

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

PETRA KOŠŤÁLOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Procesní řízení při vzniku nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení

Petra Košťálová

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Košťálová**
Osobní číslo: **Z12024**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Procesní řízení při vzniku nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :


1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

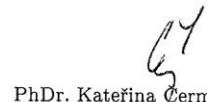
1. MARX, David. Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality. 1. vyd. Překlad Radim Vyhnánek. Praha: Grada Publishing, 2007. 171 s. ISBN 978-802-4717-159.
2. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Kreativní ošetrovatelský management. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-717-2841-1.
3. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 199 s. ISBN 978-802-4726-168.
4. ŠKRLA, Petr. Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 162 s. ISBN 80-701-3419-4.
5. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 30 s. Edice CARE. ISBN 80-726-2392-3.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Ochtinská
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2015


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 26.4. 2015

Petra Košťálová

Poděkování:

Velice ráda bych poděkovala Mgr. Haně Ochtinské za ochotu, pomoc a cenné rady při odborném vedení mé bakalářské práce. Děkuji také celé své rodině za podporu a vytvoření ideálních podmínek při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem svým respondentům za ochotu a čas, který věnovali k vyplnění dotazníku.

ANOTACE

Tato práce pojednává o problematice nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních. Téma jsem si vybrala, protože nežádoucí události jsou nejen ve zdravotnictví ale i v povědomí široké veřejnosti aktuálním tématem.

Práce je rozdělena do dvou částí. První, teoretická část se zabývá vymezením pojmu nežádoucí událost, identifikací rizik vzniku nežádoucích událostí a následným preventivním opatřením.

Druhá, výzkumná část obsahuje popis metodiky výzkumu. Součástí je interpretace výsledků, které byly zjištěny na základě dotazníkové metody. Výsledky jsou zpracovány v tabulkách, grafem a slovně popsány. Na konci výzkumné části je diskuze, kde jsou rozebrány předem stanovené výzkumné otázky.

KLÍČOVÁ SLOVA

nežádoucí události, procesní řízení, incidenty, pády pacientů, medikační omyly

TITLE

Process management in the development of adverse event in health care facilities

ANNOTATION

This work deals with the problem of adverse events in health care facilities. This topic was chosen because adverse events occur and are not only in health care but also as a topical issue in awareness of the general public. The work is divided into two parts. The first theoretical part deals with the definition of the term of adverse event, identification of possible risks of these events and subsequent precautions. The second – research part - provides a description of the research methodology. As a part of the work there is also interpretation and explanation of the results, that were found out based on a questionnaire method. The results are presented in tables and a diagram and also described verbally. In the discussion at the end of the research part, there is the thesis discussed and the predetermined questions to the research.

KEY WORDS

adverse events, process management, incidentst, falls of patients, medication errors

OBSAH

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK.....	10
ÚVOD.....	11
Cíle práce.....	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Nežádoucí události	13
1.1 Incident	13
1.2 Závažný incident.....	13
1.3 Nejčastější typy nežádoucích událostí	14
Selhání medicínské techniky	14
1.4 Klasifikace nežádoucích událostí.....	15
1.4.1 Klasifikace dle následků	15
1.4.2 Klasifikace nežádoucích událostí dle Changa.....	15
1.4.3 Klasifikace pádů dle Janice Morse	16
1.5 Metodologie řízení procesu nežádoucích událostí.....	17
1.5.1 Formulář hlášení nežádoucí události	19
1.5.2 Národní systém Hlášení nežádoucích událostí	19
1.6 Prevence nežádoucích událostí	19
2 Rizika nežádoucích událostí.....	21
2.1 Management rizik	22
2.2 Manažer rizik	22
2.3 Prevence rizik	24
3 Kvalita ošetrovatelské péče	25
3.1 Historie kvality	25
3.2 Kvalita zdravotnických služeb.....	25
3.3 Management kvality	27
3.3.1 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)	27
3.3.2 Spojená akreditační komise (SAK).....	27
4 Trestně právní odpovědnost sester	29
II VÝZKUMNÁ ČÁST.....	30
5 Metodika výzkumu	30

5.1	31
5.2 Výzkumné otázky	31
6 Prezentace výsledků.....	32
7 Diskuze.....	47
8 Závěr	50
POUŽITÁ LITERATURA A INTERNETOVÉ ZDROJE.....	51
SEZNAM PŘÍLOH.....	53

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obr. 1 Graf znázorňující výskyt nežádoucích událostí na oddělení	32
Obr. 2 Graf znázorňující frekvenci výskytu nežádoucích událostí na oddělení	33
Obr. 3 Graf znázorňující nejčastěji vyskytující se nežádoucí události	34
Obr. 4 Graf znázorňující absolutní četnost odpovědí k otázce č. 4	35
Obr. 5 Graf znázorňující absolutní četnost odpovědí k otázce č. 5	36
Obr. 6 Graf znázorňující správné a nesprávné odpovědi hodnotící postup při vzniku nežádoucí události.....	37
Obr. 7 Graf znázorňující existenci vypracovaného postupu pro hlášení nežádoucích událostí	38
Obr. 8 Graf znázorňující formy hlášení nežádoucích událostí	39
Obr. 9 Graf znázorňující spokojenost sester se způsobem hlášení nežádoucích událostí	40
Obr. 10 Graf znázorňující povědomí sester o výskytu manažera nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení	41
Obr. 11 Graf znázorňující rizikové faktory vedoucí ke vzniku nežádoucí události	42
Obr. 12 Graf znázorňující dosažené vzdělání sester v kombinaci s chybováním v dotazníku.	44
Obr. 13 Graf znázorňující respondentky na jednotlivých odděleních	45
Obr. 14 Graf znázorňující délku praxe sester	46
Obr. 12 Graf znázorňující absolutní četnosti dosaženého vzdělání sester v kombinaci s chybováním v dotazníku	59
Tab. 1 Tabulka absolutní a relativní četnosti preventivních opatření nežádoucích událostí	43
Tab. 2 Tabulka absolutní a relativní četnosti specializovaných sester	44

ÚVOD

Stále častěji se ve zdravotnictví setkáváme s aktuálním tématem nežádoucí událost. Mým zájmem je zjistit, jak toto téma vnímají zdravotní sestry samotné. Říká se, že chybovat je lidské, ale otázkou zůstává, jaké chyby můžeme tolerovat právě u zdravotních sester, které tvoří nejpočetnější skupinu zdravotních pracovníků. Tudiž právě u nich můžeme najít vysoký potenciál pro pochybení, kterým mohou zavinit zhoršení stavu pacienta a v nejhorším případě i samotnou smrt.

V dnešní době umíme spouště omylům předcházet. Ovšem existuje také celá řada rizikových faktorů, která nás k omylům nebezpečně přibližuje. Každý zdravotník by se měl snažit o kvalitní a především bezpečnou péči pro pacienta. Spousta zdravotnických zařízení se s rizikem a prevencí nežádoucích událostí zabývá, v nemocnicích existují manažeři mimořádných událostí, a každá nežádoucí událost se musí povinně hlásit. Bezpečnost pacientů se nyní řadí mezi největší priority zdravotnických pracovníků. Ocitne-li se pacient neplánovaně v nemocnici, je na péči zdravotnického personálu závislý a nemá možnost výběru. Pohled na nežádoucí události se odlišuje napříč zeměmi. V České republice je sestra povinna hlásit veškeré nežádoucí události, ovšem ne v každém zdravotnickém zařízení se, tak děje a nespočet sester se hlášení nežádoucí události vyhýbá, protože jim hrozí potrestání v podobě ztráty odměn a podobně. Oproti tomu zahraniční studie pokládají pochybení za nevyhnutelné. Důležité je, jak jim čelit a jak zmírnit na minimum následky. Ošetrovatelská péče stejně jako lékařské obory se vyvíjí stále kupředu a na zdravotnický personál je vyvíjen čím dál větší tlak z hlediska bezpečnosti. Každá sestra musí myslet na bezpečnost a pohodlí pacienta, ale také nesmí zapomenout na bezpečnost pro svoji osobu a své okolí a být odpovědnou zdravotnickou pracovnící. Bohužel jsme jen lidé, a i když si usmyslíme, že chybovat nebudeme, vlivem nepříznivých faktorů se může ledacos stát. Ale ani to sestru neomlouvá v hledisku odpovědnosti za vykonané chyby.

Cíle této práce je zjistit jakým způsobem se vypořádává s nežádoucími událostmi nemocnice krajského typu.

Cíle práce

Teoretické cíle

1. Vytvořit teoretický přehled o klasifikovaných nežádoucích událostech.
2. Identifikovat preventivní opatření v rámci zamezení vzniku nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních.

Výzkumné cíle

1. Zmapovat četnosti nežádoucích událostí na lůžkových odděleních v nemocnici krajského typu.
2. Uvést nežádoucí událost, ke které dochází nejčastěji.
3. Zjistit, zda sestry dokážou klasifikovat nežádoucí události.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Nežádoucí události

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

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

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

1.1 Incident

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

1.2 Závažný incident

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

1.3 Nejčastější typy nežádoucích událostí

Valná většina zdravotnických zařízení nemá přehled o vážnosti a vůbec velikosti těchto pochybení. Což je způsobeno pravděpodobně tím, že každá vzniklá nežádoucí událost není hlášena.

Diagnostická pochybení: jedná se o stanovení chybné diagnózy, pozdní stanovení diagnózy, opomenutí důležitého diagnostického vyšetření. Do této skupiny zahrnujeme i operaci zdravého orgánu. Tyto chyby následně vedou k chybné či neefektivní léčbě.

Selhání medicínské techniky: zde se jedná především o pracoviště intenzivní medicíny a selhání defibrilátoru, infúzní pumpy, ventilátoru apod.

Infekce: opomenutí včasného podání léků především antibiotik nebo špatná hygiena rukou vedou k infekci.

Nozokomiální infekce: jedná se o infekce, které pacient pochyty ve zdravotnickém zařízení. Infekce není přítomná v době přijetí pacienta do zdravotnického zařízení.

Transfúzní omyly: podání nesprávné skupiny krve, nebo krve kontaminované bakteriemi či viry jsou velmi závažným omylem. Toto pochybení vážně ohrožuje život pacienta a pověst zdravotnického zařízení.

Misinterpretace příkazů/výsledků: spektrum pochybení, které zahrnuje přehlednutí nebo špatný výklad diagnostického výsledku, chybné zapsání telefonické ordinace, opomenutí varovných signálů na přístrojích.

Medikační pochybení a omyly: medikační chyba je jedna z nejčastějších nežádoucích událostí (Škrla, 2005, s. 27-28).

Pád pacienta: problematika pádu je ve zdravotnických zařízeních velmi rozsáhlá, obecně nebyla přijata žádná definice právě pro pády, a proto jsou pády pacientů hlášeny různými způsoby. Pro zdravotnické zařízení je důležité, aby svoji definici pádů mělo. Existují některé uznávané definice pádů: pacient neplánovaně klesne k podlaze, nezamýšlená událost, kdy se pacient ocitne na zemi, pád není způsoben záměrným pohybem nebo jinými příčinami onemocnění (cévní mozková příhoda, mdloba, epileptický záchvat), událost vyústující v nezamýšleném spočinutí pacienta nebo jeho části těla na zem.

Po vytvoření definice pádu, je nutné, aby jí zdravotníci přijali a vhodně s efektivitou používali při vyplňování hlášení. Při pádu mohou nastat sporné situace, kdy je pacient při pádu

zachycen. Jedná se tedy o asistovaný pád. Aby nedošlo k chybným interpretacím během analýzy, je nutné definovat různé odlišnosti. Jasná definice vede ke snížení množství pádů a zvýšení celkové bezpečnosti ve zdravotnickém zařízení. Tato definice je stejná pro všechny oddělení a nemění se v čase (Marx, 2007, s. 21).

1.4 Klasifikace nežádoucích událostí

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

1.4.1 Klasifikace dle následků

Naprosto žádné následky (pád, kdy pacient nejeví známky bolesti nebo omezení pohybových funkcí.

Zdánlivě žádné následky, pacienta je nutné monitorovat (pád s úderem do hlavy vyžadující neurologické vyšetření nebo poranění pacienta vyžadující jednoduchou první pomoc).

Nežádoucí klinický nález, vyžadující léčbu, která je úspěšná (pád při kterém si pacient zlomí nohu, úspěšně se léčí a rehabilituje.

Nevratná komplikace nebo smrt (Škrla, 2005, s. 60).

1.4.2 Klasifikace nežádoucích událostí dle Changa

Klasifikace dle Changa je rozdělena do pěti skupin. Každá skupina je rozdělena na třídy, které určují míru poškození. První skupinu nelze klasifikovat jako mimořádnou událost, ale jako incident či téměř pochybení. Do druhé skupiny spadají mimořádné události, při kterých nedojde k poškození zdraví pacienta a jsou klasifikovány jako incident. Třetí skupina zahrnuje mimořádné události s dočasným poškozením zdraví pacienta, kdy je nutná maximálně krátkodobá hospitalizace. Ve čtvrté skupině klasifikuje mimořádné události s trvalým poškozením zdraví pacienta, které vyžaduje intenzivní léčbu s úkony zachraňující život. V páté kategorii najdeme fatální mimořádné události, kde se jedná o úmrtí pacienta (Škrla et al., 2008, s. 51).

1.4.3 Klasifikace pádů dle Janice Morse

Pro lepší pochopení příčin pádů mnohá zdravotnická zařízení založila svoji klasifikaci, založenou na fyziologických faktorech a na faktorech prostředí. J. Morse rozděluje pády na náhodné, fyziologické nepředvídané a předvídané.

Náhodné pády spočívají v neúmyslném upadnutí pacienta, kdy pacient může zakopnout či uklouznout v důsledku selhání kompenzačních pomůcek nebo faktorů prostředí, kterou může být rozlitá tekutina na podlaze.

Nepředvídané fyziologické pády jsou klasifikovány, když fyzická příčina pádu není součástí pacientova rizikového faktoru pro pád. To znamená, že fyzický stav pacienta nemohl být do doby pádu předvídan- například mdlobou, epileptickým záchvatem či patologickou zlomeninou krčku.

Předvídané fyziologické pády se dějí pacientům, kteří jsou dle stupnice rizika pádu pro pád riziková. Tito pacienti se dají popsat následujícími charakteristikami-pád v anamnéze, zhoršená chůze, užívání pomůcek k chůzi, intravenózní kanyla, porucha duševních funkcí. Dle J. Morse je 14% pádů ve zdravotnickém zařízení náhodných, dalších 8% nepředvídaných a zbytek jsou předvídané fyziologické pády. Obecným faktem je, že pády jsou způsobeny četnými faktory, které zvyšují riziko pádu. Mezi tyto faktory řadíme pád v anamnéze, porucha kognitivních funkcí, porucha rovnováhy a hybnosti, muskuloskeletální obtíže, chronická onemocnění, problémy ve výživě atd.

Oblíbená klasifikační metoda je založená na předpokladu pádu způsobeného komplexní interakcí vnitřních a vnějších faktorů. Individuální rizikové faktory nemohou být použity pro všechna prostředí, ani pro všechna zdravotnická zařízení.

Vnitřní rizikové faktory: předchozí pád, porucha zraku, nejistá chůze, duševní stav, akutní onemocnění, chronická onemocnění. Tyto faktory jsou spjaty s každým jedincem a vycházejí ze změn souvisejících se stárnutím, nemocemi, farmakologickou léčbou.

Vnější rizikové faktory: léky ovlivňující centrální nervový systém, vany a toalety, tvar nábytku, kvalita povrchu, špatné osvětlení, typ a stav obuvi, nesprávné používání různých zařízení, nevhodné pomůcky (Marx, 2007, s. 23-24).

1.5 Metodologie řízení procesu nežádoucích událostí

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

Důkladné přešetření nežádoucí události provádí manažer rizik, který obdrží od odpovědného pracovníka oddělení Hlášení nežádoucí události. Postižené osoby ať už pacient či zaměstnanec musí mít jistotu o pravdivém vyšetřování, které by mělo být vedeno ve snaze získat pravdivý obraz o události a založeno pouze na získaných faktech. Je-li implikován přímo zaměstnanec je v jeho zájmu dočasné uvolnění z práce. O informování ústavního pracovníka či policie rozhoduje vedoucí pracovník. První kontakt s implikovaným pacientem by měl provést ošetřující lékař nebo manažer rizik. V případě sdělování informací rodině implikovaného, je třeba sdělit pouze základní informace. Dále je nutné ujistit pacienta o tom, že léčebný tým má vše pod kontrolou a veškerá další péče bude nerušeně pokračovat. Každý kontakt s rodinou implikovaného by měl být dokumentován. Zdokumentování nežádoucí události slouží ke zkvalitnění léčebné a ošetrovatelské péče, k zajištění náprav stávajících problémů a bezpečného prostředí. Povinností zaměstnanců, kteří byli svědky události je prezentovat objektivní fakta a být co nejpřesnější v čase a detailech události. V dokumentaci pacienta je proveden stručný a věcný záznam o nežádoucí události, popis intervencí zdravotnického personálu a reakce pacienta, hlášení ani popis šetření není v dokumentaci založeno. Dokumentace o nežádoucí události je majetkem daného zařízení a nesmí být bez souhlasu managementu duplikována (Škrla et al., 2008, s. 52-53).

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

Existují principy, kterými by se mělo řídit hlášení nežádoucích událostí. Prvním z nich je, že poskytovatel zdravotních služeb zavazuje nesankční postup k hlášení nežádoucích událostí a tím zajišťuje ochranu hlásící osoby před možným postihem za provedené hlášení. Každý pracovník by měl nežádoucí událost hlásit, jakmile zjistí, že k nějaké došlo bez ohledu, zda je to sestra, klinický pracovník nebo pracovník dodavatelských institucí zajišťující služby. Všichni pracovníci by měli být edukováni poskytovatelem zdravotních služeb o smyslu a účelu hlášení nežádoucích událostí. Při hlášení těchto událostí by měla být umožněna anonymita hlásící osoby. Dalším principem je nekomplikovaný postup hlášení s obsahem soustředícím se, na textový popis dané události. Hlášení by mělo být směřováno k osobě, která se hlášením nežádoucích událostí zabývá i bez vyžadování podpisu vedoucího pracovníka. Případné změny zdravotního stavu jsou přednostní v reagování, je nutné změny zaznamenat do zdravotnické dokumentace s ohledem na vyžadující podpis nadřízeného pracovníka či ošetřujícího lékaře (Věstník MZ č. 8/2012).

V české republice provozuje Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky ČR (ÚZIS ČR) Národní systém hlášení nežádoucích událostí. Systém umožňuje i elektronické hlášení a interní evidenci hlášení nežádoucích událostí na úrovni poskytovatele zdravotních služeb. Zájemcům je tento systém poskytován zdarma a umožňuje jednak poskytovatelům jednotně sledovat definované nežádoucí události tak i další případy považované poskytovatelem zdravotních služeb za nežádoucí události, dle své definice. Metodika nevyžaduje pro interní evidenci nežádoucích událostí použití tohoto systému ani nestanovuje předávání dat o nežádoucích událostech do Národního systému hlášení nežádoucích událostí. Odhaduje se, že v řádech desítek procent přijatých pacientů do nemocnice je způsobena újma během poskytování zdravotní péče s důsledkem vzniklé nežádoucí události. Z toho vyplývá, že bezpečnost pacientů není dostatečná a představuje závažný problém pro veřejné zdraví a vysokou hospodářskou zátěž pro omezené zdroje ve zdravotnictví. Spouště nežádoucích událostí se dá zabránit, protože většina z nich je zjevně

způsobena systémovými faktory jak u hospitalizovaných, tak u ambulantních pacientů. Eliminace pochybení nikdy nelze zcela úplně, neboť jsou neodmyslitelně spjata s účastí lidského faktoru ve zdravotnictví. Je důležité, aby se poskytovatelé zdravotních služeb zaměřili na minimalizaci rizik a jejich dopady stejně tak na včasné detekce těchto pochybení (Věstník MZ 8/2012).

1.5.1 Formulář hlášení nežádoucí události

Formulář dle Škrly by měl obsahovat následující údaje:

identifikace postiženého pacienta/zaměstnance/návštěvníka s jeho osobními daty, charakter události, rozsah a charakter škod/poranění, popis události s údaji založených na faktech, jména svědků a jejich bydliště, identifikační číslo a podpis zaměstnance, informace o tom, zda byl informován ošetřující lékař o nežádoucí události. V hlášení by neměl chybět ani záznam o poskytnutí první pomoci a reakce poškozeného na pomoc, klasifikace mimořádné události, stupeň závažnosti a případné připomínky (Škrly, 2005, s. 43).

1.5.2 Národní systém Hlášení nežádoucích událostí

Dokument vymezuje způsob klasifikace hlášení pro účel Metodiky sledování nežádoucích událostí pro Národní systém hlášení nežádoucích událostí. V dokumentu je vymezen způsob, rozsah a frekvence předávaných dat do Národního systému. Do systému je možné hlásit nežádoucí události, které jsou dle povinností označeny jako povinné, dočasně nepovinné i dobrovolné. Jako povinně hlášené nežádoucí události označujeme ty, které mohly nebo vyústily v tělesné poškození pacienta a bylo možné se mu vyhnout. Dočasně vyloučeno z povinného hlášení je neočekávané zhoršení stavu pacienta, které mají za následek poškození nebo úmrtí pacienta. Národní systém mohou využívat zdravotnická zařízení zcela zdarma. Pro evidenci se při vzniku nežádoucí události zajišťuje elektronický formulář (Marx, 2011, s. 1).

1.6 Prevence nežádoucích událostí

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

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

2 Rizika nežádoucích událostí

Nejpočetnější skupinou zdravotníků po celém světě jsou právě zdravotní sestry. Jejich práce je velmi rozmanitá, zahrnuje péči u lůžka, edukaci pacientů i klinický výzkum. Možná, právě proto se pozornost veřejnosti začala zaměřovat na jejich chyby a omyly stejně jako u lékařského personálu. V roce 2001 bylo identifikováno celkem osm hlavních kategorií pochybení, ke kterým ve zdravotnických zařízeních dochází a je nutné se s nimi zabývat. Do těchto kategorií řadíme:

- a) nedostatek vnímavosti a pozornosti sester pro měnící se klinický stav pacienta
- b) pracovní přetížení, nedostatek sester, zátěžové diagnózy pacientů, nedostatečné vzdělání sester, nepasionální a neefektivní komunikace
- c) nedostatek morální odpovědnosti
- d) neochota vnímat vážně svoji roli zastávce pacienta s následným nezájmem o vážnost problému pochybení.
- e) lhostejnost ke svým vlastním chybám i chybám ostatních členů ošetrovatelského týmu
- f) nesprávné rozhodování- chybná identifikace pacienta chybná ošetrovatelská diagnóza, chybná intervence, přílišná sebedůvěra, neochota požádat o radu, nedostatečná klinická kompetence, neochota zapojit pacienta do procesu ošetrovatelské péče
- g) nedostatek preventivních opatření-nedodržování standardů pro prevenci pooperačních infekcí, vznik dekubitů, pneumonie, pády, nedodržování hygieny rukou, ordinace lékaře nebo ostatních členů multidisciplinárního týmu, opožděná nebo chybná interpretace ordinace lékaře, neochota ověřit si ordinace lékaře, neprofesionální přístup v péči o pacienta
- h) chyby v ošetrovatelské dokumentaci-záznamy o podaných lécích dříve, než jsou podány, nedostatečná pozornost ordinacím lékařů, nečitelnost, nedodržování směrnice o vedení zdravotnické dokumentace, nedůslednost, nekompletní nebo chybějící zápis o reakci pacienta na léčbu (Škrla, et al, 2008, s. 47-48).

Velké riziko pochybení či vzniku nežádoucí události představuje předávání pacientů mezi sestrami ze směny na směnu, z oddělení na oddělení, z jednoho zdravotnického zařízení na druhé. Při překlada může dojít ke ztrátě důležitých informací, přerušení péče apod. V těchto případech může být ohrožena péče o pacienta (Škrla, 2005, s. 38).

Stejně tak nečitelnost záznamů je jednou z nejčastějších výtek uváděnou soudními znalci při vypracování znaleckých posudků a výtek kontrolních orgánů z důvodu nečitelnosti zejména

ordinací vede k pochybením, jejichž následky pro pacienta mohou být mnohdy velmi závažné (Vondráček et al., 2008, s. 16).

2.1 Management rizik

Řízení rizik je proces identifikace, vyhodnocování a řešení potencionálních a právě aktuálních rizik, které mohou být zdrojem zranění, finanční ztráty nebo ztráty dobré pověsti zdravotnického zařízení.

Definice, modely a teorie nám pomáhají pochopit problematiku rizik a pochybení, ale nepoukazují, jak problémy řešit. Management rizik představuje ucelenou proaktivní strategii, která směřuje k ochraně majetku, dobré pověsti nemocnice a samozřejmě k ochraně pacientů, návštěv i zaměstnanců před případným poškozením zdraví a způsobenými škodami (Škrála et al., 2008, s. 17-18).

Řízením rizik a bezpečná péče je jednou z hlavních priorit JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), na tento aspekt klade důraz i spojená akreditační komise (SAK ČR). Je možné jmenovat celou řadu rizik, ke kterým v praxi dochází. Je to nevyhovující systém informovaných souhlasů, proces hlášení a prevence nosokomiálních nákaz, který nefunguje. Rizikem může být i proces sledování kvality, který není smysluplný, na oddělení chybí (vnitřní směrnice pro hlášení nežádoucích událostí, politika kvality, stížnosti, smysluplné provozní řády, vydávání dokumentů). Dalším rizikem může být písemné zpracování bezpečnostních aspektů daného zařízení např. při požáru a evakuaci, které v praxi ve skutečnosti nefunguje. Riziko spočívá i v nejasně stanovené kompetenci, odpovědnosti uvedené ve směrnících, nedodržování směrnice o zacházení s léčivými v praxi (chybné ordinace, nevysvětlitelné změny v dekurzu, nepřehlednost a nečitelnost). (Škrála et al., 2008, s. 27).

2.2 Manažer rizik

Krizové řízení směřuje k vytvoření systému řízení rizik kvalifikací manažerů a specialistů na řízení v rizikových situacích. Ve zdravotnickém zařízení za řízení rizik a aktivity s tím spojené je zodpovědný manažer rizik. Právě manažer rizik hodnotí aspekty péče, které souvisí s rizikem, jeho dalším úkolem je plánování, redukce, omezení a eliminace těchto rizik. Multidisciplinární tým by měl pracovat tak, aby nedocházelo k rizikovým situacím a péče pro pacienta byla bezpečná. Manažer rizik motivuje ošetrovatelský tým, aby práce byla prováděna na co nejvyšší úrovni a hlavně lege artis. Manažer má spoustu povinností, mezi které patří každodenní dohled na plnění předpisů a zákonů týkajících se bezpečnosti práce a ochrany

zaměstnanců. Dále pro zaměstnance připravuje edukační semináře a řídí aktivity související s výskytem mimořádných událostí, nozokomiálních infekcí, kriminality a incidentů či pochybení. Princip řízení rizik spočívá v dokumentaci všech aktivit. Velmi důležitá je v těchto ohledech i spolupráce manažera rizik s ostatními manažery a vedoucími jednotlivých oddělení, protože společně koordinují management rizik. Včasné vyplnění a předání Hlášení nežádoucích událostí manažerovi rizik zajišťuje více času pro vyhodnocení situace v případě právního sporu (Plevová, 2012, s. 257-258).

Vlastnosti manažera rizik dle Mazala:

Manažer rizik by měl znát funkci celého systému, jeho silné a slabé stránky, příležitosti i hrozby. Výhodou bývají zkušenosti s řízením extrémních situací a odolnost vůči děsivým účinkům katastrof. Dále by měl umět ovládat emoce svoje i druhých lidí, umět komunikovat a motivovat, umět utvořit tým a každého pověřit daným a adekvátním úkolem. Manažer zastává také profesionální postoj, úměrně se projevuje, bystře vnímá a reaguje na podněty a v neposlední řadě také neotálí s reakcí na závažné podněty a rychlým vyhodnocením situace (Mazal, 2007, s. 44).

Sestry představují nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví, poskytují péči v psychicky i fyzicky náročných situacích a lehce může dojít k pochybení. Každý manažer rizik musí být seznámen s reálným i potencionálním rizikem ve skupině zaměstnanců, aby mohl identifikovat hlavní příčiny těchto rizik. Existuje celá řada příčin pochybení, mezi nejčastější řadíme nedostatečnou orientaci nových pracovníků, nedostatečnou a nevhodnou komunikaci mezi ošetřujícím personálem a pacientem, nedostatečnou informovanost, nedostatečnou supervizi, nezajištění bezpečí pacienta a nepozornost (Plevová, 2012, s. 258).

Prioritním úkolem manažera rizik je vytvoření správného systému péče, který bude odolný vůči pochybení. Dalším úkolem je zavést preventivní opatření proti těmto omylům a rychlá opatření pro nápravu již vzniklých pochybení s cílem co nejvíce minimalizovat následky. Manažer rizik má odpovědnost za výběr spolehlivého personálu, dostatečnou edukaci personálu v rámci bezpečnosti ošetrovatelské péče, řízení chodu oddělení a koordinaci personálu, nepřetržitou kontrolu a hodnocení kvalifikace, výkonu a kompetence personálu (Škrla et al., 2008, s. 23-24).

2.3 Prevence rizik

České zdravotnictví zaznamenalo závažný krok při vstupu České republiky do Evropské unie, protože politika a standardy Evropské unie dlouhodobě ovlivňují budoucnost našeho zdravotnictví. Cestou kvality řeší problémy ekonomické výkonnosti, ale i spokojenosti pacientů a tím jednoduchou cestou nabízí řešení současných problémů. Zdravotnictví může dosáhnout dobrého stupně kvality, jako je běžný v průmyslu implementováním novým a průhledným systémem řízení kvality. Důležité je získat nadšení a zaujetí všech zaměstnanců pro kvalitu poskytované péče, což je ve vyspělých zemích přirozené. Řízení kvality vedoucí organizace kupředu, k excelenci, kvalitě a ekonomické výkonnosti je norma ISO 9001:2000. Opěrným systémem řízení kvality jsou procesní řízení, zaměření na zákazníka a zaměstnance, dokumentace a kontinuální zvyšování kvality. ISO 9001:2000 má z hlediska perspektivního řízení rizik důležitý cíl a to dosažení trvalé shody mezi požadavkem na produkt a produktem. Jestliže je vnímána nehoda jako riziko jsou připraveny pro oddělení efektivní nástroje pro snižování rizik (Škrála et al., 2008, s. 29).

Není pochyb o tom, že Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) předkládá globální standard kvality a bezpečnosti péče. Přes polovinu vydaných standardů touto organizací se přímo i nepřímo dotýká bezpečnosti pacientů. Jedním z hlavních principů je zlepšit spolehlivost identifikace pacientů a to použitím minimálně dvou způsobů identifikace mezi který neřadíme číslo pokoje. V případech chirurgických výkonů a invazivních zákroků je důležité použít verificační proces a aktivní komunikační techniku. Další princip spočívá v efektivní komunikaci mezi poskytovateli péče při verbální komunikaci i v písemné komunikaci. Příkladem je vytvořený seznam zkratk, které se smí používat na daném oddělení. Třetím principem je zlepšit bezpečnost rizikových medikací např. omezením různých koncentrací specifických léků na oddělení. Dalším principem je zabránit chirurgickým výkonům na nesprávném pacientovi, nesprávném místě nebo použitím nesprávné metody. Je nutné provádět pravidelnou kontrolu a údržbu klinických poplašných systémů a tím zajistit jejich efektivní fungování (Škrála et al., 2008, s. 25).

3 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalitu lze vnímat ze dvou pohledů, jednak subjektivně jak já sama jsem spokojena jakožto jedinec a objektivně kdy jsou sledována určitá, přesně stanovená a dohodnutá kritéria. Existuje mnoho definic a přístupů. Kvalita je soubor znaků entity, které ovlivňují schopnosti uspokojovat dané a předpokládané potřeby. Podle Josepha M. Jurana znamená kvalita způsobilost pro užití. Dle Philipa B. Crosbyho je kvalita tedy jakost, shoda s požadavky. Crosby obohatil systémy řízení o koncepci zero defects (práce bez vad), kde kladl důraz především na postupy takové, kde vady nevznikají. Součástí teorie byly postupy pro včasné odhalení a následné napravení vady. Armand V. Feigenbaum je autorem „Komplexního řízení jakosti TQC“ (total Quality Control/Management). Jakost představuje takovou, jakou si představuje zákazník. Všechny tyto definice mají jednu společnou věc, a to že zákazník a jeho nároky na výrobek či službu jsou hlavním hodnotitelem kvality. Míra hodnocení je ovlivněna mnohými faktory/demografické, sociální, biologické). Další požadavky na kvalitu vnáší sama společnost ve formě nařízení, zákonů a vyhlášek. Pro kvalitní výrobek či službu je nutné, aby kvalita byla řízena systémově v celé firmě a na všech úrovních (Madar, 2004, s. 29-30).

3.1 Historie kvality

S kvalitou se táhne dlouhá historie, kdy kvalitu sledovaly jednotlivé organizace, které stanovily pravidla a následně na jejich dodržování dohlížely. Při nedodržení pravidel se trestalo různými způsoby, jako bylo useknutí ruky či poprava. Změna nastala při dělbě práce, kdy za kvalitu výrobku nebyl zodpovědný pouze jeden výrobce, ale bylo nutné sledovat celý proces výroby a kvalitu na jednotlivých úsecích. Do popředí se dostává odpovědnost podniku za kvalitu. Největší rozvoj byl zaznamenán po druhé světové válce, kdy pro hlad po nedostatkovém zboží způsobil konkurenční boj. V 70. letech došlo k orientaci managementu kvality na procesy a v 80. letech se začíná management orientovat na zákazníka. Právě zákazník rozhoduje, zda je výrobek či služba kvalitní (Madar, 2004, s. 21).

3.2 Kvalita zdravotnických služeb

Velmi zajímavým a citlivým tématem je kvalita zdravotnických služeb, které se dostává do povědomí nejen provozovatelům zdravotnických zařízení, ale i široké veřejnosti. V poslední době se objevují různé přístupy, které mají snahu o vyhodnocení kvalitní úrovně zdravotnických činností.

Cena za kvalitu je prestižní označení, kterého se snaží docílit různá zdravotnická zařízení. Je udělována po splnění kritérií stanovených zpravidla organizací pro národní cenu za jakost (Národní cena Malcolma Baldrige).

Certifikát kvality dokládá o systému řízení kvality odpovídající požadavkům daných ISO 9001:2000, stěžejní normou.

Akreditace zdravotnických zařízení zahrnuje vynucené přístupy k hodnocení kvality poskytovaných zdravotnických služeb a má za následek povolení činnosti nebo zařazení do akreditačních stupňů.

Kvalita je vnímána intuitivně a vyžaduje definici. WHO definuje kvalitu zdravotní péče v roce 1966 jako „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe*“ (Madar, 2004, s. 32-33).

J. Madar rozlišuje tři dimenze kvality zdravotních služeb. První z nich je kvalita vnímaná samotnými klienty. Druhou dimenzí je profesionální hledisko kvality služeb, kdy je zjišťováno, zda služby naplňují potřeby tak, jak jsou profesionálně definovány a zda je obsažena vhodná technika a procedura. Třetí dimenzí je kvalita služeb z hlediska řízení, kde se hodnotí využívání neekonomičtější a nejproduktivnější využití zdrojů. Kvalita zahrnuje nejen zlepšování spokojenosti pacientů, profesionální audit ale i zvyšování ekonomičnosti a snižování nákladů (Madar, 2004, s. 33-34).

Každý vnímá kvalitu zdravotní péče jinak, existují různá kritéria. Základním hlediskem je kvalita vlastního léčebného výkonu, co poskytujeme a jaké jsou doprovodné služby, jako je příjem pacienta, podání informací, zajištění bezpečnosti, ubytování, strava, organizace ošetrovatelské péče, kulturní možnosti v nemocnici. Druhým hlediskem je, jak službu poskytujeme. Demografické ukazatele kvality služeb sleduje hlavně stát, kdežto náklady na zdravotní péči sledují hlavně pojišťovny a snaží se nastavit kritéria. Svaz pacientů sleduje převážně nedostatky a neúspěchy v poskytované péči. Odborné společnosti se zabývají zpracováním různých standardů k poskytování zdravotní péče (Madar, 2004, s. 35).

Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, taktéž sledování nežádoucích událostí souvisí se zkvalitněním ošetrovatelské péče a mělo by probíhat ruku v ruce. Obvykle jsou tyto odvětví vnímány a řešeny organizačními jednotkami jako oddělené agendy. Mezi tyto oblasti patří řešení stížností a žalob, evidence laboratorních chyb, bezpečnost práce, technické a bezpečnostní incidenty, pády a dekubity, nosokomiální infekce. Pro některé indikátory

kvality sledované poskytovatelem zdravotních služeb poskytuje sledování nežádoucích událostí určitá data. Sledování indikátorů má své racionální odůvodnění a přispívá k přijetí opatření zlepšující kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, snižuje finanční a administrativní náklady (Marx, 2011, s. 113).

3.3 Management kvality

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je citlivé téma o které se zajímají poskytovatelé léčebné péče i široká veřejnost. Různými přístupy se snaží o vyhodnocování kvalitativní úrovně zdravotnických činností. Pro ošetrovatelskou péči je významné stanovení indikátorů kvality pro její poskytování. *„Zdravotnictví je vysoce riziková oblast, protože nežádoucí účinky vyplývající z léčby mohou vést k úmrtí, vážným komplikacím a poškození pacienta. Jednou z možností jak snížit rizika, je zvyšovat bezpečnost a kvalitu poskytované péče jejím vyhodnocováním a to pomocí indikátorů kvality.“* (Plevová, 2013, s. 171)

3.3.1 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

Jedná se o nezávislou organizaci, která byla založená v USA a zabývá se kvalitou ve zdravotnictví od roku 1951. Akreditační komise rozpracovává kritéria pro hodnocení úrovně a kvality poskytované zdravotní péče v nemocnicích pomocí objektivních ukazatelů, hodnocení trvá čtyři dny. Komise má přístup do zdravotnické dokumentace a má možnost hovořit jak s personálem, tak s pacienty. Zaměření je v oblastech práv pacientů, etiky, výchovy pacientů a rodiny. Dále sleduje infekce, sestry, lékaře, řízení celé nemocnice a šíření informací. Tato akreditační komise není kontrolována žádnou jinou veřejnou organizací ani právní normou, což je jedním z důvodů proč nemocnice v USA od akreditace odstupují. Systém hodnocení se zaměřuje na dokumentaci a bohužel ne na procesy. Dceřinnou společností je Joint Commission International Accreditation (JCIA), která vydává mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic. Standardy jsou dvojího typu, zaměřené na pacienty a jejich potřeby, druhý typ jsou standardy týkající se funkce zdravotnického zařízení jako instituce (Madar et al., 2004, s. 43-44).

3.3.2 Spojená akreditační komise (SAK)

Český institut pro akreditaci (ČIA) definuje akreditaci jako oficiální uznání, že certifikační orgán je způsobilý k provádění posuzování. V rámci akreditace to znamená, že subjekt je oprávněn posuzovat a hodnotit někoho jiného.

Spojená akreditační komise vznikla v roce 1997. Stanovila standardy, které se člení do třinácti oblastí a byly vydány jako metodický pokyn ministerstvem zdravotnictví České republiky. Mezi tyto oblasti řadíme resortní bezpečnostní cíle, práva pacientů a jejich edukace, dostupnost a kontinuitu péče, diagnostickou a terapeutickou péči, anesteziologickou a chirurgickou péči, objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv, hygienu nemocničního prostředí a protiepidemická opatření. Dále je to řízení a správa, řízení kvality a bezpečí, bezpečí prostředí, informace a komunikace, řízení lidských zdrojů. Osvědčení vydané touto komisí je platné pouze ve zdravotnictví na území České republiky a není zakotvené v žádné právní normě. (Madar et al., s. 44, 2004; Marx, 2013, s. 15)

Specifické standardy SAK se zaměřují na rizika medikačního procesu, stravovacího provozu, nosokomiálních infekcí, pozitivní identifikaci pacienta, zdravotnickou dokumentaci, likvidaci odpadů nebo na důležitost informovaných souhlasů. K plnění jednotlivých standardů jsou v akreditačním manuálu jasně stanoveny indikátory k vyhodnocení. V případě, že zdravotnické zařízení použije tyto indikátory jako kritéria auditů v přípravách na akreditační šetření a odstraní veškeré neshody, docílí tak akreditačního certifikátu. Každé zdravotnické zařízení funguje jinak, přesto jsou známé příčiny neúspěchu. Mezi ně řadíme nedostatečné zmapování požadavků akreditačních standardů, nesprávná interpretace stanovených požadavků SAK ČR, nerespektování určitých požadavků, nedůslednost při zavádění standardů do praxe, neochota managementu standardizovat podmínky akreditačních standardů v rámci celého zařízení. Spousta zdravotnických zařízení zveřejňuje přípravy na akreditaci, může ohrozit důvěru veřejnosti při neúspěchu. (Škrla et al., 2008, s. 27-28).

4 Trestně právní odpovědnost sester

Škoda na zdraví pacienta, vzniklá postupem non lege artis sestry, je také její zodpovědností, což pro sestru znamená přijmutí postihů a sankcí, které budou v trestněprávním jednání za škodu stanoveny a pokud se škody bude poškozený domáhat. Sestra může být obviněna za ublížení na zdraví, těžkou ujmu na zdraví pacienta, případně i těžkou ujmu na zdraví s následkem smrti. Ujma poškozeného bude zaplácena zdravotnickým zařízením bez ohledu na jeho výši, ale zdravotnické zařízení může požadovat na provinilé sestře úhradu této ujmy s podmínkou, že výše nesmí přesahovat čtyř a půl násobku sestřina platu. V případě poškození zdraví sestry pacientem, úhradu plně hradí vinný pacient, pokud byl v době činu přičetným. V opačném případě by vinu musel uhradit zaměstnavatel (Vondráček et al., 2009, s. 23-24).

Sestra musí poskytovat ošetrovatelskou péči lege artis, což v praxi znamená v souladu s předpisy upravující poskytování ošetrovatelské péče a stejně tak se standardy upravující konkrétní postupy při provádění konkrétního výkonu. Sestra může odmítnout provést výkon, který vychází z nečitelné ordinace nebo je-li výkon v rozporu s postupem lege artis, nebo výkon, který by pacienta mohl poškodit. (Příkladem těchto výkonů může být podání jodového přípravku pacientovi, který je alergický na jod, nebo chybně ordinovaný lék). (Vondráček et al., 2006, s. 11)

Podle zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, který obsahuje i přestupky na úseku zdravotnictví za které leze uložit pokutu do výše 10000 Kč.“ ***Ustanovení § 29 Odst. 1 písm. a)*** ***Znění zákona stanovuje, že se přestupku dopouští ten, kdo úmyslně zmaří, ztíží, nebo ohrozí poskytnutí zdravotnické služby nebo se nepodrobí povinnému vyšetření nebo léčení. Jedná se o postup nebo jednání, které je sice závažné, ale nemá závažnosti a zejména následky trestního činu. Následky tohoto škodlivého jednání bezprostředně neohrožují život pacienta.***“ (Česko, 1990)

Sestry se při obhajování často dopouštějí následujících chyb. V nevědomosti zlehčují dopad situace a celou věc bagatelizují. Občas se stane, že se snaží čin svalit na někoho jiného, protože ošetrovatelská péče je činnost týmu, ale odpovědnost za pochybení nese každý člen týmu sám. Dále sestry zdůrazňují své zásluhy a kvalifikace, poškozenému je ovšem jedno kdo mu škodu způsobil, nýbrž kdo jí uhradí. Dalším chybným počínáním je nečitelné vedení ordinace. Při těchto okolnostech je nejlepší provést záznam věcně a pravdivě ihned po události a zajistit podpisy přítomných svědků (Vondráček et al., 2006, s. 24-25).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Metodika výzkumu

Výzkum byl prováděn pomocí anonymních dotazníků, díky kterým jsem získala odpovědi na výzkumné otázky. Anonymní dotazníky byly rozdány nelékařskému zdravotnickému personálu a to všeobecným sestřím včetně specializovaných sester a zdravotnických asistentů. Předcházela osobní domluva s vrchními sestrami na jednotlivých odděleních. Pro výzkum bylo nutné opatřit povolení zdravotnického zařízení k výzkumu. Anonymita byla zajištěna pomocí neprůhledných desek. Desky s dotazníky si na jednotlivých odděleních převzaly vrchní nebo staniční sestry, které desky předaly na daná oddělení. Byly umístěny tak, aby k nim měly přístup veškeré sestry a mohly dotazník dobrovolně vyplnit a následně zařadit zpět do desek mezi ostatní vyplněné dotazníky. Po domluvené době jsem si desky s vyplněnými dotazníky osobně převzala z oddělení zpět. Dotazník byl určený pouze pro účely bakalářské práce a obsahoval 15 otázek. Otázky byly různého typu, otevřené, uzavřené, polootevřené, filtrační a projektivní, identifikační a znalostní otázky zaměřené na danou problematiku. Respondentky měly na výběr z několika možností, u označených otázek bylo více možných správných odpovědí, případně možnost volné odpovědi vlastními slovy. Některé otázky v dotazníku byly teoreticky podloženy autorem Petrem Škrlou, který se zabývá procesním řízením nežádoucích událostí v České republice. Výzkum v nemocnici krajského typu probíhal od 1.3. 2015 do 31.3. 2015 včetně předchozího pilotního výzkumu, po kterém jsem pozměnila některé otázky, aby byly lépe pochopitelné. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků, ze kterých se mi vrátilo 57 vyplněných dotazníků. 3 dotazníky jsem byla nucena vyřadit pro neúplné vyplnění. Pro výzkum bylo použito 54 vyplněných dotazníků, což činí 95% navracených dotazníků.

Poznatky a informace z dotazníkového šetření jsou prezentovány pomocí grafů, které byly zpracovány v program MS Excel 2007. Ke každé otázce z dotazníku náleží právě jeden barevný graf nebo tabulka. V příloze 1, této bakalářské práce je umístěn dotazník, ze kterého byly všechny otázky čerpány. Grafické zpracování otázek a jejich absolutní a relativní četnosti je možné vidět v prezentaci výsledků.

5.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Vybraným souborem pro dotazníkové šetření byl nelékařský zdravotní personál a to všeobecné sestry (včetně sester specializovaných a zdravotnických asistentů) pracující na chirurgických i interních odděleních v nemocnicích krajského typu s různou délkou praxe a různé úrovně vzdělání. Celkem bylo rozdáno 60 anonymních dotazníků.

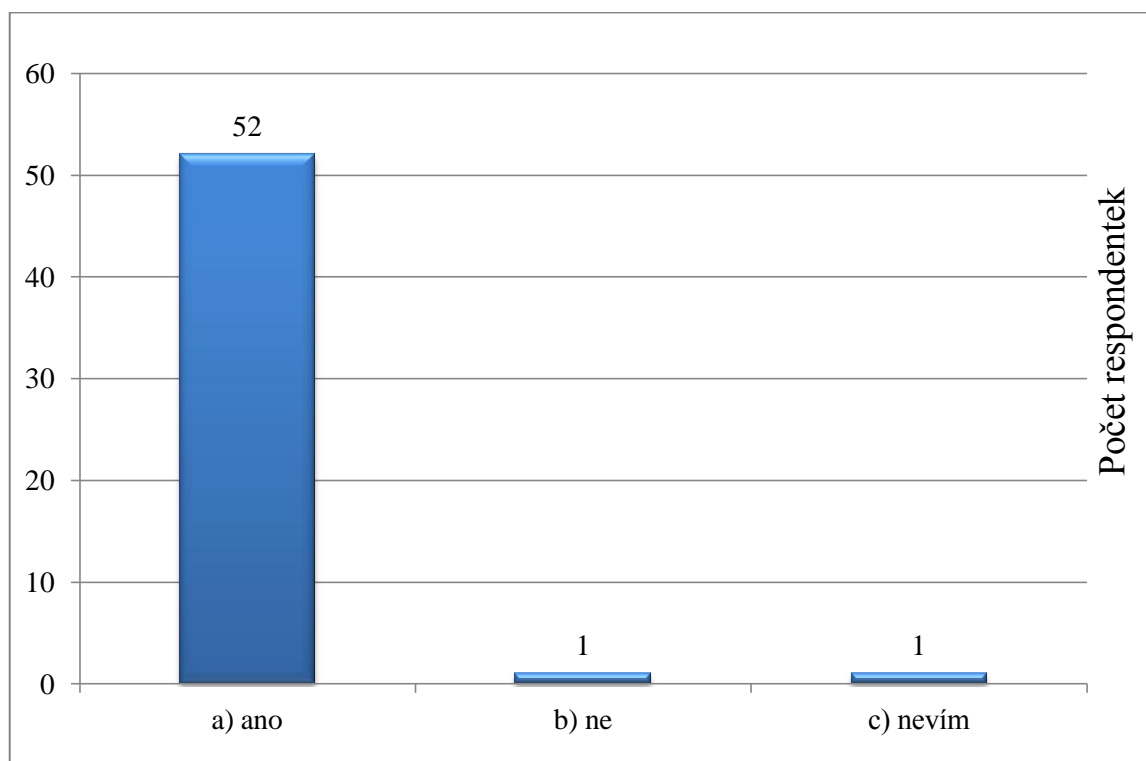
5.2 Výzkumné otázky

1. Nejčastěji vyskytující se nežádoucí událost jsou pády, jakým způsobem se této nežádoucí události předchází?
2. Jakým způsobem budou nežádoucí události nejčastěji hlášeny?
3. Má dosažené vzdělání všeobecných sester vliv na procesní řízení při vzniku nežádoucí události?
4. Jaký nejčastější faktor nelékařští zdravotní pracovníci shledávají jako příčinu vzniku nežádoucích událostí?

6 Prezentace výsledků

Výsledky otázek jsou graficky znázorněny v následujícím textu. V každém grafu je možné vidět počet odpovědí u jednotlivých možných odpovědí (A, B, C, D, E, F nebo přesně formulované možnosti). V případě dvoubarevných grafů barvy odlišují správné (modrá barva) nebo nesprávné (červená barva) odpovědi. Některé výsledky jsou prezentovány pomocí tabulky pro lepší přehlednost. V příloze práce je umístěn dotazník, ze kterého byly čerpány veškeré otázky a odpovědi pro výzkum.

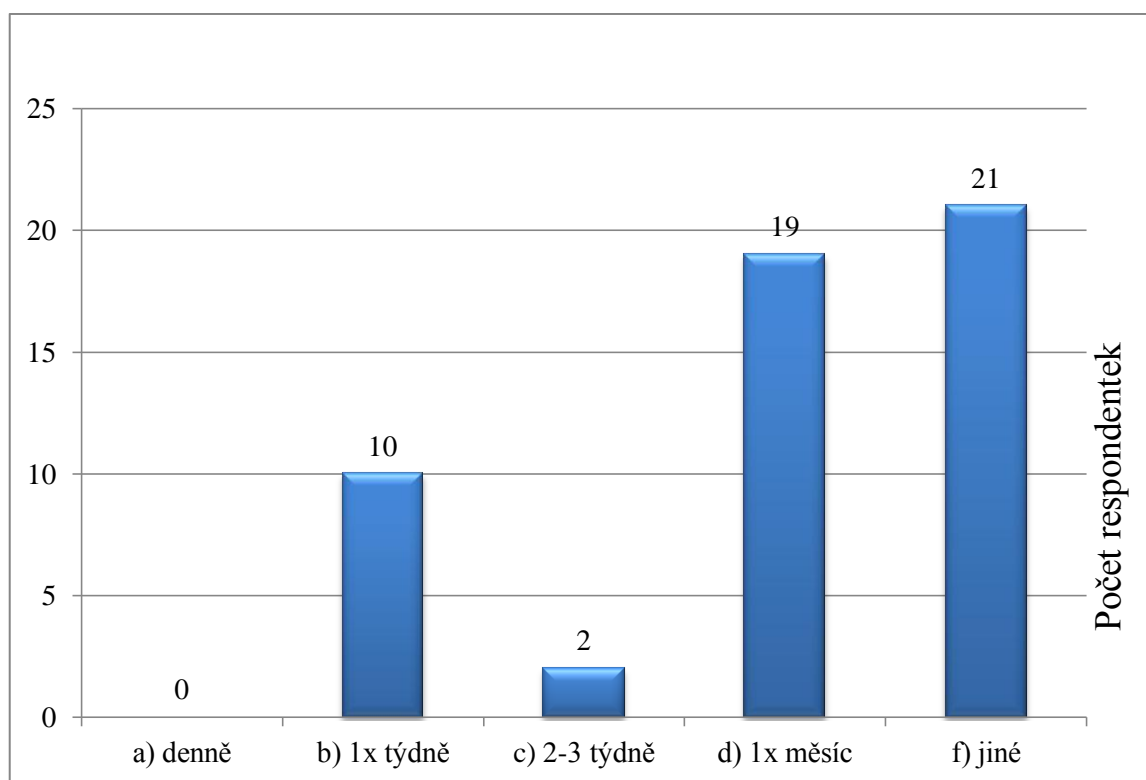
Otázka č. 1: Vyskytují se na Vašem oddělení nežádoucí události?



Obr. 1 Graf znázorňující výskyt nežádoucích událostí na oddělení

Z grafu vyplývá, že 52 (96%) respondentek uvedlo, že se na oddělení, kde pracují, vyskytují nežádoucí události. Pouhá 1 (2%) respondentka uvedla, že se na jejich oddělení nevyskytují nežádoucí události. Další 1 (2%) respondentka neví, zda se na oddělení vyskytují nežádoucí události. Respondentky, které uvedly odpověď B a C byly v dotazníku směřovány rovnou k otázce č. 4 a na otázky 2. a 3. neodpovídaly.

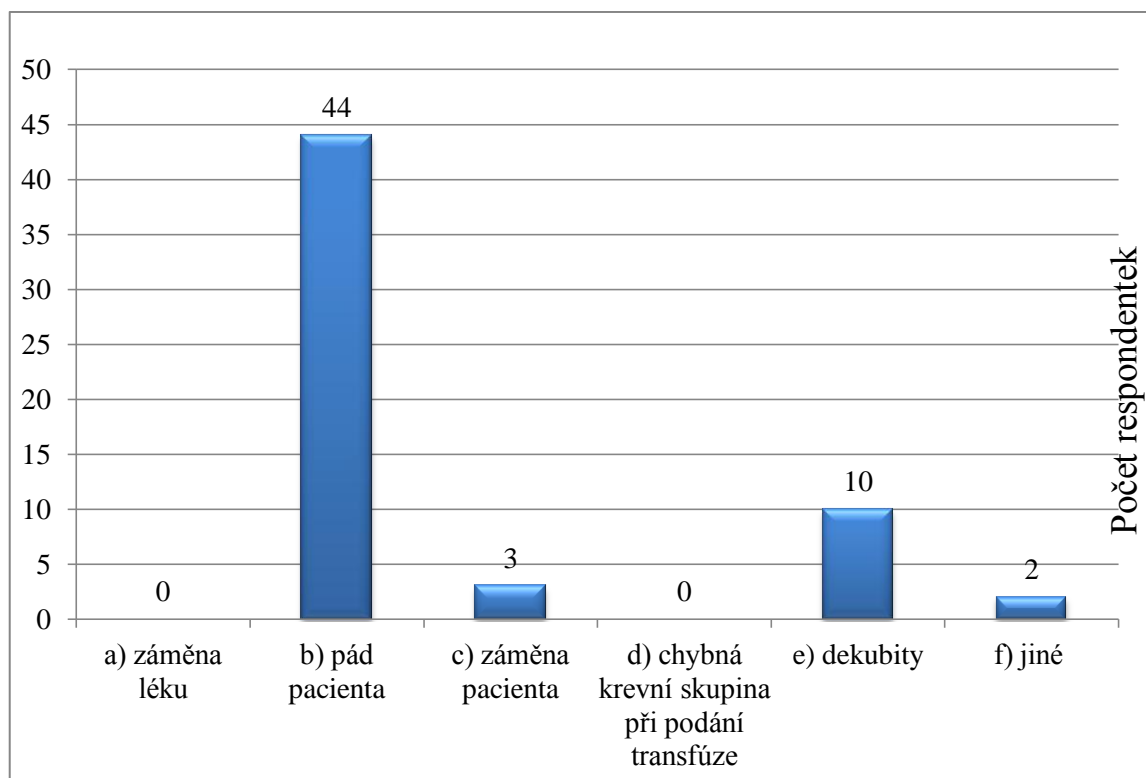
Otázka č. 2: Jak často se na Vašem oddělení vyskytují nežádoucí události?



Obr. 2 Graf znázorňující frekvenci výskytu nežádoucích událostí na oddělení

Cílem této otázky bylo zjistit četnosti nežádoucích událostí na odděleních v nemocnici krajského typu a splnit tak první výzkumný cíl. Na otázku odpovědělo celkem 52 respondentek. Z toho 10 (19%) respondentek označilo odpověď, že se nežádoucí události vyskytují 1x týdně, na oddělení kde pracují. Další 2 (3%) respondentky uvedly, že se nežádoucí události vyskytují 2-3 x do týdne. 19 (36%) dotazovaných respondentek uvedlo výskyt nežádoucích událostí 1x měsíčně. Zbýlých 21 (40%) zvolilo jiný interval pro výskyt nežádoucích událostí. Respondentky měly u nabídky f) jiné, možnost volné odpovědi. Do odpovědi uvedly výskyt nežádoucích událostí nepravidelně, s různou frekvencí několikrát do roka.

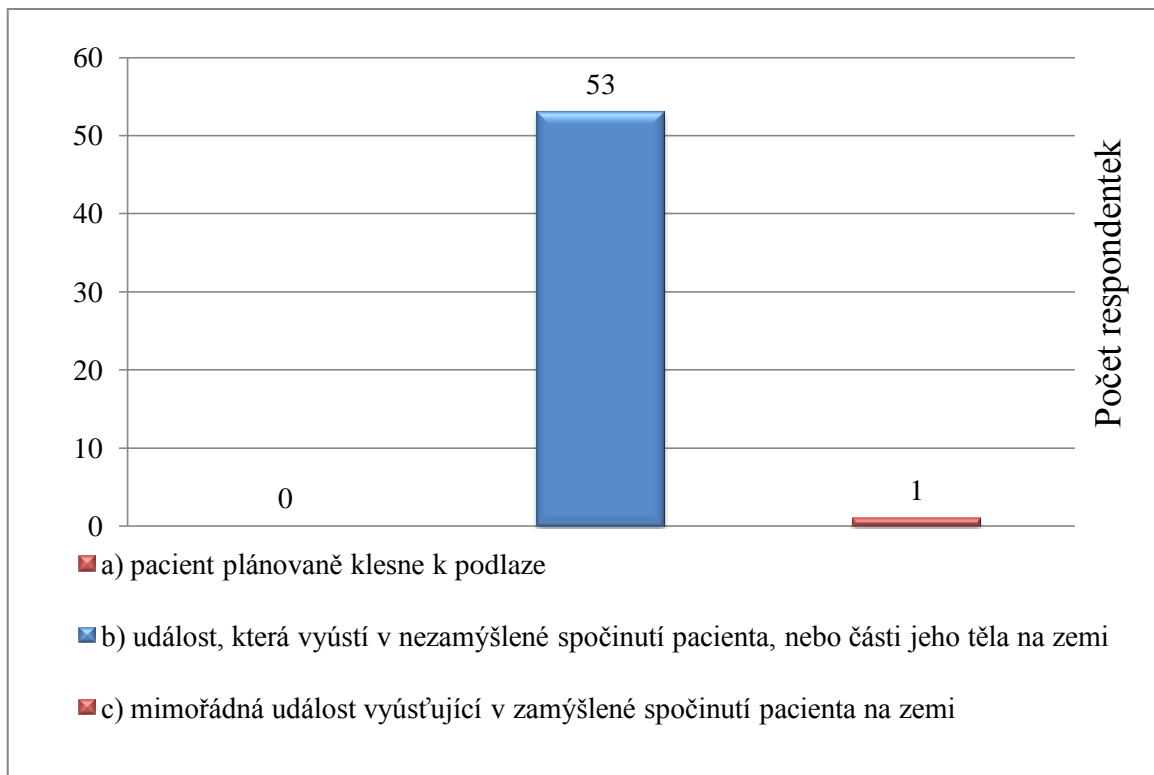
Otázka č. 3: Jaká nežádoucí událost se u Vás na oddělení vyskytuje nejčastěji?



Obr. 3 Graf znázorňující nejčastěji vyskytující se nežádoucí události

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké nežádoucí události se vyskytují na odděleních nejčastěji, což bylo také druhým výzkumným cílem. Na otázku č. 3 odpovídalo celkem 52 respondentek, které měly možnost označit několik nabízených odpovědí (A-F). Z celkového počtu 52 respondentek označilo právě 44 (84%) respondentek pád pacienta, jako nejčastěji vyskytující se nežádoucí událost, druhou nejčastější nežádoucí událostí byly označeny dekubity 10(19%) respondentkami. 3 (5%) z dotazované respondentky uvedly jako nejčastěji vyskytující se událost záměnu pacienta, další 2 (3%)respondentky uvedly ve volné odpovědi chybný odběr biologického materiálu. Varianta A záměna léku nebyla zaškrtnuta.

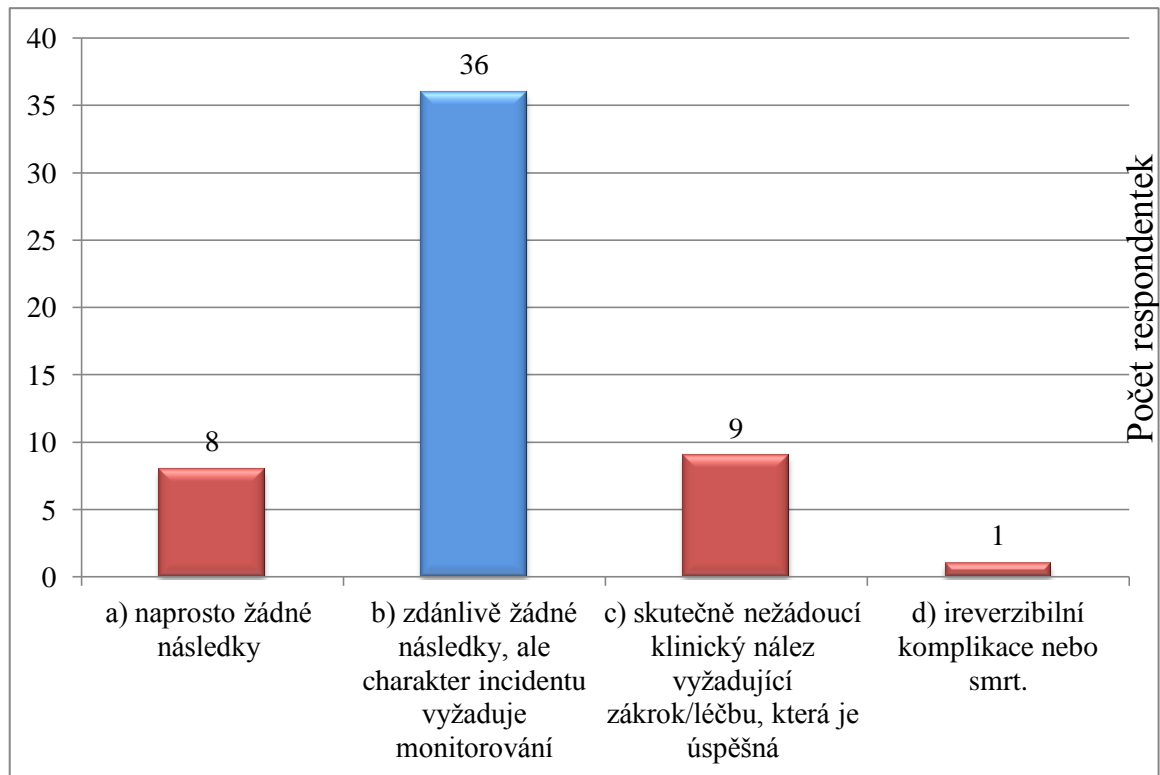
Otázka č. 4: Definujte pád jako nežádoucí událost.



Obr. 4 Graf znázorňující absolutní četnost odpovědí k otázce č. 4

V otázce č. 4 měly respondentky vybrat správnou odpověď, která je označena v grafu modrou barvou. 53 (98%) respondentek odpovědělo na otázku správně označením odpovědi B událost, která vyústí v nezamýšlené spočinutí pacienta, nebo jeho části na zemi. 1 (2%) respondentka označila chybně odpověď C, která je označena barvou červenou. Nesprávnou možnost A nevybrala ani jedna respondentka.

Otázka č. 5: Pacient upadne na podlahu s následným úderem do hlavy a stav vyžaduje neurologické vyšetření. Klasifikujte tuto nežádoucí událost vzhledem k následkům.



Obr. 5 Graf znázorňující absolutní četnost odpovědí k otázce č. 5

Cílem této otázky bylo zjistit, zda sestry dokážou klasifikovat nežádoucí události, což bylo třetím výzkumným cílem. Otázka měla pouze jednu správnou odpověď, která je v grafu označena modrou barvou. Správnou odpověď zvolilo 36 (76%) respondentek, 9 (16%) respondentek zvolilo nesprávnou odpověď C, 8 (6%) respondentek zvolilo nesprávnou odpověď A, 1 (2%) respondentka zvolila nesprávnou odpověď D. Nesprávné odpovědi v grafu jsou označeny červenou barvou.

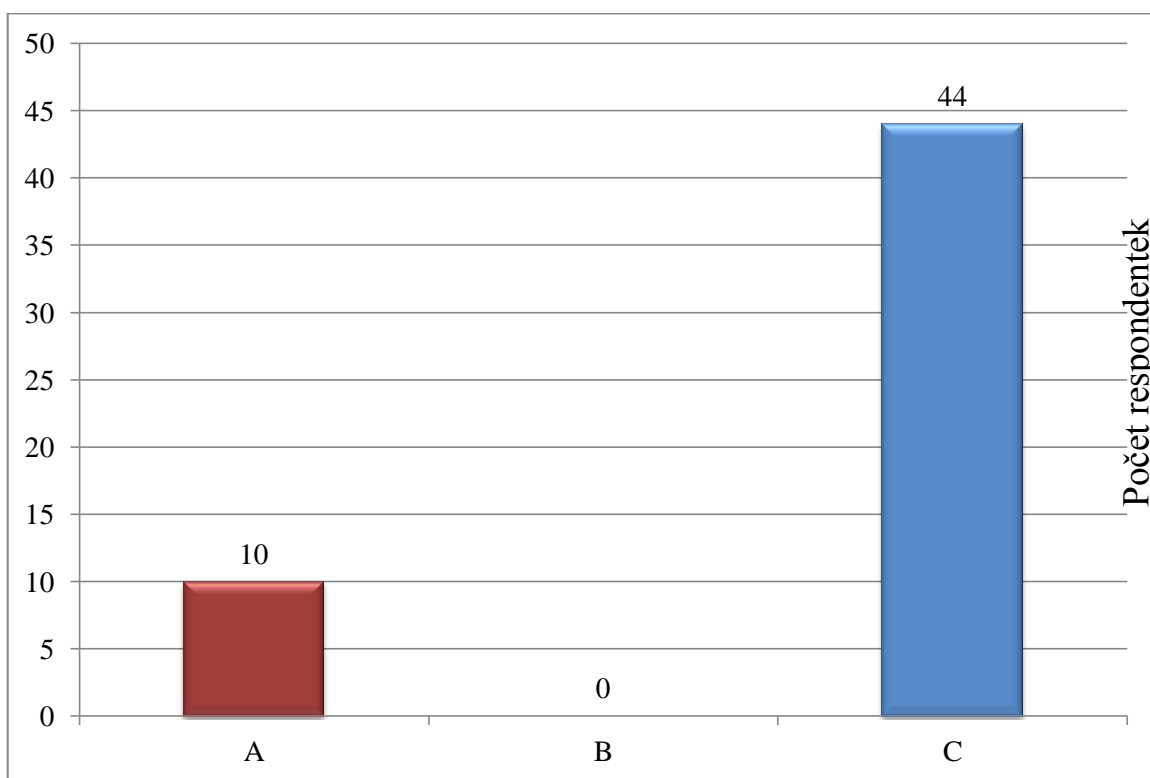
Otázka č. 6: Uved'te, jaký je standardní chronologický postup při vzniku nežádoucí události, kde je poškozeno zdraví pacienta:

možnosti odpovědí:

a) zajistit správné vyplnění formuláře, zajistit důkazy (související zdravotnickou techniku), zajistit poskytnutí optimální péče postiženému

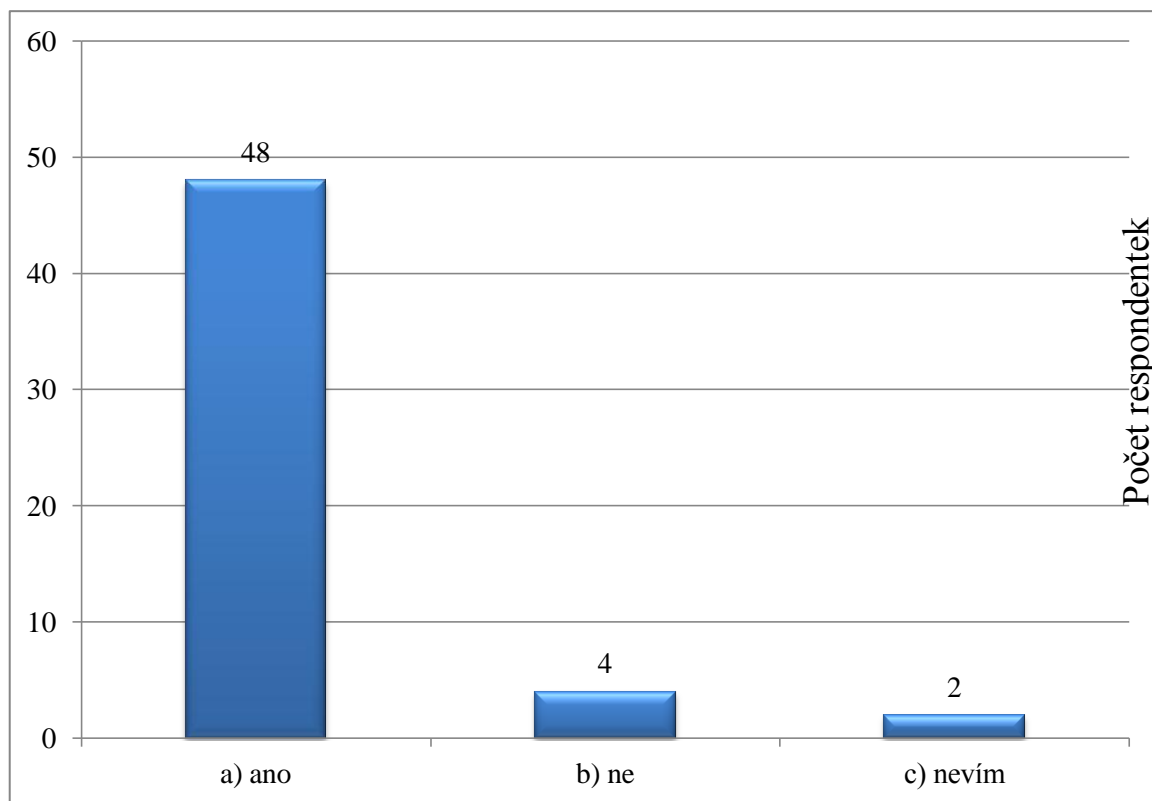
b) zajistit správné vyplnění formuláře, zajistit důkazy (související zdravotnickou techniku), odvolání ošetřující lékaře, který zapříčinil vznik nežádoucí události

c) zajistit poskytnutí optimální péče postiženému, odvolání ošetřující lékaře, který zapříčinil vznik nežádoucí události, zajistit správné vyplnění formuláře, zajistit důkazy (související zdravotnickou techniku)



Obr. 6 Graf znázorňující správné a nesprávné odpovědi hodnotící postup při vzniku nežádoucí události Otázka č. 6 obsahovala pouze jednu správnou odpověď. 44 (81%) dotazovaných respondentek označilo odpověď C, která byla správná. V grafu znázorněna modrou barvou. 10 (19%) respondentek označilo špatně odpověď A, v grafu znázorněna červenou barvou. Druhou nesprávnou variantu B nevybrala ani jedna respondentka.

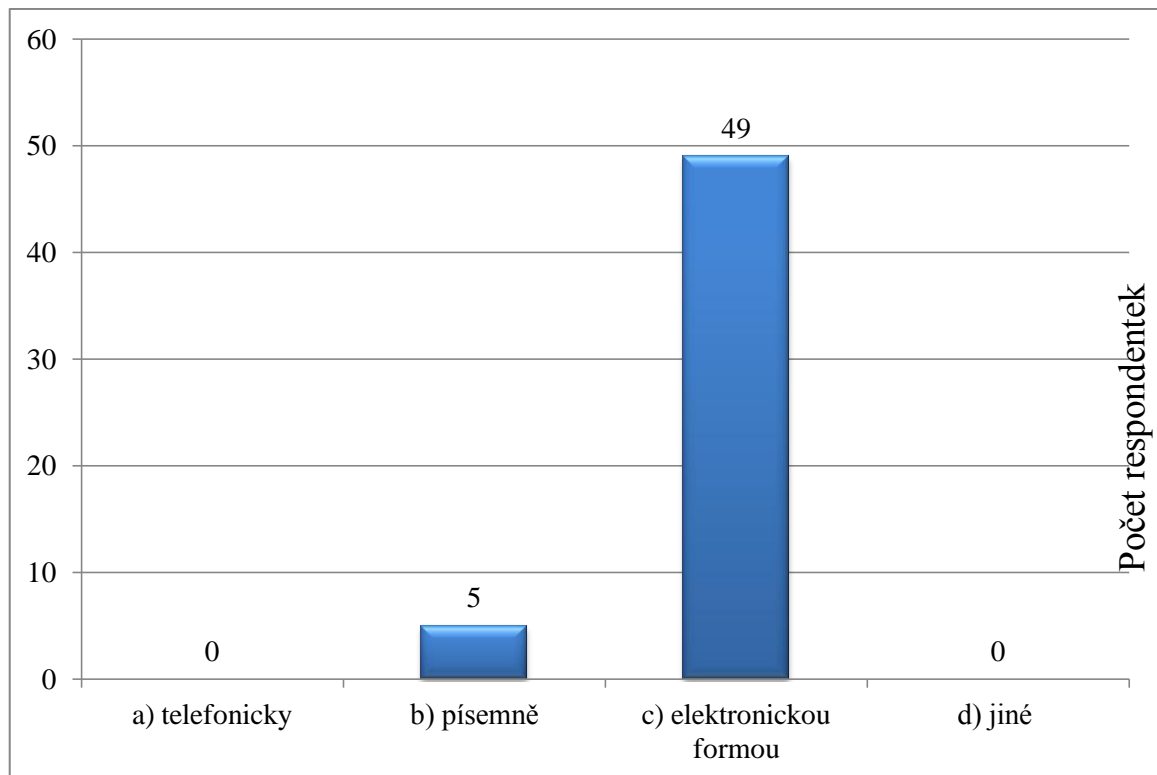
Otázka č. 7: Existuje na Vašem oddělení vypracovaný postup hlášení nežádoucích událostí?



Obr. 7 Graf znázorňující existenci vypracovaného postupu pro hlášení nežádoucích událostí

Na otázku č. 7 odpovědělo 48 (89%) respondentek, že mají na oddělení vypracovaný postup hlášení nežádoucích událostí. 4 (7%) respondentky označily odpověď B, že na oddělení vypracovaný postup pro hlášení nežádoucích událostí nemají. 2 (4%) respondentky neví, zda nějaký postup na oddělení mají.

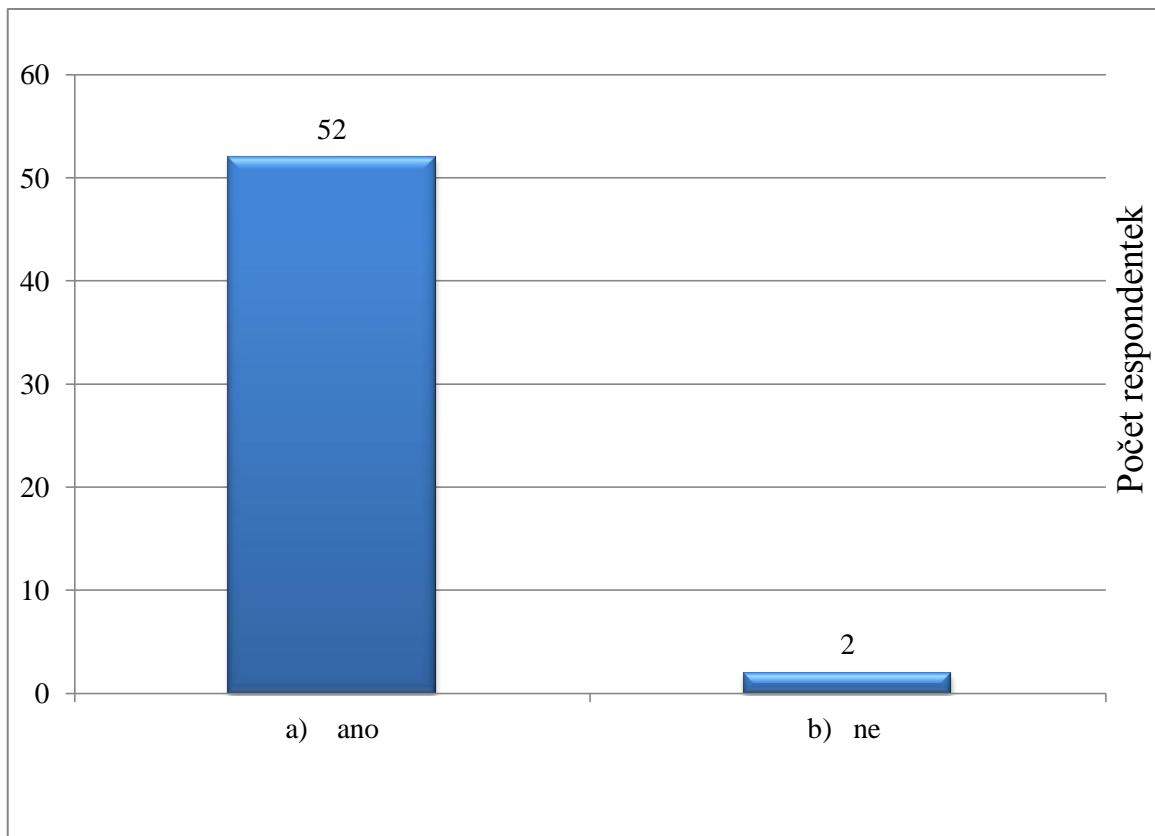
Otázka č. 8: Jakým způsobem provádíte hlášení nežádoucí události?



Obr. 8 Graf znázorňující formy hlášení nežádoucích událostí

U otázky č. 8 zvolilo 49 (91%) dotazovaných respondentek hlášení elektronickou formou jako nejčastější. Zbýlých 5 (9%) respondentek hlásí nežádoucí událost nejčastěji písemně. Varianty A a D respondentky neoznaly. Tato otázka zároveň slouží jako odpověď na výzkumnou otázku č. 2.

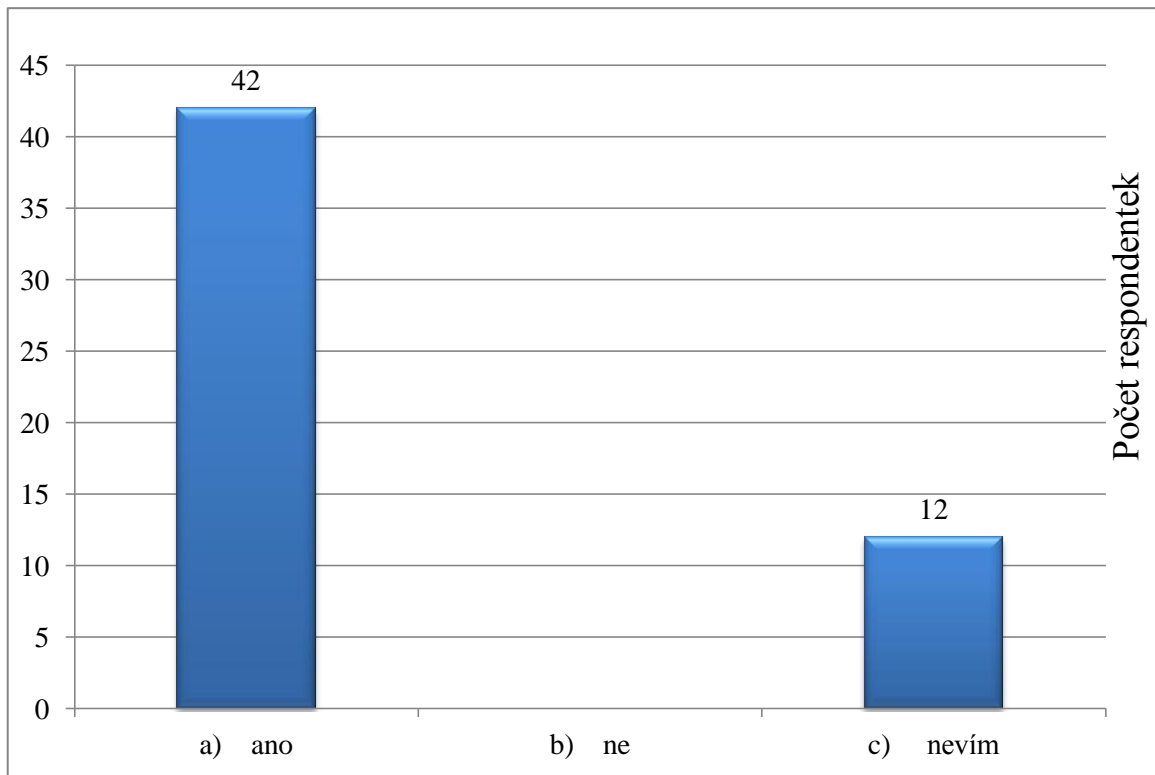
Otázka č. 9: Vyhovuje Vám způsob hlášení nežádoucích událostí u Vás na oddělení?



Obr. 9 Graf znázorňující spokojenost sester se způsobem hlášení nežádoucích událostí

U otázky č. 9 byla 52 respondentkami (96%) zvolena možnost A, z čehož vyplývá, že způsob hlášení na oddělení jim plně vyhovuje. 2 (4%) respondentek označily odpověď B, zavedené hlášení nežádoucích událostí na oddělení jim nevyhovuje z důvodu nepřesnosti a zbytečných informací k vyplňování.

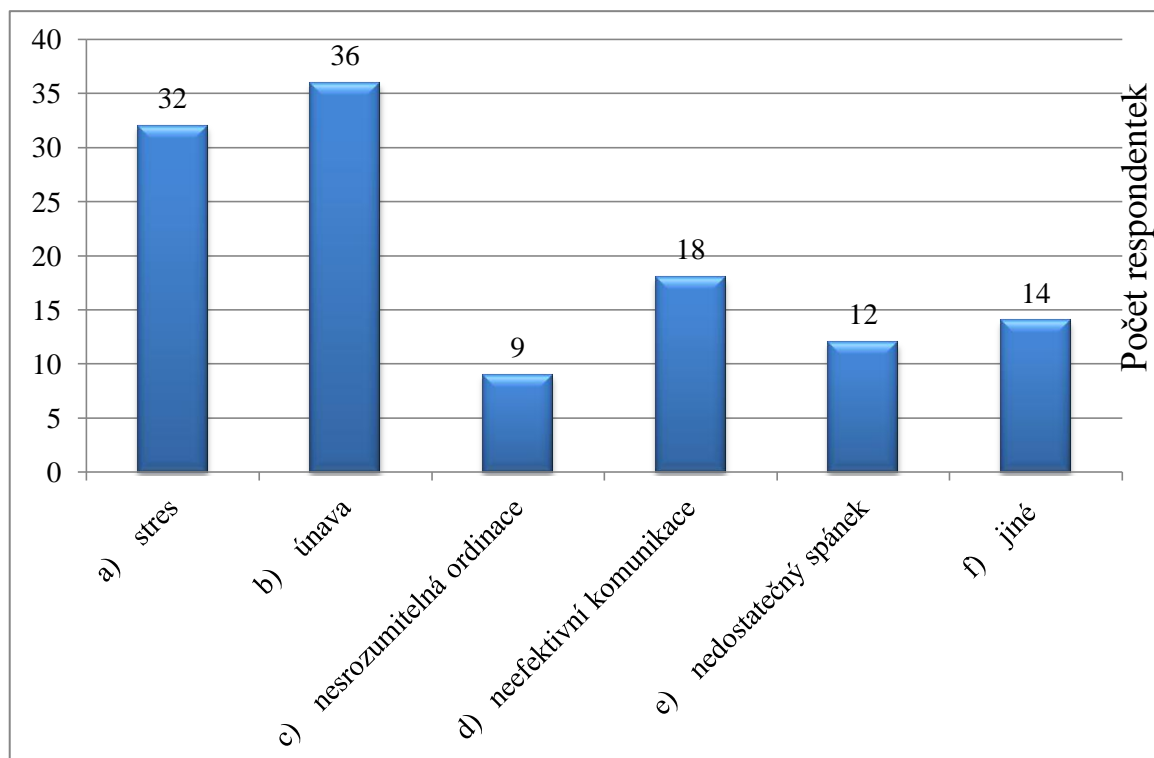
Otázka č. 10: Vyskytuje se u vás v nemocnici manažer pro rozbor mimořádných událostí?



Obr. 10 Graf znázorňující povědomí sester o výskytu manažera nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení

Graf znázorňuje povědomí sester o přítomnosti manažera nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení. 42 (78%) respondentek odpovědělo, že se v nemocnici manažer pro rozbor nežádoucích událostí vyskytuje. Zbýlých 12 (22%) respondentek neví, zda manažer přítomen v nemocnici je nebo není.

Otázka č. 11: Jaké lidské faktory se podle Vašeho názoru podílí na vzniku nežádoucích událostí nejčastěji?



Obr. 11 Graf znázorňující rizikové faktory vedoucí ke vzniku nežádoucí události

Cílem této otázky bylo zjistit nejčastější nežádoucí události v daném zdravotnickém zařízení a zjistit, tak odpověď na výzkumnou otázku č. 4, Respondentky měly možnost volit více odpovědí. Na tuto otázku odpovědělo 54 respondentek z toho 36 (67%) dotazovaných respondentek zvolilo jako nejčastější rizikový faktor únavu. Druhý nejčastější faktor zvolily respondentky stres v 32 (59%). Dalších 18 (33%) dotazovaných respondentek zvolilo jako častý faktor vzniku nežádoucích událostí neefektivní komunikaci. 14 (26%) respondentek zvolilo možnost F, kde měly možnost uvést jiný rizikový faktor jako například zmatený a neukázněný pacient, nedodržování léčebného režimu pacientem, neúměrné množství práce na malé množství sester, které vede k přepracovanosti, opakovaně respondentky uvedly kolaps a pooperační stav pacienta, podání hypnotik jako velmi rizikovým faktorem. 12 (22%) respondentek uvedlo jako rizikový faktor nedostatečný spánek. 9 (17%) respondentek shledalo nesrozumitelnou ordinaci rizikovým faktorem.

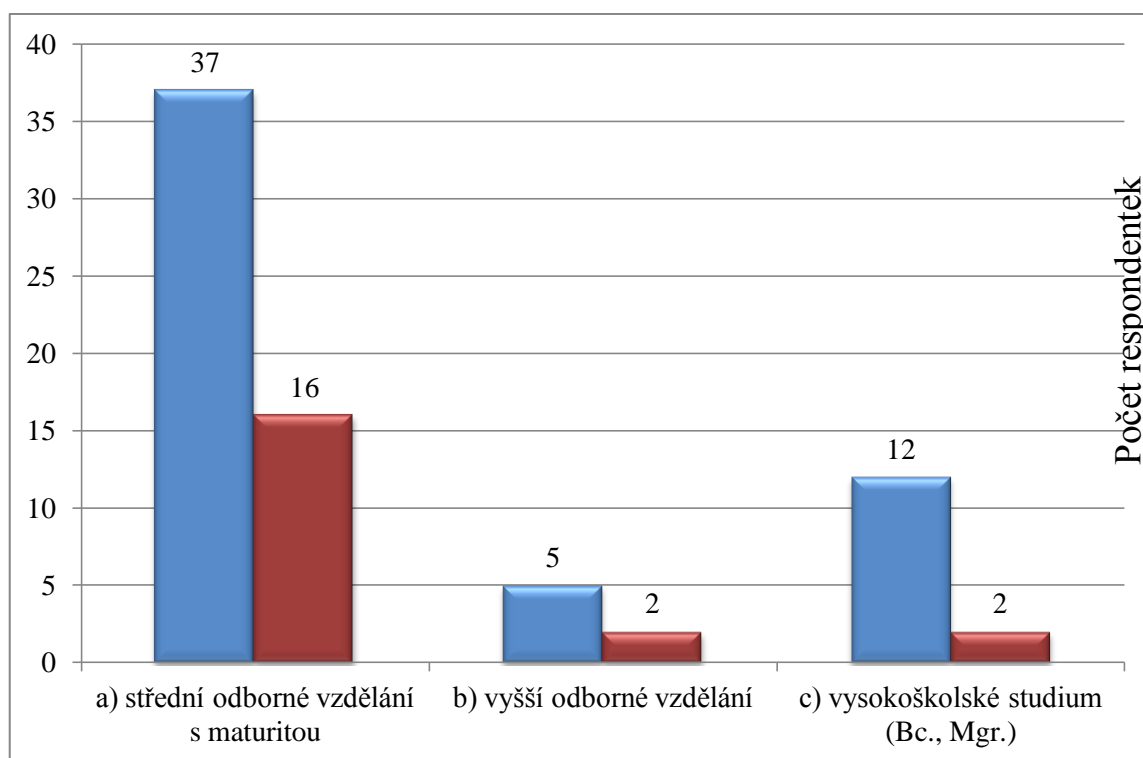
Otázka č. 12: Jakým způsobem se snažíte na Vašem oddělení nežádoucím událostem předcházet?

Tab. 1 Tabulka absolutní a relativní četnosti preventivních opatření nežádoucích událostí

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
hodnocení rizika pádů a dekubitů	3	6%
dodržování směrnic	16	30%
identifikační náramky	4	8%
využívání pomůcek (vozík, hůl, postranice)	9	17%
zvýšený dohled	13	24%
edukace pacientů	17	31%
signalizace u lůžka	9	17%
dopomoc	6	11%
nezodpovězená otázka	15	28%

U otázky č. 12 měly respondenty možnost volné odpovědi, kde měly možnost uvést preventivní opatření, které na oddělení praktikují. Na tuto otázku odpovědělo celkem 54 respondentek. Pro větší přehlednost a srozumitelné hodnocení otázky byly odpovědi rozděleny podle podobnosti do kategorické tabulky. Jako preventivní opatření nežádoucích událostí uvedly respondenty tato opatření: nejpočetnější odpovědí byla edukace pacientů, kterou uvedlo 17 (31%) respondentek, dalších 16 (30%) respondentek uvedlo dodržování vnitřních směrnic, 13 (24%) respondentek uvedlo jako preventivní opatření zvýšený dohled na pacienta, 9 (17%) respondentek se shodlo pro využívání kompenzačních pomůcek (hůl, vozík) a využívání postranic lůžka k prevenci pádu, edukace pacienta signalizací u lůžka, 6 (11%) respondentek uvedlo dopomoc pacientům, 4 (8%) uvedlo používání identifikačních náramků a 3 (6%) uvedlo využívání hodnotících škál jako je například riziko pádu.

Otázka č. 13: Dosažené vzdělání:



Obr. 12 Graf znázorňující dosažené vzdělání sester v kombinaci s chybováním v dotazníku

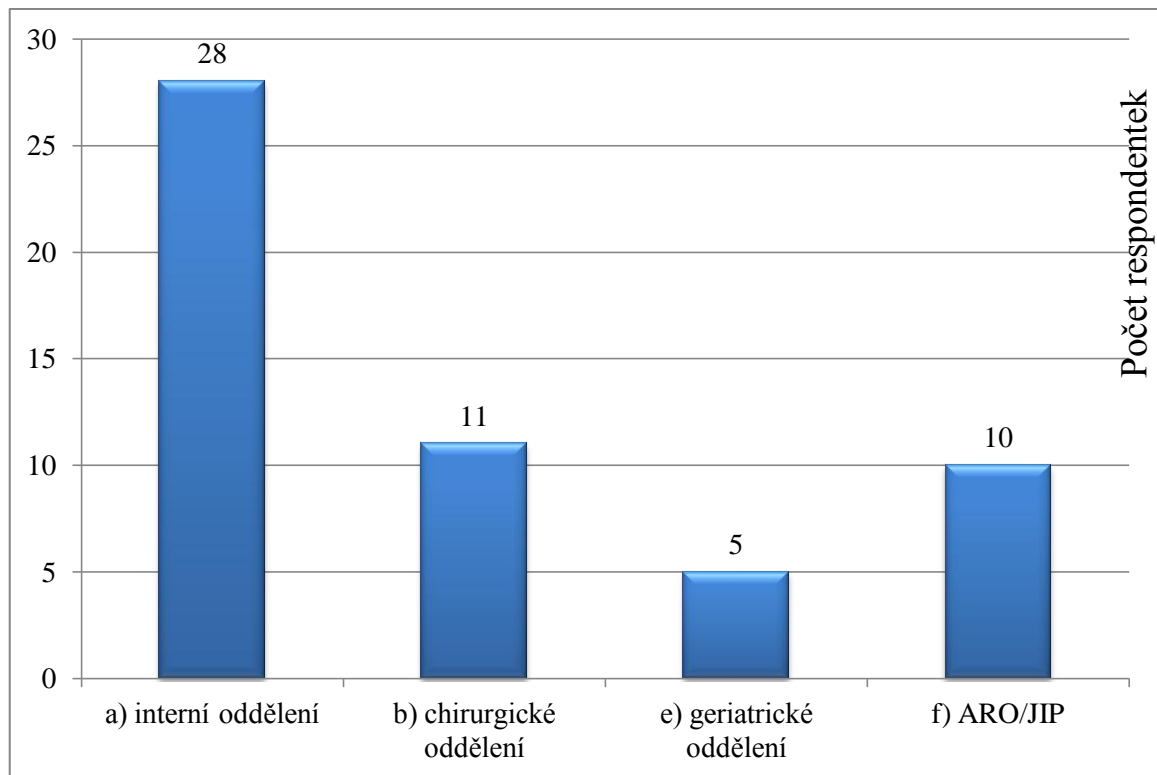
specializace v oboru:

Tab. 2 Tabulka absolutní a relativní četnosti specializovaných sester

Odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ANO	18	33%
NE	36	67%
n	54	100%

Cílem této otázky bylo získat odpověď na 3. výzkumnou otázku. 12 (22%) respondentek je vysokoškolsky vzdělaných z čehož mají ještě 4 respondentky specializované vzdělání, 5 (9%) respondentek absolvovalo vyšší odbornou školu z čehož mají 4 respondentky specializované vzdělání, zbylých 37 (69%) respondentek má středoškolské vzdělání s maturitou a 10 respondentek s tímto vzděláním prošla specializovaným vzděláním. Červenou barvou jsou označeny respondentky příslušného vzdělání, které odpověděly na některé otázky v dotazníku nesprávně. Z grafu vyplývá, že při vyplňování dotazníku chybovaly více respondentky se středoškolským vzděláním.

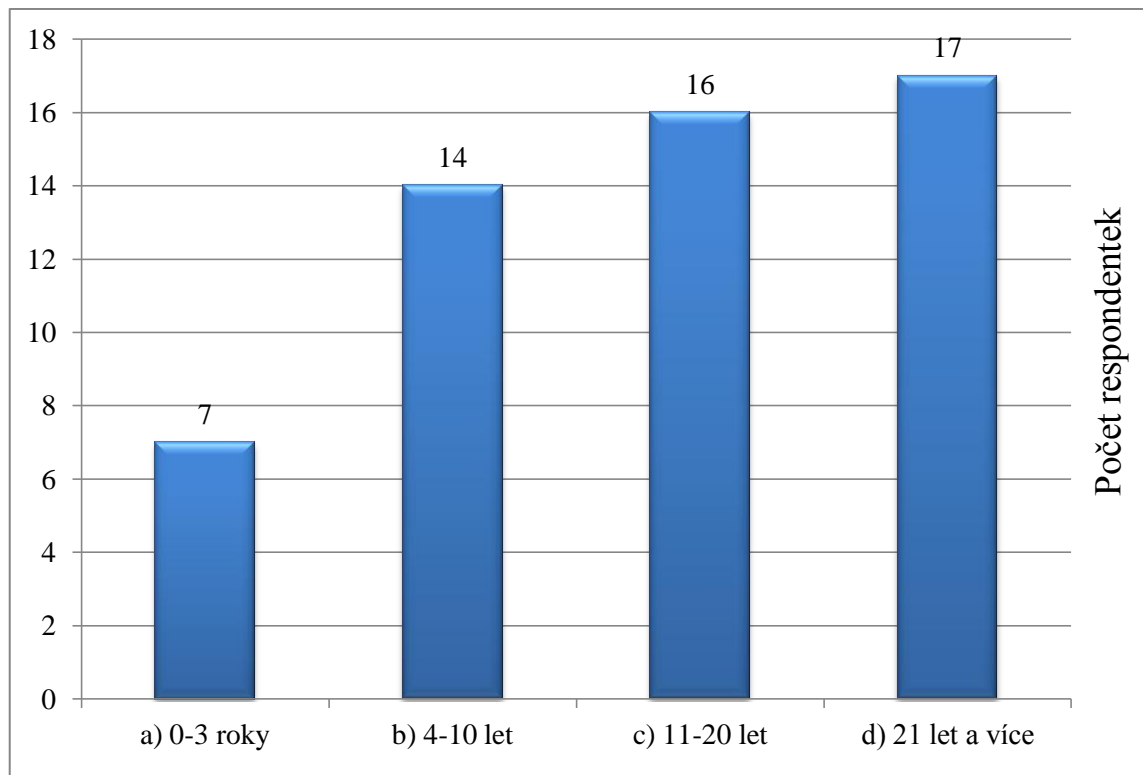
Otázka č. 14: Na jakém oddělení pracujete?



Obr. 13 Graf znázorňující respondentky na jednotlivých odděleních

Tato otázka byla pouze orientační a sloužila k porovnání návratnosti dotazníků z daných oddělení a zda se jednotlivá oddělení v procesním řízení nežádoucích událostí v jednom zdravotnickém zařízení liší. Všechny oddělení postupují při procesním řízení vzniku nežádoucích událostí dle vnitřních standardů a směrnic. Větší část respondentek 28 (52%) pracují na oddělení interního typu (standartní interní oddělení, neurologie, kardiologie). 11 (20%) respondentek pracují na chirurgickém oddělení (ortopedie). Dalších 5 (9%) respondentek pracuje na geriatrickém oddělení. Zbýlých 10 (19%) respondentek pracují na oddělení poskytující intenzivní péči.

Otázka č. 15: Délka Vaší praxe:



Obr. 14 Graf znázorňující délku praxe sester

Tato otázka má čistě informační charakter. Sestry během své praxe zažijí mnoho změn, které se týkají ošetrovatelských postupů, standardů či vnitřních směrnic. 7 (13%) respondentek mají za sebou praxi v délce 0-3 roky. 14 (26%) respondentek mají délku praxe 4-10 let, 16 (30%) respondentek označili jako délku své praxe 11-20 let, největší část respondentek 17 (31%) označili svoji praxi dlouho 21 let a déle.

7 Diskuze

V této části bakalářské práce jsou shrnuty a porovnány odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky. Celkem byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Dále jsou popsány některé zajímavé poznatky, které během výzkumu vyplynuly.

Výzkumná otázka č. 1 Nejčastěji vyskytující se nežádoucí událost jsou pády, jakým způsobem se této nežádoucí události předchází?

Ladislava Marková, 2012 ve svém výzkumu uvádí, že nejčastější nežádoucí událostí jsou pády. Proto mým záměrem bylo zjistit, zda sestry vědí jak této události předcházet a jaká potřebná preventivní opatření k tomu provádějí. K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 3., 4., 5., 12. a nepřímo otázky č. 1., 2. z anonymního dotazníku. Cílem těchto otázek bylo zjistit, zda sestry vědí co je nežádoucí událost a zda dokážou nežádoucí události pojmenovat. Na otázku č. 3. odpovědělo 44 respondentek, což je 84% ze všech dotazovaných, že nejčastěji vyskytující se nežádoucí událost je pád pacienta. Čímž se i v mém výzkumu potvrdilo, že právě k pádu pacienta dochází nejčastěji vzhledem k nežádoucím událostem. U otázky č. 4 bylo cílem zjistit, zda vůbec sestry vědí, jak pád definovat. Celých 98% respondentek na tuto otázku odpovědělo správně. U otázky č. 5 bylo záměrem zjistit, zda sestry umí pád pacienta klasifikovat, jako nežádoucí událost. 41 (76%) respondentek zvolilo správnou odpověď. Otázka byla podložena klasifikací nežádoucích událostí dle následků (Škrla, 2005, s. 60). Zajímavé je, že autorka bakalářské práce „Chyby a omyly při poskytování ošetrovatelské péče“ uvedla na základě svého výzkumu jako nejčastější nežádoucí událost z pochybení sester medikační omyl (Tomanová, 2007). V roce 2007 byla jiná doba a je příjemným zjištěním, že ošetrovatelská péče je na lepší úrovni, kdy medikační omyl se stává zřídka díky preventivním opatřením. Mnoha nežádoucím událostem se učíme předcházet právě díky událostem vzniklých v předchozím čase. Je snazší se vyvarovat chybě, která je definována a víme, že existuje riziko jejího vzniku. Právě poučení se z minulých chyb či chyb ostatních by nám mělo pomoci vyvarovat se chyb našich.

Výzkumná otázka č. 2 Jakým způsobem budou nežádoucí události nejčastěji hlášeny?

Předpokladem bylo, že nejčastější formou hlášení nežádoucích událostí bude forma elektronická, což díky otázce č. 8 potvrdilo. Předpoklad vycházel z předchozího pozorování procesu nežádoucích událostí na některých odděleních nemocnice krajského typu. 91% respondentek označilo jako formu hlášení nežádoucích událostí právě elektronickou formu. Tento výsledek dotazníkového šetření je naprosto odlišný od výzkumného šetření bakalářské práce „Nežádoucí události v ošetrovatelské péči“, kde autorka uvádí nejčastější formu hlášení nežádoucích událostí formu písemnou, následně pak telefonické hlášení nežádoucí události (Marková, 2012). Rozdílný výsledek je podle mého názoru zapříčiněn založením a vznikem Národního systému hlášení nežádoucích událostí, který mohou využívat veškerá zdravotnická zařízení zdarma. Což je pro zdravotnická zařízení zajisté velmi atraktivní, protože národní systém slouží jednak k evidenci nežádoucích událostí, ale i jako podklad k vypracování nebo přepracování příslušných metodických pokynů pro lůžková zdravotnická zařízení. Formulář je strukturovaný tak, aby obsahoval všechny potřebné údaje k následnému šetření nežádoucí události.

Výzkumná otázka č. 3 Má dosažené vzdělání všeobecných sester vliv na procesní řízení při vzniku nežádoucí události?

Na tuto otázku jsme získala odpověď pomocí otázek č. 9., 10., 11. a 13. Pro lepší přehlednost slouží graf (viz obr. 12). Předpokladem pro tuto otázku bylo, že chybovat budou sestry, které neprošly vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním. Protože tématem nežádoucích událostí a managementem rizik se zabývají studijní programy až na vyšší odborné či vysoké škole se zaměřením na zdravotnictví. Z grafu vyplývá, že sestry, které dosáhly pouze středního odborného vzdělání (v grafu varianta A) chybovaly během vyplňování dotazníku nejvíce. Právě 16 z 37 respondentek se středním odborným vzděláním s maturitou označilo nesprávnou odpověď v otázkách č. 9. -11. v grafu označeno červenou barvou. Celkem 4 respondentky, které mají vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání chybovaly ve výše psaných otázkách. Z toho vyplývá, že vzdělání sester má vliv na procesní řízení při vzniku nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení. Nelze však toto tvrzení 100% potvrdit neboť ve výzkumném vzorku byly srovnávány nestejně četnosti sester s určitým vzděláním.

Výzkumná otázka č. 4 Jaký nejčastější faktor nelékařští zdravotní pracovníci shledávají jako příčinu vzniku nežádoucích událostí?

K získání odpovědi na tuto otázku posloužila otázka č. 11 z dotazníku. Předpokladem této otázky byla únava. Z odpovědí vyplynulo, že únava jako jeden z nejčastějších lidských faktorů způsobující nežádoucí událost označilo 36 (67%) sester. V 59% což bylo 32 sester, které shledaly sestry jako další rizikový lidský faktor stres. 18 (33%) respondentek zvolilo variantu D-neefektivní komunikaci. Dalších 14 (26%) respondentek označilo možnost F – jiné, 12 (22%) respondentek uvedlo nedostatečný spánek a zbylých 9 (17%) respondentek označilo nečitelnou ordinaci jako rizikový faktor. Ve srovnání s výzkumem bakalářské práce „Chyby a omyly při poskytování ošetrovatelské péče“, kde 18 (47%) sester z 38 (100%) označilo jako nejaktuálnější příčinu pochybení roztržitost a nepozornost sestry. A pouze 6 (16%) sester z 38 uvedlo jako příčinu vzniku pochybení únava, stejný počet sester uvedlo jako příčinu selhání komunikace (Tomanová, 2007). Výzkumy se naprosto liší v příčinách vzniku nežádoucích událostí. Liší se také v počtu respondentů, proto srovnání není úplně validní. Přesto však je minimální shoda ve variantách neefektivní/selhání komunikace, které v porovnání vzešly z výzkumu obdobně.

8 Závěr

K nežádoucím událostem běžně dochází ve zdravotnických zařízeních. Je důležité, aby se veškerý personál v nemocnici snažil těmto událostem předcházet. Aby prevence vzniku byla úspěšná, je nutné identifikovat rizika a následně na ně brát zřetel a vyhýbat se jim.

Teoretická část byla zaměřena na nežádoucí události, klasifikaci nežádoucích událostí, rizikové faktory a procesní řízení nežádoucích událostí. V neposlední řadě také prevencí nežádoucích událostí a legislativou, která se tímto tématem zabývá.

Pro bakalářskou bylo stanoveno celkem 5 cílů. Z toho 2 cíle byly teoretické a zbylé 3 cíle byly stanoveny pro výzkumnou část práce. Na základě těchto cílů byly stanoveny výzkumné otázky, výsledky výzkumného šetření jsou shrnuty v diskuzi této práce.

Výzkumná část byla zaměřena na nelékařské zdravotní pracovníky. Účelem výzkumu bylo zjistit, zda sestry vědí co je nežádoucí událost a jak při vzniku těchto událostí mají postupovat a následně předcházet. Výsledkem šetření bylo, že sestry znají rizika vzniku nežádoucích událostí, umí tyto události pojmenovat a ve větší míře i klasifikovat. Bezpečí pacienta je aktuálním tématem, v daném zdravotnickém zařízení funguje systém hlášení nežádoucích událostí, ovšem ne všechny sestry jsou si vědomy všech rizik, které pacientovi při poskytování ošetrovatelské péče hrozí. Zdravotnické zařízení má vypracovaný metodický manuál pro nežádoucí události, každá sestra zde pracující by tento manuál měla znát a umět zareagovat při vzniku některé nežádoucí události. Při zpracování dotazníkových otázek mě překvapila variabilita odpovědí u frekvence výskytu nežádoucích událostí. Každé oddělení se lišilo v četnostech výskytu, ale na daném oddělení se u výběru odpovědí sestry shodovaly. Dále mají sestry jasně stanovená preventivní opatření, která by měla provádět u pacientů s rizikem pádu, v daném zdravotnickém zařízení se provádí hodnocení rizika pádu dle Morsovy stupnice u každého aktuálně přijatého pacienta, přesto všechny sestry nezodpověděly u otázky zaměřené na preventivní opatření nežádoucích událostí, právě ta opatření, která by se měla provádět pro zabezpečení pacienta v prevenci pádu.

Tato práce pro mě měla velmi hodnotný význam, rozšířila jsem si obzory v problematice nežádoucích událostí a jejich procesů. Zjistila, že některé sestry povědomí o nežádoucích událostech nemají, respektive spíše nevědí, co vše můžou za nežádoucí události označit.

POUŽITÁ LITERATURA A INTERNETOVÉ ZDROJE

1. ČESKO. Zákon č. 200 ze dne 17. května 1990 o přestupcích. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1990, částka 29. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1990-200>.
2. MADAR, Jiří , et al. 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha : Grada Publishing, 2004. s. 29-44. ISBN 8024705850.
3. MARKOVÁ, Ladislava. *Nežádoucí události v ošetrovatelské péči*. České Budějovice, 2012. 88s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Marcela Stýblová.
4. MARX, David. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy: Metodické dokumenty k problematice nežádoucích událostí. In: [online]. Praha, 2011 [cit. 2015-03-05]. Dostupné z:<http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/>
5. MARX, David. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha : Grada Publishing, 2007. s. 21-24. ISBN 9788024717159.
6. MAZAL, Ferdinand. *Základy krizového managementu*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. s. 44. ISBN 978-80-244-1782-0.
7. MZ ČR. Věstník č. 8/2012. In: [online.] Praha 2012: © 2012 MZČR 2012-2015. [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html
8. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Management v ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2012. s. 257-258. ISBN 978-80-247-3871-0.
9. PLEVOVÁ , Ilona. Význam stanovení indikátorů v poskytování ošetrovatelské péče. *Hygiena : časopis pro ochranu a podporu zdraví*. 2013, 58(4), s. 171-175. ISSN: 1802-6281.
10. PODSTATOVÁ, Renata, Eliška SOVOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení, 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. Praha : Grada Publishing, 2007. 147 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
11. SAK. Akreditační standardy pro nemocnice. [online]. 2013 [cit. 2015-04-10]. ISBN 978-80-87323-04-05. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>

12. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha : Advent-Orion s.r.o, 2003. s. 70-80. ISBN 80-7172-841-1.
13. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 17-53. ISBN 978-80-247-2616-8.
14. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit, Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno : 2005. s. 27-60. ISBN 80-7013-419-4.
15. TOMANOVÁ, Dana. *Chyby a omyly při poskytování ošetrovatelské péče*. České Budějovice, 2007. 100s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Iva Brabcová
16. UZIS. Klasifikace nežádoucích událostí. [online]. Praha 2013: ÚZIS ČR 2010-2014. [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu/metodicke-dokumenty/>
17. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha : Grada Publishing. 2006. s. 11. ISBN 80-247-1919-3.
18. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. Praha : Galén, 2006. s. 20-25. ISBN 80-7262-392-3.
19. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace:návod pro praxi*. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 16. ISBN 978-80-247-2763-9.
20. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry, příručka pro praxi*. Praha : Grada Publishing, 2009. s. 23-24. ISBN 978-80-247-3132-2

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Anonymní dotazník

Příloha 2 Grafické a tabulkové zpracování výzkumných otázek

Příloha 1 Anonymní dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Petra Košťálová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor Všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o pravdivé vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky budou zpracovány a použity jako součást mé bakalářské práce na téma: *Procesní řízení při vzniku nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení*. Prosím přečtěte si pozorně otázky a zaškrtněte vhodnou a nejpřesnější odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Vyskytují se na Vašem oddělení nežádoucí události?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

(Pokud jste označili odpověď b, c, přejděte prosím k otázce č. 4).

2. Jak často se na Vašem oddělení vyskytují nežádoucí události?

- a) denně
- b) 1x týdně
- c) 2-3 týdně
- d) 1x měsíc
- e) jiné (prosím uveďte).....

3. Jaká nežádoucí událost se u Vás na oddělení vyskytuje nejčastěji?

(možné zaškrtnou více odpovědí)

- a) záměna léku
- b) pád pacienta
- c) záměna pacienta
- d) chybná krevní skupina při podání transfúze
- e) dekubity
- f) jiné (prosím uveďte).....

4. Definujte pád jako nežádoucí událost.

- a) pacient plánovaně klesne k podlaze
- b) událost, která vyústí v nezamýšlené spočinutí pacienta, nebo části jeho těla na zemi
- c) mimořádná událost vyústující v zamýšlené spočinutí pacienta na zemi

5. Pacient upadne na podlahu s následným úderem do hlavy a stav vyžaduje neurologické vyšetření. Klasifikujte tuto nežádoucí událost vzhledem k následkům.

- a) naprosto žádné následky
- b) zdánlivě žádné následky, ale charakter incidentu vyžaduje monitorování
- c) skutečně nežádoucí klinický nálezn vyžadující zákrok/léčbu, která je úspěšná
- d) ireverzibilní komplikace nebo smrt.

6. Uved'te, jaký je standardní chronologický postup při vzniku nežádoucí události, kde je poškozeno zdraví pacienta:

- a) zajistit správné vyplnění formuláře, zajistit důkazy (související zdravotnickou techniku), zajistit poskytnutí optimální péče postiženému
- b) zajistit správné vyplnění formuláře, zajistit důkazy (související zdravotnickou techniku), odvolání ošetřující lékaře, který zapříčinil vznik nežádoucí události
- c) zajistit poskytnutí optimální péče postiženému, odvolání ošetřující lékaře, který zapříčinil vznik nežádoucí události, zajistit správné vyplnění formuláře, zajistit důkazy (související zdravotnickou techniku)

7. Existuje na Vašem oddělení vypracovaný postup hlášení nežádoucích událostí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. Jakým způsobem provádíte hlášení nežádoucích událostí?

- a) telefonicky
- b) písemně
- c) elektronickou formou
- d) jiné (prosím uveďte).....

9. Vyhovuje Vám způsob hlášení nežádoucích událostí u Vás na oddělení?

- a) ano
- b) ne (proč?).....

10. Vyskytuje se u vás v nemocnici manažer pro rozbor mimořádných událostí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Jaké lidské faktory se podle Vašeho názoru podílí na vzniku nežádoucích událostí nejčastěji? (možné zaškrtnout více odpovědí)

- a) stres
- b) únava
- c) nesrozumitelná ordinace
- d) neefektivní komunikace
- e) nedostatečný spánek
- f) jiné (prosím uveďte).....

12. Jakým způsobem se snažíte na Vašem oddělení nežádoucím událostem předcházet?

.....

.....

.....

13. Dosažené vzdělání:

- a) střední odborné vzdělání s maturitou
- b) vyšší odborné vzdělání
- c) vysokoškolské studium (Bc., Mgr.)

specializace v oboru:

- a) ANO (prosím uveďte jaká).....
- c) NE

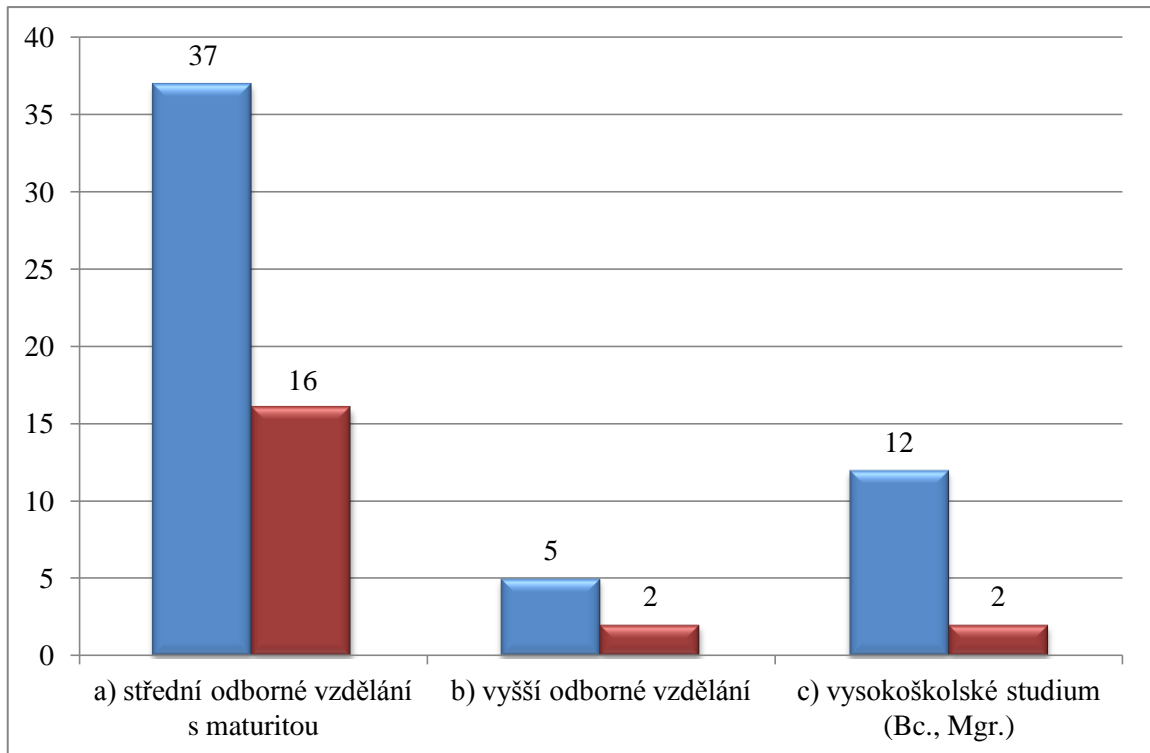
14. Na jakém oddělení pracujete?

- a) interní oddělení
- b) chirurgické oddělení
- d) dětské oddělení
- e) geriatrické oddělení
- f) ARO/JIP

15. Délka Vaší praxe:

(v letech).....

Příloha 2 Grafické a tabulkové zpracování výzkumných otázek



Obr. 15 Graf znázorňující absolutní četnosti dosaženého vzdělání sester v kombinaci s chybováním v dotazníku

specializace v oboru:

Tab. 3 Tabulka absolutní a relativní četnosti specializovaných sester

Odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ANO	18	33%
NE	36	67%
n	54	100%