

**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.**

Institut postgraduálního vzdělávání
lékařů
Škola veřejného zdravotnictví
Ruská 85, Praha 10, 100 00

Kvalita péče o staré občany, standardy geriatrických
pracovišť

MUDr. Iva Holmerová
autor práce

PhDr. Hana Janečková
Konzultant

oponent

V Praze dne 28. 2. 1995

Obsah práce:

Úvod.....	str. 3
Cíl práce.....	str. 4
Metodika.....	str. 5
Výsledky.....	str. 5
Diskuse.....	str. 22
Doporučení pro praxi ..	str. 23
Závěr.....	str. 24
Literatura:.....	str. 25

Přílohy:

Příloha č.1: - Standardy geriatrických pracovišť
Závěrečná zpráva grantu IGA MZ ČR č. 2405-1: Problematika optimální péče o staré a dlouhodobě nemocné občany. Standardy pro akreditace pracovišť.

Příloha č.2 Gerontologické centrum
Závěrečná zpráva grantu IGA MZ ČR č. 2404-2: Gerontologické centrum - model komprehenzivní péče o staré a chronicky nemocné občany.

Příloha č. 3 Seznam publikací autorky

úvod

V rámci své téměř již dvouleté práce tajemníka České gerontologické a geriatrické společnosti jsem se spolu s kolegy z výboru ČGGS zúčastňovala jednání o geriatrické péči a její perspektivě v naší republice, o představách odborné společnosti, jakým způsobem by se měla vyvíjet a podobně. Ve vyspělých zemích existují různé systémy geriatrické péče. V podstatě je však vždy respektována logická a z praxe vyplývající posloupnost péče akutní, následné a chronické, a to v ústavní i ambulantní sféře. Náš dosavadní systém péče o geriatrické a chronicky nemocné pacienty je od vyspělého světa odlišný, založený především na institucích, kterými jsou léčebny pro dlouhodobě nemocné (dále LDN) ve zdravotnické sféře a domovy důchodců (dále DD) ve sféře sociální. Ostatní modernější formy péče se vyvíjejí v obtížných podmínkách stávající legislativy a způsobu financování.

V průběhu různých jednání jsme se setkali s potřebou přesně definovat jednotlivé typy péče tak, aby bylo zřejmé, o jakou péči či jaké oddělení se jedná, jaké jsou indikace k přijetí, jaký je obsah poskytované péče, jaká je její potřeba a kterým pacientům je optimálně určitá péče poskytována. Většinu z těchto dílčích otázek jsme se snažili odpovědět v závěrečných zprávách dvou grantů Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále IGA MZ ČR či IGA), které tvoří přílohu této práce a na které zde odkazujeme. Dílčí výsledky jsme diskutovali při různých odborných příležitostech, jak je uvedeno v další příloze, protože jsme se samozřejmě snažili, aby naše práce byla co nejvíce použitelná pro praxi.

V průběhu výše popsané práce jsme se snažili získat pokud možno co nejvíce informací o této problematice z publikované literatury. Zadali jsme proto řešerši Středisku vědeckých

informaci Fakultní nemocnice na Bulovce (Medline, Current Contents) a dále jsme postupně získávali kopie odborných prací na toto téma publikovaných. Za zajímavé považujeme to, že dle nám dostupných informací není v naší republice odebírán (resp. odborné knihovnické službě dostupný) žádný časopis zabývající se kvalitou ve zdravotnictví. Proto jsme většinu prací získali prostřednictvím mezinárodní knihovnické služby. Práci zabývající se standardy geriatrické péče jsme odevzdali v průběhu roku 1995 a práci zabývající se modelem gerontologického centra a srovnáním geriatrické péče u nás a v zahraničí jsme odevzdali počátkem roku 1996.

Cíl práce

Bezprostředním cílem této práce je podání informace o kvalitě resp. jakosti z teoretického pohledu. Dále také o možnostech aplikace teorie kvality na poskytování zdravotní péče v našich podmínkách. Mělo by se jednat o shrnutí nám dostupných informací o kvalitě zdravotnických služeb zejména s ohledem na geriatrii. Další cíle formulované v předběžně odevzdaných tezích byly předmětem práce uvedené v přílohách.

Metodika řešení dílčích problémů týkajících se kvality (jakosti) zdravotnických služeb je uvedena v jednotlivých závěrečných zprávách grantů IGA, které tvoří přílohu. V této vlastní atestační práci půjde o sumarizaci literárních podkladů a deskripci jednotlivých teoretických systémů zabývajících se jakostí. Na základě literárních pramenů se budu snažit definovat jednotlivé prvky teorie kvality se zvláštním zřetelem na kvalitu zdravotnických služeb.

Pokud budu používat citace z prací jednotlivých autorů zabývajících se touto problematikou, budu je uvádět v české verzi práce v originále (t.j. angličtině) a v anglické verzi bude vše uvedeno v angličtině vč. překladů českých citací. V angličtině jsou také uvedeny některé teze autorky, které byly součástí anglických prací (zejm. v rámci spolupráce našeho zařízení s WHO/EURO).

Výsledky

Počátky teorie kvality ve zdravotnictví

Kvalita zdravotnické péče začala být systematicky zkoumána v USA po II. světové válce a zejména v 60. letech, kdy bylo zřejmé, že trvale a neúměrně narůstají náklady na zdravotní péči, aniž by se zjevně zlepšovala její kvalita.

Významnou osobností v této problematice byl Avedis Donabedian, který položil teoretický základ pro zkoumání kvality zdravotnických služeb také v šedesátých letech tohoto století a formuloval tři základní hlediska této teorie, kterými jsou

Struktura - proces - výstupy (výsledky). Tyto pojmy jsou obecně známy a užívány.

Již v roce 1974 byly americkým Kongresem vytvořeny organizace pro posuzování profesionálních standardů, aby vyhodnocovaly kvalitu a spotřebu poskytovaných služeb.

Donabedian a spolupracovníci vytvořili nejčastěji používaný

pohled na kvalitu zdravotní péče ze tří hledisek:

- z hlediska struktury péče (odbornost pracovníků, přístrojové a jiné vybavení a organizace a náležité zdroje)
- z hlediska procesu péče (kvalita vztahu lékaře a pacienta, kvalita diagnostických a léčebných postupů a úroveň řízení a využívání zdrojů)
- z hlediska výstupů, resp. výsledků.

Základní definice

Kvalita (jakost) je komplexním problémem, což vyplývá již z toho, že i její definice se velmi liší jedna oproti druhé.

WHO: (1966) Souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.

Donabedian: takový druh péče, při které lze očekávat maximální

užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu:

Ovretveit: schopnost naplňovat potřeby těch, kteří jsou na péči závislí.

Maxwell (1984) definuje šest parametrů klíčových pro kvalitu zdravotní péče. Jsou jimi:

- dostupnost péče
- relevance potřebám z hlediska celé komunity
- účinnost z hlediska individuálního pacienta
- spravedlnost péče
- společenská přijatelnost
- ekonomičnost

Chceme -li měřit kvalitu za přesněji definovaných podmínek, bude třeba definovat jednotlivé pojmy v teorii kvality zdravotnických služeb běžně používané. Zde budu opět citovat z prací Gladkého, který tyto pojmy definuje následujícím způsobem. Anglické citace jsou z prací H.Vuori.

Kriterium - jasně definovatelný prvek, znak nemoci nebo péče, který je přesně měřitelný a popisuje buď strukturu, proces nebo výsledek a má specifický vztah ke kvalitě

Dále cituji - Vuori H., Quality Assurance of Health Services, str.99 -106 (61)

The yardstick itself is the criterion of good care. It is a typical measuring instrument and, as such, has to meet all the customary requirements: validity, reliability and sensitivity. Each criterion has a scale, which can range from a nominal scale (yes-no) to an interval scale (1,2,3-n).

For each criterion a point on the scale has to be agreed on, above which the particular aspect of care measured by this criterion is considered to be good (acceptable) and below which it is considered to be bad (unacceptable). This point is the standard of care on this criterion.

Criteria of good care- The criteria of good care can be classified according to three main dimensions. They can be either implicit or explicit, they can be either general or disease-specific and they can be either ideal or empirical.

The implicit criteria - the assessor of the quality of care, usually an expert, poses to himself the question - what would I do in a similar situation. Clearly, the reliability of such an assessment is poor and consequently the use of implicit criteria is waning.. ., .

Explicit criteria - are stated in advance. This enhances the possibility of using them consistently, in any case, inter-observer variation in the use of such criteria can be ascertained. The comparability and reliability of the assessments are much better than in is the case with implicit criteria.

Disease-specific versus general criteria

There are two schools of thought concerning the relative merits

of general or disease-specific criteria.

There is no consent about using general or disease-specific criteria.

According to one- only disease-specific criteria are objective and

specific enough to provide reliable and comparable information.

They are also more in line with the nature of a physician's work

and the concept of quality assurance. They constitute a model of

good care.

BUT. they draw attention to minute details of care that are often

irrelevant to its outcome.

Ideal (normative) v. empirical criteria.

- current medical knowledge and technology (as expressed in

textbooks, in scientific articles and by leading experts) is used as the ideal model on which to base the actual criteria.

In theory, it would be possible to check the actual care given against the entire ideal model by using a very comprehensive set of criteria, but in practice this is not feasible. Therefore, a few indicator criteria have to be selected on the basis of their importance or representativeness.

Empirical criteria are those selected on the basis of previous practice. The problem with these is that practices exist that are based on conventional wisdom and are irrelevant to the objectives of care. The unquestioning translation of such practices into criteria of good care can thus actually lower quality.

Standards of good care. A standard is the value on a criterion that indicates the boundary between acceptable and unacceptable quality.

Jestliže sumarizujeme výše uvedené názory, dojdeme k poměrně

jednoduchému vysvětlení jednoho z nejfrekventovanějších termínů v teorii kvality:

Standard - určitá přesně popsaná kvantitativní úroveň kritéria péče, jež je v daném okamžiku či době považována za výraz dobré kvality péče

Guidelines - návody dobré praxe

Ještě považují za nutné uvést termín guidelines - návody dobré praxe. Domnívám se, že tento termín by měl být používán pro postupy doporučené odbornými společnostmi. Nejedná se o standard jako takový, ale o shrnutí ukazatelů léčebného, diagnostického, ošetrovatelského či jiného zdravotnického postupu. Jedná se v podstatě o kompletní množinu důležitých znaků určitého výše uvedeného procesu. Proto jsou "guidelines" poněkud odlišné od jiných definovaných standardů a domnívám se, že je vhodné je i terminologicky odlišovat. Dalším pro "guidelines" důležitým momentem je, že by měly být česky řečeno "evidence-based", t.j. měly by vycházet z analýz metaanalýz velkých a správně provedených studií.

Další pojmy definované dle H.Vuori (61, str.36-37):

Effectiveness- the relation of the actual impact of a service or programme in an operating system to its full potential impact in an ideal situation

Efficiency- the relation of the actual impact of a service or programme in an operating system to its full potential impact in an ideal situation

Efficiency indicates whether everything that was done was really necessary.

Proficiency - tells us whether everything considered necessary in good care was really done.

Adequacy- the relation of available services to the needs of the population.

Scientific-technical quality - the level of application to care of the currently available medical knowledge and technology. This is the most common objective of quality assurance programmes. The term quality use alone without qualification almost invariably refers to this component.

Accessibility- the possibility of a consumer obtaining the services he needs at a time and place where he needs them in sufficient amounts and at a reasonable cost.

Continuity - the treatment of a patient as a whole person in an integrated way under the guidance of a central source of care.

Výše uvedené pojmy považuje H Vuori za základní proměnné v teorii kvality.

In various contexts it has been suggested that quality-related research and activities can or should concern the above mentioned variables.

Quality assessment - the measurement of the actual level of the quality of services rendered

Quality of services rendered plus the efforts to modify when necessary the provision of these services in the light of the results of the measurement.

Quality control - is synonymous with quality assurance- Because of its connotations the term is usually replaced by the more neutral quality assurance. *Pozn. autorky: dle mého názoru je vhodné rozlišovat mezi quality control - quality assurance (viz dále).*

Obecné teorie kvality

Nauka o kvalitě zdravotnických služeb se dále rozvíjela a

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.

využívala poznatků teorie kvality jiných odvětví (zejm. patrné v normách Mezinárodního úřadu pro normalizaci: ISO 9000 a dalších a TQM).

Evropský dokument Zdraví pro všechny - cíl č. 31:

Zajištění kvality zdravotní péče je jedním z cílů programu Zdraví pro všechny, který byl vyhlášen Regionální úřadovnou Světové zdravotnické organizace (85, str. 116-119)

Target 31- Ensuring quality of care. Cituji: ...all Member states should build effective mechanisms for ensuring quality of patient care within their health care systems. This could be achieved by establishing methods and procedures for systematically monitoring the quality of care given to patients and making assessment and regulation a permanent component of health professionals regular activities, and providing all health personnel with training in quality assurance.

Dále materiál zdůrazňuje, že není možné kvalitu měřit pouze úrovní technického pokroku, i když ta je nejnázne měřitelná. Za nežádoucí je naopak považováno nadbytečné léčení, iatrogenní poškození, odcizení pacientům a jejich rodinám. Zajištění kvality tedy zahrnuje více než úroveň techniky a odborných dovedností. Musí také zahrnovat zdravotní a ekonomickou efektivnost, bezpečnost a přiměřenost péče potřebám populace.

Členské státy by měly jasně stanovit způsob, jakým budou zajišťovat kvalitu zdravotní péče pro své občany.

Often, the level of technical development is used as an indicator of quality, because it is relatively easy to measure the mechanical components of care. But this approach does not allow for any consideration of such issues as overtreatment, iatrogenic disease, the alienation of patients and their families, the unwanted prolongation of life or emotional and financial costs.

Assessing the quality of health care involves more than measuring the level of technical development of expert skills. It must also measure the effectiveness, safety, efficiency and adequacy of care methods for the needs of the population...

Countries should draw up clear policies on quality assurance in health care.

V materiálu Priority research for health for all je uvedeno: (84, str.116-119)

What is quality? This question can be approached from a technical viewpoint: does care meet professional standards? Another viewpoint is focused on people: does care benefit the person who receives it?.

The notion of the art of care must be translated into measurable terms and included in studies on quality assessment.

Dále je v materiálu zdůrazněna role auditů jakožto způsob prosazování kvality péče.

Zdůrazněny jsou následující aspekty:

- The effectiveness, safety, efficiency and adequacy of care designed to meet people's needs
- the acceptability to the users of the services delivered
- the provision to users of information, their chances for participation, and their satisfaction with services
- the protection of service users from unnecessary subjection to expensive, unpleasant, invasive and potentially hazardous equipment, procedures or drugs.

The quality of care is a highly complex subject, requiring much research by multidisciplinary teams representing the biomedical, economic, behavioural and organizational sciences. For this discussion, the concept of the quality of care is broken down into its two major parts: quality assessment and quality assurance.

Tento materiál dále interpretuje Gladkij následujícím způsobem

(22,23) ..

Prosazování kvality zdravotnických služeb může být dosaženo

zejména:

- zavedením metod a opatření k systematickému monitorování kvality péče o nemocné
- vyhodnocováním diagnostických a terapeutických opatření
- definováním standardů a jejich zavedením do každodenní praxe
- pře a postgraduální výchovou a dalším vzděláváním lékařů a dalších zdravotnických pracovníků ve způsobech zajišťování kvality.

Hannu Vuori v publikaci WHO se opět obrací k donabedianovskému přístupu ke kvalitě a hodnotí přístupy ke kvalitě opět z následujících hledisek: struktura, proces, výstupy. (61, str.59-92) .

Types of structural approach

Licensure - the process by which a government agency grants permission to persons to engage in a given profession or occupation by certifying that those licensed have attained a predetermined degree of competence

Certification and/or registration- the process by which a nongovernmental agency or association grants recognition to an individual who has met certain predetermined qualifications.

Accreditation - this process concerns educational and health care institutions and programmes and aims at protecting both the public and the prospective professionals by guaranteeing that an institution has the capability of producing competent professionals and high quality services.

Accreditation- the process by which an agency or organization evaluates and recognizes an institution or programme of study that meets certain predetermined standards.

The process approach

Rationale - this approach is based on the assumption that if, in all phases of care, currently available medical knowledge and technology are fully applied, the outcome is more likely to be good than if the application of medical knowledge and technology is deficient.

The earliest attempts to introduce quality assurance were based on outcome. Since these failed, the pioneers of quality assurance looked for something else. The structural approach was the immediate answer but, when this also proved unsatisfactory, the next logical step was to turn to the process of care. It was suggested that just as the ledgers of a health care institution are subject to fiscal auditing, so the production of health services should be subject to

medical auditing.

- internal evaluation is carried out by the personnel of the institution

- external evaluation - the assessor may represent any body outside institutions

- administrativě evaluation usually focuses on the use of resources in the production of health services and serves planning, management and accounting purposes

- Professional evaluation is primarily the scientific-technical quality of the services produced.

- case review - the care given by a provider or received by a patient, revealed by the medical records is the object of assessment. To put it concisely, the case review proceeds from source documents or individual observations to the identification of patterns and the making of generalizations.

- utilization review - in the United States, hospitals that wish to be reimbursed for the treatment of patients entitled to certain social security benefits are obliged to establish a utilization review system (excluded e.g.: over-use of

services, too long a stay, unnecessary hospitalization...)

- medical audit- retrospective assessment of the quality of care on the basis of medical records. Medical audit usually, but not necessarily, focuses on the process of care. It presumes the development of a model of good care consisting of criteria pertaining to the medical history, diagnosis, treatment, follow-up and rehabilitation.

Continuing education as a strategy in the process approach
The outcome approach

Already in 19th century (P.C.A.Louis - French physician, Florence Nightingale..). In the beginning of 20th century E.A.Codman compared outcomes of surgeons - results were terrifying and the interest thereafter quickly shifted from the outcome approach to the structural approach so as to guarantee at least minimum standards. The outcomes system has been criticised often since. Only in some punctually defined situations is possible to compare the outcomes.

Mortality

Disease-specific outcome approach

The tracer method. Appears to be one of the most promising combinations of disease specific process and outcome approaches to measuring the quality of care received by a defined population.

Systemy prosazování a řízení jakosti

Nauka o kvalitě vedla k vytvoření dvou základních systémů prosazování a řízení kvality: TQM (v USA) a ISO 9000 (v Evropě). Tyto systémy však mají mnoho společného, v mnohém jsou komplementární a lze předpokládat, že v rámci pokračující hospodářské spolupráce se budou i tyto systémy prosazování a řízení jakosti sbližovat.

Ve Spojených státech vedla nauka o jakosti ke konsensu v

systemu TQM - Total Quality Management
Zásady aplikace TQM na zdravotnické služby lze vyjádřit heslovitě následujícím způsobem.

TQM ve zdravotnických zařízeních

Angažovanost zaměstnanců

- cíle organizace
- přesvědčení zaměstnanců o TQM
- vytvoření kultury v zařízení odpovídající cílům, přimět zaměstnance, aby je přijali (komunikace se zaměstnanci)
- získání zpětných informací
- kultura organizace, zaměstnanci se vyjadřují ke kvalitě práce

Podpora a pravomoc

- podpory a pravomoci jsou klíčovými prvky TQM ;
- zaměstnanec musí mít možnost ovlivnit rozhodnutí
- management musí poskytnout pomoc zaměstnanci i když udělá chybu
- hlavní funkce managementu je poskytnuti zaměstnancům prostředků pro kvalitní služby - vč. kvalifikace - .

Orientace na pacienta

- zacházet s pacienty jako s lidmi- ne jako s případy
- průzkum názorů a připomínek pacientů
- také pojišťovny jsou zákazníci - kupují služby- zdravotnické zařízení pracuje na tom, aby interakce byly bez závad a sleduje své účty pro ujištění, že poskytuje ve své oblasti nejvyšší hodnotu .

Měření pokroku

- analýza dat je kritickým faktorem - informace, jak dobře organizace pracuje
- sběr dat je průběžným procesem, slouží pro manažerské rozhodnutí, zaměstnanci průběžně informování o

výsledcích

- podíl na zisku v podobě prémie
- rozdíl mezi konvenčním řízením a TQM - snížení doby čekání, důraz kladený na systém- ne tolik na jedince,...

Úspěch není náhoda

akreditace založena na TQM

- úspěch spočívá v delegaci pravomoci na pracovníky,

K systému TQM bych chtěla dodat následující: vychází ze systému amerického zdravotnictví, je součástí celkového legislativního klimatu. Používá jakožto nástroje pro audit velice složitých dotazníků, které jsou pro nás prakticky nepoužitelné. Pro jeho aplikaci u nás nemáme k dispozici celistvé materiály. Do budoucna je možno předpokládat určité sbližování se systémem ISO v rámci hospodářské kompatibility vyspělých zemí.

Evropský vývoj zejména v rámci spolupráce s ISO International Standard Organisation - Mezinárodním ústavem pro normalizaci vedl k vytvoření norem řízení jakosti ISO 9000, ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003, ISO 9004 (66).

V principu vycházejí tyto normy ze základní představy, že jakost (kvalita) zboží či služeb je dána jejich schopností uspokojit potřeby klienta.

Tyto normy jsou součástí systému norem ISO, který je u nás postupně prosazován, a odpovídají tedy legislativnímu klimatu, se kterým se naše země sbližuje. Tak jako TQM, i normy ISO 900* se zabývají obecné kvalitou a je možno je postupně aplikovat na některé činnosti ve zdravotnictví. V tomto ohledu spolupracuje naše pracoviště na řešení grantového úkolu týkajícího se pohledu na služby ve zdravotnictví z hlediska norem ISO 9000.

Normy ISO týkající se kvality byly přijaty do systému ČSN

ČSN ISO 9000 - Normy pro řízení a zabezpečování jakosti. Směrnice pro jejich volbu a používání.

ČSN ISO 9001 - Systémy jakosti. Model zabezpečování jakosti při navrhování, výrobě, uvádění do provozu a servisu.

ČSN ISO 9002 - Systémy jakosti. Model zabezpečování jakosti při výrobě a uvádění do provozu.

ČSN ISO 9003 - Systémy jakosti. Model zabezpečování jakosti při výstupní kontrole a zkouškách.

ČSN ISO 9004 - Řízení jakosti a prvky systému jakosti. Směrnice.

ČSN ISO 9004-2 - Část 2 - Směrnice pro služby.

ČSN ISO 9004-3 - Část 3 - Směrnice pro materiál k zajištění služeb

ČSN ISO 9004-5 - Část 4 - Směrnice pro plány jakosti

ČSN ISO 9004-6 - Část 5 - Směrnice pro konfigurační řízení

Část 1 bude revizí ISO 9004:1987. Části 3 až 6 se připravují.

Dle norem ISO (zejm pro služby) je zřejmé, že spokojenost zákazníka a jakost jsou důležitými hledisky, která získávají stále větší celosvětovou pozornost. Vytvoření a udržování jakosti v organizaci závisí na systematickém přístupu k řízení jakosti s cílem zajistit pochopení potřeb zákazníka a jejich splnění.

Dle mého názoru bude v budoucnosti možné vypracovat metodiku hodnocení alespoň některých zdravotnických činností dle norem ISO 9000.

Jestliže by bylo řízení jakosti úspěšně aplikováno na oblast služeb, pak jsou dle norem ISO poskytnuty značné možnosti pro:

1. zlepšené provádění služeb a spokojenost zákazníka
2. zvýšenou produktivitu, efektivnost a snížení nákladů
3. lepší uplatnění na trhu.

Pro zdravotnictví je jistě zajímavé, že norma ČSN ISO 9004-2 popisuje znaky služeb. Ty jsou buď kvantitativní (měřitelné) nebo kvalitativní (porovnatelné). Obdobně musejí být definovány znaky procesy jímž se poskytuje služba. Tyto znaky nemusejí být vždy zjistitelné zákazníkem, ale přímo oblivňují průběh poskytování služby. Dále jsou uvedeny příklady znaků, jimiž jsou: např:

- čekací doba, dodací lhůta a doba poskytování služby
- technické vybavení, kapacitní možnosti, počet pracovníků a množství materiálu
- hygiena, bezpečnost, bezporuchovost a ochrana
- citlivost, přístup, zdvořilost, pohodlí, estetičnost, prostředí, oprávněnost, spolehlivost, přesnost...

Dále je také v normě popsána tzv. smyčka jakosti. Zjednodušeně řečeno se jedná o cyklus začínající marketingem, následuje vytvoření struktury, dále probíhá vlastní proces poskytování služby, který má určité výstupy od nichž jde zpětná vazba směrem k počátku této smyčky, jeden cyklus se uzavírá, ale proces kvality služeb pokračuje dál v nových cyklech, které vždy zužitkují informace vycházející z cyklů předešlých. Jedná se tedy o kontinuum prosazování kvality.

Výše uvedené aspekty je dle mého názoru dát velice dobře do souvislosti s klasickým Donabedianovým pohledem.

Za podstatné, objevené a ve zdravotnictví naprosto opomíjené považují právě kontinuum zlepšování kvality tak, jak je uvedeno v normě ISO 9004-2, a zejména pak počátek smyčky kvality v marketingu - což je myslím zásadní faktor, u nás naprosto opomíjený. To vede k jevu, kdy jsme svědky nárůstu služeb nepotřebných nebo nadbytečných a deficitu potřebných.

Diskuse

V této práci jsem si chtěla učinit základní představu o problematice kvality ve zdravotnictví. Je pravdou, že kvalita je nyní top tématem. Vznikají komise, úřady, materiály. Narůstá množství literatury, dotazníků atd. Nejen u nás (resp. u nás zatím velice málo) ale v ostatních zemích (např. Rakousko) si stěžují zdravotničtí pracovníci na řehťajícího administrativního šimla kvality.

V naší zemi začínáme toto téma teprve otevírat, měli bychom se tedy poučit ze zkušeností ostatních zemí.

Dle mého názoru lze očekávat dva procesy:

1. Sbližování systému TQM a ISO
2. Zavádění teorie kvality do naší praxe.

Přitom bychom měli respektovat první zásadu a to, že evropský systém je nám bezpochyby bližší.

V rámci norem ISO je problematika kvality dostatečně rozpracovaná na obecné úrovni.

Bude třeba zhodnotit možnost jejich využití ve zdravotnictví - respektive využití jejich základních principů.

Za klíčový moment považuji specifičnost zdravotnických služeb. Domnívám se, že hodnocení potřeb klienta je ve zdravotnictví daleko složitější problém. Přestože je bezpochyby moudrá věta začleněná v ISO 9004-2, není jí řešitelné vše: "Procesy, kterými se poskytuje služba, musejí být také definovány znaky, které nemusí být vždy zjiřtitelné zákazníkem, ale přímo ovlivňují průběh poskytování služby". Tato věta se vztahuje pouze na proces poskytování služby, který je ve zdravotnictví specifický. Obdobné rozšíření však postrádám v otázce zjiřřování potřeb (tedy diagnostického procesu), což je další zcela specifický problém u zdravotnických služeb. Domnívám se proto, že bude třeba další práce k objasnění tohoto klíčového momentu. To však již není předmětem předkládané práce.

V práci jsem chtěla dokumentovat, že je potřebné uvádět teorii kvality do zdravotnictví. Chtěla bych uvést několik aspektů, které považuji za podstatné. A to již bez vysvětlujícího komentáře, neboť ten je uveden v textu práce či příloh.

1. Je důležité abstrahovat zásadní principy teorie kvality od administrativního balastu.

2. Za účelné považuji postupné vypracování návodů dobré praxe (guidelines). Ty by ale se měly zejména týkat klíčových problémů, těch kde se dělají chyby a kde bývají časté nedostatky. Zde vidím jako podstatnou úlohu odborných společností.

3. Další potřebnou formou je stanovení standardů pro praxi jednotlivých oddělení, které by sloužily jako podklady k auditům a napomohly by definování těchto oddělení, (význam např. pro nově zaváděná ošetrovatelská oddělení).

4. Považuji za potřebné, aby se odlišovala kontrola kvality, kde mohou být při přesně definovaných procesech rozhodující výsledky, od prosazování kvality, kde mají klíčovou roli znaky procesu.

V uvedené práci jsem se snažila shrnout ty aspekty teorie kvality, které považuji za podstatné pro dobrou praxi zdravotnických zařízení. V příloze předkládám standardy geriatrických oddělení. Domnívám se, že téma prosazování kvality musí být i v našich podmínkách dostatečně otevřeno. Mělo by se však odlišit podstatné od nepodstatného a nedopustit záplavu administrativy (což je již realitou v některých zemích - Rakousko). Dále považuji za potřebné, abychom se již nyní zabývali možnostmi kompatibility s normami ISO - uchráníme se tak vymyšlení vymyšleného a vzniku dalších nepotřebných teorií.

Seznam literatury:

1.
Jednotlivé práce jsou uvedeny v abecedním pořadí dle příjmení prvního autora, monografie jsou uvedeny proloženě.
2.
Ajayi V., Miskelly F.G., Walton I.G.: The NHS and Community Care Act 1990., Is it a Success for elderly people?, BMJ, vol 310, 18 Feb 1995, p.439
3.
Baker.R.: Clinical audit in primary health care: towards quality assurance, BMJ vol 310, 18 feb 1995, pp. 413
4.
Beneš V.: Příklady lékařského auditu v primární péči, Praktický lékař 75, Informační zpravodaj 7-8, s. 1-2
5.
Berwick D.M.: Continuous improvement as an ideal in health care, The New England Journal of Medicine, vol 320, No 1, pp. 53-56
- 6..
Berwick D.M.: Health Services Research and Quality of Care, Assignments for the 1990s, Medical Care, Aug.1989, Vpů- 27, No 8., pp. 763-771
7.
Bielik J.: Maastrichtská inšpirácia, ZN 33/1994, str. 14
8.
Brocklenhurst , Quality Assurance, Quality of LTC, osobní sdělení, Health Care for teh Elderly - UK Experience, Edinburgh, Sept. 1994
9.
Brook, R.H.: Implementing medical guidelines - commentary, The Lancet, Vol. 346, July 15, 1995, p. 132
10.
Creese A., Parker D.: Cost analysis in primary health care, WHO UNICEF, Aga Khan Foundation, Geneva 1994, 147 s.
11.
Dickinson M., Improving Quality of Care, osobní sdělení, Health Care for the Elderly UK Experience- Edinburgh, Sept. 1994
12.
Doyle D., : Palliative care, osobní sdělení

Health Care for teh Elderly - UK Experience, Edinburgh, Sept. 1994

13.

Drbal CIL Zdraví, hodnoty a transformace, Podpora zdraví, 2/1995, s. 3-9

14.

Eagle D.J., Guyatt G.H., Patterson Ch., Turpie I., Sackett B., Singer J.: Effectiveness of a geriatric day hospital, Can.Med Assoc J 1994, 144 (6), pp. 699- 704

15.

Ellerbeck E.F., Jencks S.F., Radford, M.F., Kresowik, T.F., Craig, A.S., Gold J.A., Krumholz H.M., Vogel R.A.: Quality of Care for Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction - A Four-State Pilot Study From the Cooperative Cardiovascular Project, JAMA, May 17, 1995, Vol 273, No 19, p. 1509 - 1514

16.

Emanuel E.J., Steiner D.: Institutional Conflict of Interest, The New England Journal of Medicíně, Jan. 26, 1995, pp. 262 - 267

17.

Farmer G.G.: Zajištění kvality, 1995 materiál autora pro MZ ČR

18.

Farmer R.G.: Medical quality assurance / continuous quality improvement - Implementation pian, předaný materiál autora, 1995

19.

Fitzpatrick B., Taylor R.: Patients criteria in assessing quality, Nurs-Stand. 1994, Jun 15-21. 8(38): 34-9

20.

Fitzpatrick R., Fletcher A., Gore S., Jones D., Spiegelhalter D., Cox D.: Quality of life measures in health care.I Applications and issues in assessment, BMJ 1992, 305, 1074-7

21.

Fousková D., Wildová O.: Realizace Programu zlepšování a hodnocení kvality práce ve FN v Hradci Králové, ZN 34/1994 Str.7.

22.

Gladkij I.: Zajišťování kvality zdravotní péče a její ekonomické stránky, Čas. Lék. češ.,134,1995, p. 3-6

23.

Gladkij I.: Od zajišťování kvality zdravotní péče k jejímu celostnímu řízení, Čas.Lék češ, 134, 1995, No8, P. 227-231

24.

Goerres S., Tschubar H., Meier-Baumgartner H.P.: Zuř Bedeutung klinikinterner Erfolgskriterien in der gariatriscnen Rehabilitation Ergebnisse eines Nachsorgeprojekts zum Problēm der Qualitaetssicherung, Rehabilitation 30 (1991) 63-68, Georg Thieme Verlag Stuttgart-New York, s. 63-68

25.

Haines a., Feder G.: Guidance on guidelines, Br.Med J 1992, 305,785-6

26.

Heger L., Strnad L.: Program zlepřování a hodnocení kvality práce ve FN Hradec Králové, ZN 34/1994 Str 6.

27.

Hnilicová H., Janečková H.: Kvalitní zdravotní péče, Ekonom č. 45, 1993, s. 28

28.

Hnilicová H.: Kvalita léčebné péče a spokojenost pacientů ve světle dotazníkového řetřeni, Zdravotnické noviny č. 20, 1994, s. 10

29.

Holčík J.: Jsou peníze ve zdravotnictví vynakládány užitečně, ZN 26/1994, Str.9.

30.

Holčík J.: Celostátní seminář k problematice výuky sociálního lékařství, veřejného zdravotnictví a zdravotní politiky, Podpora zdraví 2/1995, s. 32-33

31.

Jatulis L.: Total quality management and home health care, Geriatr-Nurs. 1994, Ju-Aug, 15 (4): 223-4

32.

Johnson White L., Balí J.R.: Integrating Practice Guidelines with Financial Incentives, Quality Review Bulletin, Journal of Quality Assurance, Feb. 1990, Vol 16, No 2, pp. 49 - 53

33.

Kamel E. Elliot E., Zaki H., Standards for Nursing, World Health Forum, Vol. 15, 1994, pp. 158- 159 ,

34.

Kasalová H., Farmer R.G., Roithová Z., Marx: Development of Patient Satisfaction Surveys in the Czech Republic: a nex Approach to an Old

Theme, International Journal for Quality in Health Care, Vol. 6,
No. 4., pp. 383-388, 1994

35.

Kasalová H., Ještě jednou k průzkumu spokojenosti pacientů ve FN
Královské Vinohrady, Medical Marketing, listopad 1994, str. 1,

36.

Kasalová H., Spokojenost pacientů a program Total Quality
Management - Informace o provedení předběžného průzkumu,
Prakt.lék. 74,1994, č. 3, pp. 134-136

37.

Kořenek J.: Péče o starší generaci, Podpora zdraví 2-1995, 38-41

38.

Laffel G., Blumenthal D.: The Case for Using Industrial Quality
Management Science in Health Care Organizations, JAMA, Nov 24,
1989-Vol 262, No 20, 2869-2873

39.

O Leary A.: Patient satisfaction as a measure of Quality in the
care
of the elderly, British Journal of Nursing, 1992, Vol 1. No
9, p
470-472

40.

Lohr, K.N.: MEDICARE, A Strategy for Quality Assurance, Vol.1,
National Academy Press, Washington D.C. 1990, 441 p.

41.

Mareschová I., Schůzky skupiny kvality ošetrovatelské péče -
pocity,
dojmy, Sestra IV, č. 1, 1994 p.

42.

Massie C.: Using Total Quality Management in Long-Term Care
Case
Management, Amer Jour Med Qual, Vol 8, No, p, 79-86 Summer 1993

43.

McLaughlin C., Kaluzny A.D. Total quality management in health:
Making it work, Health Care Manage Rév, 1990, 15(3), 7-14

44.

Muellerová N., Bílek M.: Spokojenost nemocných s ambulantní
péčí v
plzeňské fakultní nemocnici, Sestra, č.5, ročník V., 1995, s.
29 -
30

45.

Nash, D.B.: Quality of Measurement of Quality of Medicině?,
JAMA,
May 17, 1995 - Vol 273, No. 19, p. 1537 - 1538

46.

Nease R.F., Kneeland T., O Connor, G.T., Sumner W., Lumpkins C., Shaw L., Pryor D., Sox H.C., for the Ischemic Heart Disease Patient Outcomes Research Team: Variation in Patient Utilities for Outcomes of the Management of Chronic Stable Angina, JAMA, April 19, 1995 -Vol 273, No 15.

47.

Ovretveit J.: Health Service Quality, Oxford Blackwell Scientific Publications, 1992, 185 s.

48.

Papeš Z.: Vývoj zdravotnictví v období 1989- 1994, Podpora zdraví 2-1995, 10-21

49.

Philp I., Rockwood K.rGeriatricians and Quality Assurance, Age and Ageing 1993, 22, 401-403

50.

Přehnal J. : Geriatrické centrum Zlín - rozpracovaný materiál u autora

51.

Ray R.:Accrediting hospitals - Accreditation should move from structure and process to outcome, BMJ vol 310, 25 march 1995. pp. 755-756

52.

Ribbe M.W.: Quality Developments in the Countinuity Care, předneseno na : Health Strategies and Services for the Elderly, Who Regional Office for Europe, Zirl- Innsbruck, November 1994

53.

Ribbe M.W.: Background document on the Netherlands for the WHO/EURO meeting on Continuity of Care of the Elderly, Innsbruck/Zirl, 16-19 november 1994, 8 s.

54.

Robinson R.: Accrediting hospitals - Accreditation should move from structure and process to outcome, BMJ 1995, vol 310, pp.755-756

55.

Rudman D., Mattson D.E., Alverno L., Richardson T.J., Rudman I.W.: Comparison of Clinical Indicators in Two Nursing Homes, JAGS 41, 1317-1325, 1993

56.

Spiegelhalter DJ, Gore SM, Fitzpatrick R, Fletcher AE, Jones DR, COX DR.: Quality of life measures in health care: Ill.resource allocation, BMJ 1992, 305. 1205-9

57.

Strejček J.: QUALy nový ukazatel ekonomické efektivnosti léčby, Prakt lék. 75, 1995, č.4

58.

Tomalin D.A., Redfern S.J., Norman I.J., Oliver S.: A comparison of Two quality assessment Instruments: Monitor and Senior Monitor, Int.J.Nurs.Stud, Vol 31, No. 3, pp. 299-311, 1994

59.

Uhrová J.: Program zvyšování kvality zdravotní péče, ZN 30/1994, str. 12

60.

Vuori Hannu, Quality of Care in Eastern Europe: The Diagnosis is Clear, the Therapy Not, in Quality Assurance in Health Care, Vol.5, No.2, pp. 99 - 101, 1993

61.

Vuori Hannu.V., Quality Assurance of Health Services, Concepts and Methodology, Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen 1982, 127 s.

62.

AMAHC- Accreditation Manuál fo Ambulatory health Care- Volume I - Standards, 1992 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, USA 1992, 91 s.

63.

Canadian Council on Health Facilities Accreditation: Long TERM Care I Facilities 1991

64.

Cancer Reliéf Macmillan Fund: A Quality Way Forward in Palliative Care.

65.

Clinical Practrice Guideline: Urinary Incontinence In Adults, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Policy and Research, 1992 127 s+ Quick REference Guide for Clinicians 27 s.

66.

ČSN ISO 9000, ČSN ISO 9001, ČSN ISO 9002, ČSN ISO 9003, ČSN ISO 9004-2.

67.

Improving Clinical Quality in the Health Service - An outcomes symposium held in the College on 29 April 1993, Proc.R.Coll.Physicians Edinb. 1995, 25: 81-95 . .

68.

Manual of Standards for Community Health Draft, Australian Community Health Association, 1993

69.

Qualitaetssicherung in der Pflege- Ein Schritt zur Professionalisierung? - Deutscher Berufsverband fuer Pflegeberufe, Jan 1991, 15 s

70.

Saintvincentská deklarace., WHO, International Diabetes Federation, vydal Svaz diabetiků ČR ve spolupráci s fy Novo Nordisk, 1. vydání , Duben 1994,27 s.

71.

Unedited Summary and Discussions, prep. by The WHO collaborating Centre for Continuity of Care of the Elderly, CHOchzirl, Austria -WHO Consultation on Continuity of Care of the Elderly, Innsbruck-Zirl, Austria, 16-19 November 1994,30 s.

72.

TIDE, Technology initiative for disabled and elderly people, Bridge phase - synopses, European Comission, December 1994,Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1995, 191 pp.

73.

PROJET BRETONNEAU, Assistance publique, hopitaux de Paris, Aout 1995,192 s

74.

Rapport d activité, 1994, Le malade est le coeur de notre action, Assistance publique hopitaux de Paris,1995,44 s . , •

75.

I. konference komunitní péče o staré občany, Praha, 26.-27.10.1995, Sborník, vydalo MZ ČR 1995,67 s.

76.

Aktuální informace ÚZIS ČR, č. 22

77.

Health, lifestyles and services for the elderly, WHO/EURO, Public Health in Europe 29,1989, 221 s.

78.

The elderly in eleven countries - A sociomedical survey,

WHO/EURO, Public Health in Europe 21231 s.

79.

Európska sociálna charta a jej protokol, Rada Europy,
Strasbourg
1992,44 s.

80.

Senior citizens in Austria, Federal Press Service,
Vienna,
1993,69 s.

81.

Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace, HIS CZ
93,
ÚZIS Praha, 1995, 80 s.

83.

The world aging situation: strategies and policies, United
Nations, 1985,299s

84.

Priority research for health for all, vyd., WHO, Reg.office
for
Europe, Copenhagen, 1988, 164 s.

85.

Targets for health for all, WHO Reg. office for Europe,
Copenhagen, 1986, 201 s.

86.

Společná cesta ke zdraví, úvod do evropské strategie,
Avicenum
Praha, 1990,50s.

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.

Přílohy:

Příloha č.1: - Standardy geriatrických pracovišť
Závěrečná zpráva grantu IGA MZ ČR č. 2405-1: Problematika optimální péče o staré a dlouhodobě nemocné občany. Standardy pro akreditace pracovišť.

Příloha č.2 Gerontologické centrum
Závěrečná zpráva grantu IGA MZ ČR č. 2404-2: Gerontologické centrum - model komprehenzivní péče o staré a chronicky nemocné občany.

Příloha č. 3 Seznam publikací autorky