

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Kvalita a bezpečnost poskytované péče
v akreditovaných zdravotnických zařízeních**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Petr Slabý, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. David Rezničenko, MHA

Jihlava 2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Petr Slabý, DiS
Studijní program:	Specializace ve zdravotnictví
Obor:	Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví
Název práce:	Kvalita a bezpečnost poskytované péče v akreditovaných zdravotnických zařízeních
Cíl práce:	Zjistit kvalitu a bezpečnou ošetrovatelskou péči ve zdravotnických zařízeních akreditovaných u SAK, o.p.s. a ČSAZ s.r.o.

Mgr. David Rezničenko, MHA
vedoucí diplomové práce

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

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá kvalitou a bezpečnou zdravotní péčí v akreditovaných zdravotnických zařízeních. Hlavní součástí práce jsou okruhy zabývající se kvalitou a kulturou bezpečí pacientů, odhalení témat a vysvětlení pojmů jako například akreditace, rezortní bezpečnostní cíle, bezpečnost práce, kultura bezpečí. Hlavním cílem práce bylo v praktické rovině zmapovat čtyři akreditovaná zdravotnická zařízení. Dvě zdravotnická zařízení, která jsou akreditovaná u společnosti Spojená akreditační komise, (SAK) a dvě zdravotnická zařízení, která jsou akreditovaná u společnosti Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví (ČSAZ) s cílem komparovat obě společnosti a zároveň ověřit kvalitu péče napříč vybranými poskytovateli lůžkové zdravotní péče. Výzkumným vzorcem byli čtyři akreditovaní poskytovatelé zdravotní lůžkové péče. Rozmístění výzkumného šetření bylo ve třech krajích České republiky, a to Jihočeský kraj, Kraj Vysočina a Středočeský kraj. Pomocí anonymního standardizovaného dotazníku jsme zjišťovali rozdíly například v nastavení kultury bezpečí u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče, dále rozdíly v oblasti hlášení nežádoucích událostí, a to s vazbou na spektrum poskytované péče, rozdíly v oblasti bezpečnosti pacientů u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče a v neposlední řadě významné rozdíly v oblasti komunikace u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče.

Klíčová slova

Akreditace; Kvalita a bezpečí; Ošetřovatelství; Rezortní bezpečnostní cíle.

Abstract

This diploma thesis deals with the quality and safety of healthcare in four selected accredited health facilities. The main parts of the thesis explore the quality and the culture of patient safety, and delimit the concepts such as accreditation, departmental safety objectives, workplace safety, and safety culture. The central aim of the thesis was to investigate the workings of the four accredited health facilities in praxis; two of these facilities were accredited by the SAK and the remaining two had their accreditations granted by the Česká akreditační společnost ve zdravotnictví (ČSAZ). Additionally, the thesis compares both institutions and assesses the quality of healthcare of the selected providers of inpatient care. Four accredited providers of inpatient care became the central areas for this study. The research focused on three regions of the Czech Republic where the four health facilities under examination are located; namely, the South Bohemian Region, Vysočina Region and the Central Bohemian Region. The research was carried out in form of an anonymous standardized questionnaire which inspected the following: firstly, the differences in the settings of culture safety by the addressed providers of inpatient care; secondly, the differences in reporting unwanted events in association with the spectre of provided care; thirdly, the differences in the patient safety by the addressed providers of inpatient care; and last but not least, the significant differences in communication by the providers of inpatient care.

Key words

Accreditation; Quality and safety; Healthcare; Departmental safety objectives.

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracoval jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil 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.

Byl jsem seznámen 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 vědom 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 27. dubna 2019

.....
Podpis studenta

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Davidu Rezničenkovi, MHA za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé diplomové práce. Všem respondentům, kteří se ochotně zúčastnili dotazníkového šetření, děkuji za vstřícné jednání. Zvláštní poděkování patří rodině za trpělivost.

Obsah

Úvod.....	13
Motivace	14
Cíl práce	14
1 Současný stav problematiky.....	15
1.1 Kvalita a bezpečnost poskytované zdravotní péče.....	17
1.2 Rezortní bezpečnostní cíle	19
1.2.1 Kvalita ošetrovatelství a ošetrovatelské péče	21
1.3 Bezpečnost a ochrana zdraví při práci (BOZP).....	27
1.3.1 Prevence BOZP.....	28
1.3.2 Bezpečnost v ošetrovatelské péči	29
1.4 Bezpečí a bezpečná péče o pacienty	30
1.4.1 Firemní kultura	30
1.5 Hodnocení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče v ČR	32
1.5.1 Mezinárodní situace v kvalitě a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb	34
1.5.2 Akreditace v České republice	34
2 Výzkumná část.....	39
2.1 Cíle výzkumu a hypotézy	39
2.2 Metodika výzkumu.....	40
2.3 Průběh výzkumu.....	42
2.4 Zpracování získaných dat.....	43
2.5 Charakteristika respondentů.....	44
2.6 Výsledky výzkumu.....	51
3 Diskuze.....	69
Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	80
Závěr	81
Seznam použité literatury	83
Seznam příloh	90
Příloha A - Dotazník	90
Příloha B - Žádost o povolení dotazníkového šetření.....	95

Seznam tabulek

Tabulka 1 Přímá interakce mezi zdravotnickým personálem a pacienty.....	50
Tabulka 2 A1 Pracovníci podporují jeden druhého na tomto oddělení	51
Tabulka 3 A2 Máme dostatek pracovníků na zvládnutí pracovní náplně.....	52
Tabulka 4 A8 Personál má pocit, že jejich chyby/omyly jsou používány proti nim	52
Tabulka 5 A9 Chyby/ omyly personálu vedou k pozitivním změnám	53
Tabulka 6 A17 Na našem oddělení máme problémy s bezpečností pacienta.....	53
Tabulka 7 B1 Můj vedoucí pochválí, když vidí, že práce je provedená podle stanovených pravidel pro bezpečnost pacienta	54
Tabulka 8 B2 Můj vedoucí seriózně zvažuje návrhy personálu na zlepšení bezpečnosti pacienta	54
Tabulka 9 Hodnoty testového kritéria jednotlivých otázek testované hypotézy č. 1	55
Tabulka 10 C1 Dostáváme zpětnou informaci o změnách, které byly provedeny na základě hlášení nežádoucích událostí	56
Tabulka 11 C2 Personál bude otevřeně a nahlas mluvit o tom, když vidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta	56
Tabulka 12 C3 Jsme informovaní o chybách/omylech, které se stanou na tomto oddělení	57
Tabulka 13 C4 Personál se nebojí zeptat nadřízených ohledně jejich rozhodnutí nebo konání.....	57
Tabulka 14 C5 Na oddělení diskutujeme o možnostech prevence opakujících se chyb	58
Tabulka 15 C6 Personál se bojí klást otázky v případě, že něco se nezdá být správné..	58
Tabulka 16 Hodnoty testového kritéria jednotlivých otázek testované hypotézy č. 2 ...	59
Tabulka 17 D1 Jak často je hlášena chyba, která když se stane, je odhalena i napravená dříve, než by poškodila pacienta.....	60
Tabulka 18 D2 Jak často je hlášena chyba, která když se stane, neublíží pacientovi.....	60
Tabulka 19 D3 Jak často je hlášena chyba, která když se stane, mohla by ublížit, ale neublížila pacientovi?	61
Tabulka 20 Hodnoty testového kritéria jednotlivých otázek testované hypotézy č. 3 ...	61
Tabulka 21 E1 Přiřaďte stupeň bezpečnosti pacienta na Vašem pracovišti/oddělení v této nemocnici.....	62
Tabulka 22 F1 Management nemocnice vytváří takovou pracovní atmosféru, která podporuje bezpečnost pacienta	62

Tabulka 23 F2 Nemocniční oddělení nespolupracují dobře mezi sebou	63
Tabulka 24 F3 Informace o pacientovi „záhadně mizí“ při převozu pacienta z jednoho oddělení na druhé.....	63
Tabulka 25 F4 Je dobrá spolupráce mezi nemocničními odděleními, které potřebují spolupracovat	64
Tabulka 26 F5 Během střídání služeb se „ztrácejí“ důležité informace týkající se péče o pacienta	64
Tabulka 27 F6 Je často nepříjemné pracovat s personálem z jiných oddělení	65
Tabulka 28 F7 Často se vyskytují problémy při výměně informací mezi odděleními nemocnice	65
Tabulka 29 F8 Konání managementu nemocnice svědčí o tom, že bezpečnost pacientů je nejvyšší prioritou	66
Tabulka 30 F9 Management nemocnice se zajímá o bezpečnost pacientů, až když vznikne nežádoucí událost.....	66
Tabulka 31 F10 Oddělení nemocnice spolupracují velmi dobře s cílem zajistit co nejlepší péči o pacienta	67
Tabulka 32 F11 Změny služeb jsou problematické pro pacienty v této nemocnici.....	67
Tabulka 33 : Hodnoty testového kritéria jednotlivých otázek testované hypotézy č. 4 .	68

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů dle zdravotnického zařízení	44
Graf 2 Věkové skupiny respondentů dle zdravotnického zařízení	45
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů dle zdravotnického zařízení	45
Graf 4 Délka praxe respondentů dle zdravotnického zařízení	46
Graf 5 Délka pracovního poměru respondentů dle zdravotnického zařízení.....	47
Graf 6 Délka pracovního poměru na současném pracovišti/ oddělení respondenta dle zdravotnického zařízení	48
Graf 7 Počet odpracovaných hodin týdně respondentem dle zdravotnického zařízení ..	49
Graf 8 Pracovní zařazení respondenta dle zdravotnického zařízení	50

Seznam použitých zkratek

ASQ1	Americká společnost pro jakost
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČR	Česká republika
ČSAZ	Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví s.r.o.
EU	Evropská unie
HAI	HAI infekce spojené se zdravotní péčí
ISO norma	Specifické požadavky na systém managementu kvality
ISQua	The International Society for Quality in Health Care
JCAHO	Joining Commission on Accreditation of Health Care Organizations
KOP	Kvalita očima pacientů
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
RBC	Resortní bezpečnostní cíle
RESP.	Respondent
SAK	Spojená akreditační komise o.p.s.
TJ.	Taky jiné
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace/World Health Organization

Úvod

Zdravotnictví je základní, nezastupitelná stavební jednotka pro správné fungování státu. V České republice se tento resort řadí do bezpečnostní struktury. Ve zdravotnickém systému se stále více klade důraz na kvalitní a bezpečnou zdravotní péči. Zdraví je vedeno jako nejvyšší možná hodnota každého člověka. Jak je ve všeobecné rovině známo, kvalitní a bezpečná zdravotní péče reflektuje vyspělou společnost. Sledování kvality a bezpečí se již dávno netýká pouze technických oborů, ale i zdravotního systému. Kvalita a bezpečnost proniká hlouběji do myslí profesionální i laické společnosti. Hypotetickou otázkou však je, zda všichni, co kvalitu a bezpečnost vyžadují sami, vědí, jakým způsobem ji sledovat a náležitě hodnotit. Pro diplomovou práci byly zvoleny dvě společnosti, které kvalitu a bezpečnou péči o hospitalizované pacienty sledují již několik let. Cílem výzkumného šetření bylo tyto akreditační společnosti komparovat. Z praxe vychází, že bezpečná péče o pacienty snižuje riziko nežádoucích událostí spojených s poskytováním zdravotní péče na akceptovatelné minimum (Bártlová, 2005).

Bezpečnost v rozdílných oblastech lidské činnosti je považována za široký pojem a je jí přisuzován různý význam. Je důležitým pojmem bezpečnostního názvosloví a často bývá spojována s obecnou mluvou. Mezi základní pojmy pro kontinuální zvyšování kvality a bezpečí patří: transparentnost, otevřenost, vhodná organizační struktura, kvalitní pracovní podmínky a prostředí, reformované vzdělávání personálu. Při plnění těchto struktur lze hovořit o kultuře bezpečí (Kotter, 2009).

Pacienti mají v dnešní době zájem o kvalitní a bezpečnou péči v době, kdy jsou ošetřováni, léčeni a hospitalizováni a vystavují tak zdravotníky pod drobnohled svého zájmu. Pacient má právo vybrat si zdravotnické zařízení, ve kterém bude například hospitalizován, léčen nebo operován. Již v minulosti se v ošetrovatelství stalo trendem zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče, současnost vyžaduje kultivované, kvalitní a bezpečné nemocnice, které prošly akreditačním šetřením a jejich management i personál dodržuje indikátory kvality dle akreditačních standardů jako součást správného vedení ošetrovatelského procesu.

Motivace

K volbě tématu „Kvalita a bezpečná zdravotní péče v akreditovaných zdravotnických zařízeních“ mě vedla motivace zjistit, jakým způsobem a jak kvalitně jsou vybraná zdravotnická zařízení akreditována dvěma různými společnostmi zabývajícími se akreditačním šetřením. Zda akreditovaní poskytovatelé zdravotních lůžkových služeb dodržují standardy léčebné a ošetrovatelské péče, uplatňují ošetrovatelský proces, splňují indikátory kvality, řídí se kulturou a bezpečím v péči o pacienta. Oblast kvality a bezpečí je vysoce aktuální nejen v České republice, ale je i záležitostí celosvětovou. Toto téma je součástí moderního zdravotnictví 21. století. Svou profesionální kariéru jsem začínal u zaměstnavatele, který byl tehdy s akreditací ještě takzvaně „v plenkách“. Nyní pracuji u zdravotnické instituce, která není akreditována a neprošla akreditačním šetřením. Je profesně zajímavé pozorovat, jaký kus cesty můj první zaměstnavatel ušel od první akreditace, jaké se udály změny. S akreditací přišla pravidla a byl nastolen řád. Díky tvrdé, profesionální práci všech zaměstnanců, dodržování standardů, indikátorů kvality a rezortních bezpečnostních cílů nabrala akreditovaná zdravotnická zařízení lůžkového typu správný směr k moderní, bezpečné medicíně s cílem zajistit tu nejlepší a nejkvalitnější možnou zdravotní péči pro pacienta v České republice.

Cíl práce

Cíl práce je zjistit kvalitu a bezpečnou ošetrovatelskou péči ve zdravotnických zařízeních akreditovaných u SAK a ČSAZ.

1 Současný stav problematiky

Již řecký filozof Aristoteles ve spojitosti se smyslovým vnímáním označil jakost neboli kvalitu (latinsky Quality) jako relativní pojem, který odpovídá na otázku, jaká je vlastnost určité věci. Definice kvality se vyskytuje v mnoho naučných výkladových slovnících s občasnými drobnými obměnami. Často je brána jako vnímající subjekt, který je podmíněn okolnostmi. Podle Americké společnosti pro jakost, American Society for Quality (ASQ1), však nelze najít všeobecně platnou definice tohoto pojmu (Nenadál a kol., 2011).

Kvalita a jakost jsou pomyslnými branami v organizační struktuře podniku. Význam slova jakost je využíván především v oblasti výroby ve spojitosti s výrobky. Kvalita a jakost jsou slova podobného významu (Imler, 2008).

V ostatních oblastech organizačního řízení je celá řada definic a výrazů pro jakost a kvalitu. Jsou-li brány v úvahu specifické požadavky na systém managementu kvality ISO norma 9001, musí se kvalita stupňovat souborem určitých závazných znaků do splnění požadavků. Tam jsou požadavky podle normy rozděleny na očekávané a závažné. Pokud jsou vlastnosti výrobku či služby pozitivní, znamená to, že nesou známku kvality nebo jakosti. V řízeném systému je pojem kvalita projektován do systému řízení a zákazník je finálním spotřebitelem, který ohodnotí požadované standardy, popřípadě normy (Blecharz, 2015).

Pojem kvalita má v historii dlouhou tradici. Tedy i ve zdravotnictví kvalita obecně znamená nepřítomnost vad, uspokojení zákazníka, bezporuchový chod nebo děláni správné věci správným způsobem (Válková, 2015).

Svobodová (2013) na druhou stranu pojímá kvalitu jako vlastnost věci, kterou lze jen obtížně hodnotit. Vše je závislé na schopnosti a úsudku hodnotitele. Ve zdravotnickém systému je to kompendium výsledků získaných v oblasti prevence, diagnostiky a léčby. Kvalitu lze také určit jako stupeň dodržení určitých požadavků (Svobodová, 2013).

V posledních dvou desetiletích je možnost setkat se s výrazy, jako jsou například kvalita ve zdravotnictví, kvalita poskytovaných zdravotních služeb, kvalita poskytované zdravotní péče. V západních zemích a zemích Evropské unie (EU) je automatickou součástí zdravotnických reforem hodnocení kvality v péči o pacienta i hodnocení kvality zdravotnického zařízení samotného. Každý stát si nastavuje své koncepty

v oblasti kvality sám na základě sociokulturního prostředí. Kvalita poskytované zdravotní péče má přímou souvislost se zástupci vlády, politiky, tvůrci zákonů, kteří ovlivňují procesy ve zdravotnictví, zástupci zdravotnických zařízení a samotnými zdravotnickými pracovníky. Mezi tyto skupiny se také řadí obyvatelstvo a v neposlední řadě pacienti samotní. Nynější zdravotnický koncept kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče je zaměřen na pozorování cílů pomocí výkonosti a kvality. S tím je zákonitě spojeno prostředí, ve kterém je zdravotní péče vykonávána. Škrla, Škrlová (2008) ve své publikaci upozorňují také na silný vliv prostředí, ve kterém se pacient léčí, a zdůrazňují jeho nezastupitelnou roli. Je kladen důraz na poskytovatele zdravotní péče jako na ty, kteří mají povinnost pacientovi zajistit kvalitní, účinnou, ekonomicky odpovídající, vysoce odbornou a kvalifikovanou péči. Je nezbytné, aby se zdravotnická zařízení směřovala k akreditaci či certifikaci. Smyslem těchto kroků je zavádět, udržovat a kontinuálně zvyšovat kvalitu a bezpečí zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních. To však vyžaduje hluboké a zásadní zásahy do struktury podniku, zásahy do provozu organizace, financování a řízení. Nezbytné je brát problematiku komplexně. Porozumět změnám v zavádění a udržování kvality a bezpečí, docílit národní a mezinárodní standardizace kvality. Tento proces je přínosný a nezbytný. K tomu dopomáhají strukturální a profesní standardy (Škrla, Škrlová, 2008).

Při tvorbě a zpracování metodiky je nutné využít pozorování zejména objektivním, měřitelným způsobem. Při poskytování kvalitní zdravotní péče musí být péče snadno zjištělná, měřitelná, vyhodnotitelná a mít schopnost interpretovat své výsledky měření. Kvalita ve zdravotnictví je v podstatě soubor jednotlivých procesů ve stupňování kvality poskytovaných služeb s cílem zlepšit pacientův zdravotní stav nebo mu navrátit plné zdraví a současně zintenzivnit kvalitu života a spokojenosti u občanů státu. Cíle systému kvality ve zdravotní péči jsou v tvorbě postupů, ve sběru a analýze dat a informací, zpracování a implementaci standardů do praxe a také ve zhodnocení dosažených výsledků. V cílové rovině se hodnotí krátkodobé a dlouhodobé výsledky. Kvalita poskytované zdravotní péče není absolutní nýbrž relativní, proto je na místě snaha ji kontinuálně zvedat a zlepšovat (Válková, 2015).

1.1 Kvalita a bezpečnost poskytované zdravotní péče

V roce 1966 viděla Světová zdravotnická organizace (WHO) kvalitu poskytované zdravotní péče jako souhrn výsledků v oblasti prevence, diagnostiky a léčby u obyvatelstva podle vědy a stávající praxe. WHO formulovala direktiva, která ve vývoji strategií a v bezpečnosti péče o pacienta definují kvalitu jako co nejefektivnější saturaci zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u těch lidí, kteří postrádají pomoc, v té největší míře, bez plýtvání a s nejvyšší možnou úrovní péče. Na kvalitu poskytování zdravotních služeb lze pohlížet třemi směry. Kvalita z pohledu pacienta, dále kvalita řízení managementu a v neposlední řadě odborná kvalita poskytovaných služeb. Úkoly, které je na základě stanovení WHO nutné dodržet a vnést do zdravotnických systémů, jsou: podpora role klientů a spotřebitelů zdravotní péče. Řízení a hodnocení zdravotnických pracovníků a zdravotních služeb. Lokální zakomponování standardů a závazných norem. Vznik činnostních týmů, které spolupracují na řešení problémů kvality (Válková, 2015).

Zdravotnická zařízení jsou určena pro pacienty, pro pomoc, léčbu a zároveň pro zdravotnický personál, kterému poskytuje pracovní příležitost. Nikdy v minulosti nebyly léčebné metody tak moderní jako dnes a díky účinným medicínským terapiím se výrazně prodloužil lidský život. Systém tak zůstává daleko za potenciálem techniky. Přes veškerou snahu obnáší moderní medicína frustrované pacienty. Zdravotníci často pociťují nespokojenost ve svém zaměstnání. V tomto kontextu jsou zpravidla vystaveni systému, který od nich vyžaduje příliš práce za často neuspokojivé finanční ohodnocení. Na zdravotnický systém jsou obecně kladeny vyšší nároky s požadavkem na jeho přestavbu (Vévoda, 2013).

Zdraví je multidimenzionální problém. Všeobecně platí názor, že zdraví ani nelze jednotně definovat. V roce 1948 byla vydána široce ucelená definice zdraví, která je součástí Ústavy WHO a má následující znění: „*Zdraví je stav úplné tělesné i duševní sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Čeledová, Čevela, 2010, s. 56). Tento soubor je tvořen subsystemy, a to fyzickým, psychickým a sociálním. Složky jsou si rovnocenné, analyticky oddělené. Zdraví je humánní, složitý systém sjednocený do dynamického celku. Zdraví se vykalibrovalo z hlubokého tradicionalismu čisté biologie, kde bylo zaryto. Nevztahuje se pouze na individuum bez jeho sociálního prostředí, ale sjednocuje tyto faktory dohromady. Někdo má zdraví

lepší, jiný horší, ale stále má mít schopnost splnit svoje společenské úlohy. V sedmdesátých letech dvacátého století Parson a Winter viděli individuum vykonávat své společenské role, povinnosti a jeho zdraví definovali jako stav, který mu dovoluje vykonávat individuality svých životních událostí dle společenského očekávání a ve vztahu ke svým sociálním rolím. V Československu počátkem šedesátých let dvacátého století je zdraví u člověka definováno jako stav působení vnitřního a zevního prostředí bez narušených životních funkcí, píše (Bártlová, 2009).

V ošetrovatelství je zdraví a kvalita života těžce zachytitelná koncepce. Vše v souvislosti se zdravím a kvalitou života má různorodé definice a přístupy. Kvalita života je těžce uchopitelná z důvodu její komplexnosti a mnohostrannosti (Čeledová, Čevela, 2010).

S multidimenzionalitou a komplexností kvality života souhlasí i Slezáčková (2012) a představuje kvalitu života jako těžko pochopitelný pojem. Na první dojem se může zdát oblast kvality života jednoduchá, avšak hlavní otázky vyvstávají z její pozorovatelnosti a měřitelnosti, dodává. Autorka textu směřuje kvalitu života do roviny biologické, psychologické, sociální, ekonomické, kulturní i etické (Slezáčková, 2012).

Kvalita života se pojí s oblastí lidského bytí, smyslem života a samozřejmě zařazuje problematiku samotné lidské existence. Tyto oblasti jsou podobně zaměřeny na teoretická východiska humanistického modelu podle vzoru Watsonové. Oblast zkoumání kvality života je tak směřována na materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zajištění zdravého a šťastného života člověka, míní (Gurková, 2011). Zde je patrna evidentní shoda se Slezáčkovou (2012).

Ve všech oblastech moderní medicíny je trendem sledovat kvalitu života v součinnosti s medicínskými a zdravotnickými intervencemi. Další v řadě je psychosociální a fyzické zdraví jedince. Dopad terapie je vždy důležitý. Je sledována kvalita života v době nemoci. „Health related quality of life“, v překladu kvalita ovlivněná zdravím. V praxi fyzický a psychický stav pacienta, subjektivní i objektivní údaje (Gurková, 2011).

Pojem kvalita života a zdraví je vyslovován stále častěji. V současnosti se formuluje kvalita života jako odraz vnějších a vnitřních podmínek působících na jedince v souvislosti s jeho osobitým přístupem k životu, schopností vnímat a hodnotit kvalitu (Heřmanová, 2012).

Odborníci z oboru sociálních věd, psychologie a ošetrovatelství jsou toho názoru, že kvalita života a zdraví je mnohorozměrná veličina a je vnímána lidmi subjektivně, jak je již uvedeno u vícera autorů. Je přímo úměrná míře uspokojování základních životních potřeb a naplňování jeho cílů. Kvalita života je širokoprofilový pojem, který je třeba vnímat ve vztahu k prostředí (Hudáková, Majerníková, 2013).

Votínský (2010) uvádí, že kvalita zdravotní péče v sobě zahrnuje několik směrů. Až jejich komplexnost nám dává výsledek. Mezi tyto atributy jistě patří psychologicko-etický, organizační a ekonomický. Medicínsko-technologický proces vedoucí k úspěšnému léčebnému zásahu nám může definovat kvalitu zdravotní péče (Votínský, 2010).

Na druhou stranu je míra rizika ve srovnání s jinými činnostmi v poskytování zdravotní péče pacientům prakticky jedna z nejvyšších. To je důvodem k tomu, aby byla hledána konkrétní východiska, jak rizika minimalizovat. Zdravotní péče se pohybuje v rozsáhlém měřítku a je čím dál sofistikovanější. Lze předpokládat rozvoj všech medicínských oborů, zejména v oblasti vědy a výzkumu. Stále je ale na místě si uvědomovat, že poskytování zdravotní péče pacientům je trvale lidskou doménou, a tak musí být počítáno s vysokým a trvalým rizikem. Je známo, na základě amerických studií, že ve zdravotnickém zařízení je poškozen každý desátý hospitalizovaný pacient (Staněk, 2011).

1.2 Rezortní bezpečnostní cíle

Rada EU, Světová aliance pro bezpečnost pacientů (World Alliance for Patient Safety), včetně Evropské rady, zabývající se infekcí, vydala dokument s názvem „Společně pro zdraví“. Tato deklarace se stala strategickým přístupem pro EU na období mezi lety 2008–2013. Česká republika (ČR) v březnu roku 2010 zareagovala na vytyčené rizikové oblasti a vydala na časové rozmezí mezi lety 2010 až 2012 takzvaný „Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče“. Tento dokument byl nástrojem pro kontinuální zvyšování kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče (Malý a kol., 2015).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR) si je vědomo toho, že 10 % hospitalizovaných pacientů je způsobena během poskytování zdravotní péče újma na zdraví prostřednictvím nežádoucích událostí. MZ ČR se rozhodlo zařadit do programu, jako součást Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče, takzvané Resortní

bezpečnostní cíle (RBC). Ty mají za úkol minimalizovat rizika a nežádoucí události spojené s poskytováním zdravotní péče. RBC by měly směřovat k ochraně života a lidského zdraví. Nesmí v životě ani ve zdraví ohrožovat zdravotnický personál a musí být také jasně definovány a dobře aplikovány v praxi. Aby se tyto RBC staly součástí každodenní zdravotní péče, vydalo je MZ ČR jako minimální povinnost pro subjekty řízené přímo MZ ČR. Pro ostatní zdravotnická zařízení se staly doporučením. Rezortní bezpečnostní cíle byly MZ ČR definovány ve Věstníku č. 16/2015. RBC je vypsáno osm (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015).

RBC se vyhláší prostřednictvím doporučených postupů. Slouží bez ohledu na typ poskytovatele zdravotních služeb. To znamená pro zařízení lůžková, ambulantní, akutní a následná (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013).

Wolfová (2016) ve své publikaci odkazuje na Světovou zdravotnickou organizaci, která určila, na základě mezinárodních výzkumů nežádoucích událostí, nejrizikovější oblasti v poskytování zdravotní péče (Wolfová, 2016).

Šupšáková (2017) řadí Rezortní bezpečnostní cíle a Akční plán kvality a bezpečnosti do doporučení o bezpečnosti pacientů vycházejících na základě Rady EU. RBC byly ustanoveny na základě doporučených postupů, vedoucích k eliminaci rizik poškození pacientů a všech ostatních účastníků procesu poskytování zdravotní péče. Obsahují konkrétní nástroje ke zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče v České republice. RBC jsou součástí minimálních požadavků pro zavádění interních systémů hodnocení kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb. Autorka ve své publikaci informuje o časovém rozpětí RBC mezi lety 2009–2012, kdy bylo vyhlášeno těchto 7 cílů, závazných pro všechny přímo řízené organizace a doporučujících pro ostatní zdravotnická zařízení. V roce 2015 pak přibývá osmý cíl, ten je také uveřejněn ve Věstníku MZ ČR. Částka 16, ročník 2015, se stává součástí platných legislativních norem (Šupšáková, 2017).

RBC 1 – Bezpečná identifikace pacientů, RBC 2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti, RBC 3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech, RBC 4 – Prevence pádů, RBC 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče, RBC 6 – Bezpečná komunikace, RBC 7 – Bezpečné předávání pacientů, RBC 8 – Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů, ten byl sestaven jako poslední v roce

2015. V letech 2011 až 2012 byl RBC 3, Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech, rozšířen o Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu Světové zdravotnické organizace a také byl aktualizován RBC 5, Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče, který byl obohacen o materiály WHO týkající se hygieny rukou (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013).

1.2.1 Kvalita ošetrovatelství a ošetrovatelské péče

Ošetrovatelství má za sebou stejně jako jiné humanistické a technické obory historický vývoj. V České republice platí zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění. Zákon jasně definuje ošetrovatelství jako péči o zdraví člověka, jenž má nezastupitelnou roli (Zákony pro lidi, 2018).

Ošetrovatelství jako obor si vytvořilo vlastní pole působnosti. Pečovat o nevyléčitelně nemocné, zmírňovat jejich utrpení, zajistit klidné umírání a důstojnou smrt je součástí ošetrovatelské péče. Tato péče je rozuměna jako soubor odborných činností zaměřených na prevenci, podporu, udržení a navrácení zdraví jednotlivcům, rodinám a osobám majícím společné sociální prostředí nebo trpící obdobnými zdravotními potížemi (Špirudová, 2015).

Farkašová (2006) se zmiňuje o ošetrovatelství jako o oboru, který musí být vědecky podložený. Moderní ošetrovatelství umí stavět na logických základech a ví, jak řadit informace do vědeckých systémů, odkrývá mezery ve vědomostech. Ve specifických úsecích ošetrovatelského vzdělání a praxe umožňuje logický návod pro sběr relevantních údajů o zdraví pacientů. Novodobé ošetrovatelství kriticky hodnotí ošetrovatelskou péči, organizuje zdravotnická vzdělání, podílí se na ošetrovatelském výzkumu. Ošetrovatelství jednadvacátého století je zaměřeno na nemocné a zdravé pacienty, je proto velmi důležité směřovat ho na primární péči, na zdraví způsob života i práce, vychovávat jedince rodiny, skupiny i komunity ke zdraví. Soudobé ošetrovatelství má status vědy, je behaviorální s holistickým přístupem k člověku. Má v sobě moudrost, cit, lásku, umění, vloh, vůli, i schopnost být ku pomoci ostatním (Farkašová, 2006).

Ošetrovatelství je na prvním místě účinnou pomocí. Pomoc pacientovi je zdravotnická priorita. Ten, kdo pomoc poskytuje, musí rozeznat a posoudit příčiny, které danou situaci způsobily. Poskytovatel péče musí vědět, kde je nutná potřeba pomoci, shrnují svou myšlenku Výrost a Slaměník (2008).

Ošetrovatelství je proces složitý, s interaktivními, determinujícími dimenzemi. Pokud má ošetrovatelství nést tyto úlohy, musí intenzivně vytvářet hodnoty své vlastní podstaty. Doplnuje a definuje ošetrovatelství jako obor, který musí být vědecky podložený. Ošetrovatelství pomáhá nemocným i zdravým, opírá se o nejnovější vědecké poznatky a prospívá zdraví, uzdravuje a zajišťuje klidnou smrt (Farkašová, 2006).

Pacientům by mělo být umožněno uspokojovat své potřeby, a to hlavně ty aktuální. Ošetrovatelský proces je základem moderní ošetrovatelské péče. Samotný proces vykresluje sérii plánovaných činností, které jsou mířeny na dosažení určitého výsledku. Ošetrovatelský proces má za cíl starat se o osobní potřeby pacienta a maximálně eliminovat jeho obtíže. Do ošetrovatelské praxe je nejčastěji implementován pětifázový proces. Jednotlivé fáze jsou: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Tóthová, 2009).

Kutnohorská (2010) pro změnu určuje ošetrovatelství jako multidisciplinární vědu, která mimo jiné rozvíjí své poznatky napříč medicínou a dalšími vědními obory, jako jsou filosofie, etika, psychologie, pedagogika, statistika, sociologie (Kutnohorská, 2010).

Kvůli zdravotnické politice a ekonomickým úsporám směřuje ČR ošetrovatelskou praxi do roviny ne zcela zdravotnické. Ochota nabýt v ošetrovatelské praxi nových metod je poměrně nízká. V českém ošetrovatelském prostředí, například jsou-li do praxe uváděni noví pracovníci, bývají metody, které jsou používány dlouhodobě a dobře praktikované, prakticky bezchybné. Jiné metody, kupříkladu mentoring a klinická ošetrovatelská supervize, se v ošetrovatelském oboru uplatňují těžce. Další metody a praktiky, jako např. koučink, obor nezná vůbec. Ošetrovatelství je konzervativní obor současnosti, uzavírají Špirudová a Škrlová (2015).

Historie praxe dokázala, že stěžejní jednotkou v ošetrovatelství jsou sestry. V programu „Zdraví pro 21. století“ jsou podle WHO nelékařští zdravotničtí pracovníci (NLZP) bráni jako určitá stěžejní skupina zaměstnanců, která bude mít v budoucnu ve

zdravotnictví nemalý podíl. NLZP jsou stále nejpočetnější skupinou zaměstnanců. Tvoří tak tažnou sílu ve zdravotnickém systému. Neustále narůstá počet chronických onemocnění, populace postupně stárne a stále se zvyšují náklady na poskytování kvalitní zdravotní péče. NLZP jsou vystaveni předpokladům, že budou na tyto změny flexibilně reagovat, zajišťovat komplexnost ošetrovatelské péče. Transformovat sebe, pacienty, jejich blízké, rodiny i komunity je nezbytné, aby byl zdravotnický personál připraven na získávání nových poznatků, byl dostatečně flexibilní, kompetentní a nesl zodpovědnost za svou práci. Díky jejich zásluhám, vytrvalému boji a neúnavné pili si vybudovali své místo na slunci a dali modernímu ošetrovatelství základy a formu (Farkašová, 2006).

Význam pomoci v ošetrovatelství může být definován skrz jeho hlavní úkol, to znamená pečovat o nemocného a pomáhat uspokojovat jeho potřeby a navrátit jej co možná nejdříve do zdravého života. Nemocný může mít toho času aktuálně i potenciálně sníženou schopnost vykonávat každodenní činnosti a povinnosti. Soběstačnost jedince je míra samostatnosti nebo závislosti nemocného vykonávat denní aktivity. Porucha soběstačnosti je charakterizována sníženou schopností člověka vykonávat každodenní činnosti. Příčinou mohou být motorické nebo kognitivní poruchy funkcí. Ten, kdo na sebe v tuto chvíli přejímá soběstačné dovednosti jedince, je sestra, která v této situaci poskytuje orientovanou péči na pacienta. Zdravotníci bývají přítomni v situacích, kdy se bojuje o život pacienta, jsou často přítomni, když se pacientovi sděluje těžká pravda o jeho zdravotním stavu. Sestry se starají a pečují o umírající osoby, ošetroují je a tráví s nimi nejvíce času. Pro sestry je smrt pacientů citově náročná situace. Nemocniční zařízení není hospic a podmínky pro umírání jsou ve smyslu časové vytíženosti a vzdělanosti zdravotníků se zaměřením na umírání a smrt jiné (Špatenková, 2014).

Například mezi nejvíc ohroženou skupinu lidí v sebepéči patří stárnoucí lidé. V hodnocení celkového zdravotního stavu seniorů autoři uvádějí např. velké geriatrické syndromy, které se dříve označovali 5I. Patří mezi ně imobilita, inkontinence, instabilita, imobilita, intelektové poruchy, iatrogenie. To celé s řadou dalších dominujících problémů, jako jsou například poruchy spánku, problémy s příjmem potravy, zmatenosti, pády, vede k logicky provázané pomyslné niti stárání. Ta v posledním důsledku tvoří začarovaný kruh a řadí seniory ke skupině lidí, kteří potřebují kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péči (Kruckir a kol., 2017).

Nemalou roli v celém systému hraje sám zdravotnický pracovník, který svým chováním a jednáním ovlivňuje nejen jedince, ale i celou společnost. Má za úkol vést k podpoře zdraví a zdravotně sociálního prostředí. Kontinuálním zvyšováním a prohlubováním svých vědomostí udržuje vlastní kvalifikaci na žádoucí úrovni a tím zvyšuje prestiž oboru. Každý zdravotník by měl být nápomocen v rozvoji ošetrovatelské profese (Vondráček, Wirthová 2008).

Pacient je vždy příjemcem ošetrovatelské péče, a to v určitém prostředí, které ovlivňuje vnější a vnitřní vlivy. Tyto vlivy přímo působí na příjemcův zdravotní stav. Sestra a ostatní zdravotní personál se snaží poskytnout svou péči s ohledem na neuspokojené potřeby nemocného a v rozsahu, který se odvíjí od zachovalého stupně příjemcova zdraví. Zdravotník se vždy snaží zjistit to, zda u pacienta stačí pouhá podpora s udržením zdraví, nebo může-li popřípadě svými zásahy napomoci ke zmírnění utrpení nemocného nebo k usnadnění prožívání velmi těžkých životních okamžiků. Dalším silným faktorem je něco, co pacient přímo nemůže vidět, a to je management. Ke kvalitnímu zdravotnickému zařízení patří kvalitní management. Mezi hlavní cíle managementu v oblasti kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče patří zajišťovat poslední novinky v oboru a zároveň zlepšovat zdravotní i ošetrovatelské služby zejména pomocí efektivního vedení zdravotnictví samotného. Následně pak zlepšovat ošetrovatelství a ošetrovatelský proces především na profesionální úrovni. Dalším úkolem vedení je zaměřit svou pozornost na nejvyšší možnou kvalitu zdravotní péče s cílem zachovat finanční možnosti zdravotnických organizací k udržení kvality a bezpečí. Představitelé zdravotnických zařízení vědí, že efektivnost nese i vzdělávání zaměstnanců na téma změn v této oblasti. Zvyšují se tak morální hodnoty a kontinuálně se rozvíjí zdravotnický personál ve vzdělání, které bezpochyby patří k profesi (Mastiliaková, 2007; Plevová, 2011).

Na ošetrovatelství dnešní doby je nahlíženo jako na multioborovou vědu, která současně s vývojem vzdělávání, vývojem moderní techniky a biomedicínských technologií ve zdravotnictví jde ruku v ruce s dalšími vědeckými obory, jako například s filozofií, etikou, pedagogikou, statistikou, sociologií. Nelze opomenout ani vzdělávání zdravotnických pracovníků a historií profese ošetrovatelství (Kutnohorská, 2010).

Existují tři faktory, které podmiňují kvalitní poskytování ošetrovatelské péče. Je to v první řadě legislativa, dále zdravotnický personál, a nakonec samotný pacient. Kvalita

zdravotní péče by tedy mohla být brána jako kompromis mezi těmito třemi hlavními složkami. Pro zajištění kvalitní zdravotní péče je zapotřebí ji definovat. Zpravidla kvalitu určují odborné standardy, na základě kterých se poskytnutá zdravotní péče posuzuje. Ke každému oboru je zapotřebí kvalita, to platí i pro ošetrovatelství. Stejně jako na jiné obory je vztahován požadavek kvalitní poskytované péče (Jarošová a kol., 2015).

Relativnost pojmu kvalita péče je všeobecně známá. Předpokládá nepřítomnost vad, bezporuchový chod věcí a spokojeného pacienta. WHO v roce 1996 vytvarovala kvalitu poskytované zdravotnické péče do cílů dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě určených potřebami obyvatelstva. Kvalita má dle světové zdravotnické organizace WHO tři základní stanovy: kvalita a bezpečí z pohledu pacienta, kvalita řízení managementu a odborná kvalita poskytování zdravotních služeb. Zdroje validních dat, ze kterých lze kontinuálně měřit kvalitu, jsou informace od pacientů, dále z auditů, rovněž z indikátorů kvality a externích šetření (Šupšáková, 2017).

Jarošová a kol. (2015) vidí kvalitu zdravotní péče v dodržování ošetrovatelského procesu, který pečuje o potřeby pacientů a plní koncepci ošetrovatelství. Autoři publikace zmiňují jako zdroj k posouzení kvality a bezpečí zdravotní péče standardy, které jsou chápány jako kritéria k udílení kvalitní zdravotní péče. Mezi další kritéria řadí hodnocení ze stran lékařů, NLZP personálu a pacientů (Jarošová a kol., 2015).

Spokojenost pacienta je nejvýznamnější metodou v systému hodnocení kvality poskytované zdravotní péče. Manažeři, kteří se zabývají systémy řízení jakosti, neustále zvyšují požadavky na kvalitu zdravotní péče. Problematika se netýká jen manažerů, ale v první řadě pacientů a jejich rodin. Ti jsou hlavními lidry v systému kontinuálního zvyšování kvality (Bártlová, 2005).

Kontinuální zlepšování kvality se odvíjí mezinárodně. Stejně jako problematika navyšování kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP), jež se stala celosvětovým trendem. V moderním světě medicíny jsou zdravotničtí pracovníci obecně vzdělanější. Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) doporučuje, aby ČR posílila a upevnila samostatnost a odpovědnost v pracovním procesu především všeobecných sester. Právě sestry by měly vést edukační preventivní programy především u pacientů, trpících chronickým onemocněním. Dynamický vývoj medicíny a současné stárnutí populace vede k větším nárokům na poskytovanou péči

a zároveň klade důraz na týmovou spolupráci, proto je nutné využít veškerých rezerv. I přes následné vzdělávání NLZP personálu v certifikovaných kurzech, ve specializačním vzdělávání a v magisterských či doktorandských studiích se kompetence u NLZP výrazně nezměnily. Otázka je, do jaké míry a jak efektivně je vytěženo vzdělání a schopnosti jednotlivých odborníků léčebného týmu. Priorita je tedy nad míru jasná. Posílit postavení NLZP zejména všeobecných sester v systému zdravotní péče, a to zejména na úseku domácí péče, následné lůžkové nebo dlouhodobě lůžkové péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015).

Jsou kladeny požadavky k implementaci světově uznávaných standardů, na aktivní účast zdravotnických zařízení, soustavné vzdělávání zdravotnických pracovníků a kontinuální hodnocení kvality a bezpečí. To jsou čtyři hlavní pilíře oblasti. V České republice současné MZ ČR aktivně podporuje program „Zdraví 21“ který dlouhodobě povzbuzuje zdraví obyvatelstva země. Od roku 2007 je možnost sběru informací o kvalitě a bezpečnosti poskytované zdravotní péče u hospitalizovaných v našich nemocnicích pomocí standardizované metodiky, která nese název „Kvalita Očima Pacientů“ (KOP). Projekt KOP měří kvalitu zdravotní péče prostřednictvím zkušeností a spokojeností pacientů. Pacientům poskytuje objektivní a statisticky průkazné informace o kvalitě jednotlivých zdravotnických pracovišť. Výsledky projektu dokáží porovnat mezi sebou kvalitu nejen celých zdravotnických zařízení, ale i jednotlivých odborných pracovišť v různých zařízeních po celé republice. Tato metodika je zároveň součinná se zahraniční (Marx, 2008; Kostičková; Badalík, 2009).

Pokud nejsou přítomny vady, chod je bezporuchový a výsledkem je spokojený pacient, můžeme tvrdit, že se jedná o kvalitně poskytovanou zdravotní péči, říká Šupšáková (2017) a dále uvádí, že tento pojem je však stále relativní. V roce 1996 shrnula WHO výsledky, určené pro potřeby obyvatelstva, kterých bylo dosaženo v rovině preventivní, diagnostické a léčebné. WHO postavila kvalitu na stranu pacienta, na stranu řízení managementu a odbornou kvalitu poskytovaných služeb. Informace od pacientů, informace z auditů, informace od externích expertů a určené indikátory zdravotní péče mohou sloužit jako zdroje dat v kontinuálním zvyšování kvality (Šupšáková, 2017).

Nenadál (2008) je toho názoru, že osobní kvalita zaměstnanců vstupujících do přímého kontaktu s pacienty je důležitá. Pokud nejsou soustavně zvyšovány jejich kvality v chování nebo v přístupu k pacientovi, např. formou různých vzdělávacích akcí, kurzů,

školení v komunikaci, společenském chování a učení se pozitivním postojům, mohou být při nedostatečném plnění příčinou časového prodlení, ztráty kvality a jakosti jak v rovině obecné, tak i zdravotnické. V ošetrovatelství je potřeba jedinečný přístup. Zodpovědnost je nesena za zdraví a nemoc jednotlivců, rodin ale i skupin (Nenádál, 2008).

1.3 Bezpečnost a ochrana zdraví při práci (BOZP)

Bezpečnost a ochrana zdraví při práci (BOZP) je široký interdisciplinární a mezivědní obor, který nemá stálou a jednotnou definici. Na BOZP je pohlíženo z mnoha úhlů pohledu. Scénář bezpečné ochrany zdraví při práci obsahuje zhruba 300 právních předpisů, zákonů, vyhlášek, nařízení vlády a směrnic EU. BOZP je složena především z platných dostupných zákonů v platném znění. Zákony BOZP obsahují typ předpisu, číslo předpisu, stručný popis a případnou novelizaci. Z průzkumů je znám fakt, že téměř dvě třetiny lidí na celé planetě pracují za podmínek, které nedosahují úrovně ani minimálních zdravotně bezpečnostních standardů. Celosvětově jsou registrovány miliony nemocí z povolání a pracovních úrazů. Je potvrzeno zhruba milion pracovních úrazů na celém světě (Brhel a kol., 2005).

Bělina a kol. (2014) shrnuje BOZP do práv, která jsou vzájemně propojená. Subjekty, které jsou vůči sobě v pracovněprávním vztahu, musí plnit povinnosti za účelem ochrany života a zdraví, vedoucí k zajištění nezávadné a zdraví bezpečné práce. Tato práva a povinnosti nastávají mezi zástupci pro oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci nebo odborovými organizacemi a jednotlivými zaměstnavateli. Vztah v oblasti BOZP může být také mezi zaměstnavateli navzájem, dále na jednom pracovišti s právy a povinnostmi mezi orgány inspekce práce na straně jedné a zaměstnavateli nebo zaměstnanci na straně druhé. Stejná pravidla a povinnosti platí mezi organizacemi státního odborného dozoru nebo bezpečnosti vyhrazených technických zařízení a právnicko-podnikatelskými osobami nebo podnikajícími osobami při výkonu dozoru BOZP (Bělina a kol., 2014).

Zaměstnanec je povinen chránit se v pracovním procesu prostřednictvím BOZP, a to zejména při manuální práci s pracovními nástroji a zařízeními, které mohou představovat zvýšené riziko úrazu. Každá práce je vykonávána v určitém pracovním prostředí za určitých pracovních podmínek. Obecně je žádáno, aby pracovní prostředí

a podmínky pro práci byly co nejpříznivější. Je na místě brát v potaz, že může dojít k poškození pracující osoby, která se tak může stát i trvale neschopnou práce. V druhém případě může být dočasně mimo pracovní schopnost. O tyto osoby se musí poté postarat jejich příslušné instituce. Nepříznivé důsledky z pracovních úrazů tak vznikají oběma stranám. Velmi často má postižený zaměstnanec následky zdravotní, nebo dokonce životní a ne zřídka je nucen změnit i pracovní kvalifikaci. Pracovní úraz či nemoc z povolání zaměstnance přináší zaměstnavateli nemalé finanční náklady. Práci, kterou dělal jeho zaměstnanec, nemá v tuto chvíli kdo vykonávat. Pracovní činnosti si musí buďto rozdělit stávající zaměstnanci, nebo vykonávat nový zaměstnanec. Obojí ovlivní rentabilitu a efektivnost práce (Bělina a kol., 2014).

1.3.1 Prevence BOZP

Zákoník práce 262/2006, § 93, odst. 102, článek 2 a 3, označuje prevenci jako zvláštní činnost, která má být vykonávána soustavně. Určuje ji jako zvláštní aktivitu, na kterou je zapotřebí určit prostředky a cíle, prostřednictvím nichž jí bude dosaženo. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních § 102, v platném znění doplňuje zákoník práce v § 93 a jmenuje zaměstnavatele do role toho, kdo musí aktivně dodržovat všeobecné preventivní zásady, dále vymezuje vznik nových rizik s cílem okamžitého odstranění, pokud vznikla škoda. Pracovní podmínky by měly být ze zákona uzpůsobeny tak, aby nedocházelo k poškození zdraví zaměstnanců (Zákony pro lidi, 2018; zákony pro lidi, 2019).

Prevencí rizik jsou myšlena všechna opatření plynoucí z právních a ostatních předpisů k dodržení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a z preventivních kroků zaměstnavatele, které mají za cíl předcházet rizikům, odstraňovat je nebo minimalizovat. Zaměstnavatel má neustálou povinnost monitorovat nebezpečné činitele a procesy pracovního prostředí a pracovních podmínek, zjišťovat jejich příčiny a zdroje. Na základě tohoto zjištění konkretizovat a vyhodnocovat rizika a provádět opatření k jejich odstranění. Dále provádět takové kroky, které v důsledku povedou k příznivějším pracovním podmínkám a k takové úrovni rozhodujících faktorů práce (dosud vedené podle zvláštního právního předpisu jako riziková), aby mohla být přeřazena do kategorie nižší. K tomu má zaměstnavatel povinnost pravidelně kontrolovat úroveň bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, zejména stav výrobních a pracovních prostředků a vybavení pracovišť a úroveň rizikových faktorů pracovních

podmínek, a dodržovat metody a způsob zjišťování a hodnocení rizikových faktorů podle zvláštního právního předpisu. Neugebauer (2008) preferuje ve své publikaci jako vládnoucí prvek v oblasti BOZP prevenci. Vymezuje základní zásady prevence rizik do zákoníku práce. Také do zákona o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a dále do rámcové směrnice a dalších dílčích směrnic, které z ní vycházejí. Směr má zaměstnavatel určen. Je povinen zajistit zaměstnance tak, aby nebyl ohrožen jeho život a zdraví při výkonu povolání. Dále má zaměstnavatel vůči zaměstnanci povinnost zajistit všechno tak, aby nic negativního nepůsobilo dlouhodobě či krátkodobě na jeho zdraví. Je to z důvodu prevence před ekonomicko-sociálními ztrátami, které by byly způsobeny poškozením zdraví a škodami na majetku. V legislativě je prevence rizik opatřením, jenž vychází ze stanovených právních o ostatních předpisů z oblasti BOZP, a také je v preventivních opatřeních, která vydal zaměstnavatel a která definují to, jak rizikům předcházet a jak je odstraňovat. Pokud zaměstnavatel dobře zajistí bezpečnost svých zaměstnanců, má to kladný vliv na produktivitu práce. Nejdou-li rizika odstranit, je potřeba je alespoň včas detekovat, vyhodnotit a přijmout taková opatření, aby byla minimalizována rizika v ohrožení života a zdraví zaměstnanců při výkonu povolání (Neugebauer, 2008).

Úroveň pracovní bezpečné ochrany zdraví musí být kontrolována pravidelně. Zákoník práce č. 262/2006 Sb., v § 102 odst. 2 a 3, v platném znění stanovuje, že zaměstnavatel je povinen vyhledávat, co by mohlo být nebezpečné. Rizika musí hodnotit průběžně a musí zavádět konkrétní opatření k jejich postupnému odstraňování (Zákony pro lidi, 2019).

Brhel a kol. (2005) souhlasí se zákoníkem práce a doplňuje informace o to, že ten, kdo nese plnou zodpovědnost při prevenci rizik s ohledem na zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví zaměstnanců při práci, je zaměstnavatel. Dále ve své publikaci uvádí roli zodpovědného zaměstnance, který také nese odpovědnost při zajišťování BOZP, stejně jako všichni vedoucí zaměstnanci, což je nedílná a rovnocenná součást plnění jejich pracovních povinností, a to ve všech stupních (Brhel a kol., 2005).

1.3.2 Bezpečnost v ošetrovatelské péči

Mezi vysoce rizikové profese nejen v České republice, ale takřka ve světovém měřítku lze počítat práci ve zdravotnictví. Rizika kladená na zdravotnický personál jsou značná

a často se podceňuje ochrana zdravotnických pracovníků a jejich profese. Ochrana zdraví zaměstnanců je především dána zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, § 37–44, v platném znění. Tímto zákonem je dána kategorizace prací (Zákony pro lidi, 2018).

Dle Zákoníku práce, č.262/2006 Sb. má zaměstnavatel hlavní povinnost zajistit bezpečnost a ochranu zdraví pracovníkům v daném ohledu ve vztahu k vykonávané práci. Současně vytvářet bezpečné a život neohrožující pracovní podmínky, dále podílet se na správné organizaci BOZP. Zajišťovat bezpečnou ochranu zdraví při práci všem fyzickým osobám, které se s jeho vědomím zdržují na jeho pracovišti (Zákony pro lidi, 2019).

1.4 Bezpečí a bezpečná péče o pacienty

Bezpečí pacientů se již dávno stalo celosvětovým problémem, Českou republiku nevyjímaje. Vzhledem k tomu, že prioritou všech poskytovatelů zdravotní péče se stala bezpečnost, mají zřizovatelé snahu svým pacientům dopřát hlavně bezpečnou léčebnou a ošetrovatelskou péči. Ta hraje během hospitalizace nezastupitelnou roli. Zdravotníci pracovníci jsou do děje vtahováni, a to na všech úrovních. Odborná společnost se čím dál častěji setkává s tématy zabývajícími se touto problematikou a zamýšlejí se nad možnostmi a postupy, které by vedly ke zvyšování kvality poskytované zdravotní péče (Neščáková, 2014).

V České republice pojem bezpečnost rozebírá na svých webových stránkách Ministerstvo vnitra (MV ČR), kde vysvětluje široké veřejnosti pojem bezpečnost jako stav, kdy je zachována bezpečnost, stabilita spolehlivost a chování v souladu s cílem i v čase, kdy je systém vystaven známým a předvídatelným hrozbám. Primárně i sekundárně je proces adaptován a do jisté míry stabilizován (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015).

1.4.1 Firemní kultura

Firemní kultura by měla být v podniku dobře nastavena. Organizace by měly mít kvalitně definovány a vypracovány plány řízení rizik s jasnou strategií. Šupšáková (2017) prezentuje názor, že fungující firma je taková, která je firemní kultuře otevřená a neobviňuje se. Jedině tam mohou dobře fungovat a implementovat se systémy řídicí

rizika. K procesu řízení a předcházení rizik ve firmě by se mělo vždy přistupovat systematicky a zaměstnanci by měli být s tímto procesem seznámeni. Kultura firmy je dobře zvládnutá, podporuje-li otevřenost, zavádí novinky a procesy změn, vyhledává otevřené, zodpovědné a aktivní jedince. Zde je pro organizaci na místě být pro zaměstnance skutečným příkladem (Šupšáková, 2017).

Pro Plevovou (2012) je organizační kultura ve firmě souborem sdílených názorů, hodnot a očekávání s průvodním chováním, rituály a znaky, které jsou postupem času jejími členy osvojeny. V praxi je organizační kultura nástrojem vedení a motivace (Plevová, 2012).

Manažeři ve zdravotnictví si čím dál tím více uvědomují důležitost zdraví organizační kultury. Vědí, že nezdravá kultura představuje pro firmu jedno z největších rizik z hlediska dlouhodobé strategie firmy, a tím hrozí vážné selhání organizace. Lidé si nejčastěji pod pojmem organizační kultura představují takové chování, jaké by uvítali ve vztahu sami k sobě. Organizační kultura je brána jako komplexní záležitost. Není snadné ji vytvořit a změnit. Musí být vytvářena hlavně ze stran managementu, bez jejich zájmu se bude chovat živelně (Škrla; Škrlová, 2008).

Mezi nejzásadnější faktory patří, jakým způsobem lidé v organizaci jednají, jakým způsobem v organizaci myslí nebo jak obě dvě možnosti kombinují. Autorky ve své knize popisují také organizační kulturu zdravotnictví, která má v rezortu velmi důležité místo. Hnacím motorem tohoto úseku jsou právě sestry, které hrají nezastupitelnou roli, míní. Nemocnice jsou zpravidla velké podniky a jejich úlohou je vyrovnat se se značným počtem požadavků, a to ze stran pacientů, zaměstnanců, nebo zdravotních pojišťoven, vlády, různých akreditačních společností, což silně ovlivňuje jejich organizační strukturu a staví je na zvláštní žebříček ve společnosti. Na rozdíl od ostatních firem mají zdravotnická zařízení na trhu daleko specifitější postavení. Zdravotnický personál se každým svým činem a výkonem dostává do přímého vztahu s pacienty a tím reprezentují svou organizaci. Každý pacient je při své léčbě schopen vnímat a hodnotit jednak chování personálu k němu samému, která i vnímat a hodnotit chování personálu k sobě navzájem. Co pacient na druhou stranu neohodnotí, je zvolený postup léčby, zdravotnický materiál či kvalitu výkonu (Brabcová, Bártlová, 2015).

Správný management chyby netrestá. Správný management hledá chyby systémové. Tyto systémové chyby pak vyhodnocuje a tím podporuje kulturu bezpečí. Kultura

bezpečí má tři základní složky: kulturu, která se učí z vlastních chyb, dále kulturu, která je spravedlivá – takzvaná kultura pravdy, a zatřetí kultura hlášení. Všechny tři kultury jsou vzájemně propojené. Kulturu bezpečí by měli saturovat všichni zaměstnanci včetně managementu. Ten má za úkol jít svým zaměstnancům příkladem. Mezi další dimenze kultury a bezpečí se řadí hlášení nežádoucích událostí, týmová spolupráce, podpora bezpečí pacientů, otevřená vzájemná komunikace se zpětnou vazbou o pochybení, kontinuální zvyšování kvality a bezpečí pacientů, bezpečné předávání a překládání pacientů mezi odděleními a mezi zdravotnickými zařízeními (Ulrich, Kear, 2014).

Aby personál plnil správně kulturu bezpečí, musí si uvědomit její stupně, doplňují autoři Brabcová, Bártlová (2015) a souhlasí s tvrzením Škrly, Škrlové (2008), kteří sdílejí myšlenku, že pokud má zdravotnický personál zajistit hlášení nežádoucích událostí, musí také vědět, že management nebude vyžadovat jejich represivní potrestání za toto hlášení. Bez těchto hlášení pak těžko existuje možnost ponaučení se z chyb a následné zlepšení. V kulturně bezpečném pracovním kolektivu by měli zaměstnanci mezi sebou otevřeně komunikovat, spolupracovat, žádat a dostávat zpětnou vazbu, neobávat se managementu, že je bude za chyby exemplárně trestat. Pracovníci s pozitivní kulturou bezpečí by měli chápat hlášení nežádoucích událostí jako prevenci před chybami. Co není v žádném případě možné, je hrubě porušovat pracovní kázeň a nedodržovat postupy a předpisy léčebné a ošetrovatelské praxe, jsou jednotného názoru autoři (Brabcová, Bártlová, 2015; Škrly, Škrlová, 2008).

1.5 Hodnocení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče v ČR

MZ ČR vydalo zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění. V tomto zákoně je obsaženo hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Zákonem nařízení určuje dvě roviny hodnocení. Interní hodnocení a externí hodnocení. Interní hodnocení je povinné pro všechny poskytovatele zdravotních služeb. Každý poskytovatel péče v souladu s ustanovením § 47, odst. 3, písm. b) musí zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (Zákony pro lidi, 2019).

WHO, EU a mezinárodní společnosti zabývající se kvalitou ve zdravotnictví byly pro MZ ČR vzorem při uvedení předpisů popisujících proces externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. To MZ ČR stanovilo v § 98 zákona č. 372/2011 Sb.,

o zdravotních službách a v jeho provádějící vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, v platném znění. Nařízená směrnice byla vystavena se záměrem ustálit a vytyčit podmínky a požadavky v zabezpečení procesů hodnocení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Ve všeobecném zájmu zdravotnické společnosti je kontinuální zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, upevnění důvěry veřejnosti ve zdravotnická zařízení a v neposlední řadě zdokonalení systému řízení a managementu ve zdravotnickém systému (Zákony pro lidi, 2016).

Zákoník práce č. 262/2016 Sb., v platném znění se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Zákoník práce udává požadavky na personální zabezpečení pro hodnocení kvality a bezpečí. Hodnocení kvality a bezpečí se uskutečňuje prostřednictvím hodnotitelského týmu, který je složený z osob majících oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí. Hodnotitelský tým se skládá z lékaře nebo zubního lékaře, který vykonával po dobu nejméně pěti let povolání lékaře, nebo zubního lékaře v lůžkové zdravotní péči, dále zdravotnického pracovníka, který je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a vykonával po dobu nejméně pěti let nelékařské zdravotnické povolání v lůžkové zdravotní péči, osoby s vysokoškolským vzděláním technického nebo manažerského zaměření, která vykonávala po dobu nejméně 5 let své povolání v technicko-hospodářském provozu nebo v manažerských činnostech řízení kvality a bezpečí u poskytovatele zdravotních služeb. Všichni členové hodnotitelského týmu musí mít znalosti v oblasti řízení kvality a bezpečí (Zákony pro lidi, 2019).

V současnosti se může u poskytovatelů zdravotních služeb vyhodnotit organizační úroveň poskytování zdravotních služeb ve smyslu kvality a bezpečí pomocí externího hodnocení. Toto hodnocení je na bázi dobrovolnosti a mohou ho vést jak fyzické, tak právnické osoby, které k tomuto provozu získaly oprávnění podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění. Všichni poskytovatelé by měli být na požadavky v hodnocení kvality a bezpečí poskytované péče připraveni. V současnosti jsou upraveny podmínky v této oblasti pro lůžkovou péči. Pokud poskytovatel zdravotních služeb uzavře předem smlouvu s hodnotitelem kvality, dodrží předem požadované minimální hodnotící standardy a indikátory kvality a bezpečí a úspěšně zakončí celé hodnocení úrovně poskytovaných služeb, získá na tři roky certifikát kvality

a bezpečí. Hodnotitel musí uvést hodnotící standardy a pravidla hodnocení na svých webových stránkách (Zákony pro lidi, 2019).

1.5.1 Mezinárodní situace v kvalitě a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb

Oblast kvality a bezpečí v poskytování zdravotní péče byla se zájmem prakticky i teoreticky zpracována nejprve ve Spojených státech amerických (USA), později pak i v západoevropských zemích. V 70. letech se Avedis Donabedian stal zakladatelem nové celostní politiky kvality poskytované zdravotní péče. Díky vyspělým technologiím medicíny, rozvoji péče a rozmachu zdravotních služeb se vzbudil zájem o téma kvality a její vyhodnocení. V roce 1951 vznikla Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) SAK zdravotnických zařízení a utvořila soubor standardů a stanovila počet povinných lékařských a ošetrovatelských auditů za rok. I starý kontinent měl zájem o kvalitu. Na konci osmdesátých let byly některé vyspělé západní státy zainteresovány do zdravotnického zákonodárství. WHO v roce 1985 definovala do evropské strategie programu „Zdraví pro všechny roku 2000“ zjišťování kvality a bylo zařazeno jako jeden z jeho 38 cílů. V tomto roce vzniká také The International Society for Quality in Health Care (ISQua). Dále své místo na trhu společností zabývajících se kvalitou a bezpečím poskytované péče má zajisté společnost Joint Commission International Accreditation (JCIA), která působí i v České republice (Mahútová, 2010).

1.5.2 Akreditace v České republice

V totalitním režimu tehdejšího Československa před rokem 1989 panovala ve zdravotnickém systému nejednota a chaos. Rozdílly byly v ošetrovatelské péči, ve vybavení zdravotnických zařízení, v personálním obsazení nemocnic. O akreditačním systému jako takovém je možno mluvit až po sametové revoluci v roce 1989. O procesu zkvalitňování zdravotní péče se v minulosti nehovořilo jako o něčem, co lze zhodnotit nebo se dá řídit. Bylo evidentní, že se tento stav musí co nejdříve změnit. V roce 1994 se MZ ČR stalo součástí projektu: „Akreditace nemocnic“. Na základě získání těchto cenných zkušeností mohla vzniknout v roce 1998 akreditační komise a vznikly první standardy pro akreditační šetření. První akreditace zdravotnického zařízení Spojenou akreditační komisí v ČR byla provedena v roce 1999, popisuje začátky akreditace Chaloupková (2007).

Akreditační šetření není nařízená administrativní kontrola, jak si mnozí mohou myslet, nýbrž formální projekt zacílený na poskytování kvalitní a bezpečné péče na nejvyšší možné úrovni, a tudíž slouží i k posouzení výkonu daného poskytovatele zdravotní péče. Tento praktický proces se zakládá na přešetření všech činností zdravotnického zařízení, které ovlivňují péči o pacienta. Při akreditačním šetření hodnotitelé detekují veškerý pacientův pohyb během léčby, počínaje jeho příjmem na oddělení, jeho laboratorními a dalšími vyšetřeními, intervenční výkony až po jeho propuštění. Nástroj akreditace využívá akreditačních standardů. Jazyk, kterým jsou akreditační standardy psány, je na rozdíl od technických „obecných“ předpisů jasný a srozumitelný pro zaměstnance míněných zdravotnických zařízení. Tento poměrně podstatný fakt je důležitý v tom, že poskytovatelé zdravotní péče se mohou na akreditační šetření připravit sami a nepotřebují využití externí konzultační službu a ušetří tedy nemalé náklady před samotnou akreditací. Výhoda akreditace ve sjednocování úrovně kvality péče zdravotních zařízení je, že pacienti nabydou jistoty, že se jim dostává vysoce odborné a bezpečné péče (Mahútová, Svobodová, 2010).

Marx, Vlček (2013) rozděluje akreditační standardy do několika kategorií. Například standardy zabývající se postupy při diagnostice, ošetrovatelské péči, dále práva pacientů, plnění standardů a nařízení. Autoři zmiňují i standardy zabývající se managementem zdravotnických zařízení, personální politikou, krizovými plány a epidemiologickou připraveností (Marx, Vlček, 2013).

Šupšáková (2017) uvádí, že akreditační standardy mají charakter doporučených postupů, podobně jako klinické guidellines, a jsou specifické svou závazností pro zájemce o akreditační šetření. Tyto standardy jsou v podstatě jakýmsi souborem specifických požadavků k zajištění kvalitní a bezpečné péče umístěným do specifického prostředí. Po akreditačních šetřeních u lůžkové péče se akreditační společnosti zaměřily od roku 2012 i na části ambulantní a následné péče. V současné době je 9 akreditačních společností, které mají oprávnění vést akreditační šetření v České republice. Po roce 1989 byla nutnost integrovat v České republice stávající zdravotnictví a ujednotit zdravotnická zařízení. SAK vznikla na území České republiky v roce 1998 jako vlajková loď, která se věnuje kvalitě a bezpečí poskytované péče v oblasti zdravotnictví, s cílem kontinuálně zvyšovat kvalitu a bezpečnou péči o pacienty, zdravotníky, zvyšovat bezpečnost prostředí a snižovat rizika ve zdravotní péči. SAK se specializuje na šíření akreditačních standardů (Šupšáková, 2017).

Klíčovým pilířem SAK, je vydávání akreditačních standardů, provádění akreditačních šetření u poskytovatelů zdravotní péče, dále také vedení poradenství v problematice, publikovat, spolupracovat s ostatními organizacemi v České republice, na Slovensku i na mezinárodní úrovni. Edukovat, zdokonalovat konzultanty a auditory. Snahou akreditační společnosti je podpora zdravotnických zařízení, která se na externí audit pomocí akreditačního šetření teprve připravují. V neposlední řadě pořádání edukačních akcí zaměřených na kontinuální zvyšování poskytované zdravotní péče a bezpečnost pacientů. Edukační materiály jsou k dostání v tištěné i elektronické podobě. Akreditační standardy SAK, kterých je 97, jsou rozděleny do 13 okruhů. Směřují mimo jiné na rizika medikačního procesu, stravovací zařízení, infekce spojené se zdravotní péčí (HAI), zdravotnickou dokumentaci, likvidaci odpadů, informovaný souhlas s ošetřením a léčebným postupem, správnou identifikaci pacientů. Akreditační šetření jde podle takzvané metodiky Stopař, při ní se recenzuje, zda péče o auditory, vybrané pacienty, je souběžné s vnitřními předpisy zařízení, respektive v souladu s akreditačními standardy SAK. Zákon 372/2011 Sb. opravňuje SAK hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované lůžkové péče. Akreditační standardy dále odкрývají problematiku bezpečnosti prostředí zdravotnických zařízení, managementu, provádějí kontrolní činnost v oblasti řízení lidských zdrojů a podobně. SAK edukuje, vzdělává konzultanty a auditory pomocí vzdělávacích kurzů a v neposlední řadě je v součinnosti s orgány veřejné a státní správy ve zdravotnictví (SAK, 2010).

V základních principech společnosti je přísně oddělena akreditační a konzultační agenda. Auditři jsou bez přístupu k jakýmkoliv informacím o posuzovaném poskytovateli zdravotní péče, prozkoumaném při případných konzultacích. Pokud pracovník SAK figuroval ve zdravotnickém zařízení jako konzultant, má zakázáno, aby po dobu minimálně 4 let v tomto zařízení prováděl audit. Standardy SAK jsou zacíleny tak, aby překryly veškeré oblasti činnosti zdravotnického zařízení vztahující se přímo či nepřímo k péči o pacienty. Původně akreditační společnost cílila na zařízení poskytující lůžkovou péči. Od roku 2012 se zaměřila i na ambulantní část a poskytovatele následné lůžkové péče (Šupšáková, 2017).

V současnosti je považováno akreditační šetření za nejúčinnější nástroj k dosažení kvalitní zdravotní péče. Na akreditaci se podílí celá řada odborníků ze zdravotnického týmu, a to management zdravotnického zařízení, dále lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, ale také radiologičtí asistenti a zdravotní laboranti

a v neposlední řadě pomocný zdravotnický personál. Toto procesní řízení představuje významný posun v ošetrovatelství. Zájem vedení poskytovatelů zdravotní péče o akreditaci jako o účinný nástroj v řízení a bezpečnosti kvalitní péče je celosvětový. Většina poskytovatelů lůžkové zdravotní péče v České republice má za úkol dosáhnout akreditace, která je ukazatelem kvalitní a bezpečné péče o pacienty. Pro dosažení akreditace musí zdravotnické zařízení splňovat akreditační standardy (ČSAZ, 2015). Účelem společnosti ČSAZ je kontinuálně zvyšovat kvalitu a bezpečnou zdravotní péči. Dále přispět zavedením systému řízení kvality a bezpečné péče o pacienty s následným externím auditem cestou akreditačního šetření u poskytovatelů zdravotní péče. ČSAZ také poskytuje klientům konzultační a poradenskou službu v oblasti řízení a kvality poskytované zdravotné péče. Tato společnost organizuje regionální i celorepublikové odborně vzdělávací akce zaměřené na výše zmiňovanou oblast a s tím související problematiku, dále také publikační a vydavatelskou činnost pro odbornou i laickou společnost, kontinuální vzdělávání pro zdravotníky a celou řadu kurzů v oblasti kvality a bezpečí. ČSAZ musí být také, stejně tak jako konkurenti, vlastníkem oprávnění k provádění akreditačních šetření ve zdravotnických zařízeních pro dané druhy zdravotní péče; tak říká paragraf č. 5 odst. 2 písm. f) až h) zákona č. 372/2011 Sb. Toho společnost dosáhla cestou MZ ČR dne 16.10.2012. Kopii k oprávnění lze nalézt na stránkách MZ ČR. Společnost ČSAZ má zájem stávat se pro poskytovatele zdravotní péče kvalitním a vyhledávaným, ekonomicky přijatelným partnerem. Respektovat etické principy při konzultacích, poradenství i externím hodnocení kvality a bezpečí. Dalšími cíli firmy jsou úcta a respekt k partnerům, nezávislost, diskretnost, objektivita. V neposlední řadě vzbuzovat úctu ke kolegům a podporovat nové myšlenky a názory. Členové akreditační skupiny ČSAZ spolupracují se zákazníky na základě etického kodexu. Objektivně, diskretně, nezávisle. Staví na úctě a respektu. Česká společnost akreditovaných zařízení pracuje dle platné legislativy a jednotné metodiky. Kvalita poskytovaných služeb je pravidelně posuzována a podle potřeb aktualizována. Společnost ČSAZ zaručuje čestné jednání a profesionální přístup. Nepodílí se na nepravdě, snaží se vyhnout úmyslnému zkreslování skutečností a faktů. ČSAZ si nebere od zdravotnických zařízení žádné dary ani bezplatné služby, je nestranná a spravedlivá. Dále mají v osnovách povinnost dodržovat mlčenlivost o všech datech, údajích a skutečnostech, které zjistili před, při a po akreditačním šetření kvality a bezpečí. Akreditační společnost také neposkytuje žádné informace třetím osobám. Tato

povinnost zachování mlčenlivosti bude pokračovat i po skončení společnosti a nemá časovou omezenost (ČSAZ, 2015).

2 Výzkumná část

2.1 Cíle výzkumu a hypotézy

Cílem diplomové práce bylo v praktické rovině zmapovat čtyři akreditovaná zdravotnická zařízení. Dvě zdravotnická zařízení, která jsou akreditovaná u společnosti SAK, a dvě zdravotnická zařízení, která jsou akreditovaná u společnosti ČSAZ, s cílem komparovat obě společnosti a zároveň ověřit kvalitu péče napříč vybranými poskytovateli lůžkové zdravotní péče. Diplomová práce je rozčleněna na dvě části. V teoretických východiscích práce jsou sumarizovány poznatky v oblasti kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních. Kapitoly jsou v teoretické části práce rozděleny jednotlivě. Zabývají se problematikou kvality, bezpečí, ošetřovatelství, seznamují čtenáře s oběma akreditačními společnostmi, vysvětlují pojmy v oblasti akreditace a resortních bezpečnostních cílů. Výzkumná část probíhala u čtyř akreditovaných poskytovatelů zdravotní péče, z nichž dva jsou akreditovány u společnosti SAK a dva u společnosti ČSAZ.

Cíl 1 – Zjistit kvalitní a bezpečnou ošetřovatelskou péči ve zdravotnických zařízeních akreditovaných u, SAK a ČSAZ

H1 V nastavení kultury bezpečí u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče neexistuje statisticky významný rozdíl.

H2 V oblasti komunikace u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče neexistuje statisticky významný rozdíl.

H3 V oblasti hlášení nežádoucích událostí s vazbou na spektrum požadované péče u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče neexistuje statisticky významný rozdíl.

H4 Ve stupni bezpečnosti pacientů u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče neexistuje statisticky významný rozdíl.

2.2 Metodika výzkumu

K volbě výzkumné metody vedlo nejprve studium odborné literatury a dalších literárních zdrojů zabývajících se problematikou bezpečí, procesy umožňujícími hodnocení bezpečné péče a kulturou bezpečí.

Pro výzkumnou část diplomové práce byla využita kvantitativní metoda s použitím anonymního, standardizovaného a ověřeného dotazníku „Průzkum bezpečnosti pacienta“ (Příloha A). Přiložený dotazník byl převzat z USA agenturní společnosti zabývající se hodnocením bezpečnosti pacientů v amerických nemocnicích. Originální verze tohoto dotazníku nese název „Hospital Survey on Patient Safety“. Se žádostí o možnost použití dotazníku byla oslovena výše zmiňovaná americká agentura Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) spolu s doc. PhDr. Sylvou Bártlovou, Ph.D. z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, která je vlastníkem práv pro českou verzi publikace. S laskavým svolením obou subjektů byl dotazník upraven pro využití k této diplomové práci (Příloha B). Dotazník, který prošetřuje kvalitu a bezpečnost poskytované péče v akreditovaných zdravotnických zařízeních, obsahuje celkem 56 otázek a průzkumu se účastnila 4 zdravotnická zařízení (označeno A–D). Každému zdravotnickému zařízení bylo poskytnuto 100 dotazníků, přičemž návratnost byla postupně pro A–D: 51 %, 53 %, 66 %, 74 %.

Dotazník je rozdělen do několika částí. Jednotlivé části, A–H, se postupně zaměřují na dané pracoviště/oddělení, hodnocení přímého nadřízeného, komunikaci, frekvenci

hlášení nežádoucích událostí, stupeň bezpečnosti pacienta, danou nemocnici, počet hlášených nežádoucích událostí za posledních 12 měsíců, základní informace o respondentovi. V části I pak respondent mohl uvést další komentář či připomínky k dané problematice. V úvodu dotazníku je představen korespondent, dále téma výzkumné části a krátké pokyny k vyplnění dotazníku. V celém dotazníku byly použity předdefinované odpovědi v jednom znění, kdy respondent dle instrukcí vybral v dotazníku pro něj nejvíce odpovídající vhodnou možnost, či byla možnost zvolit míru shodnosti daného výroku dle respondentova mínění na základě stanovené škálové stupnice. Jednalo se o škálovou stupnici: 1 vůbec nesouhlasím, 2 nesouhlasím, 3 částečně souhlasím, 4 souhlasím, 5 plně souhlasím. Pod úvodem jsou respondenti rozdělení na muže a ženy, dále následuje rozdělení věkových skupin, nejvyššího dosaženého vzdělání a délka praxe respondentů. Pracovní část dotazníku je rozdělena na devět částí. V úvodní části A dotazovaný zařadí místo, kde tráví většinu času své pracovní doby nebo kde poskytuje nejvíc pracovních služeb. Dále část A pokračuje s výzvou k respondentům a s prosbou o přemýšlení o svém nemocničním pracovišti nebo oddělení s žádostí o vyslovení svého souhlasu nebo nesouhlasu s níže uvedenými tvrzeními týkajícími se jejich pracovišť/oddělení. Otázky jsou směřovány na oblast kultury bezpečí „Týmová spolupráce“ a „Organizační znalosti/kontinuální zlepšování“. V části B se respondenti vyjadřují pomocí souhlasu anebo nesouhlasu s tvrzeními o jejich bezprostředním nadřízeném anebo osobě, které přímo podléhají. Dále dotazník obsahuje část C, která se zaměřuje na oblast kultury bezpečí „Otevřená komunikace a zpětná vazba na pochybení“. Tato část výzkumu byla zacílena na vyhodnocení otevřenosti komunikace a bezpečné péče mezi respondenty včetně zpětné vazby vedoucích pracovníků na pochybení. Oddíl D zjišťuje četnost hlášení pochybení tzv. nežádoucích událostí. Část E žádá respondenty o názor na stupeň bezpečí pacienta. Část F dotazníku nese název „Naše nemocnice“. Tato část výzkumu se zaměřuje na předávání, překlad pacientů a jejich problematiku. Oddíl G se vrací k řešení nežádoucích událostí a mapuje jejich počet. Základní informace o respondentech lze získat z části H. Jako například jak dlouho respondenti pracují ve své nemocnici, nebo jaké je jejich pracovní zařazení. Tato H část je také částí předposlední. Standardizovaný dotazník nám uzavírá oddíl I. Zde mohou tázaní vyjádřit své připomínky do čtvercového pole, které jim poskytuje dostatek prostoru na zpětnou vazbu či vyjádření svého názoru. Nechybí zmínka o poděkování za vyplnění dotazníku. Dotazník

„Průzkum bezpečnosti pacienta“ je koncipován na mapování celým spektrem posouzení kultury bezpečí pacientů.

V diplomové práci nebyly uvedeny názvy nemocnic, v nichž byl výzkum prováděn. Při žádosti o poskytnutí informací pro studijní účely jsme uvedli, že poskytnuté informace budou anonymizovány. Souhlasy tedy nejsou součástí diplomové práce, jsou uschovány u autora práce s ohledem na možnou identifikaci poskytovatele zdravotních služeb (PZS). V práci budeme uvádět zdravotnická zařízení, která poskytla data pro průzkum, jako **respondent A–D**.

2.3 Průběh výzkumu

Sběr dat pro výzkumnou část diplomové práce probíhal od října 2018 do února 2019. Uskutečnil se v několika navazujících fázích.

První fáze: Byli osloveni 4 poskytovatelé zdravotní lůžkové péče. Jejich výběr byl náhodný. Tři zdravotnická zařízení jsou akciovými společnostmi, jejichž zřizovatelem je příslušný kraj. Čtvrté zdravotnické zařízení je státní příspěvková organizace, kterou spravuje MZ ČR. U všech poskytovatelů zdravotní lůžkové péče byly osloveny náměstkyně pro ošetrovatelskou péči / hlavní sestry. Na management jednotlivých zdravotnických zařízení byla odeslána žádost o poskytnutí informací pro sběr dat pro diplomovou práci. Dotazník byl odeslán cestou České pošty, s.p. Kontakt na náměstkyně pro ošetrovatelskou péči / hlavní sestry je dostupný na internetových stránkách vybraných nemocnic.

Druhá fáze: Návratnost dotazníků byla uspokojivá. Prvními v pořadí návratnosti byly dotazníky ze zdravotnického zařízení písmena C, na což měla vliv skutečnost, že poskytovatel C se nachází v místě bydliště tazatele. Naopak nejpozději přišly dotazníky od poskytovatele písmena A s časovým odstupem tři týdnů.

Třetí fáze: Spočívala ve vlastním zpracování poskytnutých dat. Analýza jednotlivých standardizovaných dotazníků na téma kultura bezpečí pacientů.

2.4 Zpracování získaných dat

Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce

Dvě kvalitativní proměnné (zdravotnické zařízení, míra souhlasu / stupeň bezpečnosti) na základě kterých má být hypotéza testována, je potřeba roztrždit dle variant odpovědí do kontingenční tabulky. Testovanou hypotézou H_0 je vyslovený výrok, kdy se předpokládá nezávislost proměnných, resp. jejich statisticky nevýznamný rozdíl, zatímco H_1 je negací hypotézy H_0 , proměnné jsou tedy závislé, resp. rozdíl mezi nimi statisticky významný. Pravděpodobnost, že dojde k nesprávnému zamítnutí testované hypotézy, se nazývá hladina významnosti α . Její hodnota se nejčastěji volí rovna 0,05 neboli 5 %.

Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce porovnává empirické, taky jiné (tj.) napozorované četnosti s četnostmi teoretickými, kterých by bylo dosaženo v případě nezávislosti. Empirické četnosti jsou vždy známy, zatímco teoretické je nutno dopočítat jako

$$n'_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n},$$

kde $n_{i.}$ jsou marginální četnosti i -té proměnné, resp. součet hodnot v řádku, $n_{.j}$ jsou marginální četnosti j -té proměnné, resp. součet hodnot ve sloupci a n je počet pozorování. Testovým kritériem chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce je

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}},$$

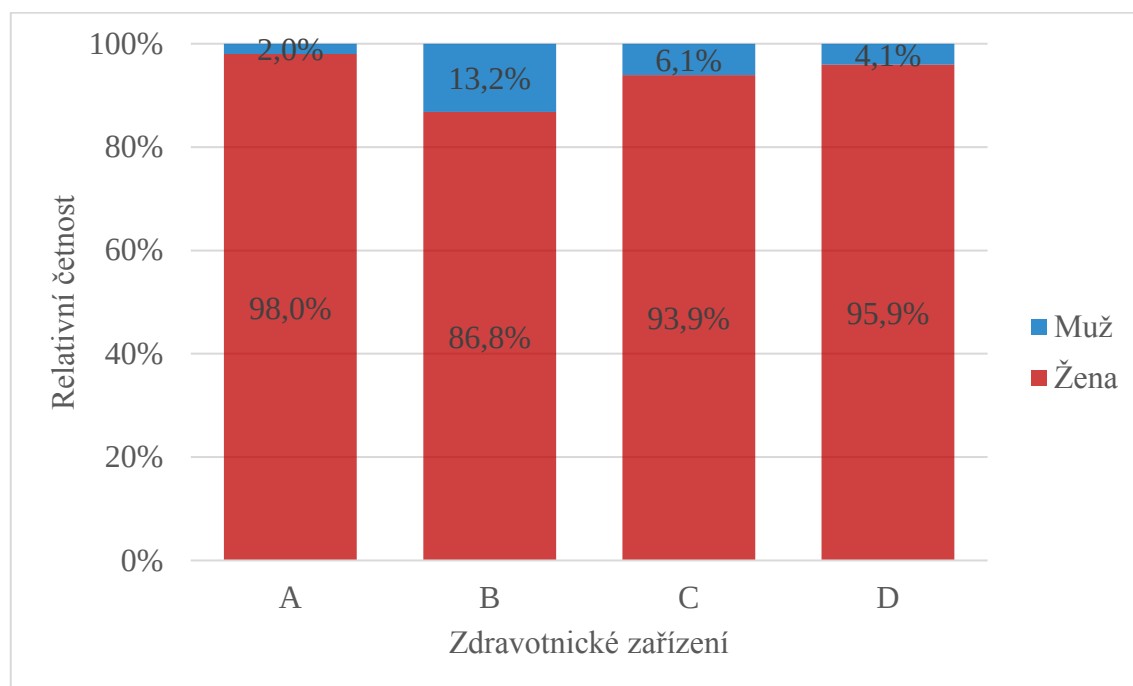
kde n_{ij} jsou empirické četnosti i -tého řádku a j -tého sloupce, n'_{ij} jsou teoretické četnosti i -tého řádku a j -tého sloupce, r je počet řádků a s je počet sloupců. Toto testové kritérium má přibližně chí-kvadrát rozdělení s: $v = (r-1) \cdot (s-1)$ stupni volnosti.

Testovaná hypotéza bude zamítnuta v případě, kdy hodnota testového kritéria překročí kritickou hodnotu $\chi^2_{1-\alpha}[v]$, kterou lze nalézt ve statistických tabulkách či vypočítat pomocí softwaru (Hindls, 2007).

2.5 Charakteristika respondentů

Respondenti zařazení do výzkumné části, podléhali následujícím třem základním kritériálním požadavkům: plnoletost, žádná rozdílnost pohlaví a žádná rozdílnost věku. Zdravotničtí pracovníci odpovídali bez rozdílu pracovní pozice a pracovního úvazku ve svém zdravotnickém zařízení. Respondenti jsou zaměstnání u poskytovatele zdravotní lůžkové péče, ve kterém se uskutečňuje výzkumné šetření. Respondenti jsou ochotni podílet se a spolupracovat na vyplnění dotazníkového formuláře.

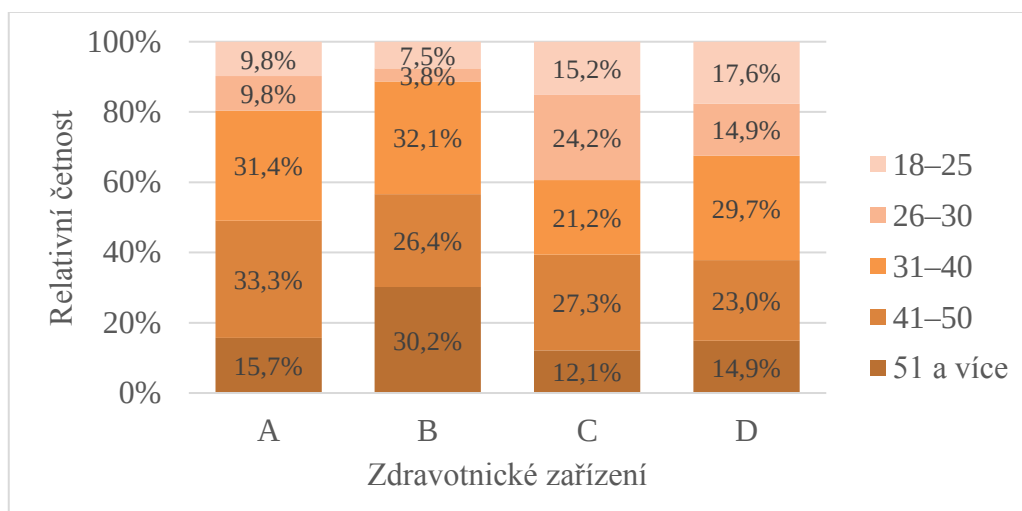
Otázka 1: Jaké pohlaví mezi respondenty převažuje?



Graf 1 Pohlaví respondentů dle zdravotnických zařízení

Graf 1 zobrazuje skutečnost, že téměř všichni respondenti v jednotlivých zdravotnických zařízeních, 86,8–98 %, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, byly ženy.

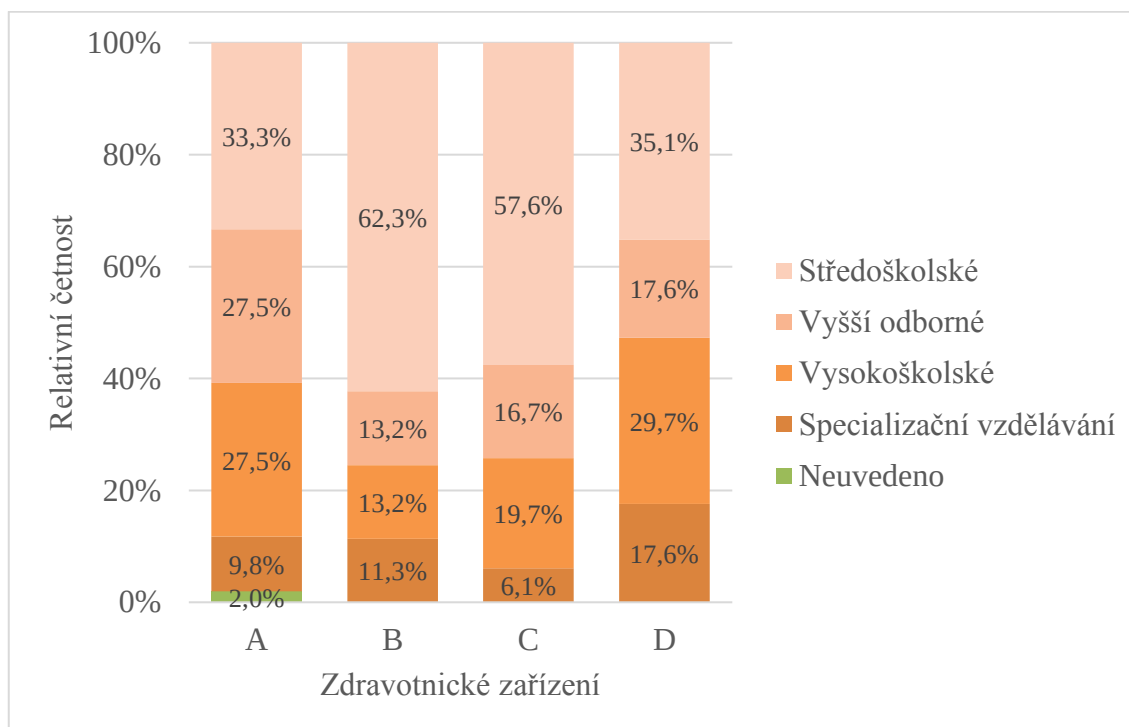
Otázka 2: Jaké jsou věkové skupiny respondentů dle zdravotnického zařízení?



Graf 2 Věkové skupiny respondentů dle zdravotnických zařízení

Graf 2 zobrazuje fakt, že každé zdravotnické zařízení je vždy z poloviny zastoupeno pouze dvěma věkovými skupinami. Zatímco ve zdravotnickém zařízení A, resp. D, je to z 64,7 %, resp. 52,7 % věková skupina 31–50 let, ve zdravotnickém zařízení B jde z 62,3 % o věkovou skupinu 31–40 a starší 51 let. Ve zdravotnickém zařízení C je personál naopak mladší, a to ve věku 41–50 a 26–30 let z 51,5 %.

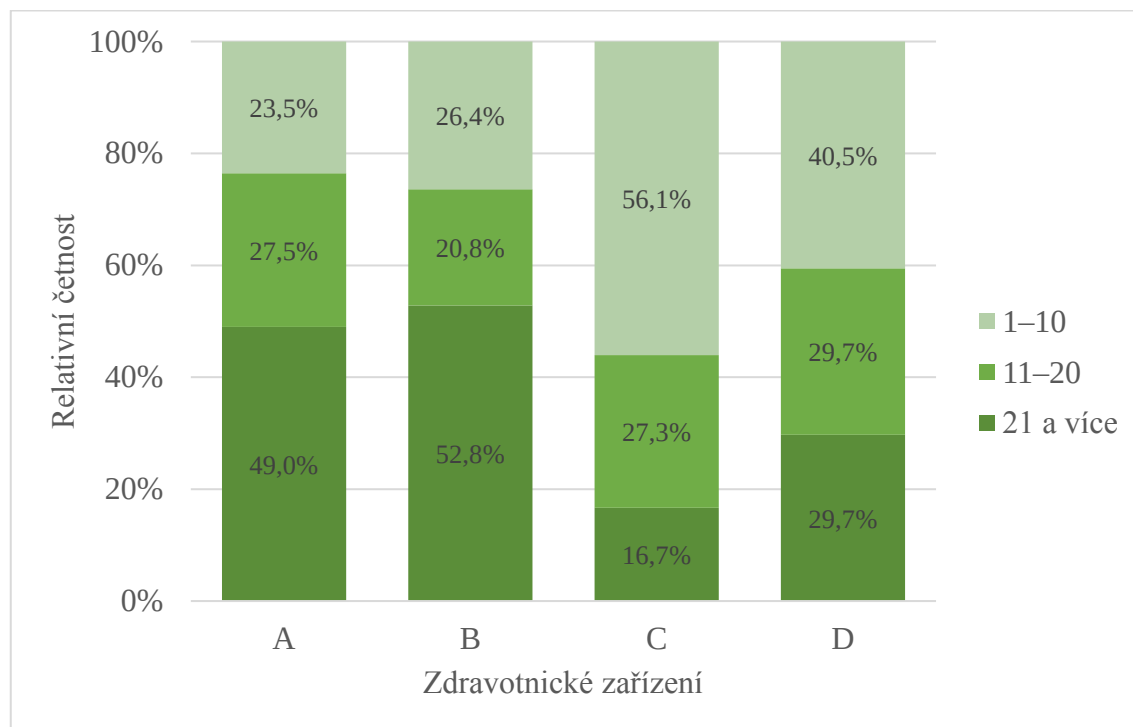
Otázka 3: Jaké mají respondenti nejvyšší dosažené vzdělání dle zdravotnického zařízení?



Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů dle zdravotnických zařízení

Graf 3 znázorňuje zdravotnická zařízení A a D, kde v obou má 33,3 %, resp. 35,1 % respondentů nejčastěji jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, poté vysokoškolské vzdělání, vyšší odborné vzdělání a nejméně specializační vzdělávání. Podobný trend je zjištěn i ve zdravotnickém zařízení B a C s tím, že středoškolským vzděláním disponuje 62,3 %, resp. 57,6 % respondentů.

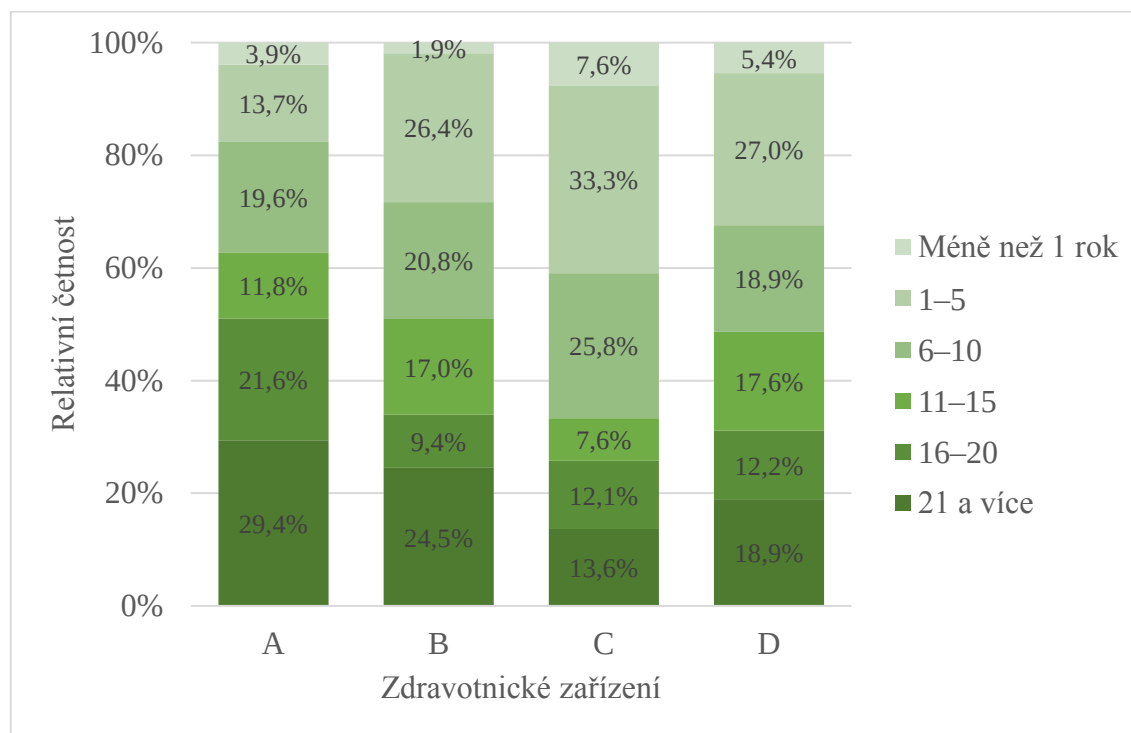
Otázka 4: Jaká je délka praxe respondentů dle zdravotnického zařízení?



Graf 4 Délka praxe respondentů dle zdravotnických zařízení

Graf 4 zobrazuje délku praxe. Ta byla rozdělena do tří intervalů, a to 1–10 let, 11–20 let, 21 a více let. Zatímco ve zdravotnickém zařízení A a B pracuje 49 %, resp. 52,8 % personálu s dlouholetou zkušeností, tedy více než 21 let, ve zdravotnickém zařízení C a D spíše pracuje mladší personál s praxí do 10 let.

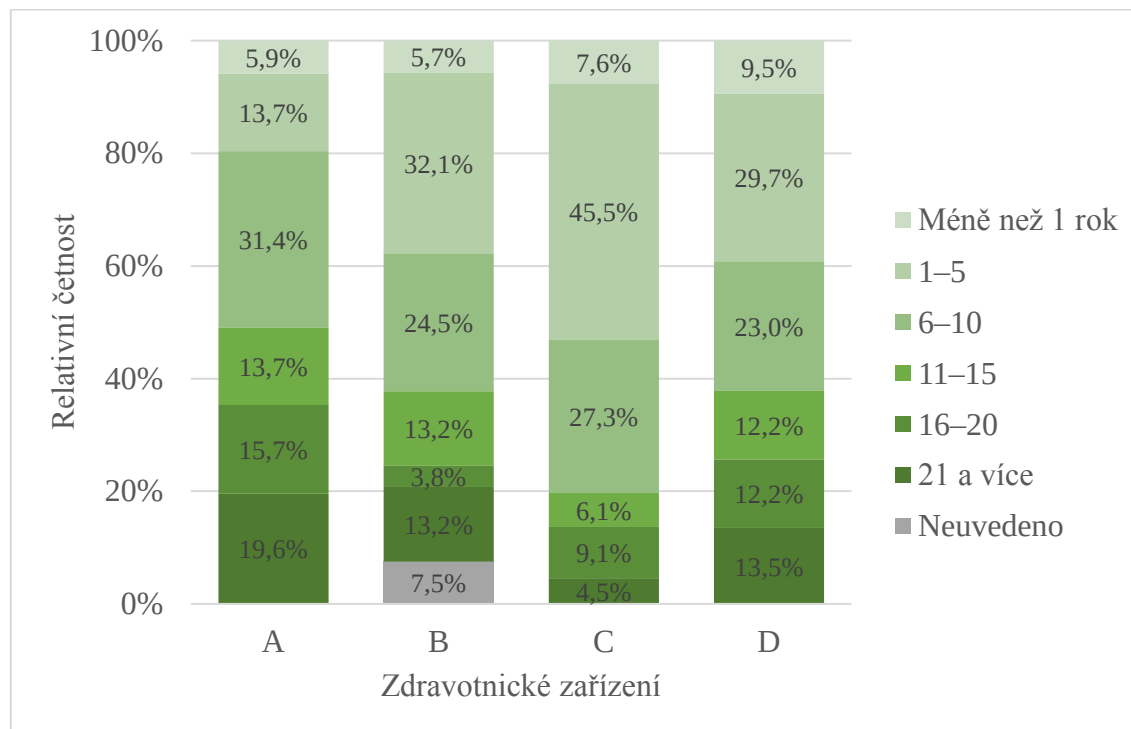
Otázka 5: Jaká je délka pracovního poměru respondentů dle zdravotnického zařízení?



Graf 5 Délka pracovního poměru respondenta dle zdravotnických zařízení

Graf 5 znázorňuje skutečnost, že 29,4 %, resp. 24,5 % respondentů pracuje ve zdravotnickém zařízení A, resp. B již více než 21 let. Zatímco 33,3 %, resp. 27 % respondentů ze zdravotnického zařízení C, resp. D pouze 1–5 let. Tento trend koresponduje s výsledky grafu 4, tzn. lze konstatovat, že ta část personálu s největší zkušeností dle délky praxe pracovala a získávala odbornou praxi v daném zdravotnickém zařízení.

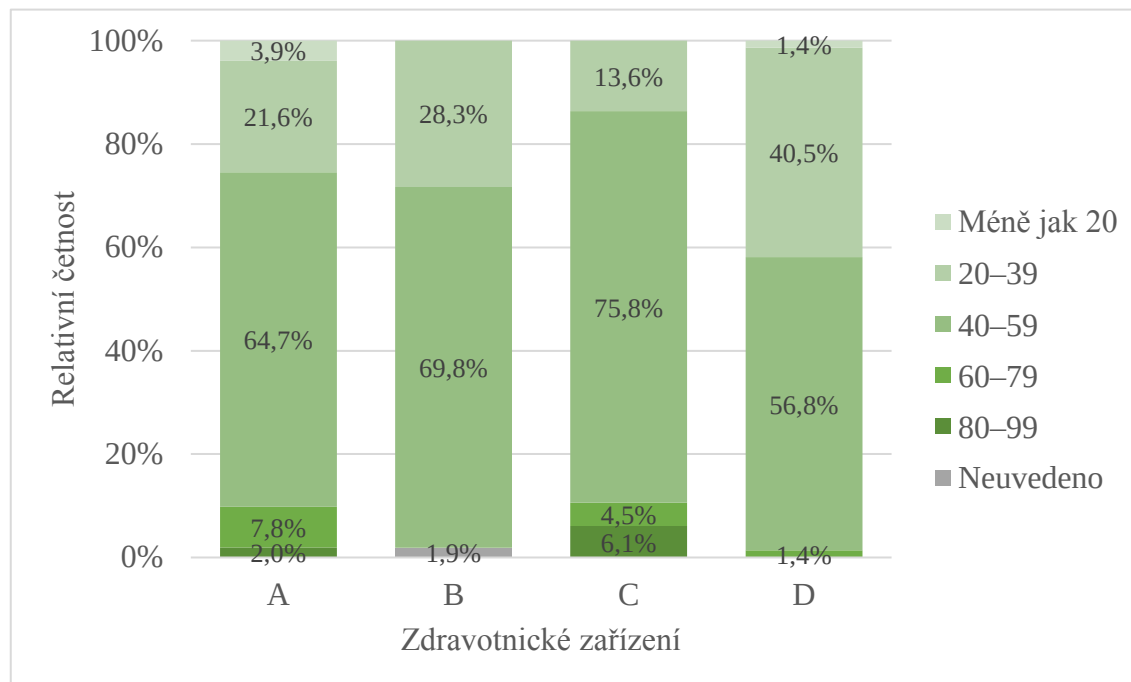
Otázka 6: Jaká je délka pracovního poměru respondentů na současném pracovišti/oddělení dle zdravotnického zařízení?



Graf 6 Délka pracovního poměru na současném pracovišti/oddělení respondenta dle zdravotnického zařízení

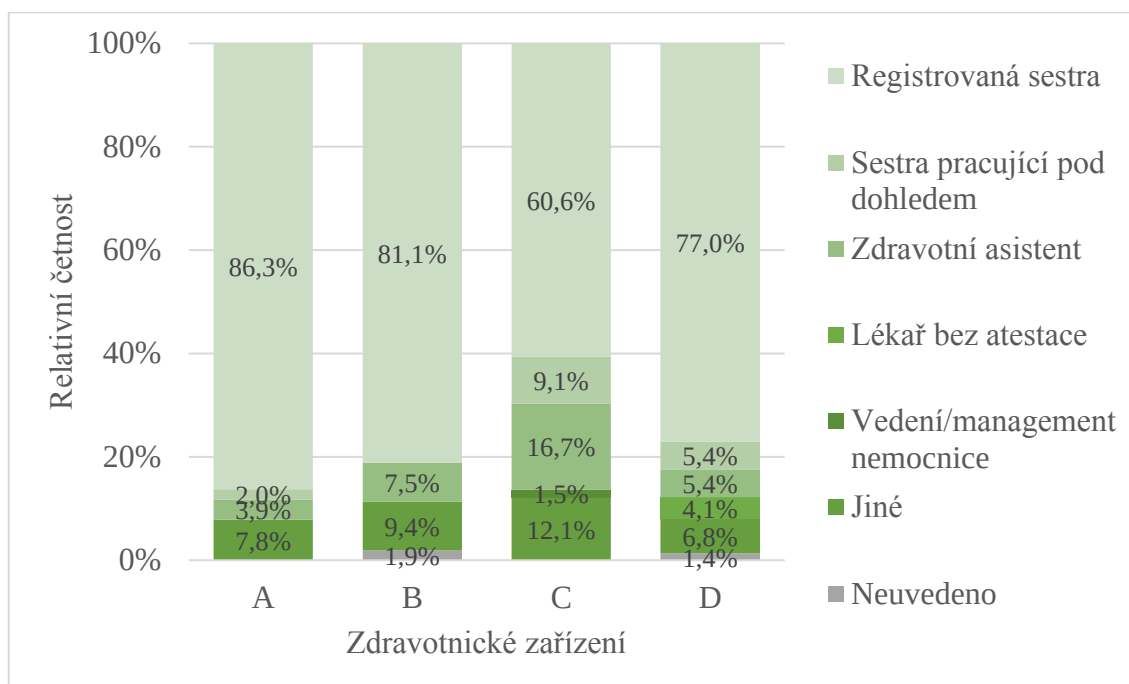
Graf 6 odhaluje skutečnost, že však ne nutně po celou dobu odborné praxe pracovali respondenti na stejném nemocničním pracovišti či oddělení jako v současnosti. Někteří respondenti mají spíše tendenci své pracovní místo (nemocniční pracoviště či oddělení) po několika letech měnit. Na daném oddělení ve zdravotnickém zařízení C pracuje více než 21 let pouze 4,5 % respondentů, zatímco na daném oddělení ve zdravotnickém zařízení B, resp. D, resp. A 13,2 %, resp. 13,5 %, resp. 19,6 %.

Otázka 7: Jaký je počet odpracovaných hodin týdně respondenty dle zdravotnického zařízení?



Graf 7 Počet odpracovaných hodin týdně respondentem dle zdravotnických zařízení

Graf 7 znázorňuje většinu respondentů, 56,8–75,8 %, kteří v závislosti na zdravotnickém zařízení týdně odpracují 40–59 hodin, dále 13,6–40,5 % respondentů odpracuje hodin 20–39. Hodinově kratší úvazky, tedy méně než 20 hodin, nebo naopak počet osob, které týdně odpracují 80–99 hodin, jsou v těchto zdravotnických zařízeních spíše výjimkou. 100 a více hodin, které byly v dotazníku uvedeny taktéž jako jedna z možností, nebyly zaznamenány ani v jednom případě.

Otázka 8: Jaké je pracovní zařazení respondentů dle zdravotnického zařízení?**Graf 8** Pracovní zařazení respondenta dle zdravotnických zařízení

Graf 8 ukazuje, že většina personálu, 60,6–86,3 % (v závislosti na zdravotnickém zařízení) jsou registrované sestry. Další personál je pracovně zařazen jako zdravotní asistenti (3,9–16,7 %), sestry pracující pod dohledem (2–9,1 %). Pouze ve zdravotnickém zařízení D bylo zjištěno 4,1 % lékařů bez atestace, obdobně ze zdravotnického zařízení C jako jediného se dotazníkového šetření účastnilo 1,5 % vedení nemocnice. Dalšími pracovníky, kteří byli zahrnuti do jiné skupiny, byli sestry specialista, porodní asistentka, sanitář, ošetřovatel.

Tabulka 1 Přímá interakce mezi zdravotnickým personálem a pacienty

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Absolutní četnost				Relativní četnost			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Ano	50	53	66	74	98,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Ne	1	0	0	0	2,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Neuvedeno	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Celkem	51	53	66	74	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka 1: Přímá interakce mezi zdravotnickým personálem a pacienty. 100 % dotazovaných respondentů z třech zdravotnických zařízení odpovědělo, že do přímé interakce s pacientem přicházejí denně. Pouze od jednoho poskytovatel zdravotní

lůžkové péče přišlo vyjádření, že do přímé každodenní interakce s pacientem přichází pouze 98 % šetřených respondentů.

2.6 Výsledky výzkumu

Testovaná hypotéza 1

$H_{0,1}$: V oblasti nastavení kultury bezpečí u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče neexistuje statisticky významný rozdíl.

$H_{1,1}$: non H_0

Testováno na otázkách č. 1, 2, 8, 9, 17 z části A (A1, A2, A8, A9, A17) a otázkách č. 1, 2 z části B (B1, B2).

Tabulka 2 A1 Pracovníci podporují jeden druhého na tomto oddělení

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesou - hlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	0,627	0,418	11,343	0,173	6,573	19,134
B	8,463	0,434	0,089	0,051	0,260	9,297
C	0,811	0,389	13,809	0,170	10,824	26,004
D	0,910	0,255	0,932	0,055	0,299	2,452
Celkem	10,811	1,497	26,173	0,449	17,956	56,887

Tabulka 2: A1 znázorňuje vzájemnou podporu pracovníků na oddělení u *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C* a *respondentů D*, kdy stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$.

Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $56,887 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 3 A2 Máme dostatek pracovníků na zvládnutí pracovní náplně

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	0,373	0,262	0,000	0,127	0,095	0,857
B	0,306	8,556	0,062	8,341	0,561	17,826
C	0,009	8,000	0,289	5,137	0,029	13,462
D	0,018	0,033	0,498	0,305	0,276	1,131
Celkem	0,707	16,851	0,849	13,909	0,960	33,276

Tabulka 3: A2 znázorňuje dostatek pracovníků na zvládnutí pracovní náplně u *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C* a *respondentů D*, kdy stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $33,276 > 21,02$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 4 A8 Personál má pocit, že jejich chyby/omyly jsou používány proti nim

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	1,995	0,067	4,919	0,458	1,245	8,683
B	0,464	0,062	0,989	0,514	1,270	3,299
C	1,195	0,130	1,070	0,263	11,552	14,210
D	0,481	0,120	2,795	2,675	1,842	7,914
Celkem	4,135	0,379	9,773	3,910	15,909	34,106

Tabulka 4: A8 popisuje fakt, že personál má pocit, že jejich chyby/omyly jsou používány proti nim u *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C* a *respondentů D*. Kdy stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $34,106 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 5 A9 Chyby/ omyly personálu vedou k pozitivním změnám

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	1,067	0,168	0,678	0,079	3,201	5,194
B	3,650	0,007	0,016	0,019	1,457	5,149
C	0,278	0,066	2,611	0,070	18,941	21,966
D	1,506	0,001	0,918	0,010	2,740	5,175
Celkem	6,501	0,242	4,223	0,178	26,339	37,483

Tabulka 5 A9 znázorňuje, zda chyby/omyly personálu vedou k pozitivním změnám u *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C* a *respondentů D*. Kdy stupně volnosti: $v = 12$ Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $37,483 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 6 A17 Na našem oddělení máme problémy s bezpečností pacienta

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	0,004	0,047	0,000	0,563	0,033	0,648
B	0,035	0,633	2,211	2,083	0,033	4,995
C	0,098	0,564	1,474	1,841	0,736	4,714
D	0,038	0,015	0,003	0,273	1,233	1,562
Celkem	0,174	1,260	3,689	4,760	2,036	11,919

Tabulka 6 popisuje problematiku na otázku A17 ve znění: Na našem oddělení máme problémy s bezpečností pacienta. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C* a *respondentů D*. Kdy stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $11,919 < 21,026$. Nezamítáme H_0 .

Tabulka 7 B1 Můj vedoucí pochválí, když vidí, že práce je provedená podle stanovených pravidel pro bezpečnost pacienta

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	1,646	1,086	0,261	0,467	0,061	3,521
B	0,318	0,206	7,492	7,673	0,086	15,775
C	6,741	0,492	5,219	7,004	0,239	19,696
D	0,847	1,288	0,068	0,514	0,258	2,975
Celkem	9,552	3,073	13,040	15,658	0,643	41,967

Tabulka 7 znázorňuje otázku B1: Můj vedoucí chválí, když vidí, že je provedená práce podle stanovených pravidel pro bezpečnost pacienta. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C* a *respondentů D*. Kdy stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$.

Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $41,967 > 21,026$. zamítáme H_0 .

Tabulka 8 B2 Můj vedoucí seriózně zvažuje návrhy personálu na zlepšení bezpečnosti pacienta

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	1,852	0,040	5,131	1,813	0,022	8,858
B	0,472	1,188	3,459	5,345	0,459	10,923
C	12,626	1,727	0,836	4,865	0,040	20,095
D	2,741	0,232	1,326	1,522	0,258	6,078
Celkem	17,691	3,186	10,753	13,545	0,779	45,954

Tabulka 8 udává otázku B2: Můj vedoucí seriózně zvažuje návrhy personálu na zlepšení bezpečnosti pacienta. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C* a *respondentů D*. Kritická hodnota stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $45,954 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 9 Hodnoty testového kritéria jednotlivých otázek testované hypotézy 1

Číslo otázky	Hodnota testového kritéria
A1	56,887
A2	33,276
A8	34,106
A9	37,483
A17	11,919
B1	41,967
B2	45,954

Při porovnání testových kritérií, znázorněno v tabulce 9, a kritické hodnoty $\chi^2_{0,95}[12] = 21,026$ byl v oblasti nastavení kultury bezpečí u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče na základě většiny testovaných otázek (konkrétně A1, A2, A8, A9, B1, B2) a 5% hladiny významnosti prokázán statisticky významný rozdíl. Zatímco existence problémů s bezpečností pacienta na daném oddělení (otázka A17) svědčí ve prospěch alternativní hypotézy, rozdíly u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče rozdíl shledán nebyl.

Testovaná hypotéza 2

$H_{0,2}$: V oblasti komunikace u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče neexistuje statisticky významný rozdíl.

$H_{1,2}$: non H_0

Testováno na otázkách č. 1–6 z části C (C1, C2, C3, C4, C5, C6).

Tabulka 10 C1 Dostáváme zpětnou informaci o změnách, které byly provedeny na základě hlášení nežádoucích událostí

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy	Celkem
A	11,696	4,620	0,853	0,994	2,476	20,639
B	0,130	1,283	0,317	0,131	0,912	2,773
C	0,556	0,505	0,099	0,033	1,321	2,514
D	3,350	0,024	0,346	0,927	0,345	4,991
Celkem	15,731	6,432	1,614	2,085	5,055	30,917

Tabulka 10 C1 řeší, zda personál dostává zpětnou informaci o změnách, které byly provedeny na základě hlášení nežádoucích událostí. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C* a *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $30,917 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 11 C2 Personál bude otevřeně a nahlas mluvit o tom, když vidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy	Celkem
A	0,786	0,172	0,816	0,006	0,541	2,321
B	0,432	2,141	0,004	0,138	2,786	5,502
C	0,531	5,700	1,272	0,109	3,779	11,392
D	0,242	0,422	3,040	0,468	1,039	5,212
Celkem	1,991	8,435	5,132	0,722	8,146	24,426

Tabulka 11 C2 její úkolem bylo řešit otázku: Personál bude otevřeně a nahlas mluvit o tom, když vidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C* a *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $24,426 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 12 C3 Jsme informovaní o chybách/omylech, které se stanou na tomto oddělení

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy	Celkem
A	0,202	0,237	3,759	1,296	3,321	8,815
B	2,785	0,323	0,141	2,796	2,925	8,970
C	0,273	0,015	0,253	1,580	0,676	2,796
D	0,306	0,987	0,617	0,488	0,659	3,056
Celkem	3,566	1,562	4,769	6,159	7,582	23,638

Tabulka 12 C3 popisuje informovanost personálu o chybách/omylech, které se stanou na jejich oddělení. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C* a *respondentů D*. Stupně volnosti: $\nu = 12$. Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [\nu] = 21,026$. Výsledek $23,638 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 13 C4 Personál se nebojí zeptat nadřízených ohledně jejich rozhodnutí nebo konání

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy	Celkem
A	0,002	0,263	3,609	0,156	2,084	6,114
B	3,783	0,073	0,544	0,000	1,792	6,194
C	2,727	1,485	2,401	0,369	2,608	9,590
D	0,001	0,915	0,513	0,067	0,615	2,111
Celkem	6,514	2,736	7,068	0,593	7,099	24,009

Tabulka 13 C4 popisuje otázku na téma: Personál se nebojí zeptat nadřízených ohledně jejich rozhodnutí nebo konání. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C* a *respondentů D*. Stupně volnosti: $\nu = 12$. Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [\nu] = 21,026$. Výsledek $24,009 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 14 C5 Na oddělení diskutujeme o možnostech prevence opakujících se chyb

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy	Celkem
A	0,000	4,984	0,722	0,001	1,523	7,230
B	0,000	1,838	0,955	0,003	0,018	2,814
C	0,000	2,475	1,536	0,000	1,705	5,716
D	0,000	0,541	0,109	0,005	0,010	0,664
Celkem	0,000	9,838	3,323	0,009	3,255	16,424

Tabulka 14 C5 znázorňuje, že na oddělení pracovníci diskutují o možnostech prevence opakujících se chyb. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $16,424 < 21,026$. Nezamítáme H_0 .

Tabulka 15 C6 Personál se bojí klást otázky v případě, že něco se nezdá být správné

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy	Celkem
A	0,330	1,192	0,171	1,238	1,860	4,791
B	4,798	4,038	0,833	0,338	1,934	11,942
C	0,959	0,005	0,003	0,366	5,121	6,454
D	0,193	0,732	1,330	0,690	0,022	2,967
Celkem	6,280	5,967	2,337	2,632	8,937	26,153

Tabulka 15 C6 znázorňuje problematiku personálu, zdali se bojí klást otázky v případě, že se něco nezdá být správné. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování se stanovila hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $26,153 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 16 Hodnoty testového kritéria jednotlivých otázek testované hypotézy 2

Číslo otázky	Hodnota testového kritéria
C1	30,917
C2	24,426
C3	23,638
C4	24,009
C5	16,424
C6	26,153

Při porovnání testových kritérií v tabulce 14 a kritické hodnoty $\chi^2_{0,95}[12]=21,026$ v oblasti komunikace u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče na základě otázek C1, C2, C3, C4, C6 existuje s 5% hladinou významnosti statisticky významný rozdíl. Pouze u otázky C5, týkající se diskuze o možnostech prevence opakujících se chyb, nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi danými poskytovateli lůžkové zdravotní péče.

Testovaná hypotéza 3

$H_{0,3}$: V oblasti hlášení nežádoucích událostí s vazbou na spektrum požadované péče u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče neexistuje statisticky významný rozdíl.

$H_{1,3}$: non H_0

Testováno na otázkách č. 1–3 z části D (D1, D2, D3).

Tabulka 17 D1 Jak často je hlášena chyba, která když se stane, je odhalena i napravená dříve, než by poškodila pacienta

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy	Celkem
A	3,229	0,784	5,399	1,422	2,077	12,912
B	0,001	1,490	0,004	1,259	3,278	6,032
C	3,787	1,878	2,719	0,050	5,614	14,047
D	0,134	0,225	0,102	0,029	0,241	0,731
Celkem	7,150	4,377	8,223	2,760	11,210	33,721

Tabulka 17 D1 řeší otázku, jak často je hlášena chyba, která když se stane, je odhalena i napravena dříve, než by poškodila pacienta. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $33,721 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 18 D2 Jak často je hlášena chyba, která když se stane, neublíží pacientovi

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy	Celkem
A	3,966	1,553	0,012	0,210	0,777	6,517
B	0,240	1,438	0,947	2,113	2,295	7,034
C	0,076	0,081	0,153	0,249	1,241	1,800
D	0,957	0,063	0,133	0,143	0,925	2,221
Celkem	5,239	3,135	1,244	2,715	5,239	17,573

Tabulka 18 D2 popisuje téma: Jak často je hlášena chyba, která když se stane, neublíží pacientovi. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D* Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $17,573 < 21,026$. Nezamítáme H_0 .

Tabulka 19 D3 Jak často je hlášená chyba, která když se stane, mohla by ublížit, ale neublížila pacientovi?

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy	Celkem
A	1,239	3,301	0,014	0,186	2,026	6,766
B	0,053	3,638	6,745	1,130	2,249	13,815
C	0,343	0,083	1,216	3,072	4,345	9,059
D	1,648	0,131	1,076	0,165	0,221	3,241
Celkem	3,284	7,153	9,051	4,553	8,841	32,881

Tabulka 19 D3 Popisuje otázku: Jak často je hlášená chyba, která když se stane, mohla by ublížit, ale neublížila pacientovi? U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $32,881 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 20 Hodnoty testového kritéria jednotlivých otázek testované hypotézy č. 3

Číslo otázky	Hodnota testového kritéria
D1	33,721
D2	17,573
D3	32,881

Při porovnání testových kritérií, Tabulka 18, a kritické hodnoty, $\chi^2_{0,95}[12] = 21,026$, byla testovaná hypotéza v oblasti hlášení nežádoucích událostí s vazbou na spektrum požadované péče u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče, na základě otázek D1 a D3 a 5% hladiny významnosti, zamítnuta. Frekvence hlášení chyb, které když se stanou, jsou odhaleny i napraveny dříve, než by poškodily pacienta, a současně frekvence hlášení chyb, které když se stanou, by mohly ublížit, ale neublížily pacientovi, se u sledovaných poskytovatelů lůžkové zdravotní péče liší. Naopak ve frekvenci hlášení chyb, které když se stanou, neublíží pacientovi (otázka D2), se neliší.

Testovaná hypotéza 4

$H_{0,4}$: V oblasti bezpečnosti pacientů u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče neexistuje statisticky významný rozdíl.

$H_{1,4}$: non H_0

Testováno na části E, otázky č. 1–11 z části F (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11).

Tabulka 21 E1 Přiřaďte stupeň bezpečnosti pacienta na Vašem pracovišti/oddělení v této nemocnici

Zdravotnické zařízení/ Stupeň bezpečnosti	Vynikající	Velmi dobrá	Příjemná	Slabá	Nedostatečná	Celkem
A	0,030	0,440	0,451	3,006	0,000	3,927
B	2,971	0,960	0,012	0,652	0,000	4,594
C	2,844	1,061	0,161	0,044	0,000	4,110
D	0,077	0,482	0,709	0,910	0,000	2,179
Celkem	5,922	2,944	1,333	4,611	0,000	14,810

Tabulka 21 E1 má za úkol přiřadit stupeň bezpečnosti pacienta na respondentově pracovišti/oddělení v jeho nemocnici. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $14,81 < 21,026$. Nezamítáme H_0 .

Tabulka 22 F1 Management nemocnice vytváří takovou pracovní atmosféru, která podporuje bezpečnost pacienta

Zdravotnické zařízení/ Míra soulasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	1,620	0,792	0,517	0,216	1,881	5,026
B	0,869	1,265	0,779	3,672	1,955	8,540
C	0,006	0,031	1,990	4,473	8,562	15,062
D	0,037	0,144	0,000	0,000	0,195	0,377
Celkem	2,533	2,232	3,287	8,360	12,593	29,005

Tabulka 22 F1 popisuje otázku na téma: Management nemocnice vytváří takovou pracovní atmosféru, která podporuje bezpečnost pacienta. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování

byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $29,005 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 23 F2 Nemocniční oddělení nespolupracují dobře mezi sebou

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	3,657	2,161	0,073	0,491	4,213	10,596
B	0,007	23,562	3,267	4,147	1,616	32,598
C	1,352	6,142	2,201	1,699	0,152	11,547
D	0,176	0,299	0,009	1,153	0,068	1,705
Celkem	5,192	32,165	5,550	7,490	6,049	56,445

Tabulka 23 F2 popisuje nespolupráci nemocničních oddělení mezi sebou. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$ Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $56,445 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 24 F3 Informace o pacientovi „záhadně mizí“ při převozu pacienta z jednoho oddělení na druhé

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	0,828	0,641	0,141	0,293	2,993	4,896
B	3,439	0,002	4,739	0,001	0,217	8,397
C	3,409	0,020	4,395	0,012	0,270	8,107
D	0,338	0,324	0,202	0,134	0,303	1,301
Celkem	8,014	0,986	9,476	0,440	3,784	22,701

Tabulka 24 F3 znázorňuje téma: Informace o pacientovi „záhadně mizí“ při převozu pacienta z jednoho oddělení na druhé. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $22,701 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 25 F4 Je dobrá spolupráce mezi nemocničními odděleními, které potřebují spolupracovat

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	6,098	3,665	0,087	1,259	0,557	11,666
B	0,057	4,506	2,268	7,141	0,006	13,978
C	1,643	0,006	2,227	3,533	6,631	14,039
D	0,385	0,067	0,007	0,229	3,071	3,759
Celkem	8,184	8,244	4,588	12,162	10,265	43,442

Tabulka 25 F4 popisuje, zda je dobrá spolupráce mezi nemocničními odděleními, která spolupracovat potřebují. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $43,442 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 26 F5 Během střídání služeb se „ztrácejí“ důležité informace týkající se péče o pacienta

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	0,592	0,422	0,154	0,214	0,222	1,605
B	0,024	0,423	0,933	0,808	0,652	2,840
C	0,084	1,105	0,263	1,378	1,741	4,570
D	0,055	0,010	0,435	0,535	0,910	1,944
Celkem	0,755	1,960	1,785	2,934	3,524	10,958

Tabulka 26 F5 řeší otázku: Během střídání služeb se „ztrácejí“ důležité informace týkající se péče o pacienta. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $10,958 < 21,026$. Nezamítáme H_0 .

Tabulka 27 F6 Je často nepříjemné pracovat s personálem z jiných oddělení

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	1,258	0,027	0,297	0,069	1,918	3,569
B	0,156	7,664	0,006	6,601	2,824	17,251
C	0,000	13,410	0,848	23,506	3,451	41,215
D	1,636	1,569	1,929	4,780	2,196	12,109
Celkem	3,050	22,670	3,080	34,956	10,389	74,145

Tabulka 27 F6 popisuje, zda je často nepříjemné pracovat s personálem z jiných oddělení U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$ Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $74,145 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 28 F7 Často se vyskytují problémy při výměně informací mezi odděleními nemocnice

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	6,623	0,643	2,126	0,030	0,004	9,426
B	0,917	6,494	1,454	1,866	2,172	12,903
C	2,164	16,055	2,285	8,810	4,014	33,329
D	2,426	0,925	0,645	3,208	0,352	7,556
Celkem	12,130	24,117	6,510	13,914	6,542	63,213

Tabulka 28 F7 popisuje, zda se často vyskytují problémy při výměně informací mezi odděleními nemocnice. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $63,213 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 29 F8 Konání managementu nemocnice svědčí o tom, že bezpečnost pacientů je nejvyšší prioritou

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	0,222	1,036	0,013	0,006	1,991	3,268
B	0,186	2,369	5,890	7,160	1,088	16,693
C	0,044	0,004	8,771	7,816	2,656	19,290
D	0,910	0,266	0,699	0,097	0,265	2,237
Celkem	1,362	3,675	15,372	15,078	5,999	41,487

Tabulka 29 F8 znázorňuje téma: Konání managementu nemocnice svědčí o tom, že bezpečnost pacientů je nejvyšší prioritou. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,0$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $41,487 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 30 F9 Management nemocnice se zajímá o bezpečnost pacientů, až když vznikne nežádoucí událost

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	0,222	1,036	0,013	0,006	1,991	3,268
B	0,186	2,369	5,890	7,160	1,088	16,693
C	0,044	0,004	8,771	7,816	2,656	19,290
D	0,910	0,266	0,699	0,097	0,265	2,237
Celkem	1,362	3,675	15,372	15,078	5,999	41,487

Tabulka 30 F9 popisuje, zda se management nemocnice zajímá o bezpečnost pacientů, až když vznikne nežádoucí událost. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $25,303 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 31 F10 Oddělení nemocnice spolupracují velmi dobře s cílem zajistit co nejlepší péči o pacienta

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	2,918	0,706	0,014	0,546	0,020	4,205
B	0,208	0,119	6,828	5,114	0,616	12,886
C	0,271	1,693	3,780	2,162	1,746	9,652
D	0,308	0,649	0,051	0,018	4,008	5,034
Celkem	3,706	3,167	10,674	7,840	6,390	31,777

Tabulka 31 F10 popisuje otázku: Oddělení nemocnice spolupracují velmi dobře s cílem zajistit co nejlepší péči o pacienta. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $31,777 > 21,026$. Zamítáme H_0 .

Tabulka 32 F11 Změny služeb jsou problematické pro pacienty v této nemocnici

Zdravotnické zařízení/ Míra souhlasu	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	Celkem
A	1,184	1,856	2,353	0,200	0,000	5,593
B	0,087	0,110	0,549	0,580	0,000	1,326
C	0,000	0,006	0,000	0,084	0,000	0,090
D	0,462	0,616	0,433	0,000	0,000	1,511
Celkem	1,734	2,588	3,336	0,864	0,000	8,521

Tabulka 32 F11 popisuje téma: Změny služeb jsou problematické pro pacienty v této nemocnici. U *respondentů A*, *respondentů B*, *respondentů C*, *respondentů D*. Stupně volnosti: $v = 12$. Pro testování byla stanovena hladina významnosti: $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota: $\chi^2 [v] = 21,026$. Výsledek $8,521 < 21,026$. Nezamítáme H_0 .

Tabulka 33 Hodnoty testového kritéria jednotlivých otázek testované hypotézy č. 4

Číslo otázky	Hodnota testového kritéria
E1	14,810
F1	29,005
F2	56,445
F3	22,701
F4	43,442
F5	10,958
F6	74,145
F7	63,213
F8	41,487
F9	25,303
F10	31,777
F11	8,521

Při porovnání testových kritérií, tabulka 33, a kritické hodnoty, $\chi^2_{0,95}[12] = 21,026$, byl v oblasti bezpečnosti pacientů u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče na základě většiny testovaných otázek (konkrétně F1, F2, F3, F4, F6, F7, F8, F9, F10) a 5% hladiny významnosti prokázán statisticky významný rozdíl. V přiřazeném stupni bezpečnosti pacienta (otázka E1) u „ztráty“ důležitých informací týkajících se péče o pacienta během střídání služeb (otázka F5) a shledání změn služeb jako problematické (otázka F11) nebyla testovaná hypotéza zamítnuta, nejedná se tedy o statisticky významný rozdíl.

3 Diskuze

Z dobré praxe je známo, že pokud se budou kontinuálně snižovat rizika, která jsou hrozbou pro hospitalizované pacienty a zdravotnické pracovníky při výkonu povolání a bude se zároveň zvyšovat bezpečnost zdravotní péče, povedou tyto skutečnosti k pozitivní kultuře bezpečí. Do kultury bezpečí zdravotnického zařízení bezesporu patří výstupní individuální a skupinové hodnoty zaměstnanců, jejich postoje, vnímání, modely a vzorce chování, pracovních kompetencí, které společně se zdravím managementem přispívají ke společné péči o pacienty. Zdravá organizační kultura má za úkol kontinuálně zvyšovat kvalitu, utvářet a tvarovat procesy, implementovat změny, dále zvyšovat produktivitu práce s cílem pozitivní ekonomické efektivity. Faktory, které ovlivňují zdravou organizační kulturu, jsou jednak zřetelná představa o úspěchu organizace a způsobu jeho dosažení, neodkládání stěžejních rozhodnutí, dostatečně odpočatý a moralizovaný personál, politicky vyvážené prostředí. Dále unikátní příležitosti bez komunikačních problémů, zájem managementu o problémy svých zaměstnanců, dobrý vývojový směr podniku, otevřenost vrcholového vedení s pozitivním přístupem k nápadům a pokusům svých zaměstnanců, zájem úsekových, středních i vysoce postavených manažerů o kvalitu práce jednotlivých podřízených. V neposlední řadě pak správná kontrola nákladů s cílem ekonomické efektivity.

Pokud bude zdravotnickému zařízení vládnout nezdravá podniková kultura, bude vystavováno dlouhodobému riskování a může snadno dojít k vážnému selhání. Vedoucí pracovníci musí vědět, že i nejlepší zaměstnanci mohou učinit vážné chyby a nesprávná rozhodnutí. Žádoucí je pro pozitivní kulturu bezpečí v organizaci netrestat zaměstnance za to, že pochybili, nýbrž sankcionovat je za to, že pochybení nenahlásili. Zdravotnický personál je charakteristický svou specifickou sociální atmosférou. Zdravotníky je tato atmosféra vnímána velmi silně a přímo ovlivňuje jejich způsob chování na pracovišti.

Cílem výzkumu hypotézy **H1** bylo určit, zda se liší nastavená kultura u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče. Testováno na otázkách č. 1, 2, 8, 9, 17 z části A, č. 1, 2 z části B. Otázka první (A1) mapovala, zda pracovníci podporují jeden druhého na tomto oddělení. Na tuto otázku, která monitoruje týmovou práci v kolektivu, odpověděli všichni respondenti ze všech dotazovaných zdravotnických zařízení kladně. Z klíčových výstupů se jednalo o následující:

U zdravotnického zařízení A 52 %, (27) z 51 dotazovaných, respondentů částečně souhlasilo s touto otázkou, u poskytovatele B 47 % zaměstnanců (25) z 53 oslovených souhlasilo s otázkou. V zdravotnickém zařízení C částečně souhlasilo 45 % (30) z 66 oslovených respondentů a nejméně kladných odpovědí zaznělo ze zdravotnického zařízení D, kde souhlasně odpovědělo 43 % (32) ze 74 dotazovaných.

Otázka druhá (A2), která sledovala dostatek personálu ve zkoumaných zdravotnických zařízeních, doslovně zněla: „Máme dostatek pracovníků na zvládnutí pracovní náplně“. Všechna dotazovaná zdravotnická zařízení odpověděla kladně, nejvyšší hodnotu vyjádřil personál poskytovatele B, který souhlasil v 50 % (27) z 53 dotazovaných. V C zdravotnickém zařízení zaměstnanci souhlasili ve 47 % (32) z 66 oslovených respondentů. Poskytovatel D částečně souhlasil ve 34 % (25) ze 74 respondentů. Nejmenší číselná hodnota patřila A poskytovateli, kde souhlasilo pouze 33 % (17) z 51 dotazovaných.

Otázka třetí (A8) zněla: „Personál má pocit, že jejich chyby a omyly jsou použity proti nim“. K této otázce, která úzce souvisí s kulturou bezpečí pacientů, se všichni respondenti postavili negativně. Shoda vznikala u dvou dotazovaných. Poskytovatel A, 46 % (23) z 51 oslovených, poskytovatel C, 46 % (20) z 66 oslovených. Zdravotnická zařízení D a B se také shodla a odpověděla v počtu 41 %, kdy u D poskytovatele bylo osloveno 38 respondentů ze 74. A u B poskytovatele 26 respondentů z 53.

Čtvrtou otázkou (A9) bylo zjišťováno, zda omyly personálu vedou i k pozitivním změnám. 54 % (28) z 51 respondentů A poskytovatele částečně souhlasilo stejně jako D poskytovatel, 53 % (38) ze 74 respondentů. S touto otázkou stejně jako B poskytovatel, 44 % (22) z 53 oslovených, souhlasili ve zdravotnickém zařízení C a vyjádřili se ve 35 % (21) pro souhlas z celkového počtu 66 dotazovaných účastníků.

Pátá otázka (A17) monitorovala, zda jsou na oddělení problémy s bezpečností pacienta. Respondenti u všech oslovených zpravidla na tuto otázku negovali, u poskytovatele C nesouhlasilo 47 % (31) z 66 oslovených, ve zdravotnickém zařízení D nesouhlasilo 53 % (39) ze 74 oslovených, ve zdravotnické zařízení A 56 % (28) z 51 respondentů a u poskytovatele B v 58 % (31) z 53 respondentů. Z výsledků jasně vyplývá, že personál oslovených zdravotnických zařízení nepocituje problémy spojené s bezpečností pacienta na svém oddělení, což vede k zvyšování kultury bezpečí zdravotnických zařízení. V části B dotazníků respondenti vyjadřovali svůj souhlas nebo

nesouhlas, který se týkal jejich bezprostředního nadřízeného nebo osoby, které přímo podléhají.

Otázka (B1): „Můj vedoucí mě pochválí, když vidí, že práce je provedená podle stanovených pravidel pro bezpečnost pacienta“. S touto otázkou částečně souhlasilo 39 % (19) z 51 respondentů ve zdravotnické zařízení A, ve zdravotnickém zařízení B s touto otázkou souhlasili, a to 71 % (39) z 53 oslovených respondentů. Personál poskytovatele C částečně souhlasil ve 45 % (30) z 66 oslovených respondentů a u D poskytovatele zaměstnanci souhlasili v 50 % (37) ze 77 oslovených.

I druhá otázka (B2) v B části dotazníku byla cílena na vedoucí pracovníky s úkolem zjistit, zda vedoucí seriózně zvažuje návrhy personálu na zlepšení bezpečnosti pacienta. Převažovaly kladné odpovědi. Zdravotnické zařízení B, 71 % (38) z 53 respondentů, a u D souhlasí 59 % (44) ze 74 zaměstnanců. A a C souhlasí s touto otázkou pouze částečně. V číselných hodnotách A 47 % (23) z 51 respondentů, C 35 % (23) z 66 respondentů.

Výsledek hypotézy **H1** je, že neexistuje statisticky významný rozdíl u oslovených zdravotnických zařízení. Pracovníci podporují jeden druhého na svých odděleních, disponují také dostatečným množstvím pracovníků na splnění pracovní náplně. Personál netrpí pocitem, že jejich chyby/omyly jsou používány proti nim a pokud tyto chyby/omyly personál učiní, přispívají spíše k pozitivním změnám na pracovišti. U oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče dále nebyly zaznamenány problémy s bezpečností pacienta. Zpětná vazba pod vedením vedoucího pracovníka probíhá nekonfliktně. Zaměstnanci se u všech zkoumaných poskytovatelů zdravotní lůžkové péče obrací na své vedoucí pracovníky s důvěrou a drží-li se v pracovním procesu stanovených pravidel pro bezpečnost, jsou vedoucími dostatečně chváleni. Verifikace hypotézy v této části proběhla kladně. Zdravotníci se drží standardů, pracují podle ošetrovatelského procesu a kladně tím přispívají k pozitivní kultuře bezpečí a péče o pacienty. H1 se potvrdila.

Brabcová, Bartlová (2015) ve své publikaci dělí klíčové dimenze na hlášení nežádoucích událostí, podporu bezpečí pacientů ze stran managementu, oblast předávání a překlad pacientů, týmovou spolupráci, nerepresivní odpověď ze stran managementu, otevřenou komunikaci a zpětnou vazbu o bezpečnosti péče a zpětnou

vazbu o pochybeních, v neposlední řadě oblast vnímání stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky (Brabcová, Bártlová 2015).

Podle WHO (2009) je 70 % pochybení způsobeno selháním v komunikaci. Komunikace bývá popisována jako jdoucí jedním směrem, například zákony, písemné pokyny, směrnice, a jdoucí oběma směry, kam patří telefonní rozhovory, maily. Rozdíl v komunikacích je, že ta oboustranná umožňuje zpětnou vazbu, která nabízí oběma stranám správné pochopení obsahu zprávy a snižuje se tím riziko nedorozumění (WHO, 2009).

Cílem druhé zkoumané hypotézy **H2**, bylo odhalit, zda u oslovených poskytovatelů lůžkové péče existuje statisticky významný rozdíl v oblasti komunikace.

Mezi stupněm bezpečí a otevřenou komunikací existuje úzká souvislost, která má přímý vliv na poskytování zdravotní péče u pacientů (Šupšáková, 2017).

Wagner a kol., (2013) se zabývali v oblasti komunikace výzkumným šetřením i napříč kontinenty. Došli k závěru, že jsou patrné rozdíly v oblasti komunikace mezi zdravotníky. V příklad uvedli Evropu (Nizozemí) a USA. Nizozemští zdravotníci jsou ochotni otevřeně hovořit o rizicích poskytování zdravotní péče v 82 % a v 56 % cítí svobodu pro zpochybňování rozhodnutí, nebo jednání jejich nadřízených. V USA jsou hodnoty nižší (Wagner a kol., 2013).

Ve výzkumné části práce byla oblast komunikace saturována šesti otázkami. Testováno na otázkách č. 1–6 z části C. U této zkoumané oblasti se oslovení zdravotníci vyjadřovali k problematice zpětné vazby po změnách, které byly provedeny na základě hlášení nežádoucích událostí. Dále byl personál tázán, zda otevřeně a nahlas mluví o negativech, která mohou mít vliv nebo ovlivňují péči o pacienta. K prvním dvěma otázkám se zdravotníci vyjádřili pozitivně, odpovídali slovy „většinou“, „vždy“.

První otázka (C1) mapovala, zda zdravotnický personál dostává zpětnou informaci, které změny byly provedeny na základě hlášení nežádoucích událostí. Respondenti ze zdravotnického zařízení A „zřídka“ dostávají tyto informace, 27 % (14) z 51 dotazovaných. Dále se do pořadí s odpovědí „někdy“ řadí poskytovatel B a jeho zaměstnanci se svými 30 % (16) z 53 dotazovaných. Na třetím místě se umístil s 30 % personál z C, kde (20) respondentů z 66 se vyslovilo slovem „většinou“. Ve zdravotnickém zařízení D se vyslovili respondenti taky „většinou“, a to v 35 %

z (26) ze 74. Zde lze pozorovat mírné odchylky v odpovědích, a ne zcela všude dochází ke zpětné vazbě o změnách, které byly provedeny na základě hlášení nežádoucí události. Zdravotnický personál může v problematice tápat a nemít jistotu.

Otázka číslo dvě (C2) mapovala, zda bude personál otevřeně a nahlas mluvit o tom, když vidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta. Zde je patrná shoda u všech poskytovatelů lůžkové zdravotní péče. Jejich respondenti vyjádřili svůj souhlas slovem „většinou“. Poskytovatel A ve 49 % u (25) z 51 respondentů. Poskytovatel B 45 % (24) z 53 oslovených. Poskytovatel C 45 % (20) respondentů z 66 oslovených. D poskytovatel 55 % (44) oslovených z celkového počtu 74.

Z řady následujících otázek bylo úkolem odhalit (C3), zda jsou zaměstnanci informováni o chybách/omylech, které se stávají na jejich pracovištích. I zde můžeme vidět pozitivní shodu v odpovědích u respondentů ve všech zdravotnických zařízeních, kdy se vyjadřovali k této otázce slovy „většinou“ a „vždy“. Většinou jsou informováni o chybách/omylech respondenti poskytovatele A, to ve 49 %, kde odpovědělo (25) zaměstnanců z 51. Vždy jsou informováni zdravotníci od poskytovatele B, a to v 62 % (33) z 53 oslovených. Stejně jako u poskytovatele A jsou většinou informováni i zaměstnanci poskytovatele C, a to ve 49 % (32) respondentů z 66. O chybách/omylech jsou vždy informováni ve zdravotnickém zařízení D, kde opověděli jeho zaměstnanci v počtu 53 % (39) ze 74 oslovených. Zde lze pozorovat jev, kdy nadřízení informují své podřízené o chybách/omylech, které se stávají na jejich pracovních jednotkách a dochází tak k pozitivní zpětné vazbě.

(C4) monitorovala, zda se personál bojí zeptat svých nadřízených na jejich rozhodnutí nebo konání. Všechny odpovědi od poskytovatelů zazněly kladně. Zdravotnické zařízení A a jeho respondenti odpověděli na čtvrtou otázku ze šesti slovem „většinou“, a to ve 37 % (19) oslovených z celkového počtu 51. Poskytovatel B 36 % (18) oslovených z 53. Respondenti u C poskytovatele odpověděli na výše zmiňovanou otázku slovem „vždy“, stejně jako v D. U poskytovatele C, se pro tuto odpověď rozhodlo 45 % (30) z 66 oslovených respondentů. Ve zdravotnickém zařízení D to bylo 39 % (29) ze 77 oslovených. Výsledkem z této otázky je, že podřízení se nebojí obrátit se na své nadřízené a zeptat se jich na jejich rozhodnutí nebo konání při pracovním procesu.

Předposlední otázka (C5) zněla: „Na oddělení diskutujeme o možnostech prevence opakujících se chyb“. I na tuto otázku přišly pozitivní odpovědi. Většinou diskutují u poskytovatele A, 45 % z (23) z 51 dotázaných. Většinou také diskutují u poskytovatele B, ve 44 %, (22) z celkového počtu 53 oslovených. Shodná procenta měla zdravotnické zařízení C, ve 45 % se respondenti shodli u odpovědí „většinou“ a „vždy“, takto odpovědělo (30+30) z 66 tázaných. Zaměstnanci zdravotnického zařízení D jsou o diskuzích k předcházení chyb přikloněni k „většinou“, součet činil 46 % odpovědí z (33) respondentů a 74 celkově tázaných. Zde vidíme, že personál si předává potřebné informace o pacientech a diskutuje o možnostech dalších prevencí u opakujících se chyb se snahou zlepšit tak lékařskou i ošetrovatelskou péči.

Poslední otázka (C6) měla objasnit, zda se personál bojí klást otázky v případě, že se mu něco nezdá být správně. Na tyto zbývající položky odpovídali respondenti slovy „většinou“ a „vždy“. Zde je možnost vidět evidentní shodu u všech čtyř oslovených poskytovatelů zdravotní lůžkové péče. U poskytovatele A se dostalo odpovědi, že „zřídka“ se personál nebojí klást otázky ve 47 % (24) z 51 oslovených. U poskytovatele B, se „nikdy nebojí“ 49 % (26) z 53 oslovených. Ve zdravotnickém zařízení C zazněla odpověď „zřídka“ se bojí personál klást otázky ve 37 % (25) z 66 respondentů. Se stejnou odpovědí jsme se setkali poskytovatele D, a to ve 45 % (33) ze 74 tázaných. V konečném výsledku můžeme říci, že **H2** se potvrdila, mezi zaměstnanci vládne pozitivní atmosféra v komunikaci, nebojí se mezi sebou ani s vedením otevřeně komunikovat i o pracovních problémech, nebojí se ohradit, pokud vidí, že něco není správně, vedou se diskuze o pacientech i jejich bezpečnosti, mají svůj vlastní názor na věc. V praxi platí, že stupeň bezpečí pacienta se zvyšuje v souvislosti s otevřenou komunikací a tehdy, je-li zaměstnancům poskytována zpětná vazba o výsledcích hlášení mimořádných událostí. Většina poskytovatelů zdravotní lůžkové péče na území České republiky má za úkol dosáhnout akreditace, která je ukazatelem kvalitní a bezpečné péče o pacienty. Pro dosažení akreditace musí splňovat akreditační standardy. Jedním z řady těchto standardů je systém hlášení nežádoucích událostí. Hlavním smyslem systému hlášení nežádoucích událostí je způsobilost zdravotnického zařízení poučit se z vlastních chyb. Systémy hlášení nežádoucích událostí odkrývají neznámé trendy a rizika, vedou k chápání dějů, které vyžadují pozornost a v neposlední řadě vedou k porozumění skrytých systémových selhání. Základním kamenem moderního zdravotnictví a managementu je management rizik. Poskytovatelé zdravotní lůžkové

péče usilují o bezpečnou péči a bezpečné prostředí pro pacienty. Chce-li zdravotnické zařízení docílit těchto priorit, musí zajistit rychlé hlášení nežádoucích událostí, jejich efektivní šetření, vyhodnocení, a především zapojit zaměstnance do tohoto procesu (Škrála; Škrlová, 2008).

Na oblast systému hlášení nežádoucích událostí byly zacíleny tři otázky. Hypotéza **H3** byla testována na otázkách č. 1–3 z části D. Respondenti byli tázáni prostřednictvím dotazníku v první otázce (D1), jak často je hlášená chyba, která když se stane je odhalena i napravena dříve, než by mohla poškodit pacienta. Všichni oslovení poskytovatelé zdravotní lůžkové péče odpověděli pozitivně. Například zdravotnické zařízení A a jeho respondenti odpovídali na tuto otázku nežádoucí události ve 27 % (14) respondentů z 51 oslovených slovem „většinou“. Poskytovatel B také slovem „většinou“ v 51 % (27) z 53 dotazovaných. Poskytovatel C a jeho tázání odpověděli slovem „vždy“ v 50 % (33) z 66 oslovených. Zdravotnické zařízení D se v odpovědích shodlo na slovech „většinou“ a „vždy“ 36 % (27+27) ze 74 oslovených.

Následně zdravotníci odpovídali (D2), jak často je hlášená chyba, která když se stane, neublíží pacientovi. Z výsledku vyplývá fakt, že u všech oslovených poskytovatelů zdravotní lůžkové péče se dostalo pozitivních odpovědí. Tato otázka přinesla slova „většinou“ a „vždy“ a to ve všech případech. Zaměstnanci zdravotnického zařízení A 39 % (20) z 51 respondentů. Poskytovatel B 57 % (30) z 53 respondentů. Poskytovatel C 39 % (26) z 66 respondentů, poskytovatel D 40 % (30) ze 74 oslovených pracovníků.

Na třetí (D3) otázku k tématu nežádoucích událostí se také od všech tázaných ve výše uvedených zařízení dostalo kladné odpovědi. Otázka monitorovala: „Jak často je hlášena chyba, která když se stane, mohla by ublížit, ale neublížila pacientovi.“ Zdravotnická zařízení A, B se shodla na odpovědi „většinou“. Poskytovatelé C, D se shodli na odpovědi „vždy“. Poskytovatel A ve 37 % (19) respondentů z 51. U poskytovatele B ve 38 % (22) z 53 oslovených. Zdravotnické zařízení C, 59 % z (39) z 66 tázaných respondentů. Poskytovatel D, 46 % z (34) tázaných 74. Chyby a skoro chyby jsou podle respondentů hlášeny většinou nebo vždy a jsou odhaleny dříve, než by stačily poškodit pacienta. Na téma hlášení nežádoucích událostí nebyl shledán statisticky významný rozdíl v šetřených zdravotnických zařízeních v systému hlášení nežádoucích událostí, tím se potvrdila **H3**.

Brabcová, Bártlová (2015) ve své publikaci uvádí na toto téma studii El-Jardali a kol., (2011), která se specializovala na sestry a lékaře v lisabonských nemocnicích a odhalila skutečnost, že 57, 1 % lékařů a 57, 2 % sester nehlásilo během posledních dvanácti měsíců žádnou nežádoucí událost. Zde je na místě uvést, že personál má za povinnost nahlásit jakoukoliv nežádoucí událost, které byl účastníkem. Žádoucí je, aby zdravotnický personál nepodceňoval riziko pochybení, předpovídal ho a uměl na něj reagovat. Vědecké objevy daly prostor pro zdokonalování ve všech odvětvích moderní medicíny. Nicméně jak potvrzují mnohé vědecké studie, vývoj s sebou přináší mnohá rizika pro bezpečí pacientů. Z praxe je známo, že pacienti, kteří jsou hospitalizováni, podstupují nejedno riziko vzniku nežádoucí události. Například u pacientů, kteří jsou v medikační léčbě, existuje riziko medikačních pochybení a nežádoucích reakcí. Na základě těchto zjištění o odhalení nedostatků byl podpořen vývoj bezpečí pacientů formou specializovaného vědního oboru, který má pomoci zdravotníkům, managementu zdravotnických zařízení, organizacím zdravotní péče a všem poskytovatelům, vládám a spotřebitelům pochopit pojmy a principy bezpečné péče o pacienty. Plány, mise a úkoly, jež zdravotní péči čekají, jsou obrovské a vyžadují, aby všichni zúčastnění porozuměli rozsahu možného poškození pacientů, a proč zdravotní péče musí přijmout tuto kulturu bezpečnosti.

Poslední hypotéza **H4** měla úkol prozkoumat, zda v oblasti bezpečnosti pacientů u oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče neexistuje statisticky významný rozdíl. Testování proběhlo na části E, otázky č. 1–11 z části F. Část E: Respondenti všech oslovených zdravotnických zařízení odpověděli na tuto otázku shodně, a to slovy „velmi dobře“. Poskytovatel A v 59 % (30) z 51 oslovených. Poskytovatel B, 77 % (41) z 53 tázaných. Poskytovatel C, 56 % (37) z 66 respondentů. Poskytovatel D, 72 % (54) ze 74 dotazovaných. Nikdo ze zaměstnanců se nevyjádřil slovem „nedostatečná“ hodnota, u všech byla 0 %. Statisticky je ve všech případech přímá a významná souvislost mezi otevřeností v komunikaci a stupněm bezpečí pacienta. Hypotéza z tabulky F byla potvrzena.

Z odpovědí respondentů napříč zdravotnickými zařízeními, kde proběhlo toto výzkumné šetření, se dostavilo mnoho rozličných odpovědí a názorů v tabulce F, „Vaše nemocnice“. Na základě výstupů druhé tabulky lze nyní potvrdit či vyvrátit hypotézu **H4**.

První otázka (F1) monitorovala, jakou atmosféru vytváří management zdravotnických zařízení podporující bezpečnost pacienta. Se zněním první otázky souhlasili všichni oslovení. V zdravotnickém zařízení A vyjádřilo souhlas 49 % (18) z 51 oslovených. Respondenti B poskytovatele také souhlasili, a to v 62 %, kde odpovědělo (33) z 53 dotazovaných. Personál poskytovatele C se vyjádřil v 53 % (35) z 66 oslovených. Zaměstnanci zdravotnického zařízení D taktéž souhlasili ve 45 % odpovědí u (33) ze 74 dotazovaných.

Druhá otázka (F2) zněla: „Nemocniční oddělení nespolupracují dobře mezi sebou“. Odpovědi byly jednak částečně souhlasné, souhlasné ale i nesouhlasné. Například „nesouhlasné“ odpovědi přišly od B poskytovatele, a to v 60 % případů od (33) z 53 oslovených. „Částečně souhlasně“ odpověděli zaměstnanci ze zdravotnického zařízení A, a to ve 45 % (23) z 51 respondentů. „Částečně souhlasně“ odpovědělo ve zdravotnickém zařízení C z 53 % (35) z 66 oslovených. Poskytovatel D – „souhlasně“ u 45 % (33) ze 74 tázaných.

Třetí otázka (F3) sledovala, jak informace o pacientovi „záhadně mizí“ při převozu pacienta. Odpovědi byly částečně souhlasné a nesouhlasné. Nesouhlasně odpověděl personál A poskytovatele, 45 % (21) z 51 oslovených. Nesouhlas vyjádřili i zaměstnanci z B, 53 % (28) z 53 tázaných. Částečně souhlasně odpovídali ve zdravotnickém zařízení C, 54 % (36) z 66 dotazovaných. Částečně souhlasně odpovídali také u poskytovatele D, 42 % (31) ze 74.

Čtvrtá otázka (F4) v tabulce F mapovala, jak dobrá je spolupráce mezi nemocničními odděleními, která potřebují spolupracovat. Poskytovatelé lůžkové zdravotní péče se k této otázce vyjádřili pozitivně. Respondenti A, 37 % (18) tázaných z 51. Souhlasně se vyjádřil zaměstnanci poskytovatele B, 60 % (34) z 53 oslovených, v 50 % částečně souhlasně se vyslovili zaměstnanci z C zařízení, (36) respondentů z 66. A souhlasně dostalo odpovědi od D poskytovatele a jeho personálu, 46 % (34) odpovědí ze 74 oslovených.

Pátá otázka (F5) byla položena takto: „Během střídání služeb se „ztrácejí“ důležité informace týkající se péče o pacienta. Odpovědi byly negativní od všech oslovených. V 54 % nesouhlasili u A poskytovatele, (27) z 51 respondentů. Nesouhlasně také u poskytovatele B, kde 55 % (31) z 53 tázaných. Vůbec nesouhlasil personál ve

zdravotnickém zařízení C, 42 % (28) z 66 oslovených. Vůbec nesouhlasili také ve zdravotnickém zařízení D, 42 % (31) ze 74 oslovených respondentů.

Šestá otázka (F6) se ptala, jak často je pro personál nepříjemné pracovat s personálem z jiných oddělení. Pouze zaměstnanci zdravotnického zařízení B se vyjádřili nesouhlasně, a to 49 % (26) z 53 oslovených. Ostatní, jako například A poskytovatel, „částečně souhlasí“ ve 37 % (19) respondentů z 51. „Souhlasí“ také zaměstnanci C zařízení, ve 45 % (30) respondentů z 66. Částečně souhlasí zaměstnanci D zařízení, 53 % (39) ze 74 oslovených. Sedmá otázka (F7) sledovala, jak často se vyskytují problémy při výměně informací mezi odděleními nemocnice. Zde byly odpovědi částečně souhlasné i nesouhlasné. Nesouhlasil například personál z A zařízení ve 39 % (20) z 51 respondentů. Nesouhlas také zazněl u poskytovatele B, 53 % (28) respondentů z 53. Zaměstnanci zdravotnického zařízení C „částečně souhlasili“ s otázkou v 57 % (38) z 66 oslovených. Odpověď „částečně souhlasí“ vybírali i zaměstnanci D zařízení, 51 % (38) respondentů ze 74.

Osmá otázka (F8): „Konání managementu nemocnice svědčí o tom, že bezpečnost pacientů je nevyšší prioritou“. Kladné odpovědi přišly od všech oslovených poskytovatelů zdravotní lůžkové péče. Souhlasili v A, B, D, částečně souhlasilo i C zařízení. V A souhlasili v 55 % (28) z 51 oslovených, v B zařízení souhlasili v 81 %, kde bylo dotazováno (43) respondentů z 53. Poskytovatel C částečně souhlasí ve 45 % (30) zaměstnanců z 66 oslovených. U D poskytovatele souhlasí 57 % (42) ze 74 tázaných.

Devátá otázka (F9) zjišťovala téma: „Management nemocnice se zajímá o bezpečnost pacientů, až když vznikne nežádoucí událost“. Každá odpověď od dotazovaných zdravotnických zařízení přišla negativní. Zaměstnanci zdravotnického zařízení A vyjádřili „nesouhlas“ v odpovědích ve 39 % (20) z 51 tázaných. Nesouhlasili také u B poskytovatele, v 62 % (32) respondentů z 53. Ani v C nesouhlasili, a to v 52 % (34) z 66 respondentů. Poslední poskytovatel D a jeho zaměstnanci nesouhlasili s otázkou ve 47 % (35) tázaných ze 74.

Na desátou otázku (F10) přišly odpovědi kladné. Doslova zněla: „Oddělení nemocnice spolupracují velmi dobře s cílem zajistit co nejlepší péči o pacienta“. Personál A poskytovatele souhlasil s odpovědí ve 49 % (21) z 51 respondentů. Také souhlasili z B zařízení, odpověděli ve 30 % (14) z 53 oslovených. Částečně souhlasili

v C zařízení, 50 % (33) respondentů z 66. Souhlas vyjádřili také v D zařízení, a to 47 % (35) ze 74 tázaných.

Poslední, jedenáctá otázka (F11) mapovala téma: „Změny služeb jsou problematické pro pacienty v této nemocnici“. Na tuto otázku přišly jasné negativní odpovědi. Zaměstnanci u A poskytovatele ve 42 % (21) respondentů z 51 nesouhlasili. Nesouhlasili také v B zařízení, celkem 57 % (30) z 53 tázaných. Zaměstnanci zdravotnického zařízení C rovněž vyjádřili svůj nesouhlas, v 56 % (37) z 66 respondentů. A nesouhlasili taky v D zařízení, 62 % (46) ze 74 tázaných. Hypotéza **H4** byla naplněna ve všech bodech, i když odpovědi byly rozličné a neukazují markantní odchylky.

Management nemocnice vytváří takovou pracovní atmosféru, která pozitivně působí na bezpečnou péči o pacienta ve všech oslovených zdravotnických zařízeních. Konání managementu poskytovatelů zdravotní lůžkové péče nasvědčuje tomu, že je pro ně nejvyšší prioritou. Management všech oslovených poskytovatelů zdravotní lůžkové péče má zájem o bezpečnost a bezpečnou péči pacientů. Mezioborová nemocniční oddělení spolu ne vždy dobře spolupracují, avšak společná oddělení nemají ve spolupráci problém. Oslovený personál nesouhlasí, ale i částečně souhlasí s myšlenkou, že by si ztrácely důležité informace při překladi pacienta na jiné oddělení či při předávání směn. Díky otevřené spolupráci uvnitř zdravotnického zařízení, dobré komunikaci mezi odděleními i zaměstnanci roste i hodnocení stupně bezpečí pacientů. I sám pacient se může podílet na kvalitě bezpečnosti péče. Longtin a kol., (2010) upozorňuje na fakt, že sami pacienti se mohou svým jednáním a chováním aktivně zapojit do programu bezpečné péče tím, že svůj pasivní přístup změní na aktivní roli a stanou se tak pro zdravotníky partnery (Longtin a kol, 2010).

Všechny čtyři hypotézy vyšly kladně. U každého osloveného poskytovatele zdravotní lůžkové péče je díky pravidelným akreditačním šetřením, řádnému naplňování standardů, předpisů, plánů ošetrovateľské péče kvalitně nastavena kultura bezpečí pacientů, komunikace, systém hlášení nežádoucích událostí i samotná bezpečná péče o hospitalizované v šetřených zdravotnických zařízeních.

Návrh řešení a doporučení pro praxi

Zpracováním a vyhodnocením dat z dotazníkového šetření zaměřeného na problematiku kultury bezpečí pacientů z pohledu zdravotnických pracovníků vyplynulo, že u všech oslovených poskytovatelů zdravotní lůžkové péče se nevyskytují statisticky významné rozdíly. Konkrétně bylo zacíleno na kulturu bezpečí, komunikaci, hlášení nežádoucích událostí a bezpečnou péči o pacienty. Na podkladu této skutečnosti byla formulována následující řešení a doporučení směřování kvality a bezpečí pro budoucí praxi. To tkví jednak v plnění devátého akčního plánu MZ ČR, který má za úkol nadále zdokonalovat systém v tématech, jako jsou například zlepšení edukace zdravotníků v oblasti řízení kvality a bezpečnosti. Dále také upravit specializační vzdělávání lékařů ve smyslu zavedení povinného bloku kvalita a bezpečí – standardizovat dle oblastí WHO curricula a zařadit do obecné části vzdělávacích programů v rámci tzv. kmene. U NLZP v oblasti specializačního studia je nutno v základním modulu vhodně doplnit povinný blok kvality a bezpečí v obdobném rozsahu jako u lékařů. Výše uvedené se týká oblasti v pregraduálním a postgraduálním vzdělávání, celoživotním vzdělávání lékařů a NLZP. Následně zvýšit zainteresovanost veřejnosti a pacientů na kvalitě a bezpečí zdravotních služeb. Do budoucna by bylo žádoucí, aby akreditačním šetřením prošla všechna zdravotnická zařízení od přednemocniční neodkladné péče, cestou lůžkové péče až po ambulantní a primární péči. Pokud by MZ ČR zadalo externí hodnocení kvality jako zákonně povinné, zvýšila by se automaticky kvalita a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Doporučením pro management zdravotnických zařízení je akreditovat zdravotnická zařízení např. u SAK, nebo ČSAZ. Kontinuálně vzdělávat své managery kvality, interní auditory, lékaře i NLZP pro poskytování co nejbezpečnější a nejkvalitnější zdravotní péče.

Závěr

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu a bezpečnou péči v akreditovaných zdravotnických zařízeních. Cíl práce bylo zjistit kvalitu a bezpečnou ošetrovatelskou péči ve zdravotnických zařízeních akreditovaných u SAK a ČSAZ. Teoretická část práce je rozdělena do jedenácti podkapitol zabývajících se současným stavem problematiky kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče, resortními bezpečnostními cíli, kvalitou ošetrovatelství a ošetrovatelské péče. Dále se zabývá bezpečností a ochranou zdraví při práci, prevencí, bezpečností v ošetrovatelské péči. Významnou část pak tvoří firemní kultura, hodnocení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče v České republice, mezinárodní situace kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Poslední podkapitola se zabývá akreditacemi v České republice.

Výzkumná část je založena na kvantitativním výzkumu, pro nějž byla získána data za pomoci dotazníkového šetření. Dotazník byl převzat z USA agenturní společnosti zabývající se hodnocením bezpečnosti pacientů v amerických nemocnicích. Originální verze tohoto dotazníku nese název „Hospital Survey on Patient Safety“. Se žádostí o možnost použít dotazník byla oslovena výše zmiňovaná americká agentura Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) spolu s doc. PhDr. Sylvou Bártlovou, Ph.D. z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, která je vlastníkem práv pro českou verzi publikace. S laskavým svolením obou subjektů byl dotazník upraven pro využití k této diplomové práci.

V diplomové práci byly stanoveny čtyři hypotézy. Dotazník, který prošetřoval kvalitu a bezpečnost poskytované péče v akreditovaných zdravotnických zařízeních, obsahoval celkem 56 otázek a účastnila se jej 4 zdravotnická zařízení (označeno A–D). Každému zdravotnickému zařízení bylo poskytnuto 100 dotazníků, přičemž návratnost byla postupně pro A–D: 51 %, 53 %, 66 %, 74 %. Dotazník byl rozdělen do několika částí. Jednotlivé části, A–H, se postupně zaměřovaly na dané pracoviště/oddělení, hodnocení přímého nadřízeného, komunikaci, frekvenci hlášení nežádoucích událostí, stupeň bezpečnosti pacienta, danou nemocnici, počet hlášených nežádoucích událostí za posledních 12 měsíců, základní informace o respondentovi. Výzkumu se zúčastnilo 244 respondentů ze 400 odeslaných dotazníků. Dotazník vyplňovali s velkou převahou NLZP. Všechny hypotézy byly potvrzeny. U oslovených poskytovatelů zdravotní lůžkové péče neexistuje statisticky významný rozdíl v nastavení kultury bezpečí,

komunikace. Neexistuje statisticky významný rozdíl v hlášení nežádoucích událostí s vazbou na spektrum požadované péče, a ani v oblasti bezpečnosti pacientů. Respondenti neuváděli nedostatky v podpoře jeden druhého na svých odděleních, disponují také dostatečným množstvím pracovníků na splnění pracovní náplně. Personál netrpí pocitem, že jejich chyby/omyly jsou používány proti nim a pokud tyto chyby/omyly personál učiní, přispívají spíše k pozitivním změnám na pracovišti. U oslovených poskytovatelů lůžkové zdravotní péče dále nebyly zaznamenány problémy s bezpečností pacienta. Zpětná vazba pod vedením vedoucího pracovníka probíhá nekonfliktně. Zaměstnanci se u všech zkoumaných poskytovatelů zdravotní lůžkové péče obrací na své vedoucí pracovníky s důvěrou a drží-li se v pracovním procesu stanovených pravidel pro bezpečnost, jsou vedoucími dostatečně chváleni. Mezi zaměstnanci vládne pozitivní atmosféra v komunikaci, nebojí se mezi sebou ani s vedením otevřeně komunikovat i o pracovních problémech, nebojí se ohradit, pokud vidí, že něco není správně, vedou se diskuze o pacientech i jejich bezpečnosti, mají svůj vlastní názor na věc. Chyby a skoro chyby jsou podle respondentů hlášeny většinou nebo vždy a jsou odhaleny dříve, než by stačily poškodit pacienta.

Management nemocnice vytváří takovou pracovní atmosféru, která pozitivně působí na bezpečnou péči o pacienta ve všech oslovených zdravotnických zařízeních. Konání managementu poskytovatelů zdravotní lůžkové péče nasvědčuje tomu, že je pro ně nejvyšší prioritou. Management všech oslovených poskytovatelů zdravotní lůžkové péče má zájem o bezpečnost pacientů a o jejich bezpečnou péči. Oslovený personál nesouhlasí, ale i částečně souhlasí s myšlenkou, že by se ztrácely důležité informace při překladi pacienta na jiné oddělení či při předávání směn. Díky otevřené spolupráci uvnitř zdravotnického zařízení, dobré komunikaci mezi odděleními i zaměstnanci roste hodnocení stupně bezpečí pacientů. Personál ve svých zdravotnických zařízeních považuje stupeň bezpečnosti pacienta za velmi dobrý. Celkově byla vyhodnocena kvalita a bezpečnost poskytované péče v akreditovaných zdravotnických zařízeních respondenty jako na velmi dobré úrovni. Stejně výsledky potvrdil výzkum Brabcové, Bártlové (2015). Úroveň kultury bezpečí zdravotnického zařízení souvisí s ochotou zdravotníků hlásit nežádoucí události, otevřeně komunikovat. S vyšší kulturou bezpečí ve zdravotnickém zařízení klesá riziko pochybení a v neposlední řadě řízení rizik souvisí s mírou bezpečí poskytované péče.

Seznam použité literatury

- BADALÍK, Ladislav a Michaela KOSTIČKOVÁ. *Zabezpečovanie kvality zdravotnej starostlivosti na Slovensku*. Lékařský obzor. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita, 2009, 58(3), 77. ISSN 0457-4214.
- BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s., ISBN 80-247-1197-4.
- BĚLINA, Miroslav. *Pracovní právo*. 6., dopl. a podstatně přeprac. vyd. V Praze: C. H. Beck, 2014. Academia iuris (C. H. Beck). 496 s., ISBN 978-807-4002-830.
- BLECHARZ, Pavel. *Kvalita a zákazník*. Praha: Ekopress, 2015. 160 s., ISBN 978-80-87865-20-0.
- BRABCOVÁ, Iva a Sylva BÁRTLOVÁ. *Management v ošetrovateľskej praxi*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2015. 287 s., ISBN 978-80-7422402-7.
- BRHEL, Petr, ed.al *Pracovní lékařství: základy primární pracovnělékařské péče*. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 338 s., ISBN 80-7013-414-3.
- ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. 128 s., ISBN 978-80-247-3213-8.
- Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví: CSAZ. In: *Kvalita a bezpečí: Konzultační a poradenská činnost* [online]. Olomouc, c2015 [cit. 2019-01-27]. Dostupné z: <http://www.csaz.cz/cinnosti/>
- EL-JARDALI, Fadi, Hani DIMASSI, Diana JAMAL, Maha JAAFAR a Nour HEMADEH. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research* [online]. 2011, 11(1) [cit. 2019-03-12]. DOI: 10.1186/1472-6963-11-45. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-45>
- FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovateľství-teorie*. 2006. KD Osveta, 2006, 212s. ISBN 978-80-8063-227-4.
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovateľský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). 224 s., ISBN 978-80-247-3625-9.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Sociológia. 2012, 44(4), 478-496. 239 s., ISSN neuvedeno.

HINDLS, Richard et al. *Statistika pro ekonomy*. 8. vyd. Praha: Professional Publishing, 2007. 415 s., ISBN 978-80-86946-43-6.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada 2013. Sestra (Grada) 128 s., ISBN 978-80-247-4772-9.

CHALOUPKOVÁ, Věra. *Příprava koncepce kvality zdravotnických zařízení – aktuální stav*: Státní zdravotnický ústav. In: Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví [online]. 2007, 22 slide [cit. 2019-02-21]. Dostupné z: <https://slideplayer.cz/slide/2674119/>

IMLER, Ken. *Strategické systémy kvality*. Pardubice: Radek Lévy, 2008. 192 s., ISBN 978-80-904156-0-7.

JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). 144 s., ISBN 978-80-247-5426-0.

KOLEKTIV AUTORŮ POD VEDENÍM MINISTERSTVA ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR. Vláda České republiky: *Bezpečnostní strategie*. Ministerstvo zahraničních věcí České republiky. Praha, 2015. ISBN 978-80-7441-005-5.

KOTTER, John P. *Vědomí naléhavosti: první a nejdůležitější krok realizace změny*. Praha: Management Press, 2009. Knihovna světového managementu. 221 s., ISBN 978-80-7261-193-5.

KOŽELSKÁ, Kateřina a Marcela JANÍČKOVÁ. *Jak firemní kulturu ovlivňuje zavádění změn ve zdravotnických zařízeních*. Hormed [online]. Praha, 2017, (3), 38-40 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <http://www.hormed.cz/clanky/41/firemni-kultura>

KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPÍČKA a Zoltán SZABÓ. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. 96 s., ISBN 978-80-271-0054-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). 208 s., ISBN 978-80-247-3224-4.

Kvalita (jakost). *Management Mania* [online]. c2011-2016 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/kvalita-jakost>

LONGTIN, Yves et al. "Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety." *Mayo Clinic proceedings* vol. 85,1 (2010): 53-62. doi:10.4065/mcp.2009.0248

MAHÚTOVÁ, Martina a Dita SVOBODOVÁ. *Novinky v ošetrovateľskej péči*: Skriptum pro inovační kurz Novinky v ošetrovateľskej péči [online]. In: 2010, s. 1-110 [cit. 2018-12-21]. Dostupné z:

http://www.ftn.cz/upload/ftn/Granty/dokumenty/Skripta_Novinky_v_osp.pdf

MAHÚTOVÁ, Martina.: *Systém řízení kvality na Úseku laboratorních metod FTNsP*: hhh. 2010, Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

MALÝ, Ivan, Zuzana KOTEROVÁ a kol. Masarykova Univerzita: Ekonomicko-správní fakulta. In: *Zdravotní politika a její ekonomické dimenze* [online]. Brno, 2015, s. 1 - 202 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/488144/mod_resource/content/2/zdravotn%C3%AD%20politika%20a%20jej%C3%AD%20ekonomick%C3%A1%20dimenze.pdf

MARX, David a František VLČEK, ed. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: Spojená akreditační komise ČR, 2013. ISBN 978-80-903750-6-2.

MARX, David, 2015. *Nesprávná identifikace pacientů*. Zdravotnický deník. [online]. [cit. 2015-03-12]. Dostupné na www: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/nespravna-identifikace-pacientu-2-díl-serialu-o-bezpeci-pacientu>.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holisticke přístupy v péči o zdraví*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 164 s., ISBN 978-807-0134-573.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. In: *Akční plán č. 9: Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb* [online]. 2015, s. 1 - 45 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2009_01%20AP%20KaB_20150717PT.pdf

NENADÁL, Jaroslav, David VYKYDAL a Petra HALFAROVÁ. *Benchmarking: mýty a skutečnost: model efektivního učení se a zlepšování*. Praha: Management Press, 2011. 268 s., ISBN 978-80-7261-224-6.

NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti: principy, postupy, metody*. Praha: Management Press, 2008. 375 s., ISBN 978-80-726-1186-7

NEŠČÁKOVÁ, Libuše. *Zákoník práce 2014 v praxi - komplexní průvodce*. 2014. Praha: Garada Publishing, 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-5124-5.

NEUGEBAUER, Tomáš. *Průvodce problematikou bezpečnosti a ochrany zdraví při práci*. Praha: BMSS-Start, 2010. Průvodce extra (BMSS-Start). 88 s. ISBN 978-80-86140-62-9.

NEUGEBAUER, Tomáš. *Vyhledání a vyhodnocení rizik v praxi. 2., aktualiz. a rozš. vyd.* Praha: Wolters Kluwer, 2014. 120s., ISBN 978-80-7478-458-3.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra 224 s., ISBN 978-80-2473558-0.

PROKEŠOVÁ, Radka, Iva BRABCOVÁ, Sylva BÁRTLOVÁ a Valerie THÓTOVÁ. The possibility of patient involvement in prevention of medication error. *Kontakt (Vědecký časopis ZSF JČU)*. 2014, 16(2), e65-e70.

Resortní bezpečnostní cíle. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. c2010, 28-03-2013 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html

Seznam oprávněných osob. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. c2010, 1-10-2015 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/seznam-opravnenych-osob-_3205_29.html

SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). 304 s., ISBN 978-80-247-3507-8.

Spojená akreditační komise. In: *Směrnice Spojené akreditační komise, o.p.s. S-01 Pravidla udělování akreditace a certifikátu kvality a bezpečí revize 00* [online]. 2010, c2010, s. 1-4 [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: file:///C:/Users/Pslab/Downloads/s-01pravidlaudelovaniakreditacer00.pdf

STANĚK, Ivan. Medical tribune CZ: Tribuna lékařů a zdravotníků. In: *Co znamená kvalita a bezpečnost zdravotní péče* [online]. 2011, c2000-2019 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/20957-co-znamená-kvalita-a-bezpecnost-zdravotni-pece>

SVOBODOVÁ, Dita. *Systémy řízení a zajišťování kvality ve zdravotnických zařízeních*. Olomouc, 2013. Disertační práce. Univerzita Palackého. Vedoucí práce Doc. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. 199 s., ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. Sestra (Grada). 315 s., ISBN 978-807-4921-384

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). 144 s., ISBN 978-80-247-5711-7.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. 288 s., ISBN 978-80-271-0062-0.

ŠŮRA, Adam. *Léčba citem. Respekt*. Praha: Economia, 2009, (49), 1-82. ISSN 1801-1446. Tiskárna Bílý slon s.r.o. 107 s., ISBN 978-80-85047-52-3

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. 159 s., ISBN 978-80-7387-286-1.

ULRICH, Bear., Tamara KEAR. *Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery*. Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association. 2014, 41 (5), 447–456 p. ISSN 1526-744X.

VÁLKOVÁ, Monika. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. 78 s., ISBN 978-80-87023-45-7.

VEBER, Jaromír. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2007. Manažer. 204 s., ISBN 978-80-247-1782-1.

Věstník č. 16/2015. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2015, s. 1 – 32 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: file:///C:/Users/Pslab/Downloads/V%C4%9Bstn%C3%ADk_MZ_%C4%8CR_16-2015.pdf

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). 160 s., ISBN 978-80-247-4732-3.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). 88 s., ISBN 978-80-247-2763-9.

VOŤÍNSKÝ, Jiří. *Úloha měření kvality zdravotní péče*. Pharm Business Magazine. Praha, 2010, 2010-2011(3), 27-31.

Vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. *Zákony pro lidi* [online]. ANION CS, c2010-2019, 2016 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-102/zneni-20160823>

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). 88 s., ISBN 80-247-1428-0.

WAGNER, Cordula et al. Assessing patient safety culture in hospitals across countries, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 25, Issue 3, 2013, s 213–221, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt024>

WICHISOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). 192 s., ISBN 978-80-247-3754-6.

WOLFOVÁ, Magdalena. *Zapojení uživatelů do reformy psychiatrické péče*. Praha, 2018. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Mgr. Tušková.

Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. *Zákony pro lidi* [online]. ANION CS, c2010-2019, 2018 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. *Zákony pro lidi* [online]. ANION CS, c2010-2019, 2019 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: (zákon o zdravotních službách). *Zákony pro lidi* [online]. ANION CS, c2010-2019, 2019 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů: (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). *Zákony pro lidi* [online]. ANION CS, c2010-2019, 2018 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

WHO (2009). Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools: Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety (WHO/IER/PSP/2009.05). [online]. 2009 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf

Seznam příloh

Příloha A Dotazník	91
Příloha B Souhlas s povolením dotazníkového šetření.....	96

Příloha A - Dotazník

Dobrý den,

jsem studentem navazujícího magisterského studia na Vysoké škole Polytechnické v Jihlavě a dovoluji si Vás touto cestou oslovit o vyplnění dotazníku, který bude dále sloužit jako podklad k mé závěrečné práci. Otázky dotazníku jsou směřovány na téma této práce, a to „Kvalita a bezpečnost poskytované péče v akreditovaných zdravotnických zařízeních“.

Vaše odpovědi budou statisticky zpracovány a zahrnuty do výzkumného šetření pro mou diplomovou práci cílenou na zjištění dosahované kvality a bezpečnosti poskytované péče a výstupní doporučení.

Vyplnění dotazníku je anonymní a dobrovolné a nijak neovlivní Vaše postavení v zaměstnání či náhled na Vaši osobu. Vyplnění Vám zabere maximálně 10-15 minut.

U jednotlivých otázek prosím zaškrtněte pouze jednu variantu odpovědi, která nejvíce odpovídá Vašemu přesvědčení.

Děkuji za spolupráci a Váš čas.

Bc. Petr Slabý, DiS.

Pohlaví:

- ☐ Žena
- ☐ Muž

Věk:

- ☐ 18-25 let
- ☐ 26-30 let
- ☐ 31-40 let
- ☐ 41-50 let
- ☐ 51 a více let

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- ☐ Středoškolské
- ☐ Vyšší odborné
- ☐ Vysokoškolské
- ☐ Specializační vzdělávání

Délka praxe:

- ☐ 1-10 let
- ☐ 11-20 let
- ☐ 21- a více let

ČÁST A:

Vaše pracoviště/oddělení na účely této studie považujte za „své“ právě to oddělení, pracoviště nemocnice, kde trávíte většinu času své pracovní doby anebo kde poskytujete nejvíc zdravotnických služeb.

Kterou z těchto možností je Vaše pracoviště anebo oddělení v této nemocnici? Označte jen 1 z možností:

- ☐ několik různých oddělení v nemocnici/n especifikované oddělení
- ☐ neurochirurgické oddělení
- ☐ chirurgie
- ☐ gynekologicko-novorozenecké oddělení
- ☐ pediatrie
- ☐ traumatologie pohotovost
- ☐ oddělení intenzivní péče (jakéhokoliv typu)
- ☐ psychiatrie/ oddělení mentálního zdraví
- ☐ rehabilitace
- ☐ lékárna
- ☐ laboratoř
- ☐ radiologie
- ☐ jiné

☐ oddělení anesteziologie

Prosím vyjádřete svůj souhlas anebo nesouhlas s následujícími tvrzeními o Vašem pracovišti/oddělení. Přemýšlejte o svém nemocničním pracovišti/oddělení...

	vůbec nesouhlasím	nesouhlasím	částečně souhlasím	souhlasím	plně souhlasím
1. Pracovníci podporují jeden druhého na tomto oddělení					
2. Máme dostatek pracovníků na zvládnutí pracovní náplně					
3. Když se rychle musí udělat velké množství práce, pracujeme jako tým, abychom ji stihli udělat rychle					
4. Na tomto oddělení se lidé chovají jeden ke druhému s respektem					
5. Personál na tomto oddělení pracuje déle, než je dobré pro péči o pacienta					
6. Aktivně provádíme opatření na zlepšení bezpečnosti pacienta					
7. Využíváme víc dočasně pracujících personálu/agentury než je dobré pro péči o pacienta					
8. Personál má pocit, že jejich chyby / omyly jsou používány proti nim					
9. Chyby / omyly personálu vedou i k pozitivním změnám					
10. Je to jen náhoda, že se tu neudělalo víc vážnějších chyb					
11. Když je jedna část oddělení velmi zaneprázdněná, jiné jí pomáhají					
12. Když je hlášena nežádoucí událost, máte pocit, že se podrobně popisuje daná osoba a ne daný problém					
13. Poté, co vykonáme změny/přijmeme opatření na zlepšení bezpečnosti pacienta, sledujeme jejich efektivnost					
14. Pracujeme v „krizovém režimu“, kdy musíme udělat příliš mnoho věcí příliš rychle (ve spěchu)...					
15. Bezpečnost pacienta není nikdy zanedbávána na úkor snahy udělat více práce					
16. Zaměstnanci se obávají, že chyby, kterých se dopustí, budou zapsány do jejich osobního spisu					
17. Na našem oddělení máme problémy s bezpečností pacienta					
18. Naše postupy a systém práce jsou spolehlivé z hlediska prevence vzniku chyb					

ČÁST D: Frekvence hlášení nežádoucích událostí

Když se na Vašem oddělení stanou následující chyby, jak často jsou hlášeny?

	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy
1. Jak často je hlášená chyba, která když se stane, je odhalena i napravena dříve, než by poškodila pacienta?					
2. Jak často je hlášená chyba, která když se stane, neublíží pacientovi?					
3. Jak často je hlášená chyba, která když se stane, mohla by ublížit, ale neublížila pacientovi?					

ČÁST E: Stupeň bezpečnosti pacienta

Prosím, přiřaďte stupeň bezpečnosti pacienta na Vašem pracovišti/oddělení v této nemocnici.

☐ vynikající
 ☐ velmi dobrý
 ☐ přijatelný
 ☐ slabý
 ☐ nedostatečný

ČÁST F: Vaše nemocnice

Prosím vyjádřete Váš souhlas anebo nesouhlas s následujícími tvrzeními o Vaší nemocnici.

	vůbec nesouhlasím	nesouhlasím	částečně souhlasím	souhlasím	plně souhlasím
1. Management nemocnice vytváří takovou pracovní atmosféru, která podporuje bezpečnost pacienta					
2. Nemocniční oddělení nespolupracují dobře mezi sebou					
3. Informace o pacientovi „záhadně mizí“ při převozu pacienta z jednoho oddělení na druhé					
4. Je dobrá spolupráce mezi nemocničními odděleními, které potřebují spolupracovat					
5. Během střídání služeb se „ztrácejí“ důležité informace týkající se péče o pacienta					
6. Je často nepříjemné pracovat s personálem z jiných oddělení					
7. Často se vyskytují problémy při výměně informací mezi odděleními nemocnice					
8. Konání managementu nemocnice svědčí o tom, že bezpečnost pacientů je nejvyšší prioritou					
9. Management nemocnice se zajímá o bezpečnost pacientů, až když vznikne nežádoucí událost					

10. Oddělení nemocnice spolupracují velmi dobře s cílem zajistit co nejlepší péči o pacienta					
11. Změny služeb jsou problematické pro pacienty v této nemocnici					

ČÁST G: Počet hlášených nežádoucích událostí

Za posledních 12 měsíců, kolik hlášení o nežádoucích událostech jste vyplňovali anebo podávali?

- | | |
|--|--|
| ☐ žádné hlášení | ☐ 6 – 10 hlášení |
| ☐ 1 – 2 hlášení | ☐ 11 – 20 hlášení |
| ☐ 3 – 5 hlášení | ☐ 21 a více hlášení |

ČÁST H: Základní informace

Tyto informace pomohou při analýze výsledků tohoto průzkumu.

- Jak dlouho pracujete v této nemocnici?

☐ méně než 1 rok	☐ 11 – 15 let
☐ 1 – 5 let	☐ 16 – 20 let
☐ 6 – 10 let	☐ 21 a více let
- Jak dlouho pracujete na současném nemocničním pracovišti/oddělení?

☐ méně než 1 rok	☐ 11 – 15 let
☐ 1 – 5 let	☐ 16 – 20 let
☐ 6 – 10 let	☐ 21 a více let
- Kolik hodin týdně obvykle pracujete v nemocnici?

☐ méně jak 20 hodin	☐ 60 – 79 hodin
☐ 20 – 39 hodin	☐ 80 – 99 hodin
☐ 40 – 59 hodin	☐ 100 a více hodin
- Jaké je Vaše pracovní zařazení? Vyberte jen 1 odpověď, která nejlépe popisuje Vaši pozici:

☐ registrovaná sestra	☐ dietní sestra/nutriční terapeut
☐ sestra pracující pod dohledem úředník, sekretářka	☐ dokumentační pracovník oddělení,
☐ zdravotní asistent	☐ respirační terapeut
☐ lékař bez atestace	☐ fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped
☐ lékař se specializovanou způsobilostí	☐ technik (např. EKG, laboratorní, radiologický)
☐ lékárník	☐ vedení/management nemocnice
	☐ jiné (prosím specifikujte)

.....
- Při Vaší pracovní pozici přicházíte do přímé interakce anebo do kontaktu s pacienty?

☐ ANO, přicházím do přímé interakce anebo do kontaktu s pacienty
☐ NE, běžně nepřicházím do přímé interakce anebo do kontaktu s pacienty

Příloha B - Žádost o povolení dotazníkového šetření

Náměstkyně ošetrovatelské péče
jméno
zdravotnické zařízení.....



Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená náměstkyně, vážená hlavní sestro,

jmenuji se Petr Slabý a studuji obor Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v....., jež bude součástí mé závěrečné diplomové práce na téma Kvalita a bezpečnost poskytované péče v akreditovaných zdravotnických zařízeních.

Cílem mé práce bude zjistit kvalitu a bezpečnou ošetrovatelskou péči ve zdravotnických zařízeních akreditovaných u Spojené akreditační komise, o.p.s. a České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního standardizovaného dotazníku, který je přiložen. Dotazník je určen pro nelékařský zdravotnický personál Vaší nemocnice. S výsledky šetření se s Vámi rád podělím.

Děkuji za Vaše vyjádření.

Bc. Petr Slabý, DiS.

Student 2. ročníku Vysoké školy Polytechnické, Jihlava.

Obor Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví

V Jindřichově Hradci 6. 10. 2018

Vyjádření vedení instituce:

☐ Souhlasím

☐ Nesouhlasím

Datum:

Podpis a razítko