

Kvalita a bezpečnost ve zdravotnictví I

Marek Štůrek

www.mareksturek.com | [@mareksturek](https://twitter.com/mareksturek) | mareksturek.github.io

MNG/RZP(K)08

Agenda

#	Sekce
1	Posun a vybudování HRO (Vysoce spolehlivé organizace). SMART
2	Kultura řízení bezpečnosti a management změn
3	Použité zdroje

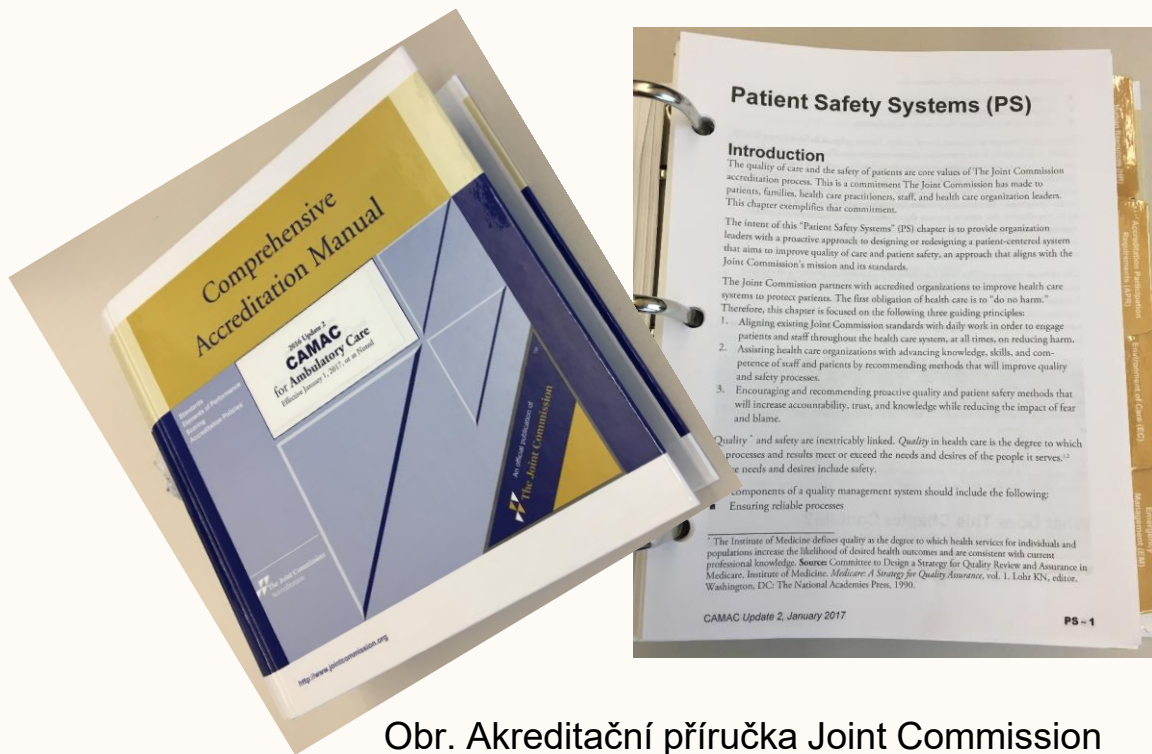


Sekce # 1

**Posun a vybudování HRO
(Vysoce spolehlivé organizace).
SMART**

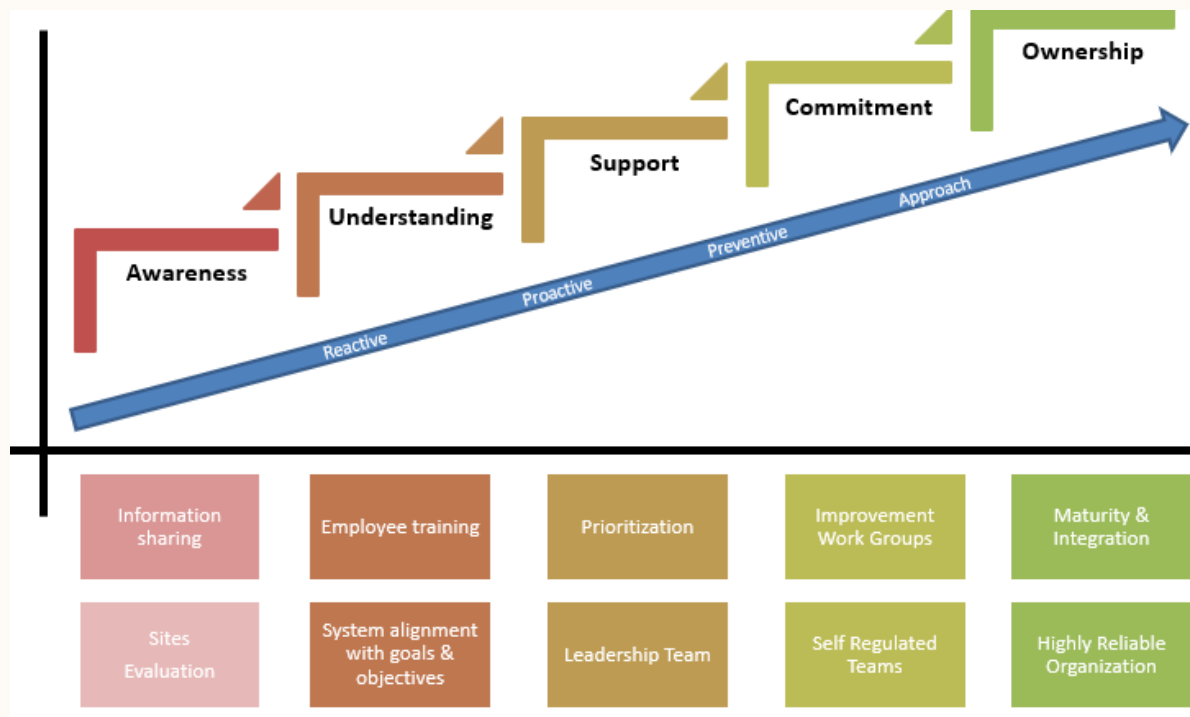
▪

The Joint Commission



Obr. Akreditační příručka Joint Commission

Cesta k HRO



Obr. HRO cesta

Definice HRO

Jedná se o koncept, který vychází ze studia průmyslových odvětví, která si udržují **velmi vysokou úroveň bezpečnosti** po **velmi dlouhou dobu**, jako je například komerční letectví. **Znamená to konzistentní dokonalost.** Co to znamená pro zdravotnictví? Znamená to stanovit téměř **nulovou míru selhání kritických procesů kvality** a zajistit, aby zůstaly na této **vysoké úrovni výkonnosti** ve všech službách **po dlouhou dobu**.



Transformace do HRO

Organizace s vysokou spolehlivostí mají společné charakteristiky (stavební kameny), kterými jsou jejich organizace nasyceny:

Závazek k nulovému poškození

- Každý zaměstnanec od údržbáře po generálního ředitele

Široce rozšířená kultura bezpečnosti

- Důvěra, integrita, transparentnost, odpovědnost, ...

Robustní zlepšování procesů

- Lean, Six Sigma a řízení změn

Charakteristika HRO

Úspěšné organizace ve vysoce rizikových odvětvích se neustále "přetvářejí".

"Když si například velitelský tým uvědomí, že to, co považoval za požár garáže, se nyní změnilo na incident s nebezpečným materiálem, zcela změní svou organizaci zásahu."

Jádrem HRO je pět klíčových zásad, které jsou nezbytné pro úspěch jakékoli iniciativy na zlepšení:

- **Úcta k odbornosti**
- **Neochota ke zjednodušování**
- **Citlivost k provozu**
- **Závazek k odolnosti**
- **Zaujatost selháním**



Obr. HRO nástroje

Úcta k odbornosti

Když se setkáte s novým rizikem, je nezbytné mít k dispozici mechanismy pro určení osob s největšími odbornými znalostmi, které jsou relevantní pro zvládnutí situace. Kultura vysoké spolehlivosti vyžaduje, aby zaměstnanci na všech úrovních byli ochotni sdílet informace a obavy s ostatními a aby byli pochváleni, když tak učiní. Vedoucí pracovníci by měli naslouchat a reagovat na poznatky zaměstnanců, kteří vědí, jak fungují procesy v místě péče a jakým rizikům jsou pacienti vystaveni. Bez této transparentní komunikace není možné vytvořit kulturu vysoké spolehlivosti.

Mluvit o bezpečnosti znamená následující:

- Každý může klást otázky, aniž by vypadal nemoudře
- Každý může požádat o zpětnou vazbu, aniž by vypadal nekompetentně
- Každý může být uctivě kritický, aniž by působil negativně
- Každý může navrhnout inovativní nápady, aniž by byl vnímán jako narušitel



Obr. HRO komunice

Neochota ke zjednodušování

Kultury zdravotní péče, které jsou vysoce spolehlivé, chápou, že jejich systémy mohou selhat způsobem, který se nikdy předtím nestal, a že nemohou začít identifikovat všechny způsoby, jak by jejich systémy mohly v budoucnu selhat. Jednou ze součástí této zásady je používání standardních nástrojů zlepšování ke zlepšení pracovních procesů a výsledků pro pacienty. HRO vytvářejí různorodé týmy a k neustálému zdokonalování svých procesů využívají zkušenosti členů týmu, kteří rozumí složité povaze svého oboru. Někdy jsou zlepšení iniciována v reakci na závadu; HRO se však zaměřují na prevenci problémů dříve, než vzniknou, a to hlubokým pochopením procesů péče a provozu. Jakmile jsou závady identifikovány, systematický přístup umožňuje týmům přepracovat procesy a dosáhnout výsledků, které jsou důležité pro pacienty, rodiny a personál.



Obr. Metoda zlepšování HRO

Citlivost k provozu

Citlivost k provozu a neustálé učení s sebou nese proaktivní identifikaci a prevenci závad a poškození v reálném čase. Organizace si musí být vědomy vznikajících chyb a napravovat je dříve, než se dostanou k pacientovi. Je třeba věnovat více času a soustředit se na proaktivní, nikoliv reaktivní přístup. Pěstování spolehlivější kultury vyžaduje nepřetržité smyčky zpětné vazby v podobě dat a poznatků, které podněcují učení se a výsledky akcí. HRO existují ve složitých prostředích, která jsou závislá na systémech s více týmy, které se musí koordinovat v zájmu bezpečnosti. Bezpečnost hospitalizovaného pacienta závisí na efektivní koordinaci a schopnostech lékařů, sester, farmaceutů, zdravotnických techniků, asistentů, IT, podpůrného personálu a mnoha dalších.



Obr. HRO průběžné vzdělávání

Závazek k odolnosti

Odolnost nemocnic pramení z odpovědného personálu. HRO činí lidi odpovědnými za jejich činy, ale ne za chyby v procesech nebo systémech. Jednotlivci jsou zodpovědní za ztělesnění hodnot organizace a organizace je na oplátku zodpovědná za to, že se k jednotlivcům bude chovat čestně a spravedlivě, když se něco nepovede. Závazek k odolnosti zahrnuje spolehlivou konstrukci systémů, které berou v úvahu lidský faktor. Ztěžují provedení špatné věci a usnadňují provedení správné věci.

Čtyři komponenty pro zajištění větší spolehlivosti systémů a procesů v čase zahrnují následující.

Standardizace - Navrhněte procesy tak, aby lidé dělali stejnou věc pokaždé stejným způsobem.

Zjednodušte - Zjednodušené procesy usnadňují lidem dělat správné věci.

Snížení autonomie - Aby organizace dosáhly větší spolehlivosti, musí stanovit očekávání, že poskytování péče se bude řídit osvědčenými postupy založenými na důkazech, pokud to není u konkrétních pacientů kontraindikováno a kontraindikace pak budou zdokumentovány.

Zdůrazněte odchylky od praxe - Lékaři mají někdy dobré důvody pro to, aby se odchýlili od standardizovaných postupů. Chytré zdravotnické organizace vytvářejí prostředí, v němž mohou lékaři inteligentně uplatňovat své odborné znalosti a v případě potřeby se odchýlit od protokolů, ale také neúnavně zachycovat odchylky pro účely analýzy. Po analýze mohou nové poznatky vést ke vzdělávání lékařů nebo ke změně protokolu. Obojí vede k větší spolehlivosti.



Obr. HRO odpovědnost

Zaujatost selháním

Zdravotnické kultury, které jsou vysoce spolehlivé, začínají tím, že si uvědomují, že k poškození nebo chybě může dojít kdykoli bez ohledu na to, jak dlouhá doba uplynula od poslední události. Mohou se objevit nová bezpečnostní rizika a při změnách mohou vzniknout nezamýšlené důsledky. Spolehlivé kultury jsou i při oslavách zlepšené kvality vždy ostražitě a hledají, co se mohlo pokazit, aby se z toho poučily. Na téměř nehody se pohlíží jako na důkazy o systémech, které by se měly zlepšit, aby se snížilo potenciální poškození pacientů, a jsou příležitostí lépe pochopit, co se pokazilo v dřívějších fázích a čemu by se dalo v budoucnu zabránit. Transparentní a otevřená diskuse o chybách a skoronehodách podporuje prostředí HRO. Je třeba dbát na to, aby tyto diskuse zůstaly systematické a nezvrhly se v ukazování prstem. Pokud budou mít zaměstnanci pocit, že jsou terčem útoku, budou se zdráhat hlásit budoucí skoronehody. Provozní transparentnost existuje tehdy, když vedoucí pracovníci, zaměstnanci, pacienti a jejich rodiny, organizace a komunita mohou viditelně sledovat činnosti zapojené do procesu učení. Součástí HRO je odvaha otevřeně zobrazovat práci. Transparentnost je klíčem ke změně kultury. HRO se daří díky transparentnosti a zvládání neočekávaného. Jsou všímaví a zaměřují se spíše na předvídání a odstraňování katastrof než na reakce na ně.



Obr. HRO transparentnost

Jak začít



Obr. Kotterův model změny

Výsledek 30 let výzkumu
Dr. Johna Kottera

Čeho se vyvarovat

1. Nedostatečná angažovanost a podpora výkonného vedení
2. Nedostatečná komunikace
3. Nedostatečné zapojení středního managementu / nadřízených.
4. Nechápaní "vše je o lidech"
5. Nedostatečné zaměření na zákazníka
6. Chybějící měření zlepšení
7. Nedostatečné sladění

SMART



Obr. SMART model



Sekce # 2

Kultura řízení bezpečnosti a management změn

Co je bezpečnost pacienta

Začiatok cesty Bezpečnosti o pacienta

- Počet úmrtí v nemocnici v súvislosti s medicínskymi chybami, ktorým sa dá predísť
- Správa dňa na titulkoch novín
- Kongresové vypočúvania
- Podávania správ
- ≠ Systém

-
- Je právo pacienta neutrpieť zbytočnú ujmu spojenú so zdravotnou starostlivosťou
 - Je ústredným komponentom kvalitnej zdravotnej starostlivosti
 - Je prevencia chýb a poškodenie pacienta, ako aj znižovanie nežiaducich udalostí
 - Nespočíva iba na jednotlivých osobách alebo oddeleniach, ale vyplýva zo vzájomnej interakcie jednotlivých zložiek
 - Je pre každého klinika *a priori* od začiatku



Terminológia bezpečnosti pacienta

Nežiaduca udalosť

- Neočakávané neúmyselné poškodenie pacienta alebo komplikácia diagnosticko - liečebno - rehabilitačného procesu
- Predĺžená resp. vynútená hospitalizácia alebo finančná, dočasný resp. trvalý hendikep pri prepustení alebo úmrtie
- Stav vyvolaný skôr zdravotnou starostlivosťou než priebehom choroby

Medicínska chyba

- Zlyhanie vykonania plánovanej činnosti tak, ako to bolo zamýšľané alebo realizácia chybného plánu činnosti
- Vykonanie nesprávnej veci alebo nezvládnuté vykonanie správnej veci vo fáze plánovania alebo vykonania

Vedomé porušenie

- Vedomý odklon od správneho postupu, štandardu alebo pravidla

Cieľ bezpečnosti o pacienta



The Joint Commission stanovila národné ciele v oblasti bezpečnosti pacientov pre všetky zdravotnícke organizácie



Čo?

Zabrániť tomu, aby dochádzalo k úmrtiam alebo zraneniam, spôsobeným medicínskymi chybami a to prostredníctvom zmien v celom systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti

Ako?

Vyvíjaním stratégií na rozpoznávanie, prevenciu a zmierňovanie škôd spôsobených chybami v celom systéme poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Učenie sa z týchto udalostí, využívanie informácií na zlepšenie alebo prevenciu nových udalostí je rozhodujúce

Prečo?

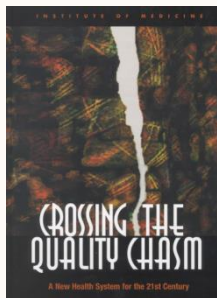
Je to naša povinnosť od začiatku, že sa postaráme o každého pacienta

Kedy?

Dnes, nie zajtra!

Program Bezpečnosti pacienta

Základy kultúry Bezpečnosti o pacienta



- Identifikuje a odporúča zlepšenie v šiestich dimenziách zdravotnej starostlivosti:

Bezpečnosť pacienta

Užitočná starostlivosť

Zameranie na pacienta

Aktuálnosť

Efektívnosť

Spravodlivosť

Navrhuje všeobecné pravidlá na zmenu zdravotnej starostlivosti

- Starostlivosť založená na kontinuálnom uzdravovacom vzťahu
- Starostlivosť je prispôbená potrebám a hodnotám pacienta
- Pacient je zdrojom kontroly
- Vedomosti sa zdieľajú a tok informácií je voľný
- Rozhodovanie je založené na dôkazoch
- Bezpečnosť je vlastnosťou systému
- Transparentnosť je nevyhnutná
- Potreby sú očakávané
- Plytvanie je kontinuálne odstraňované
- Kooperácia medzi zamestnancami je prioritou

Kritické faktory pre efektívny program Bezpečnosti o pacientov

1. Stanoviť bezpečnosť pacientov ako strategickú prioritu
2. Zapojiť kľúčové zainteresované strany
3. Komunikovať a budovať povedomie
4. Stanoviť cieľ úrovne dohľadu
5. Merať medicínske chyby a škody v priebehu času
6. Podporovať personál a pacientov / rodiny postihnutých zdravotnými chybami
7. Zosúladiť systémovú stratégiu, opatrenia a projekty na zlepšenie
8. Prepracovať proces starostlivosti o pacientov a zvýšiť spoľahlivosť

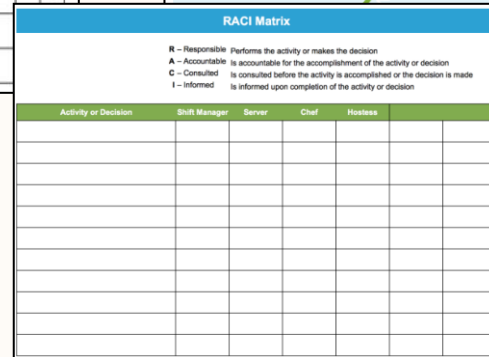
Plán bezpečnosti pacienta

Na to aby sme mali úspešný Program Bezpečnosti pacienta je potrebný plán.

Plán Bezpečnosti pacienta všeobecné komponenty:

- Účel
- Vízia, misia, hodnoty
- Ciele
- Rozsah
- Zodpovednosť
- Zahnuté procesy
- Školenie
- Vyhodnotenie
- Dokumentovanie

Nástroje

[illegible]

Kultura bezpečnosti

Kultura bezpečnosti je soubor přesvědčení, vnímání a hodnot, které zaměstnanci sdílejí ve vztahu k rizikům v rámci organizace, jako je pracoviště nebo komunita. Kultura bezpečnosti je součástí organizační kultury a byla popsána různými způsoby.

- Studie zjistily, že katastrofy související s pracovištěm jsou důsledkem selhání zásad a postupů organizace, které byly zavedeny pro řešení bezpečnosti, a že toto selhání vyplývá z nedostatečné pozornosti věnované otázkám bezpečnosti
- Dobrou kulturu bezpečnosti lze podpořit angažovaností vrcholového vedení v oblasti bezpečnosti, realistickými postupy při řešení rizik, neustálým organizačním vzděláváním a péčí a zájmem o rizika sdílenými mezi pracovníky. Kromě organizačního vzdělávání tvoří individuální školení základ, z něhož lze vybudovat systémovou kulturu bezpečnosti.

Historie

Černobylská havárie zdůraznila význam kultury bezpečnosti a vliv manažerského a lidského faktoru na výkonnost v oblasti bezpečnosti. Termín "**kultura bezpečnosti**" byl poprvé použit ve zprávě INSAG (1986) "Summary Report on the Post-Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident", kde byla kultura bezpečnosti popsána jako:

"Soubor charakteristik a postojů organizací a jednotlivců, který stanoví, že otázkám bezpečnosti jaderné elektrárny je věnována pozornost, která je vzhledem k jejich významu prvořadá."

Od té doby byla zveřejněna řada definic kultury bezpečnosti. Jednu z nejpoužívanějších definic kultury bezpečnosti vypracovala britská Komise pro zdraví a bezpečnost: "**Soubor individuálních a skupinových hodnot, postojů, vnímání, kompetencí a vzorců chování, které určují odhodlání, styl a odbornost řízení bezpečnosti a ochrany zdraví v organizaci.**"

Organizace s pozitivní kulturou bezpečnosti se vyznačují komunikací založenou na vzájemné důvěře, společným vnímáním důležitosti bezpečnosti a důvěrou v účinnost preventivních opatření.

Bezpečnostní kulturu organizace nelze vytvořit ani změnit ze dne na den; vyvíjí se v průběhu času jako výsledek historie, pracovního prostředí, pracovní síly, postupů v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví a vedení managementu. Kultura bezpečnosti organizace se v konečném důsledku odráží ve způsobu, jakým je bezpečnost řešena na pracovištích (ať už v zasedací místnosti nebo v dílně).

Vedení kultury bezpečnosti: Plán pro úspěch



Vytvořte přesvědčivou vizi bezpečnosti. Vize organizace odráží priority, které, když v souladu s jejím posláním, vytváří pevný základ pro práci organizace. Podle zakotvením vize celkové bezpečnosti pacientů a zaměstnanců v organizaci se zdravotnictví vedoucí pracovníci prokazují, že bezpečnost je základní hodnotou.



Budujte důvěru, respekt a začlenění. Navázání důvěry, projevení respektu a podpora inkluze - a prokazování těchto principů v celé organizaci a ve vztazích s lidmi. pacientů a rodinných příslušníků – je zásadní pro schopnost vedoucího pracovníka vytvořit a udržet kulturu bezpečnosti. Aby bylo dosaženo nulového poškození, musí vedoucí pracovníci zajistit, aby jejich jednání bylo konzistentní ve všech a na všech úrovních organizace. Důvěra, respekt a inkluze jsou neoddiskutovatelné. standardy, které musí zahrnovat místnost představenstva, vedení společnosti, klinická oddělení a oddělení, která se zabývají všechny zaměstnance.

Vedení kultury bezpečnosti: Plán pro úspěch



Výběr, rozvoj a zapojení představenstva. Správní rady hrají zásadní roli při vytváření a podpoře udržování kultury bezpečnosti. Generální ředitelé jsou zodpovědní za zajištění vzdělávání své správní rady o základních vědeckých poznatcích o bezpečnosti, včetně významu a procesů pro udržování bezpečnosti pacientů a zaměstnanců v bezpečí. Správní rady musí zajistit, aby metriky, které smysluplně hodnotí bezpečnost organizace a kulturu bezpečnosti, jsou zavedeny a systematicky přezkoumávány, analyzovány, a na základě jejich výsledků jednat.



Upřednostňovat bezpečnost při výběru a rozvoji vedoucích pracovníků. Je to odpovědnost generálního ředitele, ve spolupráci s představenstvem zahrnout odpovědnost za bezpečnost jako součást vedení strategie rozvoje organizace. Kromě toho je třeba identifikovat lékaře, zdravotní sestry a další klinických vedoucích pracovníků jako zastánců bezpečnosti je klíčem k odstranění rozdílu mezi administrativními a klinickými pracovníky a klinickým rozvojem vedoucích pracovníků. Očekávání pro návrh a realizaci relevantního školení v oblasti bezpečnosti pro všechny výkonné a klinické vedoucí pracovníky musí stanovit generální ředitel a následně je rozšířit do celé společnosti organizace.

Vedení kultury bezpečnosti: Plán pro úspěch



Vést a odměňovat spravedlivou kulturu. Vedoucí pracovníci musí důkladně znát zásady a chování spravedlivé kultury a být odhodláni je učit a být jejich vzorem. Lidské chyby je a vždy bude realitou. V rámci spravedlivé kultury se pozornost soustředí na řešení systémů které přispívají k chybám a škodám. Zatímco lékaři a zaměstnanci nesou odpovědnost za chyby a poruchy, za aktivní nedodržování protokolů a postupů, hlášení chyb, selhání, skoronehod, a nežádoucích událostí je podporováno. Pracovníci jsou podporováni v případě, že dojde k selhání systémů a dochází k chybám. Ve skutečně spravedlivé kultuře jsou všichni členové personálu - kliničtí i nekliničtí pracovníci – povinni oprávněni a nebojí se vyjádřit své obavy ohledně ohrožení bezpečnosti pacientů a zaměstnanců.



Stanovte očekávání od chování organizace. Vedoucí pracovníci jsou zodpovědní za stanovení bezpečnosti pro všechny lékaře a zaměstnance, a co je možná ještě důležitější, modelování tohoto chování a jednání. Mezi tato chování patří mimo jiné, transparentnost, efektivní týmová práce, aktivní komunikace, zdvořilost a přímá a včasná komunikace s ostatními. zpětná vazba. Tyto kulturní závazky musí být všeobecně chápány a musí platit stejně na všechny zaměstnance bez ohledu na jejich postavení, roli nebo oddělení.

Ideální kultura

James Reason navrhl, že kultura bezpečnosti se skládá z pěti prvků:

- Informovaná kultura.
- Kultura podávání zpráv.
- Kultura učení.
- Kultura spravedlnosti.
- Flexibilní kultura.

Reason považuje ideální kulturu bezpečnosti za "motor", který pohání systém k cíli udržet maximální odolnost vůči jeho provozním rizikům" bez ohledu na aktuální obchodní zájmy nebo styl vedení. To vyžaduje neustálý vysoký respekt ke všemu, co by mohlo porazit bezpečnostní systémy, a "nezapomínat se bát".

Organizace, která podceňuje nebezpečí, se nebude dostatečně zabývat špatnými pracovními podmínkami, špatnými pracovními postupy, nízkou spolehlivostí zařízení, a dokonce ani zjištěnými nedostatky v hloubkové ochraně: zařízení je stále bezpečné "s obrovskou rezervou", tak proč rozkývat loď. Proto jsou složité systémy s velkými nebezpečími bez vědomého úsilí o prevenci obzvláště zranitelné (a zároveň obzvláště náchylné k rozvoji) špatné kultury bezpečnosti.

Co je řízení změn?

Řízení změn vychází z teorií mnoha oborů, včetně psychologie, behaviorálních věd, inženýrství a systémového myšlení. A existuje mnoho různých modelů, z nichž si můžete vybrat. Například Lewinův model řízení změn rozděluje proces změny do tří klíčových fází známých jako "rozmrazení-změna-zmrazení", zatímco Kotterův model 8 kroků změny poskytuje komplexnějšího průvodce změnou.

Ústřední myšlenkou všech teorií řízení změn je, že žádná změna nikdy neprobíhá izolovaně. Změna tak či onak ovlivňuje celou organizaci a všechny lidi v ní. Díky dobrému řízení změn však můžete všechny povzbudit k tomu, aby se novému způsobu práce přizpůsobili a přijali jej.

Úspěšné řízení změn se opírá o čtyři základní principy:

- **Pochopit změnu**
- **Plánování změny**
- **Implementovat změnu**
- **Komunikovat o změně**

Pochopit změnu

Abyste mohli úspěšně propagovat výhody změny, musíte jim sami porozumět. Zamyslete se tedy nad:

- **Proč potřebujete změnu. Jaké jsou vaše klíčové cíle?**
- **Jaké budou přínosy změny pro organizaci?**
- **Jaký bude mít změna pozitivní dopad na lidi?**
- **Jak ovlivní způsob práce lidí?**
- **Co budou muset lidé udělat pro úspěšné dosažení změny?**

○ Plánování změny

Efektivní změny se nedějí jen tak náhodou a každý plán, který vytvoříte, musí být pro vaši organizaci správný. Způsob řízení projektů změn se může v jednotlivých organizacích lišit. Některé mají velmi rigidní metodiky změn, zatímco jiné jsou ve svém přístupu otevřenější a flexibilnější.

Obecně však platí, že budete muset vzít v úvahu následující skutečnosti:

Sponzorství. Jak zajistíte, zapojíte a využijete podporu a sponzorství změny na vysoké úrovni?

Zapojení. Kdo vám může nejlépe pomoci s návrhem a realizací změny? Budete například potřebovat externí odborníky? Nebo můžete využít interní zdroje?

Podpora. Změna je neefektivnější, když se vám podaří získat podporu lidí napříč podnikem. Jak toho plánujete dosáhnout?

Dopad. Nakonec se zamyslete nad tím, jak by měl vypadat úspěch. Jak budete předvídat a hodnotit dopad změny, kterou potřebujete provést? Jakých cílů potřebujete dosáhnout?

Implementovat změnu

Jak přesně chcete změnu uskutečnit?

Jak jsme viděli, existuje mnoho různých strategií, které můžete zvolit, abyste změnu uvedli do praxe. Například Kotterův model změny v 8 krocích vysvětluje, jak do svých akcí vnést pocit naléhavosti, abyste si vybudovali dynamiku a povzbudili všechny, aby se za vaše změny postavili.

Křivka změny vám mezitím připomíná, že při realizaci vašeho plánu je třeba brát ohled na pocity lidí. Ukazuje fáze, kterými máme všichni tendenci procházet během organizačních změn - od šoku a odmítání až po okamžik, kdy jsme do nového přístupu plně investovali.

Komunikovat o změně

Komunikace může být rozhodující složkou řízení změn. Změna, kterou chcete zavést, musí být jasná a relevantní, aby lidé pochopili, co po nich chcete a proč to mají udělat. Musíte ale také nasadit správný tón, abyste dosáhli emocionální reakce, ve kterou doufáte.

Je dobré propojit změny, které plánujete, s posláním nebo vizí vaší organizace . Nejenže to lidem pomůže pochopit, jak změna pozitivně ovlivňuje "širší obraz", ale také jim to poskytne inspirativní, společnou vizi budoucnosti.

Nezapomeňte se také věnovat správnému řízení zainteresovaných stran . Tím zajistíte, že správným lidem předáte správné sdělení ve správný čas, abyste získali podporu, kterou pro svůj projekt potřebujete.

Pět věcí, kterými byste se měli při komunikaci zabývat:

- Informovanost (o potřebě změny)
- Přání (podílet se na ní a podporovat ji)
- Znalost (jak změnu provést)
- Schopnost (provést změnu)
- Posílení (pro udržení změny v dlouhodobém horizontu)

Co může zabránit změně?

- I ty nejlépe připravené plány mohou narazit na překážky, proto buďte připraveni na problémy, které nastanou. Někteří lidé mohou být vůči vašim plánům pesimističtí, takže budete muset uznat, pochopit a řešit případný odpor nebo "imunitu" vůči změnám .
- Můžete dokonce narazit na kulturní překážky, které brání změnám. Pokud vaše organizační kultura změnu nepřijímá - nebo na ni dokonce tlačí - budete muset najít způsoby, jak odměnit flexibilitu, vytvořit vzory pro změnu a opakovat svá klíčová sdělení, dokud se nálada nezačne zlepšovat.
- A další ...



Sekce # 3

Použité zdroje

Použité zdroje

Literatura

MARX, D., VLČEK, F. Národní akreditační standardy pro nemocnice. Praha: SAK; TIGIS, 2009.

JOINT COMMISSION RESOURCES. Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality. Praha: Grada, 2007.

GROENE, O., KRINGOS, D., SUNOL, R. Seven ways to improve quality and safety in hospitals. An evidence-based guide. DUQuE Collaboration.

ČSN EN ISO 13485 Zdravotnické prostředky - Systémy managementu jakosti.

ČSN EN ISO 15189 Zdravotnické laboratoře - Zvláštní požadavky na kvalitu a způsobilost.

ČSN EN ISO 19011 Směrnice pro auditování systémů managementu.

ČSN EN ISO 9001 Systémy managementu jakosti - požadavky.

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

Zákon č. 285/2002 Sb., transplantační zákon, v platném znění.

Zákon č. 296/2008 Sb., zákon o lidských tkáních a buňkách, v platném znění.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.

Články, web-stránky

The Joint Commission <https://www.centerfortransforminghealthcare.org/high-reliability-in-health-care/>

Děkuji

Má někdo otázky?

www.mareksturek.com | [@mareksturek](https://twitter.com/mareksturek) | mareksturek.github.io