8. Kvalita zdravotní péče

6BMZS1

Management zdravotních služeb

Ing. Daniela Kandilaki, Ph.D.

EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

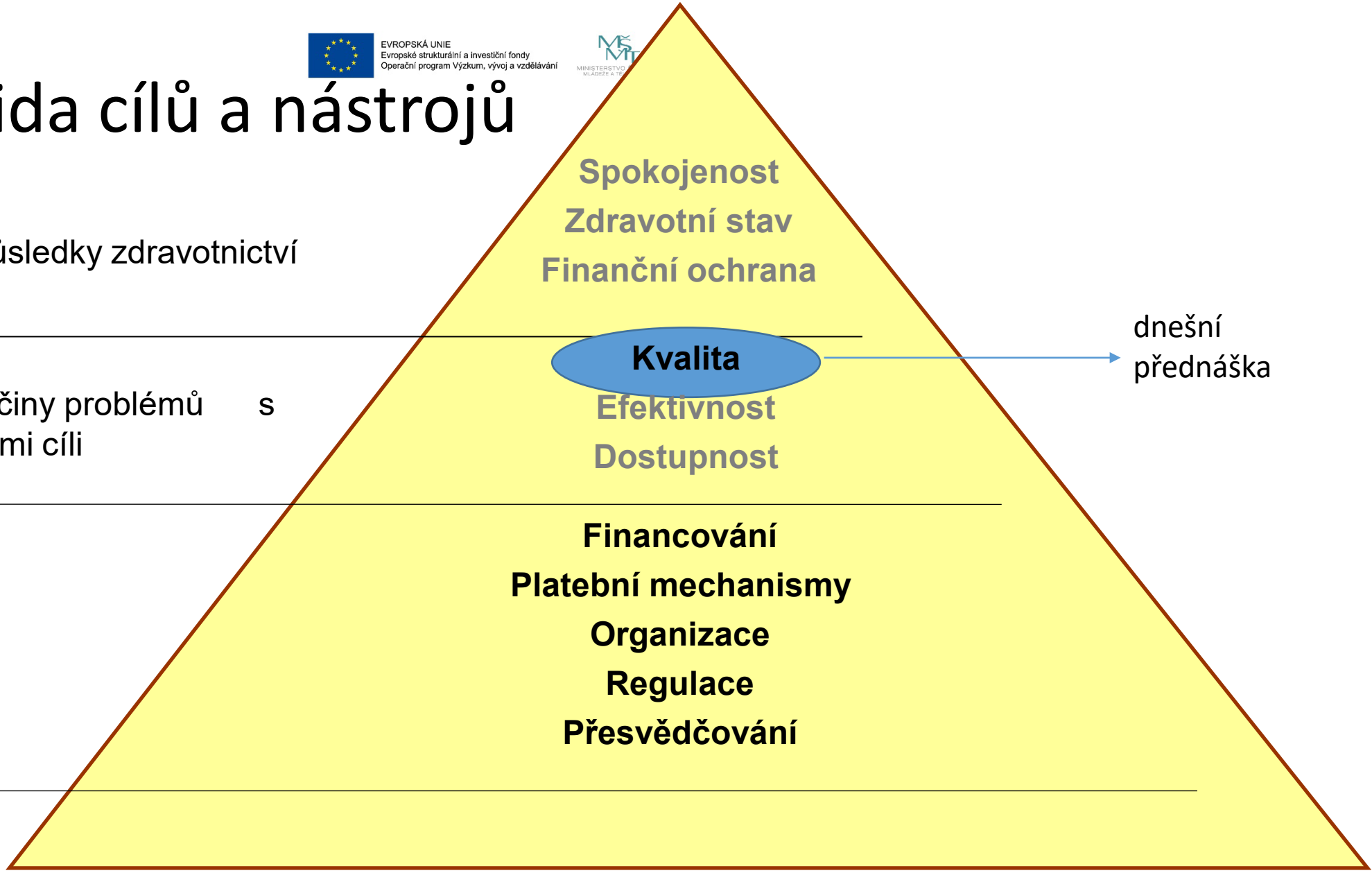
Pyramida cílů a nástrojů

FINÁLNÍ CÍLE
odrážejí výsledky, důsledky zdravotnictví

DÍLČÍ CÍLE
propojují základní příčiny problémů s finálními výkonnostními cíli

NÁSTROJE

PARAMETRY

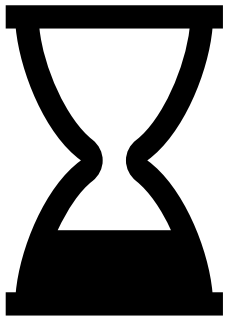


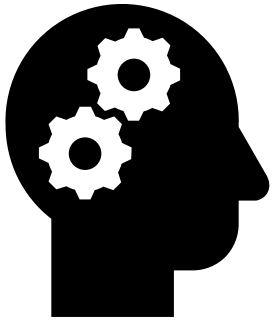
dnešní přednáška

Zdroj: Hsiao, 2001

Zamyslete se…

- Co pro vás znamená kvalita ve zdravotnictví? Jak byste ji charakterizovali?





EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Kvalita ve zdravotnictví





	QMMH	QE II	% Diff
Hospital beds	390	409	-5%
Filter clinic beds	24	80	200%
Total beds	414	417	-1%
Inpatient admissions (hospital)	23,341	15,465	51%
Inpatient Days (hospital)	116,648	91,808	27%
Outpatient Visits (incl. filter clinics)	374,669	165,584	126%
Deliveries (incl. filter clinics)	7,431	5,116	45%
Average length of stay (hospital)	5	5.94	-16%
Hospital occupancy	82.0%	61.0%	33%
Death Rate (incl. filter clinics)	7.1%	12.0%	-41%
Maternity death rate (incl filter clinics)	0.2%	0.2%	-10%
Pediatric pneumonia death rate (hospital)	11.9%	34.4%	-65%
Still birth rate (hospital)	3.1%	4.0%	-22%
Survival of very low birth weight infants (<=1,500 gr)	69.8%	NA	NA
C-section rate (incl. filter clinics)	26.8%	7.2%	272%
Patient satisfaction rate (incl. filter clinics)	86.0%	70.7%	22%





22.0

Proč kvalita?

Jednoznačně se promítá do **spokojenosti klientů** s poskytovanými službami.



Téma, které se periodicky opakuje v **médiích** a v programových **vyhlášeních ministrů** zdravotnictví



Zajímá i **pacienty** a ve vzrůstající míře **poskytovatele** zdravotních služeb a **zdravotní pojišťovny**.



Zvyšuje **konkurence schopnost** zdravotnického zařízení

Kvalita

- Kvalita péče a kvalita zdravotnických zařízení se stávají součástí vytvářených zdravotních reforem.
- Téma probírané ve všech vyspělých zemích.
- Koncepce v oblasti kvality je primárně určována kulturním a sociálním prostředím daného státu.
- Ovlivňována nejenom kolektivními hodnotami v dané společnosti, ale i těmi, kteří kvalitu definují na úrovni zástupců vlády – politiky, tvůrci zákonů ovlivňující procesy ve zdravotnictví, zástupci zdravotnických institucí, odborů a samotnými zdravotnickými pracovníky.
- Vyhodnocování kvality zdravotní péče, je založeno na pozorování, která se týkají zejména vlastností prostředí, ve kterém je zdravotní péče poskytována (strukturální standardy), dále způsobu, jakým je péče poskytována (procesní standardy), a pozorování, zda bylo dosaženo požadovaného výsledku.
- Je možné rozlišovat krátkodobé a dlouhodobé výsledky.
- To, co nás při hodnocení kvality skutečně zajímá, jsou výsledky, nejlépe dlouhodobé, výsledky týkající se zdravotního stavu a spokojenosti pacienta.

Vymezení pojmu kvality



Kvalita zdravotní péče je důležitým **dílčím cílem** a také **ukazatelem výkonnosti** systému



Ovlivňuje jak **zdravotní stav**, tak **spokojenost** zákazníků.



Kvalita zdravotní péče má **dva základní aspekty**.

Kvalita jako **schopnost uspokojovat potřeby zákazníka** = pacienta.

X

Kvalita jako **shoda se standardem**.



Kvalita péče je však **pojem relativní**, a **nikoli** pojem **absolutní**, díky tomu může být **stále zlepšována**.



I přes složitost vymezení, vždy **dokážeme rozeznat nekvalitu**.

Definice pojmu kvalita

- Literatura uvádí **široké spektrum definic** kvality.
- Neexistence jedné „správné“ definice
- Nejznámější definice kvality jsou:
  - Kvalita je míra dokonalosti (The degree of excellence) (Oxford Dictionnary)
  - Kvalita je dosahování a poskytování zdraví a spokojenosti (Achieving and producing health and satisfaction) (Avedis Donabedian)
  - Správná zdravotní služba, ve správný čas, ze správných důvodů.
  - ….
- **WHO** zahrnuje tři pohledy na kvalitu
  - Kvalita z **pohledu pacienta** (tzn. zohlednění zájmů, potřeb a přání pacienta).
  - Kvalita **řízení/managementu** (tzn. vytváření a dodržování **předpisů**).
  - **Odbornou** kvalitu poskytovaných služeb (správná odborná praxe).

Nahlížení na kvalitu

- KLINICKÁ KVALITA
  - Správnost poskytnuté péče (rozhodování)
  - Správně vykonaná péče (zručnost)
- KVALITA SLUŽEB
  - Kvalita hotelových služeb, strava, interpersonální vztahy, pohodlí (cestování do zařízení, čekací doba, ordinační hodiny)
- KVANTITA
  - Zdravotní péče poskytovaná v dostatečném množství

EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Kvalita zdravotní péče a její vnímání

- termín "kvalitní zdravotní péče" se chápe a používá se různě.

- v praxi se pod tímto pojmem často skrývají tyto tři hlavní použití pojmu "kvalita":
  - **klinická kvalita** - zahrnuje jak **dovednosti** ošetřovatelů a **lékařů**, tak správnou **diagnostiku** a léčebné rozhodnutí; závisí na systému produkce služeb, který kombinuje různé vstupy a transformuje je do skutečně poskytovaných služeb
  - **kvalita služeb** – hodnoceny jsou spíše **neklinické služby** jako ubytování, jídlo, čistota, fyzický design, nábytek, čekací dobu, pracovní dobu, zdvořilost personálu;
  - **kvantita** - množství poskytované péče pacientovi (např. moje teta dostala nejvyšší kvalitu péče. udělali pro ni všechno co mohli, dělali ji všechna možná vyšetření)

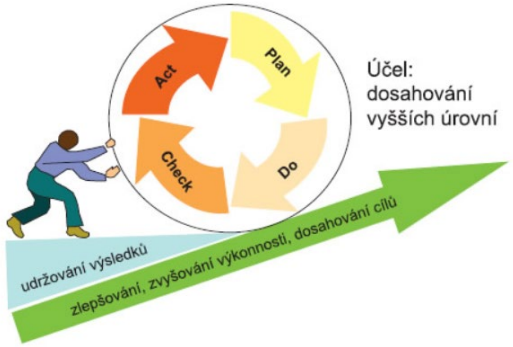
Kritéria kvalitního zdr. systému

- Efektivita
- Bezpečnost
- Účinnost
- Na pacienta orientovaná péče
- Dostupnost
- Spravedlnost/rovnost
- Včastnost
- Kontinuita
- Přiměřenost
- Kompetence

- Poskytovaná péče pak vykazuje následující znaky:
  - Vysoký stupeň profesionality
  - Účelné získávání informací a komunikaci
  - Hospodárnost ve využívaní zdrojů
  - Minimalizace rizik pro pacienta
  - Spokojenost pacienta
  - Výsledný efekt na zdraví pacienta

Řízení a management kvality

- kvalita péče **není pojem absolutní** a je neustále co **zlepšovat** – mluvíme o **kontinuálním procesu**.
- **Měření** kvality péče, **srovnávání** a **vyhodnocování** zjištěných **výsledků** a jejich následnou **analýzu**
- **Manažerský nástroj**, který je známý jako tzv. **Demingův cyklus**.
- Spočívá v opakovaném provádění čtyř základních činností:
  - plánuj (plan)
  - dělej (do)
  - kontroluj (check)
  - jednej (act)



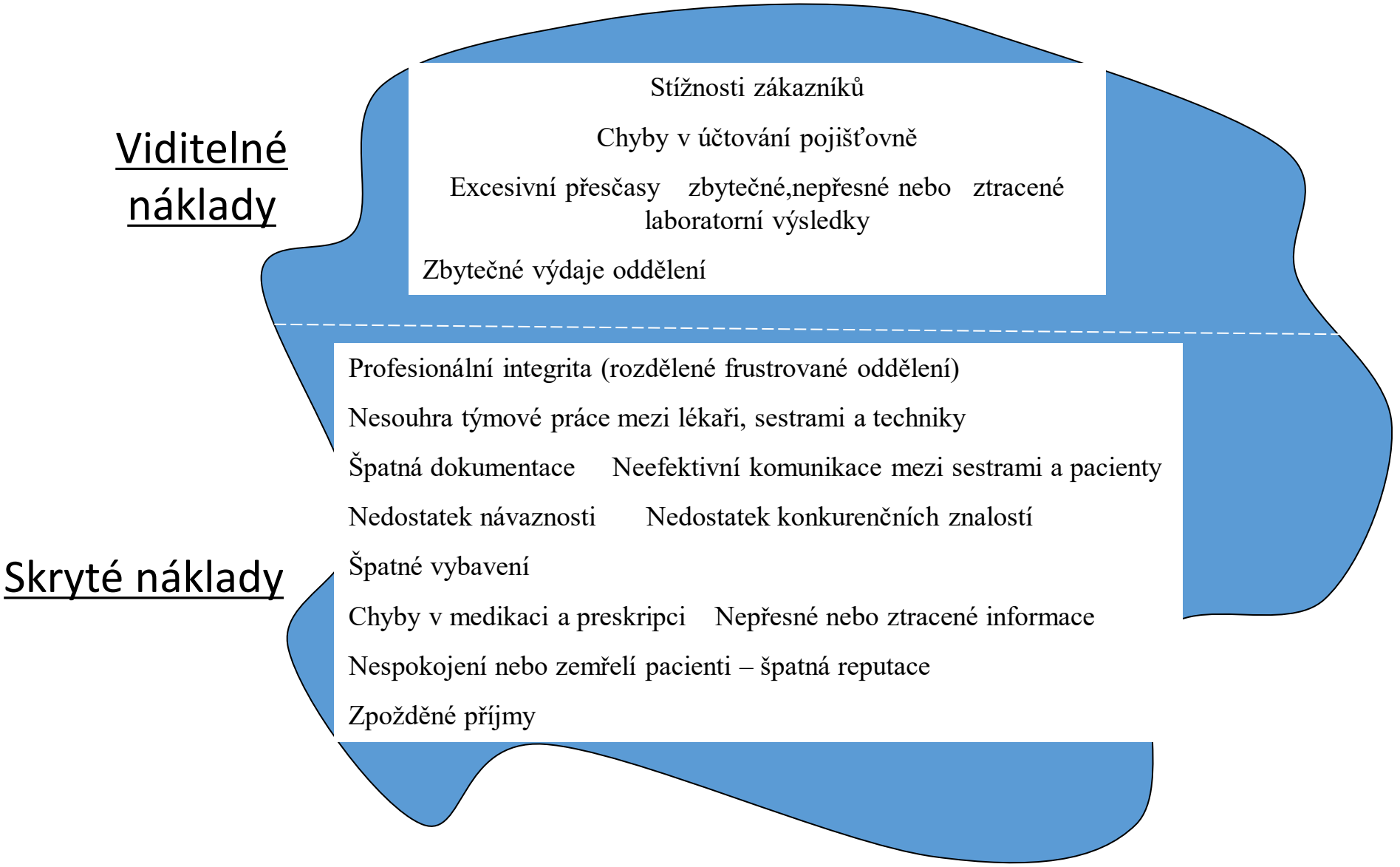
Co podporuje zlepšování kvality

- Nedostatky jsou známé
- Rostoucí náklady na zdravotní péči
- Změny v postoji poskytovatelů a plátců
- Změny v postoji pojištěnců, zájem poučených pacientů
- Image pracoviště, konkurenční výhoda, snaha lékařů vypadat zdatně v očích svých kolegů
- Zájem vnějších orgánů (státní správy, samosprávy, komor, pojišťoven..)
- Stížnosti a soudní procesy

Bariéry pro zlepšování kvality

- Nejasné zaměření
- Nejasné cíle
- Nedostatek spolehlivých dat
- Nedostatek porovnatelných dat o kvalitě
- Platební mechanismy nepodporující kvalitu

Skryté náklady špatné kvality



Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů

- 2005
- schválena na summitu členských států EU
- součástí jsou doporučení pro členské státy EU
  - Umožnit pacientům úplný a volný přístup k srozumitelným informacím
  - Prosazovat princip, že informovaný pacient je lépe vybaven pro péči o své zdraví.
  - hlášení nežádoucích událostí a nedokonaných pochybení
  - Postupně zavádět procesy v oblasti řízení rizik ve zdravotnictví
  - Vytvářet prostředí, kde jsou chyby využity k poučení, ne k svalování viny a hanby a k trestání

Nežádoucí události ve zdravotnictví

- Jakékoli **poškození pacienta** (nebo riziko) způsobené **činností personálu** zdravotnického zařízení, nikoli onemocněním či úrazem pacienta.
- V České republice dosud žádná **studie** výskytu nežádoucích událostí **neproběhla**.

- **Rizikové faktory:**
  - zastaralá infrastruktura
  - nesjednocené technologické vybavení
  - nesystémové řízení rizikových procesů
  - nesystémové šetření nežádoucích událostí
  - převažující důraz na produktivitu a nákladovou efektivitu zdravotnických zařízení
  - nedostatečné řízení lidských zdrojů (systematická kontrola odborných kompetencí zaměstnanců)

Příklady nežádoucích událostí

- Záměna pacienta, výkonu, strany, či orgánu, na kterém má být výkon proveden
- Chybné podání léku, Pády pacientů, Napadení pacienta či personálu
- Sebevražda pacienta ve zdravotnickém zařízení
- Únos dítěte ze zdravotnického zařízení
- Poškození pacienta zdravotnickou technikou (např. popálení od elektrody na operačním sále)
- Poškození pacienta při výkonu (např. popálení během dezinfekce operačního pole)
- Záměna diety (podání jiného jídla, než má pacient ordinováno lékařem)
- Únik informací ze zdravotnické dokumentace

% nežádoucích událostí ve světě

Tabulka č. 1 Výskyt poškození pacientů během hospitalizace - nejnovější studie (JCAHO, USA)

Stát	Výskyt poškození pacientů v % hospitalizovaných
V. Británie	11
Dánsko	10
Nový Zéland	9
Austrálie	11
Kanada	8 v soukromých a 11 ve veřejných zdravotnických zařízeních

Počty závažných nežádoucích událostí

Tabulka č. 2 Hlášené závažné nežádoucí události (úmrtí pacienta, ztráta orgánu či jeho funkce)
JCAHO, USA 1995-2005
(? = 3548)

Sebevraždy pacientů ve zdravotnickém zařízení	464
Stranová záměna	455
Komplikace výkonu	444
Medikační chyba	358
Zpoždění léčby	269
Pády	189
Úmrtí pacientů v omezovacích prostředcích (kurtování)	138

Kvalita z pohledu Donabediana

- Avedis Donabedian (7. ledna 1919 – 9. listopadu 2000)
- Americký univerzitní profesor veřejného zdravotnictví



S + P = O

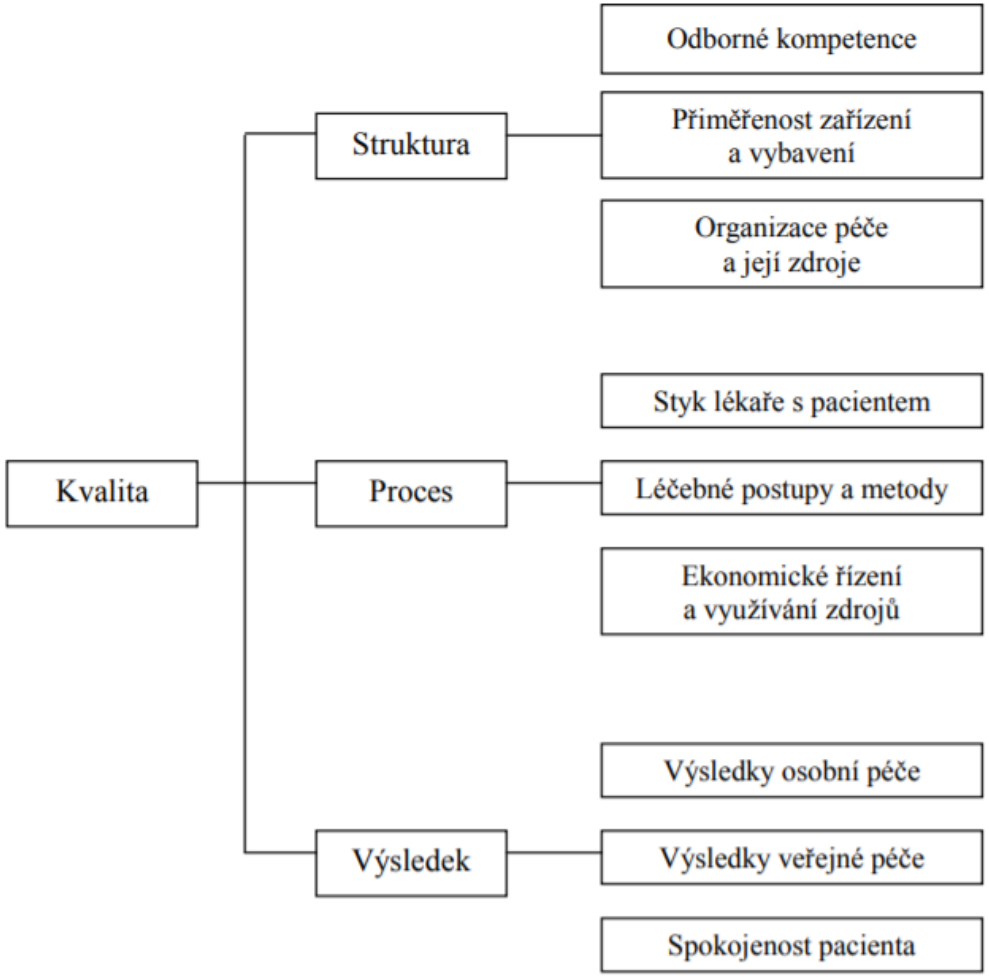
Structure + Process = Outcomes

- **Definuje kvalitu** zdravotní péče jako „druh péče, při kterém lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“.

Donabedianský model

- **dominantní paradigma** pro hodnocení kvality zdravotní péče
- rámec pro zkoumání zdravotnických služeb a hodnocení kvality zdravotní péče
- kategorie: **„struktura“, „proces“ a „výsledky**“
- **Struktura** popisuje **kontext**, ve kterém je péče poskytována, včetně nemocničních budov, lidské zdroje, financování, technické vybavení
- **Procesy** označují **transakce** mezi pacienty a poskytovateli v průběhu poskytování zdravotní péče. Používají se systémy managementu kvality a klinické guidelines.
- **Výsledky** se týkají **účinků zdravotní péče** na zdravotní stav pacientů a populací.

S+P=V



- Prvky rozvoje kvality zdravotní péče
- Výsledkem rozvoje kvality zdravotní péče je konečný efekt zdravotní péče ukazující i na efektivnost

Strukturální kvalita

Založena na předpokladu, že **výchozí podmínky a správné nastavení struktury systému** poskytování zdravotnických služeb **povede k zajištění kvality** (ke kvalitnějším procesům a výsledkům)

Obecně by měl platit předpoklad, že **dobrá struktura zajišťuje přiměřenost procesu a dobrý výsledek**.

Strukturální předpoklady zahrnují

nemovitosti (zdravotnická zařízení, nemocnice, polikliniky, atd.) **organizační strukturu** zdravotnického systému (rozmístění osob, jejich pravomoci a zodpovědnost).

Indikátory: úroveň technického vybavení, IT, kvalifikace personálních zdrojů, vlastnosti budov (MRICS).

Je historicky nejstarším přístupem k zajištění kvality zdravotní péče.

Metoda hodnocení strukturální kvality je **porovnání procesu poskytování** zdravotní **péče** oproti stanoveným kritériím **a standardům**

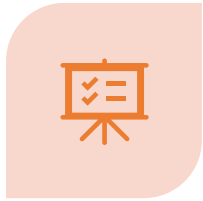
Procesní kvalita



JE **DYNAMICKÁ A** ZAHRNUJE ČINNOSTI VYKONÁVANÉ PŘI PREVENCI, DIAGNOSTICE, LÉČBĚ, REHABILITACI, ROZVOJI VZDĚLÁNÍ A INFORMOVÁNÍ PACIENTŮ



ZAJIŠTĚNA V PŘÍPADĚ **PLNÉHO VYUŽITÍ** V DANÉM ČASE DOSTUPNÉ ÚROVNĚ **MEDICÍNSKÝCH ZNALOSTÍ A TECHNOLOGIÍ** VE VŠECH FÁZÍCH POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE



DOBŘE ZVLÁDNUTÝ PROCES MUSÍ BÝT **ZAJIŠTĚN ZNALOSTMI** (KVALIFIKACÍ) A **STANDARDIZACÍ**



INDIKÁTORY: ZRUŠENÍ PLÁNOVANÝCH VÝKONŮ, SHODA SE STANDARDY, ČEKACÍ DOBY…

ÚČASTNÍCI PROCESU

- pacienti a společnost

(přijímají zdravotní péči, zdrojem informací o procesu poskytování zdravotní péče);

- zdravotnický personál

(poskytují zdravotní péči a jsou základnou pro rozvoj kvality zdravotní péče);

- řídící pracovníci

(mají zodpovědnost za průběh procesu poskytování zdravotní péče);

- ostatní účastníci

(státní správa, finanční instituce).

Výsledková kvalita

- **Porovnání** poskytování zdravotní péče v **oblasti procesu i struktury** (např. systém DRG).
- Je třeba znát **výsledky poskytovaných** zdravotnických **služeb**.
- **Výsledkem** zdravotní péče se rozumí **efekt zdravotnických služeb na zdravotní stav** jedince či populace.
- Pokud se výsledky **porovnávají s** dosavadními **nejlepšími** výsledky jedná se o **benchmarking**.
- Poskytuje dobrý způsob, jak zajistit kvalitu zdravotní péče a jak porovnat poskytovatele zdravotní péče a výsledky použitých intervencí.

Př. Indikátorů výsledkové kvality

- Úmrtnost (pooperační, novorozenecká)
- Komplikace po různých operacích, výkonech nebo terapeutických postupech
- Počet reoperací
- Počet neplánovaných rehospitalizací
- Pooperační a nosokominální infekce
- Císařské řezy na počet porodů
- Neplánované návraty na JIP
- Podíl vyléčených, zlepšených, nezměněných, zhoršených a zemřelých pacientů
- Úraz pacienta při pádu
- Počet oprávněných stížností …

Metody hodnocení kvality

- Metoda pozorování

Objektivní **sledování činnosti** prostřednictvím pozorovatelných jevů. Nejdůležitější je **přípravná fáze**, která v sobě zahrnuje vlastní plán pozorování, tedy **ujasnění, na co se chceme objektivně zaměřit** v praxi.

- Skupinová diskuse (focus group)

Konfrontace názorů diskutujících a pozorování způsobů jejich modifikace vzájemným ovlivňováním mezi členy skupiny. Moderátorem **řízený rozhovor** malé skupiny vybraných osob na stanovené téma. Příspěvky diskutující neadresují moderátorovi, ale **sobě navzájem**, čímž vstupují do vzájemných vztahů a **přesvědčování**.

- Individuální hloubkový rozhovor

Umožňuje respondentovi **volně hovořit** a **vyjádřit své názory** a pocity k předmětu výzkumu. Trvá zpravidla více než 1 hodinu a může být se svolením respondenta **zaznamenáván** pro pozdější analýzu.

- Výzkum
  - **Kvalitativní výzkum**

    jako doplněk výzkumných strategií. Provádí se jako intenzivní a dlouhodobý kontakt s terénem nebo zkoumanou životní situací. Pracuje s malým souborem respondentů
  - **Kvantitativní výzkum**

    Jedná se o metodu standardizovaného vědeckého výzkumu, vyžaduje větší soubory dat a respondentů.

- Dotazník

Měření a vyhodnocování kvality

- **Nelze-li** něco **změřit**, lze špatně rozhodnout o tom, zda se určitý proces nebo **výstup zlepšuje či zhoršuje**.
- Zdroje dat:
  - od **pacientů** a jiných interních nebo externích klientů
  - z **auditů**
  - z **indikátorů** zdravotní péče
  - od externích **expertů**

Hodnocení kvality

- Můžeme hodnotit **z různých** úhlů **pohledů**.
- Jedním z modelů hodnocení kvality je sledování **spokojenosti klienta**.
- Sledované dimenze:
  - poskytování zdravotní péče,
  - dostupnost péče,
  - finanční záležitosti,
  - technické záležitosti,
  - kontinuita,
  - účinnost,
  - přiměřenost,
  - prostředí.

Hodnocení kvality v ČR

- Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
    a. Interní hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb
    b. Externí hodnocení kvality zdravotních služeb
- Zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem zajišťujícím především kvalitu procesů, ke kterým ve zdravotnictví dochází.
- Doporučení k jeho zavedení na národních úrovních dala Rada Evropy v roce 1997.

a. Interní hodnocení kvality

- vychází z institucionálního **sebehodnocení** podle určitých **standardů**.
- Sebehodnocení je **komplexní, systematický a pravidelný proces**, který posuzuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, jehož **podstatou je sebekritické vyhodnocení** všech **oblastí** poskytované péče a vyhledání nejslabších míst.
- Základem sebehodnocení je **zachování objektivnosti v sebekritičnosti**, kontinuita a sledování dynamiky vývoje.
- **Neslouží k vystavení certifikátů kvality** a nejedná se o složení zkoušky
- Cílem je **shromažďování údajů**, pochopení organizace, minimalizace rizikových činností a odhalení potenciálních možností ke zlepšení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče

a. Interní hodnocení kvality

- Jde o proces **hodnocení sebe sama** a zajištění trvalého zlepšování.
- Na základě výsledku sebehodnocení si **poskytovatel** zdravotních **služeb sestaví svoje individuální plány zvyšování kvality** a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.
- Z výsledků sebehodnocení poskytovatel **určí oblasti**, v nichž si zdravotnické zařízení **vede dobře** a ty oblasti, které **by bylo třeba zlepšit** a které **nesplňuje vůbec**.
- Na základě těchto informací by měl být **vypracován plán**, který bude tyto problémy řešit.
- Je důležité, aby **naplánované aktivity** byly přiřazeny k místním **prioritám**, **cílům** a k dostupným **zdrojům** poskytovatele.

Hodnocené oblasti

- **1. Poskytovatel lůžkové a jednodenní péče**
  - 1.1. Standard: Zavedení rezortních bezpečnostních cílů
  - 1.1.1. RBC1-Bezpečná identifikace pacientů
  - 1.1.2. RBC2-Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti
  - 1.1.3. RBC3-Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
  - 1.1.4. RBC4-Prevence pádů
  - 1.1.5. RBC5-Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
  - 1.1.6. RBC6-Bezpečná komunikace
  - 1.1.7. RBC7-Bezpečné předávání pacientů
  - 1.2. Standard: Řešení neodkladných stavů
  - 1.3. Standard: Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých
  - 1.4. Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí
  - 1.5. Standard: Sledování spokojenosti pacientů
  - 1.6. Standard: Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče
  - 1.7. Standard: Dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony
- **2. Poskytovatel ambulantní péče**
  - 2.1. Standard: Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (RBC2)
  - 2.2. Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5)
  - 2.3. Standard: Řešení neodkladných stavů
- **3. Poskytovatel zdravotnické záchranné služby**
  - 3.1. Standard: Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (RBC2)
  - 3.2. Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5)
  - 3.3. Standard: Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče
  - 3.4. Standard: Technická kontrola pomůcek k řešení neodkladných stavů

b. Externí hodnocení kvality

- **Podmínky hodnocení** kvality a bezpečí pouze pro **lůžkovou** zdravotní péči.
- Posuzování **lékárenské péče** z hlediska její kvality vykonává přímo stát prostřednictvím **Státního ústavu pro kontrolu léčiv**
- Externí hodnocení kvality a bezpečí **není povinné – jedná se o dobrovolný proces**.
- Mohou provádět **fyzické nebo právnické osoby**, které k této činnosti získají **oprávnění**
- Musí **splnit „Minimální hodnotící standardy** a ukazatele kvality a bezpečí, včetně požadavků na personální zabezpečení, způsob a postup hodnocení**“, pokud chtějí získat certifikát** kvality a bezpečí
- **Oprávněná osoba vydá certifikát kvality a bezpečí s platností 3 roky.**

Seznam oprávněných osob

- Zákon č. 372/2011 Sb. zmocňuje Ministerstvo zdravotnictví udělovat oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb
- Oprávnění může získat pouze právnická či podnikající fyzická osoba, která splní zákonné požadavky o hodnocení kvality a bezpečí **lůžkové** zdravotní péče.

1. Spojená akreditační komise, o.p.s.
2. e-ISO, a.s.
3. Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o.
4. T Cert, s.r.o.
5. EURO CERT CZ, a.s.
6. MUDr. Zdeněk Machálek
7. LL-C (Certification) Czech Republic a.s.
8. DNV GL Business Assurance Czech Republic s.r.o.
9. CZECH QUALITY UNION s.r.o.

Mezinárodní hodnocení kvality

- Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA).

- Nezisková organizace zaměřená na podporu zlepšování kvality ve zdravotnictví.

- Mezinárodní akreditační principy definované ISQuA a WHO, stanovují plnění následujících požadavků

- zaměření na pacienta, respektování jeho práv
- odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování
- optimální využívání zdrojů
- řízení rizik
- proces jasného řízení v organizaci
- zahrnutí všech činností do strategického plánování
- kontakt s přímými poskytovateli zdravotních služeb v příslušném regionu

Modely řízení kvality

- Poskytováním kvalitních zdravotnických služeb se **zabývají různé země ve světě** a **vznikly různé modely**, které se zaměřují na kvalitu poskytované zdravotní péče.
- Tyto modely lze rozdělit **do čtyř základních kategorii**:

1. Modely **systémů řízení kvality** (Mezinárodní organizace pro normalizaci, ISO)
2. Modely (národní a nadnárodní) **akreditačních standardů** (JCAHO, JCIA, SAK ČR)
3. Modely **definující proces tvorby** národních akreditačních **standardů**, ISQua, ALPHA, které jsou zaměřeny na klienta a zapojení klienta do zdravotní péče a respektování práv pacienta, monitorování kvality, řízení rizik a kontinuita procesu.
4. Modely **excelence** – světové ceny za kvalitu – (Baldrige, EFQM, Six Sigma)

Norma ISO

- **Nejrozšířenější** modelem kvality, zejména v laboratořích, kuchyních, centrálních sterilizacích
- zaměřen na **procesní** řízení kvality, na zákazníka, dále na způsob vedení dokumentace a zaměstnance
- poskytovat **identické** služby a produkty za všech stanovených okolností a vždy ve **stejné kvalitě**
- kvalitní plánovací, řídicí a kontrolní procesy, které zaručí bezpečnost klienta
- Základem kvalitního řízení je rovněž Demingův cyklus

Model JCIA

- Joint Commision International - Spojená mezinárodní komise
- Mezinárodní akreditační program
- Vznik roce 1999
- Akreditační program získal **mezinárodní uznání**
- Standard kvality byl vytvořen ve spolupráci se zástupci 16 zemí reprezentujících hlavní světové trhy.
- **370 standardů**
- Hlavní cíle jsou zaměřeny na efektivitu a kvalitu péče, řízení rizik a chyb a vytváření optimálního léčebného prostředí
- Založen na změně myšlení lidí pracujících v organizaci a na přístupu ke změnám.

5 oblastí JCIA

1. Proces řízení a zodpovědnosti
2. Kompetentní a schopní pracovníci
3. Bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance
4. Klinická péče o pacienty
5. Zlepšování kvality a bezpečnosti

V každé oblasti je 10 kritérií.

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE

SAK ČR

- Spojená akreditační komise České republiky se sídlem v Praze
- V tehdejším Československu zahájen transformační proces ve zdravotnictví.
- Součástí bylo vytvoření **systému kvality** ve zdravotnických zařízeních.
- Jednou z metod standardizace je metoda **akreditace** nemocnic.
- Akreditace jsou **dobrovolné**.
- V roce 1998 vydala **50** akreditačních **standardů**, které jsou rozděleny do **10** tematických **oblastí**
- Cílem je zjistit „**shodu**“ **mezi** akreditačními **standardy** a aktuálním **stavem** zdravotnického zařízení.
- Akreditační certifikát **platný 2–3 roky**

SAK ČR

- Akreditace SAK ČR je nástroj pro **externí hodnocení kvality** a bezpečí při poskytování zdravotních služeb.
- Standardy jsou rozděleny do kapitol odpovídajících příslušným činnostem při poskytování zdravotních služeb v nemocničním prostředí.
- V první části jsou uvedeny standardy vztahující se ke klinickým aktivitám
- Ve druhé části jsou pak standardy organizační a manažerské.
- Každý akreditační standard je rozdělen do tří částí:
  - Vlastní **znění** standardu
  - **Účel** standardu – stěžejní část, která popisuje **způsob naplnění standardu**, příklady naplnění, případně odkazy na legislativu.
  - **Indikátory** standardu – toto jsou **měřitelné položky**, jejichž naplnění se při akreditačním šetření posuzuje.

Model EFQM

- European Foundation for Quality Management - Evropská nadace pro řízení kvality
- Založena v roce 1988
- Model excelence EFQM patří v současnosti mezi **jeden z nejpropracovanějších** moderních přístupů k měření výkonnosti podniku. Model vychází z **principu trvalého zlepšování výkonnosti** organizací uplatňovaného prostřednictvím pravidelného sebehodnocení a následné realizace činností zlepšování.
- **Spolupráce s** významnými evropskými **podniky**, mezi nimiž jsou například KLM, Nestlé, Bosh, Phillips, Volkswagen
- Posláním je vést organizace v Evropské unii k zajištění kvality s **pomocí** programu **TQM** (Total Quality Management). „Model kontinuálního zvyšování kvality“
- Vede organizace k pravidelnému **sebehodnocení** a následnému **kontinuálnímu zvyšování kvality**.
- Organizace, která splní požadavky programu, může získat **Evropskou cenu za kvalitu**.

Kvalita z pohledu pacienta

- Kvalitu můžeme hodnotit pomocí „**objektivních**“ ukazatelů nebo **zhodnocení** kvality **spotřebitele** zdravotních služeb.
- **Rozdílné názory** na to, do jaké míry jsou **pacienti schopni posoudit kvalitu** zdravotních služeb.
- Jeden pohled tvrdí, že spokojenost zákazníka **je jediným relevantním ukazatelem**
- Jiný pohled je, že pacienti **nejsou schopni kvalitu** zdravotních služeb s výjimkou nezdravotních ukazatelů (například čistota pokojů a kvalita jídla) vůbec **posoudit**.
- Některé studie prokázaly souvislost mezi spokojeností pacientů a kvalitou prokázanou pomocí „objektivních“ ukazatelů
- Jedná se o **subjektivní pohled** na **chování zdravotníků** a **celkový dojem** z poskytnuté služby, který samozřejmě významně záleží na **úrovni komunikace** mezi zdravotníky a pacientem a je cennou zpětnou vazbou pro poskytovatele.

Kvalita z pohledu pacienta

- **Harvey Picker** byl zakladatelem společnosti Picker Institute
- *Prosinec, 1915 – březen, 2008*
- Picker a jeho žena, Jean, věřili, že americký systém zdravotní péče je technologicky a vědecky vynikající, ale nebyl dostatečně citlivý na obavy a pohodlí pacientů.
- Picker Institute, založen v roce 1986
- Nezisková organizace zaměřená na rozvoj a podporu přístupu ke zdravotní péči s důrazem na pacienta.
- Picker Institutes byly založena ve Švédsku, Švýcarsku a Německu v roce 1998 a sesterská nezisková organizace Picker Institute Europe byla založené v roce 2000.
- V roce 2013 ukončili svou činnost v USA

The Picker Patient Experience Questionnaire

- **15 položkový dotazník** zahrnující osm domén
- PPE-15 byl původně navržen pro použití v ústavní péči.
- Může být použit jak pro plánovanou péči, tak pro akutní hospitalizaci
- Byl vyvinut pro **identifikaci pacientových zkušeností** a **problémů** se specifickými procesy zdravotní péče, které ovlivňují kvalitu péče v lůžkovém prostředí.
- Obsahuje **specifické otázky** o tom, zda během poskytnutí péče došlo k určitým **procesům** a **událostem**.

Osm dimenzí dotazníku PPE 15

- Přijetí pacienta do nemocnice (zdravotnického zařízení).
- Respekt, ohled, úcta k pacientovi.
- Koordinace a integrace péče o pacienta.
- Informace, komunikace s pacientem.
- Tělesné pohodlí pacienta.
- Citová opora a zmírnění strachu a úzkosti pacienta.
- Zapojení rodiny a blízkých pacienta.
- Propouštění a pokračování léčby pacienta.

Problémy spojené s kvalitou

- problém **sběru** (veliké finanční či personální náklady)
- **interpretace** sofistikovaných dat o kvalitě zdravotní péče vysvětluje, proč se mnoho zemí spoléhá spíše na regulaci vstupů (regulace léků, vybavení, počtu personálu v zdravotnických zařízeních) než na kontrolu a hodnocení výstupů
- různí **aktéři systému** (např. lékaři, pacienti, politici) mohou klást **různé úrovně důležitosti na různé rozměry kvality**
- zajištění **stejné úrovně kvality** pro všechny pacienty a u všech poskytovatelů je **velice náročné** a mnohdy velmi podceňováno

Shrnutí

Kvalitu obvykle odráží hodnoty a cíle současného zdravotnického systému

Kvalita = „Míra, do jaké zdravotní služby pro jednotlivce a populace zvyšují pravděpodobnost požadovaných zdravotních výsledků a jsou v souladu se současnými odbornými znalostmi“. Kvalita je měřitelná.

- WHO zahrnuje tři pohledy na kvalitu
  - Kvalita z pohledu pacienta (tzn. zohlednění zájmů, potřeb a přání pacienta).
  - Kvalita řízení/managementu (tzn. vytváření a dodržování předpisů).
  - Odbornou kvalitu poskytovaných služeb (správná odborná praxe).

Sledovat indikátory kvality a správně vyhodnocovag výsledky měření a zahrnout je procesu zlepšení zdr. Péče a směrovat tak organizaci.

Nebát se změn.

Správná implementace změn musí být odůvodněná, dobře interpretována, kontinuálně monitrována a vyhodnocována. Pracovníky motivovat a odměnovat.

Zdroje

- Hsiao, 2001
- Burns, L. - Bradley, E. - Weiner, B. 2011. Shortell and Kaluzny's Healthcare Management: Organization Design and Behavior. 6. edi. Cengage Learning, 2011. 608 pages
- Buchbinder, S.B. - Shanks, N.H. 2016. Introduction to Health Care Management. 3. edi. Jones & Bartlett Learning. 2016. 676 p
- Zákon č. 372/2011 Sb

Děkuji za pozornost.