

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2014

Bc. Dominika Michálková



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Fakulta zdravotně sociální

Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví

Diplomová práce

Zajištění bezpečí pacienta ve zdravotnickém zařízení

Vypracovala: Bc. Dominika Michálková

Vedoucí práce: doc. MUDr. Jozef Filka Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Výsledky studií uvádějí, že v Evropské unii hrozí pacientovi při hospitalizaci nějaká újma. Tyto újmy, označované jako nežádoucí události, se v EU vyskytují u 8–12 % pacientů. Mohou to být určité incidenty, které pacientovi jen znepríjemní pobyt v nemocnici, ale mohou to také být závažná poškození zdraví, vedoucí ke zbytečné smrti. Hospitalizace nemocného se tak stává rizikem. Na druhou stranu se nežádoucí události týkají i samotných zdravotnických zařízení, protože jim přinášejí špatné jméno a vrhají stín na zdravotnictví obecně.

Je patrné, že se tato problematika týká především prevence a včasného podchycení hrozeb a rizik, které by mohly vést k těmto událostem. Jelikož se často jedná o negativní vlivy systému, lze těmto událostem předcházet. Ovlivnění lidským faktorem je nepopíratelné, ale především dobrý management kvality, efektivní řízení rizik a zajišťování správné kultury kvality a bezpečí zdravotnických zařízení, se zdá být klíčem k tomu, aby zdravotní péče byla bezpečná a opravdu kvalitní.

V současnosti je patrný nejen zájem veřejnosti o tuto problematiku, ale co je hlavním zájmem institucí, které na ni mají vliv. Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Evropskou unií, Světovou zdravotnickou organizací a dalšími institucemi, zavádí národní programy a plány pro zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče. Resortní bezpečnostní cíle (RBC), Akční plán kvality a bezpečí atd. jsou tedy nástroji k přeměně zdravotnictví. Podporou je i národní a evropská legislativa, která zajišťuje spolupráci zdravotnických zařízení. Aby zařízení tyto požadavky splnila, postupně se připravují na akreditační šetření, díky kterým získávají tzv. certifikát kvality a bezpečí. Tento status, je pro ně dokladem pokrokovosti, vyspělosti péče, služeb a kvalitního a bezpečného prostředí. Akreditované zdravotnické zařízení by mělo naplňovat očekávání pacientů.

Obsahem diplomové práce je shrnutí problematiky týkající se kvality a bezpečí poskytovaných služeb a prostředí zdravotnických zařízení. Teoretická část je průřezem celou tematikou kvality a bezpečí od kultury kvality a bezpečí, zajišťování a vytváření bezpečné péče na evropské a světové úrovni, přes příčiny a prevenci nežádoucích událostí, vliv Evropské unie na tuto problematiku, po národní legislativu, akreditační šetre-

ní a hodnocení kvality a bezpečí. Empirická část práce je zaměřena směrem k hlubšímu prozkoumání problematiky, ujasnění si pojmů, příčin a souvislostí. Účelem není přímo vyvozovat závěry, ale prozkoumat, jak si některá zařízení stojí v porovnání s teorií a v porovnání mezi sebou. Smyslem a cílem práce je, zjistit zda v současnosti zaváděná opatření a změny vedou ke zkvalitnění služeb a větší bezpečnosti. Hlavním cílem práce tedy je: Zjistit, zda zavedení RBC má pozitivní vliv na bezpečnost pacientů ve zdravotnických zařízeních Plzeňského a Jihočeského kraje a porovnat rozdíly.

Jako nástroj k objasnění kvality a bezpečnosti jsem zvolila kvalitativní deskriptivní výzkum a kvantitativní analýzu výskytu nežádoucích událostí ve sledovaném souboru. Kvalita byla zjišťována pomocí dotazníkového šetření sestaveného z hlavních a nejdůležitějších pojmů teoretické části. Z dat získaných dotazníkem byl následně sestaven popis kultury kvality a bezpečí jednotlivých zařízení a to pak bylo porovnáno. Numerická data byla použita k porovnání výskytu nežádoucích událostí před a po zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí a také mezi členy souboru.

Zvoleným výzkumem se podařilo zodpovědět výzkumné otázky a naplnit druhý dílčí cíl, a tím zjistit a porovnat úroveň zajištění bezpečí pacientů v podobě zajištění hodnocení kvality a bezpečí nemocnic, plnění RBC a získané nebo nezískané akreditace ve sledovaném souboru. Druhý dílčí cíl, tedy zjistit a porovnat úroveň zajištění bezpečí pacientů v podobě výskytu nežádoucích událostí se naplnit nepodařilo. Ve výzkumu nastaly problémy, které nebyly odhaleny ani pilotní studií. Analýza poskytnutých dat totiž ukázala, že každé zařízení sleduje nežádoucí události poněkud odlišně a pravděpodobně by hodnocení a porovnávání dat nebylo signifikantní ani správné.

Hlavní cíl práce se tedy podařilo naplnit jen částečně. Bylo zjištěno, že sledovaná zdravotnická zařízení plní RBC pomocí zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí, který vyžaduje naplňování všech legislativních požadavků týkajících se kvality a bezpečí pacientů včetně hodnocení. Na základě tohoto programu zařízení získala certifikáty kvality a bezpečí, které jsou dokladem vysoké úrovně obou nemocnic. Lze jen těžko prokázat, které zařízení má tuto úroveň lepší. Prokazatelný rozdíl v bezpečnosti před a po zavedení RBC pomocí výskytu nežádoucích událostí se mi nepodařilo získat, ale na základě informací z dotazníků, které vyplňovaly osoby odpověd-

né za kvalitu a bezpečí v obou zařízeních, lze říci, že bezpečnost se zlepšuje. Na základě výzkumu nemohu říct, že je vliv RBC vysloveně pozitivní, ale s jistotou mohu tvrdit, že není negativní. Úkoly, související právě se zaváděním kvality a bezpečí, jako je sledování nežádoucích událostí, získání certifikátu kvality a bezpečí atd. se zdají být komplikací v procesu poskytování zdravotní péče. Vyžadují totiž určitou přeměnu systému jednotlivých zařízení, naplnění kultury kvality a bezpečí, týmovou spolupráci, správnost a přesnost úkonů, finance a především velkou administrativní činnost. Na druhou stranu, zmíněné procesy vedou ke zlepšování kultury zdravotnických zařízení, což vyplynulo z dotazníkového šetření. Toto lze považovat za hlavní pozitivum, které má vliv i na chování zdravotnického personálu. Jako hlavní překážky ve zlepšování kvality a bezpečí se zdají být nespolupráce pacientů a špatná týmová práce. Také jak vyplynulo z výzkumu nad rámec stanovených cílů, problémem se stále více stává agresivní chování pacientů.

Empirickou částí práce se mi tedy podařilo odpovědět na zvolené výzkumné otázky, naplnit druhý dílčí cíl a svým způsobem i cíl hlavní, i když ne přesně tak, jak bylo původně navrženo. Hlavní přínos vidím v tom, že deskriptivní studie mi umožnila lépe pochopit problematiku a nahlédnout hlouběji do systému zajišťování kvality a bezpečí a objasnit si neshody teorie s praxí, protože teoreticky je tato problematika zachycena poměrně podrobně a systematicky, i když někdy poněkud složitě. Na druhou stranu, praktické provádění navrhovaných metod se nezdá být zcela jednoduchou záležitostí. Vyžaduje finance, fungující systém, fungující tým ale také ochotu pacientů a mnoho dalších věcí.

Závěrem lze tedy říci, že zajištění bezpečí pacienta ve zdravotnickém zařízení je v současnosti na poměrně dobré úrovni, a na základě výsledků práce věřím, že se situace bude v budoucnu zlepšovat, protože management kvality a bezpečí nemocnic se zdá být naladěn ke správné cestě k vysoké kvalitě a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb.

Abstract

Results of the Studies indicate there is a risk of harm for patients during hospitalization in the European Union. Such damages known as an adverse events occur in 8–12 % of patients in EU. They could be some incidents that only make hospitalization uncomfortable to patient, but they can also be severe injuries leading to unnecessary death. Hospitalization of patient becomes a risk. On the other hand, adverse events are related to medical facilities as well as themselves, because they bring a bad name them, and cast a shadow on health care in general.

It is obvious that this issue mainly relates to prevention and early underpinning threats and risks that could lead to these events. Because they are negative effects of the system, these events can be prevented. Influence of human factor is undeniable, but mainly good quality management, effective risk management and ensuring proper culture of quality and safety of medical devices, seems to be the key to make health care safe and in really good quality.

There is not only visible public interest in this issue at present. But what is the main, interest of institutions which have an influence on it. The Ministry of Health in collaboration with the European Union, the WHO and others, establishes national programs and plans for improving the quality and safety of health care. Departmental security objectives (DSO), Action plan quality and safety, etc. are tools for transforming healthcare. As a support is also national and European legislation that ensures cooperation of medical facilities. To fulfill these requirements, facilities are gradually preparing for an accreditation investigations, thanks to that they gain the certificate of quality and safety. This status is the proof of their progressivism, the maturity of care, service quality and safe environment. Accredited medical facility should fulfill the expectations of patients.

The thesis contains a summary of issues relating the quality and safety of services and healthcare environment. The theoretical part is a cross section of the whole topic of quality and safety from a culture of quality and safety, ensuring and creating safe care at European and global level, through causes and prevention of adverse events, the influ-

ence of the European Union on this issue, the national legislation, the accreditation investigation and evaluation of the quality and safety. The research is focused towards deeper investigation the issue, clarification of concepts, causes and contexts. The purpose is not to draw conclusions directly, but to explore how some facilities are in comparison with the theory and in comparison with each other. The purpose and goal of this work is to determine whether the currently implemented measures and changes lead to improving of services and greater safety. The main goal of the thesis is: To determine whether the introduction of DSO has a positive effect on patient safety in health facilities in Pilsen and South Bohemia regions and compare the differences.

As a tool to clarify the quality and safety I chose a descriptive qualitative research and quantitative analysis of adverse events in observed group. Quality was assessed by using questionnaire consisting of the main and most important parts of the theoretical concept. From data obtained by questionnaire was subsequently compiled a description of the culture of quality and safety of each facility and then compared. A numeric data was used to compare the incidence of adverse events before and after the implementation of a program of continuous improving quality and safety as well as between members of the research group.

Selected research led to answer the research questions and to fulfill the second sub-objective and to determine and compare the grade of patient safety as quality assurance and safety of hospitals, observance of DSO, obtained or not obtained accreditation in observed group. The second sub-objective: to identify and compare the grade of patient safety as adverse events was failed. There were problems in the research that were not detected even not by pilot study. The provided data has shown that each device monitors adverse events somewhat differently. So probably the evaluation and comparison of data wouldn't be significant and correct.

The main objective of the thesis was fulfilled partially. It was found that the monitored healthcare facilities were fulfilling the DSO by introducing a program of continuous improvement of quality and safety. This program requires the fulfillment of all legislative requirements relating to quality and patient safety, including the assessment. Based this program, facilities have received certificates of quality and safety, which are

evidence of high levels of both hospitals. It is difficult to prove which one has a better grade. I could not get a demonstrable difference in safety before and after the introduction of DSO by using the incidence of adverse events. But it can be said, based on information from questionnaires filled by people responsible for the quality and safety of both facilities that security is improving. Based on the research, I can't say that the influence of DSO is definitely positive, but for sure I can say that it is not negative. Tasks related just to the implementation of quality and safety, such as monitoring of adverse events, obtaining the certificate of quality and safety, etc. seem as some complications in the process of providing health care. It requires a transformation of facilities, attainment a culture of quality and safety, good teamwork, correctness and precision of operations, finance, and especially high administrative activities. On the other hand, mentioned processes lead to the improvement of the culture of healthcare facilities, which resulted from the survey. It can be considered as a major advantage, which also affects on behavior of the medical staff. The main obstacles of improving the quality and safety seem to be poor cooperation of patients and poor teamwork. And also the problem is becoming more and more aggressive behavior of patients, which is evident from the research beyond set goals.

By the empirical part of the thesis I managed to answer the research questions, fulfill the second sub-goal and the main goal, though so not exactly as it was originally designed. The main benefit I see in the descriptive study which allowed me better understanding issues and deeper looking into the system of ensuring quality and safety and to clarify the disagreements of theory and practice. Because of in theory, the issue is captured quite closely and systematically although rather complicated sometimes. On the other hand, the practical implementation of the proposed methods doesn't seem to be quite a simple matter. It requires finance, functional system, functional team, but also willingness of patients and many other things.

In conclusion we can say that patient safety in healthcare facilities is currently at a quite good level and on base of results I believe that the situation will improve in the future because of management quality and security of the hospitals seems to be tuned to the correct path to the high quality and safety of medical services.

Prohlášení

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 č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2014

.....

Dominika Michálková

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce doc. MUDr. Jozefu Filkovi, PhD., za spolupráci a jeho podíl na této práci. Především děkuji osobám a zařízením zúčastněným ve studii a za jejich hodnotný přínos pro empirickou část. Opomenout také nemohu, ani na osoby nejbližší, které mě stále a věrně podporovaly až do posledního řádku.

Obsah

Seznam použitých zkratk	14
Úvod	15
I SOUČASNÝ STAV	
1 Bezpečí zdravotnických zařízení	17
1.1 Kultura kvality a bezpečí zdravotní péče	18
1.2 Zájem veřejnosti	19
2 Zajišťování bezpečí pacientů a vytváření bezpečné zdravotní péče	21
2.1 Proč je zajišťování bezpečí pacientů tak důležité?	21
2.2 Nežádoucí události	22
2.2.1 Vznik a příčiny nežádoucích událostí	23
2.2.1.1 Lidský faktor	23
2.2.1.2 Pomáhající profese a vliv chyby	24
2.2.1.3 Poškození pacienta zdravotníkem	25
2.2.1.4 Typy poškození	25
2.3 Vytváření kultury bezpečí	26
3 Vznik a rozvoj managementu bezpečí pacientů na světové a evropské úrovni	27
3.1 Světová aliance pro bezpečí pacientů	27
3.1.1 Doporučení pro zavedení systému hlášení nežádoucích událostí	28
3.2 Vliv Evropské unie na bezpečí pacientů	29
3.2.1 Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů	29
3.2.2 Doporučení EU o bezpečí pacientů	30
4 Management rizik jako nástroj ke zlepšování kvality a bezpečí	31

4.1	Management dříve.....	31
4.2	Transformace systému zdravotnických zařízení	32
4.3	Efektivní management rizik – cesta k zajištění bezpečí	33
4.3.1	Řízení kvality a řízení rizik – kontinuální zvyšování kvality	33
4.4	Zavádění systémů jakosti – akreditace, standardy, audity	34
4.4.1	JCI mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice.....	35
4.4.1.1	Akreditace JCI	37
4.4.1.2	Standardy JCI pro kvalitu péče a bezpečí pacientů	38
4.4.1.3	Standardy JCI pro zajištění bezpečnosti nemocničního prostředí ..	38
4.4.2	ISO standardy	39
4.4.3	SAK – národní standardy	39
4.4.3.1	Resortní bezpečnostní cíle	41
5	Česká republika a kontinuální zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče	43
5.1	Akční plán kvality a bezpečí	43
5.2	Legislativní zakotvení kvality a bezpečí	44
5.2.1	Zákon	44
5.2.2	Věstník.....	45
5.2.2.1	Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb a sledování nežádoucích událostí	46
5.2.3	Vyhláška	47
5.3	Sledování nežádoucích událostí	53
5.3.1	Národní systém hlášení nežádoucích událostí	53
5.3.2	Metodika sledování nežádoucích událostí zdravotnických zařízení lůžkové péče	54
5.3.2.1	Klasifikace nežádoucích událostí	56

II EMPIRICKÁ ČÁST

1	Cíl práce a výzkumné otázky	57
1.1	Cíle práce	57
1.1.1	Shrnutí cílů.....	58
1.2	Výzkumné otázky.....	59
2	Metodika.....	60
2.1	Charakteristika souboru	61
2.1.1	Shrnutí charakteristiky souboru	61
2.2	Dotazník	62
2.3	Postupy a průběh výzkumu	63
3	Výsledky.....	64
3.1	Zdravotnické zařízení A	64
3.1.1	Identifikace A	64
3.1.2	Nežádoucí události A.....	65
3.1.3	Akreditace – národní A	66
3.1.4	Akreditace – mezinárodní A.....	66
3.1.5	Akreditace – obecně A	67
3.1.6	Management kvality a bezpečí A	67
3.1.7	Kultura kvality a bezpečí A	68
3.1.8	Připomínky A.....	69
3.2	Zdravotnické zařízení B	70
3.2.1	Identifikace B.....	70
3.2.2	Nežádoucí události B.....	71
3.2.3	Akreditace – národní B.....	73

3.2.4 Akreditace – mezinárodní B.....	73
3.2.5 Akreditace – obecně B.....	73
3.2.6 Management kvality a bezpečí B.....	74
3.2.7 Kultura kvality a bezpečí B	75
3.2.8 Přípomínky B.....	76
3.3 Shrnutí výsledků.....	77
3.4 Porovnání výsledků.....	79
Diskuze	83
Závěr	94
Seznam použitých zdrojů	
Přílohy	

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
DSO	Departmental security objectives (RBC)
EU	Evropská unie
IOM	Institute of Medicine
ISO	International Standard Organisation – Mezinárodní organizace pro standardizaci
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení
JCI	Joint Commission International – Spojená mezinárodní akreditační komise (dříve JCAHO)
JCR	Joint Commission Resources
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NN	Nozokomiální nákaza
NU	Nežádoucí událost
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj – Organisation for Economic Co-operation and Development
RBC	Resortní bezpečnostní cíle
SAK	Spojená akreditační komise
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
TJC	The Joint Commission
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace
ZZ	Zdravotnické zařízení

Úvod

V současné době pokroku ve všech oblastech lidské činnosti, jaké nás jen napadnou, je vyspělá zdravotní péče jakousi samozřejmostí. Ovšem vyspělost nebo pokrokovost nemusí vždy nutně znamenat i nejlepší kvalitu a bezpečnost. Výsledky studií uvádějí, že v Evropské unii hrozí pacientovi při hospitalizaci nějaká újma. Tyto újmy, označované jako nežádoucí události, se v EU vyskytují u 8–12 % pacientů. Mohou to být určité incidenty, které pacientovi jen znepríjemní pobyt v nemocnici, ale mohou to také být závažná poškození zdraví vedoucí ke zbytečné smrti. Hospitalizace nemocného se tak stává rizikem. Na druhou stranu se nežádoucí události týkají i samotných zdravotnických zařízení, protože jim přinášejí špatné jméno a vrhají stín na zdravotnictví obecně.

Je patrné, že se tato problematika týká především prevence a včasného podchycení hrozeb a rizik, která by mohla vést k těmto událostem. Jelikož se často jedná o negativní vlivy systému, lze těmto událostem předcházet. Ovlivnění lidským faktorem je nepopiratelné, ale především dobrý management kvality, efektivní řízení rizik a zajišťování správné kultury kvality a bezpečí zdravotnických zařízení, se zdá být klíčem k tomu, aby zdravotní péče byla bezpečná a opravdu kvalitní.

V současnosti je patrný nejen zájem veřejnosti o tuto problematiku, ale co je hlavní zájem institucí, které na ni mají vliv. Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Evropskou unií, Světovou zdravotnickou organizací a dalšími, zavádí národní programy a plány pro zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče. Resortní bezpečnostní cíle, Akční plán kvality a bezpečí atd. jsou nástroji k přeměně zdravotnictví. Podporou je i národní a evropská legislativa, která zajišťuje spolupráci zdravotnických zařízení. Aby zařízení tyto požadavky splnila, připravují se postupně na akreditační šetření, díky kterým získávají tzv. certifikát kvality a bezpečí. Tento status, je pro ně dokladem pokrokovosti, vyspělosti péče, služeb, kvalitního a bezpečného prostředí. Akreditované zdravotnické zařízení by mělo naplňovat očekávání pacientů.

Téma práce Zajištění bezpečí pacienta ve zdravotnickém zařízení jsem si vybrala především ze zvědavosti. Protože to pro mne bylo něco zcela nového, je teoretické shr-

nutí průřezem celou tematikou kvality a bezpečí. Empirickou část práce jsem proto také zaměřila směrem k hlubšímu prozkoumání problematiky, ujasnění si pojmů, příčin a souvislostí. Nechtěla jsem přímo vyvozovat závěry, ale prozkoumat, jak si některá zařízení stojí v porovnání s teorií a v porovnání mezi sebou. Smyslem a cílem práce se tak stalo zjistit, zda zmíněná zaváděná opatření a změny vedou ke zkvalitnění služeb a větší bezpečnosti. Proto byl navržen kvalitativní deskriptivní výzkum doplněný o kvantitativní analýzu některých dat. Jako nástroj k objasnění bezpečnosti jsem zvolila výskyt nežádoucích událostí. Kvalitu jsem zjišťovala pomocí dotazníku sestaveného z hlavních a nejdůležitějších pojmů teoretické části.

I SOUČASNÝ STAV

Již v Hippokratově přísaze¹ je patrné poselství zdravotníka nemocnému, týkající se kvality a bezpečí: „...budu je chránit před poškozením a křivdou... Navštívím-li kterýkoli dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoli záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti...“ [Munzarová, 2005, s. 19–20].

Kvalitu a bezpečí zdravotní péče v současnosti reflektuje i Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) v návaznosti na Světovou zdravotnickou organizaci, a to v programu Zdraví 21²: „Přelom tisíciletí je v hospodářsky vyspělém světě ve všech oblastech lidské činnosti ve znamení stoupajícího významu kvality – jakosti. Nízká cena a množství produktu na trhu již v silné konkurenci nestačí. Poptávka je především po zboží a službách poskytovaných ve správný čas, na správném místě, za nejvýhodnější cenu a v dokonalé kvalitě. Tato tržní premisa je platná v nejširším slova smyslu i ve zdravotních službách.“ (cíl 16: řízení v zájmu kvality péče), [MZČR, 2003].

1 Bezpečí zdravotnických zařízení

Česká republika (ČR) jako člen Evropské unie (EU) patří bez pochyby ke státům s vyspělou a pokrokovou medicínou a tedy i zdravotními službami a péčí. Je ale nepopiratelným faktem, že zhruba 8–12 % pacientů v EU přijde během poskytování zdravotní péče k nějaké újmě. Tato poškození jsou označována jako nežádoucí události (NU), dříve mimořádné události a v překladu adverse events [MZČR, 2010; EC, 2012; ÚZIS, 2014; Latino, 2009]. Výskyt nežádoucích událostí ve světě se pak pohybuje od 3 % do 17 % ze všech hospitalizací. Značná část z těchto nežádoucích účinků

¹ Překlad z anglického znění Hippokratovy přísahy L. Edelsteina z roku 1967.

² „Zdraví 21“ je dlouhodobý národní program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR (Zdraví pro všechny v 21. století) Ministerstva zdravotnictví, vypracovaný na základě stejnojmenného programu Světové zdravotnické organizace [MZČR, 2003].

péče bohužel vede k úmrtí, dle zdrojů v 5–21 %. Jak je uváděno, minimálně polovině z nich by mohlo být zabráněno [Andrez, 2009; Smits, 2010; Zegers, 2009].

Vzhledem k faktu, že nežádoucí události se především týkaly a týkají jednotlivců, nezbuzovaly až do 90. let minulého století větší pozornost. Zájem o možná pochybení zdravotnického personálu byl tak velmi malý [Hřib, 2010].

Institute of Medicine (IOM)³ v roce 2001 uvedl, že alespoň v USA zdravotní péče běžně nenaplnuje svůj potenciál a neposkytuje dostatečnou péči, ale naopak, často spíše ublíží. Dále pak upozorňuje na to, že mezi zdravotní péčí, která je pacientům poskytována a kterou by mohli mít, je obrovský rozdíl. Z celé řady faktorů, které tuto situaci ovlivňují, označuje IOM [2001] jako hlavní: rychlý vývoj a pokrok v oblasti medicíny od poloviny minulého století. Velké změny společně s požadavky na komplexnost péče vedly k tomu, že medicína je sice pokroková, ale na úkor správných a bezpečných postupů? Zároveň je institutem předesíláno, že pokud je dnes situace taková, naskytuje se otázka, jak bude zdravotní péče obstatvat z hlediska kvality a bezpečí v budoucnu, když je další rozvoj a pokrok medicínské vědy nevyhnutelný a patrný již v dnešní době.

Klíčovým řešením se zdá být změna celkového přístupu ke zdravotnictví a systému řízení zdravotní péče. Podle IOM je: „největší výzvou při vytváření bezpečnějšího zdravotnického systému změna přístupu od obviňování jednotlivců za chyby k nahlížení na chyby ne jako selhání jednotlivce, ale jako na příležitost ke zlepšení systému a prevence škod“ [2001].

1.1 Kultura kvality a bezpečí zdravotní péče

Podle Holčíka [2005] je zdravotnictví posledních desetiletí charakteristické používáním byrokratických metod a centralismem, bez zpětné vazby a dostatečných zdrojů. Naštěstí dnešní doba je ale typická obdobím transformace, a to právě v oblasti zdrojů

³ Institute of Medicine (IOM) je americká nezisková, nevládní organizace založená v roce 1970 jako součást Národní akademie Spojených států. Jejím účelem a posláním je poskytovat rady v otázkách týkajících se biomedicíny, medicíny a zdravotnictví a zlepšování zdraví [<http://www.iom.edu/>].

(znalosti; lidé; finance; ...), činností (kvalita; efektivita a účinnost) i v oblasti výstupů a dopadů.

Joint Commission Resources (JCR)⁴ uvádí, že v současnosti se zdravotnická zařízení a poskytovatelé zdravotní péče vyspělého světa postupně soustředují na prostředí, ve kterém zdravotní péči poskytují a problematice věnují zvýšenou pozornost. Toto uvědomění si pozitivního vlivu zdravé a otevřené organizace zlepšování zdravotní péče, je jakýmsi moderním trendem, který pomohl vzniku tzv. „kultury bezpečí“ [2007].

Dříve zažitá tzv. „patologická kultura“, ve které je selhání v podobě chyby trestáno nebo zameteno pod stůl a ve které je běžné nepřipouštět si existenci problémů, je třeba brát jako přežitek. Naopak právě pokroková „pozitivní kultura“ kvality a bezpečí připouští možnost chyb a bere je jako nevyhnutelný prvek. Vytváří atmosféru vzájemné důvěry a možnosti hovořit o tématu zlepšování bezpečí bez následků či strachu a snaží se aktivně vyhledávat a identifikovat skrytá nebezpečí. To vše je v dnešní době bráno jako úplný základ pro zlepšování bezpečnosti ve všech zdravotnických zařízeních [JCR, 2007; Nieva, Sorra, 2004; Westrum, 1992].

Pozitivní vliv trendu je podle JCR patrný na zvýšeném zájmu poskytovatelů zdravotní péče o hodnocení kultury bezpečí ve svých zařízeních. Metody hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče nabízejí zdravotnickým zařízením příležitost k analýze a pochopení této problematiky a možnost zvážit a naplánovat změny [JCR, 2007].

1.2 Zájem veřejnosti

Zájem veřejnosti o problematiku pochybení ve zdravotnictví vzrostl zhruba od roku 2000. Důvodem byly patrně v této době vydané publikace k otázkám bezpečí a kvality.

⁴ Joint Commission Resources (JCR) jako součást Joint Commission Organization (JCO), je globální organizace se sídlem v USA. Poskytuje znalosti, řešení a pomoc zdravotnickým organizacím ve zlepšování bezpečnosti pacientů a kvality péče. Pod JCR dále spadá divize The Joint Commission – národní normativní a akreditační orgán pro USA, který se dále skládá z Joint Commission Center for Transforming Healthcare – středisko pro transformaci zdravotnictví v USA a Joint Commission International (JCI) – největší světová akreditační společnost, dříve JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, do roku 2007) [<http://www.jointcommission.org/>].

Jejich uveřejnění následně vyvolalo velký ohlas (kladný i záporný), a to především v západních zemích Evropy, v USA a Kanadě. Poměrně záhy pak byla přijata i určitá opatření [Ivanová, 2006]. Jsou to např. publikace: „To Err is Human – Chybovat je lidské“ [Kohn, 2000] a „Improving Safety Culture – Zlepšování kultury bezpečí“ [Cooper, 1998]. Podobné články ale vycházely již dříve např.: „Human Error in Medicine – Lidská pochybení v medicíně“ [Bogner] z roku 1994. Jak ale komentuje situaci v ČR Škrála [2005, s. 21] – naopak: „... se řada lékařů a sester tváří, jako by se jich tento problém netýkal... I když nikdo zatím nezvoní na poplach, v počítačové databázi knihovny MZ lze najít údaje o těch chybách a omylech zdravotníků, které jsou medializovány a tu a tam se objeví v některém odborném nebo méně odborném časopise článek na téma pochybení.“

V současné době dochází k rozsáhlejšímu zveřejňování řady problémů, týkajících se bezpečí pacientů ve zdravotnictví, a tak se právě medializace problematiky stala výzvou pro poskytovatele zdravotní péče [Škrála, Škrlová, 2008].

Mnoho zdravotnických zařízení v této souvislosti zahájilo hodnocení kvality a bezpečí. Ve snaze splnit směrnice o poskytování bezpečné zdravotní péče se soustavně připravují na akreditaci, jak národní, tak mezinárodní, viz dále [MZČR, 2010; Škrála, Škrlová, 2008].

JCR ale poznamenává, že zdravotnické zařízení bude schopno dosáhnout vrcholu svého snažení jen v případě, kdy vytvoří se svými zaměstnanci zmíněnou kulturu bezpečí. Proto je nezbytné, aby si takové zařízení stanovilo kvalitu a bezpečí zdravotní péče jako jednu ze svých hlavních priorit, kde cílem je jak ochrana pacientů, tak i zaměstnanců [JCR, 2007].

2 Zajišťování bezpečí pacientů a vytváření bezpečné zdravotní péče

Podle Holčíka [2005] je obtížné jednoznačně definovat kvalitu zdravotní péče, kdy v užším smyslu jde o stupeň jakosti provádění zdravotních služeb podle platných norem. V širším smyslu je za kvalitu ve zdravotnictví považována úroveň technického provedení; účinnost; efektivita; utilita a neškodnost. Dále může být kvalita zdravotní péče interpretována jako: „schopnost uspokojovat zdravotní potřeby těch, kteří jsou na péči závislí“, „provádění správných věcí správným způsobem“, dále jako „to co bylo zamýšleno“, nebo jako „forma a míra zdravotní péče, jejímž prostřednictvím se zvyšuje pravděpodobnost příznivého výsledku“ [EC, 2010].

Většina občanů, tedy potenciálních klientů zdravotní péče, pak od kvalitního zdravotnictví očekává, jak uvádí Ivanová [2006]: fyzickou a ekonomickou dostupnost; ohleduplnost; chápavý přístup a co nejvyšší celkovou úroveň.

2.1 Proč je zajišťování bezpečí pacientů tak důležité?

Protože zdravotní péče není jen dalším odvětvím služeb a nemůže být takto chápána! Její základní povaha je charakterizována lidmi, kteří se starají o jiné lidi v dobách nouze a stresu [IOM, 2001]. Navíc zdraví je jednou z nejdůležitějších priorit v životě člověka a právo na něj je obsaženo v Ústavě ČR. Bezpečnost zdravotní péče je celosvětově pokládána za jeden z hlavních indikátorů vyspělosti společnosti [Madar, 2004].

Hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení je vysoce rizikovou událostí, přičemž k pobytu dochází převážně nedobrovolně vlivem okolností. Zároveň, jak uvádí JCR [2007], je zdravotní péče brána jako potenciálně riziková právě pro pacienty, kterým má sloužit. Nedostatečná bezpečnost pacientů během poskytování zdravotní péče pak také představuje závažný problém pro veřejné zdraví a nevyhnutelně i vysokou hospodářskou zátěž pro zdravotnictví [Polák, 2012; EC, 2010].

2.2 Nežádoucí události

Studie (např.: The California Medical Insurance Feasibility Study, nebo The Harvard Medical Practice Study apod.) z přelomu 80. a 90. let ukázaly, že zdánlivě sporadické události, týkající se újmy pacienta při poskytování zdravotní péče, jsou překvapivě častější, než se z počátku zdálo. Naopak bylo zjištěno, že jsou častým a významným problémem ve zdravotnictví, především co se týká zdravotní, organizační, sociální a ekonomické otázky [Hříb, 2010].

Manželé Škrlovi [2008, s. 17] uvádějí, že: „Mimořádnou událostí se nazývá jakákoliv událost, při které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo procedury. Mimořádná událost má za následek různé stupně poškození zdraví pacienta (dočasné, trvalé nebo smrt).“.

MZČR [2012b] pak nežádoucí události definuje přesně: „Nežádoucí událostí (NU) jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy poškození pacienta je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb nebo jeho pracovník. Za nežádoucí události jsou dále také považována neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta, pokud mají za následek trvalé poškození nebo úmrtí pacienta. Nežádoucími událostmi jsou také ty události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, u nichž není dosud známo, zdali bylo možné se jim vyhnout.“. Jak ale dále MZČR [2012b] uvádí, poskytovatel zdravotních služeb si definici vlastně může podle svého uvážení rozšířit ve smyslu toho, že další jiné události označí také za nežádoucí. Může jít např. o použití omezovacích prostředků nebo nedostavení se pacienta na objednaný termín apod.

V současné době mezi nejčastější nežádoucí události můžeme řadit: chyby při podávání léků; chyby při chirurgických výkonech; diagnostická pochybení a nevyhnutelně také infekce spojené s poskytováním zdravotní péče [MZČR, 2010].

2.2.1 Vznik a příčiny nežádoucích událostí

Představme si běžné zdravotnické zařízení, řekněme nemocnici, tedy obrovský systém plný pacientů, personálu, technologií, odborných postupů, ekonomických otázek, ale také emocí, stresu atd. Samozřejmě také včetně náležitých souvislostí! Dostaneme něco, co lze označit za živnou půdu pro růst a vznik rizikových událostí [Škrla, Škrlová, 2008].

Ve zdravotnictví existuje mnoho negativních faktorů, které mají vliv na zdravotní péči, jsou to např.: vysoké nároky na personál; nekvalitní management procesů; nedostatek financí; zdrojů, případně jejich špatné využívání. Dále, nekvalitní politika a malá podpora transformace zdravotnictví a bohužel nevyhnutelně zpochybňování a zlehčování problémů či rizik samotnými zdravotníky [Škrla, Škrlová, 2008; Thomas, 2003].

Názorem Poláka [2012] je, že části rizikových resp. nežádoucích událostí lze zabránit, protože jak se jeví, většina z nich je způsobena systémovými faktory a ty jsou preventabilní. Nicméně, pochybení sama o sobě zcela eliminovat nikdy nelze, protože jsou spjata s účastí lidského faktoru, který lze omezit jen těžko, viz dále.

2.2.1.1 Lidský faktor

Jak uvádí Hřib [2010], na vzniku nežádoucích událostí se bez pochyby podílí lidský faktor. Dále rovněž poznamenává, že nežádoucí události s ním spojené se vyskytují při poskytování všech druhů a ve všech formách zdravotní péče a také ve všech typech zdravotnických zařízení.

Chyb a porušování pravidel, kterých se zdravotničtí pracovníci mohou dopouštět, je mnoho. To souvisí se známou vazbou, že čím emocionálně náročnější je profese, tím více roste stres a duševní vyčerpání pracovníka. Ať jde o chyby plánovací; prováděcí; chyby z nepozornosti nebo výpadků, role lidského faktoru je zřejmá,

a to právě protože tzv. pomáhající profese jsou zatíženy „duševní únavou“ [Hřib, 2010; Ivanová, 2006].

2.2.1.2 Pomáhající profese a vliv chyby

Jak bylo uvedeno výše, lidský faktor a chyby ve zdravotnictví mají souvislost s náročností povolání zdravotníka. Na poskytování zdravotní péče jsou kladeny vysoké požadavky jak z hlediska etiky; vědomostí; dovedností a vzdělání, tak z hlediska bezchybnosti výkonů. Společně s podstatou povolání, tedy odpovědnosti za lidské životy a zdraví, vedou k větší frustraci zdravotníků a větší hrozbě chyb. To vše je dále podporováno např.: zastaralým řízením; nedostatkem empatie od managementu; nedostatečnou odborností; špatnou týmovou prací; rostoucím kvantem informací a prací s nimi; pocitem platového nedocení a rostoucím požadavkem na větší samostatnost v rozhodování atd. [Ivanová, 2006; Carayon, 2006].

Na obhajobu lékařů a zdravotníků ale Ivanová [2006, s. 170] podotýká: „Rádi by každému pacientovi dali co nejvíce, třeba i více než potřebuje, protože mají velký pocit zodpovědnosti i nejistoty. Jsou však nuceni ze strany pojišťoven a i státu uvažovat čím dál více ekonomicky, neboť celospolečensky se nyní považuje za neetické plýtvat zdroji, které může dostat jiný pacient. To jim působí frustrace (zcela oprávněně) a odvádí od jejich původního poslání.”

Manželé Škrlovi [2008] v této souvislosti poznamenávají, že pracovníci poskytující zdravotní péči jsou si ale většinou vědomi možnosti rizik v zařízení, z čehož především vyplývá jejich morální povinnost snažit se dělat vše, co je v jejich silách aby zajistili kvalitní a bezpečnou péči. To platí obecně i v lékařské a zdravotnické etice, ve které existují situace, kdy zdravotník jedná zcela sám podle svého úsudku pro dobro nemocného. V kontextu Hippokratovy přísahy tedy podle svých nejlepších vědomostí, schopností a dovedností s tzv. „ochranářským přístupem“ [Ivanová, 2006].

2.2.1.3 Poškození pacienta zdravotníkem

Přes všechny požadavky, vysoké nároky a etické principy, které jsou na ně kladeny, jsou zdravotničtí pracovníci stále jenom lidé a lidé chybují. Navíc, stejně jako v každé jiné profesi i ve zdravotnictví se také najdou pracovníci, kteří nejsou zcela zodpovědní a mohou na pacienta působit různými způsoby negativně. Jedním z těchto vlivů je např. iatrogenie nebo iatropatogenie – poškození pacienta lékařem, dále sororigenie – zde se jedná o poškození zdravotní sestrou. K poškozením pacienta ve zdravotnickém zařízení lze zařadit i poškození nebo negativní vliv jiného pacienta tzv. egrotogenie. Anglický výraz malpractice, je používán v souvislosti se zanedbáváním povinné péče, nebo nedostatečné pečlivosti v povolání, které může vést k poškození pacienta. Další podobnou chybou může být nedbalost, jak je označována nedostatečná opatrnost, riskování nebo nedodržování postupů v poskytování zdravotní péče. Je důležité poznamenat, že tyto chyby mohou vznikat vědomě ale i nevědomě, jak vyplývá z předchozího textu [Kutnohorská, 2007].

2.2.1.4 Typy poškození

Následkem chyb zdravotnických pracovníků vznikají různá poškození pacientů. Tato poškození se obecně dělí na tři typy: tělesné (somatické), psychické a kombinované. Charakter těchto typů poškození je zřejmý [Kutnohorská, 2007].

Jak uvádí nebo spíše varuje Kutnohorská [2007, s. 63]: „Poškození pacienta je velmi úzce spojeno s etickým nerespektováním jeho důstojnosti..., proto je profesně nutný vysoký morální kredit každého zdravotnického pracovníka a stálá kultivace osobnosti. Pouze za předpokladu vnitřního zakotvení morálky, vnitřního chtění se dá předejít poškození pacienta/klienta ze strany zdravotníků.“

2.3 Vytváření kultury bezpečí

V obecné rovině je kultura organizace podstatným dílem všech společností, protože ovlivňuje chování lidí a její vystupování na venek. Jde o komplexní záležitost, která se těžko vytváří a nesnadno se pak mění. Do kultury organizace lze zahrnout např.: postoje; způsob chování; rituály; realizace cílů apod. Do zdravotnické kultury je ale nutno včlenit i spravedlnost; solidaritu; péči o druhé; respektování etických principů a lidského soukromí. To vše je možné ovlivnit managementem dané organizace [Ivanová, 2006].

Jak vyplývá z dříve uvedeného, základním kamenem úspěchu při vytváření „správné kultury bezpečí“ je změna způsobu myšlení. Podle Ivanové [2006] existují v západní medicíně, a tedy i v té české, tři oblasti bránící této změně a to: ve zdravotnictví nemá bezpečí výsadní postavení a není součástí organizační struktury, nepřesné používání pojmů týkajících se bezpečnosti a to, že problematikou bezpečí je v zařízeních pověřena komise složená jen z lékařského personálu.

Ivanová [2006, s. 216] dále poznamenává, že: „Aby se bezpečnost všech (tj. pacientů, ale i zaměstnanců) stala dominantním charakteristickým znakem organizační kultury zdravotnických zařízení, je třeba stanovit indikátory „bezpečí“ pro všechny zúčastněné a poté podrobně zkoumat kulturu zdravotnických organizací vzhledem k indikátorům bezpečné péče i bezpečné práce.“

3 Vznik a rozvoj managementu bezpečí pacientů na světové a evropské úrovni

Management bezpečí pacientů je v globálním měřítku ovlivňován Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization – WHO), jejíž Výkonná rada v lednu roku 2002 vydala doporučení pro oblast bezpečí pacientů na 55. zdravotnickém shromáždění. Toto doporučení v podobě rezoluce přijaté v květnu téhož roku (WHA55.18) vyzývá členské státy⁵ k maximální možné pozornosti v této problematice. Apeluje k vytvoření a rozvoji systémů vedoucích ke zvýšení bezpečí pacientů a větší kvalitě poskytované péče včetně managementu rizik medikamentózní léčby, medicínských technologií a správného zacházení se zdravotnickými pomůckami [Hřib, 2010].

Součástí rezoluce byl také úkol pro generální ředitelství WHO k vypracování obecných norem a standardů, jejichž součástí by bylo prosazování postupů založených na důkazech v oblasti zlepšování bezpečí pacientů. Úkol dále obsahoval zajištění podpory výzkumu pro danou oblast a všech jiných aktivit vedoucích k posílení bezpečí pacientů ve členských státech [Hřib, 2010].

3.1 Světová aliance pro bezpečí pacientů

K plnění výše zmíněných aktivit se přihlásila zhruba polovina členských států. V květnu roku 2004 bylo, při příležitosti 57. zdravotnického shromáždění a na základě posouzení plnění úkolů, doporučeno ustavení mezinárodní organizace pro zvyšování bezpečí pacientů. Toto shromáždění tak umožnilo vznik Světové aliance pro bezpečí pacientů⁶ (World Alliance for Patient Safety), [Hřib, 2010]. Aliance vyhlásila svůj program v roce 2005 pod heslem “First, do no harm...”, [WHO, 2004].

⁵ Česká republika se stala členským státem v roce 1993, ale byla členem již od roku 1946 jako Československo.

⁶ Světová aliance pro bezpečí pacientů je programem Světové zdravotnické organizace pro bezpečnost pacientů. Klade za cíl mezinárodně koordinovat, rozšiřovat a urychlovat zlepšování v oblasti bezpečnosti pacientů na celém světě [http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/].

Tento tzv. Global Patient Safety Challenge, jako nosný program Světové aliance pro bezpečí pacientů, byl zaměřen na 6 oblastí: prevence infekcí spojených se zdravotní péčí; zapojení pacientů do zajištění a zlepšování bezpečnosti zdravotní péče; vytvoření mezinárodní klasifikace, norem a terminologie pro koncept bezpečí pacientů; rozvoj a podpora výzkumu v oblasti zlepšování bezpečí pacientů, dále formulace mezinárodních doporučení a řešení pro zabezpečení zdravotní péče a zavedení systému hlášení a vzdělávání podle vytvořených guidelines [WHO, 2004].

3.1.1 Doporučení pro zavedení systému hlášení nežádoucích událostí

Doporučení pro vytvoření systému hlášení a sledování nežádoucích událostí a jeho praktické využívání provází téměř celý program. Jak zmiňuje Hřib [2010], WHO tento systém považuje za základní nástroj pro zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních.

Pro oblast zavedení systému hlášení rizik pak byly formulovány základní principy: posílení bezpečí pacientů za použití analýzy selhání (pochybení při poskytování zdravotní péče), dalším principem je nutnost zajištění anonymity a ochrany dat při podávání hlášení, tak aby nedošlo k poškozování nebo trestání osob podávajících hlášení. K těmto principům patří i to, že systém není účinný jen díky nahlášení události. Je třeba také konstruktivní reakce a zpětné vazby na základě analýzy získaných dat. Takovou zpětnou vazbou, jak navrhuje Hřib [2010], je např. doporučení ke změně postupů v poskytování zdravotní péče nebo dokonce změna celého určitého systému. Poslední princip se týká samotného zdravotnického zařízení, které musí být schopné data správně a efektivně využívat a vytvářet konkrétní doporučení pro praxi.

Relativně nově WHO (2011) také vydala „Safety Curriculum Guide“⁷. Tato příručka je něco jako multioborový průvodce správné zdravotnické praxe od výuky zdravotníků až po jejich zapracování na oddělení. Obsahuje různá témata o bezpečnosti pacientů, důležitosti týmové práce v zajišťování bezpečí apod. Dokument je sestaven na zá-

⁷ Průvodce dostupný např. zde: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf

kladě dlouhodobé práce WHO v problematice zlepšování kvality a bezpečí zdravotní péče, ve spolupráci s celou řadou odborníků [WHO, 2011; 2014].

3.2 Vliv Evropské unie na bezpečí pacientů

Sledování nežádoucích událostí a především zvyšování kvality a bezpečí patří také samozřejmě k prioritám EU a evropské zdravotnické politiky [Groene, 2009].

3.2.1 Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů

Na summitu členských států v roce 2005 byla schválena Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů⁸ (Luxembourg Declaration on Patient Safety), [Hřib, 2010]. V jejím úvodu je napsáno: „Řízení rizik je nutno zavést jako rutinní nástroj do celého systému zdravotnictví.“ [Škrla, Škrlová, 2008, s. 13].

Jak uvádí Kalvachová, součástí této deklarace jsou doporučení pro členské státy, která navrhují: umožnit pacientům volný přístup ke správným a srozumitelným informacím o jejich péči a zdravotním stavu. Tato data mají být současně chráněna národní legislativou a má být zajištěna jejich důvěrnost ale i dostupnost. Dále doporučují uvážit výhodu národního systému hlášení nežádoucích událostí a vytvořit a zavést program řízení rizik. Doporučení nezapomínají ani na optimalizaci a využívání nových technologií (např. elektronická zdravotní dokumentace) včetně zaškolování personálu, dále na vytvoření národního fóra pro problematiku kvality a bezpečí; sledování bezpečí pracovních podmínek (v souvislosti s bezpečím pacientů). Doporučení také týkají zahrnutí kvality a bezpečí do studijních osnov budoucích zdravotníků; vytvoření pozitivního prostředí bez obviňování a trestání a vytvoření spolupráce s pacienty a osobami blízkými [MZČR, 2008; Kalvachová, 2010].

⁸ Česká republika se stala členským státem EU 1. 5. 2004.

3.2.2 Doporučení EU o bezpečí pacientů

V Roce 2009 Rada EU vydala Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C151/01). Tento dokument je zásadní pro zdravotnictví i v ČR. Jak píše Hřib [2010], Doporučení se věnuje problematice zavádění systémů hlášení nežádoucích událostí. Tyto systémy, jak z dokumentu vyplývá, by měly poskytovat informace o rozsahu, typu a příčinách vzniku pochybení nebo nežádoucích událostí, včetně těch ke kterým sice nedošlo, ale bylo zde riziko. Měly by poskytnout možnost anonymního hlášení událostí a nestranného řešení na půdě poskytovatele zdravotní péče. Díky nim také vznikne možnost zapojit pacienty, tím že poskytnou své zkušenosti se zdravotní péčí.

Doporučení je založeno na činnostech v problematice bezpečnosti pacientů. Tyto činnosti pak uskutečňuje WHO prostřednictvím Světové aliance pro bezpečnost pacientů. Dále je zapojena Rada Evropy a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) a další [Rada EU, 2009].

V tomto dokumentu je také definováno bezpečí pacientů: „ochrana pacienta před zbytečnou újmou nebo potenciální újmou v souvislosti se zdravotní péčí“ [Rada EU, 2009]. Definuje i nežádoucí události: „událost, která způsobí pacientovi újmu; „újmou“ se rozumí poškození struktury nebo funkce těla nebo jakýkoli nepříznivý účinek v důsledku tohoto poškození“ [Rada EU, 2009].

4 Management rizik jako nástroj ke zlepšování kvality a bezpečí

Podle manželů Škrlových [2008, s. 12]: „Riziko představuje kombinaci pravděpodobnosti výskytu nežádoucího jevu a stupeň negativního dopadu takového jevu na výstup procesu. Cílem programu rizik je rizika odstraňovat nebo aspoň posouvat do akceptovatelné oblasti.“

4.1 Management dříve

Dle Hříba [2010] chtěla většina zařízení z počátku řešit nežádoucí události pomocí jednoduchého managementu rizik. Snahou bylo předcházet opakování jednotlivých konkrétních chyb na pracovištích. To vedlo k vytvoření vnitřních norem zakazujících postupy, v průběhu kterých bylo zjištěno, že došlo k poškození pacienta. Dále byly vytvořeny normy zavádějící technologická opatření k předcházení poškození. Byla zavedena také výchova pracovníků, jejíž součástí byly i tresty. Tyto tresty měly za cíl dosáhnout větší pečlivosti zdravotníků.

Výše zmíněná opatření mohla z počátku vést ke zdánlivému zlepšení a také pocitu zabezpečení zdravotní péče. Postupy měly ale řadu problémů a nedokonalostí, protože braly v úvahu jen dříve zmíněný lidský faktor, i když nepopíratelně hraje významnou roli v této problematice. Nebyl ale především zohledněn předpoklad, že lidé se nesnaží dělat chyby schválně. Je tedy zavádějící snažit se normou řídit něco, co ani sami pracovníci nemohou zcela ovládat. Protože už jen snažit se ovládat tzv. prekurzory chyb, kterými jsou např.: únava; stres apod., je téměř nemožné [Hřib, 2010]. Naopak minimalizace rizik a následných dopadů a především zlepšení metod včasné detekce chyb, by mělo být prioritou všech poskytovatelů zdravotních služeb [Polák, 2012].

Jak se následně ukázalo, bylo třeba zřídit určitý systém hlášení chybných událostí, ve kterém by se incidenty zaznamenávaly a mohlo se jim příště snáze předcházet [Hřib, 2010].

První systémy hlášení nežádoucích událostí se pak objevily v USA v 50. letech minulého století. V této době většina stížností na pochybení pocházela z oblasti zdravotní péče poskytnuté během hospitalizace. První zavedené systémy, jak popisuje Hřib [2010], byly proto zaměřeny na prevenci pádů a špatnou identifikaci pacientů a dále na zapomenuté nástroje a roušky v operační ráně.

4.2 Transformace systému zdravotnických zařízení

Autoři Nieva a Sorra [2004] navrhují, že v zájmu zlepšování kvality a bezpečí zdravotní péče musí být provozovatelé ochotni podstoupit transformaci profesní a firemní kultury. Zdravotnictví jako takové by samo na sebe mělo nahlížet jako na potenciálně rizikovou oblast s přirozenou mírou nebezpečí. Smýšlení typu „obvinit a zostudit“ musí být zcela zavrženo. Brání totiž přiznávání chyb a tím i možnosti se jich vyvarovat. Zároveň je třeba necílit soustavně jen na požadavek perfektních bezchybných výkonů, ale zaměřit se právě na navrhování a zlepšování systému kvality a bezpečí [Reason, 1997; Leape, 1998].

Pro zavedení nebo zlepšování systému prevence chyb je nezbytné, aby měla zdravotnická zařízení volný přístup k informacím, které poslouží k ponaučení ze zkušeností [Reason, 1997; Leape, 1998]. Na poskytování informací se také mohou různými způsoby podílet sami pacienti a tím nepřímo ovlivňovat své bezpečí [Weingart, 2011]

Jak uvádí Hřib [2010], cílem fungujícího a účinného řízení rizika je především zlepšení výkonu pracovníků v celé organizaci daného zařízení. Zavedení systému hlášení nežádoucích událostí považuje za minimum, na které se napojuje budoucí změna celého systému organizace. Ale zároveň jen samotné zavedení systému hlášení pokládá

za nedostatečné řešení stejně jako pouhou snahu o minimalizaci výskytu konkrétních událostí.

4.3 Efektivní management rizik – cesta k zajištění bezpečí

Klíčem k dosažení efektivního managementu rizik fungujícího jako prevence je včasná „diagnóza“ potenciálních a existujících rizik [Škrļa, Škrlová, 2008 s. 12]. Je vyžadováno aktivní sledování celého systému organizace, nestačí jen reakce na již vzniklé problémy. Komplexní přístup vyžaduje systematické sledování a analýzu rizik a také vypracování indikátorů rizik pro jednotlivé oblasti provozu zdravotnického zařízení. Zavedené indikátory je pak možné snáze sledovat a včas zavést preventivní opatření [Hřib, 2010].

Program řízení rizik je základním kamenem moderního managementu zdravotnického zařízení. Na základě tohoto programu by měla být vytvořena ucelená proaktivní strategie vedoucí ke zlepšení kvality a bezpečí [Škrļa, Škrlová, 2008; Latino, 2009]. Podle manželů Škrlových [2008 s. 12], se takový program zabývá: „... neustálým zvažováním možností výskytu nežádoucích situací a náročností, účinností a ekonomikou preventivních opatření, nutných k zabránění takových situací.“

4.3.1 Řízení kvality a řízení rizik – kontinuální zvyšování kvality

V návaznosti na transformaci managementu, manželé Škrlovi [2008] upozorňují na potřebu vytvoření programu řízení rizik a řízení kvality. Za řízení kvality považují cílení managementu na procesy, které se vyznačují nepřijatelnou variabilitou, kdežto řízení rizik za cílení na procesy s nepřijatelnými existujícími nebo potenciálními riziky, ve kterém se manažer rizik snaží zabránit ohrožení pacientů, majetku a případně pověsti zdravotnického zařízení. Oba typy řízení pak mají ale jedno společné,

a tím jsou standardy, certifikace a audity. To vše pak dohromady vytváří program na kontinuální zvyšování kvality a bezpečí.

Škrlovi také uvádějí, že řízení rizik může v zařízení existovat samostatně nebo jako součást právě managementu kvality, přičemž řízení rizik většinou zavádějí ta zařízení, která již mají implementován program kontinuálního zvyšování kvality. V malých zdravotnických zařízeních je podle nich logické sloučit právě tyto dvě části v jednu, protože se zcela jistě prolínají a mají společné cíle. Ve velkých zařízeních je podle nich ale nevyhnutelné vytvořit dvě funkce, protože vzhledem k náročnosti, objemu a potřebě plného nasazení není možné, aby obojí vykonávala jedna osoba [2008].

Mezi cíle řízení rizik pak patří: uplatňování fungujícího procesu hlášení a prevence nežádoucích událostí (včetně registru aktuálních rizik), nozokomiálních nákaz (NN) a stížností pacientů a personálu, dále zřízení kvalitního systému zdravotnické dokumentace; zavedení prevence soudních sporů, kriminality a nevyhnutelně i zavedení již zmíněných auditů zaměřených na bezpečnost procesů a prostředí [Škrla, Škrlová, 2008].

4.4 Zavádění systémů jakosti – akreditace, standardy, audity

Standardy řeší vše, co je podstatné z hlediska kvality a přijatelné pro bezpečnost zdravotní péče. Audity pak přímo dohlížejí na zaměstnance a sledují, zda v praxi naplňují požadavky právě standardů a také zda jsou naplněna očekávání pacientů a poskytovatelů zdravotní péče [Škrla, Škrlová, 2008].

Akreditace je proces, ve kterém dochází k hodnocení zdravotnického zařízení. Toto hodnocení provádí specializovaná společnost na základě dobrovolného požadavku posuzovaného zařízení. Akreditační společnost hodnotí, zda dané zařízení postupuje podle požadavků na zvyšování kvality zdravotní péče, tedy podle aktuálních standardů, na které je nahlíženo jako na optimální a dosažitelné. Získáním akreditace resp. certifikátu se zdravotnické zařízení zavazuje ke kontinuálnímu zvyšování kvality a zajištění bezpečí pacientů a bezpečné péče a také ke snižování rizik pro pacienty i zaměstnance [Marx, Staněk, 2004].

Při zavádění managementu kvality a bezpečí resp. systému jakosti, jak píše Pešek, se hovoří o mezinárodních akreditacích především dle mezinárodních standardů Joint Commission International (JCI), dříve Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, do roku 2007). Nebo o certifikaci již zavedených systémů jakosti ve zdravotnických zařízeních podle Mezinárodní normalizační společnosti (ISO – z anglického International Standard Organisation), [Pešek, 2005; TJC, 2014]. Manželé Škrlovi [2008] pak ještě dodávají, že o důležitosti řízení rizik svědčí to, že právě systémy JCI a ISO jsou v současnosti managementem zdravotnických zařízení pokládány za prioritu. Dále také do těchto systému zařazují ale na národní úrovni standardy Spojené akreditační komise⁹ – SAK.

4.4.1 JCI mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice

Americká společnost Joint Commission International (Spojená mezinárodní akreditační komise) vytvořila Mezinárodní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení. Tato komise si zakládá na podpoře všech aktivit, které vedou ke zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče na světové úrovni. Mezinárodní standardy vznikly ve spolupráci zástupců všech států a jsou podkladem k akreditaci zdravotnických zařízení po celém světě. Na základě těchto standardů také vznikají v jednotlivých zemích akreditační systémy. Standardy JCI jsou rovněž pramenem pro ministerstva či instituce zabývající se v různých zemích hodnocením a kontinuálním zvyšováním kvality a bezpečnosti zdravotní péče [Marx, Staněk, 2004].

Společnost vznikla v roce 1951 a první standardy vydala o dva roky později. V roce 2013 pak vydala již pátou edici těchto standardů, které jsou platné od 1. 4. 2014 [TJC, 2014b].

⁹ Spojená akreditační komise, o.p.s. vznikla v roce 1998 a jejím posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR, pomocí akreditací, poradenství a publikací. Od 21. 6. 2012 je oprávněným hodnotitelem lůžkové zdravotní péče, podle české legislativy.

Mezinárodní akreditační standardy JCI vycházejí aktualizované zvláště nebo v obsáhlých manuálech¹⁰, které obsahují: standardy; popis účelu standardů; jejich indikátory, dále metody akreditace včetně popisu a výkladový slovníček některých významných pojmů. Tento manuál může sloužit jako pomoc při efektivním řízení a organizaci zdravotní péče, dále posouzení a zmapování situace v zařízení vzhledem k standardům a k mnoha dalším účelům. Cílem JCI je pomocí těchto standardů a jejich indikátorů dát možnost zdravotnickým zařízením prokázat svou podporu a zájem v kontinuálním zvyšování kvality a bezpečí [Marx, Staněk, 2004].

Skupiny akreditačních standardů a indikátorů jsou seřazeny do kapitol, které odpovídají činnostem zdravotnických zařízení: dostupnost a kontinuita péče (např.: překlad pacienta; propuštění; ...); práva pacientů a jejich blízkých (např.: informovaný souhlas); diagnostická péče (např.: laboratorní služby; radiodiagnostické služby; ...); terapeutická péče (např.: standardní péče; chirurgická péče; stravování;...) edukace pacientů a jejich blízkých; kvalita péče a bezpečí pacientů, viz podrobněji dále; prevence a kontrola nemocničních a profesionálních nákaz; řízení a vedení; zajištění bezpečnosti nemocničního prostředí, viz podrobněji dále; kvalifikace a vzdělávání personálu; řízení informací (z druhé edice standardů). Kapitoly jsou pak ještě rozděleny do dvou sekcí: oblast bezprostřední péče o pacienta a oblast bezpečného, efektivního a správného řízení zdravotnického zařízení [Marx, Staněk, 2004]. V pátém vydání jsou určité změny v kapitolách. Přibyly kapitoly: anestetická a chirurgická péče a řízení a používání léků, které ale byly již v předchozích vydáních zahrnuty v jiných kapitolách. Také nově přibyla celá jedna sekce zabývající se standardy pro akademická zdravotní centra (vzdělávání zdravotníků a výzkum), [JCI, 2013].

JCI také uvádí své cíle s náležitými standardy. Tzv. International Patient Safety Goals aktuálně pro rok 2014 jsou: 1. Identify Patients Correctly (Správná identifikace pacientů); 2. Improve Effective Communication (Zlepšit efektivitu komunikace); 3. Improve the Safety of High-alert Medications (Zlepšit zabezpečení nebezpečných léků); 4. Eliminate Wrong-site, Wrong-patient, Wrong-procedure Surgery (Odstranit operace

¹⁰ Soubor samostatných standardů bez výkladů a popisů poskytuje JCI zdarma na svých webových stránkách. Manuály je pak možné objednat nebo stáhnout za poplatek. VČR jsou k dispozici překlady manuálů od vydavatelství Grada Publishing (poslední je 3. edice).

špatné strany, špatného pacienta a špatné postupy); 5. Reduce the Risk of Health Care–acquired Infections (Snížit riziko infekcí spojených se zdravotní péčí); 6. Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls (Snížit rizika poškození pacientů zapříčiněných pády), [JCI, 2013].

4.4.1.1 Akreditace JCI

Akreditační program JCI vychází z určitých principů. Základem jsou standardy vytvořené mezinárodním konsenzem, které vycházejí z principů řízení a kontinuálního zvyšování kvality. Standardy označené jako „stěžejní“ musí splňovat každé zařízení. Akreditační proces musí respektovat právní, náboženské i kulturní odlišnosti jednotlivých zemí; akreditační tým je složen z inspektorů a společně s programem se liší podle velikosti a spektra služeb hodnoceného zařízení. Akreditace je pak udělována na základě hodnocení místního šetření (zpoplatněného), které je spolehlivé, objektivní a pravdivé. Konečný verdikt je vyneseno akreditačním výborem. Na základě číselného hodnocení jednotlivých standardů je vytvořena konečná zpráva a udělení či neudělení certifikát (platný 3 roky), jako doklad o akreditaci [Marx, Staněk, 2004].

Akreditační tým tedy v praxi posuzuje a hodnotí jednotlivé indikátory standardů, které představují určité požadavky, které musejí být dodržovány. Hodnocení se pak provádí pomocí rozhovorů se zaměstnanci a pacienty; místním šetřením; posouzením vnitřních předpisů; případně posouzením výsledků vlastního interního hodnocení zařízení [Marx, Staněk, 2004].

Zdravotnická zařízení, která chtějí získat akreditaci JCI musejí také dále splňovat určité podmínky. O akreditaci může požádat jakékoli zařízení, které je v dané zemi poskytovatelem zdravotní péče a splňuje její legislativní požadavky. Zařízení také musí být schopné převzít odpovědnost za zvyšování kvality a musí poskytovat druhy a formy zdravotní péče, které upravují standardy JCI [Marx, Staněk, 2004].

4.4.1.2 Standardy JCI pro kvalitu péče a bezpečí pacientů

Kvalita péče a bezpečí pacientů jsou podstatnou součástí práce zdravotníků a personálu zdravotnického zařízení. Standardy JCI jsou souhrnem přístupů právě ke zvyšování kvality a bezpečí. Nedílnou součástí kontinuálního zvyšování kvality je snižování rizik pro pacienty a personál. Tato rizika se mohou vyskytovat v prostředí zdravotnického zařízení nebo mohou vyplývat z procesů poskytování zdravotní péče. Souhrnný přístup vyplývající ze standardů JCI zahrnuje následující procesy: vytváření nových a správných postupů (zdravotnických i řídicích); sledování funkčnosti postupů (ukazatele; data; ...); analýzu získaných dat; implementaci změn vedoucích ke zlepšování a řízení programu managementem zdravotnického zařízení. Cílem je pak celková transformace prostředí nemocnice; aktivní vyhledávání a snižování rizik; identifikace a zaměření na prioritní rizika a snaha o kontinuální zlepšování [Marx, Staněk, 2004]. Ukázkou standardů a indikátorů uvádím v příloze 1 práce.

4.4.1.3 Standardy JCI pro zajištění bezpečnosti nemocničního prostředí

Cílem těchto standardů je zdravotnické zařízení, které bude poskytovat bezpečné, funkční a bezbariérové prostředí pro své pacienty, jejich blízké osoby, personál a návštěvy. Dosáhnout toho lze efektivní správou a řízením areálů, vybavení a personálu. Management se musí snažit o: snižování a o kontrolu rizik; prevenci nehod a úrazů; zajištění bezpečného prostředí. Dále je také třeba do řízení zavést plánování (bezpečnost; zabezpečení; nebezpečné látky; havárie; požární bezpečnost; zdravotnické vybavení; obslužné systémy); vzdělávání a monitoring [Marx, Staněk, 2004].

4.4.2 ISO standardy

Mezinárodní organizace pro standardizaci – International Standard Organisation, je celosvětová federace národních organizací pro standardizaci. ISO má také své standardy, které vypracovávají technické výbory a národní technické poradní skupiny. Tyto standardy následně musejí být schváleny většinovým hlasováním členských států ISO. Standardizace poskytuje zázemí pro nezávislé hodnocení a registraci dodavatelů. Existuje pět řad dokumentů ISO 9000–9004, přičemž ISO 9001 je zaměřené na požadavky systémů jakosti. Právě tuto část je možné aplikovat na oblast zdravotnictví. Problémem je, že požadavky ISO jsou zaměřeny na oblast výroby, z čehož vyplývá jiná terminologie, než se používá právě ve zdravotnictví. ISO standardy jsou zaměřeny na specifikované procesy řízení kvality, které mají za cíl trvale produkovat službu resp. výrobek odpovídající právě definovaným kritériím. Jak vyplývá z popisu, systém ISO se hodí spíše na hodnocení např. laboratoří zdravotnických zařízení než na hodnocení péče [Marx, Staněk, 2004].

Jak ale v souvislosti s problematikou uvádějí manželé Škrlovi [2008], vstupem do EU se české zdravotnictví vlastně zavázalo k plnění evropské cesty ke kvalitě zdravotní péče. Aby zdravotnictví mohlo dosáhnout kvalit, které jsou běžné v evropském průmyslu a jsou vyžadovány pro všechny oblasti služeb, musí management zdravotnických zařízení přistoupit k novým systémům řízení kvality. Právě pro tuto oblast je podle nich systém ISO vhodný a zajišťuje úspěch.

4.4.3 SAK – národní standardy

Spojená akreditační komise je nástroj pro externí hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb [SAK, 2013]. Vznikla kolem roku 1997 jako zájmové sdružení právnických osob a postupně vytvořila standardy. Původně byly vydány jako metodický pokyn MZČR [Madar, 2004]. V současnosti je patrný narůstající vliv SAK na programy řízení rizik a zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče.

Standardy této akreditační společnosti se zaměřují na rizika medikačního procesu; stravování; rizika infekcí spojených se zdravotní péčí; správnou identifikaci pacienta; kvalitní zdravotnickou dokumentaci; likvidaci odpadů a důležitost informovanosti pacientů [Škrla, Škrlová, 2008].

Jak uvádí SAK [2013] v předmluvě akreditačních standardů: „Poslední období přineslo mnoho významných změn z pohledu vnímání kvality a bezpečí ve zdravotnických zařízeních, což se nakonec promítlo i v legislativní oblasti.“, viz podrobněji v dalších kapitolách. Od dubna roku 2012 vstoupil v platnost Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jeho devátá část nese název: Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Podle vytvořených hodnoticích standardů – Vyhláška č. 102/2012 Sb., jsou v ČR posuzována zdravotnická zařízení. Právě tyto požadavky k hodnocení kvality a bezpečí jsou také součástí akreditačních standardů SAK.

Podobně jako standardy JCI jsou i tyto standardy vydávány ve sborníku. Aktuální vydání Akreditačních standardů pro nemocnice je již třetí a je účinné od 1. 1. 2014. Standardy SAK [2013] jsou také rozděleny do kapitol odpovídajících příslušným činnostem při poskytování zdravotní péče. V první části jsou uvedeny standardy, které se vztahují ke klinickým aktivitám, ve druhé pak standardy organizační a manažerské. Každý akreditační standard obsahuje popis účelu a indikátory. Skupiny standardů jsou následující: práva pacientů a jejich edukace; dostupnost a kontinuita péče; diagnostická péče; terapeutická péče; anesteziologická a chirurgická péče; objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv; hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření; řízení a správa; řízení kvality a bezpečí; bezpečí prostředí; informace a komunikace; řízení lidských zdrojů. Ukázkou standardů uvádím v příloze 2.

Při akreditačním šetření se pak posuzuje, do jaké míry jsou indikátory naplněny, a to: splněn; částečně splněn; nesplněn. Průběh šetření je podobný šetření JCI. Hodnocení provádí tým a na základě posuzování indikátorů je sestaveno číselné hodnocení standardů a vyneseno závěr v podobě „Zprávy o akreditačním šetření“. Pro výrok „akreditováno“ je třeba splnit všechny následující podmínky: každý standard je alespoň částečně splněn, tedy 50 % maxima a více; každá kapitola je splněna alespoň na 70 % maxima a také všechny standardy jsou splněny alespoň na 80 % maxima [SAK, 2013].

Rozsah akreditačních standardů SAK [2013] převyšuje svými požadavky rozsah minimálních standardů uvedených ve vyhlášce, viz dále. Proto akreditace SAK zaručuje odpovídající úroveň poskytovaných služeb z hlediska kvality a bezpečí podle české legislativy.

Jednou kapitolou Akreditačních standardů jsou i Resortní bezpečnostní cíle MZČR. Takto vznikla spolupráce s orgány České republiky, se společným zájmem o kvalitu a bezpečí zdravotní péče. Splnění požadavků těchto cílů je v akreditaci posuzováno samostatně [SAK, 2013].

4.4.3.1 Resortní bezpečnostní cíle

Resortní bezpečnostní cíle MZČR vycházejí z postupů vedoucích k minimalizaci rizik v nejrizikovějších oblastech poskytování zdravotní péče. Mezi tyto oblasti MZČR řadí: bezpečnou a jednoznačnou identifikaci pacientů; bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv; minimalizaci rizika záměny pacienta, výkonu a místa výkon; prevenci pádů pacientů; prevenci nemocničních infekcí řádnou hygienou rukou; bezpečnou komunikaci a bezpečné předávání pacientů. Bezpečnostní cíle uvádějí také požadavky, které pokud budou naplněny, povedou ke snížení rizik a zvýšení bezpečí poskytované zdravotní péče [SAK, 2013].

Závěrem této kapitoly uvádím, že manželé Škrlovi [2008] se ve své knize Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, také zabývají otázkami týkajícími se toho, proč některá zdravotnická zařízení nejsou schopna splnit podmínky SAK akreditace. Upozorňují, že neshody představují bariéru na cestě k získání akreditace, ale především na cestě ke kvalitnější a bezpečnější péči. Mezi nejčastější problémy řadí: nevyhovující systém informovaných souhlasů; nefunkční proces hlášení a prevence infekcí spojených se zdravotní péčí (nozokomiálních nákaz); nesmyslné procesy sledování indikátorů kvality; chybějící vnitřní směrnice např. pro: hlášení mimořádných událostí, provozní řády, hlášení stížností apod.). Dále sem řadí v praxi nefunkční bezpečnostní aspekty

(evakuace; požární ochrana; ...); nevyhovující náplně práce (kompetence; odpovědnost; ...); nedodržování směrnic o léčivech a zacházení s nimi; selhávající audity a další.

Současně dále považují za důležité, aby se vrcholový management důkladně seznámil se systémy řízení kvality a zmíněnými akreditacemi, protože jen s dostatkem informací se mohou dobře rozhodnout, který program je právě pro jejich zařízení nejvhodnější. Zároveň ale než padne rozhodnutí k implementaci významných změn, nebo k získání akreditace je nezbytné, aby se ujistili, že je zdravotnické zařízení na takovou změnu připraveno [Škrla, Škrlová, 2008].

5 Česká republika a kontinuální zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče

Podle Peška [2005], přístup managerů zdravotnických zařízení k normám a i těm evropským bývá různý a to nejen v ČR. Někteří je považují za zbytečnost omezující práci zdravotnických pracovníků a odvádějící je od jejich původního poslání. Je pravdou, že požadavky a normy mají svá pro a proti, ale jak Pešek namítá, splnění požadavků na kvalitu a jakost (bezpečnost; dostupnost; efektivita; ...), znamená i splnění očekávání pacientů. Proti tomuto, manželé Škrlovi [2008] obhajují vrcholový management zdravotnických zařízení a domnívají se, že po našem vstupu do EU se rapidně změnil jejich postoj v této problematice. Jisté je, že ke změně přispívají vyšší požadavky vlády, také zájem médií a především veřejnosti, která si žádá vyšší kvalitu a bezpečí zdravotní péče. Jak konstatuje Pešek [2005], používání jakéhokoli systému řízení jakosti ze stran poskytovatelů zdravotní péče v ČR je přínosem, protože pouhé dotazování na spokojenost pacientů již prostě nestačí.

Co se týká národního uchopení problematiky, tak na základě členství České republiky v EU vznikly Resortní bezpečnostní cíle, viz výše a Akční plán kvality a bezpečí. Vše vycházející z Doporučení EU o bezpečnosti pacientů. Tyto národní programy obsahují konkrétní nástroje ke zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče v ČR, a to i včetně finančního pokrytí [MZČR, 2008].

5.1 Akční plán kvality a bezpečí

Akční plán kvality a bezpečí ustavuje vznik „Pracovní skupiny pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče“. Tato skupina má sloužit jako hlavní iniciační, koordinační a realizační orgán a jejím cílem je komplexní začlenění otázek bezpečnosti a kvality péče do existujících nebo připravovaných programů. Dalším jejím cílem

je identifikace nejrizikovějších oblastí v návaznosti na Rezortní bezpečnostní cíle [MZČR, 2010].

Kromě zmíněných opatření realizuje MZČR [2010] také dlouhodobé plány. Tyto systematické kroky ke zvyšování bezpečí pacientů a kvality zdravotní péče vedly zatím ke vzniku např.: Informačního portálu kvality a bezpečí na internetových stránkách MZČR¹¹, dále elektronické „Knihy bezpečí“ (průvodce pacienta zdravotnickou péčí a dobré rady a informace)¹²; odborného fóra pro tvorbu standardů; národní sady ukazatelů kvality zdravotních služeb a metodického návodu sledování spokojenosti pacientů ve zdravotnických zařízeních.

Dalším podobným pomocníkem pro pacienty jako je Kniha bezpečí, je „Rádce pacienta“¹³ – brožura vzniklá také pod záštitou MZČR. Je zde podrobně a srozumitelně pacientům vysvětleno, jak se správně chovat a předvídat v prostředí nemocnic a zdravotnických zařízení, tak aby se zde cítili bezpečně a předcházeli potenciálním újmám [MZČR, 2010].

5.2 Legislativní zakotvení kvality a bezpečí

5.2.1 Zákon

V souladu s Doporučením Rady EU (2009/C151/01), byla v ČR zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování¹⁴ (účinný od 1. 4. 2012), ustavena povinnost poskytovatelům zdravotních služeb, aby zavedli interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (§47, odst. 3, písmeno b). Prováděcím předpisem k zákonu je vyhláška č. 102/2012

¹¹ <http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/>

¹² Pozn. autora: Kniha bezpečí by měla být k nalezení na Portálu kvality a bezpečí MZČR, ovšem všechny nalezené odkazy, které k této knize mají vést, jsou nefunkční a na samotném portálu vlastně není k nalezení vůbec. Funkční odkaz je např. tento: http://www.nemocnice.opava.cz/files/verejnost/kniha_bezpeci.pdf.

¹³ Pozn. autora: Rádce pacienta je na rozdíl od Knihy bezpečí opravdu k nalezení na webu MZČR: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/radce-pacienta_2898_29.html

¹⁴ Dříve zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, která stanovuje minimální hodnotící standardy pro jednotlivé druhy a formy zdravotní péče dle zákona. Minimální požadavky interního systému hodnocení kvality a bezpečí pak uvádí MZČR ve věstníku, viz dále. [z. č. 372/2011 Sb.; Polák, 2012; v. č. 102/2012 Sb.].

5.2.2 Věstník

MZČR na základě zákona vydalo Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, a to ve Věstníku MZČR č. 5/2012 [Polák, 2012]. Je zde uvedeno minimální spektrum požadavků, které bude dále dle potřeby aktualizováno a rozšiřováno. MZČR [2012] uvádí, že systém interního hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem, který zajišťuje především kvalitu procesů ve zdravotnictví. Tyto minimální požadavky vycházejí z výše zmíněných Doporučení Rady EU, Aliance pro bezpečí pacientů a program WHO – Nemocnice podporující zdraví.

Interní sebehodnocení podle určitých standardů je dle MZČR [2012]: „... komplexní, systematický a pravidelný proces, který posuzuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, jehož podstatou je sebekritické vyhodnocení všech oblastí poskytované péče a vyhledání nejslabších míst. Základem sebehodnocení je zachování objektivnosti v sebekritičnosti, kontinuita a sledování dynamiky vývoje.“

Sebehodnocení nemá sloužit k získání akreditace. Cílem je zhodnocení sebe sama s odhalením a pochopením rizik a systému jejich vzniku a následné zajištění trvalého zlepšování (shromažďování údajů, pochopení organizace; minimalizace a odhalování rizik...). Na základě tohoto systému hodnocení a odhalení nedostatků ale i výhod, si pak poskytovatel zdravotnických služeb bude schopen sestavit své individuální plány zvyšování kvality a bezpečí, které by se měly stát prioritou zařízení [MZČR, 2012].

Pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče jsou stanoveny následující minimální požadavky:

1. Standard: Zavedení rezortních bezpečnostních cílů (RBC): RBC1 – Bezpečná identifikace pacientů; RBC2 – bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti; RBC3 – prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech; RBC4 – prevence pádů; RBC5 – zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče; RBC6 – bezpečná komunikace; RBC7 – Bezpečné předávání pacientů. Dále 2. standard: Řešení neodkladných stavů; 3. standard: dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých; 4. standard: sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí; 5. standard: sledování spokojenosti pacientů; 6. standard: dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče a 7. standard: dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony [MZČR, 2012]. Přesný popis standardů a jejich splnění dle Věstníku uvádím v příloze 3.

5.2.2.1 Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb a sledování nežádoucích událostí

Zákon stanovuje hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb jako dobrovolný proces. Cílem je posoudit organizační úroveň poskytovaných zdravotních služeb z hlediska kvality a bezpečí pomocí hodnotících standardů. Tyto standardy jsou souborem požadavků na vybrané procesy a ukazatele, které se posuzují ve zdravotnických zařízeních. Hodnocení mohou provádět fyzické nebo právnické osoby, které získaly oprávnění k provozování této činnosti. O tomto povolení rozhoduje MZČR na základě žádosti a splnění požadavků a podmínek pro udělení daných zákonem. Seznam osob oprávněných k provádění tohoto hodnocení zveřejňuje MZČR na svých internetových stránkách. Podrobnosti k procesu hodnocení kvality a bezpečí jsou pak stanoveny v platném prováděcím předpisu, viz dále [z. č. 372/2011 Sb.].

Osoba, která je oprávněna provádět hodnocení kvality a bezpečí je podle zákona povinna zveřejnit hodnotící standardy a pravidla hodnocení na svých internetových stránkách. Hodnocení se provádí na základě smlouvy a oprávněná osoba je povinna postupovat nestranně a dodržovat hodnotící standardy a pravidla [z. č. 372/2011 Sb.].

Jako první toto oprávnění získala Spojená akreditační komise – SAK, viz dříve [SAK, 2013].

Na základě hodnocení a v případě vyhovující úrovně poskytovaných zdravotních služeb, vydá hodnotící osoba certifikát kvality a bezpečí danému zdravotnickému zařízení a to na 3 roky. V certifikátu je přesně uvedeno komu, tedy kterému poskytovateli zdravotních služeb byl udělen včetně uvedení forem nebo vyhovujících druhů zdravotní péče. Osoby provádějící hodnocení kvality a bezpečí také vedou evidenci poskytovatelů, kterým certifikát udělily [z. č. 372/2011 Sb.].

5.2.3 Vyhláška

Prováděcím předpisem k zákonu je vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (účinná od 1. 4. 2012). Tento předpis stanovuje: minimální hodnotící standardy pro jednotlivé druhy a formy zdravotní péče dle zákona, dále ukazatele kvality a bezpečí zdravotních služeb; způsob jejich tvorby a sledování, dále rozsah procesů posuzovaných ve zdravotnickém zařízení včetně požadavků; požadavky na způsob a postupy hodnocení kvality a bezpečí a také požadavky na personální zabezpečení provádění hodnocení kvality a bezpečí týkající se odborné způsobilosti osob a jejich počtu, viz podrobněji dále [z. č. 372/2011 Sb.; v. č. 102/2012 Sb.]. Jak bylo řečeno dříve, tyto minimální hodnotící standardy jsou také zahrnuty v akreditačních standardech SAK, a proto akreditace této společnosti splňuje rovněž požadavky zákona a vyhlášky [SAK, 2013].

Vyhláška stanovuje, že při hodnocení kvality a bezpečí poskytované lůžkové zdravotní péče jsou ve zdravotnickém zařízení minimálně posuzovány procesy: řízení kvality a bezpečí; péče o pacienty; řízení lidských zdrojů a zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a také zaměstnance [v. č. 102/2012 Sb.].

Tento prováděcí předpis v příloze nejprve udává pět minimálních hodnotících standardů včetně ukazatelů kvality a bezpečí a způsob jejich tvorby a sledování:

1. Standard: zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí.

Cílem prvního standardu je využití zásad a činností směřujících ke zvyšování kvality a bezpečí v systému řízení lůžkové zdravotní péče. Ukazatele – standard je splněn, jestliže je: program zaveden a pravidelně aktualizován v celém zdravotnickém zařízení a jsou stanoveny osoby odpovědné za plnění programu a dále pokud jsou v praktických postupech zahrnuty zásady a činnosti vedoucí ke zvyšování kvality a bezpečí, které jsou nejméně jednou ročně aktualizovány a do programu jsou zapojeny osoby podílející se na poskytování lůžkové zdravotní péče [v. č. 102/2012 Sb.].

2. Standard: sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí.

Jeho cílem je sledování a posuzování vzniklých nežádoucích událostí. Ukazatele – standard je splněn, jestliže je: zavedena evidence nežádoucích událostí – minimálně neočekávaného zhoršení klinického stavu pacienta s následkem trvalého tělesného poškození nebo úmrtí, dále také výskytu nemocničních nákaz; pádů; proleženin; událostí souvisejících s podáváním nebo přípravou léčiv a událostí spojených s léčebným či diagnostickým výkonem. Dále je ke splnění standardu třeba provádět vyhodnocování jednotlivých nežádoucích událostí včetně zjišťování příčin a posuzování časových trendů počtu nežádoucích událostí a také přijímat preventivní opatření [v. č. 102/2012 Sb.].

3. Standard: sledování spokojenosti pacientů.

Cílem je evidence a vyhodnocování spokojenosti pacientů s lůžkovou zdravotní péčí včetně podmínek jejího poskytování. Ukazatele – standard je splněn, jestliže: je sledována spokojenost pacientů a to minimálně s podmínkami pobytu ve zdravotnickém zařízení; stravováním; přístupem zdravotnických a odborných pracovníků a dále poskytováním informací o jejich zdravotním stavu a diagnostických, léčebných a ošetrovatelských výkonech. Ke splnění standardu je také třeba realizovat vyhodnocování spokojenosti pacientů a přijímat opatření k odstranění nedostatků [v. č. 102/2012 Sb.].

4. Standard: sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče.

Tento standard navazuje na předchozí a jeho cílem je evidence a posuzování stížností a podnětů v souvislosti s lůžkovou zdravotní péčí a následné využití dosaže-

ných poznatků pro zvýšení kvality a bezpečí. Ukazatele – standard je splněn, jestliže: je vedena evidence stížností a podnětů pacientů a dalších osob včetně způsobu jejich vyřízení a je prováděno jejich vyhodnocování včetně zjišťování příčin a jsou přijímána preventivní a další opatření k odstranění nedostatků [v. č. 102/2012 Sb.].

5. Standard: využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů.

Cílem standardu je zajistit využívání diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů, které jsou doporučovány odbornými a profesními organizacemi všech pracovníků ve zdravotnictví. Ukazatele – standard je splněn, jestliže: poskytovatel lůžkové zdravotní péče využívá diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy doporučené odbornými a profesními organizacemi zdravotnických pracovníků případně jinými odbornými pracovníky ve zdravotnictví a jsou zpracovány interní diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy v péči o pacienty se smyslovým nebo tělesným postižením [v. č. 102/2012 Sb.].

Dále vyhláška stanovuje deset minimálních hodnotících standardů pro péči o pacienty:

1. Standard: dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých.

Cílem je dodržování práv pacientů a osob blízkých při poskytování lůžkové zdravotní péče. Ukazatel – standard je splněn, jestliže: je prováděna evidence pacientů a je posuzováno dodržování jejich práv a osob blízkých a jestliže jsou přijímána opatření k odstranění nedostatků [v. č. 102/2012 Sb.].

2. Standard: stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace.

Cílem standardu je správné vedení; nahlížení a nakládání se zdravotnickou dokumentací. Ukazatel – standard je splněn, jestliže: jsou zavedeny a dodržovány zásady vedení a nahlížení do zdravotnické dokumentace, včetně postupů při ukládání; ochraně před zneužitím; ztrátou a poškozením [v. č. 102/2012 Sb.].

3. Standard: zajištění konzultačních služeb.

Cílem tohoto standardu je zajištění konzultačních služeb pro zdravotnické pracovníky při poskytování lůžkové zdravotní péče. Ukazatel – standard je splněn, jestliže

jsou zajištěny konzultační služby pro obory nezbytné pro diagnostickou a léčebnou péči v individuálních případech, kdy je to vyžadováno zdravotním stavem pacienta [v. č. 102/2012 Sb.].

4. Standard: bezpečné zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky.

Tento standard má za cíl definovat činnosti mající přímý vliv na bezpečné zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky. Ukazatel – standard je splněn, jestliže: jsou stanoveny; dodržovány a vyhodnocovány interní postupy objednávání; příjmu; skladování; předepisování; úpravy a podávání resp. používání léčivých přípravků a zdravotnických prostředků včetně likvidace těch, které jsou nepoužitelné, dále postupy při používání neregistrovaných léčivých přípravků; postupy hlášení nežádoucích příhod a účinků léčivých přípravků a vedlejších účinků zdravotnických prostředků a také pokud jsou stanovena oprávnění a povinnosti zaměstnanců při vykonávání zmíněných činností [v. č. 102/2012 Sb.].

5. Standard: kvalita stravování pacientů a nutriční péče.

Cílem je vymezit činnosti, které mají přímý vliv na kvalitu stravování a léčebnou výživu pacientů. Ukazatele – standard je splněn, jestliže jsou stanoveny postupy nutriční péče a je vypracován systém diet [v. č. 102/2012 Sb.].

6. Standard: zajištění léčebně rehabilitační péče.

Cílem standardu je zajištění léčebně rehabilitační péče, která bude navazovat na předchozí poskytovanou lůžkovou zdravotní péči. Ukazatel – standard je splněn, jestliže je vypracován plán léčebně rehabilitační péče, včetně vyhodnocování a pacienti a zdravotničtí pracovníci jsou s plánem seznámeni v potřebném rozsahu [v. č. 102/2012 Sb.].

7. Standard: podpora zdraví a prevence nemocí.

Standard má za cíl definovat činnosti zaměřené na podporu zdraví a prevenci nemocí pacientů a zaměstnanců. Ukazatele – standard je splněn, jestliže: je zpracován plán činností zaměřených na základní oblasti podpory zdraví; prevenci nemocí, a to zejména v souvislosti s tabákem; alkoholem a jinými návykovými látkami, včetně psychologické podpory a dále jestliže pacienti a zaměstnanci mají ve zdravotnickém zařízení přístup k informacím o faktorech ovlivňujících zdraví [v. č. 102/2012 Sb.].

8. Standard: kontinuita zdravotní péče.

Cílem je zajištění návaznosti zdravotní péče i ve spolupráci s dalšími poskytovateli zdravotních služeb. Ukazatele – standard je splněn, jestliže: jsou zavedeny postupy předávání pacientů mezi zaměstnanci v navazujících směnách; mezi pracovišti a rovněž pro překlad do jiného zdravotnického zařízení, dále postupy pro propouštění pacientů včetně zajištění navazující ambulantní zdravotní péče a dále také, jestliže je stanoven postup pro spolupráci s dalšími poskytovateli zdravotních případně sociálních služeb [v. č. 102/2012 Sb.].

9. Standard: identifikace pacientů.

Tento standard cílí na eliminaci rizika záměny pacientů při poskytování lůžkové zdravotní péče. Ukazatel – standard je splněn, jestliže je vypracován a dodržován postup pro jednoznačnou a nezaměnitelnou identifikaci pacientů [v. č. 102/2012 Sb.].

10. Standard: zajištění kardiopulmonální resuscitace.

Cílem posledního standardu je splnění požadavků pro zajištění kardiopulmonální resuscitace. Ukazatele – standard je splněn, jestliže: je vypracován a plněn plán ročního proškolení a přezkoušení zdravotnických pracovníků v kardiopulmonální resuscitaci, dále jestliže je zpracován a plněn plán kontrol vybavení pracovišť léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky pro poskytování kardiopulmonální resuscitace včetně kontroly funkčnosti a vedení dokumentace [v. č. 102/2012 Sb.].

Vyhláška dále stanovuje minimální hodnotící standard řízení lidských zdrojů:

1. Standard: personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče.

Cílem standardu je zajistit potřebné personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče. Ukazatele – standard je splněn, jestliže je zpracováno rozdělení pracovních míst, které je v souladu s požadavky na personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče a existuje program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Dále jestliže jsou stanovena pravidla pro zapracování zaměstnanců při zařazování na pracovní místo a jsou zpracovány popisy pracovních činností jednotlivých pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odbor-

ného pracovníka a je sledována a vyhodnocována spokojenost zaměstnanců s pracovními podmínkami, včetně příjmu opatření k odstranění nedostatků [v. č. 102/2012 Sb.].

Vyhláškou je také stanoven minimální hodnotící standard zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance:

1. Standard: bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance.

Jeho cílem je redukce bezpečnostních rizik souvisejících s lůžkovou zdravotní péčí. Ukazatele – standard je splněn, jestliže je zaveden program zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance, jehož součástí je zejména identifikace rizikových míst a činností z hlediska jejich bezpečnosti a je stanoven způsob zajištění elektrické energie; pitné vody a medicínálních plynů v obvyklém režimu i při přerušení dodávek [v. č. 102/2012 Sb.].

V druhé příloze pak vyhláška stanovuje požadavky na personální zabezpečení, způsob a postupy pro hodnocení kvality a bezpečí:

Hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče má být uskutečňováno pomocí hodnotitelského týmu, který je sestaven osobou oprávněnou k provádění hodnocení. Všichni členové pak musí mít znalosti v oblasti řízení kvality. Tento hodnotitelský tým má být tvořen: lékařem případně zubním lékařem se specializovanou způsobilostí, který v posledních 10 letech nejméně 6 let vykonával toto povolání v lůžkové zdravotní péči. Dále je se stejnými podmínkami součástí týmu zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu nelékařského zdravotnického povolání bez odborného dohledu, a osoba s vysokoškolským vzděláním technického zaměření, která posledních 10 letech alespoň 6 let vykonávala své povolání v technicko-hospodářském provozu poskytovatele zdravotních služeb [v. č. 102/2012 Sb.].

Skladba hodnotitelského týmu musí odpovídat lůžkové zdravotní péči poskytované v zařízení, které je posuzováno. Vedoucím týmu je lékař a pro hodnocení se informace získávají pohovorem se zaměstnanci a pacienty; prohlídkou pracovišť zdravotnického zařízení; kontrolou dokumentace související se standardy a sledováním pracovních postupů týkajících se standardů [v. č. 102/2012 Sb.].

5.3 Sledování nežádoucích událostí

Jak vyplývá z dříve uvedeného (EU, naše legislativa), sledování nežádoucích událostí je podstatnou součástí programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí. Do roku 2009 v ČR nebyl zaveden jednotný systém sledování a hlášení nežádoucích událostí. Avšak se zaváděním kontroly kvality v souvislosti s akreditačními systémy a certifikací, si jednotlivá zdravotnická zařízení začala zavádět své vnitřní systémy sledování nežádoucích událostí [Hřib, 2010].

5.3.1 Národní systém hlášení nežádoucích událostí

Snahou MZČR je podpořit sledování nežádoucích událostí u jednotlivých poskytovatelů zdravotnické péče. Proto od roku 2009 zavedlo a financuje Národní systém hlášení nežádoucích událostí. Ten je od roku 2013 provozován prostřednictvím Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Dříve to bylo prostřednictvím 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy), [Polák, 2012; ÚZIS, 2014].

Do Národního systému se může zapojit jakékoli lůžkové zdravotnické zařízení. Připojení je bezplatné a součástí projektu je i elektronický nástroj umožňující interní evidenci hlášení nežádoucích událostí pro jednotlivá zdravotnická zařízení. Nástroj je poskytován taktéž zdarma a nabízí možnost sledovat nežádoucí události podle definic metodiky, viz níže, nebo vlastních vytvořených definic. Nicméně, jak vyplývá ze zákona, předávání dat Národnímu systému (samozřejmě anonymních), je zcela dobrovolné [Polák, 2012; ÚZIS, 2014].

Jak uvádí ÚZIS, v systému je aktuálně zapojeno více než 70 poskytovatelů zdravotních služeb [ÚZIS, 2014]. Sběr dat se řídí jednotnou metodikou a zapojeným zdravotnickým zařízením jsou pravidelně poskytována anonymizovaná srovnání četnosti výskytu nežádoucích událostí s podobnými zdravotnickými zařízeními. Na základě analýzy zjištěných událostí jsou dále také vydávána doporučení pro správnou praxi [ÚZIS, 2014]. ÚZIS také umožňuje vyzkoušení systému v demoverzi na webové strán-

ce: <https://hlaseninu.lf3.cuni.cz/demo/report/HNU/>. Ukázkou fiktivního hlášení nežádoucí události uvádím v příloze 4.

5.3.2 Metodika sledování nežádoucích událostí zdravotnických zařízení lůžkové péče

Metodiku vydává MZČR prostřednictvím věstníku, aktuálně 8/2012. Navazuje na Doporučení Rady EU (2009/C151/01) a na Minimální požadavky zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (Věstník MZČR 5/2012), přesněji na standard 1. 4. pro lůžková zdravotnická zařízení – „Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí“, který obsahuje požadavek na sledování nežádoucích událostí dle této Metodiky [Polák, 2012; MZČR, 2012]. Sledováním a hlášením nežádoucích událostí získává zdravotnické zařízení možnost popsat konkrétní problémy či události a vytvořit priority v problematice zajištění bezpečí pacientů [Hřib, 2010].

Hlášení nežádoucích událostí nejen do Národního systému, by se mělo řídit určitými principy, které udává ministerstvo. Mezi tyto principy patří to, že poskytovatel zdravotních služeb nepoužívá sankce při hlášení nežádoucích událostí a zároveň umožňuje je hlásit anonymně a to každým pracovníkem, který takovou událost zjistí. Poskytovatel zdravotních služeb má také poučit své pracovníky o smyslu a účelu hlášení do systému. Dalším principem je, že proces hlášení má být snadný a také má obsahovat textový popis dané události, přičemž vše má být neprodleně směřováno pověřeným osobám zabývajícím se touto problematikou v daném zařízení [Polák, 2012].

Součástí sledování je i zpracování hlášení, což je proces navazující na nahlášení události. Tato část se také opírá o určité principy. Součástí zpracování je i tzv. analýza kořenové příčiny události, která by měla být poskytovatelem zdravotních služeb standardizována. Ve zkratce tato část procesu slouží k velmi podrobnému prošetření příčin vzniku nežádoucích událostí. Cílem celého zpracování a samotné analýzy je pak prozkoumání jednotlivých pochybení nebo souborů podobných nebo opakujících

se událostí. Každé pochybení nebo určitý problém je zpracován samostatně a je identifikována klíčová i přispívající událost nebo faktor, který měl vliv na vznik nebo možnost vzniku poškození pacienta. Zjištěné faktory jsou pak díky analýze rozděleny na specifické a obecné. To slouží k možnosti oddělit od sebe faktory, které se vyskytly jen v daném čase a místě vlivem okolností od faktorů, které by mohli v budoucnu přispívat k jiným nežádoucím událostem nebo jejich opakování [Polák, 2012].

Podle metodiky MZČR, princip zpracování funguje tak, že si poskytovatel zdravotních služeb přizpůsobí proces zpracování hlášení nežádoucích událostí. Sám si tedy určí své priority podle důležitosti. Dále si určí přesný pracovní postup zpracování hlášení s pevnými body, u kterých je vždy přidělen obsah a odpovědnost. Následně si také zajistí neprodlené informování vedoucích pracovišť, kterých se nahlášená událost týká, tedy tam, kde se událost stala; byla zjištěna, nebo kde je pacient aktuálně hospitalizován. Pokud ale došlo k poškození pacienta za vzniku trvalých následků či došlo k úmrtí, je třeba neprodleně informovat také vedení zařízení a oddělení pro komunikaci s veřejností. V této metodice je také zahrnuta již několikrát zmíněná anonymita [Polák, 2012].

Dále se principy MZČR týkají klasifikace závažnosti a druhu nežádoucích událostí. Tuto klasifikaci včetně kritérií si poskytovatel zdravotních služeb provádí sám podle metodiky MZČR [Polák, 2012].

Závěrem procesu by mělo dojít ke zhodnocení dat provedené analýzy a to manažerem rizika resp. odpovědnými osobami a především navržení preventivních opatření. Opatření by měla vést ke snížení analyzovaného rizika včetně jeho faktorů, měla by také obsahovat harmonogramu implementace nových kroků do praxe; ekonomické rozvahy a návrhu auditů. Jak uvádí Polák [2012], tato opatření mají být cílená na prevenci vzniku události; snazší odhalování možného vzniku a zmírnění následků. Příklady analýzy a další podrobné metodiky a návody jsou vždy v aktuální verzi k nalezení na webu ÚZIS – <http://www.uzis.cz/nshnu/metodicke-dokumenty>.

5.3.2.1 Klasifikace nežádoucích událostí

Tato klasifikace je uvedena vždy ve věstníku MZČR [2012], její nejaktuálnější verze je ale k nalezení a na webu MZČR – Portál kvality a bezpečí – sekce Národní systém hlášení nežádoucích událostí a nemusí se shodovat s aktuálně vydaným věstníkem¹⁵. Klasifikace navazuje na Metodiku sledování nežádoucích událostí a vymezuje způsob klasifikace hlášení pro její účely a také pro účely předávání dat do Národního systému hlášení nežádoucích událostí. Klasifikace není stabilní, je průběžně doplňována a pozměňována s novými poznatky a zkušenosti v této problematice.

Klasifikace obsahuje: pohlaví a druh poškození pacienta (materiální; psychické; fyzické...); závažnost fyzického poškození pacienta se stupni; druh nežádoucí události s hlavními kategoriemi, jejich vedlejšími kategoriemi a stupeň závažnosti dekubitu také s jednotlivými kategoriemi. Každá položka pak má svůj specifický kód [MZČR, 2012b; ÚZIS, 2013]. Klasifikaci uvádím v příloze 5.

¹⁵ Pozn. autora: Toto je uvedeno ve Věstníku MZČR i v Klasifikaci nežádoucích událostí, ale Portál kvality a bezpečí žádnou sekci „Národní systém hlášení nežádoucích událostí“ neobsahuje. Tudíž se domnívám, že jde o chybu. Tato sekce včetně zmíněných dokumentů a metodik je v daleko přehlednější podobě k nalezení na webu ÚZIS.

II EMPIRICKÁ ČÁST

Definování výzkumného problému pro empirickou část vychází již z úvodních slov práce. V EU k jejímž členům patří i ČR je odhadováno, že zhruba 8–12 % hospitalizovaných pacientů je způsobena nějaká újma v důsledku poskytování zdravotní péče. Tyto újmy a jiné podobné případy spojené především s poškozením zdraví se označují jako nežádoucí události. Žádoucí nejsou, protože snižují určitou prestiž zdravotnického zařízení a obecně zdravotnictví jako takového. Navíc nedostatečná bezpečnost pacientů spojená s určitými faktory je problémem pro veřejné zdraví a také vysokou hospodářskou zátěží pro náš stát. Z teoretického shrnutí je patrné, že MZČR ve spolupráci s EU vidí zdánlivé řešení v preventivních opatřeních a zavádění systémových opatření zajišťujících vyšší bezpečnost pacientů a kvalitu poskytované zdravotní péče.

1 Cíl práce a výzkumné otázky

1.1 Cíle práce

Na základě definovaného problému je hlavním cílem empirické části diplomové práce zjistit, zda zavedení Resortních bezpečnostních cílů (v rámci Akčního plánu MZČR) resp. zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí má pozitivní vliv na bezpečnost pacientů ve zdravotnických zařízeních (lůžkové péče nemocnic) Plzeňského a Jihočeského kraje a porovnat rozdíly.

Jak je patrné z teoretické části práce, RBC, Akční plán kvality a bezpečí a program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí lze v současné době považovat za nástroje k zajištění opravdu vysoké úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb. Tyto nástroje vycházejí ze stejného základu a postupů vedoucích k minimalizaci nebezpečí v nejrizikovějších oblastech poskytování zdravotní péče a také se navzájem doplňují a společně vytvářejí určité prostředí, které lze pojmenovat kulturou kvality a bezpečí daného zařízení.

Mezi rizikové oblasti v poskytování zdravotní péče MZČR řadí: bezpečnou a jednoznačnou identifikaci pacientů; bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv; minimalizaci rizika záměny pacienta, výkonu a místa výkon; prevenci pádů pacientů; prevenci nemocničních infekcí řádnou hygienou rukou; bezpečnou komunikaci a bezpečné předávání pacientů. Bezpečnostní cíle dále uvádějí také požadavky, které by měly vést ke snížení rizik a zvýšení bezpečí poskytované zdravotní péče.

Proto byly k tomuto hlavnímu cíli následně stanoveny další dva dílčí cíle. Prvním je zjistit úroveň zajištění bezpečí pacientů v podobě výskytu nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních. Následně pak získaná data porovnat před a po zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí a také zjistit jak si vedou vybraná zařízení vůči sobě.

Druhým dílčím cílem je pak zjistit a porovnat úroveň zajištění hodnocení kvality a bezpečí nemocnic, plnění RBC a získané nebo nezískané akreditace. Neboť jak lze pochopit z teoretického shrnutí, je akreditace nemocnic v současné době považována za vyjádření kvality a vysokého standardu poskytovatele zdravotních služeb. Splnění akreditačních požadavků a získání certifikátu by tedy mělo být dostačujícím argumentem zdravotnického zařízení k tomu, aby poskytovatel mohl tvrdit, že jejich služby jsou v současné době ty nejkvalitnější, které si pacient může vybrat a nemusí se obávat bezpečnosti.

1.1.1 Shrnutí cílů

Hlavní cíl – Zjistit, zda zavedení RBC má pozitivní vliv na bezpečnost pacientů ve zdravotnických zařízeních Plzeňského a Jihočeského kraje a porovnat rozdíly.

Dílčí cíl 1. – Zjistit a porovnat úroveň zajištění bezpečí pacientů v podobě výskytu nežádoucích událostí.

Dílčí cíl 2. – Zjistit a porovnat úroveň zajištění bezpečí pacientů v podobě zajištění hodnocení kvality a bezpečí nemocnic, plnění RBC a získané nebo nezískané akreditace.

1.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly stanoveny na základě definování výzkumného problému a cílů empirické části práce. Pro naplnění dílčích cílů vplynuly následující otázky:

1. Jakým způsobem se nemocnicím daří plnit Resortní bezpečnostní cíle (RBC)?
2. Jakým způsobem mají nemocnice zavedeno hodnocení kvality a bezpečí?
3. Existuje rozdíl v bezpečnosti pacientů před a po zavedení RBC?
4. Existuje rozdíl v úrovni bezpečí pacientů v nemocnicích Plzeňského a Jihočeského kraje?

Zodpovězení těchto výzkumných otázek by mělo postačit k vytvoření závěrů a naplnění hlavního cíle práce.

2 Metodika

Empirická část práce je neexperimentální. Metoda byla navržena jako *kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu*, z hlavní části tedy jako *deskriptivní studie*. Je založena na *dotazníkovém šetření a analýze části numerických dat*.

Celá empirická část je pojata především kvalitativně. To z těch důvodů, že deskriptivní studie umožňuje popsat teoretický stav událostí v praxi, lépe popsat problém, prozkoumat jej do hloubky, případně vyhledat příčiny a souvislosti a to i při nízkém počtu respondentů. Kvantitativní část slouží k lepšímu znázornění numerických údajů získaných při výzkum. Proto byly zvoleny výzkumné otázky odpovídající hlavnímu a dílčím cílům práce.

Tato metoda měla původně umožnit porovnání úrovně zajištění bezpečí pacientů vzhledem k výskytu nežádoucích událostí v období dva roky před a po zavedení RBC, tedy v období let 2009–2013 na úrovni dvou krajů. Dále měla být popsána a porovnána úroveň kvality a bezpečí v podobě zajištění hodnocení kvality a bezpečí nemocnic, plnění RBC a získané nebo nezískané akreditace.

Realizace výzkumu měla proběhnout v nemocnicích s lůžkovou péčí založených Plzeňským krajem: Domažlice, Klatovy, Stod, Rokycany (vč. FN Plzeň) a Jihočeským krajem: České Budějovice, Český Krumlov, Jindřichův Hradec, Písek, Prachatice, Strakonice a Tábor. Dotazníky měly být v nemocnicích předloženy k vyplnění osobě odpovědné pro řízení kvality a bezpečí poskytované péče.

Jak bylo původně navrženo, byla provedena *pilotní studie*, která měla sloužit především k otestování správnosti dotazníku. Výsledky pilotní studie ale nakonec nevedly jen k úpravě dotazníku, ale také zejména k nezbytné úpravě původně navržené metodiky empirické části diplomové práce. Důvody změny metodiky uvádím v kapitole Diskuze. Po úpravách je tedy metodika následující, přičemž hlavní změny proběhly především v souboru respondentů.

Kvalitativní výzkum byl navržen jako deskriptivní studie založená na dotazníkovém šetření a sekundární analýze části dat. Tato metoda měla posloužit k objektivnímu popisu problematiky v reálném prostředí a porovnání s teorií a také k porovnání získa-

ných dat, zodpovězení předem zvolených výzkumných otázek a následnému naplnění vytyčených cílů dílčích a cíle hlavního.

Jak je charakteristické pro deskriptivní studie, měla by přinést bližší nastínění problematiky kvality a bezpečí, tedy odpovědět na výzkumný problém a získat hodnotnější informace, ideálně poskytnout dostatek informací pro navržení hypotézy pro případný budoucí analytický výzkum.

2.1 Charakteristika souboru

Původně měl být soubor pro studii vybrán náhodně prostým náhodným výběrem ze základního souboru (Plzeňský a Jihočeský kraj) viz výše. Na základě výsledků pilotní studie byl soubor ale upraven a ze základního souboru došlo k přímému zvolení jednoho člena z obou krajů a to bez náhodného výběru. Tito členové poté byli označeni, jako A – Jihočeský kraj a B – Plzeňský kraj pro přehlednost a z důvodu potřeby anonymity, ne tedy pro zaslepení studie. Výběr členů souboru je tedy *nenáhodný* a je založený na *dobrovolnosti* a ochotě spolupráce těchto dvou zdravotnických zařízení. Soubor pro studii lze označit za *homogenní* a to na základě počáteční identifikace v dotazníku viz dále. *Charakteristická kritéria* pro soubor byla stanovena před zahájením studie a vyplývají z popsané metodiky, definice výzkumného problému, výzkumných otázek a cílů. Rovněž *rozsah* souboru považuji za *dostatečný* vzhledem k potřebám studie a stanoveným cílům.

Dotazník byl k vyplnění předložen odpovědné osobě pro řízení kvality a bezpečí poskytované péče v daném zařízení (z managementu kvality a bezpečí, řízení rizik).

2.1.1 Shrnutí charakteristiky souboru

Zdravotnické zařízení poskytující lůžkovou zdravotní péči (nemocnice) Jihočeského nebo Plzeňského kraje.

2.2 Dotazník

Dotazník byl pojmenován kvalita a bezpečí zdravotnického zařízení a sloužil ke *kvalitativnímu posouzení* zdravotnického zařízení z hlediska kvality a bezpečí. Byl rozdělen do osmi částí o celkovém rozsahu 45 otázek a byl navržen tak, že data publikována jedině v anonymní podobě. Otázky byly různého typu: otevřené, uzavřené, s možností jedné nebo více odpovědí. V průběhu celého dotazníku byla také možnost podrobněji vyjádřit svůj názor k dané problematice, aby bylo možné lépe pochopit postoj respondenta resp. zdravotnického zařízení.

První část dotazníku: Identifikace, měla šest otázek a sloužila k zajištění deskriptivní charakteristiky souboru a k možnosti popisu daného zařízení z hlediska velikosti, objemu pacientů, lůžek, velikosti obce, ve které služby poskytuje. Dále bylo zjišťováno, zda a jak má zařízení zavedeno hodnocení kvality a bezpečí a ve kterém roce byl zaveden program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí.

Druhá část dotazníku: Nežádoucí události s třinácti otázkami sloužila ke zjištění prevalence výskytu nežádoucích událostí před a po zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí, jaké nežádoucí události měly a mají nejčastější výskyt. Bylo také zjišťováno, jak se samo zdravotnické zařízení hodnotí ve výskytu nežádoucích událostí, co je považováno za hlavní důvody vzniku a výskytu chyb a nežádoucích událostí. Dále zde byly otázky na názory a postoje k problematice chyb personálu v souvislosti s výskytem nežádoucích událostí a také bylo zjišťováno, jak zdravotnické zařízení tyto události hlásí.

Další část dotazníku: Akreditace – národní o čtyřech otázkách složila k objasnění, zda zvolené zdravotnické zařízení má aktuálně akreditaci resp. certifikát kvality a bezpečí, nebo zda jej získalo dříve atd.

Následující část: Akreditace – mezinárodní o pěti otázkách složila k získání podobných informací, ale týkajících se akreditace mezinárodní.

Pátá část se taktéž týkala akreditace, ale obecněji. Byly zde čtyři otázky na téma, zda je akreditace pro zdravotnické zařízení prioritou, jaké jsou důvody získání nebo

nezískání, zda je akreditace přínosem a jestli pro zařízení vyjadřuje kvalitu a bezpečnost.

Část nazvaná Management kvality a bezpečí sloužila k podrobnější analýze otázek týkajících se kvality a bezpečí vybraného zdravotnického zařízení. V této části bylo sedm otázek.

Předposlední část: Kultura kvality a bezpečí o šesti otázkách byla rovněž navržena pro hlubší analýzu právě kultury zdravotnického zařízení a poskytovala určité sebehodnocení.

Poslední část dotazníku: Připomínky byla v dotazníku navržena pro možnost dalšího vyjádření názorů, které nebylo možno formulovat v průběhu dotazníku a které by posloužily k lepšímu zhodnocení daného zařízení. Celý dotazník je ke zhlédnutí v příloze 6 práce.

2.3 Postupy a průběh výzkumu

Pilotní studie a následná úprava metodiky proběhla v období duben až 31. 5. 2014. Sběr a analýza dat probíhaly v období od 1. 6. 2014 do 30. 7. 2014. Místo výzkumu bylo Plzeňský a Jihočeský kraj. Dotazníky byly vyplněny a navrátily se oba, návratnost (response) tedy byla 100%. Souhlas s publikováním dat v anonymizované podobě byl respondenty vyjádřen vyplněním dotazníku. Po vyplnění dotazníku došlo ještě k upřesnění některých dat následnou komunikací s respondenty.

Vyplněné údaje z dotazníku byly shrnuty popisnou metodou do kapitoly výsledky, následně rozříděny nejpodstatnější data do tabulek a grafů. Část numerických dat vybraná k sekundární analýze byla vyhodnocena, došlo k porovnání ve výzkumném souboru a vyvozeny a diskutovány závěry v kapitolách závěr a diskuze.

V této části práce je pro potřeby studie hospitalizace pacienta považována za potenciální expozici faktorům, které mohou vést k nežádoucím událostem a újmě pacienta (jak také vyplývá z teoretické části).

3 Výsledky

3.1 Zdravotnické zařízení A

Nemocnice působící v Jihočeském kraji.

3.1.1 Identifikace A

Zdravotnické zařízení Jihočeského kraje (A) působí v obci o velikosti 80 tisíc až 100 tisíc obyvatel. V době výzkumu mělo aktuální počet lůžkových oddělení 36. Celkový počet lůžek pak byl 1452.

Zdravotnické zařízení poskytovalo všechny čtyři typy lůžkové péče, tedy: akutní lůžkovou péči intenzivní, akutní lůžkovou péči standardní, následnou lůžkovou péči a dlouhodobou lůžkovou péči.

Průměrný roční objem pacientů lůžkové péče tohoto zařízení byl 57 tisíc (údaj vyjadřuje průměrný počet pacientů v posledních 10 letech, bez roku 2014).

Toto zdravotnické zařízení mělo v době výzkumu zavedeno interní (zákonné) hodnocení kvality a bezpečí a také i externí hodnocení. V návaznosti na Doporučení Rady EU (2009/C151/01), Resortní bezpečnostní cíle MZČR a Akční plán kvality a bezpečí a potažmo zákon č. 372/2011 Sb. zavedlo v roce 2008 program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí.

Tabulka 3.1.1: Shrnutí výsledků identifikace A

Člen	A
Velikost obce (počet obyvatel)	80 001–100 000
Počet lůžkových oddělení	36
Počet lůžek	1452
Typy poskytované lůžkové péče	akutní lůžková péče intenzivní; akutní lůžková péče standardní; následná lůžková péče; dlouhodobá lůžková péče
Průměrný roční objem pacientů	57 000

Hodnocení kvality a bezpečí	interní (zákonné); externí
Program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí	ano – 2008

3.1.2 Nežádoucí události A

Zdravotnické zařízení A neposkytlo údaje o prevalenci předcházející zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí. V dotazníku bylo pouze uvedeno, že v zařízení A se před zavedením programu NU nevyhodnocovaly, hlásila se pouze část a nekomplexně. Proto u tohoto zařízení není tedy známa předcházející prevalence. Není ani známo, které nežádoucí události měly nejčastější výskyt.

Aktuální výskyt NU platný k 31. 12. 2013 byl 473. Aktuálně nejčastější resp. s nejčastějším výskytem, byly nežádoucí události typu: pád, problémy s chováním pacienta, krádeže, nehody a neočekávaná zranění a bezpečnostní incidenty.

V prvním roce po zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí (v roce 2008) se ve zdravotnickém zařízení A vyskytovalo 413 případů nežádoucích událostí (údaj vyjadřuje počet NU za celý rok od zavedení programu).

Respondent měl zdravotnické zařízení ohodnotit, co se týká výskytu nežádoucích událostí před a po zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí a to známkou od 1 do 5 (1= nejlepší výsledek, 5= nejhorší výsledek). Sledované zařízení A se ohodnotilo známkou 5 – ve stavu před a známkou 1 – ve stavu po zavedení programu.

Za hlavní důvody vzniku pochybení resp. chyb u personálu a výskytu nežádoucích událostí považoval respondent zdravotnického zařízení v době výzkumu především vysoké nároky na personál, nespolečenský přístup pacientů a špatnou týmovou práci.

Dále jako aktuálně nejčastější chyby bylo v dotazníkovém šetření vybráno: nedostatek pečlivosti, nedbalost – nedostatečná opatrnost, riskování a nedodržování postupů. Dle zástupce zařízení jsou tyto chyby způsobené lidským faktorem více než systémovými faktory. Zároveň jsou ale chyby v zařízení A považovány za vzniklé především nevědomě a za preventabilní.

Nežádoucí události jsou v tomto zdravotnickém zařízení hlášeny do vlastního systému hlášení nežádoucích událostí.

Tabulka 3.1.2: Shrnutí výsledků nežádoucích událostí A

Člen	A
Počet NU – předcházející	neznámo
Nejčastější NU – předcházející	neznámo
Aktuální počet NU (2013)	473
NU s aktuálně nejčastějším výskytem	pád; problémy s chováním pacienta; krádeže; nehody a neočekávaná zranění; bezpečnostní incidenty
Hodnocení NU před zavedením programu	5
Hodnocení NU po zavedení programu	1
Hlavní důvody vzniku pochybení	vysoké nároky na personál; nespolupráce pacientů; špatná týmová práce
Aktuálně nejčastější chyby	nedostatek pečlivosti; nedbalost – nedostatečná opatrnost, riskování a nedodržování postupů
Příčiny vzniku pochybení	lidský faktor více než systémové faktory
Vznik chyb	především nevědomě
Preventabilita chyb	ano
Hlášení NU	vlastní systém hlášení

3.1.3 Akreditace – národní A

Sledované zdravotnické zařízení A mělo udělenou národní akreditaci resp. certifikát kvality a bezpečí. Poprvé jej získalo v roce 2013, což je tedy i aktuální akreditace. Certifikát udělila a akreditační audit provedla Česká spol. pro akreditaci ve zdravotnictví.

3.1.4 Akreditace – mezinárodní A

Toto zdravotnické zařízení nemělo mezinárodní akreditaci a ani nebylo v přípravě. Zároveň v zařízení nebyla mezinárodní akreditace považována za významnější než získaná akreditace národní.

3.1.5 Akreditace – obecně A

Sledované zdravotnické zařízení A považovalo ve svých plánech získání akreditace za prioritu. Důvody potřeby akreditace byly následující: „požadavek zřizovatele a vedení společnosti, prestiž zdravotnického zařízení, protože akreditace je dokladem vysokého stupně péče a probíhajících procesů a je také argumentem pro pacienty, když rozhodují kde se nechat hospitalizovat nebo ošetřit“. Získání akreditace bylo tedy zdravotnickým zařízením považováno za přínos a opravdové vyjádření jeho kvality a bezpečnosti.

Tabulka 3.1.5: Shrnutí výsledků národní, mezinárodní a akreditace obecně A

Člen	A
Akreditace národní	ano – 2013
Akreditační společnost	Česká spol. pro akreditaci ve zdravotnictví
Rok první národní akreditace	2013
Akreditace mezinárodní	ne
Větší význam mezinárodní akreditace než národní	ne
Získání akreditace – priorita	ano
Důvody potřeby akreditace	požadavek zřizovatele a vedení společnosti; prestiž zdravotnického zařízení; doklad vysokého stupně péče a probíhajících procesů; argument pro pacienty, když rozhodují kde se nechat hospitalizovat nebo ošetřit
Získání akreditace – přínos	ano
Akreditace – vyjádření kvality a bezpečnosti	ano

3.1.6 Management kvality a bezpečí A

Management kvality a bezpečí byl ve sledovaném zařízení zřízen ve stejném roce zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí, tedy v roce 2008. Zařízení A mělo také management řízení rizik a to od roku 2009. Funkce manažera kvality a řízení rizik byla zastupována jednou osobou.

Zdravotnické zařízení mělo zavedeno hodnocení kvality a bezpečí, viz identifikace (externí i interní). Jako důvod zavedení bylo v dotazníku vybráno: splnění národních a evropských směrnic pro poskytování bezpečné zdravotní péče, příprava na akreditaci resp. certifikaci, touha naplnit očekávání pacientů a dodržování legislativy. Kvalita a bezpečí, tzn. snaha zajistit bezpečí pacientů a personálu, byla ve sledovaném zdravotnickém zařízení A považována za prioritu. Také program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí byl považován za přínos pro zdravotnictví.

Tabulka 3.1.6: Shrnutí výsledků managementu kvality a bezpečí A

Člen	A
Management kvality a bezpečí	ano – 2008
Management řízení rizik	ano – 2009
Funkce manažera kvality a rizik	jedna osoba
Důvod zavedení hodnocení kvality a bezpečí	splnění národních a evropských směrnic pro poskytování bezpečné zdravotní péče; příprava na akreditaci resp. certifikaci; touha naplnit očekávání pacientů; dodržování legislativy
Kvality a bezpečí – priorita	ano
Program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí – přínos pro zdravotnictví	ano

3.1.7 Kultura kvality a bezpečí A

Za kvalitu a bezpečí bylo ve sledovaném zdravotnickém zařízení považováno: stupeň jakosti zdravotních služeb dle platných norem, schopnost uspokojovat zdravotní potřeby těch, kteří jsou na péči závislí, provádění správných věcí správným způsobem a forma a míra zdravotní péče, jejímž prostřednictvím se zvyšuje pravděpodobnost příznivého výsledku.

Zástupce zdravotnické zařízení A byl také toho názoru, že jejich management se snaží vytvářet atmosféru vzájemné důvěry se zaměstnanci, tzn.: možnost vyjádření názorů personálu, prostředí otevřené diskuzi, možnost přiznání chyb bez rizika sankcí apod.

Respondent zařízení A byl dále toho názoru, že zaměstnanci převážně plní své morální povinnosti vůči pacientům, tzn.: plní svědomitě a s dostatečnou odborností své úkoly, mají vysoký morální kredit a respektují důstojnost pacientů. Zároveň ale uvedl, že stav by mohl být lepší. Také byl toho názoru, že kultura organizace zařízení ovlivňuje pozitivně chování zaměstnanců a vystupování zdravotnického zařízení navenek.

Doplnil také, že v kultuře zařízení je začleněna spravedlnost, solidarita, péče o druhé, respektování etických principů a lidského soukromí a také, že bezpečnost pacientů má pro zdravotnické zařízení výsadní postavení.

Tabulka 3.1.7: Shrnutí výsledků kultury kvality a bezpečí A

Člen	A
Kvalita a bezpečí	stupeň jakosti zdravotních služeb dle platných norem; schopnost uspokojovat zdravotní potřeby těch, kteří jsou na péči závislí; provádění správných věcí správným způsobem; forma a míra zdravotní péče, jejímž prostřednictvím se zvyšuje pravděpodobnost příznivého výsledku
Atmosféra vzájemné důvěry	ano
Plnění morálních povinností vůči pacientům	převážně ano; stav by mohl být lepší
Kultura organizace	pozitivní ovlivnění
Spravedlnost; solidarita; péče o druhé; respektování etických principů a lidského soukromí	ano
Výsadní postavení bezpečnosti pacientů	ano

3.1.8 Připomínky A

Respondent zdravotnické zařízení A neuvedl žádné další připomínky k tématu nad rámec předvolených možností v průběhu dotazníku.

3.2 Zdravotnické zařízení B

Nemocnice působící v Plzeňském kraji.

3.2.1 Identifikace B

Zdravotnické zařízení (B) poskytuje zdravotní služby v Plzeňském kraji v obci o velikosti více než 180 tisíc obyvatel. Zařízení mělo v době výzkumu 1689 lůžek ve 30 lůžkových odděleních a klinikách.

Poskytovalo všechny čtyři typy lůžkové zdravotní péče a to: akutní lůžková péče intenzivní, akutní lůžková péče standardní, následná lůžková péče, dlouhodobá lůžková péče.

Průměrný roční objem lůžkové péče tohoto zařízení byl 65 tisíc pacientů (údaj vyjadřuje průměrný počet pacientů v posledních 10 letech, bez roku 2014).

Zdravotnické zařízení B mělo zavedené hodnocení kvality a bezpečí a to interní (zákonné) i externí. Program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí byl zaveden v roce 2012.

Tabulka 3.2.1: Shrnutí výsledků identifikace B

Člen	B
Velikost obce (počet obyvatel)	více než 180 001
Počet lůžkových oddělení	30
Počet lůžek	1689
Typy poskytované lůžkové péče	akutní lůžková péče intenzivní; akutní lůžková péče standardní; následná lůžková péče; dlouhodobá lůžková péče
Průměrný roční objem pacientů	65 000
Hodnocení kvality a bezpečí	interní (zákonné); externí
Program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí	ano – 2012

3.2.2 Nežádoucí události B

Výskyt nežádoucích událostí v tomto zdravotnickém zařízení, resp. v jeho lůžkové části byl před zavedením programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí následující. V letech 2009 a 2010 zde bylo hlášeno 30 a 61 nežádoucích událostí, v roce 2011, tedy v roce před zavedením programu to bylo 231 a v roce 2012 – 184 a v první polovině roku 2014 – 94 událostí. V roce 2011 také bylo ve zdravotnickém zařízení B zavedeno elektronické hlášení nežádoucích událostí dle Doporučení MZČR. Tento výskyt nežádoucích událostí je bez dekubitů, pádů a nozokomiálních nákaz, tak jak bylo uvedeno respondentem. Výskyt s těmito třemi typy NU byl následující: 2009 – 2320, 2010 – 2792, 2011 – 2823, 2012 – 3050 a v první polovině 2014 – 251 nežádoucích událostí.

Jako nejčastější nežádoucí události vyskytující se v této době v zařízení B uvedl respondent: pády, dekubity, chování pacienta a nehody a neočekávaná zranění.

Aktuální výskyt NU, tedy po zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí byl k 31. 12. 2014 – 191 nežádoucích událostí. S dekubity, pády a NN to pak bylo 3163 událostí.

Události s aktuálně nejčastějším výskytem byly: chování pacientů (krádeže a jiné finanční škody), nepovolený odchod, nepřátelské chování, nespolupráce. Také bylo uvedeno, že problémem se stále více stává a má stoupající trend agresivita pacientů nebo jejich doprovodu.

V prvním roce po zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí se ve zdravotnickém zařízení B tedy vyskytovalo 184 nežádoucích událostí a 3050 včetně dekubitů, pádů a NN.

Ve výskytu nežádoucích událostí před zavedením programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí bylo zařízení B respondentem ohodnoceno známkou 3 (1= nejlepší výsledek, 5= nejhorší výsledek). Stejnou známkou 3 bylo ohodnoceno i ve výskytu nežádoucích událostí po zavedení programu.

Jako hlavní důvody vzniku pochybení resp. chyb u personálu a výskytu nežádoucích událostí v zařízení B bylo uvedeno: nedostatek financí resp. zdrojů, zpochybňování a zlehčování problému zdravotníky, nespolupráce pacientů, vysoké požadavky na bez-

chybnost výkonů, špatná týmová práce a také přetěžování administrativními úkony a nedostatek zdrojů pro preventivní opatření.

Zástupce zdravotnického zařízení B byl toho názoru, že chyby personálu vznikají spíše nevědomě ale i vědomě, zároveň tyto chyby označil jako nedbalost – nedostatečná opatrnost, riskování, nedodržování postupů. Dále byl toho názoru, že nežádoucí události jsou v zařízení způsobovány lidským faktorem více než systémovými faktory a chyby vzniklé na základě lidského faktoru považoval za preventabilní.

Zdravotnické zařízení B hlásí nežádoucí události do vlastního systému a jeho prostřednictvím pak přes datové rozhraní také do národního systému.

Tabulka 3.2.2: Shrnutí výsledků nežádoucích událostí B

Člen	B
Výskyt NU – předcházející *	2009 – 2320 (30); 2010 – 2792 (61); 2011 – 2823 (231); 2012 – 3050 (184)
Nejčastější NU– předcházející	pády; dekubity; chování pacienta; nehody a neočekávaná zranění
Aktuální výskyt NU (2013) *	3163 (191)
NU s aktuálně nejčastějším výskytem	chování pacientů (krádeže a jiné finanční škody); nepovolený odchod; nepřátelské chování; nespolupráce; agresivita pacientů nebo jejich doprovodu
Hodnocení NU před zavedením programu	3
Hodnocení NU po zavedení programu	3
Hlavní důvody vzniku pochybení	nedostatek financí resp. zdrojů; zpochybňování a zlehčování problému zdravotníky; nespolupráce pacientů; vysoké požadavky na bezchybnost výkonů; špatná týmová práce; přetěžování administrativními úkony; nedostatek zdrojů pro preventivní opatření
Aktuálně nejčastější chyby	nedbalost – nedostatečná opatrnost, riskování, nedodržování postupů
Příčiny vzniku pochybení	lidský faktor více než systémové faktory
Vznik chyb	spíše nevědomě ale i vědomě
Preventabilita chyb	ano
Hlášení NU	vlastní systém hlášení; národní systém

* První číslo je výskyt NU bez dekubitů, pádů a nozokomiálních nákaz, číslo v závorce je výskyt i s těmito typy událostí.

3.2.3 Akreditace – národní B

Zdravotnické zařízení B získalo národní akreditaci poprvé v roce 2013, což je i aktuální akreditace. Akreditační audit prováděla společnost e-ISO, a. s.

3.2.4 Akreditace – mezinárodní B

Toto zdravotnické zařízení získalo i mezinárodní akreditaci a to poprvé již v roce 2007. Mělo i aktuální akreditaci od roku 2013. V doplňujících informacích bylo uvedeno, že v roce 2007 certifikaci prováděla spol. Triton a to dle norem ISO 9001. V roce 2010 byla provedena první re-certifikace podle zmíněné normy ale společností Intertec Semko.

Aktuální certifikace z roku 2013 je tedy druhou re-certifikací dle normy ISO 9001, kterou provedla spol. Tayllorcox. Tento audit také probíhal zároveň s auditem společnosti e-ISO na ověření standardů kvality a bezpečí podle vyhlášky č. 102/2012 Sb.

V tomto zařízení byla také mezinárodní akreditace považována za významnější než akreditace národní.

3.2.5 Akreditace – obecně B

Jak bylo uvedeno v dotazníku, získání akreditace bylo v plánech zdravotnického zařízení B prioritou. Důvody uvedl respondent následující: zvýšení prestiže nemocnice, zlepšení týmové práce a zlepšení prostředí. Zástupce zařízení B také pokládal získání akreditace za přínos, na druhou stranu však nebyl zcela toho názoru, že získání akreditace opravdu vyjadřuje kvalitu a bezpečnost zdravotnického zařízení.

Tabulka 3.2.5: Shrnutí výsledků národní, mezinárodní a akreditace obecně B

Člen	B
Akreditace národní	ano – 2013
Akreditační společnost	spol. e-ISO, a. s.
Rok první národní akreditace	2013
Akreditace mezinárodní	ano – 2013
Akreditační společnost (mezinárodní)	spol. Triton; Intertec Semko; Tayllorcox
Rok první mezinárodní akreditace	2007
Větší význam mezinárodní akreditace než národní	ano
Získání akreditace – prioritita	ano
Důvody potřeby akreditace	zvýšení prestiže nemocnice; zlepšení týmové práce; zlepšení prostředí
Získání akreditace – přínos	ano
Akreditace – vyjádření kvality a bezpečnosti	ne zcela

3.2.6 Management kvality a bezpečí B

Management kvality a bezpečí byl ve sledovaném zařízení B zřízen v roce 2003. V dotazníku bylo uvedeno, že zařízení sice nemá management řízení rizik, ale má manažera kvality a bezpečnostní komisi, která se riziky zabývá. Proto dále uvádím, že management kvality a rizik byl zastupován týmem.

Na otázku z jakého důvodu zařízení zavedlo hodnocení kvality a bezpečí bylo odpovězeno: splnění národních a evropských směrnic pro poskytování bezpečné zdravotní péče a požadavek některých plátců zdravotního pojištění.

Zástupce byl dále názoru, že kvalita a bezpečí je v jejich zařízení hlavní prioritou, ale s dodatkem že: „Hlavní prioritou je poskytování zdravotních služeb a to v kvalitě a bezpečí za cenu, kterou nám platí zdravotní pojišťovny.“.

Na otázku zda program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí je přínosem pro zdravotnictví, bylo odpovězeno: „...dříve jsme se domnívali, že ano, ale v posledních letech si nejsme jisti, zda se jedná skutečně o zvyšování kvality nebo spíše administrativy.“.

Tabulka 3.2.6: Shrnutí výsledků managementu kvality a bezpečí B

Člen	B
Management kvality a bezpečí	ano – 2003
Management řízení rizik	ne (bezpečnostní komise)
Funkce manažera kvality a rizik	tým
Důvod zavedení hodnocení kvality a bezpečí	splnění národních a evropských směrnic pro poskytování bezpečné zdravotní péče; požadavek některých plátců zdravotního pojištění.
Kvality a bezpečí - priorita	ano
Program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí – přínos pro zdravotnictví	ne zcela

3.2.7 Kultura kvality a bezpečí B

Za kvalitu a bezpečí je ve zdravotnickém zařízení B považována: forma a míra zdravotní péče, jejímž prostřednictvím se zvyšuje pravděpodobnost příznivého výsledku. Respondent byl také toho názoru, že management se snaží vytvářet atmosféru vzájemné důvěry se zaměstnanci, tzn. dávají možnost personálu vyjádřit své názory, prostředí je otevřené diskusi, přiznávání chyb je bez rizika sankcí apod.

Dále byl názoru, že zaměstnanci převážně plní svou morální povinnost vůči pacientům, tzn. plní svědomitě s dostatečnou odborností své úkoly, mají vysoký morální kredit a respektují důstojnost pacientů a zároveň je s tímto stavem spokojen.

Zástupce sledovaného zařízení B toho názoru, že kultura organizace zdravotnického zařízení ovlivňuje chování zaměstnanců a vystupování zařízení navenek pozitivně.

Také byl názoru, že v jejich kultuře je začleněna spravedlnost, solidarita, péče o druhé, respektování etických principů a lidského soukromí. Dále také že v kultuře zařízení má bezpečnost pacientů výsadní postavení.

Tabulka 3.2.7: Shrnutí výsledků kultury kvality a bezpečí B

Člen	B
Kvalita a bezpečí	forma a míra zdravotní péče, jejímž prostřednictvím se zvyšuje pravděpodobnost příznivého výsledku
Atmosféra vzájemné důvěry	ano

Plnění morálních povinností vůči pacientům	převážně ano; jsme spokojeni
Kultura organizace	pozitivní ovlivnění
Spravedlnost; solidarita; péče o druhé; respektování etických principů a lidského soukromí	ano
Výsadní postavení bezpečnosti pacientů	ano

3.2.8 Připomínky B

Respondentem zdravotnického zařízení B byl do závěrečných připomínek uveden hodnotný názor k problematice: „Je dobře, že jsou dána pravidla formou kategorizace nežádoucích událostí, ale musím přiznat, že benchmarking na národní úrovni našemu zařízení nic nepřináší. Zcela zásadní je, aby zaměstnanci měli možnost podávat hlášení jednoduchým způsobem, v mnoha případech se události dostanou rychle k osobám, které mohou zajistit nejen řešení, ale hlavně prevenci podobných výskytů. Co je zatěžující, když pak musí zaměstnanci zaznamenávat nepovolené odchody pacientů, ty jsou pak hlášeny do centrální evidence nežádoucích událostí a nepřináší to žádný konečný efekt. Podobné je to s hlášením hrubého až agresivního chování pacientů vůči zdravotníkům, které je nepreventabilní a jediné co můžeme dělat, že školíme zaměstnance ve zvládnání asertivní komunikace. Opět je hlášení do centrálního systému bez konečného efektu. Technické závady jsou další podobný příklad, pokud dojde k nežádoucí události při použití zdravotnického prostředku, je zákonná povinnost toto hlásit SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv) a tak zdravotnický pracovník vyplňuje hlášení dvě, protože SÚKL má vlastní elektronické hlášenky. Sledování NU na úrovni nemocnice je na rozdíl od sledování na národní úrovni nezbytné, a pokud je management nakloněn preventivním řešením, má pozitivní dopad na zvyšování kvality a bezpečí v daném zdravotnickém zařízení.“

3.3 Shrnutí výsledků

V následujících tabulkách uvádím přehled výsledků dotazníku. Především v tabulce 3.3a uvádím shrnutí zjištěných nejdůležitějších údajů pro stanovené dílčí cíle práce, které se týkají úrovně zajištění bezpečí pacientů a pro stanovené výzkumné otázky. V ostatních tabulkách pak další zjištěná data.

Tabulka 3.3a: Shrnutí údajů výzkumu

	Zařízení A	Zařízení B
Aktuální výskyt NU*	473	3163 (191)
Výskyt NU před zavedením programu*	neznámo	2009 – 2320 (30); 2010 – 2792 (61); 2011 – 2823 (231); 2012 – 3050 (184)
Výskyt NU v prvním roce po zavedení programu	413	3050
Hodnocení kvality a bezpečí	ano – interní i externí	ano – interní i externí
Plnění RBC**	ano	ano
Akreditace – národní***	ano – 2013	ano – 2013
Akreditace – mezinárodní***	ne	ano – 2013

* První číslo je výskyt NU včetně dekubitů, pádů a nozokomiálních nákaz, číslo v závorce je výskyt bez těchto typů událostí. ** Viz diskuze (RBC jsou součástí akreditačních auditů). *** Aktuální akreditace.

V tabulce 3.3a ve sloupci Zařízení B, je výskyt NU rozdělen, tak jak jej zařízení poskytl. Je třeba upozornit, že čísla před závorkami vyjadřují výskyt všech NU vč. dekubitů, pádů a NN a čísla v závorce vyjadřují výskyt bez těchto typů událostí. Zhruba 2/3 z těchto zbylých událostí pak tvoří dekubity a zbytek NN a pády. Dekubity mají nejčastější výskyt celkově i v aktuálním výskytu pro rok 2013. Z celkového výskytu 3163 NU, je to 1955 dekubitů; 409 pádů; 608 nozokomiálních nákaz a 191 ostatní.

V následující tabulce 3.3b a 3.3c uvádím přehled nejčastějších nežádoucích událostí ve sledovaných zařízeních.

Tabulka 3.3b: Přehled nejčastějších NU jak byly uvedeny v dotazníku

Typ NU	Zařízení A		Zařízení B	
	před zavedením programu	aktuálně	před zavedením programu	aktuálně
pády	x	+	+	-
dekubit(y)	x	-	+	-
problémy s chováním pacienta	x	+	+	+
nehody a neočekávaná zranění	x	+	+	-
bezpečnostní incidenty	x	+	-	-
krádeže, finanční škody	x	-	-	+
nepovolený odchod	x	-	-	+
nepřátelské nebo hrubé chování	x	-	-	+
nespolupráce	x	-	-	+

V tabulce 3.3b jsou uvedeny nežádoucí události, tak jak je popsali respondenti v dotazníku. Jsou zde jak hlavní kategorie NU, tak i podkategorie, přičemž posledních pět typů NU pod čarou lze zařadit pod zvýrazněnou hlavní kategorii problémy s chováním pacienta. (x= data neznáma; + pozitivní výskyt; - negativní výskyt)

Jak je patrné z tabulky 3.3b (zvýrazněný řádek), problémy s chováním pacienta, jsou problémem v obou sledovaných zařízeních.

Tabulka 3.3c: Přehled nejčastějších NU dle hlavních kategorií klasifikace MZČR

Typ NU	Zařízení A		Zařízení B	
	před zavedením programu	aktuálně	před zavedením programu	aktuálně
pády	x	+	+	-
dekubit(y)	x	-	+	-
problémy s chováním pacienta	x	++	+	+++
nehody a neočekávaná zranění	x	+	+	-

V tabulce 3.3c jsou uvedeny nežádoucí události podle hlavních kategorií klasifikace MZČR, po zařazení NU z podkategorií v předešlé tabulce 3.3b. (x= data neznáma; + pozitivní výskyt; - negativní výskyt)

Tabulka 3.3c (zvýrazněný řádek) znovu ukazuje, že problémy s chováním pacienta jsou problémem v obou zařízeních. Je zde ještě znázorněna váha, jakou lze přiřadit tomuto problému v jednotlivých zařízeních, podle údajů z dotazníku a předešlé tabulky.

Tabulka 3.3d: Hlavní důvody vzniku chyb a NU

	Zařízení A	Zařízení B
Vysoké nároky na personál	+	
Nedostatek financí		+
Zpochybňování a zlehčování problému zdravotníky	+	
Nespolupráce pacientů	+	+
Vysoké požadavky na bezchybnost výkonů	+	
Špatná týmová práce	+	+
Přetěžování administrativními úkony		+

Z tabulky 3.3d je patrné, jaké jsou hlavní důvody vzniku chyb a NU v obou zařízeních, resp. jaké důvody považují zástupci zařízení za hlavní a které uvedli v dotazníku.

3.4 Porovnání výsledků

Pro výpočet *prevalence* jako *kumulativního ukazatele výskytu* NU v jednotlivých zdravotnických zařízeních (ZZ) pro sledované období (rok 2013) použijí klasický vzorec: počet všech případů ve specifikovaném období děleno počtem osob v riziku (jako počet osob v riziku byl zvolen průměrný roční objem pacientů lůžkové zdravotní péče za posledních 10 let), [GÖPFERTO VÁ, 1999]. Pokud bychom chtěli procentuelně vyjádřit frekvenci výskytu nežádoucích událostí ve vztahu k hospitalizovaným pacientům jako potenciálně exponovaným faktorům, které mohou vést ke vzniku újmy následkem nežádoucí události, vynásobíme vypočtenou prevalenci stem.

Zařízení A:

prevalence předcházející $ZZ_A =$ neznámo

prevalence předcházející $ZZ_A =$ neznámo

prevalence první rok $ZZ_A = 413/57\ 000$

prevalence první rok $ZZ_A = \underline{0,0072} = 0,72\ \%$

prevalence aktuální $ZZ_A = 473/57\ 000$

prevalence aktuální $ZZ_A = \underline{0,0083} = 0,83\ \%$ (8,3 ‰)

Zařízení B:

prevalence předcházející $ZZ_{B09} = 30/65\ 000$

prevalence předcházející $ZZ_{B09} = 0,00046 = 0,05\ \%$

prevalence předcházející $ZZ_{B10} = 61/65\ 000$

prevalence předcházející $ZZ_{B10} = 0,00094 = 0,09\ \%$

prevalence předcházející $ZZ_B = 231/65\ 000$

prevalence předcházející $ZZ_B = 0,0036 = 0,36\ \%$

prevalence první rok $ZZ_B = 184/65\ 000$

prevalence první rok $ZZ_B = 0,0028 = 0,28\ \%$

prevalence aktuální $ZZ_B = 191/65\ 000$

prevalence aktuální $ZZ_B = 0,0029 = 0,29\ \%$ (2,9 ‰)

Zařízení B včetně dekubitů, pádů a nozokomiálních nákaz:

prevalence předcházející $ZZ_{B09} = 2320/65\ 000$

prevalence předcházející $ZZ_{B09} = 0,0357 = 3,57\ \%$

prevalence předcházející $ZZ_{B10} = 2792/65\ 000$

prevalence předcházející $ZZ_{B10} = 0,0429 = 4,29\ \%$

prevalence předcházející $ZZ_B = 2823/65\ 000$

prevalence předcházející $ZZ_B = \underline{0,0434} = 4,34\ \%$

prevalence první rok ZZ = 3050/65 000

prevalence první rok ZZ = 0,0469 = 4,69 %

prevalence aktuální ZZ_B = 3163/65 000

prevalence aktuální ZZ_B = 0,0487 = 4,87 % (48,7 ‰)

Tyto výpočty ve výsledku ukazují, že v současnosti 0,83 újmy připadá na 100 hospitalizací ve zdravotnickém zařízení A a 4,87 újmy připadá na 100 hospitalizací ve zdravotnickém zařízení B.

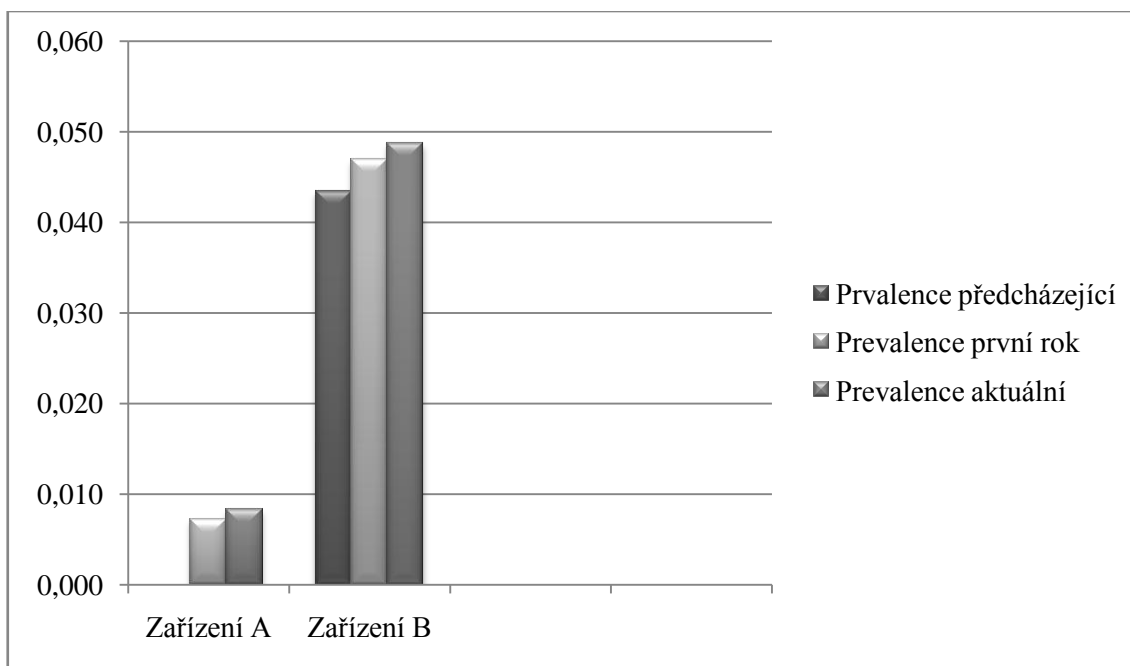
Tabulka 3.4: Přehled vypočtených hodnot

	Zařízení A	Zařízení B
Prevalence předcházející*	x	2009 – 0,0357 (0,00046); 2010 – 0,0429 (0,00094); 2011 – 0,0434 (0,0036)
Prevalence první rok	0,0072	0,0469
Prevalence aktuální	0,0083	0,0487
Pravděpodobnost	8,3 ‰	48,7 ‰
Počet újem na hospitalizaci	0,83/100	4,87/100

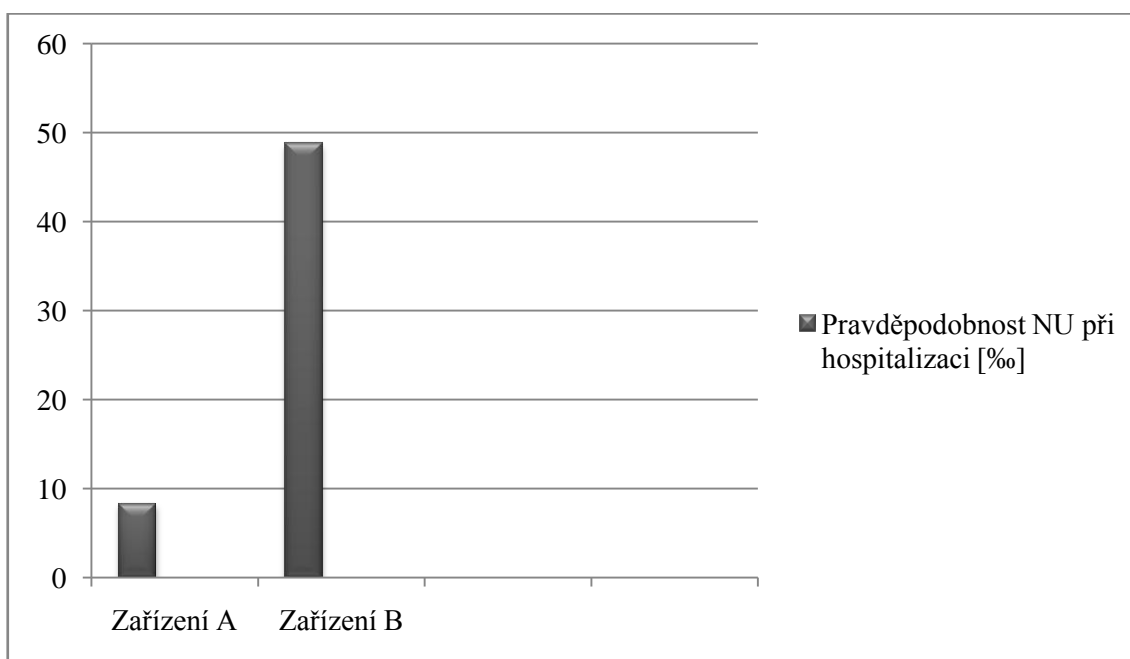
* První číslo je prevalence včetně dekubitů, pádů a nozokomiálních nákaz, číslo v závorce je prevalence bez těchto typů událostí.

V následujících grafech ještě pro názornost uvádím přehled prevalence a pravděpodobnosti NU při hospitalizaci.

Graf 3.4a: Přehled prevalence NU



Graf 3.4b: Pravděpodobnost NU při hospitalizaci



Diskuze

Empirická část diplomové práce byla pojata jako neexperimentální, pozorovací výzkum. Navržená metoda deskriptivní studie byla zvolena z toho důvodu, že tematika kvality a bezpečí zdravotnických zařízení není zcela nejnovější, ale praktická provedení většiny souvisejících úkolů a otázek pro nemocnice jsou poměrně novou problematikou. Valná část nemocnic v ČR sice má zaveden program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí, ale na akreditační šetření se teprve připravují, nebo certifikaci získala teprve nedávno. Také jak se v průběhu studie ukázalo, sledování nežádoucích událostí před zaváděním programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí nebylo na takové úrovni, která by poskytovala hodnotnější data, resp. data by se porovnávala velmi obtížně, neboť hlášení NU bylo dříve zcela nejednotné.

Tato fakta mimo jiné také vyplynula z pilotní studie, která byla původně navržena v metodice. Na základě jejích výsledků jsem byla nucena poupravit metodiku výzkumu, především co se týká souboru respondentů a zjišťovaných údajů o nežádoucích událostech. Právě z důvodu toho, že nebudu moci získat hodnotná data o nežádoucích událostech před zaváděním programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí (resp. RBC), jsem se rozhodla rozšířit dotazník a hlouběji prozkoumat tzv. kulturu bezpečí vybraných zdravotnických zařízení na menším souboru. Protože, jak jsem pochopila z teoretického shrnutí, je kvalitní kultura, management a správné chápání situace hlavní podstatou a nejdůležitějším úkolem pro zdravotnická zařízení, pokud chtějí dosáhnout vysoké kvality a bezpečnosti.

Rovněž původně navržené cíle práce, týkající se Resortních bezpečnostních cílů, jsou mírně poupravené. Ukázalo se totiž, že právě tyto cíle MZČR jsou zahrnuty v akreditačních auditech a v hodnocení kvality a bezpečí jako takového. Proto je dle mého názoru významnější to, zda nemocnice mají akreditaci, než to, zda tyto cíle plní, přestože to evidentně znamená téměř totéž.

Dle mého názoru větší pokrok, tedy numerické rozdíly v kvalitě a bezpečnosti vyjádřené výskytem nežádoucích událostí, ukáže teprve čas. Také prokázání rozdílů si žádá podrobnější analýzu NU jednotlivých zařízení, jak to dělá např. ÚZIS. Z těchto

důvodů se domnívám, že by bylo z mé pozice předčasné a také poněkud obtížné analyzovat průkazné resp. statisticky významné rozdíly ve výskytu nežádoucích událostí mezi jednotlivými zařízeními.

Úkolem zvolené metody bylo tedy nastínit blíže problematiku kvality a bezpečí a získat hodnotnější informace případně navrhnout hypotézy. Jak se v průběhu studie ukázalo, tato metoda mi poskytla údaje ke zhodnocení a vyvození odpovědí nad rámec cílů a výzkumných otázek.

Díky deskriptivní metodě mi bylo umožněno hlouběji popsat tzv. kulturu bezpečí jednotlivých zařízení tedy alespoň tak, jak jsem tento pojem pochopila z nastudování teorie k této problematice.

Popis členů souboru nastiňuje velikost zařízení co do počtu lůžek a lůžkových oddělení, ročního objemu pacientů atd. Dále podává informace, jaké druhy péče zařízení poskytuje a jakou důležitost mu lze v dané lokalitě zhruba přisuzovat. Zařízení B, je tedy o něco větší nemocnicí poskytující služby v obci, která je zhruba dvakrát větší než u zařízení A. Také objem pacientů, byl u zařízení B pochopitelně o něco větší. Rozdíly v identifikaci členů souboru jsou patrné, ale vzhledem k tomu, že obě zařízení jsou nemocnice a vzhledem k údajům o počtu lůžek, objemu pacientů atd., které se nijak rapidně neliší, lze tato zařízení dobře porovnat, především co se týká právě kultury bezpečí a také výskytu nežádoucích událostí.

Hodnocení kvality a bezpečí na základě Doporučení Rady EU (2009/C151/01), Resortních bezpečnostních cílů MZČR a Akčního plánu kvality a bezpečí a zákona č. 372/2011 Sb. měla obě zařízení a to interní (zákonné) i externí. Hodnocení a program zvyšování kvality a bezpečí by měl být v dnešní době již samozřejmostí pro všechny nemocnice. Alespoň se tak domnívám já, na základě nastudované teorie a legislativy. Např. JCR uvádí, že právě hodnocení nabízí nemocnicím příležitost k analýze a pochopení kvality a bezpečí a tím možnost lépe se připravit a naplánovat změny vedoucí ke zlepšení. Rovněž související program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí, měla zařízení také obě.

Co se týká akreditace, zde je zásadní rozdíl v tom, že zařízení A mělo akreditaci „pouze“ národní kdežto zařízení B mělo akreditaci národní i mezinárodní, přičemž me-

zinárodní akreditaci získalo o poznání dříve než akreditaci národní. Také v této části se respondenti lišili v názoru právě na význam mezinárodního certifikátu. V zařízení A mezinárodnímu certifikátu nepřikládali větší váhu než tomu, který právě měli. Naopak, v zařízení B mezinárodnímu certifikátu přikládali větší váhu. Jak vyplývá z teorie, akreditační komise ale postupují podle velmi podobných kritérií. Proto se přikláním k názoru, že akreditace mají u obou zařízení pravděpodobně stejnou váhu. Větší rozdíl vidím spíše v akreditaci ISO, která se zdá být obecně poměrně uznávanou, i když není přímo specifikována pro zdravotní služby a kvalitu. V čem se ale zařízení shodla, je to, že akreditace pro ně a pro jejich plány byla prioritou a také se stala přínosem. Toto považují za jeden z hlavních a za důležitý fakt. Svým způsobem to totiž svědčí o přístupu managementu nemocnic k problematice kvality a bezpečí. Podle mého názoru, se zdá být nasměrován ke správné cestě, jak to ve svých tezích popisují např.: Institute of Medicine nebo Joint Commission Resources. Důvody proč akreditaci chtěli získat, jak uvedli oba zástupci, jsou rozdílné. Shodují se ale v tom, že získání certifikátu zvyšuje zdravotnickému zařízení prestiž. Neshodují se pak zcela v názoru na to, zda je akreditace opravdu vyjádřením kvality a bezpečí, kdy zařízení A je zcela tohoto názoru a zařízení B zcela není. Otázkou ale zůstává, proč takto respondent B odpověděl, přestože pro jejich zařízení, jak uvedl, byla akreditace prioritou přinášející prestiž, zlepšení týmové práce a zlepšení prostředí. Domnívám se, že odpovědí může být to, že akreditační šetření nebudou jistě levnou záležitostí a mimo to, jsou spojené s náročnou administrativou a dalšími věcmi. Ve výsledku to pak může působit trochu jako plýtvání časem a zdroji, které by mohly být použity např. přímo na prevenci.

Pokud zhodnotím zařízení v kultuře kvality a bezpečí, pak se domnívám, že obě jsou na vysoké úrovni. Samozřejmě nelze tvrdit, že v této oblasti už není co zlepšovat, ale jak vyplývá ze studie, kvalita a bezpečí patří v těchto zařízeních k prioritním úkolům. To v dotazníku uvedli i sami respondenti. V zařízení B byl management kvality a bezpečí zřízen v roce 2003, tedy o poznání dříve, než v zařízení A v roce 2008 a také jsou zde jisté rozdíly v jeho zajišťování. Zařízení A mělo manažera kvality a řízení rizik v jedné osobě. Zařízení B mělo manažera kvality a bezpečnostní komisi, což jistě není významným rozdílem. Zásadní dle mého názoru je, že se v zařízeních problematikou

zabývají osoby odpovědné přímo k těmto úkolům a není to jen vedlejší činností běžného personálu. Dále důvody zavedení hodnocení kvality a bezpečí uvedli respondenti rozdílné, shodují se ale v potřebě splnit národní a evropské směrnice pro poskytování bezpečné zdravotní péče.

Program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí, jak již bylo řečeno, měla zařízení obě. Zařízení A od roku 2008 a zařízení B od roku 2012. Zde je patrné, že zařízení A pravděpodobně považuje zavedení managementu kvality a bezpečí za zahájení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí, ale zařízení B nikoli. Za kvalitu a bezpečí byla (mimo jiné) shodně v obou zdravotnických zařízeních považována forma a míra zdravotní péče, jejímž prostřednictvím se zvyšuje pravděpodobnost příznivého výsledku. Oba respondenti se také shodli v tom, že management jejich zařízení se snaží vytvářet atmosféru vzájemné důvěry, která jak vyplývá z teorie, je jednou ze stěžejních podmínek pro dosažení kvalitní týmové práce a kvalitní kultury organizace. Tato kultura organizace přináší pro obě zdravotnická zařízení pozitivní ovlivnění personálu a vystupování nemocnice na venek. Také s tímto souhlasili oba respondenti. Do této kultury lze dále zařadit např.: postoje, způsob chování, realizace cílů apod., což je ovlivňováno právě managementem zařízení. Podle Ivanové je tedy nezbytná změna myšlení managementu, tak aby mohl pozitivně ovlivňovat i personál. Bylo by tedy zajímavé zjistit, zda jsou tohoto názoru i zdravotničtí pracovníci. Tedy jestli si i oni myslí, že management je pro ně podporou a ne spíše tvrdou rukou, která nad nimi dohlíží, s vidinou trestu při nějakém selhání. Týmová spolupráce je totiž velmi důležitou součástí všech organizací a podle autorů Nieva a Sorra nebo Westruma, je právě týmová práce úplným základem pro cestu ke zlepšování kvality a bezpečí. Je tedy nezbytné, aby obě strany viděly týmovou práci stejně, jinak nemá význam, protože pravděpodobně ani nefunguje.

Co se týká plnění morálních povinností personálu vůči pacientům, se zařízení také shodla, a to že převážně ano. Ovšem zástupce A přiznal, že stav by mohl být lepší a zástupce B uvedl, že jsou s tímto stavem spokojeni. Dále spravedlnost, solidarita, péče o druhé, respektování etických principů a lidského soukromí je v obou zařízeních samozřejmostí. Stejně tak, jako má bezpečnost pacientů výsadní postavení v obou organizacích.

Tato zjištěná fakta tedy shrnuji tak, že se mi výzkumem podařilo zjistit a porovnat zajištění bezpečí pacientů v podobě zajištění hodnocení kvality a bezpečí nemocnic, plnění RBC a získané nebo nezískané akreditace. Z této studie nemohu sice vyvozovat prokazatelné závěry ale, jsem toho názoru, že obě zařízení jsou na tom v otázkách kvality a bezpečí dost podobně, i když s menšími rozdíly. Co se týká naplnění požadavků autorů zabývajících se danou problematikou, které jsem použila pro teoretické shrnutí a požadavků národní a evropské legislativy, si troufám tvrdit, že obě zařízení splňují vše potřebné. Jejich kultura kvality a bezpečí je tedy, dle mého názoru, na dobré úrovni, což potvrzuje i to, že obě zařízení mají akreditaci.

Jak jsem již předeslala, v průběhu studie se ukázalo, že některá zdravotnická zařízení zřejmě neměla a nemají kvalitní data týkající se výskytu nežádoucích událostí před zaváděním programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí. Mezi tato zařízení patří i sledované zařízení A, které mi bohužel nebylo schopno data o výskytu poskytnout. Zařízení B tato data sice poskytlo, nicméně je tedy v tomto bodě nemohu srovnávat. Uvedu alespoň nejčastější NU před zavedením programu v zařízení B: pády, deku-bity, chování pacienta a nehody a neočekávaná zranění.

Co se týká aktuálního výskytu nejčastějších nežádoucích událostí, v době výzkumu (resp. za rok 2013) to byly v obou zařízeních problémy s chováním pacientů. MZČR řadí mezi nejčastější nežádoucí události např.: chyby při podávání léků, chyby při chirurgických výkonech, diagnostická pochybení a infekce spojené s poskytováním zdravotní péče. Tento výskyt nejčastějších NU je obecný, ne tedy specifický pro lůžkovou péči, ale přesto jsem očekávala jiné výsledky. Ty pro mě byly z počátku překvapením, ale po hlubším zamyšlení a také z vlastních zkušeností, kterých jsem nabyla shodou okolností v době výzkumu, se k tomuto zjištění také přikláním.

Jako další nejčastější NU zdravotnické zařízení A uvedlo: pády, nehody a neočekávaná zranění a bezpečnostní incidenty. Oproti tomu zařízení B uvedlo především právě problémy s chováním pacientů, a to: krádeže a finanční škody, nepovolený odchod, nepřátelské nebo hrubé chování a nespolupráci. Z toho je patrné, že ve zdravotnickém zařízení B je chování pacientů opravdu problém. Jak také uvedl zástupce tohoto zaříze-

ní, je v jejich nemocnici patrný rostoucí trend agresivity pacientů nebo jejich doprovodu. Pokud toto shrneme v obou zařízeních a za předpokladu, že bezpečnostní incidenty se týkají také pacientů, pak je chování pacientů problémem v obou sledovaných nemocnicích. Kam se ale ztratily pády a dekubity? V zařízení A pády aktuálně řadí k nejčastějším NU, v zařízení B ale ne, přestože v minulosti tyto újmy byly, také s dekubity, v jejich nemocnici nejčastější, jak sami uvedli! Z poskytnutých dat, je také patrné, že především dekubity, pády a NN patří k nejčastějším NU, to je patrné i z komentáře pod tabulkou 3.3a. Dekubity podle všeho tvoří celé 2/3 z těchto zmíněných typů NU v daném zařízení. Mají i celkový největší výskyt ve všech zjištěných letech. Pády a NN mají také významný podíl na celkovém výskytu NU. Přesto, respondent zařízení B uvedl, že aktuálně nejčastější události jsou v jejich zařízení problémy spojené s chováním pacientů! Je tedy toto zjištění dokladem obav zařízení B plynoucích právě z problémového chování, nebo je to dokladem nejednotnosti sledovaných údajů? Či snad v tomto zařízení považují za nejvýznamnější výskyt jiných NU, nebo je příčinou něco zcela jiného? Samozřejmě nevylučuji ani chybu v metodice výzkumu.

V zařízení A pády řadí k jednomu z nejčastějších událostí, ale nozokomiální nákazy a dekubity již ne. Bohužel jsem ale nezískala tak podrobná data, jako u zařízení B. Nemohu tedy zjistit, zda na celkovém výskytu mají větší podíl, jak tomu bylo u zařízení B, ale sám respondent této nemocnice uvedl jiné NU (nehody a neočekávaná zranění a bezpečnostní incidenty). Vráťím se zde k práci Hřiba, který zmiňuje studii prováděnou v roce 2004 v ČR (Adverse Events in Health Care: International Comparison, Current Situation in Czech Republic, Solution Recommendation), jejíž výsledky ukázaly, že zhruba 67 % sledovaných zařízení sbírala data o výskytu nežádoucích událostí. Ovšem pouze v 7 % případech byla provedena systematická analýza příčin. A přibližně 40 % zařízení mělo jasně definovány typy nežádoucích událostí, a definováno, které podléhají hlášení. Na základě zjištěného, si proto nejsem jistá, zda by novější studie ukázala příznivější výsledky, přestože od té doby proběhly významné legislativní a metodické změny.

Současně s tímto respondenti uvedli, že jako hlavní důvody vzniku nežádoucích událostí považují nespolečnou práci pacientů ale také týmovou práci personálu! Zde tedy narážím na neshodu s teoretickou částí práce, na základě které jsem vyvodila, že problémem v bezpečnosti pacientů jsou především zdravotníci. Vezmu-li ale výsledky výskytu nejčastějších NU, tedy potíže s chováním pacientů (jak je uvedli zástupci obou zařízení), pak lze z výzkumu usuzovat spíše na to, že sami pacienti mají na vzniku NU velký podíl. Ovšem potíže s týmovou prací pravděpodobně opět nahrávají vině na straně zdravotníků. Bylo by tedy přínosné podrobněji prozkoumat příčiny nekvalitní spolupráce personálu.

Na druhou stranu jako aktuálně nejčastější chyby, respondenti uvedli: nedostatek pečlivosti a nedbalost, nedostatečnou opatrnost, riskování a nedodržování postupů. To je v souladu např. s Harvardskou studií, kterou zmiňuje Hřib ve své práci (The Harvard Medical Practice Study, 1984), kde bylo zjištěno, celých 27, 6 % nežádoucích událostí zaznamenaných při hospitalizaci ve státě New York, bylo způsobeno nedbalostí zdravotnického personálu. To potvrzují i podobné studie např. z Austrálie či USA (The Quality in Australian Healthcare Study, Utah and Colorado Medical Practice Study), které také ukázaly, že zhruba polovina těchto NU byla preventabilní!

Tato zjištění jsou nad rámec stanovených cílů práce a neodpustím si podat zde myšlenku, která mne při psaní práce napadla, že lidé si na kvalitní zdravotní péči zvykli a v moderním světě je součástí běžného života. Dříve ale lidé chovali určitou úctu k práci zdravotníka a lékaře. V současné době a z výsledků práce, z teoretického shrnutí a také z vlastních zkušeností, mám spíše pocit, že lidé již berou zdravotní péči za samozřejmost a za službu, která by měla být zdarma. Zdravotník se tak ale občas dostává do pozice služebné, ke které si pacient může dovolit téměř vše, protože na to má právo. Samozřejmě nelze toto tvrdit o všech pacientech ve všech zdravotnických zařízeních, ale z mého pohledu vzrůstající trend nepřátelského chování a jakési sebejistoty práva chovat se hrubě jsou patrné, co se týká naší společnosti celkově. Ovšem nelze zapomenout ani na obrácenou situaci, a to na případy hrubého chování zdravotníka k pacientovi. Příčiny takového chování jistě budou různé. Jsem ale podobného názoru jako např. Ivanová, že když se člověk rozhodne být zdravotníkem, nedělá to z těch důvodů, aby si na

někom mohl tzv. vylévat zlost. Je ale pochopitelné, že určité situace jako např. stres, přepracování nebo právě chování pacienta mohou negativně ovlivnit práci a chování personálu. Zde se pak naskytuje otázka, co bylo dříve „slepice nebo vejce“?

Jako další důvody vzniku chyb v zařízení A byly uvedeny: vysoké nároky na personál a zpochybňování, zlehčování problému zdravotníky a vysoké požadavky na bezchybnost jejich výkonů. V zařízení B to pak byl: nedostatek financí a přetěžování administrativními úkony. Zde se na základě zjištěného domnívám, že právě administrativa týkající se nejen nežádoucích událostí je problémem v přetěžování zdravotnického personálu. Otázkou zůstává: nemůže právě toto také ovlivňovat bezpečnost pacientů? Vysoké nároky na personál, jsou myslím si problémem současného zdravotnictví, kdy je patrný nedostatek zdrojů, jak finančních, technických tak i lidských. To jsou ale jen mé domněnky.

Jako velmi přínosný mi připadal komentář zástupce zařízení B v připomíncech dotazníku, který vystihuje to, co mě nevyhnutelně napadlo v průběhu psaní teoretické části a během výzkumu. Jedná se o to, že už jen pochopit složitost současného systému kvality a bezpečí, kdy různé instituce mají různé „návody“ jak tuto problematiku řešit, existují různé definice stejných pojmů, různé klasifikace (národní, WHO) bylo pro mne, přiznám se problémem. Pokud jsem si po zdlouhavém ujasňování následně představila a také vyzkoušela, viz příloha 4, jak zdravotník provádí třeba hlášení úrazu pacienta, hned mi bylo jasné, že to nebude jednoduchý úkol. Má-li být správně splněn, potřebuje dostatek času, klidu, informací (také ochoty pacienta) a dovedností zdravotníků. Jak pro mne dále vyplývá z tohoto komentáře, pokud je takových hlášení více a pokud je třeba hlásit na více míst, stává se toto zřejmě úkolem velmi nelehkým. Pak vlastně ani nevidím tu jednotnost nebo komplexnost systému, jenž jak jsem pochopila, by měla ulehčovat práci a vést k lepší kvalitě a bezpečí pacientů. Je tedy otázkou, zda není administrativa týkající se hlášení nežádoucích událostí přehnaná, nebo příliš obtížná. Zároveň fakt, že hlášení případů do Národního systému hlášení nežádoucích událostí je v současnosti založeno na dobrovolnosti, mi připadá jako zahazování příležitosti podchytit v teorii několikrát zmiňovanou transformaci zdravotnictví a průběžně, vlastně od počátků těchto změn, sledovat její průběh. České zdravotnictví tak dle mého

názoru, přichází o jedinečnou příležitost analyzovat příčiny nežádoucích událostí a vytvořit jednoznačný přehled o tom, kde kvalita je a kde chybí.

V této části musím upozornit na další problémy během výzkumu. Tyto problémy se týkají právě hodnocení kvantitativních dat, vztahujících se k aktuálnímu výskytu nežádoucích událostí. Během výzkumu jsem narazila na to, že obě nemocnice pravděpodobně hodnotí a analyzují výskyt NU odlišně. Alespoň to vyplývá z dat, která mi byla poskytnuta a také to vyplývá z již uvedených výsledků výskytu NU. MZČR definuje nežádoucí události vcelku jednoznačně. Jak jsem pochopila z teoretických informací, patří mezi tyto události i výskyt dekubitů, pádů a nozokomiálních nákaz. Z toho jak mi ale byla data poskytnuta, vyplývá, že v zařízeních sledují tyto tři typy událostí odděleně a podle numerických dat v každém zařízení jinak. Také fakt, že legislativa a metodiky umožňují každému zdravotnickému zařízení nastavit si sledování nežádoucích událostí podle svých definic a potřeb, napomohl tomu, že získaná data nemohu správně vyhodnotit a zařízení porovnat. Více než velký rozdíl ve výskytu NU, který je patrný v tabulkách a grafech je tomu dokladem a domnívám se, že by hodnocení nebylo signifikantní ani správné. Ve výzkumu by bylo třeba, přesněji definovat výskyt jen určitých nežádoucích událostí. Jejich celkový výskyt neposkytuje data, která lze porovnat vůči sobě, protože každé zařízení pravděpodobně zaznamenává různé události a různě je dělí. Na základě tohoto usuzuji, že nelze vyhodnocovat vysoký výskyt nežádoucích událostí jako ukazatel horší kvality. Fakt, že v jednom zařízení je hlášeno více NU než v druhém, může znamenat i to, že první zařízení má více propracovaný systém hlášení NU, nebo má hlášení nastaveno jinak než to druhé, tzn. za nežádoucí událost, může považovat i to, co v jiném zařízení NU není. Jsou tedy problémem definice, metodiky, nebo systém? Pro případné porovnání by pravděpodobně bylo třeba sledovat např. pády pacientů, kde se domnívám, lze předpokládat, že pokud je kvalita a bezpečnost zařízení na vysoké úrovni, výskyt pádů bude nízký a opačně. Pak by právě pády mohly prokázat to, zda v daném zařízení systém poskytované péče funguje a odpovídá kvalitní kultuře a tím také prokázat bezpečnost zařízení.

Výsledky studií z posledních let, prováděných Ústavem zdravotnických informací a statiky ČR, který má aktuálně na starosti Národní systém hlášení NU, ukazují, že nej-

častější výskyt mají v nemocnicích právě pády pacientů. Za nimi jsou to s odstupem dekubity, NN a neočekávaná zhoršení klinického stavu. Z toho vyplývá, že pády jsou v zajišťování bezpečné péče problémem. Z těchto důvodů jsem také pády uvedla, jako možný nejlepší ukazatel rozdílu mezi nemocnicemi. A v porovnání s výsledky mého výzkumu, jsou potíže spojené s chováním pacienta, jako nejčastější NU, opravdu překvapením.

Co se týká nežádoucích událostí týkajících se nozokomiálních nákaz, pak nejnovější Eurobarometr (studie Evropské komise) vypovídá o tom, že v EU se každý rok zhruba 4.1 milionů pacientů nakazí infekcí pocházející z prostředí nemocnice a celých 37 tisíc jich zemře na její následky! Toto nemalé číslo vyjadřující to, že NN jsou také velkým problémem, by mohlo být sníženo preventivními programy a správnou hygienou rukou. Jak uvádí studie, až o 20–30 %.

Eurobarometr obsahuje i výsledky názoru obyvatel EU na kvalitu zdravotní péče. Uvádím je zde pro zajímavost, a protože jsem se kvalitou podrobně zabývala. V EU 71 % lidí považuje zdravotní péči za dobrou, v ČR je to pak 78 %. V porovnání se světem si tak stojíme poměrně dobře. Nejlépe dopadla Belgie (97 %) a např. na Slovensku, jako dobrou zdravotní péči označilo jen 50 % dotazovaných. 27 % dotazovaných také uvedlo, že oni nebo člen jejich rodiny někdy měli zkušenost s újmou při hospitalizaci. Samostatně pro ČR to uvedlo 19 % dotazovaných.

Pokud bych považovala výsledky výskytu NU za relevantní, pak by na tom zařízení B bylo o poznání hůře než zařízení A. Propastný rozdíl prevalence a pravděpodobnosti pro újmu při hospitalizaci: 8,3 ‰ ku 48,7 ‰, by byl překvapením, myslím si, nejen pro mě.

Výše uvedené tedy shrnuji tak, že na základě tohoto výzkumu se mi nepodařilo s určitostí zjistit a porovnat bezpečí pacientů v podobě výskytu nežádoucích událostí. Došla jsem ale k závěru, že výskyt NU nemůže být brán jako směrodatná veličina pro vyjádření kvality a bezpečnosti. Bylo by jistě vhodné, porovnat více zařízení a prozkoumat, jak které zařízení výskyt NU sleduje, resp. které události jsou hlášeny, které ne, které jsou prioritou atd. Velikost zkoumaného souboru také považuji za hlavní nedo-

statek tohoto výzkumu. Na druhou stranu, mi ale studie na menším vzorku umožnila prozkoumat problém hlouběji a odhalit nové otázky.

Na stanovené výzkumné otázky jsem pomocí studie našla tyto následující odpovědi. Sledovaná zdravotnická zařízení plní RBC pomocí zavedeného programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí. Ten vyžaduje naplňování všech legislativních požadavků, týkajících se kvality a bezpečí pacientů včetně hodnocení, ať už externího nebo interního. Na základě tohoto programu obě zařízení získala certifikáty kvality a bezpečí, které jsou dokladem vysoké úrovně obou nemocnic. Jak vyplývá z dříve uvedeného, není možné jednoznačně prokázat, které zařízení má tuto úroveň lepší. Stejně tak prokazatelný rozdíl v bezpečnosti před a po zavedení RBC pomocí výskytu nežádoucích událostí se mi nepodařilo získat. Na základě informací z dotazníků, lze říci, že rozdíl ale existuje. Bezpečnost je alespoň podle názoru respondentů lepší.

Na základě výzkumu tedy nemohu říct, zda zavedení RBC má pozitivní vliv na bezpečnost pacientů. Mohu ale tvrdit, že nemá vliv negativní.

Úkoly související právě se zaváděním kvality a bezpečí jako je sledování nežádoucích událostí, získání certifikátu kvality a bezpečí atd. se zdají být jistou komplikací v procesu poskytování zdravotní péče. Vyžadují zřejmě jistou přeměnu systému jednotlivých zařízení, naplnění kultury kvality a bezpečí, týmovou spolupráci, správnost a přesnost úkonů, finance a především velkou administrativní činnost.

Z dotazníkového šetření však vyplynulo, že zmíněné procesy vedou ke zlepšování kultury zdravotnických zařízení. Toto lze považovat za hlavní pozitivum, které má vliv i na chování zdravotnického personálu. Jako hlavní překážky ve zlepšování kvality a bezpečí se zdají být nespokojenost pacientů a špatná týmová práce personálu. Také jak vyplynulo z výzkumu, problémem se stále více stává agresivní chování pacientů.

Hlavní cíl, tak jak byl původně navržen, tedy nebyl zcela naplněn, ale určitý přehled a nové poznatky stavu bezpečnosti a kvality se mi podařilo zjistit u obou zařízení. Také studie poskytla hlubší prozkoumání kultury jednotlivých zařízení a odhalení nových otázek v problematice kvality a bezpečí, které nebyly zjevné před zahájením výzkumu a vytyčení cíle.

Závěr

Zajištění bezpečí pacienta ve zdravotnickém zařízení je, jak se zdá nelehkým úkolem managementu kvality a bezpečí zdravotnických zařízení a zdravotnického personálu v celé EU. Zároveň je tento úkol v současné době prioritou, která má vést k získání akreditace a prokázání dobré kultury kvality a bezpečí, a která zajistí pacientovi nízké riziko vzniku nežádoucí události při jeho hospitalizaci.

Úkolem práce bylo zjistit, zda zavedení Resortních bezpečnostních cílů resp. zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí má pozitivní vliv na bezpečnost pacientů ve sledovaných zdravotnických zařízeních a porovnat rozdíly. Neboť jak vyplývá z teoretické části práce, právě tyto programy spolu s tzv. kulturou kvality a bezpečí jsou nástroji k přeměně zdravotnictví a vytváření bezpečného prostředí pro pacienty.

Toto jsem zjišťovala v empirické části práce kvalitativní studií prováděnou pomocí dotazníkového šetření a kvantitativní analýzou části numerických dat.

Byly stanoveny dva dílčí cíle a výzkumné otázky. Na tyto výzkumné otázky jsem pomocí výzkumu našla následující odpovědi. Sledovaná zdravotnická zařízení plní RBC pomocí zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí, který vyžaduje naplňování všech legislativních požadavků týkajících se kvality a bezpečí pacientů včetně hodnocení. Na základě tohoto programu zařízení získala certifikáty kvality a bezpečí, které jsou dokladem vysoké úrovně obou zařízení. Lze jen obtížně prokázat, které zařízení má tuto úroveň lepší. Prokazatelný rozdíl v bezpečnosti před a po zavedení RBC pomocí výskytu nežádoucích událostí se mi nepodařilo získat, ale na základě informací z dotazníků a vyplněných údajů respondenty, kteří jsou odpovědnými osobami za kvalitu a bezpečí v obou zařízeních, lze říci, že jsou oba toho názoru, že bezpečnost lepší je. Situace se tedy teoreticky zlepšuje, alespoň to tak podle odpovědí vnímají zástupci obou zařízení. Na základě výzkumu není možné říci, že vliv RBC je vysloveně pozitivní, ale s jistotou mohu tvrdit, že není negativní. Úkoly související právě se zaváděním kvality a bezpečí jako je sledování nežádoucích událostí, získání certifikátu kvality a bezpečí atd. se zdají být jistou komplikací v procesu poskytování zdravotní péče.

Vyžadují totiž určitou přeměnu systému jednotlivých zařízení, naplnění kultury kvality a bezpečí, týmovou spolupráci, správnost a přesnost úkonů, finance a především velkou administrativní činnost.

Zmíněné procesy však vedou ke zlepšování kultury zdravotnických zařízení, což vyplynulo z dotazníkového šetření. Toto lze považovat za hlavní pozitivum, které má vliv i na chování zdravotnického personálu. Jako hlavní překážky ve zlepšování kvality a bezpečí se zdají být nespolečné práce pacientů a špatná týmová práce personálu. Také jak vyplynulo z výzkumu, problémem se stále více stává agresivní chování pacientů.

A co tedy s tím? Prevence nežádoucích událostí jako: pády, dekubity, nemocniční nákazy je teoreticky prostá. Záleží samozřejmě na financích a managementu nemocnice. Nicméně praktické provedení samozřejmě tak jednoduché není. Ovšem prevence problémového chování pacientů, troufám si říct, neexistuje. Obávám se, že nejen z mého pohledu se zdá být situace, týkající se nespolečné práce pacientů zdánlivě neřešitelná. Možná doporučení, která se naskytují, jako edukace zdravotnického personálu k asertivitě, trpělivosti, zvládnání krizových situací apod. mi nepřipadají z dlouhodobého hlediska jako to, co situaci vyřeší. Jak se zdá, bylo by třeba podat jistá doporučení např. směrem k MZČR a podobným institucím, aby se pokusily zjednodušit administrativu související nejen s nežádoucími událostmi, ale také více podporovaly zdravotnická zařízení co do financí a jiných zdrojů, a tím jim umožnily snáze řešit problémy a postupně dosáhnout takové kvality a bezpečnosti jakou si oni přejí a pacienti očekávají. Tyto problémy se však týkají spíše z oblasti politické.

Také potíže s týmovou prací, které mají pravděpodobně vliv na výskyt nežádoucích událostí a na bezpečnost pacientů, nepatří k těm, které lze vyřešit jen systémovými opatřeními. Jak sami respondenti uvedli, problém vidí především v lidském faktoru než v chybě systému. To je podporováno i tím, že jako nejčastější chyby personálu oba označili nedbalost, nedostatečnou opatrnost, riskování a nedodržování postupů.

Empirickou částí práce se mi tedy podařilo odpovědět na zvolené výzkumné otázky, naplnit druhý dílčí cíl a svým způsobem i cíl hlavní, i když ne přesně tak, jak bylo

původně navrženo. Hlavní přínos vidím v tom, že mi deskriptivní studie umožnila lépe pochopit problematiku a nahlédnout hlouběji do systému zajišťování kvality a bezpečí a objasnit si neshody teorie s praxí. Přestože teoreticky je tato problematika zachycena poměrně podrobně a systematicky, i když někdy poněkud složitě. Na druhou stranu praktické provádění navrhovaných metod se nezdá být zcela jednoduchou záležitostí. Vyžaduje finance, fungující systém, fungující tým ale také ochotu pacientů a mnoho dalších věcí.

Závěrem lze tedy říci, že zajištění bezpečí pacienta ve zdravotnickém zařízení je v současnosti na poměrně dobré úrovni, a na základě výsledků práce věřím, že se situace bude v budoucnu zlepšovat, protože management kvality a bezpečí nemocnic se zdá být naladěn ke správné cestě k vysoké kvalitě a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb. V budoucnu by tak již hospitalizace nemusela být vysoce rizikovou událostí pro pacienty, jak to vidí někteří autoři a organizace, zabývající se tímto tématem.

Seznam použitých zdrojů

1. ANDRES, Aranaz, J. M., REMON, Aibar, C. J., BURILLO Vitaller, et al., 2009. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). In: *International Journal for Quality in Health Care* [online]. 11-10, vol. 21, issue 6, s. 408-414 [cit. 2014-01-14]. DOI: 10.1093/intqhc/mzp047. Dostupné z: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/intqhc/mzp047>
2. BOGNER, Marilyn S., 1994. *Human error in medicine*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates. ISBN 08-058-1386-1.
3. CARAYON, P., SCHOOFSHUNDT A., KARSH B. T., et al., 2006. Work system design for patient safety: the SEIPS model. In: *Quality and Safety in Health Care* [online]. 12-01, vol. 15, suppl_1, i50-i58 [cit. 2014-01-14]. DOI: 10.1136/qshc.2005.015842. Dostupné z: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qshc.2005.015842>
4. COOPER, Dominic, 1998. *Improving safety culture: a practical guide*. New York: Wiley. ISBN 04-719-5821-2.
5. ČESKÁ REPUBLIKA, 2012. Vyhláška č. 102 ze dne 22. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. částka 39, 1737 s.
6. ČESKÁ REPUBLIKA, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. částka 131, 4730 s.

7. EUROPEAN COMMISSION [EC], 2010. *Patient safety and quality of healthcare: Full report* [pdf]. September-October 2009. Brussels: European Opinion Research Group. Special Eurobarometer [cit. 2014-01-14]. Dostupné např. z: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm
8. EUROPEAN COMMISSION [EC], 2012. *Report from the Commission to the Council: on the basis of Member States' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections* [pdf]. Brussels [cit. 2014-01-14]. Dostupné také z: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_en.pdf
9. GÖPFERTO VÁ, Dana, 1999. *Epidemiologie: průvodce epidemiologickou metodou*. 1. vyd. Praha: Triton, 254 s. ISBN 80-725-4037-8.
10. GROENE, O., KLAZINGA N., WALSH K., et al., 2009. Learning from MARQuIS: future direction of quality and safety in hospital care in the European Union. In: *Quality and Safety in Health Care* [online]. 02-01, vol. 18, Suppl 1, i69-i74 [cit. 2014-01-12]. DOI: 10.1136/qshc.2008.029447. Dostupné z: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qshc.2008.029447>
11. HOLČÍK, Jan, Pavlína KÁŇOVÁ a Lukáš PRUDIL, 2005. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3417-8.
12. HŘIB, Zdeněk a Pavel VYCHYTIL, 2010. *Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče: etiologie, epidemiologie a aktuální mezinárodní situace* [online]. Kabinet veřejného zdravotnictví 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Praha. © ÚZIS ČR 2010-2013 [cit. 2014-01-11]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/dokumenty/Teoreticky_uvod_NU.pdf

13. INSTITUTE OF MEDICINE [IOM], 2001. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century* [online]. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001 [cit. 2014-02-03]. ISBN 0-309-07280-8. Dostupné také z: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10027&page=R2
14. IVANOVÁ, Kateřina, 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 240 s. ISBN 80-701-3442-9.
15. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL [JCI], 2013. *International Standards for Hospitals*. 5. vyd. Illinois: Joint Commission Resources, Inc. ISBN: 978-1-59940-787-6. Dostupné také z: <http://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-5th-edition/>
16. JOINT COMMISSION RESOURCES, INC. [JCR], 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Vydání první. Přeložil Radim VYHNÁLEK. Předmluvu napsal David MARX. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
17. KOHN, Linda T., Janet CORRIGAN a Molla S. DONALDSON, 2000. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D. C.: National Academy Press. ISBN 03-090-6837-1.
18. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4720-692.
19. LATINO, Robert J, 2009. *Patient safety: the PROACT root cause analysis approach*. Boca Raton: CRC Press. 197 p. ISBN 14-200-8727-4.

20. LEAPE, Lucian L., D. D. WOODS, M. J., HATLIE, et al., 1998. Promoting Patient Safety by Preventing Medical Error. *JAMA* [online]. 10-28, vol. 280, issue 16, 1444-1447 [cit. 2014-02-24]. DOI 10.1001/jama.280.16.1444. Dostupné z: http://www.drmed.org/medical_errors/pdf/promoting_patient_safety.pdf
21. MADAR, Jiří, Kamila NĚMCOVÁ, Martin ZEMAN, 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0585-0.
22. MARX, David a Ivan STANĚK, 2004. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: komentovaný oficiální překlad*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0629-6.
23. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [MZČR], 2012. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky 5/2012* [online]. 29. června [cit. 2014-04-10]. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html
24. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [MZČR], 2012b. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky 8/2012* [online]. 9. října [cit. 2014-04-10]. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html
25. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [MZČR], 2003. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století: projednán vládou České republiky dne 30. října 2002 - usnesení vlády č. 1046*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. ISBN 80-850-4799-3.

26. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [MZČR], 2008. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví* [online]. Garant Milena KALVA-CHOVÁ. Publikováno 3. 3. 2008. Poslední úprava 26. 9. 2008 [cit. 2013-11-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1817_13.html#LDbezpeci
27. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [MZČR]. *Kniha bezpečí: Ministerstvo zdravotnictví ČR přináší knihu plnou rad a informací pro pacienty i zdravotnický personál* [online]. [cit. 2014-03-05]. Další autor Slezská nemocnice v Opavě, p.o.. Dostupné například z: http://www.nemocnice.opava.cz/files/verejnost/kniha_bezpeci.pdf
28. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [MZČR]. *Rádce pacienta: příručka ke zlepšení bezpečí pacienta* [online]. [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/radcepacienta_2898_29.html
29. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [MZČR], 2010. Ministerstvo zdravotnictví se zaměřuje na bezpečnost pacientů – tisk. zpráva. In: *Ministerstvo zdravotnictví české republiky* [online]. 13. 4. [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=8887&typ=application/msword&nazev=Ministerstvo%20zdravotnictvi%20se%20zam%20u%20na%20bezpe%20nost%20pacient%20-%20tisk.%20zpr%20va.doc>
30. MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.
31. NIEVA, V. F., J. SORRA, 2003. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care* [on-

line]. 12-01, vol. 12, issue 90002, 17ii-23 [cit. 2014-02-24]. DOI 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17. Dostupné z: http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full.pdf+html

32. PEŠEK, Jaromír a Jiřina PAVLÍKOVÁ, 2005. *Naše zdravotnictví a lékárenství v EU*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1392-6.
33. POLÁK, F., 2012. *Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, říjen 2012, částka 8, s. 20-27.
34. RADA EVROPSKÉ UNIE [RADA EU], 2009. Doporučení rady ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí. In: *Úřední věstník Evropské unie*. číslo (2009/C 151/01).
35. REASON, James, T, 1997. *Organizational accidents: the management of human and organizational factors in hazardous technologies*. Cambridge: Cambridge University Press. 302 s. ISBN 0521314194.
36. SMITS, M., M. ZEGERS, P. P. GROENEWEGEN, et al., 2010. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. In: *BMJ Quality* [online]. 10-25, vol. 19, issue 5, e5-e5 [cit. 2014-02-21]. DOI: 10.1136/qshc.2008.030726. Dostupné z: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qshc.2008.030726>
37. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE [SAK], 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Tigis, 2013. ISBN 978-80-87323-04-05.
38. ŠKRLA, Petr, 2005. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 80-701-3419-4.

39. ŠKRLA Petr, Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. první. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
40. THE JOINT COMMISSION [TJC], 2014. *The Joint Commission History* [online]. ©2014 The Joint Commission [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Joint_Commission_History.pdf
41. THE JOINT COMMISSION [TJC], 2014b. [online]. [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://www.jointcommission.org/>
42. THOMAS, Eric J. a Laura A. PETERSEN, 2003. Measuring errors and adverse events in health care. *Journal of General Internal Medicine* [online]. vol. 18, issue 1, s. 61-67 [cit. 2014-03-05]. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2003.20147.x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1046/j.1525-1497.2003.20147.x>
43. WESTRUM, R, 1992. *Cultures with requisite imagination*. In: Wise J. A., Hopkin V. D., Stager P., eds. Verification and validation of complex systems: human factors issues [online]. 401–16 [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://pro.sagepub.com/content/37/17/1165.short>
44. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR [ÚZIS], 2014. *Národní systém hlášení nežádoucích událostí (NSHNU)* [online]. [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu>
45. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR [ÚZIS], 2013. Klasifikace nežádoucích událostí. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky: Metodické dokumenty k problematice nežádoucích událostí* [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: file:///C:/Users/Gorile/Desktop/Klasifikace_nezadoucich_udalosti_20130315.pdf

46. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR [ÚZIS], 2014b. Národní systém hlášení nežádoucích událostí statistické vyhodnocení dat a srovnání zapojených zdravotnických zařízení 4. čtvrtletí 2013: Dlouhodobá nepsychiatriká péče. In: : *Výsledky benchmarkingu nežádoucích událostí* [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu/vysledky-benchmarkingu>
47. WEINGART, S. N., J. ZHU, L. CHIAPPETTA, et al., 2011. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. In: *International Journal for Quality in Health Care* [online]. 05-11, vol. 23, issue 3, s. 269-277 [cit. 2014-03-10]. DOI: 10.1093/intqhc/mzr002. Dostupné z:<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/intqhc/mzr002>
48. WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2011. *Patient safety curriculum guide* [pdf]. Multinational ed. Geneva: World Health Organization [cit. 2014-02-11]. ISBN 978-924-1501-958. Dostupné např. z: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf
49. WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2014. *WHO.int: Patient safety* [online]. [cit. 2014-03-18]. Dostupné z:http://www.who.int/topics/patient_safety
50. WHO [WORLD HEALTH ORGANISATION], 2005. *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2005*. Geneva: World Health Organization. 27 s. ISBN 92-415-9244-3.
51. ZEGERS, M., DE BRUIJNE, M. C., WAGNER C., et al., 2009. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. In: *Quality and Safety in Health Care* [online]. 08-03, vol. 18, issue 4, s. 297-302 [cit. 2014-02-17]. DOI: 10.1136/qshc.2007.025924. Dostupné z: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qshc.2007.025924>

Přílohy

Příloha 1

Ukázka akreditačních standardů JCI [JCI, 2013]:



Quality Improvement and Patient Safety (QPS)

Standards

Note: In all QPS standards, leaders are individuals and leadership is the collective group. Accountabilities are described at the individual or collective level. (Also see the “Governance, Leadership, and Direction” [GLD] chapter for other related requirements.)

Management of Quality and Patient Safety Activities

The overall program for quality and patient safety in a hospital is approved by governance (see GLD.2), with the hospital’s leadership defining the structure and allocating resources required to implement the program (see GLD.4). Leadership also identifies the hospital’s overall priorities for measurement and improvement (see GLD.5), with the department/service leaders identifying the priorities for measurement and improvement within their department/service (see GLD.11 and GLD.11.1).

The standards in this QPS chapter identify the structure, leadership, and activities to support the data collection, data analysis, and quality improvement for the identified priorities—hospitalwide, as well as department- and service-specific. This includes the collection and analysis on, and the response to, hospitalwide sentinel events, adverse events, and near-miss events. The standards also describe the central role of coordinating all the quality improvement and patient safety initiatives in the hospital and providing guidance and direction for staff training and communication of quality and patient safety information. The standards do not identify an organizational structure, such as a department, as this is up to each hospital to determine.

Standard QPS.1

A qualified individual guides the implementation of the hospital’s program for quality improvement and patient safety and manages the activities needed to carry out an effective program of continuous quality improvement and patient safety within the hospital.

Measure Selection and Data Collection

Standard QPS.2

Quality and patient safety program staff support the measure selection process throughout the hospital and provide coordination and integration of measurement activities throughout the hospital.

Standard QPS.3

The quality and patient safety program uses current scientific and other information to support patient care, health professional education, clinical research, and management.

Analysis and Validation of Measurement Data

Standard QPS.4

The quality and patient safety program includes the aggregation and analysis of data to support patient care, hospital management, and the quality management program and participation in external databases.

Standard QPS.4.1

Individuals with appropriate experience, knowledge, and skills systematically aggregate and analyze data in the hospital.

Standard QPS.5

The data analysis process includes at least one determination per year of the impact of hospitalwide priority improvements on cost and efficiency.

Standard QPS.6

The hospital uses an internal process to validate data.

Standard QPS.7

The hospital uses a defined process for identifying and managing sentinel events.

Standard QPS.8

Data are always analyzed when undesirable trends and variation are evident from the data.

Standard QPS.9

The organization uses a defined process for the identification and analysis of near-miss events.

Gaining and Sustaining Improvement

Standard QPS.10

Improvement in quality and safety is achieved and sustained.

Příloha 2

Ukázka z Akreditačních standardů SAK [SAK, 2013]:

Standard 10.1.:	V organizační struktuře nemocnice jsou stanoveny osoby, orgány či týmy, které se zabývají plánováním, řízením, monitorováním a zvyšováním kvality péče a bezpečí poskytovaných služeb.
Účel a naplnění standardu:	Základními předpoklady fungování projektu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou: existence osob, orgánů či týmů odpovědných za řízení kvality a bezpečí, osobní angažovanost vrcholového a středního managementu, provázanost řízení kvality a bezpečí s ostatními řídicími postupy nemocnice (např. plánování zdrojů) a informovanost a zapojení personálu. Nemocnice standard naplní, pokud jasně určí osoby či skupiny osob, které se budou oblastí řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb zabývat, určí jejich místo v organizační struktuře (nadřízenost, podřízenost, odpovědnosti a pravomoci), poskytne odpovídající zdroje a zapojí do programu kontinuálního zlepšování jak řídicí, tak řadové pracovníky.
Indikátory standardu:	<ol style="list-style-type: none">1. V organizační struktuře nemocnice jsou definovány osoby, orgány či týmy odpovědné za plánování, řízení, monitorování a zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.2. Odpovědné osoby, orgány a týmy mají písemně stanovené spektrum odpovědností a pravomocí.3. Vedení nemocnice se osobně aktivně účastní programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a poskytuje mu adekvátní technické, materiální a jiné potřebné zdroje.4. Personál nemocnice je pravidelně informován, zná postupy zvyšování kvality a bezpečí služeb a je školen v zavedených změnách.

Příloha 3

Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče z Věstníku MZČR 5/2012 [MZČR, 2012]:

1. Poskytovatel lůžkové a jednodenní péče

1.1. Standard: Zavedení rezortních bezpečnostních cílů (dále jen RBC)

1.1.1. RBC 1 – Bezpečná identifikace pacientů

Cílem standardu je stanovit jednotný postup při identifikaci pacientů. Každý pacient musí být správně identifikován zejména před tím, než je mu podán léčivý přípravek, odebrán vzorek biologického materiálu a před provedením jakýchkoli diagnostických či terapeutických výkonů.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má vypracován postup pro jednoznačnou nezaměnitelnou identifikaci pacientů.
- Má jednotnou identifikaci pacientů, která je zavedena pro celé zdravotnické zařízení.
- Má stanoven způsob ověření identifikace pacienta, který není schopen potvrdit vlastní identifikační údaje.

1.1.2. RBC 2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

Cílem standardu je stanovit seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (dle charakteru oddělení) ve vztahu k možnosti poškození pacienta, individuálně pro každé oddělení. K těmto léčivým přípravkům patří vždy injekční roztoky chloridu draselného (KCL) o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulíny, neředěné heparíny, (pokud se používají). Zajistit bezpečné skladování těchto léčivých přípravků v souladu s doporučením výrobce léčiv a podmínky užívání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti samotnými pacienty, které jsou vneseny do zařízení samotnými pacienty.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má stanovený seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (dle charakteru oddělení).
- Má zajištěné bezpečné uložení léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti v souladu s doporučením výrobce.
- Má stanovené podmínky pro užívání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti samotnými pacienty, které jsou vneseny do zdravotnického zařízení samotnými pacienty.

1.1.3. RBC 3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech je komplexním opatřením, které v sobě zahrnuje nejen bezpečnou komunikaci a identifikaci pacienta, ale je odrazem vzájemné spolupráce mezi jednotlivými odděleními.

Cílem standardu je nastavit komplexní opatření tak, aby k takovým pochybením docházelo co nejméně, nebo vůbec.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má stanovené jednotné postupy pro provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci včetně výkonů prováděných mimo operační sály.
- Používá standardizovaný způsob označení místa výkonu a zajistí účast pacienta (pokud je to vzhledem k jeho zdravotnímu stavu možné) na označení místa operačního výkonu.
- Používá a dokumentuje předoperační bezpečnostní proceduru bezprostředně před zahájením operačního výkonu (tzv. Kontrolní seznam-bezpečí chirurgického výkonu uveřejněn na portálu kvality MZČR)

1.1.4. RBC 4 – Prevence pádů

Pády pacientů ve zdravotnickém zařízení jsou jednou z nejčastějších nežádoucích událostí a nejedná se o problematiku pouze seniorů, ale všech věkových skupin pacientů.

Cílem standardu je zavést taková bezpečnostní opatření, která by pády pacientů minimalizovala. Jedním z nástrojů naplnění je povinnost poskytovatele vést evidenci všech pádů pacientů, analyzovat je a vytvářet nápravná opatření.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Vede evidenci pádů pacientů.
- Pravidelně provádí analýzu příčin pádů pacientů.
- Vytváří nápravná opatření.

1.1.5. RBC 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

Dezinfekce rukou před kontaktem s pacientem a bezprostředně po něm je účinným prostředkem prevence přenosu infekcí. Jedná se o nejeftektivnější cestu k celkovému snížení výskytu infekcí a snížení nákladů na léčbu infekcí.

Cílem standardu je zavést optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče a zajistit vybavenost pracovišť dezinfekčními přípravky k zajištění hygieny rukou.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má zaveden systém periodického školení všech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků zdravotnického zařízení v oblasti hygieny rukou.
- Má zajištěnou vybavenost každého umyvadla hygienickými potřebami, dezinfekčními přípravky a schéma správného mytí rukou zejména na exponovaných místech např. vyšetřovnách, převazovnách atd.

1.1.6. RBC 6 – Bezpečná komunikace

Nezajištění bezpečné komunikace ve zdravotnickém zařízení je jedním z dalších potenciálních rizik vzniku komplikací. Komunikace je hlavním nástrojem našeho společného dorozumívání a chyby v komunikaci mohou vést k nedorozumění a následnému poškození pacienta.

Cílem standardu je omezit nedorozumění při komunikaci a zavést jasná a jednotná pravidla pro interní komunikaci ve zdravotnickém zařízení.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má vypracován a zaveden jednotný systém používaných interních zkratk.
- Má zavedené standardní postupy pro případy telefonických ordinací léčivých přípravků.
- Má vypracován postup hlášení kritických hodnot vyšetření.

1.1.7. RBC 7 – Bezpečné předávání pacientů

Na péči o pacienta se v průběhu hospitalizace podílí mnoho zdravotnických pracovníků nebo jiných odborných pracovníků a v návaznosti na vývoj jeho zdravotního vztahu není vyloučen překlad pacienta mezi jednotlivými odděleními/klinikami nebo i mimo zdravotnické zařízení. Cílem standardu je zajistit jednotný způsob předávání pacientů a informací o nich u daného poskytovatele.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má vypracován a zaveden jednotný systém předávání pacientů a informací o nich u daného poskytovatele.

1.2. Standard: Řešení neodkladných stavů

Cílem standardu je zajistit funkčnost pomůcek pro řešení neodkladných stavů a proškolení všech pracovníků v poskytování první pomoci a řešení neodkladných stavů a to minimálně na základní úrovni. Stanovit frekvenci kontrol funkčnosti pomůcek pro řešení neodkladných stavů, expirace léčivých přípravků včetně způsobu dokumentace provedených kontrol tohoto vybavení. Stanovit systém přivolání odborné pomoci při vzniku neodkladného stavu.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má zajištěné pravidelné kontroly funkčnosti pomůcek pro řešení neodkladných stavů včetně expiraci léčivých přípravků a zápisy o provedených kontrolách.
- Má zpracovaný periodický plán proškolení všech pracovníků v poskytování první pomoci a v řešení neodkladných stavů minimálně na základní úrovni.
- Má zajištěné proškolení minimálně jednou ročně.
- Má zajištěno, že proškolení je v souladu s aktuálními doporučeními.
- Má zaveden systém přivolání odborné pomoci při vzniku neodkladného stavu.

1.3. Standard: Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých

Cílem tohoto standardu je zajistit dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých při poskytování zdravotní péče.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má zaveden způsob sledování a vyhodnocování dodržování práv pacientů.
- Má zaveden systém k odstranění zjištěných nedostatků.
- Má zajištěn způsob pro uložení cenných věcí.

1.4. Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí

Nežádoucí událostí je událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Za nežádoucí událost je také považováno neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta, pokud má za následek trvalé tělesné poškození nebo úmrtí pacienta, pokud nejde o obvyklou komplikaci zdravotního stavu.

Cílem standardu je zavedení procesu evidence, vyhodnocování a hlášení nežádoucích událostí, které se vyskytnou při poskytování zdravotní péče dle Metodiky sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (uveřejněna na portálu kvality MZ) s tím, že poskytovatel si může stanovit spektrum sledování nežádoucích událostí nad rámec této metodiky. Poskytovatel zavede nesankční systém hlášení nežádoucích událostí, včetně možnosti hlášení i důvěrných (anonymních) hlášení nežádoucích událostí, se zajištěním analýzy příčin těchto událostí.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má zaveden způsob hlášení a evidence nežádoucích událostí v souladu s Metodikou sledování nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče.

- Má zaveden způsob vyhodnocování nežádoucích událostí včetně zjišťování jejich příčin.
- Přijímá preventivní opatření k předcházení nežádoucích událostí.

1.5. Standard: Sledování spokojenosti pacientů

Cílem standardu je sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů se zdravotní péčí a podmínkami jejího poskytování.

Důležité je stanovit způsob a frekvenci sledování spokojenosti pacientů a postup při interpretaci výsledků sledování a jejich začlenění do institucionálního systému sběru dat o kvalitě péče s přijímáním opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků. Stanovený postup musí splňovat kritéria validního sběru dat.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má zaveden způsob pravidelného sledování spokojenosti pacientů se zdravotní péčí a podmínkami jejího poskytování.
- Má zaveden způsob vyhodnocování spokojenosti pacientů.
- Přijímá opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků.

1.6. Standard: Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče

Cílem standardu je zpracovat popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka.

Stanovit systém sledování a vyhodnocování spokojenosti pracovníků s pracovními podmínkami pro plnění jejich pracovních úkolů, včetně přijímání opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků.

Stanovit program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků včetně plánu celoživotního osobnostního rozvoje.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má zaveden způsob rozdělení pracovních míst v souladu s požadavky na personální zabezpečení zdravotní péče.
- Má stanovená pravidla pro zapracování pracovníků při jejich zařazení na pracovní místo.
- Má zpracovány popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka.
- Má zaveden systém sledování a vyhodnocování spokojenosti pracovníků s pracovními podmínkami pro plnění jejich pracovních úkolů a způsob přijímání opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků.
- Má zpracován program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků včetně plánu osobnostního rozvoje.

1.7. Standard: Dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony

Objednací doby pacienta na provedení plánovaného zdravotního výkonu či vyšetření patří mezi ukazatele výkonnosti a dostupnosti poskytované zdravotní péče. Sledováním objednacích dob se získají informace, které lze využívat jako zpětnou vazbu pro potřeby řízení a vzájemného porovnávání situace v jednotlivých zdravotnických zařízeních a k trvalému zvyšování kvality poskytované zdravotní péče.

Cílem standardu je dodržování sledování délky objednacích dob na plánované zdravotní výkony dle Metodického návodu pro sledování délky objednacích dob pacientů na zdravotní výkony (Věstník částka 2/2008 http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3609_1774_11.html) a zveřejňování objednacích dob, které přesahují u plánovaných výkonů 2 měsíce a u vyšetření 3 týdny a to v referenčním období 6-ti měsíců na webových stránkách poskytovatele zdravotní péče.


Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Sleduje objednáací doby pacienta na plánované zdravotní výkony či vyšetření.
- Zveřejňuje a pravidelně aktualizuje objednáací doby přesahující u plánovaných zdravotních výkonů 2 měsíce a u vyšetření 3 týdny a to 1x/6m.

Příloha 4

Ukázka fiktivního hlášení nežádoucí události do demoverze Národního systému hlášení nežádoucích událostí ÚZIS, na stránkách <https://hlasenin.u3.cuni.cz/demo/report/HNU/>:

MÍSTO A ČAS ZJIŠTĚNÍ A DRUH NU

Poskytovatel který zjistil událost	Nemocnice Na kraji města, U Nemocnice 123, Hradiště, PSČ 12345 (IČ 12345678)	 CM06MVTPE4QY3A85VGNEIFW9T
Pracoviště zjištění	ORTOPEDIE	
Upřesnění zjištění	LŮŽKA	
Datum a čas	10.4.2014 PŘESNÝ ČAS 19:43:16	
Druh	DEKUBITUS (NOVÝ/PŘI PŘIJETÍ)	
Druh NU dle WHO	DEKUBIT(y)	

PACIENTI

Jméno PAVEL NOVÁK	Číslo chorobopisu 5572	Datum narození 4.5.1963	Druh poškození FYZICKÉ	Úroveň poškození TRVALÉ NÁSLEDKY	Informován o NU ANO
Nejvyšší výkon při řešení NU <u>OŠETŘENÍ OTEVŘENÉ RÁNY</u> Dg.důsledku NU					
Upřesnění poškození (úroveň Hospitalizace) <u>NEPLÁNOVANÁ REHOSPITALIZACE PRO JINOU DG. NA JINÉM ODD.</u> Délka rehospitalizace (dny) <u>3</u>					
Hospitalizace v čase, kdy se NU stala <u>NA ODD.KDE SE NU STALA</u> od <u>ZNÁMÉ DATUM 1.4.2014</u> do <u>ZNÁMÉ DATUM 10.4.2014</u>					

PRACOVNÍCI A DALŠÍ ÚČASTNÍCI (HLÁŠÍCI, SVĚDČI, ...)

Role v NU POSKYTLJIVÍ PÉČI	Jméno JANA ŠEDIVÁ	Identifikační číslo 123	Podpis
Role v NU HODNOTÍČI ZDR.STAV	Jméno ROMAN VOLÁNEK	Identifikační číslo 456	Podpis

DEKUBITY

Prevence před zjištěním dekubitu	Matrace <u>STANDARDNÍ</u> Polohování <u>2 HOD</u>			
Péče po zjištění dekubitu	Matrace <u>DYNAMCKÝ SYSTÉM</u> Polohování <u>1 HOD</u>			
Datum	Velikost (v mm)	Stupeň postižení	Lokalita	Strana
10.4.2014	50	HĽUBOKÉ POŠKOZENÍ PODKOŽI	HÝZDĚ	LEVÁ

OKOLNOSTI

K čemu došlo	
Okamžité řešení události následující po jejím zjištění	
Informování	Službu konající lékař

Příloha 5

Klasifikace nežádoucích událostí z aktuálního Věstníku MZČR 8/2012 [MZČR, 2012b]:

Pohlaví a druh poškození pacienta

V případě, že došlo k více druhům poškození u jednoho pacienta, zvolí se z možných druhů poškození pouze jeden, a to ten s nejvyšší hodnotou závažnosti. V případě fyzického poškození (kód F) je nutné ještě určit závažnost poškození (viz dále).

Kód	Název kategorie
F	Žena
M	Muž
?	Neznámé

Kód	Název kategorie	Závažnost
B	Bez poškození	0
M	Materiální poškození	1
P	Psychologické poškození	2
F	Fyzické poškození	3
?	Neznámý druh poškození	

Závažnost fyzického poškození pacienta

Závažnost fyzického poškození je nejvyšší stupeň poškození pacienta, ke kterému došlo v souvislosti s danou nežádoucí událostí. Tato klasifikace je prováděna dle stupnice převzaté z odborné literatury, která je kompatibilní se zjednodušenou stupnicí používanou v konceptu Mezinárodní klasifikace pro bezpečnost pacientů (ICPS) vytvořené Světovou zdravotnickou organizací (WHO).

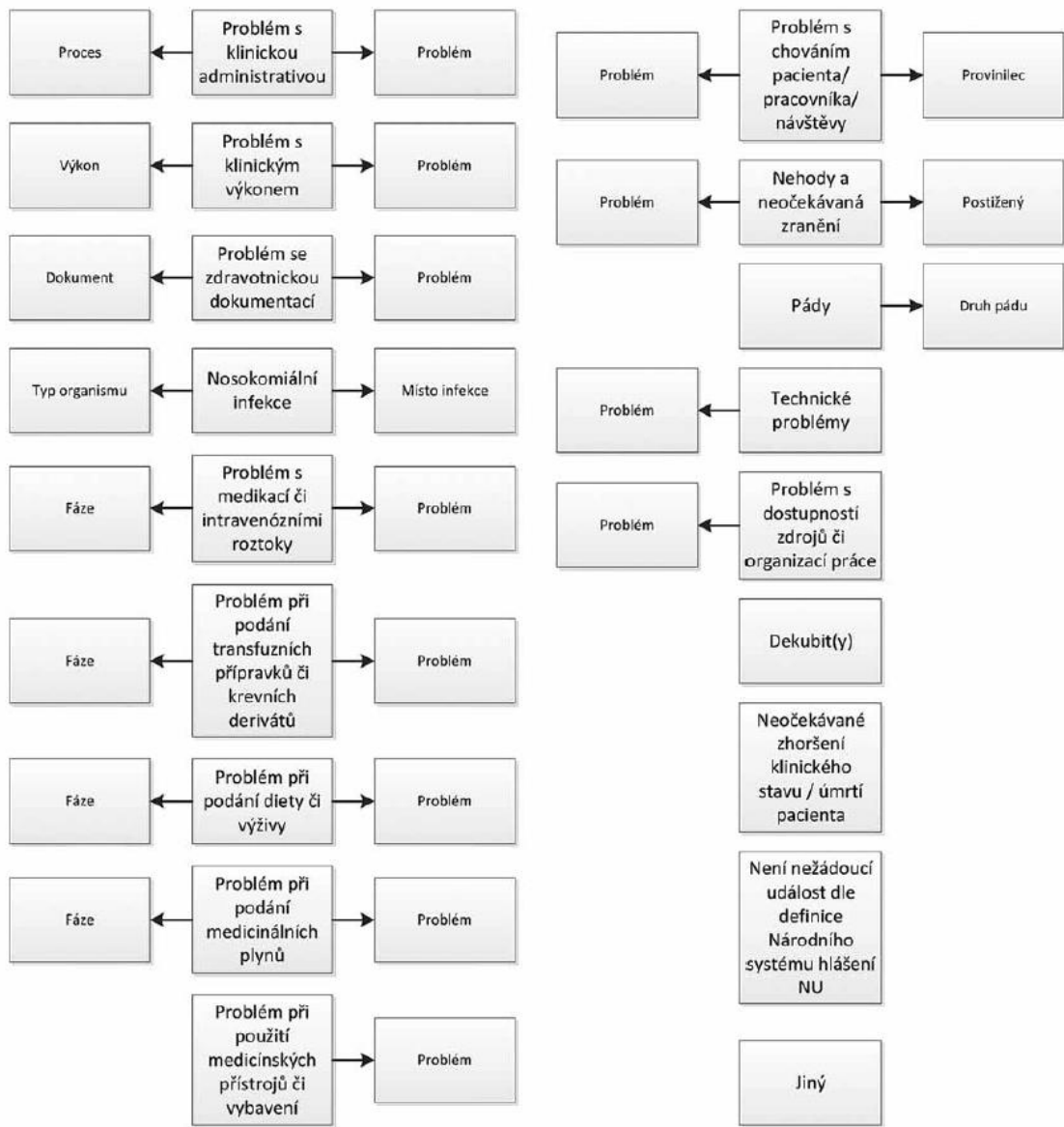
Stupně fyzického poškození pacienta	
Kód	Název kategorie
A	Událost nebo okolnosti, které by mohly vést k poškození
B	Došlo k incidentu, ale nedotkl se pacienta
C	Došlo k incidentu, který se dotkl pacienta, ale ten nebyl poškozen
D	Došlo k nežádoucí události, dotkla se pacienta a bylo nutno jej monitorovat, případně provést nějaký výkon, aby se předešlo pacientovu poškození
E	Došlo k nežádoucí události, která vedla k dočasnému poškození pacienta, a bylo v té souvislosti nutno provést nějaký výkon
F	Došlo k nežádoucí události, která vedla k dočasnému poškození pacienta a bylo v té souvislosti nutno pacienta hospitalizovat, přeložit, operovat či prodloužit jeho hospitalizaci proti původnímu plánu
G	Došlo k nežádoucí události, která vedla k trvalému poškození pacienta
H	Došlo k nežádoucí události, bylo nutno provést život zachraňující výkon
I	Došlo k nežádoucí události, která vedla k úmrtí pacienta, nebo k němu přispěla
?	Neznámé

Druh nežádoucí události

Druhem nežádoucí události je myšlen mechanismus nejbližší výslednému ohrožení pacienta či jiných osob. Příklad, kdy dojde k pádu pacienta v důsledku jím způsobené intoxikace, je tedy klasifikován jako „Pád“ a nikoliv „Problém s chováním pacienta – intoxikace“. Klasifikace je založená na víceosém konceptu Mezinárodní klasifikace pro bezpečnost pacientů (ICPS) vytvořené Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Událost je zařazena nejprve do tzv. hlavní kategorie a následně je v rámci této hlavní kategorie dále případně upřesněn její druh určení podkategorie na jedné nebo dvou vedlejších osách. Některé hlavní kategorie nemají v rámci klasifikace typu nežádoucí události již další podkategorie. Tato klasifikace je průběžně upravována dle WHO, ale i dle návrhů poskytovatelů zdravotních služeb zapojených do systému.

Hlavní kategorie	
Kód	Název hlavní kategorie
01	Problém s klinickou administrativou (objednávání, informovaný souhlas, identifikace pacienta, příjem, propuštění, ...)
02	Problém s klinickým výkonem (vyšetření, ošetření, screening, kontrola, ...)
03	Problém se zdravotnickou dokumentací
04	Nosokomiální infekce
05	Problém s medikací či intravenózními roztoky
06	Problém při podání transfuzních přípravků či krevních derivátů
07	Problém při podání diety či výživy
08	Problém při podání medicínálních plynů
09	Problém při použití medicínských přístrojů či vybavení (infuzní pumpy, resuscitační kity, šití, ...)
10	Problém s chováním pacienta/pracovníka/návštěvy
12	Nehody a neočekávaná zranění
13	Pády
14	Technické problémy (závady na budově, porucha dodávky energie, závady výpočetní techniky ...)
15	Problém s dostupností zdrojů (nedostatek personálu či vybavení) či organizací práce
30	Dekubit(y)
31	Neočekávané zhoršení klinického stavu / úmrtí pacienta
99	Není nežádoucí událost dle definice Národního systému hlášení NU
XX	Jiný

Hlavní kategorie „Dekubit(y)“, „Neočekávané zhoršení klinického stavu / úmrtí pacienta“, „Není nežádoucí událost dle definice Národního systému hlášení NU“ a „Jiný“ nemají žádné podkategorie v rámci této klasifikace typů nežádoucích událostí. U kategorie dekubity jsou však jednotlivé dekubity (kterých může být v jednom hlášení obsaženo více) při předávání dat do systému klasifikovány dle obvyklých stupňů I – IV (viz níže). Následující hierarchické schéma znázorňuje podkategorie jednotlivých hlavních kategorií této klasifikace.



01 – Problém s klinickou administrativou (objednávání, informovaný souhlas, identifikace pacienta, příjem, propuštění, ...)

Vedlejší osa 1 – Proces	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Předání směny v rámci oddělení
02	Plánovaná návštěva
03	Čekací listina
04	Konzilium a vyšetření či ošetření specialistou
05	Příjem
06	Propuštění
07	Předání pacienta mimo oddělení
08	Identifikace pacienta
09	Informovaný souhlas pacienta s výkonem
10	Plánování výkonu
11	Reakce na urgentní stav (včetně náhlého zhoršení stavu)
xx	Jiný
??	Neznámý

Vedlejší osa 2 – Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Neprovedeno ačkoliv mělo být provedeno
02	Provedeno nekompletně, neadekvátně či chybně
03	Nedostupné
04	Záměna pacienta
05	Záměna procesu
xx	Jiný
??	Neznámý

02 – Problém s klinickým výkonem (vyšetření, ošetření, screening, kontrola, ...)

Vedlejší osa 1 – Výkon	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Screening, prevence, pravidelná prohlídka
02	Diagnóza, posouzení, konzilium
03	Ošetření, intervence, operace
04	Obecná péče, management
05	Testy, vyšetření a zobrazovací metody (RTG, CT, NMR, ...)
06	Laboratorní odběry, výsledky
07	Nařízená péče, omezení
xx	Jiný
??	Neznámý

Vedlejší osa 2 – Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Neprovedeno ačkoliv mělo být provedeno
02	Provedeno nekompletně, neadekvátně či chybně
03	Nedostupné
04	Záměna pacienta nebo jiná chyba v jeho identifikaci
05	Záměna výkonu (ošetření, vyšetření, testu ...)
06	Záměna strany, orgánu či místa výkonu
xx	Jiný
??	Neznámý

03 – Problém se zdravotnickou dokumentací

Vedlejší osa 1 – Dokument	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Žádanky, objednávky, recepty, poukazy
02	Dekurzy, tabulky, epikrízy, konzilia
03	Checklisty
04	Formuláře, certifikáty
05	Instrukce, guidelines, směrnice, návody
06	Identifikační karty, jmenovky, štítky, náramky
07	Dopisy, e-maily, záznamy komunikace
08	Výsledky testů, vyšetření a zobrazovacích metod (RTG, CT, NMR, ...)
xx	Jiný
??	Neznámý

Vedlejší osa 2 – Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Chybějící nebo nedostupný dokument
02	Dokument dostupný později než požadováno
03	Záměna pacienta nebo jiná chyba v dokumentu
04	Nejasné, dvojznačné či nekompletní informace v dokumentu
05	Dokument přístupný neoprávněné osobě
xx	Jiný
??	Neznámý

04 – Nosokomiální infekce

Vedlejší osa 1 – Typ organismu	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Bakterie
02	Virus
03	Fungi
04	Parazit
05	Protozoa
06	Rickettsie
07	Prion
??	Neidentifikován

Vedlejší osa 2 – Místo infekce	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Močový trakt
02	Chirurgická rána
03	Krevní řečiště
04	Pneumonie
05	Kosti a klouby
06	Centrální nervový systém
07	Srdce a cévy
08	Oči, ORL oblast a ústa
09	Gastrointestinální trakt
10	Dolní cesty dýchací
11	Reprodukční trakt
12	Kůže a měkké tkáně
13	Systémová infekce
xx	Jiné
??	Neznámé

05 – Problém s medikací či intravenózními roztoky

Vedlejší osa 1 – Fáze	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Předepisování
02	Příprava
03	Balení
04	Dodání
05	Podání
06	Objednávání
07	Skladování
08	Dohled po podání
09	Likvidace
xx	Jiná
??	Neznámá

Vedlejší osa 2 – Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Záměna pacienta
02	Záměna léčiva
03	Chybná dávka, síla či frekvence
04	Chybná forma
05	Chybná cesta podání
06	Chybné množství
07	Chybné instrukce k podání
08	Kontraindikace
09	Chybné skladování
10	Vynechaná dávka nebo léčivo
11	Exspirovaný léčivý přípravek
12	Nežádoucí účinek léčiva
13	Provedeno nekompletně, neadekvátně či chybně
xx	Jiné
??	Neznámý

06 – Problém při podání transfuzních přípravků či krevních derivátů

Vedlejší osa 1 – Fáze	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Předepisování
02	Příprava
03	Balení
04	Dodání
05	Podání
06	Objednávání
07	Skladování
08	Dohled po podání
09	Zkouška u lůžka pacienta
10	Likvidace
11	Odběr od dárce
xx	Jiná
??	Neznámá

Vedlejší osa 2 – Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Záměna pacienta
02	Záměna produktu
03	Chybná dávka, síla či frekvence
04	Chybná krevní skupina
06	Chybné množství
07	Chybné instrukce k podání
08	Kontraindikace
09	Chybné skladování
10	Nepodaný produkt
11	Prošla expirace
12	Nežádoucí reakce
13	Provedeno nekompletně, neadekvátně či chybně
xx	Jiné
??	Neznámý

07 – Problém při podání diety či výživy

Vedlejší osa 1 – Fáze	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Předepisování
02	Příprava
03	Balení
04	Dodání
05	Podání
06	Objednávání
07	Skladování
08	Likvidace
xx	Jiná
??	Neznámá

Vedlejší osa 2 – Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Záměna pacienta
02	Záměna diety
06	Chybné množství
07	Chybné frekvence podání
08	Chybná konzistence
09	Chybné skladování (např. neodpovídající teplota)
10	Nepodaná dieta
11	Prošla expirace
12	Cizí předmět ve stravě
13	Provedeno nekompletně, neadekvátně či chybně
xx	Jiný
??	Neznámý

08 – Problém při podání medicínálních plynů

Vedlejší osa 1 – Fáze	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Předepisování
02	Označení nádob či ventilů
04	Dodání/rozvod
05	Podání
06	Objednávání
07	Skladování
xx	Jiná
??	Neznámá

Vedlejší osa 2 – Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Záměna pacienta
02	Záměna plynu
06	Chybná koncentrace, rychlost podání
07	Chybné způsob podání
08	Kontraindikace
09	Chybné skladování
10	Nepodání plynu
11	Kontaminac
xx	Jiný
??	Neznámý

09 – Problém při použití medicínských přístrojů či vybavení (infuzní pumpy, resuscitační kity, šití, ...)

Vedlejší osa 1 – Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Závada balení
02	Nedostupné
06	Nevhodné k použití při daném výkonu
07	Nečisté / nesterilní
08	Nefunkční či funkční chybně
09	Přemístění, odstranění, chybné zapojení
10	Skladování
xx	Jiný
??	Neznámý

10 – Problém s chováním pacienta/pracovníka/návštěvy

Vedlejší osa 1 – Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Nespolupracující
02	Nepřátelské nebo hrubé chování
03	Rizikové, nebezpečné, zanedbání
04	Toxikomanie
05	Obtěžování
06	Diskriminace / předsudky
07	Nepovolený odchod
08	Sebepoškození, sebevražda
09	Slovní napadení
10	Fyzické napadení
11	Sexuální napadení
12	Poškození věci
13	Hrozba usmrcením
14	Nepovolený vstup
15	Krádež, finanční škoda
16	Únos
xx	Jiná
??	Neznámá

Vedlejší osa 2 – Provinilec	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Pacient
02	Doprovod pacienta
03	Návštěva
04	Pracovník
05	Student/žák
xx	Jiná
??	Neznámá

12 – Nehody a neočekávaná zranění

Vedlejší osa 1 – Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Tupé poranění
02	Ostré poranění
03	Jiné mechanické poranění
04	Popáleniny, opaření, omrzliny
05	Ohrožení dýchání (topení, škrcení, dušení, ...)
06	Otrava, poleptání
07	Úraz elektrickým proudem
08	Přírodní katastrofa
xx	Jiné
??	Neznámý

Vedlejší osa 2 – Postižený	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Pacient
02	Doprovod pacienta
03	Návštěva
04	Pracovník
05	Student/žák
xx	Jiná
??	Neznámá

13 – Pády

Vedlejší osa 1 – Druh pádu	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Zakopnutí, chybné došlápnutí
02	Uklouznutí
03	Ztráta vědomí
04	Ztráta rovnováhy
05	Závada zařízení
06	Pád z lůžka
07	Skladování
08	Záchvat
09	Opření o nestabilní oporu
10	Vstávání z lůžka
xx	Jiný
??	Neznámý

14 – Technické problémy (závady na budově, porucha dodávky energie, závady výpočetní techniky ...)

Vedlejší osa 1 – Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Nedostupné, neexistující
02	Vadné, poškozené
xx	Jiný
??	Neznámý

15 – Problém s dostupností zdrojů (nedostatek personálu či vybavení) či organizací práce

Vedlejší osa 1 – Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Vytíženost pracovníků
02	Dostupnost adekvátních služeb a lůžek
03	Dostupnost kompetentních pracovníků
04	Organizace týmů
05	Přiměřenost instrukcí, směrnic, protokolů a guidelines
xx	Jiný
??	Neznámý

Stupně závažnosti dekubitu

Vzhledem k tomu, že jedno hlášení dekubitu může obsahovat jeden či více dekubitů u jednoho pacienta, není možné, aby jejich stupeň byl součástí základní klasifikace typu nežádoucí události, protože by tak bylo možné klasifikovat pouze jeden z nich. Z tohoto důvodu je samostatná klasifikace stupně závažnosti dekubitu prováděna jednotlivě pro všechny hlášené dekubity.

Stupně závažnosti dekubitu	
Kód	Název kategorie
1	Zčervenání
2	Tvorba puchýřů
3	Poškození kůže, až nekróza
4	Hluboké poškození (facie, sval, šlacha, okostice) – nekróza
?	Neznámý

Příloha 6

Dotazník kvalita a bezpečí zdravotnického zařízení pro empirickou část práce:

Dotazník kvalita a bezpečí zdravotnického zařízení

Tento dotazník slouží pro kvalitativní posouzení zdravotnického zařízení z hlediska kvality a bezpečí, pro diplomovou práci Zajištění bezpečí pacienta ve zdravotnickém zařízení. V průběhu celého dotazníku je možné vyjádřit názor či postoj k této problematice mimo rozsah předvolených odpovědí. Prosím, neváhejte a tuto možnost využijte.

Zpracovaná data budou v diplomové práci anonymizována. Ve studii bude uvedeno pouze: zdravotnické zařízení Plzeňského/Jihočeského kraje.

Vyplnění dotazníku bude považováno za vyjádření souhlasu s výše uvedeným.

*Povinné pole

Identifikace

1. **1. Kolik má zdravotnické zařízení (ZZ) lůžek a lůžkových oddělení? ***

Prosím uveďte aktuální počet ve formátu lůžka - oddělení.

.....

.....

.....

.....

.....

2. **2. Jaké typy lůžkové péče ZZ poskytuje? ***

Lze vybrat více možností.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- akutní lůžková péče intenzivní
- akutní lůžková péče standardní
- následná lůžková péče
- dlouhodobá lůžková péče

3. **3. V jak velké obci poskytuje ZZ zdravotní služby? ***

Označte jen jednu elipsu.

- pod 80 000 obavatel
- 80 001 - 100 000 obyvatel
- 100 001 - 180 000 obyvatel
- nad 180 001 obyvatel

4. **4. Jaký je průměrný roční objem pacientů lůžkové péče ZZ? ***

Prosím uveďte údaj za posledních 10 let, bez roku 2014.

.....

5. **5. Má ZZ zavedeno hodnocení kvality a bezpečí? ***

Označte jen jednu elipsu.

- ano - interní (zákonné)
- ano - externí
- ano - interní (zákonné) i externí
- ne

6. **6. Ve kterém roce byl zaveden program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí? ***

V návaznosti na Doporučení Rady EU (2009/C151/01), Resortní bezpečnostní cíle MZČR a Akční plán kvality a bezpečí, potažmo z. č. 372/2011 Sb.

.....

Nežádoucí události

7. **7. Jaká byla PREVALENCE výskytu nežádoucích událostí ve ZZ - lůžkové péče PŘEDCHÁZEJÍCÍ zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí? ***

Pokud nebylo sledováno, prosím proškrtněte.

.....

8. **8. Které nežádoucí události byly nejčastější? ***

Prosím uveďte nejčastějších 5. Pokud nebylo sledováno, prosím proškrtněte.

.....

.....

.....

.....

.....

9. **9. Jaká je AKTUÁLNÍ PREVALENCE výskytu nežádoucích událostí ve ZZ - lůžkové péče? ***

Prosím uveďte i datum, ke kterému je prevalence platná.

.....

10. **10. Jaké nežádoucí události jsou aktuálně nejčastější? ***

Prosím uveďte nejčastějších 5

.....

.....

.....

.....

.....

11. **11. Kolik nežádoucích událostí se vyskytovalo v ZZ - lůžkové péči v prvním roce po zavedení programu?**

Prosím uveďte údaj za celý rok, od zavedení programu, pokud to není možné (program byl zaveden nedávno) otázku vynechte.

.....

12. **12. Jak byste ohodnotili ZZ ve výskytu nežádoucích událostí PŘED zavedením programu? ***

Ohodnoťte známkou: 1= nejlepší výsledek, 5= nejhorší výsledek.

Označte jen jednu elipsu.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. **13. Jak byste ohodnotili ZZ ve výskytu nežádoucích událostí aktuálně PO zavedením programu? ***

Ohodnoťte známkou: 1= nejlepší výsledek, 5= nejhorší výsledek.

Označte jen jednu elipsu.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. **14. Co považujete za hlavní důvody vzniku pochybení resp. chyb u personálu a výskytu nežádoucích událostí ve Vašem ZZ? ***

Lze označit více možností, případně vypsát do položky jiné.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- vysoké nároky na personál
- nekvalitní řízení ZZ
- nedostatek financí resp. zdrojů
- špatné využívání financí resp. zdrojů
- nekvalitní politika nebo řízení ZZ
- nedostatečná edukace personálu v ZZ
- zpochybňování a zlehčování problému zdravotníky
- nedostatek zkušeností
- nedostatek personálu
- nespolupráce pacientů
- zatížení tzv. „duševní únavou“ zdravotnického personálu
- vysoké požadavky z hlediska etiky
- nedostatečné vzdělání personálu
- vysoké požadavky na bezchybnost výkonů
- odpovědnost za lidské životy a zdraví
- nedostatek empatie k zaměstnancům ze strany managementu
- špatná týmová práce
- pocit platového nedocení
- požadavek chovat se ekonomicky vůči ZZ
- Jiné:

15. **15. Jste toho názoru, že chyby personálu vznikají: ***

Označte jen jednu elipsu.

- především vědomě
- především nevědomě
- spíše vědomě ale i nevědomě
- spíše nevědomě ale i vědomě
- vědomě i nevědomě

16. **16. Jak byste souhrnně označili chyby, které jsou ve Vašem ZZ nejčastější? ***

Lze vybrat více možností.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- malpractice - zanedbávání povinností
- nedostatek pečlivosti
- nedbalost - nedostatečná opatrnost, riskování, nedodržování postupů
- neznalost - nedostatečné vzdělávání
- Jiné:

17. **17. Jste toho názoru, že nežádoucí události jsou ve Vašem ZZ způsobovány: ***

Označte jen jednu elipsu.

- především systémovými faktory
- především lidským faktorem
- systémovými faktory více než lidským faktorem
- lidským faktorem více než systémovými faktory
- systémovými faktory více než lidskými
- lidským faktorem i systémovými faktory
- Jiné:

18. **18. Jste toho názoru, že chyby vzniklé na základě lidského faktoru jsou preventabilní? ***

Označte jen jednu elipsu.

- ano
- ne
- ne - nelze zcela vyloučit vliv na nežádoucí události resp. výskyt chyb
- Jiné:

19. **19. Jak ZZ hlásí nežádoucí události? ***

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- do národního systému hlášení nežádoucích událostí
- do vlastního systému hlášení nežádoucích událostí
- Jiné:

Akreditace - národní

20. **20. Má ZZ akreditaci resp. certifikát kvality a bezpečí? ***

Označte jen jednu elipsu.

- ano
- ne
- ne - je v přípravě

21. **21. Pokud ano, ve kterém roce jej získalo poprvé?**

.....

22. **22. Pokud ano, prosím uveďte rok získání aktuální akreditace.**

.....

23. **23. Pokud ano, prosím uveďte jaká společnost provedla aktuální akreditaci?**

.....

.....

.....

.....

.....

Akreditace - mezinárodní

24. **24. Má ZZ mezinárodní akreditaci resp. certifikát kvality a bezpečí? ***

Označte jen jednu elipsu.

ano

ne

ne - je v přípravě

25. **25. Pokud ano, ve kterém roce jej získalo poprvé?**

.....

26. **26. Pokud ano, prosím uveďte rok získání aktuální akreditace.**

.....

27. **27. Pokud ano, prosím uveďte jaká společnost provedla aktuální akreditaci?**

.....

.....

.....

.....

.....

28. **28. Jste toho názoru, že mezinárodní akreditace má pro ZZ větší význam než národní akreditace? ***

Označte jen jednu elipsu.

- ano
 ne
 Jiné:

Akreditace - obecně

29. **29. Pokládáte resp. pokládali jste získání akreditace (národní i mezinárodní) za prioritu v plánech ZZ?**

Označte jen jednu elipsu.

- ano
 ne
 ne z cela

30. **30. Z jakých důvodů je Vaše odpověď ano/ne/ne z cela? ***

.....
.....
.....
.....
.....

31. **31. Jste toho názoru, že získání akreditace (národní i mezinárodní) je pro ZZ přínosem? ***

Označte jen jednu elipsu.

- ano
 ne
 ne z cela
 Jiné:

32. **32. Jste toho názoru, že získání akreditace (národní i mezinárodní) opravdu vyjadřuje kvalitu a bezpečnost ZZ? ***

Označte jen jednu elipsu.

- ano
 ne
 ne z cela
 Jiné:

Management kvality a bezpečí.

33. **33. Ve kterém roce byl zřízen management kvality a bezpečí? ***

.....

34. **34. Má zdravotnické ZZ management řízení rizik? ***

Označte jen jednu elipsu.

ano

ne

35. **35. Pokud ano, od kterého roku?**

.....

36. **36. Pokud má ZZ manažera kvality i rizik, je tato funkce zastupována: ***

Označte jen jednu elipsu.

dohromady jednou osobou

zvlášť dvěma osobami

týmem

Jiné:

37. **37. Uvedli jste, že ZZ má zavedeno hodnocení kvality a bezpečí. Z jakého důvodu bylo hodnocení zavedeno? ***

Lze označit více možností.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

Splnění národních a evropských směrnic pro poskytování bezpečné zdravotní péče.

Příprava na akreditaci resp. certifikaci.

Transformace zdravotnictví.

Touha naplnit očekávání pacientů.

Jiné:

38. **38. Jste toho názoru, že kvalita a bezpečí je hlavní prioritou ZZ? ***

Tzn. snaha zajistit bezpečí pacientů a personálu.

Označte jen jednu elipsu.

ano

ne

ne z zcela

Jiné:

39. **39. Jste toho názoru, že program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí je přínosem pro zdravotnictví? ***

Označte jen jednu elipsu.

- ano
- ne
- ne z cela
- Jiné:

Kultura kvality a bezpečí

40. **40. Za kvalitu a bezpečí je ve Vašem ZZ považováno? ***

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Stupeň jakosti zdravotních služeb dle platných norem.
- Úroveň technického provedení - účinnost, efektivita, utilita a neškodnost.
- Schopnost uspokojovat zdravotní potřeby, těch kteří jsou na péči závislí.
- Provádění správných věcí správným způsobem.
- To, co bylo zamýšleno.
- Forma a míra zdravotní péče, jejímž prostřednictvím se zvyšuje pravděpodobnost příznivého výsledku.
- Jiné:

41. **41. Jste toho názoru, že se management ZZ snaží vytvářet atmosféru vzájemné důvěry se zaměstnanci? ***

Tzn. možnost vyjádření názorů personálu, prostředí otevřené diskuzi, případně přiznání chyb bez rizika sankcí...

Označte jen jednu elipsu.

- ano
- ne
- ne z cela
- Jiné:

42. **42. Jste toho názoru, že zaměstnanci ZZ plní svou morální povinnost vůči pacientům? ***
Tzn. plní svědomitě a s dostatečnou odborností své úkoly, mají vysoký morální kredit a respektují důstojnost pacientů

Označte jen jednu elipsu.

- jednoznačně ano
 převážně ano - stav by mohl být lepší
 jednoznačně ne
 převážně ano - jsme spokojeni
 převážně ano - nejsme z nejhorších
 převážně ne - ale jsme spokojeni
 Jiné:

43. **43. Jste toho názoru, že kultura organizace ZZ ovlivňuje chování zaměstnanců a ovlivňuje vystupování ZZ navenek: ***

Označte jen jednu elipsu.

- pozitivně
 negativně
 ovlivňuje jen částečně pozitivně (málo)
 ovlivňuje částečně negativně (málo)
 neovlivňuje
 Jiné:

44. **44. Jste toho názoru, že v kultuře Vašeho ZZ je začleněna spravedlnost, solidarita, péče o druhé, respektování etických principů a lidského soukromí? ***

Pokud ne všechny položky, prosím vypište ty které nejsou do odpovědi jiné.

Označte jen jednu elipsu.

- ano
 ne
 Jiné:

45. **45. Jste toho názoru, že v kultuře ZZ má bezpečnost pacientů výsadní postavení? ***

Označte jen jednu elipsu.

- ano
 ne
 ne z cela
 Jiné:

Připomínky

Zde je prostor, pokud máte nějaké další připomínky, které nebylo možné vyjádřit v dotazníku.

46. Připomínky

Poděkování

Jsme si vědomi, rozsáhlosti dotazníku a Vaší vytiženosti, a proto bychom Vám rádi poděkovali, za Vaši ochotu, čas a poskytnutí nezbytných informací, názorů a dat. Tímto se také zavazují, že neanonymizovaná data nebudou nijak veřejně prezentovat.

Bc. Dominika Michálková, studentka Zdravotně-sociální fakulty JU v Českých Budějovicích, obor Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví 2014 (michalkovadominika@seznam.cz).