

Projekt zlepšování kvality operačních porodů s přihlédnutím k zavedení úhradového mechanismu DRG

Bc. Marta Komárková

Diplomová práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Marta KOMÁRKOVÁ**
Osobní číslo: **M10906**
Studijní program: **N 6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**

Téma práce: **Projekt zlepšování kvality operačních porodů
s přihlédnutím k zavedení úhradového mechanismu
DRG**

Zásady pro vypracování:

Úvod

I. Teoretická část

- Provedte literární průzkum pramenů a formulujte zásady doporučených diagnostických, léčebných, ošetrovatelských a dalších postupů.

II. Praktická část

- Provedte analýzu současného systému kvality a bezpečí zdravotní péče v porodnici v Kyjově.
- Navrhněte projekt redukce forezních rizik, minimalizace variability, eliminace duplicit a identifikace rizik.
- Vyhodnoťte přínosy projektu pro praxi a charakterizujte podmínky kontinuity a udržitelnosti.

Závěr

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

Seznam odborné literatury:

DRUCKER, P. F. Výzvy managementu pro 21. století. (Management Challenges for the 21st Century). Praha: Management Press, 2000. 188 s. ISBN 80-7261-021-X.

GLADKIJ, I. et al. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

MARX, D. a STANĚK, I. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, Joint Commission International. překlad 3. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 312 s. ISBN 978-80-247-2436-2.

SPICER, J. How To Measure Patient Satisfaction. Quality Progress, 2/2002, pp. 97-98. In: Moderní řízení 10/2002, s.38-40. ISSN 0026-8720.

SOUČEK, Z. a BURIAN, J. Strategické řízení zdravotnických zařízení. Praha: Professional Publishing, 2006. 196 s. ISBN 80-86946-18-5.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Jaromír Černý, Ph.D.**
Ústav průmyslového inženýrství a informačních systémů
Datum zadání diplomové práce: **26. března 2012**
Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2012**

Ve Zlíně dne 26. března 2012

prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka



Ing. Pavla Staňková, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním bakalářské/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 obhajoby¹;
- bakalářská/diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou bakalářskou/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. 3²;
- podle § 60³ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

¹ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

² 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, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

³ 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, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

- podle § 60⁴ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou/diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské/diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské/diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

- jsem bakalářskou/diplomovou práci zpracoval/a samostatně a použité informační zdroje jsem citoval/a;
- odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 30. 4. 2012



⁴ 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, § 60 Školní dílo:

- (2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
- (3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Ing. Jaromíru Černému, Ph.D. za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěl k vypracování této diplomové práce.

Poděkování patří také managementu Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace za možnost vypracování diplomové práce o procesu řízení kvality na operačním sále.

Osobní poděkování věnuji i rodině za podporu při zpracování diplomové práce.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá projektem zlepšování kvality operačních porodů s přihlédnutím k zavedení úhradového mechanismu DRG. Cílem práce je představení systému zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb u operačních porodů, specifik řízení kvality ve zdravotnickém zařízení, popis základních nástrojů zlepšování a redukce rizik pro klienty a personál, stanovení úkolů a povinností vedoucích pracovníků směřujících ke zvyšování kvality, bezpečnosti a k procesu vedení a kontroly, které jsou efektivní, když jsou plánovány.

Klíčová slova:

Kvalita, řízení kvality a bezpečí, nástroje řízení kvality, indikátory kvality, interní audit, ošetrovatelské standardy, úhradový mechanismus DRG

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the project of improving the quality of operational delivery when considering the implementation of DRG fee mechanism. The aim of this work is to introduce the system of increasing quality and safety of the provided services during operational delivery, then particularities in a health institution quality management, the description of basic tools of improving and reduction of risks for clients and staff, determination of tasks and duties of managing workers leading to quality and safety increase, the process of management and control, which are effective when they had been planned.

Keywords:

Quality, quality and safety management, tools of quality management, indicators of quality, internal audit, nursing standards, DRG fee mechanism.

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

OBSAH

Úvod	10
1 Systém managementu kvality ve zdravotnictví	14
1.1 <i>Pojem kvalita</i>	16
1.2 <i>Spokojenost pacient x zaměstnanec</i>	17
1.2.1 Pacient.....	17
1.2.2 Zaměstnanec	18
1.3 <i>Kritéria kvality</i>	19
1.4 <i>Management kvality</i>	20
1.5 <i>Systém řízení kvality ve zdravotnictví</i>	22
1.5.1 Dokumentace SMK dle ČSN EN ISO 9001:2001	24
1.5.2 Dokumentace SMK zdravotnického zařízení	24
1.5.3 Ochrana informací v SMK.....	26
2 Úhradový mechanismus lůžkových zdravotnických zařízení	27
2.1 <i>Současný stav úhrad ZZ za poskytnutou zdravotní péči</i>	27
2.1.1 Paušální hospitalizační sazba.....	27
2.1.2 Úhrada zdravotní péče dle seznamu smluvně daných výkonů	27
2.1.3 Kombinovaná úhrada s platbou za diagnózu IR DRG	28
2.2 <i>Úhradový systém IR DRG</i>	29
2.2.1 Implementace IR DRG do zdravotního systému ČR.....	30
3 Analytická část sledovaného oddělení a pracoviště	35
3.1 <i>Kvalita a bezpečnost poskytované péče v praxi</i>	36
3.2 <i>Indikátory kvality</i>	37
3.2.1 Indikátory kvality sledované ZZ a ZP.....	38
3.2.2 Prevence pochybení při operačních výkonech.....	39
3.3 <i>CHIRURGICKÝ bezpečnostní list</i>	40
3.3.1 Proces zaznamenání shody počtu nástrojů a materiálu.....	41
3.3.2 Chirurgický bezpečnostní list – Česká republika	41
3.4 <i>Jak snížit škody z poškození pacienta</i>	43
3.5 <i>NÁKLADY a nákladová střediska v Nemocnici Kyjov p. o.</i>	46
3.5.1 NÁKLADY na jednotlivé případy	47
3.5.2 Nákladové středisko operační sály	48
3.6 <i>ROLE zdravotních pojišťoven- plátců poskytované zdravotní péče a úhradový mechanismus IR - DRG</i>	49

3.7	<i>CÍSAŘSKÝ řez z pohledu porodní asistentky a perioperační sestry jako základní forma operačního porodu</i>	51
3.7.1	Indikace k S. C.	52
3.7.2	Akutní operace S. C.	52
3.7.3	Plánovaný cisařský řez na přání matky	53
3.7.4	Situace v porodnosti v Jihomoravském kraji	54
3.7.5	Akreditace ZZ – cesta ke zvyšování kvality a bezpečí	56
3.8	<i>Návrh dokumentů - řešení</i>	61
3.9	<i>MAPA péče (příloha č. 1)</i>	64
3.9.1	Mapa péče a operační porod	64
3.9.2	Mapa péče na operačním sále	65
3.9.3	Současná situace	66
3.10	<i>Statistické údaje v Jihomoravském kraji za posledních 10 let dle Národního referenčního centra ČR</i>	72
3.10.1	Nozokomiální nákazy	73
3.10.2	Úklidová technika a odpadové hospodářství	75
3.10.3	Sterilita	75
3.10.4	Lidské zdroje	76
3.10.5	Zdravotnické prostředky a přístroje	76
3.10.6	Sběr a zpracování informací	77
3.10.7	Řízení rizik na operačním sále	78
4	Závěr	81
	Seznam použité literatury	84
	Seznam použitých symbolů a zkratk	91
	Seznam obrázků	93
	Seznam tabulek	94
	Seznam příloh	95

ÚVOD

Zavádění reformy ve zdravotnictví s platností od roku 2012 a v následujícím období se promítne do struktury zdravotnických zařízení, objemu a portfolia poskytované péče v jednotlivých odbornostech. Hlavní role v tomto období náleží zdravotním pojišťovnám, Ministerstvu zdravotnictví a jednotlivým odborným společnostem lékařských oborů. Zdravotní pojišťovny pracují na racionalizaci sítě smluvních zdravotnických zařízení a nová úhradová vyhláška na rok 2012 jim umožňuje výrazně užit úhradový systém DRG, ve kterém jdou peníze až v 75% rozsahu poskytované péče za klientem. Tato úhrada má nahradit ne-transparentní bodový systém. Institut reálné ceny je představitelem principu „za stejný efekt stejná úhrada“. Proto ty nemocnice a oddělení, které nebudou schopné přilákat klienty mohou čekat ekonomické problémy a neuzavření smluv ze strany zdravotních pojišťoven. Systém DRG se tak jeví jako nástroj k rozlišení zařízení podle využívání jejich péče ze strany pojištěnců.

Základem je nový zákon o zdravotních službách, který přesně vymezuje pojmy, postavení klienta jako rovnoprávného partnera, zavádí pravidla pro hodnocení kvality. Jde o centrální normu resortu zdravotnictví, kdy každý klient ví na jakou péči má nárok a právo ji vyžadovat. Ministerstvo zdravotnictví plánuje zrušit ta oddělení nemocnic, která provedou ročně málo operací. Klienti budou muset dojíždět za péčí, ale na zrušení menších oddělení by měli vydělat, protože budou mít jistotu, že operace povedou odborníci, pro které je výkon rutinní záležitostí a případné komplikace zvládnou s přehledem.

Plánem Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZd ČR) je zveřejnění nejmenších možných počtů operací ze stran zdravotních pojišťoven pro jednotlivé odbornosti a ta oddělení, která limit nesplní, nebudou mít uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Ve většině odborných lékařských společností se o nepodkročitelných limitech na jednotlivé druhy operací vedou diskuze. Na tyto změny je ideální doba, protože zdravotní pojišťovny (dále jen ZP) letos vypověděly smlouvy zdravotnickým zařízením a nové budou uzavírat podle předem stanovených kritérií platných bez rozdílu pro všechny nemocnice. (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2012)

Problémem zdravotnického systému v České republice (dále jen ČR) je rostoucí technická úroveň všech procesů provázená rostoucími výdaji na zdravotní péči a pomalu rostoucí zdroje krytí. Finanční prostředky plynoucí do zdravotnictví je třeba využívat efektivně, pro-

tože tyto zdroje pro krytí zdravotní péče jsou stanoveny jako procento HDP ČR, dle statistických údajů za rok 2009 (Český statistický úřad, dále jen ČSÚ, 2009) to bylo 8,2% při poklesu HDP v roce 2009 ve srovnání s předchozím obdobím o 4,1% (ČSÚ, 2009). Celkové výdaje na zdravotní péči v roce 2010 činily 284,1 miliardy korun (ČSÚ, 2012).

Ve velkém množství konkurenčních subjektů se jako výhoda ukazují aktivity jednotlivých odborností v nemocnicích, které se zaměřují na zvyšování bezpečnosti a kvality zdravotní péče, kdy zapojení zdravotnického zařízení (dále jen ZZ) do systému řízení kvality (dále jen SŘK) předpokládá mít potřebné znalosti, informace a vědět, co se od nich očekává. Klient na plánované zákroky pak rád bude cestovat dál, když bude mít větší jistotu poskytované úrovně služeb, kterou od jím vybraného poskytovatele očekává. Kvalita péče a bezpečnost klientů musí být posouvána neustále dopředu, posilována a kontrolována.

Cílem diplomové práce je projekt zvyšování kvality operačních porodů s přihlédnutím k zavedení úhradového mechanismu IR DRG. Podle zpráv z odborné gynekologicko-porodnické společnosti jsou už stanoveny předběžné hranice pro zachování porodnic v České republice (dále jen ČR) podle počtu odvedených porodů za jeden rok. (Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2012). To povede k zániku menších porodnic, protože s nimi zdravotní pojišťovny ČR (dále jen ZP) neuzavřou nové smlouvy. Současné smlouvy zdravotní pojišťovny k 31. 12. 2012 již všem zdravotnickým zařízením vypověděly. (Svaz zdravotních pojišťoven České republiky 2011, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2012)

Tím dojde ke zvýšení počtu klientek v porodnicích, kterým zdravotní pojišťovny smlouvu o poskytování dané zdravotní péče svým pojištěncům ZZ navrhnou a uzavřou. S rostoucím počtem rodiček bude úměrně narůstat i počet operačních porodů a tak zavádění systému managementu kvality je nezbytným krokem a vyžaduje si důsledné aplikování jeho principů a eliminace chyb, aby docházelo k co nejmenší variabilitě procesů.

Diplomová práce má dvě části: teoretickou a praktickou. Teoretická část se dělí na systém managementu kvality ve zdravotnictví a východiska pro systém procesů na operačním sále. Praktická část uvádí hlavní charakteristiky a údaje v procesu operačních porodů, popisuje vývoj v dané oblasti za poslední roky v Nemocnici Kyjov p. o. (dále jen NK), ekonomické ukazatele IR DRG/ kvalita, dosažené výsledky v rámci současného paušálního úhradového mechanismu s porovnáním výsledků po zavedení úhradového mechanismu IR DRG ve

vztahu k operačnímu výkonu bez komplikací/ s komplikacemi/ se závažnými medicínskými komplikacemi. Je provedena analýza přechodu platby zdravotnickému zařízení ze současného modelu na úhradový systém IR DRG.

Na základě analýz jsou stanoveny důležité závěry pro projekt a poslední částí je vlastní návrh projektu zlepšení kvality a bezpečnosti operačních porodů, který je v závěru podroben analýze současného přechodného období příprav na změny úhradových mechanismů ze strany zdravotních pojišťoven.

Zdravotní pojišťovny nyní vedou se ZZ vyjednávání o obsahu nových smluv, o struktuře a rozsahu poskytované péče pro jejich pojištěnce, tak o úhradovém mechanismu za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům. (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2012)

Doufám, že diplomová práce bude v praxi sloužit ke zlepšení skutečné životaschopnosti oddělení, nebude pouhým receptem na léčbu neduhů, ale bude cestou k omezení rizik, zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče a cestou k tvorbě zisku při udržení a zlepšení kvality procesu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SYSTÉM MANAGEMENTU KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ

Dnes se denně setkáváme s řadou varování ve sdělovacích prostředcích na pochybení a nešvary v systému zdravotnických služeb.

Oficiální studie ukazují, že dochází asi při 10 % hospitalizací k chybám ve zdravotní péči ve sledovaných státech. Počet sledovaných zemí a jejich zdravotních systémů s rozvojem komunikačních technologií narůstá a tak zveřejňovaná data mají reálný základ a jsou alarmující pro laickou i odbornou veřejnost.

Kvalitu zdravotní péče velmi pečlivě sleduje hlavně klient, a proto každé zařízení si musí definovat bezpečnostní cíle, kontrolu postupů v poskytování bezpečné péče a péči poskytovat dle protokolu tj. pravidel, aby se zařízení dokázala chránit před možnými soudními spory, chránila klienta a také své zaměstnance.

Programy kvality péče jsou dnes spojovány a akreditacemi nebo certifikacemi zdravotnických zařízení, které jsou pro poskytovatele zdravotní péče dobrovolné, ale jejich udělení, a následné obhájení v pevně stanovených termínech odpovědnými orgány jsou pro klienty vodítkem v rozhodovacím procesu plánovaných výkonů, tvoří záruku kvality a bezpečné péče v neodkladných intervencích pro záchranu života nebo zlepšení zdravotního stavu. (Spojená akreditační komise, o. p. s., 2012)

Kvalita zdravotní péče bude pro zdravotnická zařízení strategickým cílem, urychlí proces změn, kdy klient bude vyhledávat zdravotní péči a jejího poskytovatele podle ukazatelů skutečné kvality. Tyto ukazatele umožní srovnání procesů v jednotlivých zdravotnických zařízeních (dále jen ZZ) vedoucích k návratu klienta ke stavu požadované úrovně zdraví.

V systému zdravotní péče tyto procesy nejsou jedinou cestou ke zlepšení funkční kapacity stavu zdraví, ale je třeba brát v úvahu i životní styl klienta, význam preventivní péče a prostředí, ve kterém žije.

Poskytovatelé zdravotních služeb budou nuceni používat marketingové strategie k zorientování se klienta na trhu a budou svádět o klienta konkurenční boj, neboť zavedení standardu a nadstandardu zdravotní péče umožní si za daný výkon připlatit a tak pouze příjemné a hezké prostředí nebude klientu stačit. Budou hledat ty poskytovatele služeb, kteří jim službu poskytnou spolehlivě, kvalitně, za dobrou cenu s minimem rizik. Současné provozní a nákladové strategie musí být podpořeny implementací marketingového C- mixu,

který je zaměřen na zákaznický segment (je alternativou k marketingovému mixu 4P – mix z pohledu podniku). Marketing mix 4C je marketingový mix z pohledu zákazníka, je zacílen na služby a vystihuje lépe podstatu práce na trhu s důrazem na systém zákaznických hodnot, využívá CRM (Customer Relationship Management – řízení vztahů se zákazníky) a pracuje na principech:

- Customer Value – mix pro zákaznické segmenty (ze 4P – Produkt)
- Communication – obousměrná výměna informací zákazník – poskytovatel (ze 4P – Promotion)
- Convenience – vhodnost, přiměřenost, zákaznické pohodlí (ze 4P – Place)
- Costs – komplexní náklady zákazníka na pořízení služby (ze 4P – Price)

Philip Kotler a Gary Armstrong (2004, str. 105) v knize Marketing uvádějí definici marketingového mixu, ale už v roce 1960 v knize Marketing Jerry McCartry pojmenovává čtyři marketingové nástroje a v roce 1964 nebo 1965 v článku The Concept of the Marketing Mix o této strategii píše Neil. H. Borden (Harvard Business School, 1964-1965).

Kvalita musí být součástí hodnot, které ZZ nabízí a produkuje pro zlepšení kvality života jedince. Tuto kvalitu musí být schopno dokládat a komunikovat pomocí marketingových nástrojů komunikačního mixu. Dřívější zaměření kvality na produkt ale nevyhovuje službám, proto se v oblasti ZP mluvím o kvalitě procesu produkce služby.

Tabulka č. 1: Marketingový mix z pohledu podniku x zákazníka

4P	4C
Výrobek	Řešení potřeb zákazníka
Cena	Náklady vznikající zákazníkovi
Distribuce	Dostupnost řešení
Propagace	Komunikace

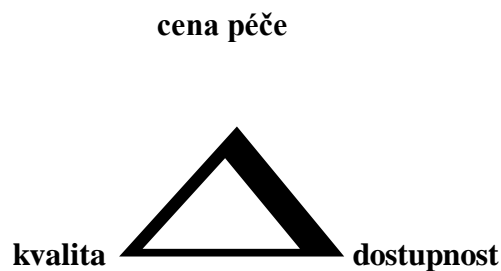
Zdroj: [www. /marketingovy-mix-rozbor/](http://www.marketingovy-mix-rozbor/)

1.1 Pojem kvalita

Co je to kvalita a jak ji měřit?

Definice, jež často uvádí vedoucí Centra pro řízení kvality ve zdravotnictví (Státní zdravotní ústav Praha 10, 2012) pan Aleš Bourek je řada, ale on sám za nejdůležitější považuje tuto: „kvalita služby nebo produktu je schopnost uspokojit potřeby a očekávání klientů, v případě zdravotnictví tedy pacientů“ (Forýtková, Bourek 2011, str. 124). Samozřejmě je na místě otázka, co to vlastně očekávání pacientů je, protože jejich potřeby bývají různé. V této souvislosti se obvykle hovoří o zajištění pocitu bezpečí a jistoty. Dále A. Bourek 2001 (Zdravotnické noviny, 44/2001) říká, že: „Každý zdravotnický systém řeší klasický trojúhelník. Zajištění optimální rovnováhy mezi kvalitou, dostupností a cenou péče. Pokud se tento systém vyřeší nesystémově a dojde k převaze některé z výše uvedených částí systému, přinese to disproporce. Medicínu je třeba poskytovat stejně kvalitně, jako každou jinou službu. (Zdravotnické noviny, 50/2001)

Obrázek č. 1: Trojúhelník zdravotnického systému



Zdroj: vlastní úprava dle ZDN č. 44/2001

Kvalita je obecně definována a má svá kritéria a indikátory k jejímu měření. Ve zdravotnictví je obtížně měřitelná nebo měřitelná za určitých podmínek a v daném čase. Podle Stříteckého (2010) „kvalita poskytovaných zdravotních služeb je úroveň zdravotní péče, při které služby pečující o pacienta zvyšují pravděpodobnost výsledků, které si pacient přeje, a snižují pravděpodobnost výsledků, které si pacient nepřeje. Kvalita je stupeň vnímané dokonalosti. Míra prospěšnosti kvality se rovná pravděpodobnosti výsledků chtěných v % a pravděpodobnosti výsledků nechtěných v %. Kvalita je komplexní, adaptivní, dynamický, nelineární systém vztahů, které se v čase vyvíjí a ladí pomocí negativních a pozitivních zpětných vazeb“.(Střítecký, 2010, str. 146 - 147).

Kvalita zdravotních služeb má charakteristické vlastnosti, které požadavky jedince naplní nebo ne. Proto ji mají oceňovat pacienti, kteří své požadavky srovnávají s poskytnutou službou a svými zkušenostmi, většinou dovedou určit nakolik je poskytnutá služba kvalitní. Tyto vlastnosti nelze vyjádřit číselně, ale jsou rozhodující pro spokojenost klienta. Kvalita má svou vnější i vnitřní část. Vnější kvalitu posuzuje subjekt mimo vlastní ZZ- zákazník, zřizovatel, plátce zdravotní služby nebo státní orgány. Souhrn vnitřních postupů k identifikaci slabých stránek ZZ a jejich nápravě je vnitřní kvalitou organizace. Sama kvalitní služba je výsledkem kvalitního procesu, zdrojů a systému managementu kvality (dále jen SMK) řízení. Výsledná kvalita je odrazem vzájemného fungování všech subsystémů organizace.

1.2 Spokojenost pacient x zaměstnanec

Spokojeností pacientů a zaměstnanců se zabývají v celostátním měřítku projekty Kvalita očima pacientů (garant Ministerstvo zdravotnictví ČR a partner Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky) a HealthCare Institute o. s. – zvyšování efektivity a kvality ve zdravotnictví v České republice. Jde o celostátní projekty s cílem zveřejňovat výsledky a oceňovat nemocnice pozitivně vnímané v očích zaměstnanců a pacientů. Viz dotazník pro pacienty a dotazník pro zaměstnance nemocnic v příloze. (HealthCare Institute o. s. 2012, Kvalita očima pacientů, 2012)

1.2.1 Pacient

Kvalitu nejčastěji posuzujeme podle odbornosti personálu, spokojenosti klienta s poskytovanou službou, a zda v procesu došlo ke zlepšení celkového stavu a kvality života jedince. Projekt Kvalita očima pacientů měří kvalitu poskytované zdravotní péče dotazníkovou akcí zaměřenou na čtyři základní dimenze: (Kvalita očima pacientů, 2012).

1. Co pacienti chtějí
2. Co pacienti oceňují, čeho si váží
3. Co pomáhá a co brání schopnostem pacienta zvládat zdravotní potíže
4. Jaké aspekty zdravotní péče jsou pro pacienta a jeho rodinu nejdůležitější

(Kvalita očima pacientů, 2012)

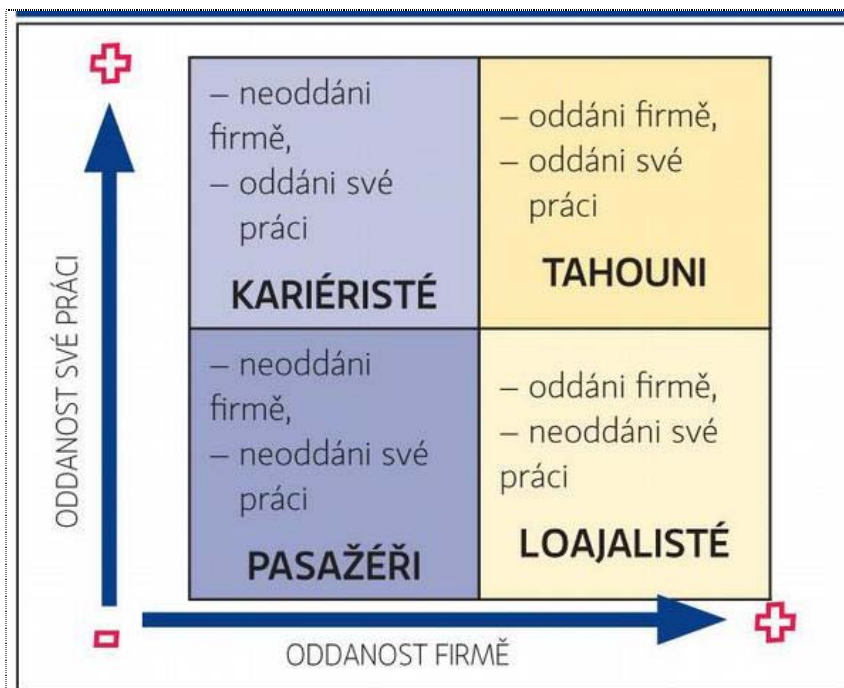
1.2.2 Zaměstnanec

Spokojenost zaměstnanců a její měření je nedílnou součástí řízení lidských zdrojů, je důležitou oblastí vzájemné výměny informací, zaměstnanci jsou nositelé pověsti organizace a nástrojem konkurenceschopnosti ZZ, protože i ty nejlepší technologie zastarají, ale zlepšovat a kultivovat lidský potenciál je úkolem řídicích pracovníků, protože největším nepřítelem organizace je demotivovaný a nespokojený zaměstnanec.

Dotazníková šetření v ZZ na celorepublikové úrovni se proto zaměřují na následující oblasti spokojenosti zaměstnanců českých nemocnic:

1. Pracovní prostředí
2. Komunikace
3. Sociální program
4. Stravování
5. Bezpečnost práce
6. Technické vybavení pracoviště
7. Systém vzdělávání
8. Míra informovanosti
9. Motivace
10. Spokojenost s prací

Obrázek č. 2: Hodnocení spokojenosti zaměstnanců



Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/hodnoceni-spokojenosti-zamestnancu-458790>

1.3 Kritéria kvality

Kritéria kvality ve zdravotnictví (Shortell, Kaluzny 2006) tvoří účinnost, bezpečnost, spravedlnost, efektivita a péče zaměřená na pacienta. I kvalita má své náklady, náklady produkční, celkové, má svou cenu, zisk nebo ztrátu. Při určité úrovni důchodu a působení nabídky a poptávky po službě existuje konkurenční prostředí na poli poskytovatelů ZP.

Důležitá je zpětná vazba a vyhodnocování stanovených parametrů kvality. Výsledek může ukázat viditelné i skryté náklady kvality. Náklady co lze lehce identifikovat a jsou vidět, většinou tvoří chyby ve vykazování zdravotním pojišťovně, neopodstatněné výdaje oddělení, přesčasy, zbytečné laboratorní vyšetření a stížnosti klientů. Naopak náklady, které nejsou vidět, řadíme do oblasti špatně vedené dokumentace, chyb v medikaci a preskripci, nesouladu týmové práce a neefektivní komunikace, frustrace pracovníků, nedostatečného vybavení oddělení a špatné reputace u klientů a jejich okolí.

Proto nelze o kvalitě mluvit bez vzájemného působení spotřebitelů ZP, zdravotních manažerů, poskytovatelů ZP, pojišťoven jako plátců ZP a zevního prostředí. K medicínským znalostem a dovednostem je třeba přiřazovat i ekonomické aspekty, vyrovnané hospodaření, efektivní a racionální využívání zdrojů. Strnad (2002).

Vždy se sleduje naplnění úkolů 4E tj.:

- Efficacy- účinnost zdravotní péče
- Efficiency- účinnost, vztah služby k produkčním nákladům a ekonomickým zdrojům
- Equity – spravedlnost
- Effectiveness – účinnost, účinek v ideální situaci, dosažení cílů limitovanými úkoly

Nelze tedy poskytovat tu nejvyšší péči bez přihlédnutí k ekonomickým limitům a ekonomické aspekty vedou k vypracování konceptů zvyšování kvality a její distribuce.

Ideální organizační strategie sleduje:

- Měřitelnou kvalitu
- Ocenění kvality
- Vnímání kvality.

Měřitelná kvalita: objektivní dodržení standardů zdravotní péče (dále jen ZP), které stanovují přijatelné očekávání výsledku klientem a výkon poskytovatele. Vypracování a dodržování standardů v procesech organizace vede k akreditaci, certifikaci nebo vydání licence ZZ.

Ocenění kvality: vyžaduje posouzení zkušeností, dovedností a citlivosti osob pečujících o nemocné, uznání a ohodnocení dovedností přesahujících stanovená minimální kritéria a dodržení standardů.

Vnímaná kvalita: příjemcem péče a poskytovatelem. Více než technické vybavení a prostředí jsou posuzováni nositelé péče. Jako prevence nespokojenosti klienta je technické vybavení nezbytné, ale v řadě případů jej pacient nedokáže ocenit.

1.4 Management kvality

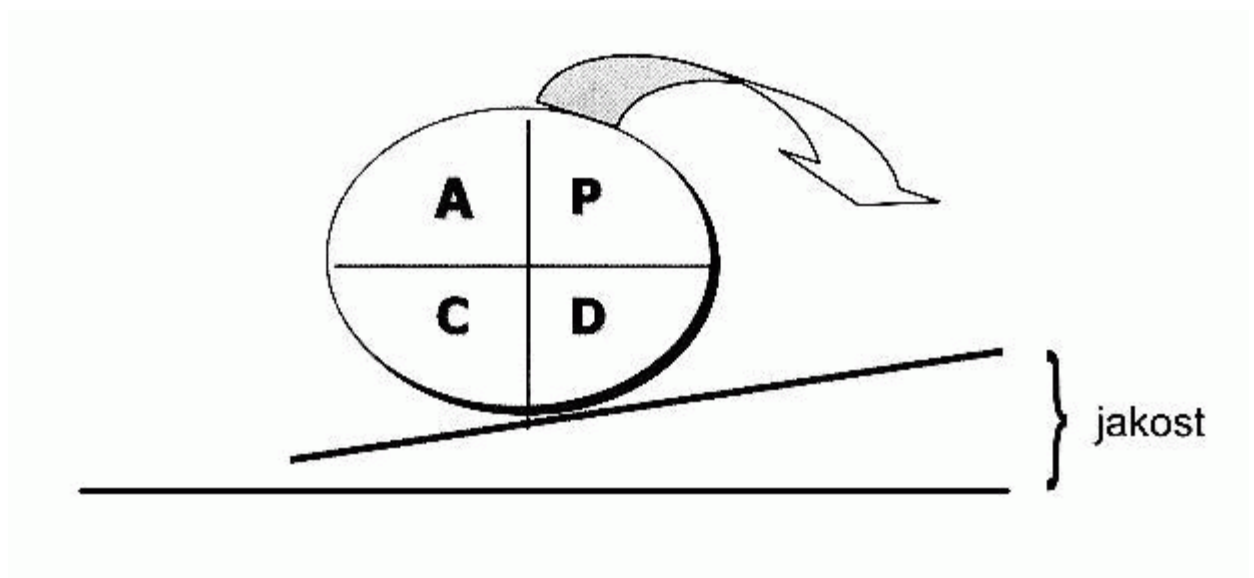
Management kvality je dle Mataidese (2006) soustavou úkolů a aktivit vzájemně provázaných a probíhajících v čase, skládající se z plánování řízení, řízení kvality a zlepšování celého SMK. Tři vyjmenované oblasti SMK nejsou atomizované, ale výsledek zaručuje jejich

vzájemné prolínání, kdy cíl organizace představuje spokojený zákazník a vynaložení optimální výše nákladů.

Dle Vebra (2011) zlepšování kvality je proces dosažení vyšší úrovně kvality ve srovnání s předchozím stavem. Tomu slouží koncept TQM - kdy řízení kvality je neustálým zdokonalováním a učením se celé organizace. (Veber, 2011)

Základem kontinuálního zlepšování kvality je Demingův cyklus **PDCA**, jde o neustále se opakující proces, složený ze čtyř fází, který nikdy nekončí.

Obrázek č. 3: Demingův cyklus PDCA



Zdroj: Zabezpečování jakosti ve smyslu TQM online ,cit.2012-03-05, Dostupný z www: <WWW.businessinfo.cz>

PDCA:

- Plan – Plánuj
- Do – Vykonej
- Check – Kontroluj
- Act – Reaguj

1.5 Systém řízení kvality ve zdravotnictví

V posledních letech se i České republice ve zdravotnictví zavádí systém řízení kvality jak je tomu běžné ve výrobě a službách. Objevují se standardy kvality poskytovaných služeb ZZ s cílem vytvořit systém nepřetržitého zvyšování kvality.

Zaměření ZZ na kvalitu ve zdravotnictví deklarují systémy managementu kvality podle norem národních nebo mezinárodních organizací:

- **ISO – International Organization for Standardization**

Mezinárodní normalizační organizace vydávající schválené normy, které jsou obecným návodem v procesech řízení, umožňujících organizaci se s nimi ztotožnit, nastavit své procesy a tím poskytnout základ pro vzájemné srovnání ZZ.

ZZ se nejčastěji zavádí systémy dle ISO norem 9001, QMS- systém managementu kvality a ISO 14001 EMS – systém managementu životního prostředí.

Certifikace laboratoří a bezpečnost informací mají také své normy, stejně jako systém bezpečnostního managementu dle normy OHSAS 180001.

- **JCI – Joint Commission International**

Organizace s cílem zvyšování kvality péče na nadnárodní úrovni, udělující ZZ mezinárodní akreditace. I v České republice jsou některá ZZ, která na tuto mezinárodní akreditaci dosáhla a splnila její přísná kritéria kvality a bezpečnosti zdravotní péče.

Její dceřinou společností pro zvyšování bezpečnosti a kvality zdravotní péče je JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

- **SAK – Spojená akreditační komise, o. p. s.**

Akreditace ZZ udělená Spojenou akreditační komisí, o. p. s. (dále jen SAK) dokládá trvalé udržení a zvyšování bezpečí a kvality zdravotní péče. SAK poskytuje poradenskou činnost při tvorbě interních norem konkrétní zdravotnické organizace a svou publikační činností podporuje proces akreditací ZZ v ČR. Jako externí organizace hodnotí shodu procesů ZZ s požadavky na zvyšování kvality péče. Způsobnost této organizace k posuzování shod určitých činností vydal Český institut pro akreditaci.

Variabilita procesů ve zdravotnictví ztěžuje standardizaci ZZ, protože cílem každé organizace jsou efektivní a dobré výsledky završené udělením certifikátů nebo akreditace, jejich obhájení v pravidelných termínech. Cílů v organizaci lze dosáhnout jen smysluplnou investicí do kvality, kterou doprovází detailní dokumentace a popis procesů, změna myšlení a přístupu zaměstnanců k práci, jež se projeví rozvojem jejich postojů, aktivit, schopností a iniciativou. Všechny tyto programy nelze provádět a rozvíjet bez zdravé organizační kultury, stylu řízení managementu, systémového přístupu ve všech činnostech a bez jejich zprůhlednění pro zákazníka, zaměstnance a partnery.

Jak uvádí Pokojová (Sestra 2010, str. 35) k implementaci systému kvality lze užít přístupu 5S, které lze shrnout následovně:

- a) utřídění pracovního prostoru
- b) snížení zásob na pracovišti
- c) zlepšení kvality
- d) efektivnější využívání času

Tabulka č. 2: Implementace systému kvality v přístupu 5S

	japonsky	anglicky	česky	Stručný výklad
1S	seiri	sort	roztřídit	organizovat pracoviště, mít jen potřebné
2S	seiton	set in order	srovnat	uspořádat pracoviště, mít vše na svém místě
3S	seiso	shine	vyčistit	čistit pracoviště, mít vše v čistotě
4S	seiketsu	standardize	standardizovat	udržovat pořádek, využívat vizualizace
5S	shitsuke	sustain	udržovat	dodržovat disciplínu a pořádek

Zdroj Pokojová R., Sestra 2010 07 – 08, str. 35

Zavádění systémů managementu kvality do zdravotnické praxe je obtížné, cílem organizace má být důsledná aplikace výchozích pravidel, aby SMK byl pro ZZ přínosný a rozuměli mu všichni zaměstnanci. Úspěch se dostaví, jen když dokážeme identifikovat a pojmenovat hlavní úskalí procesů a také je eliminovat.

Klíčovým momentem všech procesů musí být služba klientům. Procesy dle EN ISO 9000:2000 tvoří činnosti, kdy vstupy jsou přeměny na výstupy za pomoci zdrojů, činnosti na sebe vzájemně navazují a společným řízením se vytváří systém.

1.5.1 Dokumentace SMK dle ČSN EN ISO 9001:2001

Každý systém a jeho procesy je nutné zdokumentovat. Dokumentace nemá být důkazem přebujelé administrativy, ale má v systému zastávat pozici přidané hodnoty. Záznamy tvoří mimo jiné i důkazní materiál, že předepsané postupy byly dodrženy. Dokumentace nesmí být obsáhlá, aby dotčení zaměstnanci ZZ jí rozuměli a mohli ji rychle pročíst, což záleží i charakteru činnosti a disciplinovanosti dotčených osob. Každé zbytečně podrobně popsané činnosti komplikují řízení procesů a mohou být zavádějící, neslouží ke zlepšování a vyspělosti organizace ani neodráží skutečnou úroveň pořádku.

Dokument v systému kvality a jeho řízení musí mít základní náležitosti dle ČSN EN ISO 9001:2001

- Název organizace – kdo je vlastníkem
- Identifikaci – název, pořadové číslo, rozsah platnosti, rok vydání,
- Číslo revize – číslování řadou písmen A, B, C, nebo řadou čísel 1, 2, 3 atd.),
- Datum vydání
- Stránkování (strana 1 z 5)

1.5.2 Dokumentace SMK zdravotnického zařízení

Členění dokumentace systému managementu kvality ZZ není nijak odlišné od dokumentace pro řízení v jiném odvětví, promyšlená musí být ale struktura dokumentů.

Dle Pokojové (2010) ZZ, které buduje SMK musí mít vytvořeny tyto dokumenty:

- dokumentovaná prohlášení o politice, strategii a cílech kvality

- příručku kvality
- dokumentované postupy (pro řízení dokumentů, záznamů a neshod)
- dokumenty, které ZZ potřebuje pro zajištění efektivního plánování, fungování a řízení svých procesů,
- záznamy

Tvorba integrovaného systému managementu kvality a řízení organizace přináší nutnost dokumentaci tvořit a měnit, neboť hraje roli evidenční, koordinační a přináší výstup - produkt, ve ZZ hovoříme o službě. Prokázat odpovědnost a dosažený stupeň pořádku nelze bez záznamů, které tvoří podklady i pro analýzu nežádoucích odchylek procesů a slouží k přijetí efektivních opatření. V SMK je nutné eliminovat existenci a tvorbu neformální dokumentace, pokud tuto ZZ shledá účelnou, pak ji musí zařadit do systému řízené dokumentace a označit ji všemi stanovenými náležitostmi.

Tabulka č. 3: Obecné zásady pro tvorbu organizačních norem

srozumitelnost	předpisu by měl rozumět především adresát povinností
věcnost	dokument by měl obsahovat konkrétní ustanovení
stručnost	vyloučit nadbytečná slova, která vyžadují dodatečná vysvětlení
jednoznačnost	používat stejné názvy, dbát na terminologickou a jazykovou čistotu
přehlednost	členit do kapitol, odstavců, používat vhodnou grafiku
komplexnost	dokument by měl obsahovat všechny podstatné aspekty
identifikovatelnost	stav, verze, závaznost

Zdroj: Pokojová R, 2010 Sestra 10, str. 32

„Omezte své písemné zprávy na jeden list papíru všude tam, kde je to možné, a to i v případech svých nejdůležitějších finančních rozhodnutí,“ S touto myšlenkou přišel J. K. Liker ve své knize Jak to dělá Toyota, 14 zásad řízení největšího světového výrobce.

1.5.3 Ochrana informací v SMK

V ZZ více než v jiných organizacích platí informační bezpečnost na všech úrovních při zpracování dat zákazníků. Zdravotní data osob a jejich osobní údaje, údaje o zaměstnancích a know – how je důležité chránit.

Bezpečnost informací musí vycházet z práva osoby na ochranu soukromí, její důstojnosti a musí se týkat všech forem informací, bez ohledu na to, zda jde o písemnou, zvukovou, obrazovou, elektronickou či tištěnou dokumentaci. Zákonné normy specifikují rozsah informací, které může zdravotnický pracovník využít při péči o pacienta a při plnění odpovídajícího úkolu. Zdravotní údaje jsou podle platné legislativy natolik citlivé, že si zasluhují nejvyšší možnou ochranu. Osoby pracující s údaji jsou povinny zachovávat mlčenlivost. Systém managementu bezpečnosti informací upravuje ČSN ISO/IEC 27001.

Požadavky na bezpečnost informací uvnitř ZZ vychází ze standardů SAK a z normy ISO 9001:2008. V poslední době se objevila i nová norma pro řízení organizace a to je ISMS – Information Security Management System, tato norma upravuje veškeré získávání, zpracování a ukládání informací v nemocničních informačních systémech a dalších záznamových zařízeních. V oblasti bezpečnosti dat ve ZZ je třeba mít vypracovaný funkční systém, který zajistí ochranu před zničením dat nebo jejich zneužitím, zdravotnická organizace se musí řídit zákonem o archivaci dokumentů a informací, na tuto činnost má zpracovanou směrnici. Informační bezpečnost organizace je společnou odpovědností všech zaměstnanců i managementu.

2 ÚHRADOVÝ MECHANISMUS LŮŽKOVÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

2.1 Současný stav úhrad ZZ za poskytnutou zdravotní péči

Platná legislativa definuje tyto možnosti úhrady zdravotní péče na základě smluvního vztahu mezi poskytovatelem (tj. konkrétní ZZ) a plátcem zdravotní péče. Úhrady lůžkovým zdravotnickým zařízením dle zákona č. 532/2002 Sb. lze poskytnout ve formě:

- paušální úhrady
- úhrady dle seznamu nasmlouvaných výkonů
- kombinovaným způsobem s platbou za diagnózu IR DRG

2.1.1 Paušální hospitalizační sazba

Vychází z objemu poskytnuté zdravotní péče konkrétního ZZ v referenčním období. Referenční období je srovnatelné období uznané zdravotní pojišťovnou převážně jde o období předcházejícího kalendářního roku. Paušální platba je složena z počtu bodů na pojištěnce nepočítající kolikrát se jednotlivec ve sledovaném období stal příjemcem služby a dále ji tvoří lékový paušál a zvlášť účtovaný materiál a léčebné přípravky na ošetřeného pacienta.

Do kategorie plateb od ZP patří:

- hospitalizační paušální sazba
- ambulantní paušální sazba
- paušální sazba za zdravotní dopravu
- paušální platba za výkony komplementu

2.1.2 Úhrada zdravotní péče dle seznamu smluvně daných výkonů

Tento způsob platby preferují ta zdravotnická zařízení, kde výrazně kolísá objem vykázané zdravotní péče většinou z důvodů malého počtu ošetřených klientů konkrétní zdravotní pojišťovny, nebo ZZ neúčtuje jedné zdravotní pojišťovně za kalendářní čtvrtletí objem úhrady vyšší než 300 000 Kč.

2.1.3 Kombinovaná úhrada s platbou za diagnózu IR DRG

Vyhláškou č. 411/2011 Sb. která novelizuje předcházející vyhlášku č. 134/1998 Sb. je vytvořen Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Základem pro zařazení pacienta v systému DRG je ZZ zpracovaná agenda hospitalizovaného pacienta zahrnující hospitalizační účet, provedené výkony, spotřebované léčivé přípravky, zdravotnický materiál a podobně. Jde o běžně zpracovávané údaje o konkrétním pacientu, na jejichž základě jej klasifikační systém DRG automaticky zařadí do dané diagnosticko – terapeutické skupiny v tzv. groupování (speciální počítačový program IR DRG grouper). Počítačový program je propojen s nemocničním informačním systémem (dále jen NIS). Tím se zjednodušuje i příprava dat pro zdravotní pojišťovny a výkaznictví.

Toto probíhá podle Major Diagnostic Categories (dále jen MDC) validace dané Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále MZd. ČR) jako výchozí kategorizace pacienta. Dále systém groupování posuzuje a zařazuje jednotlivé případy do skupin podle léčebné nebo chirurgické povahy výkonu, souběhu nemocí, přítomnosti a závažnosti komplikací.

Objasnění úhradových mechanismů je každý rok obsahem Úhradové vyhlášky pro rok XY vydávané Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Úhradová vyhláška zohledňuje aktuální dění ve společnosti a její snahou je zabránit zadlužování zdravotnictví. V současné době stále platí zákon č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění, které stanovuje rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Změny ve formě zavádění reforem ve zdravotnictví přinesou od 1. dubna 2012 nově schválené zákony, které zasahují do všech oblastí zdravotních služeb a jejich poskytování.

V době zpracování této práce ještě zákony nenabýly právní účinnost, tak budou v textu zmíněny, ale nebudou dále rozpracovány.

Dle platné legislativy rozsah a úhrada zdravotní péče se člení na péči:

- plně hrazenou dle vyhlášky č. 134/1998 Sb. (vyjmenovává výkony, které jsou plně hrazeny)
- částečně hrazenou
- hrazenou za určitých podmínek

- nehrazenou

Každý úhradový systém má být jednoduchý, srozumitelný, hradit skutečně poskytnutou péči, má motivovat k efektivitě a žádoucímu chování poskytovatele služby, zohledňovat jednotlivé role účastníků systému. I když samotný proces poskytování péče je standardizovanou procedurou, je třeba na prvním místě klást důraz na výsledek.

2.2 Úhradový systém IR DRG

DRG je anglická zkratka pro Diagnosis Related Group, jde o klasifikační systém úhrady ústavní zdravotní péče, jehož původ je spojen s programem Medicare v USA a zde se objevuje v roce 1983 jako součást publikace pod názvem „Diagnosis Related Groups (DRGs) and the Medicare Program: Implications for Medical Technology“.(Princeton University,1983) Patří mezi Case – MIX systém, sledující definované skupiny medicínských případů (sestavu pacientů), umožňuje srovnávat náročnost na zdroje případů patřících do dané skupiny na základě diagnózy nebo zdravotního výkonu, umožňuje i mezinárodní srovnání bez ohledu na vlastní způsob výkaznictví kódů.

Pro přehlednost systému jedna skupina je souhrnem i několika diagnóz. Zařazování jednotlivých osob do skupiny je automatickou činností počítačového programu, na základě:

- hlavní diagnózy
- vedlejší diagnózy
- výkonu
- pohlaví
- porodní váhy
- délky pobytu ve ZZ
- věku
- způsobu ukončení hospitalizace

DRG systém představuje úhradový mechanismus za poskytnutou akutní lůžkovou péči na základě předem stanovených kritérií, je nástrojem pro transparentnost, efektivnost a srovnatelnost, pomáhá odstranit ne hospodárnost, vychází z omezených zdrojů na úhradu zdra-

votní péče, započítává stárnutí populace, růst požadavků spotřebitelů zdravotní péče a rozvoj medicínských technologií.

Úhradový systém musí být konstruován tak, aby dokázal reagovat na zdravotní stav a potřeby pacienta, vycházet z množství alokovaných zdrojů, motivovat poskytovatele ZP k efektivitě a musí být administrativně nenáročný. Systém IR DRG dává možnost srovnávat dle výstupů jednotlivé poskytovatele zdravotní péče i jednotlivá oddělení, napomáhá řízení organizace, umožňuje pacientu srovnání a dosažení kvalitní poskytované péče včetně dosažení jednoduššího a efektivnějšího diagnosticko – terapeutického výstupu procesu. Klíčovým výstupem DRG systému je měřitelnost použitelnosti veřejných zdrojů na poskytnutou zdravotní péči na základě medicínské a ekonomické náročnosti. Má být cestou k udržitelnosti systému poskytované zdravotní a umožnit plánování i na nejnižší úrovni poskytovatelů zdravotní péče. Není přínosem jenom pro poskytovatele zdravotní péče, spotřebitele, ale je hlavním přínosem pro hospodaření plátců zdravotní péče tj. zdravotních pojišťoven, umožňuje jim vzájemné porovnání jednotlivých ZZ, dokáže ohodnotit a objektivně posoudit produkci a kvalitu služeb v rámci podepsaných smluv se ZZ.

Výstupní data tvoří portfolio pro konstrukci úhradového DRG mechanismu. Ten je ve vyspělých státech často užíván k úhradě akutní lůžkové péče. DRG sdružuje klinicky a nákladově blízké nemoci do celků, dokáže popsat jednotlivé pacienty, míru komplikací a složitost každého případu, délku léčby i zisk nebo ztrátu ZZ při léčbě v konkrétní klasifikaci pacienta.

2.2.1 Implementace IR DRG do zdravotního systému ČR

Struktura kódu DRG je seskupení pěti číslic, které mají svá pevně daná pravidla. První čtyři číslice se nazývají báze DRG (základní skupina). Báze se dělí podle závažnosti jednotlivých případů:

- nepřítomnost komplikací a souběžných nemocí – bez CC
- během léčby nastaly komplikace nebo se projevila průvodní nemoc – s CC
- komplikace nebo souběh nemocí zásadním způsobem ovlivnily sledované parametry (náklady, dobu hospitalizace) – s MCC

Pravidla pro klasifikační systém DRG tvoří sled dílčích algoritmů a klinických komponent (sady diagnóz a výkonů) popsanych v definičním manuálu. Pro správnou klasifikaci jsou nutné DRG markery – kódované informace, poskytující přesnější rozlišení o druhu operačního výkonu, druhu léčebného procesu nebo délce napojení pacienta na plicní ventilaci, dialýzu, u novorozenců o jejich hmotnosti a podobně.

Hlavní diagnózy jsou podle orgánové soustavy rozděleny do 25 diagnostických skupin MDC (Major Diagnostic Categories) a na ně navazuje členění do 941 podskupin. Existují i onemocnění bez postižení pouze jediné orgánové soustavy jako jsou degenerativní poruchy, infekční a parazitární onemocnění, nádory bez možnosti určení původní lokalizace a které patří do skupiny bez rozlišení orgánové soustavy.

Každá MDC má své podskupiny dle přítomnosti číselného znaku na třetím místě řetězce znaku (viz tabulka č. 4), která představuje výtah pro odbornost gynekologie a porodnictví: IR-DRG 1. 2, verze 009.2012, rozsah tabulky je zpracován na základě vlastních poznatků při současné, zkušebním přechod ZZ na úhradový systém IR DRG)

Tabulka č. 4: klasifikace IR-DRG 1. 2. pro porod SC

14601	14602	14603
POROD SC bez CC	POROD SC s CC	POROD SC s MCC

Vlastní úprava dle: Zdroj:klasifikace DRG: IR-DRG 1.2, verze 009.2012, dostupný

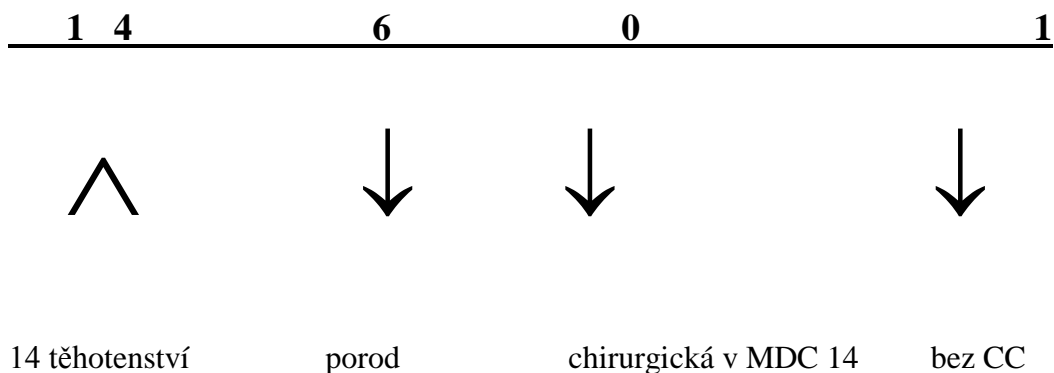
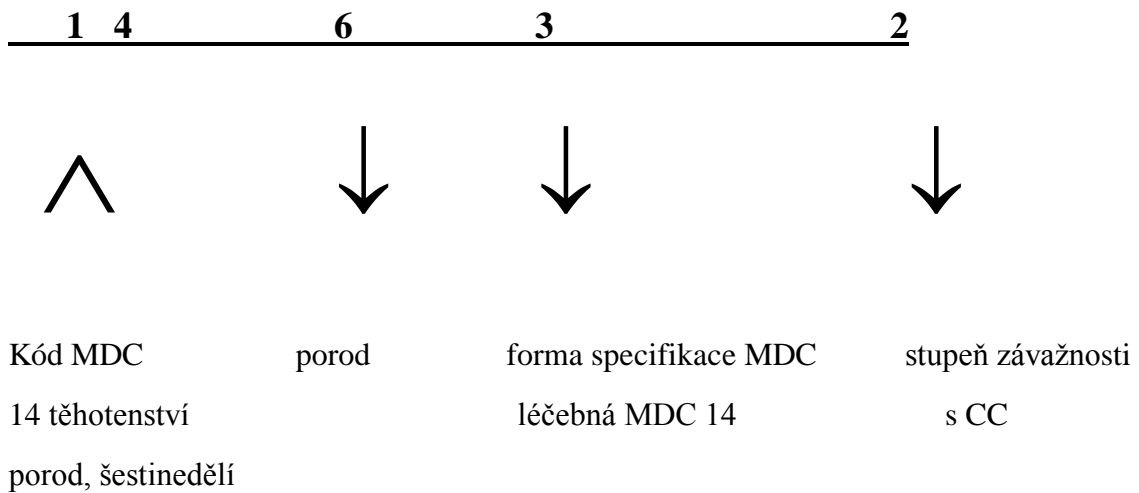
http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/cinnosti-narodniho-referencniho-centra_1057_3.html

Skupina 14 je v číselníku odbornost gynekologie a porodnictví, číslice 6 na třetím místě značí porod a číslice na čtvrtém místě:

- Chirurgické skupiny – přítomnost číslice 0 nebo 1
- Léčebné skupiny – přítomnost číslice 3 nebo 4

Na pátém místě kódu je rozlišení komplikací: bez CC, s CC nebo s MCC.

POPIS struktury kódu IR DRG:



Zdroj: vlastní schéma dle číselníku IR DRG

Tabulka č. 5: Záhlaví klasifikace DRG: IP-DRG 1.2, verze 009.2012

DRG	DRG	RV	ALOS	TLTP	THTP	ANAKL	AMAT	MLTP	MHTP	RV	RV
kód	název									LOS	MAT

Zdroj: klasifikace DRG: IR-DRG 1.2, verze 009.2012, dostupný http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/cinnosti-narodniho-referencniho-centra_1057_3.html

- Každá IR DRG skupina dle stanovených údajů je přiřazena do Číselníku IR DRG, který tvoří základ pro úhradu poskytnuté zdravotní péče, je charakterizována výsledným výpočtem vycházejícím z:

- ALOS(average length of stay) – průměrná doba hospitalizace v dané IR DGR skupině
- relativní váha – hodnota průměrné náročnosti každé IR DRG skupiny na finanční zdroje
- dolní mezní bod – minimální délka hospitalizace v dané skupině. Při kratší době hospitalizace pod dolní mezní bod mluvíme o *krátkém outlieru*
- Horní mezní bod – maximální doba hospitalizace v dané skupině. Doba hospitalizace delší než je horní mezní bod – *dlouhý outlier*

Podrobná tabulka v praktické části str. 71.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 Analytická část sledovaného oddělení a pracoviště

Gynekologicko – porodnické oddělení Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace je umístěno v severní části nemocnice, která je pavilónového typu, nachází se v prvním a druhém podlaží.

V současné době je v přízemí budovy umístěno oční oddělení včetně jeho ambulancí a operačního sálu.

Gynekologicko- porodnické oddělení Nemocnice Kyjov tvoří tři stanice: gynekologie, operační sály a porodní oddělení.

Na prvním podlaží se nachází gynekologická a příjmová ambulance, operační sál a gynekologické oddělení, jehož součástí je pooperační jednotka intenzivní péče.

Na druhém podlaží je porodní sál a oddělení šestinedělí s novorozeneckým oddělením a novorozeneckou jednotkou intenzivní péče, ambulance porodního sálu a samostatná ultrazvuková ambulance.

Gynekologické oddělení má 36 lůžek a pooperační JIP má 5 lůžek vybavených pro danou jednotku dle požadavků zdravotních pojišťoven. Standardní pokoje jsou dvoulůžkové s vlastním sociálním zařízením, dva pokoje jsou čtyřlůžkové pro krátkodobý pobyt pacientky a nemají vlastní sociální zařízení, jsou určeny k odpočinku po výkonech, které si nevyžadují delší hospitalizaci než je jeden den.

Gynekologická ambulance, která funguje nepřetržitě, slouží jako příjmová ambulance pro pacientky s gynekologickým onemocněním a těhotné pacientky do 25. týdne gravidity. Je i standardní gynekologickou ambulancí, ambulancí k indikaci operačního zákroku, konziliární ambulancí, onkogynekologickou ambulancí a ambulancí pro ošetření akutně vzniklých gynekologických onemocnění a stavů.

Porodní sál má 6 lůžek, z toho jsou tři v samostatných porodních boxech, kdy každý porodní box je uzavřenou místností s vlastním sociálním zařízením, poskytující intimní prostředí pro rodičku a její doprovod. Součástí porodního sálu je příjmová ambulance, box pro ošetření novorozence, pracoviště porodních asistentek a lékaře.

Oddělení šestinedělí má 21 lůžek na dvoulůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením a každý pokoj je vybaven příslušenstvím, umožňujícím pobyt novorozence systémem roaming in a oddělení má udělen od roku 2005 titul „Baby friendly hospital“, který je od roku

1989 udělován porodnicím na základě společného prohlášení World Health Organization - WHO a UNICEF v rámci programu Baby Friendly Hospital Initiative, který určuje pravidla pro udělení tohoto certifikátu. (Laktační liga, 1993)

Operační sály

Operační trakt gynekologicko – porodního oddělení NK má tři operační sály:

- sál pro operace cestou břišní s přilehlým boxem pro ošetření novorozence po porodu císařským řezem
- sál vybavený při laparoskopické operace a operace prováděné v gynekologické poloze pacientky
- sál pro „malé“ gynekologické zákroky

Součástí operačního sálu jsou pomocné místnosti, vstupní část pro převlečení operační skupiny a pracovníků anestezie, popřípadě novorozeneckého oddělení, sklady materiálu, zdravotnických prostředků, místnost pro „přísálovou“ sterilizaci, čekárna pro pacientky před operací, místnost pro pacientky bezprostředně po anestezii než jsou předány na oddělení gynekologické JIP.

Personál operačního sálu tvoří kromě lékařů pět perioperačních sester s odbornou specializací, které jsou registrovány jako porodní asistentky, jedna sanitárka a jedna pracovnice úklidu.

3.1 Kvalita a bezpečnost poskytované péče v praxi

Obecná východiska:

- Indikátory kvality
- Bezpečnost zdravotní péče

Každá nemocnice, budova a oddělení mají být přehledné s jednoduchou orientací, a právě orientační systém spolu s vhodnými ukazateli tvoří základ pro bezpečnost pacienta a kvalitu poskytované péče, má jej přivést na správné místo bez stresu a nervozity. Tento předpoklad lépe zabezpečuje pavilónový typ ZZ, ale i v samotné budově je třeba mít funkční sys-

tém značení, aby pacienti nebloudili. Jak říká zástupce SAK MUDr. František Vlček Ph.D. (2010) pacienti se ZZ odvděčí spokojeností, pokud budou mít pocit jednoduché cesty, protože orientace v cizím prostředí a dostupnost informací je nejvíce trápí. Tady začíná proces kvality a bezpečnosti zdravotní péče v daném ZZ a otevírá se otázka stanovení a rozlišení indikátorů kvality v praxi.

3.2 Indikátory kvality

Indikátory kvality nelze stanovit jednostranně, neboť jinak je definuje klient – laik a jinak odborník. Přitom oba mají společný cíl a tím je efektivní zdravotnictví a spokojený pacient.

Indikátor kvality pro laika začíná u informovaného pacienta, který je zároveň aktivní složkou a tvoří racionální základ efektivního zdravotnictví. Pro odborníka indikátor kvality začíná citlivým poskytovatelem zdravotní péče, který ve výsledku generuje spokojeného pacienta, kdy jeho emoční složka je druhým pilířem efektivního zdravotnictví, ale platí to v praxi vždy a všude?

Podle J. Hibbard z University of Oregon (2010) existují čtyři stupně aktivace pacienta. S rostoucí úrovní roste i stupeň aktivace pacienta. Tím jak roste jeho aktivace, tím se zvyšuje úroveň poskytované péče a ta se stává levnější. Je známo, že somatický a psychický stav spolu souvisí a spokojený pacient se vyléčí rychleji. Tím se zkracuje pracovní neschopnost a snižují náklady ZZ na proces poskytované zdravotní péče. Proto aktivní a spokojený pacient by měl být cílem plátce zdravotní péče stejně jako cílem ZZ.

Spokojenost pacienta je vysoká, když skutečnost převyšuje jeho očekávání, ale v opačném případě se u něj setkáváme s frustrací. V ZZ musí mít každý zaměstnanec opravdový zájem o pacienta, protože ten je tím, kdo ve většině případů má možnost volby.

Dokladem sledování spokojenosti pacientů jsou u nás projekty z iniciativy MZd ČR a Organisation for Economic Co-operation and Development (dále jen OECD), které v rámci certifikátu Spokojený pacient vychází z programu Kvalita očima pacientů. (Kvalita očima pacientů, 2010)

Měření zkušeností pacientů se ZZ vychází z náročně stanovených indikátorů kvality, které splňují přísná kritéria sloužící k hodnocení a vzájemnému srovnání ZZ. Takto stanovené indikátory kvality jsou:

- srovnatelné v čase
- měří určené skutečnosti
- jsou standardizované a jednotné
- srozumitelné uživatelům

Podle doporučení OECD existuje a vznikla celá řada programů, které se zabývají vydáváním seznamů sledovaných oblastí, jež OECD považuje za možné indikátory kvality.

Z pohledu pacientů v projektu Kvalita očima pacientů na stránkách organizace najdeme kolem padesáti indikátorů kvality. (Kvalita očima pacientů, 2010)

3.2.1 Indikátory kvality sledované ZZ a ZP

Z pohledu poskytovatele zdravotní péče a plátce zdravotní péče považují za vhodné a vy-povídající následující indikátory kvality:

- spokojenost pacientů a příbuzných
- sledování a hlášení mimořádných událostí
- stanovení a dodržování vstupních a výstupních kritérií (přijetí a propouštění) pacientů
- zavedení a užívání systému skóre závažnosti stavu
- zajištění dostupnosti multidisciplinární péče
- zavedení doporučených postupů, jejich akceptace a dodržování
- podíl operovaných nemocných s rannou infekcí
- sledování dekubitů
- podíl močových infekcí na 1 000 dnů katetrizace
- procento nozokomiálních nákaz
- pády nemocných
- informace a komunikace s pacientem
- sledování zátěže personálu

Samozřejmě existuje celá řada dalších indikátorů kvality pro různé oblasti zdravotní péče, ale pro tento projekt nemají opodstatnění a využitelnost.

Indikátory kvality a jejich sledování, vyhodnocování a poučení se ze statistických a dotazníkových výsledků jsou základem poskytování bezpečné a kvalitní péče a umožňují udržení nastavených cílových hladin ale i jejich zvyšování ve sledované oblasti.

3.2.2 Prevence pochybení při operačních výkonech

Doporučený postup bezpečného procesu na operačních sálech dle World Health Organization (dále jen WHO), jenž vede k minimalizaci rizik chirurgických výkonů a jejich komplikací, které většinou vznikají na základě pochybení členů operačního týmu je zavedení a použití Surgical Safety Checklist – **chirurgického bezpečnostního listu** v každodenní praxi na operačních sálech.

Jak uvádí WHO, zavedení bezpečnostních listů v procesech na operačním sále by v celosvětovém měřítku vedlo k odvrácení asi půl milionu úmrtí pacientů ročně. Pilotní studie WHO v osmi ZZ na celém světě to potvrdily. Šlo o studii v rozmezí roku 2007 až 2009, která potvrdila snížení komplikací operací až o jednu třetinu ve srovnání mezi zkušenými a kontrolními nemocnicemi po zavedení chirurgických bezpečnostních listů. Výsledky ukazují, že takto lze zlepšit komunikaci v chirurgickém týmu a tím i kvalitu a bezpečnost zdravotní péče. (World Health Organization, 2012)

Promyšleně vytvořený chirurgický bezpečnostní list v praxi výborně funguje, masivně snižuje komplikace a úmrtí pacientů. Jeho přijetí vyžaduje změny v místním systému, ale i odhodlání celého týmu k práci na bezpečné a kvalitní zdravotní péči. Jak uvádí předseda Světové zdravotnické organizace Liam Donaldson (World Health Organization, 2008) nemocnice, která nepoužívá chirurgický bezpečnostní list, ohrožuje bezpečnost pacientů a on sám (Donaldson), pokud by potřeboval operaci, tak by využil léčby v té nemocnici, která má zaveden v procesu tento kontrolní list. Proto je nutné, aby se tato nadnárodní studie stala projektem na globální úrovni, kde po zavedení do každodenní praxe bude základem k záchraně řady životů pacientů.

3.3 CHIRURGICKÝ bezpečnostní list

Chirurgický bezpečnostní list v normálním procesu na operačním sále odděluje a kontroluje jednotlivě tři fáze operačního výkonu:

- před anestezií
- před řezem na kůži
- před opuštěním operačního sálu pacientem po operaci

V každé fázi je nutné potvrdit všemi účastníky týmu procesu, že kroky v bezpečnostním listu jsou splněny a koordinátor operačního týmu pokračuje v operaci po dokončení a odsouhlasení všech kroků seznamu bezpečnostního listu v daném pořadí. Manuál bezpečnostního listu má dodržovat základní seznam doporučený WHO, ale je nutné jej přizpůsobit vlastním podmínkám a navrhnout jej tak, aby chirurgický tým byl schopen provádět kontrolu důsledně, dokázal řídit kritická místa a minimalizovat nejčastější rizika vedoucí k ohrožení života a komfortu pacienta. Toho lze dosáhnout jen spoluprací jednotlivých uživatelů chirurgických bezpečnostních listů a vzájemnou informovaností o využívání tohoto procesu kontroly a jeho zavedení do každodenní praxe na operačních sálech.

Statistické údaje a varovná data ze zahraničí ukazují, že zapomenutý předmět v těle pacienta je v průměru jeden ročně ve středně velké nemocnici, takových nemocnic v ČR je většina. Dle zahraničních zdrojů např. jak uvádí New Jersey Department of Health and Senior Services (Ministerstvo zdravotnictví a služeb pro seniory New Jersey 12/2006), zapomenuté předměty v operačním poli tvoří jednu třetinu hlášených nežádoucích událostí na operačním sále za rok.

Dle platné legislativy v ČR operatér a perioperační sestra v prevenci zapomenutých předmětů v operační ráně musí dodržovat platný standard, palpací a aspekci provádět závěrečnou kontrolu operovaných dutin a vždy položit otázku „roušky souhlasí“ a po obdržení kladné odpovědi dokončit operační zákrok a vše ihned po skončení operace zaznamenat do operačního protokolu.

3.3.1 Proces zaznamenání shody počtu nástrojů a materiálu

Perioperační sestra navíc provádí kontrolu nástrojů, roušek a kompresí v souhře se sestrou „obíhající“. Pokud zjistí neshodu v procesu a vyčerpá všechny eventuální možnosti zmiňování kontrolovaných předmětů (možná chyba na straně: studenti, brigádník, sanitář či jiná osoba) pak je možností chyba na centrální sterilizaci, ale tu měla perioperační sestra před začátkem operace objevit. Poslední možností při neshodě je RTG snímek k odhalení pochybení perioperační sestry a zaměstnanců centrální sterilizace.

Dnes, kdy firemní kultura je v popředí, tak na operačním sále a na centrální sterilizaci je nutné zadokumentovat každou nežádoucí událost, upozornit na ni a rozebrat okolnosti jejího vzniku, problém řešit na provozní schůzi, všechny dotčené osoby netrestat pokud nedošlo k trestnému činu, ale výsledek analýz mimořádné události použít k jejich motivaci, každou událost hlásit nadřízenému a prostřednictvím nemocničního informačního systému (dále jen NIS) i vrcholovému managementu.

Jen člověk s hodnotami založenými na etickém principu je schopen chybu uznat, připustit si ji, analyzovat ji, snažit se ji napravit a vzít si ze situace poučení a uvědomit si své pochybení.

V ČR se většinou setkáváme s neochotou dotčených pracovníků přiznat chybu, situaci zveřejnit a realizovat nápravná opatření. Celý komplexní systém procesů na operačních sálech je vystaven lidskému pochybení. Hlavním řídicím prvkem procesu, který přináší řadu možných rizik je operatér. Ten musí být schopen zabránit vzniku lidského pochybení i dalších selhání, tato se snažit eliminovat a vzniklé mimořádné události hlásit a napravit.

3.3.2 Chirurgický bezpečnostní list – Česká republika

V ČR se neustále setkáváme v operačních oborech s absencí chirurgického bezpečnostního listu navrženého WHO, který po zavedení na operačních sálech ve velkém snižuje riziko mimořádných událostí. Výstupem z doporučení WHO má být vypracování a zavedení metodického pokynu či standardu, který by měl tvořit závazné kroky v aplikaci procesu na všech úrovních operačních sálů.

Ostražitost pro operační tým si vyžadují situace, kdy:

- operace trvá více jak tři hodiny
- dochází ke střídání instrumentárek anebo asistentů týmu
- je použit nestandardní operační postup nebo metoda

V dnešní době je nutné mít popsány procesy na operačních sálech a centrálních sterilizačních nemocnic, aby nežádoucí událost mohl každý ihned hlásit, bez ohledu na stupeň její závažnosti buď nadřízenému, nebo vedení nemocnice.

Pro management na každé úrovni je důležité vést veškerý personál k tomu, aby byl schopen si chybu připustit, uvědomit si ji, poučit se z ní, dokázal ji analyzovat a prokázal snahu chybu napravit. Nelze v týmu tolerovat lidi, kteří se chyby snaží ututlat, zakrýt a nestarat se o následky. V ČR výrazně na tomto poli zaostáváme za jinými státy.

Komplexní systém operačních oborů je rizikový systém s možností lidského pochybení, týmovou práci řídí operatér, který musí být schopen zmenšovat lidská pochybení a rychle reagovat vyskytne-li se nežádoucí událost nebo komplikace.

Použití Chirurgického bezpečnostního listu dle návrhu WHO by vedlo k výraznému snížení rizika nežádoucích událostí v procesech na operačních sálech nemocnic v ČR. Surgical Safety Checklist je výstupem programu WHO Save Surgery Saves Lives – Bezpečná chirurgie zachraňuje životy. Proto jeho zavedení do procesů na operačním sále vidím jako jednoduchou, ale významnou cestu ke zvyšování kvality a bezpečnosti poskytované péče. Jde o seznam kroků, které po splnění vytvoří základ pro další péči ve ZZ a vedou ke spokojenosti pacienta i jeho rodiny.

Ke zlepšení péče o pacienty podstupující chirurgický zákrok ve ZZ lze dojít pomocí efektivní týmové práce a komunikace, která je základem pro bezpečnou chirurgickou péči.

V perioperační péči je popsáno pět kroků k bezpečnější chirurgii:

- porada před výkonem
- tři fáze chirurgického bezpečnostního listu dle WHO
- podání zpráv po výkonu

Obrázek č. 4: World Health Organization – Surgical safety checklist

World Health Organization SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)		
Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
<p>SIGN IN</p> <input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED * IDENTITY * SITE * PROCEDURE * CONSENT	<p>TIME OUT</p> <input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE	<p>SIGN OUT</p> NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM:
<input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE	<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM * PATIENT * SITE * PROCEDURE	<input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED
<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED	<p>ANTICIPATED CRITICAL EVENTS</p> <input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?	<input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)
<input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING	<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?	<input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)
<p>DOES PATIENT HAVE A: KNOWN ALLERGY?</p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?	<input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED
<p>DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?</p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE	<p>HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?</p> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE	<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT
<p>RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?</p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED	<p>IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?</p> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE	

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.

Zdroj: Dostupné z :

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf

3.4 Jak snížit škody z poškození pacienta

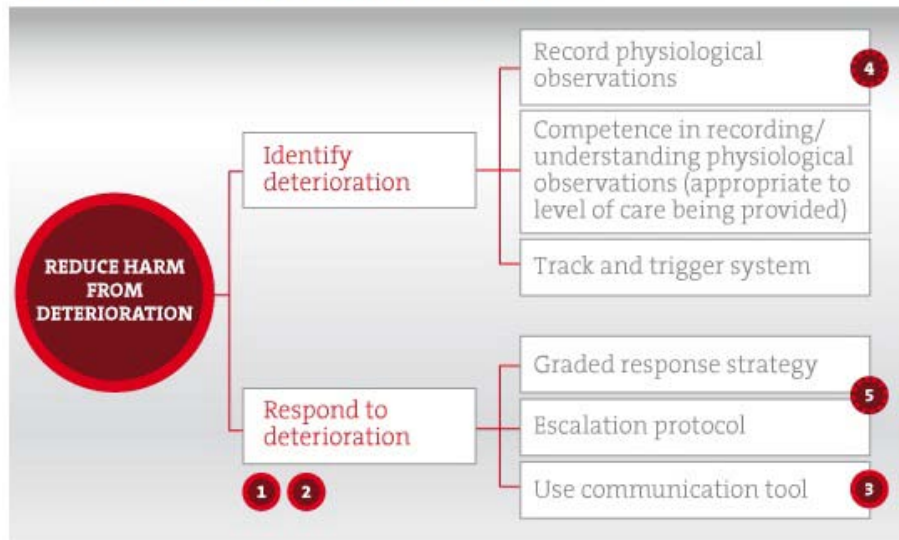
Následující schéma dostupné na stránkách WHO v sekci “Bezpečnost pacienta na prvním místě“ je výstižným návodem jak postupovat a nastavit procesy ke zlepšení péče o pacienty podstupující chirurgický zákrok v nemocničním zařízení. Na těchto stránkách je popsána řada programů pro bezpečnou péči o pacienta. Jedním z programů je i program Making childbirth safer pro snížení a omezení poškození plodu při porodu. (Patient Safety First, 2010)

Nesmíme zapomenout, že při porodu máme dva pacienty – matku a novorozené dítě. Kdy na začátku procesu je těhotná klientka (většinou zdravá žena) a porodem začíná poskytování péče dvěma subjektům. Péči poskytují zdravotníci dvou medicínských oborů – porodníci a pediatři. Tady více než kde je efektivní týmová práce a komunikace nezbytná a významně ovlivňuje vnímání výsledků péče ze strany ženy v šestinedělí a její rodiny. Porod a zejména ten, který se vede operačním postupem je eticky, medicínsky i společensky

velmi citlivé a sledované téma. Proto je nutné zredukovat všechna známá potenciální rizika a navrhnout systém opatření, která umožní poskytovat bezpečnou péči o matku i novorozené dítě v průběhu porodu.

Obrázek č. 5: Kroky ke snížení škod z poškození ve zdravotní péči

How to reduce harm from deterioration



Zdroj: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/interventions/Deterioration/>

Identify deterioration – zjistit ohrožení → záznam fyziologických pozorování (4)

→ kompetence pozorování a pochopení fyziologického stavu, přijatelné úrovně poskytování zdravotní péče

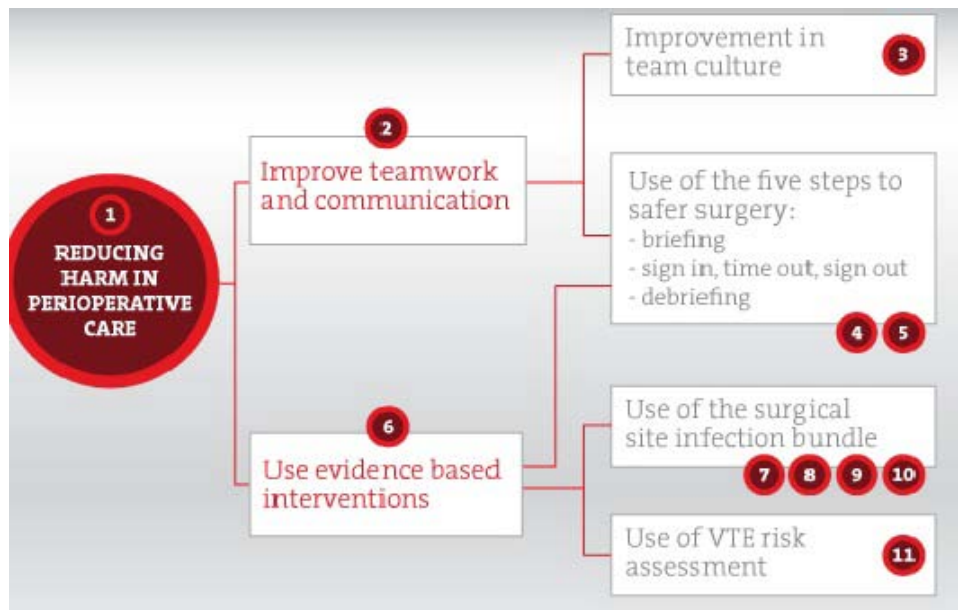
→ sledovat a spustit systém

Respond to deterioration (1, 2) – reagovat na zhoršení → strategie stupňování reakce (5)

→ stupňování zavedených procesů

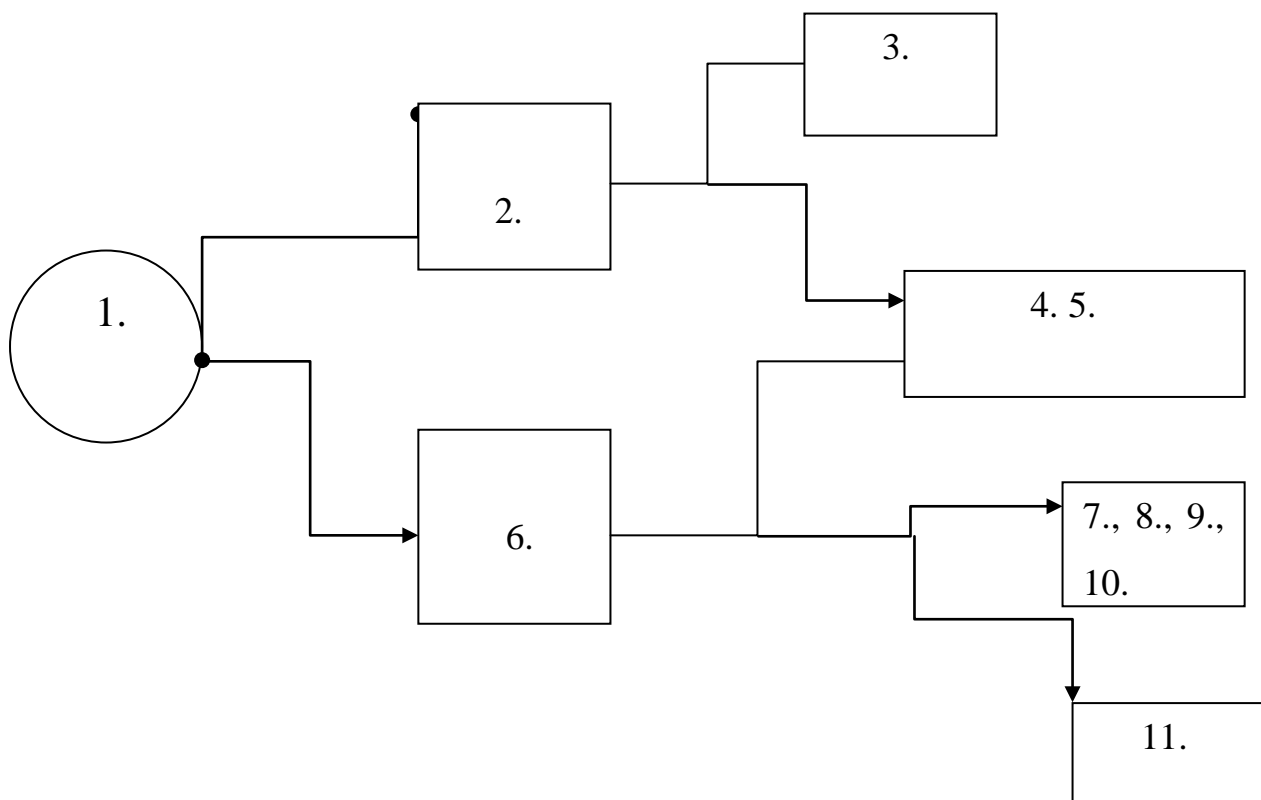
→ použití komunikačních nástrojů (3)

Obrázek č. 6: Opatření při perioperační péči



Zdroj: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/interventions/Perioperativecare/>

Obrázek č. 7: Schéma opatření v perioperační péči (vlastní překlad)



Zdroj: Interviewnce (kontent.aspx?path=/interventions/)

Legenda:

1. snižování škod v perioperační péči
2. zlepšení týmové práce a komunikace
3. zlepšení týmové kultury
4. užití pěti kroků k bezpečnější chirurgii
5. instruktáž, přihlásit se, čas, odhlásit se, porada po zakončení
6. použít důkazy založené na procesech
7. 8. 9. 10. prevence infekce v místě chirurgického zákroku
11. využití posouzení rizika VTE (venózní trombembolie)

Členové operačního týmu musí dělat všechny kroky ke snížení poškození v perioperační péči, eliminovat možnosti vzniku infekce v operační ráně a zlepšovat týmovou práci a komunikaci. Implementace těchto kroků v praxi zajistí pacientu nejbezpečnější možnou péči a výsledkem je důvěra v operační sály, kde týmy staví bezpečnost pacienta na první místo a ta je součástí každodenního operačního standardu.

Management na všech úrovních má povinnost vytvořit kontrolní mechanismy kvality práce a tím zajistit bezpečnost pacienta a tak se vyhnout soudním sporům, které se po posílení práv pacientů objevují v ČR stále častěji.

3.5 NÁKLADY a nákladová střediska v Nemocnici Kyjov p. o.

Nákladové středisko je základní jednotkou řízení nákladů, je součástí organizační struktury, z hlediska controllingu jde o jednotky rozhodující, řídicí a jednotky odpovědnosti. Plánování v samotných nákladových střediscích je určeno pro časové úseky, plánované množství jako je spotřeba a výkony a z toho odvozené hodnoty. Větší oddělení NK se skládají z několika stanic, které jsou definovány jako samostatné nákladové středisko. Zde odpovědná osoba, nejčastěji staniční sestra stanice samostatně po schválení objednávky primářem objednává materiál z ústavní lékárny (jak léky, tak spotřební zdravotnický materiál) materiál z nemocničního skladu, prádlo z prádelny, materiál z centrální sterilizace nebo zajišťuje provozní opravy a opravy zdravotnických přístrojů a nástrojů. Dalšími náklady na

stanici jsou náklady osobní, což jsou náklady na vlastní tým zaměstnanců, tak náklady na zaměstnance, kteří nepracují pouze na této stanici, kdy podle podílu pracovní doby na daném stanici jsou přepočítány osobní náklady na příslušné nákladové středisko. Stejně tak jsou přepočítány náklady na spotřebované energie a údržbu budov a jejich okolí. O těchto nákladech má primář oddělení v pravidelných časových intervalech podrobný přehled včetně srovnání se stejným obdobím v předcházejícím kalendářním roku. To mu umožňuje rychlou analýzu stavu oddělení i konkrétního nákladového střediska, na základě přehledných výsledků může pružně reagovat na výsledná data nákladů a výnosů a má přehled o zisku či ztrátě jím vedeného nákladového střediska.

3.5.1 NÁKLADY na jednotlivé případy

Vedení účetní ZZ se řídí zákony č. 563/1991 Sb., 4. 568/1992 Sb. a Vyhláškou č. 435/2010 Sb., dále je upraveno metodikou MZd ČR. *Jednotné použití účtové osnovy pro zdravotnická zařízení* zavádí standardy nákladových středisek podle typů provozů.

Minimální počet samostatných nákladových středisek ve ZZ je deset. Nákladovým střediskem jsou i organizační jednotky, kde nelze přímo určit některé specifické nákladové položky, jako jsou: přístrojové náklady, osobní náklady, náklady na krev, léky nebo spotřební zdravotnický materiál.

Nezbytná samostatná nákladová střediska podle typu provozu:

- ambulance
- standardní lůžkové stanice
- JIP
- operační sály
- lůžka následné péče
- laboratorní komplement (biochemie, hematologie, mikrobiologie atd.)
- zobrazovací komplement (endoskopie, RTG, CT, radioizotopové atd.)
- zdravotní dopravní služba
- ústavní lékárna
- administrativní, provozní a technologická střediska

- vlastní výroba

3.5.2 Nákladové středisko operační sály

Jde o provozní jednotku, která musí splňovat velmi specifické technologické, technické a provozní podmínky. Musí speciálním a zónovým uspořádáním vyhovovat platné legislativě a splňovat ty nejpřísnější kritéria pro využití speciálních technologií a přístrojů, které podléhají zákonům a kontrole ze strany Státních zdravotních ústavů, Ústavu pro jadernou bezpečnost a Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Na nákladovém středisku operační sál se sčítají náklady na léky, spotřebovaný zdravotnický materiál, osobní náklady zaměstnanců, přístrojová údržba, odpisy přístrojů, energie, údržba prostor, úklid a odpadové hospodářství.

V Nemocnici Kyjov p. o. zavádění počítačových programů a počítačové sítě započalo v roce 1993 na vybraných odděleních. K prvním oddělení využívající počítačovou síť a počítačový program od firmy Prosoft s. r. o. Kroměříž patřilo gynekologicko – porodnické oddělení díky zájmu tehdejšího primáře oddělení a lékařů oddělení, kdy tito lékaři a nás několik sester využívající zakoupenou verzi programu se stalo spoluvůrci dalších zdokonalení programu na základě námi vznášených připomínek, co je pro naši každodenní praxi přínosné a co za data a výstupy považujeme za nezbytné pro ekonomiku oddělení, plánování, kontrolu, léčebný proces a archivaci. Výsledkem se stal soubor řady položek na záznamu jednotlivého pacienta, kdy každá položka umožňuje po „rozkliknutí“ na ploše počítačové obrazovky práci v dalších subsystémech, které tvoří jednotlivá vlákna dané položky. Výsledkem je komplexní obraz o poskytované zdravotní péči danému pacientu, neboť vedení zdravotnické dokumentaci v jiné formě než je daný soubor v počítači není v NK přípustný.

K názornému představení mnou výše popisovaných informací je následující obrázek z diplomové práce Bc. Karla Bulína z roku 2005, který jsem s jeho svolením převzala, neboť tato jeho diplomová práce o Nemocnici Kyjov p. o. je v elektronické verzi dostupná na portále Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a neporušuji tak interní předpisy NK o zveřejňování a kopírování dokumentů organizace.

Obrázek č. 8: Obrazovka pacienta XY pro lékaře

Chorobopis	Vysetreni	
1. Vyber chorobopisu	21. Biochemicke	40. Plan
2. Osobni udaje	22. Hematologicke	41. Pokoj-luzko
3. Prijem-titulni list	23. Mikrobiologicke	42. Denni program
4. Nynejsi onemocneni	24. RTG - vysetreni	43. Dieta
5. Anamneza	25. Ultrazvuk	44. Kategorie-Rezim
6. Status praesens	26. Radioizotopove	45. Medikace
7. Dg.zaver pri prijmu	27. CT	46. Prijem sestry
8 DRG	28. Histologicke	47. Tisk l.dekursu
9. Operacni protokol	29. Konziliarni	48. Teplota
10. Endoskopicky protokol	30. Vysetreni nukl.med.	49. Aktualni dg.
11. Propousteci zprava	31. Isoserol.vysetreni	50. Prubeh hosp.
12. Propusteni-tit.list	32. Spec.oborova vys./vykony	51. Dekurs
13. Ucet jineho odd.	33. Ostatni vys.(zad.,nalez)	52. Trvani p.nesch.
14. Tisk	34. Ostatni vys.(volny text)	53. Doporuceni (do
15. Ucet za hosp.	35. Porodopis	54. Status pri prop
16. Naklady		
17. Neschopenka		
18. Recept	38. Vysled. po uzavreni chor.	58. Zaznamy laborat
19. Jina dokumentace	39. Vysled. pred hospitaliz.	

Zdroj: autor K. Bulín, 2005, DP Projekt nákladovosti a výnosnosti akutní lůžkové péče pomocí úhradového mechanismu IR DRG v Nemocnici Kyjov, p. o.

3.6 ROLE zdravotních pojišťoven- plátců poskytované zdravotní péče a úhradový mechanismus IR - DRG

Zdravotní pojišťovny (dále jen ZP) dávají hlasitě najevo, že další cesta úhrady zdravotní péče ze strany pojišťoven je preferována ve formě případového paušálu DRG. Tato klasifikace je pro plátce zdravotní péče nepřijatelnější a může dosahovat až 80 % úhrad zdravotní péče za poskytnuté služby v návaznosti na nově uzavírané smlouvy mezi plátcem a poskytovatelem zdravotní péče. Dle zdravotních pojišťoven lépe zohledňuje náklady na léčbu a způsob léčby v určité skupině dle zdravotního výkonu a na základě diagnózy jedince. Výhodou DRG je zjednodušení práce, umožňuje rozlišování banálních a složitých případů, slouží jako nástroj hodnocení poskytované zdravotní péče a umožňuje ekonomické řízení provozu ZZ, eliminuje možnost manipulace s daty a výkony jako u dalších systémů platby poskytnuté zdravotní péče. Více se systém DRG platby za poskytnutou službu ZZ využívá od roku 2009, kdy Úhradová vyhláška na další roky pro poskytovatele zdravotní péče byla překvapivě neočekávaná, neboť za referenční období používá předcházející kalendářní roky a snižuje úhradu ZZ na 98% předcházejícího období. To se nelíbilo ZZ, jejich zřizovatelům ani jejich zaměstnancům, protože se obávali ekonomických potíží.

Pro plátce zdravotní péče v období hospodářské recesy představuje růst nezaměstnanosti nedostatek financí na účtech zdravotních pojišťoven, kdy příchozí platby za pojištěnce kterým zdravotní pojištění hradí stát, nedosahují výše odvodů za pojištěnce, pokud by tito byli v zaměstnaneckém poměru. Proto zdravotní pojišťovny hledají cesty jak dostát závazkům z uzavřených smluv se ZZ a udržet vyrovnané hospodaření na svých účtech. Ze zkušeností zdravotních pojišťoven v jiných státech vidí možnost cíleného toku peněz za pojištěncem v úhradovém mechanismu DRG a uzavření nových smluv s poskytovateli zdravotní péče podle nových pravidel jak v oblasti financování tak nasmlouvání objemu a struktury zdravotní péče podle předem daných jednotných kritérií platných pro všechny smluvní poskytovatele.

Příklad účtu z roku 2004 s účtováním dle provedených výkonů u pacienta XY v úhradovém mechanismu paušální sazbou za poskytnutou zdravotní péči. Obrázek opět použit se svolením autora DP, ve které je prezentován. V současné době přechodu na úhradový mechanismus IR DRG je souhrnném účtu pacienta pro danou ZP mimo tohoto schématu vyúčtování také vyúčtování péče úhradou IR DRG, kde je následující schéma:

Hlavní diagnóza

Vedlejší diagnózy

DRG kód: pro S. C. např. 14601

Vypočtená váha: Ideální váha: Outlier:

Délka hospitalizace: rozpětí dolní: 1 – horní: 8 průměr:

Diagnózy:

DRG výkony

Obrázek č. 9: Souhrnný účet pacienta XY za hospitalizaci

Kod	Pocet	Body	Pmat.	Kc cel.	Nazev vykonu	pobyt na lůžku
88804	17.000	4940	1887.00	4949.80	OD typ 4. STANDARDNI USTAVNI	
00880	0.000	0	0.00	0.00	ROZLISENI VYKAZANE HOSPITALIZA	
01101	1.000	178	5.00	115.36	KOMPLEXNI VYSETRENI INTERNISTO	
K1	1.000	0	0.00	0.00	pacient sobestacny, nezavisly	
K3	16.000	2400	0.00	1488.00	pacient vyzadujici zvys.dohled	
PASMO-A	3.000	0	0.00	0.00		
PASMO-B	3.000	0	0.00	0.00		
PASMO-C	3.000	0	0.00	0.00		
PASMO-D	8.000	0	0.00	0.00		
Celkem:	0.000	0	0.00	7128.22		

Hospitalizovan od 17.04.2004 do 03.05.2004 Pojistovna 111

provedené výkony

sestupná sazba ošetrovacího dne

Kategorie pacienta (K1 – K5)

Zdroj: autor: K. Bulín, 2005, DP Projekt nákladovosti a výnosnosti akutní lůžkové péče pomocí úhradového mechanismu IR DRG v Nemocnici Kyjov, p. o.

3.7 CÍSAŘSKÝ řez z pohledu porodní asistentky a perioperační sestry jako základní forma operačního porodu

Císařský řez - S. C. (dále jen S. C.) je po nástřihu hráze při porodu nejčastěji prováděnou operací v porodnictví, dle statistik jde o nejčastější břišní operaci.

Sectio Caesarea – císařský řez = chirurgický výkon umožňující vybavení plodu z dělohy matky břišní stěnou. Skládá se z laparotomie (otevření břišní dutiny), hysterotomie (příčné protěti dělohy), vybavení plodu, placenty a následných sutur jednotlivých porušených vrstev tkání.

Je operací zachraňující život a zdraví matky i dítěte. Vzhledem k rozvoji medicíny a operačních postupů, užíváním moderních šicích materiálů operování v chráněném koagulu, miniheparinizaci a zvládnutí homeostázy jde o relativně bezpečnou operaci. V 90. letech minulého století se frekvence S. C. z původních 5% dostala na průměr kolem 20% z celkového množství porodů. Celkově roste počet S. C. nejen v ČR ale hlavně v celém světě. (Postgraduální medicína, 2010)

Podle velikosti porodnice a počtu porodů se % S. C. zvyšuje. Dnes císařský řez jako porodnická operace tvoří až 21% z počtu porodů v ČR. V rámci sledované ekonomiky je vyš-

ší procento S. C. v perinatologických centrech, kde se v systému kumulují patologická a riziková těhotenství.

Císařský řez se dělí podle výkonu na operaci:

- akutní = neplánovanou
- plánovanou = iterativní (opakovanou)

Dle statických ukazatelů je iterativní porod co do komplikací spojen se srovnatelnými riziky vaginálního porodu. Akutní S. C. může provázet řada rizik, která až šestkrát přesahují hrozící množství komplikací vaginálně vedeného porodu.

U pacientek s plánovaným operačním ukončením těhotenství je dokázáno menší množství poporodních krvácivých stavů, než je u akutních operací a vaginálně vedených porodů

I plánovaný S. C. může být u klientky doprovázen vyšší krevní ztrátou, delší dobou hospitalizace, výskytem infekčních komplikací a dalšími neočekávanými situacemi pokud není dodržován celý proces od předanesteziologického vyšetření po překlad na pooperační JIP a péči zde podle platných standardů pro jednotlivé dílčí procesy.

3.7.1 Indikace k S. C.

- ze strany matky
- ze strany plodu
- indikace přidružené

V průběhu gravidity a jejího závěru se indikace velmi těžko oddělují a uvažovat o matce a plodu jako o oddělených strukturách není pro gynekology a porodníky představitelné.

3.7.2 Akutní operace S. C.

Na prvním místě seznamu indikací k akutnímu S. C. je dnes hypoxie plodu zjištěná na základě monitorování plodu během porodu pomocí kardio - tokografického záznamu plodu s možností včasného odhalení patologie plodu. Při známkách hrozícího poškození plodu hypoxií je provedení S. C. v tomto případě postupem lege artis k odvrácení poškození nebo smrti plodu.

Plánovaná operace S. C. má řadu indikací z různých medicínských oborů:

- oční indikace
- neurologické indikace
- kardiologické indikace
- porodnické indikace
- stav po úrazech
- stav po gynekologických nebo břišních operacích
- léčená sterilita a IVF fertilizace
- věk ženy

3.7.3 Plánovaný císařský řez na přání matky

Plánovaný císařský řez na přání matky je v odborných kruzích diskutován a má své obhájce i odpůrce. V některých zemích na západ od České republiky je dle statistik až 69% gynekologů schopno vyhovět přání klientky vést porod operačně - S. C. Tím se zvyšuje procento prováděných S. C. na celkovém počtu porodů a tak v dalších graviditách je S. C. pak jako metoda první volby pro vedení porodu, protože ultrazvuková (dále jen UZV) kontrola tloušťky stěny děložního segmentu v místě předcházející jizvy vykazuje tenkou vrstvu svaloviny dělohy. Častou indikací k plánovanému S. C. je i krátký časový úsek od posledního porodu cestou operační - S. C.

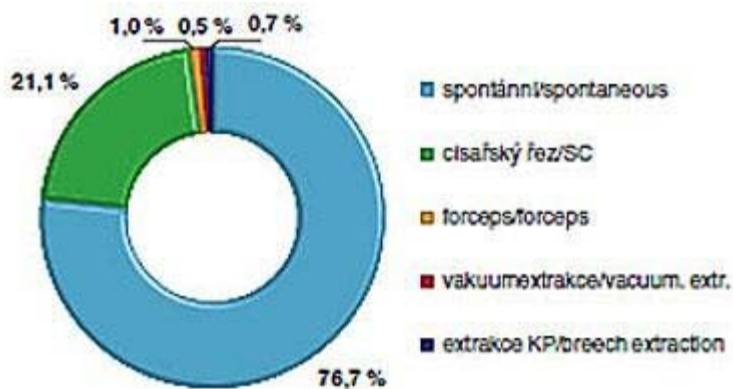
Další častou indikací k S. C. je v poslední době poloha plodu koncem pánevním, kdy dle doporučení odborné České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP je operační porod indikován v případě prvorodiček u plodů s váhou vyšší než 3500 gr. a plodů mužského pohlaví. Nárůst císařských řezů stoupá i se stoupajícím věkem rodiček nad 30 let. Dalším rizikem pro spontánní porod je diabetes mellitus matky, kdy tyto matky rodí váhově větší plody a vyskytuje se diabetické postižení cév zásobujících placentou plod

Indikací k operačnímu ukončení těhotenství je i vícečetné těhotenství po IVF fertilizaci, hypotrofie plodu s váhou pod 2500 gr. nedostatek plodové vody nebo jiná patologická poloha plodu. Hranice pro oddělení potrátu od porodu je v dnešní době stanovena na 24. týden těhotenství. Dnes i takto narození nezralí jedinci přežívají díky intenzivní poporodní

péči, přestože neexistují jednoznačné důkazy, že porod S. C. je pro nezralý plod vhodnější a méně traumatizující. Také operace prováděná na málo rozvinuté děloze u nezralých plodů omezuje ženu v dalším těhotenství. (Česká gynekologická porodnická společnost ČLS JEP, 2007)

Všichni novorozenci bez ohledu na porodní váhu a stáří v den S. C. porodu jsou ohroženi vyšším rizikem respiračních komplikací než u vaginálně vedených porodů. Toto riziko je ještě vyšší u opakovaných operačních porodů, které se plánují dříve, než je termín porodu. Novorozencům při operačním porodu komplikuje adaptaci první dny po S. C. také neosídlení zažívacího traktu bifidogenní flórou, jak je tomu při vaginálním porodu. Oba popsané stavy v pozdějším věku mohou často vyústit v alergická onemocnění takto narozených dětí. V České republice od roku 1990 stoupá počet císařských řezů a v roce 2007 se na celostátní úrovni dostává přes 21% z celkového počtu porodů v ČR – viz graf

Obrázek č. 10: Narození podle průběhu porodu v ČR v roce 2007



Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-cisarських-rezu-449539>

3.7.4 Situace v porodnosti v Jihomoravském kraji

Přítom přední odborníci sledující trendy v počtu porodů v jednotlivých letech přinesli v únorovém vydání MF Dnes v příloze Jižní Morava údaje o sledovaných ukazatelích porodnosti v Jihomoravském kraji v letech 2010 a 2011. Z vydaných prohlášení vyplývá, že pravděpodobně počet porodů v následujících letech bude spíše klesat do doby, než začnou rodit ženy narozené v devadesátých letech a bude záviset na jejich rozhodnutí o počtu porozených dětí. V článku se uvádí, že v roce 2010 byl počet porodů ve sledovaném kraji nad

třináctitisícovou hranicí, v roce 2011 už poklesl pod tuto hranici na částku asi dvanáct a půl tisíc porodů za rok. V některých porodnicích, jako jsou Ivančice, klesl i o více jak dvacet procent.

Podle P. Janků si jihomoravské porodnice drží v počtu S. C. výborné výsledky na hranici 21% v roce 2011 ve srovnání s 23 % roku 2010. Dle Janků je procentní pokles operačních porodů výsledkem snahy porodníků vysvětlovat rizika operačního porodu, který často jako nejlepší variantu žena preferuje, ale neuvědomuje si sedmkrát vyšší riziko pro ni i plod oproti vaginálnímu porodu. (Deník.cz.2012)

Teprve vývoj v dalších letech ukáže, jaká bude frekvence císařských řezů v českých porodnicích. Nelichotivě působí statistiky v této oblasti ze zahraničí, kde se v některých státech amerického kontinentu vede vysoké procento porodů právě císařským řezem z obavy z možných žalob na porodníky.

Proto se i ČR předpokládá v závislosti na změnách v právním prostředí zvyšující se procento indikací k císařskému řezu, dokonce v souvislosti se zaváděním nadstandardů jako ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče se objevují zprávy, že císařský řez na přání ženy by mohl být na seznamu výkonů Ministerstva zdravotnictví ČR jako varianta s doplatkem, která poskytuje stejný léčebný účinek jako varianta hrazená zdravotní pojišťovnou.

Podle probíhající diskuze v České gynekologické porodnické společnosti ČLS JEP většina porodníků se zařazením císařského řezu na seznamu nadstandardních výkonů nesouhlasí, protože nelze stanovit z jejich strany kritéria ani cenu za výkon:

- S. C. je operačním výkonem s rizikem pro dva životy – matky a plodu. Kdo nese právní odpovědnost za přání ženy?
- když chci nadstandard, bude mne operovat přednosta pracoviště?
- když bude operovat každý nadstandardní výkon přednosta, bude mít čas na další práci a vzdělávání?
- půjde o plánovaný výkon nebo se žena rozhodne až na porodním sále?
- bude jí vybraný operatér neustále na telefonu?
- bude mít porodník čas na svůj soukromý život?

To je výčet jen několika otázek, kterými se odborná porodnická veřejnost zabývá. Naproti tomu se vede mezi občany diskuze, že v 21. století má mít žena možnost si vybrat způsob vedení porodu svého dítěte.

3.7.5 Akreditace ZZ – cesta ke zvyšování kvality a bezpečí

Akreditace ZZ je účinným nástrojem pro zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. I když Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace v současné době ještě nemá udělenou akreditaci od Spojené akreditační komise, o. p. s. (dále jen SAK), proběhlo predakreditační šetření pracovníky SAK a proto nemocnice i její zaměstnanci při práci postupují podle standardů a všechny oblasti v nemocnici mají popsané procesy dle Národních akreditačních standardů pro nemocnice SAK, kterých je sedmdesát dva a mapují celé spektrum činností ZZ.

Národní akreditační standardy pro nemocnice:

1. Standardy řízení kvality a bezpečí
2. Standardy diagnostické péče
3. Standardy léčebné péče
4. Standardy kontinuity zdravotní péče
5. Standardy dodržování práv pacientů
6. Standardy podmínek poskytované péče
7. Standardy managementu
8. Standardy řízení lidských zdrojů
9. Standardy pro sběr a zpracování informací
10. Standardy protiepidemických opatření

Zdroj: Národní akreditační standardy pro nemocnice Dostupné: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace>

Vydání vnitřních předpisů a standardů a jejich zavádění často odhaluje stávající nefunkční systém, systém neodpovídající současným požadavkům a normám. Vydáním vnitřních předpisů nemocnice potvrzuje, že poskytuje zdravotní péči podle doporučených postupů, které aplikuje v souladu s vlastními potřebami.

Zásady pro vypracování vnitřních předpisů vychází z doporučení o stručnosti ve smyslu návodu (co nejkratší) a postupnosti činností (jednoznačně), při tvorbě je nutné popsat kritéria auditu, kdo předpis vydává, jaká je jeho platnost a stanovit formální náležitosti. Vnitřní předpisy je třeba průběžně revidovat, zavedené předpisy průběžně kontrolovat vnitřním auditem.

V souvislosti s operačním porodem se jako zásadní oblast pro kvalitu a bezpečí péče dle postupnosti procesů jeví práva pacientů.

Standard 41 SAK:“ Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní záznam do pacientovy dokumentace.“ (Spojená akreditační komise, o. p. s. 2010)

Nemocnice Kyjov (dále jen NK) má vypracovaný procesní standard SEOP – všeobecný 3 „Příjem pacienta,“ jehož cílem je zajistit plynulý proces přijetí pacienta do ZZ dle aktuálního stavu a z hlediska administrativního. Výsledkem celého procesu přijetí pacienta do ZZ je mimo jiné pacient seznámený s Domácím řádem dle dokumentu Ř - 04 a Právy pacientů dle dokumentu SEOP všeobecný 02. Jako první k podpisu je pacientu předložen tiskopis „Souhlas s přijetím do ústavní péče“ a „Záznam o souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu“. Důležitým dokumentem je i směrnice SM – 08 Nakládání s majetkem klienta s cílem stanovit postup pro příjem, skladování, manipulaci, udržování a vydávání majetku klienta jako jsou cennosti, doklady, zdravotní pomůcky, osobní věci, oblečení, léky nebo peněžní částka předaná do úschovy nemocnici jako schovateli.

Standard 42 SAK:“ Informovaný souhlas pacientů se odebírá v souladu s postupem, který nemocnice stanoví vnitřním předpisem. Informovaný souhlas s pacienty sepisuje příslušně způsobilý pracovník.“ (Spojená akreditační komise, o. p. s. 2010)

NK má vypracované instrukce I – 13 Záznam o informovaném souhlasu pacienta.

Jeho cílem je aktivní účast pacienta na rozhodování o jemu poskytované zdravotní péči, pro své informované rozhodnutí musí mít k dispozici informace o navrhovaném postupu. Informovaný souhlas musí být v souladu s platnou legislativou. Nemocnice má vyjmenovány činnosti, pro které je nutný informovaný souhlas pacienta, ten pacient podepisuje v jednotlivých etapách poskytované péče.

Standard 43 SAK:“ Pacienti jsou přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě a o poskytovatelích zdravotní péče takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování o poskytování zdravotní péče.“ (Spojená akreditační komise, o. p. s. 2010)

Tento standard je velmi důležitý pro obě strany procesu, neboť od zaměstnanců nemocnice se požaduje podrobné a precizní popsání zdravotního stavu pacienta a navrhované diagnostické a terapeutické postupy, které empaticky vysvětlí pacientu a to tak, že ten je plně informován o svém zdravotním stavu a navrhované terapii, o možných rizicích postupu, o lékaři, který zákrok provede a je za něj zodpovědný, jaký je předpokládaný výsledek navrhovaného postupu.

Standard SAK 43 je pro operační porod zásadní, protože v určitých fázích porodu pacientka není ochotna přesně hodnotit a poslouchat informace, která jí zdravotnický personál poskytuje, nemá dostatek prostoru se rozhodnout, protože je často zaskočena samotným průběhem porodu, kdy situace a průběh porodu neodpovídá představám, které si během těhotenství shromáždila. Tato oblast se jeví jako velmi citlivá a zdravotnický personál musí kromě práv matky brát ohled i na právo plodu a novorozence.

S právem pacienta úzce souvisí vedení zdravotnické dokumentace, kde ZZ jasně stanoví formální náležitosti, kompetence, obsahové náležitosti, rozsah anamnézy a vyšetření, dostupnost zdravotnické dokumentace, frekvenci denní záznamů, podpisy a identifikace. V ošetrovatelské dokumentaci je nutná vnitřní logika, integrace, návaznost záznamů a včetně čitelnosti. Základním pravidlem je nikdy nepřepisovat, ale opravovat záznam s podpisem toho, kdo záznam opravil, původní záznam zůstane čitelný, nový je s datem a časem, podepsaný osobou, která nový záznam provedla.

Oblast dokumentace upravují standardy diagnostické péče SAK.

Standard SAK 8, 9, 10 se zabývají povinnostmi lékařů a ZPNO při vedení dokumentace o vyšetření pacienta hospitalizovaného do 24 hodin po přijetí.

Standard SAK 12:“ Nemocnice určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace pro všechny obory.“ (Spojená akreditační komise, o. p. s. 2010)

Nemocnice má zpracovaný vnitřní předpis upravující vedení dokumentace jak hospitalizovaných tak ambulantních pacientů. V NK je to směrnice Sm – 10 Správné vedení zdravotnické dokumentace a Sm – 10/dodatek č. 1 Souhlas s přijetím do ústavní péče – anglická

verze, instrukce I – 32 Metodika výběru, tvorby a sledování účinnosti standardních doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů. Tyto vnitřní předpisy jsou normy popsané odborníky, vymezují minimální úroveň lékařské péče, ošetrovatelské péče a péče v oblasti komplementu. Tvoří základ objektivního hodnocení poskytované zdravotní péče, chrání zdravotnické pracovníky před neoprávněným postihem a pacientům zajišťují bezpečí. Neslouží k represím, ale ke zlepšování, jsou nástrojem posuzování úrovně poskytované zdravotní péče a umožňují splnit požadavky akreditační komise při akreditačním řízení k udělení nebo obhájení akreditace ZZ.

Standard SAK 15: „Každé předání pacienta mezi směnami, mezi různými typy péče či mezi jednotlivými pracovišti bude provedeno kvalifikovaným pracovníkem - kvalifikovanému pracovníkovi. Při předání pacienta na jiné pracoviště bude proveden záznam dokumentaci pacienta a bude provedeno kvalifikované předání pacienta kvalifikovaným pracovníkem – kvalifikovanému pracovníku.“ (Spojená akreditační komise, o. p. s. 2010)

V NK se předání pacienta provádí záznamem v dokumentaci pacienta, nelze pacienta v rámci směny nebo pracoviště předat pouhým uvedením v souhrnném hlášení sester. Při předání pacienta k operačnímu výkonu se záznam o předání vždy provádí v ošetrovatelské dokumentaci. Kvalifikovaným pracovníkem dle plané legislativy je osoba mající odbornou nebo specializovanou způsobilost k výkonu zdravotnického pracovníka na příslušném pracovišti (zákon č. 95/2004 Sb., zákon č. 96/2004 Sb.)

Standard SAK 16:“ Pacient, u kterého je plánován terapeutický či diagnostický výkon v celkové anestezii, má provedeno předanestetické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny a v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem nemocnice/ oddělení.“ (Spojená akreditační komise, o. p. s. 2010)

NK má vypracován postup vyšetření pacientů před celkovou anestézií směrnici SM/PAC/08/01-2012 pod názvem Zajištění provozu anesteziologické ambulance Nemocnice Kyjov, p. o. Dokument stanoví povinnost provést komplexní vyšetření pacienta před zahájením anestezie v rozsahu dle stavu pacienta a naléhavosti operace. Předpis stanoví rozsah a způsob vyšetření pacienta, které provádí výhradně lékař s kompetencí dle předpisů. Každý pacient svým podpisem stvrzuje dokument „Souhlas s anestézií“.

U operačních porodů se tento postup řídí dle typu operačního zákroku, ten je buď plánovaný a na vyšetření lékařem před anestézií je dostatečný prostor. Jiná situace nastává u

akutních operačních porodů, kdy v boji o čas a život dvou lidí je cenná každá minuta. Přesto lékař kompetentní vést průběh anestézie během operačního porodu je povinen provést minimální předepsané vyšetření těhotné ženy před podáním anestézie.

Standard SAK 20:“ U každého pacienta jsou během anestezie a po ní monitorovány základní vitální funkce (v rozsahu určeném pro příslušné oddělení).“ (Spojená akreditační komise, o. p. s. 2010)

NK má zpracován dokument, který stanoví minimální rozsah vyšetření pacienta před podáním anestezie, předpis stanoví i rozsah monitorování základních životních funkcí během operace a po ní.

Souhlas s anestézií je částí zdravotnické dokumentace, která u operačních porodů je nezbytná. Nelze operační výkon v souvislosti s průběhem porodu provést, pokud těhotná žena nedá písemný souhlas s poskytnutím císařského řezu, s transfuzí krve a krevních derivátů.

Standard SAK 21:“ Operační protokol je vypsán bez zbytečného odkladu po operaci, obsahuje jméno operátora, jméno asistenta, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu.“ (Spojená akreditační komise, o. p. s. 2010)

Standard navazuje na Standard SAK 13 a 14, který doporučuje vnitřním předpisem stanovit vedení dokumentace, frekvenci a rozsah záznamů lékařů a ZPNO, jejich záznam musí být opatřen i datovým a časovým údajem, podpisem ošetřujícího zdravotnického pracovníka.

V NK je směrnice SM – 10 Správné vedení zdravotnické dokumentace podkladem pro další závaznou součást zdravotnické dokumentace. Porodní nebo operační sál je pracovištěm intenzivní péče. Povinností lékaře na jednotkách intenzivní péče je minimálně dvakrát za den pacienta vyšetřit a toto zaznačit v dokumentaci a to i mimo pracovní dny.

Pokud dále srovnávám standardy SAK a jim odpovídající dokumentaci v NK, tak můžu konstatovat, že NK má vypracovány vnitřní předpisy, které se snaží naplnit požadavky SAK na průběh akreditačního řízení a tyto předpisy jsou v jednotlivých procesech užívány a pravidelně dle plánu kontrolováno dosažení shody v procesu vnitřním auditem.

Pokud se zamyslím nad tím, co ve zdravotnické dokumentaci ženám v těhotenství a po porodu chybí, tak vidím jako důležité zavést do praxe na operačních sálech v NK Surgical

Safety Checklist dle doporučení WHO (Chirurgický bezpečnostní list) a Mapu péče pro jednotlivé typy operací na jednotlivých operačních sálech.

Jako významné tyto dokumenty vidím v situaci operačních porodů, protože jak říkají někteří bývalí i současní vrcholoví manažeři ve zdravotnictví, tak porodnice a její úspěchy jsou vlajkovou lodí celého ZZ a podle péče poskytované na tomto oddělení pacienti a jejich rodinní příslušníci často hodnotí ZZ jako celek.

3.8 Návrh dokumentů - řešení

Chirurgický bezpečnostní list – Surgical Safety Checklist je postupem bezpečnostního procesu na operačním sále, minimalizuje rizika operačních výkonů a jejich komplikace včetně pochybení operačního týmu. Jde celkem o jednoduchý proces umožňující operačnímu týmu zaměřit pozornost na kritické momenty během operačního zákroku. Dle WHO je třeba učinit kroky ve třech etapách operačního výkonu:

1. Před začátkem anestezie
2. Před kožním řezem
3. Před skončením operačního zákroku

Jde o prověření nejzávažnějších rizik, která proces na operačním sále během zákroku přináší. Před začátkem anestezie je důležitá kontrola a identifikace pacienta, typu operačního zákroku a místa operace včetně jeho označení, kontrola přístrojové techniky a anesteziologického přístroje včetně pulzního oxymetru. Dále se dotazem zjišťuje alergie u pacienta, zda je objednána a připravena krev k operaci, zda nemá pacient dýchací potíže nebo překážku v dýchacích cestách.

Před kožním řezem členové operačního týmu potvrdí své jméno a pozici v týmu. Operatér, anesteziolog a perioperační sestra ústně uvedou místo a typ operačního výkonu a stvrdí identitu pacienta. Vedoucí týmu také nahlas potvrdí předpokládanou ztrátu krve a délku operačního zákroku. Perioperační sestra nahlas řekne, zda má kompletní pomůcky a potvrdí jejich sterilitu dle procesorových a dutinových testů. Anesteziolog vyjádří jím předpokládaná rizika a potvrdí, zda byla podána antibiotika.

Před skončením operačního zákroku operační tým nahlas stvrdí provedený výkon, zda souhlasí počet roušek, materiálu, odebrané vzorky na histologické, cytologické nebo bakte-

riologické vyšetření, jejich počet a označení, vzniklé potíže s přístrojovým nebo jiným zařízením sálu během operace. Vedoucí týmu nahlásí požadované pooperační ordinace.

Chirurgický bezpečnostní list a jeho zavedení do procesů na operačním sále umožňuje provedení kontroly kritických momentů v předem daném pořadí, kdy jednoduchý proces rychle prověří rizika. Tím, že „checklist“ má předem stanovené pořadí otázek na které se odpovídá a odpověď v dokumentu zaškrťává, prokazatelně dle statistik WHO vede k poklesu pochybení na operačních sálech, kdy tým je v pravou chvíli upozorněn na možnost pochybení.

Rizika a pochybení, kterým může Chirurgický bezpečnostní list zabránit:

- Záměna pacienta
- Záměna operované strany
- Záměna místa operace
- Záměna operačního výkonu
- Infekce v operační ráně
- Problémy s anestezií
- Chyby vzniklé špatnou komunikací v týmu

Jak uvádí Pláteníková a Prosecká v časopise *Sestra* 02/2010 „Dokud se budou společnosti skládat z lidí, budou se objevovat chyby, spory a výbuchy“ (Jack Wezch) a to si žádá precizní týmovou komunikaci, důslednost a pečlivost během celého operačního zákroku jako prevenci pochybení. To dokáže jen sehraný tým, kdy každý kontroluje svou práci a současně kontroluje i všechny kolem, aby pokud někdo něco přehlédne, ostatní to mohli včas napravit.

Protože u činností, které probíhají denně opakovaně a stávají se automatickými, může nastat závažné pochybení, všichni v týmu musí brát vzájemné kontrolování jako cestu předcházení komplikacím, aby se těsná spolupráce stala běžnou praxí.

Chirurgický bezpečnostní list

<p>PŘED ÚVODEM DO ANESTEZIE</p> <p>Perioperační, anesteziologická sestra a anesteziolog:</p> <p>Potvrdil pacient svou totožnost, souhlas s operací, stranu zákroku a operační zákrok?</p> <p><input type="checkbox"/> ANO</p> <p>Je označeno místo operace?</p> <p><input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Není třeba</p> <p>Je zkontrolován anesteziologický přístroj a zcela připravené léky?</p> <p><input type="checkbox"/> ANO</p> <p>Je funkční pulzní oxymetr pro pacienta?</p> <p><input type="checkbox"/> ANO</p> <p>Má pacient známou alergii?</p> <p><input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Má pacient obtíže dýchacích cest nebo riziko aspirace?</p> <p><input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Hrozí riziko krevní ztráty > 500 ml krve?</p> <p><input type="checkbox"/> ANO, má dva žilní vstupy <input type="checkbox"/> NE</p>	<p>PŘED KOŽNÍM ŘEZEM</p> <p>Perioperační, anesteziologická sestra a anesteziolog, operatér:</p> <p>Stvrdili všichni členové týmu nahlas své jméno a roli v operačním procesu?</p> <p>Stvrdili nahlas členové týmu jméno pacienta, operační výkon a místo řezu?</p> <p>Byla antibiotická profylaxe podána v posledních 60 minutách?</p> <p><input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Není třeba</p> <p>Očekávané komplikace:</p> <p>Chirurg:</p> <p><input type="checkbox"/> Očekává nestandardní postup nebo kritické fáze?</p> <p><input type="checkbox"/> Očekává delší operační zákrok?</p> <p><input type="checkbox"/> Očekává větší krevní ztrátu?</p> <p>Tým perioperačních sester:</p> <p><input type="checkbox"/> Byla potvrzena sterilita včetně doložení pro-cesní indikátory?</p> <p><input type="checkbox"/> Existují problémy s přístroji nebo jiným zařízením sálu?</p> <p><input type="checkbox"/> Je připraveno a zkontrolováno obrazové a záznamové zařízení?</p>	<p>PŘED OPUŠTĚNÍM OPERAČNÍHO SÁLU PACIENTEM</p> <p>Perioperační sestra verbálně stvrzuje:</p> <p><input type="checkbox"/> Název operace</p> <p><input type="checkbox"/> Počet nástrojů, roušek a jehel souhlasí</p> <p><input type="checkbox"/> Souhlasí označení biologických a histologických preparátů identifikačními štítky tohoto pacienta a daným pořadí dle domluvy s operatérem</p> <p><input type="checkbox"/> Vzniklé problémy s přístroji a jejich řešení</p> <p>Chirurg, anesteziolog a perioperační sestra:</p> <p><input type="checkbox"/> Klíčové ordinace a informace o pacientu k péči na JIP</p>

Zdroj: *Vlastní návrh dle WHO v českém jazyku*

3.9 MAPA péče (příloha č. 1)

Pokrok a změny v ošetrovatelství a organizaci zdravotnictví si vyžádaly vznik a zavedení map péče, jako nástroje zvyšování kvality péče a umožňujícího kontrolu nákladů. Mapa péče je sledem kroků a aktů v procesu péče umožňující dosáhnout vysoké kvality péči při nízkých nákladech, jedná se standardizovaný plán péče, popis, jak pečovat o konkrétní skupinu pacientů podle prováděného operačního výkonu. V mapě péče jsou jednotlivé kroky seřazeny postupně dle času a jednotlivých oblastí pro daný časový úsek, je rozlišena péče ze strany lékařů a ZPNO a dalších členů týmu. Mapa je sestavena dle časového rámce pro konkrétní diagnózu u průměrného pacienta s klinicky probíhajícím obrazem. Každý časový úsek nebo den má svůj plán pro jednotlivé činnosti. Dobře sestavená mapa péče pak zajišťuje vysokou kvalitu péče a kontrolu nákladů, zlepšuje komunikaci uvnitř týmu a posiluje spolupráci celého týmu.

3.9.1 Mapa péče a operační porod

Operační porod je proces, který v mapě péče začíná přijetím a přes hospitalizaci končí propuštěním ženy v šestinedělí a novorozence do domácího prostředí. Předem stanovené cíle a výsledky péče jsou dosaženy pomocí plánu, který je vhodným nástrojem pro snižování rizik, koordinuje a zpřehledňuje veškeré předpokládané činnosti všech členů týmu. Každá odchylka od plánu se zaznačí spolu s důvodem, proč nastala. Pak lze rychle reagovat, pokud se děje něco mimo plán a nedochází ke zlepšení stavu.

Přehledná a jednoduchá tabulka rozdělena do sloupců názorně ukazuje, jaká bude poskytnuta péče, zajišťuje všem těhotným ženám co nejkvalitnější péči dle standardů péče a vede ke snižování rizik. Je názorným návodem pro nové pracovníky, jak v jednotlivých časových úsecích o pacienta pečovat ve správném pořadí a s jakými zdroji. Jejím účelem je výběr poskytované péče v danou dobu a v určeném pořadí.

Mapa péče umožňuje snižovat odchylky a komplikace, riziko chyb vede k lepší edukaci pacienta. Dnešní pacient náročný na výsledky poskytované péče je dobře informovaný a každá odchylka může být důvodem soudního sporu, vyvolaného pacientem.

Mapy péče zlepšují vztahy a komunikaci s pacientem, snižují roztržitost péče a jejich zavedení zkvalitní dokumentaci, která se stává přehlednější a srozumitelnější.

Mapa péče zpřehledňuje a definuje jednotlivé kroky dané skupiny pacientů nebo jednotlivých procesů, které jsou navrženy v délce odpovídající klinickému průběhu a délce hospitalizace průměrného případu bez komplikací. Promyšleně sestavená mapa péče a její zavedení a užívání v praxi zajistí poskytování péče nejvyšší kvality. Zahrnuje všechny předpokládané situace, vyšetření, testy a kontroly, které lze u průměrného pacienta v dané skupině očekávat a určuje, jaká péče bude pacientu poskytnuta v souladu se standardy péče, omezuje duplicitu a snižuje rizika.

Názorná mapa péče pro ženu, která přichází k hospitalizaci k plánovanému operačnímu porodu S. C., je velmi vhodnou orientační pomůckou následných kroků, kdy mapa péče v grafické podobě ji umožňuje snadnou orientaci a komunikaci jak s odborným personálem, tak se svými nejbližšími rodinnými příslušníky. Grafická mapa péče dává ženě prostor k cíleným dotazům a následnému vysvětlení jednotlivých situací ze strany lékařů a zdravotnických pracovníků nelékařských oborů v rozsahu jim svěřených kompetencí. Novým pracovníkům na jednotlivých stanicích bude vítanou pomůckou pro poskytování kvalitní péče a eliminuje neshody v procesu od příjmu po propuštění pacientky.

Pro pacientky po akutním operačním porodu S. C. je grafická mapa péče prvním a zásadním orientačním dokumentem, pomocí kterého se rychle zorientují v nečekané situaci, a mapa péče je pro ně východiskem pro komunikaci se zdravotnickým personálem, umožňuje edukaci ženy včetně její rodiny a zajišťuje kontinuitu a kvalitu poskytované péče.

Mapu péče jsem navrhla a sestavila po konzultaci s primářem a lékařem gynekologicko - porodnického oddělení Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace. Při sestavování mapy péče po císařském řezu jsem využila grafických znaků se svolením autorky těchto znaků paní Bc. Romany Kolajové, která tyto znaky prezentovala ve své přednášce Mapy péče v ortopedii na konferenci Florence Nightingale v roce 2010.

3.9.2 Mapa péče na operačním sále

Mapu péče v procesech na operačním sále představují dokumenty pro členy týmu operačního sálu. V současné době používaný dokument „Perioperační záznam gynekologicko – porodního oddělení“ představuje mapu péče na operačním sále, je vytvořen jako seznam postupných kroků, které vedou každého zdravotnického pracovníka celým procesem, umožňují mu formou záznamů pomocí „zakřížkování – x“ v příslušné kolonce dokumentu

postupovat systematicky a neopomenout žádný předem definovaný a standardizovaný úkon, čímž se značně zvyšuje úroveň dosažené shody v procesech a tím i kvalita a bezpečnost poskytované péče na operačním sále.

Dokument perioperační záznam je interním materiálem a duševním vlastnictvím Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace a podléhá řízení interních dokumentů a lze jej zveřejňovat jen se souhlasem vedení nemocnice a manažera kvality, proto je tento dokument neveřejnou součástí diplomové práce jako příloha, která je k dispozici vedoucímu práce a oponentu práce po předchozím písemném souhlasu ředitele Nemocnice Kyjov p. o.

V souvislosti s vývojem situace na poli kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče je nezbytné ke stávajícímu dokumentu „Perioperační záznam gynekologicko - porodnického oddělení Nemocnice Kyjov p. o.“ uvést do každodenní praxe perioperačních sester v procesu operačního porodu S. C. i u dalších operačních výkonů „Chirurgický bezpečnostní list“ (Surgical Safety Checklist dle verze WHO) odpovídající procesům na daném operačním sále a „Grafickou mapu péče pro porod S. C.“ jako součást dokumentace pacientky.

Jde o kroky, které vidím jako nezbytné v současné době zavádění úhradového mechanismu formou DRG, který pojišťovny vidí jako nástroj snížení nákladů na poskytnutou zdravotní péči při udržení či zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče pojištěnců, neboť mechanismus úhrady umožňuje všem stejné výchozí pravidla a je jen na konkrétním ZZ jak dokáže využít všech nástrojů k udržení konkurenceschopnosti a dobrého jména ZZ a konkrétního oddělení. Tím si vytváří základ a cestu k uzavření oboustranně korektní smlouvě o poskytování a platbě za poskytnutou zdravotní péči. Tím kdo profituje na celém procesu je hlavně pojištěnec, ale také ZZ a ZP.

3.9.3 Současná situace

Nyní se situace ve zdravotnictví v ČR a zvláště ve ZZ poskytující akutní zdravotní péči ocitá v přechodném období, kdy VZP ČR a ostatní ZP vypověděly poskytovatelům zdravotní péče smlouvy o úhradových mechanismech, MZd ČR od 1. 4. 2012 uvedlo do reálné praxe nové zákony o zdravotní péči, v ekonomice se stále nedaří překonat fázi recese, vláda v reformních krocích sblížuje daňové sazby a jejich zvyšování se dotýká také ZZ a jejich ekonomické situace. VZP ČR a ostatní pojišťovny daly na vědomí, že pracují na tvor-

bě nové sítě poskytovatelů zdravotní péče, což nepřináší klid na stranu žádné skupiny účastníků v procesu zdravotní péče. Situace ve sféře poskytování zdravotní péče v roce 2012 je natolik specifická, že popis současné situace nelze nijak objektivně vyjádřit, spíše je třeba pečlivě sledovat a analyzovat všechny signály a dostupné relevantní informace a vytvořit si modelové postupy pro následující období tak, aby každé ZZ a jeho nákladová střediska dokázala zvládnout od roku 2013 nové podmínky a přitom neustále udržovala a zvyšovala kvalitu a bezpečnost poskytované péče. K tomu je třeba analyzovat dostupná statistická data a pomocí známých statistických analýz a jejich výsledků reagovat v předstihu na očekávané trendy v příštím období v každé odbornosti. V segmentu zdravotní péče, který sleduji v této práci v oblasti operačních porodů lze jen zcela v hrubých obrysech vytvořit analýzu následujících období, neboť porodnost je významným demografickým údajem, který má vypovídající schopnost o celé řadě situací běžného života společnosti na daném území. Je tak významným údajem, že si sama nedovolím vytvářet prognózu na příští období, jen z dostupných dat minulých deseti let nastíním pomocí regresní analýzy možný další vývoj.

Tabulka č. 6: Statistika porodnice Nemocnice Kyjov p. o. v letech 2001 – 2011

ROK	Počet porodů celkem	Počet operativních porodů - SC	% podíl císařských řezů na celkovém počtu
2001	714	94	13,16%
2002	869	99	12,51%
2003	719	103	14,32%
2004	759	119	15,67%
2005	807	139	17,22%
2006	980	174	17,75%
2007	1093	193	17,66%
2008	1171	233	17,66%
2009	1047	214	19,90%
2010	1059	205	19,36%
2011	1017	208	20,45%

Zdroj: vlastní dle statistiky operačního sálu NK v letech 2001 - 201

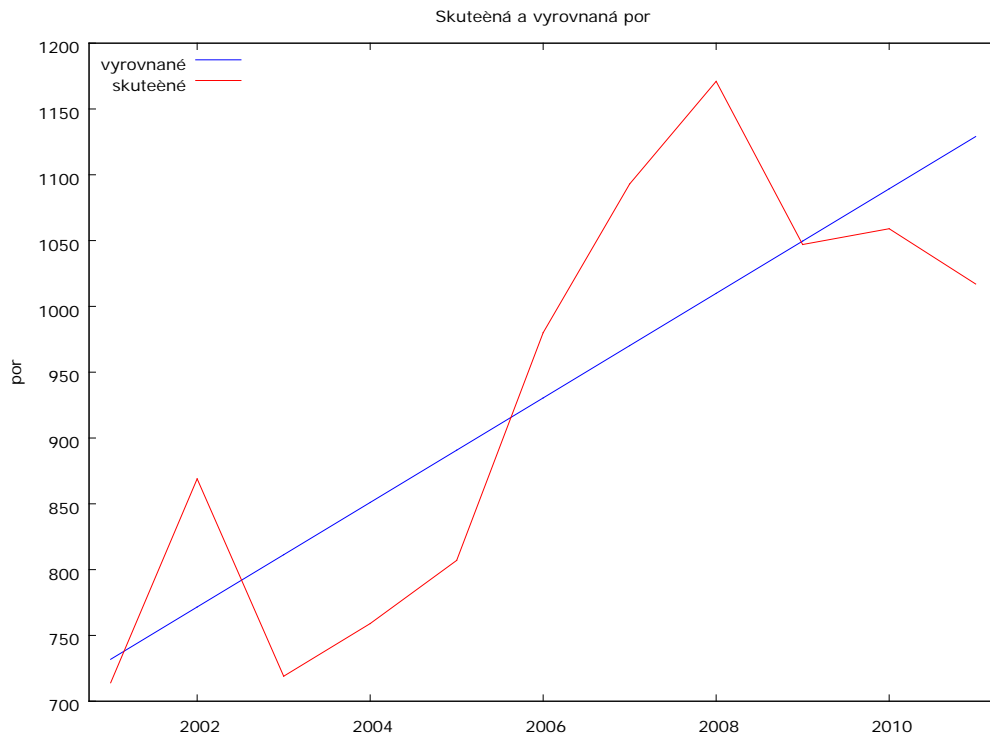
Počet porodů celkem v roce 2001 – 2011 v Nemocnici Kyjov p. o. a % podíl porodů císařským řezem na celkovém počtu porodů

(a) Čas – porody celkem

	Koeficient	směr. chyba	t-podíl	p-hodnota
const	692,145	64,9487	10,66	2,10e-06
index	39,7182	9,57617	4,148	0,0025

Graf č. 1: Graf lineární regrese

tvar přímky tedy je $y = 692,145 + 39,7182t$

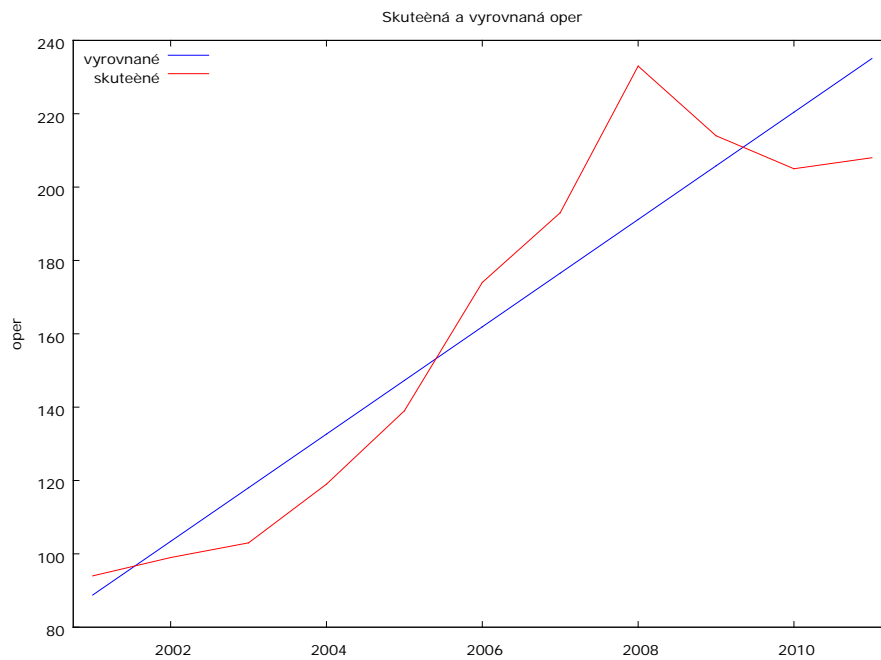


Zdroj: vlastní zpracování statistiky porodů v NK p. o.

(b) Čas – operativní porody

	koeficient	směr. Chyba	t-podíl	p-hodnota
const	74,1455	13,1677	5,631	0,0003
index	14,6273	1,94147	7,534	3,56e-05

Graf č. 2: Graf lineární regrese



Zdroj: vlastní zpracování statistiky porodů v NK p. o.

U obou regresních analýz vyšly hodnoty regresních koeficientů jako statisticky významné. Koeficient determinace u prvního modelu je 0,618359 a u druhého 0,847938. Modelem je tedy vysvětleno 84,8% celkové variability.

Pokud se podíváme na podíl SC na celkovém počtu porodů, vidíme, že se jedná o významnou skupinu případů, které se projeví na ekonomice oddělení.

Při zavádění systému DRG do praxe je léčba případu uhrazena zdravotní pojišťovnou na jednu za celou hospitalizaci.

Porod SC je v číselníku IR DRG pro rok 2012 popsán následovně:

Tabulka č. 7: Porody SC

	14601 POROD SC bez CC	14602 POROD SC s CC	14603 POROD SC s MCC
RV	0,9802	1,1486	1,2543
ALOS	7,45	8,68	9,33
TLTP	2	3	3
THTP	22	26	28
ANAKL	29 113	34 113	37 253
AMAT	475	700	1 164
MLTP	0	0	0
MHTP	1 425	2 099	3 491
RVLOS	0,9643	1,1250	1,2151
RVMAT	0,0160	0,0236	0,0392

Zdroj: Vlastní úprava dle seznamu DRG

RV- relativní váha skupiny

ALOS – průměrná délka ošetrovací doby

TLTP – spodní trimpoint délky ošetrovací doby

THTP – horní trimpoint délky ošetrovací doby

ANAKL – průměrné náklady

AMAT – průměrné materiálové náklady (ZUM + ZULP)

MLTP – spodní trimpoint materiálových nákladů

MHTP – horní trimpoint materiálových nákladů

RVLOS – podíl RV na délku ošetrovací doby (náklady vyjma materiálových)

RVMAT – podíl RV na materiálové náklady (ZUM+ZULP)

3.10 Statistické údaje v Jihomoravském kraji za posledních 10 let dle Národního referenčního centra ČR

Dle statistických údajů Národního referenčního centra ČR (dále jen NRC) za posledních 10 let v Jihomoravském kraji průměrná délka hospitalizace žen s porodem vedeným SC pohybovala od 6,3 po 8,3 dny tedy průměrně 6,92 dne. Dle stejného zdroje je v Nemocnici Kyjov p. o. průměrná délka hospitalizace stejné skupiny žen 6,61 dne. V tabulce výše je ALOS pro porod SC bez CC 7,45 dne, pro SC s CC 8,68 a pro SC s MCC 9,33 dnů. (Národní referenční centrum, 2012)

Podle statistických údajů NRC ČR tedy ani průměrná délka hospitalizace žen bez ohledu na DRG kategorie je v Jihomoravském kraji a i v Nemocnici Kyjov p. o. kratší než udává v DRG ALOS.

Dle metodiky k zavádění IR DRG se pro zdravotnické zařízení a jeho ekonomiku jeví jako nejvýhodnější délka hospitalizace minimálně 4 dny a maximálně 8 dnů. Při délce hospitalizace v rozpětí těchto dnů jsou obvykle ekonomické přínosy pro ZZ z úhrady formou DRG, neboť je účet pacienta za hospitalizaci vyjádřený v Kč nižší, než je platba v Kč od zdravotní pojišťovny za uvedenou diagnózu v systému IR DRG.

Při splnění řady kritérií při indikaci a vedení porodu cestou S. C. je statisticky obvyklá délka hospitalizace ženy po operačním porodu šest dnů od operačního výkonu. O délce hospitalizace nerozhoduje pouze zvyklost pracoviště, ale je celá řada okolností, které dobu hospitalizace ovlivňují. Mezi nejčastější překážky propuštění ženy a novorozence do domácího prostředí patří:

- zdravotní stav novorozeného dítěte
- nízká porodní váha novorozeného dítěte
- vícečetné těhotenství
- přidružené nemoci matky
- nozokomiální nákaza novorozence
- nozokomiální nákaza matky

První čtyři příčiny většinou nelze ze strany zdravotního personálu ovlivnit, protože výběr porodnice je právem každé ženy a personál porodnice nemá většinou možnost s těhotnou

ženou pracovat před porodem, pokud není registrujícím gynekologem odeslána k vyšetření a kontrolám již před porodem.

Co můžeme ale ovlivnit je proces operačního výkonu a následný pobyt v ZZ, který se řídí platnou legislativou, závaznou pro celé ZZ, standardní oddělení a jednotky intenzivní péče. Vše je předem definováno a dotčenými orgány požadováno, kontrolováno a procesy a postupy upravené v legislativě pro zdravotnictví se vztahují na tyto oblasti:

- protiepidemických opatření
- bezpečnostní aspekty provozu ZZ
- preventivní prohlídky zdravotnických prostředků

Kvalitní ošetrovatelská péče vychází z individuálních hodnot každého účastníka procesu na operačním sále, ať jde o poskytovatele péče nebo jejího příjemce a jejich schopnosti objektivně využívat indikátory kvality k vyhodnocení kvality poskytované péče. Zdrojem pro měření a vyhodnocení úrovně kvality jsou informace z auditů, od pacientů, externích odborníků a kontinuální zvyšování kvality nemá být byrokratickým nástrojem, ale indikátory kvality mají být měřitelným kritériem operačních sálů.

3.10.1 Nozokomiální nákazy

Za nozokomiální nákazu se považuje onemocnění vzniklé v souvislosti s pobytem nebo výkonem prováděným v ZZ projevující se v dané inkubační době, za nozokomiální nákazu se považuje i nákaza, která se projeví v příslušné době po propuštění do domácího léčení. (Sestra,10/2009, str. 30-31)

Nozokomiální nákazy (dále jen NN) dle WHO se vyskytují až u 10 % hospitalizací. (Medical Tribune,12/2007, str. A11) Procento výskytu NN je jedním z indikátorů kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Náklady na léčbu NN zvyšují náklady na jednotlivý případ. Tyto náklady při přechodu na platbu péče úhradou DRG nejsou zdravotnickému zařízení propláceny, protože při stanovení výše platby jde o průměrné náklady na jeden případ v DRG skupině.

Aby se výskyt nozokomiálních nákaz u operačních porodů eliminoval na minimální počet, je nutné udržovat a zvyšovat kvalitu ošetrovatelské péče. To lze jen za předpokladu, že péči poskytuje kvalifikovaný personál, který se pravidelně zdokonaluje a vzdělává v oblasti

bariérové ošetřovací techniky, dodržuje předpisy BOZP a zná a umí používat osobní ochranné pomůcky, manipulovat s biologickým materiálem, při své práci dodržuje hygienickou dezinfekci rukou. Na operačním sále k hygienické dezinfekci rukou přistupuje před operačním porodem chirurgická dezinfekce rukou.

Z infekčních rizik činností na operačním sále se vychází při tvorbě desinfekčního řádu, který je součástí důležitého dokumentu a tím je provozní řád operačních sálů. Desinfekční řád musí dodržovat kompatibilitu účinných chemických látek, aby výsledný účinek se nevyklučoval a nedocházelo k nevhodným reakcím při použití účinných látek, jako je koroze, změna barvy povrchu nebo sedimentování. Důležité je kontrolovat expiraci desinfekčních a čistících prostředků, uchovávat je v originálním balení s návodem v národním jazyce a dle podmínek stanovených výrobcem. K bezpečnosti patří i nerozlévání z větších balení do menších v neoriginálních obalech. Vyhláška č. 195/2005 Sb. nikde neříká časový úsek z hlediska střídání dezinfekce, ale určuje výměnu po využití rozdělaného balení prostředku. Tady je úkolem managementu operačních sálů mít dobrý přehled o velikostech dodávaných balení desinfekčních přípravků, mít propočítanou cenu, která velikost balení je nejekonomičtější. Také každá kontrola dozorového orgánu a epidemiologů má propočítanou spotřebu jednotlivých desinfekčních přípravků pro danou oblast a rozlohu pracoviště. Dokáže podle dodacích listů z ústavní lékárny okamžitě zhodnotit jak se legislativní opatření a desinfekční řád dodržuje, zda se užívá předepsaná koncentrace roztoků a množství dezinfekce na ruce dle evropských standardů.

Proto i v oblasti úklidové techniky a povrchové dezinfekce je třeba využít dostupné techniky od výrobců desinfekčních prostředků, které nabízí. Jedná se o certifikované dávkovače roztoků na ruce nebo směšovače, které po kalibraci výrobcem dokážou vytvořit desinfekční roztok na povrchy v předepsané koncentraci výrobcem a tak vylučují lidské selhání při ředění pracovních roztoků.

K standardním opatřením v bariérovém ošetřovacím režimu patří:

- osobní ochranné prostředky
- individualizace pomůcek
- dekontamice pomůcek
- hygiena rukou

- používání rukavic dle typu procesu
- aseptické postupy
- cílený úklid, čištění a dezinfekce
- nenosit šperky, hodinky, umělé a lakované nehty
- nevycházet v sálovém oblečení a obuvi mimo operační sál
- zákaz nosit na operační sál tašky, noviny, nápoje a mobilní telefony
- jednorázové papírové ručníky

3.10.2 Úklidová technika a odpadové hospodářství

Důležitým bodem zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče je úklidová technika a péče o úklidové pomůcky. Ty při nesprávném zacházení a uložení představují velký zdroj epidemických problémů. Proto úkolem odpovědných pracovníků je dohled a kontrola nad pracovníky úklidu, jejich postupů, ředění desinfekčních roztoků, uložení mopů a dodržování předepsané koncentrace a expozičních dob povrchové desinfekce. Stejným problémem v protiepidemiologických opatřeních je odpadové hospodářství. Na operačním sále, jednotkách intenzivní péče ale i na standardních odděleních se vyskytují různé druhy odpadu, který má svá přísná pravidla třídění, ukládání, označení a odstraňování, které dle platné legislativy probíhá dle potřeby, minimálně jednou denně. Správný proces označování a odstraňování odpadu je dalším krokem ke zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče.

3.10.3 Sterilita

Největší oblastí pro zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče v procesu operačního porodu, která je sterilita pomůcek, předmětů a užívání pomůcek na jedno použití. U jednorázových pomůcek se striktně dodržuje zákaz opakovaného používání a sterilizace, k S. C. i k dalším operacím se výhradně používá sada průmyslově vyráběných a dodávaných sad roušek a operačních plášťů z netkaných textilií složených dle požadavků našeho pracoviště, sterilizovaných průmyslovým způsobem a odpovídajícím platné legislativě. Toto všechno je třeba doplnit správným uložením vysterilizovaného materiálu, materiálu sterilního dodávaného od výrobce v originálních obalech. Expirační doba se řídí platnou legisla-

tivou a datem garantovaným od výrobce při dodržení výrobcem předepsaných podmínek ke skladování.

Kontroly doby expirace jsou dány pravidelnými intervaly, existuje o nich záznam s podpisem osoby provádějící kontrolu, tyto záznamy nadřízený pracovník sleduje a namátkově zjišťuje, zda je shoda mezi zápisem o kontrole a skutečným stavem expirační doby jednotlivého materiálu, desinfekčních prostředků a léčiv. Jen tak lze splnit protiepidemiologické opatření a předcházet vzniku a šíření infekčních onemocnění a infekčních agens ve ZZ, což snižuje náklady na poskytovanou zdravotní péči a zvyšuje kvalitu procesu. Prevence nozokomiálních nákaz nás něco stojí, ale vede k cíli, kterým je spokojený pacient, efektivní procesy, finanční přínos a motivovaní pracovníci.

3.10.4 Lidské zdroje

Úkolem managementu na jednotlivých pracovištích oddělení je péče o lidské zdroje, péče o přístrojové a další vybavení, kontrola a řádné vedení dokumentace a využívání posledních medicínských poznatků v praxi, každé pracoviště musí mít popsánu organizační strukturu a vztahy nadřízenosti a podřízenosti, povinnosti a pravomoci vedoucích pracovníků. Ke kvalitě a bezpečné péči vede písemné stanovení rozsahu péče, která je vymezena buď výčtem, nebo je stanovena negativně. Střední management musí dbát na dodržování organizačního řádu, plánu rozvoje a neustálé zvyšování kvality poskytované péče, je jeho vizitkou jak podřízení znají a naplňují vize, cíle a strategie, které vedení formuluje a zaměstnanci k nim vede a motivuje.

3.10.5 Zdravotnické prostředky a přístroje

Zdravotnické prostředky a přístrojové vybavení v rámci platné legislativy a v zájmu udržení a zvyšování kvality poskytované péče musí být jednoznačně evidovány a identifikovány, označeny datem provedení preventivní prohlídky servisní společností, pro tyto prohlídky je stanoven plán, o preventivních prohlídkách existuje zápis, každý zaměstnanec, který splňuje kvalifikační předpoklady pro obsluhu zdravotnické techniky, musí být zaškolen odpovědným pracovníkem. O zaškolení pracovníků je veden zápis s podpisem zaměstnance a školitele. Jen řádně seznámený a zaškolený pracovník dokáže používat zdravotnické prostředky a techniku tak, aby byl v procesu péče schopen udržet a zvyšovat kvalitu a bezpeč-

nost poskytované péče. Poškozené a nefunkční přístroje je nutné označit viditelným nápisem „mimo provoz“ a zajistit jejich odstranění z pracoviště.

3.10.6 Sběr a zpracování informací

Důležitou oblast pro management na každé úrovni je sběr a zpracování informací. Proto tuto citlivou oblast ve ZZ, existuje řada zákonných úprav a za jejich nedodržení nebo porušení jsou v legislativě stanoveny vysoké sankce. Management informací ve zdravotnické dokumentaci stanovují vnitřní předpisy. Práce s informacemi si vyžaduje od všech zainteresovaných zaměstnanců vysokou profesionalitu a vzájemnou spolupráci. Při opravách zdravotnických prostředků a dalších přístrojů, které mohou obsahovat citlivé informace o ženě po porodu a novorozeném dítěti musí mít odpovědný vedoucí pracovník tyto skutečnosti na paměti a dříve než předá zařízení k opravě nebo servisu, postupovat podle platných vnitřních předpisů, aby zabránil možnosti neoprávněné manipulaci s daty nebo pořízování jejich kopií.

Zdravotní dokumentace patří mezi nejrizikovější zdroj informací a podléhá dle legislativy režimu utajení dat a důvěrnosti informací. NK má zpracovány vnitřní předpisy pro práci s informacemi a přísně kategorizuje informace a přístup jednotlivých pracovníků k nim. Každý zaměstnanec má dle popisu pracovního místa umožněn v nemocničním informačním systému přístup jen k takovým datům, které potřebuje pro výkon svého povolání a to až po přihlášení do systému pod svým přístupovým kódem a heslem, každý musí držet své přístupové právo v tajnosti a sám odpovídá za jeho zneužití.

Úplnost zdravotnické dokumentace a kontinuální záznamy péče jsou základem pro správně vykazovanou zdravotní péči pojištěnce zdravotním pojišťovnám, v případě soudních sporů a pro vyhotovení různých posudků je zdravotnická dokumentace průkazným záznamem a vypovídá o kvalitě poskytované péče. Proto sledování vedení zdravotní dokumentace je povinností odpovědných pracovníků a podléhá kontrolám a je předmětem vnitřních auditů.

Na konci celého procesu má být při propuštění do domácí péče spokojená žena – matka a její příbuzní. Spokojenost je sice subjektivní kategorie, ale pokud kvalita a bezpečí zdravotní péče odpovídá kritériím výsledků stanovených standardy ZZ, pak se není třeba obávat výsledků dotazníkových akcí, které management NK i jiná občanská sdružení v různých intervalech a k různým okruhům péče vyhledávají. (VIZ příloha dotazník HCI o. s.

2012) Na stránkách HCI o. s. Ostrava jsou k online vyplnění dotazníky pro hospitalizované pacienty, pacienty ambulantí nemocnice a zaměstnance nemocnic. Tyto dotazníky jsou také pacientům a zaměstnancům nabízeny k vyplnění v NK.

V tištěné formě není dotazník určen pro gynekologicko – porodnické oddělení, v internetové podobě jej může vyplnit každý pacient, který má o zpětnou vazbu zájem.

Již dříve proběhla interní dotazníková akce pro zaměstnance NK a její závěry jsou dostupné všem zaměstnancům na intranetových stránkách NK.

3.10.7 Řízení rizik na operačním sále

Přes snahu managementu organizace vyloučit nežádoucí situace ohrožující činnost ZZ si odpovědní pracovníci musí připustit, že se rizika s danou pravděpodobností vyskytnou a je třeba vytvořit dostatečnou ochranu a nastavit účinná opatření, která je třeba kontrolovat z hlediska funkce a dokázat rizika řídit a omezit pravděpodobnost jejich výskytu a tím zamezit jejich vzniku a stupňování. Zajistit bezpečnost ve ZZ je součástí kvality péče jak ve stanovení cílů, použití metod a technik k dosažení stanoveného cíle a optimálního řešení procesů a zdrojů.

Dle Pokojové (Sestra,1/ 2011, str. 29) „Řízení rizik (risk management) je soustavná, opakující se sada vzájemně provázaných činností, jejímž cílem je řídit potenciální rizika, tzn. Omezit pravděpodobnost jejich výskytu nebo snížit jejich dopad. Účelem řízení rizik je předejít nepříjemným překvapením, vyhnout se krizovému řízení a zamezit vzniku a eskalaci problémů.“(Pokojová, 2011)

Pokud se zaměřím na proces operačního porodu S. C. v kontextu zavádění úhrad poskytované zdravotní péče formou IR DRG, pak seznam rizik, která mohu identifikovat pro operační sál, je třeba nepřetržitě monitorovat a řídit, neustále navrhopat opatření k eliminaci rizik a kontinuálně zlepšovat postupy.

Seznam rizik na operačním sále:

- nedodržení platných směrnic a předpisů
- nečitelná dokumentace
- nedostatečná komunikace
- nesoustředěnost na práci

- porušení mlčenlivosti v rámci ochrany informací
- nedodržování BOZP a předpisů požární ochrany
- nedodržování hygienického režimu
- nedostatek pracovníků
- nedodržení předepsané údržby přístroj
- nedodržení předpisů při nakládání s odpady
- uklouznutí nebo pád na mokré podlaze
- vznik popálenin nedodržením předpisů o používání koagulačních jednotek
- vznik a šíření nozokomiálních nákaz z důvodu: nesprávného postupu při chirurgické dezinfekci rukou, kontaminace sterilních pomůcek, nedodržení desinfekčního řádu, nedodržení standardního operačního postupu
- používání bavlněného prádla v roubovacím systému
- nesprávné vedení sterilizačního deníku
- nedodržení správné koncentrace dekontaminačních a úklidových roztoků
- neprovádění pravidelných kontrol expirace léků, pomůcek a materiálu na sále
- nesprávné uložení léků, pomůcek a materiálu na sále a ve skladech
- nesprávné označení nebo záměny materiálu na histologické, cytologické nebo mikrobiologické vyšetření
- nepoužívání chirurgických bezpečnostních listů a jeho jednotlivých kroků (hrozí záměna pacienta, záměna operované strany, nedostatečný dohled anesteziologického týmu během operace a po anestezii
- vznik paréz ze špatné polohy pacienta na sále
- nedoplnění chybějícího materiálu, pomůcek a léků
- nesprávně expedovaný materiál z centrální sterilizace, z lékárny nebo skladů
- vlažná nebo chybějící firemní kultura
- stagnace odborného růstu jednotlivců i týmu

- nevhodně sestavený operační tým

Takto identifikovaná rizika musí být kategorizovaná podle odhadu pravděpodobnosti vzniku rizika a z toho plynoucích možných následků. Hodnocení závažnosti rizik a jejich pravděpodobnosti výskytu je náplní práce kompetentních osob, které znají pracovní prostředí a jednotlivé činnosti. Je důležité důsledně a nepřetržitě sledovat daná rizika a posuzovat účinnost platných opatření.

Proto kontrola stanovených kroků a opatření ve formě kontrolních otázek v bezpečnostním chirurgickém listu je metodou k řízení rizik na operačním sále. Vše závisí na lidské spolehlivosti a jeho možném vlivu na výskyt nehod. Důležitou analýzou je vztah mezi jednotlivými lidskými pochybeními a platnou legislativou. Ve zdravotnictví systém řízení rizik nemá dostatek zkušeností oproti výrobním a technologickým postupům a je spíše v rovině subjektivního názoru managementu ZZ. Přitom s riziky se pracovníci všech profesí ve zdravotnictví setkávají při každé činnosti a záleží jen na nich, jak přistupují k hlášení nežádoucích událostí a hlášení i potenciálních nežádoucích událostí, které mohly nastat. Všechny tyto situace mají sloužit jako podklad pro školení zaměstnanců, která vychází ze závěrů interních auditorů, dávají systematický a metodický návod k hodnocení procesů a jejich rizik, ukazují cesty zlepšování a efektivnosti. V oblasti řízení rizik na operačním sále je nezbytné negativně vymezit činnosti v jednotlivých procesech, aby bylo možno se chybám vyhnout. V této oblasti procesů je nezbytnou řídicí kontrola ve všech jeho fázích- tedy předběžná, průběžná a následná. Jen tak lze nastavit účinná a funkční opatření.

4 ZÁVĚR

Kvalita zdravotní péče je hlavním tématem strategie zdravotnického zařízení a její význam prudce stoupá po zveřejnění záměrů VZP ČR od ledna 2013 utlumit a zrušit až padesát nemocnic v ČR. (Holub, 2012) VZP ČR vyhlásila projekt „Strategie vyjednání smluvních vztahů“ (VZP ČR, 2012) a její zavedení v praxi znamená nepodepsání smlouvy s vytypovanými nemocnicemi při tvorbě nové sítě nemocnic, které musí splňovat velmi přísná kritéria. Pouze 51 nemocnic může získat smlouvu na poskytování zdravotní péče ve více jak čtyřech základních oborech. Tlak na redukcí lůžkového fondu, nová legislativní pravidla a zavádění seznamů poskytované standardní a nadstandardní péče povede pacienta k většímu zájmu o indikátory kvality a vyhledání zdravotnického zařízení, které považuje za poskytovatele zdravotní péče, který transparentně deklaruje skutečné ukazatele kvality a umožní mu návrat funkční kapacity co nejbližší stavu zdraví.

Toto téma je řešeno v kapitole 3.2 Indikátory kvality a 3.2.2 Prevence pochybení při operačních výkonech.

Proces zvyšování kvality je kontinuální a nekončí práce, kdy pojmy kvalita, pořádek a bezpečí se reálně vyskytují v každodenní praxi všech zainteresovaných zdravotnických pracovníků a pacientů. Tohoto stavu kvality a bezpečí poskytované péče lze dosáhnout zaváděním nástrojů v systému řízení kvality a uvědomováním si existujících rizik při poskytování zdravotní péče, kdy podcenění rizik může vést k nežádoucí události s možností požadovat následné mnohamilionové odškodné pro pacienta nebo jeho příbuzné.

Proto tak opomíjené a často vědomě nehlášené nežádoucí události nemohou sloužit ostatním jako systém prevence, neboť se odborná veřejnost nedozví, co se v procesu poskytování péče může vyskytnout. Cílem hlášení nežádoucích událostí není sankce, ale vznik preventivních opatření a jednotný metodický postup zdravotnických zařízení v celé ČR, což následně vede k eliminaci pochybení a zlepšování kvality a bezpečnosti poskytované péče.

V analytické části je návrh preventivních opatření nežádoucích událostí v procesech operačních porodů řešen tvorbou nových dokumentů systému managementu kvality a to jsou vlastní verze Chirurgického bezpečnostního listu a Mapy péče po císařském řezu. V kapitole 3.10 jsou podrobně analyzovány jednotlivé segmenty procesu na operačním sále, které významně ovlivňují kvalitu a bezpečnost poskytované zdravotní péče.

Cestou k dosažení požadované úrovně a bezpečnosti zdravotních služeb je akreditace či certifikace ZZ dle platné legislativy MZd ČR a akreditačních standardů SAK o. p. s. nebo JCI. Tyto systémy ocenění řízení kvality a bezpečí zdravotní péče deklarují pacientu i plátcům zdravotní péče respektování jejich práv, předepisování a podávání léčiv dle standardů, požadovanou úroveň vedení zdravotní dokumentace, dodržování hygienicko - epidemiologických postupů, hlášení nežádoucích událostí, požární bezpečnost a bezpečnost ochrany zdraví při práci v konkrétním zdravotnickém zařízení.

Trendy v životním stylu a informovanost pacientů vedou k přeměně pacienta na klienta, který si vybírá poskytovatele zdravotní péče nejen dle prostředí a vybavení pokoje, ale bude hledat kvalitní a bezpečnou péči s minimem rizika za přijatelnou cenu. Orientaci klientu na trhu zdravotních služeb umožní marketingové aktivity poskytovatelů zdravotních služeb, kteří k tomu budou nuceni intenzivní konkurencí poskytovatelů zdravotní péče, a ztvrdí ti poskytovatele, jež budou schopni prokázat výsledky své práce i to, že v praxi pracují kvalitně a dodržují bezpečnost ve všech oblastech své činnosti. Kvalita musí tvořit základní pilíř a strategii poskytovatele zdravotní péče a ochranou profesionální pověsti zdravotnického zařízení a jejich zaměstnanců.

V období, kdy pojišťovny deklarují přechod financování zdravotní péče na úhradový systém IR DRG, který lépe přerozděluje finanční prostředky dle skladby pacientů, náročnosti daného výkonu a závisí na správném vykazování péče, provozní a nákladové položky budou ovlivňovat ziskovost zdravotnických zařízení. To si vyžaduje, aby vstupní data do systému pro stanovení úhrad IR DRG byla primárně přesně a v odpovídajícím rozsahu zadávána odpovědnými zdravotnickými pracovníky, aby se samozřejmostí stalo precizní zadávání všech hlavních a vedlejších diagnóz pacienta, všech hlavních a vedlejších kódů výkonů poskytované zdravotní péče na konkrétní případ. Zdokonalení výkaznictví pro zdravotní pojišťovny zajistí správné a spravedlivé přidělování zdrojů poskytovatelům lůžkové zdravotní péče ke krytí nákladů léčebné péče při zachování kvality poskytované zdravotní péče.

Zavedení nových dokumentů typu chirurgický bezpečnostní list a grafická mapa péče je důležitým bodem v procesu kvality a bezpečné péče o pacienta. Oba tiskopisy nejsou jen byrokratickým nástrojem zvyšování kvality, ale organizaci a každému perioperačnímu pracovníku stanoví přehled následnosti jednotlivých kroků procesu poskytování zdravotní péče.

če, které nelze opomenout. Jen tak lze udržet a zvýšit kvalitu a bezpečnost poskytované péče v dané oblasti. To staví všechny zainteresované osoby do pozice odpovědného jedinice, který zodpovídá za svou práci a pacient ví, že jím vybrané ZZ v systému řízení managementu kvality dodržuje standardy určené akreditační společností.

Zavedení systému financování IR DRG do běžné praxe ZZ dle mého názoru přispěje k důslednému dodržování zavedených interních předpisů a jejich kontrole, tím dojde i k naplnění a zavedení systému řízení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče v procesech zdravotnického zařízení.

Současná nevyváženost v komunikaci nutí ke zlepšení základního vztahu pacient – lékař jako partnerského vztahu na základě individuálního přístupu k jedinci, bez naučeného scénáře. Požadavky pacientů na kvalitu a bezpečnost zdravotní péče neustále rostou, včetně komunikační otevřenosti a práva na informace. Jako prvořadé nemají být ekonomické aspekty, ale humánní medicína na základě rovnocenného vztahu pacient – zdravotník při procesu poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče ve všech oblastech zdravotního systému.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČESKO, 2005. Vyhláška č. 195/2005 Sb. ze dne 18. 5. 2005. kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. *In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 71, s. 3814. ISSN 1801-4399. Dostupné také z: <<http://www.tzb-info.cz/pravni-predpisy/vyhlaska-c-195-2005-sb-kterou-se-upravuji-podminky-predchazeni-vzniku-a-sireni-infekcnich-onemocneni-a-hygienicke-pozadavky-na-provoz-zdravotnickych-zarizeni-a-ustavu-socialni-pece>>*

ČESKO, 2010. Vyhláška č. 221/2010 Sb. O požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení a o změně vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 51/1995 Sb., kterou se mění a doplňuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 49/1993 Sb., O technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení. *IN: Sbírka zákonů České republiky. Částka 75, s. 2558. ISSN 1801-4399. Dostupný také z: <<http://www.tzb-info.cz/pravni-predpisy/vyhlaska-c-221-2010-sb-o-pozadavcich-na-vecne-a-technicke-vybaveni-zdravotnickych-zarizeni>>*

ČESKO, 2004. Vyhláška č. 552/2004 Sb. O předávání osobních a dalších údajů do Národního zdravotnického informačního systému pro potřeby vedení národních registrů. *In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 187, s. 10125. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb187-04.pdf>>*

Česko, 2011. Zákon č. 466/2011 Sb., kterým se zrušuje zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a mění související zákony. *In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 160, s. 6229. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zakon-c466/2011-sb-kterym-se-zrusuje-zakon-c245/2006-sb-o-verejnych-nezi_5761_1>*

ČESKO, 2009. Sdělení č. 432/2009 Sb. Českého statistického úřadu ze dne 27. Listopadu 2009 o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG). *In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 137, s. 7035. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=69793&l_nr=2538365325~3A432~2F2009~20Sb.&l_name=3787887849~3Ao~20aktu>*

ČESKO, 2011. Zákon č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 129, s. 4657. ISSN 1211-1244. Dostupný také z:

<<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb11369&cd=76&typ=r>>

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 132, s. 4730. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-specifickych-zdravotnich-sluzbach_5174_2428_11.html>

ČESKO, 2011. Zákon č. 375/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotnických službách a zákona o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4849. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=75509&l_nr=1258125469~3A375~2F2011~20Sb.&l_name=3974614569~3A>

DRUCKER, Peter, Ferdinand, 2001. *Výzvy managementu pro 21. Století*. Vyd. 1. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-021-X.

FORÝTKOVÁ, Lenka, BOUREK Aleš, 2011. *Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči – Manuál zvyšování kvality péče pro nemocnice, polikliniky, praktické lékaře a specialisty – aktualizace pro rok 2011*. Praha: Verlag Dashöfer. ISSN 1803-120X.

FILIPOVÁ, Monika, POKOJOVÁ, Radka, 2011. *Předoperační bezpečnostní proces – úskalí implementace*. In: *Sestra 02/2011*. s. 34-36. ISSN 1210-0404.

FRIČOVÁ, Silvia, 2012. *Úloha manažera v motivaci ošetrovatelského týmu*. In: *Sestra 04/2012*. s. 30-32. ISSN 1210-0404.

GLADKIJ, Ivan., STRNAD, Ladislav, 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0500-8.

GLADKIJ, Ivan at all, 2003. *Management ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.

HIBBARD, Judith H, GREENE, Jessica, DANIEL Debbie, 2010. *What is Quality Anyway? Performance Reports Which Clearly Communicate the Meaning of Quality of Care*. Uni-

versity of Oregon: Medical Care Research and Review. 67 : 275 -293.

DOI: 10.1177/1077558709356300 .

CHOUROVÁ, Lenka, 2011. *Ošetrovatelské diagnózy na operačním sále*. In: *Sestra 02/2011*. s. 36-38. ISSN 1210-0404.

KOMÁR, Matěj, 2011. *Umí ženy ještě rodit spontánně?* In: *Sestra 03/2011*. s. 32-33. ISBN 1210-0404.

KOTLER, Philip, ARMSTRONG, Gary, 2003. *Marketing*. Vyd. 6. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0513-2.

MAĎAR, Rastislav, PODSTATOVÁ, Renata., ŘEHOŘOVÁ, Jarmila, 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1673-9.

MARX, David, STANĚK, Ivan, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. Joint Commission Internationaal*. Vyd. 3. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2436-2.

MATAIDES, Alexandr at all, 2006. *Manažérstvo kvality:história, koncepty, metódy*. Bratislava: Epos 2006, ISBN 8080576564.

PLÁTENÍKOVÁ, Květa, PROSECKÁ, Martina, 2010. *Mezioborová spolupráce sester na operačním sále*. In: *Sestra 02/2010*.s. 41–42. ISSN 1210-0404 .

POKOJOVÁ, Radka, 2010. *Dokumentace v systémech kvality*. In: *Sestra10/2010*, s. 31–32. ISSN 1210-0404.

POKOJOVÁ, Radka, 2010. *Hodnocení zaměstnanců jako součást kariérního růstu*. In: *Sestra 12/2010*. S 24-26. ISSN 1210-0404.

POKOJOVÁ, Radka, 2010. *Ochrana informací v systémech kvality*. In: *Sestra 11/2010*, s. 31-33. ISSN 1210-0404.

POKOJOVÁ, Radka, 2010. *Stručný pohled do systému kvality*. In: *Sestra 07-08/2010*,s. 34–35. ISSN 1210-0404.

POKOJOVÁ, Radka, 2010. *Systém managementu kvality – praktická doporučení*. In: *Sestra 09/2010*, s. 32–33. ISSN 1210-0404.

POKOJOVÁ, Radka, 2011. *Hodnocení spokojenosti zaměstnanců*. In: *Sestra 03/2011*. s. 22- 23. ISSN 1210-0404.

POKOJOVÁ, Radka, 2011. *Řízení rizik*. IN: *Sestra 01/2011*. s. 29-30. ISSN 1210-0404

SOUČEK, Zdeněk, BURIAN, Jan, 2006. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. Vyd. 1. Praha: Professional Publishing. ISBN 80-86946-18-5.

SPICER, John, 2002. *How to measure Patient Satisfaction*. Quality Progress, 2/2002. In: *Moderní řízení 10/2002*. s. 38-40. ISSN 0026-8720.

VEBER, Jaromír at all. 2011. *Základy – moderní manažerské přístupy – výkonnost a prosperita*. Vyd.2. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-200-0.

VYSLOUŽIL, Miloš, 2011. *Císařský řez, nebo přirozený porod?* In: *Sestra 03/2011*. s. 34-36. ISSN 1210-0404.

WICHSOVÁ, Jana, 2010. *Surgical Safety Checklist – prevence pochybení při operačních výkonech*. In: *Sestra 02/2010*, s. 43-44. ISSN 1210-0404.

Internetové zdroje:

1. Všeobecná zdravotní pojišťovna české republiky [online]. 03-27-2012[cit. 2012-03-29]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/poskytovatele/aktuality/letos-se-tvori-nova-sit-luzkovych-zarizeni/>>.

2. Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně [online] c 2006-2012[cit. 2012-03-30].Dostupné z: <<http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/index.php/>>.

3. Svaz zdravotních pojišťoven ČR [online] 04-11- 2011[cit 2012-03-30]. Dostupné z : < <http://www.szpcr.cz/aktuality/20111104.pdf/>>.

4. Spojená akreditační komise [online] 03-30-2012[cit.2012-04-02].Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/archiv-aktualit/zebricky-nemocnic-ministerstvo-nevylucuje-zvyhodneni-akreditovanych-zarizeni-.487/>>.

5.ManagementMania [online] 13-03-2012 [cit. 2012-04-02]. Dostupné z: <<http://managementmania.com/marketingovy-mix-4p>>.

6. Faculty of Commerce at the University of Cape Town [online] c1984 [cit. 2012-04-07].
Dostupné z:
http://www.commerce.uct.ac.za/managementstudies/Courses/bus2010s/2007/Nicole%20Frey/Assignments/Borden,%201984_The%20concept%20of%20marketing.pdf/.
7. Idnes.cz [online] 21-06- 2005 [cit. 2012-04-07]. Dostupné z:
<http://pandora.idnes.cz/part/2006/2/29374/5/02_marketingov_mix.doc/>.
8. Státní zdravotní ústav [online] c2012 [cit. 2012-04-07]. Dostupné z:
<<http://www.szu.cz/tema/>>.
9. ZDN. CZ - Zdravotnické noviny [online] c 44/2001 [cit. 2012-04-02] . Dostupné z:
<<http://www.zdn.cz/archiv/zdravotnicke-noviny/?id=3271&year=2001/>>.
10. ZDN. CZ - Zdravotnické noviny [online] c 50/2001, 13-12- 2001 [cit.2012-02-27].
Dostupné z: < <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/kvalita-ve-zdravnictvi-merit-ano-ale-ucime-se-jak-141153/>>.
11. HCI - HealthCare Institut [online] c 2012 [cit. 2012-03-28]. Dostupné z:
<<http://www.hc-institute.org/v2/article.php?lng=1&id=5/>>.
12. KOP - Kvalita Očima Pacientů [online] c2012 [cit.2012-04-08]. Dostupné z:
<<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html/>>.
13. KOP - Kvalita Očima Pacientů [online] 2012, [cit. 2012-04-08]. Dostupné z::
<<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Jak-projekt-meri-kvalitu-zdravotnich-sluzeb.html/>>.
14. TÜV SÜD v České republice [online] c2009 [cit. 2012-04-08]. Dostupné z:
<<http://www.tuv-sud.cz/uploads/images/1241008941404859420418/2009-04.PL.System.managementu.rizeni.jakosti.A4.pdf/>>.
15. Princeton University [online] c1983 [cit. 2012-04-10]. Dostupné z:
<<http://www.princeton.edu/~ota/disk3/1983/8306/8306.PDF/>>.
16. Laktační liga [online] c 1993 [cit. 2012-04-11]. Dostupné z:
<<http://www.kojeni.cz/bfi.php>>.
17. KOP- Kvalita Očima Pacientů [online] 26-10-2010 [cit. 2012-04 08]. Dostupné z:
<http://www.mzcr.cz/Kvalita/dokumenty/mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu_3722_1816_13.htm/>.

18. KOP- Kvalita Očima Pacientů [online]24-11- 2010 [cit. 2012- 03-31]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/Vestnik_1_2011_castka1.pdf>.a <[http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Jak-projekt-meri-kvalitu-zdravotnich-sluzeb\[1\].htm/l](http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Jak-projekt-meri-kvalitu-zdravotnich-sluzeb[1].htm/l)>.
19. WHO/World Health Organization [online]18-03- 2012 [cit. 2012-03- 20], Dostupné z: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/>.
20. WHO/World Health Organization [online] c2008 [cit. 2012-04- 08]. Dostupné z: <<http://www.thegreenjournal.com/article/PIIS0167814009000930/fulltext/>>.
21. NJ Department of Health and Senior Services [online] c2006 [cit. 2012- 04- 08]. Dostupné z: <<http://www.state.nj.us/health/chs/hlthstat.htm/>>.
22. WHO /World Health Organization [online]29-01-2009 [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119/>>.
- 23.Home-Patient Safety First Campaign[online]10-12- 2010 [cit. 2012-04-10]. Dostupné z: <<http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/interventions/relatedprogrammes/making-childbirth-safer/>>.
24. ZDN. CZ - Zdravotnické noviny][online] 05-02-2010 [cit. 2012-03-30]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-cisarskych-rezu-449539/>>.
25. Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně [online] c2007 [cit. 2012-03-30]. Dostupné z: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol16c1s/index/>>.
26. Deník.cz [online] 28-02-2012 [cit. 2012-03-30]. Dostupné z: <<http://m.denik.cz/denik/c/v-kraji-klesl-pocet-porodu-vice-rodici-starsi-a-nemocne-zeny-20120228-zgrm.html/>>.
27. Spojená akreditační komise [online] 01-03- 2010 [cit. 2012-04-07]. Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>>.
28. Národní referenční centrum [online] 30-04- 2011 [cit. 2012 – 04-12]. Dostupné z: <<http://www.jaksekdeleci.cz/vyhledavani/filtr/porody/>>.

29. HCI – HealthCare Institute [online] c 2012 [cit. 2012-03-27]. Dostupné z:
<http://www.hc-institute.org/userfiles/file/2012/dotaznik_hospital_pacienti.pdf/ >
<http://www.hc-institute.org/userfiles/file/2012/dotaznik_ambulantni_pacienti.pdf/>.
30. Aktuálně.cz [online] 06-04-2012 [cit. 2012-04-09]. Dostupné z:
<<http://aktualne.centrum.cz/domaci/zivot-v-cesku/clanek.phtml?id=739113/>>
31. Všeobecná zdravotní pojišťovna české republiky [online] 26-03-2012 [cit. 2012-04-10]. Dostupné z: <<http://acmn.cz/file.php?nid=1140&oid=2658088/>>.
32. Český statistický úřad [online] 05-04-2012 [cit. 2012-04-10]. Dostupné z:
<http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/vydaje_na_zdravotni_prci_v_cr20120405>.
33. WHO/ World Health Organization [online] c2008 [cit. 2012-04-08]. Dostupné z:
<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/index.html>.
- EN ISO 9000:2005, 2005. ISO-ISO 9000 *Systém managementu kvality*. Ženeva: Mezinárodní úřad pro normalizaci. Třídící znak 01 0300.
- EN ISO 9001:2001, 2001. ISO-ISO 9001. *Systém managementu řízení jakosti*. Praha: TÜV SÜD Praha 4. Třídící znak 01 0321.
- ČSN ISO/IEC 27001:2006, *Systémy bezpečnosti managementu informací*. Praha: Sdružení pro certifikaci systémů jakosti Praha 8. Třídící znak 36 97 90.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DRG	Diagnosis Related Group
IR DRG	Úhradový mechanismus zdravotní péče v ČR
MZd ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ZP	Zdravotní pojišťovny
HDP ČR	Hrubý domácí produkt České republiky
ZZ	Zdravotnické zařízení
SŘK	Systém řízení kvality
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
NK	Nemocnice Kyjov, p. o.
SMK	Systém managementu kvality
SAK	Spojená akreditační komise, o. p. s.
MDC	Major Diagnostic Categories
NIS	Nemocniční informační systém
ALOS	Average length of stay
JIP	Jednotka intenzivní péče
WHO	World Health Organization
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ČR	Česká republika
RTG	Rentgen
CT	Computerová tomografie
DP	Diplomová práce
S. C.	Sectio Caesarea - Císařský řez
UZV	Ultrazvukové vyšetření

ČGPS ČLS JEP	Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
IVF	In vitro fertilizace – umělé oplodnění
MF Dnes	Mladá fronta Dnes
Sm	Směrnice
NRC ČR	Národní referenční centrum České republiky
NN	Nozokomiální nákazy- nemocniční nákazy
HCI o. s.	HealtCare Institut
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Trojúhelník zdravotnického systému	16
Obrázek č. 2: Hodnocení spokojenosti zaměstnanců.....	19
Obrázek č. 3: Demingův cyklus PDCA	21
Obrázek č. 4: World Health Organization – Surgical safety checklist	43
Obrázek č. 5: Kroky ke snížení škod z poškození ve zdravotní péči	44
Obrázek č. 6: Opatření při perioperační péči.....	45
Obrázek č. 7: Schéma opatření v perioperační péči (vlastní překlad).....	45
Obrázek č. 8: Obrazovka pacienta XY pro lékaře	49
Obrázek č. 9: Souhrnný účet pacienta XY za hospitalizaci.....	51
Obrázek č. 10: Narození podle průběhu porodu v ČR v roce 2007	54

SEZNAM TABULEK

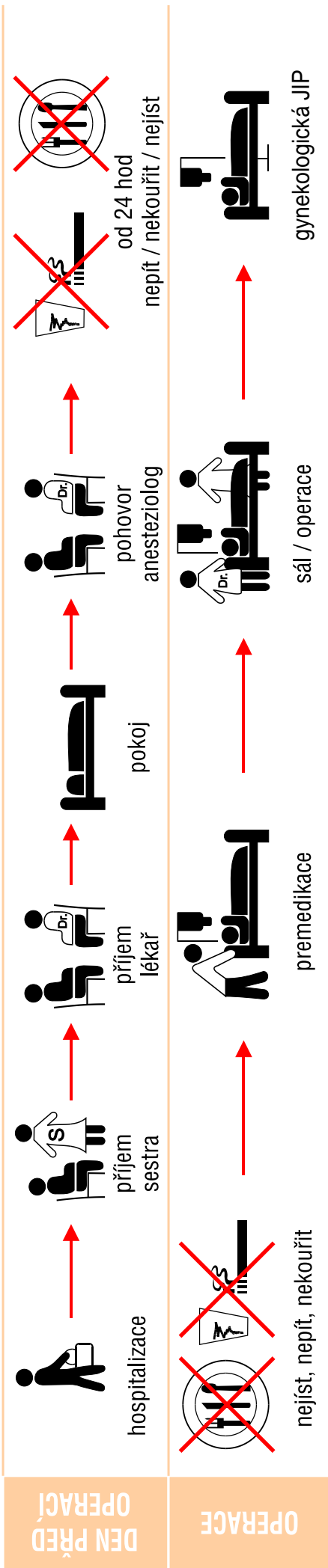
Tabulka č. 1: Marketingový mix z pohledu podniku x zákazníka.....	15
Tabulka č. 2: Implementace systému kvality v přístupu 5S	23
Tabulka č. 3: Obecné zásady pro tvorbu organizačních norem	25
Tabulka č. 4: klasifikace IR-DRG 1. 2. pro porod SC	31
Tabulka č. 5: Záhloví klasifikace DRG: IP-DRG 1.2, verze 009.2012.....	32
Tabulka č. 6: Statistika porodnice Nemocnice Kyjov p. o. v letech 2001 – 2011.....	68
Tabulka č. 7: Porody SC	71

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Mapa péče

Příloha PII: Dotazník pro ambulantní pacienty

Příloha PIII: Dotazník – Zaměstnanci nemocnic ČR 2012



DNY	1. den	2. den	3. den	5-6. den
LÉKY	<p>Infuze, léky od bolesti ATB, uterotonika</p>	<p>JIP- léky od bolesti antianemika</p>	<p>odd lení šestinedlí d.p. antianemika, léky od bolesti</p>	<p>pacient propuštěn n dom antianemika d.p.</p>
PO OPERACÍ	<p>klidový režim JIP + p iložení novorozence</p>	<p>JIP-RHB p evaz rány, sed - stoj, ch ze p iložení novorozence</p>	<p>RHB, plný pohyb rána se m že osprchovat</p>	<p>pacient propuštěn n dom</p>
REHABILITACE	<p>klidový režim</p>	<p>rehabilitace, ch ze, sed postel + hygiena</p>	<p>RHB, návčik kojení + pé e o novorozence</p>	<p>pacient propuštěn n dom</p>

DOTAZNÍK pro ambulantní pacienty 2012

Hlasujte v 7. celonárodním průzkumu
spokojenosti pacientů českých nemocnic.

**Nemocnice ČR 2012**

Zaškrtněte prosím Vaši odpověď.

Dnešní datum:

Kraj	Název zdravotnického zařízení
Oddělení	

ORL
 oční
 kardiologie
 urologie
 gynekologicko-porodní (ženské)

jiné - uveďte prosím jaké:

1. Cesta k ordinaci byla označena:

- velmi dobře
 dobře
 dostatečně
 nedostatečně

2. Byl/a jste předem objednan/a?

- ano
 ne
 nevyjadřuji se

3. Jak dlouho jste čekal/a, než jste vstoupil/a do ordinace?

- do 10 minut
 do 30 minut
 do 60 minut
 déle

4. Byl Vám vysvětlen důvod případného delšího čekání?

- ano
 ne
 nečekal/a jsem

5. Přístup lékaře k Vám hodnotíte?

- výborně
 velmi dobře
 dobře
 dostatečně
 nedostatečně

6. Informace předané lékařem byly:

- velmi dobře srozumitelné
 částečně srozumitelné
 nedostatečně srozumitelné
 nehodnotím

7. Přístup zdravotní sestry k Vám hodnotíte?

- výborně
 velmi dobře
 dobře
 dostatečně
 nedostatečně

8. Informace podané zdravotní sestrou byly?

- velmi dobře srozumitelné
 částečně srozumitelné
 nedostatečně srozumitelné
 nehodnotím

9. Měl/a jste (během vyšetření či předání informací) pocit soukromí?

- ano
 ne
 nehodnotím

10. Jak jste byl/a spokojen/a s celkovou úrovní ošetření?

- velmi spokojen/a
 s výhradami spokojen/a
 nebyl/a jsem spokojen/a
 nehodnotím

11. Jak na Vás působilo prostředí čekárny

(velikost čekárny, vybavení, čistota)?

- čistě, příjemně
 čistě, nepříjemně
 nečistě, nepříjemně
 nehodnotím

Informace o respondentech

Pohlaví

- Muž Žena

Rok narození

Nejvyšší dosažené vzdělání

- Základní Vyšší odborné
 Středoškolské bez maturity Vysokoškolské
 Středoškolské s maturitou

Zadané údaje slouží potřebám neziskové organizace HealthCare Institute, která se zabývá zvyšováním kvality a efektivity v nemocnicích.
Tento průzkum probíhá v českých nemocnicích od 1. března do 30. září 2012.

Vaše odpovědi prosím odevzdávejte na předem určeném místě, nebo pošlete na:

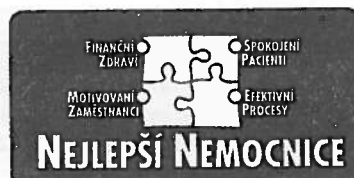


HealthCare Institute o.s.
Jižní 5,700 30 Ostrava
Česká republika

www.nejlepsi-nemocnice.cz

ZAMĚSTNANCI NEMOCNIC ČR 2012

Hlasujte ve 5. celonárodním průzkumu spokojenosti zaměstnanců českých nemocnic.



Dobrý den, rádi bychom Vás poprosili o vyplnění tohoto anonymního dotazníku (v rozsahu 5 - 10 minut), který bude sloužit jako důležitá zpětná vazba managementu nemocnice pro zkvalitňování služeb. Zároveň Vám tímto děkujeme za Váš čas a pevně věříme, že nám Vaše odpovědi poslouží jak pro postupné zlepšování kvality pracovního života, tak i pro zefektivnění poskytované péče.

Nemocnice ČR 2012

Zaškrtněte prosím Vaši odpověď.

Dnešní datum:

Kraj |

Název nemocnice |

Oddělení

ARO
 interna
 chirurgie
 pediatrie (dětské)
 gynekologicko-porodní (ženské)

jiné - uveďte prosím jaké:

1 Doporučil/a byste svým přátelům práci v této nemocnici? rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nevím

11 Jak jste spokojen/a se vzájemnou spoluprací (kooperace) s kolegy při řešení pracovního úkolu? velmi spokojen/a spokojen/a spíše nespokojen/a velmi nespokojen/a nevím

2 Kdybyste měl/a možnost znovu si zvolit zaměstnavatele, rozhodl/a byste se opět pro tuto nemocnici? rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nevím

12 Nabízí Vám zaměstnavatel možnost dalších profesních a odborných školení? ano, často ano, občas spíše výjimečně nikdy nevím

3 Považujete Vaše povolání za psychicky náročnou práci? rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nevím

13 Je Vaše kvalifikace účelně využita? rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nevím

4 Pokud jste odpověděl/a kladně na otázku č. 3, co konkrétně považujete za nejnáročnější na Vaší práci po psychické stránce?

14 Projevuje Váš nadřízený zájem vyslechnout si Váš názor na možné řešení pracovních problémů? rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nevím

5 Je podle Vašeho názoru Vaše práce fyzicky náročná? rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nevím

15 Je Váš nadřízený ochoten naslouchat Vaším mimopracovním problémům? rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nevím

6 Zamyslete se, prosím, nad důvody, pro které byste se - v případě vážného důvodu - rozhodl/a odejít z Vaší nemocnice

jsem nespokojen/a s platem
 neshody se spolupracovníky
 nevyhovuje mi směnný provoz
 rodinné důvody
 vadí mi psychické zatížení při práci
 změna bydliště
 nevidím žádnou perspektivu osobního růstu
 zdravotní důvody
 jiné - uveďte:

16 Poděkoval Vám Váš nadřízený za Vaše dílčí pracovní úspěchy v posledních 3 měsících? ano ne nevím

7 Jak jste spokojen/a s úrovní vybavení Vašeho pracovního prostředí? velmi spokojen/a Spokojen/a spíše nespokojen/a velmi nespokojen/a nevím

17 Jak jste spokojen/a s úrovní komunikace s Vaším nadřízeným? velmi spokojen/a Spokojen/a spíše nespokojen/a velmi nespokojen/a nevím

8 Jak jste spokojeni s fungováním Vašeho informačního systému? velmi spokojen/a Spokojen/a spíše nespokojen/a velmi nespokojen/a nevím

18 Máte u Vás na pracovišti pravidelná setkání, kde si navzájem sdělujete informace o tom, jak se nemocnici daří, o očekávaných změnách v nemocnici, co a jak máte dělat? ano ne nevím

9 Zvýšila se efektivita Vaší práce při využití informačního systému? rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nevím

10 Jak se cítíte v současném pracovním kolektivu? velmi spokojen/a spokojen/a spíše nespokojen/a velmi nespokojen/a nevím

19 Jaké motivační odměny byste měl/a největší zájem (uveďte tři pro Vás nejdůležitější výhody)?

zam. výhody - penzijní příp.
 „příjemný“ styl vedení
 zam. výhody - dovolená navíc
 volno za přesčasy
 zam. výhody - stravenky
 vzdělávání
 povýšení
 podpora sportování
 pochvaly
 kulturní akce
 dobré vztahy na pracovišti
 wellness programy (masáže, lázně, rehabilitace)
 příznivější pracovní podmínky
 jiné uveďte:

20 Jste nucen/a svým nadřízeným do přesčasů? ano, často ano, občas nevím
 spíše výjimečně nikdy

21 Může se na Vašem pracovišti zlepšit hospodárnost provozu? rozhodně ano spíše ano
 spíše ne rozhodně ne nevím

22 Jaké řešení byste navrhnul/a pro zvýšení hospodárnosti na Vašem pracovišti? (uveďte tři pro Vás nejdůležitější)

hospodárněji nakupovat služby a produkty
 efektivněji plánovat provoz
 zbytečná vyšetření
 zavést efektivnější systém řízení
 racionálněji využívat finanční prostředky
 racionálněji využívat pracovní dobu
 další řešení
 šetření materiálu a energií (elektrina)

Další řešení:

23 Domníváte se, že by elektricky polohovatelné lůžko usnadnilo práci s pacienty? ano ne nevím

24 Vyjmenujte, prosím, překážky, které Vám brání při prosazování hospodárnějšího provozu Vašeho pracoviště: nadřízeného nezajímají moje zlepšovací návrhy
nemám zájem prosazovat hospodárnější provoz našeho pracoviště, protože nadřízený je stejně nezrealizuje
nejsem dostatečně finančně motivován/a, abych prosazoval/a hospodárnější provoz našeho pracoviště
nic mi nebrání

Jiné názory

25 Jaká je Vaše celková spokojenost jako zaměstnance této nemocnice? (v procentech spokojenosti, maximálně spokojen/a = 100%)

26 Jak celkově hodnotíte tuto nemocnici jako atraktivního zaměstnavatele v regionu? (v procentech spokojenosti, maximálně spokojen/a = 100%)

27 Myslíte, že by šlo něco udělat pro zlepšení spokojenosti Vašich pacientů na Vašem pracovišti? ano ne nevím

28 Co doporučujete udělat pro zlepšení spokojenosti Vašich pacientů (uveďte tři pro Vás nejdůležitější)

zlepšil/a bych jednání k pacientům
 zlepšil/a bych provádění lékařských a ošetrovatelských výkonů
 více pracovníků, méně administrativy
 zlepšil/a bych stravu pro pacienty
 vybudovat hygienické zázemí pro pacienty
 upravil/a bych dobu buzení a vstávání
 upravil/a bych čas podávání jídel pacientům
jiné uveďte:

29 Jak pečuje zaměstnavatel o Vaše zdraví? (uveďte max. tři)

organizuje rekondační a lázeňské pobyty vitamíny
 zajišťuje pravidelné preventivní prohlídky nepečuje
 návštěvy sportovních a kulturních center jiné uveďte:
 buduje fitness centra na pracovišti
 zajišťuje pravidelný přísun tekutin
 finanční spoluúčast na stravování

30 Využil/a byste ve své praxi bezplatný nástroj, který by Vám kdykoliv zpřístupnil pravidelně aktualizované zdravotní informace pacienta (anamnéza, trvalé medikace, alergie, závěry z absolvovaných léčeb a kde byly realizovány)?

rozhodně ano spíše ano
 spíše ne rozhodně ne

31 Využil/a byste ve své praxi bezplatný nástroj, který by Vám umožnil plánovat termíny pro očkování, plánované termíny návštěv Vašich pacientů, preventivní prohlídky a současně by Vaše pacienty upozorňoval přijatelnou formou zdarma (mail, SMS) tak, aby na ně nezapomněli?

rozhodně ano spíše ano
 spíše ne rozhodně ne

32 Setkal/a jste se v praxi s tím, že pacient nevěděl důležité informace (medikace, alergie atp.) a proto jste musel/a provádět další ověřování, vyšetření?

rozhodně ano spíše ano
 spíše ne rozhodně ne

33 Pokud by zavedení IT technologií pomohlo Vaší práci a současně by zdravotnictví přineslo úsporu až 40%, podpořil/a byste tento směr svým aktivním zapojením?

rozhodně ano spíše ano
 spíše ne rozhodně ne

Informace o respondentech

Pohlaví
 Muž Žena

Rok narození

Délka pracovního poměru v nemocnici

Nejvyšší dosažené vzdělání

Nezodpovězeno Vyšší odborné
 Základní Vysokoškolské
 Středoškolské bez maturity
 Středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení

Správní (technicko-hospodářský) útvar
 Klinický (zdravotní) útvar

Podřízení

Nemám přímé podřízené
 Mám přímé podřízené

V případě, že máte podřízené

Top management (ředitel/ka, náměstek, náměstkyně, hlavní sestra)
 Střední management (vedoucí odboru, primář, primářka, vrchní sestra)
 Základní management (vedoucí oddělení, vedoucí skupiny, vedoucí sestra)

Zadané údaje slouží potřebám neziskové organizace HealthCare Institute, která se zabývá zvyšováním kvality a efektivity v nemocnicích. Tento průzkum probíhá v českých nemocnicích od 1. března do 30. září 2012.

Vaše odpovědi prosím předejte v obálce koordinátorovi projektu ve Vaší nemocnici nebo pošlete na:



HealthCare Institute o.s.
průzkumy a certifikace ve zdravotnictví
Jižní 5,700 30 Ostrava
Česká republika

www.nejlepsi-nemocnice.cz