

Jihočeská universita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Chyby a omyly při poskytování ošetrovatelské péče
Bakalářská práce

Ing. Iva Brabcová

2007

Dana Tomanová

Abstrakt

In this bachelor's work are presented the problems including some mistakes and errors during providing nursing care. In the theoretic part of this work is engaged the present situation both in the world and in the Czech Republic. Then there are analysed single types of the mistakes and their reasons. There is presented judicial responsibility and the role of a nurse and a patient in these problems, too. At the end of this work are mentioned some practical and system prevention precautions. Another part of this work is exploratory one. The target of investigation was to identify the most common mistakes in nurses' establish errors in the frame of nursing care then to identify whether the public have ever met these mistakes in medical care. There are also determined following four hypotheses: 1. The nurses mostly make medicated mistakes. 2. The main reason of those mistakes is the tiredness. 3. The nurses think the safe care has been provided by them. 4. The public have met some mistakes in medical care yet. For conversion necessary information was chosen quantity research by questionnaire. There were determined two research complexes. The first one were nurses who study adult education at the Health Social College in České Budějovice and second one were respondent of the public from South Bohemia Region. There are following answers: The 14% of respondents have met some serious mistakes of health staffs (post longer hospitalization, change of medication, lasting ill effect and life – threatening). There were 6% of patient with life threatening and 82% of nurses think they serve the safe care. 74% of nurses make some errors in serving medicaments. Nearly all testified nurses consider the tiredness to be the most often reason in making mistakes. By that fact were determined all testified hypothesis. In my opinion there exist a few feasible solutions of these problems in medical care service. From this reason is necessary to increase the numbers of health staffs, mainly help – staffs, so as the nurses can't be driven too hard and be able to provide effective high – quality safe nursing care. The research work results are thought to be very important and useful both for health jobs and the patients therefore these results could be published in a nurses' periodical in the future.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

7. 5. 2007

Poděkování

Tímto chci poděkovat Ing. Ivě Brabcové za trpělivost, cenné rady a odborné vedení mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Pochybení ve světě.....	5
1.1.1 Světové studie mimořádných událostí.....	5
1.2.1 Systémová opatření.....	6
1.1.3 20. konference Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví.....	8
1.2 Situace v České republice.....	8
1.2.1 Zdraví 21.....	9
1.3 Definice pochybení.....	10
1.4 Klasifikace pochybení.....	11
1.4.1 Typy pochybení ve zdravotnických zařízeních.....	13
1.4.1.2 Medikační chyby a omyly.....	15
1.4.1.3 Chyby při vedení zdravotnické dokumentace.....	16
1.4.1.4 Neprofesionální chování sestry.....	17
1.5 Příčiny pochybení.....	18
1.5.1 Únava.....	19
1.5.2 Závislost na návykových látkách.....	19
1.5.3 Pracovní zátěž.....	20
1.5.4 Příčiny medikačních chyb a omylů.....	20
1.6 Právní odpovědnost.....	21
1.6.1 Odpovědnost sestry.....	22
1.6.2 Odpovědnost pacienta.....	23
1.6.3 Podávání stížností.....	23
1.7 Pacient v problematice pochybení.....	24
1.7.1 Kritéria kvalitní ošetrovatelské péče z pohledu pacienta.....	24
1.7.2 Pacient s vysokou mírou rizika.....	25
1.8 Management mimořádných událostí.....	26
1.8.1 Postup při mimořádné události.....	27

1.8.2	<i>Hlášení „téměř“ pochybení</i>	27
1.9	<i>Prevence chyb a omylů</i>	27
1.9.1	<i>Akreditace</i>	28
1.9.2	<i>Standardizace péče</i>	29
1.9.3	<i>Kultura bezpečí</i>	29
2.	Cíle práce a hypotézy	32
2.1	<i>Cíl práce</i>	32
2.2	<i>Hypotézy</i>	32
3.	Metodika	33
3.1	<i>Použitá metoda</i>	33
3.2	<i>Charakteristika zkoumaného vzorku</i>	34
4.	Výsledky	35
4.1	<i>Dotazník pro širokou veřejnost</i>	35
4.2	<i>Dotazník pro sestry</i>	49
5.	Diskuse	68
5.1	<i>Dotazník pro širokou veřejnost</i>	68
5.2	<i>Dotazník pro sestry</i>	72
6.	Závěr	77
7.	Seznam použité literatury	79
8.	Klíčová slova	82
9.	Přílohy	83

Úvod

„ Nejdůležitější je, abyste nikomu neublížily.“
(Hippokrates, 460 – 370 př.n.l.)

Vzhledem k tomu, že na celém světě představují sestry nejpočetnější skupinu zaměstnanců ve zdravotnictví a mají stále vyšší kompetence, pozornost veřejnosti se začala zaměřovat nejen na chyby a omyly lékařů, ale také na pochybení sester.

V České republice se objevují známky zájmu odborné ale i laické veřejnosti o problematiku pochybení a náznaky nespokojenosti se současnou situací. Je stále více důkazů o tom, že pochybení zdravotníků představuje skutečné nebezpečí pro pacienty.

Povolání sestry je velmi krásné, zajímavé a zaslouží si úctu, avšak je také náročné a mnohdy až vyčerpávající. Sestra je také jen člověk a chybovat je lidské, proto z práce sestry plyne značné riziko. Pochybení se vyskytuje i při poskytování zdravotní péče a nevyhýbá se ani kvalitním pracovníkům.

Chybovost narůstá při únavě, při stresu, ať jde o časové napětí, nervozitu z rizika nebo konflikt v týmu, při drogové závislosti, nudě, nadměrné nebo nepravdělné zátěži, dále je ovlivněna kvalitou pracovního prostředí.

Ošetřovatelství je obor, kde lidské pochybení má obrovský rozměr. Vždyť předmětem ošetřovatelského povolání je podpora, udržení a navrácení zdraví i zmírnění utrpení a bolesti již nemocného člověka. Je to péče o pasivního, zranitelného, bezbranného a často nemohoucího člověka, který se plně odevzdává do rukou zdravotníků a očekává pomoc.

Světové studie naznačují, že se omyly a chyby v současném systému zdravotnictví pokládají za nevyhnutelné. Dokonce existuje v odborné literatuře nový název pro pochybení „nutné selhání“. Ošetřovatelství se musí neustále přizpůsobovat novým poznatkům medicínského výzkumu, vyspělým technologiím, procesům i zvláštnostem v potřebách pacientů s nově objeveným onemocněním. To vše s sebou přináší zkvalitnění péče o nemocného člověka, zároveň však stoupá riziko selhání lidského faktoru a vzniku pochybení.

V současné době neexistují v České republice studie, které by se orientovaly na problematiku pochybení ze strany zdravotníků. Proto jsem se rozhodla v rámci své bakalářské práce touto tematikou zabývat. Ráda bych upozornila na současnou situaci a analyzovala rizika ošetrovatelské péče. Zároveň chci nastínit možnosti prevence a minimalizace pochybení v ošetrovatelské praxi.

Přála bych si, aby se každý zdravotník zajímal o problém pochybení a pohlédl na své povolání zcela jinými očima. Chtěla bych tímto skromně přispět k zamyšlení zdravotníků a iniciovat boj za BEZPEČNOU PÉČI.

1. Současný stav

1.1 Pochybení ve světě

V západních zemích se od podzimu roku 1999 objevuje velké množství článků, dokumentů, diskusí a přednášek na téma chyby a omyly ve zdravotnictví. Ve světových masmédiích může zdravotnická i laická veřejnost sledovat realistický obraz globálního zdravotnictví. Objevují se hrozivá čísla a statistiky, které vyvolávají obavy o bezpečí pacientů nejen u uživatelů, poskytovatelů a plátců péče, ale také u politiků. Proto je důvěra v kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče silně otřesena a řada klientů hledá pomoc v alternativní medicíně. (19)

1.1.1 Světové studie mimořádných událostí

V letech 1999-2001 byly publikované Americkým institutem medicíny (IOM – Institute of Medicine) dva důležité dokumenty, „To err is human“ (Chybovatí je lidské) a „Quality Chasm“ (Propast v kvalitě). Tyto byly volně dostupné veřejnosti a velmi otevřeně vyzývaly zdravotníky, aby hlavní prioritou lékařské a ošetrovatelské péče bylo bezpečí pacienta. (19)

Jedna z prvních studií provedená v nemocnicích v New Yorku v roce 1984 naznačila, že pokud se výsledky zevšeobecní, na následky pochybení zdravotníků zemře ve Spojených státech až 98 000 pacientů ročně. Další obdobná studie provedená v Coloradu v roce 1997 udává počet úmrtí pacientů za rok způsobené omyly a chybami zdravotníků 44 000. Vědci se však domnívají, že tato čísla jsou velmi konzervativní a skutečný počet ohrožených pacientů je daleko vyšší. Vychází z toho, že studie jsou založeny na analýze chorobopisů, kde chyby nejsou pokaždé zdokumentovány a navíc informace v chorobopisech neříkají nic o potenciálním zhoršení stavu pacienta po propuštění do domácího ošetrování. (19)

Podobné výzkumy probíhaly i v dalších zemích. Například v Austrálii ze vzorku 14 175 pacientů z 28 zdravotnických zařízení bylo zjištěno 16,6 % nežádoucích událostí, z toho 13,7 % pacientů bylo postihnuto permanentní neschopností a 5 % zemřelo. V Izraeli prokázala studie 1,7 omylů/ lůžko/den na oddělení JIP. V Británii se

podrobilo průzkumu 1 004 chorobopisů a bylo zjištěno pochybení u 10,8 % případů, z toho 5 % lidí zemřelo. V Novém Zélandu byl zjištěn výskyt pochybení u 10,7 % pacientů. V Dánsku to bylo 9 % z prostudovaných 1 097 chorobopisů. Výsledky ve všech zemích jsou alarmující. Vlády a pojišťovny těchto zemí sledují problém pochybení s rostoucím nepokojem. (19)

1.1.2 Systémová opatření

Legislativa vyspělých států zavádí větší počet opatření, jejichž prostřednictvím lze zajistit bezpečnou a kvalitní zdravotní péči. Prvořadé je při tom předcházení pochybení u zdravotníků, kdy příslušné zákony stanovují státní dozor nad doškolováním včetně celoživotního vzdělávání. K prevenci chyb a omylů patří i systém udělování akreditací a pravidelné, státem organizované kontroly dodržování požadavků na kvalitu péče. Jako prevence slouží i vydávání zpravidla celostátně platných směrnic pro správnou léčebnou praxi. V poslední době také stále častěji dochází k národnímu formulování standardů péče (např. USA spolupracují s Kanadou, Nizozemí s Belgií, Nový Zéland s Austrálií). V západních zemích má dále význam stále monitorování výsledků léčby prostřednictvím zákonem ustanovených institucí, zaměřených na statistiku a analýzy, nebo orgánů, jako jsou komise pro hodnocení zdravotnických služeb při regionálních správních úřadech. Existuje také zákonné zajištění nestranného přezkoumání stížností pacientů i poskytovatelů péče na mimosoudní úrovni. Cílem je jednoduché, rychlé a vysoce profesionální zhodnocení situace, tak aby přineslo účinné nápravné opatření.

(1, 7)

Dalším významným krokem v oblasti prevence mimořádných událostí je mezinárodní on–line databáze pochybení ve zdravotní péči (www.medneg.com). Zde lze získat plné texty rozsudků soudů ve Velké Británii, Austrálii, Kanadě a USA. Databáze je denně aktualizována mezinárodně organizovanými advokáty. Jsou zde chronologicky řazeny lékařská pochybení, profesní selhání sestry a další nežádoucí události související například s lékařskou technikou. (1)

Národní centrum pro zlepšování zdraví (National Center For Environmental Health) ve Spojených státech upozorňuje na svých webových stránkách na program

vytvořený za účelem sběru, hodnocení a publikování dat o příčinách úmrtí v USA. Program vychází z úředních hlášení nebo oznámení od členů rodiny pacienta, policie či lékařů. Cílem je nejen informovat širokou veřejnost o vývoji úmrtnosti, ale také odstraňovat případné nedostatky v systému zdravotní péče. Mezi systémová opatření v USA patří také federální databanka podle zákona o zkvalitnění zdravotní péče. Zde se evidují údaje o disciplinárních řízeních vůči lékařům ve všech amerických státech. Ve spojených státech publikují i údaje o míře úmrtnosti v nemocnicích podle jednotlivých diagnóz. Jejich úloha je zajistit stejnou kvalitu péče při shodných lékařských výkonech v menších i velkých lůžkových zařízeních. Prezident Bill Clinton jmenoval roku 1997 svou poradní komisi na ochranu uživatelů zdravotní péče a pro zvýšení její kvality. Čítala 34 členů (pacienti, profesní pracovníci, pojišťovny, nezávislí experti aj.), předsedal jí zástupce ministerstva práce. Jednání komise byla veřejná. Činnosti tohoto orgánu s sebou přinesly legislativní změny – zajištění nezávislé mimosoudní kontroly stížností pacientů jak vůči zdravotnickým organizacím, tak vůči pojišťovnám. (1)

Ve Velké Británii zvláštní ombudsmani pro zdravotní péči sbírají data o kvalitě péče i korektnosti vyřizování stížností pacientů, ale i profesních pracovníků. Také šetří konkrétní kauzy podezření na pochybení a publikují přehledy svých nálezů. Ombudsman při vyšetřování jmenuje nezávislé znalce. Ve zprávách publikovaných na internetu zůstávají pacienti zpravidla v anonymitě. Jména profesních pracovníků, jejichž vina byla prokázána jsou zveřejněna. U jednotlivých případů je popsán zdravotní stav před léčbou, ověřený způsob léčby, další vývoj zdravotního stavu a argumenty obou stran sporu. Jsou zde také uvedena stanovisky znalců, zpracovaná po posouzení dokumentace, výslechu stran, svědků apod. Zmíněna je zde i konkrétní forma nápravy, např. způsob doškolení zdravotníka. (1)

Veskrze ve všech zemích s vyspělým zdravotnictvím a legislativou je stále hlavním cílem systémových opatření proti výskytu chyb a omylů ve zdravotnictví najít a potrestat viníka.

1.1.3. 20. konference Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví

V americkém Dallasu proběhla v listopadu roku 2003 konference Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví . Z 250 přednesených příspěvků se většina věnovala zavádění národních a mezinárodních systémů řízení a kontroly kvality, měření kvality pomocí indikátorů kvality a nově se objevilo velké množství témat z oblasti bezpečí a práv pacientů. (12)

„ *Bezpečí pacientů, to nejsou jen hromadná neštěstí*“, uvedl Dennis Leary, prezident americké komise pro akreditaci zdravotnických zařízení, na dallasské konferenci. Studie realizované ve Velké Británii a Dánsku prokazují, že kolem 3 % hospitalizací je komplikováno nebezpečnou chybou, která vede k poškození zdraví pacienta, nebo je příčinou úmrtí. Při podávání léčiv dochází k pochybení v 10 až 15 procentech přičemž není rozdíl mezi rozvinutými a rozvojovými státy. Z těchto důvodů stále větší počet zdravotnických zařízení i zemí zavádí systémy sledování tzv. mimořádných událostí při poskytování zdravotní péče. Povinné sledování pochybení a následná analýza a prevence jejich příčin je součástí akreditačních systémů. (12)

Příspěvky se rovněž zabývaly vzděláváním zdravotníků v oblasti zvyšování kvality a prevence pochybení s tím, že je současné vzdělávací programy dostatečně nepřipravují. (12)

1.2 Situace v České republice

V současné době neexistují v České republice studie, které by se zabývaly problematikou chyb a omylů ve zdravotnictví. Proto musíme vycházet z publikací a výsledků výzkumů realizovaných v USA a dalších vyspělých zemích. Výsledky studií v různých zemích se vzájemně podstatně neliší, proto můžeme předpokládat, že i v ČR je situace obdobná a závěry výzkumů můžeme aplikovat na naše prostředí. (19)

Pokud tedy srovnáme naši situaci se Spojenými státy, Anglií či Austrálií, zjistíme, že z počtu 2,2 milionů hospitalizovaných pacientů mohlo v roce 2000 teoreticky zemřít více než 3000 pacientů na následky pochybení zdravotníků. (19)

Doc. Leoš Heger však uvádí, že ve Fakultní nemocnici Hradec Králové dochází k pochybením s vážnými následky (které jsou nebo by mohly být trestně vyšetřovány)

jednou za dva až tři roky, což odpovídá poměru zhruba jedno odhalené pochybení na 100 tisíc hospitalizací. (5)

Další výzkum Prof. Jiřího Štefana a Jana Šturmy z 3.LF UK je zaměřen na analýzy případů, při nichž došlo k pochybení zdravotníků a měly závažné následky pro pacienty. Vypracovali celkem 30 fakultních posudků, z toho 29 případů končilo smrtí nemocného. Vytvořili přehled nejčastějších omylů a chyb, s kterými se při jejich zpracování setkali. Chyby v diagnostické činnosti se objevily 17krát (57 %), v léčebné činnosti 9krát (30 %), ostatní pochybení se objevila 20krát (67 %), z toho 10krát našli značné nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace. (20)

Je proto překvapující, že navzdory rostoucím důkazům o tom, že pochybení zdravotníků představuje skutečné nebezpečí pro pacienty, řada českých lékařů a sester se stále chová, jako by se jich tento problém netýkal. (19)

Přesto se v České republice objevují známky zájmu o problematiku pochybení a nespokojenost se současnou situací. Údaje o chybách a omylech zdravotníků lze najít v počítačové databázi knihovny Ministerstva zdravotnictví. Některé případy jsou medializovány a stávají se předmětem diskusí odborné ale i laické veřejnosti. (19)

1.2.1 Zdraví 21

16. cílem Zdraví 21, dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky, je „Řízení v zájmu kvality péče“. Byla vytvořena Rada pro kvalitu ve zdravotnictví, ustanovilo se Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví a bylo definováno několik klíčových programů kvality. Tímto se utvořily institucionální podmínky pro měření efektivity na úrovni vlády. (15)

Mezi aktivity ke splnění dílčího úkolu patří implementace objektivních metod měření výsledků a nákladů péče, hodnocení spokojenosti pacientů s péčí při zajištění osobních údajů a respektování práv pacientů, tvorba standardů procesů léčebné péče, vytvořit transparentní právní rámec umožňující metodicky jednotným způsobem zabezpečit sledování a vyhodnocování kvality a efektivity poskytované zdravotní péče v oblasti veřejného zdravotnictví, včetně sociálních služeb, zavést jako základní nástroje

pro volbu efektivních léčebných postupů kritické vyhodnocování zdravotnických technologií. (15)

1.3 Definice pochybení

Definice pochybení ve zdravotní péči není nikde jasně formulována. Hovoří se o „komplikaci léčebné a ošetrovatelské péče“, „mimořádné události“, „potencionální mimořádné události“ či „nežádoucích účincích léčby“. Užívají se i termíny „iatrogenní poškození“ nebo jen „incident“. Podle jiných je pochybení neúmyslné poškození vzniklé v důsledku diagnostického, preventivního či terapeutického výkonu nebo v důsledku náhodného poranění během hospitalizace. Dále se používá sousloví „komplikace zdravotní péče, kterým bylo možno předejít nebo je minimalizovat zvýšením kvality poskytované péče“. (14)

Také definice mimořádné události při poskytování zdravotní péče se v jednotlivých zdrojích liší. Tzv. Harvardská studie jí definuje jako „událost způsobenou alespoň částečně systémem organizace a řízení lékařské péče v instituci“, další definice je „událost vedoucí k prodloužení hospitalizace nebo ke zhoršení zdravotního stavu po propuštění pacienta“, nebo také „komplikace související s kvalitou péče, která vede k velmi pravděpodobnému zvýšení morbidity, potřeby intenzivní péče nebo k prodloužení hospitalizace“. (14)

Škrlovi označují mimořádnou událost jako událost, kdy došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta či procedury nebo kdy lékařská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů péče a následkem toho došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku. (18)

V obecné rovině lze říci, že mimořádná událost, je situace, kdy dojde k poškození zdraví pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, k poškození zdraví zaměstnance, k selhání techniky potřebné pro diagnostiku nebo léčebnou péči, k poškození či ztrátě majetku pacienta, zaměstnance nebo zdravotnického zařízení a k ohrožení provozu zdravotnického zařízení. (8)

1.4 Klasifikace pochybení

Publikované studie o pochybení ve zdravotní péči uvádí nejednotná klasifikační schémata. (14)

Zřejmě nejpřesněji rozděluje mimořádné události do několika skupin Škrla (2003), a to do třech základních:

První je tzv. „Near miss“ (téměř pochybení) – chyba, které bylo vědomě či nevědomě v poslední chvíli zabráněno. Bezděčnou akcí, či uvědoměním si nevhodného či nežádoucího jednání je zabráněno potenciálnímu nebo aktuálnímu poškození zdraví pacienta či majetku.

Druhá je nežádoucí událost bez následků – akce/procedura nebyla provedena podle plánu, pravidel či požadovaných a akceptovaných standardů, ale nedošlo k poškození zdraví pacienta nebo majetku. K pochybení již dojde, ale nemá vliv na zdravotní stav pacienta nebo stav majetku zdravotnického zařízení.

A třetí označuje jako nežádoucí událost s následky – akce/procedura nebyla provedena podle plánu, pravidel či standardů, došlo k poškození zdraví pacienta nebo majetku. (19)

Škrla také přirovnává jednotlivé skupiny chyb a omylů k ledovci. Špička ledovce představuje nežádoucí události s následky. Přitom následky mohou mít mírný, vážný nebo trvalý charakter. Tyto nežádoucí následky mohou končit dokonce smrtí pacienta. Nejmenší skupinou jsou právě tato pochybení s následky, avšak budí největší pozornost veřejnosti, jsou nejvíce medializovány a mají devastující dopad na kariéru zdravotníka i pověst celého zdravotnického zařízení. (19)

Střední část ledovce tvoří nežádoucí události bez následků. V těchto případech hraje významnou roli štěstí a obrovská regenerační schopnost lidského organismu. Mnohdy stačí málo a tato skupina chyb se snadno přemění v mimořádné události s následky. Tento typ pochybení je daleko méně viditelný než předchozí skupina, ale takovéto situace jsou daleko početnější. (19)

Základnu ledovce představují nejfrekventovanější „téměř pochybení“. Tyto jsou stejně důležité jako nežádoucí události s následky, neboť nám pomáhají vyhledávat

slabá a riziková místa systému, „slabiny“, které lze podrobně rozebrat a využít je k nápravným opatření a napomoci jimi k prevenci závažnějších situací. (19)

Významný teoretik v oblasti pochybení ve zdravotnických organizacích, James Reason, rozeznává dva způsoby, jakými se pracovníci organizace mohou podílet na vzniku mimořádné události. Prvním způsobem je tzv. aktivní selhání, kdy dojde k porušení nějakého předpisu, k nestandardnímu postupu či chybného výkonu. Tyto chyby se obtížně předvídají a mají bezprostřední negativní dopad na bezpečnost pacientů, personálu, majetku či instituce. Dochází při nich k narušení existujících bezpečnostních mechanismů. Tyto aktivní chyby vznikají na „aktivním/ostrém“ konci systému. Na „aktivním konci jsou lidé, kteří jsou v přímém kontaktu s procesem/pacientem (podávají lék pacientovi, podávají transfuzní roztok, zavádí permanentní katétr apod.). (13)

Naproti tomu tzv. latentní neboli skrytá selhání jsou způsobena nevhodně nastavenými manažerskými nebo organizačními systémy. Vedení organizace učiní rozhodnutí nebo provede úkony, které ovlivní protokol, proceduru, alokaci zdrojů nebo dokonce organizační klima zdravotnického zařízení. Mohou mít za následek nedostatečnou výuku, orientaci, dohled či pracovní přetížení zaměstnanců, a tak negativně ovlivnit péči o pacienty. Je to existence latentních „ patogenů“ v systému, které se probudí až s aktivní chybou. Kombinace aktivní a latentní chyby často vyústí v mimořádnou událost s vážnými následky. Latentní selhání nepůsobí bezprostředně, ale jsou to „neštěstí, která čekají na svou příležitost“. Čím je systém složitější, tím je pravděpodobnost existence latentního selhání vyšší. Nelze je předvídat, lze je však identifikovat a odstranit nebo alespoň minimalizovat dříve, než by došlo k reálné mimořádné události. (13, 19)

Reason dále dělí latentní selhání na dva typy. První jsou chyby týkající se techniky – komplikovaná technika, skrytá závada, skryté selhání techniky, vadný software, nevhodně navržený formulář. Druhým typem jsou chyby týkající se organizačních záležitostí – nezdravá organizační kultura, špatně navržená procedura (standards ošetrovatelské péče), špatné vedení, špatné rozhodnutí. (19)

Tato skrytá pochybení vznikají nejčastěji na „pasivním/tupém konci“ systémů.

Dalším odborníkem oblasti pochybení je Rasmussen. Ten se orientuje převážně na aktivní chyby a dělí je do tří kategorií a to za první chyby týkající se dovedností – pracovník udělá chybu při rutinním výkonu, který běžně vyžaduje jen minimální soustředění. K chybě dochází při změně nebo přerušení známého výkonu. Do druhé kategorie řadí chyby týkající se dodržování pravidel/standardů – zaměstnanec neprovede úkol podle předem určených pravidel, standardů či protokolu nebo provede/použije nevhodný protokol či proceduru. Třetí skupinou jsou chyby týkající se znalostí – k pochybení dojde, pokud zaměstnanec není schopen aplikovat nebo správně využít existující znalosti v nových nebo nečekaných situacích. (19)

1.4.1 Typy pochybení ve zdravotnických zařízeních

Ve zdravotnických zařízeních se vyskytují tyto chyby a omyly:

1. Selhání celého systému:

- rozptýlená odpovědnost
- podceňování velikosti možného rizika
- přesvědčení, že dodržování pravidel zajišťuje bezpečnost
- neschopnost/neochota multidisciplinárního týmu vyjádřit své obavy či pochyby
- neschopnost/neochota sdílet a poučit se lekce z jiných organizací
- nechápat bezpečnost jako prvořadý cíl
- nevyužití technik a nástrojů rizikového managementu
- nejasná odpovědnost za bezpečnostní aspekty;

2. Ze strany lékaře (iatropatogeneze):

- špatné zhodnocení zdravotního stavu
- odložené vyšetření/ dlouhá objednávací doba
- odložená léčba
- podlehnutí nátlaku rodiny, špatná komunikace s pacientem či rodinou
- záměna vakcín
- špatná volba léčby
- nevhodná léčba
- nestandardní postup léčby

- vedlejší účinek léčby
- nečitelný recept
- omyl při preskripci (dávkování léku)
- zbytečná/opakovaná léčba
- chybná indikace vyšetření
- špatné zhodnocení vyšetření
- nehlášení/pozdní nahlášení infekční choroby
- chybná informace rodině
- záměrné poškození pacienta lékařem (osobní či společenské příčiny); (9)

3. Ze strany ošetrovatelského personálu:

- infekční komplikace nozokomiálního charakteru
- medikační chyby
- nedostatek vnímavosti/pozornosti k měnícímu se klinickému stavu pacienta
- nedostatek morální odpovědnosti - neochota/nezájem o pacienta
- nesprávné rozhodování
- chybná identifikace pacienta
- chybná ošetrovatelská anamnéza
- chybná intervence
- neochota požádat o radu
- nedostatečná klinická kompetence
- neochota zapojit pacienta do procesu péče
- nedostatečná/neefektivní komunikace s kolegy i pacientem
- nedostatek preventivních opatření – nedodržování standardů pro prevenci pooperačních komplikací, vzniku dekubitů, pneumonie, pádů, nedodržování hygieny rukou
- opomenuté nebo chybně interpretované ordinace s neochotou ověřit si správnost resp. nesprávnost
- chyby v ošetrovatelské dokumentaci; (19,9)

4. Selhání medicínské techniky

Nedostatečná odbornost při poskytování zdravotní péče - mezi tento typ pochybení patří nedostatek kvalifikace a praxe pro prováděný výkon, nedostatečné sledování vývoje oboru, neznalost závazných stanovisek příslušné stavovské komory, popř. profesních standardů.

Přecenění vlastních schopností a nezajištění potřebné související péče – jako např. bezdůvodné nerespektování stanoviska jiných odborníků, nevyžádání si konziliárního vyšetření, pozdní předání do péče jiným specialistům nebo přeložení na kvalifikovanější či lépe vybavenější pracoviště.

Omyly v diagnóze – stanovení chybné diagnózy, opožděná diagnóza, nesprávná interpretace výsledků vyšetření, podcenění rizik, zanedbání určitých příznaků apod.

Selhání dovednosti – nezdar v manuálním výkonu, chyba při obsluze přístroje, ponechání cizích těles v operačním poli.

Nedostatky v organizaci práce a kontrole – sem můžeme zařadit například tolerování chyb podřízených, nedostatečné zajištění intenzivní a pooperační péče, služby nebo příslužby, pověřování podřízených odbornými výkony nad rámec jejich kompetencí, znalostí a dovedností. (11)

1.4.1.2 Medikační chyby a omyly

Výzkumy uvádí, že mezi nejčastější chyby v medikaci patří: nesprávná dávka léku (35 %), přehlédnutí alergií (7 %), nesprávný lék (6 %), chybějící informace (22 %), ostatní (30 %). Přičemž sestry mají na těchto pochybeních významný podíl. (19)

K těmto mimořádným událostem často dochází v kombinaci s jinými podpurnými faktory, z nichž nejčastější je neefektivní komunikace, nevhodný systém ukládání léků (podobná balení léků s odlišným účinkem uložená vedle sebe, má za následek až 25 % všech medikačních omylů) nebo nevhodné či nedostatečné značení nebo balení léků, nedostatečná informovanost sester nebo jiných pečovatелů, nedostatečná supervize, nepozornost v důsledku narušení soustředěnosti, nedostatek kontrolních mechanismů, vyčerpání či různé osobní faktory, hlučné nebo jinak nevhodné prostředí k přípravě podávání léků. Za medikační chyby a omyly nemůže vždy jen sestra. Lék může být chybně naordinován lékařem, pochybí při sledování hladiny antibiotik,

antikoagulačních preparátů apod. a následné ordinaci chybné dávky, může dojít k chybné transkripci, kdy si lék špatně ověří lékárník atd. (18)

Podíl medikačních pochybení tvoří asi 19 % všech mimořádných událostí způsobených sestrami. Dle amerických studií způsobí medikační omyly sester na desítky úmrtí denně! Výzkumy také naznačují, že počet medikačních chyb v ošetrovatelství se zvyšuje úměrně s počtem pacientů, o něž sestra musí pečovat, s obložeností na daném oddělení a s únavou či počtem odpracovaných přesčasových hodin. (19)

Americký odborný časopis JAMA zveřejnil článek „Záleží na jméně léku? Ano!“ Zabývá se podobností generických názvů dvou kardiak, která vedla k 11 omylům, z nichž jeden končil fatálně. Šlo o léky AMRINON (vasodilatans) a AMIODARON (antiarytmikum). Studie University v Cambridge totiž říká, že vůbec nezáleží na pořadí písmen ve slovech, aby lidský mozek rozuměl čtenému textu. Důležité je pouze to, aby počáteční a konečné písmeno bylo na správném místě. Je to proto, že člověk nečte každé písmeno, ale slova jako celek. „Vidíte, co chcete vidět.“ Tento fakt se zřejmě uplatnil i při medikačních pochybení s těmito farmaky. (16, 19)

USANC (United States Adopted Names Council) Rada pro přijaté názvy léků USA uzavřela 1. června 1999 s University of Illinois smlouvu o používání počítačového programu, který pomůže vyřešit problémy s navrhováním názvů. Pracovníci z Úřadu pro potraviny a léky USA (FDA – US Food and Drug Administration) zkoumají více než 25 názvů léků měsíčně. Usilují o to, aby se při rozhodování o názvu léku co nejvíce přiblížili reálné situaci. Simulují obvyklé postupy, písemné a ústní ordinace léků a snaží se najít léky, jejichž názvy se podobně píšou nebo vyslovují. (16)

1.4.1.3 Chyby při vedení zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace je soubor údajů a informací, vztahující se ke konkrétní fyzické osobě, pacientovi, jeho zdravotního stavu a postupu při poskytování zdravotní péče. Slouží zejména jako doklad o ordinované a skutečně poskytované péči. Má být zajištěna její kontinuita, pokud se na ní podílí více zdravotnických zařízení. Poskytuje potřebné informace pro posudkovou činnost a informace o závažných skutečnostech,

včetně údajů o zdravotním stavu, průběhu vyšetření a ošetření pro příslušné orgány (soudního znalce, policii, plátce péče apod.). Velký význam kvalitně vedené zdravotnické dokumentace spočívá v řešení stížností, případně trestních oznámení, kdy slouží jako doklad o správnosti léčby a zda byla prováděna v souladu se stanovenými postupy, tedy lege artis. (20)

Ošetrovatelskou dokumentaci vede sestra, která zaznamenává všechny důležité a rozhodné události týkající se pacienta (např. návštěvy u hospitalizovaných dětí), tedy nejen skutečnosti týkající se zdravotního stavu. (22)

Vážné chyby se sestra dopustí, pokud v konkrétním případě neprovede řádný záznam o závažné skutečnosti , která mohla vést k poškození zdraví pacienta. Dalším pohřeškem jsou nepravdivé údaje, které zpochybňují validitu celé dokumentace. Nežádoucí ve zdravotnické dokumentaci jsou také místě užívané zkratky (např. BO=bez obtíží). Častou chybou ošetrovatelské dokumentace jsou nedostatečné záznamy bez popisu objektivního stavu. Nepřípustné jsou záznamy jako „Stav týž, Stav nezměněn, St. idem“ apod. Záznamy s *asi*, +- také nejsou vhodné pro jejich malou vypovídací hodnotu. Nevěrohodně rovněž působí otazníky či vykřičníky v záznamech. V žádném případě by sestra neměla v dokumentaci uvádět vulgarismy a to ani v uvozovkách. Nutné je též užívání ustálené odborné terminologie, která zvyšuje odbornost postupu při poskytované péči. (22)

Dostatečně a kvalitně vedená ošetrovatelská dokumentace je zvláště nápomocna při řešení mimořádné události a slouží k obhajobě správného postupu sestry při poskytování ošetrovatelské péče.

1.4.1.4 Neprofesionální chování sestry

I neprofesionální chování zdravotníka je do značné míry pochybením a zcela jistě ohrožuje bezpečnost pacienta. Jsou to chyby, které nejvíce vnímají pacienti a může se jim také nejnápadněji předejít. Patří sem poskytování polopravdivých nebo nepravdivých informací, které u pacienta vyvolávají strach a nerealistické očekávání, přezíravé až nepřátelské chování sester, odmítavé chování (štitivost, odměřenost, nelibost), nemístné poznámky, přezdívký, zesměšňování a pomluvy o pacientech. Nesdílnost a uzavřenost

sestry, která poskytuje pouze minimální informace, debatování o nemocném nad nemocným, který není zapojován jak do hovoru tak do celého procesu léčby, lhostejnost a nezájem. To všechno jsou neterapeutické projevy zdravotníků a zároveň velkým rizikem pro nemocného člověka. (10, 2)

1.5 Příčiny pochybení

Významnou úlohu při vzniku pochybení hraje samotný člověk, tedy lidský faktor. Uvádí se, že selhání člověka jako příčinu pochybení lze identifikovat v 60-80 % všech případů. Mezi příčiny lidského pochybení patří: zlovyky, vyrušování, spěch, únava, nedostatečné dovednosti nebo znalosti, nezkušenost, přetížení, hněv, úzkost, nuda, strach, alkohol nebo jiné drogy, onemocnění, nezvyklé situace nebo problémy, nedostatečná komunikace nebo komunikační bariéry, náročná interakce s velkým množstvím diagnostické a léčebné techniky, velké množství členů multidisciplinárního léčebného týmu, narůstající akutnost pacientů, nerozhodnost, nebo chyby při matematických výpočtech. (19)

Výzkumná práce Dr. Johna Ely zaměřená na příčiny pochybení lékařů říká, že chybám nejčastěji předchází stresory – spěch, rozptylování, únava, nesprávné rady od kolegů, nepoužití optimální lékařské intervence vzhledem k její ceně. Dále jsou to faktory spojené s procesem léčby – složitý případ, nedostatek asertivity při určování diagnózy nebo léčby, nepřiměřená strategie léčby, nedostatek odvahy nebo nechuť požádat o radu. Mezi další příčiny patří faktory vztahující se na pacienta – negativní laboratorní výsledky a vstupní vyšetření maskující vážný problém, pozitivní nebo negativní vztah k pacientovi ovlivňující objektivitu, zlehčení nebo nepřiznání symptomů vedoucí k nesprávné diagnóze. Na vzniku pochybení se podílí také faktory vztahující se na lékaře – nezkušenost či intelektuální pýcha, která ústí v nesprávnou diagnózu. (19)

Hlavními důvody ošetřovatelského pochybení jsou nedostatečná orientace nových zaměstnanců, nedostatečná nebo nevhodná komunikace, nedostatečná informovanost sester, nedostatečná supervize, nepozornost v důsledku narušení soustředěnosti, neefektivní využívání času, důležité informace nejsou k nalezení nebo jsou chybné,

medicínská technika nebo pomůcky, jsou nepoužitelné nebo zcela chybí, prostoje vzniklé díky nepřipraveným lidem nebo technice, požadavky na sestru z několika míst ve stejnou dobu, nepřehledná a neúčelně vedená dokumentace, riziko pochybní je též větší, pokud sestra ztrácí čas zbytečným pohybem (přecházením) na oddělení v důsledku špatného uspořádání a architektonického řešení pracoviště. (19)

1.5.1 Únava

Únava se považuje za hlavní podpůrný faktor pochybení. Zdravotní péče musí být poskytována nepřetržitě 24 hodin denně. To má za následek narušení cirkadiánního cyklu, narušení pravidelného nočního odpočinku zdravotníků, spánkovou deprivaci. To je hlavní příčinou únavy a vyčerpání. Práce ve směnách a přesčasové hodiny způsobují značný spánkový deficit. V důsledku toho dochází k významnému poklesu kognitivních funkcí (paměť, koncentrace), poklesu nálady nebo koordinace pohybů. Pro ošetrovatelský personál to znamená vysoké riziko, že dojde ke vzniku mimořádné události. Řešení tohoto problému vyžaduje spolupráci vedení zdravotnického zařízení se zaměstnanci. Management by měl mít snahu vyjít vstříc pracovníkům a snažit se spolu s nimi nastavit takový směnný provoz, který jim nejlépe vyhovuje. (13, 19)

„Únavě lékařů a sester se zřejmě vlivem nočních směn nepodaří úplně zabránit, stejně tak se zcela nepodaří zabránit chybám. Proto je nutné vytvořit v procesech takové bariéry, aby pochybením zdravotníků spojeném s únavou a vyčerpáním mohlo být zabráněno nebo aby byly zachyceny dříve, než mohou jejich následky poškodit zdraví pacienta.“ (19, str.101)

1.5.2 Závislost na návykových látkách

Zneužívání návykových látek, případně závislost na nich, rovněž přispívají k výskytu pochybení ve zdravotnictví. Zdravotníci, kteří jsou pod vlivem těchto látek, mají zhoršenou výkonnost, dělají chyby ústící často k poškození pacientů, nárůstu nákladů na zdravotní péči a k poškození důvěry veřejnosti k medicíně a ošetrovatelství. O něco vyšší výskyt zneužívání ,zejména alkoholu, se udává u lékařů. Drtivá většina pochybení způsobených zdravotníky pod vlivem alkoholu či jiných látek zůstává skryta.

V situaci, kdy pracovníkovi hrozí sankce za pochybení a výkonu zaměstnání pod vlivem návykové látky, není pravděpodobné, že by stoupl počet hlášených mimořádných událostí. (13)

1.5.3 Pracovní zátěž

Nejlepší pracovní výkony podávají pracovníci tehdy, je-li pracovní zátěž optimální. Tedy pokud je nadměrná, dochází k častějšímu výskytu chyb, podobně jako když je zátěž nedostatečná, kdy klesá pozornost a paradoxně riziko pochybení také stoupá. Výzkumy z oblasti ošetrovatelství ukazují, že počet chyb při podávání léků stoupá s počtem přidělených pacientů, obložeností lůžek i s počtem odpracovaných přesčasových hodin. U sester se také ukázalo, že na kvalitu jejich práce má vliv ročního období, tedy délka denního světla, přičemž k většímu výskytu chyb dochází v zimních měsících. (13)

1.5.4 Příčiny medikačních chyb a omylů

Mezi nejčastější příčiny chyb spojených s podáváním léčiv patří podání/aplikace léku nedostatečně kvalifikovanou osobou a nedostatečná kompetence osoby podávající lék. Dále riziko medikačního pochybení stoupá s nedostatečnou supervizí vedení a přetížením sester i lékařů, kdy musí vykonávat často velmi náročné úkoly pod časovým tlakem. Selhání komunikace, především při ústní či telefonické ordinaci dochází často k pochybení, nečitelné písmo lékaře a užívání nevhodných zkratk při předepisování léků jsou zdroje vzniku mimořádné události. Přehlédnutí alergií lékařem či sestrou může vést také k poškození zdraví i ohrožení zdraví pacienta. Dalším problémem jsou chyby při výpočtu dávek. Také nevhodně skladovaný lék - uložení podobných balení či názvů léků s diametrálně odlišným účinkem vedle sebe a nevhodné označování balení léků – používání obalů jiných farmak jsou vysoce rizikové. Velmi důležitá je pravidelná kontrola a údržba medicínské technologie, např. infuzní pumpy. Její selhání také může mít nezodpovědné následky na zdravotní stav pacienta. (13, 3)

1.6 Právní odpovědnost

Odpovědnost zdravotnických pracovníků všech odborností i funkčních kategorií je zdůrazňována v etické i právní rovině. Kritéria pro chování zdravotníků jsou daleko přísnější a sankce tvrdší, než je tomu u nezdravotníků, a také je to zakotveno v zákoně. Rovněž společnost hodnotí přestupky (pochybení) lékařů a sester kritičtěji než přestupky jiných nezdravotnických profesí. Současná společnost si žádá nejen pečlivé vyšetření věci, ale i důsledné potrestání toho, kdo pochybil a v neposlední řadě také maximální finanční odškodnění. Bohužel každé pochybení ovlivňuje více či méně další profesní postup a často i celý další život zdravotnického pracovníka. (25,24)

Zdravotník nelékař má při poskytování ošetrovatelské péče odpovědnost: trestněprávní, občanskoprávní, pracovně právní, správní, disciplinární, smluvní a funkční. Předpokladem k úspěšnému volání k odpovědnosti, je třeba splnění základních podmínek: protiprávní jednání, škodlivý následek, příčinná souvislost a zavinění. (24)

Právní nauka uznává tzv. přípustnou míru rizika při výkonu zdravotnického povolání. Lékař nemůže být odpovědný za řádně indikované a řádně provedené výkony, ani když měli za následek smrt pacienta. Při posuzování těchto případů mají znalci i soudy hodnotit počínání zdravotníka v situaci, v jaké byl, jaké měl možnosti, jak se mu jevil stav nemocného před výkonem. (11)

Ke vzniku právní odpovědnosti zdravotníka musí být zpravidla splněny tyto předpoklady. Protiprávní jednání nebo opomenutí (které je v rozporu s povinnostmi zdravotnického pracovníka), škodlivý následek (např. újma na zdraví, úmrtí), příčinná souvislost mezi chybným výkonem a následkem a zavinění – úmyslné nebo z nedbalosti. (11)

Při odborných chybách připadá zpravidla v úvahu nedbalost, nikoli úmysl. Ta se dále dělí na nedbalost vědomou, kdy zdravotník věděl, že jeho jednání může vést ke škodlivému následku, ale bez přiměřených důvodů spoléhal na to, že se „nic nestane“ a nedbalost nevědomou, kdy zdravotnický pracovník nevěděl, že jeho jednání může vést ke škodlivému následku, ale vzhledem k okolnostem a svým osobním poměrům to vědět měl a mohl. (11)

Není-li zdravotníkovi prokázáno zavinění, nemůže být trestně odpovědný. Naproti tomu zdravotnické zařízení je odpovědné za škodu, ke které došlo v příčinné souvislosti se zdravotním výkonem, pokud neprokáže, že škodu nezavinilo. Za škodu způsobenou pacientovi vždy odpovídá zdravotnické zařízení, nikoli jeho zaměstnanec. Zaměstnavatel může v rámci pracovně právní odpovědnosti požadovat po zaměstnanci, aby přispěl na úhradu škody až do výše čtyřiapůlnásobku své průměrné měsíční mzdy, pokud je ovšem prokázáno, že škodu zavinil. (11)

„Známý český lékař prof. Jirásek kdysi varoval, že medicína zle upadne, přestane-li lékař být sebevědomý a odvážný a začne být právnicky opatrný. Nebylo by rozhodně ve prospěch pacientů, kdyby u nás vznikla v budoucnu atmosféra, ve které zdravotník bude muset více uvažovat o své právní ochraně než o prospěchu nemocného.“ (11, str. 28)

1.6.1 Odpovědnost sestry

Poskytování ošetrovatelské péče je upraveno a regulováno řadou obecně závazných předpisů různé právní síly. Porušení právní normy je hodnoceno jako postup protiprávní, za který může být zdravotník, který tak postupoval, postižen sankcí. U zdravotnického pracovníka představuje jeho odpovědnost povinnost strpět sankce, pokud při poskytování zdravotní péče postupoval protiprávně, tedy non lege artis. Protiprávním jednáním se rozumí aktivní konání (úmyslné ublížení na zdraví) a také pasivní jednání (zanedbání péče, neposkytnutí první pomoci). (23)

Sestra může při poskytování ošetrovatelské péče (z právního hlediska) pacientovi způsobit: škodu na zdraví, škodu ne zdraví s následkem smrti, škodu na majetku, škodu zásahem do práva na ochranu osobnosti. (24)

Do práv sestry může zasahovat pacient, zaměstnavatel, nebo také spolupracovníci. Obhajovat se však sestra musí sama. Sestry i lékaři se při své obhajobě dopouští těchto chyb: věc bagatelizují, svalují vinu na druhé, zdůrazňují své zásluhy a kvalifikaci, nedostatečně vedou zdravotnickou dokumentaci, pozdě informují právníka, nepravdivě informují právníka, jednají emočně a iracionálně. Je doporučován následující standardní postup při obhajování. Nejprve sestra provede podrobný, věcný, pravdivý záznam.

Pokud jsou svědci, zajistí jejich identifikaci a jejich písemné vyjádření. Dále zajistí a zkontroluje zdravotnickou, případně jinou dokumentaci, která se váže k mimořádné události. Zabráni nežádoucí publicitě a neprodleně kontaktuje právního zástupce.

(24, 21)

1.6.2 Odpovědnost pacienta

Při poskytování ošetrovatelské péče mají odpovědnost jak sestry, tak pacienti, pokud se dopustí protiprávního jednání. Žádný člověk neztrácí právo na léčbu následků, způsobených nezdravým životním stylem. (24)

Pokud pacient v rámci svého oprávnění o sobě rozhodovat, odmítne ošetrovatelský výkon, nese si sám odpovědnost za následek svého rozhodnutí. Pokud pacient způsobí škodu na majetku zdravotnického zařízení nebo na majetku sestry, je oprávněné, aby ji uhradil pokud nebylo jeho chování ovlivněno jeho zdravotním stavem. Pokud pacient způsobí škodu na majetku jiného pacienta a je žádána náhrada, musí ji uhradit ten, kdo škodu způsobil. (24)

1.6.3 Podávání stížností

Stížnosti se podávají písemně, a to podle zákona 220/1991 Sb., o komorách. Jsou zaneseny do centrálního registru stížností a postoupeny k prošetření okresním disciplinárním orgánům. Nejdříve je dostane okresní revizní komise, která zajistí vyjádření toho, kdo je předmětem jednání, a při stížnosti na odborný postup i vyjádření odborníka v oboru či komise vědecké rady České lékařské komory. Shromážděné materiály jsou předány okresnímu senátu čestné rady k posouzení a rozhodnutí. Proti posouzení okresní čestné rady může jak stěžovatel, tak lékař podat námitku k celorepublikové čestné radě. Ta rozhoduje o druhé instanci. Ministerstvo považuje tento způsob za velmi zdlouhavý, proto se s narůstajícím počtem stížností uvažuje o změně jejich vyřizování. (17)

1.7 Pacient v problematice pochybení

V současné době zdravotníci na celém světě usilují o změně vztahu pacienta v systému zdravotnictví z paternalistického na partnerský. Důvodem je snaha snížit riziko vážných pochybení, a tím zvýšit bezpečnost poskytované péče. Role pacienta jako partnera v preventivním, diagnostickém, léčebném a rehabilitačním procesu přináší řadu výhod jako například bezpečnější prostředí, bezpečnější klinickou péči. (19)

„Pacient je často jedinou konstantou v celém kontinuu klinické péče a může hrát důležitou roli při prevenci některých pochybení. ...je nutné mu dát správné informace a správné nástroje. Model péče, ve kterém se pacient stává efektivním a aktivním partnerem, je založen na přesvědčení, že poskytování bezpečné a kvalitní péče vyžaduje aktivní participaci pacienta a ostatních členů jeho rodiny.“ (19, str. 97)

Při mimořádné události by měl první kontakt s pacientem/rodinou učinit lékař nebo manažer/ka mimořádných událostí. Pacient musí být ubezpečen o tom, že léčebný tým má celou situaci pod kontrolou a že ošetrovatelská a lékařská péče bude nerušeně pokračovat. Během komunikace s pacientem nebo rodinou je nutné předejít spekulacím o příčinách incidentu nebo vinících. Každý kontakt s pacientem/rodinou musí být dokumentován. (19)

1.7.1 Kritéria kvalitní ošetrovatelské péče z pohledu pacienta

Hodnocení ošetrovatelské péče prováděné pacientem zohledňuje jiná kritéria, než je tomu u hodnocení prováděných zdravotníky.

Pacient posuzuje kvalitu ošetrovatelské péče většinou podle toho, do jaké míry je narušeno uspokojování jeho základních potřeb v době nemoci. Zda jsou sestry citlivé a všímavé k jeho potřebám. Pacienti vnímají jakým způsobem sestra jedná, frekvenci a způsob jednotlivých výkonů, jakým způsobem s ním komunikují a zda plní své sliby. Důležitá je také úprava zevnějšku sestry a kultivovanost jejího projevu. (10)

Ve výzkumech kde jsou pacienti tázáni na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a co se jim nejvíce líbí v souvislosti s ní. V odpovědích figuruje především radostná atmosféra na odděleních, sestra je přítelem a advokátem pro nemocného, zajištění soukromí a důstojnosti, sestry vysvětlují předem postup výkonu a snaží se

udělat pro pacienta to nejlepší, aniž by o to žádali apod. Na opačný dotaz odpovídají: nedostatečná informovanost, dlouhá doba od zavolání do příhodu sestry, nechápavá sestry, nedostatek času na potřeby nemocného, nedodržení slibů atd. Tato kritéria pacientů jsou podle Lávičkové poměrně stabilní a je jimi hodnocena nejen ošetrovatelská péče ale i celé zdravotnictví. (10)

1.7.2 Pacienti s vysokou mírou rizika

Vysoká míra rizika u některých klientů je dána jejich věkem, zdravotním stavem nebo specifickou povahou jejich potřeb. Patří jsem lidé, kteří nejsou schopni projevit své požadavky, nerozumějí procesu poskytování péče a služeb a nemohou zasahovat do rozhodnutí týkající se jim poskytované péče.

Také některé duhy péče poskytované zdravotnickými zařízeními se považují za vysoce rizikové buď z důvodu nutnosti používat složité technologie při léčbě život ohrožujícího stavu (dialýzovaní klienti), vzhledem k povaze léčby (použití krve a krevních derivátů) nebo pro riziko poškození klienta (použití restriktivních postupů u neklidných pacientů). (6, 7)

Lékaři a sestry by měly pochopit zvláštní potřeby těchto pacientů a jednat s nimi při poskytování péče se zvýšenou opatrností.

Vyšší nebezpečí hrozí seniorům, kteří mohou mít poruchy zraku, sluchu a různý stupeň kognitivního deficitu. Zvyšují se tak nároky na komunikaci mezi pacientem a zdravotníky. Současně se snižuje efektivita slovního i mimoslovního sdělení a úměrně tomu výrazně stoupá riziko pochybení a nebezpečí pro nemocného. Největším nebezpečím pro seniory jsou pády a medikační omyly. Hlavní riziko farmakoterapie spočívá v ohrožení života pacientů následkem poruchy metabolisme léků. (19)

Další rizikovou skupinou jsou novorozenci a děti. Čím je pacient mladší, tím vážnější a devastující dopad mají na nemocného medikační omyly. Přičemž dávkování léku podle váhy je obzvláště kritické. (19)

Pacienti s jazykovou bariérou jsou další velmi ohroženou skupinou. Těchto pacientů vlivem globální migrace všude ve světě přibývá. Proto je nezbytné další vzdělávání zdravotníků a začleňování překladatelů do multidisciplinárních týmů, které

by riziko vážných pochybení minimalizovalo. Ne všude je však tato koncepce dosažitelná. Je vhodné využívat grafy, obrázky a diagramy a rozvíjet neverbální komunikaci. (19)

Výzkumy naznačují, že pacienti s delší hospitalizační dobou mají také vyšší riziko mimořádných událostí. Toto riziko se zvětšuje o 6% na každý další den pobytu v nemocnici nad průměrnou dobu hospitalizace. (19)

Mezi další ohrožené skupiny pacientů patří lidé s opožděným vývojem nebo neurologickými problémy. U těchto pacientů je nutné používat jednoduchých výukových a komunikačních pomůcek v prevenci pochybení. (19)

1.8 Management mimořádných událostí

Management mimořádných událostí je důležitou součástí programu kontinuálního zvyšování kvality a také v oblasti řízené péče je součástí managementu rizik. (18)

Management rizik je plánování, organizování a řízení komplexního programu aktivit, aby bylo možné identifikovat, vyhodnotit a napravit rizika, která by mohla vést ke zranění pacientů nebo zaměstnanců a ke ztrátě nebo poškození majetku s následnou finanční ztrátou. (8)

V moderním ošetřovatelství představuje hlášení mimořádných událostí důležitý výukový prvek, důležitou zpětnou vazbu sloužící ke korektivnímu opatření v systému, který mimořádnou událost umožnil. Ve vyspělých zemích se tento postup podporuje a mnohdy dokonce odměňuje. Cílem celého procesu by mělo být především úsilí všech zaměstnanců o kontinuální napravování vadných procesů v systému. (18)

Manažer/ka mimořádných událostí je osoba pověřená řešením mimořádných událostí v zdravotnickém zařízení. Tuto funkci může v menších zdravotnických zařízeních zastávat koordinátor nebo manažer oddělení kontinuálního zvyšování kvality. Šetřící komise pro mimořádné události je tým odpovědný za koordinaci procesu šetření mimořádných událostí v rámci zdravotnického zařízení. (18)

Zápis mimořádné události se provádí do speciálního formuláře.

1.8.1 Postup při mimořádné události

Prvním krokem je poskytnutí optimální lékařské a ošetrovatelské péče postiženému, pokud tuto událost přežil.

Za druhé je nutné zajistit a pečlivě uschovat jakoukoli zdravotnickou techniku, pomůcky nebo materiály, které mohly být příčinou nebo souvisejícím faktorem při vzniku mimořádné události. O navrácení takovéto pomůcky či materiálu rozhodne manažer mimořádných událostí.

Provést důkladný a pravdivý záznam do speciálního předem určeného formuláře.
(18)

1.8.2 Hlášení „téměř“ pochybení

Pokud se vyskytne „téměř“ pochybení a je včas detekováno a rozpoznáno a je zabráněno poškození pacienta, zdravotníci se mohou z této situace mnoho naučit. Mohou provést nebo iniciovat patřičné kroky, které vedou ke změnám v systému, ve kterém je opakovat stejnou chybu nemožné nebo alespoň velmi obtížné. Důležité je právě nahlášení takového incidentu, jeho řádná analýza, veřejná diskuse o problému a předání zkušeností ostatním zdravotníkům. (19)

1.9 Prevence chyb a omylů

Snížit rizika vedoucí k pochybení způsobených lékařským nebo ošetrovatelským personálem vyžaduje značné úsilí na všech úrovních péče. To musí být podpořeno manažery, kteří vytvoří potřebné finanční i personální zdroje. Vedení nemocnic musí sdílet s členy celého zdravotnického zařízení jasnou vizi bezpečné péče. Všichni musí cítit osobní odpovědnost za péči, kterou poskytují, musí být ochotni poukazovat na potenciální rizika a nebezpečí, hlásit je a spolupracovat na jejich odstranění. (19)

Hlavní podmínka snížení pochybení ve zdravotnictví je přiznání, že v této oblasti existuje problém. Nezbytná je absolutní podpora vlády, odborných komor, profesních asociací a vrcholového managementu zdravotnických zařízení a všech iniciativ vedoucích k řešení problému medicínských pochybení. Dále je nutno změnit

organizační kultury z kultury strachu a obav z trestu za pochybení na kulturu bezpečí, tak aby bylo maximálně obtížné chyby učinit.

V současnosti chybí efektivní komunikační způsoby diseminace a implementace fungujících metod prevence pochybení na pracovištích. Zdravotníci přijmou nový model jištění bezpečnosti, budou-li přesvědčeni o jeho efektivnosti. Základní podmínkou je transformace staré filosofie, kdy si zaměstnanec za hrubé pochybení zaslouží trest, odnětí licence nebo finanční postih za filosofii novou – kulturu bezpečí. Také je nutné zdravotníky naučit, že prevence omylů v léčebné i ošetrovatelské péči se vyplácí. (19)

1.9.1 Akreditace

Akreditace je proces, v rámci kterého nezávislá, obvykle nestátní instituce posuzuje činnost zdravotnického zařízení a ověřuje, do jaké míry tato činnost odpovídá stanoveným standardům zvyšování kvality péče. (6)

Akreditace hraje velmi významnou úlohu v oblasti kvality a bezpečnosti péče poskytované zdravotnickými zařízeními. Zajištění bezpečné léčebné a ošetrovatelské péče je jednou ze základních podmínek většiny akreditačních programů. Naplňováním akreditačních standardů se zvýší bezpečí pacientů,lepší se kvalita zdravotnické dokumentace, standardizují se procesy léčby a péče,lepší se kvalita a kontinuita péče,lepší se vztahy mezi zdravotníky, sníží se počet pochybení a podpoří se procesní řízení. (19)

Standardy národních akreditačních institucí musí vycházet z principů kontinuálního zvyšování kvality a být zaměřeny na pacienty, musí být rozděleny do skupin podle typů (např. dostupnost zdravotní péče, řízení zdravotnického zařízení, edukace pacientů a dodržování jejich práv). Standardy mají jednoznačný obsah specifikovaný pro zdravotnická zařízení, vytvářejí se podle jednoznačné metodologie, včetně podílu pacientů na jejich formulaci a umožňují měření výstupů zdravotní péče pomocí indikátorů. (7)

V globalizovaném světě stále roste potřeba nezávislého posouzení kvality, bezpečí a výkonnosti zdravotnických zařízení. V současné době se v průběhu akreditačního

procesu klade velký důraz na sběr indikátorů kvality (např. spotřeba antibiotik, výskyt specifikovaných nozokomiálních nákaz, komplikace operačních výkonů, úplnost zdravotnické dokumentace či bezpečnost přístrojů). (12)

Pro sestry akreditace znamená zlepšení kvality ošetrovatelské péče a ošetrovatelské dokumentace na všech odděleních, vytvoření prostředí, které je radostnější, bezpečnější a atraktivnější pro sestry i pacienty, snížení variability v pracovních a ošetrovatelských procesech a zdravotnické dokumentaci – standardizace péče, efektivnější využívání zdrojů, budování organizační kultury, v níž existuje dimenze osobní odpovědnosti za kvalitu a efektivitu práce, zlepšení vztahů mezi členy multidisciplinárního týmu a mnoho dalšího. (18)

1.9.2 Standardizace péče

První zmínky o standardizaci v oblasti kvality se objevily již v roce 2000 př. n. l. v Babylonské říši. Současné zdravotnictví vzhledem ke své komplexnosti, vyžaduje standardizaci a to na mezinárodní úrovni, neboť kontinuálně roste světová globalizace.

Standardizace v podstatě znamená sjednocení prováděných procesů, tak aby jejich výstupy byly kvalitní, efektivní a bezpečné. Slouží k tomu, aby se péče a poskytované služby daly měřit, porovnávat a vyhodnocovat. Proto jsou standardy velmi nápomocny při vyhodnocování kvality a bezpečnosti poskytované péče. Pacienti mohou očekávat stejné služby a produkty za všech okolností a vždy. Standardy musí být stále aktualizovány, musí být v souladu s technickými pokroky i praktickými zkušenostmi. Na jejich tvorbě by se měly podílet všechny subjekty zdravotní péče, tedy jak plátcí zdravotní péče, její poskytovatelé tak i samotní pacienti. (18, 7)

1.9.3 Kultura bezpečí

Každé zdravotnické zařízení má svou vlastní organizační kulturu. Tato kultura má větší vliv na bezpečnost péče než směrnice a příkazy.

V kultuře bezpečí vládne klima, ve kterém je pozitivní postoj zdravotníků k bezpečnosti pacientů absolutní prioritou. Je to prostředí kde se neustále hledají nové cesty pro zkvalitnění péče a bezpečnějšího nastavení celého systému, prostředí kde se

nehledají viníci pochybení. V tomto prostředí je velice ceněno hlášení aktuálních omylů i „téměř“ pochybení a riziko vzniku pochybení je minimální. V bezpečnostní kultuře organizace si jsou všichni vědomi, že chyby a omyly jsou výsledkem mnoha faktorů, znamením hlubšího selhání celého systému a ne pouze selhání jednotlivce. Tato kultura musí mít absolutní podporu vrcholového managementu. Vedení musí jasně dávat najevo, že jakýkoliv návrh zaměstnance na zlepšení kvality a zvýšení bezpečnosti pacientů je žádoucí a hodnotný a zároveň musí vědět, že každý může udělat chybu.

(18)

Chybně navržený systém vychází z filozofie, že potrestání bude mít za následek zlepšení kvality výkonu a bude také varováním pro ostatní. To způsobuje, že zaměstnanci chyby maskují, skrývají, nehlásí a o problému nediskutují. V tomto prostředí převažují obavy z postihu u zaměstnanců a potenciální hrozba pro pacienty přetrvává a hlavně riziko poškození jejich zdraví chybnou péčí je velmi vysoké.

(19)

K vybudování kultury bezpečí musí být splněna podmínka otevřená komunikace o chybách a jejich následcích v rámci celé organizace (mezi jednotlivými poskytovateli péče i pacienty samotnými). Žádoucí je změna myšlení sester, kdy nahlášení a přiznání chyby budou chápat jako přínos a poučení a ne jako něco co sníží jejich pověst, pochybení nebudou brát jako vlastní selhání ale jako součást chybně navrženého systému a příležitost k jeho zlepšení. Nutné je hlášení pochybení (všichni musí převzít zodpovědnost za svou práci a případné selhání) za účelem analyzování a učinění preventivních opatření, které brání opakování stejného omylu či chyby. Nezbytné je vytvoření prostředí bez obviňování, identifikování nebezpečných systémů, navržení procesů s takovými charakteristikami, které chyby znemožňují. Dále v takovéto kultuře bezpečí nesmí chybět vyloučení závislosti zaměstnanců na jejich paměti prostřednictvím standardizace péče, seznamů a protokolů (viz příloha 1), kontinuální zjednodušování stávajících procesů a využívání standardních plánů péče.

Výchova a vzdělávání zdravotníků v oblasti zvyšování kvality a v postupech při výskytu mimořádné události je dalším významným krokem v oblasti prevence chyb a omylů stejně jako přerod vztahu mezi zdravotníkem a pacientem z paternalistického na

partnerský, kdy je pacient informován o svém stavu, je vtažen do rozhodování o dalším postupu léčby a vybízen k otázkám. (19, 18)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem této práce bylo identifikovat nejčastější pochybení v práci sester, dále identifikovat nejčastěji udávaný faktor, který se stává příčinou pochybení sester v rámci ošetrovatelské péče a zjistit, do jaké míry se laická veřejnost setkala s pochybením zdravotnických pracovníků.

2.2 Hypotézy

H1 – Sestry se nejčastěji dopouští medikačních chyb.

H2 – Nejčastěji udávaným faktorem, který se stává příčinou pochybení u sester je únava.

H3 – Sestry si myslí, že péče kterou poskytují je bezpečná.

H4 – Laická veřejnost se setkala s pochybením zdravotnických pracovníků.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Pro získání potřebných dat k dané problematice jsem použila kvantitativní výzkum technikou dotazníků. Použila jsem dva druhy dotazníků. Jeden je určen sestřám. Obsahuje 23 otázek. Přičemž první 4 otázky jsou identifikační, dalších 5 otázek je zaměřeno na obecné mínění sester na problematiku pochybení. V prostřední části dotazníku je obsaženo 8 otázek, které mají za úkol zmapovat konkrétní pochybení sestry nebo lékaře. Oblasti prevence pochybení ze strany sester se věnuje poslední okruh osmi otázek.

Druhý dotazník je určen široké veřejnosti. Obsahuje 20 otázek. I zde jsem v úvodu použila 2 identifikační otázky. 2 dotazy jsou zaměřeny na zjištění případných obav laické veřejnosti ze zdravotní péče. Další část položek je určena pouze respondentům, kteří mají zkušenost s pobytem ve zdravotnickém zařízení a zjišťují, s jakými preventivními opatřeními proti pochybení v rámci ošetrovatelské péče se pacienti setkali. Následující otázky jsou zaměřeny na analýzu konkrétního typu pochybení, které respondenti uvedli.

V obou dotaznících jsem využívala otevřené a polootevřené otázky, u některých bylo možno označit více odpovědí. Rovněž jsem v každém dotazníku použila tzv. filtrační otázky, proto chci upozornit, že v každé popisce grafu je uveden počet respondentů.

Na závěr jsem v každém z dotazníků zařadila společnou položku, týkající se názoru všech respondentů, která opatření by vedla k minimalizaci pochybení v ošetrovatelské praxi. Tuto otázku jsem vyhodnotila aritmetickým průměrem, neboť respondenti přiřazovali čísla od 1 do 9 podle důležitosti jednotlivým nabízeným položkám.

Získaná data jsem uložila a vyhodnotila graficky v programu Microsoft Excel. Pro lepší názornost jsem u poslední položky zvolila tabulku.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

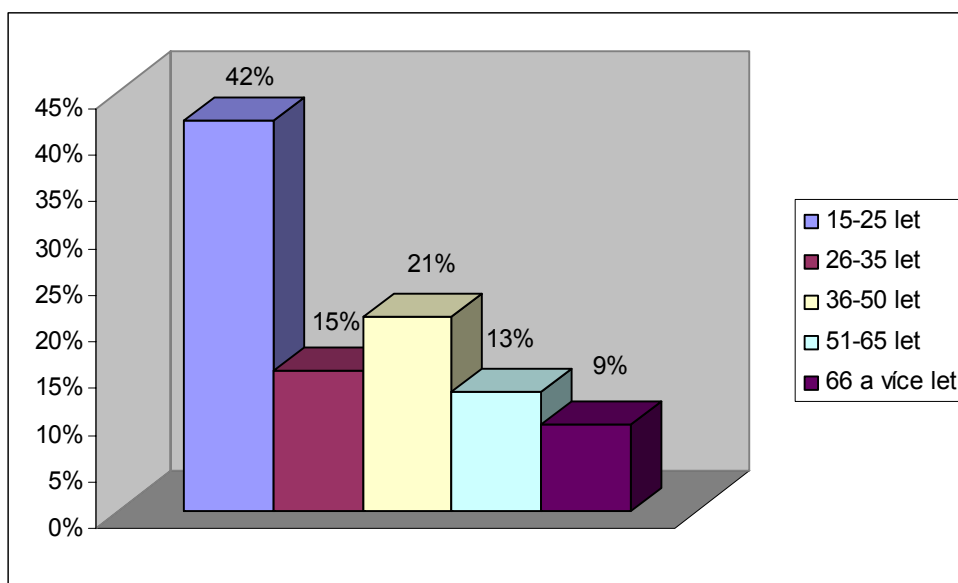
Jeden výzkumný soubor je tvořen sestrami z řad posluchačů dálkového studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Bylo jim poskytnuto celkem 80 dotazníků. Návratnost činila 84 %, tj. správně vyplnilo dotazník 67 sester. Druhým výzkumným vzorkem jsou náhodně vybraní respondenti laické veřejnosti z oblasti jihočeského kraje. Těm bylo rozdáno 100 dotazníků. V tomto případě správně vyplnilo dotazník 86 respondentů. 11 dotazníků se nevrátilo vůbec a 3 musely být pro neúplnost vyřazeny. Návratnost tedy činila 86 %. Sběr dat k této práci probíhal v 03-04/2007.

4. Výsledky

4.1 Dotazník pro širokou veřejnost

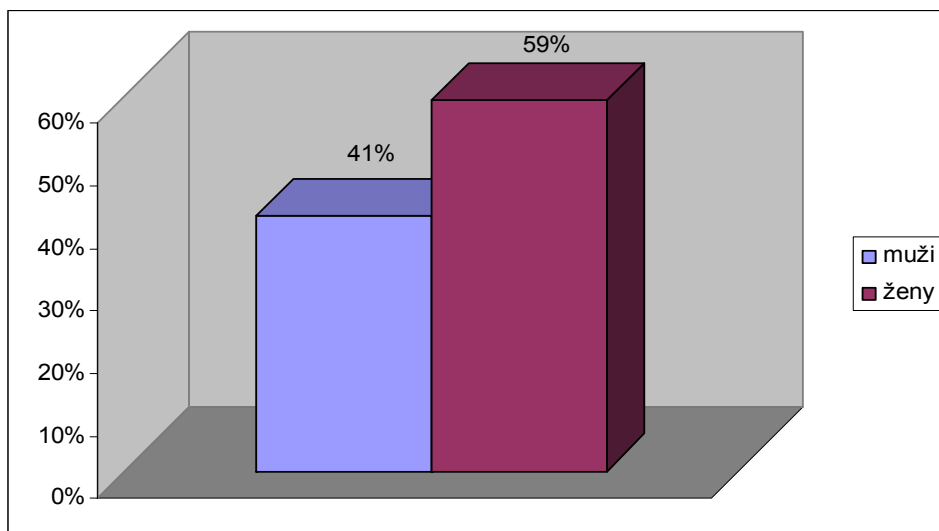
V grafech 1 – 21 jsou uvedeny informace získané z vyplněných dotazníků pro širokou veřejnost.

Graf 1 – Věk respondentů



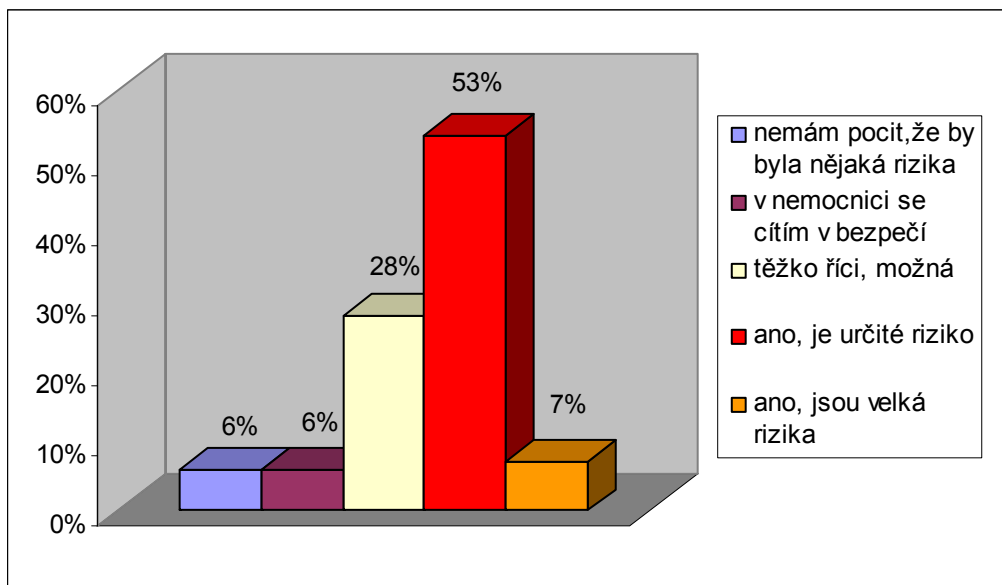
Z 86 (100%) respondentů, 36 (42%) dotázaných bylo ve věku 15-25 let, v rozmezí 26-35 let bylo 13 (15%) respondentů, 18 (21%) dotázaných tvoří věkovou skupinu 36-50 let, ve věkovém rozmezí 51-65 let odpovědělo 11 (13%) lidí a 8 (9%) respondentů je ve věku nad 66 let.

Graf 2 – Podíl pohlaví respondentů



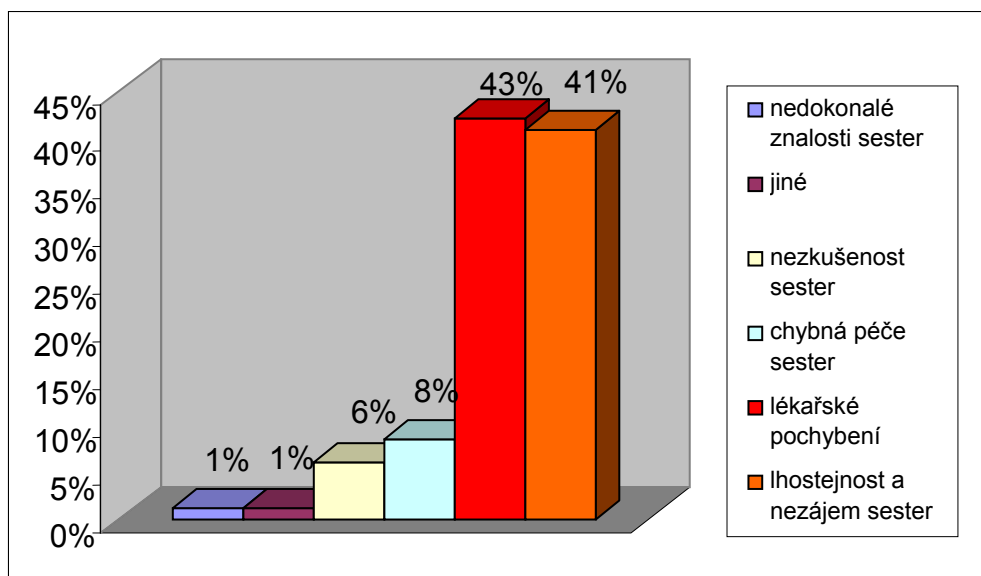
Z 86 (100%) respondentů, tvořili muži 35 (41%) respondentů a žen odpovídalo 51 tedy 59 %.

Graf 3 – Názor respondentů na možná rizika hospitalizace



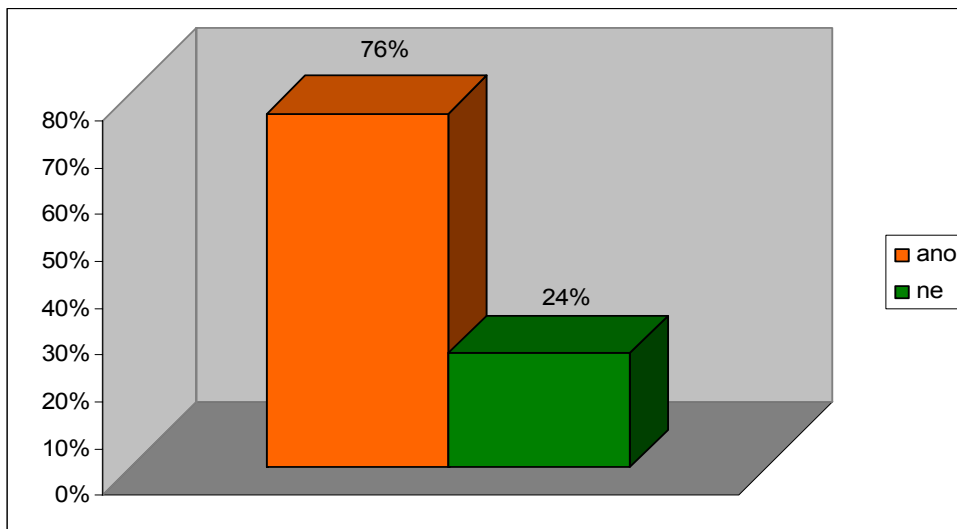
Z 86 (100%) respondentů, 5 (6%) lidí si nemyslí, že by v nemocnici byla i jiná rizika, která nevyplývají přímo z jejich onemocnění, dalších 5 (6%) se v nemocnici cítí bezpečněji než kdekoli jinde, 24 (28%) dotázaných si v tomto není jistých, určité riziko si připouští 46 (53%) respondentů a velká rizika při hospitalizaci vidí 6 (7%) dotázaných.

Graf 4 – Největší obavy široké veřejnosti ze zdravotní péče



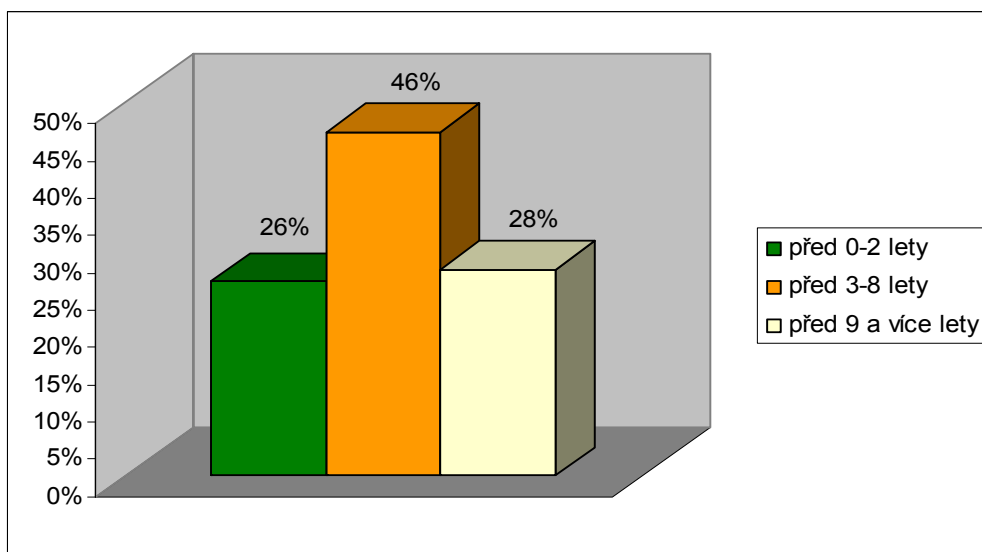
Z 86 (100%) respondentů, 1 (1%) dotázaný má největší obavy z nedokonalých znalostí sester, 1 (1%) označil položku jiné, 5 (6%) lidí se obává nezkušenosti sester, 7 (8%) odpovědělo, že má největší strach z chybné péče sester, 35 (43%) dotázaných se obává lékařského pochybení a z lhostejnosti a nezájmu sester o pacienty má strach 34 (41%) respondentů.

Graf 5 – Podíl respondentů, kteří byli hospitalizováni



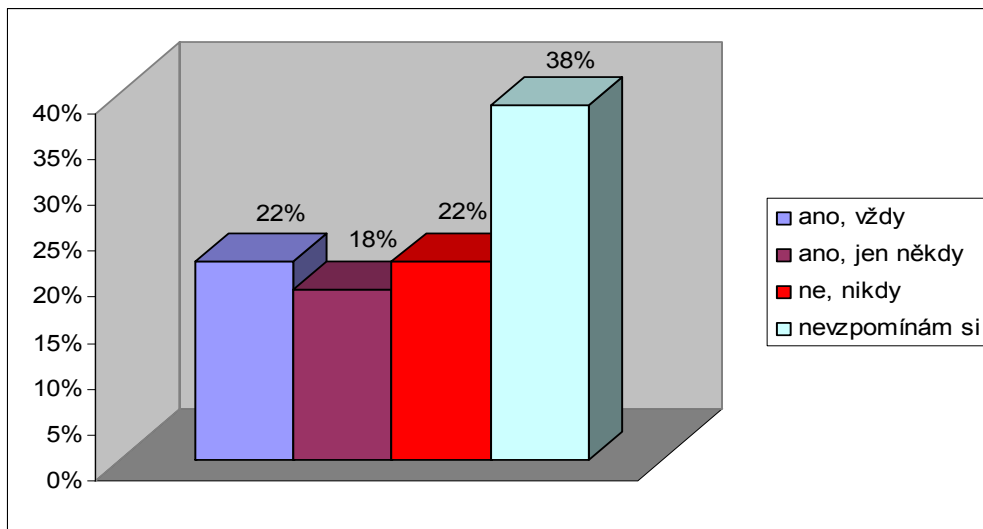
Z 86 (100%) respondentů, 65 (76%) má zkušenost s pobytem v nemocnici a zbylých 21 (24%) dotázaných odpovědělo, že nikdy hospitalizováni nebyli.

Graf 6 – Doba hospitalizace respondentů



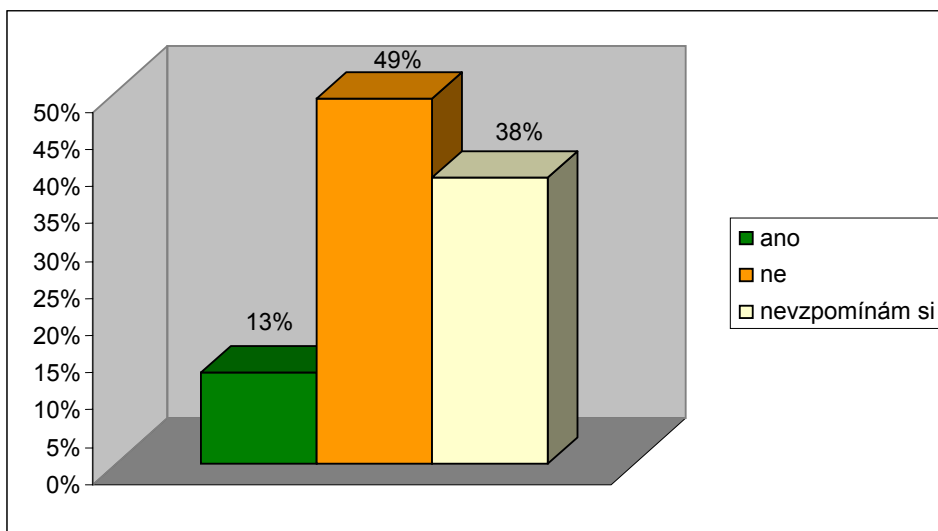
Z 86 (100%) respondentů, 17 (26%) respondentů bylo hospitalizováno před 0-2 roky, před 3-8 lety hospitalizaci prodělalo 32 (46%) respondentů a 25 (28%) dotázaných bylo hospitalizováno více než před 9 lety.

Graf 7 – Ověřování jména zdravotnickým personálem



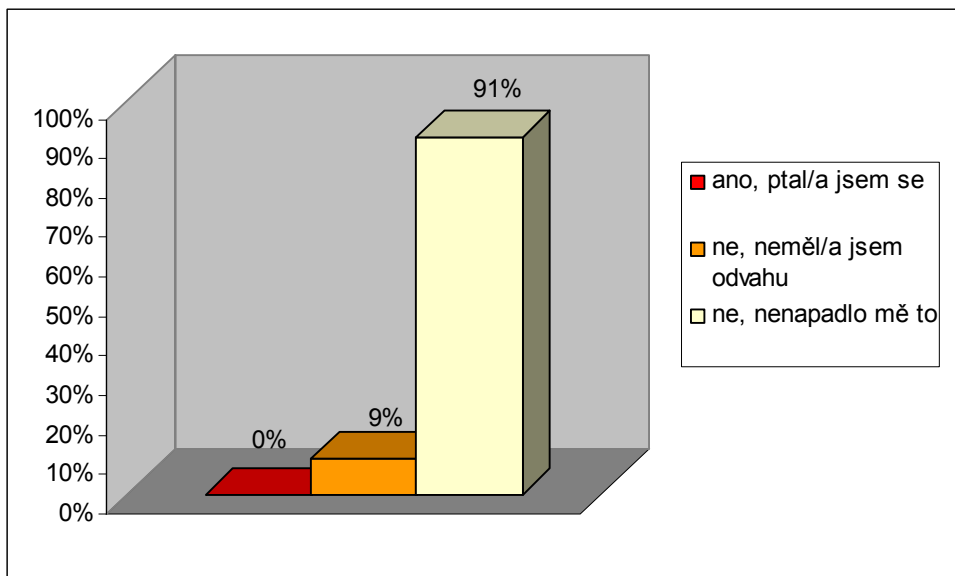
Z 86 (100%) respondentů 25 (38%) si nevzpomíná, zda si personál ověřoval jejich jméno před každým zákrokem či procedurou, možnost „ano, vždy“ označilo 14 (22%) respondentů, „ne, nikdy“ zvolilo stejný počet dotázaných, tedy 14 (22%), možnost „ano, jen někdy“ označilo 12 (18%) hospitalizovaných lidí.

Graf 8 – Žádost o označení místa zákroku



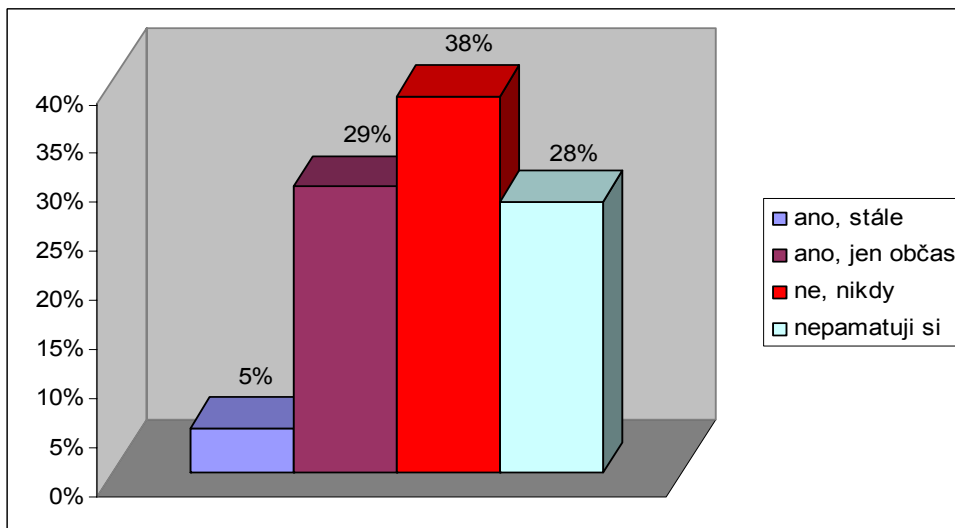
Z 86 (100%) respondentů 8 (13%) bylo požádáno, aby v případě chirurgického zákroku označily místo zákroku, 32 (49%) lidí odpovědělo, že požádání nebyli a zbylých 25 (38%) dotázaných si na to nevzpomíná.

Graf 9 – Dotaz pacienta na mytí rukou sestry



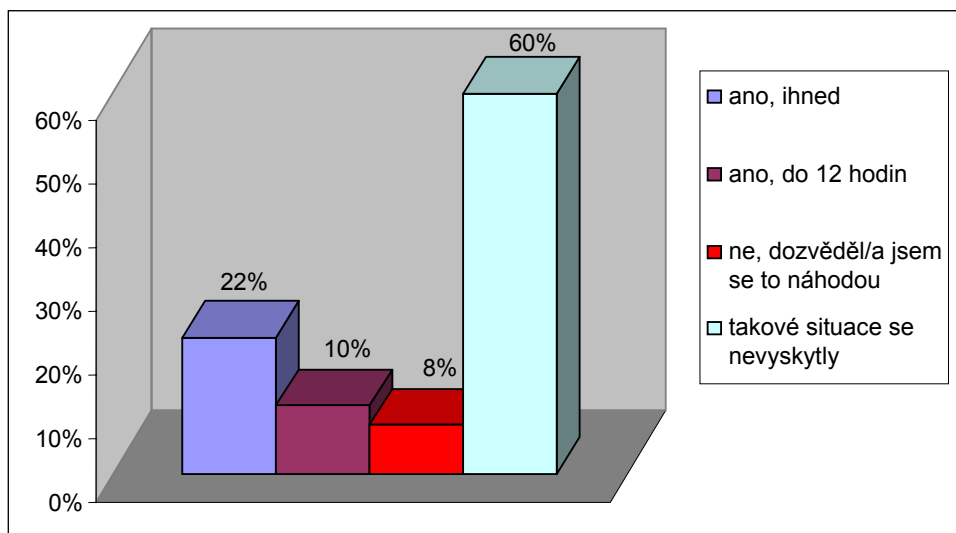
Z 65 (100%) hospitalizovaných respondentů, 59 (91%) označilo, že je nenapadlo se sestry zeptat zda si umyly ruce před výkonem, 6 (9%) odpovědělo, že neměli odvahu se zeptat a nikdo (0%) neoznačil možnost „ano, ptal/a jsem se“.

Graf 10 – Byli pacienti vyzýváni ke kladení otázek ze strany sester?



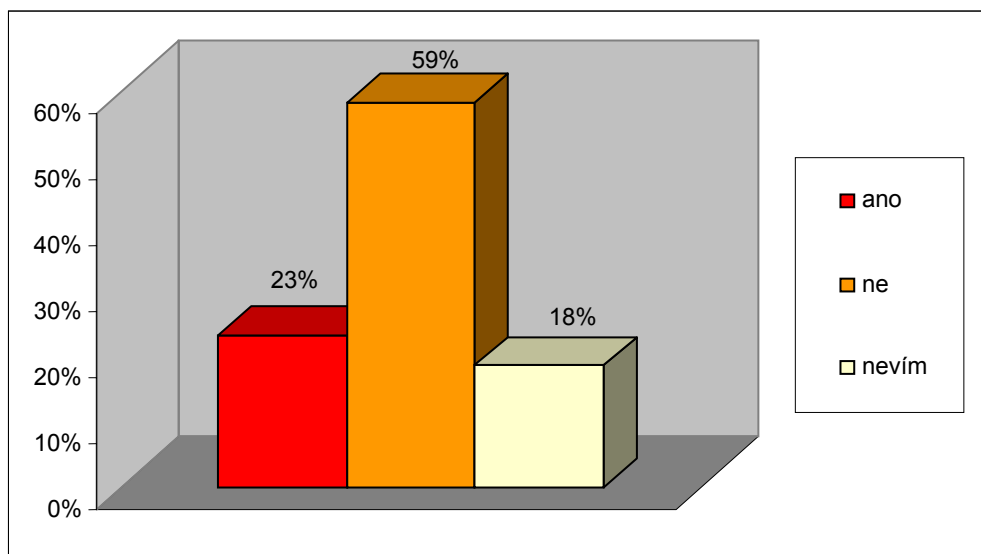
Z 65 (100%) hospitalizovaných respondentů, 3 (5%) lidé odpověděli, že byli stále sestrami vyzýváni ke kladení otázek, 19 (29%) odpovědělo, že ano, ale jen občas. Možnost „nikdy“ označilo 25 (38%) respondentů a 18 (28%) dotázaných si na to nepamatuje.

Graf 11 - Informovanost pacientů o neočekávaných situacích během hospitalizace



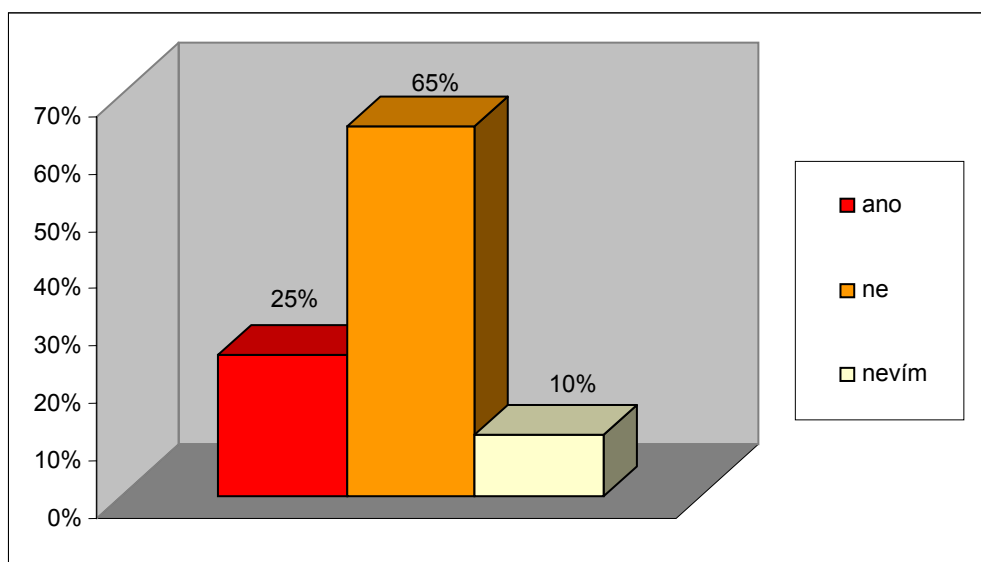
Z 65 (100%) hospitalizovaných respondentů, 14 (22%) dotázaných označilo, že byli informováni ihned o neočekávané situaci, která se vyskytla během jejich pobytu v nemocnici, 7 (10%) pacientů bylo informováno do 12 hodin od události, 5 (8%) respondentů se to dozvědělo náhodou a 39 (60%) lidí označilo možnost „takové situace se nevyskytly“.

Graf 12 – Pochybení lékaře



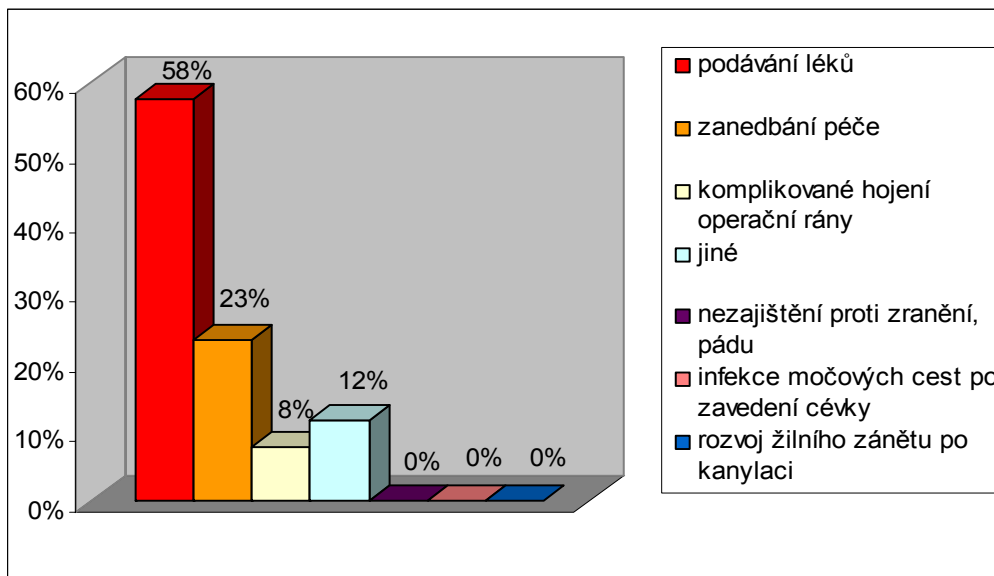
Z 65 (100%) hospitalizovaných respondentů, 15 (23%) respondentů se setkala s pochybením lékaře, 38 (59%) hospitalizovaných lidí se s pochybením lékaře neseťkalo a 12 (18%) označilo možnost „nevím“.

Graf 13 – Pochybení sester



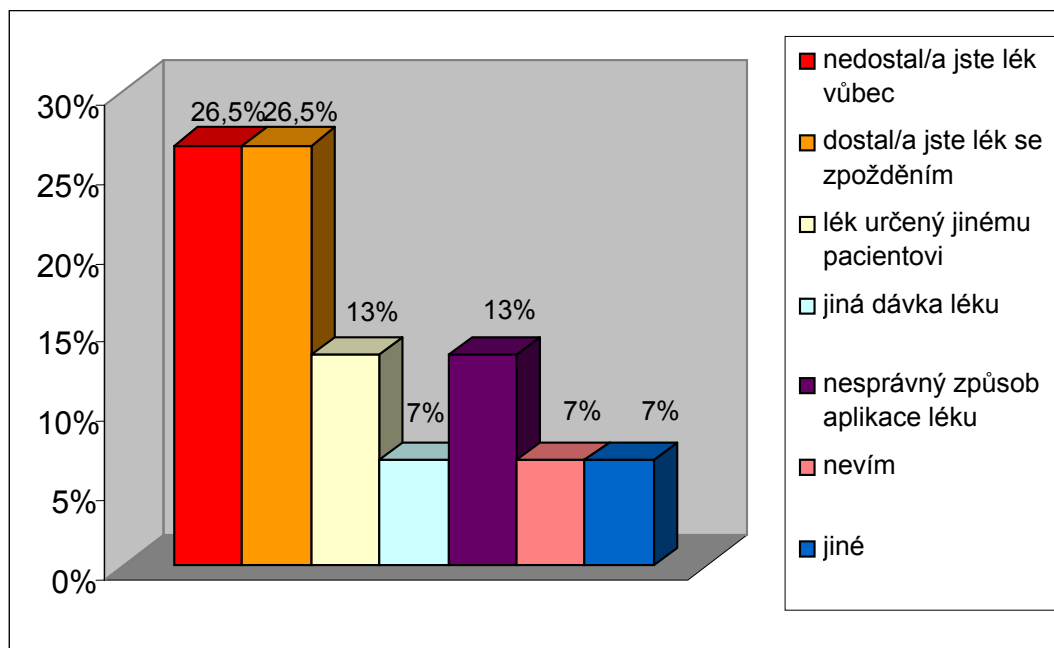
Z 65 (100%) hospitalizovaných respondentů, 16 (25%) hospitalizovaných lidí má zkušenost s pochybením sestry, 42 (65%) respondentů se s pochybením ze strany sester neseťkalo a 7 (10%) dotázaných označilo variantu „nevím“.

Graf 14 – Druh mimořádné události - široká veřejnost



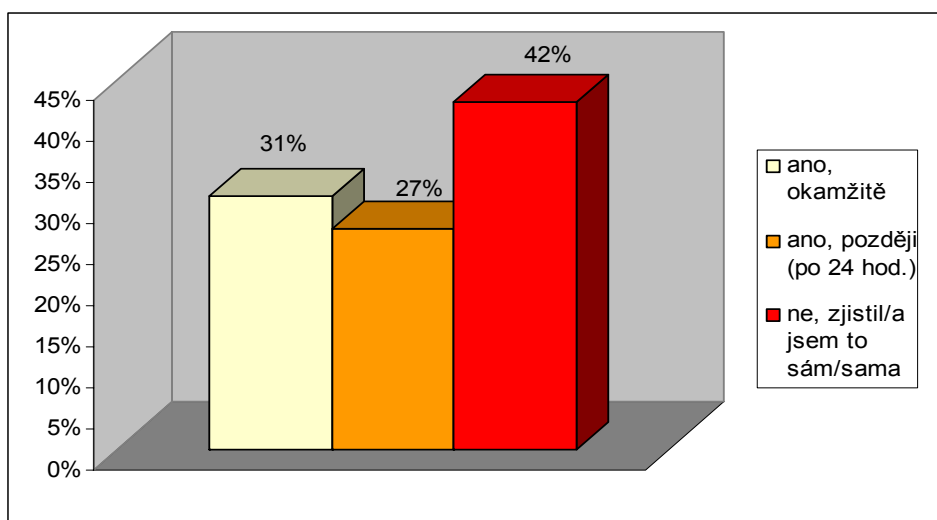
Z 26 (100%) respondentů, 15 (58%) se setkali s pochybením, které se týkalo podávání léků, 6 (23%) respondentů má zkušenost se zanedbáním péče, u 2 (8%) respondentů došlo v důsledku pochybení ke komplikovanému hojení operační rány, 3 (12%) dotázaných označilo možnost „jiné“, ostatní možnosti nikdo neoznačil.

Graf 15 – Druh medikačního pochybení – široká veřejnost



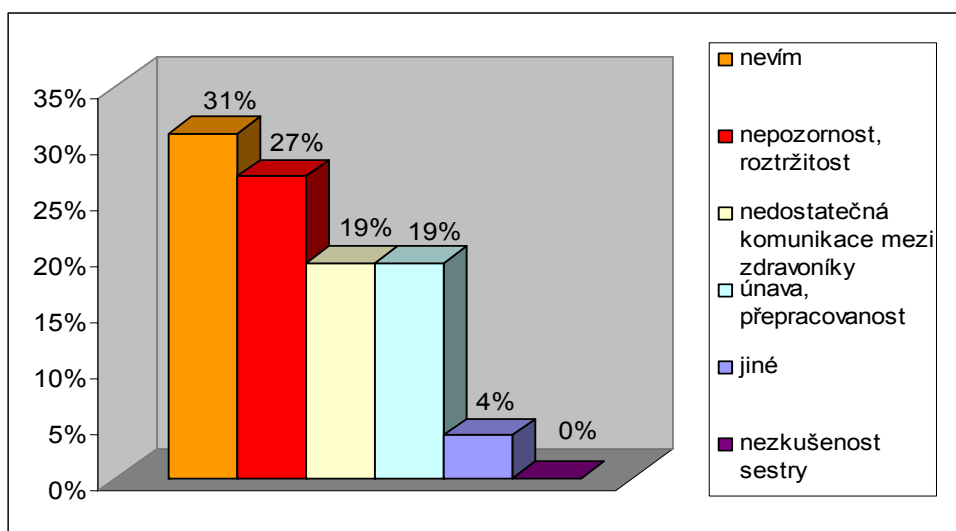
U 15 (100%) hospitalizovaných respondentů došlo k medikačnímu pochybení. Vůbec lék nedostali 4 (26,5%) respondenti, stejný počet lidí dostalo lék se zpožděním, lék určený jinému pacientovi dostali 2 (13%) dotázaní, jinou dávku léku udává 1 (7%) člověk, nesprávný způsob aplikace léku udávají 2 (13%) dotázaní a možnost „nevím“ a „jiné“ zvolilo shodný počet respondentů 1 (7%).

Graf 16 – Informovanost pacientů o pochybení



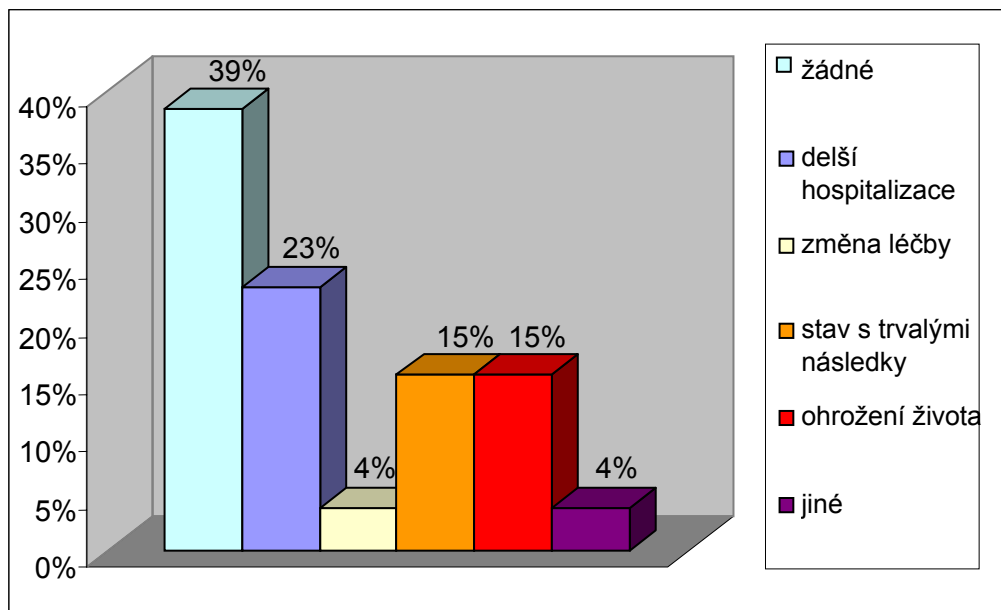
Z 26 (100%) respondentů, který se během hospitalizace setkali s pochybením. Celých 11 (42%) respondentů nebylo informováno o pochybení vůbec, okamžitě bylo informováno 8 (31%) poškozených a 7 (27%) dotázaných bylo informováno, ale až po 24 hodinách.

Graf 17 – Příčina pochybení dle názoru široké veřejnosti



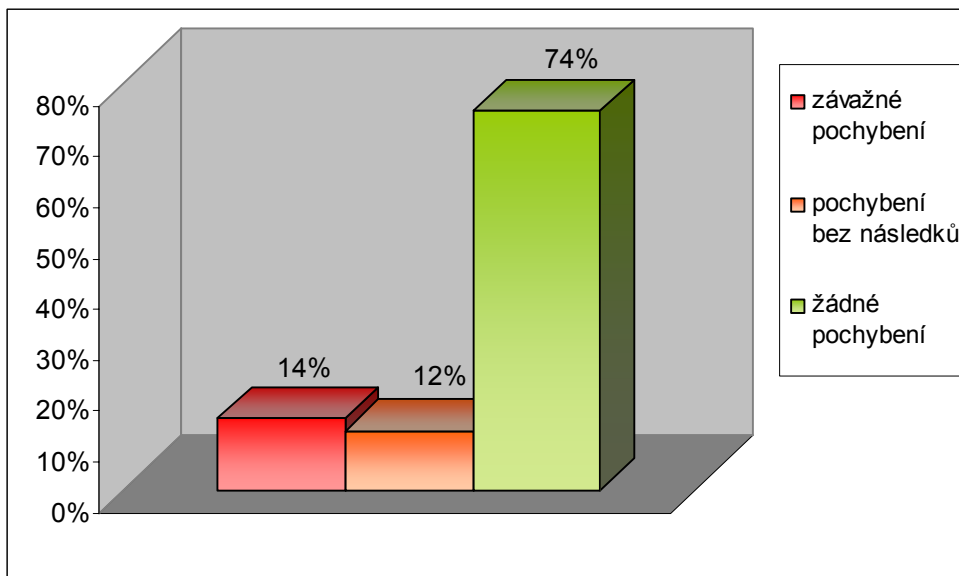
Z 26 (100%) respondentů, kteří se během hospitalizace setkali s pochybením. 8 (31%) dotázaných tuto skutečnost neví, podle 7 (27%) poškozených bylo příčinou pochybení nepozornost a roztržitost sestry, nedostatečnou komunikaci a únavu uvádí shodně 5 (19%) respondentů, 1 (4%) označil variantu „jiné“, „nezkušenost sestry“ neoznačil žádný respondent.

Graf 18 – Následky pochybení na zdravotní stav pacientů



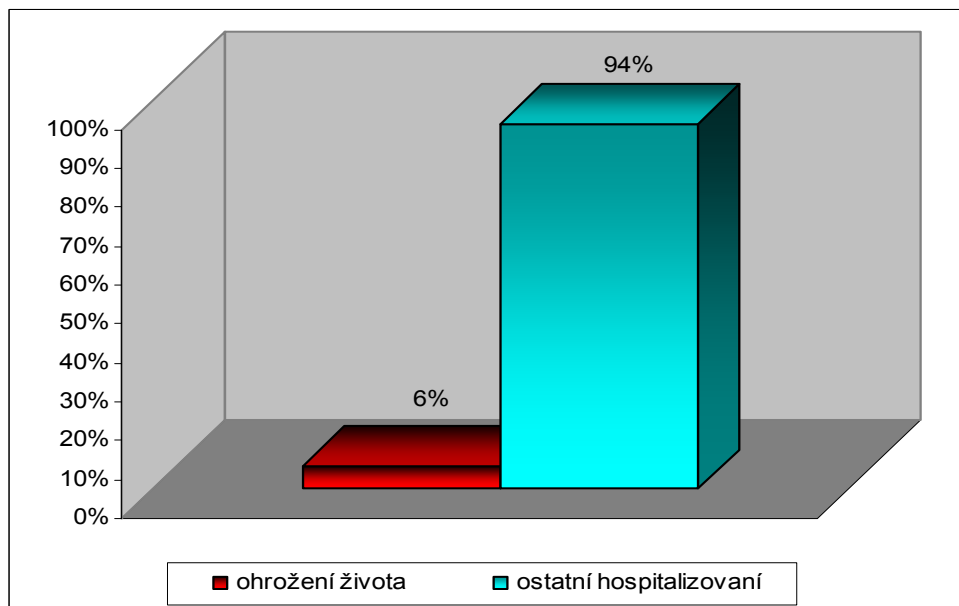
Z 26 (100%) respondentů, kteří se během hospitalizace setkali s pochybením. 12 (39%) dotázaných uvedlo, že pochybení nemělo žádné následky na jejich zdravotní stav, pro 7 (23%) znamenalo pochybení delší hospitalizaci, změnu léčby musel podstoupit 1 (4%) člověk, shodný počet po 5 (15%) respondentech označil stav s trvalými následky a ohrožení života a 1 (4%) člověk zvolil možnost „jiné“

Graf 19 – Závažná pochybení ve srovnání se všemi respondenty



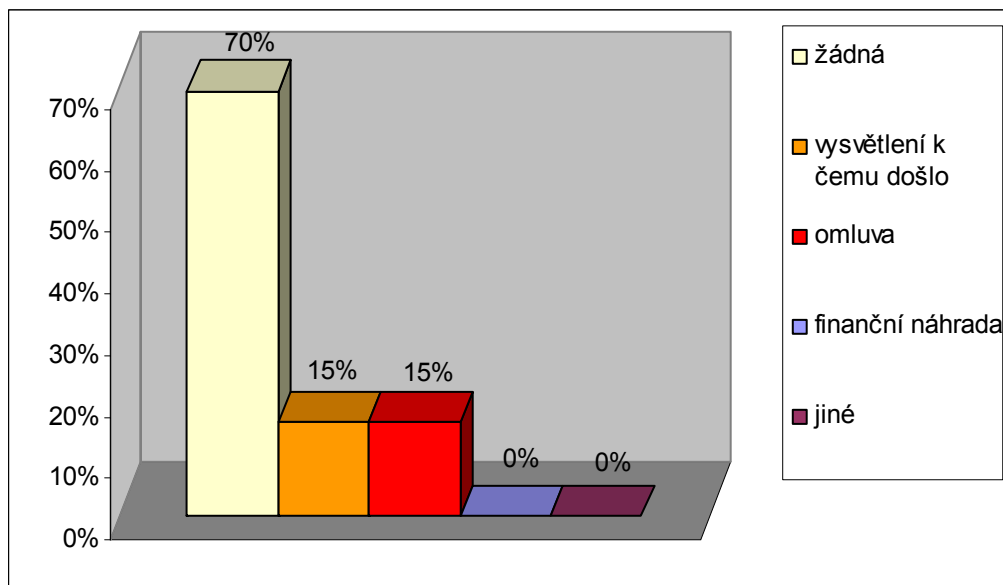
Z 86 (100%) respondentů. 12 (14 %) respondentů se setkala se závažným pochybením zdravotníků, s pochybením bez následků má zkušenost 10 (12 %) respondentů, 64 (74 %) dotázaných se neseťkalo s pochybením zdravotníků.

Graf 20 – Ohrožení života v důsledku pochybení



Z 65 (100%) hospitalizovaných byli 4 respondenti (6%) ohroženi na životě v důsledku pochybení. 61 (94%) respondentů nebylo při pobytu ve zdravotnickém zařízení ohroženo a životě následkem pochybení.

Graf 21 – Forma kompenzace ze strany zdravotnického zařízení

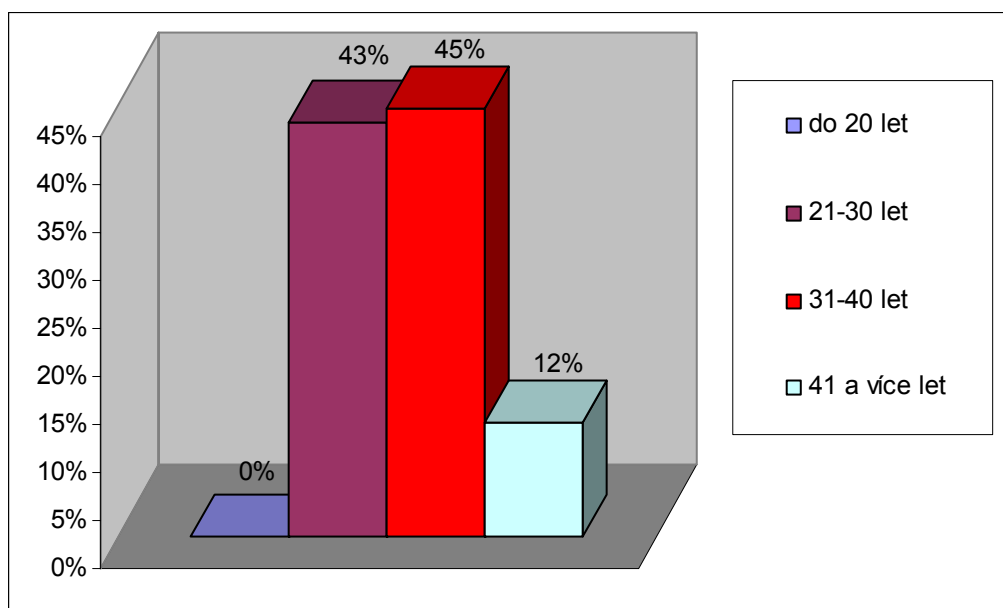


Z 26 (100%) respondentů, kteří se během hospitalizace setkali s pochybením. Žádnou formu kompenzace nedostalo 18 (70%) poškozených, vysvětlení incidentu se dostalo 4 (15%) dotázaným, omluva a ujištění, že nedojde k opakování stejné chyby označili také 4 (15%) respondenti, finanční náhradu a jinou formu kompenzace ne zvolil nikdo.

4.2 Dotazník pro sestry

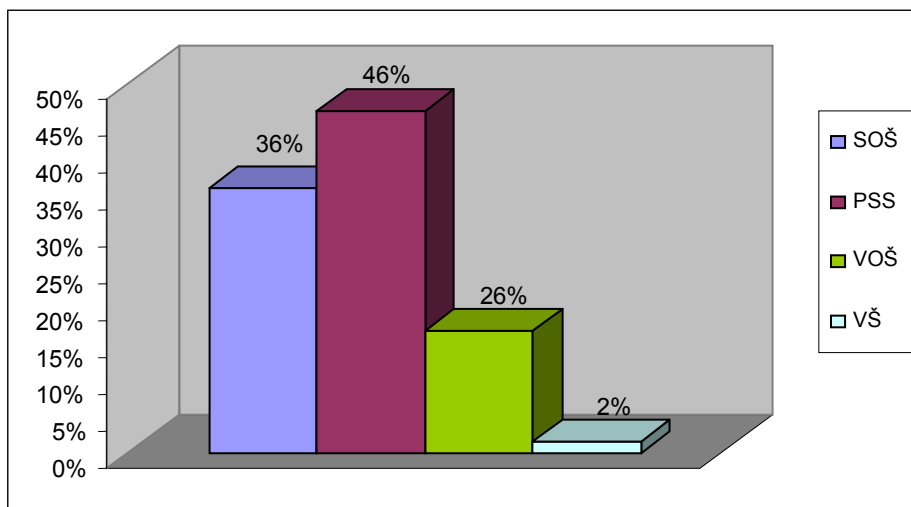
V grafech 22 – 46 jsou uvedeny informace získané z vyplněných dotazníků pro sestry.

Graf 22 – Věkové rozložení sester



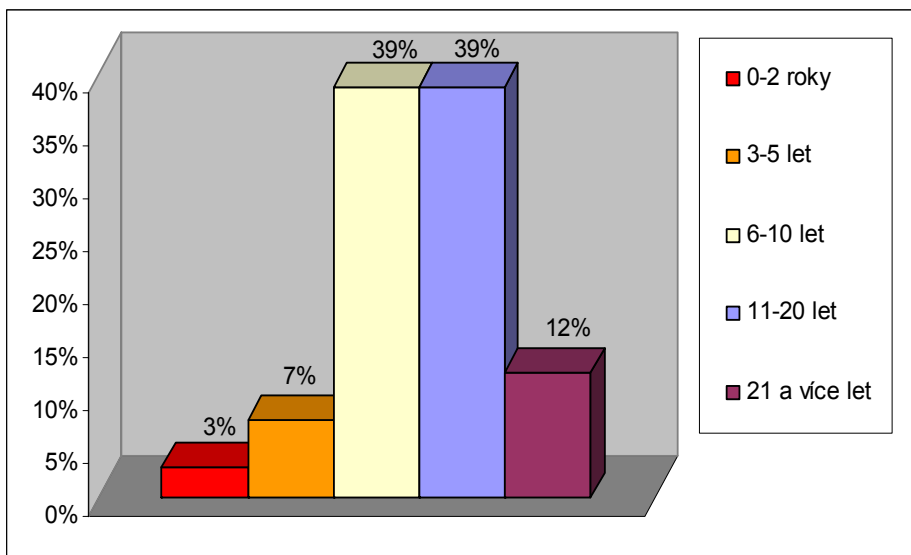
Z 67 (100%) sester. 29 (43%) sester je ve věkovém rozmezí 21-30 let, 31-40 let je 30 (45%) dotazovaných sester, nad 41 let věku odpovídalo 8 (12%) sester, ve věku do 20 let neodpovídala žádná sestra.

Graf 23 – Nejvyšší dosažený stupeň vzdělání sester



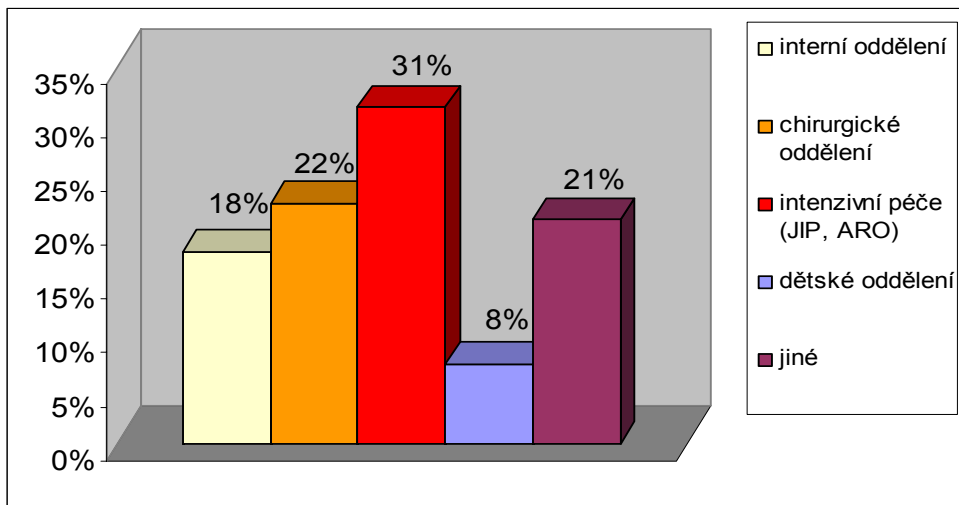
Z 67 (100%) sester. 24 (36%) dotázaných sester vystudovalo SOŠ, 31 (46%) sester má pomaturitní specializační studium, 11 (16%) sester studovalo VOŠ a VŠ studovala 1 (2%) sestra.

Graf 24 – Délka praxe sester



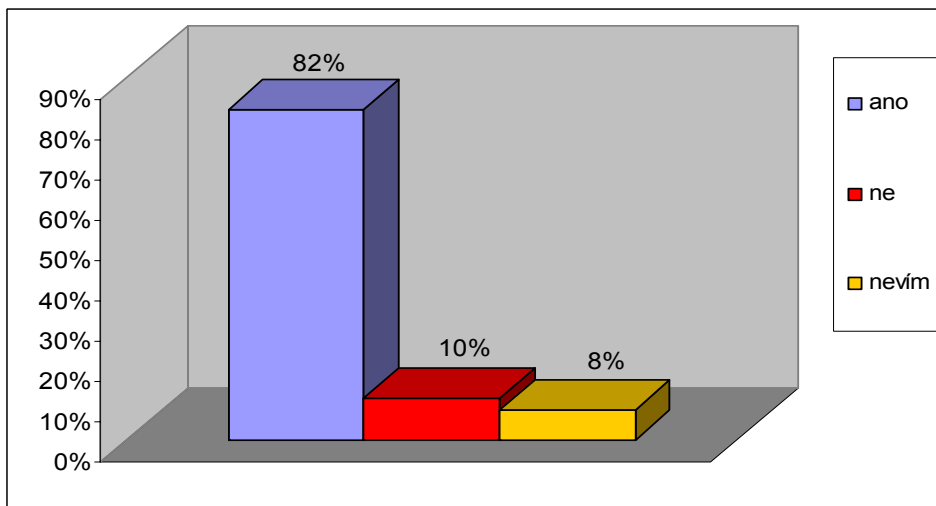
Z 67 (100%) sester. 2 (3%) sestry označily, že délka jejich praxe nepřesahuje 2 roky, 3-5 let délky praxe označilo 5 (7%) sester, variantu 6-10 a 11-20 let praxe označilo shodný počet sester 26 (39%) a přes 21 let praxe má 8 (12%) dotázaných sester.

Graf 25 – Místo výkonu povolání sester



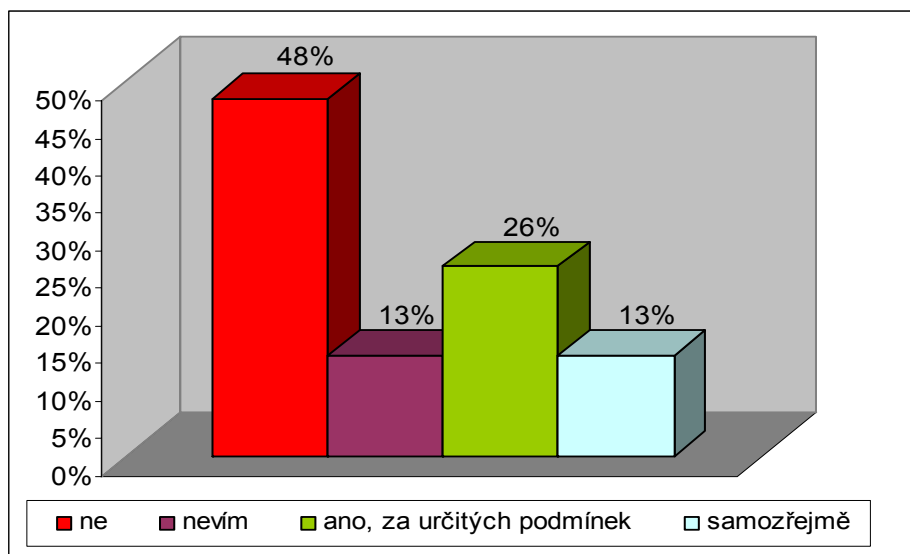
12 (18%) sester pracuje na interním oddělení, 15 (22%) na chirurgickém oddělení, na oddělení intenzivní medicíny pracuje 21 (31%) sester, dětské oddělení označilo 5 (8%) sester a na jiném pracovišti je zaměstnáno 14 (21%) dotázaných sester.

Graf 26 – Názor na bezpečnost poskytované péče



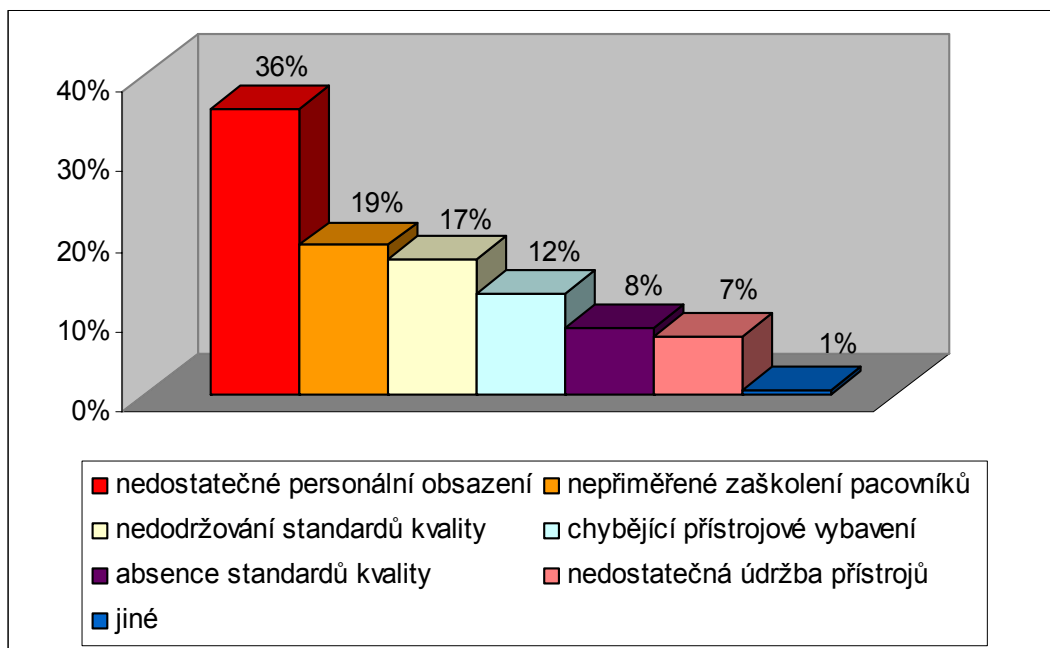
Z 67 (100%) sester. 55 (82%) sester si myslí, že péče, kterou poskytují je bezpečná, 7 (10%) sester označilo, že bezpečnou péči neposkytují a „nevím“ zvolilo 5 (8%) sester.

Graf 27 – Bezchybnost ošetrovateľskej péče



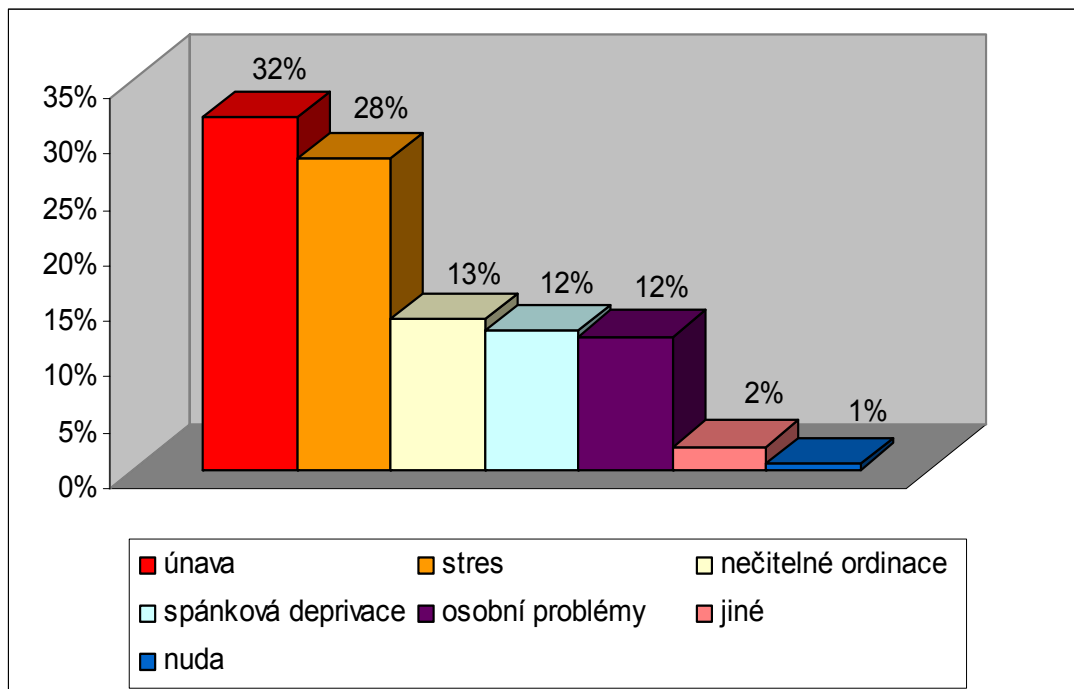
Z 67 (100%) sester. 32 (48%) sester si myslí, že nelze vykonávat ošetrovateľskou péči, aniž by došlo k občasnému pochybení, 9 (13%) sester to nedokáže posoudit, 17 (26%) si myslí, že to lze, ale za určitých podmínek, 9 (13%) sester vidí bezchybnou péči jako samozřejmost.

Graf 28A – Příčiny pochybení dle názoru sester – organizační nedostatky



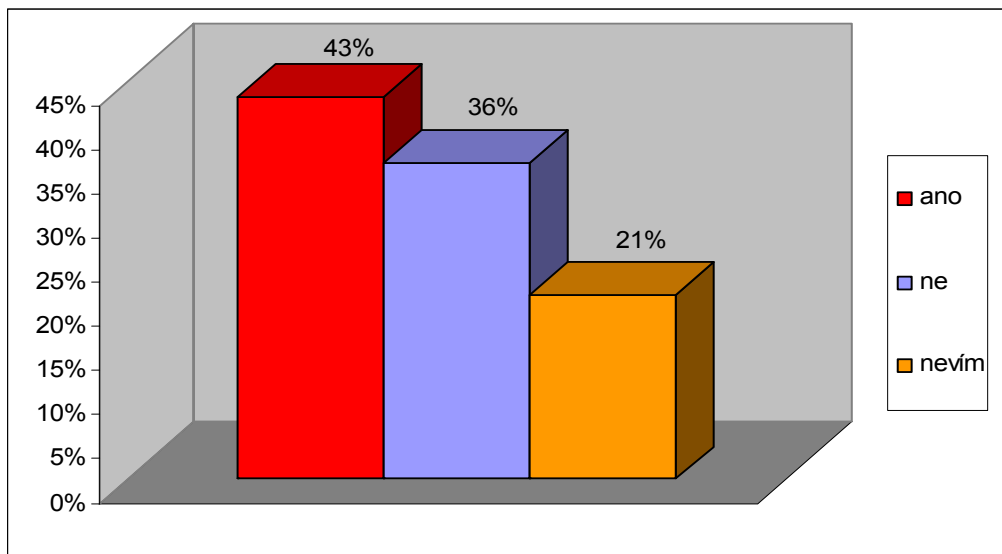
Zde byla možnost označit více odpovědí, celkový počet odpovědí je 166 (100 %). Z toho 59 odpovědí (36%) se týkalo nedostatečného personálního obsazení, nepřiměřené zaškolení pracovníků ve zdravotnictví bylo označeno 31krát (19%), 28 odpovědí (17%) se týkalo nedodržování standardů kvality. 21 odpovědí (12%) se týkalo chybějícího přístrojového vybavení, na dalším místě je podle 14 odpovědí (8%) absence standardů kvality v organizaci, 12 odpovědí (7%) padlo na možnost „nedostatečná údržba přístrojů“ a jiný organizační nedostatek byl označen 1 (1%).

Graf 28B - Příčiny pochybení dle názoru sester – lidský faktor



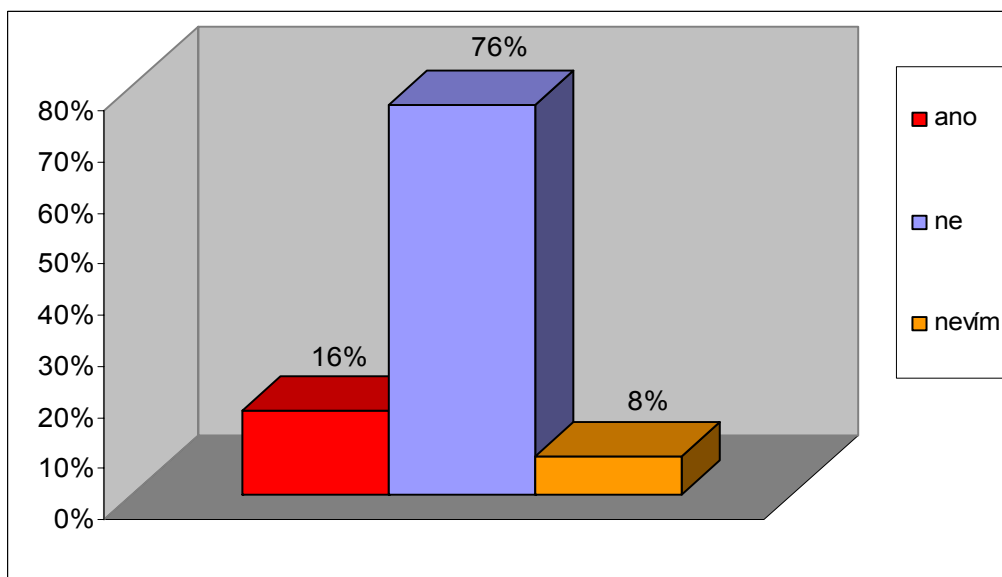
Zde byla možnost označit více odpovědí, celkový počet odpovědí je 193 (100 %). Z toho 61 odpovědí (32%) se týká únavy jako nejčastější příčina pochybení, dále 54krát (28%) byl označen stres, „nečitelné ordinace“ byl zvolen 26krát (13%), dále 24 odpovědí (12%) padlo na spánkovou deprivaci, 23 odpovědí (12%) se týkalo osobních problémů, jiná příčina pochybení byla zvolena 4krát (2%) a nuda označena pouze jednou (1%).

Graf 29 – Výskyt „téměř pochybení“ u sester



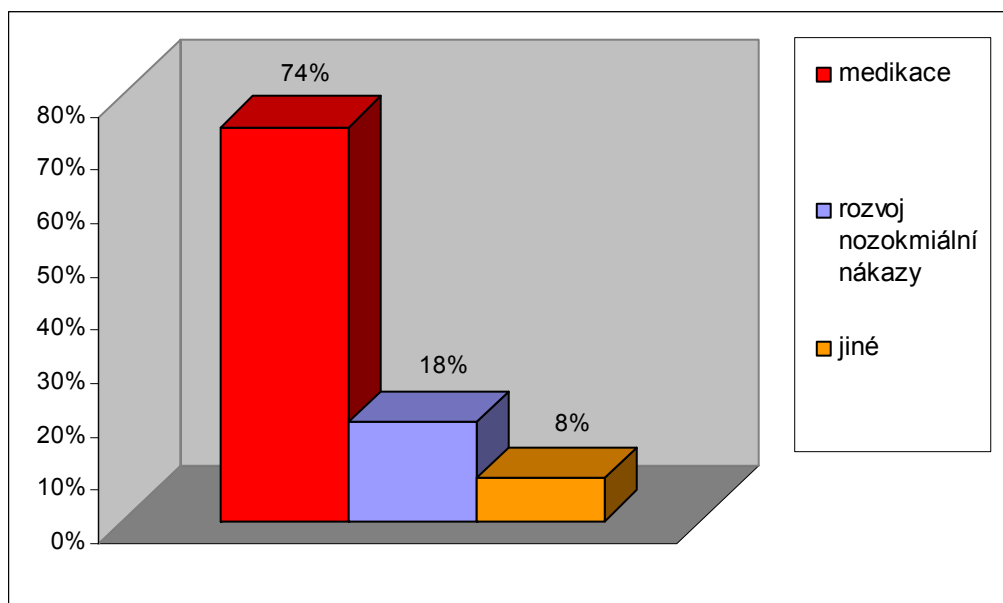
Z 67 (100%) sester. Na poslední chvíli zabránilo poškození zdraví pacienta vlivem pochybení 29 (43%) sester, 24 (36%) sester se nedopustilo tzv. „téměř pochybení“ a 14 (21%) dotázaných sester zvolilo variantu „nevím“.

Graf 30 – Výskyt pochybení, která vedla ke zhoršení zdravotního stavu pacienta



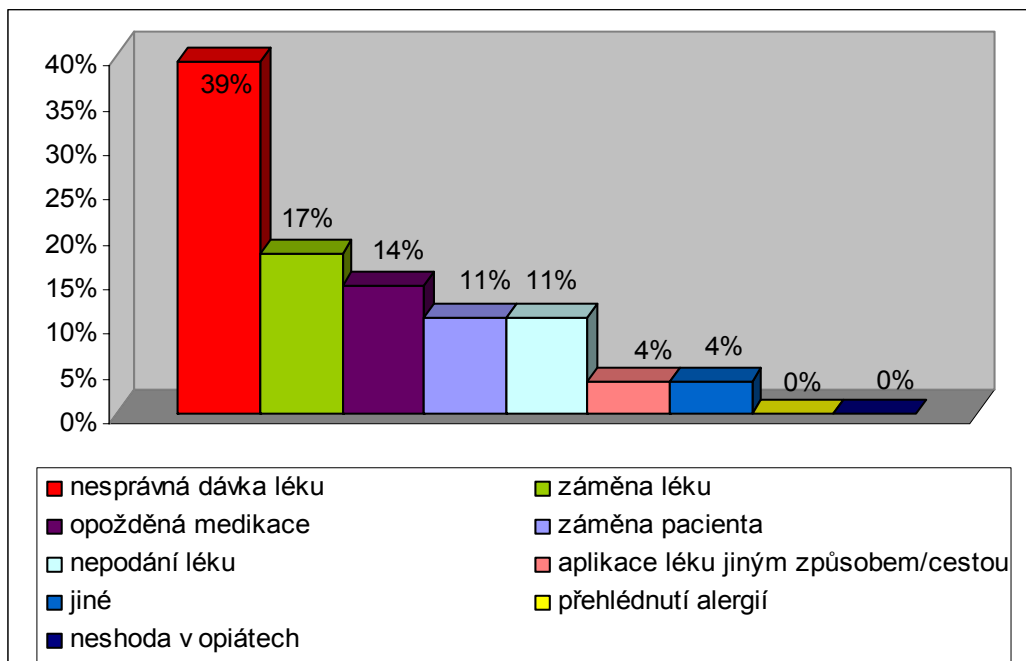
Z 67 (100%) sester. Zhoršení zdravotního stavu pacienta vlivem pochybení přiznalo 11 (16%) sester, dalších 51 (76%) označilo možnost „ne“ a 5 (8%) sester si na to nevzpomíná.

Graf 31 – Druh pochybení sestry



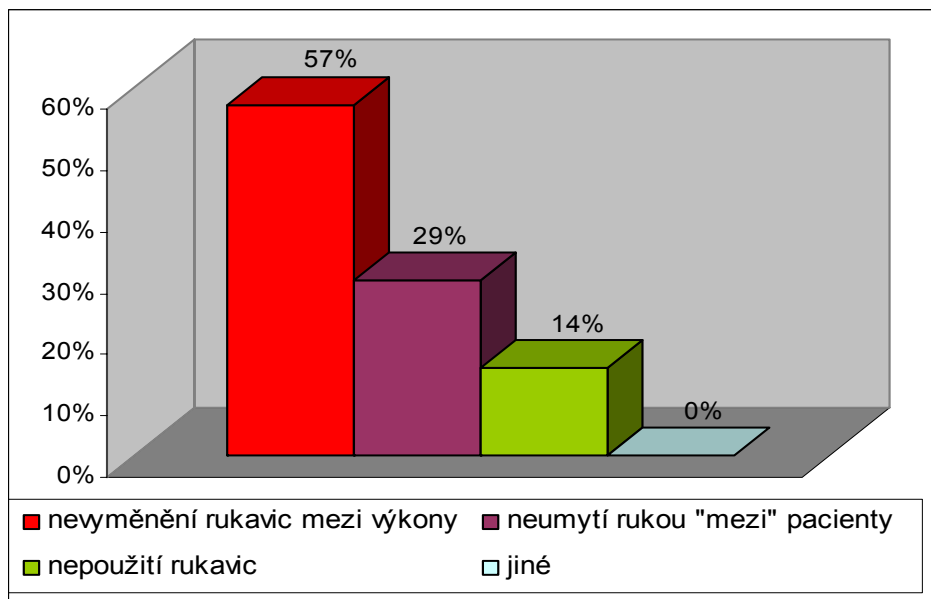
Z 38 sester (100%), které se dopustily pochybení. 28 (74%) sester označilo medikační pochybení, nedodržení zásad asepsy s následným rozvojem nozokmiální nákazy se dopustilo 7 (18%) sester a jiné pochybení zvolily 3 (8%) sestry.

Graf 32 – Nejčastější druh medikačního pochybení



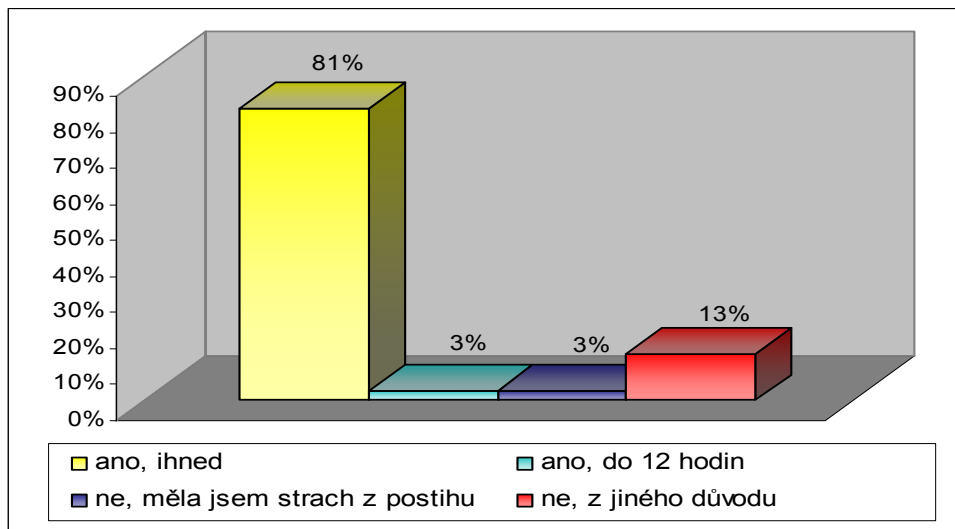
Medikačního pochybení se dopustilo 28 (100%). Nesprávnou dávku léku aplikovalo 11 (39%) sester, 5 (17%) sester zaměnilo lék, lék se s zpožděním aplikovaly 4 (14%) sestry, nesprávnému pacientovi aplikovaly lék 3 (11%) sestry, lék nepodaly vůbec také 3 (11%) sestry, podání léku jiným způsobem/cestou se dopustila 1 (3%) sestra, možnost „jiné“ označila také 1 (3%) sestra, „přehlédnutí alergií“ a „neshodu v opiátech“ ne zvolila žádná sestra.

Graf 33 – Způsob přenosu nozokomiální nákazy



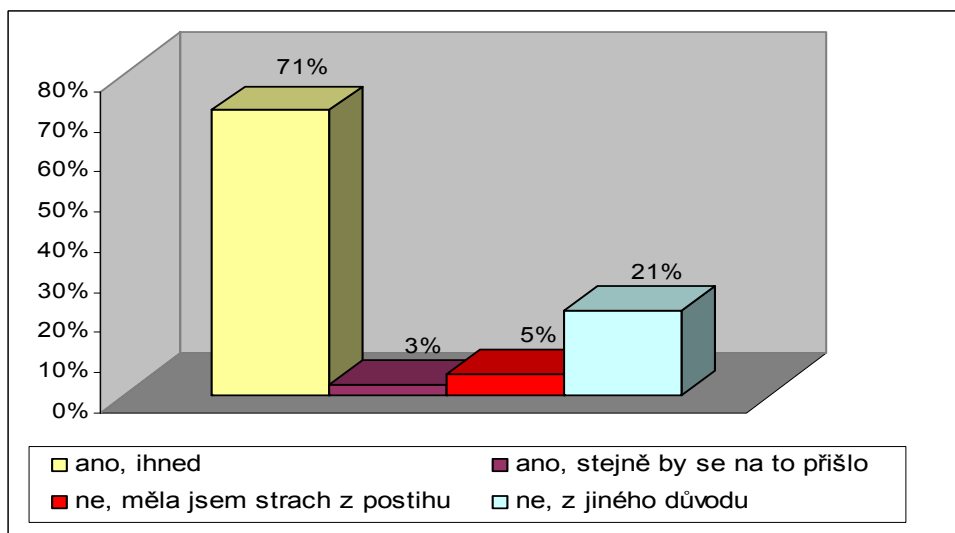
7 (100%) sester porušilo dodržení aseptických postupů. 4 (57%) sestry si nevyměnily rukavice mezi jednotlivými výkony, 2 (29%) sestry si neumyly ruce „mezi“ pacienty, 1 (14%) nepoužila rukavice a jinou možnost nikdo neoznačil.

Graf 34 – Hlášení pochybení přímé/mu nadřízené/mu



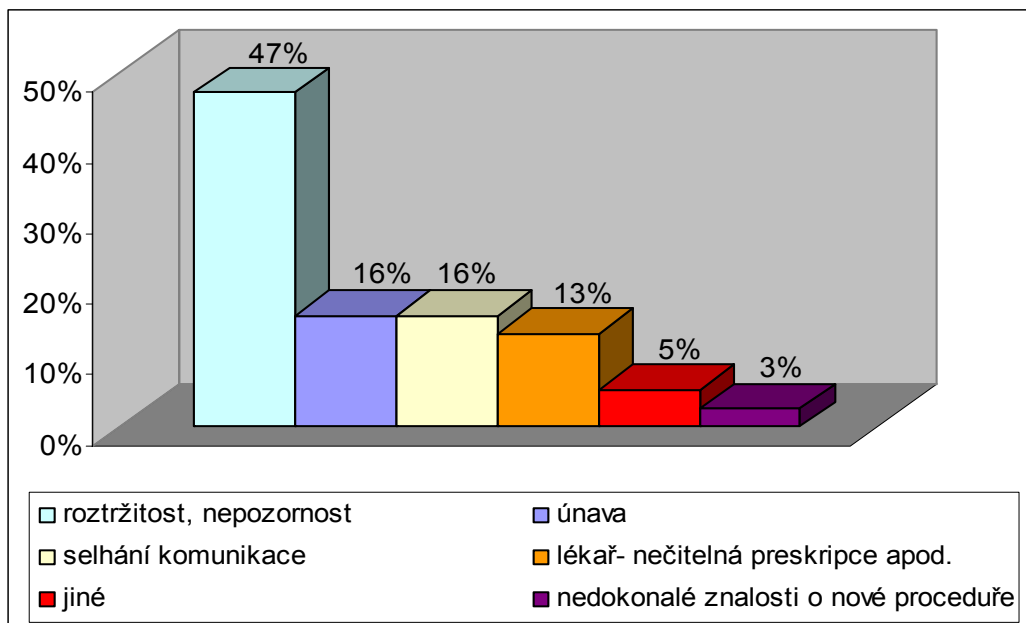
100% je 38 sester, které se dopustily pochybení. Ihned nahlásilo pochybení své/mu přímé/mu nadřízené/mu 31 (81%) sester, 1 (3%) sestra to nahlásila později (do 12 hodin), 1 uvedla, že k tomu neměla odvahu a 5 (13%) sester pochybení nehlásilo z jiného důvodu.

Graf 35 – Hlášení pochybení lékaři



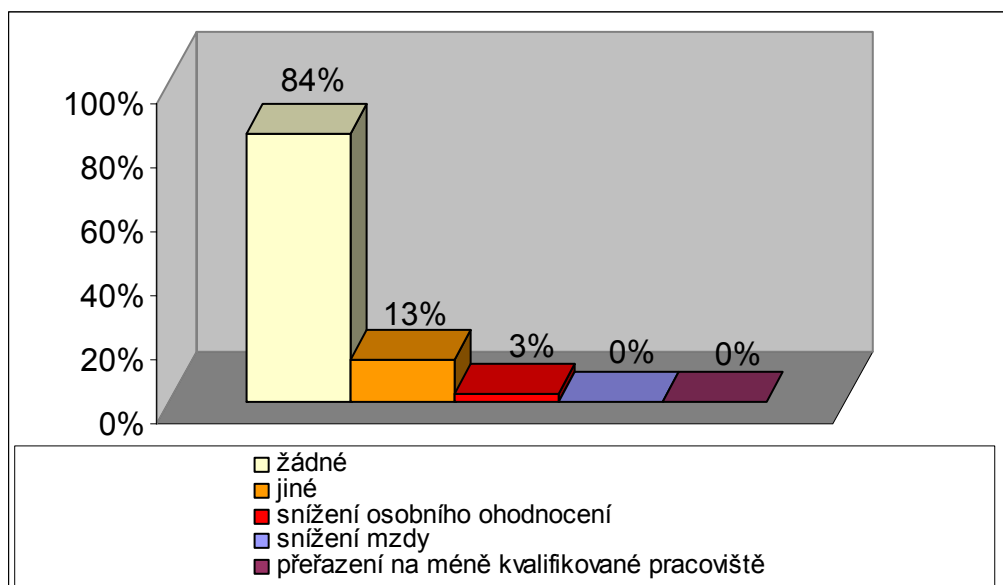
100% je 38 sester, které se dopustily pochybení. Ihned nahlásilo pochybení lékaři 27 (71%) sester, 1(3%) sestra označila, že to nahlásila, protože by se na to stejně přišlo, 2 (5%) uvedlo, že měly strach z postihu, proto pochybení nehlásily a 8 (21%) sester nehlásilo pochybení lékaři z jiného důvodu.

Graf 36 – Aktuální příčina pochybení sestry



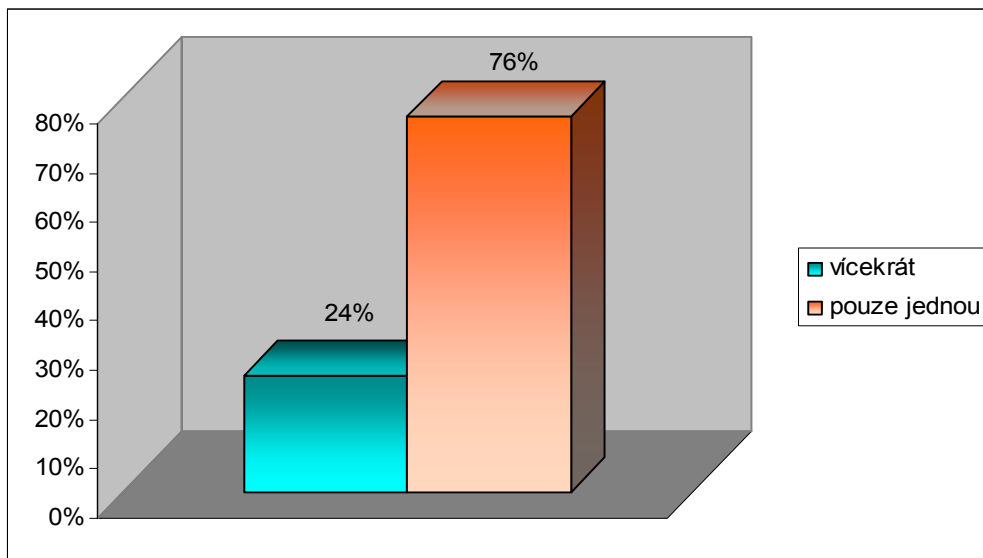
100% je 38 sester, které se dopustily pochybení. 18 (47%) sester označilo, že příčinou jejich pochybení byla roztržitost a nepozornost, 6 (16%) sester, které pochybily, si myslí, že byla příčinou únava. U stejného počtu sester byla důvodem chyby únava. 5 (13%) sester udává, že příčina pochybení byla ze strany lékaře. Variantu „jiné“ volily 2 (5%) sestry a nedokonalé znalosti o nové proceduře měla 1 (3%) sestra.

Graf 37 – Důsledky mimořádné události pro sestry



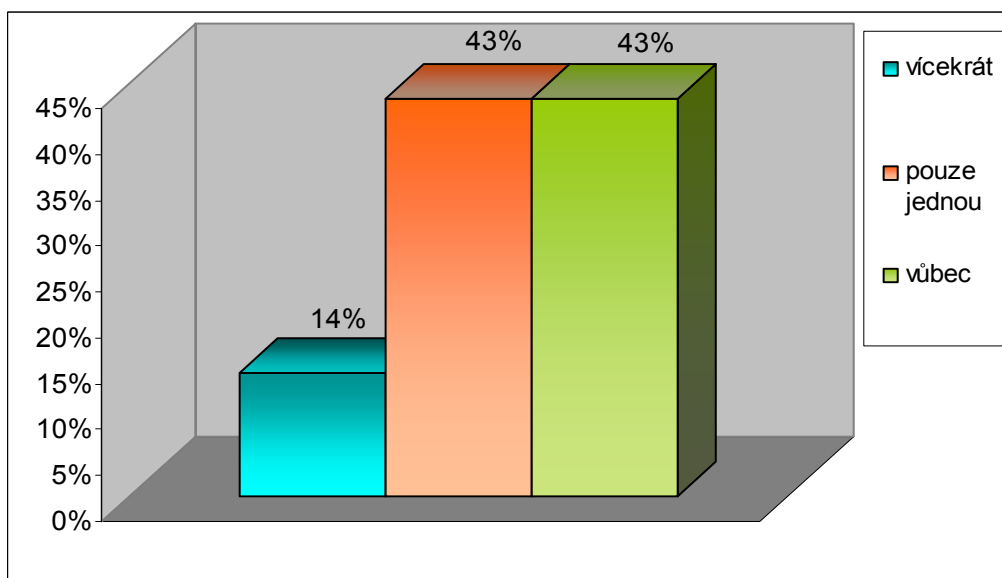
100% je 38 sester, které se dopustily pochybení. Pro 32 (84%) sester nemělo pochybení žádné důsledky, 5 (13%) sester označilo možnost „jiné“, pro 1 sestru znamenalo pochybení snížení osobního ohodnocení. Snížení mzdy nebo přeřazení na méně kvalifikované pracoviště ne zvolila žádná sestra.

Graf 38 – Četnost pochybení u sester



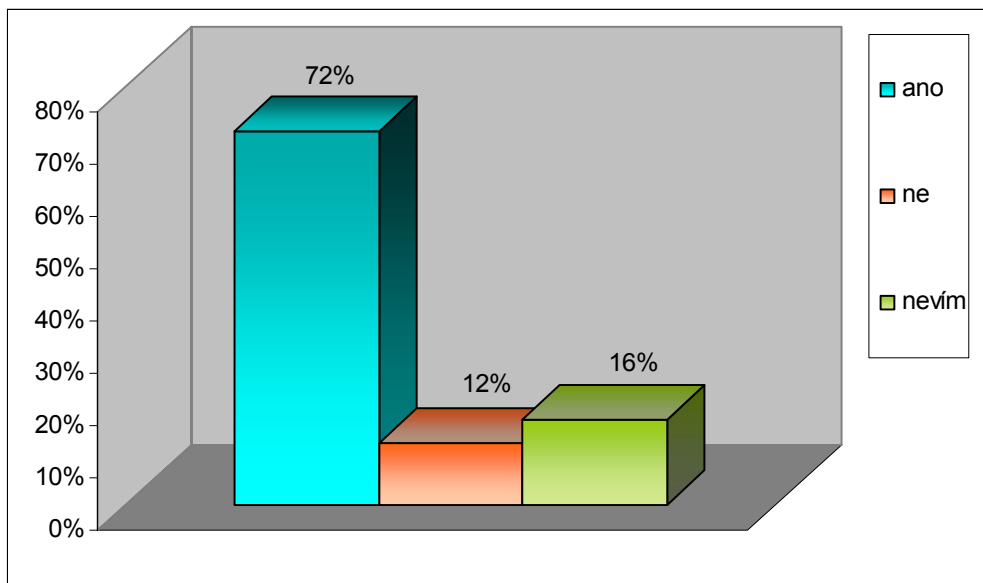
9 (24%) sester se dopustilo pochybení vícekrát, 29 (76%) sester označilo, že pochybily pouze jednou.

Graf 39 – Četnost pochybení z celkového počtu sester



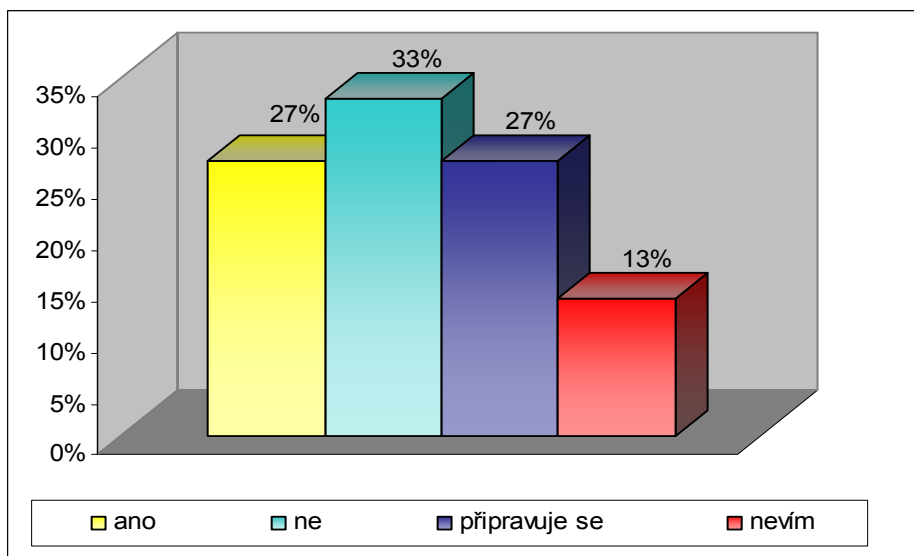
9 (14%) sester se dopustilo pochybení vícekrát, 29 (43%) sester označilo, že pochybily pouze jednou a stejný počet 29 (43%) sester nepochybilo vůbec.

Graf 40 – Systém hlášení mimořádných událostí



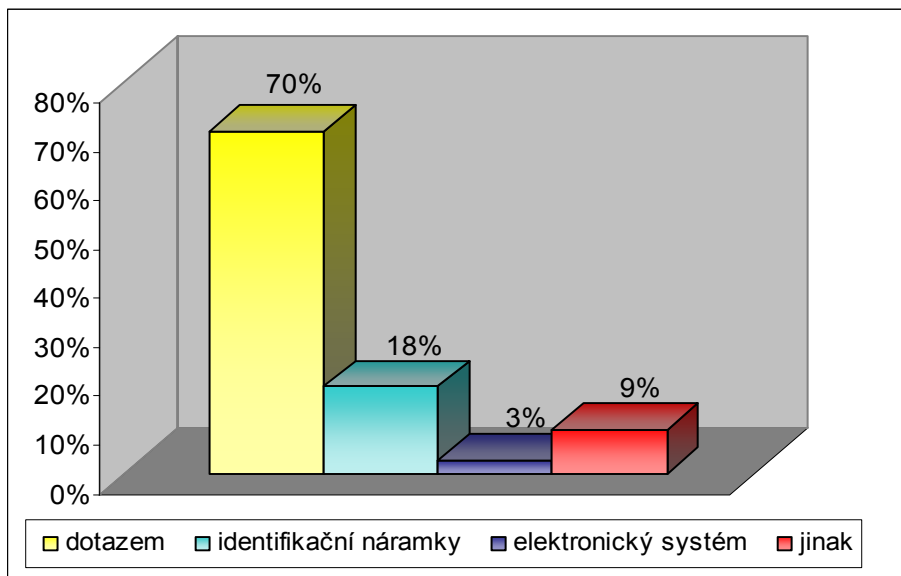
48 (72%) sester označilo, že organizace, ve které pracují, má vypracovaný systém hlášení mimořádných událostí, 8 (12%) sester odpovědělo, že takový systém nemají a ostatní sestry 11 (16%) označily možnost „nevím“.

Graf 41 – Akreditace nemocnic



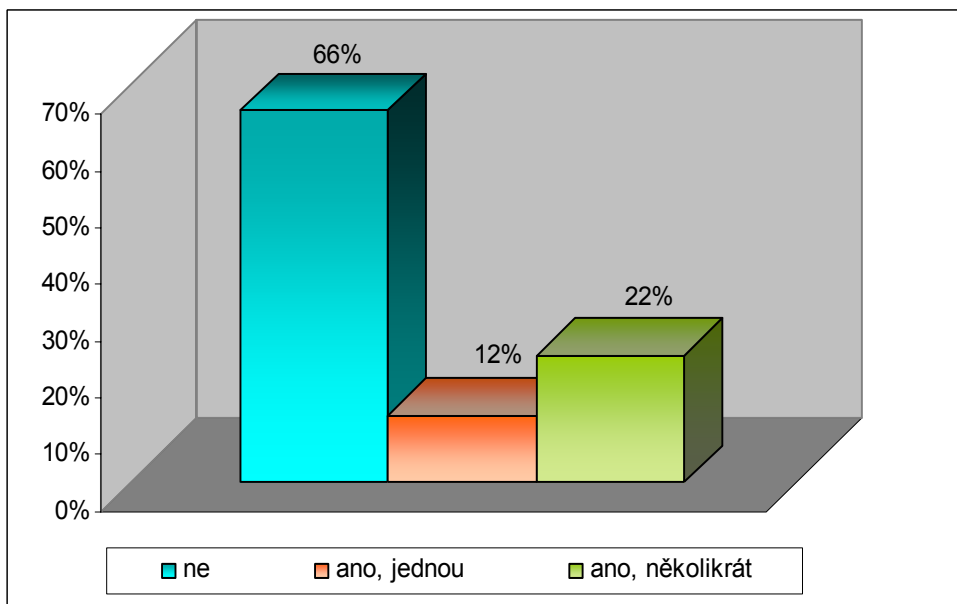
18 (27%) sester odpovědělo, že jejich nemocnice získala akreditaci, stejný počet sester označilo, že se jsou v akreditačním procesu. „Ne“ uvedlo 22 (33%) sester a „nevím“ 9 (13%) dotázaných sester.

Graf 42 – Způsob předcházení záměny pacienta



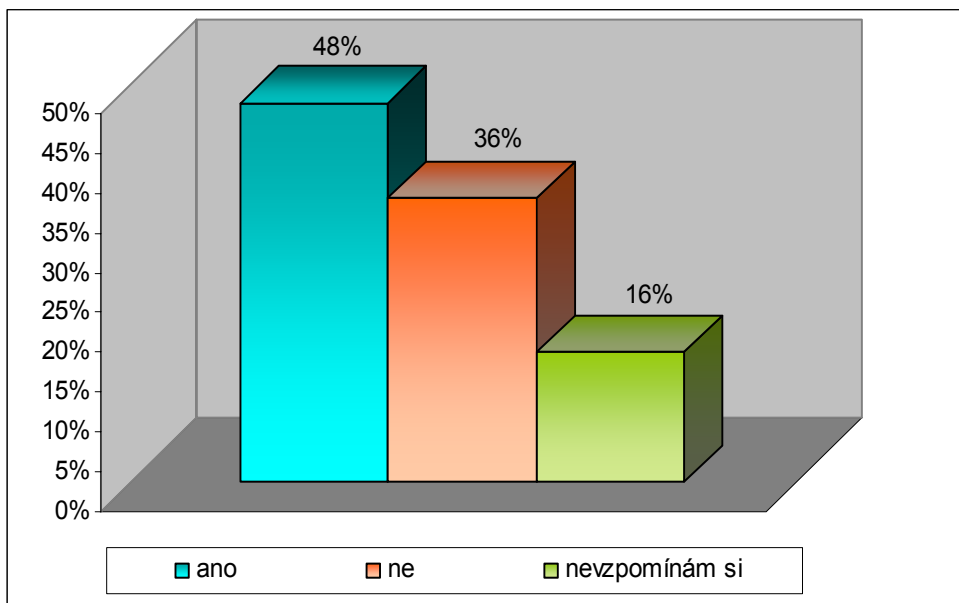
Dotazem na jméno předchází záměně pacienta 47 (70%) sester, pomocí identifikačních náramků odlišuje pacienty 12 (18%) sester, elektronický systém slouží 2 (3%) dotázaným sestřám a jiný způsob preferuje 6 (9%) sester.

Graf 43 – Problém s identifikací pacienta



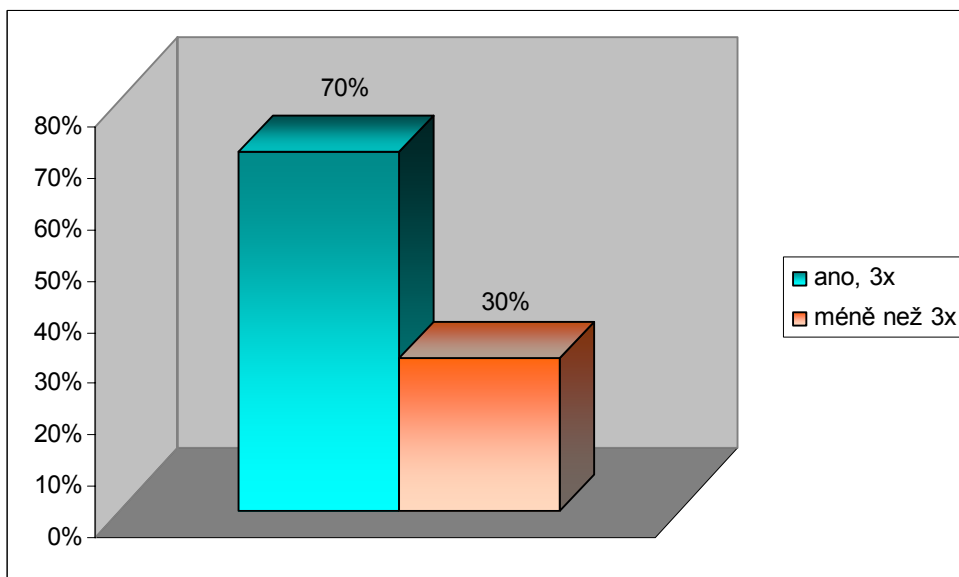
Problém s identifikací pacienta nemělo 44 (66%) sester, jednou mělo problém 8 (12%) sester a několikrát 15 (22%) dotázaných sester.

Graf 44 – Zkušenost sestry se záměnou pacienta



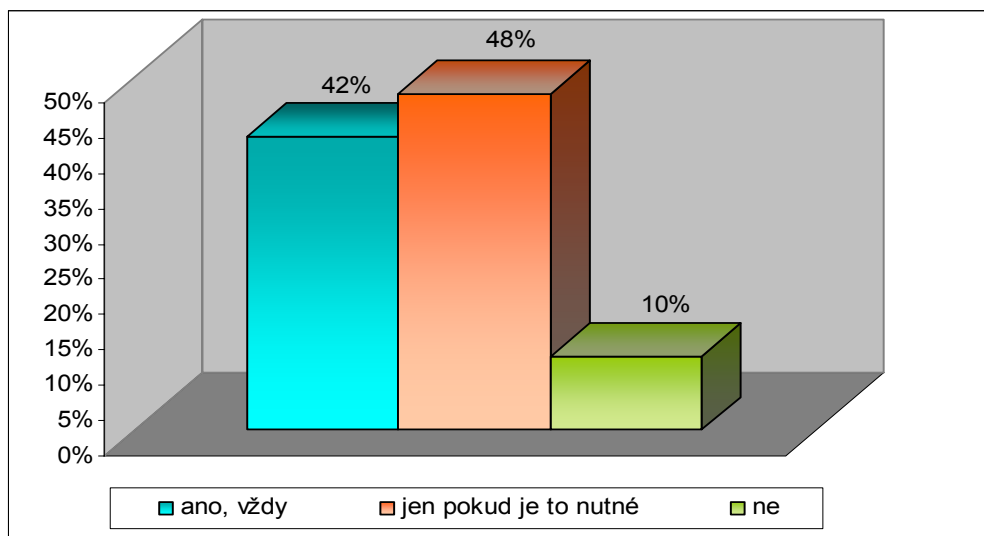
32 (48%) sester se setkala se záměnou pacienta, 24 (36%) se s tím neseťkalo a 11 (16%) sester označilo, že si nevzpomíná na záměnu pacienta.

Graf 45 – Ujišťování se o správnosti léku sestrou



Ujišťování se alespoň 3x o správnosti léku potvrdilo 47 (70%) sester, ostatní sestry 20 (30%) označily, že si kontrolují lék méně než 3x.

Graf 46 – Zapojování pacientů do rozhodování o postupu léčby sestrou



28 (42%) sester označilo, že vždy zapojují pacienta do rozhodování o dalším postupu léčby a vyzývají je k otázkám, „jen pokud je to nutné“ zvolilo 32 (48%) sester a 7 (10%) sester vybralo odpověď „ne“.

Tabulka 1 – Nejdůležitější aspekty v eliminaci pochybení dle názoru široké veřejnosti (1 = nejdůležitější aspekt, 9 = nejméně důležitý aspekt)

pořadí		průměr
1.	optimální pracovní zátěž sester	3,06
2.	kvalitní a moderní vybavení pracoviště	3,87
3.	edukace zaměstnanců a pacientů	4,48
4.	systemy hlášení a analýzy chyb	4,59
5.	pravidelná pracovní doba sester	4,71
6.	standardizace péče	4,74
7.	motivace zaměstnanců	4,77
8.	administrativní sankce/odměny	5,80
9.	pohodový a šťastný osobní život sestry	6,17

Dle názoru široké veřejnosti by nejvíce přispěla k eliminaci chyb v ošetrovatelské praxi optimální pracovní zátěž sester (3,06). Za nejméně důležitý považují šťastný a pohodový osobní život sestry (6,17).

Tabulka 2 – Nejdůležitější aspekty v eliminaci pochybení dle názoru sester

(1 = nejdůležitější aspekt, 9 = nejméně důležitý aspekt)

pořadí		průměr
1.	optimální pracovní zátěž sester	2,09
2.	edukace zaměstnanců a pacientů	3,82
3.	motivace zaměstnanců	4,03
4.	standardizace péče	4,37
5.	kvalitní a moderní vybavení pracoviště	4,37
6.	pravidelná pracovní doba sester	4,58
7.	pohodový a šťastný osobní život sestry	4,61
8.	systemy hlášení a analýzy chyb	5,37
9.	administrativní sankce/odměny	5,70

Nejdůležitější je podle sester optimální pracovní zátěž sester (2,09) a nejméně důležité vidí sestry administrativní sankce, popř. odměny (5,70).

Tabulka 3 – Názor všech respondentů: sloučení Tabulky 1 a Tabulky 2

(1 = nejdůležitější aspekt, 9 = nejméně důležitý aspekt)

pořadí		průměr
1.	optimální pracovní zátěž sester	2,63
2.	kvalitní a moderní vybavení pracoviště	4,09
3.	edukace zaměstnanců a pacientů	4,19
4.	motivace zaměstnanců	4,44
5.	standardizace péče	4,58
6.	pravidelná pracovní doba sester	4,65
7.	systemy hlášení a analýzy chyb	4,93
8.	pohodový a šťastný osobní život sestry	5,49
9.	administrativní sankce/odměny	5,76

Podle všech respondentů, kteří se podílely na výzkumu je nejdůležitější optimální pracovní zátěž sester (2,63) a nejméně důležité jsou administrativní sankce/odměny (5,76) v oblasti prevence pochybení.

5. Diskuse

5.1 Dotazník pro širokou veřejnost

V této části diskuse se zabývám problematikou chyb a omylů v ošetrovatelské péči z pohledu laické veřejnosti. Vzhledem k citlivosti tématu jsem pro získání informací zvolila anonymní dotazník (viz příloha 3), který obsahuje celkem 20 otázek.

První dva dotazy jsem zvolila pro upřesnění zkoumaného vzorku. Týkají se demografické povahy respondentů. První otázka je zaměřena na věkové rozvržení respondentů. 42 % dotázaných bylo ve věku 15-25 let, v rozmezí 26-35 let bylo 15 % respondentů, 21 % dotázaných tvoří věkovou skupinu 36-50 let, ve věkovém rozmezí 51-65 let odpovědělo 13 % lidí a 9 % respondentů je ve věku nad 66 let. (graf 1) Poměr dotazovaných mužů a žen činí 35:51, tedy 41% mužů a 59 % žen. (graf 2) Oba tyto identifikační znaky respondentů nemají výrazný vliv na zkoumaný problém. Za zmínku stojí pouze srovnání věkové kategorie s některými částmi dotazníku. Například lidé ve věkové skupině nad 51 let v drtivé většině byli hospitalizováni, proto je logické, že mají větší zkušenost i s pochybením personálu a také mají daleko vyhraněnější názory na zdravotnický personál, buďto slepě důvěřují ošetrovatelské i léčebné péči a s vděkem vzpomínají na „zlaté ruce“ sester a lékařů, nebo mají naopak zkušenosti velmi špatné a ke zdravotnictví důvěru nemají. Dokonce v několika případech považují pobyt v nemocnici za velmi nebezpečný. Mladší lidé také zakusili pochybení ze strany zdravotníků, avšak v daleko menší míře než je tomu u starších respondentů. Dá se říci, že jsou také více benevolentnější v postoji k sestřám i lékařům. Mají k nim důvěru a ve zdravotnickém zařízení se často cítí bezpečněji, než kdekoliv jinde. Na otázku „Myslíte, že Vám pobyt v nemocnici může přinášet i jiná rizika, která nesouvisí přímo s Vaším onemocněním (zvláště pak pochybení personálu při Vaší léčbě)?“ odpovídalo všech 86 respondentů. Nejpočetnější zastoupení měla odpověď „ano, je určité riziko“, tuto variantu označilo celých 53 % dotázaných. Dalších 28 % nebylo schopno jednoznačně odpovědět a zvolili možnost „těžko říci, možná“. Zanedbatelné není zjištění, že celých 7 % lidí vidí v hospitalizaci velká rizika. (graf 3) Snad k tomu přispělo medializování hned několika závažných pochybení zdravotníků za uplynulé

měsíce. Není proto divu, že se laická veřejnost začíná obávat zdravotnického personálu. Jen 12 % respondentů nemá strach z pochybení personálu. Z toho jedna polovina 6% označila, že se cítí v nemocnici bezpečněji, než kdekoliv jinde a druhá polovina dotázaných 6 % odpověděla, že nevnímá nějaká rizika. (graf 3) Tento výsledek mě překvapil, neboť stejnou otázku položili Gutová a Šedo (4) pacientům v ÚVN a dospěli k téměř diametrálně odlišným závěrům. Ze 125 pacientů nikdo neodpověděl, že pobyt v nemocnici může přinášet velká rizika, naopak žádná rizika označilo celých 56 %, dokonce 34 % pacientů v tomto výzkumu odpovědělo, že se v nemocnici cítí bezpečněji než kdekoliv jinde. Příčiny takto nesourodých výsledků mohou být různé. Jeden důvod jsem nastínila již výše, dalším důvodem je zajisté také fakt, že ÚVN platí za jedno z nejlepších a nejkvalitnějších pracovišť v ČR, jako první nemocnice u nás získala akreditační certifikát. Pacienti se i proto v tomto zařízení cítí velmi bezpečně.

Jaké konkrétní obavy z ošetrovatelské péče převládají u široké veřejnosti. Toho se týkala následující otázka, na kterou odpovídalo 83 respondentů. 43 % respondentů si vybralo možnost, že se nebojí ošetrovatelského personálu, ale lékařského pochybení. To nám zúžilo počet respondentů, kteří označili určitý druh sesterského pochybení. 34 (41 %) zbylých respondentů se nejvíce obává lhostejnosti a nezájmu sester o pacienty. Chybné péče sester jako takové se bojí pouze 8 % lidí, nezkušenost sester měla 6% zastoupení v odpovědích a jen 1 (1 %) člověk má strach z nedokonalých znalostí sester. (graf 4) Tento výsledek není podle mého názoru tak neobvyklý, neboť člověk v roli pacienta vnímá péči sester zejména z pohledu komunikace a psychologického přístupu, zda ho sestra pohladí, vezme za ruku, vyslechne a poradí, projeví zájem a ochotu pomoci. Špatné/chybné technické provedení výkonu vidí veřejnost spíše jako druhořadou (10). Pátá otázka byla filtrační. Rozdělila nám respondenty na hospitalizované (76 %) a na ty, kteří nemají s pobytem v nemocnici žádnou zkušenost (21 – 24 %), tito odpovídali už pouze na otázku č. 20. (graf 5) Ostatní otázky jsou určeny jen lidem, kteří byli v minulosti hospitalizováni. Další otázka řadí respondenty do konkrétního časového horizontu, kdy byli hospitalizováni. Nejpočetnější skupinu (46 %) tvoří lidé, kteří byli hospitalizováni před 3 – 8 lety, 26 % respondentů bylo hospitalizováno před 0-2 roky a 28 % dotázaných bylo hospitalizováno více než

před 9 lety. (graf 6) V této souvislosti vyšlo najevo několik zajímavých aspektů. Ti co se léčili v nemocnici v nedávné minulosti, tedy před 0 – 2 lety, mají svou hospitalizaci v živé paměti a jejich odpovědi na následující otázky byly konkrétnější, dále je patrné, že tito respondenti byli více vtahováni do spolupráce se zdravotníky. Je velmi pozitivní, že přerod paternalistického vztahu na partnerský má stoupající tendenci. Podle Škrly vede aktivní participace pacienta a jeho rodiny do léčebného a ošetrovatelského procesu ke kvalitní a bezpečné péči. (19) K této problematice se vztahuje dalších 5 otázek v dotazníku. První se týkala ověřování jména pacienta před každým zákrokem či procedurou. 38% respondentů si nevzpomíná, zda si personál jejich jméno ověřoval. Odpověď „ano, vždy“ označilo 22 % respondentů. Poměrně zarážející je ale skutečnost, že stejné procento (22 %) hospitalizovaných lidí nikdy na jméno tázáno nebylo. (graf 7) A to i přesto, že špatná identifikace pacienta je jedna z nejzávažnějších chyb s často fatálními následky. (4) Ještě hůře v tomto směru dopadla otázka č. 8, která se týká žádosti zdravotníků o označení místa zákroku pacientem. Téměř polovina (49 %) respondentů o to žádána nebyla. Požádáno bylo pouze 12 % respondentů a 38% dotázaných si na to nevzpomíná. (graf 8)

Neméně negativně lze hodnotit výsledky vztahující se k 9. otázce. Ta se ptala, zda měli respondenti odvahu zeptat se sestry na mytí rukou před výkonem (převaz, cévkování, zavádění kanyly apod.) Ani jeden dotázaný neodpověděl, že se ptal! 9 % respondentů se neptalo, protože k tomu neměli odvahu a 91 % lidí to nenapadlo. (graf 9) Což opět napovídá, že v současné české společnosti je stále zakořeněn obraz pasivního, „hodného“ a „poslušného“ pacienta, který není v roli partnera a účastníka a není vtažen do rozhodování o postupu léčby. Zda byli respondenti vyzýváni zdravotníky ke kladení otázek se ptá další otázka. Vyhodnocení odpovědí rovněž potvrzuje výše uvedené tvrzení. Pouze 5 % lidí totiž odpovědělo, že byli stále vyzýváni ke kladení otázek, 29 % respondentů odpovědělo, že ano, ale jen občas. Většina široké veřejnosti, tedy 38 %, označila, že nebyla nikdy vybízena k pokládání dotazů. (graf 10) Poměrně neuspokojivě dopadly i výsledky následující otázky: „Jestliže se vyskytly během Vaší hospitalizace neplánované nebo neočekávané situace, byl/a jste informován/a?“ 8 % se takovou situaci dozvědělo náhodou. (graf 11) Sice se může zdát, že toto číslo není nijak vysoké,

ale vezmeme-li v úvahu kolik takovýchto situací zůstane skryto a utajeno před pacienty, můžeme hovořit o hrozivě vypadajícím výsledku. Nemluvím o tom, že jednou z hlavních priorit kvalitní a bezpečné péče by měl být informovaný pacient.

V následující části dotazníku hodnotím výsledky, které se vztahují ke konkrétnímu pochybení zdravotníků, s kterými se laická veřejnost setkala. Dva první dotazy v úvodu této části považuji za klíčové, jednak nám opět zúží počet respondentů, kteří vyplní zbývající otázky, ale hlavně se týkají naší hypotézy, která zní: **„Laická veřejnost se setkala s pochybením zdravotnických pracovníků.“** Tato hypotéza byla potvrzena, neboť s pochybením lékaře se setkala 23 % respondentů (graf 12) a s pochybením sestry, popř. ošetřovatelek či sanitářů se setkala dokonce 25 % respondentů. (graf 13) Pokud jsme srovnaly počet pochybení na celkový počet respondentů vyšlo nám, že se závažným pochybením zdravotníků (tzn. následná delší hospitalizace, změna léčby, trvalé následky a ohrožení života) se setkalo celých 14 % respondentů! (graf 19) Ohroženo na životě v důsledku pochybení bylo 6 % hospitalizovaných pacientů, jak ukazuje graf 20. Tato čísla jsou velmi překvapující a dosti závažná, neboť Škrla (19) uvádí, že ve vyspělých zemích je to „jen“ mezi 2,9 – 3,7 %. Výsledky další otázky určují s jakým pochybením se respondenti setkali. Nejčastější pochybení je v souvislosti s podáváním léků (58%), zanedbání péče označilo 23 % poškozených pacientů. Za zmínku stojí i položka „jiné“, kterou vybralo 12 % respondentů. Uvedli totiž že pochybením bylo nevhodné chování a přehlížení ze strany sester. Následující otázka byla spíše doplňující a konkretizovala typ medikačního pochybení. Většina, tj. 53 % respondentů označilo, že lék nedostali vůbec nebo se zpožděním. Tento výsledek je pochopitelný, neboť si pacienti těchto případů spíše všimnou, než je tomu u zbývajících způsobů medikačních pochybení. (graf 15) Otázka 16 zkoumá, zda byli respondenti informováni o pochybení. Výsledky ukazují neuspokojivý stav. Informace o mimořádné události dostalo 58 % respondentů, celých 42 % respondentů zjistilo pochybení samo. (graf 16) Dále jsme se ptaly jaký dopad mělo pochybení na zdravotní stav respondentů. Pro 23 % respondentů znamenalo pochybení delší hospitalizaci. Trvalé následky na zdravotním stavu má vlivem pochybení 15 % respondentů. Velmi alarmující je zjištění, že celých 15 % respondentů, kteří se setkali s pochybením zdravotníků bylo ohroženo

na životě. Změně léčby se muselo podrobit 4 % poškozených respondentů. (graf 18) Ještě je nutné zmínit jaká forma kompenzace se dostala poškozeným respondentům. Pouze 15% respondentům bylo vysvětleno k čemu došlo a 15 % respondentů se setkala s omluvou a ujištěním, že nedojde k opakování stejné chyby. Zbylí respondenti nedostali žádnou formu náhrady. (graf 21)

5.2 Dotazník pro sestry

Záměrem dotazníků určených sestřám (viz příloha 4) bylo zmapování povědomí sester o kvalitě a rizicích vyplývajících z jejich povolání a zároveň identifikování nejčastějšího pochybení a jeho příčinu v práci sester. Proto bylo nezbytné, aby získaná data byla co nejdůvěryhodnější. Z těchto důvodů jsme zvolily jako výběrový vzorek sestry, které dálkově studují Zdravotně sociální fakultu v Českých Budějovicích. Kromě vysoké validity s sebou tento postup přinesl i další výhody a to zejména pestrost respondentů.

Čtyři otázky v úvodu jsou zaměřeny na identifikaci sester. Hned první zjistila věkové rozložení sester. Téměř polovina sester je mezi 21. – 30. rokem věku života, Druhá necelá polovina je ve věkovém rozmezí 31 – 40 let a zbylých 12 % sester je starších čtyřiceti let. (graf 22) Téměř polovina (46 %) sester absolvovala PSS, dále velké procento (36 %) zatím vystudovaly SOŠ. VOŠ byla pro 16 % sester ve výběrovém vzorku zatím nejvyšším dosaženým vzděláním. (graf 23) Tento ukazatel pro nás nemá příliš velkou hodnotu, neboť všechny sestry jsou stávající studentky. Zajímavější z hlediska charakteristiky výběrového souboru je otázka, která se zajímá o délku praxe sester. Vezmeme-li v úvahu, že u drtivé většiny sester délka praxe přesahuje 6 let, můžeme říci, že sestry, které se zapojily do našeho výzkumu, jsou zkušené a je velký předpoklad, že se setkaly s pochybením. 39 % sester vykonává ošetrovatelské povolání již 11 – 20 let a 12 % sester má praxi v tomto oboru dokonce více jak 21 let. (graf 24) Pestrost dotázaných sester dokazuje i výsledek čtvrté otázky, která zkoumá místo výkonu povolání sester. Nejpočetnější zastoupení má sice oddělení intenzivní medicíny (31%), ale výzkumný soubor doplňují i sestry pracující v hospicové

a paliativní péči, v psychiatrických zařízeních, na dětských odděleních i sestry z ambulantní sféry. (graf 25)

Další část dotazníku se zaměřuje na představy a názory sester na problematiku pochybení. **Hypotézu č. 3, která zní „Sestry si myslí, že péče kterou poskytují, je bezpečná.“ nám potvrdilo celých 82 % (55 sester).** Jen 10 % sester si je vědoma rizik, která plynou z jejich náročného povolání. (graf 26) Z tohoto zjištění by se dalo předpokládat, že stejný počet sester přizná své pochybení, s podivem tomu tak není. Naopak sester, které uvedly, že pochybily je mnohem více. Nabízí se tedy otázka - proč i sestry, které chybovaly se domnívají, že poskytují bezpečnou péči? Možná jsme měly zařadit tuto otázku až na konec dotazníku a výsledek by byl zcela jiný. Hned výsledek následující otázky je také jaksí v rozporu s předešlým tvrzením sester. Totiž celých 48 % sester si myslí, že nelze poskytovat ošetrovatelskou péči, aniž by došlo k občasnému pochybení. Pouze pro 13 % sester je bezchybná péče samozřejmostí. (graf 27) Další otázka zkoumá co je nejčastější příčinou pochybení podle názoru sester. Vedoucí příčina pochybení v rámci organizačních nedostatků je podle sester nedostatečný počet personálu. (graf 28A) Téměř všechny sestry se shodly, že co se týče lidského faktoru, jsou hlavními důvody pochybení únava a stres, přičemž únavu označila naprostá většina sester, tedy 91 %. (graf 28B) Tímto můžeme **potvrdit druhou hypotézu, která zní: „Nejčastěji udávaným faktorem, který se stává příčinou pochybení u sester je únava.“** Ze srovnání výsledků v obou kategoriích vyplývá, že kardiální příčinou chyb a omylů je podle sester jejich nedostatek a následná velká psychická i fyzická zátěž. Souhlasím se Škrlou (19), který uvádí, že nedostatky v manažersko-technické dimenzi jsou tzv. skrytá pochybení, která se negativně projeví na výkonu samotných zaměstnanců a kvalitě jejich práce, tedy skutečně dojde ke vzniku mimořádné události.

V otázce 8 a 9 jsme se sester přímo zeptaly zda pochybily. Výsledky jsou zajímavé. 43 % sester se přiznalo k tzv. „téměř“ pochybení. 21 % sester vyhýbavě zvolilo variantu nevím. (graf 29) Poměrně vysoké je i procento sester (16 %), které uvedly, že se dopustily pochybení, které vedlo ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. (graf 30) 24 % sester uvedlo, že udělaly chybu vícekrát, ostatní pouze jednou. (graf 38)

Další okruh otázek je zaměřen na analýzu konkrétních pochybení sester. Tyto se vztahují k **hypotéze č. 1**, které zní „**Sestry se nejčastěji dopouští medikačních chyb.**“ Můžeme říci, že **byla také potvrzena**, protože medikační pochybení označilo celých 74 % sester, nedodržení zásad asepse s následným rozvojem nozokomiální nákazy přiznalo 18 % sester a 8 % sester uvedlo jiný typ pochybení a to nepozornost, nedostatečný dohled na pacienta a jeho následný pád. (graf 31) Konkrétnějším charakterizováním medikačního pochybení se zabývá následující otázka. Nejčastěji sestry podaly nesprávnou dávku léku – ve 39 % případů. Se záměnou léku se setkala 17 % sester a 11 % sester podalo lék nesprávnému pacientovi. (graf 32) Tyto výsledky mě příliš nepřekvapily, neboť jsou srovnatelné s výzkumy prováděných v zahraničí a kromě toho jsou tyto typy pochybení nejsnáze postřehnutelné, což nemůžeme říci o způsobu přenosu nozokomiální nákazy, kterého se týká následující otázka. Odpovědělo na ní pouze 9 sester, z toho většina si nevyměnila rukavice mezi jednotlivými výkony. Následující otázky jsou také určeny pouze sestřím, které uvedly, že pochybily a zkoumají bezprostřední stav po vzniku mimořádné události. Ačkoli by hlášení pochybení mělo být samozřejmostí a standardním postupem, je stále dost sester, které uvedly, že mimořádnou událost nenahlásily lékaři a dokonce ani přímé/mu nadřízené/mu. Jako hlavní důvod uváděly, že to nebyla potřeba, když problém stačily vyřešit samy. Já si však myslím, stejně jako Škrla, že je velmi důležité hlásit právě ta pochybení, která nevedla k poškození pacienta. K tomu je nezbytná spolupráce sester s managementem, který by měl tato hlášení podporovat. Hlášení pochybení má totiž nezastupitelnou úlohu v oblasti odhalování rizikových procesů a prevenci pochybení. (19) Pozitivně hodnotím výsledky otázky č. 14, kdy se ptáme jaké důsledky mělo pochybení pro sestru. 84 % sester nebylo žádným způsobem potrestáno. Pouze 1 sestra měla snížené osobní ohodnocení a to v případě, kdy vedla její chyba k poškození zdraví pacienta. Rovněž stojí za pozornost poznámka několika sester (13 %), že jim pochybení přineslo výčitky svědomí, psychické trauma a ponaučení. (graf 37) Poslední skupinu otázek vyplnily všechny sestry a zkoumá jaká existují preventivních opatření na jejich pracovišti a dále co samy dělají pro předcházení pochybení ve své práci. 72 % sester uvedlo, že má jejich organizace vypracovaný systém hlášení mimořádných událostí.

16 % (11 sester) uvedlo, že neví zda je v jejich zdravotnickém zařízení zaveden systém hlášení mimořádných událostí. (graf 40) Což je poměrně zarážející skutečnost. Zřejmě to je důsledek chybného vedení, které sestry dostatečně neinformuje a nezajišťuje jejich vzdělávání v této tak důležité oblasti jako je prevence pochybení. Podobně dopadlo vyhodnocení následující otázky. 13 % sester neví, zda je jejich nemocnice akreditovaná. (graf 41) Většina (70 %) sester předchází záměně pacienta identifikací pomocí správného dotazu „Jak se jmenujete?“ , identifikační náramky využívá 18 % sester, 9 % sester uvedlo, že zná pacienty osobně, neboť pracují na odděleních, kde jsou pacienti hospitalizováni dlouhodobě (hospic, psychiatrie apod.). (graf 42) Problém s identifikací pacienta mělo přitom několikrát 15 % sester a se záměnou pacienta se setkalo dokonce 48 % sester. (graf 43) Většinou však dodávají, že ne z vlastní zkušenosti. Dále jsme se sester ptaly, zda se ujišťují alespoň 3x o správnosti léku. 1/3 sester odpověděla že nikoliv. Do jaké míry sestry zapojují pacienta do rozhodování o dalším postupu léčby a vyzývají je ke kladení otázek, byla poslední otázka. Výsledek vyšel kladně. Pouze 10 % sester uvedlo že ne. (graf 46) Nutno však dodat, že převážná část těchto sester pracuje na ARO nebo jiném pracovišti, kde vzhledem k závažnému stavu pacientů k tomu nemají možnost.

Na závěr diskuse rozeberu otázku, kterou jsem záměrně položila všem respondentům, kteří participovaly ve výzkumu. Týká se obecného názoru respondentů, která opatření by pomohla eliminovat chyby a omyly v ošetrovatelské praxi. Tuto otázku jsme vyhodnotily aritmetickým průměrem, neboť respondenti přiřazovali čísla od 1 do 9 podle důležitosti jednotlivým nabízeným položkám. Výsledky jsou následující. Všichni se s velkou převahou shodli, že nejdůležitější je v tomto směru optimální pracovní zátěž sester, která opět úzce souvisí se skutečností, že jsou sestry po psychické i fyzické stránce značně přetěžované, což vede k následné vyčerpanosti a únavě. Důležitost ostatních položek pro obě skupiny respondentů není již tak jednoznačná. Široká veřejnost považuje za velmi důležité také kvalitní a moderní vybavení pracoviště, kdežto sestry tuto položku zařadily až na páté místo důležitosti. Podle sester je významná také edukace a motivace zaměstnanců a standardizace péče. Je

zajímavé, že systémy hlášení a analýzy chyb veřejnost zařadila na čtvrté místo důležitosti a sestry jej považují za druhé nejméně důležité. Na chvostu našeho žebříčku se umístily podle názoru obou skupin administrativní sankce/odměny a šťastný a pohodový osobní život sestry, což je pozitivní, protože sestra by měla za každých okolností zachovat profesionalitu, pozitivní naladění a soustředěnost při své práci. (tabulky 1,2,3)

6. Závěr

Cílem výzkumu bylo identifikovat nejčastější pochybení v práci sester, dále identifikovat nejčastěji udávaný faktor, který se stává příčinou pochybení sester v rámci ošetrovatelské péče a zjistit do jaké míry se laická veřejnost setkala s pochybením zdravotnických pracovníků. Stanovily jsme čtyři hypotézy – 1. Sestry se nejčastěji dopouští medikačních chyb. 2. Nejčastější příčina pochybení je únava. 3. Sestry si myslí, že poskytují bezpečnou péči. 4. Laická veřejnost se setkala s pochybením zdravotníků. Pro získání potřebných dat jsme zvolily kvantitativní výzkum pomocí dotazníků. Stanovily jsme dva výzkumné soubory. Jedním byly sestry, které dálkově studují Zdravotně sociální fakultu v Českých Budějovicích a druhým výzkumným souborem byli respondenti široké veřejnosti z jihočeského kraje. Výsledky jsou následující. Se závažným pochybením zdravotníků (tzn. následná delší hospitalizace, změna léčby, trvalé následky a ohrožení života) se setkala celých 14 % respondentů. Ohroženo na životě v důsledku pochybení bylo 6 % hospitalizovaných pacientů. 82 % sester si myslí, že poskytuje bezpečnou péči. 74 % sester, které se dopustily pochybení uvedlo, že to bylo v souvislosti s podáváním léků. Téměř všechny sestry uvedly, že nejčastější příčina pochybení je únava. Tímto se potvrdily všechny stanovené hypotézy.

Podle mého názoru existuje několik možných návrhů řešení tohoto problému ve zdravotnictví. S ohledem na finanční prostředky státu a podmínky a potřeby jednotlivých pracovišť je nutné zvýšit počet personálu, zvláště pak pomocného ošetrovatelského personálu tak, aby sestry nebyly přetěžované a poskytovaly pouze efektivní, kvalitní a bezpečnou péči. Samotné sestry by neměly přestávat ve snaze zlepšit kvalitu péče, kterou poskytují a neztrácet motivaci k bezchybné péči. Měly by vítat vše nové, mít rády lidi a samy sebe si vážit, mít stále na paměti, že bezpečí pacientů je nejdůležitější. K tomu by měla přispět rovněž edukace a vzdělávání sester v této oblasti. Samozřejmostí by měla být společnost, která netrestá za chyby, která naopak důkladně prověřuje a analyzuje všechny mimořádné události a snaží se budovat bariérové mechanismy, které zabrání výskytu pochybení.

Výsledky výzkumu vnímám jako velmi důležité a přínosné pro ošetrovatelské povolání i bezpečí pacientů, proto bych je ráda publikovala v odborném časopise pro sestry.

7. Seznam použité literatury

1. BOŠKOVÁ, Vladimíra. Kontrola kvality vždy na více úrovních. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2001, roč. 50, č. 2, s. 31-32. ISSN 0044-1996.
2. BREJNÍK, P., SEIFERT, B. Jak předcházet chybám a omylům v organizaci a vedení všeobecné praxe. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2001, roč. 50, č. 2, s. 27. ISSN 0044-1996.
3. FIALOVÁ, Daniela. Hospitalizace a úmrtí u seniorů v dlouhodobé ošetrovatelské péči související s preskripcí léčiv potenciálně nevhodných ve stáří. *Česká geriatrická revue*. Brno: 2005, roč. 3, č. 1, s. 51-52. ISSN 1214-0732.
4. GUTOVÁ, L., ŠEDO, J. Identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků - další krok k bezpečné péči. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2005, roč. 1, č. 4, s. 189-191. ISSN 1801-1349.
5. HEGER, Leoš. Nežádoucí příhody při poskytování zdravotnické péče. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2001, roč. 50, č. 2, s. 29-30. ISSN 0044-1996.
6. Joint Commission International. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. Přel. David Marx, Veronika Di Cara. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 248 s. Přel. z: Joint Commission International Accreditation Standards for the Care Continuum. ISBN 80-247-1001-3.
7. Joint Commission International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Přel. David Marx, Ivan Staněk. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 288 s. Přel. z: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. ISBN 80-247-0692-6.
8. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
9. KUKLÍK, Rostislav. Iatropatogeneze neboli poškození způsobené lékařem. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2006, roč. 55, č. 24, s. 12-15. ISSN 0044-1996.

10. LÁVIČKOVÁ, Jana. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
11. MACH, Jan. Právní rozbor odpovědnosti za chyby ve zdravotnictví. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2001, roč. 50, č. 2, s. 28. ISSN 0044-1996.
12. MARX, D., VLČEK, F. Prevence rizika pochybení (20. konference Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví, Dallas, 20. listopadu). *Zdravotnické noviny*. Praha: 2003, roč. 52, č. 48, s. 24. ISSN 0044-1996.
13. MARX, David. Akreditační standardy – jedna z cest k minimalizaci chyb. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2001, roč. 50, č. 37, s. 22-23. ISSN 0044-1996.
14. MARX, David. Možnosti kvantitativního hodnocení chyb při poskytování zdravotní péče. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2001, roč. 50, č. 2, s. 25-26. ISSN 0044-1996.
15. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdraví 21 - dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR*. 1. vyd. Praha: MZ ČR, 2003. 124 s. ISBN 80-85047-99-3.
16. MITKA, Mike. Záleží na jméně léku? Ano!. *JAMA – CS*. Praha: 2000, roč. 8, č. 1, s. 9-10. ISSN 1210-4124.
17. SVOBODOVÁ, Marie. Pochybení jako příležitost. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2005, roč. 54, č. 37, s. 14-15. ISSN 0044-1996.
18. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
19. ŠKRLA, P.: *Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
20. ŠTEFAN, J., ŠTURMA, J. Pochybení v medicíně. *Postgraduální medicína*. Praha: 1999, roč.1, č. 1, s. 54-56. ISSN 1212-4184.
21. VONDRÁČEK, J., POLÁK, L. Starostlivo prešetrit` a zdokumentovat`: Nežiaduce príhody pri poskytovaní ošetrovatel`skej starostlivosti. *Sestra*. Bratislava: 2005, roč. 4, č. 10, s. 9. ISSN 1335-9444.
22. VONDRÁČEK, Jan. Ošetrovatelská dokumentace a odpovědnost. *Florence*. Praha: 2006, roč. 2, č. 5, s. 48. ISSN 1801-464X.

23. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I.* 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 74 s. České ošetrovatelství 12-praktická příručka pro sestry. ISBN 80-7013-376-7.
24. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče.* 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 30 s. ISBN 80-7262-392-3.
25. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 68 s. ISBN 80-247-0705-5.

8. Klíčová slova

Ošetrovatelská péče

Pacient

Chyba

Omyl

Bezpečná péče

Kvalita

Riziko

9. Přílohy

Příloha 1 – Medikační karta

Příloha 2 – Dotazník pro širokou veřejnost

Příloha 3 – Dotazník pro sestry

Příloha 1

MEDIKAČNÍ KARTA

Jméno a příjmení: _____
Tel. číslo: _____
Datum narození: _____
Oš. lékař: _____
Tel. číslo oš. lékaře: _____

Alergie na léky: _____

Ostatní alergie: _____

Zápis o očkování:

Očkování	datum	datum	datum
Záškrt			
Tetanus			

Přední strana karty

Lék	dávka	čas podání	lék předepsán od	indikace

Zadní strana karty

Zdroj: Petr Škrla, Především neublížit (19)

Dotazník pro širokou veřejnost

Dobrý den, jmenuji se Dana Tomanová, jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Provádím výzkum na téma **Chyby a omyly při poskytování ošetrovatelské péče**.

Předkládaným dotazníkem bych chtěla zjistit do jaké míry se široká veřejnost setkala s touto problematikou.

Upozorňuji, že dotazník je anonymní a jeho vyplnění zcela dobrovolné, přesto bych Vás ráda požádala o spolupráci. Jeho obsah bude sloužit pouze k výzkumným účelům.

Předem Vám velice děkuji za jeho laskavé vyplnění.

Označte vždy jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

1) Kolik je Vám let?

- a) 15-25 b) 26-35 c) 36-50 d) 51-65 e) 66- a více

2) Vaše pohlaví?

- muž žena

3) Myslíte, že Vám pobyt v nemocnici může přinášet i jiná rizika, která nesouvisí přímo s Vaším onemocněním (zvláště pak pochybení personálu při Vaší léčbě)?

- a) nemám pocit, že by byla nějaká rizika
b) ne, v nemocnici se cítím bezpečněji než kdekoliv jinde
c) těžko říci, možná
d) ano, je určité riziko
e) ano, jsou velká rizika

4) Pokud Ano, čeho se z následujících možností nejvíce obáváte u ošetrovatelského personálu?

- a) nedokonalých znalostí sester
b) nezkušených sester
c) lhostejnosti a nezájmu sester o pacienty
d) zhoršení Vašeho zdravotního stavu chybnou péčí sester
e) nebojím se ošetrovatelského personálu, ale lékařského pochybení
f) jiné, prosím uveďte...

5) Byl/a jste hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení?

- a) ano b) ne

Pokud jste odpověděl/a NE, přejděte na otázku č.20.

Ostatní, prosím pokračujte v odpovědích.

6) Kdy jste byl/a hospitalizován/a?

- a) před 0-2 lety
- b) před 3-8 lety
- c) před 9 a více lety

7) Ověřoval si personál Vaše jméno před každým zákrokem i procedurou?

- a) ano, vždy
- b) ano, jen někdy
- c) ne, nikdy
- d) nevzpomínám si

8) Byl/a jste požádán/a, aby jste označil/a místo zákroku (v případě chirurgického zákroku)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevzpomínám si

9) Měl/a jste odvahu zeptat se, zda si sestra umyla před výkonem ruce (např. zavádění kanyly, cévkování, převaz)?

- a) ano, ptal/a jsem se
- b) ne, neměl/a jsem odvahu
- c) ne, nenapadlo mě to

10) Byl/a jste vyzýván/a zdravotníky ke kladení otázek?

- a) ano, stále
- b) ano, jen občas
- c) ne, nikdy
- d) nepamatuji si

11) Jestliže se vyskytly během Vaší hospitalizace neočekávané nebo neplánované situace, byl/a jste informován/a?

- a) ano, ihned
- b) ano, do 12 hodin
- c) ne, dozvěděl/a jsem se to náhodou
- d) takové situace se nevyskytly

12) Setkal/a jste se s pochybením ze strany lékaře?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13) Setkal/a jste se s pochybením ze strany sester (popř. sanitářů, ošetřovatelek)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud jste na otázku č.12 a č.13 odpověděl/a NE nebo NEVÍM, přejděte na otázku č.20. Ostatní, prosím pokračujte v odpovědích.

14) Čeho se týkala tato mimořádná událost?

- a) podávání léků

- b) nezajištění proti zranění, pádu
- c) komplikované hojení operační rány
- d) infekce močových cest po zavedení cévky
- e) rozvoj zánětu žíly po zavedeném žilní vstupu (infuze-„kapačka“)
- f) zanedbání péče
- g) jiné, prosím uveďte...

15) Pokud se týkalo pochybení podávání léků, je Vám známo co se stalo?

- a) nedostal/a jste lék vůbec
- b) dostal/a jste lék se zpožděním
- c) dostal/a jste lék, určený jinému pacientovi
- d) dostal/a jste jinou dávku léku
- e) aplikovala Vám sestra lék nesprávným způsobem
- f) nevím
- g) jiné, prosím uveďte...

16) Byl/a jste zdravotníky informován/a o této události a seznámen/a s dalším postupem léčby?

- a) Ano, okamžitě
- b) Ano, později (po 24 hodinách)
- c) Ne, přišel/přišla jsem na to sám/sama

17) Co podle Vás bylo příčinou pochybení?

- a) nedostatečná komunikace mezi zdravotníky
- b) nezkušenost sestry
- c) únava, přepracování
- d) nepozornost, roztržitost
- e) nevím
- f) jiné, prosím doplňte...

18) Jaké následky mělo pochybení na Váš zdravotní stav?

- a) žádné
- b) delší hospitalizace
- c) změna léčby
- d) stav s trvalými následky
- e) ohrožení života
- f) jiné, prosím uveďte

19) Jaká forma kompenzace ve Vašem případě proběhla ze strany zdravotnického zařízení?

- a) žádná
- b) vysvětlení k čemu došlo
- c) omluva a ujištění, že došlo k nápravě a nedojde k opakování stejné chyby
- d) finanční náhrada
- e) jiné, prosím uveďte...

**20) Co si myslíte, že by vedlo k eliminaci chyb a omylů v ošetrovatelské praxi?
- přiřadte čísla od 1 do 9 podle důležitosti (1-nejdůležitější)**

	↔ systémy hlášení a analýzy chyb
	↔ optimální pracovní zátěž sester
	↔ pravidelná pracovní doba sester
	↔ pohodový a šťastný osobní život sestry
	↔ standardizace péče (péče prováděná dle stanovených standardů)
	↔ kvalitní a moderní vybavení pracoviště
	↔ administrativní sankce/odměny
	↔ motivace zaměstnanců
	↔ výchova a info. zaměstnanců a pacientů

Dotazník pro sestry

Dobrý den, jmenuji se Dana Tomanová, jsem z 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích a provádím výzkum na téma **Chyby a omyly při poskytování ošetrovatelské péče.**

Předkládám Vám dotazník, který je anonymní a bude sloužit jen k výzkumným účelům.

Předem velice děkuji za jeho laskavé vyplnění.

Označte vždy jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

1. Kolik je Vám let?

- a) do 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-více let

2. Stupeň Vašeho nejvyššího dosaženého vzdělání:

- a) střední odborné vzdělání s maturitou
- b) pomaturitní specializační studium (PSS)
- c) vyšší odborné vzdělání
- d) jiné, prosím uveďte.....

3. Kolik let máte praxi?

- a) 0 – 2 let
- b) 3 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 – 20 let
- e) 21 a více let

4. Na jakém oddělení vykonáváte své povolání?

- a) interní obor (interní oddělení, ONP, neurologie,...)
- b) chirurgický obor (chirurgické oddělení, neurochirurgie, traumatologie,...)
- c) intenzivní péče (JIP, ARO)
- d) dětská oddělení
- e) jiné, prosím doplňte.....

5. Domníváte se, že péče kterou poskytujete je bezpečná?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6. Myslíte si, že je možné vykonávat ošetrovatelskou péči, aniž by došlo k občasnému pochybení?

- a) Ne
- b) Nevím

- c) Ano, za určitých podmínek, jakých.....
- d) Samozřejmě

7. Co podle Vašeho názoru bývá nejčastější příčinou pochybení v ošetrovatelské praxi?

(zde můžete označit více odpovědí)

- organizační nedostatky

- a) nedodržování standardů kvality
- b) absence standardů kvality v organizaci
- c) nepřiměřené zaškolení pracovníků
- d) nedostatečné personální obsazení
- e) chybějící přístrojové vybavení
- f) nedostatečná údržba přístrojů
- g) jiné, prosím uveďte...

- lidský faktor

- a) únava
- b) stres
- c) osobní problémy
- d) nuda
- e) spánková deprivace
- f) nečitelné ordinace
- g) jiné, prosím uveďte...

8. Dopustil/a jste se pochybení při výkonu svého povolání, které by vedlo k poškození pacienta, ale na poslední chvíli se tomuto zabránilo (tzv. „téměř pochybení“)?

- a) ano b) ne c) nevzpomínám si

9. Dopustil/a jste se pochybení, které vedlo ke zhoršení zdravotního stavu pacienta?

- a) ano b) ne c) nevzpomínám si

Pokud jste na dvě předcházející otázky odpověděl/a NE, pokračujte prosím, otázkou č.16.

Ostatní prosím pokračujte v odpovědích.

10. V čem přesně spočívalo Vaše pochybení?

- a) v medikaci
- b) v nedodržení zásad asepse a rozvoji nozokomiální nákazy u pacienta
- c) jiné, prosím uveďte...

10a) Co se týče medikace, k čemu došlo?

- a) nepodání léku
- b) záměna léku
- c) nesprávná dávka
- d) záměna pacienta
- e) podání jiným způsobem/cestou
- f) nepodání léku včas (opožděná medikace)
- g) přehlédnutí alergií na lék
- h) neshoda v opiátech
- ch) jiné, prosím uveďte...

10b) Jste si vědom/a, jak došlo k přenosu nozokomiální nákazy?

- a) neumytí rukou „mezi“ pacienty
- b) nepoužití rukavic
- c) nevyměnil/a jste si rukavice mezi jednotlivými výkony
- d) jinak, prosím uveďte...

11. Hlásil/a jste tuto událost své/mu přímé/mu nadřízené/mu?

- a) ano, ihned
- b) ano, později (do 12 hod)
- c) ne, měl/a jsem strach z postihu
- d) ne, z jiného důvodu, uveďte...

12. Hlásil/a jste tuto událost lékaři?

- a) ano, ihned
- b) ano, stejně by se na to přišlo
- c) ne, měla jsem strach z postihu
- d) ne, z jiného důvodu, uveďte...

13. Víte, co bylo aktuálně příčinou tohoto pochybení?

- a) únava
- b) ze strany lékaře-nečitelná preskripce, nedorozumění apod.
- c) selhání komunikace s ostat. oš. personálem
- d) roztržitost, nepozornost
- e) nedokonalé znalosti (o nové proceduře, léku, technice apod.)
- f) jiné, prosím, uveďte...

14. Jaké důsledky měla pro Vás tato mimořádná událost?

- a) žádné
- b) snížení osobního ohodnocení
- c) snížení mzdy
- d) přeřazení na méně kvalifikované pracoviště
- e) jiné, prosím uveďte...

15. Dopustil/a jste pochybení při poskytování ošetrovatelské péče opakovaně?

- a) ano, kolikrát...
- b) ne, pouze jednou

16. Má Vaše organizace vypracovaný systém hlášení mimořádných událostí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Získala Vaše nemocnice akreditaci?

- a) ano
- b) ne
- c) připravuje se
- d) nevím

18. Jakým způsobem předcházíte ve Vaší organizaci záměně pacienta?

- a) správným dotazem („*Jak se jmenujete?*“) před každým zákrokem či procedurou
- b) pomocí identifikačních náramků
- c) elektronickým systémem – čárové kódy
- d) jinak, prosím uveďte...

19. Měl/a jste již problém s identifikací pacienta?

- a) ne
- b) ano, jednou
- c) ano, několikrát

20. Setkal/a jste se již někdy se záměnou pacienta?

- a) ano
- b) ne
- c) nevzpomínám si

21. Ujišťujete se alespoň 3x o správnosti léku?

- a) ano
- b) ne

22. Vyzýváte pacienty, aby kladli otázky a podíleli se na rozhodování o dalším postupu léčby?

- a) ano, vždy
- b) ano, jen pokud je to nutné
- c) ne

23. Co si myslíte, že by vedlo k eliminaci chyb a omylů v ošetrovatelské praxi?
- přiřad'te čísla od 1 do 9 podle důležitosti (1-nejdůležitější, 9-nejméně důležité)

	↔ systémy hlášení a analýzy chyb
	↔ optimální pracovní zátěž
	↔ pravidelná pracovní doba
	↔ pohodový a šťastný osobní život sestry
	↔ standardizace péče
	↔ kvalitní a moderní vybavení pracoviště
	↔ administrativní sankce/odměny
	↔ motivace zaměstnanců
	↔ edukace zaměstnanců a pacientů

Děkuji Vám za čas a cenné informace a přeji bezpečnou péči všem Vaším pacientům.

