



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví

Diplomová práce

Management rizik ve vybraných zdravotnických zařízeních

Vypracoval: Bc. Jana Jínová
Vedoucí práce: doc. MUDr. Jozef Filka, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Jako téma diplomové práce jsem si zvolila *Management rizik ve vybraných zdravotnických zařízeních*. Řízení rizik ve zdravotnictví se zabývá neustálým zvažováním možností výskytu nežádoucích situací a jejich prevencí. V tomto smyslu považuje zdravotnické zařízení vše, co je zdrojem nejistoty, za riziko, které je třeba úplně odstranit, eliminovat nebo alespoň snížit. Z mezinárodních studií vyplývá, že až 70 % nežádoucích událostí by se dalo předejít. Důvody ke sledování různých druhů nežádoucích událostí mohou být pro jednotlivá zdravotnická zařízení odlišné, ale u většiny nežádoucích událostí je jejich sledování podněcováno snahou o prevenci jejich následků na zdravotní stav pacientů.

Diplomová práce je členěna na dvě hlavní části, teoretickou a praktickou. Teoretická část diplomové práce byla vytvořena na základě studia odborné literatury, legislativy a odborných internetových portálů. Podává přehled o kvalitě a bezpečnosti poskytované zdravotní péče, o řízení rizik ve zdravotnictví a o managementu nežádoucích událostí.

V praktické části diplomové práce jsou pomocí tabulek a grafů znázorněny a vyhodnoceny výsledky šetření. Pro výzkumnou část diplomové práce byla použita metoda smíšeného výzkumu, neboli kvalitativně kvantitativní. Výzkum byl realizován u dvou vybraných poskytovatelů zdravotních služeb. Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím rozhovorů s hlavními sestrami vybraných zdravotnických zařízení, retrospektivní analýzou dat z výročních zpráv a interních dokumentů vybraných zdravotnických zařízení, a dále dotazníkovou akcí mezi nelékařským zdravotnickým personálem, tedy všeobecnými sestrami, resp. i porodními asistentkami z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení.

Pro vytvoření přehledů nežádoucích událostí byly stěžejní informace a data získána v obou dvou zdravotnických zařízeních identickým způsobem prostřednictvím hlavních sester. V rámci dotazníkové akce bylo mezi nelékařský zdravotnický personál rozdáno 120 dotazníků, nazpět se vrátilo 111 (92,5 %) dotazníků, avšak pro nejasné,

nesprávné či neúplné vyplnění bylo 6 dotazníků vyřazeno, a tak bylo k výzkumu použito dohromady 105 dotazníků, tj. 87,5% návratnost.

V rámci práce byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit současný stav hlášení nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních. Druhým cílem bylo vytvořit přehled hlášených nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních v období let 2011, 2012 a 2013. A třetím cílem bylo zjistit názory a postoje zdravotních sester z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení na hlášení nežádoucích událostí

V rámci práce byly položeny čtyři výzkumné otázky. 1) V čem se liší systém hlášení nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních? Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že postup při hlášení nežádoucích událostí je v obou zdravotnických zařízeních obdobný. Personál, který zjistí výskyt NU, má povinnost ji okamžitě řešit, hlásit a vyplněný papírový formulář předat vedoucí oddělení. Liší se pouze struktura formuláře. 2) Jaká je nejčastěji hlášená nežádoucí událost ve vybraných zdravotnických zařízeních? Sekundární analýza dat z výročních zpráv vybraných zdravotnických zařízení přinesla výsledky, že jednoznačně nejčastěji hlášenou událostí je pád. Vyhodnocením dotazníkového šetření bylo také zjištěno, že oslovení respondenti hlásí pád jako nejčastější nežádoucí událost. 3) Znají zdravotní sestry z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení systém hlášení nežádoucích událostí? Vyhodnocením dotazníkového šetření byla jednoznačně prokázána znalost postupu oslovených respondentů při řešení a hlášení výskytu nežádoucích událostí. 4) Vyhovuje zdravotním sestřám z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení systém hlášení nežádoucích událostí? Vyhodnocení dotazníkového šetření přineslo výsledky, ze kterých vyplynulo, že většině oslovených respondentů vyhovuje systém hlášení nežádoucích událostí, jsou s ním spokojeni.

Výsledky a poznatky z této diplomové práce budou interpretovány hlavním sestřám obou zdravotnických zařízení a mohou být podkladem pro debatu o zavedení pravidelných školení o nežádoucích událostech na jejich pracovišti. Tato práce může posloužit i jako námět a podklad pro další výzkum v této oblasti.

Abstract

I decided to focus my diploma thesis on *Risk Management in Selected Health-Care Facilities*. Healthcare risk management consists of continuous consideration of potential adverse situations and their prevention. In this sense, healthcare facilities consider any source of uncertainty to be a risk which must be eliminated or, at least, reduced. International studies show that up to 70% of adverse events could be prevented. Reasons for observing various types of adverse events may differ in individual healthcare facilities. However, most adverse events are observed in an effort to prevent their consequences upon patients' health.

The paper is divided into two main sections: theoretical and practical. The theoretical portion of the diploma thesis was created based upon a study of journals, law and professional websites. It provides an overview of the quality and safety of healthcare provided, risk management in healthcare facilities and adverse event management.

The practical portion of the diploma thesis includes tables and figures depicting and evaluating the research results. A mixed research method, i.e., qualitatively quantitative, was used for the research portion of the paper. The research was carried out at two selected healthcare providers. The survey consisted of interviews with head nurses in the selected healthcare facilities, an analysis of retrospective data using information obtained from the selected healthcare facilities' annual reports and internal documents and a questionnaire distributed to paramedical staff, i.e., general nurses and midwives working at selected departments in the healthcare facilities selected.

To create an overview of adverse events, the key information and data were obtained in an identical manner from both of the two healthcare facilities selected, i.e., via the head nurses. 120 questionnaires were distributed among paramedical staff of which 111 (92.5%) were returned to the researcher. However, due to ambiguous, incorrect or incomplete filling out, 6 questionnaires were discarded and thus a total of 105 questionnaires were used for the research representing 87.5% response rate.

Three objectives were set for the work. The first one was to determine the current state of adverse event reporting in the selected healthcare facilities. The second objective consisted of creating an overview of the adverse events reported in the selected healthcare facilities in 2011, 2012 and 2013. The third objective consisted of determining opinions and attitudes of the nurses in the selected departments of the selected healthcare facilities concerning adverse event reporting.

Four research questions were asked as part of the work. 1) *In what ways do the adverse event reporting systems differ in the selected healthcare facilities??* The survey showed that the procedure during adverse event reporting was similar in both of the healthcare facilities. Members of staff who discover an adverse event has occurred are obligated to resolve it immediately; they must report it and present a filled-out form to the head of their department. The forms differ only in their structure. 2) *What adverse event is the most frequently reported in the selected healthcare facilities?* The secondary analysis of data obtained from annual reports prepared by the selected healthcare facilities delivered results – falling represents the most frequently reported event. The evaluation of the questionnaire survey showed that the respondents also reported falling as the most frequent adverse event. 3) *Are the nurses working in the selected departments of the selected healthcare facilities familiar with their adverse event reporting system?* The questionnaire survey evaluation clearly demonstrated that the respondents knew how to resolve and report an adverse event. 4) *Are the nurses in the selected departments in the healthcare facilities satisfied with the adverse event reporting system?* The evaluation of the questionnaire survey showed that most respondents were satisfied with the adverse event reporting; they were content with it.

The results and information gained in this diploma thesis will be passed on to the nurses in the two healthcare facilities and can serve as a basis for a debate on an introduction of regular adverse event trainings at their departments. This paper can also serve as an inspiration and background for further research in this area.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2014

.....

Bc. Jana Jínová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především svému vedoucímu doc. MUDr. Jozefu Filkovi, Ph.D., za odborné vedení, věcné připomínky a ochotu při vypracování této diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat za poskytnuté informace hlavním sestřám ze zdravotnických zařízení, ve kterých byl výzkum zrealizován, a déle patří můj dík personálu, který se ochotně podílel na vyplňování předložených dotazníků.

Obsah

Seznam použitých zkratk	10
Úvod	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 KVALITA A BEZPEČNOST PÉČE	13
1.1.1 Kvalita	13
1.1.2 Bezpečnost	18
1.1.3 Systémy pro hodnocení kvality zdravotní péče	21
1.1.3.1 Akreditace	21
1.1.3.2 Certifikace	24
1.1.3.3 Model definující proces tvorby národních akreditačních standardů	25
1.1.3.4 Modely excelence	26
1.1.4 Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb v ČR	26
1.2 MANAGEMENT RIZIK	28
1.2.1 Riziko	28
1.2.2 Řízení rizik	29
1.2.3 Manažer rizik	32
1.2.4 Prevence rizik	32
1.3 MANAGEMENT NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ	33
1.3.1 Druh nežádoucí události	36
1.3.2 Hlavní kategorie nežádoucích událostí	36
1.3.3 Zásady hlášení nežádoucích událostí	37
1.3.4 Důvody ke sledování nežádoucích událostí	39
1.3.5 Motivace pracovníků k hlášení	40
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
2.1 CÍLE PRÁCE	41
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
3 METODIKA	42
3.1 POUŽITÉ METODY	42
3.1.1 Rozhovor	42
3.1.2 Retrospektivní analýza dat	42
3.1.3 Dotazníkové šetření	42

3.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	43
3.2.1	<i>Poskytovatel zdravotních služeb č. 1</i>	44
3.2.2	<i>Poskytovatel zdravotních služeb č. 2</i>	44
3.3	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	45
4	VÝSLEDKY	48
4.1	PŘEHLED HLÁŠENÝCH NU ZA ROKY 2011, 2012 A 2013	48
4.2	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	51
4.2.1	<i>Statistické a grafické hodnocení odpovědí respondentů</i>	51
4.2.1.1	Základní charakteristiky respondentů.....	52
4.2.1.1.1	Kvantitativní vyhodnocení věku a praxe.....	57
4.2.1.2	Porovnání názorů respondentů na systém hlášení a řešení NU	58
4.2.2	<i>Hodnocení nezávislosti vybraných odpovědí na vybraných faktorech</i>	87
4.2.2.1	Chí-kvadrát test pro vybrané odpovědi k vybraným faktorům ve ZZ SAK	89
4.2.2.2	Chí-kvadrát test pro vybrané odpovědi k vybraným faktorům ve ZZ ISO	91
5	DISKUZE	93
6	ZÁVĚR	106
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	108
8	KLÍČOVÁ SLOVA	114
9	PŘÍLOHY	115

Seznam použitých zkratek

- ACS - American College of Surgeons - Americký svaz chirurgů
- ARO - anesteziologicko-resuscitační oddělení
- ČAS - Česká asociace sester
- ČR - Česká republika
- ČSN - české technické normy (česká soustava norem - neoficiální výklad zkratky)
- DEO - dětské oddělení
- EFQM - European Foundation for Quality Management - Evropská nadace pro řízení kvality
- EU - Evropská unie
- GPO - gynekologicko-porodnické oddělení
- CHIR - chirurgické oddělení
- ICPS - International Classification for Patient Safety - Mezinárodní klasifikace pro bezpečnost pacientů
- INT - interní oddělení
- JCIA - Joint Commission International Accreditation - Společná mezinárodní komise
- JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení
- JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals - Společná komise pro akreditaci nemocnic
- MZČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- NSHNU - Národní systém hlášení nežádoucích událostí
- NLZP - nelékařský zdravotnický personál
- NU - nežádoucí událost
- o.p.s. - Obecně prospěšná společnost
- ONP/LDN - oddělení následné péče/léčebna dlouhodobě nemocných
- PSBPKZP - Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče
- RBC - Resortní bezpečnostní cíle
- SAK - Spojená akreditační komise (též označení jednoho sledovaného ZZ)

SZŠ - střední zdravotnická škola

SŘK - systém řízení kvality

ISO - The International Organization for Standardization - Mezinárodní organizace pro standardizaci (též označení jednoho sledovaného ZZ)

ISQua - The International Society for Quality in Health Care - Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví

ÚZIS ČR - Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

VŠ - vysoká škola

VOŠ - vyšší odborná škola

WHO - World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

ZZ - zdravotnické zařízení

Úvod

Téma *Management rizik ve vybraných zdravotnických zařízeních* jsem si pro zpracování své diplomové práce zvolila, protože se domnívám, že problematika výskytu rizik při poskytování zdravotní péče je aktuálním tématem.

Každá lidská činnost v sobě obsahuje větší či menší míru rizika pochybení, neboť chybovat je lidské. Poskytování zdravotní péče je náročný a komplikovaný obor lidské činnosti a je tak více než žádoucí případná rizika omezit na minimální možnou míru. (45) Zvyšování kvality péče a bezpečí pacientů patří k prioritám současného zdravotnictví a tak se důležitým prvkem stává řízení rizik.

Řízení rizik ve zdravotnictví se zabývá neustálým zvažováním možností výskytu nežádoucích situací a jejich prevencí. Každý zaměstnanec zdravotnického zařízení se podílí na identifikaci rizik hlášením nežádoucích událostí, které již nastaly, ale také hlášením situací posouzených jako potenciálně rizikové. Důvody ke sledování nežádoucích událostí mohou být pro jednotlivá zdravotnická zařízení odlišné, u většiny je však jejich sledování podněcováno snahou o prevenci následků nežádoucích událostí na zdravotní stav pacientů. (48)

Jako cíle jsem si ve své práci stanovila: 1) Zjistit současný stav hlášení nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních. 2) Vytvořit přehled hlášených nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních za období let 2011, 2012, 2013. 3) Zjistit názory a postoje zdravotních sester z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení na hlášení nežádoucích událostí. Výzkumné otázky jsem si položila následující: 1) V čem se liší systém hlášení nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních? 2) Jaká je nejčastěji hlášená nežádoucí událost ve vybraných zdravotnických zařízeních? 3) Znají zdravotní sestry z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení systém hlášení nežádoucích událostí? 4) Vyhovuje zdravotním sestřám z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení systém hlášení nežádoucích událostí?

1 Současný stav

1.1 Kvalita a bezpečnost péče

Zdravotní péče je v České republice na vysoké úrovni. V českém zdravotnictví pracuje mnoho kvalifikovaných zdravotnických profesionálů a také technické podmínky se stále zdokonalují. Společně s dostupností a cenou patří kvalita ke třem hlavním vzájemně se ovlivňujícím atributům zdravotní péče. V současné době se lze u nás i v zahraničí setkat se stoupajícím trendem nárůstu finančních nákladů za poskytovanou zdravotní péči. (17) Příčin vzniku tohoto stavu je hodně. Mezi nejpodstatnější důvody zřejmě patří stárnutí populace, dostupnost nových vylepšených, ale dražších medicínských technologií a zvyšující se nároky spotřebitelů poskytované zdravotní péče, tedy pacientů. Do popředí se tedy dostává rozpor mezi vzrůstajícími požadavky a omezenými zdroji. Ve vyspělých zemích se prosazují snahy vyčlenit určitý objem finančních prostředků pro poskytnutí kvalitní zdravotní péče co nejvíce lidem. Vnímání a posuzování kvality je však velmi subjektivní, proto je důležité definovat kvalitu a stanovit objektivní kritéria pro její hodnocení. (7)

1.1.1 Kvalita

Kvalita neboli jakost, je slovo, které je v posledních desítkách let často používáno v různých souvislostech. Definovat kvalitu však není jednoduché, úhlů pohledu na tento pojem existuje mnoho. Prvními institucemi, které se zaměřily na sledování kvality jako takové, byly cechy, jež si vytyčily určité parametry pro splnění či nesplnění práce. Při monitoringu kvality představovaly z historického hlediska kladnou změnu především dvě období. První v rámci manufakturní výroby,

kdy se sledoval proces na jednotlivých úsecích výroby. Druhým bylo období po 2. světové válce, kdy kvalita výrobků byla hlavním faktorem konkurenčních soubojů. Přelom 80. a 90. let 20. století představuje orientaci managementu kvality na zákazníka. Zákazník určuje, jestli je produkt nebo služba kvalitní. Na konci 20. století lze pozorovat snahy o prosazování managementu kvality zaváděním norem, udělováním akreditací a cen za jakost. (42)

Kvalita ve zdravotnictví

Poskytování zdravotních služeb je služba jako každá jiná. Služba je produkt v nehmotné podobě, je to činnost probíhající mezi zákazníkem a poskytovatelem. Zákazníkem je v případě poskytování zdravotních služeb pacient, který přichází do zdravotnického zařízení s tím nejcennějším co má, tj. se svým zdravím. Kvalita poskytovaných služeb je tématem, které nezajímá jen provozovatele zdravotních služeb. Zajímá i státní správu, plátce zdravotního pojištění a hlavně širokou veřejnost, tedy zejména pacienti samotné. (30)

Institute of Medicine, definuje kvalitu jako *„míru pravděpodobnosti, se kterou poskytnutá péče přinese pro jednotlivce či populaci žádaný výsledek a je ve shodě s odbornými poznatky“*. (20)

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1966 definovala kvalitu zdravotní péče jako *„souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe“*. Podle novější verze ji definuje jako *„stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobému úrovní znalostí a technologického vývoje“*. (63) Ve své *Směrnici pro vývoj strategií kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotnického systému* vymezila kvalitu jako službu *„která co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje, aby se spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u těch nejpotřebnějších, bez zbytečného plýtvání a v mezích požadavků vyšší úrovně“*. (62) Tato definice v sobě zahrnuje potřebu bezpečí, zajištění základních lidských práv a užití právních předpisů. Také v sobě obsahuje tři základní pohledy na kvalitu a to kvalitu z pohledu pacienta,

zejména jeho potřeby a přání, dále odbornou kvalitu neboli správnou odbornou praxí, v neposlední řadě i kvalitu řízení managementu, což v sobě obnáší předepisování a dodržování předpisů. (50)

Zakladatel studia kvality zdravotní péče Avedis Donabedian popsal kvalitu zdravotní péče jako „takovou péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“. Zajišťování kvality zdravotní péče pak hodnotí z pohledu:

- struktury (vztahuje se na úroveň vstupů, tedy vhodnost použitých léků, materiálu, budov, přiměřenost zařízení, odborné kompetence, organizaci péče a zejména úroveň lidských zdrojů),
- procesu (práce s dostupnými zdroji neboli postupy ze strany personálu - styk a vztah lékaře s pacientem, diagnostické a léčebné postupy a metody, ekonomické řízení a využití zdrojů),
- výstupu (výsledky osobní a veřejné péče, spokojenost pacienta). (8)

Jelikož je kvalita pojmem relativním, tak jí nelze stanovit pouze popisem nebo analýzou činností. Je vhodné a potřebné srovnávat s podobnou činností, se stejnou činností na jiném místě nebo v jiném čase. (14) Zakladatel programu kontinuálního zvyšování kvality Deming řekl: „*Abychom mohli něco zlepšit, musíme to změnit. Abychom mohli něco změnit, musíme tomu rozumět. Abychom mohli něčemu rozumět, musíme to měřit.*“ (7)

Donabedian kvalitu rozdělil na tzv. dimenze, čímž dal významný metodický základ pro měření kvality pomocí tzv. indikátorů kvality, statistických ukazatelů, které o úrovni dané dimenze kvality vypovídají.

Dimenze kvality:

1. Dostupnost: míra s jakou je vhodná péče, intervence dostupná pro pacienta s konkrétní potřebou, problémem

2. Přiměřenost: míra s jakou je zvolená péče, intervence relevantní k pacientovu stavu, a to podle současných odborných poznatků
3. Soustavnost: úroveň koordinace péče o pacienta mezi praktickými lékaři, zdravotnickými zařízení (mezi jednotlivými odděleními) a napříč časem
4. Účinnost: správnost poskytnuté péče, intervence vzhledem k současným poznatkům, za účelem dosáhnout očekávaných výsledků u daného pacienta
5. Vhodnost: míra s jakou je zvolená intervence prokazatelně účinná na konkrétní pacientův stav
6. Hospodárnost: podíl dosaženého výsledku u pacienta k vynaloženým prostředkům za poskytnutou péči
7. Autonomie pacienta a spokojenost: míra s jakou je pacient (či jeho blízcí) zapojován do rozhodování o čerpané péči a toho, jak citlivě a s respektem je tento proces veden ze strany poskytovatele zdravotní péče
8. Bezpečnost: míra předcházení rizikům, která hrozí pacientovi při poskytování zdravotní péče
9. Včasnost: míra s jakou je péče, intervence pacientovi poskytnuta v době, kdy je nejvíce potřeba či pro pacienta znamená největší přínos. (9)

Kvalita zdravotní péče by měla být vnímána jako komplexní služba, splňující všechny dimenze dohromady. Při vnímání kvality zdravotní péče je primárním hlediskem kvalita vlastního léčebného úkonu, tj. co se poskytuje a jaké jsou doprovodné služby. Jedná se zejména o organizaci příjmu pacienta, podávání informací, zajištění bezpečnosti, ubytování, stravy, organizaci léčebné péče, kulturní možnosti nemocnice, tzn. jak se služba či péče poskytuje. V dnešní době je sledování kvality péče ryze individuální záležitostí, každý používá jiná kritéria. Stát monitoruje základní demografické ukazatele, zdravotní pojišťovny sledují náklady na zdravotní péči, svaz pacientů zajímají hlavně pacienti poškození nesprávnou léčbou a odborné společnosti se zabývají zpracováváním standardů poskytované péče. Objevují se tedy rozmanité přístupy, které se snaží o hodnocení kvalitativní úrovně poskytované zdravotní péče. (30)

Indikátory kvality

V dnešní době se pro hodnocení výkonu a kvality užívá nejrůznějších statistických ukazatelů neboli indikátorů vztahujících se k dané oblasti, mohou jimi být různá odvětví, ať už ekonomika nebo třeba politika. I ve zdravotnictví se užívá celá řada různých indikátorů. Tyto indikátory jsou měřitelným kritériem, které ve srovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují míru, jak bylo tohoto standardu dosaženo. Indikátory kvality se vztahují buď na strukturu, proces, či výstup důležitého hlediska procesu nebo péče. Indikátor je číslo, je to vždy kvantita mající vypovídající hodnotu o kvalitě. Výsledek indikátoru musí být začleněn do numerického kontextu umožňující porovnání. Bez kontextu se indikátory stávají pouhou statistikou a nejsou nástrojem zlepšování kvality. Indikátory mohou být zaměřené na pozitivní nebo na negativní jevy. (51)

Vybrané sledované indikátory:

- nozokomiální infekce
- infekce vzniklé v souvislosti s invazivními vstupy
- neplánované rehospitalizace pacientů
- neplánované reoperační zákroky
- císařské řezy
- mortalita hospitalizovaných pacientů
- mortalita novorozenců
- nežádoucí události
- pády a zranění pacientů
- dekubity. (43)

1.1.2 Bezpečnost

Nedílnou součástí z požadavků na zvyšování kvality zdravotní péče je i zajištění bezpečné péče. Bezpečí pacienta by mělo být pro všechna zdravotnická zařízení na prvním místě. V posledních letech je toto téma velmi probírané, a proto bylo zařazeno do mezinárodních i národních programů zvyšování kvality péče.

Od roku 2002 vybízí WHO členské státy k tomu, aby se věnovali tématu bezpečí pacienta a vytvořili systém opatření pro zlepšení bezpečnosti pacienta a kvality zdravotní péče. (64)

Od října 2004 v oblasti bezpečí poskytované zdravotní péče působí pod záštitou WHO iniciativa *Světová aliance bezpečí pacientů* (World Alliance for Patient Safety), jejímž hlavním úkolem je šířit informace o eventualitách prevence poškození pacientů vlivem zdravotní péče. (38, 64) Aliance shromažďuje a zastřešuje parciální aktivity v jednotlivých členských státech, snaží se zamezit, aby docházelo k překrývání či k duplicitním investicím a také je jejím záměrem získat pro projekty v oblasti bezpečnosti pacientů podporu oficiálních míst. Mezi její další úlohy patří vývoj mezinárodního benchmarkingu, taxonomie bezpečnosti pacientů, pomoc členským státům a institucím při vývoji systému pro hlášení mimořádných událostí, jejich vyhodnocování, sdílení výsledných závěrů a doporučení. (18, 64)

V dubnu 2005 byla přijata na summitu členských států Evropské unie (EU) tzv. *Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů* (Luxembourg Declaration on Patient Safety). V tomto dokumentu lze najít následující doporučení pro členské státy EU:

- umožnit pacientům úplný, volný přístup k informacím, které o nich byly shromážděny v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, zajistit správnost těchto informací i jejich srozumitelnost pro pacienty a prosazovat princip, že informovaný pacient je lépe vybaven pro péči o své zdraví
- zvážit výhody zavedení národního dobrovolného systému hlášení nežádoucích událostí

- zavádět procesy v oblasti řízení rizik ve zdravotnictví - vytvářením algoritmů a indikátorů kvality v rámci systému externího hodnocení kvality ve zdravotnictví
- optimalizovat využití nových technologií například zaváděním elektronické formy zdravotnické dokumentace, přičemž taková dokumentace by měla obsahovat základní informace o zdravotním stavu pacientů a programy usnadňující rozhodovací proces (s cílem minimalizovat chyby při podání léků)
- zřídit národní fóra zabývající se problematikou bezpečí pacientů
- sledovat bezpečí pracovních podmínek ve zdravotnictví a zajistit, aby součástí postupů při náboru nových zaměstnanců byly v souladu i principy bezpečí pacientů
- prosazovat intenzivní školení uživatelů technologií ve zdravotnictví s cílem zajistit jejich bezpečné používání
- zahrnout informace o bezpečí pacientů do standardního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví
- zajistit, aby národní legislativa chránila soukromí pacientů i důvěrnost zdravotnické dokumentace a aby současně zajistila účelnou dostupnost informací o pacientech pro zdravotnické pracovníky
- vytvářet prostředí, kde jsou chyby využity k poučení, nikoli k svalování viny a hanby a k trestání „pachatelů“
- spolupracovat s pacienty a jejich blízkými s cílem informovat je o existenci nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče. (13)

Další požadavky na zajištění bezpečí při poskytování zdravotních služeb stanovila Rada EU v červnu 2009 v „*Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C 151/01)*“, kde vyzývá členské státy EU, aby zavedly nebo zlepšily své národní strategie zvyšování bezpečnosti pacientů prostřednictvím prevence a kontroly nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních a prevence a kontroly infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče. (10)

Na základě tohoto doporučení vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví ČR „*Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012*“, jehož součástí je každoroční vyhlášení „*Resortních bezpečnostních cílů*“ (RBC). Jedná se o doporučené postupy vedoucí ke snižování rizik při poskytování zdravotní péče, které obsahují konkrétní nástroje ke zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče v podmínkách České republiky včetně finančního pokrytí. (37) Součástí Akčního plánu kvality je i vznik „*Pracovní skupiny pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče*“ (PSBPKZP) jako hlavního iniciačního, koordinačního a realizačního orgánu pro bezpečnost a kvalitu zdravotní péče v ČR. (35)

V červnu roku 2008 byla v Praze slavnostně pokřtěna elektronická publikace *Knihy bezpečí*. Stala se součástí *Portálu kvality a bezpečí*, který spustilo na svých internetových stránkách Ministerstvo zdravotnictví ČR. Kniha je určena všem, kteří přichází do styku s nemocničním prostředím, zdravotnickým personálem, lékaři i lékárníky. Nabízí čtenáři šestero o bezpečí pacienta, výklad práva pacientů a snaží se srozumitelně vysvětlit, jak si vybrat zdravotnické zařízení či lékárnu a jak se v tomto prostředí chovat. V části publikace jsou i rady odborné veřejnosti, zejména zdravotnickému personálu. (36)

Na tuto elektronickou knihu navazuje brožura *Rádce pacienta*, která je určena všem, kteří se chtějí lépe orientovat v poskytování zdravotních služeb. Určena je také pacientům, kteří nepracují s internetem, starším občanům, chronicky nemocným či rodinám s dětmi. (17)

Postup ke zvyšování bezpečí pacientů je dlouhodobý proces vyžadující aktivní zapojení odborné i laické veřejnosti. Ideálem je zavedení kultury bezpečí do zdravotnických zařízení, tedy stavu, kdy všichni pracovníci zdravotnických zařízení i pacienti budou chápat bezpečí jako prioritu. Podmínkou úspěchu je změna řízení, myšlení a chování jednotlivých skupin a jejich aktivní snaha o dosažení vymezených cílů. (33)

1.1.3 Systémy pro hodnocení kvality zdravotní péče

V současné době se ve vyspělých státech od zdravotnických zařízení čeká určitá kvalitní, efektivní, standardizovaná péče, která je ověřitelná důkazy o poskytované kvalitě. Z tohoto důvodu se využívají systémové modely kontinuálního zvyšování kvality a efektivity poskytované péče. (42) Vytvoření systémů hodnocení kvality a bezpečí je standardním prostředkem zajišťujícím především kvalitu procesů, ke kterým ve zdravotnictví dochází. Univerzálními cíli hodnocení kvality a bezpečí je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb, posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele zdravotních služeb a zlepšení systému řízení ve zdravotnictví. (35)

Systémové modely zvyšování kvality zdravotní péče lze rozdělit do čtyř základních kategorií:

- modely akreditačních standardů, národní i mezinárodní
- modely systémů řízení kvality, např. ISO (The International Organization for Standardization - Mezinárodní organizace pro standardizaci)
- modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů, např. ISQua (The International Society for Quality in Health Care - Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví)
- modely excelence - udělování světových cen za kvalitu (51)

1.1.3.1 Akreditace

Akreditace je dobrovolný proces, na jehož konci dostane zdravotnické zařízení oficiální uznání, že je způsobilé poskytovat kvalitní zdravotní péči a že má k dispozici funkční a efektivní systémy pro posuzování produktivity a pro kontinuální zvyšování kvality. Cílem akreditačního řízení je standardizovat poskytovanou zdravotní péči a zdravotnická zařízení. Proces akreditace začíná podáním přihlášky k příslušné

akreditační instituci, která následně zahájí předakreditační a akreditační šetření. Pokud zdravotnické zařízení splní všechny požadavky, tak obdrží certifikát platný tři až pět let v závislosti od typu akreditační instituce. (50)

Vývoj akreditace

Počátky externího hodnocení kvality ve zdravotnictví se datují do roku 1910, kdy v USA Dr. Ernest Codman a Dr. Edward Martin vyjádřili jistou potřebu standardizace ve zdravotnictví a položili základ vzniku organizace *Amerického svazu chirurgů* (American College of Surgeons - ACS, 1913), která se této otázce jako první věnovala. Tento svaz vydal již v roce 1926 první manuál nemocničních standardů. Na aktivitu ACS navázala v roce 1951 *Společná komise pro akreditaci nemocnic* (Joint Commission on Accreditation of Hospitals - JCAH), která v roce 1953 publikovala akreditační standardy pro nemocnice. Později byla JCAH přejmenovaná na *Společnou komisi pro akreditaci zdravotnických zařízení* (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO). (54)

JCAHO je nezávislá nezisková organizace, jejíž snahou je vypracovávat a novelizovat standardy péče, schvalovat akreditační rozhodnutí a poskytovat konzultace zdravotnickým zařízením v oblasti metodiky zvyšování kvality poskytované zdravotní péče. JCAHO ovlivnila a dodnes stále ovlivňuje akreditační modely pro zdravotnická zařízení na celém světě. V JCAHO se angažuje řada prominentních, vysoce erudovaných amerických organizací a asociací, včetně ošetřovatelských. (55)

Dceřinou společností JCAHO je Společná mezinárodní komise (Joint Commission International Accreditation - **JCIA**), jejímž posláním je zlepšovat bezpečnost a kvalitu poskytované zdravotní péče na mezinárodní úrovni skrze vzdělávání, konzultace a publikace. Standardy se člení do dvou skupin, první se týkají potřeb pacienta (práva pacientů, diagnostický proces, péče o pacienty, edukace pacientů a jejich rodin a kontinuita péče) a druhé se týkají funkce zdravotnického zařízení jako instituce (řízení organizace, řízení lidských zdrojů, informatika, bezpečnost zdraví při práci, protiepidemická opatření a řízení kvality). (26)

Spojená akreditační komise (SAK) vznikla v roce 1998 a jejím hlavním posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení. Jejími dalšími úkoly jsou poradenská a publikační činnost. Hlavní prostředky pro naplňování poslání SAK jsou:

- vydávání akreditačních standardů pro ZZ včetně podrobné metodiky
- pomoc ZZ připravujícím se na akreditaci, specifikace metodiky podle typů ZZ, poradenství při vytváření vnitřních norem pro určité zařízení, poradenská činnost na místě, akreditace nanečisto
- organizace oblastních i celostátních vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů
- vydávání publikací zaměřených na zvyšování kvality péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí
- spolupráce s ostatními organizacemi v ČR, které se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče a spolupráce s orgány státní i veřejné správy ve zdravotnictví
- podíl na mezinárodní spolupráci v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče a zajištění bezpečí pro pacienty
- vzdělávání konzultantů a auditorů akreditačního procesu. (50)

Od 1. 4. 2012 Ministerstvo zdravotnictví ČR ve smyslu § 100 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování zveřejňuje seznam osob oprávněných k provádění hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Oprávnění provádět hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb má od 21. 6. 2012 je SAK, o.p.s., od 31. 8. 2012 e-ISO, a.s. a od 16. 10. 2012 Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o. (39)

1.1.3.2 Certifikace

Certifikace je postup, na jehož konci vydá certifikační instituce písemné ubezpečení, že výrobek, proces nebo služba jsou ve shodě se specifikovanými požadavky. Tyto požadavky jsou určeny příslušným odborným předpisem. Proces certifikace je podobný jako u akreditačního šetření. Zařízení, které úspěšně absolvuje certifikaci, obdrží certifikát platný obvykle na období tří let. Zároveň je každých šest měsíců prováděn tzv. dozorový audit, na jehož základě se opakovaně ověřuje dodržování podmínek stanovených certifikací. (50)

Termín **ISO** (The International Organization for Standardization) je označení *Mezinárodní organizace pro standardizaci*, která byla založena v roce 1947 se sídlem v Ženevě a s cílem vytvářet technické standardy pro různorodá odvětví průmyslu. Série ISO 9000, která se zabývá kvalitou, vznikla v roce 1987. (21)

ČSN EN ISO 9001

Norma ISO 9001 je vyhotovena v ČR jako ČSN EN ISO 9001:2009. Obsahem je používání procesního přístupu při vytváření, implementaci a zvyšování efektivnosti systému managementu kvality. Cílem je zvýšit spokojenost zákazníka prostřednictvím plnění jeho požadavků. Uplatnění procesního přístupu je elementárním předpokladem u všech společností, které systém zavádí a mají zájem o certifikaci. Zavedení systému podle této normy pomůže identifikovat a uspořádat všechny činnosti, srozumitelně určit odpovědnosti a pravomoci jednotlivých pracovníků, zajistit odpovídající úroveň údržby strojů a zařízení, vhodně vybrat dodavatele a pomůže v řadě dalších ohledů, které se pro moderní společnost stávají nezbytností. Mezi primární požadavky, které společnosti musí akceptovat, je neustálé sledování a plnění spokojenosti zákazníka a trvalé zlepšování. (22)

Pro koho je norma určena

System managementu kvality dle požadavků této normy je určen společností jakéhokoliv zaměření a velikosti. Norma ISO 9001 není zaměřena na žádnou specifickou oblast podnikání. Může se jednat například o výrobní, servisní, obchodní, nebo i poradenskou společnost, ale také o vzdělávací instituce, zdravotnická zařízení, veřejnou správu a celou řadu dalších odvětví. System managementu kvality je velmi vhodným nástrojem pro všechny společnosti, které mají zájem nastavit zcela jasná pravidla svých činností, vylepšit fungování procesů, zprůhlednit činnosti a dokázat zákazníkovi, že on je pro společnost prioritou. (3, 56)

Přínosy implementace ISO 9001 ve zdravotnictví

- zvyšování kvality a bezpečnosti poskytovaných služeb
- standardizace všech činností a procesů
- garance naplnění legislativních požadavků
- vymezení pravidel pro řízení dokumentace a záznamů (rozsah, forma, ukládání)
- přesné určení odpovědností a pravomocí
- zabraňování vzniku problémů a chyb. (27)

1.1.3.3 Model definující proces tvorby národních akreditačních standardů

ISQua je *Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví* (The International Society for Quality in Health Care). Její počátky se datují do roku 1984, kdy vznikla v italském městě Udine na setkání odborníků ve zdravotnictví. Velký vliv na tuto společnost měly myšlenky Avedise Donabediana. ISQua si vydobyla mezinárodní uznání nabídkou jedinečných příležitostí v oblasti rozvoje kvality ve zdravotnictví. Svých úspěchů dosahuje prostřednictvím globální sítě, která pokrývá 100 zemí a pět kontinentů. Tato síť rozvíjí partnerství, které zlepšuje poskytování zdravotní péče pro pacienty, jejich rodiny a organizace spravující tuto péči. Pomocí této sítě dochází k výměně nápadů a řešení v oblasti kvality péče. ISQua se navíc podílí na akreditaci národních a regionálních zdravotnických zařízení na celém světě. Jedním z klíčových

partnerů je WHO. Posláním ISQua je „*Inspirovat, propagovat a podporovat neustálé zlepšování v oblasti bezpečnosti a kvality zdravotní péče po celém světě.*“ (23)

1.1.3.4 Modely excellence

EFQM je *Evropská nadace pro řízení kvality* (European Foundation for Quality Management), která byla založena v roce 1998 čtrnácti významnými podniky, mezi něž patří kupříkladu Nestlé, Bosh, Phillips, Volkswagen. Jejím posláním je stimulovat evropské instituce ke zlepšování jejich činnosti s cílem dosáhnout vysokého stupně spokojenosti jejich zákazníků i zaměstnanců. Model excellence EFQM je rámec, který může být aplikován na všechny organizace bez ohledu na velikost či odvětví. Nabízí školení a podporu pro manažery evropských organizací v prosazování postupů řízení kvality v jejich organizacích. Jednotlivé organizace se posuzují formou sebehodnocení v definovaných oblastech, pro pochopení, co se skrývá za jejich úspěchy a kde je třeba soustředit své úsilí na zlepšení. (11)

1.1.4 Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb v ČR

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je v České republice upraveno zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zahrnuje následující 2 okruhy hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb:

- Interní hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

V zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování je uvedeno, že má poskytovatel povinnost v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) vypracovalo pro zavedení tohoto systému „*minimální požadavky*“, které jsou publikovány ve Věstníku MZČR č. 5/2012.

„Interní hodnocení vychází z institucionálního sebehodnocení podle určitých standardů. Sebehodnocení je komplexní, systematický a pravidelný proces, který posuzuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, jehož podstatou je sebekritické vyhodnocení všech oblastí poskytované péče a vyhledání nejslabších míst. Základem sebehodnocení je zachování objektivnosti v sebekritičnosti, kontinuita a sledování dynamiky vývoje.“ (59)

- Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Proces externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je uveden v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. *„Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je dobrovolný proces, jehož účelem je posoudit podle hodnotících standardů organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality a bezpečí. Hodnotící standardy jsou souborem požadavků na vybrané procesy a ukazatele posuzované ve zdravotnickém zařízení z hlediska zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Hodnocení kvality a bezpečí může provádět fyzická nebo právnická osoba, které bylo uděleno oprávnění k provádění této činnosti podle tohoto zákona.“* Hodnocení kvality a bezpečí se provádí na základě uzavření smlouvy mezi oprávněnou osobou a poskytovatelem za sjednanou úplatu. V případě, že úroveň poskytovaných zdravotních služeb vyhovuje, vydá oprávněná osoba poskytovateli zdravotních služeb certifikát kvality. (6)

Výše uvedené předpisy byly publikovány za účelem legislativně ukotvit a přesně stanovit podmínky a požadavky na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí v souladu s požadavky EU, WHO a ISQua. Univerzálními cíli hodnocení kvality a bezpečí je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb, posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele zdravotních služeb a zlepšení systému řízení ve zdravotnictví. (35)

1.2 Management rizik

Na rozdíl od řízení kvality, které se orientuje na procesy ve zdravotnickém zařízení vyznačující se nepříjatelnou variabilitou, tak se řízení rizik specializuje na procesy s nepříjatelnými riziky. (52)

1.2.1 Riziko

Kolik názorů existuje na definici kvality, tolik jich existuje pro definici rizika. Riziko je historický pojem, který se začal používat v 17. století v souvislosti s lodní plavbou a označoval nebezpečí, kterému se museli plavci vyhnout. Později vyjadřoval vystavení se nepříznivým okolnostem či nebezpečí a možnost ztráty. (47)

Při popisu negativních jevů, událostí, procesů, činností lze konstatovat, že mají schopnost obecně ohrozit, ničit, či zničit a devastovat životy, zdraví, majetek, životní prostředí, kulturní hodnoty. Riziko by se dalo charakterizovat jako jev, událost, proces, nebo činnost, která vzniká s určitou pravděpodobností a zároveň mohou vzniknout následky. (31) Riziko je matematická pravděpodobnost, že za určitých definovaných podmínek nastane poškození zdraví, nemoc či smrt. Kvantitativně se pohybuje od 0 (poškození nenastane) do 1 (poškození nastane ve všech případech).

Riziko lze definovat různě:

- Zdroj možného zranění nebo poškození zdraví, majetku, prostředí nebo některá tato kombinace.
- Kombinace pravděpodobnosti výskytu škody a závažnosti této škody. (28)
- Kombinace pravděpodobnosti výskytu určité nežádoucí situace, nebezpečí způsobujícího škody a stupně závažnosti jejich následků, přesněji kombinace pravděpodobnosti vzniku a pravděpodobnosti rozsahu následků.

Rizikem je tedy zjednodušeně odhad pravděpodobnosti výskytu nebezpečí (nehody, zranění, onemocnění) za jednotku času. (41)

Každá lidská činnost v sobě obsahuje větší, či menší míru rizika pochybení, případně selhání. Co se týče činností spojených se zdravotní péčí je více než žádoucí případná rizika omezit na minimální možnou míru. (45)

1.2.2 Řízení rizik

Řízení rizik (Risk Management) je oblast řízení orientovaná na analýzu a snížení rizika pomocí různých metod a technik prevence rizik, které eliminují existující nebo odhalují budoucí faktory zvyšující riziko. Řízení rizik je systematická, opakující se sada navzájem provázaných činností, jejichž cílem je řídit potenciální rizika, tedy omezit pravděpodobnost jejich výskytu nebo snížit jejich dopad. (32)

Na rozdíl od průmyslu nemá management rizik ve zdravotnictví dlouhou tradici, ale v současné době se stal jednou z podstatných složek moderního managementu už i v této oblasti. (48) Gladkij a kolektiv popsali management rizik jako „*systematický proces identifikace, hodnocení a provádění činností k prevenci nebo řízení klinických, administrativních, vlastnických a zaměstnaneckých bezpečnostních rizik v organizaci*“. (14)

Grohar-Murray a Diroce ve své knize uvádějí, že management rizik „*znamená plánování, organizování a řízení komplexního programu aktivit, které identifikují, hodnotí a podnikají nápravná opatření proti rizikům, která by mohla vést ke zranění pacientů, zaměstnanců a ke ztrátě nebo poškození majetku s následnou finanční ztrátou*“. (15)

Řízení rizik ve zdravotnictví se zabývá neustálým zvažováním možností výskytu nežádoucích situací a jejich prevencí. V tomto smyslu považuje zdravotnické zařízení vše, co je zdrojem nejistoty, za riziko, které je třeba úplně odstranit, eliminovat nebo alespoň snížit. Řízení rizik je jednou z důležitých součástí kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí. (48)

Řízení rizik tvoří čtyři vzájemně propojené procesy a to identifikace, vyhodnocování, řešení a monitoringu potencionálních, ale i aktuálních rizik. Identifikace rizik spočívá v určení a evidenci významných potenciálních rizik i aktuálních rizik. Charakteristika zdrojů rizik by měla zahrnovat odhady pravděpodobnosti, že dojde k rizikové události z určitého zdroje, rozsah možných následků, odhad trvání a předpokládanou četnost rizikových událostí z tohoto zdroje. (15) Výsledky identifikace rizik je nutné analyzovat a určit priority při jejich řešení. Vyhodnocení se věnuje rozpoznávání rizikových událostí, na které je potřeba adekvátně reagovat. Toto vyhodnocení je činností subjektivní, může na to proto existovat více pohledů.

Hodnocení rizik by měla provádět kompetentní osoba s praktickými znalostmi pracovních činností a pracovního prostředí. Součástí hodnocení rizik by měla být i konzultace, diskuse a přijetí připomínek od jednotlivých zaměstnanců. (47)

Strategie řešení rizik spočívá ve volbě náležitého postupu pro zvládnutí příslušného rizika. Obecně spočívá ve snižování pravděpodobnosti jeho výskytu či jeho dopadu. Pro kritická rizika jsou stanoveny strategie k jejich zvládnutí výběrem vhodné metody. Mezi zmíněné metody patří:

- vyvarování se rizika - zákaz vybraných rizikových aktivit a procesů
- udržení stávající míry rizika - akceptace
- redukce rizika - snížení pravděpodobnosti výskytu nežádoucích událostí
- přenos rizika na jiný subjekt, např. pojišťovnu - snížení velikosti dopadu

Ke zvolené strategii jsou stanovena konkrétní opatření (činnosti, plány, projekty). (44)

Monitoring rizik slouží k jejich podchycení, proto musí být nepřetržitý a důsledný. Monitorování rizika se zpravidla zakládá na pohotovém sledování daného rizika jeho vlastníkem a hodnocením účinnosti vymezených opatření. Nutno podotknout, že ani nejdůkladnější a nejpodrobnější analýza rizik nemůže exaktně stanovit všechna rizika a pravděpodobnosti. Každé riziko má vlastníka, který by měl podat včasné varování prostřednictvím systému řízení rizik tím, že odešle manažerovi zprávu o riziku. (47)

Řízení rizik ve zdravotnickém zařízení může být součástí již zavedeného programu kontinuálního zvyšování kvality nebo může existovat jako samostatný program. Mezi cíle programu řízení rizik patří zejména zavedení:

- procesu hlášení a prevence nežádoucích událostí
- procesu hlášení a prevence nozokomiálních infekcí
- systému kvalitní řízené dokumentace
- systému efektivního hlášení a řešení stížností pacientů i zaměstnanců
- systému prevence kriminality
- systému auditů, který se zaměřuje na bezpečnost procesů a prostředí prevence
- registru aktuálních rizik
- prevence soudních sporů. (52)

S riziky se zdravotníci setkávají takřka při všech činnostech, které v rámci své profese provádějí. Každý zaměstnanec zdravotnického zařízení se podílí na identifikaci rizik hlášením nežádoucích událostí, které již nastaly, ale také hlášením situací posouzených jako potenciálně rizikové. Soustavné vyhledávání nových potencionálních i skutečných rizik a další činnosti s tím spojené by se měly stát především podkladem pro pravidelné školení a přeškolení všech zaměstnanců, aby získali dostatečné povědomí o všech možných nástrahách. V souvislosti s účastí na řízení procesů se dá říci, že na identifikaci a řízení rizik se podílejí především vedoucí zaměstnanci. (44)

Škrla a Škrlová si řízením rizik v rukou manažera rizik představují jako: *„Proces, během kterého se manažer rizik snaží cíleně zamezit ohrožení zdraví pacientů, majetku nebo pověsti zdravotnického zařízení následkem existujících nebo potenciálních rizik.“* (52)

1.2.3 Manažer rizik

Jestliže vedení zdravotnického zařízení chce, aby řízení rizik fungovalo s očekávanými výsledky, je vzhledem k naléhavosti, důležitosti a komplexitě tohoto programu zapotřebí, aby jej vedl zkušený manažer. Manažer rizik řídí složitý proces s vytyčenými cíli, kterými jsou monitoring, kontrola a prevence celé škály rizik ve zdravotnickém zařízení. Odpovídá za všechny činnosti související s řízením rizik ve zdravotnickém zařízení, zejména za vyhodnocování takových stránek ošetrovatelské i léčebné péče a provozu, které v sobě obsahují skutečná i potenciální rizika. (25) Dále odpovídá za soustavné plánování snížení těchto rizik a využití takových taktik, které potenciální rizika sníží či je přímo eliminují. Neměl by ale zapomínat na motivování zaměstnanců zdravotnického zařízení, neboť pouze změna myšlení a chování jednotlivých členů zdravotnického týmu může vést k bezpečnější práci a poskytování bezpečnější ošetrovatelské i léčebné péče. (52)

1.2.4 Prevence rizik

Za snahou poskytovat kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou a léčebnou péči stojí mnoho úsilí zaměstnanců i manažerů. I když je hlavní prioritou pro zdravotnické zařízení péče o pacienta, kdy se snaží poskytovat správnou diagnostiku, léčbu a ošetrovatelskou péči, nelze ji dlouhodobě a zodpovědně provádět bez jistého fungujícího zázemí, jako je správná organizační kultura, vyrovnané hospodaření, spokojení zaměstnanci, vstřícné vztahy s dodavateli, pojišťovny a spolupracujícími zdravotnickými i nezdravotnickými, státními i soukromými organizacemi. (43)

Mezi nejefektivnější preventivní opatření patří vzdělaný a kvalifikovaný zdravotnický personál, který dodržuje standardy v ošetrovatelské a léčebné péči, technické normy, metody dezinfekce a sterilizace, bezpečnost práce, včetně ochrany pacientů. Jako nástroje pro prevenci rizik mohou být vydávány vnitroorganizační

normy. Jejich součástí jsou zejména kritéria pro hodnocení plnění procesuálních a strukturálních standardů. Je zajišťováno vnitroorganizačním auditem. Dalším nástrojem prevence rizik mohou být certifikace a recertifikace jednotlivých provozů či činností. K tomu, aby se mohlo hodnotit, jakého úspěchu bylo dosaženo v prevenci a následných opatřeních, je nutné monitorovat nežádoucí události v organizaci. (48)

1.3 Management nežádoucích událostí

Definice nežádoucích událostí (NU) se v různých pramenech liší hlavně rozsahem toho, co je za NU považováno. Následuje citace dvou legislativních pramenů:

„Nežádoucí událostí je událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Za nežádoucí událost je také považováno neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta, pokud má za následek trvalé tělesné poškození nebo úmrtí pacienta, nejde-li o obvyklou komplikaci zdravotního stavu.“ (5)

„Nežádoucí událostí (NU) jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy poškození pacienta je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb nebo jeho pracovník. Za nežádoucí události jsou dále také považována neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta, pokud mají za následek trvalé poškození nebo úmrtí pacienta. Nežádoucími událostmi jsou také ty události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, u nichž není dosud známo, zdali bylo možné se jim vyhnout.“ (60)

Poskytovatel zdravotních služeb dále může tuto definici rozšířit o další události či okolnosti, které jsou sledovány jako nežádoucí události v jeho zdravotnickém zařízení přestože nesplňují výše uvedená kritéria. (60)

Management nežádoucích událostí je důležitou součástí programu kontinuálního zvyšování kvality. V oblasti řízené péče je management nežádoucích událostí součástí managementu rizik. Současný zájem řady zdravotnických zařízení o vytvoření a zavedení standardizovaných protokolů k jejich hlášení, řešení a prevenci poukazuje na vysokou aktuálnost tohoto tématu. (52)

Chybovat je lidské, určitá pochybení ve zdravotnictví nikdy odstranit úplně nepůjde, protože jsou neodmyslitelně spjata s přítomností lidského faktoru. Poskytovatelé zdravotních služeb by se však měli orientovat na snížení rizik a jejich dopadů a na zdokonalení metod včasné detekce těchto pochybení. (60)

Nevyhovující stav bezpečnosti pacientů představuje závažný problém pro veřejné zdraví a značnou ekonomickou zátěž pro už tolik omezené zdroje ve zdravotnictví. Množství nežádoucích událostí u hospitalizovaných i u ambulantních pacientů by se dalo předejít, protože většina z nich je způsobena systémovými faktory. (43)

O skutečnosti, že je zdravotní péče pro pacienty riziková, se začalo ve větší míře debatovat okolo druhé poloviny 80. let, kdy se uskutečnila studie *Harvard Medical practice Study*. V rámci této studie bylo posuzováno 30121 náhodně vybraných chorobopisů pacientů hospitalizovaných v 51 náhodně vybraných zdravotnických zařízeních akutní péče (s vyloučením psychiatrických pracovišť) ve státě New York během roku 1984. Cílem bylo odhalit výskyt poškození pacientů ve zdravotnických zařízeních. Výsledkem této studie bylo zjištění, že nežádoucí události se vyskytly ve 3,7 % hospitalizací a z nich 27,6 % bylo způsobeno v důsledku nedbalosti zdravotnických pracovníků. Další výsledky ukázaly, že 70,5 % ze zjištěných nežádoucích událostí vedlo k neschopnosti trvající méně než šest měsíců, 2,6 % vedlo k trvalé invaliditě a 13,6 % skončilo úmrtím pacienta. (1)

Vzhledem k alarmujícím zjištěním na sebe nenechali další studie dlouho čekat. Tyto studie však přinesli obdobné, v některých případech i horší výsledky. Tyto studie naznačují, že přibližně u 10 % hospitalizovaných pacientů je způsobena újma v důsledku nežádoucích událostí během poskytování zdravotní péče. Studie Institute

of Medicine v USA předpokládá, že každý rok ve Spojených státech umírá 44 000 - 98 000 hospitalizovaných vlivem pochybení zdravotnických pracovníků. (19)

Obdobné výsledky přinesly studie uskutečněné v rámci EU. Předpokládá se, že v členských státech u 8 - 12 % pacientů přijatých do zdravotnických zařízení vznikne určité poškození pacientů. Například britské ministerstvo zdravotnictví předpokládá, že ročně dochází v jejich zemi k zhruba 850 000 nežádoucích událostí vedoucích k poškození pacientů. K obdobným výsledkům došly i studie provedené v Dánsku, Francii a Španělsku. (12)

V České republice doposud žádná taková studie výskytu nežádoucích událostí neproběhla. Dá se však odhadovat, že výskyt nežádoucích událostí bude v ČR stejný nebo spíše o něco málo vyšší, než je již výše zmíněných 10 %. Když se uvaží podmínky prostředí zdravotnických zařízení v ČR, lze odvodit jisté rizikové faktory, které přispívají ke vzniku nežádoucích událostí. Jsou jimi zejména:

- stará infrastruktura
- diferencované technologické zařízení
- nesystémové řízení rizikových postupů
- nesystémové řešení nežádoucích událostí
- převládající důraz na výkonnost a nákladovou efektivitu zdravotnických zařízení
- nevyhovující řízení lidských zdrojů. (33)

V ČR došlo v průběhu minulých let k realizaci projektu kvality MZČR o výskytu nežádoucích událostí s názvem „*Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb*“. V rámci tohoto projektu byl vytvořen „*Národní systém hlášení nežádoucích událostí*“ (NSHNU). Do tohoto systému se mohou připojit všechna lůžková zdravotnická zařízení. Uživatelé systému se mohou zdarma zapojit přes jednoduchou webovou aplikaci pro interní evidenci nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení nebo mohou používat vlastní systém pro evidenci hlášení nežádoucích událostí. Doposud se do systému začlenilo 82 poskytovatelů zdravotních služeb, což činí zhruba 40 % pokrytí celkového lůžkového fondu v ČR. Původním

správce systému byla 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Od roku 2013 je správcem Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR). Pro zaručení správného postupu sběru dat byla zhotovena „*Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče*“, která byla publikována ve Věstníku MZČR č. 8/2012. Instituce zařazené do systému dostávají pravidelné anonymní srovnání své frekvence výskytu nežádoucích událostí se zařízeními podobného typu. (39, 58)

1.3.1 Druh nežádoucí události

„*Druhem nežádoucí události je myšlen mechanismus nejbližší výslednému ohrožení pacienta či jiných osob.*“ Událost je zařazena nejdříve do tzv. hlavní kategorie a pak je v rámci této hlavní kategorie dále případně upřesněn její druh určením podkategorie. Klasifikace je založená na konceptu „Mezinárodní klasifikace pro bezpečnost pacientů“ (International Classification for Patient Safety - ICPS) vytvořené WHO. (60)

1.3.2 Hlavní kategorie nežádoucích událostí

- problém s klinickou administrativou problém s klinickým výkonem
- problém se zdravotnickou dokumentací
- nozokomiální infekce
- problém s medikací či intravenózními roztoky
- problém při podání transfuzních přípravků či krevních derivátů
- problém při podání diety či výživy
- problém při podání medicínálních plynů
- problém při použití medicínských přístrojů či vybavení problém s chováním pacienta/pracovníka/návštěvy

- nehody a neočekávaná zranění
- pády
- technické problémy
- problém s dostupností zdrojů
- dekubity
- neočekávané zhoršení klinického stavu / úmrtí pacienta
- není nežádoucí událost dle definice Národního systému hlášení NU
- jiný. (60)

1.3.3 Zásady hlášení nežádoucích událostí

Při hlášení NU se poskytovatelům doporučují následující zásady hlášení NU:

- poskytovatel zdravotních služeb poučí své pracovníky o smyslu a účelu hlášení
- poskytovatel zdravotních služeb zaručí nesankční přístup k hlášení NU
- poskytovatel zdravotních služeb umožní anonymní hlášení NU
- provedení hlášení je snadné a obsah hlášení se soustředí na textový popis NU
- NU hlásí každým pracovník, který událost zjistí
- hlášení je bez zbytečného zdržení směřováno přímo k osobě, která se zabývá zpracováním hlášení NU. (60)

Na nahlášení NU navazuje proces jejího zpracování, jehož součástí je analýza kořenové příčiny události. Poskytovatel zdravotních služeb stanoví standardizovaný způsob provádění analýzy kořenové příčiny NU a určité osoby, které se budou touto analýzou zabývat. Tyto osoby budou seznámeny s obecnými zásadami vzniku pochybení ve zdravotnictví, budou proškoleny ve zvolené technice analýzy a další nezbytností pro jejich správnou činnost budou jejich vyhovující komunikační dovednosti. Rovněž je nutné, aby v týmu provádějícím analýzu byla osoba s klinickou zkušeností v oboru. (60)

Hlášení a prevence NU je neoddelitelnou součástí řízení rizik. Monitorování NU pomáhá identifikovat slabá místa v péči o pacienty, ukazuje na opakující se problémy mající vliv na kvalitu a bezpečnost poskytované zdravotní péče. Jen pokud jsou NU důsledně hlášeny, je možno analyzovat situace, které k nim vedli a iniciovat změny, které povedou k jejich odstranění. V odborné literatuře se lze dočíst, že mnoho zdravotníků má negativní postoj k hlášení NU. Manažeři zdravotnických zařízení by proto měli umět své zaměstnance přesvědčit, že systém hlášení NU nebude využíván k jejich potrestání, ale stane se nástrojem na zkvalitnění poskytované zdravotní péče. Cílem není hledání viníka, ale nápravná opatření a kroky vedoucí k prevenci výskytu NU. (52)

Množství nahlášených NU ve zdravotnickém zařízení je přímo úměrné stupni rozvoje kultury bezpečí v daném zařízení. Nadprůměrný počet nahlášených NU je pozitivním jevem, svědčí o dobré edukaci a motivaci pracovníků daného zařízení a stává se pro zdravotnická zařízení cennou informací týkající se efektivity jejich systému hlášení nežádoucích událostí a indikátorem stavu jejich kultury bezpečí. Bez správně zavedeného systému hlášení NU nelze v daném zdravotnickém zařízení účinně předcházet jejich opětovnému výskytu. (57)

Existuje několik bariér účinného systému hlášení NU. Jedná se zejména o nedůvěru personálu k systému hlášení NU, popřípadě nedůvěru v management. Dále jimi mohou být nejasné definice a klasifikace NU, neznalost způsobu hlášení NU, strach z disciplinárního postihu, nebo nedostatek zpětné vazby. V neposlední řadě se bariérou efektivního systému hlášení NU může stát negativní postoj personálu, který toleruje rizika, popřípadě považuje hlášení NU za ztrátu času.

Úkolem managementu je identifikovat uvedené bariéry a ty pak cíleně odstraňovat. (46)

1.3.4 Důvody ke sledování nežádoucích událostí

Z mezinárodních studií vyplývá, že až 70 % nežádoucích událostí by se dalo předejít. Důvody ke sledování různých druhů nežádoucích událostí mohou být pro jednotlivá zdravotnická zařízení odlišné, ale u většiny NU je však jejich sledování podněcováno snahou o prevenci jejich následků na zdravotní stav pacientů. Je tedy důležité se soustředit jak na prevenci pochybení, tak na zmírnění následků těchto pochybení. Dalším důvodem ke sledování nežádoucích událostí může být objektivizace potřebných investic do nového vybavení či zjištění skutečných provozních potřeb zdravotnického zařízení. Dalším v řadě důvodů může být potřeba splnit požadavek legislativy, zřizovatele či požadavky systémů externího hodnocení kvality - akreditace, certifikace. (5)

Hlášení nežádoucích událostí je však pouze jedním z pramenů informací o NU a rizicích obecně. Systém hlášení nežádoucích událostí je vhodné doplnit dalšími podklady, z kterých se lze dozvědět základní informaci o NU nebo existujícím riziku. Těmito zdroji mohou být:

- stížnosti
- žaloby
- automatizovaný screening z administrativních a klinických dat
- interní audity kvality
- externí audity kvality
- proaktivní vyhledávání rizik
- pitevní protokoly. (57)

1.3.5 Motivace pracovníků k hlášení

Počet hlášených NU může být v konkrétních zdravotnických zařízeních ovlivněn postojem managementu k bezpečí pacientů, dobou existence jejich systému hlášení NU a v neposlední řadě i způsobem motivace pracovníků k tomuto hlášení.

Jednou z primárních podmínek pro vytvoření účinného systému hlášení nežádoucích událostí je motivace hlásících pracovníků. Mimo vytváření kultury bezpečí mohou poskytovatelé zdravotních služeb promyslet i další podoby motivace zaměstnanců k hlášení NU. Velmi důležitým motivačním nástrojem je zpětná vazba pro hlásící o tom, že jejich hlášení byla skutečně věnována odpovídající pozornost a že byla následně přijata vhodná preventivní opatření. (57)

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1) Zjistit současný stav hlášení nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních

Cíl 2) Vytvořit přehled hlášených nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních v období let 2011, 2012 a 2013

Cíl 3) Zjistit názory a postoje zdravotních sester z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení na hlášení nežádoucích událostí

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1) V čem se liší systém hlášení nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních?

Výzkumná otázka 2) Jaká je nejčastěji hlášená nežádoucí událost ve vybraných zdravotnických zařízeních?

Výzkumná otázka 3) Znají zdravotní sestry z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení systém hlášení nežádoucích událostí?

Výzkumná otázka 4) Vyhovuje zdravotním sestřím z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení systém hlášení nežádoucích událostí?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro výzkumnou část diplomové práce byla použita metoda smíšeného výzkumu, neboli kvalitativně kvantitativní. Výzkum byl realizován u dvou vybraných poskytovatelů zdravotních služeb. Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím rozhovorů s hlavními sestrami vybraných zdravotnických zařízení, retrospektivní analýzou dat z výročních zpráv i interních dokumentů vybraných zdravotnických zařízení, a dále dotazníkovou akcí mezi nelékařským zdravotnickým personálem, tedy všeobecnými sestrami, resp. i porodními asistentkami z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení.

3.1.1 Rozhovor

Byl použit řízený rozhovor s hlavními sestrami vybraných zdravotnických zařízení s předem připravenými otázkami. V rámci rozhovoru byly položeny otázky, které se týkaly provozu daného zdravotnického zařízení a systému hlášení nežádoucích událostí.

3.1.2 Retrospektivní analýza dat

Další použitou metodou byla retrospektivní analýza dat z výročních zpráv a interních dokumentů vybraných zdravotnických zařízení. Data byla získána prostřednictvím hlavních sester vybraných zdravotnických zařízení. Předmětem výzkumu byla data za období let 2011, 2012 a 2013.

3.1.3 Dotazníkové šetření

Dotazník byl distribuován prostřednictvím hlavních sester nelékařskému zdravotnickému personálu (NLZP), tedy všeobecným sestram, resp. i porodním asistentkám vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení. Dotazník byl vytvořen pouze pro účely tohoto výzkumu. Dotazník obsahoval oslovení, představení se respondentovi, zdůvodnění výzkumu a informace o zpracování dotazníku. Dotazník byl respondentům předložen k vyplnění v tištěné formě

a obsahoval 33 otázek. Z těchto 33 otázek bylo 5 otázek identifikačních a zbylé otázky byly zaměřeny na studovanou problematiku systému hlášení nežádoucích událostí. Otázky v dotazníku byly uzavřené, polouzavřené a otevřené. Bylo možné označit i více odpovědí. Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné a anonymní.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkum byl proveden v Jihočeském kraji ve vybraných zdravotnických zařízeních. Pro spolupráci byla záměrně oslovena dvě obdobně velká zdravotnická zařízení se stejnou strukturou. Zdravotnická zařízení byla vybrána na základě kritérií, která se týkala jejich velikosti, struktury a hlavně používaných systémů řízení kvality - jedno s certifikací (dle ČSN EN ISO 9001:2009), a druhé s akreditací (vydaná Spojenou akreditační komisí SAK ČR).

Stěžejní informace a data nutná pro vytvoření přehledů nežádoucích událostí byla získána v obou dvou zdravotnických zařízeních identickým způsobem a to prostřednictvím hlavních sester. Rozhovor s hlavními sestrami proběhl v březnu roku 2014 a na jeho základě byly vytvořeny dotazníky určené pro všeobecné sestry, resp. porodní asistentky vybraných lůžkových oddělení. Dotazníky byly vytvořeny pouze pro účely tohoto výzkumu a byly zaměřeny na zjištění chování, názorů a postojů vybraných NLZP vůči hlášení nežádoucích událostí. Vlastní dotazníkové šetření probíhalo od počátku měsíce května 2014 do konce června 2014. Respondenti byli seznámeni s tím, že dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Záměrem byla snaha pokrýt celý lůžkový fond zdravotnických zařízení a v obou dvou zdravotnických zařízeních byly proto osloveny pro spolupráci stejná lůžková oddělení. Jednalo se o interní oddělení, chirurgické oddělení, gynekologicko-porodnické oddělení, dětské oddělení, oddělení následné péče a anesteziologicko-resuscitační oddělení.

V obou dvou zdravotnických zařízeních pracuje na výše jmenovaných odděleních dohromady 239 NLZP. Celkem bylo mezi tento personál rozdáno 120 dotazníků, nazpět se vrátilo 111 (92,5 %) dotazníků, avšak pro nejasné, nesprávné či neúplné vyplnění bylo 6 dotazníků vyřazeno, a tak bylo k výzkumu použito dohromady 105 dotazníků, tj. 87,5% návratnost. Zkoumaný soubor 105 respondentů

tedy představuje 46,4 % z celé skupiny NLZP na vybraných lůžkových oddělení v obou dvou zdravotnických zařízeních.

3.2.1 Poskytovatel zdravotních služeb č. 1

První poskytovatel zdravotních služeb, který byl osloven pro spolupráci, bylo zdravotnické zařízení, které si přálo zůstat v anonymitě, a proto bude dále uváděno pod zkratkou ISO. Toto zdravotnické zařízení patří mezi zdravotnická zařízení v majetkovém vlastnictví Jihočeského kraje. Pro výzkum bylo toto zdravotnické zařízení vybráno záměrně a to proto, že jeho systém řízení kvality (SŘK) poskytované zdravotní péče je dle normy ČSN EN ISO 9001:2009. Na základě sdělení hlavní sestry lze uvést, že: „*První certifikační audit byl 13. 12. 2007, datum vystaveného certifikátu na SŘK je 26. 2. 2008. Poslední recertifikační audit byl realizován ve dnech 28. - 29. 11. 2013, certifikát je ze dne 13. 12. 2013.*“ Hodnocení recertifikačního auditu dopadlo jako velmi dobré.

V tomto zdravotnickém zařízení sledují NU od roku 2008. Pro hlášení NU je používán papírový formulář s názvem „Hlášení mimořádné události“, a proto byl tento pojem do dotazníku zakomponován, i když se v současné době preferuje název „nežádoucí událost“. Podle Směrnice č. 5/I, kterou se zde řídí: „*Formulář se vyplňuje ihned po incidentu. Povinnost hlásit výskyt MU má každý zaměstnanec, který takovou událost zjistil.*“ Výskyt NU se hlásí vedoucí oddělení. Záznamy o NU shromažďuje hlavní sestra.

V ZZ ISO pracuje na vybraných lůžkových oddělení celkem 114 NLZP, mezi tento personál bylo rozdáno 60 dotazníků, nazpět se vrátilo 56 (93,3 %) dotazníků, avšak pro nejasné, nesprávné či neúplně vyplnění byly 4 dotazníky vyřazeny a tak bylo k výzkumu použito 52 (86,7 %) dotazníků. Zkoumaný soubor 52 respondentů tedy představuje 45,6 % z celého souboru 114 NLZP vybraných lůžkových oddělení.

3.2.2 Poskytovatel zdravotních služeb č. 2

Druhým poskytovatelem zdravotních služeb, který byl osloven pro spolupráci, bylo zdravotnické zařízení s vlastní právní subjektivitou, jejímž jediným akcionářem je také Jihočeský kraj. I toto zařízení zůstane v anonymitě a dále bude v této práci

uváděno pod zkratkou SAK. Pro výzkum bylo toto zdravotnické zařízení vybráno, protože je zařízením s akreditací pro systémem řízení kvality poskytované zdravotní péče a svou velikostí a strukturou odpovídá poskytovateli zdravotních služeb s označením ISO.

Toto zařízení je akreditované od roku 2009. Dne 24. 10. 2012 proběhlo nové akreditační šetření a 26. 10. 2012 mu byl vydán certifikát o udělení akreditace Spojenou akreditační komisí, o.p.s.

V tomto zdravotnickém zařízení sledují NU od roku 2009. Pro hlášení NU je zde používán papírový formulář s názvem "Hlášení nežádoucích událostí". I v tomto zdravotnickém zařízení je povinností vyplnit formulář a nahlásit NU vedoucí bezprostředně po jejím výskytu. Záznamy o NU shromažďuje také hlavní sestra.

V ZZ SAK pracuje na vybraných lůžkových oddělení celkem 125 NLZP, mezi tento personál bylo rozdáno 60 dotazníků, nazpět se vrátilo 55 (91,7 %) dotazníků, avšak pro nejasné, nesprávné či neúplně vyplnění byly 2 dotazníky vyřazeny a tak bylo k výzkumu použito 53 (88,3 %) dotazníků. Zkoumaný soubor 53 respondentů tedy představuje 42,4 % celého souboru 125 NLZP vybraných lůžkových oddělení.

3.3 Zpracování získaných dat

K vyhodnocení retrospektivních analýz dat a dotazníků byly použity tabulky a grafy v programu Microsoft Excel 2007, statistické vyhodnocení bylo provedeno v programu STATISTIKA 12 trial version. Výsledky byly vyjádřeny v absolutních číslech a procentech, která byla zaokrouhlena na dvě nebo tři desetinná místa vždy dle kontextu.

Statistické zpracování dat

Data byla uložena ve formě matice, jejíž jednotlivé řádky tvořili respondenti (pozorování), sloupce pak byly odpovědi na zjišťované otázky (proměnné). Většina proměnných byla kvalitativního charakteru (kategorie odpovědi), pouze dvě proměnné byly kvantitativního charakteru (věk v letech, praxe v letech).

Analýza kvantitativních veličin

Přehled základních statistických charakteristik

počet	N
průměr (aritmetický)	$\bar{x} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N x_i$
minimum, maximum	nejmenší, největší hodnota
směrodatná odchylka	$s = \sqrt{\frac{1}{N-1} \sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}$
střední chyba (průměru)	$s_{\bar{x}} = \frac{s}{\sqrt{N}}$
25% kvantil	25 % respondentů má hodnotu veličiny menší než tento kvantil
medián (50% kvantil)	50 % respondentů má hodnotu veličiny menší než tento kvantil
75% kvantil	75 % respondentů má hodnotu veličiny menší než tento kvantil

Studentův t-test shody průměru 2 nezávislých výběrů	$t = \frac{ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 \cdot \sqrt{\frac{N_1 \cdot N_2}{N_1 + N_2}}}{\sqrt{\frac{(N_1 - 1)s_1^2 + (N_2 - 1)s_2^2}{N_1 + N_2 - 2}}}$
Předpokládá se normální rozložení a shoda rozptylů (ověřuje se t-testem). Neparametrickou obdobou tohoto testu je Mann-Whitneyův test shody mediánů založený na pořadových hodnotách.	

Analýza kvalitativních veličin

Provádí se test nezávislosti (homogenity) 2 veličin v kontingenčních tabulkách pomocí χ^2 testu. Hypotézy: H_0 veličiny jsou nezávislé, H_1 veličiny jsou závislé.

Veličina A nabývá r možných kategoriálních hodnot A_1 až A_r , veličina B nabývá s možných kategoriálních hodnot B_1 až B_s . Vytvoří se kontingenční tabulka pro všechna A_i a B_j , n_{ij} je četnost současného výskytu hodnot A_i a B_j .

	B_1	B_2	...	B_s
A_1	n_{11}	n_{12}	...	n_{1s}
A_2	n_{21}	n_{22}	...	n_{2s}
\vdots	\vdots	\vdots		\vdots
A_r	n_{r1}	n_{r2}	...	n_{rs}

Vytvoří se součty $n_{i.} = \sum_{j=1}^s n_{ij}$ a $n_{.j} = \sum_{i=1}^r n_{ij}$

Očekávaná četnost v poli ij za předpokladu hypotézy nezávislosti je $m_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{N}$.

Pro testování hypotézy nezávislosti 2 kvalitativních veličin používáme testovací statistiku $\chi^2 = \sum_{i,j=1}^{r,s} \frac{(n_{ij} - m_{ij})^2}{m_{ij}}$. Tato veličina se řídí χ^2 rozdělením o $(r-1) \cdot (s-1)$ stupních volnosti. Je-li vypočtená hodnota větší než tabelovaná kritická hodnota příslušná zvolené hladině významnosti, zamítáme hypotézu nezávislosti na zvolené hladině významnosti. Statistický software počítá tzv. dosaženou hladinu testu p , což je nejmenší hladina významnosti, na které se hypotéza zamítá. Při zamítnutí hypotézy nezávislosti hledáme pole, ve kterých je nezávislost porušena. K tomu nám orientačně slouží χ^2 statistika o jednom stupni volnosti. (16, 29)

4 Výsledky

4.1 Přehled hlášených NU za roky 2011, 2012 a 2013

Tabulka č. 1: Přehled hlášených nežádoucích událostí ve ZZ SAK

NU v ZZ SAK	2011	2012	2013
administrativní problém	0	1	0
alkohol	3	6	3
chyba v medikaci	4	4	3
jiné	6	4	0
kožní nákaza	1	0	0
krádež	18	23	1
nahlížení do dokumentace	0	14	1
napadení personálu	4	3	6
nedodržení léčebného režimu	4	11	6
nezvěstný pacient	10	19	6
pády	209	231	187
pokus o sebevraždu	1	0	0
poranění kůže	8	0	0
poškození zařízení	3	2	2
problém s chováním pacienta	0	5	9
stížnost	3	0	0
záměna pacienta	0	1	0
zranění osoby	5	15	12
celkem	279	339	236

Zdroj: ZZ SAK

Tabulka č. 1 znázorňuje přehled hlášených nežádoucích událostí za roky 2011, 2012 a 2013 v ZZ SAK. Nejčastěji hlášenou nežádoucí událostí jsou pády.

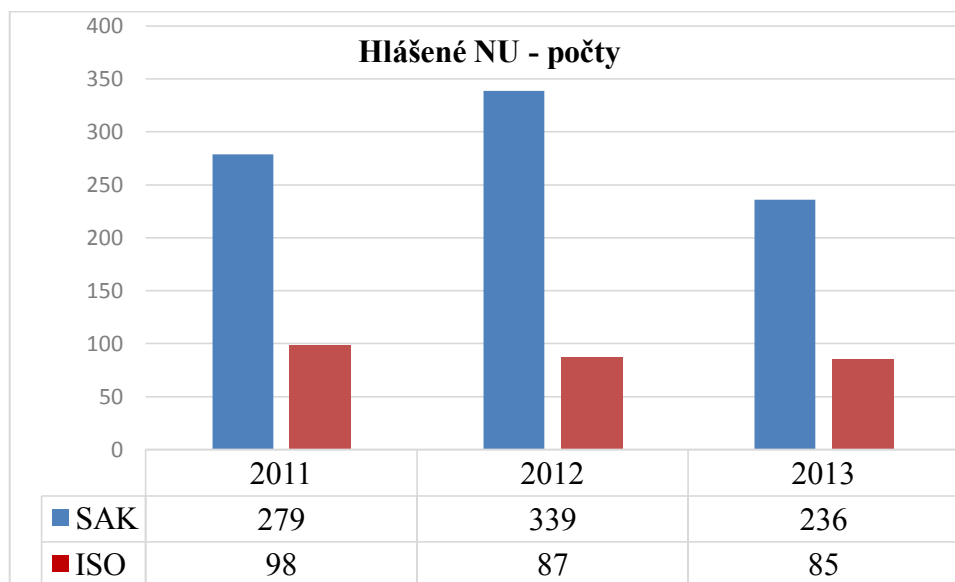
Tabulka č. 2: Přehled hlášených nežádoucích událostí v ZZ ISO

NU v ZZ ISO	2011	2012	2013
jiná událost	5	8	9
jiné poranění pacienta	1	3	3
jiné zranění personálu	8	10	1
medikační chyba	3	0	2
pacient svévolně opustil oddělení	4	7	7
pád pacienta	61	56	53
poranění personálu kontaminovaným předmětem	14	3	8
ztráta peněz, majetku	2	0	2
celkem	98	87	85

Zdroj: ZZ ISO

Tabulka č. 2 prezentuje přehled hlášených nežádoucích událostí za roky 2011, 2012 a 2013 v ZZ ISO. Nejčastěji hlášená nežádoucí událost je pád pacienta.

Graf č. 1: Přehled hlášených NU za roky 2011, 2012, 2013 ve ZZ SAK a ZZ ISO

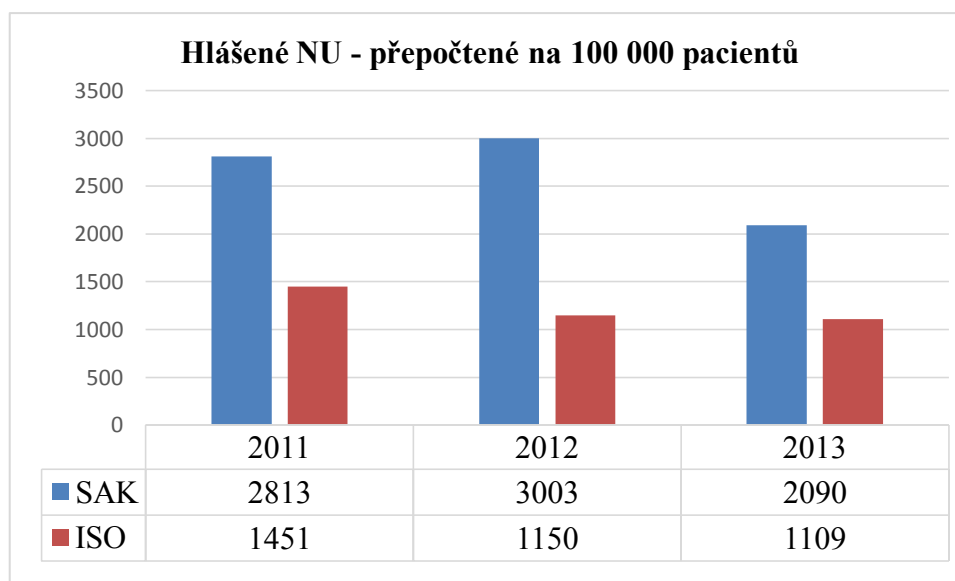


Zdroj: ZZ SAK, ZZ ISO

Graf č. 1 znázorňuje přehled hlášených NU za roky 2011, 2012, 2013 ve ZZ SAK a ZZ ISO. Ve ZZ SAK bylo v roce 2011 hlášeno 279 NU, v roce 2012 bylo hlášeno 339 NU a v roce 2013 jich bylo hlášeno 236.

Ve ZZ ISO bylo v roce 2011 hlášeno 98 NU, v roce 2012 bylo hlášeno 87 NU a v roce 2013 jich bylo hlášeno 85.

**Graf č. 2: Přehled hlášených NU za roky 2011, 2012, 2013 ve ZZ SAK a ZZ ISO
- přepočtené na 100 000 pacientů**



Zdroj: ZZ SAK, ZZ ISO

Graf č. 2 prezentuje přehled hlášených NU za roky 2011, 2012, 2013 ve ZZ SAK a ZZ ISO přepočtené na 100 000 pacientů. Ve ZZ SAK je standardizovaný (přepočtený) počet NU v roce 2011 - 2813, 2012 - 3003, 2013 - 2090.

Ve ZZ ISO je standardizovaný (přepočtený) počet NU (počet NU přepočtený na 100 000 pacientů) v roce 2011 - 1451, 2012 - 1150, 2013 - 1109.

Počet pacientů přepočtený na 100 000 pacientů je vypočten z počtu NU za rok vynásobeného 100 000 a vydělený počtem hospitalizovaných pacientů za rok.

4.2 Dotazníkové šetření

4.2.1 Statistické a grafické hodnocení odpovědí respondentů

Tabulka č. 3: Testování nezávislosti odpovědí z dotazníku na ZZ

otázka	chi-kvadrát test	stupně volnosti	dosažená hladina p	významnost
ot. 1	2,000	1	0,157	
ot. 2 (kat.)	5,272	3	0,153	
ot. 3	2,165	2	0,339	
ot. 4 (kat.)	7,399	3	0,060	10%
ot. 5	2,907	5	0,714	
ot. 6	100 % shoda			
ot. 7	6,403	7	0,494	
ot. 8	10,676	2	0,005	1%
ot. 9	0,280	3	0,964	
ot. 10	3,030	2	0,220	
ot. 11	0,363	1	0,547	
ot. 12	0,667	1	0,414	
ot. 13	1,029	1	0,310	
ot. 14	0,324	2	0,851	
ot. 15	0,887	1	0,346	
ot. 16	2,078	1	0,149	
ot. 17	100 % shoda			
ot. 18	10,844	3	0,013	5%
ot. 19	2,397	3	0,494	
ot. 20	0,936	2	0,626	
ot. 21	7,981	6	0,239	
ot. 22	0,001	1	0,981	
ot. 23	0,000	1	0,989	
ot. 24	0,186	2	0,911	
ot. 25	0,230	1	0,631	
ot. 26	jiný způsob zpracování			
ot. 27	4,001	2	0,135	
ot. 28	24,857	5	0,000	1%
ot. 29	3,557	2	0,169	
ot. 30	9,311	3	0,025	5%
ot. 31	3,969	2	0,137	
ot. 32	3,121	1	0,077	10%
ot. 33	3,492	2	0,174	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Tabulka č. 3 znázorňuje výsledky testování odpovědí respondentů mezi ZZ. Testovala se nezávislost odpovědí na ZZ (přesněji hypotéza homogenity rozložení odpovědí v obou ZZ). Stanovena byla H_0 a H_1 .

H_0 : V rozložení odpovědí respondentů do kategorií není rozdíl mezi ZZ.

H_1 : V rozložení odpovědí respondentů do kategorií je rozdíl mezi ZZ.

Otázka 2 a 4 byla zpracována dvojím způsobem, jako kvalitativní proměnná (desetileté intervaly) v tabulce s označením (kat.) a jako kvantitativní (věk a praxe v letech) proměnná (testovaná dále v textu Studentovým t-testem shody průměrů 2 nezávislých skupin a jeho neparametrickou obdobou).

Z tabulky vyplývá, že statisticky významně se odpovědi respondentů ve ZZ lišily v otázkách 4, 8, 18, 28, 30 a 32. Podrobnosti rozdílnosti jsou popsány pod grafem příslušné otázky.

4.2.1.1 Základní charakteristiky respondentů

Otázka č. 1: Jste muž nebo žena?

a) muž b) žena

Tabulka č. 4: Pohlaví respondentů

	SAK		ISO	
	počet	procenta	počet	procenta
žena	51	96,23 %	52	100,00 %
muž	2	3,77 %	0	0,00 %

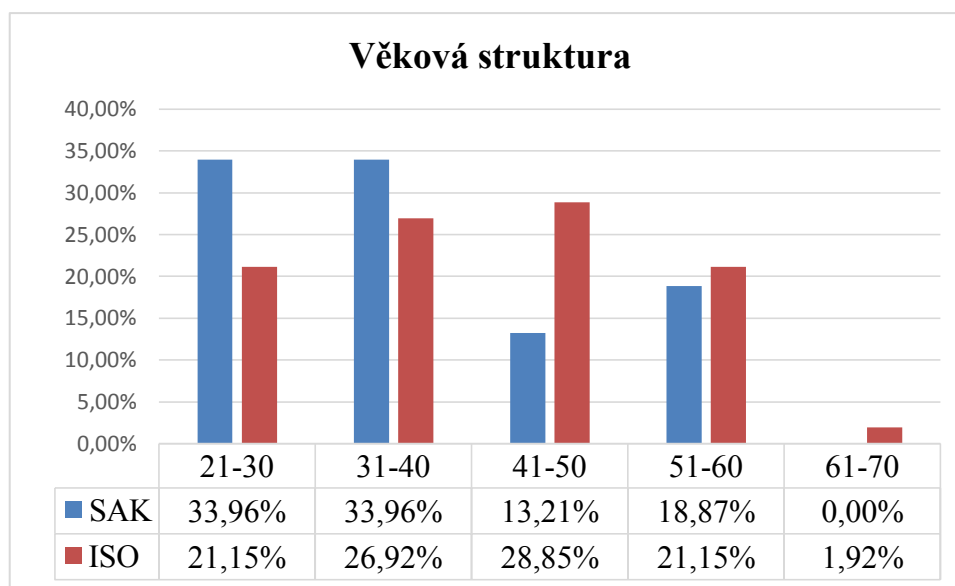
Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Tabulka č. 4 a prezentuje zastoupení mužů a žen ve ZZ. Ve ZZ SAK se výzkumu zúčastnilo 53 (100 %) respondentů, z toho bylo 51 (96,23 %) žen a 2 (3,77 %) muži.

Ve ZZ ISO se výzkumu zúčastnilo 52 (100 %) respondentů, výhradně ženy.

Otázka č. 2: Uveďte váš věk

Graf č. 3: Věková struktura respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

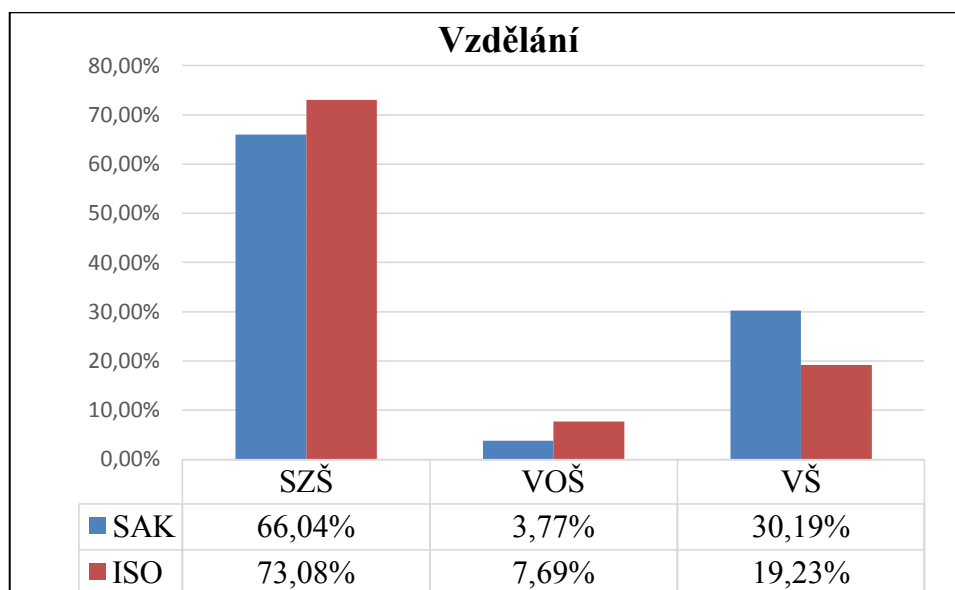
Graf č. 3 znázorňuje zastoupení věkových skupin respondentů ve vybraných ZZ. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů ve věkové skupině 21 - 30 let je 18 (33,96 %) respondentů, ve skupině 31 – 40 let je 18 (33,96 %) respondentů, ve skupině 41 - 50 let je respondentů 7 (13,21 %) a ve skupině 51 – 60 let je 10 (18,87 %) respondentů.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů ve věkové skupině 21 - 30 let je 11 (21,15 %) respondentů, ve věkové skupině 31 - 40 let je respondentů 14 (26,92 %), ve věkové skupině 41 – 50 let je respondentů 15 (28,85 %), ve věkové skupině 51 - 60 let je 11 (21,15 %) respondentů a ve věkové skupině 61 + je respondent 1 (1,92 %).

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) střední odborné s maturitou b) vyšší odborné - DiS. c) vysokoškolské - Bc., Mgr.

Graf č. 4: Vzdělání respondentů



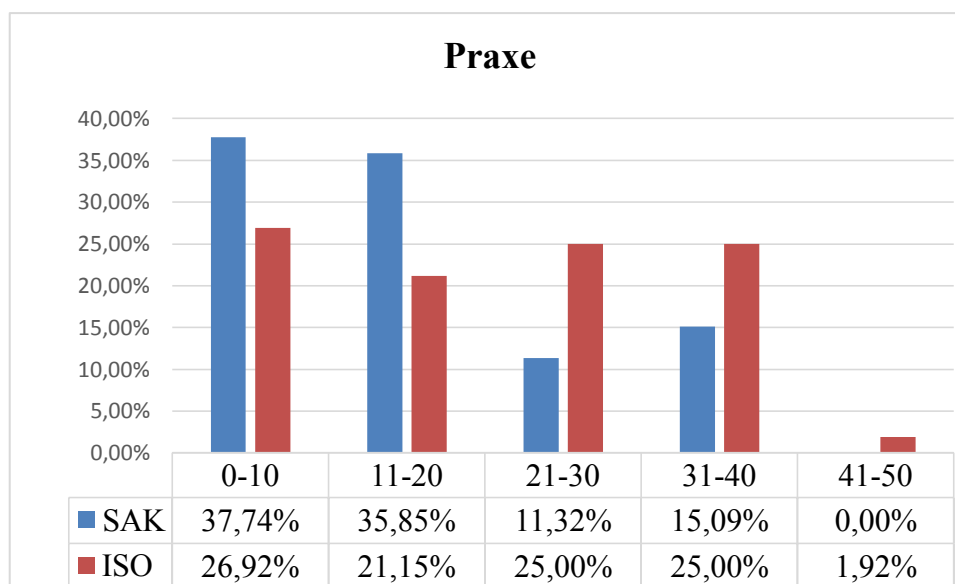
Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 4 prezentuje přehled o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů ve ZZ. Ve ZZ SAK má z 53 (100 %) respondentů střední zdravotnickou školu (SZŠ) zakončenou maturitou 35 (66,04 %) respondentů, vyšší odbornou školu (VOŠ) 2 respondenti (3,77 %) a vysokoškolské vzdělání má 16 (30,19 %) respondentů.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů má střední školu zdravotnickou školu (SZŠ) zakončenou maturitou 38 (73,08 %) respondentů, vyšší odbornou školu mají (VOŠ) 4 respondenti (7,69 %) a vysokoškolské vzdělání má 10 (19,23 %) respondentů.

Otázka č. 4: Uveďte délku praxe v oboru

Graf č. 5: Praxe respondentů v oboru



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 5 znázorňuje délku praxe v oboru respondentů ve ZZ. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů pracuje 0 - 10 let v oboru 20 (37,74 %) respondentů, 11 - 20 let pracuje v oboru 19 (35,85 %) respondentů, 21 - 30 let je v oboru 6 (11,32 %) respondentů, 31 - 40 let pracuje v oboru 8 (15,09 %) respondentů, nad 41 let není v oboru nikdo.

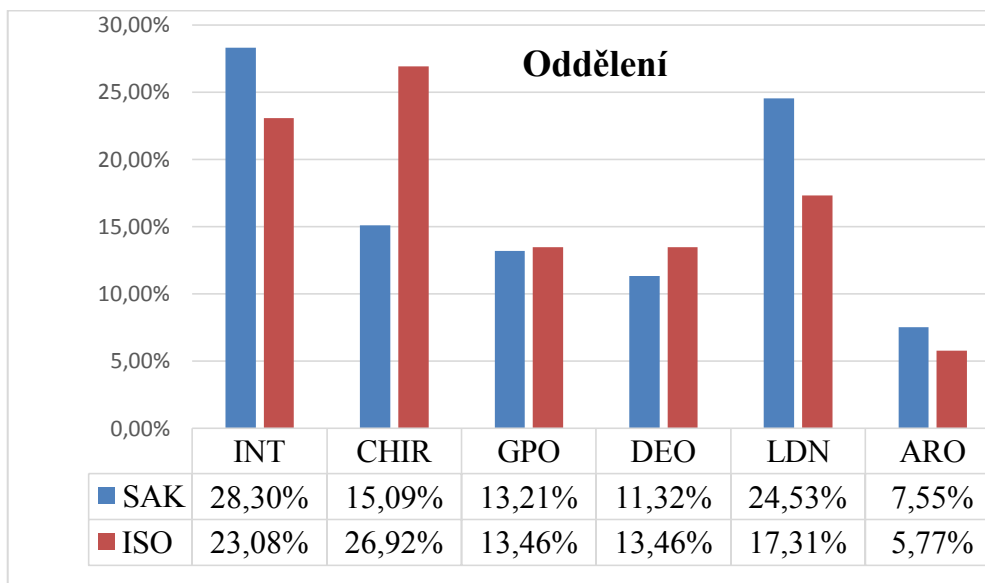
Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů pracuje 0 - 10 let v oboru 14 (26,92 %) respondentů, 11-20 let pracuje v oboru 11 (21,15 %) respondentů, 21 - 30 let je v oboru 13 (25,00 %) respondentů, 31 - 40 let pracuje 13 (25,00 %) a nad 41 let pracuje v oboru 1 (1,92 %) respondent.

Rozdílnost délky praxe respondentů ZZ SAK a ZZ ISO byla vyhodnocena jako statisticky významná. Chí-kvadrát je 7,399, stupně volnosti jsou 3, dosažená hladina je 0,060. Dosažená hladina je menší než 10 %. H_0 se tedy zamítá na 10 % hladině, ZZ se liší. V ZZ ISO je náznak vyšší četnosti délky praxe v kategorii 21 - 30 let proti ZZ SAK.

Otázka č. 5: Uveďte, na jakém oddělení nyní pracujete

- a) interní odd. b) chirurgické odd. c) gynekologicko-porodnické odd. d) dětské odd.
e) následné péče (LDN) f) anesteziologicko-resuscitační odd.

Graf č. 6: Oddělení, na kterém respondenti pracují



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 6 prezentuje přehled lůžkových oddělení, na kterém respondenti pracují. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů pracuje na interním oddělení (INT) 15 (28,30 %) respondentů, na chirurgickém oddělení (CHIR) 8 (15,09 %) respondentů, na gynekologicko-porodnickém oddělení (GPO) 7 (13,21 %) respondentů, na dětském oddělení (DEO) 6 (11,32 %) respondentů, na oddělení následné péče (ONP/LDN) 13 (24,53 %) respondentů a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO) pracují 4 (7,55 %) respondenti.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů pracuje na interním oddělení (INT) 12 (23,08 %) respondentů, na chirurgickém oddělení (CHIR) 14 (26,92 %) respondentů, na gynekologicko-porodnickém oddělení (GPO) 7 (13,46 %) respondentů, na dětském oddělení (DEO) 6 (13,46 %) respondentů, na oddělení následné péče (ONP/LDN) 9 (17,31 %) respondentů a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO) pracují 3 (5,77 %) respondenti.

4.2.1.1.1 Kvantitativní vyhodnocení věku a praxe

Tabulka č. 5: Základní statistické charakteristiky věku a praxe v ZZ

	věk			praxe		
	SAK	ISO	SAK + ISO	SAK	ISO	SAK + ISO
průměr	37,17	41,50	39,31	14,94	20,47	17,68
počet	53	52	105	53	52	105
minimum	21	21	21	0,20	1,50	0,20
maximum	55	68	68	36	45	45
směrodatná odchylna	10,24	11,53	11,06	11,10	12,46	12,06
směrodatná chyba	1,41	1,60	1,08	1,52	1,73	1,18
25% kvantil	28	32	29	5	8	6
medián	36	43	38	14	22	15
75% kvantil	42	50	50	21	31	29

Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Tabulka č. 6: Testování rozdílu věku a praxe mezi ZZ

	testovací kritérium t	stupně volnosti	dosažená hladina p	významnost	Man-Whitney test z	dosažená hladina p	významnost
věk	-2,036	103	0,0443	5 %	-1,833	0,0668	10 %
praxe	-2,404	103	0,0180	5 %	-2,282	0,0225	5 %

Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Studentův t-test (parametrický)

H_0 : Průměry veličiny jsou shodné v ZZ. H_1 : Průměry veličiny se liší v ZZ.

Man-Whitney test (neparametrická obdoba t-testu)

H_0 : Mediány veličiny jsou shodné v ZZ. H_1 : Mediány veličiny se liší v ZZ.

Výsledky

Průměrné hodnoty věku i praxe v ZZ se liší. Zamítá se H_0 o shodě průměrných hodnot (mediánů) věku na hladině 5 % (10 %), zamítá se H_0 o shodě průměrných hodnot (mediánů) praxe na hladině 5 % (5%).

4.2.1.2 Porovnání názorů respondentů na systém hlášení a řešení NU

Otázka č. 6: Byl/a jste seznámen/a se systémem hlášení mimořádných - nežádoucích událostí?

a) ano b) ne

Tabulka č. 7: Seznámení se systémem hlášení NU

	SAK		ISO	
	počet	procenta	počet	procenta
ano	53	100,00%	52	100,00%
ne	0	0,00%	0	0,00%

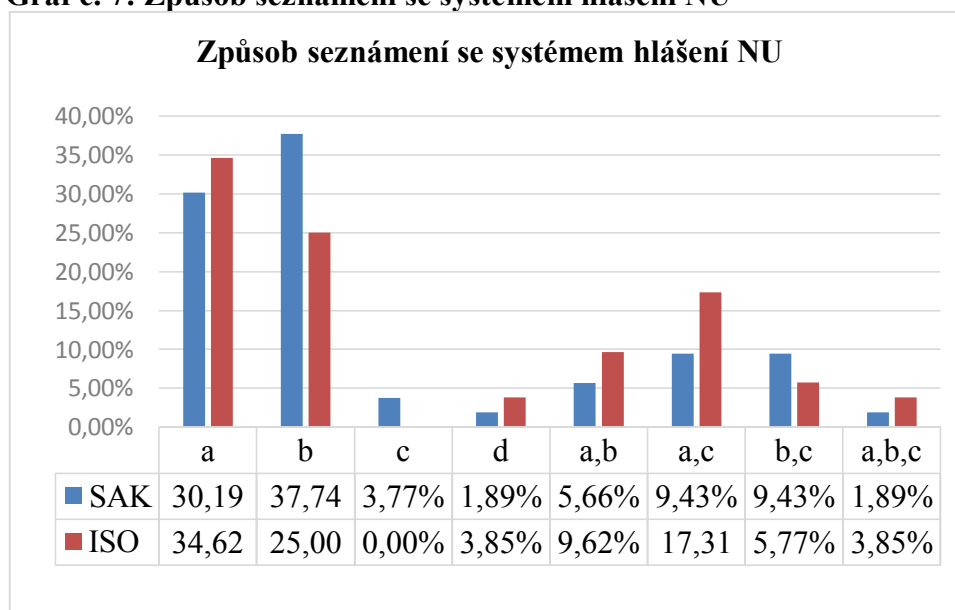
Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Tabulka č. 7 ukazuje, zda byli respondenti seznámeni se systémem hlášení NU na svém pracovišti. Všichni respondenti v obou ZZ uvedli, že byli seznámeni se systémem hlášení NU na svém pracovišti.

Otázka č. 7: Pokud ano, jakým způsobem jste byl/a seznámen/a?

a) školením b) předáním informací od jiného pracovníka c) poskytnutím písemných materiálů d) jiným způsobem, jakým?

Graf č. 7: Způsob seznámení se systémem hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

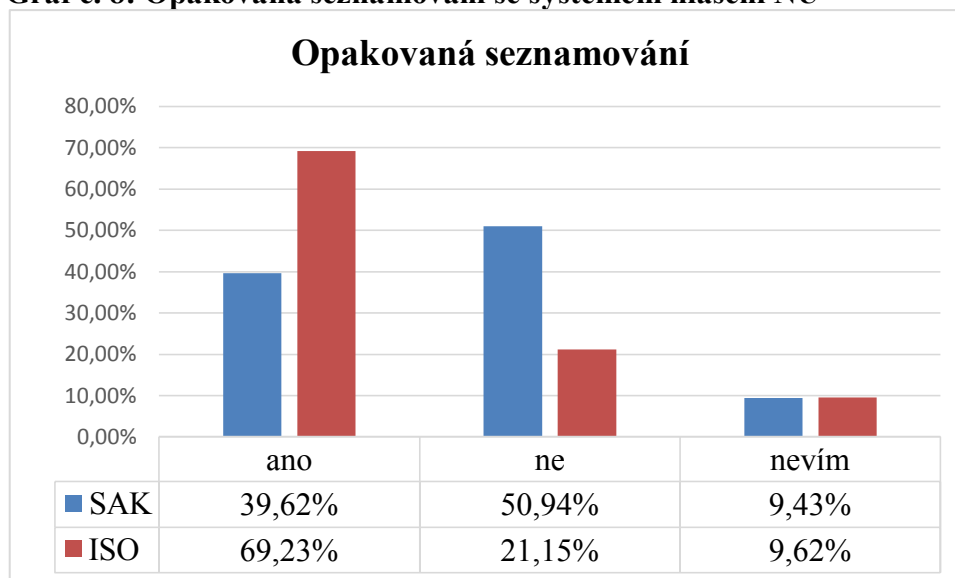
Graf č. 7 znázorňuje způsob seznámení respondentů se systémem hlášením NU na jejich pracovišti. Ve ZZ SAK 16 (30,19 %) respondentů uvedlo, že jim byly informace předány školením, 20 (37,74 %) respondentů uvedlo, že jim byly informace předány od jiného pracovníka, 2 (3,77 %) respondenti uvedly, že jim byly informace předány poskytnutím písemných materiálů, 1 (1,89 %) respondent uvedl, že mu byly informace předány jiným způsobem, 3 (5,66 %) respondenti uvedly, že jim byly informace předány školením a od jiného pracovníka, 5 (9,43 %) respondentů uvedlo, že jim byly informace předány školením a poskytnutím písemných materiálů, 5 (9,43 %) respondentů uvedlo, že jim byly informace předány od jiného pracovníka a poskytnutím písemných materiálů, 1 (1,89 %) uvedl, že mu byly informace předány školením, předáním informací od jiného pracovníka a poskytnutím písemných materiálů.

Ve ZZ ISO 18 (34,62 %) respondentů uvedlo, že jim byly informace předány školením, 13 (25,00 %) respondentů uvedlo, že jim byly informace předány od jiného pracovníka, 2 (3,85 %) respondenti uvedly, že jim byly informace předány jiným způsobem, 5 (9,62 %) respondentů uvedlo, že jim byly informace předány školením a od jiného pracovníka, 9 (17,31 %) respondentů uvedlo, že jim byly informace předány školením a poskytnutím písemných materiálů, 3 (5,77 %) respondenti uvedly, že jim byly informace předány od jiného pracovníka a poskytnutím písemných materiálů, 2 (3,85 %) respondenti uvedly, že jim byly informace předány školením, předáním informací od jiného pracovníka a poskytnutím písemných materiálů.

Otázka č. 8: Probíhají na Vašem pracovišti opakovaná seznamování s hlášením mimořádných - nežádoucích událostí?

a) ano b) ne c) nevím

Graf č. 8: Opakovaná seznamování se systémem hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 8 prezentuje odpovědi, zda na pracovištích probíhají opakovaná seznamování respondentů se systémem hlášením NU. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů odpovědělo kladně 21 (39,62 %) respondentů, záporně 27 (50,94 %) respondentů a 5 (9,43 %) respondentů nevědělo, jestli probíhají na jejich pracovišti opakovaná seznamování s hlášením NU.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů odpovědělo kladně 36 (69,23 %) respondentů, záporně 11 (21,15 %) respondentů a 5 (9,62 %) respondentů nevědělo, jestli probíhají na jejich pracovišti opakovaná seznamování s hlášením NU.

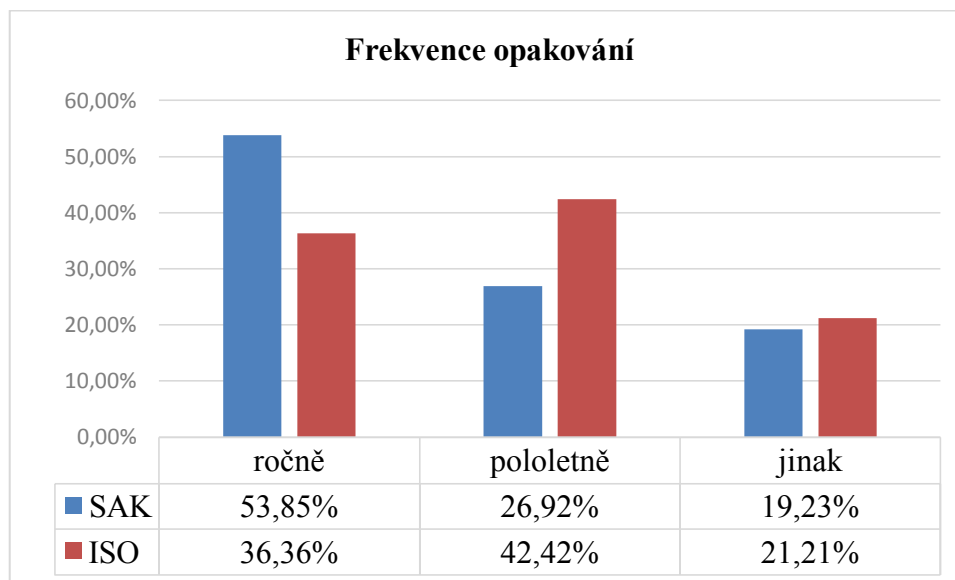
Rozdílnost odpovědí respondentů ve ZZ SAK a ZZ ISO byla vyhodnocena jako statisticky významná. Chí-kvadrát je 10,676, stupně volnosti jsou 2, dosažená hladina je 0,005. Dosažená hladina je menší než 1 %. H_0 se zamítá na 1 % hladině, ZZ se liší.

V ZZ SAK je zvýšená četnost záporných odpovědí proti očekávané četnosti.

Otázka č. 9: Pokud na Vašem pracovišti probíhají opakovaná seznamování s hlášením mimořádných - nežádoucích událostí, jak často?

a) jednou za rok b) jednou za pololetí c) jinak

Graf č. 9: Frekvence opakování při seznamování se systémem hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

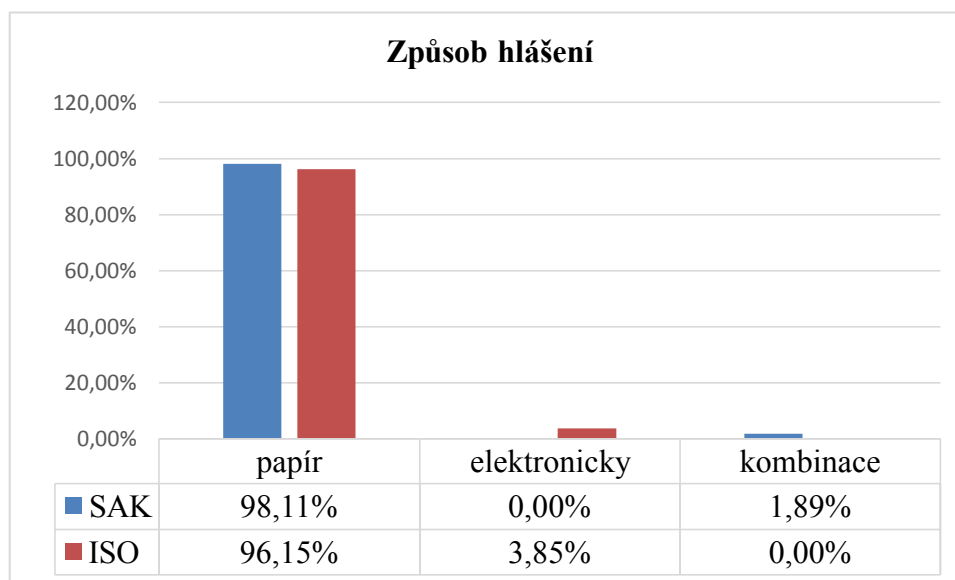
Graf č. 9 znázorňuje přehled, jak často na pracovištích probíhají opakovaná seznamování respondentů se systémem hlášením NU. Ve ZZ SAK odpovědělo z 53 (100 %) respondentů 14 (53,85%) respondentů, že seznamování probíhá každoročně, 7 (26,92 %) respondentů odpovědělo, že seznamování probíhá pololetně a 5 (19,23 %) respondentů uvedlo, že opakování seznamování probíhá v jiných intervalech.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů odpovědělo 12 (36,36 %) respondentů, že seznamování probíhá každoročně, 14 (42,42 %) respondentů odpovědělo, že seznamování probíhá pololetně a 7 (21,21 %) respondentů uvedlo, že opakování seznamování probíhá v jiných intervalech.

Otázka č. 10: Jaký způsob používáte pro hlášení mimořádných - nežádoucích událostí na Vašem pracovišti?

a) papírový formulář b) elektronický formulář

Graf č. 10: Způsob hlášení NU na pracovišti



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

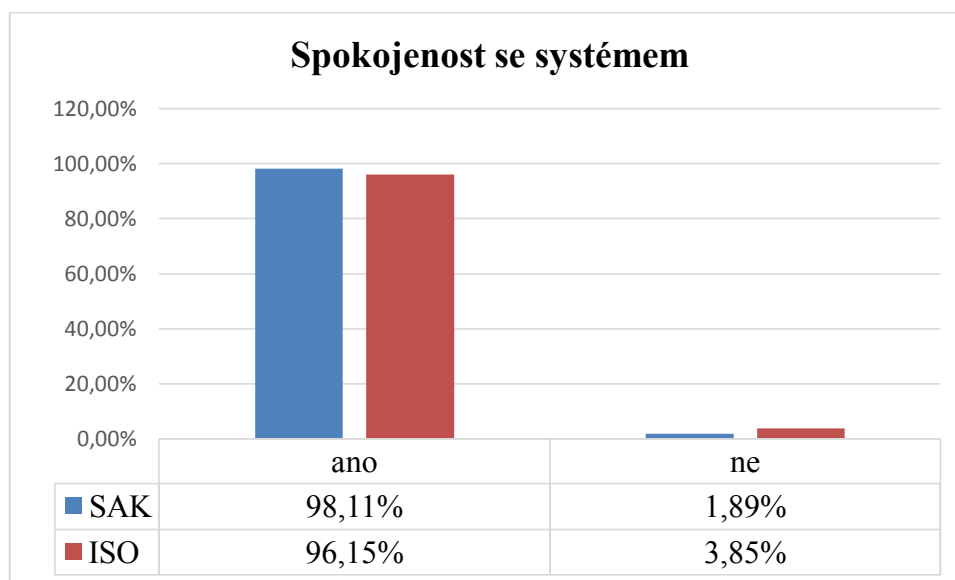
Graf č. 10 prezentuje přehled odpovědí respondentů na otázku, jakým způsobem hlásí NU na svých pracovištích. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů uvedlo 52 (98,11 %) respondentů, že používá papírový formulář a 1 respondent uvedl, že používá kombinaci papírového a elektronického formuláře.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů uvedlo 50 (96,15 %) respondentů, že používá papírový formulář, 2 (3,85 %) respondenti uvedli, že používají elektronický formulář.

Otázka č. 11: Vyhovuje Vám způsob hlášení mimořádných - nežádoucích událostí, který se používá na Vašem pracovišti?

a) ano b) ne

Graf č. 11: Spokojenost se systémem hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

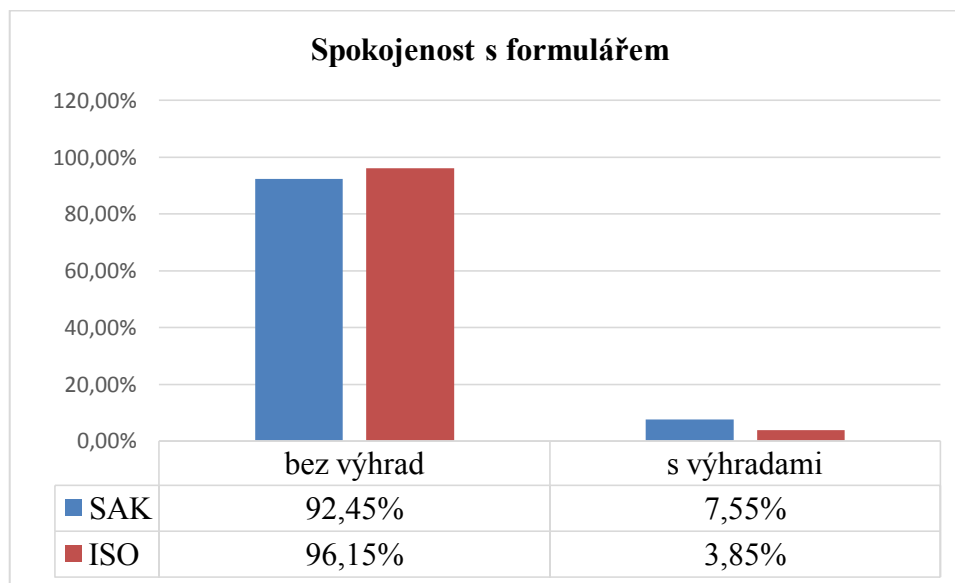
Graf č. 11 znázorňuje spokojenost respondentů se systémem hlášení, který je na jejich pracovišti používán. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů 52 (98,11 %) respondentů uvedlo, že je spokojeno se systémem hlášení NU, který je používán na jejich pracovišti a 1 (1,89 %) respondent uvedl, že spokojen není.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 50 (96,15 %) respondentů uvedlo, že je spokojeno se systémem hlášení NU, který je používán na jejich pracovišti a 2 (3,85 %) respondenti uvedli, že spokojeni nejsou.

Otázka č.12: Jste spokojen/a s formulářem hlášení mimořádných - nežádoucích událostí používaném na Vašem pracovišti?

a) bez výhrad b) s výhradami

Graf č. 12: Spokojenost s formulářem hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

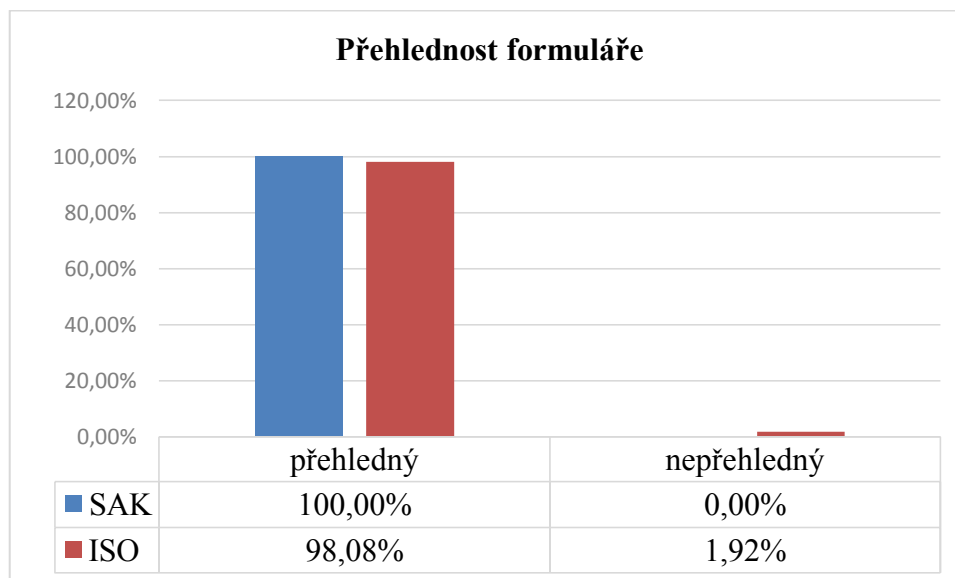
Graf č. 12 prezentuje spokojenost respondentů s formulářem hlášení NU na jejich pracovišti. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů 52 (98,11 %) respondentů uvedlo, že je spokojeno s formulářem hlášení NU na jejich pracovišti a 1 (1,89 %) respondent uvedl, že spokojen není.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 50 (96,15 %) respondentů uvedlo, že je spokojeno s formulářem hlášení NU na jejich pracovišti a 2 (3,85%) respondenti uvedli, že spokojeni nejsou.

Otázka č. 13: Zdá se Vám formulář hlášení mimořádných - nežádoucích událostí používaný na Vašem pracovišti?

a) přehledný b) nepřehledný

Graf č. 13: Přehlednost formulářem hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

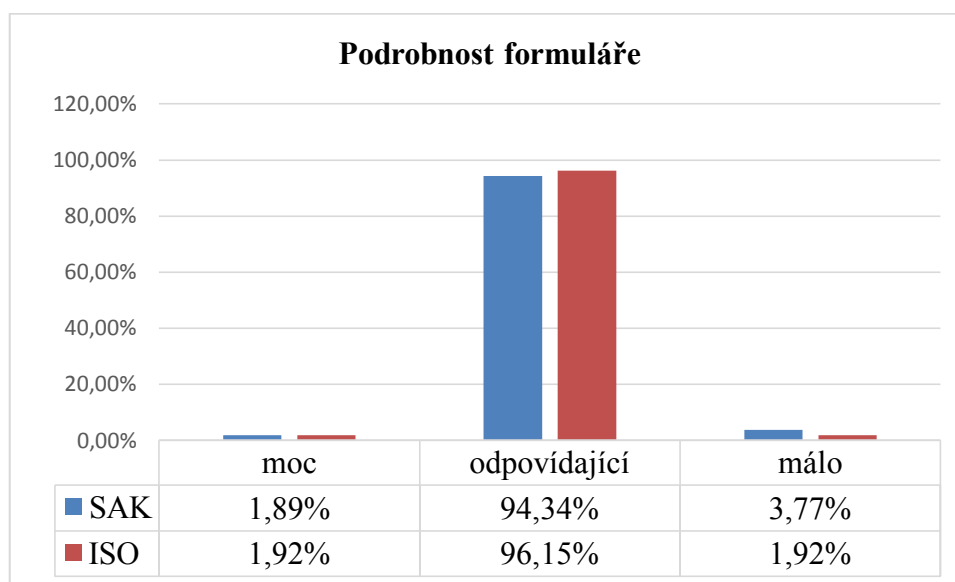
Graf č. 13 znázorňuje názor respondentů na přehlednost formuláře hlášení NU na jejich pracovišti. Ve ZZ SAK všech 53 (100 %) respondentů uvedlo, že považují formulář za přehledný.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 51 (98,08 %) respondentů uvedlo, že považují formulář používaný na jejich pracovišti za přehledný a 1 (1,92 %) respondent uvedl, že považuje formulář za nepřehledný.

Otázka č. 14: Zdá se Vám, že jsou ve formuláři hlášení mimořádných - nežádoucích událostí používaném na Vašem pracovišti uvedeny všechny druhy mimořádných - nežádoucích událostí?

a) příliš podrobně b) odpovídajícím způsobem c) málo podrobně

Graf č. 14: Podrobnost formulářem hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

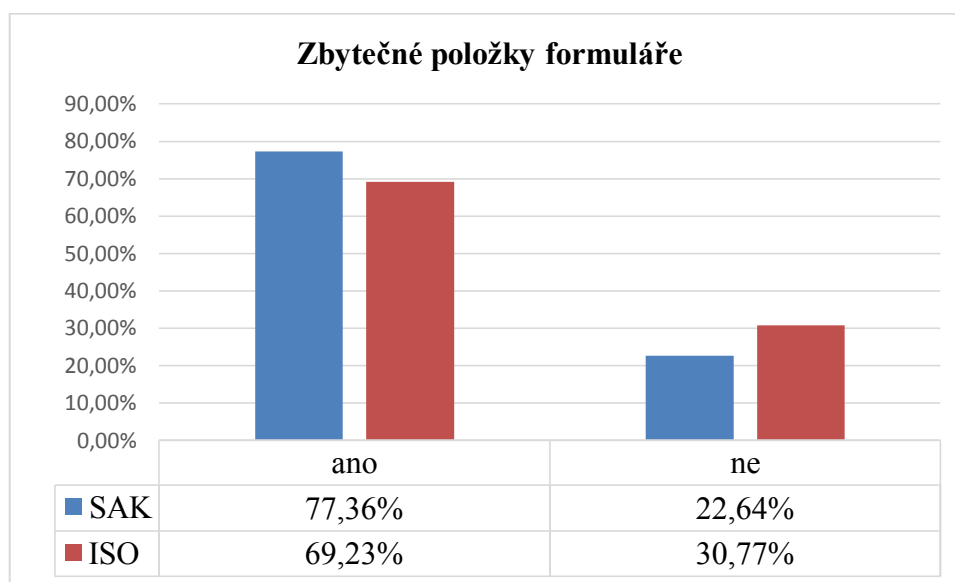
Graf č. 14 ukazuje přehled názorů respondentů na spokojenost s podrobností formuláře hlášení NU používaném na jejich pracovišti. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů 1 (1,89 %) respondent uvedl, že považuje formulář za příliš moc podrobný, 50 (94,34 %) respondentů si myslí, že je formulář na jejich pracovišti formulován odpovídajícím způsobem a 2 (3,77 %) respondenti uvedli, že považují formulář za málo podrobný.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 1 (1,92 %) respondent uvedl, že považuje formulář za příliš moc podrobný, 50 (96,15 %) respondentů si myslí, že je formulář na jejich pracovišti formulován odpovídajícím způsobem a 1 (1,92 %) respondent uvedl, že považuje formulář za málo podrobný.

Otázka č. 15: Považujete všechny druhy mimořádných - nežádoucích událostí ve formuláři hlášení mimořádných - nežádoucích událostí používaném na Vašem pracovišti opravdu za mimořádné?

a) ano b) ne, některé položky jsou v seznamu zbytečné

Graf č. 15: Zbytečné položky ve formuláři hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

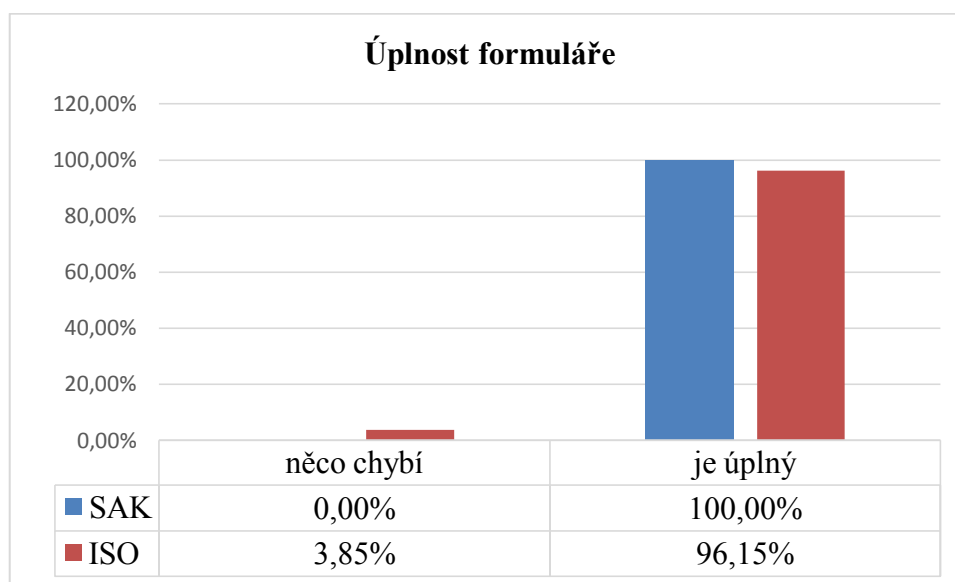
Graf č. 15 je přehledem názorů respondentů na formuláře hlášení NU na jejich pracovišti. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů 41 (77,36 %) respondentů považuje všechny druhy NU ve formuláři hlášení používaném na jejich pracovišti za opravdu mimořádné, 12 (22,64 %) respondentů považuje některé položky v seznamu za zbytečné.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 36 (69,23 %) respondentů považujete všechny druhy NU ve formuláři hlášení používaném na jejich pracovišti za opravdu mimořádné, 16 (30,77 %) respondentů považuje některé položky v seznamu za zbytečné.

Otázka č. 16: Chybí podle Vašeho názoru ve formuláři hlášení mimořádných - nežádoucích událostí používaném na Vašem pracovišti nějaké události, které lze považovat za mimořádné - nežádoucí?

a) ano b) ne

Graf č. 16: Úplnost formuláře hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 16 znázorňuje názory respondentů na formuláře hlášení NU na jejich pracovišti. Ve ZZ SAK všichni respondenti uvedli, že je formulář hlášení NU na jejich pracovišti v pořádku a žádná NU v něm nechybí.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 2 (3,85 %) respondenti označili, že jim ve formuláři hlášení NU na jejich pracovišti určité druhy NU chybí, 50 (96,15 %) respondentů uvedlo, že je formulář hlášení NU v pořádku a žádná NU v něm nechybí.

Otázka č. 17: Víte, jak postupovat při řešení mimořádných - nežádoucích událostí?

a) ano b) ne

Tabulka č. 8: Znalost postupu při řešení NU

	SAK		ISO	
	počet	procenta	počet	procenta
ano	53	100,00%	52	100,00%
ne	0	0,00%	0	0,00%

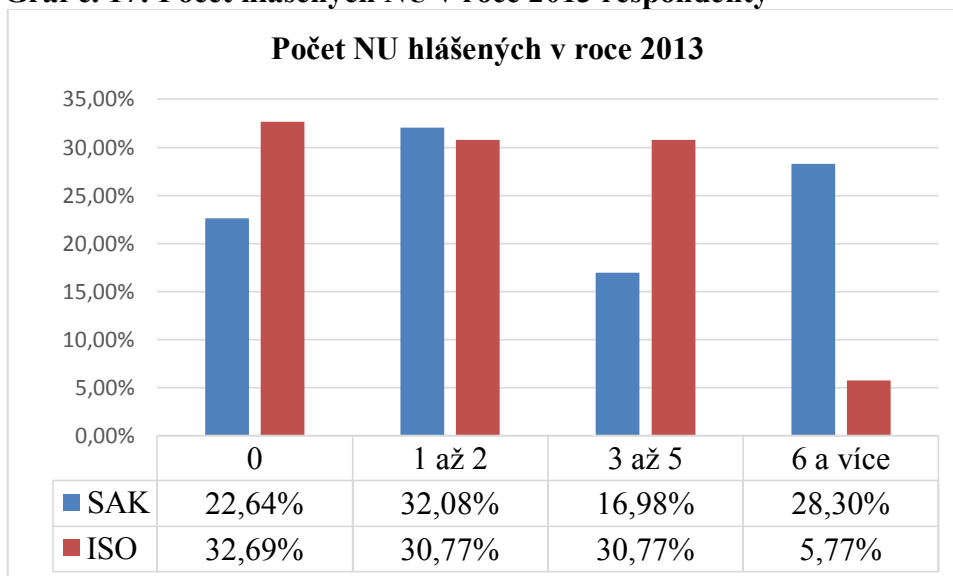
Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Tabulka č. 8 a prezentuje názor respondentů na svou znalost postupu při řešení NU. Všichni respondenti v obou ZZ uvedli, že znají postup při řešení NU.

Otázka č. 18: Kolik mimořádných - nežádoucích událostí jste nahlásil/a v roce 2013?

a) 0 b) 1 a až 2 c) 3 až 5 d) 6 a více

Graf č. 17: Počet hlášených NU v roce 2013 respondenty



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 17 ukazuje počty hlášených NU, které respondenti uvedli, že hlásili v roce 2013. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů 12 (22,64 %) respondentů uvedlo, že v loňském roce žádnou NU nehlásilo, 17 (32,08 %) respondentů hlásilo 1 až 2 NU, 9 (16,98 %) respondentů hlásilo 3 až 5 NU a 15 (28,30 %) respondentů hlásilo 6 a více NU.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 17 (32,69 %) respondentů uvedlo, že v loňském roce žádnou NU nehlásilo, 16 (30,77 %) respondentů hlásilo 1 až 2 NU, 16 (30,77 %) respondentů hlásilo 3 až 5 NU a 3 (5,77 %) respondenti hlásili 6 a více NU.

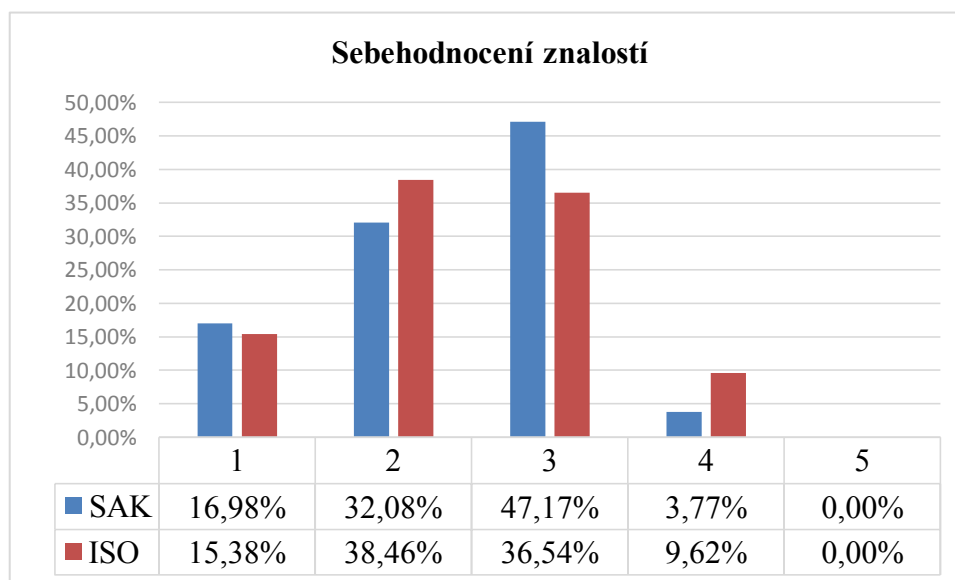
Rozdílnost odpovědí respondentů ve ZZ byla vyhodnocena jako statisticky významná. Chí-kvadrát je 10,844, stupně volnosti jsou 3, dosažená hladina je 0,013. Dosažená hladina je menší než 5 %. H_0 se zamítá na 5 % hladině, ZZ se liší.

V ZZ SAK je zvýšená četnost odpovědí respondentů, že v roce 2013 nahlásili 6 a více NU proti ZZ ISO.

Otázka č. 19: Zhodnoťte své znalosti týkající se řešení mimořádných - nežádoucí událost.

a) výborné b) velmi dobré c) dobré d) dostatečné e) nedostatečné

Graf č. 18: Sebehodnocení respondentů vůči hlášení a řešení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

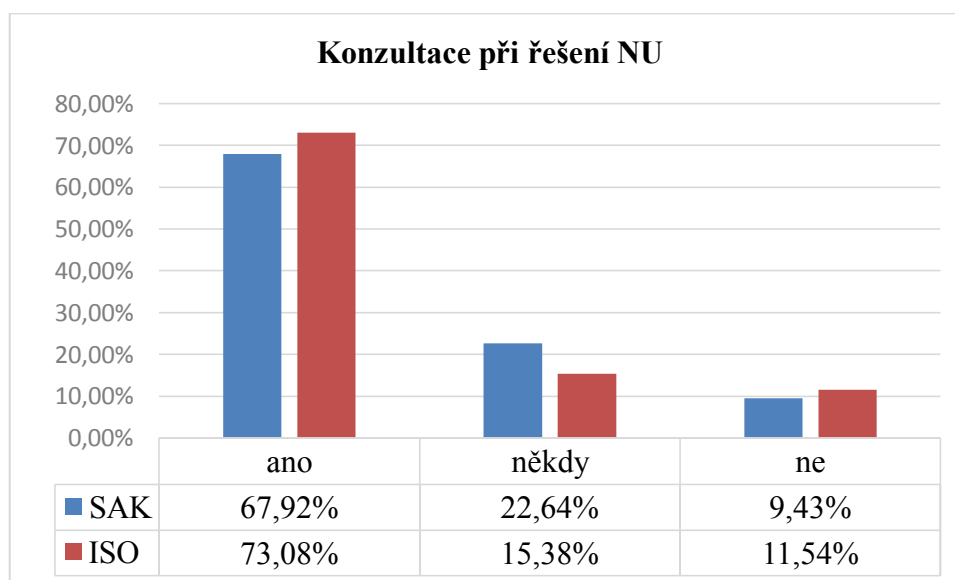
Graf č. 18 prezentuje sebehodnocení respondentů, které se týká znalostí týkajících se řešení NU. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů si 9 (16,98 %) respondentů dalo známku 1, 17 (32,08 %) respondentů si dalo známku 2, 25 (47,17 %) respondentů si dalo známku 3 a 2 (3,77 %) respondenti si dali známku 4.

Ve ZZ ISO z 52 (100%) respondentů si 8 (15,38 %) respondentů dalo známku 1, 20 (38,46 %) respondentů si dalo známku 2, 19 (36,54 %) respondentů si dalo známku 3 a 5 (9,62 %) respondentů si dalo známku 4.

Otázka č. 20: Konzultujete s někým vyplnění formuláře při řešení mimořádných - nežádoucích událostí?

a) ano, vždy b) ano, ale jen v některých případech c) ne

Graf č. 19: Konzultace při řešení NU respondenty



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

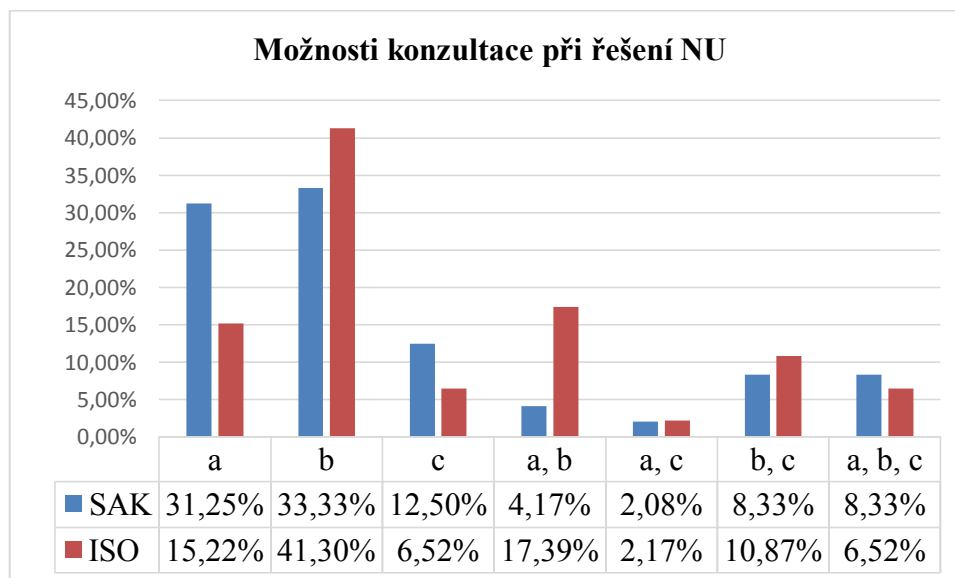
Graf č. 19 znázorňuje odpovědi respondentů na to, jestli konzultují vyplňování formuláře při řešení NU. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů uvedlo 36 (67,92 %) respondentů, že vždy s někým konzultují vyplňování formuláře hlášení NU, 12 (22,64 %) respondentů konzultuje hlášení NU někdy a 5 (9,43 %) respondentů vyplňování formuláře NU nekonzultuje s nikým.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů uvedlo 38 (73,08 %) respondentů, že vždy s někým konzultují vyplnění formuláře hlášení NU, 8 (15,38 %) respondentů konzultuje vyplnění formuláře hlášení NU někdy a 6 (11,54 %) respondentů vyplnění formuláře hlášení NU nekonzultuje s nikým.

Otázka č. 21: Pokud ano, s kým konzultujete vyplnění formuláře při řešení mimořádných - nežádoucí událostí?

a) s kolegyní/kolegou b) s vedoucí oddělení c) s lékařkou/lékařem

Graf č. 20: Možnosti konzultace při řešení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 20 ukazuje přehled osob, s kým respondenti nejčastěji konzultují řešení NU na jejich pracovišti. Ve ZZ SAK 15 (31,25 %) respondentů uvedlo, že konzultuje řešení NU výhradně s kolegyní/kolegou, 16 (33,33 %) respondentů konzultuje výhradně s vedoucí oddělení, 6 (12,50 %) respondentů konzultuje výhradně s lékařkou/lékařem, 2 (4,17 %) respondenti konzultují s kolegyní/kolegou i s vedoucí oddělení, 1 (2,08 %) respondent konzultuje s kolegyní/kolegou i s lékařkou/lékařem, 4 (8,33 %) respondenti konzultují s vedoucí oddělení a lékařkou/lékařem a 4 (8,33 %) respondenti konzultují s kolegyní/kolegou, vedoucí oddělení i lékařkou/lékařem.

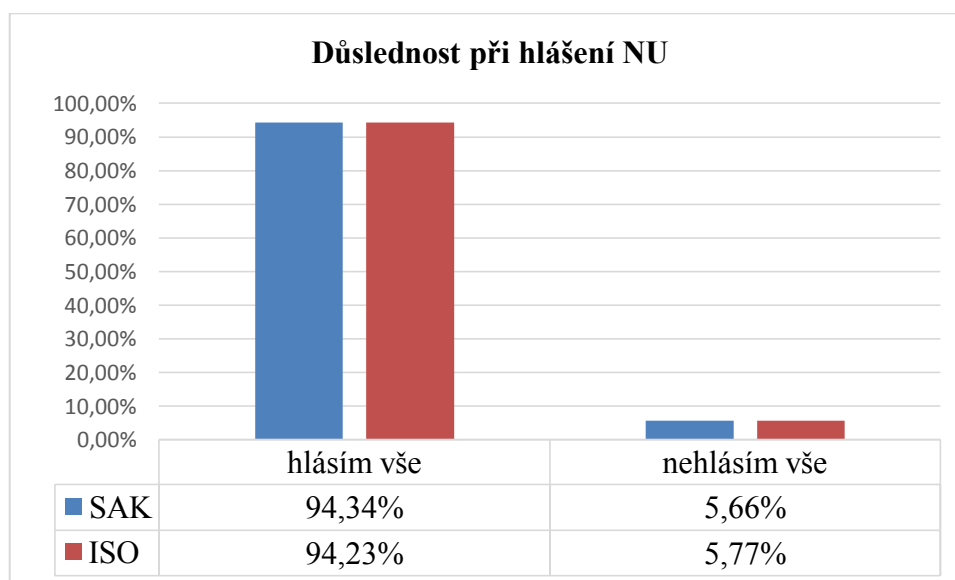
Ve ZZ ISO 7 (15,22 %) respondentů uvedlo, že konzultuje řešení NU výhradně s kolegyní/kolegou, 19 (41,30 %) respondentů konzultuje výhradně s vedoucí oddělení, 3 (6,52 %) respondenti konzultují výhradně s lékařkou/lékařem, 8 (17,39 %) respondentů konzultuje s kolegyní/kolegou i s vedoucím oddělení, 1 (2,17 %) respondent konzultuje s kolegyní/kolegou i lékařkou/lékařem, 5 (10,87 %) respondentů

konzultuje s vedoucím oddělení i lékařkou/lékařem a 3 (6,52 %) respondenti konzultují s kolegyní/kolegou, vedoucím oddělení i s lékařkou/ lékařem.

Otázka č. 22: Hlásíte všechny mimořádné - nežádoucí události, u kterých jste byl/a přítomna na Vašem pracovišti a které jsou uvedeny ve formuláři hlášení mimořádných - nežádoucích událostí?

a) ano, hlásím všechny události b) ne

Graf č. 21: Důslednost při hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

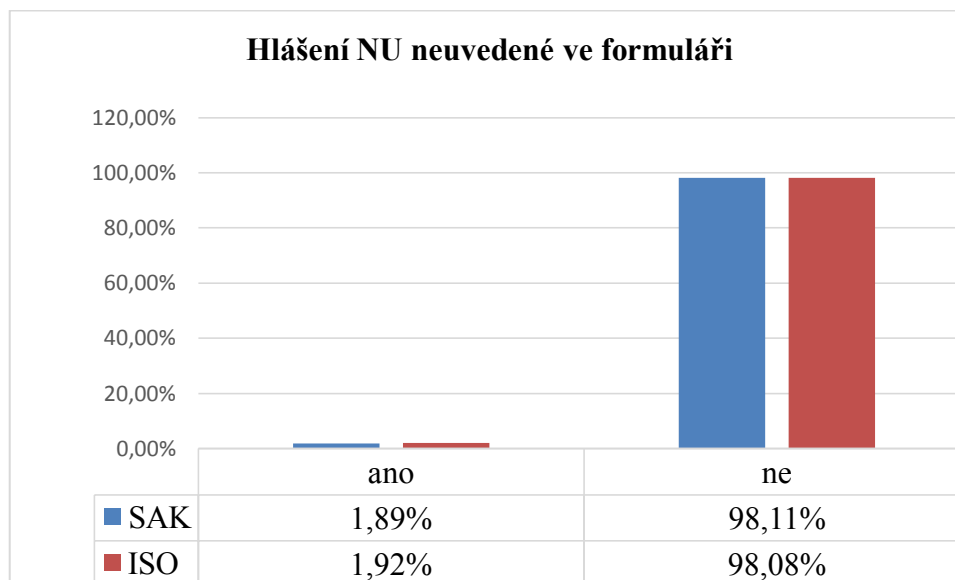
Graf č. 21 prezentuje postoje respondentů vůči své vlastní důslednosti při hlášení NU. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů 50 (94,34 %) respondentů uvedlo, že hlásí všechny NU, u kterých byli přítomni na jejich pracovišti a které jsou uvedeny ve formuláři hlášení NU, 3 (5,66 %) respondenti uvedli, že nehlásí všechny NU, u kterých byli přítomni na jejich pracovišti a které jsou uvedeny ve formuláři hlášení NU.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 49 (94,23 %) respondentů uvedlo, že hlásí všechny NU, u kterých byli přítomni na jejich pracovišti a které jsou uvedeny ve formuláři hlášení NU, 3 (5,77 %) respondenti uvedli, že nehlásí všechny NU, u kterých byli přítomni na jejich pracovišti a které jsou uvedeny ve formuláři hlášení NU.

Otázka č. 23: Hlásil/a jste někdy mimořádnou - nežádoucí událost, která není uvedena ve formuláři hlášení mimořádných - nežádoucích událostí?

a) ano b) ne

Graf č. 22: Hlášení NU neuvedené ve formuláři hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

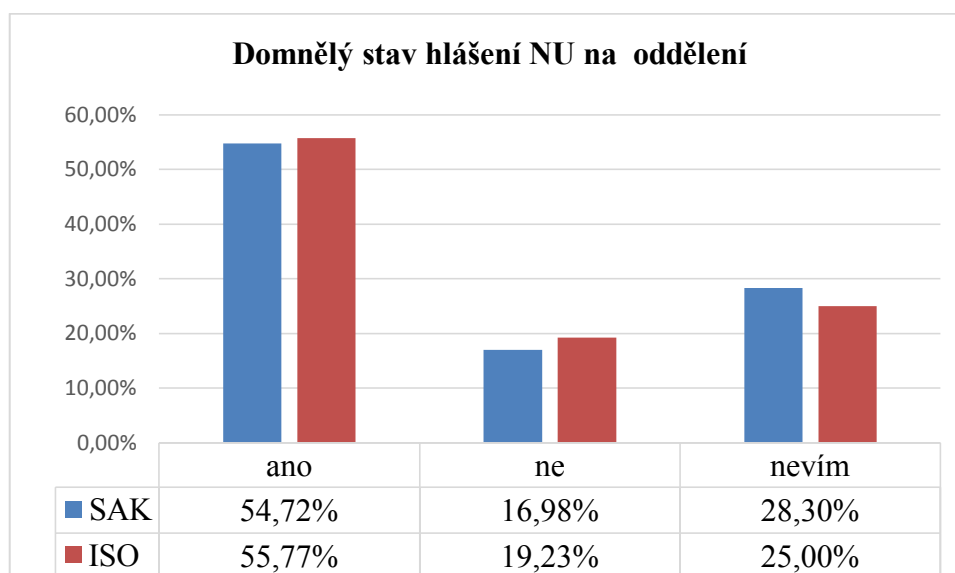
Graf č. 22 ukazuje, zda respondenti museli někdy hlásit NU, která nebyla uvedena ve formuláři používaném na jejich pracovišti. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů 1 (1,89 %) respondent uvedl, že hlásil NU, která nebyla uvedena ve formuláři hlášení NU a 52 (98,11 %) respondentů se s takovou situací nesetkalo.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 1 (1,92 %) respondent uvedl, že hlásil NU, která nebyla uvedena ve formuláři hlášení NU a 51 (98,08 %) respondentů se s takovou situací nesetkalo.

Otázka č. 24: Domníváte se, že jsou na Vašem pracovišti hlášeny všechny mimořádné - nežádoucí události, které jsou uvedeny ve formuláři hlášení mimořádných - nežádoucích událostí?

a) ano b) ne c) nevím

Graf č. 23: Domnělý stav hlášení NU na pracovišti z pohledu respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

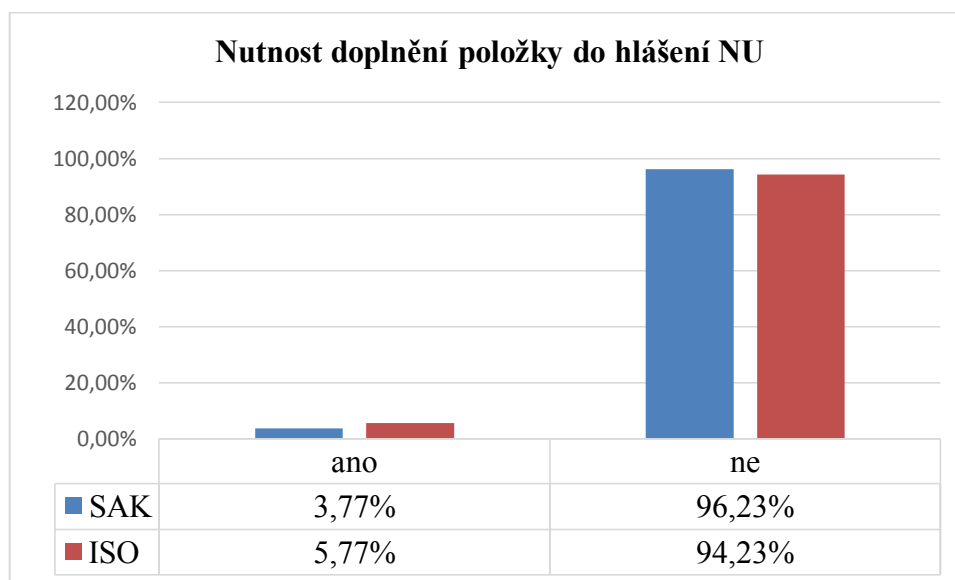
Graf č. 23 znázorňuje názory respondentů na otázku, zda se domnívají, že jsou na jejich pracovišti hlášeny všechny NU. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů se domnívá 29 (54,72 %) respondentů, že jsou na jejich pracovišti hlášeny všechny NU, které jsou uvedeny ve formuláři hlášení NU, 9 (16,98 %) respondentů se domnívá, že všechny NU hlášeny nejsou a 15 (28,30 %) respondentů neví, jestli jsou na jejich pracovišti hlášeny všechny NU.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů se domnívá 29 (55,77 %) respondentů, že jsou na jejich pracovišti hlášeny všechny NU, které jsou uvedeny ve formuláři hlášení NU, 10 (19,23 %) respondentů se domnívá, že všechny NU hlášeny nejsou a 13 (25,00 %) respondentů neví, jestli jsou na jejich pracovišti hlášeny všechny NU.

Otázka č. 25: Musel/a jste někdy dopsat do formuláře hlášení mimořádné - nežádoucí události nový druh mimořádné - nežádoucí události, protože nebyl v seznamu?

a) ano b) ne

Graf č. 24: Nutnost doplnění položky do hlášení NU respondentem



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 24 ukazuje, zda byli někdy respondenti donuceni situací doplnit do formuláře hlášení NU novou položku. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů 2 (3,77 %) respondenti uvedli, že museli do formuláře dopsat novou položku NU, 51 (96,23 %) respondentů nikdy do formuláře novou položku NU dopisovat nemuseli.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 3 (5,77 %) respondenti uvedli, že museli do formuláře dopsat novou položku NU, 49 (94,23 %) respondentů nikdy do formuláře novou položku NU dopisovat nemuseli.

Otázka č. 26: Které mimořádné - nežádoucí události hlásíte nejčastěji Vy? (uved'te 4 v pořadí nejčastější)

Tabulka č. 9: Nejčastěji hlášené NU respondenty (uvedeny 4 v pořadí nejčastější)

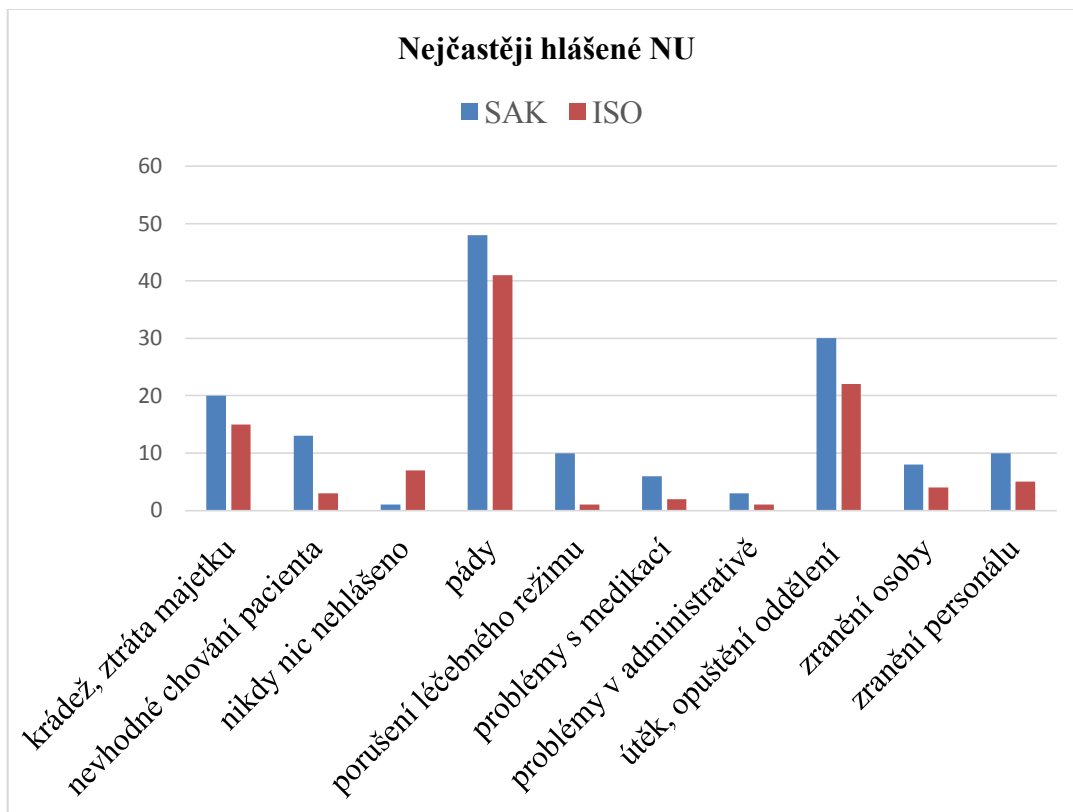
		krádež, ztráta majetku	nevhodné chování pacienta	nikdy nic nehlášeno	pády	porušení léčebného režimu	problémy s medikací	problémy v administrativě	útěk, opuštění oddělení	zranění osoby	zranění personálu
SAK	celkem	20	13	1	48	10	6	3	30	8	10
	1. místo	1	3	1	39	0	0	0	6	0	3
	2. místo	10	1	0	4	6	3	0	14	4	5
	3. místo	8	5	0	3	3	1	1	7	2	1
	4. místo	1	4	0	2	1	2	2	3	2	1
ISO	celkem	15	3	7	41	1	2	1	22	4	5
	1. místo	1	0	7	39	0	0	0	2	2	2
	2. místo	9	0	0	1	1	1	0	13	2	1
	3. místo	2	1	0	0	0	1	0	7	0	2
	4. místo	3	2	0	1	0	0	1	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Tabulka č. 9 znázorňuje počty respondentů a pořadí nejčastěji hlášených NU respondenty ve ZZ. Za pozornost stojí, že ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů celkem 48 respondentů uvedlo jako jednu z nejčastěji hlášených NU pád, přitom 39 z těchto respondentů uvedlo pád na 1. místě, tedy jako nejčastěji hlášenou NU, 2. nejčteněji uváděná NU byla útěk/opuštění oddělení, 3. nejčteněji uváděná NU byla krádež/ztráta majetku a 4. nejčteněji uváděná NU byla nevhodné chování pacienta.

V ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů celkem 41 respondentů uvedlo jako jednu z nejčastěji hlášených NU pád, přitom 39 těchto respondentů uvedlo pád na 1. místě, tedy jako nejčastěji hlášenou NU, 2. nejčteněji uváděná NU byla útěk/opuštění oddělení, 3. nejčteněji uváděná NU byla krádež/ztráta majetku a 4. nejčteněji uváděná NU byla zranění personálu.

Graf č. 25: Nejčastěji hlášené NU respondenty



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

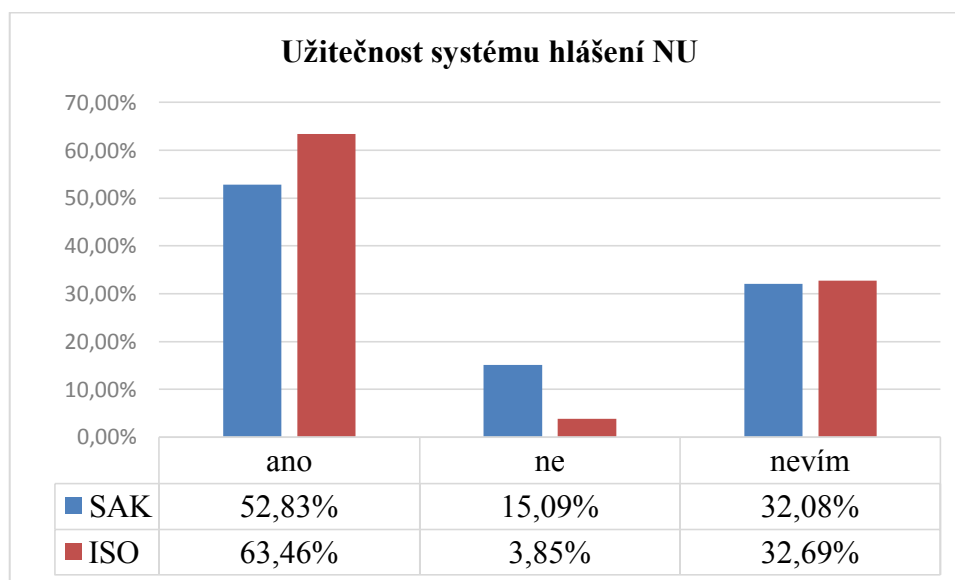
Graf č. 25 ukazuje nejčastěji hlášené NU respondenty. V ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů jako nejčastěji hlášené NU uvedli respondenti 48 x pád, 30 x útěk/opuštění oddělení, 20 x krádež/ztrátu majetku, 13 x nevhodné chování pacienta, 10 x porušení léčebného režimu, 10 x zranění personálu, 8 x zranění osoby jako, 6 x problémy s medikací, 3 x problémy v administrativě a 1 respondent uvedl, že nikdy nic nehlásil.

V ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů jako nejčastěji hlášené NU uvedli respondenti 48 x pád, 22 x útěk/opuštění oddělení, 15 x krádež/ztrátu majetku, 5 x zranění personálu, 4 x zranění osoby, 3 x nevhodné chování pacienta, 2 x problémy s medikací, 1 x porušení léčebného režimu, 1 x problémy v administrativě a 7 x respondenti uvedli, že nikdy nic nehlásili.

Otázka č. 27: Domníváte se, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu mimořádných - nežádoucích událostí je užitečný?

a) ano b) ne c) nevím

Graf č. 26: Užitečnost systému hlášení, řešení a sledování výskytu NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

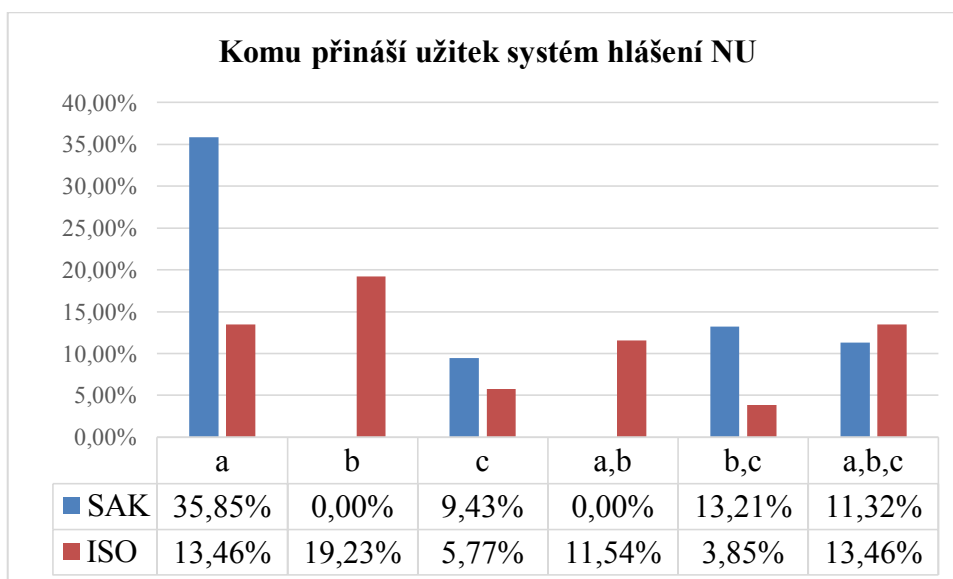
Graf č. 26 prezentuje názory respondentů na užitečnost systému hlášení, řešení a sledování výskytu NU na jejich pracovišti. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů se 28 (52,83 %) respondentů domnívá, že je systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU užitečný, 8 (15,09%) respondentů se domnívá, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu užitečný není a 17 (32,08 %) respondentů neví, jestli systém hlášení, řešení a sledování výskytu užitečný je nebo není.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů se 33 (63,46 %) respondentů domnívá, že je systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU užitečný, 2 (3,85 %) respondenti se domnívají, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu užitečný není a 17 (32,69 %) respondentů neví, jestli systém hlášení, řešení a sledování výskytu užitečný je nebo není.

Otázka č. 28: Pokud ano, tak komu přináší užitek nejvíce?

a) managementu nemocnice b) zdravotnickému personálu c) pacientům

Graf č. 27: Komu přináší užitek systém hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 27 znázorňuje názory respondentů na to, komu přináší užitek systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU na jejich pracovišti. Ve ZZ SAK 19 (35,85 %) respondentů uvedlo, že je systém užitečný výhradně pro management nemocnice, 5 (9,43 %) respondentů uvedlo, že je systém užitečný výhradně pro pacienty, 7 (13,21 %) respondentů uvedlo, že je systém užitečný pro zdravotnický personál i pacienty a 6 (11,32 %) respondentů uvedlo, že je systém užitečný pro managementu nemocnice, zdravotnický personál i pacienty.

Ve ZZ ISO 7 (13,46 %) respondentů uvedlo, že je systém užitečný výhradně pro management nemocnice, 10 (19,23 %) respondentů uvedlo, že je systém užitečný výhradně pro zdravotnický personál, 3 (5,77 %) respondenti uvedli, že je systém užitečný výhradně pro pacienty, 6 (11,54 %) respondentů uvedlo, že je systém užitečný pro managementu nemocnice i zdravotnický personál, 2 (3,85%) respondenti uvedli, že je systém užitečný pro zdravotnický personál i pacienty a 7 (13,46 %) respondentů uvedlo, že je systém užitečný pro managementu nemocnice, zdravotnický personál i pacienty.

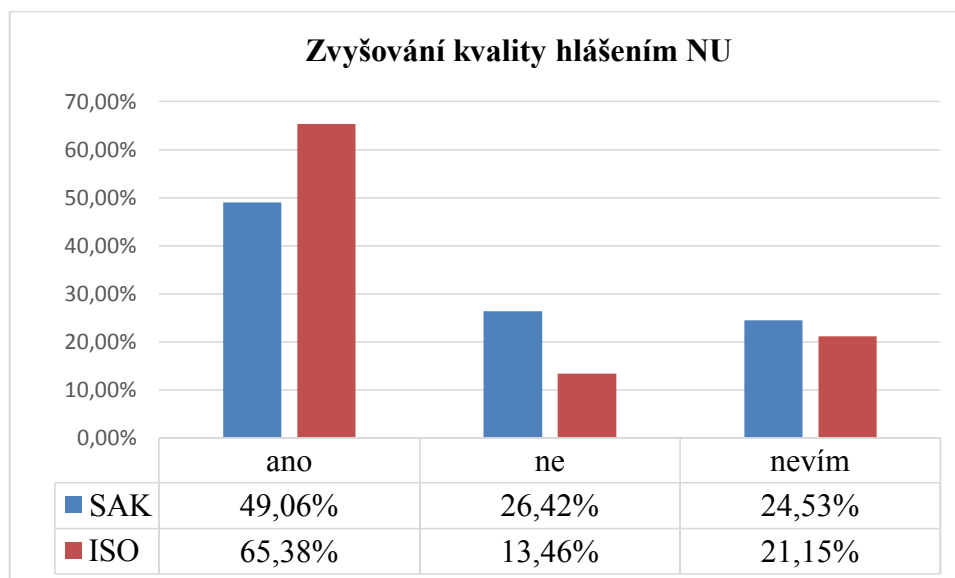
Rozdílnost odpovědí respondentů ve ZZ byla vyhodnocena jako statisticky významná. Chí-kvadrát je 24,857, stupně volnosti jsou 5, dosažená hladina je 0,0001. Dosažená hladina je menší než 0,1 %. H_0 se zamítá na 0,1 % hladině, ZZ se liší.

V ZZ SAK je snižená četnost odpovědí respondentů, kteří uvedli, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU přináší užitek zdravotnickému personálu proti ZZ ISO. V ZZ SAK je také snižená četnost odpovědí respondentů, kteří uvedli, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU přináší užitek managementu nemocnice a zdravotnickému personálu proti ZZ ISO.

Otázka č. 29: Domníváte se, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu mimořádných - nežádoucích událostí zvyšuje kvalitu poskytované zdravotní péče?

a) ano b) ne c) nevím

Graf č. 28: Zvyšování kvality systémem hlášení, řešení a sledování výskytu NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 28 prezentuje názory respondentů na zvyšování kvality poskytované zdravotní péče pomocí systému hlášení, řešení a sledování výskytu NU. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů se 26 (49,06%) respondentů domnívá, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU zvyšuje kvalitu poskytované zdravotní péče, 14 (26,42 %) respondentů se domnívá, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu

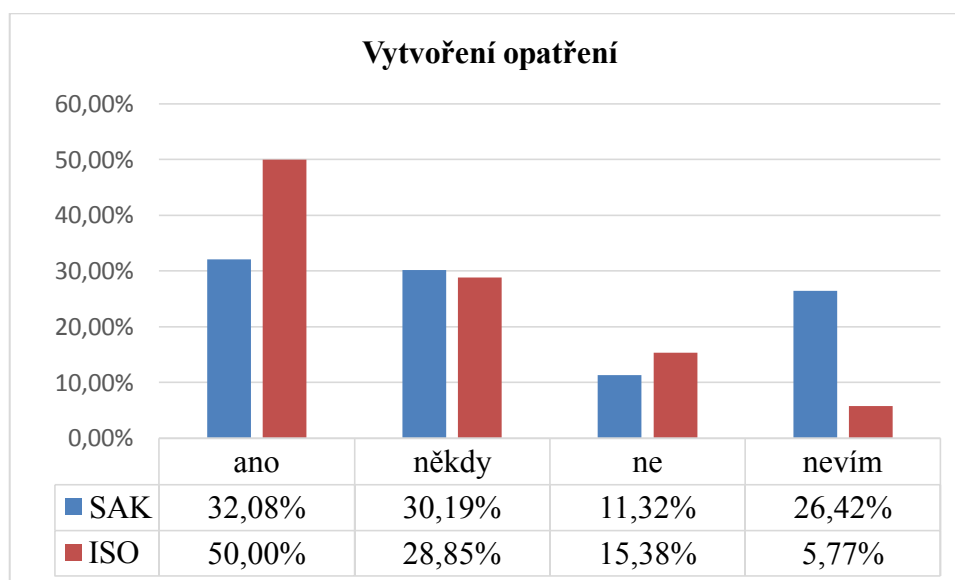
NU kvalitu nezvyšuje a 13 (24,53 %) respondentů neví, jestli má systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU na kvalitu poskytované zdravotní péče vliv.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů se 34 (65,38 %) respondentů domnívá, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU zvyšuje kvalitu poskytované zdravotní péče, 7 (13,46 %) respondentů se domnívá, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU kvalitu nezvyšuje a 11 (21,15 %) respondentů neví, jestli má systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU na kvalitu poskytované zdravotní péče vliv.

Otázka č. 30: Domníváte se, že jsou na základě vyhodnocení jednotlivých mimořádných - nežádoucích událostí vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření?

a) ano, vždy b) v některých případech nelze vytvořit žádné opatření c) ne d) nevím

Graf č. 29: Vytvoření opatření na základě vyhodnocení jednotlivých NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 29 ukazuje přehled názorů respondentů na vytváření opatření na základě vyhodnocení pro jednotlivé NU na jejich pracovišti. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů se 17 (32,08 %) respondentů domnívá, že jsou vždy na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření, 16 (30,19 %) respondentů se domnívá, že opatření vytvářena jsou, ale vyskytují

se případy, kdy opatření vytvořit nelze, 6 (11,32 %) respondentů se domnívá, že opatření vytvořit nelze a 14 (26,42 %) respondentů uvedlo, že neví, jestli jsou na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů se 26 (50,00 %) respondentů domnívá, že jsou vždy na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření, 15 (28,85 %) respondentů se domnívá, že opatření vytvářena jsou, ale vyskytují se případy, kdy opatření vytvořit nelze, 8 (15,38 %) respondentů se domnívá, že opatření vytvořit nelze a 3 (5,77 %) respondenti uvedlo, že neví, jestli jsou na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření.

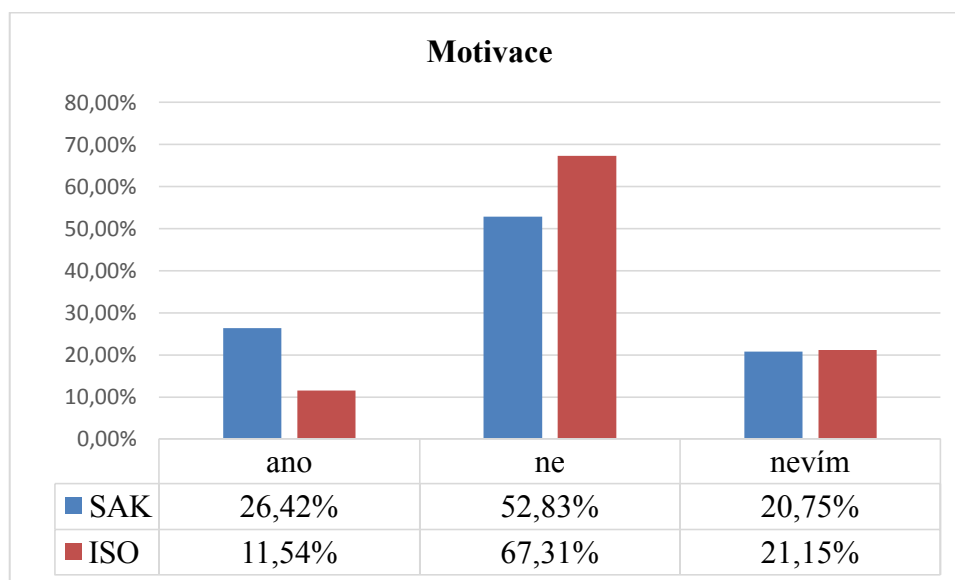
Rozdílnost odpovědí respondentů ve ZZ byla vyhodnocena jako statisticky významná. Chí-kvadrát je 9,311, stupně volnosti jsou 3, dosažená hladina je 0,025. Dosažená hladina je menší než 5 %. H_0 se zamítá na 5 % hladině, ZZ se liší.

V ZZ SAK je zvýšená četnost odpovědí respondentů, kteří se nevědí, jestli jsou na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření proti ZZ ISO.

Otázka č. 31: Jste na Vašem pracovišti motivováni/y, abyste hlásili/y mimořádné - nežádoucí události?

a) ano b) ne c) nevím

Graf č. 30: Motivace respondentů k hlášení NU



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

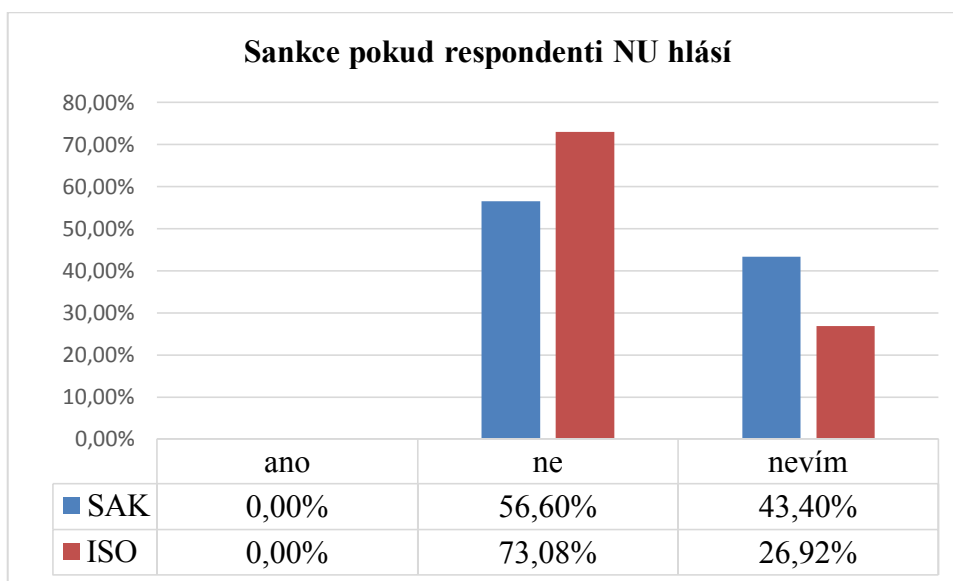
Graf č. 30 ukazuje názory respondentů na to, jestli se cítí na pracovišti motivováni ze strany zaměstnavatele k hlášení NU. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů 14 (26,42 %) respondentů uvedlo, že jsou na svém pracovišti motivováni, 28 (52,83 %) respondentů uvedlo, že se na svém pracovišti nejsou motivováni a 11 (20,75 %) respondentů uvedlo, že neví, zda jsou na pracovišti nějak motivováni.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 6 (11,54 %) respondentů uvedlo, že motivováni na svém pracovišti jsou, 35 (67,31 %) respondentů uvedlo, že motivováni na svém pracovišti nejsou a 11 (21,15 %) respondentů uvedlo, že neví, zda jsou na pracovišti nějak motivováni.

Otázka č. 32: Hrozí Vám nějaká sankce, pokud mimořádné - nežádoucí události hlásíte?

a) ano b) ne c) nevím

Graf č. 31: Sankce pokud respondenti NU hlásí



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 31 znázorňuje, zda si jsou respondenti vědomi, jestli jim hrozí sankce, pokud NU hlásí. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů 30 (56,60 %) respondentů uvedlo, že ví, že jim sankce při nahlášení NU nehrozí a 23 (43,40 %) respondentů uvedlo, že neví, jestli jim sankce při nahlášení NU nehrozí.

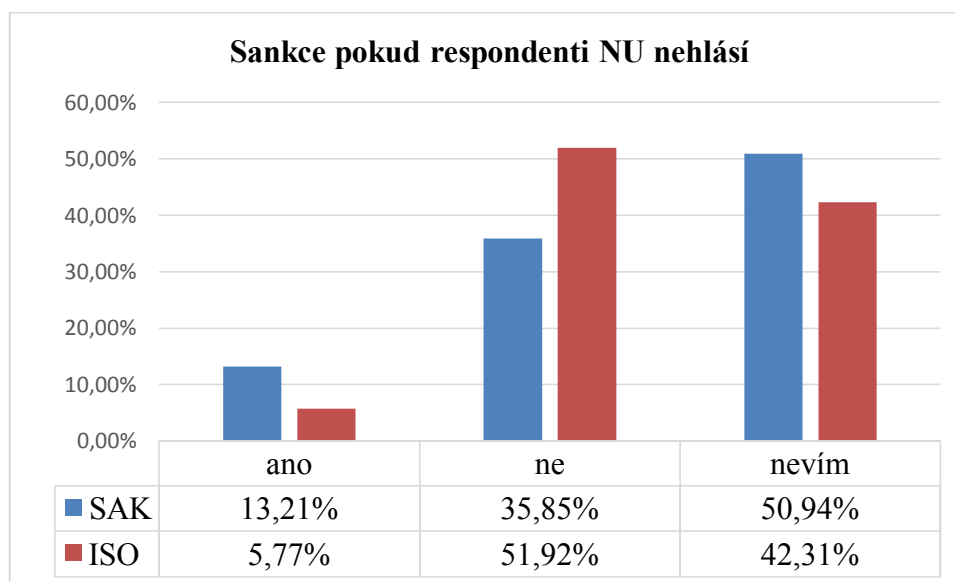
Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 38 (73,08 %) respondentů uvedlo, že ví, že jim sankce při nahlášení NU nehrozí a 14 (26,92 %) respondentů uvedlo, že neví, jestli jim sankce při nahlášení NU nehrozí.

Rozdílnost odpovědí respondentů ve ZZ byla vyhodnocena jako statisticky významná. Chí-kvadrát je 3,121, stupně volnosti je 1, dosažená hladina je 0,077. Dosažená hladina je menší než 10 %. H_0 se zamítá na 10 % hladině, ZZ se liší. Ani v jednom ZZ neuvádějí respondenti *ano*. Rozdíly mezi ZZ v odpovědích *ne* a *nevím* nejsou vyhodnoceny testem jako významné.

Otázka č. 33: Hrozí Vám nějaká sankce, pokud mimořádné - nežádoucí události nehlásíte?

a) ano b) ne c) nevím

Graf č. 32: Sankce pokud respondenti NU nehlásí



Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Graf č. 32 prezentuje, zda si jsou respondenti vědomi, jestli jim hrozí sankce, pokud NU nehlásí. Ve ZZ SAK z 53 (100 %) respondentů 7 (13,21 %) respondentů uvedlo, že ví, že jim sankce při nenahlášení NU hrozí, 19 (35,85 %) respondentů uvedlo, že jim sankce při nenahlášení NU nehrozí a 27 (50,94 %) respondentů uvedlo, že neví, jestli jim sankce při nenahlášení NU nehrozí.

Ve ZZ ISO z 52 (100 %) respondentů 3 (5,77 %) respondenti uvedli, že ví, že jim sankce při nenahlášení NU hrozí, 27 (51,92 %) respondentů uvedlo, že jim sankce při nenahlášení NU nehrozí a 22 (42,31 %) respondentů uvedlo, že neví, jestli jim sankce při nenahlášení NU nehrozí.

4.2.2 Hodnocení nezávislosti vybraných odpovědi na vybraných faktorech

Tabulka č. 10: Testování chí-kvadrát testem pro vybrané odpovědi vůči vybraným faktorům

otázky	SAK				ISO			
	chí-kvadrát	stupně volnosti	dosažená hladina p	významnost	chí-kvadrát	stupně volnosti	dosažená hladina p	významnost
7 x 3	12,346	14	0,579		12,145	12	0,434	
18 x 3	4,122	6	0,660		5,364	6	0,498	
7 x 5	42,618	35	0,176		63,647	30	0,000	0,1%
18 x 5	26,510	15	0,033	5%	32,151	15	0,006	1%
18 x 2	6,443	9	0,695		15,412	9	0,080	
19 x 4	12,091	9	0,208		4,229	9	0,896	
19 x 2	7,391	9	0,596		4,121	9	0,903	
19 x 3	6,278	6	0,393		7,876	6	0,247	
24 x 3	2,086	4	0,720		1,787	4	0,775	
24 x 2	9,409	6	0,152		9,351	6	0,155	
24 x 18	1,892	6	0,929		7,041	6	0,317	
27 x 3	6,601	4	1,853		1,853	4	0,763	
27 x 2	13,433	6	0,037	5%	3,232	6	0,779	
27 x 4	8,604	6	0,197		2,602	6	0,857	
27 x 5	11,703	10	0,305		9,129	10	0,520	
27 x 18	6,679	6	0,352		3,213	6	0,782	
28 x 2	8,497	9	0,485		18,043	5	0,260	
28 x 3	13,608	6	0,034	5%	6,011	10	0,814	
28 x 4	13,476	9	0,142		18,694	15	0,228	
28 x 5	20,138	15	0,167		25,633	25	0,427	
28 x 18	5,795	9	0,760		19,589	15	0,188	
29 x 2	1,814	6	0,936		7,425	6	0,283	
29 x 3	2,979	4	0,561		1,719	4	0,787	
29 x 4	5,861	6	0,439		10,793	6	0,095	
29 x 5	12,091	10	0,279		27,132	10	0,002	1%
29 x 18	8,153	6	0,227		5,020	6	0,541	
30 x 2	19,775	9	0,019	5%	9,372	9	0,404	
30 x 3	12,777	6	0,047	5%	5,241	6	0,513	
30 x 4	13,443	9	0,144		14,899	9	0,094	

	SAK				ISO			
otázky	chi-kvadrát	stupně volnosti	dosažená hladina p	významnost	chi-kvadrát	stupně volnosti	dosažená hladina p	významnost
30 x 5	22,857	15	0,087		23,914	15	0,067	
30 x 18	11,923	9	0,218		20,646	9	0,014	5%
31 x 2	6,989	6	0,322		5,059	6	0,536	
31 x 3	10,789	4	0,029	5%	5,350	4	0,253	
31 x 4	3,475	6	0,747		2,363	6	0,883	
31 x 5	6,617	10	0,761		15,115	10	0,128	
31 x 18	12,345	6	0,055		5,586	6	0,471	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2014

Tabulka č. 10 prezentuje výsledky testování vybraných odpovědí respondentů na vybraných faktorech ve ZZ SAK i ve ZZ ISO. Pro každé ZZ zvlášť se testovala závislost odpovědí na vybraném faktoru (věk, vzdělání, délka praxe v oboru, oddělení, počet hlášených NU v roce 2013). Ve sloupci *otázky* jsou uvedena čísla dvou otázek, mezi nimiž se hledá závislost.

Stanovena byla H_0 a H_1 .

H_0 : Rozložení odpovědí je nezávislé na vybraném faktoru

H_1 : Rozložení odpovědí je závislé na vybraném faktoru

Z tabulky vyplývá, že ve ZZ SAK byly statisticky významné výsledky pro závislost otázek 18 x 5, 27 x 2, 28 x 3, 30 x 2, 30 x 3, 31 x 3. Tyto otázky jsou více rozebrány v následující části práce 4.2.2.1.

Ve ZZ ISO byly statisticky významné výsledky pro závislost otázek 7 x 5, 18 x 5, 18 x 2, 29 x 5, 30 x 18. Tyto otázky jsou více rozebrány v následující části práce 4.2.2.2.

4.2.2.1 Chí-kvadrát test pro vybrané odpovědi k vybraným faktorům ve ZZ SAK

18 x 5 *Kolik mimořádných - nežádoucích událostí jste nahlásil/a v roce 2013 x Uveďte, na jakém oddělení nyní pracujete*

Závislost počtu hlášených událostí na oddělení.

Chí-kvadrát je 26,510, stupňů volnosti je 15, dosažená hladina je 0,033. Dosažená hladina je menší než 5 %. H_0 se zamítá na 5 % hladině.

Na oddělení chirurgie odpovídá více respondentů než by se očekávalo, že hlásí 6 a více NU. Na oddělení ARO odpovídá více respondentů než by se očekávalo, že hlásí 0 NU. Na dětském oddělení odpovídá více respondentů než by se očekávalo, že hlásí 3 - 5 NU.

27 x 2 *Domníváte se, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu mimořádných - nežádoucích událostí je užitečný x Uveďte váš věk*

Závislost odpovědi, zda je systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU užitečný na věku respondentů.

Chí-kvadrát je 13,433, stupňů volnosti je 6, dosažená hladina je 0,037. Dosažená hladina je menší než 5 %. H_0 se zamítá na 5 % hladině.

Ve věkové kategorii 41 - 50 let více respondentů než by se očekávalo, uvedlo odpověď, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu je užitečný. Ve věkové kategorii 21 - 30 více respondentů než by se očekávalo, odpovědělo, že neví, zda je systém hlášení, řešení a sledování výskytu užitečný.

28 x 3 *Pokud ano, tak komu přináší užitek nejvíce x Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání*

Závislost odpovědi, komu je systém hlášení užitečný na vzdělání.

Chí-kvadrát je 13,608, stupňů volnosti je 6, dosažená hladina je 0,034. Dosažená hladina je menší než 5 %. H_0 se zamítá na 5 % hladině.

Více respondentů s VŠ než by se očekávalo, odpovědělo, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu je užitečný pacientům. Respondenti s VOŠ ve větší míře než by se očekávalo, odpovídali, že je systém hlášení užitečný pacientům (malé očekávané četnosti).

30 x 2 *Domníváte se, že jsou na základě vyhodnocení jednotlivých mimořádných - nežádoucích událostí vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření x Uvedte váš věk*

Závislost odpovědí, zda jsou na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření na věku respondentů.

Chí-kvadrát je 19,775, stupňů volnosti je 9, dosažená hladina je 0,019. Dosažená hladina je menší než 5 %. H_0 se zamítá na 5 % hladině.

Ve věkové kategorii 41 - 50 si více respondentů než by se očekávalo myslí, že na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořit opatření nelze.

30 x 3 *Domníváte se, že jsou na základě vyhodnocení jednotlivých mimořádných - nežádoucích událostí vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření x Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání*

Závislost odpovědí, zda jsou na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření na nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů.

Chí-kvadrát je 12,777, stupňů volnosti je 6, dosažená hladina je 0,029. Dosažená hladina je menší než 5 %. H_0 se zamítá na 5 % hladině.

Respondenti s VŠ ve zvýšené míře než by se očekávalo, uváděli, že na základě vyhodnocení jednotlivých NU v některých případech nelze vytvořit žádné opatření. Respondenti s VOŠ ve větší míře než by se očekávalo, odpovídali, že neví, jestli jsou na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření (malé očekávané četnosti).

31 x 3 *Jste na Vašem pracovišti motivováni/y, abyste hlásili/y mimořádné – nežádoucí události x Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání*

Závislost odpovědí, zda jsou respondenti na svém pracovišti motivováni/y, aby hlásili/y NU na nejvyšším dosaženém vzdělání.

Chí-kvadrát je 10,789, stupňů volnosti jsou 4, dosažená hladina je 0,029. Dosažená hladina je menší než 5 %. H_0 se zamítá na 5 % hladině.

Respondenti s VOŠ ve větší míře než by se očekávalo, odpovídali, že neví, jestli jsou na svém pracovišti motivováni/y, abys hlásili/y NU (malé očekávané četnosti).

4.2.2.2 Chí-kvadrát test pro vybrané odpovědi k vybraným faktorům ve ZZ ISO

7 x 5 *Pokud ano, jakým způsobem jste byl/a seznámen/a x Uveďte, na jakém oddělení nyní pracujete*

Závislost odpovědí respondentů na otázku, jakým způsobem byli seznámeni se systémem hlášení NU na oddělení respondentů.

Chí-kvadrát je 63,647, stupňů volnosti je 30, dosažená hladina je 0,0003. Dosažená hladina je menší než 0,1 %. H_0 se zamítá na 0,1 % hladině.

Větší počet respondentů než by se očekávalo z oddělení interny, odpovídalo, že byli seznámeni se systémem hlášení NU předáním informací od jiného pracovníka a poskytnutím písemných materiálů nebo jen jiného pracovníka. Větší počet respondentů než by se očekávalo z oddělení chirurgie, odpovídalo, že byli seznámeni se systémem hlášení NU školením a předáním informací od jiného pracovníka. Větší počet respondentů než by se očekávalo z oddělení gynekologicko-porodnického, odpovídali, byli seznámeni se systémem hlášení NU školením a poskytnutím písemných materiálů.

18 x 5 *Kolik mimořádných - nežádoucích událostí jste nahlásil/a v roce 2013 x Uveďte, na jakém oddělení nyní pracujete*

Závislost počtu hlášených událostí na oddělení respondentů.

Chí-kvadrát je 32,151, stupňů volnosti je 15, dosažená hladina je 0,006. Dosažená hladina je menší než 1 %. H_0 se zamítá na 1 % hladině.

Větší počet respondentů než by se očekávalo z oddělení interny, odpovídalo ve zvýšené míře, že hlásilo 3 až 5 NU v roce 2013, naopak ve snížené míře uváděli, že nahlásili 0 NU. Větší počet respondentů než by se očekávalo z dětského oddělení, odpovídalo ve zvýšené míře, že nahlásili 0 NU. Větší počet respondentů než by se očekávalo z oddělení následné péče, odpovídalo ve snížené míře, že hlásilo 3 až 5 NU v roce 2013.

29 x 5 *Domníváte se, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu mimořádných - nežádoucích událostí zvyšuje kvalitu poskytované zdravotní péče x Uved'te, na jakém oddělení nyní pracujete*

Závislost odpovědí respondentů na otázku, jestli se domnívají, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU zvyšuje kvalitu poskytované zdravotní péče na oddělení respondentů.

Chí-kvadrát je 27,132, stupňů volnosti je 10, dosažená hladina je 0,002. Dosažená hladina je menší než 1 %. H_0 se zamítá na 1 % hladině.

Na oddělení chirurgie ve zvýšené míře než by se očekávalo, odpovídali respondenti, že se nedomnívají, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU zvyšuje kvalitu poskytované zdravotní péče a ve snížení míře odpovídali, že si myslí, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU zvyšuje kvalitu poskytované zdravotní péče.

30 x 18 *Domníváte se, že jsou na základě vyhodnocení jednotlivých mimořádných - nežádoucích událostí vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření x Kolik mimořádných - nežádoucích událostí jste nahlásil/a v roce 2013*

Závislost odpovědí respondentů na otázku, jestli se domnívají, že jsou na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření na počtu hlášených NU v roce 2013.

Chí-kvadrát je 20,646, stupňů volnosti je 9, dosažená hladina je 0,014. Dosažená hladina je menší než 5 %. H_0 se zamítá na 5 % hladině.

Větší počet respondentů než by se očekávalo, kteří vykazovali počet 6 a více NU v roce 2013, tak odpovědělo, že se domnívají, že na základě vyhodnocení jednotlivých NU v některých případech nelze vytvořit žádné opatření. Menší počet respondentů než by se očekávalo, kteří vykazovali nulový počet hlášených NU v roce 2013, tak odpovědělo, že se domnívají, že na základě vyhodnocení jednotlivých NU v některých případech nelze vytvořit žádné opatření.

5 Diskuze

V této části diplomové práce jsou hodnoceny výsledky výzkumu. Stanovila jsem si tři hlavní cíle. Prvním cílem bylo zjistit současný stav hlášení nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních. Druhým cílem bylo vytvořit přehled hlášených nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních v období let 2011, 2012 a 2013. A třetím cílem bylo zjistit názory a postoje zdravotních sester z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení na hlášení nežádoucích událostí.

Výzkumné otázky jsem si stanovila čtyři. 1) V čem se liší systém hlášení nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních? 2) Jaká je nejčastěji hlášená nežádoucí událost ve vybraných zdravotnických zařízeních? 3) Znají zdravotní sestry z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení systém hlášení nežádoucích událostí? 4) Vyhovuje zdravotním sestřám z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení systém hlášení nežádoucích událostí?

Výzkum byl proveden ve dvou zdravotnických zařízeních, která byla vybrána na základě kritérií týkajících se jejich velikosti, struktury a hlavně používaných systémů řízení kvality - jedno s certifikací (dle ČSN EN ISO 9001:2009) nazváno ISO, druhé s akreditací (vydaná Spojenou akreditační komisí SAK ČR) nazváno SAK.

Pro vytvoření přehledů nežádoucích událostí byly stěžejní informace a data získána v obou dvou zdravotnických zařízeních identickým způsobem prostřednictvím hlavních sester.

Dotazníkové šetření bylo provedeno na vybraných lůžkových odděleních. Výzkumný vzorek utvořil nelékařský zdravotnický personál (NLZP) z vybraných lůžkových oddělení. Mezi tento personál bylo rozdáno 120 dotazníků, nazpět se vrátilo dotazníků 111 (92,5 %), avšak pro nejasné, nesprávné či neúplné vyplnění bylo 6 dotazníků vyřazeno, a tak bylo k výzkumu použito dohromady 105 dotazníků tj. 87,5% návratnost. Dotazník byl respondentům předložen k dobrovolnému vyplnění v tištěné formě a obsahoval 33 otázek.

Prvním cílem mé práce bylo zjistit současný stav hlášení nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních. Na tento cíl navazuje první výzkumná otázka: V čem se liší systém hlášení nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních?

Ve ZZ SAK evidují NU od roku 2009. Pro hlášení NU používají papírový formulář s názvem “Hlášení nežádoucích událostí“. Ve ZZ ISO evidují NU od roku 2008. Pro hlášení nežádoucích událostí používají papírový formulář s názvem “Hlášení mimořádné události“. V tomto zařízení si jsou vědomi, že se již preferuje pojem „nežádoucí událost“, ale jak mi bylo hlavní sestru sděleno, zatím nevznikla potřeba stávající stav měnit.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že postup při hlášení NU je v obou ZZ obdobný. Personál, který zjistí výskyt NU, má povinnost ji okamžitě řešit, hlásit a vyplněný papírový formulář předat vedoucí oddělení. Liší se tedy v názvu a struktuře formuláře. Zdravotnická zařízení si své formuláře vypracovala sama a tak by měly splňovat jejich potřeby. Papírová forma hlášení není však jediným způsobem jak NU hlásit. Galina Vavrušková ve své diplomové práci Management rizik z roku 2010 uvádí, že k hlášení mimořádných událostí v Městské nemocnici Čáslav je využíván nemocniční informační systém WinMedicalc, ve kterém je formulář na hlášení mimořádných událostí zaveden. Jedná se o elektronický formulář s možností výběru předem definovaných typů mimořádných událostí. V současné době neexistuje jednotný systém hlášení nežádoucích událostí a tak je na managementu zdravotnického zařízení, kterou alternativu zvolí. (52)

Druhým cílem bylo vytvořit přehled hlášených nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních v období let 2011, 2012 a 2013. Na tento cíl navazuje druhá výzkumná otázka: Jaká je nejčastěji hlášená nežádoucí událost ve vybraných zdravotnických zařízeních?

Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, která byla publikována ve Věstníku MZČR č. 8/2012 obsahuje hlavní kategorie nežádoucích událostí, ty jsou uvedeny i v teoretické části práce, str. 36. Poskytovatel zdravotních služeb dále může tuto definici rozšířit o další události či okolnosti,

kteře jsou sledovány jako nežádoucí události v jeho zdravotnickém zařízení, přestože nespĺňují výše uvedená kritéria. (60)

Ve ZZ SAK evidují tyto NU: administrativní problém, alkohol, chyba v medikaci, kožní nákaza, krádež, nahlížení do dokumentace, napadení personálu, nedodržení léčebného režimu, nezvěstný pacient, pády, pokus o sebevraždu, poranění kůže, poškození zařízení, problém s chováním pacienta, stížnost, záměna pacienta, zranění osoby, jiné. V roce 2011 bylo v tomto ZZ nahlášeno 279 NU (z toho 209 pádů), v roce 2012 byla nahlášeno 339 NU (z toho 231 pádů), v roce 2013 bylo nahlášeno 236 NU (z toho 187 pádů), viz Tabulka č. 1, Graf č. 1.

Ve ZZ ISO evidují následující: ztrátu peněz, majetku, poranění personálu kontaminovaným předmětem, pád pacienta, pacient svévolně opustil oddělení, medikační chyba, jiné poranění pacienta, jiné zranění personálu, jiná událost. V roce 2011 bylo v tomto ZZ nahlášeno 98 NU (z toho 64 pádů), v roce 2012 byla nahlášeno 87 NU (z toho 56 pádů), v roce 2013 bylo nahlášeno 85 NU (z toho 53 pádů), viz Tabulka č. 2, Graf č. 1.

V absolutním počtu hlášených NU všech druhů se ZZ SAK a ZZ ISO liší. Objektivní náhled lze získat standardizací - přepočtením na určitý parametr sledovaný ve ZZ (počet hospitalizovaných pacientů, počet lůžkodnů).

V porovnání s výsledky absolutních počtů všech druhů NU v Městské nemocnici Čáslav, kterou zkoumala Galina Vavrušková ve své diplomové práci Management rizik z roku 2010 a výsledky výskytu NU z Jihočeského kraje, který zkoumala ve své diplomové práci Denisa Štěrbové Kultura bezpečí zdravotnického zařízení a bezpečnost pacienta z roku 2014 i údaji zveřejněnými ÚZIS, mnou zjištěné rozdíly ve vybraných ZZ nelze považovat za výjimečné.

V přepočtu absolutních počtů NU všech druhů na 100 000 hospitalizovaných pacientů se výskyt NU ve ZZ SAK a ZZ ISO (viz Graf č. 2) významně neliší od výskytu NU uvedených v diplomové práci Denisy Štěrbové Kultura bezpečí zdravotnického zařízení a bezpečnost pacienta z roku 2014, kde porovnává výskyt NU ve ZZ Jihočeského kraje.

V přepočtu absolutních počtů NU všech druhů na 1000 lůžkodnů je počet NU ve ZZ SAK a ZZ ISO v mezích publikovaných NSHNU (58) pro stejně velké (malé) nemocnice, viz Graf č. 33 v Příloze č. 2.

Jsem přesvědčena, že reálně jsou počty NU všech druhů v různých ZZ obdobné. Rozdíly jsou podle mého názoru dány hlavně přístupem a metodikou sledování.

Jak je dále z přehledu patrné, jednoznačně nejčastěji hlášenou událostí ve ZZ SAK a ZZ ISO je pád. Vyhodnocením dotazníkového šetření bylo také zjištěno, že oslovení respondenti hlásí pád jako nejčastější NU. Rozdílnost výskytu NU ve ZZ SAK a ZZ ISO se dá vysvětlit větším počtem lůžek oddělení následné péče ve ZZ SAK a tím pádem větší riziko pádu. U věkové skupiny nad 65 let patří pády mezi nejčastější a nejrizikovější NU, které komplikují hospitalizaci, jak je uvedeno na stránkách České asociace sester. (4) Pády se vyskytují na prvních příčkách hlášených NU jak ve ZZ SAK a ZZ ISO, tak se dá považovat jeho zvýšený výskyt za celorepublikový trend. Galina Vavrušková ve své diplomové práci Management rizik z roku 2010 uvádí, že v Městské nemocnici Čáslav, která je podobné velikosti a struktury jako ZZ SAK a ZZ ISO, došlo v roce 2008 ke 193 NU (z toho 121 pádů) a v roce 2009 došlo ke 203 NU (z toho 120 pádů). Podle výsledků výskytu NU z Jihočeského kraje, který zkoumala ve své diplomové práci Denisa Štěrbové Kultura bezpečí zdravotnického zařízení a bezpečnost pacienta z roku 2014, je také pád na 1. místě ve všech sledovaných ZZ (Respondent 1: 473 NU/231 pády, R2: 137 NU/45 pády, R3: 289/149, R4: 271/x pády, R5: 85 NU/61 pády, R6: 60/20 pády).

Jak z výše uvedených dat vyplývá, z celkového počtu NU ve ZZ, více jak polovinu NU tvoří pády. Problematika pádů je aktuálním tématem. Projekt „*Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů*“ je v České republice realizován na základě rozhodnutí Sdružení fakultních nemocnic (v současnosti Asociace nemocnic) od roku 2002. Od roku 2008 koordinuje tento projekt Česká asociace sester (ČAS). Cílem projektu je získání relevantních dat pro pravidelné přehodnocování doporučeného standardu *Prevence a péče o pacienty v souvislosti s pády*. Dále pak projekt podporuje sledování nežádoucích událostí, stanovuje a upravuje metodiku efektivního nástroje

srovnávání výsledků a zkušeností při sledování indikátorů, navrhuje a rozšiřuje vzdělávací program pro pacienty a zdravotníky. (4)

A třetím cílem mé práce bylo zjistit názory a postoje zdravotních sester z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení na hlášení nežádoucích událostí. Na tento cíl navazuje třetí a čtvrtá výzkumná otázka: Znají zdravotní sestry z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení systém hlášení nežádoucích událostí? Vyhovuje zdravotním sestřím z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení systém hlášení nežádoucích událostí?

Prvních pět otázek dotazníku bylo identifikačního charakteru. Jak z Tabulky č. 4 vyplývá, ve ZZ SAK bylo z 53 respondentů 51 žen a 2 muži, ve ZZ ISO byli všichni oslovení respondenti ženy a to v počtu 52. Malý počet mužů není překvapující, jelikož se jich všeobecně v pomáhajících profesích vyskytuje nízký počet, což potvrzuje i Ivanová. (24) Svůj věk respondenti vyplňovali do dotazníku v letech, ale pro přehlednější znázornění byly věky transformovány na věkové skupiny po deseti letech. Jak z Tabulky č. 5 a č. 6 plyne, ve ZZ SAK je mladší zastoupení personálu než ve ZZ ISO. Ve ZZ SAK je průměrný věk okolo 37 let a ve ZZ ISO okolo 41 let. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů je v obou ZZ obdobné, největší zastoupení zde má personál se střední (zdravotnickou) školou ukončenou maturitou (SZŠ). Ve ZZ SAK má z 53 (100%) respondentů SZŠ 35 (66,04 %) respondentů, ve ZZ ISO má z 52 (100%) respondentů SZŠ 38 (73,08 %) respondentů, viz Graf č. 4. Nezanedbatelné je však i zastoupení vysokoškoláků, ti se vyskytovali většinou v nižší věkové kategorii, ve ZZ SAK jich bylo 16 (30,19 %), ve ZZ ISO 10 (19,23%). Tento stav si vysvětlují tím, že ve ZZ SAK, jak již bylo zmíněno výše, je větší zastoupení personálu v nižší věkové kategorii. Domnívám se, že stoupající počet vysokoškoláků ve zdravotnictví je přiměřený stávající situaci, protože v dnešní době je takřka nutností po střední zdravotnické škole vystudovat školu vysokou, neboť absolventi s maturitou mají po nástupu do zaměstnání omezené kompetence, nižší platy a horší vyhlídky na kariéru posun. Další otázka se týkala délky praxe v oboru. Tato otázka byla respondenty do dotazníku také vypisována v letech, ale pro lepší znázornění byla délka praxe transformována na skupiny po deseti letech, viz Graf č. 5. ZZ se v této otázce lišily také,

což koresponduje s otázkou věku, kratší délka praxe souvisí s nižším věkem. Ve ZZ SAK je průměrná délka praxe okolo 15 let, ve ZZ ISO je okolo 20 let. Pátou otázkou jsem zjišťovala oddělení respondentů. Předem bylo domluveno s hlavními sestrami, že dotazníky dostanou do rukou NLZP pouze z vybraných lůžkových oddělení. Graf č. 6 prezentuje přehled lůžkových oddělení, na kterých respondenti pracují. Ve ZZ SAK z 53 respondentů pracuje na interním oddělení 15 respondentů, na chirurgickém oddělení 8 respondentů, na gynekologicko-porodnickém oddělení 7 respondentů, na dětském oddělení 6 respondentů, na oddělení následné péče 13 respondentů a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení pracují 4 respondenti. Ve ZZ ISO z 52 respondentů pracuje na interním oddělení 12 respondentů, na chirurgickém oddělení 14 respondentů, na gynekologicko-porodnickém oddělení 7 respondentů, na dětském oddělení 6 respondentů, na oddělení následné péče 9 respondentů a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení pracují 3 respondenti. Jelikož bylo vyplňování dotazníků zcela dobrovolné, nedal se ovlivnit počet respondentů daného oddělení. Rozložení počtu respondentů v závislosti na odděleních mohlo být ovlivněno několika faktory, kterými by mohly být stav oddělení, tj. počet skutečně se vyskytujících respondentů na oddělení, dále obloženost daného oddělení, respektive vytížení respondentů a hlavně jejich osobní přístup, tedy ochota pro spolupráci při vyplňování dotazníků. (52)

Další otázky dotazníku byly zaměřeny již na problematiku systému hlášení a řešení nežádoucích událostí. Otázkami 6 až 9 jsem zjišťovala stav a způsob seznámení se respondenty se systémem hlášení a řešení NU. Jak z Tabulky č. 6 vyplývá, všichni respondenti potvrdili, že byli seznámeni se systémem hlášení a řešení NU. Tento výsledek se dal předpokládat, neboť obě ZZ mají systémy hlášení zavedené již několik let a každý nový zaměstnanec s ním musí být seznámen, tak jako s kteroukoliv jinou dokumentací. Zpracování dokumentace, respektive formuláře hlášení je pak v režii daného ZZ. (43) Nejfrekventovanějším způsobem seznámení se systémem hlášení a řešení NU bylo dle respondentů v obou ZZ předáním informací od jiného pracovníka a školením, viz Graf č. 7. Rozdílnost odpovědí respondentů v ZZ se týkala opakování seznamování se systémem hlášení NU. Ve ZZ SAK je zvýšená četnost záporných

odpovědí, tedy že respondenti nejsou opakovaně seznamováni se systémem hlášení NU. Respondenti, kteří opověděli kladně na otázku, jestli jsou seznamováni opakovaně, dostali možnost vyplnit následující otázku týkající se frekvence opakování seznamování se systémem hlášení NU, viz Graf č. 9. Jak z grafu vyplývá ve ZZ SAK jsou respondenti seznamováni spíše jednou za rok, ve ZZ ISO spíše pololetně. Respondenti, kteří zaškrtnuli, že na jejich oddělení je jiný způsob frekvence opakování, dopisovali nejčastěji slovní odpovědi ve ZZ SAK: „aktualizace standardů a směrnic“, ve ZZ ISO: „na pravidelných poradách; dle potřeby; při změnách; při chybném vyplnění formuláře hlášení“. Domnívám se, že by se měly zavést pevně stanovené intervaly pro opakované připomenutí informací týkajících se systému hlášení NU, na kterých by se mimo jiné měli zaměstnanci i motivovat ke hlášení NU.

Otázkou desátou jsem zjišťovala, jaký způsob hlášení NU na svém pracovišti respondenti mají. Dle sdělení hlavních sester obou ZZ vím, že formuláře mají NLZP k dispozici v papírové formě. Graf č. 10 ukazuje, že až na celkem 3 respondenty, slova hlavních sester byla potvrzena. NLZP vyplňuje papírový formulář, který předá vedoucí oddělení, ta ho dále zpracuje a předá hlavní sestře a až následně dochází ke vložení dat do elektronické podoby. Skutečnost, že pouze 3 respondenti uvedli, že se používá na jejich oddělení i elektronická podoba formuláře, považuji pouze za širší chápání otázky. Papírová forma hlášení není jediným způsobem jak NU hlásit, jak již bylo zmíněno. Galina Vavrušková ve své diplomové práci Management rizik z roku 2010 uvádí, že k hlášení mimořádných událostí v Městské nemocnici Čáslav je využíván nemocniční informační systém WinMedicalc, ve kterém je formulář na hlášení mimořádných událostí zaveden. Jedná se o elektronický formulář s možností výběru předem definovaných typů mimořádných událostí.

Záznam o NU je dokladem o kvalitě poskytované péče a kvalitní záznam může být rozhodný pro vznik následných opatření. Důležitá je i jeho vypovídající schopnost pro statistiku NU. (61) Otázkami č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23 a 25 jsem zjišťovala spokojenost respondentů se způsobem hlášení NU a spokojenost s formulářem hlášení NU na jejich pracovišti. Drtivé většině oslovených respondentů systém i formulář vyhovují, jsou s ním spokojeni, zdá se jim přehledný, odpovídajícím způsobem

podrobný a žádné další položky NU jim ve formuláři nechybí, viz Graf č. 11, 12, 13, 14, 16, 23 a 25. Na druhou stranu však respondenti uvedli, že některé položky NU se jim zdají ve formuláři zbytečné, viz Graf č. 15. Ve ZZ SAK z 53 (100%) respondentů jich 12 (22,64 %) považuje některé položky v seznamu za zbytečné, ve ZZ ISO z 52 (100%) respondentů jich 16 (30,77 %) považuje některé položky v seznamu za zbytečné. Tato čísla se mi zdají vysoká a bylo by proto vhodné problém projednat na poradě vedení, kde by se tyto připomínky měly stát námětem debaty. Podle mě by měl být formulář přizpůsoben požadavkům personálu, který s ním pracuje a měl by odpovídat skutečnému výskytu NU.

Otázky č. 17 a 19 se týkaly znalostí respondentů při řešení NU. Znalost postupu při řešení NU potvrdili všichni respondenti v obou ZZ, viz Tabulka č. 8. ale při sebehodnocení znalostí vyjádřených známkou od 1 - výborně do 5 - nedostatečně, respondenti nejčastěji uváděli známku 2 a 3, viz Graf č. 18. Průměrné sebehodnocení respondentů připisují faktu, že při hodnocení názorů na vlastní schopnosti, nadání a efektivitu práce se většina společnosti běžně řadí na střed. Tento fenomén je popsán i v publikaci psychologie. (2) Dále jsem se zabývala otázkou konzultace hlášení NU na pracovišti. Z Grafu č. 19 vyplývá, že většina respondentů při řešení NU konzultuje vyplňování formuláře s další osobou. Nejčastěji uváděnou osobou byla vedoucí oddělení a dále kolega/kolegyně, viz Graf č. 20. Konzultaci s vedoucí oddělení považují za ideální řešení, protože řízení chodu oddělení, koordinace a edukace personálu patří mezi hlavní odpovědnost těchto manažerů, což ve své publikaci uvádí i Škrļa i Škrlová. (52) Otázkou č. 22 jsem chtěla zjistit důslednost respondentů, tedy jestli hlásí všechny NU, u kterých byli přítomni na svém pracovišti. Jak Graf č. 21 znázorňuje, takřka všichni respondenti uvedli, že hlásí všechny NU. Pouze 3 respondenti v každém ZZ uvedli, že všechny NU nehlásí. Které NU nehlásí? Odpovědi byli ve ZZ SAK: „*problémy s chováním pacienta; ty, který jsou zbytečný*“, ve ZZ ISO: „*ty, které jsou podle mne zbytečné*“. Tyto doplňující odpovědi byly nečekané. Těžko odhadovat, co si respondenti pod zbytečnými NU představují. Zřejmě nehlásí události, které nepřerostou rámeček nežádoucí události. (15) Otázkou č. 24 jsem zjišťovala názor respondentů vůči svým kolegům a jejich důslednosti při hlášení NU. Zajímalo mne, jestli se respondenti

domnívají, že jsou na jejich pracovišti hlášeny všechny NU. Výsledky pro mne byli překvapující. Přestože skoro všichni respondenti uvedli, že oni sami hlásí všechny NU, o svých kolezích mají zřejmě pochybnosti, viz Graf č. 23. Ve ZZ SAK a ve ZZ ISO je situace obdobná. Více jak polovina respondentů se domnívá, že jsou na jejich pracovišti hlášeny všechny NU, více jak čtvrtina respondentů neví, zda jsou na jejich pracovišti hlášeny všechny NU a zbytek se domnívá, že všechny NU hlášeny nejsou. Nedovedu si vysvětlit, proč si tolik respondentů myslí, že na jejich pracovišti nejsou hlášeny všechny NU. Odporuje to odpovědím, že všichni hlásí všechny NU. Každý z personálu, který je svědkem a/nebo je implikován v NU, je v rámci svých kompetencí a pokud to vyžaduje situace, povinen tuto událost nahlásit. (52) Pokud personál NU nehlásí, dochází k podhodnocení výsledků a snížení možnosti vytvořit nápravná preventivní opatření.

Dalšími otázkami jsem chtěla zjistit, které NU respondenti hlásí nejčastěji a kolik NU hlásili v roce 2013. Jednoznačně nejčastěji hlášenou NU je pád pacienta, v obou ZZ tuto NU uvedli takřka všichni respondenti. Další významnou NU, kterou respondenti nejčastěji hlásí jsem nazvala jako útěk pacienta, neboť do dotazníku byla tato NU popisována dalšími výrazy, zejména: „*svévolné opuštění oddělení pacientem; nezvěstný pacient; odchod pacienta z oddělení bez vědomí personálu*“. Třetí nejčastěji se vyskytující NU byla krádež, někdy popisována s doplněním jako „*ztráta osobní věci, ztráta majetku*“. Dalšími nejčastěji hlášenými NU jsou nevhodné chování pacienta, porušení léčebného režimu, zranění personálu (uváděno bylo také: „*poranění o jehlu; píchnutí o jehlu; zranění personálu jehlou; poranění personálu jiným nástrojem*“), zranění osoby, problémy s medikací a problémy v administrativě, viz Tabulka č. 9, Graf č. 25. To, že je pád nejčastěji hlášenou NU mezi respondenty nebylo překvapením, neboť z přehledů NU ve ZZ je patrné, že pád tvoří více jak polovinu ze všech hlášených NU. Graf č. 17 ukazuje počty hlášených NU, které respondenti uvedli, že hlásili v roce 2013. Ve ZZ SAK z 53 (100%) respondentů 12 (22,64 %) respondentů nehlásilo žádnou NU, 17 (32,08 %) respondentů hlásilo 1 až 2 NU, 9 (16,98 %) respondentů hlásilo 3 až 5 NU a 15 (28,30 %) respondentů hlásilo 6 a více NU. Ve ZZ ISO z 52 (100%) respondentů 17 (32,69 %) respondentů hlásilo 0 NU, 16 (30,77 %) respondentů hlásilo

1 až 2 NU, 16 (30,77 %) respondentů hlásilo 3 až 5 NU a 3 (5,77 %) respondenti hlásili 6 a více NU. Myslím si, že počty hlášených NU odpovídají riziku jejich výskytu na daném oddělení. Nejvíce NU hlásí respondenti z oddělení následné péče a chirurgie, nejméně pak na oddělení dětském a anesteziologicko-resuscitačním. Respondenti, kteří uvedli, že zatím nikdy nic nehlásili, se pohybují ve dvou věkových rozmezích. Jsou to mladí respondenti, kteří jsou na pracovišti krátkou dobu a pak respondenti starší než 50 let. U starších respondentů se domnívám, že NU nehlásí, protože případné události ani nepovažují za podstatné a situaci řeší jiným způsobem než je hlášení NU. Tento způsob uvažování respondentů by však mohl vést k podhodnocení výskytu NU ve ZZ a zkreslit výsledky statistických hodnocení a mít negativní vliv na vytváření preventivních opatření. (57)

Otázkami č. 27, 28, 29 a 30 jsem se snažila zjistit názory respondentů na užitečnost systému hlášení, řešení a sledování výskytu NU. Za užitečný považuje systém hlášení NU ve ZZ SAK z 53 (100%) respondentů 28 (52,83 %) respondentů, 8 (15,09%) respondentů se domnívá, že systém užitečný není a 17 (32,08 %) respondentů neví, jestli systém je nebo není užitečný. Ve ZZ ISO z 52 (100%) respondentů se 33 (63,46 %) respondentů domnívá, že systém hlášení NU užitečný je, 2 (3,85 %) respondenti se domnívají, že užitečný není a 17 (32,69 %) respondentů neví, jestli systém hlášení NU užitečný je nebo není. (viz Graf č. 26) Tyto výsledky jsou velmi znepokojivé. V tomto směru spatřuji nedostatky ze strany vedení. Mezi preventivní strategie proti výskytu NU patří organizační kultura zaměřená na bezpečnost poskytované péče. Vytvořením kultury bezpečí se změní způsob myšlení a následné jednání personálu. (24) V tomto směru bych doporučovala managementu zaměřit se na správné vysvětlení svým zaměstnancům o principu systému hlášení a jeho užitečnosti. Respondentů, kteří uvedli, že je systém hlášení NU užitečný, se týkala i otázka následující, kde jsem se zajímala o to, komu přináší systém hlášení NU užitek nejvíce. Ve ZZ SAK si s převahou nejvíce respondentů myslí, že je systém hlášení užitečný hlavně pro management. Ve ZZ ISO si nejvíce respondentů myslí, že je systém užitečný pro zdravotnický personál, (viz Graf č. 27). Galina Vavrušková ve své diplomové práci Management rizik z roku 2010 dospěla k výsledku, že se oslovení respondenti

z Městské nemocnice Čáslav domnívají, že je systém hlášení NU užitečný jak pro pacienty, tak pro personál. Domnívám se, že systém hlášení je užitečný pro všechny, jak pro management, pro personál, tak pro pacienty. Věřím, že správně fungující systém hlášení NU zvyšuje kvalitu poskytované péče. Otázkou zvyšování kvality péče pomocí systému hlášení jsem se zabývala také. Snažila jsem se zjistit, jestli si respondenti myslí, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu NU zvyšuje kvalitu poskytované zdravotní péče. Ve ZZ SAK si polovina respondentů myslí, že systém hlášení NU zvyšuje kvalitu poskytované péče, jedna čtvrtina respondentů se domnívá, že systém hlášení NU kvalitu péče nezvyšuje a druhá čtvrtina respondentů neví, jestli má systém hlášení NU na kvalitu poskytované zdravotní péče vliv. Ve ZZ ISO se více než polovina respondentů domnívá, že systém hlášení NU zvyšuje kvalitu poskytované zdravotní péče, třetina neví, jestli má systém hlášení NU vliv na kvalitu poskytované zdravotní péče a zbytek se domnívá, že systém hlášení NU kvalitu nezvyšuje, (viz Graf č. 28). Negativní odpovědi respondentů pro mne byly překvapením. Galina Vavrušková ve své diplomové práci Management rizik z roku 2010 dospěla k výsledku, že si takřka všichni oslovení respondenti z Městské nemocnice Čáslav myslí, že systém hlášení NU zvyšuje kvalitu poskytované péče. Bylo by zřejmě vhodné respondentům řádně vysvětlit v rámci semináře, že cílem procesu hlášení NU je snaha o kontinuální zvyšování kvality poskytované zdravotní péče. Velmi důležité je vytvoření zpětné vazby pro personál, že jejich hlášením byla skutečně věnována odpovídající pozornost a že byla následně přijata vhodná preventivní opatření. (52) Další otázkou jsem se chtěla dozvědět, jestli se respondenti domnívají, že jsou na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření, viz Graf č. 29. Ve ZZ SAK z 53 (100%) respondentů se 17 (32,08 %) respondentů domnívá, že jsou vždy na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření, 16 (30,19 %) respondentů se domnívá, že opatření vytvářena jsou, ale vyskytují se případy, kdy opatření vytvořit nelze, tyto případy jsou: „*neohlášený odchod pacienta z oddělení; útěk pacienta; pracovní úraz; pády u mobilních pacient; při opakovaných pádech u zmatených pacientů; nelze uzavřít oddělení a bránit se tak krádeži; nedodržování léčebného režimu*“. 6 (11,32 %) respondentů se domnívá, že opatření

vytvořit nelze a 14 (26,42 %) respondentů uvedlo, že neví, jestli jsou na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření. Ve ZZ ISO z 52 (100%) respondentů se 26 (50,00 %) respondentů domnívá, že jsou vždy na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření. 15 (28,85 %) respondentů se domnívá, že opatření vytvářena jsou, ale vyskytují se případy, kdy opatření vytvořit nelze, tyto případy jsou: „*zmatení pacienti; pacienti nedodržující režim; přes poučení pacient nerespektuje pokyny sestry a lékařů a porušuje je; nelze zabránit krádeži; útěk pacienta; pohyb cizích lidí na oddělení; svévolné opuštění oddělení pacientem*“. 8 (15,38 %) respondentů se domnívá, že opatření vytvořit nelze a 3 (5,77 %) respondenti uvedlo, že neví, jestli jsou na základě vyhodnocení jednotlivých NU vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření. Hlášení NU slouží hlavně k zavedení takových opatření, aby se minimalizovala rizika poškození dalšího pacienta stejným mechanismem. (53) Z výsledků výzkumu vyplývá, že většina respondentů se domnívá, že opatření vytvářena jsou. Bohužel nastávají i situace, kdy účinná opatření vytvořit nelze a ty jsou z výše uvedených citací respondentů způsobeny ve velké míře samotnými pacienty, respektive jejich nekázní a pohybem cizích osob na oddělení. Účinná opatření proti nekázní pacientů a pohybu cizích lidí na oddělení nelze. Pokud nechceme mít všechna oddělení ve zdravotnických zařízeních striktně uzavřena, je jediným možným opatřením důsledné poučení pacienta o dodržování nemocničního řádu, léčebného režimu a přísnější kontrola osob pohybujících se na oddělení.

Poslední okruh otázek se týkal motivace a sankcí. Graf č. 30 ukazuje názory respondentů na to, jestli se cítí na pracovišti motivováni ze strany zaměstnavatele k hlášení NU. Ve ZZ SAK z 53 (100%) respondentů 14 (26,42 %) respondentů uvedlo, že jsou na svém pracovišti motivováni k hlášení NU, jako motivaci uváděli: „*vědomí, že se zlepšuje péče; povinnost; ochrana sebe i pacientů*“. 28 (52,83 %) respondentů uvedlo, že motivováni nejsou a 11 (20,75 %) respondentů uvedlo, že neví, zda jsou na svém pracovišti motivováni. Ve ZZ ISO z 52 (100%) respondentů 6 (11,54 %) respondentů uvedlo, že motivováni na svém pracovišti jsou, jako motivaci uváděli: „*pochvala od vedoucího pracovníka; zlepšením kvality poskytované péče; spokojenost*

pacientů“. 35 (67,31 %) respondentů uvedlo, že motivování nejsou a 11 (21,15 %) respondentů uvedlo, že neví, zda jsou na svém pracovišti motivováni. Velmi nízkou motivovanost respondentů vnímám jako závažný problém. Jednou z primárních podmínek pro vytvoření účinného systému hlášení nežádoucích událostí je motivace hlásících pracovníků. Bez vytvořené kultury bezpečí a správně zavedeného systému hlášení NU nelze v daném zdravotnickém zařízení účinně předcházet výskytu NU a zabránit jejich opakování se. Velmi důležitým motivačním nástrojem je zpětná vazba pro hlásící o tom, že jejich hlášení byla skutečně věnována odpovídající pozornost a že byla následně přijata vhodná preventivní opatření. (57)

Předposlední otázkou jsem zjišťovala, zda respondentům hrozí sankce, pokud NU hlásí. V ZZ SAK více než polovina respondentů odpověděla, že jim sankce při nahlášení NU nehrozí a zbytek uvedl, že neví, zda jim sankce hrozí. V ZZ ISO téměř třem čtvrtinám respondentů sankce při nahlášení NU nehrozí a zbytek uvedl, že neví, zda jim sankce hrozí. Poslední otázka se týkala sankce, pokud respondenti NU nehlásí. Výsledky ukázaly, že v obou ZZ polovina respondentů neví, zda jim sankce při nenahlášení NU hrozí a větší část respondentů si myslí, že jim sankce nehrozí. Pouze několik respondentů uvedlo, že jim sankce hrozí. Domnívám se, že pozitivním ukazatelem je, že minimum respondentů uvedlo, že jim hrozí sankce ze strany zaměstnavatele. Jako negativní však vnímám, že polovina respondentů, nevěděla, jestli jim sankce hrozí nebo ne. Znamená to tedy, že jsou na pochybách. Personál by měl znát jasně stanovené podmínky, za kterých svou pracovní činnost vykonává. Aby mohl být proces hlášení NU účinný, neměl by mít personál strach a obavy z disciplinárního řízení nebo jiného postihu. Cílem procesu hlášení NU totiž není hledání viníka a jeho potrestání, ale především úsilí každého člena personálu o kontinuální zvyšování kvality poskytované zdravotní péče. (52) V tomto směru bych vedoucím pracovníkům ZZ doporučila, aby své zaměstnance pečlivě poučili, motivovali a zdůraznili jim nesankční přístup procesu hlášení NU.

6 Závěr

V diplomové práci jsem se zabývala managementem rizik, který je zaměřený na výskyt nežádoucích událostí. V teoretické části jsou shrnuty základní informace o kvalitě a bezpečnosti poskytované zdravotní péče, dále o řízení rizik ve zdravotnictví a o managementu nežádoucích událostí. Pro výzkumnou část diplomové práce byla použita metoda smíšeného výzkumu, neboli kvalitativně kvantitativní. Výzkum byl realizován ve dvou vybraných zdravotnických zařízeních. Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím rozhovorů s hlavními sestrami vybraných zdravotnických zařízení, retrospektivní analýzou dat z výročních zpráv a interních dokumentů vybraných zdravotnických zařízení, a dále dotazníkovou akcí mezi nelékařským zdravotnickým personálem, tedy všeobecnými sestrami, resp. i porodními asistentkami z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení.

Na samém začátku práce byly stanoveny tři cíle.

Cíl 1: Zjistit současný stav hlášení nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních. Cíl 2: Vytvořit přehled hlášených nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních v období let 2011, 2012 a 2013. Cíl 3: Zjistit názory a postoje zdravotních sester z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení na hlášení nežádoucích událostí.

V rámci práce byly položeny čtyři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: V čem se liší systém hlášení nežádoucích událostí ve vybraných zdravotnických zařízeních? Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že postup při hlášení nežádoucích událostí je v obou zdravotnických zařízeních obdobný. Personál, který zjistí výskyt NU, má povinnost ji okamžitě řešit, hlásit a vyplněný papírový formulář předat vedoucí oddělení. Liší se pouze struktura formuláře. Zdravotnická zařízení mají své formuláře, které si vypracovaly samy a tak by měly odpovídat jejich konkrétním požadavkům a potřebám.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je nejčastěji hlášená nežádoucí událost ve vybraných zdravotnických zařízeních? Sekundární analýza dat z výročních zpráv vybraných zdravotnických zařízení přinesla výsledky, že jednoznačně nejčastěji hlášenou událostí

je pád. Vyhodnocením dotazníkového šetření bylo také zjištěno, že oslovení respondenti hlásí pád jako nejčastější nežádoucí událost. Pád se vyskytuje na prvních příčkách hlášených nežádoucích událostí jak ve vybraných zdravotnických zařízeních, tak se dá považovat jeho zvýšený výskyt za celorepublikový trend.

Výzkumná otázka č. 3: Znají zdravotní sestry z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení systém hlášení nežádoucích událostí? Vyhodnocením dotazníkového šetření byla jednoznačně prokázána znalost postupu oslovených respondentů při řešení a hlášení výskytu nežádoucích událostí.

Výzkumná otázka č. 4: Vyhovuje zdravotním sestřím z vybraných oddělení vybraných zdravotnických zařízení systém hlášení nežádoucích událostí? Vyhodnocení dotazníkového šetření přineslo výsledky, ze kterých vyplynulo, že většině oslovených respondentů vyhovuje systém hlášení nežádoucích událostí, jsou s ním spokojeni, formulář se jim zdá přehledný, odpovídajícím způsobem podrobný a žádné další položky NU jim ve formuláři nechybí, naopak některé položky považují v seznamu za zbytečné.

Evidence nežádoucích událostí slouží ke sledování jejich počtu, zjišťování případných opakujících se druhů, jejich důvodů a na základě těchto informací lze v některých případech odkrývat možné příčiny a dle možností hledat cesty, jak jim v budoucnu předcházet. Důležitým aspektem pro správně fungující systém hlášení nežádoucích událostí je motivace personálu k důkladnému hlášení všech nežádoucích událostí. Bez aktivního přístupu jednotlivců a spolupráce celého týmu nebude systém nikdy správně fungovat.

Z výzkumu je patrné, že v obou zdravotnických zařízeních jsou zřejmé rezervy v motivaci personálu vůči hlášení nežádoucích událostí. Bylo by vhodné zavést pravidelná školení o nežádoucích událostech na všech odděleních a motivovat personál k jejich důslednému hlášení.

Výsledky a poznatky z této diplomové práce budou interpretovány hlavním sestřím obou zdravotnických zařízení a mohou být podkladem pro debatu o zavedení pravidelných školení o nežádoucích událostech na jejich pracovišti. Tato práce může posloužit i jako námět pro další výzkum v této oblasti.

7 Seznam informačních zdrojů

1. BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD NM: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical practice Study I. N. Engl.J.Med., 1991.
2. Cakirpaloglu, Panajotis. Úvod do psychologie osobnosti. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 287 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4033-1.
3. CERTIFIKUJEME.CZ. Certifikace dle ISO 9001. In: Certifikujeme.cz [online]. 2013[cit. 2014-06-13]. Dostupné z: <http://www.certifikujeme.cz/certifikace-dle-iso-9001>
4. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Pády. In: čas [online]. 2008 [cit. 2014-06-12]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/pady>
5. ČESKO. Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.
6. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
7. DEMING, W. Edwards. The New Economics for Industry, Government, Education (2nd ed.). MIT Press. 2000. ISBN 0-262-54116-5.
8. DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care, Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966.
9. DONABEDIAN, Avedis. Explorations in quality assessment and monitoring. vol 1. The definition of quality and approaches to it assessment, Heath administration press, Ann Arbor, 1980.
10. Doporučení Rady ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí.
11. EFQM. About us. In: EFQM [online]. 2013 [cit. 2014-04-16]. Dostupné z: <http://www.efqm.org/about-us>
12. EUROPEAN COMMISSION. Patient safety: Policy. In: European commission [online]. [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm

13. EUROPEAN COMMISSION. Patient safety: Luxembourg Declaration on Patient Safety: European commission [online]. [cit. 2014-06-25]. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
14. GLADKIJ, Ivan a kol. Management ve zdravotnictví. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. xii, 380 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8.
15. GROHAR-MURRAY, Mary Ellen a DICORE, Helen R. Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 317 s. ISBN 80-247-0267-3.
16. HAVRÁNEK, Tomáš. Statistika pro biologické a lékařské vědy. Vyd. 1. Praha: Academia, 1993. 478 s. ISBN 80-200-0080-1.
17. HELLEROVÁ, M.; PÁNOVÁ, S.; SAJDLOVÁ, H. Rádce pacienta: příručka pro zlepšení bezpečí pacienta. 1. vyd., Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha: Bomton agency s.r.o., 2009. 103 s.
18. HŘIB, Zdeněk. Desatero aktivit pro bezpečí pacientů. Medical tribune cz [online]. 2007, č. 7 [cit. 2014-05-07]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/10249-desatero-aktivit-pro-bezpeci-pacientu>
19. INSTITUTE OF MEDICINE. To Err is Human: Building A Safer Health System. In: National Academy of Sciences [online]. 1999 [cit. 2014-06-16]. Dostupné z: <http://www.iom.edu/Reports/1999/to-err-is-human-building-a-safer-health-system.aspx>
20. INSTITUTE OF MEDICINE: Medicare. A Strategy for Quality Assurance. vol.1. Washington D.C. National Academy Press, 1990.
21. ISO. About ISO. In: ISO [online]. [cit. 2014-06-27]. Dostupné z: <http://www.iso.org/iso/home/about.htm>
22. ISO.CZ. ISO 9001. In: ISO.CZ [online]. [cit. 2014-06-14]. Dostupné z: http://www.iso.cz/?page_id=38
23. ISQUA. Who we are?: The International Society for Quality in Health Care. In: ISQUA [online]. 2012 [cit. 2014-05-14]. Dostupné z: <http://www.isqua.org/who-we-are/who-we-are>
24. IVANOVÁ, Kateřina. Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví. Vyd. 1. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

25. JAROŠOVA, Darja a PLEVOVÁ, Ilona. Management v ošetrovatelství: studijní opora. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. 73 s. ISBN 978-80-7464-304-0.
26. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Who is JCI. In: Joint Commission International [online]. [cit. 2014-04-18]. Dostupné z: <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>
27. KOTEN, P. Lze ČSN EN ISO 9001:2009 aplikovat ve zdravotnictví? [online prezentace]. Česká společnost pro jakost, 2010. [cit. 2014-05-23]. Dostupné z: <http://www.perspektivykvality.cz/res/data/000143.pdf>
28. KRULIŠ, Jiří. Jak vítězit nad riziky: aktivní management rizik - nástroj řízení úspěšných firem. Praha: Linde, 2011. 568 s. ISBN 978-80-7201-835-2.
29. KUBÁNKOVÁ, Věra a HENDL, Jan. Statistika pro zdravotníky. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 278 s. Zdravotnické aktuality / min zdravot. ČSR; Sv. 208.
30. MADAR, Jiří a kol. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
31. MANAGEMENT MANIA. Rizika. In: Management mania [online]. 21.05.2013 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/rizika>
32. MANAGEMENT MANIA. Řízení rizik (Risk Management). In: Management mania [online]. 21.05.2013 [cit. 2014-04-26]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/rizeni-rizik>
33. MZČR. Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví. In: MZČR [online]. 2008 [cit. 2014-05-06]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1817_13.html
34. MZČR. Doporučení Rady EU. In: MZČR [online]. 2013. [cit. 2014-05-14] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/doporuceni-rady-eu_2837_29.html
35. MZČR. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. In: MZČR [online] 2013 [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_7595_2919_29.html

36. MZČR. Ministerstvo zdravotnictví přináší knihu plnou rad a informací pro pacienty i zdravotnický personál. In: MZČR [online]. 2008 [cit. 2014-06-23]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-prinasi-knihu-plnou-rad-a-informaci-pro-pacienty-i-zdravotnicky-personal_1083_870_1.html
37. MZČR. Ministerstvo zdravotnictví se zaměřuje na bezpečnost pacientů, představuje Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012. In: MZČR[online]. 2010 [cit. 2014-06-23]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pecce-na-obdobi_3444_1513_1.html
38. MZČR. Řešení oblastí bezpečí pacientů. In: MZČR [online]. 2007 [cit. 2014-06-07]. Dostupné z: http://knihabezpeci.mzcr.cz/dokumenty/reseni-oblasti-bezpeci-pacientu_4975_2375_20.html
39. MZČR. Seznam oprávněných osob. In: MZČR [online]. 2012 [cit. 2014-06-06]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/seznam-opravnenych-osob_2557_15.html
40. MZČR: Národní systém hlášení nežádoucích událostí. In: MZČR [online]. 2012 [cit. 2014-06-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/narodni-system-hlaseni-nu_2613_15.html
41. NOVOTNÝ, Karel, ed. Slovník vybraných pojmů vztahujících se k hodnocení rizik podle § 132a odst. 3 zákoníku práce. Vyd. 1. Rožnov pod Radhoštěm: RoVS – Rožnovský vzdělávací servis, 2000. 104 s. ISBN 80-238-8083-7.
42. PITROVÁ, Martina, Eva HLAVÁČKOVÁ a Lucie KROUTILOVÁ. Kvalita péče jako indikátor spokojenosti pacientů. Sestra [online]. 2013, č. 06 [cit. 2014-06-06]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kvalita-pecce-jako-indikator-spokojenosti-pacientu-470799>
43. PLEOVÁ, Ilona et al. Management v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 304 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3871-0.
44. POKOJOVÁ, Radka. Řízení rizik. Sestra [online]. 2011, č. 1 [cit. 2014-06-06]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rizeni-rizik-457272>
45. SÁRA, Petr a Jan BAUER. Bezpečné zdravotnické zařízení - jak na to?. In: [online]. 2007 [cit. 2014-06-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/jobzurnal/bezpecne-zdravotnicke-zarizeni-jak-na-to-318529>

46. SHAAF, TW., KANSE, L. Checking for biases in incident reporting, *Safety science*, 2004.
47. SMEJKAL, Vladimír a RAIS, Karel. Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2013. 483 s. Expert. ISBN 978-80-247-4644-9.
48. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, o.p.s. Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik. In: SAKR [online]. 2010 [cit. 2014-05-04]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2004/kvalita-osetrovatelske-pece-a-management-rizik-.311/>
49. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, o.p.s. Spojená akreditační komise. In: SAKR [online]. 2010 [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>
50. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, o.p.s.: Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR. In: SAKR [online]. 6. 6. 2012. [cit. 2014-05-26]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2012/zavadeni-a-udrzovani-kvality-a-bezpeci-zdravotni-pece-v-zarizenich-nemocnicniho-typu-na-uzemi-cr-.547/>
51. ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. Vyd. 1. Praha: Advent-Orion, 2003. 477, [12] s. ISBN 80-7172-841-1.
52. ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
53. ŠKRLA, Petr. Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
54. THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Ernest A. Codman, MD, FACS (1869-1940). In: The American College of Surgeons [online]. 2010 [cit. 2014-05-07]. Dostupné z: [acs/archives/pasthighlights/codmanhighlight](http://www.facs.org/acs/archives/pasthighlights/codmanhighlight)
55. THE JOINT COMMISSION. About The Joint Commission. In: The Joint Commission [online]. 2014 [cit. 2014-06-07]. Dostupné z: http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx
56. ÚNMZ. Normy řady ISO 9000. In: ÚNMZ [online]. [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: <http://www.unmz.cz/urad/normy-serie-iso-9001-a-jejich-aplikace>

57. ÚZIS. Metodické dokumenty k problematice nežádoucích událostí: Klasifikace nežádoucích událostí. [online]. 15. 3. 2013 [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu/metodicke-dokumenty>
58. ÚZIS: Národní systém hlášení nežádoucích událostí (NSHNU). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2014-05-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu>
59. Věstník ministerstva zdravotnictví ČR, částka 5, ročník 2012.
60. Věstník ministerstva zdravotnictví ČR, částka 8, ročník 2012.
61. VONDRÁČEK, Lubomír a WIRTHOVÁ, Vlasta. Sestra a její dokumentace: návod pro praxi. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 88 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2763-9.
62. WHO. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. In: WHO: Europe [online]. [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2008/guidance-on-developing-quality-and-safety-strategies-with-a-health-system-approach>
63. WHO. Management of quality of care: Quality assurance. In: WHO [online]. 2014 [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/management/quality/assurance/en/>
64. WHO. Patient safety: About us. In: WHO [online]. 2004 [cit. 2014-05-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>

8 Klíčová slova

Bezpečnost péče

Management rizik

Nežádoucí událost

Kvalita péče

9 Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Graf

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Jana Jínová, jsem studentka 2. ročníku magisterského studia oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích a píšu diplomovou práci, která se zabývá managementem rizik (mimořádných - nežádoucích událostí) ve zdravotnických zařízeních.

Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který slouží pouze ke zpracování mé diplomové práce a informace získané z této ankety budou zpracovány zcela anonymně.

- 1. Jste muž nebo žena:**
 - a) muž
 - b) žena

- 2. Uveďte váš věk (v letech):**.....

- 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**
 - a) střední odborné s maturitou
 - b) vyšší odborné - DiS.
 - c) vysokoškolské - Bc., Mgr.

- 4. Uveďte délku praxe v oboru (v letech):**.....

- 5. Uveďte, na jakém oddělení nyní pracujete:**
 - a) interní odd.
 - b) chirurgické odd.
 - c) gynekologicko-porodnické odd.
 - d) dětské odd.
 - e) následné péče (LDN)
 - f) anesteziologicko-resuscitační odd.

- 6. Byl/a jste seznámen/a se systémem hlášení mimořádných - nežádoucích událostí:**
 - a) ano
 - b) ne

7. **Pokud ano, jakým způsobem jste byl/a seznámen/a:**
- a) školením
 - b) předáním informací od jiného pracovníka
 - c) poskytnutím písemných materiálů
 - d) jiným způsobem, jakým?.....
8. **Probíhají na Vašem pracovišti opakovaná seznamování s hlášením mimořádných - nežádoucích událostí:**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
9. **Pokud na Vašem pracovišti probíhají opakovaná seznamování s hlášením mimořádných - nežádoucích událostí, jak často:**
- a) jednou za rok
 - b) jednou za pololetí
 - c) jinak, jak?.....
10. **Jaký způsob používáte pro hlášení mimořádných - nežádoucích událostí na Vašem pracovišti:**
- a) papírový formulář
 - b) elektronický formulář
11. **Vyhovuje Vám způsob hlášení mimořádných - nežádoucích událostí, který se používá na Vašem pracovišti:**
- a) ano
 - b) ne
12. **Jste spokojen/a s formulářem hlášení mimořádných - nežádoucích událostí používaném na Vašem pracovišti:**
- a) bez výhrad
 - b) s výhradami, jakými?.....
13. **Zdá se Vám formulář hlášení mimořádných - nežádoucích událostí používaný na Vašem pracovišti:**
- a) přehledný
 - b) nepřehledný, proč?.....
14. **Zdá se Vám, že jsou ve formuláři hlášení mimořádných - nežádoucích událostí používaném na Vašem pracovišti uvedeny všechny druhy mimořádných - nežádoucích událostí:**
- a) příliš podrobně
 - b) odpovídajícím způsobem
 - c) málo podrobně

- 15. Považujete všechny druhy mimořádných - nežádoucích událostí ve formuláři hlášení mimořádných - nežádoucích událostí používaném na Vašem pracovišti opravdu za mimořádné:**
- a) ano
 - b) ne, některé položky jsou v seznamu zbytečné
- 16. Chybí podle Vašeho názoru ve formuláři hlášení mimořádných - nežádoucích událostí používaném na Vašem pracovišti nějaké události, které lze považovat za mimořádné - nežádoucí:**
- a) ano, které?.....
 - b) ne
- 17. Víte, jak postupovat při řešení mimořádných - nežádoucích událostí:**
- a) ano
 - b) ne
- 18. Kolik mimořádných - nežádoucích událostí jste nahlásil/a v roce 2013?**
- a) 0
 - b) 1 a až 2
 - c) 3 až 5
 - d) 6 a více
- 19. Zhodnoťte své znalosti týkající se řešení mimořádných - nežádoucích událostí:**
- a) výborné
 - b) velmi dobré
 - c) dobré
 - d) dostatečné
 - e) nedostatečné
- 20. Konzultujete s někým vyplnění formuláře při řešení mimořádných - nežádoucích událostí:**
- a) ano, vždy
 - b) ano, ale jen v některých případech, v jakých?.....
 - c) ne
- 21. Pokud ano, s kým konzultujete vyplnění formuláře při řešení mimořádných - nežádoucích událostí:**
- a) s kolegyní/kolegou
 - b) s vedoucí oddělení
 - c) s lékařkou/lékařem

- 22. Hlásíte všechny mimořádné - nežádoucí události, u kterých jste byl/a přítomna na Vašem pracovišti a které jsou uvedeny ve formuláři hlášení mimořádných - nežádoucích událostí:**
a) ano, hlásím všechny události
b) ne, které nehlásíte?.....
- 23. Hlásil/a jste někdy mimořádnou - nežádoucí událost, která není uvedena ve formuláři hlášení mimořádných - nežádoucích událostí**
a) ano, jakou?.....
b) ne
- 24. Domníváte se, že jsou na Vašem pracovišti hlášeny všechny mimořádné - nežádoucí události, které jsou uvedeny ve formuláři hlášení mimořádných - nežádoucích událostí:**
a) ano
b) ne
c) nevím
- 25. Musel/a jste někdy dopsat do formuláře hlášení mimořádné - nežádoucí události nový druh mimořádné - nežádoucí události, protože nebyl v seznamu:**
a) ano, které?.....
b) ne
- 26. Které mimořádné - nežádoucí události hlásíte nejčastěji Vy (uved'te 4 v pořadí nejčastější):**
a).....
b).....
c).....
d).....
- 27. Domníváte se, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu mimořádných - nežádoucích událostí je užitečný:**
a) ano
b) ne
c) nevím
- 28. Pokud ano, tak komu přináší užitek nejvíce:**
a) managementu nemocnice
b) zdravotnickému personálu
c) pacientům

- 29. Domníváte se, že systém hlášení, řešení a sledování výskytu mimořádných - nežádoucích událostí zvyšuje kvalitu poskytované zdravotní péče:**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 30. Domníváte se, že jsou na základě vyhodnocení jednotlivých mimořádných - nežádoucích událostí vytvořena a přijata dostatečná fungující opatření:**
- a) ano, vždy
 - b) v některých případech nelze vytvořit žádné opatření, v jakých a proč?.....
 - c) ne
 - d) nevím
- 31. Jste na Vašem pracovišti motivováni/y, abyste hlásili/y mimořádné - nežádoucí události:**
- a) ano, jak?.....
 - b) ne
 - c) nevím
- 32. Hrozí Vám nějaká sankce, pokud mimořádné - nežádoucí události hlásíte:**
- a) ano, jaká?.....
 - b) ne
 - c) nevím
- 33. Hrozí Vám nějaká sankce, pokud mimořádné - nežádoucí události nehlásíte:**
- a) ano, jaká?.....
 - b) ne
 - c) nevím

Zde máte možnost jakéhokoliv vyjádření k problematice mimořádných - nežádoucích událostí.

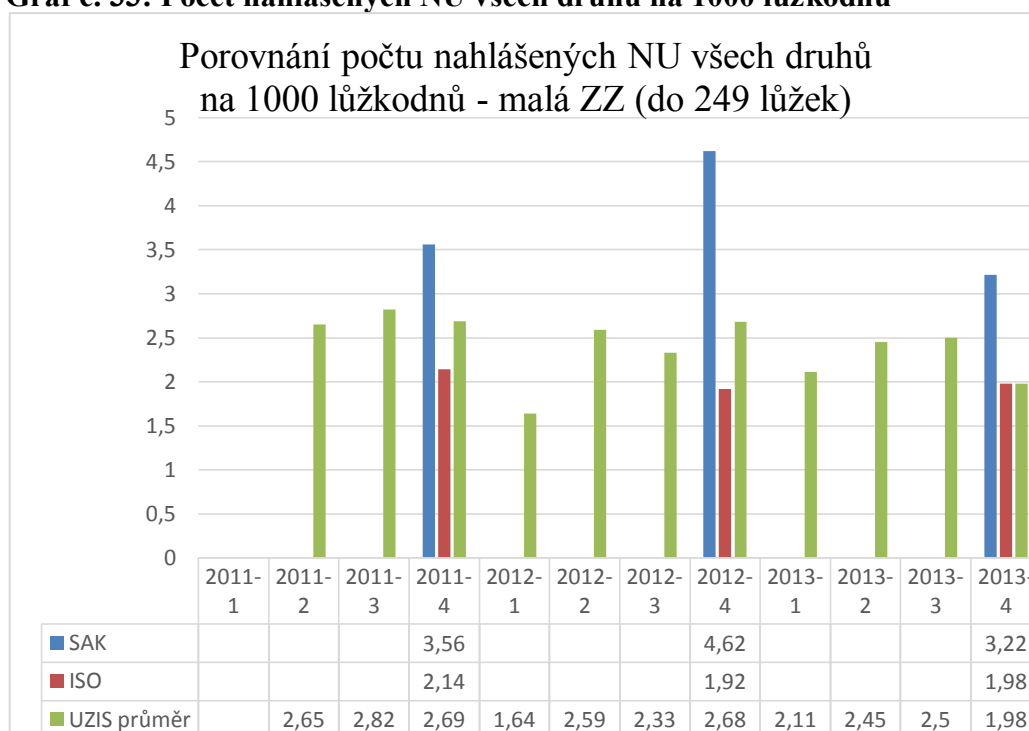
Uvítám všechny Vaše postřehy, návrhy a doporučení.

.....

Děkuji mnohokrát za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

Jana Jínová

Graf č. 33: Počet nahlášených NU všech druhů na 1000 lůžkodnů



Zdroj: ÚZIS, ZZ SAK, ZZ ISO

Na uvedeném grafu je znázorněno porovnání počtu nahlášených NU všech druhů přepočítaných na 1000 lůžkodnů. UZIS sleduje NU od 2. čtvrtletí roku 2011, vždy po čtvrtletích. Uváděn je průměr z celkového počtu malých ZZ, které jsou zařazeny do sledování NSHNU. Minimální a maximální hodnota počtu NU všech druhů přepočtených na 1000 lůžkodnů v roce 2013 se pohybuje od 0,14 do 9,71. Odchytky od průměru jsou tedy dost velké.

ZZ SAK a ZZ ISO jsou uváděna v ročních intervalech zařazených do 4. čtvrtletí příslušného roku.