

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Nástroje zvyšování kvality ošetrovatelské péče

Štěpánka Musilová

Bakalářská práce

2012

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Štěpánka Musilová**  
Osobní číslo: **Z09023**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Nástroje zvyšování kvality ošetrovatelské péče**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

1. Sběr informací a studium odborné literatury.
2. Stanovení cílů praxe.
3. Stanovení výzkumných záměrů.
4. Výběr metody výzkumu.
5. Konzultace vybrané metody výzkumu a skupiny respondentů s vedoucím bakalářské práce.
6. Provedení výzkumu, sběr dat.
7. Analýza a interpretace získaných výsledků.
8. Zhodnocení práce, závěrečná diskuze a závěr.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. GLADKIJ, I. a kol. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno : Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
2. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. 3. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.
3. ŠKRLA, P. ; ŠKRLOVÁ, M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
4. ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. Kreativní ošetrovatelský management. 1. vyd. Praha : Advent - Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
5. ŠKRLA, P. Především neublížit : Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-419-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Papršteínová**

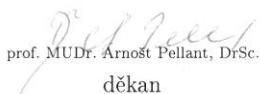
Katedra ošetrovatelství

Konzultant bakalářské práce: **Bc. Kateřina Fialová**

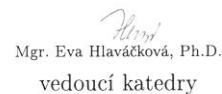
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2012**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2012

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 25. 4. 2012

Štěpánka Musilová

#### Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Bc. Kateřině Fialové za její cenné rady a připomínky, které mi velmi pomohly při vypracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem zdravotnickým zařízením, která se zúčastnila mého výzkumu. A také své rodině za podporu při mých studiích.

## ANOTACE

Cílem této práce je zjistit, jak se zdravotnická zařízení ve čtyřech krajích České republiky staví ke sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví. Dále se snaží analyzovat, do jaké míry a jakým způsobem je sledují a zda je vyhodnocují.

## KLÍČOVÁ SLOVA

nežádoucí událost, kvalita zdravotní péče, akreditace, certifikace

## TITLE

Quality Improvement Tools for Nursing Care

## ANNOTATION

The aim of this thesis is to find out how medical facilities in four regions in the Czech Republic respond to a monitoring of troublesome events in the healthcare. It also analyses an extent together with methods of the monitoring and whether they are assessed.

## KEYWORDS

troublesome event, health care quality, accreditation, certification

# OBSAH

ÚVOD.....	9
CÍLE PRÁCE.....	10
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1.1 ÚVOD DO KVALITY.....	11
1.2 KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	12
1.2.1 Definice .....	12
1.2.2 Zavádění kvality do zdravotní péče.....	12
1.2.3 Počátky a stručná historie sledování kvality zdravotnické péče .....	14
1.2.4 Akreditace nemocnic .....	15
1.2.5 Certifikace .....	16
1.3 STANDARDY, INDIKÁTORY KVALITY A AUDITY .....	18
1.3.1 Standardy zdravotní péče.....	18
1.3.2 Zdravotnický audit.....	18
1.3.3 Indikátory kvality ošetrovatelské péče .....	19
1.4 ŘÍZENÍ RIZIK.....	20
1.4.1 Manažer rizik.....	20
1.4.2 Situace v České republice.....	20
1.5 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI (DÁLE NU).....	23
1.5.1 Klasifikace NU .....	23
1.5.2 Metodologie NU .....	24
1.5.3 Formulář NU .....	24
1.5.4 Vyšetřování NU .....	24
1.5.5 Legislativa .....	25
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	26
2.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	26
2.2 METODIKA .....	27
2.3 VÝSLEDKY .....	28
2.3.1 Otázka č. 1- Sledujete NU ve vašem zdravotnickém zařízení?.....	28
2.3.2 Otázka č. 2 – Jakým způsobem zaznamenáváte NU? .....	29

2.3.3	Otázka č. 3 – Má vaše zdravotnické zařízení nějakým způsobem upravené, které NU se hlásí? .....	30
2.3.4	Otázka č. 4 – Jaká je nejčastější NU ve vašem zdravotnickém zařízení? .....	31
2.3.5	Otázka č. 5 – Jakou nejčastější příčinou dochází k NU?.....	32
2.3.6	Otázka č. 6 – Které NU sledujete? .....	33
2.3.7	Otázka č. 7 – Má vaše zdravotnické zařízení směrnici, která udává, kdo musí hlásit NU? .....	36
2.3.8	Otázka č. 8 – Vypište, prosím, jak postupujete při zjištění NU. ....	37
2.3.9	Otázka č. 9 – Provádí vaše zdravotnické zařízení nějakým způsobem zpracování dat o NU za určité období?.....	38
2.3.10	Otázka č. 10 – Mezi jaké zdravotnické zařízení spadáte? .....	39
2.3.11	Otázka č. 11 – Je vaše zdravotnické zařízení vlastníkem některého z níže uvedených osvědčení? .....	40
2.3.12	Otázka č. 12 – Máte ve svém zdravotnickém zařízení manažera kvality? .....	41
2.4	DISKUZE.....	42
2.4.1	Výzkumná otázka – Která NU se bude nejčastěji vyskytovat ve zdravotnických zařízeních?.....	42
2.4.2	Výzkumná otázka – Které NU budou nejčastěji sledovány? .....	42
2.4.3	Výzkumná otázka - Budou zdravotnická zařízení, která jsou vlastníkem některého z osvědčení o sledování kvality, sledovat NU ve větší míře? .....	43
2.4.4	Výzkumná otázka - Která forma hlášení NU bude převažovat? .....	43
2.4.5	Výzkumná otázka - Kterou příčinu nežádoucích událostí budou uvádět manažerky kvality nebo hlavní sestry jako nejčastější? .....	43
	ZÁVĚR .....	45
	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ .....	46
	SEZNAM ZKRATEK .....	49
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	50
	SEZNAM PŘÍLOH.....	51

## ÚVOD

Název mé bakalářské práce je Nástroje zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Téma jsem si vybrala, protože si myslím, že kvalita ve zdravotní péči je velice důležitá a nepostradatelná. Proto bych se o této problematice chtěla dozvědět co nejvíce informací, které mi v mém budoucím povolání budou jistě přínosem.

Oblast kvality ve zdravotnictví je v dnešní době velmi aktuální téma, ale zároveň také oblast, která byla dlouhou dobu velmi opomíjena. Až nástup moderních technologií, v čele s internetem, pomohl poukázat na chyby a omyly ve zdravotnictví, o kterých se touto cestou dověděli lidé po celém světě a začali se tak zajímat a vybírat si péči, která je jim ve zdravotnických zařízeních nabízena.

V své bakalářské práci jsem se proto zaměřila zejména na nežádoucí události ve zdravotnictví. Chtěla bych se dozvědět, do jaké míry nemocnice sledují jejich vznik a jakým způsobem se jim snaží bránit. Bezpečná ošetrovatelská péče je totiž v dnešní době nezbytná a má na ni právo každý pacient. Myslím si ale, že na některých nemocničních odděleních nejsou přesně dodržovány předpisy a standardy, které by ji měly zajistit. Proto jsem se rozhodla tuto situaci prozkoumat, a to v nemocnicích ve čtyřech krajích České republiky – Jihomoravský, Olomoucký, Pardubický a Vysočina.

V teoretické části práce se budu zabývat kvalitou obecně, zaměřím se na kvalitu péče ve zdravotnictví, její sledování a hodnocení. Dále budu popisovat již zmíněné nežádoucí události ve zdravotnictví.

Pro praktickou část své práce budu vytvářet dotazník, který rozešlu do několika nemocničních zařízení. Pokusím se tak zjistit, jestli dané zdravotnické zařízení nežádoucí události sleduje, popřípadě jakým způsobem, které z těchto událostí jsou v daném zařízení nejčastější a jak se jim brání.

Doufám, že i když je tato problematika velice složitá a obsáhlá, podaří se mi o ní zjistit co nejvíce informací, správně je pochopit a interpretovat. Tato práce bude sloužit k prohloubení mých vědomostí o daném tématu.

## **CÍLE PRÁCE**

1. Zjistit, kolik zdravotnických zařízení ve čtyřech krajích ČR sleduje nežádoucí události.
2. Zjistit, do jaké míry sledují zdravotnická zařízení nežádoucí události.
3. Zjistit, jakým způsobem postupují při zjištění nežádoucích událostí.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 ÚVOD DO KVALITY

Nejprve je důležité zmínit, co slovo kvalita znamená, co vyjadřuje. Kvalita nám dává informaci o vlastnosti nějaké věci, odpovídá nám na otázku „jaký?“. Pochází ze smyslového vnímání a je podmíněna vnímajícím subjektem se všemi jeho okolnostmi. Také se nedá vyjádřit číslem. (Dvořák, 2004)

Kvalita má dlouhou historii. Lidé se jí zabývali už v dávných dobách, zejména myslitelé. Uvedu např. Aristotela, který má v dějinách kvality důležité místo. Aristoteles byl prvním filosofem, který stručně a výstižně vyjádřil kvalitu. Ne slovo jako takové, ale její podstatu. Vyjádřil kvalitu tím, jaké něco, které je, vlastně je. Podle Aristotela není kvalita samozřejmá, něco může být takové, jaké je, nebo také vůbec ne. Vyjádřil kvalitu jako abstraktní pojem. (Dvořák, 2004)

Změna ve sledování kvality přišla s manufakturní výrobou, kdy dříve byl za kvalitu odpovědný pouze jeden pracovník, ale po zavedení dělby práce bylo nutné sledovat celý proces výroby a kvalitu na jednotlivých úsecích tohoto procesu. Koncem 80. let se management kvality začal orientovat na zákazníka, který rozhoduje, zda je výrobek kvalitní tím, jestli si ho koupí, nebo ne. (Madar, 2004)

V novodobé historii kvality je důležité zmínit vznik organizace ISO- Mezinárodní organizace pro normalizaci (International Standard Organisation), která zpracovala normy managementu jakosti, a v roce 1987 byly zveřejněny jako normy ISO 9000. V dalších letech byly tyto normy upraveny a doplněny. Vznikaly speciální podnormy pro jednotlivé oblasti, jako třeba pro zdravotnictví, která vyšla v březnu roku 2001 v Detroitu. Díky těmto normám mohou organizace prokázat schopnost výroby nebo distribuci výrobku v souladu se všemi předpisy a potřebami zákazníka. (Madar, 2004)

## 1.2 KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE

### 1.2.1 Definice

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita péče „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe*“. (Gladkij, 1999, s. 13)

Podle Donabediana je to „*taková péče, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu*“. (Gladkij, 1999, s. 13)

### 1.2.2 Zavádění kvality do zdravotní péče

Kvalitu zdravotní péče rozlišujeme ze tří hledisek. A to z pohledu pacienta – klienta, z profesionálního hlediska a z hlediska řízení. Pacienti mají určité potřeby a očekávání. Zdravotní péči, její kvalitu, hodnotí už podle dostupnosti péče, prevence nemocí, jejich diagnostiky, délce a náročnosti léčby. Dále pacienti hodnotí prostředí, ve kterém se léčí, zájem a ochotu pracovníků, jejich profesionalitu. Z profesionálního hlediska jsou hodnoceny služby pacientům, zda byly vhodně indikovány, zda obsahují vhodné techniky a procedury. Z pohledu řízení hodnotíme, zda je zdravotní péče co nejekonomičtější a nejproduktivnější. Důraz může být kladen na odvracení rizika, minimalizaci zanedbání, stanovení minimálních standardů, odborný rozvoj, dále na služby klientům – např. dotazníky k vyjádření spokojenosti. (Gladkij, 1999)

Samotný celistvý pohled na pacienta nám však nezaručí kvalitu péče. Je potřeba vytvořit systém kvality, který zahrnuje sběr informací, tvorbu postupů a stanovení standardů zdravotní péče, také je důležité hodnotit výsledky této péče. Cílem systému je zlepšit poskytovanou péči, omezit chyby, promrhaný čas a náklady, které jsou spojeny například se špatným výkonem. Systém vede k lepším výsledkům léčby a prevence, a tím k lepšímu zdravotnímu stavu všech obyvatel. Kvalita se týká celé soustavy zdravotnictví, jak zákonodárných orgánů, zdravotnických pracovníků a pracovišť, tak i spolupráce s obyvatelstvem. (Gladkij, 2003)

Úspěšné zavedení systému kvality ovlivňují různé prvky. Patří mezi ně tlak zevního prostředí, což je donucovací nátlak např. od ministerstva zdravotnictví, aby zdravotnická zařízení naplnila dané požadavky. Dále je to tlak napodobováním, čímž se chce zařízení vyrovnat jinému zdravotnickému zařízení, a normativní tlaky, které způsobují akreditační

orgány nebo zdravotní pojišťovny. V mnoha zemích tlak způsobují také organizace pacientů, které žádají větší odpovědnost zdravotníků a zdravotnických institucí. Dalšími prvky jsou řídicí pracovníci a motivační faktory. ( Gladkij, 2003)

Realizace systému kvality má několik stádií. Prvním je orientace, kde se vytvářejí podmínky pro zlepšování kvality, tvoří se cíle a postupy pro léčebné procesy. Druhé stádium je přípravné, kde se tvoří plán kvality pro instituci. Potom přichází vlastní realizace, při které se plán kvality rozšiřuje na všechna oddělení, provádějí se výzkumy spokojenosti a vytváří se standardy a indikátory kvality. Poslední stádium představuje upevnění a rozšíření systému v celé instituci, kdy se tvoří výroční zprávy o zlepšování kvality, standardy pro péči o pacienty, vnitřní audit nebo příprava k akreditaci. (Gladkij, 2003)

Determinanty, které mají vliv na rozvoj kvality, se týkají vytyčení cílů pro zlepšení kvality, kde je nejdůležitější samotné vnímání systému kvality a vnímání jejího rozvoje. Volbu postupů ke změně ovlivňuje organizace instituce a charakter zaměstnanců. K rozvoji také přispívají různé průzkumy, jako je například výzkum spokojenosti pacientů a zaměstnanců. Kvalitu péče je možné rozvíjet a vylepšovat i díky zvýšené orientaci na potřeby pacientů používáním individuálních plánů péče, flexibilitě pracovníků, šetrnějšímu hospodaření, interním a externím auditům, sledováním nežádoucích událostí. Tyto veškeré snahy o kvalitu péče se projeví např. sníženým množstvím dekubitů, zlepšenou pohyblivostí pacientů, menším množstvím reoperací nebo vnímáním lepší kvality života pacientů. (Gladkij, 2003)

Důležité je kvalitu péče dokumentovat a vyhodnocovat. Vyhodnocování probíhá pomocí mezinárodních akreditačních programů, které potvrzují, že instituce má zaveden systém kontinuálního zvyšování kvality. Dále certifikací podle norem ISO 9000, která je vhodnější pro posuzování kvality například pro laboratoře nebo transfuzní stanice. Neméně důležité je také další vzdělávání manažerů a odborných pracovníků v oblasti kvality, motivace k činnostem v oblasti zlepšování kvality u všech pracovníků, výběr nových pracovníků s ohledem na jejich přístup ke zlepšování kvality. (Gladkij, 2003)

Odpovědnost za kvalitu poskytovaných služeb má vrcholový a střední management dané instituce, za kvalitu péče o pacienty zodpovídají odborní pracovníci. Úlohou středního managementu je rozšířit program zlepšování kvality na všech pracovištích, dále motivovat a stimulovat zdravotnické pracovníky k podpoře cílů organizace. (Gladkij,2003)

Kvalitu péče na jednotlivých odděleních určuje úroveň diagnostiky, léčebných intervencí, ošetrovatelské péče, úroveň komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty. V úrovni diagnostiky patří mezi nejčastější chyby špatné odebrání a zhodnocení údajů odebraných při anamnéze, zanedbání základního vyšetření nebo odklad nutného vyšetření. Dále je kvalita určována terapeutickou úrovní, kde se musí dbát na to, aby léčba byla zahájena včas a aby byla pro pacienta skutečně přínosná a šetrná. V úrovni ošetrovatelské péče je důležité se ptát, zda je zajištěna osobní hygiena u nemocných, zda je zdravotní sestra dostupná v naléhavých případech okamžitě a jestli je její čas využíván ku prospěchu nemocných. Dále zdali jsou sestry plnohodnotnou součástí zdravotnického týmu. Průzkumy ukazují, že i když se kvalita péče v poslední době zlepšuje, komunikace s pacienty a uvnitř zdravotnického týmu je stále na špatné úrovni. (Gladkij, 2003)

Při plánování péče je důležité se zabývat i ekonomickou stránkou. Neúčinná péče je vždy ekonomicky neefektivní. Kde existují dvě rovnocenné možnosti diagnostiky a léčby, dává se přednost té, která je finančně výhodnější. Na druhé straně zavádění kvality do ošetrovatelské péče je také finančně náročné, je důležité, aby se tyto náklady vyplatily. (Gladkij, 2003)

### **1.2.3 Počátky a stručná historie sledování kvality zdravotnické péče**

Sledování kvality zdravotní péče bylo nejdříve uplatňováno v USA, kde se snažili zavést standardizovanou péči. Zakladatelem nového celostního chápání kvality byl americký profesor Avedis Donabedian, který stanovil schéma pro měření kvality, jež se skládá ze tří částí – struktury, procesu a výsledku. V USA probíhá od roku 1953 akreditace nemocnic, kterou provádí Spojená komise pro akreditace zdravotnických služeb (dále JCAHO). Koncem osmdesátých let byl zájem o zlepšování kvality péče přenesen i do Evropy, a to zejména v Holandsku, Belgii, Spojeném království a Dánsku. V roce 1985 stanovilo WHO jako jeden z cílů svého programu Zdraví pro všechny do roku 2000 program zajišťování kvality. Zde organizace uvedla, že tohoto cíle lze dosáhnout monitorováním kvality péče o nemocné, definováním a zavedením standardů, vyhodnocováním a dalším vzděláváním lékařů a zdravotnických pracovníků. (Gladkij, 1999)

V České republice se objevovaly náznaky sledování kvality již v minulém systému našeho zdravotnictví, a to ve formě sledování proočkovanosti nebo mateřské a kojenecké úmrtnosti, dále byla ustanovena komise pro účelnou farmakoterapii. Ale většina těchto údajů se k veřejnosti nedostala. Ke kvalitě péče dále přispívala Česká lékařská komora a

hlavně její Vědecká rada a odborné komise, které se snažily o stanovení standardů zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR) zavedlo v roce 1996 oddělení kvality péče. Ze sesterských organizací se kvalitou péče zabývá Česká asociace sester (ČAS), jejímž momentálním cílem v této oblasti je spolupracovat na tvorbě národních standardů, podílet se na připomínkování národní legislativy, provádět audity ošetrovatelské péče, podílet se na celoživotním vzdělávání nelékařů v oblasti kvality, účastnit se jednání pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče MZ ČR, podporovat projekt Prevalenčního výskytu sledování dekubitů v českých nemocnicích a Pády u hospitalizovaných pacientů v ČR. (Česká asociace sester, 2011; Gladkij, 1999)

#### **1.2.4 Akreditace nemocnic**

České zdravotnictví se snažilo po roce 1989 vytvořit mechanismus, který by zabránil vysoké variabilitě mezi zdravotnickými zařízeními, jak ve způsobu poskytování léčebné a ošetrovatelské péče, tak i v oblasti technického vybavení. Osvědčenou metodou ve vyspělých zemích byla již řadu let akreditace. (Škrlovi, 2003)

Zdravotnictví v USA se nechalo inspirovat oblastí průmyslu, kde vznikaly nové podněty v managementu kvality právě z důvodu velké různorodosti v kvalitě výrobků a služeb, a založilo Spojenou komisi pro akreditaci – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), která v roce 1976 vytvořila první soubor standardů. Organizace se stala vzorem pro Českou republiku, která roku 1998 založila Spojenou akreditační komisi ČR (SAK ČR) a o rok později byla u nás akreditována první nemocnice. (Škrlovi, 2003)

Akreditace slouží jako nástroj k zajištění porovnatelné kvality mezi zdravotnickými zařízeními a ke kontinuálnímu zvyšování kvality. V posledních letech klade důraz také na bezpečnost poskytované péče. Akreditační proces je dobrovolný a ve většině zemí ho provádí nezávislé organizace. Zdravotnické zařízení si nejprve podá žádost u dané organizace, od které následně obdrží akreditační standardy a další potřebné informace. Zařízení si vytvoří svoje vlastní standardy a směrnice, které budou v souladu se standardy akreditačními, a uvede je do praxe. Domluví si šetřící inspekci akreditačního týmu, která se následně zabývá základním provozem nemocnice, jeho strukturou, procesy a výstupy péče. Inspekční tým provádí audit zdravotnické dokumentace, jednotlivých oddělení, pohovorem se zaměstnanci a pacienty. Akreditační standardy SAK ČR se dělí na oblast řízení kvality a bezpečí, diagnostické péče, péče o pacienty, kontinuity zdravotní péče, dodržování práv

pacientů, podmínek poskytované péče, managementu, řízení lidských zdrojů, sběru a zpracování informací, protiepidemických opatření. Standardů je 74 a každý z nich má své indikátory, což jsou otázky, na které by v akreditačním procesu měla být kladná odpověď. SAK ČR uděluje akreditaci na 2–3 roky. (Škrlovi, 2003; Marx, Vlček, 2009)

Přínos akreditace pro zdravotnické zařízení spočívá ve snížení variability mezi jednotlivými odděleními a jinými institucemi. Pro pacienty představuje záruku kvalitní a bezpečně poskytované zdravotní péče. Pro zdravotnické pojišťovny to znamená, že finanční prostředky jsou investovány v zařízení, které má měřitelný a prokazatelný standard poskytovaných služeb. Pro zdravotní sestry tvoří zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče a ošetrovatelské dokumentace, vytvoření bezpečnějšího a radostnějšího prostředí, osobní zodpovědnost za kvalitu a bezpečnost práce a zlepšení vztahů mezi členy v multidisciplinárním týmu. (Škrlovi, 2003)

Spojená komise pro akreditaci v USA (JCAHO) založila svoji dceřinou společnost – Joint Commission International (JCI), která provádí mezinárodní akreditace. Vznikla jako odpověď na požadavky z různých míst světa, aby se sjednotil hodnotící systém založený na standardech. Standardy jsou schválené mezinárodní správní radou a vycházejí z principů kontinuálního zvyšování kvality. Akreditační proces respektuje náboženské nebo kulturní odlišnosti a právní prostředí každého státu. Proces probíhá podobně jako u SAK ČR, úkolem inspektorů není jen kontrola dodržování standardů, ale také edukace zaměstnanců o zvyšování kvality. JCI stanovila 370 akreditačních standardů a k nim jejich indikátory a od 1. ledna 2008 je povinnou součástí akreditačního šetření splnění Mezinárodních bezpečnostních cílů, jejichž účelem je zvýšení bezpečí pacientů v problémových oblastech. Mezi cíle patří správná identifikace pacientů, efektivní komunikace, zvýšení bezpečí u rizikových léků, prevence záměny pacienta, výkonu a místa provedení, postupy vedoucí ke snížení rizika nozokomiálních infekcí a ke snížení rizika poškození pacientů při pádu. JCI uděluje akreditaci na 3 roky, ale při závažném nedodržení standardu může být odebrána dříve. (JCI, 2008)

### **1.2.5 Certifikace**

ISO je označení pro Mezinárodní organizaci pro standardizaci. Je odvozeno z latinského slova isos, které v překladu znamená stejný. Organizace byla založena roku 1947 v Ženevě. Série ISO 9000, která se týká kvality, vznikla až později – roku 1987. ISO 9000 se zabývá systémem řízení kvality, jejími základy a terminologií. Dále ISO 9001, které se

zajímá o požadavky na systém řízení kvality, a ISO 9004, jenž dává návod ke zlepšování výsledků v systému řízení kvality. V roce 2000 se vše sjednotilo pod ISO 9001:2000, které je zaměřeno na procesy, zákazníka, dokumentaci. (Škrlovi, 2003; American society for healthcare risk management, 2009)

ISO 9001:2000 se nezaměřuje na standardizaci určitých produktů, ale na systém řízení kvality a odstranění rozdílů ve výkonu. Také však nenařizuje, jaký systém kvality má organizace mít. Pouze zjišťuje, zda je systém zajišťování kvality v organizaci smysluplný a funkční. Pokud organizace získá tuto certifikaci, znamená to, že celý systém managementu garantuje důslednost a spolehlivost. Systém ISO 9001:2000 vede ke kvalitě, která se označuje 5-6 Sigma. To znamená, že ve zdravotnickém zařízení dojde ke čtyřem až 320 chybám na milion případů nebo výkonů. Tato kvalita se například vyskytuje běžně v průmyslu. Revizi této normy se stalo později ISO 9001:2008. (Škrlovi, 2003; American society for healthcare risk management, 2009)

Pro zdravotníky je důležité, aby pochopili hlavní rozdíly mezi akreditací a certifikací ISO. Oba tyto systémy slouží k jinému účelu, proto by se neměly porovnávat. Můžeme to přirovnat ke stavění domu, kdy certifikace ISO představuje kostru a základy domu a akreditace jeho vnitřní úpravy. Je tedy tendence zdravotnická zařízení jako celek akreditovat a některé provozy certifikovat, např. transfuzní oddělení nebo technické provozy. (Škrlovi, 2003; Buda 2005)

## **1.3 STANDARDY, INDIKÁTORY KVALITY A AUDITY**

### **1.3.1 Standardy zdravotní péče**

Podle Donabediana je standard: „*Přesně popsaná kvantitativní či kvalitativní úroveň kritéria péče, jež je v daném okamžiku či době považována za výraz dobré kvality péče.*“ (Gladkij, 1999, s. 31)

Standardy jsou neoddelitelnou součástí v systému řízení kvality péče. První standardy, které byly zaměřeny na ošetrovatelskou péči, sestavila již Florence Nightingalová v období Krymské války. V 50. letech minulého století se snažila skupina amerických lékařů sestavit standardizovanou péči, tím začaly vznikat první standardy a daly tak základ postupnému vzniku akreditace nemocnic. (Mášová, Havrdlíková, 2009)

Standard zdravotní péče je norma, která umožňuje objektivní hodnocení zdravotní péče. Zajišťuje pacientům bezpečí a zdravotní sestry chrání před neoprávněným postihem. Musí vždy obsahovat parametry, které jsou měřitelné a hodnotitelné. Mezi organizace, které vydávají standardy, patří SAK ČR, Mezinárodní organizace pro standardizaci (ISO) a Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení (JCAHO). (Mášová, Havrdlíková, 2009)

#### **1.3.1.1 Typy standardů podle Donabediana**

1. Strukturální – zabývají se organizací a regulací zdravotnických služeb, vybavením zdravotnického zařízení.
2. Procesuální – standardy postupů ve zdravotnictví, např. při výkonech nebo v rámci ošetrovatelského procesu.
3. Výsledkové – zabývají se hodnocením kvality. (Mášová, Havrdlíková, 2009)

#### **1.3.1.2 Metodika tvorby standardů**

Každý standard musí mít své číslo, určení, o jaký typ se jedná, platnost, oblast a místo působení (kde je používán a na kterých odděleních), pro koho je určen a kdo jej sestavil. Dále mohou standardy obsahovat přílohy, např. kritéria k provedení auditu. (Mášová, Havrdlíková, 2009)

### **1.3.2 Zdravotnický audit**

Audit znamená důkladné vyhodnocení nebo průzkum a ve zdravotnictví je velmi důležitý z hlediska měření kvality péče. Audity porovnávají data na jednotlivých odděleních v tom,

co bylo naplánováno a co bylo dosaženo, odkrývají problémy, ukazují na úspěchy, zjišťují rozdíl mezi skutečností a standardem. Audity dělíme na interní, které slouží k udržení kvality zařízení a pomáhají k následné akreditaci, a externí, které vykonává certifikační komise na základě akreditovaných standardů. Cílem auditu není hledání chyb například u sester, ale hledání slabých míst v celém systému. Dále mohou být audity plánované a neplánované. Součástí každého standardu jsou kritéria k auditu. (Škrlovi, 2003; Mášová, Havrdlíková, 2009)

### **1.3.3 Indikátory kvality ošetrovatelské péče**

Kvalita patří spolu s dostupností a ekonomickou efektivností mezi tři hlavní atributy zdravotní péče. A indikátor kvality nám ji ukazuje pomocí číselných hodnot. Kvalita péče je rozdělena na devět oblastí – přiměřenost, dostupnost, kontinuita, účinnost, vhodnost, efektivita, respekt a lidskost, bezpečí, včasnost. Každá z těchto oblastí má svoje indikátory. Akreditační společnosti přesně udávají, které oblasti musí zdravotnické zařízení sledovat pomocí indikátorů, přesto zbývá prostor pro volbu konkrétních indikátorů. Indikátor by měl být smysluplný, je to jakýsi výstražný signál, který by nás měl upozorňovat, že něco není v pořádku. Mohou být zaměřeny na sestru, lékaře, proces, klinickou událost nebo systém a vždy nám umožňují porovnat něco s něčím. Indikátory se dělí na poměrové, jež jsou založeny na sběru dat o nějakém jevu, který se vyskytuje s nějakou frekvencí, např. dekubity. A dále indikátory strážní, které se zaměřují na nežádoucí události. Těchto indikátorů se využívá většinou v managementu rizik, při výběru těchto indikátorů používáme knihu nežádoucích událostí nebo knihu stížností. (Škrlovi, 2003; Vlček 2006)

## **1.4 ŘÍZENÍ RIZIK**

Řízení rizik je identifikování, vyhodnocování a řešení rizik, která mohou způsobit například zranění nebo finanční ztrátu. Rozlišujeme incident, což je událost, která může ohrozit bezpečnost, ale nedojde k poškození zdraví osob, jichž se to týká. Dále nežádoucí událost, při níž dochází k poškození zdraví pacienta, buď k trvalému, dočasnému poškození nebo smrti. Dále pochybení, což znamená neprovedení výkonu dle daného plánu, a téměř pochybení, kterému bylo v poslední chvíli zabráněno. (Škrla, Škrlová, 2008)

V menších zdravotnických zařízeních, je řízení rizik sloučeno s oddělením kvality a vše má na starosti jeden zaměstnanec, větší zařízení mají svého manažera kvality a manažera rizik, protože každá funkce je časově náročná. (Škrla, Škrlová, 2008)

### **1.4.1 Manažer rizik**

Manažer rizik má ve zdravotnickém zařízení na starosti kontrolu a prevenci rizik, která by mohla vést k poškození zdraví, majetku nebo dobré pověsti zařízení. Musí motivovat zaměstnance, aby pracovali bezpečněji a zároveň i mysleli a chovali se v zájmu budování bezpečnější nemocnice. Měl by mít u zaměstnanců přirozenou autoritu a důvěru u vrcholového managementu. Úzce spolupracuje s vedením jednotlivých oddělení, ale také s manažerem kvality. (Škrla, Škrlová, 2008)

### **1.4.2 Situace v České republice**

První zmínky o řízení rizik se objevují až na konci devadesátých let, kdy jasnou definici pronesl profesor Ivan Gladkij. V roce 2002 vznikají první kurzy na téma Management rizik ve zdravotnických zařízeních. Postupem času se k nám začala dostávat zahraniční literatura na téma chyby a omyly ve zdravotnictví. Ve stejné době provedlo Národní referenční centrum pro kvalitu ve zdravotnictví vyhodnocení kvality některých porodnic a výsledky zveřejnilo na internetu. V dubnu 2005 vyšla Lucemburská deklarace, která doporučuje, aby členské státy EU zvýšily svoji bezpečnost při poskytování zdravotní péče a SAK ČR zahrnuje mezi svoje akreditační standardy kvalitu a bezpečnost péče. V červnu 2007 vydalo MZ ČR leták, kde uvedlo, že podle zahraničních studií dochází u 10 % hospitalizovaných pacientů k nežádoucím událostem a v ČR to bude stejné, nebo spíše vyšší. (Škrla, Škrlová, 2008)

V letech 2008–2009 probíhal v ČR projekt „Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotnických služeb“, který vytvořila 3. lékařská fakulta Univerzity

Karlovy v Praze. Do tohoto projektu se zapojilo 16 zařízení. Cílem bylo vytvořit systém, který by pomohl zdravotnickým zařízením ve sběru dat o vzniklých nežádoucích událostech, která by byla dále statisticky vyhodnocena a vznikala by doporučení, jak snižovat rizika poškození pacientů. V první etapě byl vytvořen nástroj v podobě webové aplikace, který umožňuje zúčastněným zařízením sběr dat o nežádoucích událostech zcela zdarma. V roce 2009 – 2010 vznikla druhá etapa projektu, která se hlavně zaměřovala na komunikaci se zapojenými zdravotnickými zařízeními, kterými byli hlavně oblastní nemocnice a léčebny. Každé zařízení dostalo závěrečnou zprávu o počtu nežádoucích událostí v porovnání s ostatními zařízeními. Celkový počet událostí ve všech zúčastněných zařízeních byl 990, mezi nejčastější událost patří pády pacientů a nejčastější hlásící osobou byla všeobecná sestra. Tento projekt pokračuje i nadále, a to zajištěním provozu národního systému hlášení nežádoucích událostí. (Hřib, 2009; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010)

Roku 2009 v rámci předsednictví ČR v Radě EU byla přijata definice pro nežádoucí událost a dále dokument Doporučení rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí, na základě tohoto doporučení MZ ČR vypracovalo plán bezpečnosti zdravotní péče na rok 2010–2012, který se zabývá například posílením informovanosti občanů, zavedení systémů pro sledování nežádoucích událostí nebo rozvojem výzkumu v oblasti bezpečí. V rámci tohoto plánu vyhlásilo ministerstvo Resortní bezpečnostní cíle, vždy pro jeden kalendářní rok. Pro rok 2010 to byly cíle: bezpečná identifikace pacienta, která přikazuje ověřování identifikace před každým výkonem, před podáním léčiv, transfuzních přípravků nebo před odebíráním biologického materiálu. Druhým cílem byla bezpečnost při používání rizikových léčiv, mezi které patří inzulíny, neředěné hepariny a roztoky s chloridem draselným. Zdravotnická zařízení si vytvoří postup, který zabrání, aby nedošlo k nesprávnému podání. Dalším cílem byla prevence záměny pacienta, operační strany nebo výkonu při chirurgických výkonech, zařízení si vytvoří postup, podle kterého bude označovat místa výkonu, a to vždy v přítomnosti pacienta. Čtvrtý cíl se týkal prevence pádů, u každého pacienta se provádí hodnocení rizika pádu, a pokud dojde ke změně zdravotního stavu, tak se riziko znovu přehodnotí. Důležité je také dbát na prevenci pádu a na zranění při pádu, vše se sleduje a pravidelně vyhodnocuje. Posledním cílem bylo zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče, zdravotnická zařízení si určí postup pro mytí rukou a používání dezinfekčních prostředků, a také provádí školení všech pracovníků v této

problematicke. Resortní bezpečnostní cíle jsou závazné pro zařízení, která jsou přímo řízená MZ ČR a pro ostatní zařízení jsou doporučena. Na období červen 2011 až duben 2012 byly k předešlým cílům přidány další dva, a to jako šestý cíl bezpečná komunikace, která se týká ordinování léků a hlášení výsledků vyšetření ústně nebo telefonicky. Sedmý cíl se týká bezpečného předávání pacientů, dané zařízení si vytvoří postup pro předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti. (Kalvachová, 2010, 2011)

## 1.5 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI (DÁLE NU)

Hlášení a prevence NU je součástí programu řízení rizik. Pro bezpečnost pacientů je důležité zajistit rychlé hlášení NU, jejich šetření a vyhodnocení. Cílem není hledat viníky, ale v moderním zdravotnictví je to důležitá zpětná vazba, která pomáhá k nápravě v systému. V některých zemích se za hlášení dokonce dávají odměny. Mezi NU patří chyba ve strategii léčby, medikační chyby, pády, zranění způsobené požárem, nebezpečné chování pacientů nebo zaměstnanců, selhání přístrojové techniky, ztráta nebo poškození majetku pacienta nebo nemocnice a ostatní NU. Nejtěžší bývá zavést protokoly o hlášení a prevenci na oddělení, protože zdravotníci mají strach z nějakého postihu. Pro začátek je dobré například zavést slovní hlášení incidentů nebo hrozících chyb během porad sester a také vysvětlit všem sestřím filozofii kultury bezpečí. (Škrla, Škrlová, 2008; Škrla, 2005)

### 1.5.1 Klasifikace NU

Uvádím klasifikaci podle Changa, který NU rozděluje do pěti kategorií, každá kategorie je rozdělena do klasifikačních tříd, které podrobněji určují míru poškození. První kategorii nelze definovat jako NU, do ní patří incident, který by mohl vést k pochybení a téměř pochybení, kterému bylo na poslední chvíli zabráněno. Ve druhé kategorii nedochází k poškození zdraví pacienta. Třetí kategorie je s dočasným poškozením zdraví pacienta, které nevyžaduje delší hospitalizaci. Ve čtvrté kategorii je trvalé poškození zdraví pacienta a pátá kategorie je fatální NU, takže úmrtí pacienta. (Škrla, Škrlová, 2008)

Další možná klasifikace je přirovnání k ledovci, kde špička ledovce představuje NU s následky, které mohou být mírné anebo končit až smrtí pacienta. Špičce se dostává nejvíce pozornosti v médiích, i když představuje nejmenší část z celého ledovce. Tento druh událostí má také devastující vliv na pověst celého zdravotnického zařízení. Vrstva pod hladinou jakoby představuje NU bez následků, k těmto událostem skutečně došlo, ale nepoškodily zdraví pacienta nebo například majetek nemocnice. Počet těchto událostí je mnohem vyšší, ale také mnohem méně viditelné. Dno ledovce představují téměř pochybení, která jsou pro nás důležitá v tom, že je beze strachu z potrestání můžeme analyzovat a efektivněji tak předcházet opravdovým NU. (Škrla, 2005)

V polovině minulého století vypočítal Heindrichův institut, že na jedno závažné poškození zdraví připadá 29 případů s lehkým poškozením a 300 případů bez zranění. Platnost této teorie byla ověřena ve vojenském letectví v USA roku 1971. (Škrla, 2005)

### **1.5.2 Metodologie NU**

Pokud dojde k NU, je důležité nejdříve pomoci postižené osobě. Bezpečně uschovat pomůcku nebo materiál, který přispěl ke vzniku NU, aby se mohl použít při šetření jako důkaz. Dále provést zápis o NU na určený formulář. Zaměstnanec, který byl svědkem, je povinen nahlásit to svému nadřízenému, který rozhodne, zda se událost bude hlásit dále ošetřujícímu lékaři nebo primáři oddělení, jenž poskytne odbornou pomoc a zabrání poškození pověsti zařízení. První kontakt s poškozeným pacientem nebo členem rodiny by měl provést ošetřující lékař nebo manažer NU. Při telefonickém kontaktu se podávají pouze základní informace. Vyplněný formulář je dále předán manažeru NU, který celou situaci důkladně prošetří. Pokud se jedná o událost, kde se očekává soudní spor, odesílá se dále na právní úsek. Při vyplňování formuláře je povinností každého zaměstnance uvádět pravdivé informace. (Škrla, 2005)

### **1.5.3 Formulář NU**

Cílem vyplňování formuláře je získat zpětnou vazbu pro sledování, zlepšování a vyhodnocování kvality péče v daném zdravotnickém zařízení. Formulář musí obsahovat: identifikaci a osobní data poškozeného, charakter události a rozsah škod nebo zranění, popis události, jména svědků a jejich bydliště, zda byl o události informován lékař, pokud je potřeba, tak záznam o poskytnutí první pomoci, návrh nápravných opatření a závěr šetření. Pokud se jedná o pacienta na lůžkovém oddělení, tak do jeho chorobopisu se pouze uvádí, k čemu došlo a jaké byly reakce pacienta na poskytnutou léčbu. Formulář NU se do chorobopisu nezakládá. (Škrla, 2005)

### **1.5.4 Vyšetřování NU**

Za ověření informací ve formuláři, za komunikaci s postiženým nebo svědky, za provedení nápravných opatření je odpovědná vrchní sestra. Odpovědnost za vyšetřování má výbor pro NU, řídicí člen nesmí být jakýmkoli způsobem zapleten do dané NU. Výbor by se měl scházet 1x měsíčně a projednat všechny události, které se za dané období staly. Výbor by měl identifikovat faktory, které přispěly ke vzniku události, navrhnout nějaká doporučení nebo provést revizi směrnic. Manažer NU sleduje práci výboru, trendy a statistické údaje o dané problematice a sestavuje plán identifikace a prevence potenciálních událostí, na kterém spolupracuje s vedoucími jednotlivých oddělení a oddělením kvality. (Škrla, 2005)

## 1.5.5 Legislativa

### 1.5.5.1 Věstník č.10/2010 - Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Tato metodika navazuje na doporučení rady EU z roku 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí. Předpokládá se, že zhruba u 8 – 12 % pacientů v zemích EU dochází k nežádoucím událostem. Nejde jim však zabránit úplně, protože poskytování zdravotní péče je spojeno s lidským faktorem, můžeme se ale snažit rizika minimalizovat včasným záchytem těchto pochybení. (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2010)

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

(Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2010, s. 112)

Mezi NU patří minimálně administrativní problém, což je například problém při objednávání vyšetření, dále problém s informovaným souhlasem, problém při výkonu, kam patří záměna pacienta nebo jeho poranění při výkonu, problém se zdravotnickou dokumentací, nozokomiální infekce, problém při předepisování léků, problém při podávání léků, nežádoucí účinek léčiva, problém s krevními produkty, problém s dietou, problém se zdravotnickou technikou, svévolný odchod pacienta ze zdravotnického zařízení nebo nevrácení se v určité hodině, sebepoškozování nebo sebevražda pacienta, problém s chováním pacienta, problém s chováním personálu, neočekávané úmrtí pacienta, pád pacienta, problém s nezdravotnickou technikou či jiným vybavením, krádež a dekubitus. Hlášení NU je povinností každého pracovníka, zdravotnické zařízení musí poučit svoje zaměstnance o smyslu hlášení NU, nahlášení události může být anonymní a je ihned odesláno osobě, která se zabývá jejich zpracováním. Dané zařízení musí pravidelně analyzovat všechna nashromážděná data a vybrat si některé NU, které budou sledovány dlouhodobě. (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2010 – viz příloha B)

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

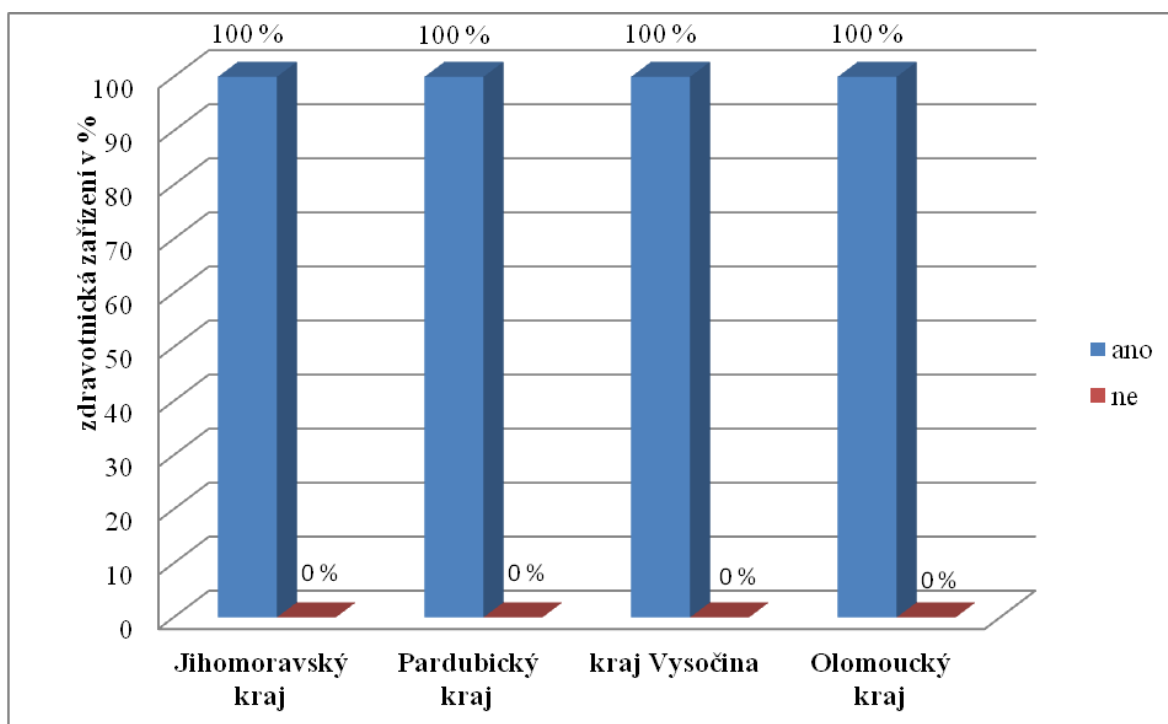
1. Která nežádoucí událost se bude nejčastěji vyskytovat ve zdravotnických zařízeních?
2. Které nežádoucí události budou nejčastěji sledovány?
3. Budou zdravotnická zařízení, která jsou vlastníkem některého z osvědčení o sledování kvality, sledovat nežádoucí události ve větší míře?
4. Která forma hlášení nežádoucích událostí bude převažovat?
5. Kterou příčinu nežádoucích událostí budou uvádět manažerky kvality nebo hlavní sestry jako nejčastější?

## 2.2 METODIKA

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, do jaké míry sledují nemocnice nežádoucí události. Použila jsem kvantitativní metodu výzkumu, formou dotazníku (viz příloha A). Do mého sledovaného vzorku jsem vybrala 4 kraje České republiky – Jihomoravský, Vysočina, Pardubický a Olomoucký. V každém uvedeném kraji jsem oslovila všechna lůžková zařízení, která spadají do kategorie nemocnice, fakultní nemocnice a nemocnice s následnou péčí, jejichž seznam jsem použila z Registru zdravotnických zařízení, který vytváří Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR. Celkem jsem tedy oslovila 43 zdravotnických zařízení, z toho bylo 20 z Jihomoravského kraje, 8 z kraje Pardubického, 6 z Vysočiny a 9 z Olomouckého kraje. Výzkum byl prováděn formou elektronického dotazníku, který jsem odeslala manažerce kvality popřípadě hlavní sestře daného zařízení, a to v období prosinec 2011 – leden 2012. Návratnost dotazníků byla 74 %. V dotazníku jsem použila jednu otázku otevřenou, čtyři uzavřené a sedm polozavřených. Výsledky jsou vyjádřené relativní četností v % a jsou znázorněny do sloupcových grafů. Ke zpracování byl využit program Microsoft Office Excel 2007.

## 2.3 VÝSLEDKY

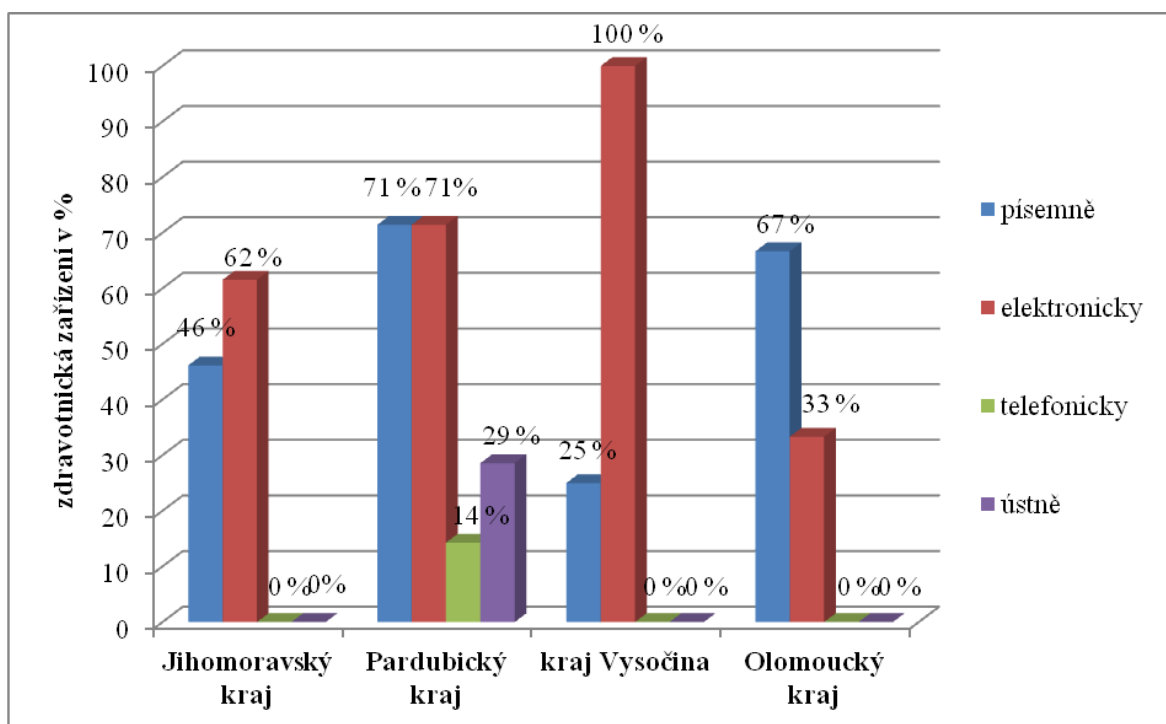
### 2.3.1 Otázka č. 1- Sledujete NU ve vašem zdravotnickém zařízení?



Obr. 1 Sledování NU ve zdravotnických zařízeních

Z grafu můžeme vyčíst, že veškerá zdravotnická zařízení v mém vzorku sledují NU. Takže všechna dále pokračovala ve vyplňování mého dotazníku.

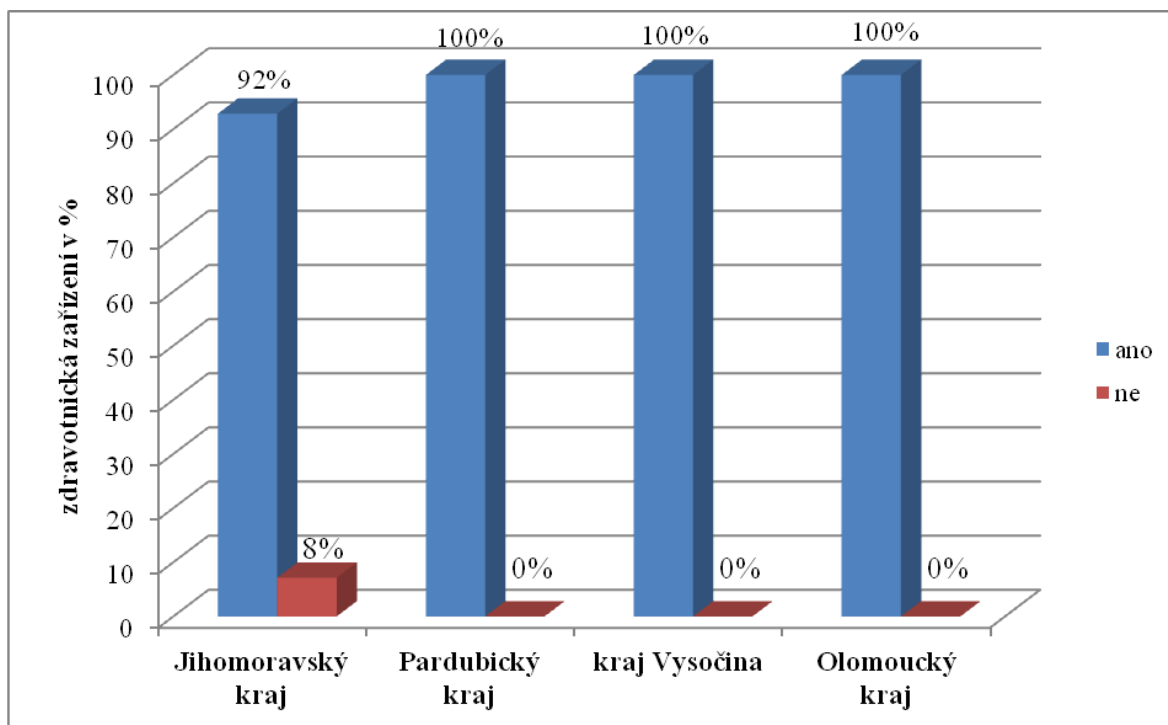
### 2.3.2 Otázka č. 2 – Jakým způsobem zaznamenáváte NU?



Obr. 2 Formy zaznamenávání NU v jednotlivých krajích

Z mého grafu vyplývá, že v Jihomoravském kraji se zápis NU nejčastěji provádí elektronickou formou, a to v 62 %, dále následuje forma písemná v 46 %. Telefonická a ústní forma se v mém vzorku zdravotnických zařízení nevyskytuje. V kraji Pardubickém se písemná a elektronická forma používají shodně v 71 %, dále následuje v 29 % forma ústní a ve 14 % forma telefonická. V kraji Vysočina převažuje stoprocentně elektronická forma, dále ve 25 % písemné oznámení NU. Ostatní formy nevedlo žádné z dotazovaných zařízení. V kraji Olomouckém se v 67 % vyskytuje písemná forma a ve 33 % forma elektronická. Zdravotnická zařízení měla možnost zatrhnout více možných odpovědí, u 5 z nich došlo k zaškrtnutí možnosti jak elektronicky, tak i písemně. A jedno zařízení zatrhl všechny čtyři možnosti.

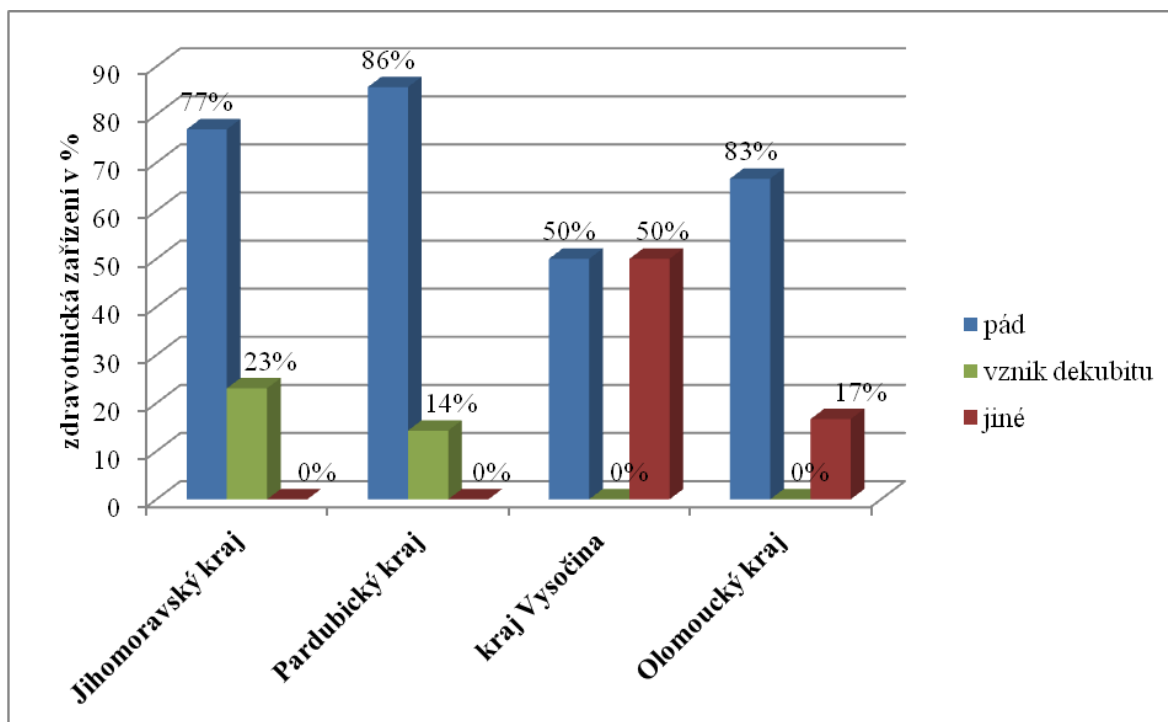
### 2.3.3 Otázka č. 3 – Má vaše zdravotnické zařízení nějakým způsobem upravené, které NU se hlásí?



Obr. 3 Sledování NU v jednotlivých krajích

Z mého grafu vyplývá, že v kraji Pardubickém, Vysočina a Olomouckém mají všechna zdravotnická zařízení směrnici nebo metodickým pokynem upravené, které NU se hlásí, pouze v Jihomoravském kraji odpovědělo 1 zdravotnické zařízení, což představuje 8 %, že to není určené, ale záleží na každém pracovníkovi, co považuje za NU.

### 2.3.4 Otázka č. 4 – Jaká je nejčastější NU ve vašem zdravotnickém zařízení?

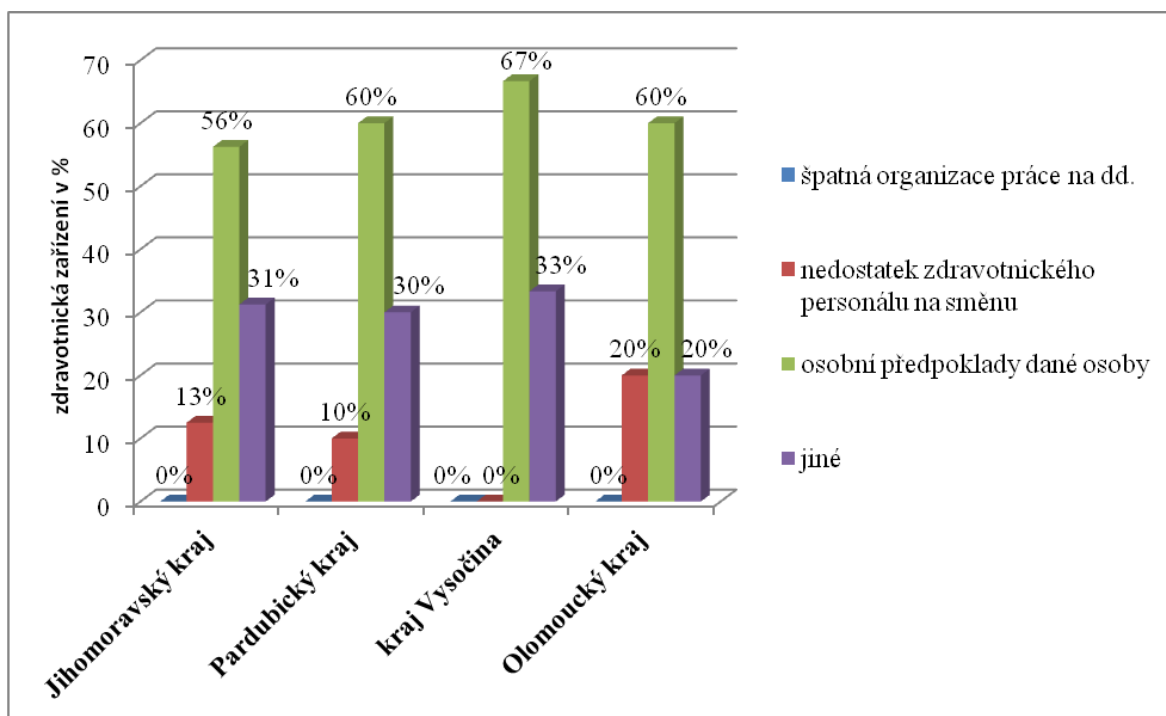


Obr. 4 Nejčastější NU ve zdravotnických zařízeních

V grafu jsem kvůli větší přehlednosti zaznamenala pouze nejčastěji uváděné NU. Nemocnice měly možnost vybrat ještě mezi pochybením při podávání léčiv, selháním medicínských technologií, podáním nesprávné diety, neočekávaným úmrtím pacienta, únikem informací ze zdravotnické dokumentace a záměnou pacienta. Žádnou z těchto možností ani jedno zařízení nezvolilo, proto jsem je v grafu neuváděla.

V Jihomoravském kraji patří mezi nejčastější NU pád pacienta, a to u 77 % nemocnic a dále v 23 % vznik dekubitu. V Pardubickém kraji je na prvním místě taktéž pád pacienta v 86 % nemocnic a dále ve 14 % vznik dekubitů. V kraji Vysočina je pád pacienta v 50 % nemocnic, v 50 % uvedli jinou možnost, a to verbální a brachiální napadení personálu, expozice ostrým kontaminovaným předmětem a chování osob. V Olomouckém kraji byl z 83 % uváděn pád pacienta a ze 17 % jiná možnost – expozice ostrým kontaminovaným předmětem.

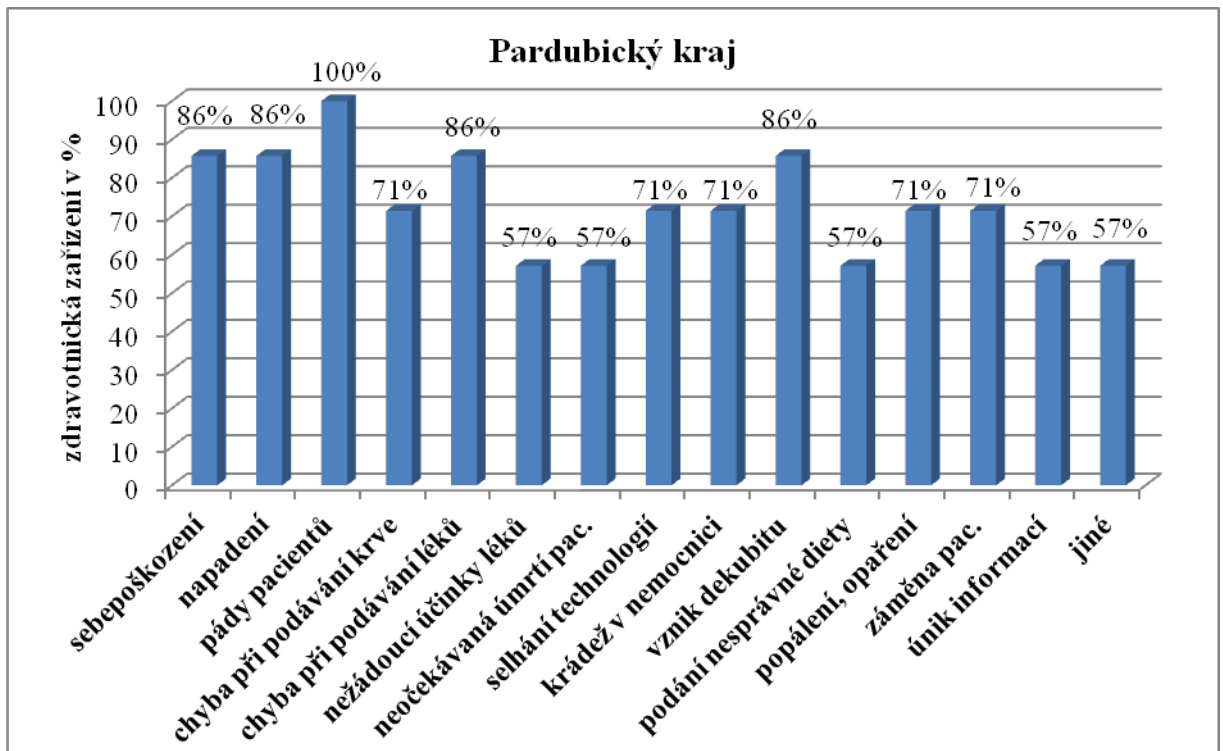
### 2.3.5 Otázka č. 5 – Jakou nejčastější příčinou dochází k NU?



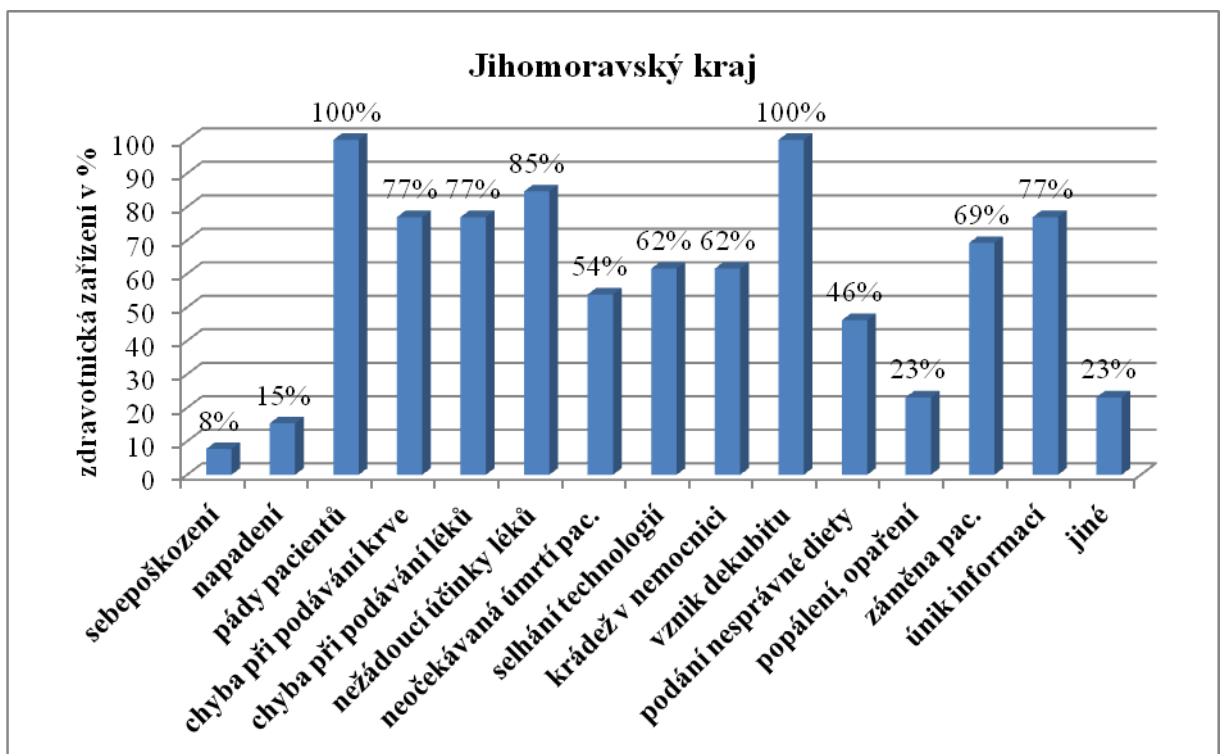
Obr. 5 Nejčastější příčiny NU

Zdravotnická zařízení měla možnost vybrat více odpovědí. V Jihomoravském kraji jsou nejčastější příčinou osobní předpoklady zdravotnického pracovníka, a to v 56 % nemocnic, dále zařízení udávala jiné důvody v 31 %, mezi které řadila nesprávný přístup k pacientovi, nedodržení systému práce, který je určený vnitřním řádem nemocnice, nebo lidskou chybou. Patnáct procent udávalo nedostatek zdravotnického personálu na směnu. Dvě zařízení využila možnosti zatrhnout více odpovědí, a to nedostatek personálu na směnu a osobní předpoklady zdravotnického pracovníka. V Pardubickém kraji představovaly nejčastější možnost osobní předpoklady zdravotnického pracovníka, a to v 60 %, dále ve 30 % možnost jiné, kde se udávaly zmatenost pacienta, uklouznutí po podlaze nebo sesunutí při přesunu na pojízdný klozet, a to převážně na oddělení LDN. V 10 % se udával nedostatek zdravotnického personálu na směnu. Tři zdravotnická zařízení vybrala více možných odpovědí z výše uvedených. V kraji Vysočina se v 67 % udávaly osobní předpoklady zdravotnického pracovníka, 25 % možnost jiné – nedostatečné vybavení na oddělení, např. absenci polohovacího lůžka. Další možnosti nebyly zatrhnuty. V Olomouckém kraji patřily mezi nejčastěji udávané možnosti osobní předpoklady zdravotnického pracovníka v 50 %, nedostatek zdravotního personálu na směnu mělo 20 % a 20 % označilo jiné - nepozornost zdravotnického personálu, která vede např. k expozici ostrým předmětem.

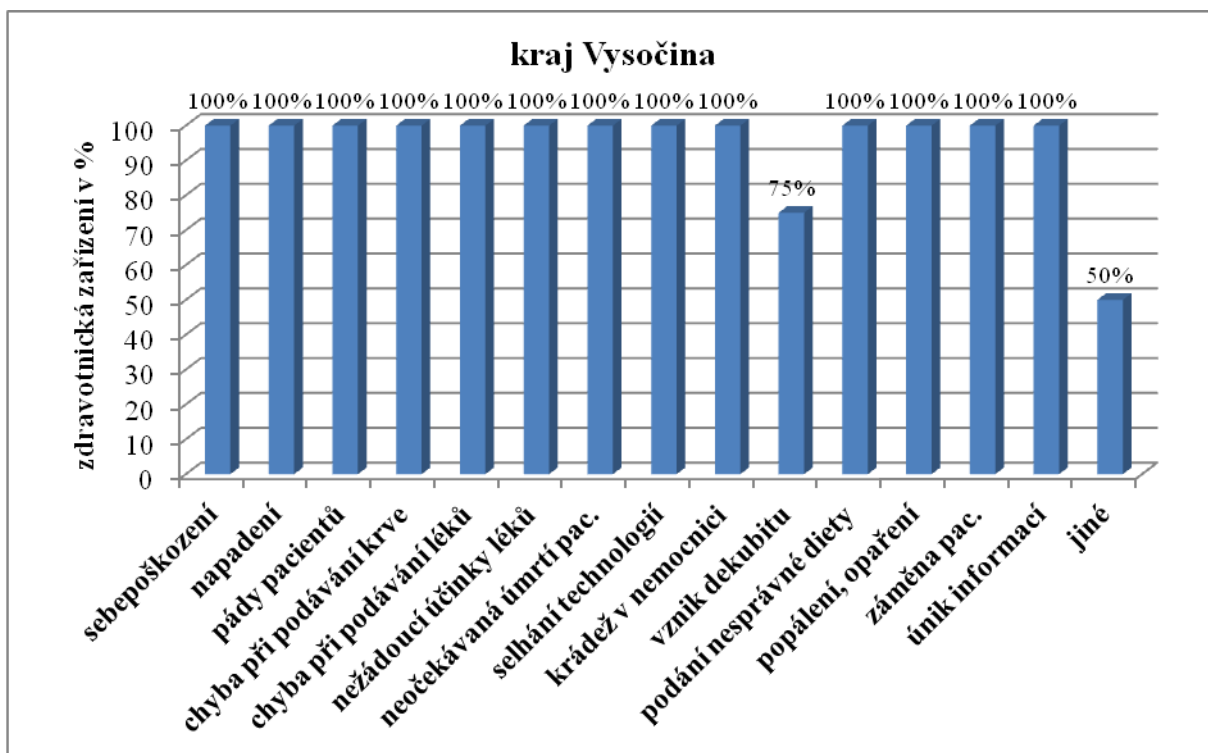
### 2.3.6 Otázka č. 6 – Které NU sledujete?



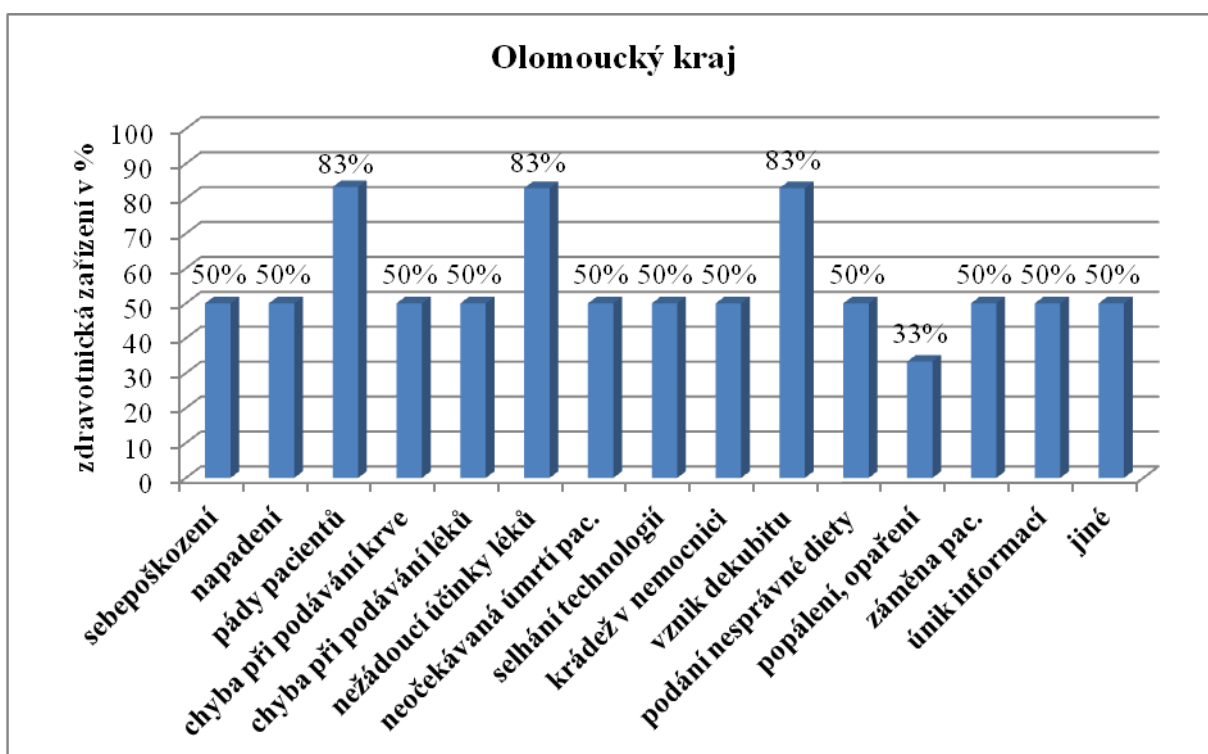
Obr. 6 Sledování NU v Pardubickém kraji



Obr. 7 Sledování NU v Jihomoravském kraji



Obr. 8 Sledování NU v kraji Vysočina



Obr. 9 Sledování NU v Olomouckém kraji

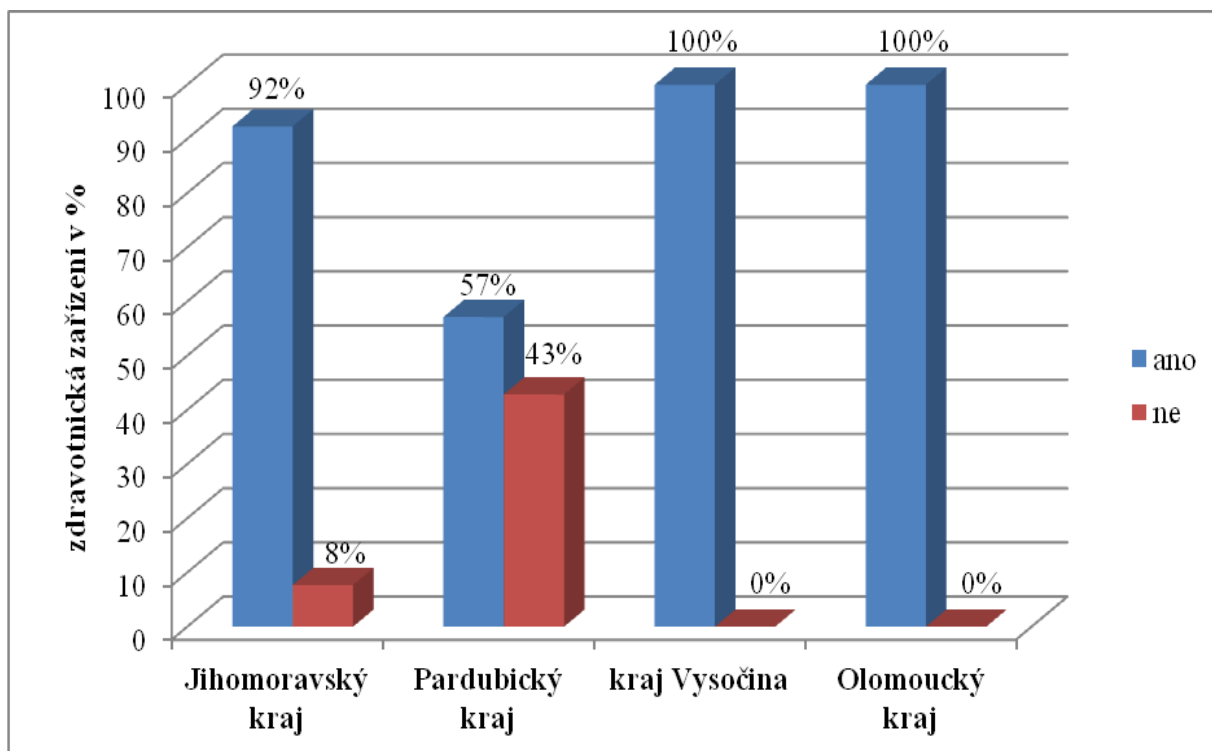
V grafu můžeme vidět, že v Pardubickém kraji sledují všechna zařízení pád pacientů, 86 % sleduje sebepoškození pac., zaměstnance či jiné osoby, napadení pacienta zaměstnancem, spolupacientem nebo jinou osobou, pochybení při podávání léků a vznik dekubitu. V možnosti jiné byl uváděn svévolný odchod z oddělení, ztráta nebo poškození nemocničního majetku. Žádná nabízená NU nebyla pod 50 %.

V Jihomoravském kraji všechna zařízení sledovala pád pacienta a vznik dekubitu během hospitalizace. Osmdesát pět procent sledovalo nežádoucí účinky léků. V možnosti jiné se udávaly špatná komunikace mezi sestrou a lékařem, nevěstný pacient, stížnosti. Nejméně bylo sledováno sebepoškození pac., zaměstnance či jiné osoby a napadení pacienta.

V kraji Vysočina byly sledovány skoro všechny NU ve 100 % nemocnic, pouze vznik dekubitu během hospitalizace v 75 %, což je způsobeno tím, že některá zařízení mají pro dekubity zvláštní hlášení a nezařazují je mezi NU. V možnosti jiné byl udáván nevěstný pacient.

V Olomouckém kraji se v 83 % sledovaly pády pacientů, nežádoucí účinky léků a vznik dekubitu během hospitalizace. Nejméně, a to ve 33 % se uvádělo popálení, opaření. V možnosti jiné bylo riziko vzniku stížnosti na péči, chybná komunikace a chybně vypsané žádanky a označené zkumavky na biologický materiál.

### 2.3.7 Otázka č. 7 – Má vaše zdravotnické zařízení směrnici, která udává, kdo musí hlásit NU?



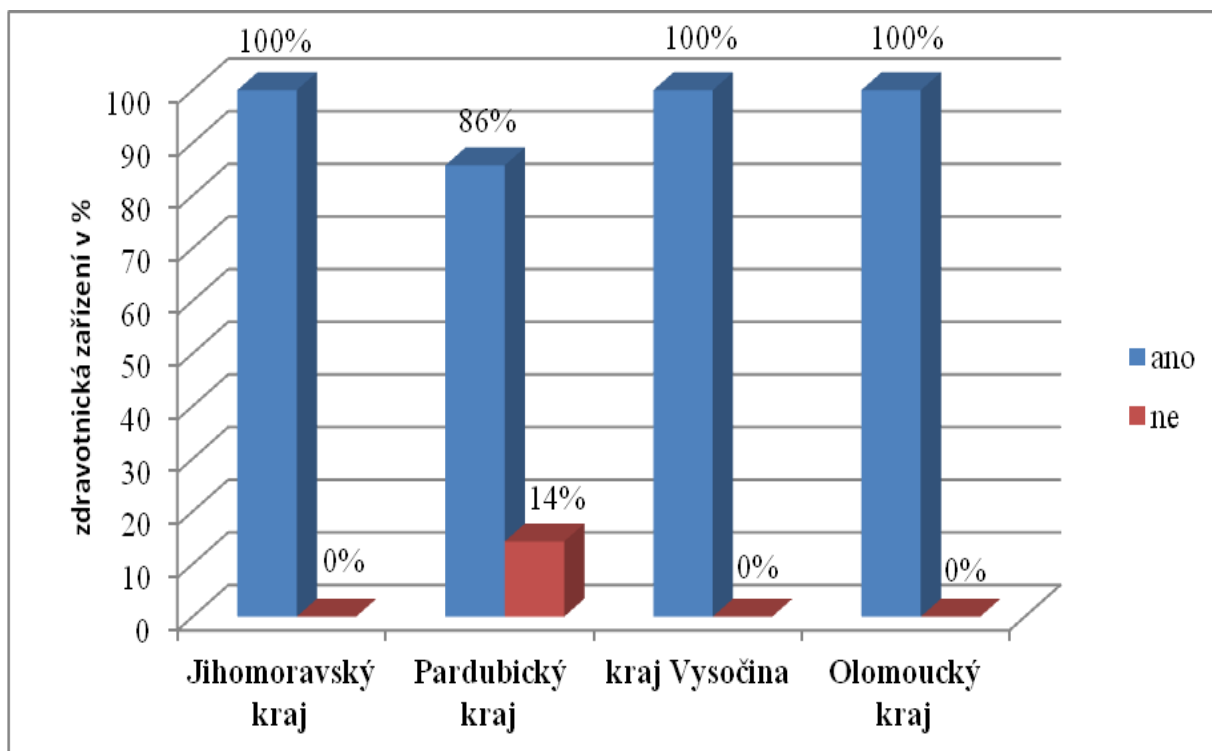
Obr. 10 Rozložení zdravotnických zařízení, která vlastní směrnici, jež jim udává, kdo musí hlásit NU

Z grafu vyplývá, že v kraji Vysočina a Olomouckém mají všechna zdravotnická zařízení nějakou směrnici, která jim udává, kdo má povinnost hlásit NU. V Jihomoravském kraji je to 92 % zařízení a v kraji Pardubickém pouze 57 %.

### **2.3.8 Otázka č. 8 – Vypište, prosím, jak postupujete při zjištění NU.**

Tato otázka byla jako jediná v mém dotazníku otevřená. Výsledky byly v jednotlivých krajích velmi podobné, proto je popíšu dohromady. Zdravotnická zařízení udávala, že nejdříve je poskytnuta pomoc pacientovi, pokud se týká NU přímo jeho, dále je vyplněn elektronický nebo písemný formulář pro zaznamenávání NU. Událost je nahlášena ošetřujícímu lékaři, v některých nemocnicích i primáři oddělení, dále staniční a vrchní sestře, náměstkovi ošetrovatelské péče nebo manažeru kvality, pokud ho dané zařízení má. Manažer kvality událost dále řeší, provádí analýzu příčin, stanovuje preventivní opatření a jejich následnou kontrolu, může navrhnout případnou úpravu v systému. Některá zařízení dále získaná data statisticky vyhodnocují, a to buď ve čtvrtletních intervalech, nebo alespoň jedenkrát ročně. Originál vyplněného formuláře je uložen do dokumentace pacienta a kopie uschována u hlavní sestry. Pokud má nemocnice elektronické hlášení NU, provede se do dokumentace pouze písemný zápis o NU. Na formulář se podepíše kromě přímého účastníka i svědek. Mezi nemocnicemi se také lišila doba, která může uplynout od nahlášení NU nadřízenému. Některé udávaly do 8 hodin následujícího pracovního dne, jiné až do 24 hodin. Z kraje Vysočina uvedla jedna krajská nemocnice, že je zapojena do projektu 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy - Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotnických služeb (viz teoretická část), kam přímo zasílá NU, které jsou dále vyhodnoceny a porovnány s ostatními zúčastněnými zařízeními. Některá zařízení sledují pády zvlášť a nezařazují je mezi NU. Dvě zdravotnická zařízení mi tuto otázku nezodpověděla.

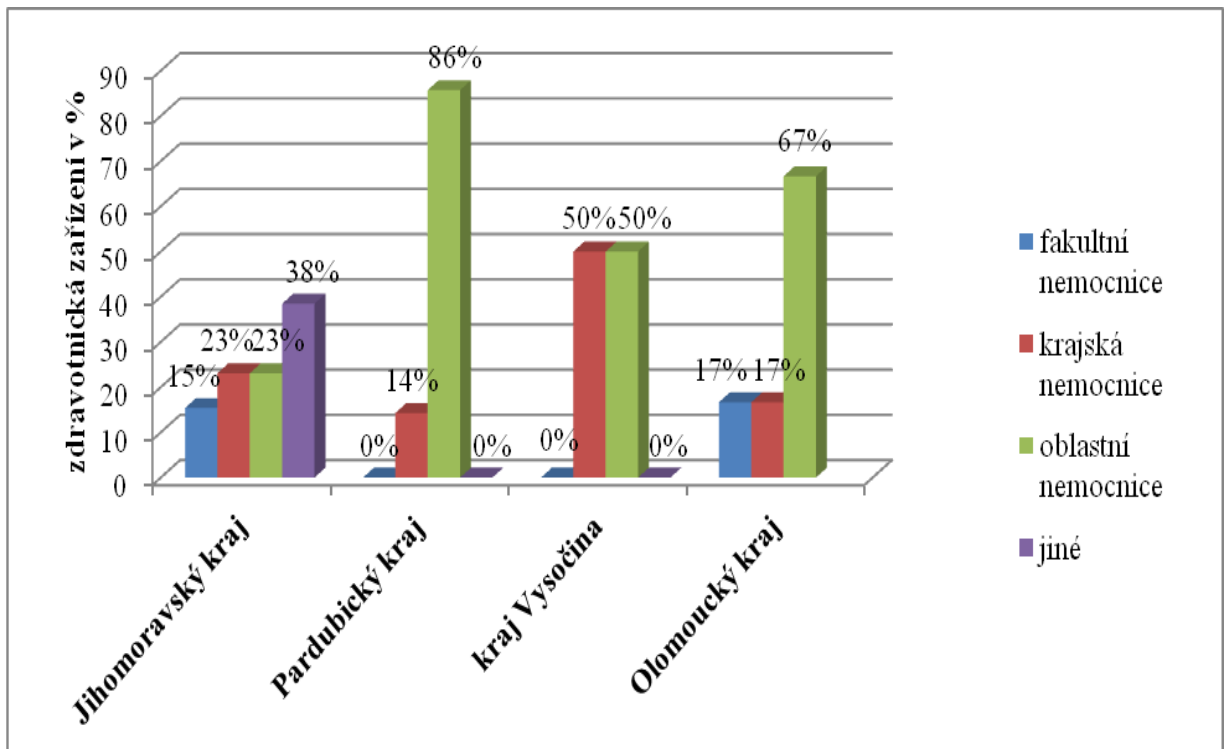
### 2.3.9 Otázka č. 9 – Provádí vaše zdravotnické zařízení nějakým způsobem zpracování dat o NU za určité období?



Obr. 11 Zpracování dat o NU za určité období

Z mého grafu vyplývá, že v Jihomoravském kraji, Vysočině a Olomouckém všechna zdravotnická zařízení zpracovávají data získaná ze sledování NU, pouze v Pardubickém kraji to provádí 86 %, což odpovídá 6 zdravotnickým zařízením.

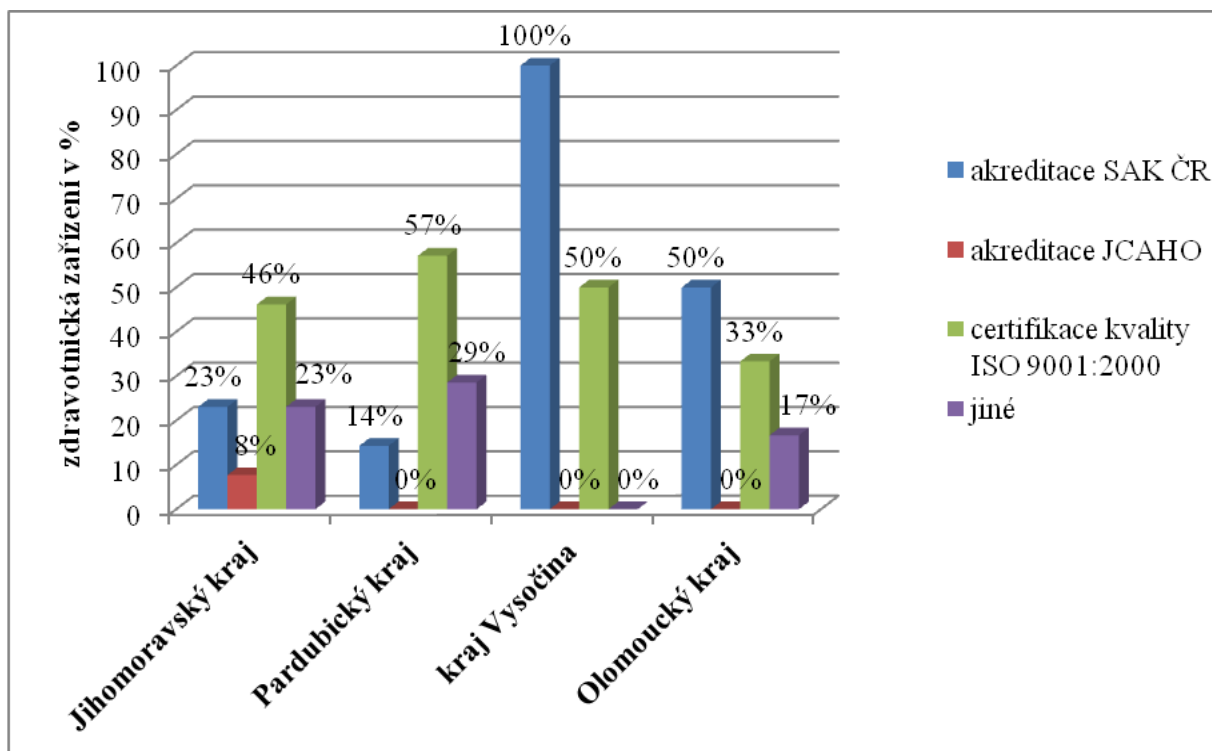
### 2.3.10 Otázka č. 10 – Mezi jaké zdravotnické zařízení spadáte?



Obr. 12 Druhy zdravotnických zařízení

Můžeme vidět, že v Jihomoravském kraji patří 38 % zdravotnických zařízení do kategorie jiné, kde 4 nemocnice udávaly příspěvkové organizace a jedna je přímo řízená MZ ČR. Dvacet tři procent spadá mezi oblastní nemocnice nebo krajské a 15 % je fakultních. V Pardubickém kraji je 86 % nemocnic oblastních, 14 % krajských. Jiné druhy se zde neudávaly. V kraji Vysočina je 50 % krajských nemocnic a 50 % oblastních. V Olomouckém kraji udávali v 67 % oblastní nemocnici, a v 17% fakultní a krajskou.

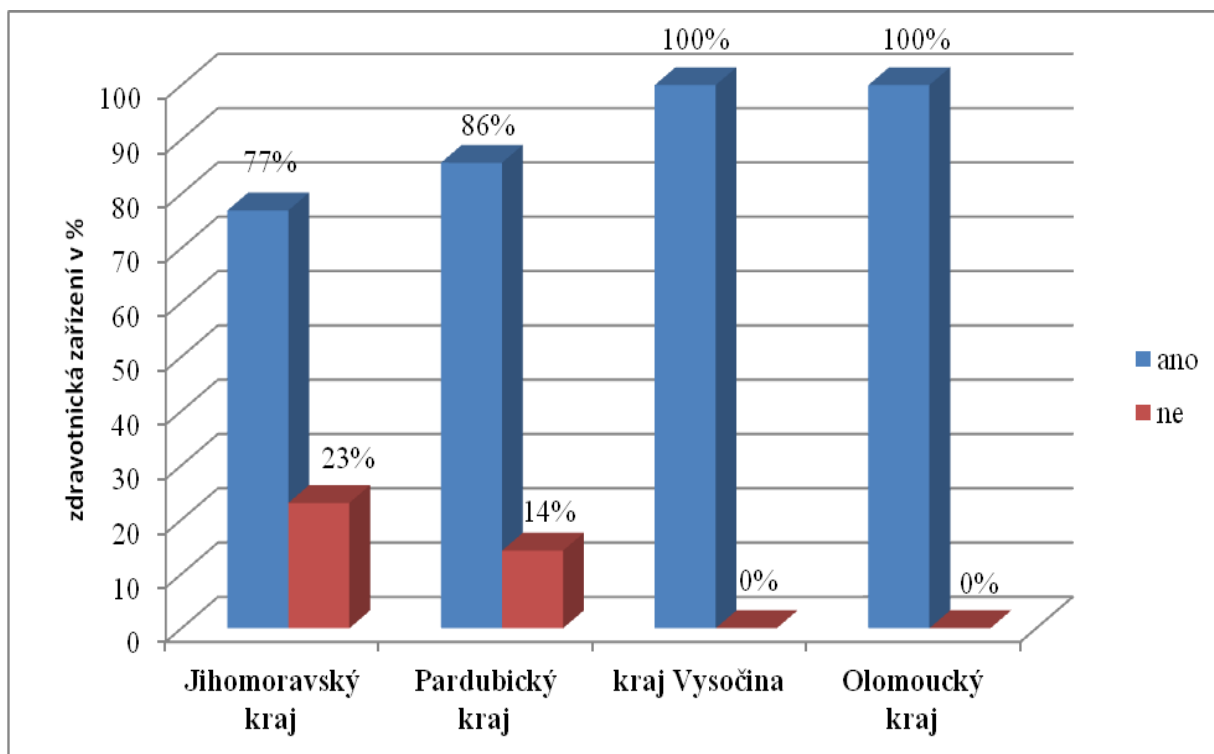
### 2.3.11 Otázka č. 11 – Je vaše zdravotnické zařízení vlastníkem některého z níže uvedených osvědčení?



Obr. 13 Osvědčení kvality ve zdravotnických zařízeních

Z mého grafu vyplývá, že v Jihomoravském kraji vlastní 46 % nemocnic certifikaci kvality ISO 9001:2000, dále následuje ve 23 % akreditace SAK ČR a jiné, mezi které řadili certifikaci ISO 2001:2008 nebo udávali, že nejsou vlastníkem žádného osvědčení kvality. Osm procent má mezinárodní akreditaci JCAHO. V Pardubickém kraji má 57 % nemocnic certifikaci kvality ISO 9001:2000, 29 % uvedlo jiné, z nichž jedno zařízení nemá žádné osvědčení a jedno má akreditované laboratoře u NASKL (Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře). Celkem 14 % vlastní akreditaci SAK ČR. V kraji Vysočina udávalo 100 % nemocnic akreditaci SAK ČR, 50 % má certifikaci kvality ISO 9001:2000. Jiná osvědčení se v tomto kraji nevyskytovala. V Olomouckém kraji má 50 % zdravotnických zařízení akreditaci SAK ČR, 33 % vlastní certifikaci ISO 9001:2000 a jedno zařízení udává, že nevlastní žádné osvědčení, což představuje 17 % z celkového počtu respondentů.

### 2.3.12 Otázka č. 12 – Máte ve svém zdravotnickém zařízení manažera kvality?



Obr. 14 Manažer kvality ve zdravotnických zařízeních

Z mého grafu vyplývá, že v Jihomoravském kraji má 77 % zdravotnických zařízení manažera kvality a pouze 23 % nemá. V kraji Pardubickém má manažera 86 % nemocnic a 14 % ne. V kraji Vysočina a Olomouckém mají všechna zařízení manažera kvality.

## **2.4 DISKUZE**

### **2.4.1 Výzkumná otázka – Která NU se bude nejčastěji vyskytovat ve zdravotnických zařízeních?**

Nežádoucí události se objevují při poskytování všech druhů a forem zdravotní péče ve všech typech zdravotnických zařízení. Z mého výzkumu vyplývá, že nejčastější NU ve všech krajích, které jsem do sledování zapojila, byl pád pacienta, a to v 79 % v Jihomoravském kraji, v 86 % v Pardubickém kraji, v 80 % v Olomouckém kraji a v 50 % v kraji Vysočina, kde v dalších 50 % uváděli mezi nejčastější NU poranění ostrým kontaminovaným předmětem, verbální a neverbální napadení personálu. ČAS uvádí ve svém projektu - Sledování pádu a zranění u hospitalizovaných pacientů, že v roce 2009 došlo k 8522 pádů, z nichž se nejvíce odehrálo na interních odděleních. U 700 pacientů došlo k těžkému zranění, kam se řadí bezvědomí, komoče a kontuze mozku, tržné rány a fraktury v přímé souvislosti s pádem. Indikátor kvality péče byl 0,55 (podíl zraněných na 1000 pacientů). V této studii bylo v roce 2009 zapojeno 45 zdravotnických zařízení. Pády jako nejčastější NU udává také projekt 3. LF UK – Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb, v období 1. 10. 2009 – 31. 12. 2009 tvořily pády 67 % všech NU, na druhém místě bylo chování pacienta. Myslím si, že na první místo mezi NU se dostává pád pacienta také z důvodu větší sledovanosti mezi nemocnicemi, než je tomu u jiných NU. (Česká asociace sester, 2010; Hřib, Vychytil, 2010)

### **2.4.2 Výzkumná otázka – Které NU budou nejčastěji sledovány?**

Dle věstníku MZ ČR č. 10 z roku 2010 si může každé zdravotnické zařízení určit své spektrum NU, které bude sledovat. Minimálně však administrativní problém, problém s informovaným souhlasem, při výkonu, se zdravotnickou dokumentací, nozokomiální infekce, problém při předepisování léků, při podávání léků, nežádoucí účinky léků, problém s krevními produkty, s dietou, se zdravotnickou technikou, svévolný odchod pac. ze zařízení, sebepoškozování a sebevražda, problém s chováním pac. nebo personálu, neočekávané úmrtí pac., pád, dekubit, krádež a problém s nezdravotnickou technikou. V mém výzkumu patří mezi nejčastěji sledované NU pád pacienta, vznik dekubitů a nežádoucí účinky léků. V kraji Vysočina nebyla žádná NU sledována výrazněji více než jiná. Některá zařízení si vyberou pouze některé indikátory kvality, které sledují, je to například z důvodu sledování pádů nebo dekubitů v samostatných projektech.

V odpovědích na otázku č. 3 a 7 v mém dotazníku můžeme vidět nepoměr ve výsledcích u Pardubického kraje, kdy v jedné otázce odpověděla všechna zařízení, že mají nějakým způsobem upravené, které NU sledují, a přitom u otázky č. 7 pouze 57 % z těchto zařízení říká, že má směrnici, která udává, kdo musí hlásit NU. Z toho jsem si vyvodila, že některá zařízení mi neodpověděla pravdivě nebo nepochopila moji otázku. Nemocnice musí nejprve vydat směrnici nebo metodický pokyn, která se týká NU, a poté je může začít sledovat. WHO doporučuje, aby země EU měly vytvořený systém pro hlášení a sledování NU. (Věstník MZ ČR č. 10/2010)

#### **2.4.3 Výzkumná otázka - Budou zdravotnická zařízení, která jsou vlastníkem některého z osvědčení o sledování kvality, sledovat NU ve větší míře?**

Zařízení, která neudávala žádné osvědčení kvality, sledovala převážně jen pády pacientů nebo výskyt dekubitů, některá ještě pochybení při podávání léků, záměnu pacienta. Pouze jedna fakultní nemocnice z Jihomoravského kraje není vlastníkem žádného osvědčení, a přesto sleduje všechny nabízené NU. SAK ČR ve svých akreditačních standardech uvádí standard č. 5, který udává, že v nemocnicích je zaveden účinný proces sledování NU. Nemocnice, které chtějí tento standard naplnit, musejí zavést systém hlášení NU, který je dostupný všem pracovníkům, a dále osoba která NU hlásí, musí být ochráněná před postihem, např. anonymizací hlášení. (Marx, Vlček, 2009)

#### **2.4.4 Výzkumná otázka - Která forma hlášení NU bude převažovat?**

V mém dotazníkovém šetření vyšlo, že nejčastější formou hlášení NU je v Jihomoravském kraji a Vysočině elektronický způsob, v Olomouckém kraji používá 67 % zařízení písemnou formu a v Pardubickém kraji je písemná i elektronická forma využívána nastejno v 38 %. V projektu - Sledování nežádoucích událostí v lůžkových zdravotnických zařízeních následné péče z roku 2008, které financovalo MZ ČR, převažovalo písemné hlášení na papírový formulář. (Hřib, Vychytil, 2009)

#### **2.4.5 Výzkumná otázka - Kterou příčinu nežádoucích událostí budou uvádět manažerky kvality nebo hlavní sestry jako nejčastější?**

V mém výzkumu vycházela jako nejčastější příčina NU osobní předpoklady daného zdravotnického pracovníka, který je přítomen u vzniku NU. Dále nedostatek zdravotnického personálu na směnu a v možnosti jiné se udávaly např. nedodržení systému práce, který je dán vnitřním řádem nemocnice, nesprávný přístup k pacientovi, zmatenost

pacienta, uklouznutí nebo sesunutí pacienta na podlahu při přesunu na pojízdný klozet, nedostatečné vybavení na odd., kam se řadily např. absence polohovacího lůžka, nepozornost personálu, která může vést k expozici ostrým předmětem.

NU nelze zcela zabránit nikdy, protože jsou spojeny s lidským faktorem, musí být správně nastavené procesy, aby se tyto chyby co nejvíce eliminovaly. Ke vzniku incidentu může přispívat přepracování, zapomnětlivost, stres nebo nepozornost zdravotníka. Kabinet veřejného zdravotnictví 3. LF UK ve své metodice k projektu – Evidence a řízení NU při poskytování zdravotních služeb uvádí, že v rámci analýzy NU by měly probíhat diskuze s přímými účastníky incidentu, při kterých se bude hledat kořenová příčina a podle ní zaváděna vhodná preventivní opatření. Pro zajištění anonymity lze použít např. metodu brainwriting, kdy každý účastník před zahájením debaty podá anonymně písemný vstup do diskuze, který je následně prezentován osobou, jež debatu vede. (Kabinet veřejného zdravotnictví 3. LF UK, 2010)

## ZÁVĚR

Ve své práci jsem zjistila, že všechna zdravotnická zařízení, která se zapojila do mého výzkumu, sledují nežádoucí události. Většina nemocnic má přesně dané, které NU sleduje. Nejčastěji jsou kontrolovány pády pacientů, vznik dekubitů během hospitalizace a nežádoucí účinky léků, a to i díky projektům, které v ČR momentálně probíhají – Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotnických služeb, který má na starosti 3. LF UK a je financován MZ ČR, dále Sledování pádu a zranění u hospitalizovaných pacientů, který koordinuje Česká asociace sester ve spolupráci s firmou LINET a Šetření dekubitů, které realizuje Národní referenční centrum.

Při zjištění NU postupují zdravotnická zařízení obdobně, liší se pouze ve formě zaznamenávání, kde převažuje forma elektronická, pouze v Olomouckém kraji forma písemná. Dále byl rozdíl v čase, který může uplynout od nahlášení NU nadřízenému, a to v rozsahu od 8 hodin následujícího pracovního dne až do 24 hodin následujícího pracovního dne.

Pobyt ve zdravotnickém zařízení představuje pro pacienta určitá rizika, ale myslím si, že většině NU se dá předejít prevencí, která je daná správnou legislativou a také postgraduálním vzděláváním zdravotníků, které je u nás zajišťováno např. Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO), Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ). Problém shledávám také v tom, že ne každé zdravotnické zařízení má svého manažera kvality a NU tak musí řešit hlavní sestra, která má svou primární pracovní náplň a nemůže se funkci manažera kvality věnovat stoprocentně.

Riziko vzniku NU snižuje také získání akreditace nebo jiného certifikátu kvality, které kladou důraz na to, aby si zdravotnická zařízení zavedla systém pro hlášení NU, protože v České republice není sledování nežádoucích událostí podloženo legislativně. Je vydán pouze věstník MZ ČR č. 10/2010, což je pouze doporučení a není závazný.

## SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. AMERICAN SOCIETY FOR HEALTHCARE RISK MANAGEMENT. *Risk Management Handbook for Health Care Organizations*. San Francisco : Jossey-Bass, 2009. ISBN 978-0-470-44371-2.
2. BUDA, O. Příprava a zavádění systému řízení kvality na oddělení Urgentní příjem dospělých. Závěrečná práce. *Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví* [online]. Praha, 2005 [cit. 2012-02-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=222>>.
3. *Česká asociace sester*. Pracovní skupina pro kvalitu ošetrovatelské péče [online]. Praha, 2008 [cit. 2011-11-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.cnaa.cz/pracovni-skupiny/pro-kvalitu-pece/>>.
4. *Česká asociace sester*. Pády [online]. Praha, 2010 [cit. 2012-03-16]. Dostupný z WWW: <http://www.cnaa.cz/pady/>.
5. Česko. Věstník č.10/2010 Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. In *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 5. 11. 2010, částka 10, s. 112-123 [cit. 2011-12-08]. Dostupný z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_4409\\_1770\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_4409_1770_11.html)>.
6. DVOŘÁK, R. Pojem kvality: Filosofie, Dějiny, Současnost. *Centrum pro studium vysokého školství* [online]. Praha, 2004 [cit. 2012-02-18]. Dostupný z WWW: <<http://fri.zetagroup.net/download/008017e3-2008-02-18.doc>>
7. GLADKIJ, I.; HEGER, L.; STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 1999. ISBN 80-7013-272-8.
8. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno : Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
9. HŘIB, Z. Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb. 3. *lékařská fakulta Univerzity Karlovy* [online]. Praha, 2009 [cit. 2012-01-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/veda-a-vyzkum/2008-2009-narodni-system-pro-hlaseni-MU/index.html>>.

10. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy*. Přeložili Marx, D.; Staněk, I. 3. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.
11. KALVACHOVÁ, M. Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky : Portál kvality* [online]. Praha, 26.10. 2010 [cit. 2012-01-14]. Dostupný z WWW: <[http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi\\_1847\\_15.html#](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1847_15.html#)>.
12. KALVACHOVÁ, M. Resortní bezpečnostní cíle na období červen 2011 - duben 2012. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky : Portál kvality* [online]. Praha, 21.06.2011 [cit. 2012-01-20]. Dostupný z WWW: <[http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok-2010\\_1882\\_15.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok-2010_1882_15.html)>.
13. MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0585-0.
14. MARX, D.; VLČEK, F. Národní akreditační standardy pro nemocnice. *Spojená akreditační komise* [online]. Praha, 2009 [cit. 2012-03-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>>
15. MARX, D.; VLČEK, F. Průvodce akreditačním šetřením Spojené akreditační komise, o.p.s v nemocnicích a zařízeních akutní péče. *Spojená akreditační komise* [online]. Praha, prosinec 2009 [cit. 2012-01-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>>.
16. MÁŠOVÁ, R.; HAVRDLÍKOVÁ, M. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. *Spojená akreditační komise* [online]. Praha, 09. 09. 2009 [cit. 2011-11-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2009/standardy-oseetrovatelske-pece-podle-donabediana-.148/>>.
17. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. Sledování nežádoucích událostí v lůžkových zdravotnických zařízeních následné péče 2007 [online]. Praha, 20. 07. 2009 [cit. 2012-03-16]. Dostupný z WWW: <[http://www.mzcr.cz/dokumenty/sledovani-nezadoucich-udalosti-v-luzkovych-zdravotnickych-zarizenich-nasledne-pece\\_3775\\_1842\\_15.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/sledovani-nezadoucich-udalosti-v-luzkovych-zdravotnickych-zarizenich-nasledne-pece_3775_1842_15.html)>.
18. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. Zapojení do projektu Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče, druhá etapa - Analýza

shromážděných dat a vytvoření doporučení pro správnou praxi [online]. Praha, 20.09.2010 [cit. 2012-01-20]. Dostupný z WWW:

<[http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/evidence-a-rizeni-nezadoucich-udalosti-pri-poskytovani-zdravotni-pece-druha-etapa-analyza-shromazdenych-dat-a-vytvoreni-doporuceni-pro-spravnou-praxi\\_4262\\_1840\\_15.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/evidence-a-rizeni-nezadoucich-udalosti-pri-poskytovani-zdravotni-pece-druha-etapa-analyza-shromazdenych-dat-a-vytvoreni-doporuceni-pro-spravnou-praxi_4262_1840_15.html)>.

19. ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha : Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

20. ŠKRLA, P. *Především neublížit : Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-419-4

21. ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

22. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Registr zdravotnických zařízení*. [online]. Praha, 2011 [cit. 2011-09-11]. Dostupný z WWW: <<https://snzr.uzis.cz/viewzz/rzz.htm>>.

23. VLČEK, F. Indikátory kvality jako nástroj řízení a kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnickém zařízení. *Onkologická péče*. 2006, roč. 10, č. 4, s. 3-6. ISSN 1214-5602.

## SEZNAM ZKRATEK

atd.	a tak dále
cit.	citace
č.	číslo
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
ISO	International Standard Organisation
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NU	nežádoucí události
obr.	obrázek
s.	strana
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
USA	United States of America
Viz	lze vidět
WHO	World Health Organization

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1	Sledování NU ve zdravotnických zařízeních.....	28
Obr. 2	Formy zaznamenávání NU v jednotlivých krajích .....	29
Obr. 3	Sledování NU v jednotlivých krajích .....	30
Obr. 4	Nejčastější NU ve zdravotnických zařízeních .....	31
Obr. 5	Nejčastější příčiny NU.....	32
Obr. 6	Sledování NU v Pardubickém kraji .....	33
Obr. 7	Sledování NU v Jihomoravském kraji.....	33
Obr. 8	Sledování NU v kraji Vysočina .....	34
Obr. 10	Rozložení zdravotnických zařízení, která vlastní směrnici, jež jim udává, kdo musí hlásit NU .....	36
Obr. 11	Zpracování dat o NU za určité období.....	38
Obr. 12	Druhy zdravotnických zařízení.....	39
Obr. 13	Osvědčení kvality ve zdravotnických zařízeních .....	40
Obr. 14	Manažer kvality ve zdravotnických zařízeních .....	41

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Dotazník pro zdravotnická zařízení.....	52
Příloha B – Věstník MZ ČR č. 10/2010 obsahující metodiku sledování NU.....	55

## **Příloha A – Dotazník pro zdravotnická zařízení**

### **Sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních**

Dobrý den,

jmenuji se Štěpánka Musilová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Pardubice. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění krátkého dotazníku, který bude sloužit pouze pro moje účely k vypracování mé bakalářské práce na téma Nástroje zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Dotazník je anonymní, název vašeho zdravotnického zařízení nebude v práci uveden.

Děkuji za spolupráci

1. Sledujete nežádoucí události (dále jen NU) ve vašem zdravotnickém zařízení?
  - a) Ano
  - b) Ne (pokud odpovíte ne, nepokračujte dále ve vyplňování dotazníku)
  
2. Jakým způsobem zaznamenáváte NU? (možno zatrhnout více možností)
  - a) Písemně na speciální formulář
  - b) Elektronicky
  - c) Telefonicky
  - d) Ústní sdělení
  - e) Jiné .....
  
3. Má vaše zdravotnické zařízení nějakým způsobem upravené, které NU se hlásí?
  - a) Ano
  - b) Ne, záleží na každém pracovníkovi, co považuje za nežádoucí událost
  - c) Jiné .....
  
4. Jaká je nejčastější NU ve vašem zdravotnickém zařízení?
  - a) Pád pacienta
  - b) Pochybení při podávání léčiv

- c) Selhání medicínských technologií
- d) Vznik dekubitu během hospitalizace
- e) Podání nesprávné diety
- f) Neočekávané úmrtí pacienta
- g) Únik informací ze zdravotnické dokumentace
- h) Záměna pacienta
- i) Jiné .....

5. Jakou nejčastější příčinou dochází k NU? (možno zatrhnout více odpovědí)

- a) Špatná organizace práce na oddělení
- b) Nedostatek zdravotnického personálu na směnu
- c) Osobní předpoklady dané osoby
- d) Jiné .....

6. Které NU sledujete?

- a) Sebeпоškození pac., zaměstnance či jiné osoby
- b) Napadení pacienta zaměstnancem, spolupacientem, jinou osobou v areálu nemocnice
- c) Pády pacientů
- d) Pochybení při podání krve včetně potransfuzních reakcí
- e) Pochybení při podávání léků
- f) Nežádoucí účinky léků
- g) Neočekávaná úmrtí pacientů
- h) Selhání medicínských technologií
- i) Krádež v nemocnici
- j) Vznik dekubitu během hospitalizace
- k) Podání nesprávné diety
- l) Popálení, opaření
- m) Záměna pacienta
- n) Únik informací ze zdravotnické dokumentace
- o) Jiné.....  
.....

7. Má vaše zdravotnické zařízení nějakou směrnici, která udává, kdo musí hlásit NU?

- a) Ano
- b) Ne

8. Vypište, prosím, jak postupujete při zjištění NU.

.....  
.....  
.....

9. Provádí vaše zdravotnické zařízení nějakým způsobem zpracování dat o NU za určité období?

- a) Ano
- b) Ne

10. Mezi jaké zdravotnické zařízení spadáte?

- a) Fakultní nemocnice
- b) Krajská nemocnice
- c) Oblastní nemocnice
- d) Jiné .....

11. Je vaše zdravotnické zařízení vlastníkem některého z níže uvedených osvědčení?

- a) Akreditace SAK ČR
- b) Akreditace JCAHO
- c) Certifikace kvality ISO 9001 : 2000
- d) Jiné .....

12. Máte ve svém zdravotnickém zařízení manažera kvality?

- a) Ano
- b) Ne

**METODIKA SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ VE  
ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH LŮŽKOVÉ PÉČE**

Ministerstvo zdravotnictví

Č.j.: MZDR22271/2010

**METODICKÉ DOPORUČENÍ**

**Úvod**

*Tato Metodika hlášení a analýzy nežádoucích událostí v lůžkových zařízeních* bezprostředně navazuje na Doporučení Rady Evropské unie ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C 151/01), zejména na body 1 (Podporovat zavedení a rozvoj vnitrostátních politik a programů pro bezpečnost pacientů), 3 (Podporovat zavedení nebo posílení nerepresivních systémů podávání zpráv a informování o nežádoucích událostech) a 5 (Zajistit klasifikaci a měření bezpečnosti pacientů na úrovni Společenství) v oddíle Doporučení k obecným otázkám bezpečnosti pacientů.

Odhaduje se, že v členských státech Evropské unie je 8–12 % pacientů přijatých do nemocnic způsobena újma v důsledku nežádoucích událostí během poskytování zdravotní péče. Nedostatečná bezpečnost pacientů představuje jednak závažný problém pro veřejné zdraví a jednak vysokou hospodářskou zátěž pro již omezené zdroje ve zdravotnictví. Řadě nežádoucích událostí u hospitalizovaných i u ambulantních pacientů se dá zabránit, neboť většina z nich je zjevně způsobena systémovými faktory. Pochybení jako taková však eliminovat nikdy zcela nelze, neboť jsou nedomyšlitelně spjata s účastí lidského faktoru ve zdravotnictví. Zdravotnická zařízení by se proto měla zaměřit na minimalizaci rizik a jejich dopadů a zlepšení metod včasné detekce těchto pochybení.

**Definice nežádoucí události**

Nežádoucí událostí (dále NU) jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za

nežádoucí událost považovány případy, kdy poškození pacienta je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je zdravotnické zařízení nebo jeho pracovník.

Zdravotnické zařízení si samo určí spektrum hlášených nežádoucích událostí. Do tohoto spektra budou zahrnuty minimálně následující oblasti:

1. Administrativní problém (problém při objednávání vyšetření, vyřizování překlady,...)
2. Problém s informovaným souhlasem (s výkonem/léčebným plánem)
3. Problém při výkonu (záměna pacienta/strany, jiný výkon, poranění pacienta,...)
4. Problém se zdravotnickou dokumentací (nedostupná/nečitelná/chybná dokumentace,
5. Nosokomiální infekce
6. Problém při předepisování léků (záměna pacienta/léčiva, chyba v dávkování,...)
7. Problém při podávání léků (záměna pacienta/léčiva, chyba v dávkování,...)
8. Nežádoucí účinek léčiva
9. Problém s krevními produkty (krev, plazma,...)
10. Problém s dietou (záměna pacienta/diety,...)
11. Problém se zdravotnickou technikou
12. Svévolný odchod pacienta ze zdravotnického zařízení (či nevrácení se v určeném termínu)
13. Sebeпоškození/sebevražda pacienta
14. Problém s chováním pacienta (verbální/fyzické napadení,...)
15. Problém s chováním personálu (verbální/fyzické napadení,...)
16. Neočekávané úmrtí pacienta
17. Pád pacienta
18. Problém s nezdravotnickou technikou či jiným vybavením
19. Krádež
20. Dekubitus (nový/při přijetí)

### **Hlášení nežádoucích událostí**

Hlášení nežádoucích událostí se řídí následujícími principy

1. **Zdravotnické zařízení deklaruje nesankční přístup k hlášení nežádoucích událostí.**

Tzn. zajišťuje ochranu hlásícího před postihem za to, že hlášení provedl.

**2. Zdravotnické zařízení ustanovuje hlášení NU jako povinnost každého pracovníka zdravotnického zařízení, který událost zjistí.**

Neomezuje tedy povinnost hlášení pouze na sestry či pouze na klinické pracovníky.

Povinnost hlášení by se měla vztahovat také na pracovníky dodavatelských institucí zajišťujících pro zařízení některé služby.

**3. Zdravotnické zařízení edukuje své pracovníky o smyslu a účelu hlášení nežádoucích událostí.**

**4. Zdravotnické zařízení umožňuje anonymní hlášení nežádoucí události.**

**5. Provedení hlášení je snadné a obsah hlášení se soustředí na textový popis nežádoucí události.**

**6. Hlášení je bez zbytečného zdržení směrováno přímo k osobě či osobám, které se zabývají ve zdravotnickém zařízení zpracováním hlášení nežádoucí události.** Tedy i bez vyžadování podpisu tohoto hlášení vedoucím pracovníkem. Tento požadavek neovlivňuje oddělený proces okamžité reakce na případnou změnu zdravotního stavu, jejíž popis je nutné zapsat do zdravotnické dokumentace, a který může vyžadovat podpis nadřízeného pracovníka či ošetřujícího lékaře.

### **Zpracování hlášení nežádoucí události**

Na nahlášení události navazuje proces jejího zpracování. Součástí zpracování je analýza kořenové příčiny události, jejíž průběh je popsán v následujícím textu. Zpracování hlášení se řídí následujícími principy:

1. Zdravotnické zařízení si určí své priority a podřídí jim proces zpracování hlášení NU zejména v ohledu prioritizace nahlášených NU ke zpracování.
2. Zdravotnické zařízení určí pracovní postup (workflow) zpracování hlášení nežádoucí události. V tomto pracovním postupu bude jednoznačně určena sekvence jednotlivých kroků a u jednotlivých kroků bude určen jejich obsah a odpovědnost.
3. Zdravotnické zařízení zajistí, aby byli o nahlášené nežádoucí události co nejdříve informováni vedoucí pracoviště, na kterém se událost stala, pracoviště na kterém byla zjištěna a pracoviště na kterém je pacient hospitalizován. V případě, že došlo v důsledku nežádoucí události k poškození pacienta s trvalými následky či úmrtí pacienta, je neodkladně informováno vedení zdravotnického zařízení a oddělení

- odpovědné za komunikaci s veřejností.
4. Zdravotnické zařízení zajistí na vyžádání hlásícího důvěrné zpracování tohoto hlášení, tedy zaslepení jména hlásícího pro jiné osoby než ty, které se přímo účastní analýzy hlášení.
  5. Zdravotnické zařízení klasifikuje závažnost NU dle přílohy č. 1 a druh NU dle přílohy č. 2 této metodiky.
  6. Zdravotnické zařízení si určí kritéria pro kategorizaci nežádoucí události jako „komplikace“, určí osoby, které tuto kategorizaci budou provádět a určí krok procesu zpracování hlášení NU, ve kterém bude tato kategorizace prováděna. Komplikace se neanalyzují jednotlivě, ale je prováděna jejich pravidelná souhrnná analýza.
  7. Zdravotnické zařízení si určí kritéria pro kategorizaci nežádoucí události jako „závažné“, určí osoby, které tuto kategorizaci budou provádět a určí krok procesu zpracování hlášení NU, ve kterém bude tato kategorizace prováděna.
  8. Zdravotnické zařízení analyzuje všechny závažné nežádoucí události a případně i jiné NU, u kterých předpokládá vysoký potenciál pro zlepšení stávajících procesů poskytování zdravotní péče.
  9. V případě závažných nežádoucích událostí je jejich analýza zahájena do tří pracovních dnů od nahlášení. V případě ostatních analyzovaných nežádoucích událostí je zahájena analýza do deseti pracovních dnů od nahlášení.
  10. Zdravotnické zařízení zajistí zhodnocení závěru provedené analýzy manažerem rizika, který případně navrhne (ve spolupráci s pracovníky relevantní odbornosti) systémová opatření pro snížení rizika pro každý obecný přispívající faktor zjištěný při analýze (viz dále). Tato opatření se soustředí na prevenci vzniku této nežádoucí události, zvýšení pravděpodobnost detekce události před vznikem poškození a zmírnění případných následků. Návrh preventivních opatření obsahuje i harmonogram jejich zavedení do praxe, základní ekonomickou rozvahu a návrh způsobu hodnocení účinnosti těchto opatření.
  11. Návrh preventivních opatření je předložen ke schválení odpovídajícímu orgánu daného zdravotnického zařízení. Tento orgán má minimálně následující složení: předseda (s odpovídající autoritou, např. jeden z primářů), primáři jednotlivých oddělení, ekonom, manažer rizika, hlavní sestra a člen vysokého vedení (ideálně s právním povědomím).
  12. Schválený návrh preventivních opatření je předložen managementu zdravotnického zařízení, které následně odsouhlasí či zamítne jeho realizaci.

13. Zdravotnické zařízení zajistí informování všech svých pracovníků o nežádoucí události, její příčině a přijatých preventivních opatřeních.
14. Zdravotnické zařízení určí postup pro informování pacienta či jeho blízkých o nežádoucí události a postupu jejího zpracování. Tento postup se řídí principem otevřenosti, který podporuje sdílení informací s pacientem (či jeho blízkými).

### **Analýza příčin události**

Zdravotnické zařízení stanoví standardizovaný způsob provádění analýzy kořenové příčiny nežádoucí události.

#### *Cíle analýzy*

V průběhu analýzy jsou zkoumána jednotlivá aktivní pochybení či jejich seskupení (v případě opakovaného opomenutí nějakého úkonu, například sledování tlaku u konkrétního pacienta). V následujícím textu budou tato pochybení nazývána „problémy při poskytování péče“ (dále pouze PPP). Každý z identifikovaných PPP je zaznamenán a zpracováván samostatně. Pro každý identifikovaný PPP jsou zaznamenány klíčové klinické události a další faktory stavu pacienta (například těžké krvácení, agitovanost pacienta či neschopnost porozumět instrukcím). Ke každému PPP jsou pak identifikovány jeho jednotlivé přispívající faktory. Tyto přispívající faktory jsou rozděleny na obecné a specifické. Specifické faktory jsou takové, které se vyskytly pouze v daném čase a místě. Naproti tomu obecné faktory jsou takové, které by se mohly opakovat a přispívat k jinému incidentu.

#### *Personální zajištění*

Zdravotnické zařízení určí osoby, které se budou zabývat analýzou kořenových příčin událostí. Tyto osoby budou obeznámeny s obecnými principy vzniku pochybení ve zdravotnictví, budou vyškoleny ve zvolené technice analýzy a budou mít potřebné komunikační dovednosti. Rovněž je nebytné, aby v týmu provádějícím analýzu byla osoba s klinickou zkušeností v odpovídajícím oboru.

#### *Postup analýzy*

Informace pro analýzu jsou získávány ze zdravotnické dokumentace, z rozhovorů nebo písemných svědectví účastníků. Dalším zdrojem jsou technické a administrativní záznamy, například rozpis služeb a podobně.

Analýza příčin nežádoucích událostí probíhá v následujících krocích:

1. Z prvotně dostupných informací (například z dostupné dokumentace) jsou identifikovány zjevné PPP a je sestaven **hrubý chronologický souhrn** souvisejících událostí. Následně osoby provádějící analýzu rozhodnou o tom: a) se kterými účastníky bude veden rozhovor o incidentu a v jakém pořadí, b) na kterou oblast péče bude kladen při analýze důraz.
2. Jsou vedeny **pohovory se zúčastněnými pracovníky** a pacienty o identifikovaných PPP.
3. Jsou případně opakovány rozhovory s relevantními účastníky, pokud v průběhu rozhovorů nalezen nový PPP nebo je zjištěn nesoulad mezi informacemi zjištěnými z různých zdrojů.
4. Je vytvořena závěrečná zpráva o analýze obsahující následující:
  - a) **Chronologii všech událostí**, které vedly k incidentu se zaměřením na tu část procesu, kde došlo k pochybení. Tato chronologie bude obvykle začínat okamžikem přijetí pacienta do zdravotnického zařízení, ale je možné že bude obsahovat i některé skutečnosti z doby tomu předcházející (například předcházející poskytnutou péči či chybu v překladové zprávě).
  - b) **Protokol ke každému známému PPP**, obsahující zejména relevantní klinické informace a specifické a obecné přispívající faktory.
  - c) **Popis již zavedených ochranných mechanismů**, které zmírnily dopad nežádoucí události na pacienta (pokud existují).

### **Souhrnná analýza dat**

Zdravotnické zařízení zajistí pravidelné provádění souhrnné analýzy shromážděných dat a určí výběr událostí či kritéria výběru událostí, které budou sledovány dlouhodobě z hlediska trendů vývoje jejich počtu. Tento výběr bude povinně zahrnovat všechny události klasifikované jako „komplikace“.

Zdravotnické zařízení stanoví osoby, čas a časové období pro provádění souhrnné analýzy (např. oddělení kvality provádí souhrnnou analýzu NU vždy za kvartál a analýza je provedena do konce měsíce následujícího po ukončení kvartálu).

O provedení souhrnné analýzy je vypracována zpráva, která je předložena ke schválení odpovídajícímu orgánu zdravotnického zařízení. Tato zpráva obsahuje jednak podkladové

materiály (tabulky, grafy), ale i popis závěrů analýzy volným textem, který obsahuje například:

1. Návrh případných preventivní opatření.
2. Návrh na další podrobnější sledování ve vybrané oblasti.
3. Návrh na další náročnější zpracování dat včetně literární rešerše k danému tématu.
4. Návrh na změnu kritérií pro zahrnutí nežádoucích událostí do souhrnné analýzy či frekvence provádění souhrnné analýzy.

Zdravotnické zařízení se aktivně snaží získat srovnávací data pro souhrnnou analýzu například pomocí literárních rešerší nebo pomocí zapojení do národních či mezinárodních projektů poskytujících benchmarkingová data.

Zdravotnické zařízení se aktivně snaží analyzovat existující klinická a administrativní data (včetně výkaznictví pro pojišťovnu) pro účely nalezení podezření na nenahlášené nežádoucí události (například významné překročení průměrné délky pobytu v dané DRG skupině může znamenat prodělanou nežádoucí událost). Každý takto zjištěný potencionální případ je podroben individuálnímu posouzení a případně předán ke zpracování obdobně jako hlášení.

Použitá literatura : Česko. Věstník č.10/2010 Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. In *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 5. 11. 2010, částka 10, s. 112-123 [cit. 2012-04-25]. Dostupný z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_4409\\_1770\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_4409_1770_11.html)>.