

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Bc. Marie Laštovková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Sestra jako manažer rizik ve zdravotnických zařízeních 21. století

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Marie Schusterová

Autor:

Bc. Marie Laštovková

2010

Abstract

The main intention of this thesis was to monitor the activities of nurses as risk managers in selected healthcare facilities. The first objective was to map the current state of accreditation procedures in the Czech Republic, the number of accredited facilities and the types of accreditation. Another objective was to find out in which accredited healthcare facilities there is a nurse as a risk manager or who has the responsibility of a risk manager in healthcare facilities. The third objective was to explore the activities of nurses – risk managers. To achieve these objectives, the following research questions were set: 1st What is the current state of accreditation procedures in the Czech Republic? 2nd In which accredited facilities there is a nurse – a risk manager? 3rd research question: What are the activities and roles of a nurse – a risk manager? (What activities nurses carry out in the performance of their duties; whether nurses feel a change in the provision of nursing care; which risks and incidents nurses encounter in their facilities and what are their solutions; what is the level of communication between the parties in the risk management process in a given facility; which benefits are seen in risk management.) The research was conducted with respondents from those healthcare facilities that were willing to cooperate. The research conducted is a qualitative one. The respondents underwent interviews according to the structure of categorized questions. Subsequently, transcripts of the interviews were made as well as the analysis and categorization of the data was carried out and presented in tables under the framework analysis according to Ritchie and Spencer. The research revealed the answers to the research questions. Currently, 41 facilities are accredited in the SAK ČR system and 4 facilities 41 in the JCI system. Unfortunately, competent organizations denied us access to the list of facilities preparing for the accreditation process. Here, we had to address the respondents from all healthcare facilities in the Czech Republic who were contacted through research question 2. The answer to research question 2 is as follows: In no of the facilities that have responded to the questions there is a nurse with the function of a risk manager. Activities within the risk management are taken over by staff at other positions, mostly quality managers, head nurses or auditors. Detailed proportion of these functions

is clearly presented in the accompanying graphs. Research question 3 yielded a great number of responses. For example, nurses who have competence in risk management play mainly the roles of communicators, defenders, authors, auditors and mentors. In exercising their functions, they have observed changes, as compared with the past, in the responsibilities of nurses, patient activity, greater transparency, the quality and safety of the care provided. They describe in detail the risks and incidents which they have met at their workplaces, and how they have been solved. The respondents see the advantages of risk management in the fact that it is a good tool for defending not only patients but also nurses themselves; that it is a tool to increase responsibilities and activities of patients and to improve the quality and safety of the care provided. All the responses are clearly presented in tables and confronted with the knowledge derived from professional literature and our own experience. The results of the thesis can be provided to the healthcare facilities where the research has been carried out; it could be provided to competent institutions and also, in the form of an informative brochure, to nurses and other healthcare personnel. We would suggest a higher level of education about risk management potential. Our suggestions also include changes to legislation - powers, the establishment of clear procedures and rules, and the regulation of education in risk management so that implementation of this tool is unified and becomes accessible to all facilities. These are the first steps; we, the people who work in healthcare facilities, will have to make all the other ones.

Diplomová práce v nezkrácené podobě

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů

V Českých Budějovicích 16. 8. 2010

.....

Podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Marii Schusterové za cenné rady při psaní diplomové práce. Další díky patří mé rodině a kolegyni Jiřince za velkou podporu a pochopení.

OBSAH

Úvod.....	4
1. SOUČASNÝ STAV.....	5
1.1 Úvod do problematiky.....	5
1.2 Historie ošetrovatelské péče.....	5
1.2.1 Pojetí ošetrovatelské péče do konce 20 století.....	5
1.2.2 Změny v ošetrovatelské péči v 21. století.....	9
1.2.3 Počátky managementu rizik ve zdravotnictví.....	10
1.2.4 Změny ve vzdělávání	13
1.2.5 Nové role sestry.....	13
1.3 Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.....	14
1.3.1 Manažer rizik.....	15
1.3.2 Prevence rizik, systémy řízení prevence rizik, akreditace.....	16
1.4 Legislativa v ČR.....	18
1.4.1 Typy právní odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče.....	19
1.4.2 Postup při vzniku škody.....	21
1.5 Řízení rizik v ošetrovatelství.....	21
1.5.1 Faktory ovlivňující úspěšnost řízení rizik.....	21
1.5.2 Mimořádné události.....	22
1.5.3 Metodologie řízení rizik.....	25
1.5.4 Souhrn (katalog)možných rizik.....	27
1.5.5 Riziko pochybení.....	27
1.5.6 Vybraná sledovaná rizika v klinické oblasti.....	29
1.5.6.1 Neefektivní komunikace.....	29
1.5.6.2 Chybná identifikace pacienta.....	29
1.5.6.3 Nesprávně vedená dokumentace.....	29
1.5.6.4 Nečitelné zápisy.....	30
1.5.6.5 Podcenění informovaných souhlasů.....	30
1.5.6.6 Nozokomiální nákazy.....	31
1.5.6.7 Riziko pádu.....	31

1.5.7 Vybraná sledovaná rizika v neklinické oblasti.....	32
1.5.7.1 Stížnosti.....	32
1.5.7.2 Prevence kriminality.....	32
1.5.7.3 Nekvalitní personální politika.....	32
1.5.8 Možné nástroje k řešení případných pochybení.....	33
2. CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	36
2.1 Cíle práce.....	36
2.2 Výzkumné otázky.....	36
3. METODIKA.....	37
3.1 Použité metody.....	37
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	37
4. VÝSLEDKY.....	38
4.1 Přepisy rozhovorů sester – manažerek rizik.....	38
4.2 Základní grafy a tabulky.....	64
4.3 Kategorizace dat v tabulkách.....	68
5. DISKUZE.....	92
6. ZÁVĚR.....	107
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	110
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	119
9. PŘÍLOHY.....	120
9.1 Seznam příloh.....	120

Seznam použitých zkratk:

BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČR	Česká republika
FMEA	Failure Mode and Effect Analysis (analýza možností vzniku a následků selhání)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
JCI	Joint Commission International
LPP	Léčebně preventivní péče
MU	Mimořádná událost
MZ ČR	Ministerstvo Zdravotnictví České republiky
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
RCA	Root Cause Analysis (Analýza skutečných příčin)
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
WHO	World Health Organization
ZZ	Zdravotnická zařízení

Úvod

Management rizik je produktem změn, které nastaly v novodobé historii ošetrovatelství. Je součástí všeobecných, celosvětových snah o zvyšování kvality a bezpečí péče. V souvislosti se společenskými změnami se mění také lidské potřeby v nemoci, které se nejen my, sestry, snažíme při poskytování ošetrovatelské péče uspokojit. Snažíme se o zvyšování kvality péče a předcházení rizikům, neboť významnou změnou je i fakt, že dochází ke změně vztahů mezi poskytovateli a příjemci péče. Pacient se stává aktivním účastníkem léčebného procesu, všímá si více všeho, co se kolem něj při kontaktu se zdravotnickým zařízením a personálem děje. Ke změnám dochází také díky obrovskému nástupu medializace zdravotnické problematiky jako širokého zdroje informací pro veřejnost či jako podnětům pro řešení nespokojenosti různými stížnostmi či žalobami. Management rizik se tak v těchto případech stává také nástrojem k obhajobě sester. V současné době se tedy zvyšují požadavky na dovednosti sester a na jejich činnosti, vzdělání a přístup k pacientům, zároveň však se zvyšuje také tlak na samotná zdravotnická zařízení. Ta se začínají snažit o zavádění opatření vedoucí k zajištění bezpečné péče pro pacienta i samotné zdravotnické pracovníky, jako jsou standardy, audity, akreditace, zavádění managementu kvality a v poslední době management rizik. Sama pracuji v akreditované nemocnici a již několikrát jsem se ve svém okolí mohla přesvědčit, že preventivní opatření a nástroje využívané k předcházení pochybení jsou efektivní. Jde o ochranu nejen pacienta, ale také o ochranu zařízení a hlavně nás, zdravotnických pracovníků.

V této práci se věnuji nově vznikající pozici manažera rizik, činnostem a povinnostem, které při své práci vykonává. V teoretické části jsou rozebrána témata důležitá k pochopení problematiky managementu rizik. Problematika managementu rizik je velmi široká, teoretická část je tedy jakýmsi náhledem do této oblasti. Část praktická je zaměřena na činnosti, zkušenosti, názory a postoje sester, které se managementu rizik věnují a ukazují tak, že má smysl se jím zabývat a snažit se o jeho co nejrychlejší zařazení do systému poskytovaných služeb v každém zařízení.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Úvod do problematiky

Řízení rizik se stalo jedním ze základních pilířů moderního managementu. Zabývá se možnostmi výskytu nežádoucích situací, jejich řešením a preventivními opatřeními vedoucími k zabránění takových situací. Ve zdravotnických zařízeních se jedná především o bezpečné poskytování péče, řízení rizik by se tedy mělo stát důležitou součástí vedení takového subjektu. Jakákoli činnost prováděná lidmi, tedy také činnost ošetrovatelská, může být ovlivněna selháním lidského faktoru s menšími či většími následky. Následky nezřídka fatálními pro pacienta, ale také pro zdravotnického pracovníka či celé zdravotnické zařízení. Následky těchto pochybení pak hodnotí soudní znalec či soud. Řízení rizik je tedy možno brát a využívat jako nástroj ochrany pro pacienta, zdravotnického pracovníka či celý zdravotní systém. O typech pochybení a rizikových oblastech zdravotníci většinou ví, mělo by být tedy jejich zásadou a povinností učinit vše pro péči bezpečnou (48, 23).

1.2 Historie ošetrovatelské péče

1.2.1 *Pojetí ošetrovatelské péče do konce 20. století*

Abychom pochopili problematiku trendů změn v ošetrovatelství, je třeba znát historii ošetrovatelství a jeho postupný vývoj. Znalost historie oboru umožňuje vyjasnit a pochopit úroveň a postavení ošetrovatelství v jednotlivých historických obdobích. Ošetrovatelství jako činnost, která poskytuje pomoc nemocným, existovalo již od starověku. Historický vývoj ovlivňovaly společenské, sociálně-ekonomické podmínky, značný vliv měly kulturní tradice, náboženství, války, sociální a hospodářská situace, celkový stav zdraví obyvatel a samozřejmě rozvoj medicíny jako takové. Ošetrovatelství, stejně jako lékařství, procházelo vývojem od primitivních metod až k modernímu způsobu léčby a ošetrování. Rozvoj ošetrovatelství byl vždy ovlivňován kulturními, náboženskými, politickými a sociálními faktory, vědeckými objevy, válkami, ale také samotnými význačnými jedinci. Historicky prošlo ošetrovatelství třemi hlavními směry v péči o nemocné. Na počátku bylo ošetrovatelství neprofesionální. Zde platil systém opatrování, lidé si pomáhají navzájem v rodině

a komunitě. Dalším směrem bylo ošetrovatelství charitativní, při kterém byl smysl viděn a chápán v humánní, morální pomoci trpícímu člověku, šlo zde hlavně o uspokojování základních potřeb. Vycházelo z náboženského přesvědčení a také z humánních tradic. Třetím směrem v ošetrovatelství byla profesionalizace, která se rozvíjela spolu s rozvojem medicíny (44, 45).

V nejstarších dobách se začalo ošetrování přenášet od různých kouzel a primitivních léčitelů do mnoha náboženských řádů, začala vznikat ošetrovatelská společenstva a špitály, což mělo za důsledek vývoj pozice ošetrovatelství. Počátky ošetrovatelství tedy sahají do raného středověku. Ve 4. století vznikaly první kláštery a do péče o nemocné lidi se zapojovaly především příslušnice vysokých společenských vrstev. Orientace pomoci byla různá. Povinnost péče o chudé a nemocné uložil klášterům v roce 817 papež Řehoř Veliký. Tím se urychlil rozvoj klášterů a špitálů. Mezi řády, jež zakládaly špitály, patřili Benediktíni (klášter z 10. století v Praze Na Františku), Maltézský řád, jehož dobrovolnické služby řádu můžeme sledovat až do současnosti. Dalším z významných řádů byl Řád sv. Lazara. Členové řádu stavěli četné nemocnice – lazarety – v nichž léčili a ošetrovali nemocné. V Čechách se řád usadil v roce 1154 v Praze, a dále také v 18. století v Kuksu. Také aktivity řádu sv. Lazara jsou sledovatelné dodnes, jeho členové se však soustředí spíše na dodávky jídla a zdravotnických potřeb do potřebných zemí. V českých zemích významným řádem byl rytířský řád křížovníků s červenou hvězdou vyvinutý z laického špitálního bratrstva založeného patronkou českého ošetrovatelství, sv. Anežkou Českou v první polovině 13. století. Hlavním úkolem bylo ošetrování nemocných, přebývajících ve špitále, ale také příchozích. Zajímavostí je česká kongregace sv. Zdislavy sester dominikánek, která byla založena koncem 19. století u Olomouce. Cílem kongregace byla výchova dívek k charitativní činnosti v ústavech. Sestry mohly mít civilní zaměstnání, leckdy medicínské či ošetrovatelské, a chodit v civilním oblečení. Díky tomu nemusely v době socialismu opustit nemocnice. Velký vliv na vývoj ošetrovatelství měly války. Mnoho ošetrovatelských tradic má původ právě ve vojenském ošetrovatelství, například přísná morálka, vizity i uspořádání ošetrovatelských jednotek dle závažnosti stavu nemocných. Změny v kvalitě

ošetřovatelství jsou připisovány především období Krymské války díky ruskému chirurgovi Pirogovi. Ten naplnil myšlenku uplatnit ve válce jako ošetřovatelky ženy a vyškolil třicet ruských ošetřovatelek pro ruskou frontu na Krymu. Začal klást důraz na dodržování hygienických zásad a tím na předcházení přenosných chorob. Důležitým zlomem byl také vliv ošetřovatelských praktik Florence Nightingale, díky které začalo ošetřovatelství nabírat profesní směr – hlavně díky zakládání ošetřovatelských škol, vznikem spolků sester a vydáváním knih. Také F. Nightingale kladla důraz na prostředí a potřeby pacienta a na dodržování hygienických zásad. Další z osobností, která měla významný vliv na poskytování péče nemocným, byl Henri Jean Dunant, který se v roce 1859 náhodou ocitl v bitvě u Solferina. Zde viděl mnoho raněných vojáků, kterým nebyla poskytnuta žádná pomoc, a podařilo se mu zrealizovat myšlenku přípravy dobrovolných zachránců. Těm měl být přiřknut neutrální statut i na válečném poli. Zajistil tak péči pro raněné, v roce 1863 pak založil Mezinárodní výbor pomoci raněným, později (1864) Mezinárodní organizace Červený kříž s jasným znakem červeného kříže na bílém poli, zajišťující ochranu raněným, nemocným, ale i zdravotníkům a zdravotnickým zařízením. Dodnes organizace pomáhá postiženým válkou, ale také hladomorem či jinými katastrofami (34, 45).

V českých zemích můžeme sledovat, jak bylo již výše uvedeno, počátky ošetřovatelství od 10. století. Většinou se jednalo o útulky pro chudé a špitály, ve kterých sloužili členové řádů a kongregací, jež viděli své poslání ve službě trpícím, tedy převážně o uspokojování základních potřeb. Ošetřovatelství mělo tehdy vysoce humánní charakter a prováděly ho osoby bez odborného vzdělání, které zkušenosti přebíraly od svých předchůdců. Změnou byl příchod Anežky Přemyslovny. Ta založila v Praze několik klášterů (první i se špitálem U sv. Haštala v roce 1233) a také Řád křížovníků s červenou hvězdou, pro který vypracovala pravidla pro ošetřování nemocných. Po založení Karlovy univerzity se začalo rozvíjet lékařské a zdravotnické písemnictví a začaly se měnit hygienické poměry. Opatrovnická služba se prováděla doma i ve špitálech a byla velmi náročná, s velmi malou odměnou. Na počátku 17. století, s příchodem milosrdných bratří, se začaly špitály již měnit na nemocnice s kvalifikovaným personálem a orientovat se jen na nemocné. Řád si vychovával vlastní

ošetřovatele, nadané posílal na lékařská studia. K dalším změnám začalo docházet až od poloviny 18. století, spolu s vývojem medicíny. Při lékařských fakultách začaly být zakládány nemocnice. O nemocné se zde starali opatrovníci a opatrovnice, často bez ošetřovatelského vzdělání. Ošetřovatelský personál zaujímal nejnižší místa v hierarchii zdravotníků, za malou odměnu pracovali například noční nekvalifikovaní ošetřovatelé. Práce byla pak mnohdy odvedena nekvalitně, bylo tedy nutností vzdělat personál tak, aby byl kvalifikovaným pomocníkem lékaře. Z těchto důvodů se začaly ve druhé polovině 19. století zakládat první ošetřovatelské školy. Tento trend pokračoval i na počátku 20. století, samostatná práce sestry se stává charakteristickým rysem vyspělého ošetřovatelství. Tento trend (rozvoj samostatnosti sester) pokračuje i mezi dvěma světovými válkami. Po skončení první světové války si členové národních spolků Červeného kříže kladli otázku, zda se má jejich činnost zastavit, nebo pokračovat. Nakonec se rozhodli pokračovat, vznikaly spolky pro chudé a poradny. Rodilo se sociální ošetřovatelství, sestry byly připravovány americkou členkou mise zdravotníků, slečnou Bessom. V roce 1918 byla založena jednoletá, později dvouletá, Vyšší škola sociální v Praze, ve které se na činnost připravovali pracovníci poraden, ústavů pro mládež a dalších. Vedoucími pracovníky se pak stávaly právě diplomované sestry. Ty vedly evidenci nemocných, záznamy o lécích a návštěvách, a také organizovaly práci stanice. Sestra prováděla návštěvy v rodinách, o svých poznatcích informovala lékaře a asistovala jim při vyšetřeních. Lůžková péče zůstávala doménou řádových sester. Činnost sesterskou – poradenskou - pozvedl až po roce 1929, po zvýšení nemocnosti z důvodu špatných sociálních podmínek, Červený kříž. V roce 1916 v Praze vznikla Státní dvouletá ošetřovatelská škola a v roce 1921 založily její absolventky Spolek absolventek ošetřovatelské školy. Ten se v roce 1928 přejmenoval na Spolek diplomovaných sester. Vzdělaným absolventkám se dařilo získávat finanční podpory pro ošetřovatelské školství a zvyšovat tak kvalitu a úroveň ošetřovatelského povolání a jeho společenskou prestiž. Díky Červenému kříži se během fašistické okupace dařilo částečně rozšiřovat základnu sester o sestry dobrovolné, přibýly také sestry německé. Řádové ošetřovatelky musely opustit nemocnice a nedostatek ošetřovatelek byl tak velký, že dala vláda souhlas s otevřením dalších

ošetřovatelských škol, a sice v Brně, Praze, Olomouci a Kroměříži. Rozčlenila se poradenská péče, a to podle chorob či podle zdravotněsociálních skupin populace. V roce 1940 byla poprvé ustanovena funkce „vedoucí sestry ošetřovatelské služby v nemocnici“. Sestry také publikovaly, na všech úsecích, kromě porodních sálů, pracovaly civilní i řádové sestry, nově vznikl post dietní pracovnice. V roce 1942, po Heydrichiádě, bylo mnoho sester (a lékařů) propuštěno či odvedeno gestapem, nebo se sestry zapojovaly v odbojovém hnutí. Během války, ale také v poválečném období, byla pořád vysoká potřeba kvalifikovaného ošetřovatelského personálu. S péčí opět pomáhali řádoví bratři, nemocnice přistupovaly k pořádání rychlokurzů. Také sít státních škol se rychle rozrůstala, činnost Spolku diplomovaných sester se obnovila a opět začal rozvoj ošetřovatelství. S komunistickým převratem v roce 1948 došlo k zásadnímu zlomu. Všechny významné osobnosti byly odvolány z vedoucích míst, došlo ke sloučení ošetřovatelských škol do Středních zdravotnických škol, sestry nesměly po dlouhou dobu založit jakoukoli vlastní profesní organizaci, byly sloučeny v Revolučním odborovém hnutí. Vedoucí slovo měly komunistické organizace na pracovištích a v místech bydliště sester. Velkým pokrokem bylo prosazení založení profesní organizace Československá společnost sester v roce 1968, v roce 1973 již dokonce organizace začala pracovat jako úplně samostatná. Byl však zastaven vývoj kvalifikačního vzdělávání sester, práce sester se soustředí na technickou stránku věci a podceňuje se váha ošetřovatelské teorie, psychologie, sociologie a etiky (34, 41, 45).

1.2.2 Změny v pojetí ošetřovatelské péče ve 21. století

Po revoluci v roce 1989 doznalo české ošetřovatelství řady změn, sestry mohly najednou vycestovat za zkušenostmi do zahraničí, zvyšovat si kvalifikaci, do českého ošetřovatelství začaly naopak přicházet poznatky ze zahraničí. Do ošetřovatelské péče se začaly tak prolínat nové prvky - trend poskytování péče holistické. Tedy nejen péče vysoce kvalifikované po technické a praktické stránce, ale orientované také na uspokojování psychických potřeb nemocného. Sestra už není pouze pečovatelkou (soustředující se na stlaní postelí, mytí stolků, hygienu či krmení pacientů) nebo asistentkou lékaře. Od sester se začínají vyžadovat i znalosti z psychologie,

komunikace, sociologie, managementu, jazyků či výzkumu. Začínají se také objevovat nové přístupy k pacientovi jako aktivnímu členu léčebného procesu, objevují se diskuze o ekonomické stránce zdravotní péče a ze zahraničí jsou médiím prezentovány případy soudních sporů mezi pacienty a zdravotnickými zařízeními. To vše jsou novinky a příčiny postupného vznikání nového pojetí ošetrovatelství, kde je snaha propojit kvalitní, bezpečnou a přijatelnou péči. V tomto trendu ošetrovatelství má snahu pokračovat i ve století 21. a jedním z nástrojů, jak tento trend udržet, je právě i management kvality a rizik (24, 41, 44, 48, 49, 59).

1.2.3 Počátky managementu rizik ve zdravotnictví

První známky změn v pohledu na ošetrovatelství pro 21. století se daly pozorovat již v aktivitách národních zdravotních orgánů v druhé polovině století dvacátého. Ošetrovatelství se rozvíjelo s veřejným zdravotním hnutím v Evropě posledních 100 let pod záštitou národních, regionálních a místních vládních veřejných zdravotních orgánů. Přestože rozsah a obzor tohoto rozvoje se mezi členskými zeměmi velmi mění, hlavní důvod celosvětového rozvoje zdravotnictví (potažmo ošetrovatelství) je zlikvidovat chudobu, nerovnost, nedostatek základního zdravotního servisu, znečištění ovzduší a infekční onemocnění. Ve 21. století jsme s těmito problémy stále konfrontováni, i když v jiných podobách. Například ve Spojených státech se o „managementu rizik“ hovoří již v osmdesátých letech. Sledují se změny v pojetí ošetrovatelství veřejností. Hovoří se o uplatnění managementu rizik jako o systému vyhledávání chyb, a to na základě zkušeností s tímto systémem v leteckém průmyslu, kde byl tento s úspěchem používán již v 50 letech 20. století. Dalším podnětem je dobrý ohlas na dobrovolné akreditace probíhající vlastně již od dvacátých let, oficiálně od r. 1951, kdy vznikla JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization). Změny se diskutují také s příchodem soudních sporů po 2. světové válce, s příchodem změn v lidských právech v letech šedesátých. Následovaly také změny v cenách za poskytování zdravotní péče, změny v ohodnocení ošetrovatelské péče, a to přitahovalo pozornost veřejnosti a médií. Ujal se tedy systém, který je možné nazvat jakýmsi managementem rizik. Zahrnoval hlášení – zprávy

o incidentech, které vybraný pracovník zpracovával, a incidenty také řešil. V Evropě je vývoj pozvolnější, existuje platný pojem ošetrovatelství a porodnictví, které na začátku 20 století nebylo, a reforma zdravotní péče je na programu všech členských států. Vyzbrojeni mnohaletou zkušeností, sestry a porodní asistentky v Evropě díky dennímu bezprostřednímu kontaktu s jednotlivci, rodinami a komunitami a národy musí kriticky posuzovat minulost a vytvořit novou vizi do budoucna s ohledem k nové veřejné roli zdravotnictví. V květnu 1998 se Chief Nursing Officers (Úřady hlavních sester) členských zemí EU chopily iniciativy diskuse o prospěchu ošetrovatelství a porodnictví pro program veřejného zdravotnictví a veřejného zdraví. Na základě tohoto setkání WHO zplnomocnila regionální kanceláře pro Evropu k tomu, aby poskytly doporučení pro novou vizi pro příští století. Je to součástí přijetí ošetrovatelství jako orgánu kompetentního k tomu, aby radil regionálním úřadům, vládním ošetrovatelským institucím a evropským národním ošetrovatelským a porodnickým asociacím v současné a potenciální budoucí roli WHO v Evropě. Veřejné zdravotnictví a s ním také ošetrovatelství bude pokračovat v rozvoji. Zprvu proto, že je zde rozdíl v ocenění oboru a účelu v členských zemích - jsou zde různé investiční plány, včetně profesních a politických zájmových skupin. Zadruhé zde existuje debata, zda by hlavní zájem měl být na sociálních aspektech zdraví spíše než jen na technických funkcích, přenosných nemocech a vakcinaci novorozenců a dětí. Zatřetí je to rozvíjející se mezinárodní politický kontext - s WHO na straně jedné pro celou strategii a na straně druhé jako rozvoj veřejného zdravotního zájmu EU. Mění se zásadně úloha sester v celém zdravotnickém systému, například výzkum sester v USA od Aiken a Salmona v r. 1994 určil pět prioritních oblastí, ve kterých ošetrovatelství může být důležitým přínosem pro rozvoj zdravotnictví a zdravotní péče. Jsou to restrukturalizace nemocnic, rozvoj dostupnosti primární péče, přispění k životaschopnosti akademických zdravotních center, rozvoj péče pomocného personálu a přehodnocení (překonstruování) úlohy veřejného zdravotnictví v reformovaném systému zdravotní péče. V roce 1992 světové zdravotnické shromáždění schválilo strategický přístup k ošetrovatelství a porodnictví schválením rezoluce žádající WHO, aby pomáhala zemím s rozvojem národních plánů pro ošetrovatelství a porodnictví.

Přesto sestry a ošetřování zůstávaly převážně neinicativně ve vlivech na kvalitu. Jako první kroky ve výměně této situace se sestry musely rozhodnout zda, jako profese, se chtějí vážně angažovat na vývoji zlepšování kvality zdravotní péče. Výměna role personálu ve zdravotní péči, managementu a pečovatelské reformy se stává globálním fenoménem. Země musí řešit podobné problémy s jejich systémem zdravotní péče a sahat také po podobných řešeních. Management je viděný v mnoha zemích jako rozhodující, základní prostředek zajišťující nápravu. Mnoho z těchto zemí se soustředí na vznikající nový vztah mezi profesionály. Cílem by mělo být získání většího vlivu nad tím, jak využívat odborné zdroje a zařazovat poznatky do praxe. Nový management musí být viděný v souvislostech s rychlými sociálními a ekonomickými změnami. Není možné nezabývat se tím, jaký dopad takové změny asi budou mít na zdravotnické služby v budoucnu nebo na ty, kdo je poskytují. Porevoluční změny podhalily také rozdíly právě v péči a technickém a personálním vybavení v jednotlivých zdravotnických zařízeních na území České republiky. Tato zjištění podnítila v České republice také vznik Spojené akreditační komise SAK ČR v roce 1998, vzniklé pod záštitou Ministerstva zdravotnictví (3, 9, 21, 33, 34, 36).

Reforma zdravotní péče je důležitá, protože například soukromý sektor praktikuje specifický styl managementu jako v průmyslové oblasti a taková koncepce managementu nemusí být pro ošetřovatelství vhodná. V průběhu času je třeba podstatně transformovat nejen systém zdravotní péče, ale celou představu o profesionalismu. Pozornost po objevení se managementu v ošetřovatelství je tedy soustředěna na odpovědnost, monitorování, regulace a nové výzvy pro manažery a zdravotníky. Následkem vzestupu nové povahy a organizace řízení podstupuje zdravotní péče velké změny, ve specifickém pokusu o posun rovnováhy sil v odpovědnosti ze zdravotnického personálu a manažerů. Pojmy jako nezaujatý klinický audit, klinické protokoly a směrnice jsou tedy všechny zamýšlené ne jako nástroj k omezování klinické autonomie, ale nástroj sloužící k více transparentnímu, zodpovědnému lékařskému a ošetřovatelskému rozhodování a jeho přizpůsobení společným cílům (3, 9, 21, 48).

1.2.4 Změny ve vzdělávání

Změn pro pracovníky v ošetrovatelství v České republice doznalo ve 21. století také vzdělávání, a to hlavně z důvodu naplnění směrnic Evropské Unie. Ta reguluje vzdělávání tak, aby bylo zdravotnickým pracovníkům umožněno uznání kvalifikace v jednotlivých zemích EU. Vzdělávání zdravotnických pracovníků řeší v současné době Vyhláška č. 39/2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, celoživotní vzdělávání potom je prokazováno na základě kreditů získaných při vzdělávacích akcích. Výši kreditních bodů za konkrétní vzdělávací aktivitu stanovuje vyhláška č. 4/2010 Sb.. Zdravotnický pracovník po dosažení určitého počtu kreditů získává „Osvědčení o způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu“, které vydává MZ ČR zpravidla na dobu od 4 - 6 let a pracovníka opravňuje k používání označení „Registrovaná či Registrovaný“ za svým jménem. Činnosti, které zdravotnický pracovník vykonává, upravuje Vyhláška 424/2004 Sb.. Povinnosti související s celoživotním vzděláváním řeší Zákon 96/2004 Sb. o uznávání odborných kvalifikací. Další možností je vzdělávání nadstavbové, specializační. Je také možnost doplnění vzdělání v rámci managementu. Bohužel v oblasti managementu rizik v České republice je zatím možnost dalšího vzdělání malá – pouze NCONZO nabízelo nepravidelně týdenní kurz „Manažer rizik“, v současné době je dle sdělení NCONZO přepracováván a není tak k dispozici. Ve světě kurzy managementu rizik nabízí například Joint Commission International (internetový kurz „Risk Management: A Proces for Safer Care“), dalšími možnostmi jsou také „Master of Science in Management; concentration: Health Care Risk Management“ (16 týdenní kombinovaný kurz na Warrington College of Business Administration na Floridě) nebo 60 denní online kurz „Healthcare Risk Management“ na Excelsior College ve státě New York (2, 16, 20, 32, 40, 48, 64, 65, 68, 72).

1.2.5 Nové role sestry

Další důležitou součástí změn ošetrovatelské profese, na kterou je v novém pojetí ošetrovatelství kladen důraz, je funkce sestry jako obhájkyne pacienta.

Vybudování důvěryhodného vztahu mezi pacientem a poskytovateli péče snižuje pacientův pocit strachu, úzkosti, předchází případným stížnostem a nepříjemnostem i při nějaké nežádoucí situaci. Že sestra má být empatická, bylo samozřejmostí již v historii. Nyní vzniká nová role sestry, jako obhájce pacienta v nepříznivých situacích. Pacient se stává v léčebném procesu aktivnějším členem a sestra někým, na koho se pacient může s důvěrou obrátit, od koho získává pacient informace a především je sestra pacientovi z personálu nejbližší. Sestra však samozřejmě neplní roli obhájce bez ohledu na zdravotnické zařízení nebo ostatní členy týmu. Její role nespočívá ve stížnostech na kolegy, nebo nesouhlasu s provedenými výkony či kritikou, jedná se opravdu o vyslechnutí pacienta, znalosti jeho potřeb a snaze zachovat jeho autonomii a aktivitu v léčebném procesu. K této nové roli sestry se váže několik nových aktivit, které musí vykonávat právě management zařízení, potažmo právě nová instituce – management rizik. Jednak je třeba vytvořit pro personál příjemné a bezpečné pracovní prostředí. Zaměstnanci ovlivňují atmosféru na oddělení a spokojení zaměstnanci mohou také plnit efektivněji úlohu obhájce pacienta. Snižuje se tak nebezpečí konfliktů a vzniku mimořádných událostí. Další z aktivit vázaných k roli manažera rizik je vedení ošetrovatelského personálu k této činnosti – obhajoby pacienta. Manažer rizik zde potom sleduje a kontroluje dodržování plnění úkolů sester, provádí cílené rozhovory, jedním z nástrojů může být i takzvaná „fokus group“ se sestrami a pacienty, při které se mohou odhalit konflikty v poskytované péči a potřebách pacientů. Manažer rizik zasahuje pouze v opravdu jasných problémech a jinak spíše vede personál ke zdravé organizační kultuře na jednotlivých pracovištích. Ta se potom pochopitelně odráží na kvalitě poskytované péče a uspokojení potřeb pacienta (1, 2, 3, 5, 7, 48, 51).

1.3 Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních

Program řízení rizik vyhodnocuje potencionální i skutečná rizika a vytváří strategie pro preventivní opatření těchto rizik a samozřejmě kontroluje jejich efektivnost. Náplní programu je prevence ohrožení různých zdrojů (lidských, časových, finančních či majetkových), dále prevence mimořádných událostí a prevence situací, jež by mohly vést k soudním sporům. Další náplní může být vytváření a aplikace

nástrojů (např. FMEA ad.) a také vytvoření příslušných platných směrnic podporujících prevenci rizik v daném zdravotnickém zařízení. Program, který správně funguje, tak zamezí nejen vzniku mimořádných událostí, ale také chrání zdravotnická zařízení od vleklých a často finančně náročných sporů (14, 23, 48, 60).

1.3.1 Manažer rizik

Koordinátorem programu řízení rizik je manažer rizik. Ten je prozatím ve většině menších zdravotnických zařízeních nahrazován manažerem kvality a dalšími funkcemi, jako jsou například hlavní sestry, auditoři a další. Obvykle je členem nemocniční Rady pro kvalitu a odpovědností podléhá řediteli zařízení. Činností manažera rizik je řízení programu, jeho implementace, výuka zaměstnanců, šetření mimořádných událostí a jejich prevence, rozvíjení a koordinace aktivit, které směřují k bezpečnější péči, a konečně dokumentace a kontrola plnění daných úkolů a opatření. Nejedná se přitom pouze o hlášení a sledování mimořádných událostí - snahou manažera rizik je hlavně vytváření strategií, které by omezily potenciální i skutečná rizika nebo zabránily vzniku nežádoucích událostí. Veškerou tuto činnost provádí manažer rizik ve spolupráci s Radou pro kvalitu v daném zdravotnickém zařízení. Manažer rizik je jakýmsi mluvčím programu řízení rizik a odpovídá za přípravu hlášení, informovanost zaměstnanců a naplňování strategií a prevence rizik. Nenes zodpovědnost za rizika jako taková. Manažerem rizik by měl být člověk, jež má přirozenou autoritu a má důvěru vrcholného managementu a jeho podporu. Musí zaměstnance informovat a vést k osobní odpovědnosti za bezpečné provedení péče, ke změně chování a myšlení. Měl by podporovat vytváření takového prostředí, které povede k pochopení nutnosti změn chování a myšlení zaměstnanců, ke změně jejich postojů k opatřením vedoucím ke zkvalitnění a provádění bezpečné péče. Další, a důležitou povinností manažera rizik, je kontrola a dohled nad dodržováním zákonů a předpisů týkajících se Bezpečnosti a ochrany zdraví pracovníků. Ve všech těchto činnostech spolupracuje nejen s radou pro kvalitu a vrcholnými manažery, ale také s vedoucími jednotlivých oddělení a nezdědkakdy i se samotnými zaměstnanci. V České republice je prozatím program řízení rizik většinou zahrnut do kompetencí manažera

kvality či Rady pro kvalitu. Projekt zvyšování kvality je na našem území nesystémový, každá organizace si nastavuje management podle svých kritérií. V současné době se již však organizace snaží zařazovat zvyšování kvality a budování bezpečné organizační kultury do svých hlavních strategických cílů. Začínají k dosažení těchto cílů využívat dostupné nástroje systémy, které by cíle sjednotily a zefektivnily. Těmito nástroji jsou akreditační šetření JCAHO - JCI, SAK ČR či ISO (10, 11, 14, 21, 25, 46, 48).

1.3.2 Prevence rizik a systémy řízení rizik, akreditace

Akreditace je obvykle dobrovolný proces, při kterém se hodnotí za pomoci nezávislé externí organizace zdravotnické zařízení. Při tomto procesu se posuzuje, zda a do jaké míry toto zařízení postupuje ve své snaze o zvyšování kvality péče podle daných požadavků – standardů. Akreditace jasně zavazuje zařízení k tomu, že bude zajišťovat kvalitní a bezpečné prostředí, kvalitní péči a předcházet rizikům pro pacienty i zaměstnance. Na druhou stranu získání akreditace zajišťuje zařízení zvýšení kreditu, je jakýmsi znakem kvality, jejím důvěryhodným prokázáním. Akreditace je díky globálním standardům vlastně nástrojem k porovnání kvality mezi zařízeními.

Globální standardy kvality a bezpečné péče ve zdravotnických zařízeních udává v dnešní době JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (Spojená komise pro akreditace zdravotnických zařízení). Ta také publikuje akreditační standardy, z nichž většina se dotýká přímo či nepřímo bezpečí pacientů. Jedná se v nich například o identifikaci pacienta, prevenci nozokomiálních nákaz, iatrogenní poškození, tedy standardy věnující se léčebné a ošetrovatelské péči jako takové, ale také standardy týkající se komunikace mezi poskytovateli péče, provozních a personálních procesů a dalších oblastí. Za akreditační procesy mimo spojené státy je zodpovědná dceřiná společnost JCI - Joint Commission International (Mezinárodní spojená komise). Akreditační řízení začíná podáním žádosti u organizace která akreditační proces v zemi realizuje. Zařízení musí pro úspěšnou akreditaci splnit podmínky – standardy v různých oblastech. Akreditační inspekce je prováděna týmem odborníků. Informace o kvalitě provozu zdravotnického zařízení získává studiem podkladů, jednáním s nemocničním

managementem a návštěvou jednotlivých pracovišť. Akreditační proces vyvrcholí závěrečnou diskusí s managementem a následně akreditační inspektoři vyhotoví závěrečnou zprávu. Pokud je akreditace úspěšná, certifikát se vydává na dobu tří let, po kterých si zařízení může požádat o reakreditaci. V případě, že zařízení akreditačním podmínkám nevyhovělo, stanoví se podmínky nápravy a šetření se po určité době může zopakovat. V současné době jsou v České republice akreditována v tomto mezinárodním systému pouze čtyři zdravotnická zařízení, a to Ústřední vojenská nemocnice v Praze, Nemocnice Na Homolce v Praze, Ústav hematologie a krevní transfuze v Praze a Masarykův onkologický ústav v Brně (19, 23, 27, 43, 46, 48, 50).

Filosofii JCAHO, tedy bezpečnější péče a kontrola rizik, přebírá také SAK ČR (Spojená akreditační komise České republiky). Také standardy této organizace se zaměřují na identifikaci pacienta, rizika nozokomiálních nákaz, medikační proces, zdravotnickou dokumentaci a další. Původní počet standardů byl 50, dnes je rozšířen na 74. V České republice je v současné době patrná snaha zdravotnických zařízení získat akreditaci SAK ČR. Dochází k úspěšným akreditačním řízením. Dochází však bohužel také k neshodám, které představují bariéry na cestě k bezpečnější a kvalitnější péči, a to nesplněním kritérií auditů během příprav na akreditační šetření. Tato kritéria jsou dána indikátory k vyhodnocení plnění standardů. K příčinám neúspěchů patří například nedostatečné zmapování požadavků nebo jejich nesprávná interpretace, nedostatečná důslednost při zavádění požadavků či nedostatečný respekt k nim. Problémem může být, že většina zdravotnických zařízení, která se chystají k akreditačnímu šetření, tuto snahu většinou medializuje již na počátku, a nesplnění tohoto cíle může vést nejen k poškození jména zdravotnického zařízení, ale také k frustraci zaměstnanců a jejich neochotě k další spolupráci v cestě za poskytováním bezpečnější péče (23, 27, 43, 46, 48, 50).

Dalším nástrojem prevence rizik se stal po vstupu do Evropské unie systém ISO 9001:2000. Ten zahrnuje procesní řízení, zaměření na poskytovatele a příjemce služby, dokumentaci a zvyšování kvality. Jde o dosažení trvalé shody mezi požadavkem a produktem. Systém ISO 9001:2000 byl již úspěšně v historii využit například v oblasti průmyslu. Certifikaci v ISO systému může zdravotnické zařízení získat na určitou

oblast, například jen na poskytování ošetrovatelské péče, na laboratorní provoz a další. Zde je rozdíl oproti akreditacím JCI či SAK ČR, které jsou vždy pro provoz celého zařízení se všemi jeho provozy (14, 21, 48).

Za vyřešení problémů s kvalitou poskytované péče, jsou tedy odpovědni především manažeři. Je třeba implementovat systém řízení kvality a správným přístupem získat i zaujetí a nadšení zaměstnanců. Vrcholový management by se tedy měl neodkladně a důsledně seznámit s oběma systémy řízení rizik – akreditace JCAHO či SAK ČR nebo ISO – a co nejrychleji systémy aplikovat do praxe.

1.4 Legislativa v ČR

Aby společenský systém správně fungoval, je třeba, aby jeho činnost byla upravena normami, které musí všichni dodržovat. Normy a předpisy však neexistují pouze pro nařizování a zákazy, ale také pro ochranu. Stanovují pravidla pro chování, stanovují povinnosti, ale také práva. S obecnými právními normami a předpisy by měl být seznámen každý občan, s normami a předpisy ovlivňujícími chování při výkonu profese potom každý zaměstnanec, a to v takové míře, aby je dobře znal a mohl tak své chování normám přizpůsobit a chránit tak své okolí i sebe. V prostředí zdravotnickém, tedy při vykonávání i ošetrovatelské péče, může k pochybení též dojít a následky mohou být velké jak pro poškozeného, tak i pro toho, kdo se po chybení dopustil. Sankce jsou potom odpovídající škodlivosti následků. Hodnocení pochybení, tedy jeho velikosti i velikosti škody, provádí soudní znalec. Sankci uvaluje soud. To vše proto, že poškozený obvykle vnímá škodu intenzivněji než ten, kdo škodu způsobil. Také je třeba zde uvést, na základě ustanovení v Listině základních práv a svobod (článek č. 36), že právo na soudní ochranu má nejen pacient, ale také zdravotnický pracovník, pokud je jeho právo omezováno či poškozováno. Z tohoto důvodu by měli nejen každý manažer rizik, ale také zaměstnanci, být seznámeni se základními aspekty právní problematiky. Je třeba tuto problematiku pochopit a nepodceňovat, neboť soudní spory, negativní medializace jsou pro zdravotnická zařízení hrozbou reálnou. Za jednání protiprávní se považuje takové jednání, které je v rozporu s mravními a právními

normami. Pokud nastane protiprávní jednání, následuje sankce. Ochota trpět sankce za protiprávní jednání je nazývána odpovědností. (6, 38, 48, 51, 70).

1.4.1 Typy právní odpovědnosti při poskytování ošetrovatelské péče

V současné době se můžeme setkat s narůstajícím počtem soudních sporů v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Odpovědnost za škodu vzniká při splnění čtyř podmínek. Jsou jimi situace, kdy došlo k protiprávnímu jednání, kdy vznikla škoda, dále ve chvíli, kdy škoda je důsledkem protiprávního jednání a když žalovaný neprokáže, že škodu nezavinil. Jedná se zde o odpovědnost za konání – tedy za situaci, kdy výkon nebyl proveden lege artis. Podrobné podmínky a požadavky na péči jsou stanoveny právem v Občanském zákoníku. Obecně však podle něj platí, že každý poskytovatel péče je povinen počínat si tak, aby nedocházelo ke škodě. Veškerá konání, jež souvisí se soudními spory a řešeními, jsou nepříjemným problémem a je tak jistě lepší snažit se poskytovat péči tak, aby ke sporům nedocházelo. V tomto snažení by měl každého pracovníka svými aktivitami podporovat právě i manažer rizik. Měl by sledovat rizika v této oblasti ve svém zdravotnickém zařízení. Právní odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče je řešena několika způsoby (38, 48, 51, 52, 53, 71).

První z různých typů právní odpovědnosti, které při poskytování ošetrovatelské péče mohou nastat, je trestně právní odpovědnost. Ta se týká konkrétně odpovědnosti ve vztahu zdravotník - pacient. Zahrnuje především spáchání trestného činu při poskytování ošetrovatelské péče podle zákona 140/1961 Sb., trestního zákona. Zde se může jednat například o úmyslné spáchání trestného činu (§221 - například napadení zdravotnického pracovníka pacientem či rodinou), ublížení na zdraví z nedbalosti (§223 – například poškození pacienta při zákroku provedeném non lege artis)), nepřekažení, neoznámení trestného činu (§167), podvod - vystavení nepravdivých lékařských zpráv a nálezů (§250), porušení povinné mlčenlivosti (§178) a další. Za tyto trestné činy jsou udělovány sankce odnětí svobody(v délce až třech let), zákaz činnosti či uložení peněžité pokuty. K trestněprávní odpovědnosti lze volat

fyzickou osobu, tedy konkrétního lékaře, sestru či laboranta – nikoli zdravotnické zařízení jako celek (48, 51, 54, 74).

Další formou odpovědnosti, kterou zná náš právní systém, je odpovědnost občanskoprávní. Ta se týká již vztahu pacient - zdravotnické zařízení, je vlastně jakousi odpovědností za škodu, za vady a prodlení. Jejím účelem je kompenzace vzniklé škody finančním vyrovnáním. Při stanovení sankcí se v tomto případě vychází zejména z občanského zákoníku – zákon 40/1964 sb., a dále z Vyhlášky č. 440/2001Sb. o odškodnění bolesti a ztížení společenského postavení. Při činnostech sestry může dojít například k volání občanskoprávní odpovědnosti v případech vzniklé škody po zákroku provedeném non lege artis, škodu způsobenou provozní činností, ale i škodu na věcech odložených (48, 51, 58, 71).

Smlouvou o pracovním poměru ošetrovatelského personálu vzniká odpovědnost pracovně právní. Odpovědnost se zde tedy týká vztahu zdravotnické zařízení – sestra a je dána pracovní náplní a pokyny vedoucího zaměstnance. Základním právním předpisem pro pracovněprávní odpovědnost je Zákon 262/2006 Sb., Zákoník práce. Ten upravuje normy platné pro zaměstnance, ale také pro zaměstnavatele, tedy vedení zdravotnického zařízení. Zaměstnanci jsou například povinni pracovat svědomitě, plnit pokyny nadřízených v souladu s platnými předpisy, plně využívat pracovní dobu a střežit a ochraňovat majetek zaměstnavatele před poškozením, ztrátou či zničením. Naopak k povinnostem vedoucích pracovníků patří nejen organizovat práci, ale také hodnotit pravidelně pracovní výkonnost podřízených a dle výsledků diferencovat mzdu, vytvářet příznivé pracovní podmínky a zajišťovat bezpečnost a ochranu zdraví zaměstnanců při práci. Sankcemi v případě pracovněprávní odpovědnosti mohou být kárný dopis, náhrada škody, eventuelně, při hrubém porušení předpisů (§55 Zákoníku práce), okamžité přerušování pracovního poměru (54, 55, 57, 58, 76).

Pokud je sestra členem stavovské organizace, například České asociace sester, je možné, při postupu non lege artis, volání sestry k disciplinární odpovědnosti. Sankcí může být vyloučení z organizace. Při poskytování ošetrovatelské péče může dále vzniknout sestře odpovědnost smluvní, někdy nazývána také funkční. Váže se například k funkčnímu postavení zaměstnance nebo k plnění smluv se zdravotní pojišťovnou

(například staniční sestra je odpovědná za zneužití razítka oddělení, apod.). Posledním typem odpovědnosti, který budeme jmenovat, je odpovědnost správněprávní, kterou se rozumí provedení nikoli trestního činu, ale činu definovaného jako přestupek. Tedy deliktu, jehož nebezpečnost není vysoká jako u trestného činu. Při provádění ošetrovatelské péče se jedná například o nedodržování hygienických předpisů nebo předpisů týkajících se ochrany životního prostředí (51, 52, 53, 55, 57).

1.4.2 Postup při vzniku škody

Vznik nežádoucí příhody nelze bohužel nikdy vyloučit, stejně tak jako při vykonávání jakékoli jiné činnosti. Preferována je však, samozřejmě, prevence vzniku škody. Dle zákoníku práce je každý zdravotnický pracovník povinen počínat si tak, aby ke vzniku škody nedošlo a hrozí – li škoda, je zaměstnanec povinen na tuto skutečnost upozornit nadřízeného. Postup většinou upravují vnitřní předpisy organizace. V případě zdravotnických zařízení sestry oznamuje škodu či hrozbu škody svému nadřízenému, tedy sestře staniční či vrchní, a ty pak primáři oddělení, ti pak po dohodě s vedením eventuelně Policii ČR. O každé takové události je třeba sepsat přesný, pečlivý a podrobný zápis (42, 48, 52, 55).

1.5 Řízení rizik v ošetrovatelství

1.5.1 Faktory ovlivňující úspěšnost řízení rizik

Sestry manažerky mají na odděleních důležitou roli – nesou odpovědnost za širokou škálu aktivit spojených s bezpečnou a kvalitní ošetrovatelskou péčí. Pochybení při poskytování ošetrovatelské péče způsobují újmu na zdraví pacientů, mnohdy mohou způsobit i smrt. Příčiny těchto pochybení jsou často v nesprávném systému péče, kdy sestry například pečují o příliš mnoho pacientů najednou, únavou či odpracovanými přesčasovými hodinami. Existuje metodika pro stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu zabývající se přesnými výpočty počtu personálu a jeho zařazení dle kvalifikací s ohledem na ošetrovací lůžka, metoda řeší nejen počet úvazků, ale také pracovní dobu ošetrovatelského personálu. Je praktickým nástrojem vypracovaným přímo pro asociaci sester, ne na všech pracovištích je však

podle ní postupováno. Rozpory mezi doporučeným a skutečným počtem personálu, úvazky a pracovní dobou ve vztahu k počtu ošetrovatelských lůžek mohou být právě tím spouštěcím faktorem ke vzniku pochybení z přetížení. Dalšími příčinami mohou být také nedostatečné zaškolení nových sester, nedostatečná komunikace a informovanost a nedostatečná supervize. Jasnými úkoly manažera rizik by tedy mělo být vytvoření takového systému péče, který by byl odolný vůči vzniku pochybení a snaha o rychlou nápravu při vzniku pochybení a minimalizaci následků pochybení. Dalším důležitým úkolem je potom zaměření se na prevenci chyb. Funkce manažerek rizik zahrnuje mimo jiné odpovědnost za výběr spolehlivého a vysoce kompetentního personálu a jeho výchova vedoucí k poskytování bezpečné a kvalitní ošetrovatelské péče, organizace práce na oddělení a koordinace personálu a průběžné monitorování a hodnocení jeho výkonu. Pokud sestra manažerka rizik nevykonává tuto funkci řádně, může docházet k narůstání rizika a počtu incidentů. Z rizikových oblastí, kterým je třeba se v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče věnovat, se jedná například o nedostatek pozornosti (vnímavosti) sestry ke změně v klinickém stavu pacienta, ke kterému může dojít díky pracovnímu přetížení, nedostatečné kompetenci sestry či neefektivní komunikaci. Dále můžeme zjistit nedostatek morální odpovědnosti sestry, nesprávné rozhodování, chybnou identifikaci pacienta, medikační chyby. U nesprávné medikace jsou nejčastěji zastoupeny chyby v dávkování léků či chybějící informace, nebo také chybně interpretované ordinace od lékařů. Závažnými pochybeními jsou nedostatky v dodržování protokolů pro prevenci a chyby v ošetrovatelské dokumentaci. Rizikovými oblastmi a jejich identifikováním v ošetrovatelské činnosti se zabývá například odborný tým National Council of State Boards of Nursing za Spojených Států při projektu „Practice Breakdown Research Advisory Panel“ (2, 15, 35, 37, 39, 61).

Dalšími neopomenutelnými faktory, které ovlivňují úspěšnost programu řízení rizik, jsou osobní odpovědnost, benchmarking, podpora od vrcholného managementu zařízení a bezpečnostní kultura v organizaci. Osobní odpovědnost je jednou ze základních vlastností a povinností, bez níž v zásadě nelze zdravotnickou profesi vykonávat. Jasně definované povinnosti, pravomoci a odpovědnosti zaměstnance umožňují poskytovat bezpečnou a kvalitní péči. Co se týká benchmarkingu, je jakousi

legální metodou špionáže – prováděné dle pravidel etiky a se svolením sledovaného objektu - jež napomáhá zdravotnickým zařízením ve značně rychlém zlepšování a aplikaci nových postupů. Bohužel, na našem území stále přetrvává jakési skrývání a „tajnůstkaření“ ohledně takovýchto inovací, a celý proces změn je tak značně brzděn. Lze jen doufat, že se tento přístup v dohledné době bude měnit. Řízení rizik by mělo být činností především preventivní, je třeba, aby tento program byl podporován vrcholným managementem každého zařízení. Že je konkrétní nemocnice aktuálně úspěšná, nemusí znamenat, že pro ni neexistují žádná rizika. Top management každého zařízení by se tedy měl zamyslet nad důležitostí řízení rizik (2, 11, 46, 48, 61).

Anglický výraz „safety culture“, tedy bezpečnostní kultura, je výraz nově užívaný ve 21. století. Znamená takovou kulturu organizace, která přináší poskytování bezpečné péče. Taková organizace se nebojí přiznat eventuální pochybení, zaměstnanci nejsou za pochybení trestáni, ale úsilí týmu je zaměřeno na taková opatření, která zabraňují dalšímu vzniku pochybení. V takovéto organizaci je prioritou, aby každý zaměstnanec měl pozitivní přístup k poskytování bezpečné a kvalitní péče pacientovi. Principy, na kterých je bezpečnostní kultura postavena, jsou především víra managementu v zaměstnance, podpora otevřené komunikace o případných pochybeních, upravování terminologie v oblasti pochybení. Na druhou stranu bezpečnostní kultura v žádném případě netoleruje nedbalost v plnění ošetrovatelských protokolů, hrubou nezodpovědnost, nekompetentnost zaměstnanců či neochotu ke spolupráci v procesu hlášení chyb. Jedním z nástrojů k plnění „safety culture“ je vytváření, existence a plnění různých strategických dokumentů a procesů – jsou jimi různé standardy, audity, formuláře a hlášení, například hlášení o mimořádné události.

1.5.2 Mimořádná událost

V poslední době již řada zdravotnických zařízení zavádí, jako účinný nástroj zvyšování řízené péče a zvyšování její kvality, systém hlášení mimořádných událostí. Mimořádnou událostí se rozumí jakákoli nežádoucí událost, při které došlo k pochybení. Většina zdravotnických pracovníků má však zatím k hlášení pochybení negativní postoj. Úspěch strategie tedy nelze vidět v tom, že provinění je třeba řešit pouze rychlým

disciplinárním řízením. Spíše je třeba pracovníky přesvědčovat o tom, že jakákoli mimořádná událost a její evidování je zpětnou vazbou, jakýmsi výukovým prvkem sloužící k nápravným opatřením a prevenci dalších takových událostí. Není tedy cílem celého procesu najít viníka a potrestat jej. Zavádění protokolů a procesu hlášení na odděleních není snadné, je tedy na manažeru rizik, jak si s takovým úkolem poradí. Efektivním nástrojem pro zavádění může být zpočátku i verbální hlášení během porad sester, projednává se také možnost anonymních hlášení. Na vysokou aktuálnost tohoto tématu poukazují snahy zdravotnických zařízení o zavádění standardizovaných protokolů k hlášení a šetření mimořádných událostí a též žádosti zdravotnických zařízení o zařazení do akreditačních šetření či systému ISO 9001:2000.

Každé zdravotnické zařízení si nastavuje vlastní proces hlášení a řešení mimořádných událostí dle svých finančních a personálních možností. Některé znaky, a hlavně cíle procesu, jsou však stejné. Pokud dojde k mimořádné události, je povinen odpovědný pracovník zajistit tři akce: nejprve zajistit poskytnutí péče postiženému, dále zajistit důkazy za účelem šetření mimořádné události, a zajistit správné vyplnění formuláře hlášení mimořádné události. Tento formulář by měl být v rámci zdravotnického zařízení standardizován a ihned k dispozici. Hlášení se předává právě manažeru rizik, který následně provede prošetření mimořádné události. Formulář hlášení by měl obsahovat identifikaci poškozeného, charakter události, rozsah škod, popis události, identifikaci svědků, kdo byl o události informován, stupeň závažnosti poškození a připomínky. Jak již bylo zmíněno, ve formuláři není nikde uveden záznam o vině zaměstnance. Dokumentace o mimořádné události je především nástrojem ke zkvalitnění péče a k zajištění náprav, je ale třeba mít na paměti, že se může stát také důkazním materiálem v případném správním řízení. Dokument však je a zůstává majetkem nemocnice. Do chorobopisu pacienta se vписuje pouze stručný a věcný zápis o mimořádné události. Asi nejslabším článkem procesu hlášení a prevence mimořádných událostí je nedostatečná znalost zaměstnanců o procesním řízení. Ve většině případů se mimořádné události hlásí a vyplňují se formuláře, chybí však návaznost ve smyslu analýzy příčin mimořádných událostí a jejich řešení, návrhy různých preventivních opatření, nebo chybí kontrolní systém, který by hodnotil

efektivitu jednotlivých nápravných opatření. V případě, že manažer rizik zjistí, nebo nabude přesvědčení, že počet hlášení neodpovídá skutečnosti, měl by sám provést jakýsi audit dokumentace a zaměřit se například na neplánované přesuny ze standardního lůžkového oddělení na JIP, medikační pochybení, pády pacientů, dekubity, nozokomiální nákazy a další. O provedení zpětného šetření by měl opět informovat zaměstnance, a poučit je o tom, že se nejedná o audit, který by chtěl pátrat po chybách a trestat provinění, ale o získávání přehledu o poskytované péči, o snahu získání informace o efektivnosti celého programu a možných úskalích celého procesu (11, 21, 22).

V České republice celý systém hlášení mimořádných událostí vzniká tak trochu samovolně. Některá zařízení usilují o akreditaci v akreditačních šetřeních SAK ČR či JCI a problematikou mimořádných událostí se zabývají, některá o řízení kvality nepřemýšlejí. Vše tak vede k nejednotnosti systému řízení kvality, jsou problémy s předáváním zkušeností, sdílením informací a neexistuje jednotná klasifikace mimořádných událostí. Tato informace také byla uvedena v dokumentu Guidelines for adverse event reporting (WHO 2005), zprávě, kterou Světová zdravotnická organizace informuje o hlášení mimořádných událostí jednotlivých zemí EU. Konkrétně se zde uvádí, jaké mimořádné události se v České republice povinně hlásí (nozokomiální infekce, nežádoucí reakce na léky, selhání zdravotnické techniky a další), a také, že tyto informace nejsou veřejně dostupné (8, 22, 23, 25, 42, 46, 48).

1.5.3 Metodologie řízení rizik

Neexistuje univerzální model řízení rizik. Každé zařízení je svým způsobem unikátní a takové jsou i modely řízení rizik aplikované na různých pracovištích. Přesto několik znaků je ve všech zařízeních (procesech) shodných. Jde vlastně o linii zjištění potřeb a vytvoření týmu – identifikace rizik – jejich vyhodnocení – řešení rizik – zpětná vazba, a na konci této linie jako výstup zvýšení bezpečnosti péče.

Před nastartováním řízení rizik musí (jako první fáze) proběhnout příprava, obsahující rozhodnutí o zařazení programu řízení rizik. Jedná se o rozhodnutí ředitele zařízení o potřebě sledování rizik a informování „Rady pro kvalitu“ v daném zařízení.

Rada rozhodne, zda je funkce manažera rizik nutná, a zda je slučitelná s nějakou jinou funkcí nebo je třeba vytvořit funkci úplně novou. Pracovníka, jež bude tuto funkci zastávat, jmenuje ředitel, a stane se členem Rady pro kvalitu. Prvním jeho úkolem je vypracování směrnice „politika řízení rizik“, v níž stanoví strategie a cíle programu. Tím je splněn základ k odstartování samotnému procesu řízení rizik. Další fází je identifikace rizik. Ta probíhá na základě iniciativy manažera rizik (eventuelně rady pro kvalitu či ředitele), projednává se v týmu pracovníků pod jeho vedením. Provádí se výběr rizikových oblastí a rizikových situací, ke kterým dochází nejčastěji. Tým si při identifikaci rizik klade otázky poukazující na nejčastější pochybení na dané jednotce, zjištění kdy a v jakém provozu je oddělení nejvíce zatíženo a může tak dojít k pochybení, apod. Rizika, jež byla identifikována, jsou zanesena do karet či registru rizik. Aktualizace těchto dokumentů by měla probíhat minimálně jednou ročně. Po fázi identifikace rizik přichází fáze vyhodnocení rizik. Vyhodnocení provádí většinou primář oddělení ve spolupráci s vrchní sestrou. Rozhodují, jaká rizika, identifikovaná v předchozí fázi, lze akceptovat, pro která by se měla navrhnout opatření. Také vyhodnocují důsledky těchto opatření, finanční náklady a další aspekty. Hodnocení rizik by mělo být posuzováno ve dvou dimenzích – v pravděpodobnosti výskytu a ve vážnosti důsledků. Je třeba si také klást otázky, jako například zda nepotřebujeme k vyhodnocení přizvat experta, jaké faktory mohou ovlivňovat výskyt rizika apod. Po hodnotící fázi nastupuje řešení rizik. Jsou dvě možnosti – riziko akceptovat, nebo s ním něco provést. V případě akceptování rizika je nutné, aby někdo (například primář oddělení) za toto rozhodnutí přijal odpovědnost. V případě, že se s rizikem bude něco provádět, je třeba si klást otázky, zda již existují opatření snižující riziko, nebo již existující opatření nejsou dostačující. Jestliže žádná opatření neexistují nebo nejsou dostačující, vypracuje primář oddělení, vrchní sestra nebo jimi pověřená osoba plán preventivních opatření, a to ve spolupráci s manažerem rizik. Preventivní opatření snižující rizika jsou obsažena v následujících strategiích. Nejjednodušší, a často využívanou strategií od pojišťoven, je vyhnout se rizikové situaci. To znamená nepouštět se do zákroků, ke kterým není personál kompetentní, či jejich náhrada zákroky, u kterých je riziko nižší. Volně navazující strategií na předchozí je přenesení rizik – tedy

například převedení pacienta na lépe vybavené pracoviště. Vhodnou strategií je minimalizování rizik, do kterého spadá například používání ochranných pomůcek ke snížení rizika přenosu infekce, používání identifikačních náramků u pacientů ke snížení rizika záměny pacienta a další. Poslední, velmi důležitou fází procesu řízení rizik je zpětná vazba. Pověřená osoba, nebo primář oddělení, vrchní sestra či manažer rizik, sledují účinnost navržených preventivních opatření. Pokud opatření selhala, navrhuje kroky, vedoucí k nápravě. Sledování účinnosti probíhá pomocí indikátorů kvality. Nejčastěji vyskytovanými indikátory jsou například nozokomiální infekce, pády pacientů, medikační incidenty, nežádoucí lékové reakce, selhání přístrojové techniky a podobně. Případný vznik mimořádné události není možno tímto procesem odstranit, proces je však nástrojem k ochraně pacienta a hlavně zdravotnického zařízení a personálu v eventuálním soudním sporu a ke snížení jejich zranitelnosti (14, 21, 22, 23, 25, 30, 47, 48).

1.5.4 Souhrn (katalog) možných rizik

Jednou z efektivních strategií řízení rizik je zavádění takzvaného katalogu rizik, tedy jakéhosi souhrnu možných rizik v zařízení. Každé jednotlivé oddělení si může, za pomoci manažera rizik, vytvořit vlastní katalog. Ten je uložen u manažera rizik a je pravidelně aktualizován. Vzniká formální cestou a doplňování se provádí cestou neformální – zaměstnanec nahlásí nové riziko manažeru rizik například pomocí formuláře „Hlášení a vyhodnocení rizika“ - záleží na pravidlech zařízení. Spektrum možných sledovaných rizik je velmi široké a může se v jednotlivých zařízeních lišit. V následujících kapitolách byla pro lepší orientaci vybrána některá rizika, která jsou nejvíce sledovaná a z pohledu zvyšování kvality a bezpečnosti péče nejvýznamnější (27, 28, 48).

1.5.5 Riziko pochybení

Je jedním z nejzávažnějších a nejčastějších rizik. Je v přímém konfliktu s jedním z cílů zdravotní péče – neublížit. Představuje tak vážný problém, především v možnosti poškodit zdraví pacienta a také v narušení důvěry pacienta ve zdravotnické zařízení.

Faktory vedoucí k pochybení mohou být různé, technické, lidské, organizační. Obraz zdravotnictví lze v současnosti sledovat v médiích, je v hledáčku politiků, médií a plátců pojištění či veřejnosti. Zájem těchto skupin se soustřeďuje především na chyby a omyly, zájem o novinky a úspěchy dosažené v medicíně upadá. Tento trend je právě tou změnou v novém tisíciletí, jež vede zdravotnická zařízení k zavádění programů zvyšování kvality a řízení rizik. Zdravotnická zařízení jsou, díky své komplexnosti, přirovnávána médií a veřejností k průmyslovým zařízením. V zařízeních zdravotnických je však proměnnou, a to dynamickou, člověk. Péče je prováděna lidmi, ne stroji jako v průmyslových zařízeních, a tím má vyšší potenciál ke vzniku pochybení. Ve zdravotnických zařízeních dochází nejčastěji k pochybením jako jsou chybná diagnóza, nesprávná léčba, medikační chyby, chyby a omyly během procedur a ostatní. Největší význam v pochybeních má lidský faktor. Příčiny jsou různé, od nedostačujících znalostí a dovedností, nemoci, přetížení, zlovyky, komunikační bariéry, až po náročné interakce s novou technikou a narůstající počet pacientů. Stejně jako u lékařů otřásly výsledky studií na téma pochybení a omyly i ošetřovatelstvím, pozornost veřejnosti a médií se soustřeďuje i na tuto skupinu zdravotnických pracovníků, tím spíše, že zdravotní sestry představují nejpočetnější skupinu zaměstnanců zdravotnických zařízení. Problematice pochybení se věnuje již zmiňovaný odborný tým v rámci projektu Practice Breakdown Research Advisory Panel (PBRAP), který v roce 2001 identifikoval hlavních osm kategorií pochybení při ošetřovatelské péči. Jsou jimi nedostatek vnímavosti sester k měnícímu se stavu pacienta, nedostatek morální odpovědnosti, nesprávné rozhodování, medikační chyby, nedostatečná intervence, nedostatek preventivních opatření, chybná komunikace a aplikace ordinace lékaře a chyby v ošetřovatelské dokumentaci. Hlavními příčinami pochybení jsou nedostatečná orientace nových sester, nedostatečná informovanost sester, nedostatečná supervize či nepozornost v důsledku narušení soustředění. Jedná se také o neefektivní využití času, kdy se sestry místo péče o pacienta věnují úklidu, roznášení jídla nebo převozu pacientů (2, 12, 37, 39, 47, 48).

1.5.6 Vybraná sledovaná rizika v klinické oblasti

1.5.6.1 Neefektivní komunikace

Jedním z velkých problémů ve zdravotnických zařízeních, které představuje riziko pro poskytování bezpečné a kvalitní péče, je neefektivní komunikace. Komunikační bariéry mohou vznikat na úrovni zdravotník – pacient, mohou se vyskytovat mezi zdravotníky a managementem, a také v týmu poskytovatelů. Například špatná komunikace mezi sestrou a lékařem může být příčinou chybné medikace a přerušování kontinuity péče, problémy v komunikaci mezi sestrami a managementem mohou způsobit pocit frustrace sester a vést ke vzniku pochybení. Také k vyššímu nadšení v úsilí o zvýšení kvality a bezpečnosti péče většinou vede efektivní komunikace mezi managementem a personálem. Neefektivní komunikace by tedy měla být také jedním z hlavních sledovaných rizik (1, 2, 48).

1.5.6.2 Chybná identifikace pacienta

Chybná identifikace pacienta je jednou z nejfatálnějších chyb, které se může zdravotnický pracovník dopustit. Má velmi vážné následky a je s podivem, že se vyskytuje poměrně často i v dnešní vysoce technické době. Odstranění tohoto pochybení věnují velkou pozornost i akreditační komise JCI a SAK ČR. Ve svých akreditačních standardech přímo po zdravotnických zařízeních vyžadují prokázání opatření, jež dané zařízení používá k minimalizaci rizika záměny pacienta. Ve většině zařízení se již naštěstí běžně začínají používat například identifikační náramky pro pacienta, které se u hospitalizovaných pacientů osvědčily. Dále zařízení zavádějí různá „komunikační opatření“ zabraňující záměně, neboť například u ambulantních pacientů, u kterých pochopitelně při ambulantním ošetření nelze identifikační náramky uplatnit, se riziku dá zabránit pouze několikerou kontrolou a vyžadováním aktivity i od pacienta samotného (8, 19, 27, 43, 48, 59).

1.5.6.3 Nesprávně vedená dokumentace

Zdravotnická dokumentace je v dnešní době, kdy se zvyšuje možnost právního řešení pochybení jakýmsi svědkem péče, která byla pacientovi poskytnuta. Pokud dojde

na základě pochybení k soudnímu sporu, je řádně vedená dokumentace jediným právoplatným dokumentem. V případě, že je dokumentace vedena nedbale, dojde ke znemožnění prokázání správného postupu, a znemožnění ochrany zdravotnického pracovníka. Nesprávně vedená dokumentace také může být důvodem ke špatné kontinuitě v poskytované péči, neboť zabraňuje v komunikaci mezi zainteresovanými poskytovateli péče. V současné době je také téměř ve všech zařízeních vedena dokumentace elektronická, do rizik spojených s dokumentací je tedy třeba zahrnout také zabezpečení výpočetní techniky a ochrany dat. Povinnosti ohledně dokumentace upravuje Vyhláška 385/2006Sb. a také Zákon 101/2001Sb. o ochraně osobních údajů (8, 27, 48, 56, 59, 67, 73, 75).

1.5.6.4 Nečitelné zápisy

S vedením dokumentace souvisí riziko nečitelných zápisů. V zákoně č. 260/2001 Sb. (kterým se mění zákon 20/1966Sb.), §67b, je jasně dáno, jak musí vypadat zápis do zdravotnické dokumentace. Tedy má být čitelný, pravdivý a průkazný. Porušení tohoto předpisu, tedy nečitelný zápis, bývá jedním z nejčastějších příčin prohry soudních sporů. S tímto rizikem se lze vypořádat například právě používáním výpočetní techniky, tedy elektronické dokumentace, nepoužívání zkratk eventuelně vytvoření standardního seznamu používaných zkratk pro zařízení, využití elektronických podpisů, a v případě tištěné dokumentace povinnost zápisů čitelných, jasných a označených jmenovkou osoby, která zápis prováděla (27, 48, 56, 59, 67, 69).

1.5.6.5 Podcenění informovaných souhlasů

Podcenění informovaného souhlasu je dalším z rizik, kterému je třeba věnovat maximální pozornost. Informovaný souhlas není formalitou – jedná se o dokument obsahující údaje o účelu, povaze, pravděpodobnosti úspěšnosti, možných následcích, a v neposlední řadě i možných rizicích výkonu a jiných alternativách výkonu. Obsahuje také vyjádření pacienta, že byl o výkonu náležitě poučen a poučení porozuměl. Podcenění informovaného souhlasu může být vážným problémem při případném

soudním řízení, neboť jakýkoli (byt' správně provedený) výkon, k němuž pacient nedal písemný souhlas, může být právně napadnutelný (27, 43, 48, 56, 59).

1.5.6.6 Nozokomiální nákazy

Velmi významným a používaným ukazatelem kvality je výskyt nozokomiálních nákaz. Nozokomiální nákazy jsou infekce, ke kterým došlo během hospitalizace. Mohou se vyskytovat infekční komplikace operačních ran, respirační infekce, infekce zažívacího traktu, hepatitidy a AIDS. Také členové multidisciplinárního týmu jsou často vystaveni riziku přenosu infekce díky časté manipulaci s biologickým materiálem. Proto musí být zdravotnický personál již v adaptačním procesu důkladně seznámen o způsobech ochrany – zásadách při manipulaci s biologickým materiálem a bariérové péči. Nakládání s biologickým materiálem se řídí hygienicko – epidemiologickým řádem daného zdravotnického zařízení. Asi nejdůležitějším a v poslední době velmi řešeným problémem je hygiena rukou. Přestože je povinnost hygieny rukou jasně dána Zákonem č. 195/2005 Sb., je stále nedostatečná hygiena rukou hlavní příčinou vzniku nozokomiálních infekcí. Proto se stalo snahou zdravotnických zařízení dodržovat hygienu rukou a zabránit tak šíření nozokomiálních infekcí. Této problematice se také věnuje JCI, která nejen tvoří příslušné standardy, ale s pomocí své instituce Joint Commission Center for Transforming Healthcare (Centrum pro transformaci zdravotní péče při JCI) vytvořila Hand Hygiene Project (projekt hygieny rukou) probíhající od roku 2008 ve vybraných amerických zdravotnických zařízeních. Dodržování zásad bariérové péče by se mělo stát pro všechny zdravotnické pracovníky samozřejmostí, proto je úlohou manažera rizik hlavně kontrola plnění příslušných nařízení a snaha o to, aby se mytí rukou stalo rutinní a samozřejmou záležitostí (18, 20, 26, 27, 47, 48, 66).

1.5.6.7 Riziko pádu

Riziko pádu pacienta je jedním z nejvíce sledovaných rizik. K pádu může dojít u kteréhokoli pacienta na kterémkoli oddělení. Na každém pracovišti by měl být vypracováno preventivní opatření zabraňující tomuto riziku. Jedním z nástrojů, jak toho

dosáhnout, může být například „Gaitův funkční test určování rovnováhy“. Při zjištění potencionálního rizika pádu u pacienta se využívá protokol o prevenci pádu. Ten může obsahovat opatření, jako jsou použití barevně odlišeného identifikačního náramku pacienta, umístění výstražného oznámení nad lůžko, snižování lůžka, mechanické zábrany a podobná opatření, vždy dle standardu příslušného zařízení (29, 30, 47, 48).

1.5.7 Vybraná sledovaná rizika v neklinické oblasti

1.5.7.1 Stížnosti

Jedním z prvních konkrétních úkolů manažera rizik je vytvoření standardního postupu při řešení stížností pacienta. Ve většině případů jsou stížnosti pacientů prezentovány ústně přímo při pobytu ve zdravotnickém zařízení, a k řešení většinou postačí naslouchání zdravotnického personálu a ochota problém či nedostatek řešit. V dnešní době však bohužel narůstá počet stížností oficiálních, vedoucích například až k soudnímu sporu. Každé zdravotnické zařízení by tedy mělo mít vypracovanu směrnici, ve které bude stanoven postup při podávání a řešení stížností (1, 6, 48).

1.5.7.2 Prevence kriminality

Zvyšující se tendence kriminality ve společnosti se odráží také na výskytu trestné činnosti ve zdravotnických zařízeních. Ta již často nejsou bezpečným prostředím pro pacienty a zaměstnance, dochází ke krádežím, podvodům nebo napadením. K vytvoření bezpečného prostředí je třeba nejen zavedení bezpečnostních prvků, jako jsou bezpečnostní služby či průmyslové kamery, je třeba zvýšit angažovanost zdravotnických pracovníků. Jedná se například o zamykání dveří, kontrola návštěv, zvýšení ostražitosti a další. V těchto činnostech by měl podporovat zdravotnický personál, spolu s identifikací rizikových míst a oblastí, právě manažer rizik (48, 57, 58).

1.5.7.3 Nekvalitní personální politika

Personální politika, potažmo řízení lidských zdrojů, je další důležitou oblastí, kterou by se měl manažer rizik zabývat. Hlavním cílem personalistů je zajištění kvalitních lidských zdrojů. Rizika v personální problematice se mohou vyskytnout

v několika směrech, například v dokumentaci, při výběru nových zaměstnanců, v adaptačním procesu a v samotném vytváření přijatelného prostředí pro zaměstnance. V současné době je v českém zdravotnictví bohužel mzdový systém nastaven tak, že nedochází k dostatečné motivaci zaměstnanců. Každé zařízení by tak mělo volit další cesty k tomu, aby mělo spokojené, nadšené zaměstnance. Spokojená sestra jistě odvede kvalitnější péči než sestra frustrovaná. Cestami, které se v poslední době objevují, jsou například kvalitní adaptační proces, umožnění dalšího vzdělávání a hodnocení (2, 11, 23, 35, 39, 48, 62, 64, 68).

1.5.8 Možné nástroje k řešení případných pochybení

Každé zdravotnické zařízení, jež chce být úspěšné v budování bezpečné kultury, by mělo uvažovat o zavedení účinných nástrojů k řešení případných pochybení. V zahraničí je užívání těchto nástrojů velmi populární, zkušenosti jsou pozitivní a výsledky jsou využívány v procesu odstraňování chronických problémů. V našich zdravotnických zařízeních, a to i v těch, ve kterých mají zájem o zvyšování kvality péče, je prozatím snaha o využívání malá, řešení pochybení se provádí téměř „za pochodu“. Díky probíhajícím akreditačním procesům v našich zdravotnických zařízeních se však zájem o zavádění efektivních nástrojů řešení pochybení pomalu zvyšuje. Asi nejznámějšími, a v zahraničí nejužívanějšími metodikami jsou RCA a FMEA. Následuje stručný popis těchto metod (14, 19, 47, 48, 59, 60).

RCA – Root Cause Analysis – je analýzou skutečných příčin pochybení. Jedná se o metodiku hledání skutečných příčin pochybení, je metodou reaktivní a retrospektivní. Využívá se v případech, kdy již k mimořádné události došlo, v situacích kdy došlo k takzvanému „téměř pochybení“, nebo pokud se jedná o specifický problém, o kterém dané oddělení již ví. RCA metoda obsahuje pět základních kroků. Jsou jimi sběr dat, vyhodnocení, zvolení správného opatření, implementace nápravných opatření a kontrolní opatření se zpětnou vazbou. Sběr dat probíhá ihned po výskytu mimořádné události, získávají se informace o situaci před, při a po mimořádné události, dalšími aspekty, jež se zjišťují, jsou role zaměstnance a prostředí v daném problému. Vyhodnocení je hlavním pilířem procesu RCA. Cílem

vyhodnocení je zjistit příčinu vzniku pochybení. Vyhodnocení má čtyři důležité fáze, a to identifikace problému, určení závažnosti, určení příčin a podmínek předcházející problému a identifikování důvodu výskytu těchto příčin. Jedná se vlastně o opakované kladení dotazu „proč?“, díky němuž se dopracujeme k jádru celého problému. Dalším krokem metody RCA je zvolení nápravného opatření. Každou z identifikovaných příčin by mělo následovat nápravné opatření, jedině tak lze v budoucnu zabránit opakovanému výskytu problému. Další důležitou částí RCA je implementace nápravných opatření do praxe. Tato fáze procesu není snadná pro žádného ze zúčastněných, neboť představuje pro zaměstnance především změnu myšlení, postojů a chování. Tato fáze zahrnuje také předávání informací o šetření celému léčebnému týmu, dává tak prostor k diskuzím a zapojení jedinců do hledání cest nápravy a měla by stimulovat pocit osobní odpovědnosti každého zaměstnance. V této fázi je také přínosné spolupracovat a předávat si informace mezi zdravotnickými zařízeními, a hledat tak společně cesty k navození bezpečné péče. Posledním krokem RCA metody jsou kontrolní opatření a zpětná vazba, jejichž smyslem je praktické zhodnocení efektivity opatření, jež byla zavedena. Zkoumají, zda se dosáhlo výsledků, podařilo se zabránit dalším podobným pochybením, nebo zda by se dalo ještě něco zlepšit (14, 48).

FMEA – Failure Mode and Effect Analysis – je analýzou možností vzniku a následků selhání. Na rozdíl od RCA se jedná o preventivní, proaktivní metodu identifikování a prevence potenciálních problémů, Metoda si klade otázky o probíhajících procesech ve smyslu „proč selhávají“ a „jak je učinit bezpečnějšími“. Vlastně se hledají cesty, jak zabránit pochybení ještě před jeho výskytem. Cílem metody je analýza všech rizikových faktorů souvisejících s daným procesem, které by mohly vést k selhání, a jejich eliminace. V rámci FMEA analýzy se lze setkat s několika typy analýz – analýza procesu, výrobku, sledování některých specifických důvodů, díky nimž procesy selhávají, například lidský faktor, nereálné časové limity a další. Otázky, které jsou kladeny při analýze FMEA, jsou tedy „co může selhat“, „jaké následky může selhání mít“ a „jak lze selhání předejít“. Metodu některá česká zařízení začínají využívat. Bohužel však zatím nesprávně, neboť zařízení metodu využívají jako zpětnou analýzu nežádoucích událostí a ne jako nástroj preventivní.

FMEA proces obsahuje několik fází. Na počátku je sestavení multidisciplinárního týmu, ve kterém jsou zaměstnanci se zkušenostmi s problematikou. Dalším krokem je zvolení procesu, který se bude prověřovat a který má vysoký potenciál selhání. Následuje pečlivé získání informací, identifikování jednotlivých úkolů a jejich zaznamenání. Provedení analýzy potenciálních rizik je další, velmi důležitou fází procesu FMEA. Její součástí je identifikace potenciálu pro selhání, určení možných následků pro každé selhání, zhodnocení závažnosti následků, určení pravděpodobnosti selhání a jeho odhalení, a stanovení priorit na základě míry rizika selhání. Pátou fází FMEA je návrh preventivního opatření. To je závislé na výsledcích zjištění, tedy navržení bezpečných opatření, odstranění příležitostí vedoucích k selhání, vytvoření pracovních podmínek a prostředí, které budou minimalizovat riziko pochybení, a zajištění rychlého odhalování selhání. V poslední fázi metody FMEA dochází k vyhodnocení efektivity opatření, která byla navržena. Metoda FMEA je nástrojem efektivním, jednoduchým, rychlým a málo nákladným. V krátké době lze s tímto nástrojem dosáhnout dobrých výsledků.

Je otázkou času, kdy se metody začnou využívat v plném rozsahu ve zdravotnických zařízeních na našem území. Díky probíhajícím akreditačním procesům se začíná využívat systémový přístup, nástroje, jako jsou FMEA či RCA se v procesech zvyšování bezpečné a kvalitní péče pomalu zabydlují. Také JCAHO vyžaduje v akreditačních procesech zavádění těchto nástrojů jako běžnou součást procesu zvyšování bezpečnosti a kvality péče. Ve svých manuálech také prezentuje rozdíly mezi metodami a doporučuje spíše preventivní metodiku FMEA, která vede k redukci rizik a prevenci pochybení a poškození pacienta, zaměstnance či zařízení (14, 19, 23, 28, 48).

2. CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zmapovat aktivity sestry – manažera rizik ve vybraných zdravotnických zařízeních. Na základě hlavního záměru byly stanoveny tyto dílčí cíle:

Cíl 1: Zmapovat současný stav akreditačních řízení v České Republice – počet akreditovaných zařízení, typ akreditace (SAK ČR x mezinárodní)

Cíl 2: Zjistit, ve kterých zdravotnických zařízeních v ČR se vyskytuje sestra - manažer rizik či kdo ve zdravotnických zařízeních má management rizik v kompetenci

Cíl 3: Prozkoumat aktivity sestry – manažera rizik ve vybraných zařízeních, její pravomoci, vzdělání, postoj, problematiku spolupráce s ostatními členy managementu, zdravotnickými pracovníky a pacienty, a výskyt nejčastějších rizik a jejich řešení v daném zdravotnickém zařízení

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaký je současný stav akreditačních řízení v České republice?
2. Ve kterých zdravotnických zařízeních v ČR existuje sestra – manažer rizik?
3. Jaké jsou aktivity a role sestry – manažera rizik? (jaké provádí činnosti při výkonu funkce, zda cítí změnu v poskytování ošetrovatelské péče, se kterými riziky a mimořádnými událostmi se ve svém zařízení nejčastěji setkává a jaká jsou jejich řešení, jaká je úroveň komunikace mezi účastníky v procesu řízení rizik v daném zařízení, jaké výhody spatřuje v managementu rizik).

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Nejprve byl proveden průzkum stavu akreditačních šetření a výskyt existence sestry – manažera rizik, eventuelně pracovních funkcí, které management rizik mají v kompetenci. Pro tato šetření bylo použito metody dotazování. Samotné výzkumné šetření týkající se aktivit sestry – manažera rizik je šetřením kvalitativním. Pro tuto výzkumnou část byla zvolena technika nestandardizovaného rozhovoru, ve kterém bylo použito několik klíčových témat z problematiky managementu rizik. Okruhy otázek byly formulovány na základě jednotlivých cílů diplomové práce, k nimž byly stanoveny výzkumné otázky. Informace od respondentek byly získávány podle předem nachystané struktury rámcových otázek a doplňujících podotázek, připravených na základě prostudování odborné literatury. Ze získaných informací od respondentek byly, dle jednotlivých kroků rámcové analýzy podle Ritchieho a Spencera (4, 17), provedeny přepisy rozhovorů, analýz odpovědí, sestavení seznamu témat, přehledné včlenění kategorizovaných odpovědí a interpretace výsledků v tabulkách (kapitola 4.3).

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaným souborem bylo šest sester na úrovni vedoucích pracovníků kvality, do jejichž kompetencí spadá management rizik. Rozhovory byly vedeny s dvěma sestrami – manažerkami ze zdravotnického zařízení akreditovaného JCI, dvěma sestrami – manažerkami ze zařízení s akreditací SAK ČR a dvěma sestrami – manažerkami za neakreditované zařízení, jež se k akreditačnímu šetření v budoucnu chystá. Informace mi byly poskytnuty za splnění podmínky anonymity oslovených respondentek, respektive zařízení, neboť tyto informace nebyly předmětem šetření. Jedním, a jistě nejdůležitějším z předpokladů tohoto rozhovoru byla však ochota sester tento rozhovor vést. Dalším předpokladem bylo to, že sestry byly seznámeny s tím, že jejich názory budou použity pouze k účelům této práce a nebudou žádným způsobem využity.

4. VÝSLEDKY

4.1 Přepisy rozhovorů sester – manažerů rizik

Respondentka č. 1

Respondentka č. 1 je žena ve věku 38 let. Původní profesí je respondentka všeobecná sestra na jiném pracovišti, delší dobu pracovala jako řadová sestra na oddělení ARO v zařízení, ve kterém již pět let vykonává funkci manažera kvality. Vystudovala Bakalářský program ošetrovatelství 2LF UK a magisterské studium v programu management a supervize v sociálních a zdravotnických zařízeních na FF UK (součástí tohoto programu byl i předmět Řízení kvality (přednášel dr. Marx). Zde se dozvěděla o možnosti ovlivnění kvality péče a začala se problematice více věnovat. Nyní pokračuje ve studiu MBA. V souvislosti s výkonem funkce si respondentka doplňovala kurz Interní auditor v rámci ISO 9001 a Manažer kvality na Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Zařízení, ve kterém vykonává funkci, je akreditováno JCI v roce 2005.

Svou funkcí podléhá respondentka přímo řediteli nemocnice. Vede oddělení kvality, ve kterém spolupracuje se třemi kolegyněmi – vystudovanou magistrou ošetrovatelství, která má na starosti hlavně ošetrovatelskou péči, bývalou hlavní sestru (pro technickou bezpečnost) a dále pracovníci, jež vystudovala řízení jakosti na strojní fakultě, ta má na starosti technické spektrum a ISO normy. Respondentce podléhají všichni zaměstnanci nemocnice. Náplní činnosti jsou především mezinárodní standardy, jejich zajištění a implementace do praxe. Dále pravidelné kontroly, audity v rámci všech provozů nemocnice, vnitřní předpisy nemocnice a také pravidelné porady s vedením, radou kvalita (komisí pro kvalitu) a vnitřními auditory. Na otázku které role v rámci funkce plní, respondentka odpověděla, že role plní široké v souvislosti se širokým polem zaměření její funkce, neboť se stará „od bezpečnosti technických provozů až po preskripce léků“. Klíčovou rolí, které respondentka plní, je vytváření předpisů: „Už to je složité, neboť předpisy, aby se mohly dodržovat, musí vyhovět mezinárodním standardům, naší legislativě a především musí být aplikovatelné do praxe. Toto jsou tři

zásadní požadavky, na základě nichž se předpisy ve spolupráci s ostatními vytváří..takže role koordinátora, komunikátora, edukátor, pomocníka – možná by se dalo říci mentora ve smyslu tom, že spousta zaměstnanců je prakticky schopných a šikovných, ale nejsou schopni myšlenky prezentovat a popsat tak, aby byly aplikovatelné i pro ostatní“. Další rolí je kontrolor – auditor při pravidelných vnitřních auditech. Role koordinátora, komunikátora a edukátora plní v zásadě i ve styku s pacienty při zjišťování plnění pacientových potřeb a snahy zapojení pacienta do odpovědnosti za sebe samého – vytvářet mechanismy pro předávání informací pacientům. Toto probíhá po linii „přetavení“ legislativy do předpisů a předpisů do informovaných souhlasů. Pacient tak je informován o povaze nemoci a léčby a je tak lépe schopen spolupráce a podílí se tak také na zvýšení kvality péče.

Dříve nebyla zpětná vazba, pokud došlo k nějaké mimořádné události, většinou byla snaha věc „tutlat“. To asi souvisí i s změnou myšlení lidí a změnami organizační kultury. Hlavně změna myšlení lidí je nejdůležitější – ale také nejsložitější změnou vedoucí například právě ke zvýšení kvality péče. V tomto vidí respondentka největší změnu oproti její předchozí praxi – v tom, že se začíná pomalu měnit myšlení lidí a následně i pojetí ošetrovatelské péče. Respondentka zažila při své předchozí praxi krom jiných mimořádnou událost podání nekompatibilní krve. Nebyla osobně incidentu přítomna, naštěstí se událost obešla bez újmy na životě, ale záležitost byla velmi nepříjemnou. Přesto se řešila pouze na úrovni oddělení, chyba se brala pouze jako selhání jednotlivce, tedy sestry. Nezkoumalo se, jak se to mohlo stát, jestli to nebyla spíše systémová chyba, což respondentka dnes vidí jako chybu – potrestání jedince vidí jako krajní možnost nebo řešení.

Co se týká managementu rizik v zařízení, nemocnice nepracuje s nějakými registry nebo katalogy rizik. Rizika jsou rozpracována již v postupech péče, ve standardech, neboť pro každý například ošetrovatelský postup existují rizika – to znamená, že každý postup nebo předpis již v sobě vlastně obsahuje jakousi pojistku proti chybě právě v uvedeném riziku. Například existuje postup pro identifikaci pacienta, který zahrnuje používání identifikačních štítků, pravidla pro identifikaci pacienta před vyšetřením – ověření dle identifikačního náramku a přesná formulace dotazu k identifikaci na pacienta, také

ošetřovatelský postup týkající se podávání léků již obsahuje například podávání léků pouze podle medikačních listů, způsob dokumentování jejich podání, podání z originálních balení přímo pacientovi a další zásady, jimiž se předchází chybám. Dalším takovým postupem je například verifikační protokol, který předchází riziku stranové záměny, nebo používání různých výstražných prostředků u pacientů s rizikem pádu – záznamy v dokumentaci, použití barevně odlišeného identifikačního náramku u pacienta a další opatření.

Výskyt mimořádných událostí je v tomto zařízení dle respondentky jasně monitorován. Provádí se čtvrtletní hodnocení výskytu událostí, které je vyvěšeno na intranetu. Data jsou tak kdykoli k nahlédnutí. Problém vidí respondentka v tom, že neexistuje možnost nějaké spolupráce i s ostatními zařízeními, výsledky si většinou nemocnice nechávají pro sebe. I v tomto problému se opět jedná o již respondentkou zmiňované změny v myšlení a organizaci, které probíhají pomalu. „Vše zatím probíhá jaksi nesystémově. Například naše zařízení se v současné době zapojilo do národní prevalenční studie pro Národní referenční centrum, týká se dekubitů a je problém získaná data sjednotit a hodnotit, když každé zařízení má nastavena vlastní kritéria pro sběr, dokumentaci a hodnocení výskytu událostí“. V zařízení se dále sledují se indikátory kvality, za jejich sběr je vždy odpovědná konkrétní osoba z oddělení a výsledky indikátorů předává čtvrtletně na oddělení kvality.

Respondentka mi dovolila nahlédnout do nemocničního informačního systému a dokumentace mimořádných událostí. Nejčastěji se v zařízení vyskytují nozokomiální infekce, pády, reoperace a výskyt dekubitů. Od těchto výsledků sledování hlášení mimořádných událostí se odvíjejí i rizika sledovaná v zařízení. Do výčtu sledovaných rizik ještě respondentka doplňuje chyby při podávání léčiv. Při výskytu mimořádné události se vypisuje hlášení a odesílá se přes intranet. Dle závažnosti se událost řeší na určité linii, kontroluje se správnost - dodržení postupu a pokud se objeví systémová chyba v postupu, ten se na základě získaných informací mění. „Samozřejmě záleží na té závažnosti. Pokud by se jednalo o jasné pochybení ve smyslu požití alkoholu na pracovišti je k odpovědnosti volán samotný zaměstnanec“. Zapojení chybujícího zaměstnance do další edukace, managementu rizik ve smyslu vypracování standardu

či edukačního programu vidí respondentka jako lepší variantu než nějaké striktní potrestání. Takto se i v tomto zařízení MU řeší – důraz se klade spíše na systém, zkoumání, jak se chyba mohla stát a jak by se z ní dalo poučit.

Respondentka vidí jako velmi významnou výhodu právě fakt, že je zdravotní sestra. Bez této přípravy si nedovede představit, že by tuto činnost vykonávala. Jako vedoucí oddělení kvality má ve svém spektru zájmu celou nemocnici, nejen sestry, ale chod nemocnice v zásadě dle respondentky je především o ošetrovatelské péči. Už jen myšlení zdravotníků je trochu specifické a pro „nezdravotníka“ je dle respondentky téměř nemožné se v problematice orientovat. Jako sestra dokáže respondentka pochopit problematiku nejen ošetrovatelskou, ale také například medicínské znalosti jí stačí k pochopení problematiky léčby. V přístupu sester pociťovala respondentka zpočátku nevraživost, vnímá však v současné době velké zlepšení. Sestry pochopily změny, které se uplatňují v odpovědnosti, kompetencích, v tom co s sebou nese nutnost informovanosti pacientů a také zvýšení odpovědnosti pacientů samých. To, že je sestra, na jednu stranu dává možnost při kontrolách lépe nahlédnout k eventuálním rizikům na pracovištích, ví, v čem se musí přitlačit, někdy se stane, že se snaží zaměstnanci něco obejít a právě díky sesterským zkušenostem respondentka tyto snahy lépe odhalí. Na druhou stranu má také respondentka v ruce argument - když zaměstnanci prokazují neochotu ve změně nějakého postupu s tím, že „my to tady tak děláme léta, proč to máme najednou dělat podle Vás, když Vy tomu nerozumíte, nařizujete nám něco od stolu, pojd'te si to zkusit do praxe“ – respondentka tento argument použije a přístup zaměstnanců se většinou změní spolupráce se zlepší. V současné době je management kvality, potažmo rizik zaveden již tak, že zaměstnance v zásadě neobtěžuje, dokonce již zaměstnanci zjistili, že pokud opravdu dojde k MU a postupovali při výkonu dle standardu či postupu, jsou standardy jakousi zárukou ochrany pro ně v řešení eventuální stížnosti od pacienta. Sestry se na spoluvytváření standardů podílejí, komunikace probíhá většinou přes vrchní sestry. Standardy se mohou vytvářet nově nebo upravovat podle aktuální situace. Ke komunikaci se sestrami také dochází při auditech a při řešení MU. V komunikaci s ostatním personálem, například lékaři, se od počátku, kdy se zaváděly nástroje pro zvyšování kvality, také již mnoho změnilo.

Od přístupu „co nám sestra bude něco nařizovat“ a „proč máme dělat to či oné, proč nás sestry obtěžují s psaním do medikačních listů“ a podobně, se pomalu posunuli k důslednému plnění předpisů. Samozřejmě existují výjimky, záleží také na tom, kde lékaři dříve pracovali. Pokud pracovali v zařízení například akreditovaném, těmto povinnostem a přístupu ke kvalitě péče se přizpůsobují lépe. Také lékaři, kteří pracovali v zahraničí, spolupracují dobře, dokonce se někdy dožadují i opatření, které nemocnice třeba zatím nevyžaduje. S respondentkou někteří spolupracují na tvorbě standardů či předpisů týkajících se léčebné péče.

Respondentka také spolupracuje s Radou – komisí pro kvalitu, ve které jsou odborníci napříč celým spektrem nemocnice, tedy nejen vrchní sestry a primáři, ale odborníci například z výpočetní techniky, stravování, personálního odboru, ekonomického a technického oddělení a další. Dále se respondentka jako vedoucí oddělení kvality účastní porad vedení (ředitel, hlavní sestra, náměstek pro léčebnou činnost, ekonomický a technický náměstek), kde nejen podává zprávu o činnosti, ale také přebírá informace pro zaměstnance a může obhájit i některá opatření vedoucí ke zlepšení pracovního prostředí, tedy obhajovat zaměstnance. Porada vedení je také důležitým „nástrojem“ pro prosazení některých opatření – ta opatření, která jsou schválena na poradě vedení jsou neodložitelná. Také se účastní takzvaných porad primářských s účastí primářů a vrchních sester, kde se stanovují úkoly jednotlivých úseků na další období. Další komunikace probíhá se skupinou vnitřních auditorů – kompetentních osob z každého oddělení, které se věnují spoluvytváření standardů, postupů, jsou zodpovědní za sledování indikátorů kvality a provádění vnitřních auditů a školení personálu na každém konkrétním oddělení. S těmito 40 (!) pracovníky se respondentka setkává jedenkrát za čtvrt roku.

S pacienty komunikace probíhá přes dotazníky spokojenosti s péčí, dotazníky se týkají nejen péče jako takové, ale také například čekací doby k vyšetření/ošetření a v dotaznících je také prostor k připomínkám a námětům od pacientů. Dotazníky jsou anonymní, dostává je každý pacient a odevzdávají se do sběrných boxů, které jsou po celé nemocnici. Každý pacient se může se stížností obrátit na sekretariát ředitelství,

sleduje se nejen čeho se stížnosti týkají a jak se řeší, ale je také sledována doba řešení.. V současné době se vytváří projekt „Knihy přání a stížností“.

Respondentka č. 2

Respondentka č. 2 je sestra ve věku 45 let. Funkci referenta oddělení kvality a „dle kompetencí také právě manažera rizik“ plní 17 měsíců. Zařízení, ve kterém respondentka funkci vykonává, je akreditováno mezinárodní komisí JCI od roku 2004. V minulosti respondentka pracovala jako vrchní sestra – koordinátor péče v zařízení domácí péče. Management – magisterský program - vystudovala na fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy.

Svou funkcí podléhá respondentka jednak vedoucímu oddělení – lékaři, a hlavně náměstkovi léčebně preventivní péče zařízení. Podřízenými v procesu zvyšování kvality a managementu rizik jsou respondentce lékaři a sestry zařízení. V rámci výkonu funkce respondentka vykonává mnoho činností. Zařízení je akreditováno mezinárodní komisí, zodpovídá tedy za plnění opatření daných akreditačními standardy. Ty také konkrétně pro své zařízení vytváří, respektive podílí se na jejich vytváření a plynulou implementaci do praxe. „Zařízení již akreditaci má delší dobu, ale stále je co zlepšovat, stále přicházejí nové impulsy“. Mimoto by mělo zařízení letos projít takzvanou reakreditací (obnovení certifikátu), takže se znovu kontroluje „to již tisíckrát kontrolované“. Další náplní, a právě v tomto období velmi četnou a důležitou, jsou kromě kontrolní činnosti, auditů a tvorby standardů, porady a také edukace zaměstnanců. Spousta postupů si zaměstnanci dle respondentky zautomatizovali, ale naopak v dodržování některých postupů zaměstnanci polevili, „usnuli na vavřínech“. Respondentka tedy vidí neustálou aktivizaci zaměstnanců a komunikaci s nimi jako velmi důležité činnosti.

Na otázku, které role dle svého mínění respondentka při výkonu funkce plní, odpověděla následovně: „V tuto chvíli asi na prvním místě role edukátora, nebo snad komunikátora, jak jsem již výše uvedla, dále role mentora - ve spoustě problémech stačí opravdu zaměstnance jen navést nebo povzbudit. Dalšími rolami jsou pak samozřejmě auditor, autor nebo spoluautor při tvorbě standardů, a také obhájce při jejich uvádění

do praxe. Roli obhájce plním také vlastně při zavádění a kontrole dodržování preventivních opatření standardů pro zaměstnance, tak, aby byla tato opatření pro zaměstnance co nejméně zatěžující. To je role také důležitá, zaměstnanci efektivněji dodržují opatření, když je co nejméně zdržují. A role obhájce je také významná při analýze nějaké proběhlé mimořádné události – obhájit pacienta a jeho potřeby, ale také obhájit zaměstnance a případně zaměstnance a zařízení spolu s právním oddělením v eventuelním správním řízení“. V dalším průběhu rozhovoru ještě respondentka doplnila roli koordinátora – takové spojky mezi všemi účastníky léčebné péče.

K zájmu o management rizik vedl respondentku fakt, že na předchozím působišti se právě rizikům nevěnovalo moc pozornosti. Ne, že by dle respondentky péče nebyla kvalitní, ale: „Při výskytu některé nežádoucí události se vlastně, dle závažnosti pochybení, nic moc neřešilo, maximálně finanční potrestání sestry“. Respondentka uvedla, že by nechtěla, aby se každé pochybení trestalo, ale spíše se zajímala právě o možnosti poučení se z pochybení a opatřeních, které by pro příště mohla chybě zabránit. Také se v oboru, ve kterém pracovala, setkávala s přetížením zdravotnického personálu - „V oblasti domácí péče má člověk pořád pocit, že dává málo, že by se pro pacienty/klienty dalo dělat mnohem více, kdyby ale bylo více personálu, prostoru a prostředků“. Tyto aspekty samy o sobě dle respondentky také byly riziky. Proto se přihlásila do výběrového řízení do zařízení, ve kterém nyní pracuje. Vzhledem k tomu, že zařízení již bylo akreditováno, fungovaly zde již standardy péče, ale také standardy provozní - tedy jistě právě třeba větší dostatek personálu a tím prostor pro zvyšování kvality péče. Zaměstnanci většinou už měli změněný postoj k ošetrovatelské péči a také prostor a prostředky pro to ji takovou poskytovat. Také přístup k pacientům je u zaměstnanců trochu jiný, „Snažíme se zapojovat pacienty do léčebného procesu, zvyšovat jejich odpovědnost, zajímat se také o jejich potřeby - ne je jen ošetřit a poslat domů. Zařízení jako takové doznalo také po revoluci a po akreditaci již úplně změně ve spektru pacientů. Jedná se sice stále o specificky zaměřenou nemocnici, ale je již z poloviny přístupna i běžným pacientům, takže se ke všem musíme chovat stejně a snažit se o co nejlepší péči pro všechny“. V tomto cítí respondentka 100% změnu v pojetí ošetrovatelské péče.

V zařízení, ve kterém respondentka vykonává funkci, neexistuje přímo komplexní registr rizik. Rizika si sledují konkrétní oddělení v souvislosti se specifiky oddělení. Samozřejmě je předcházení rizik záměny pacienta či stranové záměny, rizika chybného zápisu do dokumentace, rizika chybné medikace či výskyt dekubitů a pádů. Tato rizika jsou pochopitelně sledována plošně, ale s ohledem právě na specifika jednotlivých oddělení. V nemocnici existuje povinnost vyplňovat hlášení mimořádných událostí při každé takové proběhlé, provádí se přes intranet. Z těchto hlášení vyplývá, že nejvíce sledovaná pochybení či mimořádné události se týkají pádů. Po nahlášení mimořádné události se schází vedoucí pracovník spolu se zástupcem oddělení kvality (většinou právě respondentkou) a dle závažnosti pochybení a závažnosti následků pro poškozeného dalšími zástupci vedení, a s chybujícím zaměstnancem (chybujícími zaměstnanci či dalšími účastníky události) provádějí analýzu události, problému a příčiny vzniku. Spolu s chybujícím zaměstnancem potom hledají adekvátní řešení. Toto zapojení dle respondentky je velmi důležité, aby měl zaměstnanec pocit, že za ním zařízení stojí – pokud se tedy nejedná opravdu o závažné porušení pracovní kázně (například kdyby došlo k pochybení po požití alkoholu). K mimořádným událostem se také počítá například napadení zaměstnance pacientem nebo rodinným příslušníkem pacienta a bohužel i takové události se v poslední době vyskytly. Zařízení se potom tedy snaží o zajištění bezpečnějšího prostředí i pro zaměstnance samotné. Všechna tato opatření by se ale nedala zajistit, pokud by se neprováděla právě podrobná analýza mimořádných událostí. To je pro manažera rizik dle respondentky jeden z hlavních úkolů.

Komunikace je dle respondentky nejdůležitější součástí společné snahy o zvyšování kvality péče a také managementu rizik. „Na co by nám bylo, že jsme akreditovaní, když by vše zůstávalo na jednom pracovišti, každý by si, jak se říká, hrál na vlastním písečku“. Na svém pracovišti se respondentka snaží o co nejlepší komunikaci mezi jednotlivými složkami léčebného procesu – tedy zdravotníky, managementem, ostatními zaměstnanci a hlavně také samotnými pacienty. Komunikace se sestrami probíhá formou edukace při jednotlivých návštěvách oddělení, probíhají prezentace na schůzkách s hlavními/ staničními sestrami a ty potom dle metodických pokynů

oddělení kvality edukují řadové sestry. Zástupci z každého oddělení se zapojují do probíhajících auditů. Mohou tak nejlépe vyhledávat případné nedostatky a navíc mají největší přehled o práci na tom konkrétním oddělení. Některé nesrovnalosti pro auditory mohou tak přímo vyvrátit nebo obhájit, nebo rovnou navrhnout nejlepší postup pro dané oddělení. „Také řadové sestry“, jak uvedla respondentka, „se jinak staví k novinkám, když jsou aplikovány na základě posouzení sestrou pracující přímo na oddělení, než kdyby byly nařízené od stolu v kanceláři“. Zapojování sester do auditů a tvorby standardů se ukázalo jako velmi přínosné, fakt, že je respondentka také sestrou, je dle respondentky také brán „jako plus“. Vcelku je postoj sester, ale také ostatních „podřízených v problematice kvality a rizik“ vstřícný. Je to dle mínění respondentky jednak tím, že nemocnice má akreditaci již delší dobu a všichni zaměstnanci již na opatření a povinnosti z nich plynoucí jsou navyklí, dalším důvodem je také to, že je „nemocnice zvyklá i historicky ve své podstatě na nějaký řád, pravidla a spolupráci“. Toto jsou asi také důvody, díky kterým nevázne komunikace ani s lékaři, v oblasti kvality a rizik vlastně podřízenými respondentce. S vedoucími pracovníky, jak již výše respondentka uvedla, probíhají prezentace problémů, připomínek a návrhů standardů či nových opatření na schůzkách vrchních sester. To je dle respondentky důležité opět pro spolupráci a jednotnost opatření mezi jednotlivými odděleními. Je to dobré předávání zkušeností. S ostatními členy vedení probíhají pravidelně primářské porady a porady vedení. Zde se také kromě jiných probírá problematika zvyšování kvality péče, v souvislosti s reakreditací respondentka (spolu se svým nadřízeným – vedoucím oddělení kvality) prezentuje či koordinuje činnosti jednotlivých složek. Také prezentuje analýzu, šetření a nápravná opatření případných závažných mimořádných událostí. Respondentka se domnívá, že fakt, že je sestra, je zásadním pro výkon funkce manažera rizik ošetrovatelské péče, ale i péče léčebné. Uvádí, že je přesvědčena, že sestra je pacientovi asi nejbližší ze všeho personálu, tráví s pacientem nejvíce času a proto může nejlépe porozumět a analyzovat jeho potřeby. Ošetrovatelská péče je však stále součástí péče léčebné, takže jako asi nejlepší variantu vidí respondentka vytvoření týmu, ve kterém jsou zastoupeny sestry, lékaři, management i provozní úsek, tak, aby mohlo dojít k co nejefektivnější spolupráci,

aby se spojily jednotlivé pohledy na problematiku. A samozřejmě komunikace s pacientem, jak uvádí respondentka, to je další důležitá součást managementu rizik. „Vždyť o pacientovi to celé je. Naše zařízení provádí s pacienty namátkové rozhovory na téma kvalita péče, pacienti se mají šanci vyjádřit v anonymních dotaznících, a co se týká stížností – ty ústní se snažíme řešit okamžitě na místě spolu s vedoucím pracovníkem oddělení, nebo pacient může podat stížnost písemně na ředitelství. Většinou se však daří stížnosti řešit na místě. Tato možnost se mi jeví jako nejschůdnější, právě s takovým pacientem se potom snažíme najít společnou cestu k řešení a také je pro nás rozhovor s pacientem zdrojem i dalších informací o kvalitě péče. Pokud řešíte problém rovnou s pacientem, pacient si uvědomí, že je aktivním účastníkem a není odkázán na pozdější dobu jako by tomu bylo v případě písemné stížnosti. Podle mého je to lepší varianta pro všechny a co se týká komunikace s pacienty asi nejefektivnější cesta ke zvýšení kvality služeb, které poskytujeme“.

Respondentka č. 3

Respondentka č. 3 je sestra ve věku 47 let. Funkci Náměstkyně kvality péče, do jejichž kompetencí spadá management rizik, vykonává přes tři roky. Zařízení, v němž svou funkci vykonává, je akreditováno SAK ČR dva roky. Před výkonem nynější funkce pracovala respondentka jako sestra a v posledních letech jako odborná učitelka na VOŠZ. V rámci výkonu povolání a zvyšování kvalifikace se dopracovala k titulu PhDr + PhD v oboru ošetřovatelství. Svou funkcí spadá respondentka pod vedení ředitele nemocnice. Tomu se zodpovídá ze své činnosti. Ohledně náplně činnosti respondentka udává, že „by to mohlo být na dlouhé povídání“. Činností, které provádí při výkonu funkce, je prý mnoho. Jedná se především o porady, ať již s vedením nebo porad primářských a porad vrchních sester, také se všemi vedoucími jednotlivých úseků. Další náplní jsou audity, edukace zaměstnanců a pacientů, řízení dokumentace v nemocnici, vytváření směrnic, jejich revize. Respondentka je zodpovědná za vypracování koncepce řízení kvality v nemocnici a její následnou implementaci s ohledem na platnou legislativu. Seznamuje všechny zaměstnance s procesem implementace koncepce řízení kvality a bezpečí v zařízení a procesem reakreditace

u Spojené akreditační komise, je zodpovědná za přípravu a realizaci reakreditace. Dále vede komisi kontinuálního zvyšování kvality, vede tým interních auditorů, vypracovává plán interních auditů a jejich následné hodnocení. Samozřejmý je podíl respondentky na zabezpečení procesů uložených nápravných opatření a následnou kontrolu jejich dodržování. Jako další činnosti uvedla respondentka organizaci a analýzu výsledků kontroly zdravotnické dokumentace, vede tým koordinátorů kontinuálního zvyšování kvality, důležitou aktivitou je zabezpečení mezioborové koordinace činností v nemocnici v zájmu zvyšování kvality a bezpečné péče o pacienty. Dále vyhodnocuje sledování komplikací léčby a pobytu pacientů v nemocnici, kterými jsou například nozokomiální infekce, mimořádné události, pády atd.). Velmi důležitou náplní je pro respondentku analýza spokojenosti pacientů a zaměstnanců, tedy i vyřizování stížností a poděkování od pacientů. V rámci edukace pořádá semináře, odborné konference a školení v rámci koncepce řízení kvality a bezpečné péče. Jako velmi důležitý pilíř procesu zvyšování kvality, tedy i předcházení chyb a zjišťování možných rizik, vidí respondentka komunikaci. Výčtem činností, které respondentka vykonává v rámci své pozice, respondentka vlastně odpověděla na dotaz týkající se rolí. Na konkrétní dotaz ohledně rolí – respondentka se domnívá, že plní mnoho rolí. Koordinátor, auditor, autor, mentor, coach, komunikátor (ale i komunikant), velmi důležitou rolí dle respondentky je obhájce, jednak samotných zdravotníků a „nezdravotníků“, které spadají pod její vedení, ale hlavně obhájce pacientů. K zájmu o management rizik (kvality) se respondentka vyjádřila následovně: nejprve jako sestra, ale hlavně později jako odborná učitelka, se velmi zajímala o možnosti zvyšování kvality a bezpečí pacienta. Před akreditačním šetřením se sama tedy ucházela o pozici manažera kvality a prošla úspěšně výběrovým řízením. Ve funkci manažera kvality pracovala ca 1,5 roku a po úspěšné akreditaci nemocnice byla pro své zkušenosti a dobré výsledky jmenována ředitelem do nově vzniklé funkce náměstka pro kvalitu péče, kterou vykonává dosud s „asi stále větším nadšením a nasazením“.

Na otázky z okruhu vnímání rozdílu v pojetí ošetrovatelské péče odkazovala respondentka na předchozí odpověď. Při výkonu své profese se vždy aktivně zajímala o možnosti zvýšení bezpečí péče, na „vlastní kůži“ nezažila žádnou mimořádnou

událost, ale vadilo jí, když k nějakému pochybení došlo a o problému se nehovořilo. Při předávání zkušeností studentkám při výuce se tedy snažila o to, aby budoucí sestry, vnímaly nutnost a důležitost prevence pochybení, osvojily si a zautomatizovaly dodržování hygienických zásad a dalších opatření. V posledních letech, jak respondentka uvedla, se snad již začínají změny projevovat (i když v naší společnosti stále ještě pomalu), postupné pronikání do problematiky řízení kvality (či rizik) jistě kvalitu a bezpečí péče začíná zvyšovat, a to i díky akreditačním šetřením, kterými chce projít stále více zdravotnických zařízení. Výsledky těchto snah se začínají projevovat i na spokojenosti pacientů, respondentka může změny pozorovat ve „svém“ zdravotnickém zařízení například díky dotazníkům spokojenosti pacientů a počtu řešených stížností a poděkování.

Na dotazy ohledně sledovaných rizik a mimořádných událostí v tomto zařízení odpověděla respondentka opět velmi rozsáhle. Rizika, která v tomto zařízení jsou sledovaná, jsou především rizika pádů, dekubitů – zde se zařízení snaží o zapojení do projektu pod záštitou ministerstva zdravotnictví – celonárodní databáze sledování dekubitů. Dalšími sledovanými riziky jsou pochybení ve zdravotnické dokumentaci, sleduje se aktivizace pacientů (RHB, zavádění cannisterapie na oddělení dlouhodobě nemocných), sleduje se spokojenost pacientů, ale i zaměstnanců – tady ve smyslu například zvyšování kvalifikace zaměstnanců. Co se týká spokojenosti pacientů, sledují se mimo jiné stížnosti, a to nejen ústní či písemné, ale také anonymní. Prošetřují se však pouze ty, ve kterých jsou uvedeny konkrétní informace o případném pochybení. Velmi sledovaným rizikem je v toto zařízení riziko vzniku nozokomiálních nákaz, velký důraz je kladen na hygienu rukou - na dodržování preventivních proti vzniku nozokomiálních nákaz opatření se zaměřují audity, ale také různé semináře a konference, a to nejen pro zaměstnance, ale pro veřejnost. Respondentka tedy v rámci managementu rizik analyzuje rizika, provádí kořenovou analýzu mimořádných událostí (proaktivní metoda). Nemocnice má zavedeno PC hlášení mimořádných událostí, ale také PC hlášení chyb potenciálních, tedy těch, kterým se zabránilo na poslední chvíli. Z těchto i potenciálních chyb, se vychází při dalším řešení. Do hlášení chyb a pochybení jsou zapojeni všichni zaměstnanci, neboť jedině tak si, dle respondentky, všichni

nejlépe problematiku osvojí. Po zavedení kontroly rizik a procesu zvyšování kvality se výskyt nežádoucích událostí v zařízení skutečně snížil. Pozice „kvalitáře“ je podle mínění respondentky hlavně o komunikaci. Při výkonu své funkce komunikuje se všemi liniemi pracovníků a s pacienty. Nejprve se respondentka vyjádřila ke komunikaci se zdravotníky – ta probíhá při návštěvách respondentky na jednotlivých odděleních. Tak získává dle svého názoru respondentka nejlepší poznatky. Návštěvy oddělení probíhají při pravidelných auditech a dále při mimořádných návštěvách. Ty probíhají jednak při požadavku na změny od respondentky, tak při převzetí hlášení o potenciální chybě či chybě. Respondentka také organizuje různé „edukační“ návštěvy, plánují se odborné semináře či konference. Při schůzkách se ze začátku setkávala respondentka s pochybnostmi, jak ale uvedla, „opět komunikace“, tedy vysvětlování, ale i naslouchání při nějakých nejasnostech či problémech se zaváděním preventivních opatření, „udělalo divy“ a nejen sestry, ale i lékaři, postupem času měnili k této problematice postoj. U sester dle respondentky jistě byl ku prospěchu věci fakt, že je také sestra, zná dobře problematiku vztahu pacient – sestra a výkonu sesterské profese. Snaží se zvýšit jejich odpovědnost v možné míře – radí se s nimi při tvorbě standardů tak, aby ty byly co nejlépe implementovatelné do praxe. Respondentka také vidí jako důležité podílení se a podporu při zvyšování spokojenosti zdravotníků při výkonu práce – nejen při prosazování požadavků například na primářských poradách, podpoře při zvyšování kvalifikace, ale také například nabídka možnosti využití klinického psychologa jako prevence syndromu vyhoření. To vše, má respondentka pocit, se jí snad vrací při dobré spolupráci nejen se sestrami, ale i s ostatními zdravotníky. Respondentka se také účastní pravidelných poradách staničních a vrchních sester a porad primářských (vedení). Zde například podává hlášení o řešení chyb či problémů, navrhuje opatření a prezentuje nově vznikající preventivní opatření, která se mají implementovat do provozu. Jako velmi dobrou vidí komunikaci, která probíhá mezi nemocnicí (resp. respondentkou) a pacienty. Nemocnice má zavedeny nejen dotazníky spokojenosti pacientů (i v elektronické podobě), pacienti mohou v tomto zařízení podat stížnost ústně či písemně, a to každému vedoucímu zaměstnanci nebo přímo na ředitelství či právním oddělení. Při ústním podání stížnosti je doporučeno pacientovi podat stížnost písemně,

aby se mohla rychleji a lépe řešit, nebo se provede záznam o předmětu a výsledku jednání. Stížnost je ve většině případů řešena právě respondentkou. Veškerá řešení a nápravná opatření jsou prováděna s vědomím právního oddělení. Zařízení uvažovalo také o zřízení funkce ombudsmana jako ochránce práv pacientů (ale i zaměstnanců). Vzhledem k velikosti zařízení a počtu výskytu mimořádných událostí, a také nákladům, které by s vznikem funkce přišly, však volí zařízení jiné metody kontroly a předcházení rizik. Velmi zdařilým „preventivním“ opatřením jsou takzvané „fokus groups“ s pacienty, které zařízení v posledním roce zavedlo jako nástroj zvyšování kvality a spokojenosti pacientů. Jedná se o neformální, cílené rozhovory s náhodně vybranými (a ke spolupráci ochotnými) pacienty, kteří byli v zařízení hospitalizováni. Od těch se respondentka dozví připomínky a náměty, které mohou být velmi důležité a vedoucí ke zvýšení spokojenosti pacientů. „Focus Groups“ se osvědčily jako dobrá zpětná vazba a také jako nástroj ke zvýšení odpovědnosti pacientů samotných – což je dle respondentky také cesta ke zvýšení kvality a bezpečí poskytované péče a ke snížení rizik a nákladů spojených s řešením stížností a právních kroků. Respondentka na závěr znovu zdůraznila pojem komunikace.

Respondentka č. 4

Respondentka č. 4 je sestra ve věku 37 let. Pracovala od začátku své praxe jako směnná sestra na chirurgickém oddělení zdravotnického zařízení, v němž vykonává současnou funkci. V roce 2008 dokončila bakalářské studium ošetrovatelství, nyní pokračuje ve studiu na magisterském oboru. Ve funkci auditora léčebné péče, který má na starosti i management rizik, pracuje 2 roky. Kvůli výkonu této funkce si musela doplnit dvoudenní Certifikovaný kurz Interní auditor v Institutu pro další vzdělávání zdravotníků v Brně. Zařízení, v němž respondentka vykonává svou funkci, je akreditováno SAK ČR v roce 2009.

Na otázku ohledně struktury a pravomocí odpověděla respondentka, že svou funkcí podléhá a zodpovídá se místopředsedovi představenstva zařízení. Respondentce podléhají auditoři léčebné péče, školitelští týmy lékařů a sester a staniční sestry. Školitelským týmem jsou zástupci každého oddělení, obvykle staniční sestry,

ti si na schůzkách vyslechnou opatření a novinek například ohledně ošetrovatelské dokumentace či výsledků auditů, a seznámí s nimi pracovníky svých oddělení – školí je. Náplní práce je respondentce kontrola a podílení se na kontinuálním zvyšování kvality, sledování a vyhodnocování indikátorů kvality (například MU, pády, dekubity, spokojenost pacienta), zodpovídá za zveřejňování aktuálních výsledků. Připravuje plány auditů, na základě plánů připravuje programy pro jednotlivé audity, zajišťuje jejich realizaci. V rámci auditů kontroluje, zda je postupováno podle vnitřních směrnic, nařízení či standardů,, sleduje a vyhodnocuje výsledky a na jejich podkladě poukazuje na nedostatky. U nedostatků respondentka stanovuje příčiny, navrhuje opatření k nápravě a jejich plnění kontroluje. Provádí vyhodnocující zprávy auditů, je zodpovědná za jejich zveřejňování. Ve své činnosti spolupracuje s vedením, členy komise kvality, akreditační komise, ostatními pracovníky zdravotnického zařízení na všech jeho úrovních, a s pacienty. Další činností respondentky je sledování dodržování platné legislativy v zařízení, tvorba a úprava dokumentace, edukace zaměstnanců na pracovišti, školící akce (například Vedení ošetrovatelské dokumentace, zařazená do kreditního systému). Samozřejmostí je tvorba a kontrola tvorby standardů. Kontrolní činnost respondentky se promítá do hodnocení každého oddělení – zveřejňování na intranetu – nemocničním, informačním systému, odměny pro pracovníky oddělení. Respondentka se domnívá, že při své činnosti vykonává mnoho rolí – od komunikátora, auditora, tvořitele, kontrolora, edukátora, důležitou rolí je role obhájce, a to nejen ve vztahu vůči pacientovi, ale i k zaměstnancům a zařízení. Vyhledávání rizik, tvorba a kontrola plnění preventivních či nápravných opatření je dle respondentky důležitým nástrojem pro obhajobu pacienta a zařízení s jeho zaměstnanci.

Na otázku, co vedlo respondentku k zájmu o funkci auditora léčebné péče, majícího v kompetenci management rizik, respondentka odpověděla, že byla do funkce delegována přímým nadřízeným v rámci přípravy zařízení na akreditační šetření. Protože respondentka zrovna dokončovala vysokoškolské vzdělání a také se o problematiku kvality ošetrovatelské péče aktivně zajímala, byla oslovena a nabídku přijala.

Jedinou závažnou událost, kterou si respondentka ze své minulé praxe opravdu přesně vybavuje, je podání léku nesprávnému pacientovi. Jednalo se o studentku Střední zdravotnické školy při maturitní zkoušce. Studentka se vyptala pacienta na jméno, ale podala léky jiného pacienta. Pacient po léčebných zákrocích přestál nakonec pochybení bez následků. K zodpovědnosti se tenkrát přihlásila škola. Událost se řešila s hlavní sestrou, primářem oddělení, staniční sestrou a vedoucí praxe SZŠ. Výsledkem bylo nařízení, že studentky mohly podávat léčiva pouze pod dohledem učitelky a sestry, a to pouze při maturitní zkoušce, během praxe ne. Toto nařízení respondentka popisuje jako možná ne úplně šťastné řešení – není si jista, v jaké míře se studentky mohou na praxi něco naučit, když smí některé výkony vykonávat až při maturitní zkoušce...

Změnu v ošetrovatelské péči respondentka cítí. V posledních letech její ošetrovatelské praxe (před nástupem do funkce interního auditora) se již začalo oproti devadesátým letem, kdy začala pracovat jako sestra, v oblasti kvality péče ledacos zlepšovat. Díky akreditačnímu šetření se staly změny ještě výraznějšími. Začal se zvyšovat důraz na bezpečnost pacienta a prevenci záměny. Změnilo se například podávání léků pacientům - zrušil se takzvaný podnosový systém podávání léků, lék se musí konkrétnímu pacientovi podávat přímo na pokoji z originálního balení. Všechna léčiva, ale také desinfekční prostředky jsou nyní v originálních baleních, čímž se předchází záměně při přelévání a záměně koncentrace léčiv či desinfekce. Také je zvýšen důraz na bezpečné skladování léčiv (například koncentrované elektrolyty jsou skladované samostatně). Další změnou v souvislosti se zvyšováním bezpečnosti péče je na tomto pracovišti dodržování mlčenlivosti a ochrana osobních dat pacienta, informace o pacientovi se podávají pouze osobám uvedeným na souhlasu, což je velká změna, neboť dříve se i informace například podávaly v podstatě komukoliv po telefonu. Také PC s informacemi o pacientovi a dokumentace musí být na bezpečném a zamykatelném místě. Větší důraz než dříve se také klade na bariérovou péči. Všechna tato rizika jsou kontrolována pomocí auditů. Kontrola bezpečí pacienta, informací o něm, hygieny, ale i bezpečí sester je bohužel v dnešní době a v souvislosti se změnami morálky společnosti (nárůst kriminality, ale také medializace a právní řešení pochybení) změnou podle respondentky nutnou.

Co se týká otázky sledovaných rizik, některá sledovaná rizika již respondentka v podstatě nastínila v předchozí odpovědi. V tomto zařízení sledují hlavně rizika v oblastech bezpečí – tedy identifikace pracovníků (viditelné identifikační kartičky, a to i služební návštěvy, studenti a stážisté), kontrola zavírání dveří, zvýšená pozornost vůči osobám pohybujícím se po odděleních, bezpečné uložení dokumentace, kontrola poskytování informací o pacientovi, identifikace pacienta, a dále rizika pádů, dekubitů, a při podávání léčiv. V tomto zařízení jsou prováděny audity, pravidelné 1x měsíčně, ale i namátkově. 1x ročně probíhá bezpečnostní audit celé nemocnice. Při něm se sledují nejen přítomnost pracovníků na pracovišti, identifikace a dodržování bezpečnostních směrnic stran pohybu cizích osob, nahlížení do dokumentace, uložení léčiv, ale sleduje se také komunikace pracovníků s pacienty, podávání informací pacientům a dodržování soukromí pacienta. Mimořádné události se dle respondentky v tomto zařízení sledují, ročně se vyhodnocují. Respondentka mi dovolila nahlédnout do tabulky MU z roku 2009. V tomto roce se v zařízení vyskytly tyto mimořádné události: nejčastěji pády pacientů, sebepoškození, omezení pacienta, incident spojený s výkonem, ztráta nebo poškození majetku pacienta či zařízení, ztráta majetku personálu. Dále opuštění zdravotnického zařízení, MU na operačním sále a také napadení zdravotnického personálu. Výskyt MU se dle respondentky, ihned po zajištění pacienta, sepíše a odevzdá auditoru léčebné péče. Ten dle závažnosti informuje představenstvo, to svolá komisi kvality nemocnice. Následuje řešení – na pracovišti se upozorní daný pracovník, provede se přeškolení, řešení s primářem oddělení. To vše dle závažnosti a dopadů MU. Pokud se jedná o nový typ MU na oddělení, respondentka by byla pro zapojení pracovníka – viníka (např. formou podílení se na vytvoření standardu, letáku, přednášky atp.). Další dotaz se týkal komunikace se sestrami a ostatními zdravotníky. Respondentka uvedla, že v rámci své funkce komunikuje se sestrami, ostatními zdravotnickými pracovníky, ale i s pacienty. S řadovými sestrami komunikuje ihned na oddělení při kontrolách, provádí školící akce pro sestry čtvrtletně, zde se jedná o 4hodinový výukový program (dokumentace). S vedoucími pracovníky jedná ohledně auditů, které probíhají 1x měsíčně. Vedoucí pracovníci oddělení písemně vyhodnocují a vyjadřují se k nápravným opatřením. Dodržování a účinnost nápravných opatření

respondentka kontroluje (splnění a efektivita do předem dohodnutého termínu). S ostatními členy týmu managementu kvality/rizik probíhá komunikace respondentky následovně: s týmy školitelů čtvrtletně porady, při změnách častěji, se členy týmu Komise kvality probíhají setkání 1x měsíčně. Respondentka si spolupráci se členy týmu managementu kvality/rizik pochvaluje, občas musí vystupovat tak trochu v roli obhájkyně sester. Pacienti se ke kvalitě péče a plnění svých potřeb mohou vyjádřit v anonymních dotaznících spokojenosti, mají možnost podat stížnost či námět ke zlepšení na sekretariát vedení nemocnice. Dotazníky se vyhodnocují pololetně, stížnosti se řeší ihned. Na otázky týkající se spolupráce se sestrami a jejich postoj k managementu rizik se respondentka vyjádřila takto: „Přístup sester: ze začátku se vyskytovala nedůvěra, rozpaky, rozmrzelost, pocit brzdění v práci, odmítání nového spojeného nárůstem papírování, kontrol na pracovišti. Časem byl znát nárůst sebevědomí sester, jsou o všem informované, podílejí se na zvyšování kvality v nemocnici, věří si, umí odpovědět na položené otázky, na kontroly si zvykly jako na nutné zlo, podílejí se na nich, mají radost, když je jejich oddělení zveřejněné jako nejlepší – jistá soutěživost. Setkávám se však stále tak trochu s rozporuplným přístupem: zdržování od práce, ale i konzultace nových postupů, sestry se podílejí i na přizpůsobení dokumentace. Přístup od sester je korektní, to spíš ze strany lékařů někdy nepřátelský. Se sestrami problém v komunikaci opravdu nevidím. Ze své předchozí práce umím pochopit jejich vytíženost, zájem o pacienta na prvním místě, že jsem pracovala jako jedna z nich mi usnadňuje komunikaci se sestrami, ale znepríjemňuje komunikaci s lékaři. Sestry dokáží ocenit, že jsem jedna z nich a mám pro jejich práci pochopení a snažím se jim práci co nejméně ztěžovat. Lékaři tento přístup bohužel nemají, sestry spousty práce musí provádět za lékaře, někdy je i prosit a kontrolovat, aby dodržovali platné standardy či směrnice (např. zápisy do dokumentace). Když probíhala akreditace nemocnice, veškerá práce stála hlavně na sestrách a jejich přístupu ke změnám“.

Ke tvorbě standardů respondentka uvedla, že sestry v tomto zařízení k ní většinou přistupují aktivně: jedná se hlavně o přizpůsobování se legislativě, novým vyhláškám MZ. Při auditech se potom zjistí nedostatky v určitých oblastech, nebo několik variant

interpretací – tvorba standardu, ujednocení postupu – možnost kontroly – externě i interně, staniční ví, kde se podívat, jestli oddělení pracuje ve všem jako druhé. Sestry se zapojují – tvorba standardů z jejich oboru – mají lepší informace, rozumějí problematice, byly proškolené. Respondentka nechává sestřím konzultovat nové standardy – pohled z praxe, jestli je postup v praxi proveditelný nebo formulace srozumitelná a jednoznačně vyložitelná. Možnost zapojení samotných sester tak respondentka shledává velmi přínosnou.

Respondentka č. 5

Respondentka č. 5 je sestra ve věku 54 let. Již 3 roky vykonává funkci náměstek pro ošetrovatelskou péči, do jejíchž kompetencí spadá management kvality – rizik. Dříve pracovala jako řadová a staniční sestra na interním oddělení Vystudovala bakalářský program v oboru Ošetrovatelství a po vstupu do funkce si doplnila magisterské vzdělání v oboru management. Zařízení, ve kterém respondentka pracuje, se v současné době připravuje na akreditaci SAK ČR, od roku 2006 má certifikáty ISO 9001:2001 na poskytování léčebně-preventivní a ošetrovatelské péče. Certifikáty vždy po roce obhájila, snaha nemocnice o zvyšování kvality péče se projevila také opakovaným výborným umístěním v celostátních průzkumech spokojenosti pacientů a titulem bezpečná nemocnice. Na základě těchto výsledků a ohlasů se nemocnice rozhodla právě i pro akreditační šetření. Podle výsledků akreditačního šetření se bude v zařízení uvažovat o restrukturalizaci úseku kvality – vytvoření dalších funkcí s ohledem na potřeby úseku kvality. Ve své funkci respondentka podléhá náměstkovi pro kvalitu péče – lékaři. Respondentce potom podléhají již všichni zaměstnanci. Úzce spolupracuje hlavně s vedoucími pracovníky oddělení, se kterými koordinuje opatření vzniklá v souvislosti se snahou nemocnice o úspěch v akreditačním šetření, tedy kontroly, tvoření standardů, edukace a přesvědčování zaměstnanců atd. Náplní práce jsou pravidelné porady, edukace zaměstnanců a pacientů, kontrolní činnost (audity), tvoření standardů, směrnic a jejich zavádění do praxe. Důležitá je dle respondentky právě komunikace se zaměstnanci, kteří si musí na nová a „přísnější“ opatření zvyknout – i když standard péče je jak již respondentka uvedla již tak poměrně vysoký. Ale „stále

je co zlepšovat“. Na otázku týkající se rolí, které v rámci své funkce respondentka plní, odpověděla následovně: „Myslím, že teď je toho moc najednou, takže nejvíce asi edukátor, auditor, autor standardů, směrnic a stále dalších a dalších nařízení, velmi důležitá je role komunikátora, také mentor a v neposlední řadě role obhájce. Obhájce nejen pacienta a jeho požadavků na kvalitní službu, ale také obhájce zaměstnanců v procesu zavádění změn do praxe, a jistě obhájce právě těchto změn u zaměstnanců. Také role jakéhosi vyhledavače rizik, které jsme ještě neodhalili“. K zájmu o management rizik vedlo pacientku právě známky úspěšné snahy o zvyšování kvality péče, jak již respondentka uváděla, podporou a podstatou byly úspěchy dosažené v celostátních průzkumech, zpětná vazba od pacientů a vědomí, že ta společná snaha k něčemu vede. Na počátku své praxe respondentka zažila (naštěstí ne jako aktivní účastník) také některé chyby – v medikaci, pády, dekubity. Většinou se o problému nemluvilo, vyřešilo se na úrovni primáře a vrchní sestry a chybující zaměstnanec byl potrestán dle závažnosti přestupku (například snížení odměn). Postupně, s přicházejícími změnami i v požadavcích pacientů, se v zařízení začalo mluvit o zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. Při pochybení se začal hledat důvod, proč k problému došlo, a zjedнала se náprava, aby ke stejnému problému nemohlo dojít. Po získání certifikací ISO se začala zavádět různá opatření, začaly se vytvářet preventivní kroky zabraňující vzniku nežádoucích událostí. Respondentka uvedla, že si vedoucí pracovníci, ale i členové vedení začali uvědomovat, že je třeba dát těmto změnám nějaký směr a systém, aby se opatření zařadila plynule do běžné praxe. V rámci prvních myšlenek a následně příprav na akreditační šetření došlo k zavádění informovaných souhlasů pro pacienty a dotazníků spokojenosti pacientů – tak, aby se pacienti mohli vlastně podílet na rozhodování o péči. Tento fakt respondentka zdůraznila, zvýšení odpovědnosti je podle respondentky jednou z důležitých změn v péči. Dalšími novinkami byla tvorba směrnic, ať už o zdravotnické dokumentaci – samotná dokumentace také doznávala postupných změn – nebo o podávání a aplikaci léčiv. Také se klade větší důraz na prevenci záměny pacienta – k lepší identifikaci byly zavedeny barevné identifikační náramky pro pacienty. Na svém pracovišti respondentka krom již uvedených rizik – záměny pacienta, chybné medikaci či nedostatečné edukace

pacientů pociťuje a snaží se zavádět kontrolu a předcházení rizik také prevenci pádů, ztrátu biologického materiálu, prevenci vzniku dekubitů či stranové záměny. Díky těmto a dalším opatřením se podařilo výrazně snížit výskyt nežádoucích událostí. Pokud se respondentka s nějakými mimořádnými událostmi setkává, jsou to pády či výskyt dekubitů (u těch je ale bohužel výskyt často spojen s přijetím pacienta z jiného zařízení...), v poslední době se také snaží zařízení čelit problémům s narůstající agresivitou pacientů – došlo například k napadení sestry pacientkou. To je dle respondentky taky trochu nový problém, kterému zařízení musí čelit, každý takový útok je bohužel téměř nepředvídatelný. Při výskytu mimořádných událostí se provádí analýza, zjišťuje se příčina a provádějí se opatření zabráňující opakování události. Analýza se provádí na úrovni vedoucího pracovníka a také chybujiícího zaměstnance(chybujiících zaměstnanců). Respondentka účast chybujiícího pracovníka při analýze mimořádné události bere jako samozřejmost – dojde k jasnému popisu situace, účast není brána jako nějaký „praníř“. Ale společná snaha o vyřešení problému. Také při řešení nějaké stížnosti se snaží zařízení znát postoj zaměstnance, aby se mohlo zaměstnanci případně také pomoci, ne jej pouze potrestat. V tomto přístupu vidí respondentka oproti minulosti velký přínos. Také spolupráce s chybujiícím pracovníkem na tvorbě následného preventivního opatření (například ošetrovatelského postupu, standardu) se dle respondentky ukázala jako krok dobrým směrem. Zvažuje se také zapojení chybujiícího pracovníka ve smyslu edukace ostatních zaměstnanců o problematice. Komunikace s vedoucími sestrami probíhá na poradách. Ty jsou v současné době - při přípravě k akreditačnímu šetření velmi frekventované. Pro řadové sestry probíhají také různá školení, semináře - vytvářejí se nové směrnice a standardy, se kterými musí být všichni zaměstnanci seznámeni. Co se týká přístupu od samotných zaměstnanců, změny se, jak uvedla respondentka, začaly projevat již po certifikacích ISO, kdy se začal klást větší důraz na kvalitu a bezpečí a dodržování preventivních opatření. Pořád však platí, že zaměstnanci mají tendenci brát tyto změny tak trochu jako ztěžování práce, zdržování. Proto se musí se všemi zaměstnanci pořád pracovat, edukovat je, motivovat a podporovat – vysvětlovat podstatu a důvod těchto opatření. Teprve potom se stává přístup pozitivním. Důležitý je dle respondentky také fakt,

že je sestra - jak sama uvedla - „sestry vědí, že mě neošidí, že znám jejich práci a vím, kde mohou zabrat a kde je změna možná“, a také „jsem jedna z nich, žádný cizí člověk, který vymýšlí nařízení od stolu v kanceláři. Na oplátku já se jich mohu také zastat například při zajišťování co nejpříjemnějšího způsobu implementace změn nutných k akreditaci“. Respondentka také provádí časté návštěvy na konkrétních odděleních, aby mohla nejlépe poznat, kde je možnost vzniku nežádoucích událostí, kde probíhá zavádění „novinek“ plynule a kde je třeba opatření pozměnit či přizpůsobit. Právě v této činnosti dochází k důležité komunikaci mezi respondentkou jako reprezentantem managementu a řadovými sestrami. Respondentka se tedy cítí být jakousi spojkou mezi sestrami a vedením zařízení. Stejně tak, jako respondentka „zastupuje zájmy sester“ při poradách vedení, probíhají vlastně takové obhajoby od ostatních členů vedení – na poradách týkajících se v poslední době hlavně „kvality“ se prolínají aspekty ekonomické, právní, medicínské, a právě také ošetrovatelské. Na těchto poradách tedy respondentka spolu s ostatními členy managementu prochází jednotlivé změny, postřehy, nápady a návrhy krok po kroku a snaží se dojít ke společnému cíli – „probojovat se k úspěšnému závěru akreditačního šetření a poskytovat kvalitní a bezpečnou péči za použití co nejefektivnějšího využití sil a prostředků zaměstnanců a samotné nemocnice“. Také důslednou komunikaci s pacienty uvádí respondentka jako významný krok k zajištění bezpečné a kvalitní péče. V tomto zařízení probíhá komunikace s pacienty formou rozhovorů s pacienty, pacienti se mohou s ústní stížností obrátit na vedoucí pracovníky na oddělení (například staniční sestry), s písemnou stížností potom přímo na vedení nemocnice. Nejvyužívanější formou jsou ale dotazníky. Ty dostávají pacienti jednak při pobytu v nemocnici (ambulantním či při hospitalizaci), nebo mohou odpovědět pře internet. Dotazníky jsou anonymní. Analýza výsledků se provádí v pravidelných intervalech a při poradách se předkládá zpráva o výsledcích. K výsledkům mají přístup samozřejmě všichni zaměstnanci, tak, aby byli dostatečně informováni o postoji pacientů k jimi poskytované péči. Vzniká tak dobrá zpětná vazba, na jejíž základě, dle respondentky, může také docházet k postupnému zlepšení péče a zvyšování kvality. Komunikaci s pacienty vidí respondentka jako velmi podstatnou, neboť „o koho jde hlavně při poskytování péče –

ne o nemocnici, její zisk či pracovní příležitost pro zdravotníky – ale jde hlavně o pacienta a uspokojení jeho potřeb – ať už jsou jakékoli“. Jedině kontaktem s pacientem a zájmu o jeho potřeby lze dosáhnout zvýšení kvality péče o něj.

Respondentka č. 6

Respondentka č. 6 je sestra ve věku 30 let. Od počátku své praxe pracovala jako sestra na záchranné službě, následně přidala ještě funkci interního auditora a zhruba jeden a půl roku vykonává funkci Manažer integrovaného systému do jejíž kompetence spadá i management rizik. Na tuto pozici nastoupila před dokončením vysokoškolského (bakalářského) studia v oboru ošetrovatelství, nyní si doplňuje magisterské vzdělání v oblasti managementu. Zařízení má certifikaci ISO od roku 2007, od roku 2009 má certifikaci integrovaného systému řízení – certifikace tří ISO norem kvality, environment a BOZP. Svou funkcí podléhá respondentka představiteli vedení pro integrovaný systém řízení, které je v tomto zařízení zastáváno hlavní sestrou. Přímo podřízení respondentce jsou interní auditoři. Stěžejní jsou pro respondentku úkoly spojené s udržováním a zdokonalováním integrovaného systému řízení, jejímž důsledkem je zvyšování kvality poskytované péče a ochrana pacientů a zdravotníků. Další náplní je příprava plánu interních auditů, jednání s certifikačními autoritami, metodické vedení interních auditorů a kontrola a řízení jejich práce, příprava zpráv pro vedení organizace, důležitou činností je vyhledávání problémů, vedení seznamu neshod, stížností a pochval. Respondentka také spravuje dokumentaci – jednotný systém řízení dokumentace. Pracuje při své činnosti s ISO normami, systémem vnitřních předpisů, procesních řízení a plány interních auditů. Co se týká rolí, které při své činnosti plní, odpověděla respondentka, že asi nejdůležitějšími rolemi jsou pro ni auditor, edukátor, autor, obhájce a komunikátor.

K zájmu o management rizik, také obsažený ve výkonu funkce Manažer integrovaného systému řízení, vedlo respondentku rozhodnutí top managementu organizace o zavedení certifikace a zájem respondentky o tuto problematiku. Respondentce se tato nová oblast a činnost zdála velmi zajímavou.

Při dřívějším působení respondentky na pracovišti se dodržovala pravidla péče dle odbornosti pracovníků, rizika či pochybení nabyta nijak zvlášť řešena. Nějakou mimořádnou příhodu si pacientka nevybavuje, snad jen v posledních letech nárůst počtu napadení posádky. Největší změny pociťuje respondentka v této problematice – tedy bezpečnosti zdravotníků, a dále v masivní expanzi nových technologií. Také nastavení písemných standardů péče a metodiky poskytované péče je změnou.

Na pracovištích, kde respondentka vykonává svou funkci, je používán registr rizik v BOZP. Zde má pracoviště ošetřena všechna rizika provozu. Co se týká mimořádných událostí, se kterými se respondentka setkává, pak nejvíce se vyskytují právě výše zmiňovaná napadení zdravotníků pacientem. V tom vidí respondentka souvislost se změnami norem chování ve společnosti jako takové. Dalšími mimořádnými událostmi, které se v této organizaci řeší, jsou technické problémy – selhání techniky. Zde se lze setkat právě s fenoménem nadměrného používání nových technologií na úkor základních postupů. Zdravotníci se často spoléhají již pouze na specializovanou techniku, a pokud ta (například v diagnostice) selže, objevují se problémy ji nahradit klasickým klinickým vyšetřením. Pokud dojde k mimořádné události či pochybení, na tomto pracovišti se dle respondentky užívá následující postup: identifikace problému, eliminace a minimalizace škod, evidence a opatření k nápravě. Nejen na řešení události, ale také na preventivních opatřeních se podílí chybující pracovník. Dle respondentky totiž dokáže dobře popsat jednak mechanismus vzniku problému, ale také rizikové faktory, které ke vzniku vedly, a také opatření, jak zabránit vzniku dalších takových nehod.

Na otázku komunikace s pracovníky odpověděla respondentka tak, že nejvíce komunikuje s interními auditory – na pravidelných poradách, které probíhají 4x ročně. Dále probíhají interní audity, a to 36x ročně. S auditory konzultuje výsledky auditů, nedostatky a rizika, se kterými se auditoři při kontrolách setkali. Další komunikace probíhá se staničními a vrchními sestrami 1x měsíčně na poradách. Ty jsou nutné, i když staniční a vrchní sestry přímo respondentce nepodléhají, neboť pod vedení respondentky spadá několik pracovišť, které nejsou na jednom místě. Porady tak jsou důležité pro předávání informací mezi jednotlivými pracovišti organizace. V mezičase

provádí respondentka návštěvy přímo na pracovištích, aby mohla komunikovat také s ostatním – řadovým - zdravotnickým personálem. S komunikací s vedením organizace nemá respondentka žádný problém, se členy vedení se setkává na pravidelných poradách vedení, kde předává informace o rizicích, požadavcích. Při výskytu nějaké mimořádné události nebo jiném problému probíhají kontakty osobně. Co se týká komunikace s pacienty, tato probíhá pouze formou možnosti vyjádření pochvaly či stížnosti na vedení organizace. Systém péče poskytovaný na záchranné službě je specifický a cesta komunikace s pacienty dle respondentky není téměř možný. Snad jedinou možnou formou komunikace (jako prevenci předcházení rizik co se týká možnosti zapojení veřejnosti a zvýšení její odpovědnosti) vidí respondentka pravidelnou osvětu a kurzy pro veřejnost, tedy prevenci vidí respondentka v edukaci potencionálních pacientů či poskytovatelů laické předlékařské pomoci.

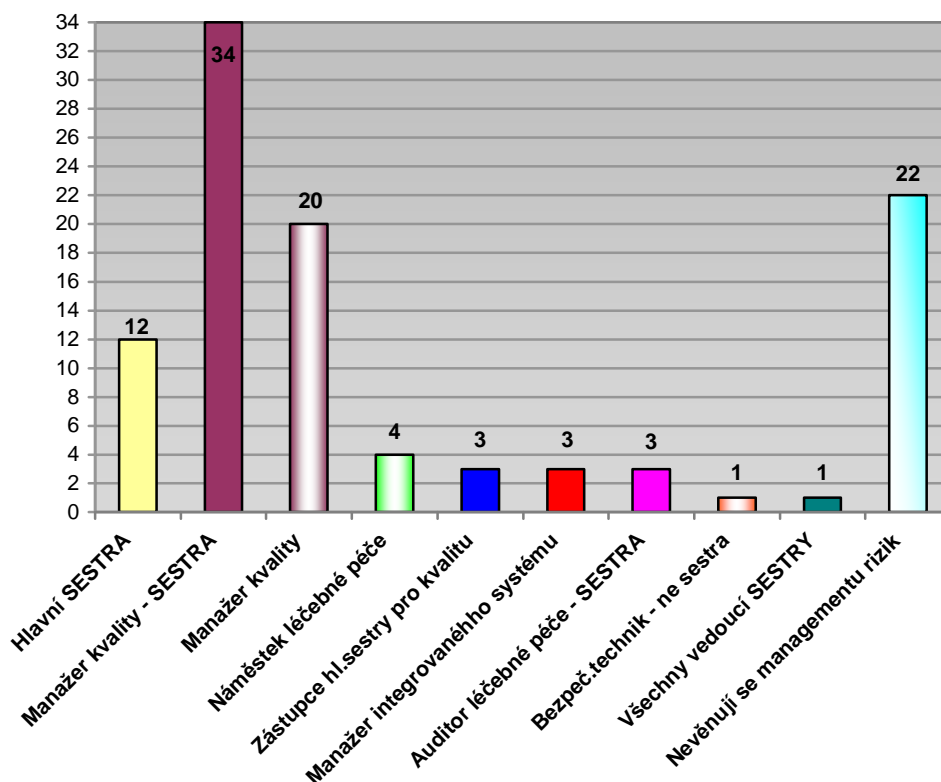
Také oblast komunikace s řadovými zdravotnickými pracovníky je v této organizaci specifická. Respondentka se domnívá, že se tak děje s ohledem na rozdělení kompetencí posádek, protože v přednemocniční péči je důležitá týmová souhra, sestry jsou lékaři brány opravdu jako kolegové, spolubojovníci, kteří jsou v době zásahu většinou odkázáni pouze na sebe. Ve všem je zapojena vždy celá zasahující posádka. To se týká i rizik, případných pochybení, mimořádných událostí a opatření, takže komunikace co se týká této problematiky je většinou dle respondentky bezproblémová i přesto, že respondentka je sestra. U sester samotných je právě ta skutečnost, že je respondentka “jednou z nich“, spíše přínosem. Fakt, že respondentka zná dokonale provoz a zákonitosti jejich pracoviště, dokáže si rizika a nebezpečí lépe představit, než kdyby provoz neznala, je podle reakcí sester na činnost respondentky tím pravým „motorem“ pro jejich spolupráci. Ostatní zaměstnanci, jak je již výše uvedeno, respondentku také respektují. Co se týká standardů, jejich vytváření, vnímá respondentka spolupráci se sestrami jako klíčovou. Ne všechny standardy jsou dány na centrální úrovni, většinou se musí přizpůsobovat konkrétním situacím a dle respondentky je dobře, když je spoluvytváří člověk, který nejen problematiku zná, ale se standardy bude také následně pracovat. Podílení se na vytváření standardů vidí tedy respondentka jako nástroj ke srozumitelnosti a plné využitelnosti standardu, ale také jako motivační prvek

ke spolupráci a odpovědnosti každého řadového pracovníka. V průběhu rozhovoru se respondentka opakovaně vracela k výhodám managementu rizik - jako nástroje k ochraně sester, ostatních zaměstnanců, ale i samotného zařízení. Respondentka uvedla, že nevidí rozdíly mezi typy zdravotnických zařízení v souvislosti s využitím procesů managementu rizik – tedy jestli se jedná o zařízení lůžkové či záchrannou službu: „Všichni, ať již v nemocnici nebo v sanitce, poskytujeme služby s jedním cílem, a to uspokojit potřeby pacienta, pomoci mu udržet nebo navrátit zdraví, v té nejvyšší možné kvalitě. Všichni máme povinnosti, všichni máme ale také práva. Pacienti, i my zdravotníci. A my - sestry jsme k pacientovi asi nejbližší, jsme s ním v nejužším a nejčastějším kontaktu. Musíme se ale snažit i o co nejlepší spolupráci mezi sebou – profesemi nebo zařízeními. A právě proto mi připadá management rizik – ta systémovost, standardy a jasná pravidla, jako dobrá cesta k dosažení společných cílů“.

4.2. Základní grafy a tabulky

V rámci výzkumného šetření byla oslovena všechna lůžková zdravotnická zařízení a záchrané služby v České republice. Dále byla oslovena přímo zařízení akreditovaná organizacemi JCI a SAK ČR, seznam zařízení byl zpracován dle informací zjištěných u těchto organizací. V následujících dvou grafech jsou znázorněny výsledky této části šetření.

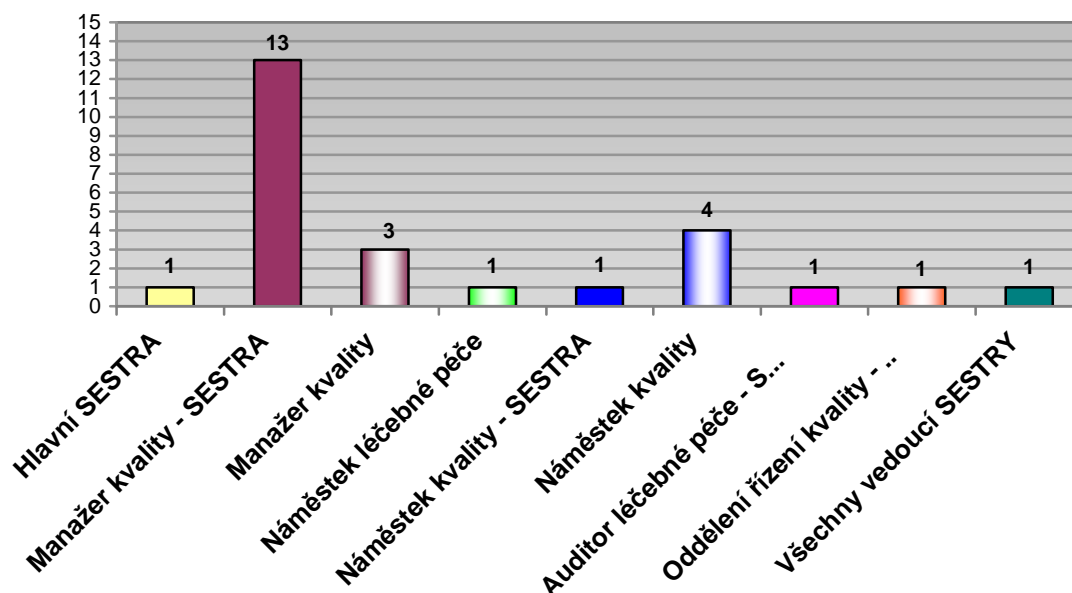
Graf 1 Pracovníci zabývající se managementu rizik ve zdravotnických zařízeních v České republice



Graf 1 znázorňuje existenci pracovníků kompetentních k zajištění managementu rizik ve zdravotnických zařízeních v ČR. Plnými barvami jsou graficky odlišeny sloupky u funkcí, které vykonávají sestry. Z celkového počtu 175 (100%) oslovených zdravotnických zařízení odpovědělo 103 (58,8%) zařízení. Ze zdravotnických zařízení, která na dotaz odpověděla, má management rizik v kompetenci v nejvíce případech – ve 34 (33,1%) sestra – manažer kvality, dále ve 20 (19,4%) manažer kvality (ne sestra),

ve 12 (11,6%) zařízeních má management rizik v kompetenci hlavní sestry, ve 4 (3,9%) náměstek léčebné péče (ne sestry), a ve 3 (2,9%) zařízeních se jedná o sestru – manažera integrovaného systému, sestru – auditora léčebné péče a o zástupce hlavní sestry pro kvalitu. V jednom zařízení (1%) mají v kompetenci management rizik všechny vedoucí sestry nebo bezpečnostní technik (ne sestry). 22 (21,3%) zdravotnických zařízení odpovědělo, že se managementu rizik vůbec nevěnují.

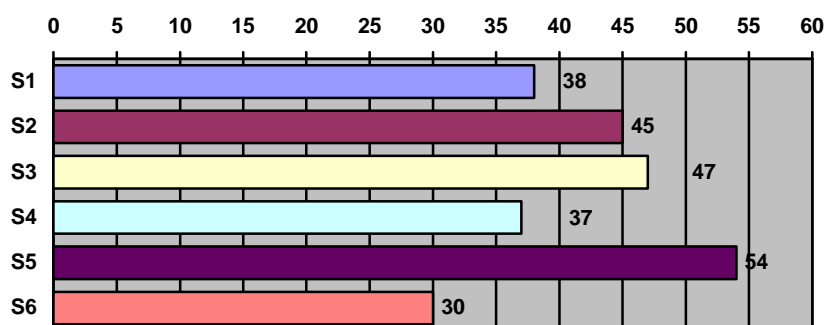
Graf 2 – Pracovníci zabývající se managementu rizik v zařízeních akreditovaných SAK ČR



Graf 2 znázorňuje existenci funkcí/ osob kompetentních k zajištění managementu rizik v zařízeních akreditovaných SAK ČR. Plnými barvami jsou opět graficky odlišeny sloupky u funkcí, které vykonávají sestry. Z celkového počtu 41 (100%) oslovených zdravotnických zařízení akreditovaných SAK ČR odpovědělo 26 (63,4 %) zařízení. Ze zdravotnických zařízení, která na dotaz odpověděla, má management rizik v kompetenci v nejvíce případech – ve 13 (50%) sestry – manažer kvality, dále ve 4 (15,3%) Náměstek kvality (ne sestry), ve třech (11,4%) zařízeních má management rizik v kompetenci manažer kvality (ne sestry). Další funkce jsou zastoupeny vždy

v jednom případě (3,8%), a to hlavní sestra, náměstek léčebné péče (ne sestra), sestra – náměstek kvality, sestra – auditor léčebné péče, oddělení řízení kvality(ne sestra) a v poslední řadě v jednom zařízení (3,8%) mají v kompetenci management rizik všechny vedoucí sestry.

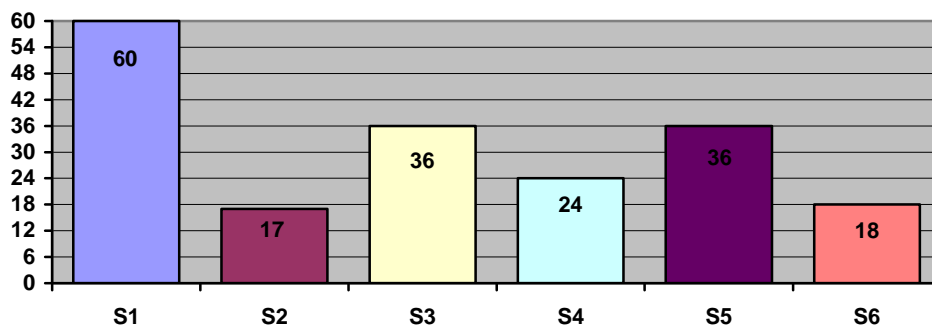
Graf 3 - Věk respondentek



Graf 1 znázorňuje věk respondentek.

Respondentky byly ženy ve věku 38 (S1), 45 (S2), 47 (S3), 37 (S4), 54 (S5), 30 (S6). Průměrný věk respondentek je 42 let.

Graf 2 - Délka praxe respondentek v cílové funkci



Graf 2 znázorňuje délku praxe respondentek.

Délka praxe ve funkci je 60 (S1), 17 (S2), 36 (S3), 24 (S4), 36 (S5), 18 (S6) měsíců. Průměrná délka praxe respondentek je 32 měsíců.

Tabulka 1 – Profesní zařazení v organizaci

TYP AKREDITACE	JCI		SAK ČR		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Manažer kvality	1					
Referent oddělení kvality		1				
Náměstek kvality péče			1			
Auditor léčebné péče				1		
Náměstek pro ošetrovatelskou péči					1	
Manažer integrovaného systému						1

Tabulka 2 znázorňuje profesní zařazení respondentek.

Osloveny byly sestry ve funkcích Manažer kvality (S1), Referent oddělení kvality (S2), Náměstek kvality péče (S3), Auditor léčebné péče (S4), Náměstek pro ošetrovatelskou péči (S5), Manažer integrovaného systému (S6), mající v kompetenci management rizik.

4.3 Kategorizace dat v tabulkách

Tabulka 1 – Zaměstnanci, jimž respondentky svou funkcí podléhají

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Ředitel zdravotnického zařízení	2	1		1			
Vedoucí oddělení kvality (lékař)	1		1				
Místopředseda představenstva	1				1		
Náměstek léčebně preventivní péče	2		1			1	
Hlavní sestra	1						1
Celkový výskyt	7	1	2	1	1	1	1

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Komu ve své funkci podléháte?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** jsou uvedeny následující kategorie odpovědí: 1x *Řediteli ZZ* (S1), 1x *Vedoucímu oddělení kvality* (S2) a 1x *Náměstkovi LPP* (S2).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** jsou uvedeny tyto kategorie odpovědí: 1x *Řediteli ZZ* (S3) a 1x *Místopředsedovi představenstva ZZ* (S4).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** jsou uvedeny kategorie odpovědí: 1x *Náměstkovi LPP* (S5) a 1x *Hlavní sestře* (S6).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 7.

Tabulka 2 – Kdo respondentkám v oblasti managementu rizik podléhá

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Všichni zaměstnanci zařízení</i>	2	1				1	
<i>Sestry a nelékařský zdravotnický personál</i>	1		1				
<i>Lékaři</i>	1		1				
<i>Pracovníci oddělení kvality</i>	2	1		1			
<i>Interní auditoři</i>	4	1		1	1		1
<i>Školitelské týmy lékařů a sester (zástupci jednotlivých oddělení)</i>	1				1		
Celkový výskyt	11	3	2	2	2	1	1

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Kdo Vám ve Vaší funkci v rámci managementu rizik podléhá?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** byla 1x uvedena kategorie *Všichni zaměstnanci zařízení* (S1), 1x *Pracovníci oddělení kvality* (S1) a *Interní auditoři* (S1), jedenkrát se také vyskytly kategorie odpovědí *Sestry a nelékařský zdravotnický personál* (S2) a *Lékaři* (S2).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** byla nejvíce, 2x, uvedena kategorie *Interní auditoři* (S3,S4), kategorie *Pracovníci oddělení kvality* 1x (S3) a 1x *Školitelské týmy lékařů a sester (zástupci jednotlivých oddělení)* (S4).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** jsou uvedeny následující kategorie odpovědí: 1x *Všichni zaměstnanci zařízení* (S5) a 1x *Interní auditoři* (S6).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 11.

Tabulka 3 – Náplň činnosti respondentek

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Vyhledávání rizik vyplývajících z činnosti ZZ</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Audity</i>	5	1	1	1	1	1	
<i>(Spolu) tvorba standardů, předpisů, směrnic</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Implementace standardů, předpisů, směrnic</i>	4	1	1	1		1	
<i>Kontrola funkčnosti standardů, směrnic</i>	4	1	1	1		1	
<i>Edukace zaměstnanců</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Komunikace se všemi členy léčebného týmu</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Sledování komplikací – mimořádných událostí</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Sledování indikátorů kvality</i>	2	1			1		
<i>Zajištění procesů nápravných opatření</i>	4		1	1	1		1
<i>Zajištění přípravy a průběhu (re)akreditace</i>	4	1	1	1		1	
<i>Hodnocení zjištěných výsledků procesů</i>	1	1					
<i>Zveřejňování výsledků auditů, MU atd.</i>	3	1		1	1		
<i>Řízení a kontrola dokumentace</i>	2			1	1		
<i>Pravidelné porady</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Sledování platné legislativy</i>	6	1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	71	14	12	14	12	11	8

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jaká je Vaše náplň činnosti?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** byly nejčastějšími kategoriemi odpovědí 2x uvedené *Vyhledávání rizik vyplývajících z činnosti ZZ*, *Audity*, *(Spolu) tvorba standardů, předpisů, směrnic*, *Implementace standardů, předpisů, směrnic*, *Kontrola funkčnosti standardů, směrnic*, *Edukace zaměstnanců*, *Sledování komplikací – mimořádných událostí*, *Komunikace se všemi členy léčebného týmu*, *Zajištění přípravy a průběhu (re)akreditace*, *Sledování platné*

legislativy a Pravidelné porady (S1, S2). 1x uvedené kategorie byly Sledování indikátorů kvality (S1), Hodnocení zjištěných výsledků procesů (S1) a Zveřejňování výsledků auditů, MU atd. (S1). Další kategorií odpovědí byla potom 1x uvedena Zajištění procesů nápravných opatření (S2).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** byly uvedeny 2x kategorie *Vyhledávání rizik vyplývajících z činnosti ZZ, Audity, (Spolu) tvorba standardů, předpisů, směrnic, Edukace zaměstnanců, Komunikace se všemi členy léčebného týmu, Sledování komplikací – mimořádných událostí, Zajištění procesů nápravných opatření, Sledování platné legislativy, Řízení a kontrola dokumentace, Pravidelné porady a Zveřejňování výsledků auditů, MU atd. (S3, S4). Kategorie Implementace standardů, předpisů, směrnic, Kontrola funkčnosti, standardů, směrnic, Zajištění přípravy a průběhu (re)akreditace* byly uvedeny vždy 1x (S3), 1x byly také uvedeny kategorie odpovědí *Sledování indikátorů kvality, Zveřejňování výsledků auditů, MU atd., Řízení a kontrola dokumentace (S4).*

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** jsou 2x uvedeny kategorie *Vyhledávání rizik vyplývajících z činnosti ZZ, (Spolu) tvorba standardů, předpisů, směrnic, Edukace zaměstnanců, Komunikace se všemi členy léčebného týmu, Sledování komplikací – mimořádných událostí, Sledování platné legislativy a Pravidelné porady (S5, S6), 1x Audity, Implementace standardů, předpisů, směrnic, Kontrola funkčnosti standardů, směrnic, Zajištění přípravy a průběhu (re)akreditace (S5) a 1x kategorie Zajištění procesů nápravných opatření (S6).*

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 71.

Tabulka 4 – Role, které respondentky v současné době ve funkci plní

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Komunikátor</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Komunikant</i>	1			1			
<i>Edukátor</i>	5	1	1		1	1	1
<i>Mentor</i>	5	1	1	1	1	1	
<i>Autor (spoluautor)</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Obhájce</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Vyhledavač (rizik)</i>	1					1	
<i>Coach</i>	1			1			
<i>Koordinátor</i>	3	1	1	1			
<i>Auditor</i>	6	1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	40	7	7	8	6	7	5

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jaké role dle Vašeho mínění v současné době ve své funkci plníte?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** byly 2x uvedeny kategorie odpovědí *Komunikátor*, *Edukátor*, *Mentor*, *Autor (spoluautor)*, *Obhájce*, *Auditor* a *Koordinátor* (S1, S2).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** byly 2x uvedeny kategorie *Komunikátor*, *Mentor*, *Auditor*, *Obhájce*, *Autor (spoluautor)* (S3, S4), 1x kategorie *Komunikant*, *Koordinátor*, *Coach* (S3) a 1x *Edukátor* (S4).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** se 2x vyskytly kategorie odpovědí *Komunikátor*, *Edukátor*, *Auditor*, *Obhájce* a *Autor (spoluautor)* (S5, S6) a 1x *Mentor* a *Vyhledavač (rizik)* (S5).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 40.

Tabulka 5 – Důvod zájmu respondentek o problematiku managementu rizik

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Aktivní zájem o problematiku, nové možnosti</i>	5	1	1	1	1		1
<i>Delegování vedením do funkce</i>	3				1	1	1
<i>Setkání s problematikou při studiu</i>	1	1					
<i>Zkušenosti z předchozí praxe (MU a způsob jejich řešení na pracovišti)</i>	2	1	1				
<i>Výuka budoucích sester (zdravotnických asistentů) a zájem naučit je bezpečnou péčí</i>	1			1			
<i>Pozitivní zkušenosti – vědomí, že systém již někde dobře funguje</i>	1					1	
<i>Zpětná vazba od pacientů v oblasti bezpečí a kvality péče)</i>	1					1	
Celkový výskyt	14	3	2	2	2	3	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Co Vás vedlo k zájmu o management rizik?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** byly kategorie *Aktivní zájem o problematiku, nové možnosti* a *Zkušenosti z předchozí praxe (MU a způsob jejich řešení na pracovišti)* uvedeny 2x (S1, S2), a jedenkrát se objevila kategorie *Setkání s problematikou při studiu* (S1).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** se 2x vyskytla kategorie *Aktivní zájem o problematiku, nové možnosti* (S3, S4), 1x *Delegování vedením do funkce* (S4) a 1x *Výuka budoucích sester (zdravotnických asistentů) a zájem naučit je bezpečnou péčí* (S3).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** se objevila 2x kategorie odpovědí *Delegování vedením do funkce* (S5, S6), 1x *Aktivní zájem o problematiku, nové možnosti* (S6) a jedenkrát se vyskytly kategorie *Zpětná vazba od pacientů v oblasti bezpečí a kvality péče)* a *Pozitivní zkušenosti – vědomí, že systém již někde dobře funguje* (S5).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 14.

Tabulka 6 – Zkušenosti respondentek s managementem rizik a MU z předchozích pracovišť

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Komplikace po podání chybné krve</i>	1	1					
<i>Chyby způsobené přetížením zdravotnických pracovníků</i>	3		1	1			1
<i>Chybná medikace</i>	1				1		
<i>Napadení personálu pacientem</i>	2					1	1
<i>Pouze potrestání chybujícího zaměstnance</i>	2	1	1				
<i>Žádná analýza chyb systému, pouze jednotlivce</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Žádné šetření, řešení, náprava</i>	2					1	1
<i>Řešení pouze na úrovni oddělení – bez ponaučení pro ostatní</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Snaha o utajení událostí</i>	3	1	1	1			
Celkový výskyt	26	5	5	4	3	4	5

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jaké máte zkušenosti s managementem rizik, MU a jejich řešením z předchozích pracovišť?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** byly 2x uvedeny kategorie *Pouze potrestání chybujícího zaměstnance*, *Žádná analýza chyb systému, pouze jednotlivce*, *Žádné šetření, řešení, náprava*, *Snaha o utajení událostí*, *Řešení pouze na úrovni oddělení – bez ponaučení pro ostatní* (S1, S2). 1x se vyskytly kategorie *Komplikace po podání chybné krve* (S1) a *Chyby způsobené přetížením zdravotnických pracovníků* (S2).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** byly 2x uvedeny kategorie *Žádná analýza chyb systému, pouze jednotlivce*, *Řešení pouze na úrovni oddělení – bez ponaučení pro ostatní* (S3, S4). Jedenkrát se objevily kategorie *Chyby způsobené přetížením zdravotnických pracovníků* (S3), *Snaha o utajení událostí* (S3) a *Chybná medikace* (S4).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** se 2x objevila odpověď *Napadení personálu pacientem*, *Žádná analýza chyb systému, pouze jednotlivce*, *Žádné šetření, řešení, náprava*, *Řešení pouze na úrovni oddělení – bez ponaučení pro ostatní* (S5, S6), a 1x kategorie *Chyby způsobené přetížením zdravotnických pracovníků* (S6).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 26.

Tabulka 7 – Změny v problematice z pohledu respondentek oproti minulosti

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Dříve zatajování, dnes větší transparentnost v poskytování péče</i>	3	1	1	1			
<i>Změny v myšlení lidí</i>	2	1		1			
<i>Existence lepší zpětné vazby (akreditace, sledování spokojenosti)</i>	2	1	1				
<i>Zvyšování odpovědnosti sester (ZZ)</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Zvyšování aktivity a odpovědnosti pacientů</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Zvyšování důrazu na bezpečí pacienta (preventivní opatření)</i>	4	1	1		1	1	
<i>Zvyšování důrazu na bezpečí zdravot. pracovníků (preventivní opatření)</i>	2					1	1
<i>Nové technologie, postupy</i>	1						1
<i>Systémovost v poskytování bezpečné péče</i>	3	1	1			1	
Celkový výskyt	29	7	6	4	3	5	4

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

K jakým změnám v problematice dle Vašeho mínění oproti minulosti dochází?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** se vyskytly 2x kategorie odpovědi *Dříve zatajování, dnes větší transparentnost v poskytování péče*, *Existence lepší zpětné vazby (akreditace, sledování spokojenosti)*, *Zvyšování odpovědnosti sester (ZZ)*, *Zvyšování aktivity a odpovědnosti pacientů*, *Zvyšování důrazu na bezpečí pacienta (preventivní opatření)* a *Systémovost v poskytování bezpečné péče* (S1, S2) a jedenkrát *Změny v myšlení lidí* (S1).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** byly 2x odpovědi zařazeny do kategorií *Zvyšování odpovědnosti sester (ZZ)*, *Zvyšování aktivity a odpovědnosti pacientů* (S3, S4), a 1x do kategorií *Dříve zatajování, dnes větší transparentnost v poskytování péče* (S3), *Změny v myšlení lidí* (S3) a *Zvyšování důrazu na bezpečí pacienta (preventivní opatření)* (S4).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** se 2x objevily kategorie *Zvyšování odpovědnosti sester (ZZ)*, *Zvyšování aktivity a odpovědnosti pacientů*, *Zvyšování důrazu na bezpečí zdravotnických pracovníků (preventivní opatření)* (S5, S6), 1x kategorie *Zvyšování důrazu na bezpečí pacienta (preventivní opatření)* (S5), *Nové technologie, postupy* (S6) a *Systémovost v poskytování bezpečné péče* (S5).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 29.

Tabulka 8 – Způsob sledování rizik na pracovišti respondentek

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Registr rizik</i>	1						1
<i>Rizika již rozpracována ve standardech, směrnících, oš. postupech či inf. souhlasech</i>	5	1	1	1	1	1	
<i>Sledování indikátorů kvality x rizik konkrétně na každém odd., jejich analýza</i>	2	1	1				
<i>Národní prevalenční studie (dekubity)</i>	2	1		1			
<i>Systém hlášení MU i potencionálních chyb</i>	5	1	1	1	1		1
<i>Audity (rizika kontrolovaná či nově zjištěná)</i>	2	1			1		
<i>Využití pacientů – dotazníky spokojenosti, náměty, stížnosti (zpětná vazba)</i>	3	1		1		1	
Celkový výskyt	20	6	3	4	3	2	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jakým způsobem jsou na Vašem pracovišti sledována rizika?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** byly 2x uvedeny kategorie *Rizika již rozpracována ve standardech, směrnících, oš. postupech či inform. souhlasech*, *Sledování indikátorů kvality x rizik konkrétně na každém oddělení a jejich pravidelná analýza* a *Systém hlášení MU i potencionálních chyb* (S1, S2), jedenkrát byly zařazeny odpovědi do kategorií *Národní prevalenční studie (dekubity)* (S1), *Audity (rizika kontrolovaná či nově zjištěná)* (S1) a *Využití pacientů – dotazníky spokojenosti, náměty, stížnosti (zpětná vazba)* (S1).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** byly nejčastější kategorie – 2x uvedené - *Rizika již rozpracována ve standardech, směrnících, oš. postupech či inform. souhlasech* a *Systém hlášení MU i potencionálních chyb* (S3, S4), jedenkrát se objevily kategorie *Národní prevalenční studie (dekubity)* (S3), *Využití pacientů – dotazníky spokojenosti, náměty, stížnosti (zpětná vazba)* (S3) a *Audity (rizika kontrolovaná či nově zjištěná)* (S4).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** byly vždy jedenkrát uvedeny kategorie *Registr rizik* (S6), *Systém hlášení MU i potencionálních chyb (intranet)* (S6), *Rizika již rozpracována ve standardech, směrnících, oš. postupech či inform. souhlasech* (S5) a *Využití pacientů – dotazníky spokojenosti, náměty, stížnosti (zpětná vazba)* (S5).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 20.

Tabulka 9 - Vybraná sledovaná rizika na pracovišti respondentek

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Záměna pacienta (např. postup při identifikaci pacienta)	4	1	1		1	1	
Stranová záměna (např. verifikační protokol)	3	1	1			1	
Dokumentace (způsob provádění zápisů, forma dokumentace atd.)	4	1	1	1	1		
Chyby při medikaci	4	1	1		1	1	
Dekubity	5	1	1	1	1	1	
Pády	5	1	1	1	1	1	
Nozokomiální infekce	3	1	1	1			
Edukace pacientů	3	1			1	1	
Aktivizace pacientů	1			1			
Spokojenost pacientů	2	1		1			
Napadení personálu pacientem/rodinou	2		1				1
Zdravotnická technika	1	1					
Reoperace	1	1					
BOZP a provoz	1						1
Identifikace zaměstnanců a bezpečnostní opatření (uzavřená oddělení apod.)	2	1			1		
Vzdělávání zaměstnanců	2	1		1			
Ochrana dat pacienta (přístup k informacím)	2	1			1		
Uložení léčiv a chemikálií	1				1		
Další rizika dle specifikace jednotlivých oddělení	1		1				
Celkový výskyt	47	14	9	7	9	6	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jaká rizika na Vašem pracovišti pro příklad sledujete?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** byly 2x uvedeny kategorie *Záměna pacienta (např. postup při identifikaci pacienta)*, *Stranová záměna (např. verifikační protokol)*,

Dokumentace (způsob provádění zápisů, forma dokumentace atd.), Chyby při medikaci, Dekubity, Pády a Nozokomiální infekce (S1, S2), a jedenkrát kategorie Edukace pacientů (S1), Spokojenost pacientů (S1), Zdravotnická technika (S1), Reoperace (S1), Identifikace zaměstnanců a bezpečnostní opatření (uzavřená oddělení apod.) (S1), Vzdělávání zaměstnanců, Ochrana dat pacienta (přístup k informacím) (S1), Napadení personálu pacientem/rodinou (S2) a Další rizika dle specifikace jednotlivých oddělení (S2).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** se 2x vyskytly kategorie *Dokumentace (způsob provádění zápisů, forma dokumentace atd.), Dekubity a Pády (S3, S4),* a 1x kategorie *Záměna pacienta (např. postup při identifikaci pacienta) (S4), Chyby při medikaci (S4), Edukace pacientů (S4), Identifikace zaměstnanců a bezpečnostní opatření (uzavřená oddělení apod.) (S4), Uložení léčiv a chemikálií (S4), Ochrana dat pacienta (přístup k informacím) (S4), Nozokomiální infekce (S3), Aktivizace pacientů (S3), Spokojenost pacientů (S3) a Vzdělávání zaměstnanců (S3).*

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** se vyskytly vždy jedenkrát kategorie odpovědí *Záměna pacienta (např. postup při identifikaci pacienta) (S5), Stranová záměna (např. verifikační protokol) (S5), Chyby při medikaci (S5), Dekubity (S5), Pády (S5), Edukace pacientů (S5), Napadení personálu pacientem/rodinou (S6) a BOZP a provoz (S6).*

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 47.

Tabulka 10 – Mimořádné události nejčastěji řešené na pracovištích respondentek

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Pády</i>	4	1	1		1	1	
<i>Výskyt nozokomiálních infekcí</i>	2	1		1			
<i>Dekubity</i>	2	1				1	
<i>Chyby při podávání léčiv</i>	1	1					
<i>Napadení personálu pacientem/rodinou</i>	4		1		1	1	1
<i>Reoperace</i>	1	1					
<i>Selhání zdravotnické techniky</i>	1						1
<i>Sebeпоškozující chování pacienta</i>	1				1		
<i>Svévolné opuštění zařízení pacientem</i>	1				1		
<i>MU při operačním výkonu</i>	1				1		
<i>Ztráta či poškození majetku ZZ, zdravotnického pracovníka či pacienta</i>	1				1		
Celkový výskyt	19	5	2	1	6	3	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jaké mimořádné události na vašem pracovišti řešíte nejvíce?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** byla 2x uvedena kategorie *Pády* (S1, S2) a jedenkrát *Výskyt nozokomiálních infekcí* (S1), *Dekubity* (S1), *Chyby při podávání léčiv* (S1), *Reoperace* (S1) a *Napadení personálu pacientem/rodinou* (S2).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** se vyskytly, vždy jedenkrát, kategorie odpovědí *Pády* (S4), *Napadení personálu pacientem/rodinou* (S4), *Sebeпоškozující chování pacienta* (S4), *Svévolné opuštění zařízení pacientem* (S4), *MU při operačním výkonu* (S4), *Ztráta či poškození majetku ZZ, zdravotnického pracovníka či pacienta* (S4) a *Výskyt nozokomiálních infekcí* (S3).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** se 2x vyskytla odpověď *Napadení personálu pacientem/rodinou* (S5, S6), a 1x kategorie odpovědí *Pády* (S5), *Dekubity* (S5) a *Selhání zdravotnické techniky* (S6).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 19.

Tabulka 11 – Opatření používaná při výskytu MU

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Hlášení intranet → odd. kvality, ředitelství aj.</i>	4	1	1	1	1		
<i>Řešení - analýza vedoucího (ev. zástupce vedení ZZ, auditora) s chybujícím pracovníkem</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Řešení - analýza systémových chyb (chyba v postupu, směrnici – kořenová analýza)</i>	2	1		1			
<i>Hlášení i potencionálních chyb</i>	2	1		1			
<i>Zapojení chybujícího pracovníka do návrhů nápravných opatření - opravy oš. postupů</i>	4	1		1	1		1
<i>Zapojení chybujícího pracovníka do návrhů nápravných opatření - edukace ostatních, přeškolení, přednáška, leták...)</i>	4			1	1	1	1
<i>Důraz na zveřejnění výsledků – přístupné všem</i>	1	1					
<i>Případná právní ochrana zaměstnance (pokud nedošlo k závažnému porušení povinností zaměstnancem – například alkohol...)</i>	1	1					
Celkový výskyt	24	7	2	6	4	2	3

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jaká opatření ve Vašem zařízení při výskytu MU používáte?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** se objevily 2x kategorie *Hlášení intranet → odd. kvality, ředitelství aj.*, a *Řešení - analýza vedoucího (eventuelně zástupce vedení ZZ, auditora) s chybujícím pracovníkem* (S1, S2), jedenkrát potom kategorie *Řešení - analýza systémových chyb (chyba v postupu, směrnici – kořenová analýza)* (S1), *Hlášení i potencionálních chyb* (S1), *Zapojení chybujícího pracovníka do návrhů nápravných opatření - opravy ošetřovatelských postupů* (S1), *Důraz na zveřejnění výsledků – přístupné všem* (S1) a *Případná právní ochrana zaměstnance (pokud nedošlo k závažnému porušení povinností zaměstnancem – například alkohol...)* (S1).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** byly dvakrát uvedeny kategorie odpovědí *Hlášení intranet → odd. kvality, ředitelství aj.*, *Řešení - analýza vedoucího*

(eventuelně zástupce vedení ZZ, auditora) s chybujícím pracovníkem, Zapojení chybujícího pracovníka do návrhů nápravných opatření - opravy ošetrovatelských postupů, Zapojení chybujícího pracovníka do návrhů nápravných opatření - edukace ostatních, přeškolení, přednáška, leták...) (S3, S4), a jedenkrát kategorie Řešení - analýza systémových chyb (chyba v postupu, směrnici – kořenová analýza) (S3) a Hlášení i potencionálních chyb (S3).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** se 2x vyskytly kategorie odpovědí Řešení - analýza vedoucího (eventuelně zástupce vedení ZZ, auditora) s chybujícím pracovníkem a Zapojení chybujícího pracovníka do návrhů nápravných opatření - edukace ostatních, přeškolení, přednáška, leták...) (S5, S6), a 1x kategorie Zapojení chybujícího pracovníka do návrhů nápravných opatření - opravy ošetrovatelských postupů (S6).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 24.

Tabulka 12 – Nejvhodnější způsob řešení MU z pohledu respondentek

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Společná analýza systému vedení s chybujícím zaměstnancem (proč se to stalo?)</i>	2	1					1
<i>Analýza zaměstnanec a svědci (obhajoba zaměstnance)</i>	1		1				
<i>Zapojení všech zaměstnanců do analýzy události (ne pouze konkrétního jedince)</i>	1			1			
<i>Chybující zaměstnanec – tvorba edukačního materiálu (např. nový standard, leták, apod.)</i>	4	1			1	1	1
<i>K řešení přistupovat také dle závažnosti pochybení a způsobu chování zaměstnance</i>	1	1					
Celkový výskyt	9	3	1	1	1	1	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jaký způsob vidíte jako nejvhodnější při řešení MU?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** byly vždy 1x uvedeny kategorie *Společná analýza systému vedení s chybujícím zaměstnancem (proč se to stalo?)* (S1), *Chybující zaměstnanec – tvorba edukačního materiálu (např. nový standard, leták, apod.)* (S1), *K řešení přistupovat také dle závažnosti pochybení a způsobu chování zaměstnance* (S1) a *Analýza zaměstnanec a svědci (obhajoba zaměstnance)* (S2).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** se objevily 1x kategorie *Zapojení všech zaměstnanců do analýzy události (ne pouze konkrétního jedince)* (S3) a *Chybující zaměstnanec – tvorba edukačního materiálu (např. nový standard, leták, apod.)* (S4).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** byla 2x uvedena kategorie *Chybující zaměstnanec – tvorba edukačního materiálu (např. nový standard, leták, apod.)* (S5, S6) a jedenkrát kategorie *Společná analýza systému vedení s chybujícím zaměstnancem (proč se to stalo?)* (S6).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 9.

Tabulka 13 – Způsob komunikace respondentek se sestrami

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Pouze přes vrchní sestry, interní auditory apod.</i>	1	1					
<i>Podílení se na tvorbě/změnách standardů a nařízeních</i>	3	1	1	1			
<i>Návštěvy při auditech</i>	5	1		1	1	1	1
<i>Návštěvy při výskytu a řešení MU</i>	3	1		1			1
<i>Edukační návštěvy</i>	2		1		1		
<i>Různá školení, semináře, konference</i>	3			1	1	1	
Celkový výskyt	17	4	2	4	3	2	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jakým způsobem komunikujete se sestrami?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** se 2x vyskytla kategorie *Podílení se na tvorbě/změnách standardů a nařízeních* (S1, S2) a 1x byly uvedeny kategorie *Pouze přes vrchní sestry, interní auditory apod.* (S1), *Návštěvy při auditech* (S1), *Návštěvy při výskytu a řešení MU* (S1) a *Edukační návštěvy* (S2).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** byly 2x uvedeny kategorie odpovědí *Návštěvy při auditech* a *Různá školení, semináře, konference* (S3, S4) a 1x kategorie *Podílení se na tvorbě/změnách standardů a nařízeních* (S3), *Návštěvy při výskytu a řešení MU* (S3) a *Edukační návštěvy* (S4).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** se vyskytly 2x kategorie *Návštěvy při auditech* (S5, S6), a 1x kategorie *Návštěvy při výskytu a řešení MU* (S6) a *Různá školení, semináře, konference* (S5).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 17.

Tabulka 14 – Přístup sester k problematice managementu rizik z pohledu respondentek

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Zpočátku nedůvěra, pocit zdržování od práce, zbytečné změny	4	1		1	1	1	
Při stálé edukaci, komunikaci se přístup zlepšuje	3			1	1	1	
Postupné zvyšování sebedůvěry sester	2				1	1	
Přístup se zlepšuje po zkušenostech z praxe (zvýšení důvěry ve fungování systému)	2	1				1	
Přístup se zlepšuje po zkušenostech z praxe (zvýšení důvěry v zaměstnavatele - řešení MU)	2	1			1		
Přístup se zlepšuje po zkušenostech z praxe (zvýšení odpovědnosti, kompetencí - například podílení se sester na tvorbě standardů)	1	1					
Přístup je vstřícný (sebedůvěra, důvěra v zaměstnavatele, již zavedený řád)	2		1				1
Důležitý aspekt – respondentka je také sestra	6	1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	22	5	2	3	5	5	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

S jakým přístupem k managementu rizik se u sester setkáváte?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** byla 2x uvedena kategorie odpovědí *Důležitý aspekt – respondentka je také sestra* (S1, S2), a 1x kategorie *Zpočátku nedůvěra, pocit zdržování od práce, zbytečné změny* (S1), *Přístup se zlepšuje po zkušenostech z praxe (zvýšení důvěry ve fungování systému)* (S1), *Přístup se zlepšuje po zkušenostech z praxe (zvýšení důvěry v zaměstnavatele - řešení MU)* (S1), *Přístup se zlepšuje po zkušenostech z praxe (zvýšení odpovědnosti, kompetencí - například podílení se sester na tvorbě standardů)* (S1) a *Přístup je vstřícný (sebedůvěra, důvěra v zaměstnavatele, již zavedený řád)* (S2).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** se 2x vyskytly kategorie odpovědí *Zpočátku nedůvěra, pocit zdržování od práce, zbytečné změny*, *Při stálé edukaci, komunikaci se přístup zlepšuje* a *Důležitý aspekt – respondentka je také sestra* (S3, S4), a jedenkrát kategorie *Postupné zvyšování sebedůvěry sester* (S4) a *Přístup se zlepšuje po zkušenostech z praxe (zvýšení důvěry v zaměstnavatele - řešení MU)* (S4).

Z **neakreditovaných zařízení** se objevila 2x kategorie *Důležitý aspekt – respondentka je také sestra* (S5, S6), jedenkrát potom kategorie *Zpočátku nedůvěra, pocit zdržování od práce, zbytečné změny* (S5), *Při stálé edukaci, komunikaci se přístup zlepšuje* (S5), *Postupné zvyšování sebedůvěry sester* (S5), *Přístup se zlepšuje po zkušenostech z praxe (zvýšení důvěry ve fungování systému)* (S5) a *Přístup je vstřícný (sebedůvěra, důvěra v zaměstnavatele, již zavedený řád)* (S6).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 22.

Tabulka 15 – Výhody ve faktu, že jsou sestry z pohledu respondentek

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Sestra je v léčebném procesu nejbližší pacientovi – nejlépe zná jeho potřeby</i>	3	1	1			1	
<i>Znalost vztahu sestra/pacient</i>	1			1			
<i>Jako sestra má také základní medicínské znalosti (zná i lékařské postupy)</i>	1	1					
<i>Lepší spolupráce se sestrami</i>	3	1	1		1		
<i>Má pohled z praxe – důvěra sester</i>	4	1	1	1	1		
<i>Významnější možnosti při obhajobě a podpoře sester díky znalosti problematiky poskytování ošetrovatelské péče</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Významná „informační spojka“ mezi profesemi, obhajoba činnosti sester například před lékaři</i>	2		1		1		
<i>Lepší kontrola činností sester</i>	2	1				1	
<i>Dokáže si představit rizika vyplývající z činnosti sester</i>	3	1	1				1
<i>Ví, kde lze nějaký postup změnit, pozná rezervy</i>	3	1				1	1
Celkový výskyt	28	8	6	3	4	4	3

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Vidíte nějaké výhody ve faktu, že jste sestra s ohledem na komunikaci se sestrami při plnění činností v rámci managementu rizik?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** byly 2x uvedeny kategorie odpovědí *Sestra je v léčebném procesu nejbližší pacientovi – nejlépe zná jeho potřeby*, *Lepší spolupráce se sestrami*, *Má pohled z praxe – důvěra sester*, *Významnější možnosti při obhajobě a podpoře sester díky znalosti problematiky poskytování ošetrovatelské péče* a *Dokáže si představit rizika vyplývající z činnosti sester* (S1, S2), jedenkrát byly uvedeny kategorie *Jako sestra má také základní medicínské znalosti (zná i lékařské postupy)* (S1), *Lepší kontrola činností sester* (S1), *Ví, kde lze nějaký postup změnit, pozná rezervy* (S1) a *Významná „informační spojka“ mezi profesemi, obhajoba činnosti sester například před lékaři* (S2).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** se 2x vyskytly kategorie *Má pohled z praxe – důvěra sester* a *Významnější možnosti při obhajobě a podpoře sester díky znalosti problematiky poskytování ošetrovatelské péče* (S3, S4) a 1x kategorie *Znalost vztahu sestry/pacient* (S3), *Lepší spolupráce se sestrami* (S4) a *Významná „informační spojka“ mezi profesemi, obhajoba činnosti sester například před lékaři* (S4).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** se 2x objevily kategorie *Významnější možnosti při obhajobě a podpoře sester díky znalosti problematiky poskytování ošetrovatelské péče* a *Ví, kde lze nějaký postup změnit, pozná rezervy* (S5, S6), 1x byly uvedeny kategorie *Sestra je v léčebném procesu nejbližší pacientovi – nejlépe zná jeho potřeby* (S5), *Lepší kontrola činností sester* (S5) a *Dokáže si představit rizika vyplývající z činnosti sester* (S6).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 28.

Tabulka 16 – Způsob a důvody komunikace respondentek s ostatními pracovníky

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>S lékaři – důležitý aspekt – týmová spolupráce</i>	4	1	1		1		1
<i>Se zástupci oddělení (týmy školitelů, vnitřní auditoři)</i>	3	1	1		1		
<i>Porady s vrchními a staničními sestrami</i>	5	1	1	1		1	1
<i>Porady s vedením – náměty a obhajoba standardů a směrnic (aplikovatelnost do praxe)</i>	3	1		1		1	
<i>S Radou /oddělením kvality – náměty a obhajoba standardů a směrnic (aplikovatelnost do praxe), auditů atd.</i>	3	1	1		1		
Celkový výskyt	18	5	4	2	3	2	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jakým způsobem probíhá komunikace s ostatními členy léčebného týmu?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** se 2x vyskytly kategorie odpovědí *S lékaři – důležitý aspekt – týmová spolupráce*, *Se zástupci oddělení (týmy školitelů, vnitřní auditoři)*, *Porady s vrchními a staničními sestrami* a *S Radou /oddělením kvality – náměty a obhajoba standardů a směrnic (aplikovatelnost do praxe), auditů atd.* (S1, S2) a 1x byla odpověď zařazena do kategorie *Porady s vedením – náměty a obhajoba standardů a směrnic (aplikovatelnost do praxe)* (S1).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** byly kategorie uvedeny vždy 1x, jednalo se o kategorie *S lékaři – důležitý aspekt – týmová spolupráce*, *Se zástupci oddělení (týmy školitelů, vnitřní auditoři)* (S4), *Porady s vrchními a staničními sestrami* (S3), *Porady s vedením – náměty a obhajoba standardů a směrnic (aplikovatelnost do praxe)* (S3) a *S Radou /oddělením kvality – náměty a obhajoba standardů a směrnic (aplikovatelnost do praxe), auditů atd.* (S4).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** se 2x objevila kategorie *Porady s vrchními a staničními sestrami* (S5, S6) a 1x kategorie *S lékaři – důležitý aspekt – týmová spolupráce* (S6) a *Porady s vedením – náměty a obhajoba standardů a směrnic (aplikovatelnost do praxe)* (S5).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 17.

Tabulka 17 – Způsob komunikace respondentek s pacienty

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
<i>Dotazníky spokojenosti tištěné, sběrné boxy</i>	4	1		1	1	1	
<i>Dotazníky elektronické</i>	2			1		1	
<i>Kniha přání a stížností (elektronická)</i>	1	1					
<i>Stížnosti/pochvaly/náměty ústní</i>	4	1	1	1		1	
<i>Stížnosti/pochvaly/náměty písemné</i>	6	1	1	1	1	1	1
<i>Rozhovory s pacienty</i>	1		1				
<i>Focus groups</i>	1			1			
<i>Preventivní programy (edukace) ke zvyšování odpovědnosti pacientů</i>	4	1	1	1			1
<i>Úvaha o funkci ombudsmana</i>	1			1			
Celkový výskyt	24	5	4	7	2	4	2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jakou formou probíhá komunikace s pacienty?

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** se 2x objevily kategorie *Stížnosti/pochvaly/náměty ústní*, *Stížnosti/pochvaly/náměty písemné* a *Preventivní programy (edukace) ke zvyšování odpovědnosti pacientů* (S1, S2) a 1x byly uvedeny tyto kategorie: *Dotazníky spokojenosti tištěné, sběrné boxy* (S1), *Kniha přání a stížností (elektronická)* (S1) a *Rozhovory s pacienty* (S2).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** byly 2x uvedeny kategorie *Dotazníky spokojenosti tištěné, sběrné boxy* a *Stížnosti/pochvaly/náměty písemné* (S3, S4), jedenkrát potom kategorie *Dotazníky elektronické* (S3), *Stížnosti/pochvaly/náměty ústní* (S3), *Focus groups* (S3), *Preventivní programy (edukace) ke zvyšování odpovědnosti pacientů* (S3) a *Úvaha o funkci ombudsmana* (S3).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** byla 2x udána kategorie *Stížnosti/pochvaly/náměty písemné* (S5, S6) a vždy jedenkrát kategorie *Dotazníky spokojenosti tištěné, sběrné boxy* (S5), *Dotazníky elektronické* (S5), *Stížnosti/pochvaly/náměty ústní* (S5) a *Preventivní programy (edukace) ke zvyšování odpovědnosti pacientů* (S6).

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 24.

Tabulka 18 – Výhody v existenci managementu rizik ve zdravotnictví z pohledu respondentek

TYP AKREDITACE		JCI		SAK		ŽÁDNÁ	
S = SESTRA RESPONDENTKA	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Zpětná vazba	4	1	1	1		1	
Ochrana sester / ostatních zaměstnanců ZZ (Jasná pravidla, hlášení MU, postupy lege artis – nástroj k případné obhajobě sester)	6	1	1	1	1	1	1
Zvýšení důvěryhodnosti a jména ZZ	4	1	1	1		1	
Nástroj ke zvýšení kvality poskytované péče – o pacientovi to celé je	6	1	1	1	1	1	1
Komunikační prostředek mezi členy léčebného týmu (pacient~ZZ~management~medicína~ošetřovatelství)	2			1	1		
Nástroj ke zvýšení odpovědnosti sester / ostatních zaměstnanců ZZ	6	1	1	1	1	1	1
Nástroj ke zvýšení aktivity – odpovědnosti pacientů	6	1	1	1	1	1	1
Nástroj k předcházení pochybením – poučení o rizicích pro ostatní	2	1		1			
Celkový výskyt	36	7	6	8	5	6	4

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě Výhody, které respondentky v existenci managementu rizik ve zdravotnictví vidí, vyzdvihované respondentkami v průběhu rozhovoru.

U respondentek ze zařízení **akreditovaného JCI** se objevily 2x kategorie *Zpětná vazba*, *Ochrana sester / ostatních zaměstnanců ZZ (Jasná pravidla, hlášení MU, postupy lege artis – nástroj k případné obhajobě sester)*, *Zvýšení důvěryhodnosti a jména ZZ*, *Nástroj ke zvýšení kvality poskytované péče – o pacientovi to celé je*, *Nástroj ke zvýšení odpovědnosti sester / ostatních zaměstnanců ZZ* a *Nástroj ke zvýšení aktivity – odpovědnosti pacientů* (S1, S2), a 1x kategorie *Nástroj k předcházení pochybením – poučení o rizicích pro ostatní* (S1).

U respondentek ze zařízení **akreditovaného SAK ČR** byly 2x uvedeny kategorie *Ochrana sester / ostatních zaměstnanců ZZ (Jasná pravidla, hlášení MU, postupy lege artis – nástroj k případné obhajobě sester)*, *Nástroj ke zvýšení kvality poskytované péče – o pacientovi to celé je*, *Komunikační prostředek mezi členy léčebného týmu (pacient~ZZ~management~medicína~ošetřovatelství)*, *Nástroj ke zvýšení odpovědnosti sester / ostatních zaměstnanců ZZ*

Nástroj ke zvýšení aktivity – odpovědnosti pacientů (S3, S4) a jedenkrát potom kategorie Zpětná vazba, Zvýšení důvěryhodnosti a jména ZZ a Nástroj k předcházení pochybením – poučení o rizicích pro ostatní (S3).

U respondentek z **neakreditovaných zařízení** byla 2x udána kategorie *Ochrana sester / ostatních zaměstnanců ZZ (Jasná pravidla, hlášení MU, postupy lege artis – nástroj k případné obhajobě sester), Nástroj ke zvýšení kvality poskytované péče – o pacientovi to celé je, Nástroj ke zvýšení odpovědnosti sester / ostatních zaměstnanců ZZ a Nástroj ke zvýšení aktivity – odpovědnosti pacientů (S5, S6) a jedenkrát uvedla respondentka odpovědi Zpětná vazba (S5) a Zvýšení důvěryhodnosti a jména ZZ (S5).*

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 36.

5. DISKUZE

Předmětem výzkumného šetření bylo zmapovat problematiku managementu rizik v ošetrovatelství a pozici sestry – manažera rizik. Management rizik je v ošetrovatelství poměrně novým pojmem, nutné bylo tedy nejprve zjistit, ve kterých zařízeních v České republice tato funkce vůbec existuje, případně kdo má v zařízeních management rizik v kompetenci. Tyto informace byly zjišťovány pomocí dotazování cestou e-mailu, eventuálně telefonicky. Dotazující e-mail je přiložen v přílohách (Příloha 1). Bohužel, i přes opakované zasílání dotazu na různé kontaktní adresy zařízení a také následně přímo na adresy konkrétním kompetentním osobám v zařízeních byl počet odpovědí neuspokojivý. Z celkového počtu 175 (100%) oslovených zdravotnických zařízení odpovědělo pouze 103 (58,8%) zařízení. Zde se managementu rizik věnovali pracovníci hlavně na pozicích sestra – manažer kvality, dále manažer kvality (ne sestra), hlavní sestra, náměstek léčebné péče (ne sestra), a sestra – manažera integrovaného systému. Dalšími funkcemi jsou sestra – auditor léčebné péče, zástupce hlavní sestry pro kvalitu a všechny vedoucí sestry. 19 (25%) zdravotnických zařízení odpovědělo, že se managementu rizik vůbec nevěnují, je otázkou, zda z důvodu velikosti zdravotnického zařízení, nedostatečné informovanosti či jiných důvodů. S o něco lepším přístupem k poskytování informací jsme se setkaly při zjišťování situace u zařízení, která jsou akreditována. Ze 41 oslovených akreditovaných zařízení jich odpovědělo 26 (63,4%). Nicméně také zde se tedy našla zařízení, která i přes opakované zasílání dotazů – i například na různé kontaktní e - mailové adresy členů managementu – informace prostě neposkytla. Jedním z nich bylo například i zařízení, které se pyšní akreditací v obou systémech a má tudíž dvojnásobnou „povinnost“ zpřístupnit informace. U zařízení akreditovaných JCI, které jsou v současné době 4 (100%), jsme se tedy dočkali jen 3 (66,7%) odpovědí. Na těchto faktech jsme se přesvědčili o skutečnosti, která se nám prolínala celým výzkumem – tedy že důležitá je změna v myšlení lidí a komunikace – skutečnosti, kterou diskutuje například také Škrļa (48) či Bártlová (5). Také Škrlovy domněnky, že činnosti manažera rizik prozatím vykonávají osoby na jiných různých pozicích, se potvrdily (Graf 1 u všech zařízení v ČR, Graf 2 u akreditovaných). V zařízeních akreditovaných JCI jsou

tyto činnosti vykonávány sestrami – manažery kvality. V zařízeních akreditovaných SAK ČR jsou nejvíce zastoupenými pracovníky odpovědnými za management rizik sestra – manažer kvality, manažer kvality (ne sestra), dále náměstek kvality (ne sestra) a dále hlavní sestra, náměstek léčebné péče (ne sestra), sestra – náměstek kvality, sestra – auditor léčebné péče, oddělení řízení kvality (ne sestra) a v poslední řadě v jednom zařízení také všechny vedoucí sestry. Je tedy otázkou pro další výzkum či kompetentní instituce, zda by nebylo vhodné zařadit funkci manažera rizik jako samostatnou pozici do každého zařízení. Můžeme položit otázku, jak definovat kompetence a pracovní zařazení – zda je vhodnější, aby manažer rizik byl funkce ve vedení zařízení, nebo by bylo výhodnější definovat sestru – manažera rizik konkrétně pro každé oddělení (tak jako na odděleních existují například sestry – mentorky či sestry zabývající se nutriční)?

Seznam zařízení akreditovaných v systému JCI i SAK ČR jsou veřejně dostupná na internetových stránkách těchto organizací. K zařízením, které se k akreditačním šetřením chystají, bohužel přístup organizace neposkytly. K výzkumnému šetření u zařízení neakreditovaných – či chystajících se k akreditaci bylo tedy nutné oslovit a využít některé ze zařízení, které odpověděly pozitivně na dotazující e-mail z úvodní části výzkumného šetření a také kompetentní osoby, které byly ochotny rozhovor poskytnout. Obecně tedy získat respondentky nebylo snadné. V souvislosti s již uvedenými problémy s uveřejňováním informací a zaváděním managementu rizik do praxe - vyskytovaly se negativní odpovědi na žádost o poskytnutí rozhovoru - zařízení nechce informace zveřejňovat nebo kompetentní osoby nemají čas. Pořád je to o nějaké té uzavřenosti, neochota otevřeně se podělit o nabyté zkušenosti ať již pozitivní či negativní tak, aby se z nich mohli poučit i ostatní? K redukci počtu možných respondentů docházelo také díky faktu, že management rizik jako takový se do činností zdravotnických zařízení pomalu zařazuje, zařízení však funkci manažera rizik nezavádějí. Management rizik tak spadá, jak již bylo výše v diskuzi zmiňováno, do kompetencí většinou manažera či náměstka kvality. Dalšími funkcemi, jež management rizik v kompetenci mají, jsou například Auditóři léčebné péče, Manažeři krizového řízení, integrovaného systému, Hlavní sestry, Náměstkové léčebné

či ošetrovatelské péče. Výčet funkcí, jak bylo zjištěno i jak uvádí například Škrla (48), je obsáhlý právě pro jakousi nesystémovost, která v procesu zavádění managementu rizik v našem zdravotnictví zatím existuje. Zájem o problematiku managementu stoupá (také dle mínění Hanzlové (13, 14)), problém je však v tom, že kromě mezinárodních akreditačních standardů, vydaných v překladu dr. Marxem a SAK ČR (27), neexistuje stále žádná předloha, návod či jednotný postup, jak při zavádění managementu rizik a funkce Manažera rizik postupovat. Vše se prozatím řeší na úrovni vlastní aktivity každého konkrétního zařízení o zvyšování kvality a bezpečné péče. Dalším nezapomenutelným faktorem při zavádění nových funkcí je také zřejmě ekonomická stránka. Jak například při rozhovoru jedna respondentka (S1) uvedla: „O samotné funkci Manažera rizik naše zařízení neuvažuje, neboť na něj nemá prostředky a činnosti manažera rizik zastanou pracovníci Oddělení kvality“. I to svědčí o skutečnosti, že proces zavádění managementu rizik zatím probíhá dle možností a postojů jednotlivých zařízení. Je také otázkou, zda je vhodnější formou funkce Manažera rizik, který pokrývá všechny pracovní pozice v zařízení, nebo právě zmiňovaná forma soustředění pozornosti Manažera rizik pouze na konkrétní pozice v rámci Oddělení kvality – tedy například Manažer rizik zvláště pro ošetrovatelství, lékařskou péči, provoz a další. Také tento problém byl náplní rozhovorů, jenž byly vedeny se sestrami – respondentkami a bude v diskuzi níže ještě zmiňován.

V samotných rozhovorech se sestrami, jež mají ve své kompetenci i management rizik, jsme se setkaly s funkcemi Manažer kvality, Referent oddělení kvality, Náměstek kvality péče, Auditor léčebné péče, Náměstek pro ošetrovatelskou péči, Manažer integrovaného systému (tabulka 1 v Základních grafech a tabulkách). První otázky rozhovoru se týkaly struktury managementu, tedy komu sestry ve své funkci podléhají a kdo v rámci managementu rizik podléhá jim. Také zde se objevily rozdíly, dvě respondentky podléhají funkcí přímo řediteli zařízení, dvě náměstkovi LPP, jedna sestra navíc podléhá Vedoucímu oddělení kvality – lékaři (tabulka 1). V rámci činnosti jsou sestry - respondentky nadřizeny sestrám a nelékařskému zdravotnickému personálu, ale v některých případech i lékařům, a dokonce všem zaměstnancům nemocnice (tabulka 2). Toto je činnost diskutabilní, neboť na jednu stranu je tato

skutečnost výhodou ve smyslu znalosti i jiného provozu než pouze ošetrovatelské péče, na druhou stranu může být nevýhodou – při tak širokém záběru může dojít například k přehlédnutí některých rizik. Ve většině případů je respondentka nadřizena Interním auditorům na jednotlivých pracovištích, kteří rizika na těchto pracovištích pokryjí - a respondentka by se tak mohla soustředit na rizika vyplývající z ošetrovatelské péče. Rozdíl mezi zařízeními s různými typy akreditací a zařízeními neakreditovanými se zde neprojevují. Obě neakreditovaná zařízení se v budoucnu připravují k akreditaci a hlavně mají již certifikace ISO pro různé činnosti, takže si zaměstnanci již pomalu zvykají na různá opatření a funkce, které s sebou procesy certifikace/akreditace nesou. Tato skutečnost se prolínala prakticky celým výzkumným šetřením – jak uvádí například Bártlová ve svém projektu (5) či publikaci v odborném periodiku (2), změny po vstupu do Evropské unie vyžadují změny v přístupu zdravotníků na všech rovinách, nejde pouze o standardy, ale o zvyšování odpovědnosti, vzdělávání, ekonomických rozvahách, prostě o profesionalizaci ošetrovatelství jako součásti systému zdravotní péče. Také se pomalu mění role, kompetence, a s nimi i odpovědnost sester. To vše jsou změny, které zařízení k zavádění nástrojů ke zvyšování kvality (jakými jsou akreditace či certifikace) zavádějí. Opět se zde však jedná o zavádění postupné a prozatím poněkud nesystémové.

Nejčastějšími činnostmi respondentek, jak opět bez rozdílu uváděly (tabulka 3), byly pravidelné porady, vyhledávání rizik vyplývajících z činnosti ZZ, sledování platné legislativy, tvorba či koordinace tvorby a implementace standardů. Ohledně této činnosti respondentky uváděly, že jejich spolupráce s pracovníky a pracovišti, kterých se standard bude týkat, je velmi důležitá, neboť u standardu je velmi důležité, aby byl co nejlépe implementovatelný – tedy stručný, jasný a také proveditelný. Také sledování mimořádných událostí patří mezi činnosti všech respondentek. Další činností, kterou vyzdvihly všechny respondentky, je komunikace se všemi členy léčebného týmu. Nelze než souhlasit a toto tvrzení opět koreluje s tvrzením Bártlové (5), Hanzlové (13) či Havelkové (15), že komunikace je asi nejdůležitější činností sestry – manažera. Právě při změnách, kterými naše společnost, potažmo zdravotnictví prochází, je zlepšení komunikace mezi všemi členy léčebného týmu velmi významným úkolem. Manažer

je jakousi spojkou mezi obory a profesemi, jak uvádí například Kareš (23) či Škrla (46, 48) a komunikace v managementu rizik je jedním z důležitých nástrojů, jak snahy o předcházení rizikům zefektivnit. U respondentek z neakreditovaných zařízení nebyly uvedeny odpovědi *Hodnocení zjištěných výsledků, Zveřejňování výsledků a Řízení a kontrola dokumentace*, což byl jediný znatelný rozdíl mezi respondentkami. Tento rozdíl by mohl být známkou postupného probíhání změn v prezentaci zařízení, tyto prvky se však mohou objevit právě například po úspěšném akreditačním šetření a je také fakt, že například *Zveřejňování výsledků* uvedly jen tři z respondentek akreditovaných zařízení (S1, S3, S4). Tuto odpověď jsme předpokládaly u všech respondentek z akreditovaných zařízení.

V souvislosti se společenskými změnami se mění i role, které sestry při své činnosti plní. Pokud se stává sestra Manažerkou rizik, nikdo jí neodebírá roli pečovatelky, i když tuto roli v rozhovorech překvapivě nevedla ani jedna respondentka (tabulka 4). Tato skutečnost je nejspíše dána faktem, že respondentky vykonávají již pouze činnost Manažera a tato činnost je plně zaměstnává. Je však výhodou, když je Manažerka ošetrovatelské činnosti také sestrou (byť bývalou). Zná tak nejlépe problematiku ošetrovatelské péče a dokáže si představit rizika, která z této činnosti vyplývají. Dnes sestry nejsou již pouze ošetrovatelky, nepomáhají bližnímu svému jen v utrpení, nejsou pouze pomocnice lékařů - od sester je vyžadováno vzdělání v medicíně, psychologii, sociologii, právu a dalších oborech. Ošetrovatelství se profesionalizuje, je snaha zvyšovat kompetence sester, ale i odpovědnost sester. Role, které respondentky plní, jak v rozhovorech uvedly, právě s těmito změnami souvisí. Bez rozdílu všechny uvedly respondentky odpovědi *Autor(spoluautor)* již zmiňovaných standardů, ošetrovatelských postupů či směrnic, *Auditor* při kontrole efektivnosti a plnění preventivních opatření. Velmi důležitými rolemi dle respondentek jsou role *Komunikátora*, také již výše zmiňované. Tento názor sdílí ve své literatuře také Bártlová (5), Kareš (23) či Škrla (48). Jedna respondentka uvedla také roli *Komunikanta* (S3), což je také zajímavý názor, podporující myšlenku, že komunikace je nutná nejen jednostranná, ale je třeba také naslouchat. Tuto odpověď uvedla respondentka v souvislosti nejen s komunikací sestra – pacient, ale také pro možnost obhajoby návrhů

sester u vedení zařízení. Nejvíce vyskytovanou odpovědí ohledně plněných rolí, která vlastně tak trochu souvisí s nasloucháním, je odpověď *Obhájce*. Tuto možnost uvedly opět všechny respondentky a v rozhovorech. Z tohoto výsledku je poznat, že tato role je jednou z hlavních. Obhajovat musí respondentky nejen pacienty, jejich potřeby a práva, ale také zaměstnance, respektive sestry. Je to právě opět v souvislosti se společenskými změnami. Co se týká obhajoby sester u zaměstnavatele - zvyšování kompetencí a již zmiňované zavádění standardů a směrnic obhajovat tak, aby byla tato nařízení pro sestry co nejlépe proveditelná a co nejméně je při práci zatěžovala, dále pak obhajoba sester u zaměstnavatele ve smyslu kontroly zajištění příznivých pracovních podmínek a podmínek pro vzdělávání. Toto jsou oblasti, ve kterých je obhajoba sester stále nutná. Další význam má tato role v obhajobě sestry při vzniku mimořádné události, v procesu jejího řešení a eventuálním právním sporu. K právním sporům dochází v poslední době stále častěji, díky vyšší aktivitě pacientů, jejich informovanosti a také díky medializaci. Tato fakta a roli obhájce vyzdvihuje například ve své knize Prudil (38), Škrla (48), a dále v bohaté literatuře také Vondráček (51 – 58). Ostatními rolami, které respondentky uváděly, jsou potom role *Edukátora*, *Mentora*, *Coache* či *Koordinátora*, kde v rozhovorech udávaly respondentky shodně důležitost správné počáteční edukace o smyslu, fungování a procesu managementu rizik a potom již vlastně pouze jakési „vedení z dálky“, podpora sester a koordinování činností, ve kterých se sestry mohou ještě zlepšit. Jak uvedla například respondentka (S1), „Jsou lidé, kteří mají dobré nápady a prostě je jen neumí správně prezentovat a těmto lidem já pomohu nápady uvést do prezentovatelné podoby a pomohu je uvést do praxe“. Takto vlastně uplatní respondentky dovednosti manažerů tak, jak je uvádějí například Gladkij (10) či Kilíková (24). Aktivní zájem jednotlivců o problematiku je zřejmě také jedním z důležitých předpokladů úspěšného zavádění managementu rizik ve zdravotnických zařízeních (tabulka 5). V pěti případech respondentky (S1, S2, S3, S4, S6) uvedly právě tento fakt jako důvod nástupu do funkce. U respondentek ze zařízení akreditovaných JCI (S1, S2) se objevily jako důvod negativní zkušenosti z předchozích působišť, respondentkám se nelíbil způsob řešení mimořádných událostí a měly pocit, že se dá na přístupu něco změnit právě díky managementu kvality/rizik. Naproti tomu

respondentka z neakreditovaného zařízení uvedly jako odpovědi zkušenosti pozitivní, vědomí, že již někde systém funguje nebo pozitivní ohlasy pacientů (S5). Zajímavá byla odpověď jedné respondentky (S3), která dříve působila jako učitelka na zdravotnické škole a jak uvedla „Měla jsem pocit, že bych mohla studentkám již od počátku všteňovat ošetrovatelské postupy tak, aby předcházely nějakým komplikacím, aby je prováděly vysoce kvalitně způsobem, kterým by chránily pacienty, ale i sebe. Proto jsem se začala zajímat mimo jiné o management rizik“. To je dle našeho názoru také jedna důležitá myšlenka – management rizik je v našem zdravotnictví ve stadiu postupného zavádění, tak proč s ním nezačínat již na zdravotnických školách nebo na fakultách tak, aby si studenti určité postupy či opatření osvojili hned od počátku? Proč nezačít s edukací o komunikaci mezi jednotlivými obory, o týmové spolupráci? Objevují se snahy o profesionalizaci ošetrovatelství, o zvýšení kvality vzdělávání v ošetrovatelství, jak uvádí například Bártlová (5), tak proč nezahrnout do těchto plánů také výuku managementu rizik? A management rizik znamená také jednoduchá opatření například proti vzniku nozokomiálních nákaz, tak proč neučit studenty již od počátku praxe zásady hygieny rukou, aby byly od počátku zautomatizované? V zahraničí například některé instituce učí tyto základy již i veřejnost, konkrétně můžeme uvést například JCI s jejím Hand Hygiene Project (18), proč tedy neučit těmito postupům i budoucí profesionály?

K pochybení může dojít nejen u sester, ale také, jak uvedla v rozhovoru jedna respondentka (S4) třeba u studentů zdravotnických škol při praxi. Tuto zkušenost má respondentka z předchozího působiště, šlo o chybnou medikaci a řešení tohoto pochybení dle respondentky nebylo příjemné. Jak respondentka uvedla „Odpovědnost převzala škola, studentku vyřadili od maturity a jediné opatření, které z události vyplynulo, bylo nařízení, že studentky na praxi nesmí aplikovat žádné léky. To se mi zdá jako špatné řešení pro všechny – žádná analýza, proč k události došlo, navíc jak se mají studenti naučit aplikovat léky, pokud nemohou tyto výkony při praxi provádět?“. Právě tyto zkušenosti, že nebyla provedena žádná analýza systému a vše se řešilo jen s jednotlivcem, uvedly všechny respondentky. Také respondentky shodně avizovaly, že se události řešily jen v rámci oddělení, z řešení nevyplývala žádná

ponaučení pro ostatní (tabulka 6). Tři respondentky (S1, S2, S3) dokonce odpověděly, že se objevovaly i snahy události zatajovat. Toto je také jedna ze změn, které tyto respondentky oproti minulosti vidí (tabulka 7). Dvě z nich, které pracují v zařízeních akreditovaných JCI (S1, S2), jako další změny uvedly například existenci lepší zpětné vazby a systémovost v poskytování bezpečné péče. Zde lze sledovat právě změny, které management kvality a rizik přináší – vyšší transparentnost péče a fungování zavedených opatření a standardů u akreditovaných zařízení, jak zdůrazňuje ve své knize také Škrla (48). Překvapením bylo, že tyto odpovědi neuvedly také respondentky ze zařízení akreditovaného SAK ČR. V čem se respondentky všechny shodly, byly odpovědi, že došlo ke zvyšování odpovědnosti sester (potažmo zdravotnických zařízení) a také ke zvyšování aktivity a odpovědnosti pacientů.

V další části rozhovorů jsme se soustředily již konkrétně na sledování rizik. Škrla ve své, zatím jediné české knize, která se přímo řízením rizik zabývá (48), popisuje výhodu existence registru rizik. Registr rizik však z námi oslovených respondentek používá však jen jedno – kupodivu neakreditované zařízení (respondentka S6), a to pouze v některých oblastech (například BOZP). Ostatní respondentky uvedly, že v jejich zařízení jsou rizika již rozpracována v jednotlivých konkrétních standardech, směrnících, ošetřovatelských postupech či informovaných souhlasech (tabulka 8). Je otázkou do diskuze, a také možná ukáže až čas a praxe, jaký systém je v tomto případě výhodnější – zda jasně daný registr všech rizik, zpracovaný v každém zařízení, nebo rizika zpracovaná konkrétně pro každé pracoviště právě například v respondentkami uváděných standardech a směrnících. Rizika rozpracovaná v informovaných souhlasech pro pacienty jsou jistě také dobrou cestou – pacient je informován o tom, jaká rizika z výkonu plynou a může tak být aktivním účastníkem ve zvyšování kvality a bezpečné péče. Je však také otázkou, na jaký počet se můžeme s informovanými souhlasu u pacientů dostat a jaký počet informovaných souhlasů je pacient schopen vnímat. Pracuji v akreditovaném zařízení, informované souhlasy využíváme, a pacienti při příjmu k běžnému výkonu vyplňuje minimálně 8 informovaných souhlasů. Často se potom u pacientů setkáváme s tendencemi souhlasy nečíst a pouze podepsat. Bylo by tedy asi dobré pokusit se najít nějakou střední cestu

tak, aby se proces vyhledávání a předcházení rizikům stal co nejefektivnějším. Opět se zde setkáváme s jistou nesystémovostí a s tím, že si každé zařízení nastavuje využívání těchto nástrojů samo. Na tento fakt také poukázaly ve svých odpovědích dvě respondentky (S1, S3), jejichž zařízení se zapojilo do národní prevalenční studie podpořené Ministerstvem zdravotnictví. Jedná se o systém hlášení výskytu dekubitů. Obě respondentky vyzdvihly význam studie, ale s připomínkou, že „Když má každé zařízení parametry nastavené „po svém způsobu“, může pro ně být těžké zpětně získaná data analyzovat, hodnotit a využít. Je otázkou, jakou výtěžnost bude studie za takovýchto podmínek mít“. Co se týká rizik, které na svých pracovištích respondentky sledují, (tabulka 9) nejvíce respondentky uváděly rizika pádů, vzniku dekubitů (S1, S2, S3, S4, S5), chyb při medikaci (S1, S2, S4, S5), řízení dokumentace (S1, S2, S3, S4) a sledování rizika záměny pacienta (S1, S2, S4, S5). Zajímavý je fakt, že respondentky uvedly pouze ve 3 případech sledování rizika vzniku nozokomiálních infekcí (S1, S2, S3), rizika, které jsme předpokládaly jako jasnou odpověď u všech respondentek. Dalším překvapením pro nás bylo málo odpovědí, které by se týkaly sledování rizik v oblasti BOZP a oblasti personální. Vzdělávání zaměstnanců například uvedly pouze dvě respondentky (S1, S3). Tato skutečnost je zarážející, neboť v literaturách týkajících se této problematiky jsou jasně popsána rizika, která se mohou v této oblasti objevit – zajištění podmínek pro efektivní adaptační proces a další vzdělávání by mělo být jedním z důležitých úkolů manažera rizik a potažmo zdravotnického zařízení, tak, aby mohlo docházet k opravdové profesionalizaci ošetrovatelství. Rizikem také může být přetížení zdravotnických pracovníků, jak uvádí například Gučková (12) či Reindlová (39), proti přetížení zdravotnických pracovníků dává návod ve své metodě stanovení počtu ošetrovatelského personálu také Pochylá (35). Management rizik není tedy jen o pacientovi, je také právě o sestrách, o jejich spokojenosti, sebevzdělávání, odpovědnosti a důvěře v zaměstnavatele. Tyto aspekty jsou pilíři pro zvyšování kvality péče a pro změny v ošetrovatelství, jak uvádí také Bártlová (5). S důvěrou a spokojeností sester souvisí také tabulky týkající se mimořádných událostí a jejich řešení. Výčet mimořádných událostí, které respondentky na svých pracovištích řeší (tabulka 10), je zajímavý hlavně skutečností,

že 4 respondentky (S2, S4, S5, S6) uvedly, že často řeší napadení personálu pacientem či rodinou. To nám potvrzuje myšlenku vyslovenou například Škrlou (48), Prudilem (38) či v několika publikacích Vondráčkem (54, 55, 57), že změny nastaly i ve společnosti jako takové, zvyšuje se kriminalita, potažmo agresivita lidí a k takovému incidentu může kdykoli dojít. Právě proto je také důležité zvyšovat bezpečí nejen pro pacienta, ale také činit opatření, která by chránila sestry a ostatní zdravotnický personál. V tabulce 11 byly kategorizovány odpovědi respondentek týkající se opatření a způsobu řešení při vzniku mimořádné události. Respondentky z akreditovaných zařízení (S1, S2, S3, S4) mají ve svých zařízeních zavedeno povinné elektronické hlášení přes intranet. Toto je dle našeho mínění, i dle mínění respondentek, dobrý a nejjednodušší způsob, jak mimořádné události co nejdříve dovést k řešení, dobrý způsob k evidenci a také k možnosti zveřejňování výsledků. Elektronická hlášení jsou výhodná pro zařízení i z toho důvodu, že událost je tak jasně popsána a zařízení má tak v ruce jasný podklad pro případné právní řešení. Ze své zkušenosti mohu tuto výhodu potvrdit, byla jsem svědkem mimořádné události (pád pacienta s poraněním po neuposlechnutí pokynu kolegyně při vyšetření). Kolegyni jsem pomohla ihned vyplnit hlášení přes intranet. Následně se s manažerkou kvality, primářem oddělení a náměstkem LPP událost řešila a provedl se zápis. Pacientka podala stížnost na kolegyni. Díky hlášení, tedy dokumentu o vzniku nežádoucí příhody a přesném popisu, který prokázal u kolegyně postup lege artis, stížnost převzalo právní oddělení nemocnice a kolegyně je tím od sporu ochráněna. Jednalo se přesně o situaci, kterou popisuje například Vondráček (52, 53, 57) a potvrdily se diskuze o smysluplnosti těchto opatření v rámci managementu rizik, jak je popisuje Škrla (48). V popisu této příhody z praxe se objevilo také opatření, které již uvedly všechny respondentky, a sice řešení – analýza chyb systému, chyb v postupu či směrnici. Tedy ne pouze potrestat jednotlivce, ale zajímat se o to, proč k události došlo, jaké změny například jsou nutné k tomu, aby se událost neopakovala a také díky hlášení přes intranet možnost využití události k poučení ostatních. Také zapojení chybujiícího pracovníka do návrhů nápravných opatření a oprav ošetřovatelských postupů, které selhaly, respondentky uvedly jak v opatřeních, které již provádějí (tabulka 11), tak v opatřeních, které jim připadají

při vzniku mimořádné události nejvíce vhodné (tabulka 12). Respondentka S1 navíc připomněla myšlenku, která se také nám jeví jako samozřejmá, a sice že by se také k řešení mělo přistupovat na základě chování sestry či pracovníka, kterým se událost stala, na základě okolností, za kterých se stala - tedy že zařízení se zastane zaměstnance pouze v případě, že zaměstnanec nepochybil pod vlivem návykových látek, například alkoholu.

Jak jsme již několikrát v diskuzi zmínily, důležitou a nezastupitelnou činností manažera rizik (sestry mající v kompetenci management rizik) je komunikace se členy léčebného týmu. Těmi se rozumí management zařízení, lékařští a nelékařští zdravotničtí pracovníci, ale také pacienti. S managementem zařízení, jak jsme již též uváděly, respondentky komunikují z podstaty své funkce – tedy porady s vedením a nadřízenými osobami na kterých dochází k oboustrannému předávání novinek, návrhů, a řešení různých událostí, manažer rizik zde může vystupovat jako obhájce zaměstnanců (tabulka 4). Také na poradách dochází k obhajobě standardů, a zde je právě nutná intervence od manažera rizik – jedná se o to, aby standardy byly dány do platnosti v takové podobě, aby bylo jejich dodržování pro sestry co nejjednodušší a neodvádělo jejich pozornost od samotného poskytování ošetrovatelské péče. Tedy tak, aby sestry nebyly zahlceny množstvím administrativy nebo zbytečně složitých kroků v některém z ošetrovatelských postupů a mohly většinu času trávit péčí o pacienty. Toto je také důležitá činnost manažera rizik. Na druhou stranu, jak v rozhovoru ještě doplnily respondentky S1 a S2, porady s vedením jsou důležité i proto, že dokument, který již schválilo vedení, je směrodatný a mohou se o něj při jednání s řadovými sestrami opřít. Dále sestry komunikují se zástupci oddělení (na některých pracovištích nazývanými také interními auditory nebo školiteli). Tyto kontakty jsou jistě vhodné v zařízeních, která jsou velká kapacitou či rozmístěním jednotlivých pracovišť. Manažer rizik nemůže být na všech místech najednou a znát všechna pracoviště se všemi jeho denními zvyklostmi a zákonitostmi. Pravidelné setkávání se školiteli či zástupci oddělení je tedy důležité nejen pro oddělení, ale také pro samotného manažera rizik ve smyslu získávání informací přímo od zdroje. Ke komunikaci s lékaři dochází samozřejmě také, žádná z respondentek neuvedla, že by měly s lékaři při zavádění

různých opatření s lékaři nějaký problém. Jedna respondentka (S1) dokonce v rozhovoru uvedla, že dle jejích zkušeností u lékařů také záleží na tom, kde dříve pracovali. Pokud se jedná o lékaře, který pracoval nějakou dobu v zahraničí, kde management rizik již funguje, nemá žádný problém. Problémy v komunikaci s lékaři nemá na pracovišti ani respondentka S6, kde tvoří s lékaři úzký tým a musí se spoléhat jeden na druhého, takže lékaři s přizpůsobováním se nějakým opatřením nemají potíže. Zde si dovolím malou poznámku: asi by stálo za to, provést výzkumné šetření v tomto ohledu i s řadovými sestrami. Manažer rizik (potažmo sestra, která v kompetenci management rizik má) je v zařízení již institucí, která má určitou autoritu – i když je „sestra“. Z vlastní zkušenosti ale vím, kolik úsilí často stojí řadové sestry na odděleních lékaře donutit, aby plnili povinnosti, které vyplývají z různých opatření k předcházení rizikům. Často se setkáváme s tím, že se tyto povinnosti lékaři snaží přesunout na sestry. Sestry tak mohou mít odvedenou pozornost od své práce nebo jsou přetíženy a paradoxně tak k nějakému pochybení může dojít. Tuto skutečnost uvádí také například Bártlová (5), Havelková (15) či ve své diplomové práci diskutuje Hanzlová (13). V tabulce 16 také jsou odpovědi čtyř respondentek (S1, S2, S4, S6), které uvedly jako důležitý aspekt právě komunikaci s lékaři - jako součást budování týmové spolupráce tak, aby také lékaři byli informováni o nových kompetencích sester a potlačovaly se tak tendence lékařů vidět sestry pouze jako jejich pomocnice. To jsou ty změny, které probíhají a kterým má pomáhat i sestra - manažer rizik – pokračovat například v poslání M. Staňkové, jak jej popisuje Škubová (49), tedy komunikovat, komunikovat a edukovat, edukovat, aby se sestry odpoutaly již od dominantní role lékařů a mohly se plně věnovat novým možnostem ve zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. Komunikaci se sestrami se věnujeme v následující části diskuze. Nejvíce komunikace mezi respondentkami a sestrami probíhá při návštěvách sester při auditech, návštěvách po výskytu mimořádných událostí a při podílení se na tvorbě a úpravě standardů (tabulka 13). V tabulce 14 jasně dominovaly odpovědi (S1-6), že důležitým faktorem k dobré spolupráci je fakt, že jsou sestry. Zpočátku se respondentky u sester setkávaly s nedůvěrou sester, pocitem zdržování od práce (S1, S3, S4, S5), ale právě to, že jsou samy sestry, a také stálá edukace a komunikace vedla

k postupnému zlepšení přístupu od sester, zvyšování sebedůvěry a důvěry ve fungování systému po zkušenostech z praxe. Dvě respondentky (S2, S6) uvedly, že se zaváděním různých opatření souvisejících s managementem rizik neměly sestry na jejich pracovišti problémy. To však souvisí spíše s modelem zařízení, neboť zařízení již měla z minulosti zavedený určitý řád. Opět se dostáváme k tomu, že hodně záleží na tom, jak sestry samy změny myšlení, postupně budou získávat sebedůvěru - jak také popisovala „porevoluční“ snahy M. Staňkové Škubová (49). K těmto změnám by sestrám měl pomáhat také manažer rizik, a to snahou vytvořit pro rozvoj sester příznivé, bezpečné podmínky. Respondentek jsme se při rozhovoru také ptaly na to, v čem si myslí, že tkví výhoda, že jsou sestry (tabulka 15). Zde všechny respondentky shodně odpovídaly, že díky tomu, že jsou sestry, znají dobře problematiku poskytování ošetrovatelské péče, mají tak významnější možnosti při obhajobě a podpoře sester. Mají pohled z praxe, který, jak uvedly 4 respondentky (S1, S2, S3, S4), jim zaručuje důvěru sester při spolupráci, vědí, kde jsou rezervy, kde se dá na pracovním postupu něco změnit, kde se dá přidat a kde už je to velký problém. Zajímavý je názor respondentek (S1 a S5), že lépe zkontrolují činnosti sester, „Prostě mě nijak neošidí, neobejdou, nemohou mi říci, že jim nařizují něco od stolu a nevím o sesterské práci nic“, jak přímo uvedla respondentka (S1). Další, a jistě významnou výhodou je, že sestra je nejbliž pacientovi a zná tak nejlépe jeho potřeby (S1, S2, S5). Může tak lépe obhájit pacienta, než zástupce jiné profese. Navíc, jak vyzdvihla respondentka S1 a zde můžeme sledovat souvislost s předchozí odpovědí, sestra má také medicínské znalosti (v poslední době navíc díky změnám ve vzdělávání stále vyšší, jak popisuje například Bártlová (5)). Může tak jistě obhajovat zájmy pacientů v širším spektru, než lékař či manažer „nezdravotník“. Při rozhovorech zaznělo několikrát, že „O pacientovi to celé přeci je, o jeho potřebách“, dalším vztahem, který nás tedy ve výzkumném šetření zajímal, byl vztah mezi respondentkami a pacienty, respektive zajímaly nás činnosti a způsob komunikace, které respondentky na svých pracovištích v rámci managementu rizik využívají (tabulka 17). Každý člověk je individualita, každý pacient má své potřeby a každý pacient má svá práva, jak jsou zakotvena například v chartě práv pacientů (61) či v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně (63). Má právo nejen na kvalitní péči,

ale také na to si stěžovat, když jeho potřeby nejsou uspokojeny. Všechny respondentky uvedly, že v jejich zařízení má pacient právo podat stížnost písemně. Většinou však mají pacienti možnost stěžovat si také ústně, 4 respondentky (S1, S2, S3, S5) jsou právě těmi kompetentními osobami pro pacienty, se kterými je možné stížnosti řešit. Většinou se jim podaří stížnost vyřešit a tuto možnost vidí jako rychlou a efektivní. Stejně tak jako za účelem podání stížnosti tak i k vyslovení pochvaly nebo námětů na zvýšení kvality péče a tedy dobrou zpětnou vazbu využívají jedna respondentka (S2) rozhovorů s pacienty a v jednom zařízení (S5) probíhají dokonce takzvané „Fokus groups“ s pacienty. Spolu s dotazníky spokojenosti od pacientů u 4 respondentek (S1, S3, S4, S5) jsou tato opatření jistě dobrým způsobem, jak získat od pacientů informace o uspokojení jejich potřeb a přání. Je pouze otázkou, jaký způsob je lepší – a opět jsme u „zlaté střední cesty“ – je jistě výhodou mít pro pacienty připraveno několik možností, jako je tomu například u respondentky S3. Ve čtyřech případech (S1, S2, S3, S6) také respondentky vyzdvihly význam edukace a různých preventivních programů pro pacienty mající za cíl zvýšit jejich odpovědnost. Jsou jimi například výuka první pomoci pro veřejnost či projekt hygieny rukou. Tato opatření jistě vedou také k minimalizování rizika zvyšování kvality a bezpečí péče. Závěrečná tabulka (tabulka 18) vypovídá o výhodách, které respondentky v existenci managementu rizik ve svém zařízení vidí, a které respondentky v průběhu rozhovoru vyzdvihovaly. Tyto odpovědi v podstatě odpovídají výhodám vyplývajícím z existence procesu managementu rizik, jak je popisuje ve své knize Škrta (48), Kareš (23), Jurásková (21) či Hanzlová ve své práci (13, 14). Všechny respondentky uvedly jako jasnou výhodu zvýšení kvality poskytované péče, ve shodě opakovaně mluvily o managementu rizik jako nástroji k ochraně sester a ostatních zaměstnanců, o zvyšování odpovědnosti sester, ale také pacientů. Pokud jsou dány jasné postupy, všichni vědí, co mohou pro předejití pochybení udělat. Toto platí právě i pro pacienty, Ti se tak mohou lépe podílet na léčbě, když jsou podrobně informováni o výkonech, díky managementu rizik se také mohou cítit bezpečněji a pokud znají postup a je podle něj sestrou (či ostatními zdravotníky) postupováno, zvyšuje se také jeho důvěra v nás, sestry, potažmo celé zdravotnické zařízení, spolupráce pacienta a tím šance na úspěch v dosažení společného cíle.

S tím souvisí také další z výhod, které jmenovaly 4 respondentky (S1, S2, S3, S5), a sice zpětná vazba, kterou respondentkám a potažmo zdravotnickému zařízení nástroje využívané při managementu rizik poskytují (sledování spokojenosti pacientů, hlášení MU a další). Díky ní vědí, zda postupují správně a kde se dá ještě něco zlepšit. Zajímavým výsledkem je uvedení výhody *Nástroj k předcházení pochybením – poučení o rizicích pro ostatní* pouze dvěma respondentkami (S1, S3), které by dle našeho mínění měly uvést minimálně čtyři respondentky – ze zařízení již akreditovaných, neboť smysl managementu rizik je právě v předávání zkušeností, ponaučení nejen pro jedno zdravotnické zařízení, ale také pro ostatní, a u akreditovaných zařízení by se tato snaha měla vyskytovat. Tento výsledek vlastně předjímá celkový dojem získaný při výzkumném šetření – zavedení managementu rizik je jistě nespornou výhodou pro zdravotnická zařízení, jeho pracovníky a pacienty, je třeba však ještě hodně pracovat, než se celý proces stane systematickým a plnohodnotným pro všechny. K tomu je zapotřebí nejen snaha a chuť zdravotnických pracovníků, ale také vyšších institucí - legislativy, jasné stanovení kompetencí, zvýšení možnosti vzdělávání. Také ve vzdělávání v rámci managementu rizik ještě nejsou zavedena jasná pravidla – v České republice prozatím byl k dispozici pouze certifikovaný kurz Manažer rizik na NCONZO, který je však v současné době pouze přepracováván. Zájemcům vzdělání v rámci managementu rizik tak nezbývá jiná možnost než studium v zahraničí (16, 32, 40) nebo respondentkami uváděné kurzy Interní auditor (ISO - S1, NCONZO – S4), Manažer kvality (S1), kurzy v rámci magisterského studia (S1), program „Management na fakultě humanitních studií“ (S1, S2, S5, S6). Jak jsme již několikrát uvedly, problém vidíme právě v tom, že zdravotnická zařízení si nastavují proces zavádění sama, každé dle vlastních kritérií. Pokud by v budoucnu došlo k intervencím od kompetentních institucí ve smyslu upravení legislativy, vzdělávání, doporučení identických postupů pro všechny při zavádění procesu managementu rizik, budeme moci jeho výhody všichni plně využívat.

6. ZÁVĚR

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zmapovat aktivity sestry – manažera rizik ve vybraných zdravotnických zařízeních. Prvním cílem bylo zmapování současného stavu akreditačních řízení v České Republice – počtu akreditovaných zařízení a typu akreditace. Dalším cílem bylo zjistit, ve kterých akreditovaných zdravotnických zařízeních se vyskytuje sestra – manažer rizik či kdo ve zdravotnických zařízeních má management rizik v kompetenci. Třetím cílem bylo prozkoumání aktivit sestry – manažera rizik ve vybraných zdravotnických zařízeních. Pro dosažení těchto cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky: 1. Jaký je současný stav akreditačních řízení v České republice? 2. Ve kterých akreditovaných zařízeních existuje sestra – manažer rizik? A třetí výzkumná otázka: Jaké jsou aktivity a role sestry – manažera rizik? (jaké provádí činnosti při výkonu funkce, zda cítí změnu v poskytování ošetrovatelské péče, se kterými riziky a mimořádnými událostmi se ve svém zařízení nejčastěji setkává a jaká jsou jejich řešení, jaká je úroveň komunikace mezi účastníky v procesu řízení rizik v daném zařízení, jaké výhody spatřuje v managementu rizik). Výzkumné šetření bylo provedeno s respondentkami ze zdravotnických zařízení, která byla v rámci šetření ochotna ke spolupráci pod podmínkou, že nebudou jmenována. Na základě provedeného výzkumného šetření můžeme dát následující odpovědi na výzkumné otázky: Odpovědi vztahující se k výzkumné otázce č. 1: *V současné době je akreditováno v systému SAK ČR 41 zařízení, v systému JCI 4 zařízení. K seznamu zařízení, které se k akreditačnímu šetření připravují, nám bohužel kompetentními organizacemi nebyl umožněn přístup. Zde jsme musely přistoupit k oslovení respondentek ze všech zdravotnických zařízení, kontaktovaných v rámci výzkumné otázky č. 2, kde jsme se snažily oslovit všechna lůžková zařízení a záchranné služby v České republice. Odpověď na výzkumnou otázku č. 2 je následující: V zařízeních akreditovaných SAK ČR se přímo funkce Manažer rizik nevyskytuje. Managementu rizik se věnují sestry na různých pozicích (například Manažer kvality, Hlavní sestra, Auditor léčebné péče a další). V zařízeních akreditovaných JCI se managementem rizik zabývají shodně sestry na pozicích Manažer kvality. V ostatních, neakreditovaných zařízeních se existenci funkce přímo sestry manažera rizik též nepodařilo zjistit. Také zde,*

pokud se managementu rizik věnují, jsou to sestry na pozicích například Manažer kvality, Hlavní sestra, Náměstek ošetrovatelské péče, Manažer integrovaného systému a dalších. Podrobné rozložení názvů funkcí sester, jež mají management rizik v kompetenci, je uveden v názorných grafech. Také zde jsme se bohužel potýkaly s ne vždy dokonalou spoluprací, z oslovených 175 zařízení jich odpovědělo pouze 103. Výčet všech funkcí tak nemusí být úplný. Na výzkumnou otázku č. 3 jsme dostaly v rozhovorech velké množství odpovědí. Například sestry mající v kompetenci management rizik plní zejména role komunikátorů, obhájkyně, autorů, auditorů či mentorů. Při výkonu své funkce pozorují oproti minulosti změny v odpovědnosti sester, aktivitě pacientů, větší transparentnost, kvalitu a bezpečí poskytované péče. Podrobně popisují rizika a mimořádné události, se kterými se na svých pracovištích setkávají a jakým způsobem je řeší. Výhody v managementu rizik vidí respondenty především v tom, že je dobrým nástrojem k obhajobě pacientů, ale hlavně sester, nástrojem ke zvyšování odpovědnosti a aktivity pacientů a zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. Všechny odpovědi jsou přehledně zpracovány do tabulek a diskutovány s námi získanými poznatky z odborné literatury a zkušenostmi.

Závěrem této práce lze konstatovat, že hlavní, 3. cíl práce – zmapovat aktivity a role sestry – manažera rizik, jejich postoje a názory, byl splněn a na výzkumnou otázku bylo odpovězeno. U šetření v rámci prvního a druhého cíle jsme se bohužel setkávaly se skutečností, že zdravotnická zařízení nejsou ve velké míře ochotna k podávání informací, což naše výzkumné šetření, k naší lítosti, jistě ochudilo. Také díky této skutečnosti vyvstala v průběhu námi vedeného výzkumného šetření řada podnětů, které by mohly být předmětem dalšího zkoumání:

- *V České republice prozatím není zavedena funkce Manažer rizik*
- *Není jasné, na které úrovni by zařazení manažera rizik bylo výhodnější*
- *Zdravotnická zařízení ještě neumí dobře pracovat s informacemi a nemají zkušenost s tím, v jakém rozsahu informace podstupovat*
- *Aktivity spojené s managementem rizik dokáží pokrýt jiné funkce (například Manažer kvality)*

- *Prozatím neexistují jednotná pravidla pro zavádění managementu rizik do činností zdravotnických zařízení*
- *Sestry a ostatní zdravotnický personál nejsou dostatečně informováni o výhodách managementu rizik*

Výsledky práce bude možné poskytnout zdravotnickým zařízením, ve kterých bylo výzkumné šetření provedeno, neboť respondentky při rozhovorech projevily zájem o to, jakým způsobem řeší management rizik na jiných pracovištích. Jako výstup pro praxi je vytvořena informační brožura. Na základě zjištěných výsledků bychom také navrhovaly zaměřit se více na edukaci o možnostech managementu rizik, úpravu legislativy – kompetencí a pracovních pozic, stanovení jasných postupů a pravidel a úpravu vzdělávání v managementu rizik tak, aby zavedení tohoto nástroje bylo sjednoceno a stalo se přístupným pro všechna zařízení. To jsou jen první kroky - o ty další se následně budeme muset snažit my, lidé, kteří ve zdravotnických zařízeních pracujeme.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARBARA, A. W., et al. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing, 2006. 260s. ISBN 80-247-1714-X.
2. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 16-17. ISSN 1210-0404.
3. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny-sociologia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta, 2009, 141s. ISBN 978-80-8063-306-6.
4. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCONZO, 2008. 185s. ISBN 978-80-7013-467-2.
5. BÁRTLOVÁ, S. Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí (při vstupu do EU). Praha: Iga MZ ČR, 2007
6. BLÁHA, K. *Sestra a pacient: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II (komunikace v praxi)*. Brno: NCONZO, 2003, 67s. ISBN 80-7013-388-0.
7. COOKE, H. Theories of risk and safety: what is their relevance to nursing? *Journal of nursing management*, Marz, 2009. (online) Platný: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19416430?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum, October 9, 2009
8. DRAHO, J. Jak definovat chyby při podávání léků. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č.6, s.251-252. ISSN 1801-4640.
9. EDGECOMBE, G. *Public health nursing: past and future: a review of the literature*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001, 24s eng DK

10. GLADKIJ, I., et al. *Management ve zdravotnictví*, Brno: Computer Press, 2003. 380s. ISBN 80-7226-996-8.
11. GROHAR-MARRAY, M., E., DICROCE, H. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada publishing, 2003, 320s. Přel. z: Leadership and management in Nursing. ISBN 80-247-0267-3.
12. GUČKOVÁ M.: Fyzická zátěž sester, *Sestra*, Praha, 2007, č. 6, s. 21, ISSN 1210-0404.
13. HANZLOVÁ, E. Management rizik ošetrovatelské péče. České Budějovice, 2008 (ZSF). (online) Platný: http://daimon.lib.jcu.cz/OPAC/servlet?_page=result&search=simple&sorting=BR_SORT_TITLE&id=1&from=0&criterium=GLOB&value=management+rizik, August 9, 2009
14. HANZLOVÁ, E., BRABCOVÁ, I. Management rizik ošetrovatelské péče. *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č. 10, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
15. HAVELKOVÁ, H., MIKULKOVÁ, J. Názory sester na poskytování bezpečné ošetrovatelské péče. *Sestra*, Praha: 2007, roč. 16, č. 2, s. 15-16. ISSN 1210-0404.
16. Healthcare Risk Management (online) Platný: https://www.excelsior.edu/Center_for_Professional_Development/Programs/Healthcare_and_Medical/Professional_Health_Care_Management_Certificate/Healthcare_Risk_Management, March 20, 2010
17. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

18. Joint Commission Center for Transforming Healthcare: Hand Hygiene Project (online) Platný: <http://www.centerfortransforminghealthcare.org/projects/display.aspx?projectid=5>, March 20, 2010
19. Joint Commission International Center for Patient Safety (online) Platný: <http://www.jcpatientsafety.org/> November 28, 2009
20. Joint Commission planning to add more infection standards for 2010 *OR Manager*, Boulder, November, 2008. (online) Platný: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1590074481&sid=4&Fmt=1&clientId=46985&RQT=309&VName=PQD>, May 9, 2009
21. JURÁSKOVÁ D. a kol.. Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik, *Sestra*, Praha. 2004, č. 3, s. 18-20, ISSN 1210-0404.
22. JURÁSKOVÁ, D. Sledování mimořádných událostí - indikátor kvality zdravotní péče. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 2, s. 8-10. ISSN 1210-0404.
23. KAREŠ, J., Drlíková, M., Brabcová, I. *Moderní metody v řízení*. České Budějovice: ZSF JČU, 2006. 137s. ISBN 80-7040-852-9.
24. KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, L. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. 148s. ISBN 978-80-8063-290-8.
25. KRTIČKA, F. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. *Praktický lékař*. Praha: 2004, roč. 84, č. 7, s. 416-417. ISSN 0032-6739.
26. MAĎAR, R., et al. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2006.184s. ISBN 80-247-1673-9.

27. MARX, D. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vydání*. Praha: Grada, 2008, 309s. ISBN 978-80-247-2436-2.
28. MARX, D. Možnosti kvantifikovaného hodnocení chyb při poskytování zdravotní péče. *Zdravotnické noviny České republiky*, Praha: 2001, roč. 50, č. 2, s. 25-26. ISSN 0044-1996.
29. MARX, D. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality* Praha: Grada, 2007. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9
30. MARX, D. Prevence rizika pochybení. *Zdravotnické noviny České republiky*, Praha: 2003, roč. 52, č. 48, s. 24. ISSN 0044-1996.
31. MIKŠOVÁ, Z. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada publishing, 2006, -- 2sv. (248,171s.) ISBN 80-247-1442-6.
32. MSM Distance Learning Health Programs (online) Platný: <http://warrington.ufl.edu/academics/msm/msmhealth.asp>, March 20, 2010
33. PARKER, D. Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *Journal of nursing management*, Marz, 2009. (online) Platný: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19416425?ordinalpos=6&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum, May 9, 2009
34. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008, 120s. ISBN 978-80-7368-506-5.
35. POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách*

pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště. Praha: Galén pro potřeby České asociace sester, 2008, 20s. ISBN 978-80-7262-550-5.

36. POTEET, W. Risk management and nursing. *The nursing clinics of North America*, Philadelphia : 1983, roč.18, č.3, s.457-465. ISSN 0029-6465.

37. Practice Breakdown Research Advisory Panel. (online) Platný:
<http://www.ncsbn.org> , December 10, 2009

38. PRUDIL, L. *Vybrané kapitoly práva pro zdravotnický management.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 81s. ISBN 80-244-1304-3.

39. REINDLOVÁ, V. Přetížení zdravotnického pracovníka – ano nebo ne?. *Sestra*. Praha. 2007, č. 12, s. 22-23, ISSN 1210-0404.

40. Risk Management: A Procces for Safer Care. (online) Platný:
<http://www.jcrinc.com/Web-Based-Education/Risk-Management-A-Process-for-Safer-Care/1857/>, March 20, 2010

41. ROZSYPALOVÁ, M. *Sestry vzpomínají: příspěvek k historii ošetrovatelství.* Praha: Grada publishing, 2006, 86s. ISBN 80-247-1503-4.

42. RYDLO, M. Současné trendy ve vyšetřování nežádoucích příhod ve zdravotnictví. *Kontakt: Vědecký časopis.* České Budějovice: 2007, roč. 9, č. 2, s. 296-303. ISSN 1212-4117.

43. Spojená akreditační komise České republiky (online) Platný:
<<http://www.sakcr.cz/>> November 28, 2009

44. STAŇKOVÁ, M.. *Sestra – reprezentant profese. České ošetrovatelství 11*. Brno: 2002. 78s. ISBN 80-7013-330-9.
45. STAŇKOVÁ, M. *Z historie charitativní a ošetrovatelské péče=From the history of charitable nursing care and nursing care provided by orders*. Praha: Sanoma magazines, 2003. – 18s.(*Sestra*; č.6, příl., 2003)
46. ŠKRLA, P. *Kreativní ošetrovatelský management*: Praha: Advent-Orion, 2003, 477s. ISBN 80-7172-841-1.
47. ŠKRLA, P. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: NCONZO, 2005, 162s. ISBN 80-7013-419-4.
48. ŠKRLA, P. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada publishing, 2008, 199s. ISBN 978-80-247-2616-8.
49. ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H. *Sestra: O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Brno: NCONZO, 2004, 140s. ISBN 80-7013-407-0.
50. VEPŘEK, P., BENEŠ, V. *Komentáře z praxe. Zajímají vás názory druhých na téma "Akreditace zdravotnických zařízení?"*. *Zdravotnické noviny ČR*. Praha: 2005, roč. 54, č. 17, s. 16-17. ISSN 0044-1996.
51. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. Praha: Galén, 2006. 30s. ISBN 80-726-2392-3.
52. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. Praha: Grada publishing, 2003, 68s. ISBN 80-247-0705-5.

53. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada publishing, 2006, 68s. ISBN 80-247-1919-3.
54. VONDRÁČEK, L. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada publishing, 2009. 95s. ISBN 978-80-247-3132-2.
55. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada publishing, 2005, 100s. ISBN 80-247-1198-2.
56. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada publishing, 2008, 88s. ISBN 978-80-247-2763-9.
57. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Sestra mezi paragrafy*. Praha: Galén. 2007. 31s. ISBN 978-80-7262-459-1.
58. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. Brno: IVPZ, 2003. 74S. ISBN 80-7013-376-7.
59. WALLACE, M. *The European Union standards for nursing and midwifery : information for accession countries*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2001, 16s.
60. WARDHANI, V. Determinants of quality management systems implementation in hospitals *Health policy*, March, 2009. (online) Platný <http://rss.sciencedirect.com/getMessage?registrationId=IBAFJEIFJDANQBEJKBAOIGAOIKBNLCIIMTCNLJBFNP>, May 9, 2009
- 61 *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. Brno: IVPZ, 1998, 47s. ISBN 80-7013-270-1.

62. Nařízení vlády 361/2007Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci ve znění pozdějších předpisů

63. Úmluva o lidských právech a biomedicině

64. Vyhláška č. 4/2010 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, kterou se mění vyhláška č. 423/2004. [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/index.html>>.

65. Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. ve znění pozdějších předpisů [cit. 2010-01-20]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/index.html>>.

66. Vyhláška MZ ČR 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče ve znění pozdějších předpisů. [cit. 2009-09-20]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/index.html>>.

67. Vyhláška 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/index.html>>.

68. Vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů

69. Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/index.html>>.

70. Zákon 23/1991 Sb., Listina základních práv a svobod [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/index.html>>.

71. Zákon 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/index.html>>.

72. Zákon 96/2004 Sb. o uznávání odborných kvalifikací, ve znění pozdějších předpisů [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/index.html>>.

73. Zákon 101/2001 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/index.html>>.

74. Zákon 140/1991 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů [cit. 2009-09-20]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/index.html>>.

75. Zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů. [cit. 2009-09-20]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/index.html>>.

76. Zákon 262/2006 Sb. Zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů [cit. 2009-09-20]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/2006/sb084-06.pdf>>.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Akreditace

Bezpečná péče

Kvalita péče

Management rizik

Odpovědnost

Prevence pochybení

Všeobecná sestra

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazující mail na management rizik u všech / akreditovaných zařízení
v ČR

Příloha 2 - Rámcové otázky k nestandardizovanému polostrukturovanému rozhovoru
pro sestry mající v kompetenci management rizik

Příloha 3 - Informační brožura – volně vložená

Příloha 1

Dotazující mail na management rizik u všech / akreditovaných zařízení v ČR

Vážení,

přeji dobrý den a obracím se na Vás s dotazem týkajícím se managementu rizik (kvality). V rámci mého studia na Zdravotně - sociální fakultě Jihočeské univerzity provádím průzkum k diplomové práci s názvem "Sestra jako manažer rizik ve zdravotnických zařízeních 21. století". Cílem pilotního průzkumu je zjistit, ve kterých zařízeních funkce "Manažer rizik" existuje a kdo funkci zastává. Žádám Vás tedy tímto o zodpovězení níže uvedených otázek.

1. Existuje ve Vašem zařízení přímo funkce "Manažer rizik" eventuelně pod jakou funkci management rizik ve Vašem zařízení spadá?
2. Vykonává tuto funkci sestra?
3. V případě, že funkci manažera rizik (kvality) vykonává všeobecná sestra, prosím tímto o uvedení kontaktu.

Děkuji Vám mnohokrát za čas a úsilí věnované odpovědím!

Bc. Marie Laštovková

e-mail: marie.lastovkova@seznam.cz

mob.: 604879670

Příloha 2

Rámcové otázky k nestandardizovanému polostrukturovanému rozhovoru pro sestry mající v kompetenci management rizik

Úvod – základní informace - kolik je Vám let, jak dlouho vykonáváte činnost manažera rizik / kvality (přesný název funkce), na jaké pozici a jakém pracovišti jste v minulosti pracovala, jaké vzdělání před x po vstupu do funkce jste absolvovala?

1. Komu ve své funkci podléháte?
2. Kdo Vám ve Vaší funkci v rámci managementu rizik podléhá?
3. Jaká je Vaše náplň činnosti?
4. Jaké role dle Vašeho mínění v současné době ve své funkci plníte?
5. Co Vás vedlo k zájmu o management rizik?
6. Jaké máte zkušenosti s managementem rizik, MU a jejich řešením z předchozích pracovišť? (Setkala jste se s nějakou nežádoucí příhodou? Co se kolem dělo, jaká byla řešení?)
7. K jakým změnám v problematice dle Vašeho mínění oproti minulosti dochází? (Cítíte změnu v pojetí ošetrovatelské péče?)
8. Jakým způsobem jsou na Vašem pracovišti sledována rizika a jaká rizika na Vašem pracovišti pro příklad sledujete (registr rizik?)?
9. Jaké mimořádné události na vašem pracovišti řešíte nejvíce?
10. Jaká opatření ve Vašem zařízení při výskytu MU používáte?
11. Myslíte, že je přínosné zapojit chybujícího pracovníka do managementu rizik, eventuelně jaký způsob vidíte jako nejvhodnější při řešení MU?
12. Jakým způsobem komunikujete se sestrami (forma, četnost, edukace)?
13. S jakým přístupem k managementu rizik se u sester setkáváte?
14. Vidíte nějaké výhody ve faktu, že jste sestra s ohledem na komunikaci se sestrami při plnění činností v rámci managementu rizik?
15. Jakým způsobem probíhá komunikace s ostatními členy léčebného týmu?
16. Jakou formou probíhá komunikace s pacienty?
17. Jaké jsou podle Vás výhody v existenci managementu rizik ve zdravotnictví?