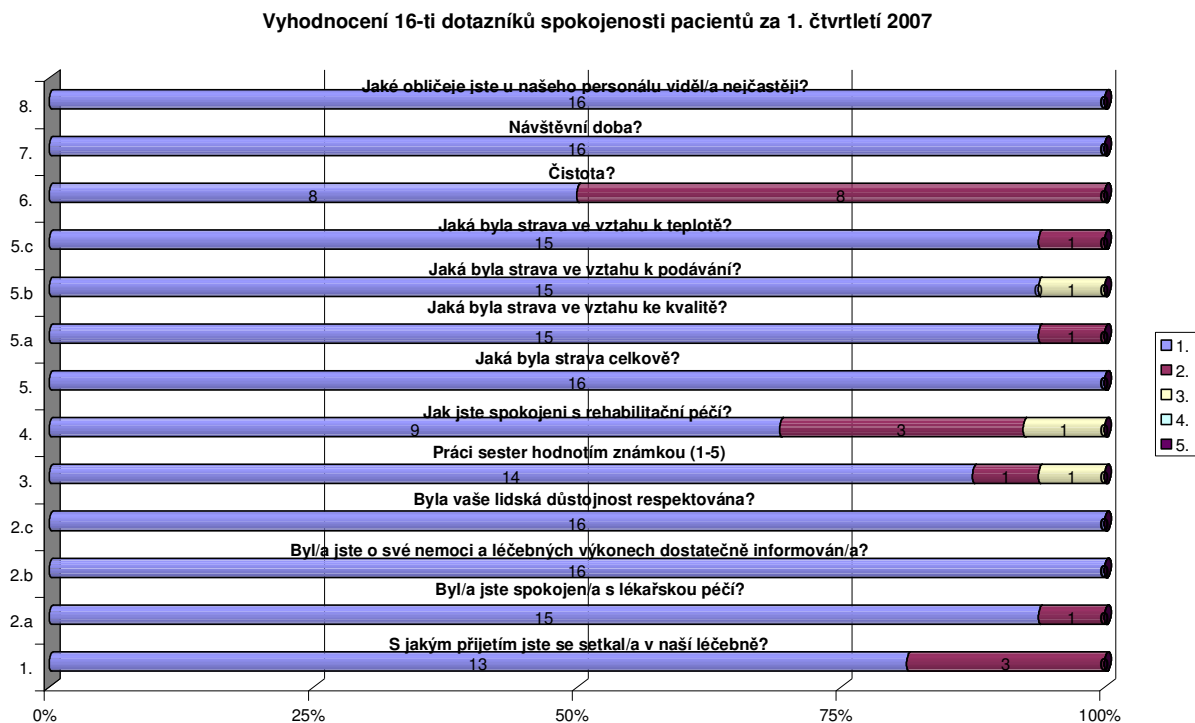
Nemocnice deklaruje, že poskytuje klinickou péči podle vytvořených doporučených postupů, nebo si je sama vytváří v souladu s individuálními potřebami konkrétního zařízení. Pak tedy musí vypracovat metodiku vytváření těchto postupů. Vytvořené postupy musí být aktualizovány a dodržovány.

Standard č. 19 – Nemocnice má vytvořené standardy ošetrovatelské péče pro všechny kategorie pacientů.

Nemocnice vypracuje samostatné standardy ošetrovatelské péče pro skupiny pacientů, které vyžadují zvláštní ošetrovatelskou péči. Jedná se zejména o děti, seniory, pacienty s fyzickým handicapem, pacienty zmatené, agresivní, pacienty nevidomé, se ztrátou sluchu či pacienty nehovořící česky.

Standard č.3 – Nemocnice má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů a způsob vyhodnocování výstupů.

Pacient jako klient zdravotnického zařízení poskytuje dvě důležité formy zpětné vazby: hodnocení spokojenosti pomocí standardizovaného dotazníku a vlastní stížnosti a pochvaly. Zde je nutno říci, že vládní vyhláška č.150/1958 Ú.I., o vyřizování stížnosti, oznámení a podnětů pracujících, byla zrušena bez náhrady. Navrhují, aby si zdravotnické zařízení samo upravilo postup při řešení stížností pacientů vnitřním předpisem. Může vycházet ze zákona č. 500/2004 Sb. správní řád § 175.



Obrázek č. 5 - Příklad vyhodnocení dotazníku spokojenosti pacientů

## 4.2 Práva pacientů = stěžejní oblast kvality péče

Standard č. 22 – Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovi dokumentace.

Standard č. 23 – Nemocnice zajistí zřetelné vyvěšení Kodexu práv pacientů, příp. Charty práv dětí v nemocnici na jednotlivých odděleních

Standard č. 24 – Imobilizovat a omezovat pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a s ohledem na právní řád ČR.

Standard č. 25 – Nemocnice dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice (instrukce) a metodické listy vydané v resortu zdravotnictví ČR.

Při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení je povinností nelékařského zdravotnického personálu seznámit s Kodexem práv pacientů, který vypracovala etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky v roce 1992.

Pacient přijaté informace stvrzuje svým podpisem do zdravotnické dokumentace.

Pro pacienty, kteří mají jakoukoli komunikační bariéru (např. nevidomí, nehovořící česky) doporučuji, aby zdravotnické zařízení mělo k dispozici Kodex práv pacientů v Brailově písmu, v anglickém jazyce popř. mít seznam zaměstnanců hovořících cizím jazykem.

Důležitou oblastí dodržování práv a svobodného pohybu pacienta (kromě pacientů s infekčním onemocněním) je povinnost ošetřujícího lékaře informovat pacienta popř. osobu blízkou o nutnosti použití imobilizačního prostředku (léčiva, popruhy, dnes již zakázaná síťová lůžka). Souhlas s imobilizací podepíše obě strany. Lékař provede zápis o zdravotním stavu pacienta před použitím omezovacího prostředku a po ukončení.

Souhlas s hospitalizací pacienta ve zdravotnickém zařízení podepíše pacient do 24 hodin po přijetí. Pokud je nemocný přijat ve stavu, kdy nemůže podepsat či kývnutím hlavy či ústně vyjádřit souhlas s hospitalizací, to znamená, že jde o absenci souhlasu, a jestliže nemocný neprojeví dodatečně ve lhůtě 24 hodin souhlas s hospitalizací, musí tato skutečnost být do 24 hodin oznámena soudu, který o umístění pacienta ve zdravotnickém zařízení rozhodne

do 7 dnů (detenční hlášení hospitalizace). Hlášení se podává na občansko – právní odbor Okresního soudu.

Součástí tohoto souhlasu je souhlas nemocného s odběry biologického materiálu, nutnými k diagnosticko – léčebnému procesu a k vyloučení zejména přenosné choroby a neinvazivními zobrazovacími vyšetřeními (rentgen, nativní computerová tomografie, ultrazvuk). Z tohoto ustanovení jsou vyjmuty odběry biologického materiálu, kde výslovný souhlas ukládá zákon a tyto odběry musí být ošetřeny samostatným souhlasem nemocného (např. HIV protilátky, uchovávání nukleových kyselin, a to humánních DNA, mRNA).

Bez souhlasu nemocného je možno provádět léčebné a vyšetřovací výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče:

- jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
- jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí,
- není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde-li o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,
- jde-li o nosiče dané vyhláškou.

Zdravotnické zařízení musí mít zpracované individuální informované souhlasy s procedurami / zákroky, které by mohly představovat rizika pro pacienta a nebo jsou pro nemocného zatěžující. Legislativní rámec je zakotven ve vyhlášce 385/2006 Sb. v platném znění.

### **4.3 Zásady vedení zdravotnické dokumentace**

Vedením zdravotnické dokumentace se zabývají následující národní akreditační standardy Spojené akreditační komise České republiky:

Standard č. 4 – Příslušně kvalifikovaný personál stanoví medicínské, ošetrovatelské, psychologické a sociální potřeby každého pacienta do 24 hod. po přijetí a to v míře odpovídající charakteru oddělení.

Standard č. 5 – Každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno kompletní vyšetření (anamnéza + fyzikální nález) ošetrojícím lékařem do 24 hod. po přijetí.

Standard č. 6 – Nemocnice vytvoří vnitřním předpisem standardní obsah a rozsah anamnézy a klinického vyšetření včetně formální úpravy zdravotnické dokumentace pro všechny obory.

Standard č. 7 – Nemocnice určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů.

Standard č. 8 – Při každé změně směny sester bude předání pacienta na oddělení provedeno kvalifikovanou sestrou – kvalifikované sestře, současně se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci. Při předání pacienta na jiné oddělení bude proveden záznam v ošetrovatelské dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem – kvalifikovanému pracovníkovi.

Standard č. 10 – Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče.

Standard č. 11 – V dokumentaci každého pacienta je pravidelně písemně vyhotovována epikríza s frekvencí a věcným obsahem stanovenými pro každé oddělení.

Standard č. 20 – Všichni propouštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní), jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány pro jednotlivá oddělení vnitřním předpisem.

Standard č. 21 – Zdravotní stav pacientů, kteří jsou převáženi mezi nemocnicemi bude před transportem stabilizován. Když jsou pacienti překládáni do jiného zařízení, pak s potvrzením tohoto zařízení, že pacienta přijme; toto potvrzení bude zajištěno ještě před vlastním transportem (výjimku tvoří případy bezprostředního nebezpečí z prodlení). Dokumentace musí být jednoznačná a musí obsahovat popis, jak a proč se pacient do nemocnice dostal a co bylo obsahem nemocniční péče, případná doporučení pro přebírajícího lékaře (zejména při předání do péče praktických lékařů), odhad prognózy s předpokladem kvality života pacienta.

Standard č. 44 – Lékařská a ošetrovatelská dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze a postupech léčby.

Standard č. 47 – Nemocnice eviduje včasnost vyhotovení definitivní propouštěcí zprávy. Všechny předběžné propouštěcí zprávy budou vyhotoveny v čase propuštění. Vyhotovení definitivních propouštěcích zpráv bude provedeno nejpozději do 10 dnů po propuštění.



Standard č. 48 – Nemocnice má metodiku kontroly úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv.

Zásadní prioritou pro kvalitní a bezpečné poskytování zdravotní péče ve všech zdravotnických zařízeních v České republice je vytvoření a dodržování vnitřního předpisu o vedení zdravotnické dokumentace.

Vedení dokumentace je povinné dle §67 zákona č.20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v platném znění a Stavovského předpisu č.10 – Etického kodexu České lékařské komory.

Zdravotnická dokumentace je soubor údajů a informací o zdravotním stavu pacienta, postupu při poskytování zdravotní péče.

Musí být vždy vedena v papírové formě, musí být úplná, všechny záznamy jsou čitelné, jednoznačné a přehledné.

Může být vedena současně i duplicitně zároveň v elektronické podobě, kde podmínkou je elektronický podpis.

Záznamy musí být vedeny systematicky, strukturovaně a chronologicky. Zdravotnická dokumentace je složena z lékařské části, kde ošetřující lékař zaznamenává údaje o diagnostické a léčebné péči a nelékařský zdravotnický personál provádí záznamy v ošetřovatelské dokumentaci.

- Každý dokumentační celek i každá jeho samostatně zaznamenaná část musí v úvodu obsahovat identifikační údaje pacienta, demografická data pacienta včetně identifikačního čísla a označení oddělení
- Každý jednotlivý zápis musí obsahovat identifikaci osoby (lékař, sestra,...), která zápis provedla, spolu s datem zápisu, případně hodinou a minutou

#### **4.3.1 Dokumentace ambulantního pacienta**

Musí obsahovat:

- identifikační údaje pacienta včetně zdravotní pojišťovny,
- záznamy o jakémkoli kontaktu s pacientem eventuelně s rodinou,
- zpětnou vazbu na pacienta – telefon, mail,

- anamnézu,
- subjektivní údaje,
- objektivní nález,
- diagnózy včetně kódů dle mezinárodní klasifikace nemocí,
- plán další péče ,
- poučení pacienta,
- datum případně čas, jméno a podpis lékaře.

#### 4.3.2 Dokumentace hospitalizovaného pacienta

Musí obsahovat:

- identifikační údaje pacienta včetně zdravotní pojišťovny,
- záznam o jakémkoli kontaktu s pacientem popřípadě s rodinou,
- souhlas s hospitalizací,
- informovaný souhlas – například s anestesií, s operací, podáním krve, s invazivními diagnostickými výkony,
- chorobopis – identifikační údaje pacienta včetně kódu zdravotní pojišťovny, kompletní příjmové vyšetření (anamnéza, klinické vyšetření, včetně výšky, váhy, stavu výživy, stupně sebeobsluhy, shrnutí pacientových potřeb, příjmové vyšetření ošetřovatelským personálem včetně vyhodnocení bolesti, pracovní diagnózy, plán diagnostické, léčebné a ošetřovatelské péče,
- dekurz - kde jsou minimálně jedenkrát denně prováděny záznamy o pravidelném vyšetření, záznamy o další vizitě a klinická sledování. Dekurz musí obsahovat epikrízu – zápis přehodnocení dosavadní diagnostickoléčebné péče, plnění plánu léčebné a ošetřovatelské péče. Jejíž pravidelnost , frekvenci a obsah si určí zdravotnické zařízení individuálně,
- záznamy o ošetřovatelské péči musí být prováděny minimálně při změně směn sester a při překladau na jiné oddělení,
- konziliární vyšetření, konzultace,

- každé podání léčiv musí být zapsáno v dokumentaci a stvrzeno jménem a podpisem lékaře, který lék předepsal a ošetřujícím personálem kdo lék podal.

#### **4.3.2.1 Překladová a propouštěcí zpráva**

Je vypsána v den propuštění, může být předběžná, ale do 10 dnů musí být pacientovi odeslána definitivní. Musí obsahovat:

- anamnézu, důvod přijetí, objektivní nález při příjmu a propuštění, závěry dg. Vyšetření, poslední laboratorní vyš., diagnózy, operační nález, histologické vyš., průběh hospitalizace, komplikace, přehled léčiv a poslední medikace, návrh další péče, termín ambulantní kontroly, záznam o edukaci pacienta, jméno ošetřujícího lékaře.

Součástí může být i kopie operačního protokolu, RTG snímky apod.

Ošetřovatelská zpráva propouštěcí či překladová je vypisována současně s lékařskou zprávou.

#### **4.3.3 Další náležitosti zdravotnické dokumentace**

Zdravotnická dokumentace může obsahovat:

- přání pacienta např. nepodání krve, které musí být stvrzeno podpisem pacienta, podpisem svědka, datem a časem – je to tzv. negativní reverz.

Opravy ve zdravotnické dokumentaci musí být prováděny tak, že původní záznam zůstane čitelný, nový zápis je opatřen datem, časem opravy a identifikací a podpisem osoby, která nový zápis provedla.

#### **4.3.4 Uložení a archivace**

Je důležité zabezpečit přístup k uloženým listinným dokumentům v kartotékách a určit přístupová práva k datům v elektronické podobě.

Archivace zdravotnické dokumentace pacienta je stanovena individuálně zdravotnickým zařízením v skartačním řádě.

## 4.4 Operace

Standard č. 9 – Pacient, u kterého je plánován diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestézii, musí mít předoperační vyšetření a předanestetické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anestézie, resuscitace a intenzivní medicíny a v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem nemocnice/oddělení.

Standard č. 12 – U každého pacienta jsou během anestézie a po ní monitorovány základní vitální funkce (v rozsahu určeném pro příslušné oddělení).

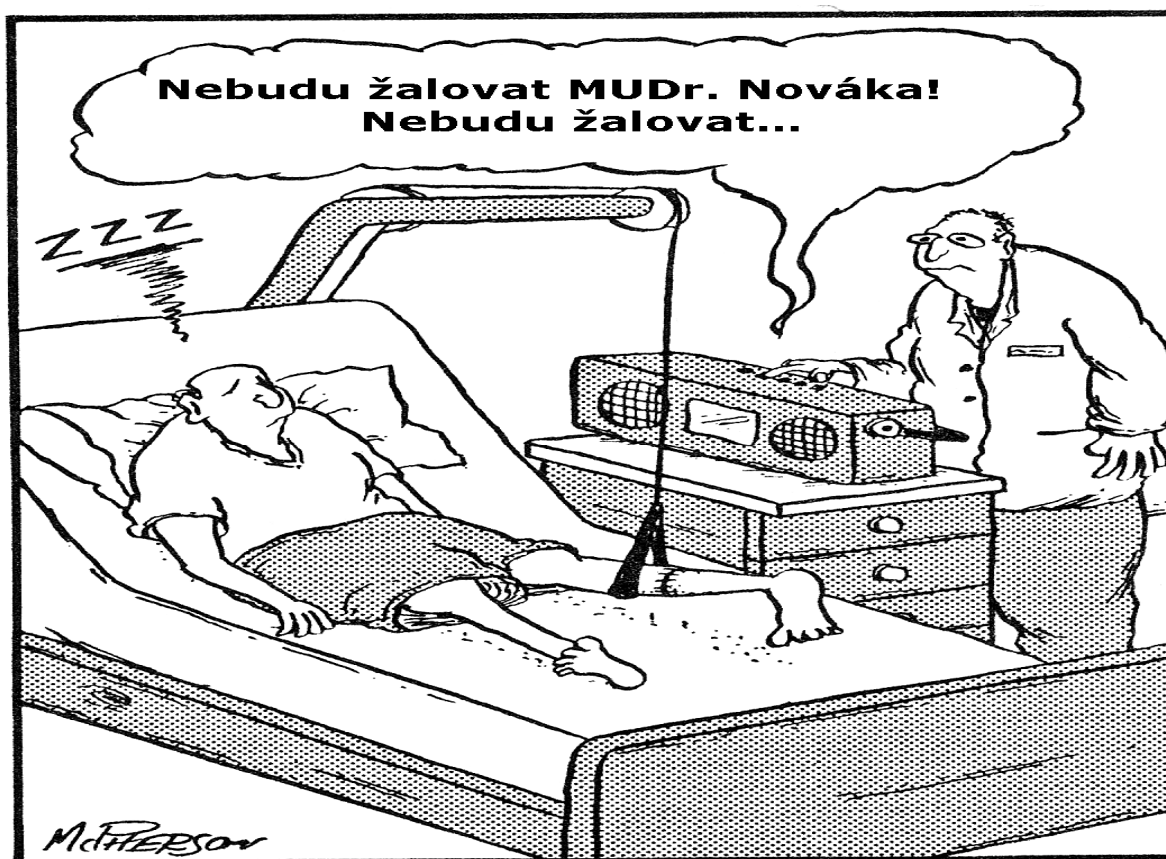
Standard č. 45 – Operační protokol je vypsán okamžitě po operaci, obsahuje jméno operátora, asistenta, nálezy, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu.

Standard č. 46 – Pooperační dokumentace u pacientů obsahuje informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech nezvyklých komplikací a jiných závažných okolnostech.

Doporučuji, aby si zdravotnické zařízení zpracovalo vnitřní předpis upravující postup předanestetického vyšetření pacientů před operací a kvalifikační podmínky lékaře.

Před operací je důležitá návštěva pacienta anesteziologem a seznámení s anestézií a průběhem operace. Jako prevence poškození pacienta je nutná identifikace nejen pacienta, ale i operačního místa, tak aby nedošlo k záměně strany. V průběhu operace a po ní je nutná monitorace vitálních funkcí a bezprostřední vypsání operačního protokolu po skončení operace.

Pooperační dokumentace je součástí kontinuálního zvyšování kvality zdravotnické dokumentace.



Obrázek č. 6 – Stranová záměna

## 4.5 Léky

Farmakologickou problematikou se zabývají následující standardy SAK ČR s návazností na zákon 79/1997 Sb., §5a.

Standard č. 13 – Nemocnice má seznam léčiv – „pozitivní list“, který je pravidelně obnovován.

Standard č. 14 – V nemocnici je vypracovaná metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léčiva.

Nemocnice musí mít přesně stanovené podmínky a postup objednávání léčiv a to i v neobvyklých situacích (např. zajištění léčiva obvykle neskladovaného v nemocniční lékárně/ příručním skladu a v mimopracovní době). Seznam léčiv – „Pozitivní list“ musí být pravidelně kontrolován a obnovován jinak by se mohl stát pro zdravotnické zařízení ekonomicky nevýhodným.

Nemocnice musí mít zpracovaný vnitřní předpis upravující následující:

#### Objednávání léčiv

- „Pozitivní list“

#### Skladování léčiv

- dodržení teploty prostor, sledování + denní záznam teploty v ledničkách na léky ,
- pravidelná kontrola expirační doby léčiva,
- léky, které si donese pacient do zdravotnického zařízení musí lékař zkontrolovat nezávadnost a tato léčiva jsou viditelně označena identifikačním štítkem pacienta a odděleně uložena.

#### Předepisování (ordinování) léčiv

- kompetentní lékař může předepsat léky na 24 hodin, které stvrdí podpisem a jmenovkou. Jakákoli změna musí být jasně označena a opět identifikována lékařem,
- název léčiva musí být doplněn místem podání, časem, koncentrací, formou, u infuzních přípravků rychlostí aplikace.

#### Podávání léčiv

- osoba odborně či specializovaně způsobilá podávat léčiva musí zjistit vždy identifikaci pacienta, léky jsou vydávány z originálního balení u lůžka nemocného, zbylé poloviny léku se nesmí vracet zpět do originálního blistru – musí se zlikvidovat,
- podaný lék je stvrzen ve zdravotnické dokumentaci odškrtnutím dávky, jmenovkou a parafou osoby, která lék podala či aplikovala. U infuzních přípravků je doplněn časem začátku, konce aplikace a záznamem zda nebyla nějaká nežádoucí reakce,
- po použití půličky či drtičky na léky je nezbytně nutná jejich mechanická očista,
- lék, který pacient odmítá nebo z jiného důvodu nebyl aplikován se dá do kroužku, sdělí se tato skutečnost lékaři a provede se záznam,
- nepřípustné je přepisování ordinací léčiv nelékařským personálem a telefonické ordinace.

## 4.6 Neodkladná péče

Standard č. 15 – Nemocnice specifikuje vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivými a pomůckami pro urgentní stavy.

Standard č. 16 – Personál je školen k podávání léčiv a užívání přístrojů a pomůcek neodkladné péče

Standard č. 17 – Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na oddělení, počet balení a expirační doby kontroluje pověřený pracovník minimálně 1x týdně a o provedené kontrole učiní zápis.

Zvláštní pozornost při zavádění kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče je věnována vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivými a pomůckami pro urgentní stavy. Doporučuji, aby zdravotnické zařízení mělo staveno ve vnitřním předpise jaké jsou přístroje, zdravotní pomůcky a léčiva k neodkladné péči na lůžkových odděleních a ambulancích. Zdravotnické zařízení si dále upraví rozsah a frekvenci proškolení zdravotnického personálu a dle rozhodnutí vedení i dalších zaměstnanců.

## 4.7 Strava

Standard č. 18 – Nemocnice má vypracovaný standard podávání stravy pacientům. Strava pro pacienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným dietní sestrou.

Zdravotnické zařízení naplní tento standard zpracováním vnitřního předpisu o podávání stravy pacientům. K vzhledem k neexistenci jednotného dietního systému pro zdravotnická zařízení by přílohou předpisu měl být seznam nemocničních diet.

Strava je porcována pracovníky kuchyně, kteří mají čistý oděv, ochranu hlavy a rukavice. V kuchyni je sledována teplota a kvalita podávané stravy, stravu před distribucí negustuje

dietolog a vedoucí nutriční terapeut, který rovněž odpovídá za dodržování hygienických a epidemiologických předpisů a provádění dezinfekce.

Strava na oddělení se podává 5x denně, diabetikům na inzulínu 6x denně.

Při veškeré manipulaci se stravou je používán čistý ochranný oděv.

Při speciálních požadavcích nemocných (makrobiotická strava, vegetariánství atd.) je požadavek projednán s nutričním terapeutem a ten pokud to podmínky umožní předloží tento požadavek ke schválení lékaři.

Odmítání léčebné diety či standardní stravy nemocným je nahlášeno lékaři, který nemocného edukuje a rozhodne o dalším postupu.

V případě nepřítomnosti pacienta na oddělení se strava uchovává v uzavřeném boxu. Zbytky jídel nesmějí zůstat na pokojích ani na oddělení.

Vnesené potraviny - (z domova, od rodiny) zdravotní sestra zkontroluje vhodnost potraviny ve vztahu k léčebné dietě a klinickému stavu nemocného, také vzhled, použitelnost, expiraci. Při zjištění nevhodných potravin tyto buď ihned vrátí přítomným příbuzným, nebo se souhlasem pacienta potraviny vyřadí k likvidaci.

Ve zdravotnickém zařízení není povoleno uskladňovat alkohol a potraviny, které jsou v rozporu s nastaveným dietním režimem (např. sladkosti pro diabetika, masité a tučné výrobky při dietě s omezením tuků, sladkosti, tučné výrobky při redukčních dietách apod.).

Vhodné potraviny si pacient označí jménem a datem vnesení a uloží je do lednice určené pro tyto účely na každém oddělení, 1x týdně jsou tyto potraviny kontrolovány.

Potraviny s prošlou záruční dobou jsou po seznámení a souhlasem pacienta s touto skutečností likvidovány. S prošlými a nevhodnými potravinami je na oddělení zacházeno jako se zbytky jídel.

#### **4.8 Bezpečnostní aspekty provozu zdravotnického zařízení**

Standard č. 26 – Nemocnice je uspořádána ve shodě s příslušnými stavebními a hygienickými předpisy a registruje seznam provozů, které aktuálním normám nevyhovují.

Standard č. 27 – Nemocnice pravidelně kontroluje dodržování stavu protipožární ochrany v souladu s příslušným zákonem.



Standard č. 28 – Personál organizace je seznámen s požárním, havarijním a evakuačním řádem, tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány.

Standard č. 29 – Nemocnice má náhradní zdroj elektrický zdroj minimálně pro operační sály a jednotky intenzivní péče.

Zdravotnická zařízení v České republice jsou provozována v různých historických budovách. Tyto prostory nepřetržitě využívá desítky či stovky pacientů a zaměstnanců. Akreditační standard č. 26 se přímo zabývá stavebními a hygienickými podmínkami pro poskytování kvalitní péče. V předakreditačním šetření musí nemocnice předložit seznam nedostatků, která nevyhovují stavebním a hygienickým předpisům i s plánem nápravy. Spojená akreditační komise České republiky neakceptuje nedostatky, které bezprostředně ohrožují pacienty, zaměstnance či jiné osoby, nebo brání v provozu zdravotnického zařízení.

Dalším možným rizikem v budovách je protipožární ochrana. Zdravotnické zařízení musí mít propracovaný krizový a evakuační řád. Doporučuji provádět reálný nácvik evakuace a to:

- v různých ročních obdobích,
- v různou denní dobu,
- s různým počtem personálu,
- bez i v součinnosti s jednotkami záchranného integrovaného systému.



Obrázek č. 7 – Nácvik protipožární praxe

#### 4.9 Zdravotnické prostředky

Standard č. 30 – Nemocnice stanoví vnitřním předpisem plán preventivních prohlídek přístrojů zahrnující přístroje, které jsou zdroji ionizačního záření a přístroje užívané k monitoraci a/nebo podpoře základních životních funkcí (respirátory, defibrilátory, monitory atd.).

V souladu se zákonem č. 123/ 2000 Sb. v platném znění zajišťuje nemocnice zdravotnické prostředky. Při akreditačním šetření inspektoři kontrolují přítomnost inventárních čísel na jednotlivých přístrojích a srovnávají je s plánem preventivních prohlídek.

#### 4.10 Péče o zaměstnance

Standard č. 37 – Nemocnice má písemně vypracovanou náplň práce pro všechny typy zaměstnanců, vedení nemocnice stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.

Standard č. 38 – Kromě určení kvalifikace a výkonových předpokladů všech zaměstnanců, určuje v organizačním řádu vedení nemocnice formy spolupráce jednotlivých oddělení nemocnic.

Standard č. 39 – Vedení nemocnice rozvíjí systematicky proces školení pověřování lékařů k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon lékařů.

Standard č. 40 – Vedení ošetrovatelského personálu rozvíjí systematicky proces školení pověřování sester k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon sester.

Standard č. 41 – Nemocnice sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.

Personální politika zdravotnických zařízení v České republice je různá. Cílem zavedení kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče je vzdělávání zaměstnanců. Nemocnice prokáže, že pro každé pracovní místo má vypracován plán pravidelného školení a dalšího vzdělávání, které zajistí zaměstnanci udržení či rozšíření znalostí a dovedností. Každý zaměstnanec má písemně stanovenou náplň práce, která co nejkonkrétněji vystihuje prováděné činnosti, povinnosti a kompetence. Náplň práce odpovídá skutečnosti a je aktualizována vždy, když jsou zaměstnanci na pracovišti přiděleny nové povinnosti nebo když zaměstnanec postoupí ve svém profesním rozvoji a rozšíří se jeho pravomoci.

Zvláštní pozornost vyžaduje individuální adaptační proces nově přijatého zaměstnance.

Práce každého zaměstnance je hodnocena po jeho zapracování (ukončení adaptačního procesu) a dále pravidelně v intervalu nejméně jednou za dva roky. Zdravotnické zařízení pravidelně, minimálně jednou ročně sleduje spokojenost zaměstnanců a zkoumá trendy.

#### 4.11 Nemocniční nákazy

Standard č. 42 – Nemocnice má vypracovaný plán (směrnice) bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek.

Standard č. 49 – Nemocnice rozvíjí a využívá koordinační proces k redukci rizik nozokomiálních infekcí pacientů i profesionálních nákaz personálu, monitoruje nozokomiální infekce a profesionální nákazy a podniká opatření k prevenci a snižování rizik nozokomiálních infekcí a profesionálních nákaz.

Nemocniční (nozokomiální) nákazou je považována nákaza, která vznikla v přímé souvislosti s pobytem nebo výkony prováděnými ve zdravotnickém prostředí v příslušné inkubační době. Za nemocniční nákazu se považuje i nákaza, která se projeví teprve po propuštění do domácí péče nebo po přeložení do jiného zdravotnického zařízení.

Za nemocniční nákazu nelze považovat tu nákazu, se kterou je pacient přijat a která se manifestuje až v nemocnici (infekce zavlečené).

Mezi nemocniční nákazy se neřadí nákazy zdravotnického personálu, které u nich vzniknou při výkonu povolání (profesionální infekce).

V současné době je procento hlášení nemocničních nákaz v České republice velmi nízké. Obecně platí, že by to mělo být 5 – 10 %. Na základě srovnání s okolními státy je hlášení výskytu nozokomiálních nákaz v České republice zanedbávanou povinností.

Doporučuji, aby si zdravotnické zařízení stanovilo indikátor kvality péče právě hlášení výskytu nozokomiálních nákaz.

#### 4.12 Manipulace s biologickým materiálem

Standard č. 50 – V souladu s platnými předpisy probíhají pravidelná školení personálu o manipulaci s biologickým materiálem a jeho skladování, včetně likvidace použitých pomůcek.

Vyhláška 195/2005 Sb. definuje požadavky na provoz zdravotnických zařízení. Nakládání a likvidaci biologického materiálu si nemocnice zpracuje v provozním řádu, který musí být schválen Krajskou hygienickou stanicí.

K parenterálním (žilním) a dalším odborným zákrokům se musejí používat sterilní nástroje, pomůcky a jednorázové rukavice, a to vždy pouze pro jednu ošetřovanou osobu.

Jednorázové stříkačky a jehly se likvidují bez ručního oddělování. Vracení krytu na jehly je nepřípustné.

Při vyšetřování a léčení musí dbát personál na čistotu rukou, dezinfekci rukou musí provést vždy po zdravotnických výkonech u fyzických osob, po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem, vždy před parenterálním výkonem a vždy při uplatňování bariérového ošetrovacího režimu k zabránění nemocničních nákaz.

Výměna prádla se provádí 1x týdně, a vždy po kontaminaci, po propuštění, po přeložení pacienta. Prádlo se neprotřepává. Personál při manipulaci s použitým prádlem používá ochranný oděv a rukavice.

#### **4.13 Sběr a zpracování informací**

Standard č. 36 – Vedení nemocnice poskytuje pravidelně, včasné a kvalitně podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti srovnávání jednotlivých zařízení.

Standard č. 43 – Nemocnice shromažďují informace o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů i jednotek ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro ÚZIS.

Pro strategické plánování zdravotnického zařízení jsou důležitá data jak interní tak externí.

Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě v platném znění ukládá povinnost všem zdravotnickým zařízením předávat ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky).

Tato data jsou používána pro řízení nemocnice a sdílána s externími databázemi, což umožňuje porovnávání s ostatními zdravotnickými zařízeními na národní i mezinárodní úrovni.

#### 4.14 Hlášení mimořádných událostí

Mimořádná událost (MU) je jakákoliv událost, která není shodná s požadovanou, normální nebo obvyklou činností zařízení, nebo se stane mimo areál zdravotnického zařízení u zaměstnanců při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s jejich plněním i u hospitalizovaných pacientů.

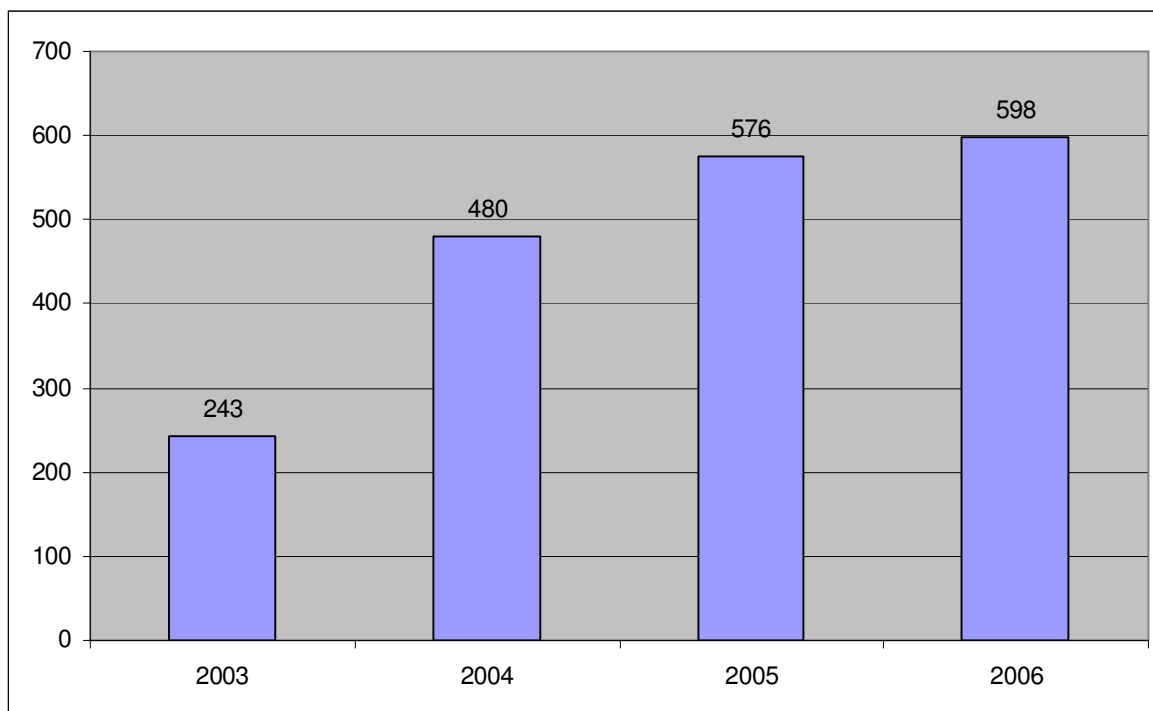
Např.: zranění (k vážnému ohrožení zdraví) nebo náhlá smrt, nehody týkající se pacienta / klienta nebo personálu, změna / poškození zdraví - pochybení při medikaci (zpoždění, nesprávná diagnóza, nesprávný pacient / klient, špatná léčba)

Každý zaměstnanec, který zjistí MU nebo který byl svědkem vzniku je odpovědný za podání hlášení mimořádné události.

Tyto události se typicky dokumentují a vyžadují zhotovení zprávy o vzniklém incidentu na formuláři viz. příloha P I.

Mimořádná událost vzniklá z následujících mechanismů:

- non lege artis postup lékařského nebo ošetrovatelského personálu,
- selhání technologií bezprostředně používaných při poskytování zdravotní péče,
- nepředvídatelná reakce či chování ze strany pacientů,
- nepředvídatelná reakce či chování ze strany zaměstnanců, nebo jiných osob s výjimkou pacientů,
- ztráty na majetku pacientů či zaměstnanců nemocnice,
- selhání technologií, které nejsou bezprostředně užívané při poskytování zdravotní péče, ale souvisejí s ní.



Obrázek č. 8 – Četnost mimořádných událostí v letech 2003-2006

Zdroj: Hamzova odborná léčebna, Jaroslava Zavoralová

#### 4.14.1 Postup při vzniku mimořádné události

Jakmile dojde k MU, je nutné okamžitě:

- poskytnout okamžitou, optimální lékařskou a ošetrovatelskou péči postiženému,
- efektivně komunikovat s pacientem/jeho rodinou (důraz na vysvětlení situace, omluvu, nápravu a prevenci soudních sporů),
- zajistit a uschovat pomůcky, materiál nebo zdravotnickou techniku, která mohla být příčinou vzniku mimořádné události a to za účelem šetření MU,
- provést zápis o MU na určený formulář,
- zajistit vyjádření případných svědků MU,
- podle okolností a vážnosti MU kontaktovat právní oddělení / policii,
- vytvořit strategii k prevenci podobné MU.

#### 4.14.2 Pro účely hlášení se mimořádné události dělí do následujících skupin:

##### Mimořádné události I. typu:

- selhání zdravotnické techniky,
- popáleniny,
- pokus o sebevraždu/dokonaná sebevražda pacienta, jiné osoby,
- sebepoškození pacienta, zaměstnance, jiné osoby pacientem,
- ohrožení zaměstnance (slovní nebo fyzické),
- zranění pacienta jiným pacientem,
- komplikace medikace,
- incident spokojený s výkonem,
- nepředvídatelné úmrtí pacienta při diagnostickém či terapeutickém výkonu,
- zranění pacienta přístrojovou technikou,
- napadení pacienta jinou osobou,
- napadení zaměstnance jinou osobou.

##### Mimořádné události II. typu:

- ztráta nebo poškození majetku nemocného,
- ztráta nebo poškození nemocničního majetku,
- ztráta nebo poškození majetku personálu,
- svévolný odchod nemocného ze zdravotnického zařízení,
- problém se souhlasem k léčbě nebo zákroku,
- problém s identifikací pacienta,
- selhání techniky (jiné).



Doporučuji, aby náraz na pevný objekt s následným zraněním (pád) – jako mimořádná událost byla vedena zvlášť v souvislosti se sledováním pádů pacientů a měla samostatný formulář.

## **4.15 Časový harmonogram**

### **4.15.1 Přípravná fáze (3 měsíce)**

Příprava na nulté verze vnitřních předpisů.

Vnitřní předpisy rozdělit do 3 skupin (medicínská, ošetrovatelská a manažersko-technická sekce) a zadat vybraným pracovníkům k vypracování

### **4.15.2 Validací fáze (1 měsíc)**

Validace nulté verze vnitřních předpisů třemi vybranými odborníky:

- ředitel
- právník
- externí spolupracovník Spojené akreditační komise

### **4.15.3 Analytická fáze (1 měsíc)**

Provedení rozdílové analýzy koordinátory programu KZK na všech odděleních.

Porovnání relevantních standardů a vnitřních předpisů se skutečným stavem na oddělení.

Shoda – neshoda: popsat neshody a vrátit týmu KZK

Z analýzy je zřejmé, jaké změny je nutné implementovat za účelem dosažení shody.

### **4.15.4 Realizační fáze (6 měsíců)**

Vydání první verze vnitřních předpisů.

Vytvoření shody – zavádění všech vnitřních předpisů do praxe oddělení.

### **4.15.5 Kontrolní fáze**

Audity provádí tým vybraných vnitřních auditorů.

Začít 2 měsíce před ukončením realizační fáze.

Provádět audity tak dlouho, pokud výsledky auditů neprokáží připravenost všech oddělení na akreditační šetření.

#### **4.15.6 Akreditační šetření**

Odeslat přihlášku na Spojenou akreditační komisy ČR. Akreditační šetření probíhá 2-3 dny dle velikosti zdravotnického zařízení. Tým inspektorů je tříčlenný (lékař-sestra-administrátor).

Náklady spojené s akreditačním šetření si můžete spočítat pomocí kalkulačky na [www.sakcr.cz/akreditace.php](http://www.sakcr.cz/akreditace.php)

## ZÁVĚR

Legislativní zakotvení principů kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče nese stát prostřednictvím ministerstva zdravotnictví. Doposud v České republice neexistuje legislativní rámec a dochází k velké nekoordinovanosti v oblasti kvality péče. Vlastní zodpovědnost za konkrétní zavádění nástrojů řízení a kontinuálního zlepšování kvality leží na dobrovolnosti samotných zdravotnických zařízeních.

V České republice stále přetrvává postoj veřejnosti, že zdravotníci nechybují. Každý z nás již navštívil nebo někdy navštíví nějaké zdravotnické zařízení. Měli bychom si uvědomit, že existují rizika, kdy se mohou zdravotníci splést při poskytování péče. Pacienti by se měli začít více ptát lékařů např., kolikrát už dělal výkon, který mu bude provádět. Anebo by se neměli bát zeptat: „Sestřičko, umyla jste si ruce“?

Události vyvolané náhlými úmrtími pacientů v havlíckobrodské nemocnici potvrdily, že systém řízení kvality v našem zdravotnictví je velkou neznámou. Dalšími důkazy o rizicích spojených s poskytováním zdravotní péče jsou milionová odškodnění poškozeným pacientům. Pro zdravotnická zařízení jsou takové události ekonomickým a marketingovým rizikem. Společným cílem jak řadových pracovníků tak managementu nemocnic by mělo být minimalizace rizik při denním poskytování zdravotní péče.

Že se jedná o problematiku zasluhující pozornost dokazují alarmující statistiky z USA. Každým rokem zde zemře 100 000 Američanů v důsledku pochybení při poskytování zdravotní péče. Je to 8. nejčastější příčina úmrtí v USA, kdy téměř v polovině případů lze prevencí těmto úmrtím zabránit. Následky těchto mimořádných událostí v USA stojí ročně 37,6 miliard dolarů. [1]

Cílem hlášení mimořádných událostí nejsou sankce, ale prevence. Považuji za důležité vytvoření jednotné metodiky hlášení mimořádných událostí v celé České republice. Význam této evidence je právě ve zmíněné prevenci, která vždy musí následovat. Při zavádění tohoto systému sledování je nutné pamatovat na to, že vzestup nahlášených mimořádných událostí nesignalizuje zhoršení péče, ale zlepšení v oblasti hlášení.

Akreditace zdravotnických zařízení podle národních standardů, které byly zveřejněny již v roce 1998 ve Věstníku MZ ČR č.7, je dle mého názoru nejvhodnějším systémem pro zdravotnická zařízení v procesu řízení kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče.

V tomto systému je kladen důraz na respektování práv pacientů, správné vedení zdravotnické dokumentace, předepisování a podávání léčiv, dodržování hygienicko - epidemiologických pravidel, protipožární praxi a hlášení mimořádných událostí. Národní akreditační standardy jsem uspořádal do tématických skupin, kde jsem se zaměřil na stěžejní prvky, které jsou důležité pro jejich naplnění.

Mimo dvou pražských nemocnic, které mají zaveden systém řízení kvality a bezpečí péče podle mezinárodních standardů JCI je v současné době v České republice akreditováno 11 zdravotnických zařízení z celkového počtu cca 200, což představuje 5,5%. To svědčí o tom, že procesu řízení kvality a bezpečí poskytované péče se nevěnuje v našem zdravotnictví patřičná pozornost.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [2] INSTITUTE OF MEDICINE NATIONAL ACADEMY. To err is human. Washington: Institute of Medicine National Academy Press, 2000. ISBN 0-39-06837-1.
- [2] DONADEBIEN, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. I. Title. Oxford: University Press, 2003. ISBN 0-19-515809-1.
- [3] GLADKIJ, I a kolektiv. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- [4] GLADKIJ, I. Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého Olomouc, 1995. ISBN 80-7067-503-9.
- [5] GLADKIJ, I; HEGER, L; STRNAD, L. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 80-7013-272-8.
- [6] JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1001-3.
- [7] JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 2<sup>nd</sup> ed. Chicago: JCAHO, 2003. ISBN 0-86688-779-2.
- [8] JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION. Root Cause Analysis in Health Care – Tools and Techniques. Illinois: JCAHO 2000. ISBN 0-86688-641-9.
- [9] MARX, D.; VLČEK, F. Národní akreditační standardy pro nemocnice. 1.vyd. Praha: Spojená akreditační komise ČR, 2005.
- [10] MARX, D. Některé zahraniční systémy hodnocení kvality související a akreditace-mi ve zdravotnictví. Praha: www.zdn.cz, 1999.
- [11] SPATH, P.L. Error reduction in health care: a systems approach to improving patient safety. San Francisco: Jossey-Bass, 2000. ISBN 0-7879-5596-5.

- [12] ŠKRLOVI, P a M. Kreativní ošetrovatelský management. 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
- [33] Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny č. 96/2001 Sb.m.s., zejména čl. 5-10, 23-26.
- [14] VEBER, J. Management kvality: od ISO 9000 k TQM. Bělá pod Bezdězem: Nakladatelství Máchova kraje, 1997. ISBN 80-9017-305-5.
- [45] Věstník Ministerstva zdravotnictví, Praha, MZ ČR 1998, č. 7.
- [56] Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.
- [67] Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci.
- [78] Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
- [89] Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě.
- [20] Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů.
- [21] Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.
- [22] Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

CQI	Continuous Quality Improvement
EFQM	European Foundation for Quality Management
ISO	International Organisation for Standardization
JCI	Joint Commission International
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation
KZK	Kontinuální zvyšování kvality
MU	Mimořádná událost
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
TQM	Total Quality Management
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Healthcare Organisation
ZZ	Zdravotnické zařízení

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 - Náklady jako funkce kvality péče

Obrázek č. 2 – Kroky při řešení problémů a vztah ISO a TQM / CQI

Obrázek č. 3 – Jak bezpečná je zdravotní péče

Obrázek č. 4 – Infrastruktura řízení kvality

Obrázek č. 5 - Příklad vyhodnocení dotazníku spokojenosti pacientů

Obrázek č. 6 – Stranová záměna

Obrázek č. 7 – Nácvik protipožární praxe

Obrázek č. 8 – Četnost mimořádných událostí v letech 2003-2006



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Hlášení mimořádné události

# PŘÍLOHA P I: HLÁŠENÍ MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI

## Hlášení mimořádné události

Datum MU:

Čas:

Pacient

Zaměstnanec

Student

Návštěva

Ostatní

Jméno, kdo MU zjistil:

Funkční zařazení:

Svědék MU:

Funkční zařazení:

Datum zjištění MU:

Čas:

### 1. Druh mimořádné události

#### Typ I.

#### Typ II.

Selhání zdravotnické techniky

Náráz na pevný objekt s následným zraněním

Popáleniny

Ztráta nebo poškození nemocničního majetku

Pokus o sebevraždu/dokonaná sebevražda  
pacienta nebo jiné osoby

Ztráta nebo poškození majetku nemocného

Sebepoškození pacienta, zaměstnance,  
jiné osoby pacientem

Ztráta nebo poškození majetku personálu

Ohrožení zaměstnance (slovní nebo fyzické)

Svévolný odchod nemocného ze ZZ

Zranění pacienta jiným pacientem

Problém se souhlasem k léčbě nebo zákroku

Komplikace medikace (vyplňte oddíl 4)

Problém s identifikací pacienta

Incident spokojený s výkonem ( vyplňte oddíl 5)     Jiné incidenty (vysvětlete)

Nepředvídatelné úmrtí pacienta při diagnostickém či terapeutickém výkonu

Selhání techniky (jiné)

Zranění pacienta přístrojovou technikou

Napadení pacienta jinou osobou

Napadení zaměstnance jinou osobou

## 2. Lokalita MU

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Název oddělení: | <input type="checkbox"/> Výtah            |
| <input type="checkbox"/> Pokoj pacienta  | <input type="checkbox"/> Venkovní areál   |
| <input type="checkbox"/> WC              | <input type="checkbox"/> Laboratoř        |
| <input type="checkbox"/> Koupelna        | <input type="checkbox"/> Rentgen          |
| <input type="checkbox"/> Chodba          | <input type="checkbox"/> RHB (kde)        |
| <input type="checkbox"/> Jídelna         |   |
| <input type="checkbox"/> Jiné místo      |   |
| <input type="checkbox"/> Ambulance       |   |
| <input type="checkbox"/> Schodiště       | <input type="checkbox"/> Jiné místo (kde) |

## 3. Medikační incidenty

- Lék nepodán
- Lék podán jinému pacientovi
- Nesprávná rychlost podání
- Nesprávná dávka/koncentrace
- Špatný čas podání léku
- Špatný způsob/místo podání
- Nesprávná metoda podání
- Nesprávný lék .....
- Nežádoucí účinek (alergická reakce)
- Neshoda počtu opiátů
- Pochybení při podání krve a krevních derivátů
- Jiné (vysvětlete).....

## 4. Incident léčebného procesu

- Výkon nebyl proveden
- Výkon proveden nesprávně
- Výkon byl proveden na nesprávném nemocném
- Nesprávný výkon
- Problém s diagnostickým vzorkem (krev, moč)
- Problém se zdravotnickou technikou
- Jiný problém (vysvětlete).....

### **5. Stav pacienta před MU**

- Z úst je cítit alkohol
- Orientován
- Pod vlivem sedativ
- Pod vlivem drog
- Pod vlivem anestezie
- Dezorientován
  
- V bezvědomí
  
- Ostatní (vysvětlete)

### **6. Výsledek MU**

- Žádné zjevné zranění
- Psychické trauma
- Popáleniny
- Zlomenina
- Zranění s potřebou šití
- Ostatní (vysvětlete)

### **7. Stručný a věcný popis MU**

Doporučená a nápravná opatření:

Klasifikace mimořádné události:  závažná     bez následků     nelze klasifikovat jako MU

Událost byla hlášena                       ano                       ne

**Mimořádná událost byla vyhodnocena:**

Dne:

Poř. č.:

Jméno:

Podpis:

Vyhodnocení předáno dne:

Rozhodnutí ředitele/ky ze dne: