

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Kvalita a bezpečná péče v ambulancích
zdravotnického zařízení**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Renata Altmannová, DiS.

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

Jihlava 2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Renata Altmannová, DiS.
Studijní program:	Specializace ve zdravotnictví
Obor:	Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví
Název práce:	Kvalita a bezpečná péče v ambulancích zdravotnického zařízení
Cíl práce:	Zjistit rozdíly v dodržování kvality a bezpečné péče v ambulancích akreditovaných a neakreditovaných zdravotnických zařízení.



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



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

Abstrakt

Rozvoj kvalitní a bezpečné péče se stává prioritou zdravotnických zařízení, které provozují ambulantní péči. Oficiální uznání způsobilosti provozovat kvalitní a bezpečnou péči představuje získání certifikátu akreditace. Akreditační šetření je proces dobrovolný a závisí na rozhodnutí poskytovatele péče, zda o akreditaci zažádá.

Hlavním cílem výzkumu je porovnání kvality a bezpečné zdravotní péče zdravotnických zařízení. Dvě zdravotnická zařízení jsou akreditována, tři zdravotnická zařízení o akreditaci dosud nepožádala. Kultura bezpečí je hodnocena v oblastech dodržování stupně bezpečí, hodnocení kvality péče, hodnocení kultury pracovního prostředí a týmové spolupráce a ochotě hlásit chyby. Smysl výzkumu shledáváme ve zjištění, jestli je kvalita a bezpečná péče dodržována v dostatečné úrovni a zda jsou splněny požadavky na poskytování kvalitní a bezpečné péče i v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení.

Klíčová slova

Akreditace, kvalita, bezpečí, zdravotní péče, ambulance, komunikace

Abstract

Development of quality and safe health care becomes the priority of health care facilities including outpatient (ambulatory) care. Obtaining accreditation represents official recognition of eligibility to provide safety in health care system and quality of health care. Obtaining accreditation is a voluntary process and it depends only on the decision of each provider to request. The main aim of the research is to compare the quality and safety culture of five health care facilities providing outpatient service. Two of them has been accredited, three of them has not applied for accreditation yet. The quality and safety culture is assessed in four areas of maintenance of safe environment, assessment of health care quality, assessment of working culture and teamwork and willingness to report mistakes and adverse events. The purpose of the research is to find out whether quality of health care and safety is adhered enough and the requirements for providing safe health care and quality are fulfilled also in ambulatories in the non-accredited health care facilities.

Key words

Accreditation, quality, safety, healthcare, ambulatory, communication

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a 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/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé 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/a 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 10. dubna 2019

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí diplomové práce, paní doc. PhDr. Ladě Cetlové, PhD., za odborné vedení, cenné rady, ochotu, trpělivost, a především za čas, který věnovala vedení diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, která mě ve studiu plně podporovala.

Obsah

Úvod.....	9
1 Teoretická část	11
1.1 Kvalita ve zdravotnictví	11
1.2 Definice kvality péče ve zdravotnictví.....	11
1.3 Historie kvality ve zdravotnictví.....	12
1.3.1 Vývoj v České republice	14
1.4 Legislativní východiska pro program zvyšování kvality	14
1.5 Resortní bezpečností cíle.....	15
1.5.1 Spolupráce ČR s mezinárodními organizacemi.....	16
1.6 Měření a hodnocení kvality ve zdravotnických zařízeních.....	16
1.6.1 Total Quality Management a kontinuální zvyšování kvality.....	17
1.6.2 Indikátory kvality.....	17
1.6.3 Standardizace	18
1.6.4 Interní hodnocení kvality ambulancí	18
1.6.5 Audit	22
1.6.6 Benchmarking.....	23
1.7 Modely řízení kvality	23
1.7.1 Norma ISO	23
1.7.2 Modely akreditačních standardů.....	24
1.7.3 Modely ISQua, ALPHA	26
1.7.4 Modely excellence	27
1.8 Národní akreditační standardy v ambulantním sektoru	27
1.8.1 Standardy kvality	28
1.8.2 Standardy diagnostických a léčebných postupů	28
1.8.3 Standardy péče o pacienty	29
1.8.4 Standardy kontinuity péče	29
1.8.5 Standardy dodržování práv pacientů.....	29
1.8.6 Standardy podmínek poskytované péče.....	30
1.8.7 Standardy managementu.....	30
1.8.8 Standardy péče o zaměstnance	31
1.8.9 Standardy pro sběr dat a zpracování informací	31
1.8.10 Standardy protiepidemických opatření	32
1.9 Řízení rizik v ambulancích zdravotnického zařízení	32
1.9.1 Neefektivní komunikace	33

1.9.2	Zdravotnická dokumentace	33
1.9.3	Únik důvěrných informací	34
1.9.4	Riziko pochybení, poškození pacienta.....	34
2	Výzkumná část.....	36
2.1	Cíl výzkumu	36
2.2	Hypotézy	36
2.3	Metodika výzkumu.....	36
2.4	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	38
2.5	Průběh výzkumu.....	38
2.6	Zpracování získaných dat.....	39
2.7	Výsledky výzkumu.....	40
2.8	Testování hypotéz	103
2.9	Diskuse	118
2.10	Návrh řešení a doporučení pro praxi	126
	Závěr	128
	Seznam použité literatury	130
	Seznam grafů	135
	Seznam tabulek.....	137
	Seznam použitých zkratk	138
	Seznam příloh	139

Úvod

Kvalitní a bezpečná péče se v posledních desetiletích stává stále aktuálnějším tématem, která je diskutována na všech úrovních, národních i mezinárodních. Požadavek na dodržování kvalitní a bezpečné péče je v současnosti kladen nejen na zdravotnická zařízení nemocničního typu, ale požadavkem poskytovatelů zdravotní péče je zavedení systému kontroly kvality a bezpečné péče i do ambulantních zařízení. Ministerstvo zdravotnictví České republiky podporuje zavedení kultury bezpečí do zdravotnických zařízení. Výsledkem je stav, kdy sami zdravotníci vnímají bezpečí pacienta jako nejvyšší prioritu. Vyhodnocování kvality a bezpečí se stává nástrojem vedoucích pracovníků, manažerů kvality a vedení společností poskytujících zdravotní péči, ale v konečné fázi zmiňované úsilí závisí na spolupráci všech zaměstnanců zdravotnického zařízení. Výsledkem oficiálního uznání v poskytování kvalitní a bezpečné péče je proces akreditace. Akreditace je ovšem proces dobrovolný, který nelze zákonnou formou vymáhat.

Hlavním cílem výzkumného šetření bude porovnání kultury bezpečí a kvality v pěti zdravotnických zařízeních. Všechna zdravotnická zařízení, účastněná ve výzkumu, provozují ambulantní péči. Dvě z těchto zařízení jsou dlouhodobě reakreditována, tři z těchto zařízení nikdy o akreditaci nepožádaly. Výzkumné šetření bude zaměřeno na zdravotnický personál – lékaře a nelékařský zdravotnický personál, technický personál, ale i na vedení společnosti a personál účastněný na administrativě. Kvalita a bezpečná péče v ambulancích bude hodnocena a porovnána v oblastech dodržování bezpečné péče, hodnocení kvality péče, hodnocení kultury pracovního prostředí a týmové spolupráce a hlášení chyb. Význam dodržování bezpečné péče nebo kvality péče je nezpochybnitelný. Hodnocení kultury pracovního prostředí a týmová spolupráce je neméně důležitou součástí podílející se v důsledku na kvalitě a bezpečí. Nedostatečná, špatně vedená komunikace nebo strach podřízených z vyšší autority v konečném důsledku negativně ovlivňuje bezpečí pacientů a zdravotníků zároveň. Stejně tak k nežádoucím událostem, a tím pádem k ohrožení bezpečí pacienta a personálu, dochází při nesprávném nastavení hlášení chyb nebo dokonce strachu z hlášení chyb z důvodu postihu jednotlivce. Všeobecně lze říci, že zajištění kvalitní a bezpečné péče je podmíněno správnou identifikací problému, správným nastavením procesů, kontroly a nápravnými opatřeními.

Smyslem výzkumu je zjištění skutečností, jestli požadavky na kvalitní a bezpečnou péči splňují akreditovaná i neakreditovaná zdravotnická zařízení. V celé práci budeme používat termín zdravotnické zařízení, které je podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, označováno jako poskytovatel zdravotní péče.

1 Teoretická část

1.1 Kvalita ve zdravotnictví

V průběhu posledních dvaceti let jsou stále více všechna zdravotnická zařízení vystavena tlaku a vysokým nárokům na dodržování kvalitní a bezpečné péče, a to i přes nedostatky personálního, finančního a technického vybavení. Zdravotnická zařízení v dnešní době si jsou plně informována o důležitosti poskytování bezpečné a kvalitní péče, ovšem zároveň jsou si vědoma nedostatečných znalostí v rámci kvality, nedostatku vyškoleného personálu zodpovědného za zavádění a dodržování kvalitní a bezpečné péče nebo nedostatečné struktury organizace zodpovědné za zahájení procesu zlepšování kvality zdravotní péče (Madar, 2004).

1.2 Definice kvality péče ve zdravotnictví

Pojem kvalita nebo také jakost obecně označuje údaj o vlastnosti věci nebo ji lze chápat jako stupeň splnění požadavků. Kvalita ve zdravotnictví má rovněž několik definic a můžeme ji chápat jako kvalitu zdravotní péče, kvalitu poskytovaných zdravotních služeb nebo jako kvalitu ošetrovatelské péče. Kvalita zdravotní péče je pojem relativní (Válková, 2015).

Dle WHO byla v roce 1966 kvalita ve zdravotnictví definována jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe. Tato definice byla v roce 1982 upravena jako stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje. Kvalita zdravotní péče může být definována jako stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků (Gladkij, 2003).

Donabedian stanovil model pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče. Donabedian popisuje kvalitu zdravotní péče jako takovou péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu (Gladkij, Strnad, Heger, 1999).

Škrlovi (2003) definují kvalitu péče jako dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi. Na kvalitu lze pohlížet z mnoha perspektiv – z pohledu lékařského a nelékařského personálu, z pohledu klienta/pacienta nebo z pohledu výstupů (Škrlova, 2003).

Jak již bylo řečeno dříve, kvalita zdravotní péče je pojem relativní, proto se na kvalitu pohlíží z několika úhlů: kvalita a bezpečná péče z pohledu pacienta (taková kvalita, jak ji vnímají pacienti, co si přejí a jak proces prožívají), kvalita z pohledu odborného (co pacienti potřebují v rámci uplatnění zásad nejlepší praxe) a kvalita z pohledu managementu (efektivita služby a dodržování předpisů). Většina strategií sleduje zlepšení poskytovaných služeb. K nejčastějším pochybením ovšem dochází při předávání pacienta do péče jiné odbornosti. Z pohledu kontinuity péče lze kvalitu a bezpečnost definovat jako míru spolupráce jednotlivých služeb v průběhu jednoho cyklu péče (Staněk, 2011).

1.3 Historie kvality ve zdravotnictví

Zavádění kvality do zdravotnictví, stejně tak jako v jiných oborech, navazuje na zavádění kvality v průmyslu. Počátky řízení kvality jsou spjaty s výrobou a kvalitou výrobků, které se zaměřovaly na vlastní výrobní proces a kontrolovaly vstupní a výstupní vlastnosti produktů. Tento proces se datuje již na počátek 20. století. Nejvýznamnějšími osobnostmi zavádění řízení kvality v průmyslu jsou William Edwards Deming a Joseph Moses Juran (Madar, 2004).

Zakladatelem systému řízení kvality ve zdravotnictví byl Ernest Codman (1869-1940), který aplikoval své poznatky na počátku 20. století v USA. První akreditační standardy byly zveřejněny v roce 1917, kterými se řídilo více než 3000 zdravotnických zařízení. V roce 1951 vznikla první Společná komise pro akreditaci nemocnic. Tato instituce vytvářela a publikovala první standardy zabývající se kvalitou poskytované péče a bezpečím pacientů. Společná komise pro akreditaci nemocnic byla v roce 1987 přeměněna na Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisation (JCAHO). Primárním posláním této organizace je zlepšování kvality zdravotní péče, která také ustanovuje a vydává standardy a určuje počet povinných lékařských a ošetrovatelských auditů, a zároveň slouží jako kontrolor jednotlivých zdravotnických zařízení a vydává akreditace. Zájem o kvalitu ve zdravotnictví se přesunul i do Evropy a v 80. letech 20. století bylo zajištění kvality péče implementováno do zdravotnického zákonodárství (Válková, 2015).

V roce 1985 byl do evropské strategie Zdraví pro všechny do roku 2000 Světovou zdravotnickou organizací implementován program zajišťování kvality. Ve stejném roce vznikla Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví ISQua (The International Society for Quality in Health Care) se sídlem v Melbourne od roku 1995 (Plevová, 2012). V roce 1994 se dceřinou společností JCAHO stala Joint Commission International Accreditation (JCIA), která má od roku 1998 také zastoupení v České republice. Následkem vstupu do České republiky byly v roce 1999 vydány Standardy pro mezinárodní akreditaci nemocnic (Škrála, Škrlová, 2003).

Americký institut medicíny v roce 1999 vydává 2 dokumenty zásadní pro přístup ke kvalitě zdravotní péče. Prvním z dokumentů je To Err Is Human a druhým je Quality Chasm. Publikace nabádají zdravotnickou veřejnost k osobnímu postoji stanovit bezpečnost pacientů jako prioritu. Bezpečí pacientů se stává terčem pozornosti nejen zdravotníků a profesních organizací, ale zároveň sdělovacích prostředků a veřejnosti (Škrála, 2005).

V roce 1998 byla členskými státy Světové zdravotnické organizace na 51. světovém zdravotnickém shromáždění přijata deklarace podporující program WHO Zdraví pro všechny ve 21. století. Deklarace formulovala základní politické myšlenky péče o zdraví v nejširších společenských kontextech. Stěžejními body se stávají cíl č. 16 - Řízení v zájmu kvality péče a cíl č. 18 – Příprava zdravotnických pracovníků (Kernová, 2007). Vzhledem k celosvětovému požadavku dohledu a zvyšování kvality a bezpečí pacientů byla na požadavek EU schválena 5. dubna 2005 Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů – Luxembourg Declaration on Patient Safety. Součástí deklarace jsou kromě doporučení pro instituce Evropské unie a doporučení pro poskytovatele zdravotní péče také výběr následujících doporučení pro členské státy EU:

- umožnit pacientům úplný, srozumitelný a bezplatný přístup k informacím o svém zdravotním stavu, kteří daným informacím zcela rozumí,
- zvážit výhody zavádění dobrovolného systému hlášení nežádoucích událostí a nedokonaných pochybení,
- zavádět procesy v oblasti řízení rizik – například vytvářením standardů a indikátorů kvality v rámci systému externího hodnocení kvality,
- zahrnout informace o bezpečném prostředí pro pacienty do vzdělávání zdravotnických pracovníků,

- vytvářet prostředí, které využívá chyb k následnému poučení (European Union, 2005, Válková, 2015).

Na Lucemburskou deklaraci navazuje Londýnská deklarace (London Declaration) z roku 2006, jejíž vizí bylo představení bezpečnějších systémů zdravotní péče v celosvětovém měřítku. Zároveň poukázala na konkrétní oblasti spolupráce mezi pacienty, spotřebiteli a organizacemi vedoucí ke zlepšení bezpečnosti pacientů (MZ ČR, 2008).

1.3.1 Vývoj v České republice

Součástí světového transformačního procesu a následkem vědomosti rozdílů mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními v České republice byl v roce 1994 iniciován projekt Akreditace nemocnic, na kterém se podílela pracovní skupina při Ministerstvu zdravotnictví ČR, zástupci nemocnic, Česká lékařská komora, Česká asociace sester, zástupci pojišťoven, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR a ředitelé vybraných nemocnic. Projekt byl ukončen v roce 1998 s výsledkem vytvoření Spojené akreditační komise České republiky (Škrla, Škrlová, 2003).

1.4 Legislativní východiska pro program zvyšování kvality

Legislativně je kvalita zakotvena v zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Třetí oddíl řeší podporu zdraví, metodickou činnost, mezinárodní spolupráci a kontrolu kvality poskytovaných zdravotních služeb (Hrnčíř, 2003).

Podmínky poskytování zdravotních služeb jsou detailněji popsány v zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ze dne 6. listopadu 2011. Část devátá je věnována hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, je zde uvedena povinnost poskytovatele zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. V této části jsou zpracovány předpisy EU (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) je poskytovatel zdravotních služeb povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Proces externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je ukotven v § 98 zákona č. 372/2011 Sb. a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, která byla vydána v březnu 2012. V rámci vyhlášky jsou stanoveny minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí, způsob tvorby

a monitorování, konkrétně pro tři typy poskytovatelů zdravotní péče – lůžkovou a jednodenní péči, ambulantní péči a zdravotnickou záchrannou službu. Metodika a doporučení k provádění interního hodnocení kvality jsou zveřejněna ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, v částce 16, 2015 (Věstník MZ, 2015).

1.5 Resortní bezpečnostní cíle

Resortní bezpečnostní cíle byly zavedeny v roce 2010 jako systém doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR v rámci dokumentu Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012, který vychází z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů, včetně infekcí spojených se zdravotní péčí. Do roku 2012 bylo vyhlášeno MZ ČR sedm resortních bezpečnostních cílů, které zahrnují oblasti nejčastějšího výskytu nežádoucích událostí (Šupšáková, 2017).

Seznam resortních bezpečnostních cílů je uveden ve Věstníku MZ ČR č. 16/2015.

Resortní bezpečnostní cíle pro lůžková oddělení a pro oddělení jednodenní péče jsou:

- RBC1 – Bezpečná identifikace pacientů
- RBC2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti
- RBC3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
- RBC4 – Prevence pádů
- RBC5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
- RBC6 – Bezpečná komunikace
- RBC7 – Bezpečné předávání pacientů
- RBC8 – Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů (Věstník MZ ČR, 2015).

Resortní bezpečnostní cíle pro poskytovatele ambulantní péče a zdravotnické záchranné služby jsou:

- RBC2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti
- RBC5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (Věstník MZ ČR, 2015).

1.5.1 Spolupráce ČR s mezinárodními organizacemi

Hlavními mezinárodními organizacemi, spolupracujícími s ČR na problematice bezpečí a kvality, jsou WHO (Světová zdravotnická organizace) a OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (MZ ČR, 2010).

Pod záštitou WHO v roce 2004 vznikla organizace Světová aliance pro bezpečí pacientů, hlavním záměrem je šíření informovanosti o možnostech prevence poškození spojených s poskytováním zdravotní péče. Základním dokumentem je stává Patient Safety Solutions, který popisuje devět oblastí kritických pro vznik poškození pacienta. Výsledkem je zveřejnění projektu Solutions (WHO, 2007).

V roce 2013 se ČR zapojila do projektu OECD Studie kvality zdravotní péče. Výsledkem je odhalení slabých míst ve struktuře a organizaci zdravotní péče. Danými problémy jsou nedostatečná datová infrastruktura, nedostatek stimulace řízení kvality v primární péči, nedostatečná informovanost pacientů nebo nestálé a krátkodobé plánování (OECD, 2014).

1.6 Měření a hodnocení kvality ve zdravotnických zařízeních

Měření a vyhodnocování kvality je součástí dimenze kvality. Nelze-li vybrané kritérium měřit, je obtížné rozhodnutí, zda se daný prvek zlepšuje nebo zhoršuje a nelze jej porovnat s výstupy jiných zařízení (Škrla, Škrlová, 2003).

Donabedian vypracoval systém pro měření a hodnocení kvality zdravotní péče. Schéma je složeno z tří částí, a to z:

- části strukturální, zaměřené na jednotlivý strukturální proces (počet personálu, infrastruktura, kvalifikační struktura, technické vybavení a další),
- části procesuální, zaměřené na samotné postupy a průběh výkonu (provozní režim, hygienický režim, diagnostické výkony a další),
- části výsledné, která informuje o výsledcích naplnění či nenaplnění kritérií strukturálních a procesuálních (spokojenost pacientů, změny v chování nebo znalostech pacientů nebo příbuzných, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu) (Donabedian, Bashshur, 2003).

Kvalita zdravotní péče je hodnocena v 11 dimenzích: bezpečnost, kompetence, přijatelnost, efektivnost, vhodnost, ekonomičnost, dostupnost, kontinuita, včasnost, přiměřenost, úcta a vnímavost (Válková, 2015).

1.6.1 Total Quality Management a kontinuální zvyšování kvality

Filozofií pro neustálé zvyšování kvality je Total Quality Management (TQM). Hlavním cílem je zajištění efektivní a výkonné poskytování péče se zaměřením na uspokojování potřeb klientů se snahou o překonávání očekávání s co nejnižšími náklady na potřebné zdroje, s co nejmenším úsilím a s aplikováním strukturovaných procesů, které průběžně identifikují a zlepšují pohledy na zdravotní péči (Madar, 2004).

K trvalému zdokonalování se nejčastěji využívá tzv. Demingův cyklus. Ten využívá opakované provádění čtyř základních činností (PDCA) – plánuj (plan), dělej (do), zkontroluj (check) a jednej (act). Demingův cyklus se využívá na úrovni celé organizace, na úrovni zdrojů, v úrovni procesů a v úrovni výsledků a výstupů. Program využívá kvantitativních měřítek za účelem monitorování dosažených zlepšení. Program využívá přístupy a metodologie, které navádějí k dosažení cílů. V programech kontinuálního zvyšování kvality se počítá se čtyřmi zdroji dat, na jejichž základě můžeme měřit a vyhodnotit kvalitu zdravotní péče. Data lze získat od pacientů nebo jiných klientů, z auditů, z indikátorů zdravotní péče a od externích expertů (Válková, 2015).

1.6.2 Indikátory kvality

Indikátor kvality je statistický údaj a je vyjádřen vždy kvantitativní hodnotou, popisující strukturu, proces nebo výsledek. Ve zdravotnictví je využívá indikátorů kvality generických nebo vytvořených pouze pro určitý aspekt. Vyhodnocené údaje informují o kvalitě procesů nebo jako ukazatel hodnocení rizika nebo nežádoucí události (Vlček, 2011).

K hlavním sledovaným indikátorům kvality v ambulancích zdravotnických zařízení patří počty nežádoucích událostí, počty oprávněných stížností, nozokomiální infekce, spokojenost zaměstnanců, sledování pádů, zranění zaměstnanců s následnou pracovní neschopností, přehlédnutí výsledku laboratorního vyšetření, prolongovaná čekací doba pacientů na vyšetření nebo proceduru, nesprávný zápis do chorobopisu, anafylaktický šok nebo alergická reakce po podání léčivého přípravku nebo aplikaci vakcíny, selhání přístrojové techniky (Škrála, Škrlová, 2003).

Vyjmenované příklady indikátorů kvality a bezpečné péče jsou obsahem nežádoucích událostí – neshod nebo rizik. Hlavním záměrem je hlášení těchto událostí, které se následně analyzují a dávají podnět ke vzniku preventivních opatření. Hlášení nežádoucí události není podnět k finančním sankcím nebo disciplinárnímu řízení se zaměstnancem.

Příčinou je často nefunkční systém řízení nebo kontrola, nedostatečné vzdělávání v oboru, zastaralé a nefunkční technologie a podobně (Fischer, Scott, 2013).

1.6.3 Standardizace

Standardizace znamená proces sjednocení požadavků na základě zavádění standardů. Standard ve zdravotnictví je přesně definovaná kvantitativní nebo kvalitativní úroveň zdravotní péče, která je v daném okamžiku považována za výraz dobré kvality péče. Indikátory zdravotní péče slouží jako podpora pro tvorbu standardů. Standard zdravotní péče je přesně popsána závazná norma vypracovaná odborníky. Standardy slouží jako akreditační nástroj posuzující úroveň péče zdravotnických zařízení. Standardy zajišťují pacientům bezpečné prostředí a chrání zdravotníky před neoprávněným postihem. Bez standardizace procesů nelze systémově řešit vztahy mezi kvalitou, cenou a dostupnou zdravotní péčí. Hlavním cílem standardizace je zavádění nových technologií s podloženou efektivitou, zavádění informačních technologií, zavádění nových léčebných a ošetrovatelských postupů (Válková, 2015).

Sestavování standardů navazuje na teoretické modely. Standardy můžeme rozdělit na strukturální, procesuální a standardy výsledků. Vytváření standardů má svoji posloupnost a hlavními charakteristikami by měla být jejich pochopitelnost, měřitelnost, akceschopnost, dosažitelnost a odpovědnost. Nejpoužívanějším prostředkem tvorby standardu je zpracování metodou DySSSy (Dynamic Standard Setting System) (Mádlová, 2000).

1.6.4 Interní hodnocení kvality ambulancí

Interní hodnocení kvality a bezpečné zdravotní péče je založeno na základním předpokladu sebehodnocení prováděného uvnitř zdravotnického zařízení. Interní hodnocení kvality je nařízeno zákonem pro každé zdravotnické zařízení, bez ohledu na rozsah poskytované péče a na počet zaměstnanců (Seifert, 2015).

Hlavním cílem je odhalení nejslabších a potenciálně rizikových míst. Požadavky na zajištění kvality a bezpečí naposledy bylo formulováno Radou Evropské unie v Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí ve Zprávě Komise Radě na základě zpráv členských států o provádění doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí a v Druhé zprávě Komise Radě o provádění doporučení

Rady 2009/C 151/01 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí, dále WHO/Aliance pro bezpečí pacientů a program WHO/Nemocnice podporující zdraví. Hodnocení provádí zaměstnanci speciálně proškolení pro tuto činnost a bez vazeb na dané pracoviště. Z výsledků jsou vyhodnoceny oblasti splňující nebo nesplňující požadavky. V případě nesplnění požadavků poskytovatel zdravotní péče učiní nápravná opatření (MZ ČR, 2016).

Kvalitní a bezpečná péče je v ambulantním sektoru obtížně definovatelná a má příliš mnoho aspektů hodnocení a různé perspektivy. Lékaři specialisti hodnotí ambulantní péči z pohledu kvality doporučení, indikace nebo podle hodnocení vyjádřeného pacienty, které je ovšem velmi často zkreslené (Seifert, 2015).

Charakteristickými rysy pro zvyšování kvality a bezpečné péče v ambulantním sektoru jsou trendy ke standardizaci klinických a organizačních postupů, zvyšování nároků na kvalitní a bezpečnou péči a zájem států, plátců, pacientů i poskytovatelů zdravotní péče. Účinnými nástroji ke zvyšování kvality péče v ambulantním sektoru jsou interní a externí hodnocení kvality a bezpečí (Plevová, 2012).

Právním rámcem zajišťování kvalitní a bezpečné péče v ambulantním sektoru poskytuje § 47, odst. 3, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který udává povinnost poskytovatele v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných služeb odůvodnit případy, při nichž se poskytování zdravotních služeb odchýlí od uznávaného medicínského postupu a tuto skutečnost zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Dalším závazným požadavkem je zavést systém interního hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Minimální požadavky na zavedení interního hodnocení kvality vychází z Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky. Neposledním požadavkem je užívání antibiotik v takové míře, aby nedošlo k vzestupu rizika antibiotické rezistence (Seifert, 2015).

Poskytovatel ambulantní péče musí mít vypracovaný interní systém standardů a hodnocení v sedmi oblastech, které vychází z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 102/2012 Sb.:

Bezpečnost při používání léčiv s vyšší mírou rizikovosti spadá do druhého resortního bezpečnostního cíle. Cílem je stanovení seznamu léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti v možném vztahu poškození pacienta. Seznam je vypracován individuálně pro každou ambulanci. Do těchto léčivých přípravků se zahrnují injekční roztoky chloridu draselného o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulinů, neředěné hepariny a opiáty. Součástí

je zajištění bezpečného skladování v souladu s doporučením výrobců léčiv (MZ ČR, 2012).

Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče naplňuje RBC 5. Cílem standardů je zavést optimální postupy hygieny rukou a zajistit vybavenost pracoviště dezinfekčními přípravky. Standard je splněn, jestliže poskytovatel zdravotní péče má zajištěno vstupní a periodické školení, každé umyvadlo je vybaveno hygienickými přípravky včetně dezinfekčních přípravků a jednorázových papírových ručníků a schématem postupu hygieny rukou zejména na exponovaných místech. Standard má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti standardu v přímé péči o pacienta, kterým je interní audit nebo sledování výskytu infekcí spojených s poskytováním zdravotních služeb (MZ ČR, 2012).

Cílem standardu **řešení neodkladných stavů** je zajištění přístupu k funkčním pomůckám pro řešení neodkladných stavů a proškolení všech zaměstnanců v resuscitaci a řešení neodkladných stavů, a to minimálně na základní úrovni. Standard je splněn, je-li poskytovatelem zajištěno školení zaměstnanců v oblasti první pomoci minimálně jednou ročně s ohledem na doporučené postupy, poskytovatel má zpracován periodický plán školení první pomoci minimálně v základní úrovni. Poskytovatel má zajištěnou pravidelnou kontrolu funkčnosti pomůcek a vybavení určeného pro poskytování pomoci při neodkladných stavem. V ambulanci je zaveden a viditelně označen systém přivolání odborné pomoci (MZ ČR, 2012).

Standard **zajištění bezpečnosti skladovaných léčivých přípravků** určuje způsob a systém skladování a uchovávání léčivých přípravků. Zdravotnický pracovník, zodpovědný za příjem, kontrolu a ukládání léčivých přípravků, má přehled o datu expirace. Zároveň jsou léčivé přípravky skladovány a označeny tak, aby nedošlo k záměně při podání léčiva pacientovi. Plán objednávání a zacházení s léčivými přípravky je nastaven takovým způsobem, aby nedocházelo ke shromažďování proexpirovaných léků. Standard je splněn, jestliže má poskytovatel nastaven systém skladování omamných a psychotropních léčivých přípravků dle stanov SÚKL a skladování léčivých přípravků dle lékové formy, které nemají definovány zvláštní skladovací podmínky. V ambulancích je zaveden systém pravidelné kontroly expirace léčivých přípravků. Pracoviště vede seznam léčivých přípravků (MZ ČR, 2012).

Standard **zásady správné komunikace s pacientem** nastavuje komunikaci mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem tak, aby nedocházelo ke vzniku komunikačních bariér. Komunikační bariéra může nastat při jazykové nebo kulturní odlišnosti, může

vycházet z věku pacienta, náboženského vyznání, poruchou sluchu nebo mentální či fyzické nedostatečnosti. Způsob a kvalita komunikace závisí na vzdělání pacienta a také na zájmu pacienta péče o vlastní zdraví. Komunikace s pacientem musí probíhat v takovém jazyce, kterému nemocný rozumí, v případě potřeby je povinností lékaře zajistit tlumočníka. Styl komunikace musí být zvolen takovým způsobem, že pacient dané informace rozumí, případně je povinen vysvětlit nepochopené. Standard je splněn, jestliže poskytovatel ambulantní péče sdělí pacientovi informace takovým způsobem, kterým rozumí. Zdravotnický personál zajistí pacientovi takovou časovou dotaci a prostor, aby mohl podrobně vysvětlit svůj zdravotní stav a obtíže. Poskytovatel musí mít vytvořené komunikační schéma pro všechny zdravotnické pracovníky a je schopen zajistit překladatele. V případě potřeby vytvoří pomocné algoritmy a alternativní komunikační techniky. Poskytovatel naplní standard, jestliže má zaveden systém sledování chyb a analýzy v oblasti nedostatečné komunikace (MZ ČR, 2012).

Ordinační doba a zastupitelnost je informace, která by měla být dostupná i vzdáleně. Ordinační doba ambulance by měla alespoň částečně pokrýt časový úsek, který může pacient využít i po své pracovní době. Je-li v ambulantním zařízení zaveden objednávací systém, musí být nastaven i pro příchozí mimo objednávkový systém z důvodu akutního onemocnění. Rozpis ordinačních hodin musí být vyvěšen při vstupu do zdravotnického zařízení a musí být čitelný, případně pravidelně aktualizován. V případě zástupu je poskytovatel povinen zajistit náhradu v době nepřítomnosti nebo přerušení poskytování zdravotních služeb, a to buď zastupujícím lékařem v dané ambulanci nebo v místě jiného poskytovatele. Tato informace musí obsahovat přesné údaje – jméno lékaře nebo zařízení, přesnou adresu, telefon a ordinační dobu. Standard je splněn, jestliže poskytovatel ambulantní péče má zaveden systém označení ordinační doby a tato doba je v souladu s aktuálními informacemi. Změna ordinační doby je komunikována v dostatečném předstihu. Ordinační hodiny kromě časové informace rovněž obsahují jméno lékaře, nelékařského zdravotnického personálu. Součástí ordinační doby by měl být zřetelná identifikace ordinačních hodin, jež jsou vymezené pro specializované výkony (odběry, aplikace injekcí apod.) (MZ ČR, 2012).

Cílem **sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí** je zavedení systému evidence, sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí v případě, že k těmto nežádoucím událostem došlo. Požadavek na zavedení sledování nežádoucích událostí bylo České republice doporučeno již v roce 2005 v rámci Lucemburské deklarace. Do zákonné

normy české legislativy se povinnost sledovat a hlásit nežádoucí události dostala až s vyhláškou č. 102/2011 (Válková, 2015).

Nežádoucí událost je taková událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Za nežádoucí události jsou považovány i případy, při kterých došlo k psychickému nebo socioekonomickému poškození pacienta nebo také případy, kdy je poškozeným zdravotnický pracovník nebo poskytovatel zdravotních služeb. Nežádoucí událostí je rovněž považováno neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta, které vedlo k trvalému poškození nebo smrti pacienta. Poskytovatel zdravotní péče si může rozšířit sledování o další nežádoucí události, které zde nejsou ve věstníku definovány (Věstník MZ ČR, 2016).

1.6.5 Audit

Audit je nezávislý a plánovaný proces, zaměřený na vyhodnocení práce a výsledků činnosti zdravotnického zařízení. Je používán jako účinný nástroj managementu. Zdravotnický audit zajišťuje systematickou analýzu zdravotní péče včetně léčebných a diagnostických postupů, analýzu využívání zdrojů nebo analýzu kvality života pacientů (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

Audity dělíme na interní a externí. Interním auditem je myšleno interní hodnocení kvality. Doporučený interval mezi jednotlivými audity je jeden rok. Externí audit neboli externí hodnocení kvality vykonává odborná certifikační komise a proces je dobrovolný. Externím hodnocením kvality poskytovatel ambulantní péče prezentuje vysokou kvalitu poskytovaných služeb (Seifert, 2015).

Další možností rozdělení auditů je audit plánovaný a neplánovaný. Plánovaný audit se vztahuje na kontrolu v celé organizaci v určitém období, naopak audit neplánovaný nastává v případě zjištění neshody. Z hlediska časového jsou audity děleny na retrospektivní, který lze provést i po propuštění pacienta, a souběžný, který je zaměřen na průběžné pozorování prováděných činností. Z hlediska zaměření lze audit rozdělit na procesní, jež ověřuje nastavení systému (například školení zaměstnanců), a na audit kvality produktů, který ověřuje provádění jedné činnosti. Tým auditorů je tvořen z vedoucího auditora, auditorů a experta na danou problematiku. Vedoucí auditor odpovídá za přípravu dokumentace před samotným auditem, za organizaci a včasné vypracování zprávy. V pravomoci vedoucího auditora je sestavení auditního týmu, seznámení s dokumentací v kontrolované oblasti, definuje neshody a má oprávnění audit

předčasně ukončit, objeví-li se překážky. Každý člen auditorského týmu musí mít znalosti a dovednosti zejména týkající se znalostí norem, standardů, terminologie, nástrojů pro vyhodnocování a metodiky (Válková, 2015).

1.6.6 Benchmarking

Benchmarking je nástroj strategického managementu. Jedná se o nepřetržitý a systematický proces porovnávání a měření produktů nebo služeb, procesů a metod vlastní organizace s těmi, kteří byli určeni jako vhodní pro porovnávání tohoto měření. Hlavním účelem je nalézt cíle zlepšování vlastních aktivit (Nenadál, 2004).

Smyslem benchmarkingu je zjištění vlastní pozice na trhu a zajištění zlepšování na základě srovnání s konkurenceschopností. Benchmarking rozdělujeme na dvě kategorie – procesní, kdy sledujeme procesy (například stížnosti pacientů) a výkonnostní, zaměřující se na porovnání výsledků (například porovnání počtu nežádoucích událostí) (Škrla, Škrlová, 2003).

1.7 Modely řízení kvality

Modely řízení kvality rozdělujeme do čtyř základních kategorií:

- modely systémů řízení kvality (Mezinárodní organizace pro normalizaci, ISO),
- modely akreditačních standardů (JCAHO, JCIA, SAK ČR),
- modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA),
- modely excelence (Baldrige, EFQM) (Válková, 2015).

1.7.1 Norma ISO

Normy ISO (International Organisation for Standardization) jsou mezinárodní normy přijaté Mezinárodní normalizační společností v roce 1987. Byly novelizovány v letech 1994 a 2000. Hlavním programem je zkoumání procesů ve společnosti z pohledu kvality. Hodnotí efektivitu a správné nastavení procesů kvality a zároveň zajišťuje podmínky a předpoklady pro trvalou kvalitu procesů v dané organizaci. Pro poskytovatele zdravotní péče je aplikovatelná revize ISO 9001:2000. Systémové požadavky jsou rozčleněny do čtyř kapitol:

- odpovědnost vedení,

- řízení zdrojů,
- řízení procesu,
- analýza a zlepšování (Veber, 2000).

Normy ISO 9001:2000 lze aplikovat v oblasti laboratorních služeb, lékárenství, obslužných procesů a podobně. Normy ISO neurčují přesná pravidla, ale definují procesy, které je nutné kontrolovat prostřednictvím požadavků, které norma vyžaduje. Normy ISO jsou zaměřené na zabezpečení bezchybného chodu a prevenci chyb, nejsou zaměřené na odstraňování chyb (Veber, 2000).

Z hlediska norem ISO 9000:2000 jsou závazné tyto:

ČSN ISO 9000 – Systém managementu jakosti – Zásady a slovník je východiskem pro pochopení norem, popisuje zásady systému managementu a specifikuje terminologii systémů managementu kvality (Madar, 2004).

ČSN ISO 9001 – Systém managementu jakosti – Požadavky je stěžejní normou. Zde jsou uvedeny požadavky na systém managementu kvality s cílem demonstrovat způsobilost organizace poskytovat služby tam, kde je třeba naplnit požadavky pacienta/klienta. Součástí jsou rovněž požadavky předpisů. Na základě splnění požadavků této normy je společnosti vystaven certifikát způsobilosti (Becková, 2016).

ČSN ISO 9004 Systém managementu jakosti – Směrnice pro zlepšování výkonnosti je norma zabývající se vývojem úplného systému managementu pro zlepšování organizace. Překračuje požadavky na shodu služby požadované normou 9001. Jsou zde uvedena doporučení pro organizaci nad rámec požadavků uvedených v ISO 9001 (Madar, 2004).

ČSN ISO 19011 Směrnice pro provádění auditu jakosti a auditu životního prostředí popisuje směrnice pro ověřování schopnosti systému dosahovat definované cíle kvality. Pro jednodušší dosažení cílů kvality je v normě ISO stanoveno osm základních zásad managementu: zaměření na potřeby klienta/pacienta, jednotné vedení, zapojení všech pracovníků s plným využitím jejich schopností, zajištění procesního přístupu, systémový přístup k managementu, požadavek na neustálé zlepšování, rozhodování na základě jasných fakt a vzájemně výhodné dodavatelské vztahy (Veber, 2000).

1.7.2 Modely akreditačních standardů

Historicky navazuje akreditace v České republice na akreditaci v zahraničí, a to především v USA. Materiály byly čerpány z americké společnosti JCAHO, a vedly

k vytvoření pracovní skupiny při MZČR. V roce 1998 vznikla Spojená akreditační komise ČR a v roce 1999 byla touto společností akreditována první nemocnice (Válková, 2015).

Akreditace představuje oficiální uznání zdravotnických zařízení k způsobilosti poskytovat kvalitní a bezpečnou zdravotní péči. Taková zdravotnická zařízení disponují funkčním a efektivním systémem k posuzování výkonnosti a kontinuálního zvyšování kvality (Cetlová, Saadouni, 2009).

Zdravotnická zařízení jsou standardizována procesem zvaným akreditace. Ve většině států je proces akreditace procesem dobrovolným. Akreditační program je iniciován neustrannými asociacemi a komisemi. Akreditační standardy jsou rozděleny do tematických oblastí:

- oblast kvality (sledování, zajištění kontinuálního zvyšování kvality, dokumentace, infrastruktura a tvorba standardů),
- diagnostické postupy (standardizace vyšetření a standardizace zápisů do zdravotnické dokumentace),
- péče o pacienta (plán péče, epikríza, politika léčiv, vybavenost přístroji a pomůckami, stravování nebo standardy ošetrovatelské péče),
- kontinuita péče (propouštěcí zpráva, převoz pacientů mezi jednotlivými odděleními nebo mezi zdravotnickými zařízeními),
- dodržování práv pacientů (seznámení s právy pacientů, imobilizace, omezovací prostředky),
- podmínky poskytované péče (metodické listy, směrnice, předpisy, bezpečnostní aspekty),
- standardy managementu (organizační schéma, poslání, plán rozvoje, komunikace, výkazy státním orgánům),
- péče o zaměstnance (popis pracovní pozice, stanovení kvalifikací, zajištění kontinuálního vzdělávání),
- sběr a zpracování informací (standardizace dokumentace, stanovení spektra sběru dat),
- protiepidemická opatření (nozokomiální infekce, manipulace s biologickým materiálem, likvidace) (Marx, Vlček, Vychytil, 2010).

Proces akreditace je ustanoven v zákoně č. 372/2011 Sb., § 98 odst. 4, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V současné době v České republice jsou oprávněné provádět akreditaci tyto fyzické či právnické osoby:

- Spojená akreditační komise, o. p. s.,
- e-ISO, a.s.,
- Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o.,
- T Cert, s.r.o.,
- EURO CERT CZ, a.s.,
- MUDr. Zdeněk Machálek,
- LL-C (Certification) Czech Republic s.r.o.,
- DNV GL Business Assurance Czech Republic s.r.o.,
- CZECH QUALITY UNION s.r.o. (MZ ČR, 2015).

Společnost **JCIA** (Joint Commission International) vznikla v roce 1999 jako dceřinná společnost organizace JCAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations) a vychází z kooperace 16 států, a proto získal mezinárodní uznání. Hlavní cíle jsou zaměřeny na efektivitu a kvalitu péče, řízení rizik a chyb a vytváření optimálního terapeutického prostředí. Obsahuje 370 standardů (Škrla, Škrlová, 2003).

Spojená akreditační komise České republiky byla založena v roce 1998 jako sdružení právnických osob. V roce 2009 byla činnost této organizace ukončena a její působení převzala Spojená akreditační komise, o.p.s. Hlavními aktivitami jsou vydávání standardů pro zdravotnická zařízení včetně metodiky, pomoc zdravotnickým zařízením, které se připravují na akreditaci, organizace regionálních a celostátních vzdělávacích akcí, vydávání publikací, spolupráce s ostatními organizacemi a s orgány státní a veřejné správy, vzdělávání konzultantů a auditorů a podíl na mezinárodní spolupráci. Od 21. 6. 2012 je Spojená akreditační komise, o.p.s., oprávněným hodnotitelem kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, pro druhy zdravotní péče podle ustanovení § 5 odst. 2 písm. f) až h) zákona č. 372/2011 Sb., dle omezení udělení oprávnění dle vyhlášky č. 102/2012 Sb. (Spojená akreditační komise, 2018).

1.7.3 Modely ISQua, ALPHA

The International Society for Quality in Health Care (ISQua) vznikla v roce 1985. Vychází z myšlenek Avedise Donabediana. V roce 1995 bylo otevřeno stálé sídlo společnosti v Melbourne. Dceřinou organizací ISQua je organizace Alpha (Agenda for Leadership in

Programs in Healthcare Accreditation). Hlavním cílem Alpha je pomoc jednotlivým zemím, vytvářet nebo vylepšovat jejich vlastní akreditační standardy. Snahou je zabudování principů systémů kvality, např. ISO nebo Baldrige (Škrála, Škrlová, 2003).

1.7.4 Modely excellence

Cena M. Baldrige je prestižní cenou udělovanou v USA od roku 1988. Uděluje se jako uznání za excelenci v kvalitě a vyhodnocuje pouze systém řízení. Cena za kvalitu se týká sedmi oblastí – leadershipu, strategického plánování, zaměření na zákazníka, informatiky, lidských zdrojů, řízení procesů a kvality výstupů. Každé zdravotnické zařízení si může dle Baldrigeových kritérií vyhodnotit vlastní situaci pomocí dotazníků (Škrála, Škrlová, 2003).

The European Foundation for Quality Management (**EFQM**) byla založena v roce 1988 čtrnácti významnými evropskými společnostmi. Hlavním cílem je vedení organizací v Evropské unii ke kvalitě s pomocí programu TQM. Podpůrnými faktory jsou vedení, politika a strategie, zaměstnanci, zdroje a partnerství a procesy. Výslednými faktory jsou spokojenost zákazníků, spokojenost zaměstnanců, spokojenost společnosti a excellence v ústředních výsledcích výkonnosti. Hlavním cílem je vedení organizace k sebehodnocení s následným kontinuálním zvyšování kvality (Válková, 2015).

Six Sigma je model, který pomáhá organizacím splnit požadavky zákazníků na vysokou kvalitu. Vznikl v roce 1987. Six sigma znamená výskyt pouze 3 až 4 vážných chyb na milion případů. Zdravotnická zařízení v zemích s vyspělou ekonomikou implementovala tento program v zájmu bezpečí pacientů. Smyslem je kontinuální zvyšování kvality a využívá pěti kroků: definuj, měř, vyhodnoť, zlepší a kontroluj (Škrála, Škrlová, 2003).

1.8 Národní akreditační standardy v ambulantním sektoru

Kromě zavedených standardů interního hodnocení kvality a bezpečné péče lze hodnotit také národní akreditační standardy. Akreditační řízení slouží k hodnocení formálního a praktického procesu zajištění kvality a bezpečí pacientů. Podkladem pro akreditační řízení ambulantních zařízení jsou Národní akreditační standardy. Standardy popisují stav, postupy a činnosti, které charakterizují zdravotnická zařízení na úrovni poskytované péče a definují ukazatele plnění a způsob kontroly. Pro vyhodnocení každého indikátoru využívá externí hodnotitel stupnici odpovídající naplnění indikátoru v plném rozsahu, naplnění indikátoru částečně a nenaplnění daného indikátoru. Národní akreditační

standardsy se každoročně přizpůsobují právním, metodickým a odborným změnám. Upravují se dle zpětné vazby a připomínek z praxe (Seifert, 2015).

Národní akreditační standardy zahrnují oblasti:

- I. Standardy kvality,
- II. Standardy diagnostických a léčebných postupů,
- III. Standardy péče o pacienty,
- IV. Standardy kontinuity zdravotní péče,
- V. Standardy dodržování práv pacientů,
- VI. Standardy podmínek poskytované péče,
- VII. Standardy managementu,
- VIII. Standardy péče o zaměstnance,
- IX. Standardy pro sběr a zpracování informací,
- X. Standardy protiepidemických opatření,
- XI. Standardy komunitní péče,
- XII. Standardy kvality spolupráce se zdravotními pojišťovnami (Seifert, 2015).

1.8.1 Standardy kvality

Poskytovatel zdravotní služby má zaveden program zvyšování kvality a bezpečné péče, výstupy jsou vyhodnocovány. Zdravotnické zařízení má určené osoby, které jsou odpovědné za plnění programu zvyšování kvality. Do projektu zvyšování kvality jsou zahrnuti všichni zaměstnanci. Minimálně jednou ročně probíhá ve zdravotnickém zařízení audit. Plánovaná opatření na podporu kvality jsou písemně zpracována. Poskytovatel zdravotní služby eviduje a vyhodnocuje nežádoucí události (Seifert, 2015).

1.8.2 Standardy diagnostických a léčebných postupů

Všichni pacienti přijatí do péče musí mít provedeno vstupní vyšetření zahrnující zhodnocení medicínských, ošetrovateľských a psychosociálních potřeb. Vstupní vyšetření musí být provedeno minimálně v rozsahu daném platnou právní normou a smlouvou s pojišťovnou. Lékařská a ošetrovateľská péče využívá aktuálních doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovateľských postupů. Poskytovatel zdravotní péče musí splňovat požadavky pro zajištění kardiopulmonální resuscitace a ostatních neodkladných stavů. Zařízení je vybaveno přístroji, léčivy a pomůckami nutnými k zajištění neodkladné péče. Léčiva jsou trvale dosažitelná a jejich dostupností a kontrolou expirace je pověřen

určený pracovník. Zaměstnanci jsou minimálně jednou ročně proškoleni v zásadách první pomoci. V každé ambulanci je stanoven postup pro přivolání odborné pomoci. V ambulancích je standardem hodnocení bolesti a bolest je léčena. V případě multioborové spolupráce je návaznost péče zajištěna. Poskytovatel zdravotní služby má stanovená pravidla bezpečného zacházení s léčivými přípravky, má zpracován postup při objednávání, příjmu, skladování a podávání léčivých přípravků včetně dokumentace postupů a kontroly. Je stanoven postup hlášení nežádoucích účinků léčivých přípravků a očkovacích látek. Zdravotnické zařízení definuje činnosti na podporu zdraví a prevenci nemoci ve vztahu k pacientům a zaměstnancům (Seifert, 2015).

1.8.3 Standardy péče o pacienty

Zdravotnické zařízení zajišťuje organizaci péče takovým způsobem, aby byla vstřícná a srozumitelná. Je zaveden objednávací systém, který umožňuje ošetření akutních případů, objednání chronických pacientů, zároveň je vyčleněn čas na telefonické konzultace. Délka objednávací doby je sledována a minimalizována. Pacientům jsou poskytnuty informace, kterým jsou schopni porozumět, a využívají se edukační materiály (Seifert, Býma, Struk, 2009).

Poskytovatel zdravotní služby má zaveden systém sledování a hodnocení spokojenosti a stížností pacientů. Spokojenost může být sledována formou dotazníků. Proces řešení stížností je upraven vnitřním předpisem a obsahuje návod k nápravě zjištěných nedostatků (Seifert, 2015).

1.8.4 Standardy kontinuity péče

Účelem standardu je zajištění návaznosti primární, sekundární a terciální péče o pacienta. Kontinuita je prokazatelná ve zdravotnické dokumentaci. Ambulance vede seznam dispenzarizovaných pacientů dle diagnóz. Na základě propuštění z hospitalizace je pacientům zabezpečena příslušná lékařská a ošetrovatelská péče (Marx, 2012).

1.8.5 Standardy dodržování práv pacientů

Poskytovatel zdravotní péče dodržuje práva pacientů, zákonných zástupců nebo osob blízkých při poskytování péče. Každý pacient nebo zástupce musí být seznámen se svými právy vhodnou formou. Seznámení je zapsáno do zdravotnické dokumentace. Seznámení

s právy pacienta nebo zákonných zástupců je voleno takovým stylem, kterému je daný pacient nebo zákonný zástupce schopen porozumět. Zvláštní zřetel na adekvátní informovanost je kladen u osob neslyšících, nevidomých a osob s jinými komunikačními problémy. Poskytovatel zdravotní péče zajistí, aby žádná etnická, náboženská, kulturní nebo jiná minorita nebyla diskriminována (Marx, Vlček, Vychytil, 2010).

Součástí práv pacientů je právo pacienta nahlížet do své zdravotnické dokumentace, případně má právo určit osoby, kterým mohou být informace o zdravotním stavu poskytnuty. Pacient zná náležitosti informovaného souhlasu (Seifert, 2015).

1.8.6 Standardy podmínek poskytované péče

Každé zdravotnické zařízení je uspořádáno ve shodě se stavebními a hygienickými předpisy. Stavební a provozní uspořádání zdravotnického zařízení odpovídá daným normám a funkční systém je zapracován do vnitřních předpisů zdravotnického zařízení. Zdravotnické zařízení dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice a metodické listy vydané v resortu Ministerstva zdravotnictví ČR. Zdravotnické zařízení je bezbariérové, dobře dostupné MHD nebo autem a je zajištěno parkování v bezprostřední blízkosti. Poskytovatel zdravotní péče má zpracován požární, havarijní a evakuační řád, s nímž jsou zaměstnanci seznámeni. Součástí této oblasti standardu je zavedení kontroly funkčnosti a bezpečnosti zdravotnických i nezdravotnických přístrojů. Kontrola přístrojů je zapojena do externí kontroly kvality a periodické kalibrace (Zákon č. 268/2014 Sb.).

1.8.7 Standardy managementu

Zdravotnické zařízení má zpracován organizační řád a je definována organizační struktura, ve které jsou zaznamenány vztahy nadřízenosti a podřízenosti. Jsou nastaveny pravomoci jednotlivých zaměstnanců a způsob komunikace mezi jednotlivými složkami. Poskytovatel zdravotní péče má zajištěn zástup v době dovolených, nemoci apod. Dostupnost zdravotní péče je pacientům zajištěna a o změně jsou pacienti dostatečně a včas informováni. Zdravotnické zařízení dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice a metodické listy vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR. Má stanovenou metodiku zapracování změn v oborové legislativě do vnitřních předpisů (Seifert, Býma, Struk, 2009).

1.8.8 Standardy péče o zaměstnance

Poskytovatel zdravotní služby má personálně zajištěné poskytování péče. Je stanoven počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění kvalitní a bezpečné péče pro pacienty. Pro všechny pracovní pozice je vypracována náplň práce a kompetence. Pravidelně je každý zaměstnanec hodnocen a údaje jsou uloženy v písemné formě ve složce zaměstnance. Poskytovatel má vypracován vnitřní předpis, jehož součástí je stanovení adaptačního procesu nových zaměstnanců. Poskytovatel zdravotní péče má současně vypracován plán rozvoje kvalifikace personálu. Nezbytnou součástí dokumentace zdravotnického zařízení je plán zajišťující bezpečnou péči pro pacienty a zaměstnance. Cílem je snížení rizika vzniku a přenosu nozokomiálních infekcí. Poskytovatel zdravotní služby má vypracován plán protiepidemických opatření, předpis stanovuje povinné ochranné pomůcky u rizikových činností. Předpis může být součástí provozního řádu. Rizikovými oblastmi je hygiena rukou, nakládání s odpady, manipulace s použitým prádlem, prevence poranění o použitou jehlu, kontaminovanou pomůcku nebo při expozici biologickému materiálu, bezpečný odběr a manipulace s biologickým materiálem, úklid a malování, dodržování zásad dezinfekce a dvoustupňové dezinfekce, stanovení zásad sterilizace nebo vyššího stupně dezinfekce a její kontroly a další. Poskytovatel zdravotních služeb sleduje pravidelně spokojenost zaměstnanců vhodnou formou. Nejvhodnější je zvolit dotazníkové šetření, které umožňuje statistické zpracování dat. Sledování spokojenosti musí být anonymní. Vhodná je zároveň kombinace dotazníků a možnost slovního vyjádření (Seifert, 2015).

1.8.9 Standardy pro sběr dat a zpracování informací

Poskytovatel zdravotní služby musí mít stanovené interní postupy pro vedení zdravotnické dokumentace, která je vedena dle platné legislativy. Obsahuje osobní údaje k jednoznačné identifikaci pacienta, anamnestické údaje, diagnostický souhrn a zápisy o jednotlivých úkonech, které zajistí bezproblémovou kontinuitu péče při mezioborové spolupráci. Zdravotnické zařízení pravidelně kontroluje a vyhodnocuje vedení zdravotnické dokumentace, s danými výsledky pracuje a informuje dotčená oddělení. Ve vnitřním předpisu zdravotnického zařízení jsou stanovena pravidla pro vedení dokumentace a odpovědnost pracovníků respektující zákonné a podzákonné normy při zápisu do dokumentace. Poskytovatel zdravotní služby má nastaven proces jasné identifikace pacienta, a to i při telefonických konzultacích. Zdravotnická dokumentace je

vedena v tištěné a/nebo elektronické podobě, která je systematicky zálohována. Poskytovatel zdravotní služby má stanoveny zásady pro nahlížení do dokumentace. Zdravotnické zařízení sbírá pravidelně, včas a kvalitně odesílá podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti porovnávání mezi jednotlivými poskytovateli péče. Shromážděné informace o počtu pacientů, výkonech a diagnózách ve stanovené struktuře využívá pro vlastní statistické účely (Seifert, 2015).

1.8.10 Standardy protiepidemických opatření

Poskytovatel zdravotní péče má nastaven systém hlášení infekčních chorob v souladu s platnými právními předpisy a dodržováním protiepidemických opatření. Informace jsou vedeny ve vnitřním předpisu. Ve zdravotnickém zařízení je určena minimálně jedna osoba, která koordinuje všechna opatření týkající se přenosu infekcí, vzdělává zaměstnance v dané problematice a případně vytváří metodiku pro snižování výskytu infekcí (Seifert, 2015).

Zaměstnanci jsou seznámeni s postupem a dodržováním zásad při manipulaci s biologickým materiálem, jeho skladováním a likvidací (Zákon č. 258/2000 Sb.).

1.9 Řízení rizik v ambulancích zdravotnického zařízení

Pojem riziko je charakterizován jako pravděpodobnost vzniku ztráty či neúspěchu, jako odchýlení od očekávané skutečnosti a jeho pravděpodobnost nebo jako nejistota dosažení výsledků (Šupšáková, 2017).

Efektivní strategií prevence rizik je zavedení seznamu rizik v každém klinickém i neklinickém pracovišti zdravotnického zařízení. Cílem programu řízení rizik je minimalizace pravděpodobnosti vzniku událostí s negativními následky pro pacienty, personál a poskytovatele, vyhodnocení výstupů péče a podpora efektivního řízení zdrojů (Škrála, Škrlová, 2008).

Poskytovatel zdravotní služby by měl mít vypracovanou evidenci potencionálních a skutečných rizik typických pro dané pracoviště. Manažer rizik by měl spolupracovat s vedoucími pracovníky jednotlivých ambulaní a zajistit efektivně fungující kontrolní mechanismy. Stejně jako v nemocnicích by i ambulance měly mít vypracovány metodiku k prevenci potencionálních a skutečných rizik (Šupšáková, 2017).

Ambulance v rámci nemocničního zařízení mají tyto dokumenty zpracovány lépe než ambulance samostatné mimo nemocniční komplex. Nejvýznamnější rizika klinické oblasti zahrnují:

- neefektivní komunikaci,
- nesprávně vedenou zdravotnickou dokumentaci,
- nečitelné zápisy nebo doplňující informace,
- podcenění informovaného souhlasu,
- únik důvěrných informací,
- poškození pacienta,
- riziko pochybení (Škrla, Škrlová, 2008).

1.9.1 Neefektivní komunikace

S problémem neefektivní komunikace se setkáváme nejčastěji v ambulancích s větším počtem zaměstnanců a velkým počtem ošetřených pacientů. K pochybení a nežádoucím událostem může docházet při předání pacienta do péče jiného odborníka, kdy je zdravotnická dokumentace psána ručně a nečitelně nebo je používáno nestandardních zkratk (Škrla, Škrlová, 2008).

Neefektivní komunikace a potencionální ohrožení může nastat, pokud je zdravotnický pracovník nebo naopak pacient jiné národnosti dostatečně neovládající jazyk dané země. V tomto případě by měl být povolán tlumočník (Šupšáková, 2017).

1.9.2 Zdravotnická dokumentace

Cílem zdravotnické dokumentace je shromáždit údaje o provedených diagnostických a terapeutických postupech, které budou zajišťovat návaznost komplexní péče. V ambulancích se setkáváme především s lékařskou zprávou, ošetrovatelská dokumentace se vyskytuje pouze výjimečně, a to zejména ve specializovaných ambulancích. Zdravotnická dokumentace je vedena v elektronické nebo listinné podobě nebo v kombinaci obou možností. Elektronická dokumentace musí být chráněna proti opětovnému přepsání jiným zdravotníkem. Nejčastější pochybení ve vedení elektronické dokumentace vzniká při přenosu lékařské zprávy z jednoho úkonu do druhého, kdy nejsou aktualizovány data pacienta (například farmakologická anamnéza nebo alergie). Pokud je lékařská zpráva psána pouze v listinné podobě, je nutné dbát na čitelnost údajů. Nejčastějšími pochybeními praktických lékařů jsou v současnosti výpisy ze zdravotní

dokumentace, které jsou předtištěné v několika kopiích. Údaje nejsou aktualizovány, případně bývá anamnéza doplněna ručně a často nečitelně (Šupšáková, 2017).

1.9.3 Únik důvěrných informací

Pacient má právo, aby údaje o jeho osobě a jeho zdravotním stavu byly chráněny a tuto povinnost chránit veškeré informace před únikem, zneužitím a zveřejněním mají všichni zaměstnanci zdravotnického zařízení (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Nejčastějšími pochybeními v oblasti úniku citlivých informací bývá komunikace při nedodržení dostatečného soukromí. Zdravotníci se musí vyvarovat diskuzi o pacientech ve veřejných prostorách. Členové zdravotnického týmu by měli být opatrní při sdílení informací s ostatními členy rodiny, a to do doby, než je přání pacienta o sdílení informací potvrzena. Při předání zdravotnické dokumentace musí být lékařské zprávy předány pouze pacientovi nebo osobě pověřené, která je takto uvedena v zdravotnické dokumentaci (Pokorná a kol., 2017).

Zdravotnická dokumentace musí být uchovávána na takovém místě, které je chráněno před neoprávněným vstupem. Tato povinnost poskytovatele zdravotních služeb musí být zanesena ve vnitřním předpisu zařízení. Přístup do elektronických zápisů musí být chráněn přístupovým kódem a heslem. Audit zdravotnické dokumentace musí probíhat v chráněných prostorách. Auditor je povinen podepsat prohlášení o utajení důvěrných informací (Škrla, Škrlová, 2008).

Pro přístup k laboratorním výsledkům pacientů v elektronické podobě je využíván trojí systém kontroly totožnosti, a to s pomocí emailové adresy, telefonního čísla a zadání vygenerovaného přístupového kódu (TeamPrevent-Santé, 2016).

1.9.4 Riziko pochybení, poškození pacienta

Jedním z nezávažnějších a nejčastějších rizik v klinické oblasti je riziko pochybení a omylů. Je tedy v přímém protikladu k cíli zdravotní péče „především neublížit“. Ambulantní péče se potýká s medikačními pochybeními, chybnou diagnostikou a nozokomiálními infekcemi. Faktory vedoucí k pochybení jsou vzájemně propojené technické, lidské a organizační odchylky (Škrla, Škrlová, 2008).

Ambulantní zdravotnické zařízení by mělo mít vypracován ochranný systém, který je schopen chybu včas identifikovat a upozornit na ni nebo ji přímo eliminovat. Hlavními cíli je vytvoření podmínek omezující možnost pochybení. V případě vzniku pochybení

musí být nastaven mechanismus, který zajistí, aby finálně nebyl poškozen pacient. V případě kontaktu pacienta s daným pochybením musí být následky minimalizovány. Poškození pacienta v ambulancích může být specifikováno v několika rovinách. Poškození pacienta může být nejen fyzické, ale může také obsahovat psychosociální újmu. V ambulantních zařízeních jsou nejčastější příčinou chyb a následných stížností chyby v komunikaci, a to nejen mezi pacientem a zdravotníkem, ale také mezi zdravotníky navzájem. K poškození pacienta může dojít při preskripci nevhodných léčivých přípravků, nevhodného dávkování či při interakci jednotlivých účinných látek. Riziko poškození zdraví pacienta navazuje i na pozdní či nezjištěnou diagnózu. Toto poškození či pochybení je většinou v důsledku sdělení nepřesných údajů ze strany pacienta. Zdravotnický personál může pro pacienta rovněž představovat riziko. Unavený personál je náchylný k chybování. Krajní situací může být zdravotník se závažným onemocněním, závislostí nebo osobnostní poruchou (MZ ČR, 2010).

Významným aspektem je poškození pacienta v důsledku invazivního vyšetření. Pacient je s možnými následky výkonu seznámen lékařem ústně a podepsáním informovaného souhlasu, který se stává součástí zdravotnické dokumentace. V případě selhání samotného přístroje je tato skutečnost zanesena do zdravotnické dokumentace pacienta a do interního systému zařízení. Prevencí poškození pacienta zdravotnickými přístroji je pravidelná bezpečnostně technická kontrola přístroje a dostatečné proškolení zdravotníků (Zákon č. 268/2014 Sb.).

2 Výzkumná část

Ve výzkumné části diplomové práce jsou zpracována a vyhodnocena získaná data. Výsledky jsou statisticky ověřeny. V závěru diplomové práce jsou data zhodnocena a porovnána se zahraničními výzkumy zabývající se stejnou nebo podobnou problematikou.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem diplomové práce bylo zjistit dodržování kvality a bezpečné péče v ambulancích akreditovaných a neakreditovaných zdravotnických zařízení.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízeních je dodržován vyšší stupeň bezpečné péče než v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízeních.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízeních je kvalita péče hodnocena lépe než v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízeních.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že zaměstnanci ambulaní akreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí kulturu pracovního prostředí a týmovou spolupráci lépe než zaměstnanci neakreditovaných zdravotnických zařízení.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízeních je hlášení chyb vyšší než v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení.

2.3 Metodika výzkumu

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda. Pro získání dat byl použit standardizovaný dotazník kvality a bezpečné péče v ambulancích SOPS™ Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) americké agentury AHRQ - The Agency for Healthcare Research and Quality (Příloha č. 1). Originální verze dotazníku byla přeložena do českého jazyka (Příloha č. 2). Požadavkem agentury AHRQ k využití dotazníku MOSPSC v českém jazyce bylo zachování obsahové i vzhledové struktury,

distribuce musela obsáhnout nejen nelékařský zdravotnický personál, ale také lékaře a členy vedení zdravotnických zařízení. Každá kopie dotazníku přeloženého do českého jazyka byla doplněna o informaci o autorských právech. Povolení k překladu, využití a distribuci dotazníku bylo získáno a potvrzeno paní Mirandou Baxter, zástupkyní agentury AHRQ (Příloha č. 3). Dotazník byl respondentům distribuován pouze v české verzi a byl anonymní. Dotazník je rozdělen do 9 tematických oddílů a každý oddíl obsahuje různý počet otázek. Otázky jsou formulovány tak, aby mohl respondent vyjádřit míru souhlasu či nesouhlasu dle Likertovy škály.

Oddíl A se ptá na problémy týkající se bezpečnosti pacienta a kvality péče a obsahuje 9 otázek. Respondent hodnotí výskyt událostí v časovém horizontu. Oddíl B se zabývá výměnou informací s jinými pracovišti a obsahuje 5 otázek. Respondent hodnotí výskyt problémů s výměnou informací s jinými pracovišti. Odpovědi se vztahují k četnostem výskytu problémů. Oddíl C požaduje vyjádření míry souhlasu či nesouhlasu s kulturou pracovního prostředí v ordinaci, obsahuje 15 otázek. Oddíl D se zabývá komunikací v rámci ambulance a zajištění následné péče pacientům a obsahuje 12 otázek. V oddílu E je zjišťována podpora ze strany vlastníků, partnerů a vedoucích pracovníků. Oddíl je rozdělen na 2 pododdíly. Jestliže je respondent vedoucím nebo řídicím pracovníkem, na odpovědi v druhém pododdílu neodpovídá. Otázky v tomto oddílu zodpovídá řadový zaměstnanec. Obsahuje 4 otázky. Oddíl F se zabývá problémy s prací v ordinaci, obsahuje 7 otázek a odpovědi jsou vyjádřeny mírou souhlasu či nesouhlasu. Oddíl G se zabývá celkovým hodnocením, obsahuje 2 otázky. První otázka se zabývá celkovým hodnocením kvality, druhá otázka se ptá na celkové hodnocení bezpečnosti pacienta. Oddíl H obsahuje 3 otázky. První otázka vymezuje délku pracovního poměru v ambulanci, druhá otázka člení personál dle týdenního pracovního úvazku a třetí otázka člení respondenty dle pracovního zařazení. V oddílu I je možnost vyjádření vlastního komentáře.

Otázky z oddílů C, D, E a F jsou rozčleněny do dimenzí, na jejichž základě se vyhodnotí bezpečné prostředí. Dotazník Medical Office Survey on Patient Safety Culture hodnotí tyto dimenze:

- týmová spolupráce,
- zajištění následné péče, předávání pacienta,
- organizační učení,
- celkové hodnocení bezpečí a kvality,

- školení personálu,
- podpora ze strany vlastníků a vedoucích pracovníků,
- komunikace ohledně chyb,
- komunikační otevřenost,
- nastavení procesů v ordinaci a standardizace procesů,
- stres a pracovní tlak.

Ostatní otázky nejsou do skórování dimenze zařazeny. Jedná se o oddíl A, oddíl B, oddíl G, oddíl H a oddíl I.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumný soubor tvořily dvě akreditovaná zdravotnická zařízení a tři neakreditovaná zdravotnická zařízení. Cílovou skupinou dotazování byli lékaři, nelékařský zdravotnický personál, administrativní pracovníci a podpůrný personál (technici, radiologičtí asistenti, terapeuti, ošetrovatelský personál) a členové managementu. V diplomové práci neuvádíme názvy zdravotnických zařízení. Akreditovaná zdravotnická zařízení jsou označena jako zdravotnické zařízení A a zdravotnické zařízení B. Neakreditovaná zdravotnická zařízení jsou v diplomové práci označena jako zdravotnické zařízení C, zdravotnické zařízení D a zdravotnické zařízení E. Pro další výzkumné účely je výzkumný soubor rozdělen na dvě skupiny a je označen jako akreditovaná zdravotnická zařízení (AZZ) a neakreditovaná zdravotnická zařízení (NZZ). Akreditovaná zdravotnická zařízení zahrnují data z ambulancí ze zdravotnického zařízení A a B, neakreditovaná zdravotnická zařízení zahrnují data z ambulancí zdravotnického zařízení C, D a E.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkum byl zahájen na základě schválení žádostí o provedení výzkumného šetření – akreditované zdravotnické zařízení A (Příloha č. 4), akreditované zdravotnické zařízení B (Příloha č. 5), neakreditované zdravotnické zařízení C (Příloha č. 6), neakreditované zdravotnické zařízení D (Příloha č. 7) a neakreditované zdravotnické zařízení E (Příloha č. 8). Samotný výzkum probíhal formou dotazníkového šetření ve dvou akreditovaných a třech neakreditovaných zdravotnických zařízeních. Distribuce dotazníků probíhala

osobně nebo prostřednictvím vrchních sester. Celkem bylo distribuováno 280 dotazníků, návratnost činila 205 dotazníků, což znamená 73,2 %.

Časové parametry výzkumu:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------|
| • stanovení výzkumného problému | únor – březen 2018 |
| • informační příprava výzkumu | březen – duben 2018 |
| • výběr a příprava výzkumných metod | duben – červen 2018 |
| • sběr a zpracování výzkumných dat | červen – leden 2019 |
| • statistické testování hypotéz | leden – únor 2019 |
| • interpretace výzkumných dat | únor – březen 2019 |
| • zpracování práce | únor – březen 2019 |

2.6 Zpracování získaných dat

Výzkumná data potřebná k testování stanovených hypotéz jsme pro přehlednost uspořádali do tabulek a sloupcových grafů s příslušnými komentáři. Při zpracování získaných dat byl použit program Microsoft Office Excel. Při matematickém zpracování výsledků jsme při výpočtech průměrů, rozdílů, procent a sumárních součtů použili základní matematické metody. Při výpočtech byly použity funkce, které jsou součástí procesoru Excel. Dotazník vyplnilo celkem 205 respondentů.

Pro testování stanovených hypotéz a porovnávání odpovědí mezi akreditovanými a neakreditovanými zdravotnickými zařízeními je používán χ^2 -test nezávislosti v kombinační tabulce. Tento test je založen na porovnání získaných četností s teoretickými, které jsou očekávány při nezávislosti odpovědí. Testové kritérium G potom má v případě nezávislosti přibližně χ^2 -rozdělení. Když jeho hodnota překročí kritickou hodnotu, zamítá se na zvolené hladině významnosti, která je nejčastěji volena jako $\alpha = 5\%$, nulovou hypotézu H_0 o nezávislosti. V takovém případě považujeme závislost odpovědí na typu zdravotnického zařízení za prokázanou a rozdílnost odpovědí je tak statisticky významná. Pro snazší ověření hypotézy se využívá P-hodnota signifikace, která pokud je větší než zmíněných 5 %, potom zamítáme nulovou hypotézu a prokázala se závislost. V opačném případě ji nezamítáme a dále považujeme nezávislost odpovědí (Hindls a kol., 2006).

2.7 Výsledky výzkumu

Tabulka 1 Počty dotazníků vrácených ke zpracování

Zdravotnická zařízení	Distribučováno	Návratnost (AČ)	Návratnost (%)
Akreditovaná zdravotnická zařízení	140	101	72,1 %
Neakreditovaná zdravotnická zařízení	140	104	74,3 %
Celkem	280	205	73,2 %

V akreditovaných zdravotnických zařízeních bylo distribuováno 140 dotazníků. Ke zpracování se vrátilo 101 dotazníků. Návratnost z akreditovaných zdravotnických zařízení byla 72,1 %.

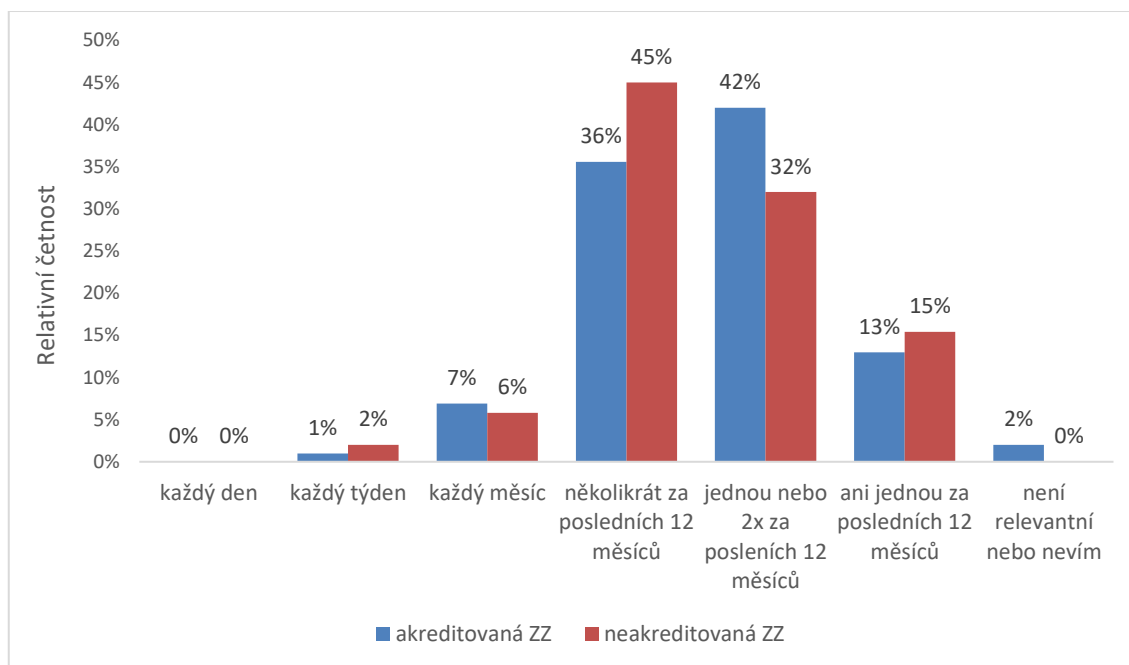
V neakreditovaných zdravotnických zařízeních bylo distribuováno 140 dotazníků. Návratnost z neakreditovaných zdravotnických zařízení byla 104 dotazníků, což odpovídá 74,3 %.

Z celkového počtu 280 dotazníků se vrátilo 205 dotazníků, celková návratnost rozeslaných dotazníků činila 73,2 %. Žádný z dotazníků nebyl z výzkumného šetření vyřazen.

Oddíl A: Přehled problémů týkajících se bezpečnosti pacienta a kvality péče.

Jak často se ve vaší ordinaci za posledních 12 měsíců vyskytly následující události?

Oddíl A – otázka č. A1 Pacient si nemohl sjednat návštěvu do 48 hodin po vzniku akutního/závažného problému

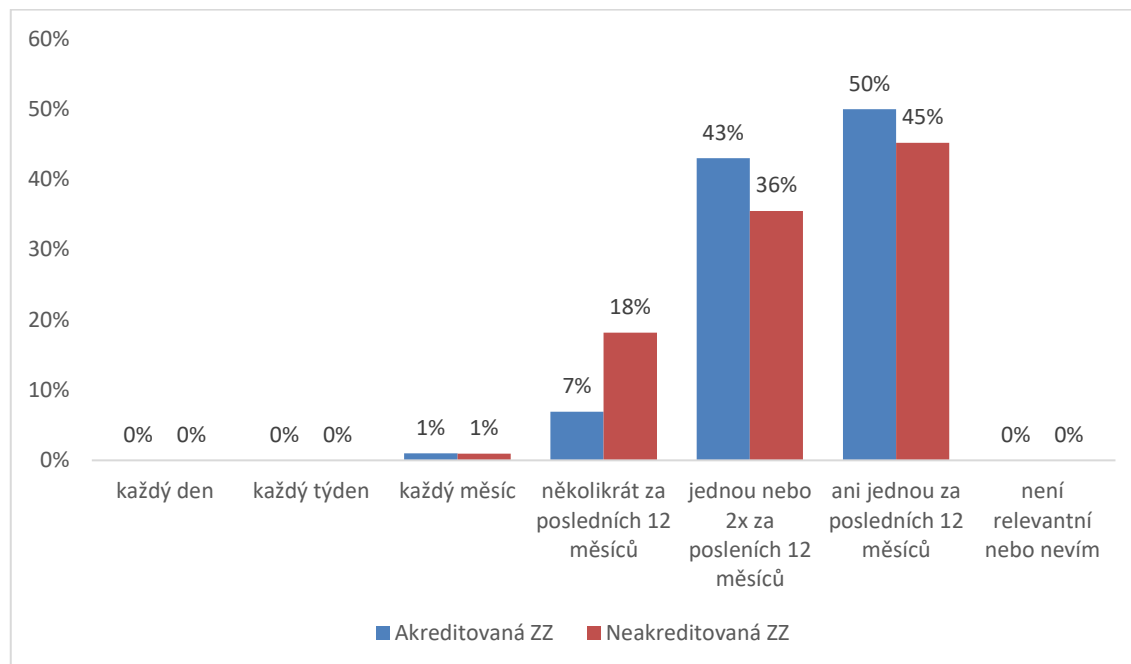


Graf 1 Nemožnost sjednání návštěvy při vzniku akutního problému

Necelá polovina respondentů akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že jednou nebo dvakrát za posledních 12 měsíců si pacient nemohl sjednat schůzku v případě vzniku akutního problému. 42 respondentů (42 %) souhlasí s tvrzením jednou nebo dvakrát, 36 respondentů (36 %) souhlasí s nemožností sjednání návštěvy několikrát za posledních 12 měsíců. 13 respondentů (13 %) tvrdí, že ani jednou za posledních 12 měsíců. 7 respondentů (7 %) souhlasí s tvrzením každý měsíc, 1 respondent (1 %) každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Téměř polovina respondentů neakreditovaných zdravotnických zařízení se vyjadřuje, že se problém s možností sjednání schůzky vyskytl několikrát za posledních 12 měsíců. 47 respondentů (45 %) souhlasí s tvrzením několikrát, 33 respondentů (32 %) souhlasí s tvrzením jednou nebo dvakrát, 16 respondentů (15 %) tvrdí, že ani jednou za posledních 12 měsíců, 6 respondentů (6 %) uvádí nemožnost sjednání schůzky každý měsíc, 2 respondenti (2 %) uvádí každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl A – otázka č. A2 U pacienta byla použita nesprávná zdravotní karta / nesprávný lékařský záznam

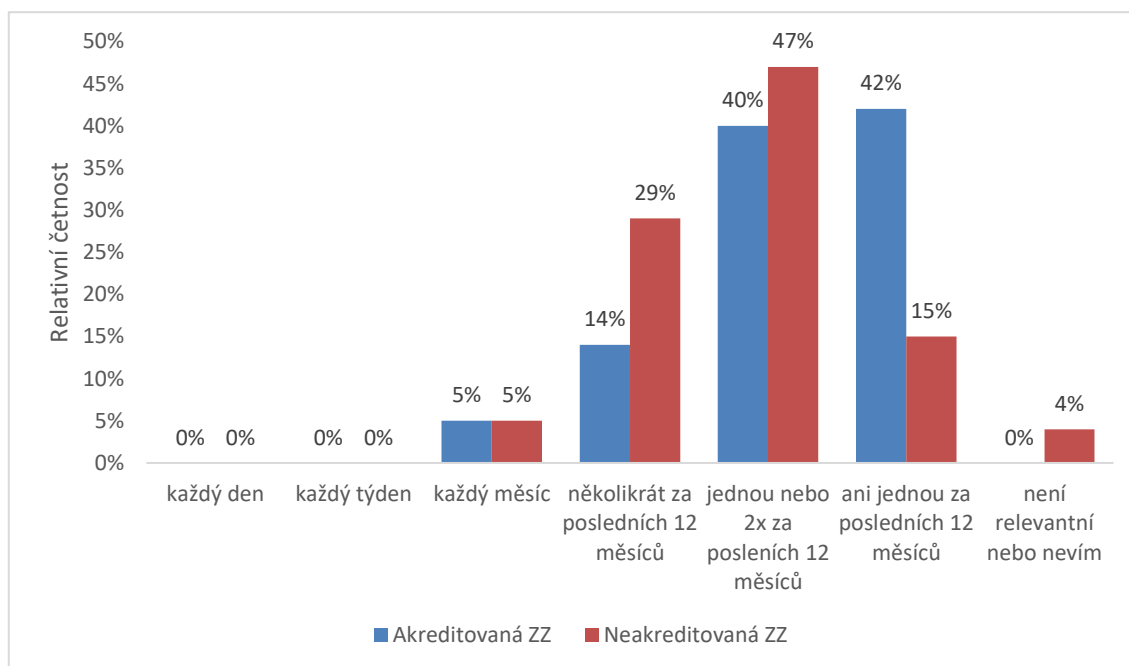


Graf 2 Použití nesprávné zdravotní karty

Polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení tvrdí, že ani jednou za posledních 12 měsíců nebyla použita nesprávná zdravotní karta nebo lékařský záznam. 50 respondentů (50 %) tvrdí, že nebyl ani jednou použit nesprávný záznam, 43 respondentů (43 %) souhlasí s tvrzením jednou nebo dvakrát, 7 respondentů (7 %) tvrdí několikrát, 1 respondent (1 %) uvádí každý měsíc. 0 respondentů (0 %) tvrdí každý týden, 0 respondentů (0 %) tvrdí každý den a 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Necelá polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení tvrdí, že ani jednou za posledních 12 měsíců nebyla použita nesprávná zdravotní karta nebo lékařský záznam. 47 respondentů (45 %) tvrdí, že ani jednou, 37 respondentů (35 %) jednou nebo dvakrát, 19 respondentů (18 %) tvrdí několikrát, 1 respondent (1 %) každý měsíc. 0 respondentů (0 %) tvrdí každý týden, 0 respondentů (0 %) tvrdí každý den a 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl A – otázka č. A3 Zdravotní karta / lékařský záznam pacienta nebyl k dispozici v okamžiku, kdy byl zapotřebí.

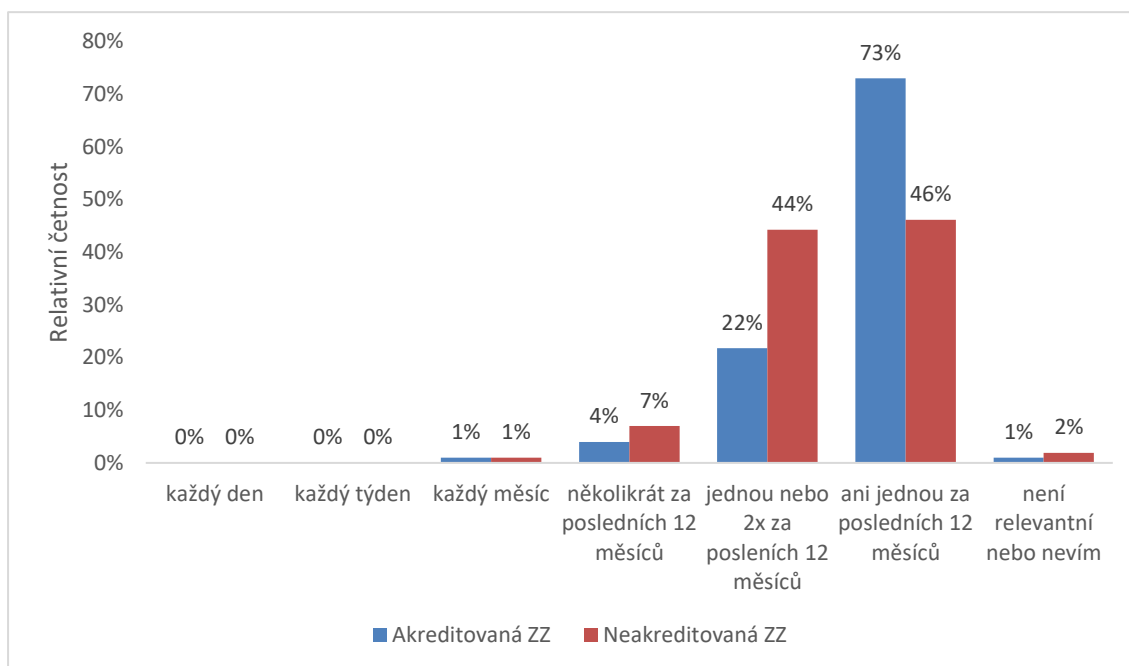


Graf 3 Zdravotní karta není k dispozici

V ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení se nevyskytl problém s chybějící kartou nebo záznamem ani jednou za posledních 12 měsíců v u 42 respondentů (42 %), jednou nebo dvakrát během 12 měsíců se problém vyskytl u 40 respondentů (40 %), 14 respondentů (14 %) nemohlo dohledat zdravotní kartu několikrát během posledních 12 měsíců, každý měsíc nemůže dohledat záznamy 5 respondentů (5 %). 0 respondentů (0 %) zaznamenalo problém každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

V ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízeních se problémy s chybějící dokumentací nevyskytly vůbec v posledních 12 měsících u 16 respondentů (15 %), problém jednou nebo dvakrát během posledních 12 měsíců mělo 49 respondentů (47 %), několikrát za posledních 12 měsíců nebyly dokumenty k dispozici u 30 respondentů (29 %). Každý měsíc nemá 5 respondentů (5 %) lékařské záznamy k dispozici. 4 respondenti (4 %) nedokáží posoudit. 0 respondentů (0 %) zaznamenalo problémy každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den. 4 respondenti (4 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl A – otázka č. A4 Lékařské informace byly zaevidovány, naskenovány nebo vloženy do nesprávné zdravotní karty / nesprávného lékařského záznamu

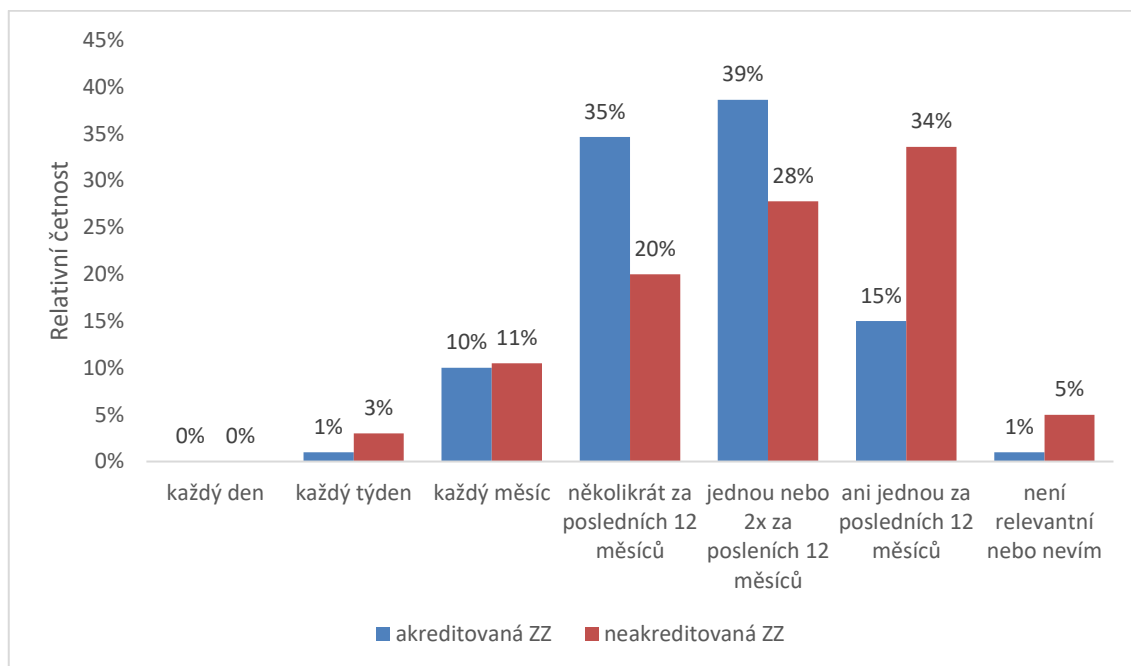


Graf 4 Lékařské informace nesprávně zaevidovány

V ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že se problém se zaevidováním lékařských zpráv do nesprávné karty nevyskytl ani jednou za posledních 12 měsíců u 73 respondentů (73 %). 22 respondentů (22 %) tvrdí, že lékařské informace byly zaevidovány špatně jednou nebo dvakrát, u 4 respondentů (4 %) se vyskytla tato událost několikrát za 12 měsíců, u 1 respondenta (1 %) se problém se zaevidováním do nesprávné karty vyskytl každý měsíc, 1 respondent (1 %) odpověděl, že neví nebo otázka nebyla relevantní. 0 respondentů (0 %) hodnotilo výskyt události každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den.

V ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízeních se problém se zaevidováním nevyskytl ani jednou během posledních 12 měsíců u 48 respondentů (46 %), jednou nebo dvakrát za 12 měsíců se problém vyskytl u 46 respondentů (44 %), několikrát za poslední rok se problém vyskytl u 7 respondentů (7 %), každý měsíc se problém vyskytl u 1 respondenta (1 %), 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví. 0 respondentů (0 %) mělo problém s výskytem nesprávného zaevidování lékařských informací každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den.

Oddíl A – otázka č. A5 Lékařské vybavení nefungovalo správně nebo potřebovalo opravu

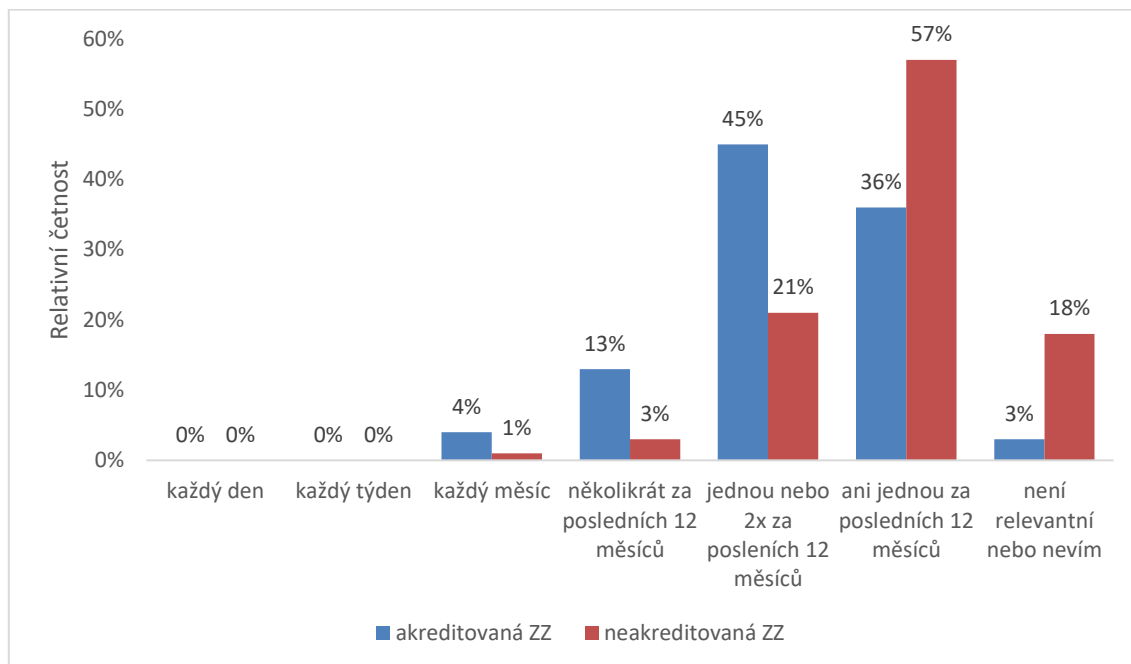


Graf 5 Nefunkční lékařské vybavení

V ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení má problém s nefunkčním nebo špatně funkčním lékařským vybavením 39 respondentů (39 %) jednou nebo dvakrát za posledních 12 měsíců, 35 respondentů (35 %) několikrát za posledních 12 měsíců, 15 respondentů (15 %) ani jednou za posledních 12 měsíců, 10 respondentů (10 %) má problém s lékařským vybavením každý měsíc, 1 respondent (1 %) každý týden. 1 respondent (1 %) odpověděl, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

V ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nemá problém s nefunkčním nebo špatně funkčním lékařským vybavením 35 respondentů (34 %) ani jednou za posledních 12 měsíců, 29 respondentů (28 %) má problém jednou nebo, 21 respondentů (20 %) několikrát za posledních 12 měsíců, 11 respondentů (11 %) má problém s lékařským vybavením každý měsíc, 3 respondenti (3 %) každý týden. 5 respondentů (5 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl A – otázka č. A6 Naše ordinace byla kontaktována lékárnou, aby vysvětlila nebo opravila lékařský předpis

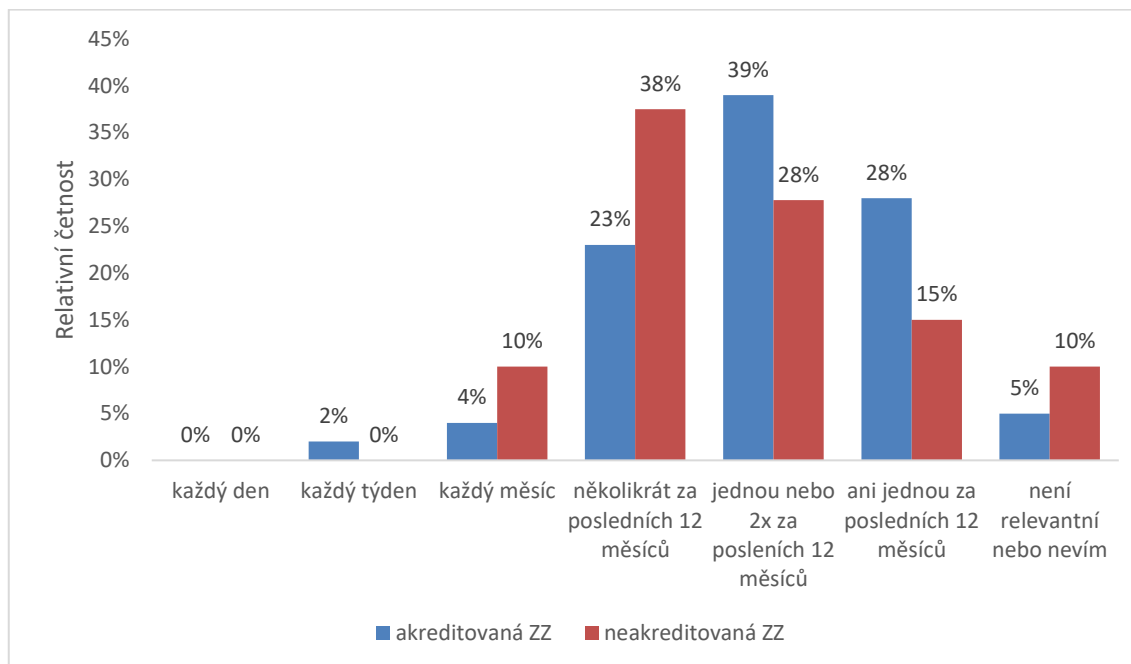


Graf 6 Kontaktování ordinace lékárnou

V ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení bylo 45 respondentů (45 %) kontaktováno lékárnou jednou nebo dvakrát za 12 měsíců, ani jednou se problém nevyskytl u 36 respondentů (36 %), několikrát za posledních 12 měsíců bylo kontaktováno 13 respondentů (13 %), každý měsíc byli kontaktováni 4 respondenti (4 %), 3 respondenti (3 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

V ambulancích neakreditovaných zdravotních zařízení nebylo ani jednou kontaktováno lékárnou 59 respondentů (57 %), 22 respondentů (21 %) bylo kontaktováno jednou nebo dvakrát za posledních 12 měsíců, 3 respondenti (3 %) několikrát, 1 respondent (1 %) každý měsíc, 19 respondentů (18 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl A – otázka č. A7 U daného pacienta nebyl během návštěvy aktualizován seznam užívaných léků

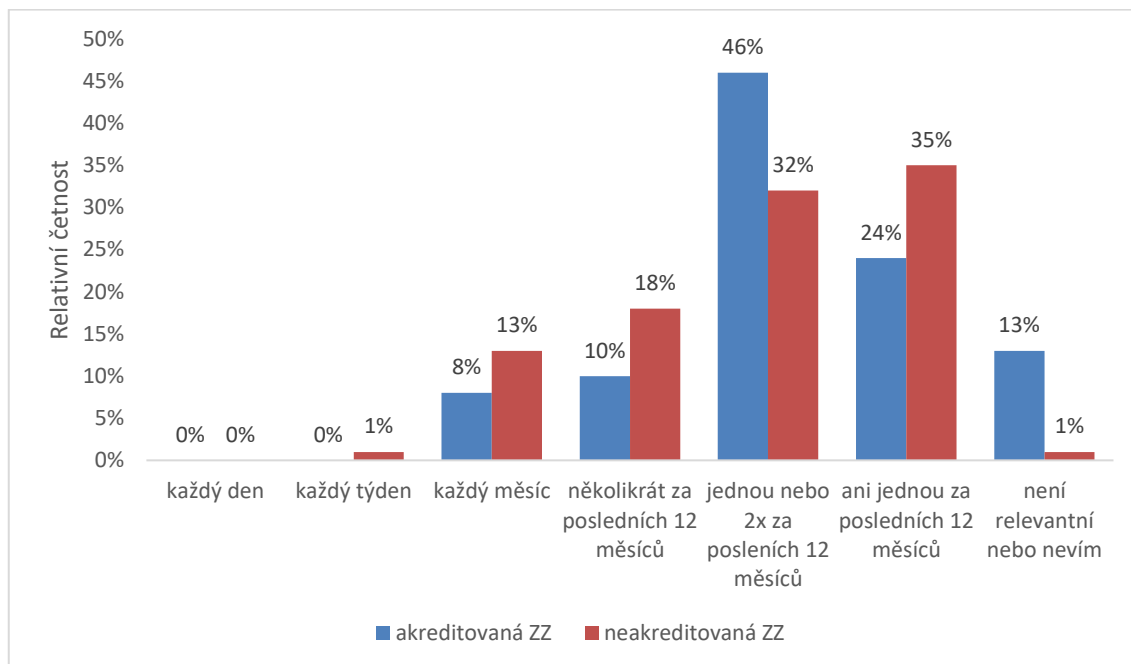


Graf 7 Aktualizace seznamu léků

V ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí 39 respondentů (39 %) s tvrzením, že jednou nebo dvakrát za posledních 12 měsíců nebyl aktualizován seznam užívaných léků pacienta, 28 respondentů (28 %) tvrdí, že se tato událost nevyskytla ani jednou během posledních 12 měsíců, 23 respondentů (23 %) souhlasí se vznikem této události několikrát za posledních 12 měsíců, každý měsíc se tato událost opakovala u 4 respondentů (4 %) a 2 respondenti (2 %) hodnotí tuto událost jako opakující se každý týden. 5 respondentů (5 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

V ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení 39 respondentů (38 %) hodnotí výskyt události několikrát za posledních 12 měsíců, 29 respondentů (28 %) hodnotí výskyt události jednou nebo dvakrát za posledních 12 měsíců, 16 respondentů (15 %) hodnotí výskyt události ani jednou za posledních 12 měsíců, 10 respondentů (10 %) souhlasí s výskytem události s neaktualizovaným seznamem léků každý měsíc, 10 respondentů (10 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl A – otázka č. A8 Laboratorní výsledky nebo výsledky zobrazovacích vyšetření nebyly v případě potřeby k dispozici

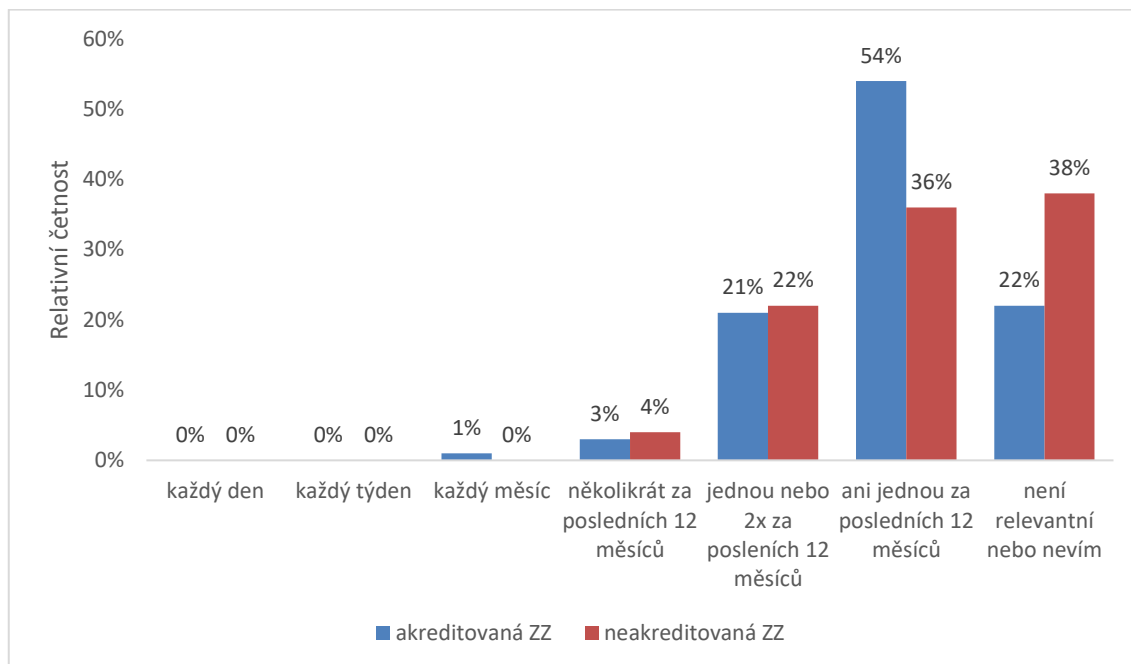


Graf 8 Laboratorní výsledky nebo výsledky zobrazovacích vyšetření nejsou k dispozici

V ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení nejsou k dispozici výsledky laboratorních a zobrazovacích vyšetření k dispozici dle 46 respondentů (46 %) jednou nebo dvakrát za posledních 12 měsíců, 24 respondentů (24 %) odhaduje, že se události nevyskytly ani jednou. 10 respondentů (10 %) tvrdí několikrát, 8 respondentů (8 %) každý měsíc a 0 respondentů (0 %) každý den. 13 respondentů (13 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

V ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nejsou laboratorní výsledky nebo výsledky zobrazovacích metod k dispozici dle 36 respondentů (35 %) ani jednou za posledních 12 měsíců, 33 respondentů (32 %) tvrdí, že jednou nebo dvakrát, 19 respondentů (18 %) tvrdí několikrát, 14 respondentů (13 %) tvrdí každý měsíc, 1 respondent (1 %) každý týden. 0 respondentů (0 %) tvrdí každý den. 1 respondent (1 %) odpověděl, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl A – otázka č. A9 Kritický abnormální výsledek laboratorního testu nebo zobrazovacího vyšetření nebyl prověřen do 1 pracovního dne



Graf 9 Prověření kritického abnormálního výsledku

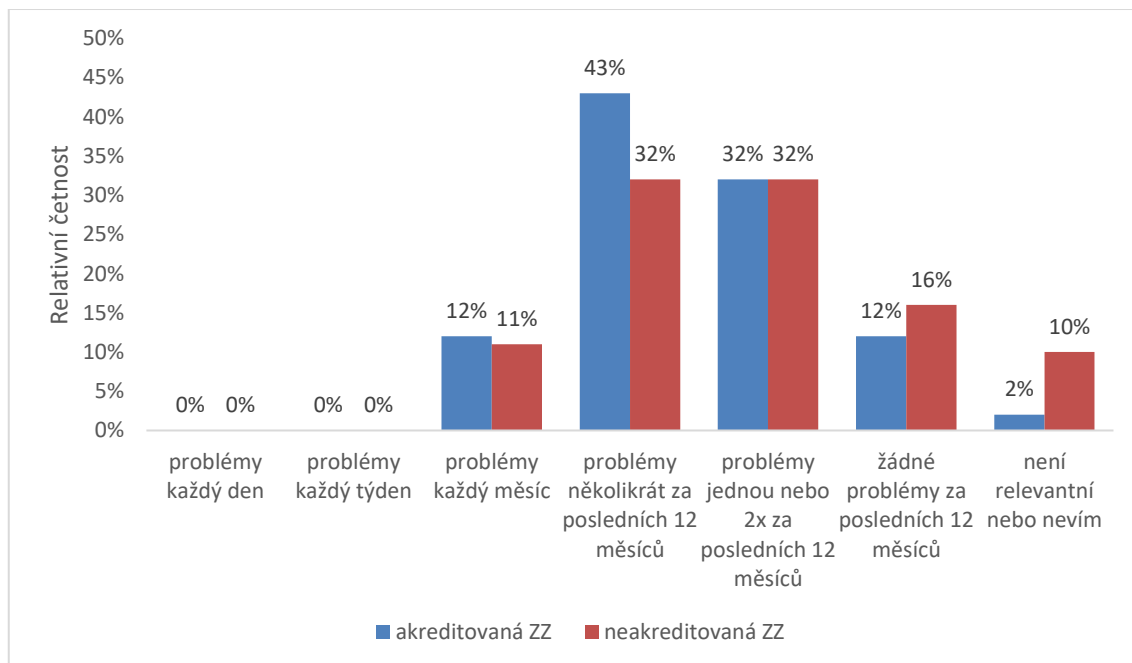
V ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení se situace, že by abnormální výsledek testu nebyl prověřen, nestala ani jednou za posledních 12 měsíců podle 54 (54 %) respondentů. Podle 21 (21 %) se to stalo jednou nebo dvakrát a podle 3 (3 %) respondentů několikrát za posledních 12 měsíců. Jeden (1 %) uvedl každý měsíc. 22 (22 %) respondentů odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

V neakreditovaných zdravotnických zařízení se problém nevyskytl ani jednou za posledních 12 měsíců u 37 (36 %) respondentů, jednou nebo dvakrát se vyskytl u 23 (22 %) respondentů. Několikrát za posledních 12 měsíců u 4 (4 %) respondentů. Pro 40 (38 %) respondentů to není relevantní. Žádný z respondentů (0 %) akreditovaných i neakreditovaných zdravotnických zařízení neuvedl, že by se mu to přihodilo častěji než každý měsíc.

Oddíl B: Výměna informací s jinými pracovišti

Jak často za posledních 12 měsíců měla vaše ordinace problémy s výměnou přesných, úplných a včasných informací s uvedenými pracovišti?

Otázka č. B1 Externí laboratoř / centrum zobrazovacích metod

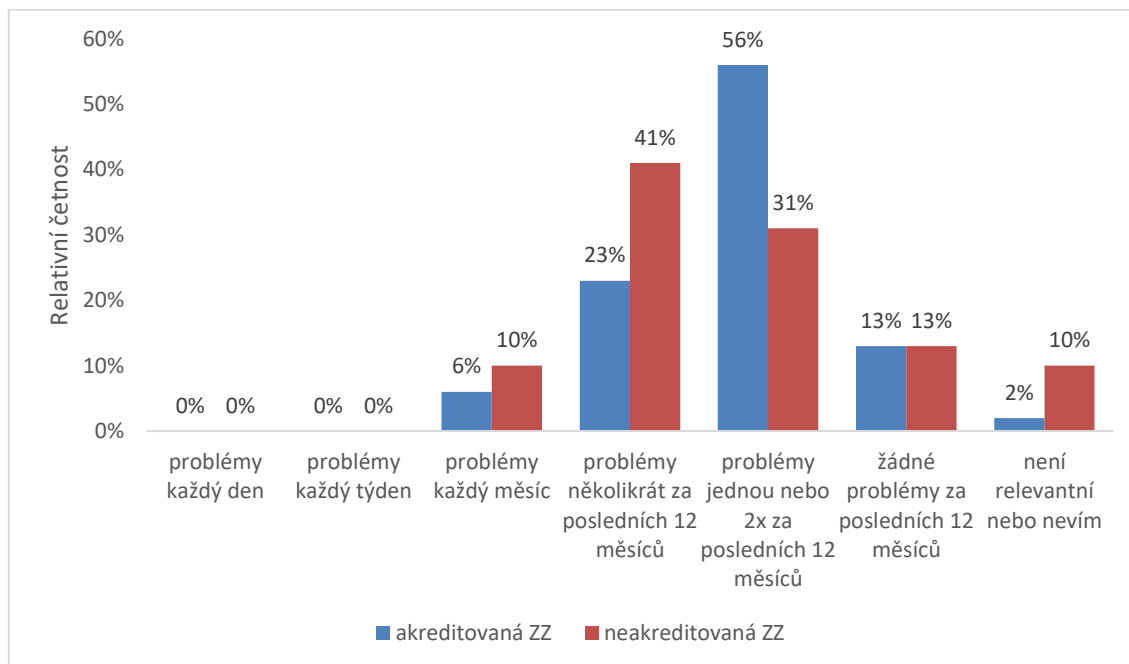


Graf 10 Výměna informací s externí laboratoří nebo centrem zobrazovacích metod

V ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí 43 respondentů (43 %) s tvrzením, že mělo problémy s výměnou informací několikrát za posledních 12 měsíců. 32 respondentů (32 %) souhlasí s tvrzením jednou nebo dvakrát za posledních 12 měsíců, 12 respondentů (12 %) souhlasí s problémy každý měsíc a současně 12 respondentů (12 %) tvrdí, že v se v ordinaci nevyskytly žádné problémy. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

V ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení 33 respondentů (32 %) souhlasí s tvrzením, že v posledních 12 měsících měla ordinace problémy s výměnou informací několikrát, současně 33 respondentů (32 %) souhlasí s problémy jednou nebo dvakrát za posledních 12 měsíců, 17 respondentů (16 %) tvrdí, že v ordinaci žádné problémy během posledních 12 měsíců neměli. 11 respondentů (11 %) souhlasí s tvrzením problémy každý měsíc. 10 respondentů (10 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl B – otázka č. B2 Problémy s výměnou přesných, úplných a včasných informací s jinými lékařskými ordinacemi / externími lékaři

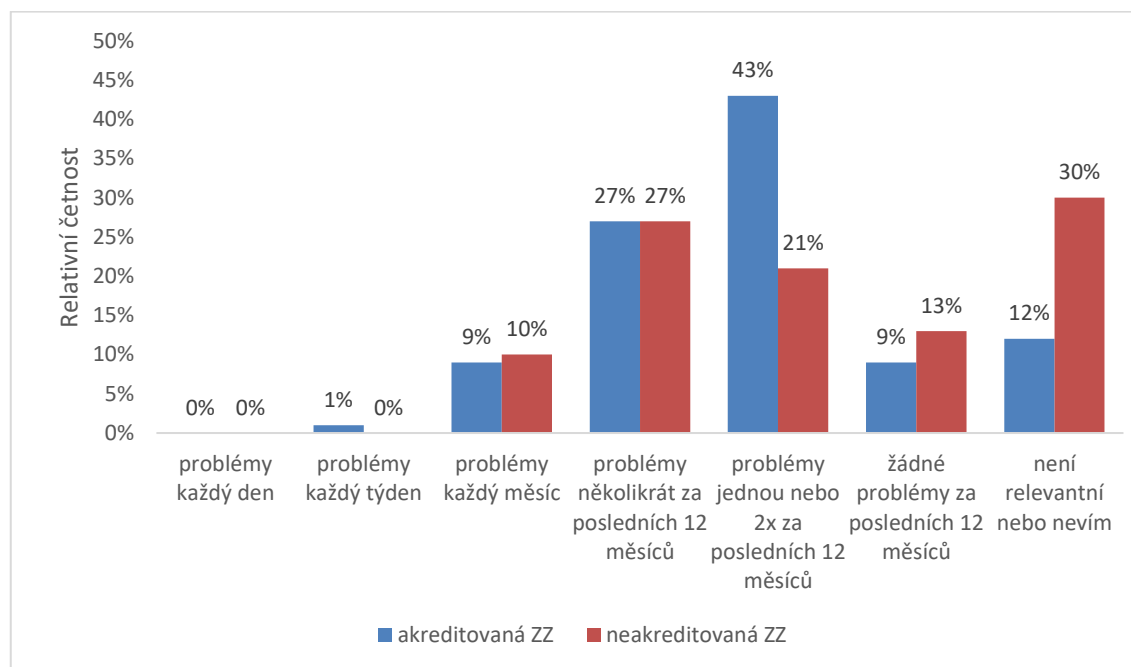


Graf 11 Výměna informací s jinými ordinacemi, externími lékaři

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že se problémy s výměnou informací s jinými ordinacemi vyskytly jednou nebo dvakrát v posledních 12 měsících. 13 respondentů (13 %) souhlasí s tvrzením, že nemělo žádné problémy. 57 respondentů (56 %) udává problémy jednou nebo dvakrát, 23 respondentů (23 %) udává problémy několikrát v průběhu posledních 12 měsíců, 6 respondentů (6 %) uvádí problémy každý měsíc, 0 respondentů (0 %) problémy každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Méně než polovina respondentů ambulancí neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že se problémy s výměnou informací s jinými externími pracovišti vyskytly několikrát v průběhu posledních 12 měsíců. 13 respondentů (13 %) souhlasí s tvrzením, že žádné problémy s externími pracovišti nemělo, 32 respondentů (31 %) udává problémy jednou nebo dvakrát v posledních 12 měsících, 43 respondentů (41 %) udává problémy několikrát. 10 respondentů (10 %) udává problémy každý měsíc, 0 respondentů (0 %) problémy každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den. 10 respondentů (10 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl B – otázka č. B3 Problémy s výměnou přesných, úplných a včasných informací s lékárnami

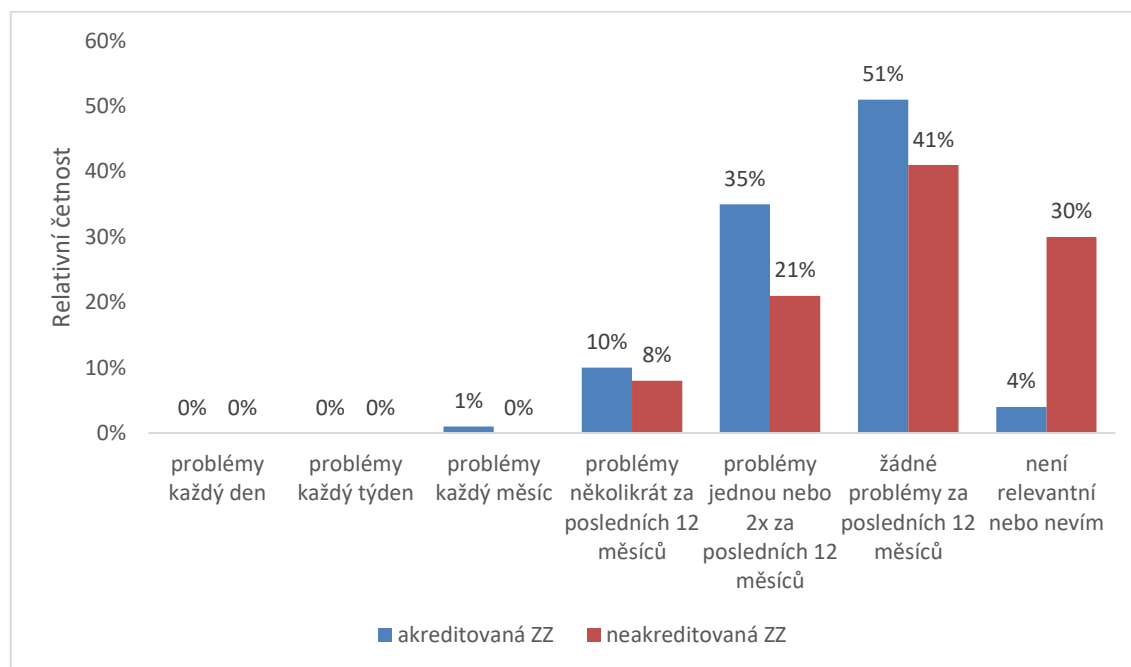


Graf 12 Výměna informací s lékárnami

Méně než polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že se v posledních 12 měsících vyskytly problémy s výměnou informací mezi ordinací a lékárnami jednou nebo dvakrát. 9 respondentů (9 %) neudává žádné problémy, 43 respondentů (43 %) udává problémy jednou nebo dvakrát, 27 respondentů (27 %) udává problémy několikrát během posledních 12 měsíců, 9 respondentů (9 %) udává problémy každý měsíc, 1 respondent (1 %) problémy každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den. 12 respondentů (12 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Nejpochetnějším tvrzením respondentů neakreditovaných zdravotnických zařízení je, že odpověď na otázku neznají nebo otázka není relevantní. 13 respondentů (13 %) neudává žádné problémy s výměnou informací s lékárnami, 22 respondentů (21 %) udává problémy jednou nebo dvakrát, 28 respondentů (27 %) udává problémy několikrát v průběhu posledních 12 měsíců, 10 respondentů (10 %) udává problémy každý měsíc, 0 respondentů (0 %) problémy každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den. 31 respondentů (30 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl B – otázka č. B4 Problémy s výměnou přesných, úplných a včasných informací s nemocnicemi

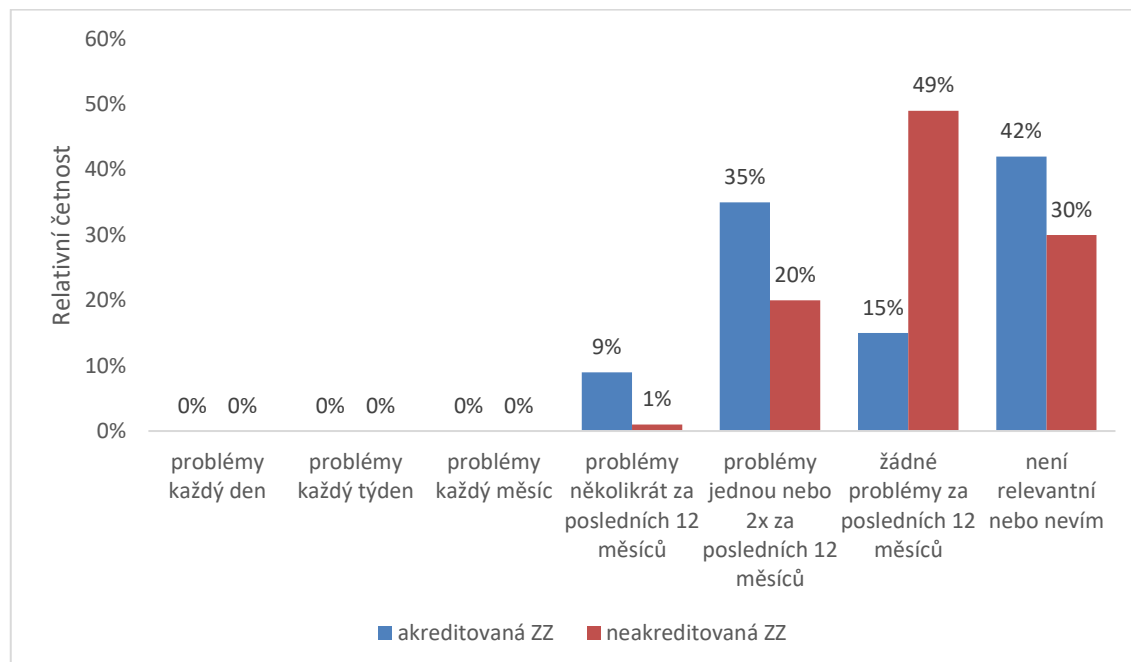


Graf 13 Výměna informací s nemocnicemi

Více než polovina respondentů ambulancí akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že nemělo žádné problémy s výměnou informací s nemocnicemi v posledních 12 měsících. 51 respondentů (51 %) uvádí žádné problémy za posledních 12 měsíců, 35 respondentů (35 %) udává problémy jednou nebo dvakrát za posledních 12 měsíců, 10 respondentů (10 %) uvádí problémy několikrát, 1 respondent (1 %) udává problémy každý měsíc. 0 respondentů (0 %) udává problémy každý týden a 0 respondentů (0 %) udává problémy každý den. 4 respondenti (4 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Méně než polovina respondentů ambulancí neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že v posledních 12 měsících neměli žádné problémy s výměnou informací. Téměř třetina respondentů odpověď na otázku nevěděla nebo otázka nebyla relevantní. 43 respondentů (41 %) uvádí, že žádné problémy s výměnou informací s nemocnicemi neměli. 22 respondentů (21 %) udává problémy jednou nebo dvakrát, 8 respondentů (8 %) udává problémy několikrát za posledních 12 měsíců. 0 respondentů (0 %) udává problémy každý měsíc, 0 respondentů (0 %) každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den. 31 respondentů (30 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl B – otázka č. B5 Problémy s výměnou přesných, úplných a včasných informací s jinými pracovišti (specifikujte)



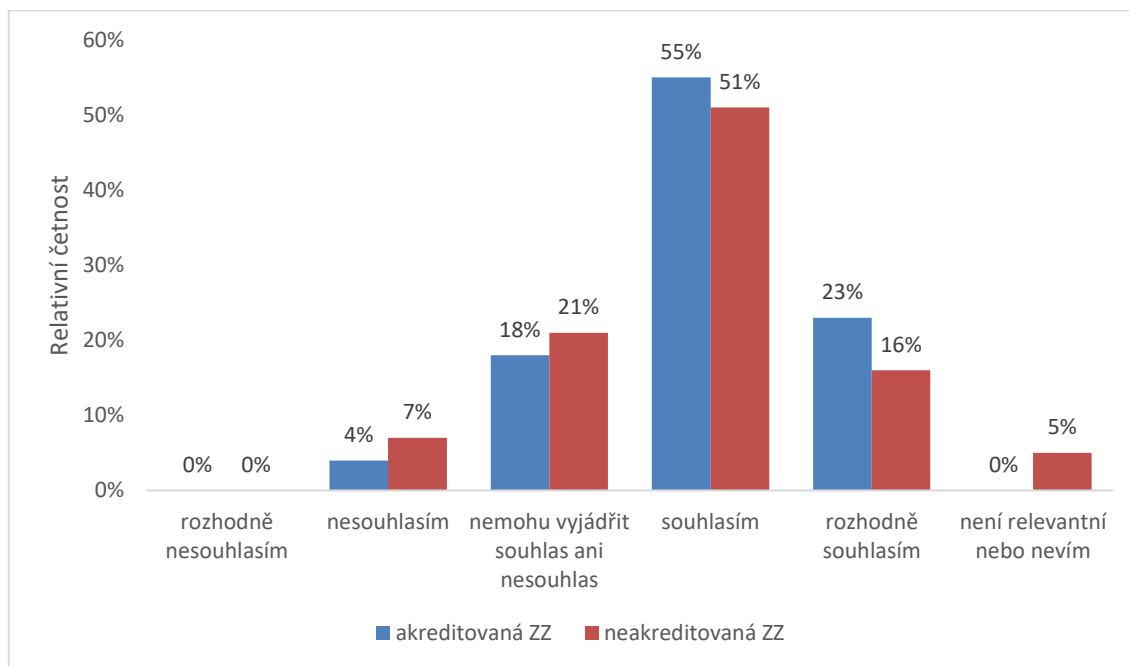
Graf 14 Výměna informací s jinými pracovišti

Méně než polovina respondentů ambulancí akreditovaných zdravotnických zařízení se k otázce výměny informací s jinými pracovišti vyjadřuje, že otázka není relevantní nebo respondenti odpověď neví. 15 respondentů (15 %) souhlasí s tvrzením, že v posledních 12 měsících nemělo žádné problémy s výměnou informací s jinými pracovišti. 35 respondentů (35 %) udává problémy jednou nebo dvakrát, 9 respondentů (9 %) udává problémy několikrát v průběhu posledních 12 měsíců. 0 respondentů (0 %) udává problémy každý měsíc, 0 respondentů (0 %) udává problémy každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den. 42 respondentů (42 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Téměř polovina respondentů ambulancí neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že se nevyskytly žádné problémy s výměnou informací s jinými pracovišti v posledních 12 měsících. 51 respondentů (49 %) neudává žádné problémy, 21 respondentů (20 %) udává problémy jednou nebo dvakrát v průběhu posledních 12 měsíců, 1 respondent (1 %) udává problémy několikrát. 0 respondentů (0 %) udává problémy každý měsíc, 0 respondentů (0 %) udává problémy každý týden a 0 respondentů (0 %) každý den. 31 respondentů (30 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C: Práce v ordinaci

Oddíl C – otázka č. C1 Když je někdo v této ordinaci opravdu zaneprázdněn, ostatní mu pomohou

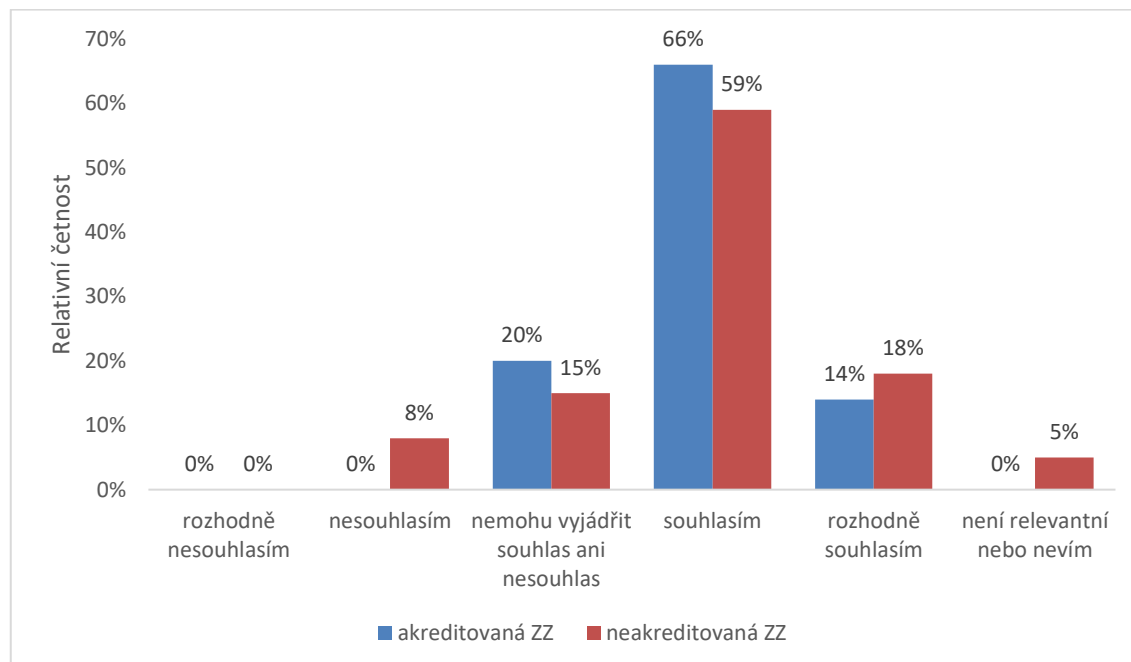


Graf 15 Vzájemná výpomoc při zaneprázdnění

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízeních souhlasí s tvrzením, že když jsou v zaneprázdnění, ostatní jim pomohou. Rozhodně souhlasí 23 respondentů (23 %), souhlasí 56 respondentů (55 %). 4 respondenti (4 %) s tvrzením nesouhlasí, rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %). 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní. 18 respondentů (18 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Více než polovina dotazovaných v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že ostatní pomohou v případě zaneprázdnění. 53 respondentů (51 %) souhlasí, rozhodně souhlasí 17 respondentů (16 %), 7 respondentů (7 %) nesouhlasí s tvrzením. 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí. 22 respondentů (21 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu. 5 respondentů (5 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C2 V této ordinaci existují dobré pracovní vztahy mezi personálem a poskytovateli péče

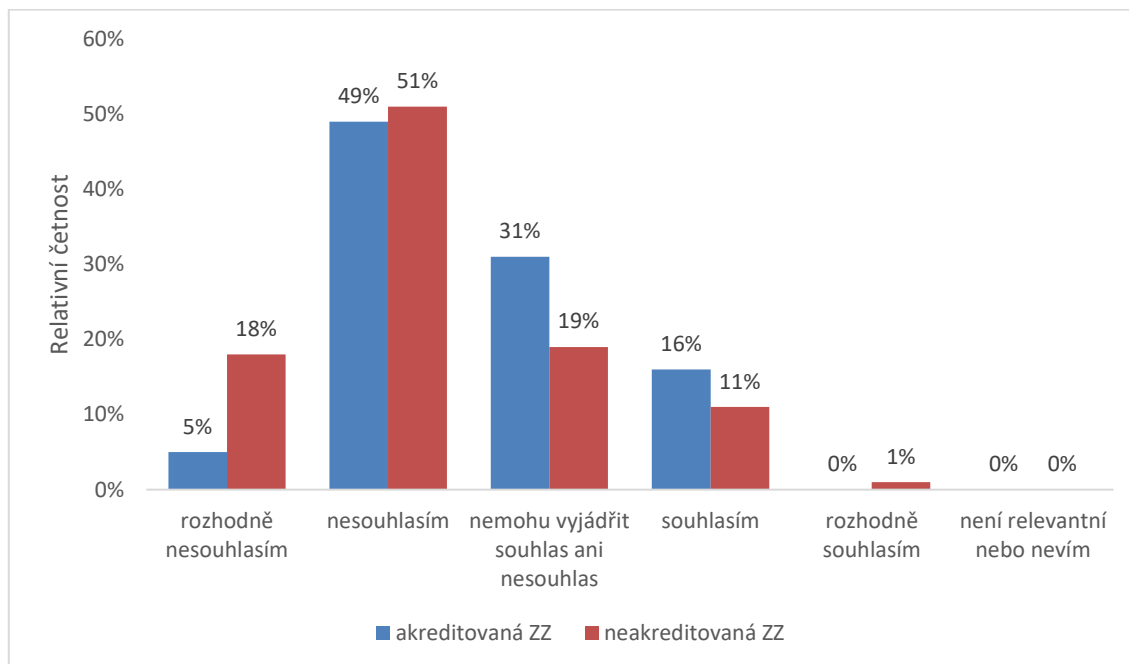


Graf 16 Pracovní vztahy mezi zaměstnanci a poskytovateli péče

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v akreditovaných zařízeních uvedlo, že souhlasí s dobrými vztahy mezi zaměstnanci a poskytovateli péče. 67 respondentů (66 %) souhlasí, 14 respondentů (14 %) rozhodně souhlasí, 0 respondentů (0 %) nesouhlasí a 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí s tvrzením. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní. 20 respondentů (20 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu.

Zároveň více než tři čtvrtiny dotazovaných v neakreditovaných zdravotnických zařízeních souhlasí s tvrzením, že jsou pracovní vztahy mezi zaměstnanci a poskytovateli péče dobré. 61 respondentů (59 %) souhlasí, 19 respondentů (18 %) rozhodně souhlasí. S tvrzením nesouhlasí 8 respondentů (8 %), rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %). 16 respondentů (15 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu. 5 respondentů (5 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C3 V této ordinaci jsme často pod časovým stresem, když pečujeme o pacienty

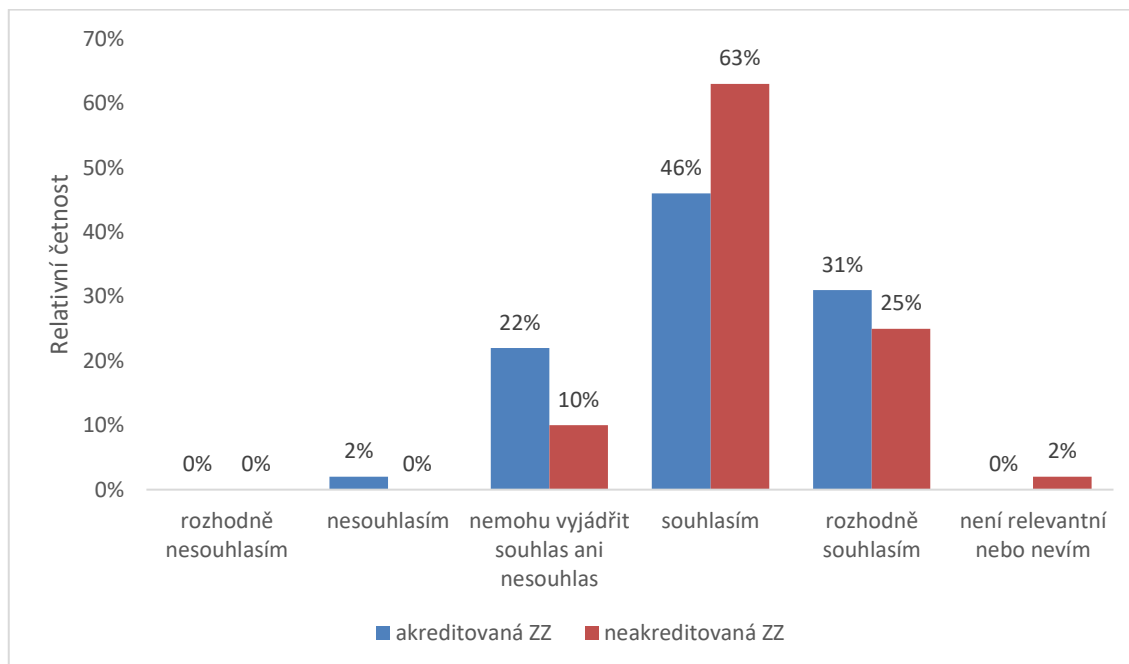


Graf 17 Stres při práci

Více než polovina dotazovaných v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že jsou pod časovým stresem při péči o pacienta. 49 respondentů (49 %) nesouhlasí, 5 respondentů (5 %) rozhodně nesouhlasí, 16 respondentů (16 %) souhlasí s tvrzením a 0 respondentů (0 %) rozhodně souhlasí. 31 respondentů (31 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Téměř tři čtvrtiny dotazovaných v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že jsou pod časovým stresem při péči o pacienta. 53 respondentů (51 %) s tvrzením nesouhlasí, 5 respondentů (5 %) rozhodně nesouhlasí, 11 respondentů (11 %) s tvrzením souhlasí, 1 respondent (1 %) rozhodně souhlasí. 20 respondentů (19 %) se nepřiklání ani na jednu stranu. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

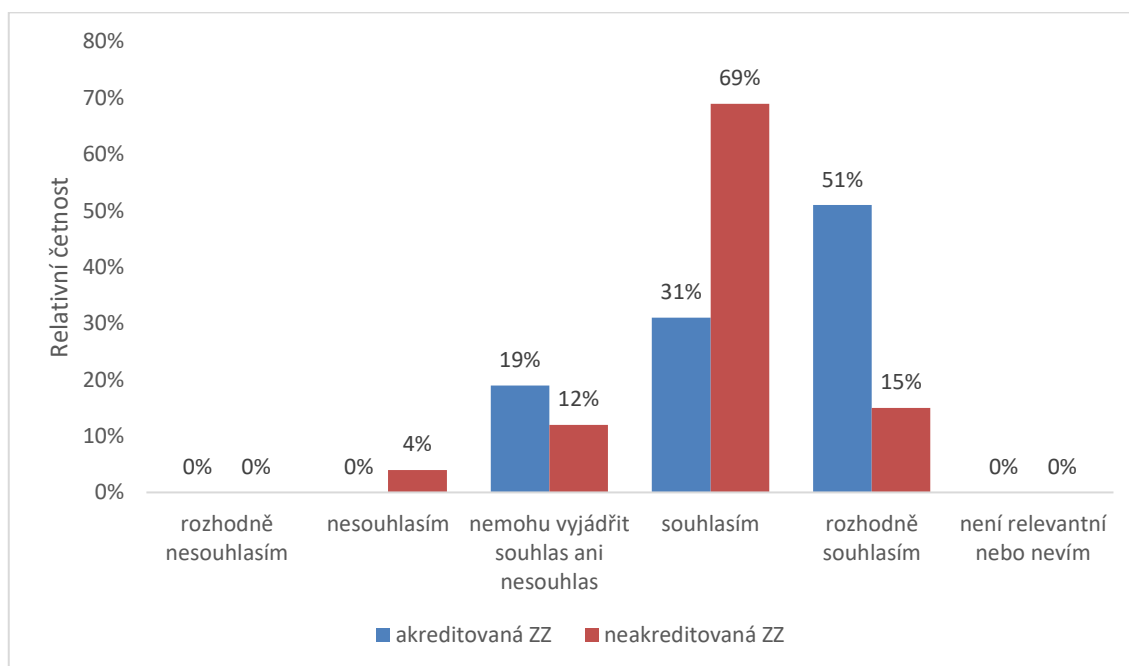
Oddíl C – otázka č. C4 Tato ordinace poskytuje školení pro personál v případě zavádění nových postupů



Graf 18 Školení při zavádění nových postupů

Více než tři čtvrtiny dotazovaných v ambulancích akreditovaných zařízení souhlasí s tvrzením, že je personál proškolen v případě zavádění nových postupů. 46 respondentů (46 %) souhlasí, 31 respondentů (31 %) rozhodně souhlasí. 2 respondenti (2 %) nesouhlasí, rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %), 22 respondentů (22 %) se nemůže vyjádřit. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní. Současné více než tři čtvrtiny dotazovaných v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že je personál proškolen v případě zavádění nových postupů. 66 respondentů (63 %) souhlasí, 26 respondentů (25 %) rozhodně souhlasí, 0 respondentů (0 %) nesouhlasí a 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí. 10 dotazovaných (10 %) se nepřiklonilo ani na jednu stranu. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C5 V této ordinaci se k sobě chováme s respektem

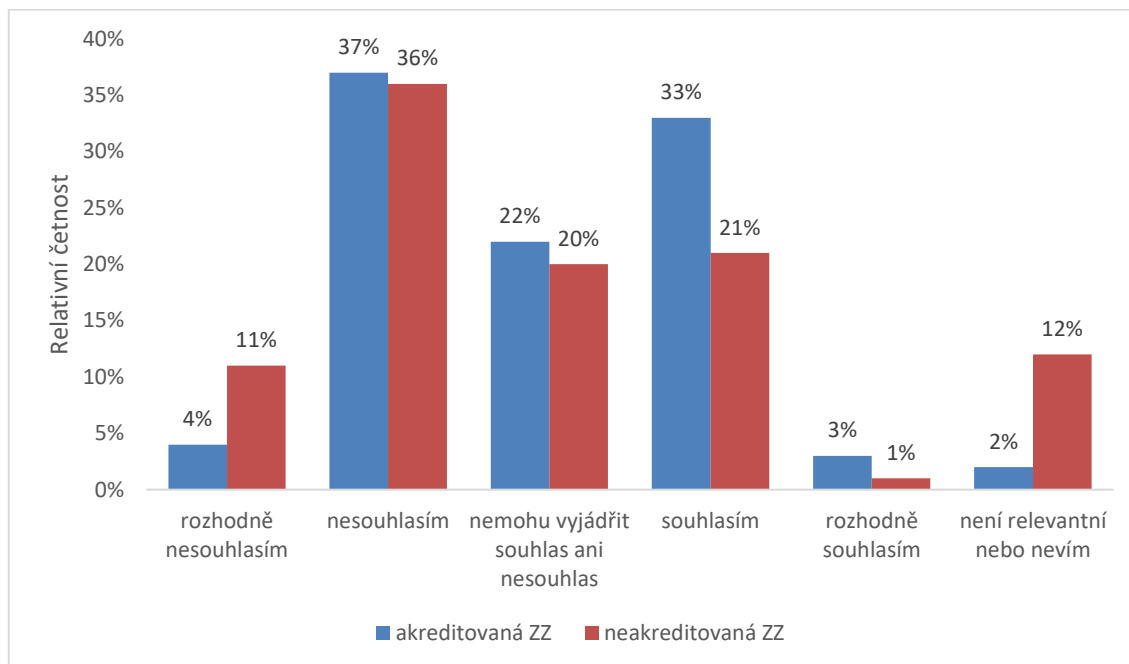


Graf 19 Respekt v ordinaci

Více než tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že se všichni k sobě chovají s respektem. 51 respondentů (51 %) s tvrzením rozhodně souhlasí, 31 respondentů (31 %) souhlasí, 19 respondentů (19 %) nedokáže vyjádřit souhlas nebo nesouhlas. 0 respondentů (0 %) s tvrzením rozhodně nesouhlasí a 0 respondentů (0 %) nesouhlasí, zároveň 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že se k sobě v ordinaci chovají s respektem. 72 respondentů (69 %) souhlasí, 16 respondentů (15 %) rozhodně souhlasí, 4 respondenti (4 %) nesouhlasí, 12 respondentů (12 %) nedokáže vyjádřit souhlas nebo nesouhlas. 5 respondentů (5 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C6 V této ordinaci máme příliš mnoho pacientů vzhledem k počtu poskytovatelů péče

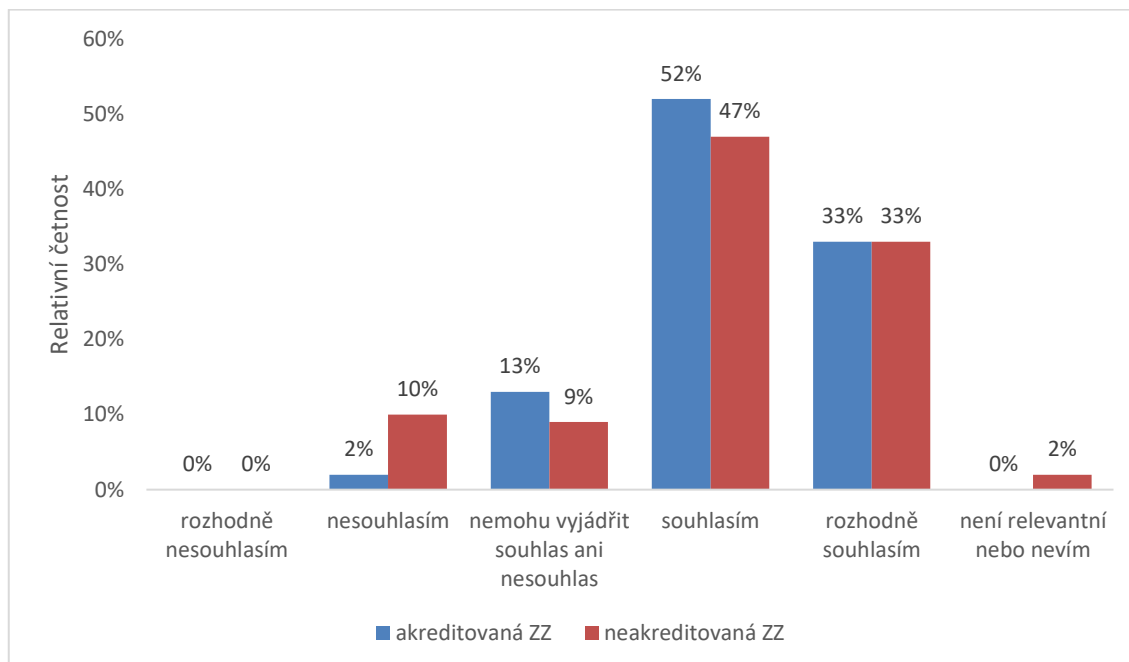


Graf 20 Příliš mnoho pacientů

Téměř polovina respondentů ambulancí akreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že je v ambulancích příliš mnoho poskytovatelů vzhledem k počtu poskytovatelů péče. 37 respondentů (37 %) nesouhlasí, 4 respondenti (4 %) rozhodně nesouhlasí, 33 respondentů (33 %) souhlasí s tvrzením, 3 respondenti (3 %) s tvrzením rozhodně souhlasí. 22 respondentů (22 %) se nepřiklání ani na jednu stranu, 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Téměř polovina respondentů v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že je v ambulancích příliš mnoho pacientů vzhledem k počtu poskytovatelů péče. 37 respondentů (36 %) nesouhlasí, 11 respondentů (11 %) rozhodně nesouhlasí. 21 respondentů (21 %) s tvrzením souhlasí, rozhodně souhlasí 3 respondenti (3 %), 21 respondentů (20 %) se nepřiklání ani na jednu stranu. 12 respondentů (12 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C7 Tato ordinace zajišťuje pro personál všechna potřebná školení na pracovišti

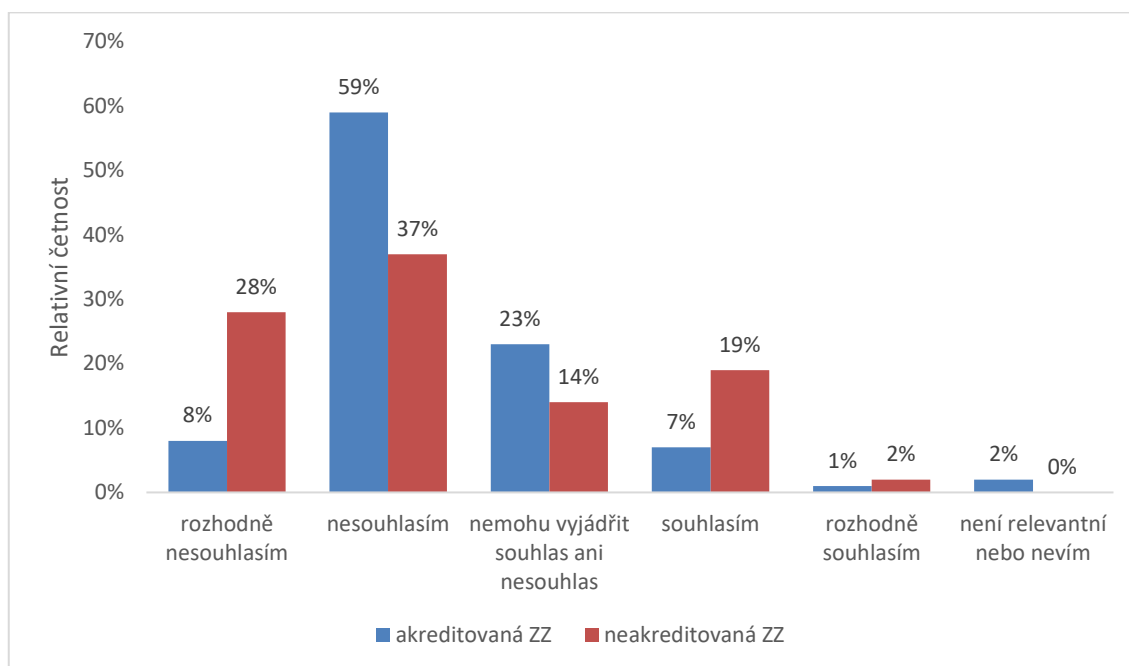


Graf 21 Školení na pracovišti

Více než čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že ordinace zajišťuje pro personál všechna potřebná školení. 53 respondentů (52 %) s tvrzením souhlasí, 33 respondentů (33 %) rozhodně souhlasí, nesouhlasí 2 respondenti (2 %), rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %), 13 respondentů (13 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že ordinace zajišťuje pro personál všechna potřebná školení. 49 respondentů (47 %) s tvrzením souhlasí, rozhodně souhlasí 34 respondentů (33 %), 10 respondentů (10 %) nesouhlasí, rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %), 9 respondentů (9 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C8 Tato ordinace má problémy s organizací práce

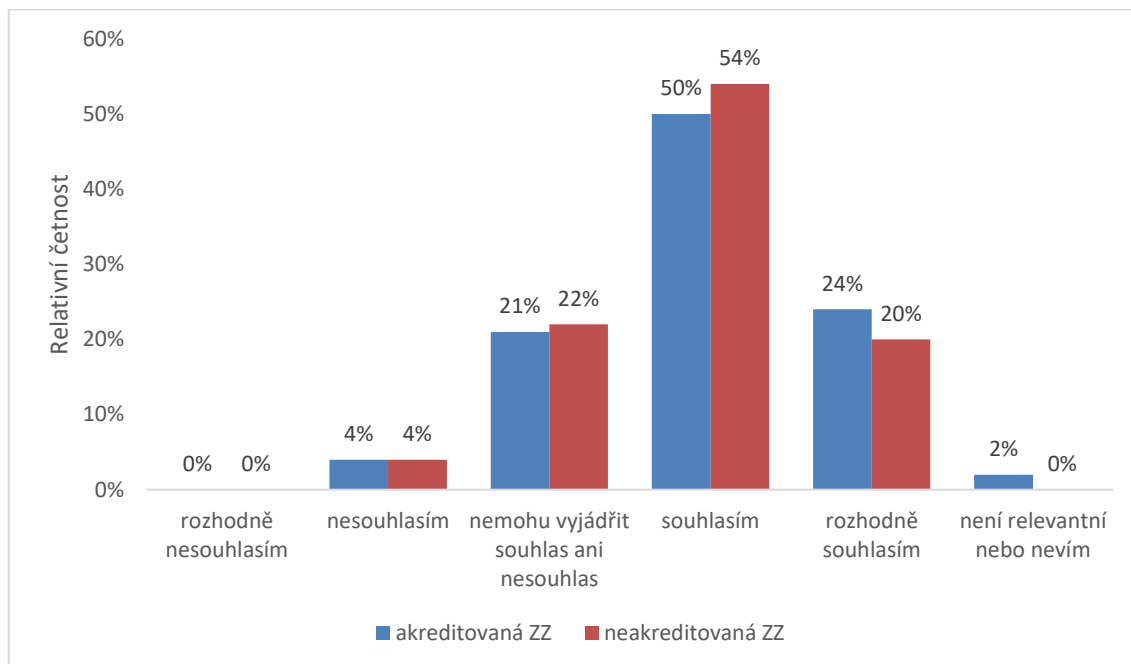


Graf 22 Organizace práce

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že má ordinace problémy s organizací práce. 60 respondentů (59 %) nesouhlasí, 8 respondentů (8 %) rozhodně nesouhlasí. 7 respondentů (7 %) s tvrzením souhlasí, 1 respondent (1 %) rozhodně souhlasí, 23 respondentů (23 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že má ordinace problémy s organizací práce. 38 respondentů (37 %) nesouhlasí, 29 respondentů (28 %) rozhodně nesouhlasí. Téměř pětina respondentů s tvrzením souhlasí. 20 respondentů (19 %) s tvrzením souhlasí, 2 respondent (2 %) rozhodně souhlasí, 15 respondentů (14 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C9 V této ordinaci máme zavedené dobré postupy pro kontrolu, zda je práce prováděna správně

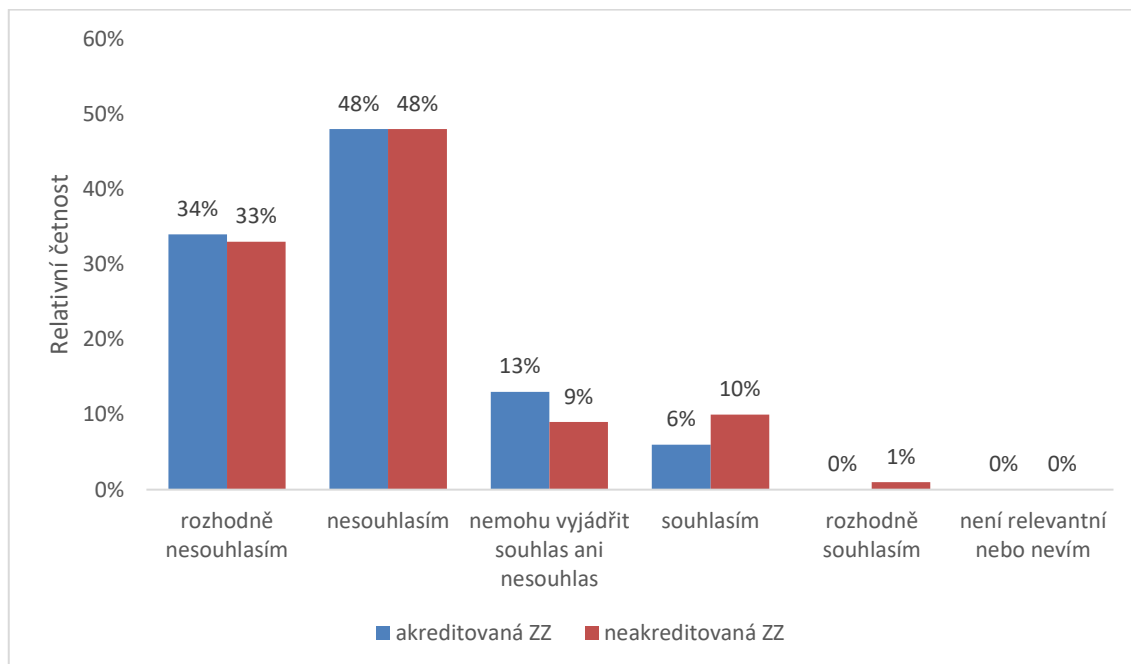


Graf 23 Postupy pro kontrolu

Téměř tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že mají zavedeny dobré postupy pro kontrolu práce. 50 respondentů (50 %) souhlasí s tvrzením, 24 respondentů (24 %) rozhodně souhlasí, 4 respondenti (4 %) nesouhlasí, rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %), 21 respondentů (21 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Současně téměř tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že mají zavedeny dobré postupy pro kontrolu práce. 56 respondentů (54 %) souhlasí, 21 respondentů (20 %) rozhodně souhlasí, 4 respondenti (4 %) nesouhlasí, rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %), 23 respondentů (22 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C10 Po členech personálu této ordinace se požaduje, aby vykonávaly úkoly, k nimž nebyly vyškoleni

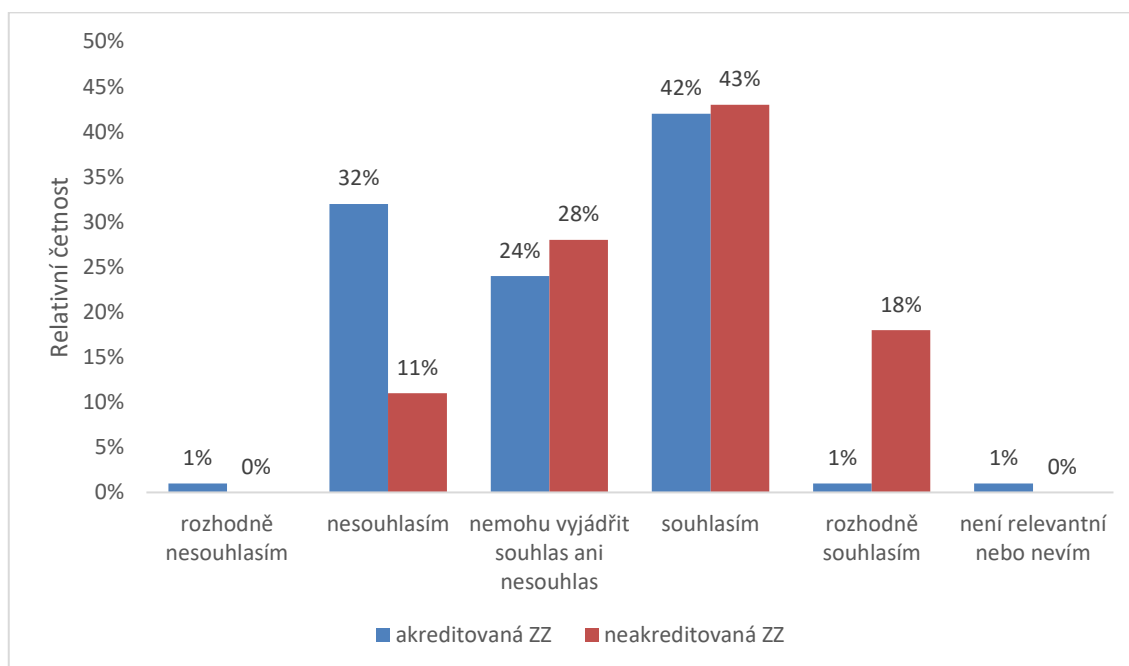


Graf 24 Úkoly, ke kterým nejsou vyškoleni

Více než čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že se po členech personálu požaduje vykonávat úkoly, k nimž nebyli proškoleni. 48 respondentů (48 %) nesouhlasí s tvrzením, 34 respondentů (34 %) rozhodně nesouhlasí. Souhlasí 6 respondentů (6 %), 0 respondentů (0 %) rozhodně souhlasí, 13 respondentů (13 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Současně více než čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že se po členech personálu požaduje vykonávat úkoly, k nimž nebyli proškoleni. 50 respondentů (48 %) nesouhlasí s tvrzením, 34 respondentů (33 %) rozhodně nesouhlasí. Souhlasí 10 respondentů (10 %), 0 respondentů (0 %) rozhodně souhlasí, 9 respondentů (9 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C11 Máme dostatek personálu, abychom zvládli péči o pacienty

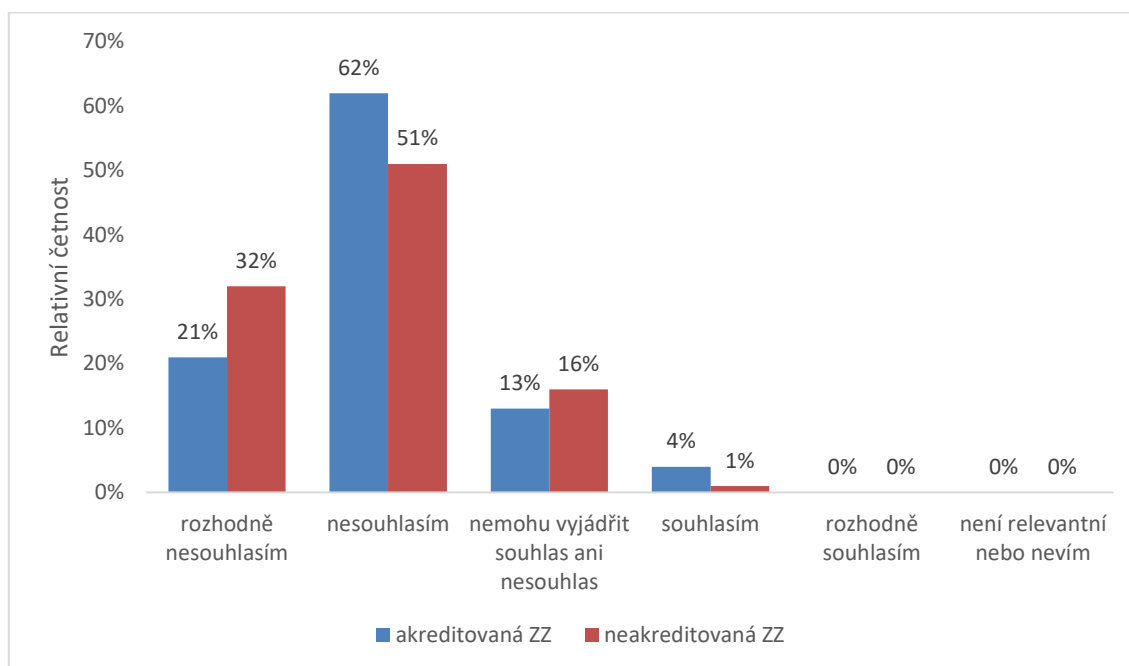


Graf 25 Dostatek personálu

Téměř polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že mají dostatek personálu. 42 respondentů (42 %) souhlasí, 1 respondent (1 %) rozhodně souhlasí, 32 respondentů (32 %) nesouhlasí, rozhodně nesouhlasí 1 respondent (1 %), 24 respondentů (24 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 1 respondent (1 %) odpověděl, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že mají dostatek personálu. 45 respondentů (42 %) souhlasí, 19 respondentů (18 %) rozhodně souhlasí, 11 respondentů (11 %) nesouhlasí, rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %), 29 respondentů (28 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C12 V této ordinaci máme problémy s pracovními postupy

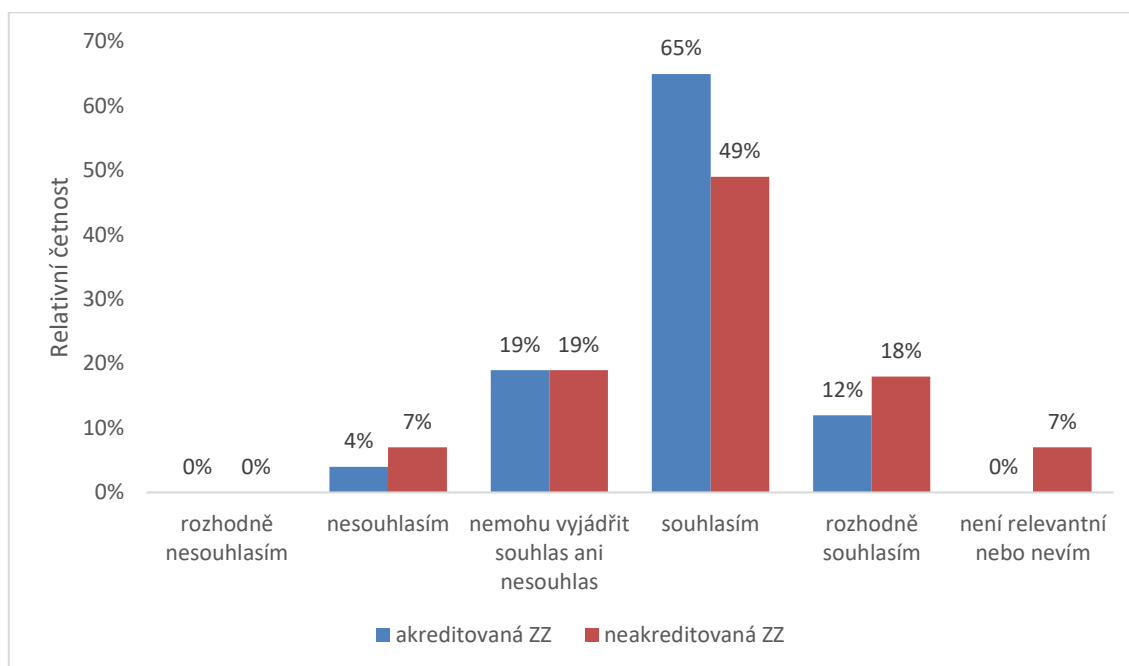


Graf 26 Problémy s pracovními postupy

Více než čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že mají problémy s pracovními postupy. 63 respondentů (62 %) nesouhlasí s tvrzením, 21 respondentů (21 %) rozhodně nesouhlasí. S tvrzením souhlasí 4 respondenti (4 %), 0 respondentů (0 %) rozhodně souhlasí, 13 respondentů (13 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Současné více než čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že mají problémy s pracovními postupy. 53 respondentů (51 %) nesouhlasí s tvrzením, 33 respondentů (32 %) rozhodně nesouhlasí, 1 respondent (1 %) souhlasí, 0 respondentů (0 %) rozhodně souhlasí, 17 respondentů (16 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C13 Tato ordinace zdůrazňuje týmovou práci v péči o pacienty

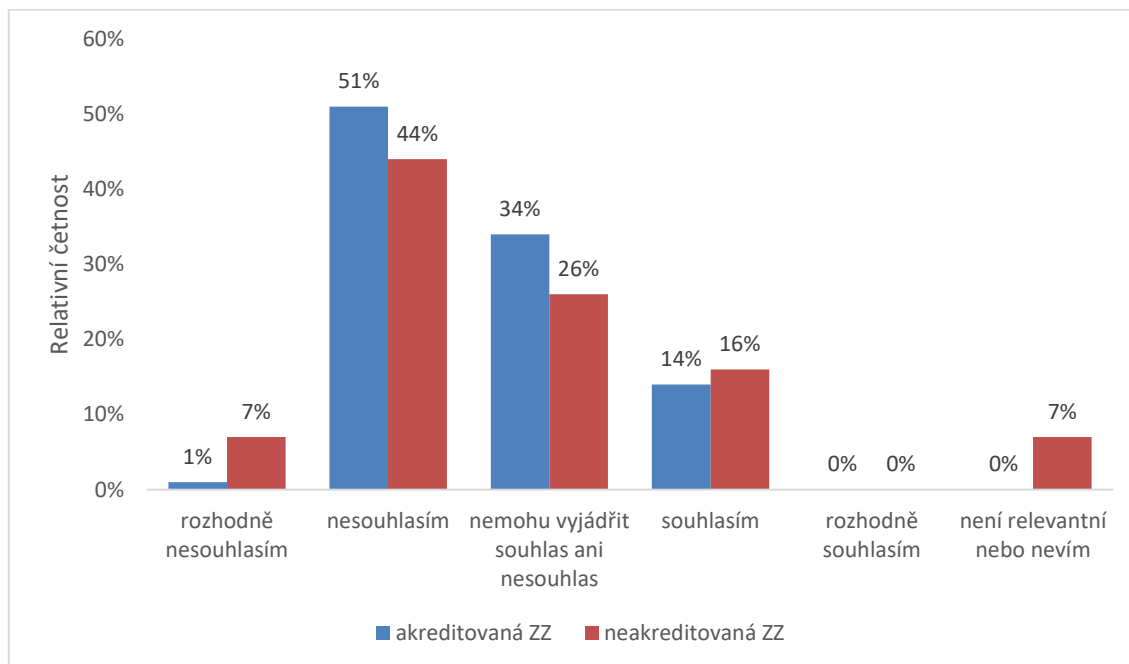


Graf 27 Týmová spolupráce

Více než tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízeních souhlasí s tvrzením, že je v ordinaci zdůrazňována týmová práce v péči o pacienty. 66 respondentů (65 %) souhlasí s tvrzením, 12 respondentů (12 %) rozhodně souhlasí, 4 respondenti (4 %) nesouhlasí, 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí, 19 respondentů (19 %) nemůže vyjádřit souhlas nebo nesouhlas. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Méně než tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízeních souhlasí s tvrzením, že je v ordinaci zdůrazňována týmová práce v péči o pacienty. 51 respondentů (49 %) souhlasí s tvrzením, 19 respondentů (18 %) rozhodně souhlasí, 7 respondentů (7 %) nesouhlasí, 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí, 20 respondentů (19 %) nemůže vyjádřit souhlas nebo nesouhlas. 7 respondentů (7 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C14 Tato ordinace má příliš mnoho pacientů, aby dokázala účinně zvládnout všechny své úkoly

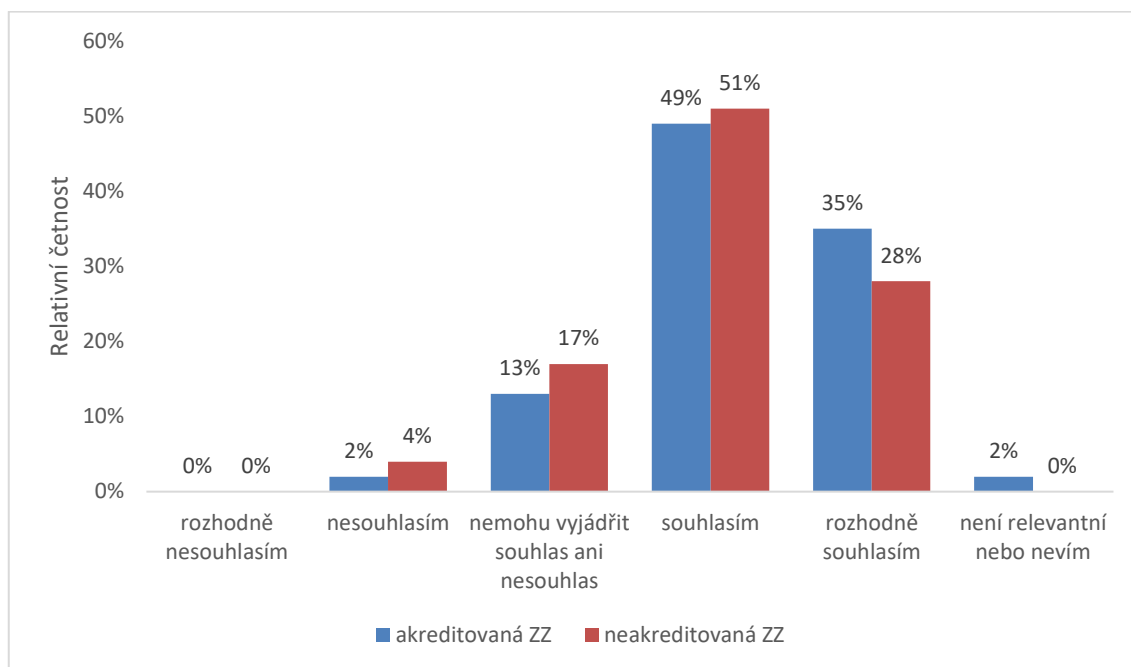


Graf 28 Příliš mnoho pacientů k plnění úkolů

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že mají příliš mnoho pacientů, aby mohli účinně zvládnout všechny úkoly. 1 respondent (1 %) rozhodně nesouhlasí s tvrzením, 52 respondentů (51 %) nesouhlasí., 34 respondentů (34 %) se nepřiklání ani k jedné straně, s tvrzením souhlasí 14 respondentů (14 %), 0 respondentů (0 %) rozhodně souhlasí a 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že mají problémy s pracovními postupy. 7 respondentů (7 %) rozhodně nesouhlasí s tvrzením, 46 respondentů (44 %) nesouhlasí, 27 respondentů (26 %) se nepřiklání ani k jedné straně, s tvrzením souhlasí 17 respondentů (16 %), 0 respondentů (0 %) rozhodně souhlasí a 7 respondentů (7 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl C – otázka č. C15 Zaměstnanci této ordinace dodržují standardní postupy při provádění svých úkolů



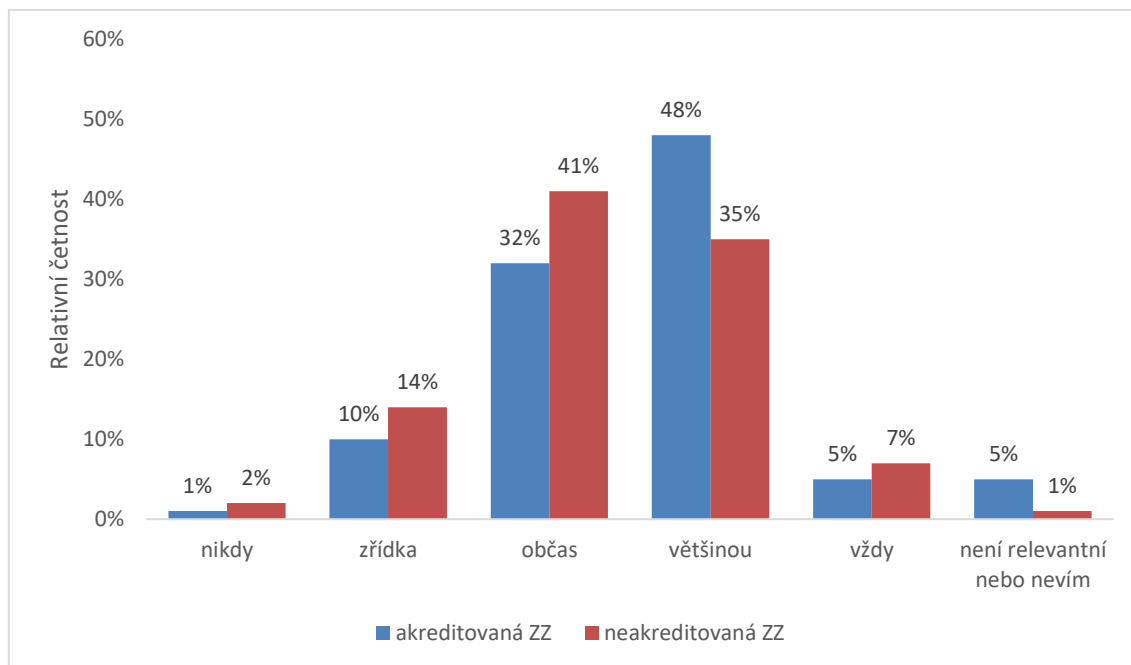
Graf 29 Dodržování standardních postupů

Více než čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízeních souhlasí s tvrzením, že dodržují standardní postupy při provádění svých úkolů. 49 respondentů (49 %) souhlasí s tvrzením, 35 respondentů (35 %) rozhodně souhlasí, 2 respondenti (2 %) nesouhlasí, 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí, 13 respondentů (13 %) nemůže vyjádřit souhlas nebo nesouhlas. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízeních souhlasí s tvrzením, že dodržují standardní postupy při provádění svých úkolů. 53 respondentů (51 %) souhlasí s tvrzením, 29 respondentů (28 %) rozhodně souhlasí, 4 respondenti (4 %) nesouhlasí, 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí, 18 respondentů (17 %) nemůže vyjádřit souhlas nebo nesouhlas. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl D: Komunikace a následná péče

Oddíl D – otázka č. D1 Poskytovatelé péče v této ordinaci mají vstřícný přístup k nápadům personálu ohledně možností, jak zdokonalit postupy v ordinaci.

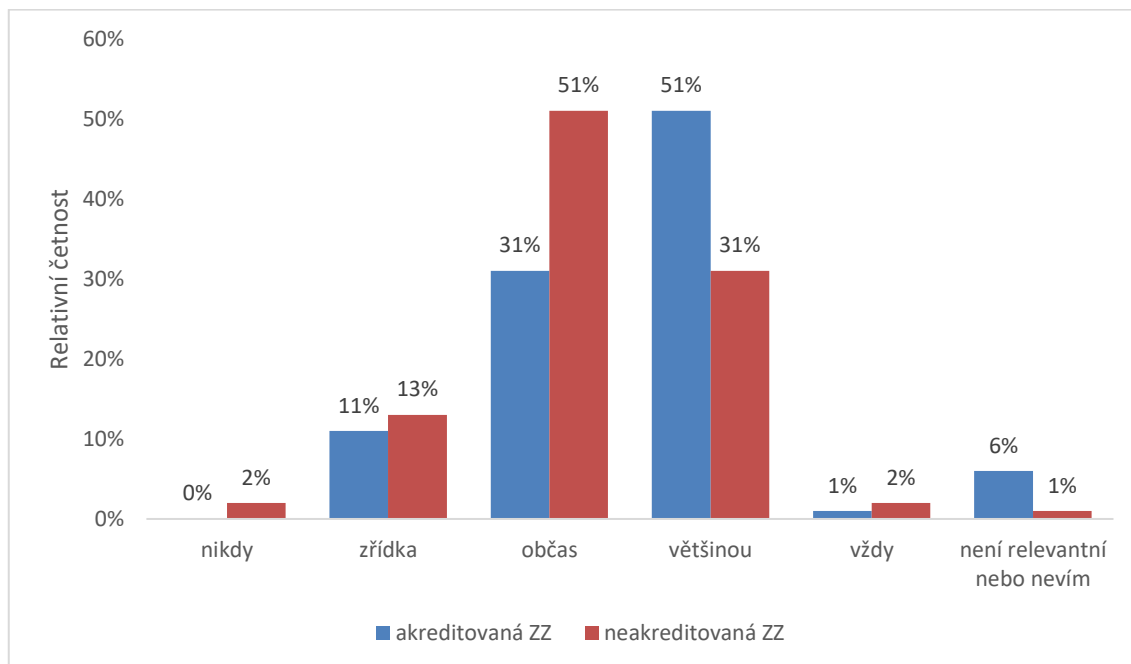


Graf 30 Vstřícný přístup poskytovatelů k nápadům personálu

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že mají poskytovatelé péče vstřícný přístup k nápadům personálu. Většinou souhlasí 48 respondentů (48 %), vždy souhlasí 5 respondentů (5 %), 10 respondentů (10 %) tvrdí, že je přístup k nápadům zohledněn zřídka, 1 respondent (1 %) se přiklání pro nikdy. 32 respondentů (32 %) tvrdí, že je přístup poskytovatelů péče k nápadům hodnocen občas. 5 respondentů (5 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Méně než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že mají poskytovatelé péče vstřícný přístup k nápadům personálu. Většinou souhlasí 36 respondentů (35 %), vždy souhlasí 7 respondentů (7 %), 15 respondentů (14 %) tvrdí, že je přístup k nápadům zohledněn zřídka, 2 respondenti (2 %) se přiklání pro nikdy. 43 respondentů (42 %) tvrdí, že je přístup poskytovatelů péče k nápadům hodnocen občas. 1 respondent (1 %) odpověděl, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl D – otázka č. D2 Personál této ordinace je vybízen k tomu, aby vyjadřoval své alternativní názory

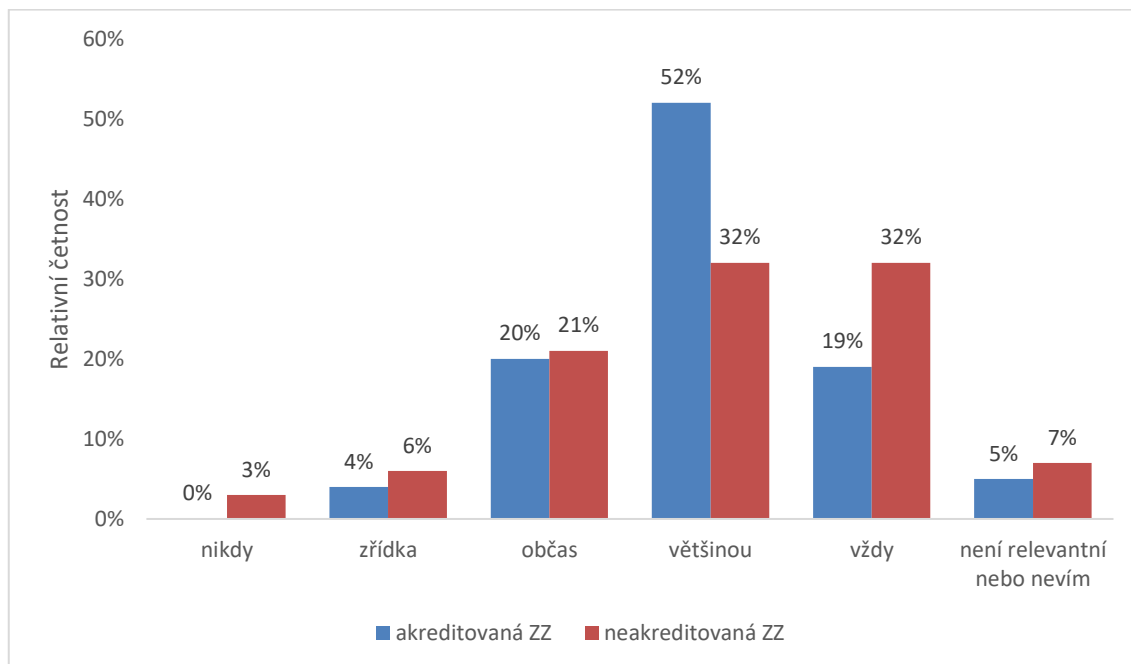


Graf 31 Vybízení personálu k alternativním názorům

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že je vybízena k vyjádření alternativních názorů. 52 respondentů (51 %) souhlasí většinou, 1 respondent (1 %) souhlasí vždy. 11 respondentů (11 %) je vybízeno k alternativním názorům zřídka, 0 respondentů (0 %) nikdy, 31 respondentů (31 %) je vybízeno občas. 6 respondentů (6 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než třetina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že je vybízena k vyjádření alternativních názorů. 32 respondentů (31 %) souhlasí většinou, 2 respondenti (2 %) souhlasí vždy, 14 respondentů (13 %) je vybízeno k alternativním názorům zřídka, 2 respondenti (2 %) nikdy, 53 respondentů (52 %) je vybízeno občas. 1 respondent (1 %) odpověděl, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

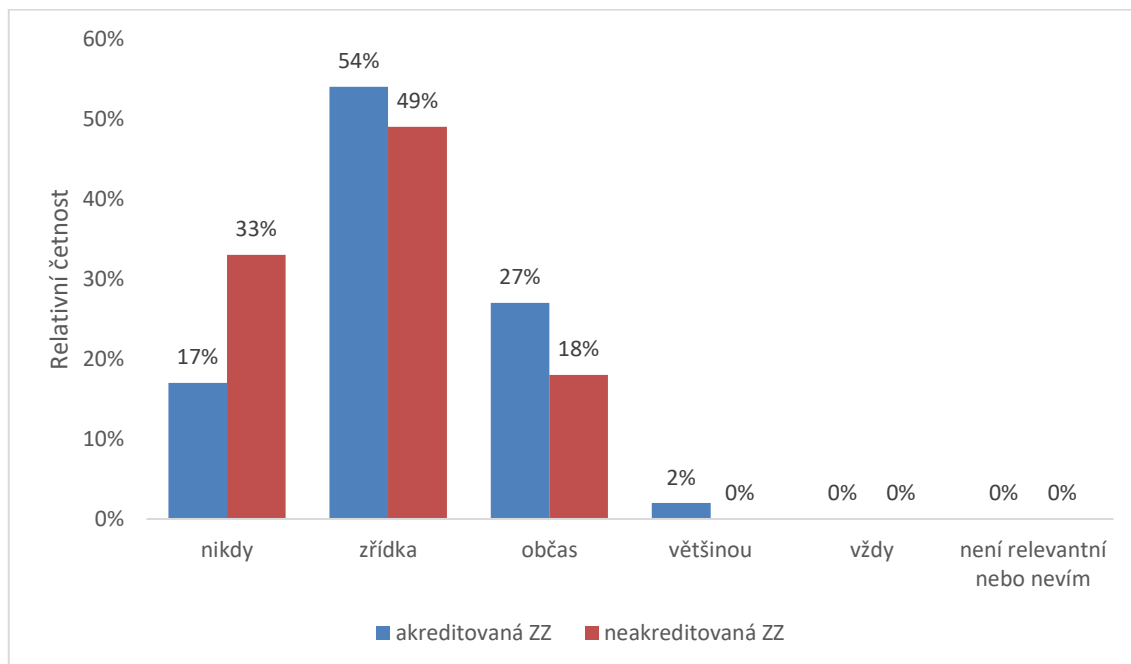
Oddíl D – otázka č. D3 Tato ordinace připomíná pacientům, že mají naplánovat termín návštěvy pro preventivní nebo rutinní péči



Graf 32 Připomenutí prevence

Téměř tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že je pacientům připomínáno naplánování preventivní prohlídky. 53 respondentů (52 %) souhlasí s tvrzením většinou, 19 respondentů (19 %) souhlasí vždy, 4 respondenti (4 %) tvrdí, že je připomínáno pacientům zřídka, 0 respondentů (0 %) tvrdí nikdy. 20 respondentů (20 %) souhlasí s tvrzením občas. 5 respondentů (5 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní. Méně než tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že je pacientům připomínáno naplánování preventivní prohlídky. 33 respondentů (32 %) souhlasí s tvrzením většinou a současně 33 respondentů (32 %) souhlasí vždy, 6 respondentů (6 %) tvrdí, že je preventivní prohlídka připomínána pacientům zřídka, 3 respondenti (3 %) tvrdí nikdy. 22 respondentů (21 %) souhlasí s tvrzením občas. 7 respondentů (7 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl D – otázka č. D4 Personál této ordinace se bojí klást otázky, pokud jim něco připadá nesprávné

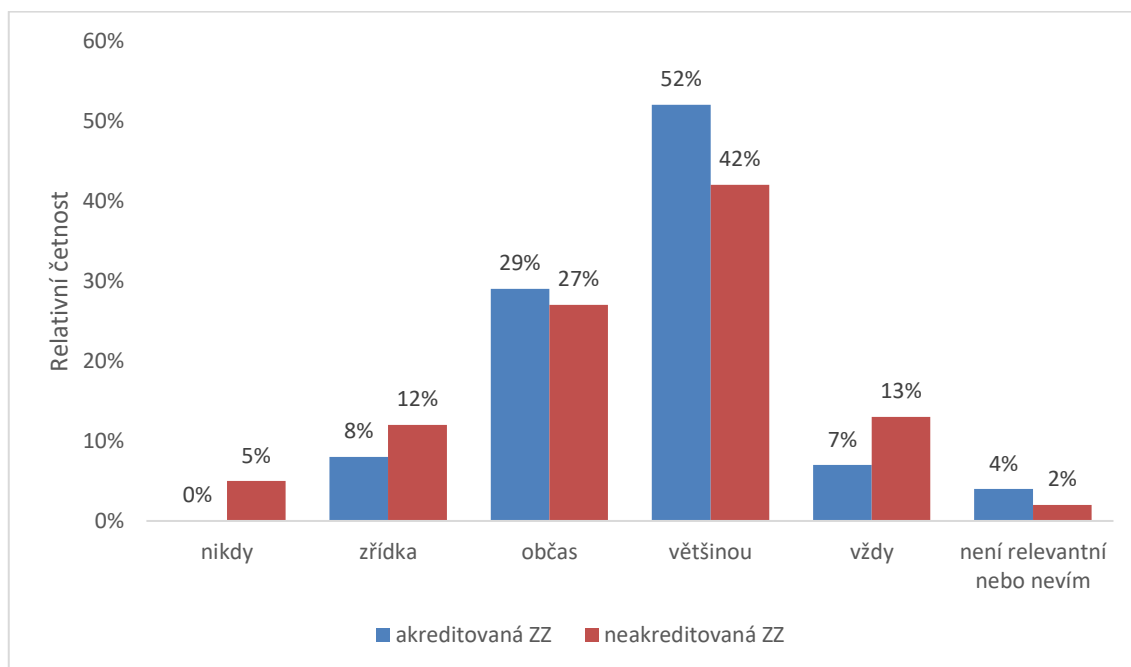


Graf 33 Obava klást otázky v případě pochybností

Téměř tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že se bojí klást otázky v případě, že jim něco připadá nesprávné. 17 respondentů (17 %) se neobává nikdy, 55 respondentů (54 %) se obává zřídka. 2 respondenti (2 %) se obávají klást otázky většinou, vždy se obává 0 respondentů (0 %). 27 respondentů (27 %) se obává klást otázky občas. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že se bojí klást otázky v případě, že jim něco připadá nesprávné. 34 respondentů (33 %) se neobává nikdy, 51 respondentů (49 %) se obává zřídka. 0 respondentů (0 %) se obává klást otázky většinou a zároveň 0 respondentů (0 %) se obává vždy. 19 respondentů (18 %) se obává klást otázky občas. 1 respondent (1 %) odpověděl, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl D – otázka č. D5 Tato ordinace sleduje a dokumentuje, jak naši pacienti s chronickou péčí dodržují své léčebné plány

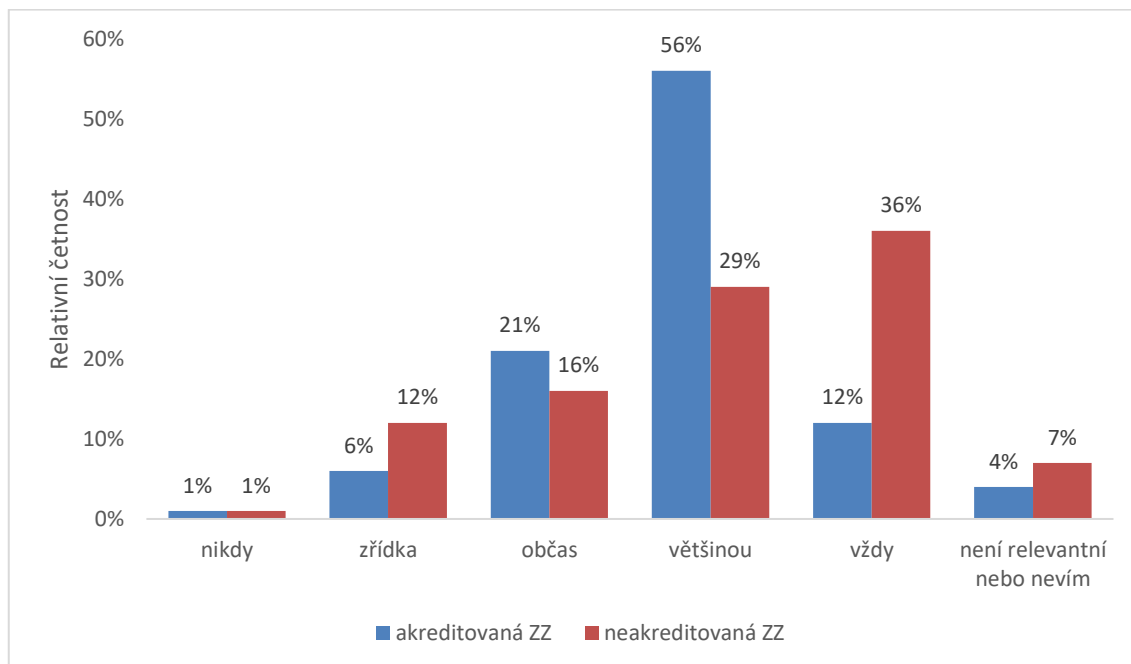


Graf 34 Sledování dodržování léčebných postupů u chronicky léčených pacientů

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že ordinace sleduje a dokumentuje léčebnou péči pacientů s chronickým onemocněním. 53 respondentů (52 %) souhlasí většinou, 7 respondentů (7 %) souhlasí vždy. 8 respondentů (8 %) souhlasí zřídka, 0 respondentů (0 %) nesouhlasí nikdy, 29 respondentů (29 %) souhlasí občas. 4 respondenti (4 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Současně více než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že ordinace sleduje a dokumentuje léčebnou péči pacientů s chronickým onemocněním. 44 respondentů (42 %) souhlasí většinou, 13 respondentů (13 %) souhlasí vždy. 12 respondentů (12 %) souhlasí zřídka, 5 respondentů (5 %) nesouhlasí nikdy, 28 respondentů (27 %) souhlasí občas. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl D – otázka č. D6 Naše ordinace sleduje, zda dostáváme zprávy, které očekáváme od externího poskytovatele

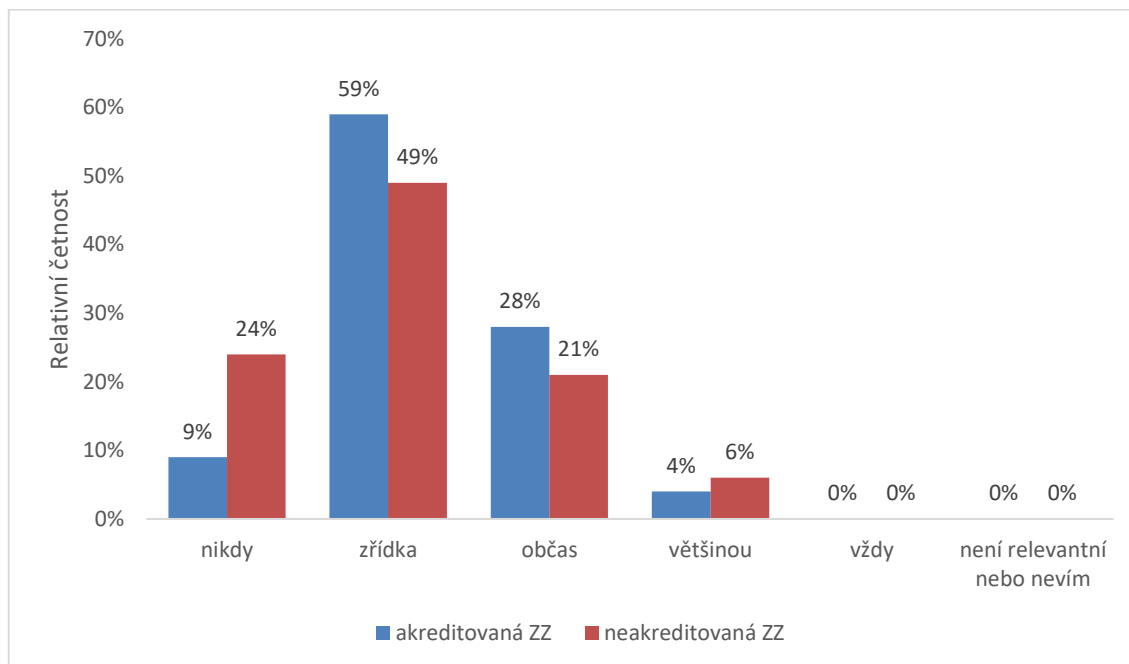


Graf 35 Zprávy od externího poskytovatele

Více než tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že sledují, zda dostávají zprávy od externích poskytovatelů. 57 respondentů (56 %) souhlasí většinou, 12 respondentů (12 %) s tvrzením souhlasí vždy, 6 respondentů (6 %) souhlasí zřídka, nikdy nesouhlasí 1 respondent (1 %), 21 respondentů (21 %) souhlasí s tvrzením občas. 4 respondenti (4 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že ordinace sleduje a dokumentuje léčebnou péči pacientů s chronickým onemocněním. 37 respondentů (36 %) souhlasí vždy, 30 respondentů (29 %) souhlasí většinou, 12 respondentů (12 %) souhlasí zřídka, nikdy nesouhlasí 1 respondent (1 %). 17 respondentů (16 %) souhlasí s tvrzením občas. 7 respondentů (7 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl D – otázka č. D7 Členové personálu mají pocit, že jsou jejich chyby zneužívány proti nim

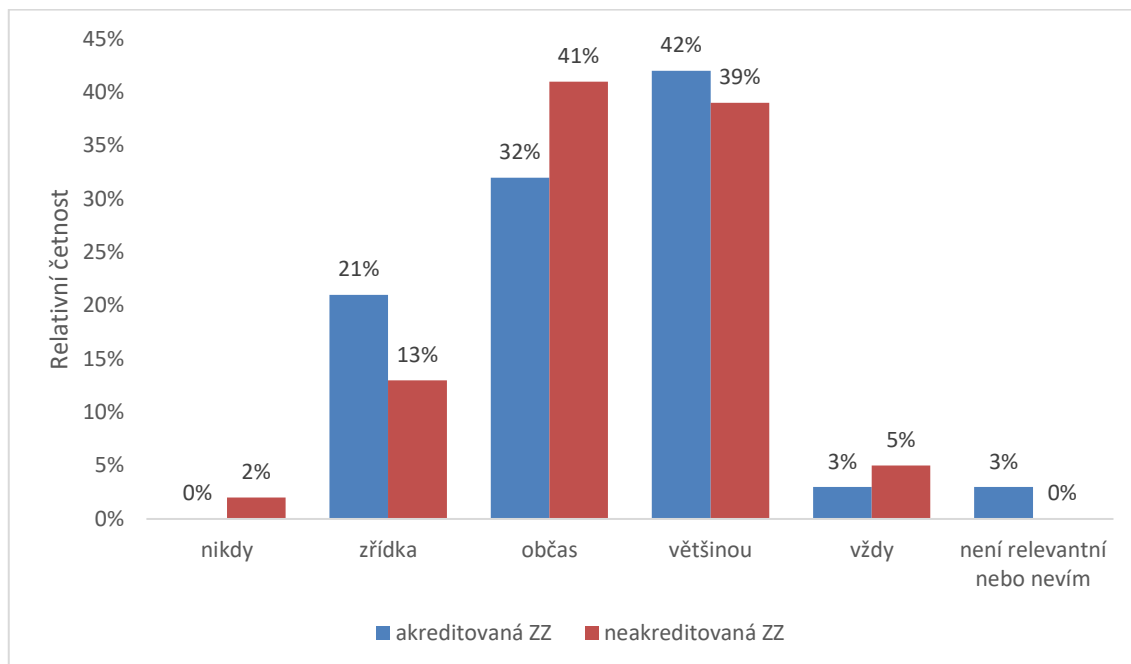


Graf 36 Zneužívání chyb personálu

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení tvrdí, že jsou jejich chyby zneužívány proti nim zřídka nebo nikdy. 60 respondentů (59 %) tvrdí, že jsou chyby proti nim zneužívány zřídka, 9 respondentů (9 %) tvrdí nikdy. 4 respondenti (4 %) souhlasí s tvrzením většinou, 0 respondentů (0 %) tvrdí vždy. 28 respondentů (28 %) souhlasí s tvrzením občas. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení tvrdí, že jsou jejich chyby zneužívány proti nim zřídka nebo nikdy. 51 respondentů (49 %) tvrdí, že jsou chyby proti nim zneužívány zřídka, 25 respondentů (24 %) tvrdí nikdy. 6 respondentů (6 %) souhlasí s tvrzením většinou, 0 respondentů (0 %) tvrdí vždy. 22 respondentů (21 %) souhlasí s tvrzením občas. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl D – otázka č. D8 Poskytovatelé a členové personálu otevřeně hovoří o problémech v ordinaci

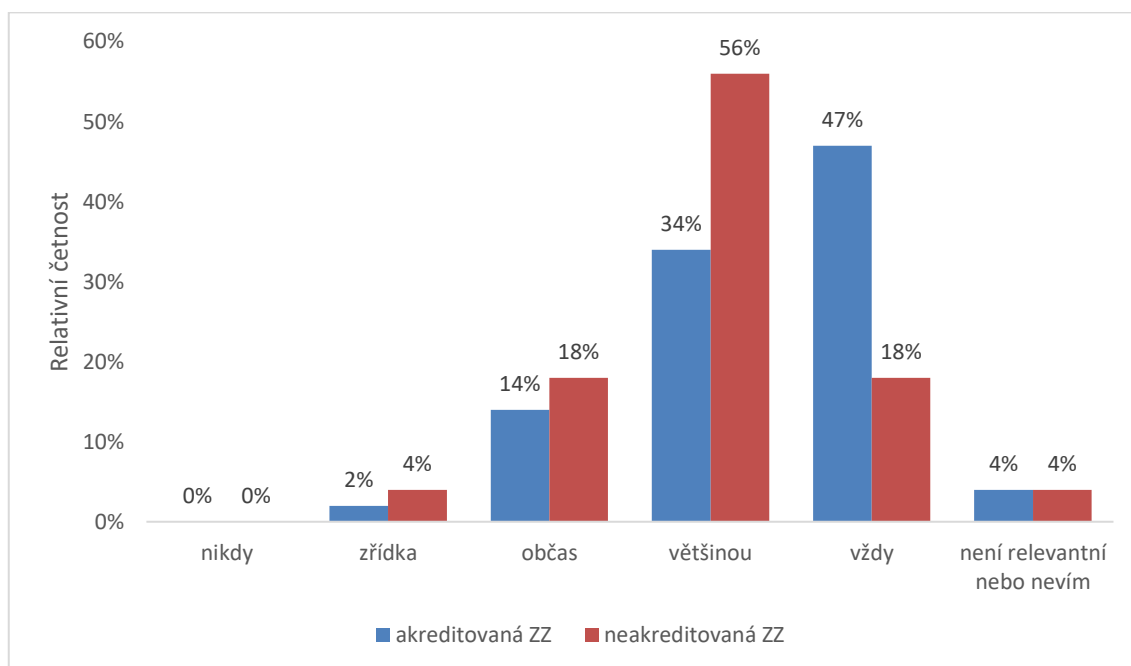


Graf 37 Otevřenost mezi poskytovateli a personálem

Téměř polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že poskytovatelé péče a personál otevřeně hovoří o problémech v ordinaci. 42 respondentů (42 %) souhlasí většinou, 3 respondenti (3 %) souhlasí vždy, 21 respondentů (21 %) souhlasí zřídka, 0 respondentů (0 %) tvrdí nikdy. 32 respondentů (32 %) souhlasí s tvrzením občas. 3 respondenti (3 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Méně než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že poskytovatelé péče a personál otevřeně hovoří o problémech v ordinaci. 41 respondentů (39 %) souhlasí většinou, 5 respondentů (5 %) souhlasí vždy. Zřídka souhlasí 13 respondentů (13 %), s tvrzením nikdy souhlasí 2 respondenti (2 %). 43 respondentů (41 %) souhlasí s tvrzením občas. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

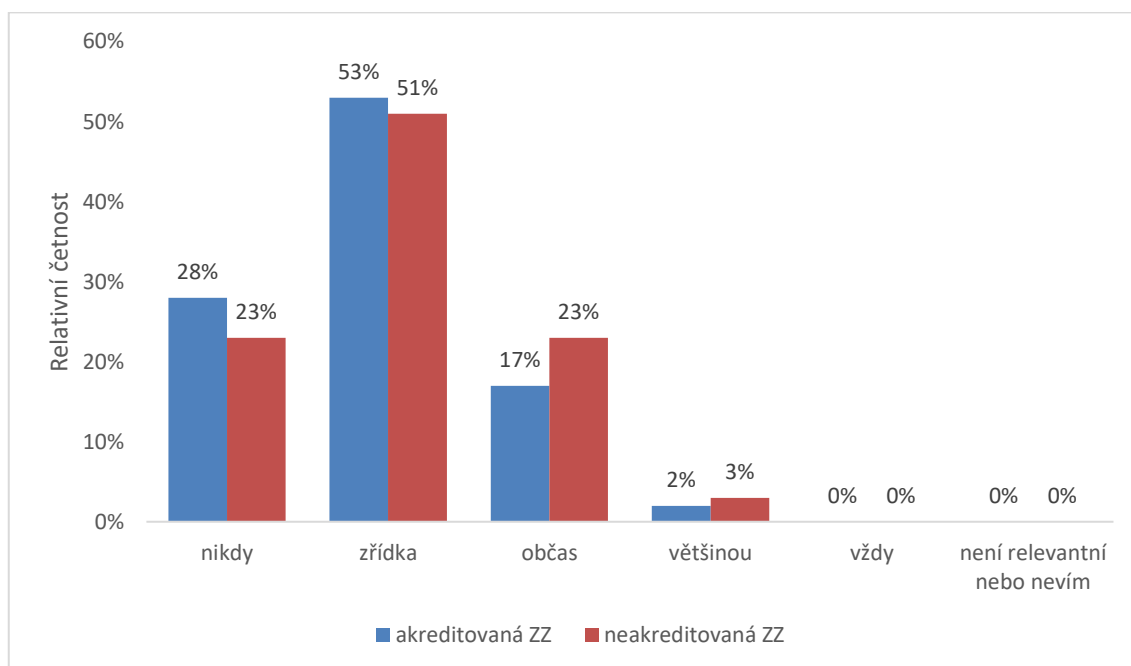
Oddíl D – otázka č. D9 Tato ordinace sleduje pacienty, u nichž je zapotřebí monitorování

**Graf 38 Sledování pacientů vyžadující monitoring**

Více než čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že ambulance sleduje pacienty, u nichž je zapotřebí monitorování. 47 respondentů (47 %) souhlasí vždy, 34 respondentů (34 %) souhlasí většinou, 14 respondentů (14 %) souhlasí občas, 2 respondenti (2 %) souhlasí zřídka a 0 respondentů (0 %) nesouhlasí s tvrzením nikdy. 4 respondenti (4 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Téměř tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že ordinace sleduje pacienty, u nichž je zapotřebí monitorování. 19 respondentů (18 %) souhlasí vždy, 58 respondentů (56 %) souhlasí většinou, 19 respondentů (18 %) souhlasí občas, 4 respondenti (4 %) souhlasí zřídka a 0 respondentů (0 %) nesouhlasí nikdy. 4 respondenti (4 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

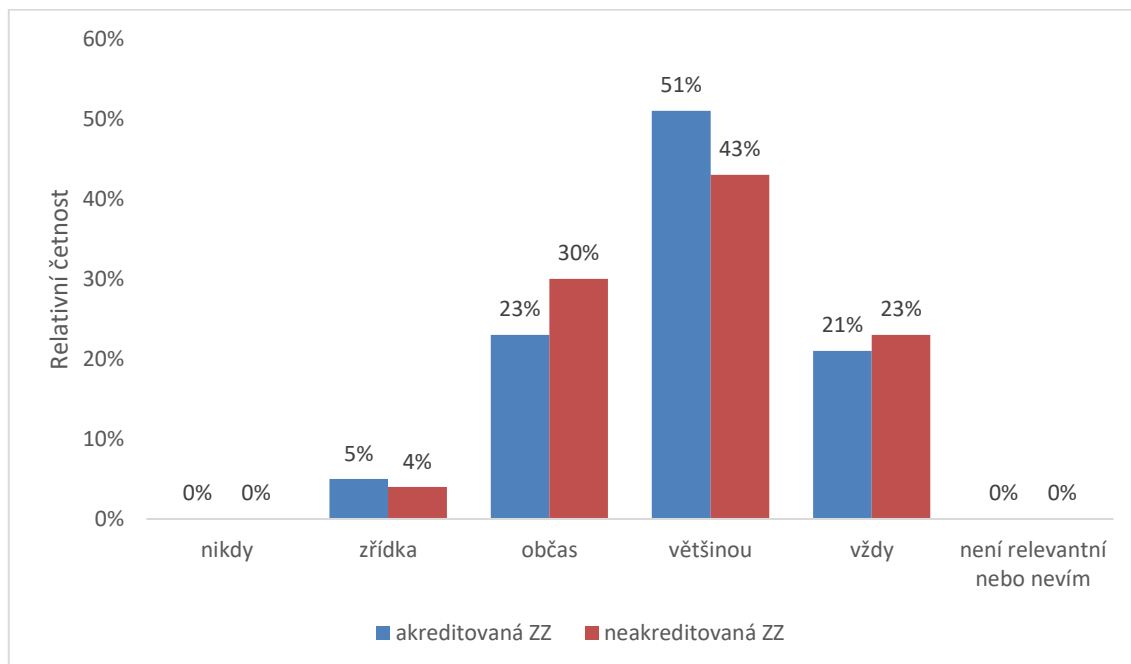
Oddíl D – otázka č. D10 V této ordinaci / ambulanci je obtížné vyjádřit nesouhlas



Graf 39 Vyjádření nesouhlasu

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že je v ordinaci obtížné vyjádřit nesouhlas zřídka. 54 respondentů (53 %) tvrdí, že je nesouhlas obtížné vyjádřit zřídka, 28 respondentů (28 %) souhlasí s tvrzením, že není obtížné vyjádřit nesouhlas nikdy. 17 respondentů (17 %) tvrdí občas, 2 respondenti (2 %) tvrdí většinou, 0 respondentů (0 %) tvrdí vždy. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní. Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že je v ordinaci obtížné vyjádřit nesouhlas zřídka. 53 respondentů (51 %) tvrdí, že je nesouhlas obtížné vyjádřit zřídka, 24 respondentů (23 %) souhlasí s tvrzením, že není obtížné vyjádřit nesouhlas nikdy. 24 respondentů (23 %) tvrdí občas, 3 respondenti (3 %) tvrdí většinou, 0 respondentů (0 %) tvrdí vždy. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

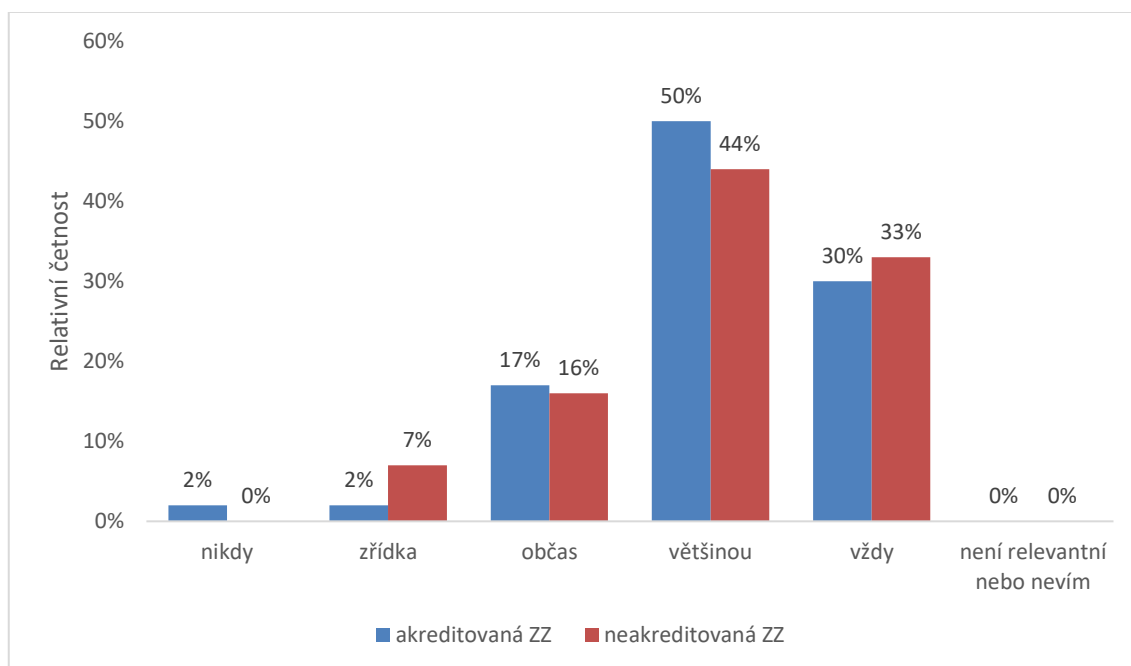
Oddíl D – otázka č. D11 V této ordinaci / ambulanci diskutujeme o způsobech, jak zabránit opakování chyb



Graf 40 Diskuze o způsobech zabránění chyb

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že v jejich ordinaci většinou diskutují o zabránění vzniku chyb. 52 respondentů (51 %) souhlasí s tvrzením většinou, 21 respondentů (21 %) diskutuje o prevenci chyb vždy. 5 respondentů (5 %) souhlasí s tvrzením zřídka, 0 respondentů (0 %) tvrdí nikdy. 23 respondentů (23 %) souhlasí s tvrzením občas. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní. Téměř polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že v jejich ordinaci většinou diskutují o zabránění vzniku chyb. 45 respondentů (43 %) souhlasí s tvrzením většinou, 24 respondentů (23 %) diskutuje o prevenci chyb vždy. 4 respondenti (4 %) souhlasí s tvrzením zřídka, 0 respondentů (0 %) tvrdí nikdy. 31 respondentů (30 %) souhlasí s tvrzením občas. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl D – otázka č. D12 Personál je ochoten hlásit chyby, které v této ordinaci zjistí



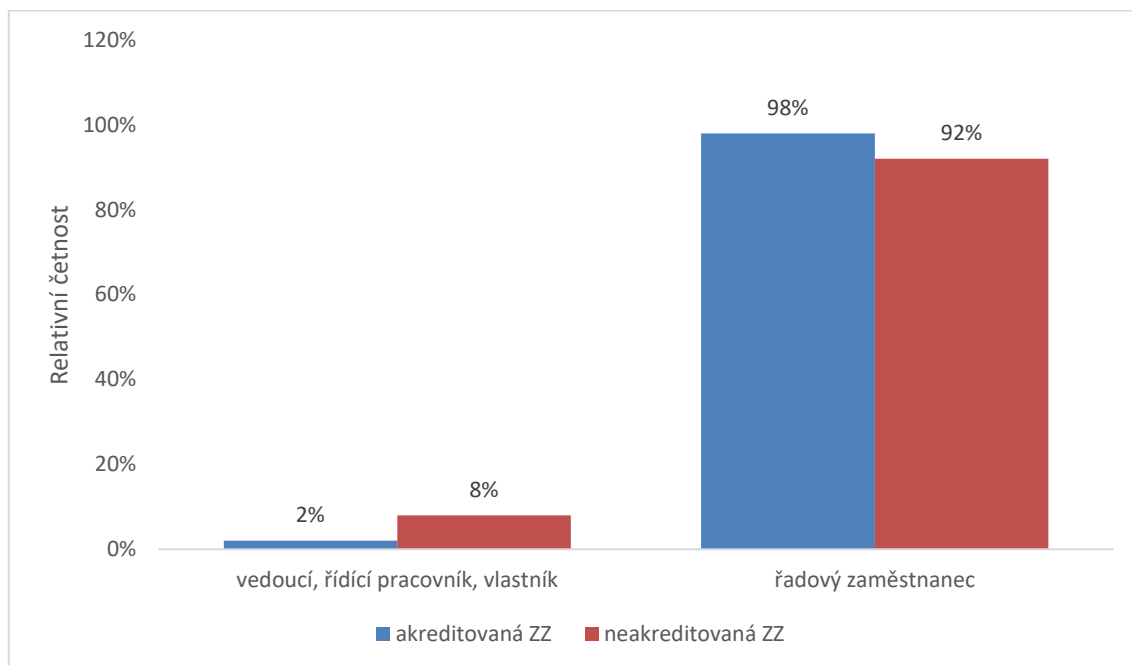
Graf 41 Ochota hlásit chyby

Čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že je personál ochoten vždy a většinou hlásit chyby, které v ordinaci zjistí. 50 respondentů (50 %) souhlasí s tvrzením, že je ochoten hlásit chyby většinou, 30 respondentů (30 %) souhlasí s tvrzením vždy, 2 respondenti (2 %) souhlasí s tvrzením zřídka, 2 respondenti (2 %) souhlasí s tvrzením nikdy. 17 respondentů (17 %) tvrdí občas, 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Téměř čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že je personál ochoten vždy a většinou hlásit chyby, které v ordinaci zjistí. 46 respondentů (44 %) souhlasí s tvrzením, že je ochoten hlásit chyby většinou, 34 respondentů (33 %) souhlasí s tvrzením vždy, 7 respondentů (7 %) souhlasí s tvrzením zřídka, 0 respondentů (0 %) souhlasí s tvrzením nikdy. 17 respondentů (16 %) tvrdí občas, 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl E: Podpora ze strany vlastníků/řídících partnerů/vedoucích pracovníků

Oddíl E – otázka č. Ea Jste vlastníkem, řídícím partnerem nebo vedoucím pracovníkem, který je zodpovědný za rozhodování ve vaší ordinaci/ambulanci?

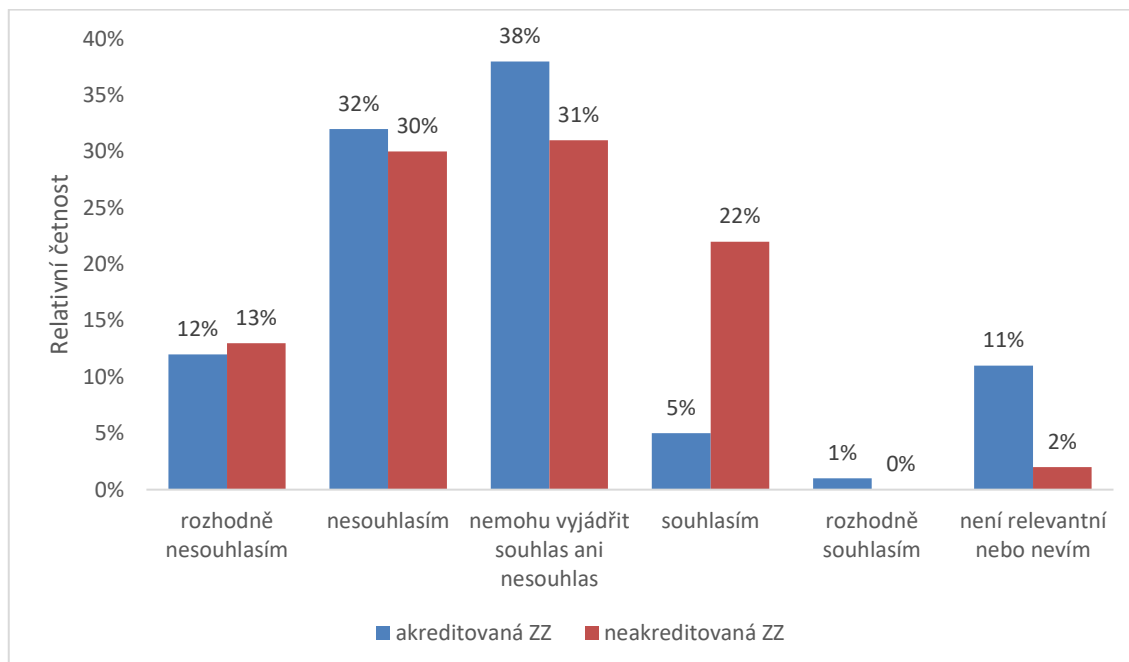


Graf 42 Vedení a řadový zaměstnanec

V akreditovaných zdravotnických zařízeních jsou 2 respondenti (2 %) zaměstnáni na pozici vedoucího pracovníka nebo patří do skupiny poskytovatelů či vlastníků zdravotnického zařízení. 99 respondentů (98 %) je zaměstnáno na pozici liniového personálu.

V neakreditovaných zdravotnických zařízeních pracuje 8 respondentů (8 %) na pozici vedoucích pracovníků nebo patří do skupiny vlastníků či poskytovatelů zdravotnického zařízení. 96 respondentů (92 %) je zaměstnáno na pozici liniového personálu.

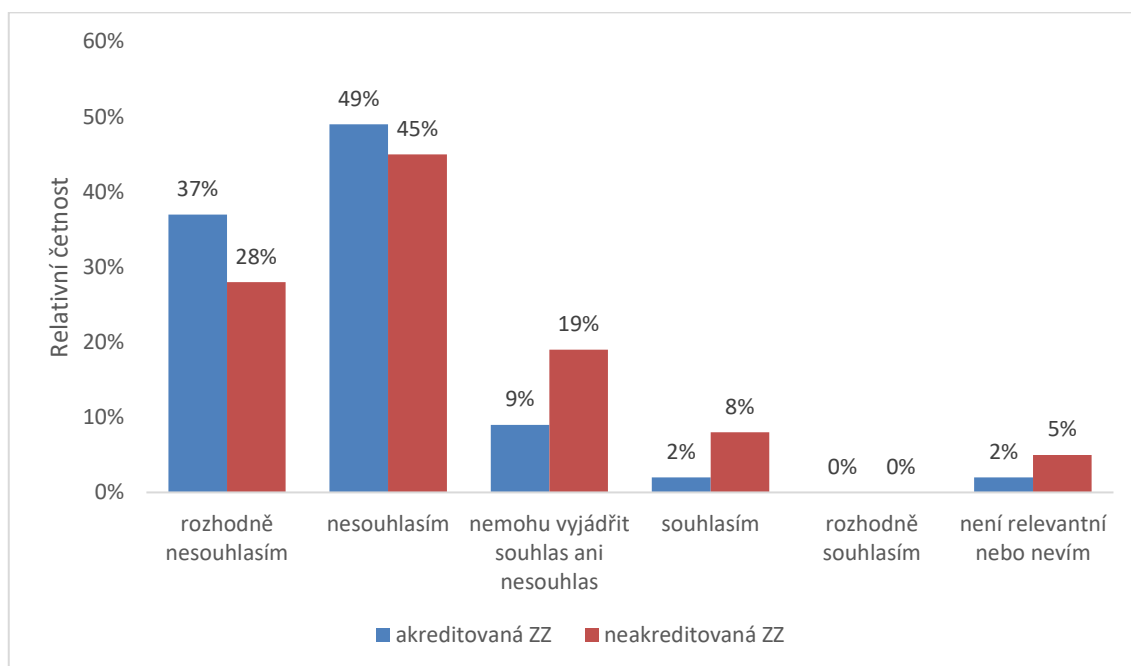
Oddíl E – otázka č. E1 Neposkytují dostatečné investice na zlepšení kvality péče v této ordinaci



Graf 43 Poskytovatel neposkytuje investice

Téměř polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že poskytovatel zdravotní péče neposkytuje dostatečné investice na zlepšení kvality péče. 32 respondentů (32 %) s tvrzením nesouhlasí, 12 respondentů (12 %) rozhodně nesouhlasí. 5 respondentů (5 %) s tvrzením souhlasí, 1 respondent (1 %) rozhodně souhlasí. 38 respondentů (38 %) nedokáže vyjádřit souhlas ani nesouhlas. 11 respondentů (11 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní. Zároveň téměř polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že poskytovatel zdravotní péče neposkytuje dostatečné investice na zlepšení kvality péče. 29 respondentů (30 %) s tvrzením nesouhlasí, 14 respondentů (13 %) rozhodně nesouhlasí. Naopak s tímto tvrzením souhlasí 21 respondentů (22 %), rozhodně souhlasí 0 respondentů (0 %). 30 respondentů (31 %) nedokáže vyjádřit souhlas ani nesouhlas. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl E – otázka č. E2 Přehlíží chyby při péči o pacienta, které se neustále opakují

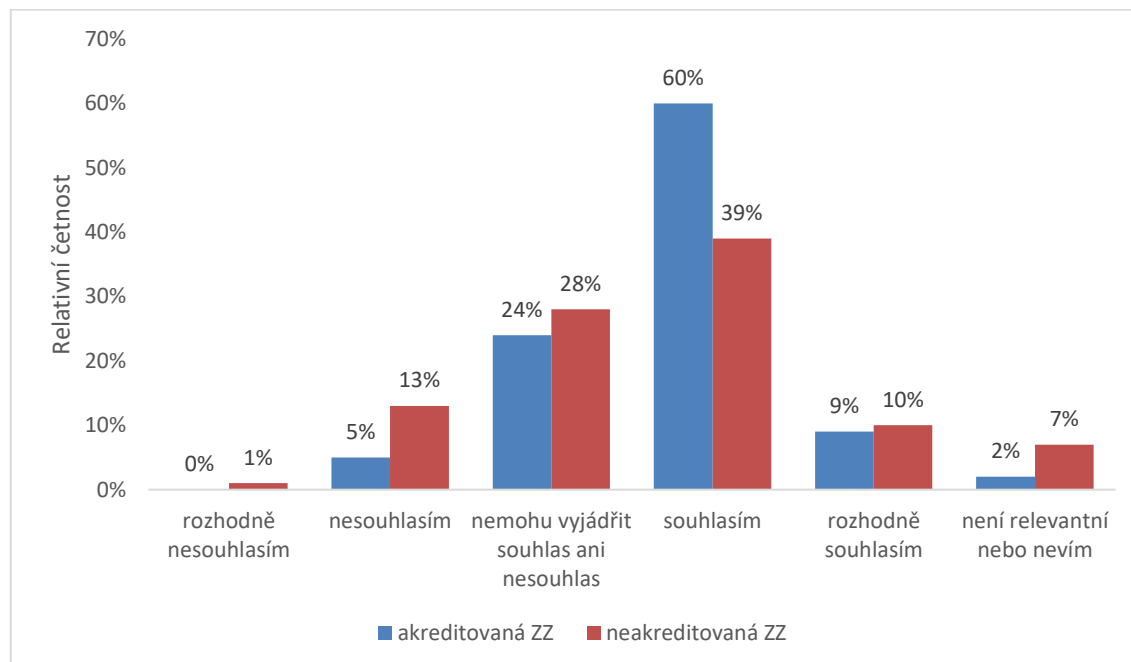


Graf 44 Přehlížení chyb ze strany poskytovatelů

Více než čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení na pozici řadového zaměstnance nesouhlasí s tvrzením, že jsou přehlíženy chyby ze strany poskytovatelů nebo vedoucích pracovníků. 49 respondentů (49 %) s tvrzením nesouhlasí, 37 respondentů (37 %) rozhodně nesouhlasí. 2 respondenti (2 %) s tvrzením souhlasí, 0 respondentů (0 %) rozhodně souhlasí. 9 respondentů (9 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Téměř tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení na pozici řadového zaměstnance nesouhlasí s tvrzením, že jsou přehlíženy chyby ze strany poskytovatelů nebo vedoucích pracovníků. 43 respondentů (45 %) s tvrzením nesouhlasí, 27 respondentů (28 %) rozhodně nesouhlasí. 8 respondentů (8 %) s tvrzením souhlasí, 0 respondentů (0 %) rozhodně souhlasí. 18 respondentů (19 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 5 respondentů (5 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl E – otázka č. E3 Poskytovatelé, vedoucí a řídící pracovníci kladou vysokou prioritu na zlepšení procesů péče o pacienty

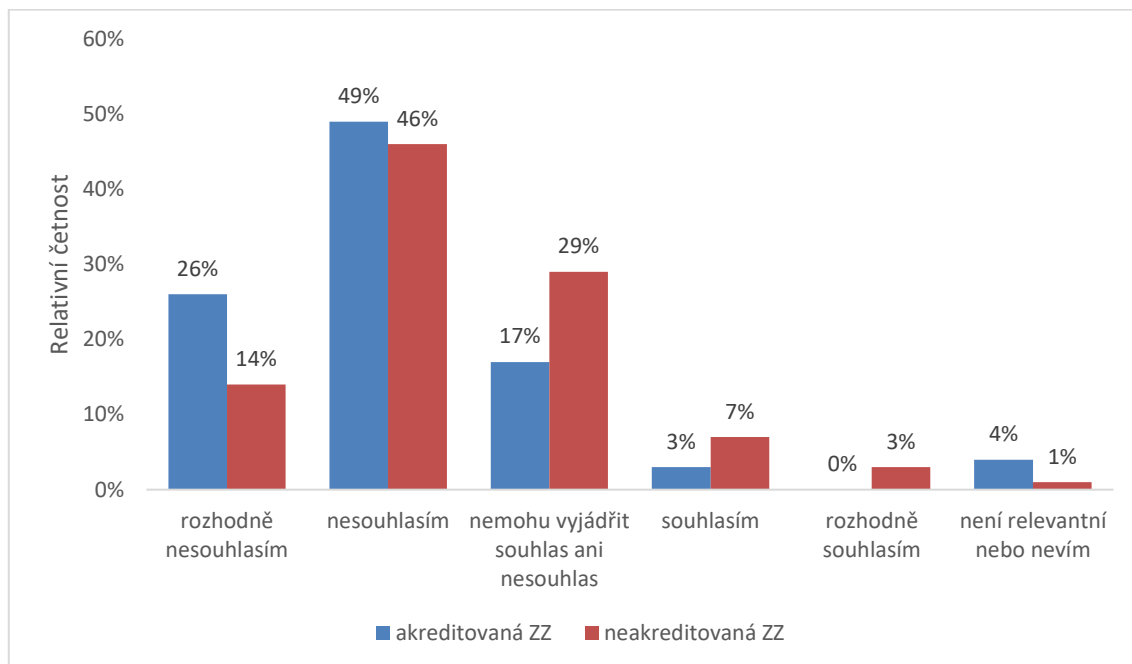


Graf 45 Priorita zlepšení procesů ze strany vedoucích pracovníků

Téměř tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení na pozici řadového zaměstnance souhlasí s tvrzením, že je ze strany poskytovatelů a vedoucích a řídících pracovníků kladena vysoká priorita na zlepšení péče o pacienty. 59 respondentů (60 %) souhlasí, 9 respondentů (9 %) rozhodně souhlasí. 5 respondentů (5 %) nesouhlasí, 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí. 24 respondentů (24 %) se nepřiklání ani j jedné straně, 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Necelá polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení na pozici řadového zaměstnance souhlasí s tvrzením, že je ze strany poskytovatelů a vedoucích a řídících pracovníků kladena vysoká priorita na zlepšení péče o pacienty. 37 respondentů (39 %) souhlasí, rozhodně souhlasí 10 respondentů (10 %), 14 respondentů (13 %) nesouhlasí, rozhodně nesouhlasí 1 respondent (1 %). 7 respondentů (7 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl E – otázka č. E4 Rozhodují příliš často podle toho, co je nejlepší pro ordinaci, a nikoli podle toho, co je nejlepší pro pacienta



Graf 46 Rozhodnutí, co je nejlepší pro ordinaci, a ne pro pacienta

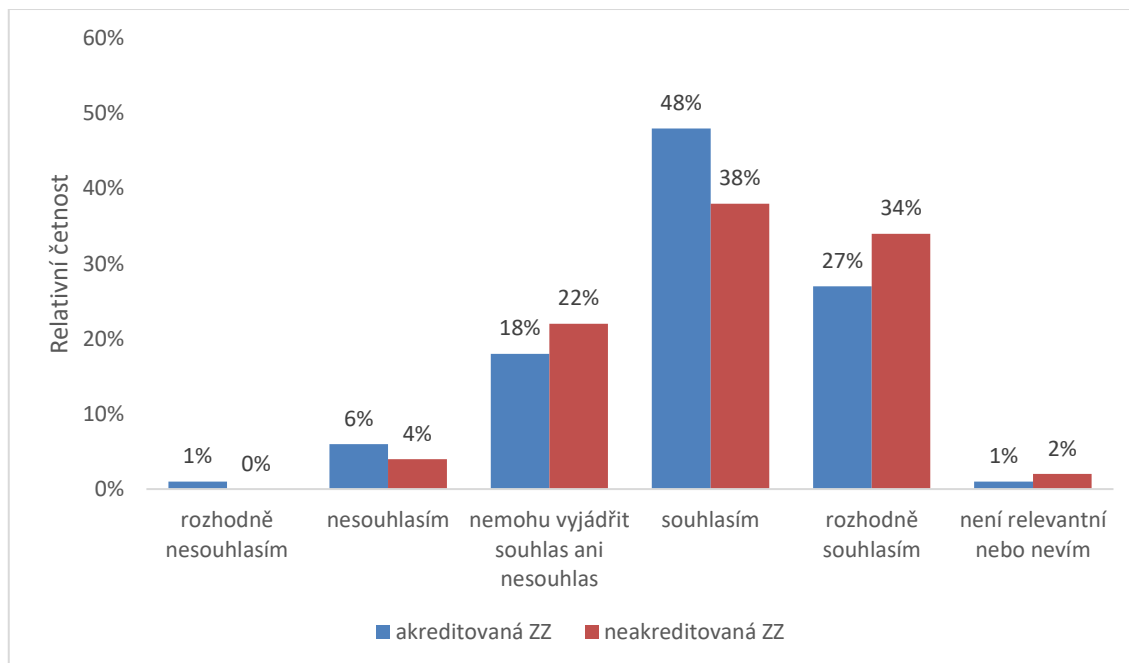
Více než tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení na pozici řadového zaměstnance nesouhlasí s tvrzením, že se poskytovatelé, vedoucí a řídící pracovníci rozhodují příliš často podle toho, co je nejlepší pro ordinaci, a nikoli podle toho, co je nejlepší pro pacienta. 49 respondentů (49 %) s tvrzením nesouhlasí, 26 respondentů (26 %) rozhodně nesouhlasí. 3 respondenti (3 %) souhlasí, rozhodně souhlasí 0 respondentů (0 %). 17 respondentů (17 %) nemůže vyjádřit souhlas či nesouhlas, 4 respondenti (4 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Méně než tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení na pozici řadového zaměstnance nesouhlasí s tvrzením, že se poskytovatelé, vedoucí a řídící pracovníci rozhodují příliš často podle toho, co je nejlepší pro ordinaci, a nikoli podle toho, co je nejlepší pro pacienta. 44 respondentů (46 %) s tvrzením nesouhlasí, 13 respondentů (14 %) rozhodně nesouhlasí. 7 respondentů (7 %) souhlasí, rozhodně souhlasí 3 respondenti (3 %). 28 respondentů (29 %) nemůže vyjádřit souhlas či nesouhlas, 1 respondent (1 %) odpověděl, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl F: Vaše ordinace/ambulance

Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?

Oddíl F – otázka č. F1 Pokud vznikne v naší ordinaci problém, posoudíme, zda musíme změnit způsob, jakým provádíme určité věci

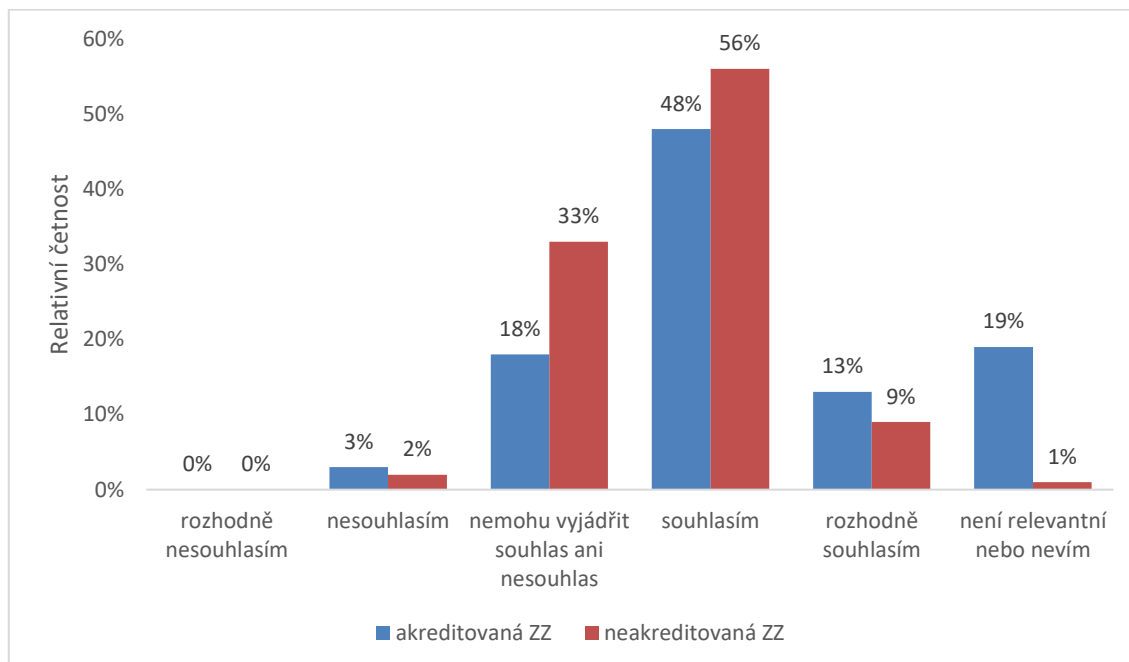


Graf 47 Změna způsobu provádění úkonů při problému

Tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že při vzniku problému v ordinaci posoudí, zda musí provést změnu způsobu provádění úkolů. 48 respondentů (48 %) s tvrzením souhlasí, 27 respondentů (27 %) rozhodně souhlasí. 6 respondentů (6 %) nesouhlasí, 1 respondent (1 %) rozhodně nesouhlasí. 18 respondentů (18 %) se nepřiklání ani na jednu stranu, 1 respondent (1 %) odpověděl, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Necelé tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že při vzniku problému v ordinaci posoudí, zda musí provést změnu způsobu provádění úkolů. 40 respondentů (39 %) s tvrzením souhlasí, 35 respondentů (34 %) rozhodně souhlasí. 4 respondenti (4 %) nesouhlasí, 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí. 23 respondentů (22 %) se nepřiklání ani na jednu stranu, 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl F – otázka č. F2 Naše postupy v ordinaci jsou dobré pro prevenci chyb, které by mohly mít odpad na pacienta

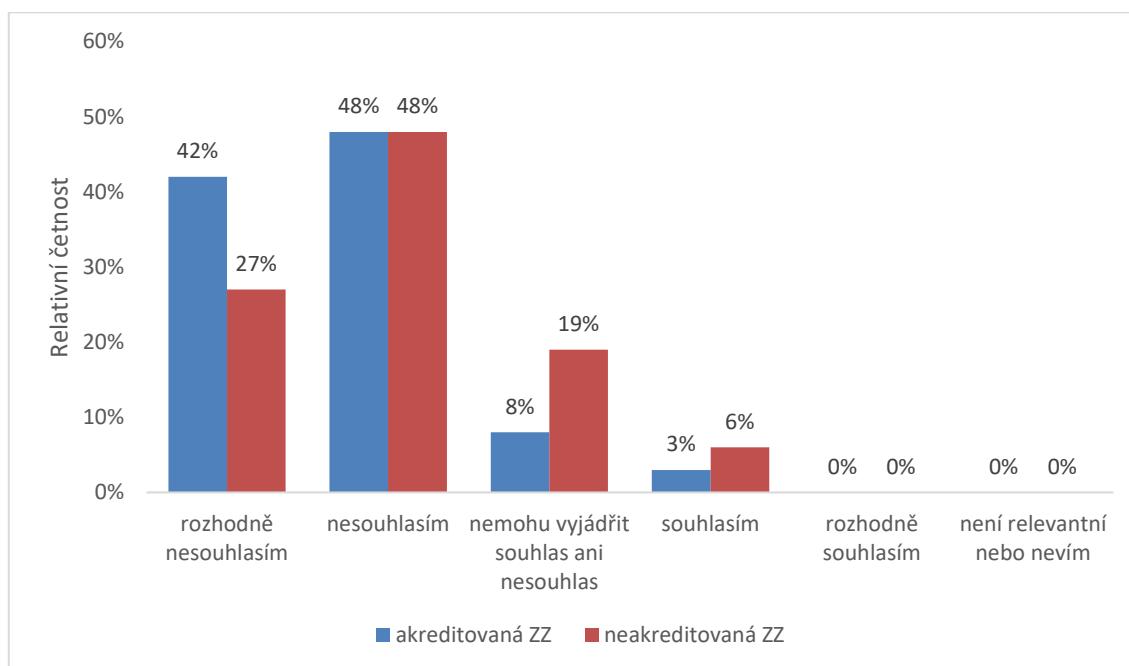


Graf 48 Dobré postupy pro prevenci chyb

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že mají zavedené dobré postupy pro prevenci chyb. 48 respondentů (48 %) s tvrzením souhlasí, 13 respondentů (13 %) rozhodně souhlasí, 3 respondenti (3 %) nesouhlasí, 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí, 18 respondentů (18 %) se nepřiklání ani na jednu stranu. 19 respondentů (19 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že mají zavedené dobré postupy pro prevenci chyb. 58 respondentů (56 %) s tvrzením souhlasí, 9 respondentů (9 %) rozhodně souhlasí, 2 respondenti (2 %) nesouhlasí, 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí, 34 respondentů (33 %) se nepřiklání ani na jednu stranu. 1 respondent (1 %) odpověděl, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl F – otázka č. F3 V této ordinaci vzniká více chyb, než by mělo

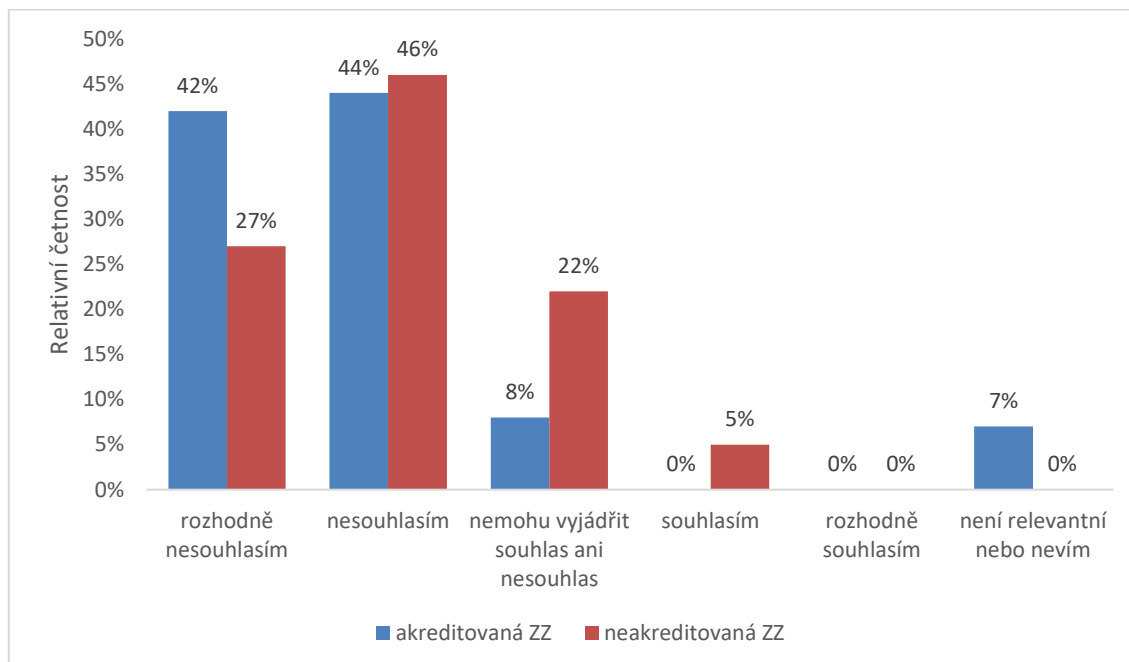


Graf 49 Více chyb, než by mělo

Devadesát procent respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že v jejich ambulancích vzniká více chyb, než by mělo. 48 respondentů (48 %) s tvrzením nesouhlasí, 42 respondentů (42 %) rozhodně nesouhlasí. 3 respondenti (3 %) souhlasí, rozhodně souhlasí 0 respondentů (0 %), 8 respondentů (8 %) se nepřiklání ani na jednu stranu. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že v jejich ambulancích vzniká více chyb, než by mělo. 50 respondentů (48 %) s tvrzením nesouhlasí, 28 respondentů (27 %) rozhodně nesouhlasí. 6 respondentů (6 %) souhlasí, rozhodně souhlasí 0 respondentů (0 %), 20 respondentů (19 %) se nepřiklání ani na jednu stranu. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl F – otázka č. F4 Je jen náhodou, že neděláme více chyb, které ovlivňují naše pacienty

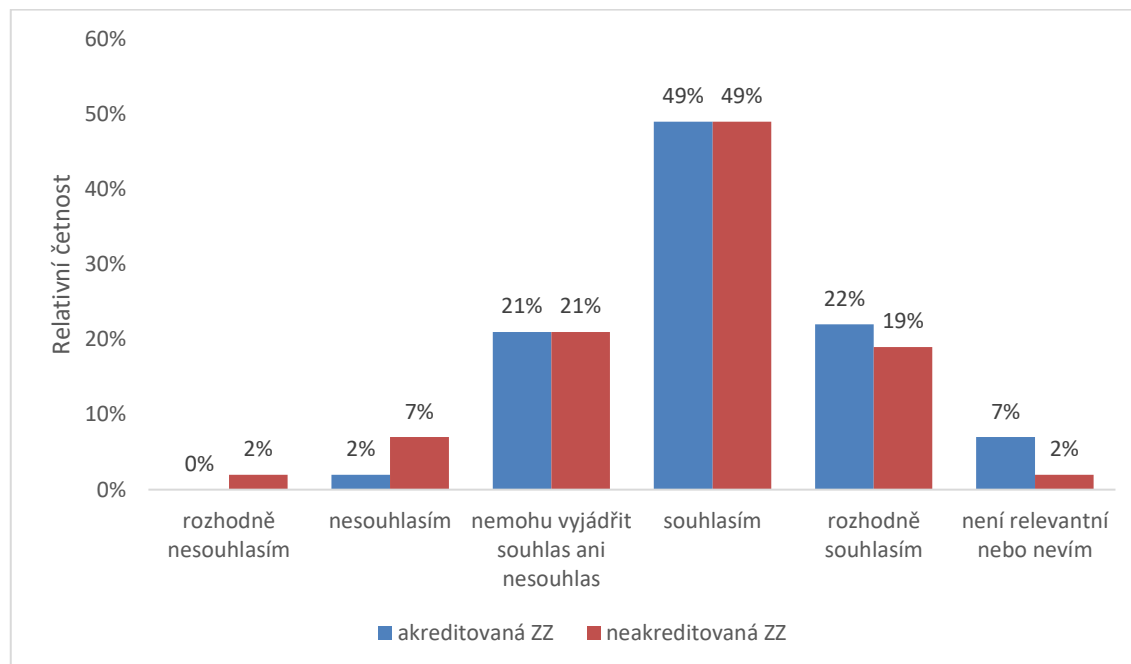


Graf 50 Více chyb, které ovlivňují pacienty

Více než čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že je v jejich ordinacích uděláno více chyb, které ovlivňují pacienty. 42 respondentů (42 %) s tvrzením rozhodně nesouhlasí, 44 respondentů (44 %) nesouhlasí. 0 respondentů (0 %) s tvrzením souhlasí, rozhodně souhlasí 0 respondentů (0 %). 8 respondentů (8 %) se nedokáže vyjádřit. 7 respondentů (7 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Méně než tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že je v jejich ordinacích uděláno více chyb, které ovlivňují pacienty. 28 respondentů (27 %) s tvrzením rozhodně nesouhlasí, 48 respondentů (46 %) nesouhlasí. 0 respondentů (0 %) s tvrzením souhlasí, rozhodně souhlasí 0 respondentů (0 %). 23 respondentů (22 %) se nedokáže vyjádřit. 0 respondentů (0 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl F – otázka č. F5 Tato ordinace / ambulance je schopna dobře měnit postupy, aby zajistila, že již nebude znovu docházet ke stejným problémům

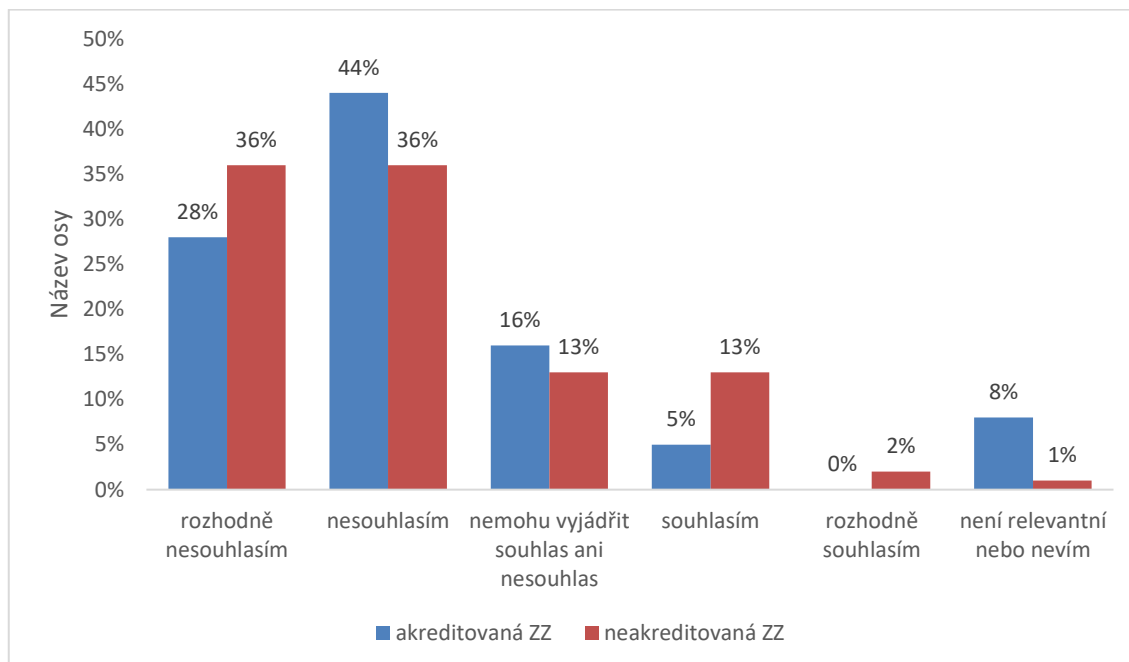


Graf 51 Schopnost dobře měnit postupy v ordinaci

Téměř tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že je jejich ordinace schopna měnit postupy tak, aby nedocházelo k opakování problémů. 49 respondentů (49 %) s tvrzením souhlasí, 22 respondentů (22 %) rozhodně souhlasí. 2 respondenti (2 %) nesouhlasí, rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %), 21 respondentů (21 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 7 respondentů (7 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že je jejich ordinace schopna měnit postupy tak, aby nedocházelo k opakování problémů. 51 respondentů (49 %) s tvrzením souhlasí, 20 respondentů (19 %) rozhodně souhlasí. 7 respondentů (7 %) nesouhlasí, rozhodně nesouhlasí 2 respondenti (2 %), 22 respondentů (21 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl F – otázka č. F6 V této ordinaci je objem vykonané práce důležitější než kvalita poskytované péče

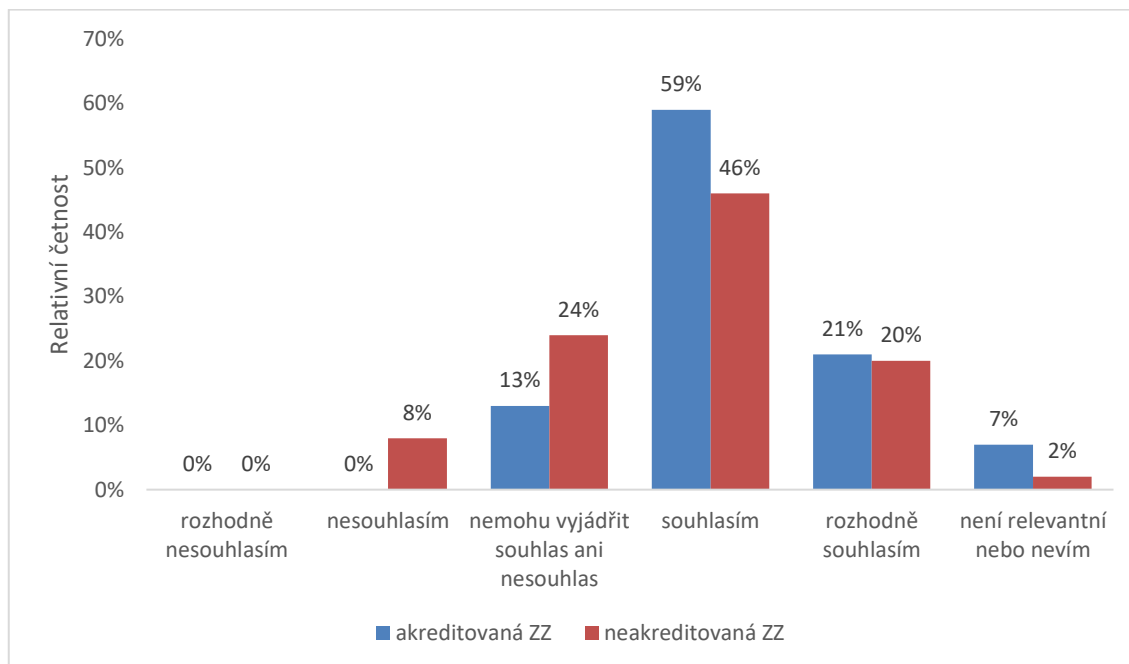


Graf 52 Objem vykonané práce důležitější než kvalita

Téměř tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že je v jejich ordinaci objem vykonané práce důležitější než kvalita péče o pacienta. 44 respondentů (44 %) nesouhlasí, 28 respondentů (28 %) rozhodně nesouhlasí, 5 respondentů (5 %) souhlasí, rozhodně souhlasí 0 respondentů (0 %). 16 respondentů (16 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 8 respondentů (8 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Zároveň téměř tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení nesouhlasí s tvrzením, že je v jejich ordinaci objem vykonané práce důležitější než kvalita péče o pacienta. 37 respondentů (36 %) nesouhlasí a současně 37 respondentů (36 %) rozhodně nesouhlasí. 14 respondentů (13 %) souhlasí, rozhodně souhlasí 2 respondenti (2 %). 13 respondentů (13 %) se nepřiklání ani k jedné straně. 1 respondent (1 %) odpověděl, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl F – otázka č. F7 Když tato ordinace provede změny s cílem zlepšit postupy péče o pacienty, provede také kontrolu, zda jsou tyto změny funkční



Graf 53 Kontrola funkčnosti změn postupů v péči o pacienta

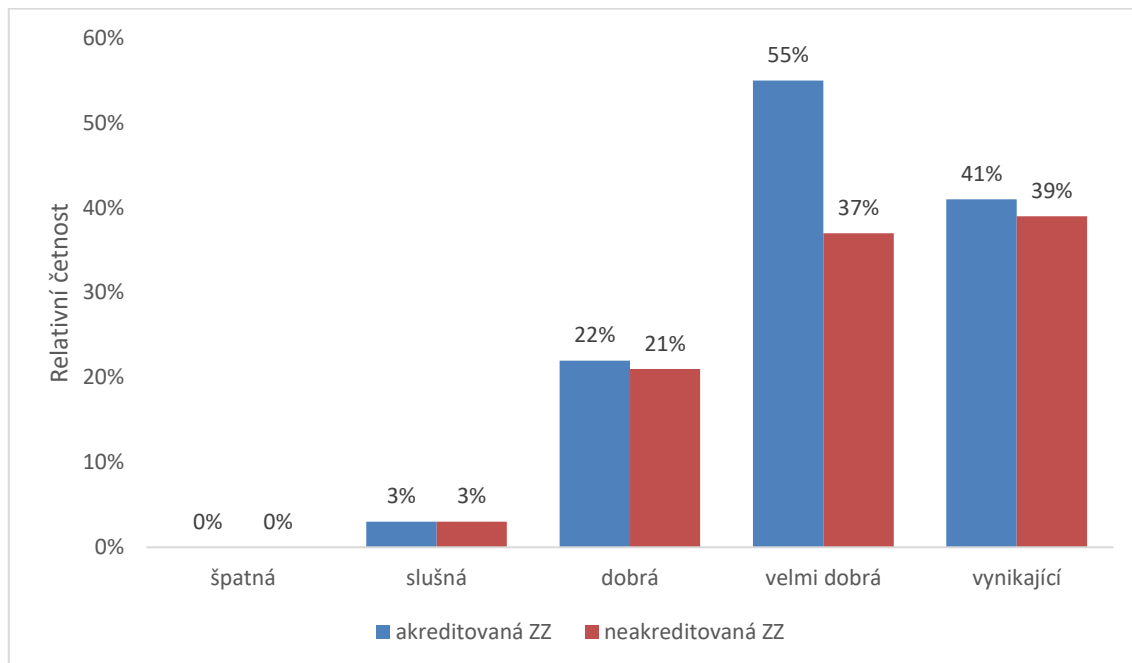
Čtyři pětiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že po provedení změn s cílem zlepšení postupů péče o pacienty, následně provede také kontrolu funkčnosti těchto změn. 60 respondentů (59 %) s tvrzením souhlasí, 21 respondentů (21 %) rozhodně souhlasí. 0 respondentů (0 %) nesouhlasí a současně 0 respondentů (0 %) rozhodně nesouhlasí. 13 respondentů (13 %) nemůže vyjádřit souhlas či nesouhlas, 7 respondentů (7 %) odpovědělo, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení souhlasí s tvrzením, že po provedení změn s cílem zlepšení postupů péče o pacienty, provede kontrolu funkčnosti těchto změn. 48 respondentů (46 %) s tvrzením souhlasí, 21 respondentů (20 %) rozhodně souhlasí, 8 respondentů (8 %) nesouhlasí, rozhodně nesouhlasí 0 respondentů (0 %). 25 respondentů (24 %) nedokáže vyjádřit souhlas nebo nesouhlas. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví nebo otázka nebyla relevantní.

Oddíl G: Celkové hodnocení

Jak byste celkově hodnotil(a) svou ordinaci z hlediska následujících oblastí kvality zdravotní péče?

Otázka č. G1a Orientace na pacienta

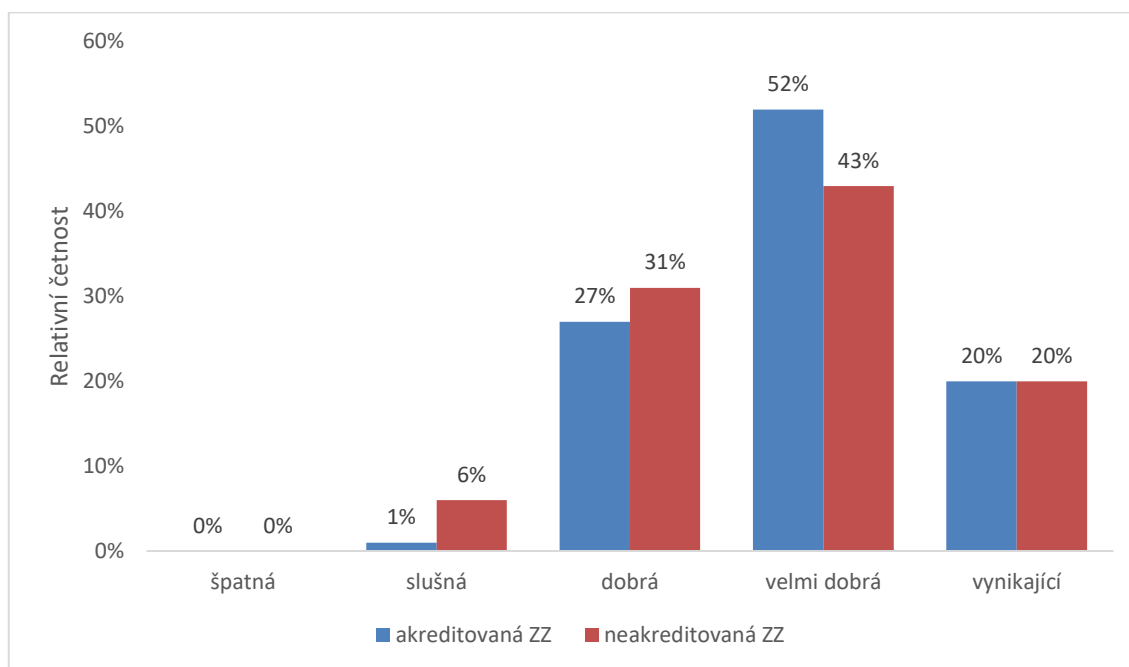


Graf 54 Orientace na pacienta

Orientace na pacienta je v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení hodnocena jako velmi dobrá nebo vynikající. 41 respondentů (41 %) hodnotí orientaci na pacienta jako vynikající, 56 respondentů (55 %) jako velmi dobrou. 22 respondentů (22 %) hodnotí orientaci na pacienta jako dobrou, 3 respondenti (3 %) jako slušnou a 0 respondentů (0 %) tvrdí špatnou.

V ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení je orientace na pacienta hodnocena jako vynikající nebo velmi dobrá u více než poloviny respondentů. 41 respondentů (39 %) tvrdí, že je orientace na pacienta vynikající, 38 respondentů (37 %) hodnotí orientaci jako velmi dobrou. 22 respondentů (21 %) hodnotí jako dobrou, 3 respondenti (3 %) jako slušnou. Špatnou orientaci na pacienta hodnotí 0 respondentů (0 %).

Oddíl G – otázka G1b Efektivita

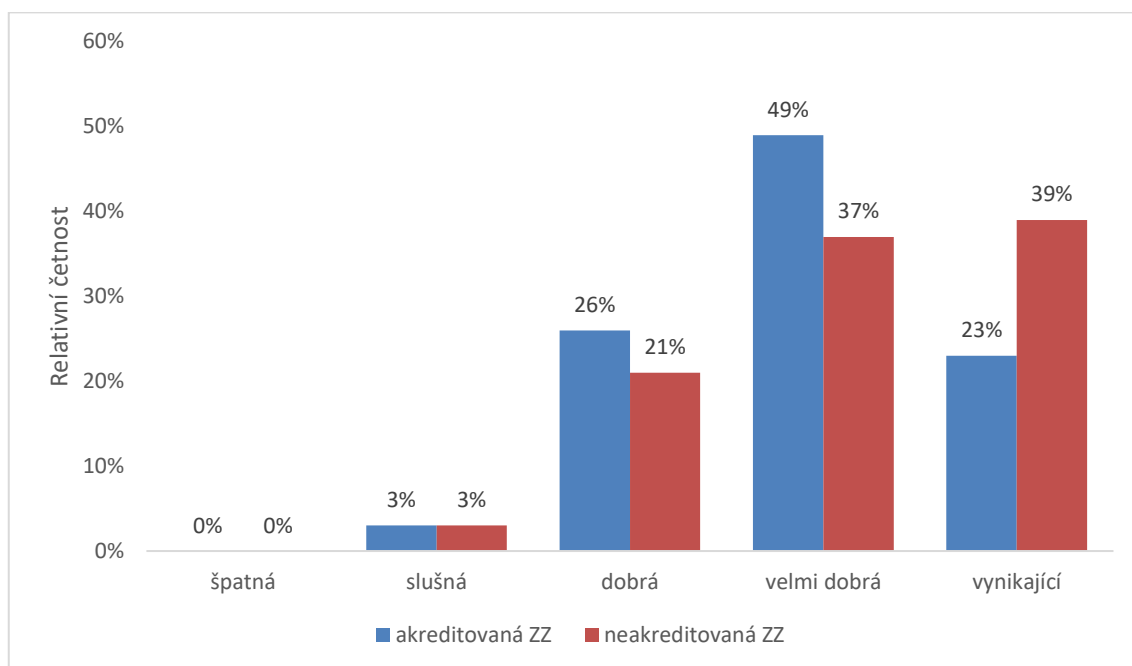


Graf 55 Efektivita

Více než polovina respondentů v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí efektivitu, která je založena na vědeckých poznatcích, jako velmi dobrou. 20 respondentů (20 %) hodnotí efektivitu jako vynikající, 53 respondentů (52 %) jako velmi dobrou. Efektivitu považuje 27 respondentů (27 %) jako dobrou, 1 respondent (1 %) jako slušnou a 0 respondentů (0 %) si myslí, že je efektivita ordinace špatná.

Pouze pětina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení si myslí, že je efektivita ordinace vynikající. 21 respondentů (20 %) tvrdí, že je efektivita vynikající, 45 respondentů (43 %) hodnotí efektivitu jako velmi dobrou, 32 respondentů (31 %) jako dobrou. 6 respondentů (6 %) tvrdí, že je efektivita slušná a 0 respondentů (0 %) považuje efektivitu za špatnou.

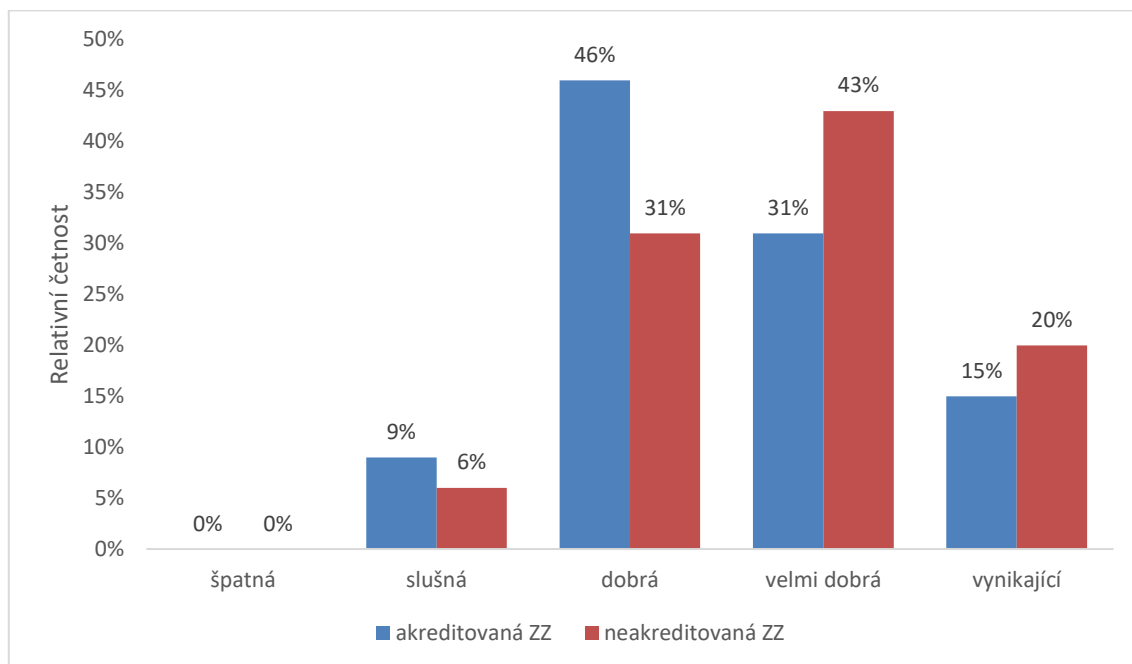
Oddíl G – otázka G1c. Včasnost

**Graf 56 Včasnost**

Téměř tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí včasnost jako vynikající a velmi dobrou. 23 respondentů (23 %) hodnotí včasnou péči jako vynikající, 49 respondentů (49 %) jako velmi dobrou, 26 respondentů (26 %) tvrdí, že je včasnost dobrá, 3 respondenti (3 %) si myslí, že je slušná, a 0 respondentů (0 %) hodnotí včasnost jako špatnou.

Více než tři čtvrtiny respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí včasnost také jako vynikající a velmi dobrou. 41 respondentů (39 %) si myslí, že je vynikající, 38 respondentů (37 %) ji hodnotí jako velmi dobrou. 22 respondentů (21 %) hodnotí včasnost jako dobrou, 3 respondenti (3 %) jako slušnou a 0 respondentů (0 %) si myslí, že je včasnost zajištění péče špatná.

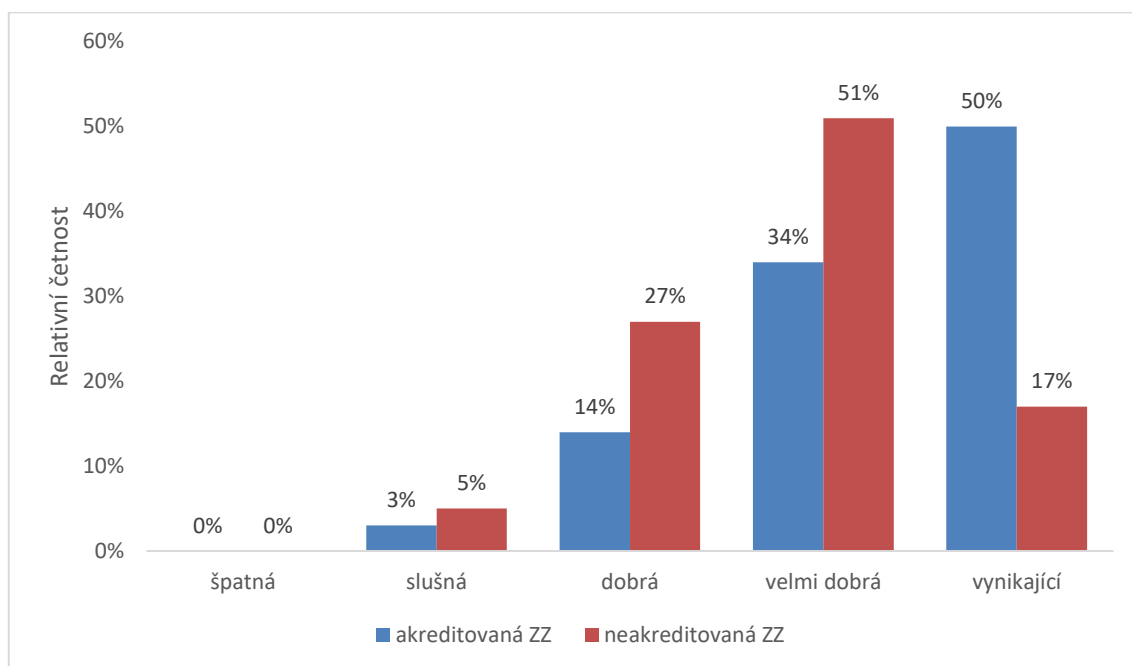
Oddíl G – otázka č. G1d Účinnost

**Graf 57 Účinnost**

Téměř polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí účinnost jako vynikající a velmi dobrou, ale současně téměř polovina respondentů jako dobrou. 15 respondentů (15 %) hodnotí účinnost jako vynikající, 31 respondentů (31 %) jako velmi dobrou, 46 respondentů (46 %) jako dobrou, 9 respondentů (9 %) jako slušnou a 0 respondentů (0 %) jako špatnou.

Více než polovina respondentů pracujících v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí účinnost ordinace jako vynikající nebo velmi dobrou. Třetina respondentů se přiklání k dobré účinnosti. 21 respondentů (20 %) hodnotí účinnost jako vynikající, 45 respondentů (43 %) jako velmi dobrou, 32 respondentů (31 %) jako dobrou, 6 respondentů (6 %) jako slušnou a 0 respondentů (0 %) si myslí, že je špatná.

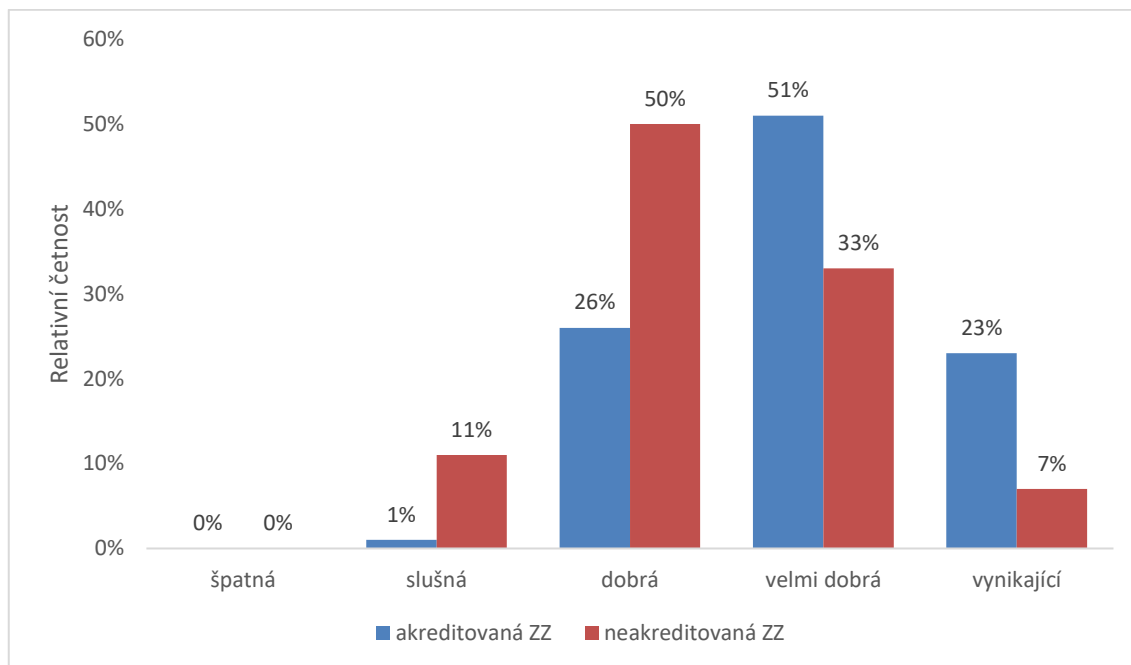
Oddíl G – otázka č. G1e Spravedlnost

**Graf 58 Spravedlnost**

Polovina respondentů pracujících v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí spravedlivé poskytování kvality péče všem osobám bez ohledu na pohlaví, rasu, sociálně-ekonomický status a jazyk jako vynikající. 50 respondentů (50 %) hodnotí spravedlivou péči jako vynikající, 34 respondentů (34 %) jako velmi dobrou, 14 respondentů (14 %) si myslí, že je spravedlnost dobrá, 3 respondenti (3 %) hodnotí spravedlnost jako slušnou a 0 respondentů (0 %) se přiklání ke špatnému hodnocení.

Více než polovina respondentů z neakreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí spravedlnost péče jako velmi dobrou. 18 respondentů (17 %) hodnotí spravedlnost jako vynikající, 53 respondentů (51 %) jako velmi dobrou, 28 respondentů (27 %) jako dobrou. 5 respondentů (5 %) si myslí, že je spravedlnost péče slušná a 0 respondentů (0 %) si myslí, že je spravedlnost špatná.

Oddíl G – otázka č. G2 Jak byste celkově hodnotil(a) kvalitu systémových a klinických procesů, které má vaše ordinace k dispozici pro prevenci, záchyt a nápravu problémů, které by mohly mít negativní dopad na pacienty?

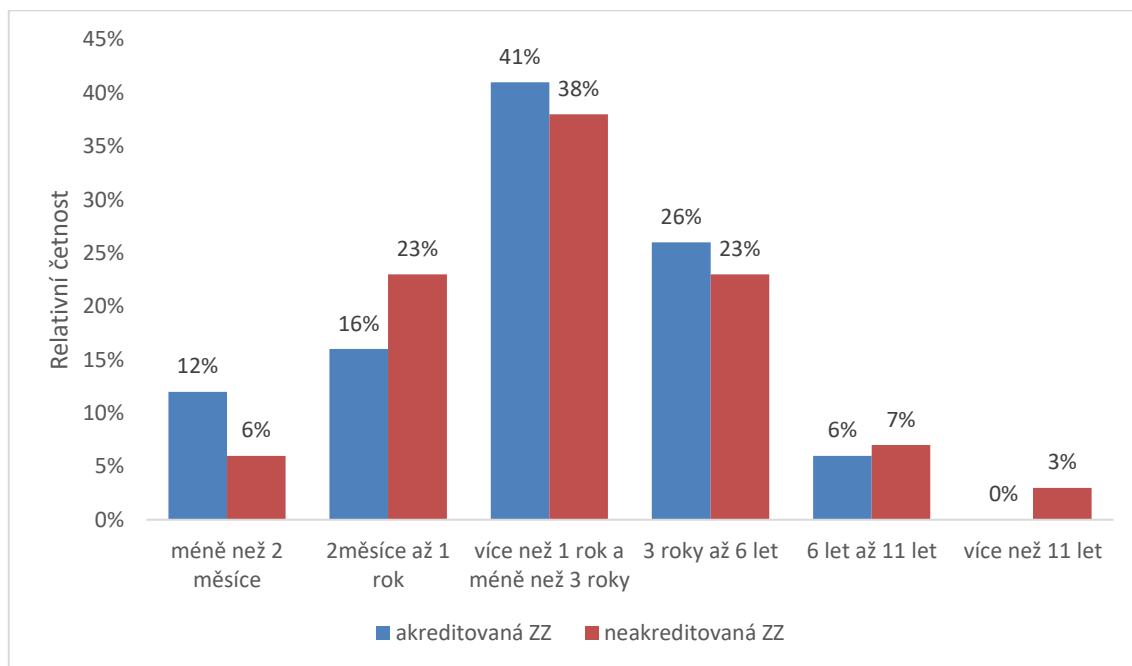


Graf 59 Hodnocení bezpečnosti pacienta

Respondenti akreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí bezpečnost péče ve více než polovině odpovědí jako velmi dobrou. 23 respondentů (23 %) z ambulancí akreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí bezpečnost péče jako vynikající, 51 respondentů (51 %) jako velmi dobrou. K hodnocení bezpečnosti péče jako dobré se přiklání 26 respondentů (26 %), 1 respondent (1 %) ji hodnotí jako slušnou, 0 respondentů (0 %) jako špatnou.

Polovina respondentů ambulancí neakreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí bezpečnost péče jako dobrou. 7 respondentů (7 %) hodnotí bezpečnost jako vynikající, 34 respondentů (33 %) se přiklání k velmi dobré, 52 respondentů (50 %) hodnotí bezpečnost jako dobrou, 11 respondentů (11 %) jako slušnou a 0 respondentů (0 %) jako špatnou.

Oddíl H – otázka č. H1 Jak dlouho již pracujete v této ordinaci?

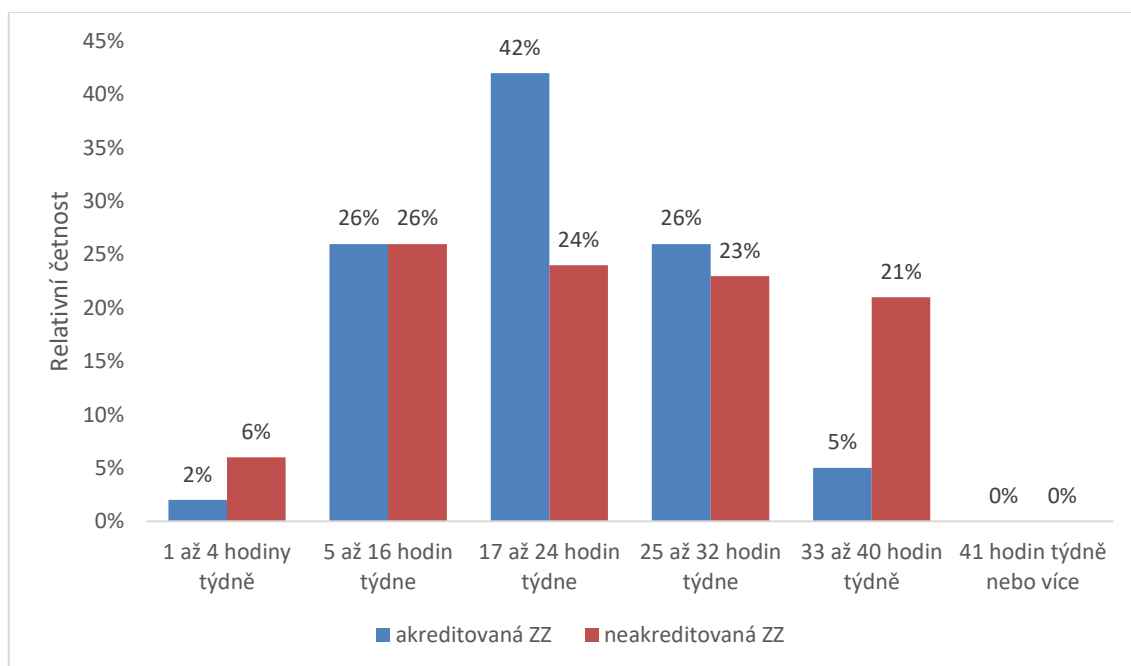


Graf 60 Délka pracovního poměru

V akreditovaných zdravotnických zařízeních pracuje 12 respondentů (12 %) v čase kratším než 2 měsíce, 16 respondentů (16 %) od 2 měsíců do 1 roku, 41 respondentů (41 %) více než 1 rok a méně než 3 roky, 26 respondentů (26 %) od 3 do 6 let, 6 respondentů (6 %) od 6 do 11 let a 0 respondentů (0 %) více než 11 let.

V neakreditovaných zdravotnických zařízeních je zaměstnáno 6 respondentů (6 %) méně než 2 měsíce, 24 respondentů (23 %) od 2 měsíců do 1 roku, 40 respondentů (38 %) více než 1 rok a méně než 3 roky, 24 respondentů (23 %) od 3 do 6 let, 7 respondentů (7 %) od 6 do 11 let 3 respondenti (3 %) více než 11 let.

Oddíl H – otázka č. H2 Kolik hodin týdně zpravidla pracujete v této ordinaci?

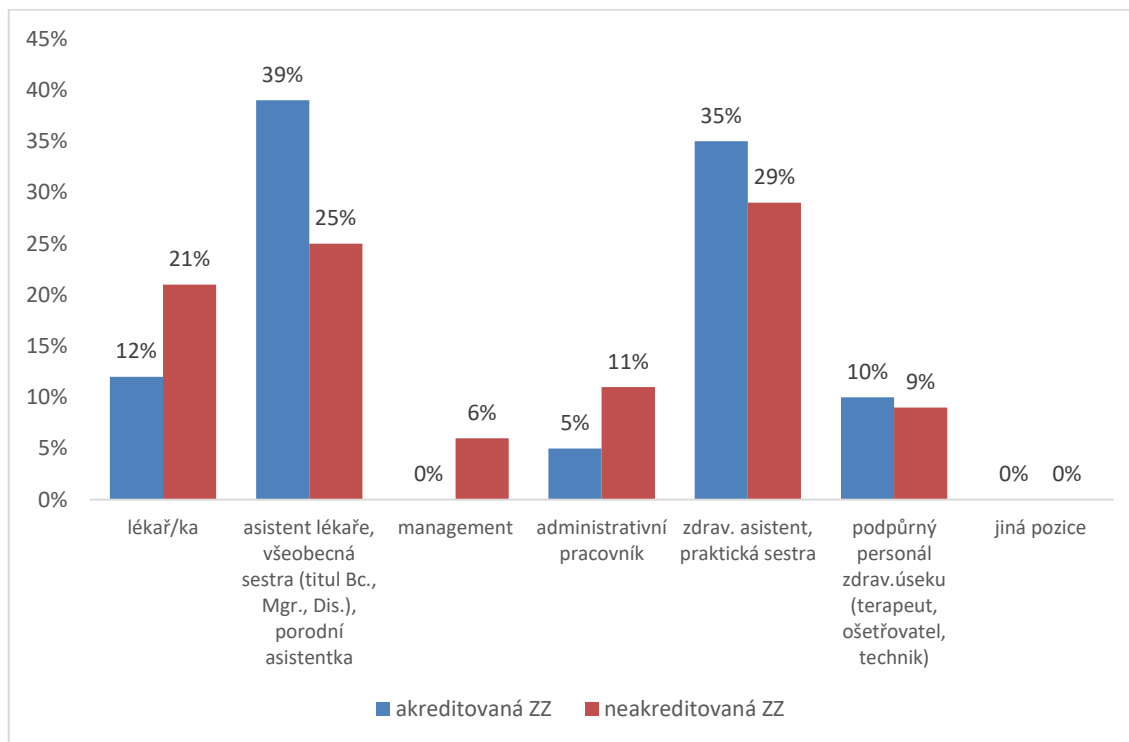


Graf 61 Týdenní úvazek

Téměř polovina respondentů v ambulancích akreditovaných zařízení pracuje v dané ordinaci 17 až 24 hodin týdně. 2 respondenti (2 %) pracují v ordinaci 1 až 4 hodiny týdně, 26 respondentů (26 %) 5 až 16 hodin týdně, 42 respondentů (42 %) má týdenní pracovní normu 17 až 24 hodin, 26 respondentů (26 %) pracuje v ordinaci 25 až 32 hodin týdně. 5 respondentů (5 %) pracuje v ordinaci 33 až 40 hodin týdně, 0 respondentů (0 %) pracuje v ambulanci více než 41 hodin týdně.

V neakreditovaných zdravotnických zařízeních je nejčastějším týdenním úvazkem 5 až 16 hodin a 25 až 32 hodin. 6 respondentů (6 %) pracuje v ambulanci 1 až 4 hodiny týdně, 26 respondentů (26 %) 5 až 16 hodin týdně, 25 respondentů (24 %) má týdenní úvazek v délce 17 až 24 hodin, 24 respondentů (23 %) pracuje v ordinaci 25 až 32 hodin týdně, 22 respondentů (21 %) má týdenní pracovní úvazek 33 až 40 hodin. 0 respondentů (0 %) pracuje v konkrétní ordinaci 41 hodin a více.

Oddíl H – otázka č. H3 Jaké je vaše postavení v ordinaci? Vyberte kategorii, která nejlépe odpovídá vašemu zařazení a funkci.



Graf 62 Pracovní pozice

V akreditovaných zdravotnických zařízeních pracuje na pozici lékaře 12 respondentů (12 %), 39 respondentů (39 %) jako všeobecná sestra (absolvent/ka vysokoškolského studia nebo vyššího odborného studia), 0 respondentů (0 %) je na pozici managementu, 5 respondentů (5 %) pracuje jako administrativní pracovník (recepční, pracovník kartotéky, zaměstnanec callcentra, jiný administrativní pracovník), 35 respondentů (35 %) je zaměstnáno na pozici zdravotnického asistenta nebo praktické sestry (absolvent/ka střední zdravotní školy), 10 respondentů (10 %) pracuje na pozici podpůrného personálu (terapeut, technik, ošetřovatel/ka) a 0 respondentů (0 %) se řadí do jiné pozice.

V neakreditovaných zdravotnických zařízeních pracuje na pozici lékaře 22 respondentů (21 %), na pozici všeobecné sestry 26 respondentů (25 %), do skupiny managementu se řadí 6 respondentů (6 %), 11 respondentů (11 %) pracuje na pozici administrativního pracovníka, 30 respondentů (29 %) pracuje jako zdravotnický asistent nebo praktická sestra a 9 respondentů (9 %) je zařazen do skupiny podpůrného personálu a 0 respondentů (0 %) se řadí do jiné pozice.

2.8 Testování hypotéz

Ověření hypotézy č. 1

H1: Předpokládáme, že v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízeních (AZZ) je dodržován vyšší stupeň bezpečné péče než v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízeních (NZZ).

H_A: Existují statisticky významné rozdíly v dodržování bezpečné práce mezi NZZ a AZZ.

H₀: Neexistují statisticky významné rozdíly v dodržování bezpečné práce mezi NZZ a AZZ.

Tato hypotéza byla ověřena pomocí chí-kvadrát testu o nezávislosti odpovědí na jednotlivé otázky z dotazníku z oddílu G2 a oddílu A. Nejprve byla testována statistická významnost odpovědí mezi NZZ a AZZ a relativní rozložení odpovědí na otázku zkoumající celkovou bezpečnost klienta v zařízení.

Tabulka 2 Celková bezpečnost klienta

	Špatná	Slušná	Dobrá	Velmi dobrá	Vynikající	Celkem
NZZ (n)	0	3	30	49	22	104
NZZ (%)	0,0 %	2,9 %	28,8 %	47,1 %	21,2 %	100,0 %
AZZ (n)	0	1	26	51	23	101
AZZ (%)	0,0 %	1,0 %	25,7 %	50,5 %	22,8 %	100,0 %
Celkem (n)	0	4	56	100	45	205
Celkem (%)	0,0 %	2,0 %	27,3 %	48,8 %	22,0 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2 = 1,304$; $df = 3$; $p = 0,728$.

Hladina významnosti p je větší než 0,05. To znamená, že alternativní hypotéza byla zamítnuta. Je větší pravděpodobnost než 5 % (přesně 72,8 %), že takovéto četnosti měření vznikly náhodou. Přijímáme nulovou hypotézu, tedy že v odpovědích na otázku ohledně celkové bezpečnosti klienta neexistuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ. Nelze tedy potvrdit, že by byla bezpečnost klienta významně lepší v AZZ než NZZ.

Dále jsme v rámci této hypotézy potřebovali prokázat, že u otázek z oddílu A (které zkoumají bezpečnost pacientů a kvalitu práce) prokazují relativní četnosti lepší výsledky v AZZ než v NZZ a zároveň ověřit, že tyto výsledky jsou statisticky významné, aby bylo možné platnost hypotézy přijmout. Jak ukazují tabulky zobrazené níže, pouze u 5 otázek z 9 bylo možné ověřit chí-kvadrát testem statistickou významnost (a přijmout H_A na základě hodnoty p nižší než 5 %). Nicméně z těchto pouze 3 otázky na základě relativního

rozložení odpovědí potvrdily, že bezpečí je v AZZ hodnoceno lépe než v NZZ, u dvou otázek byla bezpečnost lepší u NZZ.

Proto hypotézu, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení je dodržován vyšší stupeň bezpečné péče než v neakreditovaném zdravotnickém zařízení, nelze jednoznačně podle odpovědí na otázky oddílu A prokázat.

Tabulka 3 Přístup k péči

	Četnost výskytu v posledních 12 měsících						
	Každý den	Každý týden	Každý měsíc	Několikrát	1 – 2x	Ani jednou	Celkem
NZZ (n)	0	2	6	47	33	16	104
NZZ (%)	0,0 %	1,9 %	5,8 %	45,2 %	31,7 %	15,4 %	100,0 %
AZZ (n)	0	1	7	36	42	13	99
AZZ (%)	0,0 %	1,0 %	7,1 %	36,4 %	42,4 %	13,1 %	100,0 %
Celkem (n)	0	3	13	83	75	29	203
Celkem (%)	0,0 %	1,5 %	6,4 %	40,9 %	36,9 %	14,3 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 3,137$; $df = 4$; $p = 0,535$

Hladina významnosti p je větší než 0,05. To znamená, že alternativní hypotéza byla zamítnuta. Je větší pravděpodobnost než 5 % (přesně 53,5 %), že takovéto četnosti měření vznikly náhodou. Přijímáme nulovou hypotézu, tedy že v odpovědích na otázku ohledně přístupu k péči neexistuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Tabulka 4 Identifikace pacienta

	Četnost výskytu v posledních 12 měsících						
	Každý den	Každý týden	Každý měsíc	Několikrát	1 – 2x	Ani jednou	Celkem
NZZ (n)	0	0	1	19	37	47	104
NZZ (%)	0,0 %	0,0 %	1,0 %	18,3 %	35,6 %	45,2 %	100,0 %
AZZ (n)	0	0	1	7	43	50	101
AZZ (%)	0,0 %	0,0 %	1,0 %	6,9 %	42,6 %	49,5 %	100,0 %
Celkem (n)	0	0	2	26	80	97	205
Celkem (%)	0,0 %	0,0 %	1,0 %	12,7 %	39,0 %	47,3 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 6,039$; $df = 3$; $p = 0,110$

Hladina významnosti p je větší než 0,05. To znamená, že alternativní hypotéza byla zamítnuta. Je větší pravděpodobnost než 5 % (přesně 11 %), že takovéto četnosti měření

vznikly náhodou. Přijímáme nulovou hypotézu, tedy že v odpovědích na otázku ohledně identifikace pacienta neexistuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Tabulka 5 Zdravotní karta k dispozici

	Četnost výskytu v posledních 12 měsících						
	Každý den	Každý týden	Každý měsíc	Několi-krát	1 – 2x	Ani jednou	Celkem
NZZ (n)	0	0	5	30	49	16	100
NZZ (%)	0,0 %	0,0 %	5,0 %	30,0 %	49,0 %	16,0 %	100,0 %
AZZ (n)	0	0	5	14	40	42	101
AZZ (%)	0,0 %	0,0 %	5,0 %	13,9 %	39,6 %	41,6 %	100,0 %
Celkem (n)	0	0	10	44	89	58	201
Celkem (%)	0,0 %	0,0 %	5,0 %	21,9 %	44,3 %	28,9 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2 = 18,379$; $df = 3$; $p = 0,000$

Hladina významnosti p je menší než 0,05. To znamená, že nulová hypotéza je zamítnuta. Je tedy menší pravděpodobnost než 5 % (přesně 0 %), že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou. **Přijímáme alternativní hypotézu**, tedy že v odpovědích na otázku ohledně zdravotní karty existuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ. Podle relativního rozložení odpovědí je větší četnost odpovědí několikrát za posledních 12 měsíců, 1 – 2x za posledních 12 měsíců a ani jednou za posledních 12 měsíců (tedy, že zde byly jen ojedinělé problémy s kartou) u AZZ. Lze říci, že četnost problémů je nižší u AZZ. Současně byla potvrzena statistická významnost tohoto tvrzení a můžeme v tomto případě souhlasit se stanovenou hypotézou.

Tabulka 6 Nedostupné lékařské záznamy

	Četnost výskytu v posledních 12 měsících						
	Každý den	Každý týden	Každý měsíc	Několi-krát	1 – 2x	Ani jednou	Celkem
NZZ (n)	0	0	1	7	46	48	102
NZZ (%)	0,0 %	0,0 %	1,0 %	6,9 %	45,1 %	47,1 %	100,0 %
AZZ (n)	0	0	1	4	22	73	100
AZZ (%)	0,0 %	0,0 %	1,0 %	4,0 %	22,0 %	73,0 %	100,0 %
Celkem (n)	0	0	2	11	68	121	202
Celkem (%)	0,0 %	0,0 %	1,0 %	5,4 %	33,7 %	59,9 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2 = 14,436$; $df = 3$; $p = 0,002$

Hladina významnosti p je menší než 0,05. To znamená, že nulová hypotéza je zamítnuta. Je tedy menší pravděpodobnost než 5 % (přesně 0,2 %), že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou. **Přijímáme alternativní hypotézu**, tedy že v odpovědích na otázku ohledně špatně vyplněných lékařských záznamů existuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ. Podle relativního rozložení odpovědí lze říci, že NZZ vykazovala čtenější problémy s lékařskými záznamy během roku. Četnost problémů je tedy nižší u AZZ. Současně byla potvrzena statistická významnost tohoto tvrzení a můžeme v tomto případě souhlasit se stanovenou hypotézou.

Tabulka 7 Lékařské vybavení

	Četnost výskytu v posledních 12 měsících						
	Každý den	Každý týden	Každý měsíc	Několi-krát	1 – 2x	Ani jednou	Celkem
NZZ (n)	0	3	11	21	29	35	99
NZZ (%)	0,0 %	3,0 %	11,1 %	21,2 %	29,3 %	35,4 %	100,0 %
AZZ (n)	0	1	10	35	39	15	100
AZZ (%)	0,0 %	1,0 %	10,0 %	35,0 %	39,0 %	15,0 %	100,0 %
Celkem (n)	0	4	21	56	68	50	199
Celkem (%)	0,0 %	2,0 %	10,6 %	28,1 %	34,2 %	25,1 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 14,014$; $df = 4$; $p = 0,007$

Hladina významnosti p je menší než 0,05. To znamená, že nulová hypotéza je zamítnuta. Je tedy menší pravděpodobnost než 5 % (přesně 0,7 %), že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou. **Přijímáme alternativní hypotézu**, tedy že v odpovědích na otázku ohledně nefunkčního lékařského vybavení existuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ. Podle relativního rozložení odpovědí lze říci, že AZZ vykazovala čtenější problémy s lékařským vybavením během roku. V tomto případě nemůžeme souhlasit se stanovenou hypotézou, protože bylo statisticky ověřeno, že v NZZ zaznamenali méně problémů s lékařským vybavením než v AZZ, což nesouhlasí se stanovenou hypotézou.

Tabulka 8 Oprava receptu, předpisu

	Četnost výskytu v posledních 12 měsících						
	Každý den	Každý týden	Každý měsíc	Několi-krát	1 – 2x	Ani jednou	Celkem
NZZ (n)	0	0	1	3	22	59	85
NZZ (%)	0,0 %	0,0 %	1,2 %	3,5 %	25,9 %	69,4 %	100,0 %
AZZ (n)	0	0	4	13	45	36	98
AZZ (%)	0,0 %	0,0 %	4,1 %	13,3 %	45,9 %	36,7 %	100,0 %
Celkem (n)	0	0	5	16	67	95	183
Celkem (%)	0,0 %	0,0 %	2,7 %	8,7 %	36,6 %	51,9 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 20,695$; $df = 3$; $p = 0,000$

Hladina významnosti p je menší než 0,05. To znamená, že nulová hypotéza je zamítnuta. Je tedy menší pravděpodobnost než 5 % (přesně 0 %), že by takového četnosti měření vznikly náhodou. **Přijímáme alternativní hypotézu**, tedy že v odpovědích na otázku ohledně problémů s opravou předpisů existuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ. Podle relativního rozložení odpovědí lze říci, že AZZ vykazovala četnější problémy s opravou předpisů během roku. V tomto případě nemůžeme souhlasit se stanovenou hypotézou, protože bylo statisticky ověřeno, že v NZZ zaznamenali méně problémů s opravou předpisů než v AZZ, což nesouhlasí se stanovenou hypotézou.

Tabulka 9 Aktualizace léků

	Četnost výskytu v posledních 12 měsících						
	Každý den	Každý týden	Každý měsíc	Několi-krát	1 – 2x	Ani jednou	Celkem
NZZ (n)	0	0	10	39	29	16	94
NZZ (%)	0,0 %	0,0 %	10,6 %	41,5 %	30,9 %	17,0 %	100,0 %
AZZ (n)	0	2	4	23	39	28	96
AZZ (%)	0,0 %	2,1 %	4,2 %	24,0 %	40,6 %	29,2 %	100,0 %
Celkem (n)	0	2	14	62	68	44	190
Celkem (%)	0,0 %	1,1 %	7,4 %	32,6 %	35,8 %	23,2 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 13,424$; $df = 4$; $p = 0,009$

Hladina významnosti p je menší než 0,05. To znamená, že nulová hypotéza je zamítnuta. Je tedy menší pravděpodobnost než 5 % (přesně 0,9 %), že by takového četnosti měření vznikly náhodou. **Přijímáme alternativní hypotézu**, že v odpovědích na otázku ohledně chybějící aktualizace léků u pacienta existuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ

a AZZ. Podle relativního rozložení odpovědí lze říci, že NZZ vykazovala čtenější problémy s chybějící aktualizací léků během roku. Četnost problémů je tedy nižší u AZZ. Současně byla potvrzena statistická významnost tohoto tvrzení a můžeme v tomto případě souhlasit se stanovenou hypotézou.

Tabulka 10 Testy k dispozici

	Četnost výskytu v posledních 12 měsících						
	Každý den	Každý týden	Každý měsíc	Několi-krát	1 – 2x	Ani jednou	Celkem
NZZ (n)	0	1	14	19	33	36	103
NZZ (%)	0,0 %	1,0 %	13,6 %	18,4 %	32,0 %	35,0 %	100,0 %
AZZ (n)	0	0	8	10	46	24	88
AZZ (%)	0,0 %	0,0 %	9,1 %	11,4 %	52,3 %	27,3 %	100,0 %
Celkem (n)	0	1	22	29	79	60	191
Celkem (%)	0,0 %	0,5 %	11,5 %	15,2 %	41,4 %	31,4 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 8,845$; $df = 4$; $p = 0,065$

Hladina významnosti p je větší než 0,05. To znamená, že alternativní hypotéza byla zamítnuta. Je větší pravděpodobnost než 5 % (přesně 6,5 %), že takovéto četnosti měření vznikly náhodou. Přijímáme nulovou hypotézu, tedy že v odpovědích na otázku ohledně výsledků testů k dispozici neexistuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Tabulka 11 Prověření laboratorních testů

	Četnost výskytu v posledních 12 měsících						
	Každý den	Každý týden	Každý měsíc	Několi-krát	1 – 2x	Ani jednou	Celkem
NZZ (n)	0	0	0	4	23	37	64
NZZ (%)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,3 %	35,9 %	57,8 %	100,0 %
AZZ (n)	0	0	1	3	21	54	79
AZZ (%)	0,0 %	0,0 %	1,3 %	3,8 %	26,6 %	68,4 %	100,0 %
Celkem (n)	0	0	1	7	44	91	143
Celkem (%)	0,0 %	0,0 %	0,7 %	4,9 %	30,8 %	63,6 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 2,868$; $df = 3$; $p = 0,412$

Hladina významnosti p je větší než 0,05. To znamená, že alternativní hypotéza byla zamítnuta. Je větší pravděpodobnost než 5 % (přesně 41,2 %), že takovéto četnosti měření vznikly náhodou. Přijímáme nulovou hypotézu, tedy že v odpovědích na otázku ohledně

prověření abnormálního výsledku diagnostiky neexistuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Ověření hypotézy č. 2

H₂: Předpokládáme, že v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízeních (AZZ) je kvalita péče hodnocena lépe než v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízeních (NZZ).

H_A: Existují statisticky významné rozdíly v hodnocení kvality péče mezi NZZ a AZZ.

H₀: Neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení kvality péče mezi NZZ a AZZ.

V rámci této hypotézy jsme potřebovali chí-kvadrát testem o nezávislosti odpovědí na jednotlivé otázky prokázat, že u otázek z bloku G1 (které zkoumají kvalitu poskytované péče) jsou lepší výsledky v AZZ než v NZZ a zároveň ověřit, že tyto výsledky jsou statisticky významné, aby bylo možné platnost hypotézy přijmout. Jak ukazují tabulky zobrazené níže, pouze u 1 otázky z 5 bylo možné ověřit chí-kvadrát testem statistickou významnost (a přijmout H_A na základě hodnoty *p* nižší než 5 %). Nicméně u této otázky (orientace na pacienta) byla podle relativního rozložení odpovědí častěji hodnocena péče jako vynikající u NZZ.

Proto hypotézu, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení je kvalita péče hodnocena lépe než v neakreditovaném zdravotnickém zařízení, nelze přijmout.

Tabulka 12 Orientace na pacienta

	Špatná	Slušná	Dobrá	Velmi dobrá	Vynikající	Celkem
NZZ (n)	0	3	22	38	41	104
NZZ (%)	0,0 %	2,9 %	21,2 %	36,5 %	39,4 %	100,0 %
AZZ (n)	0	3	22	56	20	101
AZZ (%)	0,0 %	3,0 %	21,8 %	55,4 %	19,8 %	100,0 %
Celkem (n)	0	6	44	94	61	205
Celkem (%)	0,0 %	2,9 %	21,5 %	45,9 %	29,8 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 10,635$; $df = 3$; $p = 0,014$

Hladina významnosti *p* je menší než 0,05. To znamená, že nulová hypotéza je zamítnuta. Je tedy menší pravděpodobnost než 5 % (přesně 1,4 %), že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou. **Přijímáme alternativní hypotézu**, tedy že v odpovědích na otázku orientace na pacienta existuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Podle relativního rozložení odpovědí lze říci, že u NZZ byla orientace na pacienta hodnocena častěji jako vynikající. V tomto případě nemůžeme souhlasit se stanovenou hypotézou, protože bylo statisticky ověřeno, že v NZZ je kvalita z hlediska orientace na pacienta hodnocena lépe než v AZZ, což nesouhlasí se stanovenou hypotézou.

Tabulka 13 Efektivita

	Špatná	Slušná	Dobrá	Velmi dobrá	Vynikající	Celkem
NZZ (n)	0	6	32	45	21	104
NZZ (%)	0,0 %	5,8 %	30,8 %	43,3 %	20,2 %	100,0 %
AZZ (n)	0	1	27	53	20	101
AZZ (%)	0,0 %	1,0 %	26,7 %	52,5 %	19,8 %	100,0 %
Celkem (n)	0	7	59	98	41	205
Celkem (%)	0,0 %	3,4 %	28,8 %	47,8 %	20,0 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: χ^2 -kvadrát = 4,630; $df = 3$; $p = 0,201$

Hladina významnosti p je větší než 0,05. To znamená, že alternativní hypotéza byla zamítnuta. Je větší pravděpodobnost než 5 % (přesně 20,1 %), že takovéto četnosti měření vznikly náhodou. Přijímáme nulovou hypotézu, tedy že v odpovědích na otázku ohledně kvality z hlediska efektivity neexistuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Tabulka 14 Včasnost

	Špatná	Slušná	Dobrá	Velmi dobrá	Vynikající	Celkem
NZZ (n)	0	5	28	53	18	104
NZZ (%)	0,0 %	4,8 %	26,9 %	51,0 %	17,3 %	100,0 %
AZZ (n)	0	3	26	49	23	101
AZZ (%)	0,0 %	3,0 %	25,7 %	48,5 %	22,8 %	100,0 %
Celkem (n)	0	8	54	102	41	205
Celkem (%)	0,0 %	3,9 %	26,3 %	49,8 %	20,0 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: χ^2 -kvadrát = 1,297; $df = 3$; $p = 0,730$

Hladina významnosti p je větší než 0,05. To znamená, že alternativní hypotéza byla zamítnuta. Je větší pravděpodobnost než 5 % (přesně 73,0 %), že takovéto četnosti měření vznikly náhodou. Přijímáme nulovou hypotézu, tedy že v odpovědích na otázku ohledně kvality z hlediska včasnosti neexistuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Tabulka 15 Účinnost

	Špatná	Slušná	Dobrá	Velmi dobrá	Vynikající	Celkem
NZZ (n)	0	11	52	34	7	104
NZZ (%)	0,0 %	10,6 %	50,0 %	32,7 %	6,7 %	100,0 %
AZZ (n)	0	9	46	31	15	101
AZZ (%)	0,0 %	8,9 %	45,5 %	30,7 %	14,9 %	100,0 %
Celkem (n)	0	20	98	65	22	205
Celkem (%)	0,0 %	9,8 %	47,8 %	31,7 %	10,7 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 3,572$; $df = 3$; $p = 0,312$

Hladina významnosti p je větší než 0,05. To znamená, že alternativní hypotéza byla zamítnuta. Je větší pravděpodobnost než 5 % (přesně 31,2 %), že takovéto četnosti měření vznikly náhodou. Přijímáme nulovou hypotézu, tedy že v odpovědích na otázku ohledně kvality z hlediska účinnosti neexistuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Tabulka 16 Spravedlnost

	Špatná	Slušná	Dobrá	Velmi dobrá	Vynikající	Celkem
NZZ (n)	2	5	19	37	41	104
NZZ (%)	1,9 %	4,8 %	18,3 %	35,6 %	39,4 %	100,0 %
AZZ (n)	0	3	14	34	50	101
AZZ (%)	0,0 %	3,0 %	13,9 %	33,7 %	49,5 %	100,0 %
Celkem (n)	2	8	33	71	91	205
Celkem (%)	1,0 %	3,9 %	16,1 %	34,6 %	44,4 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 4,231$; $df = 4$; $p = 0,376$

Hladina významnosti p je větší než 0,05. To znamená, že alternativní hypotéza byla zamítnuta. Je větší pravděpodobnost než 5 % (přesně 37,6 %), že takovéto četnosti měření vznikly náhodou. Přijímáme nulovou hypotézu, tedy že v odpovědích na otázku ohledně kvality z hlediska účinnosti neexistuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Ověření hypotézy č. 3

H3: Předpokládáme, že zaměstnanci ambulančí akreditovaných zdravotnických zařízení (AZZ) hodnotí kulturu pracovního prostředí a týmovou spolupráci lépe než zaměstnanci neakreditovaných zdravotnických zařízení (NZZ).

HA: Existují statisticky významné rozdíly v hodnocení kultury práce mezi NZZ a AZZ.

H0: Neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení kultury práce mezi NZZ a AZZ.

Tato hypotéza bude ověřena pomocí chí-kvadrát testu o nezávislosti odpovědí na jednotlivé otázky z dotazníku z oddílu C. V tomto bloku otázek bylo pro potřeby ověření hypotézy vhodnější sloučit odpovědi do méně kategorií. Konkrétně byly sloučeny „rozhodně nesouhlasí“ a „nesouhlasí“ do kategorie „nesouhlasí“ a „rozhodně souhlasí“ a „souhlasí“ do „souhlasí“. Odpověď „nemohu vyjádřit souhlas ani nesouhlas“ zůstala zachována jako samostatná kategorie. Odpovědi „ani jedno ani druhé“ a „není relevantní nebo nevím“ nebyly do testování hypotéz zahrnuty.

V rámci této hypotézy jsme potřebovali chí-kvadrát testem o nezávislosti odpovědí na jednotlivé otázky prokázat, že u otázek z bloku C (které zkoumají hodnocení zkoumají způsob práce a spolupráce v ordinaci) jsou lepší výsledky v AZZ než v NZZ a zároveň ověřit, že tyto výsledky jsou statisticky významné, aby bylo možné platnost hypotézy přijmout. V tomto případě pouze u 5 otázek z 15 možné ověřit chí-kvadrát testem statistickou významnost (a přijmout H_A na základě hodnoty p nižší než 5 %). Nicméně z těchto pouze 3 otázky na základě relativního rozložení odpovědí potvrdily, že kultura práce je v AZZ hodnocena lépe než v NZZ, u dvou otázek byla kultura lepší u NZZ.

Proto hypotézu, že zaměstnanci ambulancí akreditovaného zdravotnického zařízení hodnotí kulturu pracovního prostředí a týmovou spolupráci lépe než zaměstnanci neakreditovaného zdravotnického zařízení, nelze jednoznačně podle odpovědí na otázky bloku C prokázat.

Tabulka 17 Dobré pracovní vztahy

	Nesouhlasí	Souhlasí	Ani jedno ani druhé	Celkem
NZZ (n)	8	80	16	104
NZZ (%)	7,7 %	76,9 %	15,4 %	100,0 %
AZZ (n)	0	81	20	101
AZZ (%)	0,0 %	80,2 %	19,8 %	100,0 %
Celkem (n)	8	161	36	205
Celkem (%)	3,9 %	78,5 %	17,6 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2 = 8,409$; $df = 2$; $p = 0,015$

Hladina významnosti p je menší než 0,05. To znamená, že nulová hypotéza je zamítnuta. Je tedy menší pravděpodobnost než 5 % (přesně 1,5 %), že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou. **Přijímáme alternativní hypotézu**, tedy že v odpovědích na otázku ohledně pracovních dobrých vztahů existuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ. Podle relativního rozložení odpovědí lze říci, že u AZZ více respondentů souhlasí

s dobrými vztahy než v NZZ. Současně byla potvrzena statistická významnost tohoto tvrzení a můžeme v tomto případě souhlasit se stanovenou hypotézou.

Tabulka 18 Školení nových postupů

	Nesouhlasí	Souhlasí	Ani jedno ani druhé	Celkem
NZZ (n)	0	92	10	102
NZZ (%)	0,0 %	90,2 %	9,8 %	100,0 %
AZZ (n)	2	77	22	101
AZZ (%)	2,0 %	76,2 %	21,8 %	100,0 %
Celkem (n)	2	169	32	203
Celkem (%)	1,0 %	83,3 %	15,8 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 7,827$; $df = 2$; $p = 0,020$

Hladina významnosti p je menší než 0,05. To znamená, že nulová hypotéza je zamítnuta. Je tedy menší pravděpodobnost než 5 % (přesně 2,0 %), že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou. **Přijímáme alternativní hypotézu**, tedy že ohledně školení nových postupů existuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Podle relativního rozložení odpovědí lze říci, že u NZZ více respondentů souhlasí s poskytováním školení při zavádění nových postupů než v AZZ. Ačkoliv byla tato rozdílnost statisticky ověřena, nemůžeme v tomto případě souhlasit se stanovenou hypotézou, protože AZZ byla hodnocena hůře.

Tabulka 19 Potřebná školení

	Nesouhlasí	Souhlasí	Ani jedno ani druhé	Celkem
NZZ (n)	10	83	9	102
NZZ (%)	9,8 %	81,4 %	8,8 %	100,0 %
AZZ (n)	2	86	13	101
AZZ (%)	2,0 %	85,1 %	12,9 %	100,0 %
Celkem (n)	12	169	22	203
Celkem (%)	5,9 %	83,3 %	10,8 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 6,109$; $df = 2$; $p = 0,047$

Hladina významnosti p je menší než 0,05. To znamená, že nulová hypotéza je zamítnuta. Je tedy menší pravděpodobnost než 5 % (přesně 4,7 %), že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou. **Přijímáme alternativní hypotézu**, tedy že ohledně realizace potřebných školení existuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Podle relativního rozložení odpovědí lze říci, že u AZZ více respondentů souhlasí s tím, že zařízení realizuje potřebná školní pro pracovníky než v NZZ. Současně byla potvrzena statistická významnost tohoto tvrzení a můžeme v tomto případě souhlasit se stanovenou hypotézou.

Tabulka 20 Problémy s organizací

	Nesouhlasí	Souhlasí	Ani jedno ani druhé	Celkem
NZZ (n)	67	22	15	104
NZZ (%)	64,4 %	21,2 %	14,4 %	100,0 %
AZZ (n)	68	8	23	99
AZZ (%)	68,7 %	8,1 %	23,2 %	100,0 %
Celkem (n)	135	30	38	203
Celkem (%)	66,5 %	14,8 %	18,7 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: χ^2 -kvadrát = 8,107; $df = 2$; $p = 0,017$

Hladina významnosti p je menší než 0,05. To znamená, že nulová hypotéza je zamítnuta. Je tedy menší pravděpodobnost než 5 % (přesně 1,7 %), že by takovéto četnosti měření vznikly náhodou. **Přijímáme alternativní hypotézu**, tedy že ohledně problémů s organizací existuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Podle relativního rozložení odpovědí lze říci, že u AZZ více respondentů nesouhlasí s tím, že v jejich zařízení jsou problémy s organizací (u NZZ více respondentů souhlasí s problémy). Současně byla potvrzena statistická významnost tohoto tvrzení a můžeme v tomto případě souhlasit se stanovenou hypotézou.

Tabulka 21 Dostatek personálu

	Nesouhlasí	Souhlasí	Ani jedno ani druhé	Celkem
NZZ (n)	11	64	29	104
NZZ (%)	10,6 %	61,5 %	27,9 %	100,0 %
AZZ (n)	33	43	24	100
AZZ (%)	33,0 %	43,0 %	24,0 %	100,0 %
Celkem (n)	44	107	53	204
Celkem (%)	21,6 %	52,5 %	26,0 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: χ^2 -kvadrát = 15,521; $df = 2$; $p = 0,000$

Hladina významnosti p je menší než 0,05. To znamená, že nulová hypotéza je zamítnuta. Je tedy menší pravděpodobnost než 5 % (přesně 0 %), že by takovéto četnosti měření

vznikly náhodou. **Přijímáme alternativní hypotézu**, tedy že v odpovědích na otázku ohledně dostatku personálu existuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Podle relativního rozložení odpovědí lze říci, že u NZZ více respondentů souhlasí s dostatkem personálu než u AZZ. Ačkoliv byla tato rozdílnost statisticky ověřena, nemůžeme v tomto případě souhlasit se stanovenou hypotézou, protože AZZ byla hodnocena hůře.

Jak již bylo zmíněno, u otázek z bloku C byly statisticky ověřeny jako významné rozdíly pouze u 5 výše uvedených otázek (z 15 celkem). U zbylých deseti otázek nebyla statistická významnost rozdílů mezi AZZ a NZZ ověřena (hodnota p je větší než 0,05 % a je tedy větší pravděpodobnost než 5 %, že takovéto četnosti měření vznikly náhodou). Tyto výsledky jsou stručně představeny v následující tabulce a konkrétní tabulky s výpočty pro jednotlivé otázky jsou pro doplnění uvedeny v příloze této práce (Příloha č. 10).

Ověření hypotézy č. 4

H4: Předpokládáme, že v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízeních (AZZ) je hlášení chyb vyšší než v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízení (NZZ).

HA: Existují statisticky významné rozdíly v ochotě hlásit chyby mezi NZZ a AZZ.

H0: Neexistují statisticky významné rozdíly v ochotě hlásit chyby mezi NZZ a AZZ.

Tato hypotéza bude ověřena pomocí chí-kvadrát testu o nezávislosti odpovědí na otázku D7, D8, D11 a D12. Podle relativního rozložení odpovědí na dané otázky o hlášení chyb z tabulky níže se zdá, že hlášení chyb je většinou v obou typech zdravotnických zařízeních podobná. Případný rozdíl navíc podle chí-kvadrát testu není u otázek D8, D11 a D12 statisticky významný. P-hodnota u těchto otázek vyšla vyšší než 5 %, proto u nich nezamítáme nezávislost odpovědí na typu ZZ. Pouze u otázky D7 na zneužívání chyb proti personálu se jeví, že odpověď „nikdy“ se vyskytuje častěji u NZZ než u AZZ a tento rozdíl je navíc statisticky významný. P-hodnota u této otázky vyšla nižší než 5 % (2,5 %), proto u ní zamítáme nezávislost odpovědí na typu ZZ a prokázala se závislost odpovědí na typu ZZ. Proto hypotézu, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení je hlášení chyb vyšší než v neakreditovaném zdravotnickém zařízení, nelze jednoznačně statisticky podle odpovědí na vybrané otázky týkající se hlášení chyb prokázat.

Tabulka 22 Zneužívání chyb proti personálu

	Nikdy	Zřídka	Občas	Většinou	Vždy	Celkem
NZZ (n)	25	51	22	6	0	104
NZZ (%)	24,0 %	49,0 %	21,2 %	5,8 %	0,0 %	100,0 %
AZZ (n)	9	60	28	4	0	101
AZZ (%)	8,9 %	59,4 %	27,7 %	4,0 %	0,0 %	100,0 %
Celkem (n)	34	111	50	10	0	205
Celkem (%)	16,6 %	54,1 %	24,4 %	4,9 %	0,0 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 9,337$; $df = 3$; $p = 0,025$

Hladina významnosti p je menší než 0,05. To znamená, že nulová hypotéza je zamítnuta. Je tedy menší pravděpodobnost než 5 % (přesně 2,5 %), že by takového četnosti měření vznikly náhodou. **Přijímáme alternativní hypotézu**, tedy že v odpovědích na otázku ohledně zneužívání chyb proti personálu existuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Podle relativního rozložení odpovědí lze říci, že u AZZ více respondentů souhlasí s tím, že v jejich zařízení jsou chyby zneužívány proti personálu. Současně byla potvrzena statistická významnost tohoto tvrzení a můžeme v tomto případě souhlasit se stanovenou hypotézou.

Tabulka 23 Otevřená diskuze o problémech

	Nikdy	Zřídka	Občas	Většinou	Vždy	Celkem
NZZ (n)	2	13	43	41	5	104
NZZ (%)	1,9 %	12,5 %	41,3 %	39,4 %	4,8 %	100,0 %
AZZ (n)	0	21	32	42	3	101
AZZ (%)	0,0 %	21,4 %	32,7 %	42,9 %	3,1 %	100,0 %
Celkem (n)	2	34	75	83	8	205
Celkem (%)	1,0 %	16,8 %	37,1 %	41,1 %	4,0 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 5,835$; $df = 4$; $p = 0,212$

Hladina významnosti p je větší než 0,05. To znamená, že alternativní hypotéza byla zamítnuta. Je větší pravděpodobnost než 5 % (přesně 21,2 %), že takového četnosti měření vznikly náhodou. **Přijímáme nulovou hypotézu**, tedy že v odpovědích na otázku ohledně otevřené diskuze o problémech v ordinaci neexistuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Tabulka 24 Diskuze o zabránění opakování chyb

	Nikdy	Zřídka	Občas	Většinou	Vždy	Celkem
NZZ (n)	0	4	31	45	24	104
NZZ (%)	0,0 %	3,8 %	29,8 %	43,3 %	23,1 %	100,0 %
AZZ (n)	0	5	23	52	21	101
AZZ (%)	0,0 %	5,0 %	22,8 %	51,5 %	20,8 %	100,0 %
Celkem (n)	0	9	54	97	45	205
Celkem (%)	0,0 %	4,4 %	26,3 %	47,3 %	22,0 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 1,958$; $df = 3$; $p = 0,581$

Hladina významnosti p je větší než 0,05. To znamená, že alternativní hypotéza byla zamítnuta. Je větší pravděpodobnost než 5 % (přesně 58,1 %), že takovéto četnosti měření vznikly náhodou. Přijímáme nulovou hypotézu, tedy že v odpovědích na otázku ohledně diskuze o zabránění opakování chyb z hlediska účinnosti neexistuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ.

Tabulka 25 Ochota hlásit chyby

	Nikdy	Zřídka	Občas	Většinou	Vždy	Celkem
NZZ (n)	0	7	17	46	34	104
NZZ (%)	0,0 %	6,7 %	16,3 %	44,2 %	32,7 %	100,0 %
AZZ (n)	2	2	17	50	30	101
AZZ (%)	2,0 %	2,0 %	16,8 %	49,5 %	29,7 %	100,0 %
Celkem (n)	2	9	34	96	64	205
Celkem (%)	1,0 %	4,4 %	16,6 %	46,8 %	31,2 %	100,0 %

Výsledek statistického testování: $\chi^2\text{-kvadrát} = 5,152$; $df = 4$; $p = 0,272$

Hladina významnosti p je větší než 0,05. To znamená, že alternativní hypotéza byla zamítnuta. Je větší pravděpodobnost než 5 % (přesně 27,2 %), že takovéto četnosti měření vznikly náhodou. Přijímáme nulovou hypotézu, tedy že v odpovědích na otázku ohledně ochotnosti hlásit chyby neexistuje statisticky významný rozdíl mezi NZZ a AZZ. Nelze tak přesně stanovit, zda je v tomto ohledu hlášení chyb vyšší v AZZ než v NZZ. Hypotéza, že v akreditovaných zdravotnických zařízeních je hlášení chyb vyšší než v neakreditovaných zdravotnických zařízeních, není podle této otázky prokázána.

2.9 Diskuse

Cílem práce bylo zjistit rozdíl dodržování bezpečné a kvalitní péče v ambulancích akreditovaných a neakreditovaných zdravotnických zařízení. Zajímalo nás, jestli je tato skutečnost ovlivněna akreditací zdravotnického zařízení či nikoliv. K objasnění cíle jsme použili kvantitativní výzkumné šetření za využití standardizovaného dotazníku SOPSTM Medical Office Survey on Patient Safety Culture americké agentury AHRQ. Tento dotazník se využívá i v jiných státech, proto existuje porovnání s jinými státy v dané problematice. Dotazník byl distribuován výhradně v ordinacích ambulantního typu. Abychom zajistili dostatečný počet vrácených validních dotazníků, byl výzkum proveden v pěti zdravotnických zařízeních. Dvě z těchto zdravotnických zařízení jsou opětovně akreditována, a z toho každé zdravotnické zařízení bylo akreditováno jinou akreditační společností. Tři zdravotnická zařízení akreditována nikdy nebyla a ani žádost o akreditaci nepodala. Spektrum respondentů sestávalo z nelékařského zdravotnického personálu, lékařského personálu, pracovníků zajišťujících technický a terapeutický provoz, administrativních pracovníků a také členů vedení zdravotnických zařízení. Obsáhnutí všech dotčených pracovních pozic vyšlo z požadavku agentury AHRQ zastoupenou paní Mirandou Baxter (Příloha č. 3). Dotazník obsahoval skupiny otázek, které se vztahovaly k zvoleným hypotézám. Hypotézy byly zpracovány na podkladě statistického výpočtu, další uvedená hodnocení jsou vypočítána procentuálním průměrem pozitivních odpovědí. Výpočet pozitivních odpovědí jsme získaly s pomocí sdíleného programu agentury AHRQ, který výsledná data našeho výzkumu vypočítá a porovná s výsledky samotného reportu agentury AHRQ. Tento report sloužil jako benchmarkingové srovnání (AHRQ, 2019; Famolaro a kol., 2018).

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že v akreditovaných zdravotnických zařízeních je dodržován vyšší stupeň bezpečné péče než v neakreditovaných zdravotnických zařízeních.

K této hypotéze se vztahovalo 10 otázek, 9 otázek se nacházelo v oddílu A a zahrnovalo otázky č. A1 – č. A9. Jedna otázka se nacházela v oddílu G a byla označena jako otázka č. G2. Otázky se týkaly hodnocení bezpečí pacientů. Oddíl A zahrnoval 6 okruhů a respondent hodnotil četnost výskytu daného problému v posledních 12 měsících. Mezi akreditovanými a neakreditovanými zdravotnickými zařízeními je patrný rozdíl. U otázek č. A3, A4 a A7 bylo relativní rozložení četností hodnoceno lépe v akreditovaných zdravotnických zařízeních. Avšak u otázek č. A5 a A6 byla hodnocena

lépe neakreditovaná zdravotnická zařízení. Při porovnání pozitivních odpovědí jsme došli k závěru, že největší rozdíly byly vyhodnoceny v otázkách týkajících se nefunkčních přístrojů. AZZ byla hodnocena 89 % pozitivních odpovědí, NZZ získala 86 % pozitivních odpovědí. Neaktualizovaný seznam léků byl hodnocen v AZZ 94 % pozitivních odpovědí, v NZZ byl hodnocen 89 % pozitivních odpovědí. Hypotéza nebyla dle odpovědí na otázky z bloku A jednoznačně prokázána. V otázce č. G2 jsme se dotazovali na hodnocení celkového bezpečí pacienta. Bezpečí bylo hodnoceno v AZZ 73 % pozitivních odpovědí, v NZZ získalo 68 % pozitivních odpovědí. Hodnocení bezpečí dle relativního rozložení vyšlo lépe u akreditovaných zdravotnických zařízení, ale rozdíl nebyl statisticky významný. Hypotéza není dle otázky G2 prokázána.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že v akreditovaných zdravotnických zařízeních je kvalita péče hodnocena lépe než v neakreditovaných zdravotnických zařízeních.

K této hypotéze se vztahuje 5 otázek z oddílu G a jsou označeny č. G1a – č. G1e. Otázky se týkaly celkového hodnocení kvality péče. Otázky zahrnovali hodnocení orientace na pacienta, efektivitu, včasnosti, účinnosti a spravedlnosti. Průměrné procento pozitivních odpovědí zde bylo vyhodnoceno součtem odpovědí vynikající a velmi dobrá. Vyšší procento odpovědí hodnotících pozitivně bylo u respondentů z akreditovaných zdravotnických zařízení, konkrétně u otázek č. G1b – č. G1e. Efektivita byla hodnocena v AZZ 72 % pozitivních odpovědí, v NZZ získala 63 % pozitivních odpovědí. Včasnost byla hodnocena v AZZ 79 % pozitivních odpovědí, v NZZ získala 68 % pozitivních odpovědí. Účinnost byla hodnocena 46 % pozitivních odpovědí v AZZ, v NZZ získala účinnost hodnocení 40 % pozitivních odpovědí. Spravedlnost byla v AZZ hodnocena 84 % pozitivních odpovědí, v NZZ získala 75 % pozitivních odpovědí. Ovšem hodnocení otázky č. G1a – orientace na pacienta bylo hodnoceno lépe v neakreditovaných zdravotnických zařízeních. Orientace na pacienta získala v AZZ hodnocení 75 % pozitivních odpovědí a v NZZ získala 76 % pozitivních odpovědí. Vzhledem k hodnocení orientace na pacienta s rozdílem 1 % ve prospěch neakreditovaných zdravotnických zařízení musíme potvrdit následující. Sledovaná hypotéza, že v akreditovaných zdravotnických zařízeních je kvalita péče hodnocena lépe než v neakreditovaných, tak není prokázána.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že zaměstnanci ambulancí akreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí kulturu pracovního prostředí a týmovou spolupráci lépe než zaměstnanci neakreditovaných zdravotnických zařízení.

K této hypotéze se vztahovalo v dotazníku 15 otázek, které byly umístěny v oddílu C a byly označeny otázka č. C1 – otázka č. C15. Otázky zahrnovaly dimenze týmové spolupráce, školení personálu, standardů a procesů v ordinaci a hodnocení stresu a pracovního tlaku v ordinacích. Otázky C1, C2, C5 a C13 se týkaly týmové spolupráce. Otázky C1, C2 a C13 byly hodnoceny lépe v akreditovaných zdravotnických zařízeních. Otázka č. C5, dotazující se na respekt, byla hodnocena nepatrně lépe v neakreditovaných zdravotnických zařízeních. Výsledná dimenze týmové spolupráce byla tedy hodnocena lépe v akreditovaných zdravotnických zařízeních s výsledkem 79 % pozitivních odpovědí, neakreditovaná zdravotnická zařízení získala 76 % pozitivních odpovědí. Otázky C4, C7 a C10 hodnotily školení personálu v nových postupech. Otázka č. C4 byla lépe hodnocena v neakreditovaných zdravotnických zařízeních a týkala se školení při zavádění nových postupů. Otázka č. C7 vztahující se k opětovnému proškolení personálu byla naopak hodnocena lépe v AZZ. Otázka č. C10 byla hodnocena stejně v AZZ i NZZ. Vzhledem k počtu odpovědí výsledné vyhodnocení dimenze školení personálu vyšlo lépe v neakreditovaných zdravotnických zařízeních s 84 % pozitivních odpovědí, akreditovaná zdravotnická zařízení byla hodnocena 81 % pozitivních odpovědí.

Otázky č. C8, C9, C12 a C15 se týkaly hodnocení nastavení organizačních postupů a procesů standardizace v ordinaci. Výsledky hodnocení vyšly ve všech otázkách lépe u AZZ než u NZZ. Problémy s organizací chodu ordinace zaznamenalo 69 % pozitivních odpovědí v AZZ a 64 % pozitivních odpovědí v NZZ. Kontrola nastavení nových postupů byla hodnocena lépe v AZZ (85 % pozitivních odpovědí) než v NZZ (79 % pozitivních odpovědí). Celkově byla v této dimenzi akreditovaná zdravotnická zařízení hodnocena lépe než neakreditovaná zdravotnická zařízení, AZZ získala 78 % pozitivních odpovědí, neakreditovaná zdravotnická zařízení získala 75 % pozitivních odpovědí.

Otázky č. C3, C6, C11 a C14 hodnotily míru stresu a pracovního tlaku na pracovišti. Všechny otázky dimenze stresu a pracovního tlaku byly lépe hodnoceny v neakreditovaných zdravotnických zařízeních. Největší rozdíl byl v odpovědích dotazujících se na dostatek personálu. Neakreditovaná zdravotnická zařízení byla hodnocena 59 % pozitivních odpovědí, akreditovaná zdravotnická zařízení byla hodnocena 48 % pozitivních odpovědí. Hypotéza, že zaměstnanci ambulancí akreditovaných zdravotnických zařízení hodnotí kulturu pracovního prostředí a týmovou spolupráci lépe než zaměstnanci neakreditovaných zdravotnických zařízení, nelze jednoznačně podle odpovědí na otázky oddílu C prokázat.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízeních je hlášení chyb vyšší než v neakreditovaných zdravotnických zařízeních. K této hypotéze se vztahovala otázky z oddílu D – otázka č. D7, D8, D11 a D12. Dané otázky byly zahrnuty do dimenze komunikace o chybovosti. Na otázku ohledně zneužívání chyb proti personálu byla AZZ hodnocena 68 % pozitivních odpovědí, respondenti NZZ hodnotili tuto otázku v míře 73 % pozitivních odpovědí. Otevřenost v diskuzi o problémech ordinace mezi personálem a vedením byla v AZZ hodnocena 46 % pozitivních odpovědí, v NZZ byla hodnocena 44 % pozitivních odpovědí. Diskuze o předcházení vzniku chyb získala v AZZ 72 % pozitivních odpovědí, v NZZ 66 % pozitivních odpovědí. Ochota personálu hlásit chyby byla v AZZ hodnocena 79 % pozitivních odpovědí a v NZZ byla hodnocena 77 %. Výsledek dimenze byl vyhodnocen lépe v akreditovaných zdravotnických zařízeních (66 % pozitivních odpovědí) než v neakreditovaných zdravotnických zařízeních (65 % pozitivních odpovědí), ovšem procentuální rozdíl byl nepatrný. Hypotézu, že v akreditovaném zdravotnickém zařízení je hlášení chyb vyšší než v neakreditovaném zdravotnickém zařízení, nelze jednoznačně podle odpovědí na vybrané otázky týkající se hlášení chyb prokázat.

V České republice je zdravotní péče na vysoké úrovni. Hodnocení zkoumaných parametrů vyšlo ve většině bodech lépe v akreditovaných zdravotnických zařízeních, naopak orientace na pacienta nebo školení při zavádění nových postupů byly hodnoceny lépe v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízeních. Horší výsledky AZZ v těchto oblastech můžeme přisuzovat nedostatku personálu a nedostatečný časový prostor pro kvalitní zaškolení všech nových procesů. Lepší orientaci na pacienta v ambulancích neakreditovaných zdravotnických zařízeních lze vysvětlit i tak, že ve většině zdravotnických zařízení je závislost kvality péče vázána na nákup tak zvané klientské karty, která by měla zajistit přístup ke kvalitnější a bezpečnější péči. Z výzkumu tedy vyplývá, že orientace na pacienta je díky tomuto nadstandardu zajištěna, ovšem zajištění bezpečí pro pacienta už není samozřejmé.

Výzkum diplomové práce porovnáme s dalšími studiemi, které proběhly ve Španělsku v roce 2015, v Jemenu v roce 2015, v Portugalsku v roce 2018, z databáze samotné agentury AHRQ v USA z roku 2018, v Brazílii v roce 2018, v Kanadě v roce 2018 a v Polsku v roce 2019. Všechny zmiňované výzkumy využily dotazník Medical Office Survey on Patient Safety Culture agentury AHRQ. Data ze Španělska, USA, Portugalska, Jemenu a Polska pochází z ambulancí různé specializace. Brazílský výzkum probíhal

rovněž ve všech typech ambulancí, ale byl zaměřen pouze na hodnocení nelékařských zdravotnickým personálem. Kanadský výzkum probíhal v ambulancích fyzioterapeutů, rehabilitačních lékařů a chiropraktiků. Všechna uvedená procentuální data jsou definována jako procentuální průměr pozitivních odpovědí.

Pro porovnání s výzkumy v ostatních státech jsme data akreditovaných a neakreditovaných zdravotnických zařízení sloučili, abychom mohli výsledky lépe interpretovat. Důvodem sloučení výsledků bylo vyhodnocení komplexně, stejně tak i v jiných mezinárodních studiích nebyla zdravotnická zařízení rozdělena na akreditovaná a neakreditovaná. Týmová spolupráce byla v našem výzkumu hodnocena 78 % pozitivních odpovědí, kontinuita péče byla hodnocena 70 %, přístup k organizačním změnám a zajištění kontroly byla hodnocena 74 %, celkové hodnocení kvality a bezpečí bylo hodnoceno 77 %, školení personálu získalo 82 %, hlášení chyb bylo hodnoceno 66 % pozitivních odpovědí, komunikace byla hodnocena 62 %, změny v nastavení organizačních postupů a kontroly pozitivně hodnotilo 76 % respondentů, stres byl hodnocen 54 % pozitivních odpovědí, podpora ze strany vlastníků byla hodnocena 65 %. Výsledná kvalita a bezpečí pacientů byla hodnocena 70 % pozitivních odpovědí.

Východiskem pro porovnání dimenzí a jednotlivých oblastí se pro nás stal samotný report dat společnosti AHRQ z roku 2018. Tento report obsahoval vyhodnocení více než 35 000 validních vrácených dotazníků. Všechna uvedená data byla hodnocena jako procentuální průměr pozitivních odpovědí. První dimenze týmová spolupráce byla hodnocena 86 %. Všechny 4 otázky spadající do této dimenze byly hodnoceny lépe společností AHRQ než v našem výzkumu. Největší rozdíl (11 %) se vztahoval k otázce pomoci a vztahů mezi vlastníkem a zaměstnanci, nejmenší rozdíl (2 %) se vztahoval k vzájemnému respektu. Dimenze kontinuity péče, zahrnující 4 otázky, byla hodnocena rovněž 86 %. Také byla hodnocena lépe ve všech otázkách než v našem výzkumu. Největší rozdíl (21 %) se vztahoval k otázce dotazující se na sledování kontinuity péče. Dimenze organizačních změn byla hodnocena 79 %, dvě otázky byly lépe hodnoceny agenturou AHRQ, jedna otázka byla naopak byla hodnocena lépe v našem výzkumu. Tato otázka se týkala kontroly nastavení změn s rozdílem 3 %. Dimenze bezpečí pacienta a kvality byla hodnocena 77 % pozitivních odpovědí a byla tedy hodnocena stejně jako v našem výzkumu. Prevence pochybení byla lépe hodnocena agenturou AHRQ s rozdílem 16 %, ostatní otázky týkající se prevence chyb byly lépe hodnoceny v našem výzkumu s rozdílem 5 %. Přednost kvality péče před kvantitou byla rovněž hodnocena lépe v našem výzkumu s rozdílem 4 % pozitivních odpovědí. Dimenze školení personálu

byla společností AHRQ hodnocena 73 % pozitivních odpovědí. Tato dimenze byla hodnocena hůře ve všech otázkách než v našem výzkumu. Rozdíl činil 9 % pozitivních odpovědí. Největší rozdíl (15 %) se týkal problému provádět činnosti, ke kterým nebyl personál vyškolen. Dimenze komunikace ohledně chyb byla lépe hodnocena agenturou AHRQ, konkrétně 72 % pozitivních odpovědí. Dimenze otevřenosti v komunikaci získala 70 % pozitivních odpovědí. Dvě z otázek zahrnující tuto dimenzi byly lépe hodnoceny agenturou AHRQ s rozdílem 25 % a 29 % pozitivních odpovědí, dvě zbývající otázky ohledně obav dotazování se v případě nejasností a vyjádření nesouhlasu byly hodnoceny lépe v našem výzkumu s rozdílem 4 % a 19 % pozitivních odpovědí. Dimenze organizačních procesů a standardizace postupů získala 67 % pozitivních odpovědí. Ve třech ze čtyř podotázek byla tato dimenze hodnocena lépe v našem výzkumu, ve čtvrté otázce byla skórována stejně jako v AHRQ. Dimenze podpory ze strany vlastníků nebo vedoucích pracovníků byla hodnocena 66 % pozitivních odpovědí, konkrétně byla hodnocena lépe v AHRQ s rozdílem 1 %. Dimenze stresu a pracovního tlaku byla hodnocena 46 % pozitivních odpovědí, rozdíl této dimenze činil 8 % ve prospěch lepšího hodnocení v našem výzkumu. Výsledná kvalita a bezpečí pacientů v dotazníkovém šetření agentury AHRQ byla hodnocena 72 % pozitivních odpovědí. Porovnání jednotlivých dimenzí mezi daty z agentury AHRQ a naším výzkumem z akreditovaných zdravotnických zařízení a neakreditovaných zdravotnických zařízení je uvedeno v přílohách (Příloha 11 a Příloha 12).

Španělského výzkumu se účastnilo přes 4000 zdravotníků. Autoři zvolili výzkum na téma bezpečné péče v ambulancích s podporou španělské vlády. Tento výzkum byl prvním výzkumem zabývajícím se kvalitou a bezpečnou péčí v ambulancích ve Španělsku. Autoři zvolený dotazník ještě rozšířili o šest dalších otázek, specifických pro daný zdravotní systém země. Nejlépe hodnocenými dimenzemi byly týmová spolupráce 74 %, kontinuita péče 77 % a přístup k organizačním změnám 76 %. Celkové hodnocení bezpečí bylo hodnoceno 70 % pozitivních odpovědí. Stres a zajištění bezpečného chodu ordinace bylo hodnoceno 36 %. Ve všech ostatních dimenzích byla kvalita a bezpečnost pacientů vyhodnocena hůře než ve výzkumu v této diplomové práci a výzkumech ostatních států (Astier – Peña a kol., 2015).

V roce 2015 byl zveřejněn výzkum, kterého se účastnilo 78 jemenských zdravotnických zařízení poskytující ambulantní péči. Výsledná data byla srovnána benchmarkingem s ordinacemi v USA. Týmová spolupráce byla vyhodnocena 96 % pozitivních odpovědí, následovalo zajištění chodu ordinace s 83 %. Dimenze stresu byla hodnocena 57 %. Tyto

tři dimenze byly hodnoceny lépe než v benchmarkingovém srovnání. Celkové hodnocení kvality a bezpečí pacienta bylo hodnoceno 77 % a z toho samotné hodnocení kvality získalo pouze 49 %. Nejhorše hodnocenými v daném výzkumu byly dimenze školení personálu s 61 % a zajištění kontinuity péče s 52 %, což znamená 20% negativní rozdíl v benchmarkingovém srovnání. Výsledné hodnocení kvality a bezpečí autoři rovněž srovnali s výzkumy v okolních státech. Celková kvalita a bezpečí byla v Kuvajtu v roce 2014 hodnocena 85 % a v Iránu v roce 2012 získala pouhých 42 % (Webair a kol., 2015). Portugalského výzkumu se v roce 2018 účastnilo více než sedm tisíc respondentů. Stejně jako ve Španělsku, byl tento výzkum podporován vládou a zároveň se stal základním pilířem pro následné hodnocení. Nejlépe hodnocenými dimenzemi opět byly týmová spolupráce (76 %) a kontinuita péče (76 %). Celkové hodnocení kvality a bezpečí získalo 69 %. Ostatní dimenze byly hodnoceny oproti všem ostatním výzkumům horší. Podpora ze strany vlastníků získala 31 % pozitivních odpovědí. Nejhorše hodnocenou dimenzí byl stres a zajištění chodu ordinace s 21 % pozitivních odpovědí. Autoři se vyjádřili rovněž k nízkému počtu vrácených nebo validních dotazníků. Úspěšnost návratu byla 32 %. Autoři připsali nízkou návratnost skutečnosti, že byl dotazník distribuován pouze v elektronické podobě (Eiras, Escoval, Silva, 2018).

Na ošetrovateľskej konferencii XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería na Kubě v roce 2018 byl zveřejněn výzkum, který probíhal v Brazílii. Obsahoval pouze 3 oddíly z dotazníku Medical Office Survey agentury AHRQ. Jednalo se o oddíl A obsahující hodnocení kvality a bezpečí pacienta, oddíl B hodnotící výměnu informací a oddíl D zaměřený na komunikaci a následnou péči. Zde uvádíme významné oblasti, do závorky jsme zaznamenali hodnoty získané v našem výzkumu. Pozitivní odpovědi v tomto oddílu byly hodnoceny jako součet procentuálního zastoupení odpovědí ani jednou, 1 až dvakrát a několikrát za posledních 12 měsíců. Nemožnost sjednat si vyšetření do 48 hodin po vzniku akutního problému bylo hodnoceno 40 % pozitivních odpovědí (v našem výzkumu získala AZZ 92 %, NZZ 92 %). Použití nesprávných lékařských záznamů bylo hodnoceno 56 % (v našem výzkumu získala AZZ 99 % pozitivních odpovědí, NZZ rovněž 99 %). Problémy s nefunkčním vybavením a přístroji zaznamenalo 57 % (pro porovnání AZZ 89 % a NZZ 86 % pozitivních odpovědí). Respondenti zaznamenali nejčastější problémy s výměnou informací s nemocnicemi (37 %) a lékárnami (27 %) při frekvenci několikrát za posledních 12 měsíců. Ačkoliv zde nebyl výzkum hodnocen komplexně v rámci jednotlivých dimenzí, záměrně jsme ho uvedli s důrazem, že je kvalita a bezpečná péče diskutována

také na poli nelékařského zdravotnického personálu v mezinárodním měřítku (Soares Teixeira a kol., 2018).

Kanadský výzkum z roku 2018 byl zaměřen na ambulance poskytující fyzioterapeutickou a rehabilitační péči. Stejně jako v brazilském výzkumu se autoři zaměřili na hodnocení oblasti bezpečí, zahrnutého v oddílu A a oddílu B a celkové hodnocení ordinace obsažené v oddílu G. Přístup k péči do 48 hodin po vzniku akutního problému byl hodnocen 89 % pozitivních odpovědí, použití špatných lékařských záznamů byl hodnocen 95 % pozitivních odpovědí, nefunkční přístroje a vybavení byly hodnoceny 95 % pozitivních odpovědí. Nejvýraznější rozdíly se týkaly aktualizace karty pacienta s 56 % pozitivních odpovědí a chybějící laboratorní výsledky s 82 % pozitivních odpovědí. Výměna informací s nemocnicemi byla hodnocena 92 % pozitivních odpovědí. Orientace na pacienta byla hodnocena 86 % pozitivních odpovědí, včasnost získala 66 %, účinnost byla hodnocena 79 % pozitivních odpovědí a spravedlnost obdržela 95 % (Funabashi a kol., 2018).

Nejnovější data jsme získaly z polského výzkumu, který byl publikován v únoru 2019. Silnými stránkami polského výzkumu byla týmová spolupráce s 85 % pozitivních odpovědí, nejlépe hodnocenou dimenzí se stala dimenze přístupu k organizačním změnám a kontrole s 87 %. Otevřenost a komunikace byla hodnocena 81 %. Celkové hodnocení kvality a bezpečí získalo 84 %. Podpora ze strany vlastníků a vedoucích pracovníků rovněž získala vysoké hodnocení, konkrétně 84 %. Školení personálu bylo hodnoceno 79 % pozitivních odpovědí. Standardizace procesů v ordinaci byla hodnocena 72 %, otevřenost a komunikace v rámci hlášení chyb získala 70 %. Zajištění následné péče bylo hodnoceno 65 %. Nejhůře hodnocenou dimenzí byl pracovní tlak a stres s 58 % pozitivních odpovědí. Celkové hodnocení kvality a bezpečné péče bylo hodnoceno pozitivně, konkrétně 76,5 % (Rackiewicz a kol., 2019).

Z daných výsledků lze jednoznačně potvrdit zvyšující se trend dodržování kvalitní a bezpečné péče. Ačkoliv jsou výsledky agentury AHRQ vhodné pro srovnání s dalšími výzkumy, musíme brát v úvahu rozdílnost zdravotní péče v USA a na území Evropy.

Grafické porovnání výsledků dimenzí jednotlivých výzkumů je uvedeno v příloze (Příloha č. 13). Grafické porovnání výsledků z brazilského a kanadského výzkumu v porovnání s daty našeho výzkumu, zahrnující pozitivní odpovědi na dotazníkové otázky oddílu A, je uvedeno v Příloze č. 14.

2.10 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě zjištěných a vyhodnocených faktů v praktické části diplomové práce předpokládáme, že je kvalita a bezpečná péče je v akreditovaných i neakreditovaných zdravotnických zařízeních hodnocena na velmi dobré úrovni. Ambulance akreditovaných zdravotnických zařízení jsou v mnoha oblastech hodnoceny lépe než ambulance neakreditovaných zdravotnických zařízení.

Stupeň bezpečí pacienta je v ambulancích akreditovaných zdravotnických zařízeních hodnocen na vynikající nebo velmi dobré úrovni. V některých oblastech mají akreditovaná zdravotnická zařízení ještě rezervy ke zlepšení. Toto hodnocení se týká dimenze proškolení personálu a stresu při práci. Ambulance neakreditovaných zdravotnických zařízení byly celkově z hlediska bezpečí pacienta a dalších oblastí hodnoceny hůře než ambulance akreditované. Výjimkou je dobrá nebo vynikající orientace na pacienta. Ze získaných dat je zřejmé, že v neakreditovaných zdravotnických zařízeních je orientace na pacienta a dostatek personálu hodnocen lépe než v akreditovaných zdravotnických zařízeních. Naopak kvalita péče a bezpečí jsou hodnoceny lépe v akreditovaných zdravotnických zařízeních.

Součástí povolení výzkumného šetření byl požadavek jednotlivých poskytovatelů nasdílet výsledná data, které budou interpretovány v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Ze získaných dat poskytujeme doporučení pro řadový personál, pro vedoucí pracovníky a pro vedení zdravotnických zařízení bez ohledu na to, jestli je zdravotnické zařízení akreditované nebo neakreditované:

Pro řadový personál:

- budovat týmovou spolupráci,
- poskytnout vedoucímu pracovníkovi návrh řešení výpomoci v případě přetížení ambulance,
- zlepšit návaznost péče ve směru upozorňování na preventivní programy, vypracování léčebného plánu, zajištění návaznosti péče u specialisty s dobrými referencemi na dodržování kvalitní a bezpečné péče,
- upozornit na oblasti, které mohou v důsledku vést k nežádoucím událostem,
- podporovat otevřenost vůči řešení problémů,
- nebát se hlásit zjištěné nedostatky nebo chyby.

Pro vedoucí pracovníky:

- podporovat provádění auditů a dalších kontrol, vysvětlit pozitiva,

- být otevřený v diskuzi s řadovým personálem, podporovat vyjádření alternativních názorů,
- podporovat opětovné školení a další vzdělávání zdravotníků.

Pro vedení zdravotnických zařízení:

- upřednostňovat kvalitní a bezpečnou péči nad finanční prosperitou ambulancí,
- zavést nebo častěji informovat o strategiích managementu a dlouhodobých plánech v souvislosti s bezpečnou a kvalitní péčí,
- nepřehlížet chyby,
- zajistit nápravná opatření bez postihu personálu.

Pro neakreditovaná zdravotnická zařízení přidáváme kromě výše doporučeného další:

- zapojit zdravotnické zařízení do procesu akreditace,
- nastavit interní audity v kratším časovém horizontu,
- informovat a proškolit personál o systému hlášení nežádoucích událostí a skorochyb,
- podporovat program kultury bezpečí.

Podmínkou využití dotazníku Medical Office Survey on Patient Safety Culture americké společnosti AHRQ bylo sdílení přeloženého dotazníku do českého jazyka k dalšímu využití v rámci České republiky. Agentura AHRQ rovněž požádala o sdílení dat, která budou zaevidována do databáze agentury AHRQ a budou sloužit k výzkumným účelům samotné agentury AHRQ (Příloha č. 3).

Další doporučení vychází z výzkumu v diplomové práci, kde bylo vyhodnoceno pouze malé množství ambulančí vzhledem k celkovému počtu registrovaných ambulantních zařízení v České republice. Spolupráce s agenturou AHRQ a s využitím uvedeného dotazníku by v celorepublikovém měřítku mohla lépe zmapovat situaci kvality a bezpečí ve zmiňovaném sektoru.

Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na hodnocení kvality a bezpečí pacientů v ambulancích akreditovaných a neakreditovaných zdravotnických zařízení. Cílem diplomové práce bylo zjistit právě míru dodržování bezpečné a kvalitní péče. Ačkoliv je bezpečnost pacientů a kvalita péče v posledních letech sledována, zaměřuje se především na hospitalizaci a lůžkovou péči. V ambulantní sféře přitom může vzniknout také množství nežádoucích událostí.

Teoretická část je rozdělena do devíti podkapitol a obsahuje popis současného stavu problematiky na mezinárodní i národní úrovni. Dále se zabývá legislativními východisky, popisuje procesy měření a hodnocení kvality a definuje proces řízení kvality. Dalšími klíčovými tématy jsou národní akreditační standardy nebo řízení rizik v ambulantní péči. Empirická část je založena na kvantitativním výzkumu, při kterém byl použit standardizovaný dotazník americké agentury AHRQ - SOPSTM Medical Office Survey. Dotazník byl přeložen do českého jazyka. Dotazník obsahoval celkem 56 otázek, které byly rozděleny do devíti oddílů. Sedm oddílů se vztahovalo k hodnocení bezpečné péče a kvality, jeden oddíl se věnoval demografickému rozložení respondentů a jeden oddíl byl k dispozici pro vložení vlastních komentářů respondentů. Oddíly C, D, E, F a G byly možné transformovat do dimenzí, které hodnotily týmovou spolupráci, zajištění návaznosti péče, organizační procesy a standardizaci, celkové bezpečí a kvalitu, otevřenost v komunikaci, školení personálu, stres a pracovní tlak, komunikaci ohledně chyb, schopnost zavádět změny a podporu ze strany vlastníků a vedoucích pracovníků. Vyhodnocení bylo presentováno jako procentuální průměr pozitivních odpovědí. Výzkumu se účastnilo 205 respondentů (73,2 %). Na základě požadavku společnosti AHRQ byl dotazník distribuován nejen zdravotnickému personálu, ale i zaměstnancům z oblasti administrativy, technického personálu nebo členům vedení.

Výzkumem bylo zjištěno, že bezpečná a kvalitní péče je hodnocena v daných zdravotnických zařízeních na vysoké úrovni, ovšem v ambulancích akreditovaných i neakreditovaných zdravotnických zařízeních jsou oblasti, které vyžadují zlepšení procesů nebo nastavení procesů úplně nových. Příkladem je nedostatečná komunikace mezi vedením a personálem. V mnoha ambulancích byla rovněž finanční prosperita ambulance upřednostňována před kvalitní a bezpečnou péčí. Akreditovaná zdravotnická zařízení byla hodnocena hůře v oblasti nedostatku personálu a ve vstupním proškolení postupů. Ve všech ostatních oblastech byla akreditovaná zdravotnická zařízení

hodnocena lépe než neakreditovaná zdravotnická zařízení, proto můžeme tvrdit, že akreditované zdravotnické zařízení je pro pacienta rozhodně bezpečnější. Neakreditovaná zdravotnická zařízení byla hodnocena lépe v oblasti orientace na pacienta. Tento výsledek lze přisuzovat stavu, že většina neakreditovaných ordinací nabízí pacientům zakoupení klientské karty, která umožňuje čerpání léčebné péče v kratším termínu.

Diplomová práce přinesla množství informací o dodržování kvality a bezpečí v ambulancích zdravotnických zařízení a odhalila nedostatky, na které se zúčastněná zdravotnická zařízení zaměří.

Cíl diplomové práce na téma Kvalita a bezpečná péče v ambulancích zdravotnického zařízení byl splněn.

Seznam použité literatury

- AHRQ, 2019. [online]. Rockville: AHRQ [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: www.ahrq.gov
- ASTIER-PENÁ, M. P. a kol. 2015. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? In: *The European Journal of Public Health* [online]. 2015, **25**(5), 781-787 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1093/eurpub/ckv066. ISSN 1101-1262. Dostupné z: <https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckv066>
- BECKOVÁ, M. 2016. *Revize ISO 9001:2015: jak aktualizovat stávající systém managementu kvality?* Praha: Verlag Dashöfer. ISBN 978-80-87963-22-7
- BOXWELL, R. 1994. *Benchmarking for Competitive Advantage*. New York: McGraw-Hill. ISBN 0-07-006899-2.
- CETLOVÁ, L., SAADOUNI, Š. 2009. Akreditace je nekonečný příběh: [rozhovor]. In: *Zdravotnické noviny*. **58**(21), 24-25. ISSN 0044-1996. Dostupné také z: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=424632>
- DONABEDIAN, A., BASHSHUR, R. 2003. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press. 200 s. ISBN 0-19-515809-1.
- EIRAS, M., ESCOVAL, A., SILVA, C. 2018. Patient Safety Culture in Portuguese Primary Care: Validation of the Portuguese Version of the Medical Office Survey. *Vignettes in Patient Safety - Volume 4 [Working Title]* [online]. IntechOpen, 2018, 2018-11-5 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.5772/intechopen.80035. Dostupné z: <https://www.intechopen.com/online-first/patient-safety-culture-in-portuguese-primary-care-validation-of-the-portuguese-version-of-the-medica>
- EUROPEAN UNION, 2005. *Luxembourg Declaration on Patient Safety* [online]. Luxembourg: European Commission DG Health and Consumer Protection, 2005 [cit.2018-09-28]. Dostupné z:https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
- FAMOLARO, T. a kol. 2018. *Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report: Part II, Appendixes*. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2018. AHRQ Publication No. 18-0030-EF.
- FISHER, M., SCOTT, M. 2013. *Patient safety and managing risk in nursing*. Thousand Oaks, California: SAGE/Learning Matters. Transforming nursing practice. 200 s. ISBN 978-144-6266-88-5.

- FUNABASHI, M. a kol. 2018. SafetyNET Community-based patient safety initiatives: development and application of a Patient Safety and Quality Improvement Survey. In: *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, **62**(3), s. 130-142.
- GLADKIJ, I. 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví, řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví, kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. 2. vydání. Brno: Computer Press. 380 s. ISBN: 80-7226-996-8.
- GLADKIJ, I., L. STRNAD, HEGER, L. 1999. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-272-8.
- Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*. WHO Europe [online]. Copenhagen: WHO, 2008. [cit. 2018-10-12]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf
- HINDLS, R. 2006. *Statistika pro ekonomy*. 7. vyd. Praha: Professional Publishing. ISBN 80-86946-16-9.
- HRNČÍŘ, K. 2003. *Zákon 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, jeho novela 274/2003 a navazující předpisy v oblasti ochrany zdraví pracovníků*. Rožnov pod Radhoštěm: RoVS - Rožnovský vzdělávací servis. ISBN 80-239-2428-1.
- KERNOVÁ, V. 2007. Co je podpora a ochrana zdraví. *Státní zdravotní ústav Praha* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav. [cit. 2018-10-11]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/CINDI/kurz/podpora_20zdravi.pdf
- TEAMPREVENT-SANTÉ, 2016. Komunikace. Dostupné také z: http://intranet.ad.badgroup.cz/_layouts/15/start.aspx#/Dokumentace/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2FDokumentace%2FISO%20%2D%20sm%C4%9Brnice%20a%20pracovn%C3%AD%20postupy%2FSm%C4%9Brnice%20a%20pracovn%C3%AD%20postupy&FolderCTID=0x01200014355FF817ECB949A54D20D80E5A013F&View=%7BFAF37D9C%2DBE9E%2D461F%2DB4B2%2D9C9E9BF49908%7D
- MADAR, J. 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vydání. Praha: Grada. 248 s. ISBN: 80-247-0585-0.
- MÁDLOVÁ, I. 2000. Sestavování standardů metodou DySSSy. In: *Sestra*. 2000, **10**(3), 7-8. ISSN 1210-0404.
- MARX, D. 2011. *Akreditace zdravotnických zařízení*. [online][cit. 2018-09-28]. Dostupné na: *Medical tribune: aktuální - nezávislá - mezinárodní*. Praha: Medical Tribune CZ, 2004-. ISSN 1214-8911.

- MARX, D. 2012. U ambulancí kladou standardy důraz na kontinuitu péče. In: *Zdravotnické noviny (Ambit Media)*, 2012, **61**(14), 10. ISSN: 0044-1996.
- MARX, D., VLČEK, F., VYCHYTIL, P. 2010. Národní akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení: Manuál a metodika plnění. *Spojená akreditační komise* [online]. Praha: Spojená akreditační komise. [cit. 2018-10-18]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty-a-standardy/standardy-sak/>
- MEDICAL OFFICE SURVEY, 2018. *AHRQ* [online]. Rockville: AHRQ. [cit. 2018-10-31]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/sops/surveys/medical-office/index.html>
- MZ ČR, 2008. Světová zdravotnická organizace [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/svetova-zdravotnicka-organizace_2409_18.html
- MZ ČR, 2010. *Péče v ambulancích* [online]. [cit. 2018-12-01]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/pece-v-ambulancich_2407_18.html
- MZ ČR, 2012. *Resortní bezpečnostní cíle* [online]. [cit. 2018-10-19]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_1837_15.html
- MZ ČR, 2015. *Seznam oprávněných osob*. Praha: MZČR. 1.10.2015 [cit. 2018-11-06]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/seznam-opravnenych-osob-_3205_29.html
- MZ ČR, 2016. *Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb* [online]. [cit. 2018-10-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/interni-hodnoceni-kvality-a-bezpeci-_3367_29.html
- NENADÁL, J. 2004. *Měření v systémech managementu jakosti*. 2. dopl. vyd. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-110-0.
- OECD, 2014. *Review of Health Care Quality Czech Republic. Raising standards*. [online]. [cit. 2018-10-19]. ISBN 978-92-64-20859-9. Dostupné z: http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityCZECH_REPUBLIC_ExecutiveSummary.pdf
- PEŠEK, J. 2003. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO: ve zdravotnictví a lékárenství: s využitím norem ISO*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 80-247-0551-6.
- PLEVOVÁ, I. 2012. *Management v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN: 978-80-247-3871-0.

- POKORNÁ, A., BŮŘILOVÁ, P., ŠTROMBACHOVÁ, V. a kol. 2017. Zdravotnická dokumentace. *Národní portál: Systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. [cit. 2018-12-04]. Dostupné z: [http://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/zdravotnicka_dokumentace_plna_ve_rze_metodiky\(1\).pdf](http://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/zdravotnicka_dokumentace_plna_ve_rze_metodiky(1).pdf)
- RACZKIEWICZ, D. a kol. 2019. Patient safety culture in Polish Primary Healthcare Centers. *International Journal for Quality in Health Care* [online]. 2019 [cit. 2019-03-01]. DOI: 10.1093/intqhc/mzz004. ISSN 1353-4505. Dostupné z: <https://academic.oup.com/intqhc/advance-article/doi/10.1093/intqhc/mzz004/5316143>
- SEIFERT, B. a kol. 2015. *Návod na hodnocení kvality primární péče*. 1. vydání. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. 80 s. ISBN 978-80-87023-42-6.
- SEIFERT, B., BÝMA S., STRUK, P. 2009. Akreditace ordinací všeobecných praktických lékařů v České republice. In: *Praktický lékař*. 2009, **89**(10), s. 582-585. ISSN 0032-6739.
- SOARES TEIXEIRA, M. a kol. 2018. Segurança do paciente na atenção primária: análise de situações que favorecem eventos adversos. *XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería* [online]. La Havana: Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/145>
- SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, O.P.S. 2018. [online]. Praha: SAK ČR, 2018 [cit. 2018-11-12]. Dostupné z: www.sakcr.cz
- STANĚK, I. 2011. Co znamená kvalita a bezpečnost zdravotní péče. In: *Medical tribune*. 2011, **7**(1). ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr/archiv/382>
- Surveys on Patient Safety Culture, 2018. *Agency for Healthcare Research and Quality* [online]. Rockville: AHRQ. [cit. 2018-06-18]. Dostupné z: <https://www.ahrq.gov/sops/index.html>
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- ŠKRLA, P. 2005. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 162 s. ISBN: 80-7013-419-4.

- ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
- VÁLKOVÁ, M. 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. 78 s. ISBN 978-80-87023-45-7.
- VEBER, J. 2000. *Management: základy, prosperita, globalizace*. Praha: Management Press. 704 s. ISBN 80-7261-029-5.
- VĚSTNÍK MZ ČR, 2015. In: Praha: MZ ČR, ročník 2015, částka 16. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html
- VĚSTNÍK MZ ČR, 2016. In: Praha: MZ ČR, ročník 2016, částka 8. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2016_12874_3442_11.html
- VLČEK, F. 2011. Jak na indikátory kvality. In: *Spojená akreditační komise České republiky* [online]. Praha: SAK ČR, 2011 [cit. 2018-10-19]. Dostupné z: http://www.sakcr.cz/get_file.php?file=./admin/upload/download/193vlcekindikatorykvalityolomouc2011.pdf
- VLČEK, F. 2011. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení, role externí kontroly* [online]. Praha [cit. 2018-10-28]. Dostupné z: <https://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/vyuka/studijni-materialy/CNSPH1/Kvalita-externi-kontrola-bezobr.pdf>
- WEBAIR, H., H. a kol. 2015. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Fam Pract.* 2015, 16(136). DOI:10.1186/s12875-015-0355-1
- WHO, 2007. *Patient Safety Solutions*. [online]. Switzerland: World Health Organization Press [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: <http://www.who.int/patientsafety/topics/solutions/en/>
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 2018-12-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- Zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 2018-12-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-268>

Seznam grafů

Graf 1 Nemožnost sjednání návštěvy při vzniku akutního problému.....	41
Graf 2 Použití nesprávné zdravotní karty	42
Graf 3 Zdravotní karta není k dispozici	43
Graf 4 Lékařské informace nesprávně zaevidovány	44
Graf 5 Nefunkční lékařské vybavení	45
Graf 6 Kontaktování ordinace lékárnou.....	46
Graf 7 Aktualizace seznamu léků	47
Graf 8 Laboratorní výsledky nebo výsledky zobrazovacích vyšetření nejsou k dispozici	48
Graf 9 Prověření kritického abnormálního výsledku.....	49
Graf 10 Výměna informací s externí laboratoří nebo centrem zobrazovacích metod ...	50
Graf 11 Výměna informací s jinými ordinacemi, externími lékaři.....	51
Graf 12 Výměna informací s lékárnami	52
Graf 13 Výměna informací s nemocnicemi	53
Graf 14 Výměna informací s jinými pracovišti	54
Graf 15 Vzájemná výpomoc při zaneprázdnění	55
Graf 16 Pracovní vztahy mezi zaměstnanci a poskytovateli péče	56
Graf 17 Stres při práci.....	57
Graf 18 Školení při zavádění nových postupů.....	58
Graf 19 Respekt v ordinaci	59
Graf 20 Příliš mnoho pacientů	60
Graf 21 Školení na pracovišti	61
Graf 22 Organizace práce	62
Graf 23 Postupy pro kontrolu	63
Graf 24 Úkoly, ke kterým nejsou vyškoleni	64
Graf 25 Dostatek personálu	65
Graf 26 Problémy s pracovními postupy	66
Graf 27 Týmová spolupráce	67
Graf 28 Příliš mnoho pacientů k plnění úkolů.....	68
Graf 29 Dodržování standardních postupů	69
Graf 30 Vstřícný přístup poskytovatelů k nápadům personálu.....	70
Graf 31 Vybízení personálu k alternativním názorům.....	71

Graf 32 Připomenutí prevence	72
Graf 33 Obava klást otázky v případě pochybností	73
Graf 34 Sledování dodržování léčebných postupů u chronicky léčených pacientů	74
Graf 35 Zprávy od externího poskytovatele	75
Graf 36 Zneužívání chyb personálu	76
Graf 37 Otevřenost mezi poskytovateli a personálem	77
Graf 38 Sledování pacientů vyžadující monitoring	78
Graf 39 Vyjádření nesouhlasu	79
Graf 40 Diskuze o způsobech zabránění chyb	80
Graf 41 Ochota hlásit chyby	81
Graf 42 Vedení a řadový zaměstnanec	82
Graf 43 Poskytovatel neposkytuje investice	83
Graf 44 Přehlížení chyb ze strany poskytovatelů	84
Graf 45 Priorita zlepšení procesů ze strany vedoucích pracovníků	85
Graf 46 Rozhodnutí, co je nejlepší pro ordinaci, a ne pro pacienta	86
Graf 47 Změna způsobu provádění úkonů při problému	87
Graf 48 Dobré postupy pro prevenci chyb	88
Graf 49 Více chyb, než by mělo	89
Graf 50 Více chyb, které ovlivňují pacienty	90
Graf 51 Schopnost dobře měnit postupy v ordinaci	91
Graf 52 Objem vykonané práce důležitější než kvalita	92
Graf 53 Kontrola funkčnosti změn postupů v péči o pacienta	93
Graf 54 Orientace na pacienta	94
Graf 55 Efektivita	95
Graf 56 Včasnost	96
Graf 57 Účinnost	97
Graf 58 Spravedlnost	98
Graf 59 Hodnocení bezpečnosti pacienta	99
Graf 60 Délka pracovního poměru	100
Graf 61 Týdenní úvazek	101
Graf 62 Pracovní pozice	102

Seznam tabulek

Tabulka 1 Počty dotazníků vrácených ke zpracování.....	40
Tabulka 2 Celková bezpečnost klienta	103
Tabulka 3 Přístup k péči	104
Tabulka 4 Identifikace pacienta	104
Tabulka 5 Zdravotní karta k dispozici	105
Tabulka 6 Nedostupné lékařské záznamy.....	105
Tabulka 7 Lékařské vybavení	106
Tabulka 8 Oprava receptu, předpisu	107
Tabulka 9 Aktualizace léků	107
Tabulka 10 Testy k dispozici	108
Tabulka 11 Prověření laboratorních testů	108
Tabulka 12 Orientace na pacienta.....	109
Tabulka 13 Efektivita.....	110
Tabulka 14 Včasnost.....	110
Tabulka 15 Účinnost.....	111
Tabulka 16 Spravedlnost	111
Tabulka 17 Dobré pracovní vztahy.....	112
Tabulka 18 Školení nových postupů.....	113
Tabulka 19 Potřebná školení.....	113
Tabulka 20 Problémy s organizací.....	114
Tabulka 21 Dostatek personálu.....	114
Tabulka 22 Zneužívání chyb proti personálu	116
Tabulka 23 Otevřená diskuze o problémech.....	116
Tabulka 24 Diskuze o zabránění opakování chyb	117
Tabulka 25 Ochota hlásit chyby	117

Seznam použitých zkratek

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ALPHA	Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation
AZZ	akreditované zdravotnické zařízení
CQI	Continuous Quality Improvement
ČR	Česká republika
EC	European Commission
EFQM	The European Foundation for Quality Management
EU	Evropská unie, European Union
ISQua	The International Society for Quality in Health Care
KZK	Kontinuální zvyšování kvality
MOSPSC	Medical Office Survey on Patient Safety Culture
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NZZ	neakreditované zdravotnické zařízení
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PDCA	Plan – Do – Check – Act, Demingův cyklus
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
SOPS TM	Standard Operating Procedures
TQM	Total Quality Management
WHO	World Health Organization
ZZ	zdravotnické zařízení

Seznam příloh

Příloha č. 1 Medical Office Survey on Patient Safety Culture

Příloha č. 2 Výzkumný dotazník pro ambulance

Příloha č. 3 Povolení k distribuci dotazníku MOSPSC agentury AHRQ

Příloha č. 4 Žádost o povolení výzkumného šetření ve zdravotnických zařízeních

Příloha č. 5 Povolení k výzkumnému šetření ve zdravotnickém zařízení A

Příloha č. 6 Povolení k výzkumnému šetření ve zdravotnickém zařízení B

Příloha č. 7 Povolení k výzkumnému šetření ve zdravotnickém zařízení C

Příloha č. 8 Povolení k výzkumnému šetření ve zdravotnickém zařízení D

Příloha č. 9 Povolení k výzkumnému šetření ve zdravotnickém zařízení E

Příloha č. 10 Ověření statistické významnosti odpovědí uvedené v dotazníku v oddílu C

Příloha č. 11 Grafické porovnání hodnocených otázek akreditovaných ZZ a výsledků AHRQ 2018

Příloha č. 12 Grafické porovnání hodnocených otázek neakreditovaných ZZ a výsledků AHRQ 2018

Příloha č. 13 Porovnání výsledků výzkumů jednotlivých států – hodnocené dimenze

Příloha č. 14 Porovnání výsledků výzkumů v oddílu A – Brazílie, Kanada a diplomová práce

Příloha č. 15 Povolení k využití materiálů WHO