

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Kvalita a bezpečná péče o pacienta ve zdravotnickém
zařízení**

Diplomová práce

Autor: Bc. Erika Weisshauptová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Jihlava 2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Erika Weisshauptová
Studijní program:	Specializace ve zdravotnictví
Obor:	Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví
Název práce:	Kvalita a bezpečná péče o pacienta ve zdravotnickém zařízení
Cíl práce:	Cílem diplomové práce je zjistit rozdíl v poskytování bezpečné ošetrovatelské péče všeobecnými sestrami v akreditovaném a neakreditovaném zdravotnickém zařízení.


doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
vedoucí diplomové práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Trendem současné doby je rozvíjet kulturu bezpečí ve zdravotnických zařízeních všech typů a poskytovat co nejbezpečnější zdravotní péči. Oficiální uznání způsobilosti provozovat kvalitní, kvalifikovanou a bezpečnou zdravotní péči, představuje získání akreditace. Získat akreditaci ale není povinné a zažádání si o akreditační šetření je proces dobrovolný a závisí pouze na rozhodnutí každého poskytovatele zdravotních služeb.

Hlavním cílem našeho výzkumu je porovnat mezi sebou kulturu bezpečí dvou zdravotnických zařízení. Zdravotnické zařízení A je akreditované již několik let a zdravotnické zařízení B si o akreditaci doposud nepožádalo. Kultura bezpečí je hodnocena v těchto oblastech: bezpečné prostředí, organizační kultura, komunikace, hlášení nežádoucích událostí. Smysl výzkumu spatřujeme ve zjištění, zda je pro pacienty bezpečné prostředí na dostatečné úrovni a zda jsou splněné požadavky na poskytování bezpečné ošetrovatelské péče i v neakreditovaném zdravotnickém zařízení, nebo zda je lepší zvolit si zařízení, které již obdrželo certifikát kvality.

Klíčová slova

akreditace, audit, bezpečí, komunikace, kvalita, nežádoucí událost, organizační kultura, ošetrovatelská péče, zdravotnické zařízení

Abstract

The current trend is to develop safety culture in all kinds of healthcare facilities and provide as safe as possible healthcare. Obtaining accreditation represents official recognition of eligibility to provide quality, qualified, and safe health care. Obtaining accreditation is not mandatory and applying for accreditation is a voluntary process and depends only on the decision of each organization.

The main aim of our research is to compare the safety culture of two health care facilities. The health care facility A has been accredited for several years and B has not applied for accreditation yet. The safety culture is assessed in these areas: safe environment, organizational culture, communication, reporting adverse events. The purpose of the research is to find out whether environment for patients is safe enough and the requirements for providing safe nursing care are fulfilled in a non-accredited

health care facility. Whether, it is better to select the facility which has already received the quality certificate.

Keywords

accreditation, adverse event, audit, communication, health care facility, nursing care, organizational culture, quality, safety

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Ladě Cetlové, Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky, za čas, který mi věnovala a hlavně za trpělivost při konzultacích a vypracování diplomové práce. Také bych chtěla poděkovat svému manželovi Ing. Bc. Jiřímu Weisshauptovi, MBA za odbornou pomoc při zpracování a vyhodnocení získaných dat diplomové práce.

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním diplomové práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

Podpis

Obsah

Úvod.....	10
1 Teoretická část	12
1.1 Historie kvality ve zdravotnictví.....	12
1.2 Vývoj ve světě	12
1.3 Vývoj v České republice (ČR).....	14
1.4 Hodnocení kvality ve zdravotnických zařízeních	14
1.4.1 Indikátory kvality.....	15
1.4.2 Audit	15
1.4.3 Kritéria a plán auditu	16
1.5 Externí systémy řízení kvality	16
1.5.1 Akreditace	16
1.5.2 Certifikace.....	18
1.6 Interní systémy řízení kvality	18
1.6.1 Resortní bezpečnostní cíle	19
1.7 Kultura bezpečí	20
1.8 Komunikace	24
1.8.1 Týmová spolupráce	25
1.8.2 Předávání/překlad pacienta	26
1.9 Nežádoucí události.....	27
1.9.1 Druhy nežádoucích událostí.....	27
1.9.2 Hlášení nežádoucích událostí	28

1.9.4 Nežádoucí události ve Velké Británii	30
1.9.5 Nežádoucí události v Rakousku.....	30
1.9.6 Nežádoucí události v Německu	31
1.9.7 Pády	32
1.9.8 Hodnocení rizika pádu	33
1.9.9 Dekubity.....	34
1.9.10 Hodnocení rizika vzniku dekubitů.....	35
1.9.11 Prevence a léčba dekubitů.....	37
2 Praktická část	40
2.1 Cíl výzkumu.....	40
2.2 Hypotézy	40
2.3 Metodika výzkumu	41
2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	41
2.5 Průběh výzkumu	41
2.6 Zpracování získaných dat	42
2.7 Výsledky výzkumu	43
2.8 Diskuse.....	97
2.9 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	100
Závěr	101
Seznam použité literatury	103
Seznam tabulek a grafů.....	110

Seznam zkratek	113
Seznam příloh	114

Úvod

Zdravotnická pochybení jsou světový problém, který si získává stále větší pozornost nejen odborné ale i laické veřejnosti. Různé výzkumy dokazují, že většina pochybení vzniká selháním systému, nikoliv chybou jednotlivce. Otázka bezpečnosti pacientů je diskutována na všech úrovních, mezinárodní i národní. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) považuje za ideální pro zlepšení bezpečnosti pacientů zavedení kultury bezpečí do zdravotnických zařízení. Popisuje jí jako stav, ve kterém zdravotníci vnímají bezpečí jako nejvyšší prioritu. Výsledek závisí na motivaci a schopnostech zaměstnanců. Všeobecné sestry představují nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví, proto výrazným způsobem ovlivňují bezpečnost pacientů. Trendem současné doby je rozvíjet kulturu bezpečí ve zdravotnických zařízeních všech typů a poskytovat co nejbezpečnější zdravotní péči vzdělaným a kvalifikovaným personálem. Oficiální uznání způsobilosti provozovat kvalitní, kvalifikovanou a bezpečnou zdravotní péči, představuje získání akreditace. Získat akreditaci, ale není povinné

a zažádání si o akreditační šetření je proces dobrovolný a závisí pouze na rozhodnutí každého zdravotnického zařízení. Hlavním cílem výzkumu bude porovnat mezi sebou kulturu bezpečí dvou zdravotnických zařízení, která se liší tím, že jedno zdravotnické zařízení je zřizované krajem a akreditaci získalo již v roce 2008 a druhé zdravotnické zařízení o akreditační šetření dosud nepožádalo.

Výzkumné šetření bude zaměřeno na všeobecné sestry různých oddělení vybraných zdravotnických zařízení a jejich vnímání kultury bezpečí při poskytování ošetrovatelské péče. Kultura bezpečí bude hodnocena a porovnávána v oblastech bezpečné prostředí, organizační kultura, hlášení nežádoucích událostí a komunikace. Význam komunikace uvnitř organizace je nezpochybnitelný. To platí samozřejmě i pro zdravotnická zařízení. Komunikace se projevuje ve vztazích mezi zdravotnickým personálem všech kategorií a to nejen mezi nadřízenými a podřízenými, ale i mezi pracovníky na stejné úrovni pracovního zařazení a dále mezi zdravotnickým a nezdravotnickým personálem. Má souvislosti s plněním pracovních úkolů, a s celkovým vztahem personálu k organizaci. V neposlední řadě ovlivňuje také interakci zdravotnického personálu a pacientů a jejich příbuzných. Je zřejmé, že k většině problémů v klinické praxi dochází právě v důsledku

neefektivní komunikace. Musíme poukázat na skutečnost, že prostředí zdravotnického zařízení je velmi náročné na psychiku jedince a vyžaduje často řešení náročných situací od všech účastníků zdravotní péče. Smysl výzkumu spatřujeme ve zjištění, zda je pro pacienty bezpečné prostředí na dostatečné úrovni a jsou splněné požadavky na poskytování bezpečné ošetrovatelské péče i v neakreditovaném zdravotnickém zařízení, nebo zda je pro pacienty lepší zvolit si zařízení, které již obdrželo certifikát kvality. V celé naší práci budeme používat termín zdravotnické zařízení, i když podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, se jedná o poskytovatele zdravotních služeb.

1 Teoretická část

1.1 Historie kvality ve zdravotnictví

Pojem kvalita znamená vlastnost nějaké věci a hodnotit kvalitu je poměrně obtížná záležitost a závisí na úsudku a schopnosti hodnotitele. Pojem kvalita lze také definovat jako stupeň splnění požadavků. Kvalita ve zdravotnictví znamená souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě (Svobodová, 2012).

Posláním a vizí zdravotnických zařízení je poskytovat kvalitní, účinnou, ekonomicky adekvátní, vysoce odbornou a kvalifikovanou péči o pacienty. Pro tento účel je nutností vytvářet prostředí, v kterém je možné takové cíle uskutečňovat. Postup, směřující k získání akreditace či certifikace, vyžaduje hluboké a zásadní zásahy do struktury organizace, provozu, financování i její řízení. Smyslem je porozumět zavádění, udržování a zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních. Dosáhnout na národní a mezinárodní standardy kvality je do budoucna procesem přínosným a nezbytným (Škrlová, 2008).

Lze předpokládat, že zdravotnická zařízení existují proto, aby pomáhala a léčila pacienty a aby zároveň poskytovala práci zdravotnickým pracovníkům. Nikdy v historii nemělo lékařství větší potenciál pomoci pacientům nežli dnes, protože účinné terapie a život prodlužující léčebné metody výrazně narostly. Přesto, nebo možná právě proto, systém zůstává daleko pozadu za potenciálem techniky. Je možné pozorovat nespokojené pacienty, často frustrované z péče, které se jim dostává. Rovněž zdravotníci vyjadřují nespokojenost. Jsou přetížení systémem, který od nich mnohdy žádá příliš a komplikuje jejich práci. Pozorovat lze i narůstající požadavky na přestavbu zdravotnického systému (Vévoda a kol., 2013).

1.2 Vývoj ve světě

Počátky zavádění systému řízení kvality ve zdravotnických zařízeních hledejme v USA na počátku 20. století. Zakladatelem systému řízení kvality byl Ernest Codman, který žil v letech 1869–1940. První standardy vyšly v roce 1917. Od roku 1950 se v USA začalo akreditačními standardy řídit více než tři tisíce zdravotnických zařízení. V roce 1951 byla zřízená Společná komise pro akreditaci nemocnic, která začala vytvářet a publikovat standardy (Kazimour, 2012).

Od roku 1970 se standardy staly uznávaným způsobem zavádění kvality. V roce 1987 se název Společná komise pro akreditace nemocnic změnil na Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO), která je nezávislou a neziskovou organizací. V současnosti hodnotí více než patnáct tisíc zdravotnických zařízení v USA. V roce 1998 vznikla její mezinárodní odnož Joint Commission International Accreditation (JCIA), která působí i v České republice (Joint Commission International, 2008).

Problematika zvyšování bezpečí pacientů je celosvětovým problémem. Proto, byla na summitu členských států Evropské unie dubnu 2005, schválena Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů - Luxembourg Declaration on Patient Safety. Její součástí byla následující doporučení pro členské státy Evropské unie:

- umožnit pacientům úplný a srozumitelný přístup k informacím, které o nich byly shromážděny v souvislosti s poskytovanou zdravotnickou péčí,
- prosazovat princip, informovaného pacienta, který je lépe vybaven pro péči o své zdraví,
- zvážit výhody zavedení dobrovolného systému hlášení nežádoucích událostí a nedokonaných pochybení na národní úrovni,
- postupně zavádět procesy v oblasti řízení rizik ve zdravotnictví – například vytvářením indikátorů kvality v rámci systému externího hodnocení kvality,
- optimalizovat využití nových technologií zaváděním elektronické formy zdravotnické dokumentace, elektronická dokumentace by měla obsahovat základní informace o zdravotním stavu pacientů a programy, které by usnadňovaly rozhodovací procesy například s cílem minimalizovat chyby při podávání léků,
- zřídit národní fóra, která by se zabývala problematikou bezpečí pacientů,
- sledovat bezpečí pracovních podmínek ve zdravotnictví a zajistit, aby součástí náborových postupů nových zaměstnanců, byly v souladu i principy bezpečí pacientů,
- prosazovat školení uživatelů technologií ve zdravotnictví s cílem zajistit jejich bezpečné používání,
- zahrnout informace o bezpečí pacientů do vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví,

- zajistit, aby národní legislativa chránila soukromí pacientů i důvěrné informace zdravotnické dokumentace a aby současně zajistila účelnou dostupnost pro zdravotnické pracovníky,
- vytvářet prostředí, kde jsou chyby využity k poučení, nikoli k svalování viny a hanby a udílením trestů,
- spolupracovat s pacienty a jejich blízkými a informovat je o existenci nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče včetně nedokonaných pochybení (Kalvachová, 2010).

1.3 Vývoj v České republice (ČR)

V roce 2012 byla vydána vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové péče. Tato vyhláška je velice strohá a má pouhé 2 paragrafy. V odstavci 1 se odkazuje na dvě přílohy. První příloha stanovuje minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí a způsob jejich tvorby a sledování. Ve druhé příloze jsou stanoveny požadavky na personální zabezpečení, způsob a postupy hodnocení kvality a bezpečí. Tato vyhláška rozděluje hodnocení kvality a bezpečí na interní a externí hodnocení (vyhláška č. 102/2012 Sb., 2012).

V současné době získalo oprávnění k externímu hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb celkem 9 právnických a podnikajících fyzických osob (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2017).

1.4 Hodnocení kvality ve zdravotnických zařízeních

Systém hodnocení kvality zdravotnické péče podle Donabediana, jde o amerického profesora veřejného zdravotnictví, který definoval kvalitní zdravotní péči jako péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví, kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu. Donabedian vypracoval systém hodnocení kvality zdravotní péče podle tří základních kritérií, podle kterých lze vypracovávat i standardy zdravotnické péče. Jsou to:

- strukturální, které jsou zaměřené na strukturální procesy například počet personálu, infrastruktura, vzdělávací podmínky,
- procesuální, zaměřené na samotné procesy činnosti například diagnostické výkony, léčebné výkony,

- výsledná, hodnotící, která informuje o výsledcích naplnění nebo nenaplnění kritérií strukturálních a procesových například statistické zpracování indikátorů léčebné péče (Šupšáková, 2017).

1.4.1 Indikátory kvality

Indikátor je statistický ukazatel, který je vždy vyjádřen kvantitativně, to znamená číslem, procentem. Jde o výstražný signál, který by nás měl varovat, že něco není v pořádku. Tyto údaje nás informují o kvalitě procesů ve zdravotnických zařízeních. Indikátor lze pojmut také jako riziko nebo nežádoucí událost. Hodnocení těchto ukazatelů je proces identifikování, vyhodnocování a řešení potenciálních nebo aktuálních problémů, které mohou být zdrojem zranění, poškození, finanční ztráty a podobně (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2017).

Sledovanými indikátory zdravotnické nebo léčebné péče ve zdravotnických zařízeních mohou být pooperační komplikace, opakované rentgenologické snímky, medikační chyby, nozokomiální nákazy, spotřeba antibiotik, délka hospitalizace, dekubity, pády pacientů, spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců, čekací lhůty na diagnostické a léčebné výkony, náklady na zdravotnickou péči, mortalita, neshody v laboratořích a další. Vlastním indikátorem kvality je rovněž počet nežádoucích událostí nebo neshod/rizik ve zdravotnickém zařízení. Vyjmenované příklady indikátorů jsou často obsahem nežádoucích událostí jinak řečeno neshod nebo rizik. Cílem hlášení těchto událostí není sankce, ale prevence nebo redukce chyb. Jejich příčinou může být například nefunkční systém řízení či kontroly, nedostatečné vzdělávání, nevhodná pracovní náplň, nefunkční technologie a podobně. Je nutné si uvědomit, že nelze monitorovat všechny procesy ve zdravotnickém zařízení, a tak je třeba pečlivě vybírat takové indikátory, které nám poskytnou co nejkvalitnější a nejrelevantnější informace. Každé zdravotnické zařízení by mělo mít vypracovaný systém hlášení/kontroly těchto nežádoucích událostí/neshod či rizik. Indikátory lze sledovat nejenom v rámci zdravotnického zařízení, ale také v národním i mezinárodním srovnávání (Fischer, Scott, 2013).

1.4.2 Audit

Audit je nezávislý, plánovaný proces, který je zdokumentovaný, a kterým se získávají důkazy o provádění správných činností správným způsobem. Audit by neměl nikdy

sloužit k zastrašování a trestání zaměstnanců. Naopak by měl poukázat na chyby a vést ke kontinuálnímu zlepšování kvality poskytované péče. Používá se tak jako jeden z nástrojů způsobů hodnocení kvality. Audity se dělí na dva hlavní typy, na audity interní, ze strany zdravotnického zařízení vlastními zaměstnanci a externí, například ze strany státních regulačních orgánů – Státní ústav pro kontrolu léčiv, Ministerstvo zdravotnictví České republiky nebo akreditační, certifikační orgán. Audity lze rozdělit také podle časového provedení na plánované a neplánované. Jiný systém typologie rozlišuje audity systému managementu jakosti, audity produktu, procesu a audity zaměřené na personál (Evropská unie, 2005).

1.4.3 Kritéria a plán auditu

Pod kritérii auditu se rozumí soubor postupů nebo požadavků, podle nichž se zjišťuje shoda/neshoda při daném auditu. Kritéria jsou uvedena v Kontrolním listu - Check listu. U každého auditu by měl být znám termín a časový harmonogram, složení týmu a předmět auditu (Drastich, 2011).

Účastníkem auditu je prověřovaná organizace a její personál, auditor a někdy i technický expert, to je osoba znalá problematiky. Informace při auditu získává auditor pomocí rozhovoru, dotazováním, pozorováním činností a přezkoumáváním dokumentů (Kafka, 2009).

1.5 Externí systémy řízení kvality

1.5.1 Akreditace

Akreditace je nikdy nekončící proces. Představuje oficiální uznání pro zdravotnická zařízení k způsobilosti poskytovat kvalitní zdravotní péči. Taková zařízení disponují funkčním a efektivním systémem pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality (Cetlová, 2009).

Cílem akreditačního řízení je především standardizovat zdravotnická zařízení a poskytovanou zdravotní péči. Akreditace by měla také motivovat k zavádění nových prvků řízení kvality. Jako dobrovolný proces začíná podáním přihlášky k příslušné akreditační instituci. Následuje předakreditační a akreditační šetření ze strany této instituce. Pokud zdravotnické zařízení splní všechny požadavky, obdrží certifikát, který

je platný po dobu tří až pěti let v závislosti od typu akreditační instituce (Marx, Vlček, 2009).

„Akreditační proces pomáhá v posuzovaném zdravotnickém zařízení vytvořit kulturu kvality a bezpečí, v rámci kterého dochází ke kontinuálnímu zlepšování všech procesů zajišťujících péči o pacienty a ke zlepšování výsledků poskytované péče.“ (Joint Commission International, 2008. S. 9)

Vybrané společnosti, které se věnují akreditaci zdravotnických zařízení:

Akreditace JCAHO/JCIA

Akreditační standardy, které se používají také v ČR s využitím mezinárodní spolupráce. Jejich základní filosofie je založena na principech řízení kvality. Tyto standardy mají povinné a nepovinné části, které musí zdravotnické zařízení respektovat. Akreditační proces dle JCAHO/JCIA lze samozřejmě přizpůsobit legislativním, náboženským a kulturním podmínkám dané země. Samotnou akreditaci provádí mezinárodní akreditační komise a ta uděluje zdravotnickému zařízení certifikát. Ten je platný tři roky (Joint Commission International, 2008).

Spojená akreditační komise

Spojená akreditační komise (SAK) ČR byla založena v roce 1998 jako sdružení právnických osob, a to Asociací nemocnic ČR a Asociací českých a moravských nemocnic. V roce 2009 došlo k zániku Spojené akreditační komise ČR a činnost převzala společnost Spojená akreditační komise, o.p.s. V roce 2012 bylo společnosti uděleno oprávnění Ministerstvem zdravotnictví k provádění hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejího poskytování (Spojená akreditační komise, 2010).

Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví

Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví získala oprávnění k provádění externího hodnocení kvality v říjnu 2012 od Ministerstva zdravotnictví. V roce 2017 provedla externí hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb například v Nemocnici ve Frýdku-Místku, Nemocnici Slaný, Psychiatrické léčebně Šumperk a dalších zdravotnických zařízeních (Česká společnost pro akreditaci, 2012).

Akreditace Českého institutu pro akreditaci

Český institut pro akreditaci (ČIA) založila vláda ČR jako národní akreditační orgán v roce 1998. Tento institut poskytuje služby státním i soukromým subjektům v souladu s právními předpisy. V souladu s požadavky mezinárodních norem provádí ČIA

akreditaci ve zdravotnictví pro zkušební a zdravotnické laboratoře a kalibrační laboratoře (Český institut pro akreditaci, 2015).

Akreditace Národního akreditačního střediska pro laboratoře

Národní akreditační středisko pro laboratoře (NASKL) vzniklo na základě jednání Rady pro akreditaci klinických laboratoří při České lékařské společnosti J. E. Purkyně v roce 2004. Organizace uděluje akreditaci zdravotnickým laboratořím v ČR. NASKL spolupracuje zejména se zdravotními pojišťovnami a ČIA. Hlavním cílem je harmonizace požadavků jednotlivých odborností laboratoří (Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře, 2015).

1.5.2 Certifikace

Certifikace je postup, kterým certifikační orgán poskytuje písemné ubezpečení, že výrobek, proces nebo služba jsou ve shodě se specifikovanými požadavky. Tyto požadavky jsou dány normativním nebo jiným odborným předpisem. Průběh certifikace je obdobný jako u akreditačního šetření. Zařízení, které úspěšně absolvuje certifikaci, obdrží certifikát, který je platný obvykle tři roky v závislosti na certifikačním orgánu. Současně je každých šest měsíců prováděn tzv. dozorový audit, na jehož základě se ověřuje dodržování podmínek stanovených certifikací. Nejznámější a nejpoužívanější certifikace je dle ISO 9001. Certifikace ISO certifikace podle normy ČSN EN ISO 9000 znamená, že zařízení, v zásadě jakéhokoli typu, zvládá své postupy v oblasti, která je certifikována. ISO 9001 používaná od srpna 2009, jsou základním modelem pro kontrolu kvality. Norma vyžaduje, aby zdravotnická i jiná zařízení řekla, co dělají, dělala, co řekla, dokumentovala, co udělala a zlepšovala výsledky. Certifikace tohoto typu, jsou ve zdravotnictví výhodné zvláště pro zdravotnická zařízení menšího typu, zdravotnické laboratoře a technické provozy. (Tüv süd Czech, 2012).

1.6 Interní systémy řízení kvality

Poskytovatel zdravotních služeb je od roku 2011 povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Pro zavedení tohoto systému vydalo ministerstvo zdravotnictví minimální požadavky, které jsou zveřejněny ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. V tomto Věstníku je také zveřejněn Metodický návod Ministerstva zdravotnictví pro sebehodnocení interního systému kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Parametry tohoto interního systému představují minimální spektrum

požadavků s tím, že budou dle potřeby aktualizovány a rozšiřovány. Požadavky jsou vybrány tak, že jsou aplikovatelné na všechny typy zdravotnických zařízení (věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2015).

Zavedení systémů interního hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem, který zajišťuje kvalitu procesů, ke kterým ve zdravotnictví dochází. Požadavky na zajištění kvality a bezpečí formulovala Rada Evropské unie podle doporučení WHO v Doporučení

o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (Úřední věstník Evropské unie, 2009).

Sebehodnocení je komplexní, systematický a pravidelný proces posuzování kvality a bezpečí poskytované péče, jehož podstatou je vyhodnocování všech oblastí poskytované péče a vyhledávání nejslabších míst. Základem je zachování sebekritiky, objektivity, kontinuity a sledování dynamiky vývoje (Škrla, 2005).

Systém interního sebehodnocení neslouží k vystavení certifikátů kvality a nejedná se o zkoušky, ale cílem je získávání údajů, pochopení organizace a odhalení možností ke zlepšení kvality. Jde o proces hodnocení vlastní organizace a zajištění trvalého zlepšování kvalitní a bezpečné péče. Právě na základě výsledku sebehodnocení si zdravotnické zařízení sestaví svoje individuální plány zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče (Venglářová a kol., 2013).

Z výsledku sebehodnocení pověřené osoby určí oblasti, v nichž zdravotnické zařízení nemá problémy a vede si dobře a ty, které jsou problémové a je třeba je zlepšit a které jsou naprosto nedostatečné. Na základě těchto informací je vypracován plán, který bude tyto problémy řešit. Je důležité, aby aktivity, které byly naplánované byly zařazeny k místním prioritám, cílům a k dostupným zdrojům zdravotnického zařízení (Debatin et al., 2015).

1.6.1 Resortní bezpečnostní cíle

Zdravotnické zařízení nebo jiný poskytovatel zdravotních služeb je podle zákona povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí (zákon č.372/2011 Sb.).

V rámci Evropské unie je zhruba deseti procentům pacientů přijatých do nemocnic způsobena újma během poskytování zdravotní péče. Mezi nejčastější nežádoucí události patří chyby při podávání léků, chirurgická pochybení, diagnostické chyby a infekce

spojené se zdravotní péčí. Ministerstvo zdravotnictví vypracovalo pro zavedení tohoto systému minimální požadavky a postupně zavádí systémová opatření, která vedou k zajištění vyšší bezpečnosti pacientů i kvalitě poskytované zdravotní péče. Jedním z opatření je i vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů (RBC) (Odbor zdravotních služeb, 2010).

Resortní bezpečnostní cíle, vychází z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně infekcí spojených se zdravotní péčí a jednotlivých doporučení WHO Světové aliance pro bezpečnost pacientů a byly modifikovány na národní podmínky.

Resortní bezpečnostní cíle se vyhlášují formou doporučených postupů vedoucích ke snížení rizik poškození pacientů i jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče. Jsou závazné pro přímo řízené organizace ministerstva zdravotnictví a zároveň slouží jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení bez ohledu na jejich typ (Úřední věstník Evropské unie, 2009).

Pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče to jsou tyto RBC:

- RBC1 – Bezpečná identifikace pacientů,
- RBC2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti,
- 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,
- RBC8 – Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacient (věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2016).

1.7 Kultura bezpečí

V současné době věnují zdravotnická zařízení zvýšenou pozornost prostředí, ve kterém poskytují zdravotní péči. V organizacích, které si uvědomily pozitivní vliv zdravé a otevřené organizační kultury na zlepšování kvality zdravotní péče, se pojem „kultura bezpečí“ stal trendem. Atmosféra vzájemné důvěry, kdy může personál volně hovořit o otázkách bezpečí a jejich řešení beze strachu z následků, je dnes brána jako základ ke

zlepšení bezpečí v jakékoliv organizaci. Tento pozitivní vliv vyústil ve zvýšený zájem o hodnocení kultury bezpečí ve zdravotnických zařízeních (Voleníková, 2014).

Metody hodnocení kultury bezpečí dávají zařízením možnost analyzovat a pochopit současnou atmosféru a tím pádem možnost zvážit plány na změnu. Ke zlepšení bezpečí ve zdravotnických zařízeních je nutné mít volný přístup k informacím tak, aby se mohli poučit z chyb, aby se zlepšila prevence a zmínil se jejich dopad. V porovnání s „patologickou kulturou“, kde je selhání potrestáno nebo zakryto a lidé si odmítají připustit existenci problému, pozitivní kultura bezpečí si chyby připouští a aktivně se snaží identifikovat skrytá nebezpečí. Zdravotnické zařízení bude schopno dosáhnout maxima v oblasti bezpečí pacientů, pouze pokud vytvoří u svých zaměstnanců kulturu bezpečí. To je možné jen tehdy, stanoví-li si organizace bezpečí pacientů jako jednu ze svých nejvyšších priorit (Plevová, 2012).

Od roku 2004 se problematikou bezpečí poskytované zdravotní péče velmi intenzivně zabývá Světová zdravotnická organizace (WHO). V tomto roce také vznikla Světová aliance pro bezpečí pacientů, jejímž hlavním úkolem je rozšiřovat informace o možnostech prevence poškození pacientů působením zdravotní péče. Součástí těchto aktivit je pravidelné zveřejňování tzv. Řešení bezpečí péče o pacienty (Patient Safety Solutions). Jedná se o odborná doporučení v oblasti péče o pacienty zpracovávaná skupinami mezinárodních expertů a publikovaná Centrem WHO pro bezpečí pacientů při Joint Commission v USA (World Health Organizations, 2016).

Řešení bezpečí o pacienty se nezabývají obecnými faktory, které mohou přispívat ke vzniku rizik pro pacienty například nedostatečné financování jednotlivých systémů, zaměřují se na doporučení konkrétních řešení těch procesů zdravotnických zařízení, které mohou být rizikové pro pacienty či pro ostatní osoby. Cílem řešení je minimalizovat riziko ve zdravotnických zařízeních, v některých případech mohou tudíž jít nad rámec příslušné národní legislativy (Gluyas, Morrison, 2013).

První verze „Řešení“ byla zveřejněna v květnu 2007 a zahrnuje:

- identifikace pacientů,
- řádný postup při hygieně rukou,
- prevence záměny orgánu, strany výkonu či pacienta,
- prevence záměny léků s podobnými názvy a obaly,
- postup při předávání pacientů mezi směny,
- bezpečné skladování koncentrovaných elektrolytů,

- prevence medikačních chyb při překladech pacientů,
- řádné použití jednorázových pomůcek,
- prevence nesprávných napojení katetrů.

V celém sektoru zdravotní péče mají neustálá pochybení při identifikaci pacienta za následek omyly při podávání léků, transfúzí, provádění výkonu u jiné než určené osoby a vydání kojenců při jejich propuštění do jiných rodin. V období od listopadu 2003 do července 2005 bylo Národní agentuře pro bezpečnost pacientů ve Spojeném království hlášeno 236 dokonaných nebo nedokonaných pochybení souvisejících s chybějícím identifikačním náramkem nebo náramkem s nesprávnými informacemi (Patient safety, 2018).

Nesprávná identifikace byla citována ve více jak stech individuálních analýz hlavní příčiny root cause analysis, provedených Národním centrem pro bezpečnost pacientů amerického Ministerstva pro záležitosti veteránů v období od ledna 2000 do března 2003. Dostupnými intervencemi a strategiemi je však možné, riziko nesprávné identifikace pacienta výrazně omezit (U.S.Department of Veterans Affairs, 2018).

Nesprávná identifikace pacienta hrozí zejména u podávání léčiv, flebotomie, krevních transfuzí a chirurgických výkonů. Trend směřující k omezování počtu pracovních hodin členů klinických týmů má za následek zvyšování počtu členů týmů pečujících o každého pacienta, a tím i zvýšení pravděpodobnosti problémů spojených s předáním a jinou komunikací. Protože se nesprávná identifikace pacienta označuje za hlavní příčinu celé řady pochybení, uvedla americká Společná komise v roce 2003 zvyšování přesnosti při identifikaci pacienta jako první ze svých Národních cílů v oblasti bezpečnosti pacientů, a tento cíl je i nadále požadavkem při akreditaci. Přestože se v některých zemích k identifikaci hospitalizovaných pacientů tradičně používají náramky, účinnost tohoto systému omezují případy, kdy náramky chybějí anebo uvádějí nesprávné informace. Barevné kódování náramků sice usnadňuje pohotovému vizuální rozeznání specifických problémů, zdravotníci poskytující péči ve více zařízeních se však přesto dopouštějí pochybení, protože není k dispozici standardizovaný kódovací systém. Existují novější technologie, jejichž pomocí by se identifikace pacientů mohla zlepšit, například používáním čárového kódu či čipů. Některé z těchto technologií se osvědčily jako nákladově rentabilní. Bez ohledu na technologii nebo přístup k přesné identifikaci pacientů, je to důsledné plánování procesů péče, které zajistí

správnou identifikaci pacienta ještě před provedením jakékoliv lékařské intervence a zaručí bezpečnější péči se signifikantně menším výskytem pochybení (SZO, 2011).

Je nezbytně nutné plánovaně zavést v organizacích zdravotní péče systémy, které zdůrazňují primární odpovědnost pracovníků zdravotní péče za kontrolu totožnosti pacientů a za přiřazení správných pacientů k té správné péči například laboratorní výsledky, vzorky, postupy ještě předtím, než se péče poskytne. Používat nejméně dvou identifikátorů například jména a data narození k ověření pacientovy totožnosti při přijetí nebo přeložení do jiného zdravotnického zařízení a před poskytnutím péče. Žádný z těchto identifikátorů by neměl představovat číslo pacientova pokoje. Standardizovat přístupy k pacientově identifikaci v různých zařízeních v rámci systému zdravotní péče. Například používání bílých identifikačních náramků, na nichž by mohl být uveden standardizovaný vzorek nebo značka a specifické informace například jméno a datum narození, nebo zavést biometrické technologie. Zajišťovat přehledné protokoly k identifikaci pacientů bez dostupné identifikace a k rozlišování totožnosti pacientů se stejným jménem. Snažit se používat nonverbální přístupy k identifikaci pacientů v kómatu a zmatených pacientů, podle nějakého somatického znaku. Přesvědčovat pacienty k účasti na všech fázích procesu. Podporovat označování obalů určených pro krev a ostatní vzorky v přítomnosti pacienta. Zajišťovat přehledné protokoly k uchování identity vzorku pacientů v průběhu procesů před analýzou, během analýzy a po analýze. Zajišťovat přehledné protokoly ke zpochybnění laboratorních výsledků nebo jiných nálezů při testech tam, kde nejsou konzistentní s pacientovou klinickou anamnézou. Zajišťovat opakovanou kontrolu a revizi v zájmu předcházení automatickému znásobení chybného údaje vloženého do paměti počítače. Zahrnovat školení o postupech při kontrole/ověřování pacientovy totožnosti do orientace kontinuálního profesního rozvoje pracovníků zdravotní péče. Vzdělávat pacienty pokud jde o význam a relevantnost správné identifikace pacienta, a postupovat při tom pozitivním způsobem, s respektováním práva na soukromí. Využívat možnosti zapojení pacienta a jeho rodiny do procesu spojeného s identifikací a poskytovanou péčí. Poučovat pacienty o rizicích spojených s nesprávnou identifikací. Vyzývat pacienty nebo jejich rodinné příslušníky, aby ověřili příslušné informace a potvrdili jejich správnost. Žádat pacienty, aby se sami identifikovali ještě před podáním jakéhokoli léčiva a před jakoukoliv diagnostickou nebo terapeutickou intervencí. Přesvědčovat pacienty a jejich blízké, aby se stali aktivními účastníky při identifikaci, a aby vyjádřili své obavy, pokud jde o bezpečnost

a možná pochybení a kladli otázky týkající se správnosti péče, jež se jim poskytuje. Připravit se na řešení potencionálních překážek při realizaci bezpečné identifikace pacienta (SZO, 2011).

Potenciální překážky realizace mohou být rozdíly v procesu mezi organizacemi v dané zeměpisné oblasti. Integrace technologie v rámci organizací a napříč organizacemi. Dojem, vznikající u poskytovatelů zdravotní péče, že vztah s pacientem se může opakovaným ověřováním jeho totožnosti ohrozit. Technická řešení nejsou schopna uvážit realitu prostředí klinické péče. Zvýšení zátěže pracovníků a více času vynakládaného jinak než na péči o pacienta. Omyly při psaní a ukládání v průběhu registrace pacientů pomocí počítačových systémů. Problémy související s příslušnou kulturou, zahrnující stigma spojené s nošením identifikačního náramku. Vysoké riziko nesprávné identifikace dané strukturou jména, podobností jmen a nepřesnostmi v datech narození u starších pacientů. Pacienti bez zdravotního pojištění, používající zdravotní karty jiných osob, aby získali přístup ke službám. Oblečení, které zakrývá identitu. Neobeznámenost s místními jmény v souvislosti s narůstáním počtu pracovníků zdravotní péče s cizí státní příslušností (Plevová, 2012).

1.8 Komunikace

Bezpečná a efektivní komunikace mezi zdravotnickými pracovníky je dalším cílem k zajištění kvalitní, kvalifikované a hlavně bezpečné péče o pacienta. V praxi byl zaveden jednotný postup pro ústní a telefonickou komunikaci při ordinování léčiv a hlášení laboratorních výsledků. K bezpečné komunikaci také patří zavedený systém používání zkratk a stanovená pravidla interní komunikace, bezpečné předávání pacientů, stvrzené podpisy ošetřujícího personálu (Michalíková, 2012).

Nejvíce chyb vzniká u zaměstnanců, kteří jsou v přímém kontaktu s pacientem. Příčinou chyb a omylů může být cokoliv. Únava, vyčerpání, nesoustředěnost, špatná orientace v dokumentaci nebo špatná komunikace. Zlepšovat kvalitu poskytované péče není snadné (Venglářová, Máhrová, 2006).

Bez správného nastavení oblastí, které jsou klíčové, úspěchu nelze zpravidla dosáhnout. Klíčová oblast je rozhodně kultura beztrestnosti. Zaměstnanci by se měli s důvěrou obracet na své nadřízené a nadřízený by neměl u svých zaměstnanců vzbuzovat nebo prohlubovat pocit, že utajená chyba je lepší, než chyba nahlášená. Rovněž je důležitá otevřená komunikace o bezpečnosti poskytované péče, personál by se měl umět

svobodně vyjádřit o všem, co by mohlo negativně ovlivnit bezpečí pacienta a nebát se o tom informovat své nadřízené. Je vhodné se zaměřit na otevřenost týmové komunikace, neboť přímo působí na výkonnost celé organizace (Kilíková, Jakušová, 2008).

Další klíčovou oblastí je motivace zdravotníků k hlášení nežádoucích událostí, sestavení komise pro šetření nežádoucích událostí, která bude přijímat opatření, koordinovat proces a informovat zaměstnance o konkrétních opatřeních, která z hlášení vyplynula. Bezpečná péče znamená velmi široký koncept, kdy pro jeho existenci je nutné řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, to znamená úzká spolupráce se společným cílem mezi strukturou a systémem organizace, technickým zabezpečením a řízením lidských zdrojů. Rozdíl mezi otevřenou komunikací a uzavřenou komunikací je značný. Otevřené komunikační klima upřednostňuje otevřenost, zájem o druhé, rovnost, odpouštění chyb a zpětnou vazbu. Zatímco uzavřené komunikační klima hledá především viníky, své zaměstnance vidí jako nezpůsobilé, projevuje se v něm nečestnost, nepřátelství, kastování, nezájem o druhé, minimum diskuzí, neochota přijmout názor někoho jiného zvláště podřízeného (Armstrong, 2007).

Ve skutečném zdravotnickém zařízení se však komunikační klima nachází někde uprostřed. Je tedy důležité komunikační klima analyzovat a usilovat o nasměrování toku informací jak směrem od nadřízeného k zaměstnancům tak především směrem opačným. Je důležité pravidelně zaměstnance informovat o počtu a charakteru hlášených nežádoucích událostí. Pokud budou mít zaměstnanci zpětnou vazbu, snáz pochopí, že jim ta hlášení vlastně pomáhají vyvarovat se podobných chyb a dojde k nárůstu hlášení nežádoucích událostí v oblasti pochybení. Přínosná je také diskuze, jak těmto chybám předejít nebo zabránit. V žádném případě nesmí dojít při diskuzi ke kritice zaměstnance nebo jeho ponižování. V diskuzi je zásadní shromáždit informace, provést analýzu, identifikovat problémy a řešit je s cílem zlepšit bezpečnost pacientů (Svobodník, 2009).

1.8.1 Týmová spolupráce

Práce ve zdravotnických zařízeních vyžaduje spolupráci jednotlivců v rámci týmu jednoho oddělení, ale i spolupráci mezi různými týmy různých oddělení napříč všemi obory. Týmy ve zdravotnictví jsou charakteristické hierarchickým postavením. Na pracovišti by měla panovat přátelská a důvěrná atmosféra, pracovníci by k sobě měli být

loajální, plnit společně úkoly a sledovat společný cíl. K zajištění kvalitní a bezpečné přímé péče o pacienta je nutná existence dobré týmové spolupráce uvnitř oddělení. Týmy jsou multidisciplinární, protože se skládají z odborníků s různou specializací. Jsou to lékaři, všeobecné sestry, praktické sestry, ošetrovatelky, sanitáři, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, zdravotně-sociální pracovníci a další zaměstnanci, kteří se neúčastní přímé péče o pacienta například uklízečky. Jednotliví členové mají v rámci svého vzdělání různé kompetence. Pro týmy je důležitá společná komunikace mezi jednotlivými členy, vzájemná úcta a respekt, slušnost a přijímání zodpovědnosti za výsledky celého týmu (Vévoda a kol., 2013).

Vedoucí pracovník, vrchní nebo staniční sestra mohou svým řízením tým posilovat nebo naopak oslabovat. Aby tým mohl dobře fungovat, měl by vedoucí pracovník naslouchat názorům a připomínkám svého týmu a při rozhodování je zohledňovat. Schopný manažer by měl umět vybrat do týmu vhodné pracovníky, ne jenom po stránce pracovní, ale i po stránce lidské. Charakterové vlastnosti jsou pro dobré fungování týmu důležité, ne každý je vhodný pro práci v týmu. Dobrý manažer podporuje svůj tým a jednotlivce vede ke spolupráci v týmu, k vzájemné podpoře, úctě a respektu. Je potřeba předcházet konfliktům, negativní projevy řešit hned v zárodku. Špatné a nebezpečné pro fungování týmu může být absence loajality, důvěry, přijímání odpovědnosti a naopak časté konflikty a lhostejnost (Plevová, 2012).

Neméně důležitá je spolupráce mezi týmy. Týmy jsou základními jednotkami celé organizace a jejich důležitým úkolem je správně mezi sebou komunikovat. Týmy jsou utvářeny podle profesního zaměření a každý z těchto týmů má své zvláštnosti ve složení, vedení, způsobu práce a cílech. Spolupráce a komunikace mezi týmy zabezpečuje předávání informací mezi jednotlivými pracovišti. Správné předávání informací zvyšuje kvalitu poskytované péče. Koordinaci a spolupráci mezi týmy by měli řídit a podporovat vedoucí pracovníci (Vévoda a kol., 2013).

1.8.2 Předávání/překlad pacienta

Příkladem komunikace a sdělování informací je předávání nebo překlad pacienta. To může probíhat na různých úrovních. Může to být předávání pacienta v rámci jednoho poskytovatele zdravotních služeb na jednom oddělení mezi směnami, dále předávání pacienta mezi lůžkovými stanicemi, nebo mezi oddělením a operačním sálem, nebo komplementárními odděleními, jako je například radiodiagnostika. Dále se

může jednat o předávání pacienta mezi různými poskytovateli zdravotních služeb, a to může být překlad na vyšší specializované pracoviště, nebo do následné péče, nebo do domova pro seniory, případně do rehabilitačního ústavu a podobně (Zacharová, 2016). Překlad nebo předávání pacienta jsou vysoce rizikové činnosti. Vzniká zde velký prostor pro možnost pochybení a vznik nežádoucí události. Je důležité, aby se vedení zdravotnického zařízení zaměřilo na tuto oblast a stále se snažilo hledat nové a účinnější nástroje k minimalizaci tohoto prostoru (Dent, Harden, 2013).

1.9 Nežádoucí události

Sledování nežádoucích událostí bylo České republice, jako členskému státu EU, doporučeno již v roce 2005 v rámci Lucemburské deklarace. Povinnost sledovat nežádoucí události se do české legislativy dostala ovšem až v roce 2011, a to vydáním vyhlášky č. 102/2011. Ve věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 7/2016 je obsažena metodika pro sledování nežádoucích událostí. Dále je ve věstníku definice nežádoucí události (Evropská Unie, 2005).

„Nežádoucí události jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí události považovány případy, kdy došlo k poškození pacienta, které je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb nebo jeho pracovník. Za nežádoucí události jsou také dále považována neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta, pokud mají za následek trvalé poškození nebo úmrtí pacienta.“ (věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2016, s. 4)

Z výše uvedené definice vyplývá, že nežádoucí událost není pouze ta, která vedla k poškození ať již pacienta, nebo poskytovatele zdravotních služeb, ale nežádoucí událostí je také potencionální pochybení. Poskytovatel si může rozšířit sledování o další události, které zde nejsou definovány (věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2016).

1.9.1 Druhy nežádoucích událostí

- chování osob – pády,
- dekubity,
- klinická administrativa,

- klinický výkon,
- dokumentace,
- medikace – i. v. roztoky,
- transfuze – krevní deriváty,
- dieta – výživa,
- medicínální plyny,
- medicínské přístroje – vybavení,
- nehody a neočekávaná zranění,
- technické problémy,
- zdroje – management organizace,
- neočekávané zhoršení klinického stavu,
- jiné nežádoucí události (Filka, 2010).

1.9.2 Hlášení nežádoucí události

Každé zdravotnické zařízení si vytvoří vlastní systém hlášení nežádoucích událostí, který popíše v příslušné směrnici. Součástí směrnice by mělo být i vyhodnocení směrnice. Obecně lze říci, že jakmile dojde k nežádoucí události, postupuje se v následujících krocích. Zajištění péče o pacienta, zajištění důkazů, hlášení nežádoucí události, šetření nežádoucí události nezávislou komisí, pokud je to nutné konzultace s právním oddělením a podání informací a vysvětlení pacientovi nebo rodině v případě události týkající se pacienta. Vše by mělo být zdokumentováno (Cetlová, 2009).

Byl zřízen Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU), který provozuje Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Poskytovatelé zdravotních služeb v systému SHNU jsou rozděleni do těchto skupin:

- Fakultní a velké nemocnice s plným spektrem specializačních oborů – A,
- větší nemocnice s více než čtyřmi základními obory v lůžkové části – B,
- střední nemocnice minimálně se čtyřmi základními obory – C,
- malé nemocnice s omezeným počtem základních oborů v lůžkové péči – D,
- specializovaná centra s nízkým oborovým zaměřením, ale na vysoké úrovni erudice a specializace – S,
- psychiatrické nemocnice – P,
- lázně, léčebny – L,

- nemocnice následné péče a léčebny dlouhodobě nemocných – N (Systém hlášení nežádoucích událostí, 2016).

Přímo řízené organizace Ministerstvem zdravotnictví mají povinnost využívat SHNU. Ostatní poskytovatelé mají povinnost vybudovat svůj vlastní systém pro sledování nežádoucích událostí. V případě zájmu mohou využívat centrální SHNU.

Tato povinnost je uložena poskytovatelům v § 47 zákona č. 372/2011 Sb., bod 3, písmeno a) až c). Uvažuje se ale, že v blízké době bude povinnost hlásit nežádoucí události povinná pro všechna zdravotnická zařízení (zákon č. 372/2011 Sb.).

1.9.3 Analýza nežádoucích událostí za 2. pololetí 2016 v ČR

Do sběru dat za 2. pololetí roku 2016 bylo zapojeno v kategorii A celkem 15 poskytovatelů, v kategoriích B, C a D celkem 25 poskytovatelů, v kategorii S 8 poskytovatelů, v kategorii P 17 poskytovatelů, v kategorii N 4 poskytovatelé a v kategorii L 10 poskytovatelů.

Nejčastěji hlášené nežádoucí události ve fakultních nemocnicích přepočteno na 1.000 pacientů jsou dekubity 14,3, pády 8 a chování osob 4,83.

Nejčastěji hlášené nežádoucí události v ostatních nemocnicích akutní péče společně typ B, C a D přepočteno na 1.000 pacientů jsou dekubity 15,95, pády 10,61 a chování osob 4,54.

Nejčastěji hlášené nežádoucí události ve specializovaných centrech typ S přepočteno na 1.000 pacientů jsou dekubity 5,38, pády 7,05, klinický výkon 4,31, nehody a neočekávaná zranění 2,41 a chování osob 1,27.

Nejčastěji hlášené nežádoucí události v psychiatrických nemocnicích typ P přepočteno na 1.000 pacientů jsou dekubity 27,98, pády 57,97, chování osob 49,13 a nehody a neočekávaná zranění 12,24.

Nejčastěji hlášené nežádoucí události v nemocnicích následné péče a léčeben dlouhodobě nemocných typ N přepočteno na 1.000 pacientů jsou dekubity 144,76, pády 223,87, chování osob 9,24 a nehody a neočekávaná zranění 1,66.

Nejčastěji hlášené nežádoucí události v lázních a léčebnách typ L přepočteno na 1.000 pacientů jsou dekubity 12,64, pády 29,78, chování osob 3,25 a nehody a neočekávaná zranění 3,9 (Systém hlášení nežádoucích událostí, 2016).

1.9.4 Nežádoucí události ve Velké Británii

Ve Velké Británii je oficiální název pro zdravotní péči The National Health Service (NHS). V roce 2003 byl založen systém Národní systém hlášení a učení The National Reporting and Learning System (NRLS). Byl založen jako ústřední databáze zpráv o incidentech bezpečnosti pacientů. Od založení v roce 2003 bylo nahlášeno více než 4 miliony zpráv o incidentech. Incidenty týkající se bezpečnosti pacientů jsou jakékoliv neúmyslné nebo neočekávané události, které by mohly způsobit nebo již způsobily poškození jednoho či více pacientů, kteří dostávají zdravotní péči v NHS. Systém NRLS neuchovává osobní data o jednotlivých pacientech nebo zdravotnickém personálu. Při hlášení nežádoucí události nejsou předávány žádné identifikovatelné informace.

Manchesterský bezpečnostní rámec pro pacienty Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) je nástroj v rámci NHS, jak posoudit pokrok v rozvoji kultury bezpečí u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb. V rámci tohoto hodnocení je stanoveno

5 úrovní stále rostoucí kultivace organizační bezpečnosti a úrovně zralosti:

- patologická úroveň – proč ztrácet čas na bezpečnost,
- reaktivní úroveň – dělat něco, když je incident,
- byrokratická úroveň – jsou zavedené systémy pro řízení všech identifikovaných rizik,
- proaktivní úroveň – být vždy v pohotovosti pro rizika, která by mohla vzniknout,
- generativní – řízení rizik je nedílnou součástí všeho co se dělá (Patient safety, 2010).

1.9.5 Nežádoucí události v Rakousku

V Rakousku je používána síť regionálních systémů CIRS Critical Incident Reporting System. Webové stránky jsou www.cirsmedical.at. Od roku 2009 tento systém provozuje společnost OQMed Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in Medizin GmbH. Do systému mohou zapisovat jak zdravotničtí pracovníci, tak pacienti a jejich příbuzní. Do systému se hlásí chyby i skorochyby, objevená rizika, kritické události nebo nepříznivé události. Hlásí se pouze

vlastní zkušenosti, systém je anonymní, neuvádí se žádné osobní údaje o pacientovi, zdravotnickém personálu, ani o osobě, která událost hlásí. Všechny údaje jsou před zveřejněním anonymizovány, tak aby nebylo možné vysledovat hlášené události. Po kontrole obsahu a provedené anonymizaci jsou hlášení zpracována odborníky a následně zveřejněna. Komentáře odborníků jsou publikovány se jménem odborné organizace a datem publikace. Jednotlivá hlášení mohou komentovat i čtenáři.

Dle statistik zveřejněných na výše uvedených webových stránkách je nejvíce hlášení v odbornosti všeobecné lékařství 15 %, dále následuje odbornost interní lékařství 11 %, anesteziologie 10 %, chirurgie 9 %.

Členění hlášení dle typu poskytovatele zdravotní péče:

- nemocnice - 47 %,
- odborné ambulance - 17 %,
- nemocniční ambulance - 9 %,
- jiné místo - 14 %.

V jaké souvislosti došlo k nežádoucí události:

- stanovení diagnózy - 12 %,
- neinvazivní vyšetření - 17 %,
- invazivní vyšetření - 22 %,
- komunikace - 16 %,
- ostatní - 13 %.

Podle osoby, která oznámila nežádoucí událost:

- lékař - 56 %,
- ošetrovatelský personál - 21 % (Das Fehlerberichts und Lernsystem, 2012).

1.9.6 Nežádoucí události v Německu

Německo používá systém hlášení a učení pro kritické události ve zdravotnictví pod názvem Critical Incident Reporting Systém (CIRS). CIRS medical je systém hlášení a učení se německých lékařů pro kritické události v medicíně. Je anonymní a bezpečný a umožňuje poučení se z kritických událostí a chyb jiných. Je součástí opatření pro zajištění kvality Německé lékařské asociace a Svazu lékařů. Systém existuje od roku 2005.

Do systému se hlásí všechny události související s bezpečností, které se vyskytují ve zdravotnictví, hlášení podávají zdravotníci. Zprávy nesmí obsahovat údaje, které by umožňovaly identifikaci zúčastněných osob nebo institucí. Data o pacientovi obsahují pouze věk a pohlaví. Zadání hlášení do systému zabere maximálně 10 minut času.

Definice druhů hlášení:

Kritická událost nebo blízká škoda, událost, která by mohla vést k fyzickému nebo mentálnímu poškození pacientů. Z důvodu včasného nápravného opatření zůstala bez nepříznivých účinků na zdraví. Informace o těchto událostech mohou předejít budoucím pochybením.

Chyba, akce nebo opomenutí, které se odchylují od plánu. Není důležité, zda k chybě došlo a zda pacientovi způsobila škodu.

Nežádoucí příhoda, škodlivá událost, která je spíše založena na léčbě než na onemocnění (Patient safety Takes the Front Seat, 2017).

1.9.7 Pády

Definice nežádoucí události pád je uvedena v metodice vydané k Centrálnímu systému hlášení nežádoucích událostí, vydaného Ústavem zdravotnických informací a statistiky v roce 2017:

„Pád je situace, při níž se pacient ošetřovaná osoba neplánovaně ocitne na podlaze nebo na jiném níže uloženém vodorovném povrchu ať již s poraněním nebo bez poranění pacienta ošetřované osoby. Za pád nelze považovat situaci, která je způsobena záměrným pohybem.“ (Pokorná, 2017, s. 5)

Incidence pádů se zvyšuje s některými rizikovými faktory jako je věk pacienta na 65 let, chronická onemocnění například diabetes, Parkinsonova choroba, onkologická onemocnění, stavy po různých úrazech neb centrálních mozkových příhodách. Mezi další rizikové faktory patří kognitivní poruchy, snížená pohyblivost, prodloužená délka hospitalizace, pád v anamnéze pacienta, malnutrice a dehydratace, medikace a z ní nejčastěji analgetika, betablokátory, psychofarmaka (Joint Commission International, 2007).

1.9.8 Hodnocení rizika pádu

Hodnocení rizika pádu se provádí podle následujících kritérií:

Hodnocení pohybu pacienta:

- neomezený,
- používání pomůcek,
- potřebuje pomoc k pohybu,
- imobilní.

Hodnocení vyprazdňování:

- nevyžaduje pomoc,
- inkontinence moče,
- inkontinence stolice,
- vyžaduje pomoc.

Hodnocení medikace:

- neužívá rizikové léky,
- užívá léky ze skupiny diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny.

Hodnocení smyslových poruch:

- žádná porucha,
- sluchová porucha,
- vizuální porucha.

Hodnocení mentálního stavu:

- orientován,
- občasná dezorientace,
- demence stařecká,
- demence Alzheimerova.

Hodnocení věku:

- do 65 let,
- do 75 let,
- nad 75 let.

Preventivní opatření proti pádům jsou následující: dostupnost signalizace, dostatečné osvětlení, vhodné rozmístění nábytku na pokoji, vhodná obuv, funkční pomůcky, zábrany u lůžka, bezpečná podlahová krytina, informační cedulky, umístit pacienta

blízko toalety a sesterny a podobně. Elektrické polohovatelné lůžko by mělo být samozřejmostí (Holmerová, 2015).

1.9.9 Dekubity

Dekubitus je poškození kůže a podkožní tkáně, které vzniká v důsledku dlouhodobého tlaku podložky na určitou část těla. Je způsobena poruchou mikrocirkulace a nedostatkem kyslíku ve tkáni. Samotné slovo má základ v latině ve slově „decumbere“, a znamená to položit, lehnout si. Nejčastěji se dekubity vyskytují u imobilních pacientů. Nejvíce postižené oblasti jsou: sakrální oblast, oblast kyčlí, kolena, paty, kotníky, hrany chodidel.

Torrancova klasifikace stádií dekubitů:

1. stádium - blednoucí hyperémie, po stlačení prsty místo zbledne, ještě nedošlo k poruše mikrocirkulace
2. stádium - neblednoucí hyperémie, po stlačení prsty místo nezbledne, již došlo k poruše mikrocirkulace
3. stádium - zvředovatění kůže
4. stádium - zvředovatění podkoží
5. stádium - nekróza svalu

Danielova klasifikace dekubitů

1. stádium - zarudnutí kůže
2. stádium - povrchové kožní vředy
3. stádium - nekróza podkoží
4. stádium - postižení všech hlubších struktur podkoží
5. stádium - rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, nebo destrukce kloubů

Seilerovo posuzování vzhledu dekubitů:

1. stupeň - čistá rána bez nekrózy
2. stupeň - špinavě povleklá rána se zbytky nekrózy
3. stupeň - projevy celkové sepse (Multimediální manažer plánování ošetrovatelské péče, 2017).

Klasifikace dekubitů dle stádia a závažnosti podle Mezinárodního systému - European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP):

Dekubitus 1. stupně - zarudnutí kůže

V tomto stádiu je kožní kryt neporušen, výskyt dekubitu je obvykle nad kostním výčnělkem. V porovnání s okolní tkání je toto místo teplejší nebo chladnější než její okolí, u pacientů s tmavší pletí nebývá rozdíl barvy tak výrazný.

Dekubitus 2. stupně - částečná ztráta kožního krytu

V tomto stádiu se projevuje dekubitus jako povrchový vřed bez povlaku. Může to být i puchýř naplněný tekutinou. Tento stupeň bývá chybně zaměňován i s poškozením kůže macerací nebo inkontinenční dermatitidou (IAD). Rozdíl mezi dekubitem a IAD je značný. Hlavně postup léčby je naprosto odlišný a při záměně by mohlo dojít ještě k většímu poškození.

Dekubitus 3. stupně - úplná ztráta kožního krytu.

V tomto stádiu je zasaženo podkoží, je viditelný podkožní tuk, ale nejsou ještě viditelné kosti, šlachy nebo svaly.

Dekubitus 4. stupně - úplná ztráta kůže a podkoží.

V tomto stádiu se jedná o úplnou ztrátu kožního krytu a podkoží a dochází k odhalení šlach, svalů a kostí (National pressure ulcer, 2014).

1.9.10 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Stupnice dle Nortonové:

Hodnotí se devět oblastí, v každé oblasti jsou čtyři úrovně, vždy od 1 do 4 bodů.

Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně:

- schopnost spolupráce – úplná, malá, částečná, žádná,
- věk – pod 10 let, pod 30 let, pod 60 let, nad 60 let,
- stav pokožky – normální, alergie, vlhká, suchá,
- každé další onemocnění – žádné, DM, anemie, kachexie, ucpávání tepen, obezita, karcinom,
- fyzický stav – dobrý, zhoršený, špatný, velmi špatný,
- stav vědomí – dobrý, apatický, zmatený, bezvědomí,
- aktivita – chodí, doprovod, sedačka, leží,
- pohyblivost – úplná, částečně omezená, velmi omezená, žádná,
- inkontinence – není, občas, převážně moč, moč + stolice (Cetlová, Drahošová, Točíková, 2012).

Waterlowa tabulka hodnocení rizika vzniku dekubitů

Hodnotí se deset oblastí, v každé oblasti, v každé oblasti je různý počet hodnocených úrovní, od jedné úrovně až po sedm úrovní. Čím vyšší je celkový počet bodů za hodnocené oblasti, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů:

- poměr výška/váha – průměrný, nadprůměrný, obezní BMI více než 27, podprůměrný BMI méně než 17,
- typ kůže v ohrožené oblasti – zdravá, papírová, suchá, edematózní, vlhká, nepřiměřeně zbarvená, porušený kožní kryt,
- pohlaví, věk – muž, žena, 14 - 49, 50 - 64, 65 - 74, 75 - 80, 81 a více,
- zvláštní rizika – malnutrice, srdeční selhávání, periferní vaskulární porucha, anemie, nikotinismus,
- kontinence – úplná, občasná inkontinence, inkontinence - katetrizován, inkontinence stolice, obojí inkontinence,
- pohyblivost – neomezená, pohyblivost okolo lůžka bez pomoci, pohyblivost okolo lůžka s pomocí, pohyblivost na lůžku bez pomoci, pohyblivost na lůžku s pomocí, samostatně nepohyblivý,
- chuť k jídlu – průměrná, chabá, chronická nechut' k jídlu, enterální výživa, parenterální výživa,
- neurologická porucha – cévní mozková příhoda, diabetes mellitus, roztroušená skleróza multiplex, motorický a senzitivní deficit,
- operace-trauma – ortopedická pod úrovní pasu, anestezie déle než 2 hodiny, komplikace při anestezii, pooperační komplikace,
- medikace – dlouhodobě antibiotika, vysoké dávky analgetik nebo opioidů, psychofarmaka, cytostatika, radiace, steroidy (Cetlová, Drahošová, Točíková, 2012).

Stupnice dle Bradena:

Hodnotí se šest oblastí, v každé oblasti jsou čtyři úrovně, vždy od 1 do 4 bodů. Minimální riziko vzniku dekubitů je stanoveno na 16 bodů, střední riziko dekubitů je stanoveno v rozmezí 13 až 15 bodů a vysoké riziko vzniku dekubitů je stanoveno na 12 a méně bodů:

- citlivost – úplně limitovaný, hodně limitovaný, mírně limitovaný, žádné poškození,
- vlhkost – velmi vlhká kůže, příležitostně mokrá, zřídka mokrá, nikdy mokrá,

- aktivita – nemocný připoutaný na lůžko, nemocný připoutaný k židli, příležitostně chodí, chodí často,
- pohyblivost – úplná nepohyblivost, velmi omezená, mírně omezená, bez omezení,
- výživa – velmi špatná, neadekvátní, adekvátní, výborná,
- tření – problém, možný ekzém, bez problému (Cetlová, Drahošová, Točíková, 2012).

Stupnice Knollova:

Hodnotí se osm oblastí, v každé oblasti jsou čtyři úrovně, vždy od 0 do 3 bodů.

Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně:

- všeobecný stav zdraví – dobrý, přiměřený, chatrný, skomírající,
- mentální stav – bdělý, letargie, semikomatózní, komatózní,
- aktivita – chodící, potřebuje pomoc, trvale na vozíku, trvale na lůžku,
- pohyblivost – plná, omezená, velmi omezená, imobilita,
- inkontinence – žádná, dočasná, obvykle močová, úplná stolice i moči,
- příjem výživy ústy – dobrý, přiměřený, špatný, žádný,
- příjem tekutin ústy – dobrý, přiměřený, špatný, žádný,
- náchylnost k chorobám – DM, neuropatie, cévní onemocnění, anémie - chybí nevelká, průměrná, silná (National pressure ulcer advisory panel, 2014).

1.9.11 Prevence a léčba dekubitů

Dekubitus neboli proleženina je komplikace, které lze většinou předejít. Dekubity vznikají upoutáním pacienta na lůžko nebo při nízké pohyblivosti. Jsou to poškození kůže vyvolané tlakem, které vznikají nejčastěji v místech s malou vrstvou tukové tkáně, a to tlakem proti kosti. Rozsah poškození je závislý na více faktorech. Mezi nejdůležitější patří doba a intenzita tlaku, celkový stav postiženého a jeho strava.

Po dobu působení tlaku jsou tkáně špatně zásobovány živinami a kyslíkem a tak dochází k jejich postupnému odumírání a vznikají dekubity. Mezi nejvíce ohrožené pacienty patří ti, kteří trpí podvýživou, pacienti se sníženou pohyblivostí a především pak pacienti patřící do vyšší věkové skupiny (Jarošová, Zelníková, 2014).

Pro prevenci vzniku dekubitů platí obecné zásady. Za naprosto nejdůležitější zásadu je považováno polohování. Jde o systematické, pravidelně časované změny polohy

pacienta. Doba mezi polohováním je různě dlouhá, měla by být individuálně přizpůsobená potřebám konkrétního pacienta tak, aby doba působení tlaku nepřesáhla poškozující mez. Polohování je základní a nejúčinnější prostředek proti vzniku dekubitů (Jarošová a kol., 2016).

Další důležitou zásadou je důsledná hygiena. Zvláště u inkontinentních pacientů je včasná a důsledná hygiena zásadní věc. Dlouhodobější vliv potu, moči a stolice na kůži má destruktivní výsledek (Holmerová a kol., 2015).

Neméně důležitou zásadou je čisté, suché, dokonale upravené lůžko s napnutým prostěradlem, bez různých nerovností a skladů. Součástí lůžka by měly být vhodné polohovací pomůcky. Také samotné lůžko by mělo být polohovací.

Další významně důležitou zásadou je sledování celkového stavu pacienta, především stavu nutričního. Pacient v malnutrici, s nedostatkem celkové bílkoviny, na hranici dehydratace je mnohem více ohrožený vznikem dekubitu. V případě, že již dekubitus vznikl, se bude velmi špatně hojit, spíše se nebude hojit vůbec (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

Nedílnou a velmi důležitou součástí prevence dekubitů je fyzioterapie, v některých indikovaných případech ergoterapie. Jejím úkolem je pacienta dle jeho možností mobilizovat a alespoň částečně, nebo pokud to jde tak úplně obnovit soběstačnost. Důležitá je spolupráce celého týmu zdravotníků. Dobře organizovaná a kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam, a to nejen při prevenci dekubitů, ale i při léčbě již dekubitů vzniklých. Mezi doporučované intervence EPUAP v prevenci a léčbě dekubitů patří na prvním místě výživa, doporučení jsou založená na důkazech. Zdroje jsou získané z výzkumů. Doporučené intervence:

- komplexní posouzení nutričního stavu,
- naplánování nutriční péče,
- doporučený energetický příjem,
- doporučený bílkovinný příjem,
- dostatečná hydratace,
- doporučený příjem vitamínů a minerálů.

V moderní léčbě již vzniklého dekubitálního vředu se přikláníme k léčbě metodou vlhkého hojení. Současný trh nabízí velkou škálu různých pomůcek na různá stadia dekubitu. Nejdůležitější v první fázi a vůbec po celou dobu hojení je eliminovat tlak na postižené místo. Důležité je také potlačit infekci a snížit bolest na minimum. Dekubitus

je v podstatě chronická nehojící se rána, proto se při jejím hojení řídíme doporučeními dle typu a momentálního stadia chronické rány (Vilímovský, 2015).

2 Praktická část

V praktické části diplomové práce budou zpracována a vyhodnocena získaná data a výsledky ověřeny statisticky. V závěrečné fázi budou výsledná fakta zhodnocena a porovnána s podobnými zahraničními výzkumy. Zvyšování kvality a bezpečí v rámci zdravotnictví je v současné době jeden z hlavních úkolů většiny států po celém světě.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem diplomové práce je zjistit rozdíl v poskytování bezpečné ošetrovatelské péče všeobecnými sestrami v akreditovaném a neakreditovaném zdravotnickém zařízení.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení bude kultura prostředí hodnocena příznivěji než v neakreditovaném zdravotnickém zařízení.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení budou lépe hodnoceny interpersonální vztahy než v neakreditovaném zdravotnickém zařízení.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení bude vyšší frekvence hlášení nežádoucích událostí než v neakreditovaném zdravotnickém zařízení.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení bude dodržován vyšší stupeň bezpečné péče o pacienta než v neakreditovaném zdravotnickém zařízení.

2.3 Metodika výzkumu

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda a pro získání dat byl použit standardizovaný dotazník kultury bezpečí Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) americké agentury The Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR). (Příloha č. 1). Originální anglická verze dotazníku byla přeložena do českého jazyka a každá kopie byla doplněna o informaci o autorských právech. (Příloha č. 2). Povolení k použití a překladu standardizovaného dotazníku bylo získáno a potvrzeno na základě elektronické žádosti adresované zástupci agentury v USA panu D. Lewinovi, který povolení udělil (Příloha č. 3) a (Příloha č. 4). Povolení bylo z anglického originálu přeloženo do českého jazyka. (Příloha č. 5). Dotazník byl respondentům poskytnut v české verzi a byl anonymní. Dotazník obsahuje padesát dva položek, rozdělených do tematických bloků. Bloky zahrnují skupiny otázek, které jsou formulovány tak, aby mohl respondent vyjádřit míru souhlasu nebo nesouhlasu podle Likertovy škály. Jádrem dotazníku se obsahově týká samotného výzkumného tématu i výzkumných hypotéz.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Cílovou skupinou dotazování byla kategorie všeobecných sester ze dvou zdravotnických zařízení, z nichž jedno je již opakovaně několik let akreditované a druhé akreditaci nikdy nemělo. V naší diplomové práci neuvádíme plné názvy zdravotnických zařízení. Zachování anonymity bylo podmínkou managementu pro provedení výzkumného šetření. Pro přehlednost budou v celé diplomové práci zdravotnická zařízení označována velkými tiskacími písmeny. Akreditované zdravotnické zařízení A, zdravotnické zařízení bez akreditace B. Distribuce dotazníků byla provedena napříč zdravotnickými zařízeními a cílovou skupinou byly všeobecné sestry. Celkem bylo rozesláno 250 (100 %) dotazníků, zpět se jich vrátilo 152 (60 %) vyplněných. Při zpracování nebyl vyřazen žádný dotazník.

2.5 Průběh výzkumu

V úvodní fázi výzkumu byl získán souhlas od vedení jednotlivých zdravotnických zařízení, kde výzkum probíhal (Příloha č. 7 a Příloha č. 8). Následně proběhla distribuce dotazníků v obou zařízeních. Distribuce proběhla prostřednictvím vrchních sester příslušných oddělení, které dále předávaly dotazníky jednotlivým zaměstnancům.

Celkem bylo osloveno 250 všeobecných sester vybraných zařízení. Časové parametry výzkumu:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| • stanovení výzkumného problému | leden - únor 2017 |
| • informační příprava výzkumu | únor - březen 2017 |
| • výběr a příprava výzkumných metod | březen - duben 2017 |
| • výběr a zpracování výzkumných dat | duben - listopad 2017 |
| • statistické testování hypotéz | listopad 2017 - leden 2018 |
| • interpretace výzkumných dat | leden - březen 2018 |
| • zpracování práce | leden - březen 2018 |

2.6 Zpracování získaných dat

Při zpracování získaných dat jsme použili program Microsoft Office Excel. Výzkumná data k testování hypotéz jsme pro přehlednost uspořádali do tabulek a grafů.

Při matematickém zpracování výsledků jsme při výpočtech průměrů, rozdílů, procent a sumárních součtů použili základní matematické metody. Při výpočtech jsme použili funkce, které jsou součástí tabulkového procesoru Excel.

Pro testování statistické významnosti výsledků získaných matematickým srovnáním jsme provedli jejich statistickou analýzu podle následujícího postupu:

- formulace výzkumné otázky formou nulové a alternativní statistické hypotézy,
- zvolení přijatelné úrovně chyby rozhodování,
- vypočtení testovací statistiky,
- získaná data byla srovnávána pomocí Personova chí-kvadrátu.

Statistická metoda chí-kvadrát se používá ke statistickému testování shody mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi. Chí-testem vypočtená veličina se srovnává s kritickou hodnotou odpovídající zvolené 5% hladině významnosti při daném stupni volnosti.

Byly spočteny součty řádků n_i a sloupců n_j . Součet všech prvků je pak n . Následně byla vytvořena tabulka teoretických četností. Teoretické četnosti byly spočítány dle vzorce $e_{ij} = (n_i \times n_j) / n$.

Dále byla vytvořena tabulka testovacích kritérií K_{ij} jako kvadratická odchylka teoretické a pozorované četnosti lomeno teoretickou četností $= (n_{ij} - e_{ij})^2 / e_{ij}$. Byla spočtena

hodnota „chí-kvadrátu“ jako součet všech K_{ij} a vyhodnocena pravděpodobnost, že daná hodnota „chí-kvadrát“ nastala jen vlivem mnoha náhodných faktorů.

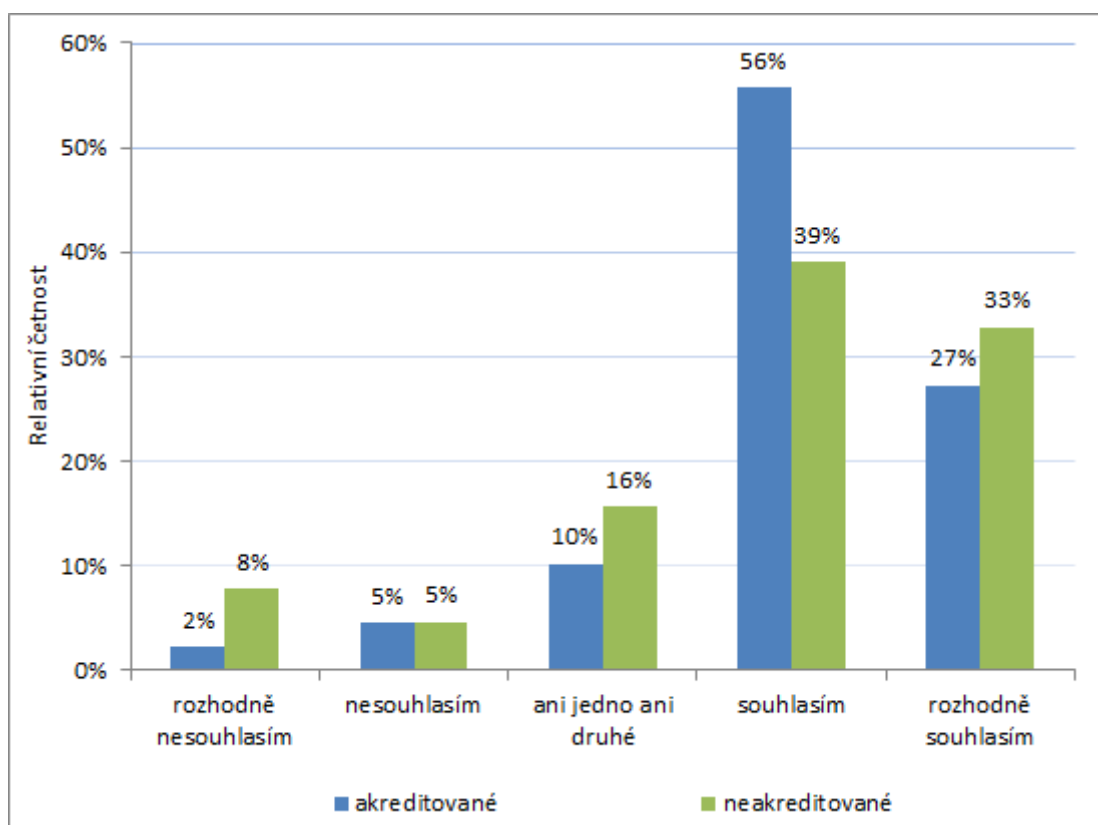
2.7 Výsledky výzkumu

Tabulka 1 Počty dotazníků vrácených ke zpracování

Nemocnice	Rozesláno	Absolutní četnost	Relativní četnost
Akreditované zařízení	125	88	70 %
Neakreditované zařízení	125	64	51 %
Celkem	250	152	60 %

V akreditovaném zdravotnickém zařízení bylo rozdáno celkem 125 dotazníků. Vrátilo se 88 vyplněných dotazníků. Z akreditovaného zdravotnického zařízení byla návratnost 70 %. V neakreditovaném zdravotnickém zařízení bylo rozdáno celkem 125 dotazníků. Vrátilo se 64 vyplněných dotazníků. Z neakreditovaného zdravotnického zařízení byla návratnost 51 %. Z celkového počtu 250 rozeslaných dotazníků se vrátilo 152 dotazníků, což je návratnost 60 %.

Otázka č. 1 Na tomto oddělení zaměstnanci podporují jeden druhého

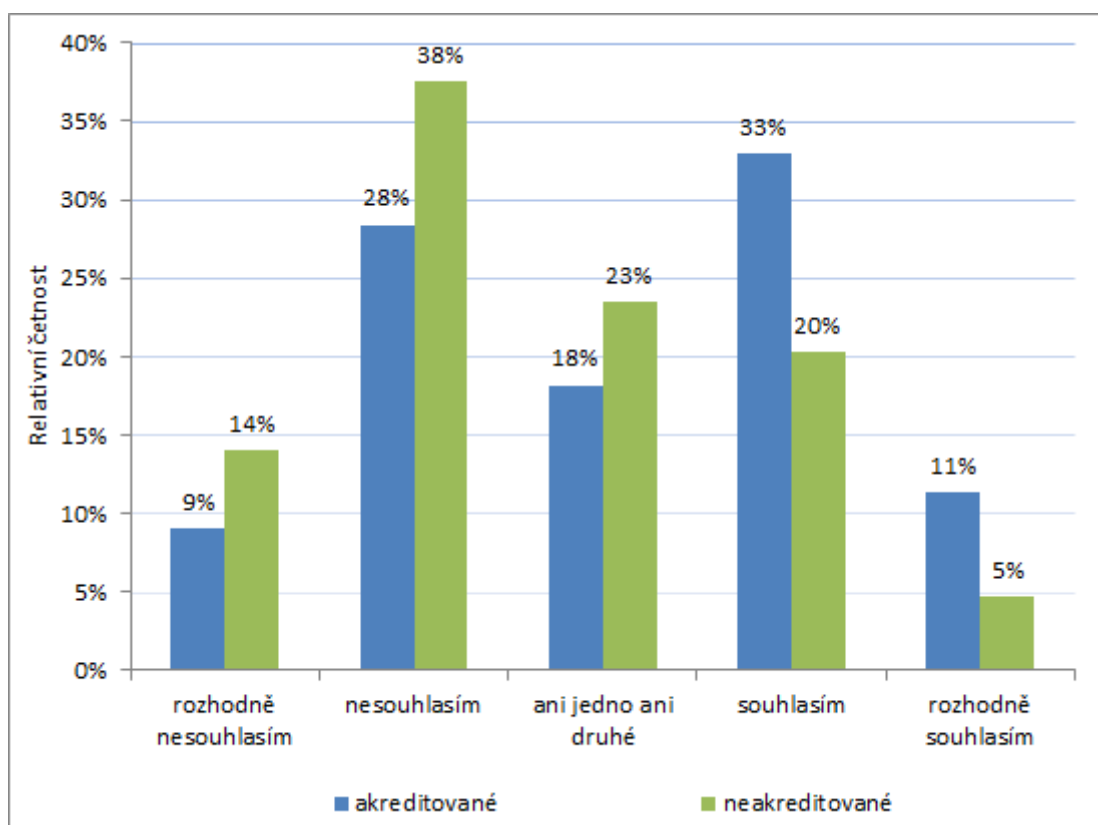


Graf 1 Vzájemná podpora zaměstnanců

Více než polovina respondentů z akreditovaného zařízení celkem souhlasí. Rozhodně souhlasí 24 respondentů (27 %) a souhlasí 49 respondentů (56 %), nesouhlasí 4 respondenti (5 %) a rozhodně nesouhlasí 2 respondenti (2 %), nerozhodnuto je 9 respondentů (10 %).

Více než polovina respondentů z neakreditovaného zařízení celkem souhlasí. Rozhodně souhlasí 21 respondentů (33 %) a souhlasí 23 respondentů (39 %), nesouhlasí 3 respondenti (5 %) a rozhodně nesouhlasí 5 respondentů (8 %), nerozhodnuto je 10 respondentů (16 %).

Otázka č. 2 Máme dostatek personálu pro zvládnutí zátěže

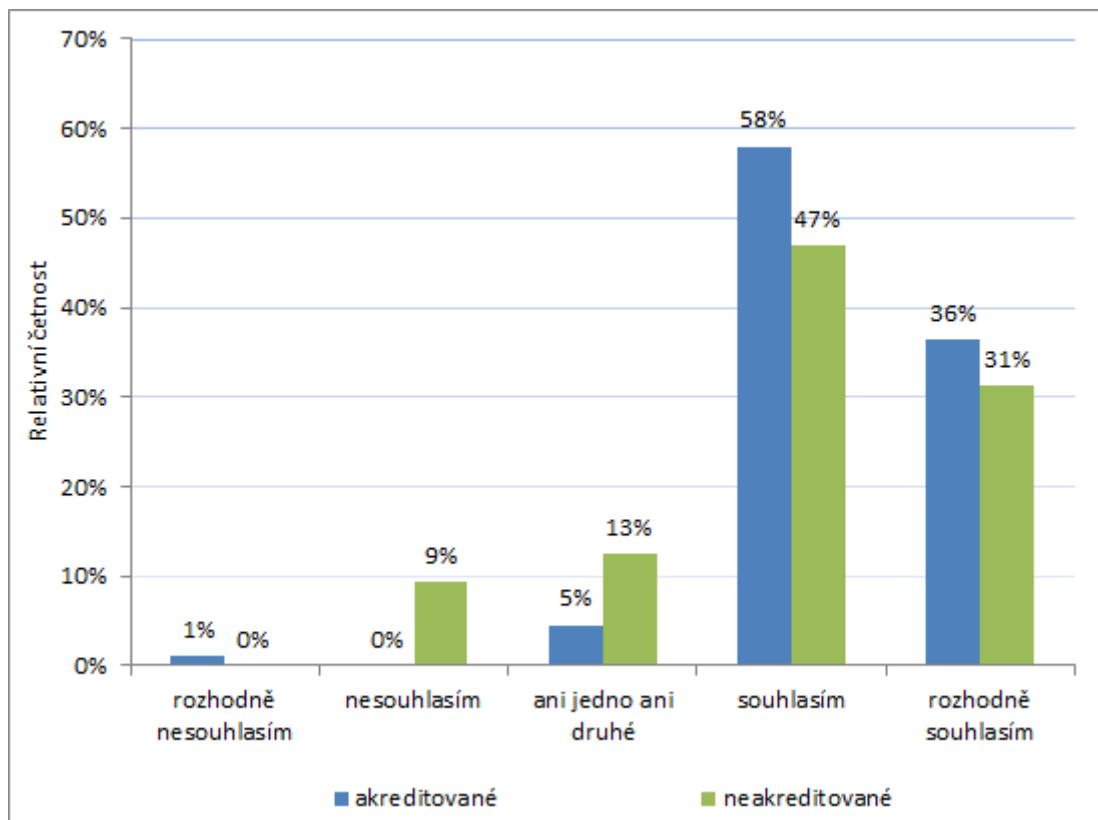


Graf 2 Dostatek personálu

Necelá polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení celkem uvedlo, že má dostatek personálu. Rozhodně souhlasí 10 respondentů (11 %) a souhlasí 29 respondentů (33 %). Stvrzením nesouhlasí 25 respondentů (28 %) a rozhodně nesouhlasí 8 respondentů (9 %). 16 respondentů (18 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Přibližně čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení celkem uvedlo, že má dostatek personálu. Rozhodně souhlasí 3 respondenti (5 %) a souhlasí 13 respondentů (20 %). S tvrzením nesouhlasí 24 respondentů (38 %) a rozhodně nesouhlasí 9 respondentů (14 %). Celkem 15 respondentů (23 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 3 Když je potřeba udělat hodně práce, pracujeme společně jako tým, abychom to zvládli.

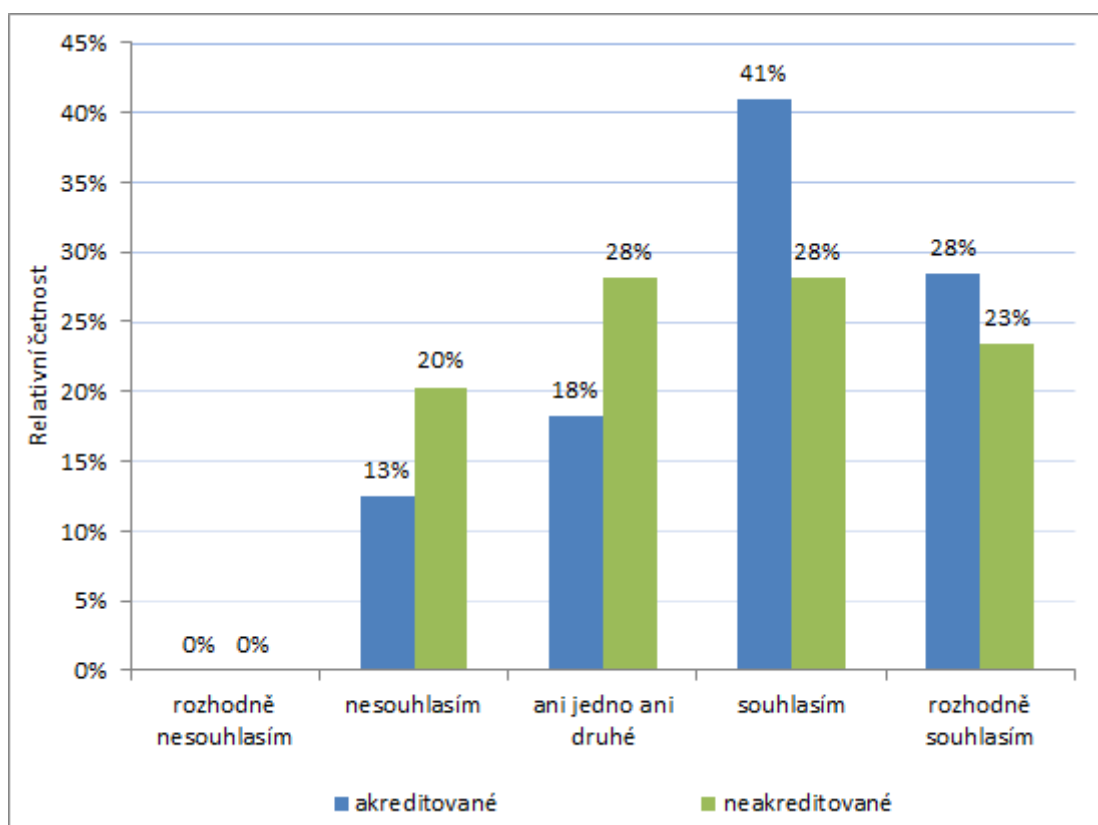


Graf 3 Spolupráce v týmu

Více než polovina respondentů z akreditovaného zařízení celkem souhlasí. Rozhodně souhlasí 32 respondentů (36 %) a souhlasí 51 respondentů (58 %). Nesouhlasí 0 respondentů (0 %) a rozhodně nesouhlasí 1 respondent (1 %). Nerozhodnutí jsou 4 respondenti (5 %).

Více než polovina respondentů z neakreditovaného zařízení celkem souhlasí. Rozhodně souhlasí 20 respondentů (31 %) a souhlasí 30 respondentů (47 %). Nesouhlasí 6 respondentů (9 %) a rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %). Nerozhodnuto je 8 respondentů (13 %).

Otázka č. 4 Na tomto oddělení se zaměstnanci chovají jeden k druhému s respektem.

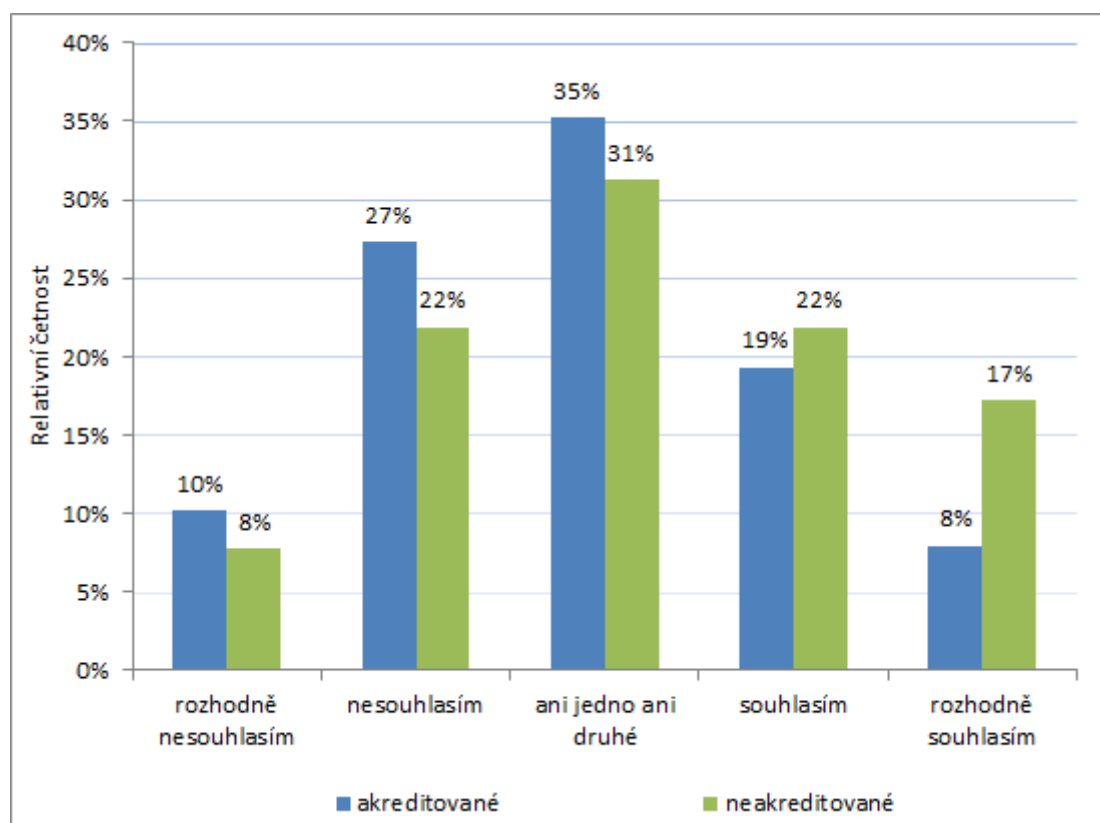


Graf 4 Respekt na oddělení

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení celkem uvedlo, že se zaměstnanci k sobě chovají s respektem. Rozhodně souhlasí 25 respondentů (28 %) a souhlasí 36 respondentů (41 %). S tvrzením nesouhlasí 11 respondentů (13 %) a rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %). Celkem 16 respondentů (18 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Přibližně polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení celkem uvedlo, že se zaměstnanci k sobě chovají s respektem. Rozhodně souhlasí 15 respondentů (23 %) a souhlasí 18 respondentů (28 %). S tvrzením nesouhlasí 13 respondentů (20 %) a rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %). Celkem 18 respondentů (28 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 5 Personál na tomto oddělení pracuje déle, než je dobré pro péči o pacienta

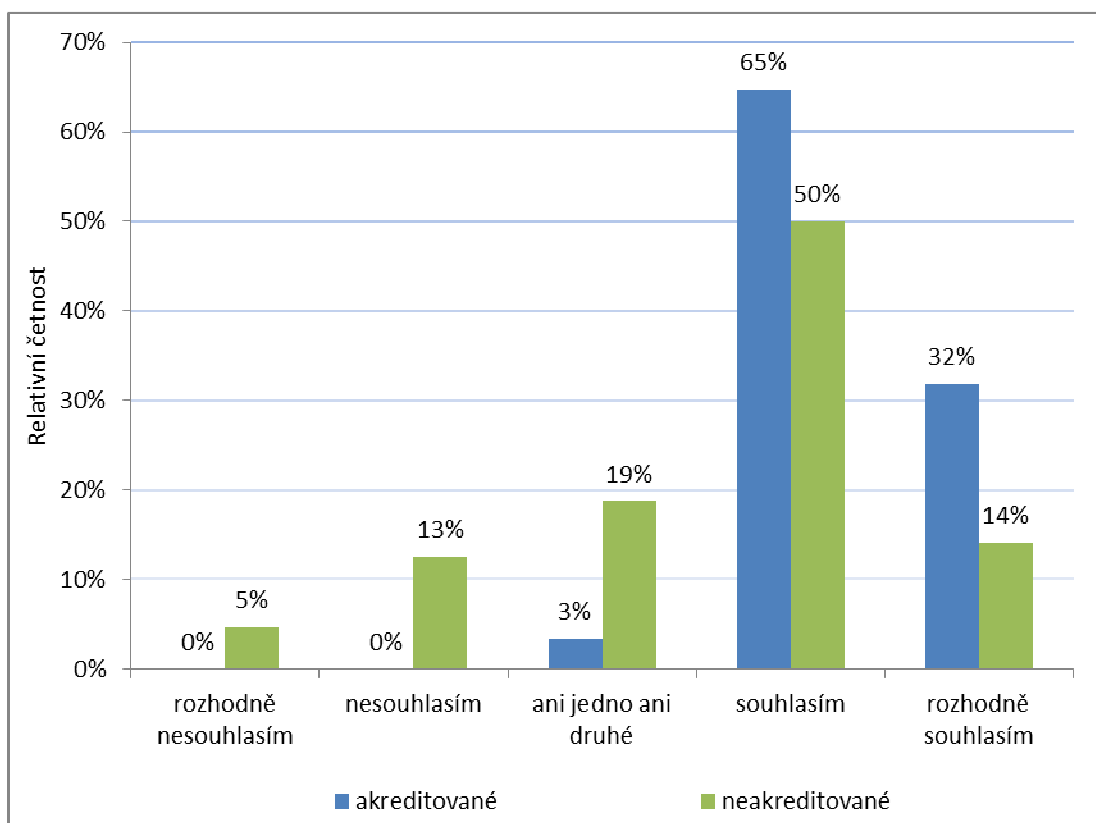


Graf 5 Delší doba práce, než je dobré pro pacienta

Více než čtvrtina dotazovaných v akreditovaném zařízení celkem uvedlo, že zaměstnanci pracují déle, než je dobré pro péči o pacienta. Rozhodně souhlasí 7 respondentů (8 %) a souhlasí 17 respondentů (19 %). S tímto tvrzením nesouhlasí 24 respondentů (27 %) a rozhodně nesouhlasí 9 respondentů (10 %). 31 respondentů (35 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Necelá polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení celkem uvedlo, že zaměstnanci pracují déle, než je dobré pro péči o pacienta. Rozhodně souhlasí 11 respondentů (17 %) a souhlasí 14 respondentů (22 %). S tímto tvrzením nesouhlasí 14 respondentů (22 %) a rozhodně nesouhlasí 5 respondentů (8 %). 20 respondentů (31 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 6 Aktivně děláme opatření, abychom zvýšili bezpečí pacienta

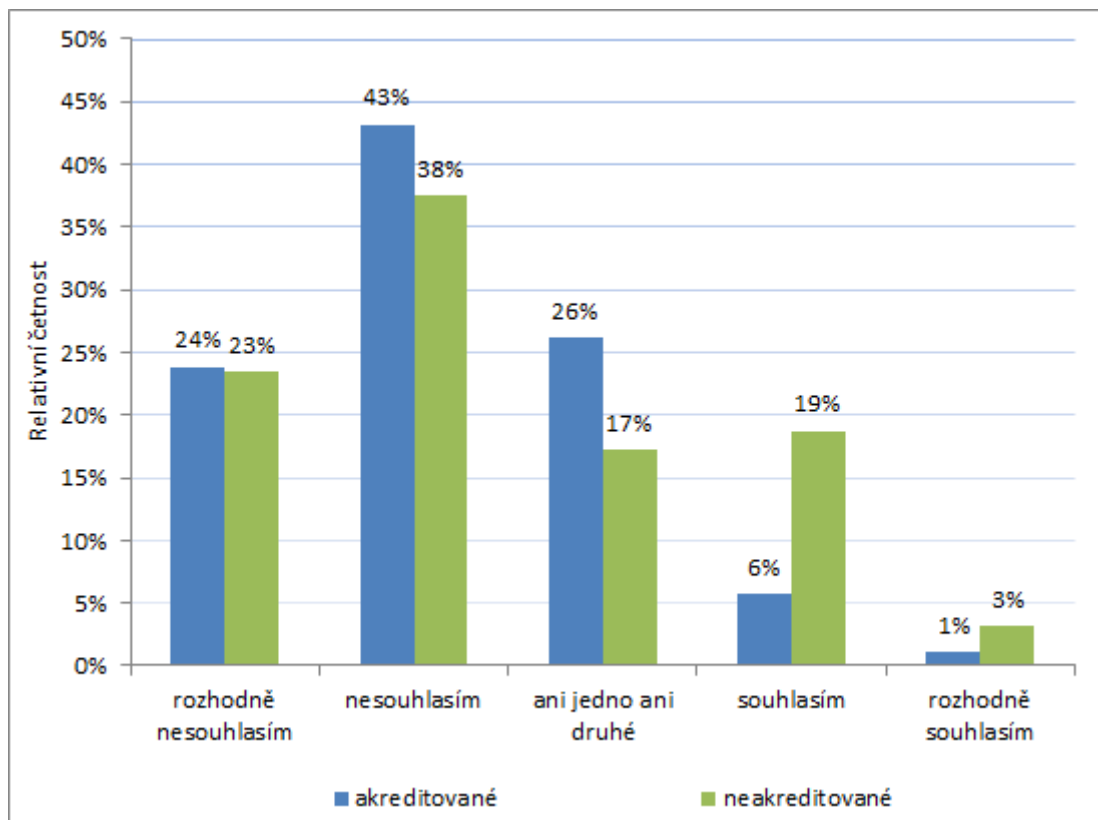


Graf 6 Aktivní opatření pro bezpečí pacienta

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaném zařízení uvedlo, že aktivně dělají opatření, aby zvýšili bezpečí pacienta. Rozhodně souhlasí 28 respondentů (32 %) a souhlasí 57 respondentů (65 %). Žádný z respondentů (0 %) s tímto tvrzením nesouhlasí ani rozhodně nesouhlasí. Celkem 3 respondenti (3%) se nepřiklonili ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení celkem uvedlo, že aktivně dělají opatření, aby zvýšili bezpečí pacienta. Rozhodně souhlasí 9 respondentů (14 %) a souhlasí 32 respondentů (50 %). S tímto tvrzením nesouhlasí 8 respondentů (13 %) a rozhodně nesouhlasí 3 respondenti (5 %). Celkem 12 respondentů (19 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 7 Využíváme více agentur /dočasného personálu než je dobré pro péči o pacienta

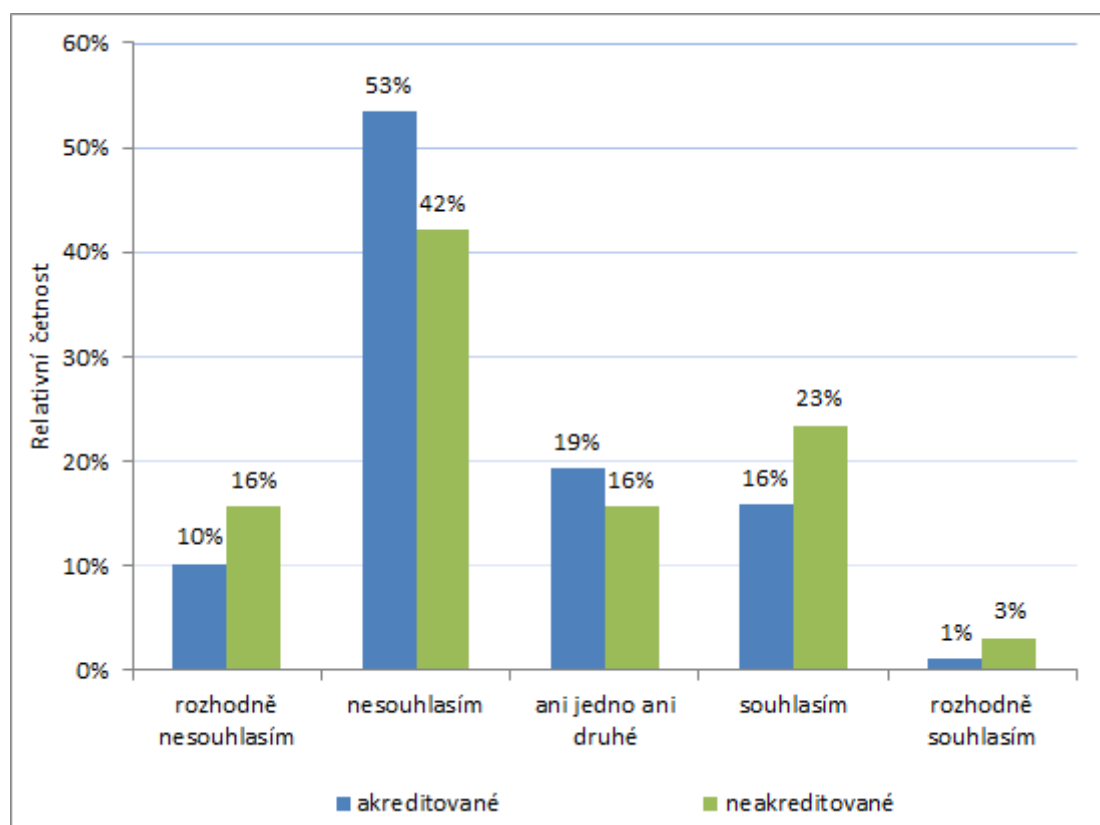


Graf 7 Využívání agentur /dočasného personálu

V akreditovaném zařízení s uvedeným tvrzením rozhodně souhlasí 1 respondent (1 %) a souhlasí 5 respondentů (6 %). Více než polovina respondentů nesouhlasí 38 (43 %) nebo rozhodně nesouhlasí 21 (24 %) s tímto tvrzením. Celkem 23 respondentů (26 %) se nepřiklonili ani na jednu stranu.

Méně než čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení celkem uvedlo, že využívají více dočasného personálu, než je dobré pro péči o pacienta. Rozhodně souhlasí 2 respondenti (3 %) a souhlasí 12 respondentů (19 %). 24 respondentů (38 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 15 respondentů (23 %). Celkem 11 respondentů (17 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 8 Personál má pocit, že jeho chyby jsou používány proti nim



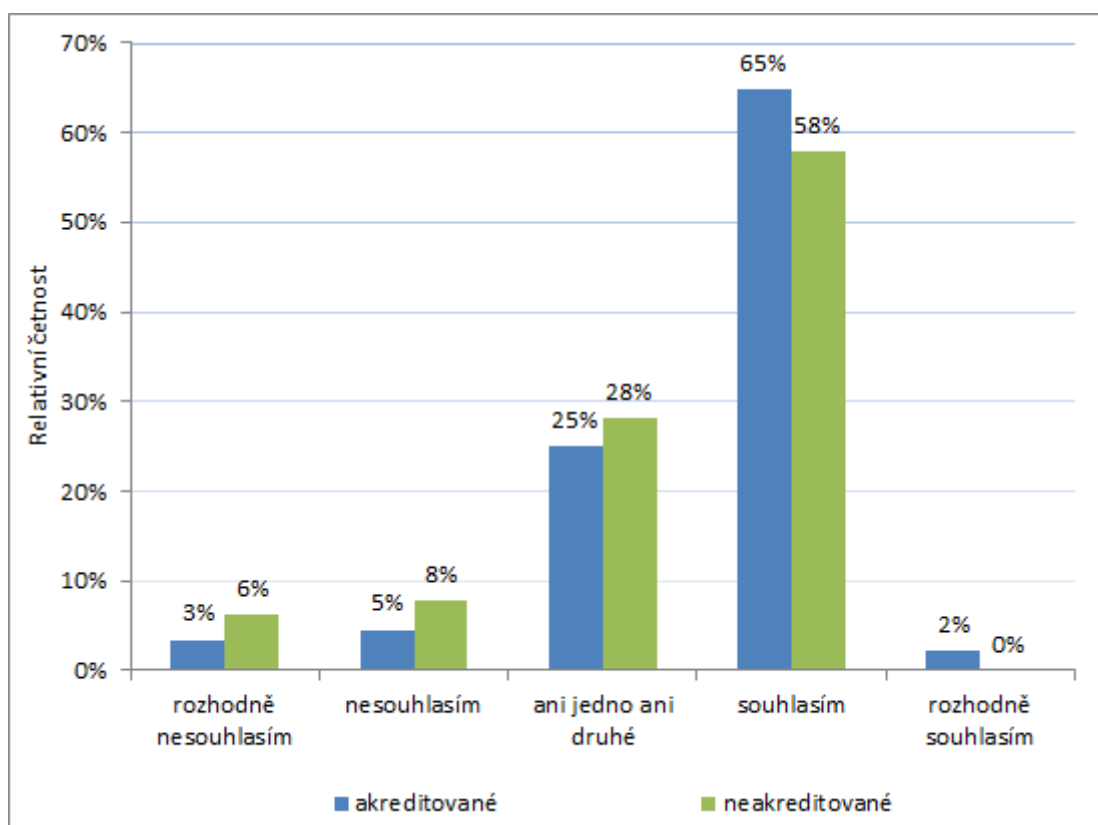
Graf 8 Používání chyb proti personálu

Méně než čtvrtina dotazovaných v akreditovaném zařízení celkem uvedlo, že mají pocit, že jejich chyby jsou používány proti nim. Rozhodně souhlasí 1 respondent (1 %) a souhlasí 14 respondentů (16 %). 47 respondentů (53 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 9 respondentů (10 %) rozhodně nesouhlasí. 17 respondentů (19 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení uvedlo, že mají pocit, že jejich chyby jsou používány proti nim. Rozhodně souhlasí 2 respondenti (3 %) a souhlasí

15 respondentů (23 %). 27 respondentů (42 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 10 respondentů (16 %) rozhodně nesouhlasí. Celkem 10 respondentů (16 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 9 Chyby na pracovišti vedou k pozitivním změnám

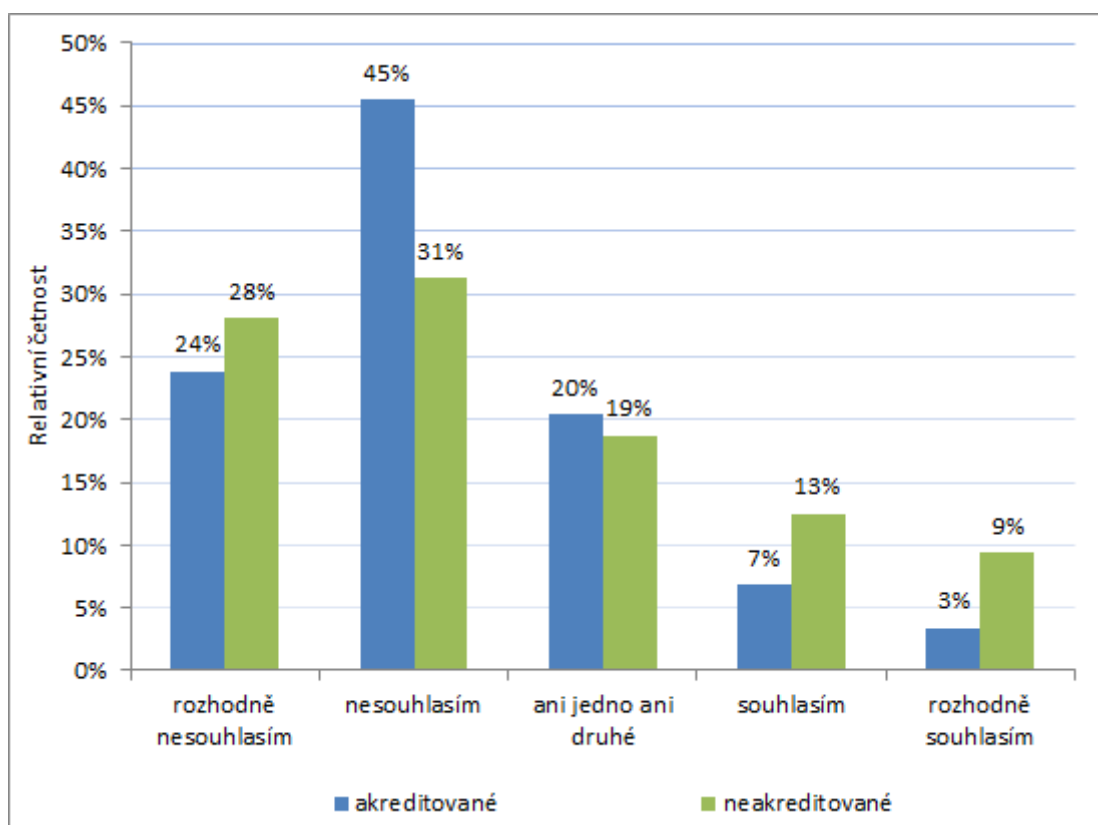


Graf 9 Chyby vedoucí k pozitivním změnám

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že chyby na pracovišti vedou k pozitivním změnám. Rozhodně souhlasí 2 respondenti (2 %) a souhlasí 57 respondentů (65 %). 4 respondenti (5 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 3 respondenti (3 %) rozhodně nesouhlasí. 22 respondentů (25 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že chyby na pracovišti vedou k pozitivním změnám. Rozhodně souhlasí 0 respondentů (0 %) a souhlasí 37 respondentů (58 %). 5 respondentů (8 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 4 respondenti (6 %) rozhodně nesouhlasí. Celkem 18 respondentů (28 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 10 Je to jen náhoda, že se zde nestávají závažnější chyby.

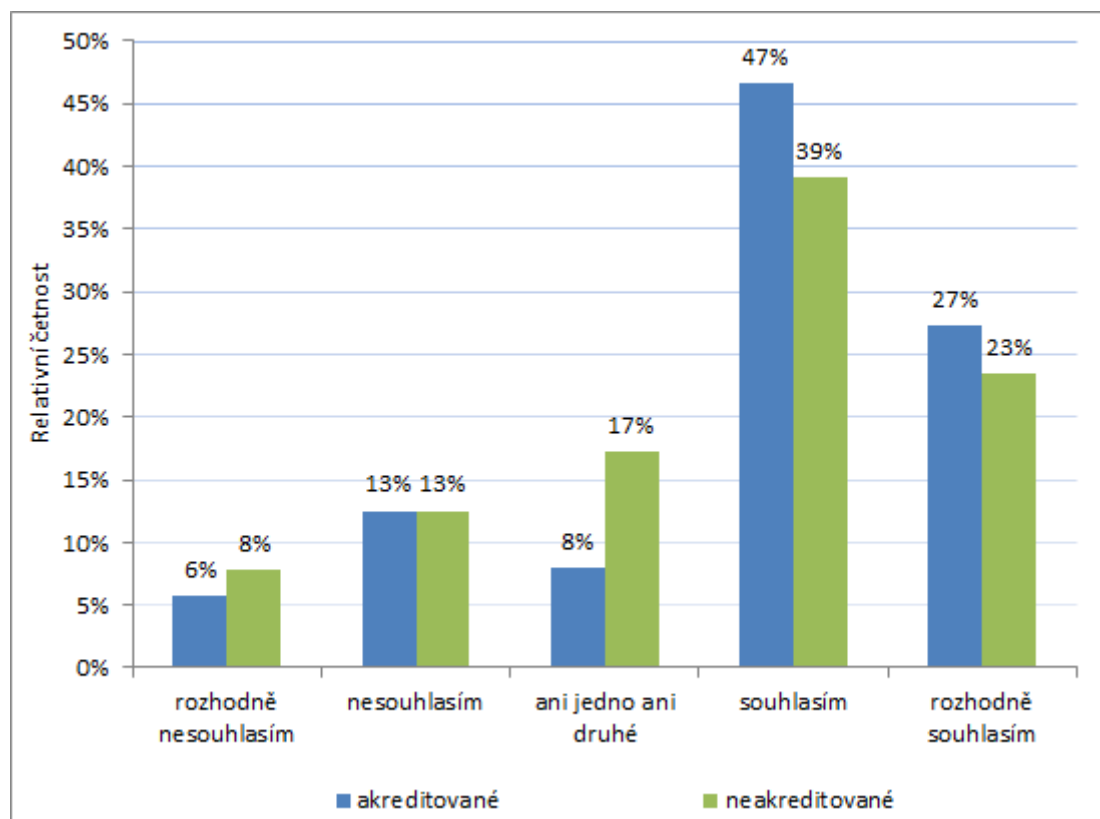


Graf 10 Náhoda, že nejsou vážné chyby.

Méně než čtvrtina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že je to jen náhoda, že se zde nestávají závažnější chyby. Rozhodně souhlasí 3 respondenti (3 %) a souhlasí 6 respondentů (7 %). 40 respondentů (45 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 21 respondentů (24 %). Celkem 18 respondentů (20 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Méně než čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že je to jen náhoda, že se zde nestávají závažnější chyby. Rozhodně souhlasí 6 respondentů (9 %) a souhlasí 8 respondentů (13 %). 20 respondentů (31 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 18 respondentů (28 %). 12 respondentů (19 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 11 Když jsou v jedné části oddělení velmi zaneprázdnění, ostatní jim vypomáhají

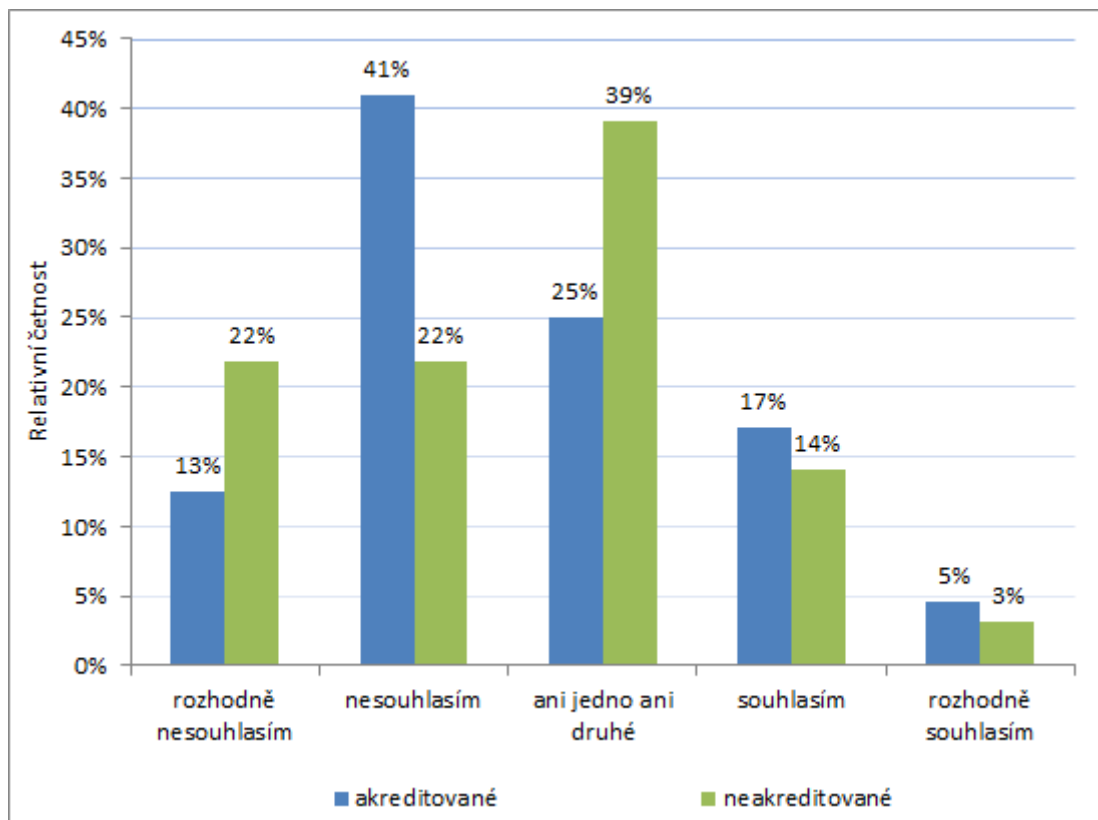


Graf 11 Vzájemná výpomoc při zaneprázdnění.

Méně než tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že když jsou v jedné části oddělení velmi zaneprázdnění, ostatní jim vypomáhají. Rozhodně souhlasí 24 respondentů (27 %) a souhlasí 41 respondentů (47 %). 11 respondentů (13 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 5 respondentů (6 %). 7 respondentů (8 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že když jsou v jedné části oddělení velmi zaneprázdnění, ostatní jim vypomáhají. Rozhodně souhlasí 15 respondentů (23 %) a souhlasí 25 respondentů (39 %). 8 respondentů (13 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 5 respondentů (8 %). 11 respondentů (17 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 12 Když je nahlášena nežádoucí událost, máte pocit, že je popisována dotyčná osoba, ne problém.

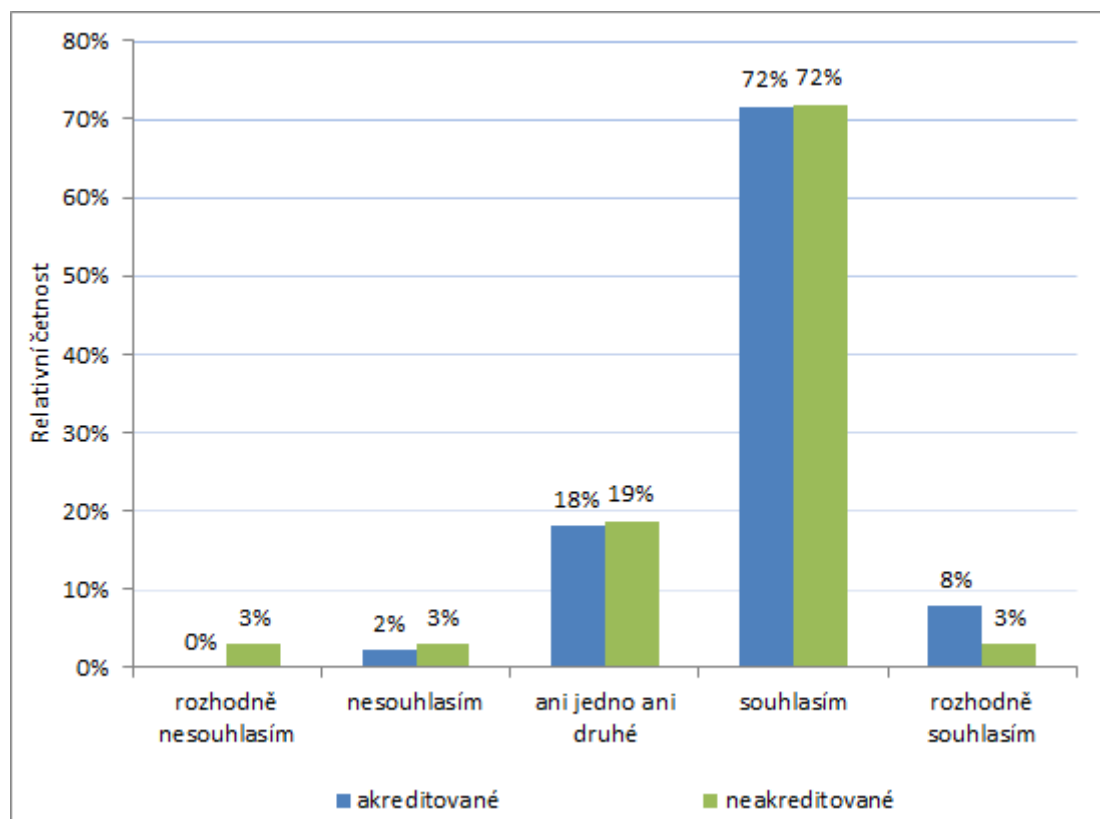


Graf 12 Při hlášení nežádoucí události je popisována hlásící osoba.

Méně než čtvrtina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že při nahlášení nežádoucí události je popisována dotyčná osoba, ne problém. Rozhodně souhlasí 4 respondenti (5 %) a souhlasí 15 respondentů (17 %). Více než polovina respondentů celkem s tímto tvrzením nesouhlasí. Rozhodně nesouhlasí 11 respondentů (13 %) a nesouhlasí 36 respondentů (41 %). 22 respondentů (25 %) se nepřiklonili ani na jednu stranu.

Méně než čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že při nahlášení nežádoucí události je popisována dotyčná osoba, ne problém. Rozhodně souhlasí 2 respondenti (3 %) a souhlasí 9 respondentů (14 %). 14 respondentů (22 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí také 14 respondentů (22 %). 25 respondentů (39 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 13 Když provedeme změny ke zlepšení bezpečí pacienta, vyhodnotíme jejich efektivnost.

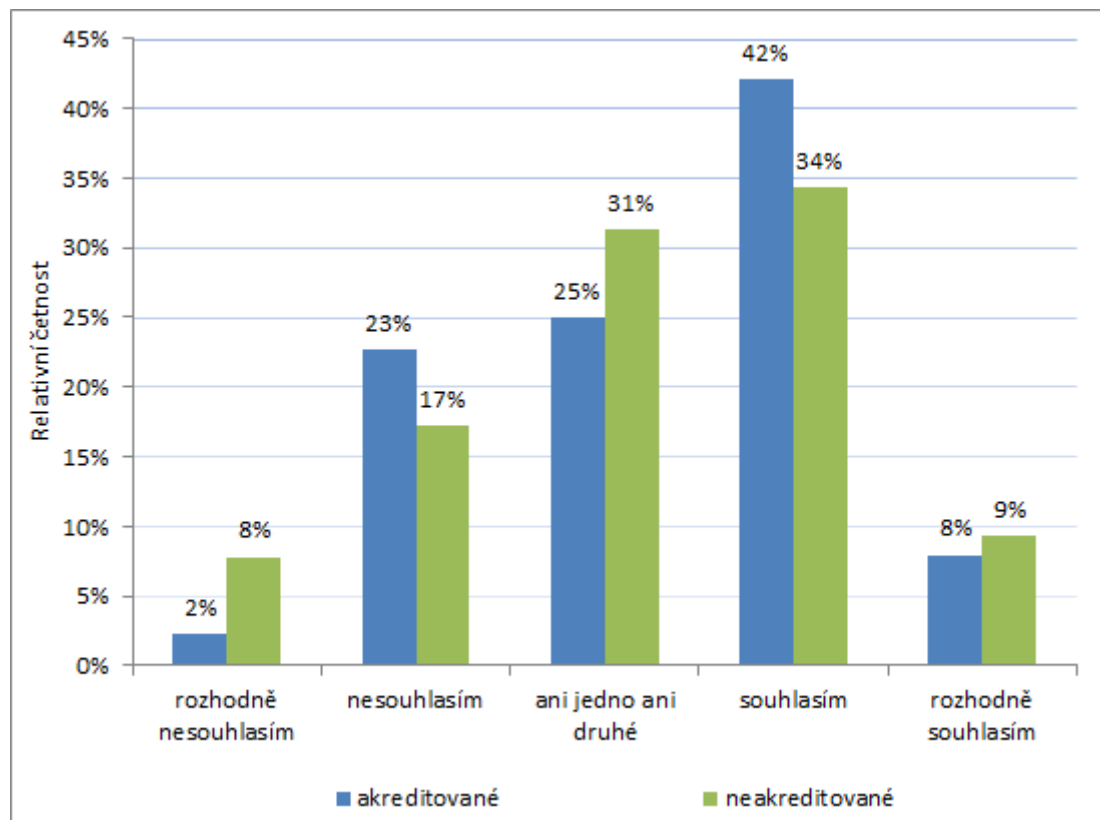


Graf 13 Změny a jejich vyhodnocení pro zlepšení bezpečí pacienta.

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že vyhodnocuje efektivnost změn po jejich provedení. Rozhodně souhlasí 7 respondentů (8 %) a souhlasí 63 respondentů (72 %). 2 respondenti (2 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí. 16 respondentů (18 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Tři čtvrtiny dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že vyhodnocuje efektivnost změn po jejich provedení. Rozhodně souhlasí 2 respondenti (3 %) a souhlasí 46 respondentů (72 %). 2 respondenti (3 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 2 respondenti (3 %) rozhodně nesouhlasí. 12 respondentů (19 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 14 Pracujeme v krizovém režimu, snažíme se udělat příliš mnoho a příliš rychle.

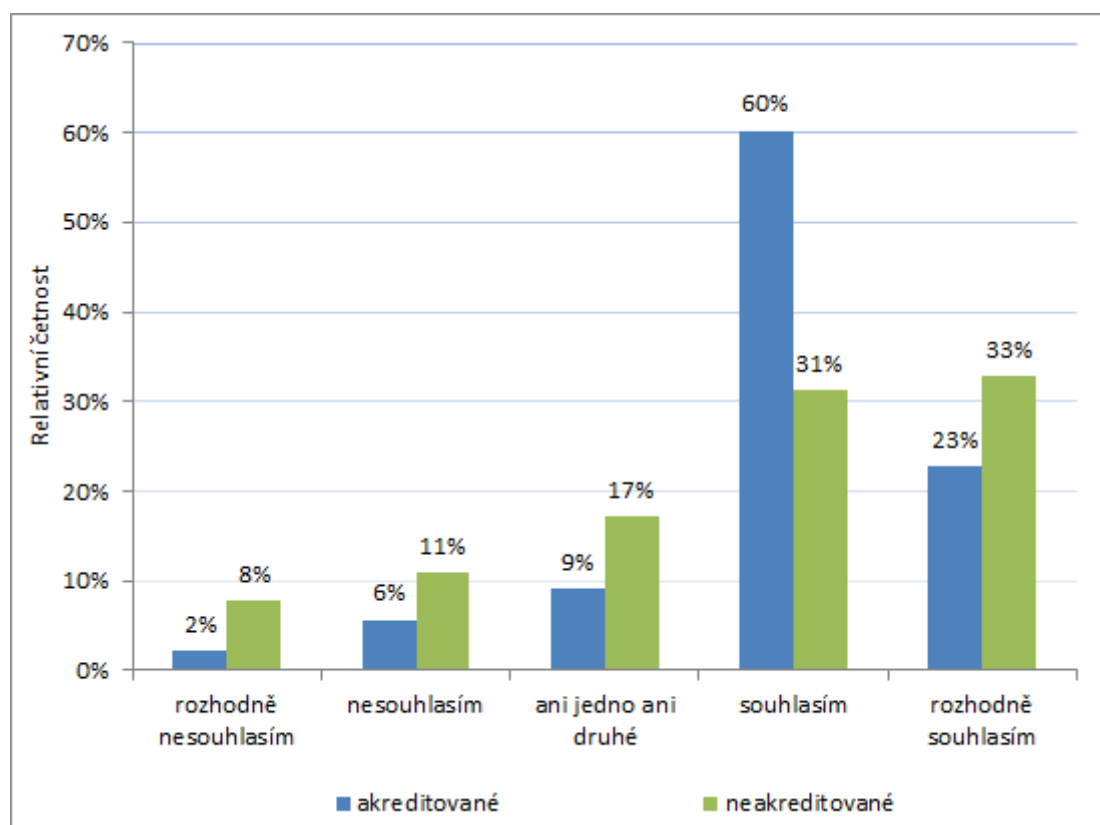


Graf 14 Práce v krizovém režimu

Polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že pracuje v krizovém režimu a snaží se udělat příliš mnoho a příliš rychle. Rozhodně souhlasí 7 respondentů (8 %) a souhlasí 37 respondentů (42 %). 20 respondentů (23 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 2 respondenti (2 %) rozhodně nesouhlasí. 22 respondentů (25 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Méně než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že pracuje v krizovém režimu a snaží se udělat příliš mnoho a příliš rychle. Rozhodně souhlasí 6 respondentů (9 %) a souhlasí 22 respondentů (34 %). 11 respondentů (17 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 5 respondentů (8 %) rozhodně nesouhlasí. 20 respondentů (31 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 15 Bezpečí pacienta není nikdy zanedbáno, aby se udělalo více práce

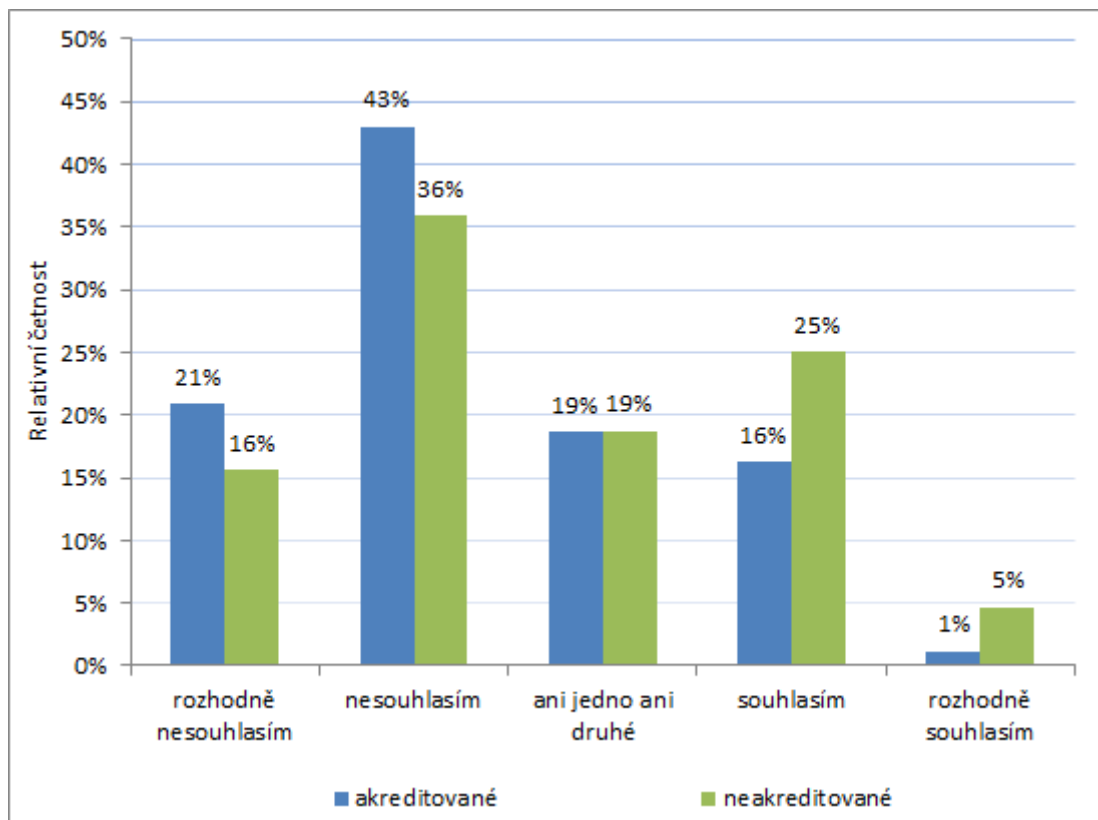


Graf 15 Zanedbání bezpečí pacienta pro udělení více práce

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že bezpečí pacienta není nikdy zanedbáno, aby se udělalo více práce. Rozhodně souhlasí 20 respondentů (23 %) a souhlasí 53 respondentů (60 %). 5 respondentů (6 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 2 respondenti (2 %) rozhodně nesouhlasí. 8 respondentů (9 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že bezpečí pacienta není nikdy zanedbáno, aby se udělalo více práce. Rozhodně souhlasí 21 respondentů (33 %) a souhlasí 20 respondentů (31 %). 7 respondentů (11 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 5 respondentů (8 %) rozhodně nesouhlasí. 11 respondentů (17 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 16 Personál se obává, že chyby, které dělají, jsou vedeny v jejich osobním spisu.

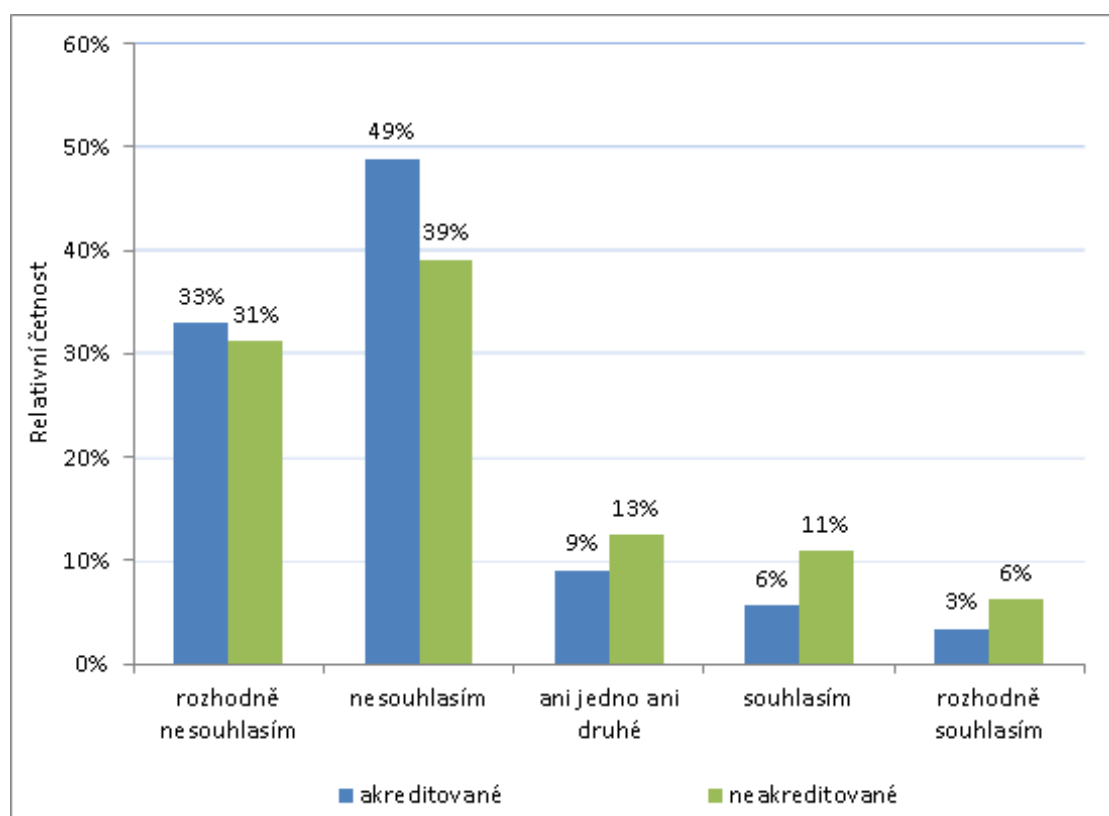


Graf 16 Obava personálu, aby chyby nebyly vedeny v jejich osobním spisu.

Méně než čtvrtina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že chyby, které dělají, jsou vedeny v jejich osobním spisu. Rozhodně souhlasí 1 respondent (1 %) a souhlasí 14 respondentů (16 %). 37 respondentů (43 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 18 respondentů (21 %) rozhodně nesouhlasí. 16 respondentů (19 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že chyby, které dělají, jsou vedeny v jejich osobním spisu. Rozhodně souhlasí 3 respondenti (5 %) a souhlasí 16 respondentů (25 %). 23 respondentů (36 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 10 respondentů (16 %) rozhodně nesouhlasí. 12 respondentů (18,8 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 17 Na našem oddělení máme problémy s bezpečím pacienta

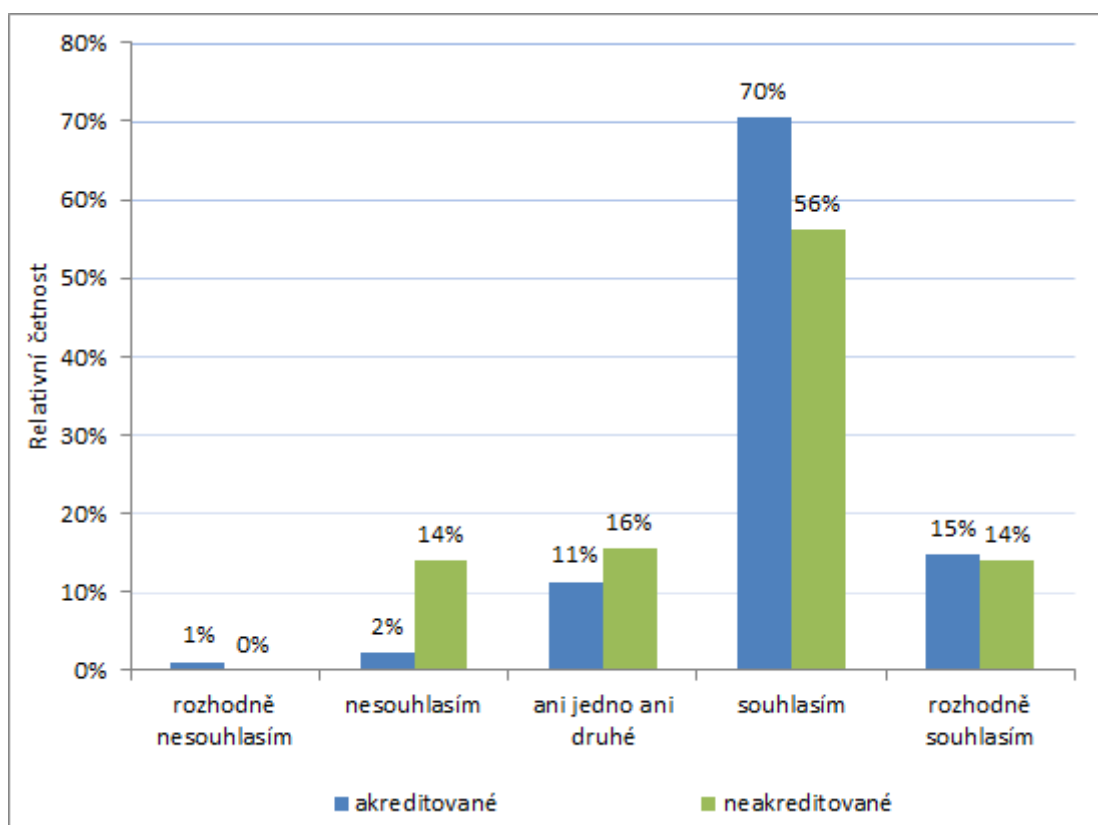


Graf 17 Problémy s bezpečím pacienta.

Méně než čtvrtina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že mají na svém oddělení problémy s bezpečím pacienta. Rozhodně souhlasí 3 respondenti (3 %) a souhlasí 5 respondentů (6 %). 43 respondentů (49 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 29 respondentů (33 %) rozhodně nesouhlasí. 8 respondentů (9 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Méně než čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že mají na svém oddělení problémy s bezpečím pacienta. Rozhodně souhlasí 4 respondenti (6 %) a souhlasí 7 respondentů (11 %). 25 respondentů (39 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 20 respondentů (31 %). 8 respondentů (13 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 18 Naše postupy a systém práce jsou dobré v předcházení chyb.

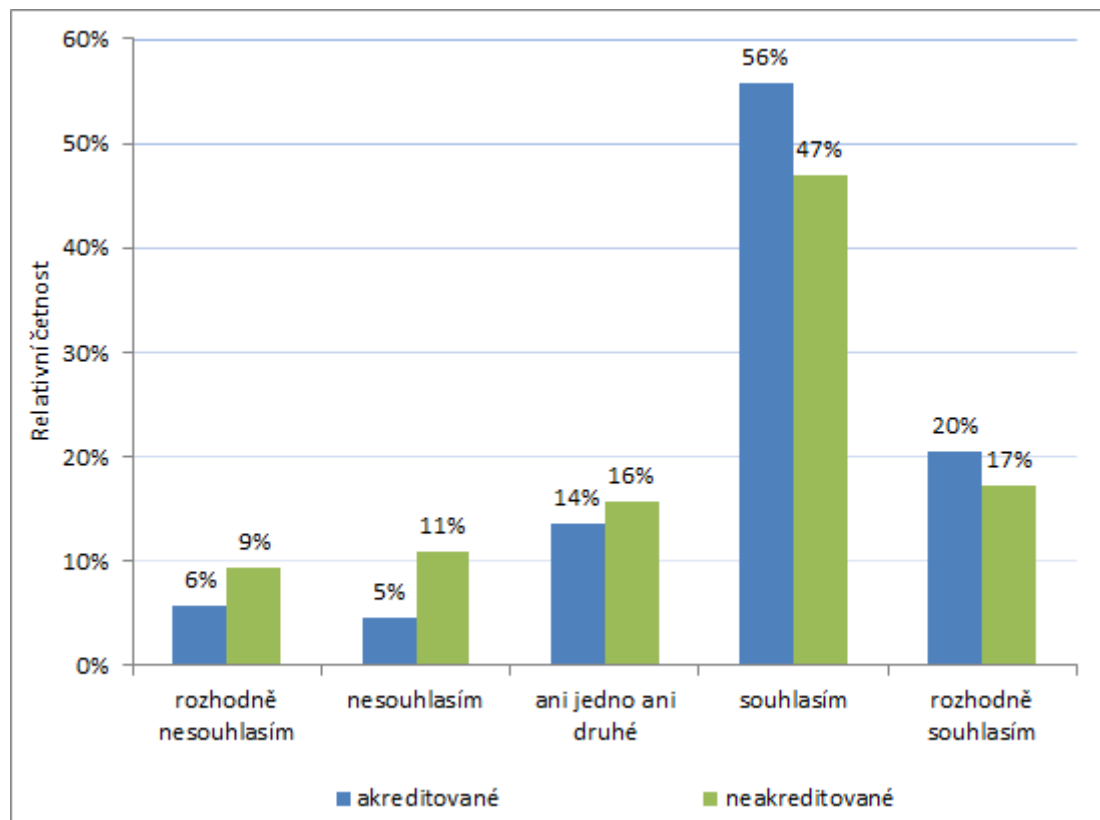


Graf 18 Postupy a systém práce dobré v předcházení chyb.

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že jejich postupy a systém práce jsou dobré v předcházení chyb. Rozhodně souhlasí 13 respondentů (15 %) a souhlasí 62 respondentů (70 %). 2 respondenti (2 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 1 respondent (1 %) rozhodně nesouhlasí. 10 respondentů (11 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že jejich postupy a systém práce jsou dobré v předcházení chyb. Rozhodně souhlasí 9 respondentů (14 %) a souhlasí 36 respondentů (56 %). 9 respondentů (14 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí. 10 respondentů (16 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 19 Můj nadřízený chválí, když vidí, že je práce provedena v souladu se stanovenými postupy k zachování bezpečí pacienta.

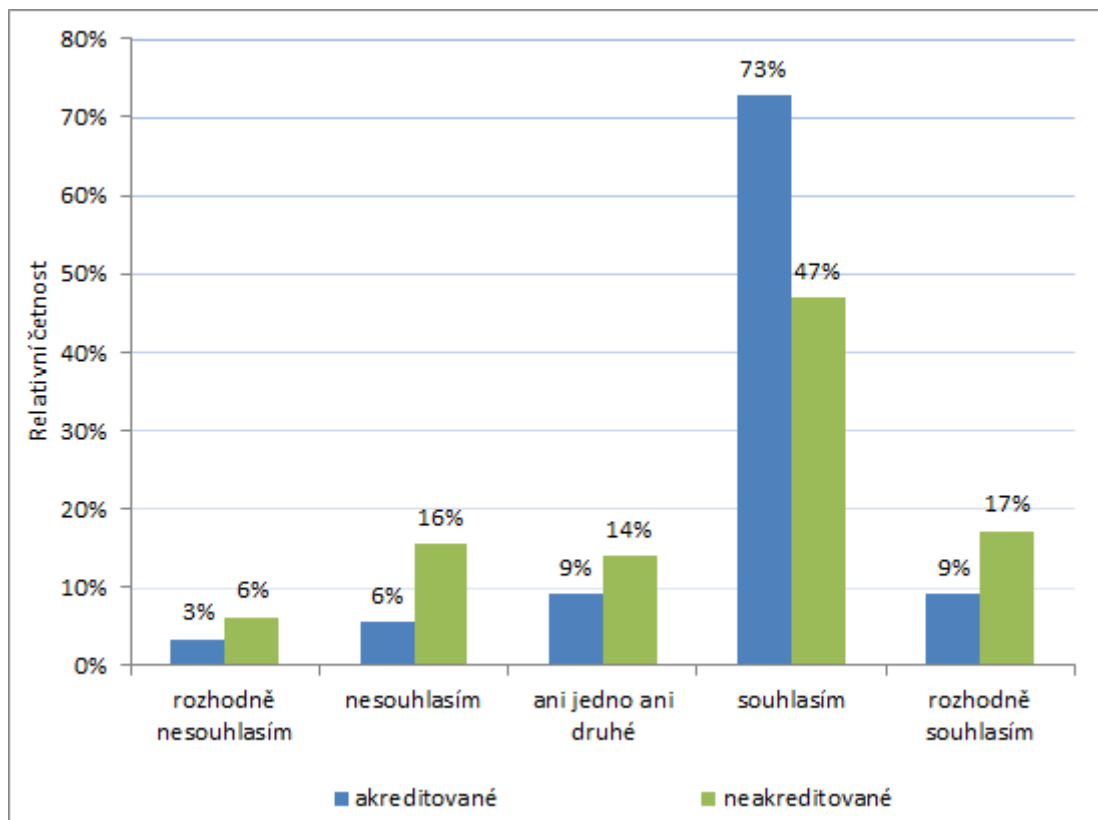


Graf 19 Chvála nadřízeného.

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že jejich nadřízený chválí, když vidí, že je práce provedena v souladu se stanovenými postupy k zachování bezpečí pacienta. Rozhodně souhlasí 18 respondentů (20 %) a souhlasí 49 respondentů (56 %). 4 respondenti (5 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 5 respondentů (6 %). 12 respondentů (14 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že jejich nadřízený chválí, když vidí, že je práce provedena v souladu se stanovenými postupy k zachování bezpečí pacienta. Rozhodně souhlasí 11 respondentů (17 %) a souhlasí 30 respondentů (47 %). 7 respondentů (11 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 6 respondentů (9 %). 10 respondentů (16 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 20 Můj nadřízený vážně zvažuje návrhy personálu pro zlepšení bezpečí pacienta.

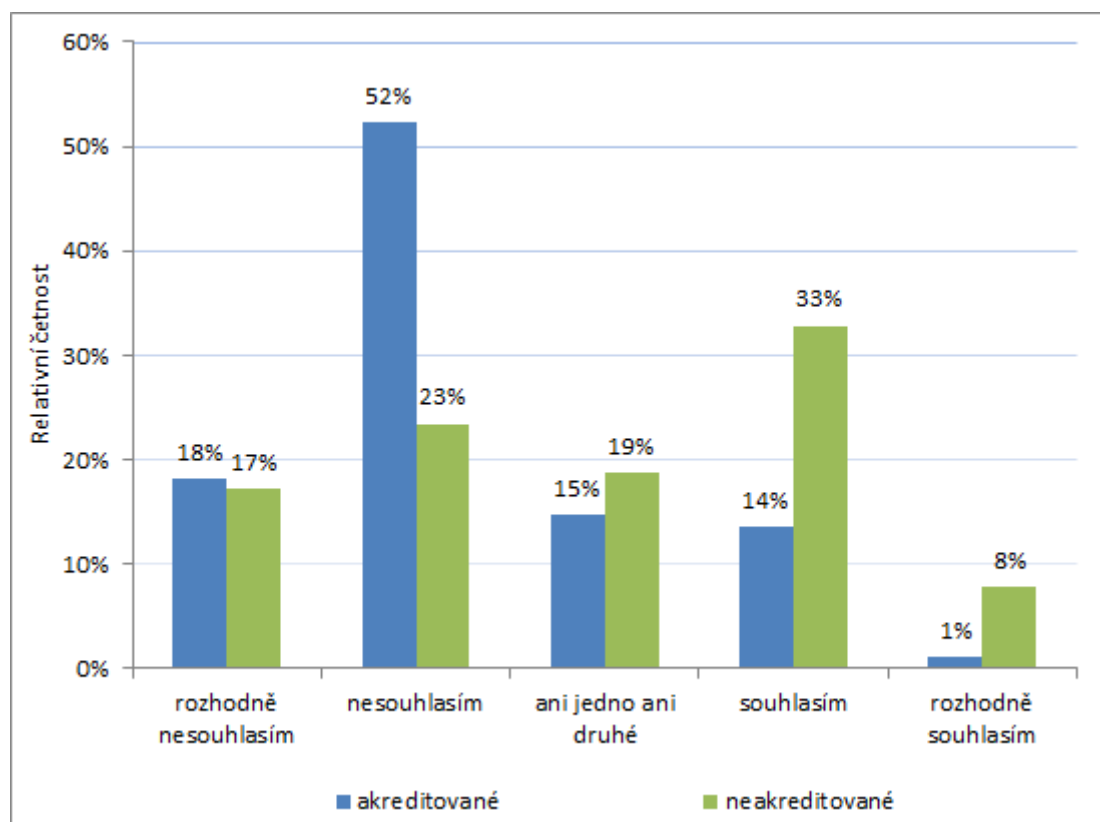


Graf 20 Nadřízený zvažuje návrhy personálu.

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že jejich nadřízený vážně zvažuje návrhy personálu pro zlepšení bezpečí pacienta. Rozhodně souhlasí 8 respondentů (9 %) a souhlasí 64 respondentů (73 %). 5 respondentů (6 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 3 respondenti (3 %) rozhodně nesouhlasí. 8 respondentů (9 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že jejich nadřízený vážně zvažuje návrhy personálu pro zlepšení bezpečí pacienta. Rozhodně souhlasí 11 respondentů (17 %) a souhlasí 30 respondentů (47 %). 10 respondentů (16 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 4 respondenti (6 %) rozhodně nesouhlasí. 9 respondentů (14 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 21 Kdykoliv narůstají požadavky na oddělení, nadřízený po nás chce, abychom pracovali rychleji, i kdyby to znamenalo zjednodušení některých postupů na úkor kvality.

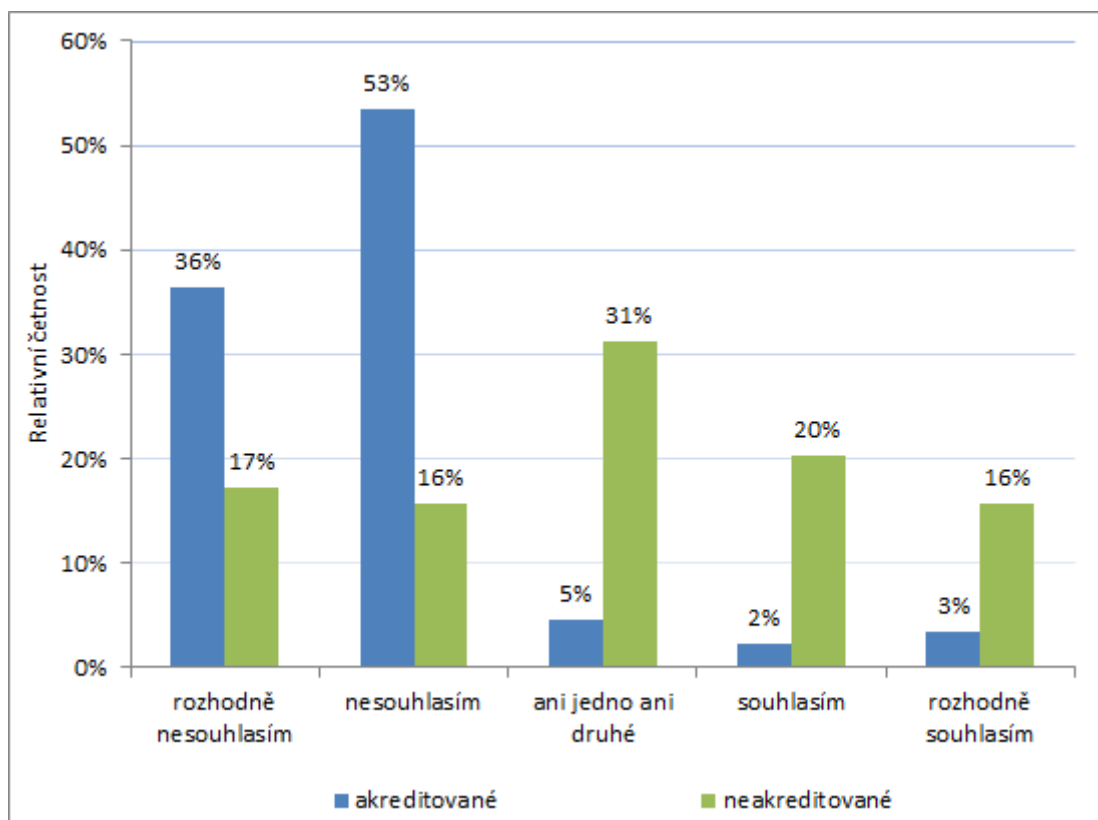


Graf 21 Požadavky na rychlejší práci na úkor kvality.

Méně než čtvrtina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že kdykoliv narůstají požadavky na oddělení, nadřízený po nás chce, abychom pracovali rychleji, i kdyby to znamenalo zjednodušení některých postupů na úkor kvality. Rozhodně souhlasí 1 respondent (1 %) a souhlasí 12 respondentů (14 %). 46 respondentů (52 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 16 respondentů (18 %). 13 respondentů (15 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že kdykoliv narůstají požadavky na oddělení, nadřízený po nás chce, abychom pracovali rychleji, i kdyby to znamenalo zjednodušení některých postupů na úkor kvality. Rozhodně souhlasí 5 respondentů (8 %) a souhlasí 21 respondentů (33 %). 15 respondentů (23 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 11 respondentů (17 %). 12 respondentů (19 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 22 Můj nadřízený přehlíží problémy týkající se bezpečí pacienta, ke kterým dochází opakovaně.

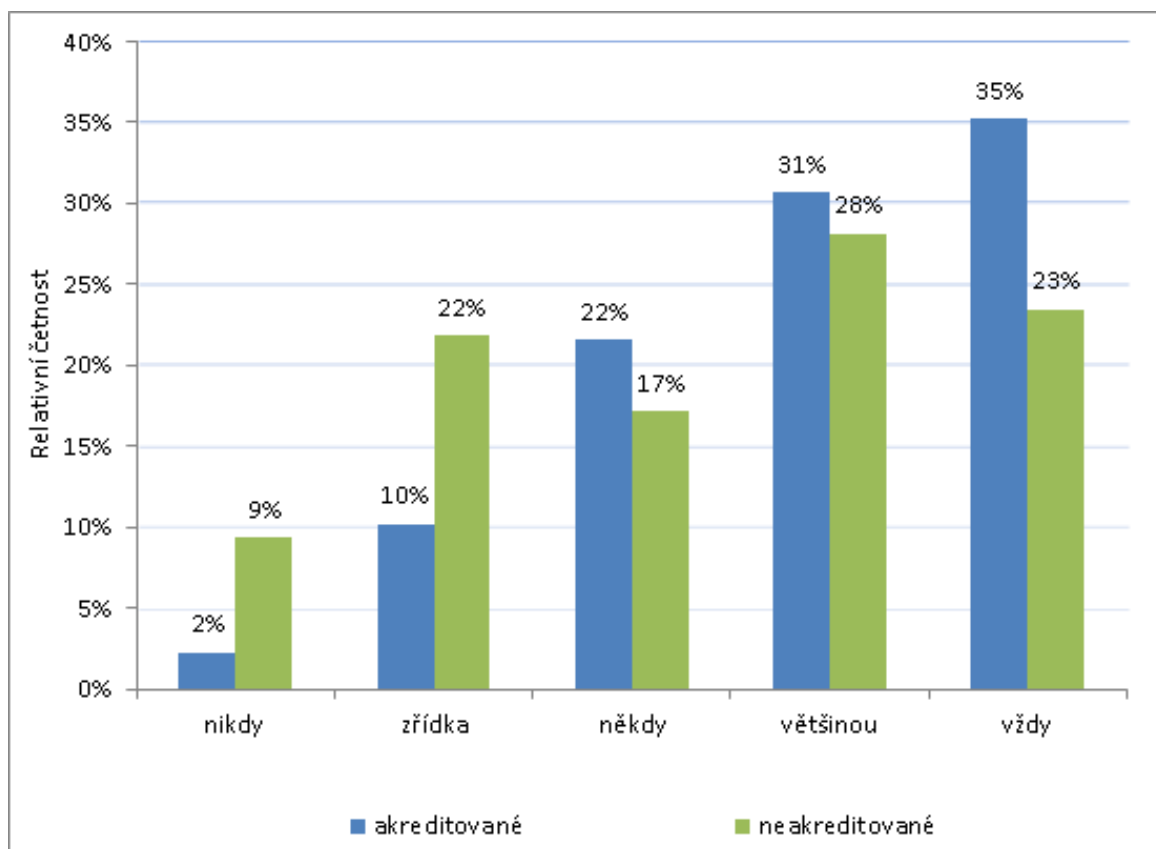


Graf 22 Přehlížení opakovaných problémů týkajících se bezpečí nadřízeným.

Méně než čtvrtina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že jejich nadřízený přehlíží problémy týkající se bezpečí pacienta, ke kterým dochází opakovaně. Rozhodně souhlasí 3 respondenti (3 %) a souhlasí 2 respondenti (2 %). 47 respondentů (53 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 32 respondentů (36 %). 4 respondenti (5 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že jejich nadřízený přehlíží problémy týkající se bezpečí pacienta, ke kterým dochází opakovaně. Rozhodně souhlasí 10 respondentů (16 %) a souhlasí 13 respondentů (20 %). 10 respondentů (16 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 11 respondentů (17 %) rozhodně nesouhlasí. 20 respondentů (31 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 23 Dostáváme zpětnou vazbu o změnách zavedených do praxe na základě hlášení nežádoucích událostí.

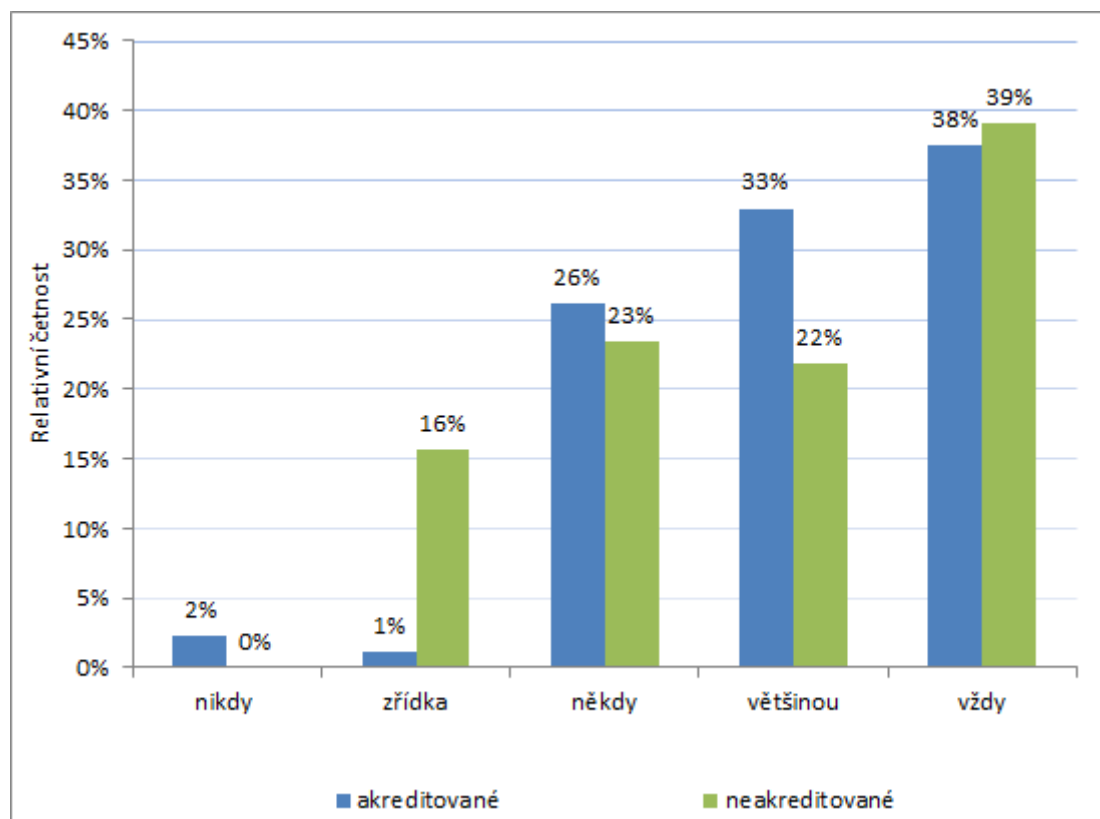


Graf 23 Zpětná vazba o změnách.

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že dostává zpětnou vazbu, většinou nebo vždy, o změnách zavedených do praxe na základě hlášení nežádoucích událostí. Vždy dostává 31 respondentů (35 %) a většinou 27 respondentů (31 %). 9 respondentů (10 %) zpětnou vazbu dostává zřídka a 2 respondenti (2 %) nikdy. 19 respondentů (22 %) dostává zpětnou vazbu někdy.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že dostává zpětnou vazbu, většinou nebo vždy, o změnách zavedených do praxe na základě hlášení nežádoucích událostí. Vždy dostává 15 respondentů (23 %) a většinou 18 respondentů (28 %). 14 respondentů (22 %) zpětnou vazbu dostává zřídka a 6 respondentů (9 %) nikdy. 11 respondentů (17 %) dostává zpětnou vazbu někdy.

Otázka č. 24 Personál bude otevřeně a bez obav hovořit v případě, že uvidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta.

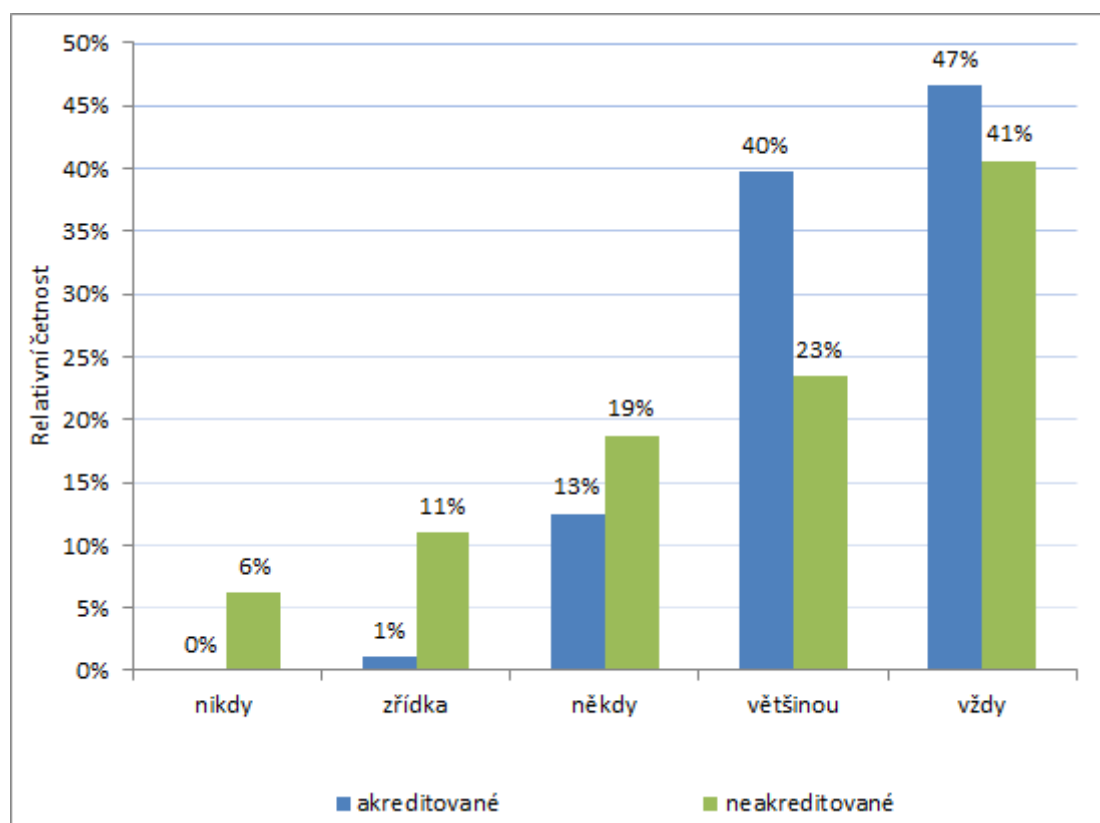


Graf 24 Personál bude otevřeně hovořit o negativech.

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že personál bude otevřeně a bez obav hovořit v případě, že uvidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta. Vždy bude hovořit 33 respondentů (38 %) a většinou 29 respondentů (33 %). 1 respondent (1 %) bude bez obav hovořit zřídka a 2 respondenti (2 %) nebudou hovořit o negativních věcech nikdy. Celkem 23 respondentů (26 %) bude bez obav hovořit někdy.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že personál bude otevřeně a bez obav hovořit v případě, že uvidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta. Vždy bude hovořit 25 respondentů (39 %) a většinou 14 respondentů (22 %). 10 respondentů (16 %) bude bez obav hovořit zřídka a 0 respondentů (0 %) nebude hovořit o negativních věcech nikdy. 15 respondentů (23 %) bude bez obav hovořit někdy.

Otázka č. 25 Jsme informováni o chybách, které se dějí na oddělení

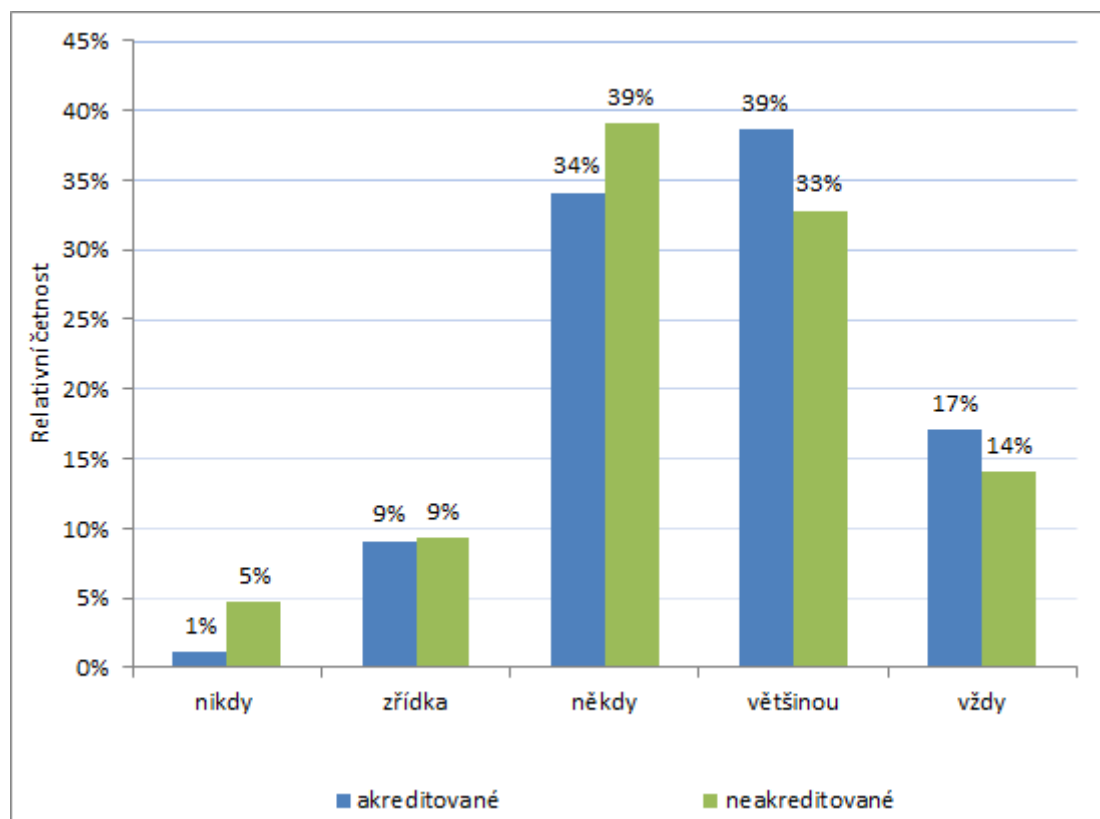


Graf 25 Informace o chybách na oddělení.

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že jsou informováni o chybách, které se dějí na oddělení a to vždy 41 respondentů (47 %) nebo většinou 35 respondentů (40 %). 1 respondent (1 %) je informován zřídka a 0 respondentů (0 %) nikdy. 11 respondentů (13 %) je informováno někdy.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že jsou informováni o chybách, které se dějí na oddělení a to vždy 26 respondentů (41 %) nebo většinou 15 respondentů (23 %). 11 respondentů (17 %) je informováno zřídka a 4 respondenti (6 %) nejsou o chybách informováni nikdy. Celkem 12 respondentů (19 %) je informováno někdy.

Otázka č. 26 Personál se nebojí vyslovit pochybnosti o rozhodnutích nebo opatřeních od osob s větší autoritou.

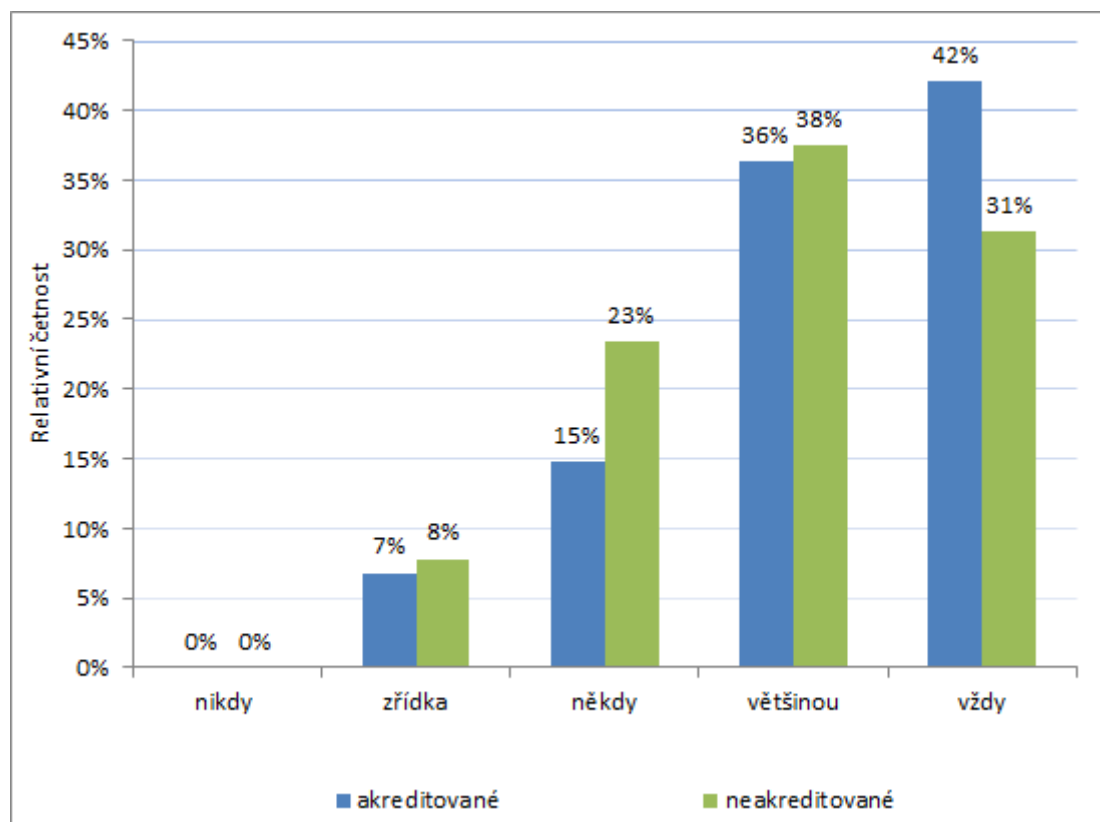


Graf 26 Strach personálu vyslovit pochybnosti

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že se personál nebojí vyslovit pochybnosti o rozhodnutích nebo opatřeních od osob s větší autoritou. Nebojí se vždy 15 respondentů (17 %) a většinou 34 respondentů (39 %). 8 respondentů (9 %) se nebojí zřídka a 1 respondent nikdy pochybnosti nevysloví. 30 respondentů (34 %) se nebojí někdy vyslovit pochybnost.

Méně než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že se personál nebojí vyslovit pochybnosti o rozhodnutích nebo opatřeních od osob s větší autoritou. Nebojí se vždy 9 respondentů (14 %) a většinou 21 respondentů (33 %). 6 respondentů (9 %) se nebojí zřídka a 3 respondenti nikdy pochybnosti nevysloví. 25 respondentů (39 %) se nebojí někdy vyslovit pochybnost.

Otázka č. 27 Na našem oddělení diskutujeme způsoby, jak předcházet opakujícím se chybám.

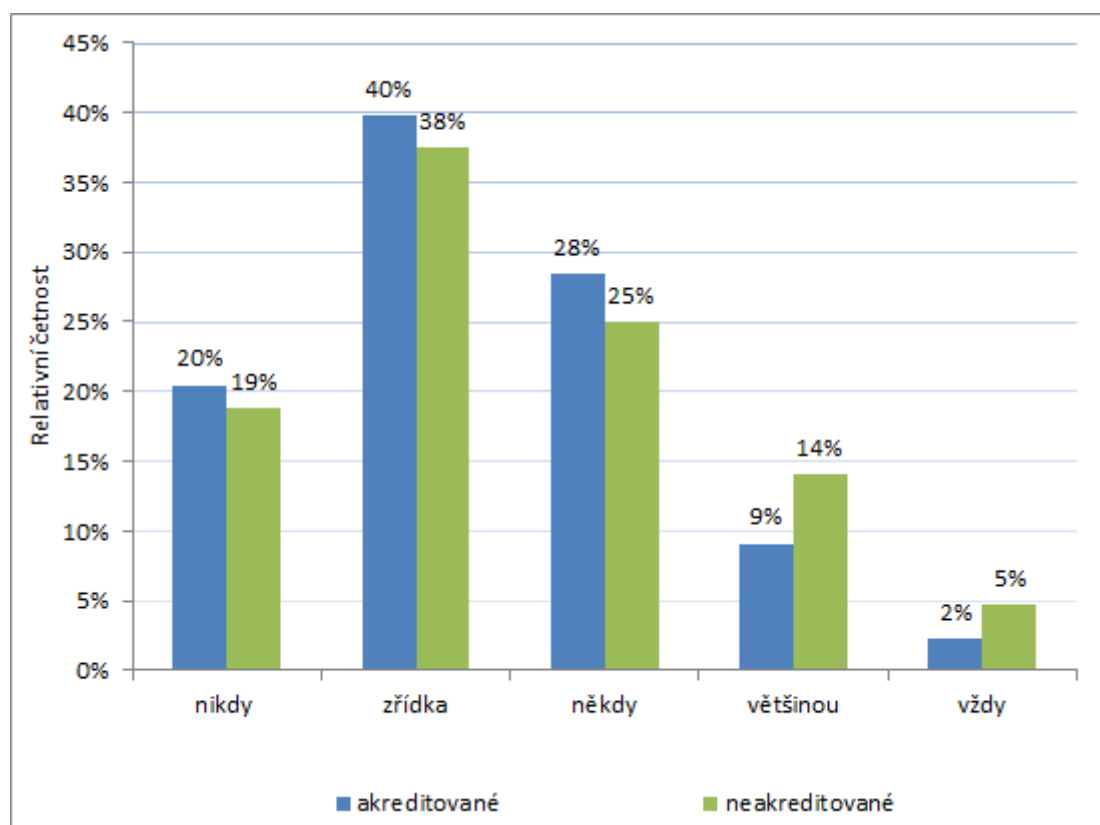


Graf 27 Diskuze na oddělení jak předcházet chybám.

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že na našem oddělení diskutujeme způsoby, jak předcházet opakujícím se chybám. Vždy souhlasí 37 respondentů (42 %) a většinou 32 respondentů (36 %). 6 respondentů (7 %) zřídka diskutuje způsoby jak předcházet chybám a nikdy 0 respondentů (0 %). 13 respondentů (15 %) diskutuje o chybách na odděleních někdy.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že na našem oddělení diskutujeme způsoby, jak předcházet opakujícím se chybám. Vždy souhlasí 20 respondentů (31 %) a většinou 24 respondentů (38 %). 5 respondentů (8 %) zřídka diskutuje způsoby jak předcházet chybám a nikdy 0 respondentů (0 %). 15 respondentů (23 %) diskutuje o chybách na odděleních někdy.

Otázka č. 28 Personál se obává klást otázky v případě, že se jim něco nezdá být správně.

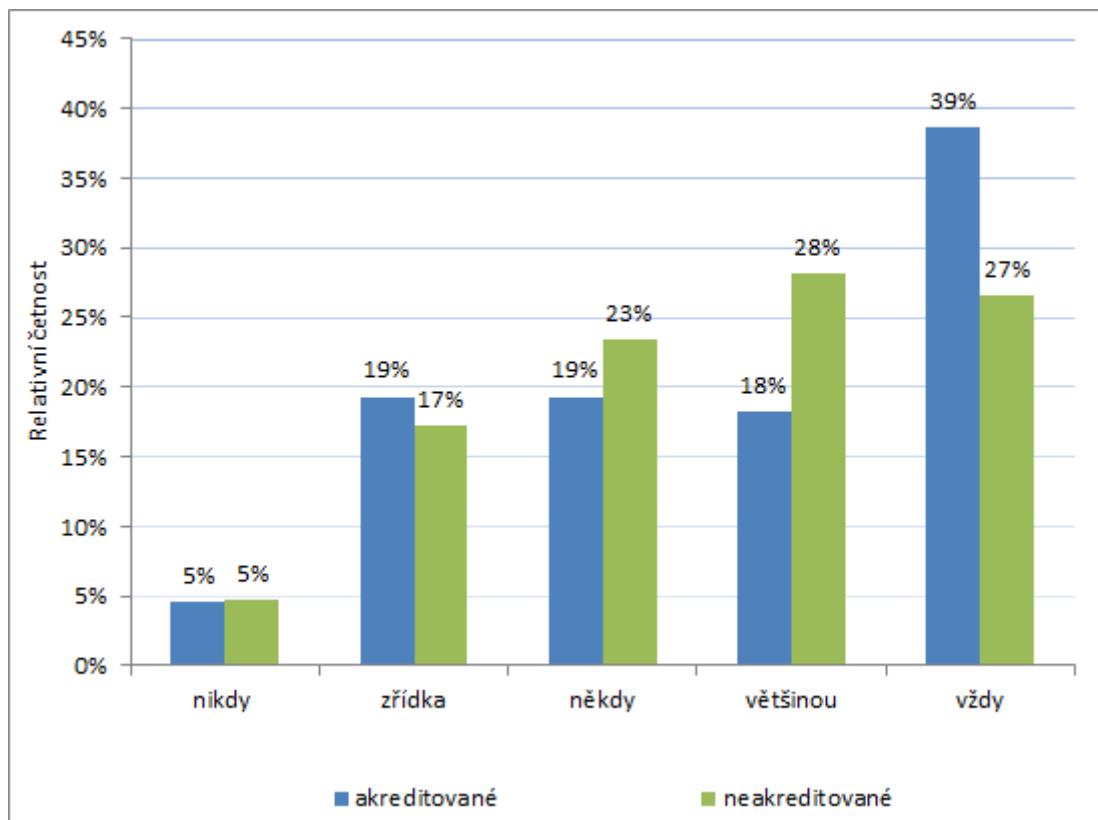


Graf 28 Obavy klást otázky v případě, že něco není správně.

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení nesouhlasí s tvrzením, že se personál obává klást otázky v případě, že se jim něco nezdá být správně. Nikdy se neobává 18 respondentů (20 %) a zřídka se obává 35 respondentů (40 %). 8 respondentů (9 %) se obává klást otázky většinou a 2 respondenti (2 %) vždy. Celkem 25 respondentů (28 %) se obává klást otázky někdy.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení nesouhlasí s tvrzením, že se personál obává klást otázky v případě, že se jim něco nezdá být správně. Nikdy se neobává 12 respondentů (19 %) a zřídka se obává 24 respondentů (38 %). 9 respondentů (14 %) se obává klást otázky většinou a 3 respondenti (5 %) vždy. Celkem 16 respondentů (25 %) se obává klást otázky někdy.

Otázka č. 29 Jak často je hlášena chyba, která je odhalená a napravena dříve než by poškodila pacienta.

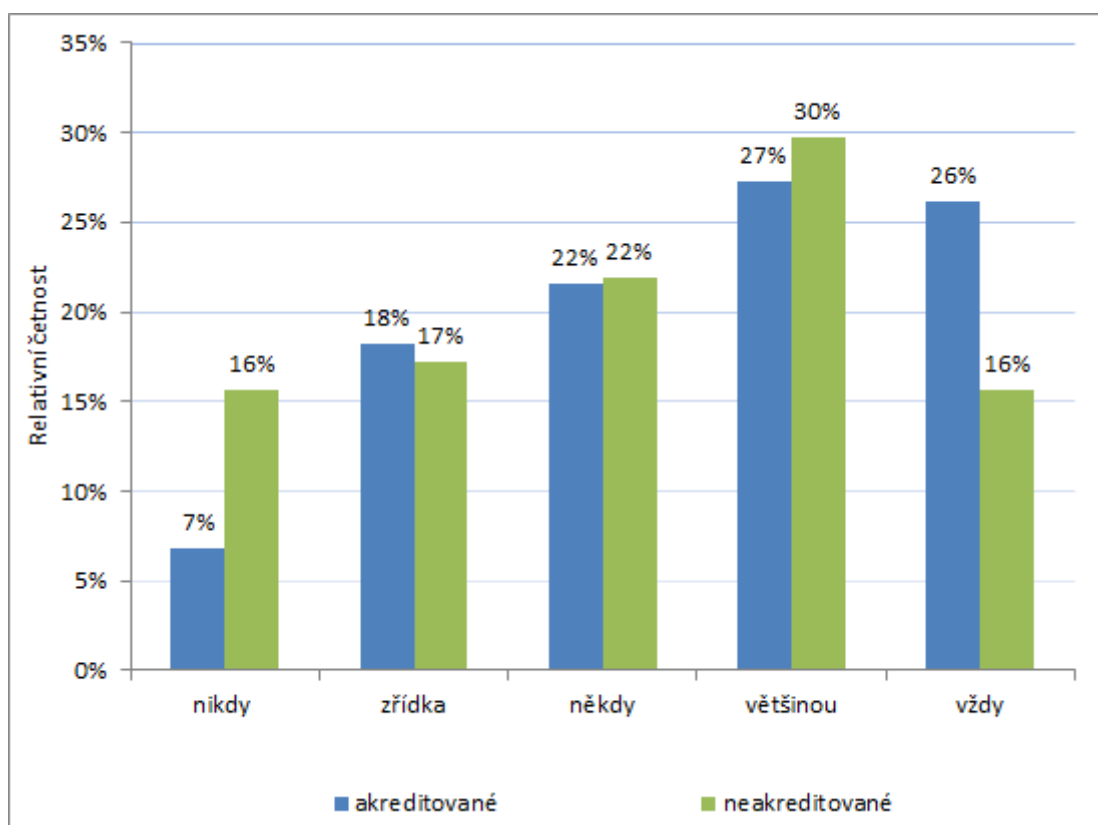


Graf 29 Hlášení chyby odhalené dříve než by poškodila pacienta.

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že je chyba, která je odhalena dříve než by poškodila pacienta nahlášena. Vždy tvrdí 34 respondentů (39 %) a většinou 16 respondentů (18 %). 17 respondentů (19 %) tvrdí, že taková chyba je nahlášena zřídka a 4 respondenti (5 %) že nikdy. 17 respondentů (19 %) tvrdí, že chyba je nahlášena někdy.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že se taková chyba hlásí většinou nebo vždy. Vždy tvrdí 17 respondentů (27 %) a většinou 18 respondentů (28 %). 11 respondentů (17 %) tvrdí, že chyba je nahlášena zřídka a 3 respondenti (5 %) že nikdy. 15 respondentů (23 %) tvrdí, že chyba je nahlášena někdy.

Otázka č. 30 Jak často je hlášena chyba, která nepoškodí pacienta.



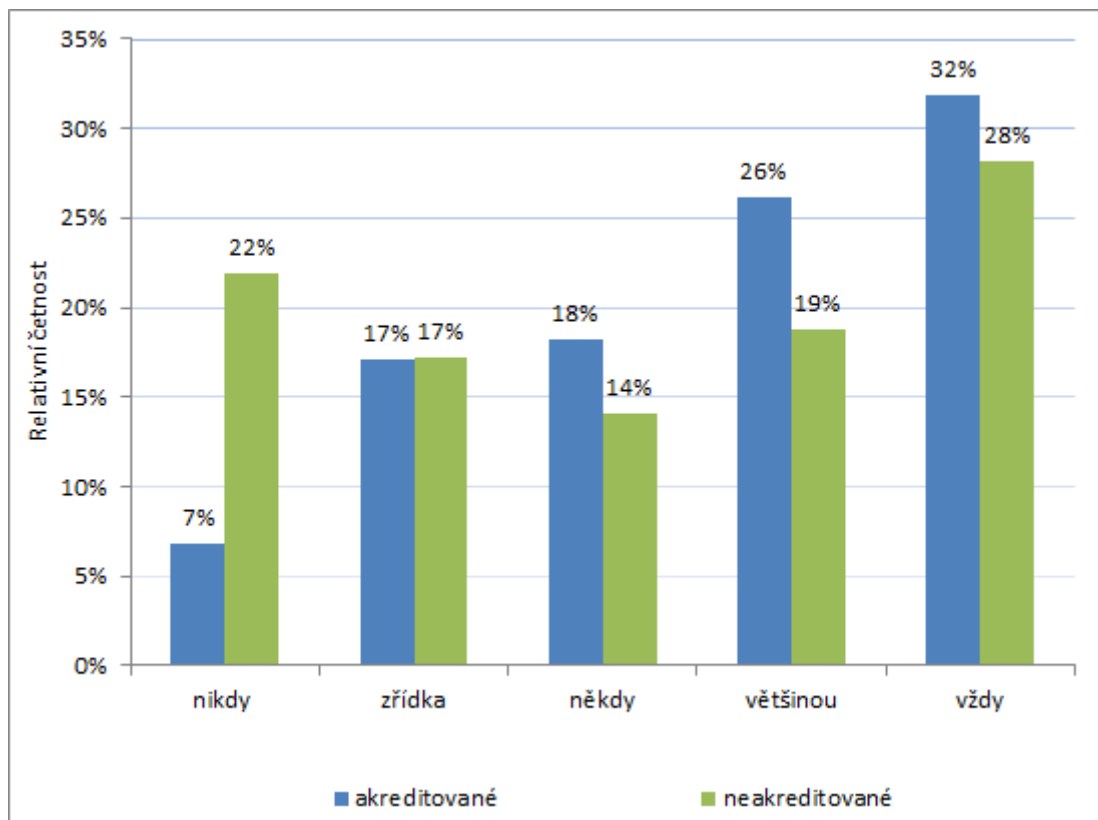
Graf 30 Hlášení chyby, která nepoškodí pacienta.

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že chyba, která nepoškodí pacienta je nahlášena většinou nebo vždy. Vždy tvrdí 23 respondentů

(26 %) a většinou 24 respondentů (27 %). 16 respondentů (18 %) tvrdí, že tato chyba je nahlášena zřídka a 6 respondentů (7 %) že není nahlášena nikdy. 19 respondentů (22 %) tvrdí, že tato chyba je nahlášena někdy.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že je taková chyba nahlášena většinou nebo vždy. Vždy tvrdí 10 respondentů (16 %) a většinou 19 respondentů (30 %). 11 respondentů (17 %) tvrdí, že tato chyba je nahlášena zřídka a 10 respondentů (16 %) že není nahlášena nikdy. 14 respondentů (22 %) tvrdí, že chyba je nahlášena někdy.

Otázka č. 31 Jak často je hlášena chyba, která by mohla poškodit pacienta, ale zatím mu neublížila.



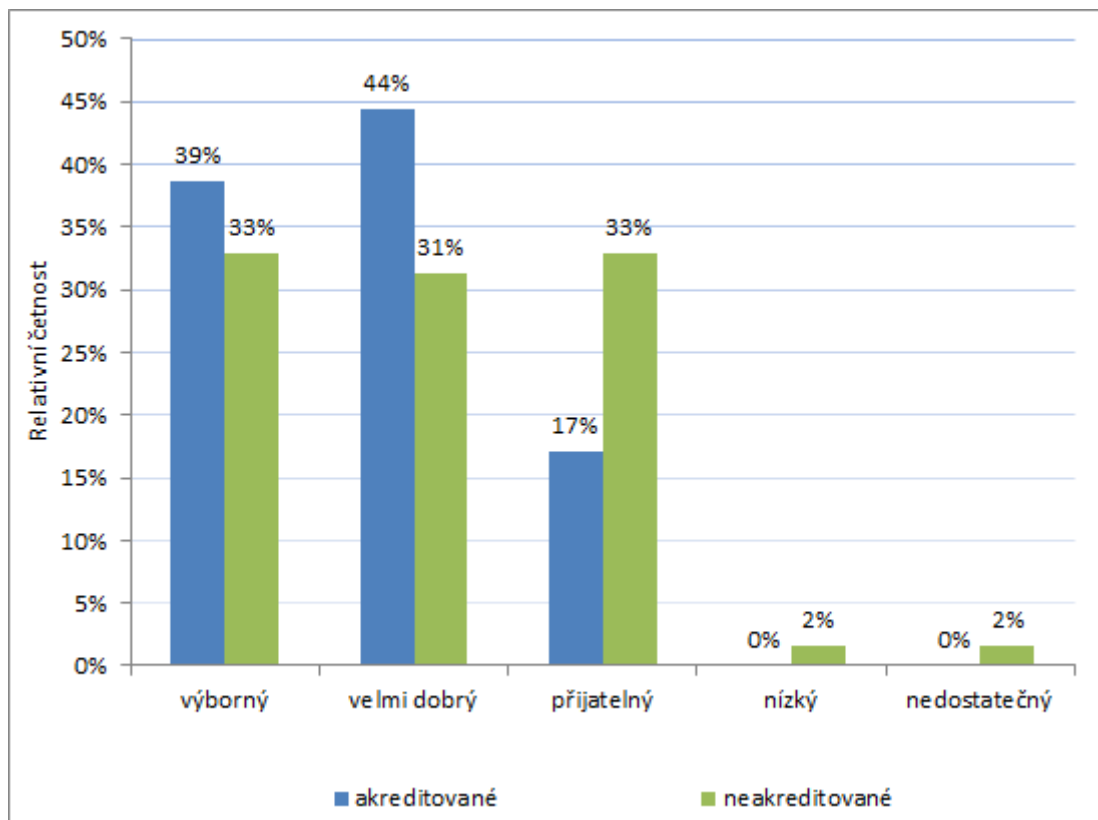
Graf 31 Hlášení chyby, která by mohla poškodit pacienta, ale zatím nepoškodila.

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že chyba, která by mohla poškodit pacienta, ale zatím mu neublížila, je hlášena většinou nebo vždy. Vždy tvrdí 28 respondentů (32 %) a většinou 23 respondentů (26 %). 15 respondentů

(17 %) tvrdí, že chyba je hlášena zřídka a 6 respondentů (7 %) že není hlášena nikdy. 16 respondentů (18 %) tvrdí, že chyba je hlášena někdy.

Méně než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že chyba, která by mohla poškodit pacienta, ale zatím mu neublížila, je hlášena většinou nebo vždy. Vždy tvrdí 18 respondentů (28 %) a většinou 12 respondentů (19 %). 11 respondentů (17 %) tvrdí, že chyba je hlášena zřídka a 14 respondentů (22 %), že není hlášena nikdy. 9 respondentů (14 %) tvrdí, že chyba je hlášena někdy.

Otázka č. 32 Prosím zařadte Vaše oddělení do následujících kategorií podle zachování bezpečí pacienta.

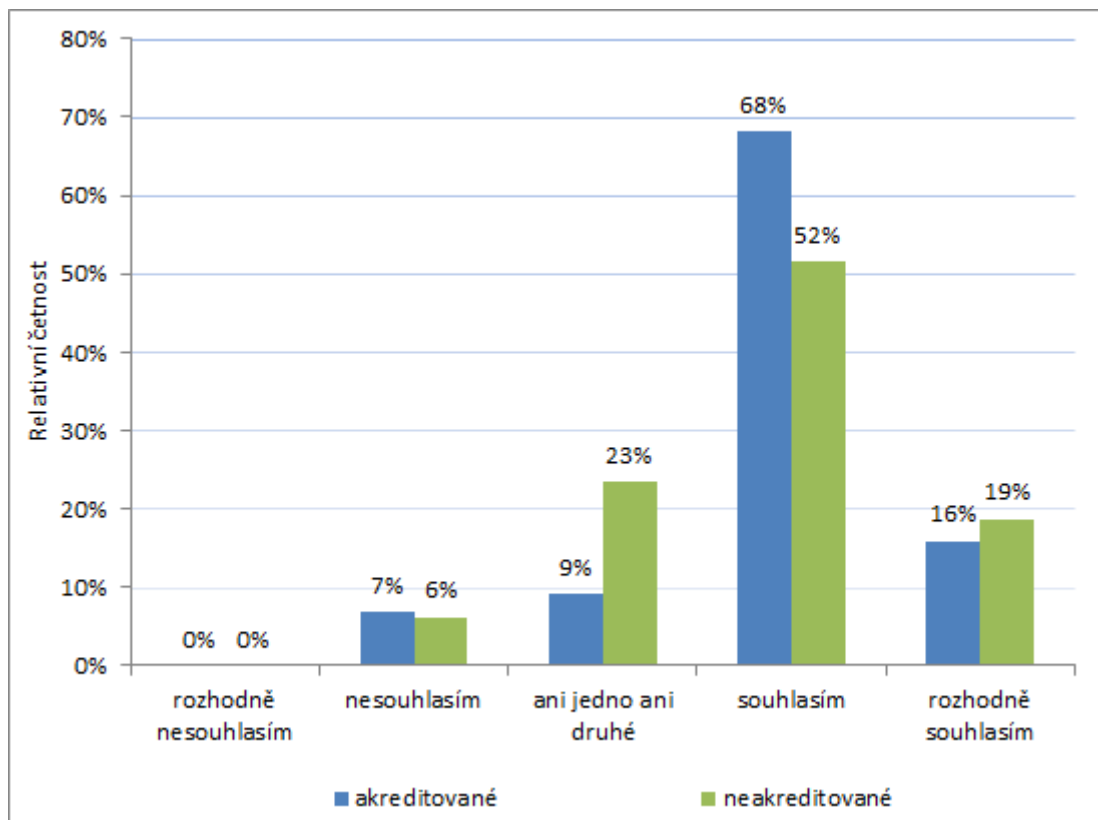


Graf 32 Kategorií podle zachování bezpečí pacienta.

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení by zařadila oddělení do následujících kategorií podle zachování bezpečí pacienta do kategorie výborný nebo velmi dobrý. Výborný uvedlo 34 respondentů (39 %) a velmi dobrý 39 respondentů (44 %). Žádný z respondentů by nezařadil oddělení do kategorie nízký nebo nedostatečný, celkem 0 respondentů (0 %). 15 respondentů (17 %) uvádí, že stav je přijatelný.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení by zařadila oddělení do následujících kategorií podle zachování bezpečí pacienta do kategorie výborný nebo velmi dobrý. Výborný uvedlo 21 respondentů (33 %) a velmi dobrý 20 respondentů (31 %), 1 respondent (2 %) by zařadil oddělení do kategorie nízký a 1 respondent (2 %) do kategorie nedostatečný. 21 respondentů (33 %) uvádí, že stav je přijatelný.

Otázka č. 33 Management nemocnice zajišťuje pracovní prostředí, které podporuje bezpečí pacienta.

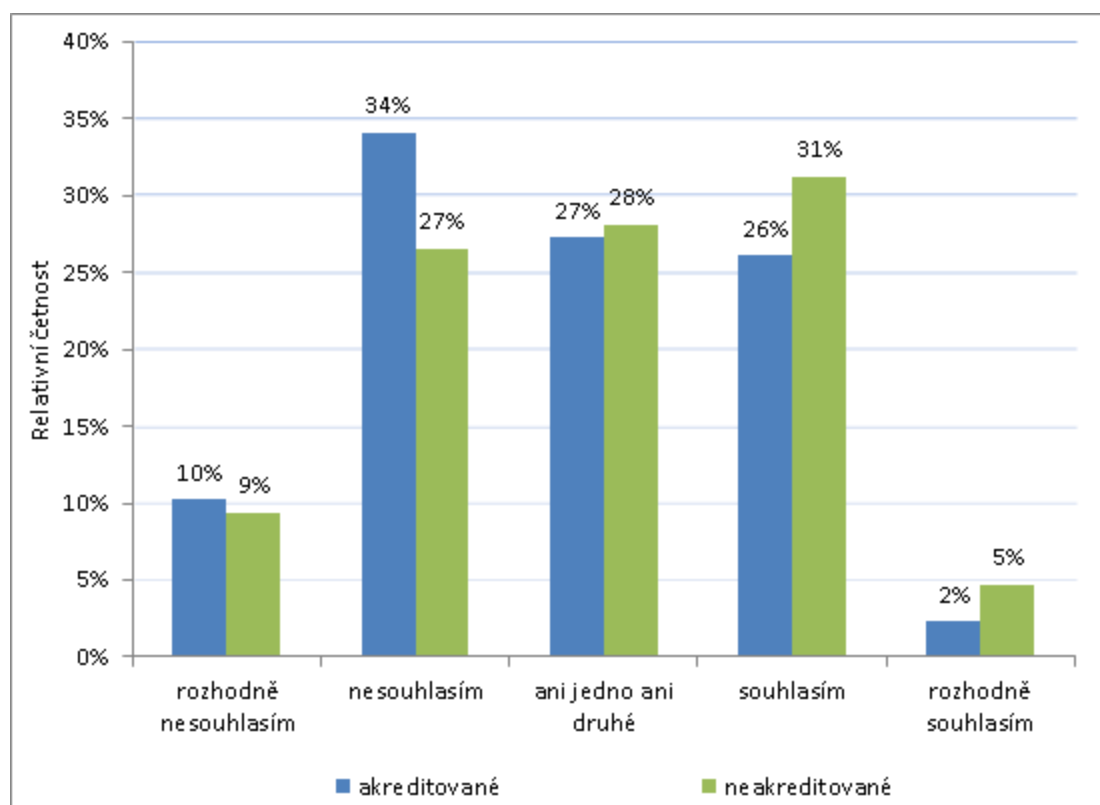


Graf 33 Management nemocnice zajišťující prostředí podporující bezpečí.

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že management nemocnice zajišťuje pracovní prostředí, které podporuje bezpečí pacienta. Rozhodně souhlasí 14 respondentů (16 %) a souhlasí 60 respondentů (68 %). 6 respondentů (7 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí. 8 respondentů (9 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že management nemocnice zajišťuje pracovní prostředí, které podporuje bezpečí pacienta. Rozhodně souhlasí 12 respondentů (19 %) a souhlasí 33 respondentů (52 %). 4 respondenti (6 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí. 15 respondentů (23 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 34 Oddělení nemocnice nespolupracují dobře mezi sebou.

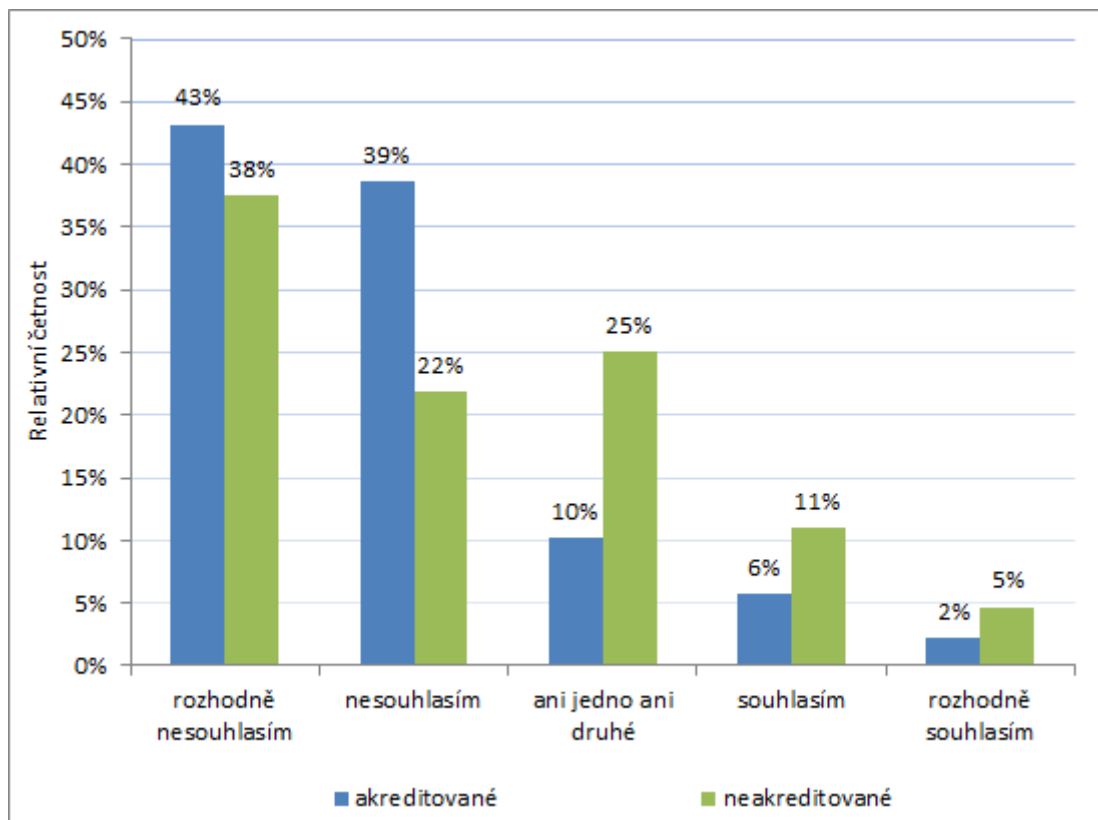


Graf 34 Nedobrá spolupráce mezi odděleními nemocnice.

Více než čtvrtina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že oddělení nemocnice nespolupracují dobře mezi sebou. Rozhodně souhlasí 2 respondenti (2 %) a souhlasí 23 respondentů (26 %). 30 respondentů (34 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 9 respondentů (10 %). 24 respondentů (27 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že oddělení nemocnice nespolupracují dobře mezi sebou. Rozhodně souhlasí 3 respondenti (5 %) a souhlasí 20 respondentů (31 %). 17 respondentů (27 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 6 respondentů (9 %). 18 respondentů (28 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 35 Informace o pacientovi při překladu z jednoho oddělení na druhé „záhadně zmizí“.

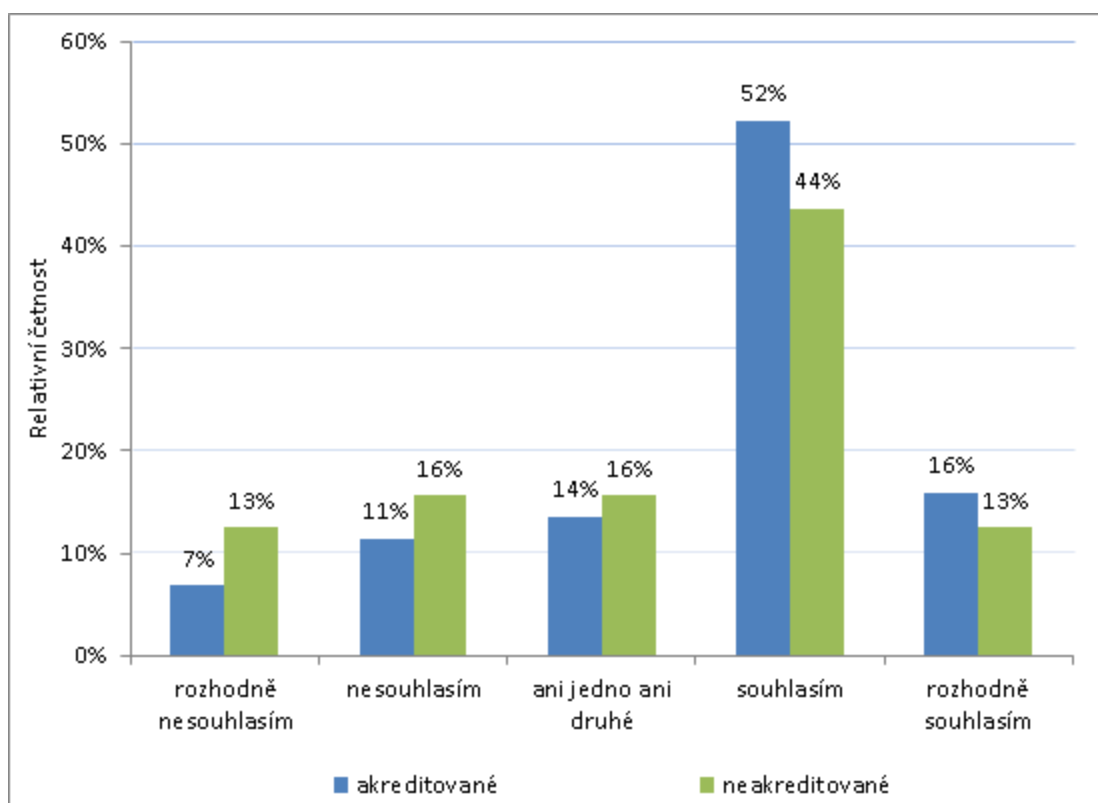


Graf 35 Ztráta informací při překladu pacienta.

Méně než desetina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že informace o pacientovi při překladu z jednoho oddělení na druhé „záhadně zmizí“. Rozhodně souhlasí 2 respondenti (2 %) a souhlasí 5 respondentů (6 %). 34 respondentů (39 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 38 respondentů (43 %). 9 respondentů (10 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Méně než čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že informace o pacientovi při překladu z jednoho oddělení na druhé „záhadně zmizí“. Rozhodně souhlasí 3 respondenti (5 %) a souhlasí 7 respondentů (11 %). 14 respondentů (22 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 24 respondentů. 16 respondentů (25 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 36 Je dobrá spolupráce mezi odděleními, která mají potřebu spolupracovat.

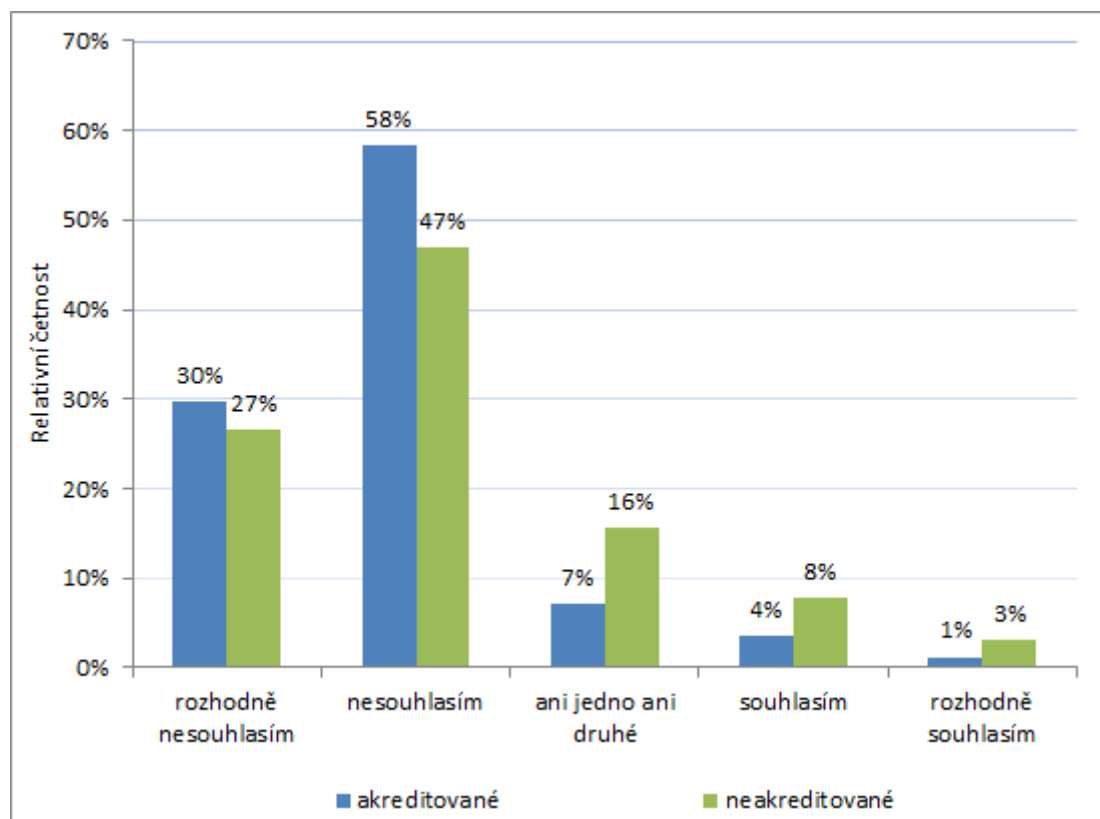


Graf 36 Dobrá spolupráce mezi odděleními.

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že je dobrá spolupráce mezi odděleními, která mají potřebu spolupracovat. Rozhodně souhlasí 14 respondentů (16 %) a souhlasí 46 respondentů (52 %). 10 respondentů (11 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 6 respondentů (7 %). 12 respondentů (14 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že je dobrá spolupráce mezi odděleními, která mají potřebu spolupracovat. Rozhodně souhlasí 8 respondentů (13 %) a souhlasí 28 respondentů (44 %). 10 respondentů (16 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 8 respondentů (13 %). 10 respondentů (16 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 37 Důležité informace o pacientovi týkající se péče se často ztrácejí během střídání služeb.



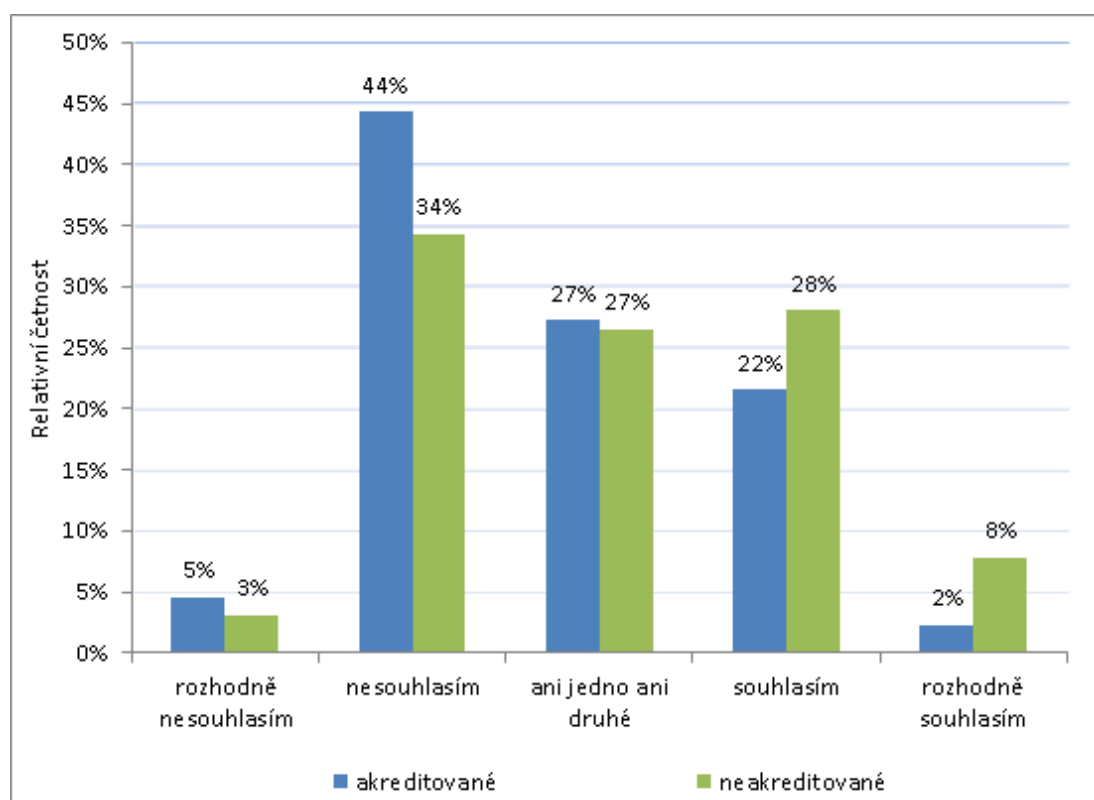
Graf 37 Ztráta informací o pacientovi během střídání služeb.

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaném zařízení nesouhlasí s tvrzením, že důležité informace o pacientovi týkající se péče se často ztrácejí během střídání služeb. Rozhodně nesouhlasí 25 respondentů (30 %) a nesouhlasí 49 respondentů (58 %). 3 respondenti (4 %) s tímto tvrzením souhlasí a rozhodně souhlasí 1 respondent (1 %). 6 respondentů (7 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení nesouhlasí s tvrzením, že důležité informace o pacientovi týkající se péče se často ztrácejí během střídání služeb. Rozhodně nesouhlasí 17 respondentů (27 %) a nesouhlasí 30 respondentů (47 %).

5 respondentů (8 %) s tímto tvrzením souhlasí a rozhodně souhlasí 2 respondenti (3 %). Celkem 10 respondentů (16 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 38 Je nepříjemné často pracovat s personálem z jiných oddělení nemocnice.

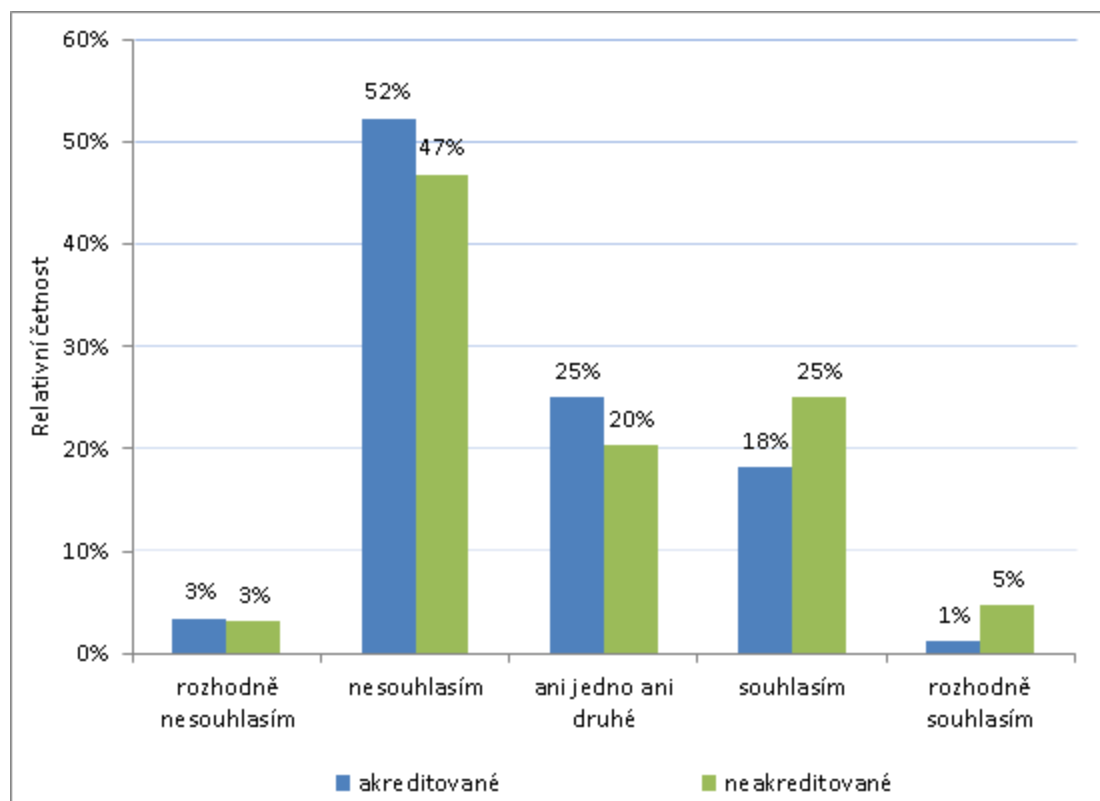


Graf 38 Nepříjemná práce s personálem z jiných oddělení nemocnice.

Méně než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení nesouhlasí s tvrzením, že je nepříjemné často pracovat s personálem z jiných oddělení nemocnice. Rozhodně nesouhlasí 4 respondenti (5 %) a nesouhlasí 39 respondentů (44 %). 19 respondentů (22 %) s tímto tvrzením souhlasí a rozhodně souhlasí 2 respondenti (2 %). 24 respondentů (27 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení nesouhlasí s tvrzením, že je nepříjemné často pracovat s personálem z jiných oddělení nemocnice. Rozhodně nesouhlasí 2 respondenti (3 %) a nesouhlasí 22 respondentů (34 %). 18 respondentů (28 %) s tímto tvrzením souhlasí a rozhodně souhlasí 5 respondentů (8 %). 17 respondentů (27 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 39 Často se objevují problémy v předávání informací mezi odděleními nemocnice.

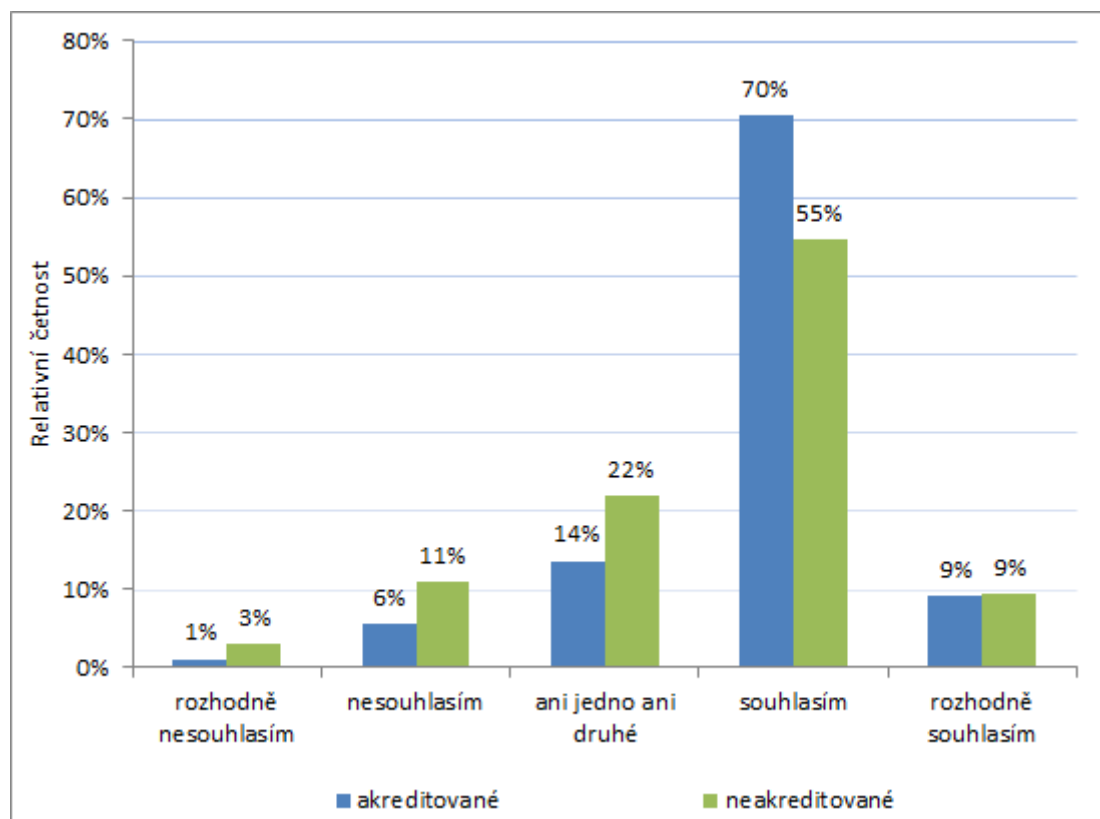


Graf 39 Problémy v předávání informací.

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení nesouhlasí s tvrzením, že se často objevují problémy v předávání informací mezi odděleními nemocnice. Rozhodně nesouhlasí 3 respondenti (3 %) a nesouhlasí 46 respondentů (52 %). 16 respondentů (18 %) s tímto tvrzením souhlasí a rozhodně souhlasí 1 respondent (1 %). 22 respondentů (25 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení nesouhlasí s tvrzením, že se často objevují problémy v předávání informací mezi odděleními nemocnice. Rozhodně nesouhlasí 2 respondenti (3 %) a nesouhlasí 30 respondentů (47 %). 16 respondentů (25 %) s tímto tvrzením souhlasí a rozhodně souhlasí 3 respondenti (5 %). 13 respondentů (20 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 40 Činnost vedení nemocnice ukazuje, že bezpečí pacientů je nejvyšší prioritou.

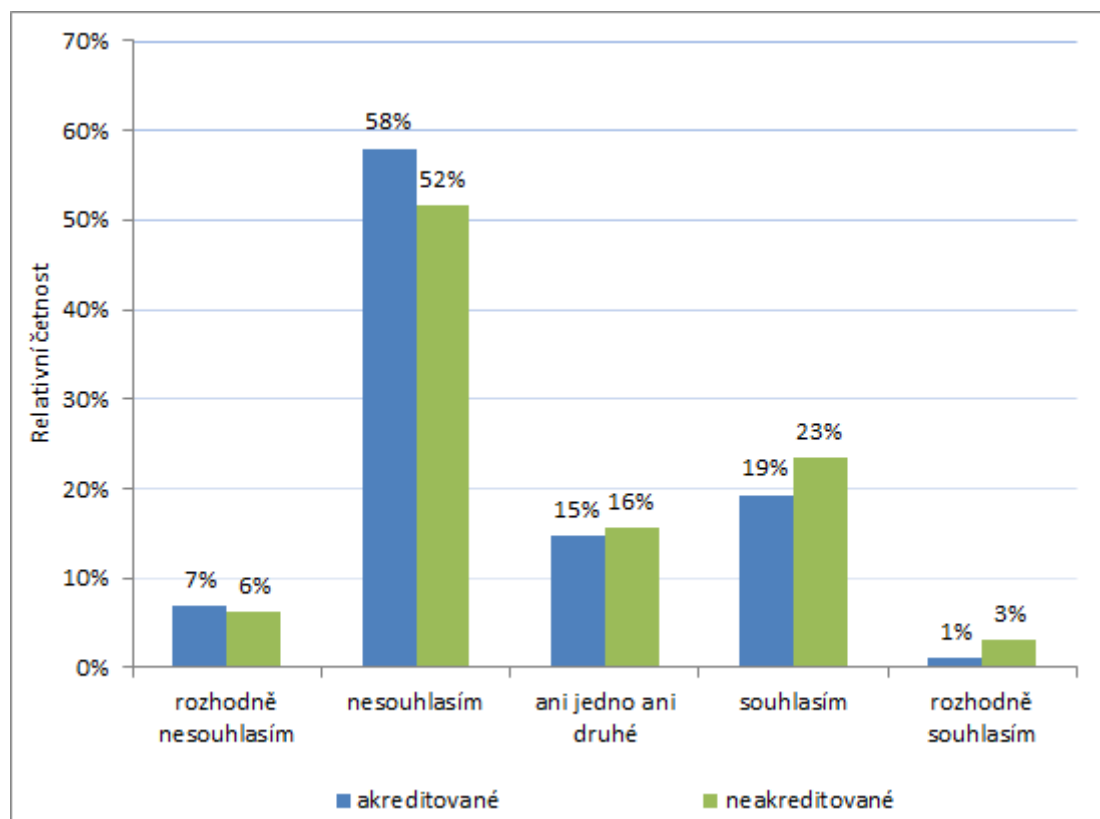


Graf 40 Pro vedení nemocnice je bezpečí pacientů nejvyšší prioritou.

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že činnost vedení nemocnice ukazuje, že bezpečí pacientů je nejvyšší prioritou. Rozhodně souhlasí 8 respondentů (9 %) a souhlasí 62 respondentů (70 %). 5 respondentů (6 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 1 respondent (1 %). 12 respondentů (14 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že činnost vedení nemocnice ukazuje, že bezpečí pacientů je nejvyšší prioritou. Rozhodně souhlasí 6 respondentů (9 %) a souhlasí 35 respondentů (55 %). 7 respondentů (11 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 2 respondenti (3 %). 14 respondentů (22 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 41 Zdá se, že vedení nemocnice se zajímá o bezpečí pacienta, jen když nastane nežádoucí událost.

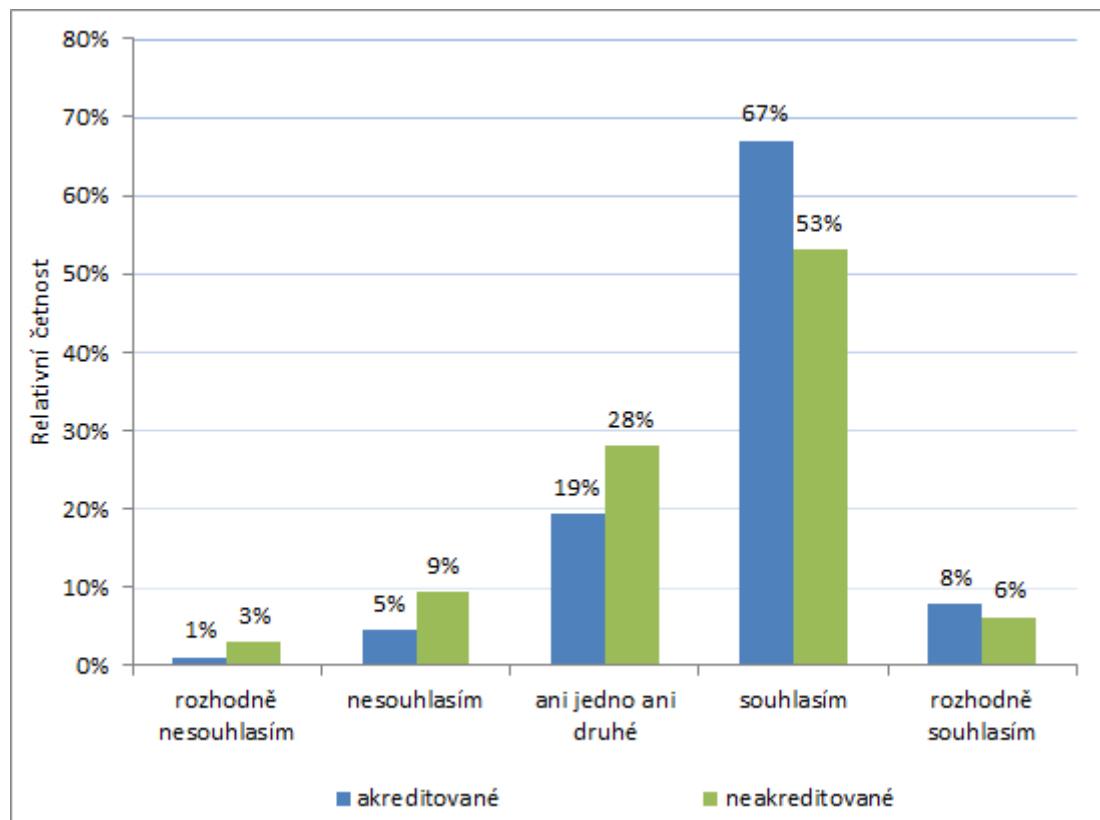


Graf 41 Zájem vedení nemocnice o bezpečí pacienta jen při nežádoucí události.

Méně než čtvrtina dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že vedení nemocnice se zajímá o bezpečí pacienta, jen když nastane nežádoucí událost. Rozhodně souhlasí 1 respondent (1 %) a souhlasí 17 respondentů (19 %). 51 respondentů (58 %) s tímto tvrzením nesouhlasí. A rozhodně nesouhlasí 6 respondentů (7 %). 13 respondentů (15 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než čtvrtina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že vedení nemocnice se zajímá o bezpečí pacienta, jen když nastane nežádoucí událost. Rozhodně souhlasí 2 respondenti (3 %) a souhlasí 15 respondentů (23 %). 33 respondentů (52 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 4 respondenti (6 %). 13 respondentů (16 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 42 Oddělení nemocnice dobře spolupracují ve snaze zajistit co nejlepší péči o pacienty.

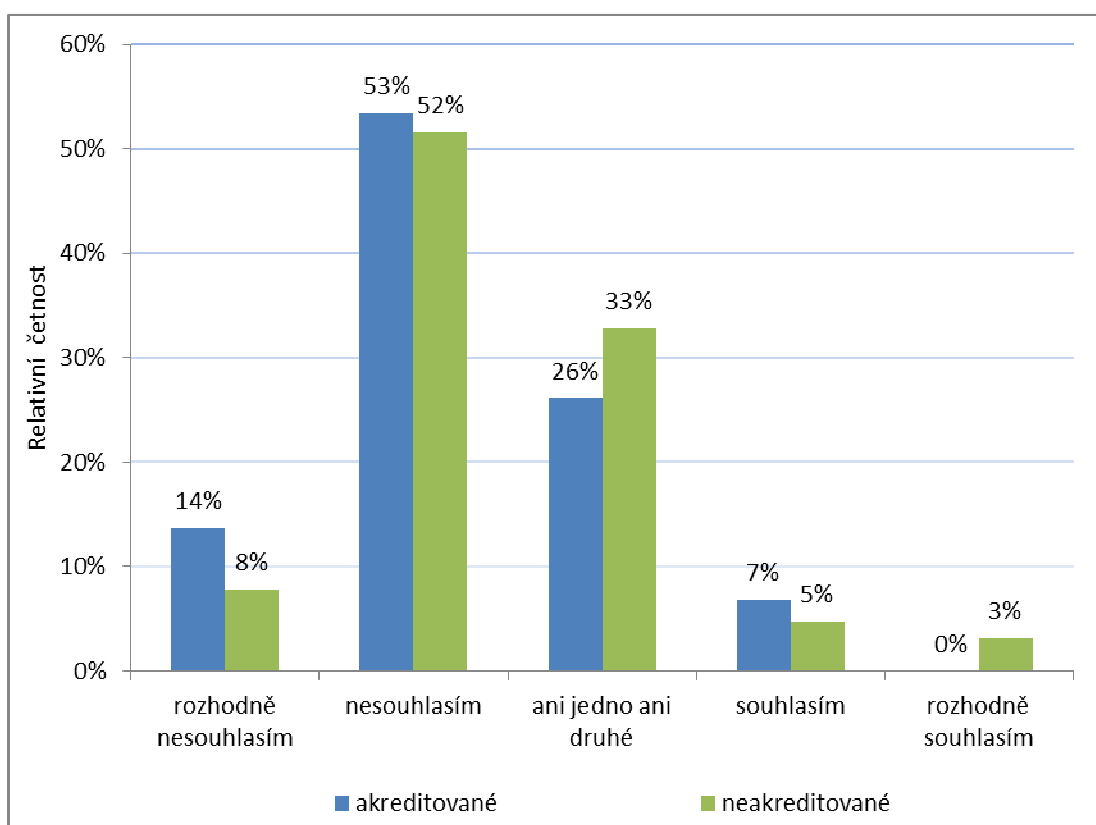


Graf 42 Dobrá spolupráce mezi odděleními pro nejlepší péči o pacienty.

Tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že oddělení nemocnice dobře spolupracují ve snaze zajistit co nejlepší péči o pacienty. Rozhodně souhlasí 7 respondentů (8 %) a souhlasí 59 respondentů (67 %). 4 respondenti (5 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 1 respondent (1 %). 17 respondentů (19 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení souhlasí s tvrzením, že oddělení nemocnice dobře spolupracují ve snaze zajistit co nejlepší péči o pacienty. Rozhodně souhlasí 4 respondenti (6 %) a souhlasí 34 respondenti (53 %). 6 respondentů (9 %) s tímto tvrzením nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 2 respondenti (3 %). 18 respondentů (28 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 43 V této nemocnici jsou změny služeb problematické pro pacienty

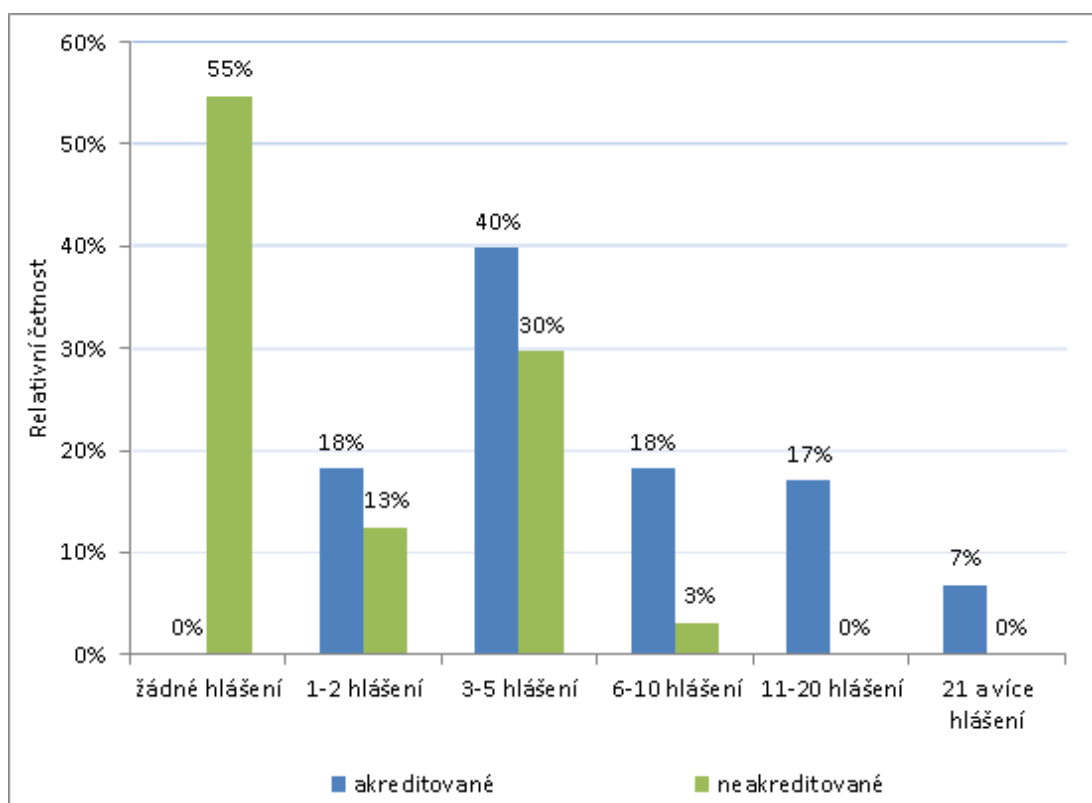


Graf 43 Problémy se změnami služeb pro pacienty.

Více než polovina dotazovaných v akreditovaném zařízení nesouhlasí s tvrzením, že v této nemocnici jsou změny služeb problematické pro pacienty. Rozhodně nesouhlasí 12 respondentů (14 %) a nesouhlasí 47 respondentů (53 %). 6 respondentů (7 %) s tímto tvrzením souhlasí a rozhodně souhlasí 0 respondentů (0 %). 23 respondentů (26 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v neakreditovaném zařízení nesouhlasí s tvrzením, že v této nemocnici jsou změny služeb problematické pro pacienty. Rozhodně nesouhlasí 5 respondentů (8 %) a nesouhlasí 33 respondentů (52 %). 3 respondenti (5 %) s tímto tvrzením souhlasí a rozhodně souhlasí 2 respondenti (3 %). 21 respondentů (33 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Otázka č. 44 Kolik hlášení jste vyplňovali nebo podávali za posledních dvanáct měsíců?

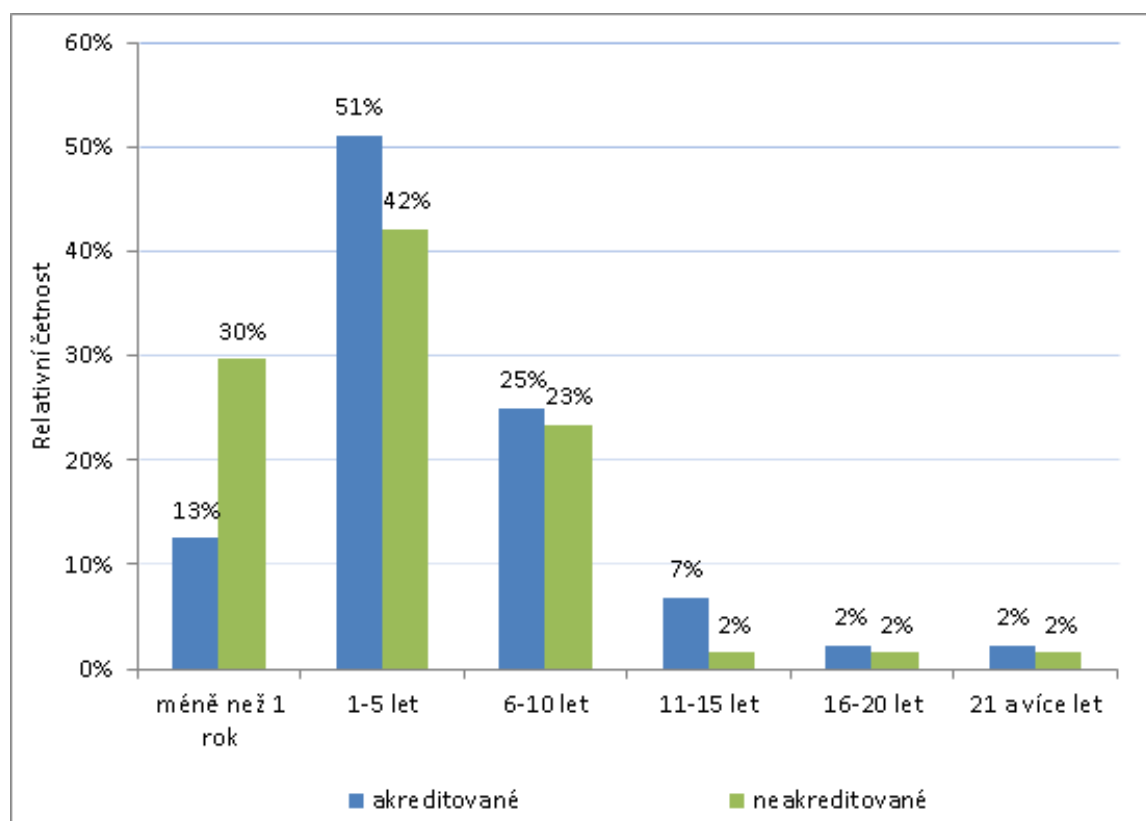


Graf 44 Počet hlášených nežádoucích událostí.

V akreditovaném zdravotnickém zařízení nepodalo žádné hlášení o nežádoucí události za posledních 12 měsíců 0 respondentů (0 %), 1-2 hlášení podalo 16 respondentů (18 %), 3-5 hlášení podalo 35 respondentů (40 %), 6-10 hlášení podalo 16 respondentů (18 %), 11-20 hlášení podalo 15 respondentů (17 %), 21 a více hlášení podali 6 respondenti (7 %).

V neakreditovaném zdravotnickém zařízení nepodalo žádné hlášení o nežádoucí události za posledních 12 měsíců 35 respondentů (55 %), 1-2 hlášení podalo 8 respondentů (13 %), 3-5 hlášení podalo 19 respondentů (30 %), 6-10 hlášení podalo 2 respondentů (3 %), 11-20 hlášení podalo 0 respondentů (0 %), 21 a více hlášení podalo 0 respondenti (0 %).

Otázka č. 45 Jak dlouho pracujete v této nemocnici.



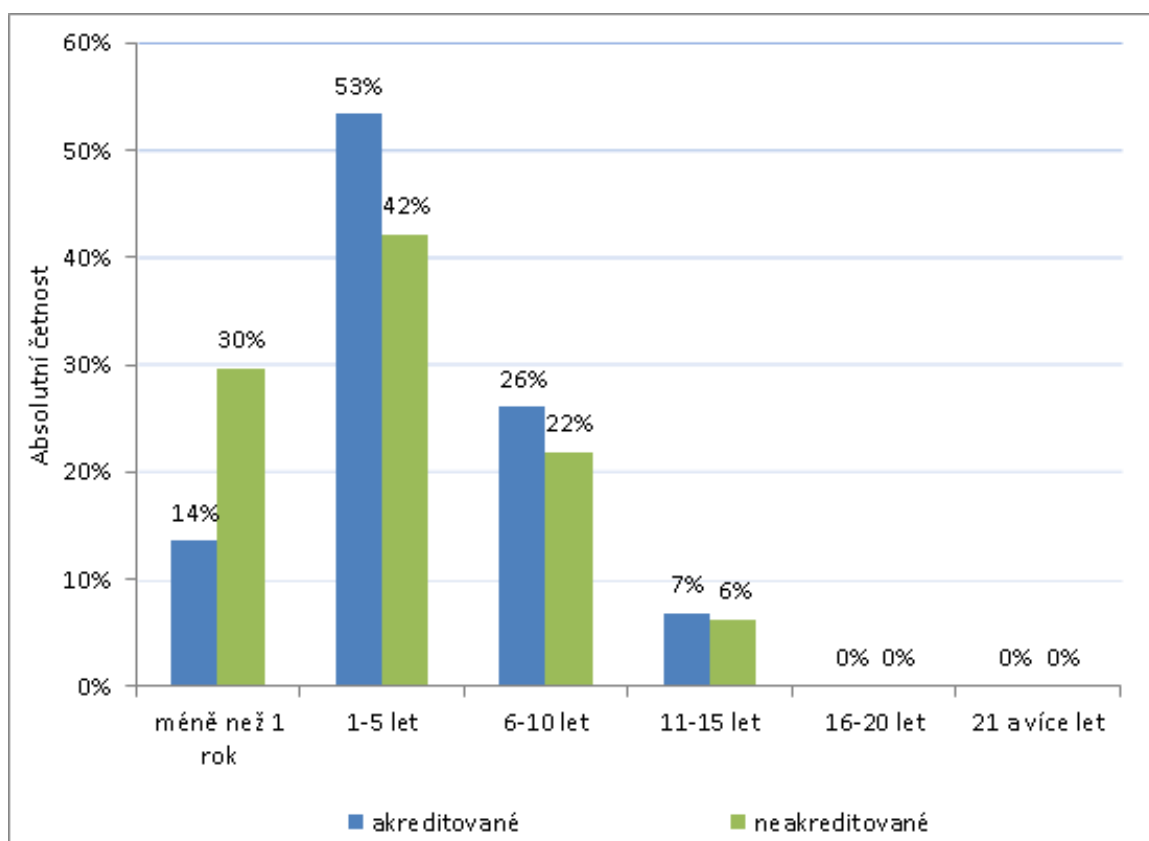
Graf 45 Délka zaměstnání v nemocnici.

V akreditovaném zdravotnickém zařízení pracuje méně než 1 rok 11 respondentů (13 %), 1-5 let 45 respondentů (51 %), 6-10 let 22 respondentů (25 %), 11-15 let 6 respondentů (7 %), 16-20 let 2 respondenti (2 %), 21 a více let 2 respondenti (2 %).

V neakreditovaném zdravotnickém zařízení pracuje méně než 1 rok 19 respondentů (30 %)

1-5 let 27 respondentů (42 %), 6-10 let 15 respondentů (23 %), 11-15 let 1 respondent (2 %), 16-20 let 1 respondent (2 %), 21 a více let 1 respondent (2 %).

Otázka č. 46 Jak dlouho pracujete na současném pracovišti / oddělení

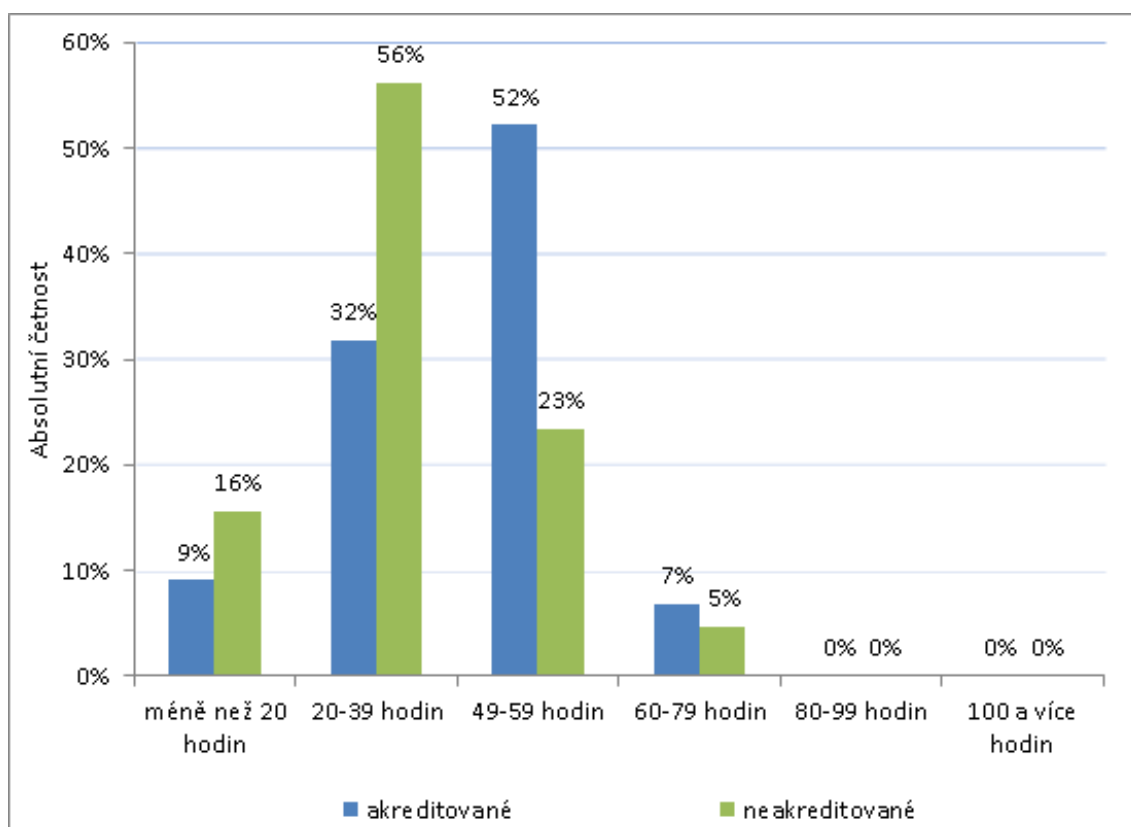


Graf 46 Délka zaměstnání na současném pracovišti / oddělení.

V akreditovaném zdravotnickém zařízení pracuje na současném pracovišti méně než 1 rok 12 respondentů (14 %), 1-5 let 47 respondentů (53 %), 6-10 let 23 respondentů (26 %), 11-15 let 6 respondentů (7 %), 16-20 let 0 respondentů (0 %), 21 a více let 0 respondentů (0 %).

V neakreditovaném zdravotnickém zařízení pracuje na současném pracovišti méně než 1 rok 19 respondentů (30 %), 1-5 let 27 respondentů (42 %), 6-10 let 14 respondentů (22 %), 11-15 let 4 respondenti (6 %), 16-20 let 0 respondentů (0 %), 21 a více let 0 respondentů (0 %).

Otázka č. 47 Kolik hodin týdně obvykle pracujete v této nemocnici



Graf 47 Délka týdenní pracovní doby.

V akreditovaném zdravotnickém zařízení pracuje obvykle týdně méně než 20 hodin 8 respondentů (9 %), 20-39 hodin 28 respondentů (32 %), 49-59 hodin 46 respondentů (52 %), 60-79 hodin 6 respondentů (7 %), 80-99 hodin 0 respondentů (0 %), 100 a více hodin 0 respondentů (0 %).

V neakreditovaném zdravotnickém zařízení pracuje obvykle týdně méně než 20 hodin 10 respondentů (16 %), 20-39 hodin 36 respondentů (56 %), 49-59 hodin 15 respondentů (23 %), 60-70 hodin 3 respondenti (7 %), 80-99 hodin 0 respondentů (0 %), 100 a více hodin 0 respondentů (0 %).

Ověření hypotézy č. 1

Nulovou hypotézou je tvrzení, že veličiny jsou nezávislé. Na hladině významnosti 0,05. Alternativní hypotézou je tvrzení, že odpovědi jsou závislé na tom, zda je poskytovatel akreditován.

Hypotéza č. 1 byla ověřována z odpovědí na níže uvedené dotazy:

Můj nadřízený vážně zvažuje návrh personálu pro zlepšení bezpečí pacienta.

Personál bude otevřeně a bez obav hovořit v případě, že uvidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta.

Tabulka č. 2: Pozorované četnosti odpovědí na dotaz zda nadřízený zvažuje návrh personálu

Zdravotnické zařízení	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Ani jedno ani druhé	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
Akreditované	3	5	8	64	8
Neakreditované	4	10	9	30	11

Tabulka č. 3: Pozorované četnosti po provedené rekategorizaci odpovědí na dotaz zda nadřízený zvažuje návrh personálu

Zdravotnické zařízení		Nesouhlasí	Souhlasí	Ani jedno ani druhé
Četnosti	neakreditované	14	41	9
	akreditované	8	72	8
Řádková procenta	neakreditované	22 %	64 %	14 %
	akreditované	9 %	82 %	9 %

Pro statistické testování byly rekategorizovány odpovědi v otázce, zda nadřízený vážně zvažuje návrh personálu pro zlepšení bezpečí pacienta z 5 na 3 kategorie: 1) nesouhlasí s výrokem, 2) souhlasí s výrokem, 3) ani jedno ani druhé.

Výsledek (χ^2 kvadrát=6,57; $p=1,034$ %).

Nulová hypotéza je zamítnuta. Je menší pravděpodobnost než 5 %, konkrétně 1,034 %, že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou, proto nulovou hypotézu, že proměnné jsou nezávislé, zamítáme, a přijmeme alternativní hypotézu.

Tabulka č. 4: Pozorované četnosti odpovědí na dotaz zda bude personál otevřeně hovořit o negativech, která mohou ovlivnit péči o pacienta

Zdravotnické zařízení	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy
Akreditované	2	1	23	29	33
Neakreditované	0	10	15	14	25

Výsledek (χ^2 kvadrát=13,94; $p=0,018$ %).

Nulová hypotéza je zamítnuta. Je menší pravděpodobnost než 5 %, konkrétně 0,018 %, že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou, proto nulovou hypotézu, že proměnné jsou nezávislé, zamítáme, a přijmeme alternativní hypotézu.

Ověření hypotézy č. 2

Nulovou hypotézou je tvrzení, že veličiny jsou nezávislé. Na hladině významnosti 0,05.

Alternativní hypotézou je tvrzení, že odpovědi jsou závislé na tom, zda je poskytovatel akreditován.

Hypotéza č. 2 byla ověřována z odpovědí na níže uvedené dotazy:

Oddělení nemocnice dobře spolupracují ve snaze zajistit co nejlepší péči o pacienta.

Na tomto oddělení se zaměstnanci chovají jeden k druhému s respektem.

Tabulka č. 5: Pozorované četnosti odpovědí na dotaz zda oddělení nemocnice dobře spolupracují

Zdravotnické zařízení	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Ani jedno ani druhé	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
Akreditované	1	4	17	59	7
Neakreditované	2	6	18	34	4

Tabulka č. 6: Pozorované četnosti po provedené rekategorizaci odpovědí na dotaz zda oddělení nemocnice dobře spolupracují

Zdravotnické zařízení		Nesouhlasí	Souhlasí	Ani jedno ani druhé
Četnosti	neakreditované	8	38	18
	akreditované	5	66	17
Řádková procenta	neakreditované	13 %	59 %	28 %
	akreditované	6 %	75 %	19 %

Pro statistické testování byly rekategorizovány odpovědi v otázce, zda oddělení nemocnice dobře spolupracují ve snaze zajistit co nejlepší péči o pacienta z 5 na 3 kategorie:

1) nesouhlasí s výrokem, 2) souhlasí s výrokem, 3) ani jedno ani druhé.

Výsledek (χ^2 kvadrát=4,58; $p=3,22$ %).

Nulová hypotéza je zamítnuta. Je menší pravděpodobnost než 5 %, konkrétně 3,22 %, že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou, proto nulovou hypotézu, že proměnné jsou nezávislé, zamítáme, a přijmeme alternativní hypotézu.

Tabulka č. 7: Pozorované četnosti odpovědí na dotaz zda se k sobě chovají zaměstnanci s respektem

Zdravotnické zařízení	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Ani jedno ani druhé	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
Akreditované	0	11	16	36	25
Neakreditované	0	13	18	18	15

Tabulka č. 8: Pozorované četnosti po provedené rekategorizaci odpovědí na dotaz zda se k sobě chovají zaměstnanci s respektem

Zdravotnické zařízení		Nesouhlasí	Souhlasí	Ani jedno ani druhé
Četnosti	neakreditované	13	33	18
	akreditované	11	61	16
Řádková procenta	neakreditované	20 %	52 %	28 %
	akreditované	13 %	69 %	18 %

Pro statistické testování byly rekategorizovány odpovědi v otázce, zda se na oddělení chovají zaměstnanci jeden k druhému s respektem z 5 na 3 kategorie: 1) nesouhlasí s výrokem, 2) souhlasí s výrokem, 3) ani jedno ani druhé.

Výsledek (χ^2 kvadrát=4,95; $p=2,59$ %).

Nulová hypotéza je zamítnuta. Je menší pravděpodobnost než 5 %, konkrétně 2,59 %, že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou, proto nulovou hypotézu, že proměnné jsou nezávislé, zamítáme, a přijmeme alternativní hypotézu.

Ověření hypotézy č. 3

Tabulka č. 9: Pozorované četnosti frekvence hlášení nežádoucích událostí

Zdravotnické zařízení	Počet hlášení za posledních 12 měsíců					
	žádné	1-2	3-5	6-10	11-20	21 a více
Akreditované	0	16	35	16	15	6
Neakreditované	35	8	19	2	0	0

Tabulka č. 10: Pozorované četnosti po provedení rekategorizace frekvence hlášení nežádoucích událostí

Zdravotnické zařízení		Počet hlášení za posledních 12 měsíců		Celkem
		Méně než 10	Více než 10	
Četnosti	akreditované	51	37	88
	neakreditované	43	21	64
Řádková procenta	akreditované	58 %	42 %	100%
	neakreditované	67 %	33 %	100%

Pro statistické testování byly rekategorizovány odpovědi v otázce počet hlášení nežádoucích událostí z 6 na 2 kategorie: 1) méně než 10 pochybení nahlášených za rok, 2) více než 10 pochybení.

Výsledek (χ^2 kvadrát=17,72; $p=0,0026$).

Nulová hypotéza je zamítnuta. Je menší pravděpodobnost než 5 %, konkrétně 1,034 %, že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou, proto nulovou hypotézu, že proměnné jsou nezávislé, zamítáme, a přijmeme alternativní hypotézu.

Ověření hypotézy č. 4

Nulovou hypotézou je tvrzení, že veličiny jsou nezávislé. Na hladině významnosti 0,05. Alternativní hypotézou je tvrzení, že odpovědi jsou závislé na tom, zda je poskytovatel akreditován.

Hypotéza č. 1 byla ověřována z odpovědí na níže uvedené dotazy:

Aktivně děláme opatření, abychom zvýšili bezpečí pacienta.

Zařad'te Vaše oddělení do následujících kategorií podle zachování bezpečí pacienta.

Tabulka č. 11: Pozorované četnosti odpovědí na dotaz zda se aktivně dělají opatření, pro zvýšení bezpečí pacienta

Zdravotnické zařízení	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Ani jedno ani druhé	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
Akreditované	0	0	3	57	28
Neakreditované	3	8	12	32	9

Tabulka č. 12: Pozorované četnosti po provedené rekategorizaci odpovědí na dotaz zda se aktivně dělají opatření pro zvýšení bezpečí pacienta

Zdravotnické zařízení		Nesouhlasí	Souhlasí	Ani jedno ani druhé
Četnosti	neakreditované	11	41	12
	akreditované	0	85	3
Řádková procenta	neakreditované	17 %	64 %	19 %
	akreditované	0 %	97 %	3 %

Pro statistické testování byly rekategorizovány odpovědi v otázce, zda aktivně děláme opatření, abychom zvýšili bezpečí pacienta z 5 na 3 kategorie: 1) nesouhlasí s výrokem, 2) souhlasí s výrokem, 3) ani jedno ani druhé.

Výsledek (χ^2 kvadrát=6,57; $p=1,034$ %).

Nulová hypotéza je zamítnuta. Je menší pravděpodobnost než 5 %, konkrétně 1,034 %, že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou, proto nulovou hypotézu, že proměnné jsou nezávislé, zamítáme, a přijmeme alternativní hypotézu.

Tabulka č. 13: Pozorované četnosti kategorií podle zachování bezpečí pacienta.

Zdravotnické zařízení	Výborný	Velmi dobrý	Přijatelný	Nízký	Nedostatečný
Akreditované	34	39	15	0	0
Neakreditované	21	20	15	1	1

Výsledek (χ^2 kvadrát=5,49; $p=1,90$ %).

Nulová hypotéza je zamítnuta. Je menší pravděpodobnost než 5 %, konkrétně 1,90 %, že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou, proto nulovou hypotézu, že proměnné jsou nezávislé, zamítáme, a přijmeme alternativní hypotézu.

2.8 Diskuse

Cílem práce bylo zjistit rozdíl mezi akreditovaným zdravotnickým zařízením a neakreditovaným zdravotnickým zařízením v úrovni kvalitní a bezpečné péči o pacienta. Zda je pro pacienta lepší a bezpečnější zvolit si pro svou léčbu a péči akreditované zdravotnické zařízení, nebo zda nezáleží na tom, o jaké zdravotnické zařízení jde a pacient se nemusí zajímat, zda má zvolené zdravotnické zařízení certifikát kvality nebo ne. K objasnění cíle jsme použili kvantitativní výzkumné šetření za využití standardizovaného dotazníku americké agentury AHRQ, který se používá nejen v USA, ale i v jiných státech k výzkumu týkajícího se bezpečné péče o hospitalizovaného pacienta ve zdravotnických zařízeních různého typu. Náš výzkum probíhal ve dvou zdravotnických zařízeních. Zdravotnické zařízení A již opakovaně získalo akreditaci a zdravotnické zařízení B ještě nikdy o akreditační šetření nepožádalo. Respondenty byly všeobecné sestry napříč zdravotnickými zařízeními. Dotazník obsahoval skupiny otázek, které se vztahovaly k zvoleným hypotézám.

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení bude kultura prostředí příznivější než v neakreditovaném zdravotnickém zařízení.

K této hypotéze se vztahují otázky č. 19 až 28 a otázka č. 33. V dotazníku jsou tyto otázky označeny 1 až 4 v bloku B, 1 až 6 v bloku C a 1 v bloku F. Otázky z bloku B a F se týkají působení nadřízených, kteří se významně podílí na vytváření příznivé nebo také nepříznivé kultury prostředí na pracovišti a otázky z bloku C se týkají komunikace, která je nedílnou součástí kultury prostředí zdravotnického zařízení. Ve všech těchto otázkách bylo vyšší procento příznivějších odpovědí z akreditovaného zdravotnického zařízení. Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že v akreditovaném zařízení budou lépe hodnoceny interpersonální vztahy než v neakreditovaném zdravotnickém zařízení.

K této hypotéze se vztahují otázky č. 1 až 5 a otázky č. 33 až 39 a 42 a 43. V dotazníku jsou tyto otázky označeny 1 až 5 v bloku A a 2 až 7 a 10, 11 v bloku F. Otázky vztahující se k této hypotéze se týkaly týmové spolupráce, předávání pacientů mezi odděleními, spolupráce mezi odděleními zdravotnického zařízení a spolupráce zaměstnanců v rámci jednoho oddělení. Ve všech těchto otázkách bylo vyšší procento odpovědí hodnotících personální vztahy a spolupráci v pozitivním smyslu z akreditovaného zdravotnického zařízení. Hypotéza se také potvrdila.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení bude vyšší frekvence hlášení nežádoucích událostí než v neakreditovaném zdravotnickém zařízení. K této hypotéze se vztahují otázky č. 29 až 31 a 44. V dotazníku jsou tyto otázky označeny 1 až 3 v bloku D a jediná otázka v bloku G. Otázky z bloku D se týkaly hlášení chyb nebo skoro chyb personálu. Zdá se, že hlášení pochybení, které byly odhaleny dříve, než mohly poškodit pacienta nebo pacienta nepoškodily, je stále problematické v jakémkoli zdravotnickém zařízení. O něco málo vyšší procento hlášení těchto chyb uváděli respondenti z akreditovaného zařízení, ale rozdíl byl nepatrný. V otázce, která se týkala hlášení chyby, která mohla pacienta poškodit, ale ještě nepoškodila, už byl rozdíl patrnější. Častější hlášení udávají respondenti z akreditovaného zařízení. V otázce z bloku G měli respondenti označit rozmezí počtu nahlášených jakýchkoli nežádoucích událostí. Zde už byl rozdíl výraznější. Vyšší počty nahlášených nežádoucích událostí udávali respondenti z akreditovaného zdravotnického zařízení. Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení bude dodržován vyšší stupeň bezpečné péče o pacienta než v neakreditovaném zdravotnickém zařízení.

K této hypotéze se vztahují otázky č. 6 až 18, otázka č. 32 a otázky č. 40 a 41. V dotazníku jsou tyto otázky označeny 6 až 18 v bloku A, otázka 1 z bloku E a otázky 8 a 9 z bloku F. Otázka z bloku A a F se týkali činností směřujících k vytváření bezpečného prostředí pro pacienta. Vyšší procento odpovědí hodnotících kladně tyto činnosti bylo u respondentů z akreditovaného zdravotnického zařízení. U otázky z bloku E měli respondenti vyjádřit, jaký stupeň bezpečí pacienta by určili ve svém zdravotnickém zařízení. V obou zdravotnických zařízeních udávali respondenti poměrně vysoký stupeň bezpečí. Na stupnici od jedné do pěti, kdy jedna je nejlepší a pět nejhorší, čtvrtý a pátý stupeň neudával ani jeden respondent z ani jednoho zdravotnického zařízení. Přesto ale o něco lepší hodnocení bylo od respondentů z akreditovaného zdravotnického zařízení. I tato hypotéza se potvrdila.

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že je pro pacienta bezpečnější zvolit si v České republice zdravotnické zařízení, kterému byl udělen na základě akreditačního šetření certifikát kvality. I když nelze jednoznačně říci, že by v neakreditovaném zařízení bylo pro pacienta nebezpečno, v akreditovaném zařízení je pro něho pobyt bezpečnější. Celkově lze ale říci, že v České republice je zdravotnická péče na poměrně vysoké

úrovni v každém zdravotnickém zařízení. Hodnocení zkoumaných parametrů bylo sice všeobecnými sestrami lépe hodnoceno v akreditovaném zařízení, ale ani v tom neakreditovaném nebylo hodnoceno vyloženě špatné. Myslíme si, že lepší výsledky v akreditovaném zdravotnickém zařízení byly právě díky akreditaci. V prostředí, kde jsou nastavená pravidla tak aby byl dodržen zákon, personál má k dispozici dokumenty důležité k provádění své práce, jsou jasně formulované kompetence a každý ví co, kdy a jak má dělat a mnoho dalších důležitých věcí jako je například dostatek personálu, dostatek pomůcek, netrestající prostředí otevřené pro komunikaci na všech úrovních se pracuje mnohem lépe, než v prostředí kde stručně řečeno nejsou nastavená žádná pravidla. Neméně důležitá je také kontrola dodržování nastavených parametrů. Každá změna „bolí“ a chvíli trvá, než si všichni zvyknou a pokud je pouze vydáno nějaké opatření a neexistuje žádný kontrolní mechanismus, nelze očekávat, že se něco změní. Samo se neudělá nikdy nic. Při srovnání s výzkumy, které probíhaly v různých zemích světa, se ukázalo, že kultura prostředí zdravotnických zařízení a bezpečí pacientů je ale celkově v České republice na dobré úrovni. Při výzkumu v Peru, kde byla hodnocena kultura bezpečí pacienta v soukromých a veřejných nemocnicích, ji hodnotilo pouze 18 % zdravotníků jako vynikající nebo velmi dobrou. Navíc byl velký rozdíl mezi soukromými a veřejnými nemocnicemi. Výrazně lepší hodnocení bylo v těch soukromých nemocnicích (Arrieta, Suárez, Hakim, 2017). Výzkum v Brazílii, který zkoumal kulturu bezpečí pacienta ve třech nemocnicích s různým typem managementu, ukázal podobný výsledek. Lépe hodnocena byla pouze soukromá nemocnice. Její silné stránky byly v hodnocení bezpečí pacienta a v hlášení nežádoucích událostí, u ostatních nemocnic silné stránky nebyly (Anrade et al., 2018). Při posuzování kultury bezpečí v iránských akademických nemocnicích, kde výzkum probíhal v dvaceti šesti iránských a teheránských nemocnicích, nebyl zaznamenán rozdíl mezi nimi. Šest nemocnic mělo celkem vysoké hodnocení a dvanáct nemocnic mělo hodnocení maximálně průměrné. Slabé stránky byly v otevřené komunikaci, v komunikaci týkající se chyb, v personálním obsazení a v netrestajícím prostředí (Raeissi, Reisi, Nasiripour, 2015). Při výzkumu Zlepšování kultury bezpečí pacienta v Saudské Arábii v letech 2012 a 2015 byly zjištěny trendy ke zlepšování. Silné stránky v roce 2015 byly v organizaci a týmové spolupráci. Naopak oblasti ke zlepšování jako personální obsazení, netrestající prostředí, komunikace týkající se chyb měly opakovaně nízké hodnocení (Alswat et al., 2015). Pouze výzkumem v Egyptě, který zkoumal kulturu bezpečí mezi sestrami

v univerzitní nemocnici, bylo zjištěno, že nejvyšší hodnocení měla kultura bezpečí, následovala spokojenost se svým zaměstnáním a další v pořadí byla týmová spolupráce. Nejnižší hodnocení mělo vnímání managementu (Hala, Saber, Saber, 2011).

2.9 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě zjištěných a vyhodnocených skutečností v praktické části diplomové práce se domníváme, že bezpečná péče o pacienta v akreditovaném zdravotnickém zařízení je poměrně na dobré úrovni. V některých oblastech jsou větší či menší rezervy na zlepšení a zdokonalení systému. Z výzkumu vyplynula částečná nespokojenost ve spolupráci mezi odděleními. Také hlášení nežádoucích událostí stále není v povědomí většiny zaměstnanců jako užitečné a přínosné. Stupeň bezpečí hospitalizovaného pacienta byl ale téměř vždy hodnocen jako velmi dobrý nebo vynikající. V neakreditovaném zdravotnickém zařízení bylo celkově bezpečné prostředí hodnoceno hůře ve všech sledovaných oblastech. Z toho vyplývá, že jednoznačně bezpečnější pro pacienta je, vybrat si zdravotnické zařízení akreditované. Samozřejmě pro obě zařízení platí stejné zákony a povinnosti z toho vyplývající, ale v akreditovaném zdravotnickém zařízení jsou nastaveny kontrolní mechanismy a pravidelně se opakující akreditační šetření, které pobízí zdravotnické zařízení ke kontinuálnímu zvyšování kvality péče a hlavně ke stálému dodržování nastavených parametrů. Myslíme si, že správně nastavený kontrolní systém v netrestajícím prostředí, který preferuje proaktivní řešení chyb, zaměřuje se spíše na systémové chyby a neustále se snaží nežádoucím událostem předcházet tím, že aktivně eliminuje a upravuje činnosti, při kterých by mohlo k nějaké chybě dojít, je velký přínos pro zdravotnictví. Naše doporučení všem ještě neakreditovaným zdravotnickým zařízením je, aby se nebránily akreditaci. Je potřeba vědět, že je to sice zdánlivě více práce, ale jen zpočátku, než se podaří vše nastavit, jak má být. Pokud si všichni zúčastnění uvědomí, že je to přínos a hlavně ochrana jak pacienta, tak i zaměstnanců, tak to bude mít pozitivní efekt pro všechny. Potencionálním pacientům doporučujeme, aby si zjistili informace o akreditaci, aby se nebáli zapojit aktivně do zdravotní péče o sebe a o své blízké. A také, se ptali všech, kteří o ně pečují na činnosti, které se jich týkají. Mají na to právo vědět, co se jim děje nebo bude dít a mají právo o tom spolurozhodovat. Ať se nebojí, pokud nejsou spokojeni s přístupem zdravotníků, se ozvat a případně změnit zdravotnické zařízení.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit rozdíl v poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče hospitalizovaným pacientům v akreditovaném a neakreditovaném zdravotnickém zařízení. Z cíle vycházejí čtyři hypotézy. Výzkum byl prováděn pomocí dotazníkového šetření ve dvou zdravotnických zařízeních za použití standardizovaného dotazníku HSOPSC americké agentury AHRQ, který byl anonymní a jeho vyplnění dobrovolné. Vyhodnocením dotazníku v praktické části práce jsem potvrdila svoje hypotézy, které byly statisticky ověřeny, a cíl diplomové práce byl splněn.

V první hypotéze jsme předpokládali, že bude kultura prostředí lépe hodnocena v akreditovaném zdravotnickém zařízení. Hypotéza se potvrdila stejně jako druhá hypotéza, kde jsme předpokládali, že budou lépe hodnoceny interpersonální vztahy v akreditovaném zdravotnickém zařízení. Rozdíly mezi akreditovaným a neakreditovaným zařízením u těchto hypotéz nebyly výrazně vysoké, ale z vyhodnocení dotazníkového šetření jasně vyplynulo, že kultura prostředí i interpersonální vztahy jsou lépe hodnoceny v akreditovaném zdravotnickém zařízení. Ve třetí hypotéze jsme předpokládali, že frekvence hlášení nežádoucích událostí bude vyšší v akreditovaném zdravotnickém zařízení. Tato hypotéza se také potvrdila s výraznou převahou u hlášení jakýchkoli nežádoucích událostí, ale u hlášení pochybení, která by mohla poškodit pacienta, ale nepoškodila, byly rozdíly jen nepatrné s mírnou převahou akreditovaného zdravotnického zařízení. Z toho vyplývá, že v této oblasti k výraznému zlepšení vlivem akreditace stále nedošlo. V poslední čtvrté hypotéze jsme předpokládali, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení bude vyšší stupeň bezpečné péče o pacienta. Překvapivě v obou zdravotnických zařízeních hodnotí stupeň bezpečí jako velmi dobrý až vynikající. I tato hypotéza se potvrdila, ale ne s velkou převahou.

V teoretické části jsme se věnovali postupnému vývoji zvyšování bezpečí hospitalizovaných pacientů od historie ve světě až po současné trendy v naší republice. V úvodní části jsme se zmínili o historii kvality ve zdravotnictví ve světě a v České republice, dále jsem se věnovala hodnocení kvality, popsala jsem co je audit a indikátor kvality a řízení kvality, kde jsem zmínila co je akreditace, jak vznikla, co je nežádoucí událost, proč by se měla sledovat a hlásit, jaké jsou nejčastější nežádoucí události. Popsala jsem, nežádoucí události ve třech vyspělých zemích. Také jsme zmínili resortní

bezpečnostní cíle, jaké jsou a kdo je stanovil. Dále jsme se věnovali kultuře prostředí, komunikaci a týmové spolupráci.

Otázka bezpečnosti pacientů by měla mít nejvyšší prioritu pro všechna zdravotnická zařízení a pro všechny lidi pracující ve zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že hospitalizace ve zdravotnickém zařízení je obecně podle světových výzkumů nejrizikovější činnost, je naprosto nevyhnutelné a nutné zabývat se snižováním tohoto rizika na všech úrovních zdravotnictví. Domníváme se, že zvyšování kvality bezpečné péče o pacienta je nepřetržitý a nikdy nekončící proces. Akreditace je vhodný nástroj k udržení bdělosti všech pracovníků zdravotnického zařízení. Periodicky opakovaná akreditační šetření neustále pobízí ke stálému zvyšování již nastavené kvality. Troufáme si tvrdit, že pokud není nastavený kontrolní systém, který je pravidelně prověřován, tak požadovaná kvalita časem poklesne a bezpečí pacientů obecně se dostane do stavu ohrožení. Závěrem bychom proto chtěli říct, že akreditované zdravotnické zařízení je rozhodně pro pacienta bezpečnější variantou.

Seznam použité literatury

1. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2016. *About AHRQ Programs*: [online]. [cit. 2017-02-05].
Dostupné z:
https://www.ahrq.gov/programs/index.html?search_api_views_fulltext=&field_program_topics=14174
2. ALSWAT, K. et al., 2015. *Improving Patient safety culture in Saudi Arabia (2012-2015): Trending, improvement, and benchmarking*. BMC Health Serv Res. 2017 Aug 2;17(1):516. doi: 10.1186/s12913-017-2461-3. [online]. [cit. 2018-02-08].
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28764780>
3. ANRADE, L. et al., 2018. *Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management*. Cien Saude Colet. 2018 Jan;23(1):161-172. doi: 10.1590/1413-81232018231.24392015. [online]. [cit. 2018-02-08].
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29267821>
4. ARRIETA, A., SUÁREZ, G., HAKIM, G., 2017. *Assesment of Patient safety culture in private and public hospitals in Peru*. Int J Qual Health Care. 2017 Dec 8. doi: 10.1093/intqhc/mzx165. [Epub ahead of print]. [online]. [cit. 2018-02-08].
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29228295>
5. ARMSTRONG, M., 2007. *Řízení lidských zdrojů: Nejnovější trendy a postupy*. 10 vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 800 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
6. CETLOVÁ L., DRAHOŠOVÁ, L., TOČÍKOVÁ, I., 2012. *Hodnotící a měřící škály pro nelékařské profese*. 1. vydání. Jihlava. Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012. 122 s. ISBN: 978-80-87035-45-0.
7. CETLOVÁ, L., 2009. *Management mimořádných událostí v Nemocnici Havlíčkův Brod*. In: Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien III. Zborník z medzinárodného sympózia. UKF: Nitra, 2009. 170 s. ISBN 978-80-8094-554-1.
8. CETLOVÁ, L., 2009. Akreditace je nekonečný příběh. Zdravotnické noviny. 2009, roč. 58, č. 21, s. 324–325. ISSN 0044–1996.

9. ČESKÁ SPOLEČNOST PRO AKREDITACI VE ZDRAVOTNICTVÍ, 2012. [online]. [cit.2018–01-22].
Dostupné z: <http://www.csaz.cz>
10. ČESKÝ INSTITUT PRO AKREDITACI, o.p.s., 2015. [online]. [cit.2018–01-16].
Dostupné z: <http://www.cia.cz/akreditace.aspx>
11. DAS FEHLERBERICHTS-UND LERNSYSTEM, IN DEM IHRE MELDUNG ZÄHLT - MACHEN SIE'S SICHER!, 2012. [online]. [cit.2018–01-16].
Dostupné z: <http://www.cirsmedical.at>
12. DEBATIN, J., EKKERNAMP, A., SCHULTE, B., TECKLENBURG, A., 2015. *Krankenhausmanagement: Strategie, Konzepte, Methoden*. 2. vydání. MWV. 782 s. ISBN 978-395-46-6146-6.
13. DENT, J., HARDEN, R., 2013. *Practical Guide for Medical Teachers*. Eselvier Health Sciences. 4. vydání. 448 s. ISBN 978-07-0205-467-9.
14. DRASTICH, M., 2011. *Systém managementu bezpečnosti informací*. Grada Publishing, a.s., 128 s. ISBN 978-80-247-76-163.
15. EVROPSKÁ UNIE, 2005. Luxembourg Declaration on Patient Safety. In: *European Commission*. European Commission, 2005. [online]. [cit. 2018-01-01].
Dostupné z:
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
16. FILKA, J., 2010. Systém řízení nežádoucích událostí. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2010, roč. 4, č. 2, s. 125-128. ISSN 1801–0261.
17. FISCHER, M., SCOTT, M., 2013. *Patient Safety and Managing Risk in Nursing*. Learning Matters. 200 s. ISBN 978-144-6296-30-1.
18. GLUYAS, H., MORRISON, P., 2013. *Patient Safety: An Essentiale Guide*. Palgrave Macmillan. 184 s. ISBN 978-113-731-63-25.
19. HALA, A., SABER, A., SABER, K., 2011. *A Baseline Assessment of Patient Safety Culture among Nurses at Student University Hospital*. Department of Nursing Administration, Faculty of Nursing World Journal of Medical Sciences 6 (1): 17-26, 2011. ISSN 1817-3055 © IDOSI Publications, A Baseline Assessment of Patient Safety Culture among Nurses at Student University Hospital, Alexandria University, Alexandria, Egypt.

20. HOLMEROVÁ, I. a kol., 2015. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Grada Publishing, a.s., 2015. 176 s. ISBN 978-80-247-5923-4.
21. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech*. Evidence Based Nursing. Grada Publishing a.s., 2014. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
22. JAROŠOVÁ, D. a kol., 2016. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Grada Publishing, a.s., 2016. 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.
23. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Grada Publishing, a.s., 2007. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
24. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Grada Publishing, a.s., 2008. 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
25. KAFKA, T., 2009. *Průvodce pro interní audit a risk management*. Nakladatelství C H Beck, 2009. 167 s. ISBN 978-80-740-0121-5.
26. KALVACHOVÁ, M., 2010. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví*. In: Portál kvality [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, [cit. 2017-11-18].
Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/doporuceni-rady-eu_2837_29.html
27. KAZIMOUR, I., 2017. *Historie zdravotnictví*. E-knihy jedou, 2017. 450s. ISBN 978-80-751-2758-7.
28. KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V., 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-290-8.
29. MARX, D., Vlček, F., 2009. *Průvodce akreditačním šetřením Spojené akreditační komise, o.p.s. v nemocnicích a zařízeních akutní péče*. 2. vydání. [online].[cit. 2018-02-03].
Dostupné z:
[http://www.sakcr.cz/get_file.php?file=./admin/upload/download/pruvodce nemocnice](http://www.sakcr.cz/get_file.php?file=./admin/upload/download/pruvodce_nemocnice)

30. MICHALÍKOVÁ, P., 2012. *Komunikace mezi zdravotnickým personálem*. [online]. [cit. 2017-09-02]. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství.
Dostupné z:
https://is.muni.cz/th/358944/lf_b/Michalikova_Petra-bc_prace_final.pdf.
31. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 176 s. ISBN 978-80-247-1443-1.
32. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2017. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb v ČR*. [online]. [cit. 2017-10-05].
Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_10555_3293_29.html
33. MULTIMEDIÁLNÍ MANAŽER PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE, 2017. Hodnotící škály. [online]. [cit.2018–01-17].
Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>
34. NÁRODNÍ AUTORIZAČNÍ STŘEDISKO PRO KLINICKÉ LABORATOŘE, 2015. [online]. [cit.2018–01-17].
Dostupné z <http://www.naskl.cz/audity-klinickych-laboratori>
35. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. 2014. *European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; [online]. [cit.2018–01-17].
Dostupné z <http://www.npuap.org>
36. ODBOR ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB, 2010. Resortní bezpečnostní cíle. *Portál kvality a bezpečí*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010 [cit.2018-01-18].
Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/doporuceni_764_2922_29.html

37. PATIENT SAFETY TAKES THE FRONT SEAT, 2017. [online].
[cit.2018–01-16].
Dostupné z:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/health/patient-safety-summit-2017.html>
38. PATIENT SAFETY, 2010. [online]. [cit.2018–01-16].
Dostupné z:
<https://www.england.nhs.uk/five-year-forward-view/next-steps-on-the-nhs-five-year-forward-view/patient-safety>
39. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
40. PODSTATOVÁ, R., 2017. *Hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb lůžkové zdravotní péče*. [online]. [cit.2018–01-18]
Dostupné z:
http://www.csaz.cz/dokumenty/Hodnotici_standardy_a_ukazatele_kvality_a_be_zpeci-2017.pdf
41. POKORNÁ, A., 2017. *Centrální systém hlášení nežádoucích událostí – Metodika nežádoucích událostí pád*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D., 2017, strana 5. [online]. [cit.2018–01-18].
Dostupné z: <http://shnu.uzis.cz>
42. RAEISSI, P., REISI, N., NASIRIPOUR, A., 2015. *Assessment of Patient Safety Culture in Iranian Academic Hospitals: Strengths and Weaknesses*. *J Patient Saf.* 2015 Jul 17. [Epub ahead of print]. [online]. [cit. 2018-02-08].
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26192488>.
43. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE ČESKÉ REPUBLIKY, 2010. *Spojená akreditační komise, o.p.s.* [online]. [cit.2018–01–18].
Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>.
44. SYSTÉM HLÁŠENÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ, 2016. [online]. [cit.2018–01-18].
Dostupné z: <http://shnu.uzis.cz/index.php?pg=home--informace-o-shnu>

45. SVOBODNÍK, P., 2009. *Management pro zdravotníky v kostce*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-498-6.
46. SVOBODOVÁ, D., 2012. Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR. *Florence*, roč. 2012, č. 6, s. 28-34. ISSN 1801-464X.
47. SZO, 2011. *Bezpečí pacientů – příručka k osnově: multiprofesní edice*, 2011. ISBN 978-92-4-150195-8.
48. ŠKRLA, P., 2007. *PŘEDEVŠÍM NEUBLÍŽIT: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: NCO NZO, 2007. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
49. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení zdravotnických rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
50. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Grada Publishing a.s., 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
51. TÜV SÜD CZECH, 2012. [online]. [cit.2018–01-16].
Dostupné z:
<https://www.tuv-sud.cz/cz-cz/cinnosti/audit-a-certifikace-systemu/certifikace-systemu-managementu-kvality-dle-iso-9001>
52. ÚŘEDNÍ VĚSTNÍK EVROPSKÉ UNIE, 2009. *Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C 151/01* [online]. Lucemburk: Rada Evropské unie. 2009. [cit. 2017-11-18].
Dostupné z:
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_cs.pdf.
53. U.S. DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS, 2018. [online]. [cit. 2018-02-08].
Dostupné z: <https://www.va.gov>
54. VÉVODA, J. a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Grada Publishing, a.s., 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-8662-9.
55. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing, a.s., 2013. 104 s. ISBN 978-80-247-8789-3.
56. VENGLÁŘOVÁ, M., MÁHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 978-80-247-6818-2.

57. VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2015. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb ze dne 26. Října 2015. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2015, částka 16, s. 2-14. ISSN 7601-5016.
58. VĚSTNÍK MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2016. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče ze dne 20. Července 2016. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2016, částka 7, s. 2-14. ISSN 7601-6007.
59. VILÍMOVSKÝ, M., 2015. *Dekubity (proleženiny), jejich příčiny a léčba*. [online]. [cit.2018-01-18].
Dostupné z:
<https://cs.medlicker.com/848-dekubity-prolezeniny-jejich-priciny-a-lecby>.
60. VOLENÍKOVÁ, K., 2014. *Hodnocení kultury bezpečí ve vybraných nemocnicích Ústeckého a Libereckého kraje*. [online]. [cit. 2017-09-02].
Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
Dostupné z: <https://theses.cz/id/ip63uz>
61. VYHLÁŠKA č. 102/2012 Sb., ze dne 30. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1737 – 1745. ISSN 1211-1244.
62. WORLD HEALTH ORGANIZATIONS, 2016. [online]. [cit.2018-01-16].
Dostupné z: <http://www.who.int/features/qa/health-emergencies-programme/en/>
63. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing, a.s., 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-9238-0.
64. ZÁKON č. 372/2011 Sb., *Zákon o zdravotních službách*.
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast9>

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Počty dotazníků vrácených ke zpracování

Tabulka č. 2: Pozorované četnosti odpovědí na dotaz zda nadřízený zvažuje návrh personálu

Tabulka č. 3: Pozorované četnosti po provedené rekatégorizaci odpovědí na dotaz zda nadřízený zvažuje návrh personálu

Tabulka č. 4: Pozorované četnosti odpovědí na dotaz zda bude personál otevřeně hovořit o negativech, která mohou ovlivnit péči o pacienta

Tabulka č. 5: Pozorované četnosti odpovědí na dotaz zda oddělení nemocnice dobře spolupracují

Tabulka č. 6: Pozorované četnosti po provedené rekatégorizaci odpovědí na dotaz zda oddělení nemocnice dobře spolupracují

Tabulka č. 7: Pozorované četnosti odpovědí na dotaz zda se k sobě chovají zaměstnanci s respektem

Tabulka č. 8: Pozorované četnosti po provedené rekatégorizaci odpovědí na dotaz zda se k sobě chovají zaměstnanci s respektem

Tabulka č. 9: Pozorované četnosti Frekvence hlášení nežádoucích událostí

Tabulka č. 10: Pozorované četnosti po provedení rekatégorizace Frekvence hlášení nežádoucích událostí

Tabulka č. 11: Pozorované četnosti odpovědí na dotaz zda se aktivně dělají opatření, pro zvýšení bezpečí pacienta

Tabulka č. 12: Pozorované četnosti po provedené rekatégorizaci odpovědí na dotaz zda se aktivně dělají opatření pro zvýšení bezpečí pacienta

Tabulka č. 13: Pozorované četnosti kategorií podle zachování bezpečí pacienta.

Graf 1: Vzájemná podpora zaměstnanců

Graf 2: Dostatek personálu

Graf 3: Spolupráce v týmu

Graf 4: Respekt na oddělení

Graf 5: Delší doba práce než je dobré pro pacienta

Graf 6: Aktivní opatření pro bezpečí pacienta

Graf 7: Využívání agentur /dočasného personálu

Graf 8: Používání chyb proti personálu

Graf 9: Chyby vedoucí k pozitivním změnám

Graf 10: Náhoda, že nejsou vážné chyby

Graf 11: Vzájemná výpomoc při zaneprázdnění

Graf 12: Při hlášení nežádoucí události je popisována hlásící osoba

Graf 13: Změny a jejich vyhodnocení pro zlepšení bezpečí pacienta

Graf 14: Práce v krizovém režimu

Graf 15: Zanedbání bezpečí pacienta pro udělení více práce

Graf 16: Obava personálu, aby chyby nebyly vedeny v jejich osobním spisu

Graf 17: Problémy s bezpečím pacienta

Graf 18: Postupy a systém práce dobré v předcházení chyb

Graf 19: Chvála nadřízeného

Graf 20: Nadřízený zvažuje návrhy personálu

Graf 21: Požadavky na rychlejší práci na úkor kvality

Graf 22: Přehlížení opakovaných problémů týkajících se bezpečí nadřízeným

Graf 23: Zpětná vazba o změnách

Graf 24: Personál bude otevřeně hovořit o negativech

Graf 25: Informace o chybách na oddělení

Graf 26: Strach personálu vyslovit pochybnosti

Graf 27: Diskuze na oddělení, jak předcházet chybám

Graf 28: Obavy klást otázky, v případě, že něco není správně

Graf 29: Hlášení chyby odhalené dříve než by poškodila pacienta

Graf 30: Hlášení chyby, která nepoškodí pacienta

Graf 31: Hlášení chyby, která by mohla poškodit pacienta, ale zatím nepoškodila

Graf 32: Kategorie podle zachování bezpečí pacienta

Graf 33: Management nemocnice zajišťující prostředí podporující bezpečí pacienta.

Graf 34: Nedobrá spolupráce mezi odděleními nemocnice

Graf 35: Ztráta informací při překladi pacienta

Graf 36: Dobrá spolupráce mezi odděleními

Graf 37: Ztráta informací o pacientovi během střídání služeb

Graf 38: Nepříjemná práce s personálem z jiných oddělení nemocnice

Graf 39: Problémy v předávání informací

Graf 40: Pro vedení nemocnice je bezpečí pacientů nejvyšší prioritou

Graf 41: Zájem vedení nemocnice o bezpečí pacienta jen při nežádoucí události

Graf 42: Dobrá spolupráce mezi odděleními pro nejlepší péči o pacienta

Graf 43: Problémy se změnami služeb pro pacienty

Graf 44: Počet hlášení nežádoucích událostí

Graf 45: Délka zaměstnání v nemocnici

Graf 46: Délka zaměstnání na současném pracovišti / oddělení

Graf 47: Délka týdenní pracovní doby

Seznam zkratek

CIRS - Critical Incident Reporting System

ČIA - Český institut pro akreditaci o.p.s.

ČR - Česká republika

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

IAD - dermatitis spojená s inkontinencí

JCAHO - Joint Commission Accreditation of Health Care Organization

JCIA - Joint Commission Accreditation

MZČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NASKL - Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře

NHS - The National Health Service

NRLS - The National Reporting and Learning System

RBC - resortní bezpečnostní cíl

SAK - Spojená akreditační komise

SHNU - systém hlášení nežádoucích událostí

SZO - Světová zdravotnická organizace

USA - United States of America - Spojené státy americké

WHO - World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha č. 1: Standardizovaný dotazník kultury bezpečí Hospital Survey on Patient Safety Culture originál

Příloha č. 2: Standardizovaný dotazník kultury bezpečí Výzkum o bezpečí pacienta česká verze

Příloha č. 3: Žádost o povolení k použití standardizovaného dotazníku

Příloha č. 4: Povolení k použití standardizovaného dotazníku originál

Příloha č. 5: Povolení k použití standardizovaného dotazníku překlad

Příloha č. 6: Souhlas s výzkumem v Zdravotnickém zařízení A

Příloha č. 7: Souhlas s výzkumem v Zdravotnickém zařízení B