

IMPLEMENTACE SYSTÉMŮ MANAGEMENTU KVALITY VE VYBRANÉ NEMOCNICI

Bc. Lenka Juráková

Diplomová práce
2020

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Lenka Juráková**
Osobní číslo: **M17763**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Implementace systémů managementu kvality ve vybrané nemocnici**

Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Charakterizujte teoretické poznatky na téma management kvality, management kvality ve zdravotnictví.
- Porovnejte řízení kvality dle certifikace ISO a akreditace Spojené akreditační komise SAK.

II. Praktická část

- Provedte analýzu současného stavu řízení kvality ve vybrané nemocnici.
- Navrhněte opatření vedoucí ke zlepšení.
- Provedte ekonomické zhodnocení navrhaných opatření.

Závěr

Rozsah diplomové práce: cca 70 stran
Forma zpracování diplomové práce: Tisková/elektronická

Seznam doporučené literatury:

- BRIŠ, Petr. *Management kvality*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010, 208 s. ISBN 978-80-7318-912-9.
- BUCHBINDER, Sharon and Nancy SHANKS. *Introduction to health care management*. Burlington, Mass.: Jones and Barlett Learning, 2012, 494 s. ISBN 978-0-7637-9086-8.
- ČESKÁ TECHNICKÁ NORMA ČSN EN ISO 9001:2015: *Systémy managementu kvality – Požadavky*. Česká republika: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2016, 48 s.
- INOZU, Bahadır. *Performance improvement for healthcare: leading change with lean, Six Sigma, and constraints management*. New York: McGraw-Hill, 2012, 319 s. ISBN 978-0-07-176162-8.
- MARX, David a František VLČEK. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: SAK, 2013, 172 s. ISBN 978-80-87323-04-05.

Vedoucí diplomové práce: doc. Ing. Petr Briš, CSc.
Ústav průmyslového inženýrství a informačních systémů

Datum zadání diplomové práce: 6. ledna 2020
Termín odevzdání diplomové práce: 21. dubna 2020

L.S.

doc. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

Ing. Jiří Bejtkovský, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 6. ledna 2020

**PROHLÁŠENÍ AUTORA
BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE**

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové/bakalářské práce bude uložen na elektronickém nosiči v příruční knihovně Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s příjím-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové/bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

1. že jsem na diplomové/bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
2. že odevzdaná verze diplomové/bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 30. 5. 2020

Jméno a příjmení: Lenka Juráková

.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na implementaci managementu kvality ve vybrané nemocnici. Cílem práce je vypracování projektu na získání akreditace dle Spojené akreditační komise (SAK). V teoretické části byly zpracovány literární poznatky na téma management kvality, akreditace a certifikace. Na praktickou část práce navazuje část analytická, kterou tvoří charakteristika vybrané nemocnice a analýza současného stavu managementu kvality. Pomocí PEST a SWOT analýzy jsou zjištěny další nedostatky anebo možnosti, které napomohou projekt realizovat. Na základě zmíněných analýz je v projektové části navržen projekt, který vede ke zlepšení managementu kvality. Následně je projekt podroben časové, nákladové a rizikové analýze.

Klíčová slova: management kvality, management kvality ve zdravotnictví, audit, indikátory kvality, certifikace, akreditace.

ABSTRACT

The diploma thesis aims on implementation of quality management in a particular hospital. The objective of this thesis is to design a project for getting an accreditation in compliance with Spojená akreditační komise (Accreditation commission for Health Care). In the theoretical part, literary findings about quality management, accreditation, and certification were compiled. The practical part is followed by the analytical part, which is comprised of characteristics of the chosen hospital, and analysis of its current quality management state. Other deficiencies and opportunities are found by PEST and SWOT analyses. These will help to carry out the project. A project is designed in the project part. It is based on the above-mentioned analyses, and it will lead to improvement of the hospital's quality management. In the end, the project is analysed by time, expense, and risk analyses.

Keywords: Quality management, healthcare quality management, audit, quality indicators, certification, accreditation.

Velmi ráda bych touto cestou poděkovala doc. Ing. Petru Brišovi, CSc. za cenné rady, ochotu i čas, kterou mi věnoval při konzultační činnosti.

Dále chci poděkovat mé rodině za podporu a trpělivost, kterou mi věnovali po celou dobu studia.

„Management je dělat věci správně. Leadership je dělat správné věci“.

(P. F. Drucker)

„Každá lidská činnost se nakonec musí nějak projevit v číslech“.

(Tomáš Baťa)

OBSAH

ÚVOD	6
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 MANAGEMENT KVALITY	10
1.1 MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	10
1.2 PRINCIPY SYSTÉMŮ MANAGEMENTU KVALITY.....	12
1.3 INDIKÁTORY KVALITY	17
1.4 AUDIT	17
1.5 LEGISLATIVNÍ POŽADAVKY	18
2 CERTIFIKACE A AKREDITACE	20
2.1 CERTIFIKACE DLE NORMY ISO 9001	20
2.1.1 Kapitoly normy ISO 9001:2015.....	20
2.2 CERTIFIKACE DLE NORMY ISO 15189	24
2.2.1 Kapitoly normy ISO 15189	24
2.3 AKREDITACE DLE SPOJENÉ AKREDITAČNÍ KOMISE SAK.....	31
2.3.1 Kapitoly Spojené akreditační komise.....	32
2.4 POROVNÁNÍ NOREM.....	39
3 NÁSTROJE KE ZLEPŠENÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY	44
3.1 PŘEHODNOCENÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY	44
3.1.1 Vstup pro přehodnocení	44
3.1.2 Výstup z přehodnocení.....	45
3.2 ANALÝZA JAKO ZÁKLAD PROJEKTU.....	45
3.2.1 PEST analýza	45
3.2.2 SWOT analýza	45
II PRAKTICKÁ ČÁST	47
4 CHARAKTERISTIKA NEMOCNICE	48
4.1 HISTORIE NEMOCNICE	49
4.2 ORGÁNY NEMOCNICE	51
4.3 ORGANIZAČNÍ SCHÉMA A KOMPETENČNÍ USPOŘADÁNÍ NEMOCNICE	51
5 SOUČASNÝ STAV MANAGEMENTU KVALITY	55
5.1 ODPOVĚDNOSTI A PRAVOMOCI.....	55
5.2 POLITIKA KVALITY A CÍLE KVALITY	56
5.3 ŘÍZENÍ DOKUMENTŮ	57
5.3.1 Postup při vzniku vnitřního předpisu	58
5.3.2 Přípomínkové řízení vnitřního předpisu.....	58
5.3.3 Vydání a zveřejnění vnitřního předpisu	60
5.3.4 Rozdělení vnitřních předpisů	60
5.3.5 Řízení externí dokumentace	61
5.4 AUDITNÍ ČINNOST.....	62
5.4.1 Interní audit	62
5.4.2 Metodické návštěvy SAK	64

6	PROVĚŘENÍ A ANALÝZA SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY	65
6.1	PŘEZKOUMÁNÍ ODPOVĚDNOSTÍ A PRAVOMOCÍ	65
6.2	PŘEZKOUMÁNÍ POLITIKY A CÍLŮ KVALITY	66
6.3	PŘEZKOUMÁNÍ ŘÍZENÍ DOKUMENTŮ	66
6.3.1	Přezkoumání postupu při vzniku vnitřního předpisu	66
6.3.2	Přezkoumání připomínkového řízení	67
6.3.3	Přezkoumání vydávání a zveřejnění vnitřního předpisu	67
6.3.4	Přezkoumání rozdělení vnitřních předpisů.....	67
6.3.5	Přezkoumání řízené externí dokumentace	69
6.4	PŘEZKOUMÁNÍ AUDITNÍ ČINNOSTI.....	69
6.4.1	Přezkoumání interních auditů	70
6.4.2	Přezkoumání metodických návštěv SAK.....	71
7	VÝSTUP Z PŘEZKOUMÁNÍ MANAGEMENTU KVALITY.....	72
7.1	PEST ANALÝZA	72
7.1.1	Politicko-legislativní faktory.....	72
7.1.2	Ekonomické faktory	73
7.1.3	Sociální faktory	73
7.1.4	Technologické faktory	73
7.2	SWOT ANALÝZA	74
7.2.1	Matematický model SWOT analýzy na implementaci kvality	75
7.2.2	Závěr ze SWOT analýzy	77
8	NÁVRH PROJEKTU NA IMPLEMENTACI KVALITY DLE SAK.....	78
8.1	ZJEDNODUŠENÍ ŘÍZENÝCH DOKUMENTŮ.....	78
8.1.1	Popis procesu směřujícího ke splnění cíle	78
8.1.2	Náklady a zdroje realizace	79
8.1.3	Přínos a návratnost investic.....	79
8.2	SJEDNOCENÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE	80
8.2.1	Popis procesu směřujícího ke splnění cíle	80
8.2.2	Náklady a zdroje realizace	80
8.2.3	Přínos a návratnost investic.....	81
8.3	ZEFEKTIVNĚNÍ AUDITNÍ ČINNOSTI	81
8.3.1	Popis procesu směřujícího ke splnění cíle	81
8.3.2	Náklady a zdroje realizace	82
8.3.3	Přínos a návratnost investic.....	82
8.4	ČASOVÁ ANALÝZA PROJEKTU.....	82
8.5	NÁKLADOVÁ ANALÝZA	85
8.6	RIZIKOVÁ ANALÝZA A IDENTIFIKACE RIZIK.....	86
8.6.1	Identifikace rizik	86
8.6.2	Riziková analýza	86
8.6.3	Návrhy ke zredukování možných rizik	88
8.7	ZHODNOCENÍ PROJEKTU	90
	ZÁVĚR	93
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	94
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	97

SEZNAM OBRÁZKŮ	99
SEZNAM TABULEK.....	100
SEZNAM PŘÍLOH.....	101

ÚVOD

Systemem managementu kvality se v současné době zabývá mnoho zdravotnických zařízení, která se zaměřují na zvyšování kvality v péči o pacienty. Jejich motivy a metody jsou různé: uspokojit požadavky akreditačních standardů, udržet nebo zvýšit počet pacientů, zajistit dobrou pověst, přežít v konkurenčních podmínkách, získat odborný personál či vést zdravotnický personál dělat věci správně.

Bouřlivé turbulence, jež čerí hladinu současného zdravotnictví, mají nepřímý vliv na kvalitu, kterou ohrožuje, buď ekonomickými problémy nemocnic, nespokojeností zdravotnického personálu s platovými podmínkami, nebo problémy s pojišťovnami. Dokonalá kvalitní péče ovlivňuje spokojenost pacientů.

Program kontinuálního zvyšování kvality (KZK) nezahrnuje žádné neznámé prvky. Vyjadřuje, že se jedná o důsledné využití několika principů, jež přezkoumávají prověřené nástroje kvality v rámci celé nemocnice s účastí všech zaměstnanců.

Nemocnice, kde je zaveden program KZK, se řídí myšlenkou podpořit uspokojování potřeb pacienta, překonat jeho očekávání s minimálním úsilím a s co nejnižšími náklady na nezbytné zdroje a aplikovat strukturované procesy, které vyzdvihnou veškeré aspekty péče.

Kvalita v programu KZK neznamena pouze zlepšit lékařskou nebo ošetrovatelskou péči. Kvalita je komplexní pojem, neboť obsahuje plno kritérií, dle kterých se kvalita hodnotí. Může se jednat o kvalitu produktu – strava, prádlo, dokumentace, léky, zdravotnický materiál; o klasifikaci zaměstnanců – lékaři, sestry, ostatní personál, dodavatelé; o kvalitu péče nebo služby – rehabilitace, chování personálu, diagnostická, ošetrovatelská a lékařská péče; o kvalitu prostředí – stav budov, osvětlení, hluk, pracovní prostředí, nábytek aj.

V každém zdravotnickém zařízení se naleznou zaměstnanci, kteří proces KZK brzdí. Tito zaměstnanci jsou často překážkou v programu KZK. Častými námitkami, které používají, je, že vše dělají dobře. Tato výmluva se ale musí doložit fakty a odpovědi na otázky. S jakými náklady? V porovnání s kým? Mnoho pracovníků ve zdravotnictví věří, že to, co dělají, je správné, a proto není nutné co zlepšovat. I když v nemocnicích existuje nesmyslná byrokracie, neefektivní procesy, mocenské postoje některých vedoucích pracovníků, nepružnost, duplikace výkonů, neefektivní komunikace a vztahy mezi personálem a pacienty, nerespektování soukromí a omyly z nedbalosti, které se schovávají pod pokličku. Tyto pro-

blémy většina zaměstnanců přiznává a mnozí by je chtěli změnit, ale bez podpory vrcholového managementu to nelze. Proto je perspektiva programu KZK velmi důležitá, jelikož nám napomůže zlepšit činnosti, které děláme, a dosáhnout očekávaného úspěchu.

Cílem diplomové práce je navrhnout projekt na implementaci managementu kvality, jež bude přínosem pro zdravotnické zařízení získáním akreditace dle Spojené akreditační komise o. p. s. (SAK). Díky této akreditaci nemocnice může získat kvalifikovaný personál, nové pacienty a lepší postavení v kraji.

Teoretická část obsahuje pojmy management kvality, management kvality ve zdravotnictví, audit a indikátory kvality. Současně je provedeno srovnání kvality mezi certifikací ISO normy a národními akreditačními standardy SAK. V praktické části je analyzováno přezkoumání managementu kvality. Pomocí analytických metod je vypracován projekt se všemi náležitostmi, který vede k úspěšné realizaci a uskutečnění uvedených cílů.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Základním cílem diplomové práce je definovat pojem management kvality, management kvality ve zdravotnictví, audit a indikátory kvality. V teoretické části byly charakterizovány literární poznatky a následná analýza odborné literatury, odborných postupů ISO normy a národních akreditačních standardů v souladu s legislativními předpisy České republiky, které odpovídají tématu práce.

Zaměření v teoretické části se týkalo problematiky porovnání řízení kvality dle certifikace ISO normy a akreditace dle Spojené akreditační komise SAK, jelikož kvalita zdravotní péče velmi souvisí s kvalitou služeb a ovlivňuje ekonomické možnosti zdravotnického zařízení.

Cílem práce je na základě zjištěných teoretických poznatků analyzovat současný systém managementu kvality ve vybrané nemocnici a následně vytvořit projekt, který vede ke zlepšení managementu kvality.

Praktická část práce se skládá z analytické a projektové části. Vstupem do analytické části je charakteristika vybrané nemocnice, od které se pak odvíjí analýza současného stavu managementu kvality. Součástí analýzy je analýza makroprostředí, která je vytvořena pomocí PEST a SWOT analýzy. Tyto analýzy následně umožní poskytnout další zjištění související s plánovanou realizací projektu.

V projektové části je vypracován návrh projektu vedoucí ke zlepšení managementu kvality. Projekt vychází z výsledků analytické části, který poukázal na možné nedostatky a další možnosti zdravotnického zařízení, jež mohou zlepšit současný stav managementu kvality. V úvahu přichází další skutečnosti, které by mohly projekt ovlivnit. Tento projekt je podroben časové, nákladové a rizikové analýze.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MANAGEMENT KVALITY

Pojem management dříve znamenal výkon řídicích činností, které se provádí od vrcholu dolů v centrálním systému plánování. V současné době se chápe jako vedení organizací v podmínkách fungujícího trhového hospodářství. Prezентují se organizace, které tvoří skupina lidí se záměrem dosažení určitého cíle.

Organizaci určují tři základní charakteristiky:

- účel,
- lidé, kteří ji tvoří,
- struktura jednotlivých prvků a vztahů, jejich hierarchie a rozmístění.

Management jako proces ukazuje praktickou činnost manažera, která začíná definováním cílů, jejich realizací a kontrolou. Jedná se o opakující se cyklus činností (Ozorovský, Vojteková a kol., 2016, s. 19).

Pravidla managementu se v dnešním konkurenčním prostředí neustále mění. Změna musí být zakomponována v technické transformaci, což znamená proces v procesu. V rámci řízení se musí podpořit úspěšné a neustálé zlepšování od vedení až po zaměstnance. Jak provést implementaci do programu úspěšně, je těžké posoudit, jelikož ji ovlivňují faktory, které závisí na lidském chování a reakci na změny.

Když W. Edwards Deming cynicky poznamenal „*Změna není nezbytná, přežití je nepovinné*“, nebyla to nikdy více pravda než dnes ve zdravotnické péči.

Proaktivní změny posouvají organizaci pozitivním směrem. Pokud tyto změny nebyly dotrženy do konce, nebude úspěšný výsledný efekt (Inozu, 2012, s. 242-245)

1.1 Management kvality ve zdravotnictví

Management kvality ve zdravotnictví se smí definovat jako celkový přehled struktury organizace, daných odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, jež jsou podstatné k neustálému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb. Konečným cílem je zlepšit zdravotní stav, zvýšit kvalitu života a spokojenost obyvatel, kteří o ně pečují, dále omezit chyby, nežádoucí události a přídatné náklady spojené s chybným zdravotnickým výkonem či službou. Systém kvality v jednotlivých zařízeních má v souhrnu vliv na kvalitu komplexního

systemu zdravotnictví, jehož cílem je dosáhnout co nejlepší úrovně péče o zdraví (Gladkij a kol., 2003, s. 289-291).

Zdravotnická zařízení mohou zvýšit kvalitu poskytované péče obdržáním akreditace SAK, JCI, certifikací ISO, dosáhnutím certifikátu spokojený pacient či Baby Friendly Hospital. Dále mohou měřit kvalitu zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů, zavedením standardů poskytované péče a monitorací nežádoucích událostí se zavedením metodických opatření k prevenci nežádoucích událostí (Plevová, 2012, s. 234).

Bezpochyby je kvalita vnímána jako zajímavé a citlivé téma, které nezajímá jen zdravotnické zařízení, ale i plátce zdravotního pojištění, širokou veřejnost a státní správu. Vnímání kvality může být ovlivněno i doprovodnými službami, jako je např. příjem pacienta, podání informací, stravy, zajištění bezpečnosti a organizace péče.

Zdravotnická zařízení používají ke sledování kvality jiná kritéria. Stát monitoruje základní demografické ukazatele, zdravotní pojišťovna vydané náklady na zdravotní péči a svaz pacientů neúspěchy v poskytnuté péči. Proto je důležité sledování kvality zdravotnických služeb sjednotit, stanovit jasnou vizi, strategii a priority v zavedení managementu kvality (Madar a kol., 2004, s.34-35).

Konečnou fází rozvoje organizace není zavedení systému managementu kvality. Organizace musí být hlavně úspěšná. Nejen z pohledu vlastníka upřednostňujícího hospodářský výsledek a zisk, ale i z pohledu svého okolí a spokojených zaměstnanců (Briš, 2010, s. 8).

Cílem rozvoje managementu kvality ve zdravotnictví je, že systém kvality přispívá k lepším výsledkům prevence a léčby. Jednotlivé prvky zdravotnické soustavy popisují účast na celkovou odpovědnost za kvalitu a její růst. Do značné míry záleží zlepšování kvality na úsilí pracovníků a přispívá ke zlepšování spokojenosti, ale též ke zlepšování diagnostických a léčebných výsledků. Sledování nastavených procesů může vést ke snížení počtu pochybení, a tedy k vyšší hospodárnosti a účinnosti a zejména také k lepšímu image zdravotnického zařízení (Gladkij a kol., 2003, s. 294).

Přínosem managementu kvality je strategické plánování, které se zlepšuje pomocí včasných a relevantních informací. Jedná se o projekci operativních trendů, určení silných a slabých stránek ZZ, analýzu potenciálu jednotlivých oddělení uvnitř ZZ a zprávy o výkonnosti jednotlivých oddělení. Dalším hlediskem jsou zlepšené klinické výsledky, přičemž vedoucí pracovníci by měli rozebrat rozdíly ve výsledcích před a po zavedení systému. Tyto

se pak mohou promítnout do vzniku doporučených klinických postupů. Posledním hlediskem je zlepšení manažerské a operativní hospodárnosti, k níž přispívají užitečné informace. Dochází ke srovnání jednotlivých služeb, k analýze nákladů a k soustavnému přístupu k těmto informacím (Gladkij a kol., 2003, s. 316).

Hlavními funkcemi manažerů zdravotnických zařízení při řízení programů kvality jsou: tvorba koncepce daného ZZ se zaměřením na uspokojení zdravotních potřeb pacientů, vytváření podmínek pro kvalitní a efektivní péči, motivování pracovníků, soustavné sledování kvality a efektivity péče, zajišťování efektivní komunikace a široká delegace pravomocí a odpovědnosti (Gladkij a kol., 2003, s. 314).

Kvalita péče ambulantních a lůžkových oddělení je především stanovena úrovní diagnostických procesů, úrovní léčebných intervencí, úrovní ošetrovatelské péče, úrovní řízení a koordinací procesů, úrovní komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty, úrovní výkonnosti systému a efektivnosti využití zdrojů (Gladkij a kol., 2003, s. 317, 318).

Úroveň poskytované zdravotní péče záleží na kvalitě práce personálu. Ovlivňuje ji lidský faktor, a to hlavně při přímém styku s pacientem (Buchbinder, 2012, s. 40).

Kvalitu ošetrovatelské a lékařské péče můžeme měřit pomocí dat získaných od pacientů, jiných interních či externích klientů, z auditů a z indikátorů kvality (Plevová a kol., 2012, s. 232).

Staněk (2011, C5-C6) uvádí, že kvalita je relativní, a nikoliv absolutní pojem, jelikož ji lze neustále zlepšovat. Jako nezbytný předpoklad pro kontinuální zvyšování kvality je měření kvality péče, srovnání a analýza výsledků. K tomuto trvalému zlepšování se užívá obecný manažerský nástroj Demingův cyklus, který znamená „plánuj, dělej, kontroluj, jednej“.

1.2 Principy systémů managementu kvality

Základním pravidlem pro vedení a řízení organizace mířené na neustálé zlepšování výkonnosti při zohledňování všech zúčastněných stran je princip. V aplikaci na management kvality je spojujícím článkem všeho, co určitá organizace provádí v zájmu spolehlivého plnění a překračování požadavků všech zúčastněných stran. Některé z těchto principů užívá koncepce ISO, další jsou podstatou pro model excellence, EFQM. Do koncepcí těchto základních principů řadíme následující principy pokročilého managementu kvality (Nenadál, 2016, s. 18).

1. Princip dodávání hodnoty pro zákazníky

Dlouhodobý život organizací bez zákazníků není možný, jelikož nákupem výrobku či služeb potvrzují bytí či nebytí dodavatelských organizací. Úspěšné organizace dělají rozdíly ve skupině zákazníků a prozkoumávají budoucí potřeby a očekávání. Navrhují a inovují takové produkty, které budou zárukou maximální hodnoty. Objektivně a pružně prozkoumávají prostřednictvím zpětné vazby úroveň vnímání a na výsledky průzkumu reagují. Strategické a operativní cíle uzpůsobují požadavkům svých zákazníků.

2. Princip vůdcovství

Musíme vzít v úvahu, že trvalé zvyšování výkonnosti se neobejde bez vůdčích osobností, které svým chováním, postoji a jednáním směřují organizaci k dosažení co nejlepších výsledků. Definují celkovou strategii, mise, vize, hodnoty organizace a cíle. Začleňují se do procesů zlepšování, změn a inovací. Pomáhají a váží si aktivit zaměstnanců při naplňování cílů. Své záměry vhodně prodiskutují s externími partnery a se zaměstnanci.

3. Princip zapojení lidí

Důležitým faktorem trvalého úspěchu organizace je aktivita a tvořivost zaměstnanců. Dávají pravomoci svým zaměstnancům, posilují týmovou práci. Na základě strategických cílů stanovuje dílčí cíle pro zaměstnance a týmy. Sleduje výkonnost, podporuje motivační programy a hodnotí úsilí při naplňování cílů organizace. Povzbuzuje zaměstnance při vyhledávání slabých stránek v činnostech organizace.

4. Princip agility

Současný a budoucí úspěch organizace vyžaduje, aby vedení pružně a efektivně reagovalo na všechny vnější a vnitřní příležitosti, hrozby a další podněty. Tento princip provádí a porovnává různé scénáře možného budoucího vývoje. Spojuje informační systémy s dodavateli a odběrateli. Pracuje na řízení změn na bázi managementu projektů.

5. Princip procesního přístupu

Organizace fungují mnohem efektivněji, pokud chápou a řídí nastavené procesy. Procesy stanovují rozsah a charakter se záměrem naplnit strategické cíle. Ustanovuje vlastníky jednotlivých procesů a přiřazuje jim potřebné odpovědnosti a pravomoci. Systematicky vyhodnocuje a sleduje výkonnost jednotlivých procesů a systémů managementu. Provádí benchmarking.

6. Princip prevence

Než řešit následky, je mnohem efektivnější předcházet potencionálním problémům při lidské činnosti, proto je důležité identifikovat vnější a vnitřní hrozby. Přičemž bychom měli odkrýt slabé stránky organizace a pochopit je jako příležitost ke zlepšení, podpořit zavedení managementu rizik, pomocí metod a nástrojů předcházet budoucím problémům, haváriím, vadám, reklamacím. Je nutné vypracovat krizové scénáře a plány, přičemž musíme sledovat jejich aktuálnost.

7. Princip neustálého zlepšování a inovace

Podmínkou pro udržení a zvýšení výkonnosti organizace a včasné reakce na hrozby, rizika a eliminaci slabých stránek je neustálé zlepšování, inovace a rozvoj. Proto je vhodné všemi způsoby identifikovat hrozby, rizika a příležitosti ke zlepšení. Přičemž se podpoří přeměna nápadů od zaměstnanců do realizovaných projektů a systematicky se rozvíjí znalosti zaměstnanců o vhodných metodách a nástrojích zlepšování. Monitoruje se a vyhodnocuje účinek a dopad zlepšení a změn na jednotlivé zúčastněné strany, včetně zákazníků. Na finální produkty se nevztahuje pouze inovace, ale i technologie, organizační struktury a metody řízení. Do tohoto principu se zařazují členové vrcholového vedení, jelikož mohou uplatňovat vhodné druhy motivace a ocenění.

8. Princip rozhodování na základě faktů

Všichni pracovníci s pravomocemi se musí umět objektivně rozhodovat a maximálně prosazovat analyzovaná data. Na jednotlivých úrovních řízení je určena vhodná škála se strukturou ukazatelů, jejichž vývoj je poté monitorován a používán k rozhodování. Ze všech relevantních míst prostřednictvím vhodným měřením a monitorací probíhá sběr dat a důkazů. Následně je ověřena jejich spolehlivost a validita a je zaručena jejich bezpečnost. Výsledky analýzy dat se zapíší a provede se jejich reportace.

9. Princip rozvoje partnerství

Pokud se organizace snaží maximalizovat výkonnost, tak musí pečlivě identifikovat své partnery a podporovat jejich vzájemně prospěšné vztahy. S těmito partnery je důležité podporovat rozvoj programů partnerství, sdílet informace o zkušenostech a dobré praxi, klasifikovat efektivnost a účinnost rozvoje partnerských vztahů.

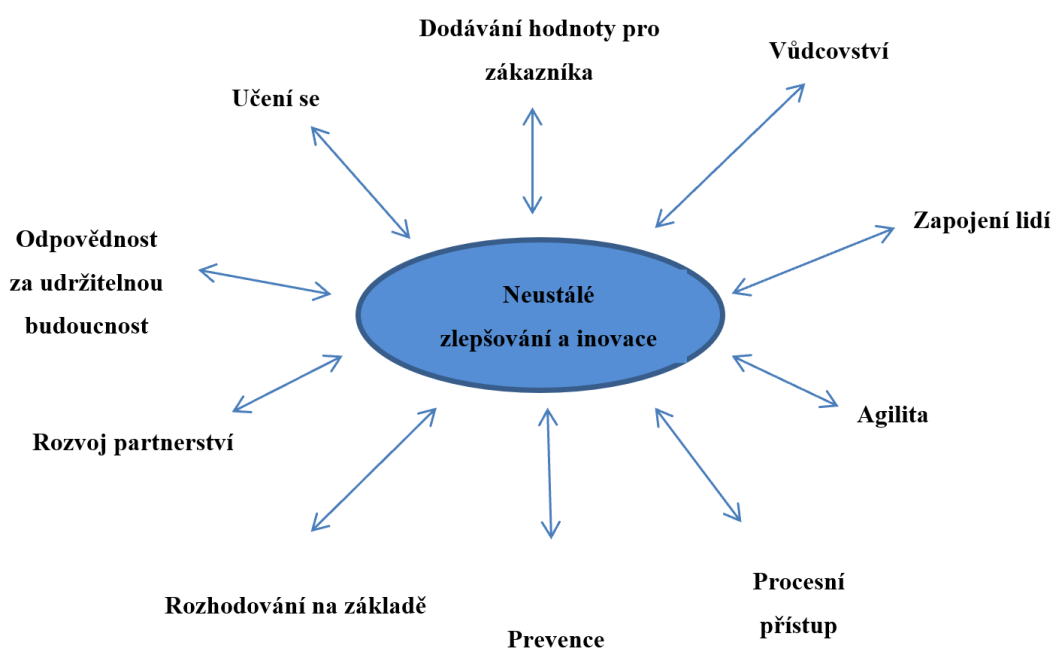
10. Princip odpovědnosti za udržitelnou budoucnost

Každá organizace se podílí na odpovědnosti za kvalitu života celé společnosti ve svém okolí v blízké a vzdálenější budoucnosti. Organizace, proto musí ve svých vizích, misích a hodnotách specifikovat základnu k naplnění tohoto principu. To znamená, že podporuje rozvoj systému společenské odpovědnosti garantující vzájemnou rovnoměrnost ekonomických, environmentálních a sociálních hledisek.

Systematicky provádí projekty, které zlepšují stav pracovního a životního prostředí. Aktivně se účastní rozvojových programů v regionu, zemi i zahraničí. Podporuje projekty v oblastech vzdělávání, zdravotnictví a sociálních službách i s účastí svých zaměstnanců na těchto projektech.

11. Princip učení se

Znalosti lidí považují organizace za nejcennější kapitál, proto pokročilé organizace formulují úroveň znalostí jako mixu teoretických vědomostí a praktických dovedností pro všechny úrovně řízení, včetně vrcholového managementu. Provádí plánování a realizaci vhodných přístupů a metod rozvoje znalostí zaměstnanců, přičemž uvolňují potřebné zdroje na rozvoj znalostí jednotlivců a týmů. Snaží se přenášet zkušenosti a dovednosti starších zaměstnanců na nové zaměstnance. Systematicky provádí monitoraci efektivnosti a účinnosti rozvoje znalostí (Nenadál, 2016, s. 19-24).



Obrázek č. 1 Vazby mezi principy managementu (vlastní zpracování)

1.3 Indikátory kvality

Indikátor kvality je popisován jako kvantitativní údaj o kvalitě procesů, který poskytuje srovnání dat v čase. Při výběru sledovaného indikátoru je nutné vzít v úvahu, že nelze monitorovat všechny indikátory. Musíme zohlednit ty, které jsou nejrizikovější (např. podávání léčiv), nejdražší (např. dodržování limitů) a nově zavedené (např. zdravotnická dokumentace). Sběr a analýza dat probíhá ve zdravotnických zařízeních, která se snaží zvyšovat kvalitu svých služeb. Získané informace musí být využity pro další zlepšování. Mezi sledované indikátory kvality řadíme např. pády pacientů, počty dekubitů vzniklých ve ZZ a mimo ZZ, výskyt nozokomiálních infekcí, čekací doby pacientů na ošetření v ambulancích, spokojenost pacientů, počet reoperací, nežádoucí události a jiné (Plevová a kol., 2012, s. 237–239).

Indikátory kvality poskytují efektivní možnost monitorování výkonu. Lze je srovnat s jinými zdravotnickými zařízeními, ale i s minulým měsícem, rokem. Jejich smysluplné sledování integruje všechny součásti systémových modelů zabývajících se rozvojem a řízením kvality, jako je např. akreditace nebo ISO certifikace. Nepatří mezi další byrokratické nástroje v komplexním programu zvyšování kvality, ale jsou nástrojem základním (Škrla, Škrlová, 2003, s. 106).

1.4 Audit

Interní audit představuje nezávislou, objektivní, zjišťovací a konzultační činnost zaměřenou na přidané hodnoty. Během auditu dochází ke zdokonalování procesů v organizaci. Pomáhá uskutečnit cíle ZZ tím, že přináší systematický metodický přístup ke zlepšování a hodnocení efektivnosti kontrolních a řídicích procesů a řízení a správy ZZ (Dvořáček, Kafka, 2005, s. 3).

Audity patří mezi nedílnou součást měření kvality péče, jelikož analyzují úspěchy programu či organizace tím, že srovnávají data, hledají shodu nebo neshodu mezi plánem a cílem auditu. Odhalují problémové oblasti, které vyžadují pozornost a poukazují na úspěchy, které pomohou ostatním. Netýkají se pouze nelékařského zdravotnického personálu nebo lékařů, ale všech zaměstnanců.

Než se začne s měřením a hodnocením kvality pomocí auditů, je nutné kvalitu pomocí standardů, směrnic, příkazů ředitele, zákonů apod. jasně formulovat.

Audity se rozdělují na interní a externí. Interní jsou prováděny v rámci oddělení zaměstnanci a externí různými kontrolními orgány.

Proces auditu má důležité následující kroky. Prvním krokem je volba členů auditorského týmu a jejich vyškolení, určení předmětu auditů, který je důležitý a měřitelný. Dalším krokem je stanovení hodnotících kritérií dle standardů či směrnic, sběr a analýza dat. Posledním krokem je sepsání závěru z auditu, doporučení ke změně a kontrola v určeném časovém termínu, zda k doporučeným změnám došlo (Škrála, Škrlová, 2003, s. 108-110).

Jako jeden z nejefektivnějších nástrojů v programu kontinuálního zvyšování kvality řadíme audity. Protože když není jasně formulována kvalita, tak nelze realizovat audity. Jsou-li audity správně vyhodnoceny a chápány, jsou pro ZZ spolehlivým průvodcem na nikdy nekončící cestě k excelenci (Škrála, Škrlová, 2003, s. 113).

1.5 Legislativní požadavky

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb definuje Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, kde je stanoveno zavedení interního hodnocení kvality a bezpečí. Externí hodnocení kvality a bezpečí je rovněž stanoveno v tomto zákoně a v jeho prováděcí Vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Jelikož nebylo určeno, jak poskytovatelé mají interní hodnocení kvality vykonávat, byla Ministerstvem zdravotnictví vydána metodika k provádění interního hodnocení kvality pomocí Věstníku MZ ČR 16/2015 (Šupšáková, 2017, s. 34).

Poskytovatel jednodenní anebo lůžkové péče sleduje tyto resortní bezpečnostní cíle:

- bezpečnou identifikaci pacientů,
- bezpečnost při používání léčiv s vyšší mírou rizika,
- prevenci záměny pacienta, strany či výkonu při chirurgických operacích,
- prevenci pádů,
- zavedení optimálních postupů při hygieně rukou,
- bezpečnou komunikaci,
- bezpečné předávání pacientů,
- prevenci vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

Poskytovatel samozřejmě musí dodržovat i další standardy, které se týkají jeho činnosti, viz Věstník MZ ČR 16/2015 (Česko, 2015).

Externí hodnocení kvality je pro ZZ nepovinné. Kontrola je soustředěna na oprávněné osoby provádějící externí hodnocení kvality. Kontrola je zaměřena na praktické provádění auditů nebo akreditací za účelem hodnocení kvality auditu spolu s externím hodnotitelem z daného

ZZ, ministerským úředníkem nebo pověřenou osobou, viz Věstník MZ ČR 12/2015. Věstník definuje pojmy, jako jsou osoby kontrolované = osoby oprávněné a osoby povinné = poskytovatel zdravotních služeb dobrovolně využívající externí hodnocení kvality. Tato kontrolní činnost je zaměřena na minimální požadavky dané legislativou. Přesto si můžeme položit otázku, proč tuto kontrolní činnost nezaměřuje Ministerstvo zdravotnictví vůči zařízením, které nevykonávají externí hodnocení kvality, ale mají zaveden pouze povinný interní systém kontroly. Je to proto, že jsou požadavky externího hodnocení kvality mnohonásobně širší a obsahují požadavky i resortních bezpečnostních cílů, akreditaci nebo certifikaci oprávněnou osobou. Kontroly jsou prováděny velmi důkladně. Požadavky interního systému kontroly kvality s minimálními a základními požadavky, tak unikají kontrole.

Zdravotnické zařízení, které postrádá finanční prostředky na rozvoj a zlepšování kvality svých služeb, se musí podřídit legislativě na plnění minimálních požadavků. Zatím co externí hodnocení, je služba hrazená a celá příprava na akreditaci nebo certifikaci je personálně, technicky a finančně náročná (Šupšáková, 2017, s. 35).

2 CERTIFIKACE A AKREDITACE

Ve vyspělých zemích je běžné, že pacienti a pojišťovny předpokládají od zdravotnických zařízení zajištění kvalitní, efektivní a standardizované služby. Z těchto argumentů vyplývá, že je důležité používat systémové modely kontinuálního zvyšování kvality a efektivity poskytované zdravotní péče. Vzhledem ke své komplexnosti potřebuje zdravotnictví standardizaci více než průmyslová výroba.

Historie standardizace zasahuje hluboko do minulosti, kdy před 4000 léty babylónský král Chammurabi stvořil první právní standardy neboli kódy. Je s podivem, že některé tyto prastaré standardy byly nalezeny bez výraznějších změn i v modelu řízení kvality ISO 9000 (Škrála, Škrlová, 2003, s. 46).

2.1 Certifikace dle normy ISO 9001

Název ISO znamená Mezinárodní organizaci pro normalizaci, jež se skládá z celosvětové federace národních normalizačních orgánů neboli členů ISO. Norma ISO 9001 se opírá o zásady managementu kvality uvedené v ISO 9000, přičemž se zaměřuje na zákazníka, vedení a angažovanost lidí, procesní přístup, rozhodování založené na faktech, zlepšování a na management vztahů (Systémy managementu kvality – Požadavky, 2015).

2.1.1 Kapitoly normy ISO 9001:2015

Norma ISO 9001 byla modifikována pro zdravotnictví ve snaze rozvinout základní systém managementu kvality ve zdravotnických zařízeních, přičemž klade důraz na prevenci chyb, snižování odchylek, zajišťování neustálého zlepšování a zabývá se i plýtváním v organizaci (Madar, 2004, s. 75)).

Kapitola č. 1: Termíny a definice

Pro oblast zdravotnictví se užívají termíny, které obsahuje norma ISO 9000 doplněné o termíny specifické pro zdravotnictví např. plán péče, zdravotní záznam, produkt, rehabilitace, služba, zainteresovaná strana, dodavatel atd. (Madar, 2004, s. 55).

Kapitola č. 2: Vedení

Vedení prokazuje závazek na systém managementu kvality. Přijímá zodpovědnost za efektivnost systému se zjištěním, že je definována politika a cíle kvality v souladu se strategickým zaměřením organizace. Podporuje procesní přístup a posuzuje rizika.

Vedení s ohledem zaměřením na zákazníka plní požadavky zákazníka a požadavky legislativy, přičemž se neustále snaží zvýšit spokojenost zákazníka.

1. Politika

Vedení zavádí, vytváří a udržuje politiku kvality, která napomáhá organizaci jejímu strategickému zaměření. Stanovuje cíle kvality, které obsahují plnění závazků k trvalému zlepšování.

2. Role, odpovědnost a pravomoc

Organizace zajišťuje stanovení odpovědnosti a pravomoci pro jednotlivé role. Prezentuje zprávy o výkonnosti systému managementu kvality. Udržuje integritu systému kvality při plánování a realizaci změn.

Kapitola č. 3: Plánování

Určují se rizika a příležitosti, které pomohou dosáhnout daného výsledku. Integrují a zavádí se opatření ke snížení rizik, přičemž je hodnocena jejich efektivnost.

1. Cíle kvality

Cíle kvality se monitorují a musí být soudržné s politikou kvality. Aktualizují se podle potřeby a musejí být měřitelné.

2. Plánování změn

Plánovaným způsobem se provádí změny v systému kvality, kdy organizace bere v úvahu všechny možné následky např. dostupnost zdrojů, odpovědnost a pravomoc atd.

Kapitola č. 4: Podpora

Určují se a poskytují se zdroje ke vzniku, zavedení a udržení k neustálému zlepšování kvality. Zjišťuje se způsobilost a omezení interních zdrojů a externích poskytovatelů. Udržuje se infrastruktura a vhodné prostředí pro fungování procesů a pro dosažení shody produktů a služeb.

1. Zdroje pro monitoraci a měření

Jednotlivé zdroje musí být monitorovány a měřeny s návazností na platnost výsledků. Ve stanovených intervalech se provádí kalibrace nebo ověření podle etanolů národní či mezinárodní normy. Zařízení je zabezpečeno proti poškození nebo změnám nastavením tak, aby nebyla ovlivněna platnost výsledků předchozích měření.

2. Kompetence

Organizací jsou určeny potřebné kompetence osob na základě jejich vzdělání, školení nebo zkušeností, přičemž se tyto informace uchovávají.

3. Povědomí

Pracovníci musí být seznámeni s politikou a cíli kvality a s důsledky při neplnění požadavků systému kvality.

4. Komunikace

Určuje se potřeba interní a externí komunikace např. o čem, kdy, s kým, jak a kdo.

5. Dokumentované informace

System kvality obsahuje zdokumentované informace dané touto mezinárodní normou. Zajišťuje se identifikace, popis a vhodný formát dokumentů, které se přezkoumávají a schvalují dle vhodnosti. Provádí se zabezpečení proti nevhodnému použití či ztrátě důvěrnosti. Dokumenty musí být přístupné, uchovávané a zabezpečené před nevhodnými úpravami.

Kapitola č. 5: Provoz

Plánování a řízení provozu se řídí procesy, které jsou potřebné na plnění požadavků poskytovat produkty a služby. Určují se kritéria pro procesy a převzetí produktů a služeb. Dokumentace se uchovává a plánované změny se přezkoumávají.

1. Požadavky na produkty a služby

Komunikace se zákazníky zahrnuje informace o službách či produktech. Zpracovávají se poptávková řízení, smlouvy nebo objednávky. Definují se požadavky na produkty a služby. Závazky na poskytování produktů a služeb se přezkoumávají. Získává se zpětná vazba od zákazníků a vede se agenda stížností.

2. Návrh a vývoj produktů a služby

Vytváří se, zavádí a udržují procesy, které ovlivňují návrh a vývoj poskytovaných produktů a služeb. Do procesu návrhu a prodeje se zapojují zákazníci a další osoby. Identifikují se a přezkoumávají opatření při nepříznivých dopadech.

3. Externí řízení poskytovaných procesů

Definují se kritéria pro hodnocení, výběr a monitoraci externích poskytovatelů na základě jejich schopnosti poskytovat produkty či služby. Provádí se ověřování anebo validace činností u externích poskytovatelů.

4. Výroba a poskytování služeb

Výroba je zaváděna za řízených podmínek, které charakterizují výrobek, jež se má vyrobit nebo poskytnout. Zahrnuje dosažení výsledků, dostupnost a využití vhodných zdrojů. Provádí monitoraci a měření v různých etapách, přičemž ověřuje splnění kritérií pro řízení procesů nebo výstupů pro produkty a služby. Jmenuje kompetentní osoby s požadovaným vzděláním. Zavádí činnosti, které jsou nezbytné při uvolňování, při dodání a po dodání.

5. Řízení neshodných výstupů

Organizace přijímá opatření, které vyplývá z charakteru neshody a jejího vlivu na shodu služeb a produktu. Řeší nápravné opatření, vrácení anebo pozastavení produktu či služby. Informuje zákazníka.

Kapitola č. 6: Hodnocení výkonnosti

Monitorace, měření, analýza a hodnocení se provádí dle metod potřebných pro zajištění validních výsledků. Hodnotí se efektivnost a výkonnost systému kvality.

1. Spokojenost zákazníka

Provádí se průzkum spokojenosti zákazníka, přičemž se získává zpětná vazba od zákazníka o poskytnutých produktech a službách. Sledují se pochvaly, reklamace.

Analyzují se a hodnotí informace a data vycházející z monitorace a měření. Výsledky analýzy slouží jako podklad pro hodnocení.

2. Interní audit

Interní audity se provádí v plánovaných intervalech s ustanovením kritérií a předmětu auditu. Stanovuje se, zavádí a udržuje program auditů včetně odpovědnosti. Sledují se výsledky z předchozích auditů. K provádění auditů se vybírají auditoři, kteří jsou objektivní a nestranní. Zprávy z auditů se předávají managementu. Nápravné opatření se provádí bezodkladně.

3. Přezkoumání systému managementu

V plánovaných intervalech vrcholové vedení provádí přezkoumání systému managementu kvality v souladu se strategickým zaměřením organizace. Zaměřuje se na splnění cílů kvality, výkonnost procesů a shodu služeb a produktů. Sleduje neshody, nápravné opatření, výsledky auditů, výkonnost externích poskytovatelů a příležitosti ke zlepšování. Výstupy z přezkoumání se uchovávají.

Kapitola č. 7: Zlepšování

Organizace si určí a zvolí příležitosti ke zlepšení. Realizuje opatření nezbytná na splnění požadavků zákazníka a jeho spokojenosti. Zlepšování zahrnuje prevenci, snižování nežádoucích účinků a prevenci.

1. Neshoda a nápravné opatření

Při výskytu neshody organizace přijímá nápravné opatření. Analyzuje, přezkoumává a určuje příčinu neshody. Sleduje efektivnost nápravných opatření, přičemž aktualizuje rizika a je-li potřeba, provede změnu v systému managementu kvality.

2. Neustále zlepšování

V systému kvality se organizace musí neustále zlepšovat. Výstupy z přezkoumání systému kvality a příležitosti ke zlepšení bere v úvahu jako možnost neustálého zlepšování (Systémy managementu kvality – Požadavky, 2015, s. 17–37).

2.2 Certifikace dle normy ISO 15189

Tato norma vychází z ISO/IEC 17025 a ISO 9001, kde se uvádí požadavky na způsobilost a kvalitu, jež jsou obzvlášť určeny pro zdravotnické laboratoře.

Služby zdravotnických laboratoří jsou důležité pro péči o pacienta, laboratoř musí plnit požadavky všech pacientů i klinických pracovníků. Zahrnuje organizaci požadavků na laboratorní vyšetření, identifikaci a přípravu pacienta, odběr vzorků, dopravu, skladování, zpracování, sdělování s následnou interpretací s ohledem na bezpečnost a etiku zdravotnické laboratoře (Zdravotnické laboratoře – Požadavky na kvalitu, 2013, s. 6).

2.2.1 Kapitoly normy ISO 15189

Friedecký (2010, s. 24-25) uvádí, že laboratorní medicína tvoří metrologický základ pro korektní laboratorní měření. Standardizace laboratorních vyšetření užívající referenční metody a komutabilní materiály pozitivně ovlivňují programy externího hodnocení kvality.

Kapitola č. 1: Termíny a definice

Pro zdravotnické laboratoře se užívají termíny, které obsahuje norma ISO 15189 např. varovný interval, dokumentovaný postup, způsobilost a kompetence, laboratorní vyšetření, neshoda, primární vzorek, validace atd.

Kapitola č. 2: Požadavky na management

Zdravotnická laboratoř musí ve svých zařízeních splňovat požadavky této mezinárodní normy. Jako je právní subjektivita, etické chování.

1. Vedoucí laboratoře

Zahrnuje odpovědnost po stránce profesionální, konzultační, vědecké, administrativní, organizační a vzdělávací. Deleguje určité odpovědnosti a pravomoci kvalifikovaným pracovníkům. Efektivně řídí služby zdravotnické laboratoře a plánuje rozpočet. Spolupracuje s akreditačními a regulačními orgány, příslušnými úředníky a pacienty. Zajišťuje potřebný počet pracovníků s požadovaným vzděláním, školením a odbornou způsobilostí. Nastavuje politiku kvality a standardy výkonnosti za účelem zlepšovat služby kvality. Sleduje a vybírá dodavatele laboratoře, včetně smluvních. Řeší stížnosti nebo požadavky pracovníků. Zavádí opatření pro mimořádné situace v nouzových situacích.

2. Odpovědnost managementu

Prostřednictvím systému managementu kvality dává vedení managementu důkaz o svých závazcích v programu KZK. Ustanovuje politiku kvality, odpovědnosti a pravomoci pracovníků, komunikační procesy a manažera kvality.

- a) Politika kvality definuje angažovanost pro správnou odbornou praxi a laboratorní vyšetření. Přezkoumává cíle kvality, které sděluje v rámci organizace.
- b) Cíle kvality obsahují daná kritéria, přičemž jsou měřitelné a v souladu s politikou kvality. Plánování systému managementu kvality musí vyhovovat požadavkům a cílům kvality, jež zachovává integritu systému kvality.
- c) Vedení laboratoře stanovuje odpovědnost a pravomoci.
- d) Záznamy o komunikaci s pracovníky jsou uchovávány.
- e) Manažer kvality stanovuje, zavádí a udržuje procesy potřebné pro systém kvality. Je jmenován vedením laboratoře.

3. Systém managementu kvality

Laboratoř dokumentuje, stanovuje, zavádí a udržuje systém managementu kvality. Neustále zdokonaluje jeho efektivnost v rámci procesů pro systém kvality. Provádí vyhodnocování těchto procesů a sleduje opatření nutná k dosažení plánovaných výsledků.

Dokumentace v systému kvality zahrnuje prohlášení o politice a cílech kvality, příručku kvality, dokumenty a formuláře určené laboratořím. Dokumentace musí být zabezpečena před neoprávněnými změnami.

Pracovníci laboratoře jsou prokazatelně seznámeni s příručkou kvality a používanými dokumenty.

Příručka kvality obsahuje:

- politiku kvality,
- rozsah působnosti systému kvality,
- organizační a funkční strukturu laboratoře a její postavení v organizaci,
- pracovní pozice a odpovědnost managementu laboratoře,
- strukturu a vzájemné vazby dokumentace používané v systému kvality,
- ustanovené dokumentované obecné zásady pro systém kvality, včetně odkazů na manažerské a odborné činnosti.

4. Řízení dokumentů

Veškeré dokumenty používané v systému kvality musí být řízeny včetně těch, které jsou uchovávány v počítačovém systému. Jsou schvalovány a přezkoumávány odpovědnými osobami. Dokumenty obsahují název, unikátní označení, platnost, stránkování a schválení. Změny v dokumentech jsou odlišeny jinou barvou textu tak, aby byly snadno identifikovatelné. Musí být zachována jejich aktuálnost a čitelnost.

5. Smlouvy o službách

Laboratoř zdokumentuje postupy pro uzavírání a přezkoumávání smluv. Specifikuje informace v požadavcích tak, aby byly zajištěny příslušná laboratorní vyšetření a hodnocení výsledků. Definiuje jasné podmínky ke splnění požadavků zákazníků a uživatelů laboratorních služeb. Veškeré služby musí být přezkoumávány.

6. Laboratorní vyšetření ve smluvních laboratořích

Pro zajištění komplexního testování a interpretaci výsledků musí mít laboratoř zdokumentován postup pro výběr a hodnocení smluvních laboratoří a konzultantů se splněním následujících podmínek. První podmínka stanovuje, že smluvní laboratoře a konzultanti jsou odborně způsobilí k provádění požadovaných vyšetření. Mají odpovědnost za výběr těchto laboratoří a sledování kvality. V druhé podmínce je, že dohody se smluvními laboratořemi jsou přezkoumávány a periodicky vyhodnocovány v souladu s touto mezinárodní normou. Třetí podmínka stanovuje uchovávání a periodické přezkoumávání záznamů. Čtvrtá podmínka obsahuje, že je udržován seznam všech smluvních laboratoří a konzultantů. Poslední podmínka upravuje požadavky a výsledky na zpracované vzorky včetně uchovávání.

Zadávající laboratoř musí převzít odpovědnost za výsledky laboratorních vyšetření, jelikož jsou výsledky dodány osobě žadatele, pokud to není ve smlouvě uvedeno jinak. Ve zprávě je sděleno, které laboratorní vyšetření provedla smluvní laboratoř anebo konzultant.

7. Externí služby a dodávky

Spotřební materiál, zařízení, externí služby a reagenty ovlivňují kvalitu služeb. Laboratoř tak musí mít zdokumentován postup pro výběr a nákup těchto služeb. Schvaluje a vybírá dodavatele na tyto služby, přičemž sleduje jejich výkon a udržuje seznam schválených a vybraných dodavatelů.

8. Poradenské služby

Pro komunikaci s uživateli musí být vytvořeno vhodné prostředí, jež se týká klinických indikací, omezení laboratorních postupů a četnosti požadavků na vyšetření. Odborné posudky využívá k hodnocení výsledků laboratorních vyšetření. Efektivně využívá propagaci laboratorních služeb a konzultaci odborných a logistických záležitostí při nepřijetí vzorku.

9. Stížnosti

Postup řešení stížností nebo zpětné vazby od klinických pracovníků, personálu laboratoře, pacientů či jiných stran je řádně zdokumentován. Veškeré záznamy o stížnostech jsou uchovávány včetně přijatých opatření.

10. Zjišťování a řízení neshod

Zjišťování a řešení neshod v pohledech systému managementu kvality včetně procesů před laboratorním vyšetřením musí být zdokumentován. Tento postup zajišťuje, že jsou určeny odpovědnosti a pravomoci, ustaveny okamžité opatření, stanoveny závažnosti neshody a stažení neshodných nebo potenciálně neshodných uvolněných laboratorních vyšetření. Pokud dojde k opakovanému výskytu neshod v procesech před laboratorním vyšetřením nebo v procesech po laboratorním vyšetření, musí laboratoř provést opatření k dokumentování, identifikaci a odstranění příčiny.

11. Nápravné opatření

K odstranění příčin neshod přijímá laboratoř odpovídající opatření, jež jsou zdokumentované. Stanovuje základní příčiny neshody a provádí jejich přezkoumávání. Zavádí a vyhodnocuje nápravné opatření s opatřením záznamu o výsledcích nápravného opatření.

12. Preventivní opatření

Opatření k vyloučení k výskytu potenciálních neshod je stanoveno laboratoři. Provádí se přezkoumávání laboratorních dat a informací k určení potenciální neshody. Stanovuje se

a zavádí preventivní opatření. Vyhodnocují se potřeby preventivních opatření pro předcházení výskytu neshod. Výsledky uplatněného preventivního opatření jsou zaznamenány. Sleduje se a přezkoumává efektivnost uplatněného nápravného opatření.

13. Neustálé zlepšování

Efektivita systému managementu kvality, včetně procesů před, během a po laboratorním vyšetření, musí být neustále zlepšována. Provádí se porovnání výkonnosti laboratoře, nápravné a preventivní opatření popsané v politice a cílech kvality.

14. Řízení záznamů

Postupy pro identifikaci, třídění, odběr, skladování, zpřístupnění, doplňování, udržování a bezpečnou likvidaci jsou zdokumentované. Záznamy jsou uloženy tak, aby nedošlo k jejich poškození, zničení, ztrátě anebo neoprávněnému přístupu. Záznamy obsahují výběr dodavatele, jeho výkonnost a změny ve schváleném seznamu, dále kvalifikaci pracovníků, školení a odbornou způsobilost. Zahrnují i záznamy na přijetí vzorku, požadavky na vyšetření, informace o reagentech a materiálech pro vyšetření. Součástí jsou i laboratorní deníky, tiskové výstupy, záznamy o údržbě, kalibracích a výsledky laboratorních vyšetření. Dále zahrnuje záznamy o řízení kvality, mimořádných událostech, neshodách, preventivních a nápravných opatřeních, managementu rizik, stížnostech, interních a externích auditech a mezilaboratorním srovnání. V systému managementu laboratoře jsou tyto záznamy o kvalitě řádně přezkoumávány a k dispozici.

15. Hodnocení a audit

Laboratoř provádí plánování a zavádění interního auditu. Prokazuje, že procesy před, při a po laboratorním vyšetření jsou prováděny správným způsobem. Zajišťuje shodu se systémem managementem kvality, přičemž jej neustále zlepšuje.

Laboratoř provádí periodické přezkoumávání žadanek, postupů a požadavků na vzorky. Vyhledává informace, zda služba, kterou poskytuje, odpovídá jejich požadavkům a potřebám. Přípomínky jsou pracovníky vyhodnocovány a vhodně realizovány.

Interní audit odpovídají této mezinárodní normě. Jsou prováděny vyškolenými pracovníky, zajišťují objektivitu a nestrannost procesu auditu. Provádí se vyhodnocování managementu rizik na dopad pracovních procesů a potenciálních závad ovlivňující výsledky laboratorního vyšetření.

Laboratoř určuje indikátory kvality v kritických bodech procesů před, během a po laboratorním vyšetření. Indikátory jsou periodicky přezkoumávány, měřeny a hodnoceny.

16. Přezkoumání managementu kvality

V plánovaných intervalech je prováděno přezkoumávání systému managementu kvality, přičemž se posuzuje odezva uživatelů, připomínky personálu, interní audity, management rizika, indikátory kvality, výsledky v programech mezilaboratorního srovnání, doporučení ke zlepšení, výkonnost dodavatelů a identifikace a řízení neshod. Analyzují se vstupní informace s ohledem na příčiny neshod, tendence a zákonitosti na problémy procesů. Výstupy z přezkoumávání zaznamenávají všechna rozhodnutí a opatření, která vedla ke zlepšování efektivnosti a služeb.

Kapitola č. 3: Technické požadavky

1. Personál

Pro personální řízení a všechny pracovníky musí mít laboratoř zdokumentován postup, který obsahuje kvalifikaci pracovníků a odbornou způsobilost, pracovní náplň, seznámení pracovníků s organizací, školení, profesionální rozvoj a přezkoumávání výkonnosti pracovníků. Záznamy o pracovnících se uchovávají a musí být dostupné příslušným pracovníkům.

2. Prostory a podmínky prostředí

Prostory k provádění činnosti laboratoře jsou navrženy tak, aby byla zajištěna kvalita a bezpečnost služeb pracovníkům laboratoře, pacientům a návštěvníkům. Je řízen přístup do laboratoře, protože zdravotní informace, vzorky pacientů a zdroje jsou tak chráněny před neoprávněným přístupem. Prostory pro laboratorní vyšetření zahrnují např. osvětlení, ventilaci, vodu, nehluknost a likvidaci odpadů. Klinické vzorky a materiály se skladují tak, aby nedošlo ke zkřížené kontaminaci. Pracovní prostory se udržují v čistotě.

Vybavení laboratoří potřebnými zařízeními definuje mezinárodní norma, kdy se po instalaci a před použitím provádí testy funkčnosti. Součástí zařízení jsou návody k použití, přičemž obsluhu provádí zaškolení pracovníci. Kalibrace a metrologická návaznost má přímý a nepřímý vliv na výsledky laboratorních vyšetření. Opravy a údržba zařízení se provádí v bezpečném pracovním stavu. Pokud se na zařízení objeví porucha, musí být zařízení vyřazeno z provozu a řádně označeno. Záznamy o zařízeních se uchovávají po celou dobu životnosti zařízení.

Reagencie a spotřební materiál musí mít zdokumentovaný postup pro příjem, skladování, zkoušení při převzetí a řízení zásob.

3. Procesy před laboratorním vyšetřením

Činnosti předcházející laboratorní vyšetření musí být zdokumentované. Obsahují informace pro pacienty a uživatele, informace o údajích na žádance, odběr a zacházení s primárními vzorky, pokyny pro činnosti před odběrem a po odběru, přepravu a příjem vzorků, zacházení, přípravu a skladování před laboratorním vyšetřením.

4. Procesy laboratorních vyšetření

Validovány jsou veškeré postupy v laboratořích se záznamem činnosti osob, které se na laboratorním vyšetření podíleli. Provádí se verifikace a validace postupů laboratorních vyšetření. Sledují se biologické referenční intervaly a odhady nejistoty měřené veličiny. Na dostupném místě musí mít laboratoř pro všechny pracovníky uchovanou dokumentaci postupů laboratorních vyšetření.

5. Zajištění kvality výsledků laboratorních vyšetření

Za stanovených podmínek musí být kvalita laboratorních vyšetření zajištěna. To znamená, že se používají takové materiály, které v systému laboratorních vyšetření ovlivňují reakce vzorků pacientů. Při selhání kontroly kvality se stanovují postupy, které brání vydávat výsledky pacientům.

Laboratoř se účastní programu mezilaboratorního porovnání, přičemž může využít alternativní přístup, pokud není mezilaboratorní porovnání dostupné. Provádí analýzu vzorků mezilaboratorního porovnání a hodnocení výkonu laboratoře. Výsledky vyšetření se poté srovnávají.

6. Procesy po laboratorním vyšetření

Laboratoř stanovuje, dokumentuje, schvaluje a přezkoumává kritéria pro automatický výběr a sdělování výsledků. Definuje i postupy pro identifikaci, odběr, třídění, uchovávání, přístup, skladování, péči o vzorky a jejich bezpečnou likvidaci.

7. Sdělování výsledků

Výsledky každého laboratorního vyšetření se zaznamenávají přesně, jasně a v souladu s pokyny v uvedených postupech laboratorního vyšetření. Atributy zprávy efektivně slouží pro sdělování laboratorních výsledků. Obsah zprávy zahrnuje identifikaci laboratorního vyšetření a laboratoře, identifikaci pacienta a žadatele, datum a čas odběru vzorku, druh vzorku, měřicí postup, výsledek laboratorního vyšetření a biologické referenční intervaly.

8. Uvolňování výsledku

Vydávání výsledků se provádí za splnění následujících podmínek. První podmínka je, když kvalita primárního vzorku nevyhovuje laboratornímu vyšetření a ohrožuje výsledek, tak je to sděleno ve zprávě. Druhá podmínka vyzývá k okamžitému informování lékaře, pokud je výsledek vyšetření v určených varovných neboli kritických intervalech. Třetí podmínka zahrnuje čitelnost výsledků, které jsou bez chyb při přepisování. Čtvrtá zaznamenává předávání zpráv žadateli. Poslední podmínka zajišťuje, že postup sdělování výsledků k oprávněným příjemcům se provádí telefonicky anebo elektronickými prostředky.

9. Řízení informací v laboroři

Přístup k informacím, které jsou potřebné k poskytování služeb, musí být zajištěn. Jsou určeny pravomoci a odpovědnosti za řízení informačního systému včetně údržby a úprav, jelikož mají přístupné informace a údaje o pacientech.

Laboratoř ověřuje, zda výsledky laboratorních vyšetření, přidružené informace, komentáře jsou přesně formulovány. Dle okolností se reprodukuje elektronicky, papírovou formou, externími informačními systémy, které se používají pro přímý příjem informací např. faxy, elektronická pošta, počítačové systémy, webové stránky atd. (Zdravotnické laboratoře – Požadavky na kvalitu, 2013, s. 8-55).

2.3 Akreditace dle Spojené akreditační komise SAK

Akreditační standardy dle Spojené akreditační komise definují Rezortní bezpečnostní cíle, proaktivní řízení rizik, nové požadavky na práci s ukazateli kvality a s doporučenými klinickými postupy.

Od roku 2012 platí Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Jeho devátá část obsahuje název Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Tento proces je považován jako dobrovolný a dle standardů se hodnotí organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z pohledu jejich kvality a bezpečí (Akreditační standardy pro nemocnice, 2014, s. 7).

Akreditace ulehčují zdravotnickému zařízení monitorovat svůj výkon a kontinuálně jej zvyšovat. Smyslem akreditace není potřeba obdržet kulaté razítko na akreditačním certifikátu, ale provést si „jarní úklid“ ve svém vlastním zdravotnickém zařízení (Škrlovi, 2003, s. 74).

2.3.1 Kapitoly Spojené akreditační komise

Akreditační standardy jsou rozvrženy do jednotlivých kapitol, které odpovídají činností, jež jsou potřebné k poskytování zdravotních služeb v nemocničním prostředí. Každý akreditační standard je rozčleněn do tří částí. Standard obsahuje název, účel a indikátor.

Kapitola č. 1: Resortní bezpečnostní cíle

RBC č. 1: Bezpečná identifikace pacientů

Definuje se postup při identifikaci všech pacientů, přičemž se musí používat minimálně dva nástroje k identifikaci pacienta.

RBC č. 2: Bezpečnost při užívání rizikových léků a léčiv

Ve vnitřním předpisu se stanovuje spektrum léků s vyšší mírou rizika např. roztok chloridu draselného o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulíny, neředěné hepariny. Sledují se postupy pro objednávání, skladování a podávání léků s vyšší mírou rizika.

RBC č. 3: Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

Tento postup definuje ověření identifikace pacienta, výkonu a identifikace strany výkonu, dostupnost zdravotnických prostředků a ověření profylaktického podání antibiotik před výkonem. Provádí se za přímé účasti všech osob, které se na provedení výkonu podíleli.

RBC č. 4: Prevence pádů pacientů

Při přijetí pacienta se provádí hodnocení rizika pádu a opakované hodnocení u pacientů, u nichž došlo ke změně zdravotního stavu. Je stanoven postup pro prevenci a řešení pádů a zranění. Výsledky se analyzují a vyhodnocují.

RBC č. 5: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou

V souladu s platnou legislativou a orgánem ochrany veřejného zdraví nemocnice stanoví postup mytí rukou, používání bariérových technik a dezinfekčních prostředků. Provádí pravidelná školení v metodách prevence a kontroly infekcí.

RBC č. 6: Bezpečná komunikace

Bezpečnou komunikací se rozumí ústní a telefonická komunikace, ordinace léků a hlášení výsledků vyšetření pacientů.

RBC č. 7: Bezpečné předávání pacientů

Definuje se forma a rozsah dokumentace při předání pacienta a kompetence pracovníků zajišťujících předání pacienta.

RBC č. 8: Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů

Stanovuje se postup hodnocení rizika vzniku dekubitů a opakované hodnocení u pacientů, u kterých se změnil zdravotní stav. Je stanoven postup pro prevenci dekubitů a řešení následků.

Kapitola č. 2: Práva pacientů a jejich edukace

Každý pacient je při přijetí do nemocnice vhodnou formou seznámen se svými právy, o tomto seznámení se provede zápis do dokumentace. Všichni pacienti jsou poučeni o svých právech a povinnostech způsobem a jazykem, kterému rozumí. Využívají se informační materiály v různých jazykových překladech. Uznávají se spirituální potřeby, důstojnost a soukromí pacientů. Nemocnice posiluje práva pacientů a jejich blízkých. Veškeré výkony se dělají se souhlasem pacienta. Pacienti jsou dostatečně poučeni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě takovým způsobem, aby se mohli účastnit rozhodování o poskytované péči. Edukace pacientů a jejich blízkých je v nemocnici zaveden ve spolupráci s dalšími pracovníky.

Omezovat volný pohyb pacienta lze jen v odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu ochrany pacienta a jeho okolí a s ohledem na legislativní požadavky ČR.

V souladu s platnou legislativou se definuje postup přijímání a řešení stížností pacientů a jejich blízkých.

Kapitola č. 3: Dostupnost a kontinuita péče

Odpovědnost za koordinaci veškeré péče o pacienta v průběhu celé hospitalizace přejímá pracovník, který je na pracovišti dostupný. Stanovuje se a realizuje postup pro zajištění kontinuity péče a také pro konziliární činnost zdravotnických pracovníků.

Nemocnice se snaží odstranit mechanické, jazykové a kulturní bariéry bránící dostupnost zdravotní péče. Pacienti, případně jejich blízcí, jsou při propouštění srozumitelným způsobem informováni k zajištění další péče. Aby nemocnice zajistila svým pacientům další péči, spolupracuje s poskytovateli ambulantních zdravotnických služeb, s lékaři primární péče, agenturami domácí péče, se zařízeními následné a dlouhodobé péče.

Každé předání pacienta mezi směnami, mezi různými typy péče či mezi jednotlivými pracovišti vykonává kompetentní pracovník. Při předání pacienta na jiné pracoviště se provádí záznam v dokumentaci pacienta.

Překlady pacientů do jiných zdravotnických zařízení se konají dle stanovených postupů, ve kterých se ustanoví formální a obsahové náležitosti lékařské i ošetrovatelské překládové zprávy.

Kapitola č. 4: Diagnostická péče

Nemocnice definuje minimální obsah a rozsah vstupního vyšetření při přijetí pacienta k hospitalizaci, a to jak pro lékaře, sestry i všechny nelékařské pracovníky. Vstupní vyšetření pacientů zahrnuje fyzikální vyšetření a anamnézu v časovém intervalu určeném nemocnicí. Provádí se lékařem a sestrou u hospitalizovaných pacientů nejpozději do 24 hodin po přijetí.

Zhodnocení nutričního stavu a soběstačnosti se dělá u všech pacientů při přijetí k hospitalizaci a do ambulantního sledování. Hodnocení bolesti je součástí vstupního vyšetření. Na základě vstupního vyšetření se organizuje propouštění pacienta. Pravidelné přehodnocování zdravotního stavu se provádí u všech hospitalizovaných pacientů se zápisem do dokumentace.

Organizace a dostupnost laboratorních služeb klade důraz na potřeby pacientů a na požadavky legislativy, národní či nemocniční odborné standardy. Výsledky laboratorních vyšetření jsou k dispozici v časovém limitu daném nemocnicí. Nemocnice definuje systém hlášení kritických hodnot výsledků laboratorních vyšetření. S laboratorními vzorky probíhá manipulace dle stanovených postupů v laboratorních příručkách.

Organizace a dostupnost radiodiagnostických služeb a zobrazovacích vyšetření se shoduje s požadavky legislativy, národních či nemocničních odborných standardů a odpovídá potřebám pacientům.

Kapitola č. 5: Terapeutická péče

Na začátku hospitalizace je pro každého pacienta písemně zhotoven plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče. Mezi jednotlivými poskytovateli zajistí nemocnice integraci výsledků vyšetření a poskytované péče. Ošetrovatelská péče probíhá formou ošetrovatelského procesu s řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací.

Přístroje, zdravotnické prostředky a léky k neodkladné kardiopulmonální resuscitaci jsou k dispozici na jednotlivých pracovištích. Rozsah a frekvence školení jednotlivých skupin pracovníků v kardiopulmonální resuscitaci je nemocnicí nastavena.

Definuje se odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a podávání stravy a výživových produktů včetně ustanovení konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků. Strava pro pacienty se překládá bezpečně, přesně a včas, přičemž je schválená nutričním terapeutem. Odpovídající péče pro pacienty v nutričním riziku je zajištěna.

Provádí se identifikace bolesti u pacientů při vstupním vyšetření, přehodnocování bolesti a vyhodnocování účinnosti léčby bolesti. Pracovníci jsou pravidelně proškoleni v oblasti identifikace a léčby bolesti.

Léčebně rehabilitační péče je v nemocnici zajištěna, přičemž pracovníci jsou vzděláváni v oblasti rehabilitace a rehabilitačního ošetřování.

Kapitola č. 6: Anesteziologická a chirurgická péče

Předanestetické vyšetření je provedeno u všech pacientů, u kterých je plánován diagnostický či terapeutický výkon v anestezii. Provádí se dokumentování a plánování anesteziologická péče, přičemž je u pacienta prováděna monitorace základních životních funkcí během celkové anestézie a po ní. Nemocnice zajistí sjednocení postupů střední a hluboké sedace včetně zaškolení pracovníků.

Bezprostředně po provedení výkonu se vyhotoví operační protokol s doporučením další péče v pooperačním období. Pooperační dokumentace zahrnuje informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci, aplikaci transfuzních přípravků a o všech komplikacích.

Kapitola č. 7: Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv

Léky se správně a bezpečně uchovávají, přičemž se řádně označí datem expirace, názvem a případným upozorněním na potencionální riziko. Dle stanovených postupů se v nemocnici dodržuje objednávání, předepisování a podávání léků. Definují se minimální náležitosti úplné ordinace léku pro hospitalizované pacienty. Léky se pacientům aplikují podle ordinace s ověřením identifikace pacienta a názvu léku s ordinací.

Skladování a užívání vnesených léků do nemocnice a manipulace s bezplatnými vzorky léků probíhá v souladu s legislativou a vnitřními předpisy nemocnice.

Kapitola č. 8: Hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření

Definují se koordinační postupy k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik nozokomiálních infekcí pacientů a profesionálních infekcí pracovníků. Program kontroly nemocničních a profesionálních infekcí ovlivňuje lékařskou a ošetrovatelskou péči. Ve spolupráci s orgánem ochrany veřejného zdraví a v souladu s platnou legislativou nemocnice prezentuje zprávy o výskytu infekčních onemocnění a opatření ke snížení rizik nemocničních a profesionálních infekcí. Dodržováním optimálních postupů, hygienických zásad a hygienicko-epidemiologického režimu omezuje nemocnice výskyt nozokomiálních infekcí a zvyšuje kvalitu péče a bezpečí pacienta.

Je zajištěno vzdělávání personálu v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky např. v hygieně rukou, manipulaci s prádlem, stravování, dezinfekci, sterilizaci, hlášení nemocničních infekcí atd.

Kapitola č. 9: Řízení a správa

Formulují se vztahy nadřízenosti a podřízenosti, rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení a formy komunikace. Vedení nemocnice ve spolupráci se zřizovatelem definuje strategie, poslání a vize nemocnice na základě analýzy dostupných zdrojů a potřeb pacientů. Zodpovídá i za služby se smluvními dodavateli. Vedení nemocnice se aktivně účastní na řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Vhodnou a srozumitelnou formou o spektru poskytované péče a služeb a o výsledcích v oblasti řízení kvality a bezpečí poskytované péče se informuje veřejnost.

Pracovníci nemocnice plní závazné vnitřní předpisy a dodržují legislativu. Zapracování změn v legislativě do vnitřních předpisů probíhá dle postupů definovaných nemocnicí. Písemně se formuluje systém vnitřních předpisů.

Je zahájen program podpory zdraví, který vyhlásila Světová zdravotnická organizace. Dodržují se etické normy a organizační kultura ve všech klíčových činnostech tak, aby se předešlo konfliktům zájmů.

Kapitola č. 10: Řízení kvality a bezpečí

V organizační struktuře nemocnice se stanoví osoby, orgány či týmy, které se zaobírají plánováním, řízením, monitorováním a zvyšováním kvality péče a bezpečí poskytovaných služeb. Účelný program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb je plánován, řízen a rozšířen do celé nemocnice.

Zdravotní péče se provádí dle doporučených klinických postupů, standardů a protokolů v souladu s vědeckými poznatky, doporučeními odborných společností a požadavky legislativy.

Interní audit kvality a bezpečí se provádí plánovaně, tato činnost je plánovaná a zdokumentovaná. Dělají ji pověřené a kvalifikované osoby, které splňují požadavky na kvalifikaci interních auditorů. Provádí se sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí. Sledují se indikátory kvality jako je např. podávání anestezie, dodržování všech rezortních bezpečnostních cílů, náležitosti zdravotnické dokumentace, spokojenost pacientů a zaměstnanců atd.

Probíhá sběr dat o nežádoucích událostech a jejich analýza. Tato metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče navazuje na Doporučení rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí ze dne 9. 6. 2009. S tímto doporučením byla v § 47 odst. 3 písm. (b) Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ustanovena povinnost ZZ sledovat NU.

Kapitola č. 11: Bezpečí prostředí

Definují se osoby odpovědné za řízení prostředí např. vedoucí pracovník v oblasti technické a hospodářské nebo jiná odpovídající funkce. K řízení prostředí mají zajištěné potřebné finanční, personální a další zdroje potřebné k fungování nemocnice.

Je zabezpečena ochrana před požárem či zakouřením pro pacienty, návštěvy a pracovníky. Zajištěna je také bezpečnost prostředí a ochrana osob. Nemocnice zaručuje bezpečnost při nakládání s chemickými látkami, odpady, trvalé zásobování elektřinou, pitnou vodou a medicínálními plyny.

Provoz zdravotnických přístrojů, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel je zabezpečen s ohledem na legislativu a požadavky výrobce konkrétního přístroje. Provádí se a dokumentují pravidelné revize, kalibrace, ověření, validace a bezpečnostně technické kontroly.

Prověřuje se krizová situace v nemocnici, která může mít vliv na normální fungování nemocnice např. hromadná neštěstí, epidemie atd.

Kapitola č. 12: Informace a komunikace

Vnitřním předpisem se definují formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace pro všechny obory. Ustanoví se osoby, které mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet

a provádět záznamy v souladu s platnou legislativou. Je určena frekvence a obsah zápisů všech zdravotnických pracovníků, kteří o pacienta pečují. U každého pacienta se pravidelně písemně zaznamenává epikríza s frekvencí a věcným obsahem stanoveným pro každé oddělení. Propouštěcí zpráva obsahující všechny náležitosti dané vnitřním předpisem musí být vyhotovena včasně.

Provádí se pravidelné audity zdravotnické dokumentace včetně úplnosti a včasnosti vyhotovení propouštěcích zpráv. Výsledky těchto auditů se vyhodnocují. Oddělení jsou průběžně informována o výsledcích auditu. Výsledky tak mohou efektivně sloužit k průběžnému hodnocení pracovišť.

Nemocnice zaručí, aby všechny informace byly zabezpečeny. Přístup k datům a informacím mohou mít pouze oprávněné osoby.

Bezpečnostní politika informačních technologií včetně havarijních plánů je zajištěna. Obsahuje zajištění jednotlivých modulů informačního systému, fyzickou bezpečnost, logickou bezpečnost, personální bezpečnost a procedurální bezpečnost.

Kapitola č. 13: Řízení lidských zdrojů

Vedení nemocnice provádí plánování počtu personálu. Zajišťuje odpovídající kvalifikaci v péči o pacienta a rozvíjí další kvalifikaci pro jednotlivé pracovníky. Osobní spis každého pracovníka zahrnuje důležité informace o jeho ukončeném vzdělání a další informace požadované legislativou. Definiují se povinnosti každého pracovníka nemocnice, které se uvedou v platné náplni práce. Při nástupu do zaměstnání jsou pracovníci seznámeni se všemi vnitřními předpisy, které se vztahují k jejich práci, a přitom mají osvojeny veškeré postupy.

Aktuální spektrum svých kompetencí mají stanoveno všichni pracovníci nemocnice, kteří se podílejí na zdravotní péči. Pravidelně jsou kompetence každého pracovníka přehodnocovány.

V souladu s platnou legislativou identifikuje nemocnice všechny rizika na všech svých klinických a neklinických pracovištích, např. rizika biologických činitelů, RTG záření, neionizující záření při práci s lasery, rizika spojená s manipulací s cytostatiky a chemickými látkami atd. S ohledem na tato rizika musí nemocnice stanovit frekvenci pravidelných preventivních prohlídek zaměstnanců, přizpůsobit jim školení v BOZP a přiřadit jim osobní ochranné pracovní pomůcky (Akreditační standardy pro nemocnice, 2013, s. 11-157).

2.4 Porovnání norem

Na zvážení je, zda akreditovat či certifikovat. Proto je nutné jednotlivé normy porovnat a zvolit si svoji vlastní cestu (Madar, 2004, s. 78).

V českém zdravotnictví, jehož zařízení jsou spojena s certifikací nebo akreditací, jsou nejčastěji voleny systémy kvality založené na akreditačních standardech a principech normy ISO 9001.

Laboratorní provozy se řídí normou ISO 15189, případně národními akreditačními standardy Národního autorizačního střediska pro klinické laboratoře.

I když se význam systému ISO ve světě zvyšuje, akreditační model je ve zdravotnických zařízeních stále upřednostňován. Tento model preferuje a podporuje Ministerstvo zdravotnictví ČR. Proto je nutné zvážit, zda je certifikace ISO 9001 pro ZZ vůbec vhodná, když tak získá certifikát kvality podle průmyslového, formálního modelu.

Je obtížné jednotlivé modely porovnávat, jelikož se systémy vzájemně nevylučují, ale doplňují.

Jen několik zdravotnických zařízení v ČR získalo certifikát kvality v mezinárodních akreditacích, jako jsou např. JCI, NIAHO, proto budou v textu pouze zmíněny. Akreditační šetření je v podmínkách českého zdravotnictví velmi náročné, jak finančně, tak i velkými požadavky mezinárodních standardů přesahujícími legislativu ČR (Škrlovi, 2003, s. 75-76).

Tabulka č. 1 Požadavky ISO 9001:2015 (vlastní zpracování)

Termíny a definice	
Vedení	politika
	role, odpovědnost a pravomoc
Plánování	cíle kvality
	plánování změn
Podpora	zdroje pro monitoraci a měření
	kompetence
	povědomí
	komunikace
	dokumentované informace
Provoz	požadavky na produkty a služby
	návrh a vývoj produktů a služeb
	externí řízení poskytovaných procesů
	výroba a poskytování služeb
	řízení neshodných výstupů
Hodnocení výkonnosti	spokojenost zákazníka
	interní audit
	přezkoumání systému managementu
Zlepšování	neshoda a nápravné opatření
	neustálé zlepšování

Norma ISO 9001:2015 je rozdělena do deseti hlavních kapitol, které obsahují další podkapitoly. První tři kapitoly jsou obecného charakteru, další kapitoly definují konkrétní požadavky v SMK, které je organizace povinna v rámci normy ISO 9001:2015 implementovat.

Norma ISO je základnou pro pravidla managementu. Za použití Balanced Score Card a procesního přístupu spolu s cyklem PDCA stanovuje fungování organizace. Zahrnuje i prvky trvalého zlepšování, které jsou hlavním znakem TQM. Certifikace ISO zcela přesvědčivě splňuje požadavky TQM a podmínky modelů excelence EFQM (Madar, 2004, s. 75).

Certifikační program ISO ovlivňuje kvalitu řízení procesů ve zdravotnickém zařízení, i když jsou především zaměřeny na technické provozy, jakou jsou laboratoře (Roithová, 2010, s. 6-7).

Tabulka č. 2 Požadavky ISO 15189:2012(vlastní zpracování)

Termíny a definice	
Požadavky na management	vedoucí laboratoře
	odpovědnost managementu
	system managementu kvality
	řízení dokumentů
	smlouvy o službách
	laboratorní vyšetření ve smluvních laboratořích
	externí služby a dodávky
	poradenské služby
	stížnosti
	zjišťování a řízení neshod
	nápravné opatření
	preventivní opatření
	neustálé zlepšování,
	řízení záznamů
	hodnocení a audity
přezkoumání managementu kvality	
Technické požadavky	personál
	prostory a podmínky prostředí
	procesy před laboratorním vyšetřením
	procesy laboratorních vyšetření
	zajištění kvality výsledků laboratorních vyšetření
	procesy po laboratorním vyšetření
	sdělování výsledků
	uvolňování výsledku
řízení informací v laboratoři	

Podmínky laboratorního provozu definuje norma ISO 15189, která vychází z principů ISO normy 9001. Celkově tato norma klade důraz na kvalitu a způsobilost zdravotnických laboratoří. System managementu kvality slouží k implementaci a posuzování způsobilosti zdravotnických laboratoří a akreditačním institucím při potvrzování nebo uznávání způsobilosti zdravotnických laboratoří (Zdravotnické laboratoře – Zvláštní požadavky na kvalitu a způsobilost, 2012, s. 6).

Český institut pro akreditaci o. p. s. má hlavní úlohu v SMK ve zdravotnických laboratořích. Je akreditující osobou, která má osvědčení o způsobilosti, že může vykonávat zkoušky výrobků, kalibraci měřidel, inspekčních orgánů či jinou odbornou nebo specifickou činnost.

Osvědčení o akreditaci laboratoř získá, pokud splní akreditační pravidla na základě posouzení shody s normou ISO 15189. Tento certifikát je mezinárodně uznáván a zveřejněn ve Věstníku ÚNMZ (Briš, 2010, s. 24-25).

Ke Spojené akreditační komisi by se dalo přirovnat Národní autorizační středisko. Při sekretariátu České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vznikl v roce 2004 jako samostatný odborný orgán schopný provádět akreditační činnost. Akreditace dle NASKL má dva stupně, Audit I a Audit II, přičemž první stupeň vyžaduje po laboratořích nižší požadavky. Před Auditem II není nutné provést Audit I (Průša a kol., 2008, s. 22-26).

S akreditací ČIA jsou spojené obsahově stejné požadavky s akreditací dle NASKL, Audit II, přičemž certifikát NASKL není mezinárodně uznávaný.

Tabulka č. 3 Požadavky SAK (vlastní zpracování)

Resortní bezpečnostní cíle	bezpečná identifikace pacientů
	bezpečnost při užívání rizikových léků a léčiv
	prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
	prevence pádů pacientů
	zavedení optimálních postupů hygieny rukou
	bezpečná komunikace
	bezpečné předávání pacientů
	prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů
Práva pacientů a jejich edukace	
Dostupnost a kontinuita péče	
Diagnostická péče	
Terapeutická péče	
Anesteziologická a chirurgická péče	
Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv	
Hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření	
Řízení a správa	
Řízení kvality a bezpečí	
Bezpečí prostředí	
Informace a komunikace	
Řízení lidských zdrojů	

Akreditační standardy pro nemocnice obsahují třináct oblastí, které se nadále dělí na další podúrovně. Vydání je uspořádané tak, aby jednotlivé činnosti (např. podávání, předepisování a skladování léků či chirurgická a anesteziologická péče) byly vždy součástí samostatných kapitol. Samostatnou kapitolu Akreditačních standardů tvoří Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR, které přináší, že akreditační proces se přiklání k oblasti bezpečí pacientů.

Klinická část standardů definuje nový standard upravující postupy při sedaci pacientů a upřesňuje požadavky v oblasti nakládání s léky, práva pacientů a jejich edukace a léčebné rehabilitace.

Neklinická část formuluje povinnosti vedení nemocnice. Zaměřuje se na oblast řízení dokumentů, práci s ukazateli kvality a doporučenými klinickými postupy. Zásadní změnou prošla kapitola č. 11. Standardy bezpečí prostředí, která se nyní zaměřuje na provoz nemocnice a zavádí proaktivní řízení rizik (Akreditační standardy pro nemocnice, 2013, s. 9).

Akreditační proces sebou přináší standardy, kdy se při jejich přijetí a realizaci zmírní variabilita mezi odděleními a zdravotnickými zařízeními a zdokonalí se kvalita a kontinuita péče. Pro pacienty je akreditace zárukou, že ZZ plní a zvyšuje požadavky na kvalitu a bezpečnost poskytované péče.

Akreditace nenahrazují ISO 90001, protože svým širokým zaměřením na specifické potřeby zdravotnických zařízení se zaměřují na důležitý aspekt péče – kvalitu, bezpečný a kvalitní provoz ZZ (Škrlovi, 2003, s. 54).

3 NÁSTROJE KE ZLEPŠENÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY

Proces, který v organizaci zefektivňuje systém managementu kvality, je přezkoumání neboli přehodnocení. Vychází se z popisu základního stavu a analýzy, přičemž výstupy se identifikují jako oblasti ke zlepšení, zefektivnění SMK. Pro návrh a realizaci lze využít časový plán a návaznost dílčích částí projektu nástrojů operačního výzkumu.

3.1 Přehodnocení systému managementu kvality

Cílem přehodnocení je aktuální tvorba informací o stavu celého SMK, jeho vedení a zlepšování. Pomocí účinných nástrojů, jako je uplatňování, řízení, zlepšování a rozvíjení, se použije soubor informací, které napomohou vytvořit ucelený soubor informací o SMK. Sběr těchto aktuálních informací se provádí pravidelně, průběžně a plánovaně.

Přezkoumání vždy obsahuje posouzení příležitosti ke zlepšování, změny v SMK, včetně politiky a cílů kvality. Záznamy z přezkoumání se uchovávají (Systém managementu kvality – Směrnice pro proces zlepšování služeb ve zdravotnických organizacích, 2005, s. 57-58).

3.1.1 Vstup pro přehodnocení

Vstup pro přehodnocení zahrnuje tyto informace:

- výsledky auditů,
- klasifikaci cílů kvality za jednotlivá období,
- splnění požadavků politiky kvality, včetně aktuálnosti,
- stav nápravných a preventivních opatření,
- monitoraci výkonnosti procesů a zjištění o shodě produktu,
- zpětnou vazbu od zákazníka (spokojenost pacientů, podněty, stížnosti, reklamace),
- zjištění o rozsahu plnění přijatých opatření z posledního přezkoumání a klasifikaci účinnosti,
- výsledky analýz dat,
- dle potřeby návrhy dalších zdrojů pro následující období,
- změny ovlivňující SMK,
- závěrečnou zprávu, jež obsahuje zhodnocení účelnosti a účinnosti SMK, ustanovení aktuálních požadavků od zákazníků, zvážení změn cílů a politiky kvality, struktury

nemocnice, návrhy nových cílů pro další období a další zlepšování SMK (Systém managementu kvality – Směrnice pro proces zlepšování služeb ve zdravotnických organizacích, 2005, s. 58-59. Madar, 2004, s. 62).

3.1.2 Výstup z přehodnocení

Výstup z přehodnocení SMK zahrnuje všechna nařízení a opatření, která se váží na efektivnost SMK a jeho procesů, zdokonalení produktu ve vztahu s potřebou zákazníka a nezbytnost zdrojů (Systém managementu kvality – Požadavky, 2009, s. 20).

3.2 Analýza jako základ projektu

Základním procesem myšlenkového rozčlenění na části je analýza. Znázorňuje rozbor vlastností, vztahů, faktů. Strategická analýza tvoří součást strategického plánování, kde hledáme odpovědi na otázky „Kde jsme nyní?“, „Kam směřujeme?“, „Kde chceme být?“ a „Jak se tam dostat?“. Mimo jiné je kromě identifikace a rozboru prostředí uvnitř organizace součástí strategické analýzy, analýza okolního prostředí. Je důležitá pro uvědomění vrcholových manažerů a pro pochopení situace, ve které se organizace nalézá.

Mezi nejužívanější typy analýz se řadí SWOT analýza a PEST analýza. Na základě doporučení se získané poznatky a data z analýz sloučí a dají do souvislostí jako východisko pro projekt zlepšení (Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 194-196).

3.2.1 PEST analýza

Pojem PEST znamená definici faktorů **p**olitických, **e**konomických, **s**ociálních a **t**echnologických. PEST analýza vystupuje z poznatků z minulého vývoje a na jeho základě se snaží o analýzu vlivů vnějšího prostředí v budoucnosti. Zavedení této jednoduché struktury analýzy může pomoci snížit složitosti vnějšího okolí. PEST analýza se může rozšířit o další faktory, zejména legislativní a ekologické, nazývá se PESTLE analýza (Dědina a Odcházal, 2007, s. 25-26; Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 196-197).

3.2.2 SWOT analýza

SWOT analýza představuje užitečný nástroj, který se používá pro zhodnocení a shrnutí analýz organizací. Její název tvoří počáteční písmena anglických slov. **S**trengths znamená silnou stránku organizace, **w**eaknesses slabou stránku organizace, **o**pportunities příležitosti ve vnějším prostředí a **t**hreats hrozby z vnějšího prostředí. Účinným nástrojem managementu může

být i SWOT analýza, neboť poskytuje logický rámec pro vyhodnocení současného i budoucího postavení a je vhodná pro strategické alternativy inovace a zlepšování (Bělohávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 201-202).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA NEMOCNICE

Krajská nemocnice T. Bati, a. s. je desátá největší nemocnice nefakultního typu, jež se nachází na území České republiky. Od roku 2006 je akciovou společností, jejímž zakladatelem je Zlínský kraj. Nemocnice je zapsána u rejstříkového soudu v Brně, oddíl B, vložka 4437, zápisem ze dne 13. října 2005.

- Sídlo nemocnice je Zlín, Havlíčkovo nábřeží 600, PSČ 762 75.
- Identifikační číslo (IČ) nemocnice je 27661989.



Obrázek č. 2 Logo nemocnice (zdroj: www.kntb.cz)

Krajská nemocnice T. Bati, a. s., je poskytovatelem zdravotních služeb v právní formě akciové společnosti (obchodní korporace). V souladu se svými stanovami a zakládací listinou zajišťuje základní i specializovanou zdravotnickou péči na lůžkových i nelůžkových odděleních, včetně laboratorně-diagnostického komplementu a hospodářsko-administrativní služby dle organizačního schématu.

Základní organizační a funkční jednotkou nemocnice je oddělení vedené primářem či vedoucím zaměstnancem, které může být dle funkčních a prostorových dispozic dále členěno i na více organizačních celků.

Předmětem podnikání nemocnice zapsaným u rejstříkového soudu je:

- poskytování ambulantní a lůžkové péče, základní a specializované, diagnostické, léčebné, preventivní a lékárenská péče a dalších služeb souvisejících s poskytováním zdravotní péče v souladu s platnou legislativou,
- čištění a praní textilu oděvů,
- opravy silničních vozidel,
- hostinská činnost,
- prodej kvasného lihu, konzumního lihu a lihovin,
- v rámci výroby, obchodu a služeb má nemocnice dále zapsán obor živnosti volné:
 - velkoobchod a maloobchod,
 - skladování, balení zboží, manipulace s nákladem a technické činnosti v dopravě,
 - ubytovací služby,
 - výzkum a vývoj v oblasti přírodních a technických věd nebo společenských věd,

- testování, měření, analýzy a kontroly,
- reklamní činnost, marketing, mediální zastoupení,
- mimoškolní výchova a vzdělávání, pořádání kurzů, školení, včetně lektorské činnosti,
- praní pro domácnost, žehlení, opravy a údržba oděvů, bytového textilu a osobního zboží,
- poskytování technických služeb.

Motto nemocnice:

„Centrem veškerého dění v Baťově nemocnici musí být pacient“.

(B. Albert, 1929)



Obrázek č. 3 KNTB (zdroj: internet, <https://zpravy.aktualne.cz/nemocnicezlin>)

4.1 Historie nemocnice

Prvotním podnětem pro vznik Baťovy nemocnice byl finanční dar v částce jeden milión korun od Tomáše Bati. Bylo tak dohodnuto, že nová nemocnice vznikne na pozemcích Baťova podpůrného fondu na okraji města. MUDr. Bohuslav Albert byl osloven Tomášem Baťou,

který mu v roce 1927 nabídl, aby nemocnici řídil, postavil a plánoval. Během dalších 15 let vybudoval z nemocnice špičkové zdravotní zařízení, které vedl jako primář a ředitel.

Vstupní budova Baťovy nemocnice byla postavena v roce 1927, do roku 1935 bylo vybudováno dalších 14 pavilonů. Domov pro přestárlé vznikl v roce 1932 a v roce 1940 nová porodnice. V roce 1940 měla Baťova nemocnice celkem 15 oddělení:

- I. Chirurgické oddělení,
- II. Chirurgické oddělení,
- I. Interní oddělení,
- II. Interní oddělení,
- Ortopedické oddělení,
- Stomatologické oddělení,
- Porodnicko-gynekologické oddělení,
- Úrazové oddělení,
- Oddělení ušní, nosní a krční,
- Dětské oddělení,
- Ústřední laboratoře,
- Vědecký ústav pro průmyslové zdravotnictví,
- Zdravotnická matrika zaměstnanců,
- Oddělení pro péči o mimoústavní pacienty – pohlavní nemoci, tuberkulóza, onemocnění srdce a cév, nervové nemoci, poradna pro sportovce,
- Správní administrativní oddělení.

Původní název „Baťova nemocnice“ byl v roce 1945 pozměněn na název Zemská nemocnice. Došlo ke vzniku k vzniku dalších oddělení např. oční, kožní, neurologické, onkologické, neurochirurgické atd. Dochází ke zvýšení kapacity na 500 lůžek.

Baťova nemocnice je v roce 1949 zestátněna, přichází o svůj původní název a stává se z ní Nemocnice národního zdraví a oblastní nemocnice. Na počest dělnického prezidenta je přejmenován Zlín na Gottwaldov.

Nemocnice měla statut krajské do roku 1960, posléze se z ní stala nemocnice okresní. Postupně vznikala další oddělení a komplementy.

Po listopadových událostech, v roce 1990, je obnoven původní název nemocnice „Baťova nemocnice ve Zlíně“.

V roce 2001, kdy byly v České republice zřízeny kraje, byla následně založena Baťova krajská nemocnice, a to s účinností od 1. 1. 2006 (Bakala, 80 let Baťovy nemocnice v obrazech, faktech a dokumentech 1927–2007, s. 19-91).

4.2 Orgány nemocnice

Valná hromada

Působnost valné hromady vykonává jediný akcionář, kterým je Zlínský kraj, se sídlem Zlín, tř. T. Bati 21, IČ 70891320, resp. v souladu se Zákonem č. 129/2000 Sb., o krajích je rozhodování v působnosti jediného akcionáře vyhrazeno Radě Zlínského kraje.

Představenstvo

Představenstvo je statutárním orgánem nemocnice. Rozhoduje o všech záležitostech nemocnice, pokud nejsou zákonem nebo stanovami vyhrazeny do působnosti jediného akcionáře nebo dozorčí rady. Představenstvo jedná a podepisuje jménem nemocnice. Představenstvo má tři členy, je voleno a odvoláváno valnou hromadou a rozhoduje prostou většinou hlasů všech svých členů. Představenstvo ze svého středu volí a odvolává svého předsedu. Funkční období člena představenstva je čtyřleté.

Dozorčí rada

Dozorčí rada je kontrolní orgán společnosti a dohlíží na výkon působnosti představenstva a uskutečňování podnikatelské činnosti společnosti. Do působnosti dozorčí rady náleží záležitosti uvedené ve stanovách společnosti a právních předpisech. Dozorčí rada má devět členů, kteří jsou voleni a odvoláváni valnou hromadou nebo zaměstnanci, rozhoduje prostou většinou hlasů všech svých členů. Funkční období člena dozorčí rady je čtyřleté.

Jednání a podepisování jménem nemocnice

Způsob jednání a rozhodování statutárních orgánů nemocnice je uveden ve stanovách nemocnice. Způsob podepisování vně nemocnice je uveden ve stanovách nemocnice. Způsob schvalování uvnitř nemocnice stanoví příslušné vnitřní směrnice, případně svěřené kompetence dle pověření.

4.3 Organizační schéma a kompetenční uspořádání nemocnice

Organizační struktura je uvedena ke dni 12. 9. 2019 v příloze PI.

1. Útvary předsedy představenstva

Kancelář představenstva

Oddělení kanceláří představenstva řídí vedoucí oddělení kanceláře představenstva, která je přímo podřízena předsedovi představenstva KNTB. Vedoucí oddělení řídí přímo podřízené zaměstnance.

Pověřenec pro ochranu osobních údajů

Role pověřence pro ochranu osobních údajů je obsazena zaměstnancem z vlastních zdrojů. Je přímo podřízen předsedovi představenstva KNTB.

Interní auditor

Interní audit je realizován samostatným interním auditorem, který je přímo podřízen předsedovi představenstva KNTB.

Oddělení řízení kvality

Oddělení řízení kvality řídí vedoucí oddělení řízení kvality, která je přímo podřízena předsedovi představenstva KNTB. Vedoucí oddělení řídí přímo podřízené zaměstnance.

Oddělení vědy a výzkumu

Oddělení vědy a výzkumu řídí vedoucí oddělení vědy a výzkumu, který je přímo podřízen předsedovi představenstva KNTB. Vedoucí oddělení řídí přímo podřízené zaměstnance.

Oddělení metodiky a ekonomiky zdravotní péče

Oddělení metodiky a ekonomiky zdravotní péče řídí vedoucí oddělení metodiky a ekonomiky zdravotní péče, který je přímo podřízen předsedovi představenstva KNTB. Vedoucí oddělení řídí přímo podřízené zaměstnance.

Oddělení komunikace a marketingu

Oddělení komunikace a marketingu řídí vedoucí oddělení komunikace a marketingu, který je přímo podřízen předsedovi představenstva KNTB. Vedoucí oddělení řídí přímo podřízené zaměstnance.

Oddělení bezpečnosti

Oddělení bezpečnosti řídí bezpečnostní manažer, který je přímo podřízen předsedovi představenstva KNTB.

2. Úsek léčebné péče

Úsek řídí náměstek léčebné péče, který je přímo podřízen předsedovi představenstva KNTB. Náměstek léčebné péče (NLP) metodicky řídí vedoucí zaměstnance zdravotnických pracovišť v běžných provozních záležitostech. Vedoucí zaměstnanci zdravotnických pracovišť jsou primáři a jejich zástupci.

3. Úsek ošetrovatelské péče

Úsek ošetrovatelské péče v KNTB, řídí náměstek ošetrovatelské péče, který je přímo podřízen předsedovi představenstva KNTB. Do jeho přímého řídicího působení spadá vedoucí Odboru ošetrovatelské péče, vedoucí Sociálního oddělení, vedoucí Oddělení nutriční terapie, vedoucí Oddělení klinické a pastorační péče, vrchní sestra OCS, vrchní sestra COS, vedoucí Oddělení nemocniční hygieny a koordinátor Dobrovolnického centra. Metodicky a odborně na úrovni vědního oboru ošetrovatelství řídí vedoucí nelékařské zdravotnické pracovníky (NLZP). Lze je nazvat vrchní sestry. Zástupci nelékařských zdravotnických pracovníků jsou určené staniční sestry.

4. Útvar člena představenstva pro oblast personální, právní a obchodní

Právní odbor

Právní odbor řídí vedoucí právního odboru, který je přímo podřízen členu představenstva pro oblast personální, právní a obchodní. Vedoucí odboru řídí přímo podřízené zaměstnance.

Odbor řízení lidských zdrojů

Odbor řízení lidských zdrojů řídí vedoucí odboru řízení lidských zdrojů a je přímo podřízen členu představenstva pro oblast personální, právní a obchodní. Vedoucí odboru řídí vedoucí oddělení personálního, vedoucí oddělení mzdového a vedoucí oddělení BOZP a PO.

Odbor obchodní

Odbor obchodní řídí vedoucí odboru obchodního a je přímo podřízen členu představenstva pro oblast personální, právní a obchodní. Vedoucí odboru obchodního řídí vedoucí oddělení nákupu, vedoucí oddělení zdravotnické techniky, vedoucí ústavní lékárny a řídicího pracovníka v oblasti lékárenství. Vedoucí oddělení v rámci odboru obchodního řídí přímo podřízené zaměstnance.

5. Náměstek pro investiční rozvoj, provoz a informační systémy

Úsek investičního rozvoje, provozu a informačních systémů řídí náměstek pro investiční rozvoj, provoz a informační systémy, který je přímo podřízen předsedovi představenstva

KNTB. Do jeho přímého řídicího působení spadá vedoucí Odboru provozního a vedoucí Oddělení informačních systémů.

Odbor provozní řídí vedoucí provozního odboru. Pod řízení vedoucího odboru patří vedoucí Oddělení dopravy, vedoucí Oddělení stravování, vedoucí Oddělení provozu a energetiky a vedoucí Oddělení správy budov.

6. Útvar člena představenstva pro oblast ekonomickou

Odbor ekonomický

Odbor ekonomický řídí vedoucí odboru ekonomického a je přímo podřízen členu představenstva pro oblast ekonomickou. Vedoucí odboru ekonomického řídí vedoucí oddělení controllingu, vedoucí oddělení účetnictví, daní a majetku a vedoucího oddělení financí. Vedoucí oddělení v rámci odboru ekonomického řídí přímo podřízené zaměstnance.

5 SOUČASNÝ STAV MANAGEMENTU KVALITY

Nemocnice má v systému managementu kvality dlouhou historii, neboť v roce 2011 získala mezinárodní certifikát ISO 9001 a v roce 2014 ho úspěšně obhájila. Ke konci roku 2016 nemocnice získala certifikát kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče Vyhlášky 102/2012 Sb. s účinností do prosince roku 2019.

V roce 2017 skončila platnost certifikátu ISO normy. V roce 2018 byly zahájeny přípravy k získání akreditace dle Spojené akreditační komise. Standardy SAK jsou zaměřeny na kontinuální zvyšování kvality, kterou se zvyšuje míra bezpečí poskytované péče. Tím, že dojde ke standardizaci, tedy k přesnému popisu vybraných procesů (obvykle rizikových – například podávání léků, předanestetické vyšetření apod.), zvýší se pravděpodobnost, že pracovníci budou tyto procesy provádět stejným způsobem – minimalizuje se nežádoucí variabilita.

5.1 Odpovědnosti a pravomoci

Z pohledu kvality je nejvýše postavenou osobou manažer kvality. Zodpovědnost za řízení kvality má i ředitel nemocnice. Odpovědnosti a pravomoci manažera kvality spočívají zejména:

- v koordinaci a řízení procesů směřující ke zvýšení a udržování kvality činností v rámci nemocnice,
- k činnostem vedoucím k získání certifikátů, osvědčující se k dosažení úrovně kvality dle norem, k dosažení osvědčení, prokazujícího dosažení úrovně kvality (akreditaci),
- k předkládání písemných zpráv o stavu SMK,
- k implementaci požadavků kvality dle mezinárodních akreditačních standardů.

Manažer kvality je přímo podřízen řediteli nemocnice. Organizuje a deleguje tým Rady kvality, který byl přímo zřízen ředitelem nemocnice. Stálými členy Rady kvality je předseda představenstva, náměstek pro oblast personální, právní a obchodní, vedoucí oddělení řízení kvality, náměstek pro léčebnou péči, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, náměstek pro investiční rozvoj, provoz a informační systémy, vedoucí právního odboru, vedoucí oddělení informačních systémů, vedoucí nemocniční lékárny, vedoucí oddělení nemocniční hygieny, referent oddělení řízení kvality, technik BOZP. Předsedou Rady kvality je předseda představenstva, místopředsedou Rady kvality je vedoucí oddělení řízení kvality.

Na tým RK navazuje rozšířený tým kontinuálního zvyšování kvality, tzv. tým sester a lékařů, kteří spolupracují s NLP, NOP a vedoucím oddělení kvality. Podávají návrhy na úpravy interní dokumentace a řízení procesů. Implementují jednotlivé složky kvality do svého pracovního kolektivu. Spolupracují na tvorbě směrnic a standardů. Provádí kontinuální kontrolu dodržování kvality na vlastním pracovišti. Účastní se auditních šetření. Předávají informace vztahující se ke kvalitě na provozních schůzkách svých oddělení.

5.2 Politika kvality a cíle kvality

Politika kvality je klíčovým dokumentem SMK v nemocnici. Tento dokument je schválen vrcholovým managementem. Politika kvality představuje dlouhodobou koncepci směřování nemocnice. Tímto je stanovena trvalá orientace nemocnice na uspokojování předpokládaných a daných potřeb, požadavků a očekávání zákazníků na zabezpečení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Politika kvality závazně stanovuje pravidla pro všechny zaměstnance nemocnice a její verze je uvedena v příloze PII.

S politikou kvality úzce souvisí cíle kvality, které jsou vytvořeny na samostatném dokumentu aktualizovaném pro každý rok. Jsou schvalovány managementem nemocnice. Vyhodnocení tvoří součást přezkoumání SMK vedením. Cíle kvality mohou být krátkodobé a dlouhodobé, dále musí být reálné, měřitelné, konkrétní, s přidělenou odpovědností za jejich realizaci a termínované. Příslušná opatření jsou přijímána, pokud se zjistí odchylky od stanovených cílů. Cíle kvality se průběžně vyhodnocují na poradách vedení, přičemž záznam o vyhodnocení tvoří součást zápisu z porady vedení. Celkové hodnocení kvality a bezpečí probíhá 2x ročně.

Zpráva z hodnocení kvality a bezpečí obsahuje:

- seznam proběhlých akreditací a certifikací,
- seznam vnějších kontrol,
- informace z konzultační návštěvy SAK,
- průměrný ev. počet zaměstnanců přepočtený,
- počty zveřejněných vnitřních předpisů,
- významné stavební investice,
- výsledky interních auditů,
- výsledky vzájemných auditů nemocnic založených Zlínským krajem,
- počty nežádoucích událostí,

- informace z mimořádných událostí,
- počty pracovních úrazů zaměstnanců s DPN,
- počty oprávněných a neoprávněných stížností,
- počty pochval,
- výsledky ze sledování spokojenosti zaměstnanců,
- výsledky spokojenosti pacientů,
- počty pádů na lůžkovém oddělení,
- počty dekubitů na lůžkovém oddělení,
- počet infekcí spojené se zdravotní péčí (HAI),
- výsledky ze sledovaných indikátorů kvality,
- informace z programů podpory zdraví,
- povinná školení zaměstnanců,
- opatření ke zlepšování a vyšší efektivity procesů.

Plán kvality a bezpečí KNTB:

- Zvyšovat kvalitu a bezpečí pomocí efektivního sledování a vyhodnocování indikátorů kvality.
- Zjednodušit a zredukovat vnitřní předpisy.
- Zvýšit kvalifikaci zaměstnanců formou interních a externích vzdělávacích akcí v souladu s vnitřními předpisy pro vzdělávání a platnou legislativou.
- Implementovat vnitřní předpisy do praxe.
- Proškolit nové interní auditory.
- Provádět průběžnou auditní činnost zaměřenou na splnění požadavků legislativy a standardů SAK.
- Neustále získávat zpětnou vazbu od pacientů a zaměstnanců, reagovat na ni.

5.3 Řízení dokumentů

Proces řízení dokumentů zabezpečuje, že dokumenty, které se v organizaci používají, musí být z hlediska aktuálnosti, vhodnosti, účelnosti a správnosti přezkoumávány. Tímto je zajištěna jejich čitelnost, aktuálnost a dostupnost v místě používání. Dokumenty jsou snadno identifikovatelné včetně provedených změn.

Každý řízený dokument (vnitřní předpis) je označen unikátní zkratkou a názvem VP.

5.3.1 Postup při vzniku vnitřního předpisu

Vznik nových VP iniciuje oddělení řízení kvality na základě zjištění nekonzistentní praxe, častých nežádoucích událostí, častých stížností pacientů, vysoké finanční zátěže atd. Takto iniciovaný nový anebo výrazně změněný VP vzniká minimálně 1x za rok. Nové podněty na zpracování VP může přednést kterýkoliv zaměstnanec KNTB, přímo na oddělení kvality a to osobně, emailem nebo písemně. Zaměstnanec navrhuující nový VP nebo jeho změnu má zároveň povinnost seznámit s předneseným podnětem svého příslušného vedoucího zaměstnance.

Oddělení řízení kvality rozhodne o oprávněnosti podnětu a své rozhodnutí sdělí jeho iniciátorovi. V případě potřeby přednese OŘK návrh na vznik nového VP členovi Rady kvality, který za danou oblast odpovídá, se kterým:

- podnět prodiskutuje,
- společně podnět vyhodnotí,
- rozhodne, zda je podnět oprávněný či neoprávněný,
- v případě oprávněného podnětu rozhodne o typu VP a odborném garantovi.

OŘK sdělí rozhodnutí iniciátorovi podnětu.

Správce řízení dokumentace přiřadí VP pořadové číslo, zaeviduje jej a šablonu s přiděleným číslem zašle garantem určenému zpracovateli ke tvorbě VP.

Zpracovatel zpracuje individuálně či společně s ostatními zpracovateli návrh VP, včetně jeho příloh, a to výhradně do šablony VP, kterou obdržel od správce řízení dokumentace. Následně elektronicky odešle návrh VP zpět správci řízení dokumentace.

Správce řízení dokumentace obdržený návrh VP formálně upraví, případné nesrovnalosti ihned konzultuje se zpracovatelem. V případě potřeby vrátí návrh VP zpracovateli k doplnění (chybějící odkazy na související dokumentaci, nevyjasněné zkratky, chybějící definice...).

5.3.2 Připomínkové řízení vnitřního předpisu

Správce řízení dokumentace ve spolupráci s garantem VP určí, kteří zaměstnanci se zúčastní připomínkového řízení. Zpravidla se jedná o vedoucí pracovníky z oblasti, která se VP dotýká. Vždy je mezi připomínkujícími odborný garant, OŘK a právní odbor.

První kolo připomínkového řízení

a) Správce řízené dokumentace:

Správce řízené dokumentace předá určeným připomínkujícím návrh VP elektronicky, a to včetně příloh. Uvede také konkrétní termín, do kdy má být připomínkování ukončeno. Termín pro 1. kolo připomínkového řízení nesmí být delší než 10 pracovních dní. Ve výjimečných případech může správce řízené dokumentace termín prodloužit nebo zkrátit. Sdělí připomínkujícím, aby své připomínky zasílali primárně vždy zpracovateli VP, v kopii pak správci řízené dokumentace.

b) Připomínkující:

Připomínkující zapracují připomínky přímo do VP formou revizí. Svůj návrh zašlou do stanoveného termínu primárně vždy zpracovateli, v kopii správci řízené dokumentace. V případě, že připomínkující ve stanoveném termínu nezašle zpracovateli žádné připomínky k VP, bude to zpracovatel automaticky považovat za skutečnost, že připomínkující žádné připomínky nemá. Odborný garant odpovídá za věcnou správnost. Právní odbor odpovídá za soulad s legislativními předpisy. Oddělení řízení kvality odpovídá za soulad VP s ostatními VP.

c) Zpracovatel:

Zpracovatel obdržené a akceptovatelné připomínky zapracuje do VP. Neakceptovatelné připomínky prodiskutuje s připomínkujícími a zdůvodní jim jejich nepřijetí. Po vypořádání všech připomínek odešle zpracovatel správci řízené dokumentace návrh VP ke konečné formální úpravě.

Další kolo připomínkového řízení

V případě velkého množství připomínek v prvním kole může garant spolu se správcem řízené dokumentace rozhodnout, že bude návrh VP zaslán do dalšího kola připomínkového řízení. Správce řízené dokumentace předá určeným připomínkujícím návrh VP se zapracovanými připomínkami opět elektronicky, a to včetně příloh. Uvede konkrétní termín, do kdy má být připomínkování ukončeno. Po vypořádání všech připomínek odešle zpracovatel správci řízené dokumentace návrh VP ke konečné formální úpravě.

V případě nutnosti urychleného vydání VP může OŘK ve spolupráci s odborným garantem zkrátit dobu připomínkování.

Zaslané připomínky ze všech kol připomínkového řízení uchovává zpracovatel nebo koordinátor zpracovatelů a správce řízené dokumentace po dobu platnosti VP.

5.3.3 Vydání a zveřejnění vnitřního předpisu

Správce řízené dokumentace po vypořádání všech připomínek ze strany zpracovatele přezkoumá návrh VP po formální stránce, tj. dodržení závazné formální a obsahové struktury VP a zajistí příslušnou grafickou a jazykovou úpravu. Po formálním ověření správce řízené dokumentace vytiskne originál VP, včetně všech příloh.

Konečnou verzi VP v listinné podobě předá správce řízené dokumentace všem zpracovatelům a odbornému garantovi k podpisu. Zpracovatelé podepsaný VP vrátí správci řízené dokumentace, který následně zajistí podpis schvalovatelů (představenstva).

Správce řízené dokumentace **schválenou verzi VP** a jeho přílohy převede do formátu pdf a zveřejní ho na intranetu KNTB. Informaci o zveřejnění VP rozešle emailem všem vedoucím pracovníkům, kterých se VP týká. Stejný postup platí v případě změny, aktualizace a zrušení VP.

Nově vydaným VP se ruší jeho předcházející verze. Tato informace je uvedena ve VP na přední straně a v kapitole závěrečné ustanovení. Nově vydaný VP může rušit současně i více souvisejících VP. Platný VP v editovatelné podobě uchovává správce řízené dokumentace pro případy aktualizace VP. Zpracovatelé, kteří aktualizaci provádějí, jsou povinni si tuto verzi vyžádat u správce řízené dokumentace a aktualizaci provést do poslední verze VP.

Za seznámení zaměstnanců s novými, pro ně závaznými VP, a za proškolení nových zaměstnanců zodpovídá vždy vedení pracoviště.

5.3.4 Rozdělení vnitřních předpisů

Dokumenty úrovně I tvoří řády, plány a rozhodnutí představenstva. Tyto dokumenty definují např. organizační řád, mzdový řád, pandemický plán, traumatologický plán atd.

Do dokumentů úrovně II patří směrnice. Tyto dokumenty zajišťují legislativní požadavky na podmínky nemocnice a jejich aplikaci na provoz nemocnice. Pro řízení a organizaci jednotlivých procesů jsou řazeny mezi základní dokumenty. Formulují i procesy SMK v nemocnici podle požadavků akreditačních standardů, případně dalších systémů kvality.

Dokumenty úrovně III tvoří standardní léčebné postupy a ošetrovatelské standardy. Definují konkrétní pracovní postupy bezprostředně ovlivňující kvalitu řízení a kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Dokumenty úrovně IV tvoří formuláře a informované souhlasy. Tyto dokumenty jsou nezbytné v péči o pacienta.

Tabulka č. 4 Dokumentace KNTB – struktura vnitřních předpisů (interní zdroj)

Úroveň	Vnitřní předpisy	Schvaluje
I. úroveň	Řády, Plány, Rozhodnutí představenstva	Představenstvo
II. úroveň	Směrnice	Představenstvo
III. úroveň	SOP, SLP	Náměstci, příslušní vedoucí zaměstnanci
IV. úroveň	Formuláře, Informované souhlasy	Odborný garant, příslušní vedoucí zaměstnanci

5.3.5 Řízení externí dokumentace

Externími dokumenty se rozumí dokumenty vzniklé mimo dokumentační systém nemocnice, které bezprostředně ovlivňují činnost nemocnice či mají bezprostřední vztah k tvorbě interních dokumentů. Všichni zaměstnanci, kterým je při výkonu práce k dispozici externí dokumentace, ji mohou na pokyn nadřízeného pracovníka používat. Některé externí dokumenty jsou součástí VP ve formě příloh, formulářů anebo jsou uvedeny v části související dokumentace. VP v těchto případech nepodléhají revizím a připomínkovému řízení ze strany KNTB.

Externí dokumentace se v nemocnici dělí na:

- obecně závazné právní předpisy publikované ve Sbírce zákonů,
- metodické pokyny či směrnice orgánů veřejné správy (např. Věstník MZ ČR),
- odbornou zdravotnickou literaturu (např. knihy, časopisy, standardy),
- bezpečnostní listy chemických a nebezpečných látek,
- technické normy, bezpečnostní normy, daňové a účetní zákony,
- návody na použití zdravotnických prostředků,
- dokumenty zpracované externím subjektem na vyžádání KNTB (např. analýza rizik).

Příslušní vedoucí zaměstnanci (odborní garanti a zpracovatelé VP) jsou neprodleně právním odborem nebo OŘK informováni o vydání nových či aktualizovaných externích dokumentů,

kteřé s VP souvisí. Povinností odborného garanta a zpracovatele je aktuální změny externích dokumentů vyhodnotit a případně do VP zapracovat i mimo běžný režim aktualizací VP.

5.4 Auditní činnost

V nemocnici je implementován systém pravidelných interních a externích auditů. Průběžně se provádí kontrola dodržování procesů z národních akreditačních standardů, plnění cílů kvality, ověřování znalostí dokumentů systému kvality a jejich správné uplatňování v praxi. Nemocnice má vypracován systém vnitřních auditů a vzájemných auditů pro kontrolu zavádění a dodržování akreditačních standardů v oblasti:

- vedení zdravotnické dokumentace,
- objednávání, předepisování a podávání léčivých přípravků,
- hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření,
- sledování rizik,
- sledování a vyhodnocování indikátorů kvality,
- vyhledávání a odstraňování procesních nedostatků ohrožujících bezpečí pacientů a zaměstnanců,
- další auditní činnosti se řídí dle pokynů OŘK.

5.4.1 Interní audit

Interní audit je audit prováděný jmenovanými interními auditory, pověřenými zaměstnanci KNTB nebo angažovaným externím auditorem s cílem prověřit funkčnost systému kvality nemocnice. Auditor je osoba s odbornou způsobilostí/proškolením k provádění auditu. Předmětem auditu je prověřovaná činnost v souladu s vnitřním předpisem. Check list je auditní dotazník, kde jsou specifikovány otázky/kritéria pro zjišťování shody s vnitřními předpisy, legislativou, standardy. Kritéria auditu jsou požadavky, s nimiž se porovnávají důkazy z auditu. Zjištění z auditu jsou výsledky hodnocení shromážděných důkazů z auditu podle kritérií auditu. Nápravná opatření jsou opatření k odstranění zjištěné neshody/odchyly.

Klasifikace:

Splněno - 2 body.

Částečně splněno - 1 bod.

Nesplněno - 0 bodů.

Doporučení jsou zjištěna poukazující na možná slabá místa, možné problémy, příležitosti ke zlepšování. Zpráva z auditu je písemné shrnutí jednotlivých zjištění a je vypracována u metody STOPAŘ.

Tým auditorů je složen z jednoho nebo více auditorů, kteří provádějí konkrétní audit; jeden auditor z týmu je určen vedoucím týmu auditorů.

Plán auditů znamená předpokládané rozložení auditů na určité časové období. Program auditu (harmonogram) je popis činností a uspořádání organizace konkrétního auditu, který reaguje na výsledky externích a interních auditů.

Postup procesu k získání a udržení akreditace

Je vytvořen seznam osob odpovídajících za zpracování a zavádění procesů do praxe programu KZK včetně jejich dodržování:

- lékařských,
- ošetrovatelských,
- manažersko-personálních,
- provozně technických.

Za provedené audity zdravotnické dokumentace odpovídá primář a vedoucí NLZP. Pověřenými interními auditory ze zdravotnických pracovišť se uskutečňuje prověření vedení zdravotnické dokumentace dle směrnice Řízení zdravotnické dokumentace po celý rok, tj. cca 24 auditovaných zdravotnických dokumentací za daný rok na jedno lůžkové zdravotnické pracoviště (1 ZD otevřená, 1 ZD uzavřená). Křížoví auditoři provádí kontrolu uzavřené ZD z vybraných zdravotnických pracovišť, tj. cca 24 auditovaných zdravotnických dokumentací za daný rok na jedno lůžkové zdravotnické pracoviště a křížoví lékaři jednu ZD ambulantní, tj. cca 12 ambulantních ZD za daný rok z vybraných ambulantních pracovišť. V případě, že audit zdravotnické dokumentace provádí pověřená osoba, je nutné, aby o výsledcích provedeného auditu zdravotnické dokumentace seznámila primáře nebo vrchní sestru, popřípadě

vedoucího lékaře a staniční sestru daného oddělení. Vyplněné check listy odesílá auditující zaměstnanec v tištěné podobě nebo elektronicky na oddělení řízení kvality.

Elektronické vyplňování auditů zdravotnické dokumentace probíhá od 1. 1. 2019. Formulář je pro každé oddělení umístěn na síti, denně zálohován a přístup k němu mají pouze pověřené osoby. Nápravná opatření si vedoucí zdravotničtí pracovníci řeší sami na poradách či schůzkách oddělení. Analýzy a vyhodnocení IA ZD probíhá na OŘK.

5.4.2 Metodické návštěvy SAK

V případě nejasností a problémů je důležitý kontakt interních auditorů a vedoucích pracovníků nemocnice s konzultanty SAK. Konzultanti se zaměřují na plnění akreditačních standardů, jednotlivých interních dokumentů systému kvality. Pokud zjistí nedostatky, tak je zaznamenají a řeší standardním postupem. Vedení nemocnice a oddělení řízení kvality ve spolupráci s příslušnými náměstkyněmi musí následně zajistit jejich nápravu.

6 PROVĚŘENÍ A ANALÝZA SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY

Jako podklad pro přezkoumání a analýzu klíčových procesů v systému managementu kvality slouží výchozí stav SMK, který je uveden v kapitole 5 Současný stav managementu kvality. V rámci přezkoumání jednotlivých oblastí jsou pro větší přehlednost a celistvost práce analyzovány vnitřní a vnější faktory, na které tyto dané oblasti působí.

6.1 Přezkoumání odpovědností a pravomocí

Odpovědnosti a pravomoci všech zaměstnanců jsou v nemocnici stanoveny:

- organizačním řádem,
- mzdovým řádem,
- etickým kodexem,
- popisy pracovních činností,
- dalšími interními řídicími dokumenty,
- pověřením, jmenováním.

Manažer kvality v SMK zabezpečuje angažovanost managementu, což se jeví jako nejlepší možná varianta. Jelikož manažer kvality je součástí vedení a účastní se porad vedení, tak má přístup ke všem potřebným informacím, které jsou důležité pro rozvoj SMK. Jeho zastupitelnost je problematická, protože v organizaci není osoba, která by jej v jeho nepřítomnosti zastoupila.

Velkou budoucnost spatřuji v Radě kvality, kterou v nepřítomnosti předsedy představenstva vede manažer kvality. Součástí RK jsou hlavní organizátoři kvality, kteří zodpovídají za své oblasti např. personální, provozní, léčebné a ošetrovatelské. Dochází tak k delegování pracovníků na nižší úrovně řízení, ale kompetence jsou zachovány. Tento poradní orgán je v SMK zcela nezbytný.

Pracovní týmy kvality lékařů a sester jsou přínosné, jelikož spolupracují na tvorbě procesů zaváděných do praxe. Velkým pozitivem těchto týmů je úzká spolupráce s náměstkem léčebné a ošetrovatelské péče. Do řízení kvality se aktivně zařazují stále více pracovníků, což napomáhá organizaci udržet a rozvíjet SMK.

6.2 Přezkoumání politiky a cílů kvality

Politiku kvality hodnotím jako aktuální. Obsahuje vize, mise a strategické poslání nemocnice. Je každoročně přezkoumávána vedením nemocnice.

Cíle kvality jsou koncipovány na období jednoho roku a schváleny managementem na poradě vedení. Jsou navrhovány jako projekt, který je separován na dílčí části nutné k realizaci cíle. Každý cíl má stanoveného garanta, který je zodpovědný za realizaci cíle, dodržení termínu a kalkulaci nákladů. V předcházení nedodržování termínů a cílů doporučuji, aby do procesu splnění, byla přidána položka rizika a opatření, která bude zajišťovat komplexní projektové řízení cílů.

Na cíle kvality navazuje plán zvyšování kvality a bezpečí, který se během celého roku průběžně reviduje a aktualizuje. Většinou obsahuje úkoly vycházející z externích a interních auditů nebo zjištěný problém, který potřebuje systémové a koncepční řešení. Plnění plánu zvyšování kvality a bezpečí je diskutováno na poradě vedení.

6.3 Přezkoumání řízení dokumentů

Centrální řízení dokumentů je důležité pro zachování jednotné formální a obsahové struktury dokumentů. Tímto sjednoceným systémem jsou kontrolovány a popsány všechny důležité postupy a procesy, které u svých zaměstnanců vyžaduje dodržovat nemocnice a jiné externí subjekty např. NASKL, ISO, SAK.

Uchovávání, archivace a skartace dokumentů se provádí podle vnitřního předpisu.

Administrativní náročnost tohoto procesu je velká, jelikož dříve byla nemocnice certifikována dle ISO 9001 a VP nebyly rozděleny do jednotlivých oblastí. Příprava na získání akreditace dle Spojené akreditační komise sjednotila veškeré vnitřní předpisy, umožnila VP přerozdělit do oblastí a aktualizovat dle standardů SAK.

6.3.1 Přezkoumání postupu při vzniku vnitřního předpisu

Nastavení postupu při vzniku vnitřního předpisu je funkční. Probíhá ve spolupráci se správcem řízení dokumentace, garantem a zpracovatelem. Dokumenty jsou vytvářeny dle potřeb nemocnice a dále např. dle změn v legislativě.

Směrnice jsou pro větší přehlednost a snadnější orientaci uživatelů děleny do šesti oblastí:

- zdravotnické,
- ekonomické,
- provozní,
- pro management a právo,
- pro lidské zdroje,
- pro BOZP.

6.3.2 Přezkoumání připomínkového řízení

Připomínkování VP probíhá dle nastavených postupů. Správce řízené dokumentace ve spolupráci s garantem určí okruh připomínkujících. Elektronicky zašle VP včetně příloh. Uvede konečný termín připomínkování VP. Připomínkující zapracují své návrhy přímo do textu formou revizí. Zpracovatel VP zapracuje akceptovatelné připomínky do textu a neakceptovatelné prodiskutuje s garantem VP a s připomínkujícími. Zpracovatel po vypořádání všech připomínek zašle VP správci řízené dokumentace k formálním úpravám.

6.3.3 Přezkoumání vydávání a zveřejnění vnitřního předpisu

Tento proces je funkční. Po finálních úpravách VP správce řízené dokumentace, VP vytiskne a předloží zpracovatelům a garantovi k podpisu. Následně je zajištěn podpis představenstva.







Správce řízené dokumentace převede soubor do pdf verze a VP zveřejní na intranetu. Informaci o zveřejnění VP zašle všem vedoucím pracovníkům emailem, a to i v případě změny, aktualizace a zrušení VP.

Po seznámení zaměstnanců s daným VP jsou zaměstnanci povinni se podepsat do přílohy č. 1 List o seznámení, přičemž za proškolení zodpovídá vedoucí pracovník.

6.3.4 Přezkoumání rozdělení vnitřních předpisů

Strukturu rozdělení VP hodnotím jako přehlednou, jelikož jsou pod první úrovní zařazeny rozhodnutí představenstva, jež obsahuje pokyny a příkazy, které jsou závazné pro všechny zaměstnance.









Směrnice (úroveň II) jsou rozděleny dle oblastí v elektronickém systému sharepoint, a tak je zřejmé pro jaké procesy jsou určeny.

Typ	Název
	BOZP - Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
	E - Ekonomika, účetnictví, finance
	LZ - Lidské zdroje
	M - Management, právo
	P - Provozní oblast
	Z - Zdravotnická oblast

Obrázek č. 4 Seznam oblastí směrnic (interní zdroj)

Třetí úroveň obsahuje standardní léčebné postupy a ošetrovatelské standardy, které tvoří základní normu k poskytování kvalitní zdravotní péče. Ošetrovatelské standardy se dělí na obecné a specifické. Obecné ošetrovatelské standardy jsou závazné pro všechny nelékařské zdravotnické zaměstnance a specifické jsou určeny pro jednotlivá zdravotnická pracoviště.

Ve čtvrté úrovni se nachází formuláře a informované souhlasy. Formuláře jsou zařazeny přehledně, očíslovány dle postupu řízení dokumentů a zařazeny přehledně.

Typ	Název
	01 Zdravotnická - ošetrovatelská dokumentace
	02 Lidské zdroje – personální a mzdová oblast
	03 Kvalita - interní audity
	04 Ekonomika, účetnictví, finance
	05 Právo a administrativa
	06 BOZP
	07 Oddělení vědy a výzkumu
	08 Jiné - ostatní

Obrázek č. 5 Seznam oblastí formulářů (interní zdroj)

Obecné informované souhlasy obsahují např. Informovaný souhlas s hospitalizací, Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní péče a Oznámení o převzetí pacienta bez jeho písemného souhlasu (hlášení soudu). Zdravotnická pracoviště mají vytvořeny informované souhlasy, které se týkají výkonů prováděných na dotyčných odděleních. Všechny informované souhlasy jsou vytvořeny ve spolupráci s právním oddělením.

Informované souhlasy

<input type="checkbox"/> Typ	Název
	!OBECNÉ FORMULÁŘE!
	ARIM
	Dětské oddělení
	Gynekologicko-porodnické oddělení
	Hematologicko-transfuzní oddělení
	Chirurgické oddělení
	Interní oddělení
	Kardiologické oddělení
	Kožní oddělení
	Laboratoř molekulární diagnostiky a cytogenetiky
	Neurochirurgické oddělení
	Neurologické oddělení
	Novorozenecké oddělení
	Oční oddělení
	Onkologické oddělení
	ORL
	Ortopedické oddělení
	OZM
	Plicní oddělení
	Traumatologické oddělení
	ÚČOCH
	Urologické oddělení

Obrázek č. 6 Informované souhlasy (interní zdroj)

6.3.5 Přezkoumání řízené externí dokumentace

Externí dokumentace, kterou pro svou činnost potřebují např. laboratoře či oddělení zobrazovacích metod, je uchovávána na těchto pracovištích. Zaměstnanci mají k této externí dokumentaci přístup a jsou s ní prokazatelně seznámeni. Jako jediné negativum hodnotím, že není vedena centrálně, ale pod jednotlivými zdravotnickými pracovišti. Aktuálnost této dokumentace hodnotí např. ČIA, NASKL, SÚJB.

6.4 Přezkoumání auditní činnosti

Auditní činnost je v KNTB prováděna od roku 2011 dle ISO normy 9001. Jelikož se nemocnice v roce 2018 začala připravovat na akreditační šetření dle SAK, interní audity byly

v tomto roce pozastaveny, což hodnotím jako velké negativum. Zahájení další auditní činnosti započalo v roce 2019 dle akreditačních standardů SAK.

6.4.1 Přezkoumání interních auditů

Interní audity jsou prováděny proškolenými interními auditory. Audity představují systematickou kontrolu procesů a výsledků léčebné péče. Jsou zaměřeny na spolehlivost, správnost dokumentace, úplnost informací, shodu s postupy, efektivnost využívání zdrojů a odhalování případných nedostatků.

Sleduje se, zda systém managementu jakosti vyhovuje vyhlášce 102/2012 Sb., Akreditačním standardům SAK, normě ČSN EN ISO 15 189 a zda je efektivně uplatňován a udržován ve vztahu k prováděným činnostem. Kontroly probíhají vždy za účelem prověření nastavených procesů.

Tabulka č. 5 Výsledky interních auditů (vlastní zpracování)

Zaměření auditu / kontroly	2017		2019	
	Počet IA	Výsledek	Počet IA	Výsledek
Vedení ZD – NLZP	414	95,9 %	623	97 %
Vedení ZD – LZP	396	88,7 %	681	96 %
Vedení ZD – ambulance – LZP	---	---	113	98 %
Vedení ZD – ambulance – NLZP	---	---	123	99 %
Dodržování RBC	---	---	46	98 %
Používání zdravotnických prostředků	10	94 %	28	99 %
Nakládání s CHLS	---	---	71	100 %

Výsledky z interních auditů poukazují, že je auditní proces funkční. Jednotlivé počty negativních zjištění mají nahodilý charakter a představují drobné nedostatky, které jsou zapříčiněny lidským faktorem. Nejedná se o systémové pochybení. Díky nastaveným nápravným opatřením vedoucími jednotlivých pracovišť se negativní zjištění dále téměř nevyskytují. Jediné, co lze vytknout, že zaměstnanci neplní plánované počty IA.

V roce 2018 neprobíhaly interní audity zaměřené na zdravotnickou dokumentaci, dodržování RBC, používání zdravotnických prostředků charakteru zdravotnické techniky a nakládání s chemickými látky a směsmi. Prováděly se interní audity BOZP, audity na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu a externí audity KHS, NASKL, SUKL, SÚJB. Proto jsou uvedeny výsledky auditů zdravotnické dokumentace a audity zdravotnických prostředků charakteru zdravotnické techniky z roku 2017.

6.4.2 Přezkoumání metodických návštěv SAK

V rámci přípravy nemocnice na akreditační šetření hodnotím metodické návštěvy pozitivně. Auditoři během konzultací doporučovali zpracovávat různé postupy a procesy s nutností zavedení do praxe, které napomohou akreditaci získat.

Z konzultačního šetření vypracovali auditoři SAK zprávu, ze které vznikla řada doporučení. Všechna tato doporučení se postupně zapracovala a pokračovalo se dále s přípravou na akreditační šetření. Ve spolupráci s týmem kvality sester a lékařů byli vytvářeny a upravovány vnitřní předpisy a zdravotnická dokumentace. Následně byla provedena řada vnitřních auditů ze strany interních auditorů, odborných garantů a zaměstnanců OŘK.

7 VÝSTUP Z PŘEZKOUMÁNÍ MANAGEMENTU KVALITY

Výstupy z analýzy a přezkoumání SMK jsou vyjádřeny PEST a SWOT analýzou. Jako základ pro sestavení dílčích projektů směřujících k zefektivnění SMK budou použity z analýzy tyto výstupy.

Pokud se během analýzy objeví jakékoliv nesystémové kroky zlepšování SMK, budou vedení nemocnice neprodleně předloženy ke schválení a ihned zrealizovány.

7.1 PEST analýza

Níže vypracována PEST analýza zahrnuje politicko-legislativní faktory, ekonomické, sociální a technologické faktory. Tyto faktory ovlivňují problematiku procesu zefektivnění managementu kvality.

7.1.1 Politicko-legislativní faktory

Jak již bylo zmíněno v kapitole 1.5, legislativní faktory ovlivňuje Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, kde je ustanoveno zavedení interního hodnocení kvality a bezpečí. Metodika k provádění interního hodnocení kvality je uvedena ve Věstníku MZ ČR 16/2015. Externí hodnocení kvality a bezpečí definuje Zákon č. 372/2011 Sb. a jeho prováděcí Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

K vystavení certifikátu kvality a ke kontrole kvality a bezpečí jinou institucí neslouží interní systém sebehodnocení. Cílem interního hodnocení je pochopit činnost nemocnice, odhalit potencionální varianty, které zlepší kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb a sníží rizikové činnosti. Na základě výsledku hodnocení nemocnice vytvořila své vlastní plány ovlivňující kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, které jsou zaměřené na provádění průběžné auditní činnosti, na splnění požadavků legislativy a standardů SAK.

Jelikož je nemocnice akciovou společností, jejímž zakladatelem je Zlínský kraj, musí řídit pokyny a nařízeními vydanými orgány společnosti. Politický faktor působí ve velké míře na provoz nemocnice měnící se politickou situací a vládnoucími stranami.

Ve Zlínském kraji obdržely certifikát kvality dle SAK Vsetínská nemocnice a nemocnice v Uherském Hradišti. Kroměřížská nemocnice se na akreditaci SAK teprve připravuje.

7.1.2 Ekonomické faktory

Důležitým faktorem v rámci zachování provozu nemocnice patří faktor ekonomický. Je ovlivněn vzrůstajícími náklady na mzdy, vyššími výdaji za zdravotní péči, platbami od pojišťoven a vzrůstající potřebou modernizace a inovace materiálů.

7.1.3 Sociální faktory

Mezi sociální faktory ovlivňující management kvality patří statisticky např. počty narozených dětí, porodů, počty hospitalizovaných pacientů, počty nasmlouvaných lůžek. Důležitý je i věk zaměstnanců, zejména zdravotnických pracovníků, kterých je obecně ve zdravotnictví nedostatek, nejen v souvislosti se změnou vzdělávání, ale i z důvodu různých pracovních podmínek v odlehlých regionech ČR.

Tabulka č. 6 Sociální faktory (interní zdroj)

Sociální faktory	2018	2019
Počet hospitalizovaných pacientů	44 133	41 912
Počet živě narozených dětí	2 401	2 124
Celkový počet porodů v nemocnici	2 341	2 074
Nasmlouvaný počet lůžek	914	919
Celkové počty pracovníků	2 135	2 188

7.1.4 Technologické faktory

Nemocnice postupně realizuje obnovu zdravotnických přístrojů charakteru přístrojové techniky. Probíhají změny v IT vybavenosti, projektové bezpečnosti a v informačních systémech. Nové technologie znamenají v poskytování zdravotní péče vyšší vládní výdaje, ale jejich využití v praxi zlepší diagnostiku a efektivnost léčení. V rámci prevence rizik se nesmí opomenout lidský faktor, který může potencionálně poškodit pacienta. Proto je důležité mít dostatek kvalifikovaného personálu, který přístroje bude obsluhovat.

Jak bylo výše zmíněno, probíhají změny v projektové bezpečnosti, což je v současné době důležité, jelikož některé pavilony v nemocnici jsou v nevyhovujícím technickém stavu.

7.2 SWOT analýza

Na zkoumanou problematiku, kde probíhá implementace systému managementu kvality, je důležité vytvořit souhrnnou výchozí SWOT analýzu. Umožňuje posoudit současné postavení organizace a identifikovat potencionální příležitosti a hrozby.

Tabulka č. 7 SWOT analýza na implementaci systému managementu kvality (vlastní zpracování)

S	Kvalifikovaný personál
	Systematické a procesní řízení
	Implementace vnitřních předpisů do praxe
	Sjednocení zdravotnické dokumentace
	Dopravní a geografická dostupnost
W	Necentrální vedení externí dokumentace
	Neplnění počtu interních auditů
	Administrativní zátěž spojená s implementací kvality
	Neexistující motivační prvky
	Nedostatečné personální zajištění
O	Informační a komunikační technologie
	Outsourcing podnikových procesů
	Využití informačních kanálů na propagaci nemocnice
	Smlouvy s dodavateli
	Dotace z EU, granty, sponzoring
T	Legislativní změny a politické faktory
	Zpožděné platby od pojišťoven
	Růst osobních nákladů a nedostatek finančních zdrojů
	Fluktuace personálu
	Projektová bezpečnost objektů

Prostřednictvím SWOT analýzy bylo zjištěno, že mezi silné stránky patří systematické a procesní řízení, které je spojeno s implementací kvality a vnitřních předpisů do praxe. Mezi další přednosti patří dopravní a geografická dostupnost v kraji. Důležitou součástí tvoří kvalifikovaný personál, který se dle svých kompetencí dále vzdělává. Další předností je sjednocení zdravotnické dokumentace, která byla dříve neaktuální.

Slabé stránky v organizaci negativně ovlivňují implementaci kvality ve zdravotnickém zařízení. Správné vedení externí dokumentace je důležité i pro jiné státní orgány zaměřující se

na kvalitu ZZ, proto je nutné ji centrálně vést. Administrativní zátěž spojená s implementací kvality je velmi časově náročná. Z hlediska neexistujících motivačních prvků nelze předpokládat u personálu spokojenost a motivaci plnit přidělené úkoly, jako jsou např interní audity. Mezi příležitosti lze obecně zahrnout informační a komunikační technologie a informační kanály na propagaci nemocnice, které jsou potřebné ke zlepšení image nemocnice. Outsourcing podnikových procesů ovlivňuje ve velké míře provoz nemocnice. Outsourcing je zaměřen na praní prádla a úklid ZZ.

Hrozbou je především měnící se politická situace, po které následuje změna vedení ZZ. Nestabilita vedení ZZ obvykle způsobuje častá výběrová řízení na pozice primářů a vrchních sester, což může být dalším důvodem odchodu lékařů a nelékařského zdravotnického personálu. Zvyšující se osobní náklady a nedostatek finančních zdrojů představují ve zdravotnictví zásadní problém.

7.2.1 Matematický model SWOT analýzy na implementaci kvality

Matematický model znázorňuje a posuzuje vazby mezi vnějšími a vnitřními faktory, které jsou definovány ve SWOT analýze. Matematický model k analyzované problematice názorně utváří tabulka (Tab. 8).

Hodnocení vzájemných vazeb:

- oboustranně pozitivní vliv: +,
- oboustranně negativní vliv: -,
- neutrální vliv: 0.

Tabulka č. 8 Matematický model SWOT analýzy na implementaci kvality
(vlastní zpracování)

		Příležitosti					Hrozby					Σ
		Informační a komunikační technologie	Outsourcing podnikových procesů	Využití informačních kanálů na propagaci nemocnice	Smlouvy s dodavateli	Dotace z EU, granty, sponzoring	Legislativní změny a politické faktory	Zpožděné platby od pojišťoven	Růst osobních nákladů a nedostatek finančních zdrojů	Fluktuace personálu	Projektová bezpečnost objektů	
Silné stránky	Kvalifikovaný personál	+	0	+	+	+	-	0	-	-	0	1
	Systematické a procesní řízení	+	+	0	+	+	-	0	-	0	0	2
	Implementace vnitřních předpisů do praxe	+	0	+	+	0	-	0	0	-	-	0
	Sjednocení zdravotnické dokumentace	+	0	+	0	+	-	0	-	0	0	2
	Dopravní a geografická dostupnost	+	+	+	0	+	-	0	0	0	0	3
Slabé stránky	Necentrální vedení externí dokumentace	-	0	0	0	0	-	0	-	0	0	-3
	Neplnění počtu interních auditů	-	0	0	0	0	0	0	0	-	0	-2
	Administrativní zátěž spojená s implementací kvality	-	0	0	0	0	-	0	-	0	0	-3
	Neexistující motivační prvky	-	0	0	0	0	0	0	-	-	0	-3
	Nedostatečné personální zajištění	0	-	0	0	0	-	-	-	-	0	-5
	Σ	1	1	4	3	4	-8	-1	-7	-5	-1	

7.2.2 Závěr ze SWOT analýzy

Z výše uvedené SWOT analýzy a matematického modelu plyne:

- nedostatek finančních zdrojů ve zdravotnictví – lze upravit navýšením plateb od zdravotních pojišťoven či jinou politikou zdravotnictví;
- nestabilita vedení ZZ – vedení lze zachovat bez ohledu na to, která politická strana je aktuálně u moci;
- fluktuace personálu a nedostatečné personální zajištění – stabilizovat stávající personál a tím snížit fluktuaci, doplnit chybějící personál na určitá pracoviště;
- chybějící motivace – dle možností ZZ zajistit motivační prvky např. odměny, poukázky do lékárny atd.;
- vysoká administrativní zátěž spojená s implementací kvality;
- necentrálně vedená externí dokumentace – zavést centrální vedení externí dokumentace;
- neplnění počtu interních auditů;
- zpožděné platby od pojišťoven;
- nevyhovující technický stav některých objektů.

Největší hrozbou spojenou s implementací kvality je nedostatek finančních zdrojů. Finance představují důležitou součást při naplňování požadavků kvality a akreditačních standardů. Na odměnách a motivaci zaměstnanců se projevuje nedostatek finančních zdrojů.

Slabou stránkou je vysoká administrativní zátěž spojená s implementací kvality dle Spojené akreditační komise, kdy přípravy na akreditaci započaly v roce 2018.

Největšími příležitostmi jsou informační a komunikační technologie a postupně zavádějící se e-learning, který zaměstnancům umožní získat nebo doplnit informace např. z oblasti kvality, BOZP, hygieny rukou atd.

Silnou stránkou je sjednocení zdravotnické dokumentace a přehlednost dokumentů.

8 NÁVRH PROJEKTU NA IMPLEMENTACI KVALITY DLE SAK

Hlavním cílem projektu je implementace managementu kvality, která je zaměřená na získání akreditace dle Spojené akreditační komise o. p. s., s čímž souvisí další dílčí cíle, které směřují na zjednodušení řízených dokumentů, sjednocení zdravotnické dokumentace a zefektivnění auditní činnosti.

Při vytváření projektu jsou používány zásady metody SMART. Název metody vychází z počátečních písmen anglických názvů a charakteristik, které jsou uplatňovány ke stanovení cílů projektu. **S**pecific – konkrétní; **M**easurable – měřitelný; **A**chievable – dosažitelný, **R**ealistic – realistický, **T**ime-bound – časově ohraničený.

S – reálný program a jasné definování implementace kvality,

M – definování výstupu z hodnocení projektu a jejich konečný efekt,

A – stanovení reálného a jasně definovaného cíle,

R – skutečné náklady v reálném časovém období,

T – provedení časové analýzy projektu.

8.1 Zjednodušení řízených dokumentů

Jedním z cílů projektu je snížení počtu řízených dokumentů, které zvýší přehlednost celého systému řízení. K záznamům se vztahují jednotlivé procesy, jež jsou popsány ve vnitřních předpisech. Proto bude realizace dílčího projektu orientována na řízené dokumenty.

8.1.1 Popis procesu směřujícího ke splnění cíle

Jak bylo výše popsáno, nemocnice neměla danou strukturu jednotlivých dokumentů. Procesy se řídily dle ISO normy. V kapitole 6 je uvedena nová struktura řízených dokumentů, kterou jsem navrhla rozdělit do jednotlivých oblastí (oblast BOZP, ekonomika, lidské zdroje, management, provoz a zdravotnictví).

Všechny vnitřní předpisy byly aktualizovány či zrevidovány. Další samostatně se vyskytující dokumenty navrhuji přezkoumat zpracovateli a odbornému garantovi. Při nepotřebnosti těchto dokumentů či v případě duplicit je vhodné tyto vyřadit. Jedná se o řady, plány, rozhodnutí představenstva, směrnice, ošetřovatelské standardy. Metodické pokyny byly zrušeny a nahrazeny směrnicemi tak, aby se uchovaly jednotlivé úrovně řízených dokumentů.

1. Dokumenty specifikující činnosti zdravotnických pracovníků, tzv. **ošetřovatelské standardy**. Tyto navrhuji přezkoumat a aktualizovat. Dále zjistit, zda obsahují všechny klíčové činnosti specifikující standardizaci řízených dokumentů. Tyto dokumenty jsou důležité pro nové a stávající zdravotnické pracovníky, protože slouží k získání znalostí a rozvoji dovedností.
2. Strategické dokumenty a dokumenty vyžadované legislativou. Patří sem **předpisy**, které musí mít nemocnice zpracované v rozsahu legislativních požadavků (provozní řády, traumatologický plán a další), dokumenty pro akreditaci SAK, audity NASKL, ČIA (akreditační standardy apod.) a dokumenty identifikující hlavní procesy (organizační řád, pracovní řád, konziliární řád, požární řád aj.).
3. Další dokumenty, výše neuvedené. Tyto dokumenty budou objektem revize podle struktury řízených dokumentů (informované souhlasy, formuláře aj.).

Při slučování dokumentů výše popsaným způsobem budou vytvořeny ucelené dokumenty popisující jednotlivé procesy. Proto navrhuji, aby dokumenty byly **doplněny o kontrolní kritéria** tzv. **Check listy**, které budou sloužit odborným garantům a zpracovatelům dokumentů pro vlastní kontrolu a interním auditorům k posouzení funkčnosti procesu.

S cílem udržet dokumenty stále aktuální navrhuji specifikovat dokumenty, které popisují často měnící se procesy a u těchto ustanovit maximální dobu mezi revizemi na jeden rok a na další dokumenty 1x za 2 roky.

8.1.2 Náklady a zdroje realizace

- Nulové investiční náklady.
- Provozní náklady pokrývají i čas na realizaci navrhovaných kroků, do něhož budou zapojeni: manažer kvality, správce řízené dokumentace, OŘK, Rada kvality, odborní garanti, zpracovatelé a další pověřené osoby.

8.1.3 Přínos a návratnost investic

- Aktuálnost dokumentů.
- Vyšší přehlednost dokumentů a snížení počtu řízených/duplicitních záznamů.
- Základ pro auditní činnost a kontrolu vlastní práce.
- Menší administrativní zátěž.

Výnosy jsou nefinančního charakteru. Délka projektu je 365 dní.

8.2 Sjednocení zdravotnické dokumentace

Cílem tohoto dílčího projektu je sjednocení a zpřehlednění zdravotnické dokumentace, zajištění její aktuálnosti a vyřazení duplicitní ZD.

8.2.1 Popis procesu směřujícího ke splnění cíle

Zdravotnickou dokumentaci navrhuji aktualizovat a sjednotit dle požadavku legislativy, akreditačních standardů SAK, dále označit číslem formuláře s uvedením platné verze.

Během aktualizace doporučuji ZD po schválení **zveřejnit na intranetu** do příslušné sekce formulářů – zdravotnická dokumentace, čímž se zajistí její aktuálnost a dostupnost.

Přehled nové ZD:

- Ošetřovatelský dekurz,
- Dekurz pro interní obory,
- Dekurz pro chirurgické obory,
- Ošetřovatelská anamnéza a škály,
- Edukační záznam,
- Ošetřování ran a dekubitů,
- Rozpis infuzní terapie,
- Záznam intenzivní péče,
- Ošetřovatelská anamnéza a edukační záznam pro ARIM a JIP,
- Dekurz diabetika léčeného inzulinovou pumpou,
- Diabetický dekurz,
- Stranový verifikační protokol, Intenzivní záznam bolesti.

Při aktualizaci vznikla další ZD, která je specifická pro jednotlivá zdravotnická pracoviště např. Záznam poanestetické péče, Test kognitivních funkcí aj. Tyto jsou taktéž uloženy a zveřejněny pod jednotlivými zdravotnickými pracovišti v sekci formuláře – zdravotnická dokumentace.

8.2.2 Náklady a zdroje realizace

- Investiční náklady na nákup HINZ složek a tisk nové ZD činí 1 225 000 Kč.
- Provozní náklady pokrývají i čas na realizaci navrhovaných kroků, do něhož budou zapojeni: manažer kvality, OŘK, NLP, NOP, tým kvality sester a lékařů.

8.2.3 Přínos a návratnost investic

- Aktuálnost a přehlednost ZD.
- Snížení počtu ZD.
- Sjednocení ZD vede k efektivní auditní činnosti.

Výnosy jsou nefinančního charakteru a náklady v částce 1 225 000 Kč. Délka projektu je 150 dní.

8.3 Zefektivnění auditní činnosti

Cílem tohoto dílčího projektu je nastavení auditní činnosti, která by byla efektivní a přínosná, tzn. vyřadit neefektivní prvky kontroly a zahrnout nebo zvýšit efektivní a přínosné prvky auditní činnosti.

8.3.1 Popis procesu směřujícího ke splnění cíle

Prvním vhodným krokem by bylo zavedení finanční odměny jako motivace pro interní auditory k provádění auditní činnosti.

V souvislosti s projektem zjednodušení řízených dokumentů, při kterém byly procesní dokumenty doplněny o kontrolní kritéria tzv. Check listy, navrhuji začlenit do systému auditů pravidelné audity orientované na funkčnost konkrétního procesu, jelikož mají významný vliv na kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. V jednom měsíci tak bude audit zaměřen např. na dodržování resortních bezpečnostních cílů a v dalším na kardiopulmonální resuscitaci. Dále navrhuji zvýšit počet interních auditů zaměřených na zdravotnickou dokumentaci, protože v roce 2018 se audity tohoto typu neprováděly.

Navrhuji zavést pravidelné roční hodnocení auditorů manažerem kvality s cílem zajištění co největší objektivity a jednotnosti. Do hodnotících kritérií může patřit:

- plnění počtu interních auditů,
- postup auditní činnosti – pozorování při auditní činnosti,
- zpětné ověření auditu – kontrola auditované ZD, srovnání s kritérii,
- plnění částečně splněných či nesplněných opatření v rámci auditní činnosti.

Výsledkem klasifikace auditorů by mělo být zkvalitnění a zefektivnění auditní činnosti.

8.3.2 Náklady a zdroje realizace

- Investiční náklady jsou v částce 300 Kč za jeden provedený audit.
- Provozní náklady pokrývají i čas na realizaci navrhovaných kroků OŘK a interních auditorů.

8.3.3 Přínos a návratnost investic

- Zefektivnění auditní činnosti, tj. 1 500 auditů/rok.
- Finanční náklady za odměny pro auditory činí 450 000 Kč/rok.
- Kontrola jednotlivých procesů v nemocnici.
- Objektivita a jednotnost auditů.

Výnosy jsou nefinančního charakteru, náklady v částce 450 000 Kč. Délka projektu je 365 dní.

8.4 Časová analýza projektu

Časová analýza projektu obsahuje časový plán realizace. Jednotlivé kroky realizace na sebe vzájemně navazují. Podstatné je určení činností, které nemohou být zahájeny, dokud jiné nebudou dokončeny. Tyto aktivity stanovují celkovou hierarchii činností, které se v rámci projektu realizují.

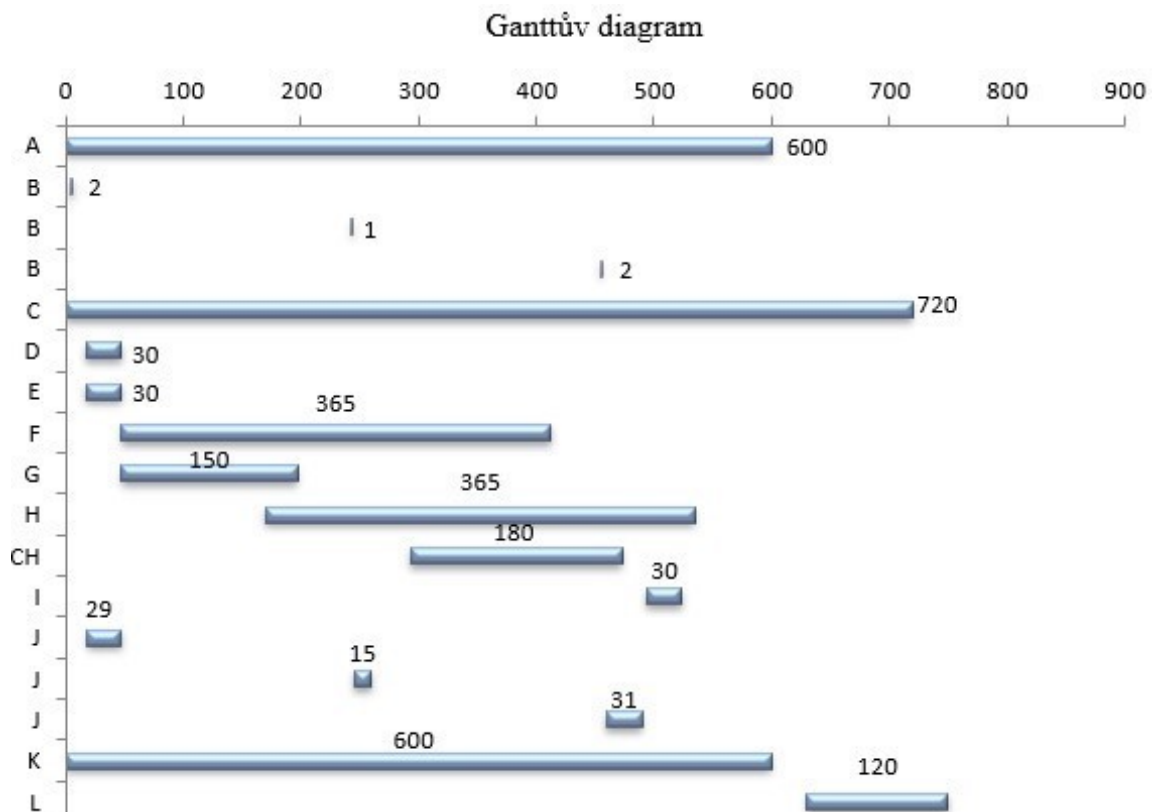
Hlavním cílem analýzy je stanovení časové náročnosti jednotlivých kroků realizace a stanovení kritické činnosti projektu. Složením časového rozvrhu projektu je znázorněna představa o termínech zahájení a ukončení dílčích činností. Také je nutné předpokládat časové rezervy pro kritické činnosti. V případě zpoždění mohou tyto činnosti prodloužit celkový úsek trvání projektu. Zařazení projektu do implementace kvality je poměrně časově náročné.

Dílčí činnosti projektu jsou i s délkou trvání a návaznostmi uvedeny v tabulce (Tab. 9). Následně jsou znázorněny v Ganttově diagramu (Obr. 7). Ganttův diagram slouží k vizualizaci plánovaných činností projektu.

Příprava na zahájení akreditace dle Spojené akreditační komise České republiky (SAK) začala v březnu v roce 2018.

Tabulka č. 9 Časová analýza projektu (vlastní zpracování)

Označení	Činnost	Předcházející činnost	Doba trvání
A	Příprava na zahájení akreditace	-	600 dní 15. 3. 2018-13. 11. 2019
B	Konzultační činnost SAK	A	5 dní 19. 3. 2018-20. 3. 2018 13. 11. 2018 12. 6. 2019-13. 6. 2019
C	Finanční zajištění	B	720 dní 15. 3. 2018-30. 3. 2020
D	Sestavení týmů kvality	C	30 dní 1. 4. 2018 -30. 4. 2018
E	Vypracování harmonogramu činností	D	30 dní 1. 4. 2018 -30. 4. 2018
F	Úpravy vnitřních předpisů	E	365 dní 1. 5. 2018 -30. 4. 2019
G	Sjednocení zdravotnické dokumentace	F	150 dní 1. 5. 2018-30. 9. 2018
H	Zefektivnění auditní činnosti	F, G	365 dní 1. 9. 2018- 30. 8. 2019
CH	Implementace a testovací fáze projektu	H	180 dní 2. 1. 2019- 30. 6. 2019
I	Celkové zhodnocení testovací fáze	CH	30 dní 22. 7. 2019- 22. 8. 2019
J	Nápravná opatření	I	75 dní 2. 4. 2018-30. 4. 2018 15. 11. 2018-30. 11. 2018 17. 6. 2019-17. 7. 2019
K	Projekt k získání akreditace	J	600 dní 15. 3. 2018-13. 11. 2019
L	Zhodnocení a zpětná vazba	K	120 dní 5. 12. 2019- 30. 3. 2020



Obrázek č. 7 Ganttův diagram projektu (vlastní zpracování)

Délka přípravy na akreditaci SAK je 600 dní. Tříkrát byla nemocnice navštívena konzultanty Spojené akreditační komise, kdy v testovací fázi vydali několik doporučení. Od všech zúčastněných se tak na základě zpětné vazby doplnily nedostatky, které souvisely s implementací kvality.

V průběhu přípravy a testovací fáze se provádí úpravy řízených dokumentů, vnitřních předpisů, dochází ke sjednocení zdravotnické dokumentace. Dochází k zefektivnění auditní činnosti. Je provedeno školení nových interních auditorů.

Po zhodnocení testovací fáze následuje finální projekt. Celková délka projektu je 720 dní. Kritickými body realizace projektu jsou činnosti A, B, C, D, E, F, G, H. Nejkritičtějšími body jsou CH, I, J, protože když dojde k jejich zpoždění, tak se celá realizace projektu prodlouží.

Rozvržení realizace projektu považuji za příznivé, protože nemocnice bude mít dostatek času na splnění podmínek k získání akreditace.

8.5 Nákladová analýza

Hlavním účelem nákladové analýzy je vykalkulovat náklady, které souvisí s realizací projektu. Nejde tedy o účetní souhrn, ale o odhadnutí možných nákladů, které organizace za implementaci kvality vynaloží.

Do analýzy se zahrnují investiční a provozní náklady. Mezi provozní náklady patří i čas na realizaci plánovaných kroků.

Mzdové náklady nejsou uvedeny, jelikož zaměstnanci tuto činnost vykonávali nad rámec svých pracovních povinností a odměny za přípravu na akreditační šetření byly nulové.

Následující tabulka vyčísluje náklady jednotlivých položek po celou délku trvání projektu. Jsou zde zahrnuty i náklady, které doporučili auditoři při konzultační činnosti např. skříně na chemické látky.

Tabulka č. 10 Nákladová analýza (vlastní zpracování)

Náklady	Specifikace	Částka v Kč
Návrh projektu	-	-
Náklady na výběrové řízení	-	-
Technické zázemí	PC, USB, software, zasedací místnost, kancelářské vybavení	-
Školení auditorů	Jmenování interních auditorů představenstvem nemocnice	-
Konzultační činnost SAK	5 dní	250 000
Sjednocení zdravotnické dokumentace	HINZ složky a náklady na tisk nové ZD	1 225 000
Skříně na chemické látky		261 000
Ostatní náklady	Signalizační zařízení u bezbariérového WC, nový nábytek, požární dveře	7 000 000
Odměny interním auditorům	300 Kč /1 audit 1 500 auditů za 365 dní	450 000
Akreditace SAK	Akreditační šetření, 3 dny	405 000
Zhodnocení projektu		-
CELKEM		9 592 736

8.6 Riziková analýza a identifikace rizik

Při realizaci projektu se musí zohlednit rizika, která s projektem souvisí. Proto obsahují výčet možných rizik spojených s projektem a určení jejich pravděpodobnosti a míry dopadu při jejich výskytu. Aby mohl projekt proběhnout bez problémů a větších komplikací, je také nutné navrhnout jednotlivé kroky a postupy ke snížení pravděpodobnosti uvedených rizik, nebo alespoň jejich dopad na celkový průběh projektu v případě, kdyby se je nepodařilo eliminovat.

8.6.1 Identifikace rizik

- neschválení projektu představenstvem nemocnice,
- nedostatek finančních zdrojů,
- nezáměr členů z týmů a Rady kvality,
- nespolupráce zaměstnanců,
- nedostatečná motivace zúčastněných,
- zjednodušení řízených dokumentů,
- neochota sjednotit zdravotnickou dokumentaci,
- neefektivní průběh implementace,
- neefektivní auditní činnost,
- nepodání zpětné vazby.

8.6.2 Riziková analýza

Hlavním nástrojem pro rizikovou analýzu je použití tzv. matice rizik. Jedná se o kvantitativní metodu, kdy se vychází ze závažnosti dopadu a z pravděpodobnosti výskytu daného rizika. Tato matice rizik je orientována na identifikaci, vyhodnocení a řešení aktuálních nebo potencionálních rizik souvisejících s realizací projektu. Mohou být zdrojem finančních ztrát i plýtvání časem a schopnostmi zúčastněných zaměstnanců.

Tabulka č. 11 Pravděpodobnost vzniku rizik (vlastní zpracování)

Stupeň	%	Slovní popis
1	0-5	nezávažné riziko
2	5-20	mírně závažné riziko
3	20-50	středně závažné riziko
4	50-70	závažné riziko
5	70-100	katastrofické riziko

Tabulka č. 12 Dopad rizik (vlastní zpracování)

Dopad rizik	
1	velmi bezvýznamný
2	akceptovatelný
3	mírný (občasné selhání)
4	velmi závažný (opakované selhání)
5	katastrofický (nevyhnutelné selhání)

Pro tento záměr byla použita součtová matice rizik:

- 2-4 bodů: riziko je akceptovatelné a mírné;
- 5-7 bodů: je důležité přijmout adekvátní opatření (střední);
- 8-10 bodů: je nutné okamžité nápravné opatření (extrémní).

Tabulka č. 13 Matice rizik (vlastní zpracování)

Pravděpodobnost						
Dopad	Stupeň	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	6
	2	3	4	5	6	7
	3	4	5	6	7	8
	4	5	6	7	8	9
	5	6	7	8	9	10

Tabulka č. 14 Riziková analýza implementace kvality (vlastní zpracování)

Zdroj rizika	Pravděpodobnost	Dopad	Riziko
Neschválení projektu představenstvem nemocnice	2	5	7
Nedostatek finančních zdrojů	4	4	8
Nezájem členů z týmů a Rady kvality	2	3	5
Nespolupráce zaměstnanců	1	2	3
Nedostatečná motivace zúčastněných	4	4	8
Zjednodušení řízených dokumentů	3	4	7
Neochota sjednotit zdravotnickou dokumentaci	3	4	7
Neefektivní průběh implementace	3	4	7
Neefektivní auditní činnost	3	4	7
Nepodání zpětné vazby	3	4	7

8.6.3 Návrhy ke zredukování možných rizik

Nízké riziko

Zdravotnický personál těžce nese jakékoliv změny týkající se jejich práce. Většina nesouhlasí s akreditací, jelikož jim připadá zbytečná. Často si ale neuvědomují, že akreditace je pro nemocnici přínosem už jen svou náročností ji získat, jednotlivými podrobnými procesy, které se nezaměřují jen na pacienta, ale i např. na provoz stravovací, provozní atd. Pro eliminaci tohoto rizika je důležité seznámit personál s výhodami akreditace, postupně je obeznámit s Národními akreditačními standardy SAK. Statut akreditované nemocnice vede k získání nebo udržení špičkových zaměstnanců, získání nových pacientů pro zdravotnické zařízení. Má vliv na postavení KNTB v kraji, celé republice, ale může mít vliv také na výběrová řízení a vztahy se zdravotními pojišťovnami.

Střední riziko

Nezájem členů z týmů a Rady kvality se aktivně podílet na implementaci kvality s sebou nese nízká rizika, která mohou projekt ovlivnit. Každý člen se chce ve své práci co nejvíce zdokonalit a jednat vždy v nejlepším zájmu organizace. Proto je vhodné tuto pohnutku posílit například školením, zpřístupněním hrazených online databází vědeckých článků a publikací. Členové by měli být dostatečně poučeni o možných důsledcích, protože si jich nemusí být dostatečně vědomi.

Neschválení projektu představenstvem nemocnice může být způsobeno nejasným výsledkem a poměrně dlouhou dobou očekávaného výsledku. Proto je nutné pro eliminaci tohoto rizika detailně vysvětlit veškeré výhody projektu i v jeho širším významu. Kladně vnímaná kvalita managementu a zájem o tuto problematiku může naopak přivést nové zaměstnance zajímající se o problematiku kvality v organizaci.

Oblast kvality v KNTB byla v minulých letech řešena dle požadavků normy ISO 9001, které se zaměřuje na procesy, ale neřeší specifické požadavky ZZ. Nekontruluje přímo plnění zákona, nevyžaduje standardy týkající se potřeb, práv a edukace pacienta. Nevyžaduje aktivní spolupráci s dalšími poskytovateli zdravotní péče atd., na rozdíl od jiných oprávněných hodnotitelů kvality jako je Spojená akreditační komise, o. p. s. (SAK). Pro eliminaci tohoto rizika byly rozděleny a sjednoceny vnitřní předpisy do jednotlivých oblastí a aktualizovány dle standardů SAK. Vnitřní předpisy jsou tak pro jednotlivé uživatele aktuální, přehledné a dostupné.

Neochotu sjednotit zdravotnickou dokumentaci lze částečně eliminovat tím, že zaměstnancům budou vysvětleny všechny pozitivní aspekty, které sjednocení zdravotnické dokumentace přináší. Vedení zdravotnické dokumentace se řídí dle příslušné legislativy a interními pokyny KNTB. Z nejčastějších příčin lidského pochybení je nečitelnost, nedůslednost a chybějící zápisy. Sjednocení ZD zlepšilo přehlednost a aktuálnost dokumentace při použití jednotného dokumentačního systému HINZ, do něhož jsou vkládány jednotně předdefinované formuláře (dekurz, ošetřovatelský dekurz, ošetřovatelská anamnéza a rizika, ošetřování ran, edukační záznam aj.).

Neúčelné zařazování inovací bylo z části zapříčiněno zapojením „toxického“ zaměstnance do přípravy v souvislosti s překotnými změnami VP a jejich rychle se měnícím obsahem. Díky tomu bylo velmi obtížné vnitřní předpisy implementovat do praxe, tj. zrealizovat popsané postupy a seznámit s nimi zaměstnance. Proto je důležité si správně sestavit a zvolit tým pracovníků, kteří se na procesu přípravy podílejí.

Auditní činnost je funkční a zaměřená na splnění požadavků standardů SAK. Nesplněné plánované počty interních auditů poukazují na nedostatečnou motivaci, která na zaměstnance působí negativním vlivem. Nelze tak říci, že se jedná o neefektivní auditní činnost. Aby byli zaměstnanci dostatečně motivováni plnit přidělené úkoly, je nutné zajistit odměny těm zaměstnancům, kteří se podílí na auditní činnosti.

Zpětná vazba je důležitým prvkem pro správné fungování projektu. Přináší poměrně závažné dopady při nesprávné interpretaci či jejím chybění. Zaměstnanci by měli být srozuměni s výsledkem.

Vysoké riziko

Samostatnou realizaci projektu může ovlivnit největší riziko, a to je nedostatek finančních prostředků. Tyto finanční prostředky jsou vynaloženy na celkové zajištění projektu. Úkolem vedení organizace je zajistit i jiné zdroje financování, např. dotační programy poskytované z Evropské unie.

Nedostatek financí při realizaci projektu může působit na zaměstnance nedostatečnou motivací ke splnění daných úkolů. Proto je nutné zabezpečit dostatek vnitřní i vnější motivace k zajištění stabilizace personálu. Organizace musí podniknout veškeré možné kroky k jejich udržení. Roste tak důvěra v management a dochází k posílení interpersonálních vztahů. Růst motivace lze zajistit pomocí různých benefitů, které se mohou týkat sportovních, zdravotních či kulturních oblastí. Je důležité, aby vnitřní a vnější motivace zaměstnanců zůstala v rovnováze.

Všechna tato nápravná opatření směřují k efektivnímu průběhu projektu a k splnění daných cílů, které projekt přináší.

8.7 Zhodnocení projektu

Na základě zpracování literárních poznatků zaměřujících se na management kvality ve zdravotnictví, audit, indikátory kvality, akreditace a certifikace byly vypracovány analýzy podpořené SWOT a PEST analýzou současného stavu managementu kvality, na které následně navazoval projekt vedoucí ke zlepšení managementu kvality.

Hlavním cílem diplomové práce bylo vytvoření projektu na implementaci managementu kvality a získání akreditace dle Spojené akreditační komise. Dílčími cíli se jednotlivé kroky projektu vzájemně doplňují, nejsou však na sobě až na výjimky, časově závislé. Struktura cílů je logicky poskládána tak, aby byla jasná návaznost a doba trvání u souvisejících činností, které jsou vyjádřeny pomocí časové analýzy. Efekt, který projekt přinese, bude nejen pro zaměstnance přínosný, ale i celkovělepší kvalitu zdravotní péče.

Náklady vydané na implementaci kvality jsou vymezeny v navrhované části projektu. Projekt není závislý na finančních možnostech nemocnice. **Výnosy z projektu** lze stěží vyjádřit anebo odhadnout, **jsou spíše nefinančního charakteru.**

Na základě výsledků z analytické části byly zjištěny nedostatky hlavně z oblasti motivace. Proto je důležité posilovat motivaci a spokojenost zaměstnanců, což bude mít za následek snížení fluktuace a navýšení počtu kvalifikovaného personálu.

Obtížným krokem byla přípravná fáze, kdy se všechny vnitřní předpisy upravovaly dle požadavku akreditačních standardů a docházelo ke sjednocení zdravotnické dokumentace. Lidský faktor ovlivňuje celou realizaci projektu bez ohledu, zda se jedná o vedoucí pracovníky anebo řadové zaměstnance, tudíž je nutné seznámit pracovníky s výhodami akreditace a přesvědčit je o spolupráci při zavádění vnitřních předpisů do praxe.

Nejsložitější fází byla fáze nápravná, kdy se po konzultační činnosti auditorů doplňovaly VP a následně se zaváděly do praxe. Zvyšovala se auditní činnost zaměřená na odpady, uchovávání chemických látek, dodržování rezortních bezpečnostních cílů MZ aj.

Celková doba projektu spojená s přípravou, implementací testovací fáze, nápravným opatřením a zhodnocením je 720 dní. Na celkové zajištění projektu jsou odhadované náklady vyčísleny na **9 592 736** korun českých. Největší položku tvoří v těchto nákladech ostatní náklady a náklady za sjednocení ZD, odměny pracovníků provádějící interní audity tvoří minimální položku této implementace. Nutno připomenout, že projekt byl podroben rizikové analýze, kde byly doporučeny konkrétní možnosti ke snížení pravděpodobného výskytu a případného dopadu uvedených rizik.

Důležitým hlediskem je zpětná vazba, kdy vedoucí pracovníci byli pravidelně informováni o postupu implementace a o výsledcích z auditu. Z výsledku auditní činnosti vyplývá, že ve většině případů se jedná o pochybení jednotlivce, ne o systémovou závadu.

Jak je vidět v následující tabulce, akreditace nemocnice je zatížena vyššími náklady za zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, jelikož akreditační standardy přispívají k přesnějšímu zpracování standardizovaných postupů a tím k naplnění legislativy více než ISO norma 9001.

Náklady na získání certifikátu kvality dle akreditace SAK jsou u nestandardizovaných a neprověřených procesů nesrovnatelně nižší než při řešení komplikací.

Tabulka č. 15 Porovnání cen za akreditaci a certifikaci nemocnic ve ZK
(vlastní zpracování)

Název nemocnice	Akreditace, částka v Kč	Certifikace, částka v Kč
KNTB	405 000	240 000
UHN	310 000	80 000
VSN	280 000	80 000
KMN (plán listopad 2020)	0	0

Jednotlivé ceny se odvíjejí od velikosti zdravotnického zařízení, tj. počtu lůžek.

Opatření zajišťující správné fungování projektu celkově přispěla ke zlepšení managementu kvality. Cíle, které byly stanoveny v analytické a projektové části, byly splněny.

Hlavním přínosem akreditace je:

- vyšší kvalita péče,
- snížení počtu neshod (dekubity, pády aj.),
- získání kvalifikovaných zaměstnanců a udržení stálých,
- zlepšení image nemocnice v kraji a v České republice,
- zlepšení vztahu s pojišťovnami.

ZÁVĚR

Každé zdravotnické zařízení se snaží, aby mělo prestižní postavení. Mnoho ZZ si prestižní název v České republice osvojuje nebo se s ním ztotožňuje. Být excelentní představuje nekonečnou výzvu, která znamená cíleně a smysluplně používat moderní manažerské metody k dosažení cílů zaměřených na pacienty. Být moderním ZZ neznámá mít pouze velké cíle, poslání anebo vizi. Především to představuje mít kvalifikované manažery a zaměstnance, kteří jsou ochotni a schopni takové cíle nebo vizi rozvíjet a uvést do každodenní praxe.

Hlavním cílem diplomové práce byl vznik projektu zaměřeného na implementaci managementu kvality a získání akreditace Spojené akreditační komise. Projekt byl zpracován na základě informací uvedených v analytické části a osobních zkušenostech. Analytickou část tvořila souhrnná SWOT analýza a analýza z makroprostředí PEST. Do dílčích projektů byly zpracovány další tři cíle, které obsahují popis procesu vedoucí k jejich splnění. Vypracovaný projekt vede ke zlepšení kvality a také k větší spokojenosti zaměstnanců. Projekt by měl motivovat pracovníky ke splnění daných úkolů a vést ke stabilizaci personálu. Projekt obsahuje časovou, nákladovou a rizikovou analýzu.

Návrh projektu byl v závěru vyhodnocen jako reálný a realizovatelný/proveditelný, s přihlédnutím ke všem rizikům, která se k uskutečnění projektu pojí.

Během přezkoumání a analýze SMK vyplynula na povrch otázka, zda je lepší organizaci certifikovat anebo akreditovat. Do značné míry však odpověď závisí i na vnějších faktorech, na které působí koncepce zdravotnictví Zlínského kraje, jež se nyní zaměřuje na fúzi nemocnic v kraji, proto se všechny nemocnice ZK zaměřují na akreditaci dle SAK.

Krajská nemocnice T. Bati, a. s. v roce 2019 obdržela certifikát o akreditaci, jehož platnost je do 14. 11. 2022, viz Příloha P III. Dá se tudíž předpokládat, že vynaložené náklady pro udržení akreditace mohou být mnohonásobně vyšší, jelikož stav některých budov neodpovídá standardizaci. Tyto náklady nebyly do projektové části zakomponovány, neboť toto rozhodnutí neovlivní stav SMK v nemocnici.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BĚLOHLÁVEK, František, Pavol KOŠŤAN a Oldřich ŠULER. *Management*. Brno: ComputerPress, 2006, 724 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

BRIŠ, Petr. *Management kvality*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010, 208 s. ISBN 978-80-7318-912-9.

BUCHBINDER, Sharon and Nancy SHANKS. *Introduction to health care management*. Burlington, Mass.: Jones and Barlett Learning, 2012, 494 s. ISBN 978-0-7637-9086-8.

ČESKÁ TECHNICKÁ NORMA ČSN EN ISO 9001:2015: *Systémy managementu kvality – Požadavky*. Česká republika: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2016, 48 s.

ČESKÁ TECHNICKÁ NORMA ČSN EN ISO 15189:2012: *Zdravotnické laboratoře – Požadavky na kvalitu*. Česká republika: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2012, 77 s.

ČESKÁ TECHNICKÁ NORMA ČSN EN ISO 9001. *Systém managementu kvality – Požadavky*. Praha: Český normalizační institut, 2009, 56 s.

ČESKO, 2012. Vyhláška č. 102/2012 ze dne 1. 4. 2012 o hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 1737, s. 1 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z:

<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=77221&full-text=102~2F2012&rpp=15#local-content>

ČESKO, 2012. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. 11. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 4730, s. 55 [cit. 2020-03-26]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=3&idBiblio=75500&recShow=51&nr=372~2F2011&rpp=15#parCnt>

DĚDINA Jiří a Jiří ODCHÁZEL. *Management a moderní organizování firmy*. Praha: Grada, 2007, 328 s. ISBN 978-80-247-2941-1.

FRIDECKÝ, Bedřich. *Externí hodnocení kvality a metrologická návaznost*. In: *Informační bulletin* [online], 2011, roč. 21, č. 1, 24-27 s., [cit. 2020-01-14]. ISSN 1211-7137.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: ComputerPress, Praxe manažera (ComputerPress), 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

IMLER, Ken. *Strategické systémy kvality*. Pardubice: Radek Lévy, 2008, 173 s. ISBN 978-80-904156-0-7.

INOZU, Bahadir. *Performance improvement for healthcare: leading change with lean, Six Sigma, and constraints management*. New York: McGraw-Hill, 2012, 319 s. ISBN 978-0-07-176162-8.

ISO/IWA 1:2005. *Systém managementu kvality-Směrnice pro proces zlepšování služeb ve zdravotnických organizacích*. Praha: Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2005, 141 s. ISBN 80-7283-207-7.

MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

MARX, David a František VLČEK. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: SAK, 2013, 172 s. ISBN 978-80-87323-04-05.

NENADÁL, Jaroslav. *Systémy managementu kvality: co, proč a jak měřit?* Praha: Management Press, 2016, 302 s. ISBN 978-80-7261-426-4.

OZOROVSKÝ, Vojtěch a Ivana VOJTEKOVÁ a kol. *Zdravotnický manažement a financování*. Bratislava: Wolters Kluwer s.r.o., 2016, 344 s., ISBN 978-80-8168-522-4.

PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

PRŮŠA, Richard a kol. *50 let České společnosti klinické biochemie*. Praha: ČSKB ČLSJEP, 2008, 140 s. ISBN 978-80-254-2771-2.

ROITHOVÁ, Zuzana. Jakost se u nás konečně cení, byť zatím málo. *Zdravotnické noviny* [online], 2010, roč. 59, č. 11, 6-7 s, [cit. 2020-01-14]. ISSN 0044-1996.

STANĚK, Ivan. *Co znamená kvalita a bezpečnost zdravotní péče*. *Medical tribune* [online], 2011, roč. 7, č. 1, C5-C6, [cit. 2020-01-14]. ISSN 1214-8911.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada, 2017, 260 s. ISBN 978-80-271-0062-0.

VĚSTNÍK č. 16/2015 ze dne 26. 10. 2015. In: Sbírka zákonů České republiky [online]. Částka 16, s. 8-9 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html

ZLÁMAL, Jaroslav, Jaroslav VOMÁČKA, Zdeňka MIKŠOVÁ, et al. *Základy managementu pro posluchače zdravotnických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, 2014, 108 s. ISBN 978-80-7402-157-2.

ZLÁMAL, Jaroslav, Jana BELLOVÁ, Jiří BLAŽEK, et al. *Management zdravotnictví I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, 2018, 139 s. ISBN 978-80-7402-375-0.

Obrázek KNTB. In: internet, zprávy aktuálně [online]. [cit. 2020-04-29]. Dostupné z:

<https://zpravy.aktualne.cz/nemocnice>

[zlin/r~97d3a5f626c911e3bd2b0025900fea04/r~3ea83a0026c911e3b6ba0025900fea04/](https://zpravy.aktualne.cz/nemocnice/zlin/r~97d3a5f626c911e3bd2b0025900fea04/r~3ea83a0026c911e3b6ba0025900fea04/))

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	A jiné
a. s.	Akciová společnost
Atd.	Atakdale
BOZP	Bezpečnost, ochrana zdraví při práci
COS	Centrální operační sály
ČIA	Český institut pro akreditaci
ČR	Česká republika
DPN	Dočasná pracovní neschopnost
EFQM	European Foundation of Quality Management
HAI	Healthcare associated Infections
HINZ	Dokumentační systém
CHLS	Chemické látky a chemické směsi
IA	Interní audit
ISO	International Organization for Standardization
IT	Počítačová vybavenost
JCI	Joint Commission International
KHS	Krajská hygienická stanice
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
KMN	Kroměřížská nemocnice
KZK	Kontinuální zvyšování kvality
LZP	Lékařský zdravotnický pracovník
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
např.	Například
NASKL	Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře

NIAHO	National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations
NLP	Náměstek léčebné péče
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
NOP	Náměstek ošetrovatelské péče
NU	Nežádoucí událost
OCS	Oddělení centrální sterilizace
OŘK	Oddělení řízení kvality
PDCA	Plan, Do, Check, Act
PEST	Political, Economic, Social and Technological analysis
PO	Požární ochrana
RK	Rada kvality
SAK	Spojená akreditační komise
Sb.	Sbírka
SLP	Standardní léčebný postup
SMK	System managementu kvality
SOP	Standard ošetrovatelské péče
SÚJB	Státní úřad pro jadernou bezpečnost
SUKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SWOT	Strenghts, Weaknesses, Opportunities a Threats
TQM	Total Quality Management
UHN	Uherskohradištská nemocnice
VP	Vnitřní předpisy
VSN	Vsetínská nemocnice
ZD	Zdravotnická dokumentace
ZK	Zlínský kraj
ZZ	Zdravotnické zařízení

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek č. 1 Vazby mezi principy managementu (vlastní zpracování)</i>	16
<i>Obrázek č. 2 Logo nemocnice (zdroj: www.kntb.cz)</i>	48
<i>Obrázek č. 3 KNTB (zdroj: internet, https://zpravy.aktualne.cz/nemocnicezlin)</i>	49
<i>Obrázek č. 4 Seznam oblastí směrnic (interní zdroj)</i>	68
<i>Obrázek č. 5 Seznam oblastí formulářů (interní zdroj)</i>	68
<i>Obrázek č. 6 Informované souhlasy (interní zdroj)</i>	69
<i>Obrázek č. 7 Ganttův diagram projektu (vlastní zpracování)</i>	84

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1 Požadavky ISO 9001:2015 (vlastní zpracování)</i>	40
<i>Tabulka č. 2 Požadavky ISO 15189:2012(vlastní zpracování)</i>	41
<i>Tabulka č. 3 Požadavky SAK (vlastní zpracování)</i>	42
<i>Tabulka č. 4 Dokumentace KNTB – struktura vnitřních předpisů (interní zdroj)</i> ...	61
<i>Tabulka č. 5 Výsledky interních auditů (vlastní zpracování)</i>	70
<i>Tabulka č. 6 Sociální faktory (interní zdroj)</i>	73
<i>Tabulka č. 7 SWOT analýza na implementaci systému managementu kvality (vlastní zpracování)</i>	74
<i>Tabulka č. 8 Matematický model SWOT analýzy na implementaci kvality (vlastní zpracování)</i>	76
<i>Tabulka č. 9 Časová analýza projektu (vlastní zpracování)</i>	83
<i>Tabulka č. 10 Nákladová analýza (vlastní zpracování)</i>	85
<i>Tabulka č. 11 Pravděpodobnost vzniku rizik (vlastní zpracování)</i>	87
<i>Tabulka č. 12 Dopad rizik (vlastní zpracování)</i>	87
<i>Tabulka č. 13 Matice rizik (vlastní zpracování)</i>	87
<i>Tabulka č. 14 Riziková analýza implementace kvality (vlastní zpracování)</i>	88
<i>Tabulka č. 15 Porovnání cen za akreditaci a certifikaci nemocnic ve ZK (vlastní zpracování)</i>	92

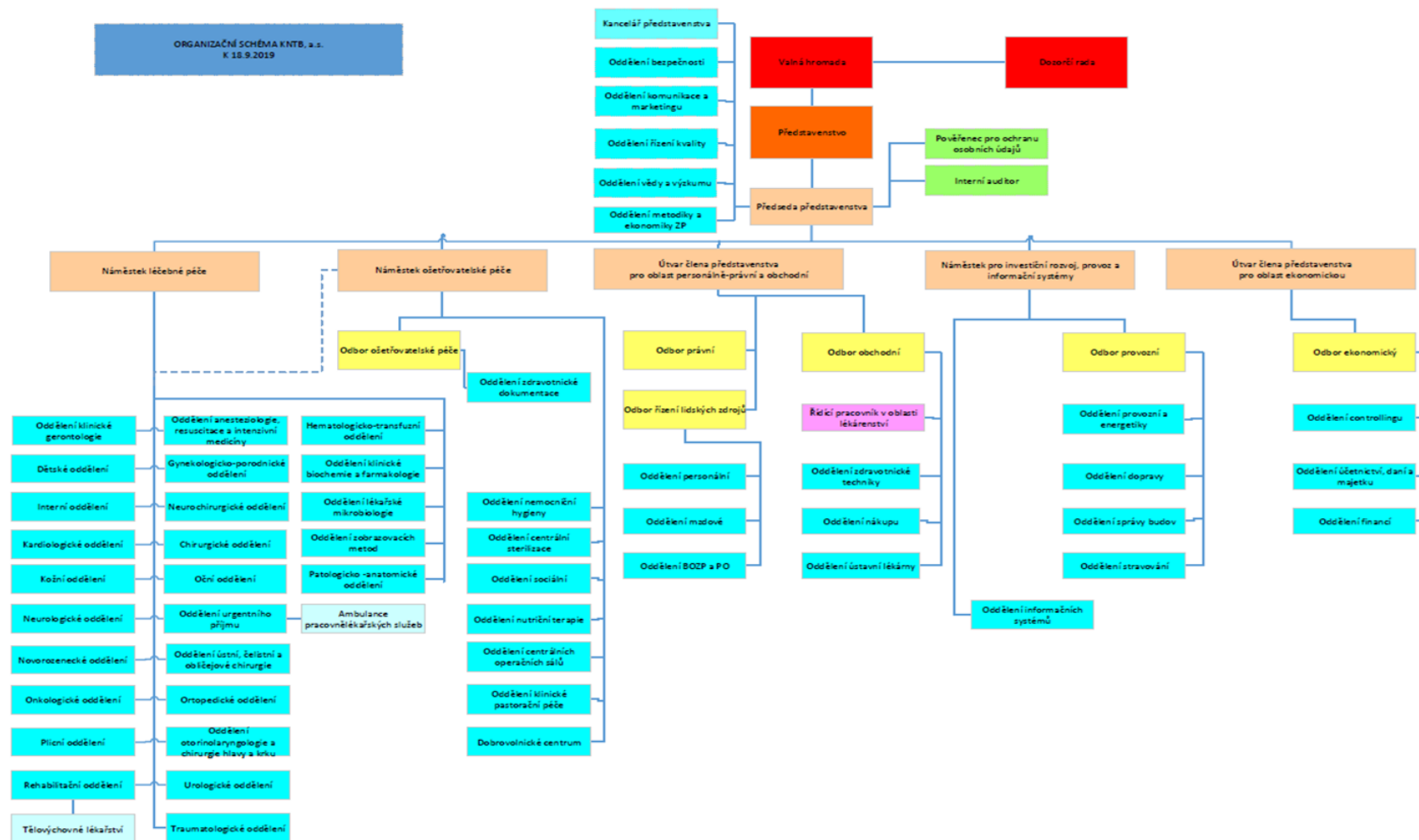
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Organizační struktura KNTB

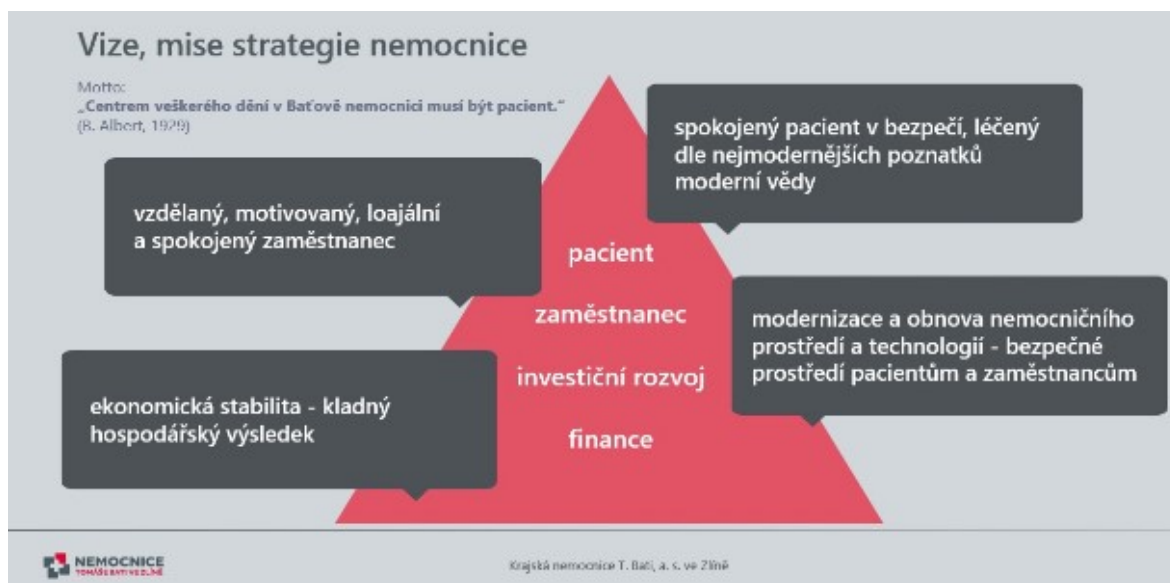
Příloha PII: Politika kvality

Příloha PIII: Certifikát o udělení akreditace

PŘÍLOHA P I: ORGANIZAČNÍ STRUKTURA KNTB



PŘÍLOHA PII: POLITIKA KVALITY



PŘÍLOHA PIII: CERTIFIKÁT O UDĚLENÍ AKREDITACE

1176 Evidenční číslo	Spojená akreditační komise, o.p.s., IČ: 284 88 946	15.11.2019 Datum vydání
CERTIFIKÁT O UDĚLENÍ AKREDITACE Krajská nemocnice T. Bati, a.s. Havlíčkovo nábřeží 600 762 75 Zlín Název akreditovaného zdravotnického zařízení		
<p>Výše uvedený poskytovatel zdravotních služeb úspěšně absolvoval akreditační šetření a splnil požadavky akreditačních standardů Spojené akreditační komise, o.p.s. Současně tento poskytovatel splnil požadavky všech minimálních hodnotících standardů řízení kvality a bezpečí v souladu s ustanovením § 105 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a s vyhláškou č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.</p>		
<p>Platnost certifikátu do: 14.11.2022 Certifikát udělen pro formu lůžkové zdravotní péče v rozsahu druhů zdravotní péče dle § 5 odst. 2, písm. f - h zákona č. 372/2011 Sb.</p>		
 Ředitel SAK, o.p.s.	 Spojená akreditační komise Hrad Pánská 154/4 Praha 6, 169 00 IČ: 284 88 946 -1-	 Předseda Správní rady SAK, o.p.s.



© IFTS, spol. s r.o.