

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016 Zlatuše Hýsková

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**POHLED INTERNÍCH AUDITORŮ A
AUDITOVANÝCH ZAMĚSTNANCŮ NA INTERNÍ
AUDIT**

Bakalářská práce

Autor práce: **Zlatuše Hýsková**

Vedoucí práce: **Mgr. Ivana Dvořáčková, Ph.D.**

2016

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**VIEW OF INTERNAL AUDITORS AND AUDITED
EMPLOYEES ON INTERNAL AUDIT**

Bachelor's thesis

Author: **Zlatuše Hýsková**
Supervisor: **Mgr. Ivana Dvořáčková, Ph.D.**

2016

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Ivaně Dvořáčkové, Ph.D., za odborné vedení, laskavý a vstřícný přístup.

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	10
1 Kvalita	10
1.1 Co je kvalita?	10
1.2 Kvalita zdravotní péče	11
1.3 Řízení a management kvality	12
1.4 Měření a hodnocení kvality zdravotní péče	14
1.4.1 Hodnocení kvality jako součást koncepce ošetrovatelství	15
1.5 Indikátory kvality.....	15
1.5.1 Typy indikátorů kvality	17
1.6 Zajišťování a kontinuální zvyšování kvality	17
1.7 Systémy řízení a zajišťování kvality	19
1.7.1 Modely akreditačních standardů	20
1.7.2 Modely managementu jakosti Mezinárodní organizace pro normalizaci (ISO)	21
1.7.3 Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA)	21
1.7.4 Modely excelence světových cen za jakost.....	22
1.7.5 Kvalita v legislativě Ministerstva zdravotnictví.....	22
2 Standardizace.....	25
2.1 Charakteristika a účel.....	25
2.2 Cíle standardizace	25
2.3 Standard.....	25
2.3.1 Typy standardů.....	26
2.3.2 Metodika tvorby standardů	27
2.3.3 Standardy ošetrovatelské péče	28
3 Měření dodržování stanovených norem, audit	30
3.1 Audit a jeho historie.....	30

3.2	Typy auditů.....	30
3.3	Fáze auditu.....	31
3.4	Řízení programu auditů	32
3.5	Interní audit.....	32
3.5.1	Profil interního auditora	33
4	Akreditace	36
4.1	Historie akreditací v ČR.....	36
4.2	Cíle akreditace:.....	37
4.3	Přínos akreditace pro všeobecné sestry.....	37
4.4	Spojená akreditační komise České republiky (SAK).....	38
4.4.1	Hlavní náplň činností SAK	38
4.4.2	Akreditační standardy	38
4.4.3	Struktura jednotlivých standardů	40
4.4.4	Průběh akreditačního šetření	40
5	Program kvality a bezpečí Fakultní nemocnice Hradec Králové	41
5.1	Řízení a odpovědnost za kvalitu a bezpečí.....	41
5.1.1	Základní kritéria hodnocení systému kvality	42
5.2	Auditní a kontrolní činnosti pro zvyšování kvality a bezpečí:	43
5.3	Interní audit ve FNHK.....	44
5.4	Sledování nežádoucích (mimořádných) událostí.....	45
5.4.1	Hlášení nežádoucích událostí ve FNHK	45
	Empirická část.....	47
6	Kvantitativní výzkum v oblasti interních auditů ve FNHK.....	47
6.1	Cíle šetření	47
6.2	Použité metody a zkoumaný soubor	47
6.3	Charakteristika souboru respondentů	47
6.4	Užitá metoda šetření	48

6.5	Realizace šetření.....	48
6.6	Výsledky výzkumného šetření.....	49
7	Diskuze.....	64
	Závěr	66
	Anotace	68
	Abstrakt	69
	Literatura a prameny	70
	Seznam grafů.....	73
	Seznam příloh.....	74
	Přílohy.....	75

Úvod

Nad tématem bakalářské práce jsem dlouho přemýšlela, protože se moje myšlenky ubíraly dvěma směry. Jeden směr byl motivován jedenáctiletou praxí na Plicní klinice ve Fakultní nemocnici Hradec Králové (FN HK) takže pneumologické téma byla snadnější cesta k napsání bakalářské práce. Druhý tok mých myšlenek ovlivňoval před osmi lety získaný certifikát interního auditora kvality ve zdravotnictví. Do této funkce jsem byla vybrána managementem Plicní kliniky a tím mě byla udělena nejen velká důvěra, ale i šance se víc než aktivně účastnit na získání akreditace Fakultní nemocnice. Úkol to byl nelehký a pro mě až děsivě svazující zodpovědnost. FNHK získala akreditaci v roce 2008, v roce 2011 a 2014 prošla reakreditací.

Vstupovala jsem na neznámé, ale i spřátelené kliniky a tam jsem auditovala práci svých kolegyň, což pro mě bylo velice frustrující, určitě stejně nepříjemné pocity měla i druhá auditovaná strana. I když naše jednání bylo na přátelské úrovni s cílem pomoci, nikoliv ublížit, reakce na náš příchod byly negativní s ironickými poznámkami. Troufám si říci, že dnes se situace změnila a již si zaměstnanci zvykli na interní audit a na kolegy auditory, kteří přicházejí s jiným úhlem pohledu na stejnou věc. A tak jsem se rozhodla si tuto myšlenku potvrdit a tím vzniklo téma mojí bakalářské práce. Jak vidí práci interního auditora auditovaní zaměstnanci a porovnala jsem odpovědi se samotnými auditory.

Teoretická část

1 Kvalita

Jedenadvacáté století není jen stoletím techniky a produktivity, ale i stoletím zaměřeným na kvalitu, která se týká všech odvětví, dle mého tu nejaktuálnější a nejsledovanější „službou“ je zdravotnictví. Kvalitu poskytovaných služeb péče ve zdravotnictví sledují nejen příjemci-klienti, ale i samotní poskytovatelé, tedy zdravotničtí pracovníci na všech úrovních poskytované péče, což jsou pracovníci top managementu, middle managementu, lower managementu a plátci péče. Ze strany zdravotnického managementu je kvalita poskytovaných služeb monitorována převážně po stránce poskytované péče léčebné, ošetrovatelské. Plátce péče bude zajímat efektivita zdravotnického zařízení, zda je ekonomicky nenáročná a úsporná, zda se zbytečně neplýtvá financemi, jež by mohly být využity jinde.

1.1 Co je kvalita?

Kvalita má svoji historii, protože tento pojem provází lidstvo tisíciletí. Člověka vždy zajímalo, zda to, co si koupí, uspokojí jeho požadavky. To dokládá i nejstarší definice kvality, která je přisuzována Aristotelovi. Ten definuje kvalitu jako kategorii myšlení, které odpovídají na otázku „Jaké je? K čemu se vztahuje?“ Tento zprvu filozofický pojem se časem rozšířil do vědy a dalších sfér života. Kvalita se dostala do povědomí veřejnosti a začala být spojována s řemesly a průmyslovou výrobou. Kvalita byla vnímána, jako určitý výkon nebo produkt, který dostaneme za peníze.

Samotný původ slova kvalita nacházíme v latinském základě, a to ve slově „qualitas“ nebo „qualis“ což znamená „jaký“. Ještě hlubší kořen lze vysledovat v latinském „qui“ ve významu „kdo“ v otázce: Kdo to je? Co je to za člověka? (Křivohlavý, 2009, online) Holmerová říká, že kvalita se skládá ze dvou částí - jedna část je kvantitativní - měřitelná, druhá je kvalitativní vycházející z hodnotového systému. (Herman, Hermanová aj., 2008, s. 74)

V českém jazyce užíváme i synonymum slova kvalita a tím je jakost. Slovo jakost se odvozuje od slova „jak“ a dnes je vnímáno spíše jako archaismus nebo jako stupeň dobrosti nebo podobnosti ve skupině. Kvalita je vyjádřena na kontinuální stupnici, což jí dává možnost neustálého zlepšování či v opačném případě zhoršování. Kvalita je proces schopný kvalitu vytvářet. (Zelený, 2009, online) Ve všeobecném povědomí jsou

oba termíny lehce zaměnitelné a zastupitelné. V odborné sféře se ovšem vytváří směr, který doporučuje nahrazovat jakost kvalitou ve všech vhodných oblastech a sjednotit tak postoj v této problematice se světem. (Zelený, 2009, online)

1.2 Kvalita zdravotní péče

V sedmdesátých letech se objevuje kvalita i ve spojitosti s poskytovanými službami, tedy i se zdravotnictvím. Hlavním průkopníkem této myšlenky byl Avedis Donabedian. Tento americký lékař se zasloužil o nové pojetí kvality zdravotní péče a celosvětový rozmach zdravotnictví. Své vědecké bádání zaměřil zejména na hodnocení kvality zdravotní péče. Jeho teoretické práce vyvolávají ohlasy i v současné době, kdy nemůže být kvalita chápána pouze, jako přiblížení se ideálu, ale zdůrazňují se souvislosti mezi ekonomikou a kvalitou, mezi kvalitou poskytovaných služeb a jejich cenou. Jak je patrné z vývoje kvality, není vůbec snadné jí definovat, protože ji nelze chápat pouze jako soubor metod, technik a postupů. S vývojem technologií a nárůstem možností, které lidstvo má, je zřetelný posun ve velikosti nároků a očekávání. Všeobecně uplatňujeme vysoké nároky v oblasti týkající se našeho vlastního zdraví. Už nám nestačí, že někde stojí nemocnice nebo ordinuje lékař, požadujeme kvalitní a účinnou péči poskytovanou vzdělaným personálem s lidským přístupem a to na všech úrovních, v hezkém a bezpečném prostředí s využitím moderních přístrojů a postupů. Kvalita se stala zaklínadlem naší doby. Mnoho různých autorů či organizací vytvořilo vlastní definici této problematiky, ve které se snažili obsáhnout několika slovy tak širokou a citlivou oblast. Světová zdravotnická organizace (WHO) vytvořila v roce 1966 definici kvality péče, ve které hovoří o tom, že jde o souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. V definici z roku 1982 WHO definuje kvalitu péče, jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického rozvoje. (Gladkij, Heger, Strnad, 1998, s. 13) Dle Palmera kvalita péče znamená, dělat správné věci správným způsobem. (Gladkij, Heger, Strnad, 1998, s. 13) Jiné odborné zdroje doplňují parametr správného času. (Gladkij a kol., 2003, s. 292) Kvalita zdravotní péče může být také definována jako stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotnických výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientům i zdravotnickým pracovníkům. (Gladkij a kol., 2003, s. 292)

Z posledně uvedené definice vyplývá, že je důležité zabývat se spokojeností nejen pacientů - klientů, ale i zaměstnanců a nemělo by se zapomínat ani na zřizovatele a instituce poskytující prostředky nutné k zajištění péče. Kvalitní péče je dle Spojené mezinárodní komise (Joint Commission International, dále i jako JCI) včasná, efektivní, vhodná, kontinuální, úsporná, dostupná a odborná. Taková péče by měla vést ke zlepšování zdraví a kvality života. Spočívá také v informované spolupráci a spoluúčasti pacienta a rodiny v procesu léčebné péče. (Gutová, 2005, s. 38) Důkazem, že otázka kvality a jejího zavádění do zdravotnictví patří k prioritám celosvětově aktuálním je, že je zahrnuta i do programu WHO Zdraví pro všechny v 21. století. Konkrétně je problematika popsána v cíli č. 16: Řízení v zájmu kvality, kde je požadavek do roku 2010 zajistit, aby se celý resort zdravotnictví orientoval na výsledek. Vláda ČR program ratifikovala 30. října 2002. (WHO, 2008, online)

Ministerstvo zdravotnictví ČR, ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), vydalo minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Zavedení systému interního hodnocení kvality a bezpečí je standardním sebehodnotícím nástrojem zajišťujícím především kvalitu procesů, ke kterým při poskytování zdravotních služeb dochází. Interní hodnocení vychází z institucionálního sebehodnocení podle předem stanovených lokálních standardů. Sebehodnocení je komplexní, systematický a pravidelný proces, kterým poskytovatel posuzuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb na lokální úrovni. Podstatou je sebekritické vyhodnocení všech oblastí poskytované péče a vyhledání nejslabších míst. Základem sebehodnocení je zachování objektivnosti v sebekritičnosti, kontinuita a sledování dynamiky vývoje. (Válková, 2015, online)

1.3 Řízení a management kvality

Kvalitní zdravotní péče zahrnuje několik znaků, které se vzájemně doplňují a potencují:

- vysoká profesionalita
- účelné získávání informací a dobrá komunikace
- hospodárnost ve využívání zdrojů
- minimalizace rizik pro pacienta
- spokojenost pacienta

- výsledný účinek na zdraví

Odpovědnost za kvalitu služeb, poskytovaných celou institucí spočívá na vrcholovém a středním managementu každé instituce, zatímco odpovědnost za kvalitu péče poskytnutou jednotlivým pacientům náleží příslušným odborným pracovníkům. (Gladkij, Heger, Strnad, 1998, s. 173). Aby byla zajištěna spolupráce a kontinuita postupů ve zdravotnickém zařízení jsou zřizována, v rámci vrcholného managementu, specializovaná pracoviště např. oddělení managementu kvality, oddělení vnitřního auditu, oddělení pro akreditaci apod. Jejich úkolem je spolupracovat na vytváření nových směrnic a nařízení, podílet se na jejich aplikaci do praxe a následně na kontrole plnění.

Zajišťují monitoring spokojenosti, vytváří statistiky jednotlivých indikátorů a koordinují činnosti vedoucí k akreditaci zařízení. Důležitá je také poradní činnost, angažovanost a porozumění, které by se mělo přenášet i na další pracovníky a zvyšovat tak zájem o spolupráci. Dříve, než začne probíhat vlastní proces zvyšování kvality, je důležité, aby si organizace ujasnila, čeho chce dosáhnout a jakým mechanismem pozná zlepšení. Před implantací programu zlepšování kvality je nutné, vymezit problém a stanovit vhodná řešení. Ta pak realizovat a institucionalizovat. (Gladkij, Heger, Strnad, 1998, s. 41) To znamená, že program kontinuálního zvyšování kvality (dále KZK) má několik podmínek nutných pro naplnění cílů:

- pochopení filozofie programu
- pochopení procesního řízení
- pochopení konceptu klient/zákazník
- pochopení pravidel implementace programu KZK
- pochopení procesu řešení problému
- vytvoření kontrolního grafu
- identifikace příčin problému
- ověření příčin problému
- nalezení řešení
- zavedení řešení
- sledování výsledků, měření a standardizace zlepšení (Bártlová, Havelková, Jičínská, 2008, s. 61)

Mechanismus managementu kvality, jako nezbytný předpoklad, vyžaduje měření kvality péče, srovnávání a vyhodnocování zjištěných výsledků a jejich následnou

analýzu. Kvalita péče a její řízení patří mezi rozhodující faktory stabilního ekonomického růstu organizací. Nejedná se jen o proces papírování nebo pouhou technickou kontrolu, ale o mnohem širší téma, které zasahuje téměř všechny procesy v organizaci. (Válková, 2015, online)

1.4 Měření a hodnocení kvality zdravotní péče

Jedním ze základních pilířů kvality je její vyhodnocování a měření. Nelze – li něco změřit, lze špatně rozhodnout o tom, zda se určitý proces nebo výstup zlepšuje či zhoršuje.

Jinak bude např. kvalitu ošetrovatelské péče hodnotit pacient, jinak ošetrovatelský personál, lékař nebo plátce zdravotní péče. Každý z nich má odlišné priority péče, způsoby péče a očekávané výsledky. Kvalitu můžeme posuzovat minimálně ze tří pohledů.

1. kvalita z pohledu klienta – jestliže posuzujeme kvalitu z pohledu pacienta, jsou důležitá například tato kritéria: schopnost diagnostikovat zdravotní problémy, dostupnost a včasnost péče, výsledek zdravotní péče, uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb pacienta. Pro pacienta je také důležitým kritériem vstřícný přístup a profesionalita personálu.
2. kvalita z hlediska profesionálního – je komplexní uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb člověka a poskytování péče na základě poznatku současné vědy, dle dohodnutých profesních norem. Péče je realizována kvalifikovaným zdravotnickým personálem s definovanými kompetencemi.
3. kvalita z hlediska řízení – je efektivní využití zdrojů. Tento přístup ke kvalitě zahrnuje např. akreditace, stanovení standardu, odborný rozvoj a celkové řízení kvality (dlouhodobé strategie, programy soustavného zlepšování kvality).

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

- od pacientů a jiných interních nebo externích klientů
- z auditů
- z indikátorů zdravotní péče
- od externích expertů (Válková, 2015, online)

1.4.1 Hodnocení kvality jako součást koncepce ošetrovatelství

V současné době jsme svědky rychlého rozvoje mnoha oborů a disciplín, které zasahují do každodenního života člověka. Mezi tyto obory patří i ošetrovatelství. Na základě tohoto trendu a doporučení mnoha organizací jako např. Organizace spojených národů (dále jen SZO), Mezinárodní rady sester a Světové zdravotnické organizace, vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen ČR) v roce 2004 metodické opatření Koncepce ošetrovatelství. Tato koncepce vychází z její předchůdkyně z roku 1998 a z platných legislativních norem ČR. Náplní koncepce je definovat obor ošetrovatelství, stanovit jeho cíle a rysy, věnuje se vzdělávání pracovníků, výzkumu a komunitnímu ošetrovatelství. (Věstník MZ ČR, 2004)

V moderním ošetrovatelství má být poskytována aktivní individualizovaná ošetrovatelská péče formou ošetrovatelského procesu. Při ošetrování mají být využívány podložené vědecké poznatky a holistický přístup k nemocnému. Ošetrovatelství se nemá podílet pouze na léčbě ale i na prevenci chorob. Tuto péči má poskytovat ošetrovatelský tým, který tvoří různě kvalifikovaní pracovníci. (Věstník MZ ČR, 2004)

Součástí směrnice Koncepce ošetrovatelství je i stať týkající se kvality ošetrovatelské péče a způsobů jejich hodnocení. Kvalitní ošetrovatelská péče je pokládána za základní cíl, k jehož dosažení napomáhají ošetrovatelské standardy, které současně stanovují i měřitelná kritéria. Vedoucím pracovníkům je dána povinnost kontrolovat a hodnotit péči průběžně a také zpětně s použitím ošetrovatelské dokumentace a písemných dokumentů. Během poskytování ošetrovatelské péče jsou zdravotničtí pracovníci povinni dodržovat Etický kodex zdravotnických pracovníků nelékařských profesí a Úmluvu o lidských právech a bio-medicíně. (Věstník MZ ČR, 2004) Každá sestra by měla mít ale dostatek zodpovědnosti a sebereflexe, aby svojí prací přispěla ke zkvalitňování ošetrovatelské péče.

1.5 Indikátory kvality

Jak již bylo řečeno, slovem kvalita můžeme popsat kvantitativní, ale i kvalitativní úroveň poskytované péče. Kvantitativní úroveň péče můžeme změřit, kvalitativní úroveň posuzujeme dle hodnotových soudů a jejich hierarchií. Americký univerzitní profesor Avedis Donabedian, který žil v letech 1919 – 2000 definuje kvalitu zdravotní péče jako „takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo

zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“. Při měření kvality použil tři základní pojmy:

- Prvek představuje základní údaj, jehož množina dovoluje popsat nějakou nemoc, poruchu, stav nebo poskytovanou zdravotní péči.
- Kritérium/indikátor je jasně definovaný prvek nemoci nebo péče, který je přesně měřitelný, a který popisuje strukturu, proces nebo výsledek a má specifický vztah ke kvalitě. Pojem kritérium byl nahrazen pojmem indikátor, tento pojem se objevuje zejména v amerických manuálech editovaných Spojenou komisí pro akreditace zdravotnických organizací. Indikátor má být smysluplný, číselný a je zaměřený na negativní nebo pozitivní jev. dle Longo. (Gladkij, Heger, Strnad, 1998, s. 28)
- Standard je určitá přesně popsaná kvalitativní či kvantitativní úroveň kritéria péče, která je v daném okamžiku nebo době považována za výraz dobré kvality péče. (Gladkij, Heger, Strnad, 1998, s. 27) Pro zajišťování kvality a zlepšení zdravotní péče slouží především schéma, vytvořené A. Donabediánem, který se skládá ze tří hledisek, standardy struktury, procesu a výsledku.
 - Standardy struktury péče – zahrnují počet personálu, kvalifikační strukturu, vybavení pomůckami a přístroji
 - Standardy procesu péče – jde o využívání zdrojů, kvalitu diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů a úroveň řízení postupů
 - Standardy výsledku péče – předpokládají dosažení dobrých výsledků péče, to znamená zlepšení zdravotního stavu pacienta, zdravotního stavu určité populace, zlepšení kvality života a zvýšení spokojenosti pacientů i veřejnosti s poskytovanou péčí. (Gladkij, Heger, Strnad, 1998, s. 19-20)

Jestliže máme posuzovat, zda se jedná o kvalitní nebo nekvalitní péči, musíme využít indikátorů, které vychází ze stavu pro nás ideálního v porovnání se stavem reálným. Obecně je indikátor kvality definován jako měřitelné kritérium, které v porovnání s určitým standardem, směrnicí, požadavkem ukazuje, jak dalece bylo standardu dosaženo. Může se vztahovat k struktuře, procesu nebo výstupu důležitého aspektu nebo péče. (Válková, 2015, online)

1.5.1 Typy indikátorů kvality

Indikátory lze rozdělit na dva typy:

1. indikátory poměrové – vztahové
sbírají data o jevech, které se vyskytují s určitou frekvencí, vyjadřují se jako poměry nebo průměry např. opakovaná hospitalizace, dekubity
2. indikátory strážní – sentinelové
vztahují se k mimořádné události, identifikují jevy, jejichž výskyt vede k okamžitému vyšetřování a analýze příčin např. smrt během operace, chybné podání léku, apod. (Škrlovi, 2003, s. 10)

Indikátory se mohou týkat:

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

1.6 Zajišťování a kontinuální zvyšování kvality

Aplikace kvality do praxe je složitý proces soustavného monitorování, vyhodnocování a intervencí pro zabezpečení co možná nejlepší úrovně poskytované péče. Pro zajištění kvality je důležité vytvoření metodických a organizačních podmínek včetně motivace pracovníků pro zajišťování kvality. Základní postupy při zajišťování kvality jsou shodné s manažerskými postupy. Jde o cyklus činností k zajištění kvality, který obsahuje:

- definici kvality
- určení validních indikátorů struktury, procesu a výsledku péče
- specifikace standardizovaných metod měření kvality
- zavedení programu kvality
- monitorování činností zajišťujících kvalitu
- implementaci intervencí k vyřešení problému
- vyhodnocení intervencí. (Gladkij a kol., 2003)

Program kontinuálního zvyšování kvality (KZK) je založen na principu, který podporuje uspokojování potřeb klienta s co nejmenším úsilím a s co nejnižšími

náklady na potřebné zdroje. Model KZK používá kvantitativní měřítka za účelem sledování dosažených zlepšení. Model programu KZK pracuje na velmi jednoduchém postupu, který je označován jako 4P:

- plánujte
- proved'te
- překontrolujte
- pokračujte

V praxi 4P znamená: určete si změny, které chcete provést v rámci zlepšení služeb pro klienty a naplánujte jednotlivé kroky. Zvolte způsob zavedení změny a proved'te. Uskutečněnou změnu překontrolujte za použití nastavených kontrolních mechanismů a přemýšlejte o dalším zlepšení poskytování péče.

Model kvality můžeme sledovat z různých dimenzí:

- bezpečnost ošetrovatelské / lékařské péče
- kompetence
- přijatelnost
- efektivnost
- vhodnost
- ekonomičnost
- dostupnost
- kontinuita
- včasnost
- přiměřenost
- úcta a vnímavost

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoveno v **zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování** (dále jen zákon č. 372/2011 Sb.) Vyhláška č. 102/2012 Sb. stanovuje minimální hodnotící standardy a ukazatelé kvality a bezpečí a způsob jejich tvorby a sledování. Vyhláška definuje:

- Minimální hodnotící standardy řízení kvality a bezpečí:

- zavedení programu zvyšování kvality bezpečí
- sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí
- sledování spokojenosti pacientů

- sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče
 - využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů
- Minimální hodnotící standardy péče o pacienty:
- dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých
 - stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace
 - zajištění konzultačních služeb
 - bezpečné zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky
 - kvalita stravování pacientů a nutriční péče
 - zajištění léčebně rehabilitační péče
 - podpora zdraví a prevence nemocí
 - kontinuita zdravotní péče
 - identifikace pacientů
 - zajištění kardiopulmonální resuscitace
- Minimální hodnotící standardy řízení lidských zdrojů
- personální zabezpečení lůžkové péče
- Minimální hodnotící standardy zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance
- Bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance

1.7 Systémy řízení a zajišťování kvality

Management kvality zdravotní péče je nesmírně komplikovaný proces. Zdravotnická zařízení jsou jedny z nejsložitějších organizací, které hledají způsob, jak zajistit kvalitu poskytované péče s omezenými prostředky, v tom jim napomáhají zavedené systémy řízení kvality. Implementace těchto systémů má zaručit, že zdravotní služba naplní požadavky komplexního pojetí kvality. Systém řízení kvality můžeme definovat jako „souhrn struktury organizace, jednotlivých procedur, odpovědností, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality zdravotních služeb“. (Gladkij, 2003, s. 289) Manažeři nemocnic si pro řízení kvality mohou zvolit některý ze systémových modelů:

- Modely excelence světových cen za jakost (Cena M. Baldrige – USA, Evropská cena za jakost European Foundation for Quality Management),

- Modely mezinárodních principů tvorby národních akreditačních standardů (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, Joint Commission International, Spojená akreditační komise)
- Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA)
- Modely systému managementu jakosti Mezinárodní organizace pro normalizaci (International Organization for Standardization)

Často diskutovanou otázkou je, který z modelu je pro řízení kvality nejvhodnější. Všechny systémy by měly směřovat k celostnímu pojetí řízení kvality, orientovat se na potřeby klienta/pacienta, být v souladu s moderními trendy řízení organizací. Jedním z používaných modelů v ČR je model akreditačních standardů. Akreditační standardy JCI nebo SAK se zaměřují na kvalitu samotné zdravotní péče a řídicí procesy posuzují podle dopadu na zdravotní péči. Jsou zárukou schopnosti kvalitně léčit a pečovat, ale nevypovídají nic o efektivnosti řízení a vynaložených nákladech. Zatímco ISO si nejdříve nastaví správné funkce nemocnice, kterými jsou mapování procesu, hospodárnost organizace, efektivní využití zdrojů, postupné zlepšování a orientace na pacienta a pak v konečném výsledku dosáhne vysoké úrovně péče. Odpůrci ISO norem zdůrazňují, že tento systém nebyl vytvořen pro zdravotní péči. Nesmíme však opomenout, že po roce 2004 byly tyto normy modifikovány právě pro oblast zdravotnictví. Logické by bylo využít pro řízení kvality jak systém akreditace, tak i systém certifikace, to však plošně z finančních důvodů není možné. Systémy se ale překrývají např. v laboratorních systémech.

1.7.1 Modely akreditačních standardů

Akreditace JCI (Joint Commission International) je jedním z možných modelů řízení kvality používaných v ČR. Mezinárodní spojená akreditační komise - JCI vznikla jako dceřiná společnost JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations) v roce 1998. Akreditační standardy aplikované v podmínkách ČR, byly vytvořeny JCAHO za mezinárodní spolupráce. Standardy se týkají dvou oblastí, péče o pacienta a bezpečného řízení zdravotnického zařízení. Výhodou těchto standardů je, že respektují kulturní, náboženské a legislativní podmínky dané země. Nemocnice po zavedení systému a splnění akreditačních standardů může usilovat o akreditaci. Akreditace je důležitou objektivní metodou hodnocení a zlepšování kvality. V ČR získala tuto mezinárodní akreditaci v roce 2004

jako první zdravotnické zařízení ve střední Evropě Ústřední vojenská nemocnice Praha.

Akreditace podle standardu Spojené akreditační komise ČR (SAK) nabízí další akreditační model řízení kvality. Spojená akreditační komise vznikla jako obecně prospěšná organizace v roce 1998. Hlavním cílem této národní akreditační komise je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR. Její náplní je vydávání akreditačních standardů, které vycházejí z JCI a pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se na akreditaci, dále poradenství při vytváření vnitřních norem. SAK Organizuje vzdělávací akce zaměřené na kvalitu zdravotní péče.

1.7.2 Modely managementu jakosti Mezinárodní organizace pro normalizaci (ISO)

ISO je v současné době často využívaným systémem řízení kvality v ČR. ISO 9000 je soubor norem, který byl vytvořen Mezinárodní organizací pro standardizaci (International Organization for Standardization – ISO). Tento systém byl sestaven pro podniky všech typů a velikostí, kterým napomáhá při uplatňování systému managementu kvality. Od počátku byl koncipován jako univerzální systém vhodný pro široké použití. Normy jsou založeny na obecných zásadách, jako je orientace na zákazníka, moderní management, orientace na zaměstnance na všech pracovních úrovních, systémový přístup, zabezpečení neustálého zlepšování, analýza informací a úsilí o partnerství. Pro zdravotnictví byla vypracována modifikace ISO 9001:2000. Tyto normy mají pomáhat zdravotnickým zařízením v rozvoji systému managementu kvality, zajistit neustálé zlepšování. Jsou zaměřeny se na prevenci chyb, snižování odchylek a plýtvání v organizaci, vedou organizaci k excelenci v oblasti kvality. Zdravotnická zařízení procházejí certifikačním procesem. Certifikace spočívá v ověření daného systému řízení kvality, že vybraný systém odpovídá požadavkům normy. Certifikační komise po úspěšném ukončení auditu vystaví certifikát, který je platný tři roky. Každého půl roku je prováděn dozorový audit, který sleduje plnění podmínek stanovených certifikací. V současné době využívá ISO normy pro řízení kvality mnoho zdravotnických zařízení.

1.7.3 Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA)

Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) umožňuje další rozvoj kvality ve zdravotnictví. ISQua poskytuje služby v oblasti vedení zdravotníků,

poskytovatelů péče, výzkumníků a veřejných organizací k dosažení vysoké úrovně zdravotní péče. Zaměřuje se na zvyšování kvality prostřednictvím vzdělávání, výzkumu a spolupráce, je častým pořadatelem mezinárodních konferencí. Cílem organizace je kvalitní zdravotní péče pro každého, vnímavost, inovace, společná činnost a integrita. Dceřinou organizací ISQua je organizace ALPHA. Tato společnost pomáhá jednotlivým zemím zlepšovat jejich vlastní akreditační standardy. ALPHA stanovuje jasná pravidla pro tvorbu standardů a snaží se do nich aplikovat principy uznávaných systému jako je ISO.

1.7.4 Modely excellence světových cen za jakost

Cena Malcolma Baldrige za kvalitu vznikla v roce 1988 a uděluje se organizacím v USA a je uznáním excellence v kvalitě. Účelem této národní ceny je podporovat význam kvality, zveřejnit organizace, které dosáhly zlepšení a předávat informace o způsobu řízení.

European Foundation for Quality Management (EFQM) je nadací pro řízení kvality v Evropě. Jejím posláním je stimulovat evropské organizace ke zlepšení, podporovat manažery organizací v prosazování postupů, které vnímají kvalitu jako hlavní faktorem konkurenceschopnosti. (Madar, 2004, s. 43).

1.7.5 Kvalita v legislativě Ministerstva zdravotnictví

V roce 2011 vyšel v platnost zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dle tohoto zákona v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je poskytovatel např. povinen:

- odůvodnit ve zdravotnické dokumentaci případy, kdy se při poskytování zdravotních služeb odchýlí od uznávaného medicínského postupu
- zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb; minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení uveřejní ministerstvo ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví a na svých internetových stránkách

Následovala Vyhláška 102/2012 ze dne 22. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, která konkretizuje požadavky výše uvedeného zákona.

Na základě této legislativy se registrují při MZ ČR oprávněné osoby, které mohou hodnotit kvalitu poskytovaných služeb ve zdravotnických zařízeních. Jsou to:

→ Spojená akreditační komise, o.p.s. - pokračuje v zavedeném systému

hodnocení kvality

Nově registrované oprávněné osoby:

- ISO, a.s.
- Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o.
- T Cert, s.r.o.
- CQS - Sdružení pro certifikaci systémů jakosti
- EURO CERT CZ, a.s.
- MUDr. Zdeněk Machálek
- LL-C (Certification) Czech Republic s.r.o.
- DNV GL Business Assurance Czech Republic s.r.o.

Ministerstvo zdravotnictví ČR, ve Věstníku, částka 16, vydaném 26.10. 2015 uveřejnilo:

- minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb
- metodický pokyn pro sebehodnocení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Interní hodnocení vychází z institucionálního sebehodnocení podle předem stanovených

lokálních standardů. Sebehodnocení je komplexní, systematický a pravidelný proces, kterým

poskytovatel posuzuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb na lokální úrovni. Podstatou je sebekritické vyhodnocení všech oblastí poskytované péče a vyhledání nejslabších míst. Základem sebehodnocení je zachování objektivnosti v sebekritičnosti, kontinuita a sledování dynamiky vývoje.

Věstník předkládá doporučující hodnotící parametry kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče, ambulantní péče a zdravotnické záchranné služby:

1. Poskytovatel lůžkové a jednodenní péče

1. Standard: Zavedení rezortních bezpečnostních cílů (RBC)

RBC1 - Bezpečná identifikace pacientů

RBC2 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

RBC3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

RBC4 - Prevence pádů

RBC5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

RBC6 - Bezpečná komunikace

RBC7 - Bezpečné předávání pacientů

RBC8 - Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů

2. Standard: Řešení neodkladných stavů

3. Standard: Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých

4. Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí

5. Standard: Sledování spokojenosti pacientů

6. Standard: Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče

7. Standard: Dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony

2. Poskytovatel ambulantní péče

1. Standard: Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikivosti (RBC2)

2. Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5)

3. Standard: Řešení neodkladných stavů

4. Standard: Zajištění bezpečnosti skladovaných léčivých přípravků

5. Standard: Stanovení zásad správné komunikace s pacientem

6. Standard: Ordinační doba a zastupitelnost

7. Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí

3. Poskytovatel zdravotnické záchranné služby

1. Standard: Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikivosti (RBC2)

2. Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5)

3. Standard: Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče

4. Standard: Technická kontrola pomůcek k řešení neodkladných stavů

2 Standardizace

2.1 Charakteristika a účel

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

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

První standardy vznikly v 70. letech minulého století ve Spojených státech amerických (USA) jako odezva na Chartu lidských práv. Ve formě doporučení mezinárodních organizací (např. WHO, ICN, EU) jsou standardy např. přenášeny i do koncepce ošetrovatelství jednotlivých zemí. Každý stát by měl při jejich vytváření vycházet z vlastních podmínek zdravotnických zařízení. V tomto smyslu mohou být vytvářeny standardy na národní, regionální nebo místní úrovni.

2.2 Cíle standardizace

- zavádění technologií s prokázanou efektivitou
- eliminování zastaralé a neefektivní technologie
- léčebné a ošetrovatelské postupy
- zajištění finanční úhrady efektivních technologií
- zabránění zavádění technologií s nepodloženou efektivitou

2.3 Standard

Standardem se rozumí odborníky odsouhlasená úroveň poskytované péče, která respektuje dostupné zdroje. Standard (norma) vznikne nadefinováním podmínek pro poskytování péče a připojením jednoznačných kritérií a indikátorů kvality. Formy zpracování standardů mohou být různé. Většinou se prezentují ve formě volného textu a vždy má obsahovat parametry, které jsou měřitelné a hodnotitelné.

2.3.1 Typy standardů

V praxi se setkáváme s několika typy standardů. Podle místa zpracování je můžeme rozdělit na centrální a lokální. Centrální standardy jsou vlastně zákonné a podzákonné normy, vydávané Ministerstvem zdravotnictví. Jejich úkolem je definovat a vytýčit zdravotní služby, pracovníky a činnosti s nimi spojené. Naproti tomu lokální standardy si vytváří konkrétní pracoviště nebo zdravotnická zařízení. Je nezbytné, aby vždy vycházely z centrálních standardů a nebyly s nimi v rozporu. Zde se mohou uplatnit i sestry, které se na tvorbě standardů aktivně podílí. (Staňková, 1998, s. 12)

Takto vytvořené a schválené standardy se stávají závaznou normou pro pracoviště a jejich nedodržování může být chápáno jako porušení pracovní kázně. Zvláštním typem standardů jsou standardy vyhlášené profesními organizacemi. Zde povinnost dodržovat pravidla, platí pro všechny členy organizace. (Staňková, 1996, s. 129)

Dle Donebianova dělení rozlišujeme standardy strukturální, procesuální a standardy hodnocení výsledků.

- Strukturální standardy - manažerské standardy zajišťují technickou stránku věci. Poskytují podmínky pro provádění činností. Týkají se personálního a technického vybavení. Garantují hygienickou nezávadnost a vybavenost prostředí. (Staňková, 1998). Obvykle se tyto standardy označují jako směrnice a na národní úrovni jsou definovány platnou legislativou. Do této skupiny můžeme např. zařadit:
 - Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování
 - Zákon č. 96/2004 Sb., o způsobilosti zdravotnických nelékařských pracovníků
 - vyhláška č. 423/2004 Sb., o kreditním systému
 - vyhlášku č. 424/2004 Sb., O náplni činností - upravuje kompetence
 - vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
 - vyhlášku č. 331/2007 Sb., Sazebník výkonů, etické kodexy - Věstník Ministerstva zdravotnictví
 - vyhlášku č. 385/2006 Sb., O zdravotnické dokumentaci
 - vyhláška MZ ČR č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

- nařízení vlády č. 1/2008, O ochraně veřejnosti před neionizujícím zářením
- vyhlášku č. 195/ 2005O předcházení šíření a vzniku infekčních nemocí atd.
- **Procesuální standardy**
Jedná se zejména o řídicí standardy, které stanovují závazné postupy pro řízení lidí, pro výkony a záznamy v praxi. Postup je definován zejména z důvodu zajištění jednotné péče a bezpečného postupu pro pacienta i zdravotnického pracovníka. Většina zdravotnických zařízení si v souvislosti s probíhajícím procesem akreditace nebo certifikace vytvořila vlastní systém tvorby a formy standardních postupů.
- **Standardy výsledků**
Do této kategorie patří zejména monitorovací standardy, které stanovují metody a nástroje pro monitorování, měření, analýzy a hodnocení výsledků: např. struktura kvalifikace ošetrovatelského personálu, spokojenost pacientů, spokojenost personálu, výskyt nežádoucích událostí jako jsou pády nebo dekubity.

2.3.2 Metodika tvorby standardů

Při zpracování a zavádění standardů se vždy jedná o multioborovou spolupráci odborníků. Standard by měl být odpovídající na základě zjištěných poznatků, pochopitelný, aby mohl personál dle něho pracovat, měřitelný s nastavenými kritérii, akceschopný a dosažitelný neboli splnitelný.

Fáze tvorby standardu:

- sestavení týmu odborníků
- proškolení členů týmu
- vytipování problému, určení priorit
- zjištění rozsahu problému
- vyhodnocení šetření
- vypracování standardu
- provedení pilotní studie
- připomínkování standardu a úprava dle aktuálních podnětů
- schválení standardu a zavedení do praxe
- revize po určitém časovém intervalu

Formulace standardu

Stejně jako u jiné normy i u zpracování standardu by se měla být dodržena určitá pravidla.

Měl by obsahovat:

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

2.3.3 Standardy ošetrovatelské péče

V každodenní praxi se nelékařský zdravotnický personál nejvíce setkává se standardy ošetrovatelské péče (dále jako SOP). Ošetrovatelský standard představuje dohodnutou profesní úroveň kvality, určuje závaznou normu pro kvalitní ošetrovatelskou péči a umožňuje objektivní hodnocení poskytnuté péče. (Kontrová, Záčeková, Hulková, 2005, s. 8)

První náznaky standardů však můžeme vysledovat už u Florence Nightingalové v její knize Notes on Nursing z roku 1860, kde se věnovala prostředí a prevenci infekce. (Mádlová, 2009, online) Sestry se učí pracovat se standardy ošetrovatelské péče, podílí se také na jejich tvorbě a kontrole plnění. Jedná se o proces pozvolný ovšem s dynamickým rozvojem. Výsledný efekt by se měl odrazit v kvalitní bezpečné péči, vzestupu prestiže sester ve společnosti, v rovnocenném postavení sester vůči lékařům a také v uspokojení sester s vlastní prací a s pracovním prostředím.

Procesuální standardy, které se přímo zabývají ošetrovatelskými činnostmi a jsou zaměřeny na specifiku ošetrovatelských činností, lze je rozdělit na 2 kategorie podle zaměření:

- standardy ošetrovatelských postupů, které přesně popisují postup při ošetrovatelských výkonech a zákrocích „krok za krokem“

- standardy ošetrovatelských činností zaměřené na jednotlivé ošetrovatelské problémy, péče o pacienta s bolestí, prevence dekubitů, péče o pacienta s infarktem myokardu a další.

2.3.3.1 Metoda DySSSy

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

Sestavování touto metodou má několik kroků, podle kterých je nutné postupovat

1. krok
 - vybrat a popsat problém
 - stanovení cíle k vyřešení problému
 - určit požadovanou úroveň kvality
2. krok
 - stanovení strukturálních, procesuálních a výsledkových kritérií
 - kódování a číslování kritérií (S – strukturální, P – procesuální, V – výsledkový)
3. krok
 - prodiskutování standardu v pracovním kolektivu „brainstorming“
4. krok
 - před vyhlášením platnosti ověřit standard v praxi
 - sledování a hodnocení z hlediska srozumitelnosti, realizovatelnosti, dosažitelnosti žádoucí úrovně realizace a měřitelnosti (kontrolovatelnosti)
5. krok
 - jasný název standardu vyjadřující jeho obsah
6. krok
 - vyhlášení platnosti standardu
7. krok
 - schéma kontrol (auditů) nebo hodnocení standardu
8. krok
 - periodická kontrola a pozměňování znění v případech objevení se nových poznatků nebo názvů na předmět nebo jeho platnosti, ale také na základě výsledků auditů

3 Měření dodržování stanovených norem, audit

3.1 Audit a jeho historie

Historicky byl audit spojen s účetnictvím pro evidování a ochranu majetku kupců a obchodníků. Slovo audit v překladu z latiny je slyšení, poslouchání, dozvídání se. Neboť ve starém Římě byli auditoři osoby, které informovali senát o výši státního majetku. Dalším význam slova audit je soudního charakteru, neboť auditoři byli původně vojenští soudci. V moderní angličtině znamená audit revizi, kontrolu účtů. Jiné prameny uvádějí: „Audit je systematický proces objektivního získávání a vyhodnocování důkazů, týkajících se informací o ekonomických činnostech a událostech, s cílem zjistit míru souladu mezi těmito informacemi a stanovenými kritérii a sdělit výsledky zainteresovaných zájemců“. (Dvořáček, Kafka, 2005) Základním cílem auditu je sloužit stále lépe vedení podniku jako nástroj pro dosažení efektivnosti řízení podniku.

Auditem rozumíme revizi, kontrolu, prověřování. Je to systematický, nezávislý a dokumentovaný proces pro získání důkazů o provádění správných činností správným způsobem. Auditem se prověřuje reálný stav, to znamená shodu či neshodu s kontrolními kritérii. Audit je také používán jako účinný nástroj managementu. Jeho cílem je odstranění slabých míst, které vedou ke zlepšování kvality péče.

3.2 Typy auditů

Audity můžeme rozdělit z několika pohledů:

- interní audit provádí pověření zaměstnanci auditované organizace nebo nasmlouvaná firma. Interní audit se řídí směrnicí ČSN EN ISO 9001, kde se uvádí, že organizace musí v plánovaných intervalech provádět interní audity, aby se stanovilo, zda systém managementu jakosti odpovídá plánovaným činnostem a je efektivně uplatňován a udržován. (Polášek, 2008)

- audit externí provádí na objednávku organizace akreditovaná firma. Audit se pak může považovat za nezávislý. Nevýhodou je finanční otázka a neznalost pracoviště. Výsledky auditu mohou využívat i jiné organizace.

Z hlediska plánování

- plánovaný – v celém zařízení na určité období
- neplánovaný – pokud se zjistí neshoda

z časového hlediska

- retrospektivní – lze provádět i po propuštění pacienta
- souběžný – zaměřený na provádění činností - pozorování

z hlediska zaměření

- procesní audit – ověřující systém (školení zaměstnanců)
- kvality produktu – ověřující provedení jedné činnosti

3.3 Fáze auditu

Samotné provádění auditu má několik fází:

1. Příprava auditu

- stanovení cíle auditu – co chceme hodnotit a za jakých podmínek
- upřesnění rozsahu auditu
- sběr a analýza podkladů
- příprava otázek – základ dobře vedeného auditu

2. Stanovení programu auditu

- kde se bude audit provádět – prověřovaná místa
- jména pracovníků, kteří musejí být na daném pracovišti přítomni
- metoda prověřování, vypracování dotazníků, strategie postupu při auditu
- časový program auditu, včetně schůzek s vedoucími pracovníky

3. Realizace auditu – průběh auditu

Úvodní jednání: vlastní realizace auditu, by měla být zahájena představením auditora, týmu, dále sdělení významu, cíle a rozsahu auditu, odsouhlasení časového harmonogramu.

Činnost při auditu:

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

4. Vyhodnocení výsledků auditu

- vypracování protokolu, které by mělo proběhnout co nejdříve po provedení auditu
- zpráva z auditu je záznam o jakosti, který musí být archivován a splňovat požadavky na řízenou dokumentaci

Formální požadavky protokolu auditu

- název organizace
- datum, náplň, rozsah a cíl auditu

- zdokumentování objektivních důkazů, zjištění neshod a nedostatků
- identifikaci dokumentů, požadavky standardů, norem
- doporučení týkající se následného auditu
- datum a podpis odpovědného pracovníka
- datum a podpis auditorů
- popř. seznam příloh

5. Závěrečná jednání

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

6. Ukončení auditu

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

3.4 Řízení programu auditů

Řízení auditní činnosti je standardní součástí každého zdravotnického zařízení. Obecně program zahrnuje:

- sestavení plánu auditů na celý rok
- plán rozsahu a cílů auditu
- cíle vycházející z priorit managementu, legislativy, klientů, systému kvality
- rozsah auditu určený pracovištěm, kde bude probíhat, zdroje z nichž se bude čerpat a postupy, které budou použity

3.5 Interní audit

„Interní audit je nezávislá, objektivní, ujišťovací a konzultační činnost zaměřená na přidávání hodnoty a zdokonalování procesů v organizaci. Interní audit pomáhá organizaci dosahovat jejich cílů tím, že přináší systematický metodický přístup k hodnocení a zlepšování efektivnosti řízení rizik, řídicích a kontrolních procesů a správy a řízení organizace.“ (Dvořáček, Kafka, 2005)

Interní audit se ve světě objevuje na přelomu 30. a 40. let minulého století. Mezi první organizace, kde se interní audit uplatňuje, řadíme banky a pojišťovny, do průmyslových a obchodních podniků se dostává až na počátku 80. let 20. století.

V současnosti interní auditory celosvětově zaštiťuje Institut interních auditorů (IIA), který byl založen v roce 1941 v New Yorku. Institut se zabývá odborným školením interních auditorů, rozvojem auditorské činnosti a tvorbou norem a pravidel pro správný výkon interní auditorské činnosti. Dále zajišťuje profesní certifikaci interních auditorů a provádí výzkum v oblasti interního auditu.

V Evropě se internímu auditu věnuje Evropská konfederace Institutů pro interní audit, která byla založena v roce 1982 a jejíž snahou je sjednocení přístupů k problematice interního auditu.

V České republice se profese interního auditora objevuje počátkem devadesátých let dvacátého století. Od roku 1994 existuje Český institut interních auditorů (ČIIA), který sdružuje interní auditory působící v ČR. ČIIA je národní pobočkou Institutu interních auditorů a členem Evropské konference Institutů pro interní audit.

Obecně je interní audit v ČR upraven jednak ve Standardech pro profesionální praxi interního auditu a Etickém kodexu, které souhrnně v publikaci „Rámec profesionální praxe interního auditu“ vydává ČIIA

3.5.1 Profil interního auditora

Auditor je osoba způsobilá k provádění auditu má certifikát a je absolventem akreditovaných kurzů. Auditóři se sdružují v auditorském týmu, který řídí vedoucí auditor. Vedoucím auditorem bývá vedoucí zaměstnanec nebo externí auditor. Vždy je to osoba, která má proškolení s certifikátem a také absolvovala akreditovaný kurz. Počet interních auditorů závisí na velikosti organizace a obsáhlosti auditní činnosti. (Franková, 2009, online)

Jednotlivé auditorské skupiny tvoří minimálně dva auditóři. Tímto způsobem je aspoň částečně zajištěna objektivnost a praktičnost auditu. Výhodou je, pokud je členem týmu technický expert, který ovládá odbornou problematiku. V případě ošetřovatelských auditů, může být tímto expertem všeobecná sestra nebo porodní asistentka. Sestry se tedy ocitají v nové roli, jsou na ně kladeny další nároky. (Müllerová, 2006)

Auditor jako nositel změny - vizionář, by měl být schopný efektivně komunikovat. Měl by být trpělivý, připravený na odpor i osamocení a také schopný nést riziko. Ideální auditóři jsou nezávislí, nezaujatí a bez střetu zájmů to znamená, že auditor by neměl kontrolovat svoji vlastní práci nebo naopak by auditor neměl být v

znepřáteleném vztahu s auditovaným subjektem. Auditóři zauímají objektivní stanoviska, svá zjištění a závěry staví na důkazech. Vše musí být průkazné. Naprosto nezbytnou podmínkou pro kvalitní práci auditora je jeho odborná způsobilost a znalost auditované problematiky. (Etický kodex interního auditora, 2009, online) Každý auditor by si měl uvědomit, že poslouchání je efektivním nástrojem, který dokáže odstranit rušivé elementy. Auditor má poslouchat obsah a souvislosti ne jen fakta, měl by se zdržet předčasného úsudku. Auditor by měl využít volného času a hledat vysvětlení. Při auditu je nevhodné klást přímé a navazující otázky. Naopak je vhodné pokládat otázky typu: JAK, PROČ, KDY, KDE, KDO, CO, UKAŽTE MI.

Jinak působí auditor, který je přátelský, soucitný, přístupný k nápadům, otevřený a čestný při odpovědi než auditor, který je zaujatý nepřátelský, roztržitý, nervózní, hádavý a lehce vyprovokovatelný. Ke kladům auditora také patří, pokud jasně hovoří, dokáže uklidnit ostatní, dává dostatečný prostor prezentaci, zná svůj cíl, dokáže přiznat svou chybu a zodpovědně se připravuje. Dobrý auditor je schopen řešit paradox současnosti tj. např., že informace jsou lukrativní zboží, čím více si chceme věc ulehčit, tím více ji komplikujeme atd. (Franková, 2009, online)

Auditní činnost se řídí normou ČSN EN ISO 19011, která poskytuje návod pro plánování, přípravu a provádění auditů. Dává pravidla pro dokumentování a hodnocení auditů, pro správný výběr způsobilých auditorů a jejich hodnocení.

Správně provedený audit je nedílnou součástí managementu jakosti, podává nejcennější zpětnou vazbu, má zlepšovat mezilidské vztahy a je příležitostí pro zlepšování a změnu. Často ale bývá smysl auditu nepochopený. Audit je brán jako útok na ego zaměstnanců, kteří jej dále vnímají jako nástroj pro jejich zastrahování a sankcionování.

Dalším negativním postojem je pocit, že auditóři si zvyšují sebevědomí na úkor auditovaných zaměstnanců. Aby byla naplněna idea auditu, a naopak potlačeny negativní vjemy má být audit:

- plánovaný a to v krátkodobém i dlouhodobém horizontu
- musí mít předem definovaná kritéria - vůči čemu srovnává shodu
- musí mít stanoven rozsah a způsob provedení - studium dokumentace, pohovor, pozorování, audit na místě
- musí mít definovány a zajištěny zdroje

- musí probíhat dle předem schválených dokumentovaných postupů např. předpis pro provádění interních auditů, definice před zahájením a po ukončení auditu, podpisová práva atd.
- musí zajistit prokazatelné formalizované výstupy z auditu - ukládají se a archivují minimálně 5 let. Audit musí zaručovat nezávislost. (ČSN ISO 9001)

4 Akreditace

Akreditace je metoda, pomocí níž můžeme objektivně hodnotit kvalitu poskytované péče ve zdravotnickém zařízení. Akreditace je dobrovolný proces, zdravotnické zařízení se rozhoduje samo, zda projde akreditačním procesem.

4.1 Historie akreditací v ČR

České zdravotnictví si v roce 1989 bylo vědomo značných rozdílů mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, jak v oblasti fyzického stavu nemocnic, tak technického vybavení. Velké rozdíly byly také v personálním obsazení a ve způsobu, jakým zdravotnický personál poskytoval léčebnou a ošetrovatelskou péči. V roce 1994 byl iniciován projekt „Akreditace nemocnic“, na kterém se podílela pracovní skupina při MZ (MZ, zástupci asociací nemocnic, ČLK, zástupci pojišťoven, ČAS, ÚZIS a ředitelé vybraných nemocnic) řada zkušeností byla získána studováním modelu americké JCAHO. Projekt byl ukončen v roce 1998 vytvořením Spojené akreditační komise ČR (SAK-ČR). V roce 1999 byla v ČR akreditována první nemocnice. (Škrlovi, 2003, s. 72)

Akreditaci lze mj. definovat jako formální proces, jehož cílem je poskytování bezpečné zdravotní péče na nejvyšší možné úrovni kvality, tedy jako posouzení výkonu určitého zdravotnického zařízení. Nejedná se tedy o administrativní kontrolu zaměřenou na formální a věcnou správnost vnitřních předpisů, ale o vysoce praktický proces spočívající v prověření všech činností daného zařízení, které mohou ovlivnit péči o pacienta.

Akreditační inspektoři sledují veškerý pohyb pacienta daným zařízením – od přijetí, přes organizaci laboratorních a dalších vyšetření, léčby, případně intervenčních výkonů, až po propuštění. Akreditace využívá specializovaných norem – akreditačních standardů. Na rozdíl od obecných „technických“ předpisů jsou akreditační standardy psány jazykem, který je bez nutnosti interpretace srozumitelný pro pracovníky zdravotnických zařízení. To je velmi důležitý aspekt, protože umožňuje nemocnicím a léčebnám, aby se na případnou akreditaci připravily samostatně, bez nutnosti nepřiměřeného navyšování nákladů o externí konzultační služby.

Vlastní akreditační proces je tedy ověření toho, jak přihlášené zařízení dodržuje akreditační standardy. Proces realizují kvalifikovaní akreditační inspektoři tzn. lékaři, zdravotní sestry a administrátoři zdravotnických zařízení s delší odbornou praxí (Marx, Vlček, 2013, online).

Výstupy akreditačního šetření nám říkají, zda dané zdravotnické zařízení poskytuje kvalitní péči, služby. Výstupy mohou být také podkladem pro rozhodování dalších institucí, např.:

- státní správu – zda se vyplatí dané zdravotnické zařízení provozovat
- stavovské organizace – jací odborníci v daném zdravotnickém zařízení pracují
- plátce zdravotní péče – zda jsou finanční prostředky efektivně a účelně vynaloženy
- poskytovatele – v jaké oblasti poskytované péče má nedostatky, v jaké poskytuje kvalitní péči
- pacienty – pro které zdravotnické zařízení se má rozhodnout
- veřejnost – dobrá image zdravotnického zařízení (Vašátková, 2004, s. 5)

4.2 Cíle akreditace:

1. vytvořit podmínky pro kontinuální zvyšování kvality při poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních
2. standardizovat a zlepšovat kvalitu a bezpečnost poskytované péče na základě vědeckých poznatků
3. snížit náklady na zdravotní péči
4. zvýšit efektivitu při poskytování zdravotní péče, posílit důvěru veřejnosti

4.3 Přínos akreditace pro všeobecné sestry

Akreditační proces řeší řadu chronických problémů českého ošetrovatelství. Skutečnost, že se sestry účastní celého procesu jako rovnocenné partnerky spolu s lékaři a manažery, představuje důležitý posun v našem zdravotnictví.

Přínos akreditací pro ošetrovatelství:

1. zlepšení kvality ošetrovatelské péče a ošetrovatelské dokumentace na všech odděleních
2. vytvoření prostředí, které je radostnější, bezpečnější a atraktivnější pro sestry i pacienty
3. snížení variability v pracovních a ošetrovatelských procesech a zdravotnické dokumentaci
4. efektivnější využívání zdrojů, překonání „provozní slepoty“
5. budování organizační kultury, v níž existuje dimenze osobní odpovědnost za kvalitu a efektivitu práce
6. zlepšení vztahu mezi členy multidisciplinárního týmu

7. lepší image zdravotnického zařízení a zdravotníků
8. snížení fluktuace pracovníků (Škrlovi, 2003, s. 73)

4.4 Spojená akreditační komise České republiky (SAK)

Spojená akreditační komise České republiky vznikla v roce 1998 jako zájmové sdružení právnických osob. Stanovila standardy, jež jsou členěny do několika oblastí. Byly vydány jako metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR (Madar, 2004, s. 44). Vyhláška obsahuje základní pravidla akreditace a vyjmenovává padesát akreditačních standardů. Tým odborníků, který standardy sestavoval, vycházel z mezinárodních akreditačních standardů Joint Commission International on Accreditation (Vašátková, 2007, s. 11).

4.4.1 Hlavní náplň činností SAK

1. Vydávání akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně podrobné metodiky.
2. Pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, specifikuje metodiku podle potřeb zdravotnického zařízení, poradenství při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení, poradenská činnost na místě včetně akreditace nanečisto.
3. Organizace regionálních i celostátních vzdělávacích akcí zabývajících se problematikou kvality zdravotní péče a bezpečnost pacientů.
4. Vydávání publikací zaměřených na zvyšování kvality zdravotní péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí.
5. Spolupráce s ostatními organizacemi v ČR, které se podílejí na zvyšování kvality
6. zdravotní péče a spolupráce s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví.
7. Podílí se na mezinárodní spolupráci v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče a zajištění bezpečí pro pacienty.
8. Vytváří a spravuje vlastní systém vzdělávání konzultantů a inspektorů akreditačního procesu (SAK ČR, 2009, online).

4.4.2 Akreditační standardy

Spojená akreditační komise vypracovala řadu akreditačních standardů, které jsou rozděleny do několika kapitol. SAK vytvořil již několik „Akreditačních pracovních sešitů“. Tyto sešity slouží jako manuály pro poskytování lůžkové zdravotní

péče. Jedná se o Národní akreditační standardy pro nemocnice (2002), Národní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče (2010) a pro poskytování ambulantní péče slouží Národní akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení (2010).

V roce 2013 vydala SAK třetí metodický pokyn s názvem Akreditační standardy pro nemocnice obsahující hodnotící požadavky specifikované v příloze č. 1 vyhlášky MZ ČR č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Standardy jsou rozděleny do 13 základních oblastí.

- I. Resortní bezpečnostní cíle vycházejí z publikovaných postupů směřujících k minimalizaci rizik ve frekvenčně nejrizikovějších oblastech poskytování zdravotní péče.

Těmito oblastmi jsou:

- a) bezpečná a jednoznačná identifikace pacientů
 - b) bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv
 - c) minimalizace rizika záměny pacienta, výkonu, místa výkonu
 - d) prevence pádů pacientů
 - e) prevence nemocničních infekcí řádnou hygienou rukou
 - f) bezpečná komunikace
 - g) bezpečné předávání pacientů
- II. Práva pacientů a jejich edukace
 - III. Dostupnost a kontinuita péče
 - IV. Diagnostická péče
 - V. Terapeutická péče
 - VI. Anesteziologická a chirurgická péče
 - VII. Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv
 - VIII. Hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření
 - IX. Řízení a správa
 - X. Řízení kvality a bezpečí
 - XI. Bezpečí prostředí
 - XII. Informace a komunikace
 - XIII. Řízení lidských zdrojů

Při zpracování tohoto vydání vycházela komise z dlouholetých zkušeností s prováděním akreditace zdravotnických zařízení v ČR, z připomínek akreditovaných pracovišť, svých spolupracovníků i zástupců pacientů. V textu akreditačních standardů

jsou uvedeny odkazy na související legislativu. Citovanou legislativou se rozumí vždy její platné znění k datu vydání.

4.4.3 Struktura jednotlivých standardů

Každý akreditační standard je rozdělen do tří částí:

1. Vlastní znění standardu
2. Účel standardu – stěžejní část, která popisuje způsob naplnění standardu, uvádí příklady naplnění, případně odkazy na legislativu či jiné zdroje. V některých případech může být v účelu uveden výčet náležitostí nutných k naplnění některého z indikátorů, který na znění účelu pak odkazuje.
3. Indikátory standardu – toto jsou měřitelné položky, jejichž naplnění se při akreditačním šetření posuzuje. Zjednodušeně lze indikátory vnímat jako otázky, na které v ideálním případě zní odpověď „ano“. Jak bylo uvedeno výše, v některých případech odkazuje indikátor na požadavky specifikované v účelu standardu, obvykle výčtem.

Při akreditačním šetření se posuzuje míra naplnění jednotlivých indikátorů (splněn - částečně splněn - nesplněn) a následně pak jednotlivých standardů. Pravidla hodnocení akreditačních standardů a následného rozhodování o udělování akreditace jsou upravena směrnici SAK č. S-01, která je volně dostupná na internetových stránkách SAK.

4.4.4 Průběh akreditačního šetření

Samotný průběh akreditačního šetření je upraven v publikaci Průvodce akreditačním šetřením, která je také volně k dispozici. Tým, který provádí akreditační šetření, neseznamuje vedení příslušné nemocnice s jeho výsledkem, ale veškeré podklady předá Kanceláři SAK, která na jejich základě vydá Certifikát o akreditaci – hodnocení kvality a bezpečí. Nemocnice se může odvolat proti rozhodnutí o akreditaci, a to do 15 dnů od doručení rozhodnutí o akreditaci.

5 Program kvality a bezpečí Fakultní nemocnice Hradec Králové

V organizační struktuře nemocnice jsou stanoveny osoby, orgány či týmy, které se zabývají plánováním, řízením, monitorováním a zvyšováním kvality péče a bezpečí poskytovaných služeb.

Program zvyšování kvality ve FNHK specifikují 4 hlavních cíle:

- orientace na pacienta a jeho bezpečí
- orientace na efektivní vynakládání prostředků na zdravotní péči
- orientace na spolupráci v oblasti zdravotnictví a vzdělávání
- orientace na spokojené zaměstnance

5.1 Řízení a odpovědnost za kvalitu a bezpečí

V roce 2005 bylo ve FNHK ustaveno Oddělení kvality, které se roku 2010 stalo součástí Odboru řízení kvality a kontroly (OŘKK). Tento odbor zajišťuje veškeré činnosti v oblasti programu kvality a bezpečí poskytované péče vedené z vrcholového řízení FN HK, je přímo podřízeno řediteli organizace a podílí se na sběru a analýze dat. Od roku 2006 působí ve FNHK Rada kvality, která svým složením pokrývá zdravotnické i nezdravotnické úseky. Její součástí je Rada kvality pro ošetrovatelskou péči, která se podílí na tvorbě ošetrovatelských pracovních postupů a spolu s OŘKK se podílí na realizaci vnitřních auditů v oblasti ošetrovatelské péče.

V roce 2011 byl ředitelem ustanoven veřejný ochránce práv - ombudsman, který se podílí na řešení stížností a oznámení občanů. Dalšími spolupracovníky pro řízení kvality jsou proškolení interní auditoři z řad lékařů a sester a zaměstnanci z některých nezdravotnických provozů. Hmotně zainteresováni na programu zvyšování kvality jsou vedoucí pracovníci zdravotnických pracovišť. V nemocnici je zaveden funkční program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.

Všichni zaměstnanci FN HK mají k dispozici na Intranetu/Informace v sekci Řízení kvality materiály k programu kvality a bezpečí s výsledky auditní činnosti, sledování nežádoucích mimořádných událostí, stížností apod.

Všechny změny vyplývající ze zvyšování kvality jsou sdělovány na pravidelných schůzích s interními auditory, na poradách vrchních sester, setkáních s přednosty a primáři zdravotnických pracovišť, na školeních pro nové zaměstnance a současně implementovány do vnitřních předpisů FN HK.

Zdravotní péče se v nemocnici poskytuje dle doporučených klinických postupů, standardů a protokolů. Metodika tvorby doporučených lékařských a nelékařských postupů je stanovena vnitřním předpisem.

5.1.1 Základní kritéria hodnocení systému kvality

Oblast strukturální

- Řízení organizace a strategické plánování
- Mezioborová spolupráce
- Řízená dokumentace (vnitřní předpisy FN HK)
- Personální politika - řízení lidských zdrojů

Oblast procesu

- Kontinuita péče
- Ošetrovatelský proces, ošetrovatelská dokumentace
- Protiepidemická opatření
- Vedení zdravotnické dokumentace
- Informovaný souhlas, edukace pacientů
- Předávání informací pacientům a jejich blízkým
- Předávání informací zaměstnancům
- Proces skladování, objednávání a podávání léčiv a zdravotnického materiálu
- Bezpečné prostředí
- Vzdělávání zdravotnických pracovníků, kompetence zaměstnanců, průzkum spokojenosti zaměstnanců
- Řízení rizika při poskytování zdravotní péče (aktivní a latentní chyby)

Oblast výsledků

V nemocnici probíhá sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb.

FN HK sleduje celonemocniční indikátory kvality:

- Sledování dekubitů
- Sledování pádů pacientů
- Předcházení infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče
- Sledování mimořádných událostí
- Sledování spokojenosti hospitalizovaných pacientů
- Počet oprávněných stížností
- Sledování poranění ostrým předmětem

Prezentace výsledků sledování a vyhodnocování indikátorů kvality jsou dostupné na intranetu v sekci Informace/Řízení kvality.

Resortní bezpečnostní cíle

FN HK jako přímo řízená organizace Ministerstva zdravotnictví ČR naplňuje od roku 2010

Resortní bezpečnostní cíle popsané v kapitole akreditační standardy.

Specifické indikátory kvality

Dále jsou jednotlivými klinickými pracovišti sledovány specifické indikátory kvality.

Specifické indikátory kvality vychází z problematiky kvality a bezpečí poskytované zdravotní

péče, ze sběru a analýzy dat a musí být specifické pro danou oblast nebo typ pracoviště (např. komplikace výkonů, léčby apod.) Specifické indikátory kvality jsou děleny na povinné a nepovinné.

5.2 Auditní a kontrolní činnosti pro zvyšování kvality a bezpečí:

V nemocnici probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb, tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby.

Auditní a kontrolní činnost Odboru řízení kvality a kontroly probíhá dle platné směrnice. Na počátku každého roku je zveřejněn Plán auditů a kontrol.

Od roku 2000 pracují týmy interních auditorů pro ošetrovatelskou péči, které byly v roce 2007 rozšířeny o další proškolené pracovníky z řad nelékařů, lékařů a některých nezdravotníků. Proškolení auditoři jsou ke své činnosti vybaveni pověřením ředitele FN HK. Za svoji činnost jsou honorováni. Zpravidla dvoučlenné týmy složené z lékaře a nelékaře provádějí interní audity na klinikách, samostatných odděleních a ústavech. O závěrech interního auditu je zhotoven protokol, který je předán na OŘKK k dalšímu zpracování. Výsledky interních auditů jsou předávány klinikám, samostatným oddělením a ústavům.

Auditní a kontrolní činnost je také prováděna pracovníky Odboru řízení kvality a kontroly a příslušníky vedení nemocnice – lékařskými náměstkyněmi, náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči a její zástupkyněmi a nemocničním hygienikem. Další kontrolní činnost provádějí vedoucí pracovníci na vlastním pracovišti 1x ročně dle kritérií určených Oddělením řízení kvality. Výsledky auditů a kontrol jsou k dispozici na Intranetu FN HK.

5.3 Interní audit ve FNHK

Interní audit kvality a bezpečí zahrnuje všechny oblasti poskytovaných služeb FN HK. Předmětem interního auditu kvality je nezávislé a objektivní přezkoumání a vyhodnocování optimálnosti, funkčnosti a správnosti systému řízení kvality a systému HACCP (Hazard Analysis Critical Kontrol Point – systém kritických bodů)

Interní audit finančních a majetkových operací zahrnuje veškeré oblasti hospodářské správy FN HK.

Interní audit poskytuje ujištění zejména o tom, zda:

- a) jsou dodržovány právní předpisy a vnitřní předpisy FN HK
- b) jsou rozpoznávána rizika a přijímána odpovídající opatření k jejich vyloučení nebo zmírnění
- c) je účinnost zavedeného vnitřního kontrolního systému, a zda reaguje včas na změny ekonomických, právních, provozních a jiných podmínek
- d) řídicí kontroly poskytují managementu FN HK spolehlivé a včasné provozní, finanční a jiné informace

Auditní tým

Dle stanoveného plánu interních auditů a kontrol na příslušný rok jsou OŘKK vytvořeny auditní týmy pro příslušné pracoviště a určení vedoucí auditního týmu.

Dále jsou rozpracována témata auditů na dané období do kritérií - auditních otázek.

Příprava interních auditorů

Výběr zaměstnanců pro činnost interních auditorů kvality je v kompetenci odboru řízení kvality a kontroly ve spolupráci s nadřízenými zaměstnanci jednotlivých pracovišť. Proškolení a praktický výcvik je zajišťován interně a formou nákupu služeb od způsobilých externích organizací a specialistů, popřípadě absolvováním kurzu interního auditora v akreditovaném vzdělávacím zařízení. Odborná způsobilost interních auditorů kvality je udržována aktivní auditorskou činností.

Průběh auditu

Vedoucí auditního týmu provede zahájení auditního šetření podle programu interního auditu, upřesní postup s vedoucím auditovaného oddělení a vysvětlí účel, cíl a rozsah auditu. K záznamu o auditu je využíván formulář „Zpráva z interního auditu“.

Zpráva z interního auditu

Interní auditor vyhotoví písemnou zprávu z provedeného interního auditu. Zjištění z vykonaného auditu jsou ve zprávě rozdělena do třístupňové klasifikační stupnice: neshoda, částečná neshoda, doporučení.

5.4 Sledování nežádoucích (mimořádných) událostí

Nežádoucí (mimořádné) událostí (dále NMU) jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné, psychické nebo socioekonomické poškození pacienta, pracovníka zdravotnického zařízení a třetí osoby a také případy, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb, a kterému bylo možné se vyhnout. Nežádoucími událostmi jsou také ty události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, u nichž není dosud známo, zdali bylo možné se jim vyhnout.

Mimořádnou událostí ve smyslu § 2 písm. b) zákona č. 239/2000 Sb., v platném znění, se rozumí škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.

Sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb – lůžkové péče v ČR je aktuálně zakotveno následovně:

- § 47 zákona, č. 372/2011 Sb. 1 bod 3 písmeno a) až písmeno c), o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ve znění pozdějších předpisů
- Věstník MZ ČR č. 16/2015 – Minimální požadavky pro zavedení systému interního hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb
- Věstník MZ ČR č. 7/2016 – Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče
- Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

Na základě jednoduché metodiky jsou NMU hlášeny do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) v ČR k identifikaci rizik, k vypořádání NU a k jejich systematické prevenci. Systém je v současné době koncipován jako systém hodnocení sloužící k vyhodnocování anonymizovaných agregovaných dat a porovnávání zařízení mezi sebou.

5.4.1 Hlášení nežádoucích událostí ve FN HK

Sledování nežádoucích (mimořádných) událostí slouží k přijímání systémových preventivních

opatření a k analýze rizik při poskytování zdravotní péče. S výjimkou hrubých zanedbání

nebo podezření na trestný čin nejsou získané informace využity k osobním postihům

ze strany vedení FN HK za předpokladu, že byly pracovištěm řádně nahlášený. Pokud NMU není nahlášena, je sankcionováno vedení pracoviště.

Hlášení o NMU může poslat **kterýkoliv zaměstnanec FN HK**.

Velmi závažné nežádoucí (mimořádné) události jsou hlášeny dvoustupňově:

1. předběžná urgentní zpráva, kterou zaměstnanec kliniky/oddělení nebo pracoviště odešle neprodleně e-mailem na adresu **provoz@fnhk.cz** se stručným popisem nežádoucí (mimořádné) události
2. podrobný strukturovaný popis události, který se nachází na intranetu (Hlášení nežádoucí (mimořádné) události) zašle vybraným vedoucím zaměstnancům a složkám dle typu události

5.4.1.1 Druhy NMU

FNHK přijala klasifikaci odvozenou od ICPS WHO (International Classification for Patient Safety). Druhy NMU jsou rozdělené na NMU hlavní kategorie a NMU obecného charakteru nesouvisející s poskytováním zdravotní péče.

Dle platné legislativy vzniká povinnost hlásit NMU externímu subjektu např. SÚKL, KHS, MZČR, SHNU).

Na nahlášení události navazuje proces jejího zpracování, který se řídí pravidly, která vycházejí z metodiky MZ ČR. OŘKK analyzuje všechny závažné klinické nežádoucí události. Analýza zkoumá všechny aspekty příhody (technické zabezpečení, organizace práce, počet, kvalifikace a kompetence zaměstnanců, charakter nemoci a osobnost pacienta) s cílem posoudit příčinné souvislosti a odlišit systémovou chybu od individuální epizody. Výsledek šetření nežádoucí (mimořádné) události slouží k přijímání systémových preventivních opatření a k analýze rizik při poskytování zdravotní péče. S výsledky šetření jsou vhodnou formou seznámeni pacienti či jejich rodinní příslušníci. Výsledky sledování nežádoucích (mimořádných) událostí (souhrnná analýza) jsou uveřejňovány 1 x ročně.

Empirická část

6 Kvantitativní výzkum v oblasti interních auditů ve FNHK

Empirická část je zaměřena na průzkumné šetření v oblasti provádění interních auditů ve FNHK s cílem zjistit názor interních auditorů a porovnat ho s názorem auditovaných zaměstnanců.

Chceme zjistit:

- zda jsou názory obou skupin v přibližné shodě a nebo se liší
- názor na standardizovaný systém řízení kvality, účelnosti hlášení mimořádných událostí a dále na přínos interních auditů.

6.1 Cíle šetření

1 cíl – potvrdit, zda zaměstnanci FNHK souhlasí s platnou definicí, že standardizovaný systém řízení kvality zavedený ve zdravotnické organizaci zvyšuje míru bezpečí poskytované péče a její kvalitu

2 cíl – zjistit názor zaměstnanců na systém interních auditů

3 cíl – zjistit názor auditorů na práci interních auditů

4 cíl – vysledovat názor na systém hlášení mimořádných /nežádoucích událostí, jeho účinnost a využití

5 cíl – pokusit se zjistit oblast, kde nejsou dostatečně sledována rizika a bezpečnost při poskytování péče

6.2 Použité metody a zkoumaný soubor

Při kvantitativním výzkumu bylo použito dotazníkové metody. Dotazníky byly sestaveny po předchozím pilotním šetření, kde bylo zjišťováno, zda lékaři a sestry rozumí položeným otázkám. Oba dotazníky pro auditory i neauditory byly sestaveny s konzultací Mgr. Ivany Dvořáčkové, Ph.Dr.

6.3 Charakteristika souboru respondentů

Výzkumný soubor tvoří lékaři a všeobecné sestry zaměstnaní minimálně 5 let ve FNHK , proto aby se účastnili několikrát interních auditů i auditů externích. Další

skupinou respondentů jsou lékaři a všeobecné sestry, kteří získali certifikát interního auditora a minimálně jeden rok tuto činnost vykonávají, nebo jí minimálně jeden rok vykonávali.

Výzkumné pilotní šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici Hradec Králové (FN HK) na Plicní klinice a III. interní gerontometabolické klinice. Vlastní výzkumné šetření probíhalo průřezem 8 klinik FN HK

6.4 Užitá metoda šetření

K získání kvantitativních dat byla použita dotazníková metoda. Pilotní dotazník obsahoval formulované otázky a následným rozhovorem jsem zjišťovala, zda jsou otázky srozumitelné a odpovědi nečiní žádné potíže. První otázka, zda respondent souhlasí s platnou definicí o standardizaci zdravotnické péče, dělala srozumitelnost otázky sestrám značné potíže, proto se několikrát přepracovávala. U auditorů jsem žádný problém nezaznamenala.

Získané hodnoty z dotazníku jsem zpracovala prostřednictvím tabulkového Microsoft Excel. Jako výstupní formu porovnání respondentů jsem zvolila graf s absolutní a relativní hodnotou.

V dotazníku bylo užito 7 uzavřených otázek. Dvě otázky byly polouzavřené. Poslední otevřená otázka byla vedena jako motivační, respondent se mohl vyjádřit k systému řízení kvality a bezpečí ve zdravotnickém zařízení.

Při zpracovávání dotazníků, mě odpovědi inspirovaly k dalšímu porovnání. Porovnávala jsem nejen odpovědi auditorů a auditovaných zaměstnanců, ale i odpovědi sester a lékařů. Ve zpracování odpovědí jsem použila 4 různé grafy; vyhodnocené odpovědi lékařů a vyhodnocené odpovědi sester. Dále porovnávám vyhodnocené odpovědi auditorů a auditovaných. Pro osobní vyjádření k výsledku odpovědí jsem připojila ke každé otázce diskuzi.

6.5 Realizace šetření

Výzkumné bylo provedeno na klinických pracovištích ve FN HK. Žádost o výzkumné šetření byla podána ve FN HK dne 10. 11. 2015 náměstkyni pro ošetrovatelskou péči Mgr. Vaňkové. Žádost byla 18. 11. 2015 schválena.

Výzkumné pilotní šetření bylo zahájeno rozdělením pilotního dotazníku na konci měsíce listopadu 2015. Celkem bylo rozdáno 10 pilotních dotazníků na Plicní klinice a III. interní gerontometabolické klinice. Při odevzdání vyplněného dotazníku jsem vedla s respondenty rozhovor o srozumitelnosti položených otázek. Dle odpovědí jsem upravovala slovosled otázek a u několika otázek jsem použila osvobozující odpověď „nevím“.

Finálně upravený dotazník jsem po schválení vedoucí práce Mgr. Dvořáčkovou na konci ledna postupně rozdávala dotazníky k vyplnění na kliniky FN HK. Rozdala jsem 40 dotazníků respondentům auditovaným, z toho bylo 20 respondentů sester a 20 respondentů lékařů. Dotazníky se mi vrátily všechny vyplněné a byly využity pro výzkum. Dále jsem osobně oslovila 40 respondentů auditorů, pro vhodnost porovnání 20 sester auditorů a 20 lékařů auditorů dle výše popsaných kritérií. Osobní žádost u kolegů auditorů mi zaručila 100% návratnost.

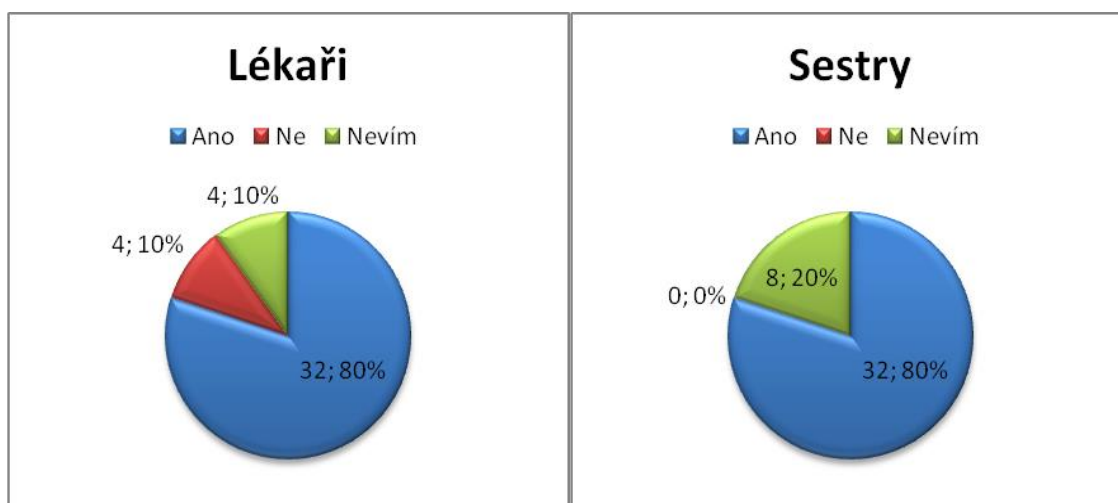
6.6 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky šetření jsou komentovány na základě dotazníků pro auditory a auditované lékaře a sestry v příloze č. 1 a č. 2.

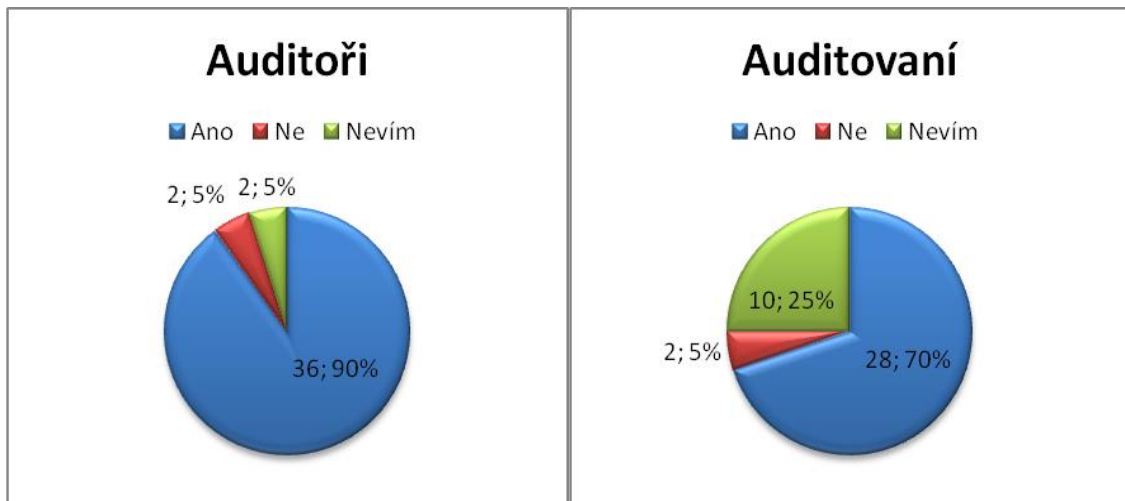
Otázka č. 1 pro obě skupiny respondentů

Souhlasíte s obecně platnou definicí, že standardizovaný systém řízení kvality zavedený ve zdravotnické organizaci zvyšuje míru bezpečí poskytované péče a její kvalitu?

Graf č. 1



Graf č. 2



Z grafu je patrné, že 80% lékařů a 80% sester souhlasí s obecně platnou definicí o standardizovaném systému řízení kvality.

O správnosti standardizace ve zdravotnictví je přesvědčeno 90% respondentů auditorů, 5% respondentů auditorů nesouhlasí 5% respondentů auditorů neví jestli uvedený systém zajišťuje zvýšení kvality a bezpečí.

70% auditovaných respondentů souhlasí se systémem řízení kvality, 5% nesouhlasí a 25% respondentů neví, zda je tato cesta ke kvalitě správná.

Diskuze:

Z výše uvedeného grafu se nabízí těžko zodpověditelná otázka. “ Proč auditor nevěří a nebo neví, zda standardizace přispívá ke kvalitě a bezpečí? “

Z nejistých odpovědí auditovaných respondentů získávám dojem, že mají špatnou zkušenost s interním auditem a těžko od sebe oddělují dvě oblasti a to standardy a interní kontrolu dodržování standardů a směrnic. I když obě oblasti k sobě patří a odděleně ztrácejí smysl.

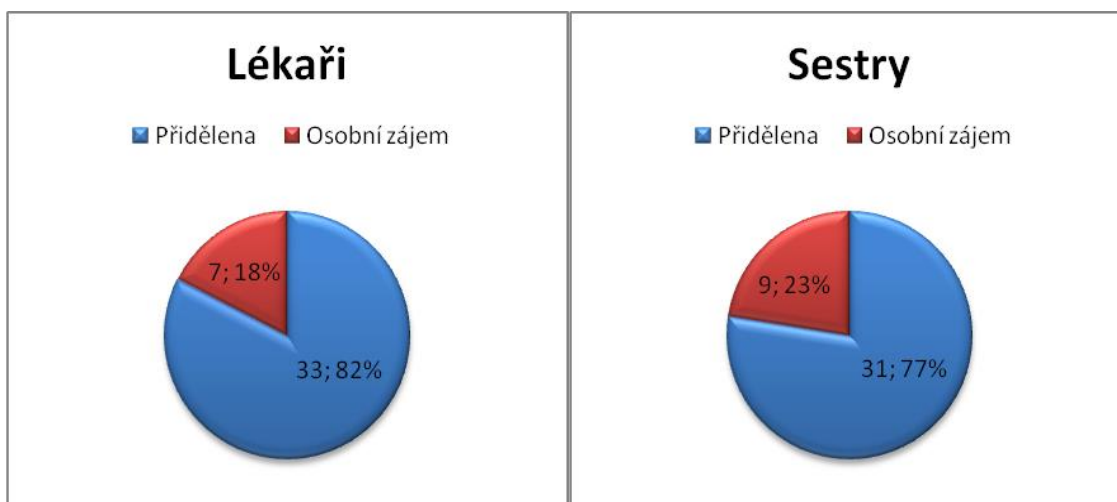
Otázka č. 2 pro respondenty auditované

Myslíte si, že funkci interního auditora přiděluje vedení kliniky, nebo má o tuto funkci osobní zájem?

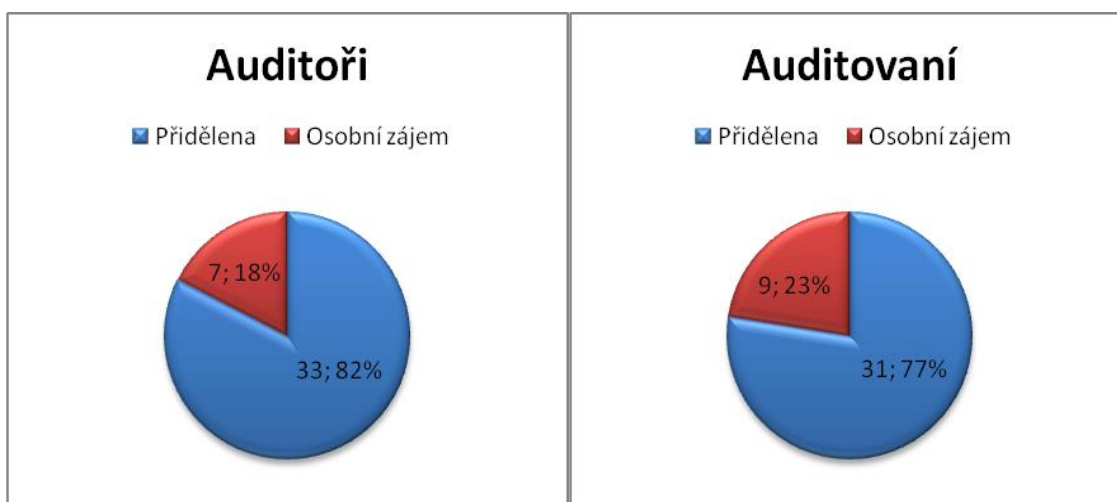
Otázka č. 2 pro respondenty auditory

Byla Vám funkce interního auditora přidělena vedením kliniky, nebo jste měl/a o tuto funkci osobní zájem?

Graf č.3



Graf č. 4



Odpovědi na tuto otázku mě velice zajímaly, protože se stále setkávám s názorem, že interní auditor vykonává svoji práci z osobního zájmu se zviditelnit. Výsledek mně potvrdil skutečnost, že interní auditor je vybírán vedením kliniky.

Ze 40 respondentů auditorů byla 33 auditorům činnost interního auditora přidělena managementem kliniky a 7 auditorů mělo osobní zájem o tuto činnost.

Ze stejného počtu auditovaných respondentů se 31 respondentů domnívá, že je auditor do funkce nominován vedením kliniky a 9 respondentů vidí v auditorské činnosti osobní zájem auditora.

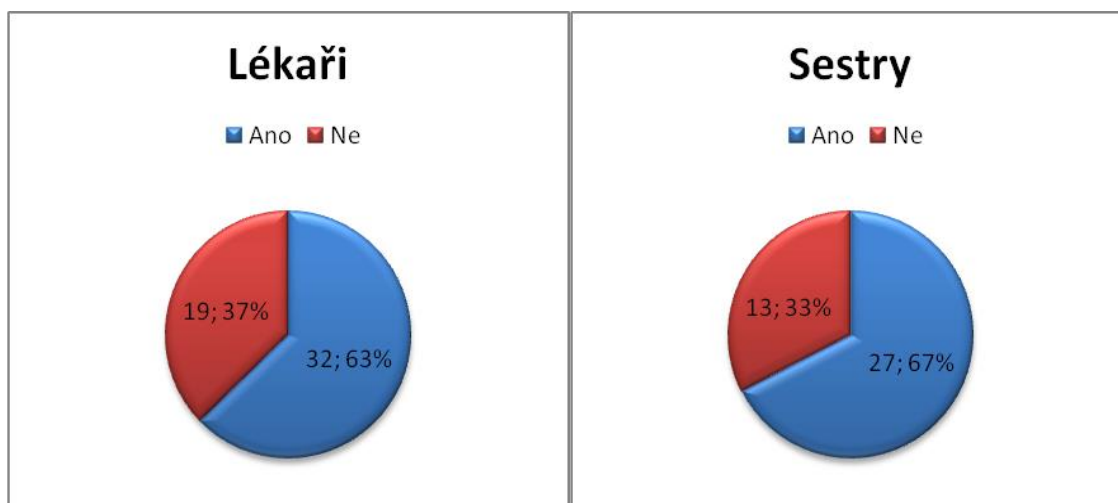
Diskuze:

Domnívám se, kdyby bylo více auditorů, kteří vykonávají auditorskou činnost z vlastního zájmu, snížilo by se procento auditorů, kteří nevidí smysl ve standardizaci v nemocnicích. Další otázkou je, jak více vzdělávat nebo motivovat auditory.

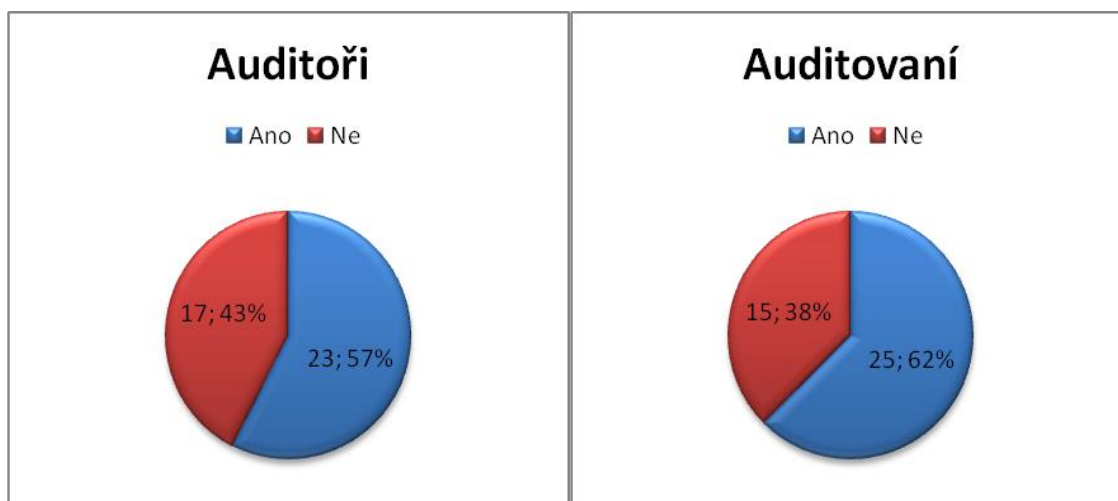
Otázka č. 3 pro obě skupiny respondentů

Myslíte si, že je vzdělání interních auditorů dostatečné?

Graf č. 5



Graf č. 6



Jako dostatečné vzdělání auditorů hodnotí 63% lékařů a 67% sester. 37% lékařů a 33% sester se domnívá, že vzdělání auditorů pro vykonávání této činnosti je nedostatečné. Bohužel ani jeden respondent nenapsal, jaké by dle jeho názoru měl mít auditor další vzdělání, než které ukládá platná směrnice.

Samotní respondenti auditoři jsou v 57% přesvědčeni a dostatečném vzdělání, ale 43% respondentů auditorů vidí ve vzdělání auditorů určité rezervy. Podobný názor sdílí i auditovaní respondenti, 62% souhlasí s rozsahem vzdělání auditorů a 38% by ocenilo vyšší vzdělání.

Do kolonky Váš názor:

- respondent lékař napsal - *neodpovídající (často nemedicínské)*
- sestry auditorky by přivítaly více znalostí v komunikaci, manuál v elektronické podobě.
- sestra auditorka, která souhlasila s dostatečným vzděláním auditorů, ale do osobního návrhu napsala: *kritéria výběru auditorů*

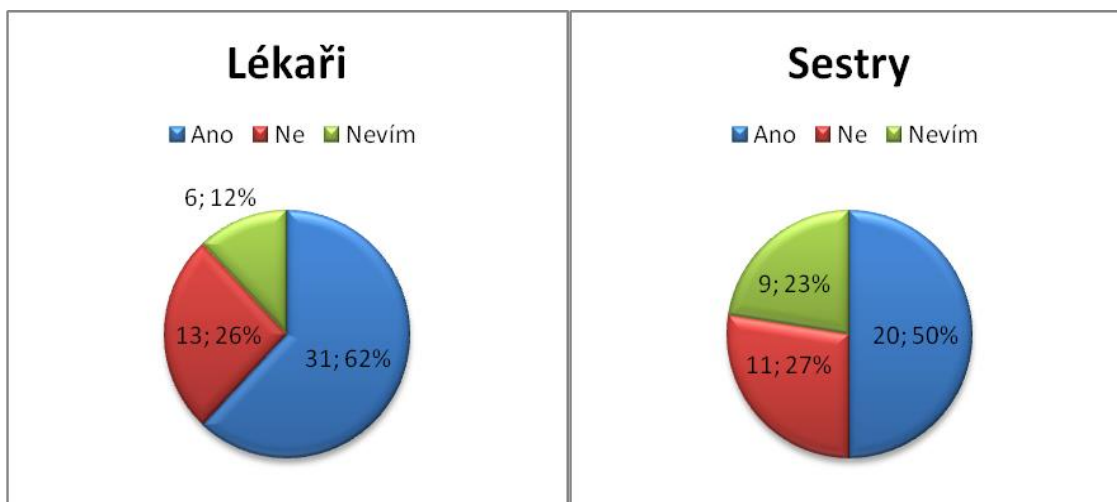
Diskuze:

Výsledná čísla na otázku ohledně vzdělání auditorů nejsou příznivá a to i z řad auditorů. Z grafu je patrné, že auditovaní lékaři a sestry hodnotí vzdělání interních auditorů lépe než samotní auditoři. Celkem vzato jsou obě skupiny ve shodě.

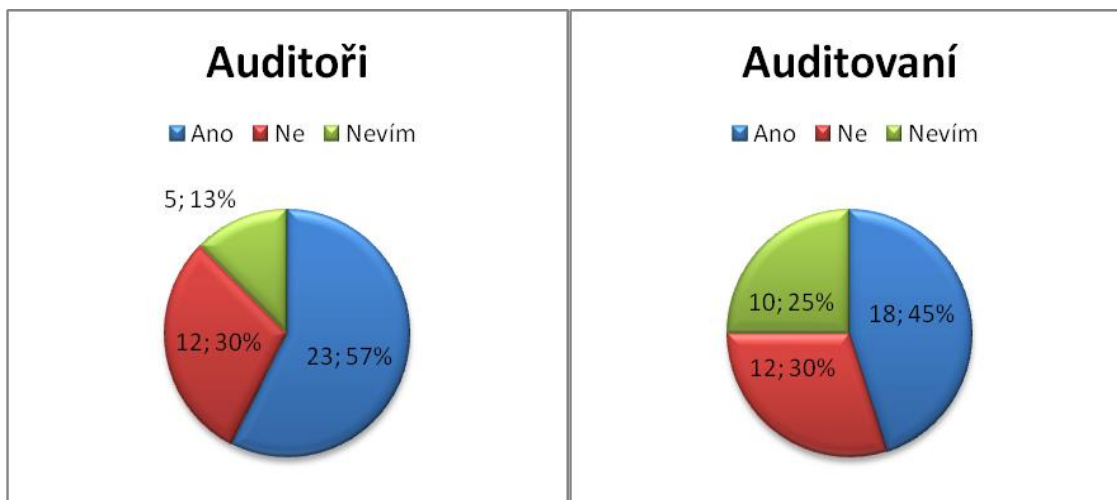
Otázka č. 4 pro obě skupiny respondentů

Domníváte se, že je práce interních auditorů přínosná a vede k odstranění neshod?

Graf č. 7



Graf č. 8



Na výše položenou otázku odpovědělo 62% lékařů a 50% sester kladně, domnívají se, že interní audit vede k odstranění neshod. Dle názoru 26% lékařů a 27% sester neřeší interní audit odstranění neshod a 12% lékařů a 23% sester využilo únikovou odpověď nevím.

57% respondentů auditorů si myslí, že jejich auditorská činnost vede k odstranění neshod, 30% auditorů se domnívá, že jejich práce nepřináší žádný prospěch klinikám a 13% auditorů nemá vyhraněný názor o účinnosti své práce.

Auditovaní respondenti v 45% vidí smysl auditorské činnosti v odstranění neshod, 30% respondentů nahlíží na interní audit v tomto smyslu negativně a 25% neví jakou zvolit odpověď.

Byť tato otázka patří mezi otázky uzavřené, sestra auditorka s odpovědí nevím, vyjádřila i svůj názor: *záleží na konkrétním auditorovi*.

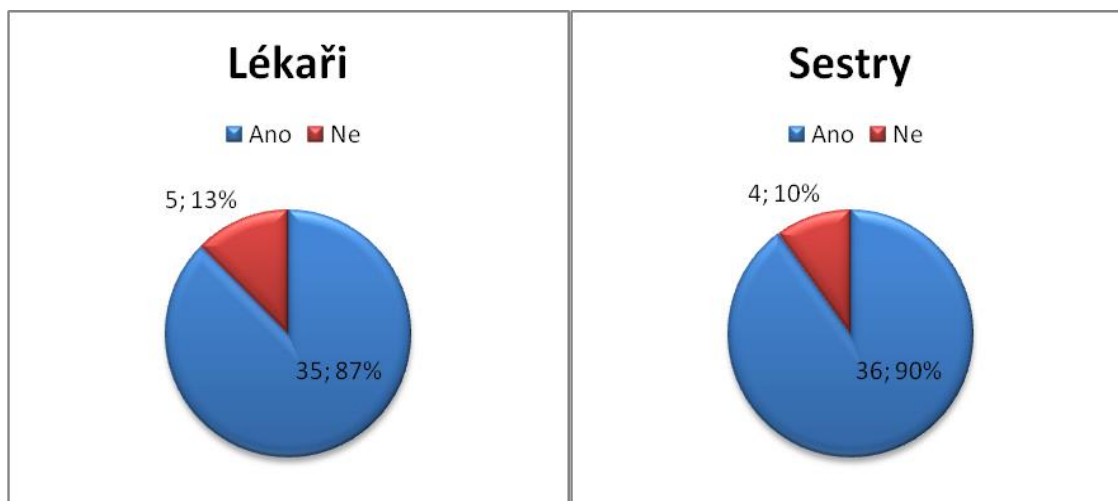
Diskuze:

Celkově je názor obou skupin v podstatě ve shodě. Ovšem obecný pohled na odpovědi všech respondentů poukazuje na nedostatečnou informovanost o činnosti interních auditů a hlavně výsledků auditorské práce. Jak odhalila sestra auditorka, názor zaměstnanců na přínos interních auditů ovlivňuje i profesionální profil interního auditora.

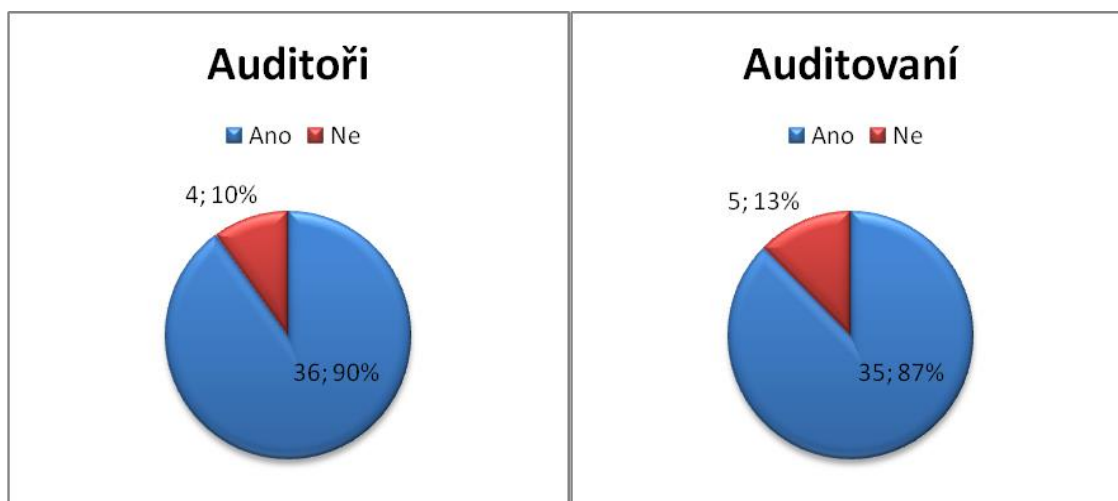
Otázka č. 5 pro obě skupiny respondentů

Probíhají interní audity ve vhodné pracovní době?

Graf č. 9



Graf č. 10



Na tuto otázku se 87% lékařů a 90% sester shodlo, že audity probíhají ve vhodné pracovní době. Čas interního auditu hodnotilo jako nevhodný 13% lékařů a 10% sester. Otázka byla koncipovaná jako polouzavřená, tudíž měli respondenti při záporné odpovědi prostor pro návrh jiné pracovní doby, což nikdo nevyužil.

Respondenti auditoři v 90% jsou spokojeni s pracovní dobou auditu, ale u 10% nevyhovuje. Auditovaní respondenti jsou v 87% spokojeni s časovým rozložením interních auditů a v 13% jim stanovený čas nevyhovuje.

Sestra auditorka, která souhlasí s vhodností pracovní doby, navrhuje *namátkové audity (předem nenahlášené), které by u některých vybraných témat byly více vhodné.*

Diskuze:

Je jednoznačná shoda obou sledovaných skupin pro vhodnost pracovní doby interních auditů ve FN HK. Názor sestry auditorky poukazuje, na provádění předem neohlášené auditní činnosti.

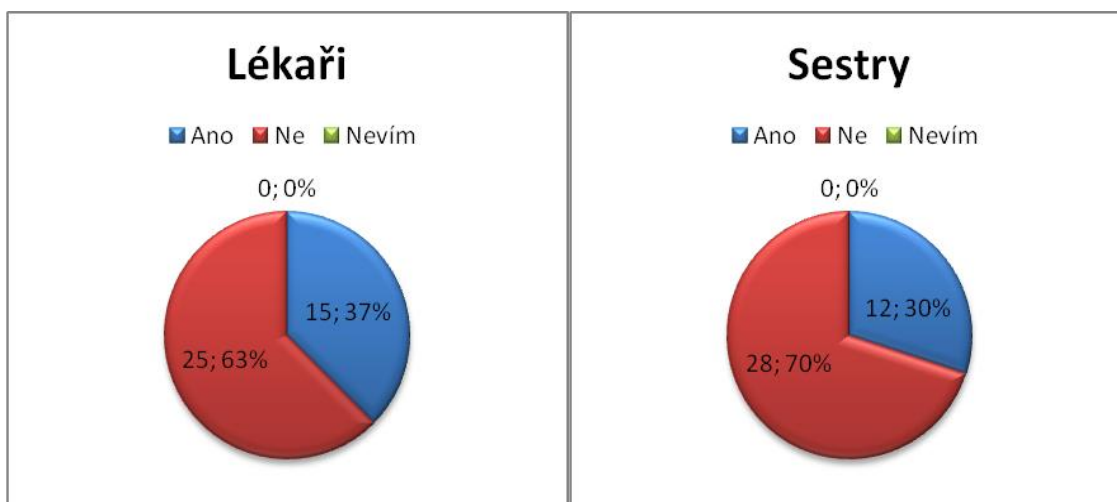
Otázka č. 6 pro respondenty auditované

Pocitujete určitou frustraci při sdělování neoptimálních výsledků od kolegů / auditorů?

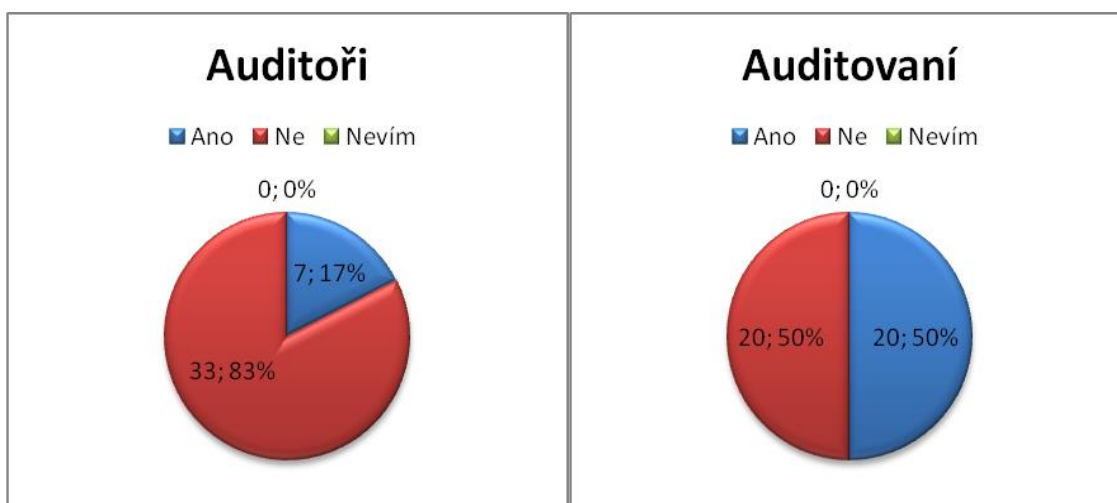
Otázka č. 6 pro respondenty auditory

Působí Vám sdělování neoptimálních výsledků svým kolegům nějaké komunikační potíže?

Graf č. 11



Graf č. 12



Při sdělování a přijímání neoptimální výsledků z auditní činnosti 63% lékařů a 70% sester nemá potíže, ovšem 37% lékařů a 30% sester se cítí frustrovaně při sdělování neshod od svých kolegů auditorů.

Respondenti auditoři z 83% nemají potíže při sdělování neoptimálních výsledků auditu, 17% respondentů auditorů cítí určité nepohodlí při této činnosti. Respondentům auditovaným slova kritiky z 50% nevadí a z 50% se cítí frustrovaně.

Diskuze:

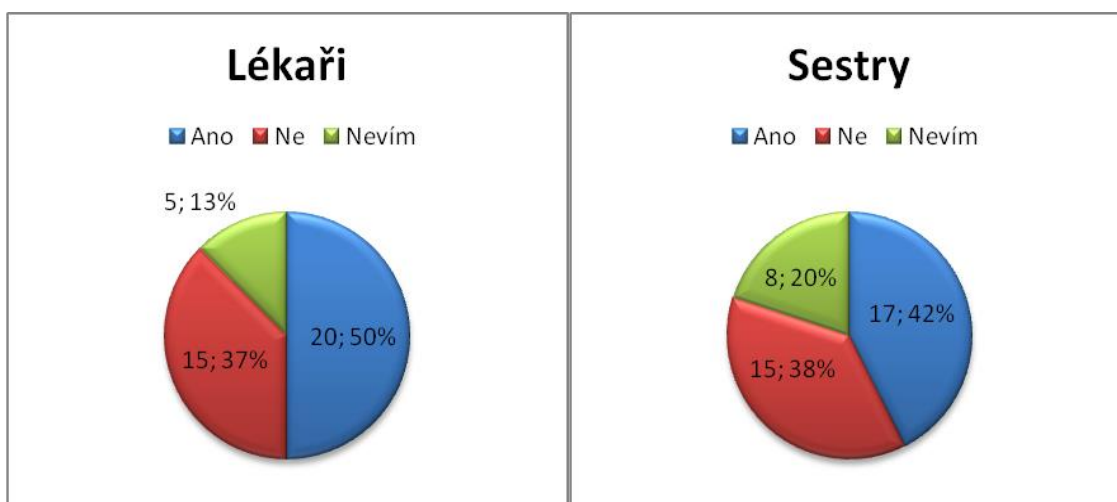
Odpovědi na tyto otázky nejsou vyloženě porovnatelné. Ukazují pocity obou zúčastněných stran při auditním šetření. Respondenti auditoři většinou nemají komunikační potíže při sdělování neoptimálních výsledků auditu. Ovšem vyloženě polovina auditovaných respondentů se cítí frustrovaně při upozornění na neshody od kolegy/auditora. Dle mé úvahy to opět souvisí s osobností auditora a celkovým vedením auditního šetření.

Pozitivně hodnotím, že nikdo z respondentů nevyužil odpověď 'nevím' a jako sestra, oceňuji zdravé sebevědomí sester kolegyň, které je z grafu patrné.

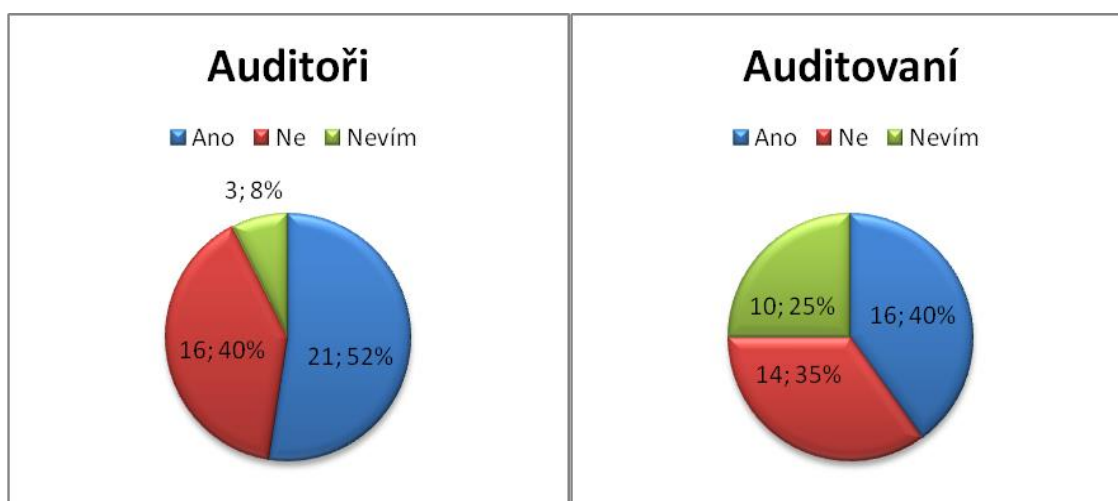
Otázka č. 7 pro obě skupiny respondentů

Souhlasíte, že je zavedený systém pro hlášení mimořádných / nežádoucích událostí (NMU) účinný a vede ke zvyšování bezpečí a kontinuálnímu zlepšování?

Graf č. 13



Graf č. 14



50% respondentů lékařů věří, že výše uvedený systém hlášení NMU je účinný a vede ke zvyšování bezpečí a kontinuálnímu zlepšování kvality péče. 37% lékařů nesouhlasí s účinností systému hlášení NMU a 13% respondentů lékařů nemá jasný názor na toto téma. 42% respondentek sester hodnotí systém hlášení NMU kladně, 38% záporně a 20% neví, co si má myslet.

Respondenti auditoři v 52% souhlasí se systémem hlášení NMU, ale 40% auditorů si myslí, že systém nenabývá účinnosti a 8% se nepřiklání k žádné specifické odpovědi. Auditovaní respondenti mají ve výsledku podobný názor, 40% respondentů je přesvědčeno o účinnosti systému, 35% nevidí žádný benefit v hlášení NMU a 25% využilo neutrální odpověď.

Diskuze:

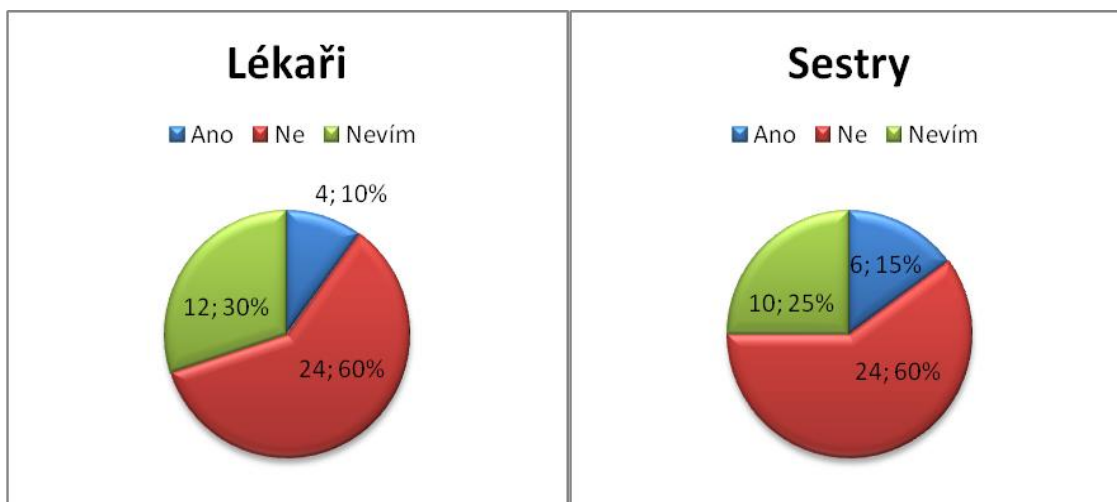
Systém hlášení NMU je trnem v oku, dle mých osobních zkušeností mnoha zaměstnanců, takže mě výsledek odpovědí velmi zajímal. Porovnání obou skupin bych hodnotila jako shodné, pouze auditovaní respondenti nevědí, jak dalece je či není systém hlášení NMU účinný a zda vede ke zvyšování bezpečí a kontinuálnímu zlepšování kvality péče.

Následující otázky byly sestaveny tak, aby mě pomohly rozklíčovat nedůvěru v tento systém.

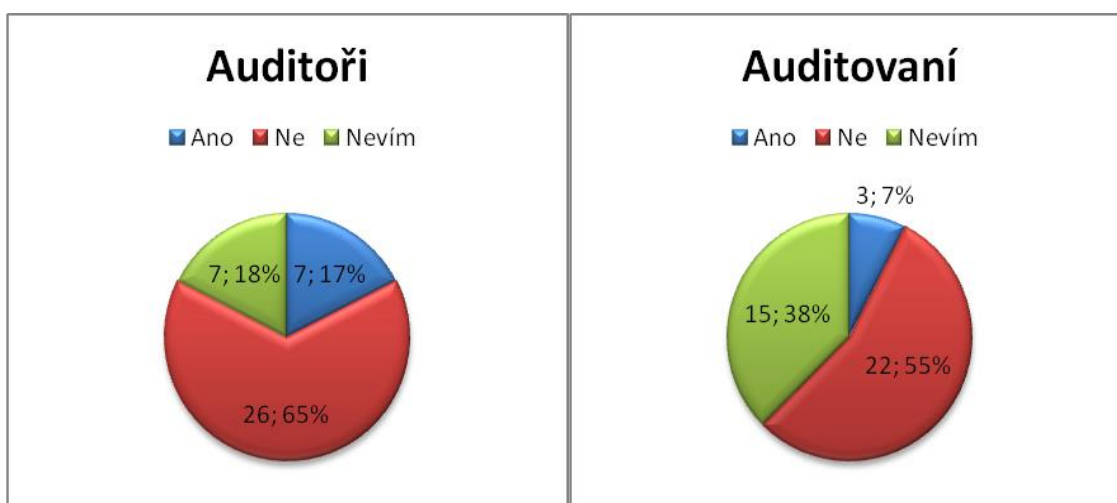
Otázka č. 8 pro obě skupiny respondentů

Domníváte se, že účel a náplň výše uvedeného systému hlášení NMU využívají zodpovědně všichni pracovníci, kteří mají vstup do hlášení NMU?

Graf č. 15



Graf č. 16



System hlášení NMU nevyužívají zodpovědně všichni pracovníci, usuzuje 60% lékařů i 60% sester. 10% lékařů a 15% sester věří ve správné a zodpovědné využívání systému a 18% lékařů a 25% sester si neví rady s odpovědí.

65% respondentů auditorů poukazuje, že účel a náplň systému nevyužívají všichni pracovníci zodpovědně. 17% auditorů kladně hodnotí využívání systému a 18% auditorů odpovědělo osvobozující odpovědí. Auditovaní respondenti v 55% se přiklání

k zápornému hodnocení spravedlivého využívání systému, v 38% hodnotí kladně využívání systému a 7% neví odpověď.

Diskuze:

Při rozhovoru s respondenty v pilotním šetření, se po vyplnění dotazníku opakovaně dotazovali, kdo všechno má vstup do výše jmenovaného systému. Což mě přesvědčilo o vhodnosti otázky v dotazníku a o malé informovanosti zaměstnanců, kteří nemají ucelené informace nejen o tomto systému, ale o celém systému řízení kvality ve FN HK. Přesto, že systém řízení kvality je náležitě popsán v dokumentech FN HK a ty jsou veřejně přístupné na intranetu.

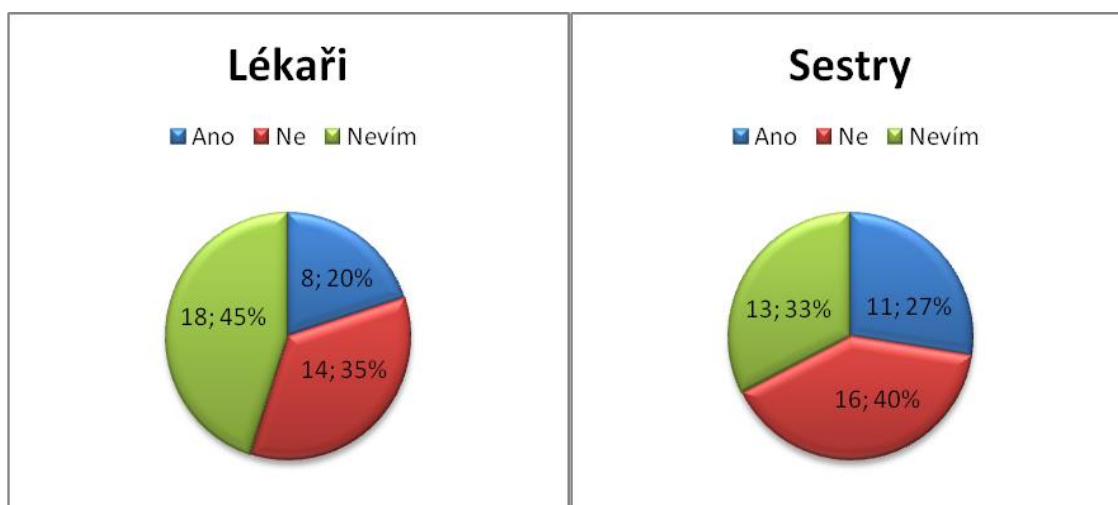
Obě skupiny se shodly, že účel a náplň systému hlášení NMU nevyužívají zodpovědně všichni pracovníci, kteří mají do systému vstup. Více respondentů auditovaných si neví rady s odpovědí.

Dále jsem dostala z části odpověď i na předešlou otázku č.7. Proč polovina respondentů nevěří v systém hlášení mimořádných událostí? Protože dle dotazníkových výsledků se respondenti domnívají, že systém nevyužívají zodpovědně všichni pracovníci. A to i přes to, že jsou noví zaměstnanci při nástupu proškoleni, co přesně znamená systém hlášení NMU a kde se nacházejí formuláře.

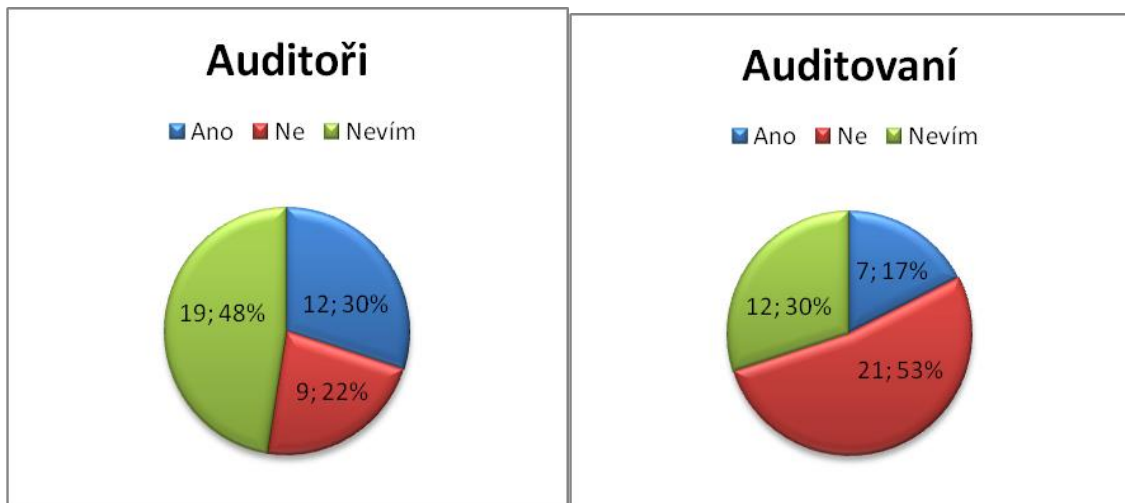
Otázka č. 9 pro obě skupiny respondentů

Usuzujete, že má systém hlášení NMU výchovný efekt?

Graf č. 17



Graf č. 18



20% respondentů lékařů a 27% respondentek sester si myslí, že má hlášení nežádoucích událostí výchovný efekt. S tímto tvrzením nesouhlasí 35% lékařů a 40% sester, 45% lékařů a 33% sester neví odpověď na tuto otázku.

Respondenti auditoři ze 48% neznají odpověď na tuto otázku, 30% věří ve výchovný efekt hlášení mimořádných událostí a 22% auditorů zamítá výchovný efekt systému. Auditovaní respondenti v 53% záporně hodnotí výchovný přínos hlášení NMU, v 17% souhlasí s výchovným účinkem systému a 30% nezná odpověď.

Diskuze:

Výsledky obou skupin nemohu hodnotit jako shodné. Větší procento respondentů auditorů chápe podstatu poučení se z vlastních chyb, nejen pro sebe, ale i pro druhé a hlavně pro bezpečí pacientů. Více jak polovina auditovaných respondentů není přesvědčena o kladném výchovném efektu hlášení NMU.

Pokud se budu vracet k otázce č. 7 a č. 6, které spolu souvisejí, poměrně vysoké procento neutrální odpovědi poukazuje opět na malou informovanost obou skupin respondentů v oblasti řízení kvality a bezpečí. Zde vidím slabé místo v řízení kvality přímo na pracovištích managementem klinik.

Otázka č. 10

Znáte nějakou oblast, kde jsou nedostatečně sledována rizika a bezpečnost?

Otevřená otázka pro vlastní názor. Ve většině dotazníků byla tato otázka proškrtnutá, nebo se slovy: nic, ne, neznám, žádná.

Auditovaní lékaři zmiňovali oblast úniku informací o zdravotním stavu pacientů, bezpečnost personálu, zbytečné lékařské ordinace, chybné lékařské ordinace vedoucí k mimořádným událostem. Auditované sestry vidí rizika v úniku informací, zmiňují audity na lékaře a na vedoucí pracovníky klinik a zbytečné ordinace lékařů.

Odpověď sestry auditorky: *takových oblastí je více, například je práce NLP sledována velmi, ale u lékařů se stejné oblasti sledování prakticky neřeší (znalost práv pacientů, KPR ...)*

Diskuze:

Odpovědi na tuto otázku řeší směrnice o hlášení MNU, která má být známa VŠEM zaměstnancům a všichni zaměstnanci mohou MNU hlásit, nejen managementu kliniky, ale i Odboru řízení kvality a kontroly.

Zajímavý názor je bezpečnost personálu. Záleží na tom, jakou bezpečnost měl lékař na mysli. Pokud bude dodržovat platné směrnice a postupy, měli bychom být v bezpečí a potažmo i pacient.

Zbytečné a chybné ordinace lékařů by měli právě posoudit lékaři auditoři při lékových auditech

Pokud se mohou vyjádřit k interním auditům, jsou jasně daná témata auditů pro sestry i lékaře (např. vedení dokumentace, medikace sestrou i lékařem, KPR, hygiena rukou), která obsahují auditní kritéria pro sestry a lékaře.

7 Diskuze

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit a porovnat názory respondentů auditorů a auditovaných respondentů na standardizovaný systém řízení kvality, interní audit a na systém hlášení nežádoucích mimořádných událostí.

Odpovědi na otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 8 bych hodnotila jako shodné. Auditori i auditovaní zaměstnanci souhlasí s obecně platnou definicí, že standardizovaný systém řízení kvality zavedený ve zdravotnické organizaci zvyšuje míru bezpečí poskytované péče a její kvality. Shodně popisují názor výběru do funkce interního auditora, který je většinou v kompetenci vedení kliniky. Obě skupiny se shodují, že vzdělání interních auditorů není zcela dostatečné, přivítaly by více znalostí v komunikaci a daná kritéria na výběr interních auditorů. Práci interních auditorů hodnotí jako méně přínosnou, která nevede k odstranění neshod při poskytování zdravotní péče. Shodují se na vhodném časovém rozvrhu interních auditů. Usuzují, že účel a náplň systému hlášení NMU nevyužívají zodpovědně všichni pracovníci, kteří mají do systému vstup.

Odpovědi na otázku č. 7, 9 jsou v neshodě.

Otázka č. 6 se nedá zcela porovnat, protože vypovídá o společných pocitech při interním auditu. Auditori většinou nemají problém sdělovat kolegům neoptimální výsledky z auditu, ale polovina auditovaných respondentů se cítí frustrovaně ve výše uvedených situacích.

Jak už bylo uvedeno v odpovědi na otázku č. 10, mohou být přínosem pro oddělení kvality a kontroly ve FNHK.

Výzkumné šetření potvrdilo a zároveň byl splněn cíl č. 1, že zaměstnanci FN HK souhlasí s platnou definicí, že standardizovaný systém řízení kvality zavedený ve zdravotnické organizaci zvyšuje míru bezpečí poskytované péče a její kvality. Čtvrtina respondentů nevěděla odpověď, což není úplně zanedbatelné číslo a poukazuje na rezervy informovanosti o standardizaci i přesto, že probíhají pravidelné klinické semináře pro dostatečnou informovanost zaměstnanců a výsledky všech auditů jsou prezentovány zaměstnancům na intranetu.

Cílem č. 2 bylo zjistit názor zaměstnanců na systém interních auditů. Auditovaní pracovníci vnímají práci interního auditora, který byl vybrán vedením kliniky, jako méně přínosnou pro odstraňování neshod. Interní auditor přichází na auditované pracoviště ve vhodnou dobu, ale při sdělování neoptimálních výsledků / neshod se cítí frustrovaně a možná právě proto by přivítali nadstandardní vzdělání interních auditorů.

Splněním cíle č. 3 bylo zjištěno, že interní auditoři jsou do funkce vybráni vedením kliniky, polovina respondentů auditorů posuzuje auditní činnost jako pozitivní ke zvýšení kvality poskytované péče. Přicházejí na kliniky ve vhodnou pracovní dobu a sdělování výsledků auditu jim nedělá potíže. Druhá polovina respondentů auditorů neví nebo není přesvědčená o přínosu interních auditů, vykonává tuto činnost na žádost vedoucích pracovníků.

Cílem č. 4 bylo vysledovat názor na systém hlášení NMU, jeho účinnost a využití. O účinnosti systému hlášení NMU je přesvědčena polovina auditorů, ale zpochybňují jeho spravedlivé využívání na klinikách, takže nemá žádný výchovný efekt. Méně jak polovina auditorů vidí systém jako neúčinný, nesprávně využívaný a bez výchovného efektu. S hlášením nežádoucích událostí auditovaní pracovníci nesouhlasí a nebo nevědí, co si mají myslet. Dále se domnívají, že systém není spravedlivě používán a nemá výchovný efekt.

Splněním cíle č. 5 výzkumné šetření poukázalo na některé oblasti, které pracovníci vnímají jako nedostatečně bezpečné. Například únik informací o zdravotním stavu pacientů, bezpečnost personálu, zbytečné lékařské ordinace, chybné lékařské ordinace vedoucí k mimořádným událostem. Nedostatečné interní audity na lékaře a na vedoucí pracovníky klinik.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá stanoviskem auditorů a zaměstnanců ke standardizaci a interním auditům ve FN HK. Hlavním cílem bylo porovnat názory auditorů a auditovaných zaměstnanců.

Teoretická část definuje co je kvalita, jak se hodnotí a proč je důležitá pro zdravotnická zařízení. Dále charakterizuje systémy řízení kvality ve zdravotnickém zařízení, standardizaci, audit, akreditaci a seznamuje s programem kvality a bezpečí ve FN HK.

Jádrem empirické části bylo anonymní kvantitativní průzkumné šetření v oblasti provádění interních auditů. Výzkumný soubor byl tvořen 40 interními auditory (20 lékařů a 20 sester) a 40 auditovanými zaměstnanci (20 lékařů a 20 sester), kteří pracují ve FN HK déle jak pět let. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na standardizovaný systém řízení kvality ve zdravotnické organizaci, interní audit, vzdělání auditorů, vhodnost témat a času auditů, pocity na sdělování neoptimálních kolegů / auditorů, názor na sledování mimořádných událostí a návrhy nových témat auditů.

Z výzkumného šetření byla zjištěna shoda v otázkách na standardizovaný systém řízení kvality, výběr a vzdělání interních auditorů, přínos jejich práce a také se shodují na vhodném časovém rozvrhu. Naopak se neshodují v otázkách o hlášení mimořádných událostí a jeho výchovném efektu.

I když se respondenti ve většině odpovědí shodují, výsledky výzkumného šetření poukazují na neucelené informace o systému řízení kvality. I přesto, že standardizovaný systém řízení kvality zavedený ve FN HK je podrobně popsán v interním informačním systému – Intranetu. Každý nový zaměstnanec při nástupu do FN HK získává vstup do interního informačního systému a zároveň školení jak s tímto systémem pracovat. Dále se musí seznámit s vnitřními předpisy, vydané různými úseky managementu FN HK, které stvrzuje svým podpisem. Což výsledky výzkumného šetření neprokázaly, zaměstnanec se s vnitřními předpisy seznamuje pouze formálně. Dále jsou řadoví zaměstnanci prostřednictvím vedení klinik aktivně seznamováni s programem kvality a bezpečí a to formou pravidelných seminářů na pracovišti. Interní auditoři se pravidelně 2x do roka scházejí s Odborem řízení kvality a kontroly (OŘKK), kde jsou informováni o výsledcích předešlých interních i speciálních auditů. Dále jsou seznámeni s plánem

auditů a s nastavenými kritérii auditů na nadcházející rok. Dalším mechanismem toku informací k interním auditorům zajišťuje OŘKK elektronickou poštou. Auditor obdrží Plán interních auditů a auditní protokol na dané téma.

Veškeré informace o auditní činnosti a systému řízení kvality lze získat z interního informačního systému, a nebo přímo kontaktovat Odbor řízení kvality a kontroly.

Dále výzkumné šetření poukázalo na některé oblasti, které pracovníci vnímají jako nedostatečně bezpečné. Například únik informací o zdravotním stavu pacientů, bezpečnost personálu, zbytečné lékařské ordinace, chybné lékařské ordinace vedoucí k mimořádným událostem. Nedostatečné interní audity na lékaře a na vedoucí pracovníky klinik.

Přínosem práce je možnost napomoci zlepšit systém interních auditů a kvalitu poskytované péče.

Anotace

Autor:	Zlatoše Hýsková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Pohled interních auditorů a auditovaných zaměstnanců na interní audit
Vedoucí práce:	Mgr. Ivana Dvořáčková, Ph.D.
Počet stran:	78
Rok obhajoby:	2016
Klíčová slova:	kvalita, zdravotní péče, interní audit, auditor, standardizace, standard, akreditace

Bakalářská práce se věnuje stanovisku auditorů a zaměstnanců k interním auditům ve FN HK

V teoretické části práce jsou definovány základní pojmy (akreditace, audit, akreditační standard) a popsán proces provádění auditů a hlášení nežádoucích událostí ve FN HK.

Jádro empirické části představuje anonymní průzkumné šetření v oblasti interních auditů s cílem zjistit názor interních auditorů a porovnat ho se stanovisky auditovaných zaměstnanců. Soubor respondentů je tvořen 40 auditory a 40 auditovanými zaměstnanci, kteří pracují ve FN HK déle než 5 let. Konečná verze dotazníku byla provedena na základě rozboru výsledků pilotního projektu na 10 zaměstnancích. Otázky jsou zaměřeny na témata týkající se akreditace, vzdělání auditorů, náplně a načasování auditů, sledování mimořádných událostí a sdělování neoptimálních výsledků. Cílem získaných informací je napomoci zlepšit systém vnitřních auditů a kvalitu péče ve FN HK.

Abstrakt

Name and surname of the author: Zlatuše Hýsková

Institution: Charles University in Prague,
Faculty of Medicine in Hradec Králové
Department of Social Medicine, Department of Nursing

Title: View of internal auditors and audited employees on internal audit

Supervisor: Mgr. Ivana Dvořáčková, Ph.D.

Number of pages: 78

Year of defense: 2016

Keywords: quality health care, internal audit, auditor, standardization, standard, accreditation

The Bachelor thesis deals with the Opinion of Auditors and Employees on Inner Audits in Hospital Hradec Králové

Elementary concepts are defined in theoretical part of the document. Description of inner audits and adverse events report is also included. Anonymous questionnaire inquiry pertaining to inner audits is a core of empirical part of the text. 40 auditors and employees working in the hospital more than 5 years were involved in the investigation. Opinions of auditors were compared to statements of employees. Final version of the questionnaire was refined after analysis of preliminary questionnaire results. Questions pertain to accreditation, education of auditors, topics and timing of audits, surveillance of adverse events and negative results notification. Information obtained can assist to improve inner audit system and quality of healthcare in the hospital.

Literatura a prameny

Monografie:

- BÁRTLOVÁ, S., HAVELKOVÁ, H., JIČÍNSKÁ, K., *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, ISBN 978-80-7013-488-7.
- DVOŘÁČEK, J., KAFKA, T., *Interní audit v praxi*. Brno: Computer Press, 2005. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-251-0836-8.
- DVOŘÁČEK, J., VÁZQUEZ, H., STŘEDA, I. *Interní audit*. Praha: Vysoká škola ekonomická, 1996. ISBN 80-7079-427-5.
- GLADKIJ, I., a kol, *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 2003. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-7226-996-8.
- GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-272-8.
- HERMAN, J., HERMANOVÁ, M., aj. *Základy managementu sociálních služeb*, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-477-1.
- KONTROVÁ, L., ZÁČEKOVÁ, M., HULKOVÁ, V., *Štandardy v ošetrovatelstve*, Martin: Osvěta, 2005. ISBN 80-8063-198-0.
- MADAR, J., *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*, Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0585-0.
- MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. Praha: Karolinum, 2002. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0428-0.
- STAŇKOVÁ, M., *České ošetrovatelství 2*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-368-6.
- STAŇKOVÁ, M., *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5.

- ŠAMÁNKOVÁ, M., *Základy ošetrovatelství*, Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

Články v periodických publikacích:

- GUTOVÁ, L., Cesta k mezinárodní akreditaci na úseku nelékařských profesí v podmínkách, *Diagnóza v ošetrovatelství*, ISSN 1801-1349, ÚVN Praha, 2005, roč. 1, č. 1 s. 38.
- HOLMANOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., Význam štandardizácie ošetrovateľskej starostlivosti, *Sestra SK*, ISSN 1210-0404, 2003, roč. 2, č. 2, s. 6 - 8.
- MASTLIÁKOVÁ, D., Kvalita ošetrovateľskej péče (III časť), *Ošetrovatelství*, ISSN 1212-723X, 2002, roč. 4, č. 3-4, s. 52.
- MÜLLEROVÁ, N., Sestra v roli auditorky, *Florence*, ISSN 1801-464X, 2006, č. 7 - 8, s. 27 - 28.
- ULRYCHOVÁ, H., Kvalita ošetrovateľskej péče, *Ošetrovatelství*, ISSN 1212-723X, roč. 1, č. 1, s. 11.
- VAŠÁTKOVÁ, I., Kvalita ošetrovateľskej péče, *Ošetrovatelství*, ISSN 1212-723X, 2003, roč. 5, č. 1 – 2, s. 28.

Diplomové a bakalářské práce:

- ŠRAJEROVÁ, L., *Standardy a jejich význam v péči*. Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2012. Bakalářská práce.
- VALENTOVÁ, M., *Akreditace a její vliv na kvalitu poskytované péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení*. Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2010. Bakalářská práce.

Legislativní dokumenty:

- ČSN ISO 19011, *Směrnice pro auditování systémů managementu*, Praha: Český normalizační institut, 2012. 68 s.
- ČSN ISO 9001, *Systémy managementu jakosti – Požadavky*, Praha: Český normalizační institut, 2016. 48 s.
- Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb – metodický návod pro sebehodnocení, In *Věstník MZ ČR 2015*, částka 16, s. 15-29.
- Koncepce ošetrovateľskej péče, In *Věstník MZ ČR 2004*, částka 9, s. 2-8.

- Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, In *Věstník MZ ČR 2016*, částka 7, s. 2-12.
- Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, In *Věstník MZ ČR 2015*, částka 16, s. 2-14.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, In *Sbírka zákonů České republiky*, 8. 12. 2011.

Elektronické zdroje:

- Etický kodex interního auditora, [online], [cit. 2009-13-1]. Dostupné z www: <http://www.interniaudit.cz/ciia/clenstvi/eticky-kodex.php>
- FRANKOVÁ, G., *Interní audit v procesu poskytování zdravotní péče*, [online], [cit. 2009-28-4]. Dostupné z www: http://www.cskz.cz/seznamy/04_frankova_Audit_Praha.ptt
- KŘIVOHLAVÝ, J., Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života, [online], [cit.2009-14-2]. Dostupné z www: http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html
- MÁDLOVÁ, I., *Sestavování standardů metodou DySSSy*, [online], [cit.2009-28-3]. Dostupné z www: <http://www.fnplzen.cz/data/prac/usek/pece/metodika%20dysssy.html>
- MARX, D., VLČEK, F., *Akreditační standardy pro nemocnice*, [online], [cit. 2013-6-12]. Dostupné z www: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>
- POLÁŠEK, D., *Kvalitní interní audit - jedna z konkurenčních výhod firmy*, [online], [cit. 2008-6-12]. Dostupné z www: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130052858>
- VÁLKOVÁ, M., *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*, [online], [cit. 2015-3-25]. Dostupné z www: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2364-hodnoceni-kvality>
- Zdraví 21, [online], [cit. 2008-27-9]. Dostupné z www: http://www.khsolc.cz/files/091zdravi_21_cil_1_9.pdf
- ZELENÝ, M., *Kvalita není jakost*, [online], [cit. 2009-14-2]. Dostupné z www: https://is.muni.cz/th/214737/lf_b/Standardy_osetrovatelske_pece_v_ceskych_ne_mocnicich.txt

Seznam grafů

Graf č. 1	Odpovědi na otázku č. 1 lékař X sestra	49
Graf č. 2	Odpovědi na otázku č. 1 auditor X auditovaní	50
Graf č.3	Odpovědi na otázku č. 2 lékař X sestra	51
Graf č. 4	Odpovědi na otázku č. 2 auditor X auditovaní	51
Graf č. 5	Odpovědi na otázku č. 3 lékař X sestra	52
Graf č. 6	Odpovědi na otázku č. 3 auditor X auditovaní	53
Graf č. 7	Odpovědi na otázku č. 4 lékař X sestra	54
Graf č. 8	Odpovědi na otázku č. 4 auditor X auditovaní	54
Graf č. 9	Odpovědi na otázku č. 5 lékař X sestra	55
Graf č. 10	Odpovědi na otázku č. 5 auditor X auditovaní	56
Graf č. 11	Odpovědi na otázku č. 6 lékař X sestra	57
Graf č. 12	Odpovědi na otázku č. 6 auditor X auditovaní	57
Graf č. 13	Odpovědi na otázku č. 7 lékař X sestra	58
Graf č. 14	Odpovědi na otázku č. 7 auditor X auditovaní	59
Graf č. 15	Odpovědi na otázku č. 8 lékař X sestra	60
Graf č. 16	Odpovědi na otázku č. 8 auditor X auditovaní	60
Graf č. 17	Odpovědi na otázku č. 9 lékař X sestra	61
Graf č. 18	Odpovědi na otázku č. 9 auditor X auditovaní	62

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník pro auditory	75
Příloha č. 2 Dotazník pro lékaře a sestry	77

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník pro auditory

Vážená interní auditorko, vážený interní auditore,

dovolte mi, Vás požádat o vyplnění krátkého, anonymního dotazníku. V rámci bakalářské práce bude vedeno průzkumné šetření v oblasti provádění interních auditů s cílem zjistit názor interních auditorů a porovnat ho s názorem auditovaných zaměstnanců.

Lékař NLP

Souhlasíte s obecně platnou definicí, že standardizovaný systém řízení kvality zavedený ve zdravotnické organizaci zvyšuje míru bezpečí poskytované péče a její kvality.

ANO NE Nevím

Byla Vám funkce interního auditora přidělena vedením kliniky, nebo jste měl/a o tuto funkci osobní zájem? Přidělena Osobní zájem

Myslíte si, že je vzdělání interních auditorů dostatečné?

ANO NE Váš návrh:.....

Domníváte se, že je práce interních auditorů přínosná a vede k odstranění neshod?

ANO NE Nevím

Probíhají interní audity ve vhodné pracovní době?

ANO NE Váš návrh:.....

Působí Vám sdělování neoptimálních výsledků svým kolegům nějaké komunikační potíže?

ANO NE Nevím

Souhlasíte, že zavedený systém pro hlášení mimořádných / nežádoucích událostí je účinný a vede ke zvyšování bezpečí a kontinuálnímu zlepšování?

ANO

NE

Nevím

Domníváte se, že účel a náplň výše uvedeného systému využívají zodpovědně všichni pracovníci, kteří mají vstup do systému hlášení MU?

ANO

NE

Nevím

Usuzujete, že má systém hlášení MU výchovný efekt?

ANO

NE

Nevím

Znáte nějakou oblast, kde jsou nedostatečně sledována rizika a bezpečnost?

.....

Děkuji za Váš čas.

Zlatuše Hýsková

Příloha č. 2 Dotazník pro lékaře a sestry

Vážené lékařky a lékaři, vážené sestry

dovolte mi, Vás požádat o vyplnění krátkého, anonymního dotazníku. V rámci bakalářské práce bude vedeno průzkumné šetření v oblasti provádění interních auditů s cílem zjistit názor interních auditorů a porovnat ho s názorem auditovaných zaměstnanců.

Lékař NLP

Souhlasíte s obecně platnou definicí, že standardizovaný systém řízení kvality zavedený ve zdravotnické organizaci zvyšuje míru bezpečí poskytované péče a její kvality.

ANO NE Nevím

Myslíte si, že funkci interního auditora přiděluje vedení kliniky, nebo má o tuto funkci osobní zájem? Přidělena Osobní zájem

Myslíte si, že je vzdělání interních auditorů dostatečné?

ANO NE Váš návrh:.....

Domníváte se, že je práce interních auditorů přínosná a vede k odstranění neshod?

ANO NE Nevím

Probíhají interní audity ve vhodné pracovní době?

ANO NE Váš návrh:.....

Pocitujete určitou frustraci při sdělování neoptimálních výsledků od kolegů / auditorů?

ANO NE Nevím

Souhlasíte, že je zavedený systém pro hlášení mimořádných / nežádoucích událostí účinný a vede ke zvyšování bezpečí a kontinuálnímu zlepšování?

ANO NE Nevím

Domníváte se, že účel a náplň výše uvedeného systému využívají zodpovědně všichni pracovníci, kteří mají vstup do systému hlášení MU?

ANO

NE

Nevím

Usuzujete, že má systém hlášení MU výchovný efekt?

ANO

NE

Nevím

Znáte nějakou oblast, kde jsou nedostatečně sledována rizika a bezpečnost?

.....

Děkuji za Váš čas.

Zlatuše Hýsková