

Hodnocení kvality péče v ARIM

Martin Stříteský

VFN a 1LF UK Praha

[Od historie k současnosti]

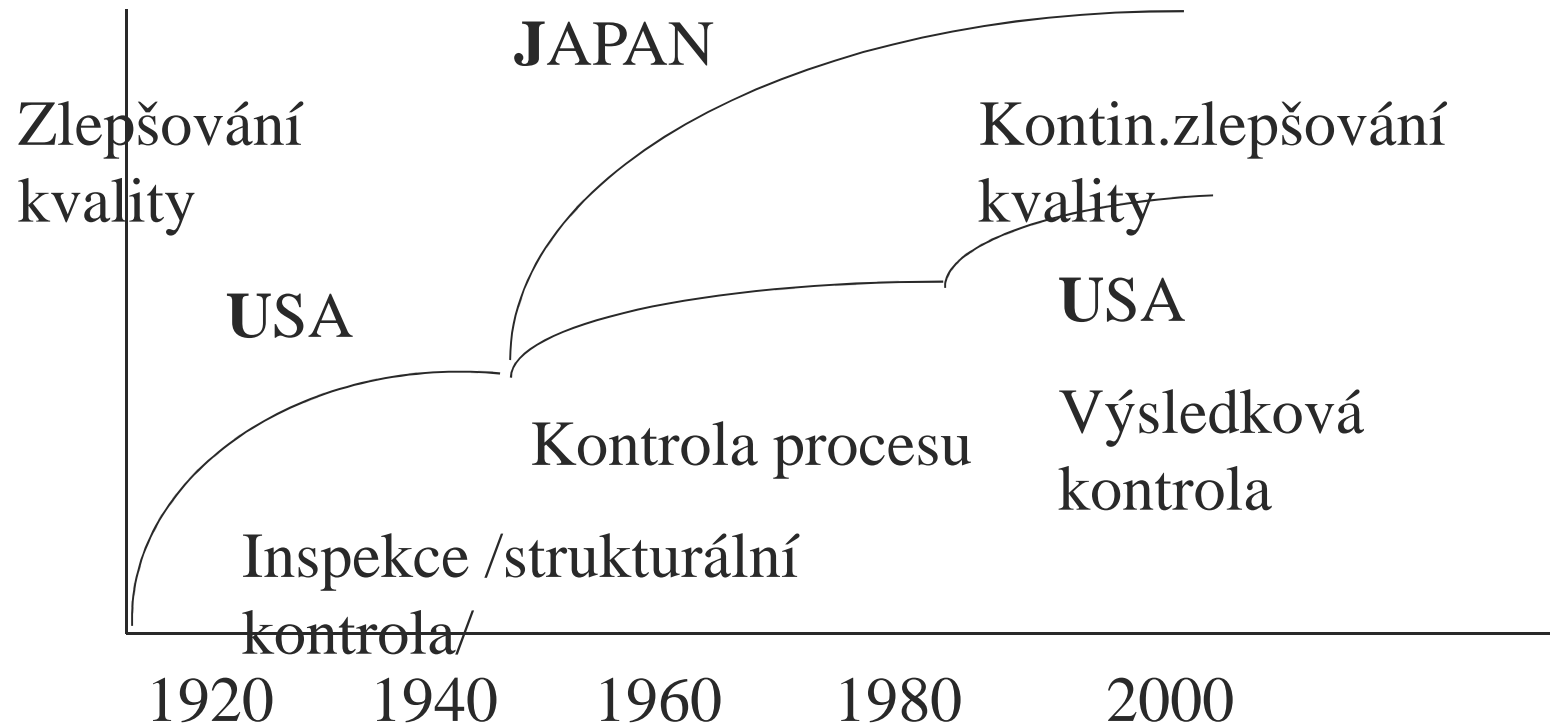
- Zavádění systému řízení kvality ve zdravotnických zařízeních začalo v USA na počátku 20. století. Zakladatelem systému řízení kvality je **Ernest Codman**.
- První standardy vyšly v roce 1917. Postupně od roku 1950 se v USA začalo řídit akreditačními standardy více než 3 000 zdravotnických zařízení.

[Od historie k současnosti]

- V roce 1987 byl název této instituce změněn na **Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO)**.
- V roce 1998 byla vytvořena její
- mezinárodní odnož **Joint Commission International Accreditation (JCIA)**,
- která působí i v České republice.

[Kvalita ve zdravotní péči II.]

■ Historický vývoj : Design improvement



Mezinárodní organizace pro normalizaci (ISO – International Organization for Standardization)

- Jejím hlavním cílem je zajistit jednotné podmínky pro
- tvorbu norem (tzv. EN – Evropská norma) a certifikaci organizací různého zaměření. V roce 1987 vydala první soubor mezinárodně platných norem.
- Členy této organizace lze najít
- na webových stránkách www.iso.ch.

System hodnocení kvality zdravotnické péče podle A. Donabediana

- Americký profesor veřejného zdravotnictví **Avedis Donabedian** definoval kvalitní zdravotní péči, jako:
- „druh péče, při kterém lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, přičemž očekávaný užitek je ve srovnání s náklady ve všech fázích léčebného procesu vyšší.“

System hodnocení kvality zdravotnické péče podle A. Donabediana

- A. Donabedian vypracoval **system**
- **hodnocení kvality zdravotní péče podle tři základních kritérií:**
- **1. Strukturální**, které jsou zaměřené na strukturální procesy (např. počet personálu, infrastruktura, vzdělávací podmínky...).
- **2. Procesuální**, zaměřené na samotné procesy, tj. činnosti (např. diagnostické výkony, léčené výkony...).
- **3. Výslední, tzv. hodnotící**, které nás informují o výsledků naplnění/nenaplnění kritérií strukturálních a procesových (např. statistické zpracování indikátorů léčebné péče).

[Kvalita v širším pojetí zdravotnického systému]

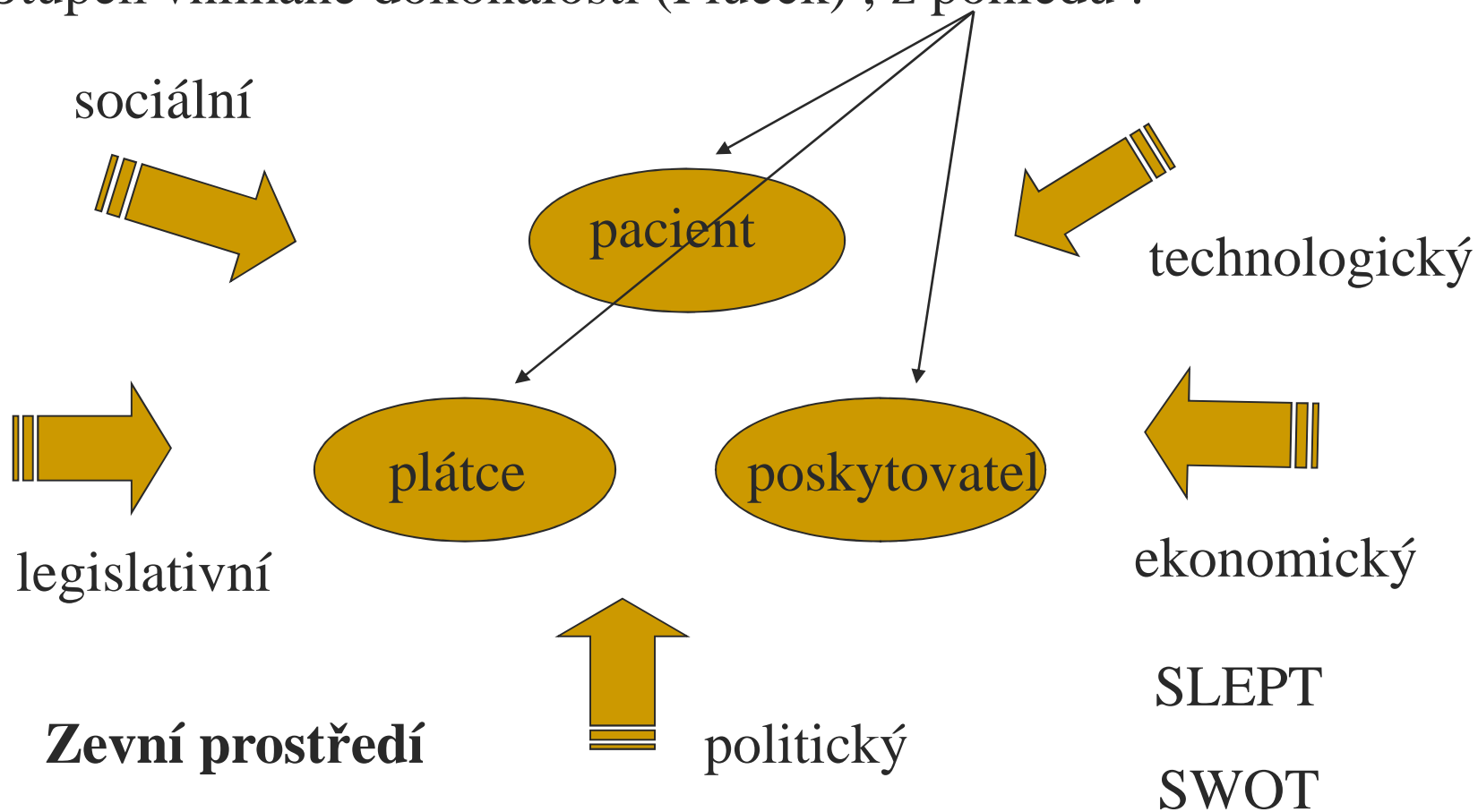
- Pojetí kvality/jakosti je dáno kulturním a sociálním prostředím.
- Představa kvality péče ve zdravotnických zařízeních je ovlivněna hodnotami, které v dané společnosti převládají, a individuálními hodnotami těch, jež kvalitu definují (např. politici, tvůrci zdravotnické legislativy a také zdravotničtí pracovníci).
- Kvalitní zdravotní péče je proto výsledkem „dohody“ mezi zdravotníkem, pacientem a vládou.

Světová zdravotnická organizace (SZO, WHO) ve Směrnici pro vývoj strategií kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotnického systému definovala

- **kvalitu** jako službu „*která co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje, aby se spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u těch nejpotřebnějších, bez zbytečného plýtvání a v mezích požadavků vyšší úrovně*“.

Kvalitativní vztahy vnějšího a vnitřního prostředí

Stupeň vnímané dokonalosti (Flueck) , z pohledu :



Zásady hodnocení kvality péče

- Vypracovat kritéria (standardy) s týmem odborníků; seznámit s nimi všechny pracovníky pracoviště.
- Vybudování informačního a monitorovacího systému;
- informační zdroje – statistické a ekonomické výkazy, indikátory, lékařská a ošetrovatelská dokumentace, evidence stížností a pochval atd.

Zásady hodnocení kvality péče

- Vzájemné posuzování diagnostických,
- léčebných a ošetrovatelských metod s kolegy z
- jiných obdobných pracovišť (metoda „peer review“)
- Včasné informace vedoucím pracovníkům při
- zhoršování kvality péče, výskytu závažnějších
- pochybení a nežádoucích událostí.
- Pravidelná revize a zdokonalování systému
- hodnocení kvality

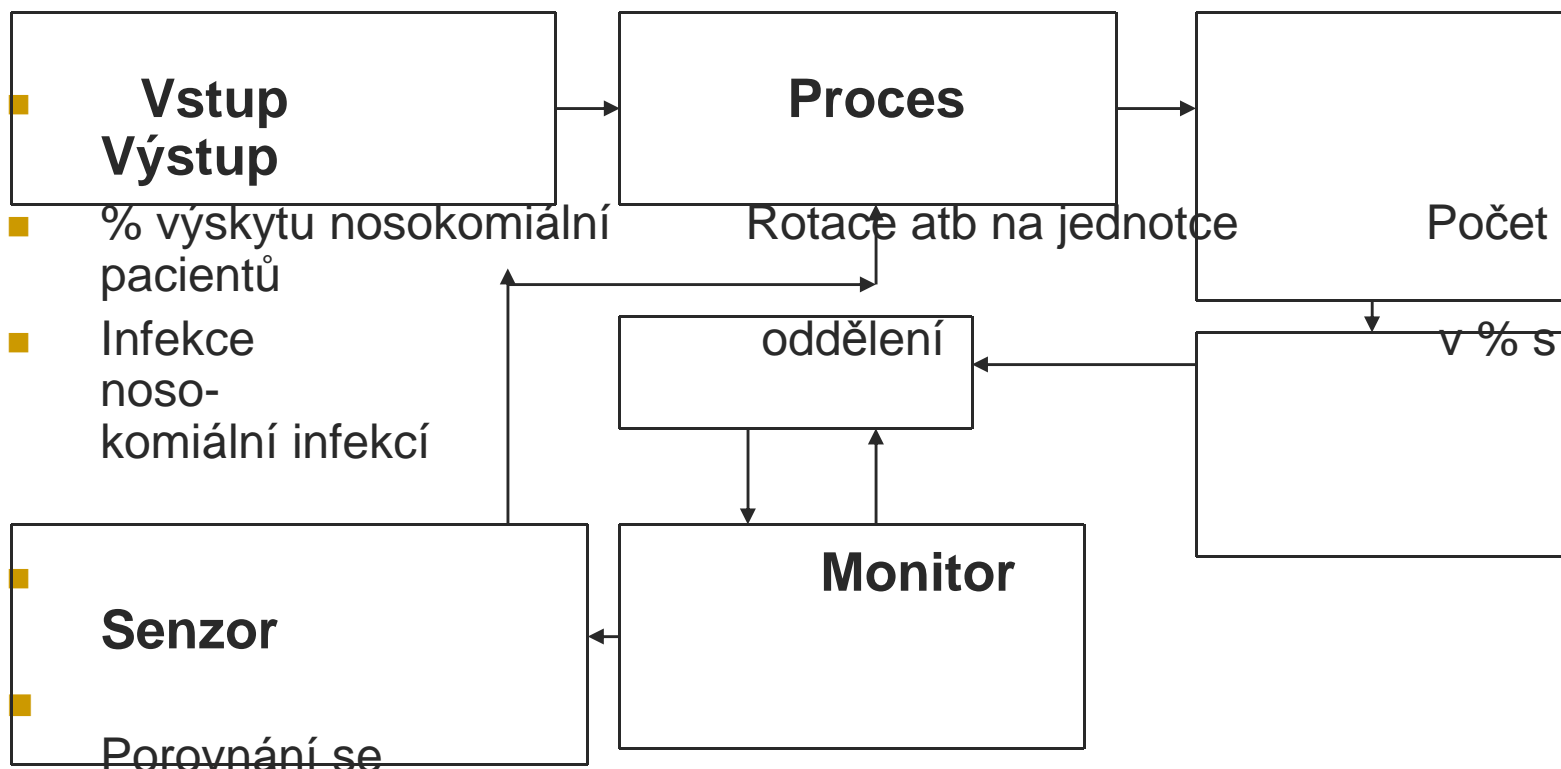
Přínosy systému řízení kvality managementu kvality

- Zlepšení strategického plánování pomocí včasných a relevantních informací
- Určení silných a slabých stránek organizace
- Analýza potenciálu jednotlivých oddělení
- Srovnávací zprávy o výkonnosti jednotlivých oddělení a spolupracujících organizací.
- Zlepšení klinických výsledků – analyzování rozdílů výsledků před a po zavedení systému
- Výsledky promítnout do tvorby doporučených klinických postupů
- Zlepšení manažerské a operativní hospodárnosti – získání užitečných informací (srovnávání jednotlivých služeb, analýza nákladů)

Řízení kvality nemocničního oddělení

- **Kvalita péče je určována:**
- Úrovní diagnostických procesů
- Úrovní léčebných intervencí
- Úrovní ošetrovatelské péče
- Úrovní komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty
- Úrovní využití zdrojů – pracovníků, lůžkového fondu, zařízení, finančních prostředků
- Úrovní řízení a koordinace procesů

Kybernetický model zlepšování kvality



vstupy

- a prahy
- **Kontrolní proces**
- Procesová změna ve smyslu
- pozitivní zpětné vazby

Standardy
EBM a doporučené
lékařské postupv

Kvalita péče – úroveň diagnostiky

- Úroveň diagnostiky
- - včasnost diagnostického vyšetření
- - opomíjení případných vyšetření, která by měla být provedena
- - omezení nadbytečných vyšetření z hlediska zátěže pacienta
- - omezení zatížení pacienta zbytečnými invazivními diagnostickými výkony
- - míra výskytu diagnostických chyb, jejich původ a závažnost; realizace opatření k prevenci výskytu stejných chyb

Kvalita péče – úroveň diagnostiky

- Zásadní význam v komplexu kvality diagnostiky má
- prevence diagnostických chyb
- Nejčastějšími chybami jsou:
- Bagatelizace anamnestických údajů
- Špatné zhodnocení anamnestických údajů
- Mylná interpretace obtíží a příznaků
- Zanedbání základního vyšetření (nedbalé a povrchní vyšetření)
- Chybná interpretace výsledků klinického vyšetření
- Neoprávněný odklad příslušného vyšetření
-atd.
- Předcházení nedostatků - soustavnou a zaměřenou
- analýzou zjištěných pochybení v příslušném
- lékařském týmu

[Kvalita péče – úroveň terapeutické praxe]

- **Úroveň terapeutické praxe**
- - Zahájení cílené léčby včas dle standardů
- akceptovaných kompetentními odborníky
- - Míra respektování účelné farmakoterapie
- - Uplatňování zásad diferencované péče; péče adekvátní zdravotnímu stavu pacienta
- - Dostatečná komplexní péče a její zdokumentování
- - Co nejvíce šetrná léčba s ohledem na tělesné a duševní strádání pacienta
- - Náklady na léčbu přiměřené stavu pacienta a docíleným přínosům

[Kvalita péče – úroveň ošetřovatelské péče]

- Úroveň ošetřovatelské péče
- - Zajištění péče o osobní hygienu pacienta
- - Dostupnost sester pro pacienty v naléhavých případech
- - Důsledná prevence vzniku dekubitů a pádů
- - Podávání léků přesně podle ordinace lékaře
- - Zajištění vhodného stravování a pitného režimu

[Další hlediska kvality péče]

- **Kvalitu zdravotní péče ovlivňuje mnoho faktorů:**
- hmotné a finanční zdroje
- počet pracovníků
- organizace péče
- technologie... atd.
- Zásadní význam má kvalifikační a osobnostní
- úroveň zdravotnických pracovníků

[Kvalifikační a osobnostní úroveň zdravotnických pracovníků]

- Soustavné získávání odborných znalostí a dovedností;
- vzdělávání se v příslušném oboru
- Komplexní medicínské myšlení a schopnost týmové spolupráce
- Komunikační dovednosti s pacientem
- Schopnost pohotového a správného rozhodování
- Schopnost empatie
- Profesionální a osobní odpovědnost
- Pečlivé vedení zdravotnické dokumentace
- Schopnost analyzovat své činnosti a poučit se z chyb vlastních i chyb spolupracovníků; přijmou oprávněnou kritiku

[Spojená akreditační komise]

- V roce 1997 vzniklo v ČR zájmové sdružení právnických osob pod názvem
- **Spojená akreditační komise (SAK).** Jejími zakladateli byly Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. V návaznosti na založení této komise vznikla v roce 2000 tzv. **Rada pro kvalitu ve zdravotnictví na Ministerstvu zdravotnictví ČR.**

[Indikátory kvality]

- pooperační komplikace,
- opakované rentgenologické snímky,
- medikační chyby,
- nozokomiální nákazy,
- spotřeba antibiotik,
- délka hospitalizace,
- dekubity,
- pády pacientů,
- spokojenost pacientů,
- spokojenost zaměstnanců,
- čekací lhůty na diagnostické a léčebné výkony,
- náklady na zdravotnickou péči,
- mortalita,
- nehody v laboratořích, atd.

[Indikátory kvality]

- **Indikátor** je statistický ukazatel, který je vždy vyjádřen kvantitativně, tj.
- číslem, procentem. Jde o tzv. výstražný signál, který by nás měl varovat, že něco
- není v pořádku. Tyto údaje nás informují o kvalitě procesů ve zdravotnických
- zařízeních. Indikátor můžeme pojmut také jako tzv. riziko nebo mimořádnou
- událost.

[Indikátory kvality]

- Vlastním indikátorem kvality je i počet tzv. mimořádných událostí nebo neshod/rizik ve zdravotnickém zařízení.

[Zdravotnická dokumentace]

- Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci ukládá všem zdravotnickým zařízením bez rozdílu spektra poskytované péče a typu zřizovatele **Zákon**

Zdravotnická dokumentace legislativa

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- ve znění pozdějších předpisů
- Zdravotnickou dokumentaci řeší §67 b
- Zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci §67 b., odst.1
- Vyhláška č. 385/2006 o zdravotnické dokumentaci (1. 4. 2007)

Zdravotnická dokumentace

Legislativa

- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Zákon č. 117/2000 Sb., o návykových látkách
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích
- Vyhláška č. 11/2005 Sb.
- Stavovský předpis ČLK č. 10 – Etický kodex

[Epikríza]

- Dle vyhlášky č. 385/2006 Sb.
- o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího postupu,
- pokud ústavní péče trvá déle než 7 dní

Předběžná propouštěcí lékařská zpráva

- Identifikace pacienta
- Doba hospitalizace
- Základní údaje o průběhu hospitalizace
- Hlavní diagnózu a vedlejší diagnózy
- Stručný záznam o dosavadní léčbě, včetně uvedení léčivých
- přípravků a ZP
- Doporučení dalšího postupu po propuštění z ústavní péče
- Jmenovka a podpis lékaře, který zprávu zpracoval

Definitivní propouštěcí/překládová zpráva

- Identifikační údaje pacienta
- Stručný údaj o anamnéze, současné nemoci
- Doba a důvody hospitalizace
- Diagnostický souhrn
- Významné výsledky provedených vyšetření a výkonů
- Použité léčivé přípravky, ZP
- Popis zdravotního stavu pacienta při propuštění
- Doporučení pro přebírajícího lékaře
- U překlada čas, jméno lékaře, se kterým byl překlad dohodnut
a
- způsob transportu pacienta
- Identifikace a podpis lékaře, razítko ZZ

[Závěr z auditů...]

- Jde o jeden z nejefektivnějších nástrojů programu kontinuálního zvyšování kvality
- Pokud však není jasná definice, nelze audity realizovat

[Specifika pro intenzivní péči]

- Indikátory kvality:
- Reintubace,
- Délka UPV
- Nosomiální nákazy
- Délka pobytu na ICU
- Mortalita

[STANDARDY PÉČE]

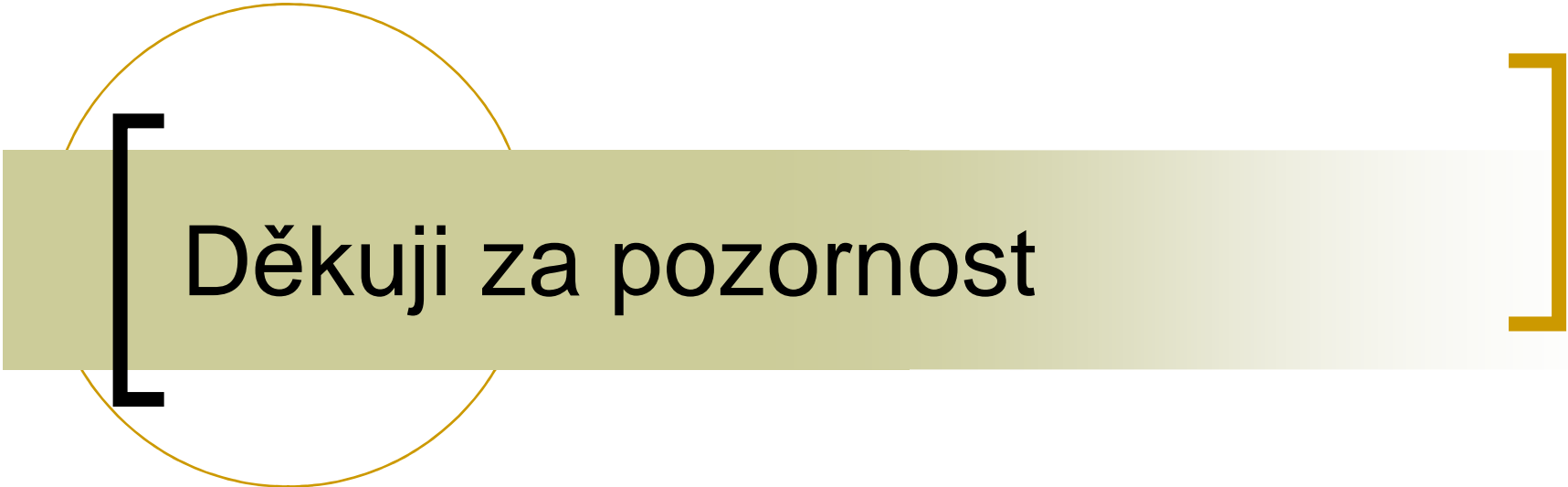
- Sepsa, septický šok, syndrom multiorgánové dysfunkce v anesteziologii a resuscitaci
- Kod :CLK 005LP

[STANDARDY PÉČE]

- Identifikační údaje
- Věcný rámec standardu
- Vymezení věcného rámce
- Epidemiologické údaje
- Kvalifikační předpoklady
- Proces péče
- Vstupní podmínky procesu
- Vlastní proces
- Podmínky ukončení procesu
- **Kriteria a indikátory kvality**
- Odkazy na literaturu

[Výsledky- kriteria a indikátory]

- Mortalita 28 dní , nemocniční ve vztahu k hodnotě APACHEI II skóre
- Kvalita života po propuštění
- Náklady na TISS bod
- Frekvence nosokomiálních nákaz
- Frekvence komplikací plynoucích z použití speciálních technik



Děkuji za pozornost