

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Závěrečná práce

Příprava a zavádění systému řízení kvality na oddělení Urgentní příjem dospělých.

Stručná anotace

Urgentní příjem dospělých Fakultní nemocnice v Motole je oddělení poskytující péči, jaké se obvykle v zahraničí říká „Emergency“. Sledování kvality je zde velmi důležité a zavedení funkčního systému velmi obtížné. Vývoj v oblasti sledování resp. řízení kvality pokročil a nemocnice jsou nuceny držet krok s celosvětovým trendem. Česká republika a její zdravotnictví zvláště na systematické kontrolování kvality není zvyklé. Výběr systému sledování kvality, stanovení indikátorů kvality, příprava jejich systematické kontroly, vytváření zpětných vazeb a náprava nedostatků je v tomto prostředí nevíтанou, ale nezbytnou novinkou.

Při urgentních stavech je samozřejmě v popředí zájmu odborná úroveň poskytované péče. Méně pozornosti se věnuje faktorům, které podmiňují a určují kvalitu všech činností, ze kterých se skládá poskytování zdravotní péče. Jejich systematické sledování na pracovišti urgentní medicíny v nemocnici je předmětem této práce.

Škola veřejného zdravotnictví IPVZ

Rok: **2005**

Autor: MUDr Otakar BUDA

Konzultant: PhDr. Helena Hnilicová

Obsah:

I. Úvod: Obecně o sledování kvality	Str. 3
II. Systematické sledování kvality	Str. 7
III. Výběr programu zvyšování kvality	Str. 15
IV. Implementace standardů	Str. 21
V. OUPD.....	Str. 24
VI. Kontrola dodržování standardů	Str. 40
VII. Diskuse.....	Str. 41
VIII. Závěr.....	Str. 46
IX. Použité zkratky.....	Str. 47
X. Prameny.....	Str. 48

I.

Úvod

Závěrečný projekt vzniká v období, které zahrnuje několik závažných změn ovlivňujících obsah práce. V době zadání závěrečného projektu jsem se hodlal zabývat sledováním kvality při přijetí pacienta na oddělení centrálního příjmu. O sledování kvality, natož dokonce o jejím řízení byly zprávy jen velmi kusé a obecná odborná veřejnost měla za to, že se jedná o kvalitu operování, diagnostických závěrů, zkrácení čekací doby v ambulancích, tisíce děkovných dopisů dokládajících spokojenost pacienta. Byl jsem na tom stejně. Osobní i profesionální důvody mě dovedly od chirurgie k manažerským úkolům. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ byla prvním formálním vzděláváním v nové oblasti mé práce. Zájem o nové poznatky mě přivedl k zájmu o sledování *kvality poskytované péče* (o kvalitě jsem ostatně nepochyboval a šlo mi o způsob, jak doložit, že péče je kvalitní), s přibývajícím povědomím o problematice sledování a dokonce řízení kvality jsem shledal, že je naprosto nezbytné zabývat se *kvalitou samotného procesu poskytování péče*. Uvědomil jsem si, že jde o dvě rozdílné (i když související) věci a protože od zadání do vypracování práce uplynulo hodně času, stal jsem se manažerem kvality velké nemocnice a nezbylo, než v návaznosti na aktuální znalosti zpřesnit název závěrečné práce, rozšířit poněkud celou problematiku a zabývat se především způsobem, jak řídit implementaci systému kontinuálního zvyšování kvality na konkrétním oddělení. Nejde o teoretické úvahy, ale o popis procesu, který řídím. Některé údaje v práci obsažené jsou již realitou, některé budeme muset případně revidovat a provést je jinak.

Obecně o sledování kvality

Sledování jakosti je stejně staré jako všechno vědomé lidské konání. Instinkty a pudy vedou k činnostem, které mají zachovat biologický druh. Uvědomělá činnost je vyvíjena záměrně, s předpokládaným cílem, který má plnit očekávání a potřeby toho,

kdo ji provádí. Ve vývoji člověka snad není činnosti, kde by si lidstvo mohlo dovolit předem rezignovat na výsledek. I velmi primitivním předkům začalo být zřejmé, že pokud chtějí obdržet výsledek činnosti alespoň takový, jaký byl ten při posledním pokusu, je potřeba postupovat stejně nebo alespoň podobně. Zprvu intuitivní, postupně stále více cílené opakování jedné činnosti vedlo ke stále lepším výsledkům. Napodobování úspěšných a zavrhování neúspěšných pokusů se stalo součástí odlišení rodu *Homo* od prapředků. Člověk si také stále více uvědomoval, že míra uspokojení jeho očekávání či potřeb je různá. Začal vnímat a uvědomovat si rozdílnou jakost každé činnosti. Bylo tomu tak na počátku dějin lidstva při opakování náhodných úkonů, které vedly ke získání ohně, nástrojů, základních pravidel sociálního chování. S rozvojem schopnosti abstraktního myšlení je tomu tak i dnes, na současném stupni poznání světa, přírody, společenského vývoje lidstva. Během věků se sledování jakosti zdokonalilo, stalo se součástí hodnocení výrobků i služeb, odráží se v ceně. Postupně se rozšiřuje povědomí o vlivech na kvalitu výsledku a rozšiřuje se spektrum faktorů, které jsou považovány za důležité pro zvýšení pravděpodobnosti, že výsledek jakékoli činnosti bude schopen uspokojit potřeby, splnit očekávání. Je sledována kvalifikace, psychosociální prostředí, nástroje, reprodukovatelnost procesů. Podstata jakosti neboli kvality je však i dnes stejná: jde o stálou nebo vyšší míru schopnosti uspokojit potřebu, naplnit očekávání.

Moderní společnost se začala zajímat o kvalitu jako o vlastnost nabízeného zboží nebo služby s různou intenzitou v různých dobách. Zdravotnictví se dlouho sledování kvality vyhýbalo. Starověk, kde nacházíme u vyspělých kultur prapočátky vědecké medicíny, byl někdy k léčitelům krutý. Lékaři bývali sice vždy spíše vážení, ale ve starověku, kdy bývali i v postavení otroka někdy prostě museli pacienta, jehož onemocnění neskončilo uzdravením, nuceně následovat až do hrobu, i když třeba každý do svého. Pokrok v hodnocení poskytování zdravotní péče je patrný i v tomto bodě. Lékaři nahlédli, že ve vlastním zájmu je výhodné spojit léčebné procedury s nadpřirozenými silami a rozmělnit tak odpovědnost za výsledek. Velmi se to osvědčilo v monoteistických kulturních společenstvech. Židi, křesťané i mohamedáni měli jasno ve věci vůle boží, ta byla zaklínadlem, které zabíralo, osudy se naplňovaly. *Sic eunt fata homini...* (tak jdou osudy lidí...), *Pán dal, Pán vzal...*, pravívali. Pohané to měli trochu složitější. Druidové a šamani byli orientovaní na nevypočitatelnou

přírodu a vlastní bohy. Někdy se uchýlovali k praktikám, které bychom dnes možná dokázali do léčení zařadit v oblasti psychologie, psychiatrie a farmakologie v psychiatrii a které jsou z jistého pohledu na kvalitu možná trochu „nefér“. Kde byl efekt nejistý, pomohly lektvary, zaříkávání a zázračné koktaily vedoucí k subjektivním pocitům úlevy psychické a potažmo i somatické, zpravidla ve stavu změněného vnímání. Tam, kde panovalo polyteistické pojetí, se často vůle boží vysvětlující výsledek léčení obtížně připisovala jedinému zástupci pantheonu a bylo jednodušší spoléhat na vědění a vlastní znalosti. Úlohu osudu ovšem ani oni nezanedbávali. Odhalování budoucnosti a zjevení věcí příštích nechávali na odpovědnosti věštinám. Orákula bývala pronášena v patřičně mystické atmosféře. Vědomí míval totiž pozměněné poskytovatel této atraktivní služby, zatímco zákazník byl střízlivý. Bylo proto potřeba zahalit sdělení do nejasných slov, mumláním a skřeků, využít zvukových a světelných efektů, scénu zahalit kouřem nebo párami. Zákazníka měla uspokojit především show, business (obchod) následoval vzápětí, po skončení produkce. Starořeční lékaři se stali díky takto komplexnímu přístupu k pojetí kvality poskytované služby legendami a jejich jména jsou přímo symboly umění léčit. Přesto si oni ponechávali zadní vrátka a snažili se nehlásit se k odpovědnosti v celém rozsahu. Jejich následovatelé s povzdechem krčili rameny a říkali: *medicus curat, natura sanat...* (lékař léčí, příroda uzdravuje). Teprve svobodná univerzitní lékařská studia a neutuchající výzkumná vědecká činnost vedly k dodnes trvajícím trendu: shromažďovat důkazy o výsledcích používané léčby, zavrhnout postupy neúčinné a zdokonalovat postupy vedoucí k uzdravení. Dospěli jsme tak k dnešní *evidence based medicin*, léčení založeném na důkazech. Postupně se stalo sledování kvality léčení důležitým prvkem i v ekonomice: proč platit za něco, co není léčivé a často ani příjemné? Ukázalo se, že i oblast tak málo vhodná k poměřování, jakou medicína bezesporu je, má hodně prvků, které je možné měřit a usuzovat tak o kvalitě. Vrátime-li se ke kvalitě jako schopnosti uspokojovat potřeby a naplnit očekávání, ukáže se, že se skládá z dílčích stavebních kamenů, které vytvářejí společně kvalitu procesu léčení, v nemocnicích proces poskytování zdravotní péče. Zpřesněn byl obsah pojmu *kvalita*. Zdravotnická definice zní následovně: *kvalita péče je úroveň, na kterou se při poskytování péče v souladu s aktuálními odbornými poznatky zvýší pravděpodobnost dosažení stanovených cílů v oblasti zlepšení zdraví jednotlivce či populace.*

Dospěli jsme k poznání, že kvalita procesu poskytování zdravotní péče závisí na kvalitě každé činnosti, z které je proces složen. Ukázalo se, že prostředky a úsilí vynaložené na manažerskou i odbornou přípravu každé, i dílčí činnosti ve zdravotnictví včetně výcviku personálu, zajištění technických podmínek k léčení, uplatnění znalostí nabytých výzkumem, respektování sociálního zázemí zdravotníků i nemocných, se vyplácí jen v případě, že dosahují určité kvality. Má-li kvalita ve zdravotnictví existovat, musíme ji umět hodnotit v duchu Demingova „Co nelze měřit, neexistuje“.

Jak řečeno v úvodním pseudohistorickém exkursu, vítězily snahy opakovat úspěšné postupy. Zejména tam, kde je výsledek činnosti považován za závažný a člověk se velmi snaží o dosažení efektu, který co nejlépe uspokojí jeho očekávání, soustředí se pozornost na každou část přípravy procesu: na surovinu, dodržení technologického postupu, na každý dílčí úkon, na schopnosti každého jednotlivce. Prostředkem, který se v široké míře osvědčil, je *standardizace*. Je to postup, kterým se člověk snaží dosahovat stejnými (standardními) procesy stejných (standardních) nebo lepších výsledků. Standardizovat znamená *zmenšovat nežádoucí a nepodloženou míru variability* ve výrobě nebo v procesu poskytování služby. Standardní postupy zvyšují pravděpodobnost standardních výsledků. Za potřebné považuji upozornění na rozdíl mezi hodnocením *kvality procesu* poskytování zdravotní péče a *hodnocením výsledků poskytování* zdravotní péče. Dosud se význam směřuje a za kvalitu poskytování péče se považuje efekt léčení na zdravotní stav, efekt konkrétního operačního postupu, použití komplikovaného technického vybavení. Jde o dvě různé problematiky. Mluvíme-li o standardech péče, rozumí se tím standardy procesů nebo činností vykonávaných během léčení, například podávání léků, vyšetření pacienta, kvalifikace a kompetence osob poskytujících péči apod. Výraz „standard“ se používá někdy chybně i pro léčebné postupy, pro které je ovšem podle mého názoru správný výraz *doporučený postup* (guideline). Standardy dávají prostor k používání *guidelines* a požadují, aby podobná nebo stejná péče poskytovaná na různých pracovištích nemocnice byla poskytována stejně, nejlépe podle jednotného doporučeného postupu.

Pozn.: Doporučené postupy v medicíně

V České republice vznikají doporučené léčebné postupy z iniciativy a pod dohledem vědeckých rad odborných společností nebo České lékařské komory, případně jsou výsledkem rozsáhlé studie. Zobecňují poznatky o podstatě vybraného onemocnění a doporučují postup založený na důkazech o jeho prospěšnosti pro nemocného (evidence based medicin). V každém případě musí být doporučený postup konsensuálně přijat autoritami oboru. Poskytovatelé péče, nemocnice i každý subjekt poskytující péči, si volí, zda a který doporučený postup použijí. Použití se zpravidla realizuje tak, že z obecných doporučení je potřeba vytvořit závazný postup daný vnitřní normou konkrétního pracoviště. Tím je docíleno, že každý ze zaměstnanců bude postupovat stejně. Například oddělení Urgentní příjem si vybralo Doporučený postup ošetření pacienta s akutním koronárním syndromem schválený Vědeckou radou České lékařské komory a v něm doporučené postupy se snaží realizovat v konkrétních podmínkách v nemocnici Motol. Přijali jsme organizační opatření kodifikovaná vnitřním předpisem k tomu, abychom byli schopni dodržet požadavky doporučeného postupu. Podotýkám, že v ČR nejsou doporučené postupy právně závazné (nebude jím ani tzv. Závazný postup ČLK při CMP doporučující trombolytickou léčbu konkrétním preparátem). Pokud ale dojde ke sporu, je potřeba vysvětlit a obhájit, proč bylo postupováno jinak.

II.

Systematické sledování kvality

Systematické sledování kvality se zprvu soustředilo ve výrobní sféře. V první polovině minulého století se obecně platné principy sledování jakosti začaly používat i při poskytování zdravotní péče. Postupně se dostaly do popředí manažerských aktivit a daly vzniknout celým systémům. Hledaly se stále průkaznější indikátory kvality v procesu léčení, ošetrovatelské péče. Hodnocení úspěchu léčby pouze přítomností nebo absencí choroby se ukázalo jako primitivní. Vznikly nové názory na léčení, vznikla *medicína založená na důkazech* (evidence based medicin). Zároveň se rozšiřuje i filosofický a sociální pohled na nemoc a zdraví. Přestává vyhovovat úzký pohled na zdraví fyzické, pojem se rozšiřuje o aspekt psychosociální. Ruku v ruce s názory na lidská práva se mění i názor na práva člověka v období nemoci, objevuje se mezinárodní úmluva o biomedicíně. Poskytování zdravotní péče se stává nejen prioritou společenskou a politickou. S rozvojem technologií se stává stále více i problémem ekonomickým. Možnosti medicíny z hlediska pokroku a vyspělosti technologií daleko předstihují možnosti ekonomických systémů takovou péči uhradit. Vývoj směřuje k racionálně dislokovaným vyspělým technologiím, zajištění jejich

dosažitelnosti a efektivního využití pomocí dopravní obslužnosti, převažuje kvalita péče nad kvantitou. Jsou dávno pryč doby, kdy se kvalita péče měřila počtem nemocničních lůžek. Generace našich otců, a zejména generace naše, již je konfrontována se snahou o kvalitu produkce téměř na úrovni fetiše. Kvalita je první proklamovanou vlastností výrobku. Služby jsou nabízeny v *nejvyšší možné kvalitě*. Konzumní společnost porovnává výrobky srovnatelné kvality pomocí poměru kvalita/cena. V teorii managementu se objevují termíny jako *quality control*, *quality management*, dokonce *total quality management*, *continuous quality improvement*, objevuje se systematický přístup k hodnocení kvality. Kvalita proniká do všech oblastí řízení podniků, mluví se o řízení kvality i o kvalitě řízení, významné mezinárodní nadace udělují ceny za kvalitu. Systém jde cestou norem vydávaných mezinárodními institucemi, denně slyšíme o shodě s ISO normami v nejrůznějších oblastech života. Pomalu se ustálily více či méně významné organizace, které se zabývají vytvářením systémů pro sledování a zvyšování kvality. V záplavě proklamací o kvalitě dosahované jednotlivými subjekty na poli jejich činění vyvstala potřeba poněkud objektivizovat často dryáčnická prohlášení a sebechválou vycpané reklamní balóny.

II. 1. Systémy řízení kvality

Na významu nabývají systémy hodnocení dosahované jakosti nezávislým subjektem, akreditačním orgánem. Tento trend zasáhl v prvních desetiletích minulého století i zdravotnictví. Právě u velkých poskytovatelů zdravotní péče, tj. u nemocnic, by bylo pro klienta resp. pacienta velmi těžké, ne-li nemožné, přesvědčit se o kvalitě poskytovaných služeb dříve, než bude její péči potřebovat. Nemocnice začaly zveřejňovat marketingově zajímavá data o prokazatelně dosahované kvalitě poskytovaných služeb. Plátcí zdravotní péče i pacienti se mohou v rámci svých možností rozhodovat o tom, které zdravotnické zařízení je pro ně nejvýhodnější. Vznikaly systémy hodnotící kvalitu procesů v nemocnicích. Z nich se dnes používají jednak metody založené na sebehodnocení a benchmarkingu, jednak metody založené na porovnání s normami ISO nebo se standardy. Za významné považujeme dnes systémy:

- Národní cena Malcolma Baldrige. Uděluje Národní institut pro standardy a technologii při Ministerstvu obchodu USA. Uděluje se v kategoriích: Výrobní organizace, Organizace služeb, Drobné podnikání. Od roku 1998 jsou publikována kritéria Baldrigeovy ceny pro zdravotnictví. Kromě prestiže má význam i pro partnerství mezi soukromým a veřejným sektorem. Významná je i tím, že její nositelé jsou povinni zveřejňovat zájemcům informace o tom, jak postupují při zvyšování kvality. Důležitá je i podmínka kontinuálního zvyšování kvality.
- EFQM – Evropská nadace pro řízení kvality. Byla založena 1988 prezidenty čtrnácti nejvýznamnějších společností v Evropě za podpory Rady Evropy. V současné době je jejími členy více než 600 společností. Jedním z cílů EFQM je poskytovat základní metodiku řízení organizace a poskytovat kritéria (standardy) pro její řízení a pro identifikaci oblastí, ve kterých je možno se zlepšit bez ohledu na velikost organizace a spektrum její činnosti. Je rovněž příkladem spolupráce veřejného a soukromého sektoru. Uděluje rovněž cenu v kategoriích: Společnosti, Provozní jednotky společnosti, Instituce v rámci veřejného sektoru, Malé a střední podniky.
- Mezinárodní organizace pro standardizaci – ISO. Sídlí v Ženevě a je celosvětovou federací národních organizací pro standardizaci. V USA je členem ISO Americký národní institut pro standardy (ANSI).

Tento směr podporuje i International Society for Quality in Health Care – ISQua. ISQua vyvinula akreditační standardy v agendě pro vedení programů akreditace - ALPHA. Standardy ALPHA jsou pojaty tak, aby zohledňovaly kvalitu všech aspektů a respektovaly požadavky Mezinárodní organizace pro standardizaci (International Standards Organisation – ISO), Baldrigeova kritéria výkonové dokonalosti a kritéria organizační dokonalosti. V ISQua je například Joint Commission International on Accreditation (JCIA), Canadian Council on Health Services Accreditation (Kanada), Australian Council on Healthcare Standards (Austrálie) a další.

Po změně politického systému byly i v ČR snahy o implementaci systému zajišťování a zlepšování kvality zdravotní péče a posléze i o zavedení akreditace do zdravotnictví. V České republice vznikla v roce 1998 Spojená akreditační komise (SAK) jako nezávislá organizace poskytovatelů zdravotní péče. Jejími zakladateli se staly Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. Byla vydána vyhláška MZ ČR, která definovala 50 akreditačních standardů. V současné době (rozuměj v době vzniku této práce; pozn. autora) jsou akreditovány nejméně 3 nemocnice v ČR a další se připravují. Spojená akreditační komise usiluje o statut národního akreditačního orgánu. V roce 2000 vláda ČR svým usnesením č. 458/2000 přijala Národní politiku podpory jakosti a na ministerstvu zdravotnictví vznikla Rada pro kvalitu ve zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví v současné době vyvinulo intenzivní snahu institucionalizovat zabezpečení programů a projektů kvality zdravotní péče. Důležitou skutečností je vznik *Centra pro řízení kvality ve zdravotnictví*, které se stalo součástí Státního zdravotního ústavu.

II. 2. Programy zvyšování kvality

Výsledkem systematického přístupu k hodnocení kvality jsou různé programy sledování kvality. Jejich zavádění (implementace) se stalo i předmětem podnikání. Poradenské firmy rostou jako houby po dešti. Jejich ambicí je většinou získat postavení národního akreditačního orgánu a zajistit si tak nejvýhodnější místo na trhu. Nabízejí nejrůznější aktivity vedoucí ke vzniku systému řízení kvality a snad všechny slibují i osvědčení. Hodnota nabízeného osvědčení se odvíjí od ratingu firmy. Některé firmy mají samy mezinárodní akreditaci opravňující k udělování certifikátů některého ze systému sledování kvality, jiné udělují vlastní certifikáty bez jakéhokoli renomé, spíše jako ozdobu ředitelské pracovny. Soutěží mezi sebou a společně pak i se státem zřizovanými centry. Mezi nabízenými programy nejčastěji převažují akreditace a certifikace. Uvedu alespoň základní charakteristiky.

a) Akreditace.

Oficiální uznání, že zdravotnické pracoviště nebo zařízení je způsobilé (organizačně a technicky) k poskytování kvalitních služeb a má vytvořen funkční a efektivní systém pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče.

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

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

Účelem a smyslem procesu akreditace je zlepšovat kvalitu poskytované péče v rámci zdravotnických institucí a tím i v celém systému zdravotnictví na základě průkazně ověřených vědeckých poznatků a zkušeností. Jak akreditace sama, tak zejména příprava na ni, má vzdělávací, organizačně kultivační, standardizační a ověřovací charakter. V akreditačním procesu by měly být rovněž zabudovány principy hospodárného využití lidských zdrojů, finančních i materiálních prostředků.

Cílem akreditace nemá být v prvním plánu pragmatické získání akreditačního osvědčení. Cílem je dosáhnout co nejlepší péče pro pacienty za co nejlepších pracovních podmínek pro zdravotnické pracovníky a zavedení prokazatelně efektivního systému trvalého zvyšování kvality. Akreditace je osvědčením o tom, že organizace takový funkční systém zavedla. Takto pojatou proceduru lze označit jako *komplexní akreditaci nemocnic*.

Význam akreditačního procesu pro organizaci spočívá:

- § v jeho reálném příspěvku k vytváření podmínek pro zavedení programu soustavného zlepšování kvality ve zdravotnických institucích
- § v zavádění průkazně ověřených doporučených postupů a standardů do poskytování zdravotnických služeb
- § ve formální informaci a záruce pro pacienty, že zdravotnická instituce splňuje rozhodující předepsané a očekávané požadavky na kvalitu a bezpečnost péče

§ pro veřejné plátce zdravotní péče je akreditace signálem, že prostředky vynaložené ze shromažďovaných zdrojů jsou vkládány do služeb, které mají ověřenou úroveň kvality a bezpečnosti

Akreditace je většinou dobrovolná. Málokterá nemocnice si ovšem může dovolit vyhnout se tomuto procesu. Ohrozilo by to důvěru pacientů a okolí ve zdravotnické zařízení a ve svém důsledku by vedlo i k omezení alokace finančních prostředků plátců péče do zdravotnického zařízení. Akreditační proces začíná po přípravě oficiálním podáním přihlášky k akreditaci u organizace, která akreditace provádí. Organizace se seznámí s procesem přípravy, v případě souhlasu zaplatí příslušné smluvní poplatky a obdrží akreditační standardy, které musí při akreditaci splnit. Tyto standardy představují zpravidla nepodkročitelné minimum, na kterém se shodli experti z dané země a ze světa. V termínu porovná inspekční tým (většinou lékař, zdravotní sestra) požadavky s realitou v hodnocené nemocnici. Pokud je vše v pořádku, obdrží nemocnice akreditační osvědčení, které je platné 2 – 3 roky. Pokud nemocnice požadavky nespĺňuje, obdrží seznam nedostatků a termín, do kterého mají být odstraněny.

b) Certifikace

Certifikace dle ČSN EN 45020 – postup, kterým třetí strana poskytuje písemné ubezpečení, že výrobek, proces nebo služba jsou ve shodě se specifikovanými požadavky. Tyto požadavky mohou být dány normativním nebo jiným obdobným předpisem (př. ISO 9001, metodický pokyn, ...)

Certifikace systému jakosti dle ČSN ISO 9000 – prokazuje, že dodavatel (laboratoř, zdravotnické pracoviště..) zvládá své postupy v oblasti, která je certifikována. Certifikace stvrzuje, že dodavatel je schopen v oblasti specifikované v certifikátu systematicky plnit požadavky na poskytovanou službu nebo výrobek. Důvěra zákazníka je pak oprávněná a pro podnik je certifikát konkurenční výhodou.

Nová řada ISO 9000:2001 má 3 normy základní normu ISO 9000, požadavkovou normu ISO 9001 (co musí organizace splnit) a ISO 9004 (způsob implementace ISO 9000).

ISO 9001 – základní model pro kontrolu kvality. Jestliže jsou podmínky této normy v organizaci naplněny, znamená to pro zákazníka jistotu kvality nebo služeb této organizace. Je to desetistránkový dokument pro běžného čtenáře málo srozumitelný. Ve zjednodušené formě vyžaduje, aby organizace

§ řekla, co dělá

§ dělala, co řekla

§ dokumentovala, co udělala

§ zlepšovala výsledky vzhledem ke skutečným výstupům.

c) EFQM model

EFQM (European Foundation for Quality Management) model excellence obsahuje 9 základních kritérií, je rozdělen na model pro organizaci do 250 zaměstnanců (22 subkritérií) a nad 250 zaměstnanců (36 subkritérií). Model ukazuje, jak spokojenost klientů, zaměstnanců a dopad na společnost jsou ovlivňovány vedením firmy, které řídí strategii a plánování, řízení lidí, zdrojů a systém jakosti a procesy.

Model využívá především metody sebehodnocení a benchmarkingu. Pomocí sebehodnocení popíše procesy v organizaci a pomocí benchmarkingu srovnává výsledky s výsledky jiných organizací. Pomocí tohoto modelu by se měly sjednotit osobní cíle pracovníků se strategickými cíly organizace. Je to program preventivní.

Pro uplatnění jakéhokoli modelu je důležité:

§ Nesnažit se stát vynikající organizací v krátkém čase

§ Začít s oblastmi, které mají největší vliv na spokojenost zákazníků a vztahují se ke klíčovým procesům

§ Volit témata, kde je zdokonalení žádoucí a schůdné.

Akreditace nebo certifikace

Zdravotnická zařízení představují nejkomplexnější organizační systémy ve světě. Dočetl jsem se, že jsou asi o 200% složitější, než obdobné průmyslové organizace.

Evropa, která se od začátku ubírá cestou ISO norem, zjistila, že má problém aplikovat standardy ISO ve zdravotnictví. Celkově lze shrnout, že akreditační standardy (například JCI) jdou za hranici kvality, zaměřují se na celou organizaci, nikoli na jednu prioritu, která se jmenuje kvalita.

Oba způsoby potvrzování úrovně kvality mají společnou organizační náročnost přípravy. Jde o přípravu podmínek pro celou řadu změn, někdy i velmi zásadních a navzájem velmi provázaných. Většina změn představuje inovace vyššího řádu.

Změní se podniková kultura, řízení lidských zdrojů. Změní se zcela zásadně pohled na pacienta jako ústřední objekt zájmu a veškerého snažení nemocnice.

K zahájení akreditační „řetězové reakce“ je potřeba vytvořit velmi pečlivě takové podmínky, aby se metoda a cíle nediskreditovaly diletantským počínáním organizátorů.

Shody mezi ISO 9000:2000 a JCI akreditací

- Metodologie shodná-systémový přístup
- Zaměření na klienta
- Zaměření na proces
- Zdůraznění role vedoucích
- Požadavek jasné mise, vize, priorit
- Zajištění systematického procesu projektování a měření systému
- Rozhodování založené na faktech
- Zlepšení procesu, ne na individuální výkonnost
- Týmová spolupráce na všech úrovních.

III.

Výběr programu zvyšování kvality

III. 1. Akreditovat, či certifikovat?

Řešení této otázky jistě není jednoduché. Běžné podniky jsou certifikovány dle ISO norem (procesní přístup, identifikuje procesy, zavádí kriteria a metody, informace k řízení a sledování, měří, sleduje a analyzuje procesy). Pro nemocnici se jeví lepší použít akreditační kriteria, protože ISO normy nepokryjí celou problematiku zdravotnického zařízení. Vzhledem k výše uvedenému faktu složitosti zdravotnických zařízení a po dlouhých diskusích je tendence zdravotnická zařízení jako celek akreditovat a některé provozy v nemocnicích certifikovat (transfusní oddělení, lékárna, biochemické i jiné laboratoře, technické provozy, knihovna, apod.).

Motivace k akreditaci je nasnadě. Pro rozhodnutí je podstatné, že nemocnice bez systému sledování kvality poskytované péče, zvyšování bezpečnosti a snižování rizik pro pacienty i personál v budoucnosti ztratí své postavené na trhu poskytovatelů zdravotní péče, zejména v kontextu se sousedními státy – členy EU. Lze předpokládat, že s akreditací získáme možnost ošetřovat pacienty i ze zemí, kde jsou „čekací lhůty“ na některé zdravotnické výkony, že finanční prostředky budou plátcí zdravotní péče alokovat přednostně do zařízení s garantovanou kvalitou péče i hospodaření, v neposlední řadě lze očekávat, že se zlepší se chod celé nemocnice, což se projeví na hospodářském výsledku.

Vedení Fakultní nemocnice v Motole rozhodlo na podzim roku 2003 o komplexní akreditaci celé nemocnice podle mezinárodních pravidel Joint Commission International. Je potřeba vědět, že motolská nemocnice patří k opravdu velkým nemocnicím se svými 2200 lůžky, 5000 zaměstnanci a téměř 5 miliardami ročního obratu. Poskytuje základní péči územní spádové oblasti s přibližně 500 – 600 000 obyvatel, specializovanou péči několika krajům a vybranou velmi specializovanou péči celé České republice. Rozhodující při výběru akreditační firmy byla propracovanost standardů, jejich mezinárodní platnost, prestiž u pacientů, u manažerů ve zdravotnictví a především u plátců zdravotní péče v zahraničí. Firma Joint Commission International imponuje i vlastní historií.

Z historie JCI:

- Historie programů kvality zdravotní péče začala v USA na počátku minulého století, jako zakladatel je uváděn **Ernest Codman**. V roce **1917** rozvinula American College of Surgeons **Základní standardy pro nemocnice**, při provádění inspekci pouze asi 15% nemocnic vyhovělo požadavkům. V roce 1926 byl vydán první tištěný manuál.
- Od roku 1950 se začalo řídit akreditačními standardy více 3200 nemocnic. V roce 1951 byla vytvořena Společná komise pro akreditaci nemocnic (JCIAHO). Tato organizace začala vytvářet standardy a od roku 1953 je začala publikovat.
- Od roku 1970 se staly standardy **optimálním stupněm kvality** namísto minimální úrovně kvality.
- V roce 1987 byl změněn název na dnešní Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisation (JCAHO).
- V roce 1988 byl rozvinut **systém hodnocení ukazatelů** – IMS – Indicator Measurement System.
- JCAHO hodnotí více než 15 000 zdravotnických zařízení v USA. Do IMS jsou nyní zařazeny indikátory v rámci kardiovaskulárních chorob, epidemiologických opatření, porodnictví, onkologie, operační péče, užívání léků, úrazů. V roce 1998 byla vytvořena JCAHO mezinárodní Joint Commission International on Accreditation (**JCIA**).
- Programy mezinárodní akreditace nemocnic: Do července 2003 více než 40 akreditovaných (Turecko, SAE, Saudská Arábie, Brazílie, Thajsko, Španělsko, Irsko, Německo, Itálie, Dánsko, Rakousko).

Vedení nemocnice za velmi důležité považovalo silné stránky akreditačního procesu JCI shrnuté v následujícím výčtu:

Charakteristika akreditace JCI

- Základem akreditačního programu jsou standardy vypracované na základě mezinárodního konsensu a jsou koncipované jako optimální (nikoli minimální).
 - Standardy vycházejí z principů řízení a kontinuálního zvyšování kvality.
 - Akreditační proces respektuje právní prostředí jednotlivých států a jejich náboženské, a kulturní odlišnosti.
 - Akreditace JCI se udílí na základě spolehlivého, objektivního a pravdivého hodnocení.
 - Na základě posouzení výsledku místního šetření vynáší konečný výrok o akreditaci mezinárodní akreditační výbor.
 - Akreditace je dobrovolná a poskytuje viditelný závazek organizace zlepšovat kvalitu péče.
 - Doba platnosti akreditace je 3 roky.
-

III. 2. Koncepce systému sledování kvality ve FN v Motole

Nelze si představit, že by se oddělení samostatně pokusilo o zavedení změn vyplývajících z požadavků akreditačních standardů. Velmi důležitým předpokladem pro úspěšnou akreditaci je totiž spolupráce všech pracovišť nemocnice. Spolupráce tak úzká, že si vyžaduje změnu podnikové kultury a zažitých zvyklostí. Jako osoba pověřená přípravou akreditace v celé nemocnici jsem začal koncipovat přípravná opatření umožňující implementaci standardů. Za první úkol jsme si předsevzali

vytvoření systému kooperujících struktur, které budou mít sledování a zvyšování kvality a kultivaci systému za úkol. Definovali jsme základní členy systému. Pro prvky struktury jsme vypracovali popisy činnosti a okruhy odpovědnosti za implementaci systému do činnosti nemocnice.

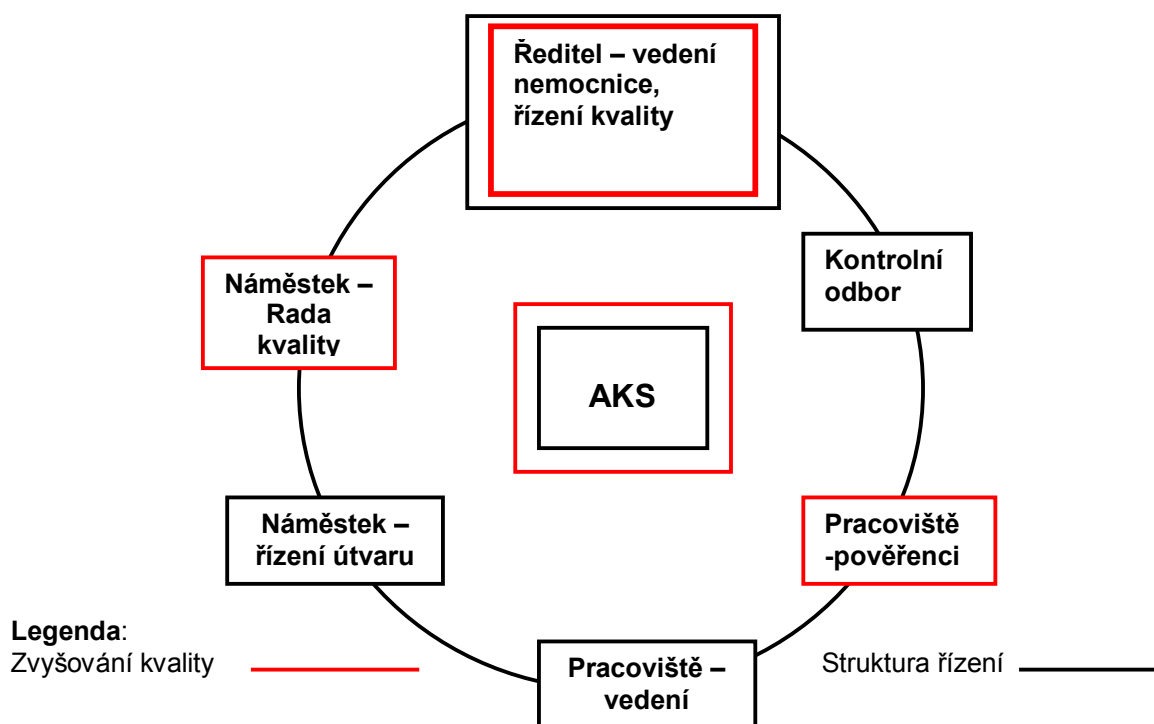
Základní prvky systému

Po prostudování řady materiálů, konzultacích v nemocnicích, které již akreditační řízení zahájily, a při znalosti prostředí FN v Motole považují za účelnou následující strukturu:

- ředitel nemocnice
- akreditační středisko
- rada kvality
- sbor pověřenců z jednotlivých pracovišť

Obr. č. 1

Schéma prvků systému kvality



Ředitel

Úloha ředitele nemocnice je ve sledování kvality zcela zásadní. Ředitel je tím, kdo celý proces zahajuje a táhne. Přistoupení na zásady standardů znamená sérii změn, které bude potřeba připravit a řídit. Jakmile jen na okamžik vznikne pocit oprávněné pochybnosti personálu o postoji ředitele k akreditaci, je vynaložené úsilí a prostředky znehodnoceno. Jen v malé míře a jen některé kompetence lze delegovat. Naprosto však nelze rezignovat na postavení lídra procesu sledování kvality, na úlohu představitele a hlasatele ideje zvyšování kvality a bezpečnosti poskytování péče naší nemocnicí. Ředitel a právě jen ředitel je osobou, která udržuje v personálu povědomí o smyslu úsilí, které není malé. Je výhodou, když má ředitel k dispozici jednak strategický záměr, s kterým se ztotožňuje rozhodující část podřízených (samozřejmě a především i nadřízených), jednak tým podřízených, který dokáže vizi i poslání ředitele realizovat. Implementace systému sledování kvality zahrnuje i zpětnou vazbu umožňující řediteli reagovat na výstupy z kontrolní činnosti a volit takticky nejvýhodnější nástroje řízení při naplňování strategických cílů nemocnice.

Akreditační středisko (AKS – pracoviště pověřené řízením kvality)

Jde o tým, který je pověřen přípravou akreditace v nemocnici. Může se tak stát na pracovněprávním podkladě s redefinováním pracovního zařazení, novými smlouvami, novou náplní práce, harmonogramem a platovým výměrem. Pracoviště je zařazeno do struktury nemocnice a má standardní náležitosti organizační jednotky. Pokud je tento postup navýsost technickou stránkou tvoření týmu, považuji jej za naprosto přijatelný a pro někoho dokonce i potřebný. Sestavení týmu pro akreditaci je z hlediska funkce potřeba nahlížet trochu jinak, netradičně. *Teambuilding* je cestou k fungujícímu článku struktury. Zde je potřeba uplatnit všechny zásady moderního řízení lidských zdrojů, leadershipu, motivování, učící se organizace. Vyjděme z nejdůležitějších úkolů AKS: ve spolupráci s externím konzultantem připravit metodiku implementace standardů v nemocnici, vypracovat a zavést systém kontroly zvyšování kvality, edukovat pověřence z oddělení, být servisem pro Radu kvality v nemocnici i pro inspektory akreditační komise, udržet kontinuitu know-how s ohledem na reakreditaci v pravidelných intervalech. Je zřejmé, že jde o práci, která vyžaduje dobrou znalost prostředí nemocnice, znalosti z oblasti poskytování

zdravotní péče stihně jako z hospodářské a správní oblasti. Dosah standardů se prolíná a proto i stanovené úkoly jednotlivých členů týmu se budou prolínat. Není možné stanovit jednoznačnou hierarchii v týmu. Jednoznačný bude však stanovený rozsah odpovědnosti v jednotlivých dílčích úkolech. To povede k tomu, že v jednom úkolu bude odpovědnost za vyřešení stavět člena týmu do čela, zatímco v jiném úkolu bude podřízen jinému členovi týmu. Jednoznačná je jen odpovědnost vedoucího týmu v rozsahu, že tým pracuje a má výsledky.

Sbor pověřenců z jednotlivých pracovišť

AKS si pro zpracování standardů na jednotlivých pracovištích sestavuje dílčí týmy ze zástupců zdravotnických pracovišť. Práci s nimi organizují členové AKS, metodicky je vedou a navrhují jejich odměňování řediteli v návaznosti na splnění úkolů.

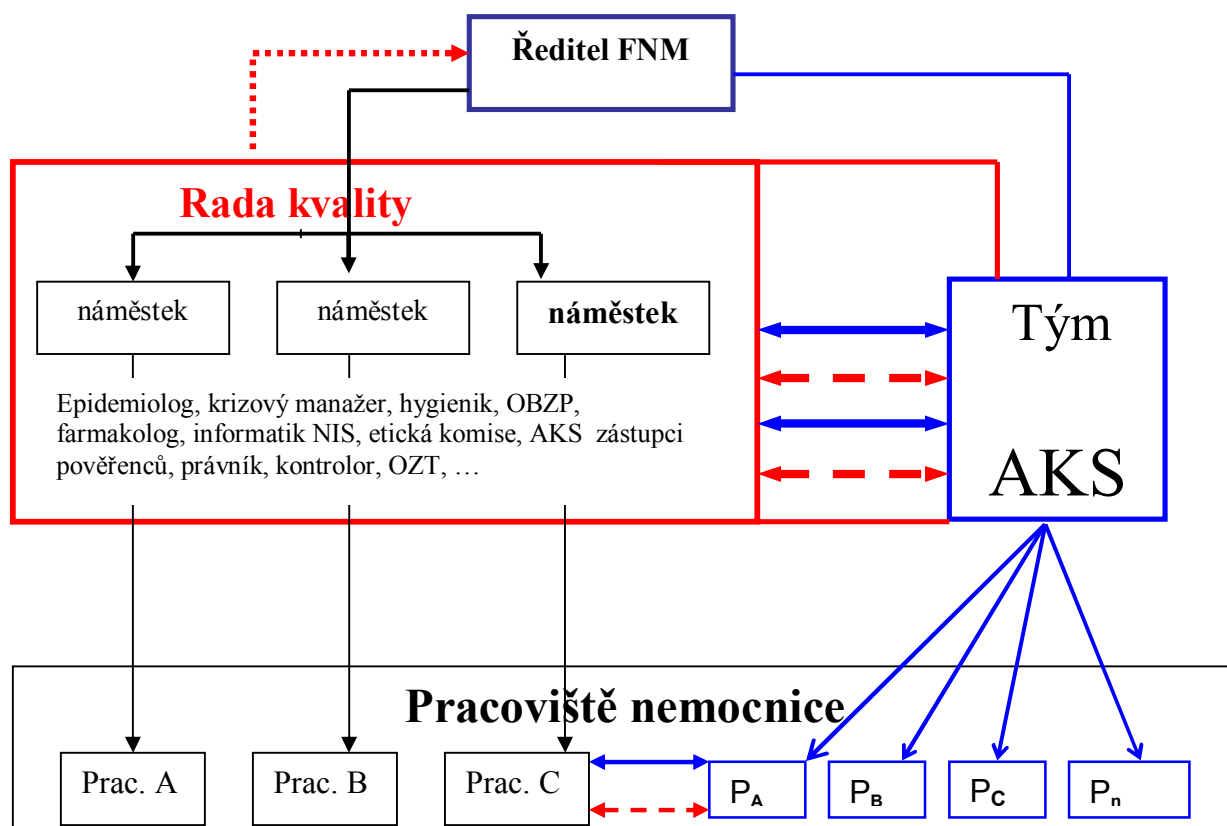
Úkolem pověřenců je pracovat ve skupinách zprvu na problematice společné celým úsekům nemocnice. Připraví směrnice upravující specifickou problematiku do podoby návrhu směrnice. Podepsaná směrnice se stává součástí systému vnitřních normativních aktů nemocnice.

Rada kvality

Jde o poradní orgán ředitele v oblasti zvyšování kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče. Název je libovolný, měl by vyjadřovat snahu o kontrolu kvality, případně zvyšování bezpečnosti při poskytování zdravotní péče jako vůdčí principy. (Synonymem pro *zvyšování bezpečnosti* je v některých státech *snižování rizika*. Bezpečnost se ovšem podle mého týká nejen pacientů, ale i prostředí nemocnice a personálu.) Podobně jako jiné poradní orgány ředitele musí mít jmenované členy a jednací řád. V čele Rady kvality je přirozeně ředitel. Členy Rady kvality (dále jen RQ) jsou: všichni náměstci ředitele, AKS (vedoucí AKS je výkonným sekretářem RQ), odborníci na informační technologie, hygienu práce, ochranu a bezpečnost zdraví při práci, epidemiolog, krizový manažer, farmakolog, případně další. Mohou být buď stálými členy, nebo zváni jako experti na jednání.

Obr. č. 2

Organizační schéma systému řízení kvality



Legenda:

AKS - Akreditační středisko

P_n – Týmy pověřenců z jednotlivých pracovišť nemocnice

— Vztah podřízenosti (řídicí struktura)

..... Poradní vztah

- - - Metodické vedení, servis

— Procesy, týmy, leadership

Obrázek znázorňuje řídicí hierarchii od ředitele, podřízených náměstků vedoucích své odbory, přes vedení pracovišť až k podřízeným zaměstnancům v levé části schématu (černě). Samostatné pracoviště AKS (modře) v pravé části schématu je podřízeno řediteli, vytváří samostatné dílčí týmy zaměřené na kapitoly standardů a vede je metodicky. Pověřenci z dílčích týmů (modře) jsou podřízeni vedoucím pracovišť, tím i náměstkům. U ředitele se kruh uzavírá. Rada kvality jako poradní orgán ředitele spojuje inovace a operativu společnou agendou. Plán činnosti koncipovaný Akreditačním střediskem a předkládaný ke schválení Radou kvality má význam v tom, že dává členům AKS kompetence k tomu, aby vyžadovali spolupráci

od podřízených všech náměstků, dokonce aby se mohli obracet přímo na jednotlivé náměstky. Vytvořili jsme *de facto* situaci, kdy příprava změn se odděluje od operativně řídicí struktury. Toto uspořádání má, zdá se, několik výhod. První z nich je, že kopíruje existující řídicí struktury v nemocnici a jejich hierarchii. Budou tedy snadněji zřejmé okruhy odpovědnosti za implementaci pro skupiny i jednotlivce.

IV.

Implementace standardů

Standardy JCI

Standardy jsou v pojetí JCI optimální mírou kvality. Pokrývají všechny oblasti činností, které se v nemocnici vyskytují. Podle zaměření jsou řazeny do skupin. V zásadě se dělí na skupinu standardů upravujících požadavky na kvalitu poskytované péče, na kvalitu řízení organizace a na kapitolu standardů určujících ukazatele kvality za celou nemocnici, jejichž pomocí bude sledováno trvalé zvyšování kvality (kapitola QPS). Manažerské standardy vytvářejí podmínky pro uplatnění standardů zdravotní péče.

Obr. č. 3

Skupiny standardů JCI

Zkratka	Název	Odpovědnost
PFR	Práva pacientů a jejich blízkých	Náměstek LP (LP), Hlavní sestra (HS)
ACC	Dostupnost a kontinuita péče	LP, HS
AOP	Vyšetření	LP, HS
COP	Terapeutická péče	LP, HS
PCI	Nemocniční nákazy	LP, HS
PFE	Edukace pacientů a jejich blízkých	LP, HS
GLD	Řízení a vedení	Ředitel, náměstci, Právní odbor
MOI	Řízení informací	Informatika + všichni náměstci
FMS	Bezpečnosti nemocničního prostředí	Organizačně technický náměstek,
SOE	Kvalifikace a vzdělávání personálu	PaM náměstek, LP, Hlavní sestra
QPS	Kvalita a bezpečí pacientů	Všichni náměstci, IT (sběr dat a analýzy)

Již podle způsobu vytvoření standardů lze mluvit o mezinárodních standardech. Zpracovalo je 16 lékařů z několika zemí. V žádném případě se tedy nejedná o americké standardy a předem je možné odmítnout námitky, že ...“my jsme tady a v Americe at' si dělají, co chtějí“...

Poslání jako základ strategie i taktiky

Nejen kvalitní péče, ale vůbec směřování jakékoli práce musí mít cíl, kterého chceme dosáhnout, který dává vykonávání jakékoli práci smysl. Pro stručný popis cíle, ke kterému směřuje práce organizace, se v managementu vžil termín *poslání (mission)*. I standardizace má své poslání. Jako poslání pro systém sledování kvality navrhuji heslo: ŘÍKEJME, CO DĚLÁME A DĚLEJME TO SPRÁVNĚ

Implementací se rozumí zavádění změn vyvolaných akreditačním procesem do rutinního života nemocnice. Jde jednoznačně o nejdelší a nejtěžší část práce. Písemné zpracování standardů do podoby, ve které je podle nich možno v nemocnici pracovat, by trvalo určitou dobu. Odhadem 4 – 6 měsíců. Za tu dobu bychom mohli naplnit několik šanonů písemným materiálem. Představuje to však jen sotva desetinu celkové práce. Zbylých devět desetin představuje každodenní snaha podle standardů jednat a pracovat. Domnívám se, že jakkoli je možné objednat u konzultantské firmy již naplněné šanony s předpisy, konfekční zdravotnickou dokumentaci a spoustu jiných prefabrikovaných nezbytností, správná cesta je jiná. Moje představa vznikla po konzultacích s externím poradcem, se členy AKS, po návštěvě nemocnice, kde akreditace probíhá. Jsem toho názoru, že pro autentický systém řízení kvality je naprosto nutné začít budovat jej po částech, za neustálé kontroly, edukace a zdokonalování sebe i personálu. Musí vznikat s pocitem, že se na něm mohl podílet každý z nemocnice. Pak budeme moci mluvit o implementaci za spolupráce ostatních a ne o implementaci proti všem. Předpokládaný postup bude podle mého následující:

1. Tým AKS připraví plán práce a implementace ve spolupráci s externím konzultantem. Připraví analýzu schopnosti každého oddělení i nemocnice jako celku plnit standardy. Podle výsledků analýzy vybere okruhy problémů k prioritnímu řešení. Lze předpokládat jak v reálu, tak pro účel této práce, že

první standardy budou z oblasti poskytování zdravotní péče. Předpokládáme, že se bude jednat o přípravu směrnic o zdravotní dokumentaci, o informovaném souhlasu pacienta, o skladování a podávání léků.

2. AKS ve spolupráci s ředitelem a právním odborem připraví návrh směrnice o vydávání a správě vnitřních normativních aktů, pokud takový předpis v nemocnici není. Ucelený systém normativních aktů musí spojovat vnitřní předpisy s národní resp. evropskou legislativou. Činnosti uvnitř nemocnice budou upravovány strukturovaným souborem směrnic. Oddělení budou pracovat podle provozních řádů oddělení. Ty budou aplikovat zásady dané řády a směrnicemi do každodenní činnosti oddělení. Provozní řád oddělení bude jednak rámcem pro individuální iniciativu, jednak manuálem, kde se personál dozví, jak řešit konkrétní situace.
3. Pověřence z pracovišť rozdělí AKS do skupin podle oborů činnosti a rozdělíme jim úkoly na řádech a směrnicích nemocnice. Zpracované návrhy projdou připomínkovým řízením vedoucích všech oddělení. Po zpracování připomínek je AKS předloží RQ. Ta je přijme a doporučí řediteli k podpisu. Podpisem se z návrhu stane vnitřní předpis.
4. Řády a směrnice doplní každé pracoviště vlastním provozním řádem, který aplikuje obecné zásady na konkrétní podmínky. Provozní řád bude strukturovaný rovněž vnitřním normativním aktem.
5. Takto, současně shora i zdola vznikající systém zachovávající požadavky formulované standardy považují za životaschopný model. K udržení standardní kvality poskytované péče a všech činností v nemocnici je nezbytný ještě funkční kontrolní mechanismus se zpětnou vazbou.

Pro tento postup (ostatně i pro jakýkoli jiný) je potřeba připravit půdu v nemocnici. V první řadě tím, že budeme mít jasno, jakými nástroji chce vedení nemocnici řídit, jaké nástroje zvolí pro obecně platné zásady platné v celé nemocnici a jaké nástroje

uplatní pro zajištění požadavků standardů na odděleních a pracovištích s velmi různou náplní práce. Výběr vnitřních norem a normativních aktů jako nástroj řízení považuji za stěžejní pravomoc ředitele. Domnívám se, že odpovědnost za ni nelze delegovat.

V.

Oddělení Urgentní příjem dospělých – OUPD

V. 1. Příprava implementace systému řízení kvality na OUPD

Řízení kvality na OUPD nelze připravovat odtrženě od zbytku nemocnice. Ze specifického postavení pracoviště sice vyplývají některé odlišnosti, ale protože nemocnice má pracovat na týmovém principu, všechna rozhodnutí týkající se OUPD se nutně dotýkají všech kooperujících pracovišť v nemocnici.

Poznámka:

OUPD je pracoviště **urgentní medicíny** ve Fakultní nemocnici v Motole. Jeho posláním je neodkladná péče o akutní onemocnění neúrazové povahy bez manifestního selhání vitálních funkcí.

Je součástí Haly urgentního příjmu, kde pracuje ještě traumatologická ambulance pečující o nemocné s úrazovým postižením bez manifestního selhání vitálních funkcí a resuscitační oddělení kliniky anestézie a resuscitace pečující o všechny stavy s manifestním selháním vitálních funkcí bez ohledu na povahu postižení. Tato tři pracoviště pokrývají celé spektrum urgentní péče o dospělé pacienty v nemocnici.

Stručná charakteristika práce oddělení:

OUPD je ambulantní pracoviště s nepřetržitým, směnným provozem. Bylo zřízeno především pro příjem nemocných od záchranných služeb. Od letošního roku OUPD rozšířilo svou činnost o dvě ordinace praktického lékaře v pohotovostní službě a převzalo pacienty zrušených ordinací LSPP v částech hlavního města Praha 5, 13, 17 a část Prahy 6. Ve směně je vedoucí lékař směny, druhý lékař ve směně, lékař v ordinaci pro bývalou lékařskou první pomoc (ve všední dny jeden ve směně od 19:00 do 07:00, v sobotu, neděli a ve svátek jsou v ordinaci dva lékaři 24 hodin denně), tři zdravotní sestry v ordinaci, jedna v Recepce a jeden sanitář. Poskytujeme zdravotní péči ve spektru od ošetření banálních onemocnění po neodkladnou intenzivní péči u nemocných v labilním kritickém stavu.

Ročně ošetříme kolem 13000 nemocných (v roce 2004), letošní rok po rozšíření činnosti je rekordní a loňský počet bude velmi výrazně překročen. Za letní měsíce počet ošetřených přesáhl 2000 za měsíc. 80% ošetřených je bez doporučení lékaře, poměr ambulantních ošetření a hospitalizací je přibližně 1 : 1, v minulém roce mírně převažovaly hospitalizace.

Typický pacient je kardiak se zhoršením chronických obtíží, pacient s mozkovou mrtvicí, s akutním koronárním syndromem, s epileptickým záchvatem, pacient po kolapsu, s intoxikací způsobenou jedy a drogami, panická ataka, poruchy chování způsobené drogami, léky nebo alkoholem.

Nejčastěji je nemocný přivezen zdravotnickou záchrannou službou bez lékaře. Dále může přijít sám nebo být přivezen z domova rodinou. Nemáme práh pro příjem pacientů, pracujeme podle zásad že „ošetřen je každý, kdo o to požádá“ a „každá posádka vozu ZZS u nás může předat nemocného“.

V. 2. Jak začít s aplikací mezinárodních standardů na OUPD

Metodika přípravy akreditace JCI se uplatňuje při sledování kvality na všech odděleních včetně OUPD. Zcela se změnilly podmínky, za kterých jsem volil téma závěrečné práce. V době volby tématu jsem sám za jedinou kontrolu kvality považoval naplnění doporučených postupů za pomoci několika organizačních opatření. Hodlal jsem tehdy tuto práci zaměřit na vyhledání ukazatelů kvality poskytované péče a naplánovat manažerská opatření, která by vedla k jejich dodržování. Po nuceném odkladu si pokrok jak ve společnosti, tak v nemocnici vyžádal rozšíření původního záměru. Proto ani název práce se neshoduje přesně se zadáním z roku 2003. Samozřejmě si tato změna situace vyžádala nové studium a práce tak vychází z aktuální úrovně poznání, ze znalostí, které ještě v době zadání nebyly obecně rozšířené. Ostatně ani nyní nejde o rigidní, hotový názor. Velmi pravděpodobně bude modelován okolnostmi, které na počátku procesu standardizace neznáme. Mnoho činností, které předpokládají v konečném efektu návaznost a harmonizaci, bude potřeba provádět simultánně, nikoli sekvenčně. V principech se však tento zatím ještě syrový program příliš měnit nebude, a proto může sloužit jako dočasná pomůcka – prozatímní metodika plánování systému zvyšování kvality i na oddělení Urgentní příjem dospělých.

Jak začít se standardizací

Akreditace vyžaduje znalost postupu, kterému říkáme standardizace nebo také implementace standardů JCI do nemocnice. Podstatou standardizace je:

- popsat, co oddělení (nemocnice) dělá
- pomocí standardů očistit procesy od chyb
- popsat, jak probíhají správně a stanovit postup vnitřním předpisem
- zavést systém kontroly zaměřený na standardizované činnosti
- zavést zpětnou vazbu zajišťující sledování účinnosti nápravných opatření
- nadále veškeré činnosti provádět výhradně správně

Dnes je zřejmé, že na oddělení nelze udělat téměř nic se zásadním předstihem. Pokud má nemocnice fungovat jako velmi početný a komplikovaný tým odborníků, jejichž cílem je blaho pacienta, musí se standardizace do nemocnice rozšířit na

všech 57 pracovišť, žádné nesmí stát stranou. FN Motol je vytýkáno, že pracuje jako 57 samostatných malých nemocnic. Základní fáze implementace systému zvyšování kvality je tedy úprava poměrů v nemocnici sjednocujícími předpisy a v tomto prostředí pak pracovat na systému řízení kvality na každém z pracovišť. Aktuálně je na pořadu přijetí zásad formulovaných ve standardech a jejich zakotvení v právním systému nemocnice. Začíná práce na vypracování dokumentu upravujícího činnost nemocnice. Je potřeba rozvrhnout postup prací, naplánovat, kdo co udělá, stanovit termíny a především – začít pracovat a chovat se podle nových pravidel. Z hlediska teorie změn je to velmi komplexní změna vyžadující svůj čas jak „technologický“, tak pro splynutí rozhodujících změn s dosavadními zvyky. To představuje druhý složitý problém – postupnou změnu podnikové kultury. Dále se zaměřím zejména na implementaci změn na OUPD.

Aktuálně používaný postup

- Vybrat standardy týkající se konkrétních činností
- Zhodnotit schopnost nemocnice (oddělení) plnit standardy
- Poskytování péče na OUPD rozdělit na jednotlivé činnosti a porovnat je s požadavky standardů
- Upravit popis činnosti tak, aby se shodoval s požadavky standardů
- Zpracovat vnitřní předpis pro činnosti a procesy popisované standardy, celonemocniční postupy začlenit do Provozního řádu oddělení
- Naplánovat a provést kontroly
- Vyhodnotit výsledky, zavést nápravná opatření a zpětnou vazbou zhodnotit jejich účinnost

Nástroji vlastní implementace jsou vnitřní předpisy organizace. Je zřejmé, že se neobejdeme bez revize systému vytváření, oběhu a správy vnitřních předpisů. Základním pracovním nástrojem pro implementaci změn na odděleních je Provozní řád oddělení. Má jej každé oddělení, samozřejmě tedy i OUPD. Bude nezbytné přepracovat jej do strukturované podoby, která

- respektuje zájem a práva pacienta v první řadě
- upravuje jako vnitřní norma veškeré činnosti oddělení

- stanovuje postup při řešení zásadních situací na oddělení v souladu se standardy i legislativou
- formálně odráží vnitřní předpis pro vytváření Provozního řádu pracoviště

Obr. 4

Systém a návaznost řídicích právních norem v nemocnici

- Zakládací listina nemocnice.
- Statut nemocnice vymezující činnost.
- Ústava a legislativa upravující činnosti uvedené ve statutu.
- Řády nemocnice v návaznosti na legislativu.
- Směrnice upravující procesy probíhající v nemocnici v souladu s legislativou.
- Provozní řády oddělení uplatňující řády a směrnice nemocnice v konkrétních podmínkách jednotlivých pracovišť.

Je potřeba samozřejmě dodržet literu zákonů upravujících poskytování zdravotní péče v ČR. Je ale zároveň nemyslitelné, že by sestra vzala do jedné ruky Zákon 20/1966 Sb. v platném znění a šla podle něj rozdávat prášky. Je potřeba rozvést zásady zákona do obecně platných předpisů v nemocnici. Stejně je potřeba propojit zásady standardů s každodenní praxí, protože ani podle knihy standardů nelze rozdávat léky nebo přijímat pacienta. Provozní řád je dobrým východiskem, pokud se stane formálně i obsahově manuálem všech činností psaným tak, aby v něm poučení našli všichni, kteří na oddělení resp. jakékoli organizační jednotce pracují.

V. 3. Vlastní aplikace navrhovaného postupu na OUPD

Postupujeme-li podle navrženého schématu, čeká nás postupně:

- Pročíst standardy a zcela pocitově a bez hlubšího zkoumání si určit, zda je plníme zcela, částečně nebo vůbec (viz Příklad pod čarou)

- Výběr standardů týkajících se činností oddělení se děje buď tak, že oddělení se podřizuje celonemocničnímu předpisu a do svého provozního řádu přejímá pokyny platné v celé organizaci, nebo výběr vychází z poslání oddělení a spektra poskytované péče, pokud se na oddělení poskytuje péče vybranému okruhu nemocných vyžadujících zvláštní ohledy, případně se poskytuje zvláště sledovaná péče. Kdo může být ošetřen na OUPD? Odpověď dává stanovení spektra poskytované péče oddělením. Přijat může být každý, komu je třeba péče poskytované OUPD. Nemůže být přijat pacient, který potřebuje péči, již oddělení neposkytuje – tedy pacient který utrpěl úraz (patří na úrazovou ambulanci v HUP) či pacient, který má manifestní selhání vitálních funkcí (patří na resuscitační oddělení).
- Příjem pacienta sestává z řetězce navazujících činností, které se skládají v proces (identifikace pacienta, předání zdravotní dokumentace z předchozích vyšetření před přijetím na OUPD, primární třídění pacientů sestrou podle naléhavosti, vyšetření lékařem, provedení a zhodnocení pomocných vyšetření, stanovení diagnózy, předpis a podání léčiv, doporučení dalšího postupu). Každá z vyjmenovaných součástí vyšetření pacienta na OUPD se dá ještě dále členit až na jednotlivé úkony.
- Členění na činnosti je užitečné provádět tak, aby odpovídalo úrovni měřitelných prvků jednotlivých standardů. Pak můžeme teprve porovnat, jestli činnost probíhá v souladu se standardy (viz dále).
- Činnosti upravit a popsat tak, aby odpovídaly standardům z kapitol ACC, AOP, COP, při dodržení dalších standardů týkajících se vedení zdravotní dokumentace, práv pacienta, edukace, atd.
- Správný popis činnosti stanovit vnitřním předpisem, aplikovat je do provozního řádu oddělení

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

- Kontrolovat dodržování vnitřních předpisů. Kontrolní činnost je velmi podstatnou součástí standardizace a vzhledem k tomu, že se jedná o kontinuální proces, vlastně nikdy nekončí.

Příklad hodnocení naplnění standardu:

- Vybereme standard z kapitoly Terapeutická péče (COP) – COP2.4
- Ujistíme se o správné interpretaci standardu
- Do tabulky zapíšeme, jak je podle našeho názoru požadavek standardu plněn; posouzení se děje tak, že si za indikátor plnění standardu představíme otazník a odpovíme ANO, NE, ČÁSTEČNĚ

Standard COP. 2.4 zní:

Každá osoba podílející se na péči o pacienta má v souladu s vnitřními pokyny nemocnice přístup k údajům, které do pacientovy dokumentace zaznamenaly jiné osoby.

Účel standardu COP. 2.4

Z hlediska koordinace a integrace zdravotní péče je účelné, aby všichni, kdo se podílejí na poskytování zdravotní péče, byli seznámeni s rozsahem výkonů provedených jinými osobami, s výsledky těchto výkonů a s učiněnými závěry. Takové vzájemné výměny informací lze efektivně dosáhnout zpřístupněním pacientovy dokumentace všem pracovištím dané nemocnice, a to buď pomocí sdílené dokumentace, nebo uložení dokumentace na dostupném místě, nebo stanovením postupu při vzájemném zapůjčování dokumentace. Zvolený způsob musí respektovat důvěrnost informací o pacientech a musí být v souladu s pravidly nemocnice pro přístup k informacím o pacientech.

Indikátor standardu (ME) COP. 2.4

1. Existuje způsob jak zpřístupnit zdravotnickou dokumentaci pacientů jednotlivým zdravotnickým pracovištím nemocnice.

Standard	Text	ANO	NE	ČÁSTEČNĚ
COP. 2.4	Každá osoba podílející se na péči o pacienta... ME 1. Existuje způsob jak zpřístupnit...		X	

Obr. č. 5

POVINNÉ CELONEMOCNIČNÍ PŘEDPISY
(zlomek skutečného počtu uvedený jako příklad)

Kód	Standard
ACC1.1	Nemocnice má vytvořený postup upravující přijetí pacienta
PFR.1	Nemocnice vytváří postupy, které podporují práva pacientů při poskytování péče
PFR.9.4.1	Nemocnice určí vnitřním předpisem vyšetřovací a léčebné výkony, jejichž provedení vyžaduje odebrání informovaného souhlasu
PFR.10.1	Nemocnice seznámí veřejnost s prohlášením o svém poslání

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

AOP.1.1	Nemocnice stanoví v souladu s platnou legislativou a podzákonnými normami rozsah vyšetření pacienta
COP. 5. 1.	Nemocnice upraví vnitřním předpisem péči o kriticky nemocné pacienty
COP. 5.2	Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při resuscitaci pacientů
COP. 5.6	Nemocnice upraví vnitřním předpisem péči o dialyzované pacienty
COP. 11.3	Nemocnice upraví vnitřním předpisem předepisování, podávání i kontrolu léčiv
COP. 11.3.1	Nemocnice stanoví, kteří zaměstnanci mohou předepisovat a podávat léčiva
COP. 11.6.3	Nemocnice stanoví vnitřním předpisem způsob hlášení chyb při užívání léčiv
QPS.1.1.1	Pro celou nemocnici je zpracován plán pro zvyšování kvality a bezpečí pacientů
PCI. 1.2	Nemocnice stanoví zaměření programu prevence a redukce nemocničních nákaz
PCI. 1.3	Nemocnice určí metody a postupy spojené s rizikem infekcí a strategie k redukci rizika infekce
GLD.1	Řídící odpovědnost a povinnosti jsou popsány ve statutech a vnitřních předpisech
GLD.4	Vedoucí zdravotničtí pracovníci plánují a zavádějí do praxe efektivní nemocniční strukturu tak, aby odpovídala rozsahu jejich odpovědnosti a pravomocí
FMS. 1	Objekty nemocnice vyhovují příslušným zákonům, podzákonným normám a požadavkům kontrolních orgánů
FMS. 3	Nemocnice zavádí program zajišťující ochranu před ohněm, kouřem a mimořádnými situacemi v celém areálu a ve všech objektech

Uvedena je pouze necelá jedna čtvrtina celonemocničních předpisů, které je potřeba novelizovat podle standardů nebo je nově vytvořit. Z obrázku je patrné, o jak gigantický kus práce se jedná. Pro toho, kdo nemá žádnou zkušenost s kodifikací jakékoli činnosti, je příprava vnitřních řídicích norem zpočátku velmi namáhavá a stresující. Všechny předpisy je pak nezbytné soustavně kontrolovat, výsledky vyhodnocovat a činit z nich závěry, navrhnout nápravná opatření a opět kontrolovat jejich účinnost. Kontrolní činnost nesmí ustát, protože se rychle poměry vrací zpět, zpravidla do stavu ještě horšího než před zavedením změny.

Nyní rozebereme jeden ze standardů jako příklad, jak jsou standardy používány:

1. standard z kapitoly ACC – ACC. 1

Pacientům je na základě jejich zjištěných potřeb zajištěna dostupnost zdravotní péče poskytované nemocnicí v souladu se spektrem poskytovaných služeb a s dostupnými zdroji.

Plné znění standardu

Účel standardu ACC. 1

Aby bylo možno uspokojit pacientovy potřeby zdravotní péče spektrem služeb poskytovaných nemocnicí a dostupnými zdroji, musí být – obvykle při prvním

kontaktu pacienta s nemocnicí – provedeno vyšetření, které posoudí aktuální zdravotní stav a aktuální potřeby pacienta. Toto vyšetření může proběhnout v zařízení, odkud se pacient do nemocnice odesílá, během jeho přepravy nebo při jeho příchodu do nemocnice. Nemocnice přijme pouze ty pacienty, kterým je schopná poskytnout zdravotní péči. V zájmu zlepšení dostupnosti poskytované péče nemocnice poskytuje obyvatelům spádového území informace o spektru poskytované péče, o provozních hodinách a o způsobu, jakým je možno péči čerpat.
Vysvětlení, jaká část péče nebo která činnost se standardem upravuje

Indikátory standardu (ME) ACC. 1

1. Při prvním kontaktu pacienta s nemocnicí se provede jeho vyšetření.
2. Na základě provedeného vyšetření se posoudí, zda potřeby pacienta jsou v souladu se spektrem péče poskytované nemocnicí a s jejími zdroji.
3. Zdravotnická zařízení ve spádovém území, odkud jsou pacienti do nemocnice odesíláni, mají k dispozici informace o spektru služeb nemocnice, provozních hodinách a o způsobu, jakým je možno zdravotní péči čerpat.
4. Pacienti se přijímají pouze tehdy, může-li jim nemocnice zajistit nutnou zdravotní péči a podmínky pro její poskytování.

Indikátory, neboli měřitelné prvky jsou v podstatě otázkami, na které lze odpovědět ANO, NE, ČÁSTEČNĚ, JAK JSME VIDĚLI VÝŠE. U některých standardů je přijatelná jen odpověď ANO, tedy musíme splnit každý indikátor.

V. 4 Provozní řád oddělení

V následující části práce bych chtěl ukázat rozdíl mezi statutem, zakotvením pracoviště v organizačním řádu nemocnice a rozpracovaný Provozní řád OUPD. Změny jsou již vepsány do textu a pro kontrolu souladu se standardy jsou ponechány v textu jejich kódy. Úprava Provozního řádu OUPD je dotažením změn na úroveň pracoviště a jejich zakotvení ve vnitřním předpisu.

Pozn. autora: Následující text je výběr z Provozního řádu již novelizovaný o zásady, které zavádí do práce standard ACC. Ponechán je jen změněný text. Porovnání dokumentů (předchozí a navrhované verze) by neúměrně rozšířilo rozsah práce a nepřispělo by k lepší přehlednosti textu a zaváděných změn. Ostatně práce je koncipována tak, že se stane součástí příprav akreditace na OCPD a z tohoto pohledu dozná Provozní řád ještě hodně změn.

Provozní řád OCPD

Ukázky z verze připravované po přijetí standardů

Pracovní text. (stránky a obsah nenavazují na text závěrečné práce)

Obsah:

- A. Statut a poslání oddělení str. 2
- B. kapitola do Organizačního řádu FN Motol str. 3
- C. Provozní řád oddělení Urgentní příjem dospělých s přílohamistr. 4

A.

Statut oddělení

Oddělení Centrální příjem dospělých (dále jen OCPD) je samostatným organizačním celkem ve smyslu čl. 7, odst. 7 Organizačního řádu FN v Motole. Je zařazeno do sektoru Společných léčebných a vyšetřovacích složek ve FN Motol.

Oddělení vede primář oddělení jmenovaný ředitelem nemocnice. Ošetrovatelskou péčí na oddělení řídí vrchní sestra jmenovaná náměstkem ředitele pro ošetrovatelskou péči.

Poslání (činnost) OUPD:

I. Zdravotní péče

Hlavní náplní činnosti oddělení je poskytování zdravotní péče, která vytváří spojovací článek mezi složkami přednemocniční neodkladné péče a nemocniční lůžkovou péčí.

OUPD poskytuje diferencovanou zdravotní péči nemocným s akutním onemocněním od jednoduchého vyšetření u nezávažných stavů až po neodkladnou intenzivní péči pacientům v kritickém stavu. K tomu je vybaveno personálně, technicky i materiálně.

II.

Výuka, věda, výzkum

Kromě léčebně preventivní péče se OUPD podílí v oblasti své působnosti na výuce pregraduální i postgraduální, je výukovým pracovištěm pro SZP a NZP. Spolupracuje s Katedrou urgentní medicíny a medicíny katastrof IPVZ.

V rámci své působnosti se podílí OUPD na výzkumných úkolech, které souvisejí s hlavní činností oddělení.

III.

Ostatní činnost OUPD

Podílí se na přípravě podkladů a rozhodnutí o cílech FN Motol v určeném rozsahu a v oblasti své působnosti.

Podílí se na vypracování a plnění mimořádných opatření v rámci přípravy nemocnice na likvidaci hromadného neštěstí. Je v tomto smyslu součástí Traumacentra FN Motol.

Podílí se na vypracování a aktualizaci zdravotnické části Krizového plánu nemocnice. Spolupracuje při tom s Oddělením krizového managementu FN Motol.

B. Oddělení Urgentní příjem dospělých v Organizačním řádu FN Motol

Oddělení Urgentní příjem dospělých je ambulantní pracoviště FN Motol zřizované jako spojovací článek mezi terénem a lůžkovými odděleními FN Motol. Svou činností navazuje na přednemocniční neodkladnou péči zdravotnických záchranných služeb, lékařských služeb první pomoci, praktických lékařů i ambulantních specialistů. Hlavním posláním oddělení je poskytování diferencované zdravotní péče o pacienty s akutním, neúrazovým postižením bez selhávání vitálních funkcí.

- Lékařskou první pomoc, vyšetření, ošetření a neodkladnou intenzivní péči v rozsahu nutném k zabránění zhoršení onemocnění nebo rozvoje komplikací poskytuje i nemocným, kteří přicházejí bez doporučení lékaře. Provádí i primární vyšetření a ošetření pacientů s méně závažnými stavy, které akutní a neodkladnou péči nevyžadují. V případě nutnosti poskytuje i péči v bydlíšti u pacienta. Poskytuje - v rámci možností, podle aktuální hustoty provozu na oddělení a s přihlédnutím k prostorovému a personálnímu vybavení - servis při přijímání nemocných k hospitalizaci na odborná oddělení FN Motol. Při náhlém zhoršení zdravotního stavu osob nacházejících se v areálu nemocnice poskytuje první lékařskou pomoc i mimo prostory oddělení.

Provozuje organizační jednotky :

- **Recepci**
- **Informační službu**
- **Administrativní příjem (přijímací kancelář)**
- **Dispečink Centrální žurnální služby sanitářů (v době ÚPS)**
- **Dopravu nechodících nemocných (vozíková služba)**
- **Ordinace urgentního příjmu (UP)**
- **Ordinace lékařské pohotovosti (LP)**
- **Dispečink sanitářů**

Z dalších činností:

- Podílí se na výuce studentů lékařských fakult, zdravotnických škol, i na postgraduální výuce v oboru lékařská první pomoc a urgentní medicína.
- V rámci své působnosti zpracovává výzkumné úkoly, spolupracuje i s pracovišti mimo FN Motol

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

- Podílí se na vypracování Krizového plánu nemocnice, spolupracuje na přípravě a realizaci mimořádných opatření pro řešení hromadných neštěstí. Spolupracuje přitom s Útvary krizového managementu FN Motol
- V oblasti své působnosti se podílí na vypracování koncepčních materiálů a na přípravě vnitřních předpisů
- OCPD spolupracuje se všemi klinikami a lůžkovými odděleními FN Motol

C.

Provozní řád OUPD jako manuál pracoviště

Provozní řád oddělení

Pracovní text návrhu novelizace podle standardů JCIA

OUPD je samostatným ambulantním oddělením ve smyslu Organizačního řádu FN Motol zřízeným ředitelem FN Motol. Účel, pro který je pracoviště zřízeno, jeho postavení v nemocnici a činnost jsou dány statutem a posláním oddělení a popsány v Organizačním řádu FN Motol.

Provozní řád OUPD definuje přidělené prostory, personál, určuje závazně postupy při činnosti oddělení, jeho vztahy k ostatním pracovištím FN Motol. Určuje zásady dostupnosti, kontinuity a kvalitního poskytování zdravotní péče na oddělení. Dále vyjmenovává nejdůležitější zásady ochrany bezpečnosti a zdraví při práci pro personál oddělení. Porušení Provozního řádu je porušením kázně ve smyslu Zákoníku práce.

(Celá struktura předpisu bude stanovena závaznou osnovou s celonemocniční platností)

I.

Prostory

OCPD je umístěno v –P v Hale urgentního příjmu. Ke své činnosti využívá přidělené vyšetřovny, sklad, čistící místnost, recepci, místnost pro odpočinek personálu pro SZP a pro lékaře, kancelář sekretariátu oddělení, kancelář vrchní sestry a pracovnu primáře oddělení. Užívané prostory jsou vyjmenovány a podle čísel místností uvedeny v **příloze č. 1** (*Hygienický řád a prostory OCPD*)

OCPD sleduje technický stav Haly urgentního příjmu, od Správy budovy vyžaduje údržbu prostor a vybavení haly, malování haly, sleduje kvalitu úklidu. Tyto činnosti zajišťuje jen organizačně, náklady jsou účtovány na nákladové středisko společné režie.

II.

Pracoviště

OCPD zahrnuje tato pracoviště:

- § Vyšetřovny 1 – 3 určené k poskytování léčebně preventivní péče (NS 2191/20)
- § Ordinace pro lékařskou pohotovost v P (prostory oddělení primární péče a zázemí personálu v době provozu ordinací lékařské pohotovosti, NS 3102)
- § Recepce (NS 2191/20)
- § Informační služba (NS 2191/02)
- § Doprava a doprovod nechodících nemocných po budově (vozíková služba, NS 2191/04)
- § Administrativní příjem (NS 3108)
- § Dispečink centrální žurnální služby sanitářů (NS 2191/03)
- § Vedení a sekretariát oddělení (NS 2191/01)

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Pracoviště OCPD mají vlastní provozní pokyny, které jsou **přílohou č. 2** Provozního řádu OCPD.

III. Personál

Oddělení řídí a za plnění činností uvedených ve statutu, poslání a organizačním řádu odpovídá **primář oddělení** jmenovaný ředitelem FN Motol.

Vrchní sestra oddělení řídí ošetrovatelskou péči. Jmenuje ji hlavní sestra FN Motol. Schéma podřízenosti personálu oddělení je uvedeno v **příloze č. 3**.

Primář jmenuje svého zástupce, který vede pracoviště v době jeho nepřítomnosti. V nepřítomnosti primáře nebo jeho zástupce je nejvyšší autoritou při směnném provozu vedoucí lékař směny.

Vrchní sestra má stálou zástupkyni pověřenou trvale stanovenými úkoly. V době nepřítomnosti vrchní sestry přebírá zástupkyně pravomoci vrchní sestry OCPD v rozsahu nezbytném k řízení práce SZP a PZP.

Počty personálu ve stavu OCPD:

Zařazení	počet	kvalifikace
Primář oddělení	1	II. atest. v zákl. oboru (Int., Ch., AR) Atestace z urgentní medicíny a medicíny katastrof, Škola veřejného zdravotnictví IPVZ
Lékař ve směně A2 *	5	II. atest v základním oboru (Int., Ch., AR)
Lékař ve směně A1 **	5	Zařazení do přípravy k II. atestaci
Lékař pohotovostní služby	7	Atestace v základním oboru, vedoucí lékař atestace z praktického lékařství a urgentní medicíny
Lékař pro výuku (externisté 3x0,08)	0,24	II. atestace v základním oboru, smlouva
Zdravotní sestra	20	PSS ARIP
Sanitář	5	Interní kurz pro sanitáře
Informace	5	Zpracování
Doprava a doprovod nechodících	4+9	Sanitářský kurz
Centrální žurnální služba – dispečink	7	Sanitářský kurz, 2 roky praxe
Sekretariát, vykazování pro ZP	0,5	Zpracování

**) , **) stavy budou naplňovány postupně v návaznosti na nárůst počtu ošetřených a rozšíření počtu vyšetřovacích lůžek; označení atestací se změní po přijetí příslušných zákonů*

Na OUPD pracují lékaři různých odborností. Kmenoví lékaři včetně smluvních externistů pracují ve směnném provozu.

Ve směně je **jeden** lékař (A2) ve funkci vedoucího směny a jeden jemu podřízený lékař (A1), který je pověřován jak prací na oddělení, tak doprovodem nemocných na vyšetření a odborná oddělení. Vždy jeden z lékařů ve směně je **trvale** přítomen na oddělení.

Kvalifikační požadavek na lékaře (A2) ve směně je II. atestace v základním oboru, na lékaře (A1) alespoň jedna atestace v oboru, případně nástavba z urgentní medicíny. Ve funkci lékaře ve směně (A1) může být zařazen i lékař s dvěma atestacemi pracující ve VPP. Při poskytování zdravotní péče spolupracují lékaři OUPD s konziliářem příslušné odbornosti.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Na kvalifikační požadavky navazují kompetence stanovené primářem oddělení individuálně v pracovní náplni. (viz příloha č. 4 Provozního řádu OUPD; pro informaci je ukázka pracovních náplní nečíslovanou přílohou této práce)

Konziliáři jsou lékaři z klinických pracovišť poskytující odborné služby pacientům na OUPD. Jsou určeni rozpisem služeb svého pracoviště nebo jsou pověřeni vedoucím služby svého oddělení. Jsou vybaveni kompetencemi rozhodnout o umístění nemocného na lůžkové oddělení nebo určit další postup. Jsou povinni zaznamenat do dokumentace OUPD o vyšetření zápis. Přivolávání jsou buď „**urgentně**“, nebo „**po domluvě**“ .

Urgentně jsou voláni konziliáři před příjezdem pacienta (internista - kardiolog, neurolog, chirurg nebo traumatolog, anesteziolog, rentgenolog). Svolávání provádí OUPD – Recepce po přijetí avíza o příjezdu pacienta v kritickém stavu způsobem stanoveným provozními pokyny Recepce.

Konziliáři **na výzvu pagerem** jsou voláni personálem vyšetřovny na pokyn a po domluvě s lékařem OUPD.

Je sledován interval mezi vysláním signálu a prvním kontaktem s konziliářem a čas příchodu na OUPD.

Sestry pracují na OUPD na vyšetřovnách a v Recepce. Ve směně jsou tři sestry na vyšetřovnách, jedna z nich je určena v rozpisu směn jako vedoucí směny. Jedna sestra je ve směně v Recepce. Personál na pracovišti Informační služba je podřízen vedoucí sestře ve směně.

Sanitáři OUPD jsou na vyšetřovnách přítomni podle rozpisu směn, ve směně je jeden sanitář.

Sanitáři žurnální služby se řídí provozními pokyny a pokyny dispečera. Pracují podle rozpisu služeb vrchní sestry OUPD.

Kvalifikačním požadavkem pro sanitáře je interní kurz pro sanitáře.

Na OCPD mohou sloužit ve směně se souhlasem primáře oddělení a po zácvičku i lékaři z jiných oddělení FN Motol, kteří splňují požadavek na kvalifikaci (A1 nebo A2 v základním oboru, zkušenosti s léčením urgentních stavů, školení v resuscitaci, samostatnost v rozhodování) a byli prokazatelně seznámeni s Provozním řádem OUPD. Po dobu směny jsou povinni dodržovat provozní pokyny oddělení a jsou přímo podřízeni primáři oddělení nebo vedoucímu lékaři směny.

IV.

Příjem nemocných, přístup k péči

OCPD poskytuje péči nemocným v souladu s posláním oddělení a Provozním řádem FN Motol.

Příjem pacienta. Při příchodu nemocného na oddělení je provedeno vždy vyšetření. Na jeho základě lékař posoudí, zda nemocnice poskytuje péči, kterou nemocný potřebuje. Pokud ano, rozhodne o dalším postupu. V opačném případě zajistí ošetření v kompetentním zdravotnickém zařízení. **/ACC.1; ACC. 1.1/**

Pro OCPD: Na oddělení je ošetřen každý, kdo o to požádá. Každá posádka zdravotnické záchranné služby může na OCPD předat pacienta k neodkladnému ošetření. O rozsahu vyšetření rozhoduje lékař přijímající ambulance. **/ACC.1; ACC. 1.1; ACC. 1.1.1/**

Rámcově je rozsah poskytované péče následující:

§ Převzít nemocného od zdravotnické záchranné služby, pacienta vyšetřit a stanovit pracovní diagnózu, zajistit vitální funkce, učinit neodkladná opatření bránící

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

bezprostředně hrozícím komplikacím a nemocného předat na odborné pracoviště odpovídající potřebám nemocného **/ACC 1.1.2/**.

- § Čas mezi přijetím nemocného do péče OCPD a umístěním na pracoviště definitivního ošetření využít pro nemocného co možná nejučelněji k provedení diagnostických i terapeutických úkonů umožňujících rozhodnout o péči preventivní, kurativní, paliativní a rehabilitační, případně zahájit kauzální léčbu, pokud existuje. **/ACC 1.1.2/**
- § Nemocné doporučené k ošetření na odborné ambulanci lékařem odesílá na tyto ambulance Recepce přímo, pokud jejich stav nevyžaduje intervenci OCPD nebo není průběh vyšetření stanoven interním doporučeným postupem (např. CMP).
- § K vyšetřování nemocných zve lékař OCPD podle potřeby konziliáře z odborných pracovišť FN Motol, sám poskytuje konziliární vyšetření v rámci své odbornosti, pokud to provozní podmínky vyžadují.
- § OCPD používá veškeré dostupné vyšetřovací metody ve FN Motol v režimu „STATIM“.

Stejně se postupuje u nemocných, kteří přicházejí na doporučení jiného ošetřujícího lékaře, na doporučení nezdravotnických složek (hasiči, policie) i zcela bez doporučení. Nevyžaduje-li stav nemocného hospitalizaci, dostane se mu vyšetření a ošetření v rozsahu odpovídajícím aktuálním obtížím, předpisu na doporučené léky na dobu nezbytně nutnou, písemného záznamu o vyšetření s doporučením dalšího postupu. K naplnění tohoto úkolu lékaři OCPD postupují podle následujících zásad a s využitím uvedených kompetencí. **/ACC 1.4/**

1. Umístění nemocného na lůžkové oddělení je vyžadováno od konziliáře, resp. vedoucího služby příslušného pracoviště, postup je dán vnitřním předpisem FN Motol. (viz směrnice LPP 1/1998 - Ústavní pohotovost a návaznost zdravotní péče ve FN Motol)
2. V případě selhávání vitálních funkcí je volán konziliář KAR vždy a nemocný je bez zbytečného prodlení po poskytnutí neodkladné péče umístěn na lůžko resuscitační péče.
3. O umístění nemocného na lůžko resuscitační nebo intenzivní péče rozhoduje vedoucí anesteziologické služby (podle Příkazu ředitele č. 9/2000 o systému integrované intenzivní péče v dospělé části FN Motol). (Kriteria pro přijetí na JIP nebo RES asi písemně nemáme, obecně platí „manifestní nebo bezprostředně hrozící selhání vitálních funkcí pro RES) **/ACC 1.5 neplníme vůbec/**
4. V zájmu udržení průchodnosti OUPD a možnosti kdykoli přijmout nemocného od ZZS je lékař OUPD povinen organizovat spolupráci s lůžkovými odděleními tak, aby měl stále jedno vyšetřovací lůžko volné. Je oprávněn přesunout zajištěného nemocného na lůžkové oddělení ihned po rozhodnutí o hospitalizaci. Vstupní vyšetření lékařem oddělení a sepsání příjmové dokumentace bude provedeno mimo OUPD.
5. Pořadí při vyšetřování nemocných určuje lékař ve spolupráci se sestrou Recepce tak, aby nedošlo ke komplikacím z prodlení ani u nemocných přicházejících bez doporučení lékaře. Sestra se rozhoduje sama, případně po konzultaci s lékařem OUPD. Postup při určování pořadí je stanoven provozními pokyny pracoviště „Recepce“. **/ACC 1.1.1/**
6. OUPD není pracovištěm určeným k observaci nemocných. Nemocní v labilním stavu vyžadující urgentní diagnostický výkon (endoskopii, sonografii, CT), který **nelze provést do 30 minut**, jsou vyšetřeni na monitorovaném lůžku na odděleních FN Motol, nikoli na OUPD.

A další ukázka:

V.

Návaznost na přednemocniční neodkladnou péči

Činnost OCPD navazuje bezprostředně na přednemocniční neodkladnou péči. Vyšetření si může vyžádat na OCPD nemocný i bez doporučení ošetřujícího lékaře. Odpovědnost OCPD vzniká

- vyžádáním zdravotní péče pacientem na některém z pracovišť oddělení. Za pacienta odpovídá lékař OCPD do ukončení poskytování zdravotní péče.
- Převzetím pacienta od ZZS oprávněným pracovištěm OCPD; převzít pacienta od ZZS je oprávněna: sestra z pracoviště Recepce, sestra nebo lékař ve směně.
- Posádka RZP předává pacienta sestře, RLP předává pacienta zásadně za přítomnosti lékaře OCPD.
- Pacient s monitorováním vitálních funkcí je dále monitorován na OCPD **/ACC 2/**
- Lékař ve směně, který pacienta ošetřuje, jej i ve stanoveném rozsahu informuje ve smyslu zdravotního stavu, jeho práv a případných vyžadovaných souhlasů.
- Za pacienta odpovídá až do předání lékař OCPD pracující jako vedoucí lékař směny. Souhlas s hospitalizací a případnými výkony podepisuje pacient až na lůžkovém oddělení. Na OCPD podepisuje pouze nesouhlas s hospitalizací ve formě negativního reversu. **/ACC 2.1/**
-
-
-

Následuje jako příklad citace z jiné části Provozního řádu, která zajišťuje kontinuitu péče:

VI.

Návaznost péče na lůžkových pracovištích FN Motol

Odpovědnost za nemocné indikované k hospitalizaci přechází na cílové oddělení okamžitě po rozhodnutí konziliáře o hospitalizaci. U nemocných vyžadujících kontinuální péči při transportu na vyšetření nebo na oddělení zajistí lékař OUPD doprovod pacienta buď

a/ lékařem indikujícím vyšetření nebo lékařem cílového oddělení u nemocných v labilním stavu

b/ lékařem OUPD pokud je směna obsazena dvěma lékaři a provozní podmínky to dovolují
Nemocní s manifestním neb bezprostředně hrozícím selháním vitálních funkcí jsou neprodleně předáváni do péče lékaře KAR.

Nemocní v kritickém nebo labilním stavu jsou předáváni vždy lékaři cílového oddělení. Pro vybrané diagnózy, kde výsledek léčení i prognóza dalšího vývoje závisí bezprostředně na čase (AIM, CMP), jsou vypracovávány interní doporučené postupy s ohledem na časový stres a přijetí nemocného probíhá podle vnitřních standardů FN Motol vypracovaných příslušnou klinikou.

- S pacientem jsou předávány všechny výsledky ze vstupního vyšetření, pacient je telefonicky ohlášen a transportován je teprve tehdy, když je cílové oddělení připravené nemocného přijmout. **/ACC 2.4/**
- Během vyšetření je dokumentace o pacientovi dostupná všem, kteří se na péči podílejí. **/ACC 2.3./**
- Návaznost péče je zajištěna i při předávání pacientů mezi personálem OUPD při střídání směn. Za předání informací odpovídají vedoucí sestry směny, resp. vedoucí lékaři směny. **/ACC 2.2/**

- Při propuštění pacienta z OUPD do **ambulantní resp. domácí péče** je pacient vybaven Záznamem o ošetření na OUPD s doporučením dalšího postupu, receptem na léky pro péči do kontroly v dalším zdravotnickém zařízení, poukazem na zdravotnické pomůcky a předpisem na převoz sanitou, je –li indikován. Sestra se při předávání dokumentace přesvědčí, že pacient rozumí poučení a že je schopen doporučení realizovat. /**ACC 3.2/** Kopie Záznamu o ošetření je archivována. / **ACC 3.3/**
- Návaznost při předání do **jiného zdravotnického zařízení**: Pokud je pacient odeslán do jiného zdravotnického zařízení, musí i během sekundárního transportu být zajištěna odpovídající neodkladná péče. Je proto vždy vybaven dokumentací o ošetření na OUPD, péče v cílovém zařízení je zajištěna a telefonicky ověřena ochota k přijetí. Pacient je transportován vozem ZZS, případně s doprovodem lékaře. V dokumentaci je zřetelně zaznamenáno, s kým je překlad pacienta domluven, jaký je stav nemocného v okamžiku předání k prevozu. /**ACC 2 ; ACC 4 ; ACC 4.1 ; ACC 4.1.1 ACC 4.2 ; ACC 4.3 ; ACC 4.4 ; ACC 5/**

Konec ukázky z Provozního řádu OUPD

V. 5 Nekončící práce se jmenuje implementace

Tento první koncept postupu implementace standardů do vnitřních předpisů prostřednictvím směrnic a provozního řádu se zabývá jen jedním souborem standardů – kapitolou ACC – zabývající se definováním dostupnosti a kontinuity zdravotnické péče. Pro účel práce a znázornění didakticky srozumitelného postupu to dostačuje. Pro nemocnici je aktuálně zpracováván jednotný předpis o zdravotní dokumentaci, o přijetí, propuštění a překlada pacienta. Oba jsou velmi komplexní a vyžadují velké množství práce založené na dobré znalosti nemocnice a schopnosti abstraktního myšlení. Provozní řád OUPD, pokud by měl sloužit skutečně jako manuál, bude mít asi 100 stran. Bude členěn na kapitoly a nový lékař, sestra i sanitář v něm najdou, jak postupovat, kde a jak ukládat léčiva, kde a jak uchovávat dezinfekční prostředky, jak zajistit bezpečnost pacienta, jak evakuovat oddělení při požáru nebo nebezpečí havárie, atd. Každá kapitola standardů bude provozním řádem reflektována a vnese do něj kodifikovaný postup. S takto koncipovaným manuálem bude snadnější zapracovat nový personál, vyřešit spory a zajistit bezpečnost pacienta. Je to ovšem velmi, velmi zdouhavé a vyčerpávající, zejména neustálou nutností přesvědčovat, vysvětlovat, chápat specifika pracoviště, a to všechno stále a stále dokola. Na druhou stranu je příjemný a povznášející pocit, že

léčit nemocnici je celkově mnohem užitečnější, než brát jednoho pacienta po druhém...

VI.

Kontrola dodržování standardů

Kontrolní činnost je neoddělitelnou součástí standardizace. Ukazuje se, že činnost, která již byla opakovaně shledána způsobilou podstoupit přísnou kontrolu akreditační komisí, po třech měsících (a někde ještě dříve) ztrácí veškeré znaky standardizace a vrací se, jakoby zapadala zpět do bahna, ke staré praxi. Kontrolní činnost zpočátku vyvine AKS. Navrhuji, abychom v nemocnici použili jakousi značku kvality pro oddělení, která již dosáhla přijatelné úrovně kvality poskytované péče.

Obr. 6

Účinky směrnic



Motol Standard

Navrhuji zavést naši vnitřní značku kvality nazvanou MOTOL STANDARD.

Akreditace bude postupovat velmi pomalu a určitě někdo ztratí trpělivost a vrátí se k pohodlnému a sladkému nicnedělání. Tam, kde při kontrolách shledáme, že se

situace na oddělení dramaticky zlepšila a dosahované výsledky jsou po delší čas opakovaně standardní, doporučil bych, aby ředitel udělil značku kvality celému oddělení, spojenou s předem definovanými požitky pro personál. Nemusí být nijak závratně nákladné, ale takové, aby jejich ztráta byla motivací. Představitelé takových oddělení by byli vyhlášeni a známi jako nositelé ocenění. Se ztrátou značky kvality „Motol Standard“ by byla spojena trochu žinantní procedura, která by rovněž odrazovala od nápadu rezignovat na úsilí dosaženou kvalitu zachovat.

Edukace personálu a pověřenců

Ke kontrolní činnosti je potřeba přistupovat jako k prostředku, který nám zpětnou vazbou umožní najít chyby v systému a odlišit je od lajdáctví a nepořádku. Vyžaduje edukaci kontrolorů i personálu, jehož činnost bude předmětem kontroly.

Jedni musí vědět, co jdou hledat, jak se mají ptát a kde mají hledat důkazy o zlepšení nebo zhoršení. Musí zvládnout *rolí kontrolora* tak, aby jejich chování nebylo pobuřující a demotivující. Je to jakýsi průvodce personálu po vlastní práci v nemocnici. Teprve opakované a flagrantní porušení zásad kvalitní práce bude považováno za porušení pracovní kázně a bude tak i postihováno. Vhodné by bylo použít MOTOL STANDARD jako kritérium pro to, kde ještě bude na místě domluva a edukace, a kde už (na odděleních, která značku MS už mají) je na místě sáhnout k sankci.

VII.

Diskuse

K diskusi předkládám několik problémů, které mi připadají podstatné pro další snahu o akreditované řízení kvality i pro postavení nemocnice na trhu zdravotnických služeb, ale nejsou definitivní součástí návrhů řešení vyjmenovaných problémů. Diskuse jako metoda třibení názorů a nacházení originálních řešení se osvědčila i v minulosti. Je na místě využít jí i nyní.

Příprava strategických rozhodnutí

Fakultní nemocnice v Motole, gigant s obrovskou setrvačností, je pro management změn velmi tvrdým oříškem. Strategická rozhodnutí (a příprava akreditovaného systému zvyšování kvality takovým rozhodnutím nesporně je) vyžadují pečlivou přípravu. V našem případě měla příprava za cíl rozhodnout nikoli ZDA, nýbrž KDO a JAK. Systematický přístup a metodika podléhající další kultivaci ve zpětné vazbě na zkušenosti je nepochybně správná cesta. Nejsm si jist, zda jsme na správné cestě již v tomto okamžiku. Zcela jistě jsme na ní nebyli před rokem. Rád bych diskutoval o přípravě a zavádění změn do organizace, o nezbytnosti vytvoření nástrojů pro zavádění změn. Nezbytnými nástroji jsou například revidovaný systém vnitřního řízení, oběhu informací v organizaci, zmapování informačních potřeb každého zaměstnance a zajištění, že každý dostává ty informace, které, potřebuje k výkonu práce, řízený oběh vnitřních normativních aktů v organizaci, definovaný systém řízení kvality, systematický sběr a analýza dat o každém provozu i o celé organizaci. Teprve s fungujícími základními nástroji můžeme přistoupit k řízení naplánované změny. Jiný postup nemůže zakládat oprávněné naděje na úspěch.

Zařazení standardů do vnitřních předpisů nemocnice.

Standardů je v knize přibližně 500, každý standard má své měřitelné prvky. Je potřeba je přetvořit ve vnitřní předpisy, resp. do Provozních řádů oddělení. Ty teprve budou nejen písemnou normou, pod kterou jít nelze, ale budou i pomůckou – manuálem, který pomůže řešit situace každodenního provozu na oddělení. Pomohou především člověku, který je na oddělení nový při řešení situací, které jsou vzácné, a není v dosahu nikdo, kdo by si pamatoval, co se v takových případech dělá. Že musí jít o vnitřní normy s určenou formou, obsahem a dobou platnosti je rovněž předmětem standardizace. Zvykové právo plat jen potud, pokud někdo na zvyky dá. Jakmile se najde názor, který zvyklosti boří třeba tím, že má jiné, stejně respektované, nastane bouřlivá debata, vyčítání, chaos. Nejvíce utrpí pacient. Ne snad hned ztrátou zdraví nebo dokonce života, ale i pocitem sníženého bezpečí.

Doporučené postupy

Cítím potřebu zařadit do diskuse oblast, která bývá označována jako standardizace. Jde o tzv. doporučené postupy, Leitlinien, Guidelines apod. Tato oblast je velmi

očekávána lékaři i pacienti. Jedná se o navýsost odborná doporučení léčebného postupu u vybraných diagnóz, syndromů. Soubory definované péče vznikají velmi dlouho a ve velké míře v USA. Jejich dodržení má zmenšit riziko žalob pro *malpractice*. V Evropě se toto úsilí rozšiřuje rovněž. Měl jsem příležitost zúčastnit se konference zaměřené na jejich zavádění a dodržování v Kasselu (SRN). U nás je standardizace léčby v plenkách. Doporučenými postupy se začaly zabývat odborné společnosti v rámci ČLS JEP, Vědecká rada České lékařské komory i jednotlivci. Právě tyto doporučené postupy jsou v obecném povědomí zdravotníků považovány za ony „standardy“, o kterých slýchávají a jsou pak překvapeni, když začneme pracovat se zdravotnickou dokumentací nebo dostupností péče. Nejsm si zcela jist, zda vůbec existuje konsensuálně přijatý doporučený postup s platností zákonné normy. Mohly by jimi být snad Metodické pokyny MZČR (Indikace vyšetření zobrazovacími metodami, Resuscitace ČSARIM).

Překážky standardizace

Lidské zdroje jsou iniciátorem i překážkou změn. Prostředí poskytovatelů zdravotnické péče je z psychosociálního hlediska považováno za jedno z nejbrutálnějších. Nezdravotník žasne, jak se dokáží zdravotníci chovat jeden k druhému. Vyslechl jsem názor manažera z průmyslu, který měl příležitost poskytovat konzultace z oblasti managementu ve velké nemocnici. Své zkušenosti shrnul do poznání, že zdravotníci nejsou horší. Ihned ale používají vůči sobě ty netvrďší kalibry. Tam, kde v průmyslovém podniku jde o nějakou formu mírného nátlaku, tam jde u zdravotníků o snahu bez varování a zcela nekompromisně zlikvidovat domnělého protivníka. Od zdravotníků se můžeme nadít všech forem odporu. Od pasivní rezistence po aktivní odboj. Zdravotník je od mládí veden k nechuti cokoliv standardizovat a písemně dokumentovat. Bere programy kvality jako nutné zlo a první myšlenka o akreditaci je nejspíš „kdo zase co vymyslel, aby mi zkomplikoval práci s pacientem“. Nebo jiná námitka: „...nejsou peníze na nic a my budeme vyhazovat peníze za nějakou akreditaci“. Další postoj mezi zdravotníky je, „my všechno děláme a dobře“ nebo „nemám čas a pravomoci něco prosadit a udělat“. Je nutno zdůraznit, že *ošetřovatelská složka je v tomto směru daleko více uvědomělá a o několik kilometrů před lékaři*. Dále je patrné, že pouze minimum TOP managementů českých zdravotnických zařízení se ztotožnilo s nějakým programem

kvality a propaguje jej v nemocnici pomocí institucionalizovaných struktur. Pramení to z tradiční neochoty něco měnit, zapisovat, podřídit se. *Ars medicinae* je tradiční pojem a cokoli spoutává nebo formalizuje poskytování zdravotní péče, je vnímáno jako zkrácení výsady postupovat podle „zákonů umění“ a stanovovat, co *lex artis* ještě je a co už není. Zejména starší generace, které se brání změnám nejvíce, mají tendenci odmítat jakékoli standardy nebo sledování kvality s tím, že ...“nám přece nikdo nebude vykládat, že snad děláme nekvalitně“... Za dostačující míru kvality je považováno, že pacient bere léky, je operován v anestézii, je v nemocnici vyšetřen drahými přístroji, chirurg zasáhne tam, kde to nemoc vyžaduje.

Motivace

Velkým uměním organizátorů dlouhodobě probíhajících změn je schopnost udržet nadšení pro akreditaci po velmi dlouhou dobu. Každý si umí představit nejširší kolegium zdravotníků, ve kterém burcující řeč ředitele a příslib vyšších příjmů pro nemocnici (které si od akreditace právem slibujeme) roznítí nadšení personálu do té míry, že je ochoten hned ze shromáždění spěchat na svá pracoviště a „zakreditovat je“ rovnou, bez zbytečného zdržování... Co je mnohem obtížnější, je šetřit nadšením a udržovat je, aby v nemocnici vydrželo všechny obtíže spojené s přijetím změn, aby vydrželo alespoň čtyři roky. Není účelné několikrát „rozpálit personál do bílého žáru“. Je potřeba udržovat jej v jakémsi *stand-by* stavu, ze kterého se (jakoby klepnutím na myš) zaměstnanci probouzejí a jsou připraveni reagovat.

Turbulence prostředí

Problémy při zavádění programů kvality ve zdravotnictví mohou odrážet i některá specifika vnějšího prostředí. Jedním z faktorů může být zdravotnický systém, který není příliš nakloněn zavádění programů kvality. Systém je částečně nestabilní a má ekonomické problémy. Při řešení ekonomických problémů se často zapomíná na programy kvality a řeší se přednostně provozní problémy s dodávkami, pojišťovny, nadbytkem pacientů, dluhy nemocnice dodavatelům, nedostatkem financí na mzdy, na opravy a na nové technologie. Převládá pocit naléhavosti a leckde i faktické prvky krizového řízení. Zaměření na kvalitu v podmínkách existenčních je vnímáno jako problém velmi odtažitý a drahý.

Akreditace znamená průkazné uplatnění principu, že nejvyšším zákonem je blaho pacienta. Vše v nemocnici má sloužit k tomu, aby prospěch nemocného byl co možná nejvyšší. Zdravotníci jsou bezprostředně v kontaktu s nemocným, úspěch nemocnice je v jejich rukou, je jen na nich, jak tento princip dokáží uplatnit. Všechny nezdravotnické struktury nemocnice musí chápat, že slouží jako servis, že je jejich úkolem vytvářet nejlepší možné podmínky k tomu, aby zdravotníci mohli uplatnit princip „*salus aegroti suprema lex*“.

Jak plánovat situaci takové tři roky dopředu, kdy se může ukázat, že pro změny užitečnější je procesní řízení, že organizace potřebuje změnu v řídicí struktuře, protože ke změně podnikové kultury dochází jaksi spontánně? Některých „dinosaurů“ se to možná bude dotýkat velmi osobně a bolestně. Dal bych přednost řízené změně bez revolučních skoků, chtěl bych plánovaně připustit pozvolné a vyvážené posilování právě převažujícího systému. Je možné, že se v budoucnosti změní vedení nemocnice, že s novým managementem přijde nová podniková kultura, nový styl řízení, nové priority a řídicí struktura nemocnice se změní tak, aby mohla co nejlépe reagovat na změny vnějšího prostředí.

Za posledních pět let jsme měli tolik ministrů zdravotnictví, že význam šéfa resortu je v tuto chvíli minimální, resort funguje většinou neřízen sám. Ministři se měnili tak rychle, že někteří nestačili rozprášit garnituru dosazenou z rozhodnutí jejich předchůdce. Někteří ředitelé tak v jistém smyslu „přesluhují“, neboť přežili ve funkci odchod toho, kdo je jmenoval, a někteří i odchod jeho následovníka. Zpravidla bývaly změny ve vedení odborů ministerstva a následně na pozicích ředitelů velkých nemocnic vysvětlovány jako snaha „přivést si svůj tým, na který se ministr při realizaci stranického programu a koncepce může spolehnout“, občas dokonce „měl právo vybrat si své spolupracovníky“. Jsme svědky toho, že ministři se mění tak rychle, že žádnou spolupráci nedokáží navázat a ani realizace stranického volebního programu nepřipadá v úvahu. Protože každý nový ministr měl za úkol zpracovat koncepci až po jmenování, nikdo nemohl říci, že v novém ministroví jde o osobu na svém místě. Úvahy indukované zmatky na postu ministra nutně vyvolávají nejistotu i na úrovni přímo řízených nemocnic: Čí je tým, který je nyní v čele největších a nejdůležitějších nemocnic a jak dlouho tam vydrží? Od koho se dozví ředitel, jaká je

úloha jím řízené nemocnice v regionu, v celé republice? Řídí ředitel nemocnici zasazenou pevně do racionálně strukturované sítě zdravotnických zařízení? Diskuse na toto téma přesahuje rámec závěrečné práce, uvedené teze jsou jen dokreslením prostředí, v kterém se řízení nemocnic a kvality jejich počínání odehrává.

VIII. Závěr

Statistiky, které ukazují, kolik nemocných dojde úhony nejen na zdraví, ale i na životě vinou chyby nebo omylu lékaře, jsou zcela alarmující. Návštěva lékaře je u našich severozápadních sousedů kladena v míře rizika před cestu automobilem po dálnici. Nemáme důvod si myslet, že to u nás bude jinak. Proto si nemůžeme dovolit pustit sledování kvality ze zřetele. Naopak, musíme se snažit najít přijatelnou cestu, jak se o kvalitu soustavně zajímat a o naši snaze pacienty neustále přesvědčovat. Snížíme tím nejen jejich fyzické utrpení, ale i velmi svíravý pocit obavy a nejistoty, který každou návštěvu lékaře a zejména hospitalizaci provázejí. Jsme to dlužní jak prestiži oboru, tak vlastní i národní představě o kulturní úrovni společnosti.

9. 9. 2005

Mudr. Otakar Buda

Použité zkratky:

A1, A2	Lékař s jednou resp. dvěma atestacemi
ARIP	Anestezie, resuscitace, intenzivní péče
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSARIM ČLS JEP	Česká společnost anestezie a resuscitace
OSUMaMK ČLS JEP	Odborná společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP
HPS	Hlavní pohotovostní služba (služba zastupující vedení nemocnice v době jeho nepřítomnosti)
HUP	Hala urgentního příjmu
JCI	Joint commission international
LPP náměstek	Náměstek pro léčebnou a preventivní péči
LSPP	Lékařská služba první pomoci (pohotovost)
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
Nemocnice	Fakultní nemocnice v Motole
OUPD	Oddělení Urgentní příjem dospělých
PSS	Pomaturitní studium sester
RLP	Rychlá lékařská pomoc (posádka s lékařem)
RQ	Rada kvality
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc (posádka bez lékaře)
ÚPS	Ústavní pohotovostní služba (zajištění provozu mimo pracovní dobu)
VPP	Vedlejší pracovní poměr
ZdP	Zdravotnické pracoviště (klinika nebo oddělení nemocnice)
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Prameny:

1. Bedrnová E., Nový I.: Psychologie a sociologie řízení
2. Fotr J., Dědina J., Hružová H.: Manažerské rozhodování
3. Gladkij I., Heger L., Strnad L.: Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. IDPVZ Brno, 1999.
4. Gladkij I., Balej P., Sovová E.: Stav implementace řízení kvality ve fakulních nemocnicích v ČR Zdravotnictví v České republice, 2000, 3, 11-2: 43- 45.
5. Joint Commission International. Joint Commission Resources, USA 2000.
6. Joint Commission International: Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice
7. Joint Commission International: Průvodce akreditačním procesem
8. Kalvachová M.: Kontinuální sledování kvality péče poskytné zdravotnictví užitečnou zpětnou vazbu. ZDN,2000
9. Kleibl, Dvořáková, Šubrt: Řízení lidských zdrojů
10. Malý M.: Organizační architektura
11. Malý M.: Vybrané kapitoly z organizace a managementu