

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Bc. Kamila Zámečnicková

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

POSTOJ ZDRAVOTNÍKŮ K PROFESNÍMU POCHYBENÍ

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Martinek, Ph.D.

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Kamila ZÁMEČNÍKOVÁ**
Osobní číslo: **Z16N0020P**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – CHIR**
Téma práce: **Postoj zdravotníků k profesnímu pochybení.**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah grafických prací:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- FARKAŠOVÁ, Dana. Ošetřovatelství – teorie. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
- KHAMISA, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. Journal Of Environmental Research And Public Health. 12 (1), 652-666. ISSN: 16604601.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. Historie ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s. ISBN 978-802-4732-244.
- POCHYLÁ, Karla. Koncepce českého ošetřovatelství: základní terminologie. 2.přepřac. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8
- ŠKRLA, Petr. Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetřovatelské péči. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162s.ISBN 80-7013-4194.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Lukáš Martinek, Ph.D.

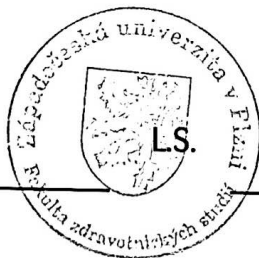
Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Datum zadání diplomové práce: **18. června 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Lukášovi Martinkovi, Ph.D. za odborné vedení práce a za věnovaný čas, cenné rady, vstřícnost a trpělivost. Také děkuji celé své rodině a přátelům za podporu během celé doby mého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Bc. Kamila Zámečnicková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Postoj zdravotníků k profesnímu pochybení

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Martinek, Ph.D.

Počet stran – číslované: 66

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 27

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 56

Klíčová slova: všeobecná sestra – kvalita péče – pochybení – moderní ošetrovatelství – bezpečnost pacienta – edukace – nežádoucí události

Souhrn:

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu ošetrovatelské péče. V teoretické části se práce zabývá teorií pochybení, kvalitou ošetrovatelské péče a bezpečnou péčí. Jsou uvedeny nejčastější pochybení a právní aspekty sester při ošetrování nemocných. Je zde také zmíněna prevence pochybení a významné oblasti edukace sester. Empirická část se zaměřuje na vlastní výzkumné šetření, kdy je provedena datová analýza nežádoucích událostí. V empirické části jsou za pomoci kvantitativního výzkumu a základních statistických metod vyhodnoceny stanovené hypotézy. Práce dochází k závěru, že kvalita zdravotní péče je pro nemocnice důležitá.

Annotation

Surname and name: Bc. Kamila Zámečnicková

Department: Nursing And Midwifery

Title of thesis: Attitude of health professionals to professional misconduct.

Consultant: Mgr. Lukáš Martinek, Ph.D.

Number of pages – numbered: 66

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 27

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 56

Keywords: Nurse – quality of care – malpractice – modern nursing care – patient safety – education – undesirable events

Summary:

The diploma thesis is focused on the quality of nursing care. The theoretical part deals with the theory of error, the quality of nursing care and safe care. The most common mistakes and legal aspects of nurses in the treatment of patients are listed. Mention prevention and important areas of nursing education are also mentioned. The empirical part focuses on the research itself, where a data analysis of adverse events is performed. In the empirical part, the established hypotheses are evaluated with the help of quantitative research and basic statistical methods. The work concludes that the quality of healthcare is important to hospitals.

OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 POCHYBENÍ V PRÁCI VŠEOBECNÉ SESTRY	14
1.1 Lidská dimenze pochybení	14
1.2 Příčiny pochybení	15
1.3 Klasifikace pochybení.....	16
1.4 Nejčastější typy pochybení v práci všeobecné sestry	18
1.5 Ostatní pochybení sester a jejich příčiny	19
1.6 Ostatní možné vlivy na pochybení všeobecných sester	19
1.7 Odpovědnost sester při překračování nebo porušování kompetencí během výkonu ošetrovatelské péče	20
1.8 Nejohroženější skupiny hospitalizovaných pacientů	20
1.9 Právní aspekty pochybení sestry při poskytování ošetrovatelské péče.....	21
1.9.1 Právní odpovědnost sestry	21
1.10 Prevence pochybení v ošetrovatelské péči	21
1.10.1 „Kniha bezpečí“ – minimalizace rizika pochybení	22
1.11 Významné oblasti edukace všeobecných sester	22
2 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	24
2.1 Znaky kvality ošetrovatelské péče	25
2.2 Program kontinuálního zvyšování kvality	26
2.2.1 Zdroje vyhodnocující kvalitu zdravotní péče	27
2.2.2 Indikátory kvality zdravotní péče	27
2.2.3 Audit	28
2.3 Standardy ošetrovatelské péče	29
3 SYSTÉMY KVALITY	30
3.1 Normy řady ISO.....	30
3.2 Akreditační systém ve zdravotnických zařízeních.....	31
3.2.1 Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations.....	32
3.2.2 Joint Commission International Accreditation	32
3.2.3 The international Society For Quality In Healthcare.....	33
3.2.4 Total Quality Management.....	33
3.2.5 EuropeanFoundationForQuality Management	33
3.2.6 Spojená akreditační komise České republiky	34
4 BEZPEČNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	35
4.1 Systém hlášení nežádoucích událostí.....	36
4.2 Manažer rizik ve zdravotnickém zařízení	37

PRAKTICKÁ ČÁST	39
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	39
5.1 Formulace problému	39
5.2 Cíl šetření	39
5.2.1 Hlavní cíl	39
5.2.2 Dílčí cíle	39
5.3 Hypotézy	40
5.3.1 Hypotéza H1	40
5.3.2 Hypotéza H2	40
5.3.3 Hypotéza H3	40
5.3.4 Hypotéza H4	40
5.4 Metodika průzkumu	41
5.5 Charakteristika souboru a sběr dat	41
5.6 Vzorek respondentů	42
5.7 Organizace výzkumu	42
5.8 Zpracování dat	42
5.8.1 Charakteristiky polohy	43
5.8.2 Aritmetický průměr	43
5.8.3 Medián	43
5.8.4 Rozptyl	43
5.8.5 Směrodatná odchylka	44
5.8.6 Korelace	44
5.8.7 Binomický test	44
5.8.8 Test Chí-kvadrát	44
6 PREZENTACE A INTERPRETACE DAT	46
6.1 1. část výzkumu – kvantitativní analýza dat	46
6.2 Nežádoucí události dle kategorií formuláře sběru dat NU a sledování jejich trendu – grafické zobrazení	47
6.2.1 Dekubity	47
6.2.2 Pády	48
6.2.3 Chování osob	49
6.2.4 Nehody a neočekávaná zranění	49
6.2.5 Klinický výkon	50
6.2.6 Medikace/ i.v. roztoky	50
6.2.7 Technické problémy	51
7 2. ČÁST – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ VE FN MOTOL	55
7.1 Hypotéza H1	55

7.2	Hypotéza H2	57
7.3	Hypotéza H3	59
7.4	Hypotéza H4	61
8	DISKUZE	63
	ZÁVĚR.....	67
	LITERATURA A PRAMENY.....	70
	SEZNAM ZKRATEK	79
	SEZNAM TABULEK	80
	SEZNAM GRAFŮ	81
	SEZNAM PŘÍLOH	82

ÚVOD

Každá všeobecná sestra má stejný cíl. A to, pomoci udržet a podporovat zdraví lidí. Vést je k odpovědnosti za vlastní zdraví. Pokud už lidé onemocní, naším cílem je poskytnout profesionální a bezchybnou pomoc. Je-li situace nejzávažnější, cílem je umožnit umírajícímu prožít zbytek života důstojně. Všeobecné sestry jsou ovšem jenom lidé a také se může vyskytnout problém pochybení.

Pochybení je v současné době v ošetrovatelské praxi tématem, které je velmi diskutované jak u odborné, tak u laické veřejnosti. Ne všechny nežádoucí události jsou hlášeny, je obtížné získat přesná a validní data. V České republice výzkum na podobné téma nebyl zatím realizován. Ale lze předpokládat, že výsledky by odpovídaly závěrům zahraničních studií.

Chybovat je lidské, a většina nežádoucích událostí je neúmyslná, proto trestat pracovníka za to co nechtěl udělat, je nemístné a neúčinné. Management nemocnic by měl vytvořit na odděleních takovou organizační kulturu, která podpoří zaměstnance v aktivním vyhledávání a hlášení možných rizik bez strachu z možných restriktivních opatření. V posledních letech byly vytvořeny systémy hlášení chyb pro zdravotnické pracovníky. Ti mají shromažďovat údaje o chybách a následně využít tyto informace k identifikaci příležitostí ke zlepšení. (Härkänen et al., 2015)

Teoretické přístupy se v dané problematice značně vyvíjely a proměňovaly. Stále se jedná o neukončený proces, který je třeba zdokonalovat a zodpovědně promýšlet ve všech jeho komplementárních dimenzích. Je třeba vytvářet vynikající podmínky, abychom pacientům poskytovali kvalitní, účinnou, hospodárnou a vysoce odbornou péči. Zdravotnické instituce v Česku se však na poskytování kvalitních ošetrovatelských služeb orientují ne zcela dostatečně. Přesto, že je kvalitní a bezpečná péče principiálním aspektem moderního pojetí ošetrovatelství a že k objektivnímu vyhodnocování její kvalitativní úrovně existují osvědčené mechanismy – systémy kvality. Za poslední desetiletí, kdy zdravotnictví prošlo značným vývojem, se potvrdilo, že zavádění systematických a ověřených přístupů vede ke zvýšení celkové kvality péče. Je však důležité, abychom jednotlivé systémy kvality využívali jako prostředek k zajištění vysoce odborné péče, nikoli jako cíl našeho úsilí. Pozitivně tak ovlivníme vedení zdravotnického zařízení, pokud s nimi dokážeme účinně a racionálně zacházet. Řízení kvality v institucích

nemocničního typu představuje komplexní problematiku, která v sobě zahrnuje jak vedení léčebné a ošetrovatelské péče, tak i správu podpůrných procesů ve zdravotnickém zařízení.

Chtějí-li zdravotnická zařízení poskytovat kvalitní a bezpečnou péči, musejí spolupracovat s věděním z mnoha oblastí (vědecké, klinické, technické, personální, poznávací a organizačních základů managementu zdravotní péče...)

V současném stavu zkoumané problematiky se systematicky věnují od druhé poloviny 20. století především zahraniční organizace a badatelé. V Evropě zájem o kvalitu poskytované zdravotní péče vzrůstá v souvislosti s ustanovením Evropské unie. V kontextu předkládaného výzkumného záměru je třeba zmínit především dvě významné studie – Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century (Překročení propasti kvality: nový zdravotnický systém pro 21. století) a To Err is Human: Building a Safer Health System (Chybovatí je lidské: budování bezpečnějšího zdravotnického systému), jež dramaticky ovlivnily jednak důvěru pacientů v systém zdravotnictví, jednak sebedůvěru zdravotníků. Výsledky obou studií demonstrovaly, že pochybení a omyly lékařských a ošetrovatelských týmů postihují okolo 5 % hospitalizovaných pacientů; z toho v důsledku medicínských omylů umírá o až 13,6 % pacientů. V souvislosti s neuspokojivými výsledky v oblasti kvality a bezpečí léčebné péče se proto v Evropské unii rozvíjejí nejrůznější iniciativy. (European Commission, 2013)

Nejdůležitějším cílem teoretické části je jednotlivé systémy řízení a zajišťování kvality zevrubně charakterizovat. V empirické části diplomové práce jsme popsali formulaci problému. Cílem této diplomové práce je zmapovat, na jaké úrovni funguje zavedený systém povinného hlášení nežádoucích událostí. Sledovat trend v hlášení nežádoucích událostí. Sledovat trend v hlášení nežádoucích událostí. Zjistit postoj nelékařského zdravotnického personálu k hlášení nežádoucích událostí, jejich sledování, proškolení v této oblasti. V kapitole pět jsme dopodrobna popsali celé výzkumné šetření a v šesté kapitole jsme prezentovali a interpretovali veškerá získaná data. V sedmé kapitole jsme se věnovali diskuzi a doporučením pro praxi, po které následuje závěr práce. V samotném konci práce je systematicky vypracovaný seznam použité literatury, seznam tabulek, grafů, příloh a vypracované rešerše.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Pochybení v práci všeobecné sestry

Poskytování ošetrovatelské péče je nejen složitá a velice náročná, ale i stále více riziková oblast. Všeobecná sestra jako člen ošetrovatelského týmu, který péči poskytuje je stále více vystavována stoupajícím požadavkům nejen na její odbornost, ale také rostoucím požadavkům na její odpovědnost za poskytování ošetrovatelské péče. Nárůst zájmu o tuto problematiku zapříčinily dokumenty „Chybovat je lidské“ a „Propast v kvalitě“ publikované v roce 2001 Americkým institutem medicíny, které na základě vědeckých studií prezentují závažnost pochybení a omylů zdravotníků. Tyto dokumenty doslova šokovaly nejen zdravotnický personál, ale i veřejnost. Je proto důležité uvědomit si naléhavost tohoto problému. Bezpečnost pacienta je jednou z hlavních priorit kvalitní a vysoce profesionální ošetrovatelské péče. Zajistit poskytování bezpečné ošetrovatelské péče představuje samotnou podstatu a smysl práce všeobecné sestry. (Škrla et. al., 2008)

1.1 Lidská dimenze pochybení

Pro pochopení lidské dimenze pochybení je nutné, abychom se zmínili o paměti dlouhodobé a paměti pracovní. Paměť dlouhodobá nám zajišťuje téměř neomezenou kapacitu, pracuje rychle a bez kognitivního úsilí. Na druhé straně máme paměť pracovní. Pracovní paměť je na rozdíl od dlouhodobé pomalá a vyžaduje kognitivní námahu, má omezenou kapacitu a u většiny lidí dokáže zvládnout v daném okamžiku pouze jeden zadaný úkol. (Škrla et al., 2008)

V krizových situacích, když se snažíme zaměřit svou pozornost na více problémů najednou, může dojít k přetížení pracovní paměti. Abychom tomuto stavu přetížení zabránili, snažíme se svou pozornost soustředit. Soustředění pozornosti pouze na určitou část problému může vést k zablokování pozornosti na nesprávné části problému. V takové situaci může dojít k chybnému řešení problému z důvodu úniku skutečné příčiny problému. (Škrla et al., 2008)

Zdravotnická zařízení představují komplexní systémy, které mohou být stabilní, to znamená spolehlivé a bezpečné, nebo naopak nestabilní, to znamená nespolehlivé a rizikové. Ve zdravotnických zařízeních je většina procesů realizována pomocí lidského jednání, proto je zde větší riziko pochybení na rozdíl od technických systémů. Pacient je hlavní vstup do terapeutických procesů, představuje velice variabilní složku. Řízení lidských rizik ve zdravotnických zařízeních činí kvalitativní záležitost, na rozdíl od průmyslu, kde tento vztah představuje spíše záležitost kvantitativní. (Škrla et al., 2008)

1.2 Příčiny pochybení

Seifert ve své článku uvádí, že součástí lidské práce jsou chyby a omyly všeho druhu zcela normální a faktory, které je ovlivňují a podporují, nemohou být zcela eliminovány (Seifert, 2009). Zdravotnická zařízení mají mnohem větší potenciál k pochybení, neboť většina procesů je realizována lidmi, a ne počítači či stroji. Na rozdíl od technických systémů je zdravotní systém založen na verbální a neformální komunikaci, a proto zde dochází k většímu šumu, a tím i k častějším možnostem pochybení. (Filipová, 2011)

Faktorů ovlivňujících vznik pochybení ve zdravotnictví existuje mnoho. Mezi nejzákladnější druh pochybení řadíme chyby vzniklé z nedostatečných znalostí a dovedností. Na chybách se velmi často uplatňují administrativní faktory, při kterých dochází k záměnám pacientů nebo výsledků. Možnou příčinou pochybení je také špatná komunikace personálu. K této chybě může dojít při předávání pacientů druhé směně, či na jiné oddělení a podobně. Mezi velmi ovlivňující faktor při vzniku pochybení řadíme únavu sester. Únava je vysoce rizikovým faktorem, kdy k pochybení může dojít, pokud je sestra přepracovaná, pocítuje hněv, úzkost nebo je příliš uspěchaná. Z těchto důvodů je větší možnost vzniku pochybení při práci všeobecné sestry. V neposlední řadě na pochybení mají vliv i osobnostní předpoklady k práci sestry. Pokud sestra nedokáže být empatická a dostatečně sebekritická, nedokáže si připustit rizika vzniku chyb. (Škrla, 2005)

1.3 Klasifikace pochybení

Existuje celá řada pohledů na klasifikaci pochybení. Názory na klasifikaci pochybení se v odborné literatuře rozcházejí. Proto není možné přesné definování jednotlivých stupňů a tříd. I v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení je ta stejná chyba vnímána na jednom oddělení jako zanedbatelná, zatímco na jiném oddělení stejné nemocnice je hodnocena jako vysoce riziková. Neprobíhá ani edukace personálu, který tak drobné chyby nikde nezaznamenává, tyto proto nejsou nijak řešeny a často se opakují. Na povrch vyplouvají hlavně fatální chyby, které proběhly, přičemž řešení mnohdy spočívá jen v minimalizaci škod a potrestání viníka.

Mezi uznávanou taxonomii patří odborná studie, kterou předložil v roce 2005 kolektiv autorů pod vedením A. Changa. Studie rozřazuje mimořádné události do několika kategorií. Každá kategorie je rozdělena do klasifikačních tříd, které popisují závažnost pochybení a následky pacienta. Podrobněji příloha C. (Škrla, 2005)

Největší pozornost zasluhují nežádoucí události s následky, ale nežádoucí události bez následků jsou pro nás také velice důležité. Nežádoucí události bez následků nám poskytují informace, které je možno analyzovat bez strachu z potrestání a přidaného stresu. Z těchto incidentů je možné analyzovat skutečné příčiny pochybení, tak jim efektivně předcházet. Je dobré připomínat si možnosti selhání lidského faktoru nebo systému, jen tak se nám podaří najít skutečné příčiny pochybení a navrhnout účinná opatření. (Škrla, 2005)

Další klasifikaci pochybení vytvořil britský psycholog James Reason, který se zabývá pochybením zdravotníků. Pochybení může způsobit lidský faktor. To řadíme do aktivní složky vzniku pochybení. Jde o interakce lidí s komplexním systémem. Vznikají v případě, kdy dochází k aktivnímu zapojení zaměstnance do daného pracovního procesu, jako například sestra podávající lék pacientovi. Jejich rozhodnutí nebo činnost mohou být chybené a pochybení má okamžitý vliv na bezpečí pacienta. (Škrla, 2005)

Dále do této klasifikace řadíme skrytou možnost vzniku pochybení. Ta vzniká v případě, kdy manažer, či administrátor učiní rozhodnutí, které ovlivní protokol, nebo organizační klima zdravotnického zařízení. Taková rozhodnutí mají dopad na plánování, komunikační systémy, dohled či pracovní přetížení zaměstnanců a tak negativně ovlivní bezpečnost pacientů. Dále sem řadíme chyby týkající

se dovedností. Zaměstnanec pochybí při výkonu rutinního úkolu. K chybě dochází při změně nebo přerušeni známého výkonu. Chyby, týkající se dodržování pravidel, standardů. Zaměstnanec neprovede výkon podle určených pravidel, standardů. Chyby, týkající se znalostí. K pochybení dochází v případě, že zaměstnanec není schopen správně aplikovat nebo využít své teoretické znalosti v nečekaných situacích. (Brabcová et al. 2015)

Ke klasifikaci pochybení lze využít také Pyramidu objemu pochybení podle závažnosti. Vrchol pyramidy představuje katastrofické mimořádné události, které mohou vést až v úmrtí pacienta. Následuje kategorie mimořádných událostí bez následků, kterých je podle této pyramidy mnohem více než událostí, které vedou poškození zdraví pacienta nebo například majetku zdravotnického zařízení. Na schématu pyramidy je tento rozdíl méně rozlišitelný. Třetí úroveň tvoří kategorie „Téměř pochybení“. V této kategorii nedochází k poškození pacienta. Pochybení bylo včas zabráněno. Znázornění obrázku v příloze D. (Škrla, 2005)

Dle Marxe lze klasifikovat chyby dle původce vzniku – aktivní a latentní.

Rozdíl mezi aktivními a latentními chybami je dán dobou, během které se projeví negativní důsledek chyby pro bezpečí pacientů. U aktivních chyb je důsledek prakticky okamžitý, u latentních chyb může uplynout velmi dlouhý čas – i několik let.

Aktivní chyba – chyba, která může vzniknout na úrovni konkrétního individuálního pracovníka. Jedná se o selhání lidského faktoru. Nejčastějšími důvody jsou: nepřiměřené sebevědomí, neznalost, ztráta sebekontroly nebo únava.

Latentní chyby vznikají jako důsledek rozhodnutí učiněných na vyšší úrovni řízení dané organizace. Latentní chyba, je chyba, které je skryta v systému – nejčastěji se jedná o změny zaběhlých pracovních postupů či standardů (manažeři kvality jednotlivých zdravotnických zařízení mnohdy tvoří v krátké době velké množství standardů, které pozměňují algoritmus pracovních postupů a které jednotliví pracovníci nestíhají sledovat a adekvátně na změny reagovat). (Marx, 2015)

1.4 Nejčastější typy pochybení v práci všeobecné sestry

Zdravotnická zařízení vytvářejí nebezpečné a nestabilní prostředí pro pacienty a zaměstnance. K zajištění bezpečnější péče patří hlavně seznámení s okolnostmi, při kterých k pochybení dochází. Mezi nejčastější typy pochybení řadíme:

- Diagnostická pochybení: Chybná či opožděná diagnóza, opožděná reakce na abnormální diagnostický výsledek, opomenutí diagnostického výkonu či operace zdravého orgánu.
- Selhání medicínské techniky.
- Infekce: Opomenutí podat pacientovi antibiotika nebo jejich opožděné podání, špatná hygiena rukou, opomenutí včas odstranit katétr aj.
- Nozokomiální infekce.
- Transfuzní omyly: Transfuze inkompatibilní krve či krve kontaminované bakteriemi nebo viry.
- Misinterpretace příkazů/výsledků: Přehlédnutí či špatný výklad diagnostického výsledku, chybné předání či zapsání telefonické ordinace, chybné interpretace varovného signálu na důležitých přístrojích následkem stresu, nepozornosti, spěchu a nedbalosti.
- Medikační pochybení či omyly: Špatný čas podání, opomenutí podat lék, nevhodná dávka léku, neoprávněné podání léku - postihují velký počet pacientů - Dr. Lesar analyzoval se svým týmem nejčastější chyby jako předávkování, nedostatečné informace, nedostatečná dávka, nevhodná forma léku, alergie na lék, duplikování medikace, nevhodný lék, nevhodný způsob podání a lék předepsaný jinému pacientovi - příčinou je nedostatečná znalost báze léku, kalkulační chyby, záměna podobných jmen, komplikované medikační režimy, rostoucí počet nových léků, chybné vstupní vyšetření jako opomenutí alergií, užití nevhodných zkratek, mentální blok a rušivé prostředí.

- Omyly a pochybení při operačních zákrocích.

Mezi nejčastější pochybení ze strany sester patří například zejména nedostatek vnímavosti k měnícímu se stavu pacienta, nedostatek morální odpovědnosti, nesprávné rozhodování, nedostatečná intervence, nedostatek preventivních opatření, chyby v ošetrovatelské dokumentaci a samozřejmě především medikační chyby, které jsou početně nejsilnější. (Škrla, 2005)

1.5 Ostatní pochybení sester a jejich příčiny

Dalšími závažnými typy pochybení v práci všeobecné sestry jsou například neposkytnutí akutní péče včas a provádění postupů bez dostatečných znalostí a dovedností.

Hlavními příčinami ošetrovatelských pochybení jsou nedostatečná orientace nových zaměstnanců na ošetrovatelské jednotce. Mezi další příčiny patří nedostatečná nebo nevhodná komunikace na pracovišti. Velice důležitá je také dostatečná informovanost sester a dostatečná supervize. Pochybení může vzniknout také z důsledku narušení soustředěnosti. (Škrla et al. 2008)

1.6 Ostatní možné vlivy na pochybení všeobecných sester

Velký vliv na příčinu pochybení v práci sestry může mít také pracovní prostředí. Oddělení, na kterém sestry pracují, se různě liší, ale vždy jsou uspořádány do logicky daných celků (sesterna, pokoje pro pacienty, chodba, technické prostory). Prostorové vztahy předurčují, kolik času sestra musí věnovat přecházení či chození z určitého místa na místo, a do jisté míry také ovlivní počet pochybení na daném oddělení. (Brabcová et al. 2015)

Dalším vysokým vlivem na pochybení v práci sester má předávání nebo převoz pacientů. Předávání pacientů jednou sestrou druhé sestře, ze směny na směnu nebo také z oddělení na oddělení, v jiném případě ze zdravotnického zařízení do jiného zdravotnického zařízení představuje vysoké riziko pochybení a mimořádných událostí. V takových případech dochází k přerušení kontinuity péče. Může dojít ke ztrátě důležitých informací a tím ohrozit zdravotní stav pacienta. (Brabcová et al. 2015)

1.7 Odpovědnost sester při překračování nebo porušování kompetencí během výkonu ošetrovatelské péče

Pojem odpovědnost je definován jako ochota trpět sankce za protiprávní jednání. Odpovědnosti je sestra volána v případech, kdy jedná protiprávně tedy non lege artis. Za protiprávní jednání je považováno jednání, které je v rozporu s platnými právními ustanoveními, kde můžeme zařadit nedodržení metodických postupů, platných standardů či postupů lege artis a neuposlechnutí příkazu nadřízeného. (Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2004 Sb). Sestra se protiprávního jednání může dopustit aktivním nebo pasivním způsobem. Za aktivní způsob se považuje vykonávání činnosti, která je v rozporu se zákonem. Za pasivní protiprávní jednání se považuje takové, kdy sestra neplní povinnosti, které jí ukládá právní předpis. Při porušování nebo překračování kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče, může být sestra volána k následujícím odpovědnostem: trestněprávní odpovědnost, občanskoprávní odpovědnost, pracovněprávní odpovědnost, správně právní odpovědnost, disciplinární odpovědnost a smluvní odpovědnost. (Vondráček, Wirthová, 2009)

Sestra by měla vždy poskytovat ošetrovatelskou péči na základě postupů lege artis, což znamená v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy.

1.8 Nejohroženější skupiny hospitalizovaných pacientů

Mezi nejohroženější skupiny pacientů patří senioři. Starší lidé jsou vystaveni většímu riziku poškození ze strany zdravotnického personálu. Důvody jsou multifaktoriální a mají kořeny ve fyziologických i biologických změnách, které provázejí stárnutí organismu. Senioři trpí většinou početnými onemocněními, současně dostávají velké množství léčebných intervencí, medikací a zůstávají v nemocnici delší dobu. To řadíme mezi rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost komplikací během léčby. (Brabcová et al. 2015)

1.9 Právní aspekty pochybení sestry při poskytování ošetrovatelské péče

Nejdůležitější právní normou pro sestry je tedy zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.

Sestra je z pohledu práva občanem, který má stejná práva a povinnosti jako kdokoliv jiný. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči v souladu se svou pracovní náplní a podle pokynu nadřízeného zaměstnance dle své kvalifikace. Ošetrovatelskou péči poskytuje lege artis, což v praxi znamená v souladu s předpisy, které upravují poskytování zdravotní péče, a se standardy upravujícími konkrétní postup při provádění konkrétních ošetrovatelských výkonů. (Vondráček et al. 2009)

1.9.1 Právní odpovědnost sestry

Při poskytování ošetrovatelské péče přichází v úvahu, v případě pochybení u sestry, trestněprávní, občanskoprávní, pracovněprávní, disciplinární a smluvní odpovědnost. Trestní čin může spáchat vědomě nebo neúmyslně vlivem nedbalosti či neznalosti. Z hlediska občanskoprávní odpovědnosti se jedná hlavně o způsobenou škodu. Tato odpovědnost se týká škody majetkové na věcech pacienta nebo zaměstnavatele a škody nemajetkové způsobené na zdraví nebo osobnostních právech. K disciplinární odpovědnosti může být sestra volána pouze, je-li členem stavovské sesterské organizace. Většinou se jedná o neetické chování vůči pacientům nebo neprofesionální jednání se spolupracovníky (Vondráček, Wirthová, 2009)

1.10 Prevence pochybení v ošetrovatelské péči

System zdravotnictví v dnešní době si je dobře vědom toho, že zajištění bezpečné péče a bezpečného prostředí pro pacienty je hlavní prioritou zdravotnických zařízení. K úspěšnému dosažení tohoto cíle ve všech zdravotnických zařízeních je nutné zajistit rychlé hlášení mimořádných událostí, jejich rychlé a efektivní řešení a také smysluplné vyhodnocení. Cílem celého procesu není hledání viníků a jejich následné trestání, ale především zapojit všechny zaměstnance k důslednému a soustavnému napravování a zkvalitňování vadných procesů a systémů. (Vondráček, 2005)

V poskytování ošetrovatelské péče hraje velmi důležitou roli sestra. Každá sestra na daném oddělení se musí snažit o zajištění bezpečné ošetrovatelské péče.

Proto se potřebují seznámit s okolnostmi, za kterých k pochybení nejčastěji dochází, a jak pečovat sama o sebe, aby k pochybení nedocházelo. (Vondráček et al. 2006)

1.10.1 „Kniha bezpečí“ – minimalizace rizika pochybení

Součástí Portálu kvality Ministerstva zdravotnictví České republiky je kniha bezpečí už od roku 2008. Kniha bezpečí je určena všem občanům, kteří využívají různé typy zdravotnických služeb. Poskytuje pacientům informace, které jim napomáhají v lepší orientaci a v eliminaci rizik v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Jejím hlavním cílem je vysvětlit základní informace týkající se výběru zdravotnického zařízení, procesu přijímání pacienta k hospitalizaci a péče ambulantních zařízení. Část dokumentu se věnuje právu pacienta. Dokument slouží také pro odborníky ve zdravotnictví, vysvětluje význam podpůrných činností, minimalizující rizika poškození pacientů nebo samotných zdravotníků při poskytování ošetrovatelské péče. Pro zdravotnický personál portál uvádí metodické pokyny pro sledování nežádoucích událostí. (MZČR ČR, 2012)

1.11 Významné oblasti edukace všeobecných sester

Je důležité, aby v rámci celoživotního vzdělávání sester bylo využito edukace prostřednictvím školení, seminářů a konferencí, které vždy zajistí předání důležitých a aktuálních informací o bezpečnostních opatřeních s cílem zajistit kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péči.

Vnitřními předpisy je vždy stanoven způsob identifikace pacienta, nutná je minimálně dvojitá identifikace (např. jméno a datum narození) a identifikace je nezbytné provádět opakovaně před podáním všech léčiv a jiných přípravků, před odběry biologického materiálu a před diagnostickými a terapeutickými výkony. V oblasti prevence infekcí a nemocničních nákaz je nezbytné zavedení vhodných postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče. Základem této prevence je správný postup při hygieně rukou, používání dezinfekčních prostředků, používání bariérové techniky a dostupnost potřebného materiálu – mýdla, jednorázových ručníků, dezinfekce, rukavic, plášťů a ochranných oděvů a samozřejmě používání ústních roušek a ochrany očí. Velkou pozornost je nutné věnovat riziku medikačních chyb, které jsou z hlediska pochybení sester

nejčastější. Problém nastane v případě nepřesné či nekompletní instrukce k podání léku. Tím je nedostatek informací pro aplikaci studijního léku v rámci klinického hodnocení nebo nepodání informace o užití léku na lačno. Často nejsou hlídány kontraindikace podání léčiv (alergie, celkový stav, komorbidity aj.). Může být také vynechána dávka nebo lék z důvodu přehlédnutí ordinace lékaře ve zdravotnické dokumentaci pacienta nebo nedostupnosti léku. Negativně působí také přetížení sester v důsledku minimálního počtu sester na oddělení při maximálním vytížení lůžkové kapacity. Efektivní vzájemná komunikace mezi členy celého ošetrovatelského týmu a vhodná komunikace s pacienty je další faktor, který může snížit výskyt chyb při medikaci. V otázce komunikace ošetřujícího personálu s pacienty je nutné správně odhadnout míru ochoty a možností pacienta ke spolupráci. Spolupráce pacienta, jeho zájem o průběh léčení a jeho edukace sestrou je rozhodně nedílnou součástí snížení rizik pochybení. (Plevová, 2012).

2 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Kvalitu lze definovat mnoha způsoby. Její prožívání je subjektivní, jedinečné a intuitivní. V každém případě lze v jejím obsahovém vymezení určit tři fundamentální pohledy: bezvadnost, co nejvyšší užitné parametry, stabilitu jakosti výrobku (respektive služby). Kvalita sama osobě nic nepředstavuje, je důležité ji spojit s určitou hodnotou, aby nabyla svého smyslu. V původním významu znázorňovala údaj o vlastnosti určité věci a hledání odpovědi na otázku „Jaký?“. Pojem kvalita je ostatně od latinského tvaru tázacího zájmena „Qualis?“ odvozen. Uvedené vymezení je spjaté s osobou řeckého filosofa Aristotela, podle něhož kvality (barva, vůně...) pocházejí ze smyslového vnímání, a jsou tak nezbytně podmíněny vnímajícím subjektem a okolnostmi. Z tohoto důvodu se kvalita vyjadřuje v kritériích kvality. Na kvalitu je potřebné se dívat jako na výsledek třech působících sil: - producenti, kteří jsou odpovědní za dodávanou kvalitu, - procesy, představující způsoby nebo systémy, kterými producenti zabezpečují kvalitu, - lidé, na které úsilí a kvalita působí. (Jakušová, 2010)

Kvalita zdravotnického zařízení je především závislá na kulturním a sociálním prostředí. Hlavním důvodem je to, že kvalitu ovlivňují společenské hodnoty a individuální hodnoty. Za společenské nebo kolektivní hodnoty jsou považovány názory dominující společnosti. Individuální hodnoty jsou rozšiřovány osobami, které definují kvalitu. Jedná se například o zástupce vlády nebo zdravotnické instituce. (SAK, 2012). V současnosti je velké množství zdravotnických zařízení zaměřujících se na zvyšování kvality zdravotní péče. Avšak motivace těchto zdravotnických zařízení bývají rozdílné. Každé zdravotnické zařízení má jeden druh motivace stejný a tím může být uspokojování požadavků na získání akreditačních standardů, dosáhnutí zvýšení prestiže nebo větší konkurenceschopnost na trhu s ostatními zdravotnickými zařízeními. Právě poskytovaná péče a její kvalita je hlavní zdroj úspěchu a dobrého jména u pacientů. (Sestra IN, 2015)

Je nutné, aby všichni pracovníci ve zdravotnictví měli povědomí o kvalitě, o systému a své roli. Pokud sestra zná všechny potřebné údaje, tak se může plně a aktivně zapojit do procesu na udržování a zvyšování kvality i bezpečí. Již od dvacátého století se začalo právo lékařů/zdravotníků na individuální hodnocení kvality poskytované péče zpochybňovat. Posledních dvacet let jsou do zdravotnictví postupně zaváděny systémy na řízení a měření kvality. Jsou stanovovány standardy určující kvalitu poskytovaných služeb v lůžkových zařízeních, v ambulantní péči a v dalších oblastech zdravotnictví.

Veškerá tato opatření jsou zjišťována za jediným cílem, kterým je zvyšování kvality a edukace pomocí zavedených akreditací a certifikací na pracovištích. Jan Šťastný (2015) ve svém článku vysvětlil, že právě kvalita zdravotní péče a její hodnocení je hlavním tématem odborníků i laiků. Hlavními důvody jsou moderní medicínské technologie a postavení pacienta v systému zdravotnictví. Na kvalitu je možné se dívat i z širšího hlediska, které znázorňuje tři úrovně. Jedná se o úroveň preventivní, diagnostickou a komplexní rehabilitaci.

Kvalita zdravotní péče je definována řadou různých dimenzí, které závisí na tom, kdo zdravotní péči poskytuje, využívá, popřípadě platí. Kvalita je pro poskytovatele zdravotní péče čím dál významnější, protože je podstatné respektovat standardy, ale i hodnoty, potřeby a přání pacienta a individualizaci péče. Současná doba přináší do oblasti zdravotnictví neustálý pokrok s novými technologiemi a postupy. (Jarošová a spol., 2015)

Hlavním cílem zvyšování kvality poskytované péče a bezpečí pacienta je efektivně vyhodnotit přání a potřeby pacienta při minimálních rizicích a nákladech. Jelikož se zdravotní péče týká více pracovišť ve zdravotnickém zařízení, musí být zaveden celkový systém řízení kvality, který bude vycházet z identifikovaných činností a stanovených priorit. (STAPRO, 2016)

Při zvyšování kvality jsou definovány čtyři zdroje dat, pomocí nichž je možné měřit a vyhodnocovat kvalitu poskytované péče. Hlavním zdrojem jsou pacienti a klienti, následují zdroje z auditů, indikátory kvality a externí experti (Válková, 2015).

2.1 Znaky kvality ošetrovatelské péče

Pro objektivizaci kvalitní ošetrovatelské péče, je nutné určení znaků kvality. Mezi znaky kvality patří například dostupnost péče v dané lokalitě. Dalším znakem kvality ošetrovatelské péče je přijatelnost péče. Služby, které jsou poskytovány, musí uspokojit očekávání pacientů a veřejnosti. Efektivita péče je také jedním ze znaků kvality ošetrovatelské péče. Službami dosáhneme jistého stanoveného výsledku. Důležitá je také rovnocennost péče. Každému bez rozdílu se poskytují stejné služby. (Plevová, 2012)

Kvalitní ošetrovatelskou péči u nás i ve světě charakterizují určité znaky. Řadíme sem: jasnou koncepci ošetrovatelství v každém zdravotnickém zařízení, ošetrovatelská péče se poskytuje pomocí ošetrovatelského procesu, ošetrovatelská péče je odvozena od potřeb pacienta, při poskytování ošetrovatelské péče se respektují práva pacienta, práce při poskytování ošetrovatelské péče je týmová, ošetrovatelský tým je odborně připravený a motivovaný, ošetrovatelský tým si stanovuje reálné cíle, ošetrovatelský tým dodržuje profesionální etický kodex, ošetrovatelská péče se poskytuje na základě nejnovějších vědeckých poznatků. (Plevová, 2012)

Potřeba zvyšovat kvalitu zdravotnických služeb dostupných pro pacienty je naléhavá. Ve svém výzkumu Kaynak (2016) naznačuje vztah mezi efektivní týmovou prací a kvalitní péčí. Tento očekávaný vztah nevznikne automaticky. Zdravotnické zařízení musí podporovat a udržovat efektivní zdravotnické týmy (Kaynak, 2016)

Odborník na kvalitu ve zdravotnictví Avedis Donabedian sestavil model na měření a zvyšování kvality zdravotní péče. Součástí modelu je struktura, proces a výsledek. V rámci strukturální části je popsáno vybavení zdravotnického zařízení nebo počet personálu. Proces obsahuje různé režimy, například hygienický, provozní, diagnostický nebo ošetrovatelský. Výsledek, který Donabedian nazývá i jako statistika obsahuje druhy managementů, spokojenost pacientů nebo vznik pádů (Válková, 2015).

2.2 Program kontinuálního zvyšování kvality

Pojem kvality zdravotní péče není absolutní a neustále se vyvíjí a zlepšuje, z tohoto důvodu je nutné uvažovat o kontinuálním procesu. Každé zdravotnické zařízení by mělo monitorovat a vyhodnocovat kvalitu poskytované zdravotní péče a zavádět do praxe Program kontinuálního zvyšování kvality – dále jen TQM (Total Quality Management). Nástrojem TQM je standardizace a audity. Systematické ověřování, zda reálně poskytovaná zdravotní péče odpovídá profesionálním standardům. Důvodem zavádění programu kvality do všech složek zdravotní péče je zajištění spokojenosti pacientů, klientů a jejich práv při poskytování zdravotní péče. Kontinuální zvyšování kvality je založeno na principu, který se zaměřuje na uspokojování potřeb klienta. Potřeby klienta musí být uspokojeny s nejnižšími náklady na zdroje a s nejmenším úsilím. Během několika posledních let byly akceptovány požadavky na řízení procesu kontinuálního zvyšování

kvality manažery zdravotnických zařízení. Značná část je přisuzována vývoji legislativních požadavků, které věnují pozornost a péči na zajištění kvality a její aplikace ve zdravotnických zařízeních (Šupšáková, 2017).

2.2.1 Zdroje vyhodnocující kvalitu zdravotní péče

Informace o kvalitě zdravotní péče zdravotnické zařízení získává od pacientů a jiných interních nebo externích zdrojů. Informace o kvalitě může získat také od externích odborníků, nebo z výsledků prováděných auditů. Směrodatné informace o kvalitě zdravotní péče nám poskytují indikátory kvality.

Nejčastěji jsou užívány audity a indikátory kvality, externí odborníci nebo inspektoři, jelikož jsou nejvíce autoritativní. Pacienti a jiní klienti jsou méně objektivní. (JointCommission International, 2008)

2.2.2 Indikátory kvality zdravotní péče

V České republice byl proces sledování indikátorů kvality vytvořen v roce 2002, kdy první zdravotnické zařízení splnilo podmínky akreditace stanovené Spojenou akreditační komisí ČR. Indikátor kvality má za cíl zjistit, do jaké míry jsou splněny standardy či směrnice. Ukazatel kvality je označován za kritérium, které se může srovnávat s určitým standardem. Může být také specifikován jako návod na monitoring zvyšování kvality a hodnocení zlepšování kvality. Samozřejmě může zkoumat jak pozitivní, tak negativní jevy. Somrová a Bártlová ve svém výzkumu zjistily, že nejdůležitější indikátory kvality jsou dekubity, pády pacientů a medikační pochybení. Jako méně důležité jsou považovány mimořádné nežádoucí události, spokojenost pacientů a personálu (Somrová, Bártlová, 2013).

Zdravotnická zařízení si určují jednotlivé indikátory kvality, které sledují. Díky těmto indikátorům mohou výrazně ovlivňovat řízení kvality a rizik. (Brabcová, Bártlová, 2015).

Válková (2015) rozděluje indikátory na dva druhy. První je poměrový indikátor, jehož základním účelem je sběr dat, jevů vyskytujících se s pravidelnou frekvencí a bývají specifikovány pomocí poměrů nebo průměrů. Aby mohly být indikátory porovnávány, musí být jeho součástí vždy číselník a jmenovatel, který slouží k následnému zkoumání vztahu s celkovým počtem. Také mohou být využity k sestavení grafu nebo

k procentuálnímu vyjádření. Druhý je označován jako strážní indikátor kvality, který se využívá při mimořádných událostech. Tento identifikátor zkoumá jevy, u kterých musí být neprodleně provedeno vyšetřování a analýza příčin. Jedná se o nežádoucí nečekané události, jako je například smrt pacienta (Válková, 2015).

Jelikož je indikátor kvality vyjádřen kvantitativně, tedy číslem nebo procentem, jedná se o statistický ukazatel. Tento druh indikátoru je považován za varovný signál, který nás informuje o tom, že existuje nějaký problém nebo není něco v pořádku. Údaje získané pomocí indikátorů nás seznamují s kvalitou procesů zdravotnických zařízení. Indikátorem může být i možné riziko nebo specifická událost. Na hodnocení je využíván proces, který se skládá z identifikování, vyhodnocení a řešení problémů. Může se jednat o problémy, které již nastaly, nebo které v budoucnosti nastanou. Získané výsledky z procesu hodnocení indikátorů pomohou předcházet zraněním, poškozením či finančním ztrátám. Identifikátory kvality zdravotní péče jsou například pooperační komplikace, spotřeba antibiotik, délka hospitalizace nebo pády pacientů. Zkoumání a sledování indikátorů nemusí být pouze v rámci zdravotnického zařízení, ale i na národní a mezinárodní úrovni (SAK, 2012).

2.2.3 Audit

Válková (2015) označuje audit za nezávislý, systematický proces, který musí auditor dokumentovat. Audit se zpracovává za účelem získání důkazu o tom, že jsou činnosti prováděny správným způsobem. Jeho účelem je jednorázově měřit kvalitu a zjišťovat rozdíl mezi skutečností a stanoveným standardem. Audit je povinnou částí managementu kvality. Občas bývá označován za nástroj, který slouží k posouzení platnosti a aktuálnosti standardu. Audit představuje součást každého standardu a obsahuje monitoring kritérií. Pod slovem audit je možné si představit kontrolu nebo revizi. Jedná se o proces, který dokumentuje získané důkazy o správně prováděných činnostech. Systematicky kontroluje správný způsob poskytované ošetrovatelské péče. Audit má za úkol zkoumat účinnost a vhodnost standardu. Jeho účelem je i zjistit, jestli není potřeba zavést změny. Součástí auditu musí být vyhodnocení plnění standardu, název oddělení, jména auditorů, datum a použité metody. Jsou dva druhy auditu, interní a externí. Interní provádí auditor daného zdravotnického zařízení a externí audit vykonává odborná certifikační komise, která se řídí akreditovanými standardy (Mášová, Havrdlíková, 2009).

Z pohledu zdravotnického personálu je audit negativní. Podle jejich názoru je cílem auditu kritizovat a vytýkat chyby. Avšak v auditu by měla být viděna příležitost na zlepšení a poučení se z chyb. Nezaměřuje se pouze na práci sester, ale i na vedenou dokumentaci nebo hospodaření s léčivý. Audit patří k nejučinnějším nástrojům pro zvyšování kvality.

2.3 Standardy ošetrovatelské péče

Ošetrovatelský standard je platná, dohodnutá definice přijatelné ošetrovatelské péče. Standard je platnou normou a její zásluhou můžeme hodnotit, zda ošetrovatelská péče odpovídá požadované úrovni. Standard určuje, co je potřebné a nezbytné pro základní normu požadovanou při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské standardy jsou základními pilíři při plánování, realizaci a prověřování kvality poskytovaných služeb. Jejich úkolem je také ukázat, že poskytování ošetrovatelské péče je pro společnost, pacienty prospěšné. (Bocková, 2011)

Ošetrovatelské standardy jsou ukazateli kvality i kvantity, musí tedy naplňovat potřeby společnosti, pro kterou jsou určeny, a musí vycházet z jejich zdrojů. Standard by měl být vždy flexibilní a poskytovat prostor pro různé změny a inovace v souladu se zmíněnými potřebami společnosti. Standard představuje přesně popsanou úroveň kritérií péče, která je v dané chvíli považována za výraz dobré kvality péče. Ošetrovatelské standardy mají veliký význam pro zvyšování kvality péče, která má být poskytnuta. (Bocková, 2011)

Standardy se nezaměřují pouze na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, ale také vymezují obsah a náplň činnosti sestry, kompetenční vztahy, místo působení sestry, vzdělávací a etická kritéria její práce. Ošetrovatelské standardy se neustále rozvíjejí. Jsou založeny na společných výsledcích vědy, techniky a praxe. Ošetrovatelská péče, která je poskytována pod minimální úroveň standardu se stává rizikovou a může ohrozit zdravotní stav pacienta. Každý stát při tvorbě standardů vychází z vlastních podmínek, přesto jsou pro všechny státy s vyspělým ošetrovatelstvím společné všeobecné normy pro poskytování ošetrovatelské péče. Ty jsou vyjádřeny v doporučeních mezinárodních organizací. Posléze jsou transformovány do koncepcí rozvoje ošetrovatelství jednotlivých států. (Bocková, 2011)

3 SYSTÉMY KVALITY

System kvality lze definovat - „*Souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvalit poskytování zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenost obyvatel, o něž pečují*“.

K hodnocení kvality péče je třeba stanovit určitá kritéria, která následně hodnotí třetí strana formou externího auditu. V současné době existuje několik systémů, jejichž úkolem je zabývat se kontrolou, monitorováním, analyzováním a hodnocením kvality péče. (Alkhenizan, 2011)

Pro přehlednější uspořádání modelů kvality je manželé Škrlovi (2003) rozdělují do základních kategorií:

- Modely systémů řízení kvality – ISO (Mezinárodní organizace pro normalizaci).
- Modely národních a nadnárodních akreditačních standardů – JCAHO, JCIA, ANAES, SAK ČR.
- Modely, které definují tvorbu národních akreditačních standardů – ISQua, ALPHA.
- Modely excelence neboli světové ceny za kvalitu – Baldrige, EFQM, Six Sigma.

3.1 Normy řady ISO

ISO normy jsou sestavovány organizací, která se nazývá International Organisation for Standardisation. Jsou považovány za nejznámější standardy a jsou hlavním podkladem pro měření kvality v organizaci. Soubor norem ISO je koncipován jako univerzální (generický) nástroj, který je vhodný k aplikaci, a to jak z pohledu velikosti organizací,

tak i jejich profesního směřování – tj. pro podnikatelské subjekty (průmyslové, obchodní, dopravní apod.), neziskové organizace (zdravotnická zařízení, vzdělávací instituce) nebo organizace státní a veřejné správy (ministerstva, městské a obecní úřady). (ABOUT ISO, 2016)

Při uplatňování systému jakosti podle norem ISO lze předpokládat, že v dané organizaci (v našem případě zdravotnické) budou ovlivněny s kladným výsledkem následující oblasti:

- Systematická správa dokumentace (včetně například zdravotnické, která obsahuje důvěrné informace za účelem zdravotní péče).
- Zaměstnanci zdravotnického zařízení mají přesně vymezenou odpovědnost a pravomoci.
- Zdravotnické zařízení má větší důvěru společnosti.
- Zdravotnické zařízení má větší šance uspět v konkurenci ostatních institucí.

Vedení společností je ve svých podnicích zavádějí především proto, že vytvářejí řád, kladou velký význam na pořádek, pomáhají při dodržování předpisů, řízení kvality a řízení lidských zdrojů (Kuzníková, 2011).

3.2 Akreditační systém ve zdravotnických zařízeních

Zájem o akreditace celosvětově stoupá a slouží jako účinný nástroj pro hodnocení i pro řízení kvality. Obvykle zdravotnická zařízení žádají o akreditace dobrovolně. Veškeré akreditační standardy jsou považovány za dosažitelné a optimální. Pomocí akreditace se hodnocené zařízení zavazuje zvyšovat kvalitu péče o pacienty, poskytovat bezpečné prostředí pro pacienty a snižovat rizika, která mohou ohrozit pacienty i zaměstnance. (Joint Commission International, 2008)

Akreditace je proces obsahující hodnocení zdravotnického zařízení externími organizacemi (většinou se jedná o nestátní organizace) a následné posouzení vhodnosti

aplikovaných postupů daného zařízení. Zkoumá se velikost shody s požadavky na zvyšování kvality péče (Joint Commission International, 2008).

Postupem času se rozvíjelo několik dalších přístupů k vyhodnocování úrovně kvality poskytovaných zdravotnických činností. V pododdílech níže jsou popsány vybrané systémy řízení a zajišťování kvality ve světě i v České republice. (Škrla et al. 2003)

3.2.1 Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations

Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organization, dále JCAHO je nezávislá nezisková organizace založena Americkým svazem chirurgů. Jejím hlavním cílem bylo zpracování kritérií pro hodnocení úrovně a kvality poskytované zdravotní péče v nemocnicích. Od roku 1976 kdy byl touto komisí vydán první akreditační manuál, organizace výrazně ovlivňuje vypracování a zavádění akreditačních standardů ve zdravotnických zařízeních po celém světě. Patří mezi nejrespektovanější instituce, které realizují akreditační řízení. JCI původně definovala 368 standardů; jejich počet se však časem dále rozšiřoval. Nové standardy akcentují především zajištění bezpečí pacientů během hospitalizace a prevenci omylů při poskytování péče. Součástí standardů se staly tzv. Bezpečnostní cíle JCI, které reflektují potenciálně rizikové situace během pobytu pacienta v nemocnici; standardy například ukládají, že nemocnice musí stanovit transparentní pravidla pro identifikaci pacienta, postup na kontrolu správné strany operace či pravidla pro předepisování a podávání léků. V Česku obdržely prestižní certifikát JCI v minulých letech například následující zdravotnické organizace: Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská nemocnice Praha, Ústav hematologie a krevní transfuze, Nemocnice Na Homolce, Masarykův onkologický ústav a Fakultní nemocnice Ostrava. (ABOUT JOINT COMMISSION, 2015)

3.2.2 Joint Commission International Accreditation

Joint Commission International Accreditation, dále jen JCI, je společností, která spadá pod JCAHO. Působí od roku 1999, kdy vydala mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic. Organizace své standardy zaměřuje na dvě hlavní skupiny, na potřeby pacienta a na funkci zdravotnického zařízení jako instituce. V České republice je několik

zdravotnických zařízení, které o tento model akreditace mají zájem. (Joint Commission International, 2008)

3.2.3 The international Society For Quality In Healthcare

The international Society For Quality In Healthcare, dále jen ISQua je mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví. Vznikla v roce 1958, a sdružuje 70 členských zemí zabývajících se oblastmi rozvoje kvality ve zdravotnictví v celosvětovém měřítku. Filosofii ISQua výrazně ovlivnily teoretické práce A. Donabediana. Vytvářet a zlepšovat akreditační standardy na národní úrovni pomáhá její dceřiná organizace ALPHA (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare); do standardů se pokouší zabudovat též principy významných systémů kvality, jako jsou již uvedené modely ISO. (ISO, 2014)

3.2.4 Total Quality Management

Total Quality Management, dále jen TQM již výše zmiňovaný zprostředkovává celkové řízení kvality a vznikl již v 70. letech minulého století. Zabývá se tím, že řízení kvality má fungovat efektivně a výkonně. Hlavní principy jsou zaměřeny na uživatele zdravotní péče, týmovou spolupráci a řízení lidských zdrojů. Modely jsou spojeny s pravidelným udělováním cen nejlepším organizacím, jež tato ocenění využívají k posílení reputace u konkurence i zákazníků. Posuzovány jsou na jedné straně předpoklady k dosahování úspěšnosti a na straně druhé výsledky, jichž organizace s ohledem na předpoklady dosáhla. Hodnoceny jsou výsledky nejen ve vztahu ke kvalitě produktů, nýbrž i k ochraně životního prostředí, péči o zaměstnance včetně bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, sociální politice a péči o rozvoj prostředí, v němž organizace působí. (Management StudyGuide, 2016)

3.2.5 European Foundation For Quality Management

V roce 1988 byla založena organizace European Foundation For Quality Management, dále EFQM. Evropská nadace pro management kvality, která na základě plnění hlavních hodnotících kritérií uděluje evropskou cenu kvality za podnikatelské

výkony. V evropských státech je tento systém zaveden do oblasti zdravotnictví. Ve zdravotnictví lze model excelence EFQM využít jako referenční rámec pro soustavné rozvíjení systému řízení zdravotnické organizace; inspiraci pro zvyšování výkonnosti; podklad pro sebehodnocení na všech úrovních zdravotnického zařízení; kritérium pro hodnocení v rámci účasti v soutěžích o národní či nadnárodní ceny za excelenci. Tento model na rozdíl od jiných by měl instituci inspirovat, nikoli ji direktivně nařizovat. (ČSJ, 2016)

3.2.6 Spojená akreditační komise České republiky

V českém prostředí přetrvávaly po roce 1989 významné rozdíly mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, a to jak v oblasti fyzického stavu nemocnic a technického vybavení, tak i v personálním obsazení a způsobu, jakým byla poskytována léčebná a ošetrovatelská péče. V roce 1998 byla založena Spojená akreditační komise České republiky, dále SAK ČR. Hlavním zřizovatelem této společnosti byla Asociace nemocnic České republiky a Asociace českých a moravských nemocnic. Komise vydala 74 akreditačních standardů rozdělených do deseti tematických skupin: řízení kvality a bezpečí, diagnostická péče, péče o pacienty, kontinuita zdravotní péče, dodržování práv pacientů, podmínky poskytované péče, management, řízení lidských zdrojů, sběr dat a zpracovávání informací a protiepidemická opatření. Komise provádí akreditační šetření na základě srovnávání mezi standardy a skutečným stavem zdravotnické organizace. Výsledkem tohoto šetření je udělení nebo neudělení akreditace zdravotnické instituci, již má platnost zpravidla 2-3 roky. Zdravotnická organizace musí po uplynutí této doby projít reakreditačním šetřením. Akreditované zařízení pacientům poskytuje jistou záruku, že dané pracoviště splňuje či dokonce překračuje požadavky na kvalitu a bezpečí poskytované péče. (Pokořová, 2012)

4 BEZPEČNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE

Cílem každého zdravotnického zařízení by mělo být (bez ohledu na ekonomické a materiální zázemí) vytvořit organizační kulturu, v níž zaměstnanci chtějí poskytovat bezpečnou léčebnou péči a v zájmu jejího zajištění se neobávají přiznat vlastní pochybení a omyly. Jednou z nejsledovanějších dimenzí kvality je bezpečná zdravotní péče, tj. míra předcházení rizikům, jež hrozí pacientovi při poskytování zdravotní péče. Uznávanou definici předkládá – podobně jako v případě kvality – Institute of Medicine, který bezpečnou péči vymezuje jako péči, která je osvobozená od neúmyslného poškození vlivem poskytnuté péče či chyb při jejím poskytování. (Škrla et al., 2008)

Bezpečnost pacienta na oddělení je jednou z hlavních priorit kvalitní ošetrovatelské péče. Na bezpečí pacienta je v ošetrovatelství kladen veliký důraz už od dob Florence Nightingalové. Bezpečnost zdravotní péče je také jednou z nejsledovanějších dimenzí kvality. Bezpečností zdravotní péče je takzvaná míra předcházení možným rizikům, které hrozí pacientovi při poskytování zdravotní péče. (Havelková et al. 2007)

Bezpečnostní kulturou na oddělení nazýváme soubor opatření, kterými zvyšujeme bezpečí pacienta v léčebné a ošetrovatelské péči. Záměrem této činnosti je chránit pacienta před újmou na zdraví jako následku selhání systému péče. V současné době je bezpečí pacientů znakem kvalitní ošetrovatelské péče i kvalitní zdravotnické organizace, proto se neustále hledají způsoby ke zlepšení systému bezpečné péče. Způsob zlepšení systému bezpečné péče není hledání viníků, omylů a chyb, ale jedná se o cenné hlášení a zpracování potencionálních omylů a chyb. Bezpečností kultura je také ve velké míře ovlivněna organizační kulturou daného zdravotnického zařízení. Do bezpečnostní kultury jsou zainteresovaní lékaři, sestry, další členové multidisciplinárního týmu a také pacient. (Plevová, 2012)

Ve zdravotnictví pořád přetrvává kultura plná obviňování, proto je velice obtížné vybudovat kvalitní bezpečnostní kulturu. Nejdůležitější pro zkvalitnění bezpečnostního systému ve zdravotnictví je, aby si sestry a vedení nemocnic uvědomili princip pochybení, závažnost a prioritu problému. Důležité je také změnit způsob myšlení lidí, ve kterém bude bezpečná péče považována za samozřejmost a nahlášené omyly a pochybení budou brány především jako podněty ke zlepšení systému práce. (Škrla et al. 2008)

4.1 Systém hlášení nežádoucích událostí

Všechny typy pochybení, by měly vést k odhalení prvotních příčin pochybení a systémové nápravě. Nežádoucí události, ke kterým došlo, ale i téměř pochybení by podle akreditačních standardů měly být nahlášeny. Sledování a analýza nežádoucích událostí se v lůžkových zařízeních v České republice řídí platnou legislativou. Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, je stanovena povinnost poskytovatelům zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytované péče. Platná legislativa vychází z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí ze dne 9. června 2009. (European Commission, 2012)

Každý zaměstnanec má povinnost hlásit pochybení svému nadřízenému, nebo osobě, která je odpovědná za sledování a zvyšování kvality poskytované péče. Expertní tým vyhodnotí nežádoucí událost. Expertní tým, je tým odborníků, který se podílí na koordinaci procesu šetření nežádoucích událostí. Úkolem expertního týmu je návrh dlouhodobých nápravných a preventivních opatření. Preventivní opatření schvaluje management nemocnice. (Pokožová, 2012)

Zdravotnická zařízení mají povinnost evidovat a vyhodnocovat nežádoucí události, které mohou nastat při poskytování zdravotní péče. Musí být stanoven postup, jak se bude hlášení zpracovávat, analyzovat, vyhodnocovat a jakým způsobem se budou následně přijímat daná opatření. Aby byl splněn standart ukazatele kvality a bezpečí, tak musí zdravotnické zařízení (EURO CERT CZ, a. s., 2013):

- Mít zavedenou evidenci nežádoucích událostí.
- Provádět vyhodnocení nežádoucích událostí včetně příčin vzniku.
- Vyhodnocovat časové trendy počtu nežádoucích událostí.
- Přijímat preventivní opatření, aby se předcházelo nežádoucím událostem.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky podporuje nerepresivní systém sledování nežádoucích událostí. Prostřednictvím Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky České republiky. Tento systém nabízí zdarma zdravotnickým zařízením elektronický nástroj pro interní evidenci hlášení nežádoucích událostí. (ÚZIS, 2016)

Národní systém na hlášení nežádoucích událostí shromažďuje záznamy z nemocnic. V prvním čtvrtletí roku 2015 všechna zdravotnická zařízení nahlásila skoro 11 500 nežádoucích událostí. Nejvíce bylo ohlášeno pádů, kterých bylo 4931 ze všech incidentů. ÚZIS uvádí, že existuje přímo úměrný vztah mezi množstvím nahlášených nežádoucích událostí a stupněm rozvoje kultury bezpečí a kvality ve zdravotnickém zařízení (Koubová, 2015). Při poskytování zdravotní péče je prioritou zajištění bezpečnosti pacienta a předcházení chyb. Odborníci z oblasti zdravotní péče, organizace a pacienti vytvářejí procesy učení se z chyb, které pomáhají při prevenci vzniku nežádoucích událostí. V současné době se dostává do popředí názor pacientů na kvalitu a více se hledí i na jejich zkušenosti (Hincapie, Slack a spol., 2016)

Bohužel jen samotná prevence nestačí. Pro snížení počtu nežádoucích událostí a zlepšení jejich sledování je nutné investovat do nového vybavení a vést evidenci poruch nových technologií (ÚZIS, 2016). Hlavní starostí Světové zdravotnické organizace je bezpečí pacientů. Z výzkumu WHO bylo zjištěno, že u každého desátého pacienta dochází k nežádoucí události způsobené špatným řízením zdravotnictví. S těmito nežádoucími událostmi rostou náklady na zdravotní systém (Filippidi, 2016)

4.2 Manažer rizik ve zdravotnickém zařízení

Manažer rizik je velmi důležitý, pokud má řízení rizik přinést zdravotnickému zařízení očekávané výsledky. Jeho hlavní rolí je řídit složitý proces, jehož cílem je kontrola a prevence celého spektra rizik ve zdravotnickém zařízení, které by mohly mít za následek poškození zdraví pacientů, zaměstnanců nebo návštěv a poškození majetku nebo pověsti zdravotnického zařízení. Manažer rizik je zodpovědný za přípravu hlášení a statistických přehledů možných nebo vzniklých rizik. Nese odpovědnost za to, že všichni zaměstnanci jsou poučeni o možnostech vzniku potencionálních, ale i akutních rizik a snaží se je systematicky minimalizovat. (Škrla et al. 2008)

Povinností manažera rizik je vytváření interních směrnic a norem kvality, které stanovuje na základě moderních metod a nástrojů managementu kvality, jako je například EFQM. S využitím ISO norem a standardů udržuje a rozvíjí systémy kvality. Po konzultaci výsledků s odborníky informuje vedení zdravotnického zařízení ve formě čtvrtletní zprávy, která obsahuje výstupy a možná doporučení (STAPRO, 2016). Manažer spolupracuje

s ostatními manažery a zaměstnanci, za účelem dosažení správného fungování systému jakosti. Součástí jeho role je i sledování výkonnosti managementu jakosti a vytváření podrobných zpráv, které obsahují měření dat podle stanovených norem (PROSPECTS, 2016, ABOUT EFQM, 2015)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Formulace problému

Pochybení všeobecných sester se stále více dostává do popředí zájmů veřejnosti. Podíl na této skutečnosti mají především média, ve kterých jsou neustále probírána kvalita ošetrovatelské péče, etika v ošetrovatelství, profesní image sestry, přístup sester k pacientům a jakákoliv odchylka od uznávané normy a žádoucí úrovně přispívá k ještě větší medializaci tématu.

5.2 Cíl šetření

5.2.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bylo zmapovat, na jaké úrovni funguje zavedený systém povinného hlášení nežádoucích událostí. Sledovat trend v hlášení nežádoucích událostí. Zjistit postoj nelékařského zdravotnického personálu k hlášení nežádoucích událostí, jejich sledování, proškolení v této oblasti.

5.2.2 Dílčí cíle

DC1 Zjistit zda je nelékařský zdravotnický personál proškolen v oblasti nežádoucích událostí.

DC2 Zjistit, zda je důvodem nehlášení některých nežádoucích událostí obava personálu ze sankcí.

DC3 Zjistit, zda zavedený systém hlášení nežádoucích událostí v nemocnici Motol přispívá k bezpečí pacientů.

DC4 Zjistit, jaký je postoj nelékařského zdravotnického personálu ke zvýšení informovanosti o nežádoucích událostech na pracovním oddělení.

5.3 Hypotézy

5.3.1 Hypotéza H1

H₀₁: Poměr nelékařského zdravotnického personálu, který za svou praxi absolvoval školení týkající se nežádoucích událostí vůči ostatním je vyrovnaný.

H₁: Většina z nelékařského zdravotnického personálu za svou praxi absolvovala školení týkající se nežádoucích událostí.

5.3.2 Hypotéza H2

H₀₂: Důvodem nehlášení nežádoucích událostí není obava ze sankcí.

H₂: Důvodem nehlášení nežádoucích událostí je obava ze sankcí.

5.3.3 Hypotéza H3

H₀₃: Zavedený systém hlášení nežádoucích událostí v nemocnici Motol nepřispívá k bezpečnosti pacientů.

H₃: Zavedený systém hlášení nežádoucích událostí v nemocnici Motol přispívá k bezpečí pacientů.

5.3.4 Hypotéza H4

H₀₄: Nelékařský zdravotnický personál nemá zájem o vyšší informovanost o nežádoucích událostech na příslušném pracovním oddělní.

H₄: Většina z nelékařského zdravotnického personálu má zájem o vyšší informovanost o nežádoucích událostech na příslušném pracovním oddělní.

5.4 Metodika průzkumu

Pro výzkumné šetření diplomové práce byla zvolena sekundární analýza dat, která je doplněna o dotazníkové šetření. Pro zpracování dat se kombinace nabízených možností, které smíšený výzkum nabízí, jeví jako nejvíce vhodná. Kvantitativní metody naproti nám umožnily zpracovat získaná číselná data do přehledných tabulek a grafů.

5.5 Charakteristika souboru a sběr dat

Rozhodli jsme se pro analýzu dat z oblasti nežádoucích událostí dále jen NU, cílem bylo zkoumat vývoj trendu minimálně 5 let zpět a zaměřit se na možné vzájemné korelace. Dále prozkoumat metodiku sběru dat NU. Byla použita data z portálu - systém hlášení nežádoucích událostí dále jen SHNU. Rozhodla jsem se pro jejich relativní aktuálnost. Výběr dat byl konzultován s Mgr. Janou Kučerovou, Ph.D. a panem RNDr. Janem Mužíkem, Ph.D z oddělení hodnocení kvality péče - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dalším důvod bylo to, že je to v současnosti jediné ze sociálně vědních šetření zabývající se NU. Sledování NU od roku 2018 je povinné pro všechny lůžkové poskytovatele zdravotních služeb. Za rok 2018 je prezentována základní celková analýza hlášených NU. Vzhledem k délce trvání šetření a počtu zúčastněných organizací, SHNU poskytuje vůbec nejrozsáhlejší mezinárodně srovnatelnou databázi z postojových výzkumů. Cílem tohoto systému je nežádoucí události evidovat, analyzovat jejich příčiny a účinně zamezit jejich vzniku a následkům.

Další část výzkumného šetření byla realizována ve fakultní nemocnici Motol. Sběr dat byl proveden dotazníkovou metodou. Dotazník byl v tištěné formě distribuován za pomoci hlavních sester na jednotlivých odděleních mezi nelékařský zdravotnický personál.

5.6 Vzorek respondentů

Respondenty byly všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci podle zákona č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Sběr informací nám byl umožněn ve Fakultní nemocnici Motol v Praze náměstkyní pro ošetrovatelskou péči paní Mgr. Janou Novákovou, MBA viz příloha č.

5.7 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření v nemocnici Motol probíhalo v období 6. ledna 2020 až 28. února 2020. Dotazníky jsme osobně zanesli na pracoviště, kde nám bylo umožněno realizovat výzkumné šetření. Na každém pracovišti jsme instruovali hlavní sestry nebo staniční sestry, pro koho je dotazník určen a na koho se v případě dotazů mohou obrátit. Proškolení touto formou bylo velice důležité, aby dotazník nebyl vyplňován pracovníky jiného zařazení, než jsme vyžadovali. Do průzkumu byly zahrnuty pouze všeobecné sestry, nikoli zdravotničtí asistenti, záchranáři a jiní nelékařští zdravotničtí pracovníci. Dotazník obsahoval celkem 18 otázek, z nichž 4 byly identifikační a 14 uzavřených otázek bylo zaměřeno na subjektivní postoje a průběh praxe při hlášení nežádoucích událostí, tak jak si NZP myslí, že je na oddělení systém nastaven. Dotazník byl složen z názvu, oslovení, představení se, zdůvodnění výzkumu a informací o zpracování. Dále jsme je seznámili s dobrovolností vyplnění dotazníku a zachování anonymity. Vyplněné dotazníky pak jednotlivci odevzdávali svému nadřízenému pracovníkovi, tedy staniční sestře nebo vedoucí směny, která je vložila do obálky tomu určené.

5.8 Zpracování dat

Ke statistickému zpracování dat byl použit program Microsoft Excel verze 2019 a on-line dostupné statistické testy na webovém serveru <http://www.statskingdom.com/>. Možností, jak měřit vzájemnou souvislost dvou a více proměnných, je velké množství.

Každá z metod má své klady i svá omezení. Nicméně pro základní přehled o studovaných proměnných se používají popisné statistiky. Nejběžnější takovou statistikou jsou například průměr, medián, modus. Nevýhodou těchto metod je fakt, že poskytují informaci o celém datovém souboru jedním souhrnným číslem a máme jen omezenou možnost vyčíst z jejich hodnot další charakteristiky dat.

5.8.1 Charakteristiky polohy

Charakteristiky polohy nám dávají informace o typické hodnotě sledovaného souboru dat. Tuto typickou hodnotu můžeme najít a definovat různými způsoby a každá definice se hodí pro jiné případy. Mezi základní charakteristiky polohy patří aritmetický průměr a medián.

5.8.2 Aritmetický průměr

Mezi jeho výhody patří jednoduchost výpočtu, použití všech dat pro jejich výpočet, velmi dobré statistické vlastnosti a jeho široké využití v dalších oblastech statistiky. (Šedivá, 2018)

5.8.3 Medián

Je hodnota, jež dělí řadu vzestupně seřazených výsledků na dvě stejně početné poloviny. Ve statistice patří mezi míry centrální tendence. Platí, že nejméně 50 % hodnot je menších nebo rovných a nejméně 50 % hodnot je větších nebo rovných mediánu. (Šedivá, 2018.)

5.8.4 Rozptyl

Zaměřuje se na zachycení variability dat v souboru. Na rozdíl od charakteristiky polohy se často jedná o bezrozměrné veličiny a je třeba daleko větší opatrnosti při jejich interpretaci. Obecně však platí, že čím větší hodnota charakteristiky variability, tím větší rozptýlenost dat v souboru. (Šedivá, 2018.)

5.8.5 Směrodatná odchylka

Je určena jako odmocnina z rozptylu. Fyzikální rozměr směrodatné odchylky odpovídá fyzikálnímu rozměru zpracovaných dat. (Šedivá, 2018.)

5.8.6 Korelace

Nejjednodušším způsobem, jak vyjádřit souvislost mezi dvěma proměnnými je Pearsonův (párový) korelační koeficient. Vzorec pro Pearsonův korelační koeficient může být zapsán jako:

$$r = \frac{cov(X,Y)}{\sigma_X \cdot \sigma_Y} = \frac{1}{n} \cdot \sum_j^n \sum_i^n (x_i - \bar{x})(y_j - \bar{y})$$

Indexy i a j vyjadřují n sledovaných jednotek a x a y dvě studované proměnné. Pearsonův korelační koeficient je počítán jako podíl kovariance (tedy střední odchylky) sledovaných ukazatelů a součinu odmocniny jejich rozptylu. Korelační koeficient může nabývat hodnot -1 až $+1$, kdy záporná hodnota značí nepřímou závislost a kladné hodnoty závislost přímou. Nulová hodnota značí neexistující (resp. nezjištěnou) souvislost. Pearsonův korelační koeficient má však několik zásadních omezení. Především se jím měří pouze souvislosti lineární. (Zvárová, 2016).

5.8.7 Binomický test

K testování hypotézy H_1 byl použit binomický test pro určení, zda převaha některé z odpovědí ANO/NE na otázku je výsledkem náhody nebo jde o statisticky významný jev.

5.8.8 Test Chí-kvadrát

Pro testování hypotézy H_2 , H_3 , H_4 byl použit test závislosti zkoumaných kategorií Chí-kvadrát. V daném testu jsou nejprve zaznamenány empirické četnosti výskytu zkoumaného znaku v podskupinách. Následně je vypočteno rozložení četností v ideálním případě, tedy v případě nezávislosti zkoumaných faktorů. Na základě rozdílu mezi empirickými hodnotami

četnosti statistického znaku a četnostmi znaku v ideálním případě (teoretickými četnostmi) je vyhodnoceno testové kritérium.

Aby byl test validní, je potřeba, aby více jako 80% teoretických četností přesahovalo hodnotu 5. Navíc nesmí žádná teoretická četnost být menší než 1. Pro udržení těchto podmínek, lze sloučit vhodné skupiny respondentů a tím navýšit teoretické četnosti nad požadovanou hranici pro validnost testu.

6 PREZENTACE A INTERPRETACE DAT

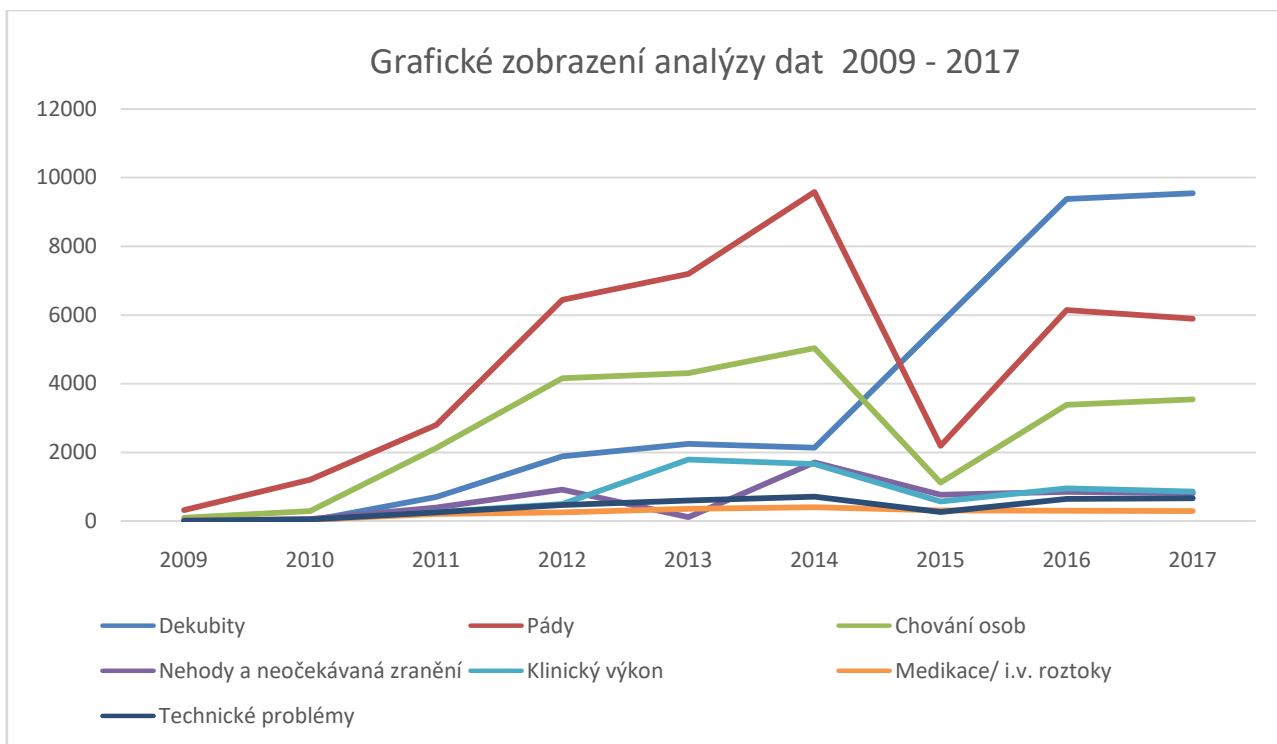
6.1 1. část výzkumu – kvantitativní analýza dat

Tabulka ze SHNU zkompletována a přeepsaná do MS Excel. Data jsou rozdělena do kategorií, dle kterých jsou nežádoucí události zapisovány do formuláře a následně vykazovány. Byly vybrány statisticky významné kategorie NU s kompletní datovou databází. Byly u nich vypracovány základní statistické metody.

Vybrané nežádoucí události v datech 2009 - 2017								
Rok	Dekubity	Pády	Chování osob	Nehody a neočekávaná zranění	Klinický výkon	Medikace/ i.v. roztoky	Technické problémy	
2009	0	322	97	10	15	20	6	
2010	6	1207	296	58	17	35	39	
2011	699	2804	2130	395	255	207	247	
2012	1881	6446	4154	921	492	256	468	
2013	2248	7194	4304	113	1794	356	596	
2014	2134	9582	5032	1711	1664	403	708	
2015	5766	2198	1124	770	570	312	260	
2016	9377	6143	3380	853	949	298	645	
2017	9549	5892	3539	815	861	288	661	
	3518	4643	2673	627	735	242	403	Průměr
	1881	2804	2130	395	492	256	260	Medián
	3388007	10415775	3577805	325754	474114	19399	62015	Rozptyl
	1841	3227	1892	571	689	139	249	Směrodatná odchylka

Tabulka 1 Vybrané nežádoucí události v datech 2009 - 2017

Zdroj: vlastní



Graf 1 Grafické zobrazení analýzy dat 2009 -2017

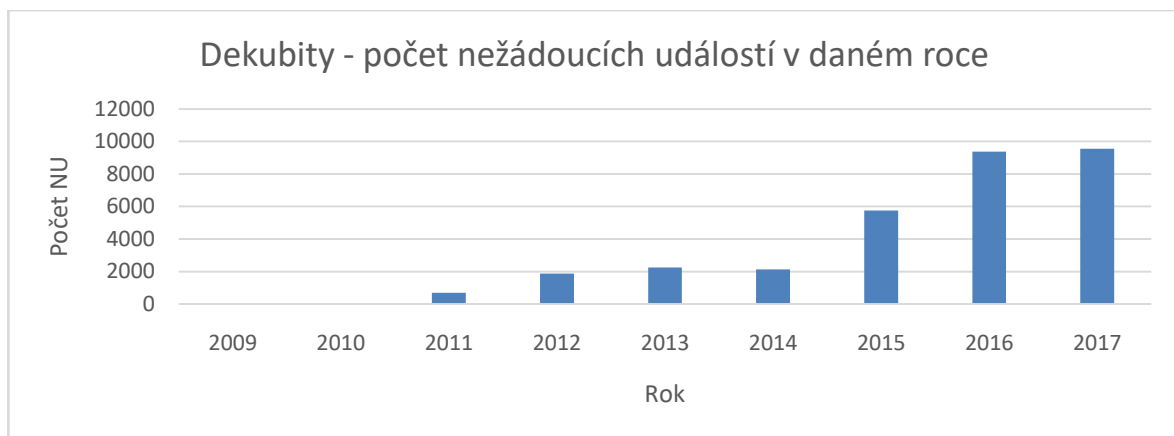
Zdroj: vlastní

Na grafickém zobrazení analýzy dat z roku 2009 – 2017 je velmi zřetelný pokles NU konkrétně pádů a chování osob v roce 2015. To může být způsobeno nesprávným vykazováním, hlášením NU. Nejasnosti v metodice hlášení NU.

6.2 Nežádoucí události dle kategorií formuláře sběru dat NU a sledování jejich trendu – grafické zobrazení

6.2.1 Dekubity

Dekubity (proleženiny, prosezeniny, tlakové vředy, či tlakové léze) jsou rány vzniklé na podkladě 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 způsobeno přímým tlakem nebo třecími silami. Dekubitus je lokalizovaná oblast buněčného působení způsobena poruchou mikrocirkulace a z ní vyplívající hypoxie. Je nutno ji rozlišit od poškození kožního krytu v důsledku vlhka (opruzenina, inkontinenční dermatitida) či jiné etiologie.

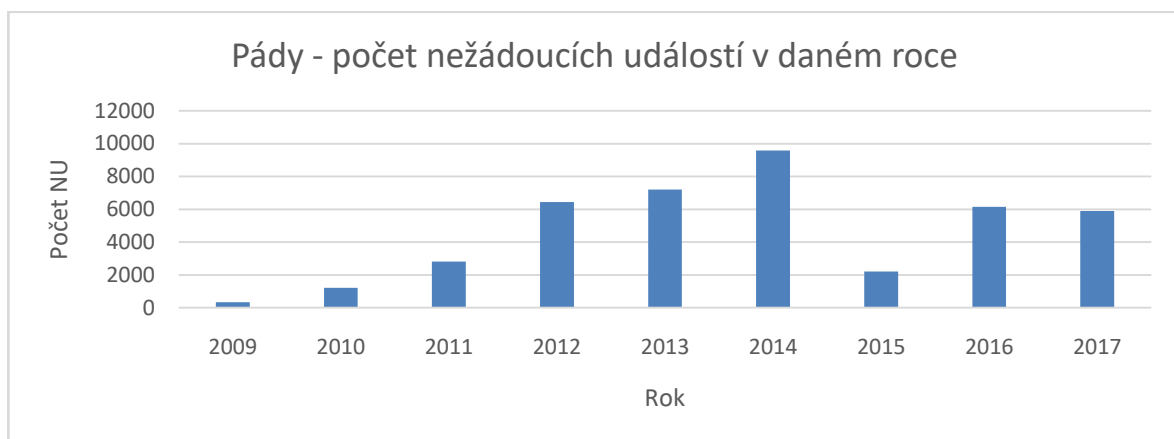


Graf 2 Dekubity - počet nežádoucích událostí v daném roce

Zdroj: vlastní

6.2.2 Pády

Pacient neplánovaně klesne (sesune se) k podlaze či podložce. Jde o nezamýšlenou událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo na nižším povrchu (je přítomen svědek), nebo sám takovou událost oznámí (stala se bez svědků). Za pád nelze považovat situaci, která je způsobena záměrným pohybem.

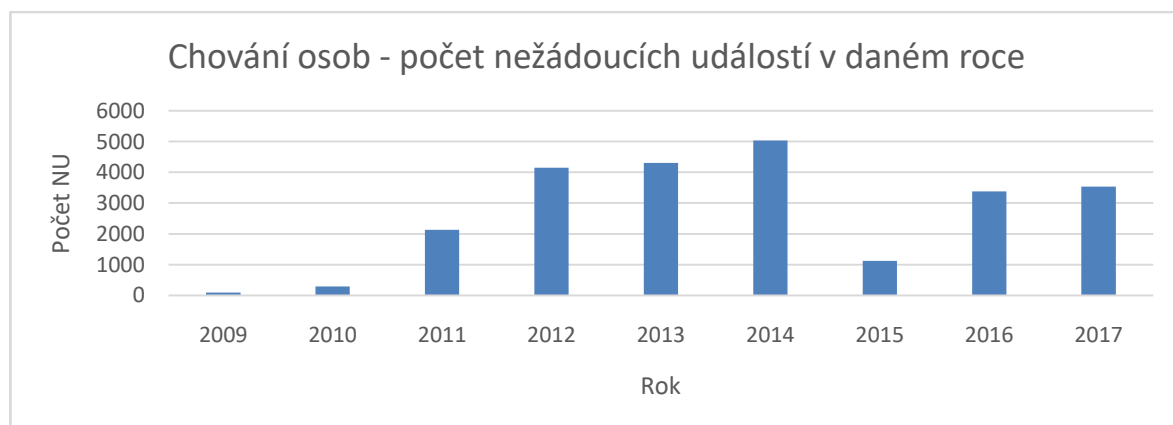


Graf 3 Pády - počet nežádoucích událostí v daném roce

Zdroj: vlastní

6.2.3 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 jakoukoliv formu setkání např. mezi sestrou a pacientem, zdravotníkem a pacientem či dalšími osobami zainteresovanými v procesu poskytování zdravotních služeb. Toto působení vyvolává reakci.

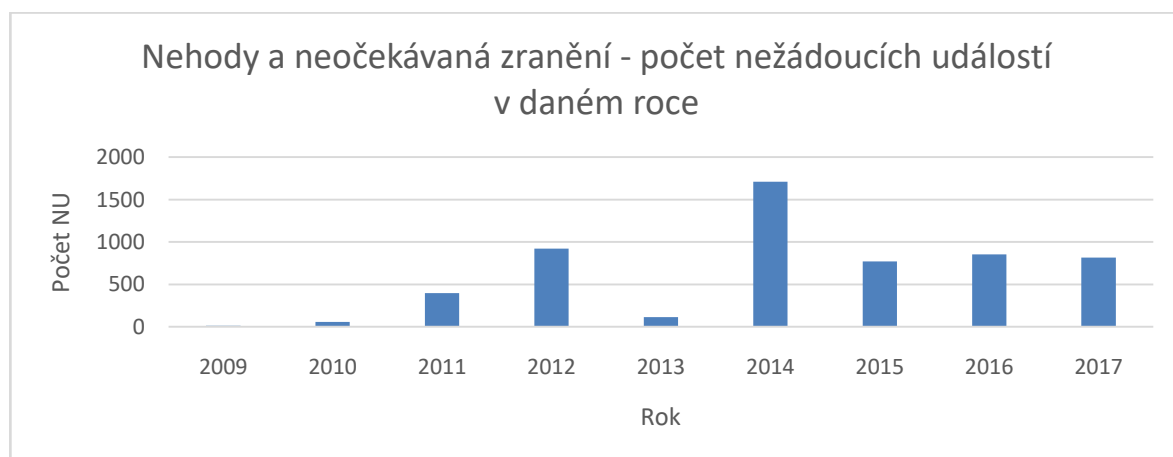


Graf 4 Chování osob - počet nežádoucích událostí v daném roce

Zdroj: vlastní

6.2.4 Nehody a neočekávaná zranění

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

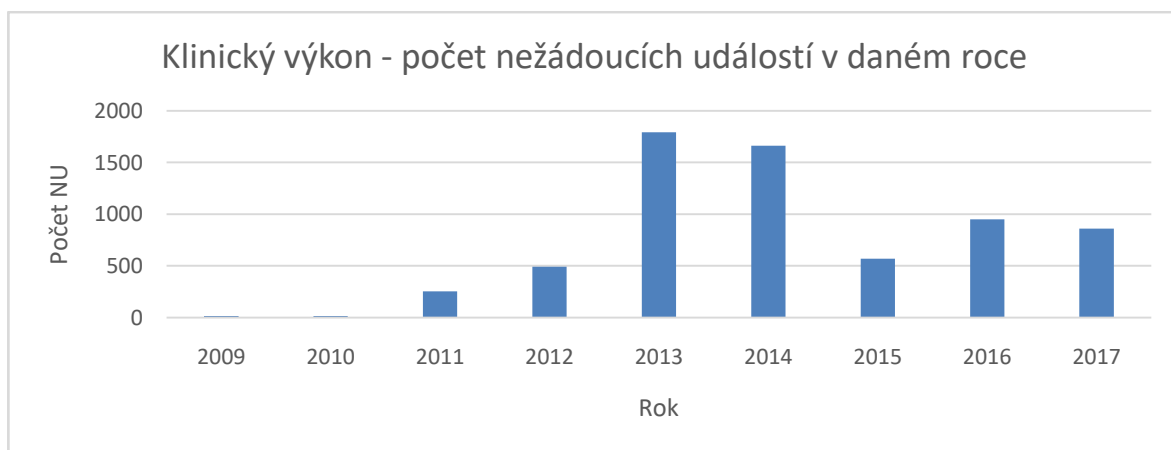


Graf 5 Nehody a neočekávaná zranění - počet nežádoucích událostí v daném roce

Zdroj: vlastní

6.2.5 Klinický výkon

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

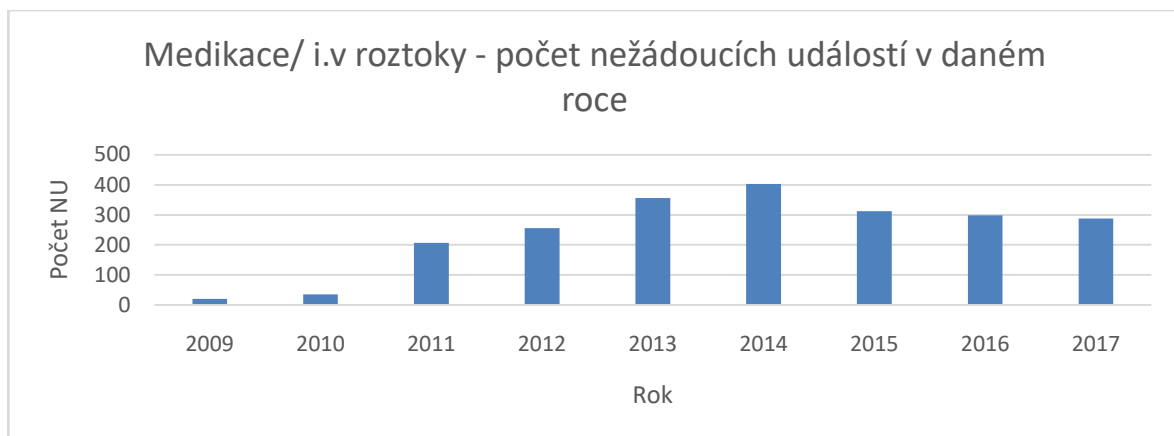


Graf 6 Klinický výkon - počet nežádoucích událostí v daném roce

Zdroj: vlastní

6.2.6 Medikace/ i.v. roztoky

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

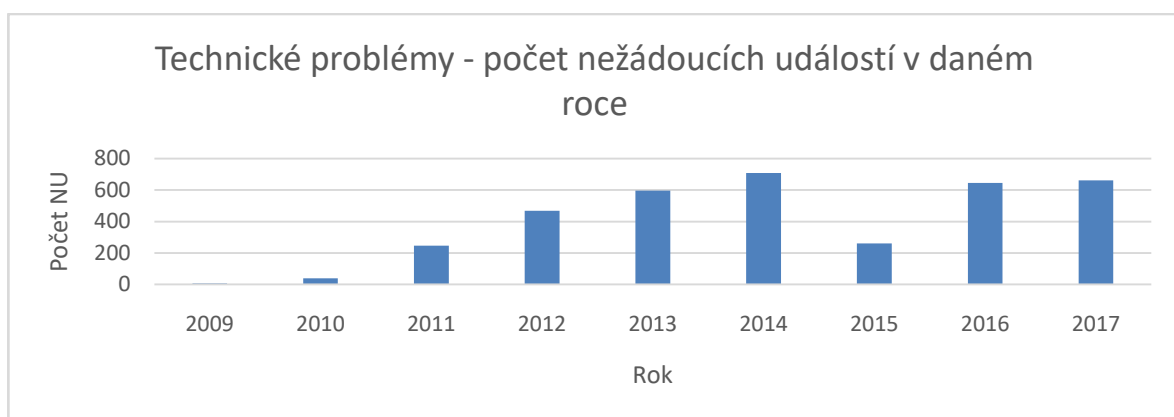


Graf 7 Medikace/ i.v. roztoky - počet nežádoucích událostí v daném roce

Zdroj: vlastní

6.2.7 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.

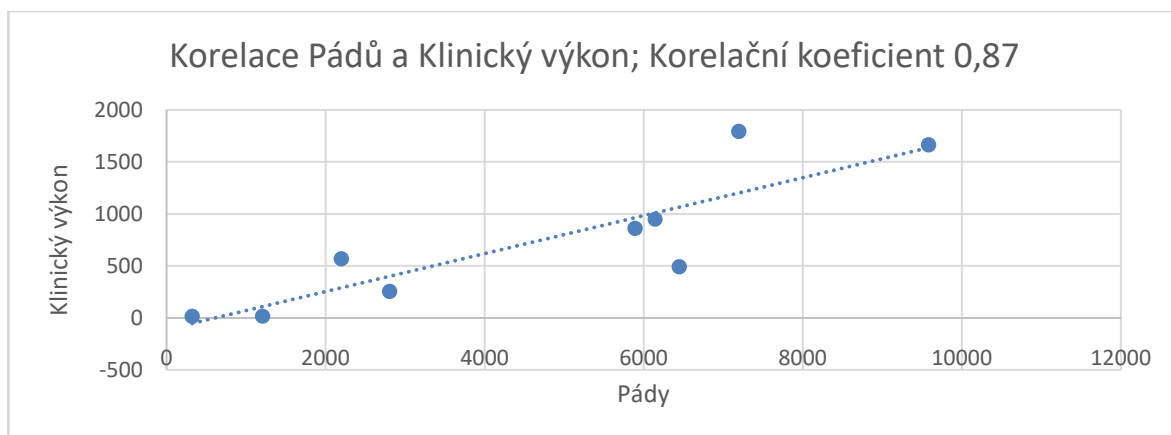


Graf 8 Technické problémy- počet nežádoucích událostí v daném roce

Zdroj: vlastní

Korelace dle vybraných kategorií

Dalším testováním jsme chtěli zjistit, jestli nějak souvisí NU. Jak bylo zmíněno v metodické kapitole, existuje velké množství metod, pomocí kterých můžeme hodnotit vzájemné souvislosti mezi dvěma či více proměnnými resp. ukazateli. Nejjednodušší metodou je měření Pearsonovým korelačním koeficientem. Jelikož data mají povahu ordinálních proměnných, není problém Pearsonův korelační koeficient použít. Z dat jsme vybrali kategorii Pády a Klinický výkon. Pracovali jsme s tím, že u klinického výkonu může dojít k ohrožení pádem u starších osob. K výpočtu jsme použili Pearsonův korelační koeficient. V MS Excel jsme využili funkci CORREL (PEARSON). Z uvedených dat nám vyšel koeficient: $r = 0,87$. Z uvedeného výsledku vyplývá, že mezi veličinami je závislost. Tudíž lze uvažovat, že vznik NU pádu může být podmíněn klinickým vyšetřením. Může to být např. věk pacienta nebo také záleží na druhu klinického vyšetření a jeho náročnosti.

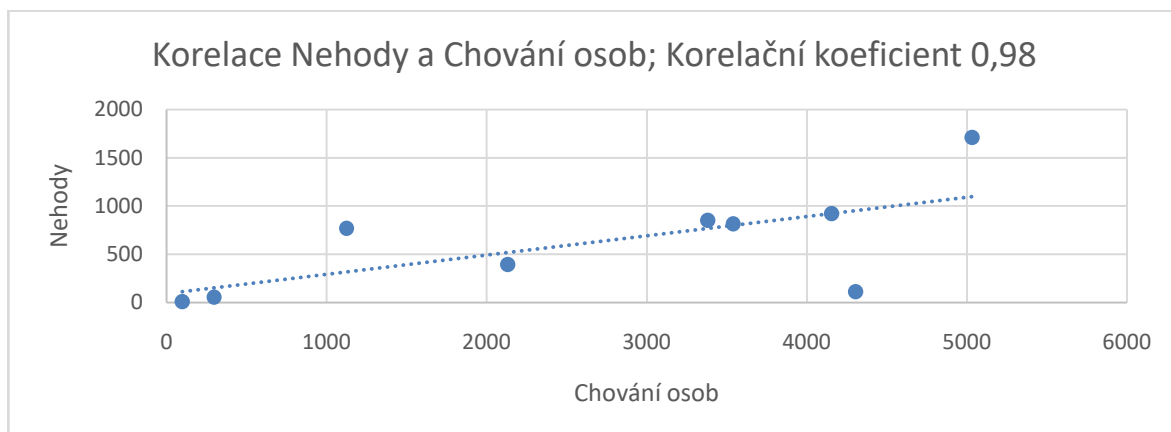


Graf 9 Korelace - Pády/ Klinický výkon

Zdroj: vlastní

Poté jsme si pro vzájemné testování zvolili korelaci mezi kategorií Nehody a neočekávaná zranění a Chování osob. Kdy jsme předpokládali, že za vznik NU Nehody a neočekávaná zranění může být podmíněno nepředvídatelným chováním osoby. K výpočtu jsme použili Pearsonův korelační koeficient. V MS Excel jsme využili funkci CORREL (PEARSON). Z uvedených dat nám vyšel koeficient: $r = 0,98$. Z uvedeného výsledku vyplývá, že mezi veličinami je vysoká závislost. Tudíž lze uvažovat, že vznik NU Nehody

a neočekávaná zranění může být podmíněn nepředvídatelným chováním osoby. Může to být např. konflikt mezi všeobecnou sestrou a pacientem při odmítání hospitalizace.



Graf 10 Korelace - Nehody/ Neočekávaná zranění

Zdroj: vlastní

Závěr

Národní systém hlášení nežádoucích událostí vznikl na základě doporučení WHO a Evropské Unie (EU) za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR. Vznikl v letech 2008 - 2009 a jeho vznikem se Česká republika zařadila mezi další civilizované země, které mají zájem na zvyšování kvality zdravotních služeb a bezpečnosti pacientů. Do konce roku 2013 spravovala systém 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. V roce 2013 přesešel systém do správy Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

Hlavní předpokladem vzniku byla snaha a potřeba porozumět příčinám vzniku nežádoucích událostí. Zkušební verze systému byla spuštěna v červnu roku 2009. Databáze dat je centrální, anonymní a umožňuje včasné reagování na vzniklé NU a poskytuje sdílení zkušeností v oblasti preventivních opatření užívaných v dalších zdravotnických zařízeních. Systém byl vytvořen po vzoru podobně fungujících systému v zahraničních zemích.

Zapojená zdravotnická zařízení s akutní a následnou lůžkovou péčí musí mít elektronické evidování nežádoucích událostí a data zasílaná do systému jsou anonymizovaná. Zapojení do systému je dobrovolné, zdarma, zapojení mají možnost získat webovou aplikaci pro interní evidenci nežádoucích událostí (užití aplikace není podmínkou

zapojení se do systému) a dostávají pravidelné anonymizované srovnání četnosti NU s podobnými zdravotnickými zařízení.

Na základě sběru dat, pro který je definována jednotná metodika, jsou vytvářena preventivní doporučení. Nežádoucí události hlášené do systému jsou rozděleny na povinné, nepovinné a dobrovolné. Mezi povinně hlášené NU patří takové události, které mohly vést nebo vedly k tělesnému poškození pacienta a bylo možné jim předejít, dále pak to jsou takové NU, kdy došlo k neočekávanému zhoršení stavu pacienta, jež vedlo k poškození zdraví nebo úmrtí (hlásí se i v případě, že není známo, zda bylo možné se komplikacím vyhnout).

Hlášení je potřeba provádět průběžně, aby bylo možné rychle reagovat na závažné NU. Informace o nežádoucích událostech musí být zaslána do systému do 10 dnů o vzniku události.

Důležitý je fakt, že hlášené počty mohou být ovlivňovány celou řadou faktorů a situací. Tyto situace udávají určité omezení při interpretaci a srovnávání dat. Vyšší četnost hlášených NU může vypovídat například o vyšší kvalitě poskytování služeb. Naopak nízká četnost hlášených NU může poukazovat na ovlivnění postojem managementu, motivací pracovníků apod. I přes tato omezení není ale o přínosu Národního systému hlášení nežádoucích událostí pochyb.

7 2. ČÁST – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ VE FN MOTOL

Z celkového množství 150 rozdaných dotazníků mezi oddělení, návratnost i po vyřazení nevhodně vyplněných dotazníků, činila 100 (70%) dotazníků viz tabulka č. 2:
Získaná data z jednotlivých oddělení

Oddělení	Počet dotazníků na počet lůžek	Skutečně rozdáno	Návratnost	Návratnost (%)
Chirurgické	30	25	15	60
Interní	30	25	15	60
Kardiologické	60	35	22	63
Neurologické	27	20	18	90
Ortopedické	20	20	12	60
Gynekologické - porodní	29	25	18	72
CELKEM	196	150	100	70

Tabulka 2 Získaná data z jednotlivých oddělení

Zdroj: vlastní

7.1 Hypotéza H1

H_{01} : Poměr nelékařského zdravotnického personálu, který za svou praxi absolvoval školení týkající se nežádoucích událostí vůči ostatním je vyrovnaný.

H_1 : Většina z nelékařského zdravotnického personálu za svou praxi absolvovala školení týkající se nežádoucích událostí.

Výzkumná otázka

Je nelékařský zdravotnický personál proškolen v oblasti nežádoucích událostí?

Dotazníkové šetření

Na základě dotazníkového šetření, bylo zjištěno, že mírně převažují kladné odpovědi.

Test hypotézy

Při náhodné odpovědi na otázku předpokládáme pravděpodobnosti odpovědí ANO/NE vyrovnané, tedy 0,5 každá. Test by měl ukázat, zda pozorované odpovědi odpovídají náhodným odpovědím nebo nikoliv.

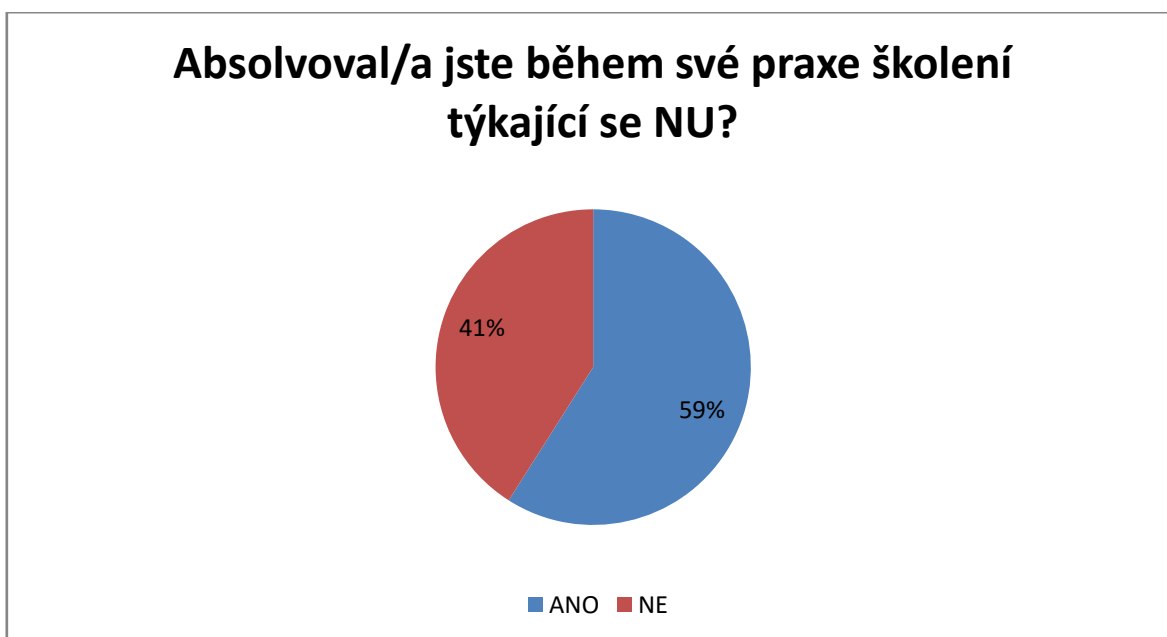
Po provedení binomického testu získáme p hodnotu, kterou srovnáváme se zvolenou hladinou statistické významnosti $\alpha=0,05$.

$$p \text{ hodnota} = \mathbf{0,04} < 0,05$$

Binomický test ukazuje, že převaha kladných odpovědí na otázku je **statisticky významná** na zvolené hladině statistické významnosti 5%.

Závěr

Nulovou hypotézu se podařilo vyvrátit. Lze tedy tvrdit, že většina nelékařského personálu byla za svou praxi proškolená.



Graf 11 Absolvování školení týkající se NU během praxe

Zdroj: vlastní

7.2 Hypotéza H2

H₀₂: Důvodem nehlášení nežádoucích událostí není obava ze sankcí.

H₂: Důvodem nehlášení nežádoucích událostí je obava ze sankcí.

Výzkumná otázka

Je důvodem nehlášení některých nežádoucích událostí obava personálu ze sankcí?

Dotazníkové šetření

Sledovaným statistickým znakem je zamlčení NU v závislosti na strachu z postihu za NU.

V datech se našel pouze jeden respondent, který zamlčel NU, ale nebylo to ze strachu ze sankcí. Všichni ostatní, kteří NU zamlčeli, mají zároveň strach ze sankcí. Je zde pozorovatelná velká relativní disproporce, která dává vzniknout hypotéze, že zamlčení NU je kvůli strachu ze sankcí.

Test hypotézy

Hypotéza je testována Chí-kvadrát testem.

Pozorované četnosti

Strach při hlášení NU	Zamlčel/a jsem NU		celkem
	NE	ANO	
Nemám strach	73	1	74
Mám strach	13	13	26
celkem	86	14	100

Očekávané četnosti

Strach při hlášení NU	Zamlčel/a jsem NU	
	NE	ANO
Nemám strach	63,640	10,360
Mám strach	22,360	3,640

Chí-kvadrát

1,376644	8,456525
3,918140	24,068571

Teoretické četnosti by měli být vyšší než 5, aby byl test validní. To nelze splnit a test tak formálně validní není. Přesto jeho provedením lze získat, byť neprokazatelnou představu o závislosti strachu a zamlčování NU.

Z provedeného testu vyplývá, že hodnota testového kritéria vysoce přesáhla tabulkovou kritickou hodnotu pro daný stupeň volnosti $n=1$ a zvolenou hladinu statistické významnosti $\alpha=0,05$.

testové kritérium > kritická hodnota

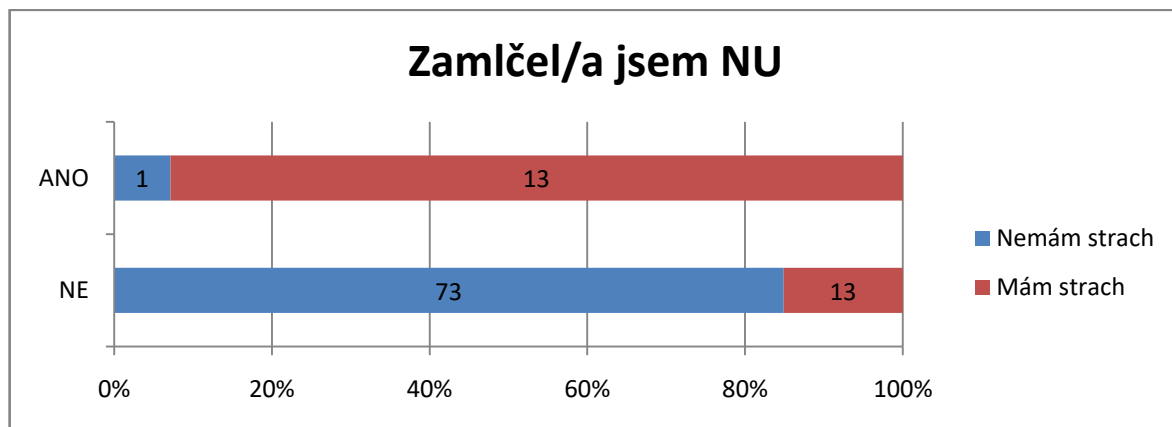
$$37,82 > 3,84$$

$$p \text{ hodnota} < 0,0001 < 0,05$$

Testové kritérium je **vyšší** než tabulková kritická hodnota. To znamená, že rozdíl mezi teoretickými četnostmi a skutečným výskytem sledovaného znaku je **statisticky významný** na zvolené hladině statistické významnosti 5%.

Závěr

Provedený test ukazuje, že je zde pravděpodobně souvislost mezi strachem z postihu a nenahlašováním NU. Nulovou hypotézu by v takovém případě bylo možné zamítnout. Ovšem data ze šetření nedovolují provést validní Chí-kvadrát test, který by to prokázal.



Graf 12 Zamlčení NU/ strach ze sankcí

Zdroj: vlastní

7.3 Hypotéza H3

H₀₃: Zavedený systém hlášení nežádoucích událostí v nemocnici Motol nepřispívá k bezpečnosti pacientů.

H₃: Zavedený systém hlášení nežádoucích událostí v nemocnici Motol přispívá k bezpečí pacientů.

Výzkumná otázka

Přispívá zavedený systém hlášení nežádoucích událostí v nemocnici Motol k bezpečí pacientů?

Dotazníkové šetření

Sledovaným statistickým znakem bezpečnost pacienta v závislosti nezavedeném systému hlášení.

Z dat je vidět, že mezi skupinou, která je přesvědčena, že systém hlášení podporuje bezpečnost a skupinou, která si to nemyslí, je rozdíl v rozložení názoru na stupeň bezpečnosti. V datech se nevyskytl nikdo, kdo by si myslel, že bezpečnost je nedostatečná.

Test hypotézy

Hypotéza je testována Chí-kvadrát testem.

Pozorované četnosti

Stupeň bezpečnosti	Vliv hlášení		celkem
	NE	ANO	
příjemný stupeň bezpečnosti	17	30	47
velmi dobrý stupeň bezpečnosti	24	29	53
Celkem	41	59	100

Očekávané četnosti

Stupeň bezpečnosti	Vliv hlášení	
	NE	ANO
příjemný stupeň bezpečnosti	19,270	27,730
velmi dobrý stupeň bezpečnosti	21,730	31,270

Chí-kvadrát

0,267405	0,185824
0,237133	0,164787

Teoretické četnosti jsou vyšší než 5 ve všech případech, což naplňuje podmínku validity testu.

Z provedeného testu vyplývá, že hodnota testového kritéria nepřesáhla tabulkovou kritickou hodnotu pro daný stupeň volnosti $n=1$ a zvolenou hladinu statistické významnosti $\alpha=0,05$.

testové kritérium < kritická hodnota

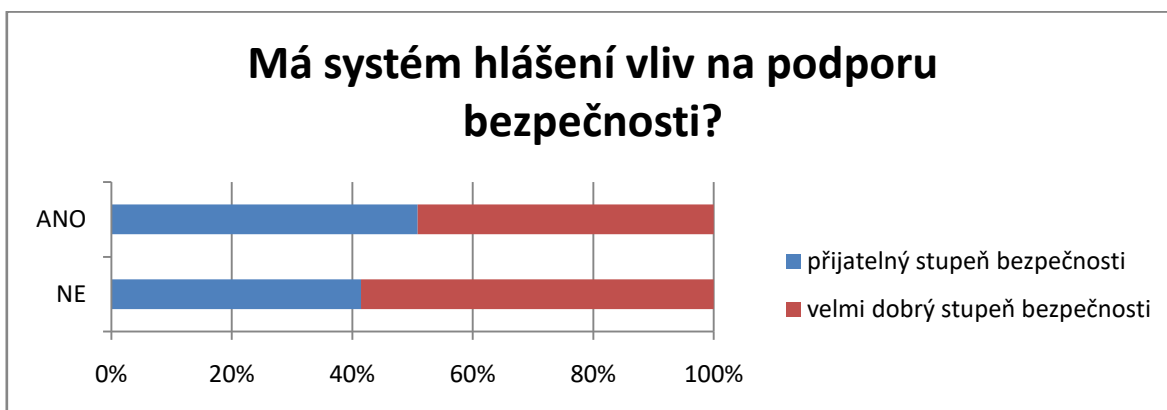
$$0,86 < 3,84$$

$$p \text{ hodnota} = 0,35 > 0,05$$

Testové kritérium je **nižší** než tabulková kritická hodnota. To znamená, že rozdíl mezi teoretickými četnostmi a skutečným výskytem sledovaného znaku je **není statisticky významný** na zvolené hladině statistické významnosti 5%.

Závěr

Na základě provedeného testu nelze zamítnout nulovou hypotézu. Nelze tedy tvrdit, že by systém hlášení NU měl vliv na stupeň bezpečnosti pacienta.



Graf 13 Systém hlášení NU a jeho vliv na bezpečnost

Zdroj: vlastní

7.4 Hypotéza H4

H₀₄: Nelékařský zdravotnický personál nemá zájem o vyšší informovanost o nežádoucích událostech na příslušném pracovním oddělení.

H₄: Většina z nelékařského zdravotnického personálu má zájem o vyšší informovanost o nežádoucích událostech na příslušném pracovním oddělení.

Výzkumná otázka

Jaký je postoj nelékařského zdravotnického personálu ke zvýšení informovanosti o nežádoucích událostech na pracovním oddělení?

Dotazníkové šetření

Na základě dotazníkového šetření, bylo zjištěno, že převažují kladné odpovědi.

K ověření, zda se jedná náhodný jev bylo použito binomického statistického testu.

Test hypotézy

Při náhodné odpovědi na otázku předpokládáme pravděpodobnosti odpovědí ANO/NE vyrovnané, tedy 0,5 každá. Test by měl ukázat, zda pozorované odpovědi odpovídají náhodným odpovědím nebo nikoliv.

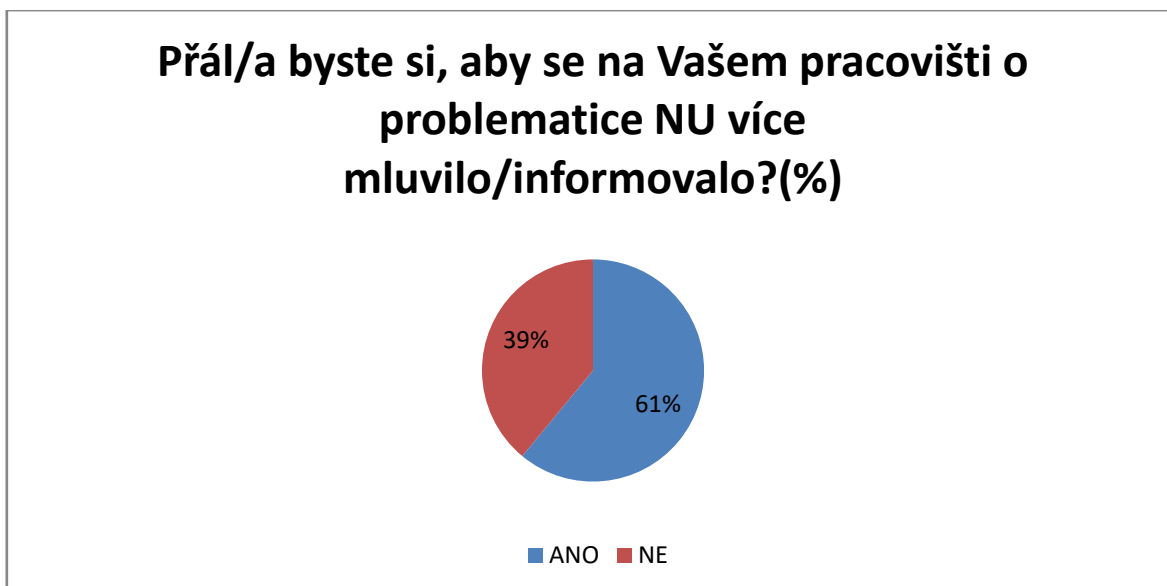
Po provedení binomického testu získáme p hodnotu, kterou srovnáváme se zvolenou hladinou statistické významnosti $\alpha=0,05$.

$$p \text{ hodnota} = \mathbf{0,02} < 0,05$$

Binomický test ukazuje, že převaha kladných odpovědí na otázku je **statisticky významná** na zvolené hladině statistické významnosti 5%.

Závěr

Nulovou hypotézu se podařilo vyvrátit. Lze tedy tvrdit, že většina nelékařského personálu by chtěla být více informována o NU.



Graf 14 Získání více informací o NU

Zdroj: vlastní

8 DISKUZE

Profesní selhání všeobecných sester může poškodit prestiž celého zdravotnického zařízení. Chyba jednotlivce také negativně ovlivňuje atmosféru na pracovišti. Prioritou poskytovatele zdravotních služeb je snižovat rizika pochybení, která hrozí pacientům během lůžkové péče nebo ambulantní péče. Je důležité, uvědomit si, že nejen lékař, nebo sestra může poškodit pacienta, ale i potřebná technika pro diagnostiku nebo léčbu může být příčinou vzniklé nežádoucí události.

Hlavním cílem bylo zmapovat, na jaké úrovni funguje zavedený systém povinného hlášení nežádoucích událostí. V první části výzkumného šetření jsme pomocí sekundární analýzy dat sledovali trend v hlášení nežádoucích událostí do systému Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Centrální systém hlášení nežádoucích událostí je prvním systémem, který sleduje hlášení nežádoucích událostí u všech PZS lůžkové zdravotní péče v ČR. Předpokladem je evidence NU na základě jednotné metodiky, identifikaci rizik, vypořádání NU a jejich systematické prevence s využitím potenciálu zástupců jednotlivých PZS a lokálního know-how, prostřednictvím přípravy jednotných dokumentů, ve snaze o racionální nakládání s lidskými a materiálními zdroji.

Dle získaných dat jsme identifikovali několik nedostatků v tomto systému. Například v letech 2009 byl uvedený výskyt nežádoucí události dekubitů 0. I další záznamy dat mají velký rozptyl od ostatních let. Vyhodnotili jsme to tak, že v letech 2009 byl systém novinkou, proto ne všichni byli naplno seznámeni s metodikou sběru dat a vyplňovali formulář zcela správně. Začátkem roku 2014 došlo k úpravám elektronické evidence. Změny se týkaly klasifikace a kategorií nežádoucích událostí. Tyto změny mohou mít také vliv na správné vykazování dat. Myslím si, že takové nejasnosti vedou bohužel k nehlášení nežádoucích událostí, a tím snižování účinnosti systému hlášení. Pádům jsem věnovala v této práci větší pozornost, neboť jsou na prvním místě v žebříčku hlášených nežádoucích událostí. Jde o událost, kterou zcela eliminovat nelze, ale snaha předcházet jí je jistě zcela možná.

V roce 2014 byl zaznamenán počet pádů na 9582. Naopak, větší počet evidovaných nežádoucích událostí může být známkou, že systém hlášení nežádoucích událostí je dobře nastaven. Vyhledáváním rizik a hlášením NU se může kvalita a bezpečí pacientů v nemocnici zvyšovat, díky možnosti efektivních analýz získaných dat a přijímaným

opatřením. Je známo, že nelékařský zdravotnický personál považuje za svůj hlavní výkon práce jen péči o pacienty, administrativní činnost bývá neoblíbená a systém hlášení nežádoucích událostí vnímají velmi negativně. Takový postoj je potřeba změnit.

Právě pády a dekubity jsou zároveň těmi v nemocnicích nejčastěji hlášenými nežádoucími událostmi, což je dle Pokorné dáno i tím, že jsou to nejméně perzekvované situace z klinické praxe a zároveň je hlásí nelékařský zdravotnický personál, který je k hlášení více veden.

V Evropské unii je 8 – 12 % pacientů při hospitalizaci obětí nežádoucí události. Dalším z nástrojů pro zvyšování bezpečnosti a kvality poskytovaných zdravotních služeb je také stanovení resortních bezpečnostních cílů (RBC). Jsou vydávány jako doporučení vedoucí ke snížení rizik vzniku dokonaných nežádoucích událostí. Formulace cílů vychází z doporučení EU a WHO a je upravena tak, aby odpovídala národním podmínkám. (MZČR, 2015)

V první části našeho výzkumu jsme také testovali vzájemné působení nežádoucích událostí. Kdy jsme potvrdili, že nežádoucí události se navzájem prolínají a jsou v nich určité závislosti. Korelace mezi nežádoucí událostí pádu a klinickým výkonem se nám potvrdila. Je velká pravděpodobnost, že pro pacienty může být klinické vyšetření stresujícím. Také korelace mezi chováním osob a nehodami má mezi sebou velkou vzájemnou hodnotu. Nelékařský zdravotnický personál svou práci zakládá na komunikaci a vznik nežádoucí události může být také vyvolán ze strany pacienta.

V druhé části výzkumného šetření jsme zvolili metodiku kvantitativní a nestandardizovanou. Za pomoci polostrukturovaného dotazníku viz příloha č. 1, který obsahoval celkem 18 otázek, jsme získali požadovaná data od zkoumaných subjektů. Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda je nelékařský zdravotnický personál proškolen v oblasti nežádoucích událostí. Na základě tohoto cíle jsme si stanovili předpoklad, H_{01} : Poměr nelékařského zdravotnického personálu, který za svou praxi absolvoval školení týkající se nežádoucích událostí vůči ostatním je vyrovnaný. Pro testování hypotézy jsme zvolili otázku č. 5, týkající absolvování školení o NU. Zamítáme tedy H_{01} a přijímáme H_1 . Lze tedy tvrdit, že většina nelékařského personálu byla za svou praxi proškolená týkající se nežádoucích událostí. Určitě bych ale dále doporučovala zaměřit se na školení týkající se systému nežádoucích událostí, aby pro další případné studie a analýzy dat mohl

být použit větší počet statisticky významných dat a tím pádem se mohla zavádět další, efektivnější opatření týkající se prevence nežádoucích událostí.

Druhým cílem bylo zjistit, zda je důvodem nehlášení některých nežádoucích událostí obava personálu ze sankcí. To jsme testovali pomocí H_{02} : Důvodem nehlášení nežádoucích událostí není obava ze sankcí. Provedený test ukazuje, že je zde pravděpodobně souvislost mezi strachem z postihu a nenahlašováním NU. Nulovou hypotézu by v takovém případě bylo možné zamítnout. Ovšem data ze šetření nedovolují provést validní Chí-kvadrát test, který by to prokázal. V datech se našel pouze jeden respondent, který zamlčel NU, ale nebylo to ze strachu ze sankcí. Všichni ostatní, kteří NU zamlčeli, mají zároveň strach ze sankcí. Je zde pozorovatelná velká relativní disproporce, která dává vzniknout hypotéze, že zamlčení NU je kvůli strachu ze sankcí. V nemocnici Motol je zaveden nesankční systém. A i přes to 17 % respondentů někdy zamlčelo a nenahlásilo vzniklou NU. Obavy jsou v tomto případě zcela zbytečné a myslím si, že by do budoucna tyto hodnoty měly klesnout na nulu. Politika hlášení NU si neklade za cíl personál ve zdravotních zařízeních stresovat a od hlášení odrazovat. Naopak doporučuje se pracovníky k hlášení NU motivovat, např. odměnami pro oddělení, právním poradenstvím nebo zpětnou vazbou.

Třetím cílem jsme zjišťovali, zda zavedený systém hlášení nežádoucích událostí v nemocnici Motol přispívá k bezpečí pacientů. U tohoto cíle jsme si stanovili hypotézu, kterou jsme vyhodnocovali prostřednictvím Chí-kvadrát testem. Prostřednictvím této otázky jsme tak dospěli k závěru, že mezi skupinou, která je přesvědčena, že systém hlášení podporuje bezpečnost a skupinou, která si to nemyslí, je rozdíl v rozložení názoru na stupeň bezpečnosti. Z těchto získaných dat je zřejmé, že 55% respondentů si myslí, že stupeň bezpečnosti na jejich pracovišti je velmi dobrý.

Čtvrtým cílem jsme chtěli zjistit, jaký je postoj nelékařského zdravotnického personálu ke zvýšení informovanosti o nežádoucích událostech na pracovním oddělení. Dospěli jsme k závěru, že nulovou hypotézu se podařilo vyvrátit. Více než 61% respondentů by si přálo, aby se u nich na oddělení více informovalo o nežádoucích událostech, možných opatřeních, prevencích. Otevřená komunikace se zaměstnanci organizace vede k lepšímu pochopení bezpečnostního konceptu poskytovaných zdravotních služeb.

Jelikož je zájem o bezpečnost pacientů pro vlády většiny zemí EU relativně nové téma, není divu, že tato oblast trpí jak nedostatkem kvalifikovaných odborníků,

tak i finančních prostředků. Zatímco četnost nežádoucích událostí se ve většině zdravotnických zařízení sleduje, systému hlášení osobních pochybení či omylů se stále nevěnuje dostatek pozornosti. (Hříb, 2001) V roce 2005 byla vydána Lucemburská deklarace, která členské státy EU vyzvala, aby ve zdravotnických zařízeních prosazovaly různá bezpečnostní opatření pacientů. Tím se potvrdilo, že zvyšování bezpečí pacientů je celosvětovým fenoménem. Britské ministerstvo zdravotnictví odhaduje, že ročně dochází v zemi k cca 850 000 nežádoucím událostem vedoucím k poškození pacientů, podobné výsledky zaznamenali i ve Španělsku, Francii a Dánsku. Občané Evropské unie vnímají bezpečí zdravotní péče zodpovědně; podle studie Eurobarometer (2006) pokládalo 78 % občanů EU chyby při poskytování zdravotní péče ve vlastní zemi za velmi závažný 40 % či závažný 38 % problém. V Itálii, Polsku a Litvě dokonce 9 z 10 respondentů; naopak nejméně ve Finsku 48 % a Dánsku 51 %. Výsledky z navazujícího průzkumu z roku 2010 reflektovaly, jak občané členských států EU vnímají bezpečí a kvalitu zdravotní péče. Výzkum například zjistil, že u 25 % respondentů mají jejich příbuzní zkušenosti s nežádoucí událostí a že téměř 50 % respondentů má obavy, že by jim mohlo být ve zdravotnickém zařízení v jejich zemi ublíženo. (American college of Surgeons, 2015). S ohledem na jmenované průzkumy se předpokládá, že většině nežádoucích událostí lze předejít buď úplně, či lze alespoň snížit závažnost jejich dopadu na pacienty. (European commission 2010). Mnoho studií například The Harvard Medical Practise Study, Utah and Colorado Medical Practice Study, The Quality in Australian Healthcare Study týkající se bezpečí pacientů, pochybení zdravotníků, nebo databáze nežádoucích událostí bylo uskutečněno především v zahraničí. (Aspden, 2004, Brennan, 2001). V České republice proběhla studie od badatelů 3. LF Univerzity Karlovy v roce 2009. Rozsáhlý projekt se týkal Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb, na jehož základě v ČR vznikla centrální anonymizovaná databáze nežádoucích událostí z oblasti bezpečnosti pacientů klasifikovaných dle jednotného systému. Účast ve studii byla pro zdravotnická zařízení dobrovolná. Do projektu se zapojilo 16 zdravotnických zařízení s celkovou kapacitou okolo 6 400 lůžek. (Portál kvality ministerstva zdravotnictví, 2017) Do současné doby nebyla provedena žádná velká studie, zabývající se sledováním celého spektra mimořádných událostí. To je věc alarmující, neboť pokud předpokládáme, že jsou data ze zemí, kde již výzkumu proběhl, relevantní, pak je možné odhadnout, že v České republice je v důsledku nežádoucích událostí poškozeno cca 10 % hospitalizovaných ročně, tedy asi 270 000 pacientů. (ÚZIS ČR 2008).

ZÁVĚR

Kvalita zdravotní péče je považována za velmi specifickou oblast. Kvalita řízení zdravotní péče bývá podmíněna legislativními normami, které si nemůže nemocnice měnit podle potřeb. Veškerá činnost se odvíjí od právních norem a standardů, které nemocnice musí dodržovat.

Pro validitu výzkumu jsme se snažili získat velké množství dat, abychom poukázali na to, jak velmi důležité je nežádoucí události sledovat. Veškeré stanovené cíle a hypotézy jsme mohli vyhodnotit a popsali jsme je v diskuzi práce.

Před zahájením samotného šetření jsme prostudovali danou problematiku za pomoci dostupné literatury. Musíme říci, že se tématem nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních nezabývá mnoho českých a světových autorů. Samotné problematice tak není věnována dostatečná pozornost a získat validní zdroje literatury bylo velmi obtížné. Dále bychom chtěli zdůraznit že, důležitou součástí řízení kvality zdravotní péče jsou loajální, zodpovědní a vzdělaní zaměstnanci, kteří si udržují kvalitu poskytované péče na vysoké úrovni. Pro zdravotnické zařízení je podstatné mít takových pracovníků co nejvíce. Z tohoto důvodu by měla nemocnice své zaměstnance motivovat.

V neposlední řadě by se pozornost měla zaměřit více na edukaci pacienta, například upozornění na vznik nežádoucí události. Zdravotnický personál by měl pacienta seznámit s prevencí pádů a možným vznikem jiných nežádoucích událostí. Také by mu měl vysvětlit, jak by se měl chovat, aby nedošlo k jeho zranění nebo poškození. Z tohoto návrhu je zřejmé, že i pacienty je potřebné vzdělávat o bezpečnosti. Edukace by měla probíhat i u rodinných příslušníků, kteří pacienty navštěvují, aby se minimalizoval vznik dalších nežádoucích událostí. Může se například stát, že pacientovi na dietě rodina donese pro něj nevhodné jídlo a pití, jenž způsobí zdravotní komplikace.

Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných výsledků budou navržena doporučení, která pomohou zdravotnickému zařízení v oblastech řízení kvality zdravotní péče. Zdravotnictví je specifická oblast, na kterou se nedají aplikovat běžné metody řízení kvality. Ve výrobním podniku je to jednodušší, jestliže není dodržena kvalita zboží, tak se vyrobí nový

kus. Pokud v nemocnici není dodržena kvalita poskytované péče, tak už není snadné danou chybu napravit. Nedostatečnou kvalitou může u pacienta dojít k bolestivým následkům nebo komplikacím. Nemocnice a management řízení kvality se snaží zabraňovat nežádoucím událostem, které vznikají z různých důvodů. Tato diplomová práce je zaměřena na práci všeobecných sester z tohoto důvodu se návrhy budou spíše zaměřovat na lidské zdroje ve zdravotnictví. Zaměstnanci potřebují čas na regeneraci a odpočinek. Aby mohl personál čerpat více volných dní, tak by bylo vhodné, aby zdravotnické zařízení zaměstnalo více nových pracovníků. Bohužel poptávka po zdravotnických pracovnících je velká a nabídka malá, proto by si nemocnice mohly své budoucí zaměstnance předcházet a vychovávat už od střední školy. V rámci poskytované praxe by si vybíraly pracovníky, kteří se během praxe dobře starají o pacienty. Nemocnice by jim mohla zaručit možnost budoucího zaměstnání a tím si zajistit novou pracovní sílu. Práce ve zdravotnictví je stresující a velmi náročná. V rámci své činnosti by nemocnice mohly více spolupracovat s veřejností. Nejčastěji jsou využívány tematické dny. Jedná se například o den rakoviny, den otevřených dveří nebo den čistých rukou. Tyto dny pomáhají budoucím pacientům seznámit se s nemocničním prostředím, které může vyvolávat strach. Pacienti jsou seznámeni s preventivními programy a novinkami v oblasti poskytované péče. Nemocnice by mohly také nabízet vzdělávací semináře nebo přednášky o aktuálních zdravotních problémech nebo o nemocích. Především jde o to, aby veřejnost byla součástí činností nemocnice. Budoucí pacienti budou mít povědomí o případné léčbě a budou vědět, co mají očekávat. Také budou blíže seznámeni s kvalitou poskytované péče. Při těchto příležitostech nemocnice může pořádat sbírky na jednotlivá oddělení, na různé nemoci nebo na modernizaci zdravotnického zařízení. Tyto aktivity pomáhají budovat vztah mezi pacientem a personálem nemocnice. Vybudovat si takový vztah je v dnešní době těžká věc, protože je nedostatek zdravotního personálu. V dnešní době, kdy jsou moderní technologie na vzestupu, může zdravotnické zařízení pomocí nich předcházet nežádoucím událostem. Technologické oddělení by mohlo vytvořit aplikace, které by provázely pacienta celým pobytem ve zdravotnickém zařízení. Mohly by mu ukazovat, jaké nástrahy ho mohou potkat, a jak jim předcházet. Ovšem jsou mezi námi i osoby, které nejsou technicky zdatné nebo nemají zkušenosti s používáním aplikací. Pro ně by mohly být nahrávány videa, které by měly stejný charakter jako aplikace. Videa by si pacienti pouštěli pomocí televize, počítače nebo tabletu. Také by se videa přehrávaly v čekárnách mezi reklamní spoty. Pro pacienty je vhodnější všechny nástrahy vidět než si o nich pouze číst z letáků nebo jiných materiálů, protože pacient si spíše zapamatuje mluvené slovo než tištěné. Tato doporučení

mohou znít ohraně až fádně, jejich přínos je ale nesporný. Právě takovými malými krůčky lze dosáhnout cíle, totiž bezpečné péče. V neposlední řadě by se pozornost měla zaměřit více na edukaci pacienta, například upozornění na vznik nežádoucí události. Zdravotnický personál by měl pacienta seznámit s prevencí pádů a možným vznikem jiných nežádoucích událostí. Také by mu měl vysvětlit, jak by se měl chovat, aby nedošlo k jeho zranění nebo poškození. Z tohoto návrhu je zřejmé, že i pacienty je potřebné vzdělávat o bezpečnosti. Edukace by měla probíhat i u rodinných příslušníků, kteří pacienty navštěvují, aby se minimalizoval vznik dalších nežádoucích událostí. Může se například stát, že pacientovi na dietě rodina donese pro něj nevhodné jídlo a pití, jenž způsobí zdravotní komplikace. Všechny návrhy se odvíjí od dostatečných příjmů nemocnice. Bohužel bez finančních prostředků nemůže nemocnice nic zavádět ani inovovat.

LITERATURA A PRAMENY

1. ABOUT EFQM [online]. 19. leden 2015 [Cit. 2018–02–28] Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26335168>
2. ABOUT ISO [online]. 22. červen 2016 [Cit. 2018–02–28] Dostupné na: <http://www.iso.org/iso/about.htm>.
3. ABOUT JOINT COMMISSION INTERNATIONAL [online]. 12. leden 2015 [Cit. 2018–02–28] Dostupné na: <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci>.
4. ALKHENIZAN, Abdullah; SHAW, Charles. *Impact of accreditation on the quality of health care services: a systematic review of the literature*. *Annals of Saudi Medicine*, 2011, 31.4: 407. [cit. 2019-02-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156520/>
5. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. [online]. 02. listopad 2015 [Cit. 2018–02–25] Dostupné z: <https://www.facs.org/>
6. ASPDEN, Peter., et al.: *Patient Safety: achieving a new standard for care*. Washington, DC: National Academic Press [online]. 14. únor 2004 [Cit. 2018–02–28] Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25009854>
7. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
8. BRENNAN, T.A., et al.: *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I*. In *New England Journal of Medicine* [online]. 7. říjen 2001 [Cit. 2018–02–28] Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987460>

9. BOCKOVÁ, Soňa, Jana MAREČKOVÁ a Radka. KOZÁKOVÁ. *Standardy ošetrovatelské péče - kontrola procesu jejich naplňování. Zdravotnictví v České republice*. 2011, **14**(1), 18-21. ISSN 1213-6050.
10. BRABCOVÁ, Iva a Sylva BÁRTLOVÁ. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, s. r. o., Nakladatelství Lidové noviny, 2015. ISBN 978-80-7422-402-7.
11. ČSJ - Česká společnost pro jakost. *Model excellence EFQM* [online]. 2016 [cit. 2017- 03-19]. Dostupné z: <http://www.csq.cz/model-excelence-efqm/>
12. EURO CERT CZ, a. s.: *Hodnotící standardy* [online]. 2013 [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: http://www.eurocert.cz/ke-stazeni/2013-hodnotici_standardy_zp.pdf
13. EUROPEAN COMMISSION: *MedicalErrors (September – October 2005) – Eurobarometer*. Brussels. [online]. 17. květen 2010[Cit. 2018–02–28] Dostupné na:http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_241_en.pdf.
14. EUROPEAN COMMISSION: GROWTH, competitiveness, employment – *TheChallenges and ways forward intothe 21st century. In Bulletin oftheEuropeanCommunities* [online]. 10. prosinec 2001[Cit. 2018– 02– 25] Dostupné na: <http://aei.pitt.edu/1139/>
15. EUROOEAN COMMISSION. HEALTH EU, *Patientsafety*. [online]. 2013 [Cit. 2019-01-01]Dostupné at URL: <http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_en.htm>.
16. FILIPPIDIS, Filippos T.; MIAN, Saba S.; MILLETT, Christopher. *Perceptionsofquality and safety and experienceof averse events in 27 European Union healthcaresystems, 2009–2013. International JournalforQuality in HealthCare*[online]. 2016.[cit. 2019-02-13]. Dostupné z:

<https://academic.oup.com/intqhc/article/28/6/721/2607797/Perceptions-of-quality-and-safety-and-experience>

17. GREENFIELD, D., *Developing the evidence base for accreditation of healthcare organizations: a call for transparency and innovation*. [online]. 9. červen 2009 [Cit. 2018-02-25] Dostupné na: <http://arabic.hadassah-med.com/media/1902082/developingtheevidencebaseforaccreditationofhealthc.pdf>>
18. HAVELKOVÁ, H. – MIKULKOVÁ, J. *Názory sester na poskytování bezpečné ošetrovatelské péče*. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 2, s. 16. ISSN 1210-0404
19. HÄRKÄNEN, Marja et al., 2015. *Detecting medication errors: Analysis based on a hospital's incident reports.* *International journal of nursing practice*. 21(2): 141-146.
20. HINCAPIE, Ana a Marion SLACK a spol. *Relationship Between Patients' Perceptions of Care Quality and Health Care Errors in 11 Countries: A Secondary Data Analysis*. *Quality Management in Health Care* [online]. WoltersKluwer, 2016, (25(1):13-21), 9 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: http://journals.lww.com/qmhcjournal/Fulltext/2016/01000/Relationship_Between_Patients__Perceptions_of_Care.3.aspx
21. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9
22. HŘIB, Z., Vychytil, P.: *Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb – Závěrečná zpráva*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [online]. 31. prosinec 2009 [Cit. 2018-02-28] Dostupné na: http://www.mzcr.cz/dokumenty/evidence-a-rizeni-nezadoucich-udalosti-pri-poskytovani-zdravotni-pece-druha-etapa-analyza-shromazdenych-dat-a-vytvoreni-doporuceni-pro-spravnou-praxi_7390_2843_29.html

23. INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARTIZATION. [online]. 15. září 2014 [Cit. 2018-02-25] Dostupné na: <https://www.iso.org/home.html>
24. INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARTIZATION: Quality Management Principles. [online]. 03. březen 2012 [Cit. 2018-02-25] Dostupné na: <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/en/pub100080.pdf>
25. JOINT COMMISSION INTERNATIOANAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Překlad 3. vyd. Praha GRADA Publishing, 2008, 312 s. ISBN 978- 80-247-2436-2
26. JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5426-0.
27. JAKUŠOVÁ, Viera. *Základy zdravotnického manažmentu*. OSVETA, 2010. 144 s. ISBN 978-80-8063-347-9
28. KAYNAK, Hale, et al. *LinkingHospital Leadership, Healthcare Team Effectiveness and Patient Care Quality*. In: *Academyof Management Proceedings*. Academyof Management, [online]. 2016. p. 11165.[cit. 2019-02-26]. Dostupné z: <http://proceedings.aom.org/content/2016/1/11165.short>
29. KOUBOVÁ, Michaela. *Pády pacientů v nemocnicích: V ČR ubývá zranění, USA prevencí šetří milióny dolarů*. *Zdravotnický deník* [online]. 2015 [cit. 2017-02-22]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/08/pady-pacientu-vnemocnicich-v-cr-ubyva-zraneni-usa-prevenci-setri-miliony-dolaru/>
30. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

31. MANAGEMENTMANIA.TotalQuality Management (TQM) [online].07. leden 2012 [cit. 2018-01-29]. Dostupné z: <http://managementmania.com/index.php/kvalita/38-ostatni/148-tqm>
32. MANAGEMENT STUDY GUIDE: *TotalQualityManagement - Meaning and ImportantConcepts* [online]. 2016 [cit. 2019-01-18]. Dostupné z: <http://www.managementstudyguide.com/total-quality-management.htm>
33. MÁŠOVÁ, Renata a Markéta HAVRDLÍKOVÁ. *Standardy ošetrovateľskej péče podľa Donabediána*. Sestra [online]. Mladá fronta, 2009, 2009(9) [cit. 2019-01-18]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/standardy-oseetrovateľske-pece-podledonabediana-444784>
34. MARX, David: *Errarehumanumest – role lidského faktoru při vzniku pochybení*. Zdravotnický deník [online]. 01. května 2015 [Cit. 2019–01–01]Dostupné na:<http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/05/errare-humanum-est-role-lidskeho-faktoru-pri-vzniku-pochybeni-3-dil-serialu/>
35. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb [online]. 2012 [cit. 2019-01-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpecizdravotnich-sluzeb_2556_15.html
36. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Podkladový materiál Ministerstva zdravotnictví - Současná situace ve zdravotnictví [online]. 2017 [cit. 2019-01-16]. Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz/files/Article/1373/TextDocument/soucasna-situace-ve-zdravotnictvi---material-ministerstva-zdravotnictvi-najednani-tripartity-20.-2.-2017.pdf>
37. PORTÁL KVALITY MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ: *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví*. [online]. 12. duben 2017 [Cit. 2018–02–28] Dostupné na: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1817_13.html.

38. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. Sestra. ISBN 978-80-247-3871-0.
39. POKOJOVÁ, R. *Spojená akreditační komise. Stručný pohled do systému kvality*. [online]. Sestra str. 34 Obory – management, [cit. 2018-01-01]. 12. Května 2012 Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2010/strucny-pohled-do-systemukvality-.90/>
40. POKOJOVÁ, Radka. *Nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení*. Sestra+ [online]. Mladá fronta, 2012, (07-08) [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nezadouci-udalosti-ve-zdravotnickemzarizeni-466778>
41. PROSPECTS: *Quality manager* [online]. Copyright AGCAS & GraduateProspects, 2016 [cit. 2019-01-18]. Dostupné z: <https://www.prospects.ac.uk/jobprofiles/quality-manager>
42. QUALITY MANAGEMENT & QUALITY ASSURANCE. [online]. 15. Dubna 2014 [Cit. 2018-02-25] Dostupné na: <https://www.iso.org/committee/53882.html>
43. SAK - SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE: *Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR* [online]. 2012 [cit. 2019-02-13]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok2012/zavadeni-a-udrzovani-kvality-a-bezpeci-zdravotni-pece-v-zarizenichnemocnicniho-typu-na-uzemi-cr-.547/>
44. SAK - SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. *Prvé zdravotníckezariadenia získali certifikát kvality*. [Online] [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2016/prve-zdravotnicke-zariadenia-ziskali-certifikat-kvality-.728/>
45. Sestra IN. Ucebna.net: *Program Kontinuálního zvyšování kvality*. [online]. 2015 [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: <http://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=96>

46. SHNŮ - NÁRODNÍ PORTÁL, *Systém hlášení nežádoucích událostí*. [online]. 2020 [cit. 2020-01-29]. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz/cs/srovnani-dle-pzs/>
47. STAPRO. *Ukazatele kvality ve zdravotnictví* [online]. 2016 [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <http://www.stapro.cz/ukazatele-kvality-ve-zdravotnictvi/>
48. SOMROVÁ, Jana a Sylva BÁRTLOVÁ. Význam indikátorů kvality v ošetrovatelské péči. *Quality Management in Health Care* [online]. Ošetrovatel'ský obzor, 2013, (3-4) [cit. 2017-02-20]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelsky.herba.sk/osetrovatelsky-obzor-3-4-2012/vyznam-indikatoru-kvality-v-osetrovatelske-peci>
49. ŠKRLA, P., *Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162s.ISBN 80-7013-4194
50. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 199 s. ISBN 978-802-4726-168
51. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-5711-7.
52. ŠŤASTNÝ, Jan. *Kvalita zdravotní péče: o co vlastně jde? Interní medicína pro praxi* [online]. 2015(17), 3 [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2015/03/14.pdf>
53. ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: GradaPublishing, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.
54. THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION: *Council Recommendation on patientsafety, includingtheprevention and controlofhealthcareinfections*. [online]. 14. března 2009 [Cit. 2018-02-28] Dostupné na:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_en.pdf

55. THOMAS, E. J., et al.: *Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. In Medical Care* [online]. 26. březen 2000 [Cit. 2018-02-28] Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718351>
56. ÚZIS: Centrální systém hlášení nežádoucích událostí - *Metodika Nežádoucí událost* [online]. Praha, 2016 [cit. 2018-02-14]. Dostupné z: http://shnu.uzis.cz/res/file/metodiky/zdroje_management_organizace_plna_metodika_verze.pdf
57. ÚZIS: *Metodické dokumenty k problematice nežádoucích událostí* [online]. 2011 [cit. 2018-02-22]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu/metodicke-dokumenty>
58. VÁLKOVÁ, Monika. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb* [online]. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015 [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2364-hodnoceni-kvality-poskytovanych-zdravotnich-sluzeb.pdf>
59. VČELÁK, PETR. *Studijní materiály. Informatika a výpočetní technika.* [Online] 20. únor 2012. [cit. 2018-01-01] Dostupné z: <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.
60. VONDRÁČEK L. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*, vyd. Praha: 2005, 68 s. ISBN 80-247-0705-5
61. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II.* Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1919-3.

62. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-3132-2.
63. VĚSTNÍK MZ ČR č. 8/2012 (vydáno 9. 10. 2012)
64. Vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.
65. WILSON, R. M., et al: *The Quality in Australian Health Care Study*. In *Medical Journal of Australia*. [online]. 06. leden 2009 [Cit. 2018-02-28]
Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7476634>
66. ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3416-6.

SEZNAM ZKRATEK

EFQM	European Foundation For Quality Management
ISO	Internation Organization ForStandardizatins
ISQua	The internation Society For Quality In Healthcare
JCAHO.....	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
SAK	Spojená akreditační komise České republiky
TQM.....	Total Quality Management

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Vybrané nežádoucí události v letech 2009 - 2017.....	46
Tabulka 2 Získaná data z jednotlivých oddělení	55

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Grafické zobrazení analýzy dat 2009 -2017	47
Graf 2 Dekubity - počet nežádoucích událostí v daném roce.....	48
Graf 3 Pády - počet nežádoucích událostí v daném roce.....	48
Graf 4 Chování osob - počet nežádoucích událostí v daném roce.....	49
Graf 5 Nehody a neočekávaná zranění - počet nežádoucích událostí v daném roce.....	49
Graf 6 Klinický výkon - počet nežádoucích událostí v daném roce.....	50
Graf 7 Medikace/ i.v. roztoky - počet nežádoucích událostí v daném roce	51
Graf 8 Technické problémy- počet nežádoucích událostí v daném roce.....	51
Graf 9 Korelace - Pády/ Klinický výkon	52
Graf 10 Korelace - Nehody/ Neočekávaná zranění	53
Graf 11 Absolvování školení týkající se NU během praxe	56
Graf 12 Zamlčení NU/ strach ze sankcí.....	58
Graf 13 Systém hlášení NU a jeho vliv na bezpečnost	60
Graf 14 Získání více informací o NU	62

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK	83
PŘÍLOHA B – SOUHLAS S VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM.....	87
PŘÍLOHA C – KLASIFIKACE MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTÍ DLE A. CHANGA.....	88
PŘÍLOHA D – PYRAMIDA OBJEMU POCHYBENÍ PODLE ZÁVAŽNOSTI	89
PŘÍLOHA E – REŠERŠE	90

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK

DOTAZNÍK – Nežádoucí události

Vážená paní, vážený pane,

mé jméno je Kamila Zámečnicková, jsem studentkou fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity a zpracovávám diplomovou práci na téma nežádoucí události (mimořádné události, dále jen NU) v nemocnici Motol. Součástí výzkumu je dotazníkové šetření, které má zmapovat názory a postoje nelékařského zdravotnického personálu k problematice nežádoucích událostí. Dotazník je zcela anonymní a poslouží pouze jako zdroj k mé práci. Děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Jaký je Váš věk?

- a) 18 - 25
- b) 26 – 35
- c) 36 – 45
- d) 46 - 60
- e) 61 a více

2. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

3. Jaká je délka Vaší praxe?

- a) 0 - 5 let
- b) 6- 10 let
- c) 11 a více let

4. Na jakém oddělení právě pracujete?

.....

5. Absolvoval/a jste během své praxe školení/semináře týkající se NU?

a) ano

b) ne

6. Jsou ověřovány vaše znalosti o NU zaměstnavatelem?

a) ano

b) ne

7. Hrozí Vám sankce za nahlášení NU?

a) ano

b) ne

8. Máte při hlášení NU strach ze sankcí?

a) ano

b) ne

9. Zamlčel/ a jste někdy NU a zabránila tak jejímu zapsání do systému?

a) ano

b) ne

10. Máte na svém pracovišti umožněné anonymní hlášení NU?

a) ano

b) ne

11. Byl/a jste sám/a obětí NU?

a) ano, uveďte, prosím, o jakou NU se jednalo:

b) ne

12. Vyberte ze seznamu, které NU jsou podle Vás nejčastěji na Vašem pracovišti hlášeny (lze zakroužkovat více odpovědí).

- a) pády
- b) problém s chováním pacienta
- c) problém s medikací
- d) bezpečnostní incident
- e) nehody a neočekávaná zranění
- f) neočekávané zhoršení klinického stavu/úmrtí pacienta

13. Kolik hlášení o nežádoucích událostech jste vyplňovali anebo podávali za posledních 12 měsíců?

- a) žádné
- b) 1 až 5 hlášení
- c) více než 6 hlášení

14. Zabývá se vedení Vašeho oddělení jednotlivými NU a informuje pracovní kolektiv o přijatých opatřeních?

- a) ano
- b) ne

15. Myslíte si, že systém hlášení NU má pozitivní vliv na bezpečnost pacientů a kvalitu poskytovaných služeb?

- a) ano b) ne

16. Vytváří management nemocnice takovou pracovní atmosféru, která podporuje bezpečnost pacienta?

a) ano

b) ne

17. Přejete si, aby se na Vašem pracovišti o problematice NU více mluvilo/informovalo?

a) ano

b) ne

18. Jaký je podle Vás stupeň bezpečnosti pacienta na Vašem pracovišti/oddělení?

a) velmi dobrý

b) přijatelný

c) nedostatečný

PŘÍLOHA B – SOUHLAS S VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM

Vážená paní,

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve FN Motol.

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření, jež by mělo být součástí závěrečné diplomové práce studentky Kamily Zámečnickové, magisterského studijního programu Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, Západočeské univerzity v Plzni.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku. Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Lukáše Martinka, Ph.D., Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

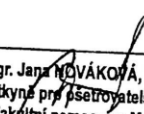
Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Bc. Kamila Zámečnicková

Datum: 6.1.2020

Podpis a razítko

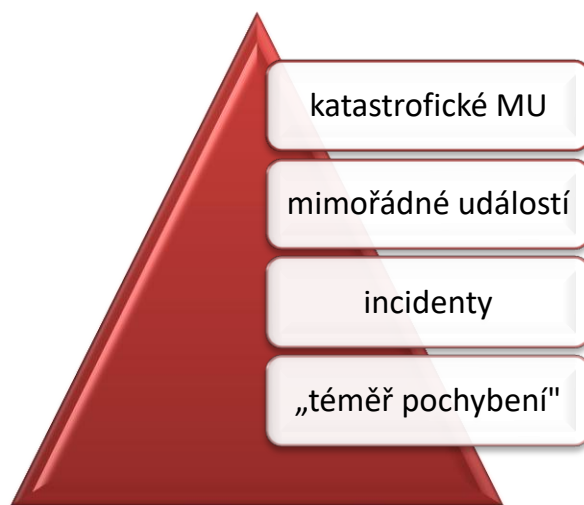

Mgr. Jana NOVÁKOVÁ, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice Motol

PŘÍLOHA C – KLASIFIKACE MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTÍ DLE A. CHANGA

Hlavní kategorie	Klasifikace	Popis klasifikační třídy
Nelze klasifikovat jako	I	Incident, jenž by mohl vést k pochybení.
	II	Téměř pochybení, kterému bylo zabráněno.
MU bez poškození pacienta	III	Zdraví pacienta nebylo poškozeno.
MU s dočasným poškozením pacienta	IV	Nastalo minimální a dočasné poškození zdraví pacienta, které vyžaduje minimální intervenci.
	V	Nastalo středně vážné dočasné poškození zdraví pacienta, které vyžaduje krátkodobou hospitalizaci
	VI	Nastalo vážné poškození zdraví pacienta, které nevyžaduje dlouhodobou hospitalizaci.
MU s trvalým poškozením pacienta	VII	Nastalo minimální, ovšem trvalé poškození zdraví pacienta, které vyžaduje minimální intervenci.
	VIII	Nastalo středně vážné, trvalé poškození zdraví pacienta, které si vyžádá intenzivní léčbu.
	IX	Nastalo vážné a trvalé poškození zdraví pacienta; je nutná pro- dloužená intenzivní léčba za účelem záchrany života.
Fatální MU	X	Nastalo fatální poškození zdraví pacienta s následkem smrti.

Zdroj: Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, s. 51

PŘÍLOHA D – PYRAMIDA OBJEMU POCHYBENÍ PODLE ZÁVAŽNOSTI



Zdroj: Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, s. 52

PŘÍLOHA E – REŠERŠE

Chybná zdravotní péče

2009-2019

KNIHY (6, 4 starší než r. 2009)

Citace jsou seřazeny chronologicky od nejnovější ke starším.

Hledáno v: katalog Medvik (katalog Národní lékařské knihovny)

Klíčová slova charakterizující každou práci viz DE:

Publikace možno zapůjčit v NLK (signatury viz pole SG: NLK)

V následujícím souboru naleznete tytéž práce v návaznosti na normu ISO 690

1.

TI: Kompendium judikatury. ZDR II.,. Trestní odpovědnost ve zdravotnictví

AU: Havlíčková, Blanka

PU: Vydání první. Praha :WoltersKluwer, 2016. 199 stran ; 21 cm.

IB: 978-80-7552-419-5

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: přehledy

DE: trestní zákon ; zanedbání povinné péče (zákonodárství a právo) ; lékaři (zákonodárství a právo) ; právní odpovědnost ; Česká republika ; chybná zdravotní péče (zákonodárství a právo) ; soudní vědy

SG: NLK: K 91885/2

SG: OVI: K 11706/2

AN: MED00190165

2.

TI: Management v ošetrovatelské praxi

AU: Brabcová, Iva — Bártlová, Sylva

PU: Vydání první. Praha : NLN, s. r. o., Nakladatelství Lidové noviny, 2015. 287 stran : ilustrace, tabulky ; 25 cm.

IB: 978-80-7422-402-7

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: kolektivní monografie

DE: ošetrovatelství praktické (zákonodárství a právo, organizace a řízení) ; ošetrovatelská péče (metody, organizace a řízení) ; řízení kvality ; chybná zdravotní péče (prevence a kontrola) ; práva pacientů

SG: NLK: K 90984, G 4912-přil.

AN: MED00187525

3.

TI: Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví II : odpovědnost ve zdravotnictví

AU: Mach, Jan

PU: Praha :WoltersKluwer ČR, 2012. 546 s. ; 24 cm.

IB: 978-80-7357-739-1

LA: cze RT: monografie, knihy
PT: přehledy
DE: důvěrnost informací (zákonodárství a právo) ; trestní zákon ; znalecký posudek (zákonodárství a právo) ; právní vědy ; zákonodárství lékařské ; zanedbání povinné péče (zákonodárství a právo) ; ochrana zájmů pacientů (zákonodárství a právo) ; odmítnutí poskytnout léčbu (zákonodárství a právo) ; právní odpovědnost ; Česká republika ; chybná zdravotní péče (zákonodárství a právo) ; práva pacientů (zákonodárství a právo)
SG: NLK: K 88789
SG: OVI: K 9793/2
AN: MED00178067

4.

TI: Právní odpovědnost v medicíně
AU: Stolínová, Jitka — Mach, Jan
PU: 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha :Galén, c2010. 313 s. ; 23 cm.
IB: 978-80-7262-686-1
LA: cze RT: monografie, knihy
PT: příručky
DE: občanská práva (zákonodárství a právo) ; poskytování zdravotní péče (zákonodárství a právo) ; trestní zákon (zákonodárství a právo) ; zaměstnanost (zákonodárství a právo) ; zákonodárství lékařské ; zanedbání povinné péče (zákonodárství a právo) ; ochrana zájmů pacientů (zákonodárství a právo) ; právní odpovědnost ; chybná zdravotní péče (zákonodárství a právo) ; kompenzace a odškodnění (zákonodárství a právo)
LI: http://toc.nkp.cz/NKC/201101/contents/nkc20102158191_1.pdf - obsah
SG: NLK: K 86413
SG: OVI: K 9618
AN: MED00173227

5.

TI: Kriminalistika a zdravotnictví
AU: Hrib, Nikolaj
PU: Plzeň : Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2010. 324 s. ; 21 cm.
IB: 978-80-7380-269-1
LA: cze RT: monografie, knihy
PT: kazuistiky ; monografie
DE: kriminologie (metody) ; trestní zákon ; lékaři (zákonodárství a právo) ; právní odpovědnost ; chybná zdravotní péče (zákonodárství a právo)
LI: http://toc.nkp.cz/NKC/201011/contents/nkc20102118115_1.pdf - obsah
SG: NLK: K 86209
SG: OVI: K 9526
AN: MED00172081

6.

TI: Adverseevents reporting in Czech health care
AU: Marx, David — Vychytil, Pavel — Hřib, Zdeněk
PU: 2009. 54 listů : ilustrace, tabulky ; 30 cm.
LA: eng RT: monografie, knihy
PT: studie

DE: poskytování zdravotní péče ;surveillance populace ; zajištění kvality zdravotní péče ; řízení rizik ; chybná zdravotní péče
SG: OVI: K 11798
AN: MED00190982

----- starší než r. 2008 -----

7.

TI: Patientsafety
AU: Matlow, Anne — Laxer, Ronald M.
PU: Philadelphia :Saunders, 2006. xvi, 1053-1275 s. :il., tab. ; 23 cm.
IB: 1-4160-3541-9
LA: eng RT: monografie, knihy
PT: sborníky
DE: pediatrie ; bezpečnost ; zajištění kvality zdravotní péče ; řízení bezpečnosti ; chybná zdravotní péče (prevence a kontrola) ; kvalita zdravotní péče
SG: NLK: A 1647/53-6
AN: MED00154211

8.

TI: Metodika vyšetřování trestných činů ve zdravotnictví
AU: Hrib, Nikolaj
PU: Vyd. 1. Praha : Policejní akademie České republiky, 2005. 61 s. ; 20 cm.
IB: 80-7251-176-9
LA: cze RT: monografie, knihy
PT: směrnice ; příručky
DE: zločin ; kriminologie ; trestní zákon (normy) ; Hippokratova přísaha ; zákonodárství jako téma ; zákonodárství lékařské ; trest ; právní odpovědnost ; chybná zdravotní péče ; policie
SG: NLK: DT 7399
SG: OVI: K 7669
AN: MED00121026

9.

TI: Řízená kvalita ve zdravotní a sociální sféře : sborník přednášek : Ostrava, 21.-22. června 2005
PU: Ostrava : Dům techniky, 2005. růz. stránk.
IB: 80-02-01736-6
LA: cze,eng RT: monografie, knihy
PT: kongresy
DE: infekce získané v nemocnicích; zajištění kvality zdravotní péče ; referenční standardy ; sociální péče ; chybná zdravotní péče ; kvalita zdravotní péče
SG: OVI: K 7661
AN: MED00133971

10.

TI: Především neublížit : cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči
AU: Škrla, Petr

PU: Vyd. 1. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. : tab. ; 20 cm.

IB: 80-7013-419-4

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: hodnotící studie ; studie

DE: chybná diagnóza (prevence a kontrola) ; dokumentace (metody) ; chybná zdravotní péče (prevence a kontrola)

SG: NLK: K 78802

SG: OVI: K 7620

SG: IPVZ: 3

AN: MED00119704