

Univerzita Karlova
Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Jana Olšanová, DiS.

**Změna systému hlášení nežádoucích událostí
v Nemocnici Žatec, o.p.s.**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala 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 repositáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne

Jana Olšanová

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila svůj dík panu Mgr. Petru Vrzáčkovi za jeho cenné připomínky, trpělivost a ochotu při vedení mé diplomové práce. Rovněž bych chtěla poděkovat panu Mgr. Ing. Jindřichu Zetkovi, který mi vyšel maximálně vstříc a umožnil mi přístup ke všem potřebným informacím.

Obsah

Obsah	7
ABSTRAKT ČESKÝ	9
ABSTRACT IN ENGLISH	10
SEZNAM ZKRATEK	11
I. ÚVOD	13
II. TEORETICKÁ ČÁST	15
1. Nežádoucí událost, mimořádná událost, neshoda	15
1.1 Definice	15
1.2 Historie	16
2. Systém sledování nežádoucích událostí	22
2.1 Systém sledování NU v ČR	22
2.2 Systém sledování NU ve vybraných zemích EU	23
3. Řízení kvality a bezpečí poskytované péče	25
4. Řízení změny	29
III. EMPIRICKÁ ČÁST	37
1. Představení společnosti	37
2. Teoreticko-metodologické východisko	38
2.1 Cíl práce	38
2.2 Diagnostika systému sledování NU před řízenou změnou	39
2.3 SWOT analýza	41
3. Proces řízení změny	43
3.1 Sestavení pracovního týmu	43
3.2 Časový plán týmu v řízené změně	43
3.3 Způsob řízení změny	44
4. Analýza jednotlivých nežádoucích událostí	46
4.1 Pád	46
4.2 Dekubity	52
4.3 Klinická administrativa	57
4.4 Klinický výkon	58
4.5 Dokumentace	62
4.6 Medikace / i. v. roztoky	64
4.7 Transfuze / Krevní deriváty	65
4.8 Dieta/Výživa	69
4.9 Medicinální plyny	70

4.10 Medicínské přístroje / vybavení	71
4.11 Chování osob	72
4.12 Nehody a neočekávaná zranění	74
4.13 Technické problémy	75
4.14 Zdroje / management organizace	77
4.15 Neočekávané zhoršení klinického stavu	78
4.16 NU Jiné	79
4.17 Porovnání nejčastějších typů vyskytujících se NU v NŽ v časové ose	81
5. Diagnostika systému sledování NU po řízené změně	85
5.1 Výsledky dotazníkového šetření	85
5.2 Pohled manažera kvality na průběh řízené změny a možnosti zpracovávání dat	91
5.3 SWOT analýza	91
IV. ZÁVĚR	95
1. Hodnocení	95
2. Užitečnost	97
3. Použitelnost	98
LITERATURA (BIBLIOGRAFIE)	101
PŘÍLOHY	111

ABSTRAKT ČESKÝ

Cílem mé práce je představit systém sledování nežádoucích událostí a jeho provázanost s legislativními předpisy České republiky a nastítnit proces řízené změny v organizaci. Obecnému popisu systému hlášení nežádoucích událostí v národním i mezinárodním měřítku, je věnována teoretická část, která vychází z odborné literatury. Další podstatná část teoretického základu je věnována systému jakosti a základním postupům procesů řízené změny, jak jsou popsány českými i zahraničními autory.

Praktickou částí je případová studie z Nemocnice Žatec, o.p.s., která představuje prvotní analýzu systému sledování nežádoucích událostí v organizaci, plánování a popis procesů a jednotlivých kroků v procesu řízené změny s následnou analýzou systému sledování nežádoucích událostí po změně. Dále jsou zde představeny výsledky porovnání původního a stávajícího systému sledování nežádoucích událostí v Nemocnici Žatec, o.p.s. Původní systém, jak bylo zjištěno prvotní analýzou, nebyl zcela funkční, data v něm zjištěná jsou porovnána s daty získanými po obměně systému hlášení nežádoucích událostí v této organizaci a na jejich základě byla provedena analýza vyhodnocující původní i současný stav sběru dat o nežádoucích událostech v nemocnici.

Závěr práce pak představuje hodnocení přínosů změny pro organizaci i zaměstnance na základě analýzy procesů popsaných v praktické části a shrnuje možnosti využití statistických údajů, týkajících se některých typů neshod. Dále představuje nové možnosti prezentace a zefektivnění vlastní práce a v neposlední řadě přináší potvrzení, že systém implementovaný v Nemocnici Žatec, o.p.s., je svým obsahem dostačující pro roční vykazování dat do národního systému hlášení nežádoucích událostí Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Klíčová slova: incident, mimořádná událost, neshoda, nežádoucí událost, systémová změna, řízená změna, změna procesu.

ABSTRACT IN ENGLISH

The aim of my thesis is to introduce the system of monitoring of undesirable events and its relationship with the legislative regulations of the Czech Republic and outline the process of controlled change in the organization. The theoretical part of the thesis is dedicated to the general description of the system of reporting undesirable events at national and international level and is based on research from available literature. The other important part of the theoretical part of the thesis is dedicated to the quality system and basic processes of controlled change processes as described by the Czech and foreign authors.

The practical part of the thesis is based on a case study from The Žatec Hospital, which represents the initial analysis of the monitoring system of the undesirable events in the organization, planning and description of the processes and individual steps in the process of controlled change with subsequent analysis of the system of adverse event monitoring after aforementioned change. Furthermore the results of the original and the current system comparison are being presented. The original system, as found by the initial analysis, was not fully functional and the data were compared with the data obtained after the revision of system's adverse event reporting, and an analysis was conducted to evaluate both the original and current status of the hospital's adverse event data collection.

The conclusion of the thesis is an evaluation of the benefits of a change for the organization and its employees based on the analysis of the processes described in the practical part. It summarizes the possibilities using statistical data regarding some types of the mismatches. It presents new possibilities of presentation and streamlining of work and last but not least it brings a confirmation that the system implemented in The Žatec Hospital is sufficient for annual data reporting to the National System of Reporting of Adverse Events of the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic.

Keywords: incident, mismatch, unwanted event, system change, controlled change, process change.

SEZNAM ZKRATEK

DK	dolní končetina
DO	dětské oddělení
DPMO	Defects per million opportunities – vady z milionu příležitostí
EFQM	Model excellence
EU	Evropská unie
GYN	gynekologické/gynekologicko-porodnické oddělení
HAI	infekce spojené se zdravotní péčí
HK	horní končetina
CHIR	chirurgické oddělení
i.d.	intra dermální
i.m.	intra muskulární
i.v.	intra venózní
INT	interní oddělení
ISO	The International Organization for Standardization – mezinárodní organizace pro normalizaci
ISQuA	International society for quality in healthcare
IT	informační technologie
LNP	lůžka následné péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NaPSIR	Národní zprávy o bezpečí pacientů ve Velké Británii
NELZP	nelékařský zdravotnický personál
NHS	National health service – Národní systém zdraví ve Velké Británii
NIS	nemocniční informační systém
NU	nežádoucí událost, mimořádná událost, neshoda
NŽ	Nemocnice Žatec, o.p.s.
OECD	Organization for economic cooperation and development
p.o.	per os
p.r.	per rektum
P/LDK	pravá/levá dolní končetina
P/LHK	pravá/levá horní končetina
PC	počítač
PDCA	Cyklus PDCA (Plan-Do-Check-Act)

PZS	poskytovatel zdravotních služeb
s.c.	subkutánní
SAK	Spojená akreditační komise, o.p.s.
SHNU	system hlášení nežádoucích událostí
SLEPT	typ analýzy
SÚJB	Státní ústav pro jadernou bezpečnost
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SWOT	typ analýzy
SZU	Státní zdravotní ústav
TQM	Total Quality management
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

"Může se zdát divným prohlašovat, že prvotní nutností v nemocnici je, aby nemocní úhony nedošli."
Nightingale [1863]

I. ÚVOD

Nežádoucí události, někdy též nazývané mimořádné události, chyby, neshody či incidenty, jsou spojeny se systémem řízení kvality a bezpečí ve zdravotnické péči, jsou součástí systému sledování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a jejich význam je zakotven v legislativě České republiky. Problematiku nežádoucích událostí zařazují Marx a Vlček (2013; 107, 122) do akreditačních standardů pro nemocnice, které byly vytvořeny Spojenou akreditační komisí, o.p.s. Je v nich doporučeno zavedení účinného postupu sledování nežádoucích událostí tak, jak bylo schváleno Ministerstvem zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR). Tyto standardy vycházejí ze strategie Světové zdravotnické organizace, dále jen WHO (World, 2004), která pomáhá propagovat zdraví v 700 nemocnicích ve 25 zemích Evropy a dále ze standardu č. 1.2, jehož cílem je „evidence a vyhodnocování nežádoucích událostí, které se vyskytnou při poskytování lůžkové zdravotní péče“ (Vyhláška MZ ČR, č. 102/2012), a který popisuje sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí a je jedním ze základních legislativních dokumentů v této problematice.

Otázkou nežádoucích událostí se MZ ČR zabývá v posledním desetiletí velice intenzivně. Na základě rozsáhlých studií byly týmem v čele s doc. PhDr. A. Pokornou, Ph.D. vytvořeny metodiky pro jednotlivé typy nežádoucích událostí (Pokorná a kol., 2018), které mají poskytovatelům zdravotních služeb (dále jen PZS) usnadnit nastavení lokálních systémů sběru těchto dat, ale také jejich následné zpracování pro účely zaslání do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (dále jen SHNU), který je součástí Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS), kde dochází ke sběru a analýze dat a metodické podpoře SHNU na centrální úrovni.

Účelem hlavní metodiky (Pokorná a kol., 2018) je sjednocení SHNU na mezinárodní úrovni, vycházející z doporučení Rady EU o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly HAI infekcí (infekce spojené se zdravotní péčí) a věstníku MZ ČR č. 7/2018, 17, který stanovuje podporu sledování nežádoucích událostí na úrovni jednotlivých poskytovatelů lůžkové zdravotní péče akutní, následné i dlouhodobé péče. A který od 1. 1. 2018 určuje povinnost individuálně, avšak za použití jednotné terminologie, zavést tento lokální systém sledování nežádoucích událostí a získaná data zadávat do sběrného portálu ÚZIS.

Další metodické dokumenty (Pokorná a kol., 2017a - 2017o), které mohou poskytovatelům zdravotních služeb pomoci v interpretaci požadavků na zadávání údajů o nežádoucích událostech a jejich sledování v lokálních systémech pro jednotlivé typy nežádoucích událostí, popisují způsob předávání dat a sjednocují terminologii, ale také konkrétní požadavky hlavních typů nežádoucích událostí, jak jsou uvedeny v „Taxonomickém definičním slovníku – Systému hlášení nežádoucích událostí“, jak můžete nalézt v příloze č. 1 (Pokorná a kol., 2017p).

S výše uvedeným však souvisí vzdělávání zdravotníků v oblasti kvality, bezpečí a nežádoucích událostí nejen ve školách, ale také v praxi. Dle WHO (World, 2011) je důležité uvědomění si, že chyby existují, že je na místě poučit se z vlastních i cizích chyb, připustit si, že každý člověk může udělat chybu, komunikovat, přijmout zodpovědnost a chybu nahlásit tak, jak se skutečně stala. Každá organizace má pak vlastní způsob analýzy problému i nápravná opatření, která by neměla být pro zaměstnance hrozbou, spíše možností a poučením, jak se ve stejné situaci zachovat standardně, případně nadstandardně. Z tohoto vyplývá, že edukace personálu musí probíhat periodicky a nestačí se jen zaměřovat na studenty.

Spojená akreditační komise, dále jen SAK (Spojená, b) se spolu s WHO (World, 2011) shodují, že analýza nežádoucích událostí odhalí spíše systémové pochybení, než selhání jednotlivce. Přičemž není vyloučeno, jak uvádí Škrla a Škrlová (2008), že až v 80 % je, jedním z faktorů nebo hlavní příčinou pochybení, zjištěno selhání člověka. Spojení těchto informací závisí nejen na výchově zaměstnanců, ale také na kultuře organizace. Havrdová (a kol., 2011) zastávají názor, že je velice důležité, jakým způsobem vnímá chyby management poskytovatele zdravotních služeb, samotní zaměstnanci, ale také ti, kdo služby čerpají. Pokud v naší společnosti následoval trest za přiznanou chybu, je naprosto pochopitelné, že člověk, který tuto zkušenost má, buď zatají skutečnost, nebo o skutečnosti bude lhát. Mnoho zaměstnanců má také pocit, že pravdou by mohli odhalit další skutečnosti a nechtějí být tím, kdo „žaluje“. Pokud si je sama organizace vědoma svých nedostatků, pak reálným východiskem, prostředkem i cílem může být její proměna (Bedrnová a kol., 2002). Zde pak vhodná strategie může pomoci nalézt správná řešení pro motivaci lidí a pro sdílení stejných myšlenek a tím také přispěje ke kvalitě a bezpečí na pracovišti pro všechny zúčastněné strany.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Nežádoucí událost, mimořádná událost, neshoda

1.1 Definice

„Mimořádnou událostí se nazývá jakákoliv událost, při které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo procedury.“ (Škrála, Škrlová, 2008; 50). A jak uvádí Plevová (2012; 223), týká se všech činností, které jsou potřebné k zabezpečení procesů tak, aby výrobky, ale také služby, o které se v pomáhajících profesích jedná nejvíce, odpovídaly standardům, které si stanovila organizace a současně splňují očekávání nejen legislativy, ale především zákazníků, tedy pacientů a klientů.

Pokorná uvádí v Metodice (2018), že nežádoucí události (dále jen NU) mohou vést nebo vedou k tělesnému, psychickému či socioekonomickému poškození pacienta, zaměstnance, ale také poskytovatele zdravotních služeb, kdy bylo možno, nebylo možno, nebo není známo, zda by bylo možno tomuto pochybení se vyhnout. Dále sem patří situace, kdy nedošlo k nežádoucí události, ale stalo se tak v případě, že nesprávný postup, který by mohl vést k nežádoucí události, byl odhalen, což je nazýváno jako „skrochyba“ či „near miss“.

Jak tato metodika (Pokorná a kol., 2018) dále shrnuje, autoři se obecně shodují, že nežádoucí událostí je taková situace nebo okolnost, která vyústila, nebo mohla vyústit v tělesné, psychické a jiné poškození osob ve zdravotnickém zařízení, kdy bylo možno se těmto událostem vyhnout. Dobře nastavený systém sledování NU nezabrání jednotlivým pochybením, ale odhalí systémové chyby a umožní tak sledování největších rizik, kdy systémovým nastavením lze tato rizika zmírnit, případně zcela odstranit a zajistit tím kvalitní a bezpečnou péči o osoby, které se ve zdravotnickém zařízení pohybují.

Přesné definice nežádoucích událostí, jak je dále rozvádí „Metodiky jednotlivých nežádoucích událostí“ systému hlášení nežádoucích událostí (Pokorná a kol., 2017a-o), jsou uvedeny v Taxonomickém – definičním slovníku (Pokorná a kol., 2017p), který byl již zmíněn v úvodu a je součástí přílohy č. 1.

Jednotlivými nežádoucími událostmi, které jsou sledovány a zaznamenávány do formuláře ÚZIS – L(MZ) 3-01, který slouží ke sběru agregovaných dat, dle metodiky (Pokorná a kol., 2018), jsou tedy: pády, dekubity, klinická administrativa, klinický výkon, dokumentace, medikace/i.v. roztoky, transfuze/krevní deriváty, dieta/výživa, medicínální plyny, medicínské přístroje/vybavení, chování osob, nehody a neočekávaná zranění, technické problémy, zdroje/management organizace, neočekávané zhoršení klinického

stavu a jiné nežádoucí události, mezi které se dnes zařazují například nozokomiální infekce. Tento specifický typ nežádoucí události však v budoucnu bude sledován v SHNU ÚZIS jako samostatný prvek.

Studie, které se zabývají nežádoucími událostmi ve zdravotnických zařízeních v zahraničních zdrojích, popisují obecné informace o výskytu NU, ale zaměřují se také na konkrétní incidenty spadající do podkategorie výše uvedených druhů. Levinson (2010) ve své studii uvádí, že ze všech hospitalizovaných pacientů, kterých bylo v roce 2006 15.000, bylo 13,5 % tedy 2.025 pacientů vystaveno NU a 1,5 %, tedy 225 těchto osob, zemřelo v souvislosti se zaznamenaným incidentem “(překlad vlastní)“. Pokud se na tuto problematiku zaměříme z tohoto hlediska, je naprosto logické a nutné, jednotlivé NU rozklíčovat a odhalit nejvíce problémovou oblast. Získaná data mohou pomoci odhalit systémová i personální pochybení, avšak jak uvádí ve svém článku nejen Hutchinson (2009), ale také ve svých certifikovaných kurzech SAK (Spojená, s.d.a), je běžnou praxí, že personál nehlásí skutečný, ale nižší počet pochybení. Tato skutečnost však opět souvisí s nastavením systému sledování nežádoucích událostí v organizaci, organizační strukturou, důvěrou personálu a pochopením, že při zaměření se na skrochyby, lze předejít mnohdy závažným pochybením, která mohou mít fatální dopady nejen pro pacienta či zaměstnance, ale například i pro organizaci.

1.2 Historie

Se sledováním nežádoucích událostí velice úzce souvisí sledování systému jakosti, které je ve zdravotnických a sociálních službách spíše nazýváno sledováním kvality poskytovaných služeb. Podíváme-li se blíže na neshody, nalezneme termín: „Defects per million opportunities (DPMO)“. Ve volném překladu toto znamená vady z milionu příležitostí. V praxi je to „míra počtu chyb vyskytujících se v obchodním nebo výrobním procesu, kdy proces může mít více příležitostí pro chybu na jeden výskyt“ (Defects) “(překlad vlastní)“. Počet takovýchto defektů na určitý počet příležitostí lze použít pro stanovení základní úrovně výkonu, ale také pro měření zlepšování procesů. Pro zjištění chyb je však důležitá kontrola.

Již Aristoteles se zabíral kvalitou a díky smyslovému vnímání, hodnotám a potřebám může mít kvalita mnoho podob, a i její vyjádření může být různé (Kvalita, s.d.). Z historického hlediska se pojem jakosti či kvality a jejího měření začal objevovat nejprve v průmyslové praxi, a to již na konci devatenáctého století, kdy průmyslová revoluce způsobila masovou produkci. Jedna osoba již nebyla schopna začít i ukončit výrobní

proces jediného produktu, jako tomu bylo dosud, a bylo třeba tyto procesy nastavit, kontrolovat, kontrolovat nastavení i samotnou kontrolu (Nenadál a kol., 2008).

Kvalita, která byla „samozřejmostí“ pro prodejce, jenž zboží vyrobil a následně prodal, začala nabývat jiného významu. Vznikaly manufaktury, kdy jeden člověk udělal jen jeden díl práce a tento díl předal dalšímu zaměstnanci. Na jediném kusu výrobku se tak mohlo podílet i několik zaměstnanců a na základě tohoto procesu vznikala vyšší chybovost a bylo třeba s tím něco dělat (Systém řízení, s.d.). „Definice kvality není jednoduchá a má mnoho různých podob. Podle ISO 9000 je kvalita definována jako stupeň splnění požadavků souborem inherentních znaků. Přičemž požadavky jsou dle normy očekávané (např. zákazník) nebo závazné (např. dle normy).“ (Křivánek, 2019).

Mezi prvními, kdo se zabývali kolísáním kvality výstupu a procesy užívanými v masové výrobě, byli na konci devatenáctého století Frederik Winslow Taylor, který k dohlížení na kvalitu a napravování chyb založil vlastní oddělení kvality, a Henry Ford, který vyzdvihl důležitost standardizace ve výrobním procesu. Toto byl stavební kámen pro vznik oboru managementu kvality, jehož nedílnou součástí je dodnes vyhledávání neshod a chyb (Systém řízení, s.d.).

Jednou z nejdůležitějších osobností pro aplikování statistických kontrol byl statistik W. Edwards Deming, který v Japonsku dovedl své myšlenky téměř k dokonalosti. Po první světové válce byl jeho vzorem W. A. Shewhart, americký profesor, který ve své knize popsal základy kontroly výrobních procesů. Po druhé světové válce věnoval W. E. Deming pozornost výrobě a technické kontrole vstupů a výstupů. Vzhledem k postupně se zvyšujícím nárokům zákazníků na výrobky a jejich kvalitu v druhé polovině dvacátého století bylo prokázáno, že pochopení kvality je nejen konkurenční výhodou, ale také vhodným prostředkem na cestě k úspěchu organizace (Sysel, 2012; Systém řízení, s.d.).

Jak píše Vodáček a Vodáčková (2013) kvalita v organizaci a činnosti spojené s kvalitou jsou nazývány jako Total quality management (dále jen TQM) neboli „úplný management kvality“. TQM propojuje činnosti zajišťující kvalitu s cíli, se snahou zlepšit procesy a zachovat dobrou úroveň, ovšem v závislosti na zdravé kultuře organizace, učící se organizace. TQM se orientuje na zákazníka a již zmíněný W. E. Deming spolu se svými kolegy J. M. Juranem a A. V. Feigenbaumem vytvořili pevné základy tohoto systému pro současný, moderní management.

Ve své klasické práci „Out of the Crisis“ popisuje Deming (2018) 14 základních kroků řízení, jejichž základními myšlenkami jsou:

- 1) vytvářet motivující a dlouhodobé podmínky pro schopnost zlepšování služeb, rozvoj organizace a její konkurenceschopnosti,

- 2) být proaktivní, převzít iniciativu do vlastních rukou a přijímat nové technologie,
- 3) kvalitu služeb zajistit technickými i procesními postupy, nebýt závislí na plné kontrole,
- 4) spolupracovat s dodavateli na základě dlouhodobé spolupráce založené na loajalitě a důvěře, jejichž cena za dodané zboží odpovídá kvalitě,
- 5) zlepšovat kvalitu, produktivitu i náklady zdokonalováním systémů a procesů,
- 6) vhodně uplatňovat moderní poznatky při zvyšování výkonu pracovních činností, včetně top managementu,
- 7) podporovat implementaci tvůrčího vedení lidí,
- 8) snižovat pocity strachu a obav u zaměstnanců, nastavit podmínky vhodné pro otevřenou komunikaci a kvalitní vykonávání pracovních úkolů,
- 9) podporovat pružnou týmovou práci a její metody, odstraňovat překážky této spolupráce na jednotlivých úsecích i mezi odděleními,
- 10) nevytvářet nátlak na kvalitu a produktivitu, která nemusí být závislá na možnostech pracovníků a nevyvolávat tím jejich negativní reakce ani nespokojenost,
- 11) ve vedení lidí využívat motivaci,
- 12) podporovat hrdost zaměstnanců na kvalitu provedené práce,
- 13) podporovat možnosti růstu nejen kvalifikačního, ale také zdokonalováním sebe sama,
- 14) do realizace těchto činností, zapojovat top management, snažit se, aby kvalita byla cílem všech zaměstnanců. “(překlad vlastní)“.

Tyto kroky úzce související s řízením, jsou nepostradatelné při řízení změny, ale také při všech činnostech a procesech probíhajících ve firmě. Řízení kvality, stejně jako mnoho jiných oborů, prošlo za posledních 70. let v Evropě i ve světě rozsáhlým vývojem od prostých kontrol přes navrhování až po složité systémové řízení procesů. V technických oborech vznikaly podnikové standardy, které určovaly požadavky systému kvality, obor se profesionalizoval a vznikaly organizace pro kontrolu či normalizaci. Mezinárodní organizace pro normalizaci (International organisation for standardization) známá pod zkratkou ISO, ustavila v osmdesátých letech minulého století ISO technickou komisi, vypracovala a předložila normy ISO pro řízení jakosti. Ve většině průmyslově vyspělých zemích byly tyto standardy přijaty a staly se součástí jejich národních systémů norem. Poslední revize těchto norem klade velký důraz na plnění potřeb a požadavků zákazníka či klienta, zlepšování a zejména řízení procesů (Sysel, 2012).

Českou verzi normy evropské EN ISO 9001, je česká technická norma ČSN EN ISO 9001:2015 (Úřad, 2016). Určuje požadavky na systém managementu kvality a její základy byly položeny již před sto lety. ISO 9001 vznikla v 80. letech minulého století ve Velké

Británii, odkud byla rozšířena do celé Evropy. Pracuje s jednoduchými principy a je vhodná pro aplikaci nejen u činností zaměřených na produkci, ale také u poskytovatelů zdravotních služeb. Zásadním předpokladem je stanovení cílů a plánů v oblasti kvality, které jsou na základě nastavených procesů plněny. Účinnost nastavených procesů je monitorována a měřena a společnost na základě těchto měření zavádí potřebné změny, aby byl zachován vývoj procesů. Norma v současné podobě sleduje správu dokumentace, řízení lidských zdrojů, kulturu a strukturu organizace, dbá na správnou komunikaci se zákazníky, hodnotí dodavatele, měří výkonnost procesů a nezapomíná ani na interní provádění auditů pro možné sebehodnocení. Její principy a postupy vycházejí z již zmíněných Demingových kroků.

Byť je pravidelně revidována, jedinou výraznou změnou je vnitřní posílení role marketingu, což však také souvisí s vývojem marketingu jako takového. Kotler píše (et al., 2005), že marketingový nástroj, jako součást řízení kvality, má přinášet výhodu z pohledu zákazníka, jak naznačuje obrázek č. 1, kdy 4P složky marketingového mixu musí společnost vnímat v souvislosti s 4C faktory z pohledu zákazníka. Vysvětlení je jednoduché: produkt (**1 product**) musí být vnímán jako potřeba a přání zákazníka (**1 customer needs and wants**), cena (**2 price**) na straně poskytovatele, úzce souvisí s náklady na straně zákazníka (**2 cost to the customer**), distribuce (**3 place**) odráží dostupnost (**3 convenience**) a vnitřní komunikace (**4 promotion**) je podmínkou ke komunikaci (**4 communication**) se zákazníkem. “(překlad vlastní)“.

Obrázek č. 1 Prvky marketingového mixu 4P a 4C

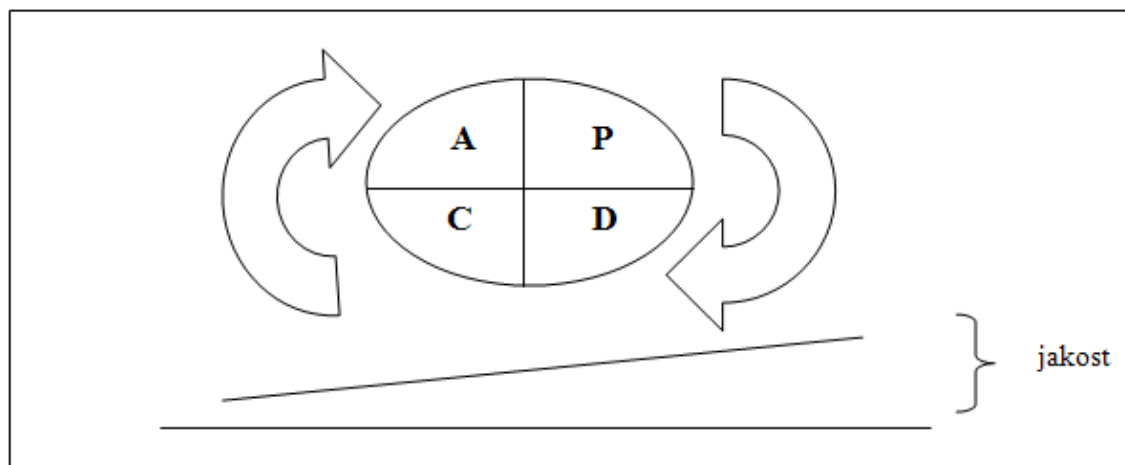
Four Ps	Four Cs
Product	Customer needs and wants
Price	Cost to the customer
Place	Convenience
Promotion	Communication

(Kotler et al., 2005)

Deming v souvislosti s řízením kvality zpracoval jednoduchý přístup, který je nazván **PDCA**. Veber (2003) ho popisuje ve své knize, ale zároveň upozorňuje, že musí fungovat nepřetržitě a opakovaně. Jak můžeme vidět na obrázku č. 2, jde o 4 kroky, kterými jsou

Plan – plánuj kroky vedoucí ke zlepšení, **Do** – realizuj kroky vedoucí ke zlepšení, **Check** – kontroluj výsledky, kterých si dosáhl, **Act** - pokud výsledky nevedly ke zlepšení, proved' úpravy a celý proces zopakuj. V každé rozvíjející se společnosti je toto cyklicky opakující se fáze, kterou lze aplikovat na všechny procesy v organizaci.

Obrázek č. 2 **Demingův cyklus PDCA**



(Veber a kol., 2003)

V procesu systému hlášení nežádoucích událostí pak lze Demingův cyklus implementovat následovně:

P – plánuj – urči, co je neshoda;

D – zjisti neshodu, označ ji stanoveným identifikačním znakem, proved' záznam;

C – posuď, přezkoumej neshodu, nejlépe v týmu, analyzuj rizika, spočítej náklady a ztráty;

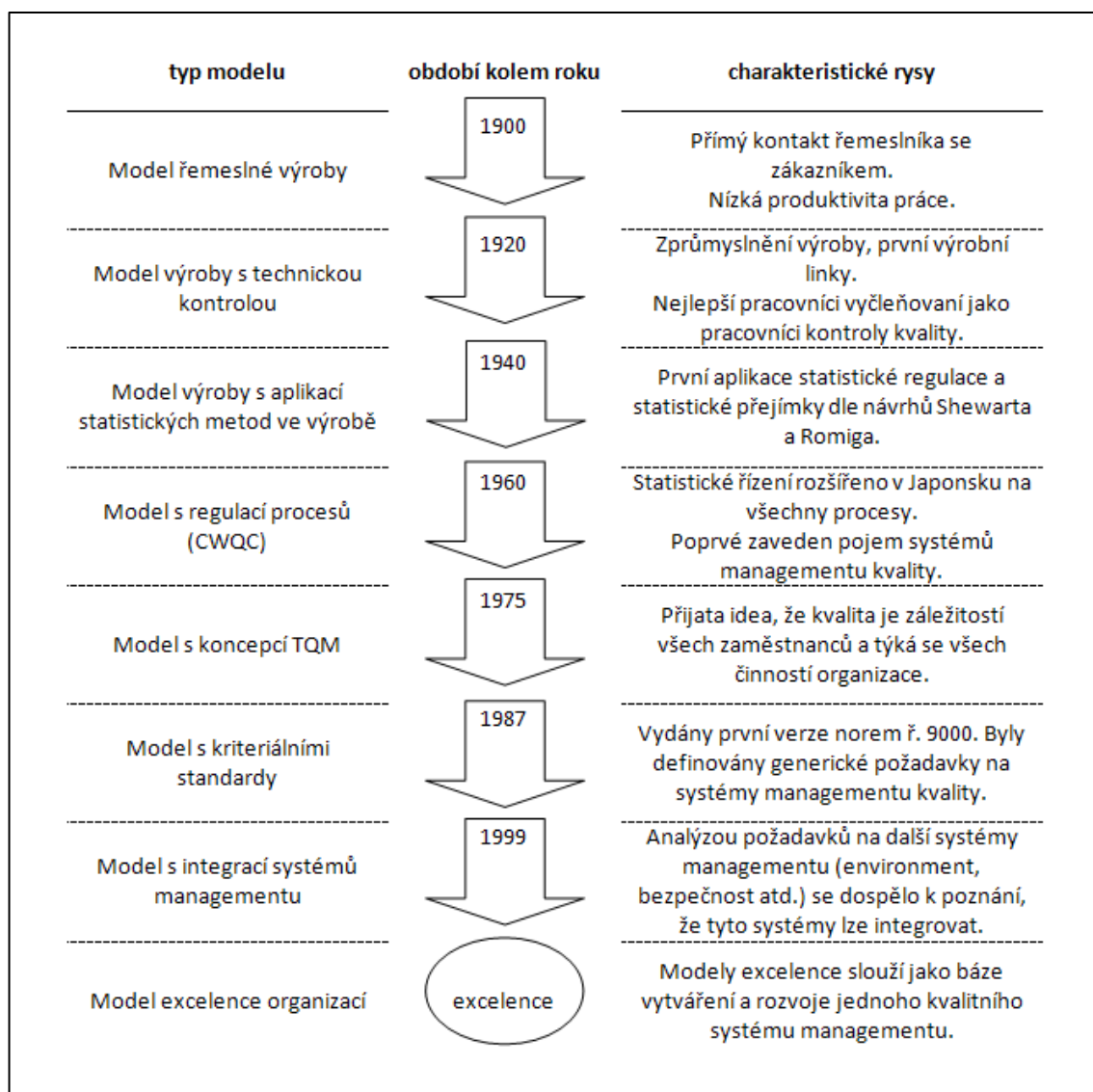
A – proved' podrobný rozbor neshody, zjisti příčiny a následky, realizuj nápravná opatření a kontroluj jejich účinnost. (Nenadál, 2008).

S postupným vývojem systému kvality vznikaly další způsoby kontrol, které využívají různé strategie. Každá moderní publikace, která se zabývá problematikou jakosti, obsahuje minimálně přehled těchto jednotlivých systémů. Nenadál (2008) ve své knize popisuje například TQM systém – Total quality management, jež klade důraz nejen na výkon a procesy, ale také na cíle organizace a lidi, přičemž se také zabývá otázkou etiky, a i v současnosti představuje dynamicky se rozvíjející koncepci (Sysel, 2012; Model).

Model excelence – EFQM, který je v současné době na vrcholu různých existujících typů modelů, jak ukazuje obrázek č. 3, je ucelený rámec strategií, cílů a procesů, vytvořený organizaci na míru (Sysel, 2012; Model). Někteří autoři (Nenadál a kol., 2018) jsou přesvědčeni, že novodobé přístupy v řízení kvality směřují k modelu excelence, a to z prostého nalézání různých metod, způsobů a nástrojů řízení v různých úrovních a typech

organizací. Jde o hledání dokonalosti, hledání postupů, při kterých organizace mohou překročit práh jakési pouhé průměrnosti. Byť je management kvality dynamicky rozvíjející se obor, pochopení jeho principů je stále v začátcích. Úzce souvisí se strategickým řízením organizací a jejich kulturou. Bez důsledného a efektivního naplňování strategických cílů a bez řádně nastavených kontrolních mechanismů, kdy cíle a procesy dávají zaměstnancům smysl a kultura organizace je zdravá, není možné dosáhnout excellence organizace.

Obrázek č. 3 **Historické milníky managementu kvality**



(Nenadál a kol., 2018)

2. Systém sledování nežádoucích událostí

2.1 Systém sledování NU v ČR

Národní systém hlášení nežádoucích událostí byl do roku 2013 spravován 3. Lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v Praze (3. Lékařská, 2018). ÚZIS, který poté SHNU převzal, nejprve sledoval individuálně hlášená data, a v roce 2015, nahradil sběr daty agregovanými (Hettnerová, 2016). Na základě věstníku MZ ČR (8/2012) bylo do konce roku 2017, hlášení těchto dat povinné pouze pro přímo řízené organizace Ministerstvem zdravotnictví a ostatní poskytovatelé zdravotních služeb mohli data do systému zadávat dobrovolně, na základě smlouvy uzavřené s ÚZIS. Jak však určuje věstník MZ ČR (7/2018), od 1. 1. 2018 je povinností všech poskytovatelů zdravotní péče nejen ve své organizaci nežádoucí události sledovat, ale také je zadávat do SHNU v ÚZIS, a to prostřednictvím formuláře L (MZ) 3-01, pro účely agregovaného sběru dat na národní úrovni.

Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo v roce 2015 prostřednictvím Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Zdraví 2020, Akční plán č. 9: Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Tento dokument mimo jiné hovoří o zlepšení sběru dat a jejich vyhodnocování pro zvýšení kvality a bezpečí poskytované péče, což velice úzce souvisí s problematikou nežádoucích událostí. Téma kvality a bezpečí v poskytované péči je základním prvkem při standardizaci procesů, které jsou nastavovány také ministerstvem stanovenými kontrolními orgány. Mezi tyto instituce, které splňují podmínky ministerstva zdravotnictví dle věstníku MZ ČR (12/2015) v České republice, patří například: ČIA – Český institut pro akreditaci a NASKL – Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře, které jsou oprávněnými společnostmi pro certifikaci laboratoří. Pro zdravotnická lůžková zařízení jsou to pak například SAK - Spojená akreditační komise, o.p.s., e-ISO, a.s., Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o. a další, které jsou uvedeny na seznamu oprávněných osob, dle zákona 372/2011 Sb. (Národní, 2015; Portál, 2015b).

Zákon o zdravotních službách (372/2011 Sb.) určuje další pravidla a podmínky upřesněné vyhláškami a věstníky MZ ČR, jejichž implementace je postupně sledována a kontrolována buď výše uvedenými institucemi, nebo například státními ústavy či orgány jako jsou SÚKL – státní ústav pro kontrolu léčiv, SZU – Státní zdravotní ústav nebo SÚJB – Státní ústav pro jadernou bezpečnost. V současné době, kdy věstník MZ ČR (16/2015) určuje povinnost pouze pro zavedení interního hodnocení kvality poskytované péče, je pro

národní systém velice obtížné, provádět kontrolu těch poskytovatelů, kteří zatím nevyužívají dobrovolného externího systému hodnocení kvality poskytované péče.

ÚZIS v tomto směru lehce nahrazuje funkci těchto kontrolních orgánů, neboť vzhledem k povinnostem poskytovatelů zdravotních služeb, zadávat určitá data do systému, tak musí poskytovatelé interní sledování daných parametrů, na určité úrovni zavést. Na stránkách ÚZIS jsou pak k dispozici analýzy sběru dat v šestiměsíčních intervalech. Data jsou dělena dle kategorií nemocnic a následně zpracována do tabulek, grafů a trendů pro možnosti porovnání a větší přehlednost (Pokorná a kol., 2016).

Do roku 2017, bylo do analýz pilotního sběru agregovaných údajů za PZS do SHNU ÚZIS zapojeno 79 poskytovatelů (Systém hlášení, s.d.d). Rok 2018, kdy byla povinnost všech poskytovatelů zdravotních služeb zadat data určena legislativně, není k 31. 5. 2019 ještě vyhodnocen a je otázkou, zda všech 188 nemocnic a do jaké míry, splní tuto povinnost. Formulář z portálu SHNU ÚZIS ČR - L (MZ) 3-01 (příloha č. 6) sice obsahuje 16 definovaných typů nežádoucích událostí, ale v současné verzi formuláře jsou pouze pády a dekubity povinnými položkami. U ostatních neshod se poskytovatel zdravotních služeb může rozhodnout pro možnost „nesledují“.

2.2 Systém sledování NU ve vybraných zemích EU

Sledování nežádoucích událostí v České republice je vedeno vizí Světové zdravotnické organizace (Ústav, s.d.), která je mezinárodní organizací a propojuje 193 členských států. Vypracování zdravotní politiky a konzultační činnosti jsou hlavními směry, kterými se WHO zabývá. Pracuje s potřebami členských států, poskytuje odbornou pomoc při vypracování národních zdravotnických strategií. Pomocí ukazatelů hodnotících zdravotnické systémy jednotlivých států sleduje indikátory zdravotního stavu populace. Napomáhá rozvoji a testování nových technologií, postupů pro kontrolu nemocí a řízení zdravotní péče.

Jedním ze světově vyspělých systémů, který vychází z tradice WHO, je National health service (dále jen NHS) ve Velké Británii. Simon Stevens, výkonný ředitel NHS v Anglii říká: „Veřejnost vidí Národní zdravotní službu (NHS) jako jednu organizaci, takže když pracujeme na zlepšování péče o pacienty, je správné, že národní vedení NHS pracuje v těsnější spolupráci. Společně jsme více, než jen součet našich částí“ (Stevens, Dalton, 2019) “(překlad vlastní)“.

NHS vydává pravidelně každých šest měsíců sady Národních zpráv o bezpečnosti pacientů (dále jen NaPSIR). Tyto publikace zahrnují zprávy, týkající se incidentů a jsou zveřejněny jako oficiální statistiky o incidentech bezpečnosti pacientů. NaPSIR stanoví

počet incidentů v oblasti bezpečnosti pacientů a popisuje je pomocí vzorců a trendů. Údaje zahrnují všechny nežádoucí události hlášené do NHS organizacemi v Anglii, Skotsku a Severním Irsku. NHS se snaží podporovat poskytovatele, aby poskytovali pacientům vysokou kvalitní a bezpečnou péči, která je v místních zdravotnických systémech finančně udržitelná (National, 2019a) “(překlad vlastní)”.

NHS ve svém shrnutí (National, 2019a) uvádí, že nárůst počtu hlášených událostí odráží zlepšenou kulturu hlášení a neměl by být vykládán jako snížení bezpečnosti v péči o pacienty. Stejně tak snížení těchto incidentů, nelze interpretovat jako vyšší míru bezpečí pro pacienty. Soubor těchto dat je brán jako základní ukazatel zlepšování úrovně podávání zpráv o výskytu nežádoucích událostí tak, aby léčba a péče o lidi probíhala v bezpečném prostředí a aby byla účinná ochrana před zraněními, kterým se lze vyhnout “(překlad vlastní)”.

Zatímco čtyřmi nejčastěji evidovanými nežádoucími událostmi v ÚZIS ČR jsou:

- dekubity;
- pády;
- chování osob;
- nehody/neočekávaná zranění (Systém hlášení, s.d.b).

NHS (National, 2019a, National, 2019b) “(překlad vlastní)” eviduje mezi prvními čtyřmi nežádoucími událostmi:

- úrazy pacientů (v ÚZIS vedené jako nehody a neočekávaná zranění);
- provádění péče a průběžné monitorování/hodnocení (v ÚZIS nazvané jako klinický výkon);
- přístup, přijetí, přesun, propuštění (v ÚZIS srovnatelné s klinickou administrativou);
- medikace.

Tato škála se však v NHS liší v závislosti na typu poskytované péče, pro potřeby této studie byly první čtyři nejčastější události z NHS vybrány z oblasti péče akutní, která je srovnatelná se sledovanou oblastí v analýze SHNU ÚZIS.

3. Řízení kvality a bezpečí poskytované péče

Definice Světové zdravotnické organizace již v roce 1966 říká, že je kvalita péče dosažená součtem výsledků z diagnostiky, prevence a léčby. Potřeby spotřebitelů určují praxe a základní lékařské vědy. Obecně je pak kvalita péče, když se správné věci dělají správným způsobem (Podstatová, 2007). Vacík (a kol., 2013) se shoduje s Marxem (Marx, Vlček, 2013; SAK, s.d.c), že „systém kvality ve zdravotnictví vychází z jeho poslání.“ Kdy k neustálému zlepšování poskytovaných služeb, tak aby cílem bylo zvyšování kvality života, spokojenost příjemců i poskytovatelů a následně zvyšování úrovně zdravotního stavu populace, je třeba řádně ošetřit, mapovat a řídit organizační strukturu, její procesy a zdroje standardně a dle legislativních požadavků. Pokud je organizace schopna prostřednictvím systému kvality popsat a hodnotit jednotlivé procesy v organizaci, musí se také naučit implementovat nástroje pro řízení kvality a celý systém následně rozvíjet.

Toto tvrzení podporuje ve své knize také Armstrong a Stephens (2005), kteří píší, že organizace se může zlepšovat, za předpokladu, že ví, co funguje a co naopak nefunguje, a je velice důležité pracovat na rozvoji toho, co funguje a hledat a odstraňovat příčiny procesů, které nefungují, při zlepšování kvality bychom si měli klást několik otázek. Co chceme dosáhnout? Jaký je náš cíl? Co musíme udělat pro zlepšení a vyšší kvalitu? Jak zkontrolujeme, zda došlo ke zlepšení? (Armstrong, Stephens, 2005) “(překlad vlastní)”.

Nenadál (a kol., 2018) popisuje různorodost v pojmu kvalita. Zatímco v technickém světě znamená kvalita shodu s požadavky či normou (Crosby in Nenadál, 2018) nebo způsobilost k užití (Juran in Nenadál, 2018), ve službách jde spíše o pohled zákazníka (Feigenbaum in Nenadál, 2018). Armstrong a Stephens (2005) píší, že je velice důležité uvědomit si, že očekávání zákazníků, v našem případě pacientů má stoupající tendenci. S vývojem techniky a možností výběru mají spotřebitelé pocit potřeby vyšší úrovně služeb, a proto strategií organizace by nemělo být jen udržet spokojenost zákazníků, ale předvídat, co by spotřebitel mohl požadovat a v jaké kvalitě či úrovni jsme schopni mu to nabídnout, až přijde příště. (Armstrong, Stephens, 2005) “(překlad vlastní)”.

Tato myšlenka se dá velice dobře implementovat také do organizací poskytujících služby, ovšem za předpokladu, že organizace si je vědoma provázanosti služeb, které jsou poskytovány, jak vnějším, tak i vnitřním zákazníkům. Jak uvádí Covey (2015) „pokud chcete řešit problémy, musíte jít až ke kořenům – k příčinám, z nichž tyto problémy vyrůstají.“ (Covey, 2015). Péče o zákazníky a zvyšování kvality služeb nemůže fungovat, pokud strategie nebude zaměřena komplexně také na personál organizace a jeho rozvoj od vrcholového managementu, až po jedince z řad pomocného personálu.

Dalším rozdílem, který může kvalitu a pohled na ni diametrálně změnit, jsou emoce. V technickém světě je kvalita mnohem lépe měřitelnou veličinou. Výrobce, prodejce i zákazník mají určité představy a možnosti a s nimi pracují a ve většině případů zákazník dostane takovou kvalitu, za kterou zaplatí, navíc má však výhodu, že zboží se dá vrátit, vyměnit či reklamovat.

Oproti tomu kvalita ve službách, jak uvádí Veber (a kol., 2003), není tak snadno měřitelná, závisí na pocitu spokojenosti, uspokojení potřeb a hodnotovém žebříčku. Každý jedinec se v rámci svého života setkává s, pro něj, novými situacemi, a jak se shodují Bedrnová (a kol., 2002) a Musil (2013), tyto skutečnosti hodnotí a přiřazuje jim vlastní význam, důležitost, nebo hodnotu. Hodnoty souvisí s motivací a spadají do základní složky postojů. Zákazník čerpající službu, nebo spotřebitel, využije vnitřní motivaci a vlastní hodnotovou hierarchii a zvolí pozitivní zkušenosti, a naopak začne se vyhýbat zkušenostem negativním. A jak uvádí Nakonečný (1970), spotřebitel ztratí zájem o službu, pokud služba nespĺňuje jeho očekávané hodnoty.

Každý jedinec je jiný a tyto různé typy spotřebitelů mohou mít rozdílné představy o tom, jak má služba vypadat (Veber, a kol., 2003). Při poskytování zdravotních služeb je pohled kvality ještě svázán s vysokou mírou zodpovědnosti. Vezmeme-li příklad z praxe, riziko vzniklé zákazníkovi nesprávně vyhotoveným výrobkem, například pračkou, je nižší, protože sice může způsobit poruchu a rozhodně znepríjemnit běžný chod domácnosti, při výrobním procesu je však výrobek opakovaně zkontrolován a chyba je v 99 % odhalena dříve, než se dostane k zákazníkovi. Dalším významným prvkem ze strany kvality je to, že zákazník si výrobek může vyzkoušet a nemusí ho koupit, nebo ho lze vrátit či reklamovat. Částka vložená do tohoto výrobku mu bude nahrazena, a pokud udá důvody, proč není s výrobkem spokojen, tyto důvody pak mohou být použity pro rozvoj daného produktu.

Ve zdravotnictví však zákazník, či pacient nemůže vyzkoušet službu. Dokonce můžeme říci, že je v jakési nevýhodě, protože pokud se jedná například o zhoršený zdravotní stav, pacient si zavolá zdravotnickou záchrannou službu, vozidlo a pracovníci této služby ho bez ohledu na jeho přání, s ohledem na jeho neodkladné potřeby přivezou k nejbližšímu poskytovateli zdravotních služeb v konkrétní specializaci, jak ukládá legislativní norma. Zde však může předchozí špatná zkušenost, naopak ještě zhoršit stávající stav, avšak pacient buď službu musí přijmout, nebo má možnost službu odmítnout, ale k jinému poskytovateli zdravotních služeb se musí dopravit sám.

Pokud se nejedná o akutní stavy, závisí pak výběr pacienta v převážné většině případů na vlastní nebo cizí zkušenosti, na historii organizace a pověsti poskytovatele zdravotních služeb, ovšem v takovém kontextu jak je vnímána jím samým či jeho

blízkými, na míře spokojenosti všech zúčastněných stran, ale také na vnitřní kultuře organizace a marketingové podpoře organizace. Prostředí poskytovatelů zdravotních služeb je již podstatou své věci vysoce rizikové a spotřebitel to velice dobře ví (Vacík a kol., 2013). Nemalou úlohu v rozhodování pacienta dnes hrají sociální sítě a dále například žebříčky srovnávající úroveň poskytovatelů zdravotních služeb.

Armstrong a Stephens (2005) shrnuli, že udržení spokojenosti zákazníků závisí na splnění kvality, hodnotách odpovídajících ceně, spolehlivosti, pohotovosti, schopnosti, přístupnosti, zdvořilosti, komunikaci vnitřní i vnější, důvěryhodnosti, bezpečnosti a hmotných aspektech, kterými jsou vybavení a vzhled zařízení a personálu. (Armstrong, Stephens, 2005) “(překlad vlastní)“.

Jednou z organizací, která napomáhá postupně zvyšovat kvalitu poskytované péče o pacienty v nemocnicích, je Health Care Institute. Její snahou je komunikovat s managementem a zřizovateli nemocnic o nových manažerských přístupech obvyklých v západní Evropské unii a USA a jejich implementace v českém prostředí (Health, 2013). Jejich každoročně pořádané průzkumy zaměřené na kvalitu, spokojenost pacientů či pracovníků nebo efektivitu procesů nemocnic, jsou dobrovolné a výsledky jsou následně přístupné veřejnosti. Pro poskytovatele zdravotních služeb však mohou znamenat významný zdroj dat pro porovnání vlastních žebříčků hodnot. Veřejnost má mnoho dalších možností, jak získat informace, pro příklad zde uvádím ještě portál Kvalita očima pacientů. Partnerem tohoto projektu je VZP (Všeobecná zdravotní pojišťovna) a veřejnosti jsou představena data porovnávající poskytovatele zdravotních služeb z hlediska spokojenosti pacientů (Kvalita očima, 2010).

Mezinárodními organizacemi, které se zabývají hodnocením kvality a bezpečím poskytované péče, jsou například: ISQuA - Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (International Society for Quality in Healthcare), jejíž principy vycházejí ze strategie WHO a při hodnocení naplňuje zde vyjmenované požadavky (Portál 2015a): jsou zaměřené na pacienta, dbají na respektování jeho práv, kladou důraz na odpovědnost PZS za poskytovanou kvalitu péče, kontrolní mechanismy, monitoraci a neustálé zlepšování služeb, kontrolují zda organizace vhodně a efektivně využívá vlastní zdroje, sledují management rizik a procesy řízení v organizaci, kontrolují provázanost činností ve strategickém plánování a v neposlední řadě porovnávají kontakt a komunikaci s dalšími poskytovateli nejen zdravotních, ale také sociálních služeb v regionu.

Další mezinárodní organizací, která má významné postavení v rozvoji řízení kvality a služeb, je OECD – Organization for Economic Co-operation and Development neboli Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj. Již více než 70 let zastřešuje sociálně

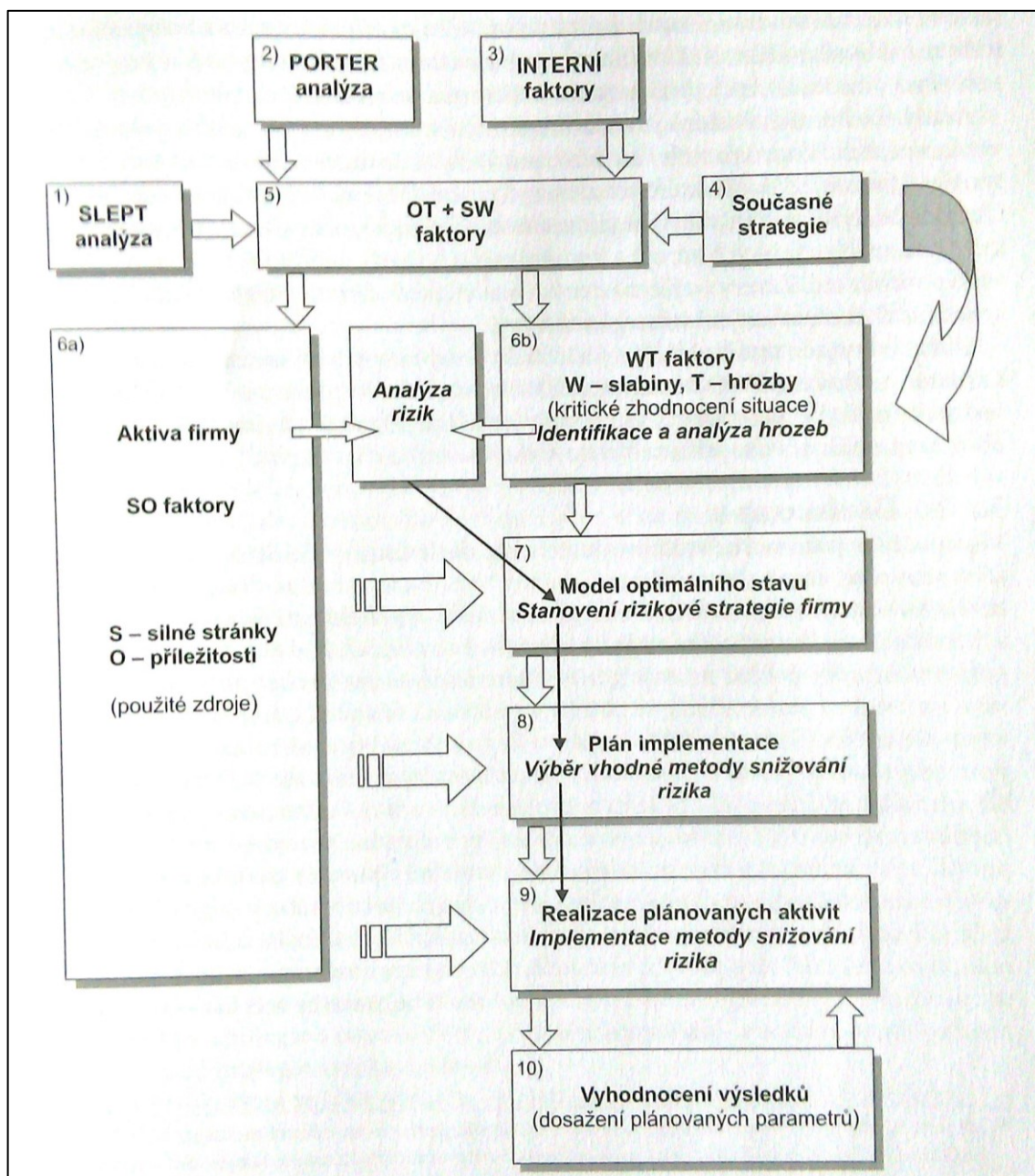
politickou a ekonomickou kooperaci členských zemí, kdy jednotlivým vládám zajišťuje možnost navzájem porovnávat zkušenosti, problémy, příklady dobré praxe v oblastech ekonomiky sociální politiky a životního prostředí. V současné době sdružuje 36 členských zemí a patří mezi nejlepší statistické agentury, její publikované průzkumy mají široká zaměření a velké množství informací (Wikipedia, 2019).

4. Řízení změny

Mnoho autorů (Kotter, Rathgeber, 2006; Veber a kol., 2016; Koubek 2015; Smejkal, Rais, 2013) uvádí, že úspěch procesu řízení změny je podmíněn přístupem nejen vedení, ale zejména zaměstnanců. Řízení procesu změny v organizaci, kde chybí pocit potřeby této změny, je již v začátcích odsouzený k zániku. Smejkal a Rais (2013) uvádí, že změny v okolí si mohou vynutit změnu strategie ve firmě a popisuje tři etapy změny.

První etapou je etapa analytická, kdy zjišťujeme skutečný stav organizace nebo procesu, jejíž příklad můžeme vidět na obrázku č. 4. Analytických metod existuje celá řada; pro analýzu organizace, či procesů v organizaci jsou vhodnými například SLEPT analýza, „která zkoumá obecné faktory prostředí, v němž se firma nachází a na něž musí určitým způsobem reagovat“ (Smejka, Rais, 2013), může jít o různé situace politického, ekonomického či legislativního zaměření, ale také regionální, kdy je důležité zhodnotit stav s ohledem na technologický vývoj, stabilitu a sociální potřeby zákazníků. Porterův model pak například zahrnuje analýzu oborového okolí, existující bariéry, sílu produktu, zákazníků i dodavatelů. Oproti tomu analýza interních faktorů je kritickým rozborem vnitřních záležitostí organizace. Zde je hodnocena struktura, finanční situace, lidské zdroje, komunikační vazby a produktové portfolio. Poslední zde zmíněnou analytickou metodou je tak zvaná SWOT analýza, která může zahrnovat všechny výše uvedené prvky v podobě slabých či silných stránek organizace či procesu a dále popisuje příležitosti a hrozby pro organizaci (Smejkal, Rais, 2013).

Obrázek č. 4 Podrobnější metodický postup při provádění změny strategie firmy (se zřetelem na existenci rizika při provádění řízené změny)



(Smejkal, Rais, 2013)

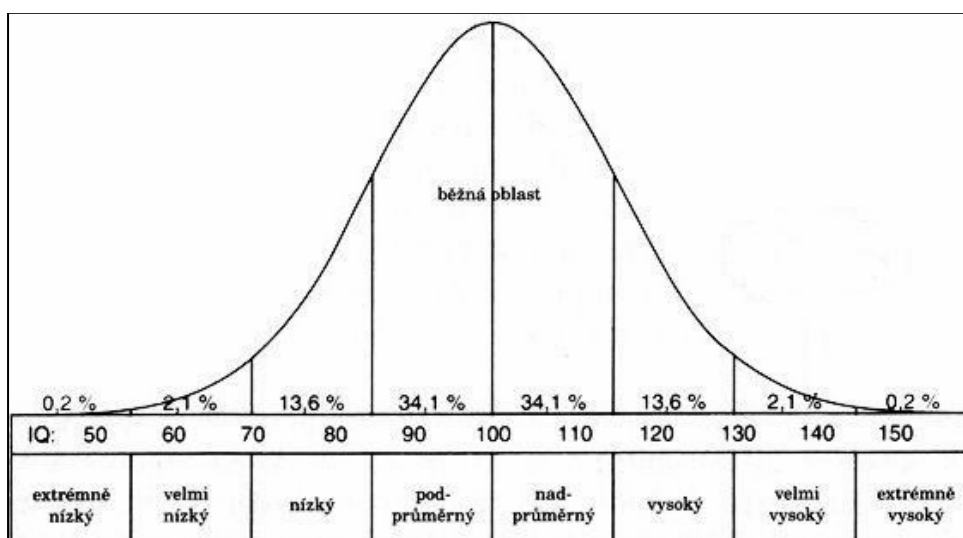
Druhou etapou, jež Smejkal s Raisem (2013) popisují, je plánování. Pro řízení změny je nezbytné. Analýza může být využita a může poskytnout kritický pohled na celou situaci, zdroje i samotnou změnu, je třeba zohlednit rizika spojená s procesem změn a na základě těchto zjištění je pak možné plánovat implementaci změny a cíle, kterých je třeba dosáhnout, „které musí akceptovat disponibilní zdroje firmy, slabé stránky a možné hrozby vytyčené cílové ukazatele a respektovat rizikovou politiku firmy v oblasti prováděné změny“ (Smejkal, Rais, 2013).

Třetí etapou je realizace procesu řízené změny. Měla by probíhat podle vytvořeného plánu a po realizaci plánu by mělo následovat zhodnocení dosažených výsledků, které porovnáme s předem stanovenými cíli. Ne cestě těmito etapami se v organizacích vyskytuje několik bariér, zejména to jsou: neuskutečněná vize a strategie, nepropojení strategie s cíli, nepropojení strategie s alokací zdrojů, taktická, nikoli strategická zpětná vazba (Smejkal, Rais, 2013).

Kotter a Rathgeber (2006) popisují proces změny podrobněji, představují 8 kroků, jakýchsi pravidel, která provázejí každou změnu, a pokud chceme, aby byla úspěšná, je třeba se těmito kroky zodpovědně a řádně věnovat. V pomáhajících profesích, jakými zdravotnictví bezpochyby je, je vhodné použít přístup popisovaný Koubkem (2015), tedy motivační, pracovník má být svou prací uspokojen a ta se následně stává jeho motivátorem. V jeho knize je uveden Hackmanův a Oldhamův model, který upozorňuje na souvislost příznivých duševních stavů, ale také tlumících faktorů, které motivaci ovlivňují.

Obrázek č. 5 ukazuje Gaussovu křivku, která znázorňuje normální, tedy většinové postoje společnosti v míře pravděpodobnosti (Wikiskripta, s.d.). Je velice důležité uvědomit si, že v celém průběhu procesu řízené změny budou lidé, kteří jsou leadery či hybateli myšlenek, příznivci, jež pomáhají šířit hlavní myšlenky a přispívají svým dílem ke změně, nezúčastnění, ti kteří nevědí na jakou stranu se přidat, ale také odpůrci, odmítající a svými postoji bojující proti veškerým inovacím.

Obrázek č. 5 Gaussova křivka



(Passerine, 2015)

Jak uvádí Russell-Jones (1995), reakce na změnu bývají různé, a ať už se jedná o reakci negativní, či pozitivní, vždy ovlivní nositele. V rámci negativních změn je třeba

dbát, aby pracovníci nepocítovali ohrožení procesem či změnou samotnou. Je velice důležité vědět, že pozitivní reakcí na změnu, kterou může být například neinformovaný optimismus či informovaný pesimismus, je třeba vnímat jako potenciální hrozbu pro změnu. Při jakémkoli selhání, či neúspěchu právě tyto „nadšenci“ mohou spadnout do kategorie pasivních přihlížejících, nebo naopak odpůrců a s takovými odpůrci, je jen velmi obtížné pracovat a opět je přesvědčit o potřebě a smyslu změny.

Koordinátor procesu by měl znát reakce na změny a také by měl vědět, jak s těmito reakcemi pracovat. I ta nejlépe připravená změna překvapí mnoho lidí (Russell-Jones, 1995) a u různých typů osobností, způsobí různé typy reakcí, od agrese, přes únik až k regresi, projekcím nebo stereotypizaci (Musil, 2013). Pokud pracovníci vyjadřují odpor ke změně, znamená to, že souhlasí se současným stavem. Je nutné nalézt spojence, který má na skupinu pracovníků pozitivní vliv, jeho přesvědčit a získat jeho podporu. Díky takovému spojenci pak sice někteří budou stále otevřeně či skrytě vystupovat proti změně samotné a vyjadřovat svůj odpor, ale část pracovníků změnu možná neochotně, ale v důsledku přijme a vyhoví tedy potřebám změny (Russell-Jones, 1995).

S těmito stavy a faktory pak souvisí Kotterovy kroky vedoucí ke změně, kdy jedním ze zlomových okamžiků vedoucích k úspěchu plánované změny je „pocit nutnosti řešit změnu ve skupině relevantních lidí“ (Kotter, Rathgeber, 2006). Je-li těchto relevantních lidí dostatek, je vhodné nenechat tuto příležitost vymizet. Je třeba vytvořit tým, v jehož skupině se nacházejí lidé s vlastní vizí, přirozenou autoritou a respektem. Tento tým sestaví jednoduché cíle, smysluplnou vizi a naplánuje strategické kroky k jejímu naplnění.

Vize a strategie je pak důležité rozšířit napříč celou organizací vhodnými komunikačními kanály a jejich účinkem tak získat další příznivce a podporovatele změny. Je důležité vědět, kdo má řídit samotný proces komunikace a co vzhledem k cílovému posluchači je předmětem informace. Kde je nejlepší místo a čas pro poskytnutí těchto informací a hlavně koordinátor musí mít přehled o tom, komu a jaké informace předává. Informace potřebují všichni, ale každému je třeba poskytnout je správným způsobem, ve správný čas a na správném místě. Tímto lze předejít tzv. fenoménu „tiché pošty“, kdy špatně poskytnuté nebo nepochopené informace putují organizací a žijí si svým životem. V tomto případě, pokud by se tak stalo, je na vině koordinátor, který nezvládl úkol zaměřený na komunikaci (Russell-Jones, 1995).

Pokud nastanou překážky, jako jsou již výše uvedený odpor ke změně, či špatná komunikace, leaderi by je měli odhalit a řešit. Takové překážky mohou bránit pracovníkům v naplňování vizí nebo jen drobných cílů. Leader by měl odhalit situaci a neměl dopustit, aby v tom lidé byli sami. Vzniká zde riziko, že i příznivec se stane odpůrcem změny a to

jen proto, že nebyla včas odhalena jeho frustrace (Kotter, Rathgeber, 2006, Veber a kol., 2016).

Dalšími překážkami významnými již v přípravě na změnu mohou být například nevhodná kultura organizace, kdy personál hlásá myšlenku „Vždy se to dělalo takto, nepotřebujeme to měnit.“, nedostatečný souhlas vedoucích pracovníků se strategií, kdy navenek hlásají, že změnu vítají a potřebují, ale při jakémkoli náznaku potřeby činnosti či jiných aktivit z jejich strany, je cítit či vidět pasivní postoj k celému procesu. Tato překážka je zásadním problémem, který může veškeré úsilí celé skupiny zničit. Je otázkou, zda vůbec začít plánovat změnu, pokud není jasně definována podpora vrcholového vedení organizace (Russell-Jones, 1995).

Kultura organizace ve zdravotnictví je téma, které bývá velice často spojováno s kvalitou poskytované péče, spokojeností zaměstnanců, spokojeností a bezpečím pacientů. Překážku vycházející z podstaty kultury organizace je možné změnit, případně využít v náš prospěch, avšak k tomu je třeba podpory vrcholového managementu, vhodné strategie a velkého úsilí, které bývá únavné a někdy velice vleklé (Vrzáček a kol., 2018; Havrdová a kol., 2010; Franková, 2011, Russell-Jones, 1995).

Poslední, a z různých pohledů rozdílně závažnou překážkou, jsou nedostatečné dovednosti. Jde o zvláštní kategorii překážek řízené změny (Russell-Jones, 1995). Zkušenostmi si můžeme dovednosti osvojit a zdokonalovat je, a pokud nalezneme vhodný nástroj v příkladu správné praxe, pak může být tento „nedostatek“ naopak „předností“. Jak uvádí Plamínek (2005) ke správnému plnění zadaných úloh potřebujeme mít dostatek vhodných informací, těmi je zajištěn proces učení se, praktickým nácvikem pak získáváme zkušenosti, jež se následně odrazí v našich dovednostech (Nakonečný, 1970).

„Každá organizace je jen tak dobrá, jak dobří jsou lidé, kteří pro ni pracují (Vrzáček, 2018)“ a již samotný výběr týmu je důležitým strategickým krokem a pro pracovníky, kteří mají tvořit tým řídicí procesní změnu, by mělo platit pravidlo, vhodného výběru. Vrzáček (2018), dále popisuje, že je vhodné při volbě do takovýchto pozic použít rozhovor založený na kompetencích. Správnou volbou otázek je možné vytipovat si reakce adepta v přirozených i vyhrocených situacích. Tím sice nezaručíme stoprocentní úspěch, ale máme velké předpoklady k tomu, že při prvních obtížích nedojde k rozpadu pracovní skupiny, nebo například k syndromu vyhoření (Plamínek, 2000).

Máme-li tedy podporu vrcholového managementu, pak je velice důležité vědět, co vedlo k potřebě změny. Pokud potřeba vyšla z interního prostředí společnosti, pak splňujeme hned dva z Kotterových kroků (Kotter, Rathgeber, 2006). Spousta změn je však iniciována z vnějšího prostředí a ať už se jedná o změny přinášející legislativní úpravy,

nebo například vznik konkurenční organizace v regionu, tato změna pak může být pro organizaci pouhou povinností. Pracovníci sice budou zapojeni do procesů změny, ale na jejich názory a potřeby nebude brán velký zřetel.

Vliv externího prostředí však může být příležitostí pro organizaci ke změně, v jakékoli podobě, kdy touto první, z venku iniciovanou, změnou mohou být nastartovány procesy celého přerodu organizace, nebo jen její části. Změna pak může být také příležitostí k vyhledání například nových „talentů“ v řadách zaměstnanců, kteří by se bez změny nemohli nebo nebyli schopni aktivně zapojit do chodu organizace, díky jejich spolupráci na přípravách a změně samotné, může být zajištěna provázanost některých procesů a i malé úkoly pro aktivně smýšlející členy organizace jsou jednou ze známek fungující péče o zaměstnance.

Po vyhodnocení těchto zásadních bodů je třeba utvořit tým, a jak uvádí Armstrong (2005), jde o nalezení správných lidí, kteří v organizaci budou zastávat funkci jakýchsi agentů, iniciátorů změny, budou schopni předvídat, ale také řešit vzniklé problémy, týkající se zejména odporu ke změně, která nebyla vyvolána interní potřebou pracovníků. Je důležité povzbuzovat pracovníky, kterých se změna týká, aby uváděli vlastní výhrady. Díky těmto připomínkám může být změna již v procesu upravována, pokud to je legislativně možné, avšak v situacích, kdy pracovníci nedostanou slovo, se náprava po ukončení změny a nastavení nových pravidel provádí jen velice obtížně.

Týmová spolupráce je na cestě k cíli obdařena drobnými úspěchy a vítězstvími, které je potřeba vyzdvihnout, zvláště, je-li změna dlouhodobá a již v začátku víme, že bude trvat měsíce či roky (Kotter, Rathgeber, 2006; Vacík a kol., 2013). Jak však píše Russell-Jones (1995) musí být vhodně řízena, aby nebylo zničeno to, co již bylo vybudováno.

Posledními kroky Kotterova řízení změny je vytrvalost a zakořenění. Je třeba udržet si realistický pohled na změnu a přijmout i malé neúspěchy, avšak snahou celého týmu či nejlépe celé organizace by měl být úspěch procesu jako takového. Při oslavách splněných malých cílů, je třeba všechny pracovníky odměnit například naplněním pozitivní energií. Při neúspěchu je pak největším vítězstvím, nevzdávat se. Procesy trvající roky jsou z tohoto hlediska nejnáročnější a závisí na postojích celé organizace, jak se k tomuto postaví. Pokud se týmu podaří projít všemi procesy, je důležité neusnout na vavřínech a dokud je vše čerstvé stále udržovat pozitivní motivaci, aby se procesy v organizaci uchytily natrvalo (Kotter, Rathgeber, 2006).

Ve všech fázích procesů je velice důležité myslet na možnosti následných analýz. Jednou ze základních manažerských funkcí je dle Vodáčka a Vodáčkové (2013) právě analýza neboli rozbor, který si klade za cíl poznání a správné pochopení podmínek pro

realizaci celého procesu změny. Již při diagnostice organizace, je třeba myslet na analýzu, je důležitou součástí realizace procesů plánování, výběru spolupracovníků, vedení lidí i kontrolu. Její aplikace však znamená přiměřenost. Je nezbytné správně stanovit „rozsah, přesnost a spolehlivost údajů, které budou shromážděny a použity“ (Vodáček, Vodáčková, 2013).

Je důležité analyzovaný úkol obsahově vymezit, správně formulovat vlastní problém, určit si potřeby pro určitou úroveň analýzy, vytvořit návod, jak řešit úkoly analýzy, vyhodnotit, eventuálně ověřit výsledky a těch následně vhodně využít. Zásadní pro tento postup je, zda rozbor splnil účel, v jaké kvalitě, za jakou dobu a zda byl úkol splněn uspokojivě a hospodárně (Vodáček a Vodáčková, 2013).

III. EMPIRICKÁ ČÁST

1. Představení společnosti

Zřizovatelem Nemocnice Žatec, o.p.s. (dále jen nemocnice) je město Žatec a nemocnice, která je poskytovatelem zdravotních služeb, kromě oddělení klinické biochemie a hematologie (dále jen OKBH), zatím nemá akreditaci, tedy certifikát o posouzení kvality a bezpečí poskytované péče a služeb, ani jinou normu například ISO 9001. OKBH je držitelem NASKL certifikace již 8 let a v roce 2018 proběhla již druhá re-akreditace. V roce 2016 se změnilo vedení nemocnice a rozhodlo se tuto situaci změnit. Počátkem roku 2017 byla vytvořena pozice manažera kvality a naplánovány kroky vedoucí společnost k před-akreditačnímu šetření společností SAK, o.p.s.

Původní systém sledování nežádoucích událostí před rokem 2017 v nemocnici, jak bylo zjištěno prvotní analýzou, nebyl zcela funkční. Ředitelem organizace byl schválen plán činností a v srpnu 2018, dle legislativních předpisů (Zákon 372/2011, § 47), byla provedena 1. diagnostika stavu systému hlášení NU a byl vytvořen tým pro přípravu vnitřních předpisů dle metodiky zpracované MZ ČR (Věstník 7/2018; 3.).

2. Teoreticko-metodologické východisko

Tato práce se opírá o practice research, tedy výzkum pro praxi. Flyvbjerg v Uggerhojově článku (2011; 49) mimo jiné uvádí, že při practice research jde metodologicky o studium konkrétních případů a kontextů, kdy při vedení rozhovorů je přijat každý názor, a tyto názory jsou rovnoprávné. Již existující practice research dokládají, že praktická srozumitelnost je nejlépe pochopena v konkrétních případech, které jsou zasazeny do správného kontextu.

Práce metodologicky mapuje stav systému sledování nežádoucích událostí v nemocnici před plánovanou změnou, procesy diagnostiky, přípravy na změnu, změny samotné a následnou diagnostiku pro porovnání změny ve sledování hlášení nežádoucích událostí. Způsob sběru a analýzy dat před srpnem 2018 probíhal v papírové podobě. Počty jednotlivých nežádoucích událostí se sečetly, ale s výstupy, uloženými u hlavní sestry, nebylo dále pracováno. Byl sledován výskyt dekubitů, pády pacientů, množství a charakter stížností, nehody a neočekávaná zranění personálu a pacientů.

Výsledkem této případové studie je mimo jiné ukázat, že data, která jsou tímto způsobem shromažďována, nejsou jen čísla určenými pro statistický úřad, ale že mohou být nápomocna při zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, a že jimi lze porovnat účinnost nastaveného systému hlášení nežádoucích událostí a to nejen v těchto pěti specifikovaných událostech. Tato práce by měla poukázat, že nově připravovaný systém hlášení nežádoucích událostí v NIS může přinést širší možnosti uplatnění v této problematice a díky povinnosti hlášení do SHNU v ÚZIS ČR, tak můžeme porovnat situaci v organizacích stejného typu a velikosti a být pro ně inspirací.

Vedlejším indikátorem řízené změny je změna přístupu jednotlivých zaměstnanců k zaznamenávání jednotlivých nežádoucích událostí a lepší funkčnost tohoto systému ve smyslu jednoduššího generování dat.

2.1 Cíl práce

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla představit zavádění změny v organizaci, a jako formu pro její zpracování jsem zvolila případovou studii. Cílem mé práce je:

„Popsat změnu procesů v systému hlášení nežádoucích událostí v Nemocnici Žatec, o.p.s., řízenou na základě legislativních požadavků a technických možností společnosti, v období 2018-2019.“

„Porovnat množství a typ zaznamenaných dat z období prvního čtvrtletí 2018 a prvního čtvrtletí 2019.“

„Zjistit, zda, spolupráce, komunikace a edukace pracovníků vedla ke zvýšenému zaznamenávání nežádoucích událostí v prvním čtvrtletí 2019 oproti předešlému období.“

Ve spolupráci s IT technikem bude v nemocničním informačním systému (dále jen NIS), vytvořena pracovní verze pro zadávání nežádoucích událostí. Šablony budou upraveny tak, aby odpovídaly potřebám využití pro ÚZIS a zároveň, aby nebyly složité pro vyplňování a administrativně nezatěžovaly personál.

Na základě instruktáže všech pracovníků, kteří pracují s NIS, budou vzniklé nežádoucí události do tohoto systému zaznamenávány. Data získaná tímto způsobem budou statisticky vyhodnocena na úseku kvality a dle typu události budou využita k případným nápravným opatřením, což bude řešeno s vedením daných organizačních jednotek.

Pracovník úseku kvality bude následně rozhovorem s cílenými otázkami získávat zpětnou vazbu od pracovníků, kteří data zadávají do NIS. Tato zpětná vazba by měla sloužit zejména k vývoji databáze, tak aby byl uživatelsky přívětivý. S prvními výsledky pak budou probíhat rozhovory s vedením jednotlivých úseků, jejichž cílem je zaměření se na využitelnost získaných dat pro zlepšování kvality. Analýza získaných dat pak bude obrazem zkušenosti, znalostí a potřeb organizace a při vhodné interpretaci vzniknou z této studie příklady dobré praxe.

K dosažení cíle práce bude použit jeden ze základních přístupů kvalitativního výzkumu, případová studie. Bude zaměřena na popis a charakteristiku systému nežádoucích událostí a postup bude proveden dle typologie Hendla (1997; 243), při němž budou zkoumány vztahy při implementaci systému sledování nežádoucích událostí s následnou analýzou procesu změny a adaptace v organizaci. Zobrazení vztahů bude znázorněno přehledovými grafy a tabulkami.

2.2 Diagnostika systému sledování NU před řízenou změnou

Diagnostikou organizace byl zmapován počáteční stav systému hlášení NU, ze kterého byla následně vyvozena potřeba změny. Interní nastavení hlášení NU nebylo ošetřeno vnitřním předpisem, nemělo jednotnou formu a personál přesně nevěděl, co je nežádoucí událost, kdy a jakým způsobem takovou událost hlásit. Vedoucí pracovníci

neměli prostředky pro vhodný sběr, analýzu a následné zpracování dat na úrovni celé organizace (Olšanová, 2017).

Do konce roku 2016 probíhalo na lůžkových odděleních nemocnice sledování NU, jmenovitě pouze pádů na základě tištěného formuláře (příloha č. 4) a pracovních úrazů, zápisem do knihy úrazů. Informace o infekcích spojených se zdravotní péčí (dále jen HAI) byly zpracovávány u hlavní sestry, která je 1x ročně hlásila na pracoviště Okresní hygienické stanice. Pády pacientů, HAI infekce, spokojenost pacientů, významné stížnosti a pracovní úrazy sice byly evidovány na úrovni top managementu, nebyly však nijak zpracovány ani vyhodnocovány pro účely vnitřního rozvoje jednotlivých mechanismů organizace, ani hlášeny do SHNU v dobrovolném režimu. Byla to čísla a data určená pro zápis do výroční zprávy.

Neshody zjištěné v souvislosti se zaznamenáváním dalších nežádoucích událostí, tedy dekubitů, klinického stavu, medikací, transfuzních přípravků, diet, chováním osob či stížností pacientů byly řešeny na úrovni daného střediska, dle uvážení vedoucího pracovníka. Nebyly vedeny ucelenou či jednotnou metodou ani prezentovány top managementu organizace. V případě dekubitů se jednalo o dobře vedený systém tištěných záznamů na úrovni jednotlivých stanic, chyběla však provázanost již při komunikaci na úrovni dvou stanic jednoho oddělení, o úrovni komunikace mezi různými odděleními nemluvě. Obhajobou vedoucích pracovníků bylo ve většině případů: „Vyřešili jsme si to na vlastní úrovni a nebyl to takový problém, aby o něm muselo vědět ředitelství.“ (Olšanová, 2018)

Diagnostika však také odhalila, že žádná složka organizace se do konce roku 2016 nezabývala problematikou možného pochybení v klinické administrativě, při klinických výkonech, záznamů v dokumentaci, ani možnými riziky vyplývajícími z používání medicínských plynů, přístrojového vybavení či technických problémů. Manažer kvality začal v průběhu roku 2017 tyto neshody typovat, avšak nebylo zvládnuto nastavení vhodného mechanismu sběru a analýzy dat s následnou reprodukcí a možností dalšího využití.

Vznikem pozice manažera kvality na konci roku 2016 proběhl v lednu roku 2017 sběr těchto neucelených dat (Olšanová, 2017), na jehož základě byl podle Klasifikace NU (Klasifikace, 2012) vytvořen velice rychle a bez řízení v Nemocnici Žatec, o.p.s. první ucelený a jednotný systém pro sledování NU, který byl implementován v období ledna 2017 do NIS. Při vyhodnocení dat v dubnu 2018 (Olšanová, 2018) bylo zjištěno, že způsob sběru dat je vhodný, ale uživatelsky časově náročný a pro personál složitý systém pro

zadávaní dat. Následné klíčování a samotné zpracování dat pak bylo velice obtížné. Často docházelo k chybám v kódování a jako velký problém bylo odhaleno, že někteří zdravotničtí pracovníci, kteří se systémem pracují, neznají základní terminologii, a buď zadávají data špatně nebo vůbec, případně využívají u všech odpovědí možnost XX neboli jiný, což následné klíčování i analýzy opět komplikovalo. Spíše technickým problémem bylo oddělení jednotek intenzivní akutní péče od standardních stanic, NIS v tomto nastavení ukazuje počty NU za oddělení jako celek, tedy například v součtu za chirurgické standardní i intenzivní oddělení. Další problematikou se ukázalo, že statistiky v NIS oddělují jednotlivé hlavní typy NU, nikoli další informace z nich.

V srpnu 2018, po vydání Věstníku MZ ČR č. 7/2018 bylo zjištěno, že data získaná z NIS nekorespondují s požadavky SHNU v ÚZIS. Na základě těchto zjištění bylo rozhodnuto, že změna v systému hlášení NU musí být řízeným procesem, který zajistí nápravu v problematických oblastech a vytvoření vhodného interního systému hlášení NU. Kooperace s pracovníky na všech úrovních a využití dat jednotlivých oddělení má být cílem organizace stejně jako prostředkem k naplňování jeho jednotlivých kroků.

2.3 SWOT analýza

Jak uvádí Plevová (2012) SWOT analýza je pohotovou, velmi užitečnou technikou analýzy, při které získáme odpovídající znalosti interního nastavení organizace, ale také dopadu vlivů vnějšího prostředí na ni. Slouží k ujasnění důležitých charakteristik v organizační taktice i strategii, i když se může zdát jednoduchá. Tato SWOT analýza vznikla pro doplnění obrazu nutnosti provést řízenou změnu v systému hlášení nežádoucích událostí. Byla zpracována v srpnu 2018 manažerem kvality, jako součást diagnostiky systému před řízenou změnou.

Silné stránky:

- firemní kultura je založená na individuálním přístupu;
- nemocnice má kvalitní NIS – WinMedicalc, který umožňuje evidenci a jednoduchou možnost shrnutí statisticky upravených dat pro analýzy.

Slabé stránky:

- neuspokojivý způsob sběru dat;
- nedostačující využívání PC techniky;
- absence vnitřních předpisů způsobuje absenci systematické personální práce;
- nedostatečná a nevhodná komunikace na vnitřní úrovni;
- absence komunikace mimo organizaci;

- slabý systém kontroly kvality poskytované péče – systému sledování nežádoucích událostí, způsobený absencí vnitřních předpisů, není stanoveno, jak má proces vypadat, nemůže být tedy kontrolován;
- žádné využití nástrojů IT v procesech řízení, chybí persona, která by tyto nástroje ovládala a následně s nimi dále pracovala;
- absence koncepce/vize nemocnice.

Příležitosti:

- změna v přístupu k systému hlášení nežádoucích událostí;
- zapojení pracovníků do procesů a strategie organizace;
- zlepšení komunikace na všech úrovních;
- prezentace schopností a dovedností zřizovateli, kterým je město;
- představení jiných metod řízení a možnosti nových technologií;
- krok ke změně kultury organizace.

Hrozby:

- nesplnění legislativních požadavků;
- neefektivní řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb;
- sankce za neplnění povinností PZS.

3. Proces řízení změny

3.1 Sestavení pracovního týmu

Byl sestaven tým, jehož náplň činnosti má dlouhodobý charakter, jak lze vidět v tabulce č. 1. Skládá se z manažera kvality, náměstků pro zdravotní a ošetrovatelskou péči, technického náměstka a dalších osmi řadových pracovníků jednotlivých středisek, kteří jsou klíčoví pro primární práci se systémem sledování NU. Tým spolupracoval na tomto tématu od září 2018 a jeho spolupráce stále trvá. Skupina se podílí na vytváření vnitřních předpisů a komunikaci se zaměstnanci tak, aby byly dodrženy zákonné normy, získané informace byly vhodně tříděné pro zasílání do databáze ÚZIS, ale zároveň aby nově nastavený systém odpovídal a vyhovoval provozu společnosti.

Změna byla zavedena v průběhu prosince 2018 a ledna 2019. Zejména z toho důvodu, aby nedošlo ke zkreslení zpracovávaných dat za celé období roku 2018, i období následného, tedy 2019, tak aby vždy po celé období byla data zaznamenávána stejným způsobem a bylo možné obě období porovnat.

3.2 Časový plán týmu v řízené změně

Tabulka č. 1 **Časový plán změny v systému hlášení NU**

9/2018	Představení problému řediteli společnosti
9/2018	Sestavení pracovního týmu
9-11/2018	Tvorba vnitřních předpisů systému hlášení NU – brainstorming, fishbone diagram Jednání a schůzky členů týmu, diskuse daného tématu Tvorba šablon pro NIS
12/2018	Implementace systému sledování NU do NIS
1/2019	Seznámení všech zaměstnanců, kteří pracují v NIS s novým systémem sledování NU, zavedení zkušebního provozu
1-4/2019	Sběr dat v systému hlášení NU ve zkušebním provozu
5/2019	Diagnostika procesu Dotazníkové šetření se zaměstnanci Analýza získaných dat Zpracování výstupů

6/2019	Představení výsledků vedení nemocnice Představení výsledků zaměstnancům nemocnice
11/2019	Představení výsledků na Konferenci – Nemocnice Žatec, o.p.s.

Překážkou, kterou se ani do dnešního dne nepodařilo překonat je nastavení NIS, které sice umožňuje ve statistických výkazech vyhledat nežádoucí událost podle zadaného typu události (WinMedicalc, a), ale tato událost je vázána k mnoha identifikačním údajům, vyjma rozdělení oddělení na stanice lůžkové a jednotky intenzivní péče. Při vyplnění předdefinovaného textu je sice událost zaznamenána na stanici, při analýze dat však systém tuto informaci nerozklíčuje. Dnes však víme, že v průběhu roku 2019 bude probíhat aktualizace současného NIS WinMedicalc verze 02 na verzi 04. Po zavedení této verze, předpokládaný termín aktualizace je 9/2019, bude i tento identifikátor dostupný. S poskytovatelem NIS bude po aktualizaci třeba domluvit, jaká data se z které konkrétní NU budou shromažďovat, jiná jsou automaticky součástí statistik.

Každá NU ve statistickém výkaze je navázána na ID pacienta, je možno dohledat datum, hodinu zápisu, jméno přihlášeného uživatele, oddělení případně další údaje dle nastavení. Z těchto důvodů nebylo třeba, aby formuláře obsahovaly údaje o pacientovi, ale předpokladem bylo snížit administrativní zátěž co nejvíce, splnit požadavky ÚZIS co nejlépe a tímto způsobem získaná data vhodně využít pro zkvalitnění politiky služeb v Nemocnici Žatec, o.p.s.

3.3 Způsob řízení změny

V září 2018, při první schůzce byly jednotlivé typy nežádoucích událostí rozděleny, jak ukazuje tabulka č. 2, mezi pracovníky v týmu, kteří se s danou problematikou seznámili hlouběji, obdrželi data z roku 2017 a „nové“ požadavky z ÚZIS – metodické materiály k jednotlivým událostem, které jsou dostupné na internetových stránkách ÚZIS ČR: <https://shnu.uzis.cz/res/file/SHNU>.

Členové pracovního týmu tyto materiály prostudovali a na domluvených schůzkách představili návrhy řešení u vytipovaných nejrizikovějších oblastí a situací, které byly následně pomocí fish bone diagramu rozpracovány. Metodou brainstormingu pak bylo ke každému tématu provedeno zhodnocení rizika a vytvořen návrh šablony pro zadávání incidentů do vnitřního systému nežádoucích událostí.

Tabulka č. 2 Rozdělení témat při plánu změny v systému hlášení nežádoucích událostí

člen pracovního týmu	zaměření
manažer kvality	koordinace procesu, vedení schůzek týmu, kontrola stavu systému a kontrola nastavení v NIS, zdroje a management organizace
náměstek pro léčebnou péči	klinická administrativa, klinický výkon a dokumentace vedená lékařským personálem
hlavní sestra	medikace, i.v. roztoky, transfuze a krevní deriváty, dieta a dokumentace vedená NELZP
technický náměstek	medicínské plyny, přístroje a vybavení, technické problémy
1. a 2. řadový pracovník (lůžka následné péče + gynekologické oddělení)	pády
3. a 4. řadový pracovník (chirurgické oddělení + ARO)	dekubity
5. a 6. řadový pracovník (interní oddělení + dětské oddělení)	chování osob
7. a 8. řadový pracovník (radiodiagnostika + oddělení operačních sálů)	nehody a neočekávaná zranění

(část zápisu ze schůzky týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 9/2018)

4. Analýza jednotlivých nežádoucích událostí

Popis jednotlivých nežádoucích událostí a jejich podrobná typologie dle SHNU ÚZIS je uvedena v příloze č. 2. V následujících kapitolách jsou uvedeny nežádoucí události rozpracované v situacích, jak byly zpracovány a navrženy pracovním týmem, v pořadí, jak jsou uvedeny v Hlášení počtu nežádoucích událostí pro centrální hodnocení - ve formuláři L(MZ) 3-01 (Ministerstvo, s.d.).

4.1 Pád

Při tomto incidentu jde o neplánované sesunutí pacienta k podlaze či podložce za přítomnosti svědka, nebo beze svědků. Vzhledem ke skutečnosti, že pacienti bez rozdílu věku jsou při hospitalizaci v nestandardní situaci, v pro ně neznámém prostředí a mnohdy upoutáni na lůžko připojeni k infuzním soupravám či přístrojům, pracovní tým rozhodl, že nebudeme sledovat pacienty dle rizika pádu. Vše z výše jmenovaného může způsobit dezorientaci s následným pádem i u mladého jedince. Aby nedocházelo k nadměrné administrativě, náměstek pro léčebnou péči a náměstek pro ošetrovatelskou péči vydali stanovisko, že všichni pacienti hospitalizovaní v Nemocnici Žatec, o.p.s. jsou v riziku pádu a budou personálem na toto riziko upozorněni.

Z fish bone diagramu vyplynulo, že je velice důležité zkontrolovat jakou má pacient obuv, jeho zvyklosti spojené s ukládáním na lůžko a praktický nácvik použití komunikačních možností „zvonků u lůžka“. V závislosti na diagnózu pak vyplynulo, že například u pacientů s operací DK, plánovanou i neplánovanou, je vhodné řešit počáteční použití kompenzačních pomůcek vždy s asistencí personálu.

V období ledna až prosince 2017 bylo zaznamenáno celkem 33 pádů, jak je patrné v tabulce č. 1, z nichž 16, tedy přibližně polovina, bylo evidováno na oddělení lůžek následné péče. Vezmeme-li v potaz celkový počet hospitalizovaných pacientů v Nemocnici Žatec, o.p.s., který za rok 2017 byl 7.995, pak počet 33 pádů statisticky odpovídá 0,41 %. Rozdělíme-li tato data obdobně jako ÚZIS, pak v akutní péči, kde byla evidence pádů zaznamenána, bylo hospitalizovaných pacientů 4.285 na 17 pádů, což odpovídá 0,40 %. V následné péči pak bylo hospitalizovaných pacientů 537 s evidovanými 16 pády, které odpovídají 2,97 % případů (Olšanová, 2018). Údaje v SHNU ÚZIS ČR ukazují, že nežádoucí události – Pády se ve ZZ a u PZS v akutní péči vyskytují v 1,02 %, tedy v počtu 10,16 pádů na 1.000 pacientů a v následné a dlouhodobé péči pak v 15-25 %, tedy průměrně 20 pádů na stejný počet pacientů (Systém hlášení, s.d.a, Systém s.d.b).

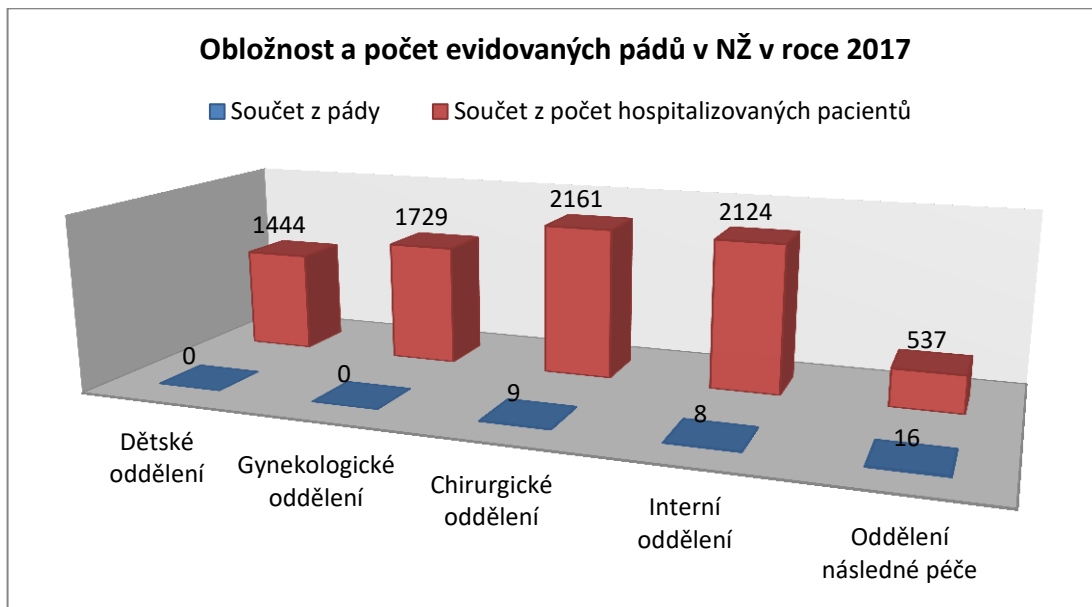
Tiskopis (viz příloha č. 4) používaný do konce roku 2017 byl prostý, stran pádů však zejména personál následné péče vše řádně vyplňoval. Podrobnost vedení tohoto záznamu však vedla k následujícím indikátorům. Většina pádů – 13 se přihodí klientům ve věku nad 70 let, ale nedostatečná edukace pacienta, nerespektování jeho potřeb a v neposlední řadě pocit pacienta, že zvládne vše, protože je mladý, způsobuje pády i u osob mladších 40 let. Na základě vyhodnocení dat z tabulky č. 3 bylo také patrné, že třemi nejzásadnějšími příčinami jsou ztráta rovnováhy, pád z lůžka a pád způsobený opřením o nestabilní oporu. Pokud jsme v pracovní skupině rozklíčovali tento problém, vyšla nám jasná řešení pro nastavování nového procesu.

Tabulka č. 3 Pády pacientů v NŽ za rok 2017

věk	pohlaví	oddělení	zakopnutí	uklouznutí	ztráta vědomí	ztráta rovnováhy	pád z lůžka	pád při přesunu s dopomocí	záchvat	opření o nestabilní oporu	vstávání z lůžka	celkem
19-35	žena	CHIR	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3
36-55			0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
56-70			0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
71 a více			0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
36-55	muž		0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
56-70			0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
71 a více			0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
36-55			žena	0	0	0	1	0	0	0	0	0
56-70	0	0		0	1	0	0	0	0	0	1	
71 a více	0	0		0	0	0	0	0	1	1	2	
56-70	muž	0		0	0	1	0	0	0	0	0	1
71 a více		0		0	0	0	1	0	0	2	0	3
36-55	žena	NP	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
56-70			0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
71 a více			0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
19-35			muž	0	0	0	0	1	0	0	0	0
36-55	0			0	0	1	0	0	1	0	0	2
56-70	0			1	0	0	0	0	0	1	0	2
71 a více	1			0	0	1	1	0	0	0	1	4
počty celkem			1	3	1	9	6	2	2	5	4	33

(Olšanová Jana, 2018)

Graf 1 ukazuje celkový počet, tedy 7.995 hospitalizovaných pacientů v NŽ v roce 2017, rozdělený podle uložení na jednotlivá oddělení a počty zaznamenaných pádů, na jednotlivých odděleních, kterých bylo celkem 33, což odpovídá 0,41 % všech hospitalizovaných pacientů.



Graf 1 **Obložnost a počet evidovaných pádů v NŽ v roce 2017** (Olšanová, 2019b, WinMedicalc, a)

První změna v systému hlášení NU v roce 2018 znamenala zaznamenávání dat v NIS a již první čtvrtletí roku ukázalo, že pro zaměstnance je zadávání do elektronické databáze velice složité a personál administrativně zatěžuje. Personál v NIS označil konkrétní událost, ale obsahově nedoplňoval podstatné informace. Bylo to téma, které se opakovalo na všech schůzkách jednotlivých oddělení a pracovníci tento typ NU zaznamenávali s většími či menšími obtížemi, avšak s výhradami. Oproti prvnímu jednoduchému tiskopisu byla v NIS vytvořena klinická událost – Hlášení mimořádné události – Pád. Do této klinické události bylo možno zaznamenat informace, které pracovník vyhodnotil jako podstatné a relevantní v souvislosti s pádem, nebyla však vytvořena šablona a pouhá edukace personálu, co a jak zapisovat dle Klasifikace (2012) byla nedostačující a podle personálu složitá.

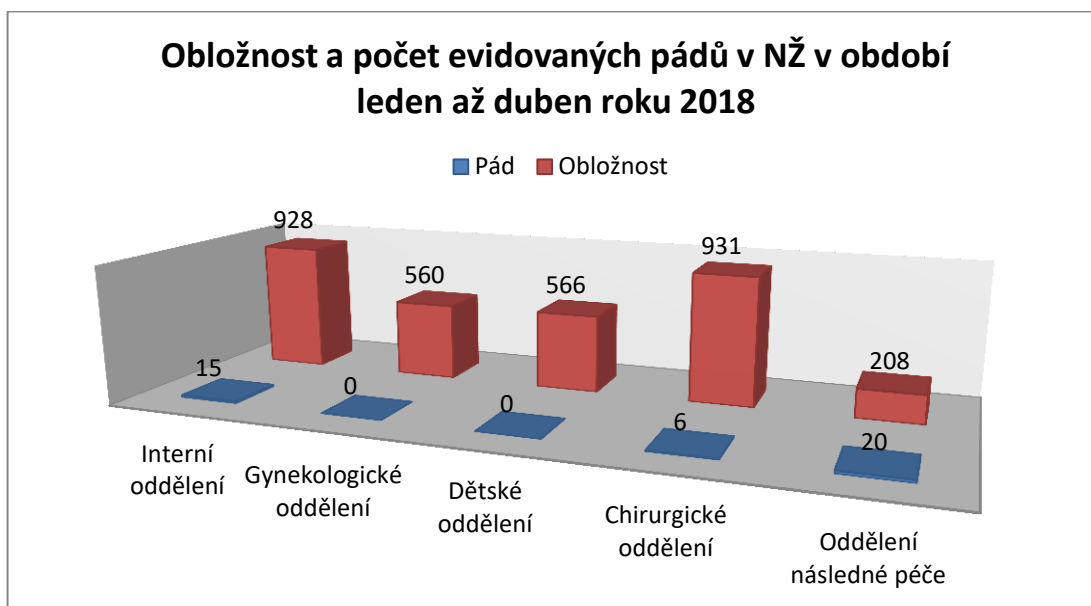
Tabulka č. 4 a graf 2 znázorňují obložnost a počet evidovaných pádů v NŽ v období prvního čtvrtletí roku 2018. Jak můžeme pozorovat 20, tedy polovina evidovaných pádů je opět na oddělení lůžek následné péče, avšak počet evidovaných pádů je za pouhé 4 měsíce roku 2018 vyšší a činí 1,12 % v akutní péči a 9,62 % v péči následné, oproti celému roku 2017. Nejedná se zde však o to, že by k pádům opravdu docházelo častěji, edukace

personálu a nově nastavený systém však přispěl ke stavu úspěšnější a intenzivnější evidence pádů na pracovištích. Systém byl sice uživatelsky méně přívětivý, ale na pracovníky začal být vytvářen pozitivní tlak. Stran dřívějšího přístupu k nežádoucím událostem, kdy po přiznaném pochybení následoval slovní případně finanční trest. Pracovníkům bylo vysvětleno, že utajování nežádoucích událostí není vhodnou vizitkou pro kvalitní poskytování zdravotních služeb a pokud budou i nadále utajovány, není v silách vedení nemocnice nastavit správný systém ani procesy.

Tabulka č. 4 **Obložnost a počet evidovaných pádů v NŽ v období leden až duben roku 2018**

	Pád	Obložnost	% výskytu na jednotlivých odděleních	% výskytu za akutní (chir + int) a následnou péči
Interní oddělení	15	928	0,4 %	1,12 %
Gynekologické oddělení	0	560	0 %	
Dětské oddělení	0	566	0 %	
Chirurgické oddělení	6	931	0,64 %	9,62 %
Oddělení následné péče	20	208	9,62 %	
celkem	41	3193	1,29 %	

(Olšanová, 2019b, WinMedicalc, a, WinMedicalc, b)



Graf 2 **Obložnost a počet evidovaných pádů v NŽ v období leden až duben roku 2018**

(Olšanová, 2019b, WinMedicalc, a, WinMedicalc, b)

Po provedené diagnostice tohoto typu události (Olšanová, 2018) bylo ujednáno, že vnitřní předpis zaměřující se na Resortní bezpečnostní cíl – Prevence pádů (Věstník MZ ČR č. 16/2015), obsahuje následující (Srbová, 2019):

- každý hospitalizovaný pacient je v riziku pádu,
- pád je klasifikován jako nežádoucí událost,
- řádná edukace všech pacientů po přijetí na lůžkovou stanicí přiměřená věku a kognitivním schopnostem, zahrnující seznámení s oddělením, upravením lůžka do vhodné polohy, kontrolou a prezentací funkce tlačítka na přivolání personálu,
- s pacientem, který jde na plánovanou operaci, bude proveden nácvik vstávání z lůžka, sedání na lůžko, dle potřeby nastavena správná výška berlí a proveden nácvik chůze o berlích,
- pacient bude po edukaci vhodně vyzván, aby informace zopakoval,
- u pacientů starších 70 let vždy a u mladších pokud to je z hlediska jejich kognitivních funkcí třeba tyto informace v přiměřeném množství opakujeme a vyzýváme pacienta ke zpětné reakci,
- personál, u pacienta, který upadl, zaznamená do NIS tuto NU.

Pověření členové týmu, spolu s jedním pracovníkem, který měl zájem aktivně se zapojit do řešení návrhů v této konkrétní problematice, navrhli pro NIS následující šablonu 1, pro sběr dat v Klinických událostech – Pády, kde záznam probíhal volným textem a někteří pracovníci zapomínali na mnohdy podstatné informace. V typu pádu byly ponechány tři nejvýznamnější rizika plus položka „jiné“ a oproti původnímu formuláři (příloha č. 4) byl tento upraven pouze pro potřeby tohoto typu NU. Do formuláře v NIS je možné vyplňovat další relevantní informace, dle uvážení pisatele.

Šablona 1 Pád pacienta

PÁD PACIENTA	
typ pádu:	ztráta rovnováhy, vstávání z lůžka, opření o nestabilní plochu, jiné
svědek:	ne ano jméno:
zranění:	ne ano lokalita: hlava, krk, záda, hrudník, břicho, PHK, LHK, PDH, LDK
	typ: povrchové, hluboké
	nutnost ošetření: ne ano: lékařem, sestrou
v Žatci dne:	informován lékař:
jméno a podpis sestry:	jméno a podpis svědka:

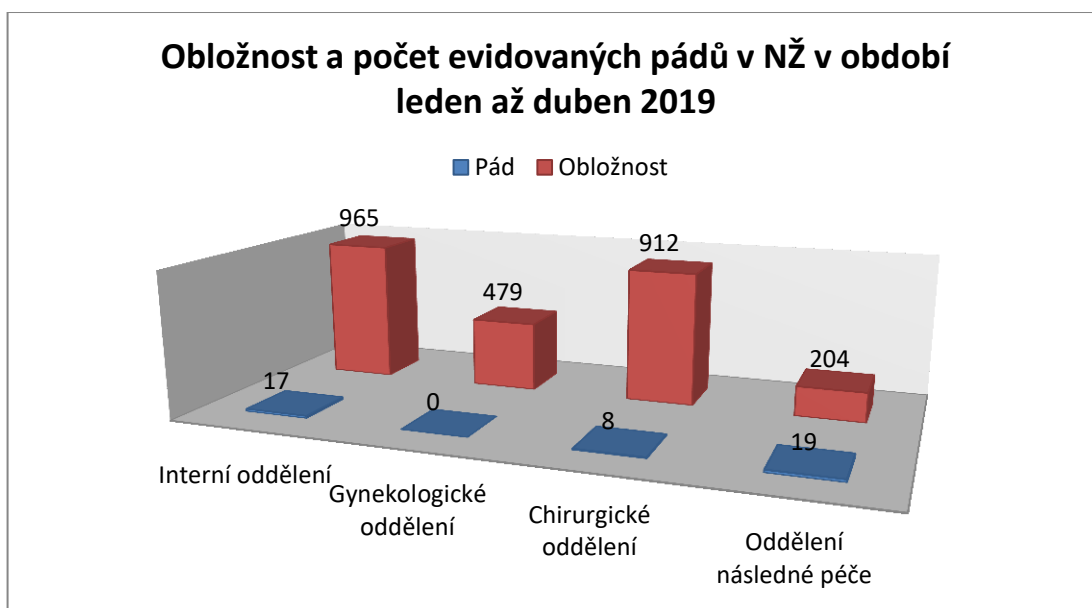
(Návrh šablony pro zavedení do NIS – WinMedicalc odsouhlasený na schůzce týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 10/2018)

V tabulce č. 5 můžeme vidět rozdíly v hodnotách vztahující se ke změně systému zaznamenávání NU tohoto typu v období ledna až dubna roku 2019 po nastavené řízené změně. K počtu hospitalizovaných pacientů 2.560 je počet 44 pádů 1,72 % hodnotově přibližně stejný předchozímu roku, s mírným nárůstem v akutní péči tedy na 1,33 % a lehkým poklesem výskytu v péči následné, tedy 9,31 %.

Tabulka č. 5 **Obložnost a počet evidovaných pádů v NŽ v období leden až duben 2019**

	Pád	Obložnost	% výskytu na jednotlivých odděleních	% výskytu za akutní (chir + int) a následnou péči
Interní oddělení	17	965	1,76 %	1,33 %
Gynekologické oddělení	0	479	0 %	
Chirurgické oddělení	8	912	0,88 %	
Oddělení následné péče	19	204	9,31 %	9,31 %
celkem	44	2560	1,72 %	

(WinMedicalc, a, WinMedicalc, b)



Graf 3 **Obložnost a počet evidovaných pádů v NŽ v roce prvním čtvrtletí roku 2019**

(WinMedicalc, a, WinMedicalc, b)

Změnou v systému evidence pádů jsme se přiblížili republikovému průměru uvedenému ve statistikách ÚZIS pro rok 2017 (Systém hlášení, s.d.a, Systém s.d.b), jak bylo uvedeno výše v analýze pádů z roku 2017.

4.2 Dekubity

Druhou velkou kapitolou nejen pro sledování NU, ale zejména jako ukazatele kvality poskytovaných služeb je oblast sledování výskytu dekubitů. „Dekubity (proleženiny, prosezeniny, tlakové vředy či tlakové léze) jsou rány vzniklé na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň. Velikost a hloubka dekubitu je dána vzájemnou intenzitou působení tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem pacienta a vnějšími podmínkami, které hrají rovněž při vzniku dekubitu důležitou roli. Je to jakékoliv poškození kůže, které je způsobeno přímým tlakem nebo třecími silami. Dekubitus je lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace a z ní vyplývající hypoxie. Je nutno ji odlišit od poškození kožního krytu v důsledku vlhka (opruzenina, inkontinenční dermatitida) či jiné etiologie“ (Pokorná a kol., 2017 a).

Sledování dekubitů v nemocnici probíhalo do konce roku 2016 obdobně jako v případě pádů, zatímco pády se po vyplnění příslušného formuláře hlásily v kanceláři vrchních sester, dekubity, hodnocené na formuláři, který byl součástí chorobopisu, se nijak neevidovaly. Péče o pacienty ve všech fázích proleženin byla zajištěna, ale počty, případně údaje o tom, zda dekubitus vznikl na pracovišti nebo mimo něj, bylo velice obtížné dohledat, aby to bylo možné, bylo by třeba zkontrolovat všechny chorobopisy hospitalizovaných pacientů za dané období, což není reálné nejen vzhledem k personální situaci organizace, ale také vzhledem k časové náročnosti daného úkolu.

Manažer kvality i tuto problematiku označil jako urgentní, již při první diagnostice stavu organizace (Olšanová, 2017). Diagnostika prokázala vysoce profesionální péči o dekubity, ale bylo současně konstatováno, že i když je péče profesionálně na vysoké úrovni, nelze toho nijak využít, pokud nedojde k evidenci této problematiky s možností následných analýz získaných dat.

Od ledna 2017 byla vytvořena jednoduchá tabulka, kde personál na jednotlivých stanicích, vyplňoval denní aktuální počty dekubitů přijatých, z jiného zařízení, z domova, z jiné stanice naší nemocnice, vzniklých na daném pracovišti a propuštěných do jiného zařízení, domova či jiné stanice nemocnice. Tento formulář byl jednou měsíčně předán manažerovi kvality, který provedl záznam do tabulky v elektronické podobě. Na základě tohoto získávání dat mohla být provedena první analýza výskytu dekubitů v nemocnici (Olšanová, 2017).

Díky tomuto primitivnímu sběru dat bylo možné provést porovnání dat vedených v SHNU ÚZIS. Bylo zjištěno, že výskyt dekubitů v Nemocnici Žatec, o.p.s. je výrazně vyšší než republikový průměr, ten odpovídá za poskytovatele akutní péče 16,56

evidovaných dekubitů na 1000 pacientů, což je 1,66 % v počtu hlášených hospitalizovaných pacientů v rámci nahlášených dat (Systém hlášení, s.d.b).

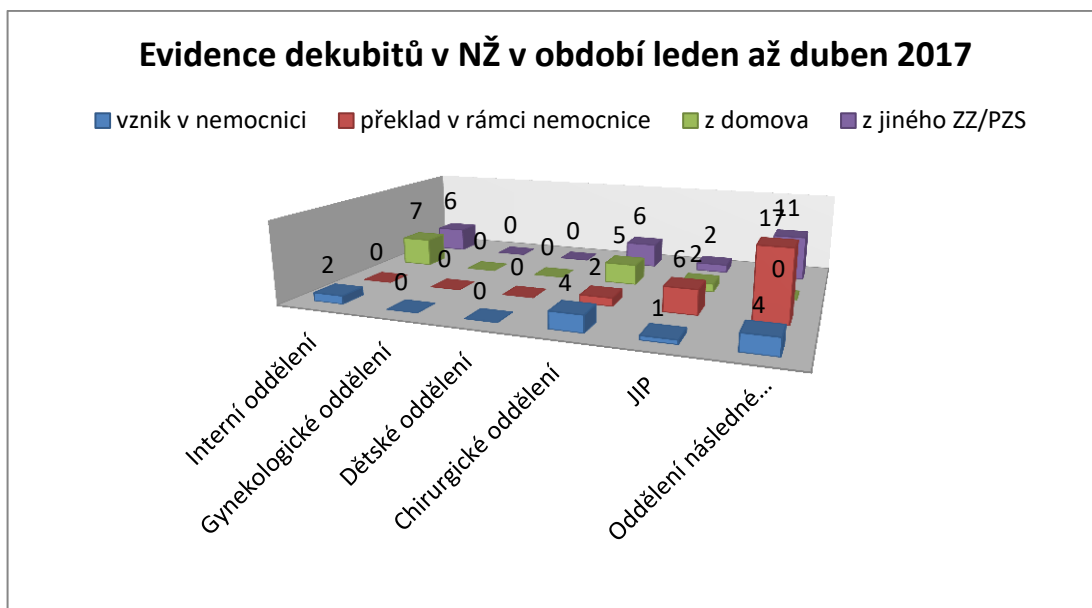
Tabulka č. 6 spolu s grafem 4 znázorňují počty dekubitů v NŽ, kdy počet hospitalizovaných pacientů v daném období roku 2017 byl 3.122 a celkový počet dekubitů tedy odpovídal 2,40 % hospitalizací, tedy dvojnásobně vyšší výskyt než je průměr uvedený ve statistice SHNU ÚZIS. Počet 11 dekubitů vzniklých nově, pak odpovídá 0,35 % hospitalizovaných pacientů v NŽ. V akutní péči se pak jedná o výskyt v 2,6 % a v péči následné se dekubitus objevuje u 17,29 % hospitalizovaných pacientů. (Olšanová, 2017)

Tabulka č. 6 Evidence dekubitů v NŽ v období leden až duben roku 2017

	vznik v nemocnici	překlad v rámci nemocnice	z domova	z jiného ZZ/PZS	celkem	obložnost	% výskytu na jednotlivých odděleních	% výskytu za akutní (chir + int) a následnou péči
Interní oddělení	2	0	7	6	15	752	1,99 %	2,60 %
Gynekologické oddělení	0	0	0	0	0	644	0 %	
Dětské oddělení	0	0	0	0	0	640	0 %	
Chirurgické oddělení	4	2	5	6	17	801	2,12 %	
JIP	1	6	2	2	11	100	11 %	
Oddělení následné péče	4	17	0	11	32	185	17,29 %	17.29 %
celkem	11	25	14	25	75		2,40 %	

(Olšanová, 2017)

Graf 4 znázorňuje informaci, která odpovídá statistickým údajům, že lůžka následné péče mají z hlediska dlouhodobé péče o pacienta dvojnásobně vyšší výskyt dekubitů oproti akutním lůžkovým oddělením.



Graf 4 Evidence dekubitů v NŽ v období leden až duben 2017(Olšanová, 2017)

Rok 2017 byl pro problematiku dekubitů v NŽ zlomovým, jednalo se o první nežádoucí událost zavedenou v NŽ do NIS formou šablony a předdefinovaných textů a to s možností pořízení fotodokumentace, která je přiřazena ke klinické události a tuto klinickou událost, ve formě, v jaké je s drobnými úpravami dodnes, bylo možno začít využívat od září 2017. Na základě Věstníku MZČR 16/2015 byl vypracován vnitřní předpis RBC-008 Prevence vzniku proleženin (Srbová, 2017), který popisuje problematiku dekubitů i způsob jejich zaznamenávání jak do dokumentace, tak do NIS.

I přes zavedení události do NIS, kde se následně rozdělí dekubity vzniklé v našem a mimo naše zařízení, mají dekubity vlastní dokumentaci, která je stále tištěná, obsahuje tabulku hodnocení rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové, kdy riziko vzniku dekubitů hodnotíme 1x za 7 dní, pokud se nezmění stav. V opačném případě hodnocení provádíme při změně stavu. Dále obsahuje příslušná políčka pro denní záznamy stran péče o dekubitus a polohování pacienta, záznamy v tištěné podobě jsme se zatím rozhodli ponechat z důvodu, že do NIS nemají oprávněný přístup ošetřovatelky a sanitáři, kteří u pacientů s dekubity provádějí mnoho ošetřovatelských činností, a zápis by pro ně nebyl možný.

Šablona 2 Dekubitus

DEKUBITUS	
vznik:	nový dekubitus; na jiném oddělení: vyber z možností; z jiného ZZ/PZS; z domova
typ:	I. <u>st</u> – zarudnutí, puchýř pokožka není porušena; II. st. – poškození pokožky; III. <u>st</u> – hluboké poškození tkáně bez obnažení kostí a šlach; IV. st. – ztráta kůže a podkoží s obnažením kostí a šlach, nekróza; V. – neklasifikovatelný – nelze určit hloubku ani míru postižení VI. – suspektní hluboké postižení tkání bez porušení pokožky
velikost:	cm
hloubka:	cm
lokalita:	zátylek, čelo, boltec L-P, rameno L-P, loket L-P, lopatka L-P, <u>sakrum</u> , hýždě L-P, koleno L-P, pata L-P, kotník zevní L-P, kotník vnitřní L-P, jiné:
fotografie:	ANO-NE
ošetřeno:	
ošetření provedl:	informován lékař:

(Návrh šablony pro zavedení do NIS již od roku 2017 – WinMedicalc tučně vyznačená místa byla přidána a odsouhlasena na schůzce týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 10/2018)

Jak je uvedeno již u NU – pád, v NIS není v současné době možné oddělit standardní lůžková oddělení od jednotek intenzivní péče a hodnoty jsou tedy odpovídající za oddělení jako celek. Přesto však v tabulkách č 7, 8 a grafech 5, 6 můžeme vidět výraznou změnu v počtu evidovaných ošetřených dekubitů v období leden až duben let 2018 a 2019, oproti roku 2017, v němž díky jinému systému evidence i analýzy dat bylo možno dohledat evidenci ve stejném období. Jako tomu je i u pádů, zde vidíme výrazný vzestup evidovaných nežádoucích událostí a příčinou není zvýšení počtu pacientů s tímto problémem, ale nastavení evidence a řádné zadávání tohoto typu NU do NIS.

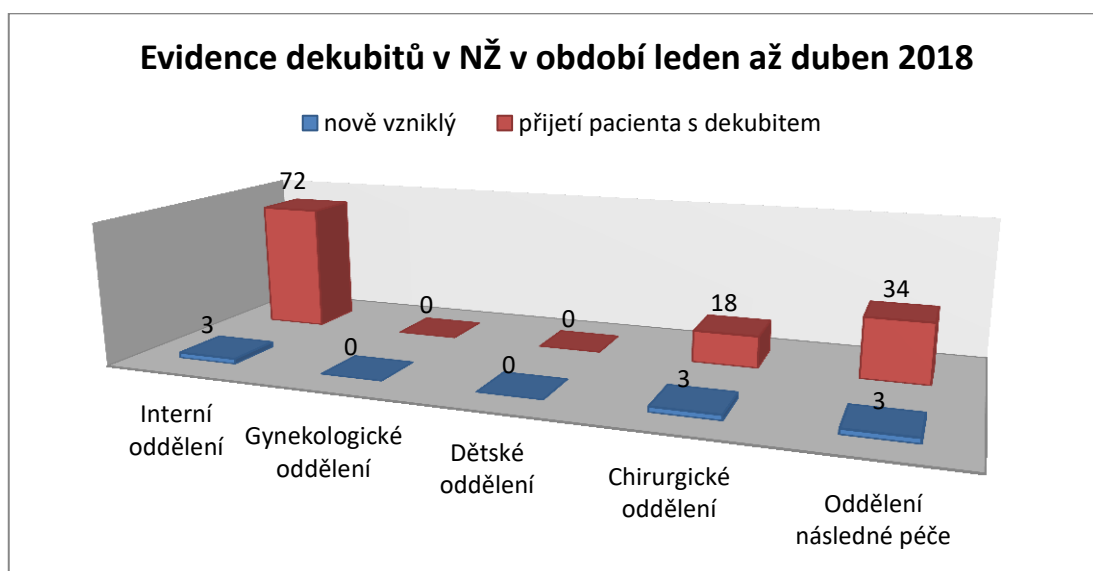
Tabulka č. 7 spolu s grafem 5 znázorňují dané období roku 2018, kdy v nemocnici vzniklo 9 nových dekubitů a pečováno bylo o 124 příchozích dekubitů v poměru k obložnosti 3.193 hospitalizovaných pacientů, jde o výskyt tohoto typu NU ve 4,1 %. Avšak co se týče výskytu nových zaznamenaných událostí tohoto typu, jde pouze o 0,3 % hospitalizovaných pacientů. Pokud porovnáme hodnoty se statistikou ÚZIS uvedenou

v předchozím textu k roku 2017, i zde je patrné, že v této nemocnici je zvýšený výskyt incidence dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

Tabulka č. 7 Evidence dekubitů v NŽ v období leden až duben roku 2018

	nově vzniklý	přijetí pacienta s dekubitem	celkem	obložnost	% výskytu na jednotlivých odděleních	% výskytu za akutní (chir + int) a následnou péči
Interní oddělení	3	72	75	928	8,08 %	5,16 %
Gynekologické oddělení	0	0	0	560		
Dětské oddělení	0	0	0	566		
Chirurgické oddělení	3	18	21	931	2,25 %	17,78 %
Oddělení následné péče	3	34	37	208	17,78 %	
celkem	9	124	133	3193	4,16 %	

(Olšanová Jana, 2019, WinMedicalc, a, WinMedicalc, b)



Graf 5 Evidence dekubitů v NŽ v období leden až duben roku 2018 (Olšanová Jana, 2019, WinMedicalc, a, WinMedicalc, b)

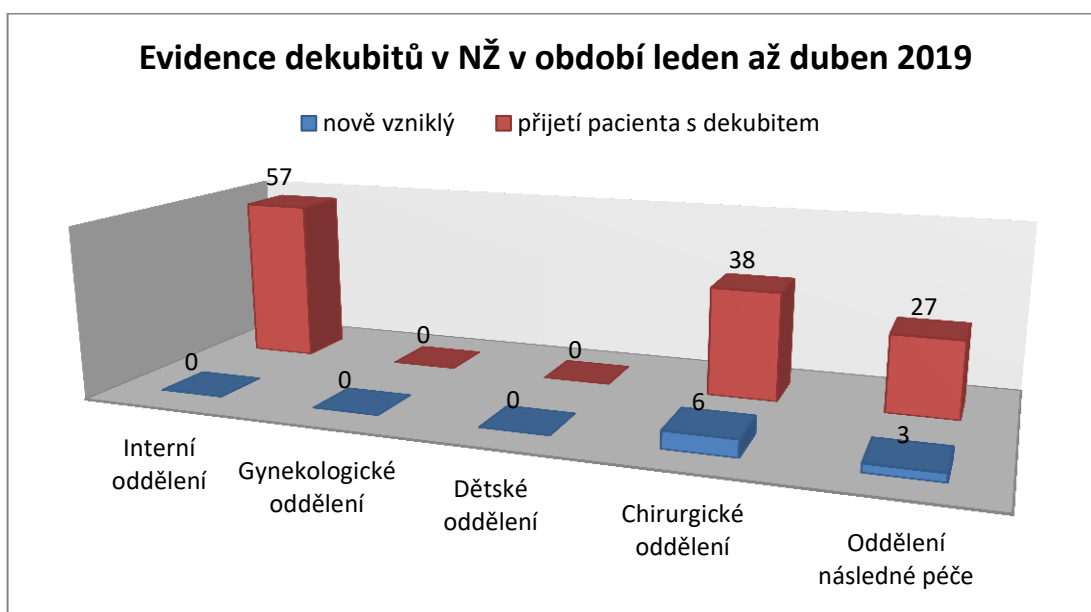
Tabulka č. 8 spolu s grafem 6 odhalují stav evidovaných dekubitů v prvním čtvrtletí roku 2019, kdy počet 131 dekubitů, k počtu 2.781 hospitalizovaných pacientů, odpovídá 4,71 % pacientů celkem a v případě vzniku nových dekubitů se pak jedná o 0,32 % z celkového počtu hospitalizovaných pacientů. Pokud porovnáme hodnoty se statistikou ÚZIS uvedenou ve výše uvedeném textu z roku 2017, i zde vidíme, že i ve sledovaném období roku 2019 byl zaznamenán zvýšený výskyt incidence dekubitů u hospitalizovaných

pacientů na lůžkách akutní péče, avšak na lůžkách péče následné došlo k mírnému poklesu evidovaných dekubitů.

Tabulka č. 8 Evidence dekubitů v NŽ v období leden až duben roku 2019

	nově vzniklý	přijetí pacienta s dekubitem	celkem	obložnost	% výskytu na jednotlivých odděleních	% výskytu za akutní (chir + int) a následnou péči
Interní oddělení	0	57	57	965	5,91 %	5,38 %
Gynekologické oddělení	0	0	0	479	0,00 %	
Dětské oddělení	0	0	0	221	0,00 %	
Chirurgické oddělení	6	38	44	912	4,82 %	14,71 %
Oddělení následné péče	3	27	30	204	14,71 %	
celkem	9	122	131	2781	4,71 %	

(WinMedicalc, a, WinMedicalc, b)



Graf 6 Evidence dekubitů v NŽ v období leden až duben roku 2019 (WinMedicalc, a, WinMedicalc, b)

4.3 Klinická administrativa

Z hlediska nežádoucích událostí se jedná o situace, kdy dojde porušením procesů k ohrožení či poškození pacienta nebo personálu, je to široké pole incidentů, které mohou být spojeny s identifikací pacienta, s informovanými souhlasy, přijetím pacienta k plánovanému vyšetření či hospitalizaci, předáváním pacienta, tedy překladem či propuštěním (Pokorná, 2017e).

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 21 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 20 pochybení v této problematice, což lze vyjádřit počtem 0,11 neshod na 1000 pacientů, což odpovídá 0,01 % (Systém hlášení, s.d.b).

Vzhledem k heterogenitě této oblasti sleduje nemocnice tento typ nežádoucí události jen částečně. V roce 2017 byl vytvořen vnitřní předpis na základě Věstníku MZČR 16/2015, RBC-001 Bezpečná identifikace pacientů (Olšanová, 2017), který obsahuje pokyny a postupy spojené s pohybem pacienta v ambulantních či lůžkových službách poskytovatele zdravotní péče.

Máme evidenci pacientů, kteří odmítli nebo nemohli z jakéhokoli důvodu mít identifikační náramek, ale na základě této indicie nebyla do konce dubna 2019 v systému zaznamenána žádná nežádoucí událost spojená s identifikací, nebo s jiným úkonem spojeným s klinickou administrativou. Šablona 3, která byla vytvořena, je prostá, avšak v současné době nebyla použita a není tedy zřejmé, zda bude plně vyhovující. Je otázkou, jestli je systém funkční, nebo zda události, které se dějí, nejsou zaznamenány.

Šablona 3 **Klinická administrativa**

KLINICKÁ ADMINISTRATIVA			
popis konkrétní události:			
opatření:			
svědek	ne	ano	jméno:
v Žatci dne:		kdo informován:	
jméno a podpis:		jméno a podpis svědka:	

(Návrh šablony pro zavedení do NIS - WinMedicalc odsouhlasený na schůzce týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 12/2018)

4.4 *Klinický výkon*

Oproti klinické administrativě je nežádoucí událost spojená s klinickým výkonem mnohem konkrétnější téma, jde o chybné provedení léčebného či diagnostického výkonu, vyšetření nebo ošetření, zároveň je však také rizikovější, jak pro pacienta a personál, tak i pro organizaci jako takovou.

Jak uvádí Pokorná (2017f) pochybení tohoto typu mohou vést k iatrogennímu nebo srororigennímu poškození pacienta s následnými, ve většině případů nevratnými následky, končícími právními spory. Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 22 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 53 pochybení v této problematice, což lze vyjádřit počtem 0,28 neshod na 1000 pacientů, tedy 0,03 % (Systém hlášení, s.d.b).

Nemocnice Žatec, o.p.s. má v současné době vytvořených jen několik standardních operačních postupů, jsou tvořeny postupně a jejich tvorba je rozložena do několika fází a období. Předpokládaný termín dokončení všech vnitřních předpisů je konec roku 2020.

Nežádoucí události spojené s klinickým výkonem jsou většinou hlášeny formou stížnosti pacientem, nebo osobou blízkou na péči poskytovanou nemocnicí. Stížnosti pacientů hodnotíme vždy individuálně, a byť do systému hlášení nežádoucích událostí zařazujeme stížnosti všechny, při analýze dat oddělujeme stížnosti relevantní a takové, které jsou řešeny vyššími institucemi, jako jsou Česká lékařská komora, Policie ČR, úřady a soudy. Dále pak stížnosti členíme dle typu nežádoucí události, například k neshodám vztahujícím se k dietám.

Z tohoto důvodu je v nemocnici určena osoba, která se stížnostmi zabývá a tato osoba po vyhodnocení určuje, kam bude která přiřazena. Personál byl v oblasti NU tohoto typu edukován. Vzhledem k citlivosti tohoto tématu byl vytvořen vnitřní předpis (Zetek, 2016) a byla vytvořena šablona 4. Audit této klinické události ukázal, že veškeré záznamy byly provedeny pouze jako evidence stížností, prostřednictvím šablony 5, která je v evidenci manažera kvality funkční od listopadu 2016, kdy současná podoba šablony, tak aby vyhovovala potřebám, byla ustálena v březnu 2018.

Šablona 4 Stížnost pacienta

STÍŽNOST	
stížnost číslo:	ST-ČČ-RR
stížnost přijal pracovník:	
dne:	
stížnost podal kdo:	
vztah k pacientovi:	
identifikace:	OP/jiné ID/ plná moc/ čestné prohlášení
číslo jednací:	
stížnost předána k šetření komu:	
oddělení/stanice:	
dne:	
vyjádření ke stížnosti přijato k evidenci do kanceláře manažera kvality	
dne:	
<i>závěrečné vyjádření ke stížnosti</i>	
zaslal kdo:	
zasláno komu:	
dne:	
způsob odeslání:	obyčejně/ doporučeně/ elektronicky - datovou schránkou, e-mailem s heslem/ předáno osobně
při osobním převzetí podpis:	
evidenci do NIS provedl:	
dne:	
podpis:	

(Návrh šablony zavedený do NIS - WinMedicalc platná v této podobě od března 2018)

Pracovní tým navrhl v prosinci 2018 šablonu 5 pro zadávání případných neshod v NIS, týkajících se klinického výkonu. Nežádoucí událost spojená s klinickým výkonem zadaná mimo stížnosti pacientů, však zatím nebyla v systému NIS zaevidována. Personál

byl sice poučen, ale je opět otázkou, zda k incidentům nedochází nebo dochází a personál o problematice ví a nechce se zápisem zabývat, nebo dochází, a personál si není vědom hranic, kdy je zápis třeba provést, nebo kam je zápis třeba provést. Evidovaný incident v souvislosti s klinickým výkonem nebyl dosud zaznamenán ani prostřednictvím jiné události, které již zaměstnanci evidují.

Šablona 5 **Klinický výkon**

KLINICKÝ VÝKON			
popis konkrétní události:			
opatření:			
svědek	ne	ano	jméno:
v Žatci dne:		kdo informován:	
jméno a podpis:		jméno a podpis svědka:	

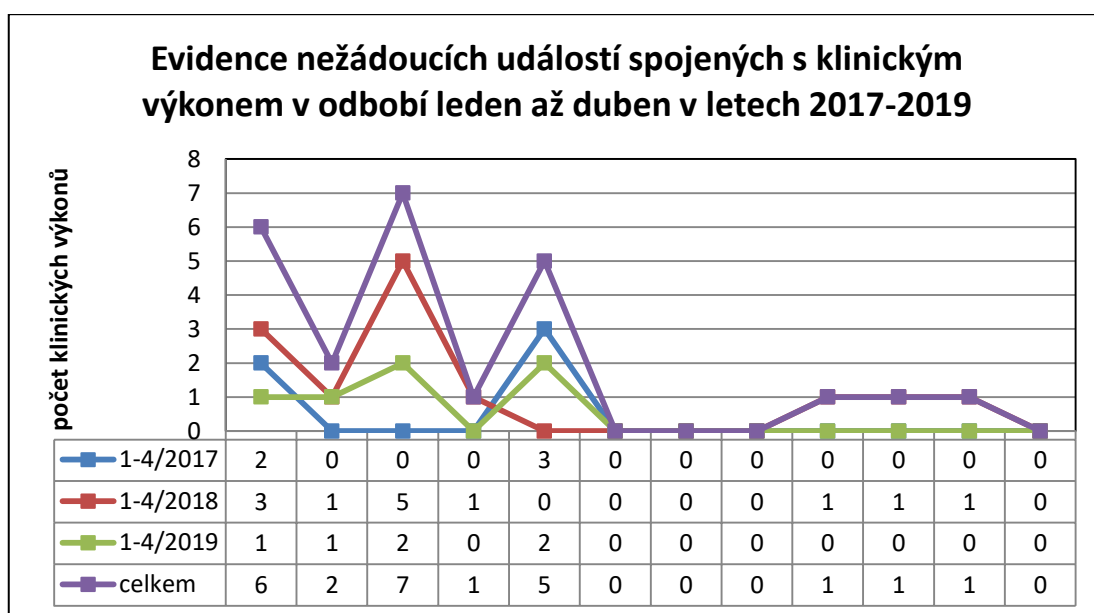
(Návrh šablony pro zavedení do NIS - WinMedicalc odsouhlasený na schůzce týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 12/2018)

Následující graf 7 ukazuje hodnoty evidovaných a relevantních stížností týkajících se klinického výkonu. Je z něj patrné, že na lůžkových odděleních je těchto událostí více, i když se dějí i v ambulantních službách. V roce 2017 bylo evidováno 5 incidentů což k počtu 3.122 hospitalizovaných pacientů, činí 0,16 %, ale žádný nebyl vyhodnocen jako relevantní.

Dále zde můžeme vidět, že nejvíce incidentů bylo za sledovaná období evidováno v roce 2018 na interním oddělení a to 5, i přestože v součtu za všechna období má interní oddělení stejný počet pochybení jako oddělení chirurgické. V celkovém pohledu na poskytovatele to pak bylo 10 neshod, s ohledem na počet hospitalizovaných pacientů 3.193 se jednalo o 0,31 %, z nichž 3 byly vyhodnoceny jako relevantní.

V prvním čtvrtletí roku 2018 byl zaznamenán celkově dvojnásobný nárůst evidence těchto neshod, byl však způsoben tím, že personál, na základě opakovaných edukací ve věci hlášení neshod, začal zasílat všechny stížnosti k rukám manažera kvality, například včetně stížnosti na nedostatek přístrojů, které se následně vysvětlilo chybnou komunikací obou stran a podobných.

V červnu 2018 bylo ředitelem společnosti rozhodnuto a na poradě vrchních sester a primářů sděleno, že drobné stížnosti, které se dají řešit na místě, budou v kompetencích vedoucích pracovníků daných stanic, a pouze takové, které vyžadují prošetření, ohrožují pacienta, personál nebo organizaci, nebo je pacient sám chce řešit s vedením nemocnice, případně jsou výzvou vyšších orgánů, budou předány do kanceláře manažera kvality. V prvním čtvrtletí roku 2019 bylo evidováno 5 záznamů s ohledem na počet hospitalizovaných pacientů 2.781, jednalo se o 0,18 %, z nichž jen jeden byl vyhodnocen jako relevantní.



Graf 7 Evidence nežádoucích událostí spojených s klinickým výkonem v období leden až duben v letech 2017-2019 (Olšanová, 2017, Olšanová, 2018, Olšanová, 2019b, WinMedicalc, a, WinMedicalc, b)

4.5 Dokumentace

Jak uvádí Pokorná (2017c), jde o veškeré záznamy o pacientovi v jakékoli podobě, které zaznamenávají nebo jinak popisují výsledky vyšetření, metody a provedení. NU může popisovat problémy s tvorbou dokumentace, uchováváním nebo archivací apod. dojde-li k záměně dat či informací v průběhu procesu a toto pochybení je zjištěno včas, je to tzv. skrochyba. Tým si je vědom, že hlášení skrochyb je výsledkem dobře fungující kultury ve společnosti, a proto bylo hlavním cílem týmu vysvětlit pracovníkům důležitost hlášení skutečných pochybení v souvislosti s dokumentací. Věříme, že postupným upevňováním zvyku evidovat pochybení postupně naučíme personál všimnout si a evidovat také skrochyby.

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 22 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 18 pochybení v problematice dokumentace, což lze vyjádřit počtem 0,09 neshod na 1000 pacientů, tedy 0,009 % (Systém hlášení, s.d.b).

Na základě v roce 2018 zavedeného systému žádostí o vyhledání, pořízení kopie, opisu či výpisu z dokumentace, bylo dojednáno, že právě tato dokumentace bude také zkontrolována. V průběhu roku 2018 probíhaly analýzy, ze kterých vyplynulo, že vedení dokumentace v nemocnici je nejednotné a neodpovídá některým zásadám daným vyhláškou (98/2012). Na základě těchto zjištění bude zpracován vnitřní předpis o vedení zdravotnické dokumentace. Toto má v kompetenci náměstek pro léčebnou péči spolu s hlavní sestrou, kdy termín pro vytvoření tohoto předpisu byl stanoven na září 2019.

V roce 2018 byly zaznamenány 4 incidenty, což s ohledem na počet hospitalizovaných pacientů 3.193 odpovídá 0,12 %, které byly vyhodnoceny jako vysoce rizikové a přibližně 40 záznamů, tedy 1,25 % bylo vyhodnoceno jako rizikové. Data z roku 2017 bohužel nemáme a vzhledem ke změně nastavení systému a tvorbě vnitřního předpisu, data za rok 2019 nesledujeme. Přesto však byla navržena šablona 6, která je v tuto chvíli shodná se šablonami 4 a 5. Předpokládáme, že v průběhu používání ji bude třeba upravit, avšak vzhledem k rozmanitosti záznamů v dokumentaci jako celku bude poněkud složitější vytvořit takovou šablonu, která bude obsahovat vždy podstatné informace. Tým se v říjnu 2018 rozhodl, že pro zkušební provoz bude tento typ šablony vyhovující.

Šablona 6 **Dokumentace**

DOKUMENTACE	
popis konkrétní události:	
opatření:	
svědek	ne ano jméno:
v žatci dne:	kdo informován:
jméno a podpis:	jméno a podpis svědka:

(Návrh šablony pro zavedení do NIS - WinMedicalc odsouhlasený na schůzce týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 10/2018)

4.6 Medikace / i. v. roztoky

Zaznamenávání tohoto typu NU vyžaduje vysokou míru sebereflexe, zodpovědnosti a uvědomění si, co nám tento záznam v systému NU může přinést. „Incidenty v souvislosti s předepisováním a podáváním léků zahrnují například předepsání nesprávného léku nebo nesprávné dávky, podávání nevhodné síly přípravku ať již nesprávnou preskripcí, či nesprávnou přípravou (naředěním) a podání léku v nesprávnou dobu“ (Pokorná, 2017i).

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 23 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 47 pochybení v této problematice, což lze vyjádřit počtem 0,24 neshod na 1000 pacientů, a jedná se tedy 0,02 % evidovaných pochybení (Systém hlášení, s.d.b).

Jako organizace jsme si vědomi, že pracujeme s lidmi, lidé chybují a bojí se chybu přiznat. Vnímám jako velký posun, že se našel 1 člověk, který v roce 2019 přiznal, a to do systému NU v NIS, že pochybil při aplikaci léčiv. K počtu hospitalizovaných pacientů ve sledovaném období v roce 2019 se tedy jedná o 0,035 % evidovaných neshod. Na základě tohoto přiznání jsme v týmu diskutovali, jak vhodně edukovat personál, aby bral pochybení tohoto typu vážně, ale aby se neobával přiznat, že se stala chyba.

Oslovením toho jednoho konkrétního člověka bychom mohli ztratit jeho důvěru i přesto, že se nebude jednat o sankci, jen pocit, že jsme prověřovali a víme, že on je, tím kdo pochybil, může v příští stejné nebo podobné situaci vyvolat negativní postoj k provedení obdobného záznamu. Rozhodli jsme se, že toto citlivé téma budeme s pracovníky komunikovat, uvádět příklady správné praxe a sledovat vývoj evidence v této konkrétní události. Tým se domluvil na znění šablony 7 v následující podobě, s přihlédnutím na rozdílné situace, v nichž pochybení může nastat.

Šablona 7 Protokol o pochybení při aplikaci medikace

Protokol o pochybení při aplikaci medikace		
látka:		
způsob aplikace: <u>p.o.</u> i.v. i.m. i.d. <u>s.c.</u> i.o. <u>p.r.</u> inhalačně		
připravená medikace:		
a) nepodána – <u>skorochyba</u>		
b) podána správnému pacientovi, ale v jiné koncentraci než byla indikace lékaře		
c) podána jinému pacientovi (záznam proveden u pacienta, kterému byla podána) ve správné koncentraci		
d) podána jinému pacientovi (záznam proveden u pacienta, kterému byla podána), v jiné koncentraci než byla indikace lékaře		
chyba zjištěna:		
a) při aplikaci		
b) do 1 hodiny po aplikaci		
c) více než 1 hodinu po aplikaci		
informován lékař:	v <u>hodin</u> , dne	podpis:
alergická reakce:		
jiná nežádoucí reakce:		
lék aplikoval:	v <u>hodin</u> , dne	
záznam provedl:	v <u>hodin</u> , dne	podpis:

(Návrh šablony pro zavedení do NIS – WinMedicalc odsouhlasený na schůzce týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 11/2018)

4.7 Transfuze / Krevní deriváty

Problematikou transfuzí a krevních derivátů se jiná pracovní skupina zabývala již v průběhu roku 2018, kdy byla v NŽ vytvořena směrnice (Vrabcová, 2018), která vešla v platnost v říjnu 2018. Tato směrnice popisuje i případné nežádoucí události spojené s manipulací transfuzních přípravků či jiných derivátů. Protokoly o likvidaci, nepodání nebo alergické reakci při aplikaci transfuzního přípravku byly tedy vytvořeny také ve spolupráci s OKBH a na základě doporučení metodik (Společnost, 2019).

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 23 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807

hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 8 pochybení v této problematice, což lze vyjádřit počtem 0,04 neshod na 1000 pacientů, tedy 0,004 % (Systém hlášení, s.d.b).

Současný tým pouze zkontroloval dostupnost formulářů, proškolení pracovníků a možnosti získávání a analýzy dat. V roce 2017 nebyly neshody související s aplikací transfuzních přípravků sledovány, v roce 2018 nebyla zaznamenána žádná neshoda tohoto typu a v roce 2019 byl za období leden až duben zaznamenán 1 incident, což je 0,039 %, který byl vyhodnocen jako skrochyba, vzhledem ke skutečnosti, že se jednalo o zachycení vaku s transfuzním přípravkem, který obsahoval koagula, a pacientovi nebyl aplikován. Šablony 8 až 10 znázorňují dokumentaci, která je součástí NIS a již slouží k zaznamenávání specifických událostí spojených právě s aplikací transfuzních přípravků.

Šablona 8 „Protokol o likvidaci transfuzního přípravku“

PROTOKOL O LIKVIDACI TP (generován v NIS)	
typ TP:	
číslo TP:	
datum výroby TP:	
výrobce TP:	
datum expirace TP:	
důvod likvidace TP:	
k likvidaci schválil:	jméno a podpis
likvidaci provedl:	jméno a podpis
datum <@@DNESNI_DATUM_CAS>	
razítko oddělení vč. IČP, odbornosti a telefonu:	
Pokud není TP aplikován, nelze jej vrátit na pracoviště OKBH. Pracoviště, kde se TP nachází, jej zlikviduje a jako doklad vyplní 2x „Likvidační protokol TP“. 1x založit do dokumentace pacienta, 1x zaslat na OKBH.	
<small>F-048-01 Protokol o likvidaci TP</small>	

(WinMedicalc, c)

Šablona 9 „Protokol o nepodání transfuzního přípravku“

PROTOKOL O NEPODÁNÍ TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU (generován v NIS)	
důvod nepodání TP:	
název a celé číslo TP:	
krevní skupina TP:	
datum expirace TP:	
likvidaci schválil:	jméno a podpis
likvidaci provedl:	jméno a podpis
poznámka:	
	jméno a podpis lékaře, který TP nepodal
datum	
razítko oddělení vč. IČP, odbornosti a telefonu:	
Vyhotovení dvojmo - 1x založit do dokumentace pacienta, 1x zaslat na OKBH.	
<small>F-047-01 Protokol o nepodání TP</small>	

(WinMedicalc, c)

Šablona 10 „Zpráva o klinické reakci po aplikaci transfuzního přípravku“

ZPRÁVA O KLINICKÉ REAKCI PO APLIKACI TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU (TP) (generována v NIS)	
indikace k podání TP:	
před transfuzní imunohematologická anamnéza (především transfuze, porody, aborty, imunizace atd.):	
výsledky vyšetření (povinný údaj):	
TT před aplikací TP: °C	TT po aplikaci TP: °C
TK před aplikací TP: /	TK po aplikaci TP: /
moč chemicky před aplikací TP:	moč chemicky po aplikaci TP:
transfuzní přípravek:	
název (zkratka) a celé číslo podaného TP:	
krevní skupina:	O A B AB
Rh (D):	pozitivní negativní
datum výroby TP:	datum expirace TP:
datum a hodina podání TP:	
množství aplikovaného přípravku (odhadem):	
doba trvání aplikace TP:	
biologický pokus - průběh:	
nežádoucí účinky po aplikaci TP (za jak dlouho se objevily, popis příznaků, jak dlouho trvaly...):	
byla nutná podpora vitálních funkcí?	
další informace:	
v Žatci dne: <@@DNESNI_DATUM_CAS>	
	podpis lékaře, který podával TP
razítko oddělení:	podpis primáře oddělení
poznámka:	
- formulář vyplní lékař, který podával TP	
- odeberte 1 zkumavku nesrážlivé krve od pacienta (u dětí min. 3 ml)	
- dostupnými prostředky uzavřete vak se zbytkem TP, včetně transfuzního setu	
- formulář vyplňte/vytiskněte 2x	
- vyplněný formulář, krevní vzorek a transfuzním vak se setem odešlete do krevní banky, která vydala TP	
- pracovnice krevní banky připojí vzorek krve pacienta před aplikací TP a náplav ze segmentu ze kterého byla provedena zkouška kompatibility a vše odešle na pracoviště, které vyšetřuje posttransfuzní reakce	
F-049-01 Zpráva o klinické reakci po aplikaci TP	
F-049-01 Zpráva o klinické reakci po aplikaci TP	2/5/2015 Stránka 1 z 1

(WinMedicalc, c)

4.8 Dieta/Výživa

Nežádoucí události, spojené s řízeným příjmem pokrmů a tekutin, jak uvádí Pokorná (a kol., 2017b) související s dietou a mohou být spojovány s předpisem, objednáváním, podáváním i případnou likvidací stravy. Tento typ nežádoucích událostí je vzhledem k technickému vybavení nemocnice možné zaznamenávat na zdravotnických částech provozu, kde mají pracovníci přístup do NIS, v ostatních provozech, stravovacím nebo technickém, slouží pro hlášení stále příslušný formulář, viz šablona 7.

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 22 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 6 pochybení v této problematice, což lze vyjádřit počtem 0,03 neshod na 1000 pacientů, a jedná se tedy 0,003 % evidovaných pochybení (Systém hlášení, s.d.b).

V roce 2018 byl zaznamenán jeden incident, tedy 0,031 % evidovaných případů, který byl evidován a řešen až po obdržení stížnosti pacienta. Chyba byla systémová, kdy po celou dobu hospitalizace, která trvala 6 dní, personál stanice toto pochybení nezaznamenal písemně, avšak při šetření přiznal, že na tuto skutečnost byl opakovaně upozorněn pacientkou a následně – bez řádného záznamu – došlo k pochybení znovu a vyvrcholilo to stížností při propuštění do domácího ošetřování.

Toto byl jeden z alarmujících případů, pro zavedení funkčního systému hlášení nežádoucích událostí. Při řádně zaznamenaném incidentu, který se stane, je vždy snazší hledat cestu nápravy a ne čekat na stížnost pacienta, případně poškození jeho zdraví. I při šetření takovéto stížnosti je následně jednodušší pro toho, kdo stížnost řeší nalézt snahu pochybení řešit, než zjistit, že personál vlastně informaci měl, ale nepovažoval za důležité jakkoli s informací naložit.

To, že tento incident nikomu nestál ani za řádek zaznamenaný v dokumentaci svědčí o ne zcela profesionálním přístupu k povinnostem, protože i personál přiznal, že byl pacientem upozorněn na jemu podávanou nevhodnou stravu. Šablona 11 je tedy jednoduchá, avšak vystihuje problematiku související s dietním režimem.

Šablona 11 **Dieta/Výživa**

DIETA/VÝŽIVA	
dne:	
dieta ordinovaná lékařem:	dieta podaná pacientovi:
k jakému pochybení došlo:	
provedená opatření:	
kdo pochybení zjistil:	v <u>hodin</u>
v Žatci dne:	informován lékař:
jméno a podpis sestry:	jméno a podpis svědka:

(Návrh šablony pro zavedení do NIS – WinMedicalc odsouhlasen na schůzce týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 11/2018)

4.9 Medicinální plyny

„Základní plyny pro oblast medicíny, jsou to především medicínální kyslík v kapalném i plynném stavu, oxid dusný (N₂O) – rajský plyn, kapalné helium, oxid uhličitý (CO₂) a pro speciální oblasti medicíny i další plyny a směsi, jako např. entonox pro inhalační anestezii, směsi pro analýzu plynů v krvi aj. Souhrnně se jedná o incidenty s plyny pro lékařské účely, používané zejména pro respirační péči, inhalační terapii a anestézii“ (Pokorná a kol., 2017g). Pro pochybení vzniklé následkem používání medicínálních plynů vznikla jednoduchá šablona. O typu tohoto pochybení není ve sledovaných obdobích jediný záznam.

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017 bylo zjištěno, že ve 22 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 0 pochybení v této problematice (Systém hlášení, s.d.b).

Šablona 12 Medicinální plyny

MEDICINÁLNÍ PLYNY	
dne:	
typ plynu ordinovaný lékařem: medicinální kyslík (o₂), oxid dusný (n₂o) – rajský plyn, helium, oxid uhličitý (co₂), <u>entonox</u>	
typ plynu podaný pacientovi: medicinální kyslík (o₂), oxid dusný (n₂o) – rajský plyn, helium, oxid uhličitý (co₂), <u>entonox</u>	
k jakému pochybení došlo:	
provedená opatření:	
kdo pochybení zjistil:	dne <u> </u> v <u> </u> hodin
v Žatci dne:	informován lékař:
jméno a podpis sestry:	jméno a podpis svědka:
jméno a podpis lékaře:	

(Návrh šablony pro zavedení do NIS – WinMedicalc tučně vyznačená místa byla přidána a odsouhlasena na schůzce týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 11/2018)

4.10 Medicínské přístroje / vybavení

Stav techniky a medicínských přístrojů je sledován a kontrolován dle Zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích, jedná se o techniku a vybavení PZS, které používají lékaři, sestry i jiný zdravotnický personál při poskytování péče o pacienty. Personál je vždy proškolen a poučen co má v jaké situaci udělat, případně co má udělat pokud dojde k nežádoucí události při použití nástroje, přístroje, zařízení, programového vybavení, které je výrobcem určeno ke specifickému použití pro léčebné nebo diagnostické účely. „Spadají sem události v souvislosti s používanými zařízeními pro diagnostiku, léčbu a péči, vč. jednorázových pomůcek, jako jsou injekční stříkačky a katétry, místa, vybavení laboratoří, zubní techniky a pomůcek pro zdravotně postižené, jako jsou postele, invalidní vozík, nosítka, chodítka a berle. Např. problém s nefunkčním dávkovačem léčiva, infuzní pumpou apod.“ (Pokorná a kol, 2017h).

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 23 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 20 pochybení v této problematice, což lze vyjádřit počtem 0,10 neshod na 1000 pacientů, a jedná se tedy 0,01 % evidovaných pochybení (Systém hlášení, s.d.b).

I přes poučení personálu, došlo mimo sledované období, tedy v září 2018 k incidentu při nesprávné manipulaci zdravotnickým prostředkem, personál si nebyl jist, jak správně postupovat, a proto zavolał manažerovi kvality, oznámil mu incident a společně zaznamenali toto pochybení do původního systému. I na základě této zkušenosti byl v týmu, který připravoval šablonu pro tento typ události, pracovník, kterého se bezprostředně chyba dotýkala. V šabloně 13 je zřejmé, jaké informace jsou dle rizik pro zápis do dokumentace důležité.

Šablona 13 **Medicínské přístroje/vybavení**

MEDICÍNSKÉ PŘÍSTROJE A VYBAVENÍ			
dne:			
použitý přístroj/prostředek:			
důvod použití přístroje/prostředku:			
typ poškození:			
k jakému pochybení došlo:			
provedená opatření:			
kdo pochybení zjistil:	dne	v <u>hodin</u>	
v Žatci dne:	informován lékař:		
jméno a podpis sestry:	jméno a podpis svědka:		
jméno a podpis lékaře:			

(Návrh šablony pro zavedení do NIS – WinMedicalc odsouhlasen na schůzce týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 11/2018)

4.11 *Chování osob*

Dle Pokorné (a kol., 2017d) je chování soubor pozorovatelných projevů člověka, kdy při interakci působí jedinec nebo skupina na jiného jedince nebo skupinu. Je neverbální i verbální a ve zdravotnictví jde zejména o jakékoli setkání mezi pracovníkem PZS a pacientem či dalšími osobami, které nějakým způsobem využívají služeb poskytovatele. Každé setkání vyvolá nějakou reakci, a pokud nelze incident popsat v jiném typu NU, je vhodné či spíše nezbytné zaznamenat jej samostatně.

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS je tento typ třetí nejčastější evidovanou nežádoucí událostí, v analýze z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 24 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 1.016 pochybení v této problematice, což lze vyjádřit počtem 10,16

neshod na 1000 pacientů, a jedná se tedy 1,02 % evidovaných pochybení (Systém hlášení, s.d.b).

V roce 2017 nebyl tento typ neshody sledován. Incidentsy tohoto typu jsme začali sledovat v roce 2018, na základě zvýšených stížností stran personálu na zvyšující se agresi pacientů i jejich blízkých a obavách o jejich vlastní zdraví při vykonávání pracovních činností. Vyzvali jsme je, aby událost zaznamenávali v NIS, nebylo však sjednoceno, jakým způsobem má být popis incidentu proveden. V šabloně 14 můžete vidět některé škály typů poruch chování, které jsme vytypovali jako nejčastější, avšak zachovali jsme členění podle klasifikace NU (2012).

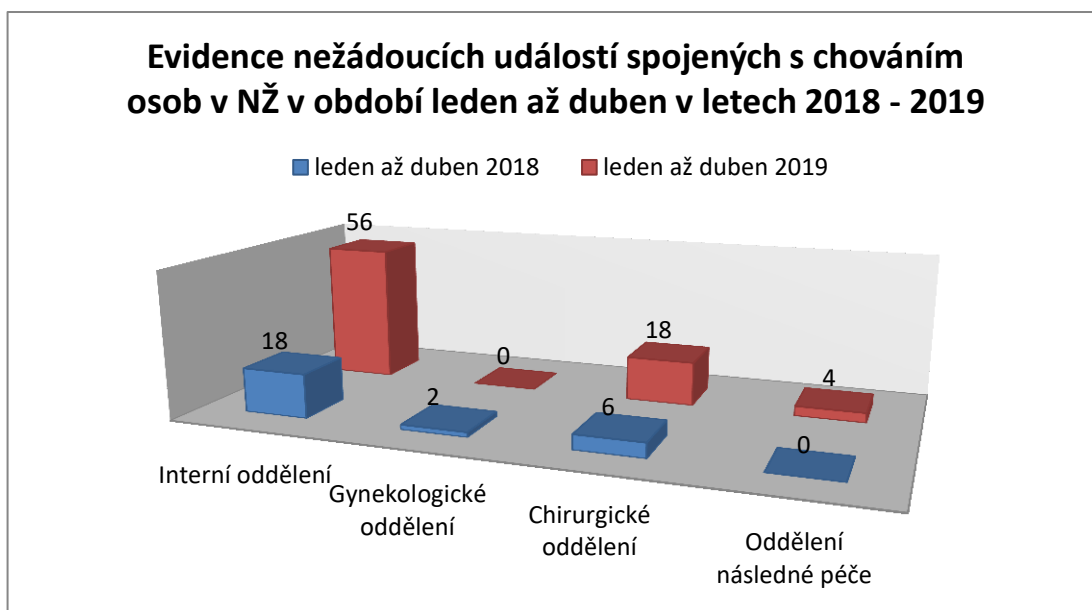
Již v roce 2018, při řešení několika stížností, jsme uvítali záznamy vedené v NIS, kdy personál bezprostředně po incidentu zaznamenal nežádoucí událost, popsal svými slovy situaci a následně nebylo třeba předvolávat ho k vysvětlování incidentu, který se odehrál například před 5 měsíci. Tento typ nežádoucí události jako ochranný prvek i doklad incidentu personál považuje za nejdůležitější. Přínosem pro tým byl zaměstnanec, který měl zájem aktivně se podílet na přeměně tohoto typu dokumentace, vnesl do diskuse další pohled, který na výslednou verzi šablony sice neměl vliv, ale přispěl svými osobními zkušenostmi a postoji k této problematice.

Šablona 14 **Chování osob**

CHOVÁNÍ OSOB	
dne:	
předmět incidentu: nespolupráce, nepřátelské hrubé chování, obtěžování, diskriminace, předsudky, toxikomanie, nepovolený odchod, sebepoškození, pokus o sebepoškození, krádež, majetková škoda, jiné	
způsob projevu: slovní napadení, slovní výhrůžky, fyzické napadení, sexuální obtěžování, poškození věci, sebepoškození, nepovolený vstup, únos, opuštění oddělení bez dovolení personálu, jiné	
kdo: pacient, doprovod, návštěva, pracovník, student/žák, jiné	
provedená opatření:	
kdo byl přítomen:	dne v <u>hodin</u>
v Žatci dne:	informován lékař:
jméno a podpis sestry:	jméno a podpis svědka:
jméno a podpis lékaře:	

(Návrh šablony pro zavedení do NIS – WinMedicalc odsouhlasen na schůzce týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 11/2018)

Jak ukazuje graf 8 poruchy chování, jakými je nejčastěji slovní agrese, dále nedodržování léčebného režimu či poškozování majetku zaznamenalo výraznou evidenci na počátku roku 2019. V roce 2018 zaznamenal personál nežádoucí chování u 26 hospitalizovaných pacientů, což odpovídá 0,82 %, avšak v roce 2019 se jedná již o 78 případů, což odpovídá 2,81 % evidovaných incidentů. Audit této konkrétní události však také ukázal, že zapisovateli v roce 2019, jsou v 50 % případů lékaři, zatímco u jiných evidencí neshod se lékaři angažují jen výjimečně.



Graf 8 Evidence nežádoucích událostí spojených s chováním osob v období leden až duben v letech 2018-2019 (Olšanová, 2018, Olšanová, 2019b, WinMedicalc, a, WinMedicalc, b)

4.12 Nehody a neočekávaná zranění

Dle Pokorné jde o „jakékoliv neúmyslné či úmyslné poškození organismu, ke kterému došlo následkem akutní expozice termální, mechanické, elektrické či chemické energie a z nedostatku životně nezbytných energetických prvků či veličin, jako jsou kyslík nebo teplo“ (Pokorná a kol., 2017j). Do těchto NU se neřadí pády, o kterých již bylo psáno, a dále incidenty, kdy bylo předpokladem zhoršení stavu pacienta, případně jeho úmrtí. Nehody a neočekávaná zranění si zaznamenáváme ve dvou liniích, ty, které se týkají pacienta, takové zaznamenáváme do NIS, a ty, které se týkají zaměstnance, jsou zaznamenávány do knihy úrazů.

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 23 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 269 pochybení v této problematice, a

řadí se tak na 4 příčku nejčastějších nežádoucích událostí evidovaných na úrovni nazvané v ÚZIS ostatní nemocnice akutní péče. Množství těchto neshod lze vyjádřit počtem 1,40 na 1000 pacientů, a jedná se tedy 0,14 % evidovaných pochybení (Systém hlášení, s.d.b).

Evidence tohoto typu události do roku 2017 zahrnovala, jak již bylo uvedeno výše, pouze úrazy personálu vedené v knize úrazů na jednotlivých odděleních. Za rok 2018 byla data získána vyčleněním případů incidentu - pády, při kterých došlo k poranění pacienta. V období ledna až dubna 2018 jich bylo 5, což odpovídá 0,16 % hospitalizovaných pacientů a v letošním roce ve stejném období byly zaznamenány případy 3, tedy 0,11 % hospitalizovaných pacientů. Vzhledem ke skutečnosti, že data jsou srovnávána s počtem hospitalizovaných pacientů, nebyla poranění personálu do této studie zahrnuta.

Šablona 15 je velice podobná šabloně 1 pro zaznamenávání pádů, což je vzhledem k charakteru nežádoucí události logické. Je používána pro záznam týkající se pacienta, evidence pracovních úrazů prozatím zůstala v podobě knihy úrazů, také z důvodu nedostupnosti některých vedoucích pracovníků do NIS. Problematiku nehod a neočekávaných zranění u personálu budeme řešit prostřednictvím jiného vnitřního systému po konzultaci s dodavatelskou firmou IT, která je plánována na září 2019.

Šablona 15 **Nehody a neočekávaná zranění**

NEHODY A NEOČEKÁVANÁ ZRANĚNÍ			
svědek	ne	ano	jméno:
zranění	ne	ano	lokalita: hlava, krk, záda, hrudník, břicho, PHK, LHK, PDH, LDK
			typ: povrchové, hluboké
			nutnost ošetření: ne ano: lékařem, sestrou
další opatření:			
v Žatci dne:	informován lékař:		
jméno a podpis sestry:	jméno a podpis svědka:		

(Návrh šablony pro zavedení do NIS – WinMedicalc odsouhlasen na schůzce týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 11/2018)

4.13 *Technické problémy*

Pro tuto nežádoucí událost jak uvádí Pokorná (a kol., 2017n) je podstatné, že je způsobena nedostačujícími znalostmi a je třeba odlišit ji od incidentů způsobených technikou tedy vybavením, které například nesplňuje technické parametry, a přesto bylo použito. Jedná se o technické incidenty při chodu organizace. O to složitější bylo vysvětlit

tyto rozdílly zaměstnancům, kteří nežádoucí události piší do NIS. Příkladem technických problémů je například nevhodné nakládání s odpadem.

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 23 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 77 pochybení v této problematice, což lze vyjádřit počtem 0,40 neshod na 1000 pacientů, a jedná se tedy 0,04 % evidovaných pochybení (Systém hlášení, s.d.b).

Relativně častou nežádoucí událostí tohoto typu bylo prosakování biologické tekutiny z pytle na biologický odpad, příčinou bylo 1. nekvalitně provedené uzavření nádoby s biologickým odpadem a 2. nevhodné zacházení s pytlem, ve kterém byla nádoba uložena, při předávání odpadu externímu dodavateli došlo k potřísnění obsahem pytle našeho i externího pracovníka a jednalo se rozhodně o technické pochybení z naší strany – následky v tomto případě nabyly vážné, bylo třeba zajistit oběma pracovníkům čisté oblečení, ale toto byl incident hodný zamyšlení a analýzy. V rámci těchto technických problémů sledujeme namátkově také nežádaný obsah v běžném odpadu a špinavém prádle, ale také například výpadek energií či problémy spojené s technickým vybavením budov.

Incidentů tohoto typu bylo v roce 2018 zaznamenáno 10, z nichž 9 se týkalo odpadů. Ani v jednom případě se však nejednalo o technický incident, který by zasáhl pacienta. Do konce dubna v roce 2019, je hlášeno již 15 incidentů, z nichž NU týkajících se odpadů je za období leden až duben 2019 evidováno také 9, a jako v období předchozím technická chyba v souvislosti s pacientem nebyla nahlášena žádná. Období v tuto chvíli nelze srovnávat, protože hlášení v roce 2018 začali iniciovat naši pracovníci zajišťující předávání odpadů smluvnímu dodavateli v srpnu. Typy těchto událostí, které se týkají pacientů, většinou spadají do jiných kategorií, a proto šablona 16 není tedy uvedena v NIS, ale je součástí řízené dokumentace na intranetu.

Šablona 16 **Technické problémy**

TECHNICKÉ PROBLÉMY			
popis konkrétní události:			
opatření:			
svědek	ne	ano	jméno:
v Žatci dne:		kdo informován:	
jméno a podpis:		jméno a podpis svědka:	

(Návrh šablony pro zavedení do řízené dokumentace odsouhlasen na schůzce týmu pro změnu systému hlášení nežádoucích událostí 11/2018)

4.14 Zdroje / management organizace

Pokorná píše, že „management organizace zahrnuje zejména nastavení celého systému řízení, hodnot a pravidel organizace, nastavení organizační struktury, řízení zdrojů, procesů a výkonnosti. Je to oblast průřezová, používají se v ní metody strategického řízení, metody z oblasti kvality a řízení efektivnosti a další. NU v managementu zahrnují pochybení v předávání dat, nesdílení informací apod., které ve svém důsledku vedou ke vzniku nežádoucí události“ (Pokorná a kol, 2017o).

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 21 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 14 pochybení v této problematice, což lze vyjádřit počtem 0,08 neshod na 1000 pacientů, a jedná se tedy 0,008 % evidovaných pochybení (Systém hlášení, s.d.b).

Tento typ nežádoucí události nebyl v žádném období sledován a tým se s vědomím ředitele organizace rozhodl v současném nastavení nemocnice jej nesledovat. Nemocnice je ve fázi změny a systémových příprav, kdy cílem vedení je příprava organizace k akreditaci SAK, o.p.s. Vedení i tým si je vědom důležitosti sledování této problematiky, ale tyto procesy a systémy jsou v různě pokročilých vývojových fázích, kdy není možné klíčovat související incidenty.

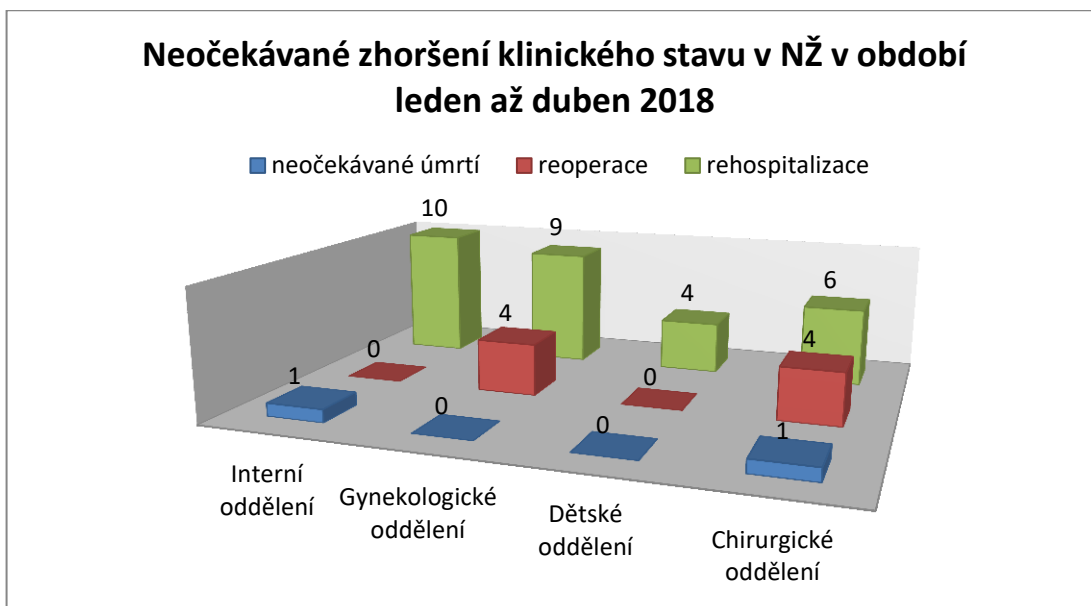
Mezi prvními typy pro evidenci a následnou analýzu dat stran managementu je analýza fluktuace zaměstnanců, která bude založena na hodnocení dotazníků vyplněných zaměstnanci, kteří vystupují z pracovního poměru. Tento dotazník je v režii personalistky a je ve fázi příprav.

4.15 Neočekávané zhoršení klinického stavu

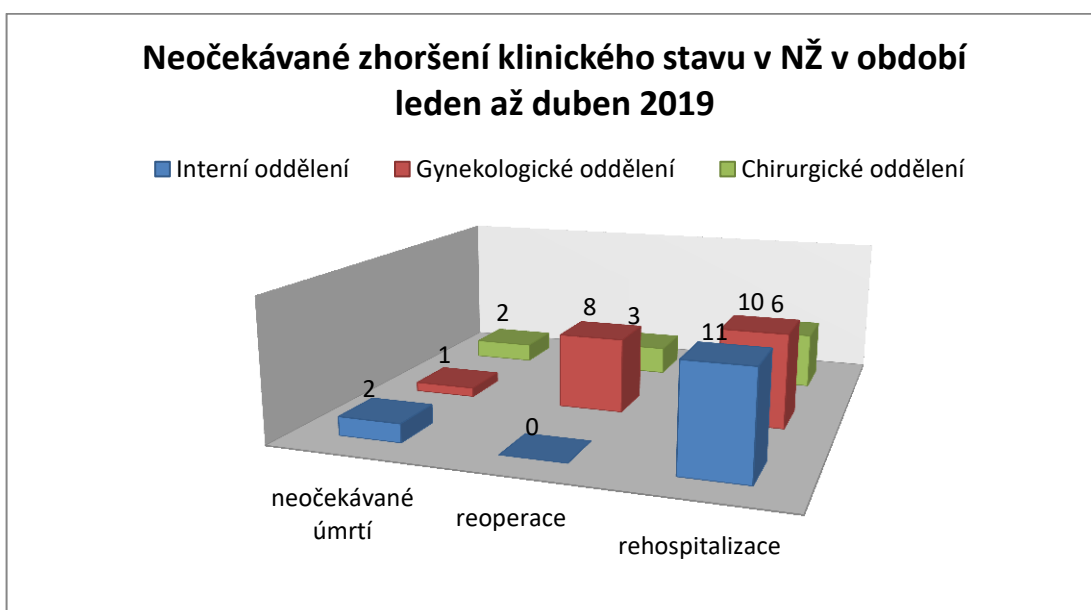
Jak uvádí Pokorná (a kol., 2017k) tento typ incidentu má za následek trvalé poškození pacienta případně jeho úmrtí. Neočekávaným zhoršením klinického stavu je takové zhoršení, u kterého není známo, jestli se mu dalo předejít. Nejde o stavy, kdy se předpokládalo, že klinický stav pacienta se tímto směrem změní. V rámci NIS sem zahrnujeme také reoperace či rehospitalizace provedené na základě zhoršeného klinického stavu, při standardním postupu v léčbě, diagnostice, péči či prevenci.

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 23 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 13 pochybení v této problematice, což lze vyjádřit počtem 0,07 neshod na 1000 pacientů, a jedná se tedy 0,007 % evidovaných pochybení (Systém hlášení, s.d.b).

V grafu 9 můžeme vidět evidenci událostí z období ledna až dubna roku 2018, kdy těchto incidentů bylo celkem 39, což odpovídá 1,22 % hospitalizovaných pacientů. Nejčastěji se v tomto období jednalo o rehospitalizaci do 7 dnů, kterých bylo 29. V porovnání s grafem 10 znázorňujícím evidenci zhoršení klinického stavu z období ledna až dubna 2019, kdy bylo zaznamenáno 43 případů, šlo o 1,55 % hospitalizovaných pacientů a opět je zde výrazný podíl rehospitalizací do 7 dnů, kterých bylo 27. Jak je z obou grafů patrné, neočekávaná úmrtí se vyskytla v roce 2019 za stejné období ve dvojnásobném počtu. Oproti analýze dostupných dat ze SHNU v ÚZIS jsou incidenty v Nemocnici Žatec, o.p.s. mnohem vyšší než v jiných zařízeních stejného typu, což může svědčit buď o nekvalitní poskytované péči, nebo o nesprávně vedené evidenci neshod v Nemocnici Žatec, o.p.s. nebo u jiných poskytovatelů zdravotních služeb.



Graf 9 Evidence nežádoucích událostí spojených s neočekávaným zhoršením klinického stavu v období leden až duben v roce 2018 (Olšanová, 2019b, WinMedicalc, a)



Graf 10 Evidence nežádoucích událostí spojených s neočekávaným zhoršením klinického stavu v období leden až duben v roce 2018 (Olšanová, 2019b, WinMedicalc, a)

4.16 NU Jiné

Je-li nežádoucí událost natolik specifická, že ji nelze zařadit do výše uvedených, pak má ÚZIS a samozřejmě dle jeho vzoru také NIS v NŽ tuto možnost volby. V současné době nenevidujeme žádnou událost zařazenou v možnostech jiné, v žádném sledovaném

roce. Po konzultaci s pracovníci ÚZIS, kdy jsme letos poprvé zadávali data o nežádoucích událostech evidovaných v našem systému, mi bylo řečeno, že do této NU jsou řazeny nozokomiální infekce.

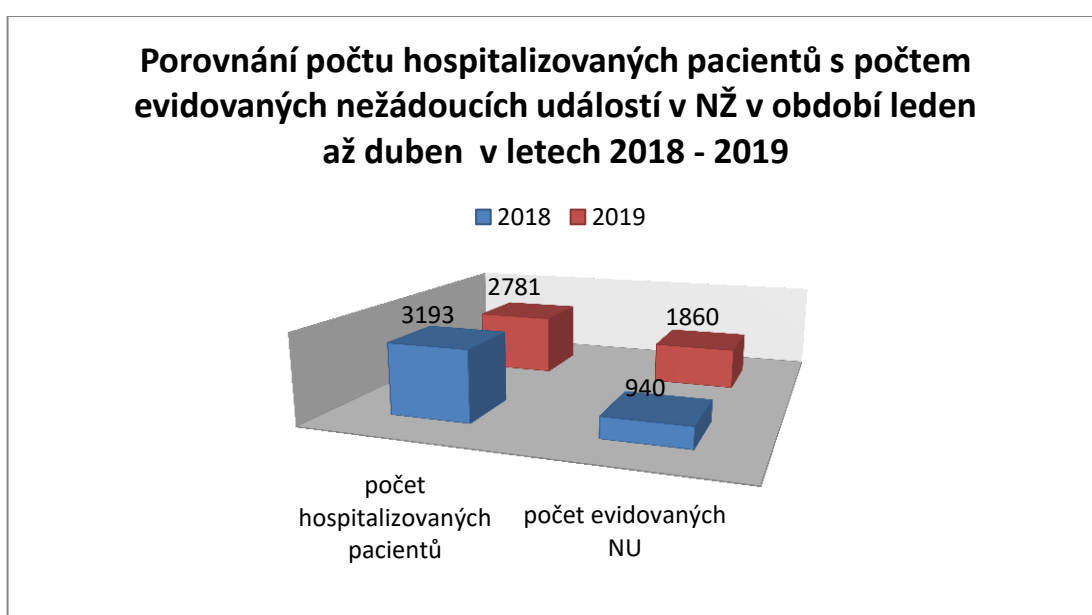
Tato infekce spojená se zdravotní péčí, jejíž mezinárodní název zní Health Care-Associated Infections nebo též Hospital Acquired Infections, vedeno zkratkou HAI, je charakterizována tím, že není u pacienta přítomna, v době přijetí k poskytovateli zdravotních služeb (Světová, 2007) a jak uvádí Pokorná (a kol., 2017p), je odhalena 48 – 72 hodin po přijetí do zdravotnického zařízení. O nežádoucí událost se pak jedná, pokud infekce vznikla v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

Z dostupných dat SHNU v ÚZIS z prvního pololetí roku 2017, bylo zjištěno, že ve 21 z 25 sledovaných ostatních nemocnicích v akutní péči s počtem 197.807 hospitalizovaných pacientů, bylo evidováno celkem 33 případů v této problematice, což lze vyjádřit počtem 0,18 neshod na 1000 pacientů, a jedná se tedy 0,018 % evidovaných pochybení (Systém hlášení, s.d.b).

NŽ v současné době nesleduje incidenci nozokomiálních infekcí žádným systémem a vzhledem k informacím z ÚZIS, kdy v budoucnu bude vytvořena přesně stanovená národní metodika pro sledování nozokomiálních infekcí, rozhodlo vedení nemocnice, že zatím nebude vytvářet žádný systém, ale vyčká na pokyny a postupy z národní metodiky.

4.17 Porovnání nejčastějších typů vyskytujících se NU v NŽ v časové ose

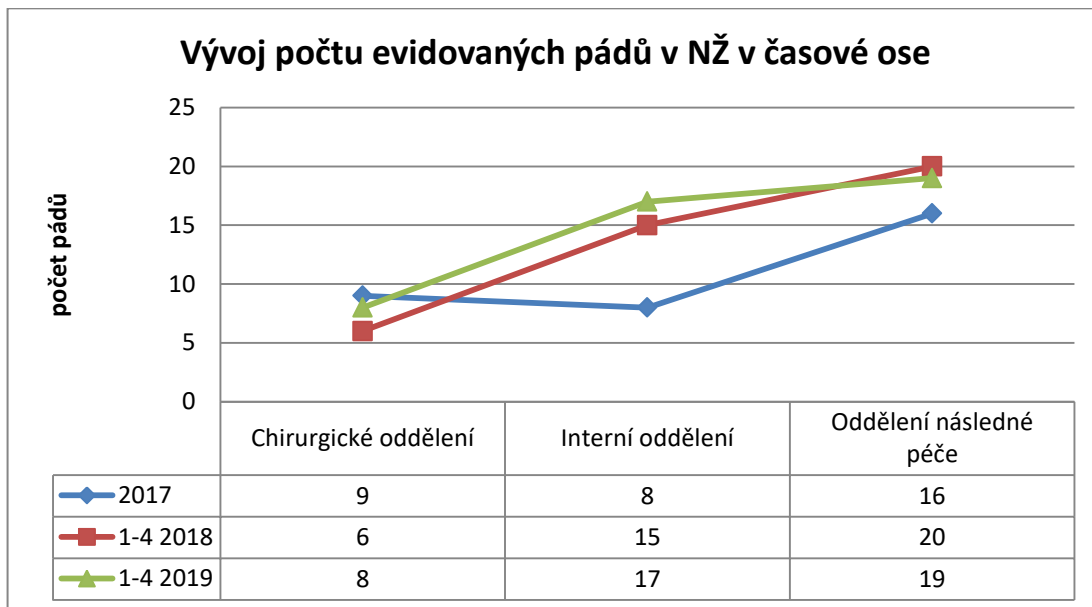
To, zda byl systém hlášení nežádoucích událostí po edukacích pracovníky pochopen, ukáže čas, pro první porovnání však můžeme zhodnotit to, co nám ukazuje graf 11, že v období ledna až dubna roku 2019, po zavedení systému šablon v NIS a řádných edukacích personálu, bylo evidováno celkem 1860 záznamů v mimořádných událostech oproti lednu až dubnu roku 2018, kdy evidovaných událostí bylo 940. V těchto číslech jsou uvedeny všechny nežádoucí události, bez členění a klíčování. Je patrné, že personál začal systém více využívat, je však otázkou, zda klíčování odhalí relevantní používání systému a povede k vyšší kvalitě poskytované péče, tím, že se z vlastních chyb poučíme.



Graf 11 **Porovnání počtu hospitalizovaných pacientů s počtem evidovaných nežádoucích událostí v NŽ v období leden až duben 2018-2019** (WinMedicalc, s.d.a, WinMedicalc, s.d.b)

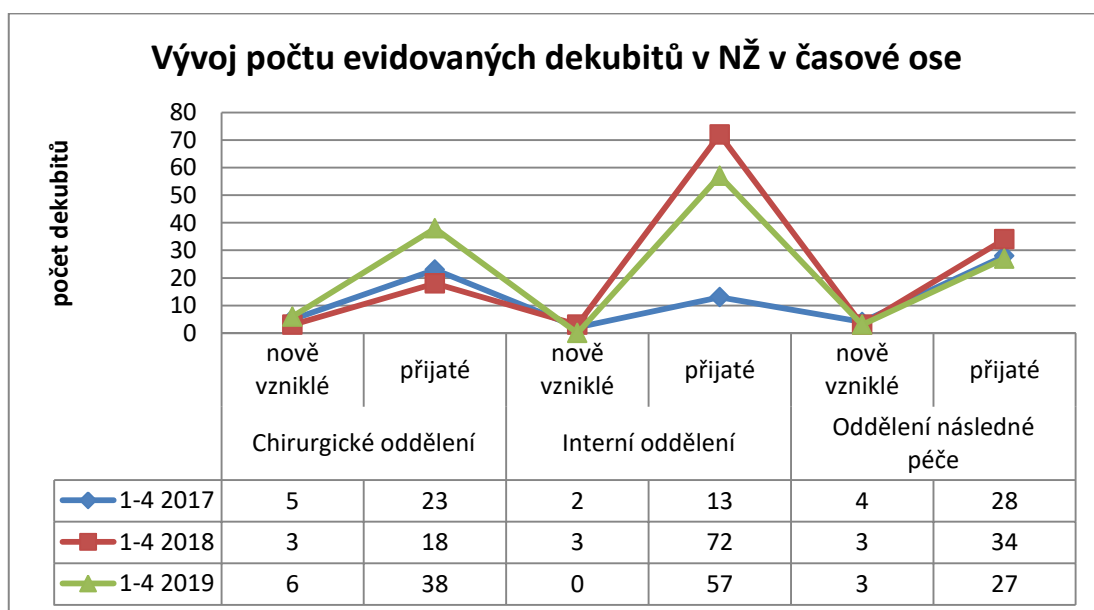
Pro porovnání jsem zvolila tři nejčastější typy nežádoucích událostí. Jedná se o výskyt dekubitů, evidenci pádů a hlášení rizikového chování osob. V období května 2018 až dubna 2019 bylo v Nemocnici Žatec, o.p.s. uzavřeno dětské oddělení, což se projevilo na celkovém počtu obložnosti a za leden až duben 2019 se tak průměrný počet NU v poměru k počtu hospitalizovaných pacientů lehce navýšil, a to z prostého důvodu, že dětské oddělení nevykazovalo v žádném období NU ani hospitalizované pacienty. Dalším oddělením, které v roce 2019 nemá vykázány NU ani hospitalizované pacienty je porodnická část gynekologického oddělení, které bylo v květnu roku 2018 uzavřeno a již se ho nepodařilo znovu otevřít.

Vezmeme-li v úvahu charakter NU – Pády – a podíváme-li se na graf 12, vidíme, že na lůžka následné péče a na chirurgické oddělení neměla změna systému hlášení NU velký vliv, je však patrné, že interní oddělení začalo zaznamenávat tento typ nežádoucí události s větší vážností. Zvýšená evidence nejen pádů byla potvrzena také dotazníkovým šetřením.



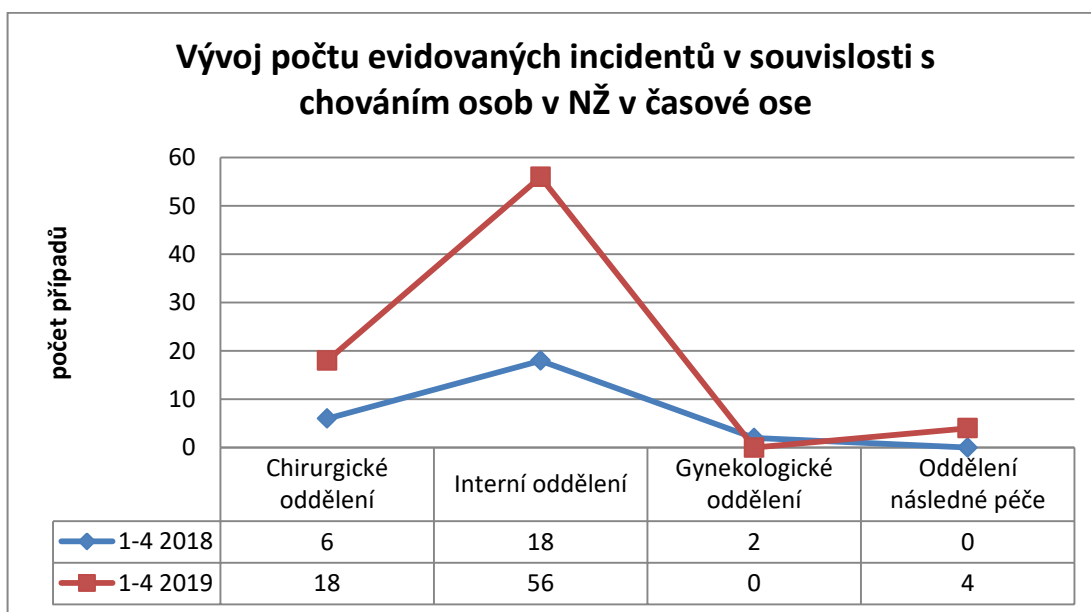
Graf 12 Vývoj počtu evidovaných pádů v NŽ v časové ose (WinMedicalc, s.d.a, WinMedicalc, s.d.b)

Grafické znázornění vývoje evidovaných dekubitů, jak je patrné z následujícího grafu 13, ukazuje že evidence nově vzniklých dekubitů byla nastavena již před změnou kvalitně, výskyt tohoto typu nežádoucí události se ve sledovaných obdobích příliš neodchyluje, stejně je tomu tak i v případě evidence této NU na lůžkách následné péče, kde se počty v poměru k přijatým pacientům neliší a jejich evidence zjevně nebyla ovlivněna změnou systému hlášení NU. Oproti tomu na hodnotách evidovaných u lůžek akutní péče je u přijatých dekubitů zřetelný výrazný nárůst v evidenci, která nebyla vhodně nastavena. Chyběl standardizovaný postup a personál neměl dostatečné možnosti ani informace pro hlášení této specifické nežádoucí události.



Graf 13 Vývoj počtu evidovaných dekubitů v NŽ v časové ose (WinMedicalc, s.d.a, WinMedicalc, s.d.b)

V grafu 14 pak můžeme porovnat evidenci chování osob, jak již bylo uvedeno výše. V roce 2017 nebyla tato událost sledována, změnou v systému v období leden až duben roku 2018, kdy nebylo pracovníkům zcela jasné, co a jakým způsobem mají evidovat jako mimořádnou událost v chování osob. Po řádné edukaci nastal v období ledna až dubna roku 2019 dvojnásobný a na interním oddělení dokonce skoro trojnásobný nárůst v evidenci těchto incidentů.



Graf 14 Vývoj počtu evidovaných incidentů v souvislosti s chováním osob v NŽ v časové ose (WinMedicalc, s.d.a, WinMedicalc, s.d.b)

5. Diagnostika systému sledování NU po řízené změně

5.1 Výsledky dotazníkového šetření

Analýza dotazníkového šetření byla přijata jako vhodná metoda pro diagnostiku stavu systému sledování nežádoucích událostí po provedené řízené změně. Data a hodnoty výskytu incidentů lze získat z NIS a ze správné evidence tištěných formulářů, které mají pracovníci k dispozici v řízené dokumentaci. Jedním z cílů této studie však také bylo zjistit, zda spolupráce, komunikace a edukace pracovníků vedla ke zvýšenému zaznamenávání nežádoucích událostí v prvním čtvrtletí 2019 oproti předešlému období.

V květnu 2019 proběhlo v nemocnici dotazníkové šetření, formou „face to face“ dotazování. Bylo osloveno 100 respondentů, z nichž 10 byli řadoví lékaři, 16 vedoucích pracovníků a 74 nelékařských zdravotnických pracovníků. V nemocnici pracuje 264 zaměstnanců, z nichž 34 je lékařů, a 10 lékařů tedy odpovídá 29,41 % zastoupení, 158 nelékařských zdravotnických pracovníků, z nichž 90 odpovídá 56,96 % zastoupení a 72 dalších pracovníků mimo zdravotnické profese, kterých se mé dotazníkové šetření nedotýkalo, protože nemají přístup do NIS. Při dotazování a vyhodnocování jsem oddělila respondenty lékaře od nelékařských zdravotnických pracovníků a to zejména kvůli zajištění relevantnějšího výsledku.

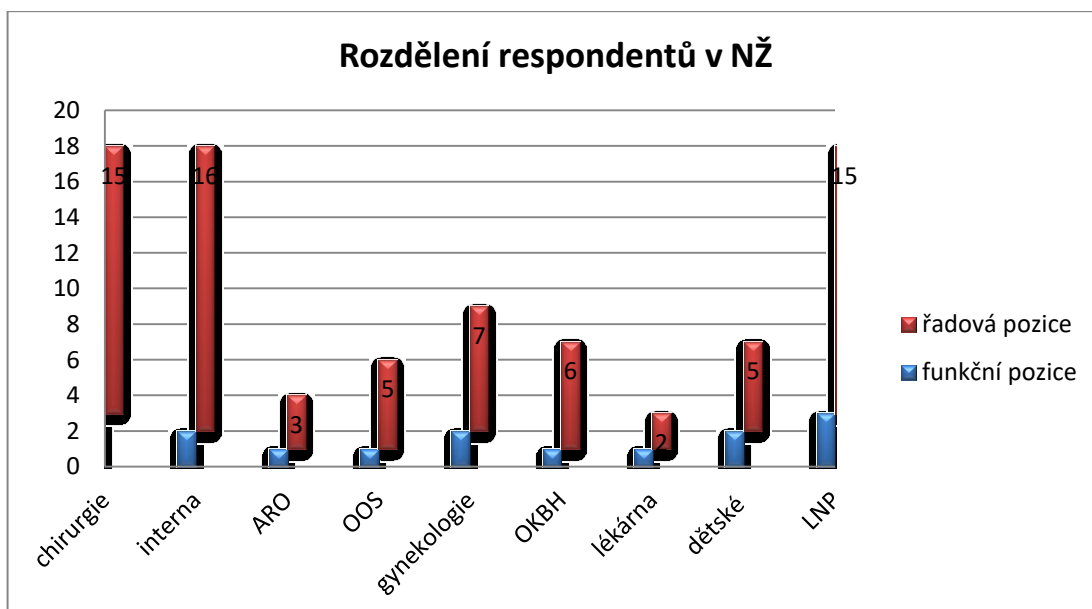
Z auditů jednotlivých NU vyplývá, že v 98 % jsou zapisovateli právě nelékařští zdravotničtí pracovníci. Z dotazníkového šetření byli vyloučeni pracovníci z týmu a ti, kteří se aktivně podíleli na změnách v systému hlášení nežádoucích událostí.

V krátkých rozhovorech, jsem se dotazovala 10 lékařů pracujících na lůžkových stanicích interního a chirurgického oddělení a na oddělení lůžek následné péče. Jednalo se o 3 lékaře ve vedoucích pozicích, 3 lékaře bez atestací a 4 lékaře s atestacemi. Z těchto deseti respondentů se 90 % shodlo, že je jim jedno, jak systém vypadá a zda má předdefinovaný text. Vyhovuje jim, že je vidět záznam v klinických událostech v NIS a díky tomu méně zapomínají uvést například do propouštěcí zprávy případnou NU. Všichni pak shodně uvedli, že jim stejně musí zápis nežádoucí události, která spadá do zápisu v jejich režii, připomínat sestra a ideálně jim vše připravit, případně je v NIS navést, kam mají danou klinickou událost zapsat. Lékaři shledávají velkou výhodu v události dekubitů, díky které nezapomínají na zadání vedlejší diagnózy dekubitů a tím správné vykazování v systému DRG.

Dotazování u nelékařských zdravotnických pracovníků probíhalo také na jejich stanicích. Vzhledem k situaci, kdy většinu personálu znám a vím jaké, kdo má pracovní

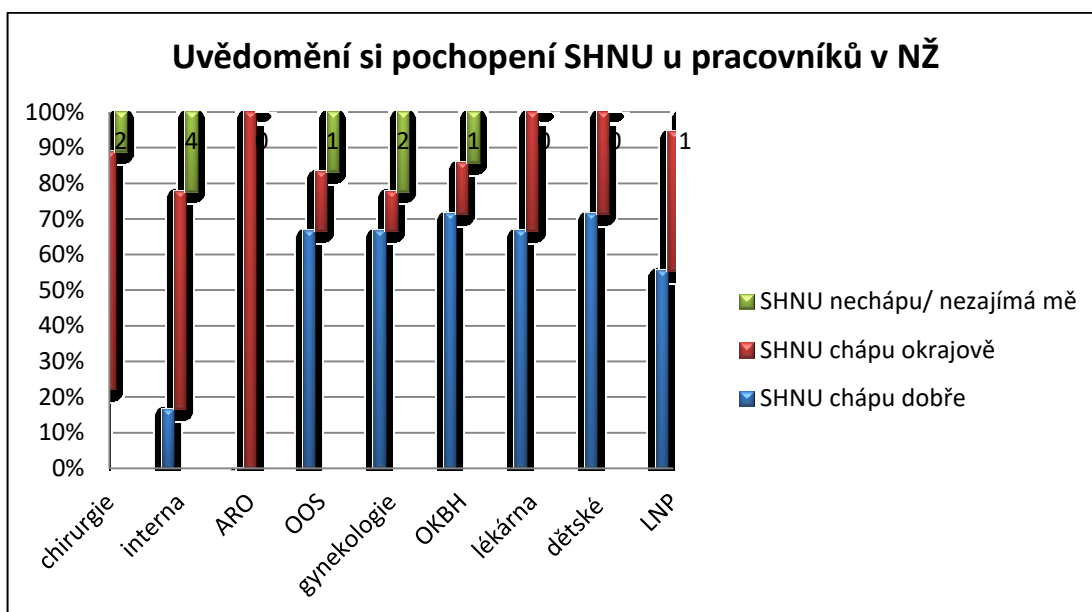
zařazení, jsem první otázku v rozhovorech kladla jen ve výjimečných případech. Rozdělení respondentů v grafu 15 nám ukazuje, že z počtu již zmíněných 90 respondentů bylo 16 ve vedoucí pozici a 74 řadových pracovníků.

Je otázkou, zda skutečnost, že mne jako výzkumníka respondenti znají, neovlivnila a pokud ano, pak do jaké míry ovlivnila, výsledky dotazníků. Při plánování dotazníkového šetření jsem zvažovala, jaká forma dotazníku bude nejvhodnější a vzhledem ke skutečnosti, že personál si postupně zvyká na přítomnost manažera kvality a neustálé dotazování při různých auditech, přišlo mi vhodné použít právě dotazníkovou formu „face to face rozhovoru“. Myslím si, že v tomto případě byla forma zvolena vhodně, nejen proto, že respondenti měli možnost vyjádřit se k otázkám, ale zejména proto, že jak pro výzkumníka, tak pro informanta vznikl po zodpovězení dotazníku prostor pro individuální, soukromou diskusi, která některá zjištění mohla rozvést nebo naopak upřesnit. Každý respondent byl upozorněn, že jeho postoje a názory budou využity anonymně, jen pro rozvoj daného systému a účely diplomové práce a zaručila jsem se, že nebudou v žádném případě použity proti jeho osobě. Anonymita, vzhledem ke skutečnosti, že většinu respondentů znám, je relativní, je však založena na důvěře, která je vzhledem k dlouholetým vztahům s pracovníky ověřena.



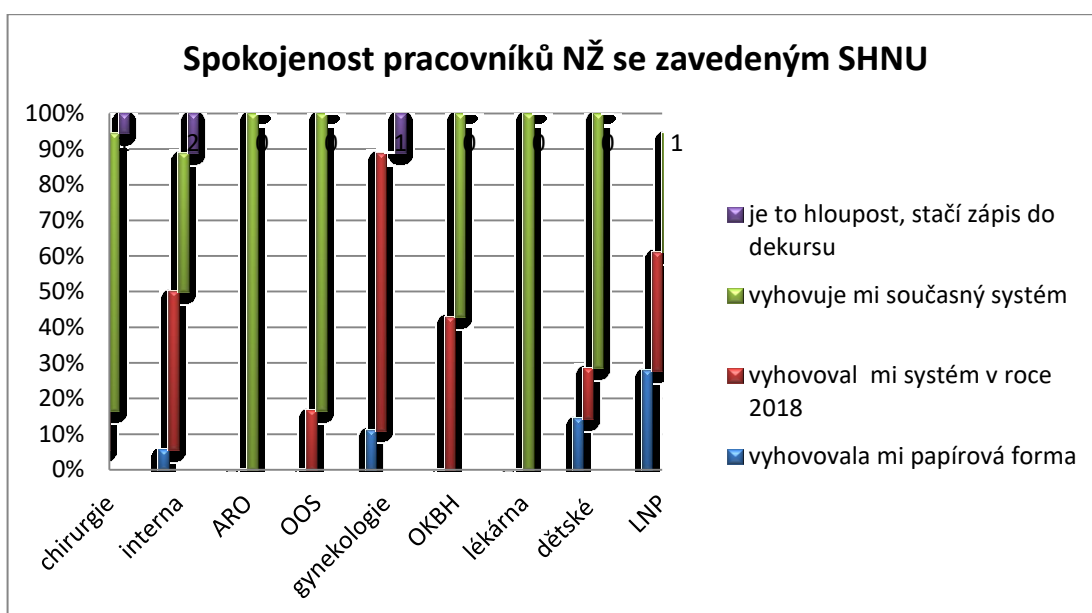
Graf 15 Rozdělení respondentů v NŽ (Olšanová, 2019a)

Graf 16 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „Pomohly Vám rozhovory a edukace v oblasti pochopení problematiky SHNU pro potřeby naší nemocnice?“. Díky komunikaci a řešení tématu i na schůzkách jednotlivých oddělení, odpovědělo 39 respondentů, tedy 43,33 %, že SHNU chápou dobře, 40 respondentů, tedy 44,44 % okrajově a pouze 11 respondentů, tedy 12,22 % systém buď nechápe, nebo je tato problematika nezajímá.



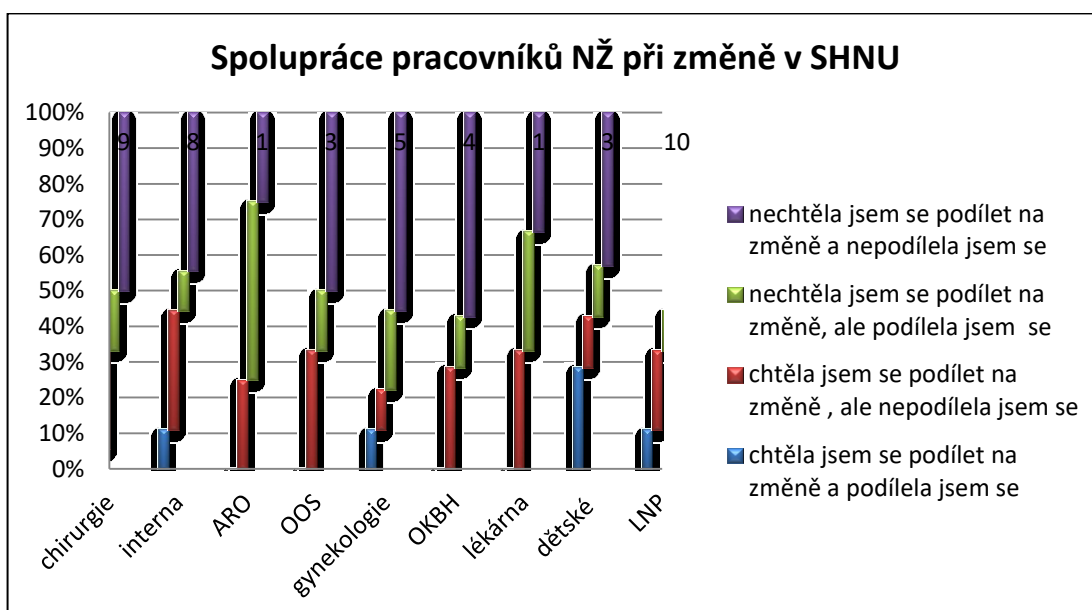
Graf 16 Pochopení SHNU u pracovníků v NŽ (Olšanová, 2019a)

Třetí dotaz byl směřován na spokojenost s nově zavedeným systémem. V grafu 17 vidíme, že 48 respondentům, tedy 53,33 % vyhovuje současný systém sledování NU v NIS, 28 respondentů, tedy 31,11 %, jich bylo spokojenějších se systémem, kdy nebyly vypracovány šablony pro vyplňování v NIS a obsah zápisu byl plně na uvážení zapisovatele, 9 respondentů, tedy 10 %, uvedlo jako pro ně optimální papírovou formu, která byla sice rozsáhlejší, co do obsahu informací, ale mohli ji vyplňovat kdykoli a kdekoli, bez ohledu na vytížení PC techniky, ale našlo se také 5 respondentů, tedy 5,5 %, kteří vyjádřili své nesouhlasné stanovisko se systémem sledování NU jako takovým.



Graf 17 Spokojenost pracovníků v NŽ se zavedeným SHNU (Olšanová, 2019a)

V rámci zavádění řízené změny je velice důležité zapojení všech pracovníků do procesů dané změny, čtvrtou otázkou kladenou pracovníkům jsem si chtěla ověřit, zda jsme při změně opravdu dali prostor všem, kdo by mohli procesy a systém nějak ovlivnit. Z dotazovaných 90 respondentů, jak ukazuje graf 18 takřka polovina, a to 44, tedy 48,88 %, přiznala, že se na změně podílet nechtěli a ani se nepodíleli, pouhých 15 respondentů, tedy 16,66 %, se podílet chtělo, ale nenašli vhodnou příležitost, nebo odvalu zapojit se do procesů. Naopak 23 respondentů, tedy 25,55 %, nemělo zájem podílet se na změně, ale pozice nebo okolí je určitým tlakem k tomu přimělo a jen pouze 8 respondentů, což odpovídá 8,89 %, přistupovalo ke změně vlastním zájmem.

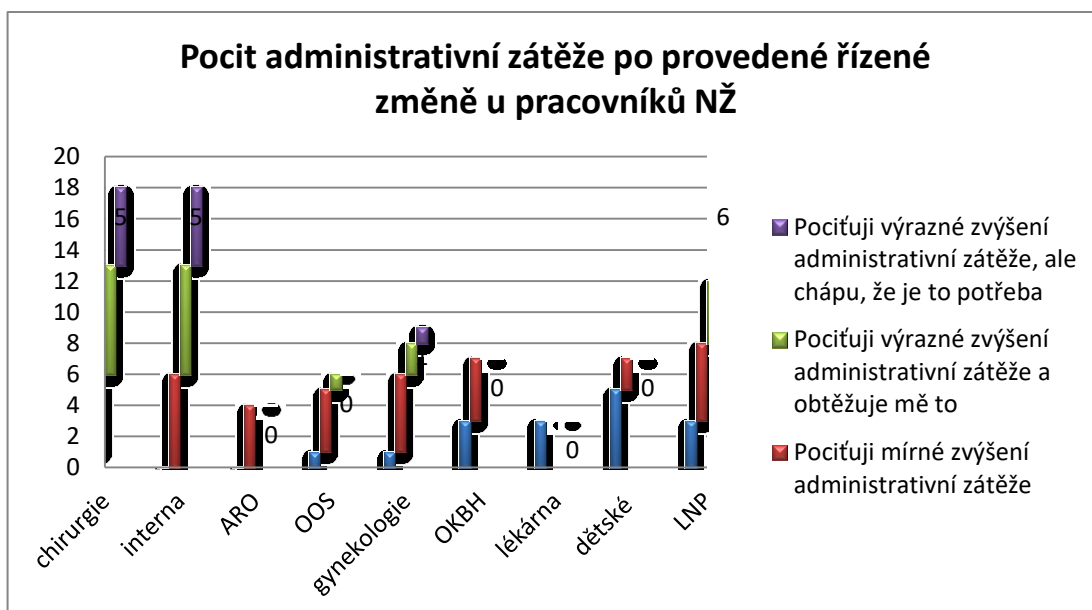


Graf 18 Spolupráce pracovníků NŽ při řízené změně v SHNU (Olšanová, 2019a)

Tento poznatek mne vede k zamyšlení, jak nastavit proces při řízení změny tak, aby lidé, kteří mají zájem podílet se na změně, byli zapojeni, a aby lidé, kteří byli zapojeni do procesu řízené změny, se k tomu necítili být přinuceni. Z teoretického hlediska, zde došlo k selhání či nenaplnění hned několika kroků dle Kottera (2006), a to ve fázích: vyvolání pocitu potřeby změny, účinného hledání vhodných komunikačních kanálů a také odstraňování překážek a rizik. Svědčí to o nezvládnutí jednoho ze základních pravidel pro řízenou změnu. Tým nebyl přesvědčivý a nepřiměl personál k pocitu potřeby změny, o které jsem již psala v části II. kapitole 4. I přes existenci tohoto pocitu, je třeba přiznat, že zavedení změny se podařilo a zaměstnanci přijali nově nastavený systém sledování nežádoucích událostí jako součást svých povinností, které dle výsledků analýzy plní.

Pocit administrativní zátěže spojený s řízenou změnou jako pátý dotaz, znázorňuje graf 19, je z něj patrné, že shodně, a to 17 respondentů, tedy 19,89 %, pociťuje výrazné

zvýšení administrativní zátěže s pochopením potřeby tohoto systému a stejně velká skupina nepocituje výrazné navýšení administrativní zátěže, celých 35 respondentů, tedy 38,89 %, pocituje mírné zvýšení administrativní zátěže, ale z rozhovorů vyplynulo, že to nepřikládá změně v systému hlášení NU. 21 respondentů, tedy 23,33 %, se cítí být obtěžováno přílišnou administrativou, ale neví, jestli celkově, kdy nemocnice sama je v procesu neustálých změn a nových dokumentů, či pouze v souvislosti se změnou v zadávání NU do NIS.



Graf 19 **Pocit administrativní zátěže po provedené řízené změně u pracovníků NŽ** (Olšanová, 2019a)

Šestá otázka dotazníku byla pokládána úmyslně jako otevřená, šlo zejména o to, aby se personál mohl vyjádřit k čemukoli, co ho v problematice systému nežádoucích událostí brzdí nebo naopak posouvá. Nejčastějšími reakcemi personálu, bez ohledu na předchozí odpovědi, bylo ve 46 případech, tedy v 51,11 %, pozitivní přijetí šablonového systému, vytvořeného prakticky pro všechny existující události, které již proběhly, nebo jsme schopni přiznat, že by mohly vzniknout.

Nejen všichni lékaři, ale také 80 respondentů, což odpovídá 88,89 %, z řad nelékařského zdravotnického personálu uvedlo, že je pro ně velkým pozitivním faktorem možnost zadat do nežádoucích událostí chování osob, jak již bylo zmíněno v části III. kapitole 4.11, personál má pocit, že agrese pacientů stoupá a dosud slyšeli stále jen větu „Pacienti mají práva“, personál se cítí být bezpečnější a také v právu, když může „beztrestně“ zaznamenat chování osob, ať už se týká čehokoli. Možností evidovat tuto

konkrétní událost mají pocit větší opory ve vedení organizace. Kdy tři pracovníci přímo řekli “Konečně se někdo také stará o nás, a ne jen o pacienty.“

5.2 Pohled manažera kvality na průběh řízené změny a možnosti zpracování dat

Změna, pro kterou se vedení nemocnice rozhodlo, vyžadovala spolupráci nejen týmu, ale většiny pracovníků v organizaci, nevhodná, nedostatečná edukace, či podcenění některých faktorů vedlo k prvotním negativním postojům i v samotném týmu. Manažer kvality musel vynaložit představivost při vysvětlování, co by správně nastavený systém mohl přinést. Tým sám byl dosti skeptický a manažer v průběhu celého procesu musel opakovaně připomínat termíny schůzek. Po dvou spíše neúspěšných setkáních v září 2018, byly manipulací za pomoci hlavní sestry rozděleny úkoly. Hlavní sestra je letitá pracovnice, znala poměrů v organizaci a ukázalo se, že je vhodným spojencem pro udržení týmu v odpovídajícím pracovním tempu. Tým jí naslouchal, a byť koordinátorem byl manažer kvality, postoj a intervence hlavní sestry se staly „nezbytnými podmínkami úspěchu vnitřního přesvědčení spolupracovníků“ (Bedrnová 2002).

Vytvoření šablon v NIS pociťuje jako přínosné zejména z uživatelského hlediska pro personál, který data zadává. Jak již bylo zmíněno, NIS WinMedicalc je nyní před upgradem na vyšší verzi, kdy bude jedna úroveň přeskočena a nastaveny v tuto chvíli verze nejnovější. S IT technikem, byly připraveny požadavky na členění určitých typů dat, která nyní není možné klíčovat, jako například oddělení jednotlivých stanic spadajících pod jeden úsek. V praxi to bude znamenat, že data nebudou jako dosud zobrazena například pod chirurgickým oddělením, ale pod jeho jednotlivými stanicemi, jako jsou tři typy ambulancí a dvě lůžkové stanice. Pro potřeby hlášení nežádoucích událostí do SHNU ÚZIS ČR pak budou skutečně hlášena data týkající se hospitalizovaných pacientů.

5.3 SWOT analýza

Jak uvádí Plevová (2012) SWOT analýza je pohotovou, velmi užitečnou technikou analýzy, při které získáme odpovídající znalosti interního nastavení organizace, ale také dopadu vlivů vnějšího prostředí na ni. Slouží k ujasnění důležitých charakteristik v organizační taktice i strategii, i když se může zdát jednoduchá. Tato SWOT analýza vznikla pro doplnění obrazu řízené změny v systému hlášení nežádoucích událostí. Byla zpracována v květnu 2019 manažerem kvality, jako součást diagnostiky systému evidence nežádoucích událostí po provedené řízené změně.

Silné stránky:

- firemní kultura je založená na individuálním přístupu;
- nemocnice má kvalitní NIS – WinMedicalc, který umožňuje evidenci i následné shrnutí statisticky upravených dat pro možnosti analýzy;
- motivace pracovníků zadávat nežádoucí události je po provedených úpravách a zavedení vnitřního systému hlášení NU pozitivní.

Slabé stránky:

- nedostatečný stav přístrojového zajištění, kdy PC technika je v nevyhovujícím počtu a sestry musí na možnost zadat informace elektronicky do NIS čekat;
- absence vnitřních předpisů způsobuje absenci systematické personální práce;
- nedostatečná, případně nevhodná komunikace s okolím, externími dodavateli, jinými poskytovateli zdravotních či sociálních služeb;
- nedostatečný systém kontroly kvality poskytované péče, způsobený absencí vnitřních předpisů, není stanoveno, jak má proces vypadat, nemůže být tedy kontrolován, s čímž souvisí také nedostatečný proces plánování, kontroly a controllingu;
- slabé využití nástrojů IT v procesech řízení, chybí persona, která by tyto nástroje ovládala a následně s nimi dále pracovala;
- absence koncepce/vize nemocnice.

Příležitosti:

- upgrade NIS WinMedicalc na vyšší verzi v září 2019;
- změna v nastaveném systému hlášení nežádoucích událostí, sledováním určitých nastavených parametrů;
- vytvoření nových konceptů a strategií na základě informací zjištěných při analýzách nežádoucích událostí;
- rozvoj následné péče i akutní ošetrovatelské péče na základě získaných dat z analýz nežádoucích událostí;
- rozvoj dalších služeb na základě potřeb zjištěných při analýzách nežádoucích událostí;
- edukace personálu a podpora celoživotního vzdělávání nejen v problematických oblastech na základě potřeb zjištěných při analýzách nežádoucích událostí;
- aktivní účast na národních konferencích, či sympóziích s představením námi vytvořeného systému hlášení nežádoucích událostí;
- možnosti porovnání se s organizacemi stejného typu, na základě informací zjištěných při analýzách nežádoucích událostí;

- oživení komunikace okolními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb a možnosti sdílení vlastních zkušeností;
- využití komunikace s vedením obce a občany města a jeho přilehlých částí s výsledky zjištěními při analýzách nežádoucích událostí a představení jim nových konceptů a strategií.

Hrozby:

- nedostatek zdravotnického personálu;
- unavený, přetížený personál;
- neočekávaný odchod lékařů a ostatního zdravotnického personálu;
- nedostatečně či nevhodně edukovaný personál;
- zvyšující se agrese pacientů a jejich blízkých;
- vyšší legislativní zásah do struktury péče, či jiné podstatné části procesu.

IV. ZÁVĚR

1. Hodnocení

V úvodu empirické části, kapitole 2.1 byly stanoveny tři cíle práce. První cíl „*Popsat změnu procesů v systému hlášení nežádoucích událostí v Nemocnici Žatec, o.p.s., řízenou na základě legislativních požadavků a technických možností společnosti v období 2018-2019.*“, byl splněn. V oddílu 3 empirické části byly popsány procesy řízené změny, díky nimž bylo možno změnu naplánovat a následně realizovat.

A v kapitole 4 pak byly představeny vytvořené návrhy pro dokumentaci ke sledování jednotlivých nežádoucích událostí. Ve spolupráci s IT pracovníkem byly navrženy šablony buď implementovány do NIS, nebo do řízené dokumentace formou dostupných elektronických formulářů, s možností vyplnění v elektronické podobě, případně určených k tisku a ručnímu vyplnění. Dále bylo navrženo technické zvládnutí systému, které bude po aktualizaci NIS na novou verzi řešeno s dodavatelskou firmou.

Použitím fish bone diagramů ve všech oblastech NU, které jsou sledovány, byly odhaleny nedostatky, které byly odstraněny před samotnou implementací tohoto systému do NIS. Potvrdila se nám prvotní myšlenka, že ve zkušební době 3 měsíců se nemusí objevit všechny definované nežádoucí události, ale také domněnka, že předdefinované texty zjednoduší práci se systémem a následně také analýzy získaných dat.

Ve všech fázích bylo možno přijímat písemné podněty a návrhy pro zlepšení systému hlášení NU a to i od jiných pracovníků než od členů týmu, nebylo to však časté. Veškeré podněty a návrhy byly konzultovány na setkáních pracovního týmu, kam byl přizván i navrhuující pracovník a bylo rozhodnuto, zda dojde k realizaci návrhu či nikoli. Tímto byla zajištěna nejen možnost spolupráce dalších pracovníků na nastavování systémů v organizaci, ale také reflexe tohoto procesu. Byla tím podpořena nejen motivace k zaznamenávání nežádoucích událostí a v neposlední řadě také vývoj systému samotného. Takto se však zapojili jen dva pracovníci, jak bylo uvedeno v textu.

V kapitolách 4.1 - 4.16 empirické části byly podrobně představeny jednotlivé nežádoucí události dle metodiky (Pokorná a kol., 2018). Jako zdrojová data byly použity hodnoty statistik z NIS WinMedicalc v Nemocnici Žatec, o.p.s. a vždy byla uvedena data z dostupné analýzy pilotního sběru sledování nežádoucích událostí SHNU ÚZIS ČR, za 1. pololetí roku 2017, kdy vzhledem k velikosti nemocnice, byla použita data vedená pod kategorií nemocnic B: ostatní nemocnice akutní péče (Systém hlášení, s.d.a). Tímto byl splněn druhý cíl práce, tedy „*Porovnat množství a typ zaznamenaných dat z období prvního čtvrtletí 2018 a prvního čtvrtletí 2019.*“. U některých typů nežádoucích událostí pak byla

uvedena také data z roku 2017, což napomohlo lépe představit obraz vývoje systému hlášení nežádoucích událostí v Nemocnici Žatec, o.p.s.

Poslední fází tohoto procesu byla reflexe vytvořeného stavu systému hlášení NU, která analýzou dat a diagnostikou procesu s přímým dotazováním, kdy formou strukturovaných rozhovorů s uživateli systému, kterými jsou na jedné straně pracovníci zadávající data, a na druhé straně manažer kvality zpracovávající data nežádoucích událostí, splnila třetí cíl práce, a to: *„Zjistit, zda spolupráce, komunikace a edukace pracovníků vedla ke zvýšenému zaznamenávání nežádoucích událostí v prvním čtvrtletí roku 2019 oproti předešlému období.“*

Reflexe a dotazníkové šetření odhalily silné i slabé stránky systému, ale také jeho vyšší uživatelskou přívětivost. Bylo prokázáno, že edukace zaměřená zejména na ošetrovatelský personál je na místě, protože lékaři se na sestry obracejí, když potřebují pomoci se zadáváním specifických klinických událostí do systému, ale také, že lékařům vyhovuje propojení systému sledování nežádoucích událostí v NIS, kde lze data snáze využívat pro jejich potřeby.

Vrátím-li se k odstavci 2.1 v teoretické části, pak povinnost zavést interní systém sledování nežádoucích událostí, který nebyl plně funkční a nezahrnoval mnoho typů nežádoucích událostí, jak bylo popsáno v jednotlivých nežádoucích událostech, a který dále nesledoval události v podobě dat, která by se dala dále využívat, byla splněna a řešena ve všech oblastech až tehdy, pokud vznikla povinnost data hlásit do SHNU ÚZIS.

Našli se pracovníci, kteří pro zjednodušení a zefektivnění vlastní práce začali v nemocničním informačním systému po změně v zadávání nežádoucích událostí v NIS, využívat možnosti statistických údajů, týkajících se některých typů nežádoucích událostí.

Tato řízená změna byla přínosem nejen pro manažera kvality, který zadává data do národního systému hlášení nežádoucích událostí Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, ale pro organizaci jako takovou. Někteří pracovníci z týmu, který řídil změnu, a v organizaci již změny takového rozsahu zažili, se shodli na názoru, že takto procesně vedená změna, i když její iniciace byla legislativní, je jednou z mála změn přijatých většinou zaměstnanců s menším odporem.

2. Užitečnost

Přínosem pro organizaci by mělo být účelnější zpracování získaných dat z nově implementovaného systému sledování NU oproti procesu sledování NU v původní podobě. Smyslem změny systému hlášení nežádoucích událostí je zadávat data v co nejstrukturovanější formě a následně s daty dále pracovat tak, aby docházelo ke zlepšování kvality a zejména bezpečnosti všech zúčastněných stran prostřednictvím nastavování relevantních systémových opatření v dané organizaci, která budou vycházet z dat získaných touto cestou.

Základními požadavky změny tohoto systému jsou jeho praktické a přitom jednoduché používání, s ohledem na administrativní zátěž zdravotnických pracovníků. Dále možnost zápisu těchto událostí podle Věstníku MZ ČR č. 7/2018 do centrálního SHNU v ÚZIS a to dle jednotné terminologie, ale také transparentnost systému při předávání dat. V tuto chvíli není možné, přesně stanovit možnosti srovnání těchto údajů na národní úrovni, vzhledem ke skutečnosti, že povinnost tato data hlásit je sice datována od 1. ledna 2018, ale data z roku 2018 mají poskytovatelé zdravotních služeb povinnost do systému zadat do 31. května 2019. Z čehož vyplývá, že srovnání s daty organizace stejného typu bude možné až po zpracování dat v ÚZIS.

Informace, že událost, kterou všichni lékaři shodně označili jako nejvyužívanější z jejich strany a to chování osob, ve velké míře nejen na lůžkových stanicích, ale také v ambulantní péči, mne vede k položení stejné otázky. Dodavateli NIS je třeba zadat požadavek, na rozčlenění nejen některých informací obsažených v událostech, ale zejména oddělení událostí evidovaných pod jednotlivými středisky. Pro evidenci a hlášení do SHNU ÚZIS je třeba oddělit lůžkovou akutní, intenzivní a ambulantní složku, i pokud jde o stejné oddělení.

Data tímto způsobem získaná pak mohou být skutečně porovnávána s daty poskytovatelů zdravotní péče stejného rozsahu. Pokud však systém i nadále bude analyzovat data jen dle jednotlivých oddělení, množství případů bude sice pro potřeby organizace vykazováno a bude moci být hodnoceno, avšak k počtu hospitalizovaných pacientů nebude relevantní evidencí a zadaná data nebudou odpovídat realitě.

3. Použitelnost

Pro potřeby organizace pak toto klíčování může odhalit procesní pochybení, případně nevhodnou či nedostačující edukaci personálu. Pokud budeme moci ze statistických dat analyzovat původce, mohou být edukace, případně jiné metody, použity mnohem efektivněji. Audit dané klinické události vytvořené, v NIS, sice ukáže, kdo událost zavedl, ale tento postup je složitý v procesu, kdy je třeba kontrolovat konkrétní klinickou událost. K tomuto kroku však přistupujeme jen v souvislosti se závažným incidentem.

Na základě zjištěných dat, která dříve nebyla sledována, zejména v problematice dekubitů na interním oddělení, bylo v roce 2019 výrazně jednodušší získat z ekonomického úseku finanční částku na zabezpečení této problematiky, než v předchozích letech. Personál sice pociťuje stejné zatížení v této oblasti, ale vedení interního oddělení nemělo data, o která by mohlo své potřeby opřít. Ekonomický úsek sice tuto problematiku chápal, ale teprve když vedení interního oddělení mohlo s těmito daty dále pracovat a ukázat, jaké náklady jsou spojené s touto problematikou a až ve chvíli, kdy analýza dat z roku 2018 prokázala, o jaké množství pacientů s dekubity je na interním oddělení pečováno, byl ekonomický náměstek ochotný plně naslouchat a uvolnit žádanou částku. V předchozích letech byla interním oddělení žádaná částka vždy výrazně snížena, právě proto, že neměly přesvědčující podklady pro ekonomického náměstka, které by dokázaly, že péči vykazují v daném množství.

K této stejné analýze je vázán další případ, kdy primář interního oddělení na základě analýzy dat o výskytu dekubitů na interním oddělení zjistil, že u 103 z 200 kontrolovaných pacientů s dekubitem nebyla v roce 2018 zaznamenána vedlejší diagnóza L89 (MKN-10, 2018) vyjadřující, že pacient byl ošetřován z důvodu této problematiky. Na základě tohoto zjištění od ledna 2019, vždy na konci měsíce, tiskne manažer kvality informace o pacientech s dekubity, předá je na příslušná oddělení, kde primář, případně jiný určený lékař zkontroluje zadané diagnózy. Ve spolupráci s referentem pro zdravotní pojišťovny bylo zjištěno, že vykazování vedlejší diagnózy vztahující se k dekubitu se v prvním čtvrtletí roku 2019 navýšilo oproti prvnímu čtvrtletí roku 2018 o 39 % (WinMedicalc, d).

Tyto příklady dokládají, že sledování nežádoucích událostí a analýza jejich dat mohou zdravotníkům pomoci naplňovat jejich potřeby a zároveň potřeby pacientů, zvyšovat kvalitu péče a efektivnost procesů. Pokud zdravotníci vidí, že se s daty, která zadávají do systému, pracuje, zvyšuje se tím také jejich motivace, a je zde velký předpoklad, že další změny budou vnímat spíše pozitivně. Další příklady, jak byla data využita, jsou uvedeny v závěru kapitoly 2.

Je na organizaci a zaměstnancích, zda se tento nově nastavený systém sledování nežádoucích událostí ustálí, stane se standardem v rutinních činnostech personálu a bude prospěšný nejen pro účely předávání dat do národních statistik, ale zejména pro praktické využití těchto informací v běžné praxi. Je předpokladem, že tento typ změny, vzhledem ke skutečnosti, že byl vnímán spíše pozitivně, bude motivací ke změnám dalším a strategie spolu s cíli této organizace budou v dnešním moderním dynamickém zdravotnictví dále naplňovány.

LITERATURA (BIBLIOGRAFIE)

Literatura

Armstrong, Michael, Tina Stephens. 2005. *A Handbook of management and Leadership*. London U. K.: Kogan Page Limited.

Bedrnová, Eva, Ivan Nový a kol. 2002. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press.

Cooper, M. D. 2000. „Towards a model of safety culture“. *Safety science* 2000 (36): 111-136.

Covey, Stephen, R. 2015. *7 návyků skutečně efektivních lidí*. Praha: Management press.

Defects per million opportunities (DPMO) [online]. BusinessDictionary.com. WebFinance, [cit. 14. 4. 2019]. Dostupné z: <<http://www.businessdictionary.com/definition/defects-per-million-opportunities-DPMO.html>>.

Deming, W. Edwards. 2018. *Out of the Crisis*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press (Massachusetts Institute of Technology).

Franková, Emilie. 2011. *Kreativita a inovace v organizaci*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Havrdová, Zuzana a kol. 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze.

Havrdová, Zuzana a kol. 2011. *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze.

HCI [online]. 2013. HealthCare Institute. [cit. 1. 5. 2019]. Dostupné z: <<http://www.hc-institute.org/cz/>>.

Hendl, Jan. 1997. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum.

Hettnerová, Magda. 2016. „Systém hlášení nežádoucích událostí ÚZIS prezentoval pilotní analýzu dat“. *Florence XII* (10): 5-6.

Klasifikace nežádoucích událostí [online]. 2012. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 21. 4. 2019]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/Soubor.ashx?souborID=17036&typ=application/msword&nazev=Klasifikace%20ne%C5%BE%C3%A1douc%C3%ADch%20ud%C3%A1lost%C3%AD%202012-01-27.doc>>.

Kotler, Philip, Veronica Wong, John Saunders, Gary Armstrong. 2005. *Principles of marketing*. Essex: Pearson Education.

Kotter, John P, Holger Rathgeber. 2006. *Our iceberg is melting: changing and succeeding under any conditions*. Macmillan.

Koubek, Josef. 2015. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Management press.

Křivánek, Mirko. 2019. *Dynamické vedení a řízení projektů – Systémovým myšlením k úspěšnějším projektům*. Praha: Grada Publishing, a.s.

- Kvalita. s.d.* [online]. Wikipedie. [cit. 14. 4. 2019]. Dostupné z: <<https://cs.wikipedia.org/wiki/Kvalita>>.
- Kvalita očima pacientů* [online]. 2010. Kvalita očima pacientů – hodnocení nemocnic. [cit. 1. 5. 2019]. Dostupné z: <<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/>>.
- Levinson, Daniel, R. 2010. *Adverse events in hospitals: national incidence among medicare beneficiaries* [online]. U. S. Department of Health and Human Services Office of inspector general. OEI-06-09-00090 [cit. 8. 4. 2019]. Dostupné z: <<https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf>>.
- Marx, David, František Vlček. 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: Tigris.
- Mátl, Ondřej, Milena Jabůrková. 2007. *Kvalita péče o seniory II, Řízení kvality dlouhodobé péče v mezinárodním srovnání*. Praha: Galén.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2013. *Národní systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 28. 5. 2019]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/obsah/narodni-system-hlaseni-nu_2613_15.html>.
- MKN-10. 2018. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Tabeleární část. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Model excellence EFQM* [online]. Česká společnost pro jakost. [cit. 14. 4. 2019]. Dostupné z: <<https://www.csq.cz/model-excelence-efqm/>>.
- Musil, Jiří, V. 2013. *Psychologické aspekty vedení a řízení lidí*. Praha: Ústav práva a právní vědy, o.p.s.
- Nakonečný, Milan. 1970. *Sociální psychologie*. Praha: Svoboda.
- Napier, Judith, B. J. Youngberg. 2003. „The synergy and the tension“ *Risk management and patient safety*. s.l.: Jones & Barlett.
- Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. 2015. *Zdraví 2020: Akční plán č. 9: Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- National Health Service. 2019a. *NRLS national patient safety incident reports: commentary* [online]. [cit. 12. 5. 2019]. Dostupné z: <https://improvement.nhs.uk/documents/5065/NAPSIR_commentary_March_2019_Final.pdf>.
- National Health Service. 2019b. *National patient safety incident reports: 27 March 2019* [online]. [cit. 12. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://improvement.nhs.uk/resources/national-patient-safety-incident-reports-27-march-2019/>>.
- Nenadál, Jaroslav a kol. 2008. *Moderní management jakosti*. Praha: Management press.
- Nenadál, Jaroslav. 2016. *Systém managementu kvality*. Praha: Management press.
- Nenadál, Jaroslav a kol. 2018. *Management kvality pro 21. století*. Praha: Management press.

- Nolan, Thomas, W. 2000. „System changes to improve patient safety“. *BMJ* 2000 (320): 771-773.
- Passerine. 2015. *Gaussova krivka* [online]. Passerine [cit. 19. 4. 2019]. Dostupné z: <<http://passerine.blog.cz/1510/gaussova-krivka>>.
- Plamínek, Jiří, Roman Fišer. 2005. *Řízení podle kompetencí*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Plamínek, Jiří. 2000. *Synergický management*. Praha: Argo.
- Plevová, Ilona a kol. 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing.
- Podstatová, Renata, Eliška Sovová, Jarmila Řehořová a kol. 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s.
- Pokorná, Andrea a kol. 2016. Národní portál. *Systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR. [cit. 2019-05-28]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017a. *Metodika nežádoucí událost DEKUBITUS* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 10. 4. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017b. *Metodika nežádoucí událost DIETA/VÝŽIVA* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 20. 4. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017c. *Metodika nežádoucí událost DOKUMENTACE* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 25. 4. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017d. *Metodika nežádoucí událost CHOVÁNÍ OSOB* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 10. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017e. *Metodika nežádoucí událost KLINICKÁ ADMINISTRATIVA* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 10. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017f. *Metodika nežádoucí událost KLINICKÝ VÝKON* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 10. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017g. *Metodika nežádoucí událost MEDICINÁLNÍ PLYNY* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 15. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017h. *Metodika nežádoucí událost MEDICÍNSKÉ PŘÍSTROJE/VYBAVENÍ* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 15. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017i. *Metodika nežádoucí událost MEDIKACE/I. V. ROZTOKY* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 17. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017j. *Metodika nežádoucí událost NEHODY/NEOČEKÁVANÁ ZRANĚNÍ* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 18. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.

- Pokorná, Andrea a kol. 2017k. *Metodika nežádoucí událost NEOČEKÁVANÉ ZHORŠENÍ KLINICKÉHO STAVU* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 19. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017l. *Metodika nežádoucí událost PÁDY* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 19. 4. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017m. *Metodika nežádoucí událost TRANSFUZE/KREVNÍ DERIVÁTY* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 20. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017n. *Metodika nežádoucí událost TECHNICKÉ PROBLÉMY* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 20. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017o. *Metodika nežádoucí událost ZDROJE/MANAGEMENT ORGANIZACE* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 23. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/>>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2017p. *Taxonomický – definiční slovník pro Systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 14. 4. 2019]. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz/res/file/FINAL_shnu-taxonomie-novy_verze_1_2017.pdf>.
- Pokorná, Andrea a kol. 2018. *Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče*. Praha: ÚZIS.
- Portál kvality a bezpečí. 2015a. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 29. 4. 2019]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecni/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpecni-zdravotnich-sluzeb_3293_29.html>.
- Portál kvality a bezpečí. 2015b. *Seznam oprávněných osob* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 29. 4. 2019]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecni/obsah/seznam-opravnenych-osob_3294_29.html>.
- Russell-Jones, Neil. 1995. *The managing change – Pocketbook*. Hampshire U. K.: Management Pocketbooks Ltd.
- Smejkal, Vladimír, Karel Rais. 2013. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. Praha, Grada Publishing, a.s.
- Spojená akreditační komise. s.d.a. „Certifikovaný kurz“. *Interní auditor kvality a bezpečí zdravotní péče*. Praha: Spojená akreditační komise, o.p.s. Materiály pro účastníky kurzu.
- Spojená akreditační komise. s.d.b. „Certifikovaný kurz“. *Interní auditor kvality a manažer rizik ve zdravotnictví*. Praha: Spojená akreditační komise, o.p.s. Materiály pro účastníky kurzu.
- Spojená akreditační komise. s.d.c. „Certifikovaný kurz“. *Efektivní postupy řízení kvality a bezpečí péče ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Spojená akreditační komise, o.p.s. Materiály pro účastníky kurzu.
- Společnost pro transfuzní lékařství ČLS JEP. 2019. *Dokumenty – doporučené postupy* [online]. Praha: Společnost pro transfuzní lékařství ČLS JEP [cit. 20. 4. 2019]. Dostupné z:

<http://www.transfuznispolocnost.cz/index.php?page=dokumenty&identifikator_kategorie=DOPORUCENE_POSTUPY>.

Stevens, Simon, Ian, Dalton 2019. National health service. *What we do* [online]. [cit. 20. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://improvement.nhs.uk/about-us/what-we-do/>>.

Světová zdravotnická organizace. 2007. *Hygiena rukou jako prevence nosokomiálních nákaz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 20. 5. 2019]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hygiena-rukou-jako-prevence-nosokominalnich-nakaz_2376_20.html>.

Sysel, Jiří. 2012. *Historie a současné koncepce řízení kvality* [online]. Citellus.cz [cit. 14. 4. 2019]. Dostupné z: <<http://www.citellus.cz/Akademie/Prednasky/Koncepce-rizeni-kvality-a-cestovni-ruch/4-Historie-a-soucasne-koncepce-rizeni-kvality>>.

Systém řízení jakosti [online]. Wikipedie. [cit. 14. 4. 2019]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A9m_%C5%99%C3%ADzen%C3%AD_jakosti>.

Škrla, Petr, Magda Škrlová. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing.

The Joint Commission. s.d. „Hospital accreditation program“. *Accreditation guide for hospitals*. Chicago: The Joint Commission.

Uggerhoj, Lars. 2011. „Theorizing practice research in social work“. *Social work & Social science review* 15(1): 49-73.

Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví. 2016. *ISO EN 9001:2015*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví.

Ústav zdravotnických informací a statistiky. s.d. *WHO- Světová zdravotnická organizace* [online]. [cit. 20. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://www.uzis.cz/link/who-svetova-zdravotnicka-organizace>>.

Vacík, Emil, Vladimír Žáček, Jakub Vacek. 2013. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. Kladno: České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství.

Veber, Jaromír a kol. 2003. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. Praha: Grada Publishing.

Veber, Jaromír a kol. 2016. *Management inovací*. Praha: Management press.

Vodáček, Leo, Olga Vodáčková. 2013. *Moderní management v teorii a praxi*. Praha: Management press.

Vrzáček, Petr a kol. 2018. Krabička poslední záchrany pro neziskové organizace. Praha: Togga.

Wikiskripta. s.d. *Normální rozdělení* [online]. Wikiskripta. [cit. 19. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.wikiskripta.eu/w/Norm%C3%A1ln%C3%AD_rozd%C4%9Blen%C3%AD>

Wikipedia. 2019. *OECD* [online]. Wikipedia. [cit. 29. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://en.wikipedia.org/wiki/OECD>>.

World Health Organization. 2004. *Standards for health promotion in hospital*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization & WHO Patient Safety. 2011. *Příručka k osnově o bezpečí pacientů: multiprofesní edice*. World Health Organization.

3. Lékařská fakulta Univerzity v Praze. 2018. *Systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. 3. Lékařská fakulta Univerzita Karlova [cit. 28. 5. 2019]. Dostupné z: <<https://www.lf3.cuni.cz/3LF-1497.html>>.

Analyzované dokumenty

Ministerstvo zdravotnictví ČR. s.d. *Hlášení počtu nežádoucích událostí pro centrální hodnocení za rok 2018 – (L(MZ) 3-01*. Praha: ÚZIS ČR.

Olšanová, Jana. 2017. *Nežádoucí události 2016 a leden až duben 2017*. Nemocnice Žatec, o.p.s.

Olšanová, Jana. 2018. *Nežádoucí události 2017*. Nemocnice Žatec, o.p.s.

Olšanová, Jana. 2019a. *Dotazníkové šetření – Změna systému hlášení nežádoucích událostí – květen 2019*. Nemocnice Žatec, o.p.s.

Olšanová, Jana. 2019b. *Nežádoucí události 2018*. Nemocnice Žatec, o.p.s.

System hlášení nežádoucích událostí s.d.a. *Nežádoucí události za 1. pololetí roku 2017 - Pády* [online]. ÚZIS. [cit. 9. 5. 2019]. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz/res/file/SHNU_data_2017_1_podle_NU_PAD.pdf>.

System hlášení nežádoucích událostí s.d.b. *Nežádoucí události za 1. pololetí roku 2017 – Analýza pilotního sběru agregovaných údajů* [online]. ÚZIS. [cit. 10. 5. 2019]. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz/res/file/SHNU_data_2017-1_vysledky_souhrnna_web_final.pdf>.

WinMedicalc. a. *Nemocniční Informační Systém*. Identifikátor dotazu: MIMOR_UDAL_PREHLED [cit. 2. 5. 2019]. Statistika – přehledy – obecný dotaz.

WinMedicalc. b. *Nemocniční Informační Systém*. Identifikátor dotazu: PRIJ_PROP_PAC_PRAC [cit. 2. 5. 2019]. Statistika – přehledy – obecný dotaz.

WinMedicalc. c. *Nemocniční Informační Systém*. Šablony.

WinMedicalc. d. *Nemocniční Informační Systém*. Identifikátor dotazu: VYK_VDG_PRAC. Statistika – přehledy – obecný dotaz.

Zákony

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Věstník MZ ČR č. 7/2018, Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče.

Věstník MZ ČR č. 16/2015, Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Věstník MZ ČR č. 12/2015, Metodický návod Ministerstva zdravotnictví ke kontrole činnosti oprávněných osob při hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb.

Věstník MZ ČR č. 8/2012, Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví.

Vyhláška č. 373/2017 Sb., o programu statistických zjišťování na rok 2018.

Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Vnitřní předpisy organizace

Nemocnice Žatec. 2018. *NP-014 Zpráva o klinické reakci po aplikaci transfuzního přípravku*. Řízená dokumentace Nemocnice Žatec, o.p.s.

Olšanová, Jana. 2017. *RBC-001 Bezpečná identifikace pacientů*. Nemocnice Žatec, o.p.s.

Srbová, Růžena. 2017. *RBC-008 Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů*. Nemocnice Žatec, o.p.s.

Srbová, Růžena, Jana Olšanová. 2019. *RBC-004 Prevence pádů a pády pacientů*. Nemocnice Žatec, o.p.s.

Vrabcová, Kateřina. 2018. *SME-008 Podávání transfúzních přípravků*. Nemocnice Žatec, o.p.s.

Zetek, Jindřich, a kol. 2016. *Řešení stížností v Nemocnici Žatec, o.p.s.* Nemocnice Žatec, o.p.s.

PŘÍLOHY

1. Druhy nežádoucích událostí – Hlavní kategorie (typy) nežádoucích událostí
2. Dotazník – spokojenost se změnou SHNU
3. Hlášení nežádoucích událostí (tiskopis Nemocnice Žatec, o.p.s., platný do konce roku 2017)
4. Klasifikace nežádoucích událostí
5. Formulář SHNU ÚZIS ČR - L (MZ) 3-01
6. Projekt diplomové práce