

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických  
organizacích

Bc. Světluše Chabrová

**Hlášení a evidence nežádoucích událostí v lůžkovém  
zdravotnickém zařízení**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: Mgr. Blanka Tollarová, PhD.

Praha 2012

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 17. 5. 2012

Světluše Chabrová

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem zaměstnancům FN Plzeň, kteří mě ochotně poskytli rozhovory a data pro moji výzkumnou práci.

Zejména bych však chtěla poděkovat paní Mgr. Blance Tollarové, PhD. za její pomoc a rady při vedení mé diplomové práce.

## OBSAH

|  |    |
|--|----|
| ABSTRAKT.....  | 3  |
| 1. Úvod .....  | 9  |
| 2. TEORETICKÁ ČÁST .....   | 11 |
| 2.1. Nežádoucí události při poskytování zdravotní péče .....   | 11 |
| 2.1.1. Definice nežádoucí události.....  | 15 |
| 2.1.2. Rozdělení a typy nežádoucích událostí .....   | 16 |
| 2.1.3. Výskyt nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení – statistické údaje .....               | 18 |
| 2.1.4. Důsledky výskytu nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních – v obecném pojetí.....    | 23 |
| 2.2. Management nežádoucích událostí na úrovni Ministerstva zdravotnictví ČR .....                   | 24 |
| 2.2.1. Legislativní rámec .....  | 27 |
| 2.2.2. Kvalita poskytovaných zdravotních služeb v lůžkovém zdravotnickém zařízení .....              | 29 |
| 2.2.3. Projekt sledování a hlášení nežádoucích událostí .....  | 31 |
| 2.2.4. Organizační a bezpečnostní kultura ve zdravotnických zařízeních .....                         | 35 |
| 3. EMPIRICKÁ ČÁST .....  | 38 |
| 3.1. Výchozí situace ve FN Plzeň.....  | 38 |
| 3.1.1. Management nežádoucích událostí ve FN Plzeň .....   | 41 |
| 3.1.1.1. Důvody ke změně – vědomí naléhavosti.....   | 41 |
| 3.1.1.2. Vize a strategie, komunikace .....  | 42 |
| 3.1.1.3. Delegování.....   | 43 |
| 3.1.1.4. Vytváření krátkodobých vítězství .....  | 45 |
| 3.1.1.5. Využití výsledků a podpora dalších změn, zakotvení nových přístupů do firemní kultury ..... | 45 |
| 3.2. Kvalitativní výzkum ve FN Plzeň.....  | 46 |
| 3.2.1. Cíl výzkumu .....   | 46 |
| 3.2.2. Vytvoření konceptuálního rámce .....  | 47 |
| 3.2.3. Formulace výzkumné otázky.....  | 49 |
| 3.2.4. Metody výzkumu .....  | 49 |

|  |     |
|--|-----|
| 3.3. Praktické provedení výzkumu ve FN Plzeň .....           | 52  |
| 3.3.1. Sběr dat - postup .....                               | 53  |
| 3.4. Získaná data .....                                      | 54  |
| 3.5. Generování kategorií, vztahy mezi nimi, propozice ..... | 57  |
| 3.6. Popisy jevů, vztahů, souvislostí.....                   | 60  |
| 3.7. Výstupy z výzkumu.....                                  | 89  |
| 4. ZÁVĚR .....   | 93  |
| <br>   |     |
| LITERATURA.....  | 95  |
| SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ, TABULEK.....                          | 98  |
| POUŽITÉ ZKRATKY.....   | 99  |
| PŘÍLOHY.....   | 100 |

## ABSTRAKT

V předkládané diplomové práci se zabývám tématem výskytu nežádoucích událostí. Nezaobírám se však množstvím popsaných a evidovaných nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení, ani jejich spektrem. Zajímá mě zejména **postoj zaměstnanců** FN Plzeň a to, jak **reagují na požadavky TOP managementu v oblasti evidence nežádoucích událostí**. V teoretické části se soustředím na vysvětlení pojmu nežádoucí událost, na popis vlivů, které působí na její vznik a také na shrnutí současné situace v přístupu k nežádoucím událostem v České republice. V empirické části diplomové práce popisují provádění kvalitativního výzkumu, jeho výsledky a doporučení pro další praxi. Zajímá mě pohled zaměstnanců a zkoumám úroveň jejich spolupráce a míru otevřenosti v přístupu k hlášení nežádoucích událostí při poskytování léčebné, diagnostické a ošetrovatelské péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Respondenti v mém výzkumu jsou zaměstnanci FN Plzeň. Jejich názory jsem zkoumala pomocí strukturovaného rozhovoru. Oslovila jsem 14 spolupracovníků, kteří jsou zaměstnáni na rozličných funkčních i odborných pozicích ve FN Plzeň. Domnívám se, že úloha zaměstnanců je klíčová pro úspěch celého projektu, jehož cílem je zvýšení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb pacientům.

Výzkumné téma bylo zaměřeno na zjištění postoje zaměstnanců k hlášení a evidenci nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení a jak tuto změnu zaměstnanci přijímají.

Zásadní zjištění, která jsem získala analýzou rozhovorů se zaměstnanci FN Plzeň jsou, že **zaměstnanci přijímají kladně koncept hlášení a evidence nežádoucích událostí a pozitivně vnímají přínos tohoto sledování. Dále, že zaměstnanci ne vždy jasně interpretují co to je nežádoucí událost, uvažují – li o své vlastní činnosti. To může mít dopad na nižší počet nahlášených nežádoucích událostí, nežli je skutečnost. A konečně, že zaměstnanci, zejména řadoví, nepocít'ují žádné dopady ENU na svoji pracovní činnost.**

### Klíčová slova

nežádoucí události – kvalita poskytovaných zdravotních služeb – bezpečí při poskytování zdravotních služeb

## SUMMARY

The current thesis deals with the issue of adverse events. However, it does not concern the number of described and recorded adverse events in healthcare facilities or their spectrum. I am particularly interested in the **attitude of the staff** at the University Hospital Pilsen and how **to respond to the requirements of top management in the recording of adverse events**. The theoretical part will concentrate on explaining the concept „adverse event“, the description of influences which cause such events to arise and also to summarize the current situation concerning the approach to adverse events in the Czech Republic. The empirical part of the thesis describes the implementation of qualitative research, its results and recommendations for future practice. I am interested in researching the perspective of employees and their level of cooperation and openness in the approach to the reporting of adverse events in the provision of therapeutic, diagnostic and nursing care in inpatient health care facilities. The respondents in my research are employees of the University Hospital in Pilsen. I researched their views using a structured interview. I've contacted 14 employees who are employed in various functional and professional positions at the University Hospital in Pilsen. I believe that the role of employees is the key to the success of the project, which aims to improve quality and safety in the provision of health care services to patients.

The research topic was intended to ascertain attitudes of employees to reporting and recording adverse events in healthcare facilities and how employees accept the changes.

The principal findings which I received through an analysis of interviews with employees of The University Hospital Pilsen are as follows. **Employees are responsive to the concept of reporting and recording adverse events and have a positive perception of the benefits of this monitoring. Employees do not always clearly interpret what is an adverse event when considering their own activities. The impact of this can be a lower number of reported adverse events than the actual number. Employees, especially subordinate staff members, do not feel any effects of the reporting of adverse events on their activities.**

Key words

adverse event - quality of health services provided – providing safe health care



## 1. Úvod

Odhaduje se, že v členských státech Evropské unie je 8 –12 % pacientů přijatých do nemocnic způsobena újma v důsledku nežádoucích událostí (NU) během poskytování zdravotní péče (Věstník MZČR, částka 10). Nedostatečná bezpečnost pacientů představuje jednak závažný problém pro veřejné zdraví a jednak vysokou hospodářskou zátěž pro již omezené zdroje ve zdravotnictví. Řadě nežádoucích událostí u hospitalizovaných i u ambulantních pacientů se dá zabránit, neboť většina z nich je způsobena systémovými faktory. Pochybení jako taková však eliminovat nikdy zcela nelze, neboť jsou neodmyslitelně spjata s účastí lidského faktoru ve zdravotnictví. Zdravotnická zařízení (ZZ) se proto musí zaměřit na minimalizaci rizik a jejich dopadů a zlepšení metod včasné detekce těchto pochybení. Na základě doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR (MZČR) přistupují přímo řízené organizace Ministerstvem zdravotnictví ČR do projektu sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Spolupráce zaměstnanců zdravotnických zařízení na projektu sledování a hlášení NU je klíčová. Zaměstnanci organizace jsou ti, na kterých je postaven celý úspěch projektu hlášení NU. Jsou vyzýváni managementem svého zdravotnického zařízení, aby oznamovali, určeným způsobem, všechny nežádoucí události, jichž byli účastni či o kterých byli informováni. Pověřená osoba organizace toto hlášení dále zpracuje, provede analýzu hlášené události a klasifikaci závažnosti případného poškození pacienta. Dalším krokem je provedení nápravných opatření, na základě zjištěných nedostatků, včetně kontroly dodržování navržených preventivních postupů.

Já se ve své práci zaměřím na zavádění evidence nežádoucích událostí (ENU) ve Fakultní nemocnici Plzeň (FN Plzeň). Hlavní těžiště mé práce nepředstavuje popis systému zavádění ENU, ale průzkum a deskripce postojů zaměstnanců nemocnice, a to zaměstnanců v přímé péči i zástupců managementu, k samotnému jevu nežádoucích událostí a k jejich evidenci. Ve FN Plzeň jsem zaměstnána jako manažerka pro vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a zástupkyně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Do mých kompetencí patří i sledování kvality poskytované ošetrovatelské péče ve FN Plzeň, a z tohoto důvodu se více zajímám o projekt sledování NU a svou práci chci přispět k jeho zdárné aplikaci ve FN Plzeň.. Chci porozumět tomu,

jak zaměstnanci NU vnímají, jaké motivace je vedou k tomu, aby události evidovali, a případně neevidovali, a chci na základě toho navrhnout, jak je třeba systém hlášení NU nastavit, případně jaké změny je do systému třeba implementovat, aby jako celek fungoval a aby se zaměstnanci s projektem ztotožnili a hlášení NU považovali za součást výkonu své profese. Můj výzkumný cíl je tedy praktický a motivovaný manažerským rozhodnutím.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1. Nežádoucí události při poskytování zdravotní péče

Při poskytování zdravotní péče může dojít, a také dochází, k mnoha neočekávaným situacím, které mohou způsobit děj, který nazýváme nežádoucí událostí. Někteří autoři dříve používali termín mimořádná událost. Tento termín nevystihoval zcela přesně podstatu celé věci, a to, že se jedná o pochybení, a proto byl postupně nahrazen, v souladu s výrazem, používaným v anglické literatuře „adverse event“ termínem nežádoucí událost. Mimořádná událost může být i událostí kladnou, což o nežádoucí události rozhodně říci nejde. Nežádoucí události jsou vlastně chyby a omyly při poskytování zdravotní péče. Definicí NU se zabývám zevrubněji v kapitole 2. 1. 1. . Obecně se dá říci, že jde o široké spektrum událostí, které by nastat neměly při poskytování zdravotních služeb a mohou vést nebo vedou k újmě pacienta.

V našich zdravotnických zařízeních se sousloví „nežádoucí událost“ začíná také zvolna zabydlovat. Pracuji ve zdravotnictví již desítky let a NU, dříve nazývané mimořádné, se vždycky stávaly. Ne vždycky za to mohl konkrétní viník, nicméně jednalo se vždy o události závažné, které měly za následek vážné poškození zdraví pacienta či jeho smrt. Tyto události se samozřejmě vždy evidovaly, hlásily a vyhodnocovaly. Nejednalo se však o systematický sběr souboru NU, konaného na základě určité stanovené metodiky a pokynů.

První souhrnné informace a statistiky, pojednávající o nežádoucích událostech, byly americké veřejnosti, tedy nejen zdravotníkům, představeny dvěma dokumenty v letech 2000 – 2001. Oba dokumenty – „*To err is human*“<sup>1</sup> a „*Crossing the Quality Chasm*“<sup>2</sup> (Institut of Medicine 2000 a 2001) jsou dle Škrly (Škrly, 2005) katalyzátorem zájmu o chyby a omyly ve zdravotní péči. Jednalo se o sdělení zcela zásadní, která představila široké veřejnosti chyby a omyly v poskytování zdravotní péče tak, jak byly zdokumentovány odbornými

---

<sup>1</sup>Institute of Medicine (IOM) (2000). *To err is Human: Building a Safer Health System*, (1 – 3): 268. Washington, DC: National Academy Press.

<sup>2</sup>Institute of Medicine (IOM) (2001). *Crossing the Quality Chasm*. Washington , DC: National Academy Press.

studiemi, které probíhaly v 80. a 90. letech minulého století v několika státech USA. Zdravotnická americká veřejnost byla samozřejmě se studii seznámena již mnohem dříve. Zpoždění, které máme v České republice, v oblasti mapování nežádoucích událostí ve zdravotnictví, je značné.

Je zřejmé, že chování lidí je při vzniku „medicínských pochybení“ (tímto termínem je možné obecně označit chyby při poskytování léčebné, diagnostické i ošetrovatelské péče) zcela zásadní. Chování zdravotnických pracovníků při výkonu profese je ovlivněno mnoha faktory, a to jak osobnostními vlastnostmi zaměstnanců, tak jejich vzděláním, výchovou, vztahem ke své práci, zdravotním stavem samotných zaměstnanců, úrovní tréninku a v neposlední řadě jejich schopností empatie a také smyslu pro přesnost a pořádek.

Hřib a Vychytil (Hřib, Vychytil, 2010) ve své práci uvádí, s odkazem na Hollbagela<sup>1</sup>, že role lidského faktoru se při vzniku nehod v rizikových oblastech lidské činnosti zvýšila mezi lety 1960 – 1990 z 20 % na více než 90 %. Rizikovou oblastí z tohoto pohledu je samozřejmě také zdravotnictví, zejména tedy oblast zdravotních služeb. Zdravotnická zařízení jsou velmi komplexní systémy, které se mohou rovnat mnoha sofistikovaným technologickým celkům – atomovým elektrárnám, zaoceánským lodím, chemickým továrnám. Na rozdíl od zmiňovaných uskupení, ve zdravotnických zařízeních pracuje mnohem více zaměstnanců. Zdravotnické služby, jako celek, jsou postaveny na lidské práci. A potenciál pro pochybení má každý jedinec. Proto jsou rizika pochybení a tedy i vzniku nežádoucí události ve zdravotnickém systému přítomna mnohem více, než v jiných službách. Také dopady pochybení mohou být zcela nesrovnatelné, neboť se převážně jedná o zdraví a životy pacientů, které mohou být pochybením ohroženy. Na rozdíl od systémů, založených na technice, probíhá většina komunikace při poskytování zdravotní péče verbálně, mnohdy neformálně.

Také pacient je velmi proměnlivou složkou v systému zdravotnictví. Už při prvním styku zdravotníka s nemocným může dojít k chybné interpretaci např. jeho potíží, či chybě v zápisu identifikačních údajů a tato chyba může

---

<sup>3</sup>Hollbagel E.(1993) Reliability of cognition: foundations of human reliability analysis. London: London Academia Press.

zapříčinit celou řadu, pro pacienta velmi závažných, komplikací s nedozírnými následky. Navíc, zdravotnické zařízení se skládá z mnoha menších celků, ve velkých fakultních nemocnicích se může jednat o 50 a více zdravotnických oddělení a klinik (ZOK), která zdaleka nemají jednotnou strukturu a systém poskytování péče. Tato určitá, někdy i oborově vymezená, nejednotnost se může částečně oslabit např. akreditací daného zdravotnického zařízení, či certifikací, alespoň, některých provozů.

Ovšem potenciál lidského faktoru zůstává vždy přítomen, neboť velká zdravotnická zařízení, univerzitního typu, čítají okolo 4000 – 5000 zaměstnanců, z nichž většina je zdravotnických pracovníků, podílejících se na přímé péči o pacienta. Tato skutečnost limituje přesvědčení těch, kteří se i v této době domnívají, že chyby nedělají. Odmítají si přiznat, že opak je pravdou.

Škrla (Škrla, 2005) cituje studii, publikovanou v roce 2002, „*Archives of Internal Medicine*“<sup>1</sup>, která se zabývá postojem lékařů k možnosti pochybení. Pouze 35 % lékařů vnímá kvalitu poskytované péče jako problém, na rozdíl od veřejnosti, která smýšlí v 68 % opačně. Pouze 24 % lékařů si myslí, že by se situace měla řešit. Robinson ve své studii píše:

„Výsledky studie naznačují, že lékaři mají tendenci minimalizovat problém kvality péče – na úrovni osobní i instituční. Pro většinu ze sledovaných lékařů je existující výskyt chyb a omylů akceptovatelnou realitou a řada z nich je také přesvědčena, že situaci nelze změnit.“ (Škrla, 2005)

Jaké jsou obvyklé důvody toho, že se lékaři vyhýbají tématu nežádoucích událostí, tedy pochybení?

- Mají tendenci zaměřovat se více na dosažené úspěchy než na pochybení.
- Nevnímají velikost a vážnost celého problému.
- Neradi zveřejňují své vlastní problémy.
- Neradi traumatizují své vlastní „já“.
- Pochybení stále vnímají jako „prohřešek“ a neví co s tím.
- Neradi kritizují práci svých kolegů.

---

<sup>1</sup>Robinson, A. R. Physician and Public Opinion on Duality of Health Care and the Problem of Medical Errors, *Archives of Internal Medicine*, Oct. 28, 2002 (vol. 162, isme 19).

- Mají pocit sdílené zranitelnosti.
- Vnímají obavy z ohrožení profesionální autonomie. (Škrla, 2005)

Stejně jako se globální i odborná veřejnost zabývá pochybeními u lékařů, zabývá se též pochybeními u nejpočetnější skupiny zdravotníků, tedy u sester. Sestry (samozřejmě též ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci na srovnatelné kvalifikační úrovni – porodní asistentky, zdravotničtí záchranáři apod.) při své ošetrovatelské činnosti zapříčiní nejvíce pochybení u pacientů. Samozřejmě, že je třeba si uvědomit, že sestry jsou velmi početnou skupinou zaměstnanců a pracují souběžně v několika rolích – vykonávají přímou péči o pacienta, věnují se managementu, edukaci (studentů i pacientů), zajišťování bezpečí a také klinickému výzkumu.

V dokumentu IOM (2001)<sup>1</sup> je uvedeno:

„Dnes si žádný lékař ani sestra nemůže zapamatovat všechny informace potřebné k poskytování kvalitní péče. Jestliže sestry nemají možnost získat potřebné informace tam, kde se využití takové informace očekává pro učinění závažných rozhodnutí, možnost pochybení se zvyšuje.“ (Škrla, 2005)

A James Reason<sup>2</sup>, jehož Škrla cituje, již v roce 1990 napsal:

„Obrovský nárůst medicínských technologií, zvláště těch, které představují komplexní systémy se značnými riziky, vytváří změny v práci, kterou sestry musí vykonávat. V tomto prostředí, které je často značně automatizováno, se stává péče nepřehlednější a vytváří podmínky pro pochybení.“

Leape<sup>3</sup> (Leape, 1997) ve svém dokumentu o systémové analýze přístupu k medicínským pochybením uvádí, že většina chyb vyplývá z vad v systémech. Potvrdily to výzkumy z oblasti kognitivní psychologie a lidských faktorů. Jedná se o selhání v procesech, ve vzdělávání, v nastavení pracovních podmínek. Překážkou k odstranění chyb je právě složitost systému zdravotnictví, malý přístup k informacím o chybách a strach z trestu. Většinu

---

<sup>1</sup>Institute of Medicine (IOM) (2001). *Crossing the Quality Chasm*. Washington, DC: National Academy Press.

<sup>2</sup>Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

<sup>3</sup>Leape LL. A systems analysis approach to medical error. *J Eval Clin Pract*1997; 3 (3):213-22.

zdravotnických zařízení také chybí účinné metody, jak detekovat a kvantifikovat chyby. Podle Leapea můžeme očekávat významné snížení počtu chyb při poskytování zdravotní péče tehdy, když organizace pochopí, že chyby jsou důkazy o nedostacích v systémech, nikoliv o nedostacích v lidech.

### 2.1.1. Definice nežádoucí události

Je samozřejmě obtížné definovat stručně a výstižně tak rozsáhlou problematiku, jako jsou nežádoucí události při poskytování zdravotní péče. Jako první uvádím definici, která je závazná pro zdravotnická zařízení, přímo řízená MZČR.

*Nežádoucí událostí jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy poškození pacienta je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je zdravotnické zařízení nebo jeho pracovník. (Věstník MZČR, částka 10)*

Nežádoucí událostí je tedy dle MZČR každá situace, ke které by za normálních okolností nemělo při poskytování zdravotních služeb pacientům dojít. Nežádoucí události jsou obvykle vztaženy k ohrožení zdraví či života pacienta, ale v širším kontextu za nežádoucí události považujeme i takové situace, kdy je ohroženo zdraví či život zdravotnického pracovníka, návštěvníka zdravotnického zařízení nebo kdy je zdravotnickému zařízení způsobena např. újma ekonomická.

Škrla (Škrla, 2005) uvádí jinou definici: „Je to událost, během které došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta, nebo procedury, kdy lékařská nebo ošetrovatelská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů. Následkem odchylky od standardizované péče došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku.“

Jak uvádí Marx (Zdravotnické noviny, 10. 1. 2001), v dostupné literatuře se mohou lišit definice nežádoucích událostí. Např. v tzv. Harvardské studii se mluví o „*události, způsobené alespoň částečně systémem organizace a řízení lékařské péče v instituci, vedoucí k prodloužení hospitalizace nebo ke zhoršení*

*zdravotního stavu po propuštění pacienta“<sup>1</sup>. Jiná definice, citovaná Marxem říká, že se jedná „o komplikace, související s kvalitou péče, které vedou k velmi pravděpodobnému zvýšení morbidity, potřeby intenzivní péče nebo k prodloužení hospitalizace“.*

Je samozřejmě obtížné definovat stručně a výstižně tak rozsáhlou problematiku, jako jsou nežádoucí události při poskytování zdravotní péče. Na rozdíl od fyzického poškození je psychické poškození pacienta či návštěvníka zdravotnického zařízení sice méně viditelné, ale zdá se, že častější. Empirické zkušenosti těch, kteří přichází do styku se zdravotními službami - a to jak v roli poskytovatele, tak v roli příjemce - jsou tomto směru dosti výmluvné. Psychická poškození v důsledku nevhodné komunikace zdravotníka s pacientem jsou velmi často impulsem k podání stížností či námitek.

Komunikační problémy s pacienty jsou zdravotníky velmi často podceňovány a bagatelizovány, avšak pacienti, kteří se ve zdravotnickém zařízení necítí dobře, kvůli nevhodné komunikaci, považují vesměs tato pochybení za dostatečně velká na to, aby podali stížnost. Možná i sami zdravotníci jsou svedeni myšlenkou, že psychická újma není nic, co by stálo za přílišnou pozornost, pokud budeme uvažovat o definici nežádoucí události tak, jak je předložena ve Věstníku č. 10, MZČR – „...*poškození pacienta je pouze psychické.*“. Pouhým vložením slůvka *pouze* je upozaděn fakt, že psychika nemocného je důležitá.

### **2.1.2. Rozdělení a typy nežádoucích událostí**

Nežádoucí události mají několik základních příčin. Mohou být způsobeny jednak chybou lidskou, ale i selháním techniky a samozřejmě i souhrou nešťastných okolností, které nemohly být předvídaný ani ovlivněny a které vyústily v poškození pacienta. Takovým případem by mohl být např. vliv přírodní katastrofy. V neposlední řadě má vliv na vznik nežádoucí události i délka pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení. Ve Zdravotnických novinách byl (Zdravotnické noviny, 31. 1. 2012) zmiňován výzkum, založený na datech,

---

<sup>1</sup> Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M. (1991) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard medical practice study. *New Engl J Med*, 324 (6): 370 - 376



kteřá porovnávala švýcarská Nadace pro bezpečnost pacientů s údaji ze zahraničních studií. Došli k výsledkům, jež možná nejsou překvapivé, rozhodně však jsou nepřilíš žádoucí. Uvedli, že při pětidenní hospitalizaci se může vyskytnout 5,5 % nežádoucíh příhod v oblasti farmakoterapie, 17,6 % nemocničníh infekcí a 3 % dekubitů. Každá další noc, strávená ve zdravotnickém zařízení zvyšuje riziko, že se pacient setká ve větší míře s nějakým typem pochybení. Velkou roli hraje i fakt, zda se jedná o hospitalizaci pacienta s akutním onemocněním, či o plánovanou hospitalizaci. U akutně přijímaných pacientů se opět zvyšuje riziko vzniku nežádoucí události.

Rozdělení nežádoucíh události můžeme pojmut z hlediska toho, na jaké organizační úrovni se vyskytnou, zda v pozadí stojí

- jedinec, u kterého chyba vznikla, zde má zaměstnavatel dost možností, jak výskyt chyb snížit,
- systém práce, který musí být navržen tak, aby s chybami počítal, odhaloval je a účinně odstraňoval
- či zdravotnické zařízení jako celek, které by svoji kvalitu mělo stavět na vnitřních zpětnovazebních a kultivačních mechanismech. (Heger, 2001)

Dále dělíme nežádoucí události podle dopadu na pacienta na:

- nedokonaná pochybení – taková pochybení, která byla včas odhalena a k nežádoucí události nedošlo,
- nežádoucí události bez následků na pacientově zdraví či ekonomice,
- nežádoucí události s následky na pacientově zdraví či ekonomice.

Škřla<sup>1</sup>(Škřla, 2005) uvádí ještě další rozdělení, podle J. Reasona<sup>1</sup>. Ten klasifikuje pochybení jako:

- aktivní, způsobené lidským faktorem, kdy dochází k aktivnímu zapojení zaměstnance do daného pracovního procesu

---

<sup>1</sup>Reason J. Human error: models and management, BMJ 2000;320: 768 - 70.

- skryté, kdy manažeři ovlivní chod organizace a zaměstnanci nejsou dostatečně edukováni,
- týkající se dovedností – zaměstnanec pochybí při plnění běžného úkolu,
- týkající se dodržování pravidel a standardů – zaměstnanec neprovede výkon podle předem stanovených pravidel,
- týkající se znalostí – zaměstnanec není schopen aplikovat či využít existující znalosti v nových nebo nečekaných situacích.

Hřib, Vychytil (Hřib, Vychytil, 2010) uvádí, s odkazem na Reasona<sup>1</sup>, že:

1. plán může být správný, ale jsou použity špatné postupy ve výkonu – jedná se o nepozornost, nebo i o neznalost.
2. Nebo plán činnosti je již nesprávný, z hlediska očekávaného cíle, přičemž jednotlivé kroky mohou být provedeny správně.

Typickým příkladem je např. porušování hygienických pravidel při poskytování zdravotních služeb, ve druhém případě lze uvést jako příklad stranovou záměnu při chirurgickém zákroku.

### **2.1.3. Výskyt nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení – statistické údaje**

První statistické údaje o chybách při poskytování zdravotní péče byly zveřejněny, jak již bylo uvedeno, v roce 1991 v USA. Studiemi se zabývali vědci nejprve ze Spojených států, později i Australané, Izraelci, Britové, Novozélandčané i Dánové. Studie uveřejnily prestižní lékařské časopisy, později je převzala i média, široká veřejnost byla ohromena. Nejčastěji je citována tzv. Harvardská studie<sup>2</sup> – HMPS – The Harvard Medical Practice Study.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Reason J. Managing the Risks of Organizational Accidents. Ashgate Publishing Company; 1997.

<sup>2</sup>Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M. (1991) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard medical practice study. New Engl J Med, 324 (6): 370 - 376<sup>1</sup>

Jako zcela první však byla zveřejněna studie, jež byla provedena v Kalifornii, a jejíž výsledky byly zveřejněny již v roce 1977. Jak uvádí Hřib, jedná se o první doloženou populační studii.<sup>1</sup>

Jak uvádí Hřib, Vychytil ve svém dokumentu, (Hřib, Vychytil, 2005) v Harvardské studii (HMPS) bylo posouzeno 30 198 náhodně vybraných chorobopisů pacientů hospitalizovaných během roku 1984 v 51 náhodně vybraných akutních zdravotnických zařízení (s vyloučením psychiatrických oddělení) ve státě New York. Cílem studie bylo lépe popsat epidemiologii poškození pacientů ve zdravotnických zařízeních a využít výsledků k reformě systému vyřizování stížností na odborné postupy lékařů. Z tohoto důvodu se autoři této studie zaměřili na taková poškození pacientů, která by mohla zavdat příčinu ke stížnosti či soudnímu sporu. Tato studie nebyla zaměřena na sledování nežádoucích událostí, které pacienty nepoškodily, nebo na události, které jim způsobily jen minimální nepohodlí. Nežádoucí událost autoři této studie definovali jako „poškození způsobené postupem při poskytování zdravotní péče (nikoli průběhem onemocnění), které vedlo k poškození pacienta, k prodloužení hospitalizace či k oběma těmito skutečnostem“. Studie zjistila, že nežádoucí události vznikly ve 3,8 % hospitalizací a z nich bylo 27,6 % způsobeno nedbalostí zdravotnických pracovníků. Nežádoucí události v operačních oborech tvořily 47,7 %, z nich bylo způsobeno nedbalostí personálu 17 % (nedbalost autoři studie definují jako péči, jejíž kvalita je nižší, než je odbornou veřejností v dané oblasti stanoveno). Nejčastější neoperační nežádoucí události byly nežádoucí účinky léků, dále pak diagnostická pochybení, léčebná pochybení, komplikace výkonů a další. U neoperačních nežádoucích událostí byla ve 37,2 % dokumentována nedbalost personálu. Z hlediska místa vzniku nežádoucí události jsou na prvním místě operační sály, dále pak pokoje pacientů, prostory akutního příjmu, porodní sál a jednotky intenzivní péče. Ze zjištěných nežádoucích událostí jich 6,5 % vedlo k trvalé invaliditě a 13,6 % k úmrtí pacienta.

---

<sup>1</sup>Mills D. H., Boyden J. S., Rubamne D. S. (1977) Report on the Medical Insurance Study, San Francisco: Sutter Publications.

Autoři Harvardské studie později provedli novou analýzu svých dat ještě z hlediska preventability – tedy možnosti zamezit vzniku nežádoucí události před tím, než nastala. Na základě jejich analýzy bylo 69,6 % nežádoucích události preventabilních. K nejčastějším preventabilním nežádoucím událostem dle autorů dochází v prostorách

- akutního příjmu (93,3 %)
- dále následuje porodní sál (78,7 %)
- jednotky intenzivní péče (70,3 %)
- operační sál (71,4 %).

Další autoři studií (Coloradská, Australská apod..) postupovali podle stejné metodiky, a v průběhu let 1992 – 2001 popsali podobné výsledky po prostudování desítek tisíc chorobopisů propuštěných pacientů.

Na základě výsledků proběhlých studií můžeme rozdělit pochybení v procentech takto (Škrla, 2005):

- Chybná diagnóza a nesprávná léčba 40 %
- Medikační chyby 28 %
- Chyby a omyly během zákroků 23 %
- Ostatní pochybení 9 %

Tabulka č. 1 Souhrnné údaje o studiích výskytu nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče (Hřib, Vychytil, 2009)

| <b>Studie</b> | <b>Rok realizace studie</b> | <b>Posuzovaný počet hospitalizovaných</b> | <b>Počet nežádoucích událostí</b> | <b>% výskytu nežádoucích událostí</b> |
|---------------|-----------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| USA – HMPS    | 1984                        | 30 195                                    | 1133                              | 3,8                                   |
| USA – UCMPS   | 1992                        | 14565                                     | 475                               | 2,9                                   |
| Austrálie     | 1992                        | 14179                                     | 2353                              | 16,6                                  |

|                          |           |      |     |      |
|--------------------------|-----------|------|-----|------|
| V. Británie <sup>1</sup> | 1999-2000 | 1014 | 119 | 11,7 |
| Dánsko <sup>2</sup>      | 1998      | 1097 | 176 | 9,0  |
| Nový Zéland <sup>3</sup> | 1998      | 6579 | 849 | 12,9 |
| Kanada <sup>4</sup>      | 2001      | 3720 | 279 | 7,5  |
| Brazílie <sup>5</sup>    | 2003      | 1103 | 84  | 7,6  |
| Švédsko <sup>6</sup>     | 2003-2004 | 1967 | 241 | 12,3 |

Pochybení, která měla za následek smrt pacienta<sup>7</sup>:

- Chybná diagnóza 17 %
- Medikační chyby 10 %
- Nezabránění poranění 12 %
- Technické omyly 44 %
- Ostatní pochybení 17 %

Identifikaci a detekci jakýchkoliv pochybení při poskytování zdravotní péče můžeme v zásadě udělat třemi způsoby.

1. Zkoumáním dokumentace nemocných ve výzkumných studiích.

---

<sup>1</sup> Vincent C, Neale G, Woloshynovych M: Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*. 2001, č. 322, s. 517-19. ISSN: 09598138

<sup>2</sup> Schioler T, Lipezak H, Pedersen B. L. et al.: Danish Adverse event study. Incidence of adverse events in hospitals: a retrospective study of medical records, *Ugeskr Laeger*. 2001, č. 163(39), s. 5370-8.

<sup>3</sup> Davis P, Lay - yee R, Briant E et al: Adverse events in New Zealand public hospitals: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal*. 2002, č. 115, s. 271. ISSN 1175 8716

<sup>4</sup> Baker G. R., Norton P. G., Flintoft V. et al.: The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2004, č. 170, s. 1678-1686. ISSN: 08203946

<sup>5</sup> Mendes W., Martins M., Rozenfeld S., Travassos C.: The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. Srpen 2009, č. 21(4), s. 285-91. ISSN 1353-4505

<sup>6</sup> Soop M., Fryksmark U., Koester M., Haglund B.: *Int J Qual Health Care*. Srpen 2009, č. 21(4), s. 285-91. ISSN 1353-4505

<sup>7</sup>Institute of Medicine (IOM) (2000). To err is Human: Building a Safer Health System, (1 – 3): 268. Washington, DC: National Academy Press.

2. Hlášením nežádoucích událostí samotnými zdravotníky.
3. Prošetřením a analýzou stížnosti na postup zdravotnického pracovníka – obvykle podané pacientem či jeho příbuzným.

Budeme však uvažovat pouze o prvních dvou variantách, neboť ta třetí varianta má poněkud složitý mechanismus, zcela odlišný od konceptu založeném na dobrovolnosti hlášení a výsledkem je zamítnutí stížnosti či její přijetí. Kdežto u zkoumání dokumentace či evidenci NU takřka on line, není co zamítat. Něco se již stalo, a to něco byla chyba či omyl.

Studie, které by mapovaly chyby či omyly zkoumáním dokumentace nemocného, tak jako např. studie Harvardská, Coloradská, Novozélandská atd. nebyla v českém zdravotnictví provedena, domnívám se, že situace bude přinejmenším stejná. Pro úplnost je třeba říci, že David Marx prováděl v roce 2004 – 2006 šetření v zařízeních akutní péče, které mělo za cíl mapovat sledování NU v akutní péči. V roce 2006 - 2008 prováděli výzkum podle stejné metodiky, jakou použil Marx, autoři Pavel Vychytil a Zdeněk Hřib (Vychytil, Hřib, 2008) v zařízeních následné péče. Oba výzkumy však byly zaměřeny na sledování a hlášení nežádoucích událostí, nikoliv na zjišťování počtu případů zkoumáním dokumentace pacienta. Proč se v České republice nedělají studie, podobné výše citovaným, zahraničním, může mít, dle mého soudu, více důvodů. Z prvé na to nikdo neuvolní finanční prostředky, za druhé by to muselo nařídít MZČR, vzhledem k ochraně dat pacientů a možnosti přístupu do dokumentace a náležitě legislativně podložit, za třetí – výsledky známe ze zahraničí, budou asi obdobné. Ještě jeden důvod může být zmíněn, a to, že se lékaři většinou diskuzím o pochybení při poskytování zdravotní péče vyhýbají. (Škrála, 2005)

Dle zdrojů z MZČR (Akční plán kvality, 2010 – 12) je v Evropské unii způsobena újma při poskytování zdravotní péče 8 – 12 % pacientů. To znamená cca 4, 1 milionům pacientů za rok. Mezi nejčastější nežádoucí události patří:

- Chyby při podávání léků (nesprávný lék či dávka)
- Chirurgická pochybení (u chirurgických výkonů nebo po nich)
- Chyby v diagnostice
- Nezohlednění výsledků testů

- Infekce spojené se zdravotními službami

#### **2.1.4. Důsledky výskytu nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních – v obecném pojetí**

Důsledky nežádoucích událostí můžeme rozlišit na dopady na zdraví a životy postižených osob a na dopady ekonomické.

Ekonomové z Národní ekonomické rady vlády (NERV) doporučují zavést monitoring kvality poskytovaných zdravotních služeb. V rozhovoru zveřejněném na webu Spojené akreditační komise to uvádí Miroslav Zámečník, expert NERV na financování zdravotnictví. To, že každé zdravotnictví má omezené finanční možnosti a nemůže si dovolit platit za nekvalitní péči je všeobecně známo. Zatím však nebyl stanoven žádný mechanismus, který by našim zdravotnickým zařízením, která se snaží kvalitu svojí péče zvyšovat, zajišťoval jakékoliv benefity pro její provozní zajištění, ať už ekonomické či personální.

Souvislost mezi výskytem nežádoucích událostí a ekonomikou můžeme vysledovat v provedených zahraničních studiích. Jak uvádí Hřib, Vychytil (Hřib, Vychytil, 2010), z materiálů studie<sup>1</sup>, provedené v Coloradu a v Utahu (USA), vyplývá, že celkové náklady na nežádoucí události, respektive jejich důsledky, v cenách roku 1996 byly 37,2 miliard US \$ (t. j. 4,8 % výdajů na zdravotní péči per capitam v příslušných státech) a náklady na preventabilní nežádoucí události byly 20,7 miliard US \$.

O případných dopadech nežádoucích událostí na pacienty či ekonomiku v českém zdravotnictví nemáme žádné zprávy. Podobné studie v České republice nejsou pravděpodobně prováděny, pokud ano, nejsou zveřejněny. Pokud zdravotnická zařízení budou ve svém vlastním zájmu sledovat nežádoucí události, mohou si po zhodnocení výsledků za pomoci statistiků spočítat, jak se mění v číslech vynaložené prostředky na zdravotní péči v oblasti prevence nežádoucích událostí v souvislosti s vynaloženými náklady na léčbu v důsledku preventabilních pochybení.

---

<sup>1</sup>Thomas F. J., Studdert D. M., Newhouse J. P., Zbar B. I., Howard K. M., Williams E. J., et al. Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*. 1999; 36(3): 255-64.

Změna je však očekávána právě na základě vyhodnocení výsledků projektu hlášení a evidence nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních v České republice. V současné době jsou výsledkem prvního roku sběru NU dvě doporučení, zveřejněná na webových stránkách MZČR – viz kap. .

## **2.2. Management nežádoucích událostí na úrovni Ministerstva zdravotnictví ČR**

V období českého předsednictví v Radě Evropské Unie byl přijat dokument *Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí* (Doporučení, 2009), dále jen Doporučení a v červnu 2009 byl schválen ministry zdravotnictví všech členských států EU. Doporučení je strategický dokument, který poskytuje návod a jednotlivé kroky ke zlepšení současné situace v oblasti bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí. Zavedení Doporučení v ČR může být úspěšné, pokud budou splněny následující předpoklady:

- posílení účasti a informovanosti občanů a pacientů,
- zřízení nerepresivního systému hlášení nežádoucích událostí,
- podpora vzdělávání a odborné přípravy zdravotnických pracovníků,
- sdílení znalostí, zkušeností a osvědčených postupů v oblasti bezpečnosti pacientů,
- určení koordinačního orgánu bezpečnosti pacientů na území ČR.

Na základě příkazu ministra zdravotnictví ČR Leoše Hegera č. 30 / 2010 zahájila v listopadu r. 2010 činnost *Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče (PSBPKZP)*. Pracovní skupina je iniciátorem a koordinátorem pro řešení bezpečnosti pacientův ČR a platformou pro výměnu poznatků a návrhů řešení v oblasti kvality a bezpečí pacientů v ČR. Je zřízena na základě *Doporučení Rady EU*. Jejími členy jsou zástupci MZČR, odborných společností, profesních organizací, zdravotní pojišťovny, rezortů MPSV, MŠMT a zástupci odborné a laické veřejnosti. (Doporučení, 2009)

Jako nástroj pro zavedení do praxe byl vypracován ministerstvem zdravotnictví ČR *Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období*



2010 – 2012. Vyhodnocení tohoto úkolu předkládá MZ ČR Radě EU v roce 2012. Rada EU bude posuzovat míru účinnosti navržených opatření.

Součástí akčního plánu je každoroční vyhlášení *Resortních bezpečnostních cílů (RBC)*, které jsou zdravotnická zařízení, přímo řízená ministerstvem zdravotnictví, povinna naplnit. RBC vychází z *Doporučení rady EU a WHO Světové aliance pro bezpečnost pacientů*. RBC pro období 2010 – 2012 se týkají následujících oblastí:

- RBC 1 Bezpečná identifikace pacientů.
- RBC 2 Bezpečnost při používání rizikových léčiv.
- RBC 3 Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech.
- RBC 4 Prevence pádů pacientů.
- RBC 5 Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.
- RBC 6 Bezpečná komunikace. (příloha č. 2)
- RBC 7 Bezpečné předávání pacientů.

Zdravotnická zařízení přímo řízená MZ jsou povinna vypracovat vnitřní předpis pro dodržování výše uvedených oblastí a zajistit jeho realizaci při poskytování zdravotních služeb. Zdravotnická zařízení, která nejsou v přímé působnosti MZČR mohou tato doporučení přijmout jako návodná. Je zřejmé, že tyto RBC jednoznačně sledují jediný cíl, a to vymýcení nejpálčivějších bolestí, které zdravotnictví obecně má, právě v oblasti pochybení, jak ukazují celosvětově uznávané studie.

Nejen odborná, ale i laická veřejnost je vyzývána, aby ve svém vlastním zájmu sledovala význam prevence pochybení a podílela se tím na zajištění vlastní bezpečnosti. Úroveň informovanosti o možných chybách ve ZZ je velmi nízká. Mnozí pacienti, ale mnohdy ani zdravotníci, nedokáží přesně identifikovat, co si pod pojmem bezpečí, kvalita, pochybení či nežádoucí událost představit.

Jediná správná a efektivní možnost, jak zapojit laickou veřejnost, je edukace pacientů, vysvětlování všech výkonů a procedur, apel na jejich aktivní spolupráci. Samozřejmostí je ovšem spolupráce zdravotníků, kteří musí mít na

pacienta tolik času, kolik pacient potřebuje k pochopení souvislostí a dát mu čas na položení všech otázek, které pacienta v souvislosti se zdravotní péčí zajímají.

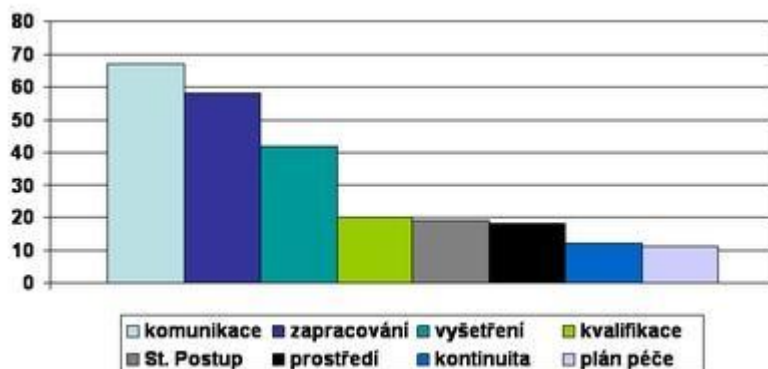
Tabulka č. 2 Výskyt poškození pacientů během hospitalizace - studie JCAHO, USA, zdroj MZČR

| Stát        | Výskyt poškození pacientů v % hospitalizovaných            |
|-------------|--|
| V. Británie | 11   |
| Dánsko      | 10   |
| Nový Zéland | 9  |
| Austrálie   | 11   |
| Kanada      | 8 v soukromých a 11 ve veřejných zdravotnických zařízeních |

Tabulka č. 3 Hlášené závažné nežádoucí události (úmrtí pacienta, ztráta orgánu či jeho funkce (JCAHO, USA, 1995-2005), zdroj MZČR

|   |     |
|---|-----|
| Sebevraždy pacientů ve zdravotnickém zařízení         | 464 |
| Stranová záměna                                       | 455 |
| Komplikace výkonu                                     | 444 |
| Medikační chyba                                       | 358 |
| Zpoždění léčby  | 269 |
| Pády  | 189 |
| Úmrtí pacientů v omezovacích prostředcích (kurtování) | 138 |

Graf č. 1 Příčiny závažných nežádoucích událostí (JCAHO-USA) (komunikací se rozumí předávání informací mezi zdravotníky (verbální ordinace, hlášení výsledků apod.), zdroj MZČR



### 2.2.1. Legislativní rámec

**Lucemburská deklaráce k bezpečí pacientů** reaguje na celosvětový problém bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče – viz citované studie.

V dubnu 2005 byla schválena na summitu členských států EU tzv. Lucemburská deklaráce k bezpečí pacientů (Luxembourg Declaration on Patient Safety), jejíž součástí jsou následující doporučení pro členské státy EU:

- Umožnit pacientům úplný a volný přístup k informacím, které o nich byly shromážděny v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Přitom zajistit správnost těchto informací i jejich srozumitelnost pro pacienty. Prosazovat princip, že informovaný pacient je lépe vybaven pro péči o své zdraví.
- Zvážit výhody zavedení národního dobrovolného systému hlášení nežádoucích událostí a nedokonaných pochybení.
- Postupně zavádět procesy v oblasti řízení rizik ve zdravotnictví – například vytvářením algoritmů a indikátorů kvality v rámci systému externího hodnocení kvality ve zdravotnictví.
- Optimalizovat využití nových technologií například zaváděním elektronické formy zdravotnické dokumentace. Taková dokumentace by měla obsahovat základní informace o zdravotním stavu pacientů a programy usnadňující rozhodovací proces (např. s cílem minimalizovat chyby při podání léků).
- Zřizovat národní fóra zabývající se problematikou bezpečí pacientů.

- Sledovat bezpečí pracovních podmínek ve zdravotnictví a zajistit, aby součástí postupů při náboru nových zaměstnanců byly v souladu i principy bezpečí pacientů.
- Prosazovat intenzivní školení uživatelů technologií ve zdravotnictví s cílem zajistit jejich bezpečné používání.
- Zahrnout informace o bezpečí pacientů do standardního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Zajistit, aby národní legislativa chránila soukromí pacientů i důvěrnost zdravotnické dokumentace a aby současně zajistila účelnou dostupnost informací o pacientech pro zdravotnické pracovníky.
- Vytvářet prostředí, kde jsou chyby využity k poučení, nikoli k svalování viny a hanby a k trestání „pachatelů“.
- Spolupracovat s pacienty a jejich blízkými s cílem informovat je o existenci nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče včetně tzv. nedokonaných pochybení.

Ministerstvo zdravotnictví svými kroky i deklarovaným postupem, zveřejněným na svých webových stránkách dokládá, že zajištění bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče je jednou z jejích prioritních oblastí zájmu. Jedná se však o dlouhodobý proces, ke kterému MZ dává legislativní pravidla a prováděcí normy a vyzývá či nařizuje zdravotnickým zařízením, v souladu s platnou legislativou naplnění Doporučení rady EU.

*Zákon č. 372 / 2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), s účinností od 1. 4. 2012 stanovuje povinnost ZZ hodnotit kvalitu a bezpečí poskytované lůžkové zdravotní péče.*

Toto zajišťuje vyhláška č. 102 / 2012 Sb. ze dne 22. března 2012, která říká, že ve zdravotnickém zařízení jsou posuzovány tyto procesy:

- a) řízení kvality a bezpečí,
- b) péče o pacienty,
- c) řízení lidských zdrojů a
- d) zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance poskytovatele lůžkové zdravotní péče.

Minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí a způsob jejich tvorby a sledování jsou stanoveny v příloze č. 1 této vyhlášky.

Požadavky na personální zabezpečení, způsob a postupy hodnocení kvality a bezpečí jsou stanoveny v příloze č. 2 této vyhlášky.

*Věstník MZ ČR, částka 10, Č. j.: MZDR22271/2010, str. 112 – 123 Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče – obsahuje návod ke sledování a hlášení NU – viz kapitola 2.2.3. .*

### **2.2.2. Kvalita poskytovaných zdravotních služeb v lůžkovém zdravotnickém zařízení**

Jedním z kroků ke zvyšování kvality ve zdravotnictví je ENU. Kvalitu poskytovaných zdravotních služeb můžeme zajišťovat pomocí nastavení určité nepodkročitelné úrovně zdravotní péče systémem směrnic, standardů, nařízení a vnitřních předpisů jednotlivých zdravotnických zařízení, které mohou či nemusí být legislativně zakotveny. Záleží na rozhodnutí managementu ZZ, jakým směrem se v oblasti kvality vydá. Od 1. 4. 2012 však vyhláška 102 / 2012 Sb. ukládá za povinnost všem ZZ posuzovat řízení kvality a bezpečí, péče o pacienty, řízení lidských zdrojů a zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance poskytovatele lůžkové zdravotní péče. Vychází ze zákona č. 372 / 2011 Sb. o zdravotních službách.

Míru dosažené kvality můžeme hodnotit jednak procesem akreditace jednak pomocí měření spokojenosti příjemců zdravotní péče, tedy pacientů. Akreditace zdravotnických zařízení je dobrovolný proces externího posouzení jednotlivých zdravotnických zařízení, zda jejich činnost je v souladu se standardy definujícími takovou úroveň výkonů, která je nutná pro poskytování kvalitních a bezpečných zdravotních služeb. Tyto akreditační standardy vycházejí z principů, které stanovila Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Akreditační standardy, podle kterých jsou zdravotnická zařízení hodnocena, jsou připravovány zdravotnickými profesionály a poskytovateli péče vždy s ohledem na požadavky a zájmy pacientů.

Zdravotnické zařízení, které splnilo akreditační standardy, obdrží od příslušné akreditační agentury certifikát o akreditaci.

V ČR se rozvojem akreditačního programu zabývají:

- Pro oblast zdravotnických zařízení Spojená akreditační komise, o.p.s. – SAK, o.p.s., <http://www.sakcr.cz/about.php>.  
Seznam akreditovaných zařízení je možno nalézt na webových stránkách:  
[www.sakcr.cz/akreditovana-zarizeni.php](http://www.sakcr.cz/akreditovana-zarizeni.php)
- Pro oblast klinických laboratoří Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře, NASKL, [www.naskl.cz](http://www.naskl.cz).  
Registr klinických laboratoří zapojených do akreditačního programu je možno nalézt na webových stránkách:  
[www.szu.cz/cekz/index2.php?str=registr](http://www.szu.cz/cekz/index2.php?str=registr)
- Pro oblast klinických, kalibračních laboratoří a dalších činností: Český institut pro akreditaci, o.p.s., ČIA, o.p.s., <http://www.cia.cz/>

V souladu s akreditačními principy ISQua a WHO akredituje v ČR zdravotnická zařízení i Joint Commission International (JCI). Joint Commission International je mezinárodní organizace, která od roku 1998 akredituje zdravotnická zařízení mimo USA. V České republice obdrželo několik zdravotnických zařízení prestižní certifikát JCI: Ústřední vojenská nemocnice, Ústav hematologie a krevní transfuze, Nemocnice Na Homolce, Masarykův onkologický ústav, Fakultní nemocnice Ostrava. (MZČR).

Kvalitu zdravotnických zařízení hodnotí většinou odborníci, ale mohou ji hodnotit prostřednictvím dotazníků spokojenosti i pacienti. O tom, že spokojenost pacientů souvisí i s odbornou kvalitou a bezpečností poskytované péče není pochyb. MZČR již několik let podporuje výzkum spokojenosti pacientů. Výzkum probíhá formou dotazníkového šetření. Pacienti vyplňují dotazníky v nemocnicích, rehabilitačních ústavech a psychiatrických léčebnách. Údaje z dotazníků a souhrnná hlášení o nezařazených pacientech se zpracovávají jednotně podle standardizované metodiky. Statisticky zpracovaná data průkazně srovnávají kvalitu jednotlivých nemocnic na základě

subjektivní spokojenosti pacientů. Informace o kvalitě péče poskytované pacienty jednotlivých klinik, oddělení a stanic nemocnice jsou zároveň cenným podkladem pro její management při zkvalitňování služby pacientům a odstraňování nedostatků ve zdravotní péči. Pravidelné poskytování informací o kvalitě zdravotní péče veřejnosti významně přispívá ke zvyšování povědomí o odpovědnosti občanů za své zdraví a posilování postavení pacienta v systému zdravotní péče v České republice. Smyslem standardizovaného měření kvality péče, založeném na shodné metodice sběru a zpracování dat o zkušenostech pacientů, je umožnit korektní a statisticky průkazné srovnání kvality jednotlivých nemocnic a jejich odborných útvarů v zájmu naplnění výše uvedených cílů. Zdravotnická zařízení v České republice se musí připravit na to, že nároky pacientů ještě významně porostou. Generace, které budou vyžadovat služby a komunikaci s personálem zdravotnických zařízení na nejvyšší úrovni, teprve dorůstají do věku zvýšené spotřeby zdravotnických služeb. Proto je potřeba počítat s tím, že pouze ta zařízení, která budou své služby zlepšovat rychleji, než porostou požadavky klientů, budou vykazovat také růst spokojenosti pacientů.

Spokojenost pacientů je spojitou nádobou se spokojeností personálu. Zkušenosti ze zahraničí i u nás ukazují, že pacienti jsou obvykle spokojeni tam, kde je také spokojen personál zdravotnického zařízení. Nedílnou součástí systematické práce na zvyšování kvality zdravotní péče jsou proto také standardizované výzkumy zaměřené na kvalitu pracovního života personálu zdravotnických zařízení. (MZČR)

Ta zdravotnická zařízení, která již s předstihem dobrovolně přistoupila ke kontinuálnímu zvyšování kvality, mají výrazně usnadněnou úlohu při zavádění nového zákona o zdravotních službách do praxe. Odměnou jim bude spokojený, kvalitně ošetřený pacient.

### **2.2.3. Projekt sledování a hlášení nežádoucích událostí**

V období 2008 – 2009 byl v České republice realizován projekt výskytu nežádoucích událostí pod názvem *Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb*. Řešitelé projektu z 3. Lékařské fakulty

Univerzity Karlovy v Praze – Kabinetu veřejného zdravotnictví, vytvořili v 1. etapě projektu nástroj pro sběr dat v podobě webové aplikace, který umožňuje zdravotnickým zařízením evidovat nežádoucí události. Tento nástroj umí centrálně vytvářet anonymizované statistiky nad evidovanými NU. Řešitelé vytvořili jednotnou klasifikaci NU na základě doporučení WHO. V 2. etapě projektu těžiště práce spočívalo v analýze shromážděných dat a vytvoření doporučení pro správnou praxi. Do projektu se zapojilo 16 zdravotnických zařízení, cca 6400 lůžek. Tento projekt byl pilotní studií, která ověřila technickou a organizační koncepci systému centralizovaného sběru anonymizovaných hlášení NU. V rámci projektu se podařilo vytvořit systém, který se stal základem pro dlouhodobý projekt národního systému pro hlášení nežádoucích událostí a sdílení poznatků. Tento systém je popsán ve *Věstníku MZ ČR, částka 10*, Č.j.: MZDR22271/2010, str. 112 – 123. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče obsahuje ucelený návod ke sledování a hlášení NU. Tento návod je řešiteli projektu pravidelně aktualizován a upravován, aby byly naplněny cíle projektu.

Z aktuálních webových stránek Kabinetu veřejného zdravotnictví 3. LF UK v Praze je patrné, že do projektu je již zapojeno 40 % kapacity lůžkového fondu ČR. Hlášení je pro přímo řízené organizace MZČR povinné, pro ostatní zdravotnická zařízení dobrovolné.

- 2011/01 Zapojeno 18 zdravotnických zařízení – cca 5.000 lůžek / cca 3.000 hlášení ročně
- 2011/04 Zapojení fakultních nemocnic a psychiatrických léčeben – dalších cca 26.000 lůžek

ZZ obdrží zdarma přístup do webové aplikace, zaškolení v používání webové aplikace s jednotnou metodikou a mají možnost v rámci benchmarkingu pravidelného sledování svých výsledků v porovnávání s ostatními lůžkovými zařízeními. Ta jsou rozdělována jednak podle velikosti a podle zaměření a charakteru poskytované péče.

Hlášení NU zasílaných ke zpracování do webové aplikace řešitele projektu jsou anonymizovaná, tak aby byla zachována platná legislativa o povinné mlčenlivosti. Hlášení jsou odesílána průběžně, po splnění



procedurálních podmínek stanovených metodikou. V současné době v tomto systému není nutné zadávat hlášení o pádech pacientů, výskytu dekubitů, nozokomiálních infekcí, událostech na úseku radiační ochrany, potransfúzních reakcí a hlášení, nežádoucí účinky léčiv a zdravotnických prostředků.

Tyto události jsou v této chvíli zadávány do jiných srovnávacích systémů, na národní úrovni, které byly vytvořeny ještě před zavedením jednotné metodiky, a není zatím možné sjednotit tato hlášení, která jsou zpracovávána jinými subjekty a jinou metodikou. Např. pády pacientů jsou v gesci České asociace sester. Dalším důvodem je zřejmě i méně akceptovatelný požadavek hlásících subjektů zaznamenávat tyto události na dvě rozlišná webová rozhraní. Předpokládá se však, (Hřib, 2010), že i tyto NU budou s postupem doby začleněna do jednoho systému evidence. V oblasti záznamu pádů pacientů již proběhlo jednání s Českou asociací sester o možnosti automatického předávání dat o pádech pacientů mezi oběma subjekty tak, aby hlásící ZZ nemuselo tento údaj zadávat dvakrát a přesto se objevil v souhrnné statistice NU, kterou spravuje řešitel projektu, MUDr. Hřib. (Hřib, Suchánková, 2011). Na začlenění ostatních NU, vyjmenovaných, jako zatím vyňatých, z této evidence (dekubity, nozokomiální nálezky) pracuje tým řešitelů projektu, dle informací uveřejněných dne 18. 3. 2012. (Hřib, Suchánková, 2012)

V současné době sdružuje evidence níže uvedené oblasti pochybení:

Hlavní kategorie

- ❖ problém s klinickou administrativou (objednávání, identifikace pacienta, příjem, propuštění,..)
- ❖ problém s klinickým výkonem (vyšetření, ošetření,..)
- ❖ problém se zdravotnickou dokumentací
- ❖ nozokomiální infekce
- ❖ problém s medikací či intravenózními roztoky
- ❖ problém při podání transfúzních přípravků či krevních derivátů
- ❖ problém při podání diety či výživy
- ❖ problém při podání medicínálních plynů
- ❖ problém při použití medicínských přístrojů či vybavení
- ❖ problém s chováním pacienta, pracovníka, návštěvy

- ❖ nehody a neočekávaní zranění
- ❖ pády
- ❖ technické problémy (budovy, energie,..)
- ❖ problém s dostupností zdrojů (personál, vybavení) či organizací práce
- ❖ dekubity
- ❖ neočekávané zhoršení klinického stavu / úmrtí pacienta

Klasifikace je založená na víceosém konceptu Mezinárodní klasifikace pro bezpečnost pacientů (ICPS) vytvořené Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Událost je zařazena nejprve do tzv. hlavní kategorie a následně je v rámci této hlavní kategorie dále upřesněn její druh určení podkategorie na jedné nebo dvou vedlejších osách. Tato klasifikace je průběžně upravována dle WHO, ale i dle návrhů zdravotnických zařízení zapojených do systému. (Metodika, 2011)

Jak už jsem uvedla v kap. 2.1.4., výsledkem celého projektu hlášení by mělo být nastolení co nejbezpečnějšího prostředí pro pacienta. Samozřejmě, to je úkol velmi komplexní, náročný a dlouhodobý. MZČR bude využívat analýzy z výše uvedeného projektu, neboť je jeho zadavatelem. Zatím je dostupné na webu MZČR jedno doporučení pro bezpečnou praxi, které se týká prevence sebevražd pacientů v nepsychiatrických léčebnách a na webu 3. LF UK je zveřejněno bezpečnostní doporučení u postupu při drenáži hrudníku. Obě tato doporučení jsou zpracována na základě analýzy výsledků ENU a využití existující literatury a rešerší. (Hřib, 2011). Zapojené nemocnice však dostávají v rámci projektu statisticky vyhodnocená data a srovnání zapojených zdravotnických zařízení. Jak jsem již uvedla, jedná se zatím o první rok uceleného sledování NU a proto musí být zdravotnická i laická veřejnost prozatím trpělivá.

Co se týče mezinárodní situace, zpráva o bezpečnosti pacientů – „The “To Err is Human” report and the patient safety literature“, kterou vydal Stelfox, Palmisini, Scurlock, Orav a Bates (Stelfox at al., 2006) nevyznívá jednoznačně přesvědčivě ve smyslu opravdového dopadu na bezpečnost pacientů po zveřejnění informací z roku 2000 a 2001, o tak závažném tématu, kterým jsou nežádoucí události při poskytování zdravotních služeb. Americko - evropský výzkumný tým prozkoumal specializované lékařské databáze, a

analyzoval všechny zveřejněné výzkumy a studie na téma pochybení ve zdravotnictví za období od roku 1994, tedy před zveřejněním dokumentu „To err is human“ v roce 2000 a po zveřejnění, do roku 2004. Autoři zjistili, že se velmi významně zvýšil zájem o výzkum v oblasti pochybení. Americká vláda po vydání zprávy uvolnila 50 mil USD / ročně na výzkum v oblasti pochybení. Ovšem, jak autoři dodávají, obrovská stimulace a zájem o výzkum v této oblasti a souvislost se skutečně bezpečnější péčí o pacienty, zůstává neznámá.

Na druhé straně, Leape a Berwick (Leape a Berwick, 2005) zveřejňují ve svém dokumentu výsledky klinicky efektivních bezpečných postupů, které byly zveřejněny v rámci provedených výzkumů v roce 2004 – 2005. Předkládají tabulku s daty, kde jsou procentuelně vyjádřeny výsledky, které dokazují snížení NU v některých oblastech činnosti ve zdravotnictví. Např.

- snížení výskytu infekce v ráně o 93% zavedením perioperačního protokolu
- snížení výskytu hypoglykemických epizod o 63 % zavedením standardu aplikace insulínu
- snížení výskytu infekce centrálního žilního katétru o 95% zavedením protokolu o výkonu
- redukce medikačních pochybení o 81% zavedením počítačových objednávek.

Jak jsem již zmínila, v českých nemocnic zatím taková zjištění nemáme, ale lze doufat, že sledováním a hlášením NU přispějeme k vytvoření validní databáze dat, s kterou bude možno později pracovat, pravděpodobně na úrovni MZČR..

#### **2.2.4. Organizační a bezpečnostní kultura ve zdravotnických zařízeních**

Nastolení kultury bezpečí je zcela základním požadavkem při zavedení systému hlášení NU. Při zavádění sledování a hlášení NU se organizace zavazuje k tomu, že:

- Deklaruje nesankční přístup k hlášení NU, to znamená, že zajistí ochranu hlásícího před postihem za to, že hlášení provedl.

- Ustanovuje hlášení NU jako povinnost každého pracovníka ZZ, který událost zjistí, tedy nejen jako povinnost zdravotnických pracovníků, ale také např. dodavatelských subjektů, zajišťujících provádění některých služeb ve ZZ (úklid, praní apod.).
- Edukuje své pracovníky o smyslu a účelu hlášení NU.
- Umožňuje anonymní hlášení NU.
- Zajistí, aby provedení hlášení bylo snadné a obsah hlášení se soustředil na textový popis NU.
- Zabezpečí, že hlášení je bez zbytečného zdržení směřováno přímo k osobě či osobám, které se zabývají ve ZZ zpracováním hlášení NU.

(Věstník MZČR, 2010)

Nastolení kultury bezpečí je zcela základním požadavkem při zavedení systému hlášení NU. Kulturu bezpečí pro zaměstnance vytváří management zdravotnického zařízení. Management musí umět svými kroky motivovat zaměstnance k tomu, aby se nebáli sdělovat nepříjemné pravdy. Musí umět vysvětlovat zaměstnancům, proč je nutné pochybení hlásit, musí nemilosrdně odstranit případnou šikanu zaměstnance na pracovišti, musí zvolit dostatečně laskavý přesto jednoznačně definovatelný postoj k hlášení a řešení NU. NU, jejich hlášení a následné řešení, poskytují organizaci zcela jiný náhled na sebe samu, a umožňují managementu ZZ vstoupit do procesu poskytování zdravotních služeb tak, aby to bylo pro zdravotníky i pacienty přínosné. Zdravotnické zařízení, prostřednictvím svých profesionálů, může využít analýzy vážných pochybení pro výuku a zavedení nových preventivních opatření. V neposlední řadě také získá cenný zdroj informací a vynaložením prostředků na prevenci sníží své náklady na řešení pochybení.

Anonymní hlášení NU v tomto smyslu možná bude vnímáno jako krok k selhání kultury organizace, ale je třeba si uvědomit, že ochotu nahlásit nežádoucí událost a přijmout tedy eventuálně svůj díl odpovědnosti se musí zaměstnanci naučit. Pokud uvidí pozitivní výsledky neanonymních hlášení, pochopí, že se není čeho obávat. V tomto ohledu je nutné zmínit eventuelní možnou souvislost mezi supervizí a hlášením nežádoucích událostí. Domnívám se, že kdyby supervizní techniky byly ve zdravotnictví více rozšířenou metodou, dostala by se na vyšší kvalitativní úroveň jednak kultura organizace

jako celku, jednak by se tím automaticky vytvořila platforma pro sdělování nežádoucích událostí, které se eventuelně vyskytly v nějakém týmu, a celkově by toto klima přispělo i ke sníženému výskytu NU v organizaci, minimálně však k větší otevřenosti.

Existují výzkumy, které dávají do souvislosti kulturu organizace a kvalitu ošetrovatelské péče. Kultura organizace je spojována i s bezpečným prostředím pro pacienty i zaměstnance. Jak píše ve své knize Havrdová a kol. (Havrdová a kol., 2011), bezpečnostní kultura je „definována jako produkt individuálních a skupinových hodnot, postojů, předpokladů, kompetencí a vzorců chování, které určují závazek, styl a dokonalost zdravotnického a bezpečnostního managementu v organizacích.“ Studie<sup>1</sup> ukázala, že kladné vnímání managementu ze strany zaměstnanců a bezpečnostní klima mají pozitivní vliv na snižování délky hospitalizace a počtu úmrtí.

J. Firth-Cozens<sup>2</sup> (Firth-Cozens, 2004) ve své práci s názvem „Organisational trust: the keystone to patient safety“ přikládá obrovský význam ovzduší důvěry ve zdravotnictví a to nejen mezi pacientem a lékařem, ale také mezi personálem a managementem zdravotnického zařízení. Píše o tom, že je třeba mluvit o vlastních chybách, že je třeba posilovat u zaměstnanců vědomí, že když budou otevření, nebude to k jejich škodě, ale ku prospěchu, a že po každé nahlášené události bude následovat nějaké preventivní opatření, které zvýší bezpečnost pacientů.

---

<sup>1</sup>Huang, D. T., Clermont G., Kong L., Weissfeld L. A., Sexton J. B., Rowan K. M., Angus D. C.: Intensive care unit safety cultural and outcomes: a US multicenter study. *International Journal for Quality in Health Care*. 9. dubna 2010.

<sup>2</sup> J Firth-Cozens. Organisational trust: the keystone to patient safety. *Qual Saf Health Care* 2004;13:56–61. doi: 10.1136/qshc.2003.007971.

### 3. EMPIRICKÁ ČÁST

Hlavním pracovním postupem v empirické části je kvalitativní výzkum. Vzorek pro výzkum tvoří 14 zaměstnanců organizace a hlavní metodou sběru dat jsou rozhovory s těmito respondenty, pozorování, polní poznámky a vlastní zkušenosti autorky a jejich reflexe. Rozhovory a získaná data jsou podrobeny kvalitativní analýze, podle principu zakotvené teorie.

#### 3.1. Výchozí situace ve FN Plzeň

Zdravotnické zařízení, ve kterém pracuji a provádím svůj kvalitativní výzkum, je samostatná příspěvková organizace, přímo řízená MZ ČR. Nemocnice zaměstnává cca 4 200 zaměstnanců a disponuje více než 1800 lůžky, převážně akutními. Je členěna do 53 klinik a ústavů. Roční obrat organizace je 5 mld. Kč. Ročně je v tomto zdravotnickém zařízení hospitalizováno cca 68 tisíc pacientů, narodí se zhruba 3 500 dětí a je proveden 1 milion ambulantních vyšetření.

Hlavní činnosti organizace jsou:

- Poskytování základní, specializované a zvláště specializované léčebné a diagnostické péče – lůžkové i ambulantní (spádová oblast: Plzeňský kraj, částečně Karlovarský, Ústecký a Jihočeský kraj).
- Výuka budoucích zdravotnických pracovníků – lékařů i nelékařů, FN je výukovým pracovištěm pro univerzity a vysoké i vyšší odborné školy nejen v Plzeňském kraji, praktikující studenti přicházejí z celé České republiky. Ročně praktikuje ve FN Plzeň cca 1400 studentů z různých oborů zdravotnictví.
- Provádění základního a klinického výzkumu.

FN Plzeň je dislokována na dvou místech, vzdálených od sebe 6 km.

**Areál Bory** je původní areál pavilónového typu, který se sloučil se sousedním areálem bývalé Vojenské nemocnice k 1. 1. 2006. V areálu Bory je poskytována základní péče a některé druhy specializované péče např. na

Klinice dermatovenerologické, urologické, infekční a také na Klinice tuberkulózy a plicních nemocí. V borské části nemocnice je také dislokován centrální příjem pro pacienty interních oborů a provádí se zde operace na cca 10 operačních sálech.

**Areál Lochotín** je moderní areál s několika monobloky, vzájemně propojenými podzemní i nadzemní chodbou. Poskytuje specializovanou a superspecializovanou péči, jsou zde soustředěny téměř všechny operační obory. Nová budova onkologického a radioterapeutického oddělení je jedním z nejmodernějších pracovišť v České republice, a byla otevřena před necelým rokem.

Obr. č. 1 Nové pracoviště Radioterapeutického a onkologického oddělení.

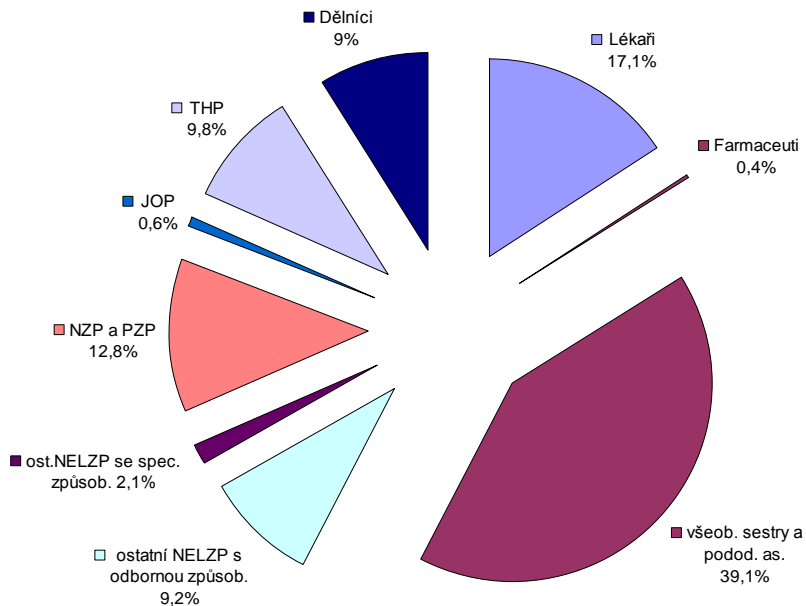


Dále FN poskytuje péči v těchto akreditovaných centrech:

- AIDS Centrum
- Centrum asistované reprodukce
- Centrum komplexní péče o děti s rizikem poruch vývoje
- Centrum léčby bolesti
- Centrum pro cestovní medicínu a vakcinaci
- Centrum pro demyelinizační onemocnění a jiná zánětlivá postižení nervového systému
- Centrum pro preventivní kardiologii a hypertenzi

- Centrum pro komplexní péči o pacienty s poruchami hemostázy, hemofilické centrum
- Centrum pro screening chorob prsní žlázy
- Centrum pro transplantaci kostní dřeně
- Diabetologické a nutriční centrum
- Kardiocentrum
- Komplexní onkologické centrum
- Onkogynekologické centrum
- Osteocentrum
- Perinatologické centrum
- Transplantační centrum (orgánové)
- Traumatologické centrum pro děti a dospělé

Graf č. 2 Personální struktura organizace – r. 2011  
(zdroj FN Plzeň)





Zaměstnanci jsou seznamováni se strategií evidence a hlášení NU a proškolení - prostřednictvím pověřených zaměstnanců organizace - v systému hlášení nežádoucích událostí.

### **3.1.1. Management nežádoucích událostí ve FN Plzeň**

Zdravotnické zařízení, ve kterém provádím své výzkumné šetření, se v roce 2010 zapojilo do projektu sledování nežádoucích událostí a na základě Metodického doporučení MZ ČR vypracovalo svoji vnitřní směrnici ke zvládnutí postupu sledování a hlášení nežádoucích událostí. Zavedení tohoto bezpečnostního konceptu znamená určitý, někdy velmi výrazný, zásah do vnitřního chodu organizace, se kterým musí být zaměstnanci postupně seznámeni a je velmi žádoucí, aby byl tento koncept všemi zaměstnanci přijat a realizován.

#### **3.1.1.1. Důvody ke změně – vědomí naléhavosti**

Organizace si stanovila pro rok 2011 – 12 cíle v oblasti kvality, které představila zaměstnancům nemocnice:

1. Získání osvědčení kvality u Národního autorizačního střediska pro klinické laboratoře ověřené Auditem 1 NASKL pro pracoviště Ústavu soudního lékařství.
2. Pokračovat v rozvoji systému řízení kvality na ostatních pracovištích klinických laboratoří a připravit se na ověření Auditem 2 NASKL.
3. Zvýšení kvality transportu laboratorních vzorků vybudováním systému potrubní pošty ve FN Plzeň Lochotín.
4. Rozšíření elektronického celoplošného sledování výskytu nozokomiálních nákaz a sledování nežádoucích událostí.
5. Zvýšení kvality péče o pacienty s onkologickým onemocněním v provozu nového objektu onkologicko - radioterapeutického oddělení v areálu FN Plzeň.
6. Zvýšení kvality péče o pacienty zvýšením prevence nozokomiálních nákaz ve FN Plzeň.

7. Zvýšení kvality péče o pacienty vyžadující péči v komplexním centru cerebrovaskulární péče.
8. Zajišťování dalšího prohlubování a zvyšování odborné úrovně zaměstnanců v rámci specializačního a celoživotního vzdělávání a plánování kariérního růstu.

S těmito cíli úzce souvisí i realizace Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na rok 2010 – 2012 MZ ČR, a to, mimo jiné, zavedením účinného systému sledování nežádoucích událostí. Tato informace je zveřejněna na webu organizace. Zaměstnanci jsou vedeni k možnosti informovat o výskytu rizika, které může vést k poškození pacienta nebo jeho ohrožení a jsou motivováni k jejich preventivnímu nahlášení. Výskyt nežádoucích událostí je pravidelně analyzován, sledují se dlouhodobé trendy. K tomuto účelu byla jmenována ředitelkou nemocnice Bezpečnostní komise.

#### 3.1.1.2. Vize a strategie, komunikace

Cíle organizace jsou zveřejněny na Intranetu a představovány zaměstnancům na pravidelných schůzkách s managementem nemocnice. Noví zaměstnanci organizace jsou s cíli seznamováni na vstupním semináři. Politice kvality je věnován samostatný dokument v podobě interní směrnice FN Plzeň s názvem „Příručka kvality“ (Příručka kvality, 2011). Všechny dokumenty v organizaci jsou dokumenty řízené, a podléhají pravidelné revizi podle zásad řízené dokumentace, tak jak je definována v Příručce kvality a dalších interních směrnicích FN Plzeň a vyžadována v provozech, certifikovaných systémem ISO – viz dále. Poté jsou opět distribuovány tak, aby všichni zaměstnanci organizace měli možnost se s novým dokumentem seznámit. Řízená dokumentace je vedena v souladu se získaným certifikátem kvality ISO. Všichni zaměstnanci mají přístup k Intranetu, kde jsou umístěny softwarové aplikace, které se používají v souvislosti s politikou kvality ve FN – např. evidence nozokomiálních nákaz, vzdělávání zaměstnanců apod..

Zaměstnanci organizace jsou již více než 10 let vedeni k aktivnímu přístupu ke kvalitě, zejména pomocí tvorby standardů péče, nejvíce v oblasti standardů ošetrovatelské péče. Pracoviště organizace prochází auditními

procesy a to opakovaně, zaměřenými na různé oblasti provozu, včetně zdravotní péče. Mnozí zaměstnanci jsou aktivními tvůrci standardů a směrnic, a stávají se tak sami garanty poskytovaných služeb. Probíhající certifikace ISO na některých pracovištích konfrontuje zaměstnance s přítomností auditora a se zvýšenou kontrolou pracovního výkonu a výsledku

Vrcholový management deklaruje a uplatňuje nesankční přístup (zveřejněno v interním dokumentu FN o NU) a zájem na zvyšování kvality – viz web FN Plzeň. V nemocnici je velmi aktivním článkem „Centrum řízení kvality“, z jehož působení vychází mnoho podnětů pro zajištění konceptu bezpečí jak směrem k vrcholovému managementu tak směrem k zaměstnancům. Jeden z členů vrcholového managementu je současně nejvyšším představitelem kvality v organizaci.

#### 3.1.1.3.Delegování

Zaměstnanec, který je svědkem NU oznámí NU určeným způsobem, nejčastěji elektronicky, do aplikace k tomu určené. Jedná se o elektronický formulář, který je dostupný v Intranetu FN Plzeň, nebo v klinickém informačním systému tamtéž. Tyto přístupy mohou využít všichni, kteří mají zřízený přístup k doméně FN Plzeň. Písemné a telefonické hlášení je také možné, ale prakticky není využíváno. Zapsaná událost je automaticky odeslána e-mailem náměstkovi pro léčebně preventivní péči, koordinátorovi nežádoucích událostí a vedoucím zaměstnancům ZOK (Zdravotnických oddělení a klinik), kteří se podílejí na analýze NU. Vedoucí zaměstnanec provede svůj záznam do příslušné kolonky formuláře.

V případě velmi závažné NU je po nahlášení NU do evidence (ENU) odeslána náměstkovi LPP (Léčebně – preventivní péče) SMS zpráva s textem, kde se NU stala a kdo ji zapsal.

V době služby administrátora jsou tyto SMS zprávy odesílány také jemu, ale pouze v určených případech. Administrátor je zaměstnanec FN Plzeň, pověřený ředitelkou FN Plzeň, mimo jiné, k řešení nežádoucích událostí, které nesnesou odkladu a byly nahlášený mimo běžnou pracovní dobu, v sobotu, v neděli nebo ve svátek.

Náměstek LPP po přijetí informace o NU rozhodne o dalším postupu, řešiteli a informuje koordinátora NU. Ten vytváří podmínky pro informovanost určených zaměstnanců, provedení kořenové analýzy události a závěrečného souhrnu.

Pokud se NU dotkla pacienta, je v oprávněných případech určeným způsobem informována osoba, v souladu s platnou legislativou, kterou pacient uvedl v informovaném souhlasu s hospitalizací.

NU musí být ohlášena neprodleně, a to nejdéle do osmi hodin od jejího zjištění a zpracována do tří dnů. Podle závažnosti NU svolá koordinátor, na základě pokynů náměstka LPP, Komisi pro analýzu nežádoucích událostí. Komise je složená ze zaměstnanců FN Plzeň, je jmenovaná odpovědným náměstkem FN Plzeň a odpovídá za vyšetření nežádoucí události. Komise provede kořenovou analýzu NU, porovná fakta, identifikuje podpůrné faktory, přijme hodnotící závěr. V analýze komise formuluje odpovědi na otázky:

- Co se opravdu stalo proč?
- Jaká byla škoda nebo následek?
- Zda a jak byla změněna běžná situace?
- Co mohlo předejít NU?
- Zda všechny osoby konaly to, co konat měly?
- Zda osoby přítomné NU věděly, co mají dělat, aby NU zabránily?
- Zda existují v již nastaveném systému kroky, které by mohly zlepšit / zhoršit situaci?
- Zda se stala stejná či podobná NU již dříve?
- Pakliže se stala, co bylo učiněno proto, aby se neopakovala?
- Jaká opatření mohou zabránit výskytu stejné NU v budoucnosti?

Komise sestaví doporučení, týkající se zaměstnanců, techniky, revize procesů, směrnic, školení, změny v organizaci práce a pod.. Svoji zprávu předá komise náměstkovi LPP. Se všemi návrhy na systémová opatření jsou v určeném časovém období seznámeni představitelé managementu FN Plzeň a jednotlivých zdravotnických oddělení a klinik, kteří dle závažnosti projednávané NU určí další postup a informují zaměstnance FN. V souladu s platnou metodikou a věstníkem MZČR jsou odesílána určená hlášení o NU

do určené webové aplikace ke zpracování a porovnání v rámci benchmarkingu – viz kap. 2. 2. 3. .

#### 3.1.1.4. Vytváření krátkodobých vítězství

Je nepochybné, že zavedení sledování nežádoucích událostí ve FN Plzeň metodou výše uvedenou přineslo již po prvním roce určité výsledky, které lze statisticky doložit. Zatím jsou to malá čísla, ale v porovnání s předchozími údaji již o něčem vypovídají. A sice o tom, že zavedení systematického hlášení přináší FN Plzeň utříděné údaje a informace o dění v organizaci, a také o tom, že zaměstnanci si zvykli na tento koncept hlášení a používají jej. Jak dobře, to je právě otázkou pro mne, jako výzkumníka. Podrobně popisují v kapitole 3.6..

Tabulka č. 4 Vývoj hlášení počtu NU ve FN Plzeň (zdroj FN Plzeň).

| Rok    | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|
| Součet | 31   | 38   | 31   | 34   | 34   | 61   | 220  |

Z příložené tabulky je patrné, že již v roce 2010 se zdvojnásobil počet hlášení NU. Souvisí to se zveřejněnou metodikou ve věstníku MZČR, která byla zveřejněna 30. 9. 2010. Po té i naše FN vstoupila do projektu systematického hlášení NU, což se odrazilo zejména v počtu NU, hlášených v roce 2011. Od konce roku 2010 byli zaměstnanci seznamováni s projektem a proškolení v metodice hlášení. Viz kap. č. 3.1.1..

#### 3.1.1.5. Využití výsledků a podpora dalších změn, zakotvení nových přístupů do firemní kultury

V této oblasti je FN Plzeň na začátku. Závažné nežádoucí události se řešily a vyhodnocovaly vždy, ovšem nástroj systémový, který má FN Plzeň k dispozici nyní, je možno použít cíleně při řešení nejpálčivějších problémů při poskytování zdravotních služeb na ZOK FN Plzeň a využít jej ke zvýšení kvality poskytované péče. Dosavadní průběh celého konceptu sledování a

hlášení nežádoucích událostí napovídá, že jsou vytvořeny všechny podmínky pro splnění tohoto náročného úkolu. Moje výzkumná činnost si klade za cíl přispět svým zjištěním a navrženými opatřeními k tomu, aby výsledky, kterých jsme zatím dosáhli jako organizace – viz předchozí kapitola, byly dále rozvíjeny a byl posilován kladný vztah zaměstnanců ke konceptu hlášení a evidence nežádoucích událostí.

### **3.2. Kvalitativní výzkum ve FN Plzeň**

Zaměstnanci mnou popisované organizace jsou konfrontováni, ve své většině, se zcela novým fenoménem jejich práce, a mnozí se mohou cítit zaskočení tím, že by měli zveřejňovat takové informace, které v mnoha případech zůstávaly zcela skryté a mohly by poukazovat na určité nedostatky v jejich práci či v práci jejich kolegů, nadřízených i podřízených. Pokud se však koncept hlášení NU nesetká s náležitou pozitivní odezvou u zaměstnanců organizace, je odsouzen k nezdaru, protože bez účasti pracovníků ZZ je nerealizovatelný.

Zároveň nedojde ani k dalšímu efektu zamýšlené strategie, a sice ke kvalitnější péči o pacienty. Tento bezpečnostní koncept, pokud je správně realizován, nejenže zvyšuje bezpečné prostředí nemocnice, ale současně přináší lepší kvalitu do diagnostické, léčebné i ošetrovatelské péče.

Ze všech těchto důvodů plyne, že pro ZZ je zcela zásadní, aby se jeho zaměstnanci, ale i dodavatelé, studenti, návštěvníci, zkrátka všichni, kteří jsou účastníky jakéhokoliv procesu souvisejícího s chodem ZZ, ztotožnili s konceptem sledování nežádoucích událostí a aktivně na něm spolupracovali.

#### **3.2.1. Cíl výzkumu**

Kvalitativní výzkum je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí a cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem

výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu. (Strauss, Corbinová, 1999)

Cílem mého kvalitativního výzkumu v organizaci je:

- Zjistit, do jaké míry se zaměstnanci ztotožňují s cíli organizace v oblasti sledování a hlášení NU.
- Prozkoumat, zda a jak ovlivňuje / neovlivňuje zaváděný systém jejich pracovní výkon a aktivitu.
- Zmapovat souhlasná i nesouhlasná stanoviska k vytýčenému cíli organizace.
- Využít získané anonymizované materiály ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče, např.:
  - Poskytnout zpětnou vazbu organizaci, při zachování maximální anonymity zdroje získaných dat (pokud to bylo domluveno s respondenty).
  - Navrhnout možná řešení u aktuálně zjištěných nedostatků.
  - Nabídnout cílenou podporu zaměstnancům – pokud to okolnosti budou vyžadovat - k hlubšímu pochopení bezpečnostního konceptu a kontinuálního zvyšování kvality.

### **3.2.2. Vytvoření konceptuálního rámce**

#### **Výzkumný problém – téma**

Jak jsem již uvedla na začátku mé práce, svým výzkumem bych chtěla zjistit, co si myslí zaměstnanci naší organizace o zavedení sledování a hlášení výskytu nežádoucích událostí ve FN Plzeň a jakým způsobem přijímají tuto změnu.

#### **Definování klíčových konceptů**

##### ***Definice nežádoucích událostí pro potřeby FN Plzeň:***

*Nežádoucí událostí jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále*

*jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy poškození pacienta je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je zdravotnické zařízení nebo jeho zaměstnanec nebo osoba nacházející se v areálu FN, zaměstnanci jiných firem, plníci úkoly v areálu FN, klienti, studenti, školenci, návštěvy nebo jiné osoby pohybující se v areálu FN.*

*Za nežádoucí událost se pro potřeby FN Plzeň považuje i nežádoucí příhoda dle zákona 123 / 2000 Sb., a to selhání nebo zhoršení charakteristik, popřípadě účinnosti zdravotnického prostředku a nebo nepřesnost v jeho označení nebo v návodu k použití, které mohou nebo mohly vést k úmrtí uživatele nebo jiné fyzické osoby nebo k vážnému zhoršení jejich zdravotního stavu.<sup>1</sup>*

Na základě výše uvedeného Metodického doporučení si ZZ samo určí **spektrum hlášených NU** a to jsou v případě FN Plzeň tyto:

- ❖ problém s klinickou administrativou (objednávání, identifikace pacienta, příjem, propuštění,..)
- ❖ problém s klinickým výkonem (vyšetření, ošetření, screening, kontrola,..)
- ❖ problém se zdravotnickou dokumentací
- ❖ problém s medikací či intravenózními roztoky
- ❖ problém při podání krve či krevních derivátů
- ❖ problém při podání diety či výživy
- ❖ problém při podání medicínálních plynů
- ❖ problém při podání diety či výživy
- ❖ problém při použití medicínských přístrojů či vybavení (infuzní pumpy, resuscitační kity, šití,..)
- ❖ problém s chováním pacienta / pracovníka / návštěvy
- ❖ nehody a neočekávaná zranění
- ❖ technické problémy (závady na budově, porucha dodávky energie, závady výpočetní techniky,..)
- ❖ problém s dostupností zdrojů (nedostatek personálu či vybavení) či organizací práce

---

<sup>1</sup> Směrnice FN Plzeň 3/011/02 Nežádoucí události ve FN Plzeň.



### 3.2.3. Formulace výzkumné otázky

#### Jaký je postoj zaměstnanců organizace ke sledování a hlášení NU?

#### Jaký dopad má zavedení sledování a hlášení NU na práci zaměstnanců naší organizace?

### 3.2.4. Metody výzkumu

Kvalitativní výzkumná strategie měla několik částí. (Hendl, 2008)

- Příprava – započala určením oblasti výzkumu, vymezením problému, stanovením účelu výzkumu a výzkumné otázky.
- Dále následoval plán výzkumu, což je velmi důležitý proces, na kterém závisí úspěch výzkumníka. Určila jsem si celý plán, kdy, kde, koho, co a jak budu zkoumat.
- Poté jsem plán realizovala, sbírala jsem data, analyzovala, dávala do kontextu, sytila kategorie a dimenze.
- Závěrečná fáze výzkumu je zpráva o výsledcích. Zpráva z mého výzkumu je kapitolou mé diplomové práce. Někteří respondenti projevili zájem o výsledky mého bádání, a tak samozřejmě i jim předložím výsledky mé badatelské činnosti.

Metodu případové studie jsem zvolila proto, abych mohla do detailu prozkoumat zvolené výzkumné téma. Případová studie mě pomůže porozumět důležitým aspektům problematické oblasti výzkumu. Výhodou případové studie je také to, že slouží jako zdroj hypotéz. Prokazování příčinných souvislostí jsem založila na metodě zakotvené teorie, kterou jsem zvolila pro analýzu získaných dat.

Jak uvádí Hendl, při vytváření zakotvené teorie musí výzkumník projít následujícími fázemi:

1. Výzkumník vstupuje do terénu vybaven prvotními vágními koncepty a představami o zkoumané oblasti.
2. Výzkumník studuje jednotlivé případy nebo skupiny a zaznamenává data získaná pozorováním, rozhovory a shromažďováním dokumentů.

3. V procesu zkoumání data simultánně shromažďuje a analyzuje.
4. Výzkumník rozšiřuje své zkoumání na další případy procesem teoretického vzorkování, které má přinést novou informaci pro rozvoj teorie. Výběr nových případů závisí na dosavadních poznatcích a rozvíjející se teorii.
5. Výzkumník provádí porovnávání mezi případy, testuje své poznatky a validizuje zjištěná fakta. Rozvíjí zachycení rozmanitostí jevů pomocí kategorií, identifikuje probíhající procesy, zdokonaluje kategorizační systémy, integruje poznatky, zobecňuje empirická tvrzení a formuluje další hypotézy.

#### Rozhodnutí o vzorku

Respondenty jsem zvolila z řad zaměstnanců FN Plzeň. Zaměřila jsem se na ty respondenty, kteří by měli být do konceptu hlášení nejvíce zapojeni, to znamená na zdravotnické pracovníky – v tomto případě na lékaře a všeobecné sestry. Přestože se v definici NU hovoří i o ekonomických NU, systém je primárně nastaven na hlášení pochybení při poskytování léčebné, diagnostické a ošetrovatelské péče, nikoliv ekonomických škod. Oslovila jsem lékaře řadového i lékaře ve vedoucí pozici. Dále jsem hovořila s 8 nelékaři, z nichž většina byla všeobecných sester, z toho 5 jich bylo zaměstnáno ve vedoucích pozicích na různých úrovních managementu zdravotnických oddělení a klinik (ZOK). Pro rozhovor jsem si vybrala i jednu pracovníci administrativní, klinickou psycholožku a dva členy vrcholového managementu FN Plzeň. Oslovení zaměstnanci souhlasili s rozhovorem a podmínkami pro jeho uskutečnění – viz dále kap. 3.3..

Významným kritérium, podle kterého jsem volila své respondenty bylo spojeno s maximální otevřeností respondentů, resp. s jejich ochotou mluvit se mnou na téma nežádoucích událostí zcela otevřeně. Vzhledem k tomu, že v organizaci pracuji již několik desítek let, jednalo se vlastně vždy o spolupracovníky, které dlouho znám. Kritérium maximální otevřenosti respondenta a zachování maximální možné důvěry a anonymizace dat ze strany tazatele považuji za velmi důležité. S odstupem času mohu říci, že tento můj požadavek se mě podařilo beze zbytku naplnit.

Celkově jsem provedla rozhovor se 14 respondenty, z nichž 9 jsem zaznamenala na diktafon. Je třeba uvést zcela otevřeně, že nahrané hovory jsou výstižnější, nežli psané poznámky. Důvod, proč jsem pět respondentů nenahrávala byl čistě technický. Nemá to žádnou souvislost s tím, že by si to respondenti nepřáli. Výzkumný vzorek tvořili zaměstnanci organizace - řadoví i ve vedoucích pozicích:

- zdravotníci (lékaři – 2x, nelékaři – 8x, klinická psycholožka – 1x)
- nezdravotníci (administrativní pracovnice – 1x, TOP management – 2x)

### Metoda sběru dat

Použila jsem metodu strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Potřebovala jsem získat taková data, která by se strukturně příliš neodlišovala a přitom jsem chtěla respondentům ponechat prostor pro vyjádření vlastního stanoviska. Otázky jsem pečlivě formulovala, dle zásad kvalitativního výzkumu – otevřené, neutrální, citlivé, jasné. Doplnovala jsem je v průběhu analýzy jednotlivých rozhovorů. Stalo se, že jsem zpětně doplňovala své rozhovory po té, co mě na některé myšlenky přivedli jiní respondenti. Vzhledem k tomu, že jsem měla možnost kdykoliv respondenty zpětně oslovit, mohla jsem získat soubor dostatečně nasycených kategorií.

Souhrn postupu sběru dat se zaměstnanci FN Plzeň:

- Předem promyslet –
  - Charakter rozhovoru
  - Přibližnou délku rozhovoru
  - Pořízení nahrávky - podle situace
  - Zda bude respondent anonymní / anonymizovaný / zveřejněný – podle situace
  - Vyjednání rozhovoru – předem, osobně či telefonicky
  - Vstupní formulace – dle charakteru rozhovoru
  - Pozorování v průběhu rozhovoru – na co se zaměřit
  - Field notes (polní poznámky) – jak zaznamenávat

### Zajištění vstupu do terénu

Moje role jako výzkumníka v organizaci se dá charakterizovat jako úplný participant, neboť jsem zaměstnanec stejné organizace, jako moji respondenti, znám úkoly organizace a její cíle v oblasti, kterou zkoumám. Jak jsem již uvedla, výhodou mého postavení úplného účastníka je dostatečný vhled do zkoumané oblasti a možnost vytvoření bezpečného a důvěrného prostředí pro rozhovor. Nevýhodou, relativní, může být přílišná znalost problému a rychlé shrnutí toho, co vlastně respondent neřekl, ale já se domnívám, či vím, že si to myslel. Třeba proto, že se známe, či máme s respondentem stejné názory nebo jsme prožívali stejné situace. Pokud si je tazatel vědom tohoto rizika případného zkreslení dat, může se této redukce dat vyvarovat.

### **3.3. Praktické provedení výzkumu ve FN Plzeň**

Vybraní respondenti ochotně a snad bez velkých obav vyhověli mé žádosti o rozhovor a respektovali mé přání zaznamenávat náš rozhovor na diktafon. Jak jsem již uvedla výše, předem jsem si vše připravila, včetně tiskopisu se scénářem výzkumného rozhovoru, který byl součástí složky každého jednotlivého respondenta. Ta obsahuje zároveň souhrnný formulář vedený k mému rozhovoru s respondentem. Do složky jsem si zapsala důležité údaje, včetně polních poznámek. Tato metoda se mně velmi osvědčila, neboť i v průběhu rozhovoru jsem si dělala poznámky s doplňujícími dotazy, tak abych nerušila respondenta při jeho vyprávění. Popisovala jsem si tam i případné rozpaky nad některými otázkami, váhání respondenta či jeho naznačené obavy, zda skutečně to, co nahrávám, zůstane jen mezi námi. Respondenti odpovídali velmi otevřeně a do určité míry, někteří, odkrývali interní informace ze svých pracovišť. Ve chvíli, kdy jsem zaznamenala takové zaváhání, objevilo se asi jen třikrát, ujistila jsem opakovaně respondenta o tom, že pokud si to nepřeje, nebudu citovat úryvky z jeho rozhovorů tak, aby mohly být ztotožnitelné. Musím dodat, pro úplnost, že z mého pohledu, jako tazatele, byly obavy na tomto místě zcela bezpředmětné, využití konkrétních, jednotlivých, izolovaných interních informací zdravotnických oddělení či klinik z pohledu mnou zkoumaného jevu je nezajímavé. Co se týče ztotožnění respondenta s

rozhovorem, vždy jsem se ptala respondenta na jeho přání v souvislosti se ztotožněním až na konci našeho rozhovoru.

Pokaždé jsem ujistila respondenta, že nemám v úmyslu nejen sdělovat obsah našich rozhovorů s jednotlivými respondenty, ale ani komukoliv sdělovat, s kým jsem rozhovor již dělala a s kým to mám teprve v plánu. Scénář výzkumného rozhovoru uvádím v příloze č. 2..

### **3.3.1. Sběr dat - postup**

Předem domluvené rozhovory se odehrávaly v takovém prostředí, které bylo pro mého respondenta nejpříjemnější, ale zároveň jsem dbala na to, abychom byli co nejméně rušeni. Rozhovory se odehrávaly buďto na mém pracovišti, či na pracovišti respondenta, někdy také v domácím prostředí – mém či respondenta. Velmi poučným, z hlediska tazatele, byl pro mne můj první výzkumný rozhovor. Prováděla jsem jej se svojí bývalou dlouholetou spolupracovnicí, která kdysi byla i mojí podřízenou, ale hlavně je mojí kamarádkou. Proto jsem si ji vybrala jako první, abych mohla případně doladit nesrovnalosti, které by se mohly v průběhu premiérového rozhovoru, vyskytnout. Celý průběh rozhovoru jsem si zaznamenala, včetně polních poznámek.

Praktické provedení prvního rozhovoru podle připraveného scénáře a moje FN:

1. Pro uskutečnění prvního rozhovoru dle připraveného scénáře a pro účely výzkumu na téma NU jsem oslovila svoji kolegyni, zaměstnankyni „mého“ ZZ. Nejprve se trochu zdráhala, ale nakonec souhlasila.
2. Seznámila jsem ji obecně s tématem rozhovoru a důvodem mého neobvyklého požadavku, a domluvily jsme si termín.
3. Připravila jsem si formulář o kontaktu.
4. Poté jsem vytiskla scénář, abych podle něj kladla otázky a zapisovala si do něj FN a připravila jsem si diktafon. Diktafon jsem několikrát přezkoušela.
5. Rozhovor se uskutečnil v mé kanceláři, telefon byl přepojen, ale jednou jsme byly vyrušeny provozní zaměstnankyní ZZ.

6. Postupovala jsem podle svých připravených formulářů a svoji kolegyni jsem na začátku seznámila se všemi náležitostmi, které jsem již zmínila.
7. Při kladení otázek na téma výzkumu jsem zaznamenala drobnou technickou chybu, a sice, že směrnice ZZ, na kterou se ptám v otázce č. 2c tehdy ještě nevyšla, a tak se s ní zaměstnanci ZZ nemohli seznámit. Položila jsem tedy jinou otázku, která se týkala pouze formuláře na záznam NU.
8. Kolegyně odpovídala věcně, klidně a pravdivě, důvěrnost našeho rozhovoru byla deklarována jednak ústně, také však byla podpořena mnohaletým přátelstvím respondentky a tazatelky.
9. Rozhovor jsem ukončila standardně, po zodpovězení poslední otázky a opětovném ujištění o zachování domluvené míry důvěrnosti.

Při praktickém provádění tohoto svého prvního výzkumného rozhovoru s nahrávkou jsem nezaznamenala žádné problémy, a to ani při vedení rozhovoru, ani při technické přípravě a používání diktafonu. Co se týče obsahu poskytnutých dat, po přepisu a první analýze jsem doplnila scénář o další otázky, některé formulace jsem pozměnila.

### **3.4. Získaná data**

Získaná data jsem analyzovala postupy zakotvené teorie a výstupem mé analýzy je zejména deskripce klíčových kategorií a formulace vztahů mezi nimi. V této kapitole uvedu vzorek třídění dat, v dalších kapitolách potom předložím generované kategorie, které jsem získala z rozhovorů a popíši vztahy mezi nimi a uvedu zobecněné vztahy mezi kategoriemi, tedy propozice.

Tři základní prvky zakotvené teorie jsou:

- Koncepty = teoretické pojmy, základní analytické jednotky, protože teorie se navrhuje pomocí konceptualizace dat, ne přímo z dat.
- Kategorie = základní kameny vznikající teorie.
- Propozice = které formulují zobecněné vztahy mezi kategorií a koncepty a mezi kategoriemi. Původně se tento prvek nazýval hypotéza. (Hendl, 2008)

„Zakotvená teorie je induktivně odvozována v procesu zkoumání jevu. To znamená, že je objevována, rozvíjena a provizorně verifikována prostřednictvím systematického sběru dat, které se týkají jevu a jejich analýzou. Proto sběr dat, analýza a teorie mají stát ve vzájemném recipročním vztahu. Nezačíná se s teorií, jež se dokazuje. Spíše se začíná s oblastí studia a zkoumá se vše, co se v této oblasti vynořuje.“ (Strauss, Corbinová, 1999)

Ukázka z rozhovoru, který jsem vedla s respondentkou – klinickou psycholožkou, je v příloze č. 3. Tato respondentka svolila zveřejnit tuto část rozhovoru. Ostatní přepsané rozhovory neuvádím jako přílohu práce, neboť bych tím mohla porušit slib zachování důvěrnosti poskytnutých výpovědí.

Ukázka postupu analýzy dat metodou zakotvené teorie – část tabulky s kódy, kategoriemi, poznámkami.

Kódování přepsaných rozhovorů jsem zapisovala do tabulky. Tabulku jsem zvolila pro to, že se mně jevila pro třídění dat nejvhodnější. Respondenty jsem si označila čísly. Barevně jsem odlišila i typy otázek kladené respondentům. Při vznikajících kategoriích jsem začala jednotlivé kategorie barevně odlišovat a kódy řadit k sobě tak, abych si utvořila představu o dimenzích jednotlivých kategorií.

Tabulka č. 5 Sběr dat a kódování – příklady.

|   | <b>Data in vivo</b>  | <b>In vitro</b>   | <b>Kategorie</b>   |
|---|--|---|--|
| 7<br>H<br>L<br>A<br>V<br>N<br>Í                     | Nežádoucí události se musí hlásit, evidovat, vyhodnocují se tím chyby  | Připouští, že se chyby stávají – to je velmi důležité! Spousta lidí to nechce slyšet, nevnímají, že jsou chybující!   | Důvody záznamu NU  |
| 7   | Vedení nemocnice by mělo vědět, že se něco stalo – forenzní důvody (pro sledování NU)  | Normálně se to nedozví? Neví, co se děje v organizaci, dokud si někdo nestěžuje? Nyní má nemocnice šanci tomu předejít  | Dtto   |
| 7   | ZZ udělá analýzu každé NU  | Zjistí příčiny NU, okolnosti, identifikuje míru zavinění jednotlivce či systému. Jak s tím dále naloží? S tou analýzou? Co následuje?   | Dtto   |
| 7   | <b>Dopad na pracovní činnost R</b><br>Psycholog je vyžádán 3 – 4 x do roka k řešení NU   | Je to dost? Nebo málo? K jakým typům NU je žádán? Kdo obvykle jej přivolá? Který řešitel NU?  | Dopad ENU na pracovní činnost R  |
| 9   | <b>Otázka na nedokonaná pochybení</b><br>pro nás by to mělo být stejně alarmující jako kdyby se to stalo... minimálně bych tomu příkládala stejnej důraz jako dokonaným.. jsou hlášeny minimálně.. Pracoviště „ to bnímají jako že s každou další hlášenou NUKlesá jejich prestiž.. obrovský riziko, ty to nehlásí a tím pádem nemůžou vzniknou žádná asi patřičná preventivní opatření... ty lidi, si myslím, to vůbec do podvědomí ten smysl toho významu toho sledování nedostali |   | Přístup respondentů k nedokonaným pochybením..<br><br>Dopady hlášení NU pro chybující zdravotníky<br><br>Edukační potenciál NU |
| 1<br>0  | To jsme nikdy nehlásili, ale je to velice dobrý nápad, že by se toto mělo evidovat..charakter příhody svojí závažností směřuje někam, kdy by fatální následek měla... velice dobré podnět, další rubrika by to mohla být ( <i>v seznamu hlášených NU</i> )... jejich rozbořem a opatřením a by se dalo zabránit mnoha problémům  |   | Nedokonaná pochybení   |
| 7<br>N<br>A<br>V<br>A<br>Z<br>U<br>J<br>Í<br>C<br>Í | Směrnici ZZ na NU jsem četla, mám ji uloženou..jsem zastáncem stručnějších textů, v některých bodech je to rozvláčný zbytečně, známka 2 -3   | Kvalita směrnice není nijak vynikající, na to, že je to takový poměrně důležitý dokument pro ZZ, asi bude vyžadovat změnu, pokud ZZ chce, aby to zaměstnanci znali. Dává někdo tvůrcům směrnice zpětnou vazbu? Mohou zaměstnanci hlásit NU když neznají směrnici? | Směrnice a PC aplikace   |



Další část tabulky obsahovala sloupce s názvy – Vlastnosti, Dimenze a Memo. Všechna sebraná data z rozhovorů jsem třídila pomocí zmíněné tabulky a získala tak 19 kategorií, které popíši v následujících kapitolách.

### **3.5. Generování kategorií, vztahy mezi nimi, propozice**

Seznam kategorií vygenerovaných z otevřeného kódování všech přepsaných rozhovorů:

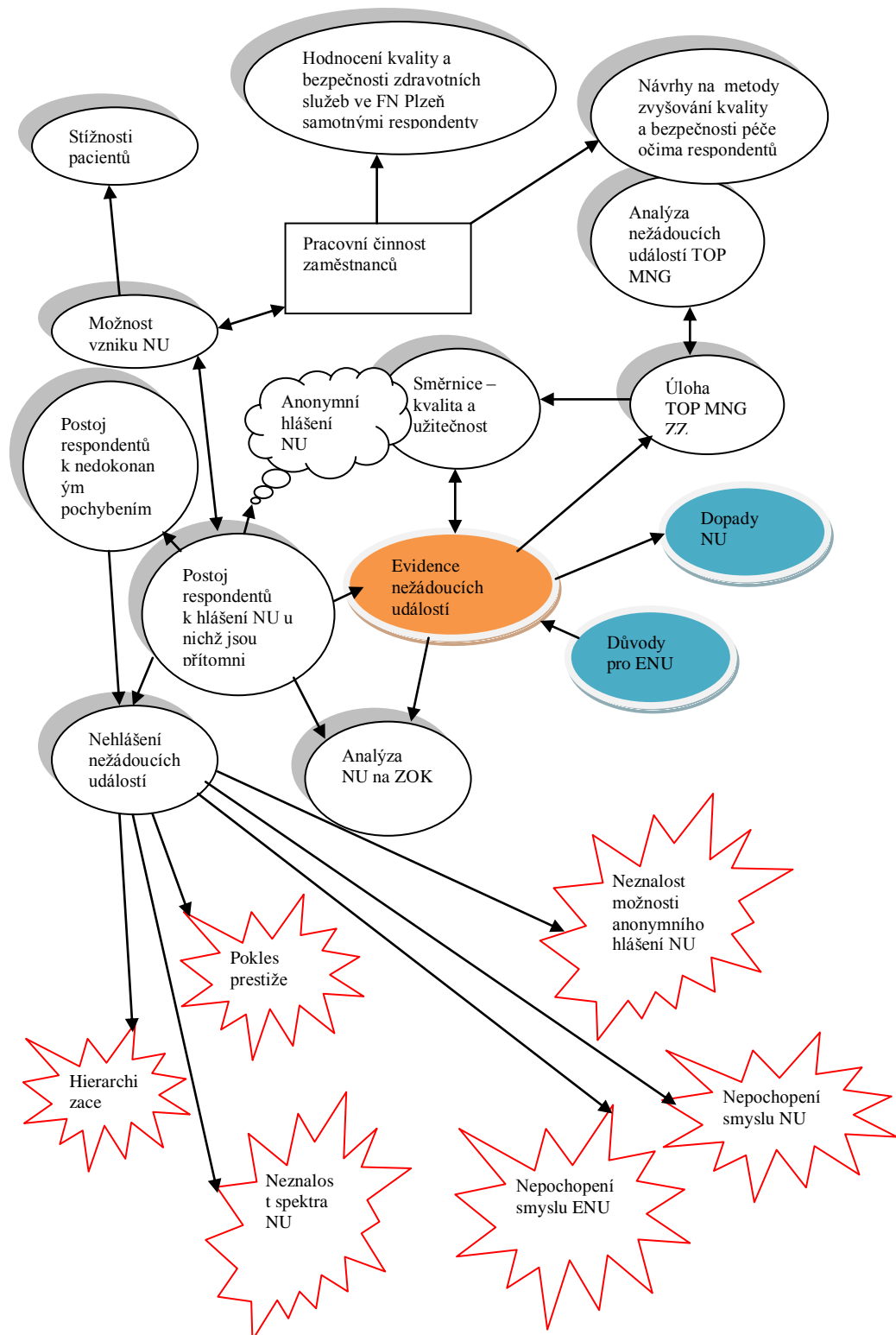
- ❖ Analýza nežádoucích událostí na zdravotnickém oddělení / klinice
- ❖ Analýza nežádoucích událostí TOP managementem ZZ
- ❖ Dopady evidence nežádoucích událostí – v rámci ZZ
- ❖ Dopady evidence nežádoucích událostí na pracovní činnost ZP
- ❖ Důvody pro evidenci nežádoucích událostí
- ❖ Edukace ZP
- ❖ Evidence nežádoucích událostí
- ❖ Hierarchizace - hodnocení významnosti nežádoucích událostí
- ❖ Hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotních služeb ve FN Plzeň samotnými respondenty
- ❖ Možnost vzniku nežádoucích událostí
- ❖ Návrhy na metody zvyšování kvality a bezpečnosti péče očima respondentů
- ❖ Nehlášení nežádoucích událostí
- ❖ Neznalost možnosti anonymního hlášení nežádoucí události
- ❖ Neznalost spektra nežádoucích událostí
- ❖ Postoj respondentů k hlášení nežádoucích událostí, u nichž jsou přítomni
- ❖ Postoj respondentů k nedokonaným pochybením a jejich evidenci
- ❖ Směrnice - kvalita a užitečnost pro uživatele
- ❖ Stížnosti pacientů
- ❖ Úloha TOP managementu ZZ

Kategorie jsou na vyšší a abstraktnější úrovni než koncepty. Jsou generovány stejným analytickým procesem porovnávání, aby se ukázaly podobnosti a rozdíly. Kategorie představují základní kameny vznikající teorie. Jsou

prostředkem, pomocí něhož se teorie může integrovat. (Strauss, Corbinová, 1990)

Kategorie vkládám pro názornou představu do schématu, kde zobrazují jednotlivé vztahy mezi nimi. Následně popíši jednotlivé jevy a vztahy mezi kategoriemi.

Obrázek č. 2 – Souvislosti v systému evidence nežádoucích událostí



Výzkumné téma bylo zaměřeno na zjištění postoje zaměstnanců k hlášení a evidenci nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení a jak tuto změnu zaměstnanci přijímají.

V této části uvádím zjištění, která jsem odvodila během procesu zkoumání jevů. Předkládám propozice, dříve nazývané hypotézy, tedy formulace zobecněných vztahů. Vztahy jsou graficky znázorněny na obr. č. 2.. V dalším textu podrobně uvádím, jak jsem dospěla k předkládané teorii.

Jevem, na který jsem se soustředila především, je evidence nežádoucích událostí. Pokusila jsem se popsat, na čem všem evidence, případně neevidence nežádoucích událostí ve FN Plzeň závisí.

**Postoj respondentů k hlášení nežádoucí události je dvojího typu, buď událost ohlásí nebo ji zatají. Evidence NU respondenty či její utajení souvisí s jejich vnímáním toho, co vůbec považují za nežádoucí událost, jak je z jejich hlediska událost významná a jaké důvody uznávají pro její ohlášení. Při evidenci NU (ENU) respondenti dále zvažují dopady ENU jak na ně osobně, tak na jejich pracoviště. Přístup k ENU je rámován celkovou poučeností zaměstnanců, pochopením konceptu ENU a jejich ztotožněním s celým procesem.**

Nejprve uvedu pro přehlednost zásadní zjištění mé výzkumné práce, poté uvedu propozice, tedy hypotézy, ke kterým jsem došla metodou otevřeného kódování a v další kapitole podrobně popíši jevy a vztahy z obr. č. 2. .

Zásadní zjištění:

- ❖ **Zaměstnanci uvádějí, že přijímají kladně koncept hlášení a evidence nežádoucích událostí a pozitivně vnímají přínos tohoto sledování.**
- ❖ **Zaměstnanci ne vždy jasně interpretují co to je nežádoucí událost, uvažují – li o své vlastní činnosti. To má dopad na nižší počet nahlášených nežádoucích událostí, nežli je skutečnost.**
- ❖ **Zaměstnanci, zejména řadoví, nepocít'ují žádné dopady ENU na svoji pracovní činnost.**

**Z manažerského a edukačního hlediska jsou dále podstatná zjištění, že analýza nežádoucí události a její výstupy, ve formě edukace a prevence jsou významným prvkem v pozitivním přístupu zaměstnanců k ENU. Pracovní postoje zaměstnanců nemohou být ENU ovlivněny, pokud zaměstnanci nemají zpětnou vazbu z již ohlášených NU. Zvyšování kvality a bezpečnosti poskytované péče souvisí s prováděním kořenové analýzy NU a edukačním vyústěním směrem k zaměstnancům ZZ. Otevřená komunikace se zaměstnanci organizace vede k lepšímu pochopení bezpečnostního konceptu poskytovaných zdravotních služeb. Stížnosti pacientů a hlášení zaměstnanců o NU nejsou vzájemně propojovány na úrovni managementu nemocnice a ZOK.**

### **3.6. Popisy jevů, vztahů, souvislostí**

V následujícím sdělení popíši jevy z obr. č. 2, č. 3 (str. 62) a vztahy, které s nimi souvisí. Obrázek č. 3 je znázorněním důvodů ke sledování NU, tak jak tyto důvody vnímají sami respondenti. V některých pasážích sama komentují význam popisovaného jevu pro FN Plzeň z manažerského hlediska.

#### **Možnost vzniku nežádoucích událostí**

Zaměstnanci FN Plzeň, kteří byli respondenty v mém kvalitativním výzkumu se vyjádřili vcelku jednomyslně k možnosti vzniku NU při poskytování zdravotních služeb. Tím, že se připouští, že NU vzniká, což je běžné při každé pracovní činnosti, zejména však v činnostech, které nemohou být automatizovány, tedy typicky ve zdravotnictví, vyvstává před zaměstnanci nutnost zvažovat další krok, a sice, jak se vzniklou nežádoucí událostí naložit.

Jak uvádím v kapitole 2.1.3., výskyt NU při poskytování zdravotních služeb je doložen mnoha studiemi, na některé z nich odkazuji. To, že zaměstnanci sami si riziko vzniku NU připouští je zcela v souladu se současným trendem zvyšování kvality a bezpečí ve zdravotnictví. V rámci FN Plzeň jsou opakovaně pořádány vzdělávací akce pro zaměstnance, s tématem NU, kvalita, standardizace. Je pravda, že tyto akce jsou určeny zejména

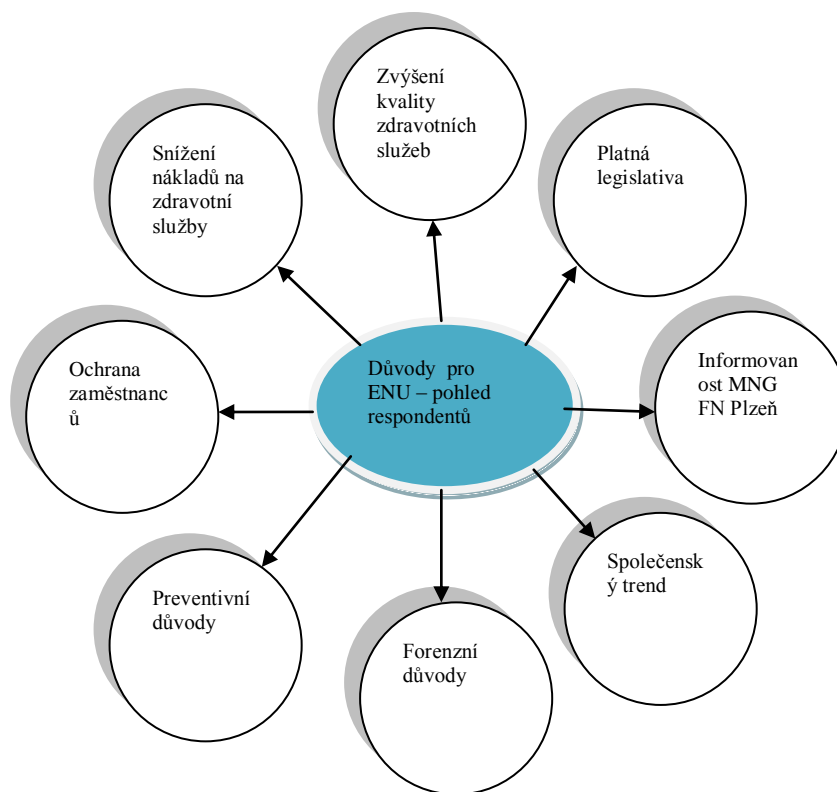
pracovníkům ošetrovatelského úseku. Jejich senzitivita k pochybení a omylům je obecně vyšší, nežli senzitivita lékařů, jak uvádí Škrála. (Škrála, 2005) Ovšem z výsledků dosud nahlášených NU FN Plzeň vyplývá, že hlásícími jedinci jsou z 50% právě lékaři FN Plzeň, což neznámá, že by tyto NU způsobili (mohou být pouze hlášením pověřeni), poukazuje to však na to, že registrují změny v oblasti ENU, které se snaží management FN Plzeň zavádět.

### **Důvody záznamu nežádoucích událostí – obr. č. 3.**

Je velmi důležité, aby zaměstnanci sami identifikovali důvody, pro které si oni sami myslí, že je vhodné NU hlásit. Jak ukazují na obrázku č. 3 a rozvádím dále, paleta důvodů pro hlášení NU je poměrně obsáhlá a je patrné, že důvody, tedy způsoby racionalizace rozhodnutí hlásit NU jsou rozmanité a velmi odlišné, zejména se v nich odráží pracovní pozice a osobní zkušenosti respondenta. Důvody, které uvádí zaměstnanci pro evidenci nežádoucích událostí jsou:

- Ochrana zaměstnanců
- Preventivní důvody
- Informovanost TOP managementu FN Plzeň
- Zvýšení kvality zdravotních služeb
- Platná legislativa
- Forenzní důvody
- Snížení nákladů na zdravotní služby
- Společenský trend

Obrázek č. 3 Důvody, které uvádějí zaměstnanci pro evidenci nežádoucích událostí



### Ochrana zaměstnanců

Jedním z důvodů, proč jsou zaměstnanci srozuměni s tím, že je třeba NU evidovat, a díky tomuto důvodu mají k hlášení NU kladný postoj je fakt, že hlášení, zaznamenání a formálně náležitě zpracování NU, zejména, jedná – li se o pochybení, může **zaměstnance ochránit**, pokud se přihodí nějaká nepříjemnost při péči o pacienta. Zaměstnanci v takovém případě vnímají hlášení jako ochranný prvek pro jejich vlastní osobu.

- „*Ochrana personálu, co se týká nějakýho možnýho dalšího řízení...že jsem to napsala, jak to bylo...*“ (sestra všeobecná)

Respondenti tím dávají najevo, že je třeba, aby je zdravotnické zařízení chránilo před případným postihem. Uvědomují si a cítí to tak, že jejich práce je složitá a plná situací, na které se nemohou vždy dopředu připravit. Ví, že

rozmanitost léčebných a ošetrovatelských postupů souvisí i s rozmanitostí toho, co může nastat. Mluví o tom, že když uvedenou věc nahlásí, jsou ochráněni, např. před dopadem stížností či soudních jednání nebo před sankcí za neohlášení pochybení. Záleží na tom, co se skutečně přihodilo. Nemocnice skutečně nesankcionuje toho, kdo událost nahlásí, ale nemůže nikomu zaručit, že jej samo hlášení ochrání, pokud jeho počínání není v souladu se stanovenými pravidly či platnou legislativou. Zejména však, pokud dojde k pochybení, které je sice nežádoucí, ale ojedinělé a není důsledkem soustavného porušování zavedených norem, může zaměstnanci to, že NU ohlásil, výrazně pomoci při analýze celé situace. Zdá se, že zaměstnanci v přímé péči mají pocit, že jsou vystaveni více situacím, které mohou být brány jako nežádoucí událost.

#### Preventivní důvody

Avšak tito zaměstnanci připouští i fakt, že **evidence nežádoucích událostí má chránit také pacienta svým preventivním působením**. Že když se něco nepříjemného stane, mohou se z toho poučit i ostatní. To je to, co zaměstnanci pocítují jako plus celého systému. Není to ale zcela využito. Rozvedu podrobně v kapitole o edukačním potenciálu NU. Je však poněkud překvapivé, že zaměstnanci upřednostňují vlastní ochranu, před ochranou nemocného. Tento jev právě možná souvisí s tím, co jsem již zmínila, a sice, že zaměstnanci se cítí být více vydáni všanc pacientovým stížnostem. Naopak, stížnosti zdravotníků na pacienty jsou většinou probírány pouze v kuloárech, někdy zaznamenány jako nežádoucí událost, týkající se chování pacienta či jeho návštěvy. Blíže v kapitole Stížnosti pacientů.

Preventivní důvody také souvisí s **prevencí pochybení**. Vyplývá právě z poučení se z chyb. Rozvedu v kapitole edukace zdravotnických pracovníků.

- *„Je to nutné z hlediska prevence dalších NU...zpětná vazba pro zvýšení kvality..“ (přednosta kliniky)*

### Informovanost TOP managementu FN Plzeň

Jiné důvody záznamu uvádějí zaměstnanci, kteří jsou spojeni s nějakou funkční pozicí. Především uvádějí, že důvodem ke sledování NU je to, aby **management zdravotnického zařízení věděl, co se v organizaci vlastně děje**, kde a jak často, řešil to a napravoval.

- *„...proto, aby získala (org.) jakýs takýs přehled, co se všechno může na těch odděleních stát a aby zmonitorovala tu situaci..myslím si že pro management je to určitě dobře, pro pacienta taky...u nás se to spíš jako kladně vzalo..já si myslím, že je to dobře.“* (staniční sestra)

Nebo li, pokud se nebudou NU hlásit, management nemocnice se o nich nedozví, což není dobré. Samozřejmě, že každý vedoucí pracovník potřebuje vědět, co se děje v organizaci, za kterou zodpovídá. Vedoucí pracovníci měli informace i před sledováním nežádoucích událostí, ale těch informací bylo méně. Evidence pomohla k jejich utřídění, porovnání a je možné s daty pracovat. Vedoucí pracovníci na různých úrovních odpovědnosti jsou přesvědčeni (vedoucí lékaři, nelékaři, představitelé TOP managementu), že evidence NU vedla i k tomu, že mohli prosadit určitá opatření, např. pro bezpečnost personálu, a to proto, že se evidovalo, jak často dochází např. k některým událostem, které mohly být pro zdravotníky potenciálně nebezpečné. Vedoucí pracovníci mají tedy více možností sledovat a ovlivňovat pozitivní dopady hlášených NU. Dále popisují v kapitole „Analýza NU vedením ZOK / managementem FN“. Na druhé straně vrcholový management připouští, že velmi negativní situace, které by mohly být zařazeny do kategorie vážných NU, se dozvídali i před tím, ovšem jiným systémem hlášení. To je pozitivní věc, znamená to, že zaměstnanci určité nepříjemné situace či události byli zvyklí hlásit odpovědnému pracovníkovi TOP managementu a proto se mohla i evidence NU zavést do praxe lépe.

### Zvýšení kvality zdravotních služeb

Zaměstnanci - respondenti také spojují ENU **se zvyšováním kvality** poskytované péče. Mají pocit, že to k tomu přispívá. To je velmi dobré. Uvažují tak, že když se někomu někde cosi nepovede, mělo by se to prošetřit, a



pak ostatním říci, proč se to nepovedlo a co udělat pro to, aby se to příště povedlo. Aby se chyby neopakovaly. Což právě souvisí se zmíněnou kvalitou.

- *„Nežádoucí události se musí hlásit, evidovat, vyhodnocují se tím chyby...každá NU by měla mít výstup..“* (klinická psycholožka)
- *„Je to nutné z hlediska prevence dalších NU...zpětná vazba pro zvýšení kvality..“* (přednosta kliniky)

To je velmi pozitivní náhled, protože sami zaměstnanci cítí potřebu se poučit z chyb ostatních. Dále rozvedu v kapitole Edukace ZP.

Někteří respondenti si však nejsou zcela jisti mojí otázkou na důvody ENU, a vlastně se možná prvně zamýšlí nad tím, jak tyto důvody vlastně shrnout.

- *„Není to špatné...důvody – kvůli kvalitě? Organizace to chce znát...zmapování problémových oblastí kvůli bezpečnosti pacientů a zaměstnanců.“* (vrchní sestra)

To je vlastně jiná dimenze stejné kategorie, tedy kategorie Zvýšení kvality zdravotních služeb. A to, že někteří respondenti jednoznačně ví a věří tomu, že jde o nástroj zvyšování kvality, jiní však v této oblasti tápou a tuší, že jde o nějaký organizační nástroj, kterému však příliš nerozumějí a praktikují jej z povinnosti více, nežli z přesvědčení.

Je velmi potěšující (pro tazatelku jako manažerku), že někteří respondenti si spojují zvyšování kvality i s tím, že to dělá **dobré jméno nemocnici**.

- *„Pomáhá to k dobrému jménu nemocnice.“*

Nebo li, dávají tím najevo, že když budou hlásit NU, budou se poučovat z chyb, nebudou je opakovat, tedy bude jich méně, bude se zvyšovat kvalita jejich práce a celkové hodnocení ZZ i samotných zdravotníků od pacientů i eventuelně od odborníků. Můžeme tady vidět určitou známku loajality a hrdosti. Tyto aspekty by mohl management FN Plzeň využít ve svůj prospěch a vhodně navazovat na již dosažené úspěchy v kvalitě a posilovat tohle vědomí u zaměstnanců (poznámka tazatelky jako manažerky).

### Platná legislativa

Respondenti také hovoří o **legislativním důvodu** hlášení NU a pokynu od zřizovatele, který nařizuje provádět evidenci NU. Pravda je taková, že o tom hovoří spíše představitelé vrcholového managementu a vedoucí zaměstnanci ZOK. Je to logické, mají v tomto směru více informací, respektive jejich pracovní náplň je více spjata s aplikací legislativních pravidel do praxe v nemocnici a jejich následnou kontrolou. Na druhé straně, je to spíše pozitivní, že tento důvod řadoví zaměstnanci neuvádí ve svých výpovědích, neboť tím dávají najevo, že nemají pocit, že je to „tlačeno z ministerstva“, což logicky v jiných případech vyvolává u zaměstnanců primární nechuť k jakýmkoliv pokynům. Zejména tehdy, přináší – li to práci navíc a je to spojeno s určitým sledováním něčeho, tedy v tomto případě výskytu nežádoucích událostí. Takto zaměstnanci mají pro sebe pozitivnější zdůvodnění, protože uvažují spíše proaktivně, nikoliv reaktivně. Proaktivní jsou např. tyto důvody, které respondenti uvádí: zvyšování kvality, prevence dalších pochybení, snížení nákladů, a také to, co uvádím v kontextu této kapitoly, že legislativní důvod není důvodem pro řadové zaměstnance. Neuvádí jej, protože jej neznají, neboť platná legislativa v tomto směru začala platit až od 1. 4. 2012, kdežto mé rozhovory byly prováděny v období před účinností příslušné legislativní normy.

### Forenzní důvody

**Forenzní důvody** (ve spojitosti s případným soudním řízením) záznamu také pro mnoho zaměstnanců hrají důležitou roli. Zejména pro ty, kteří svoje zaměstnání vykonávají již delší dobu, a setkali se s tím, že bylo nutné dokládat písemně, jak se určité události sebehly. Souvisí to i s tím, co jsem popisovala na začátku, že zaměstnanci, zejména Ti zkušení, chtějí být chráněni tím, že přesně zaznamenají kdy a co se stalo, aby mohli dokladovat případné spory. Mnoho nežádoucích událostí se například odehrává tak, že pacient bez podepsání tzv. reversu opustí ZZ, přesto, že je mu vysvětleno, že tak učinit v zájmu svého zdraví nesmí. Potom je třeba zdokumentovat, kdy a co bylo pacientovi řečeno a srozumitelně vysvětleno, včetně důsledků.

### Snížení nákladů na zdravotní služby

Pro zaměstnavatele může být velmi příjemné zjištění, že jeho zaměstnanci uvažují i v **ekonomických souvislostech**, když mluví o tom, že sledování NU má i pozitivní ekonomický dopad, protože prevence čehokoliv je vždy levnější, nežli řešení následků.

### Společenský trend

Také určitý **společenský tlak** hraje svoji roli v důvodech hlášení NU. Zaměstnanci vědí, že zřizovatel, tedy MZ, má zájem v obecné rovině na zvyšování kvality zdravotních služeb. Také v médiích je často probírána kvalita zdravotních služeb a veřejnost je seznamována s některými kauzami, spojenými s medicínským pochybením. Tyto případy jsou v médiích komentovány, vyjadřují se k nim jak odborníci, tak novináři, ale i laická veřejnost a zástupci patientských organizací. Je tedy zřejmé, že sledování kvality ve zdravotnictví postupně začíná být věcí veřejnou.

Celkově lze říci, že citlivost respondentů k vnímání důvodů sledování a hlášení NU je poměrně velká. Mají přehled o tom, proč se to zavedlo, a k čemu to může přispět.

### **Postoj respondentů k hlášení nežádoucích událostí u nichž jsou přítomni**

#### **Neznalost spektra nežádoucích událostí**

#### **Hierarchizace**

#### **Stížnosti pacientů**

V této kapitole podrobně rozvedu, jaké události zaměstnanci vnímají jako události nežádoucí, jak často se s nimi setkávají a jak reagují na případné nežádoucí události, u nichž jsou přítomni, či se o nich dozvěděli.

### Neznalost spektra nežádoucích událostí

Jak u vedoucích zaměstnanců, tak u řadových, jsem zaznamenala určitou hierarchizaci událostí, z nichž jen určité jsou považovány za tak závažné (případně jejich kontext či následky mohou být z různých důvodů závažné), aby byly definovány jako NU a následně také jako NU evidovány. Někdy bylo patrné, že jde přímo o definici NU, tedy

- **co respondenti vnímají, že je či není nežádoucí událost**, bez ohledu na její relativní závažnost či dopad na pacienta ve smyslu poškození zdraví.

Jindy bylo jasné, že vlastně o

- NU jde, ale **zaměstnanci událost hodnotili podle závažnosti** a z toho pak vyvozovali, jak s událostí naložit (to nazývám hierarchizací).

Pokud jde o definici, málo vedoucích pracovníků - respondentů, ale i jiných zaměstnanců zná dobře celé spektrum toho, co jsou nežádoucí události. Většinou si pamatují zejména ty, které mají opravdu přímý dopad na pacienta, resp. na jeho fyzické zdraví. Ostatní události vnímají jako něco, co se sice nemá dít (např. chování personálu k nemocným), ale nepovažují to za věc, kterou mají hlásit jako NU.

- *„My jich tam máme minimálně...(NU) nejsou takového charakteru, že by tam musely být..že by měly takový dosah..je jich tam málo“.* (přednosta kliniky)
- *„Poranění personálu, pacienta..problémy s dokumentací..požár..špatné zacházení s plyny..záměny lékové, pacientů..stran“.* (staniční sestra)
- *„Já bych si představila spíše ty fyzický“.* (všeobecná sestra)

Naopak, velmi evidují a hlásí hrubé chování pacientů ke zdravotníkům, zejména pacientů pod vlivem alkoholu či omamných a psychotropních látek, ale i asociální chování, které není vyvoláno požitím čehokoliv, vyplývá pouze a jen z osobnosti pacienta nebo osoby pacientovi blízké. Tyto události vnímají zdravotníci velmi negativně, právem si na ně stěžují. I když ty první

jmenované do kategorie nežádoucích událostí vlastně nepatří, neboť jsou pojímány jako součást zdravotního stavu ošetřovaného pacienta.

Na druhé straně vedoucí zaměstnanci možná nehlásí NU proto, že se o nich nedozví. Někteří zaměstnanci, jak jsem již uvedla, nemají přesné informace o spektru NU a proto vlastně ani nenahlásí určité skutečnosti, které vykazují jednoznačné známky toho, že spadají do kategorie NU, ale zaměstnanci je tak neidentifikují a tedy ani vedoucímu zaměstnanci nenahlásí, takže NU zůstane skryta. Samozřejmě je třeba vzít v úvahu i to, že koncept ENU, tak jak je nastaven, je pro zaměstnance skutečně nový a tedy nejsou ještě zcela přesně instruováni všichni a do všech detailů. Vezmeme – li v úvahu skutečnost, že v západních zemích se NU sledují již desítky let, nežli se podařilo nastavit systém otevřenosti a přístupnosti zaměstnanců k evidenci a sledování, je tato situace pochopitelná.

**Které události považují respondenti za nežádoucí události** - vybráno z výpovědí respondentů, kteří udali konkrétní typ pochybení:

- Úrazy, pády, dekubity
- Medikační pochybení
- Nežádoucí účinky léků
- Nozokomiální nákazy
- Komunikační problémy s pacienty
- Administrativní chyby
- Záměna pacienta
- Poranění personálu ZZ
- Požár
- Stranová záměna
- Krádeže
- Chování zaměstnanců i pacientů

Jiní respondenti hovořili pouze v obecné rovině o tom, co jsou nežádoucí události:

- To co se vymyká standardu ošetrovatelské a léčebné péče
- Příhoda, která ovlivní zdravotní stav pacienta – psychický i fyzický
- Události, které mají ekonomický dopad

- Události, které mají vliv na interpersonální vztahy
- Všechno, co by se nemělo vyskytnout v souvislosti s poskytováním zdravotní péče

V souladu s poskytováním kvalitní péče o pacienty jsou pravdivá všechna tvrzení, avšak v souladu s interní směrnicí o hlášení NU ve FN Plzeň jsou zde rozpory. Mnoho výše uvedených pochybení se hlásí jiným způsobem (pády, dekubity, nozokomiální nákazy, nežádoucí účinky léků) jak jsem již uvedla v kapitole 2.2.3. z důvodů, které jsou již dříve vysvětleny.

- *„Určitě za ty dlouhá léta jsem se setkala s NU..určitě..zaměnili jsme pacienta..ale přišli jsme na to včas..a dokonce pád..a to jsme hlásili....sama to nepíšu, píše to vrchní nebo primář“.* (staniční sestra č. 2)

Ještě je třeba dodat, že výše uvedené spektrum typů pochybení, která dle respondentů spadají do kategorie nežádoucích událostí, jsou souhrnem všech 14 výpovědí, jednotlivci udávali pouze jednotlivé události.

### Hierarchizace

Zaměstnanci, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty, zažívají poměrně často nepříjemné situace při komunikaci s nemocnými. Mnoho zdravotníků ale nevnímá zrovna komunikační problémy jako nežádoucí události. Dost často jsou řadovými zaměstnanci komunikační problémy s pacienty brány jako něco, co zase není tak nebezpečné a tedy nežádoucí. Je to nepříjemné, ale ne tak, jako třeba pád nemocného z lůžka, nebo záměna pacienta, vzorku a podobné události. Zaměstnanci **hierarchizují** co je a co není důležité. Více uvádím v kapitole následující. Ze statistických dat organizace však vyplývá, že pacienti či jejich blízcí si stěžují nejvíce právě na komunikaci. Z toho vyplývá, že by bylo dobré, kdyby zaměstnanci byli právě o těchto údajích informováni, pak by hierarchizace NU nebyla tak zřetelná. Vysvětlím podrobněji v kapitole Analýza NU. Jistě, že dopady fyzického poškození pacienta jsou viditelnější, konflikty jsou zase častější. Přesto mluví tito zaměstnanci, nebo právě proto, o stresu, který je přítomen v jejich práci a o tom, že mají potřebu být ochráněni. Cítí se odkryti a vystaveni všanc v „první linii“. Možná k hierarchizaci napomáhá i drobné slůvko, jehož význam v oficiální definici NU dle MZČR,

(Věstník MZČR, 2010) může být pro některé zdravotníky návodem k hierarchizaci. Cituji:...“ *jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy poškození pacienta je pouze psychické či socioekonomické..*“.

Zaměstnanci **kategorizují nežádoucí události dle svého vlastního klíče**. Dá se spíše říci, že je někteří hierarchizují, některé považují za závažné a nahlášení hodné, jiné nikoliv. Vesměs zaměstnanci ví o směrnici, která vymezuje pojetí NU ve FN Plzeň, ale obsah směrnice víceméně neznají. Příklady NU uvádějí spíše v souvislosti se svým vlastním pojetím, nebo skrze svoji zkušenost, kterou třeba již s ENU učinili. Jednoznačně se kloní k tomu, že psychické postižení pacienta, ve smyslu případné konfliktní situace, berou na lehkou váhu, většinou tomu nepřikládají takový význam, aby si to spojili s NU. Míra evidence nežádoucích událostí zaměstnanci je přímo úměrná tomu, co zaměstnanci za NU vlastně považují, jaké mají znalosti.

*„Já bych si představila spíše ty fyzický“.* (všeobecná sestra)

*„Spíš ty fyzický..na chování si ani nestěžujou pacienti...nebo jo?“.*  
(nelékař)

*„No myslím, že by to pacient i tak i vnímat moh, že mu nebylo všecko správně podáno...že to je pro něj NU v podstatě“.* (staniční sestra)

*„...ústní konflikty ne..spíše ale fyzické..“.* (všeobecná sestra)

Je to trochu v rozporu s tím, že verbální útoky a tedy případné psychické zatížení zdravotníka pacientem sledují bedlivě a tyto incidenty hlásí. Zde je zřejmě **hierarchizace** nejvíce patrná. To co vadí samotným zdravotníkům, i když síla i charakter ataku je nesrovnatelný, tak neberou jako situaci, kterou by se měli zabývat v případě pacientů. Znovu však připomínám, že se v případě verbálního ataku nedá hovořit o stejném chování vůči pacientovi, nelze to stavět na stejnou úroveň, zaměstnanci na pacienty verbálně neútočí ani s nimi agresivně nejednají, nicméně jejich chování je poměrně často příčinou stížností. Tedy jakýchsi NU naruby, kdy to nehlásí zdravotník ale pacient. Tato informace nepochází z mého výzkumného rozhovorového šetření, ale z interních zdrojů FN Plzeň, ke kterým mám jako zaměstnanec přístup. Nemám však přístup ke konkrétním stížnostem ať už pacientů či zdravotníků, tedy k jejich obsahu.

Zajímavé v této souvislosti je zjištění, vycházející z mého výzkumu, že si někteří zaměstnanci myslí, že naopak pacienti si na chování zdravotníků nestěžují skoro vůbec. Na tomto místě je třeba se opět zamyslet nad tím, jak vhodně informovat zaměstnance o agendě stížností, kterou řeší FN Plzeň.

### Stížnosti pacientů

**V agendě stížností a nežádoucích událostí** nepanuje porovnávání či párování tak, abychom měli přehled o tom, zda to co nahlásí zdravotník jako NU vnímá obdobně i pacient a podá třeba stížnost. Tato situace není zatím nijak podchycena. Mohlo by to eventuelně být někdy v budoucnu porovnáváno, což by mohlo přinést určité zjištění, a to jak vnímají stejné situace zaměstnanci a jak pacienti. To by mohlo pomoci i v prevenci a tedy zlepšení poskytovaných služeb.

Někteří zaměstnanci na dotaz jak by charakterizovali NU naopak, ve shodě s obecně přijatými pravidly uvádějí nejenom zdravotní postižení pacienta, ale i ekonomické škody, které jsou NU ve smyslu hlášení.

V souvislosti se skutečnostmi, na které jsem se zaměřovala v rozhovorech se zdravotníky, jsem se zaměřila na spektrum událostí, které nejčastěji naši zaměstnanci hlásí od doby, kdy byl tento koncept systematického sběru dat zaveden. Následující spektrum nahlášených událostí je řazeno za sebou podle četnosti za rok 2011 a první čtvrtletí roku 2012.

- Chování osob, agresivita, krádeže
- Nehody
- Technické problémy
- Klinický výkon
- Klinická administrativa
- Dokumentace
- Zhoršení stavu
- Medikace
- Medicínské přístroje



Je třeba uvést, že počet NU, které se vztahují k chování osob je trojnásobný nežli druhá NU v pořadí, tedy nehody, které jsou co do počtu hlášení NU třetinové. Nebudu zde uvádět absolutní čísla, pouze uvedu řádově do souvislosti, že nahlášené komplikace s medicínskými přístroji jsou v řádu jednotek případů. Připomínám, že ročně ošetří FN Plzeň milion ambulantních pacientů a 68 000 nemocných hospitalizuje. Pravděpodobnost vzniku NU je tak poměrně velká. Domnívám se, že zatím je hlášena jen velmi malá část ze skutečně nastalých NU, zejména z těch, které nemají vážné důsledky pro nemocného.. Proč tomu tak je jsem uvedla již v předchozích kapitolách. Pravdou je, že od doby, kde se systematicky sledují a vyhodnocují NU, byl zaznamenán dvacetinásobný nárůst nahlášených případů oproti létům, kdy sledování nebylo takto zavedeno. Ukazuje to, že možná ne všichni, ale někteří zaměstnanci zcela jistě pochopili účel ENU a jsou ochotni se podílet tímto způsobem na zlepšení péče o pacienty.

### **Evidence nežádoucích událostí kontra nehlášení nežádoucích událostí**

Postoj respondentů k evidenci je různorodý, jak popisují v této kapitole, někteří zaměstnanci váhají, jakým způsobem zpracovat tento jev, řadoví zaměstnanci nemají potřebu vzniklé situace hlásit sami, přenechávají tuto iniciativu vedoucím pracovníkům tím, že jim NU oznámí. Řadoví zaměstnanci by mohli nežádoucí události hlásit, respektive ví, že by je mohli hlásit, neboť jim to umožňuje směrnice, která **tuto kompetenci dává všem zaměstnancům, bez rozdílu postavení v hierarchii nemocnice.** Ale řadoví zaměstnanci této možnosti vlastně nevyužívají. Z jejich pohledu je dostatečné, nahlásí - li cokoli, co se - dle nich stalo a nemělo se stát – nadřízenému pracovníkovi. Důvody pro takové jednání jsou někdy jasně definované někdy spíše skryté – např. zaměstnanci nechtějí být Ti, kteří zveřejní NU pracoviště. Nechtějí být Ti, kteří upozorní na něco, co se na jejich pracovišti nemělo stát. nechtějí být zodpovědní za to, že se to dozví další lidé z venkovního prostředí ZOK. Ne, že by si tito zaměstnanci mysleli, že se to nemá zveřejnit, ale necítí tu celkovou zodpovědnost za to, co se stalo v tom smyslu, zdali se má ta událost zveřejnit

do té míry, že se ji dozví „vedení“. V tomto smyslu se jedná někdy o vedení kliniky někdy o vedení nemocnice. Postoj řadových zaměstnanců je takový, že za toto je odpovědný vedoucí zaměstnanec a na něm záleží, zda tuto událost nahlásí do systému, či zda ji posoudí jako něco, co do systému nepatří či co je možné vyřešit jinak. Mnohdy si nejsou zaměstnanci jisti, zda se o nežádoucí událost jedná, proto se obrací na nadřízeného. To je celkem pochopitelné. Určitá hierarchie, která panuje v mnohačetném kolektivu je nutná a pochopitelná. Platí to jednak o stránce organizační, jinak by samozřejmě těžko zaměstnanci efektivně vykonávali svoji práci, ale i o stránce personální, do které samozřejmě patří i to, že se podřízený radí s nadřízeným, obrací se na něj a žádají rozřešení. To platí i v oblasti sledování a evidence nežádoucích událostí. Podstatné vidím v této chvíli to, že to zaměstnanci vůbec někomu nahlásí. To, že si informaci jako takovou nenechají pro sebe. To je velmi důležité. Samozřejmě, že z hlediska ENU jako systému by bylo správné tam zapisovat úplně vše, na druhé straně, nadstavbou tohoto systému a důsledkem hlášení má být zvyšování kvality poskytované péče. Pokud se tak bude dít prostřednictvím hlášení a evidence NU, systémově, je to v pořádku, pokud se tak bude dít bez systému, nicméně na základě informací, analýz a nápravných opatření na úrovni ZOK, je to také dobře a dá se to nazvat vedlejším pozitivním efektem celého konceptu. Zaměstnanci udávají, že chyby a omyly, které se staly jim samotným, hlásili vždy. Rozdíl byl oproti tomuto systému ten, že to nebylo takto systematicky sledováno, a že nemohl být využit potenciál případné edukace v širším měřítku.

**Postoj vedoucích zaměstnanců** se také liší. Ne snad v tom, zda se mají NU komplexně řešit, resp. hlásit, analyzovat a edukovat tím další pracovníky, ale spíše na jaké úrovni. Zda na úrovni TOP MNG FN Plzeň, tím že provedou ENU do systému nebo na úrovni MNG ZOK. Někteří vedoucí zaměstnanci totiž NU řeší, i když je nehlásí. Domnívají se, že je to tak správné, a za nežádoucí události považují jen vážné jevy, které končí smrtí či poškozením zdraví nemocného. Pozitivní věcí je to, že chtějí jakoukoliv událost řešit, nechtějí ji „zamést pod koberec“. Samozřejmě, jak jsem již uvedla v předchozí kapitole, podstatné je soustavné zvyšování kvality a to je z pohledu vedení nemocnice jistě žádoucí. Někteří vedoucí zaměstnanci uvádí, že nežádoucí

události znají, udávají příklady nežádoucích událostí, zároveň však dodávají, že na jejich pracovištích se toto neodehrává. Vedoucí zaměstnanci ani jiní nemají přístup k hlášení NU ostatních klinik, proto nemají ani srovnání toho, co se vlastně odehrává jinde a jak je to vyhodnocováno. Dívají se na nežádoucí události na vlastním pracovišti tak, že je filtrují závažností či nezávažností, hierarchizují si je sami pro sebe a mají pocit, že u nich vlastně ani moc nejsou. Respektive moc jich nemají nahlášeno v systému.

### Pokles prestiže

Postoj vedoucích pracovníků k evidenci je spojen dále s jejich **způsobem uvažování a snahou vypadat v očích ostatních co nejlépe, tedy moc na venek nepoukazovat na vlastní chyby**. Jak jsem se již zmínila, zaměstnanci nemají informace o spektru a počtu chyb ostatních ZOK. Nemají informace, ve většině případů o tom, co hlásí do systému ostatní kliniky a už vůbec neví, jak s věc řešila a jaké jsou dopady na pracovní činnosti zaměstnanců – rozvedu v kapitole edukační potenciál. Vedoucí zaměstnanci mají přirozenou snahu, vše co se na klinice odehraje vyřešit vlastními silami, zejména jde – li o situace, které jsou způsobeny zaměstnanci, nebo na nich mají nějaký podíl. Této strategii se nelze divit, pro mnohé pracovníky je celá situace nová a sami přiznávají, že by moc nechtěli zveřejňovat své NU před ostatními, i když vnímají, že by to bylo dobré pro prevenci. Zdá se však, že první krok jako by nikdo nechtěl udělat, ale rádi by slyšeli od ostatních, jak oni jsou na tom. Minimalistické pojetí vlastních NU ale nikterak nenapomáhá lepšímu obrazu kliniky, spíše naopak. Zkušenosti, které v současné době odpovědní pracovníci vrcholového managementu mají s ENU, jejich analýzou, benchmarkingem a sledováním souvislostí napovídají, že ta pracoviště, která nehlásí NU nejsou ta, kde by se neodehrávaly, nýbrž jsou to pracoviště, kde se buďto o ENU ještě nedozvěděli, což není pravděpodobné, nebo si myslí, že se jich ENU netýká. Což je pravděpodobnější. Toto moje zjištění vyplývá z výzkumného šetření, kde někteří zaměstnanci udávali, že nejsou informováni o konceptu sledování NU.

Podle údajů z Centra řízení kvality FN Plzeň vyplývá, že z 50 ZOK FN je přibližně jedna polovina ZOK, která zatím nenahlásila ani jednu NU. Pravděpodobně to může souviset se všemi výše i dále uvedenými důvody. V této souvislosti se nabízí i úvaha nad tím, zda by nebyla vhodná doba pro zavedení supervize do organizace. Postupné otevírání se ostatním, a to na různých organizačních úrovních, by mohlo pomoci k větší otevřenosti právě v souvislosti s NU a jejich preventivního dopadu. Supervize, ať už případová, skupinová či supervize interní by mohla vhodně zapadnout i do kultury organizace jako takové. FN Plzeň má poměrně dobré nastavení v kultuře organizace, vzhledem k velikosti organizace (více než 4 000 zaměstnanců) vládne v interpersonálních vztazích poměrně příjemná atmosféra a přátelské chování. To je velmi dobrá výchozí situace jednak pro ENU, ale do budoucna právě i pro supervizní techniky. Z mých předchozích zjištění (seminární práce pro předmět Supervize, 2011) vyplývá, že některé skupiny zaměstnanců supervizi provádějí – jedná se o klinické psychology, kteří pracují ve FN Plzeň. Na některých pracovištích se provádí případová supervize, i když poněkud neuvědomovaná, protože nemá znaky supervize, tak jak jsou definovány v supervizních teoriích, nicméně dopad na zaměstnance, kteří se účastní těchto sezení je zcela pozitivní.

#### Předchozí zkušenosti

Tento jev, tedy ochota a odhodlání evidovat NU, dále souvisí s tím, **jakou mají zaměstnanci zkušenost s předchozími nahlášenými nežádoucími událostmi a jejich řešením.** Někteří vedoucí zaměstnanci mají zkušenost velmi pozitivní. Vnímají velmi dobře to, že pokud nahlásí nějakou nežádoucí událost, zejména událost, která spadá do kategorie NU způsobených technikou, je jim nabídnuta okamžitá pomoc a jsou kontaktováni pracovníky odpovědnými či spoluodpovědnými za řešení vzniklé situace. Dále je událost administrativně a provozně řešena způsobem, který napomůže k prevenci a výsledkem je celkové pozitivní vyznění nahlášené NU. Vedoucí zaměstnanci s takovou zkušeností se neobávají hlásit „své“ nežádoucí události, mohou jednat velmi proaktivně a na základě pozitivních předchozích zkušeností

přispívají na svých klinikách k lepšímu pochopení celého konceptu a vlastně jej svým příkladem propagují.

Ne všichni však mají stejnou zkušenost. Někteří vedoucí pracovníci vnímají koncept hlášení sice jako pozitivní, to zcela jistě, zároveň však udávají, že jim chybí zpětná vazba. Nemají pocit, že by za nahlášené NU byli vystavováni nějakým represím, to v žádném případě, ale na druhé straně nemají ani tu pozitivní zpětnou vazbu. Někdy obdrží nějaké vyjádření, neboť systém je tak nastaven, aby se v určité stanovené době dostalo pracovišti zpětné vazby na jejich hlášení, ta však z jejich pohledu situaci, kterou nahlásili nijak neřeší ani jí nepomáhá. Více méně zůstává problém „viset ve vzduchu“ a zaměstnanci tak nevidí tu pozitivní zpětnou vazbu, která je důležitým motivačním prvkem ENU.

Zaměstnanci nemají přístup k hlášení NU ostatních ZOK, neznají jejich počet ani charakter. Zřejmě se domnívají, že když budou mít hlášeno málo případů, bude se jejich práce jevit jako lepší. Pravděpodobně tento jev souvisí s zatím chybějícím analytickým přístupem managementu obecně k NU. Oficiálně není nikdo informován, kromě přímých účastníků události, o řešení chyb na ostatních pracovištích. Otevřenost v tomto smyslu by pravděpodobně vedla k tomu, že by mohla jednotlivá ZOK porovnávat lépe své výsledky v oblasti případných pochybení s ostatními pracovišti zdravotnického zařízení.

#### Nepochopení smyslu ENU

V některých případech je možným důvodem nenahlášení NU pocit, že si svoji NU **vyřeší nejlépe ten, komu se přihodí**. Pokud ji skutečně vyřeší ve prospěch nemocného, je to jistě chvályhodné, avšak zcela se vytrácí edukační potenciál pro širší spektrum zaměstnanců. Někteří zaměstnanci sice „své“ NU sdělí nejbližším spolupracovníkům, avšak spíše tajně, jako věc, kterou si předávají mezi sebou, jakýsi tajný kód, s odkazem na někoho, komu se kdysi něco stalo, takže je třeba dávat pozor, aby se to neopakovalo. **V tomto momentu však zcela chybí zavedení systémových opatření do praxe, změna postupu či záznamu.** Na tomto místě je třeba uvést, že se většinou jednalo o nedokonaná pochybení, na která se včas přišlo, a nebyl tedy nikdo

poškozen. Tím spíše by jejich zveřejnění mělo pozitivní dopad na ostatní. Zaměstnanci pravděpodobně ne zcela doceňují edukační význam svých pochybení.

#### Neznalost možnosti anonymního hlášení

Důvod nehlášení, či relativně malých počtů hlášení, také může souviset s **neznalostí anonymního hlášení**. Tuto možnost zatím nikdo nevyužil (ověřeno tazatelkou v registru NU ve FN Plzeň), protože není zaměstnancům známa. Je to důležité, aby zaměstnanci věděli, že mohou NU hlásit i anonymně. Někteří zaměstnanci musí nejprve získat kladný vztah k neanonymnímu hlášení prostřednictvím anonymního. Poté, kdy budou mít pozitivní zkušenost spojenou s nahlášením čehosi negativního, zjistí, že došlo k očekávané nápravě, mohou najít dostatek osobní odvahy či otevřenosti k tomu, aby přispěli do ENU i jmenovitě.

Expertní stanovisko: Zde je třeba vyzvat odpovědné pracovníky, aby směrnici upravili tak, aby všem, kteří se s ní seznámí bylo zřejmé, že lze hlásit NU i anonymně, prostřednictvím písemného podání. Respondenti o této možnosti nevědí, ani nemohou, protože směrnice ji nenabízí.

Zajímavé je, že zaměstnanci se domnívají, že by to ani nebylo možné anonymně hlásit, protože jsou přesvědčeni, že ENU se děje pouze prostřednictvím dohledatelného PC v síti ZZ. To, že je možné písemné hlášení, je věcí neznámou. Pravděpodobně tento postup unikl pozornosti čtenářů směrnice. Další zajímavostí je však to, že zaměstnanci si myslí, že to ani není možné anonymně hlásit, protože by pak nebylo možné na určité události adresně reagovat. Na jedné straně je dobře, že se domnívají, že musí být pouze otevření, na druhé straně bychom měli nejprve vědět, zda a jak by anonymní hlášení prověřilo skutečnou loajalitu a odvahu či otevřenost zaměstnanců a proaktivní přístup k chybám, ať už svým či chybám spolupracovníků.

Vzhledem k tomu, že tazatelka je jednou z osob, které se podílely na tvorbě směrnice, bude sama iniciovat změnu v popisu postupu ENU, která v původním návrhu byla a vypadla nedopatřením.

### **Postoj respondentů k nedokonaným pochybením a jejich evidenci**

Zaměstnanci obecně kladně hodnotí do budoucna hlášení tzv. nedokonaných pochybení, tedy skoro pochybení, která se nestala, protože někdo nebo něco tomu zabránilo.

- *„To jsme nikdy nehlásili, ale je to velice dobrý nápad, že by se toto mělo evidovat...charakter příhody svojí závažností směřuje někam, kdy by fatální následek měla...velice dobrý podnět, další rubrika by to mohla být (v seznamu hlášených NU)...jejich rozbořem a opatřením a by se dalo zabránit mnoha problémům.“* (přednosta kliniky)

Sami udávají příklady, kdy k něčemu nedošlo, přestože potenciál chyby tam nastal. Sami uvažují o využití takového skoropochybení pro analýzu, edukaci a eventuelně změnu v postupu, respektive změnu v nastavení kontrolních mechanismů, aby k tomu samému nedopatření buďto nemohlo dojít a nebo byla ustanoven takový mechanismus, který tomu účinně kdykoliv zabrání. To je typické proaktivní jednání informovaných zaměstnanců.

- *„Pro nás by to mělo být stejně alarmující jako kdyby se to stalo... minimálně bych tomu přikládala stejnej důraz jako dokonaným...“* (náměstkyně pro ošetrovatelskou péči)

Otázka je, zda by skutečně zaměstnanci hlásili svá skoropochybení, když s určitostí, hraničící s jistotou, která se zakládá na výzkumných rozhovorech víme, že více než polovina ZOK nehlásí ani to, co se doopravdy stalo. Nicméně je třeba pochválit a povzbudit zaměstnance, kteří uvažují tímto směrem.

### **Analýza nežádoucích událostí na ZOK / TOP managementem FN**

Analýza NU souvisí s evidencí NU. Kdo neeviduje, tak neanalyzuje.

- *„Vůbec nevím...ani nevím, zda jsme něco hlásili...“* (nelékař)

Ti zaměstnanci, kteří se hlásí k evidenci, mají též představu o nutnosti analýzy a také o edukačním potenciálu pochybení. Uvědomují si souvislost a využijí ji pro prevenci. Analýza nežádoucích událostí a využití jejích výsledků se přesto zdá problémovým bodem celého procesu. Není systematicky uplatňována. Je velmi individuální, dá se říci, že s analýzou pracují jen velmi

zasvěcení jedinci, přístup k analýze a zejména k jejím výsledkům není systémově nastaven.

- „*Probíhá tam nějaký zpětný..vyšetřování..zpětně se to řeší...vím, že se to děje, v mé oblasti působení...koordinátor to řeší, vím to.*“ (ekonomický náměstek)

Výsledky analýzy nežádoucích událostí mají zpětně vliv na postoj k hlášení NU zdravotníky. Pokud došlo k rozboru vzniklé chybné situace, našly se příčiny, které se odstranily, případně byly identifikovány další rizikové oblasti, může mít hlásící zdravotník pozitivní zpětnou vazbu, že přispěl k něčemu dobrému. Že jeho hlášení umožnilo zjistit a odstranit příčinu chyby.

- „*Dostanu zpětnou vazbu, jak se ta událost uzavřela, vyhodnotila..jak ta událost byla uzavřena.*“ (vrchní sestra urologické kliniky)

Analýzou se na některých pracovištích management zabývá, na některých nikoliv. Stejně je to s výstupy analýzy, kterou provádí odpovědní pracovníci organizace. Tyto analýzy, byť jsou prováděny, se k zaměstnancům vždy nedostávají, respektive zaměstnanci si toho nejsou příliš vědomi. Možné je i to, že případná pochybení nejsou na pracovištích, která je hlásila, dostatečně zveřejněna a tím není zveřejněn ani výstup z analýzy. Nebo zveřejněn je, ale ne v souvislosti s ENU. Zaměstnanci tedy nemají možnost posoudit pozitivní dopad ENU. Což je škoda.

- „*...nevím..asi to jde někam sem na ředitelství..potom je nějaká komise, která dá nějaký napomenutí nebo opatření.*“ (staniční sestra č. 2)

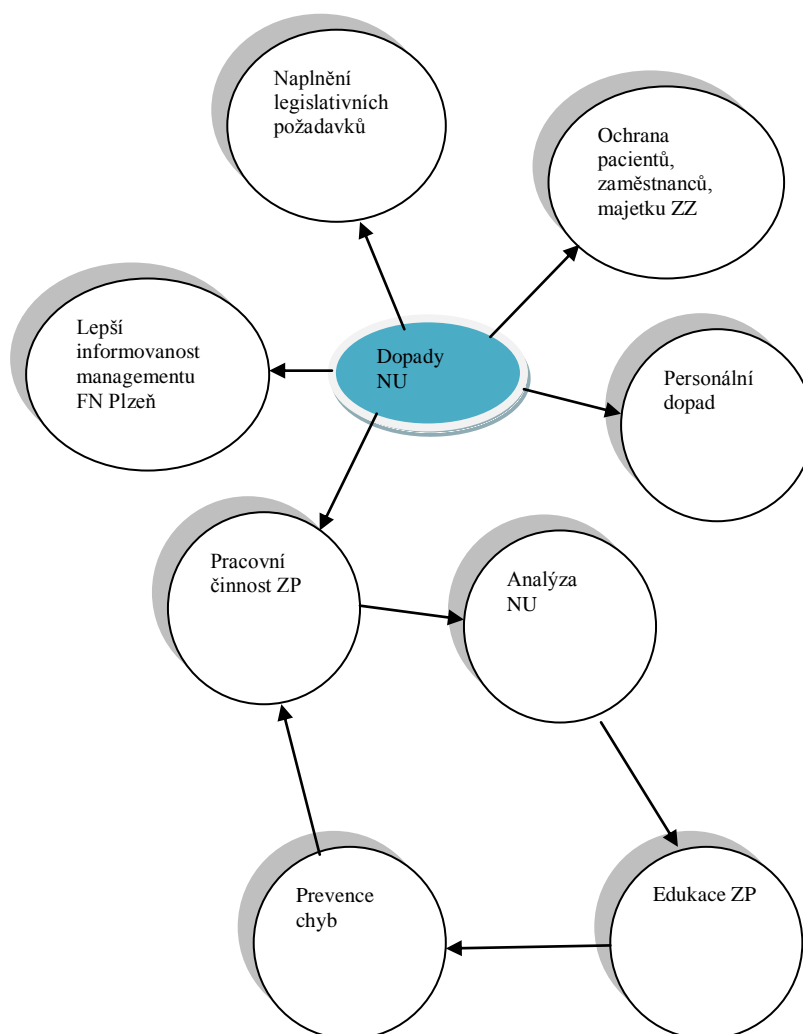
Expertní stanovisko: ze své vlastní zkušenosti, jako dlouholetého vedoucího pracovníka vím, že zde může hrát roli i jev, který se dá nazvat „poslouchám, ale neslyším“. Neboli, vedoucí pracovník informaci podá, ovšem zaměstnanec ji nevnímá.



Dopady evidence nežádoucích událostí v rámci ZZ

V následujícím sdělení popíši jevy z obr. č. 4 a vztahy, které s nimi souvisí. Obrázek č. 4 je znázorněním dopadů ENU v rámci ZZ, tak jak tyto dopady vnímají sami respondenti.

Obrázek č. 4 Dopady evidence nežádoucích událostí



Edukace ZP – využití chyb ostatních

Prevence chyb

Edukace v rámci nastalých nežádoucích událostí je poměrně očekávána a byla by pozitivně hodnocena, prakticky však se s ní zaměstnanci setkávají

pouze zřídka, pokud se jedná o edukaci z nahlášených NU. Zaměstnanci by se rádi poučili z chyb ostatních, se svými by však asi váhali. Možné je, že probíhá edukace skrytě, tak jako jsou skryta některá pochybení.

- *„Na pracovišti se to nikdy neřešilo...nic podobného neprobíráme..my to víme mezi sebou.“* (nelékař)

Edukační potenciál je významně nevyužitý a systémově nenastavený. Prakticky se nepropojuje do systému ENU. To samé lze říci i o prevenci, jako systémově nastavení. Zde je možnost pozitivně působit na zaměstnance příklady, které je mohou motivovat. V zahraničí je zvykem (Škrla, 2005), že se odvážnému jedinci, který nahlásí NU, z které nakonec profitují ostatní zaměstnanci, blahopřeje. Samozřejmě, není možné se vyvinut z případné odpovědnosti, až už v jakékoliv legislativní rovině, pouhým faktem, že jsem nahlásila svoji chybu. Pokud však nikdo nebyl poškozen, lze toto hlášení ocenit. Pozitivní příklady konkrétních situací mohou zlepšit edukační potenciál NU. Musí však být nastavena pravidla v systému.

Jak někteří řadoví zaměstnanci, tak někteří vedoucí zaměstnanci ZOK, ale zejména představitelé vrcholného vedení organizace znají a pozitivně hodnotí edukaci zaměstnanců pomocí chyb, nicméně je zřejmé, že v tomto bodě jde zatím jen o přání.

- *„Ideálně by to tak mělo být (podělit se s ostatními o vlastní průšvihy)..ne každej je tak upřímněj, aby práskal sám sebe na fóru..ale je dobře předvádět negativní kazuistiky, které byly způsobeny nesprávně voleným postupem...ale asi to není ještě zažitý.“* (přednosta kliniky)
- *„Z mého pohledu je zásadní, aby fungovala nějaká zpětná vazba potom, co se něco takovýho odehraje.....nejde ani primárně o ten postih toho kdo to zavínil, ale aby se spíš zabránilo opakování.“* (ekonomický náměstek)
- *„Mělo by se rozkřiknout, že se něco takovýho stalo a říct to spolupracovníkům..na co si dát pozor aby se to příště nestalo.“* (staniční sestra č. 2)

Tak jako jsme toho svědky u analýzy pochybení, stejně je tomu i u edukace. Probíhá spíše náhodně, pomocí informovaných a proaktivně

jednajících zaměstnanců. Nicméně potenciál je nastaven a podporován. *Expertní stanovisko:* K důsledné realizaci edukace však v této chvíli chybí podstatná složka, a to je odpovědný pracovník, který by byl přemostujícím článkem od analýzy k edukaci, a to jednak ve větším měřítku od vrcholového vedení FN Plzeň směrem k managementu ZOK, a který by byl současně tím, kdo pomáhá zpracovávat a propagovat analýzy a edukaci pochybení uvnitř ZOK.

- „...na intranetu by mohly být nějaké typy anonymizovaných NU ...jak byly řešeny.... Tady na to zkrátka čas není..“ (administrativní pracovnice)

O analýze NU jsem podrobně informovala v kapitole Analýza nežádoucích událostí na ZOK / TOP managementem FN.

#### Pracovní činnost zdravotnických pracovníků

Zaměstnanci, zejména zdravotničtí pracovníci, **nemají pocit, že by dopady na jejich pracovní činnost pocíťovali přímo.** Nebo – li, pracují tak, jak pracovali před nastavením nových pravidel ENU, nemají pocit nějakého stresu z toho, že by byli více sledováni či , že by sami sebe měli více „hlídat“..

- „...mám dojem, že ani ne...že bych od té doby nějak změnila chování co je ENU tak určitě ne...mělo by se asi víc kontrolovat..třeba ty náramky a tak...více se ptát..“ (staniční sestra č. 2)

Takto nevnímají ten proces. Jsou přesvědčeni, že vykonávají svoji práci tak, jak nejlépe v dané situaci mohou a umí.

- „Já myslím že mě to neovlivňuje při práci, dávám pořád pozor aby se něco nestalo...v podstatě furt stejně.“ (všeobecná sestra)
- Proto se necítí být svázáni jakýmikoliv obavami. Jediné co připouští, zejména pracovníci, kteří zodpovídají za práci svých podřízených, že to může mít vliv nepřímý, tedy že se vyjadřují k určitým událostem v rámci svých kompetencí jako vedoucí pracovníci. Ale odmítají, že by to jakkoliv změnilo jejich zdravotnické činnosti co do kvality odvedené práce, tedy pokud nedojde na základě nějaké události např. ke změně pracovního postupu. Manažeři vidí problém z opačné strany, řídí sled činností

v souvislosti s NU, a proto dopad na jejich práci je spíše přímý, ale záleží také na kompetencích a hranici odpovědnosti příslušného manažera.

- *„Dopad má velký..velká časová náročnost, když nastane velká NU..aktuálně poskytujeme pracovištím info, co při jaké NU zapsat či zkontrolovat ve zdravotnické dokumentaci....koho vyrozumět..je zapotřebí s těmi událostmi pracovat.“*

Z hlediska přístupu zaměstnanců ke kvalitě vykonávaných činností lze spíše tento trend považovat za pozitivní zprávu, neboť pracovník, který se bude cítit stresován a pod neustálým tlakem z případného poukázání na své omyly asi nebude ideálním zdravotníkem, který má poskytovat, mimo jiné, emocionální podporu svým pacientům. Také lze uvažovat o tom, že vliv ENU může být neuvědomovaný, a to skrze prožité či řešené NU. I to je však pozitivní. Znamená to, že zaměstnanci nemají negativní zkušenosti s ENU, tedy nemají důvod být nebezpečně úzkostní.

#### Lepší informovanost managementu FN Plzeň

Vrcholní manažeři zdravotnického zařízení vidí dopad v **lepší informovanosti** jich samých o tom, co se v nemocnici odehrává při běžném provozu. Mohou si všimnout, a dělají to, kam zaměřit svoji pozornost, kde nastavit např. jiné pracovní postupy, či větší úroveň zabezpečení ať už pacienta či zaměstnance, ale i majetku zdravotnického zařízení.

#### Personální dopad

V některých, zcela výjimečných, ale oprávněných případech mělo nahlášení NU **dopad i personální**, tedy pokud analýzou bylo zjištěno, že někteří zaměstnanci si své povinnosti neplnili dostatečně kvalitně nebo vůbec, zejména dlouhodobě a ve více ukazatelích. Samozřejmě, je to věc ojedinělá, není to běžný dopad nahlášené NU. To plyne i z předchozího zjištění o dopadu na pracovní činnost zdravotníků.

### Naplnění legislativních požadavků

Zdravotnické zařízení, jako je FN Plzeň samozřejmě chce co nejvíce využít potenciál ENU ke zvýšení kvality péče o pacienty. To vyplývá z kroků, které v této oblasti učinila. Tedy – zavedení konceptu ENU, vydání vnitřní směrnice o ENU, proškolení zaměstnanců v ENU. Je samozřejmé, že tím současně splnila i požadavek zřizovatele, tedy MZČR, které se zavázalo zajišťovat a zlepšovat kvalitu a bezpečnost péče na celonárodní úrovni a tento požadavek zajišťuje vydáním legislativních norem, zejména Věstníkem z r. 2010, zákonem č. 372 / 2011 Sb. a vyhláškou č. 102 / 2012 Sb...

### **Směrnice – kvalita a užitečnost pro uživatele**

Interní směrnice FN Plzeň, která popisuje souvislosti a praktické provádění ENU je určena všem zaměstnancům ZZ. Otázka tazatelky na respondenty zněla, zda jsou s ní zaměstnanci seznámeni a jak pro ně je přínosná a logická, vzhledem k tomu, že ve směrnici je přesně popsán postup kdy, jak, co, komu a kam nahlásit, co zapsat, kam předat, co bude následovat a jaké jsou jiné možnosti ohlášení. Směrnice také seznamuje všechny zaměstnance s pojmy, které jsou používány v oblasti managementu NU a také se všemi dokumenty a legislativními opatřeními, které se k NU vztahují, a to jak na úrovni celonárodní, tak na úrovni ZZ. Při dotazování se respondentů na směrnici a její přínos pro ně samotné byli někteří respondenti poměrně v rozpacích. Většina sice směrnici četla, ale příliš si ji nepamatují. Vědí, kde by ji našli a v případě potřeby se do ní podívají, aby se poučili, pokud si neví rady. Pokud si však něco konkrétně vybavují, tak to, že směrnice je dlouhá, spíše nepřehledná a v některých pasážích příliš rozvláčná. Skutečnost je taková, že dokumentů je obecně ve ZZ příliš, a zaměstnanci již nestíhají všechny, byť povinné dokumenty číst, natož jim rozumět. Část respondentů skutečně přiznává, že ani neví, že směrnice existuje. Zpětným porovnáváním získaných údajů lze dovodit, že se jedná o pracovníky těch ZOK, kteří do ENU přispívají minimálně nebo vůbec, tedy nehlásí skoro žádné NU. Na těchto

pracovištích je zjevně menší povědomí o využití konceptu ENU ke zvýšení kvality poskytované péče a bezpečnosti pacienta.

Jak jsem již uvedla, většina respondentů směrnicí - více či méně pozorně - vzala na vědomí, ale spíše se řídí, při hlášení NU, elektronickou aplikací a metodou „pokus – omyl“. Tato aplikace je mnohem návodnější, nežli popis ve směrnici, a zaměstnanci jsou logicky instruováni při vyplnění, jak postupovat dále. I tato aplikace byla měněna a doplňována na základě požadavků a zkušeností zaměstnanců. To je samozřejmě žádoucí, pokud management organizace chce, aby zaměstnanci používali elektronické hlášení, které je rychlé a spolehlivě dohledatelné, musí být aplikace uživatelsky příjemná. Nicméně samotná aplikace nesdělí uživatelům všechny okolnosti, související s ENU, což se ukázalo např. v dotazech na to, co jsou NU a jak se hlásí. Zde byla vidět absence znalostí, jež jsou ve formě informací obsaženy v interním písemném dokumentu. Výstupem z této teze, pro ty zaměstnance, kteří jsou autory zmíněné směrnice, by mělo být nové zadání, které bude lépe instruovat zaměstnance o NU a přehledněji informovat o zásadních prvcích celého konceptu. Tento úkol je zároveň i výstupem pro tazatelku, neboť je jednou z autorek směrnice.

### **Hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotních služeb ve FN Plzeň samotnými respondenty**

Zaměstnanci hovoří o špičkové kvalitě poskytované péče. Hodnotí ji sami jako vynikající. Hovoří o vlastních zkušenostech v roli pacienta a s kvalitou péče jsou spokojeni. Samozřejmě, že toto hodnocení je dáno i tím, že zaměstnanci sami tak trochu hodnotí i vlastní práci, nebo práci těch kolegů, kterou dobře znají. Je pochopitelné, že ji oceňují, neboť z jejich pohledu je výborná. Tato otázka nemůže nahrazovat kvantitativní výzkum, zaměřený na spokojenost pacientů, tak jak jej, mimo jiné i ve FN Plzeň, provádějí renomované sociologické agentury. Pokud „insider“, kterým zdravotník v nemocnici, ve které je, hodnotí kvalitu péče jak výbornou, můžeme tomu věřit, můžeme to i zpochybnit, ale je to názor zaměstnance jako pacienta.

Pokud by tentýž člověk bez okolků řekl, že on se domnívá, že kvalita v pořádku není, je třeba takové vyjádření brát velmi vážně. Protože zaměstnanec je ten, který má možnost většího vhledu do situace, a jeho tvrzení o případné nekvalitě mohou být skutečně podkladem pro hlubší analýzu.

Zaměstnanci však upozorňují na jinou věc v roli pacientů, a to je bezpečnost, ve smyslu bezpečí fyzického a materiálního. To je oblast, kde respondenti cítí nedostatečná opatření. Souvisí to s celkově zhoršeným bezpečnostním indexem ve společnosti, který se samozřejmě promítá i do zdravotnických zařízení. Pacienti mohou vnímat tuto situaci také jako potenciálně nebezpečnou, ale domnívám se, že právě spíše zdravotníci, kteří jsou svědky krádeží a škod páchaných na majetku jich samých, nemocnice či pacientů jsou v tomto ohledu více podezřívají jako pacienti. To však neznamená, že by to byl o to menší problém. Informace o bezpečnosti pacientů či zaměstnanců jsou pravidelně vyhodnocovány vrcholovým managementem FN Plzeň a jsou přijímána konkrétní bezpečnostní opatření, a to i na základě hlášení, učiněných v souboru ENU.

### **Návrhy na metody zvyšování kvality a bezpečnosti péče očima respondentů**

Zaměstnanci mají, v souladu se svými vlastními zkušenostmi, vždy nějakou představu o tom, jak by se ještě daly jednotlivé procesy zlepšit. Vidí mnohdy věci jinak, než náhodný divák, byť by byl odborníkem. Zaměstnanci dokáží vždy sami najít metody, kterými by se daly výsledky jejich, mnohdy velmi vysilující práce, ještě zlepšit. Návrhy zaměstnanců se dají rozdělit velmi obecně na „soft“ – tedy takové, ke kterým není třeba žádných dalších opatření, kromě organizačních či edukačních dovedností, a na ty druhé, „hard“, které již vyžadují např. nějaké finanční či personální nebo obojí zdroje.

Často se zaměstnanci odvolávají na nutnost kontrol a auditní činnosti ze strany nadřízených.

- „No nejvíc pomůže kontrola podřízených..namátkový kontroly...to nejvíc pomůže...takhle jsem to zažila dřív..“ (nelékař)

Vědí, že nenadálé kontroly vedoucího pracovníka, ale i plánované audity, je přimějí k tomu, aby plnili své úkoly pokud možno bez zbytečného odkladu a v co nejlepší kvalitě.

- *„Já bych dělala neohlášené kontroly..“* (všeobecná sestra č. 2)

Oceňují, pokud vedoucí pracovník kontroly provádí a je schopen poskytnout zpětnou vazbu. Většinou jde o zaměstnance, kteří tuto zkušenost mají a dokáží využít kontrol vedoucího ke zlepšení vlastní práce. Někteří zaměstnanci si dokáží představit i takové procesy, jako jsou akreditace a standardizace celého ZZ nebo části.

I odkaz na týmovou práci a tříbení názorů je prospěšný. Tuto metodu používají lidé, kteří jsou často postaveni před složitá rozhodování v otázce lidského zdraví. Mluví o týmovém rozhodování jako o metodě, která napomůže k docílení nejlepšího možného výsledku pro pacienta.

- *„Důkladný rozbor všech predispozic, které by k nežádoucí události mohly vést, to se děje z hlediska medicínského postupu,... vzájemně konzultujeme...tam kde je předpoklad , že by mohla komplikace vzniknout..“* (přednosta kliniky)

Také rozšiřování vědomí o kvalitě a bezpečnosti péče mezi studenty lékařských i nelékařských oborů je dobrá myšlenka. Je pravděpodobné, že studenti obvykle nemají žádné povědomí o tom, co je v oblasti kvality péče očekává v praxi. To že budou studenti připraveni na neustálý proces porovnávání, hledání rizik a problémů, může jen přispět ke kvalitě péče v zařízení, a to v době, kdy jsou studenti na povinných prakticích v rámci svého studia ve zdravotnickém zařízení a nebo v době, kdy nastupují jako zaměstnanci do pracovního poměru.

- *„... zaměřila na prevenci, to znamená na půdě studentů lékařských i nelékařských oborů.. předvstupní edukaci..“* (náměstkyně pro ošetrovatelskou péči)

Rozšíření používání standardů, tedy guidelines, je další metoda, která jednoznačně napomáhá ke zvyšování kvality. To je dokázáno a publikováno ve všech publikacích, které se kvalitou zdravotních služeb zabývají.



Co říkají respondenti:

- „určitě bych dokončila kompletní standardizaci všech specifických oddělení a klinik.“ (standardy péče), (náměstkyně pro ošetrovatelskou péči)

Manažerské stanovisko tazatelky: Praktickému využití standardů se však přibližují zejména nelékařští zdravotničtí pracovníci, ostatní skupiny zaměstnanců, zejména zdravotníků a z nich nejvíce lékařů, mají ke standardizaci velké výhrady. Nechtějí být svazováni pravidly standardů, které považují za nedokonalý nástroj, jenž omezuje kreativitu lékaře a jeho úsudek.

Další návrhy na zlepšení kvality se týkají personálního zabezpečení / posílení jednotlivých pracovišť, zejména tam, kde se jedná o pracoviště v ambulantních složkách. Zaměstnanci poukazují na nedostatečný čas na kontrolu bezpečného postupu při péči o pacienta a na nedostatek času na rozhovor s pacientem. Těmito náměty zaměstnanců by se určitě pracoviště měla zabývat, už s ohledem na prevenci konfliktních situací a komunikačních pochybení, na která pacienti často poukazují.

Technická řešení v oblasti kvality a bezpečí navrhuji spíše manažeři, kteří zmiňují bezpečnost nemocnice jako celku. Zde se jedná o klasické bezpečnostní prvky – kamery, vstupní kódy, čidla, nouzová tlačítka a prostorové podmínky. Souvisí to s již výše zmíněným sníženým bezpečnostním indexem ve společnosti jako takové a apelem na větší bezpečnost pacientů, kteří v době, kdy čerpají zdravotní služby, jsou velmi zranitelní, jak po stránce psychické, tak fyzické i materiální.

### **3.7. Výstupy z výzkumu**

V této kapitole uvedu, co bylo mým výzkumným záměrem, a jak se mě jej podařilo splnit. Znovu pro přehlednost uvedu zobecnění vztahů mezi kategoriemi a koncepty.

Cílem mého kvalitativního výzkumu v organizaci bylo:

- 1) Zjistit, do jaké míry se zaměstnanci ztotožňují s cíli organizace v oblasti sledování a hlášení NU.
- 2) Prozkoumat zda a jak ovlivňuje / neovlivňuje zaváděný systém jejich pracovní výkon a aktivitu.
- 3) Zmapovat souhlasná i nesouhlasná stanoviska k vytýčenému cíli organizace.
- 4) Využít získané anonymizované materiály ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče, např.:
  - a. Poskytnout zpětnou vazbu organizaci, při zachování maximální anonymity zdroje získaných dat (pokud to bylo domluveno s respondenty)
  - b. Navrhnout možná řešení u aktuálně zjištěných nedostatků
  - c. Nabídnout cílenou podporu zaměstnancům – pokud to okolnosti budou vyžadovat - k hlubšímu pochopení bezpečnostního konceptu a kontinuálního zvyšování kvality

Popis dosažených výstupů z výzkumu

Nyní shrnu, jak se mě podařilo naplnit dílčí výzkumné cíle. Podrobné popisy jednotlivých zaměření výzkumu jsou uvedeny v odkazech.

Ad 1) Zaměstnanci FN Plzeň se ztotožňují s cíli organizace v oblasti sledování a hlášení nežádoucích událostí. Výsledky svého výzkumu jsem popsala podrobně v kapitole **Důvody pro evidenci nežádoucích událostí**

Ad 2) Pracovní výkon zaměstnanců není přímo ovlivňován systémem sledování a hlášení nežádoucích událostí. Zaměstnanci přijímají klidně snahu managementu FN Plzeň zmapovat a analyzovat nežádoucí události při poskytování péče a nepocítují žádné nepříjemné dopady, které by negativně ovlivňovaly jejich práci. Pozitivním dopadem je mimo jiné i to, že se zaměstnanci necítí být pod tlakem zaměstnavatele. Více je rozvedeno v kapitole **Dopady evidence nežádoucích událostí - v rámci ZZ**

Ad 3) Zaměstnanci mají kladný vztah k cílům organizace v oblasti sledování a hlášení nežádoucích událostí, nezaznamenala jsem žádný negativní postoj k požadavku zvyšování kvality při poskytování léčebné, diagnostické a ošetrovatelské péče při poskytování zdravotních služeb a zvyšování bezpečnosti pacientů.

Ad 4) FN Plzeň obdržel, prostřednictvím náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a náměstka pro ekonomiku, kompletní zprávu z mého výzkumného působení ve FN Plzeň. Data zůstanou anonymizována tak, jak bylo požádáno jednotlivými respondenty, avšak výstupy a spojení jednotlivých jevů dávají dostatečný prostor pro manažerské využití jednotlivých výstupů. Návrhy tazatelky, jako stanoviska manažerky, jsou uveřejňována v jednotlivých kapitolách a budou souhrnně představena v kapitole 4. Závěr. V průběhu rozhovorů jsem se svými respondenty otevírala jednotlivá témata a zjišťovala tak jejich pohled na situaci související s evidencí nežádoucích událostí. Některé souvislosti byly respondenty ne zcela přesně interpretovány, a proto jsem využila rozhovorů také k edukaci respondentů a k diskusi nad daným tématem. Využila jsem tedy možnost, abych jako zasvěcený participant mohla nejen otázky klást, ale také dávat odpovědi. Domnívám se, že respondenti reagovali na moje návrhy a doporučení, neboť mne i zpětně kontaktovali, s odkazem na některá vyjádření v předchozím rozhovoru.

Jevem, na který jsem se soustředila především, je evidence nežádoucích událostí. Pokusila jsem se popsat, na čem všem evidence, případně neevidence nežádoucích událostí ve FN Plzeň závisí. Podrobná analýza je uvedena v kapitole 3. 5., zde uvádím pro přehlednost pouze souhrn propozic.

#### PROPOZICE (HYPOTÉZY)

**Postoj respondentů k hlášení nežádoucí události je dvojího typu, buď událost ohlásí nebo ji zatají. Evidence NU respondenty či její utajení souvisí s jejich vnímáním toho, co vůbec považují za nežádoucí událost, jak je z jejich hlediska událost významná a jaké důvody uznávají pro její ohlášení. Při evidenci NU respondenti dále zvažují dopady ENU jak na ně osobně, tak na jejich pracoviště. Přístup k ENU je rámován celkovou**

**poučeností zaměstnanců, pochopením konceptu ENU a jejich ztotožněním s celým procesem.**

Zásadní zjištění:

- ❖ **Zaměstnanci uvádějí, že přijímají kladně koncept hlášení a evidence nežádoucích událostí a pozitivně vnímají přínos tohoto sledování.**
- ❖ **Zaměstnanci ne vždy jasně interpretují co to je nežádoucí událost, uvažují - li o své vlastní činnosti. To má dopad na nižší počet nahlášených nežádoucích událostí nežli je skutečnost.**
- ❖ **Zaměstnanci, zejména řadoví, nepocítují žádné dopady ENU na svoji pracovní činnost.**

**Z manažerského a edukačního hlediska**

- ❖ **jsou dále podstatná zjištění, že analýza nežádoucí události a její výstupy, ve formě edukace a prevence jsou významným prvkem v pozitivním přístupu zaměstnanců k ENU.**
- ❖ **Pracovní postoje zaměstnanců nemohou být ENU ovlivněny, pokud zaměstnanci nemají zpětnou vazbu z již ohlášených NU.**
- ❖ **Zvyšování kvality a bezpečnosti poskytované péče souvisí s prováděním kořenové analýzy NU a edukačním vyústěním směrem k zaměstnancům ZZ.**
- ❖ **Otevřená komunikace se zaměstnanci organizace vede k lepšímu pochopení bezpečnostního konceptu poskytovaných zdravotních služeb.**
- ❖ **Stížnosti pacientů a hlášení zaměstnanců o NU nejsou vzájemně propojovány na úrovni managementu nemocnice a ZOK.**

## 4. ZÁVĚR

V závěrečné kapitole uvedu manažerský souhrn svých zjištění, tedy pozitiva a náměty na zlepšení na základě zjištěných skutečností. Zjištění vychází z poskytnutých rozhovorů respondenty, zaměstnanci FN Plzeň, doporučení na ně navazují a jsou mým expertním stanoviskem k dané problematice, neboť mé profesní působení a zaměření ve FN Plzeň je v souladu s mým výzkumným záměrem. Pokud mluvím o zaměstnancích, mám tím na mysli zejména zdravotnické pracovníky (ZP), na jejichž činnost se evidence nežádoucích událostí zejména zaměřuje.

### Pozitiva

- ✓ ZP vnímají pozitivně koncept hlášení NU
- ✓ ZP ví, proč je zaveden systém ENU a k čemu přispívá
- ✓ ZP se chtějí poučit z chyb a omylů ostatních
- ✓ jsou si vědomi dobrého jména FN Plzeň a chtějí se na něm podílet
- ✓ jsou loajální k FN Plzeň
- ✓ ZP vnímají zdravotní služby, které poskytuje FN Plzeň jako velmi kvalitní
- ✓ ZP chtějí přispívat ke zvýšení kvality pomocí kontrol a auditů své vlastní práce
- ✓ ZP vnímají pozitivně přínos standardů péče, eventuelně akreditace, t' už nemocnice jako celku, či její části
- ✓ ZP se necítí být pod tlakem, pracovní činnost je nestresuje, nejsou úzkostní
- ✓ ZP pracují proaktivně, jsou schopni vyhledávat problémová místa a navrhnout řešení
- ✓ ZP vnímají možný ekonomický dopad ENU
- ✓ kultura organizace je na poměrně vysoké úrovni

### **Náměty na zlepšení na základě zjištěných skutečností**

- Lépe propagovat koncept ENU, osobně se setkávat se zaměstnanci a vysvětlovat přínos ENU na příkladech – pověřený zaměstnanec?
- Cíleně se zaměřit na analýzu NU a zveřejňovat její výsledky – elektronicky?
- Podpořit edukační potenciál ENU – souvisí s analýzou, vhodným nástrojem (elektronicky?) seznámit zaměstnance s celkovými výsledky ENU za pravidelné období
- Zpřístupnit zajímavé a využitelné výsledky kořenové analýzy NU všem zaměstnancům FN Plzeň
- Cíleně propagovat nápravná opatření, posilovat vědomí prospěšnosti hlášení NU
- Nabídnout zaměstnancům informaci o ekonomickém přínosu prevence skrz ENU
- Přepracovat interní směrnici, pojednávající o ENU tak, aby byla uživatelsky lépe uchopitelná
- Předat zaměstnancům informaci o možnosti hlásit NU anonymně
- Propagovat hlášení i nedokonaných pochybení, zejména preventabilních
- Zaměřit se na ta ZOK, která nehlásí žádné NU, zda mají správné informace, eventuelně jim nabídnout cílenou podporu
- Spárovat nežádoucí události a stížnosti pacientů – se zřetelem na vnímání stejné události jiným způsobem

Na úplný závěr bych chtěla poděkovat všem respondentům, zaměstnancům FN Plzeň, kteří mě ochotně poskytli rozhovory a data k mé výzkumné činnosti. Bez jejich spolupráce a otevřenosti bych nemohla zahájit, ale ani dokončit svoji badatelskou činnost.

## LITERATURA

### BIBLIOGRAFIE

- Disman M. (1993). Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum.
- Havrdová Z., Hajný M. et al.. (2008). Praktická supervize. Praha: Galén.
- Havrdová Z. a kol.. (2010). Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-87398-06-7.
- Havrdová Z. a kol..(2011). Kultura organizace a supervize ve vzájemném působení. Praha: : Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-87398-14-2,
- Hendl J. (2008). Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
- Hřib Z., Vychytil P. (2010). Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče, etiologie, epidemiologie a aktuální mezinárodní situace. Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. LF UK v Praze.
- Kotter J. P. (2000). Vedení procesu změny. praha : Management Press, 2000.
- Marx D., Vlček F. (2008). Národní akreditační standardy pro nemocnice. Praha: Spojená akreditační komise ČR. ISBN 978-80-903750-6-2
- Silverman D. (2001). Interpreting kvalitative data. London: SAGE publications Ltd.
- Silverman D. (2005). Jako robiť kvalitatívny výskum. Bratislava: Ikar.
- Strauss A., Corbinová J. (1999). Základy kvalitatívneho výskumu. Boskovice: Albert.
- Škrla P. (2005). Především neublížit. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-419-4
- Švaříček R., Šedřová K. (2007). Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál.

### ANALYZOVANÉ MATERIÁLY

- FN Plzeň. Informace a materiály ČŘK. FN Plzeň. (2012)
- FN Plzeň. Nežádoucí události ve FN Plzeň. Směrnice FN Plzeň. (2012)
- FN Plzeň. Příručka kvality. FN Plzeň. (2011)
- Hotmar J., Petřík J., Svobodová D., Snop O. (2011) Elektronické hlášení NU. VFN v Praze.
- Hřib Z., Vychytil P. (2009) Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb. Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- Chabrová S. (2011). Supervize a její možnosti v organizaci. Seminární práce pro předmět Supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. UK FHS KRS.
- MZ ČR (2010). Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Věstník MZ ČR, částka 10 , Č.j.: MZDR22271/2010, str. 112 - 123.
- Přednášky předmětu Kvalitativní výzkum sociálních a zdravotnických organizací. Blanka Tollarová, Olga Šmídová. FHS UK v Praze, Katedra řízení a supervize, 2011.

Přednášky předmětu Strategické řízení, Systémové řízení, Úloha manažera v řízení změny. Vrzáček Petr. FHS UK v Praze. Katedra řízení a supervize. 2011.

Vyhláška č. 102 / 2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Vychytil P., Hřib Z. (2008). Sledování nežádoucích událostí v lůžkových zdravotnických zařízeních následné péče. Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Zákon č. 372 / 2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

## CITOVANÉ STUDIE

Baker G. R., Norton P. G., Flintoft V. et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2004, č. 170, s. 1678-1686. ISSN: 08203946 Dostupné z: <http://www.ecmaj.ca/content/170/11/1678.full>

Brennan T. A., Leape L. L., Laird N. M. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard medical practice study. *New Engl J Med*, 324 (6): 370 – 376<sup>1</sup>. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604#t=article+Conclusions>

Davis P, Lay-yee R, Briant E et al. (2002). Adverse events in New Zealand public hospitals: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal*. 2002, č. 115, s. 271. ISSN 1175 8716. Dostupné z: <http://journal.nzma.org.nz/journal/115-1167/271/>

Firth-Cozens J.(2004). Organisational trust: the keystone to patient safety. *Qual Saf Health Care* 2004;13:56–61. doi: 10.1136/qshc.2003.007971. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1758064/pdf/v013p00056.pdf>

Hollnagel E.(1993) Reliability of cognition: foundations of human reliability analysis. London: London Academia Press.

Huang D. T., Clermont G., Kong L., Weissfeld L. A., Sexton J. B., Rowan K. M., Angus D. C. (2010). Intensive care unit safety cultural and outcomes: a US multicenter study. *International Journal for Quality in Health Care*. 9. dubna 2010. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868527/?tool=pmcentrez>

Institute of Medicine (IOM) (2000). To err is Human: Building a Safer Health System, (1 – 3): 268. Washington, DC: National Academy Press. Dostupné z: <http://www.csen.com/err.pdf>

Institute of Medicine (IOM) (2001). Crossing the Quality Chasm. Washington. DC: National Academy Press.

Leape L. L. (1997). A systems analysis approach to medical error. *J Eval Clin Pract* 1997; 3 (3):213-22. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9406109>

Leape L. L., Berwick D. M. (2005). *Jama*. Five Years After To Err Is Human What Have We Learned? Dostupné z: [http://peds.stanford.edu/Rotations/resident\\_reserve/documents/R6\\_Five\\_Years\\_after\\_to\\_Err\\_is\\_Human.pdf](http://peds.stanford.edu/Rotations/resident_reserve/documents/R6_Five_Years_after_to_Err_is_Human.pdf)

Mendes W., Martins M., Rozenfeld S., Travassos C. (2009). The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. Srpen 2009, č. 21(4), s. 285-91. ISSN 1353-4505 Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19549674>

Mills D. H., Boyden J. S., Rubamne D. S. (1977). Report on the Medical Insurance Study, San Francisco: Sutter Publications.



Reason J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*2000;320(7237):768-70.

Dostupné z:

[http://www.bmj.com/content/320/7237/768.full?ijkey=da2cbd361c0925feb8112ee471b44a42688cc518&keytype2=tf\\_ipsecsha](http://www.bmj.com/content/320/7237/768.full?ijkey=da2cbd361c0925feb8112ee471b44a42688cc518&keytype2=tf_ipsecsha)

Reason J.(1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing Company; 1997.

Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Robinson, A. R. (2002). Physician and Public Opinion on Duality of Health Care and the Problem of Medical Errors, *Archives of Internal Medicine*, Oct. 28, 2002 (vol. 162, isme 19).

Schioler, T, Lipezak, H, Peedersen B. L. et al. (2001). Danish Adverse event study. Incidence of adverse events in hospitals: a retrospective study of medical records, *Ugeskr Laeger*. 2001, č. 163(39), s. 5370-8. Dostupné z:

[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/When\\_will\\_health\\_care\\_pass\\_orange.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/When_will_health_care_pass_orange.pdf)

Soop M., Fryksmark U., Koester M., Haglund B. (2009). *Int J Qual Health Care*. Srpen 2009, č. 21(4), s. 285-91. ISSN 1353-4505. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712321/>

Stelfox H. T., Palmisani S., Scurlock C., Orav E. J., Bates D. W. (2006). The "To Err is Human" report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care*. 2006 June; 15(3): 174–178. doi: 10.1136/qshc.2006.017947 PMID: PMC246485. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464859/>

Thomas F. J., Studdert D. M., Newhouse J. P., Zbar B. I., Howard K. M., Williams E. J., et al. (1999). Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*. 1999; 36(3): 255-64. Abstrakt dostupný z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718351?dopt=Abstract>

Vincent C, Neale G, Woloshynovych M. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*. 2001, č. 322, s. 517-19. ISSN: 09598138, dostupné z:

<http://www.bmj.com/content/322/7285/517?view=long&pmid=11230064>

## ELEKTRONICKÉ ZDROJE, PERIODIKA

Akreditace zdravotnických zařízení. MZČR. Cit. 4. 4. 2012. Dostupné z:

[http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/akreditace-zdravotnickych-zarizeni\\_1829\\_13.html](http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/akreditace-zdravotnickych-zarizeni_1829_13.html)

Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C 151/01. Cit. 4. 4. 2012. Dostupné z:

[http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/doporuceni-rady-eu\\_3786\\_1860\\_15.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/doporuceni-rady-eu_3786_1860_15.html)

Heger L. (2001). Nežádoucí příhody při poskytování zdravotní péče. *Zdravotnické noviny*.

Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nezadouci-prihody-pri-poskytovani-zdravotni-pece-131673>

Hřib Z., Suchánková A. (2011). Národní systém nežádoucích událostí, statistické vyhodnocení dat a srovnání zapojených zdravotnických zařízení. 3. LF UK v Praze. Cit. 9. 5. 2012.

Dostupné z:

[http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravnictvi/NU/benchmarking/2011/Benchmarking\\_NU\\_2011\\_Q3\\_Velke\\_nemocnice.pdf](http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravnictvi/NU/benchmarking/2011/Benchmarking_NU_2011_Q3_Velke_nemocnice.pdf)

Hřib Z., Suchánková A. (2012). Národní systém nežádoucích událostí, statistické vyhodnocení dat a srovnání zapojených zdravotnických zařízení. 3. LF UK v Praze. Cit. 9. 5. 2012.

Dostupné z:

[http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/benchmarking/2011/Benchmarking\\_NU\\_2011\\_Q4\\_Velke\\_nemocnice.pdf](http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/benchmarking/2011/Benchmarking_NU_2011_Q4_Velke_nemocnice.pdf)

[http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/Implementing change. WHO. Cit. 4. 4. 2012.](http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/Implementing_change_WHO) Dostupné z:

<http://www.who.int/patientsafety/implementation/en/>

Kalvachová M. (2010) Cesta ke kvalitnějšímu a bezpečnějšímu zdravotnictví. MZČR. Cit. 10. 4. 2012. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi\\_3755\\_1847\\_15.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_3755_1847_15.html)

Marx D. (2001). Možnosti kvantitativního hodnocení chyb. Zdravotnické noviny. Dostupné z:

<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/moznosti-quantitativniho-hodnoceni-chyb-131667>

Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů. MZČR. Cit. 10. 4. 2012.

Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu\\_1816\\_13.html](http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu_1816_13.html)

Metodika nežádoucích událostí. (2011). Dostupné z:

[http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/Rozsah\\_a\\_frekvence\\_predavani\\_dat\\_2011-12-02.pdf](http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/Rozsah_a_frekvence_predavani_dat_2011-12-02.pdf)

MZČR. Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče. (2010). Cit. 15. 4. 2012. Dostupné z:

[http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi\\_3444\\_1513\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi_3444_1513_1.html)

Rezortní bezpečnostní cíle. (2010). MZČR. Cit. 18. 3. 2012. Dostupné z:

[http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok-2010\\_1882\\_15.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok-2010_1882_15.html)

Spojená akreditační komise. Cit. 18. 3. 2012. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz/>

Spojená akreditační komise. Cit. 18. 3. 2012. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/archiv-aktualit/sest-rad-jak-zlepsit-hlaseni-mimoradnych-udalosti-.386/>

Webové stránky FN Plzeň. Dostupné z: [www.fnplzen.cz](http://www.fnplzen.cz)

Zdravotnické noviny. (31. 1. 2012). Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/delsi-hospitalizace-znamena-vyssi-riziko-463186>

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Příčiny závažných nežádoucích událostí (JCAHO-USA), zdroj MZČR

Graf č. 2 Personální struktura organizace – r. 2011 (zdroj FN Plzeň)

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 Nové pracoviště Radioterapeutického a onkologického oddělení

Obr. č. 2 Souvislosti v systému evidence nežádoucích událostí

Obr. č. 3 Důvody, které uvádějí zaměstnanci pro evidenci nežádoucích událostí

Obr. č. 4 Dopady evidence nežádoucích událostí

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 2 Souhrnné údaje o studiích výskytu nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče (Hřib, Vychytil, 2009)

Tabulka č. 2 Výskyt poškození pacientů během hospitalizace – studie JCAHO, USA, zdroj MZČR

Tabulka č. 3 Hlášené závažné nežádoucí události (úmrť pacienta, ztráta orgánu či jeho funkce (JCAHO, USA, 1995-2005), zdroj MZČR

Tabulka č. 4 Vývoj hlášení počtu NU ve FN Plzeň (zdroj FN Plzeň)

Tabulka č. 5 Sběr dat a kódování – příklady.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

|          |   |
|----------|---|
| ČIA      | Český institut pro akreditaci                                     |
| ENU      | Evidence nežádoucí události                                       |
| FN Plzeň | Fakultní nemocnice Plzeň  |
| ISQua    | Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví               |
| JCI      | Joint Commission International                                    |
| LPP      | Léčebně preventivní péče  |
| MNG      | Management  |
| MPSV     | Ministerstvo práce a sociálních věcí                              |
| MŠMT     | Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy                      |
| NASKL    | Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře             |
| NU       | Nežádoucí událost   |
| PSBPKZP  | Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče |
| Rada EU  | Rada Evropské Unie  |
| RBC      | Resortní bezpečnostní cíle  |
| SAK      | Spojená akreditační komise  |
| WHO      | Světová zdravotnická organizace                                   |

|     |                                  |
|-----|----------------------------------|
| ZOK | Zdravotnické oddělení či klinika |
| ZP  | Zdravotnický pracovník           |

### **PŘÍLOHY - SEZNAM**

1. Projekt diplomové práce
2. Scénář výzkumného rozhovoru – souhrnný formulář kontaktu
3. Ukázka z rozhovoru, který jsem vedla s respondentkou