

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Martin Henych**

**Procesní řízení v Psychiatrické nemocnici Bohnice**

Praha 2021

Vedoucí bakalářské práce: JUDr. Aleš Zpěvák, Ph.D.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES**

**BACHELOR THESIS**

**Martin Henych**

**Procedural proceedings at the Bohnice Psychiatric Hospital**

Prague 2021

The Bachelor Thesis Work Supervisor: JUDr. Aleš Zpěvák, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 30. 04. 2021

.....  
Martin Henych

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Štafanovi Thothovi za odborné vedení a cenné připomínky. Děkuji vedoucímu katedry, panu prorektorovi JUDr. Aleši Zpěvákovi, Ph.D. za trpělivost, vstřícnost a plnohodnotnou podporu, kterou mi poskytoval při zpracování bakalářské práce. Děkuji prof. PhDr. Andree Pokorné, Ph.D. za ochotu, pomoc a cenné odborné rady. Děkuji své rodině za podporu, kterou mi poskytovali nejen při přípravě závěrečné práce, ale zejména v průběhu celého studia. Bez nich bych tuto práci nemohla dokončit.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá zaváděním procesního řízení do provozu v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Problematika procesního řízení v provozu zdravotnického zařízení a navíc v oboru psychiatrie není v českých podmínkách dosud popsána.

Pracovní skupina složená z odborníků z řad zaměstnanců a vedení nemocnice společně definovala procesy, které členila na řídicí, hlavní a podpůrné. Jednotlivé procesy jsou podrobně dekomponovány pomocí procesní mapy. Následně byly určeny parametry pro měření. Výstupy z měření jsou součástí každoročního hodnocení Zprávy z přezkoumání vedením nemocnice. Na základě požadavků výkonnosti procesů byl sestaven soubor opatření ke zlepšení, tzv. Program kvality. Zavedení opatření bylo s odstupem roku v provozu ověřeno a prokázalo zlepšení výkonnosti procesů. Vedení nemocnice potvrdilo přínos implementovaných opatření.

## **Klíčová slova**

Kvalita, Nežádoucí událost, Proces, Procesní řízení, Program kvality, Strategické řízení,

## **Annotation**

The bachelor's thesis deals with the introduction of process management into operation at the Bohnice Psychiatric Hospital. The issue of procedural management in the operation of medical facilities and, moreover, in the field of psychiatry has not yet been described in Czech conditions.

A working group composed of experts from the staff and management of the hospital jointly defined the processes, which it divided into managerial, main and support. The individual processes are decomposed in detail using a process map. Subsequently, the parameters for measurement were determined. The outputs of the measurements are part of the annual evaluation of the Hospital Management Review Report. Based on the process performance requirements, a set of measures for improvement was compiled, the so-called Quality Program. The implementation of the measures was verified in operation at the end of the year and proved an improvement in the efficiency of processes. The hospital management confirmed the benefits of the implemented measures.

## **Keywords**

Adverse event, Process, Process management, Quality, Quality program, Strategic management

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1 PROCESNÍ ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ .....</b>	<b>10</b>
<b>2 PROCES JAKO SOUČÁST OBCHODNÍHO MODELU.....</b>	<b>25</b>
<b>3 PROCES VE STRATEGICKÉM ŘÍZENÍ NEMOCNICE.....</b>	<b>30</b>
<b>4 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH .....</b>	<b>35</b>
4.1 Nežádoucí události .....	38
4.1.1 Incident .....	39
4.1.2 Závažný incident.....	39
4.1.3 Klasifikace nežádoucích událostí.....	39
4.1.4 Metodologie řízení procesu nežádoucích událostí.....	40
4.1.5 Národní systém Hlášení nežádoucích událostí .....	42
4.1.6 Prevence nežádoucích událostí .....	42
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>43</b>
<b>5 PROCESNÍ MODEL PN BOHNICE .....</b>	<b>43</b>
5.1 Proces Hlášení nežádoucích událostí .....	43
5.1.1 Proces Hlášení nežádoucích událostí .....	44
5.1.2 1.NU.01 Vznik a zjištění nežádoucí události.....	44
5.1.3 1.NU.02 Hlášení nežádoucí události.....	44
5.1.4 1.NU.03 Nahlášení nežádoucí události mimo PNB.....	45
5.1.5 1.NU.04 Přijetí bezprostředních opatření .....	46
5.1.6 1.NU.05 Určení závažnosti nežádoucí události .....	47
5.1.7 1.NU.06 Závažná nežádoucí událost .....	47
5.1.8 1.NU.07 Komplikace .....	48
5.1.9 1.NU.08 Systémová / následná opatření .....	49

5.1.10 1.NU.09 Zjištění dekubitu .....	50
5.1.11 1.NU.10 Sledování NU, konzultace opatření .....	50
5.1.12 1.NU.11 Zpracování podkladů pro šetření NU .....	50
5.1.13 1.NU.12 Šetření nežádoucí události .....	50
5.1.14 1.NU.13 Klasifikace, kategorie, hlášení NU .....	51
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>52</b>
6.1 Zkušenosti s mapováním procesů.....	52
6.2 Přístup Psychiatrické nemocnici Bohnice k procesnímu řízení .....	52
6.3 Začátek realizace procesního mapování v PN Bohnice .....	53
6.4 Procesní mapa a využití její funkcionality .....	53
6.5 Průběh mapování zdravotnického procesu.....	55
6.6 Popis obecných procesů platných při poskytování zdravotní péče .....	57
6.7 Výhody a nevýhody procesní mapy .....	60
6.8 Ambice nejen ve využívání procesní mapy v PN Bohnice .....	62
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>64</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>69</b>



## ÚVOD

Každá instituce má své klíčové procesy, které jsou podstatou její existence. Výstupem těchto procesů je určitý produkt. Zaměstnanci, kteří vykonávají tyto procesy, nesou zodpovědnost za svůj výkon a spolupodílí se tak na kvalitě výsledného produktu. Veškeré procesy jsou řízeny vedením v určité funkční hierarchii a v souladu se strategií organizace. Hledáme-li roli podnikových procesů, můžeme si představit, že organizace v souladu se svým záměrem produkuje kvalitní služby, nicméně zákazníci o ně mají malý zájem. Stejně tak může nastat situace, že pracovníci jednotlivých oddělení pracují správně a naplno, ale celkový výsledek není uspokojivý. A právě procesní řízení je odpovědí na podobné problémy.

Cílem práce je identifikovat problematické oblasti řízení procesů v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Práce řeší problémy z oblasti vedení zdravotnické dokumentace, procesu nežádoucích událostí. Zavedení procesního řízení tak má přímý vliv na chod celého zařízení i na úroveň poskytované péče zákazníkovi/pacientovi.

Teoretická část je zaměřena na rozbor dostupných informačních pramenů z České republiky i zahraničí. Na jejich základě je vypracován současný stav problematiky. Praktická část je věnována analýze současných procesů ve vybraném zdravotnickém zařízení. Nejprve byl sestaven tým z odborníků zaměstnaných v organizaci. Tato skupina provedla analýzu, na jejím podkladě vygenerovala konkrétní problematické procesy. Na základě analýzy je sestaven soubor návrhů a opatření ke zlepšení vybraných procesů. Jejich implementace byla nakonec zkontrolována a zhodnocena.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PROCESNÍ ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Řízení výkonu, kvality i procesů ve zdravotnictví se i přes důraz na procesy stále velmi zaměřuje na výsledky a kvalitu péče a zdraví pacientů. Zatímco cílení na optimální výsledky poskytované lékařské péče pacientů zůstává konečným cílem poskytování zdravotnických služeb, opětovné zaměření klinické výkonnosti na procesy se ukazuje jako prostředek, kterým lze zlepšit statistiku nemocnosti a úmrtnosti pacientů. Systémové myšlení a řízení podnikových procesů (dále ve zkratce jako BPM) se dnes staly filozofickým konceptem průmyslového managementu. Zdravotnický průmysl patří mezi nejrychleji rostoucí odvětví i díky inovacím v technologickém i technickém řešení, vývoji lékařských postupů a služeb i kvalitou lidských zdrojů. Není divu, že se tento sektor obrací k širšímu obchodnímu světu kvůli principům a postupům, které inspirují k dosažení optimálního kompromisu mezi účinností a reakcí pacienta v rámci zdravotnického zařízení, hodnocení procesů i kvality poskytované zdravotní péče. (Grasseová a kol., 2010)

Hlavním cílem této kapitoly je prozkoumat, jak mohou principy BPM pomoci dosáhnout lepšího managementu zdravotní péče, a diskutovat o aplikaci principů BPM ve zdravotní péči. Zatímco sekundární zdroje dat i relevantní odborné literatury ukazují, že většina praktických příkladů nalezených v této oblasti je založena na nemocnicích a jimi poskytované zdravotní péči, principy BPM jsou použitelné v širokém spektru zdravotnických služeb, jako je primární péče a veřejné zdraví. Navzdory skutečnosti, že poskytování těchto služeb je z hlediska operačních systémů velmi odlišné, vyvinul se BPM v možný praktický přístup a nástroj pro bezproblémovou integraci služeb zdravotní péče. S využitím sekundárních zdrojů dat, neformálních rozhovorů s odborníky z praxe a výzkumnými pracovníky ze zdravotnictví je možné formulovat následující související otázky, konkrétně: (Fišer, 2014)

- Co je to BPM a jak je relevantní pro zdravotní péči?
- Bylo BPM široce používáno ve zdravotní péči?
- Proč se zaměřit na kvalitu při poskytování zdravotní péče?
- Jaké jsou současné výzvy a trendy zdravotní péče?

- Jak může BPM pomoci v činnosti nemocnice a řízení kvality zdravotní péče?
- Jakou roli bude hrát BPM v budoucnu pro usnadnění efektivního řízení zdravotní péče?

BPM je vhodným způsobem navržený, implementovaný, prováděný, integrovaný, monitorovaný a kontrolovaný přístup k řízení, který se snaží neustále zlepšovat a analyzovat klíčové operace v souladu se strategiemi organizací. V tomto případě jsou to obecně zdravotní zařízení a konkrétně nemocnice a její organizace, která je uvedena v praktické části níže. BPM je součástí tradice, která je konstituována desítky let. Cílem manažerů a manažerů i dalších praktiků je přehodnotit organizaci její podnikání a zaměřit se na změnu obchodního procesu. Obchodní proces je sled realizací / kroků v obchodním kontextu, jehož cílem je vytvořit zboží nebo službu. Tento přístup se liší z tradičního přístupu založeného na výsledcích uplatňovaného ve zdravotní péči. Je možné se zaměřit na definici řízení výsledků jako „technologie zkušeností pacientů navrženou tak, aby pomohla pacientům, plátcům a poskytovatelům učinit racionální rozhodnutí týkající se lékařské péče na základě lepšího pochopení vlivu těchto voleb na život pacienta.“ (Lynch, 2018) Odborné zdroje zdůrazňují životní cyklus procesu, který existuje mezi výběrem pacientů, plátce a poskytovatele a výsledky pacientů, řízení se soustředilo spíše na výsledky než na samotné procesy. BPM má relevantní historický kontext a lze možné jej charakterizovat, že se skládá z následujících šesti základních prvků, konkrétně pak: (Pošvář, Chládková, 2014)

- Strategické sladění procesů v organizaci nemocnice - procesy v organizaci musí být navrženy, implementovány, udržovány a hodnoceny v souladu se strategickými prioritami organizace.
- Správa a řízení procesů nemocnice - zaměření na stanovení odpovědnosti s ohledem na role a odpovědnosti na všech úrovních procesu řízení.
- Metody a jejich realizace - v rámci BPM sada nástrojů a technik, které se používají k podpoře a podněcování činností v průběhu životního cyklu procesu. Některé z těchto metod budou popsány v následující části.
- Informační technologie v rámci nemocnice (IT) - řešení založená na IT se staly důležitými prvky v BPM se zaměřením na vývoj systémů managementu s

vědomím procesu. O důležitosti IT v BPM v nemocnici je následně uvedeno v navazujících kapitolách.

- Lidské zdroje a procesy - lidský kapitál organizace je důležitý pro efektivní implementaci BPM. Bez dovedností a znalostí lidských zdrojů nelze dosáhnout zlepšení obchodních procesů.
- Firemní kultura a procesy nemocnice - sdílené hodnoty lidí tvořících součást organizace vedou k prostředí, které může účinně usnadnit implementaci BPM v organizaci nemocnice.

V průmyslu i ve zdravotnických zařízeních obecně se použití BPM stalo životně důležitým pro zajištění konkurenceschopnosti organizace prostřednictvím přidané hodnoty prostřednictvím vylepšených procesů v organizaci nemocnice. Ve výrobním průmyslu, řízení procesů, stavebnictví a službách bylo úspěšně implementováno celkové řízení kvality a naposledy šest sigma a štihlých přístupů nasazením BPM. Procesní reengineering, který je součástí BPM, je přijat pro organizační transformaci v mnoha průmyslových odvětvích. V současnosti většina organizací měří výkonnost podniku prostřednictvím výkonu procesu, který je založen na principech BPM. Je možné použít BPM pro analýzu vyspělosti projektového řízení. BPM lze také aplikovat pro implementaci plánování podnikových zdrojů v organizaci dané nemocnice. Aplikovat je také možné principy BPM při srovnávání postupů řízení projektů u organizací nemocnice. (Pošvář, Chládková, 2014)

Doposud musí být klinická rozhodnutí v nemocnici založena na vědeckých důkazech, socio-etických hodnotách a ekonomických faktorech. Zdravotní péče založená na důkazech navíc vyžaduje transparentnost, zdůvodnění a odpovědnost. Dosažení tohoto ideálního scénáře je však problematické, protože klinická rozhodnutí mohou být silně ovlivněna farmaceutickým průmyslem (s ohledem na finanční zájmy spojené s vývojem a uváděním na trh léčivých přípravků i dalších konkurenčních zdravotnických zařízení, jakož i vládami, které svými rozhodnutími formují jednotlivé politiky, ale také relevantní právní předpisy i v kontextu poskytované zdravotní péče. Existuje dostatek důkazů, které ukazují, že „farmaceutický průmysl ovlivňuje výrobu založenou na důkazech, syntézu důkazů, porozumění problémům škod, hodnocení efektivity nákladů, pokyny klinické praxe a vzdělávání zdravotnických pracovníků a také má přímý vliv na odborná rozhodnutí a na spotřebitele ve zdravotnictví.“ (Lynch, 2018)

Zdravotnické úřady také vyvíjejí tlak na lékaře, aby předepisovaly generika místo patentovaných produktů. Například ve Spojených státech vydala Obamova administrativa konečná pravidla pro podávání zpráv o finančních vztazích mezi farmaceutickými společnostmi, výrobci zařízení a poskytovateli zdravotní péče. Toto je legislativ mnoha zemí, které se týkají cenově dostupné péči a cílem je zajistit transparentnost na trhu zdravotní péče. Podobně v Evropě působí Stockholmský výbor pro léčiva a terapii ve spolupráci s oddělením klinické farmakologie na Karolinska Institutet a na univerzitě Karolinska ve Stockholmu ve Švédsku a ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací vyvinul „Stockholmský model“ pro racionální užívání léků. Tím, že se BPM soustředí na robustní procesy v klinických rozhodnutích i při předepisování, může poskytnout optimální cestu k plné transparentnosti a k optimalizaci nákladů pro zdravotnická zařízení obecně. (Fišer, 2014)

Zahrnuje též soubor regulačních postupů, které by zajistily objektivitu rozhodnutí bez střetu zájmů. Zatímco systémy zdravotnictví nemusí být omezeny nedostatkem zdrojů, tedy na finančních, technologických nebo lidských zdrojích, jsou omezeny nedostatkem organizace mezi těmito zdroji, která umožňuje vyšší nákladovou efektivitu. Tohoto je možné dosáhnout integrací, jmenovitě funkční a do jaké míry jsou operační jednotky koordinovány, lékař a do jaké míry mají lékaři vzájemně sdílené cíle s organizovanými doručovacími systémy a klinický a do jaké maximální hodnoty v podmínkách služeb poskytovaných pacientům je dosaženo prostřednictvím služeb, které jsou koordinovány napříč lidmi, funkcemi, aktivitami a místy v průběhu času v kontextu zdravotnického zařízení obecně. Je vhodné zdůraznit, že klinická integrace má zásadní a primární význam pro systémy organizovaných lékařských služeb a poskytování integrované péče. (Kotler, Keller, 2007)

Existují důkazy, že integrovaná péče zlepšuje procesy poskytované zdravotní péče. Na druhé straně lze uvést, že i když řada iniciativ integrované péče přinesla pozitivní výsledky, mnoho z nich ne. Důvodem je, že integrace je proces učení, který určuje, že odborníci by se měli „učit, jak se učit“, aby mohli efektivně vyměňovat znalosti a samostatně se organizovat v rámci zdravotnických organizací, které jsou koncipovány jako komplexní adaptivní systémy. Je možné hovořit ve prospěch přijetí principů BPM nejen v nemocnicích, ale také napříč službami v regionálních a národních zdravotnických systémech. To má zajistit úspěšnou integraci, aby se dosáhlo systémů organizovaného

doručování informací a realizace procesů ve zdravotnických zařízeních v obecné rovině, které poskytují koordinované kontinuum služeb. (Kotler, Keller, 2007)

Ve srovnání se zpracovatelským průmyslem se zdá, že plánování a kontrola v řízení zdravotnických operací zaostávají i s ohledem na realizaci strategického řízení v oblasti řízení procesů. Je možné hodnotit empirický výzkum v BPM jako oblasti, které se nazývají „rozvíjející se obor výzkumu“. Cílem praktického výzkumu v současné době je analyzovat empirickou práci v BPM a identifikovat případné mezery ve výzkumu pro další vývoj v této oblasti. V systematické revizi odborné literatury je možné nalézt odborné zdroje a případové studie i výzkumy, které se zabývaly přístupem BPM v průmyslu a veřejné službě. Zdánlivá pomalejší absorpce výzkumu BPM ve zdravotnictví je odrazem roztržitých systémů zdravotní péče, často se samostatnými soubory dat pro různá nastavení / poskytovatele, čímž se zabrání realizaci standardních celo systémových procesů a řízení systémů. Tato fragmentace byla na počátku 21. století ovlivněna vytvořením akvizic, fúzí a konsolidací ve zdravotnictví nejenom v ČR, EU, ale také celosvětově. (Porters Value Chain, 2021)

Kromě toho se pozornost zaměřuje především na nemocnice, na rozdíl od přístupu celého systému zdravotnictví, a na jednotlivé manažerské oblasti, jako je plánování kapacit zdrojů, zejména všechny disponibilní zdroje nemocnice, zatímco ignorování hierarchických úrovní a dodavatelských řetězců, což vede k postupným neintegrováním přístupům v řízení procesů. Příkladem toho je také mentalita lidské síly ve způsobu, jakým jsou údajně řízena některá oddělení nemocnic. Je to zejména ve schopnostech a možnostech řízení nemocnic na manažerské úrovni řízení a ve vrcholovém vedení nemocnic. Kromě toho je také možné uvést, že hlavní příčinou potíží v managementu zdravotní péče je nedostatek správné komunikace a porozumění mezi manažery a lékaři, kteří se na základě svého odborného vzdělání a pracovní praxe obvykle zaměřují na péči o jednotlivé pacienty často na úkor populačních zdravotní péče a účinnost / efektivnost zdravotnických systémů, ve kterých fungují. To znamená, že lékaři nemusí fungovat synergicky, aby dosáhli společného cíle, konkrétně cíle dosažení optimálního poskytování kvality péče pacientům, efektivní využívání zdravotních služeb a příjem individuální péče od lékařů. (Porters Value Chain, 2021)

Konflikt mezi managementem a lékařem se projevuje v soutěži o disponibilní zdroje, například v současné krizové situaci v souvislosti s epidemií COVID-19, takže investice do nejmodernějších řídicích a informačních systémů mohou hlavní aktéři v tomto odvětví interpretovat jako odklánění prostředků z přímé péče o pacienta. Existuje však dostatek důkazů, že investice do IT v oblasti zdraví přináší zdravotní a finanční výhody zlepšením procesů zdravotní péče, efektivity a bezpečnosti pacientů. Například využívání zdravotnických IT v prevenci a léčbě chronických onemocnění může vést ke značným úsporám nejenom finančních prostředků, ale také relevantních disponibilních zdrojů. (Porters Value Chain, 2021)

Odborné zdroje v kontextu s dosavadní praxí formulují rámec čtyři ke čtyřem pro plánování a kontrolu zdravotní péče, který by usnadnil tolik potřebný dialog mezi manažery a lékaři. Rámec integruje čtyři manažerské oblasti plánování (lékařské, kapacitní zdroje, materiály a finanční) a čtyři hierarchické úrovně kontroly (strategické, taktické, offline a online) zapojené do operací poskytování zdravotní péče. Tím je zajištěna identifikace a umístění manažerských problémů, stejně jako konzistence a implementace manažerských odpovědností, na všech úrovních a v celém dodavatelském řetězci poskytovatelů léčby a péče o jednotlivé pacienty ve zdravotnickém zařízení v obecném měřítku. Obecné dimenze rámce pomáhají manažerům a klinickým lékařům aplikovat konkrétní obsah na základě kontextu konkrétní aplikace, například na úrovni oddělení v dané nemocnici (pohotovost nebo operační sál) nebo v celé nemocnici, což tento rámec koncepčně činí široce použitelným. (Porters Value Chain, 2021)

Na jedné straně jsou lékaři vyškoleni v řízení pacientů a v rámci svého klinického tréninku musí projít různými tzv. klinickými procesy a základním předpokladem je jejich kvalitní vzdělání a navazující praxe. Na druhou stranu mohou mít odpor k přijetí čistých principů řízení, pokud mají pocit, že jsou v rozporu s jejich klinickou praxí, která zůstává soustředěna kolem individualizované péče o pacienta. V praxi se kliničtí lékaři zaměřují na jednotlivého pacienta, účinnost péče a postupy založené na důkazech s malou pozorností věnovanou kontrole nákladů. Tato skutečnost je problematická v některých systémech zdravotní péče včetně českého systému a výstupem je to, že na některá vzácná onemocnění a jejich léčbu nejsou od zdravotních pojišťoven uvolněny odpovídající finanční prostředky. To může být v rozporu s rolí manažerů, kteří někdy čelí etickému dilematu, jako rostoucí finanční výzvy vedou k omezeným zdrojům, což vyžaduje

zdravotní přidělování služeb s ohledem na disponibilní zdroje, ale také dostupné finanční zdroje. (McGee a kol., 2010)

Navzdory skutečnosti, že se procesy zabývají jak manažeři, tak kliničtí zaměstnanci, používané metody vycházejí z různých koncepčních rámců, což vede k rozmanitosti perspektiv s ohledem na kvalitu poskytovaných služeb. Historicky požadovaná profesionální a kulturní autonomie, kterou lékaři požadovali, do značné míry znamenala, že klinické procesy byly považovány za specifickou oblast, do které by manažeři neměli zasahovat. V průběhu let, zejména kvůli tlakům finanční krize a omezenosti a vzácnosti některých zdrojů, je však stále více zřejmé, že se objevuje širší perspektiva kvality péče a že manažeři a lékaři stále více oceňují význam a integraci jak provozních, tak klinických procesů. Například ve Velké Británii národní zdravotní systém (NHS) vyzývá manažery a klinické zaměstnance, aby spolupracovali, protože přišli s nejlepší péčí o ukazatele nejlepší hodnoty ve snaze zaměřit se na úspory účinnosti v příštím období činnosti zdravotnického zařízení, konkrétně pak nemocnice. Je možné uvést, že nemocnice může mít nejlepší klinické znalosti, ale pokud to není dostatečně podporováno robustními operačními systémy se vstupy, procesy a výstupy, bude obtížné uzavřít účinně všechny činnosti a procesy poskytování kvality péče. (McGee a kol., 2010)

Tyto operační systémy musí mít podrobné mapování procesů, aby bylo možné přesně navrhnout cesty integrované péče o pacienta s plnou jasností rolí poskytovatelů zdravotní péče a podpůrných odborníků. Je vhodné též zmínit problém s lékařem v oblasti péče o pacienty vývojem sedmifázové metody (screening, řízení projektu, diagnostika a objektivizace, vývoj, implementace, hodnocení a průběžné sledování) podobné řízení pacienta procesy (historie, vyšetření, klinická vyšetření, diferenciální diagnostika, definitivní diagnóza, plán péče a následná opatření) navrhnout, implementovat a vyhodnotit cesty péče tak, aby se zlepšila kvalita procesů zdravotní péče v každém zdravotnickém zařízení obecně. Různé pracovní pozice v nemocnici, například manažeři a lékaři, pohlížejí na procesy odlišně. Tím, že mluví stejným jazykem jako lékaři a používá sedmifázovou metodu i jiná pracovní pozice a úroveň řízení v nemocnici, může vedení najít společnou řeč s multidisciplinárními týmy zdravotní péče, aby jim umožnilo navrhovat a implementovat bezpečné, efektivní, zaměřené na člověka, včasné, spravedlivé, nepřetržité, a integrované procesy toku péče, které je třeba podporovat, kontrolovat a monitorovat. (McGee a kol., 2010)



I přes to, že v průběhu let byly realizovány inovace v oblasti zdravotnických informací a technologií, například prostřednictvím elektronických souhrnů případů a skupin souvisejících s diagnostikou, jejich zaměření je do značné míry na klinické a finanční informace se špatnou integrací s provozními informačními systémy. Toho lze dosáhnout zaměřením na procesy, které se používají v řízení provozu a které z obchodního hlediska podrobně definují transformaci vstupů na výstupy. BPM se vyvinulo z technologie zaměřené na holistickou a principiálně orientovanou disciplínu zabývající se efektivními a efektivními obchodními procesy. Kromě toho BPM v digitálním světě institucionalizuje digitální technologie v podnikových procesech, tedy nejenom ve zdravotnických zařízeních a konkrétně pak v nemocnici. (Hanzelková a kol., 2009)

Ve zdravotnictví vylepšené zdravotnické IT, například úplnější elektronické lékařské záznamy a počítačové zadávání lékařských příkazů, pomáhá předcházet lékařským chybám, sledovat nežádoucí účinky a lékové interakce / nežádoucí účinky, což vede k větší bezpečnosti, které šetří náklady. Je možné identifikovat tři posuny paradigmat v informačních systémech, které se staly relevantní pro BPM. Jsou to od programování po montáž, od datové orientace k procesní orientaci a od designu po redesign a organický růst. Rostoucí náklady na zdravotní péči vyvíjejí tlak na tvůrce politik a organizace v oblasti zdravotní péče, aby zajistili, že procesy v operačních systémech fungují efektivně a snižují plýtvání s disponibilními zdroji, které má daná nemocnice k dispozici. (Hanzelková a kol., 2009)

Poskytováním integrovaných systémů pro správu podnikového výkonu i průběžnou správu end-to-end procesů tvrdíme, že BPM může poskytnout řešení problémů a výzev, kterým dnes zdravotní péče čelí. Je také možné argumentovat, že BPM není řešením všech problémů, kterým dnes systémy zdravotní péče a nemocnice čelí. Je nutné zdůraznit, že BPM potřebuje správné podmínky pro svou úspěšnou implementaci. Kromě softwaru, který musí být flexibilní k automatizaci a přizpůsobení se měnícím se podnikovým procesům, vyžadují zdravotnické organizace optimální vedení k vytvoření správných podmínek, pokud jde o disciplínu, odhodlání, sladění, motivaci a integraci. Navíc, i kde a kdy zavádí se BPM, je nutné klinické řízení a nepřetržité monitorování / hodnocení výsledků, aby se zajistilo zlepšení a optimální výsledky pacientů. Úspěch BPM dále závisí na kontinuitě, s níž jsou předem stanovené cíle v krátkodobém horizontu dosaženy, například v projektu, stejně jako dlouhodobě při práci s operačními systémy.

Poskytneme historický popis BPM a toho, jak se za posledních 30–40 let do značné míry vyvinul. Aplikace BPM se nacházejí v průmyslu, v tomto textu je zaměření zejména na aplikace zdravotní péče. (Hanzelková a kol., 2009)

Tradice kontroly kvality měla a nadále má významný dopad na vývoj a implementaci BPM. Jak bylo uvedeno výše, historické základy BPM se nacházejí v dlouhé tradici sahající až do 70. let 20. století se zaměřením na řízení kvality a zlepšování kvality. Tento vztah efektivity a kvality má zvláštní význam pro oblast zdravotní péče, která se zdá být neustále tlačena k maximalizaci využití zdrojů a snížení problematických oblastí a řešení při zachování kvality péče a výsledků pacientů. Je proto nutné zaměřit se na zdůraznění důležitosti orientace na kvalitu při diskusi o aplikaci BPM při poskytování zdravotní péče. V kontextu zdravotní péče je možné uvést šest dimenzí při definování kvality péče dobře navržené, integrované, monitorované a kontrolované procesy, a proto by mělo tvořit základ pro aplikaci BPM ve zdravotní péči. (Bělohlávek a kol., 2006)

Jedná se o efektivitu, jako maximalizaci využití zdrojů při současném předcházení plýtvání, přístupnost, jako poskytování včasné, geograficky přiměřené péče, soustředění na pacienta s ohledem na preference jednotlivých uživatelů služeb a kultury jejich komunit, rovnost poskytování zdravotní péče, která liší se v kvalitě kvůli osobním vlastnostem pacienta, bezpečnosti a minimalizace rizika a poškození uživatelů služeb a účinnosti při poskytování zdravotní péče, která je dodržována na základě důkazů a vede ke zlepšení zdravotních výsledků pro jednotlivce a komunity na základě aktuální potřeby.

Definice kvality péče přináší složitost konceptu, a tedy i jeho hodnocení. Celostní péče, integrovaná péče, cesty pacienta, klinický audit, logistický tok pacienta, posílení postavení pacienta a týmová práce jsou některá z populárních klíčových slov v odborné literatuře o zdravotní péči, která se týkají kvality a odrážejí širokou perspektivu a komplexní dynamiku poskytování zdravotní péče. V odborné literatuře je také možné identifikovat šest výzev, se kterými se při řešení této složitosti setkáváme. Tyto výzvy se soustředí na konflikt mezi konkurenčními zúčastněnými stranami, pokud jde o cíle poskytování zdravotní péče, a potřebu odpovídajících informačních systémů umožňujících sběr a sledování ukazatelů kvality péče. Tyto výzvy se zaměřují na hodnocení kvality, měření a inhibitory / činitele zlepšování výkonu ve zdravotnických zařízeních obecně.

Všechny procesy mají systémovou perspektivu, a proto je třeba je chápat jako součást a širšího souboru všech relevantních činností. Světová zdravotnická organizace se zabývá kvalitou z hlediska systémů zdravotnictví dlouhodobě. Je tomu tak proto, že i dobře vyvinuté a dobře vybavené zdravotnické systémy trpí velkými rozdíly ve standardech poskytování zdravotní péče a že očekávaných výsledků není vždy dosaženo. Ve zdravotnických systémech považovaných za světové špičky se v posledních několika letech skutečně objevily problémy s poskytováním základní zdravotní péče. (Bělohlávek a kol., 2006)

Zjištění v mnoha zemích identifikovala řadu faktorů, které vedly k rozpadu zdravotního systému. Je zřejmé, že je vyvinuta negativní kultura, která vedla k tomu, že systém nereagoval na všechny informační a varovné signály. To nevyhnutelně vedlo k přijetí neodpovídajících standardů pro všechny zainteresované strany ve vztahu k poskytování zdravotní péče. Jakmile již ba nebyly odpovídajícím způsobem spravovány procesy a cíle, správa systému ba selhala, profesionálové by se odpojili a úroveň péče o pacienta se v konečném důsledku snížila. (Fišer, 2014)

Na konci spektra čelí rozvojové země výzvě optimalizovat využívání omezených zdrojů a stále usilovat o zajištění univerzálního pokrytí populace. Základ relevantních problémů na celém světě lze vysledovat v procesu zlepšování a rozšiřování, který musí být založen na spolehlivých místních strategiích kvality, aby bylo u každé investice dosaženo nejlepších možných výsledků. Diskuse o dosažení optimální kvality péče v jakémkoli zdravotnickém systému by byla neúplná, pokud nebudou pochopeny a zahrnuty v tomto příspěvku současné výzvy, kterým dnes zdravotní péče čelí. Na pozadí zdůrazňování BPM jako prostředku pro zavádění procesů pro zlepšování výkonu ve zdravotnických systémech a organizacích je relevantní se ptát, zda BPM pomáhá při řešení některých z těchto současných výzev, které ohrožují udržitelnost zdravotnické systémy. (Fišer, 2014)

Relevantní odborná literatura týkající se zdravotní péči se rozsáhle věnuje problémům, kterým čelí poskytování zdravotní péče po celém světě. Mezi hlavní výzvy patří rostoucí náklady, rozdíly v kvalitě, rozmanitost spotřebitelů a obavy z návratnosti investic. Rostoucím zájmem, který je založen na řízení provozu, je neustálý kompromis mezi nutností snižovat náklady a zároveň čas zvyšování povědomí o větší odpovědnosti pacientů a zlepšování kvality zdravotní péče, které by neměly klesnout pod určitou

úroveň. Tváří v tvář finanční krizi a strachu z neudržitelných zdravotnických systémů na celém světě je neustálou výzvou tvůrců politik snížovat náklady, přestože zdroje jsou stále dražší a očekávání pacientů jsou vyšší. Jedná se o tvrdá rozhodnutí, často zahrnující etická dilemata, jmenovitě vyvážení snižování nákladů při poskytování plné podpory pacientům. Při řešení problémů musíme rozebrat každou výzvu a podívat se na mikroúrovně v oblasti veřejného zdraví, primární, sekundární a terciární péče. Pak musíme dosáhnout kompromisu mezi náklady a odezvou. Napětí mezi individuální a populační orientací ve zdravotní péči je obzvláště relevantní ve finančních krizích, například rozhodnutí použít nákladnou technologii na úkor hromadného očkování. (Červený a kol., 2014)

Dalšími významnými tlaky na systémy zdravotnictví jsou pokračující trendy ve stárnoucí populaci s obtížně realizovanými podmínkami, jako je demence a cukrovka a další civilizační onemocnění, pokrok v medicíně a lékařské technologii poskytující lepší diagnostiku a léčbu, ale vytvářející více socioekonomických rozdílů v cenové dostupnosti péče a rozšiřování služeb. Zdravotnické systémy mají potíže s podporou těchto výzev. Z toho vyvstává otázka, jak mohou tvůrci politik a poskytovatelé činit racionální rozhodnutí.

Kromě strategických a politických otázek existuje řada provozních problémů a výzev, jako je alokace zdrojů, plánování, zkrácení čekací doby, délka pobytu v nemocnici, nákup léků a léčivých přípravků a jednorázových materiálů a nakládání s biomedicínskými odpady. Každé rozhodnutí souvisí s efektivitou a kompromisem reakce pacienta. Přístup BPM nám může poskytnout řešení výzev, kterým dnes zdravotní péče čelí, prostřednictvím procesu reengineeringu. Prvním krokem je mapování procesu. Následuje identifikace parametrů procesu a měření aktuálního výkonu, odvozování problémů a výzev prostřednictvím analýzy hlavních příčin a stanovení faktorů umožňujících dosažení vynikajícího výkonu a reengineering procesu. Měření výkonnosti procesu a řízení kvality zaměřené na pacienta nabízejí další prostředky pro efektivní péči o zdraví. (Bělohávek a kol., 2006)

Ať už je použita jakákoli metoda, je třeba dosáhnout hlubokého porozumění tomu, jak čelit problémům a výzvám, jimž dnes čelí zdravotní péče. Mapování obchodních procesů pomáhá nejen rozvíjet standardizované procesy v systémech zdravotní péče, ale také

pomáhá minimalizovat rozdíly v kvalitě poskytování zdravotní péče a chyby i jejich řešení v praxi. BPM také pomáhá vybrat ty správné aktivátory správy informací a technologií pro správu těchto procesů. Jak již bylo zdůrazněno dříve, BPM může také pomoci při správě toku pacientů a toku informací, což usnadňuje správu čekací doby při poskytování zdravotní péče. BPM navíc integruje procesy zdravotní péče s IT, aby bylo dosaženo efektivitu a zároveň spokojenosti pacientů. Kromě toho se přístup BPM zasazuje o používání měření výkonu založeného na procesech před měřením výkonu založeným na výsledcích, které umožňuje proaktivní přístup při poskytování zdravotní péče. To vede k proaktivněji lepšímu porozumění problému a k výzvám, což zase umožňuje poskytovatelům být lépe připraven na dosažení plánovaných cílů. (Keřkovský a kol., 2017)

Přístup BPM byl v průmyslu široce používán prostřednictvím TQM, neustálého zlepšování, Six Sigma, reengineeringu obchodních procesů a benchmarkingu. Nicméně v tomto kontextu je možné identifikovat také důkazy o jejich aplikaci ve zdravotní péči. Navzdory skutečnosti, že je možné uvést nárůst v aplikaci technik BPM v sektoru zdravotní péče, stále existují informace o neudržitelných systémech zdravotní péče, selhání systémů a odchylkách v kvalitě péče kvůli výzvám, které byly uvedeny výše, a to může být způsobeno skutečností, že aplikace těchto technik stále není dostatečně rozšířená, nebo také nesprávným přijetím BPM bez řádné synergické integrace s IT. Čtyři vzájemně související dimenze, které jsou nezbytné pro úspěch přijetí BPM, jsou procesní inženýrství, kulturní (základní přesvědčení, hodnoty, normy a chování organizace), technologické (systémy školení a informační podpory) a strukturální změny (mechanismy k usnadnění učení se). Všechny tyto čtyři dimenze jsou nezbytné pro jejich multiplikativní funkci k zajištění zlepšení v celé organizaci zdravotnického zařízení obecně, konkrétně pak nemocnice. (ResearchGate, 2021)

Pokud u ostatních tří dimenzí je identifikován úspěch, pravděpodobně to povede k neudržitelnému výkonu. Bohužel se zdá, že systémy zdravotní péče, a to i ve vysoce rozvinutých zemích, mají tyto problémy a nevyužívají očekávaných výsledků pokroku v oblasti informačních a komunikačních technologií a přijetí přístupu BPM. Předchozí studie ukazují, že mnoho projektů plánování podnikových zdrojů v průmyslu selhalo kvůli technologickému selhání, ale kvůli selhání kulturní adopce. BPM má potenciál řídit inovace, zejména proto, že se svět stává více digitálním, a to však nepochybně přináší

nové výzvy pro efektivní aplikaci BPM a vyžaduje přehodnocení role BPM v organizacích zdravotnických zařízení obecně, a také nemocnic. (ResearchGate, 2021)

Počítače a další ICT technologie přešly z nástrojů používaných k automatizaci obchodních procesů na komunikační média usnadňující nové obchodní procesy. Zpřístupněné jsou také nové technologii a tímto tak byl přijat procesní přístup. Technologie je přijímána a přepracována tak, aby vyhovovala požadavkům organizací jednotlivých zdravotnických zařízení. Probíhá řízení výkonu a lidé se snaží dosáhnout cílů, ale nedosahují svého plného potenciálu kvůli nedostatečnému porozumění některým dílčím problémům, které mohou být považovány za irelevantní, ale které lze nyní považovat za klíčové pro úspěšný implementace BPM.

Zejména ve zdravotnictví najdeme příklady projektů, které selhaly, protože koncept integrovaného informačního systému není do jisté míry ani zdaleka realizován. Ve skutečnosti se zdá, že sektor zdravotní péče v Evropě ukazuje, že je ve srovnání s jinými průmyslovými odvětvími stále relativně málo rozvinutý, pokud jde o systémy IT. Obsahové a strukturální problémy jedinečné pro sektor zdravotní péče navíc ztěžují modelování procesů, protože prvek „času“ ve zdravotní péči je založen na požadavcích na péči, což jen pomáhá zvýšit variabilitu. 80. To vede k závěru, že je třeba inovovat BPM sama o sobě, než může být úspěšným hnacím motorem inovací v organizaci. Dalším budoucím krokem je integrace tří širokých tradic BPM - managementu, kontroly kvality a IT. (Lynch, 2018)

Na výzvu digitálního světa nelze pohlížet jen jako na výzvu, ale také jako perspektivu do budoucna. Zatímco informační a komunikační technologie ještě více posouvají potřebu procesního přístupu, vývoj a implementace těchto systémů pomáhá zúčastněným stranám činit rozhodnutí prostřednictvím nepřetržité dostupnosti informací pro management. V oblasti zapojení do podnikání, v neposlední řadě zdravotní péče, je třeba činit chytrá rozhodnutí, protože je zřejmé, že si můžeme špatně dovolit plýtvat zdroji a experimentovat se špatnými rozhodnutími. K přijímání rozhodnutí na všech úrovních - taktické, operační i strategické - je třeba použít důkazy. Budoucí vyhlídky nového digitálního věku tak budou následovat modelové vstupy - procesy - výstupy a objektivní data budou automaticky následovat. Objektivní data budou inteligentně formována, aby pomohla dosáhnout lepších rozhodnutí.

Složitost jakéhokoli systému ze své podstaty znamená, že existuje mnoho procesů na různých úrovních, které je třeba propojit vertikálně se strategickým záměrem i horizontálně s provozními rozhodnutími. Pokud bychom si vzali systém zdravotní péče, například pro každou část jakéhokoli rozhodnutí, existují důsledky vertikálně i horizontálně. Například pokud se rozhoduje o plánování v operačním sále, dopady se budou ozývat na ostatních odděleních, jako jsou úrazová a pohotovostní a další oddělení, jako je zobrazování. Aby bylo možné tyto procesy efektivně a komplexně řešit, je třeba implementovat robustní systémový přístup k procesnímu řízení, který je podporován technologií při zohlednění dalších netechnologických schopností, jako je správa, kultura a lidské zdroje. (Fišer, 2014)

To vede k inovacím prostřednictvím používání BPM a zároveň inovuje BPM tým, že se uvažuje o transformaci organizačních struktur a zajišťuje kulturní adaptace, čímž se zabráni mentálnosti sil při rozhodování a zajistí se širší viditelnost rozhodovacího procesu. Aplikace systémů na podporu rozhodování napříč celým dodavatelským řetězcem procesů poskytování zdravotní péče nám umožní jasně najít odpovědi na to, co, kdo, proč a jak efektivně řídit systém. To nám umožní dosáhnout správného kompromisu mezi účinností a reakcí pacienta na strategické, taktické a provozní úrovni s dynamickým zapojením zúčastněných stran. To také pomůže integrovat klinické a manažerské procesy do poskytování zdravotní péče.

V rámci této kapitoly bylo možné se zaměřit na několik hlavních pojmů a relevantních oblastí, a to co je BPM a zda je relevantní pro zdravotní péči. BPM je tradice, která se vyvíjí již desítky let, a navzdory mnoha definicím BPM, které jsou aplikovány na průmysl jako celek, ale je nutné zdůraznit BPM ve způsobu řešení, který je snadno srozumitelný a praktikovaný jak lékaři, tak manažery v rámci zdravotnických zařízení obecně. BPM se zaměřuje na šest klíčových prvků, souhrnně pak: (Keřkovský a kol., 2017)

- strategické sladění, a to i v rámci strategického řízení zdravotnických zařízení, jak je uvedeno v samostatné kapitole,
- řízení v rámci jednotlivých úrovní zdravotnického zařízení v praxi a při jejich činnosti,
- metody aplikované v řízení, ale také v souvisejících procesech,

- IT podpora týkající se realizaci jednotlivých procesů ve zdravotnických zařízeních obecně,
- Lidské zdroje musí akceptovat nejenom změny, ale také řízení a s nimi spojené relevantní procesy ve zdravotnickém zařízení,
- Kultura ve smyslu firemní kultury daného zdravotnického zařízení a vytváření prostředí pro podporu změn a realizaci procesů ve zdravotnických zařízeních.

V kapitole bylo uvedeno několik relevantních příkladů aplikací ve zdravotnictví, a to ve srovnání s výrobním průmyslem se zdá, že aplikace principů BPM ve zdravotnictví zaostává. Ve skutečnosti, pokud kliničtí zaměstnanci a manažeři nejsou na stejné úrovni porozumění, pokud jde o poskytování integrované péče pacientům, nebude dosaženo plného očekávání BPM. Tato argumentace vede k tomu, proč se zaměřit na kvalitu při poskytování zdravotní péče. Tradice kontroly kvality měla významný dopad na vývoj a implementaci BPM a vztah kvality a efektivity v rámci této tradice má v sektoru zdravotní péče zvláštní význam. Vzhledem k neustálým výzvám, kterým čelí napříč systémy zdravotní péče, je tlak na maximalizaci zdrojů a minimalizaci odpadu bez snížení kvality péče o pacienty. Definice kvality péče je založená na efektivitě, přístupnosti, zaměření na pacienta, spravedlnosti, bezpečnosti a efektivnosti, poskytuje spolehlivou platformu, na které mohou lékaři a manažeři identifikovat klinické a provozní procesy, které by jim v konečném důsledku umožnili poskytovat zdravotní péči komplexním a integrovaným způsobem. (Keřkovský a kol., 2017)

Lékaři a manažeři nemohou pracovat izolovaně. Zdravotnické organizace musí uzavřít smyčku, aby zajistily trvalé a neustále zlepšování optimální kvality péče. Kromě složitosti prostředí zdravotní péče existují výzvy, které často vyplývají z problémů, které nemusí nutně spadat do oblasti zdravotní péče a které mají dopad na výkonnost zdravotnických systémů. V tomto dokumentu je též nutné zdůraznit rostoucí náklady, rozdíly v kvalitě, rozmanitost spotřebitelů a obavy z návratnosti investic jako hlavní výzvy, kterým dnes zdravotnictví čelí. BPM může hrát důležitou roli při usnadňování efektivního řízení zdravotní péče, zejména v budoucnu, a to prostřednictvím sedmi praktických kroků z hlediska budoucího vývoje a změn v oblasti řízení procesů ve zdravotnických zařízeních obecně. (Keřkovský a kol., 2017).



## 2 PROCES JAKO SOUČÁST OBCHODNÍHO MODELU

Koncept obchodního modelu je v odborné literatuře o procesním řízení i informačních systémech zdravotnických zařízení, managementu a strategii stále více prakticky využíváný. Používá se v mnoha oblastech výzkumu, včetně tradiční teorie strategie a strategického řízení ve zdravotnických zařízeních, jak je uvedeno níže a v přístupech a konceptech, které se týkají digitalizace a inovací v informačních systémech nemocnic. Koncept se však často používá nezávisle na teorii, což znamená, že komponenty modelu a jejich vzájemné vztahy jsou poměrně diferenciovány, a to s ohledem na disponibilní zdroje a interní prostředí dané nemocnice. Je možné uvést, že koncept obchodního modelu je užitečný při vysvětlování vztahu mezi IS a strategií v procesním řízení nemocnice. (Lynch, 2018)

V této kapitole je možné se zaměřit na řešení koncepčního obchodního modelu a v praxi může zahrnovat nejenom klienty (pacienty) nemocnice a další zainteresované strany, včetně konkurenčních zdravotnických zařízení, zaměstnanců, managementu, jednotlivých činností i organizace nemocnice. S tímto souvisí také využití disponibilních zdrojů a interakce dané nemocnice na trhu s ohledem na interní a externí faktory. Do tohoto musí být zahrnuty i procesy, na základě kterých se obchodní modely vyvíjejí s ohledem na externí a interní faktory. Obchodní modely nemocnic obecně reflektují tradiční teorie strategie a strategického řízení. Nicméně do současných obchodních modelů se promítají inovační a technologické vlivy zahrnující implementaci komplexního ERP systému v nemocnicích v ČR, ale také v dalších evropských zemích. (Lynch, 2018)

Obchodní model je termín, který se často používá k popisu klíčových složek daného organizačního uspořádání i zdravotnického zařízení nebo nemocnice, a to i v případě procesního řízení. V současné praxi již existuje několik integrativních strategických modelů, které spojují jednotlivé aspekty strategie, jako jsou disponibilní zdroje, aktivity, struktura, produkty a externí a interní faktory. Ve skutečnosti mají stratégové stále tendenci se dohadovat o tom, co dělá i jednotlivá zdravotnická zařízení úspěšnými, ať už jde o interní zdroje firmy, nebo úspěšnou rekonfiguraci hodnotového řetězce, případně také o dobře implementovanou obecnou strategii dané nemocnice v rámci její činnosti i

v rámci procesního řízení. Ještě důležitější je, že teoreticky spolehlivá definice obchodního modelu by také pomohla v oblasti výzkumu strategie IS. Výzkum, jak IS zlepšuje strategie a poskytuje konkurenční výhodu a udržitelnost této výhody i s ohledem na procesní řízení dané nemocnice. Na obecné úrovni bylo naznačeno, že výzkum IS nemá tendenci měřit spodní přínos investic do IS v rámci zdravotnického zařízení, jako je konkrétně komplexnost IS nemocnice a pozitivní sekundární dopady týkající se větší efektivity a účinnosti procesního řízení. (Lynch, 2018)

Je možné uvést, že to souvisí se zmíněnými problémy, částečně se skutečností, že IS ne vždy přispívá k výkonnosti firmy obecně či zdravotnického řízení. Aby mohl IS přispívat k výkonu, musí být koncipován a implementován rozumně v kontextu potřeb a disponibilních zdrojů dané firmy či zdravotnického zařízení, zapadat do dalších zdrojů a efektivně implementován i v kontextu jednotlivých strategií a úrovní řízení, chápán a používán a jedinečným způsobem sladěn a začleněn do organizace nemocnice. Jakákoli zlepšení v činnostech hodnotového řetězce musí být realizována nabídkou, která zvyšuje kvalitu vnímanou zákazníkem a směřuje také ke snížení nákladů v dané nemocnici. Všechny tyto faktory a jejich kauzální vzájemné vztahy je třeba pochopit pro jakýkoli konkrétní obchodní model v obecném kontextu. Je vhodné analyzovat, které procesy a informace o tom, které komponenty by měly být zahrnuty do obchodního modelu, pomocí kterého mohou manažeři a výzkumní pracovníci pochopit kauzální vztah mezi IS a činnostmi zdravotnického zařízení či nemocnice. Používáme koncepty z teorie strategií a strategického řízení, je možné rozšířit o modely a koncepty z výzkumu IS souvisejících se strategiemi a strategickými přístupy v oblasti procesního řízení v rámci dané nemocnice. (Fišer, 2014)

Teorie strategie se týká vysvětlení výkonnosti firmy v konkurenčním prostředí. Je možné uvést, že segment nemocnic je konkurenční v jednotlivých zemích EU. Existuje mnoho strategických perspektiv, ale s ohledem na celkový rozsah teoretické části textu je možné zmínit jen vybrané. Jsou to konkrétně: (Fišer, 2014)

- Perspektiva I / O,
- Perspektiva RBV,
- Perspektiva strategického procesu.

I / O i RBV se zahrnují také konkurenční výhodu. Koncepční řešení, co je konkurenční výhoda a na čem je založena, se však liší. Zatímco na RBV a na I/O lze pohlížet jako na přístupy založené na obsahu, ke strategickému řízení, procesně orientovaný pohled na strategii se zaměřuje na procesy, kterými se vytváří a spravuje obsah strategie v rámci organizace dané nemocnice. Porter uvedl I/O perspektivu a konstatoval, že externí strategické volby a faktory určují kvalitu a rozsah služeb s ohledem na jednotlivé zainteresované strany v kontextu dané nemocnice. Týká se také současných i potenciálních konkurenčních subjektů. Dvěma obecnými strategiemi jsou diferenciací a nízké náklady. Porterova teoretická koncepce a její praktické naplňování bylo dále rozvíjeno s modelem hodnotového řetězce. Tento se zaměřuje na činnosti a funkce firmy obecně a tedy i organizaci nemocnice, základní faktory, které řídí náklady a výhody diferenciací. Je nutné uvést, že v současné době mají na diferenciaci též vliv inovace technické a technologické a kvalita poskytovaných služeb v kontextu disponibilních zdrojů nemocnice. (Fišer, 2014)

Důkladná kontrola a seskupování činností umožňuje firmám využívat nákladové a diferenciací potenciály prostřednictvím získávání výhod z rozsahu nebo vytváření inovativních řešení v poskytování služeb a například v nemocnici to může mít moderní rezervační systém, který eliminuje čekací doby na poskytnutí lékařské péče a je relevantní také v případě současné epidemie COVID-19 a epidemiologických opatření. Porterův koncept je možné aplikovat v procesním řízení i v rámci realizace IS pro konkrétní nemocnici. IS v řízení procesů lze použít ke zvýšení aktivit hodnotového řetězce k získání konkurenční výhody prostřednictvím nízkých nákladů nebo diferenciací. IS lze dále použít pro racionalizaci nákladů. K těmto dochází zejména na základě technických a technologických inovací, jako je například umělá inteligence či velká data nebo robotizace a vytváření chat botů pro komunikaci s pacienty v elektronickém prostředí. Jednotlivé modely je možné aplikovat i při hodnocení IS v konkurenčním prostředí a v činnosti dané nemocnice. (Keřkovský a kol., 2017)

Již v polovině 70. let 20. století vyvolalo zaměření na proces strategie a spíše než obsah strategie, jako jsou pozice na trhu a silné a slabé stránky, aktivity, které vedly k inovativním řešením, a to zejména na technické a technologické úrovni v organizaci nemocnice při poskytování služeb pacientům. Nejistota s ohledem na budoucí činnosti

nemocnice vede ke kratším časovým horizontům plánování, ale také k nedostatečným strategickým opatřením a nežádoucím rozhodnutím. Zaměření na obsah strategie, jako je konkurenční pozice a její vztah k výkonu, se stal méně zajímavým ve srovnání s výzkumem, jak firmy ve skutečnosti vytvořily příznivé konkurenční pozice v segmentu trhu zdravotnických zařízení. Nezávislé proměnné v procesním výzkumu se nacházejí v oblastech souvisejících s řízením a organizací, včetně přijetí omezené racionality a pozornosti úloze norem a hodnot při formulaci a implementaci také procesního řízení. Těžištěm perspektivy procesu je řízení kognitivních a kulturních omezení strategického rozvoje a vývoje organizace firmy či instituce. Perspektiva procesu pokročila se zaměřením na manažerskou funkci a byla také kombinována s RBV. Procesní přístupy jsou také aplikovány ve výzkumu IS a jsou považovány za relevantní v návrhové oblasti a implementaci informačních systémů v praxi zdravotnických zařízení. (Keřkovský a kol., 2017)

Zahrnují též implementace nových informačních systémů, jejich monitoring a hodnocení jejich praktických dopadů a predikce související s procesním řízením a v řízení procesu změn, které jsou s inovativními IS v nemocnici spojeny. U konceptu I/O patří schopnost reagovat na změny mezi hlavní determinanty úspěchu firmy nebo instituce. RBV zdůrazňuje charakteristiky základních faktorů nízkých nákladů a diferenciací a hodnotového řetězce, tedy relevantních disponibilních zdrojů. Odborná literatura týkající se RBV obsahuje četné popisy atributů zdrojů, které poskytují konkurenční výhodu. Mezi hlavní atributy pak patří: (Keřkovský a kol., 2017)

- Hodnota,
- Vzácnost,
- Nedokonalá napodobitelnost,
- Zastupitelnost.

Zdroje firmy či instituce jsou cenné, pokud snižují náklady nebo zvyšují cenu poskytovaných služeb ve zdravotnických zařízeních. Určité zdroje lépe zapadají do určitých organizací, a proto se očekávání a hodnota liší podle toho, kdo uvažuje o investici do zdrojů. Klíčovým atributem koncepce RBV je vzácnost zdroje, ale cenný a vzácný zdroj musí být také nákladný, aby se obtížně napodobil nebo nahradil, aby se udržela výhoda zdroje. Zdroj, který lze získat za nedokonalou tržní cenu, zůstane pouze zdrojem

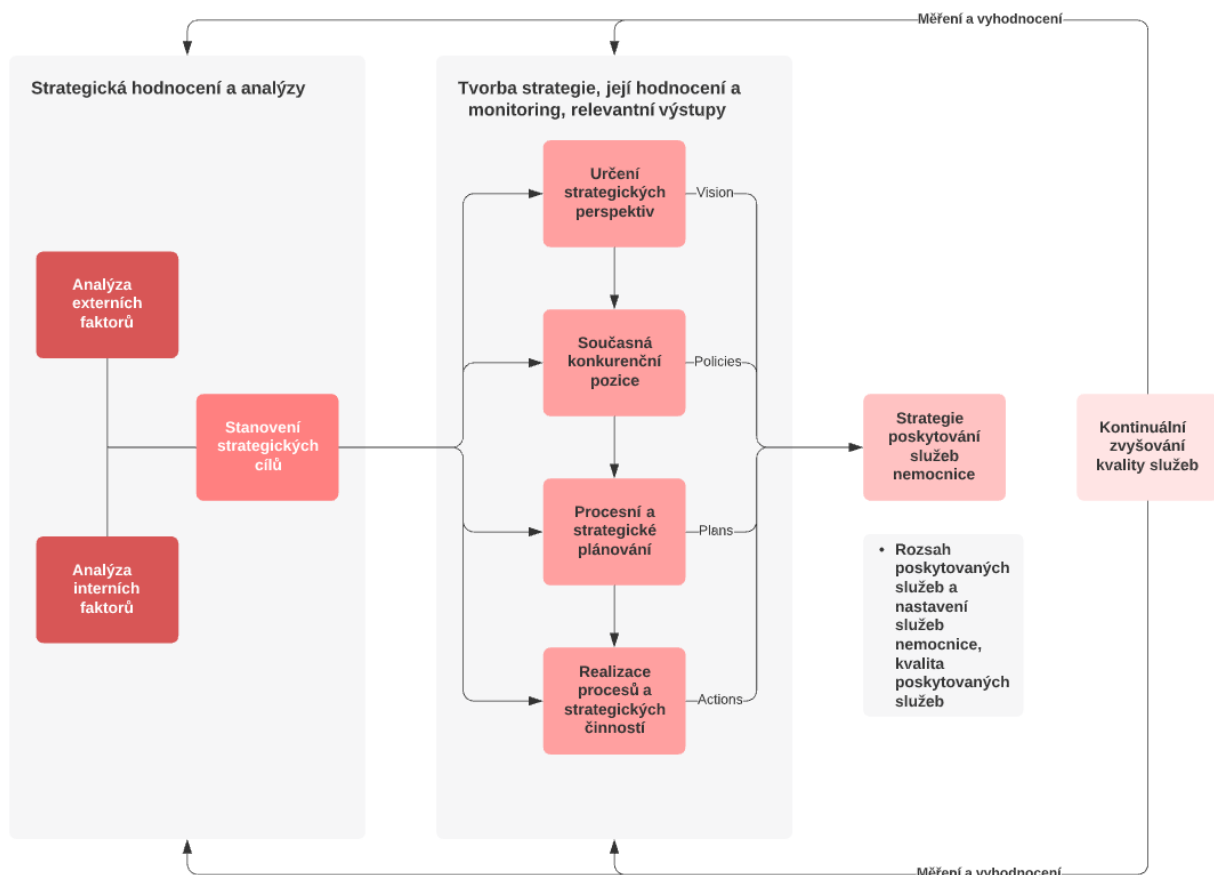
výhod, pokud si konkurenti neuvědomují a neuskutečňují případný konkurenční potenciál. Zdroj a jeho výsledek lze napodobit budováním / získáním stejného zdroje nebo vytvořením stejného mezilehlého nebo konečného výsledku s jiným zdrojem. Náklady spojené s napodobováním jsou ovlivněny jedinečnými historickými podmínkami, kauzální nejednoznačností a sociální složitostí zdrojů. (Fotr, Souček, 2012)

Teoreticky koncept strategie znamená jakýkoli fenomén, který je možné subjektivně určit, jako je výběr odvětví, pozice v oboru, zákazníci, geografické trhy, sortiment, struktura, kultura, hodnotový řetězec, zdroje a další v obecném kontextu. Je však možné, že je možné integrovat příslušné komponenty do jednoho modelu, a zaměřit se na inovativní přístupy v procesním řízení ve zdravotnických zařízeních. Jako výchozí bod však tři perspektivy nabízejí množství relevantních přístupů, které je možné shrnout do tří hlavních oblastí: (Fotr, Souček, 2012)

- Jednotlivé skupiny pacientů a konkurenční zdravotnická zařízení,
- Nabídka nemocnice v daném segmentu, nabídka služeb v rámci obecně formulované strategie,
- Činnosti a organizace i v kontextu procesního řízení a hodnotový řetězec v nemocnici,
- Disponibilní zdroje, které má nemocnice k dispozici z hlediska své činnosti a poskytování služeb jednotlivým skupinám pacientů,
- Procesy a procesní řízení, na kterém je založen obchodní model nemocnice, jeho silné stránky i omezení zahrnující například kognitivní omezení či normy a hodnoty ve firemní kultuře.

Strategické a procesní řízení nemocnice v kontextu současných inovativních trendů v managementu je uvedeno na obrázku níže.

Obrázek 1: Procesní a strategické řízení nemocnice – obecně



Zdroj: Vlastní zpracování

### 3 PROCES VE STRATEGICKÉM ŘÍZENÍ NEMOCNICE

Procesy ve strategickém řízení nemocnice mají svou specifickou roli, a to v kontextu moderního pojetí managementu. Strategie a navazující strategické řízení představuje poměrně komplexní stanovení cílů organizace nemocnice a specifikuje i možné alternativní řešení a koncepce i postupy, které je nutné implementovat k dosažení předem stanovených cílů nemocnice na základě její korporátní strategie. Odborné zdroje i firemní praxe uvádí, že podniková strategie představuje stanovení základních dlouhodobých cílů organizace firmy i instituce a nastavení relevantních směrů budoucího vývoje zdravotnického zařízení obecně, případně dané nemocnice. Jsou to také jednotlivé činnosti a redistribuce jednotlivých zdrojů, které jsou použity k realizaci jednotlivých strategických cílů. Ansoff uvádí názor, že strategie poskytuje široký koncept podnikání firem. Stanovuje též konkrétně strategické pokyny, podle kterých může firma či instituce

provádět vyhledávání a podrobit výběr atraktivitě jednotlivých činností a jejich efektivity v praxi. (Fotr, Souček, 2012)

Podle Rogerse je strategie režimem akčního plánu v kontextu procesního řízení a je relevantní pro přidělování omezených zdrojů k získání konkurenční výhody, dosažení konkrétního strategického cíle a kapitalizaci na vnímanou příležitost s přijatelnou úrovní rizika. Quinn uvádí, že firemní strategie se používá k popisu všech budoucích činností firmy nebo instituce nemocnice. Konkrétně to určuje, jak může organizace nemocnice nejlépe dosáhnout požadovaného cíle v souvislosti s tlaky, které jsou vyvolané konkurencí a omezenými zdroji. Drucker pak konstatuje, že strategie v nemocnici je základním přístupem k dosažení celkových cílů nemocnice i s ohledem na procesní a strategické řízení. Strategie je pečlivý, promyšlený a systematický přístup k vyjasnění všech relevantních strategických cílů nemocnice a zohledňuje také konkrétní strategická rozhodnutí a kontrolu pokroku a plnění jednotlivých dílčích ukazatelů ve vztahu ke stanoveným strategickým cílům organizace dané nemocnice. Na základě výše uvedených definic je možné konstatovat, že strategie je vzorem rozhodnutí v dané nemocnici, která určuje a kontroluje své cíle, svůj účel, základní prvky firemní kultury i procesní řízení a plány, které vedou k dosažení strategických cílů a určuje definici činnosti dané nemocnice. (Fotr, Souček, 2012)

Konkrétně se jedná o to, o jaký druh ekonomické a lidské organizace se jedná a jaká je povaha poskytovaných služeb i ekonomického či jiného přínosu pro jednotlivé příjemce. V tomto případě lékařských služeb ze strany dané nemocnice. Firemní strategie v souvislosti s procesním řízením se v zásadě zabývá pozicí na trhu produktů a služeb, a to znamená, jak si firma či nemocnice vybere oblasti marketingu a produktů, ve kterých bude soutěžit v nabídce pro jednotlivé skupiny zákazníků. Faktem je, že nemocnice je specifický subjekt a poskytování služeb a že nemocnice se také řídí specifickými právními předpisy. Nicméně obecně je možné z procesního hlediska formulovat oblasti růstu nemocnice a rozvíjet cíle i ziskovost nemocnice, kterých se snaží dosahovat. Obecné principy a zásady strategického i procesního řízení je možné aplikovat i s ohledem na externí a interní faktory nemocnice a zejména pak relevantní jsou interní standardy a předpisy, které se týkají činnosti nemocnice i kvality poskytovaných služeb. (Fišer, 2014)

Pro procesní řízení je možné aplikovat také řízení rozsahu a kvality služeb nemocnice, a to, co je pacientům nabízeno. V případě soukromých zdravotnických zařízení jsou to pak jednotlivé ceníky, nabídka možných slev zákazníkům, zavádění nových služeb i produktových řad, zaměstnávání kvalitních lidských zdrojů, poradenské a konzultační služby, a to, jak bude nemocnice využívat disponibilní zdroje. Na rozvoj strategie lze v případě formulování interní a firemní politiky pohlížet jako na rozhodnutí procesu v poskytování služeb i v rámci výroby, který se primárně týká rozvoje organizací zdravotnických zařízení, ale nastavit strategické cíle, závazek jejích disponibilních zdrojů a environmentální omezení. Konkrétně se v procesním řízení jedná o následující kroky: (Fišer, 2014)

- **Identifikace a poslání nemocnice**, jsou to cíle od krátkodobých až po dlouhodobé, tyto cíle vyplývají z poslání organizace nemocnice, mise nemocnice je pak založena na objektivních ukazatelích, strategii je možné formulovat zejména s ohledem na dlouhodobé cíle organizace nemocnice,
- **Korporátní strategie a korporátní analýza nemocnice**, je to analýza současného stavu dané nemocnice, silných a slabých stránek nemocnice, soulad korporátní strategie s jednotlivými funkčními strategiemi nemocnice i v kontextu procesního řízení. Zahrnuje externí a interní analýzy s cílem analyzovat současný stav a stanovit silné a slabé stránky i příležitosti a hrozby i v procesním řízení nemocnice, lze se zabývat jaké hlavní výhody a nevýhody vyplývají pro procesní řízení nemocnice, výstupy této analýzy jsou ve formě SWOT analýzy,
- **Zhodnocení hodnotového systému nemocnice, a to s ohledem na stávající firemní kultury i na zaměření vedení a top managementu**, zahrnuje také preference managementu nemocnice i zaměření na kvalitu poskytování služeb ve vztahu k jednotlivým skupinám pacientů v činnosti nemocnice, hodnotová analýza toho, co je možné v činnosti nemocnice dosáhnout, a to v rozumné míře a s využitím relevantních disponibilních zdrojů, které má nemocnice k dispozici,
- **Analýza společenských hodnot a společenská odpovědnost nemocnice**, hodnocení hodnot nemocnice obecně, vliv společenských hodnot a hodnot organizace nemocnice na její činnost a kvalitu poskytovaných služeb ve vztahu k jednotlivým pacientům, analyzovat to, jak společenské hodnoty ovlivňují hodnoty organizace nemocnice ve vztahu ke službám i činnosti nemocnice.



Strategické procesní řízení je proces a přístup upřesnění cílů organizace dané nemocnice, rozvoj interních a firemních politik nemocnice, jejich interních programů, paradigmat a strategické plány na dosažení těchto cílů a přidělení jednotlivých zdrojů k provádění jednotlivých politik, a také firemní programy, paradigmata a strategické plány. Na strategické řízení lze pohlížet jako nařízení kombinovaných složek tří fází procesu strategie, konkrétně pak: (Červený a kol., 2014)

- Rozvoj strategie a strategické procesní řízení nemocnice,
- Hodnocení strategie a stanovení základního rámce strategie a strategického procesního řízení nemocnice,
- Rozvoj a monitoring přijatého strategického procesního řízení a strategie nemocnice,
- Změny ve strategickém procesním řízení na základě zpětné vazby a změny ve strategii nemocnice.

Strategické řízení nemocnice zahrnuje pochopení strategické pozice organizace nemocnice, strategické volby dané nemocnice do budoucna a řízení strategie v provozní činnosti nemocnice. Strategické řízení zahrnuje průzkum a řízení firemní strategie nemocnice, stávající i budoucí vývoj dané strategie. Také to zahrnuje modelování a analýza celkové korporátní strategie externího zdravotnického systému tak, aby zahrnoval strategické pozice organizace nemocnice i konkurenční pozice ostatních nemocnic v daném segmentu trhu či v regionu, strategické volby organizace a strategie v provozních činnostech externího i interních prostředí dané nemocnice. Strategická pozice nemocnice se týká dopadu na externí prostředí, ve kterém se nemocnice nachází, strategické schopnosti organizace, jako zdroje a kompetence managementu a vedení nemocnice, očekávání a vliv jednotlivých zúčastněných stran i kulturní vlivy, jako jsou organizační, odvětvové a další parametry. (Červený a kol., 2014)

Strategické volby v činnosti nemocnice zahrnují pochopení strategických informací a podkladů pro budoucí strategii v obchodní jednotce nemocnice za předpokladu, že se nemocnice člení na samostatné obchodní jednotky. Jsou to také nemocnice na mezinárodní úrovni a možnosti rozvoje strategie z hlediska obou směrů a způsob vývoje nemocnice na trhu či v daném regionu. Strategie týkající se provozní činnosti se týká zajištění toho, aby byla vyvinuta strategie fungující v praxi v souvislosti s funkčním

procesním řízením. To obvykle zahrnuje důkladné zvážení strategie a všechny relevantní vývojové procesy v organizaci nemocnice, strukturování a restrukturalizace (reengineering) organizace nemocnice směrem na podporu efektivního výkonu (optimální produktivity) z hlediska organizační struktury, procesy a vztahy v organizaci nemocnice. Zahrnuje také strategii zajišťování zdrojů, strategická změna a praktické dopady strategického procesního řízení v praxi. Z této analýzy může být strategické procesní řízení důležité pro manažery a na jejich činnost a vliv na strategické procesní řízení. (Fišer, 2014)

Strategické procesní řízení lze považovat za předpoklad, návrh nebo komplexní systém myšlenek určených k vysvětlení původu, vývoje, zásad a aplikace strategického procesního řízení. Teorie strategického řízení ve skutečnosti pocházejí hlavně z pohledu systémů, pohotovostního přístupu a přístupu informačních technologií k řízení firem a institucí s ohledem na dynamiku vývoje trhu a změn na trhu, případně na výskyt neočekávaných událostí a vlivů. Ve firemní praxi pak firmy koncipují prakticky použitelné pro moderní průmyslové a vládní organizace maximalizují zisk a teorie založená na soutěži, teorie založená na zdrojích a další relevantní teoretické přístupy, které jsou uplatnitelné i v procesním řízení. (Fišer, 2014)

Teorie maximalizující zisk a teorie založená na konkurenci je koncipována tak, že hlavním cílem organizace nemocnice je maximalizovat dlouhodobý zisk a udržitelný rozvoj. Relevantní je také konkurenční výhoda nad konkurenčními rivaly na externím trhu. Průmyslová organizace (I/O) a její perspektiva je základem této teorie, protože pohlíží na organizaci a její postavení v externím prostředí jako rozhodující faktor pro dosažení a udržení konkurenceschopnosti nemocnice. Tradiční I/O perspektiva nabízí strategické řízení a systematický model pro hodnocení konkurence v procesním řízení i s ohledem na Porterovy teoretické koncepce. Konkurenceschopnost firem a institucí spočívá v jejich interních disponibilních zdrojích, na rozdíl od jejich umístění v externím prostředí. (Fišer, 2014).

## 4 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Nežádoucí události jsou ve zdravotnictví běžné. Je možné identifikovat tři typy subjektů souvisejících s pacienty ve zdravotnických zařízeních a podle toho je možné identifikovat nežádoucí události a účinky na tyto subjekty. První typ zahrnuje pacienty a jejich rodiny, druhý typ zahrnuje zdravotnické zaměstnance zapojené do nežádoucích událostí a účinků na zdravotní stav pacientů a poskytování lékařské péče a třetí typ zahrnuje zdravotní péči organizace dané nemocnice, ve kterých dojde k nepříznivé události. V této kapitole je možné se zaměřit na teoretické vymezení nepříznivých událostí a účinků, které se týkají působení na jednotlivé typy subjektů, ale zejména se jedná o pacienty daných zdravotnických zařízení. Prvky prvního typu subjektů zahrnují pozornost a odhalení nepříznivé události, komunikace po nepříznivé události, podpora pacientů a kompletní omluva či řešení problematické situace a nepříznivé události. Mezi prvky druhého typu subjektů pak patří druhy podpory a služby týkající se kvality a možností lékařské péče, zvládání strategického procesního řízení a strategie dané nemocnice, profesionální změny po nepříznivých událostech a poznávání jevů nepříznivých událostí. (ResearchGate, 2021)

Třetí prvky typů subjektů spočívají v organizační činnosti po nepříznivých událostech, strategii a infrastruktuře a školení a otevřená komunikace o nežádoucích událostech i ve firmě procesního strategického řízení. Absentují však komplexní modely pro akci po nepříznivých událostech. To vyžaduje pochopení daného nepříznivého jevu spolu s ambicemi zvládat nepříznivé události jako celek v rámci dané nemocnice. Je-li zjištěna nežádoucí událost a problém, tak by měla být neprodleně zahájena systematická opatření k prevenci a nápravě případných vzniklých škod. V některých souvislostech je nutný i vývoj celého strategického procesního řízení a systému organizace nemocnice, a to za předpokladu závažných nežádoucích událostí s dopady na zdraví pacientů. (ResearchGate, 2021)

Nežádoucí události jsou v ošetrovatelské i zdravotní péči běžné. I přes existenci vysoce kvalitní a stabilní péče a úrovně služeb pro pacienty může docházet k nežádoucím událostem, a to s ohledem na kvalitně nastavené strategické procesní řízení v praxi dané

nemocnice. V nemocnicích působí profesionální lékařský personál, ale i přes kvalitní léčbu či vyšetření může docházet k nežádoucím účinkům a může dojít ke vzniku škody. Je možné uvést, že kultura a systém zdravotnické organizace (dále jako HCO) mohou být dobře rozvinuty, dojde k nežádoucím účinkům a událostem, protože lidské faktory a HCO jsou složité adaptivní systémy, které se neustále mění a vyvíjejí. (ResearchGate, 2021)

S tímto souvisí i výše uvedené skutečnosti, které se týkají strategického procesního řízení v organizaci dané nemocnice. Komplexní příprava je tedy důležitý jak pro minimalizaci poškození pacientů, které je možné označit jako oběti nežádoucích událostí, tak pro udržení funkčnosti HCO. V organizacích nemocnic s pozitivní kulturou bezpečnosti pacientů mohou profesionální lékařští zaměstnanci přistupovat otevřeně a diskutovat o problémech a událostech bez obav v souvislosti s obviněním nebo jejich potrestáním. Manažeři prosazují bezpečnost a hlášení nežádoucích událostí a je možné uvést, že toto je podporováno a dochází k organizačnímu učení a zejména pak ke zpětné vazbě, jak řešit případné problematické nežádoucí události v praxi dané nemocnice a jak v budoucnu případné nežádoucí události daného typu rychle a úspěšně eliminovat. (ResearchGate, 2021)

Nežádoucí události je možné definovat jako nezamýšlený nebo neočekávaný incident, který způsobí újmu pacientovi a může vést k dočasnému nebo trvalému poškození. Je proto žádoucí nastavit fungující strategické procesní řízení v nemocnici. Přibližně každý desátý pacient v nemocnici takové neočekávané události zažije. V této souvislosti jsou uváděny mezinárodní statistiky podle WHO. Čtvrtina těchto událostí v Evropě jsou infekce spojené se zdravotní péčí a dále mezi neočekávané události v poskytování lékařské péče patří chyby v chirurgických zákrocích, diagnostické chyby, selhání zdravotnického zařízení, ale také lidské pochybení u zaměstnanců dané nemocnice a další. Zdravotní sestry a lékařští zaměstnanci jsou běžně zapojeni do neočekávaných událostí s dopady na zdraví a zdravotní stav pacientů. Ve zdravotnictví obecně mohou neočekávané události způsobit v minimálních případech i zcela fatální následně vedoucí až ke smrti daného pacienta. Je jasné, že přijetí opatření ve strategickém procesním řízení i na základě zkušeností a zpětné vazby a zhodnocení předchozích neočekávaných událostí povede k dílčí eliminaci neočekávaných událostí a k většímu preventivnímu působení na tyto skutečnosti. (WHO, 2021)

Podle dosavadní praxe zdravotních sester a zejména pak lékařů vedou nežádoucí události ke vzniku stresových událostí a mají negativní vlivy na jejich pracovní činnosti. Pacienti musí hledat při vzniku nežádoucí události podporu u rodiny, u přátel a podobně je tomu u lékařů, kteří musí mít podporu od svého nadřízeného či vedení nemocnice při své práci při vzniku nežádoucí události. Jak již bylo uvedeno výše, tak lze formulovat základní typologii tří hlavních skupin z hlediska dopadů nepříznivých důsledků ve zdravotnických zařízeních. (WHO, 2021)

### **Pacienti a jejich rodiny**

Jsou první skupinou a nežádoucími událostmi a nepříznivými důsledky mohou trpět obecně dvěma způsoby. Jednat je to dáno přímým poškozením a zaviněním a pak je to dáno tím, jak je nežádoucí událost následně řešena. Je možné konstatovat, že soubor nežádoucích událostí je široký a nelze je nikdy eliminovat ani při lékařské péči, která je na zcela špičkové úrovni. (WHO, 2021)

### **Poskytovatelé zdravotní péče**

Představují druhou skupinu a zahrnují lékaře, zdravotní sestry, multidisciplinární týmy v nemocnicích a další. Je to také podpůrný personál, studenti či dobrovolníci v poskytování zdravotní péče. Všechny tyto subjekty jsou zapojeny do nežádoucích událostí a tyto souvisejí s pacientem a mohou následně po dané události prožívat emoční či fyzické utrpení. Je možné konstatovat, že v odborné literatuře se hovoří o obětech. Podle WHO je prevalence u druhé skupiny na hodnotě přibližně 30 % a praxi to může být až každý čtvrtý případ s ohledem na danou zemi. (WHO, 2021)

### **Dopady na zdravotnická zařízení**

Dopady pro zdravotnická zařízení může být značný, a to zejména s ohledem na jednotlivé zdravotnické systémy. Neočekávané události mohou mít vliv až na organizační krizi, která povede k dlouhodobým problémům v provozní činnosti nemocnice a jsou to také kvalitativní zdravotní, funkční a ekonomické důsledky. Tyto spolu souvisejí a mohou představovat značné náklady. První a druhá skupina pak může mít emocionální i psychologické následky, finanční i celoživotní důsledky. Zřejmě pak druhá skupina asi v největší míře čelí profesionálním následkům za neočekávanou událost. Zahrnuti jsou

také obavy o budoucnost jejich profesní činnosti a práce v daném zdravotnickém zařízení. (Patient Safety, WHO, 2021)

Důsledky pro třetí skupinu u zdravotnických zařízení se týkají zejména účinnosti poskytované zdravotní péče, reputace, právní i ekonomické souvislosti. Proto jsou zahrnuty základní aspekty, které je nutné zvážit při řešení neočekávaných událostí. Je možné předpokládat, že zvládnutí neočekávaných událostí bude mít pozitivní důsledky v činnosti zdravotnického zařízení zejména do budoucna pro zdraví pacientů a pro další zainteresované strany, pro jejich chování i pro jejich případné kompenzace s ohledem na vznik neočekávaných událostí. Strategické procesní řízení představuje systematickou prevenci a důsledky pro první a druhé skupiny a relevantní konstruktivní aktivity a činnosti po neočekávané události mohou mít pozitivní dopady také na firemní kulturu a na bezpečnost v organizaci dané nemocnice. Zahrnuje také kvalitu služeb a finanční situaci HCO. Nežádoucí účinky a způsoby, jakým jsou neočekávané události řešeny, se proto neomezují pouze na zdravotní péči. U jednotlivých zdravotních systémů jsou relevantní technologické a technické inovace, kvalita a profesionalita lidských zdrojů a dlouhodobé přímé a nepřímé dopady na jednotlivé subjekty ve zdravotnickém systému v ČR. Účelem strategického procesního řízení je tak zajistit syntézu stávajících znalostí a následující činnosti, které povedou k řešení a k eliminaci nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních. (Patient Safety, WHO, 2021)

#### **4.1 Nežádoucí události**

Jedná se o okolnosti, které mohly vyústit nebo již vyústily v tělesné poškození pacienta a nebylo možné se mu vyhnout. Za nežádoucí událost je považováno i psychické či socioekonomické poškození pacienta, rovněž tak i poškození pracovníka nebo poskytovatele zdravotních služeb. Do těchto událostí dále řadíme neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta s různými následky anebo okolnosti, kterým nebylo možné se vyhnout. Poskytovatel zdravotní služeb může libovolně doplňovat sledování jiných událostí a okolností, které uzná za vhodné (Věstník MZ č. 8/2012, s. 20).

Škoda na zdraví pacienta, vzniklá postupem non lege artis sestry, je také na její zodpovědnosti, což pro sestru znamená přijetí postihů a sankcí, které budou v trestněprávním jednání za škodu stanoveny a poškozený se jí bude domáhat.

Nežádoucí událost je incident, při kterém došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta či procedury, kdy lékařská intervence neproběhla podle daného plánu, ošetrovatelských standardů ani platných směrnic. Následkem incidentu došlo k poškození zdraví pacienta či zdravotnického personálu. Tyto události dělíme do dvou základních kategorií:

#### **4.1.1 Incident**

Jedná se o život neohrožující událost, která může postihnout pacienta, zaměstnance i návštěvy. Nejedná se o rutinní záležitost z praxe ani předpis zdravotnického zařízení. Následkem tohoto incidentu může být zranění osob, poškození majetku, ohrožení pověsti zdravotnického zařízení. Incident může být způsoben jak ošetrovatelským personálem, tak samotným pacientem. Do těchto událostí řadíme i nedodržování a porušování směrnic, předpisů zdravotnického zařízení (Škrla, 2003, s. 70-71).

#### **4.1.2 Závažný incident**

Závažným incidentem rozumíme kritickou událost, která zahrnuje poškození pacienta, návštěvy, zdravotnického personálu a neslučuje se s rutinní praxí a předpisy zdravotnického zařízení. Příčinou této události může být nehoda, která má za následek vážnou újmu na zdraví nebo i smrt postižené osoby. Tato událost zpravidla končí soudním řízením, případně kriminálním vyšetřováním (Škrla, 2005, s. 27).

#### **4.1.3 Klasifikace nežádoucích událostí**

V současnosti existuje vícero klasifikací pro nežádoucí události. V české republice je uznáván národní systém pro klasifikaci nežádoucích událostí, který ovšem není standardizován. To znamená, že každé zdravotnické zařízení si může vytvořit vlastní systém hlášení nežádoucích událostí. Podmínkou pro vlastní systém klasifikace je ovšem závazné zakotvení ve vnitřních směrních daného zdravotnického zařízení (Škrla et al., 2008, s. 50).

#### 4.1.4 Metodologie řízení procesu nežádoucích událostí

Celý proces hlášení a řešení nežádoucích událostí si stanovuje každé zdravotnické zařízení podle svých dostupných možností a přístupností pro každého pracovníka. Každý člověk pracující ve zdravotnickém zařízení, který je svědkem nebo je implikován v nežádoucí události je v rámci svých možností a kompetencí povinen poskytnout okamžitě pomoc a následně tuto událost nahlásit svému nadřízenému pracovníkovi. Důležité je v první řadě zajistit nebo poskytnout optimální péči postiženému, aby došlo k minimalizaci škod. V případě, že ošetřující lékař byl v události implikován, je nutné, aby péči o postiženého pacienta převzal do péče jiný lékař. Management oddělení se podílí na minimalizaci škod a snaží se zabránit poškození pověsti zdravotnického zařízení. V druhém kroku je nutné zajistit správné vyplnění formuláře pro hlášení nežádoucích událostí. Tento formulář musí být jednotný pro celé zdravotnické zařízení. V poslední řadě je nutné zajistit veškeré důkazy, bezpečně uchovat zdravotnickou techniku, pomůcky společně s materiály, které by mohly mít určitou spojitost s nežádoucí událostí (Škrla et al., 2008, s. 52).

Důkladné přešetření nežádoucí události provádí manažer rizik, který obdrží od odpovědného pracovníka oddělení Hlášení nežádoucí události. Postižené osoby ať už pacient či zaměstnanec musí mít jistotu o pravdivém vyšetřování, které by mělo být vedeno ve snaze získat pravdivý obraz o události a založeno pouze na získaných faktech. Je-li implikován přímo zaměstnanec, je v jeho zájmu dočasné uvolnění z práce. O informování ústavního pracovníka či policie rozhoduje vedoucí pracovník. První kontakt s implikovaným pacientem by měl provést ošetřující lékař nebo manažer rizik. V případě sdělování informací rodině implikovaného, je třeba sdělit pouze základní informace. Dále je nutné ujistit pacienta o tom, že léčebný tým má vše pod kontrolou a veškerá další péče bude nerušeně pokračovat. Každý kontakt s rodinou implikovaného by měl být dokumentován. Zdokumentování nežádoucí události slouží ke zkvalitnění léčebné a ošetrovatelské péče, k zajištění náprav stávajících problémů a bezpečného prostředí. Povinností zaměstnanců, kteří byli svědky události je prezentovat objektivní fakta a být co nejpřesnější v čase a detailech události. V dokumentaci pacienta je proveden stručný a věcný záznam o nežádoucí události, popis intervencí zdravotnického personálu a reakce pacienta, hlášení ani popis šetření není v dokumentaci založeno. Dokumentace o



nežádoucí události je majetkem daného zařízení a nesmí být bez souhlasu managementu duplikována (Škrla et al., 2008, s. 52-53).

Hlášení nežádoucích událostí pacientem slouží hlavně k zavedení opatření, aby se rizika poškození dalšího pacienta stejným mechanismem minimalizovala, dále k vytvoření statistických přehledů o rizicích ošetrovatelské péče. Pacient tím může přispět jednak ke zlepšení kvality péče v daném zdravotnickém zařízení, ale také tím může zabránit vážnějšímu poškození jiných pacientů. Výjimku tvoří hrubé zanedbání nebo podezření na trestný čin, kdy získané informace nesmí být použity k osobním postihům ze strany vedení nemocnice za předpokladu, že byly vedoucím pracoviště řádně hlášeny (Podstatová et al., 2007, s. 114).

Existují principy, kterými by se mělo řídit hlášení nežádoucích událostí. Prvním z nich je, že poskytovatel zdravotních služeb zavazuje nesankční postup k hlášení nežádoucích událostí a tím zajišťuje ochranu hlásící osoby před možným postihem za provedené hlášení. Každý pracovník by měl nežádoucí událost hlásit, jakmile zjistí, že k nějaké došlo bez ohledu, zda je to sestra, klinický pracovník nebo pracovník dodavatelských institucí zajišťující služby. Všichni pracovníci by měli být edukováni poskytovatelem zdravotních služeb o smyslu a účelu hlášení nežádoucích událostí. Při hlášení těchto událostí by měla být umožněna anonymita hlásící osoby. Dalším principem je nekomplikovaný postup hlášení s obsahem soustředícím se, na textový popis dané události. Hlášení by mělo být směřováno k osobě, která se hlášením nežádoucích událostí zabývá i bez vyžadování podpisu vedoucího pracovníka. Případné změny zdravotního stavu jsou přednostní v reagování, je nutné změny zaznamenat do zdravotnické dokumentace s ohledem na vyžadující podpis nadřízeného pracovníka či ošetřujícího lékaře (Věstník MZ č. 8/2012). V české republice provozuje Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky ČR (ÚZIS ČR) Národní systém hlášení nežádoucích událostí. Systém umožňuje i elektronické hlášení a interní evidenci hlášení nežádoucích událostí na úrovni poskytovatele zdravotních služeb. Zájemcům je tento systém poskytován zdarma a umožňuje jednak poskytovatelům jednotně sledovat definované nežádoucí události tak i další případy považované poskytovatelem zdravotních služeb za nežádoucí události, dle své definice. Metodika nevyžaduje pro interní evidenci nežádoucích událostí použití tohoto systému ani nestanovuje předávání dat o nežádoucích událostech do Národního systému hlášení nežádoucích událostí. Odhaduje se, že v řádech

desítek procent přijatých pacientů do nemocnice je způsobena újma během poskytování zdravotní péče s důsledkem vzniklé nežádoucí události. Z toho vyplývá, že bezpečnost pacientů není dostatečná a představuje závažný problém pro veřejné zdraví a vysokou hospodářskou zátěž pro omezené zdroje ve zdravotnictví. Spoustě nežádoucích událostí se dá zabránit, protože většina z nich je zjevně způsobena systémovými faktory jak u hospitalizovaných, tak u ambulantních pacientů. Eliminace pochybení nikdy nelze zcela úplně, neboť jsou neodmyslitelně spjata s účastí lidského faktoru ve zdravotnictví. Je důležité, aby se poskytovatelé zdravotních služeb zaměřili na minimalizaci rizik a jejich dopady stejně tak na včasné detekce těchto pochybení (Věstník MZ 8/2012).

#### **4.1.5 Národní systém Hlášení nežádoucích událostí**

Dokument vymezuje způsob klasifikace hlášení pro účel Metodiky sledování nežádoucích událostí pro Národní systém hlášení nežádoucích událostí. V dokumentu je vymezen způsob, rozsah a frekvence předávaných dat do Národního systému. Do systému je možné hlásit nežádoucí události, které jsou dle povinností označeny jako povinné, dočasně nepovinné i dobrovolné. Jako povinně hlášené nežádoucí události označujeme ty, které mohly nebo vyústily v tělesné poškození pacienta a bylo možné se mu vyhnout. Dočasně vyloučeno z povinného hlášení je neočekávané zhoršení stavu pacienta, které mají za následek poškození nebo úmrtí pacienta. Národní systém mohou využívat zdravotnická zařízení zcela zdarma. Pro evidenci se při vzniku nežádoucí události zajišťuje elektronický formulář.

#### **4.1.6 Prevence nežádoucích událostí**

Zdravotnické zařízení by mělo mít zájem o přesné a správné definování nežádoucích událostí. Systém hlášení událostí musí být přístupný všem pracovníkům, pro včasné informování o výskytu rizika poškození pacienta. Pro systém hlášení nežádoucích událostí je důležitá ochrana hlásící osoby před postihem. Důvěrnosti může zdravotnické zařízení dosáhnout pomocí anonymity s nutností písemně definovat proces, jakým jsou tato hlášení zpracována, vyhodnocována a šetřena. A samozřejmě nesmí chybět stanovení odpovědnosti a pravomoci šetřících osob. Zdravotnické zařízení, například nemocnice, by mělo být schopné nastítnit způsoby pozitivní motivace pro své pracovníky, čímž

zajišťuje co největší míru hlášených nežádoucích událostí. Dále by mělo být schopno vysvětlit, jakým způsobem zpracovává tuto zpětnou vazbu k zajištění co největší míry bezpečné ošetrovatelské péče. Monitorování nežádoucích událostí napomáhá při opakujících se problémech, protože mohou do jisté míry ovlivňovat kvalitu ošetrovatelské péče. (Škrla et al., 2008, s. 48)

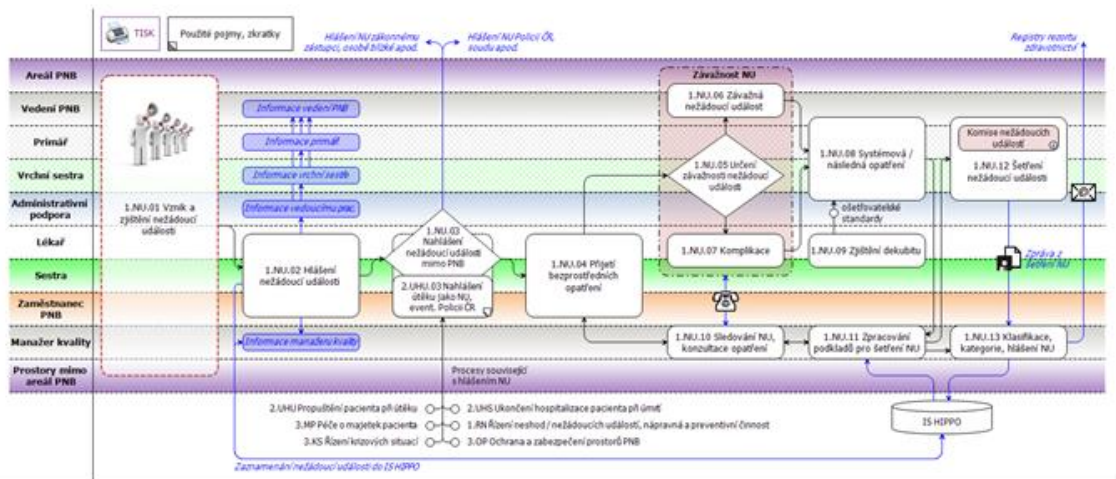
## PRAKTICKÁ ČÁST

### 5 PROCESNÍ MODEL PN BOHNICE

#### 5.1 Proces Hlášení nežádoucích událostí

Cílem procesu je zajistit přehlednou evidenci nežádoucích událostí souvisejících s PNB; přezkoumáním, správou a šetřením NU jejich výskyt minimalizovat, event. jim předcházet

Obrázek 2: Vývojový diagram procesu 1.NU Hlášení nežádoucích událostí



Zdroj: PN Bohnice<sup>1</sup>

<sup>1</sup> QPR Procesdesigner 2015 - Procesní model PN Bohnice

### **5.1.1 Proces Hlášení nežádoucích událostí**

#### **5.1.2 1.NU.01 Vznik a zjištění nežádoucích událostí**

Nežádoucí událost (NU) je definována Metodikou sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Metodické návody jsou určeny jako pomoc zdravotníkům v jednotné interpretaci požadavků na zadávání údajů o nežádoucích událostech na lokální úrovni a jejich hlášení na centrální úrovni v jednotné podobě.

V samostatné agendě je nezbytné vést evidenci nežádoucích událostí typu pád pacienta, útěk pacienta a vznik nebo zjištění dekubitu u pacienta. V IS HIPPO jsou k tomuto účelu určeny samostatné moduly.

Ve všech ostatních případech je vedena evidence NU v IS HIPPO v kategorii ostatní, jde zejména o situace:

ZDRAVÍ A ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ STAVY PACIENTŮ  
OHROŽENÍ ZDRAVÍ A ŽIVOTA PERSONÁLU  
SITUACE OHROŽUJÍCÍ ŽIVOTY LIDÍ A MAJETEK

Eventuálně jiné situace, které neodpovídají výše uvedenému, přesto jsou svým charakterem považovány za nežádoucí.

#### **5.1.3 1.NU.02 Hlášení nežádoucích událostí**

V případě zjištění jakékoliv nežádoucí události je nutné o tomto bezodkladně podat hlášení.

Zaměstnanec, který zjistil nežádoucí událost, je povinen zaznamenat hlášení o vzniku NU, a to prostřednictvím IS HIPPO v "Protokolu o nežádoucích událostí" (dále také protokol o NU). Pokud zaměstnanec nemá oprávněný přístup do IS HIPPO, zajistí sepsání NU jiný pracovník s oprávněným přístupem, a to na základě výpovědi osoby, která NU zjistila.

V případě NU, která se týká zdravotního stavu pacienta PNB musí být neprodleně informován ošetřující lékař event. žurnální lékař.

Informaci o vzniku nežádoucí události předá zaměstnanec, který NU zjistil, svému nadřízenému pracovníkovi (např. prostřednictvím Protokolu o předání a převzetí služby).

V případě, že se NU týká aktuálně hospitalizovaného pacienta, je automaticky v IS HIPPO vytvořen záznam o této skutečnosti, který zaměstnanec vytiskne do dekursu pacienta a podepíše. Tento záznam obsahuje podstatné informace o nežádoucí události vč. čísla. Na záznam se vztahují zásady pro vedení zdravotnické dokumentace.

Pád pacienta hlásí sestra (nebo jiná oprávněná osoba) jako nežádoucí událost v IS HIPPO záznamem do modulu "Nežádoucí událost – pád..."

Útěk pacienta hlásí sestra (nebo jiná oprávněná osoba) jako nežádoucí událost v IS HIPPO záznamem do modulu "Nežádoucí událost – útěk..."

Ostatní události hlásí oprávněný pracovník jako nežádoucí událost v IS HIPPO záznamem do modulu "Nežádoucí událost – ostatní..."

Dekubit u pacienta hlásí staniční sestra nebo jí pověřená sestra v IS HIPPO v sesterském záznamu o ranách (viz ošetřovatelský standard 06 Prevence a ošetřování dekubitů).

Vznikající záznamy:

- Protokol o nežádoucí události v IS HIPPO, modul LUŽKOVÉ ODDĚLENÍ > NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI - PÁD / ÚTĚK / OSTATNÍ > NOVÝ PROTOKOL
- Nahlášení vzniku nebo zjištění dekubitu v IS HIPPO, modul LUŽKOVÉ ODDĚLENÍ > SESTERSKÉ ZÁZNAMY > RÁNY > NOVÝ
- Záznam o nežádoucí události v dekursu (v případě, že se NU týká aktuálně hospitalizovaného pacienta)

#### **5.1.4 1.NU.03 Nahlášení nežádoucí události mimo PNB**

Nežádoucí událost se hlásí Policii ČR, opatrovníkovi, event. blízké osobě, pokud tato povinnost vyplývá z charakteru NU a/nebo pokud tak rozhodne lékař, např. útěk nezletilého pacienta, pacienta v OL, odcizení majetku PNB apod., viz související procesy v procesní mapě QPR, kde je způsob hlášení popsán. Jde zejména o:

- 2.UHU Propuštění pacienta při útěku,
- 2.UHS Ukončení hospitalizace pacienta při úmrtí,
- 3.MP Péče o majetek pacienta,
- 1.RN Řízení neshod/nežádoucích událostí, nápravná a preventivní činnost,

- 3.KS Řízení krizových situací,
- 3.OP Ochrana a zabezpečení prostorů PNB.

V případě, že dojde ke zranění či poškození zdraví pacienta nebo jiných osob s dobou léčení delší jak 7 dnů, je potřeba oznámit NU právníkovi PNB, který ve spolupráci s lékařem vyhodnotí povinnost informovat též Policii ČR k provedení úkonů v trestním řízení.

Vznikající záznamy:

- Zápis o podání hlášení v Protokolu o NU, v IS HIPPO modul LUŽKOVÉ ODDĚLENÍ > NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI - PÁD / ÚTĚK / OSTATNÍ > OPATŘENÍ > HLÁŠENÍ PODÁNO

#### **5.1.5 1.NU.04 Přijetí bezprostředních opatření**

Bezodkladně po zjištění NU musí být provedena opatření (tzv. bezprostřední), která odstraní nebo minimalizují příčinu, případně následek NU.

Záznam o přijatém bezprostředním opatření, kdy NU ohrožuje zdraví pacienta, zaznamená lékař v Protokolu o NU v IS HIPPO. V ostatních případech zapisovatel NU.

Zápis o bezprostředních opatřeních v Protokolu o NU, dle charakteru NU, musí postihnout zejména:

- péči poskytnutou pacientovi,
- komu byla předána informace (např. vedení PNB, policie, soud, opatrovník, osoba blízká),
- jaká byla přijata režimová opatření, medikační nebo provozně technická opatření apod.

Co nejdříve po vzniku NU je nutné zajistit a uschovat jakoukoli zdravotnickou techniku, pomůcky nebo materiály, které by mohly být příčinou nebo přispívajícím faktorem při vzniku NU, a to za účelem šetření příčin vzniku NU.

Vznikající záznamy:

- Zápis bezprostředních opatření v Protokolu o NU, v IS HIPPO modul LUŽKOVÉ ODDĚLENÍ > NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI - PÁD / ÚTEK / OSTATNÍ > OPATŘENÍ > BEZPROSTŘEDNÍ OPATŘENÍ

### **5.1.6 1.NU.05 Určení závažnosti nežádoucí události**

Povinnost posoudit závažnost NU dle jejího charakteru má lékař, případně jiná oprávněná osoba zabývající se NU bezprostředně po jejím vzniku. Tato osoba, poté co rozhodne o míře závažnosti NU, zaznamená své rozhodnutí o klasifikaci závažnosti zadáním volby "komplikace" nebo "závažná NU".

Pokud je dodatečně zjištěno, že je potřeba změnit úroveň klasifikace závažnosti, může tak učinit pouze oprávněná osoba. Historie změn v klasifikaci, jména a data záznamů jsou v IS HIPPO automaticky ukládány. Oprávnění ke změně určení závažnosti NU mají:

- primář,
- vedoucí lékař,
- žurnální lékař 1,
- žurnální lékař 4,
- vrchní sestra,
- manažer kvality,
- jiná oprávněná osoba (členové vedení PNB, vedoucí nezdravotnických úseků / oddělení apod.).

Vznikající záznamy:

- Určení závažnosti v Protokolu o NU, v IS HIPPO modul LUŽKOVÉ ODDĚLENÍ > NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI - PÁD / ÚTĚK / OSTATNÍ > KLASIFIKACE > ROZHODNUTÍ O KLASIFIKACI ZÁVAŽNOSTI UDÁLOSTI > KOMPLIKACE / ZÁVAŽNÁ

### **5.1.7 1.NU.06 Závažná nežádoucí událost**

Při pádu pacienta je jako závažná NU klasifikována situace, při které dojde ke zranění nebo k poškození zdraví osob s dobou léčení delší než 7 dnů, nebo s nutností léčby v jiném ZZ. U těchto NU musí být vždy informován lékař, který učiní bezprostřední opatření a klasifikuje závažnost této NU (např. pád se zlomeninou krčku stehenní kosti). Opatření při pádu pacienta jsou stanovena v ošetřovatelském standardu 01 - Prevence pádu a zranění pacienta a souvisejících dokumentech. Agendu spojenou s evidencí pádů pacienta jako NU spravuje asistentka hlavní sestry.

Při útěku pacienta je jako závažná NU klasifikována situace útěku pacienta nebezpečného sobě nebo svému okolí, nebo při závažném nedodržení podmínek výkonu ochranného léčení.

U ostatních NU jsou jako závažné vždy klasifikovány následující situace:

- nenadálé úmrtí pacienta,
- sebevražedný pokus, sebevražda,
- medikační chyba ohrožující zdraví pacienta,
- neprofesionální chování personálu,
- všechny NU, při kterých dojde ke zranění nebo k poškození zdraví osob s dobou léčení delší než 7 dnů, nebo s nutností léčby v jiném ZZ, např. při zranění pacienta, selhání zdravotnické techniky, sebepoškození, výskytu nozokomiální infekce (u více než 3 osob), napadení pacienta jiným pacientem, napadení pacienta jinou osobou apod. U těchto NU musí být vždy informován lékař, který učiní bezprostřední opatření a klasifikuje závažnost NU.

Odpovědný vedoucí pracovník PNB má povinnost se seznámit se vzniklými NU na svěřeném úseku, překontrolovat určení jejich závažnosti a přijatá bezprostřední opatření. Pokud je nežádoucí událost (pád, útěk, ostatní) klasifikována jako závažná NU, je povinností příslušného (případně pověřeného) vedoucího pracovníka stanovit systémová,

Vznikající záznamy:

- Určení závažnosti v Protokolu o NU, v IS HIPPO modul LUŽKOVÉ ODDĚLENÍ > NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI - PÁD / ÚTĚK / OSTATNÍ > KLASIFIKACE > ROZHODNUTÍ O KLASIFIKACI ZÁVAŽNOSTI UDÁLOSTI > ZÁVAŽNÁ

### **5.1.8 1.NU.07 Komplikace**

Jako komplikace je odpovědným pracovníkem klasifikována NU, která nebyla vyhodnocena jako závažná. V situacích, při kterých dojde ke zranění nebo k poškození zdraví pacienta, musí být vždy informován lékař, který učiní bezprostřední opatření a klasifikuje závažnost této NU.



Odpovědný vedoucí pracovník PNB má povinnost se seznámit se vzniklými NU na svěřeném úseku, překontrolovat určení jejich závažnosti (event. závažnost určit) a přijatá bezprostřední opatření. Pokud je NU klasifikována jako komplikace, je na zvážení příslušného vedoucího pracovníka, zda stanoví systémová event. následná opatření. Vedoucí pracovník může tímto pověřit jiného pracovníka v úrovni svého řízení.

Opatření při pádu pacienta jsou stanovena v ošetřovatelském standardu 01 Prevence pádu a zranění pacienta a souvisejících dokumentech.

Vznikající záznamy:

- Určení závažnosti v Protokolu o NU, v IS HIPPO modul LUŽKOVÉ ODDĚLENÍ > NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI - PÁD / ÚTĚK / OSTATNÍ > KLASIFIKACE > ROZHODNUTÍ O KLASIFIKACI ZÁVAŽNOSTI UDÁLOSTI > KOMPLIKACE

### **5.1.9 1.NU.08 Systémová / následná opatření**

Pokud je nežádoucí událost (pád, útěk, ostatní) klasifikována jako závažná NU, je povinností příslušného (případně pověřeného) vedoucího pracovníka stanovit systémová, event. následná opatření, a to nejdéle ve lhůtě 7 pracovních dnů od určení závažnosti.

Příslušný, případně pověřený vedoucí pracovník, který stanovuje systémová / následná opatření se seznámí s popisem události, se všemi dostupnými souvislostmi NU, bezprostředními opatřeními, výpověďmi účastníků apod. a stanoví systémová / následná opatření:

- a) Systémová opatření by měla událost analyzovat v kontextu předchozích okolností a navrhnout opatření k zabránění vzniku obdobných událostí v budoucnosti.
- b) Následná opatření navazují na bezprostřední opatření týkající se dané NU a stanovují další postup.

Systémová / následná opatření jsou projednávána na poradě primariátu, popř. úseku.

Vznikající záznamy:

- Záznam systémových/následných opatření v Protokolu o NU, v IS HIPPO modul LUŽKOVÉ ODDĚLENÍ > NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI - PÁD / ÚTĚK / OSTATNÍ > OPATŘENÍ > SYSTÉMOVÁ OPATŘENÍ

#### **5.1.10 1.NU.09 Zjištění dekubitu**

Dekubity pacienta se nehlásí prostřednictvím protokolu o NU. V PNB je za tímto účelem vedena samostatná agenda v IS HIPPO. Záznam o vzniku dekubitu může být proveden pouze oprávněnou osobou, kterou je staniční sestra nebo osoba jí pověřená.

Prevence a opatření při vzniku dekubitu jsou stanovena v ošetrovatelském standardu 06 Prevence a ošetřování dekubitů a souvisejících dokumentech.

Vznikající záznamy:

- Záznam o vzniku dekubitu v IS HIPPO modul LUŽKOVÉ ODDĚLENÍ > SESTERSKÉ ZÁZNAMY > RÁNY > NOVÝ

#### **5.1.11 1.NU.10 Sledování NU, konzultace opatření**

Manažer kvality sleduje všechny NU zaznamenané v PNB, případně s vedoucími pracovníky konzultuje jejich přijatá opatření. Současně koordinuje zpřesnění nebo doplnění potřebných informací s těmi pracovníky, kteří se NU mají zabývat nebo se k ní vyjádřit.

#### **5.1.12 1.NU.11 Zpracování podkladů pro šetření NU**

Manažer kvality zpracovává přehled nežádoucích událostí, zejména pak ty, které byly označeny jako závažné. Minimálně 1 měsíčně přehled NU překládá komisi pro šetření NU.

Vznikající záznamy:

- Měsíční přehled nežádoucích NU evidovaných v PNB

#### **5.1.13 1.NU.12 Šetření nežádoucí události**

Šetření NU provádí Komise nežádoucích událostí ustanovena ředitelem PNB.

Na základě přehledu, zejména závažných NU, který připraví manažer kvality, komise vybere ty události, které budou podstoupeny dalšímu šetření. Předmětem šetření NU jsou možné příčiny, okolnosti vzniku NU a provedená bezprostřední opatření. Komise NU se dále zabývá přezkoumáním navržených následných, popř. systémových opatření, ověřuje

jejich účinnost a účelnost přijatých opatření. Průběh šetření a závěr Komise NU je zaznamenán manažerem kvality v IS HIPPO v protokolu o NU. Členové komise mají oprávnění přizvat k jednání i další účastníky šetření. Přístup k doplňování informací o šetření NU mají pouze členové komise NU. Informace o šetření NU a obsahuje záznam k šetření události a závěr komise. Úplný záznam šetření a závěru komise je uživatelům zobrazen ve formě náhledu resp. tisku protokolu o NU.

Nežádoucí událost by měla být prošetřena nejdéle do 1 měsíce od vzniku události, ve zvlášť závažných případech neodkladně. Pokud je NU šetřena Policií ČR či jiným úředním orgánem (např. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Úřad bezpečnosti práce apod.) uzavírá se NU až po ukončení tohoto šetření.

O vybraných událostech v šetření, včetně stanovených úkolů je proveden zápis formou Záznam ze schůzky komise nežádoucích událostí v portálu DMS, viz INTRANET > DMS > PORADY > PORADY NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ.

Celková analýza NU je součástí Zprávy o přezkoumání vedením PNB (Analýza pro pravidelné vyhodnocení strategie a řízení nemocnice).

Vznikající záznamy:

- Záznam o šetření NU v Protokolu o NU, v IS HIPPO modul LUŽKOVÉ ODDĚLENÍ > NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI - PÁD / ÚTĚK / OSTATNÍ > ŠETŘENÍ > ZÁPIS K ŠETŘENÍ UDÁLOSTI / ZÁVĚR KOMISE

#### **5.1.14 1.NU.13 Klasifikace, kategorie, hlášení NU**

Dle rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR jsou stanoveny podmínky pro sledování nežádoucích událostí a předávání dat o počtech událostí do Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU). Výstupem je tvorba systémových, preventivních a nápravných opatření, jejichž cílem je minimalizovat rizika při poskytování zdravotních služeb a ovlivnit přístup poskytovatelů ke kvalitě a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Metodika NU vymezuje jednotný způsob jejich třídění, klasifikace a předávání dat do Registru rezortu zdravotnictví - Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU), kde jsou současně k dispozici aktuální verze metodických materiálů.

Závažnost fyzického poškození pacienta v IS HIPPO, ke kterému došlo v souvislosti s danou NU, přiřazuje manažer kvality v souladu s Metodikou hlášení NU. Za předávání dat do systému odpovídá manažer kvality.

Vznikající záznamy:

- Registry rezortu zdravotnictví, tzv. eREG. Provozovatelem stránek a registrů je ÚZIS ČR

## **6 ZÁVĚR**

### **6.1 Zkušenosti s mapováním procesů**

Psychiatrická nemocnice Bohnice uplatňuje ve svém systému managementu kvality metodu procesního řízení formou, která není pro česká zdravotnická zařízení zcela typická. Za dominantní lze považovat zmapování, popsání a grafické znázornění většiny procesů, které zde probíhají. Pro zachování jednotné formy zprostředkování informací svým zaměstnancům, zde analogicky zpracovali většinu řídicích dokumentů, které lze jen obtížně, nebo vůbec transformovat v proces. Funkčním nástrojem k výše uvedenému je procesní mapa dostupná na platformě internetového prohlížeče, jímž jsou vybavena prakticky všechna pracoviště. Interaktivní nástroj zpřehledňuje vývoj a provázanost jednotlivých procesů a zpřístupňuje bezpočet řízených dokumentů, formulářů, pracovních postupů či doplňujících informací. Nedílnou součástí je propojení s vnitřním intranetovým i vnějším internetovým světem prostřednictvím hypertextových odkazů. Je tak zpřístupněna celá řada cenných informací a potřebných materiálů zveřejněných a aktualizovaných nejen resortem zdravotnictví, ale i samotnými dodavateli služeb, případně správci webu různých společností.

### **6.2 Přístup Psychiatrické nemocnici Bohnice k procesnímu řízení**

Procesní řízení charakterizuje například sled činností, které organizace provádí buď za účelem optimalizace svých klíčových procesů, nebo je přizpůsobuje svým novým potřebám. V tomto kontextu bylo v podstatě nevyhnutelné, aby i v naší nemocnici došlo ke zmapování, popsání, hodnocení, měření a optimalizování procesů, které se zde

odehrávají. A vždy se odehrávaly, jenom jsme tomu tak neříkali. Přínos je zřejmý pro management nemocnice, ale i pro zaměstnance, kteří si tak lépe uvědomují svou roli v konkrétních procesech a snad i logickou provázanost dalších kroků v poskytovaných službách, které vedou ke spokojenosti našich nejčastějších zákazníků, tedy pacientů.

### **6.3 Začátek realizace procesního mapování v PN Bohnice**

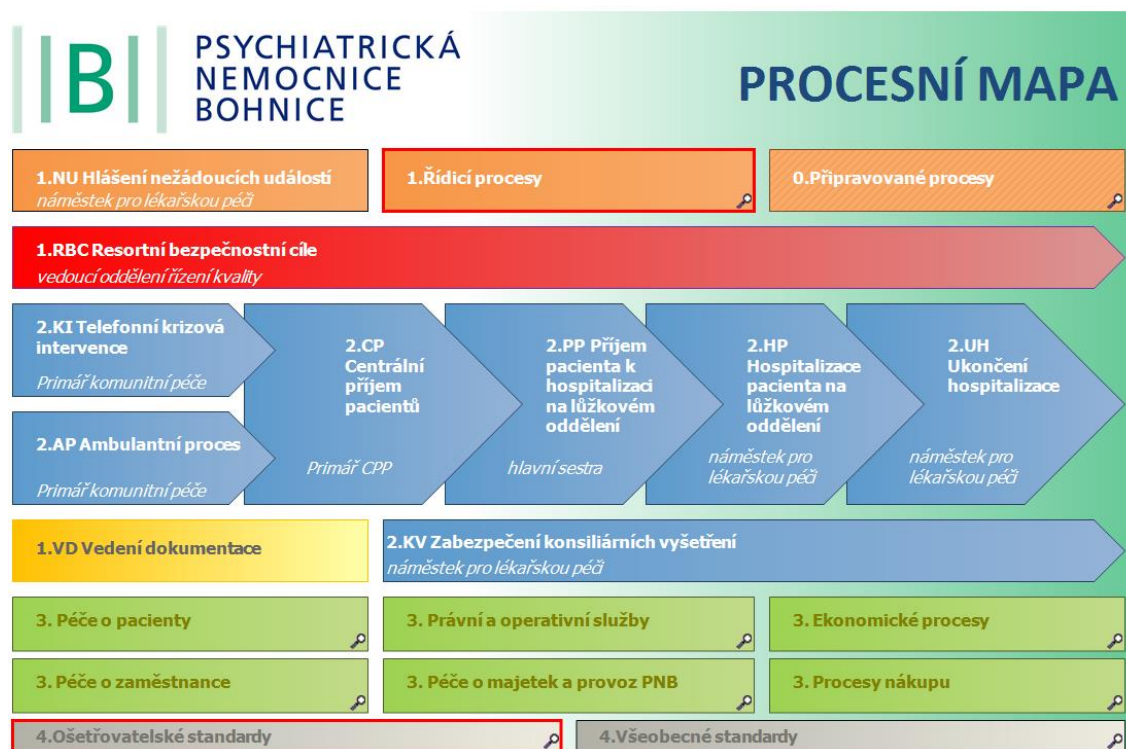
V Psychiatrické nemocnici Bohnice, tak jako ve většině zdravotnických zařízení, převládal přístup nepodobný funkčnímu řízení. Náznaky procesního přístupu se začaly objevovat kolem roku 2003, kdy byly vydány první ošetrovatelské standardy. Ve své typické podobě, tj. struktura – proces – výsledek definovaly podstatné ošetrovatelské postupy, u kterých sílila potřeba je řídit. Je důležité podotknout, že většina těchto standardů se netýkala pouze činností, které by spadaly výhradně do kompetencí ošetrovatelského personálu. Příkladem lze uvést tehdejší standard č. 1 Terapeutická izolace pacienta, omezení v lůžku, kde je úloha lékaře naprosto neodmyslitelná. Dnes je toto téma již zmapováno a zveřejněno jako proces, který se týká všech, kdo na něm participují. Se změnou vedení v roce 2008, kdy byl do funkce jmenován současný ředitel PN Bohnice MUDr. Martin Hollý, MBA, došlo i k posunu ve způsobu vedení nemocnice s akcentem na procesní přístup. Tehdy jsme ve spolupráci s externí organizací začali identifikovat, mapovat, popisovat a graficky znázorňovat hlavní realizační, řídicí i podpůrné procesy. Práce byla podpořena rozhodnutím naplnit požadavky na systém managementu kvality podle normy ISO 9001:2008, což se podařilo v roce 2011. Certifikaci jsme udrželi do roku 2017 s tím, že její ukončení bylo podmíněno splněním akreditačních standardů v kontextu vyhlášky MZ ČR č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Od roku 2016 jsme navíc akreditovanou nemocnicí.

### **6.4 Procesní mapa a využití její funkcionality**

Předně v PN Bohnice vycházíme z premisy, že dokument zveřejněný v procesní mapě je dokumentem řízeným, který je závazný v obdobném rozsahu, jako je např. směrnice či příkaz ředitele. Dále je důležité zmínit, že procesní mapu máme plně elektronizovanou a interaktivní. Zaměstnancům je dostupná z každého počítače, jimiž jsou vybavena téměř

všechna pracoviště. Na nemocničním intranetu, který je nastavenou domovskou stránkou v internetovém prohlížeči, je miniaturní symbol procesní mapy, prostřednictvím kterého lze potřebné dokumenty zpřístupnit. Po kliknutí na požadovaný proces nebo sekci se otevře bližší detail, ve kterém je vyobrazen samotný vývojový diagram procesu nebo je zde seznam dalších dostupných dokumentů viz Obrázek 3.

Obrázek 3: Procení mapa, základní zobrazení

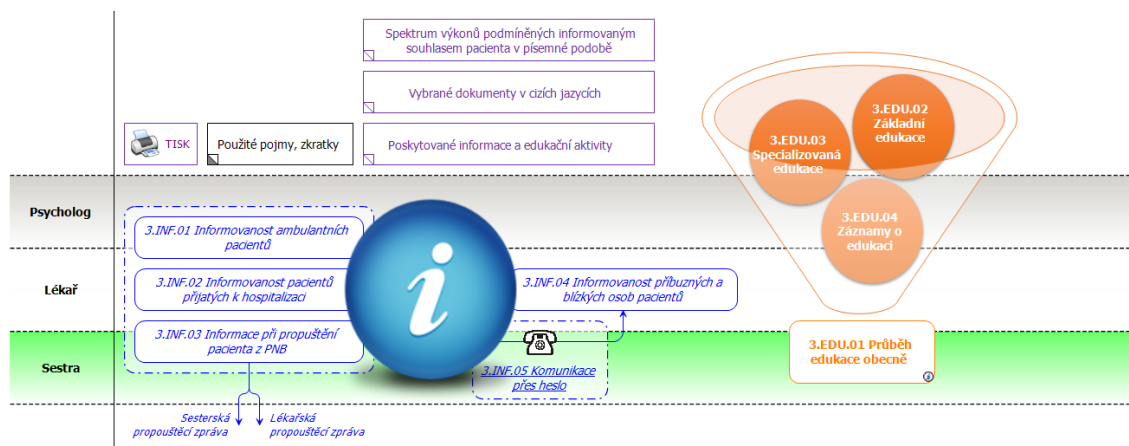


Zdroj: PN Bohnice<sup>2</sup>

Ve vývojovém diagramu příslušných procesů jsou vyobrazeny procesní kroky, kde je uveden podrobný popis aktivity, požadované záznamy (pokud jsou nutné) a další podstatné informace viz Obrázek 4.

<sup>2</sup> QPR Procesd Designer 2015 - Procesní model PN Bohnice

Obrázek 4: Vývojový diagram, proces Poskytování informací a edukace v PNB



Zdroj: PN Bohnice<sup>3</sup>

Součástí textu mnohdy bývá hypertextový odkaz na jiné dokumenty či procesy. Příkladem lze uvést proces Poskytování informací a edukace v PNB, kde máme link na Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky, které jsou zveřejněny na webu Ministerstva zdravotnictví. Sestra nebo lékař se tak rychle a pohodlně dostanou k materiálům, které usnadní komunikaci např. s Rumunem.

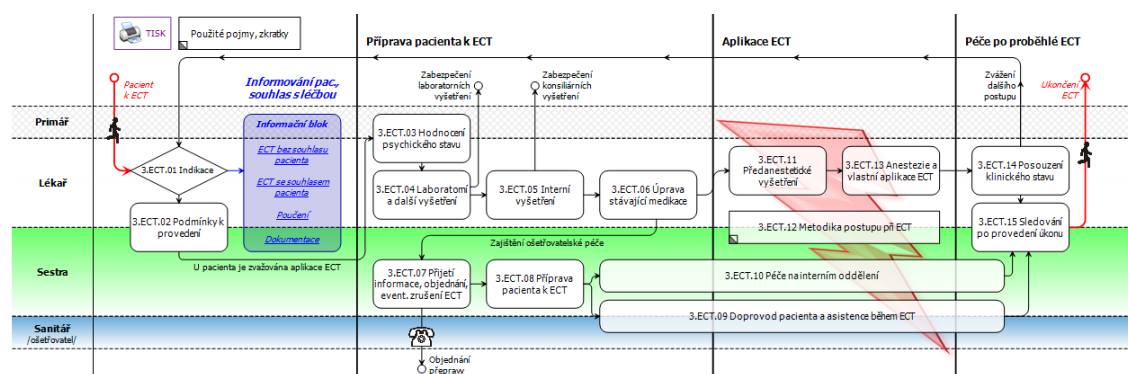
## 6.5 Průběh mapování zdravotnického procesu

Docela dobře se dá použít příklad s mapováním podpůrného procesu Aplikace elektrokonvulzivní terapie (ECT) a anestezie viz obrázek 3. Považujeme ho za podpůrný, neboť je využíván jen u úzkého spektra pacientů. Na počátku stojí rozhodnutí, kdo bude vlastníkem nebo chcete-li garantem procesu. Jde o určení osoby, která je odpovědná za obsahovou i procesní správnost dokumentu a zároveň kontroluje aktuálnost, případně koordinuje revize procesu. Moje úloha spočívá v tom, a to je na mé práci asi nejzajímavější, že si celým procesem reálně projdu. Jdu krok za krokem celou tou procedurou od počátečního rozhodnutí o indikaci, přes potřebná vyšetření, přípravu pacienta, zvažování eventualit až k samotné aplikaci a následné péči. Současně monitoruji, kdo/kdy/jak/kterou aktivitu dělá, co k tomu potřebuje, co/kam musí zaznamenat, co má být výsledkem a kdy lze proces považovat za ukončený. Tímto

<sup>3</sup> QPR Procesdesigner 2015 - Procesní model PN Bohnice

způsobem se dostanu na spoustu zajímavých míst a vidím spoustu zajímavých dovedností. Následuje prvotní nástřel struktury procesu, tzn. určení podstatných procesních kroků, které bude třeba popsat a návrh grafického znázornění procesu. K tomu zpravidla potřebuji pouze papír a tužku. Definováním rolí, resp. odborníků (v terminologii procesního řízení jde o zdroje) je předurčeno, s kterými pracovníky budu na popisu procesu dále spolupracovat. V tomto procesu bylo nutno oslovit lékaře psychiatra, internistu a anesteziologa, dále sestru psychiatrického a interního oddělení. V návrhu, společně s tímto týmem, popisují jednotlivé procesní kroky v kontextu otázek kdo/co/kdy/jak dělá. Návrh popsaného procesu je následně vydán do prvního připomínkovacího řízení. Po zakomponování připomínek jde do druhého kola připomínkování a následně je předán ke kontrole vlastníkovi procesu, který obvykle bývá účasten po celou dobu mapování. Nejsou-li pochybnosti o správnosti a srozumitelnosti procesu, je předložen ke schválení řediteli nemocnice. Před vydáním dokumentu zpravidla proběhne pracovní seminář s vedoucími zaměstnanci, kterých se uvedená problematika týká. Ujasňuje se interpretace a zachytávají se další postřehy a nápady k implementaci při revizi procesu.

Obrázek 5: Proces aplikace elektrokonvulzivní terapie a anestezie



Zdroj: PN Bohnice<sup>4</sup>

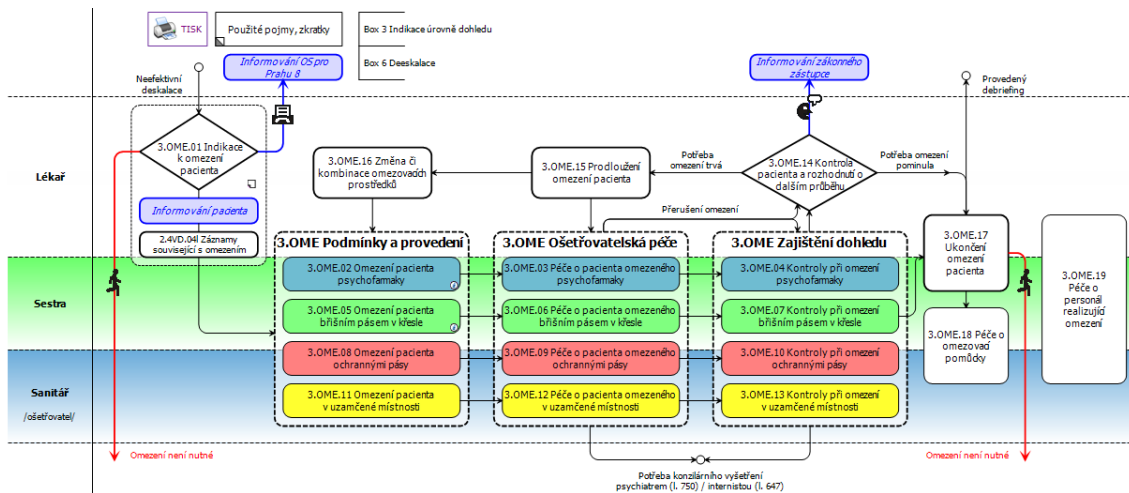
Jiným příkladem lze uvést proces Péče o pacienta v omezení, který byl navíc „komplikován“ změnami, které s sebou přinesla legislativa a které bylo nutno nejen zmapovat, ale také nově popsat a uvést do praxe viz Obrázek 6. Zavádění změn, zvláště když zdravotníkům sťažují práci, nebývá jednoduché. Protože se pravidla používání

<sup>4</sup> QPR Procesdesigner 2015 - Procesní model PN Bohnice



omezovacích prostředků významně zpříšnila, což je dobře, bylo těžší proces uvést „v životaschopnost“. Zde se zvyrazňuje potřeba dobře realizovaných auditů, které mohou být plánovány už se vznikem procesu.

Obrázek 6: Proces péče o pacienta v omezení



Zdroj: PN Bohnice<sup>5</sup>

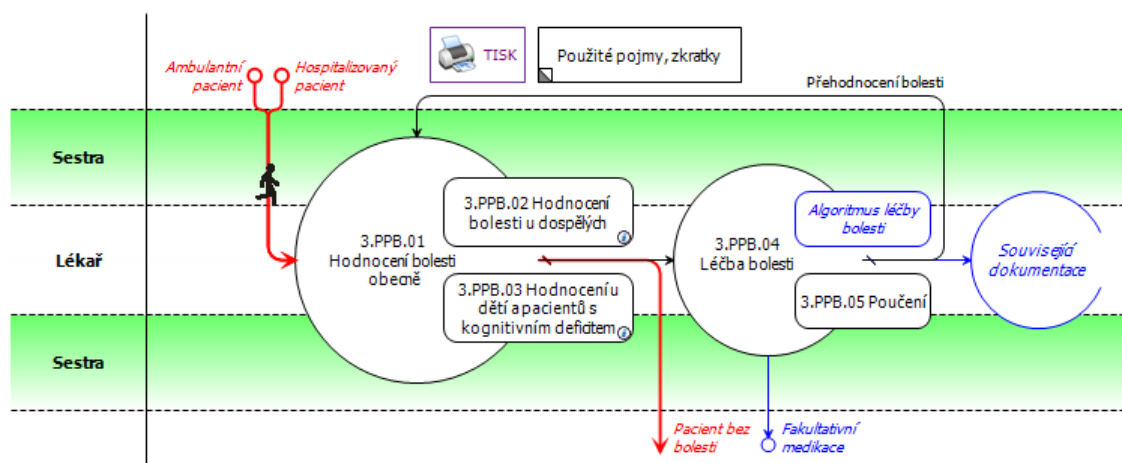
## 6.6 Popis obecných procesů platných při poskytování zdravotní péče

V PN Bohnice máme zmapovanou celou řadu procesů, které probíhají v podstatě v každé nemocnici. Jde například o procesy Hospitalizace pacienta na lůžkovém oddělení, Péče o pacienta s bolestí viz Obrázek 8, Zacházení s léčivými přípravky, Zabezpečení laboratorních vyšetření, Zabezpečení nutriční péče, Radiodiagnostické vyšetření a řada dalších. Současně máme zmapováno mnoho procesů, které přímo nesouvisí s diagnostickou či léčebnou péčí. Jde o takové procesy jako je Zabezpečení přepravy pacientů, Péče o majetek pacienta viz Obrázek 6, Zabezpečení sociální péče, Překlad pacienta v rámci PNB apod. Pro úplnost dodávám, že v procesní mapě máme vedle hlavních realizačních procesů zmapovány také podpůrné procesy provozně technické, procesy související s péčí o zaměstnance, právní a operativní služby, ekonomické procesy, procesy nákupu, procesy péče o majetek nemocnice, řídicí procesy. Současně jsme tímto způsobem zmapovali kompletní problematiku vedení dokumentace, hlášení

<sup>5</sup> QPR Procesdesigner 2015 - Procesní model PN Bohnice

nežádoucích událostí, realizaci auditů či řešení stížností a další. Vedle toho jsme, spíše z důvodu popularizace a propagace, přes procesní mapu zveřejnili hlavní ideu resortních bezpečnostních cílů viz Obrázek 9, kdy při kliknutí na příslušný obrázek otevřete informační leták s problematikou související.

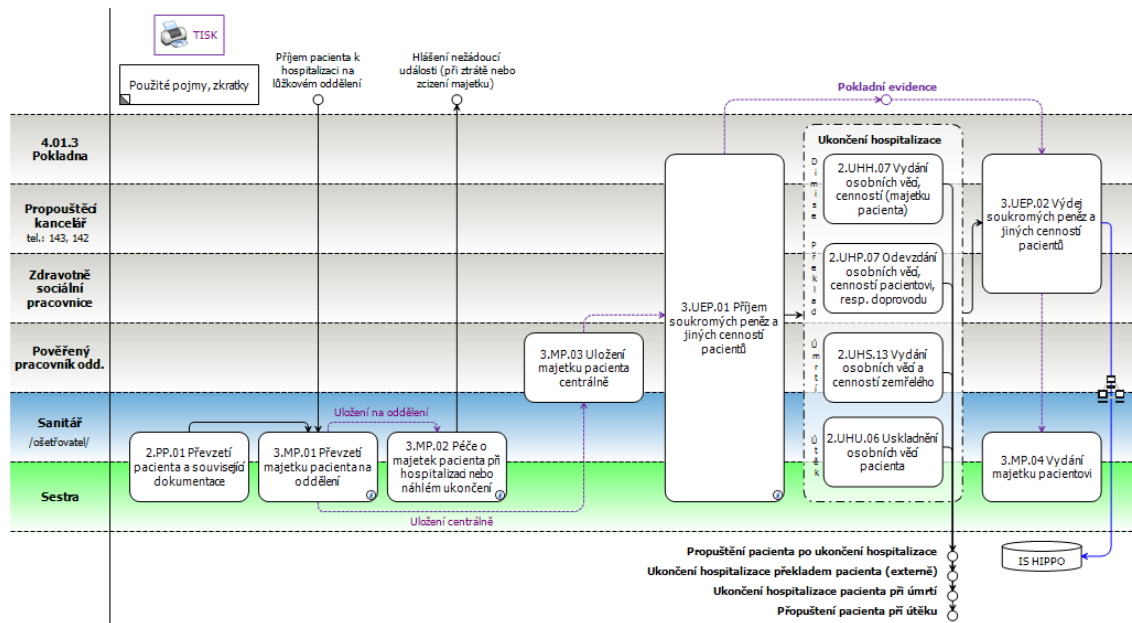
Obrázek 7: Péče o pacienta s bolestí



Zdroj: PN Bohnice<sup>6</sup>

<sup>6</sup> QPR Procesd Designer 2015 - Procesní model PN Bohnice

Obrázek 8: Proces péče o majetek pacienta



Zdroj: PN Bohnice<sup>7</sup>

Obrázek 9: Resortní bezpečnostní cíle, zkrácená informace

## Resortní bezpečnostní cíle



Zdroj: PN Bohnice<sup>8</sup>

<sup>7</sup> QPR Procesdesigner 2015 - Procesní model PN Bohnice

<sup>8</sup> QPR Procesdesigner 2015 - Procesní model PN Bohnice

## **6.7 Výhody a nevýhody procesní mapy**

Nejsilnější stránkou je samotné elektronické prostředí, které je vysoce flexibilní. Nejen, že je procesní mapa jakousi kuchařkou pracovních postupů, ale také zdrojem potřebných formulářů, fotonávodů viz Obrázek 10, doplňujících informací a dalších odkazů. Procesy jsou mezi sebou logicky provázány, což nám pomáhá dostat se k podpůrným procesům a informacím, které právě potřebujeme. Naopak nevýhodou je nekomfortní vyhledávač, jehož použití zaměstnancům vyhledávání spíše komplikuje. Jednáme však s dodavatelem software a věříme, že i toto se podaří optimalizovat.

Obrázek 8: Fotonávod

### **Návod na zavazování pytlů pro miniprádelnu PNB**

1. Naplněný pytel připravte do pozice otvorem nahoru.	2. Za oba konce provázku současně s přidržením textilní části pytle zatáhněte, až se otvor uzavře.
	
3. Oba konce provázku zajistěte plastovými brzdami.	4. Provázek použijte k podvázání otvoru pytle cca 5-10 cm pod hranou otvoru pytle.
	
5. Provázek okolo zúžené části pytle omotejte tolikrát, aby bylo možné udělat jeden uzel a jednu mašli jako v případě zavazování bot.	6. Udělejte jeden uzel a jednu mašli a pytel připravte k expedici.
	
<b>PROSÍM POZOR!</b> V případě, že není pytel dobře zavázán, může dojít k jeho vysypání a následné ztrátě nebo poškození prádla.	

Zdroj: PN Bohnice<sup>9</sup>

<sup>9</sup> QPR Procesdesigner 2015 - Procesní model PN Bohnice

## 6.8 Ambice nejen ve využívání procesní mapy v PN Bohnice

V takto nastavené struktuře procesů je stále co vylepšovat. Vedle toho, že je nezbytné udržovat textaci i grafické znázornění procesů stále aktuální, je naší ambicí popisovat nové postupy, které souvisí s rozvojem psychiatrické péče. Žhavým tématem je zřizování center duševního zdraví (CDZ) v kontextu rozvíjející se reformy péče o duševní zdraví. Psychiatrická nemocnice Bohnice je v podpoře vzniku a provozu CDZ vysoce aktivní. Dá se předpokládat, že bude třeba zmapovat procesy zde probíhající. V dílci oddělení řízení kvality je, mimo jiné, také problematika realizace vnitřních auditů. Téma s procesním řízením neodmyslitelně souvisejí. Využili jsme výzvy Ministerstva zdravotnictví ČR a získali dotaci na projekt S.O.V.A. (systém optimalizace vnitřních auditů). V rámci tohoto projektu se chceme zaměřit na motivaci auditorů, na zavedení kalibračních e-learningových školení pro auditory a na propagaci a popularizaci auditů ve smyslu jejich přínosu pro zaměstnance i vedení nemocnice.

Mezi další naše ambice patří také efektivní zavedení lokálních indikátorů kvality, optimalizace přiznávání kompetenci pracovníkům pracujícím ve zdravotnictví, mapování a analýza klinických a jiných rizik, určování příležitostí a v neposlední řadě dále rozvíjet a vylepšovat funkce software, prostřednictvím kterého mapujeme a zveřejňujeme procesy.

Příležitosti managementu rizik v souvislosti se zavedeným procesním řízením v Psychiatrické nemocnici Bohnice je bezpočet. Myslím, že jde v naší nemocnici o okrajové téma. Neoprávněně. Je pozoruhodné, že pracovníci v psychiatrii poměrně pohotově vyjmenují celou řadu významných rizik. Systémově se však pracuje jen s hrstkou z nich (např. riziko pádu, riziko vzniku dekubitu apod.). K mapování jakéhokoliv procesu lze velice dobře připojit též určování kritických bodů a rizika s nimi související. V psychiatrické nemocnici Bohnice je jistým zárodkem určování „klíčových aktivit“, což považuji za analogii. Jde o kritickou fázi procesu, při které lze předpokládat zvýšené riziko poškození pacienta a/nebo jeho blízkých, ohrožení personálu, event. nepříznivé ovlivnění zájmů nemocnice či společnosti. Pro příklad lze uvést rozsáhlý proces Zacházení s léčivými přípravky, kde jsou klíčovými aktivitami Předepisování (ordinace) léčiv a Příprava a podávání léčiv. Tedy fáze procesu, při kterých je v ohrožení nejen pacient samotný, ale i personál, který může nést za případné chybování právní důsledky.

U vybraných procesů jsme klíčové aktivity určili a je naší ambicí s touto problematikou dále pracovat. Nalézt vhodný analytický nástroj, definovat, aplikovat a vyhodnocovat preventivní opatření. Stejně tak se zaměřit i na určování příležitostí. Další proces k zmapování, grafickému zpracování a praktikování.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

*Adverse Events in Healthcare: learning from mistakes* [online]. ResearchGate: ResearchGate, 2021 [cit. 2021-02-13]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/264391032\\_Adverse\\_Events\\_in\\_Healthcare\\_learning\\_from\\_mistakes](https://www.researchgate.net/publication/264391032_Adverse_Events_in_Healthcare_learning_from_mistakes)

BĚLOHLÁVEK, F., KOŠŤAN, P., ŠULEŘ, O. *Management: co je management, proces řízení, obsah řízení, manažerské dovednosti*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a. s., 2006, 724 s. ISBN 80-251-0396-x.

ČERVENÝ, R., FICBAUER, J., HANZELKOVÁ, A., KEŘKOVSKÝ, M. *Business plán – krok za krokem*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2014, 230 s. ISBN 978-80-7400-511-4.

*Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems* [online]. WHO: WHO, 2021 [cit. 2021-02-13]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf;jsessionid=9CE1854D17F646A17161DCC74A88E5FE?sequence=1>

FÍŠER, R. *Procesní řízení pro manažery*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5038-5.

FOTR, J., SOUČEK, I. A KOL. *Tvorba strategie a strategické plánování*. 1. vyd. Teorie pro praxi. Praha: Grada Publishing, 2012, 384 s. ISBN 978-80-247-398-4.

GRASSEOVÁ, M., DUBEC, R., ŘEHÁK, D. *Analýza podniku v rukou manažera: 33 nejpoužívanějších metod strategického řízení*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a. s., 2010, 325 s. ISBN 978-80-251-2621-9.

HANZELKOVÁ, A., KEŘKOVSKÝ, M., VYKYPĚL, O. A KOL. *Strategický marketing. Teorie pro praxi*. Praha: C. H. Beck, 2009, 170 s. ISBN 978-80-7400-120-8.

HANZELKOVÁ, A., KEŘKOVSKÝ, M., VYKYPĚL, O. *Strategické řízení. Teorie pro praxi*. 3. vyd. Praha: C. H. Beck, 2017, 256 s. ISBN 978-80-7400-637-1.



KOTLER, P., KELLER, K. L. *Marketing management*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 792 s. ISBN 978-80-247-1359-5.

LYNCH, R. *Strategic Management*. [Pearson Education Limited](#), 2018, 704 s. ISBN 9781292211404.

MCGEE, J., WILSON, D., THOMAS, H. *Strategy: Analysis and Practice*. [McGraw-Hill Education - Europe](#), 2010, 820 s. ISBN 9780077126919.

*Patient Safety* [online]. WHO: WHO, 2021 [cit. 2021-02-13]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

*Porter's Value Chain* [online]. MindTools: MindTools, 2021 [cit. 2021-02-13]. Dostupné z: [https://www.mindtools.com/pages/article/newSTR\\_66.htm](https://www.mindtools.com/pages/article/newSTR_66.htm)

*Porter's Value Chain* [online]. Cambridge University: Cambridge University, 2021 [cit. 2021-02-13]. Dostupné z: <https://www.ifm.eng.cam.ac.uk/research/dstools/value-chain/>

POŠVÁŘ, Z., CHLÁDKOVÁ, H. *Management*. 2. vyd. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2014, 261 s. ISBN 978-80-7509-127-7.

ZUZÁK, R. *Strategický management*. 2. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2012, 195 s. ISBN 978-80-86730-82-0.

ČESKO. Zákon č. 200 ze dne 17. května 1990 o přestupcích. In: Sbíрка zákonů České republiky. 1990, částka 29. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1990-200>

MADAR, Jiří , et al. 2004. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. Praha : Grada Publishing, 2004. s. 29-44. ISBN 8024705850.

3. KOŠŤÁLOVÁ, Petra. Procesní řízení při vzniku nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení. Pardubice, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Hana Ochtinská, katedra ošetřovatelství.

MZ ČR. Věstník č. 8/2012. In: online. Praha 2012: © 2012 MZČR 2012-2015. cit. 2015-03-05. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012\\_6865\\_2510\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html)

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Kreativní ošetrovatelský management. Praha: Advent-Orion s.r.o, 2003. s. 70-80. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 17-53. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠKRLA, Petr. Především neublížit, Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. Brno : 2005. s. 27-60. ISBN 80-7013-419-4.

UZIS. Klasifikace nežádoucích událostí. [online]. Praha 2013: ÚZIS ČR 2010-2014. [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu/metodicke-dokumenty/>

## SEZNAM ZKRATEK

aj. – a jiné

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

atp. – a tak podobně

BPM – Systémové myšlení a řízení podnikových procesů

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČR – Česká republika

ECT – elektrokonvulzivní terapie

ERP – Enterprise Resource Planning

EU – Evropská unie

HCO – kultura a systém zdravotnické organizace

IS – Informační systém

IS HIPPO – nemocniční informační systém

IT – Informační technologie

NU – nežádoucí událost

PNB – Psychiatrická nemocnice Bohnice

RBV – Resource-Based View

SOVA – systém optimalizace vnitřních auditů

SWOT – Strengths Weaknesses Opportunities Threats

TQM – Total Quality Management

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZZ – zdravotnické zařízení

# SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Procesní a strategické řízení nemocnice – obecně

Obrázek 2: Vývojový diagram procesu 1.NU Hlášení nežádoucích událostí

Obrázek 3: Obrázek 3: Procení mapa, základní zobrazení

Obrázek 4: Obrázek 4: Vývojový diagram, proces Poskytování informací a edukace v PNB

Obrázek 5: Proces aplikace elektrokonvulzivní terapie a anestezie

Obrázek 6: Proces péče o pacienta v omezení

Obrázek 7: Péče o pacienta s bolestí

Obrázek 8: Proces péče o majetek pacienta

Obrázek 9: Resortní bezpečnostní cíle, zkrácená informace

Obrázek 8: Fotonávod

## Seznam tabulek

## Seznam grafů

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Hlášení počtu nežádoucích událostí pro centrální hodnocení

Příloha B – Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb na rok 2021

Příloha C – Přezkoumání vedením PNB za rok 2020 – Nežádoucí události

Příloha D – Nežádoucí události skupiny „Ostatní“

Příloha E – Nežádoucí události skupiny „Pád pacienta“

Příloha F – Nežádoucí události skupiny „Dekubity“



## Dekubity

Dekubity (proleženiny, prosezeniny, tlakové vředy či tlakové léze) jsou rány vzniklé na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň. Velikost a hloubka dekubitu je dána vzájemnou intenzitou působení tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem pacienta a vnějšími podmínkami, které hrají rovněž při vzniku dekubitu důležitou roli. Je to jakékoliv poškození kůže, které je způsobeno přímým tlakem nebo třecími silami. Dekubitus je lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace a z ní vyplývající hypoxie. Je nutno ji odlišit od poškození kožního krytu v důsledku vlhka (opruženina, inkontinenční dermatitida) či jiné etiologie.

podle specializací

	Č.f.		Celkem za PZS	Interna	Chirurgie	Pediatric	Psychiatrie	Intenzivní péče (JIP, ARO, IMP)	Následná a dlouhodobá péče (LDN, NIP, DIOP)	Paliativní péče
a	b		1	2	3	4	5	6	7	8
Počet pacientů s dekubitem/y celkem	19									
Počet pacientů s dekubitem/y vzniklým/y v ZZ	20	<input type="radio"/> nesleduji								
Počet pacientů s dekubitem/y vzniklým/y mimo ZZ	21	<input type="radio"/> nesleduji								

### DENOMINÁTORY:

Celkový počet pacientů	22									
Počet pacientů v riziku vzniku dekubitu	23	<input type="radio"/> nesleduji								
Počet pacientů nad 65 let	24	<input type="radio"/> nesleduji								
Průměrný počet lůžek	25									
Počet NLZP na lůžko	26									

### DENOMINÁTORY PRO OSTATNÍ NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI

a	Č.f. b	Celkem za PZS 1	Akutní péče 2
Celkový počet pacientů	27		
Průměrný počet lůžek	28		
Počet NLZP na lůžko	29		

## Klinická administrativa

Klinickou administrativu organizace používá k identifikaci, vyhodnocení a ke snížení rizika zranění pacientů, zaměstnanců a návštěvníků a rizika ztráty pro samotné organizace. Události v této skupině jsou v souvislosti s plánováním pobytu pacienta nebo postupem - procesem péče v systému zdravotní péče a zdravotních služeb.

nesleduji

Počet celkem	30	
--------------	----	--

## Klinický výkon

Klinický výkon je zdravotnická intervence (ošetření, vyšetření), které se dělí na komplexní intervence (např. vyšetření), opakované komplexní intervence (vyšetření, ošetření), cílené intervence (testy, vyšetření, ošetření), kontrolní intervence (vyšetření) a konziliární intervence (vyšetření).

nesleduji

Počet celkem	31	
--------------	----	--

## Dokumentace

Všechny záznamy o pacientovi v každé podobě (včetně písemných, elektronických, magnetických a optických záznamů, ale nejen jich, dále scany, RTG snímky a elektrokardiogramy), které popisují nebo zaznamenávají metody, provedení a/nebo výsledky vyšetření. NU v souvislosti s dokumentací zahrnuje problémy s její tvorbou - záznamy, uchováváním - archivací apod.

nesleduji

Počet celkem	32	<input type="text"/>
--------------	----	----------------------

## Medikace / i.v. roztoky

Lék je léčivo upravené do definitivní podoby, v jaké se používá a podává pacientovi. Incidentsy v souvislosti s podáváním léků zahrnují například předepsání nesprávného léku nebo nesprávné dávky, podávání nevhodné síly přípravku ať již nesprávnou preskripcí či nesprávnou přípravou (naředěním) a podání léku v nesprávnou dobu.

nesleduji

Počet celkem	33	<input type="text"/>
--------------	----	----------------------

## Transfuze / Krevní deriváty

Krevní transfuze je proces, během kterého je do krevního oběhu příjemce vpravena krev nebo krevní složky od dárce. Krevní deriváty jsou léčivé přípravky vyráběné z krve. Události v této skupině zahrnují incidentsy v souvislosti s podáváním krve, krevních složek a derivátů, včetně aktivit souvisejících s typizací krve, a dalšími speciálními vyšetřeními a testy krve, které jsou obvykle vykonávány také v krevní bance.

nesleduji

Počet celkem	34	<input type="text"/>
--------------	----	----------------------

## Dieta / Výživa

Dieta (z řeckého diaita, διαίτα - strava) je řízený příjem pokrmů a tekutin za účelem dosažení specifického cíle. Výživa je soubor biochemických procesů, kterými organismy přijímají organické a anorganické látky nezbytné pro svůj život z vnějšího prostředí. V širším slova smyslu se jako výživa označuje nauka o některých stránkách látkové výměny, zejména o příjmu živin, jejich účelu, přeměnách a využití. Nežádoucí události v souvislosti s dietou se týkají jednak předpisu, objednávání, podávání i případné likvidace stravy.

nesleduji

Počet celkem	35	<input type="text"/>
--------------	----	----------------------

## Medicínální plyny

Základní plyny pro oblast medicíny, jsou to především medicínální kyslík v kapalném i plynném stavu, oxid dusný (N<sub>2</sub>O) - rajský plyn, kapalně helium, oxid uhličitý (CO<sub>2</sub>) a pro speciální oblasti medicíny i další plyny a směsi, jako např. xenon pro inhalační anestezii, hexafluorid síry (SF<sub>6</sub>) pro oční chirurgii, směsi pro analýzu plynů v krvi a pro kontrolu funkčnosti plic aj. Souhrnně se jedná o incidentsy s plyny pro lékařské účely, používané zejména pro respirační péči, inhalační terapii a anestezii. Problémy s plyny používanými pro odsávání jsou také součástí této skupiny incidentů.

nesleduji

Počet celkem	36	<input type="text"/>
--------------	----	----------------------

## Medicínské přístroje/vybavení

Technika a vybavení poskytovatelů zdravotních služeb používané lékaři/sestrami/jinými zdravotníky při poskytování péče o pacienty. Vymezení zdravotnické techniky a zdravotnických prostředků upravuje legislativní předpis (Zákon č. 268/2014). NU se tak týkají všech zákonem definovaných zdravotnických prostředků (nástroj, přístroj, zařízení, programové vybavení včetně programového vybavení určeného jeho výrobcem ke specifickému použití pro diagnostické nebo léčebné účely a nezbytného ke správnému použití zdravotnického prostředku, materiál nebo jiný předmět, určené výrobcem pro použití u člověka za účelem diagnostiky, prevence a léčby). Spadají sem události v souvislosti s používanými zařízeními pro diagnostiku, léčbu a péči, vč. jednorázových pomůcek, jako jsou injekční stříkačky a katétrů, místa, vybavení laboratoří, zubní techniky a pomůcek pro zdravotně postižené, jako jsou postele, invalidní vozík, nosítka, chodítka a berle.

nesleduji

Počet celkem	37	<input type="text"/>
--------------	----	----------------------



### Chování osob

Chování je soubor vnějších (pozorovatelných) projevů člověka. Sociální interakce je proces, který spočívá v působení jedince nebo skupiny na jiného jedince nebo skupinu. Tento proces může mít podobu verbální i neverbální. Jde o jakoukoli formu sekkání např. mezi sestrou a pacientem, zdravotníkem a pacientem či dalšími osobami zainteresovanými v procesu poskytování zdravotních služeb. Toto působení vyvolává reakci.

nesleduji

Počet celkem 38

### Nehody a neočekávaná zranění

Jakékoliv neúmyslné či úmyslné poškození organismu, ke kterému došlo následkem akutní expozice termální, mechanické, elektrické či chemické energie a z nedostatku životně nezbytných energetických prvků či veličin, jako jsou kyslík nebo teplo.

nesleduji

Počet celkem 39

### Technické problémy

Chyba, která zahrnuje instrumentální problémy, které mají co do činění/souvisí se znalostmi a dovednostmi a využíváním a používáním zdravotnických prostředků a techniky. Např. technické problémy jednak se zdravotnickou pomůckou (infuzní pumpa, ale i s jejím ovládáním) a také technického zabezpečení provozu - vzduchotechnika, úprava vody apod.

nesleduji

Počet celkem 40

### Zdroje / management organizace

Management organizace zahrnuje zejména nastavení celého systému řízení, hodnot a pravidel organizace, nastavení organizační struktury, řízení zdrojů, procesů a výkonnosti. Je to oblast průřezová, používají se v ní metody strategického řízení, metody z oblasti kvality a řízení efektivnosti a další. NU v managementu zahrnují pochybení v předávání dat, nesdílení informací apod., které ve svém důsledku vedou ke vzniku nežádoucí události.

nesleduji

Počet celkem 41

### Neočekávané zhoršení klinického stavu

Neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta zahrnují situace, které mají za následek trvalé poškození nebo úmrtí pacienta. Za neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta jsou považována i ta zhoršení, u nichž není dosud známo, zda-li bylo možné se jim vyhnout. Nejedná se tedy o stavy, u nichž bylo možno předpokládat, že v ně klinický stav pacienta vyústí.

nesleduji

Počet celkem 42

### Jiné NU

Jakýkoli incident, který nelze zařadit do žádné z uvedených kategorií a typů a je nezbytné jej uvést samostatně. Popis NU je v tomto případě nezbytné uvést ve volném textu.

nesleduji

Počet celkem 43

Popis jiných NU:

### [Pokyny pro vyplňování](#)

Výkaz sestavil:  
Telefon:  
E-mail:  
Datum:

## Příloha B – Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb na rok 2021

### Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb na rok 2021

(příloha podrobné analýzy pro pravidelné vyhodnocení strategie a řízení nemocnice)

#### Oblast politiky a cílů kvality

1. Nadále naplňovat politiku a cíle kvality, které jsou zveřejněny prostřednictvím dokumentu „Bohnická cesta kvality“ v kontextu vyhlášené Strategie reformy psychiatrické péče.
2. Pokračovat v revizi stávajících řídicích dokumentů s cílem jejich aktualizace. Aplikovat doporučení vyplývající z Transformačního plánu PNB do vnitřních předpisů i do praxe.
3. Revidovat řídicí dokument Domácí řád PN Bohnice na základě interní analýzy režimových opatření a v kontextu Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením.
4. Systematicky vzdělávat personál v problematice lidských práv v kontextu Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením do systematického vzdělávání zaměstnanců.

#### Oblast ekonomických procesů

5. Provádět pravidelné měsíční vyhodnocování a sledování podmínek úhradové vyhlášky pro akutní lůžka. Doplnovat a aktualizovat ceník služeb.

#### Oblast plánování lidských zdrojů a péče o zaměstnance

6. Pro rok 2021 upravit systemizaci pracovních pozic tak, aby odpovídala reálným změnám v provozech jednotlivých oddělení.
7. Zajistit akreditace PNB dle nových studijních plánů pro lékaře a psychology. Získat rezidenční místa pro sestry mající zájem o vzdělávací obor Sestra pro péči v psychiatrii.

#### Oblast poskytování zdravotní péče

8. Zavedení systematického propojování nemocných z akutních oddělení a komunitních služeb. Pokračovat ve větší míře v poskytování péče zaměřené na zotavení, zajistit pro personál školení.
9. Ověření možností zavedení nového modelu péče na akutní oddělení (Safewards). Další zavádění risk assessmentu do práce oddělení.
10. Zahájení pilotního provozu Forezního multidisciplinárního týmu a mapování poskytované péče v oblasti ochranného léčení.
11. Ověřovat znalosti a dodržování nastavených ošetrovatelských procesů v PNB (péče o imobilní pacienty, dodržování nutriční péče, předávání a organizaci pracovního dne).
12. Iniciovat u vedoucích pracovníků ošetrovatelského úseku zvýšení osobní zainteresovanosti a zodpovědnosti za kvalitu poskytované péče, za zavádění změn v přímé péči o pacienty.

#### Oblast hodnocení spokojenosti pacientů a řešení stížností

13. Opakovaně provést průzkum spokojenosti pacientů dle metodiky projektu KOP (Kvalita očima pacientů) a využít získaných informací ke zvýšení kvality poskytované péče.
14. Nastavit celoroční kontinuální sledování spokojenosti pacientů vždy při propuštění. Cílovou skupinu rozšířit i o nezletilé pacienty.

#### Oblast auditů a kontrol

15. Vytípotvat a proškolit vhodné odborníky pro doplnění týmu auditorů úměrně vznikajícímu úbytku. Současně auditorský tým rozšířit o peer konzultanty.
16. V rámci vnitřních auditů monitorovat lidskoprávní problematiku na pracovištích PNB s využitím hodnotícího nástroje WHO Quality Rights Tool Kit.

# Příloha C – Přezkoumání vedením PNB za rok 2020 – Nežádoucí události

## 4. VÝSLEDKY AUDITŮ

### 4.1. Nežádoucí události

*(hodnotitel Martin Henych, Mgr. Jindra Blatnická)*

PNB předává informace o nežádoucích událostech (NU) do registru Ministerstva zdravotnictví ČR (MZČR) prostřednictvím Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) vedeného Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), který je z pověření MZČR i správcem tohoto systému. MZČR ve snaze podpořit sledování NU na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotnických služeb (PZS) poskytuje prostřednictvím ÚZIS sběr dat a metodickou podporu, která slouží k orientaci v SHNU, k podpoře využívání jednotné terminologie a postupů u PZS. Snahou je vytvoření jednotné struktury metodických pokynů, účelného zpracování a interpretace dat. Jen v případě, že budou existovat relevantní data o výskytu NU, bude možné realizovat systémová opatření pro zdravotnická zařízení (ZZ) na národní úrovni. Po zpracování předaných dat je na internetových stránkách SHNU zveřejněna souhrnná analýza dat za období uplynulého kalendářního roku. Prezentovány jsou výsledky hlášení NU na centrální úrovni podle typu NU a podle PZS.

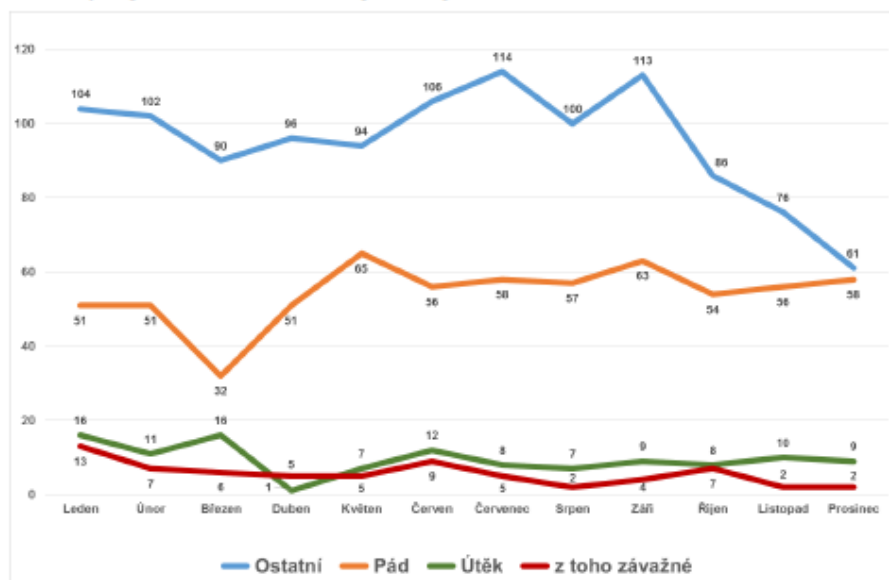
Hlášení NU probíhá v PNB v souladu s procesem 1.NU Hlášení nežádoucích událostí. Předchozí revize procesu přinesla zásadní změnu v oblasti samostatné evidence událostí „Útěk pacienta“, a to prostřednictvím záznamu v odděleném modulu v IS HIPPO. Do struktury klasifikace nežádoucích událostí byl nově zařazen typ události „Porušení ochrany osobních údajů“, a to v návaznosti na proces 3.OOÚ Porušení ochrany osobních údajů. Kompletní agenda NU je administrátorsky vedena manažerem kvality s tím, že události „Pád pacienta“ a „Dekubit“ spravuje asistentka hlavní sestry. Komise nežádoucích událostí pravidelně na své schůzce posuzuje záznamy NU a přezkoumává navržená opatření. Závěry komise jsou vedeny formou záznamu ze schůzky komise nežádoucích událostí a jsou zveřejněné na intranetu v DMS ve složce „Porady“. K upřesnění některých řešeních NU byli ve dvou případech přizváni k jednání komise účastníci nebo svědkové události. Formou anonymizovaných kazuistických seminářů jsou některé případy NU probírány se zaměstnanci v rámci pravidelných workshopů, které oddělení řízení kvality pořádá.

#### Výskyt a klasifikace všech nežádoucích událostí

V roce 2020 bylo v IS HIPPO zaznamenáno celkem **1908 nežádoucích událostí**, z toho bylo **67 událostí** klasifikováno jako **závažné**. Z těchto 67 závažných NU bylo **15 Pád pacienta**, **32 Útěk pacienta** a **20 Ostatní**. Z celkového počtu všech evidovaných NU bylo **652 Pád pacienta** (ve srovnání s rokem 2019 o 8 NU méně), **1142 nežádoucích událostí Ostatní** (ve srovnání s rokem 2019 o 5 NU více) a **114 Útěk pacienta** (ve srovnání s rokem 2019 o 69 NU méně). V celkovém hodnocení tvoří **Pády pacienta 34 %**, **Útěk pacienta 6 %** a **NU Ostatní 60 %** z celkového množství všech NU.

V porovnání s rokem 2019 došlo k poklesu celkového počtu všech zaznamenaných událostí o 69 NU (tj. pokles oca o 3 %). Došlo k poklesu celkového počtu závažných NU o 37 NU (tj. pokles oca o 34 %). K poklesu celkového počtu závažných NU došlo i u událostí Pád pacienta o 14 NU (tj. pokles oca o 48 %). K menšímu počtu závažných NU došlo i u NU Ostatní o 25 NU (tj. pokles oca o 58 %). K nepatrnému navýšení počtu závažných NU došlo u událostí Útěk pacienta o 2 NU (tj. nárůst oca o 7 %). Ke zvýšení závažných NU Útěk pacienta přispělo nové členění těchto událostí v roce 2018, když počty závažných NU Útěk pacienta nebyly za celý kalendářní rok. Podrobněji je evidence událostí uvedena v Příloze č. 8 Nežádoucích událostí skupiny „Ostatní“.

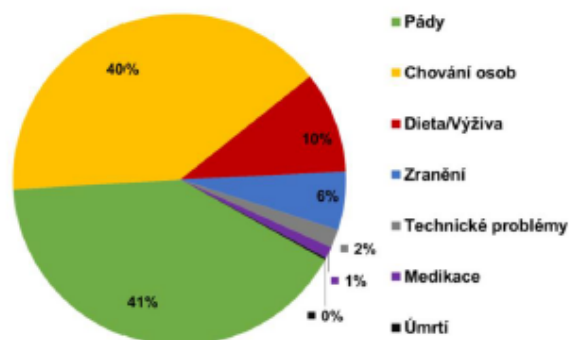
## Celkové počty nežádoucích událostí v jednotlivých měsících



## Nežádoucích událostí skupiny „Ostatní“

Jedná se o počty NU vzniklých v roce 2020 rozdělených podle klasifikace WHO, která je u událostí zaznamenána v IS HIPPO. Klasifikace je založena na víceosém konceptu Mezinárodní klasifikace pro bezpečnost pacientů (ICPS) vytvořené Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Událost je zařazena nejprve do tzv. hlavní kategorie a následně je v rámci této hlavní kategorie dále upřesněn její druh určením podkategorie na jedné nebo dvou vedlejších osách. Každá NU nemusí mít přiřazen kód WHO, protože dle charakteru události není předmětem povinného hlášení do SHNU. Těmto událostem je věnována pozornost s tím, že bude snahou k těmto nezařazeným událostem přiřadit patřičný kód WHO a tím minimalizovat počty nezařazených událostí. Výstup do koláčového grafu znázorňuje v procentech poměrné zastoupení jednotlivých skupin NU daných hlavními kategoriemi číselníku klasifikace WHO. Z celkového přehledu hlášených NU je patrné, že největší podíl ze všech událostí tvoří podíl 41 % NU Pád pacienta, 40 % NU Chování osob, 10 % NU Dieta/výživa, 6 % NU Zranění pacienta a dále pak členění podle hlavní kategorie klasifikace WHO.

## Struktura nežádoucích událostí podle kategorie klasifikace WHO



**Klasifikace závažnosti nežádoucích událostí**

Jako závažné NU (za rok 2020 je klasifikováno jako závažné 67 NU) jsou klasifikovány události při pádu pacienta, při kterém dojde ke zranění nebo k poškození zdraví osob s dobou léčení delší než 7 dnů, nebo s nutností léčby v jiném ZZ (např. pád se zlomeninou krčku stehenní kosti apod.). U ostatních nežádoucích událostí jsou vždy závažné klasifikovány situace, při nichž dojde k nenadálému úmrtí pacienta, k sebevražednému pokusu nebo sebevraždě, k medikační chybě ohrožující zdraví pacienta, k útěku pacienta nebezpečného sobě nebo svému okolí nebo při závažném nedodržení podmínek výkonu ochranného léčení, k neprofesionálnímu chování personálu, a dále všechny události, při kterých dojde ke zranění nebo k poškození zdraví osob s dobou léčení delší než 7 dnů, nebo s nutností léčby v jiném ZZ (např. při zranění pacienta, selhání zdravotnické techniky, sebepoškození, výskytu nozokomiální infekce u více než 3 osob, napadení pacienta jiným pacientem, napadení pacienta jinou osobou apod.).

**Závažné nežádoucí události skupiny „Ostatní“**

Ze závažných NU je v evidenci 3 události klasifikace „nenadálé úmrtí pacienta“ z důvodu nepředvídatelných akutních somatických komplikací. U žádné z těchto událostí nebylo v rámci šetření zjištěno pochybení personálu.

V roce 2020 bylo evidováno 14 událostí klasifikace „sebevražedný pokus, sebevražda“. Z těchto bylo 6 klasifikováno jako závažné, u kterých byla posuzována systémová/následná opatření a dílčí preventivní opatření. U žádné z těchto událostí nebylo zjištěno pochybení personálu. Ze záznamů je patrné, že nedošlo k sebevražednému pokusu mimo oddělení, ale ke všem událostem došlo přímo na oddělení PNB. V žádné z událostí nedošlo k sebevraždě s úmrtím pacienta. Komise nežádoucích událostí přehodnotila u zbývajících událostí klasifikaci závažnosti na statut „komplikace“, neboť nedošlo k závažnějšímu poškození zdraví pacienta.

„Medikační chyba“ byla zaznamenána v 18 případech. Žádná z událostí nebyla vyhodnocena lékařem jako závažná, když nebylo závažným způsobem ohroženo zdraví pacienta. Pochybení byla způsobena nepozorností personálu při výdeji medikace pacientům. Zaměstnanci byli opakovaně poučeni o přípravě a výdeji léků v souladu s procesem podávání léků, zásady bezpečné identifikace pacienta.

V kategorii „neprofesionální chování personálu“ jsou v evidenci 3 NU, z nichž 2 NU jsou klasifikovány jako závažné. V obou případech byly události řešeny hodnotícím pohovorem se zaměstnanci s upozorněním na možnost kázeňského postihu v případě opakujících se událostí. V jednom případě řešeno NLP a v jednom případě hlavní sestrou (zaměstnanec sám podal žádost o ukončení pracovního poměru dohodou).

V kategorii „napadení pacienta pacientem“ je evidováno 139 NU a z toho 1 NU je klasifikována jako závažná. Jako návrh řešení je primářem oddělení uvedena úprava prostor oddělení a lepší triage nemocných.

V kategorii „zranění pacienta“ došlo k 72 NU. Z těchto jsou 3 NU s klasifikací závažná. Došlo k nežádoucí události, která vedla k dočasnému poškození pacienta s nutností hospitalizace v jiném zdravotnickém zařízení.

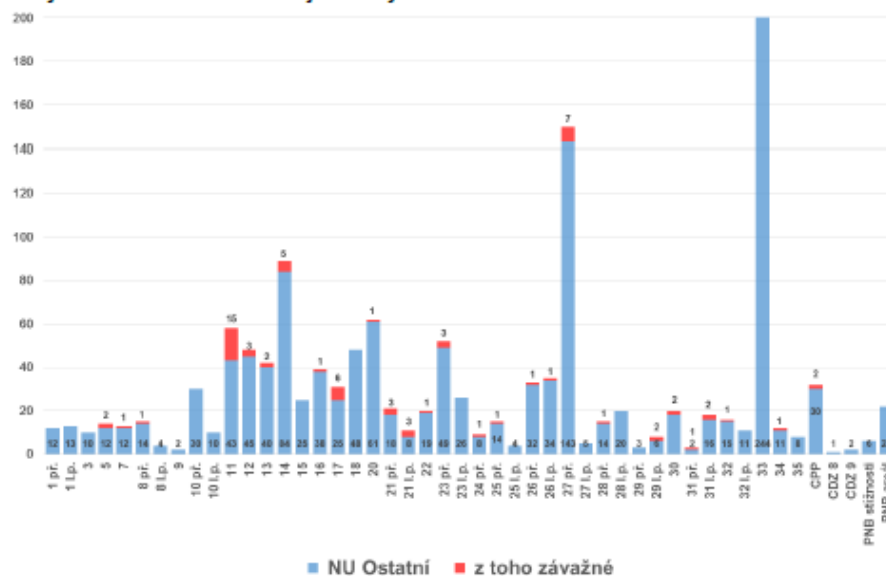
V kategorii „fyzické napadení pacientem“ je 85 NU, ze kterých jsou 2 NU klasifikovány jako závažné. Došlo k nežádoucí události vedoucí k napadení personálu jednání pod vlivem nemoci pacienta. V obou případech bylo řešeno adekvátně.

V kategorii „komplikace v souvislosti s příjmem“ je evidováno 13 NU a z toho 1 NU je klasifikována jako závažná. Při příjmu z jiného zdravotnického zařízení byla nestabilní pacientka hospitalizována na LDN. NU šetřena komisí nežádoucích událostí a následně projednána vedením PNB a na primářské poradě se závěrem zákazu přijímat pacienty v respirační insuficienci, oběhově nestabilní.

V kategorii „komplikace v souvislosti s příjmem“ je evidováno 13 NU a z toho 1 NU je klasifikována jako závažná. Při příjmu z jiného zdravotnického zařízení byla nestabilní pacientka hospitalizována na LDN. NU šetřena komisí nežádoucích událostí a následně projednána vedením PNB a na primářské poradě se závěrem zákazu přijímat pacienty v respirační insuficienci, oběhově nestabilní.

V kategorii „problematická spolupráce s jiným ZZ“ je evidováno 16 NU a z toho 2 NU klasifikováno jako závažné. Všechny události řešeny odpovědným vedoucím pracovníkem, edukací zaměstnanců případně ve spolupráci s právním oddělením nemocnice nebo Policie ČR.

## Počty NU Ostatní v roce 2020 na jednotlivých odděleních PNB



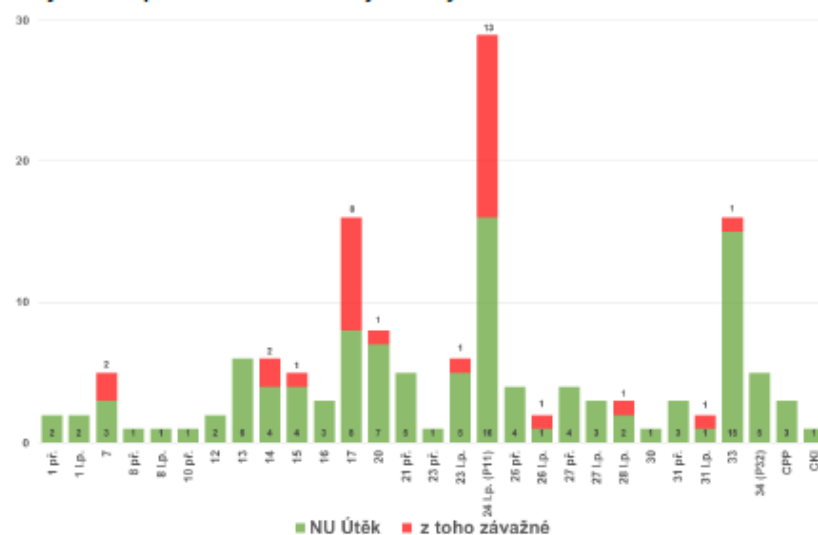
## Nežádoucích událostí skupiny „Útěk pacienta“

Útěk pacienta patří mezi samostatně sledované a evidované nežádoucí události v PNB.

## Výskyt a klasifikace nežádoucích událostí zařazených do kategorie „Útěk pacienta“

V roce 2020 je evidován nižší počet událostí „útěk pacienta“, kdy je v evidenci 114 NU (v roce 2019 to bylo 183 NU). Z těchto bylo 32 událostí klasifikováno jako závažné. Ve všech případech jako závažné byly hodnoceny události s ochrannou léčbou pacienta a v případech pacienta nebezpečného sobě nebo svému okolí.

## Počty NU Útěk pacienta v roce 2020 na jednotlivých odděleních PNB



**Nežádoucí události skupiny „Pád pacienta“**

Pády pacientů patří mezi samostatně sledované a evidované nežádoucí události v PNB. V roce 2016 se prevence pádu pacienta stala jedním z Resortních bezpečnostních cílů naší nemocnice. V souvislosti s evidencí pádů sledujeme indikátor kvality, což je **podíl zraněných z pádu na 1000 ošetřovacích dnů**. Evidujeme pády se zraněním a bez zranění. Zranění rozdělujeme na lehká, středně těžká a těžká. Klasifikaci (komplikace/závažná NU) této nežádoucí události provádí lékař.

Cílem sledování výskytu pádů je především identifikace rizikových faktorů pro vznik pádu u pacienta/klienta v našem zařízení a následná realizace preventivních opatření směřujících k vyšší bezpečnosti pacienta, případně minimalizaci komplikací v případě pádu. Cílem je také sledování výskytu pádů, analyzovat závažnost zranění, okolnosti pádu a korelaci s věkem nad 65 let.

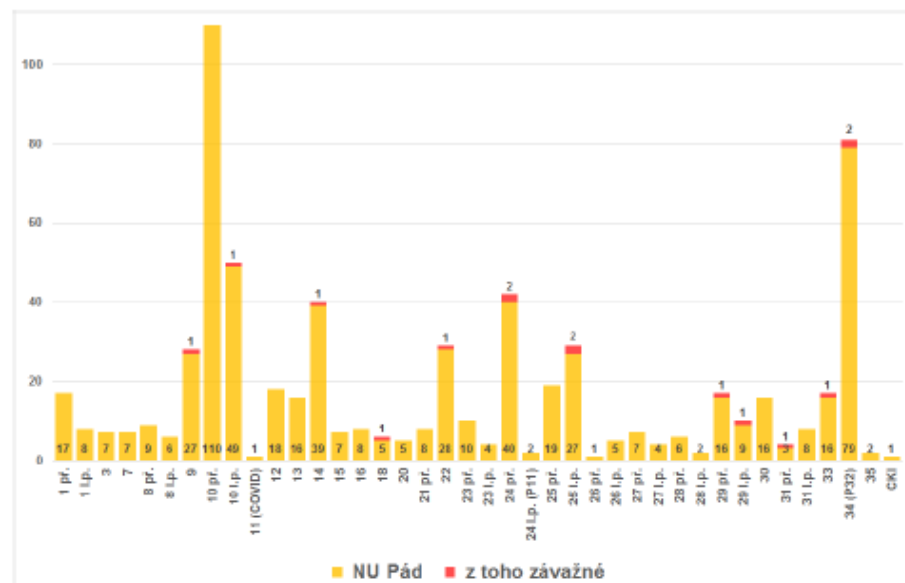
**Výskyt a klasifikace nežádoucích události zařazených do kategorie „Pád pacienta“**

V roce 2020 bylo v PNB hlášeno celkem 1908 NU, z toho 652 pádů (pokles celkového počtu pádů ve srovnání s rokem 2018 o 8 pádů). NU Pád pacienta představuje 34 % z celkového počtu sledovaných NU. Z celkového počtu pádů bylo 15 pádů klasifikováno jako **závažná** NU (o 14 méně než v roce 2019). 354 pádů proběhlo **bez zranění** a u 298 pádů došlo ke zranění. Počet **lehkých zranění** byl 267, **středně těžkých zranění** bylo 25, počet **těžkých zranění** byl 6. Podrobněji je evidence událostí uvedena v Příloze č. 9 Nežádoucí události skupiny „Pád pacienta“.

Indikátor kvality péče za rok 2020 je 0,79, což je hodnota o 0,12 vyšší než v roce 2019, jde o velmi příznivou hodnotou. Podíl zranění na počet pádů v % byl 45,71 (což je o 2,38 % více než v předchozím roce a také to znamená, že téměř u poloviny pádů dojde ke zranění). Podíl pádů na počet pacientů ve věku 65 let a více byl 18,03 %. Průměrný věk pacienta při pádu byl 68 let.

Jako nejčastější důvod pádu je uváděna nestabilita při chůzi, zakopnutí či uklouznutí při chůzi, dále vstávání z lůžka. Nejméně častou příčinou pádu byla simulace pádu. Nejčastěji k pádům dochází na pokoji nebo na chodbě. Nejméně pak mimo areál na propustce či dovolence, ev. místo na oddělení není zjištěno. Situace a místa pádů se v průběhu let prakticky nemění. Nejčastěji zraněným místem na těle je hlava a obličej, nebo dolní končetiny. Nejčastějším typem zranění je hematom a povrchová odřenina. Četnost druhů zranění taktéž zůstává v průběhu let identická.

Z pohledu celé nemocnice nejčastěji dochází k pádům na gerontopsychiatrických odděleních (akutní i následné). V roce 2020 bylo nejvíce pádů hlášeno na primariátu 11 (geriatrie následná péče a odd. 34) a na primariátu 10 (geriatrie akutní péče).

**Počty NU Pád pacienta v roce 2020 na jednotlivých odděleních PNB**

## Počty pádů v jednotlivých letech

Rok	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Celkový počet	716	712	730	856	706	739	660	652
Se zraněním	341	241	331	376	316	301	266	298

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že celkový počet pádů se v průběhu sledovaných období výrazně neliší, přesto můžeme zaznamenat mírně klesající trend. V loňském roce došlo k poklesu celkové počtu pádů o 8, došlo ale ke zvýšení počtu zranění. Mírný nárůst v roce 2016 může být způsoben důslednější evidencí nežádoucích událostí obecně a to především v souvislosti s probíhající akreditací SAK.

## Nežádoucí události skupiny „Dekubity“

**Dekubity** patří mezi základní indikátory kvality ošetrovatelské péče. Počty dekubitů vzniklých v PNB jsou evidovány samostatně od NU a jejich sledování se řídí pokynem hlavní sestry č.1/2011. Péče a předcházení dekubitům se řídí aktualizovaným Ošetrovatelským standardem 06 Prevence a ošetrování dekubitů. Od roku 2016 jsou dekubity jedním z Resortních bezpečnostních cílů. Dekubitům v PNB věnujeme zvýšenou pozornost, jak z hlediska prevence, tak i v rámci péče o ně. Některé audity se zaměřují pouze na problematiku dekubitů. V roce 2021 bychom jim chtěli věnovat zvýšenou pozornost společně s výživou pacientů. V PNB je péče o rány na vysoké úrovni, velký podíl na tomto faktu náleží sestře specialiste pro péči o rány, ta se taktéž intenzivně věnuje lektorské činnosti a vzdělávání našich zaměstnanců v této oblasti.

V roce 2020 došlo ke změnám v dokumentaci dekubitů v IS HIPPO. Od 1. 7. 2020 došlo k převodu ze škály dle Hibbové (4. stupně) do klasifikace dle EPUAP, která je 6 stupňová:

Stupeň poškození – klasifikace dle EPUAP

I. - dekubitus I. stupně: zarudnutí kůže /neblednoucí hyperemie – erytém

II. - dekubitus II. stupně: částečná ztráta kožního krytu

III. - dekubitus III. stupně: úplná ztráta kožního krytu

IV. - dekubitus IV. stupně: úplná ztráta kůže a podkoží

N. - bez určení stupně: neznámá hloubka rány/vředu

P. - podezření na hluboké poškození tkání: neznámá hloubka rány/vředy

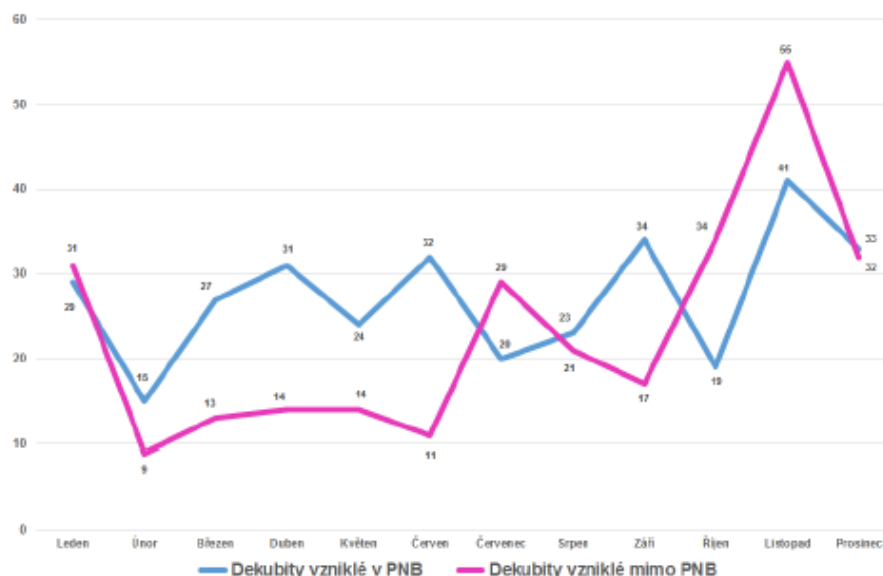
K hodnocení kvality péče v této oblasti je používán poměrový ukazatel standardizovaný na stupeň rizika (podíl skutečného a predikovaného počtu pacientů s dekubitem vzniklým na pracovišti). Ukazatel je součástí Národní sady ukazatelů zdravotních služeb. Hodnoty tohoto ukazatele (prediktivní konstanta) jsou pravidelně aktualizovány v IS HIPPO asistentkou hlavní sestry. Od roku 2017 lze aktuální referenční hodnoty ukazatele predikce a skutečnost počtu pacientů se vzniklým dekubitem v organizacích získat na webové aplikaci Kancelář zdravotního pojištění. Referenční hodnoty jsou zde nastavovány na různé typy poskytované péče. U nás využíváme dlouhodobě hodnoty uváděné pro následnou péči. Evidujeme také celkové množství dekubitů v reálných číslech (vniklých v PNB, vzniklých mimo PNB).

## Výskyt a klasifikace nežádoucích událostí zařazených do kategorie „Dekubity“

V PNB bylo v roce 2020 evidováno celkem 608 dekubitů, z toho 328 vzniklo v PNB a 280 dekubitů vzniklo v jiném zdravotnickém zařízení. Došlo k zanedbatelnému zvýšení celkového množství dekubitů v reálných číslech oproti roku 2019, a to o 7 dekubitů. Počet pacientů s již vzniklým dekubitem (přijati překladem z jiného zdravotnického zařízení) byl téměř identický. V grafickém znázornění (graf č. 1) je možné sledovat výskyt dekubitů v průběhu roku 2020 jednotlivě po měsících, modře jsou znázorněny dekubity vzniklé v PNB a růžově dekubity vzniklé mimo naší organizaci. Podrobněji je evidence událostí uvedena v Příloze č. 10 Nežádoucí události skupiny „Dekubity“.



## Celkové počty dekubitů v roce 2020 v PNB – vzniklé v PNB a mimo PNB



V grafickém znázornění je možné sledovat celkový výskyt dekubitů v průběhu roku za jednotlivé měsíce.

## Počty dekubitů v jednotlivých měsících roku 2020 vzniklé v PNB

Měsíc	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	CELKEM
V PNB	29	15	27	31	24	32	20	23	34	19	41	33	328
Mimo PNB	31	9	13	14	14	11	29	21	17	34	55	32	280

## Rozdělení dekubitů podle stupňů (dle Hibbové do 30. 6. 2020)

Stupeň	I.	II.	III.	IV.	CELKEM
Počet 2020	76	139	31	4	250
Počet 2019	182	315	88	16	601
Počet 2018	206	347	104	22	679
Počet 2017	270	447	142	29	888
Počet 2016	283	368	92	9	752
Počet 2015	242	437	108	13	800
Počet 2014	137	318	122	9	586

Výsledné hodnoty dekubitů klasifikovaných podle stupňů (dle Hibbové) v PNB za rok 2020: I. stupeň – 76, II. stupeň – 139, III. stupeň – 31 a IV. stupeň – 4.

## Rozdělení dekubitů podle stupňů (dle EPUAP od 1. 7. 2020)

Stupeň	I.	II.	III.	IV.	N	P	CELKEM
Počet 2020	104	149	60	15	13	17	358

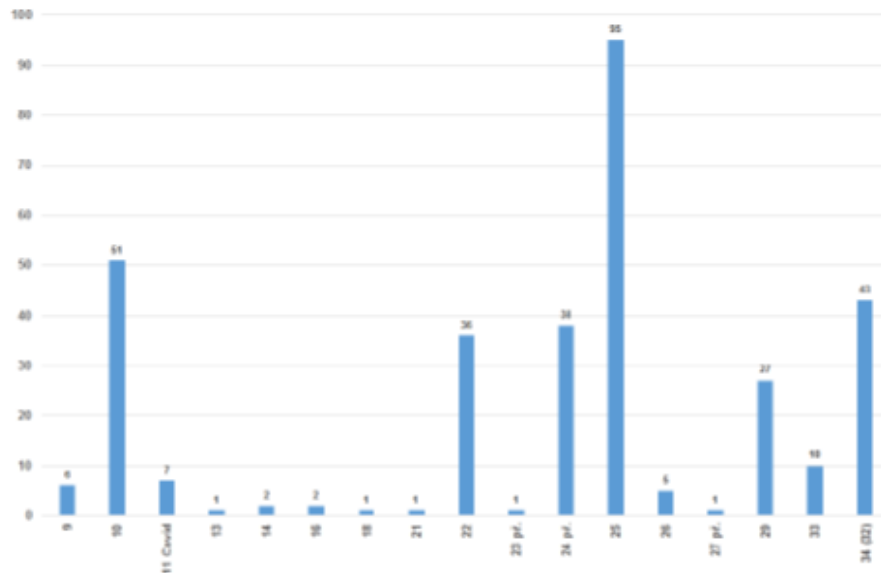
Výsledné hodnoty dekubitů klasifikovaných podle stupňů (dle EPUAP) v PNB za rok 2020: I. stupeň – 104, II. stupeň – 149, III. stupeň – 60, IV. stupeň – 15, stupeň N – 13 a stupeň P – 17.

## Rozložení dekubitů podle jednotlivých oddělení PNB 2020 (pouze oddělení s více než 3. dekubity)

Oddělení	9	10	11 Covid	22	24 p.f.	25	26	29	33	34 (32)
Počet	6	51	7	36	38	95	5	27	10	43

Nejvíce dekubitů vzniklo na oddělení 25 – LDN a gerontopsychiatrickém oddělení následné péče PN Bohnice.

## Počty dekubitů vzniklé v PNB v roce 2020 na jednotlivých odděleních



Z celkové evidence doplněné o grafické zpracování vyplývá, že **nejvíce dekubitů** vzniklo na oddělení 25 – LDN a gerontopsychiatrickém oddělení následně.

**Průměrná hodnota indikátoru kvality** (standardizovaný počet pacientů s dekubitem vzniklým v organizaci zjištěný prevalenční metodou) byla v jednotlivých měsících roku 2020 **0,85**, toto je hodnota příznivá (pozn. v roce 2019 byl indikátor kvality **0,67**). Došlo tedy ke zvýšení hodnoty indikátoru kvality. Jedním z důvodů zvýšení může být snížení predikovaného počtu dekubitů na národní úrovni a změny v klasifikaci dekubitů. Příčinou trvale příznivé hodnoty indikátoru kvality bude především výše zmiňovaný pečlivý přístup k této problematice, používání moderních metod a materiálů pro léčbu ran (vlhké hojení), dodržování preventivních opatření, důsledné používání screeningových metod (riziko vzniku dekubitu), změny ve vedení dokumentace (péče o rány).

**DOPORUČENÍ:**

42. Věnovat pozornost evidovaným událostem v IS HIPPO s nezadaným WHO kódem a doplnit podle charakteru těchto událostem patřičný kód.
43. Věnovat pozornost událostem skupin Útěk pacienta a Dekubity.

## Příloha D – Nežádoucí události skupiny „Ostatní“

### Příloha č. 8

#### 8. Nežádoucích události skupiny „Ostatní“

Počty nežádoucích událostí podle typu události

Typ události	Počet NU	Z toho závažné
<b>ZDRAVÍ A ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ STAVY PACIENTŮ</b>		
Dieta/výživa	158	0
Napadení pacienta jiným pacientem	139	1
Užití/držení nedovolených látek	101	0
Sebepoškození	76	0
Zranění pacienta	72	3
Vyskyt nebo podezření na infekční onemocnění	51	0
Medikační chyba	18	0
Sebevražedný pokus, sebevražda	14	6
Aspirace	6	0
Nenadále úmrtí pacienta	3	3
Neprofesionální chování personálu	3	2
Napadení pacienta jinou osobou	3	0

Typ události	Počet NU	Z toho závažné
<b>ZDRAVÍ A ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ STAVY PACIENTŮ</b>		
Fyzické napadení – pacientem	84	2
Verbální napadení – pacientem	22	0
Zranění – poranění o jehlu	12	0
Neomluvená absence	11	0
Verbální napadení – jinou osobou	2	0
Fyzické napadení – jinou osobou	1	0
Intoxikace	1	0

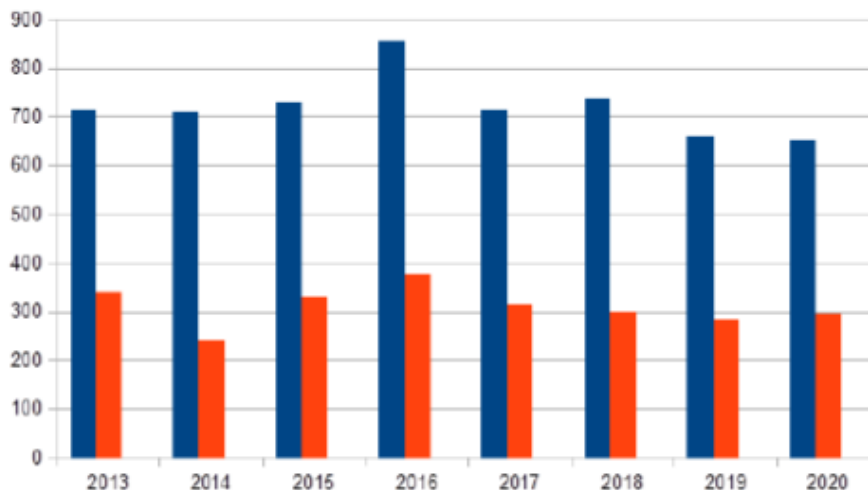
Typ události	Počet NU	Z toho závažné
<b>SITUACE OHROŽUJÍCÍ ŽIVOTY LIDÍ A MAJETEK</b>		
Událost týkající se provozu PNB	131	0
Ztráta, poškození majetku PNB	128	0
Ztráta, poškození majetku pacienta	22	0
Problématická spolupráce s jiným ZZ	16	2
Přerušení dodávky energií – voda, plyn, el. energie	14	0
Komplikace v souvislosti s příjmem	13	1
Jiné	13	0
Nefunkčnost IT sítě, internetu, telefonů	12	0
Ztráta, poškození majetku personálu	7	0
Oprávněná stížnost	5	0
Událost vyžadující účast ostražny PNB	4	0
Drobné zahoření	3	0

## Příloha E – Nežádoucí události skupiny „Pád pacienta“

### Příloha č. 9

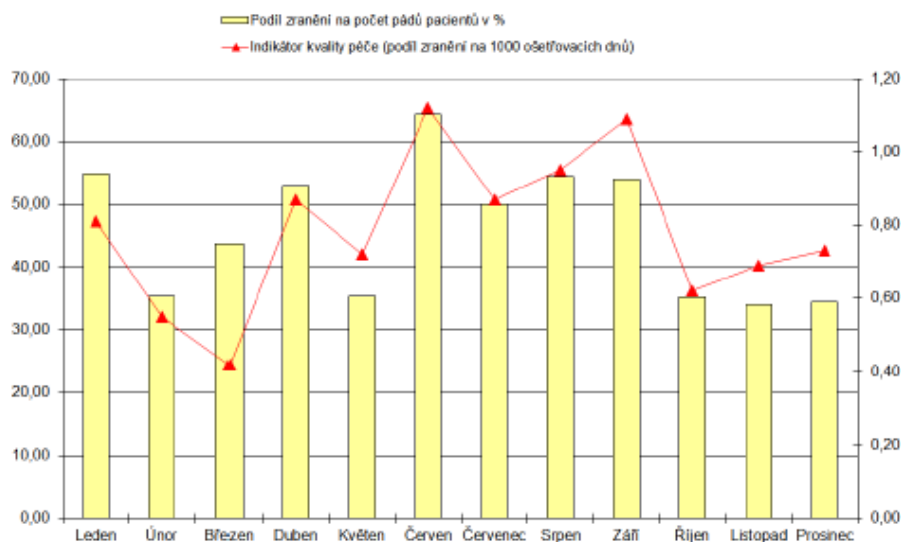
#### 9. Nežádoucích události skupiny „Pád pacienta“

Počty pádů (modře) a pádů se zraněním (červeně) v letech 2013-2020



Z grafu je zřejmé, že celkový počet pádů se v průběhu sledovaných období výrazně neliší. Přesto můžeme zaznamenat mírně klesající trend. V roce 2020 došlo k poklesu celkového počtu pádů o 8, došlo ale ke zvýšení počtu zranění. Mírný nárůst v roce 2016 může být způsoben důslednější evidencí nežádoucích událostí obecně a to především v souvislosti s probíhající akreditací SAK.

Podíl zranění na počet pádů pacientů v roce 2020 a úroveň indikátoru kvality péče



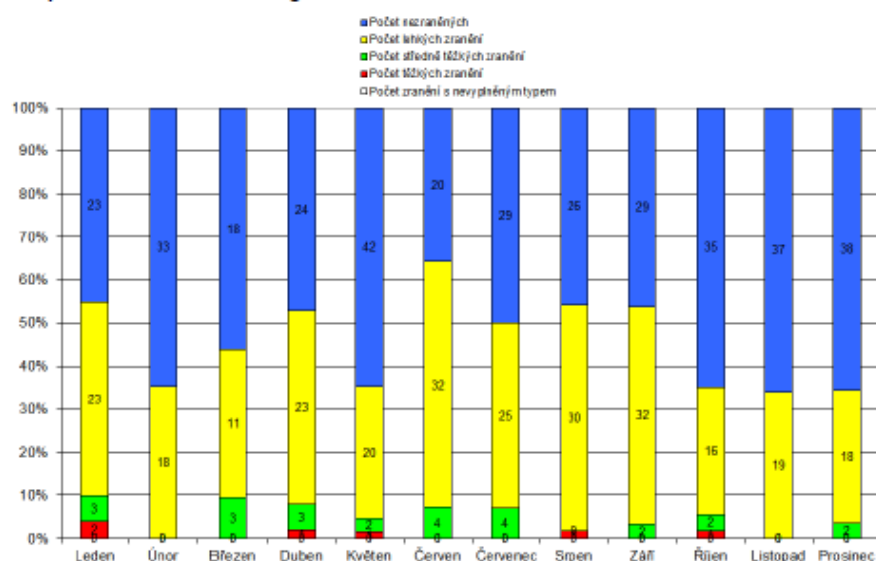
Indikátor kvality péče za rok 2020 je 0,70, což je hodnota o 0,12 vyšší než v roce 2019, jde o velmi příznivou hodnotu. Podíl zranění na počet pádů v % byl 45,71 (což je o 2,38 % více než v předchozím roce a také to znamená, že téměř u poloviny pádů dojde ke zranění).

**Podíl pádů na počet pacientů ve věku 65 let a více a podíl pacientů ve věku 65 let a více na celkový počet pacientů v %**



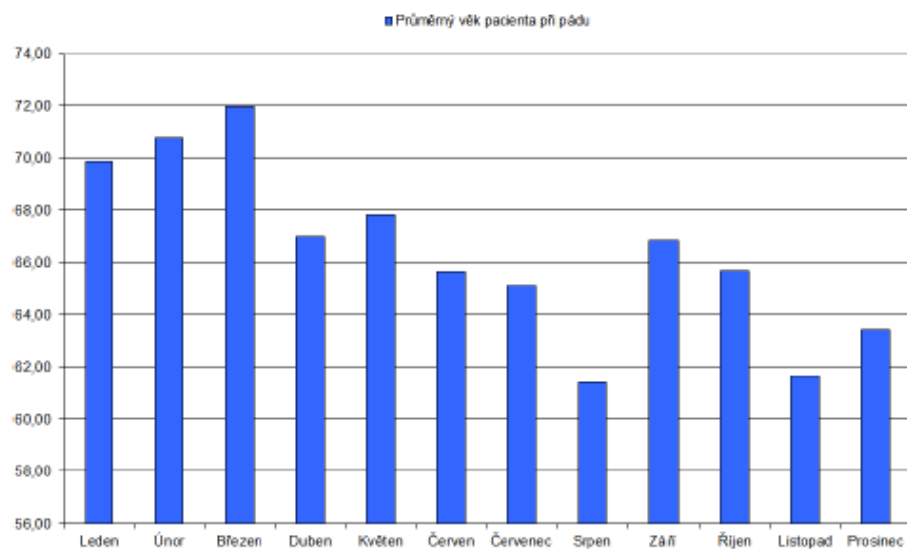
Z pohledu celé nemocnice nejčastěji dochází k pádům na gerontopsychiatrických odděleních (akutní i následné). V roce 2020 bylo nejvíce pádů hlášeno na primariátu 11 (geriatrie následná péče a odd. 34) a na primariátu 10 (geriatrie akutní péče). Podíl pádů na počet pacientů ve věku 65 let a více v % je 18,03.

**Podíl pádů se zraněním dle kategorií**



V roce 2020 bylo v PNB hlášeno celkem 1908 NU, z toho 652 pádů (pokles celkového počtu pádů ve srovnání s rokem 2018 o 8 pádů). NU Pad pacienta představuje 34 % z celkového počtu sledovaných NU. Z celkového počtu pádů bylo 15 pádů klasifikováno jako závažná NU (o 14 méně než v roce 2019). 354 pádů proběhlo bez zranění a u 208 pádů došlo ke zranění. Počet lehkých zranění byl 267, středně těžkých zranění bylo 25, počet těžkých zranění byl 6.

## Průměrný věk pacienta při pádu



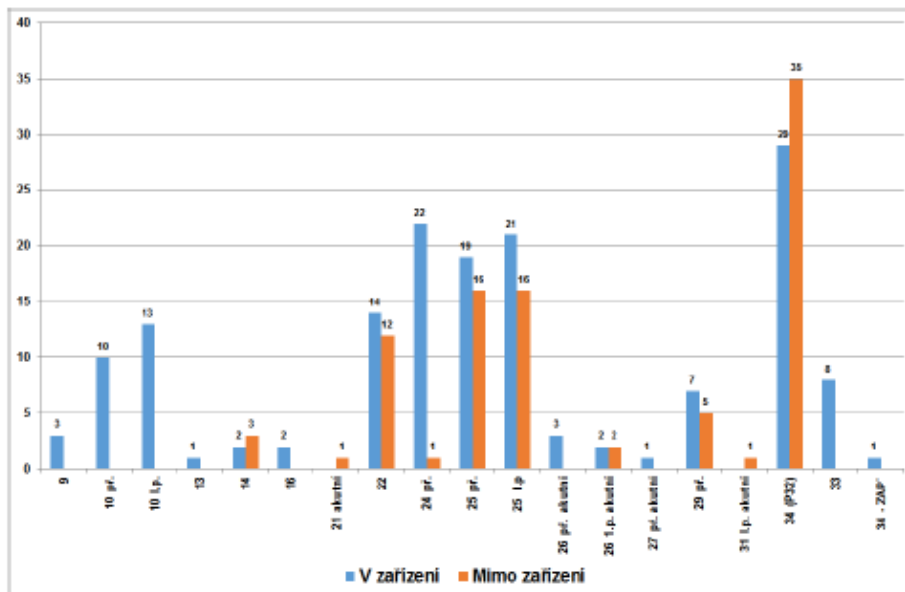
Podíl pacientů ve věku 65 let a více na celkový počet pacientů byl 20,12 %. Podíl pádů na počet pacientů ve věku 65 let a více byl 18,03 %. Průměrný věk pacienta při pádu byl 67,17 let.

## Příloha F – Nežádoucí události skupiny „Dekubity“

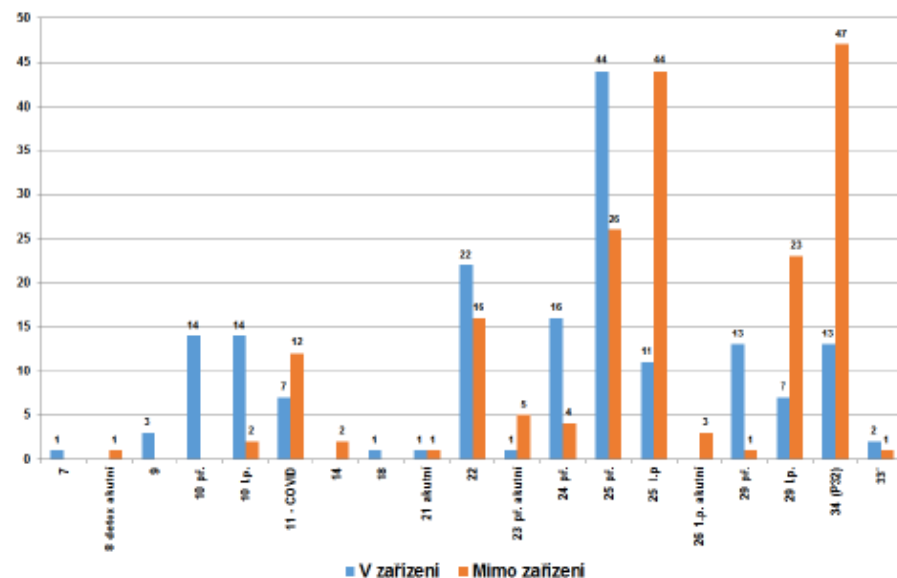
### Příloha č. 10

#### 10. Nežádoucí události skupiny „Dekubity“

Počty dekubitů v období od 1. 1. 2020 do 30. 6. 2020 podle místa vzniku (dle Hibbsové)



Počty dekubitů v období od 1. 7. 2020 do 31. 12. 2020 podle místa vzniku (dle EPUAP)



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Martin Henych**

**Obor: Evropská hospodářskosprávní studia**

**Forma studia: Kombinovaná**

**Název práce: Procesní řízení v Psychiatrické nemocnici Bohnice**

**Rok: 2021**

**Počet stran textu bez příloh: 55**

**Celkový počet stran příloh: 6**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 17**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1**

**Počet internetových zdrojů: 10**

**Vedoucí práce: JUDr. Aleš Zpěvák, Ph.D.**