Projekt zefektivnění managementu kvality ve vybrané nemocnici

Bc. Hana Hanáková

Diplomová práce
2019

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu
akademický rok: 2018/2019

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

Jméno a příjmení:	**Bc. Hana Hanáková**
Osobní číslo:	**M16686**
Studijní program:	**N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor:	**Management ve zdravotnictví**
Forma studia:	**kombinovaná**
Téma práce:	**Projekt zefektivnění systému managementu kvality ve vybrané nemocnici**

Zásady pro vypracování:

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- **Dle soupisu literatury zpracujte teoretické poznatky v oblasti managementu ve zdravotnictví.**

II. Praktická část

- **Popište a analyzujte aktuální stav systému managementu kvality ve vybrané nemocnici.**
- **Zpracuj projekt zefektivnění systému managementu kvality ve vybrané nemocnici.**

Závěr

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

Seznam odborné literatury:

ARTHUR, J. Lean Six Sigma for Hospitals: simple steps to fast, affordable, and flawless healthcare. 1st Ed. New York: McGraw-Hill, 2011, 348 s. ISBN 978-0-07-175325-8.
BRIŠ, P. Management kvality. Vyd. 2., uprav. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010, 208 s. ISBN 978-80-7318-912-9.
ČSN EN ISO 9001. Systém managementu jakosti, Požadavky. Vyd. 1. Praha: Český normalizační institut, 2016, 48 s.
MORROW, R. Utilizing the 3Ms of process improvement in healthcare: a roadmap to high reliability using lean, Six Sigma, and change leadership. 1st Ed. Boca Raton, FL: CRC Press, 2012, 292 s. ISBN 978-1-4398-9535-1.

Vedoucí diplomové práce:	**doc. Ing. Petr Briš, CSc.** Ústav průmyslového inženýrství a informačních systémů
Datum zadání diplomové práce:	**14. prosince 2018**
Termín odevzdání diplomové práce:	**16. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 14. prosince 2018

L.S.

doc. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA

DIPLOMOVÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

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

Prohlašuji,

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

Ve Zlíně

Jméno a příjmení: Bc. Hana Hanáková

podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na možnosti zvýšení efektivity systému managementu kvality ve vybraném zdravotnickém zařízení. V teoretické části diplomové práce jsou tři tematické celky. První definuje základní pojmy jako management, kvalita, management kvality, jeho historický vývoj. Druhý celek popisuje užití obecných principů systému managementu kvality ve zdravotnictví a třetí celek je zaměřený na zefektivnění managementu kvality pomocí nástrojů jako jsou analýzy a přezkoumání systému. Praktická část charakterizuje a analyzuje současný stav systému managementu kvality ve vybraném zdravotnickém zařízení. Na základě analýzy navrhuje projekt zefektivnění systému managementu kvality v nemocnici.

Klíčová slova: management, kvalita, zdravotnictví, nemocnice, systém managementu kvality.

ABSTRACT

The diploma thesis is focused on the possibility of increasing the effectiveness of the quality management system in a selected medical facility. In the theoretical part of the thesis there are three thematic units. The first defines the basic concepts such as management, quality, quality management, its historical development. The second unit describes the use of general principles of quality management system in health care and the third unit is focused on improving the quality management by tools such as system analysis and review. The practical part characterizes and analyzes the current state of the quality management system in the selected medical facility. Based on the analysis, the project proposes to streamline the quality management system in the hospital.

Keywords: management, quality, healthcare, hospital, quality management system.

Touto cestou bych ráda poděkovala docentu Ing. Petru Briši, CSc., za odborné vedení diplomové práce. Poděkování patří i vybranému zdravotnickému zařízení za vstřícnost při psaní diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Kvalita znamená udělat věci dobře, i když se nikdo nedívá“

Henry Ford

OBSAH

ÚVOD **10**
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE **11**
I TEORETICKÁ ČÁST **12**
1 MANAGEMENT KVALITY **13**
1.1 HISTORIE MANAGEMENTU KVALITY 13
1.2 MANAGEMENT 14
1.3 FUNKCE A PROCESY MANAGEMENTU 15
1.4 KVALITA 16
1.5 HLAVNÍ PRINCIPY MANAGEMENTU KVALITY 17
1.6 VÝZNAM MANAGEMENTU KVALITY PRO INSTITUCI 21
2 MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ **22**
2.1 REALIZACE SYSTÉMU KVALITY 23
2.2 SYSTÉMY VEDENÍ A ZAJIŠŤOVÁNÍ KVALITY 24
2.3 HODNOCENÍ KVALITY 25
2.4 SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ 27
3 NÁSTROJE PRO ZEFEKTIVNĚNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY **30**
3.1 PŘEZKOUMÁNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY 30
3.2 ANALÝZY 31
3.2.1 PEST analýza 32
3.2.2 SWOT analýza 33
3.2.3 Analýza kritické cesty – metoda CPM 34
II PRAKTICKÁ ČÁST **37**
4 CHARAKTERISTIKA SPOLEČNOSTI **38**
5 ORGANIZAČNÍ STRUKTURA **40**
5.1 ŘEDITEL 40
5.2 NÁMĚSTEK PRO ZDRAVOTNÍ PÉČI 41
5.3 NÁMĚSTEK PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI 42
5.4 EKONOMICKÝ NÁMĚSTEK 42
5.5 PRÁVNĚ PERSONÁLNÍ NÁMĚSTEK 43
5.6 PROVOZNĚ TECHNICKÝ NÁMĚSTEK 43
6 AKTUÁLNÍ STAV MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI **45**

6.1 POLITIKA KVALITY POSKYTOVANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB 45
6.2 CÍLE NEMOCNICE 46
6.3 INTERNÍ AUDIT 48
6.3.1 Odpovědnost 48
6.3.2 Plánování a příprava interního auditu 49
6.3.3 Provádění a dokumentování interního auditu 51
6.3.4 Opatření k nápravě 52
6.3.5 Přezkoumání systému managementu 53
6.3.6 Kontrolní činnost 53
6.3.7 Hodnocení 54
6.4 ŘÍZENÍ DOKUMENTŮ A ZÁZNAMŮ 58
6.4.1 Odpovědnosti 58
6.4.2 Druhy a charakteristika interních závazných předpisů 59
6.5 ZAMĚŘENÍ NA ZÁKAZNÍKA 60
6.5.1 Vyhodnocení spokojenosti 62
6.6 ŘÍZENÍ ZDROJŮ 62
6.6.1 Lidské zdroje 63
6.6.2 Infrastruktura 67
6.7 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI 67
7 PŘEZKOIUMÁNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI 70
7.1 PŘEZKOUMÁNÍ ODPOVĚDNOSTI A PRAVOMOCÍ 70
7.2 PŘEZKOUMÁNÍ POLITIKY A CÍLŮ KVALITY 70
7.3 PŘEZKOUMÁNÍ INTERNÍCH AUDITŮ 71
7.4 PŘEZKOUMÁNÍ ŘÍZENÍ DOKUMENTŮ A ZÁZNAMŮ 72
7.5 PŘEZKOUMÁNÍ SPOKOJENOSTI KLIENTŮ 73
7.6 PŘEZKOUMÁNÍ ŘÍZENÍ ZDROJŮ 74
7.7 PŘEZKOUMÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ 76
8 VÝSTUP Z PŘEZKOUMÁNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI 78
8.1 BEZPROSTŘEDNÍ OPATŘENÍ 78
8.2 ZÁSADNÍ KROKY PRO ZEFEKTIVNĚNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY 79
9 PROJEK ZEFEKTIVNĚNÍ MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI 80
9.1 ZEFEKTIVNĚNÍ AUDITNÍ ČINNOSTI 80
9.1.1 Charakteristika procesu směřujícího ke splnění cíle 80
9.1.2 Časová analýza CMP 81
9.1.3 Souhrn 83
9.2 ZJEDNODUŠENÍ VYHLEDÁVÁNÍ INTERNÍCH DOKUMENTŮ 84
9.2.1 Charakteristika procesu směřujícího ke splnění cíle 84
9.2.2 Časová analýza CMP 85

9.2.3 Souhrn 87
9.3 ZEFEKTIVNĚNÍ SLEDOVÁNÍ SPOKOJENOSTI PACIENTŮ, ZAVEDENÍ FOCUS GROUPS DO PRAXE 88
9.3.1 Charakteristika procesu směřujícího ke splnění cíle 88
9.3.2 Časová analýza CMP 90
9.3.3 Souhrn 92
9.4 ZVÝŠENÍ ÚVAZKU MANAŽERA KVALITY 93
9.4.1 Charakteristika procesu směřujícího ke splnění cíle 93
9.4.2 Časová analýza CMP 94
9.4.3 Souhrn 96
10 DISKUZE K NAVRHOVANÉMU PROJEKTU 97
ZÁVĚR 98
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 99
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 103
SEZNAM OBRÁZKŮ 105
SEZNAM TABULEK 106
SEZNAM PŘÍLOH 107

ÚVOD

Pro úspěšné fungování organizace a její udržení na trhu je kvalita, přesněji management kvality, důležitým prvkem. Zavádění prvků systému managementu jakosti je tedy samozřejmostí a nemocnice toho nejsou výjimkou. V porovnání s jinými odvětvími je management kvality ve zdravotnictví relativně novinkou. Ovšem jeho rozvoj je poměrně rychlý.

Nejen o kvalitě samotné, ale i o kvalitě zdravotních služeb, se diskutuje stále častěji a v českém zdravotnictví se za posledních pár let odehrály významné změny. Legislativou je ošetřené hodnocení a měření kvality i bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Teoretická část diplomové práce se snaží objasnit problematiku managementu kvality, co je to management, kvalita, její význam pro instituci, nastínit jaké systémy managementu kvality zavést, jakým způsobem a také jako je efektivně udržet a rozvíjet. Kromě obecného popisu managementu kvality, charakterizuje systémy kvality aplikovatelné na české zdravotnictví, jejich hodnocení apod.

V praktické části je navržen projekt na zefektivnění managementu kvality ve vybraném zdravotnickém zařízení. Tento projekt vznikl na základě analýzy a přezkoumání systému managementu jakosti v nemocnici s cílem odhalit slabé stránky organizace a ty následně zlepšit.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Cíle práce

V předkládané diplomové práci byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit a popsat současný stav managementu kvality ve vybrané nemocnici.

Cíl 2: Přezkoumat tento systém managementu kvality.

Cíl 3: Vytvořit projekt na zefektivnění managementu kvality ve vybrané nemocnici.

Užité metody v diplomové práci

Diplomová práce je teoreticko-praktická. Zabývá se problematikou managementu kvality ve zdravotnictví, přesněji ve vybraném zdravotnickém zařízení, jehož charakteristika je popsána v kapitole č. 5. V praktické části jsou odhaleny silné a slabé stránky díky přezkoumání aktuálního stavu managementu, přesněji přezkoumání odpovědností a pravomocí, politiky a cílů, interních auditů, řízení dokumentů a záznamů, spokojenosti pacientů, řízení zdrojů a sledování nežádoucích událostí. Tyto stránky jsou i s příležitostmi a hrozbami z vnějšího prostředí uspořádány ve SWOT analýze. Na základě odhalených slabých stránek vznikl projekt Zefektivnění managementu kvality v této nemocnici. Projekt je rozdělen na čtyři dílčí projekty a v každém z nich je použita metoda časové analýzy kritických cest CMP, která slouží ke zjištění délky trvání a kritických cest, bez nulové časové rezervy, u jednotlivých projektů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MANAGEMENT KVALITY

Systém managementu kvality lze chápat jako komplex vzájemně souvisejících elementů a je nerozlučnou součástí celkového systému vedení organizace. Zaručuje zvýšení spokojenosti a věrnosti zúčastněných stran při minimální spotřebě zdrojů. Mezi elementy patří procesy, materiál, lidi, zařízení a informace, které jsou v rámci instituce hospodárně využity, aniž by ohrozily schopnost produktů splňovat požadavky. V systému jde hlavně o zabezpečení vnitřního fungování organizace s respektem k zájmům všech zúčastněných stran. (Nenadál, 2008, s. 15)

Do tohoto systému patří všechny aktivity celého vedení - stanovení politiky kvality, cíle a odpovědnost za jejich plnění. K realizaci se používá plánování kvality, její řízení, zabezpečování a zlepšování. V celém rozsahu musí být systém zdokumentován v tzv. příručce kvality. Ta obsahuje organizačně-technické postupy a na ně navazující zkušební, pracovní a kontrolní postupy. (Pešek, 2003, s. 51)

1.1 Historie managementu kvality

Již v dobách, kdy se člověk živil lovem, hodnotil svou výslednou práci, o které měl předem vytvořenou představu. Například vyrobené zbraně pro lov, obydlí, oděv, různé pomůcky a jiné. Velký krok v posuzování kvality však nastal až v době směnného obchodu. Prodávající zodpovídal za kvalitu produktu a cechy pro ni stanovily pravidla a dohlížely na ni. Za jejich neplnění nebo šizení zákazníků hrozil trest useknutí ruky, či dokonce poprava. S dalším vývojem nesl za kvalitu odpovědnost mistr či majitel manufaktury. U sériové výroby dochází k dělbě práce. Výrobní útvar byl oddělen od kontroly. Ta dohlížela na to, aby se k zákazníkovi nedostal nekvalitní produkt. I stát se začal zajímat o kvalitu produktů vzhledem k rozšiřujícímu se sortimentu a nároků na ni. Zavedl pro výrobce závazné státní normy. Díky nadměrné výrobě se přesunula odpovědnost za kvalitu a její řízení na vrcholové vedení. Po druhé světové válce byl zaznamenán největší rozvoj řízení jakosti, jelikož byla velká poptávka po nedostatkovém zboží a jejich kvalita znamenala konkurenční výhodu. (Briš, 2010, s. 7–8; Madar, 2004, s. 27)

Mezi prvními pochopili velký přínos kvality v Japonsku, později v USA a hlavními průkopníky byli Juran a Deming. Pro podnik znamená kvalita důležitou konkurenční výhodu, zlepšuje konkurenceschopnost organizace a zvyšuje zisk. Vznikl systém managementu kvality (SMK), který řídil všechny procesy, které měly vliv na kvalitu. Jednalo

se o zjišťování přání zákazníka, návrh výrobku, nákup materiálu, vývoj, vyrobení, uskladnění, přepravu, prodej, zapojení, technickou podporu, likvidaci ale i zpětnou vazbu od zákazníka. Zároveň s tím bylo prokázáno, že se kvalita netýká jen výrobků, ale i služeb např. poskytovaných státní správou. Dále vznikl environmentální systém (EMS), neboli systém řízení ochrany životního prostředí, anebo bezpečnost a ochrana zdraví při práci – HSMS. (Briš, 2010, s. 8, 11; Madar, 2004, s. 28)

Teprve v 80. letech se managementem kvality začaly zabývat organizace v Evropě. Vznikla technická komise ISO/TC 176, která přijala v roce 1987 normy pro řízení kvality ISO 9000. Podle těchto ustanovení může jednat kterákoliv organizace na světě. ISO normy byly několikrát revidovány za účelem zlepšit vztahy k zákazníkovi, propagovat neustálé zlepšování a odbourat nadbytečnou byrokracii. (Briš, 2010, s. 11)

1.2 Management

Management můžeme definovat jako děj, při kterém se slaďuje pracovní činnost tak, aby byla provedena efektivně a účinně. Jedná se o proces systematického plánování, organizování, vedení a také kontrolování, jenž směřuje ke splnění cílů. Tyto činnosti jsou vzájemně provázané. Je zapotřebí, aby manažer vnášel do těchto činností řád a prováděl je postupem, který je schválen ostatními členy organizace a podle jejich očekávání. Jednotlivé aktivity jsou odvozeny ze stanovených cílů, proto se jedná o proces zaměřený na dosažení cílů. (Stephen, 2004, s. 23; Bělohlávek, 2006, s. 7)

Za plnění těchto aktivit odpovídají manažeři tak, že řídí další členy organizace. V jejich postavení, stejně jako v obtížnosti aktivit jsou velké rozdíly. Tyto rozdíly napomáhají určit dovednosti a požadavky pro úspěšné plnění stanovených cílů na dané úrovni. Zároveň motivují manažery ke sledování kariérní dráhy a osobnímu rozvoji. Podle svého postavení v instituci se dělí na liniové, neboli nižší, střední a vrcholové manažery. **Linioví manažeři** řídí pracovníky při plnění každodenních činností, provádí kontroly, řeší problémy, nebo napravují chyby vzniklé v provozu. Kontroly provádějí pracovníci tak, aby si byli jisti, že výrobek předaný do dalšího procesu má přijatelnou kvalitu. Zajištěním kvality u zdroje eliminují odpad z opakované kontroly a oprav. Jedná se například o vrchní sestry v nemocnici, mistry ve výrobní jednotce, vedoucí administrativního oddělení nebo dispečery na dopravě. Za řízení nižších manažerů, nebo také řadových pracovníků, odpovídají **střední manažeři**. Jejich úkolem je koordinovat prováděné úkoly a tím uskutečňovat

strategické cíle a plány vedení organizace. Tuto funkci zastávají například vedoucí provozu, vedoucí odboru, stavbyvedoucí, vedoucí střediska a jiní. Nejmenší manažerskou skupinou jsou **vrcholoví manažeři**, kteří odpovídají za globální výkonnost instituce. Mimo to, že vykonávají veškeré manažerské funkce, v první řadě hlavně formulují organizační strategii. Jsou to náměstci ředitelů, odborní ředitelé, generální ředitelé nebo ředitelé divizí. Rozložení těchto typů manažerů je v organizacích různé. V malých firmách může střední úroveň řízení úplně chybět, jelikož je zbytečná. Naopak v institucích, rozdělených na několik divizí, může být počet středních a vrcholových manažerů téměř vyrovnaný, anebo jsou organizace s velkým počtem středních manažerů a těch vrcholových mají pouze pár. (Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 9-10; Chalice, 2010, s. 304)

1.3 Funkce a procesy managementu

Management se skládá ze 4 základních funkcí: plánování, organizování, řízení a kontroly. **Plánování** napomáhá zjistit, jak se nejlépe dostat k cíli. Zahrnuje vytváření plánů pro koordinaci a sjednocení jednotlivých činností. K dosažení cílů je zapotřebí také uspořádat pracovní činnosti, k čemuž napomáhá **organizování**. Při organizaci jsou stanoveny kroky procesu, které mají být splněny, kdo je za splnění odpovědný, jak je bude dělat, komu bude podáváno hlášení o plnění a kdo o čem rozhoduje. Spolupráce v týmu pro splnění procesu se nazývá **vedení**. Zde je důležitá motivace podřízených, vhodně zvolená komunikace, působení na jednotlivce/tým a zvládání krizových situací. K posouzení, zda proces spěje k úspěšnému cíli, slouží **kontrola**. Během kontroly se sleduje a hodnotí výkonnost a poslé-ze je porovnána se stanovenými cíli. Při nalezení odchylky se zjišťuje příčina a stanovují se nápravná opatření. (Stephen, 2004, s. 25)

Tyto funkce se prolínají do různých oblastí fungování organizace a získávají různý charakter jako: strategické řízení, marketing, řízení financí, řízení lidských zdrojů, management kvality, řízení informací, řízení změn, logické a krizové řízení. Ve **strategickém řízení** se stanovuje poslání a vize instituce. Z nich se dále na základě analýzy, identifikací současné strategické pozice a předpokládaného budoucího vývoje vyvozují strategické cíle a volí strategie. Tyto strategie slouží k rozvoji firmy, či jejich organizačních složek, s efektivnějším využitím zdrojů a získáním silnější strategické konkurenční výhody v daném čase. Analýzou prostředí, trhu a zákazníka se zabývá **marketing**. Napomáhá organizaci získat nové klienty, zvolit optimální prodejní techniky či cíle prodeje. Zároveň stanovuje cenovou politiku a ovlivňuje vývoj výrobku. Na druhou stranu

stanovení finančních cílů, získání potřebných prostředků k jejich naplnění, nalezení efektivního řízení kapitálu a zajištění finanční rovnováhy má na starosti **řízení financí**. Dosahování organizačních cílů prostřednictvím zaměstnanců se zabývá **řízení lidských zdrojů**. Do tohoto procesu spadá výběr, přijímání, rozvoj a vzdělávání pracovníků v souladu s potřebami instituce. Hledá vhodné formy motivace zaměstnanců, hodnotí úspěšnost jejich práce a odměňuje dosavadní výsledky. Mezi činnosti, které zahrnuje **management kvality,** patří vybudování a udržování organizačních struktur, procesů, postupů a zdrojů. Jednoduše veškeré činnosti vedoucí ke splnění požadavků na kvalitu a k uspokojení interních potřeb organizace i zákazníka. Vyhledávání, zpracování a přenášení dat, informací a znalostí patří do **řízení informací**. Dochází ke zpracování údajů do informací, důležitých pro proces rozhodování. Pomáhá manažerům plánovat, řídit a kontrolovat aktivity, za které jsou odpovědní. Pro tyto účely jsou využívány počítače, počítačové sítě, programy a jiné technologie. **Logické řízení** ovládá všechny procesy od požadavku, až k dodání produktu a to vše s přijatelnými náklady. Dokáže odhalit a využít potenciál ukrytý v nesladěných procesech, zásobách, nevyspělém plánování, nevhodném rozmístění apod. Díky tomu je možné zvýšit výkonnost organizace a její konkurenceschopnost. Na řešení krizí se zaměřuje **krizové řízení**. Zabývá se nečekanými a významnými situacemi ohrožující cíle instituce, či její existenci. Vnitřní a vnější síly vyvolávají změny v organizaci, které řeší **řízení změn**. Tyto změny probíhají v oblastech technologie, administrativy i lidí. (Bělohlávek, 2006, s. 7-8)

1.4 Kvalita

Kvalita má hned několik definic. Například Juran udává, že kvalita je způsobilost k užití, Crosby ji definuje jako shodu s požadavky a podle Feigenbauma je kvalita to, co za ni považuje zákazník. Všechny tyto definice mají však jedno společné. Hlavním posuzovatelem kvality je zákazník. Obecná definice zní podle normy ISO 9001:2000 takto – jakost je stupeň plnění požadavků souborem inherentních znaků. Z pohledu zdravotnického zařízení je možné ji určit jako schopnost uspokojit potřeby, očekávání a požadavky klientů. (Madar, 2004, s. 30; Pešek, 2003, s. 17)

Kvalita znázorňuje souhrnnou vlastnost služeb, produktů, informací, systémů a lidí projevující se určitou mírou schopnosti plnit nároky, které jsou na ně kladeny. Současně má vlastnost, jež ji umožňuje různé výrobky podobné povahy rozlišovat a přiřazovat jim jinou hodnotu. Jakost ovlivňuje náš každodenní život v soukromí, zaměstnání, nemocni-

cích, ve škole a je důležitou výhodou vůči konkurenci. Její vnímaní je dvojí, subjektivní a objektivní. Subjektivně znamená, jak ji vnímá klient/pacient, na druhou stranu sledování dohodnutých a přesně nastavených kritérií je objektivní vnímání kvality. (Paulová, 2013, s. 13; Madar, 2004, s. 27, 33)

Poskytovatelé služeb a výrobci jsou nuceni přibývající konkurencí věnovat zvýšenou pozornost kvalitě. Zároveň se s postupem času mění požadavky a představy zákazníků na kvalitu. Proto je zapotřebí tyto požadavky periodicky přezkoumávat, aby instituce, ekonomika, ale i stát byli konkurenceschopnými. Jedná se o využitelnost, funkci, bezpečnost, hospodárnost, spolehlivost, estetiku, hledisko životního prostředí, kvalitu života, uspokojování základních potřeb apod. Inovace a jakost v současnosti rozhodují o úspěšnosti podnikání. Podporují aktivní účast pracovníků, která vede k inovacím díky kreativitě, angažovanosti a odpovědnosti. Všichni manažeři a přední zaměstnanci by měli být zastánci neustálého zlepšování kvality a tudíž i snižování nákladů organizace. Nové zaměstnance je zapotřebí rychle seznámit se systémem tak, aby mohli okamžitě přispět ke zlepšení. (Pešek, 2003, s. 17; Častorál, 2015, s. 113; Chalice, 2010, s. 77)

1.5 Hlavní principy managementu kvality

Principy představují trvalé hodnoty, na kterých je postaven management kvality, aby byl přínosem pro organizaci. Spojují veškeré části systému řízení organizace a vzniká tak takzvaná kultura kvality, jejímž cílem je dělat věci hned napoprvé správně. Je popsáno 11 těchto principů. (Bělohlávek, 2001, s. 421; Nenadál, 2008, s. 25)

Orientace na zákazníka

Zde není důležitý výrobek, ale požadavek zákazníka, jelikož v pojetí kvality je nepodstatná každá vlastnost, kterou zákazník nepožaduje. Organizace se musí zabývat současnými i očekávanými požadavky klientů stejně tak, jako měřit jejich spokojenost a věrnost. Postupně se učí naslouchat klientům, díky stále se zlepšujícím systémovým postupům při zjišťování těchto faktů, které slouží jako motivační prostředek. Změny v rozsahu spokojenosti a věrnosti klientů jsou důležité pobídky pro procesy neustálého zlepšování organizace. Jen ty firmy a organizace, které se trvale a cíleně zaměřují na požadavky zákazníků, se dlouhodobě udrží na trhu. (Bělohlávek, 2001, s. 421; Briš, 2010, s. 84; Paulová, 2013, s. 9)

Vůdcovství

Pro správně fungující systém managementu kvality je tento princip zásadní. Svým chováním musí být řídící pracovníci pozitivním příkladem ostatním zaměstnancům v organizaci. Dobré vůdcovství zaručuje strategické směřování instituce a stálost jejího účelu. Mezi činnosti manažerů patří neustálé hledání a rozpoznávání potřeb/očekávání všech zainteresovaných stran, stanovování cílů organizace do budoucna, poslání, vize, hodnot, strategie a politiky orientované na zúčastněné strany. Účastní se na procesech zlepšování a zapojuje zaměstnance do těchto činností. V neposlední řadě rozvíjí podporu a oceňuje pracovníky za plnění strategických cílů organizace. (Nenadál, 2008, s. 26-27)

Zapojení zaměstnanců

Cenným kapitálem institucí jsou znalosti a aktivita lidí. Aktivní zapojení zaměstnanců do činností organizace, které je založené na důvěře, uvolňuje jejich potenciál a vede ke sdílení hodnot firmy. K tomu napomáhá pravidelné hodnocení individuální výkonnosti zaměstnanců, sebehodnocení, audity, sdělení důležitosti role/příspěvku každého zaměstnance, rozvíjení znalostí, zkoumání zpětné vazby, názorů pracovníků apod. (Nenadál, 2008, s. 26-27)

Učení se

K budoucím úspěchům instituce napomáhá systematický rozvoj znalostí, dovedností a způsobilosti zaměstnanců. Je nutné plánovat a uvolňovat zdroje potřebné k tomuto rozvoji. V organizaci realizovat výcvik, či jiné formy učení se a následně posuzovat efektivnost těchto procesů, vyvozením od prokazatelně efektivnějšího plnění cílů. Učením se sjednocuje způsobilost jednotlivců se způsobilostí instituce. (Nenadál, 2008, s. 28; Častorál, 2015, s. 34)

Flexibilita

Úspěch na otevřených trzích požaduje tvořivost a schopnost rychlé reakce na všechny změny a podněty. Sem patří neustálé předpovídání trendů ve vývoji na trzích, vývoj produktů na kratší dobu, inovace infrastruktury a technologií, zvyšování bezpečnosti lidí apod. To vše plnit s ohledem na ochranu životního prostředí. (Nenadál, 2008, s. 29)

Procesní přístup

Jedná se o zásadní princip pro efektivní vytváření a rozvoj systému managementu kvality. Základem efektivně pracující organizace, s vyšší účinností dosahovaných výsledků,

jsou vzájemně související činnosti, které jsou chápány jako procesy. Proces je soubor jednotlivých činností, jež za spotřeby zdrojů v regulovaných podmínkách mění vstupy na výstupy. Pro dosahování cílů je potřebné systematické definování procesů, vymezení jejich odpovědností, systematické monitorování a měření výkonnosti procesů, identifikace jejich rizik a důsledků. (Nenadál, 2008, s. 29-30)

Systémový přístup k managementu

Tento princip navazuje na procesní přístup, jelikož k vyšší efektivnosti a účinnosti, při dosahování cílů, přispívá pochopení a řízení vzájemně souvisejících procesů jako systém. Z toho vyplívá, že systém managementu kvality je souborem na sebe navazujících procesů. Držitel procesu je zde zároveň zákazník i dodavatel, neboť hmotné/informační výstupy z jednoho procesu, budou zároveň vstupy do následujícího. Firma musí mít stanovenou strukturu procesů, hmotné i informační vazby, odhalovat bariéry mezi nimi, neustále měřit a sledovat výkonnost systému managementu a jiné. (Nenadál, 2008, s. 30-31)

Neustálé zlepšování

Procesy a vytváření nových hodnot pro všechny zapojené strany by měli být neustále inovovány. Aktivity, které vedou k zvýšení výkonnosti lidí, produktů, procesů i systému managementu jsou chápány jako zlepšování. K naplnění tohoto principu slouží systematické odhalování slabých stránek. Ty je potřebné chápat, jako příležitosti ke zlepšování. Cíle a projekty na zlepšování zaměřit na zlepšení schopnosti plnit požadavky zainteresovaných stran. Zároveň uvolňovat odpovídající materiálové, finanční, informační, nebo lidské zdroje a účinnost realizovaných zlepšení systematicky měřit a sledovat. (Nenadál, 2008, s. 31-32)

Management na základě faktů

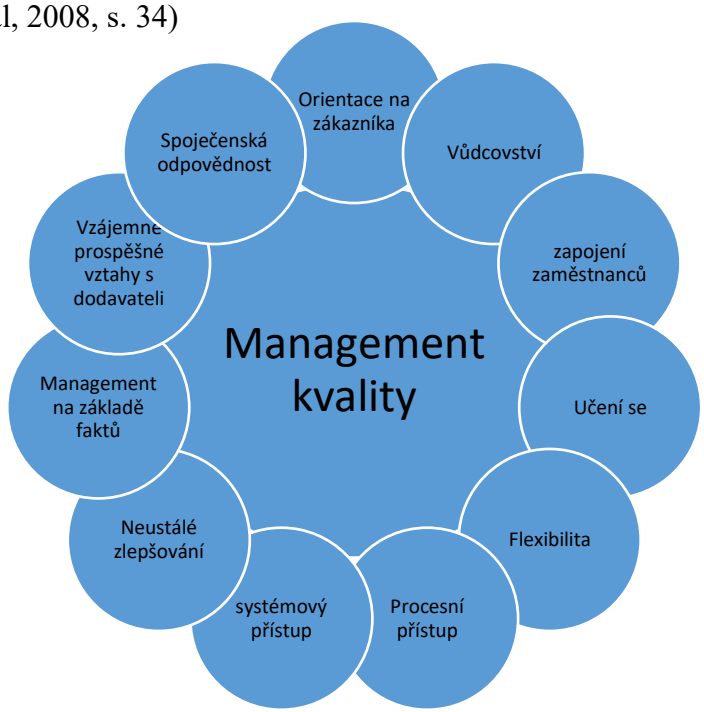
Efektivní a správné rozhodnutí manažera není založené na subjektivních názorech a pocitech, ale na hluboké analýze informací a dat. Pak mohou být rozhodovací procesy co nejobjektivnější. V tomto principu je důležitý všezahrnující a systematický sběr dat, přezkoumání jejich spolehlivosti a objektivnosti, následná analýza údajů a v neposlední řadě vyškolení zaměstnanců k přípravě a objektivní realizaci sledování i měření systému managementu kvality. (Nenadál, 2008, s. 32)

Vzájemně prospěšné vztahy s dodavateli

Každá instituce nakupuje služby, hmotné vstupy, informace a jiné. Z tohoto důvodu je reálná výkonnost organizace výrazně ovlivněna spolehlivostí dodavatelů. Vztahy partnerství s dodavateli, které jsou založené na vzájemné důvěře, sdílení znalostí a integraci vedou k efektivitě instituce. Je nutné stanovit strategii vztahů a politiku s dodavateli. Se strategicky významnými dodavateli budovat vztahy partnerství nejintenzivněji. Důležitý je i pečlivý výběr dodavatelů a následná systematická komunikace s nimi, poskytování přiměřených forem pomoci (předávání know-how, financování zařízení) a na závěr průběžné hodnocení jejich výkonnosti. (Nenadál, 2008, s. 33)

Společenská odpovědnost

Při přijetí etického postoje a vykonávání činností s přesahováním minimálního rámce legislativních požadavků, poskytuje instituce služby v souladu s dlouhodobými zájmy nejen jejími, ale i zainteresovaných stran a uvědomuje si svůj podíl na vývoji ve svém okolí. Organizace by měla mít zavedené systémy managementu jako management kvality, systém managementu ochrany a bezpečnosti zdraví při práci, systém environmentálního managementu apod. Nedílnou součástí tohoto principu je i podpora rozvoje regionu, ve kterém organizace sídlí (např. školství, sportovní a kulturní akce, zdravotnictví), neustálé snižování negativních dopadů činností instituce na životní prostředí, hospodárné využívání přírodních zdrojů (hlavně těch neobnovitelných) a zjišťování názorů zainteresovaných stran. (Nenadál, 2008, s. 34)



Obrázek 1 Hlavní principy managementu kvality (vlastní zpracování)

1.6 Význam managementu kvality pro instituci

Díky zavedení systému managementu kvality a vybudováním flexibilního systému řízení je zlepšen způsob řízení organizace. Vzniká strategická úroveň řízení, organizace vytváří poslání, vize, hodnoty, řízení dat, strategie a strategické cíle, které jsou rozpracovány na nižších organizačních úrovních a je pravidelně sledováno jejich naplňování. Zlepšují se podnikové procesy, což zvyšuje produktivitu práce a snižuje výrobní náklady. Při řádném zavedení systému může instituce zažádat o udělení certifikátu. Certifikovaná organizace má větší možnost získat státní či zahraniční zakázky, dodávky do automobilového průmyslu a další. (Bělohlávek, 2006, s. 332-333)

Kvalita je pro organizaci faktorem, který ovlivňuje její ekonomickou výkonnost. Díky systému managementu kvality se snižuje podíl neshod na celkovém výkonu a spotřeba energií. Roste efektivita vnitropodnikových procesů i výtěžnost materiálních vstupů, jelikož stoupá rozsah správně provedené práce napoprvé. Výkonnost je zvyšována a náklady jsou redukovány. Dalším účinkem systému je zvyšující se spokojenost a věrnost zákazníků, což může vést ke zlepšování zisku, finančních toků a v budoucnu k pozvolnému nárůstu podílu na trzích. Stejně tak působí jako ochrana před ztrátami trhů. Ovlivňuje i makroekonomické ukazatele, počítaje v to tvorbu domácího produktu, devizové bilance apod. Kvalita jde ruku v ruce s ochranou spotřebitele. Tato oblast je ošetřena legislativou a motivuje výrobce k produkci neškodlivých výrobků pod hrozbou vysokých pokut. Tyto pokuty mohou být pro organizace likvidační, při podcenění managementu kvality. (Nenadál, 2008, s. 19)

2 MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ

Definovat nemocnici lze jako lůžkovou instituci, která je licencovaná na poskytování zdravotních služeb, má k dispozici určité množství lůžek, kvalifikovaný zdravotnický personál a poskytuje nepřetržitou ošetřovatelskou a lékařskou péči pacientům. Hlavními činnostmi nemocnic jsou diagnostické a léčebné činnosti. Jedná se tzv. o komplexní průmysl s léčivy, přístroji, konkurenčními systémy a personálem, který je součástí každodenního střetu s pacienty. (Gladkij, 2003, s. 51; Morrow, 2012, s. xix)

Systém managementu kvality ve zdravotnictví lze chápat jako přehled struktury instituce, odpovědností, procesů, zdrojů a procedur potřebných k neustálému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb s úmyslem zlepšit zdravotní stav, kvalitu života a spokojenost lidí, které ošetřují. Jedná se tedy o proces vytváření postupů, sbírání informací, určování standardů a vyhodnocování výsledků zdravotní péče či zdravotnických služeb. Cílem systému jakosti je neustálé zlepšování kvality poskytované péče v souladu s nároky a potřebami klientů. Zlepšování či naplnění kvality života pacienta, který je léčen ve zdravotnickém zařízení, je cílem celého úsilí o kvalitu jednotlivých služeb ve zdravotnictví. Jde rovněž i o omezení nežádoucích výsledků, chyb, nákladů spojených s mizernou kvalitou či o úsporu času u dané zdravotní služby či výkonu. Jelikož systémy kvality jednotlivých organizací ovlivňují kvalitu celého systému zdravotnictví, pak v jeho rámci jde především o nejlepší úroveň péče o zdraví. (Gladkij, 2003, s. 289-291; Pešek, 2003, s. 17)

Nejen u nás, ale i v jiných zemích, došlo během několika posledních let k rychlému vývoji, vzhledem k efektivnějšímu využití a řízení nemocnic. Nemocnice budují kvalifikovanou informační soustavu a účetnictví, zavádějí moderní metody řízení, zpracovaly příslušné nástroje kvality, řízení, kontroly a marketingu. Uvědomují si důležitost kvalitní péče o pacienty, jelikož jak na jakosti celku, tak na jakosti jeho částí je kvalita ve zdravotnictví závislá. Zde je odborná medicínská péče stejně důležitá jako efektivní vedení. Ekonomika nemocnice, humanita a odborná zdravotní péče by měla tvořit komplex, který funguje ve prospěch občanů. Pochopení důležitosti kvality či spolehlivosti je rozhodující pro každého, kdo je součástí zdravotnického průmyslu. Zdravotníci si nemohou dovolit kompromisy v péči, kterou dostávají pacienti. Proto je důležité vytvářet kulturu učení a neustálého zlepšování pro všechny zaměstnance nemocnic a zapojit zdravotníky do zlepšování procesů. (Gladkij, 2003, s. 52-53, 291; Morrow, 2012, s. xix)

Zdravotní péči a její kvalitu je potřeba pojmout komplexně, tzn. ne jen jako vlastní léčebný úkon, ale i doprovodné služby (ubytovaní, bezpečnost, strava, kulturní možnosti, organizace péče, sdělování informací atd.). Jednotlivá zdravotnická zařízení se od ostatních liší svými funkcemi, rozsahem své působnosti i poskytovaných služeb. Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb by měla být účinná, bezpečná, soustavná, návazná, dostupná, včasná, přijatelná pro pacienty, přiměřená zdravotnímu stavu a v neposlední řadě ekonomicky racionální. Kvalitní nemocnice bude pro pacienty ta, která má parametry poskytované léčby stabilně nejlepší a zároveň maximálně zabezpečuje i nezdravotnické služby pro uspokojení potřeb pacienta. Za kvalitu služeb poskytovaných celou organizací nese odpovědnost vrcholový a střední management, naopak za péči, která je poskytovaná jednotlivým pacientům, příslušní odborní pracovníci. (Madar, 2004, s. 35; Gladkij, 2003, s. 292, 356; Pešek, 2003, s. 17)

Kvalita poskytované péče je faktor, který ovlivňuje výsledky a náklady na péči o pacienty. Sledování a měření těchto atributů předtím, než pacient utrpí škodu, je základem úspěchu při dosahování vysoké spolehlivosti. (Morrow, 2012, s. xix)

2.1 Realizace systému kvality

Snaha o zlepšování kvality v institucích probíhá dlouhodobě, nicméně zavádění systémů jakosti je relativně nový postup ve zdravotnických organizacích. Jedná se o proces komplexní inovace. Metody zjišťování jakosti jsou v praxi běžné oproti formování inovací. Mluvíme o sledování stížností, vyvozování důsledků, možnosti postgraduálního vzdělání, ale také zavádění novějších či dokonalejších léčebných a diagnostických zákroků odbornými pracovníky. (Gladkij, 2003, s. 296)

V ČR jsou velké rozdíly, při implementaci systémů jakosti, mezi jednotlivými zdravotnickými institucemi. Pro správnou realizaci systému je potřebné zjistit faktory ovlivňující implementaci a rozlišit je na ty, které k ní přispívají podstatnou měrou a které jen málo či bezvýznamně. Pomocí studií se prokázali determinanty jako vliv tlaku zevního prostředí. Zde se jedná o pacienty, vládu, pojišťovny, regionální autority, nátlak v rámci konkurenční soutěže, normativní tlaky apod. Dalšími determinanty jsou podněty řídících pracovníků a motivační faktory, které vyplívají z kultury instituce, nebo z jejího charakteru. (Gladkij, 2003, s. 294-295)

Poznatky o realizaci rozvoje kvality nejsou u nás zcela shromážděny a utříděny. K lepšímu zavádění a rozvoji systému kvality lze přispět naléhavějšími legislativními požadavky, větší snahou o napodobování jiných úspěšných zdravotnických, či jiných institucí v rámci soutěže, ale také tlakem na ochotu spolupracovat s vlivnými zájmovými skupinami. Zavádění procesu řízení jakosti může být spojeno se zvýšenými počátečními náklady na jeho realizaci, s očekávanou zvýšenou snahou pracovníků a také zvýšeným pracovním tlakem. (Gladkij, 2003, s. 294, 296)

2.2 Systémy vedení a zajišťování kvality

Jakost poskytované zdravotní péče zajímá nejen její poskytovatele, ale také širokou veřejnost. Z tohoto důvodu vznikly různé přístupy na vyhodnocování kvalitativní úrovně zdravotnických služeb. (Madar, 2004, s. 43)

Spojená akreditační komise (SAK)

Akreditace znamená, že je subjekt způsobilý k hodnocení jiného a oprávněný k posuzování. Jako zájmové sdružení právnických osob vznikla SAK roku 1997. Určila standardy rozdělené do deseti oblastí, které nejsou mezi sebou provázány a jako metodický pokyn byly vydány MZ ČR. Podle těchto standardů se nepracuje systematicky. V praxi akreditace funguje tak, že zdravotnická zařízení zažádají o šetření. Pokud je zjištěna shoda mezi aktuálním stavem zdravotnického zařízení a akreditačními standardy, udělí mu komise certifikát. (Madar, 2004, s. 44; Škrla a Škrlová, 2003, s. 49)

Velkým minusem je to, že tato akreditace není zakotvená v žádné právní normě, tudíž jejich osvědčení má platnost pouze pro oblast zdravotnictví ČR a ne v rámci celé České republiky, natož Evropské unie. Další nevýhodou je cena. Ta je srovnatelná, nebo i vyšší, než cena za certifikát dle ISO normy, který je evropsky uznávaný, jelikož se počítá za jednotlivá oddělení. (Madar, 2004, s. 44)

Norma ISO

Jedná se o soubor norem. Ty slouží všem typům organizací při provozování a uplatňování efektivního systému managementu jakosti. Při certifikaci ISO se posuzuje zavedený systém kvality a jeho kompatibilita s evropskými normami. Certifikaci provádí třetí nezávislá strana, která je akreditovaná certifikační organizací. Je tedy univerzální a vhodná jak pro velké či malé organizace, tak pro různé typy zaměření podnikatelských subjektů, jako například stavební, dopravní, průmyslové, obchodní, dále neziskové organizace

jako vzdělávací a zdravotnické instituce, ale i veřejnou správu a státní organizace, kam patří městské úřady, ministerstva apod. V legislativně určeních případech, v takzvaných regulovaných oblastech, je certifikace systému kvality podmínkou, jinak se jedná o dobrovolnou činnost zavádění, udržování a kontroly správné funkce tohoto systému. (Madar, 2004, s. 45, 51)

Pro zdravotnická zařízení je vypracovaná modifikace ISO 9001, která v nich pomáhá rozvíjet systém managementu jakosti. Slouží k nepřetržitému zlepšování, předcházení chybám, snižování neshod a plýtvání v instituci, čímž pomáhá zvýšit spokojenost klientů zdravotnických zařízení a ostatních zainteresovaných stran. Tato norma je zaměřena na uplatňování principů jako vytváření integrovaného managementu kvality (dodržování obecných zásad managementu systémů s jejich vzájemnou integrací s environmentálním managementem, managementem rizik atd.), hodnocení spojenosti zákazníků pomocí zpětné vazby, měření výkonnosti procesů, upřednostňování aktivit přidávajících hodnotu apod. (Madar, 2004, s. 54-55; Kožíšek a Stieberová, 2015, s. 132)

Total Quality Management (TQM)

Na základě zkušeností amerických a japonských firem vznikl během roku 1980 systém TQM, který klade důraz na nepřetržité zlepšování výkonnosti. Slouží především ke zvyšování zisků, díky snižování chyb analýzou a změnou procesů. Systém je sestaven tak, aby maximálně využíval materiálové a lidské zdroje a zároveň pracoval maximálně výkonně a efektivně, s nejnižšími náklady jaké jsou možné a ve všech oblastech. Mezi principy TQM ve zdravotnictví patří týmová práce, řízení lidských zdrojů, zaměření na zákazníka/pacienta a odstranění profesionálních bariér. Výsledným efektem celkového řízení kvality je přeměna systému zdravotní péče tak, že veškeré činnosti, služby a personál jsou zaměřeny na uspokojování klientů. (Madar, 2004, s. 45; Keehley, 2008, s. 12)

2.3 Hodnocení kvality

Pro hodnocení kvality každý využívá jiná kritéria. Zdravotní pojišťovny posuzují náklady za péči, demografické ukazatele sleduje stát a pacienti hodnotí jen neúspěchy v poskytované zdravotní péči. Zkoumání a měření efektivnosti systému může probíhat různými způsoby: (Madar, 2004, s. 35)

- Jednou z možností měření systému je sebehodnocení či akreditace, neboli **hodnocení celé instituce**. Toto hodnocení je opřeno o předpoklad, že výsledkem neustá-

lého poskytování a zlepšování jakosti a dobře zorganizovaných procesů je vhodná a přiměřená péče.

- Další možností je **měření kritických bodů** v procesu péče. Zde se měří ochota odborných pracovníků pracovat podle doporučených postupů, nebo odborných standardů (péče poskytovaná lege artis dle možností organizace).
- Také lze měřit **užitek pacientů**. Tady se monitorují klinické výsledky, spokojenost pacientů či vnímaná kvalita života ve spojitosti s výsledky poskytované péče. (Gladkij, 2003, s. 293)

V těchto hodnoceních se posuzují různé parametry a nároky na kvalitu zdravotnických služeb jsou různorodé. Proto je nezbytné zvolit více znaků kvality a vymezit je jako standardní hlediska definování kvality pro různé úrovně i typy zdravotnických služeb. U různých prvků zdravotnické soustavy mají parametry různou váhu i význam, ale jejich identifikace umožňuje srovnatelné určení nároků, hodnocení rozdílných prvků soustavy zdravotnictví stejně a porovnání dynamiky těchto jevů. (Gladkij, 2003, s. 293)

Dle zákona o zdravotních službách je poskytovatel zdravotních služeb v rámci zabezpečení kvalitních a bezpečných služeb povinen zavést interní hodnocení jakosti a bezpečí. Tento proces by měl být systematický, komplexní a pravidelný, aby sloužil k odhalení oblastí, kde je zapotřebí bezpečí a jakost služeb zvýšit. Hlavními požadavky při sebehodnocení je sebekritičnost, objektivnost, sledování dynamiky vývoje a kontinuita. Na základě výsledků z hodnocení je nutné sestavit plán aktivit pro řešení identifikovaných problémů. (Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, 2015, s. 2; Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, 2015, s. 16)

Focus groups (FG)

K hodnocení kvality poskytované péče je možné využít metodu focus groups. Jedná se o cílené rozhovory, které jsou důležitým nástrojem manažera pro získávání zpětné vazby od pacientů/klientů a kvalitativních informací. Ve zdravotnictví pomáhají kontinuálně zvyšovat kvalitu péče i prostředí. FG by neměl nahrazovat kvantitativní sběr dat, jako jsou například dotazníky, ale naopak je doplňovat. Dotazníky získávají data od větší skupiny respondentů, ale jsou spíše kvantitativní. FG získává informace od poměrně malé skupiny lidí, ale zato hlubší a kvalitativní. Do jisté míry je to i efektivnější metoda pro vyhodnocování spokojenosti pacientů. Informace z dotazníkových šetření a FG se mohou lišit,

což může manažery překvapit. Pacient, který vyplňuje dotazník, ho většinou vyplňuje před propuštěním. V tento den je klient rád, že jde domů a dotazník vyplní v rychlosti, jen aby splnil povinnost. Na druhé straně, FG prováděný během hospitalizace (nejlépe 1 až 2 dny před propuštěním) pomáhá získat více citlivých informací o spokojenosti či nespokojenosti s lékařskou a ošetřovatelskou péčí během hospitalizace. (Škrla, 2003, s. 116)

Diskuze by měla být neformální, ale cíleně vedená. Moderátor by měl vytvořit a udržet dynamiku rozhovoru a efektivně naslouchat. Takový rozhovor pak motivuje a stimuluje klienty, jelikož jim dodává pocit partnerství. Vedení nemocnice pak musí být předány odpovědi pacientů správně a vhodně. (Škrla, 2003, s. 116)

Na začátku je potřeba vybrat moderátora. Tím může být sestra, manažer kvality apod. Musí mít však komunikační dovednosti a dobrý vztah k lidem. Moderátor pak vypracuje plán setkání s časovým harmonogramem a výběrem pacientů pro FG (6-12). Při samotném rozhovoru je nutné pacienty seznámit s významem FG a navodit příjemnou atmosféru například malým občerstvením (čaj, káva). Samotných otázek by nemělo být víc než 6 a mezi těmi základními by měly být: „S čím jste na oddělení nejvíce spokojeni, co Vás mile překvapilo?“, „Co se Vám naopak nelíbilo, co Vám nejvíce vadilo?“ a „Jaká byste navrhli zlepšení?“. Zde je úlohou moderátora naslouchat, objasňovat otázky, které vyžadují další informace a získávat potřebné informace, nikoliv diskutovat o názorech pacientů, i když ví, že jejich nápady jsou nereálné. Na závěr je nutné zúčastněným poděkovat za participaci a ujistit je o tom, že se management bude jejich připomínkami zabývat. (Škrla, 2003, s. 117-118)

2.4 Sledování nežádoucích událostí

Jednou z částí zdravotní péče, kterou je zapotřebí neustále zlepšovat je reakce pacienta na léčbu. Léčba pacienta je proces, často i složitý soubor procesů, jenž mnohdy zahrnuje více, než jednu osobu a více, než jeden lékařský obor. Během tohoto složitého procesu hrozí vznik nežádoucích událostí. Jedná se o okolnosti či události, které mohou vést k tělesnému poškození klienta, kterému se lze vyhnout, ale i ty, u nichž není zatím známo, zda bylo možné se jim vyhnout. Může se ale jednat i o poškození psychické, socioekonomické, nebo je poškozeným zaměstnanec anebo poskytovatel zdravotních služeb. Další NU jsou neočekávaná zhoršení zdravotního stavu klienta s trvalým poškozením až úmrtím.

Příkladem NU jsou i tzv. téměř dokonalé pochybení, kdy k jeho odhalení dochází před poškozením osoby v procesu poskytování zdravotní péče a služeb. Naopak mezi tyto situace nepatří léčba klienta, proti jeho vůli. Musí však být dodržen legislativní postup. Jedná se například o povinnou léčbu u přenosných chorob. Každý poskytovatel si pak může seznam nežádoucích událostí rozšířit o okolnosti/události, které jsou v jeho zdravotnickém zařízení sledovány jako NU. Toto rozšíření pak obsahuje třeba použití omezovacích prostředků. (Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, 2018, s. 20-21; Morrow, 2012, s. 1)

Vývoj systémů podávání zpráv o nepříznivých událostech v Evropské unii lze vysledovat až do konce 70. let. Od té doby zavedlo tyto systémy mnoho zemí. Nicméně země jako Austrálie, Velká Británie, USA a Japonsko mají tyto systémy na vyšší úrovni, díky jejich dlouholeté tradici. Sledování nežádoucích událostí, jejich výskyt a následné řešení ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče vychází z Doporučení Rady EU o bezpečnosti pacientů, počítaje v tom prevenci a kontroly nemocničních nákaz. V ČR je sledování NU u poskytovatelů zdravotních služeb zakotveno v zákoně č. 372/2011 Sb., ve vyhlášce č. 373/2017 Sb. a vyhlášce č. 102/2012 Sb. (Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, 2018, s. 19; Elliott et al, 2014, s. 2)

Pro poskytovatele je povinností zavést místní systém sledování NU podle potřeb dané instituce. Dále je od 1. 1. 2018 povinné připojení do centrálního Systému hlášení NU. Tento systém poskytuje pracovní postup pro jejich sledování a hlášení, včetně požadavků na technické vybavení k přenosu dat. Ústav zdravotnických informací a statistiky také vydal taxonomii a definiční slovník NU, ve kterém se nachází jejich pojmy/názvy s definicí. Pro příklad u nežádoucích událostí v kategorii Chování osob, lze vyhledat nežádoucí událost Únos s vysvětlením – jedná se o nezákonné zmocnění se osoby proti její vůli z pravidla. (Taxonomický – definiční slovník pro Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU), 2017, s. 16; Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, 2018, s. 19-20)

I když zdravotníci dělají vše, co je v jejich silách, pořád je zde velký prostor pro zlepšování. V roce 2005 zemřelo odhadem 2,2 milionů lidí na celém světě v důsledku zdravotních chyb. Ve spojených státech dostanou 2 miliony pacientů infekci během hospitalizace, což zvyšuje náklady na zdravotní péči o 5 miliard dolarů. Až 95% těchto případů lze předejít. (Arthur, 2011, s. xi)

Úhrada zdravotní péče a s ní spojené náklady jsou obecně vysoké. V zemích OECD je dle poznatků vynaloženo 15% výdajů na vyrovnání důsledků NU. Z toho důvodu je prevence základní součástí dobře fungujícího zdravotnického systému, jelikož zavedením systémových opatření lze zabránit mnoha NU. Značně nižší jsou i náklady na prevenci, než náklady na odstranění způsobených škod. S tím souvisejí investice do odborného vzdělávání, náležitá informační infrastruktura a zavádění bezpečnostních norem spjatých s akreditací. (Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, 2018, s. 21-22; Slawomirski et al, 2017, s. 5)

3 NÁSTROJE PRO ZEFEKTIVNĚNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY

3.1 Přezkoumání systému managementu kvality

Díky přezkoumání získá organizace aktuální souhrn informací o tom, v jakém stavu se nachází SMK, jeho vedení a také zlepšování. Při vytvoření tohoto souboru a při plánovaném a pravidelném sběru těchto informací lze zlepšovat, rozvíjet, řídit a uplatňovat všechny procesy systému. Obsahuje i data o příležitostech pro potřeby změn či zlepšování v SMK, včetně cílů a politiky kvality. (ISO/IWA 1, 2005, s. 57-58)

Informační vstupy

Zde nesmějí chybět:

- výsledky interních a externích auditů kvality,
- informace z měření výkonnosti procesů zařazených do SMK a o shodě produktu,
- informace z měření výkonnosti SMK a změny, které by jej mohli ovlivnit,
- výsledky z hodnocení spokojenosti zákazníka (hodnocení podnětů k prošetření, vyřízení reklamací, apod.)
- výsledné sebehodnocení organizace,
- informace o postavení na trhu,
- výsledek hodnocení výkonnosti dodavatelů,
- informace z finančního měření v rámci managementu kvality i s efekty projektů zlepšování,
- konkurenční porovnávání,
- stav plnění cílů,
- informace o plnění politiky kvality a její aktuálnosti,
- informace o preventivních opatřeních, o míře plnění přejatých opatření při minulém přezkoumání a vyhodnocení jejich účinnosti,
- závěr – zhodnocení funkčnosti systému, jeho aktuálnost, potřeba změny cílů, politiky či struktury, popřípadě návrh nových cílů a zlepšování pro SMK. (Nenadál, 2008, s. 262; ISO/IWA 1, 2005, s. 58-59; ČSN EN ISO 9001, 2016, s. 20)

Výstupy z přezkoumání

Výstupy z přezkoumání tvoří:

- návrhy projektů neustálého zlepšování a strategické změny,
- plány a změny zdrojů,
- přijetí preventivních a nápravných opatření,
- rozhodnutí o budoucích okruzích interních auditů a sebehodnocení,
- opatření ke zlepšení produktu, aby lépe odpovídal požadavkům zákazníka,
- rozhodnutí o rozvoji a skladbě edukačních programů pro zaměstnance, vedoucího k dosažení cílů zlepšování,
- nová definice strategických záměrů, politiky i cílů kvality,
- opatření ke zlepšení efektivnosti SMK a jeho procesů. (ČSN EN ISO 9001, 2016, s. 20; Nenadál, 2008, s. 262)

Význam přezkoumání systému managementu kvality

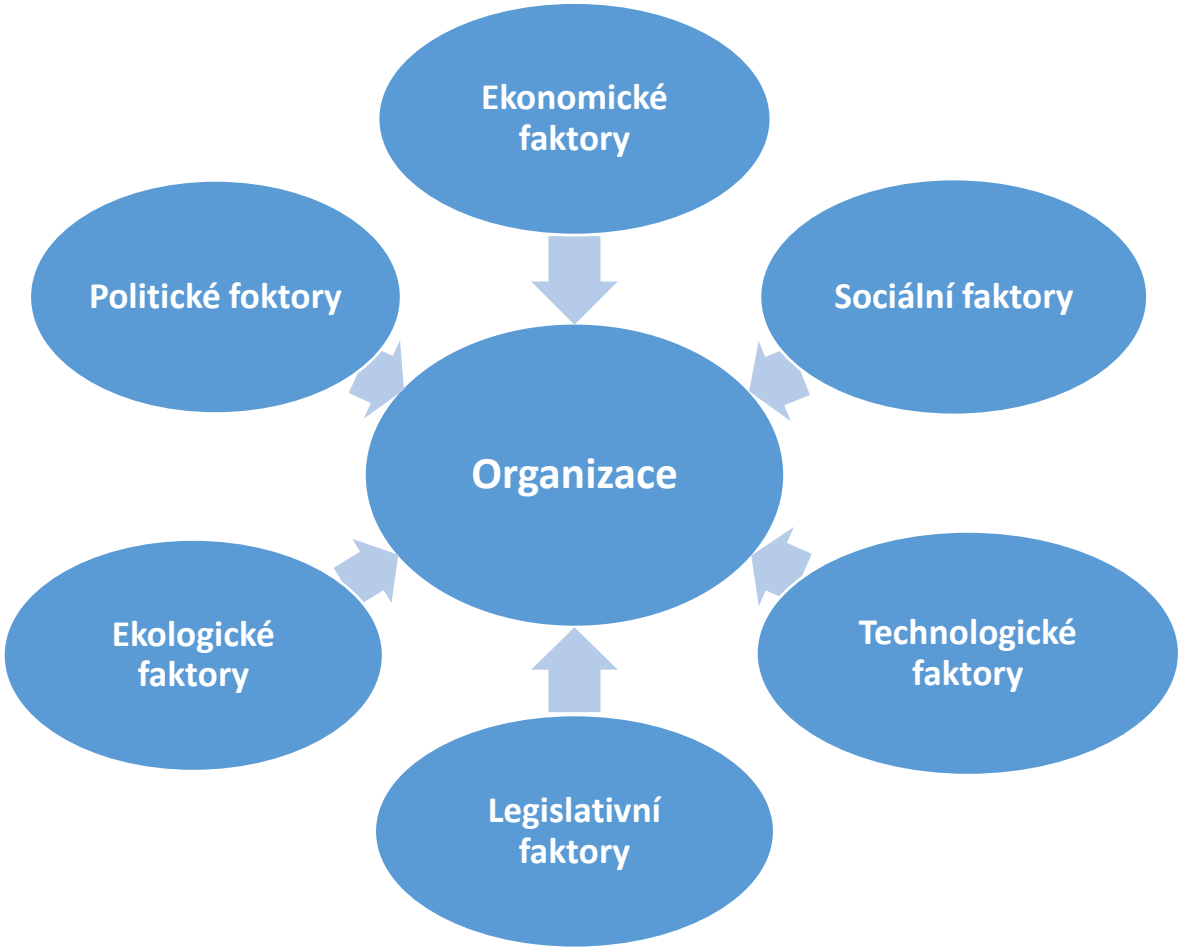
O vztahu vedení k tomuto systému jednoznačně odpovídá rozsah, úroveň a poctivost přezkoumání, jelikož se jedná se o nástroj pro kontrolu výkonnosti SMK. Jejich přístup motivuje i ostatní zaměstnance buďto k poctivému, nebo naopak povrchnímu vztahu k zlepšování a zabezpečování jakosti. Vytváří podklady při rozhodování o zlepšování a změnách v instituci. Vrcholové vedení je tak zapojené do řešení problémů, souvisejících se schopností instituce plnit požadavky zainteresovaných stran. Také dává možnost zapřemýšlení nad aktuálností a vhodností strategických záměrů, cílů i politiky kvality. (Nenadál, 2008, s. 261)

3.2 Analýzy

Analýza je v podstatě rozbor faktů, vztahů či vlastností, který postupuje od celku k částem. Hledáme při ní odpovědi na otázku „Kde se nyní nacházíme?“. Po tomto zjištění následuje odhad budoucího vývoje jako „Kam se ubíráme?“, „Kde chceme být?“, ale také „Jakým způsobem se tam dostat?“. Získaná data a poznatky z analýz je zapotřebí sloučit, přiřadit jim souvislosti a vytvořit doporučení pro zlepšování. Nejčastěji využívané analýzy jsou PEST analýza a SWOT analýza. (Bělohlávek, 2006, s. 194)

3.2.1 PEST analýza

Tato metoda slouží k analýze okolí/okolního prostředí organizace. Pomocí zavedení jednoduché struktury dochází ke snížení složitosti okolí. Do čtyř oblastí jsou seskupeny jednotlivé faktory okolního prostředí a je zkoumán jejich vliv na chod instituce. Tyto oblasti jsou **P**olitické, **E**konomické, **S**ociální a **T**echnologické. Od počátečních písmen oblastí je odvozen název analýzy. Je možné analýzu rozšířit o další dvě oblasti a tedy **L**egislativní a **E**kologickou, neboli PESTLE, viz Obr. 2. Lze ji využít i pro předvídání budoucího vývoje, výskytu vlivů a plánování možných scénářů. (Dědina a Odcházel, 2007, s. 25-26; Bělohlávek, 2001, s. 200)



Obrázek 2 PESTLE (vlastní zpracování)

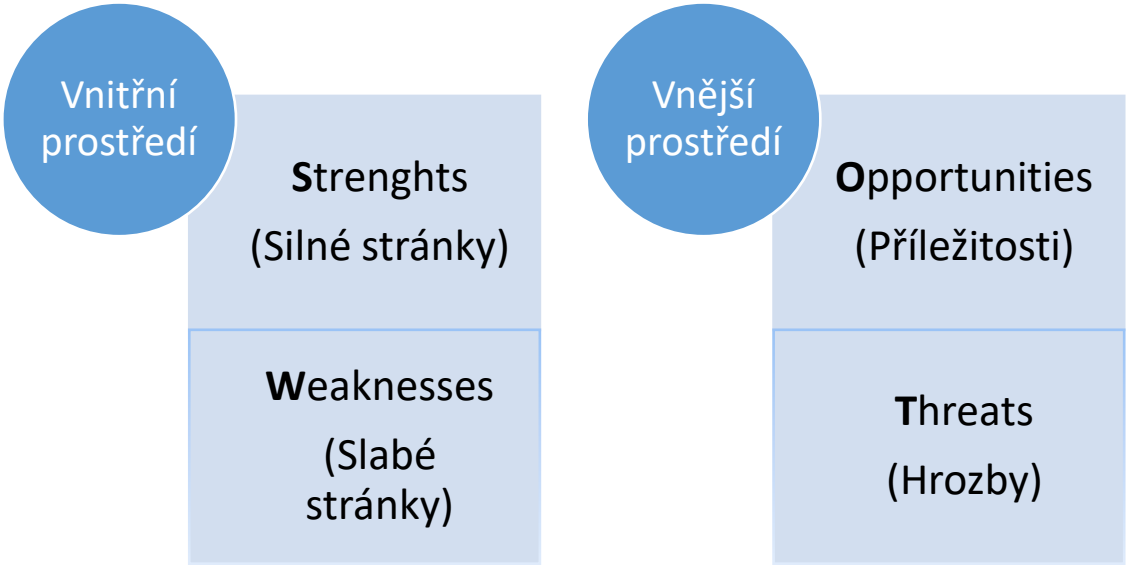
Výčet všech okolních faktorů může být velmi obsáhlí a stanovení jejich relevantnosti zase obtížné. PEST/PESTLE analýza může být finančně i časově náročná, jelikož vyžaduje velké množství informací z různých oborů. Mezi politické faktory patří ideologie, války, občanské nepokoje, terorismus, obchodní politika a jiné. Ekonomická oblast se zabývá ekonomickým růstem, chováním konkurence a dodavatelů, cenami materiálu, měnovými kurzy, mzdovými tarify apod. Do sociálních faktorů řadíme demografické trendy, životní styl, sociální hodnoty, postoj k práci, diskriminaci, odbornou pracovní sílu. Technologická oblast zahrnuje například používání výpočetní techniky, nové výrobky, inovace, internetové obchodování, logistiku. S legislativou souvisí zákony, mezinárodni právo, mezinárodní obchodní smlouvy, dodržování lidských práv, místní vyhlášky a mezi ekologické faktory zase patří ekologické zájmové skupiny, regulace emisí/znečištění/hluku, prevence před katastrofami a jiné. (Dědina a Odcházel, 2007, s. 25-26)

3.2.2 SWOT analýza

S pomocí této analýzy lze na trhu vyhledat strategickou pozici, kde je možné uplatnění a kterou by mohla organizace využít. Po provedení této analýzy je možné také přehodnotit stávající cíle a poslání firmy. SWOT analýza se skládá ze silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb (Obrázek 3). Díky identifikaci silných a slabých stránek se organizace může

úspěšně vypořádat s příležitostmi a hrozbami vnějšího prostředí. Její účinnost se zvyšuje při porovnání s konkurencí. Poskytuje manažerům logický rámec pro hodnocení stávající i budoucí pozice organizace, díky pochopení vnějšího prostředí a jejích schopností. (Robbins a Coulter, 2004, s. 197; Bělohlávek, 2006, s. 201-202)

Silné stránky znázorňují všechny činnosti v organizaci, které probíhají v pořádku, nebo její jedinečné zdroje. Pomáhají instituci získat převahu nad konkurencí. Jedná se například o kvalitnější materiál, vyspělé technologie, dobré finanční vztahy, dokonalý tým top manažerů či distribuční kanály. Naopak vše co se organizaci nedaří, spadá do slabých stránek. Jedná se o negativní vnitřní podmínky, vedoucí k nižší výkonnosti. Do této kategorie patří nedostatek schopností, chybějící nezbytné zdroje, zastaralé stroje, nadměrné finanční zatížení, manažeři, kteří nemají odpovídající strategické schopnosti apod. (Robbins a Coulter, 2004, s. 196; Bělohlávek, 2006, s. 201)



Obrázek 3 SWOT analýza (vlastní zpracování)

3.2.3 Analýza kritické cesty – metoda CPM

Tuto metodu (CPM – Critical Path Method) vyvinuli při řízení automatizace chemického závodu Morgan R. Walker a James E. Kelle roku 1957. Čas potřebný ke splnění jednotlivých činností je pevně určený a není možné ho změnit. Proto se tato metoda dá nazvat deterministickou. Její uplatnění je třeba při vytváření projektů vývoje nového produktu, při zlepšování kvality, dá se využít na zavádění systémů managementu a při sladění těchto plánů s ostatními činnostmi managementu kvality. (Kolčavová, 2010, s. 142; Nenadál, 2008, s. 339)

Základní charakteristiky pro jednotlivé činnosti projektu:

Časové charakteristiky:

- ZM_{ij} – nejdříve možný začátek vykonávané aktivity (nejdříve musí skončit všechny aktivity, které ji předcházejí, aby mohla začít),
- KM_{ij} – nejdříve možný konec vykonávané aktivity,
  - $KM_{ij} = ZM_{ij} + t_{ij}$
- ZP_{ij} – nejpozději přípustný začátek vykonávané aktivity,
  - $ZP_{ij} = KP_{ij} - t_{ij}$
- KP_{ij} – nejpozději přípustný konec vykonávané aktivity (určuje dobu, kdy musí nejpozději skončit prováděná aktivita, aby nevzniklo zpoždění u navazujících aktivit),

- t_{ij} – doba trvání činnosti. (Kolčavová, 2010, s. 142; Nenadál, 2008, s. 340)

Charakteristika uzlů:

- TM_i – nejdříve možný termín uzlu,
- TP_i – nejpozději přípustný termín uzlu,
- i – evidenční číslo uzlu. (Kolčavová, 2010, s. 143)

Tři fáze metody CMP:

1. ***Kalkulace nejdříve možných začátků a konců aktivit***

Výpočet spočívá v tom, že nejdříve možný začátek vykonávané aktivity, která má počátek v jednom uzlu, je roven horní hranici nejdříve možných konců aktivit, které do uzlu vstupují. Z výsledku zjistíme nejdříve možný termín skončení celého projektu = TM_j. Jedná se o nejkratší dobu pro jeho realizaci. (Kolčavová, 2010, s. 143)

2. ***Kalkulace nejpozději přípustných začátků a konců aktivit***

Tento výpočet se provádí opačně než v 1. fázi, tedy od výstupního uzlu, až po vstupní. Z toho vyplívá, že nejpozději přípustný konec vykonávané aktivity jednoho uzlu, se rovná minimu z nejpozději přípustných začátků aktivit, které z uzlu vystupují. (Kolčavová, 2010, s. 143)

- $TM_j = TP_j$
- $TP_j = KP_j$
- $ZP_{ij} = KP_{ij} – t$ (Kolčavová, 2010, s. 143)

3. ***Kalkulace časových rezerv:***

Každá vykonávaná aktivita v projektu je charakterizována momentem, kdy může nejdříve začít (ZM_{ij}) a tím, kdy musí nejpozději skončit (KP_{ij}), neboli časové rozmezí pro realizaci dané aktivity. **Celková časová rezerva RC_{ij}** vyjadřuje, o kolik lze zpozdit skončení realizace jedné aktivity (tzn. odložit začátek, či prodloužit čas trvání), aniž by se změnil celkový čas projektu. **Volná časová rezerva RV_{ij}** znázorňuje, o kolik lze zpozdit skončení realizace aktivity, aniž by se tím překazilo bezprostředně následujícím aktivitám začít v nejdříve možném čase. **Nezávislá časová rezerva RN_{ij}** představuje, o kolik lze opozdit skončení realizace aktivity začínající v nejpozději přípustném termínu, aniž by se tím zamezilo bezprostředně následujícím činnostem začít realizaci v nejdříve možném čase. (Kolčavová, 2010, s. 143-144)

- $RC_{ij} = TP_j - t_{ij} - TM_i$
- $RV_{ij} = TM_j - t_{ij} - TM_i$
- $RN_{ij} = \max (TM_j - t_{ij} - TP_i, 0)$
- $RN_{ij} \leq RV_{ij} \leq RC_{ij}$ (Kolčavová, 2010, s. 144)

Prodloužením aktivity o jednu časovou jednotku, dojte k prodloužení celého projektu o jednu časovou jednotku. Takový jev se nazývá **kritická činnost**. Jedná se o aktivity, jejichž časové rezervy jsou nulové a v síťovém grafu tvoří tzv. **kritickou cestu**. Je to nejdelší, nebo časově nejobtížnější cesta ke splnění projektu. (Kolčavová, 2010, s. 144; Robbins a Coulter, 2004, s. 223)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA SPOLEČNOSTI

Vybraná nemocnice (dále jen nemocnice) je právnická osoba, která má postavení nestátního zdravotnického zařízení, s plnou právní subjektivitou. Práva a povinnosti, pravomoc, působnost i odpovědnost se řídí obecně závaznými právními předpisy, zřizovací listinou a organizačně-právními akty kraje. Hlavním účelem nemocnice je poskytování zdravotní péče, péče poradenské, ošetřovatelské, diagnostické, preventivní, rehabilitační, léčebné, lékárenské a LSPP. Daná nemocnice poskytuje zdravotní služby na úrovni poznatků současné lékařské vědy v rámci svých technických, odborných, ekonomických a finančních možností. Přitom úzce spolupracuje s dalšími poskytovateli zdravotních služeb, zdravotními pojišťovnami a dalšími subjekty. V potřebném rozsahu zajišťuje i odbornou výchovu a další vzdělávání svým zaměstnanců.

Předmět činnosti vymezený zřizovací listinou

- Poskytování ambulantní, jednodenní a lůžkové formy zdravotní péče ve formě preventivní, diagnostické, dispenzární, léčebné, posudkové, léčebně rehabilitační a ošetřovatelské.
- Poskytování lékařské pohotovostní služby.
- Výdej a prodej léčiv a zdravotnických prostředků.
- Zpracování krve včetně produkce krevních derivátů.
- Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče.
- Řešení úkolů ve vědě, výzkumu a rozvoji.
- Zajištění odborné praxe studentům středních odborných škol, vyšších odborných škol a vysokých škol se zaměřením na poskytování zdravotních služeb a postgraduálního studia v oblasti poskytování zdravotních služeb.

Doplňková činnost

- Hostinská činnost.
- Praní a žehlení prádla.
- Specializovaný maloobchod.
- Balící činnost.

Léčebnou péči poskytuje vybrané zdravotnické zařízení pro více než 90 000 obyvatel jako jediné nemocniční zařízení v okrese, s necelými osmi sty zaměstnanci. V areálu se nachází několik budov s lůžkovými odděleními, jako je anesteziologicko-resuscitační

oddělení (ARO), chirurgické oddělení, gynekologicko-porodnické oddělení, otorinolaryngologické oddělení (ORL), dětské oddělení, interní oddělení, plicní oddělení, neurologické oddělení, centrum léčebné rehabilitace a oddělení dlouhodobě nemocných (ODN). Počet lůžek přesahuje čtyři stovky a jejich využití bylo v roce 2018 na 85,8%. Kromě lůžkových oddělení se v prostorách nemocnice a polikliniky nacházejí ambulance, zajišťující ambulantní léčebně preventivní péči. Mezi ambulance, které se zde nachází, patří ambulance léčby bolesti, ambulance klinického psychologa, interní ambulance, ordinace praktického lékaře, chirurgická ambulance, plicní ambulance, ordinace gynekologa, ORL ambulance, metabolická poradna, ambulance léčebné rehabilitace a dětská ambulance. Také zde nalezneme onkologický stacionář, laboratoře, radiologické oddělení, lékařskou službu první pomoci, lékárnu a v neposlední řadě administrativní budovu s vedením a správou nemocnice.

Certifikace

Nemocnice se finančními prostředky podílí na zabezpečení kvality poskytované péče a zabezpečuje vyšší míru komfortu pro pacienty. Získala a několikrát obhájila certifikaci podle ISO:9001, a to na procesy řízení nemocnice a provozu lékárny. Nemocnice také absolvovala náročnou přípravu a následně získala Certifikát kvality a bezpečí, na jejímž základě splňuje nejen zákonné podmínky, ale i obecně platné podmínky kvality pro poskytovanou zdravotní péči a služby s tím spojené. Organizace se stále věnuje procesu zvyšování kvality poskytovaných služeb. Má zavedený systém sledování spokojenosti pacientů a účinný systém řešení stížností. Sleduje mimořádné události, které analyzuje a pravidelně vyhodnocuje. Cílem nemocnice je heslo: „Bezpečný pocit pro pacienty i personál“. Stejně tak se zapojila do projektu pro nelékařské pracovníky Práce se slabozrakými a nevidomými pacienty. Na MP3 přehrávač byly nahrány dokumenty týkající se hospitalizace a informovanosti těchto pacientů. V rámci realizace projektu „Bezbariérová nemocnice i pro neslyšící s využitím komunikačních technologií“ získala nemocnice od agentury tablet pro usnadnění a zkvalitnění komunikace s nedoslýchavými, či neslyšícími pacienty. Někteří nelékařští zdravotničtí pracovníci také ovládají základy znakové řeči.

Laboratoře jsou akreditované podle ISO normy 15189. Oddělení klinické biochemie, hematologicko-transfuzní oddělení a oddělení klinické mikrobiologie prochází každý rok náročným akreditačním procesem. Pacienti a odběratelé mohou být ubezpečeni, že laboratorní výsledky jsou zpracovány za pomocí mezinárodně platných standardů. Celoročně se nemocnice snaží plnit bezpečnostní cíle, které jsou vyhlášeny MZ ČR.

5 ORGANIZAČNÍ STRUKTURA

Vedení a správu nemocnice má na starosti ředitel a jeho náměstkové – náměstek pro zdravotní péči, náměstek pro ošetřovatelskou péči, ekonomický náměstek, právně personální náměstek a provozně technický náměstek, viz Příloha č. 1.

5.1 Ředitel

Ředitel je zodpovědný za úroveň poskytovaných zdravotních a jiných služeb. Také odpovídá zřizovateli za účelné hospodaření se svěřenými prostředky. Ministerstvo zdravotnictví a zřizovatel vydávají nařízení i závazné právní předpisy, kterými se musí řídit při své práci. Je statutárním orgánem kompetentním jednat za organizaci ve všech záležitostech tak, že k otisku razítka nemocnice připojí svůj vlastnoruční podpis. Může delegovat některé pravomoci na podřízené zaměstnance. Delegování pravomocí je vždy provedeno písemnou formou. Do funkce je jmenován zřizovatelem a ve smyslu příslušných právních předpisů jmenuje a odvolává vedoucí zaměstnance.

Ředitel rozhoduje ve všech základních oblastech činností nemocnice, a to zejména o:

- zpracování strategie a koncepce činnosti nemocnice,
- vydání interních norem řízení nemocnice (Organizační řád, Provozní řád, Řády, Příkazy, Opatření, Informace a další),
- organizační struktuře,
- o pravomocích a zodpovědnostech vedoucích zaměstnanců v návaznosti na organizační strukturu,
- o pracovních náplních přímo podřízených zaměstnanců,
- podpisových oprávnění vedoucích vnitřních organizačních jednotek,
- uzavírání pracovně právních vztahů se zaměstnanci nemocnice a dalšími osobami,
- uzavírání dohod konaných mimo pracovní poměr v rámci jednotlivých pracovišť nemocnice,
- systému odměňování zaměstnanců,
- schválení návrhu finančního plánu, rozpočtu a hospodaření,
- o vnějších vztazích.

Úseky řízené ředitelem

- Ekonomický náměstek.

- Provozně technický náměstek.
- Právně personální náměstek.
- Náměstek pro ošetřovatelskou péči.
- Náměstek pro zdravotní péči.
- Vedoucí lékárny.
- Management kvality.
- Vnitřní audit.
- Odborný pracovník pro BOZP a požární ochranu.
- Primáři a vedoucí lékaři.
- Odpovědný pracovník za systém jištění kvality na HTO.
- Kontrolní pracovník podle atomového zákona.
- Sekretariát.
- Pověřenec pro ochranu osobních údajů.

5.2 Náměstek pro zdravotní péči

Náměstek je lékař se specializovanou způsobilostí. Zodpovídá za zajištění veškeré běžné provozní agendy ze zdravotnické oblasti nemocnice, jako je například kvalita, organizace a účelnost lékařské péče. Řídí a organizuje hlavní aktivity nemocnice, což je vytváření podmínek pro poskytování zdravotní péče a následné poskytování zdravotní péče. Zabývá se smluvními vztahy se zdravotními pojišťovnami. Je odpovědný za efektivní zacházení se zdravotnickým materiálem a léky. Monitoruje administrativní a odbornou činnost podřízených. Podílí se na vyřizování podnětů, stížností a oznámení. Jeho odpovědností je i zajištění optimální struktury lékařů dle oborů a zabezpečuje systém nepřetržitého vzdělávání lékařů.

Úseky řízené náměstkem pro ZP

- Primariáty (jednotlivá oddělení v lůžkové části nemocnice).
- Ambulantní část:
    - složky vyšetřovacích a léčebných služeb (radiodiagnostické oddělení, oddělení klinické mikrobiologie, atd.),
    - samostatné ambulance (praktičtí lékaři, lékaři LSPP, vedoucí lékaři, kliničtí psychologové).

5.3 Náměstek pro ošetřovatelskou péči

Náměstek je hlavně odpovědný za odbornou úroveň poskytované ošetřovatelské péče, za její organizaci, kvalitu a účelnost. Zajišťuje dodržování etických a odborných pravidel, holistického přístupu při poskytování zdravotních služeb a ošetřovatelské péče na úrovni zdravotnických nelékařských pracovníků. Podílí se společně s primáři jednotlivých oddělení na řízení a kontrole vrchních sester a ostatních nelékařských pracovníků ve vedoucím postavení. Ve spolupráci s dalšími vedoucími zaměstnanci buduje a zabezpečuje systém neustálého vzdělávání a získávání odborných dovedností nelékařských pracovníků. Vyřizuje stížnosti pacientů.

Podřízené útvary

- Vrchní sestry jednotlivých oddělení.
- Vedoucí laboranti.
- Vedoucí nutriční terapeut.
- Vedoucí farmaceutický asistent.
- Vedoucí fyzioterapeut.
- Vedoucí radiologický asistent.
- Zdravotě sociální pracovnice.
- Sanitář patologie.
- Sestra pro kontrolu infekcí.

5.4 Ekonomický náměstek

Je zodpovědný za plnění úkolu v ekonomické oblasti, za náležitý výkon, za cash-flow, zajištění a uspořádání účetních a finančních činností pro efektivní hospodaření. Provádí ekonomickou kontrolu všech oddělení nemocnice. Vede účetnictví a evidenci majetku. Plánuje, sestavuje a kontroluje rozpočet. Zpracovává a vyúčtovává data pro zdravotní pojišťovny.

Podřízené útvary

- Oddělení platů (mzdová účtárna).
- Ekonomické oddělení (finanční účtárna, pokladna, sklad MTZ, evidence majetku, rozpočtář).

- Oddělení informatiky (správa informačních technologií, správa aplikací, lékařská knihovna).
- Obchodní oddělení (servis zdravotnických přístrojů, obchodní činnost a zadávací řízení).
- Komise (cenová komise, komise pro veřejné zakázky).
- Oddělení zdravotních pojišťoven a metrologie (zpracování dat pro ZP, vyhodnocování produkce zdravotních služeb, metrologie, úhradové dodatky ke smlouvám se ZP, zúčtování zdravotní péče).
- Oddělení ekonomiky zdravotních činností (zúčtování zdravotní péče pro pojištěnce ZP, zúčtování zdravotní péče pro cizince a samoplátce, dokumentační pracovnice, statistika).

5.5 Právně personální náměstek

Organizuje a řídí činnost personálního a právního oddělení. Také je statutárním zástupcem ředitele. Dohlíží na dodržování zákonností v činnostech organizace. Vede záznamy o vyřizování stížností. Pro systém kvality představuje vedení.

Podřízené útvary

- Právní oddělení (právní agenda, pracovní úrazy a nemoci z povolání, evidence a příprava smluv, sbírka zákonů, agenda odpovědnosti za škodu na majetku či zdraví, vymáhání pohledávek, vyřizování žádostí o zdravotnickou dokumentaci, oznámení na soudy a jiné instituce, vedení elektronické podatelny, likvidace cestovních náhrad).
- Personální oddělení (personální agenda, důchodová agenda, plánování a rozvoj lidských zdrojů, statistika, vzdělávání, rezidenční místa, výběrová řízení a konkurzy).
- Systém kvality (manažer kvality, interní auditoři, správce dokumentace).
- Komise (škodní, výběr rezidentů, výběrová řízení zaměstnanců).

5.6 Provozně technický náměstek

Odpovídá za řízení nemocnice v oblasti provozně technické, tedy za zajištění nepřetržitého provozu nemocnice. Zabezpečuje optimální podmínky pro nerušený chod nemocnice především v oblastech materiálně-technického zásobování, stravování, dopravy, úklidu, údržby majetku a jeho investiční rozvoj. Má na starosti hospodaření se svěřenými

prostředky a odpovědnost za kvalitu a úroveň práce odvedené vlastními pracovníky i dodavatelskými firmami.

Členění provozně technického odboru

- Oddělení technické.
- Oddělení údržby (úsek dílen – zámečnická, elektrikářská, stolařská, čalounická, topenářská, vodoinstalací, úsek zahrad – údržba venkovních ploch).
- Oddělení léčebné výživy a stravování (úsek nutriční terapie, úsek přípravy stravy, úsek mytí nádobí a dopravy stravy, úsek skladu potravin).
- Oddělení úklidu (úsek oprav úklidové techniky, úseky nemocnice a polikliniky).
- Oddělení prádelny (úsek dopravy prádla, úsek mokrého provozu a úsek suchého provozu).
- Oddělení energetiky (úsek likvidace odpadu, úsek kotelny).
- Oddělení vnitřních služeb (úsek vrátnice a telefonní ústředny, úsek nezdravotní přepravy, úsek nákupu do skladu MTZ a nákupu drobného zboží).
- Administrativa a podatelna.

6 AKTUÁLNÍ STAV MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI

Pozice manažera kvality je v nemocnici nová, tj. 2 roky, ale touto problematikou se daná nemocnice zabývá delší dobu. Systém managementu kvality měli na starost vždy jednotliví náměstci v oblasti své působnosti. Představitel vedení pro kvalitu je z hlediska kvality nejvýše postavenou osobou v nemocnici. V nemocnici tuto funkci zastává právně personální náměstek.

6.1 Politika kvality poskytovaných zdravotnických služeb

Nemocnice se řídí mottem: *Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb = úspěšně léčený a spokojený pacient.* V politice kvality se zaměřuje na oblasti nabízených služeb, zaměstnance, pacienty a závazky. Níže jsou jednotlivé oblasti zaměření politiky popsány.

Nabízené služby

Poskytování komplexních zdravotních služeb na nejvyšší profesionální úrovni v oblasti lůžkové a ambulantní péče, zajišťované plně odborně erudovaným zdravotnickým personálem, při dodržení citlivého přístupu ke klientům a v souladu s firemní kulturou.

Zavádění a provádění moderních vyšetřovacích metod potřebných k zajištění poskytování zdravotních služeb.

Řízení léčebného, diagnostického a ošetřovatelského procesu v souladu s platnými legislativními, zdravotnickými, etickými, hygienickými, ekologickými a bezpečnostními předpisy.

Zaměstnanci

Podporo kontinuálního vzdělávání a zvyšování odborné kvalifikace všech lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků, s cílem stabilizace erudovaného personálu.

Zkvalitňování pracovního prostředí a jeho bezpečnosti.

Zvyšování komunikačních dovedností zdravotnických pracovníků, zkvalitňování přístupu pracovníků ke klientům.

Motivace a výchova zaměstnanců ke zkvalitňování práce, k zodpovědnosti při poskytování zdravotních služeb a při spolupodílení se na hospodářském výsledku nemocnice. Dále k dodržování firemní kultury a k prezentování dobrého jména nemocnice.

Pacienti

Zajištění komplexní péče o pacienta – poskytování kvalitních služeb, individuální a citlivý přístup k pacientům s dostatečnou informovaností, aktivní zapojení pacienta a jeho rodiny do léčebného a ošetřovatelského procesu.

Vytváření příjemného a bezpečného prostředí pro pacienta – zlepšování vybavenosti pobytových prostorů, zlepšení orientačních systémů uvnitř zdravotnického zařízení, minimalizace možných rizik.

Zajištění uspokojování biologických, sociálních, psychických a spirituálních potřeb pacienta během hospitalizace.

Respektování práv pacientů daných platnými právními předpisy a Etickým kodexem.

Řešení všech podnětů a stížností pacientů ke zlepšení poskytovaných zdravotních služeb.

Závazek

Kontinuální zvyšování kvality poskytovaných zdravotních služeb s cílem vytvořit stabilní nemocnici, která poskytuje vysoce profesionální zdravotní péči v bezpečném prostředí, při respektování individuální osobnosti člověka.

6.2 Cíle Nemocnice

Každý rok si nemocnice stanovuje cíle, kterých chce v daném roce dosáhnout. Realizací těchto úkolů a následným vyhodnocením naplnění cílů (lze vyhodnotit i % úspěšnost) je dosaženo zpětné vazby, tj. jak reálně byli cíle nastaveny. Ovlivnění úspěchu či neúspěchu je dáno jednak vnitřními faktory jako hierarchická struktura, zdravotní politika, zisk, podíl na trhu, kvalita služeb, personální změny nebo vnějšími faktory jako finance, legislativa, dotace, aktivita odborů, postoje a názory veřejnosti. U každého cíle je stanoven termín, do kterého by měl být cíl splněn a kdo odpovídá za jeho splnění (náměstek, primář oddělení, manažer kvality, aj.).

Cíle pro rok 2017

- Realizace investičních akcí v roce 2017 dle schváleného plánu zřizovatelem.
- Zlepšení vedení zdravotnické lékařské dokumentace a odstranění zjištěných závad.
- Úspěšné absolvování re-akreditačního auditu dle požadavků ČSN EN ISO 15189:2013 na laboratořích.

- Pravidelné udržování systému kvality se zaměřením na rizikové činnosti.
- Zahájení prací na rekonstrukci vybraných budov.
- Získání prodloužení akreditace u specializačních oborů pro některá oddělení.
- Hodnocení výskytu dekubitů jako indikátoru kvality ošetřovatelské péče.
- Hodnocení výskytu pádů pacientů jako indikátoru kvality ošetřovatelské péče.
- Osvětová činnost pro veřejnost.
- Sledování katétrových sepsí u pacientů se zavedeným centrálním žilním katétrem.

Dlouhodobé cíle

Mimo tyto cíle, stanovované každý rok, má nemocnice i dlouhodobé cíle. Na úseku ošetřovatelské péče se jedná o důsledné uplatňování ošetřovatelského procesu na všech odděleních a stanicích nemocnice, podpora dalšího rozvoje skupinové péče včetně neustálé revize ošetřovatelské dokumentace. Rozvíjet systém řízení kvality ošetřovatelské péče prostřednictvím auditní činnosti, ale také tvorbou standardů a ošetřovatelských postupů. Mezi další dlouhodobé cíle patří kontinuální vzdělávání sester, porodních asistentek a dalších pracovníků nelékařských zdravotnických oborů a podpora jejich publikační činnosti. Samozřejmostí je sledování indikátorů kvality ošetřovatelské péče, jako je výskyt dekubitů, pádů, monitoring bolesti, kvalifikace personálu, hlášení nežádoucích událostí a spokojenosti pacientů s péči poskytnutou ve zdravotnickém zařízení.

Další dlouhodobé cíle:

- rozvíjet systém řízení kvality pracovníky zdravotnických oddělení na všech stanicích nemocnice,
- podporovat rozvoj všech oborů v oblasti ošetřovatelské péče, fyzioterapie, laboratorní činnosti a radiodiagnostiky,
- zajistit příjemné a bezpečné prostředí pro pacienta s respektováním lidské důstojnosti a uspokojením všech jeho potřeb,
- zajistit individuální přístup a dostatečnou informovanost pacienta,
- vytvářet motivační prostředí pro ošetřovatelský personál tak, aby vnímal svou sounáležitost k nemocnici,
- vychovávat ošetřovatelský personál k zodpovědnosti za odvedenou práci a výkon, k prezentaci dobrého jména nemocnice i za jejími branami.

6.3 Interní audit

6.3.1 Odpovědnost

Ředitel nemocnice odpovídá:

- za prověření interních auditorů nemocnice,
- za schválení ročního programu,
- za plánování a organizaci přezkoumávání systému jakosti.

Představitel vedení pro systém kvality je odpovědný:

- za zajištění vyškolení auditorů pro provádění interních auditů,
- za zpracování ročního programu auditů,
- za plánování a organizaci auditů,
- za dohled nad plněním opatření k nápravě z interních auditů,
- za stanovení postupu pro přezkoumání systému kvality,
- za stanovení časového harmonogramu a určení odpovědnosti za realizaci navržených opatření,
- za zpracování zprávy o stavu systému kvality pro přezkoumání vedením,
- řídí týmy pro vypracovávání postupů a zavádění norem kvality v nemocnici,
- za centrální evidenci cílů a auditů v nemocnici,
- informuje poradu vedení 1x ročně o stavu systému kvality,
- za proces revize řídících dokumentů,
- spolupracuje při tvorbě jednotlivých interních norem na všech úsecích nemocnice,
- koordinuje a vytváří podklady pro vnitřní organizační a řídící akty nemocnice,
- přímo jemu je podřízený manažer kvality ve zdravotnictví, který koordinuje auditní činnost lůžkových oddělení a připravuje plnění úkolů nemocnice.

Manažer kvality na oddělení je odpovědný:

- za návrh ročního programu auditů na oddělení,
- za zavedení, udržování a zlepšení systému managementu kvality na oddělení,
- za seznamování pracovníků oddělení se systémem managementu kvality,
- za dohled nad plněním opatření k nápravě z interních auditů na odděleních,
- za stanovení postupu pro přezkoumání systému kvality na odděleních,
- připomínkuje program auditů,

- za návrh časového harmonogramu a určení odpovědnosti za realizaci navržených opatření, kontroluje realizaci nápravných opatření,
- za zpracování zprávy o stavu systému kvality na svěřeném oddělení, přípravu podkladů pro přezkoumání vedením (1x ročně),
- za správné vedení interní dokumentace a oddělení,
- plní pokyny představitele vedení pro systém kvality týkající se oddělení,
- za kontrolu a vydávání dokumentace na úrovni oddělení,
- šetří spokojenost se službami nemocnice a předkládá vlastní návrhy vedoucí ke zlepšení služeb.

Auditor odpovídá:

- za přípravu plánu interního auditu,
- za zahájení a ukončení interního auditu s odpovědným zaměstnancem,
- za dodržení rozsahu interního auditu podle plánu,
- za prověření účinnosti a efektivity nápravných opatření.

Odpovědný zaměstnanec prověřované oblasti odpovídá:

- za spolupráci s vedoucím auditorem při organizaci a průběhu auditu,
- za poskytování veškeré dokumentace při auditu, která platí pro činnosti v prověřované oblasti,
- za navržení a realizaci opatření k nápravě z interního auditu,
- za vyjádření stanoviska k případné neshodě.

6.3.2 Plánování a příprava interního auditu

Auditoři

Výběr a přípravu zaměstnanců pro činnost auditorů provádí představitel vedení pro systém kvality. Proškolení a praktický výcvik je zajištěn prostřednictvím externí organizace. Interní auditoři jsou pak do funkce ustanoveni prověřením ředitele a počet auditorů je určen s ohledem na potřebnou nezávislost auditorů.

Program auditů

Návrh programu auditů na konkrétní rok zpracuje představitel vedení pro systém kvality a následně do tohoto programu provádí záznamy. Tento dokument obsahuje náležitosti jako termín, předmět auditu, oddělení, na kterém bude audit prováděn, vedoucího auditora

a číslo protokolu, který bude z auditu sepsán. Návrh sestavuje tak, aby v průběhu roku byly všechny prvky a procesy systému kvality ověřeny. Konzultuje ho s odpovědnými zaměstnanci, u kterých budou audity provedeny. Odpovědnými zaměstnanci se rozumí ti, kteří za danou oblast činností nesou odpovědnost (např. primář oddělení, náměstek, aj.).

Do plánu kontrolní činnosti si náměstek zdravotní péče zahrnul provedení kontrol na lůžkových odděleních nemocnice a ambulancích nacházejících se v nemocnici a na poliklinice. Šetření byla zaměřena především na péči o pacienty, na ověření dodržování legislativy a interních předpisů, které se týkají zdravotnické dokumentace. Na úseku ošetřovatelské péče provádí rozhodující část kontrolní činnosti náměstek pro ošetřovatelskou péči. Audity zahrnovaly oblast péče o pacienty, manipulace a podávání stravy a léčivých přípravků, dodržování dezinfekčního programu, manipulaci se sterilním materiálem a pomůckami, dodržování práv pacientů. Kontrolní činnosti byla podrobena i oblast vedení ošetřovatelské části zdravotnické dokumentace a odpadového hospodářství. Namátkově bylo kontrolováno i plánování směn, poskytování odborného dohledu a docházka nelékařských zdravotnických pracovníků. Pracovníci lékárny provedli na jednotlivých pracovištích kontroly zaměřené na zacházení a uložení léků, zdravotnického materiálu, omamných a psychotropních látek. Ekonomický odbor prováděl audity zaměřené zejména na oblast týkající se majetku nemocnice a hospodaření s ním. Do kontrolní činnosti personálně právního náměstka patří např. ověřování, zda zaměstnanci, kteří v nemocnici ukončili pracovní poměr, vyrovnali veškeré závazky vůči zaměstnavateli. Také šetření zaměřena na zaměstnávání důchodců a osob zdravotně znevýhodněných, kontrola vrátnice, kolárny a zápisy ostrahy objektů nemocnice. Na úseku provozně technického náměstka se provádí audity v oblasti úklidu na odděleních, třídění odpadu a dokumentace spojené s odvozem a likvidací odpadu, na dodržování BOZP a pořádní ochrany, revize technických zařízení, technické prohlídky výtahů a namátkové kontroly na dodržování zákazu alkoholických nápojů na pracovišti.

Změny

Změny programu auditů je oprávněn provádět představitel vedení pro systém kvality. Změnu provede vydáním nového programu.

Příprava interního auditu

Představitel pro vedení systému kvality určí před plánovaným auditem vedoucího auditora, pokud jsou tedy auditoři dva a více. Vedoucí auditor je odpovědný za vedení auditu a do-

kumentaci z něho. Každý interní auditor je povinen nastudovat před vlastním provedením auditu dokumentaci, která se vztahuje k auditované činnosti. Audity mohou být oznámené či předem neoznámené. To znamená, že zaměstnanci na kontrolované stanici ví, kdy na oddělení přijdou auditoři a na kterou oblast budou zkoušeni, nebo naopak přijdou nečekaně. Mimo plánované audity je možné do programu auditů zahrnout i neplánované, které jsou reakcí např. na stížnost, plány nemocnice, nebo při vzniku problému, který je nutno rychle a objektivně řešit.

6.3.3 Provádění a dokumentování interního auditu

Zahájení auditu

Zahájení provádí vedoucí auditor podle plánu. Vysvětlí účel, cíl auditu a případné souvislosti k jejich splnění. Má právo klást doplňující otázky. Odpovědní zaměstnanci oddělení, které podléhá kontrole, jsou povinni mu předložit všechny požadované dokumenty (důkazy), související s ověřovaným prvkem/procesem systému kvality. Všichni účastníci auditu musí pravdivě odpovídat na otázky auditora. Povinností auditora je zase dodržovat rozsah a cíl auditu. Hodnotí se pak procento správně zodpovězených otázek (viz. Tab. 1).

Tabulka 1 Hodnocení auditu (vlastní zpracování)

100 – 95%	Výtečný výsledek
94 – 80 %	Splněno
79 – 60 %	Podmínečně splněno (opakování auditu)
59 – 0 %	Nesplněno (opakování auditu)

Záznam z auditu

Auditor zapisuje veškeré zjištěné skutečnosti do tzv. Protokolu z auditu, viz Příloha 2. Tento dokument musí obsahovat číslo protokolu v návaznosti na roční program auditů, datum konání auditu, na jakém oddělení se konal, časový harmonogram, rozsah a cíl auditu, vedoucího auditora, ostatní auditory a účastníky auditu. Musí v něm být Záznam o zjištění, kam auditor vyplní výsledek. Dále může obsahovat otázky, které byly kladeny během kontroly a doporučení na zlepšení. Zde může dát auditor doporučení na zlepšení, pokud v rámci prověřování identifikuje možnost zjednodušení činností, úspor apod., nejsou

však závazná. V neposlední řadě musí obsahovat jméno a podpis toho, kdo protokol zpracoval (vedoucí auditor) a schválil (představitel vedení pro systém kvality).

Pokud je zjištěna při auditu neshoda, je zaznamenána do protokolu Záznam o neshodě (viz Příloha 3). Ten formuje neshodu tak, aby vedla k odstranění klíčových příčin neshody. Pokud není vlastní příčina zřejmá, odpovědný zaměstnanec za prověřovanou oblast provede analýzu potencionálních příčin, kde se soustředí na oblasti:

- zaměstnanci – dovednosti a znalosti,
- prostory a prostředí – vhodnost, záznamy z monitorování (např. teplota v místnosti), apod.,
- materiál – jeho specifikace, manipulace, uložení, vhodnost použití apod.,
- zařízení – dodržování lhůt konfirmací, oprávněnost zaměstnanců k používání, apod.,
- metody a postupy – jejich vhodnost pro daný účel použití, údaje z validací a jejich ověření, jednoznačnost postupu, seznámení zaměstnanců s nimi, apod.

Ukončení auditu

Ukončení provádí vedoucí auditor s prověřovaným zaměstnancem projednáním všech dokumentovaných neshod ze Záznamu o neshodě. Vedoucí zaměstnanec prověřované oblasti napíše vyjádření ke vzniklé neshodě. Auditor pak informuje představitele vedení pro systém kvality o neshodách vzniklých z auditu.

6.3.4 Opatření k nápravě

Odpovědný vedoucí prověřované oblasti navrhne způsob odstranění příčiny neshody. Určí termín realizace a osobu odpovědnou za realizaci opatření k nápravě. Návrh a záznam o realizaci provede do formuláře Záznam o neshodě.

Vyřizování neshody v termínu je dokumentováno a ověřováno v rámci následného interního auditu. Představitel vedení pro systém kvality je oprávněn vyhlásit mimořádný audit, který je zaměřen na kontrolu účinnosti realizovaných nápravných opatření. Při následném auditu je povinností auditora uvést do programu otázku na splnění opatření z předchozího auditu. Představitel vedení pro systém kvality dohlíží na prokazatelné ověřování odstranění neshod při následných auditech.

6.3.5 Přezkoumání systému managementu

Ředitel nemocnice odpovídá za plánování a realizaci přezkoumání systému kvality managementem nemocnice, a to minimálně 1x ročně. Hlavním účelem je zajištění trvalé vhodnosti a efektivnosti systému kvality. Přezkoumání systému kvality se účastní vždy minimálně ředitel nemocnice, náměstek pro zdravotní péči, náměstek pro ošetřovatelskou péči, představitel vedení pro systém kvality a vedoucí jednotlivých oddělení.

Představitel vedení pro systém kvality pak hodnotí oblasti jako:

- vhodnost a aktuální politika kvality poskytované zdravotní péče,
- stav plnění cílů jakosti,
- výsledky interních i externích auditů kvality od posledního prověřování,
- zpětné vazby od zákazníků, klientů a pacientů,
- výkonnost procesů a shod poskytovaných služeb,
- stav preventivních opatření a opatření k nápravě,
- následná opatření z předchozího přezkoumání managementu,
- stížnosti a reklamace,
- hodnocení dodavatelů,
- doporučení pro zlepšení,
- požadavky na zdroje a aktualizaci systému kvality.

Po přezkoumání těchto oblastí zpracovává představitel vedení pro systém kvality Zprávu z přezkoumání. Zpráva obsahuje záznam zjištění z přezkoumání a návrhy na opatření, které se vztahují k zlepšení efektivnosti systému managementu kvality a jeho procesů, zlepšování ve vztahu k požadavkům zákazníka/klienta/pacienta a k potřebám zdrojů (personální, materiálové, finanční aj.).

6.3.6 Kontrolní činnost

Základním vodítkem pro kontrolní činnost vedoucích pracovníků je plán kontrolních činností, který si počátkem roku vypracují. V případě mimořádných situací, při plnění konkrétně stanovených úkolů, je řeší provedením okamžitého šetření. Vedoucí jednotlivých pracovišť jsou za řádné fungování svěřených úseků odpovědní členům vedení nemocnice. Při provádění kontrolní činnosti postupují v souladu s platnými interními předpisy, které jsou vydávány v souladu s platnou legislativou. V nemocnici je značná část

kontrolní činnosti věnována zdravotní péči, protože nejdůležitějším kritériem pro hodnocení organizace je množství a především kvalita poskytnutých zdravotnických služeb.

Kontrolní činnost je povinen provádět každý vedoucí zaměstnanec na úseku ošetřovatelské péče. Kontroly jsou prováděny v pravidelných intervalech (kontroly pravidelné) a namátkově. Vedoucí nelékařští zdravotničtí pracovníci provádí kontroly zaměřené na úroveň kvality poskytované ošetřovatelské péče, spokojenost pacientů, kontroly zaměřené na organizační a pracovní záležitosti (vedení zdravotnické dokumentace, dodržování organizačních řídících aktů – řádů, pravidel, směrnic, které jsou závazné pro zaměstnance; využívání fondu pracovní doby, dodržování pravidel BOZP, pracovních náplní, plnění úkolů uložených nadřízeným zaměstnancem). Vedoucí pracovníci pak 1x za čtvrtletí podávají písemné hlášení o průběhu kontrolní činnosti svému přímému nadřízenému, včetně nápravných opatření.

6.3.7 Hodnocení

Z kontrolní činnosti provedené na úseku náměstkyně pro zdravotní péči bylo zjištěno, že většina kontrolovaných dokumentů – zdravotnická dokumentace (lékařská část) je vedena prokazatelně, čitelně a obsahuje veškeré předepsané náležitosti. V ojedinělých případech nebyl v dokumentaci uveden čas příjmového vyšetření. Někde u příjmového vyšetření zase chyběl návrh dalšího postupu. U ordinace a výdeje léčiv nejsou vždy uvedené předepsané údaje, včetně podpisů. Dále bylo na některých odděleních připomenuto, že při hospitalizaci delší než 7 dnů je nutné mít ve spise založeny, v souladu se zákonem, souhrnné epikrízy. Ve spise musí být založeny záznamy ohledně bolesti pacienta, což nebylo vždy dodrženo. K opakujícím se nedostatkům patří špatná čitelnost zápisů ve zdravotnické dokumentaci. Kladem zde je skutečnost, že této ruční dokumentace ubývá a je nahrazována záznamy pořízenými prostřednictvím výpočetní techniky. Po provedení zápisu do dokumentace je nutné zkontrolovat, zda je pod provedeným lékařským záznamem identifikace a podpis lékaře. Důraz je nutné klást i na řádně vyplněné a ve spise založené interní „Souhlasy“ pacienta s hospitalizací, s podáváním informací o zdravotním stavu pacienta a dalších nutných souhlasů, s ohledem na konkrétní zdravotní výkony každého hospitalizovaného pacienta. Zjištěné nedostatky byly projednány se zodpovědnými pracovníky na konkrétních odděleních, s cílem sjednání nápravy, zabezpečení lékařské péče a zdravotnické dokumentace v souladu s legislativou. V ambulantní části byly ve zdravotnické dokumentaci zjištěny drobnější nedostatky týkající se především chybějící

identifikace a podpisu lékaře, který zápis provedl. Někde chyběla identifikace nemocnice na kartě pacienta a byla uvedena nedostatečná anamnéza u vstupního vyšetření pacienta. Jednalo se o jednorázová pochybení, která byla ihned projednána a napravena.

Na úseku ošetřovatelské péče probíhá kontrolní činnost opakovaně. Ve zdravotnické dokumentaci jsou nedostatky jako opravy, které nejsou provedeny v souladu s nařízením nemocnice, absence podpisů pod záznamy ve zdravotnické dokumentaci, nepodepsaná premedikace sestrou, chybějící časy. Tyto nesrovnalosti lze charakterizovat jako jednorázová, drobná pochybení, kde je bezprostředně sjednána náprava.

Lékárnicemi provedena kontrola omamných a psychotropních látek prokázala, že ve všech kontrolovaných případech souhlasil fyzický stav se skladovou evidencí a látky byly uloženy v souladu s předpisy v trezorech. Na většině pracovišť, kde se tyto léky nacházejí, byla evidence jejich vykazování v pořádku. Tam, kde tomu tak nebylo, provedou pracovnice lékárny instruktáž, aby veškerá evidence těchto léků stoprocentně odpovídala platným předpisům. Bylo připomenuto, že při změně pracovníků oprávněných k zapisování do opiátové knihy, musí být aktualizován seznam na úvodní straně vyplněním podpisového vzoru nově stanoveného pracovníka. V rámci kontrol přelévaných tekutých přípravků bylo zdůrazněno, že je nezbytné, aby tyto přípravky byly označené štítkem s názvem přípravku, šarží, exspirací, datem přípravy a podpisem osoby, která přípravek připravila. Léky, které je nutné uchovávat za snížené teploty, jsou uloženy v lednici. Denně je měřena teplota kalibrovaným teploměrem a je zapisována. Dezinfekční roztoky jsou uloženy odděleně od léčiv a je u nich kontrolována doba použitelnosti. Kontrolou v ambulancích bylo zjištěno, že na některých pracovištích není dostatečně vedena evidence k léčivům, kterou stahuje Státní ústav pro kontrolu léčiv na úrovni zdravotnických zařízení. Bezprostředně po kontrole byla sjednána náprava. Po kontrolách lze konstatovat, že problematika zacházení s léčivy a jejich uložení je v nemocnici systémově zavedena správně. Zjištěná jednotlivá pochybení byla obratem napravována.

Z výše uvedených provedených kontrol na zdravotnických pracovištích vyplývá, že nebyla zjištěna žádná závažná pochybení, zjištěné nedostatky byly následně řešeny s cílem zajistit kvalitní a profesionální péči o pacienty, která vyplývá z platné legislativy a je podrobně zpracována na aktuální podmínky v interních předpisech, se kterými jsou pracovníci seznámeni a mají je na pracovištích k dispozici.

Kontrolní inventury majetku, umístěného na jednotlivých pracovištích, provedeny ekonomickým odborem prokázaly, že fyzicky se tam nachází majetek evidovaný v účetní evidenci. Kontroly úhrad za poskytnutou zdravotní péči, kterou nehradí zdravotní pojišťovny a ostatní placené služby v hotovosti do pokladny nemocnice prokázaly, že je evidence v pořádku. Nastavení správného systému bylo prokázáno kontrolami v oblasti vykazování zdravotní péče zdravotním pojišťovnám. Pouze v jednom případě bylo zjištěno, že hospitalizace nebyla vykázána v nemocničním informačním systému. Pracovnice byla poučena a ihned došlo k nápravě. Kontrolou péče o pohledávky bylo zjištěno, že je této oblasti věnována ve finanční účtárně patřičná péče, v souladu s platnými předpisy.

Na úseku právně personálního náměstka došlo ke zjištění neshod ve vyrovnání závazků bývalých zaměstnanců vůči nemocnici. Tyto osoby vedou pracovnice v evidenci, komunikují s nimi písemně i telefonicky, do doby, dokud vše řádně nevyřídí. Pokud své závazky nesplní, budou předány k řešení na právní oddělení. Soulad s předpisy byl zjištěn při šetření zaměřených na zaměstnávání důchodců, pracovních poměrů uzavřených na dobu určitou a zaměstnávání osob zdravotně znevýhodněných. Zápisy ostrahy objektu nemocnice dokládají, že zaměstnanci opakovaně nezavírají okna a ventilaci při odchodu z pracovišť a rovněž tak zapomínají zhasínat světla. Pracovníci, kteří tímto způsobem porušili interní předpisy, byli na tuto skutečnost upozorněni provozně technickým náměstkem.

Kontroly provedené úsekem provozně technického náměstka zjistily správnost ve všech oblastech. Při namátkových kontrolách týkajících se dodržování zákazu požívání alkoholických nápojů bylo zjištěno, že příkaz je dodržován. Plán kontrolní činnosti tohoto úseku byl splněn. Byly provedeny plánované kontroly na úseku bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a na úseku požární ochrany.

Interním auditem byla prováděna kontrolní činnost, která vychází z požadavků jednotlivých vedoucích pracovníků. Kontroly a šetření byly zaměřeny především do oblasti majetku a hospodaření nemocnice. Kontrolami v této oblasti bylo potvrzeno, že je této oblasti v organizaci věnována patřičná pozornost. Zjištěné skutečné aktuální stavy finančních prostředků v hotovosti souhlasily s účetní evidencí. Souhlasil i zjištěný skutečný stav u namátkově kontrolovaných zásob s účetní evidencí. Kontrolované potraviny, které se používají k výrobě stravy, jsou uloženy dle charakteru a podmínek pro skladování, v několika oddělených skladech. Uložení odpovídá platným předpisům, doba použitelnosti kontrolovaných potravin byla v pořádku. Léky, léčivé přípravky a zdravotnický materiál jsou v lékárně uloženy podle druhu jejich následného použití, to je samostatně pro potřeby

nemocnice a zvlášť jsou vyčleněny prostory pro výdej na recepty a prodej občanům. Průběžně je kontrolována doba exspirace. Léčiva s krátkou exspirací jsou vyčleněna zvlášť a jsou vydávaná přednostně. Léky, které vyžadují specifické podmínky, jsou uloženy v chladničkách, omamné a psychotropní léky jsou umístěny v uzamčených kovových skříních. Zboží a materiál, který se nacházel ve skladu materiálně technického zásobování, je umístěn především v policích. U každého druhu zásob je umístěna skladová karta s vyznačením jednotlivých pohybů a skutečného stavu, který odpovídá fyzickému stavu v účetní skladové evidenci. Evidence uvedených zásob zboží je v nemocnici vedena průkazným způsobem, v souladu s interními předpisy. Ze zřetele nejsou vyloučeny ani neobrátkové zásoby, jejichž celková hodnota meziročně klesá.

V případě majetku, který je zaevidován na jednotlivých pracovištích, bylo zjištěno, že majetek se na pracovištích fyzicky nachází. V několika případech byl na pracovištích majetek, který je již nefunkční, neupotřebitelný a tudíž bylo doporučeno ho z evidence, po schválení výlukovou komisí, vyřadit. Přínosem jsou nové inventární štítky s podstatně lepší čitelností, než tomu bylo u štítků původních.

Důležitou oblastí jsou kontroly, zabývající se vzděláním zdravotnického personálu - vzdělávání lékařů, všeobecných sester a ostatních odborných pracovníků ve zdravotnictví. V oborech, ve kterých je poptávka po specialistech, je vzdělávání podporováno dotacemi z ministerstva zdravotnictví. Tato nemocnice patří mezi poskytovatele zdravotnických služeb, které využívají této nabídky a žádají na konkrétní specializační vzdělávání o poskytnutí dotačních prostředků. Po ukončení jednotlivých vzdělávacích programů je nutno provést kontrolu. Touto se posuzuje, zda vzdělávání probíhalo v souladu se stanoveným a ministerstvem odsouhlaseným programem. Hodnotí se, zda s programem byly čerpány finanční prostředky. Dotace jsou poskytovány na částečnou úhradu nákladů, souvisejících se specializačním vzděláváním zdravotnických pracovníků. Získáním dotace se nemocnice zavazuje část nákladů spojených se vzděláním zaplatit z vlastních finančních prostředků. O každém absolvovaném vzdělávání zasílá nemocnice na ministerstvo zdravotnictví doklad o ukončení specializačního vzdělávání. K prokázání absolvování specializačního vzdělávání se dokládá kopie diplomu, včetně vyjádření, zda dotační prostředky byly čerpány v souladu se schváleným plánem. V rámci těchto kontrol bylo ve všech případech na ministerstvo zasláno sdělení, že čerpání dotačních prostředků probíhalo v souladu se zásadami stanovenými ústředním orgánem státní správy.

Řídící kontroly byly prováděny k tomu stanovenými pracovníky předběžně, průběžně a následně tak, jak vyplývá z vnitropodnikových příkazů ředitele. Při řídících kontrolách nebyla zjištěna žádná závažná zjištění. Drobné nedostatky byly vyřešeny bezprostředně po jejich zjištění. Rovněž tak šetřením, realizovaným v rámci interního auditu, nebylo zjištěno porušení právních předpisů, ani závažné pochybení. Drobné nedostatky byly průběžně odstraňovány. Doporučená opatření byla projednána s odpovědnými pracovníky. Na základě vznesených požadavků z konkrétního pracoviště byla interním auditem zajišťována průběžná konzultační činnost. Plán kontrol byl zaměřen na rizikové oblasti a činnosti nemocnice, s cílem včas odhalit případné nedostatky nebo nehospodárné, neefektivní či neúčelné vynakládání finančních prostředků v hospodaření nemocnice. Pro hodnocení hospodárného a účelného vynakládání nákladů slouží postupy stanovené interními předpisy, se kterými jsou pracovníci průběžně seznamováni a jsou povinni se jimi při své práci řídit. K zajištění činností s minimálními náklady jsou realizovaná výběrová řízení, provádí se průzkumy trhu, využívá se akčních cen.

6.4 Řízení dokumentů a záznamů

Řízení interních a externích dokumentů je v nemocnici prováděno podle jasných pravidel. Za vedení a řízení dokumentace je vždy stanoven odpovědný zaměstnanec. Vnitřní normy jsou závazné pro všechny zaměstnance nemocnice a vznikají pro vytvoření řádných podmínek k výkonu jednotlivých činností a určení funkčních vztahů s nimi souvisejících.

6.4.1 Odpovědnosti

- Ředitel nemocnice – schvaluje řád, příkaz ředitele, opatření ředitele, informace ředitele, jejich změny a zrušení.
- Představitel vedení pro systém kvalty, manažer kvality – odpovídá za kontrolu zpracovaného návrhu organizačních a řídících dokumentů typu řád, příkaz ředitele, opatření ředitele, informace ředitele (s výjimkou dokumentů, které odborně řeší lékařskou, lékárenskou nebo ošetřovatelskou péči) a organizaci revizí interních dokumentů.
- Zpracovatel dokumentace – je odpovědný za odborné zpracování, revizi, posouzení aktuálnosti dokumentace a předkládá návrhy na změny.
- Správce dokumentace nemocnice/oddělení – zodpovídá za evidenci interních dokumentů platných pro nemocnici/oddělení, tisk a distribuci originálu dokumentu,

uložení originálu dokumentu a za určení rozeslání (komu bude dokument povinně expedován).

- Vedoucí zaměstnanci nemocnice a držitelé dokumentů - odpovídají za seznámení podřízených pracovníků s dokumenty, které jsou pro ně závazné.
- Zaměstnanci – jsou povinni seznámit se s předpisy a následně dodržovat ustanovení a postupy.

6.4.2 Druhy a charakteristika interních závazných předpisů

Vybraná nemocnice má jako jeden z hlavních nástrojů řízení vydán soubor interních předpisů. Jejich struktura je následující:

Řády

Řády jsou závazné pro celou organizaci. Provozní řády jednotlivých oddělení jsou závazné pro zaměstnance těchto oddělení a další zaměstnance, jejichž činnost regulují.

- Organizační řád – upravuje organizační strukturu nemocnice, působnost jednotlivých útvarů uvnitř organizace, základní pravomoci a odpovědnost vedoucích zaměstnanců, principy a metody práce včetně zastupování. Jeho nedílnou součástí je organizační schéma.
- Provozní řád – komplexně upravuje základní zásady, principy a organizaci provozů nemocnice jako celku a v členění na provoz jednotlivých oddělení.
- Pracovní řád – blíže rozvádí vzájemné vztahy, práva a povinnosti zaměstnavatele a zaměstnanců, pravomoci příslušných vedoucích zaměstnanců a jejich konkrétní postup při rozhodování v pracovněprávních záležitostech v organizaci.
- Spisový skartační a archivní řád – upravuje příjem, evidenci, označování, oběh, včasné zpracování a ukládání písemností, dále upravuje průběh skartačního řízení včetně ukládání písemností do archivu.
- Denní řád – stanoví pokyny a základní zásady, které je nutné dodržovat při hospitalizaci pacientů k zabezpečení řádného poskytování léčebně preventivní péče.
- Metrologický řád – stanoví pravidla a odpovědnosti při hospodaření a manipulaci s měřidly a správnost, přesnost, jednotnost a opakovatelnost měření v souladu s platnou legislativou.
- Reklamační řád lékárny – upravuje způsob komunikace zákazníka a lékárny v případech, kdy se zákazník domnívá, že lékárna nedodržela podmínky sjednané prode-

jem či poskytovanou službou, nebo nesplnila povinnosti plynoucí z příslušných právních předpisů ČR.

- Vnitřní řád nemocnice – práva a povinnosti pacientů.

Příkazy ředitele

Příkazy ředitele stanoví závazné normy chování, kompetence, případně zmocnění při výkonu opakujících se činností. Jsou závazné pro všechny zaměstnance, kteří zabezpečují činnosti popsané v těchto příkazech.

Opatření ředitele

Jedná se o vnitřní předpis, jímž ředitel ukládá adresné a termínované úkoly k zajištění významných činností, zpravidla jednorázového charakteru, s rozsahem návaznosti obvykle pro více než jednoho adresáta.

Informace

Informace ředitele jsou forma písemného styku, aktuální informace.

Standardní operační postupy (SOP) a Procesní ošetřovatelské standardy (POS)

SOP popisují konkrétní postupy v rámci akreditované metody. POS předepisují způsob a techniku provádění určitých konkrétních činností, které jsou detailně popisované. Jsou závazné pro zaměstnance na pracovištích, pro něž jsou určeny.

6.5 Zaměření na zákazníka

Vedení nemocnice zavedlo systém managementu kvality a organizuje činnosti nemocnice tak, aby byla efektivně zaměřena na poslání plnit požadavky zákazníků a aby tyto požadavky byly stanoveny a plněny s cílem zvyšování jeho spokojenosti. Organizace sleduje požadavky legislativy a promítá je do svých postupů a tím zvyšuje kvalitu a bezpečnost zdravotní péče.

Kvalita poskytované zdravotní péče je zajištěna kvalifikovaným zdravotnickým personálem a vhodným prostředím pro poskytování zdravotní péče. Pacient je dostatečně informován o průběhu a výsledcích poskytované péče a v případě potřeby o dalších možnostech léčby. Dále je informován o možnostech dalších služeb, které nesouvisejí přímo se zdravotnickou péčí, ale zvyšují komfort a osobní spokojenost pacienta.

Vybrané zdravotnické zařízení vede evidenci všech došlých stížností, týkajících se poskytování zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a dalších souvisejících právních předpisů při poskytování zdravotních služeb.

Spokojenost pacienta je sledována zejména přímo na oddělení, dále pak prostřednictvím „Ankety spokojenosti pacientů“, pomocí ústních, písemných a elektronických stížností či pochval. Na všech odděleních jsou zřízena místa, kde je pacient o anketě informován. Pacient obdrží anketní lístek při přijetí na oddělení a je instruován, kam jej má po vyplnění uložit. Tento dotazník je podle přání pacienta buď anonymní, nebo adresný (jestliže očekává vyjádření vedení nemocnice). Stěžovatelem může být samotný pacient ale i jeho zákonný zástupce, osoba blízká v případě, že pacient tak nemůže učinit s ohledem na svůj zdravotní stav, nebo osoba zmocněná pacientem. Schránka na anketní lístky je vyprazdňována 1x za měsíc náměstkem pro ošetřovatelskou péči, který je vyhodnocuje. V případě negativních ohlasů pacientů na jednotlivá oddělení, přijímá vedení nemocnice opatření.

U stížností je poskytovatel povinen vyřídit ji do 30 dnů ode dne jejího obdržení, nejdéle, a to jen v odůvodněných případech, do 60 dnů. Jestliže stěžovatel souhlasí s vyřízením stížnosti, nebo pokud se do 30 dnů nevyjádří, je stížnost považována za vyřízenou. Pokud stěžovatel nesouhlasí s vyřízením stížnosti poskytovatelem, může podat stížnost příslušnému správnímu orgánu (odboru zdravotnictví), který poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Telefonické stížnosti, z nichž není zřejmé, kdo je stěžovatelem, nebo i jiné anonymní stížnosti nejsou vyřizovány. Stěžovatel je požádán, pokud je zřejmé o koho se jedná, o podání písemné stížnosti, případně o osobní návštěvu.

Právní oddělení pak uchovává originál stížnostního spisu, který obsahuje pořadové číslo stížnosti, datum podání stížnosti, jméno a adresu osoby, která stížnost podala (pokud nebyla podána anonymně), předmět stížnosti, označení oddělení nebo osoby, proti které stížnost směřuje, kdy a komu byla předána k vyřízení, termín vyřízení stížnosti, výsledek šetření, datum vyřízení stížnosti a opatření k nápravě, pokud byla uložena.

Spokojenost klienta je dána nejen kvalitou péče, ale i jednáním a chováním zdravotnického personálu, kulturou prostředí, dostupností doprovodných služeb apod.

6.5.1 Vyhodnocení spokojenosti

Spokojenost pacientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotních služeb. Spolu s posuzováním kvality péče podle klinických ukazatelů je standardně používaným měřítkem, podle kterého se kvalita posuzuje. Subjektivní názory pacientů jsou považovány za katalyzátor budoucích změn v léčebné péči a subjektivní uspokojení pacientů je důležitým kritériem v hodnocení kvality péče.

Sledování spokojenosti pacientů s péčí poskytovanou ve vybraném zdravotnickém zařízení je prováděno kontinuálně již od roku 2001. Během roku 2018 vyjádřilo svůj názor 1578 respondentů. Počet odevzdaných dotazníků se oproti předchozímu roku snížil o 20. Z celkového počtu vyplněných anketních lístků bylo kladných odpovědí 80,1% a negativních 19,9%. Z toho negativní hodnocené služeb hotelového typu činí 16,0 % a negativní hodnocení zdravotnické části 3,9 %. Hodnocení hotelových služeb bývá často kritické, zvláště v nezrekonstruované části nemocnice. Tradičně bývá horší i hodnocení stravy pro výrazně individuální pohled nemocných, zvláště pak při některých dietních omezeních nutných z léčebných důvodů. Došlo také ke zvýšení negativního hodnocení ve zdravotnické části dotazníku, a to o 0,4 % v porovnání s předchozím rokem. Při hodnocení dotazníků lze vyjádřit uspokojení nad oceněním práce sester, lékařů i sanitářů.

6.6 Řízení zdrojů

Vedení nemocnice zjišťuje potřeby zdrojů a rozhoduje o jejich poskytování pro neustálé zlepšování výkonnosti a efektivnosti systému managementu kvality, pro jeho uplatňování a udržování ve shodě s požadavky zákazníků a legislativou a pro zvyšování spokojenosti zákazníka plněním jeho požadavků. Účelem řízení zdrojů je, aby na základě kvalifikovaných rozhodnutí byly uvolňovány zdroje pro efektivní poskytování kvalitní zdravotní péče, zajištění chodu nemocnice, udržování a zlepšování řízení procesů ve vztahu k zákazníkům a pro realizaci cílů kvality.

Těmito zdroji se rozumí kvalifikovaní pracovníci, řízené informace a postupy pro kvalitní výkon práce. Vybavenost pracovníků a pracovišť zdravotnickými prostředky, zařízeními a měřidly pro zajištění kvality poskytované zdravotní péče.

6.6.1 Lidské zdroje

Nemocnice má stanovená pravidla pro přijímání zaměstnanců, práva a povinnosti zaměstnanců v průběhu zaměstnání. Má definovaná i pravidla související s dalším vzděláváním a osobním rozvojem pracovníků.

O zřízení nového pracovního místa rozhoduje vždy ředitel, a to z vlastního podnětu, nebo na návrh náměstka, primáře, vrchní sestry či vedoucího. O obsazení existujícího pracovního místa po odcházejícím zaměstnanci rozhoduje opět ředitel. Součástí rozhodnutí je přijetí konkrétní osoby do zaměstnaneckého poměru a určení všech podmínek jeho pracovní smlouvy. Výši platu na pracovní místo a podpis platového výměru je v kompetenci ředitele. V jeho pravomoci jsou i požadavky na obsazenost provozu. Počet zdravotnického personálu podle dosažené zdravotnické kvalifikace se odvíjí od rozsahu a charakteru poskytované zdravotní péče a požadavků zdravotních pojišťoven. Ředitel také rozhoduje o změnách rozsahu poskytované péče a s tím souvisejícími změnami personálního vybavení. Navýšení či snížení počtu zdravotnických pracovníků ředitel a náměstek pro zdravotní péči projednává se zdravotními pojišťovnami a je následně promítán do smluv o poskytování a úhradě zdravotnické péče.

Ředitel odpovídá:

- za definování kvalifikačních požadavků na zaměstnance,
- za definování pracovní náplně,
- za uzavírání smluv,
- za schválení plánu vzdělávání.

Představitel vedení pro systém kvality odpovídá:

- za školení pracovníků v oblasti systému kvality.

Referent personálního oddělení odpovídá:

- za uzavírání pracovních smluv,
- vytváří a eviduje pracovní smlouvy a doklady od pracovníků (Osobní spis - doklad o pracovně právním vztahu).

Referent pro řízení lidských zdrojů odpovídá:

- za sestavení Plánu vzdělávání,
- za vedení veškeré agendy spojené s výběrovým řízením.

Vedoucí zaměstnanci odpovídají:

- za sestavení plánu zaškolení a plánu vzdělávání pro podřízené pracovníky,
- za vypracování pracovní náplně na každého pracovníka,
- za hodnocení efektivnosti vzdělávání pro podřízené pracovníky,
- za provedení školení pracovníků v oblasti BOZP a PO,
- za celoroční hodnocení svých podřízených pracovníků.

Přijímání pracovníka

Ředitel sestavuje minimální kvalifikační požadavky na jednotlivé pracovní funkce. Kvalifikační předpoklady zahrnují minimální požadavky na vzdělání délku praxe, ostatní znalosti a dovednosti. Tyto požadavky potencionálních uchazečů o zaměstnání jsou vždy specifikovány před vlastním výběrovým řízením právně-personálním náměstkem a příslušným vedoucím zaměstnancem. Uchazeči jsou s těmito nároky seznámeni. Pro zaměstnance zdravotníky vycházejí kvalifikační předpoklady především z legislativních požadavků.

Umístění a způsob inzerce volného pracovního místa, případně jiný kontakt potencionálních uchazečů, jsou volbou vedení nemocnice. Volná pracovní místa jsou inzerována na webových stránkách nemocnice a úřadu práce. U obtížně obsazovaných míst se u zdravotnických profesí podává inzerát do celostátního tisku Zdravotnických novin a v případě nezdravotnických profesí do místního tisku. Na personálně právním úseku se vede seznam uchazečů o zaměstnání. Zvlášť je veden seznam absolventů lékařských fakult, který se vyhodnocuje počátkem příslušného roku.

Výběrová řízení

Pokud není možné volnou pozici obsadit z vnitřních zdrojů, zahájí personálně právní náměstek, po rozhodnutí ředitele, proces výběru ze zdrojů vnějších. Výběrovým řízením se obsazují v nemocnici funkce náměstků, hlavní sestry, vedoucího ústavní lékárny, primářů, popř. další funkce určené ředitelem. Cílem je vybrat odborně a organizačně schopného zaměstnance pro obsazované místo či funkci. Výběrová řízení probíhají před komisí.

Přijímání nového pracovníka

Právní úkony v pracovněprávních vztazích je oprávněn za nemocnici činit statutární zástupce (ředitel) a v jeho nepřítomnosti jeho zástupce (náměstek právně personální).

Vlastní přijímání zaměstnanců probíhá dle příslušných stanovení zákoníku práce a s přihlédnutím k plánu pracovníků. Od toho se odvíjí přijímání a propouštění zaměstnanců

ve vztahu k dlouhodobé pracovní neschopnosti, mateřské a rodičovské dovolené, odchodům do starobního důchodu apod. V těchto případech se přijímají zaměstnanci na uvolněná místa. Buď se obsazují vlastními zaměstnanci, nebo novými, kteří jsou vybráni přímým nadřízeným ze seznamu uchazečů o zaměstnání nebo výběrovou komisí.

Nemocnice má daná pravidla, za kterých lze přijmout žadatele do pracovního poměru. V těchto pravidlech jsou uvedené například údaje, které musí doložit a jsou potřebné k osobní evidenci (občanský průkaz, výpis ze zdravotnické dokumentace, diplom, apod.), musí být občanem ČR nebo mít platné povolení k pobytu na tomto území, atd. Stejně tak je daný i obsah pracovní smlouvy.

Rozvázat pracovní poměr může nemocnice se zaměstnanci jen na základě taxativně vyjmenovaných důvodů v platném zákoníku práce. Pracovník podává návrh na rozvázání pracovního poměru dohodou, výpovědí, okamžitým zrušením pracovního poměru, popř. zrušení pracovního poměru ve zkušební době písemně.

Přijímaný pracovník je ještě před podpisem pracovní smlouvy ústně seznámen s právy a povinnostmi, vyplívajícími jednak z pracovního poměru ve společnosti a jednak z povahy práce na příslušném pracovním místě. Zároveň musí být každý pracovník ještě před podpisem pracovní smlouvy prokazatelně seznámen se všemi riziky, kterým ve společnosti může být i mimo výkon jeho funkce vystaven.

Uvedení nového zaměstnance na pracoviště probíhá tak, že je pracovník pověřeným vedoucím v den nástupu do práce informován o konkrétní práci na daném místě, pro které byl přijat a s podpisem pracovní náplně je mu vysvětleno, co bude dělat a co se od něj očekává. Jsou mu vysvětleny všechny povinnosti a podmínky, za kterých bude pracovat (pracovní doba, platové podmínky, výplatní termíny, dovolená, zaměstnanecké výhody apod.) bez ohledu na to, že se mu mnohých těchto informací už dostalo v průběhu výběru či přijímání. Dále je důkladně seznámen se zvyklostmi a pravidly nemocnice. Vedoucí pracovník seznámí nového zaměstnance s ostatními spolupracovníky, se kterými bude v pracovním kontaktu, nebo které bude v některých případech potřebovat. Je mu přiděleno a předáno nezbytné zařízení a pracovní oděv potřebný k výkonu práce a je seznámen s pracovníkem, který bude odpovídat za jeho zaškolení v BOZP a PO.

Vzdělávání

Návrhy na vzdělávání pro jednotlivé zaměstnance (lékaře, administrativní pracovníky a nelékařský zdravotnický personál) sestavují příslušní vedoucí pracovníci pro svá odděle-

ní. Celkový plán vzdělávání sestaví referent řízení lidských zdrojů na základě podkladů od vedoucích pracovníků jednotlivých oddělení. Plán vzdělávání schvaluje ředitel nemocnice. Celkové vyhodnocení plánu vzdělávání se provádí jednou ročně. Vedoucí pracovníci jsou povinni při přípravě plánu vzdělávání na nový kalendářní rok vypracovat hodnocení efektivnosti vzdělávání v daném roce, přičemž hodnotí nejen to, co vzdělávání přineslo nemocnici, ale i samotným zaměstnancům. Při zjišťování informací o efektivnosti vzdělávání a jeho přínosech vycházejí vedoucí pracovníci z objektivně zjištěného přínosu pro nemocnici jako je zvýšení produktivity práce, zvýšení spokojenosti zaměstnanců, zlepšení pracovních podmínek apod. Dále vycházejí z osobního přínosu a z pozorování školeného zaměstnance. Zda se po školení zlepšila jeho práce a pracovní výsledky, jak plní úkoly, jak zvládá nové znalosti a dovednosti, zda používá nabyté vědomosti a zkušenosti v praxi či nepotřebuje další školení apod. Rozhovory se školenými zaměstnanci vedoucí pracovníci hodnotí i dodavatele školení. Ptají se na to, co si myslí o semináři, jestli byl užitečný pro jejich práci, co v něm bylo zajímavého a co nikoli, jestli by šlo něco zlepšit, na jakou problematiku by se mělo další školení zaměřit. Pracovník účastnící se externího vzdělávání je povinen předat kopie absolvovaných školení (certifikáty, osvědčení o účasti atd.).

Každý pracovník při nástupu do pracovního poměru absolvuje školení o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci a požární ochraně. Vedoucí pracovníci jsou pravidelně školeni 1x za 3 roky v této oblasti odborně způsobilou osobou v prevenci rizik. Ti pak dále průběžně proškolí všechny své podřízené zaměstnance v rozsahu požadavků, vyplívajících z interních předpisů. Z každého proškolení jsou pořízené záznamy.

Hodnocení pracovních povinností

Vedoucí pracovníci jsou povinni jedenkrát za rok vyhodnocovat plnění pracovních povinností (viz Příloha 4). Při vyplnění přílohy má hodnotitel možnost jednotlivá kriteria hodnotit výrokem, číslicí nebo verbálně. Do hodnocení jsou napsána kritéria podle uvážení hodnotitele (ta která jsou uvedena v příloze, jsou pouze příkladem). Povinnost hodnotit vzniká u zdravotnických profesí, lékařů, nelékařů a THP pracovníků.

Spokojenost zaměstnanců

Hodnocení pracovní spokojenosti zaměstnanců probíhá pravidelně 1x ročně dotazníkovou formou. Anketa je určena všem zaměstnancům. Získané výsledky jsou vyhodnoceny a měli by být oznámeny všem zaměstnancům. Podle možností jsou zavedena opatření

ke zlepšení pracovních a mezilidských vztahů na pracovišti. V dotazníku se zjišťuje, jak je pracovník spokojen s prací, s kolektivem, vybavením pracoviště, fungování informačního systému, nabídkou vzdělávání/školení/kurzů, jak hodnotí vzájemnou spolupráci s kolegy, nadřízeným, lékaři/sestrami apod. Také je možnost vyjádřit se i písemně a tak vedení přímo navrhnout řešení, které by mohlo vést ke zlepšení situace.

6.6.2 Infrastruktura

Požadavky na obnovu, udržování a rozšíření infrastruktury podávají jednotlivá oddělení přes své přímé nadřízené k řediteli nemocnice. Vyhodnocení těchto požadavků je prováděno v rámci porad vedení nemocnice. Jedná se o určení, poskytování a udržování technických prostředků a služeb, které jsou potřebné pro kvalitu poskytované zdravotní péče.

Tato infrastruktura zahrnuje budovy, pracovní prostory a související technické vybavení, zařízení pro proces (včetně hardwaru a softwaru), podpůrné dopravní služby, komunikační a informační služby.

6.7 Nežádoucí události

Nežádoucí události (dále jen NU) lze definovat jako lidská nebo technická selhání, která mohou vést (kdyby nebyla včas identifikována a odstraněna) nebo vedla k negativnímu výstupu. Mezi výstražné události se řadí neočekávané úmrtí bez přímého vztahu k přirozenému průběhu choroby pacienta, trvalá ztráta funkce bez přímého vztahu k přirozenému průběhu choroby pacienta, chirurgický výkon provedený u nesprávného pacienta, na nesprávné straně těla či provedený nesprávný chirurgický výkon.

Mechanismy vzniku NU:

- non lege artis postup lékařského nebo nelékařského zdravotnického personálu,
- selhání technologií bezprostředně používaných při poskytování zdravotní péče,
- selhání technologií, které nejsou bezprostředně používány při poskytování zdravotní péče, ale souvisejí s ní,
- nepředvídatelné reakce či chování ze strany pacientů,
- nepředvídatelné reakce ze strany zaměstnanců nebo jiných osob s výjimkou pacientů,

- jiné skutečnosti, v důsledku kterých došlo k úrazu v areálu nemocnice nebo na jeho dalším pracovišti, nezpůsobené žádnou z výše uvedených příčin s výjimkou pracovních úrazů, u kterých se postupuje podle zvláštního předpisu.

Dělení nežádoucích událostí

Nemedicínské NU:

- krádeže, vloupání a násilné trestné činy,
- požár,
- havárie (únik plynu, vytopení, zaplavení dešťovou vodou, stavební apod.),
- pracovní úrazy, včetně drobných poranění při práci.

Medicínské NU:

- nesprávně provedený invazivní výkon, diagnostický omyl nebo iatrogenní poškození (zdravotnických pracovníkem, výkonem),
- závažné organizační problémy podstatně narušující průběh a cenu péče,
- pochybení při poskytování léčebné i ošetřovatelské péče a konflikty hrozící soudními žalobami, odškodněním či závažnými stížnostmi,
- vážná pochybení při poskytování péče i v případě, že negativní důsledky incidentu byly odvráceny,
- sebevraždy a pokusy o sebevraždu v nemocnici,
- reoperace, které byly vynuceny komplikovaným průběhem léčby jako důsledku mimořádných okolností léčby a jiné závažné události,
- pády,
- selhání zdravotnické techniky (infuzní pumpy, injektory, atd.),
- útěk pacienta, odchod zaregistrovaného pacienta z ambulantní složky bez ošetření,
- napadení personálu či pacienta,
- odmítnutí léčby,
- odmítnutí sdělit totožnost,
- pracovní úrazy, včetně drobných poranění při práci.

Každý zaměstnanec nemocnice je povinen NU neprodleně po zjištění oznámit svému přímému nadřízenému a vyplnit formulář pro hlášení o těchto událostech. Událost musí být sepsána řádně a pravdivě. Mimo tento formulář je nutné sepisovat i jiná podání na základě platné legislativy (např. záznam o pracovním úraze, hlášení na zdravotní pojišťovnu aj.). Nemocnice deklaruje nesankční přístup k hlášení nežádoucích událostí. Vyhodnocení NU

realizuje osoba, která incident objevila nebo byla jeho svědkem. Vyhodnocení provádí na základě znalostí zdravotnických předpisů obecného charakteru i interních dokumentů, na základě svého odborného vzdělání a profesních znalostí. Manažer pro NU je jmenován náměstkem pro ošetřovatelskou péči. Má za úkol informovat ředitele nemocnice, náměstka právně personálního popř. další externí orgány. Manažer nežádoucích událostí sleduje preventivní opatření. Evidence všech hlášení NU je vedena u právně personálního náměst-ka.

7 PŘEZKOIUMÁNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI

Podkladem pro přezkoumání zásadních procesů systému managementu kvality je současný stav tohoto systému, který je popsaný v kapitole 6.

7.1 Přezkoumání odpovědnosti a pravomocí

Vzájemné vztahy všech pracovníků, jejich pravomoci a odpovědnosti jsou v nemocnici stanoveny organizačním a pracovním řádem, řídícími a organizačními interními dokumenty, popisy pracovních míst, nebo také delegováním, jmenováním, plnou mocí a jiným odborným způsobem.

Představitelem vedení pro kvalitu je právně personální náměstek. Manažer kvality je jeho přímý podřízený a je součástí vedení. Je přítomný u porad vedení a má k dispozici všechny potřebné informace pro rozvoj systému managementu kvality v této nemocnici. Velkou problematikou je jeho pracovní úvazek, ten je pouze částečný. Manažer kvality tak nemá během krátké pracovní doby dostatek času na plánování a realizaci zefektivnění procesů kvality.

7.2 Přezkoumání politiky a cílů kvality

Každý rok je aktuálnost politiky kvality přezkoumávána představitelem vedení pro kvalitu a manažerem kvality. Politika kvality je hodnocena pozitivně. Je aktuální a vystihuje dlouhodobé záměry nemocnice, i její poslání. Nemocnice by mohla o zpětnou vazbu požádat i zaměstnance, kteří by se tak mohli podílet na přezkoumání politiky.

Nemocnice má stanovené dlouhodobé a krátkodobé cíle. Ty krátkodobé jsou stanoveny každý rok a schvaluje je vedení. Každý cíl je plánován jako projekt, který se skládá z jednotlivých procesů, nutných k jeho realizaci. Každý z cílů má odpovědného pracovníka, který si sestavuje realizační skupinu a je zodpovědný za splnění cíle do stanoveného termínu, v rámci předem stanovených nákladů. V roce 2018 nebyl splněn cíl Zahájení prací na rekonstrukci vybraných budov nemocnice z důvodu nepřidělení dotace. Na tuto, ale i jinou nepříjemnost se lze předem připravit a zabránit tak nesplnění cíle v termínu tak, že do jeho plánování zahrneme i problematiku rizik a opatření proti nim.

S cíli souvisí i program zvyšování kvality a bezpečí. Vybraná nemocnice pravidelně monitoruje tyto procesy, průběžně vyhledává rizika, hodnotí je a na základě hodnocení provádí nápravná a preventivní opatření, která vedou dále ke zlepšení daných procesů, sleduje jejich efektivnost a vyhodnocuje kvalitu. Tento program má nemocnice nastavený dobře, jelikož jejím nejdůležitějším cílem je poskytování kvalitních a bezpečných zdravotnických a ostatních služeb, kontinuální vzdělávání zaměstnanců a zajištění bezpečného prostředí pro pacienty i zaměstnance.

7.3 Přezkoumání interních auditů

Interní audity jsou prováděny systematicky, nezávisle a jsou dokumentovány. Vykonávají je proškolení interní auditoři nemocnice. Jsou plánované či neplánované, to znamená, že nejsou zahrnuty v ročním plánu auditů a provádí se na základě velké či opakující se neshody v procesu. Kontrolní činnost je prováděna na úseku ošetřovatelské péče, zdravotní péče, personálně právního náměstka, technického náměstka, lékárny a provozního odboru.

Výsledky auditní činnosti pomáhají pozvednout a porovnat jednotlivá oddělení a jsou využívány v managementu procesů. Pomáhají průběžně sledovat kvalitu zdravotních služeb a na základě těchto výsledků jsou prováděny opatření k zvyšování jakosti. Na ukázku jsou v Tabulce 2 ukázány výsledky interního auditu Vedení zdravotnické dokumentace - ošetřovatelská část na jednotlivých odděleních.

Tabulka 2 Dosažené průměrné výsledky interního auditu Vedení zdravotnické dokumentace na lůžkových odděleních 2013 – 2017 (vlastní zpracování)

ODDĚLENÍ	2014	2015	2016	2017	2018
GYN	100%	100%	100%	100%	100%
INT	95%	97%	100%	100%	99%
TRN	92%	100%	100%	99%	99%
DO	94%	93%	100%	100%	99%
ODN	100%	97%	100%	100%	100%
CLR	98%	94%	100%	100%	100%
NEU	96%	98%	100%	100%	100%

CHIR	100%	98%	100%	100%	99%
ORL	99%	100%	100%	100%	99%
CELKEM	97%	97%	100%	100%	99%

Z Tabulky 2 vyplívá, že proces interních auditů je funkční. Po období pěti let dochází ke zlepšení výsledků. Odhalené neshody jsou napravené a obyčejně se již nevyskytují. Jedná se povětšinou o náhodné chyby nebo selhání jednotlivců, než o systémovou chybu.

Nemocnice má do budoucna v plánu nepolevovat v interních auditech, i když se to většině zaměstnanců nelíbí a připadá jim to jako zbytečné zdržování od práce. Systém vnitřních kontrol je nastavený zcela správně a to od plánování jednotlivých auditů po hlášení. Jako jediný problém se zde jeví chybějící „Kontrolní listy“, které by byly zpracovány ke každému konkrétnímu auditu, s jednotlivými otázkami a možno i relevantností daných otázek pro jednotlivá oddělení. Tuto oblast je zapotřebí do budoucna rozvinout.

7.4 Přezkoumání řízení dokumentů a záznamů

Tento proces lze označit jako funkční. Celkovou strukturu řízených dokumentů a záznamů má nemocnice popsanou v Interním předpisu a jsou v něm stanovena pravidla pro řízení interních i externích dokumentů. Nemocnice má jasně stanovené odpovědnosti, druhy a charakteristiku interních závazných předpisů, jejich náležitosti, obsah, postupy při jejich vzniku, přezkoumání, připomínky a schválení dokumentu, distribuci a evidenci předpisů, novelizaci, provádění změn či zrušení předpisu.

Jediný problém zde vzniká, pokud chce zaměstnanec najít například dokument Příkaz ředitele - Vedení zdravotnické dokumentace. Není vytvořen tzv. seznam, ve kterém by se dal najít příkaz, který si chce pracovník přečíst a zkontrolovat tak, zda je jeho pracovní postup správný či zjistit, jakým způsobem má postupovat. Takový seznam by obsahoval název dokumentu, rok, ve kterém byl vydán a popřípadě i rok, ve kterém byl aktualizován. V současné době totiž musí zaměstnanec prohledávat jednotlivé dokumenty vydávané každý rok, než najde ten hledaný.

7.5 Přezkoumání spokojenosti klientů

Sledování spokojenosti pacientů s péčí poskytovanou v nemocnici je prováděna kontinuálně již od roku 2001. Jedná se o jeden z nejdůležitějších ukazatelů kvality zdravotnických služeb. Spolu s posuzováním kvality péče podle klinických ukazatelů je v nemocnici standardně používaným měřítkem, podle kterého se kvalita posuzuje. Subjektivní názory pacientů nemocnice považuje za katalyzátory budoucích změn v léčebné péči a zvyšování kvality služeb.

Anketa spokojenosti pacientů

Na všech odděleních jsou zřízena místa, kde je pacient o anketě informován. Při přijetí na oddělení obdrží anketní lístek a je instruován, kam jej má po vyplnění uložit. Tato anketa je podle přání pacienta buď anonymní, nebo adresná (v případě, že očekává vyjádření vedení nemocnice). Za vyhodnocování anket odpovídá náměstek ošetřovatelské péče.

Tabulka 3 Spokojenost hospitalizovaných pacientů (vlastní zpracování)

	2014	2015	2016	2017	2018
Návratnost v %	11,2	11,6	11,9	10,0	10,4
Kladné hodnocení %	83	86,1	84,4%	84,4	80,1

Návratnost dotazníků je v nemocnici žalostně malá. V praxi se ankety, i když jsou zaměstnanci poučeni, pacientům nedávají. Odpovědný pracovník nebo manažer kvality by se měli více zabývat touto problematikou, jelikož tento trend je dlouhotrvající jak vyplvá z Tabulky 3.

Nová cesta, kterou by se nemocnice mohla vydat je průzkum spokojenosti hospitalizovaných pacientů metodou Focus groups.

Stížnosti

Při vyřizování stížností se Nemocnice řídí zákonem č. 372/2011 Sb., (zákonem o zdravotních službách). Řešení stížností je hodnoceno pravidelně za předchozí kalendářní rok v rámci přezkoumání systému managementu vedením nemocnice. Hodnocení slouží jako zdroj pro přezkoumávání systému managementu kvality, pro definici rizikových míst

procesu a zvyšování kvality péče. Tabulka 4 znázorňuje počet a oprávněnost stížností za posledních 5 let, ze které je znatelné, že počet stížností narůstá.

Tabulka 4 Stížnosti (vlastní zpracování)

	2014	2015	2016	2017	2018
Počet stížností	14	11	9	11	25
Oprávněné stížnosti	5	8	6	6	17

Za prošetření a vyřízení stížnosti je vždy stanovený odpovědný zaměstnanec. Ten objektivně a úplně prošetří všechny její body, zhodnotí výsledky šetření a rozhoduje, zda je oprávněná, částečně oprávněná či neoprávněná. U oprávněných a částečně oprávněných stížností zajišťuje opatření k odstranění zjištěných nedostatků. O výsledku šetření a případných nápravných opatřeních je vždy informován stěžovatel. V jednom případě z 25 v roce 2018 nebyl stěžovatel spokojen s vyjádřením nemocnice a stížnost předal dále k přezkoumání na Českou lékařskou komoru a následně na Policii ČR.

7.6 Přezkoumání řízení zdrojů

Aktualizace plánu pracovníků provádí ředitel nemocnice, náměstek právně personální, náměstek příslušného úseku a vedoucí úseku průběžně. Součástí je přehled o plánovaných dočasných či trvalých odchodech (důchody, mateřská dovolená, dlouhodobá pracovní neschopnost, neplacené volno atd.), přehled o naplnění kapacitních čísel zdravotnických pracovníků dle smluv se zdravotními pojišťovnami, přehled o personálních potřebách souvisejících s plánovaným rozšířením či omezením provozu atd. Zaměstnanci nemocnice jsou nejvýznamnějším faktorem ovlivňujícím kvalitu poskytovaných služeb a spokojenost klientů. Současně je tento faktor nejméně stálý. Rovnováhu systému managementu kvality či dokonce chod celé nemocnice může vážně ohrozit odchod několika zásadních zaměstnanců, což nelze dopředu předvídat. S tímto problémem se nemocnice potýká pravidelně. Nemocnice v soukromém sektoru často nabízejí náborové příspěvky pro lékařské i nelékařské pracovníky, což vede k odchodu zkušených zaměstnanců. Plat v nemocnici je řízen platovými tabulkami stanovenými legislativou. Ministerstvo zdravotnictví se snaží platy

navyšovat, ale i to bývá pro okresní nemocnici náročné, aby zajistila potřebné finance, tudíž je nereálné, aby nabízela náborové příplatky.

Pracovníci mají dostupnou techniku (telefon, email) pro efektivní komunikaci se zákazníky a mezi pracovníky či pracovišti. Tvorbu a použití finančních zdrojů hodnotí vedení nemocnice pravidelně 1x ročně.

Vzdělávání

Pracovníci, kteří provádějí práce ovlivňující kvalitu poskytované zdravotní péče a souvisejících činností, splňují požadavky na vzdělání a praxi a jsou zapojeni do systému celoživotního vzdělávání. Nastavené kvalifikační požadavky jsou minimální a odpovídají platné legislativě upravující požadavky na pracovníky ve zdravotnictví.

Nemocnice plánuje vzdělávání pracovníků na základě požadavků vedoucích pracovníků a s ohledem na legislativu. Na každý kalendářní rok jsou naplánované vzdělávací akce pro zaměstnance a nemocnice pro vzdělávání poskytuje potřebné zdroje.

Na všech odděleních nemocnice probíhá průběžně školení pro všechny zdravotnické pracovníky na téma hygienické zabezpečení rukou. Jednotlivá oddělení dále pořádají semináře v rámci provozních schůzí. Tyto semináře jsou zaměřené na odbornou problematiku. Celý proces vzdělávání zaměstnanců lze ohodnotit jako funkční.

Hodnocení spokojenosti zaměstnanců

Nemocnice správně chápe, že spokojenost kvalifikovaných pracovníků ovlivňuje kvalitu poskytované zdravotní péče a spokojenost pacientů/zákazníků. Dotazníky, podle kterých se sleduje, zahrnují potřebné body, které ji ovlivňují. Problematické je v praxi dostat odezvu na v dotazníku zmíněné nedostatky nebo problematiku. Zaměstnanci nemocnice posledních pár let nedostali žádnou zpětnou vazbu, i když má nemocnice ve svých interních předpisech ustanovení o tom, že všichni zaměstnanci budou seznámeni s výsledky šetření. Někteří zaměstnanci dotazník vyplní jen proto, že to dostali nařízené od vedoucího pracovníka, ale jiní tuto eventualitu chápou jako možnost upozornit na nedostatky s možností tak něco ovlivnit. Při absenci odpovědi tak může dojít ke ztrátě zájmu cokoliv měnit k lepšímu a pocitu méněcennosti.

Infrastruktura

Vybavení nemocnice, budovy a ostatní technické prostředky jsou udržovány ve spolupráci s odbornými dodavateli zařízení, komunikačních prostředků, počítačů atd. Investiční roz-

voj a údržbu zajišťuje provozně technický odbor ve spolupráci s vedením nemocnice. V roce 2018 proběhly v nemocnici rozsáhlé rekonstrukce budov (zateplení, fasády, výměna oken aj.) a nákup vybavení (postele, přístroje a jiné). Nemocnice má v plánu do budoucna v rekonstrukcích pokračovat. Je zde i několik oddělení, které na klienta po vstupu působí, jako by vešel do stroje času a vrátil se o 50 let zpět.

Při přezkoumání stavu systému kvality posuzuje vedení nemocnice potřeby a požadavky na jednotlivé zdroje. Podle rozhodnutí ředitele jsou uvolňovány finanční prostředky na rozvoj a vybavenost pracovišť, komunikační techniky, hardwaru a softwaru.

Prostředí pro poskytování zdravotní péče vyhovuje právním předpisům České republiky a požadavkům zainteresovaných subjektů. Zvyšování kvality prostředí pro poskytování zdravotní péče je jedním z prvořadých cílů politiky kvality a je mu věnována soustavná pozornost.

Vedení nemocnice věnuje pozornost nejen prostředí pro pacienty, ale i pracovnímu prostředí svých pracovníků. Provozní řády pracovišť definují základní pravidla provozu na oddělení, zásady hygienických a protiepidemických opatření k předcházení vzniku a šíření nemocničních nákaz, nakládání s odpady specifickými pro zdravotnictví apod.

7.7 Přezkoumání nežádoucích událostí

NU jsou hodnoceny v nemocnici od roku 2002. Nahlášené události jsou analyzovány a na základě vyhodnocení jsou přijata nápravná či preventivní opatření, která se významně podílí na snížení rizikových faktorů pro pacienty i pro personál. Nemocnice si je vědoma, že vyhodnocování NU má za cíle ochranu a bezpečí pro pacienty/personál a zvýšení kvality zdravotní péče.

Tabulka 5 Nežádoucí události (vlastní zpracování)

Druh NU	Výskyt NU 2014 - 2018				
	2014	2015	2016	2017	2018
Pády	218	226	168	182	216
Agresivita	0	4	0	2	0
Popáleniny	1	0	0	0	0

Náraz na pevný objekt s následným zraněním	1	0	1	0	1
Pokus o sebevraždu	1	2	2	2	0
Sebezranění (pracovní úraz, poranění jehlou aj.)	21	23	13	24	19
Ohrožení zaměstnance (slovní nebo fyzické)	11	15	21	17	25
Zranění pacienta jiným pacientem	0	0	0	0	2
Medikační incident (záměna léků, alergie aj.)	3	2	1	0	0
Incident spojený s procedurou	16	20	5	9	3
Ztráta nebo poškození majetku	2	2	4	5	7
Ztráta nebo svévolný odchod pacienta z nemocnice	38	40	29	34	26
Problém se souhlasem k léčbě nebo zákroku	0	0	1	5	2
Jiné incidenty	17	17	9	10	14
Celkem	329	351	254	290	315

V roce 2018 bylo v Nemocnici nahlášeno celkem 315 NU (viz Tab. 5). Z tohoto počtu bylo 216 zapříčiněno pádem pacienta. V roce 2018 došlo oproti roku 2017 ke zvýšení počtu nahlášených NU o 25 incidentů. Ohrožení zaměstnanců ze strany pacientů se v roce 2018 zvýšilo o 8 případů. Sebezranění zaměstnanců bylo nejčastěji způsobeno poraněním o použitou jehlu či skalpel. V této oblasti je kladen důraz na dodržování standardních operačních postupů. Personál je v této problematice opakovaně edukován. V roce 2018 došlo ke snížení těchto incidentů celkem o 5 případů. V roce 2018 se nevyskytl žádný medikační incident. Incident spojený s procedurou se vyskytl ve třech případech. Ty se týkaly zejména radiodiagnostiky, kdy během vyšetření vznikla ruptura žíly při podávání kontrastní látky. Svévolné opuštění nemocnice ze strany pacientů je v roce 2018 také nižší, celkem o 8 odchodů. Jedná se většinou o klienty, kteří jsou pod vlivem alkoholu, a jejich odchod je vždy hlášen Policii ČR.

8 VÝSTUP Z PŘEZKOUMÁNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI

Výsledky z přezkoumání systému jsou přeneseny do SWOT analýzy (Tab. 6). Při sestavování jednotlivých projektů mohou být použity a vést k zefektivnění systému managementu v nemocnici.

Tabulka 6 SWOT analýza (vlastní zpracování)

SILNÉ STRÁNKY	SLABÉ STRÁNKY	PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
• Odpovědnosti managementu, • koordinace kvality, • struktura porad a vnitřní komunikace, • systém řízení dokumentů, • auditní činnost, • plánované kontroly, • propojení systému managementu kvality, • uskutečňování ISO a jiných akreditací, • vzdělávání zaměstnanců.	• Částečný úvazek manažera kvality, • chybějící Focus groups při hodnocení spokojenosti pacientů, • absence zpětné vazby u dotazníků spokojenosti zaměstnanců, • chybějící seznam interních dokumentů pro rychlejší vyhledávání, • nevypracované „kontrolní listy“ pro auditní činnost.	• Reklamní příležitosti při získávání nových zaměstnanců, • možnost získání dotací na rekonstrukce, • strategická pozice nemocnice (střed okresu) • zvyšující se porodnost a prodlužování délky života v populaci (dostatek pacientů).	• Náborové příspěvky u jiných nemocnic, • nedostatek kvalifikovaného personálu, • selhání lidského faktoru, • nařízené zvyšování platů, • neudělení dotací, • nedostatek finančních zdrojů, • nárůst soudních sporů ve zdravotnictví.

8.1 Bezprostřední opatření

1. Při navrhování cílů na jednotlivé roky začlenit do projektu i RIZIKA a OPATŘENÍ. Odpovědnost přebírá ten, kdo cíl navrhuje (manažer kvality, náměstek apod.).

2. Zapojit zaměstnance do procesu přezkoumání politiky kvality v nemocnici. Odpovědnost spadá na manažera kvality.
3. Seznámit zaměstnance s výsledky hodnocení spokojenosti zaměstnanců, popřípadě uspořádat meeting. Odpovědnost spadá na personálně právního náměstka.

8.2 Zásadní kroky pro zefektivnění systému managementu kvality

1. Zefektivnění auditní činnosti.
2. Zjednodušení vyhledávání interních dokumentů a záznamů.
3. Zefektivnění sledování spokojenosti pacientů, zavedení Focus groups do praxe.
4. Zvýšení úvazku manažera kvality.

9 PROJEK ZEFEKTIVNĚNÍ MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI

9.1 Zefektivnění auditní činnosti

Tento projekt má za cíl upravit a zrychlit auditní činnost tak, aby byla přínosná a efektivní. To znamená, vytvořit Kontrolní listy pro auditory k jednotlivým auditům. Zjednodušit a zrychlit tak celý proces auditu - od přípravy, samotného provedení až po jeho hodnocení.

9.1.1 Charakteristika procesu směřujícího ke splnění cíle

Jako první je zapotřebí seskupit veškeré dokumenty, související s jednotlivými audity. Jedná se o všechny příkazy ředitele, řády, standardní operační postupy, procesuální ošetřovatelské standardy a jiné potřebné dokumenty. S těmito dokumenty musí být každý zaměstnanec seznámen a řídit se podle nic a samozřejmě z nich vyplívají i otázky kladené auditory.

Dále je potřebné veškeré tyto dokumenty projít a vyhledat důležité body, které jsou zásadní pro danou problematiku. Každý auditor tohle už samozřejmě dělal při přípravě na audity, jenomže si otázky tvořil každý sám, dle svého uvážení. Proto je důležité svolat meeting, kde se probere s jednotlivými kontrolory problematika, a body se přidají či poupraví. Samotní kontroloři vědí, ve kterých oblastech má jaké oddělení mezery, na co je potřeba zaměřit se více a co je naopak možné vynechat. Jelikož jsou audity zaměřené na více oblastí (technické, ošetřovatelské, lékárenské aj.), těchto schůzí bude zapotřebí více.

Po stanovení základních bodů je nutné k nim vytvořit otázky, které budou zaměstnancům kladeny. Ke každému dotazu se dále přiřadí kolonky, ve kterých auditor poznačí, zda dotazovaný pracovník znal odpověď či nedokázal odpovědět.

V případě některých auditů lze k hodnocení odpovědí přiřadit i jejich „váhu“. V dané problematice mohou být otázky, které jsou pro ni stěžejní a naopak ty, které jsou pouze okrajové. Stejně tak se u každého oddělení liší relevantnost otázek. Například při auditu na podávání stravy na novorozeneckém oddělení je nerelevantní, aby se auditor zaměřoval na to, zda nezůstávají na oddělení nápoje od snídaně, jelikož se novorozenecké sestry nedostanou do kontaktu s jídlem matek na šestinedělí a tuto činnost nemají v pracovní náplni.

Tabulku pro hodnocení auditu není potřeba vytvářet, jelikož tu už Nemocnice má (viz. Tab. 1). Tato kritéria pro splnění auditu jsou správně nastavené a měnit je není potřeba.

Následuje zavedení vytvořených Kontrolních listů do praxe. Je nutné seznámit všechny auditory s jejich vznikem a zaškolit je v jejich používání, sepisování, hodnocení a následné odevzdání pro založení a využití při následném přezkoumání. V Příloze 6–8 jsou vytvořeny Kontrolní listy k vybraným auditům.

Výstupem vypracování těchto Kontrolních listů by mělo být sjednocení auditů a jejich následné hodnocení.

Investiční náklady tohoto projektu jsou nulové. Počítá se pouze s provozními, tedy časem manažera kvality a auditorů na provedení navrhovaných kroků.

Přínosy nákladů jsou zefektivnění managementu kvality, časová úspora, sjednocení auditů, zjednodušení jejich hodnocení. Časnější odhalení neshod a s tím spojená včasná nápravná opatření/návrhy ke zlepšení. Snížení počtu nežádoucích událostí se snížením nákladů vynaložených na jejich řešení. Tento finanční zisk nelze zatím přesně vyjádřit.

Žádná rizika v tomto projektu nejsou.

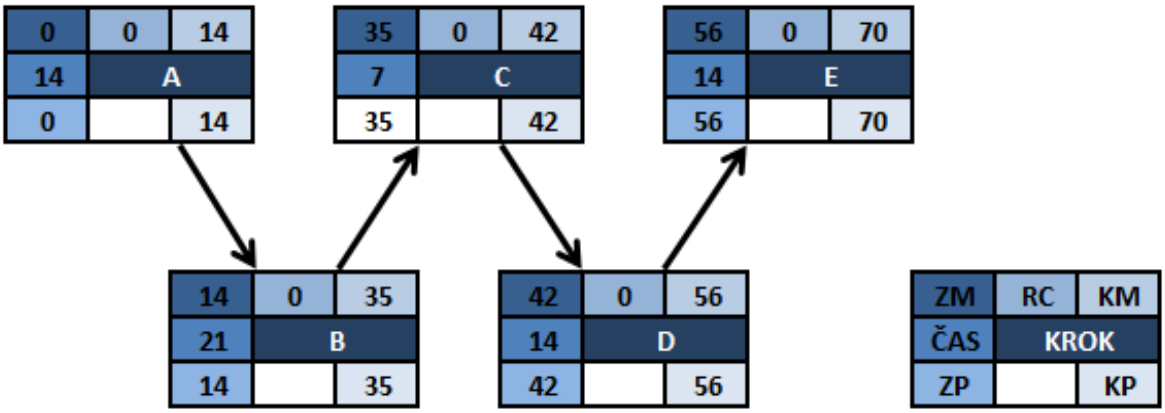
9.1.2 Časová analýza CMP

Tabulka 7 Časová analýza projektu č. 1 (vlastní zpracování)

KROK	POPIS KROKU	POTŘEBNÝ ČAS (DNY)	PŘEDCHOZÍ KROK
A	Předvedení a povolení projektu.	14	-
B	Shromáždění potřebných materiálů.	21	A
C	Meeting pro stanovení otázek k jednotlivým auditům.	7	B
D	Vytvoření Kontrolních listů.	14	C
E	Zařazení Kontrolních listů do praxe.	14	D

Tabulka 8 Kritická cesta projektu č. 1 (vlastní zpracování)

Krok	Doba trvání	Nejdříve možný začátek	Nejdříve možný konec	Nejpozději přípustný začátek	Nejpozději přípustný konec	Časová rezerva	Kritická cesta
A	14	0	14	0	14	0	ANO
B	21	14	35	14	35	0	ANO
C	7	35	42	35	42	0	ANO
D	14	42	56	42	56	0	ANO
E	14	56	**70**	56	**70**	0	ANO



Obrázek 4 Graf časové analýzy kritické cesty projektu č. 1 (vlastní zpracování)

Potřebný čas: nejkratší doba trvání projektu zefektivnění auditní činnosti je stanovena na 70 dnů.

Kritická cesta: jediná a tedy i kritická cesta projektu (s nulovou časovou rezervou) je: A → B → C → D → E.

Časová rezerva: časová rezerva znamená, o kolik se může zdržet jeden krok, aniž by se upravila souhrnná doba trvání projektu. V tomto projektu taková rezerva není.

9.1.3 Souhrn

Tabulka 9 Souhrn projektu č. 1 (vlastní zpracování)

Zefektivnění auditní činnosti	
Garant projektu	Manažer kvality
Realizační tým	- Manažer kvality - Interní auditoři
Jednotlivé kroky	- Předvedení a povolení projektu - Shromáždění potřebného materiálu - Meeting pro stanovení otázek k jednotlivým auditům - Vytvoření Kontrolních listů - Zařazení Kontrolních listů do praxe
Náklady	- Čas manažera kvality a auditorů na provedení navrhovaných kroků.
Výnosy	Nefinanční zisk - Zefektivnění managementu kvality - Časová úspora - Sjednocení auditů - Zjednodušení hodnocení auditů - Časnější odhalení neshod - Včasná nápravná opatření/návrhy ke zlepšení - Snížení počtu nežádoucích událostí Snížením nákladů vynaložených na řešení NU
Rizika a opatření	Nulová
Doba trvání	70 dnů

9.2 Zjednodušení vyhledávání interních dokumentů

Tento projekt má za cíl zjednodušit vyhledávání potřebných interních dokumentů pro všechny zaměstnance nemocnice. Tyto dokumenty jsou pro veškeré pracovníky závazné a nejenže s nimi musí být při přijetí do zaměstnání seznámeni, ale častokrát je potřebují i během výkonu povolání. Také zjednoduší přehled o jejich potřebě aktualizace pro osobu zodpovědnou za jejich vydávání.

9.2.1 Charakteristika procesu směřujícího ke splnění cíle

Realizaci projektu je potřebné začít rozčleněním dokumentů na řády, příkazy ředitele, opatření ředitele. Veškeré tyto spisy se uchovávají jednak v papírové podobě, ale i elektronicky. Během 10 let se veškeré dokumenty znovelizují, změní či zruší, proto jejich archivace probíhá po toto období.

U všech dokumentů se začne od nejpozdějšího data (2008) a postupně se budou přidávat novější a novější až k záznamům vydaným poslední rok (rok 2018). Jako první jsou zvoleny dokumenty typu Řády. V programu Microsoft Office Word, je zapotřebí vytvořit dokument s nadpisem daného typů dokumentů, vytvořit tabulku a dále vypsat názvy jednotlivých řádů do vytvořené tabulky.

Roku 2008 vznikly dva nové řády a to organizační a metrologický. Ty, se vepíší do založeného dokumentu a připíše se k nim rok vydání a eventuelně pořadové číslo, ve kterém dané období vyšli. Následující rok vznikl řád pracovní a metrologický, který nahrazuje ten vydaný roku 2008. Do dokumentu se zapíše pracovní řád s rokem vzniku a k metrologickému je připsána aktualizace r. 2009. Další ročník vznikl spisový a skartační řád + metrologický. Pokračuje se stejným způsobem, až k aktuálnímu roku.

Tento seznam je zapotřebí vytvořit u všech výše zmíněných typů dokumentů a založit ho v archivu u daných spisů stejně tak, jako ho v elektronické formě uložit do patřičného souboru. Dále je potřeba zaměstnance informovat o vzniku seznamu, aby věděli, že už nemusí při vyhledávání procházet všechny dokumenty vydané za posledních 10 let, než náhodou narazí na ten, který potřebují. V příloze 5 je vytvořený návrh takového seznamu pro dokumenty typu Řády.

Řízené dokumenty by měly být aktuální, proto je dobré, aby se při tvorbě těchto seznamů provedla zároveň i jejich revize. To znamená označit dokumenty, které se často mění a v případě nepotřebnosti je vyřadit s cílem snižovat kvantum dokumentů. K tomu by moh-

la sloužit i doba revize stanovená na 1x za rok. V této chvíli se provádí revize jednou za tři roky.

Investiční náklady tohoto projektu jsou nulové. Počítá se pouze s provozními, tedy časem personálně právního náměstka na uskutečnění navrhovaného postupu.

Přínosy nákladů jsou zjednodušení vyhledávání interních dokumentů, zkrácení času při vyhledávání těchto dokumentů, zvýšení přehlednosti o potřebě jejich aktualizace.

Žádná rizika v tomto projektu nejsou.

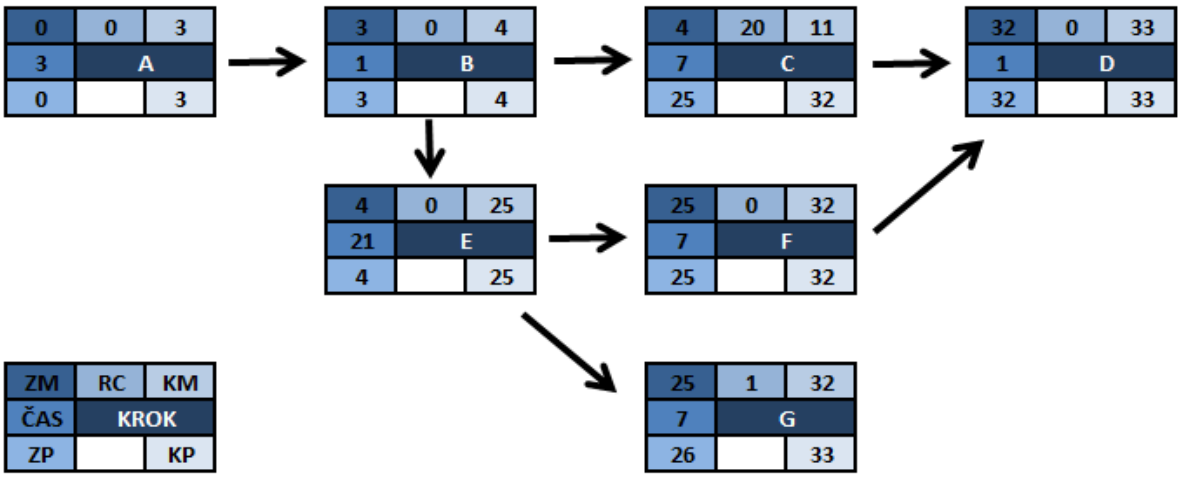
9.2.2 Časová analýza CMP

Tabulka 10 Časová analýza projektu č. 2 (vlastní zpracování)

KROK	POPIS KROKU	POTŘEBNÝ ČAS	PŘEDCHOZÍ KROK
A	Předvedení a povolení projektu	3	-
B	Rozdělení dokumentů podle typu	1	A
C	Vytvoření seznamů	7	B
D	Informovat zaměstnance o změnách ve vyhledávání a provádění častějších revizí dokumentů	1	C, F
E	Provedení revize dokumentů	21	B
F	Označení typů dokumentu pro častější revizi	7	E
G	Vyřazení nepotřebných dokumentů	7	E

Tabulka 11 Kritická cesta projektu č. 2 (vlastní zpracování)

Krok	Doba trvání	Nejdříve možný začátek	Nejdříve možný konec	Nejpozději přípustný začátek	Nejpozději přípustný konec	Časová rezerva	Kritická cesta
A	3	0	3	0	3	0	ANO
B	1	3	4	3	4	0	ANO
C	7	4	11	25	32	20	NE
D	1	32	33	32	**33**	0	ANO
E	21	4	25	4	25	0	ANO
F	7	25	32	25	32	0	ANO
G	7	25	32	26	**33**	1	NE



Obrázek 5 Graf časové analýzy kritické cesty projektu č. 2 (vlastní zpracování)

Potřebný čas: nejkratší doba trvání projektu zjednodušení vyhledávání interních dokumentů je stanovena na 33 dnů.

Kritická cesta: jediná a tedy i kritická cesta projektu (s nulovou časovou rezervou) je: A → B → E → F → D.

Časová rezerva: časová rezerva znamená, o kolik se může zdržet jeden krok, aniž by se upravila souhrnná doba trvání projektu. V tomto projektu byly určeny u kroků:

- RC = 20 dnů u kroku C
- RC = 1 den u kroku G

9.2.3 Souhrn

Tabulka 12 Souhrn projektu č. 2 (vlastní zpracování)

Zjednodušení vyhledávání interních dokumentů	
Garant projektu	Personálně právní náměstek
Realizační tým	- Personální náměstek - Manažer kvality
Jednotlivé kroky	- Rozdělení dokumentů podle typu - Vytvoření seznamů - Informovat zaměstnance o změnách ve vyhledávání a provádění častějších revizí dokumentů - Provedení revize dokumentů - Označení typů dokumentu pro častější revizi - Vyřazení nepotřebných dokumentů
Náklady	Čas realizačního týmu na provedení navrhovaných kroků.
Výnosy	Nefinanční zisk - zjednodušení vyhledávání interních dokumentů - úspora času při vyhledávání dokumentů - zvýšení přehlednosti o potřebě jejich aktualizace
Rizika a opatření	Nulová
Doba trvání	33 dnů

9.3 Zefektivnění sledování spokojenosti pacientů, zavedení Focus groups do praxe

Při realizaci projektu lze dosáhnout zefektivnění sledování, rozboru a hodnocení spokojenosti hospitalizovaných pacientů.

9.3.1 Charakteristika procesu směřujícího ke splnění cíle

Jako první v tomto projektu je nutné udělat rozbor rizikových oblastí v nemocnici. Důkladně prozkoumat dotazníková šetření za jeden rok a zaměřit se na oddělení, kde je návratnost ankety nejmenší. Je potřeba zjistit příčinu těchto výsledků. Důvody mohou být různé. Anketa je například moc obsáhlá a pacientům či jejich doprovodu je přítěží ji vyplňovat. Také je možné, že personál nedodržuje vnitřní předpisy nemocnice a anketní lístky klientům k vyplnění nedává z důvodu, aby nemohli napsat negativní hodnocení. V Tabulce 13 jsou tyto výsledky znázorněny.

Tabulka 13 Rozbor rizikových oblastí (vlastní zpracování)

ODDĚLENÍ	VÝHRADY KE ZDRAVOTNICKÉ ČÁSTI V %	CELKEM VYPLNĚNÝCH LÍSTKŮ V %
Neurologie	3,6	11,8
Interna	10,2	4,3
CLR	0,5	58,6
TRN	3,6	11,9
ORL	3,4	24,2
Gynekologie	5,4	7,1
Chirurgie	3,5	11,4
Oddělení dlouhodobě nemocných	4,6	27,1
Dětské oddělení	3,5	4,9
ARO	20,0	4,0
Celkem	**3,9**	**10,4**

Z Tabulky 13 vyplívá, že nejvíce negativních hodnocení jsou na oddělení interny a anesteziologicko-resuscitační. Tato dvě oddělení se také řadí mezi ty, s nejnižší návratností dotazníků. Společně ještě s dětským oddělením a gynekologií (pod 10 %).

Na těchto 4 pracovištích je důležité provést několik neplánovaných kontrol se zaměřením na poučení pacientů ohledně vyplňování a odevzdávání anketních listů. V případě potřeby personálu opět zdůraznit důležitost zpětné vazby od pacientů a nutnost dodržování vnitřních předpisů. Kontrolu zaměřit i na rozhovor s pacienty, jehož cílem je i zjistit pociťovanou přítěž při jejich vyplňování. Zda není dotazník příliš obsáhlí a není to důvod nízké návratnosti dotazníků. Dle těchto výsledků dále upravit dotazníky pro jejich jednodušší vyplňování. Pro tento úkol je zapotřebí sestavit realizační tým.

K zajišťování spokojenosti pacientů v nemocnici by mohlo přispět i zavedení metody Focus groups do praxe. Prvním krokem je ukotvit takovýto způsob šetření v interních předpisech a tím jej standardizovat. Zároveň tak jasně stanovit odpovědnost, četnost FG a postup při řešení negativních reakcí.

Náměstek pro ošetřovatelskou péči by jako zodpovědná osoba za vyhodnocování dotazníků spokojenosti pacientů prováděl dvakrát ročně tuto metodu na jednotlivých odděleních. Tento způsob je důležitým zdrojem subjektů pro zvyšování bezpečnosti a spokojenosti klientů.

Investiční náklady tohoto projektu jsou nulové. Počítá se pouze s provozními, tedy časem náměstka pro ošetřovatelskou péči a realizačního týmu na uskutečnění navrhovaného postupu.

Přínosy nákladů jsou zefektivnění systému hodnocení spokojenosti pacientů, odhalení příčin nízké návratnosti vyplněných anket, zjednodušení anket pro pacienty, zvýšení odevzdanosti vyplněných anket, zvýšení bezpečnosti a spokojenosti pacientů.

Žádná rizika v tomto projektu nejsou.

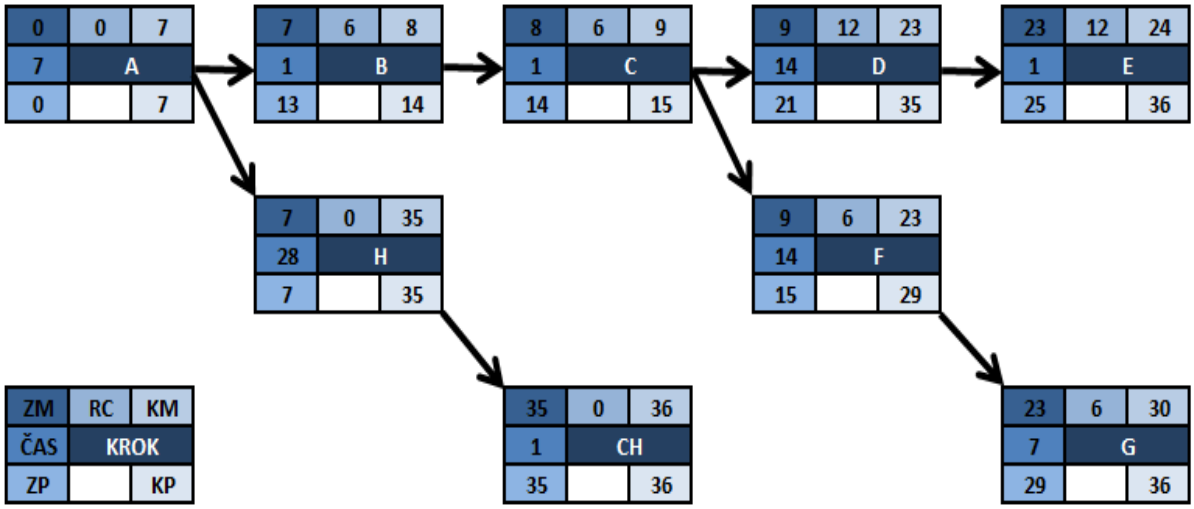
9.3.2 Časová analýza CMP

Tabulka 14 Časová analýza projektu č. 3 (vlastní zpracování)

KROK	POPIS KROKU	POTŘEBNÝ ČAS	PŘEDCHOZÍ KROK
A	Předvedení a povolení projektu	7	-
B	Stanovení rizikových oblastí	1	A
C	Sestavit realizační tým	1	B
D	Kontroly na poučenost pacientů	14	C
E	Poučit zaměstnance	1	D
F	Rozhovor s pacienty na téma obsahu dotazníku	14	C
G	Úprava dotazníků	7	F
H	Standardizovat FG	28	A
CH	Použít FG v praxi	1	H

Tabulka 15 Kritická cesta projektu č. 3 (vlastní zpracování)

Krok	Doba trvání	Nejdříve možný začátek	Nejdříve možný konec	Nejpozději přípustný začátek	Nejpozději přípustný konec	Časová rezerva	Kritická cesta
A	7	0	7	0	7	0	ANO
B	1	7	8	13	14	6	NE
C	1	8	9	14	15	6	NE
D	14	9	23	21	35	12	NE
E	1	23	24	35	**36**	12	NE
F	14	9	23	15	29	6	NE
G	7	23	30	29	**36**	6	NE
H	28	7	35	7	35	0	ANO
CH	1	35	**36**	35	**36**	0	ANO



Obrázek 6 Graf časové analýzy kritické cesty projektu č. 3 (vlastní zpracování)

Potřebný čas: nejkratší doba trvání projektu zefektivnění sledování spokojenosti pacientů a zavedení metody Focus groups do praxe je stanovena na 36 dnů.

Kritická cesta: jediná a tedy i kritická cesta projektu (s nulovou časovou rezervou) je: A → H → CH.

Časová rezerva: časová rezerva znamená, o kolik se může zdržet jeden krok, aniž by se upravila souhrnná doba trvání projektu. V tomto projektu byly určeny u kroků:

- RC = 6 dnů u kroku B, C, F a G
- RC = 12 dnů u kroku D a E

9.3.3 Souhrn

Tabulka 16 Souhrn projektu č. 3 (vlastní zpracování)

Zefektivnění sledování spokojenosti pacientů, zavedení Focus groups do praxe	
Garant projektu	Náměstek pro ošetřovatelskou péči
Realizační tým	- Náměstek pro ošetřovatelskou péči - Manažer kvality - Další členové týmu (interní auditoři)
Jednotlivé kroky	- Předvedení a povolení projektu - Stanovení rizikových oblastí - Sestavení realizačního týmu - Kontroly na poučenost pacientů - Poučení zaměstnanců - Rozhovor s pacienty na téma obsahu dotazníku - Úprava dotazníků - Standardizace FG - Použití FG v praxi
Náklady	Čas realizačního týmu na provedení navrhovaných kroků.
Výnosy	Nefinanční zisk - zefektivnění systému hodnocení spokojenosti pacientů - odhalení příčin nízké návratnosti vyplněných anket - zjednodušení anket pro pacienty - zvýšení odevzdanosti vyplněných anket - zvýšení bezpečnosti a spokojenosti pacientů
Rizika a opatření	Nulová
Doba trvání	36 dní

9.4 Zvýšení úvazku manažera kvality

Nemocnice má dlouhodobou vizi, jejíž cíle směřují k vytvoření stabilní nemocnice, která poskytuje kvalitní zdravotní péči v bezpečném prostředí při respektování individuální osobnosti člověka a trvající ekonomické prosperity. K snadnějšímu a rychlejšímu plnění těchto cílů složí tento projekt.

9.4.1 Charakteristika procesu směřujícího ke splnění cíle

V současné době manažer kvality v nemocnici odpovídá za zavedení, udržování a zlepšování systému managementu kvality ale pracuje pouze na částečný úvazek (0,2). Z toho vyplívá, že spousta činností, spojená s managementem kvality je rozdělena mezi náměstky a těmi pak delegována na vedoucí pracovníky. Proto je nezbytné navýšení úvazku manažera kvality na celý (1,0), díky čemuž by se spousta činností, spojených s managementem kvality, rozdělených mezi několik pracovníku přeskupila do kompetence jednoho člověka – manažera kvality.

Jako první krok k naplnění cíle je nutné dohodnout s vedením nemocnice (ředitelem) výši platu. V modelovém případu je stanoven plat plného úvazku na 25 000kč namísto stávajících 5 000kč za úvazek 0,2. Lze samozřejmě kalkulovat s nižší/vyšší mzdou. Ta se odvíjí od zkušeností či vzdělání manažera, ale také od finančních prostředků nemocnice.

Dále je zapotřebí přezkoumat odpovědnosti a pravomoci MK. S nárůstem úvazku je možné na manažera převést více povinností, které umožní náměstkům zaměřit se na problematiku v jimi řízených oblastech a manažer kvality tak bude mít více prostoru pro zlepšování systému managementu kvality. Zapotřebí je tedy také sepsat nové smlouvy (popřípadě dodatky ke smlouvám) pro všechny, kterým se změní odpovědnost.

Důležité je i stanovení eventuelně přepracování požadavků pro danou pozici, jelikož se změnila odpovědnost. Jaké vzdělání je potřebné, délka praxe, zkušenosti s řízením procesu managementu kvality, aj.

V poslední řadě je nutné obsadit pozici MK. V první řadě je vhodné oslovit stávajícího MK. V případě, že by plný úvazek odmítnul (z rodinných či jiných důvodů), zaplnit místo někým jiným. Buďto zaměstnancem nemocnice anebo informace o volném pracovním místě vyvěsit na internetových stránkách nemocnice a vyhlásit výběrové řízení.

Náklady a nástroje realizace

- Finanční náklady: Spojené s nárůstem úvazku MK. V modelovém příkladu je stanovena mzda úvazku 0,2 na 5 000 Kč měsíčně a roční náklady tak činí 80 400 Kč (1,34 x 5 000 x 12). Mzda plného úvazku je 25 000 Kč a roční náklady jsou 402 000 Kč (1,34 x 25 000 x 12). Z toho vyplívá, že finanční náklady vzrostou o 321 600 Kč za rok.
- Provozní náklady: Čas personálně právního náměstka na uskutečnění projektu.

Přínosy nákladů jsou zefektivnění managementu kvality, snížení pracovní zátěže pro náměstky (mohou se více věnovat oblastem jejich zájmu), zvýšení spokojenosti pacientů, snížení neshod minimálně o 15% a s tím spojené snížení nákladů za jejich řešení, jelikož by došlo k eliminaci nutných vyšetření/zákroků spojených s NU (RTG, laboratorní vyšetření, reoperace, apod.) a zkrátila by se délka hospitalizace. Přesné vyčíslení snížení nákladů je v daném čase nezjistitelné, jelikož nemocnice nesleduje náklady spojené s nežádoucími událostmi. Předpokládaný pokles vzniklých NU je z 315 (za rok 2018) na 268 díky zlepšení SMK.

Žádná rizika v tomto projektu nejsou.

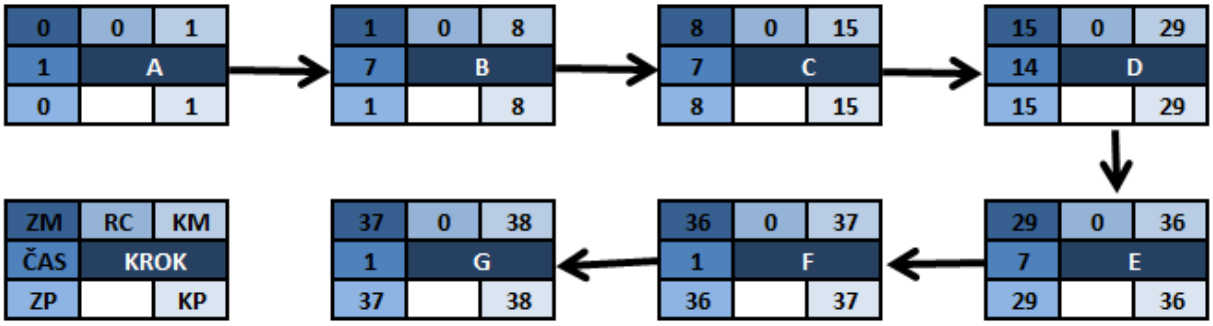
9.4.2 Časová analýza CMP

Tabulka 17 Časová analýza projektu č. 4 (vlastní zpracování)

KROK	POPIS KROKU	POTŘEBNÝ ČAS	PŘEDCHOZÍ KROK
A	Předvedení a povolení projektu	1	-
B	Projednání výše platu	7	A
C	Přezkoumání odpovědností a pravomocí	7	B
D	Úprava požadavků na pozici MK	14	C
E	Vytvoření/úprava smluv	7	D
F	Nabídnutí plného úvazku stávajícímu MK	1	E
G	Vyhlášení výběrového řízení v případě výpovědi stávajícího MK	1	F

Tabulka 18 Kritická cesta projektu č. 4 (vlastní zpracování)

Krok	Doba trvání	Nejdříve možný začátek	Nejdříve možný konec	Nejpozději přípustný začátek	Nejpozději přípustný konec	Časová rezerva	Kritická cesta
A	1	0	1	0	1	0	ANO
B	7	1	8	1	8	0	ANO
C	7	8	15	8	15	0	ANO
D	14	15	29	15	29	0	ANO
E	7	29	36	29	36	0	ANO
F	1	36	37	36	37	0	ANO
G	1	37	**38**	37	**38**	0	ANO



Obrázek 7 Graf časové analýzy kritické cesty projektu č. 4 (vlastní zpracování)

Potřebný čas: nejkratší doba trvání projektu zvýšení úvazku MK je stanovena na 38 dnů.

Kritická cesta: jediná a tedy i kritická cesta projektu (s nulovou časovou rezervou) je:

A → B → C → D → E → F → G.

Časová rezerva: časová rezerva znamená, o kolik se může zdržet jeden krok, aniž by se upravila souhrnná doba trvání projektu. V tomto projektu nejsou žádné časové rezervy.

9.4.3 Souhrn

Tabulka 19 Souhrn projektu č. 4 (vlastní zpracování)

Zvýšení úvazku manažera kvality	
Garant projektu	Personálně právní náměstek
Realizační tým	- Personálně právní náměstek - Ředitel
Jednotlivé kroky	- Předvedení a povolení projektu - Projednání výše platu - Přezkoumání odpovědností a pravomocí - Úprava požadavků na pozici MK - Vytvoření/úprava smluv - Oslovení stávajícího MK - Vyhlášení výběrového řízení v případě výpovědi stávajícího MK
Náklady	- Čas realizačního týmu na provedení navrhovaných kroků. - Mzdové náklady.
Výnosy	- Zefektivnění systému managementu kvality - Snížení pracovní zátěže pro náměstky (mohou se věnovat oblastem jejich zájmu) - Méně neshod - Snížení nákladů za řešení neshod - Spokojenost pacientů
Rizika a opatření	Nulová
Doba trvání	38 dnů

10 DISKUZE K NAVRHOVANÉMU PROJEKTU

Projekt zefektivnění management kvality v nemocnici je složen ze čtyř dílčích projektů, které vedou k jeho zlepšení. Tento projekt je realizovatelný a reálný v daných podmínkách nemocnice, vzhledem k navrhovaným postupům a jednotlivým krokům u jednotlivých návrhů.

Pomocí časové analýzy jsou ohraničeny doby trvání a vyjádřeny návaznosti počítajíce v tom časové rezervy a kritické cesty. Celá struktura projektů je logicky sestavena. Jednotlivé projekty a kroky, které směřují k cíli, na sobě nejsou časově závislé a navzájem se doplňují.

S projektem souvisí nulová rizika, proto nejsou nutná žádná preventivní opatření. Vzhledem ke struktuře jednotlivých plánů, nemají změny nenávratný charakter a dílčí kroky je možné přizpůsobit aktuálním podmínkám nemocnice.

Finanční výnos pro nemocnici lze v téhle chvíli jen stěží odhadnout, proto je jeho charakter nefinanční, tedy v podobě časové úspory, spokojenosti pacientu apod. Pouze v jednom případě ze čtyř je projekt závislý na finančních možnostech nemocnice. Prostředky, náklady, přínosy a návrat investic při realizaci plánovaných cílů jsou vymezeny a rozebrány v rámci návrhové části projektu.

Vedení nemocnice bude s tímto projektem seznámeno a bude mu doporučeno schválení návrhu v rámci strategické plánu na zefektivnění managementu jakosti v nemocnici pro rok 2020, eventuelně přepracování plánu na rok 2019 a zahrnutí některých dílčích projektů do letošního plánu.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo navrhnout projekt zefektivnění systému managementu jakosti ve vybraném zdravotnickém zařízení.

K naplnění cíle bylo potřeba podrobně popsat současný stav managementu jakosti v nemocnici. Výchozí stav tohoto systému v instituci byl analyzován a přezkoumán na základě informací, získaných z teoretické části práce. Získaná data z přezkoumání byla shrnuta a rozdělena na silné a slabé stránky, stejně jako na hrozby a příležitosti nemocnice, popřípadě systému managementu kvality, ve SWOT analýze.

Z pohledu systému jsou dobře ovlivnitelné a významné především slabé stránky, proto byl projekt zaměřen na jejich eliminace, nebo alespoň minimalizaci. Objeveny byly tři oblasti ke zlepšení, nevyžadující systémové řešení a v rámci okamžitých opatření byly navrhované činnosti realizovány.

Další čtyři slabé stránky byly rozpracovány do jednotlivých projektů. Ty obsahují jednotlivě charakteristiku procesu, tedy jednotlivé kroky vedoucí ke splnění cíle, náklady a nástroje realizace, jejich přínosy, rizika a opatření. Pomocí časové analýzy kritických cest (CPM) byl sestaven časový plán uskutečnění projektu a časová koordinace jednotlivých kroků projektu. Stanoven byl u každého projektu i realizační tým a garant.

Vzhledem k nulovým rizikům spojených s realizací projektu byl návrh v závěru vyhodnocen jako reálný a realizovatelný. Cíle, stanovené na začátku diplomové práce, byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARTHUR, Jay. *Lean Six Sigma for hospitals: simple steps to fast, affordable, and flawless healthcare.* New York: McGraw-Hill, 2011, xx, 348 s. ISBN 978-0-07-175325-8.

BĚLOHLÁVEK, František, Oldřich ŠULEŘ a Pavol KOŠŤAN. *Management.* Olomouc: Rubico, 2001, 642 s. ISBN 80-85839-45-8.

BĚLOHLÁVEK, František, Pavol KOŠŤAN a Oldřich ŠULEŘ. *Management: [co je to management, proces řízení, obsah řízení, manažerské dovednosti]*. Brno: Computer Press, 2006, vii, 724 s. Business books. ISBN 80-251-0396-X.

BRIŠ, Petr. *Management kvality*. Vyd. 2., uprav. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010, 208 s. ISBN 978-80-7318-912-9.

ČASTORÁL, Zdeněk. *Management kvality a výkonnosti.* Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2015, 140 s. ISBN 978-80-7452-101-0.

ČESKO, *Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*, 2015. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, ročník 2015, částka 16. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html.

ČESKO, *Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče*, 2018. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, ročník 2018, částka 7, s. 18-31. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c7/2018_15836_3810_11.html.

ČESKO, *Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*, 2015. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, ročník 2015, částka 16. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html.

ČESKO, *Taxonomický – definiční slovník pro Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU)*, 2017. In: Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, číslo 1, 81 s. Dostupné také z: https://shnu.uzis.cz/res/file/FINAL_shnu-taxonomie-novy_verze_1_2017.pdf.

ČSN EN ISO 9001. *Systém managementu kvality, Požadavky.* Vyd. 1. Praha: Český normalizační institut, 2016. 48 s.

DĚDINA, Jiří a Jiří ODCHÁZEL. *Management a moderní organizování firmy.* Praha: Grada, 2007, 324 s. Expert. ISBN 978-80-247-2149-1.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví.* Brno: Computer Press, 2003, xii, 380 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8.

CHALICE, Robert. *Improving healthcare using Toyota lean production methods: 46 steps for improvement.* 2nd ed. Millwaukee, Wis.: ASQ Quality Press, 2010, xiv, 314 s. ISBN 978-0-87389-713-6.

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

KEEHLEY, Patricia a Neil N. ABERCROMBIE, c2008. *Benchmarking in the public and nonprofit sectors: best practices for achieving performance breakthroughs*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass. ISBN 978-0-7879-9831-8.

KOLČAVOVÁ Alena. *Kvantitativní metody v rozhodování: Studijní pomůcka pro distanční studium.* Vyd. 4., upr. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010, 194 s. ISBN 978-80-7318-950-1.

KOŽÍŠEK, Jan a Barbora STIEBEROVÁ. *Management kvality I.* 4. vyd. V Praze: České vysoké učení technické, 2015, 227 s. ISBN 978-80-01-05673-8.

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

MORROW, Richard. *Utilizing the 3Ms of process improvement in healthcare: a roadmap to high reliability using lean, Six Sigma, and change leadership.* Boca Raton, FL: CRC Press, 2012, XVIII, 292 s. ISBN 978-1-4398-9535-1.

NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti: principy, postupy, metody.* Praha: Management Press, 2008, 377 s. ISBN 978-80-7261-186-7.

PAULOVÁ, Iveta. *Komplexné manažérstvo kvality.* Bratislava: Iura Edition, c2013, 160 s. Ekonómia. ISBN 978-80-8078-574-1.

PEŠEK, Jaromír. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO.* Praha: Grada, 2003, 110 s. ISBN 80-247-0551-6.

ROBBINS, Stephen P. a Mary K. COULTER. *Management*. Praha: Grada, 2004, 600 s. Profesionál. ISBN 80-247-0495-1.

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

Internetové zdroje:

ELLIOTT, Pamela, Desmond MARTIN a NEVILLE Doreen. *Electronic Clinical Safety Reporting Systém: A Benefits Evaluation.* JMIR Med Inform. [online]. 2014, vol. 2, no. 1 [cit. 2019-02-11]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/271223716_Electronic_Clinical_Safety_Reporting_System_A_Benefits_Evaluation.

SLAWOMIRSKI, Luke, Ane AURAAEN a Niek KLAZINGA. *The Economics of Patient Safety: Strenghtening a value-based approach to reducting patient harm at national level.* OECD [online]. 2017 [cit. 2019-03-01], 63 s. Dostupné z: https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO Anesteziologicko-resuscitační oddělení.

BOZP Bezpečnost a ochrana zdraví při práci.

CLR Centrum léčebné rehabilitace.

CMP Critical Path Method.

ČR Česká republika.

EMS Systém environmentálního managementu.

FC Focus groups.

HSMS Systém managementu bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

HTO Hematologicko-transfuzní oddělení.

ISO International Organization for Standardization.

LSPP Lékařská služba první pomoci.

MK Manažer kvality.

MTZ Materiálně technické zabezpečení.

MZ Ministerstvo zdravotnictví.

NU Nežádoucí události.

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development

ORL Otorhinolaryngologie.

PO Požární ochrana.

POS Procesní ošetřovatelské standardy.

SAK Spojená akreditační komise.

SMK Systém managementu kvality.

TC Technická komise.

THP Technicko-hospodářský pracovník.

TRN Pneumologicko-alergologické oddělení (Plicní oddělení).

SOP Standardní operační postupy.

ZP Zdravotní pojišťovny.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Hlavní principy managementu kvality (vlastní zpracování) 20
Obrázek 2 PESTLE (vlastní zpracování)..... 32
Obrázek 3 SWOT analýza (vlastní zpracování) 34
Obrázek 4 Graf časové analýzy kritické cesty projektu č. 1 (vlastní zpracování)..... 82
Obrázek 5 Graf časové analýzy kritické cesty projektu č. 2 (vlastní zpracování)..... 86
Obrázek 6 Graf časové analýzy kritické cesty projektu č. 3 (vlastní zpracování)..... 91
Obrázek 7 Graf časové analýzy kritické cesty projektu č. 4 (vlastní zpracování)..... 95

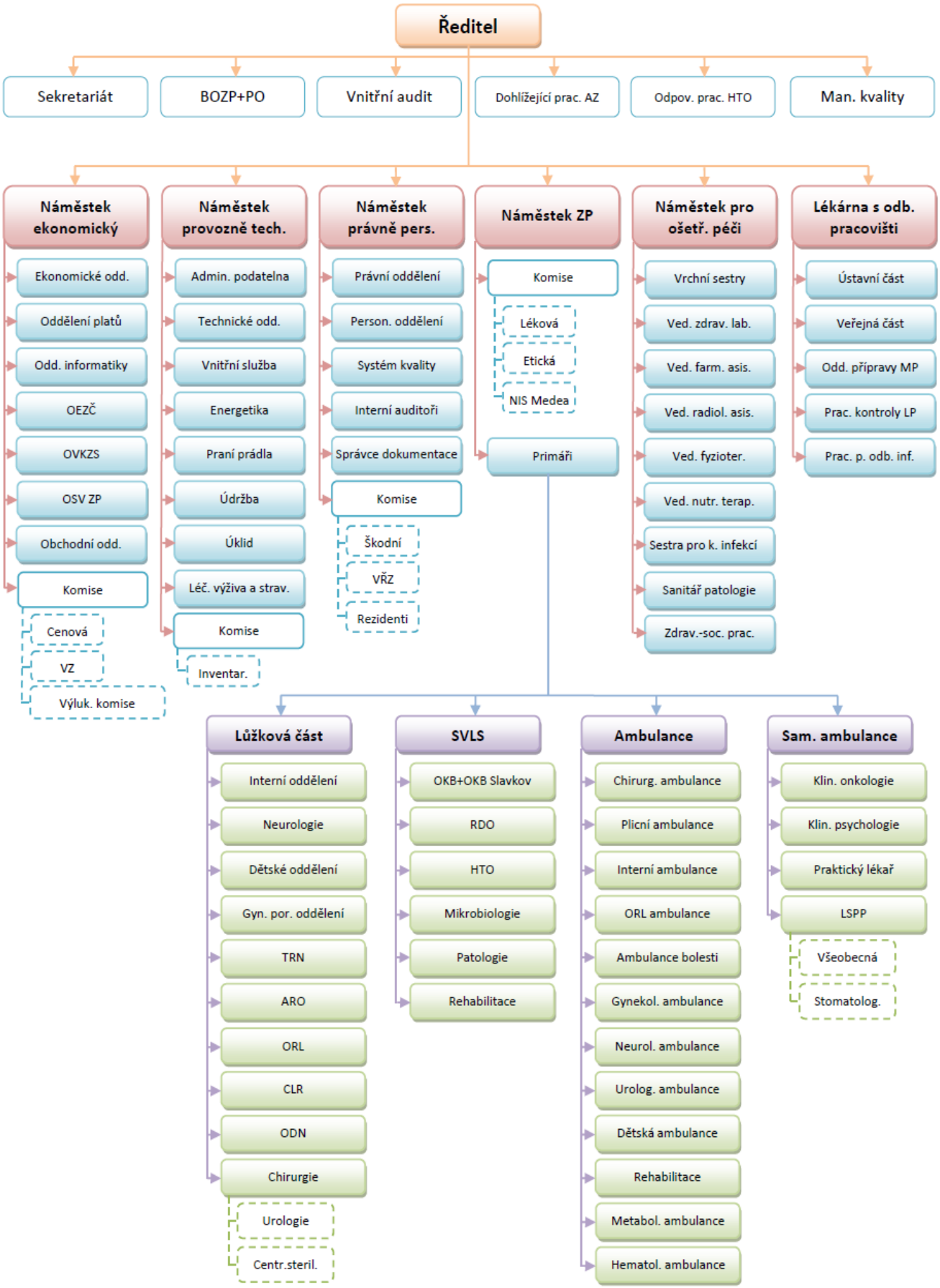
SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Hodnocení auditu (vlastní zpracování) 51
Tabulka 2 Dosažené průměrné výsledky interního auditu Vedení zdravotnické dokumentace na lůžkových odděleních 2013 – 2017 (vlastní zpracování) 71
Tabulka 3 Spokojenost hospitalizovaných pacientů (vlastní zpracování) 73
Tabulka 4 Stížnosti (vlastní zpracování) 74
Tabulka 5 Nežádoucí události (vlastní zpracování) 76
Tabulka 6 SWOT analýza (vlastní zpracování) 78
Tabulka 7 Časová analýza projektu č. 1 (vlastní zpracování) 81
Tabulka 8 Kritická cesta projektu č. 1 (vlastní zpracování) 82
Tabulka 9 Souhrn projektu č. 1 (vlastní zpracování) 83
Tabulka 10 Časová analýza projektu č. 2 (vlastní zpracování) 85
Tabulka 11 Kritická cesta projektu č. 2 (vlastní zpracování) 86
Tabulka 12 Souhrn projektu č. 2 (vlastní zpracování) 87
Tabulka 13 Rozbor rizikových oblastí (vlastní zpracování) 88
Tabulka 14 Časová analýza projektu č. 3 (vlastní zpracování) 90
Tabulka 15 Kritická cesta projektu č. 3 (vlastní zpracování) 90
Tabulka 16 Souhrn projektu č. 3 (vlastní zpracování) 92
Tabulka 17 Časová analýza projektu č. 4 (vlastní zpracování) 94
Tabulka 18 Kritická cesta projektu č. 4 (vlastní zpracování) 95
Tabulka 19 Souhrn projektu č. 4 (vlastní zpracování) 96

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Organizační struktura (vlastní zpracování) 108
Příloha 2 Protokol z auditu (vlastní zpracování) 109
Příloha 3 Záznam o neshodě (vlastní zpracování) 110
Příloha 4 Hodnocení pracovních povinností (vlastní zpracování) 111
Příloha 5 Seznam řádů (vlastní zpracování) 112
Příloha 6 Kontrolní list Nakládání s odpady (vlastní zpracování) 113
Příloha 7 Kontrolní list PMK (vlastní zpracování) 113
Příloha 8 Kontrolní list Permanentní žilní kanylace (vlastní zpracování) 113

Příloha 1 Organizační struktura (vlastní zpracování)



Příloha 2 Protokol z auditu (vlastní zpracování)

Protokol z auditu - pořadové číslo/ rok

Datum:	**Oddělení:**
Časový harmonogram:	**Rozsah a cíl auditu:**
Vedoucí auditor: **Auditoři:**	**Účastníci auditu:**

Otázky:

Záznam zjištění: (vyplní auditor)

Doporučení na zlepšení:
NEJSOU ZÁVAZNÁ (Auditor může dávat doporučení na zlepšení, pokud v rámci prověřování identifikuje možnost zjednodušení činností, úspor apod.)

Zpracoval:.....

Schválil:.....
představitel vedení pro systém kvality

Datum schválení:

Příloha 3 Záznam o neshodě (vlastní zpracování)

Záznam o neshodě č. ____

Oddělení:			
☐ **Opatření k nápravě**		☐ **Opatření k prevenci**	
Protokol z auditu č.		**Datum zadání preventivního opatření**	
Datum zjištění neshody (neshoda odhalená jinak)			
1. Formulace neshody:			
!!! formulace neshody, ne příčin, jednoznačnost identifikaci CO, KDE, KDY, čísla apod.			
Vypracoval:		Datum:	
2. Opatření k nápravě:			
!!! Co jak, jakým způsobem pro odstranění příčiny, kroky a cílový stav			
Vypracoval:		Datum:	
Termín realizace opatření:		Odpovídá za realizaci opatření:	
3. Záznam o realizaci:			
!!! Způsob splnění, vyloučení výskytu neshody, omezení zajištěno ČÍM			
Vypracoval:		Datum:	
Kontroloval:		Datum:	
4. Kontrola účinnosti opatření:			
Účinnost zavedeného opatření	**ANO** **NE**		
Provedl:		Datum:	
5. Ukončení neshody:			
Datum:	Schválil: ..... Představitel vedení pro systém kvality		

Příloha 4 Hodnocení pracovních povinností (vlastní zpracování)

Oddělení:	
Hodnotitel :	
Další přítomné osoby:	
Hodnocený :	
Jednotlivá kritéria se hodnotí výrokem 1 – 5 / nebo slovně/	
mimořádně spokojen	1
velmi spokojen	2
spokojen	3
méně spokojen	4
nespokojen	5
Kritéria : např.	**Hodnocení :**
1. Přesnost a důslednost	
2. Přístup k vedoucímu	
3. Přístup ke kolektivu	
4. Odborné znalosti a studium	
5. Přístup k pacientům	
6. Dodržování pracovních povinností, zj.pracovní doby	
7. Postoj k práci	
8. Schopnost zvládat stresy	
9. Práce se zdrav.dokumentací	
10.Plán vzdělávání	
Hodnocení celkem	
Vyjádření hodnoceného	
* (nehodící škrtněte)	
** kriteria lze měnit	
Hodnotitel : podpis, datum:	
Přítomné osoby: podpis, datum:	
Hodnocený převzal: podpis, datum:	

Příloha 5 Seznam řádů (vlastní zpracování)

SEZNAM ŘÁDŮ	
Metrologický řád	2010, 2011, 2014
Spisový a skartační řád	2010, 2013
Reklamační řád	2011
Provozní řád OKB	2012
Provozní řád OKM	2012, 2016, 2018
Provozní řád HTO	2012
Provozní řád kolárny	2013
Řád ředitele Traumatologický plán	2013, 2016
Průvodní karta ZZS	2013
Provozní řád WIFI	2014
Provozní podmínky WIFI	2014
Provozní řád patologie	2014
Řád ředitele – Program prevence a kontroly infekcí	2014
Pracovní řád	2015
Provozní řád Chirurgie - oddělení	2015
Provozní řád Chirurgie operační sály	2015
Provozní řád Centrální sterilizace	2015
Provozní řád Lithotryptor	2015
Organizační řád	2016, 2018
Provozní řád Urologie – endoskopický sál	2016
Provozní řád Urologie - ambulance	2016
Provozní řád GYNPO oddělení	2016
Provozní řád GYNPO ambulance	2016
Provozní řád ORL ambulance	2016
Provozní řád ORL lůžková část	2016
Provozní řád RDO	2016
Provozní řád Ambulance psychologa	2016
Provozní řád ODN	2016
Provozní řád Interna lůžková část	2016
Provozní řád Plicní oddělení	2016
Provozní řád Plicní ambulance	2016
Provozní řád Neurologie lůžková část	2017
Provozní řád Neurologie ambulance	2017
Provozní řád CLR lůžková část	2017
Provozní řád CLR bazén	2017
Provozní řád ambulantní část	2017
Provozní řád Ambulance bolesti	2017
Provozní řád HTO ambulance	2017
Provozní řád POKO	2017
Provozní řád Poliklinika odborná interní ambulance	2017
Provozní řád Poliklinika gyn. ambulance	2017
Provozní řád Poliklinika chirurgická ambulance	2017
Provozní řád Ambulance praktického lékaře	2018
Provozní řád DO lůžková část	2018
Provozní řád DO ambulance	2018

Provozní řád Ambulance LSPP	2018
Provozní řád ARO	2018
Provozní řád Kardiologická ambulance	2018
Provozní řád Ambulance Stomatologická LSPP	2018
Řád ředitele Rehabilitační péče	2018
Dopravně provozní řád	2018
Provozní řád Chirurgické ambulance	2018
Provozní řád Interna ambulance	2018
Provozní řád Laserového pracoviště	2018

Příloha 6 Kontrolní list Nakládání s odpady (vlastní zpracování)

HLAVIČKA NEMOCNICE					
Nakládání s odpady specifickými pro zdravotnictví					
Kontrolované pracoviště					
Vedoucí zaměstnanec kontrolovaného pracoviště			Kontrolovaný zaměstnanec		
	Relevantní		Shoda		Poznámky
Položky IA	ANO	NE	ANO	NE	
Jak si poradíte s rozsypanou sběrnou nádobou, či protrženým plastovým pytlem, vytříděné kategorie nebezpečného odpadu?					
Můžete smíchat znečištěné plastové obaly od dezinfekcí a čisticích prostředků se sešlápnutými nekontaminovanými plastovými obaly od nápojů?					
Víte jakým způsobem zlikvidovat znečištěné plastové obaly od dezinfekcí a čisticích prostředků?					
Je povoleno přebírat a prohrabávat sběrná místa a nádoby již jednou vytříděných kategorií nebezpečných odpadů?					
Víte jakým způsobem postupovat při případném poranění použitou jehlou či ostrým nástrojem?					
Víte jaká je maximální doba uskladnění nebezpečných odpadů na neklimatizovaném shromaždišti dle vyh. 306/2012 Sb. v platném znění?					
Je povoleno smíchání dvou a více kategorií nebezpečného odpadu dohromady?					
Znají zaměstnanci barevné rozlišení pytlů dle druhů odpadů?					
Jsou vedená periodická školení BOZP a PO včetně úvodních u všech zaměstnanců úklidu a odpadového hospodářství?					
Jsou pracovníci odpadového hospodářství a úklidu vybaveni ochrannými pracovními pomůckami v souladu s platným příkazem ředitele?					
Je zajištěno materiálně etiketami a provádí se označení jednotlivých kategorií nebezpečných odpadů na sběrných prostředcích a kontejnerech během svozů?					
Jsou dodržovány předepsané termíny preventivních lékařských prohlídek u všech pracovníků úklidu a odpadového hospodářství?					
Víte, že existují v Nemocnici XY dva druhy likvidovaných skleněných obalů, dokážete popsat zásadní rozdíl mezi nimi?					
Vedoucí auditor:			Auditor:		
Dat:			Čas:		
KL vypracoval:			Revize KL :		

Příloha 7 Kontrolní list PMK (vlastní zpracování)

HLAVIČKA NEMOCNICE					
Cévkování, zavedení a péče o permanentní močový katétr (PMK)					
Kontrolované pracoviště					
Vedoucí zaměstnanec kontrolovaného pracoviště			Kontrolovaný zaměstnanec		
	Relevantní		Shoda		Poznámky
Položky IA	ANO	NE	ANO	NE	
Je pecient informován o výkonu?					
Je dostatečně zajištěna intimita u výkonu?					
Znáte indikace k zavedení PMK?					
Je pacient informován o péči o PMK?					
Je v dokumentaci zaznamenáno zavedení PMK?					
je na sběrném sáčku zaznamenán datum výměny?					
Je dodržován interval výměny sběrného sáčku (po 3 dnech)?					
Znáte indikace k výměně PMK?					
Je v dokumentaci zaznamenána výměna PMK?					
Vedoucí auditor:			Auditor:		
Dat:			Čas:		
KL vypracoval:			Revize KL :		

Příloha 8 Kontrolní list Permanentní žilní kanylace (vlastní zpracování)

HLAVIČKA NEMOCNICE					
Periferní žilní kanylace					
Kontrolované pracoviště					
Vedoucí zaměstnanec kontrolovaného pracoviště			Kontrolovaný zaměstnanec		
	Relevantní		Shoda		Poznámky
Položky IA	ANO	NE	ANO	NE	
Je pacient seznámen s výkonem?					
Jsou dodržovány zásady BOZP?					
Je vybráno optimánlí místo vpichu?					
Byla dezinfekce v místě vpichu ponechána zaschnout?					
Je při samotném výkonu postupováno lege artis?					
Je krytí kanyly sterilní a čisté?					
Je pacient poučen o možných komplikacích?					
Jsou v dokumentaci záznamy týkající se zavedení kanyly, popřípadě zrušení nebo její přepíchnutí?					
Jsou v dokumentaci záznamy o hodnocení místa vpichu (á 12 hodin)?					
Jak dlouho může být kanyla zavedena (dle výrobce - max 5 dní)?					
Vedoucí auditor:			Auditor:		
Dat:			Čas:		
KL vypracoval:			Revize KL :		