

# IMPLEMENTACE PROCESNÍHO ŘÍZENÍ U POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

## HEALTHCARE PROCESS MANAGEMENT IMPLEMENTATION

*PhDr. Alena Pistulková<sup>1,2</sup>*

*doc. Ing. Jiří Tupa, Ph.D.<sup>1</sup>*

*Mgr. Lukáš Martinek, Ph.D.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Fakulta elektrotechnická, Západočeské univerzity v Plzni*

*<sup>2</sup>Fakulta zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni*

### Úvod

Při diskuzi s lékaři i nelékařským zdravotnickým personálem je často namítáno, proč existují interní předpisy, jaký mají smysl a co chtěl jejich tvůrce čtenářům říci. Účelem článku je tedy přehledně přiblížit zdravotníkům problematiku procesů, které jsou základem interních pokynů poskytovatelů zdravotnických služeb. Dále si klade za cíl přiblížit managementu zdravotnických zařízení důležitost těchto procesů a interních předpisů pro zdravotníky, kteří na základě správné interpretace jejich pokynů by měli lépe a snáze vykonávat prospěšnou praxi.

A proto, že valná většina vedoucích pracovníků nepochybně postupuje v rámci EBM (Evidence Based Medicine), či EBN (Evidence Based Nursing), je třeba přiblížit a sjednotit pohled managementu a zdravotníků na tuto problematiku.

Proces je sled činností, které na sebe vzájemně navazují, vytvářejí tok práce postupující od jednoho člověka k druhému a tvoří hodnotu.

U poskytovatelů zdravotnických služeb se s procesy setkáváme velmi často. Management těchto zařízení používá termíny *systém*, *proces*, jen velmi malá část zdravotnických pracovníků však ví, co se pod tímto pojmoslovím skrývá. Zdravotnická zařízení jsou místem, ve kterém se poskytují vysoce specializované, kompetenčně limitované a komplexní služby (Reddy et al, 2017). Jakákoliv poskytnutá služba je ve své podstatě část procesu, do kterého přispívají další jednotlivci svými kompetenčně diferenciovanými zákroky a tím pádem roztáčí celý stroj, který směřuje ke konkrétnímu výsledku - spokojenému a zdravému pacientovi.

(Škrļa a Škrlová, 2003) Procesní řízení je tedy druh návodu k tomu, jak nejlépe dělat svoji práci s minimální mírou rizika. (Kavaler et al, 2013)

### **Funkční versus procesní přístup**

**Funkční přístup** lze operacionalizovat jako velmi tvrdě ohraničené jednotky. To vede k rozdělení práce mezi organizační jednotky, které jsou rozdělené na základě odborností (funkcí). Nikdo nevidí do druhé, každý v dané jednotce dělá jen svoji práci, kterou odvádí. Jinými slovy se dá tento typ přístupu označit jako striktní dělba práce, „já dělám to, ty dělej ono a navzájem si nebudeme vidět pod ruce“. Avšak v případě potřeby spolupráce je mezi těmito uzavřenými jednotkami velmi komplikované najít kanál, díky kterému by často zmiňovaná interdisciplinarita mohla proudit. Nikdo se zde nestará o druhou buňku, buňky fungují nezávisle na sobě.

**Procesně orientovaný přístup** dává do popředí toky činností, tedy procesů, jdoucí napříč organizací. Zejména opakované procesy. Procesní přístup je tedy oproti tradičnímu funkčnímu přístupu založenému na navrhování a změnách formálních organizačních struktur zaměřen více horizontálně - na procesy. Procesní přístup se stal doslova hitem v 90. letech 20. století, kdy se začalo intenzivně hovořit o procesech a reengineeringu a to mimo jiné díky intenzivnímu nástupu moderních informačních a komunikačních technologií, které umožnily radikálnější změny procesů v organizacích. Nejedná se o to, že každý v daném zařízení zákonitě musí umět dělat vše, ale podstatné je, že je nastavený systém, který jasně stanoví základní parametry KDO, CO, KDY a JAK. Ne vždy je ale systém procesů správně řízen a můžeme se setkat s tím, že špatně nastaveným systémem je řízen management, místo toho, aby management řídil systém (Study Focuses on Safety Program Used to Reduce Serious Safety Events, 2018). Jednou z výhod správně nastaveného procesního řízení je nový pohled na důležitost prováděných činností. Také stanovení zodpovědnosti za jejich kvalitu a to napříč organizační strukturou, kde je přesně stanoveno výše uvedené, kdo co a kdy má dělat. To ve svém důsledku vede ke kvalitnější týmové spolupráci a zlepšení podnikové kultury (Combi, 2017).

Úrovně řízení lze nejlépe popsat pomocí stupňů řízení dle modelu CMM (Capability Maturity Model – Model zralosti): (McKay, Vivienne. "What is the Capability Maturity Model? (CMM) | Process Maturity | FAQ". [www.selectbs.com](http://www.selectbs.com))

0 - Neexistující řízení: Procesy a jejich řízení je zcela chaotické

1 - Počáteční (Initial): Procesy jsou realizovány adhoc

2 - Opakované (Repeatable): Dodržuje se určitá kázeň nezbytná pro provádění základních opakovaných procesů

3 - Definovaná (Defined): Procesy organizace jsou zdokumentovány

4 - Řízená (Managed): Procesy jsou řízeny a provádí se měření jejich výkonnosti pomocí KPI

5 - Optimalizovaná (optimized): Procesy jsou trvale zlepšovány, existuje inovační cyklus na procesech a řízení

Zdravotnická zařízení neustále spadají pod funkční systém řízení. Každé oddělení představuje izolovanou jednotku, která má vlastní požadavky, vstupy a výstupy. Vedoucí pracovník je odměňován za výsledky svého oddělení, nikoli za celkovou spokojenost zákazníků, v tomto případě pacienta. Škrála a Škrlová už v roce 2003 nastínili potřebu restrukturalizace zdravotnictví z modelu funkčního, do modelu procesního, nicméně tato reforma nastala pouze v několika částech, např. bezpečnostní politika, ale oddělení, či kliniky jsou stále separátními jednotkami se svým vedením a odměňovány za své výkony.

Procesní řízení je však nastavováno pomocí řídicích procesů, které mohou mít různé podoby. Tyto podoby jsou stanoveny nejen zákonem, ale upřesněny standardizací v oblasti kvality. Standardizaci dle Škrly a Škrlové, 2003, můžeme sledovat ze čtyř základních úhlů:

1. Modely systémů řízení kvality mezinárodního rozsahu (ISO)

2. Modely národních akreditačních standardů (JCIA - Joint Commission International Accreditation, SAK, a.s. - Spojená akreditační komise, s.r.o. <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>))

3. Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů

4. Modely excelence

Pro zdravotnického pracovníka veškeré zmíněné postupy mají jedno zásadní poslání, a to dělat svoji práci s minimalizací rizik, bezpečně pro pacienta a současně i pro zdravotníka.

Minimalizace rizik je ukotvena v normě ISO 9001, nicméně tato norma byla využívána především v různých odvětvích průmyslu. Poskytování zdravotní péče je souhrn komplexních a také značně heterogenních procesů, což bylo pro management zavádějící systém řízení kvality poměrně složité a ne vždy dobře uchopené. Proto po nástupu výše uvedeného systému řízení kvality do zdravotnictví nastal tzv. „boom“ v definici postupů, tedy procesů, v podobě řízených dokumentů. Tyto dokumenty byly zpracovávány velmi pečlivě, často kopírovaly legislativní požadavky a předem měly obsahovat minimální požadavky pro akreditaci předem

vybranou akreditační společností. S měnící se legislativou byla tato řízená dokumentace často upravována a přibývala nová, která odrážela aktuální legislativní požadavky. S přibývajícím dokumentací se často začal objevovat problém duplicit v řízené dokumentaci. Horší případ nastal ve chvíli, kdy si uvedené informace v řídicích dokumentech navzájem rozporovaly. Zdravotnická zařízení se tak velmi často setkávala s odporem zaměstnanců k jakékoli další řízené dokumentaci, nikoli proto, že zaměstnanci nebyli ochotni přijímat změnu, ale proto, že nebyli schopni tak obsáhlé množství informací pojmout (Trebbles et al, 2010). Druhou stranou mince je v současnosti interdisciplinární zdravotnictví, které klade neustále náročnější požadavky na zdravotníky (Eysel et al, 2017). To odráží i vědecké databáze, kde lze po zadání klíčových slov nalézat rok od roku navyšující se počet odborných publikací, popisující nejnovější postupy v rámci EBM (Evidence-based medicine). Dalším problémem je snižující se počet zdravotnických pracovníků, především sester, kterému v ČR nepřispěla ani reforma vzdělávání (NZIS, 2018). Proto je v současné době kladen nejen důraz, ale i nátlak na zefektivnění řídicích dokumentů, jinými slovy návodů, dle kterých mají zdravotníci postupovat.

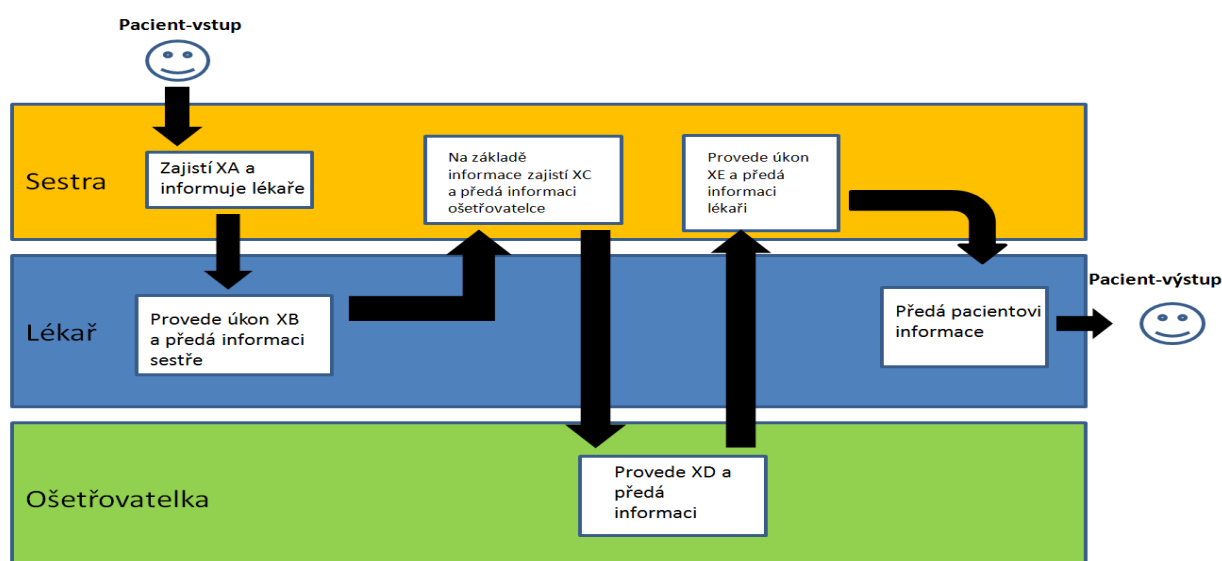
### **Jak si s tím poradit?**

Systém řízení kvality, ve většině zdravotnických zařízení, má na starost právě řízenou dokumentaci. Objevují se požadavky na jednodušší přístup k této dokumentaci, buď formou určitého katalogu, nebo systémem browserů, jaký může prezentovat např. Google, kdy po zadání klíčových slov hledající nalezne konkrétní dokument. To je ale pouze okrajovou záležitostí v porovnání s eliminací přerostlých, duplicitních nebo si navzájem odporujících dokumentů (Rigolosi, 2013). Požadavky současného zdravotníka nejsou příliš rozdílné z dob před 20. lety, ale objevuje se trend zajištění maximálního servisu při výkonu své profese. To lze v oblasti řízené dokumentace pojmout jako zjednodušení těchto předpisů několika možnými formami.

**1. Písemná forma** – zákon a jeho znění není pro zdravotníky dobře srozumitelný. Je nadmíru důležité legislativu přeložit do „zdravotnické terminologie“ tak, aby zdravotník při čtení dokumentu stále věděl, o čem zdroj informací pojednává. Velmi dobře se osvědčuje uživatelské shrnutí, které hovoří o nejdůležitějších částech řízené dokumentace a odkazy, po jejichž rozkliknutí se zdravotník okamžitě dostává do úrovně, kde jsou požadované informace. Dalším aspektem v písemné formě je i úprava. Byť tato problematika může vyvolávat jistý druh humoru, je důležité si uvědomit, že zdravotník je jedinec, který se

potřebuje rychle zorientovat a najít to, co hledá bez zvětšování textu nebo pročitání obsahu dokumentu, který nereflektuje podstatné části. Dalším nedostatkem je již několikrát zmíněná řízená dokumentace, jejíž části si navzájem mohou odporovat. Teorie procesního řízení jasně definuje zodpovědnost za daný proces, nicméně tyto symptomy se mohou objevovat ve zdravotnických zařízeních. Podstatná je v tomto ohledu spoluúčast a lucidita samotných zdravotníků, kteří se dokumentací řídí a měli by mít přímo definovanou cestu, pomocí které by proces mohli připomínkovat. Pakliže se jedná o složitý proces, je velmi vhodné uvážit náhradu procesu systémem procesní mapy (Combi, 2017). Ta je pro zdravotníka přehlednější, popisuje cestu jeho práce v procesu a v současných možnostech IT technologií a vyspělých softwarů je i interaktivita mapy, tedy možnost do grafického znázornění procesu vstoupit a například jedním kliknutím vygenerovat žádanku na místě (tedy v čase), kde je v procesní mapě zakreslena.

Pro představu přikládáme velmi obecnou procesní mapu, která naznačuje cestu pacienta procesem.



Zdroj: Vlastní

**2. Forma předání** – jen málo co je důležitější, než samotné předávání informací. Velmi často se setkáváme s přístupem, kdy aktualizace daného procesu se opět v lepším případě dostává ke všem pracovníkům zdravotnického zařízení, to znamená, že například sestry jsou informovány o pokynech pro personalisty a personalisté jsou informováni o zásadách odesílání žádanky ke krevnímu odběru. Tento nešťastný druh předávání informací vede k latenci a ignoraci zásadních informací z důvodu přetížení (Combi, 2017). Jednou z cest je využití rozcestníku, kterým budou informováni jen ti, ke kterým se daná informace má dostat.

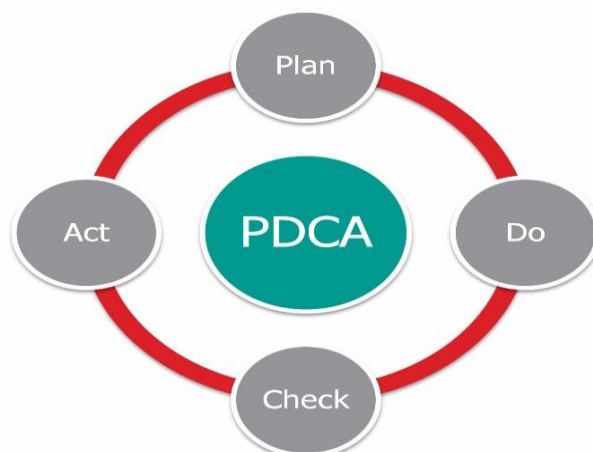
Další variantou bývá předání informace na úrovni vedení zdravotnického zařízení, kdy je informace předána např. formou zápisu z porady. Je tedy patrné, že základním pilířem k úspěšnému předávání informací je komunikace. Ta musí být ukotvena v systému absolutně pevně. Musí jít vždy z vrchních etází managementu k podřízeným, ke kterým se musí dostat pouze ty informace, které jsou pro výkon jejich práce nutné. Jakmile probíhá komunikace na úrovni vertikální, nastává zásadní problém s jejím ohýbáním a překrucováním (Rigolosi, 2013). To vede k mýtům a nepravdám, kterými se mohou někteří zdravotníci v dobré víře řídit. Zásadním problémem je i tištění těchto informací a zakládání do šanonu. Jakmile nikdo není zodpovědný za aktualizace těchto dokumentů, v šanonech často stagnují a nejsou aktuální. Nejdůležitějším aspektem je tedy zvolit všem dostupný komunikační kanál a zajistit jeho sledování všemi zdravotníky. Tento kanál musí být také jediným, kterým se aktuální informace oficiálně předávají. Vhodné je např. využití rozdělovníku, který zajistí filtraci informací tak, aby se předávaly pouze na místa, pro která jsou určena.

**3. Forma vysvětlení** - i přes snahu vytvářet písemnou podobu procesů co nejjednodušeji, nejpochopitelněji a nejpréhledněji, s možností připomínkového řízení před jejím uvedení do platnosti, měla by být každá změna, především nový předpis, diskutován s vedoucími pracovníky, nebo se všemi zaměstnanci. Je pochopitelné, že ve velkých zdravotnických zařízeních je konzultace s každým zaměstnancem nemyslitelná, proto poukazujeme na možnost interpretace daného procesu s vedoucími pracovníky, kteří dle stanoveného postupu předají tuto interpretaci svým podřízeným (Škrla a Škrlová, 2003). Ideální formou je tvorba interpretačních seminářů v rámci kterých bude změněný, nebo nově zavedený proces vysvětlen garantem, tedy zodpovědným jedincem za správnost a aktuálnost procesu.

**4. Forma kontroly dodržování** – podmínkou každého funkčního a efektivního procesu je jeho dodržování a kontrola. Systém vnitřní kontroly, tedy interního auditu je stanoven v ČR legislativně. Aby audit předcházel kontroverznímu, někdy i agresivnímu postoji zdravotníků, musí být prováděn tak, aby detekoval rizika v procesu. Na druhou stranu musí být prováděn takovým způsobem, aby zdravotník neměl pocit méněcennosti, ponížení, nebo „vyřizování si účtů“. Najít cestu mezi přátelstvím a respektem je nesmírně komplikovaná záležitost a je třeba se jí dlouhodobě věnovat (Bhoresh, 2012).

**5. Forma interpretace chyb** – jak je již několik let popsáno, chyby mohou být aktivní, nebo latentní. Nicméně pro koncového zdravotníka je důležité, aby chyby zjištěné při kontrole byly náležitým způsobem interpretovány. Existují názory, že nálezy v průběhu auditu nesmí být s personálem diskutovány. To však vede k nejistotě personálu a následně i k vysoké míře rizika při dalším navázání spolupráce. Jakkoli si zdravotnické zařízení zvolí systém, ve kterém budou chyby interpretovány, je nesmírně důležité dostat tyto informace zpět ke koncovému článku, tedy k samotným zdravotníkům. Jestli poskytovat v rámci interpretace chyb možnosti nápravy je na zvážení každého zdravotnického zařízení (Bhoresh, 2012). Samozřejmostí je velmi rychle ošetřit latentní chyby a systematicky vyhledávat důvody vzniku chyb aktivních.

**Závěr** – článek charakterizuje možnosti využití procesů a jejich potřebu ve zdravotnických zařízeních. Mnohem důležitějším posláním je apel na zpřehlednění, zjednodušení procesů na takovou mez, aby odpovídaly legislativním a standardizačním požadavkům, ale minimalizovaly administrativní zátěž zdravotníků. Aby každý proces byl se zdravotníky, kterých se týká náležitě diskutován a přinášel skutečně tíženou kvalitu a minimalizaci rizik, nikoli zbytečný text, který zdravotníkům ztěžuje práci. Dále je podstatné omezit zbytečný informační šum, který často vzniká na základě nejasně definovaných informačních kanálů, kterými se informace ke zdravotníkům dostávají. Posledním posláním tohoto článku, který je určen nejen pro vedoucí zdravotníky, ale i pro podřízené zaměstnance je uchopení teorie, která byla již několikrát popsána. Celý systém tvorby a řízení procesů skvěle ukazuje na využití Demingova diagramu, jinými slovy, analýzy PDCA (plan-do-check-act; naplánuj-proved'-ověř-jednej).



Zdroj: API - Akadémie produktivity a inovací, s.r.o.

Z neustálého a nikdy nekončícího koloběhu plánování, konání, kontrolování a analyzování nesmí vypadnou žádná jeho část a nikdy nikdo nemůže tvrdit, že proces je zaveden tak skvěle, aby nemohl být ještě lepší. Žádný proces totiž není nikdy dokonalým, stejně jako bezrizikovým.

#### SEZNAM LITERATURY:

BHORESH Dhamija et. al. *Clinical Audit for Doctors and Healthcare Professionals*. BPP Learning Media, 2012. ISBN 9781445384047.

COMBI, Carlo et. al. *Process Modeling and Management for Healthcare*. CRC Press, 2017. ISBN 9781315299938.

EYSSEL, Jana, Andreas KOEHLER, Arne DEKKER, Susanne SEHNER a Timo O. NIEDER. Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS ONE* [online]. 2017, 12(8), 1-26 [cit. 2018-11-08]. DOI: 10.1371/journal.pone.0183014. ISSN 19326203.

KAVALER, Florence, Raymond S ALEXANDER a Florence KAVALER. *Risk management in healthcare institutions: limiting liability and enhancing care*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, c2013. ISBN 9781449645656.



RIGOLOSI, Elaine La Monica. *Management and leadership in nursing and health care: an experiential approach*. 3rd ed. New York: Springer, c2013. ISBN 9780826108401.

REDDY, Ashok, Laura SESSUMS, Reshma GUPTA, Janel JIN, Tim DAY, Bruce FINKE a Asaf BITTON. Risk Stratification Methods and Provision of Care Management Services in Comprehensive Primary Care Initiative Practices. *Annals of Family Medicine* [online]. 2017, 15(5), 451-454 [cit. 2018-11-08]. DOI: 10.1370/afm.2124. ISSN 15441709.

SCHWETTER SILVEIRA, Victor Natanael. Os Modelos Multiestágios de Maturidade: um Breve Relato de sua História, sua Difusão e sua Aplicação na Gestão de Pessoas por meio do People Capability Maturity Model (P-CMM). *RAC - Revista de Administração Contemporânea* [online]. 2009, 13(2), 228-246 [cit. 2018-11-08]. ISSN 14156555.

Study Focuses on Safety Program Used to Reduce Serious Safety Events. *Professional Safety* [online]. 2018, 63(7), 14-14 [cit. 2018-11-08]. ISSN 00990027.

ŠKRULA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 807172-8411.

TREBBLE, Timothy M., Navjyot HANSI, Theresa HYDES, Melissa A. SMITH a Marc BAKER. Process mapping the patient journey through health care: an introduction. *BMJ: British Medical Journal (Overseas)* [online]. 2010, 341(7769), 394-397 [cit. 2018-11-12]. ISSN 17592151.

ÚZIS [online]. Praha: ÚZIS, 2017 [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-personalni-kapacity-2017>

#### **Kontaktné údaje:**

PhDr. Alena Pistulková

Husova 11

301 00 Plzeň

E-mail: [alpi.st@seznam.cz](mailto:alpi.st@seznam.cz)

Tel: +420 777892233

**Recenzované:** 20.2.2019

**Prijaté do tlače:** 1.3.2019