

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Diplomová práce

2008

Bc. Eliška Hanzlová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Diplomová práce

MANAGEMENT RIZIK OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Bc. Eliška Hanzlová, R.N.

Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová, R.N.

květen 2008

Summary

A present-day trend in nursing is a continual increase of the quality of nursing care provided and the management of risks is undoubtedly a possibility how to contribute to the increase of the quality.

The aim of our work was to map the process of identification, evaluation, and implementation of activities directed at prevention or management of nursing safety risks in organizations providing urgent ward care in the Czech Republic from the point of view of top management of nursing. Our work traced a quantitative research. For collecting data we used a non-standard questionnaire made up only for the purposes of this work. The questionnaire was distributed by the top representative of nursing management (ward sister/deputy in charge of nursing care) of the above specified health centres.

The research was carried out in the period February - April 2008 and for assessment of the results obtained we used 110 questionnaires. For the purposes of our work we determined six hypotheses.

Hypothesis 1 saying that hospitals create conditions for the development of safe organizational culture proved true. For the future it is essential to discuss this topic more profoundly, as well as to get rid of the fear of punishment for acknowledging a mistake and accept the fact that we all make mistakes, therefore we must minimize their frequency and consequences and above all learn from them.

Hypothesis 2 stating that hospitals watch risk factors for occurrence of emergencies proved true, too. As a negative finding we can consider proving hypothesis 3 saying that hospitals do not reveal particular risks of nursing care until the elimination of their consequences. Uncovering insufficient use of proactive strategy led us to a more detailed description of a FMEA method.

Hypothesis 4 saying that hospitals have created a procedure for occurrence of emergency and hypothesis 5 - nursing personnel is obligated to observe and report at minimum three kinds of emergencies related to nursing care proved true, too.

The last hypothesis 6 presenting the fact that hospitals do not make their patients/clients involved in prevention of mistakes of medical workers was also confirmed by the results, but it was pleasant to find out that 43,3% of respondents stated that this possibility is being used at their place.

We suggest to include the prevention of mistakes in the nursing process whether by means of particular nursing diagnoses or global education of patients/clients. As a suggestion of a feasible content of education we translated and adapted a document SPEAK UP into Czech named 7P.

Prohlášení:

Čestně prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Management rizik ošetrovatelské péče“ vypracovala samostatně a použila při její realizaci pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou V Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Praze dne

.....

Bc. Eliška Hanzlová, R.N.

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat Ing. Ivě Brabcové, R.N. za její laskavé vedení a pomoc při zpracování této diplomové práce. Další poděkování patří všem respondentům, díky kterým jsem mohla své výzkumné šetření uskutečnit.

Obsah

Úvod.....	5
1 Současný stav	6
1.1 Definice základních pojmů.....	6
1.2 Zdravotnická zařízení a pohled na rizika	7
1.3 Budování kultury bezpečí	8
1.4 Analýza faktorů zasahujících do poskytování ošetrovatelské péče	10
1.4.1 Zdravotnický personál.....	10
1.4.2 Činnosti ošetrovatelského personálu	12
1.4.3 Klienti/pacienti	12
1.4.4 Zdravotnické prostředky	13
1.4.5 Podpůrné technologie.....	13
1.4.6 Management organizace a ošetrovatelské péče.....	14
1.5 Vlivy podporující rizika	15
1.5.1 Selhání v činnostech a jednání personálu.....	15
1.5.2 Selhání zdravotnických prostředků/podpůrných technologií.....	17
1.5.3 Nepředvídatelná reakce či změna chování klienta/pacienta.....	18
1.6 Odhalování podporujících faktorů	18
1.7 Možnosti odhalování konkrétních rizik.....	20
1.7.1 HFMEA	20
1.7.2 Screeningová metoda	23
1.7.3 Metoda externího pozorování.....	23
1.7.4 Pasivní surveillance.....	24
1.7.5 Epidemický přístup	25
1.8 Prevence a řízení výskytu rizik	25
1.8.1 Akceptovatelná rizika.....	25
1.8.2 Neakceptovatelná rizika	26
1.8.3 Hledání opatření snižujících výskyt rizik.....	26
1.8.4 Možnosti řízení rizik ošetrovatelské péče	28
1.8.4.1 Snižování rizik v oblasti managementu	28

1.8.4.2 Snižování rizik v oblasti činností a jednání personálu	29
1.8.4.3 Snižování rizik v oblasti prostředků/technologií.....	31
1.8.4.4 Snižování rizik v oblasti chování pacientů/klientů	32
1.8.4.5 Zapojení klientů/pacientů do prevence rizik	32
1.9 Mimořádná událost.....	33
1.9.1 Klasifikace mimořádné události dle následků.....	33
1.9.2 Klasifikace mimořádné události dle příčiny.....	33
1.9.3 Postup při mimořádné události.....	34
1.10 Návrhy na řízení rizik v konkrétních kapitolách ošetrovatelské péče.....	35
1.10.1 Zdravotnická dokumentace	35
1.10.2 Léčivé přípravky	37
2 Cíl práce a hypotézy	39
2.1 Cíl práce	39
2.2 Hypotézy	39
3 Metodika.....	40
3.1 Metodika práce	40
3.2 Statistická analýza	40
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	41
4 Výsledky výzkumu.....	43
4.1 Kultura bezpečí a pohled na rizika.....	43
4.2 Vlivy podporující rizika	45
4.3 Odhalování rizik.....	48
4.4 Mimořádné události.....	50
4.5 Povinně sledované mimořádné události.....	60
4.6 Komentáře respondentů k povinně hlášeným událostem.....	62
4.7 Komentáře respondentů k oblasti postupu při mimořádných událostech	63
4.7 Zapojení pacientů/klientů do prevence pochybení.....	65
4.8 Třídění druhého stupně využité pro hodnocení kultury bezpečí	67
4.8.1 Vyhýbání se tématu pochybení a pohled na příčiny pochybení.....	67
4.8.2 Vyhýbání se tématu pochybení a kárání/trestu v návaznosti na MU	69

5 Diskuse	71
6 Závěr a doporučení pro praxi	80
7 Seznam použité literatury	82
8 Klíčová slova.....	88
9 Přílohy	89

Použité zkratky

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

FMEA - Failure Mode and Effect Analysis

GfK – Growth from Knowledge

HFMEA - Healthcare Failure Mode and Effect Analysis

IOM - Institut of Medicine

MU - mimořádná událost

NCSBN - National Council of State Boards of Nursing

NCO NZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

SPÚ - Subjective Symptoms of Fatigue

TERCAP_{TM} - Taxonomy of Error, Root Cause Analysis and Practice-responsibility

WHO - Světová zdravotnická organizace

Úvod

Management rizik je téma, kterému začíná být věnováno stále více pozornosti i ve zdravotnictví a ani ošetrovatelská péče již není výjimkou. Současným trendem v ošetrovatelství je kontinuální zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče a management rizik je jednou z možností, která ke zvyšování kvality bezpochyby přispívá. K chybám dochází ve všech oblastech lidských činností a ani ošetrovatelská péče se jim nevyhne, ať již jde o selhání jednotlivce, systému nebo prostředků. Murphyho zákony platí a budou platit nezávisle na naší vůli.

K volbě tohoto tématu mě vedly dva články publikované v roce 2004, Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik⁽¹⁹⁾ a Sledování mimořádných událostí – indikátor kvality zdravotní péče⁽²⁰⁾. Přestože moje motivace vycházela z těchto článků, cíl, pro který jsem si tuto práci zvolila, byl jiný. Nechtěla bych, aby se management rizik stal pouze indikátorem kvality sloužícím k hodnocení zdravotnických zařízení nebo honbou za akreditaci zdravotnického zařízení. Mou představou je, že každé ze zdravotnických zařízení je stejně individuální jako lidé, jimž každodenně poskytuje svou péči. A management rizik je strategie, která může pomoci každému z nich plnit své cíle bez zbytečných chyb a strachu z pochybení.

V mnoha knihách se dočtete, že vrcholu v managementu rizik dosahuje oblast vesmírných programů. Já se ptám, proč by nemělo mít zdravotnictví stejné cíle a snahy. Cestu do vesmíru absolvuje pouze pár vyvolených, kteří si sami volí toto riziko a spoléhají na bezchybnou práci celého týmu. V poměru s touto hrstkou vyvolených se zdravotnictví stará o nesrovnatelně větší počty lidských bytostí. I tito lidé spoléhají na naši práci. Je stejně snadné v obou oborech udělat chybu a chyby v obou případech mohou vést ke smrti těch, kteří nám svěřili své zdraví i život. Mají snad životy vyvolených letců větší cenu než ostatních? Já si myslím, že i oblast ošetrovatelství by měla přijmout eliminaci rizik péče jako jeden ze svých prioritních cílů. Cílem managementu rizik ošetrovatelské péče by měla být snaha o odvrácení zbytečných selhání a v případě, že se přeci jen stanou, zmírnit jejich následky a poučit se z chyb pro budoucnost.

1 Současný stav

1.1 Definice základních pojmů

Dle Koncepce ošetřovatelství z roku 2004 vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky můžeme ošetřovatelství definovat jako „samostatnou vědeckou disciplínu zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví^(22, s. 3).“

Ošetřovatelská péče je z pohledu této koncepce zaměřena na udržení, podporu a navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení a zajištění klidného umírání a smrti. Všechny tyto body jsou uvedeny i jako cíle ošetřovatelství.⁽²²⁾

Ošetřovatelská péče je realizována prostřednictvím týmu zdravotnických pracovníků s různou kvalifikací. Za hlavního a nejpočetnějšího představitele poskytujícího ošetřovatelskou péči je považována sestra.⁽²²⁾

Rizika jsou všechny skutečnosti, které by mohly ohrozit dosažení cíle. Cíle ošetřovatelské péče definuje již výše zmiňovaná Koncepce ošetřovatelství. Cílem ošetřovatelství je systematické a komplexní uspokojování potřeb člověka, podpora a upevňování zdraví, podílení se na navrácení zdraví, zmírňování utrpení nemocného člověka, zajištění klidného umírání a důstojné smrti. V širším úhlu pohledu je cílem i zdraví a pohoda zaměstnanců a veřejnosti, dobrá pověst, fungování organizace, finanční stabilita, sdílení trhu, udržování hodnot a další oblasti.^(8, 19, 22, 36, 42)

Pojem management bývá někdy nahrazován českým výrazem řízení. V moderním pojetí management mluví o svých komponentech, které se věnují prostředí, manažerským informačním systémům, plánování, organizování, lidským zdrojům, manažerským procesům, učení se organizace, podnikové kultuře, manažerskému rozhodování a kontrolním systémům. V pojetí funkcí managementu pak mluvíme o funkci plánování, organizování, vedení/řízení, funkci koordinační, kontrolní a někdy bývá dodávána kategorie personalistika.^(21, 42)

Pojem management rizik ve spojení s ošetřovatelskou péčí používá D. Jurásková (2004). V jejím článku můžeme najít i definici, která říká, že: „Management rizik je

systematický proces identifikace, hodnocení a provádění činností k prevenci nebo k řízení klinických, administrativních, vlastnických a zaměstnaneckých bezpečnostních rizik v organizaci^(19, s. 18).“ Jiná definice pochází z knihy Kreativní ošetrovatelský management a říká, že: „Management rizik představuje proaktivní strategii k ochraně majetku, dobré pověsti nemocnice a k ochraně pacientů, návštěv a zaměstnanců před případnými škodami^(46, s. 196).“ Cílem celého managementu rizik je snížit výskyt nežádoucích událostí, v našem případě v oblasti ošetrovatelské péče.^(19, 36, 45, 46)

1.2 Zdravotnická zařízení a pohled na rizika

Zdravotnická zařízení jsou v řízení rizik a pohledu na pochybení odlišná od průmyslových odvětví. Technicky zaměřené směry přijímají myšlenku, že cokoli se může pokazit, a může-li se něco pokazit, dozajista se tak i stane. Protože toto tvrzení přijímají jako běžný fakt, vytváří systémy proaktivně působící směrem k minimalizaci rizik. Jejich cílem je vytvořit systém tak, aby bylo pro jednotlivce obtížné udělat chybu.^(27, 45, 46)

Ve zdravotnictví i ve vzdělávacím systému zdravotnických pracovníků převládá nepravdivá představa o činění chyb. Tato mylná představa říká, že chyby jsou způsobeny individuálním selháním jinak bezchybně pracujících jednotlivců. Na vznik chyby zdravotnická zařízení často reagují pouhým pokáráním či sankcemi a nařízením dodatečného vzdělávání. Tento způsob reakce však nenapomáhá odhalování a nápravě primární příčiny pochybení v systému. Takto nastavený systém působí negativně i na ochotu hlášení pochybení.^(9, 27, 45, 46)

Z posledních prací věnujících se tématu pohledu na rizika bychom měli zmínit H. Havelkovou a J. Mikulkovou (2007), které realizovaly výzkum, v němž se ptaly sester na zkušenosti se zatajováním svých pochybení. V tomto šetření 9,7 % sester přiznalo možnost vědomého zatajení svého pochybení, 15,2 % připouští nevědomé zatajení pochybení a 21,8 % si neuvědomuje, zda někdy svou chybu zatajily. Z celkového počtu dotazovaných 53,3 % respondentů uvedlo, že svou chybu oznámilo.⁽¹⁵⁾

Ve své další práci se H. Havelková a J. Mikulková (2008) ptaly sester na jejich názor na sdělování pacientům/klientům, že v souvislosti s jejich osobou došlo k nechtěné události. Celých 90 % respondentů je pro sdělování této informace. Jako zdůvodnění tohoto názoru uvádí právo pacienta/klienta na informace a možnost sdělení preventivních opatření k minimalizaci následků. Jedním z argumentů byl i názor, že i samy sestry, kdyby byly v roli pacienta/klienta, by chtěly o této události vědět. ⁽¹⁴⁾

Pro zavedení a efektivní fungování managementu rizik je zapotřebí v organizaci změnit pohled na rizika směrem k vytvoření pevné kultury bezpečí. Stejně jako každý člověk, i organizace mají svou osobnost, v tomto případě označovanou jako kultura. Kultura organizace je tvořena společenskými hodnotami a přesvědčením členů organizace. Kulturou bezpečí se v tomto případě rozumí vztah zdravotnického zařízení k zajištění rizik, která by mohla ohrozit dosažení již dříve popisovaných cílů ošetrovatelství. ^(9, 42, 45, 46)

1.3 Budování kultury bezpečí

Zdrojem kultury bezpečí jsou cíle, vize, strategie a poslání organizace. Základem pro vybudování kultury bezpečí je jasná formulace této myšlenky ve zmiňovaných dokumentech. I prostřednictvím této cesty by se organizace měla snažit o prosazení a sdílení myšlenky bezpečné péče všemi zaměstnanci a managementem zdravotnického zařízení. Cílem, jenž musí organizace přijmout za vlastní, je zajištění bezpečí nejen pacienta, ale i zaměstnanců. Organizace by neměla pouze vyhledávat a trestat viníky, ale snahou by mělo být vytvářet bezpečnější systém poskytované péče. V organizacích, kde je nastolena kultura bezpečí, se neustále hledají cesty k docílení bezpečnějšího systému a prostředí. Strategie vyhledávající rizika zahrnující i hlášení výskytu pochybení by měl management zdravotnického zařízení vítat, protože odhaluje možné chyby v systému, které je zapotřebí napravit. ^(9, 42, 45, 46)

Takto nastavený systém si uvědomuje, že chyba se stává následkem působení více faktorů a k jejímu uskutečnění vede cesta přes více bariér. Úkolem zdravotnické organizace je vytvořit bariéry pochybením a rizikům tak, aby jich bylo zachyceno

a eliminováno co nejvíce. Tato představa bývá spodobněna plátky ementálu, jehož díry představují cestu pro uskutečnění rizika a musí být při řízení rizik zaceleny a kontrolovány, aby nedošlo k pochybení. ^(9, 25, 42, 43)

Podmínky pro nastolení kultury bezpečí jsou vzájemně otevřená komunikace o chybách, změna myšlení, jednání a postojů všech zúčastněných jedinců, nastavení priorit správným směrem, porozumění systémům, hledání, kde vznikají chyby, budování bezpečnějších systémů, uplatňování poznatků o lidském faktoru a podporování vzdělávání. ^(9, 25, 46)

Je zapotřebí si uvědomit, že pochybení jsou častá a jejich příčiny jsou zřejmé. Většina pochybení lidského faktoru vychází z vedlejších produktů kognitivních funkcí. Při práci sestry jsme se naučili zautomatizovat činnosti, abychom dokázali vnímat okolní souvislosti, a tím se nám ztrácí soustředěnost na výkon. Při práci neustále mluvíme s druhým člověkem a i tato skutečnost naši pozornost může ovlivnit, ale kdo si dokáže představit sestru, která nezareaguje na prosbu druhého pacienta, lékaře či jiné sestry. A právě krátkodobá paměť a pozornost, ač jsou nejslabšími stránkami kognitivních funkcí, jsou po nás nejvíce vyžadovány, takto nastavený systém přináší množství rizik. Je třeba si uvědomit, že zavádění postupů minimalizujících závislost na kognitivních funkcích může rizika významně snížit. Prioritou je zavádění postupů, které méně spoléhají na paměť, jednotlivé postupy zjednodušovat a jasně definovat plně standardizovat včetně kompetencí. Dále je třeba zajistit pracovníkům dostatek informací a specializovat pracovníky na obtížné výkony. ^(25, 27, 33, 46)

K motivování zaměstnanců k přijetí kultury bezpečí mohou pomoci události z historie. Pozitivní příklady ukazující výsledky řízení rizik je třeba personálu představovat, je třeba ukázat včasný záchyt rizika na reálné situaci, který bude příkladem ostatním zaměstnancům. Ale i prezentace mimořádné události samotné může zaměstnancům pomoci přijmout fakt, že stejná chyba se může stát i jim a čemu by se proto měli vyvarovat. Nesmí se však jednat o prostředek pranýřování zaměstnanců. Při prezentování takovýchto příkladů je nutné zachovat anonymitu zúčastněných. Další možností je tvorba rituálů, například oceňování a prezentování úspěchů s jejich zdůvodněním (např. snížení výskytu určité události v souvislosti se zavedeným

opatřením). Význam mohou mít i hmotné symboly, které připomínají zaměstnancům, aby na některé věci nezapomínali (visačky, štítky, odznaky aj.) nebo pomáhají v zapojení pacientů/klientů do prevence rizik. ^(31, 42)

1.4 Analýza faktorů zasahujících do poskytování ošetrovatelské péče

Zdravotnické zařízení je nesmírně složitý komplex, na jehož fungování má vliv velké množství vnitřních i vnějších činitelů, ani samotné poskytování ošetrovatelské péče není výjimkou. První otázkou, kterou je zapotřebí si při řízení rizik položit, je co vše se dotýká poskytování ošetrovatelské péče, abychom si následně mohli položit i otázku, kde všude může existovat riziko a jak ho můžeme ovlivnit. Mezi oblasti, které lze jen obtížně ovlivnit, patří vnější prostředí organizace, které představuje globální, ekonomické, demografické, technologické, společensko-kulturní a politicko-právní prostředí. Druhá oblast částečně přesahuje vnitřní a vnější prostředí organizace, jedná se o dodavatele a poskytovatele služeb. V následujících podkapitolách je pojednáno o vnitřních oblastech, jež přímo zasahují do poskytování ošetrovatelské péče a organizace je může poměrně dobře ovlivňovat. Každé zdravotnické zařízení je specifické a musí samo zhodnotit faktory působící na oblast, kde rizika hodláme řídit. ^(36, 42)

1.4.1 Zdravotnický personál

Do zdravotnického personálu, jenž zasahuje do systému ošetrovatelské péče, patří odborníci lékařských i nelékařských zdravotnických povolání. K tomuto tématu hovoří především Zákon 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Tyto zákony jmenují

jednotlivé zdravotnické pracovníky, kteří se mohou účastnit poskytování ošetrovatelské péče ať již přímo, nebo zprostředkovaně, a podmínky jejich kvalifikace. ^(60, 61)

Mezi zdravotnické pracovníky uznávané těmito zákony patří například všeobecné sestry, porodní asistentky, ergoterapeuti, radiologičtí asistenti, zdravotničtí laboranti, zdravotně-sociální pracovníci, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé, sanitáři aj. ⁽⁶¹⁾

Kromě zdravotnických pracovníků se v průběhu péče může klient/pacient setkat i s technickým a administrativním personálem zdravotnického zařízení.

Každé zdravotnické zařízení si vybírá pracovníky dle svých potřeb tak, aby bylo dle Zákona 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu § 12 personálně vybaveno pro druh a rozsah zdravotní péče, kterou poskytuje. Personální vybavení lůžkových zdravotnických zařízení upravuje Vyhláška 134/1998 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky v posledním znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Tato vyhláška stanovuje i počet ošetrovatelského personálu na odděleních resuscitační a intenzivní péče. Na resuscitačních odděleních by měl činit 1,0 úvazku staniční sestry na stanici, střední zdravotnický personál 3,0 úvazku na lůžko, z toho 50 % pracovníků by mělo mít příslušnou specializaci, a nižší zdravotnický personál 0,3 úvazku na lůžko. Oddělení intenzivní péče vyššího stupně musí zaměstnávat staniční sestru na 1,0 pracovní úvazek pro celé oddělení, střední zdravotnický personál by měl představovat 2,2 úvazku na lůžko a nižší zdravotnický personál 0,2 úvazku na lůžko. Na odděleních intenzivní péče nižšího stupně se snižuje počet středního zdravotnického personálu na 1,4 úvazku na lůžko a nižšího zdravotnického personálu na 0,1 úvazku na lůžko. Na ostatních odděleních se počet pracovníků odvíjí od počtu lůžek. Na 25 lůžek je zapotřebí zajistit 8,94 úvazku středního zdravotnického personálu a 3,0 úvazku nižšího nebo pomocného zdravotnického personálu. ^(53, 57)

Takto stanovené podmínky se snaží zajistit, aby péče byla poskytována adekvátně vzdělaným zdravotnickým personálem v dostatečném počtu. Zdravotnický personál bez potřebné kvalifikace nebo v nedostatečném počtu je pro zdravotnické zařízení velkým rizikem. Nedostatečná kvalifikace personálu, může vést k chybám při realizaci odborných postupů vzhledem k nedostatku vědomostí a dovedností.

Nedostatek personálu pak klade zvýšené nároky na zaměstnance a způsobuje vyšší únavu pracovníků, která může přinést pochybení nebo odchod pracovníků.

1.4.2 Činnosti ošetrovatelského personálu

Vyhláška 424/2004 Sb., stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V této vyhlášce je uvedeno, jaké činnosti může sestra vykonávat jak v rámci ošetrovatelské péče, tak v lékařské diagnostické a terapeutické činnosti. Mezi činnosti, jež sestra provádí, patří sledování, orientační hodnocení a zaznamenávání skutečností v případě potřeby informování nebo zprostředkování kontaktu s třetí osobou, provádění odborných výkonů, edukace, práce s dokumentací, zdravotnickými prostředky a léčivými přípravky, realizace hygienicko-epidemického režimu, podílí se na výuce studentů a na přípravě standardů, informačních a edukačních materiálů. Jasně definované kompetence mají zajistit, aby činnosti byly vykonávány těmi správnými lidmi, kteří mají potřebnou kvalifikaci. ⁽⁵⁵⁾

1.4.3 Klienti/pacienti

Ošetrovatelská péče je poskytována jednotlivci, ať již nemocnému či zdravému, při péči o jeho zdraví nebo soběstačnost, rodině i komunitě. Okolnosti vztahu příjemce, poskytovatele a plátce zdravotní péče upravuje například Zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, Zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění aj. Každého, komu je poskytována péče, můžeme považovat za klienta zdravotnického zařízení. Dle Práv pacientů schválených Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 25. února 1992 má klient/pacient právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky. Dále má klient/pacient právo očekávat, že zdravotnické zařízení bude podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovovat pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Zároveň však má klient/pacient právo v rozsahu, který povoluje zákon, odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních

důsledcích svého rozhodnutí. Nutná a neodkladná péče musí být poskytnuta všem bez ohledu na to, zda jsou plátcem zdravotního pojištění, a bez ohledu na jejich státní příslušnost. ^(22, 41, 57, 58)

1.4.4 Zdravotnické prostředky

Tuto oblast upravuje Zákon 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů. § 2 říká, že: „zdravotnickým prostředkem se rozumí nástroj, přístroj, pomůcka, zařízení, materiál nebo jiný předmět anebo výrobek používaný samostatně nebo v kombinaci, včetně potřebného programového vybavení, který je výrobcem nebo dovozcem určen pro použití u člověka pro účely diagnózy, prevence, monitorování, léčby nebo mírnění nemoci, kompenzace poranění nebo zdravotního postižení, náhrady anebo modifikace anatomické struktury či fyziologického procesu a kontroly početí ^(63, § 2).“

Zdravotnickými prostředky se zabývá i Státní ústav pro kontrolu léčiv, Sekce zdravotnických prostředků, jejímž cílem je provádět činnosti, které vyplývají z legislativy vztahující se k bezpečnosti zdravotnických prostředků umístěvaných na trh v České republice. Její prioritou je harmonizace se směrnicemi Evropského společenství pro zdravotnické prostředky. ⁽⁴⁴⁾

1.4.5 Podpůrné technologie

Zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v § 12 říká, že „zdravotnické zařízení poskytující zdravotní péči musí být personálně, věcně a technicky vybaveno pro druh a rozsah zdravotní péče, kterou poskytuje, a musí splňovat hygienické požadavky na svůj provoz ^(57, § 12).“

Konkrétní požadavky pak můžeme nalézt ve Vyhlášce 49/1993 Sb., Ministerstva zdravotnictví České republiky o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, vyhlášce 134/1998 Sb., Ministerstva zdravotnictví České republiky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, a dále

v normách vydávaných Českým normalizačním institutem nebo v Národních akreditačních standardech pro nemocnice Spojené akreditační komise České republiky. V těchto dokumentech jsou v kapitole VI., která se věnuje podmínkám poskytování péče, například pravidla, podle kterých je zdravotnické zařízení povinné zajistit náhradní elektrický zdroj minimálně pro operační sály a jednotky intenzivní péče. Tuto povinnost odvozuje z Občanského zákoníku 40/1964 Sb., který v § 415 ukládá povinnost počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví, na majetku, na přírodě a životním prostředí, ke kterým by následkem výpadku elektrického proudu, ale i dodávky medicínských plynů nebo pitné vody ve zdravotnickém zařízení mohlo dojít. Mezi dalšími povinnostmi tyto standardy ukládají stanovení vnitřního předpisu, kterým se budou řídit preventivní prohlídky přístrojů. Tato povinnost vyplývá ze zákona 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích. ^(31, 33, 35, 52, 53, 63)

1.4.6 Management organizace a ošetrovatelské péče

Management organizace zajišťuje na podkladě analýzy, plánování, organizování a vedení aktivit a zdrojů materiálních i personálních tak, aby bylo dosaženo cílů organizace. Ve zdravotnickém zařízení do řízení ošetrovatelské péče zasahuje složitá struktura managementů. V nejběžnější formě vrchol struktury představuje ředitel nemocnice, který zřizuje funkci náměstka pro ošetrovatelskou péči (hlavní sestra), který koordinuje činnost vrchních sester jednotlivých klinik. Vrchní sestry pak přímo řídí činnost staničních sester. Řadová sestra úkolově podléhá krom jednotlivých složek této struktury i lékařům a plní i přání pacientů. Takto nastavený systém nejen že vydává velké množství nařízení, ale někdy staví řadovou sestru před rozhodnutí mezi dvěma protichůdnými póly. Jedná se o situace, kdy lékař sestře nařídí činnost, jejíž provedení je v rozporu s nařízením ošetrovatelského managementu. ^(13, 45)

Z výzkumu H. Havelkové a J. Mikulášové (2007) z odpovědí respondentů vyplývá, že 78,99 % sester, jež se průzkumného šetření účastnilo, se v průběhu své praxe setkalo se situací, kdy po nich lékař nebo nadřízený žádal provedení výkonu, který byl mimo jejich kompetence. ⁽¹⁵⁾

Ve svém dalším publikovaném průzkumu H. Havelková a J. Mikulášová (2008) uvádí, že 92 % sester, po kterých lékař žádal provedení výkonu mimo jejich kompetence, jej provedlo, i když o své nekompetentnosti k jeho výkonu věděly. Alarmující je i to, že 91 % sester provedlo výkon po telefonické ordinaci, i když tím porušilo standard zdravotnického zařízení. K podání transfuzního přípravku sestrou se přiznalo 44 % respondentů. ⁽¹⁴⁾

1.5 Vlivy podporující rizika

Vlivy podporující riziko vzniku mimořádné události lze rozdělit do stejných skupin jako samotné mimořádné události. Pro tuto práci jsme využili systém dělení mimořádných událostí publikovaný D. Juráskovou⁽²⁰⁾, upravený s ohledem na potřeby této práce.

1.5.1 Selhání v činnostech a jednání personálu

Selhání v této oblasti podněcuje pracovní, psychická a emocionální zátěž způsobená pracovními podmínkami nebo problémy v osobním životě. Dalšími podněcujícími faktory jsou komunikační problémy, chyby v postupech, prostředcích a technologiích, výkony prováděné nekompetentním personálem, nedostatečný počet zdravotnického personálu nebo jeho přetížení, nedostatky ve standardech péče, směrnicích zdravotnického zařízení, nedostatečná pracovní motivace nebo zodpovědnost personálu. ^(2, 7, 46)

O velikosti zátěže sester mluví mnoho publikovaných studií. J. Pečenková (1999) poukazuje na to, že 52,2 % dotazovaných sester na lůžkovém oddělení považuje pracovní zátěž za vysokou. Výzkum L. Kotaskové a V. Tóthové (2007) prezentuje, že sestry na sledovaných odděleních přesahují stanovenou normu zátěže i výkonu. I mnoho dalších prací poukazuje na přetížení sester, ať již sledují subjektivní pocity sester nebo objektivní skutečnosti. Další studie pak mluví o spánkové deprivaci a únavě v nepřetržitém provozu. ^(23, 38)

Zdrojem pracovní zátěže sester je samotná pracovní činnost a podmínky, ve kterých je vykonávána. Psychická zátěž vzniká při psychickém zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí. Prostředím se pro tuto oblast rozumí vše, co člověka obklopuje, včetně sociálních vztahů, životních událostí a požadavků kladených na zpracování informací. Všechny tyto skutečnosti mají vliv na psychické procesy, zejména pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování. Emocionální zátěž vychází ze situací a požadavků vyvolávajících afektivní odezvu. ^(7, 12, 32)

Podmínky výkonu činnosti zdravotnického personálu jsou dány fyzikálními, chemickými, biologickými i psychickými faktory prostředí (př.: fyzická zátěž, ionizující záření, práce s břemeny, karcinogeny, mutageny, riziko infekce, práce v nočních směnách a jiné). ^(7, 34, 56)

Psychická zátěž vycházející z pracovního prostředí může být přiměřená, nepřiměřeně zvýšená nebo nepřiměřeně snížená. Nepřiměřeně zvýšená zátěž je označována jako přetížení, které může mít charakter kvalitativní nebo kvantitativní. Kvalitativní složka zahrnuje zadávání příliš těžkých úkolů, kladení vysokých nároků na vědomosti, zkušenosti a schopnosti. Kvantitativní oblast obsahuje zadávání příliš velkého počtu úkolů a úkoly, jež je třeba vykonat v určitém čase, který je pro jeho splnění neodpovídající. I snížená zátěž označovaná také jako nepřiměřené podtížení vede k častějšímu výskytu chyb. Zátěž je v tomto případě způsobena nedostatkem činnosti a podnětů, popřípadě jednostranností. ⁽⁷⁾

Psychickou reakcí na zátěž může být únava, monotonie, snížená bdělost, mentální přesycení, annoyance nebo syndrom vyhoření. Únava ovlivňuje psychickou i funkční výkonnost, projevem únavy může být nepříjemný pocit, nepoměr mezi výkonem a úsilím, jež k němu bylo vynaloženo, a častějším výskytem chyb. Monotonie a snížená bdělost je stav snížené aktivace, vzniká na podkladě dlouhotrvajících stejných a opakujících se činností a úkolů. Jejich následkem je pocit únavy, ospalosti, pokles výkonu, snížená reakční doba a schopnost adaptace. Annoyance je pocit rozladění z vnějších příčin, zvláště pracovního prostředí, a je na její výskyt přímo vázaná.

Syndrom vyhoření je stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně náročné. ^(2, 7)

Psychická zátěž vyplývající z pracovních vztahů, jako je šikana, mobbing (verbální a psychologická podoba šikany), bossing (psychický teror vycházející od vedoucího pracovníka), staffing (zaměření proti vedoucímu pracovníkovi) se také odráží na výkonnosti a výsledcích. Výzkumy prováděné v roce 2001 agenturou Gfk ukázaly, že v České republice šikanu na pracovišti zažilo 16 % lidí. Statistiky západních zemí udávají 8-10 %. Výskyt těchto prvků znemožňuje zajištění bezpečné organizační kultury a příznivého klimatu na pracovišti. Šikaně v podobě mobbingu jsou častěji vystavovány ženy ve věku do 29 let a osoby, jež dosáhly nižšího stupně vzdělání. ⁽⁴⁷⁾

S. Bártlová (2007) prezentuje výsledky výzkumu, jež říkají, že 66,5 % dotazovaných sester považuje pracovní atmosféru na pracovišti za přátelskou a kooperativní, 30,1 % za neutrální a 3,4 % za napjatou a konfliktní. Je zde poukazováno i na to, že jako přátelskou hodnotí atmosféru spíše sestry v ambulantním sektoru, sestry na lůžkových odděleních hodnotí atmosféru spíše neutrálně. ⁽¹⁾

Psychická zátěž může způsobovat zdravotní problémy a pracovní neschopnost zaměstnance, nepředvídatelnou reakci či změnu jeho chování, fluktuaci pracovní síly, poškození zdraví pacienta/klienta nebo zdravotnického vybavení.

Na samotnou pracovní činnost mají vliv chyby v postupech, prostředcích a technologiích, například nesprávně vedená dokumentace, podobné etikety, nedostatky ve standardech, nejasnosti v postupech aj., vyrušování, neobvyklá situace, nedostatky v proškolení personálu, nepřiměřené vybavení, nedostatek personálu a jiné. Další hrozbou může být nedostatečná morální odpovědnost zaměstnanců nebo požívání návykových látek. Velkou roli hraje i přístup k informacím v organizaci. ^(45, 46, 51)

1.5.2 Selhání zdravotnických prostředků/podpůrných technologií

K selhání v oblasti zdravotnických prostředků a podpůrných technologií přispívá jejich nedostatečná kontrola a údržba. V některých případech zdravotnická zařízení zbytečně riskují při používání starších přesluhujících přístrojů ve snaze oddálit nákup

nových. Dalším faktorem jsou neodborné zásahy do těchto systémů, používání prostředků nedostatečně proškoleným personálem, přetížení prostředků při používání a jiné.

1.5.3 Nepředvídatelná reakce či změna chování klienta/pacienta

Jedinec, který přichází do zdravotnického prostředí, má porušenou saturaci svých potřeb (př. být bez bolesti, soběstačnost aj.), zároveň se nachází v náročné životní situaci, pro kterou nemá vytvořený algoritmus řešení. Je tedy zcela pochopitelné, že se u něj může vyskytovat maladaptivní jednání. U klienta/pacienta se může vyvinout agresivní či úniková reakce. Faktory, které takovou reakci mohou podpořit, pocházejí z jednání zdravotnického personálu a vlivů prostředí. ^(17, 49)

1.6 Odhalování podporujících faktorů

Včasné odhalení a intervence směrem k zmírnění faktorů podporujících rizika přispívá k bezpečné kultuře organizace. Mnohé nám může říci sledování pracovní zátěže, vztahů na pracovišti a audit dodržování ošetrovatelských standardů, směrnic a nařízení nebo audit personálního a materiálního vybavení jednotlivých oddělení.

Zátěž pracovníků lze hodnotit subjektivně nebo objektivně. Uvádíme zde několik možností, jak lze hodnotit pracovní zátěž relativně snadným šetřením.

Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže umožňuje hodnotit subjektivní pocity z pracovní zátěže prostřednictvím dotazníku, který je všeobecně považován za stručný, pro respondenty dobře srozumitelný a s dobrou reliabilitou (příloha 1). Tento dotazník se prostřednictvím deseti otázek zaměřuje na subjektivní pocity z oblastí časové tísně, malého uspokojení, vysoké odpovědnosti, otupující práce, problémů a konfliktů, monotonie, nervozity, přesycení, únavy a dlouhodobé únosnosti. Otázky jsou kladeny prostřednictvím tvrzení, na které respondent odpovídá ve škále pěti bodů od tvrzení, že s nimi zcela souhlasí (5 b.) až po výrok, že s tvrzením zcela nesouhlasí (1 b.). ⁽¹⁶⁾

Pro hodnocení únavy lze využít dotazník SPÚ (Subjective Symptoms of Fatigue) (příloha 2). Prostřednictvím tohoto dotazníku lze hodnotit únavu centrálního nervového systému, úbytek motivace, somatické příznaky únavy a obsahuje i lži skóre. Tento dotazník obsahuje 32 tvrzení o přítomnosti pocitu, na které je možno zvolit odpověď, že respondent má tento pocit, má tento pocit jen mírný nebo silný.⁽¹⁶⁾

Další metoda hodnocení využívá škály psychické únavy. Prostřednictvím této metody lze zjišťovat únavu v průběhu směny. Tento dotazník obsahuje časové údaje o zahájení a ukončení směny a časový údaj, kdy byla karta vyplněna. Škála by se měla vyplňovat 30 min po zahájení směny a 30 min před jejím ukončením. Úkolem respondenta je na 100mm přímce znázornit pozici, na které se nachází mezi dvěma polárními pocity (uvolněný x napjatý, bdělý x ospalý, klidný x podrážděný, odpočatý x unavený, čilý x lenivý).⁽¹⁶⁾

O způsobu práce s předchozími třemi metodami hovoří metodická příručka Hladký, A., Židková, Z.: Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže, kterou vydalo nakladatelství Karolinum v roce 1999.⁽¹⁶⁾

Pracovní zátěž sester lze hodnotit i objektivní metodou. Tato technika se nazývá metoda kvantifikace ošetrovatelské péče a využívá se pro optimální stanovení počtu ošetrovatelského personálu. Tato metoda byla vytvořena a publikována v knize Pochylá, K., Pochylý, O.: Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu, kterou vydal Institut pro další vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v Brně v roce 1999. V této publikaci je detailně popsána metoda, jež přiřazuje jednotlivým ošetrovatelským činnostem prováděným u klienta/pacienta bodovou hodnotu, kterou následně násobí časovou jednotkou. Takto získaný údaj se srovnává se skutečnými časovými možnostmi personálu. Jedná se o metodu, která vyžaduje proškolení a delší spolupráci ošetrovatelského personálu při zaznamenávání ošetrovatelských činností, ale její objektivita je nespornou výhodou.⁽³⁹⁾

1.7 Možnosti odhalování konkrétních rizik

Jak již bylo zmiňováno v předchozích kapitolách, na základě definice jednotlivých prvků nebo procesů zasahujících do ošetrovatelské péče lze odhalit jednotlivá rizika, která by mohla zabránit splnění cílů. V praxi existuje velké množství možností, jak rizika odhalovat. Vyhledávání rizik může být preventivní (proaktivní strategie), tyto strategie předpokládají, že známe jednotlivé procesy a komponenty, jež do nich zasahují, a jejich rozbořem můžeme nalézt situace, ve kterých by mohlo dojít k selhání. Další metody odhalují rizika až na základě již uskutečněné nežádoucí události. Pokud se stane mimořádná událost, hledají se její příčiny a odhalujeme tím možná rizika pro tento proces. ^(28, 45, 46)

Jednou z proaktivních metod je takzvaná analýza Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) neboli Analýza možností vzniku a následků selhání, která byla upravena pro potřeby zdravotnictví jako Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA). Mezi další strategie patří například screeningová metoda, metody externího pozorování či pasivní surveillance. ^(5, 6, 28, 45, 46)

O oblasti poskytované péče mnohé vypovídají výsledky péče (například výskyt dekubitů), rehospitalizace, reoperace, výskyt nozokomiálních nákaz aj. Oblast vztahu pacientů a personálu může poodhalit spokojenost pacientů, revers i proti doporučení lékaře, agresivní nebo regresní projevy u pacientů. Na rizika v oblasti řízení ukazuje nedbale vedená dokumentace, nedostatky ve standardech a směrnicích nebo nedostatečné počty personálu nebo zdravotnických prostředků. Riziko u zaměstnanců se vyskytuje v případech, kdy vykonávají činnosti nad rámec svých kompetencí, jsou neadekvátně kvalifikovaní nebo je jejich jednání neprofesionální. ^(28, 45, 46)

1.7.1 HFMEA

FMEA je systematická metoda identifikující a předcházející chybám dříve než vzniknou. Prvním krokem této analýzy je volba procesu, který chceme učinit

bezpečnějším, a jeho přesná definice. Pro systematicčnost se jednotlivým analýzám přiděluje pořadové číslo. Celý proces je dokumentován (příloha 3). ^(5, 6, 11, 46)

Pokud je definován proces, je možné vytvořit tým, který se bude FMEA tohoto procesu zabývat. V ideálním týmu jsou zastoupeni členové různé úrovně a typu vzdělání a odborníci na jednotlivé složky procesu. Měli by být zastoupeni i členové neznalí problematiky, kteří mohou poukázat na problémy, jež by odborníkem mohly být přehlédnuty právě vzhledem k jeho znalostem. Odborník často považuje některé věci ve svém oboru za samozřejmé a z jeho pohledu není třeba se o nich zmiňovat, ale považovat cokoli za samozřejmé je cestou k neúspěchu. V rámci týmu je dále třeba zvolit vedoucího týmu a dalšího člena, který bude provádět zápisy z analýzy. ^(5, 6, 11, 46)

Aby byla činnost týmu efektivní, stanovuje se časový harmonogram jednotlivých činností, minimálně datum zahájení a ukončení analýzy, přičemž chceme-li zachovat kvalitu výstupu, může být termín závěru analýzy přesunut na pozdější termín. V době, kdy by měla být analýza dokončena, je nezbytné vypracovat alespoň průběžnou zprávu a stanovit náhradní termín dokončení analýzy. ^(5, 6, 11, 46)

Prvotním úkolem týmu je prostudování celého procesu a jeho jednotlivých komponent. Závěrem této fáze se stanovují jednotlivé kroky celého procesu a vytváří se diagram zobrazující návaznost jednotlivých kroků. ^(5, 6, 11, 46)

Druhým krokem samotné analýzy je rozbor jednotlivých kroků. U každého kroku jsou navrženy jednotlivé možnosti, které by mohly negativně zasáhnout do splnění tohoto kroku. Další otázkou je, zda riziko selhání, které jsme našli, je dostatečně vysoké na to, aby muselo být řešeno. K stanovení závažnosti se může použít tabulka míry závažnosti a pravděpodobnosti, již představuje HFMEA. Jako závažná jsou označována rizika s bodovým hodnocením nad 8, přičemž míra rizika je násobkem závažnosti následků a pravděpodobnosti výskytu. (Závažnost následků velmi vážná 4 b., vážná 3 b., mírná 2 b., téměř žádná 1 b., a pravděpodobnost výskytu častá 4 b., příležitostná 3 b., ne běžná 2 b., výjimečná 1 b. Příklad: pokud je riziko následků vážné a výskyt je příležitostný: $3 \times 3 = 9$).

Tabulka 1 Hodnocení závažnosti rizika (FMEA)

		Závažnost následků			
		Velmi vážné	Vážné	Mírné	Téměř žádné
Pravděpodobnost výskytu (častost)	Často	16	12	8	4
	Příležitostně	12	9	6	3
	Ne běžně	8	6	4	2
	Výjimečně	4	3	2	1

(6, s. 267)

Každé zdravotnické zařízení je jedinečné, a tak i míra únosného rizika se může různit, proto záleží pouze na rozhodnutí, kde je hranice únosnosti rizika, přičemž vždy je nutné mít na paměti, že prioritně je nutné vyřešit rizika s vyšším bodovým ohodnocením. Velmi významné riziko je i u kroků, které pevně zapadají do systému a bez jejichž realizace by nebyl uskutečněn celý proces. Další otázkou, kterou si HFMEA pokládá, je, zda již existují kontrolní mechanismy pro toto riziko a zda je možné riziko odhalit ještě před realizací jeho nežádoucích následků. ^(5, 6, 11, 46)

Dalším bodem je zvážení, jakou formou bude toto riziko opatřeno, zda bude riziko akceptováno, zda budou nastaveny kontrolní mechanismy nebo zda dojde ke změně v celém procesu. Následující činností je navržení konkrétních opatření. Je možné zvolit i konkrétní osobu, která bude závěrečnou zprávu obsahující návrhy prezentovat vedení zdravotnického zařízení a v případě jejího přijetí se může podílet i na jeho realizaci a kontrole. ^(5, 6, 11, 46)

Podrobný návod s jednotlivými ukázkami je prezentován v práci Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis™: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System publikované v The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 2002 a na webových stránkách Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety. ^(5, 6)

1.7.2 Screeningová metoda

Screeningovou metodu je možné použít zpětně, teprve v návaznosti na již vzniklou mimořádnou událost. Pro screeningovou metodu představuje zdroj informací studium různých materiálů (zdravotnická dokumentace, statistiky, dotazníky na spokojenost pacientů aj.), jejich studiem se snažíme odhalit chyby, ke kterým došlo. Tato metoda je velice náročná vzhledem k tomu, že je nutné nejprve pravděpodobnou chybu najít, potvrdit, zda se opravdu jednalo o chybu a zda tato chyba má souvislost s poskytováním péče. Tuto metodu lze využít při hodnocení rizika nozokomiální infekce, kdy mohou být odhaleny i nehlášené případy. Tato metoda není vhodná pro celoplošné sledování rizik vzhledem k množství dokumentů, které by bylo zapotřebí prostudovat, ale může být velice efektivní při potvrzování konkrétních podezření. ^(26, 28)

1.7.3 Metoda externího pozorování

Pro tuto metodu je zapotřebí proškolení externího pozorovatele, který bude sledovat jednotlivé procesy. Externí pozorovatel s sebou přináší výhodu nezaujatosti a přesnějšího měření. Tento pozorovatel může zachytit rizika mimořádné události, ale jen obtížně se touto metodou odhalují rizika se vzácným výskytem. Externí pozorovatel může upozornit na mimořádné události, které by jinak nebyly hlášeny i možné rizikové situace. Studie ukazují na významný rozdíl v počtu zjištěných pochybení při podávání léků při metodě externího pozorovatele a pasivního hlášení samotným zainteresovaným zdravotnickým pracovníkem. Metodu externího pozorovatele je tedy výhodné použít, chceme-li zjistit reálnější pravděpodobnost výskytu mimořádné události. Otázkou u této metody je zapojení externího pozorovatele, který stále zůstává cizím elementem a vede k jisté korekci v jednání zdravotnických pracovníků. ^(26, 28)

1.7.4 Pasivní surveillance

V systému pasivní surveillance mají zdravotničtí pracovníci povinnost hlásit výskyt mimořádné události. Tato strategie se snaží na základě analýzy příčin již vzniklé mimořádné události odhalit příčiny jejího vzniku a příslušnými systémovými opatřeními snížit pravděpodobnost opakování takového incidentu. Pro získání většího množství informací o možných rizicích se využívá i hlášení takzvaných téměř pochybení, kdy bylo mimořádné události včasnou reakcí pracovníka předejito. ^(26, 28)

Výzkum D. Merxe a I. Gladkije (2005) realizovaný v roce 2004 předkládá, že 68,8 % nemocnic, které odpověděly na dotazník o hlášení mimořádných událostí, má vnitřní předpis, který upravuje jejich hlášení. Povinnost hlásit mimořádnou událost má dle této studie v 75,9 % každý zaměstnanec a v 32,8 % pouze vedoucí pracovník. Podle této studie patří k nejčastěji hlášeným mimořádným událostem sebevražda pacienta/klienta, napadení pacienta nebo zaměstnance, pády, transfúzní pochybení, chyby při podávání léčiv, nežádoucí účinky léku, selhání technologií a krádeže. ⁽²⁶⁾

Podle výzkumu H. Havelkové a J. Mikulkové (2007) se 68,5 % dotazovaných sester setkalo s tiskopisem pro hlášení mimořádné události a zbývajících 31,5 % uvedlo, že se s ním ještě nesetkalo. Dále se v této práci prezentuje, že 25 % sester nedostalo žádnou zpětnou vazbu na hlášení mimořádné události. ⁽¹⁵⁾

Okolností, která přispívá hlášení mimořádných událostí, je i možnost anonymního hlášení nebo hlášení události přímo odpovědnému orgánu a její zpracovávání pod spisovým kódem. Pokud jsou mimořádné události hlášeny přes vedoucího pracovníka, nebo k hlášení má přístup více jedinců, je velice pravděpodobné, že dokonaná pochybení budou utajována vzhledem k strachu ze sankcí a negativního sociálního dopadu. Velkou roli hraje i vnitřní klima zdravotnického zařízení a jeho přístup k pochybením. Nelze předpokládat, že pokud budou pracovníci za své chyby pouze sankcionováni a nuceni k dalšímu studiu, budou své chyby hlásit. ^(26, 28, 29, 45, 46)

D. Marx⁽²⁹⁾ uvádí i důvody, proč systém pasivní surveillance odhaluje jen malé množství chyb. Mezi hlavní důvody patří zaneprázdněnost zdravotnických pracovníků, pocit zaměstnanců, že nevidí přínos hlášení mimořádných událostí, nebo obavy ze

sankcí. Dalším důvodem je, že nelékařský zdravotnický personál se neodvažuje hlásit pochybení lékařů. Příčinou bývá i samotný fakt, že mimořádná událost není rozpoznána nebo personál neví, že je možné tuto konkrétní mimořádnou událost hlásit. ⁽²⁹⁾

1.7.5 Epidemický přístup

Metoda epidemického přístupu s sebou přináší výhodu, jež pasivní surveillance nemá. V tomto přístupu je nařízeno hlášení konkrétních mimořádných událostí pověřené osobě. Tato metoda snižuje výskyt nehlášených mimořádných událostí, ale události, jež nejsou uvedeny jako povinně hlášené, jsou opomenuty. Zajímavou otázkou je účel epidemického přístupu. Při kvalitně vedeném managementu rizik by se měl výskyt mimořádné události v závislosti na přijatých intervencích snižovat. Z pohledu managementu rizik považujeme za velmi důležité odhalování rizik, která mohou být různorodá u jediného druhu mimořádné události. ^(26, 28)

1.8 Prevence a řízení výskytu rizik

Po zmapování jednotlivých rizik je nezbytné jejich zhodnocení. Při hodnocení se rizika dělí do skupin na rizika, jež nemohou být akceptována, a rizika, jež je organizace schopna do jisté míry akceptovat. ⁽⁴²⁾

1.8.1 Akceptovatelná rizika

Do této skupiny se řadí procesy, jež mají určitou míru rizika selhání, ale jejich přínos či specifičnost je činí nepostradatelnými. V případě, že rizika nelze odstranit, je zapotřebí se připravit na případ, že dojde k selhání. V rámci rizik, jež musí zdravotnické zařízení akceptovat, je přerušení dodávky elektrické energie nebo vody či selhání elektronických informačních systémů. Pro tyto případy by mělo zdravotnické zařízení zajistit náhradní možnosti, jak v případě realizace rizika zajistit kontinuitu péče (vlastní pohotovostní zdroje, možnosti náhradních dodávek, zálohování dat aj.). V případě

přístrojové techniky se selhání také nedá zcela předejít, proto se realizují pravidelné preventivní údržby.

Druhou možností je snaha o zmírnění rizika. Snížení rizikovosti procesů lze provádět prostřednictvím zjednodušení procesu, jeho podrobnou standardizací (procesuální manuály), specializováním personálu a jeho vzděláváním. V konkrétních případech se může jednat i o zajištění ochranných oděvů a jednorázových zdravotnických prostředků (prevence nozokomiálních nákaz), mechanických zábran, výstražných cedulí (prevence pádu), bezpečnostních náramků pro pacienty (identifikace pacienta) aj.

Pro případ realizace rizika musí být připraven metodický postup. Reakce na vznik mimořádné události musí být rychlá a adekvátní. Cílem tohoto postupu je minimalizovat následky události, a to jak v oblasti péče, tak pověsti zdravotnického zařízení. ^(42, 45, 46)

1.8.2 Neakceptovatelná rizika

V případě, že rizika jsou pro organizaci neakceptovatelná, může se management rozhodnout mezi několika způsoby řešení. První možností je odstranění celého rizikového procesu a jeho nahrazení jiným, méně rizikovým. Druhou možností je přenesení rizika na kompetentnější či specializovanější pracoviště. ^(42, 45, 46)

1.8.3 Hledání opatření snižujících výskyt rizik

Při snaze nastavit bezpečnější proces mohou pomoci odpovědi na otázky, zda existují pro tento proces bezpečnostní opatření, pokud nechybí, proč nejsou efektivní. Důležitou informaci představují podmínky nebo situace vyvolávající rizika či selhání. Dojde-li k selhání, lze předejít poškození zdraví? Jak lze selhání co nejrychleji identifikovat? Mnohé vypoví i odpověď na otázku, zda dochází často k výskytu selhání za určitých podmínek v určitém časovém období nebo u konkrétních zaměstnanců. ^(45, 46)

Opatření, jimiž lze odhalená rizika snižovat, mohou být hledána ve zkušenostech druhých nebo organizace může hledat cestu sama. O minimalizaci rizik se v dnešní době zajímá Ministerstvo zdravotnictví České republiky, které počátkem roku 2007 připravilo seminář Nástroje zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních, Světová zdravotnická organizace (WHO), jež realizuje program Patient safety, Institut of Medicine (IOM), jenž zřídil Center for Patient Safety při Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Joint Commission International Center for Patient Safety, ale i Spojená akreditační komise České republiky. V některých státech jsou zakládány společnosti zaměřující se o téma rizik péče, například Canadian Patient Safety Institute nebo Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety, ale ani sesterské organizace nezůstávají v těchto zemích pozadu, sekci Practice Environments and Patient Safety má Canadian Nurses Association. National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) prezentovala veřejnosti v roce 2007 Taxonomy of Error, Root Cause Analysis and Practice-responsibility (TERCAP_{TM}). Tato taxonomie se věnuje chybám v ošetrovatelské péči a jejím cílem je usnadnit další výzkum a vývoj této oblasti. (3, 4, 18, 31, 37, 40, 43, 48, 66)

Rizika, která mohou být odhalena, jsou různá a je jich nepřeborné množství, někdy proto může být zdravotnické zařízení postaveno před nutnost řešení problému vlastní cestou. Techniky vymýšlení nových nápadů mohou být v těchto situacích velkou nápomocí. Mezi snadno aplikovatelné postupy patří například brainstorming, technika násilné asociace, seznam vlastních dotazů, střediska odborníků nebo Delfská technika, ale existuje i mnoho jiných způsobů. ⁽¹³⁾

Brainstorming vyžaduje vytvoření skupin, jejichž úkolem je v první fázi vymýšlet a zaznamenávat všechna řešení, která je k problematickému tématu napadnou. V první fázi je důležité vyvarovat se všech soudů a vyjádřit všechny názory, byť sebezvláštnější. Teprve až když jsou všechny možnosti zaznamenány, diskutuje se nad možnostmi využití každé z nich a volí se nejefektivnější. ^(13, 45, 46)

Technika násilné asociace probíhá stejně jako ostatní ve skupině. V první fázi je skupině představen problém a skupina vytváří deset volných asociací k tomuto tématu. Následně je skupině představen problém B a skupina postupuje stejným způsobem.

V další fázi skupina hledá možné souvislosti asociací u problému B se samotným problémem A. Tato technika pomáhá najít nekonvenční pohled na problém. ⁽¹³⁾

Techniku seznamu vlastních otázek může provádět i jednotlivec. Je-li znám problém technikou podobnou brainstormingu, vytváříme pouze otázky. V této fázi na ně ale nehledáme odpovědi ani nad nimi nepřemýšlíme. Tato technika může odkrýt problém, jenž byl doposud skryt, a jeho vyřešení ovlivní celý původní problém. ⁽¹³⁾

Technika střediska odborníků využívá k řešení problémů i vliv prostředí. Schůzky teamu probíhají v nezvyklém prostředí, které může umožnit odpoutání od konvenčních způsobů myšlení. Schůzky by se měly konat často, aby myšlenky měly možnost vyklíčit. ⁽¹³⁾

Delfská technika využívá skupinu, která si je navzájem anonymní a nesetkává se. Každému z odborníků je předložen stejný problém a on písemně a anonymně vyjadřuje svůj názor. Následně je všem ze skupiny poskytnuta zpětná vazba na všechny názory. Poté se opět každý jednotlivec vyjadřuje k problému s ohledem na poskytnutou zpětnou vazbu. Tento proces se opakuje až do chvíle, kdy dojde ke shodě ve skupině na řešení. ⁽¹³⁾

1.8.4 Možnosti řízení rizik ošetrovatelské péče

Konkrétních rizik v oblasti ošetrovatelské péče je nepřehledné množství a rozsah této práce neumožňuje věnovat se všem, proto uvádíme jen některá vybraná témata.

1.8.4.1 Snižování rizik v oblasti managementu

Pro strategii minimalizace rizik IOM doporučuje založení národního střediska soustředujícího se na chyby při poskytování zdravotní péče, institutu vedoucího ke zlepšování péče, vytvoření systému informujícího o chybách s cílem učit se z nich a tyto chyby redukovat, zvýšit očekávání výkonu péče a zajistit bezpečnější péči. Hlášení chyb by mělo být využito jako nástroj učení se. ⁽⁹⁾

I samotná organizace managementu má pro snižování rizik velký význam. Každé zdravotnické zařízení by mělo vydat svůj vlastní organizační řád, v němž budou jasně stanoveny vztahy nadřízenosti a podřízenosti a povinnosti pracovníků na jednotlivých úrovních managementu. Nezbytné je, aby byl personál seznámen s posláním, cíli a strategií organizace, přičemž nesmíme zapomínat na kulturu bezpečí. Organizace by měla podporovat rozvoj kvality, kooperace a spolupráce. ^(9, 18, 43, 45, 46)

Aby mohly být efektivně zaváděny změny nejen v rámci snižování rizik, musí mít zdravotnické zařízení vypracovanou metodiku jejich řízení. Tato metodika by měla postihnout činnosti od vyhledání oblastí, v nichž je nutné změny realizovat, až po kontrolu a hodnocení efektivity změny. ⁽⁴³⁾

Předpokladem pro snižování rizik je i zavádění procesního managementu a minimalizování závislosti jednotlivých procesů na sobě. Pokud existuje pevná svázanost mezi jednotlivými procesy, dojde-li k chybě v jednom procesu, selhávají i procesy svázané. Pevně svázané procesy proto představují vyšší riziko selhání. ^(9, 18, 43, 45, 46)

1.8.4.2 Snižování rizik v oblasti činností a jednání personálu

Již zmiňovaná TERCAP_{TM} 2007 představuje osm oblastí ošetrovatelských pochybení. Těmito oblastmi jsou podávání léčivých přípravků, dokumentace, sledování/dohled, posuzování stavu, prevence, intervence, vykládání si ordinace lékaře a profesionální odpovědnost/obhajování klienta/pacienta. ^(3, 48)

Podávání léčivých přípravků se budeme věnovat v pozdější kapitole. Hlavní filosofií je zajistit, aby byl podán správný lék, v odpovídající dávce, správným způsobem, danému klientovi/pacientovi, ze správných důvodů v ten pravý čas. ^(3, 48)

Stejně tak oblasti dokumentace je věnována samostatná kapitola. Zdravotnická dokumentace má sloužit jako zdroj informací o plánovaných a realizovaných intervencích a jejich výsledcích. I ošetrovatelská dokumentace je nezbytnou součástí systému informujícího o potřebách klienta/pacienta, plánech péče a reakci na realizované intervence. Pečlivé vedení záznamů vede k prospěchu klienta/pacienta. ^(3, 48)

Sledování/dohled má za cíl včasné odhalení změny stavu klienta/pacienta nebo výskytu nežádoucí události (př. pooperační krvácení). Brzké odhalení umožní včasné provedení intervencí směřujících k nápravě. Příčinou selhání může být nedbalost, nezkušenost nebo souhra okolností (může značit latentní chybu, např. přetížení). Pro vzdělávání v této oblasti je vhodné využít případových studií. Nezbytnou součástí řízení těchto rizik je odhalit situace vyžadující zvýšené sledování a stanovit minimální požadavky pro realizaci této činnosti (čas, způsob, oblasti sledování aj.).^(3, 48)

Posuzování stavu je založeno na hodnocení projevů klienta/pacienta. Tato kapitola je úzce provázána s ostatními oblastmi. Chybou, která se může vyskytnout, je špatné zhodnocení projevů (př. bagatelizace projevů). Roli zde může hrát nepozornost nebo deficit znalosti.^(3, 48)

Prevence v oblasti ošetrovatelské péče se zaměřuje na předcházení pádů, nozokomiálních nákaz, dekubitů, ankylóz, kontraktur, statických pneumonií, hlubokých žilních trombóz, hyper/hypoglykemií, zánětů močových cest, obstipací a dalších rizik souvisejících s hospitalizací nebo onemocněním. Nezbytné je zajistit včasné odhalení rizika a provedení preventivních opatření.^(3, 48)

Intervence v oblasti ošetrovatelské péče nesou své riziko v jejich chybném provedení.^(3, 48)

Riziko v interpretaci ordinace lékaře má kořeny ve způsobu nařízení ordinace. Oblasti písemné, ústní nebo telefonické ordinace se více věnuje kapitola Léčivé přípravky. Dalším důležitým faktorem v této oblasti je i spoléhání se na kognitivní funkce.^(3, 48)

Rizikem v oblasti profesionální zodpovědnosti/obhájkyň pacienta/klienta je nepředvídaná a neprofesionální reakce ošetřujícího personálu, jež není v souladu s činěním prospěchu pro pacienta/klienta. Velkou roli v řízení toho rizika hraje odhalování příčin takového jednání personálu.^(3, 48)

Předpokladem pro řízení všech těchto rizik je zajištění personálu s odpovídající kvalifikací a v adekvátním množství. O kvalifikaci zdravotnických pracovníků mluví Zákon 96/2004 Sb., činnosti, jež mohou tito pracovníci vykonávat, popisuje Vyhláška

434/2004 Sb. Úkolem zdravotnického zařízení je, aby zajistilo dodržování těchto norem. ^(55, 61)

Důležitá je i míra pracovní zátěže. Je proto zapotřebí snažit se o optimalizaci pracovní zátěže, analyzovat pracovní prostředí a klima na pracovišti, včas odhalit terory a rychle a efektivně proti němu zasáhnout. Mnoho informací může přinést anonymní šetření spokojenosti zdravotnických pracovníků nebo sociometrické šetření. Výsledky může přinést zavedení Balintovských skupin, team building nebo nabídka mimopracovních aktivit. ^(7, 45, 46)

Intervence směřující k optimalizaci pracovní zátěže spočívají v plánování směn, počtu zdravotnického personálu, úpravě pracovního prostředí, změnách rozsahu a náplně pracovních činností, výběru a rozmístění zdravotnických pracovníků, zjednodušování procesů a jejich standardizaci, vypracování směrnic a protokolů a v informovanosti a kvalifikovanosti zaměstnanců. ^(9, 27)

V samotném procesu se musíme zajímat o odhalení možných rizik pro selhání procesu a postupů a již v případě tvorby či rekonstrukce rizikových procesů se soustředit na důležitá pravidla. Jednotlivé procesy by měly být zjednodušovány, vytvářeny přesné standardy postupu, stanoveny kompetence a indikace pro provedení výkonu. Vždy bychom se měli snažit minimalizovat závislost procesu na kognitivních funkcích, minimalizovat nároky na paměť, plánování a řešení problému (vše by mělo být obsaženo ve standardu). Výhodou je sestavovat procesy tak, aby nebyly vázány pevně na sebe a v případě selhání jednoho z procesů nedošlo k ohrožení procesů dalších. ^(9, 27)

Předcházet rizikům v oblasti chování zdravotnického personálu lze důslednou kontrolou dodržování zákazu požívání omamných látek.

1.8.4.3 Snižování rizik v oblasti prostředků/technologií

Jedinou cestou k udržení bezpečí v této oblasti je pravidelná kontrola, údržba a evidence stavu prostředků, proškolený personál, hlášení poruch (př.: glukometr, vakuové zkumavky aj.), přesně definovaná pravidla využívání prostředků, vypracování

postupu při selhání podpůrných technologií, kontrola a udržování náhradních podpůrných technologií. Pokud se jedná o ošetrovatelskou péči, je zapotřebí se vyvarovat nedostatku zdravotnických prostředků, což se nezřídka děje (například ložní prádlo). ^(18, 33, 43, 45, 46)

1.8.4.4 Snižování rizik v oblasti chování pacientů/klientů

O rizicích v této oblasti nám může mnohé vypovědět sledování spokojenosti pacientů. Omezit tyto vlivy lze vytvořením co nejpříznivější atmosféry prostřednictvím jednání personálu i působením prostředí. Pacient/klient by měl cítit empatii, partnerství a vstřícnost od zdravotnického personálu směrem ke své osobě. Zdravotnický personál by se měl naučit rozeznávat negativní emoce a adekvátně na ně reagovat. Nezbytnou součástí řízení těchto rizik je vypracovaný metodický postup při výskytu agresivního jednání (např. pravidla používání omezovacích prostředků), únikové reakce, odmítání péče nebo krádeže aj. ^(18, 33, 43, 50)

1.8.4.5 Zapojení klientů/pacientů do prevence rizik

Zapojení klientů/pacientů do prevence rizik není ve světě novinkou. Již několik let společnost The Joint Commission veřejně prezentuje program Speak up (příloha 4). ⁽¹⁸⁾

Pro tento projekt byly vydány propagační materiály, které nabádají klienty zdravotnických zařízení k aktivitě v prevenci pochybení zdravotnického personálu. Tento leták pacientům otevřeně říká, že pochybení ve zdravotní péči je závažným problémem, je zapotřebí si uvědomit, že chyby se stávají ve všech lidských činnostech a profesích a ani zdravotnictví není výjimkou. Snaží se klidnou nenásilnou formou seznámit klienty s touto skutečností. V návaznosti na toto sdělení nabízí jednotlivé body. Hlavním cílem je, aby klienti sami přijímanou péči aktivně sledovali a při nejistotě se ptali, sami se vzdělávali, znali své léky a důvod, proč je užívají, a účastnili se rozhodování při postupu léčby. Jako přílohu této práce jsme vytvořili edukační

materiál vycházející z bodů tohoto dokumentu s přihlédnutím ke specifikům českého zdravotnictví (příloha 5). ^(18, 45, 46)

1.9 Mimořádná událost

Mimořádná událost je taková skutečnost, při níž došlo k poškození zdraví pacienta, návštěvy, zaměstnance nebo jiné osoby, pokud došlo ke ztrátám na majetku nebo byla poškozena pověst organizace, prostředí, fungování organizace nebo jiných hodnot. Mimořádné události lze klasifikovat z pohledu následků nebo příčin. ^(20, 26, 45, 46)

1.9.1 Klasifikace mimořádné události dle následků

Dle následků můžeme mimořádné události rozdělit do tří až čtyř kategorií. Do první kategorie spadají mimořádné události, jejichž vzniku bylo, ať již záměrnou či náhodnou intervencí, v poslední chvíli zabráněno. Druhá kategorie představuje mimořádné události bez následků. Poslední kategorie obsahuje mimořádné události s následkem. Tuto skupinu lze dále rozdělit na události s lehkým či těžkým následkem, ať již na zdraví, majetku některého z účastníků či provozu zdravotnického zařízení. ^(45, 46)

Klasifikace následků je často přirovnávána k ledovci, jehož největší část je před našimi zraky utajena pod vodní hladinou. Tato skrytá část představuje situace, které neměly žádný nebo jen lehký následek a často nejsou hlášeny a odhaleny. ^(45, 46)

1.9.2 Klasifikace mimořádné události dle příčiny

Tato klasifikace dělí selhání na aktivní a latentní. Při aktivních jsou porušena předem stanovená nařízení, čímž se naruší bezpečnostní mechanismy, tyto chyby jsou označovány jako chyby způsobené jednotlivcem. Latentní selhání jsou způsobena špatně nastaveným systémem, tyto latentní chyby mohou být skryté a k mimořádné události dojde až ve chvíli, kdy se objeví aktivní selhání. Této skupině pochybení

způsobených systémem činností organizace lze efektivně předcházet při jejich včasném odhalení. Mezi latentní chyby, jež jsou největší hrozbou, patří chyby při rozhodování vedoucích pracovníků. Tyto chyby mohou způsobit například nepřiměřenou pracovní zátěž, špatné vybavení a údržbu pracoviště či nevhodný komunikační a informační systém a jiné. ^(9, 27)

1.9.3 Postup při mimořádné události

V první fázi je zapotřebí zajištění následků či hrozeb vzniklé události tak, aby nikdo nebyl dále poškozován a aby se zamezilo riziku dalšího poškození. V případech, kdy došlo k poškození zdraví, musí být poskytnuta adekvátní pomoc poškozenému. Hlášení mimořádné události probíhá až po zajištění kontinuity péče o klienty zdravotnického zařízení. Hlášení probíhá nejčastěji prostřednictvím písemného nebo elektronického formuláře. Hlášení mimořádné události by mělo obsahovat identifikační údaje poškozeného (pacienta/zaměstnance/návštěvníka/přístroje) a svědků, charakter mimořádné události, škod nebo poranění, popis samotné události ve faktech, nesmí chybět ani časové a místní určení, informace o tom, zda bylo nutné přivolat lékaře a jakým způsobem proběhlo ošetření, závěr vyšetřování, návrh nápravných opatření, způsob jejich realizace a kontroly, poznámky nebo připomínky a podpis zúčastněných stran (pokud je to možné), podpisy svědků události.

Formulář hlášení mimořádné události by měl být neprodleně odevzdán příslušnému orgánu k dalšímu šetření, protože se mohou vyskytnout případy, kdy tyto informace mohou vést k odvrácení dalších mimořádných událostí (např. dodání vadné série zdravotnických prostředků, které mohou být používány i na jiných odděleních). Informace o výskytu mimořádné události by měly být kromě komise pro mimořádné události oznámeny i ošetřujícímu lékaři nebo primáři oddělení a v případě potřeby právníckému oddělení a ostatním institucím, jako je Krajská hygienická stanice nebo policie.

Šetření a závěr o příčinách mimořádné události by měla mít v kompetenci nezávislá skupina, aby byla zachována objektivita. Tento proces může být zdlouhavý

a někdy je zapotřebí opětovné prozkoumání prostředků či vyslechnutí svědků události. Cílem šetření je porovnat fakta, objasnit nesrovnalosti, identifikovat možné příčiny a navrhnout možná řešení konkrétní situace. Závěrečné vyhodnocení mimořádné události by mělo obsahovat i doporučení dalšího postupu v konkrétní mimořádné události (př. podání trestního oznámení na neznámého pachatele, odškodnění poškozených aj.).

Návrh nápravných a preventivních opatření z hlediska rizik dalšího výskytu již nemusí spadat do působnosti jen této skupiny, ale do působnosti širšího okruhu odborníků dané problematiky. Návrh nápravných a preventivních opatření by měl obsahovat i způsob jejich zavedení nebo realizace, časový rámec jejich zavedení a mechanismus kontroly.

Samotná dokumentace mimořádné události není součástí chorobopisu, ale záznam do chorobopisu by měl být proveden. Záznam o mimořádné události je majetkem nemocnice a je vyhotovován ve dvou kopiích, další kopírování těchto dokumentů by mělo být podmíněno souhlasem managementu zdravotnického zařízení.

Pokud je to možné a vhodné, měly by být osoby zúčastněné na mimořádné události seznámeny s výsledkem celého šetření. Poškozený očekává vysvětlení, proč se stala chyba, omluvu od zodpovědné osoby a ujištění, že byly přijaty změny, aby se chyba neopakovala. ^(9, 20, 26, 28, 45, 46, 65)

1.10 Návrhy na řízení rizik v konkrétních kapitolách ošetrovatelské péče

1.10.1 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace se může stát sama mimořádnou událostí při jejím poškození nebo ztrátě nebo může být prvkem přispívajícím či bránícím jiným pochybením. Zdravotnická dokumentace je prostředkem, jenž sestra v průběhu svých činností využívá, bez záznamů plánu a realizace péče nelze péči poskytovat.

Ztráta ať již celé nebo jen části zdravotnické dokumentace může působit jako překážka pro poskytování péče. Zdravotnické zařízení je podle zákona 101/2000 Sb.

§ 13 povinně přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě. Dále je v tomto zákoně stanovena povinnost zpracovat a dokumentovat přijatá a provedená technicko-organizační opatření k zajištění ochrany osobních údajů v souladu se zákonem a jinými právními předpisy. ⁽⁶²⁾

Poškození či ztrátě dokumentace lze předcházet způsobem jejího uložení a označení. Ideální uložení dokumentace je v pevných deskách, určených vždy pro jednoho pacienta, kde jsou uloženy všechny záznamy. Veškeré záznamy by měly být uloženy tak, aby k nim neměly přístup osoby nepovolané.

Ze zákona dále vyplývá, že pokud zdravotnické zařízení nepřijme nebo neprovede opatření pro zajištění bezpečnosti zpracování osobních údajů, hrozí mu dle § 44 citovaného zákona pokuta ve výši až 5 000 000 Kč,-. ^(24, 62)

Zdravotnická dokumentace může mít podpurný vliv pro vznik mimořádné události v souvislosti s chybějícími či nečitelnými záznamy, přepisováním a dopisováním údajů nebo její záměnou. Správné vedení zdravotnické dokumentace může být silným ochranným štítem bránícím vzniku mimořádných událostí, proto zde uvádíme některá podstatná kritéria, která přispívají k tomuto účelu.

Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být dle zákona 20/1966 Sb., § 67 b veden průkazně, pravdivě a čitelně. Pro zajištění čitelnosti dokumentace se používá tištění elektronického textu nebo psaní na stroji. Pokud je záznam v dokumentaci nečitelný nebo nejednoznačný, neměl by být realizován, dokud autor tohoto záznamu neprovede nápravu. Tato oblast by měla být kontrolována a hodnocena i zpětně z již uzavřené dokumentace. ⁽⁵⁷⁾

Další bod tohoto paragrafu říká, že zdravotnická dokumentace je průběžně doplňována a musí být opatřena datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Do zdravotnické dokumentace je tedy nepřípustné provádět záznamy dopisováním informací do již jednou provedeného záznamu. Vždy je zapotřebí provést nový záznam pod již existující údaje s přesným časovým určením a zněním změny. Pro zajištění identifikace osoby, jež provádí záznam do dokumentace, je ideální vytvoření

osobních razítek jednotlivých zdravotnických pracovníků nebo vytvoření dokumentu s jejich podpisovými vzory. ^(54, 57)

Opravy ve zdravotnické dokumentaci se mohou provádět pouze provedením nového zápisu s uvedením přesného časového údaje opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla, přičemž původní záznam musí zůstat čitelný. Je vhodné původní záznam přeškrtnout tenkou jednoduchou čarou pro zvýraznění, že tento záznam je chybný. Záznam o provedení intervence může být proveden až ve chvíli, kdy tak bylo učiněno. ^(3, 54, 57)

Pro minimalizaci možné záměny zdravotnické dokumentace je vhodné, aby bylo jméno a datum narození zvýrazněno oproti ostatnímu textu. ^(45, 46)

1.10.2 Léčivé přípravky

Všeobecné sestry se v rámci svých činností setkávají s přejímáním, kontrolou a uložením léčivých přípravků včetně návykových látek, manipulují s nimi a zajišťují jejich dostatečnou zásobu a podání.

Léčivým přípravkem se dle zákona 79/1977 Sb., § 2 rozumí jakákoli látka nebo kombinace látek určená k léčení, předcházení nemoci nebo diagnostice u lidí nebo zvířat. Návykové láky, jež jsou používány jako léčivé přípravky, jsou stanoveny zákonem 167/1998 Sb. ^(59, 64)

Mezi mimořádné události v souvislosti s léčivými přípravky lze zařadit ztrátu omamných látek, chybnou preskripci léku (nedostatečné či chybějící údaje, nečitelnost, chybějící čas zápisu či identifikace zapisujícího, zvolen kontraindikovaný lék aj.), záměnu léku, záměnu síly léku, záměnu formy léku, nedodržení způsobu přípravy léku, nesprávný způsob aplikace, záměnu času podání, nedodržení délky podání, záměnu pacienta/klienta, aplikaci léku po vypršení data expirace, nepodání/opomenutí podání léku, nežádoucí účinek léku, chyby ve sledování v souvislosti s aplikací léčivého přípravku, nespolečností pacienta/klienta aj. ^(37, 10)

Strategii pro minimalizaci rizik při podávání léků se věnuje i dokument vydaný WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions s názvem Look-Alike,

Sound-Alike Medication Names (Patient safety solution, Volume 1, Solution 1, May 2007), z něhož vycházejí následující myšlenky. ^(18, 37)

Ke snížení rizika záměny léku stejného vzhledu či znění napomáhá sledování jejich výskytu. V této oblasti je velkou výhodou existence hlášení téměř pochybení, která mohou na podobnost léků upozornit. Pokud je to možné, u nebezpečných léků, které lze snadno zaměnit, by měl být nalezen lék ze stejné skupiny, který však nenes tak vysoké riziko záměny. Léky podobného vzhledu či názvu by neměly být ukládány ve své blízkosti. Je výhodou, pokud od sebe podobné léky odlišíte například doplněním nalepovacího štítku zdůrazňujícího rozdíl. ^(18, 37)

Medikace by měla být psána tiskacím písmem nebo strojopisem, nemělo by docházet k telefonickým či ústním medikacím. U každého předepsaného léčivého přípravku musí být množství účinné látky a způsob dávkování a podání. U snadno zaměnitelných léků je pak vhodné při předepisování zdůraznit podstatnou část názvu velkými písmeny. Při podávání medikace se provádí záznam o podání léku, jenž obsahuje také časové určení podání léku a osobu, která tak učinila. Je zcela nepřijatelné označit léčivý přípravek jako podaný, pokud tak nebylo neprodleně učiněno. Při preskripci je nutné se vyvarovat nejasných zkratk a desetinných čárek. ^(18, 37)

Zdravotnický personál, který léčivý prostředek podává, by měl být nabádán k tomu, aby se nespolehal na jeho vzhled nebo umístění, ale aby prováděl trojí kontrolu (když je lék vyndán z lékárny, podruhé při podání léku, zda souhlasí obsah krabičky se štítkem, a potřetí, když je lék navrácen zpět). ^(18, 37)

Do strategie prevence medikačního pochybení se s velkým úspěchem mohou zapojit i pacienti sami. Podstatou je zapojení pacienta jako aktivního člena týmu, jeho informovanost a zainteresování do problematiky (příloha 5). ^(18, 37)

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem naší diplomové práce je zmapovat proces identifikace, hodnocení a provádění činností k prevenci nebo k řízení ošetrovatelských bezpečnostních rizik v organizacích poskytujících akutní lůžkovou péči z pohledu vrcholného managementu ošetrovatelství.

2.2 Hypotézy

- H1: Nemocnice vytvářejí podmínky pro rozvoj bezpečné organizační kultury.
- H2: Nemocnice sledují rizikové faktory pro vznik mimořádných událostí.
- H3: Nemocnice odhalují konkrétní rizika ošetrovatelské péče až v návaznosti na realizaci následků rizika.
- H4: Nemocnice mají vytvořený postup pro případ vzniku mimořádné události.
- H5: Ošetrovatelský personál povinně sleduje a hlásí minimálně 3 druhy mimořádných událostí, vyskytujících se v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče.
- H6: Nemocnice nezapojují pacienty/klienty do prevence pochybení zdravotnických pracovníků.

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Ke zpracování empirické části diplomové práce jsme využili kvantitativní metodu výzkumu. Pro sběr dat jsme využili metodu dotazování technikou dotazníků. Jednalo se o nestandardizovaný dotazník vytvořený pouze pro účely této práce na základě prostudované literatury k danému tématu. V dotazníku bylo 16 okruhů otázek s 8 podotázkami, celkem se jednalo o 24 otázek (příloha 6). Respondenti volili z navrhovaných možností a mohli zvolit i více odpovědí u jedné otázky nebo vepsat vlastní odpověď. Respondent měl možnost zvolit si i odpověď *nechci odpovédět, nevím* nebo *jiné*. Pokud respondent zvolil odpověď *jiné*, bylo po něm žádáno doplnění této odpovědi. Jedna podotázka vyžadovala po respondentovi vytvoření vlastní odpovědi. V závěru dotazníku jsme umístili prostor pro případné komentáře či připomínky respondenta.

Dotazník byl zaměřen na zmapování procesu identifikace, hodnocení a provádění činností k prevenci nebo k řízení ošetřovatelských bezpečnostních rizik v organizacích poskytujících akutní lůžkovou péči z pohledu vrcholného managementu ošetřovatelství.

Výzkum jsme realizovali v období od února do dubna 2008. V průběhu výzkumu byly s časovým odstupem odeslány opakované výzvy. U dotazníků, v nichž jsme našli chybějící údaj či nejasnosti, jsme požádali respondenty o jejich doplnění.

3.2 Statistická analýza

Vyhodnocování dotazníkového šetření bylo prováděno analýzou a syntézou dat pomocí programu SPSS 15.0 a Microsoft Office Excel 2007. Pro výpočty byly použity matematické a deskriptivní statistické funkce. Pro frekvenční zhodnocení jsme využili početní zastoupení (Frequency), absolutní procentní zastoupení vždy ze 100 % respondentů (Percent), validní procentní zastoupení, z něhož byli vyloučeni respondenti, kteří neodpověděli na danou otázku (Valid percent), a kumulativní procentní četnost

(Cumulative percent), která je vypočítávána z validní procentní četnosti (Valid percent). Pro vyhodnocení statisticky významných vztahů u vybraných proměnných byly použity tyto nástroje: kontingenční tabulky (Crosstest), Pearsonův test chí kvadrát (Pearson Chi-Square) a modul Exact Tests (Exact Pearson Chi-Square).

Kontingenční tabulky užíváme ke zjišťování vztahu dvou kategorizovaných proměnných. Pearsonův test chí kvadrát (Pearson Chi-Square) umožňuje testovat nezávislost řádkové a sloupcové proměnné. Modul Exact Tests (Exact Pearson Chi-Square) umožňuje provádět spolehlivé statistické testy nezávislosti i pro tabulky, které vykazují malé očekávané četnosti v některých buňkách.

Zaokrouhlení dat jsme prováděli na jedno desetinné místo vzhledem k relativně malému počtu respondentů a v případech, kdy by tento způsob zaokrouhlení způsoboval chybu větší než jednu desetinu, jsme využili zaokrouhlení na dvě desetinná místa.

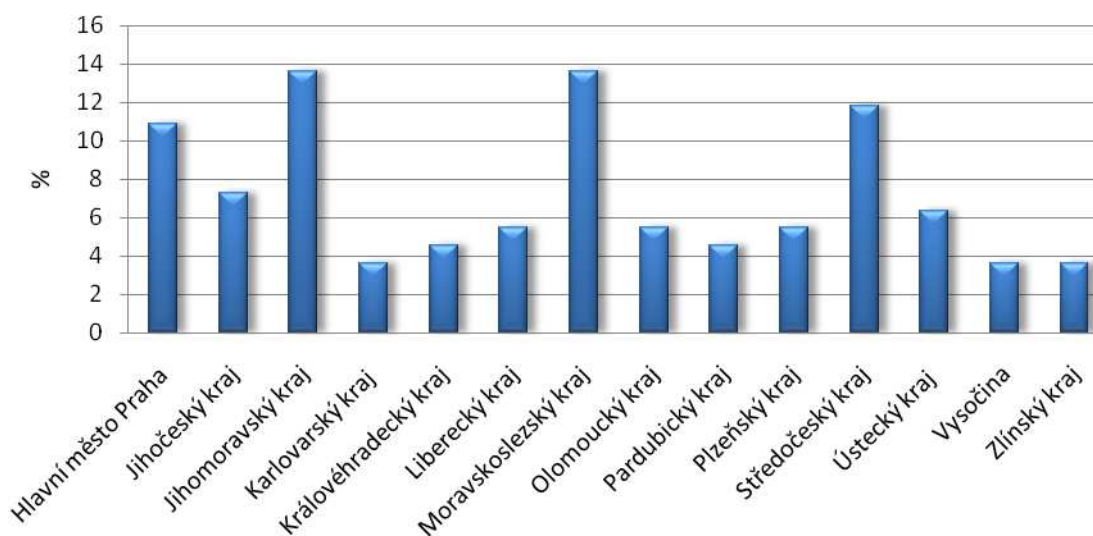
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Jako výzkumný vzorek jsme zvolili nemocnice v České republice, jež poskytují akutní lůžkovou péči, oslovili jsme 165 nemocnic, z toho 11 fakultních. Těchto 165 zdravotnických zařízení představuje 61 370 (96,3 %) evidovaných lůžek v nemocnicích v ČR. Obraceli jsme se na vrcholné představitele ošetřovatelského managementu v těchto zdravotnických zařízeních prostřednictvím elektronické komunikace s žádostí o vyplnění dotazníku. Většina nemocnic využila možnost navrácení dotazníku elektronickou poštou, pouze dva dotazníky se vrátily v listinné podobě.

Z celkového počtu 165 dotazníků se vrátilo 112 (67,9 %), z toho 2 dotazníky byly vyřazeny pro nezhodnotitelnost vzhledem k neúplnosti a chybnému zadání. Jednalo se o respondenty, kteří nereagovali na žádost o doplnění. Pro vyhodnocení bylo využito 110 (66,7 %) dotazníků.

Výzkumný vzorek byl tvořen 110 respondenty (100 %), kteří reprezentují stejný počet nemocnic poskytujících akutní lůžkovou péči. Ve vzorku bylo zastoupeno 8 (7,3 %) fakultních nemocnic a 102 (92,7 %) nemocnic poskytujících akutní lůžkovou péči.

Graf 1 Zastoupení krajů ve vzorku



V grafu je znázorněno zastoupení krajů ve vzorku, které bylo následující: Hlavní město Praha 12 (10,9 %) respondentů, Jihočeský kraj 8 (7,3 %), Jihomoravský kraj 15 (13,6 %), Karlovarský kraj 4 (3,6 %), Královéhradecký kraj 5 (4,6 %), Liberecký kraj 6 (5,5 %), Moravskoslezský kraj 15 (13,6 %), Olomoucký kraj 6 (5,5 %), Pardubický kraj 5 (4,6 %), Plzeňský kraj 6 (5,5 %), Středočeský kraj 13 (11,8 %), Ústecký kraj 7 (6,4 %), Vysočina 4 (3,6 %) a Zlínský kraj 4 (3,6 %) respondenti.

Zřizovatelem těchto zdravotnických zařízení je Ministerstvo zdravotnictví ČR 14 (12,7 %), kraj 27 (24,6 %), obec/město 11 (10,0 %), církev 1 (0,9%), jiná právnická osoba 54 (49,1 %), ostatní centrální orgány 3 (2,7 %).

4 Výsledky výzkumu

4.1 Kultura bezpečí a pohled na rizika

Tabulka 2 Zakotvení myšlenky bezpečné péče v cílech/vizi/strategii organizace

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	110	100,0	100,0	100,0

Všechna zdravotnická zařízení 110 (100 %) na otázku, zda je součástí cílů, strategie nebo vize organizace poskytovat bezpečnou péči, odpověděla, že ano. Pouze jeden z těchto respondentů v komentářích uvádí, že poskytování bezpečné péče je samozřejmě součástí cílů/vize/strategie zdravotnického zařízení, ale není to v těchto dokumentech uvedeno.

Tabulka 3 Vztah vedoucích pracovníků ke komunikaci o pochybení

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ne	72	65,45	65,45	65,45
	Ano	23	20,9	20,9	86,35
	Ano, ale jen někteří/někdy	7	6,4	6,4	92,75
	Nevím	6	5,45	5,45	98,2
	Nechci odpovědět	2	1,8	1,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Na otázku číslo 2, zda si respondent myslí, že pochybení zaměstnanců je téma, kterému se snaží vedoucí pracovníci vyhýbat, odpovědělo 72 (65,45 %) respondentů ne, 23 (20,9 %) ano, 7 (6,4 %) respondentů uvádí, že ano, ale pouze někteří pracovníci nebo jen o některých tématech, 6 (5,45 %) respondentů neví a 2 (1,8) respondenti nechtěli na tuto otázku odpovědět.

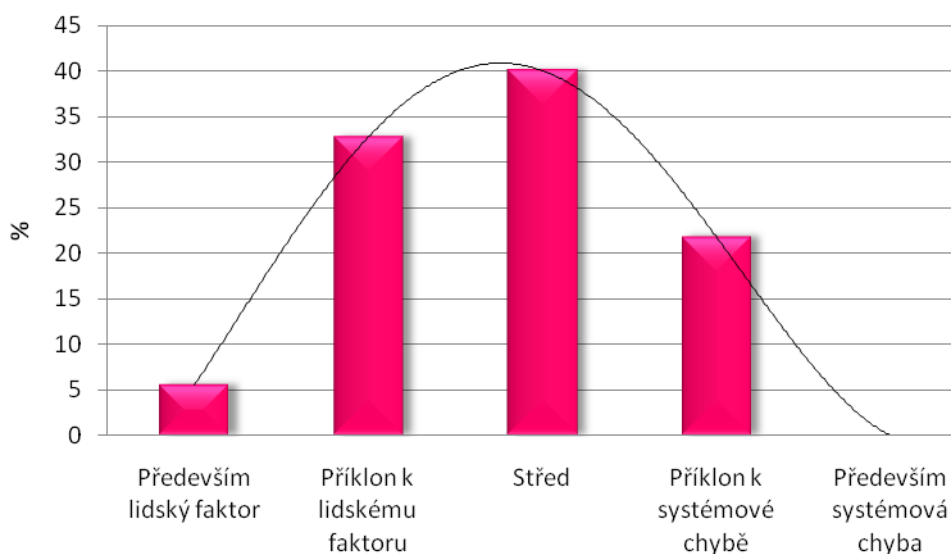
Tabulka 4 Pohled na příčiny selhání

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Střed	44	40,0	40,0	40,0
	Příklon k lidskému faktoru	36	32,7	32,7	72,7
	Příklon k systémové chybě	24	21,8	21,8	94,5
	Především lidský faktor	6	5,5	5,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

V otázce číslo 3 měli respondenti vyjádřit na pětistupňové škále, kde vidí nejčastější příčinu selhání, zda v lidském faktoru nebo systému. Největší počet respondentů, 44 (40,0 %), vyjadřuje stejný podíl lidského i systémového faktoru. Příklon k lidskému faktoru jako častější příčině selhání uvádí 36 (32,7 %) a lidský faktor vidí jako hlavní příčinu selhání 6 (5,5%) respondentů. K systémové chybě se přiklání 24 (21,8 %) respondentů.

Jedna ze sester, která je již zařazena v předchozích kategoriích, se k této otázce vyjadřuje i v komentářích, kde uvádí, že je pro ni obtížné se rozhodnout, ale přeci jen se víc přiklání k tomu, že většina pochybení vzniká v důsledku selhání systémových opatření. Její názor je, že pochybení bývá méně tam, kde existují jasně definovaná a srozumitelná pravidla, např. srozumitelné a pravidelně aktualizované standardy, metodické pokyny, pravidelná edukační a kontrolní činnost.

Graf 2 Pohled na příčiny selhání



Na grafu k otázce číslo 3 je patrné, že vrchol v počtu zastupení názoru je na středu škály a směrem k oběma pólům klesá. Příklon k pólu lidského faktoru je výraznější oproti systémovým faktorům.

4.2 Vlivy podporující rizika

Tabulka 5 Sledování pracovní zátěže sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	97	88,2	88,2	88,2
	Ne	11	10,0	10,0	98,2
	Nevím	2	1,8	1,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Otázka číslo 4 se respondentů ptala, zda je v jejich zdravotnickém zařízení sledována pracovní zátěž sester. V 97 (88,2 %) případech respondenti uvádí, že ano, 11 (10,0 %) ne a 2 (1,8%) neví.

Komentáře k této otázce doplňují, že probatickým aspektem v této oblasti je, že mezi lékaři přetrvává „staré vnímání“ toho, co se skrývá pod pojmem ošetrovatelství a význam ošetrovatelství a pracovní zátěž sester není dostatečně doceněna. Přetrvává

proto i určitá tendence „šetřit především na zdravotnickém personálu nelékařských profesí“. Další respondent uvádí, že hodnocení zátěže využívají pouze pro optimalizaci počtu zdravotnického personálu.

Tabulka 6 Způsob sledování pracovní zátěže sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Objektivně	34	30,9	35,1	35,1
	Subjektivně	32	29,1	33,0	68,0
	Objektivně i subjektivně	30	27,3	30,9	99,0
	Jiné	1	0,9	1,0	100,0
	Total	97	88,2	100,0	
Missing	Předchozí negativní odpověď	13	11,8		
Total		110	100,0		

Na otázku 4 navazovala podotázka, která se zajímala, jakým způsobem je pracovní zátěž sledována. Na tuto otázku vzhledem k negativní odpovědi na předchozí otázku neodpovědělo 13 (11,8 %) respondentů. Objektivně hodnotí pracovní zátěž sester ve 34 (30,9 %) zařízeních, subjektivně ve 32 (29,1 %) případech a obě formy využívá 30 (27,3 %) nemocnic, v nichž respondenti pracují. Respondent, který uvedl odpověď jiné, doplnil, že se jedná o systematizaci pracovních míst.

Tabulka 7 Sledování atmosféry na pracovišti

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	108	98,2	98,2	98,2
	Ne	1	0,9	0,9	99,1
	Nechci odpovědět	1	0,9	0,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Otázka číslo pět se respondentů dotazovala, zda je v jejich zdravotnickém zařízení sledována atmosféra na jednotlivých pracovištích. Na tuto otázku 108 (98,2 %) respondentů uvádí, že ano, 1 (0,9%) ne a 1 (0,9 %) nechtěl odpovědět.

Tabulka 8 Způsob sledování atmosféry na pracovišti

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Spokojenost zaměstnanců	94	85,45	87,04	87,04
	Sociometrie	5	4,54	4,62	91,66
	Rozhovor se zaměstnanci	4	3,64	3,7	95,36
	Spokojenost zaměstnanců a sociometrie	2	1,82	1,85	97,21
	Nechci odpovédět	1	0,91	0,93	98,14
	Od vedoucích pracovníků	1	0,91	0,93	99,07
	Supervize a focus group	1	0,91	0,93	100,0
	Total	108	98,18	100,0	
Missing	Předchozí negativní odpověď	2	1,82		
Total		110	100,0		

Na otázku číslo 5 navazovala podotázka, která se ptala, jakým způsobem probíhá sledování atmosféry na pracovišti. Na tuto otázku neodpovídali 2 (1,82 %) respondenti vzhledem k předchozí negativní odpovědi. U 94 (85,45 %) respondentů se využívá sledování spokojenosti zaměstnanců, v 5 (4,54 %) případech sociometrie, ve 4 (3,64 %) rozhovor se zaměstnanci, ve 2 (1,82 %) sociometrie i sledování spokojenosti zaměstnanců, v 1 (0,91 %) případě jsou informace získávány od vedoucího pracovníka, v 1 (0,91 %) zařízení je prováděna supervize a focus group. Jeden respondent označil, že nechce odpovídat na tuto otázku. Dva respondenti připojili komentář, že se jedná o anonymní šetření.

Tabulka 9 Kontrola technického stavu el. zdr. prostředků kvalifikovanou osobou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	109	99,1	99,1	99,1
	Ne	1	0,9	0,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Další otázka se zajímala, zda je ve zdravotnickém zařízení, v němž respondent pracuje, pravidelně kontrolován technický stav elektrických zdravotnických prostředků kvalifikovanou osobou. Celkem 109 (99,1 %) respondentů uvádí, že ano, a 1 (0,9 %) ne.

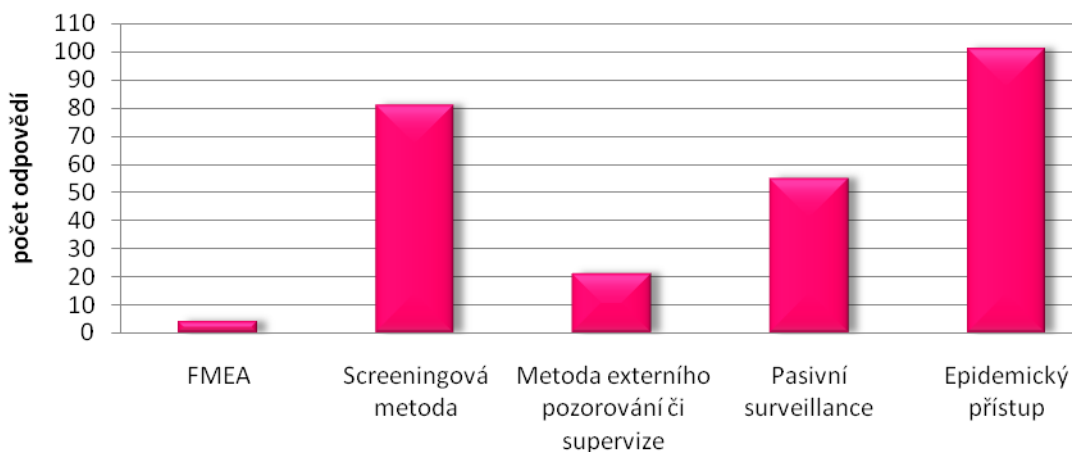
Tabulka 10 Kontrola počtu prostředků na odděleních

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	103	93,64	93,64	93,64
	Ne	3	2,72	2,72	96,36
	Nevím	2	1,82	1,82	98,18
	Jiné	1	0,91	0,91	99,09
	Nechci odpovédět	1	0,91	0,91	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Otázka číslo 7 se ptala, zda je kontrolován dostatečný počet zdravotnických prostředků na odděleních. Odpověď ano zvolilo 103 (93,64 %) respondentů, ne 3 (2,72 %), nevím 2 (1,82 %) respondenti a 1 (0,91 %) nechtěl odpovédět. Respondent, který zvolil odpověď jiné, upřesňuje, že tato situace je považována za mimořádnou událost, jež je hlášena.

4.3 Odhalování rizik

Graf 3 Metody odhalování rizik



Otázka číslo 8 se věnovala způsobu odhalování rizik. Úkolem respondenta bylo zaškrtnout, popřípadě doplnit, jakým způsobem se ve zdravotnickém zařízení, ve kterém pracuje, děje odhalování rizik. FMEA se provádí u 4 (3,6 %) respondentů, screeningová metoda u 81 (73,6 %), metoda externího pozorování či supervize u 21 (19,1 %), pasivní

surveillance u 55 (50,0 %), epidemický přístup u 101 (91,8 %). Jeden z respondentů dále v komentářích doplňuje i interní audit.

Tabulka 11 Ověřování připravenosti na situace při selhání podpůrných technologií

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	84	76,4	76,4	76,4
	Ne	17	15,5	15,5	91,8
	Nechci odpovědět	5	4,5	4,5	96,4
	Nevím	4	3,6	3,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Na otázku, zda je ověřována připravenost na krizové situace například při selhání podpůrných technologií, odpovědělo 84 (76,4 %) respondentů kladně a 17 (15,5 %) záporně. Na tuto otázku nechtělo odpovědět 5 (4,5 %) respondentů a 4 (3,6 %) přiznávají, že neví.

Tabulka 12 Využití dotazníků spokojenosti pacientů k odhalování rizik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	106	96,4	96,4	96,4
	Ne	3	2,7	2,7	99,1
	Jiné	1	0,9	0,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Otázka číslo 13 žádala po respondentech odpověď na otázku, zda využívají hodnocení spokojenosti pacientů jako zdroj informací o možných rizicích. Odpověď ano zvolilo 106 (96,4 %) respondentů a 3 (2,7 %) vybrali odpověď ne. Respondent (0,9 %), který odpověděl jiné, v komentářích dodává, že sledují spokojenost, ale cílené pátrání po riziku není součástí dotazníků.

4.4 Mimořádné události

Tabulka 13 Existence systému hlášení mimořádných událostí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	108	98,2	98,2	98,2
	Ne	2	1,8	1,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Existenci systému hlášení mimořádné události ve zdravotnickém zařízení se věnuje otázka číslo 9. Celkem 108 (98,2 %) respondentů uvádí, že v jejich zdravotnickém zařízení existuje tento systém a 2 (1,8 %) respondenti uvádí, že nikoli. Jedno ze zdravotnických zařízení, které má tento systém zaveden, používá jiné označení, a to nežádoucí událost.

Tabulka 14 Osoby s povinností hlásit mimořádnou událost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Všichni pracovníci	96	87,3	88,9	88,9
	Jen vedoucí pracovníci	12	10,9	11,1	100,0
	Total	108	98,2	100,0	
Missing	Předchozí negativní odpověď	2	1,8		
Total		110	100,0		

Na otázku dotazující se na existenci hlášení mimořádné události navazují další podotázky. První z nich se ptá, kdo má povinnost hlásit mimořádné události. Vzhledem k předchozí negativní odpovědi neodpověděli 2 (1,8 %) respondenti. Všichni pracovníci mají povinnost hlásit mimořádnou událost v 96 (87,3 %) zařízeních a jen vedoucí pracovníci u 12 (10,9 %) respondentů.

Tabulka 15 Osoba přebírající hlášení o mimořádné události

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Zvláštní tým	42	38,18	38,9	38,9
	Vrchní sestra	40	36,36	37	75,9
	Hlavní sestra	9	8,18	8,3	84,3
	Jiné	8	7,27	7,4	91,7
	Zvláštní tým a vrchní sestra	6	5,46	5,6	97,2
	Management nemocnice	2	1,82	1,9	99,1
	Nechci odpovědět	1	0,91	0,9	100
	Total	108	98,18	100,0	
Missing	Předchozí negativní odpověď	2	1,82		
Total		110	100,0		

Druhá podotázka se ptala, komu je předáváno hlášení o mimořádné události. Vzhledem k negativní odpovědi na otázku číslo 9 2 (1,82 %) respondenti neodpovídali. Zvláštnímu týmu je hlášení předáváno v 52 (38,18 %) zařízeních, vrchní sestře ve 40 (36,36 %) případech, hlavní sestře v 9 (8,18 %), zvláštnímu týmu a vrchní sestře v 6 (5,46 %), managementu nemocnice ve 2 (1,82 %) a 1 (0,91 %) respondent nechtěl na tuto otázku odpovědět. Kategorii jiné zvolilo 8 (7,27 %) respondentů, z toho byly vždy po jednom zastoupeny následující odpovědi: manažerovi pro kvality, náměstkovi léčebně preventivní péče, právnímu odd. a managementu nemocnice, řediteli nemocnice, vedoucímu odd. a managementu nemocnice, zvláštní osobě dle druhu události, zvláštní osobě dle druhu události a vrchní sestře, zvláštnímu týmu a osobě dle druhu události. Jeden z respondentů (0,9 %) na tuto otázku nechtěl odpovědět.

Tabulka 16 Možnost anonymního hlášení mimořádné události sestrou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	52	47,3	48,1	48,1
	Ne	51	46,4	47,2	95,4
	Jiné	2	1,8	1,9	97,2
	Nechci odpovédět	2	1,8	1,9	99,1
	Nevím	1	0,9	0,9	100,0
	Total	108	98,2	100,0	
Missing	Předchozí negativní odpověď	2	1,8		
Total		110	100,0		

Podotázka 9b se ptala, zda mají sestry možnost anonymně hlásit mimořádnou událost. Opět vzhledem k negativní odpovědi na otázku 9 neodpovídali 2 (1,8 %) respondenti. Možnost anonymního hlášení mimořádných událostí sestrou uvedlo 52 (47,3 %) respondentů, tuto možnost nemají sestry v 51 (46,4 %) zařízeních, 2 (1,8 %) respondenti uvedli odpověď jiné, v jednom případě (0,9 %) se jednalo o možnost anonymního dopisu nestandardizovaným způsobem a v druhém případě (0,9 %) mají sestry možnost zanechat připomínky na jakékoli téma i anonymně na intranetu. Respondenti ze 2 (1,8 %) zdravotnických zařízení se nechtěli vyjádřit a 1 (0,9 %) neví.

Tabulka 17 Existence postupu při vzniku mimořádné události

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	105	95,5	95,5	95,5
	Ne	3	2,7	2,7	98,2
	Nechci odpovédět	1	0,9	0,9	99,1
	Příprava	1	0,9	0,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Otázka číslo 10 se ptala, zda má zdravotnické zařízení vytvořen postup při vzniku mimořádné události. Tato možnost existuje u 105 (95,5 %) respondentů, u 3 (2,7 %) respondentů tato možnost není. Na tuto otázku nechtěl odpovědět 1 (0,9 %) respondent a v jednom (0,9 %) zdravotnickém zařízení se na tomto postupu a jeho zavedení pracuje.

Tabulka 18 Způsob seznámení zaměstnanců s postupem při mimořádné události

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Standard	48	43,64	45,71	45,71
	Metodický pokyn	32	29,09	30,48	76,19
	Směrnice	10	9,09	9,52	85,71
	Standard a metodický pokyn	5	4,54	4,76	90,47
	Nechci odpovédět	2	1,82	1,91	92,38
	Ústně	2	1,82	1,91	94,29
	Dokumentovaný postup	1	0,91	0,95	95,24
	Oběžník	1	0,91	0,95	96,19
	Organizační norma	1	0,91	0,95	97,14
	Příkaz ředitele	1	0,91	0,95	98,09
	Vnitřní předpis	1	0,91	0,95	99,04
	Zatím není	1	0,91	0,95	100
	Total	105	95,46	100	
	Missing	Předchozí negativní odpověď	5	4,54	
Total		110	110		

Na otázku 10 navazovala podotázka 10b, jež se ptala, jakým způsobem jsou s postupem při mimořádné události seznámeni zaměstnanci. Na tuto otázku vzhledem k předchozí negativní odpovědi neodpovídalo 5 (4,5 %) respondentů. Standard využívá 48 (43,64 %) zdravotnických zařízení, metodický pokyn 32 (29,09 %), směrnici 10 (9,09 %), současně standard i metodický pokyn 5 (4,54 %), ústně ve 2 (1,82 %) nemocnicích a další odpovědi byly zastoupeny vždy jedním respondentem. Tyto odpovědi uváděly dokumentovaný postup, oběžník, organizační normu, příkaz ředitele, vnitřní předpis. V jednom (0,91 %) zařízení zatím není vytvořen systém, kterým by byli zaměstnanci s postupem při mimořádné události seznamováni a 2 (1,82 %) respondenti nechtěli na tuto otázku odpovédět.

Tabulka 18 Existence zvláštního týmu zabývajícího se řešením mimořádné události

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	82	74,6	74,6	74,6
	Ne	25	22,7	22,7	97,4
	Nechci odpovědět	2	1,8	1,8	99,2
	Odpovědná osoba dle MU	1	0,9	0,9	100
	Total	110	100	100	

Otázka číslo 11 se ptala, zda existuje v respondentově nemocnici zvláštní tým zabývající se řešením mimořádných událostí. V 82 (74,6 %) nemocnicích tento tým existuje, ve 25 (22,7 %) ne, v 1 (0,9 %) neexistuje tým, ale odpovědné osoby, jimž je hlášení předáváno, tato osoba je volena podle toho, o jaký druh mimořádné události se jedná. Na tuto otázku nechtěli odpovědět 2 (1,8 %) respondenti.

Tabulka 19 Zastoupení ošetrovatelské profese v týmu pro mimořádné události

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	81	73,64	97,6	97,6
	Ne	2	1,82	2,4	100,0
	Total	83	75,46	100,0	
Missing	Předchozí negativní odpověď	27	24,54		
Total		110	100,0		

Podotázka číslo 11b se respondentů ptala, zda je součástí tohoto týmu i odborník v oboru ošetrovatelství. Na tuto otázku neodpovídalo 27 (24,54 %) respondentů vzhledem k předchozí negativní odpovědi. V 81 (73,64 %) nemocnicích je odborník v oboru ošetrovatelství součástí týmu pro řešení mimořádných událostí a ve 2 (1,82 %) případech nikoli. Do tohoto počtu byl zařazen i respondent, který uvedl, že v jejich zdravotnickém zařízení neexistuje tým, ale odpovědné osoby pro různé druhy mimořádných událostí.

Otázka číslo 14 zjišťovala, jaká je reakce na hlášení mimořádné události ze strany vedení (u každé reakce měl respondent vyznačit, u kolika procent případů hlášení mimořádných událostí si myslí, že se vyskytuje odpovídající reakce). Pro zpřehlednění jsme rozdělili jednotlivé druhy reakcí do jednotlivých podotázek. Ve společných

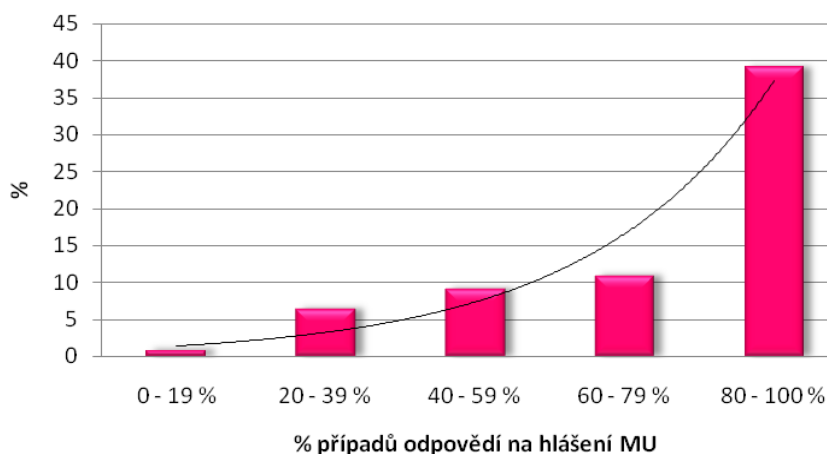
komentářích k této otázce se v 8 případech objevuje vyjádření, že reakce na hlášení mimořádné události se odvíjí od samotné mimořádné události a jejích vlastností.

Tabulka 20 Frekvence výskytu odpovědi na hlášení mimořádné události (MU)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	80 - 100 %	43	39,1	39,1	39,1
	Nechci odpovědět	37	33,6	33,6	72,7
	60 - 79 %	12	10,9	10,9	83,6
	40 - 59 %	10	9,1	9,1	92,7
	20 - 39 %	7	6,4	6,4	99,1
	0 - 19 %	1	0,9	0,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Odpověď na hlášení mimořádné události je realizována ve 100-80 % případů ve 43 (39,1 %) zdravotnických zařízeních, v 60-79 % případů ve 12 (10,9 %) nemocnicích, ve 40-59 % případů v 10 (9,1 %) nemocnicích, ve 20-39 % případů v 7 (6,4 %) zařízeních, v 0-19 % případů v 1 (0,9 %) případů. Na tuto otázku nechtělo odpovědět 37 (33,6 %) respondentů.

Graf 4 Frekvence výskytu odpovědi na hlášení mimořádné události (MU)



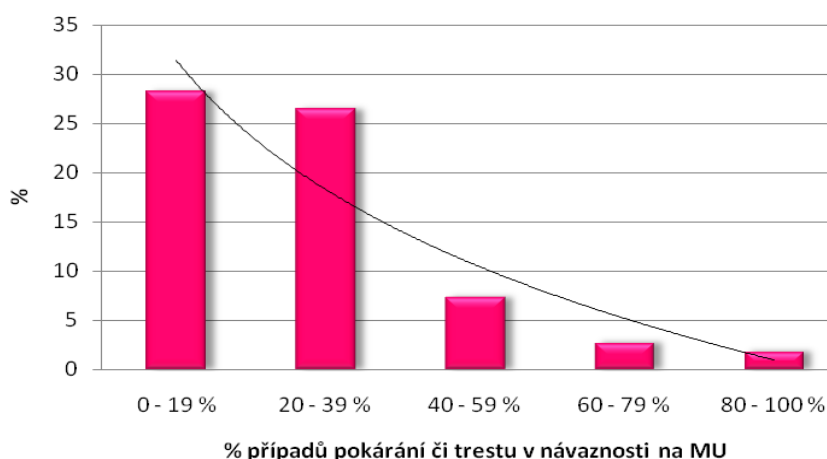
Tento graf náleží k předchozím datům a jeho úkolem je lépe znázornit stoupající tendenci směrem k vyšší frekvenci výskytu odpovědí v návaznosti na vznik a hlášení mimořádné události.

Tabulka 21 Frekvence výskytu pokárání či trestu jako reakce na hlášení MU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nechci odpovědět	36	32,7	32,7	32,7
	0 - 19 %	31	28,2	28,2	60,9
	20 - 39 %	29	26,4	26,4	87,3
	40 - 59 %	8	7,3	7,3	94,5
	60 - 79 %	3	2,7	2,7	97,3
	80 - 100 %	2	1,8	1,8	99,1
	Jiné	1	0,9	0,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Pokárání nebo trest je realizován v 0-19 % případů ve 31 (28,2 %) nemocnicích, ve 20-39 % případů ve 29 (26,4 %) nemocnicích, ve 40-59 % případů v 8 (7,3 %) zařízeních, v 60-79 % případů u 3 (2,7 %) nemocnic, v 80-100 % případů u 2 (1,8 %) nemocnic. Respondent (0,9 %), který uvedl odpověď jiné, v komentářích zaznamenal poznámku, že pokárání nebo trest se vyskytuje v případě opakované mimořádné události ze stejných důvodů, z čehož se dle respondenta dá usuzovat na nerespektování nápravných opatření.

Graf 5 Frekvence výskytu pokárání či trestu jako reakce na hlášení MU



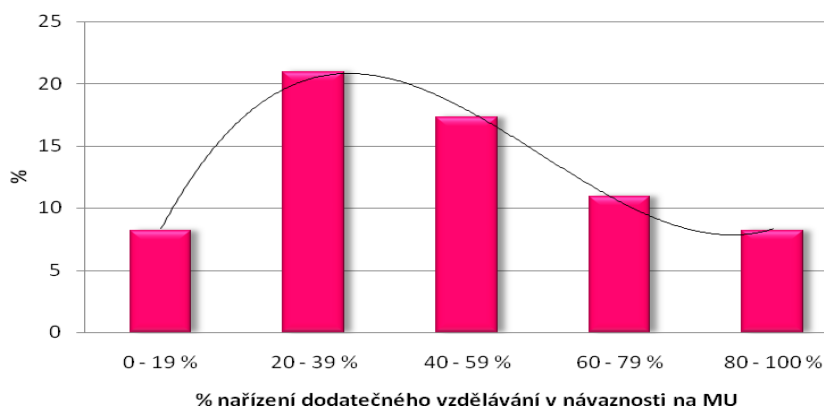
Na tomto grafu k otázce frekvence výskytu pokárání či trestu jako reakce na vznik a hlášení mimořádné události je patrná klesající tendence směrem k vyššímu výskytu pokárání či trestu v návaznosti na mimořádnou událost.

Tabulka 22 Frekvence nařízení dodatečného vzdělávání jako reakce na hlášení MU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nechci odpovědět	37	33,6	33,6	33,6
	20 - 39 %	23	20,9	20,9	54,5
	40 - 59 %	19	17,3	17,3	71,8
	60 - 79 %	12	10,9	10,9	82,7
	0 - 19 %	9	8,2	8,2	90,9
	80 - 100 %	9	8,2	8,2	99,1
	Jiné	1	0,9	0,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Nařízení dodatečného vzdělávání jako odpověď na mimořádnou událost se objevuje ve 20-39 % případů ve 23 (20,9 %) nemocnicích, ve 40-59 % případů v 19 (17,3 %) nemocnicích, v 60-79 % případů ve 12 (10,9 %) nemocnicích, a shodně po 9 (8,2 %) respondentech odpovědělo, že v 0-19 % a 80-100 % případů. Celých 37 (33,6 %) respondentů se k této otázce nechtělo vyjádřit. Respondent (0,9 %), který zvolil odpověď jiné, připojil komentář, že dodatečné vzdělávání je používáno především v případech opakujících se pochybení v jedné oblasti u různých pracovníků.

Graf 6 Frekvence výskytu nařízení dodatečného vzdělávání jako reakce na hlášení MU



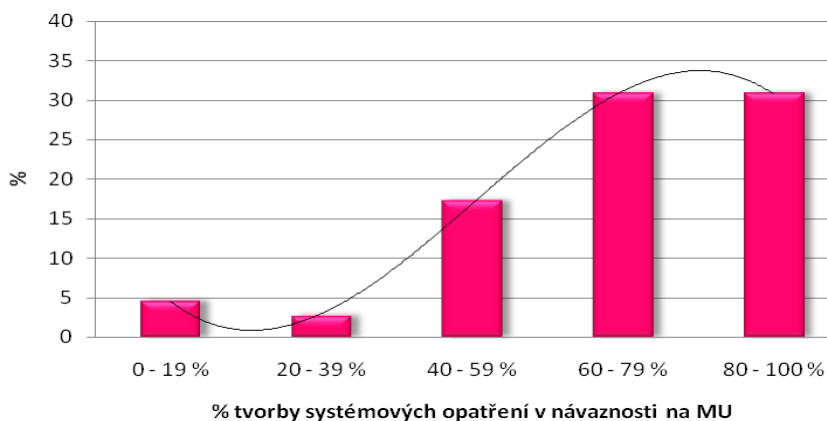
Tento graf znázorňuje frekvenci výskytu nařízení dodatečného vzdělávání a je z něj patrná narůstající tendence až k výskytu ve 20-39 %, která je i vrcholem výskytu a od tohoto bodu opět klesající tendence výskytu nařízení dodatečného vzdělávání v návaznosti na mimořádnou událost směrem k častějšímu výskytu.

Tabulka 23 Frekvence tvorby systémových opatření jako reakce na hlášení MU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60 - 79 %	34	30,9	30,9	30,9
	80 - 100 %	34	30,9	30,9	61,8
	40 - 59 %	19	17,3	17,3	79,1
	Nechci odpovědět	14	12,7	12,7	91,8
	0 - 19 %	5	4,6	4,6	96,4
	20 - 39 %	3	2,7	2,7	99,1
	Jiné	1	0,9	0,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tvorba systémových opatření se provádí dle odpovědí respondentů nejčastěji shodně v 60-79 % a 80-100 % případů vždy ve 34 (30,9 %) nemocnicích, ve 40-59 % případů v 19 (17,3 %) nemocnicích, v 0-19 % případů v 5 (4,5 %) nemocnicích a ve 20-39 % případů ve 3 (2,7 %) nemocnicích. K této otázce se nechtělo vyjádřit 14 (12,7 %) respondentů. Respondent (0,9 %), kterého představuje položka jiné, připojil komentář, že systémových opatření postupně ubývalo a nyní se vyskytují jen sporadicky.

Graf 7 Frekvence výskytu tvorby systémových opatření, jako reakce na hlášení MU



Na grafu číslo 7 je vyjádřeno zastoupení odpovědí na škále, v níž respondenti odpovídali, jak často se vyskytuje tvorba systémových opatření v návaznosti na hlášení mimořádné události. Na grafu je dobře patrné časté zastoupení u frekvencí nad 60 %.

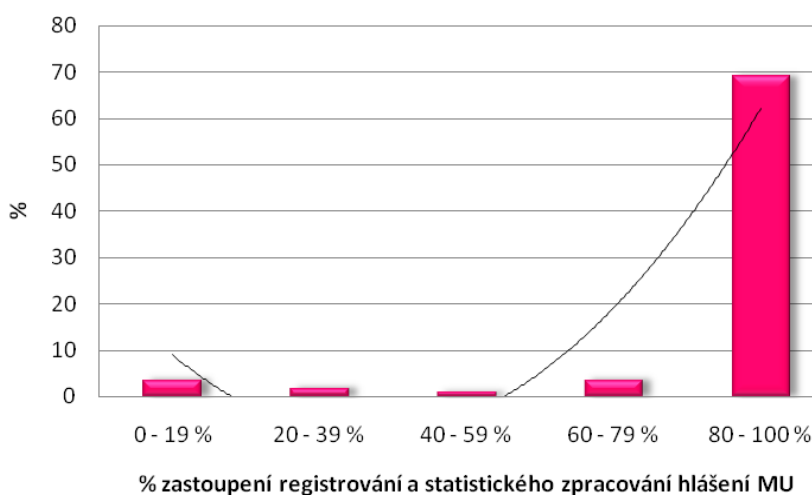
Nejnižší hodnotu v tomto případě reprezentuje rozmezí 20-39 %, nikoli hraniční hodnoty.

Tabulka 24 Frekvence registrace a statistického zpracování hlášení MU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	80 - 100 %	76	69,09	69,09	69,09
	Nechci odpovědět	23	20,91	20,91	90,0
	0 - 19 %	4	3,64	3,64	93,64
	60 - 79 %	4	3,64	3,64	97,28
	20 - 39 %	2	1,82	1,82	99,1
	40 - 59 %	1	0,91	0,91	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Registrování a statistické zpracování je podle respondentů využíváno v 80-100 % případů v 76 (69,09 %) zdravotnických zařízeních, shodně po 4 (3,64 %) respondentech odpovědělo, že v 0-19 % a 60-79 % případů, ve 30-39 % případů ve 2 (1,82 %) nemocnicích a ve 40-59 % případů v 1 (0,91 %) nemocnici. Na tuto otázku nechtělo odpovědět 23 (20,91 %) respondentů. Respondent (0,91 %), který odpověděl jiné, v komentáři k otázce uvádí, že registrace a statistické zpracování se týká pouze některých druhů událostí a ty jsou pak tímto způsobem zpracovány vždy.

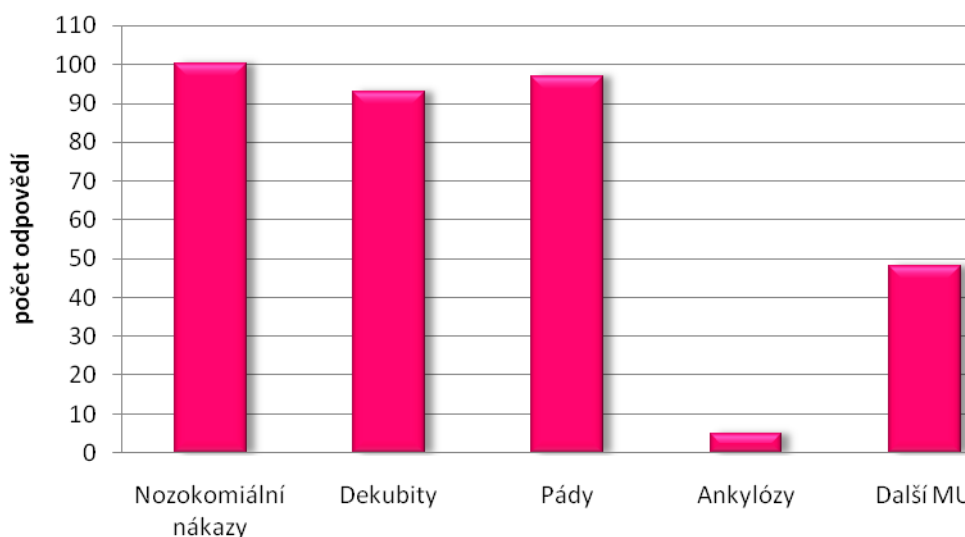
Graf 8 Frekvence registrování a statistického zpracování hlášení MU



Graf číslo 8 znázorňující výskyt registrování a statistického zpracování hlášení mimořádné události prezentuje, že výrazně nejčastější zastoupení je v oblasti 80-100 %. Hodnoty po 80 % jsou zastoupeny u výrazně menšího počtu respondentů.

4.5 Povinně sledované mimořádné události

Graf 9 Povinně sledované a hlášené mimořádné události



Otázka číslo 15 se respondentů ptala, které mimořádné události v souvislosti s ošetrovatelskou péčí jsou v jejich nemocnici povinně sledovány a hlášeny. Výskyt nozokomiálních nákaz je sledován ve 100 (90,9 %) zdravotnických zařízeních, výskyt dekubitů v 93 (84,5 %) nemocnicích, pády pacientů/klientů v 97 (94,5 %) a ankylózy v 5 (4,5 %) nemocnicích. Celkem 48 (43,6 %) respondentů uvádí, že povinně sledují ještě další mimořádné události v souvislosti s ošetrovatelskou péčí.

Tabulka 25 Další sledované mimořádné události

		Frequency	Percent (vždy z 110 nemocnic)	Valid Percent (vždy z 48 nemocnic)
Valid	konflikt/agrese/autoagrese	35	38,5	72,9
	medikační pochybení/komplikace	33	36,3	68,8
	poškození zdraví až úmrtí (klient i personál)	22	24,2	45,8
	poškození/ztráta majetku pacienta, personálu a nemocnice	17	18,7	35,4
	selhání zdravotnické techniky	16	17,6	33,3
	svévolné opuštění oddělení/zdr. zařízení pacientem	14	15,4	29,2
	pochybení/komplikace při výkonu	10	11	20,8
	selhání podpůrných technologií a další situace ohrožující provoz zdr. zařízení	8	8,8	16,7
	problém s identifikací pacienta/klienta - záměna	7	7,7	14,6
	hrozba stížnosti/soudního sporu	6	6,6	12,5
	nedodržení léčebného režimu	4	4,4	8,3
	stav pod vlivem omamné látky	3	3,3	6,3
	neshoda v počtu omamných látek	2	2,2	4,2
	nesouhlas s provedením hospitalizací/výkonu	2	2,2	4,2
	MRSA	2	2,2	4,2
	záměna vzorku biologického materiálu	2	2,2	4,2
	jazyková bariéra	1	1,1	2,1
	sexuální obtěžování	1	1,1	2,1
	únik nebezpečných nebo toxických látek	1	1,1	2,1
	ztráta části nebo celé zdravotnické dokumentace	1	1,1	2,1

Tato tabulka představuje doplněné odpovědi 48 (43,6 %) respondentů, kteří v otázce 15 uvedli, že povinně hlásí i jiné mimořádné události, které se vyskytují v souvislosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Každý respondent uváděl jiné množství těchto sledovaných událostí, proto jsou v tabulce uváděny frekvence a procentuální zastoupení dle počtu zdravotnických zařízení, ve kterých jsou sledovány. Vzhledem k tomu není v této tabulce uveden souhrnný počet zastoupení.

4.6 Komentáře respondentů k povinně hlášeným událostem

Dva z respondentů využili možnosti širší odpovědi na otázku, které mimořádné události jsou v jejich zdravotnickém zařízení povinně sledovány, a doplnily do komentářů podrobnější popis a členění těchto událostí. Odpovědi těchto respondentů jsou zařazeny již v předchozí tabulce, ale vzhledem k tomu, že tyto informace musely být kódovány, uvádíme i plné znění odpovědí těchto dvou respondentů.

Komentář číslo 1

Povinně hlášené mimořádné události jsou v tomto komentáři členěny do sedmi kategorií, následující text je uveden v plném znění:

- I. Selhání diagnostického, léčebného či ošetrovatelského procesu (komplikace medikace, lék nepodán, lék podán jinému pacientovi, nežádoucí účinek léku, neshoda v počtu omamných látek, výkon proveden chybně, poškození kůže - dekubit, záměna vzorku biologického materiálu, ztráta části nebo celé zdravotnické dokumentace)
- II. Pády (příčina pádu, obuv, hybnost pacienta, přídatné zařízení jako např. postranice, zvonek v dosahu apod.)
- III. Selhání zdravotnického prostředku nebo technologie (selhání zdravotnické technologie v rámci intenzivní či resuscitační péče, selhání u anestezie a operačního výkonu, popálení pacienta, technické závady v dodávce medicínských plynů)
- IV. Nepředvídatelná reakce či změna chování pacienta/klienta (problém se souhlasem pacienta s hospitalizací, k léčbě či zákroku, pokus o sebevraždu, dokonaná sebevražda, skok z okna, napadení zaměstnance ze strany pacienta, svévolné opuštění oddělení pacientem, stížnost, hrozba soudního sporu, jazyková bariéra, problém s identifikací pacienta)
- V. Nepředvídatelná reakce zaměstnance nebo jiných osob (sexuální obtěžování, výkon činnosti pod vlivem alkoholu nebo jiných psychotropních látek, napadení nebo zranění zaměstnance ze strany jiného zaměstnance nebo návštěvníka)

- VI. Ztráty, poškození majetku (ztráta nebo poškození majetku nemocnice, ztráta nebo poškození majetku pacienta, ztráta nebo poškození majetku personálu)
- VII. Selhání servisních technologií (stavební havárie, požár, vytopení, selhání náhradního zdroje elektrické energie, únik nebezpečných nebo toxických látek, zablokování výtahu, selhání přístrojů centrální sterilizace)

Komentář číslo 2

Tento respondent krom již zmiňovaných událostí doplňuje podrobnější členění medikačních pochybení a incidentů v léčebném procesu, jejichž výčet zde v nezměněné podobě uvádíme:

- Medikační incidenty: lék nepodán, lék podán jinému nemocnému, nesprávná rychlost podání, nesprávná dávka, špatný čas podání léků, špatný způsob/místo podání léků, podání nesprávného léku, alergická reakce na lék, neshoda v počtu opiátů a jiné.
- Incidenty v léčebném procesu: procedura nebyla provedena, procedura provedena nesprávně, procedura provedena na nesprávném místě, nesprávná procedura, problém se zdravotnickou technikou, problém s diagnostickým vzorkem (krev, moč) a jiné.

4.7 Komentáře respondentů k oblasti postupu při mimořádných událostech

Dva respondenti využili možnosti připojit komentář a podrobněji popsali systém, jenž je v jejich zdravotnickém zařízení využíván. V rámci zachování celistvosti a smyslu tohoto komentáře ho uvádíme až na tomto místě, i když se jeho jednotlivé části týkají různých předchozích otázek.

Komentář číslo 1: „V našem případě postupujeme následovně:

- I. účastník mimořádné situace nahlásí tuto vrchní sestře, příp. přítomnému lékaři, primáři oddělení (v případě pádu pacienta nebo nozokomiální infekce provádí sepsání hlášení osoby vyjmenované v metodickém pokynu)

- II. v ostatních případech je sepsání hlášení o mimořádné události povinností vrchní sestry/ její zástupkyně. Hlášení o mimořádné události obsahuje:
 - a. přesný popis toho, co se přihodilo
 - b. rozbor situace včetně vyjádření jednotlivých účastníků a staničních sester
 - c. vyhodnocení situace (jedná se o závěr, který vyplynul z jednání vrchní sestry se staničními sestrami i konkrétními pracovníky, kteří byli přímými účastníky příhody)
 - d. návrh opatření (okamžitých i dlouhodobých včetně termínu splnění a kdo je provede) – okamžitým opatřením je např. okamžitá náprava situace, pokárání/ trest, mezi dlouhodobá pak patří například opatření, jakými jsou nové metodické pokyny, školení, seminář na určité téma, což bývá často bývá spojeno.
- III. Ad b. a d. (vyhodnocení a návrh opatření) se týká i pádů a nozokomiálních infekcí. Hlášení je odesláno primáři oddělení, řediteli zdrav. zařízení, případně BZP technikovi, hygienikovi atp. Originál hlášení je uložen v chorobopise pacienta a kopie u vrchní sestry.
- IV. Souhlasí-li výše uvedení s rozbohem a řešením situace, automaticky se provádí vše ad návrh opatření, případně se opatření doplní (např. o doporučení hygienika atp.).
- V. Nesouhlasí-li, v případě více připomínek či jedná-li se o závažnou situaci, řeší se dále, a to na zasedání vedoucích pracovníků (lékaři, nelékaři).“

Komentář číslo 2

„Všechny mimořádné události popsané na příslušném tiskopise řízené dokumentace nemocnice jsou evidovány u manažera kvality, a to nejdéle další pracovní den po události. Manažer kvality klasifikuje mimořádnou událost ve škále závažná – bez následků – nelze klasifikovat jako mimořádná událost a podstupuje ji k písemnému vyjádření primáři (vedoucímu) oddělení.

Součástí vyjádření jsou i navrhovaná opatření k nápravě, která jsou buď schválena, nebo doplněna. Pokud se jedná o mimořádnou událost celonemocničního

významu nebo pokud hodnota předmětu poškozeného mimořádnou událostí je 5 000 Kč a více, je mimořádná událost podstoupena do Komise pro řešení stížností a mimořádných událostí. Jednotlivé mimořádné události se projednávají individuálně se zaměstnanci, kterých se to týká.

Individuálním přístupem chceme hlášení mimořádných událostí podporovat, nikoliv likvidovat. Systém hlášení mimořádných událostí máme zavedený od roku 2006. S výsledky řešení mimořádných jsou seznamováni všichni zaměstnanci nemocnice. Nejedná se však o nějaké pranýřování pochybení jednotlivců, ale o podávání objektivních informací všem, neboť chybami se člověk učí. Musím přiznat, že i vedení nemocnice se stále učí s mimořádnými událostmi pracovat.“

4.7 Zapojení pacientů/klientů do prevence pochybení

Tabulka 26 Zapojení pacientů/klientů do prevence pochybení

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	52	47,3	47,3	47,3
	Ne	49	44,6	44,6	91,9
	Nechci odpovědět	5	4,5	4,5	96,4
	Nevím	4	3,6	3,6	100
	Total	110	100	100	

Otázka číslo 16 se zajímala, zda jsou pacienti/klienti zapojováni do prevence pochybení. Na tuto otázku odpovědělo kladně 52 (47,3 %) respondentů, negativní odpověď se vyskytovala u 49 (44,6 %) respondentů, 4 (3,6 %) neví a 5 (4,5 %) respondentů na tuto otázku nechtělo odpovědět. Jeden z respondentů uvádějící odpověď ano připojil komentář, že do prevence pochybení zapojují nejen pacienty/klienty, ale i rodinné příslušníky.

Tabulka 27 Způsob zapojení pacientů/klientů do prevence pochybení

	Frequency	Percent (vždy z 110 nemocnic)	Valid Percent (vždy z 52 nemocnic)
Valid			
edukace pacienta/klienta	31	34,8	59,6
informovaný souhlas	7	7,9	13,5
sledování spokojenosti pacientů	6	6,7	11,5
seznámení s domácím a provozním řádem	5	5,6	9,6
identifikační náramky s vyznačením rizika	4	4,5	7,7
plná informovanost	4	4,5	7,7
prostřednictvím ošetřovatelského procesu	4	4,5	7,7
cílené dotazy na pacienta/klienta k prevenci stranové záměny	2	2,2	3,8
informace v písemné formě na pokojích	2	2,2	3,8
kontrola identifikace osoby	2	2,2	3,8
vyhledávání případných rizik při přijetí	2	2,2	3,8
aktivní spolupráce s pacientem/klientem i rodinou	1	1,1	1,9
anonymní telefonní linka pro pacienty/zaměstnance	1	1,1	1,9
dotazy pacientů při interních auditech kvality péče	1	1,1	1,9
edukace rodiny	1	1,1	1,9
informace pro pacienty/klienty, čeho by si měli všimnout např. při podávání medikace	1	1,1	1,9
informace v nemocničním časopise	1	1,1	1,9
informační nástěnky	1	1,1	1,9
informativní letáky	1	1,1	1,9
informování o prováděné činnosti	1	1,1	1,9
ověřováním údajů	1	1,1	1,9
pacienti jsou povzbuzováni k dotazům na personál (klást otázky při nejistotě)	1	1,1	1,9
pohovor s rodinou	1	1,1	1,9
poučení o výkonu	1	1,1	1,9
prostřednictvím ošetřovatelské vizity	1	1,1	1,9
seznámení s právy pacientů	1	1,1	1,9
spolupráce s rodinou	1	1,1	1,9
spoluprací při úkonech	1	1,1	1,9
standard komunikace	1	1,1	1,9
verifikační protokoly	1	1,1	1,9
vybízením ke kontrole činností zdravotnických pracovníků	1	1,1	1,9

Podotázka 16b vyžadovala po respondentovi, v případě předchozí kladné odpovědi, doplnění způsobu, jakým jsou klienti zapojováni. Na tuto otázku odpovídalo 52 (47,3 %) respondentů, kteří vpisovali způsoby, kterými zapojují pacienty/klienty do

prevence rizik v jejich zdravotnickém zařízení. Každý respondent uváděl jiné množství těchto sledovaných událostí, proto jsou v tabulce uváděny frekvence a procentuální zastoupení dle počtu zdravotnických zařízení, ve kterých jsou sledovány. Vzhledem k tomu není v této tabulce uveden souhrnný počet zastoupení.

4.8 Třídění druhého stupně využité pro hodnocení kultury bezpečí

4.8.1 Vyhýbání se tématu pochybení a pohled na příčiny pochybení

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H0: Snaha vedoucích pracovníků vyhýbat se tématu pochybení je nezávislá na názoru vedoucích pracovníků ve vrcholném ošetrovatelském managementu na příčiny selhání.

HA: Snaha vedoucích pracovníků vyhýbat se tématu pochybení je závislá na názoru vedoucích pracovníků ve vrcholném ošetrovatelském managementu na příčiny selhání.

Tabulka 28 Data využitá pro hodnocení vztahu proměnných (otázek 2 a 3)

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Ot2 * Ot3	95	86,4%	15	13,6%	110	100,0%

Pro testování nulové a alternativní hypotézy bylo využito odpovědí 95 (86,4 %) respondentů, kteří na otázku číslo 2 (názor na snahu vedoucích pracovníků vyhýbat se tématu pochybení) odpověděli pozitivně či negativně (odpovědi *nevím*, *nechci odpovědět* a *ano, ale jen někteří/někdy* byly vyřazeny), z otázky číslo 3 týkající se pohledu vedoucích pracovníků na příčinu selhání byli vyřazeni jen respondenti, kteří museli být vyřazeni vzhledem k ohledu na vyřazení u otázky číslo 2.

Tabulka 29 Crosstest proměnných hodnocených pro vztah proměnných (ot. 2 a 3)

		Ot3 Pohled na příčinu selhání dle managementu			Total
		Příklon k lidskému faktoru	Příklon k systémové chybě	Střed	
Ot2 Snaha vedoucích pracovníků vyhybat se tématu pochybení	Ne	27	12	33	72
	Ano	8	8	7	23
Total		35	20	40	95

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se pohledu vrcholného managementu v ošetrovatelství na příčinu selhání a snaha vedoucích pracovníků vyhybat se tématu pochybení. V této tabulce jsou sloučeny odpovědi respondentů týkající se pohledu na příčinu pochybení *příklon k lidskému faktoru a především lidský faktor*.

Tabulka 30 Testování závislosti proměnných pomocí Pearson Chi-Square (ot. 2 a 3)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,734(a)	2	0,155
Continuity Correction			
Likelihood Ratio	3,517	2	0,172
Linear-by-Linear Association			
N of Valid Cases	95		

Poznámky: (a) 1 buňka (16,7%) proměnných je menší než 5. Minimální hodnota je 4,84.

Na základě hodnoty signifikance Pearson Chi-Square testu 0,155 (15,5 %) v prvním řádku, která je větší než 5 %, nezamítáme na 95% hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že snaha vedoucích pracovníků vyhybat se tématu pochybení je nezávislá na názoru vedoucích pracovníků ve vrcholném ošetrovatelském managementu na příčiny selhání. Lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.8.2 Vyhýbání se tématu pochybení a kárání/trestu v návaznosti na MU

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H0: Snaha vedoucích pracovníků vyhýbat se tématu pochybení je nezávislá na frekvenci výskytu pokárání či trestu jako reakce na hlášení mimořádné události.

HA: Snaha vedoucích pracovníků vyhýbat se tématu pochybení je závislá na frekvenci výskytu pokárání či trestu jako reakce na hlášení mimořádné události.

Tabulka 31 Data využitá pro hodnocení vztahu proměnných (ot. 2 a 14 pokárání/trest)

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Ot2 * Ot14Pokárání/trest	59	53,6%	51	46,4%	110	100,0%

Pro testování nulové a alternativní hypotézy bylo využito odpovědí 59 (53,6 %) respondentů, kteří na otázku číslo 2 (názor na snahu vedoucích pracovníků vyhýbat se tématu pochybení odpověděli) pozitivně či negativně (odpovědi *nevím*, *nechci odpovědět* a *ano, ale jen někteří/někdy* byly vyřazeny u celkem 15 respondentů), z otázky číslo 14 věnované pokárání/trestu jsme vyřadili 37 respondentů, kteří na tuto otázku nechtěli odpovědět nebo zvolili odpověď *jiné*. Z těchto 37 byl pouze jeden vyřazen již v souvislosti z otázkou číslo 2.

Tabulka 32 Crosstest proměnných hodnocených (ot. 2 a 14 pokárání/trest)

		Ot14 Frekvence výskytu pokárání či trestu jako reakce na MU					Total
		0 - 19 %	20 – 39 %	40 – 59 %	60 – 79 %	80 – 100 %	
Ot2 Snaha vedoucích pracovníků vyhybat se tématu pochybení	Ne	16	17	6	2	1	42
	Ano	8	6	1	1	1	17
Total		24	23	7	3	2	59

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se pohledu vrcholného managementu v ošetrovatelství na příčinu selhání a výskytu pokárání či trestu v návaznosti na hlášenou mimořádnou událost.

Tabulka 33 Testování závislosti proměnných pomocí Exact Pearson Chi-Square (ot. 2 a 14 pokárání/trest)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,510(a)	4	0,825	0,884
Continuity Correction				
Likelihood Ratio	1,568	4	0,815	0,916
Fisher's Exact Test	1,989			0,814
Linear-by-Linear Association				
N of Valid Cases	59			

Poznámky: (a) 6 buněk (60,0%) proměnných je menší než 5. Minimální hodnota je 0,58. Pro hodnoty nad 20 % byl zvolen Exact Pearson Chi-Square test.

Na základě hodnoty signifikance Exact Pearson Chi-Square testu 0,884 (88,4 %) v prvním řádku, která je větší než 5 % nezamítáme na 95% hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že snaha vedoucích pracovníků vyhybat se tématu pochybení je nezávislá na frekvenci výskytu pokárání či trestu jako reakce na hlášení mimořádné události. Lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

5 Diskuse

Prvním překvapujícím zjištěním byla samotná návratnost dotazníku. Vzhledem k tématu práce, osobám, jimž byly dotazníky směřovány a možnosti odhalení nedostatků ve zdravotnických zařízeních respondentů i návratnosti výzkumu realizovaného v roce 2004 D. Marxem a I. Gladkijem (2005) jsem neočekávala vysokou návratnost. Přesto se do tohoto šetření zapojilo 112 (67,9 %) představitelů vrcholného managementu ošetrovatelské péče nemocnic poskytujících akutní lůžkovou péči (pro vyhodnocování bylo využito jen 110 dotazníků, což odstavuje 66,7 %). V tomto vzorku byly zastoupeny všechny kraje v minimálním počtu 4 nemocnic na kraj. Ve vzorku byli zastoupeni různí zřizovatelé ze státních orgánů i soukromého sektoru. Byli jsme velice rádi, že i lidé na takto vysoké pozici, která jistě vyžaduje mnoho času, si našli čas pro zapojení se do tohoto průzkumu. Takto vysoká návratnost může ukazovat na rostoucí zájem o téma management rizik a ustupující obavy z prozrazení chyb. Tento trend vidíme jako velmi pozitivní, protože prostřednictvím odhalování chyb může dojít k budování bezpečnější a kvalitnější péče.

Zakotvení myšlenky poskytování bezpečné péče v cílech/vizích/strategii těchto zařízení prezentovali všichni respondenti (100 %), pouze jeden z nich přiznává, že tato myšlenka přesto, že je cílem této organizace, není písemně formulována v dokumentech. Toto přiznání může ukazovat na velmi zajímavou oblast nejen způsobu zanesení této myšlenky do cílů/vizí/strategie, ale i seznámení s ní personálu a snah o její prosazení, kterému by stálo za to věnovat další pozornost. Zařazení myšlenky poskytování bezpečné péče do cílů/vizí/strategií by mohlo pomoci v budování kultury bezpečí v celém systému. Dokážeme si však představit, že bude ještě obtížné přijetí této myšlenky všemi pracovníky, ale právě jasná formulace této myšlenky prezentované dovnitř organizace i navenek by k tomuto procesu mohla významně přispět.

I v otázce zajímavější se o snahu vedoucích pracovníků vyhýbat se tématu pochybení nás překvapilo vysoké zastoupení negativní odpovědi, jednalo se o 72 (65,45 %). Ve výzkumu NCO NZO publikovaném H. Havelkovou a J. Mikulkovou (2007) jsou prezentovány výsledky na podobné téma z pohledu samotných sester.

Výsledky uvádí, že 9,7 % sester někdy vědomě zatajilo své pochybení. Je tedy patrné, že ochota hovořit o tématu pochybení je stále ještě v některých případech malá. V našem výzkumu se jednalo o 23 (20,9 %) respondentů, kteří uvádí, že se vedoucí pracovníci snaží vyhýbat tématu pochybení (viz tabulka 3). Tyto snahy pravděpodobně vychází z pocitu, že když dochází k pochybením, tak je pravděpodobně něco špatně ve způsobu řízení. Myšlenka, kterou by měli tito vedoucí pracovníci přijmout, je, že dobrý manager musí vědět o chybách, které se staly, a využít je k učení sebe i všech ostatních. Nesmí se však přitom zapomínat na zajištění anonymity. Není důležité kdo, ale co se stalo. Každý člověk se může vcítit do této situace, protože každý se v ní může ocitnout.

Pohled vrcholných představitelů ošetrovatelského managementu na příčiny selhání považujeme za velice důležitý, protože předpokládáme, že může ovlivnit vztah k realizaci managementu rizik. Přesto, že největší počet respondentů, 44 (40,0 %), vyjadřuje názor, že na vzniku selhání má stejný podíl lidský i systémový faktor, je velmi výrazný i příklon k lidskému faktoru jako častější příčině selhání, což uvádí 36 (32,7 %) respondentů, lidský faktor vidí jako hlavní příčinu selhání 6 (5,5%) respondentů (viz tabulka 4). Jako pochopitelná nám přijde kombinace obou faktorů, protože při všech činnostech se ve zdravotnictví setkáváme alespoň s rámcovým standardem, ale člověk s ním musí být seznámen a rozhodnout se, zda podle něj bude jednat. Ale myslíme si, že přílišné přiklání k lidskému faktoru jako příčině selhání by mohlo zakrýt systémové chyby, které vedou k pochybení člověka. Právě systémová opatření by měla zabránit neúmyslným lidským pochybením nebo je včas odhalit a tím minimalizovat jejich dopad.

Naším předpokladem bylo, že snaha vedoucích pracovníků vyhýbat se tématu pochybení je závislá na názoru vrcholného ošetrovatelského managementu na příčiny selhání. Tato myšlenka se nám ale nepotvrdila (viz tabulka 30), snad i proto, že i když vidíme příčinu selhání v lidském faktoru, můžeme přijímat názor, že chybovat je lidské a když víme, kde lidé chybují, můžeme proti tomu něco dělat.

Stejně tak předpoklad, že snaha vedoucích pracovníků vyhýbat se tématu pochybení je závislá na frekvenci výskytu pokárání či trestu jako reakce na hlášení mimořádné události se nám nepotvrdila (viz tabulka 33). Naším předpokladem bylo, že

pokud jsou lidé káráni za přiznání svých chyb, nebudou o nich chtít příště mluvit. Naše domněnka možná nebyla potvrzena právě proto, že pokárání a trest jsou v návaznosti na mimořádnou událost využívány v menším procentu případů. Pokárání/trest se vyskytuje v návaznosti na mimořádnou událost v 0-19 % případů ve 31 (28,2 %) zařízeních, ve 29 (26,4 %) ve frekvenci 20-39 %. Ve více než 40 % případů se vyskytuje jen u 11,8 % respondentů. Velké procento respondentů však nechtělo na tuto otázku odpovědět (viz tabulka 21).

Sledování pracovní zátěže se provádí v 97 (88,2 %) zařízeních (viz tabulka 5). Forma je v 34 (30,9 %) objektivní, ve 32 (29,1 %) subjektivní a obě formy využívá 30 (27,3 %) zařízení (viz tabulka 6). Z čehož vyplývá, že tato oblast je sledována, zájem o téma zátěže sester je veliký, což ukazuje i mnoho publikovaných studií, ale nesmíme zapomínat, že pouhé konstatování výsledků nestačí a je nutné na ně adekvátním způsobem reagovat. Přetížení personálu by mohlo znamenat jeho ztrátu a další nárůst zátěže na zbývající personál, proto si myslíme, že pro zachování kvality péče je někdy nutné přistoupit k omezení lůžkové kapacity.

Na základě tohoto okruhu výsledků jsme **potvrdili hypotézu číslo 1**, že nemocnice vytvářejí podmínky pro rozvoj bezpečné organizační kultury.

Atmosféru na pracovišti sleduje 108 (98,2 %) zařízení (viz tabulka 7), nejčastěji prostřednictvím sledování spokojenosti zaměstnanců, to v 94 (85,45 %) zařízeních, v 5 (4,54 %) případech se jedná o sociometrii a ve 4 (3,64 %) o rozhovor se zaměstnanci. Jiné techniky, například supervize či focus group, jsou téměř nevyužívány (viz tabulka 8). I o toto téma je patrný vysoký zájem, důležité je ale zachovat při něm validitu získaných údajů. Při takovýchto šetřeních je vhodné dodržovat anonymitu a ukázat snahu o řešení odhalených problémů, jinak zaměstnanci mohou ztrácet motivaci.

Pravidelná kontrola technického stavu elektrických zdravotnických prostředků kvalifikovanou osobou probíhá ve 109 (99,1 %) zařízeních (viz tabulka 9) a kontrola dostatečného počtu zdravotnických prostředků na odděleních probíhá ve 103 (93,64 %) organizacích (viz tabulka 10). Z těchto čtyř posledních oblastí vyplývá, že zájem o vlivy podporující rizika je velký. Na základě těchto výsledků jsme **potvrdili hypotézu číslo 2**, že nemocnice sledují rizikové faktory pro vznik mimořádné události. Cílem naší

práce nebylo věnovat se jen těmto oblastem, které mohou skýtat velké množství dalších otázek, ale jistě by bylo zajímavé dále se věnovat zmapování technik sledování, jejich vyhodnocování a realizaci následných opatření.

Způsobů odhalování konkrétních rizik je mnoho, a proto jsme respondentům nabízeli jen některé a dali možnost doplnit další. Proaktivní strategie byly mezi respondenty velmi málo využívány, FMEA se provádí jen u 4 (3,6 %) respondentů. Nečekali jsme vysoké využití této metody, ale doufali jsme ve vyšší zastoupení. Vzhledem k tomu, že se nejedná o příliš technicky náročnou metodu, její malé využití může být zapříčiněno neznalostí této techniky nebo neexistencí týmu zabývajícího se řízením rizik či jejich časovou zaneprázdněností. Významnější je výskyt metody externího pozorování či supervize u 21 (19,1 %) respondentů, které mohou odhalit již realizované chyby i možné rizikové oblasti. Screeningová metoda vyhledávající známky o existenci rizik z již existujících dokumentů se provádí u 81 (73,6 %) respondentů. Pasivní surveillance, jež dává možnost dobrovolného hlášení jakékoli mimořádné události, realizuje 55 (50,0 %) zařízení. Epidemický přístup dávající povinnost hlásit konkrétní události je zaveden u 101 (91,8 %) respondentů. Pouze jeden z respondentů dále v komentářích doplňuje další metodu, a to interní audit, který s největší pravděpodobností využívá více zařízení, ale záleží i na způsobu jeho vyhodnocení a následných opatřeních (viz graf 3). Na základě těchto údajů jsme **potvrdili hypotézu číslo 3**, že nemocnice odhalují konkrétní rizika až v návaznosti na realizaci následků rizika.

Ověřování připravenosti na krizové situace například při selhání podpůrných technologií přiznává 84 (76,4 %) respondentů (viz tabulka 11). Takto velké procento může naznačovat velmi důležitou aktivitu v oblastech připravenosti na selhání. Nelze totiž počítat se 100% spolehlivostí podpůrných technologií. Zákon nařizuje pouze existenci náhradních zdrojů v provozech, kde by jejich výpadek mohl významně ohrozit pacienty/klienty, ale bez rychlé reakce a znalosti postupu v těchto krizových situacích by neměla pouhá jejich existence význam.

Dle očekávání naprostá většina zdravotnických zařízení sleduje spokojenost pacientů/klientů, jednalo se o 106 (96,4 %) respondentů (viz tabulka 12). Výsledky

těchto šetření se mohou využít pro hodnocení rizik, obzvláště pokud jsou vhodným způsobem formulovány otázky. Znat příčiny nespokojenosti, nejistoty či rozpaků pacientů/klientů vypovídá o možných problémových oblastech (př. nejistota z neinformovanosti o podávaných lécích aj.).

V šetření jsme se věnovali i samotné realizaci následků rizika (mimořádné události) a následným aktivitám. Údaje, dále prezentované, nás vedly k **potvrzení hypotézy číslo 4**, že nemocnice mají vytvořený postup pro případ vzniku mimořádné události. Existenci systému hlášení mimořádné události ve zdravotnickém zařízení uvádělo 108 (98,2 %) respondentů (viz tabulka 13). Toto číslo vyznačuje výrazný posun ve srovnání s výzkumem D. Marxe a I. Gladkije (2005) realizovaného v roce 2004, v tomto výzkumu je prezentováno, že 68,9 % nemocnic poskytujících akutní péči na našem území má vytvořen vnitřní předpis, který upravuje způsob hlášení mimořádné události. H. Havelková a J. Mikulková (2007) zaměřují své otázky na sestry, které uvádí, že 68,5 % z nich se ve své praxi setkalo s tiskopisem pro hlášení mimořádné události. S tímto výsledkem by mohl souviset výsledek další otázky, kdy jsme se ptali, kdo má povinnost hlásit mimořádnou událost: v 87,3 % se jedná o všechny pracovníky, v 10,9 % jen o vedoucí pracovníky (viz tabulka 14). Což jsou případy, kdy se řadové sestry nemusí s tímto dokumentem setkat. Navíc není podmínkou, že systém hlášení mimořádné události musí probíhat formou standardizovaného tiskopisu. Nelze vyloučit ani nedostatky v seznámení personálu se způsobem hlášení.

I v oblasti již zmiňované, o osobách, jenž mají povinnost hlásit mimořádnou událost, je od výzkumu D. Marxe a I. Gladkije (2005) posun směrem k povinnosti všech pracovníků hlásit mimořádnou událost ze 74,9 % (v roce 2004) na 87,3 % (v našem výzkumu 2008). Odklon od povinnosti realizovat hlášení přes vedoucího pracovníka považujeme za logický, vzhledem k dostupnosti vedoucích pracovníků, urychlení postupu a možností zkreslení informací.

Další náš dotaz směřoval na adresáta hlášení mimořádné události (viz tabulka 15). Zvláštnímu týmu je hlášení předáváno v 52 (38,18 %) zařízeních, vrchní sestře ve 40 (36,36 %) případech, hlavní sestře v 9 (8,18 %), zvláštnímu týmu a vrchní sestře v 6 (5,46 %), managementu nemocnice ve 2 (1,82 %). Tým zabývající se řešením

mimořádné události existuje v 82 (74,6 %) nemocnicích (otázka 11, viz tabulka 18), ale dle odpovědí na otázku 9c, komu je hlášení předáváno, je vidět, že v 30 (27,3 %) případech jde toto hlášení přes prostředníka. Milým překvapením však bylo, že v 81 týmech je zastoupen odborník v oboru ošetřovatelství (viz tabulka 19).

Možnost anonymního hlášení mimořádných událostí sestrou uvedlo 52 (47,3 %) respondentů (viz tabulka 16). Existenci této možnosti ve snaze mapovat i téměř pochybení a maximalizovat ochotu předání informace nám přijde velice důležitá. Je pravdou, že anonymně hlášená mimořádná událost nelze vyřešit, ale lze si z ní alespoň vzít ponaučení. Tato možnost je důležitá zejména v počátcích zavádění systému hlášení, než se zaměstnanci naučí, že za hlášení nebudou postihováni ani pranýřováni.

Existence postupu při mimořádné události je u 105 (95,5 %) respondentů (viz tabulka 17). S tímto postupem jsou zaměstnanci seznámeni písemnou formou ve 100 (90,9 %) případech (vice viz tabulka 18). V ostatních případech se buď respondent nechtěl vyjádřit, nebo jsou informace předávány pouze ústně, popřípadě ještě neexistuje systém seznámení s postupem.

Náš zájem se směřoval i na reakci v návaznosti na realizaci a hlášení mimořádné události. V těchto otázkách byla patrná vyšší neochota respondentů odpovídat. I my velmi dobře rozumíme tomu, že je obtížné zhodnotit, jak často se využívá konkrétních druhů odpovědí, když každá mimořádná událost může být jiná. Naší myšlenkou však bylo, že odhad, i když hrubý, může naznačovat tendenci k hodnocení příčin mimořádné události a realizaci následných opatření. Myslíme si, že tendence ve využívání různých druhů reakcí se v zastoupení odpovědí respondentů ukázala. Odpověď na hlášení mimořádné události je prováděna nejčastěji v 80-100 % případů, ale stále se jedná pouze o 39,1 % (viz tabulka 20). Přesto, že se jedná o nejčastější odpověď, stále ji považujeme za příliš nízkou. Ale i výsledky výzkumu H. Havelkové a J. Mikulkové (2007) prezentují, že jen polovina dotazovaných sester byla informována o výsledcích šetření a následných opatřeních. Tento postup může vést u sester ke ztrátě motivace k hlášení mimořádných událostí. Není obtížné představit si myšlenky v této situaci. Proč bych měla něco hlásit, když se nic nestane a vše se zamete pod koberec.

Pokárání nebo trest, v návaznosti na mimořádnou událost, se nejčastěji vyskytuje v 0-19 % případů, jednalo se celkem o 28,2 %, přibližně stejně často se vyskytuje v 20-39 % případů, jedná se o 26,4 % (viz tabulka 21). I tato situace je podobná jako předchozí. Je patrné, že od kárání a trestů se ustupuje, ale tyto výsledky stále považujeme za vysoké. Situace kárání a trestů může naznačovat negativní postoj, který vidí příčiny selhání především v lidském faktoru, a myslíme si, že rozhodně nepřispívá k ochotě sester hlásit svá pochybení. Proč se přiznávat k něčemu, za co budu trestána, a nic se nezmění. Nemyslíme si, že tolik sester svévolně udělá chybu, za kterou si zaslouží trest či pokárání. Myslíme si, že na mnoho z těchto případů má vliv chybné nastavení systému, například nejasná organizační struktura a hierarchie zadávání úkolů, nekonkrétní formulace postupů, žádosti o provedení postupu mimo kompetence sester a mnoho dalších. Management rizik by měl chránit pacienty, ale i sestry.

Nařízení dodatečného vzdělávání se nejčastěji vyskytuje u 20-39 %, v tomto případě se jedná o 20,9 %, i zastoupení vyšší jsou častá (viz tabulka 22). I neznalost sester může být častou příčinou selhání, ale i v tomto případě hraje roli systém. Myslím si, že každý, kdo je k sobě upřímný, si musí přiznat, že po něm někdy někdo žádal potvrzení o tom, že byl proškolen, ale realita byla jiná. Všechna proškolení přitom mají smysl a říkat „vždyť to všechno znáš“ a nebo „to nebudeš potřebovat“ je cestou k velkým selháním. Při mimořádných událostech se pak marně můžeme ptát, proč se to stalo, když měli vědět, jak postupovat. V první řadě proto vidíme odpovědnost při proškolení personálu před svěřením kompetence. Ale i průběžné obnovování znalostí a postupů hrají velkou roli. V dnešní době honby za získáním kreditů do celoživotního vzdělání bychom měli myslet na účelnost a kvalitu předávaných informací. Při nařizování dodatečného vzdělávání bychom měli myslet na to, zda za chybu může pouze neznalost jednotlivce, nebo se může vyskytovat i u ostatních. Důležité je také nezapomínat na to, aby dodatečné vzdělávání nebylo pocíťováno jako trest. Přitom možností je mnoho, proč nevyužít zkušenosti s chybou k výuce druhých?

Tvorba systémových opatření se vyskytuje v návaznosti na mimořádnou událost velmi často, shodně po 30,9 % v 60-79 % a 80-100 % případů (viz tabulka 23). Takto vysoké číslo může ukazovat počátky zavádění tohoto systému, kdy je nalézáno mnoho

chyb. Může se jednat o důkaz toho, že systémové chyby existují a je jich mnoho. Naším předpokladem je stejný názor jako jednoho z respondentů, že časem by mohlo systémových opatření ubývat, pokud ta, která budou vytvářena, budou efektivní. Ale byly bychom nespravedliví, kdybychom samotnému systému managementu rizik upírali možnost chybovat. Jediné, co je zapotřebí, je vzít si z chyb ponaučení pro budoucí činnost.

Registrace a statistické zpracování mimořádných událostí se v 80-100 % případech realizuje u 69,09 % respondentů (viz tabulka 24). I zde jsou patrné pozitivní snahy, které mohou managementu rizik pomoci. Tyto aktivity mohou dokázat přesvědčit, že opakující se chyby mohou mít příčinu v systému, a zároveň ověřit efektivitu opatření vytvořených pro minimalizaci výskytu následků rizik.

Další oblast, které jsme se věnovaly, byly druhy povinně hlášených událostí. Mezi nejsledovanější patří nozokomiální nákazy, dekubity a pády. Dále se objevují situace obsahující konflikt/agresi/autoagresi, medikační pochybení/komplikace, poškození zdraví až úmrtí (klient i personál), poškození/ztrátu majetku pacienta, personálu nebo nemocnice, selhání zdravotnické techniky, svévolné opuštění oddělení/zdr. zařízení pacientem, pochybení/komplikace při výkonu, selhání podpůrných technologií a další situace ohrožující provoz zdr. zařízení nebo problém s identifikací pacienta/klienta – záměna a jiné (viz graf 9 a tabulka 25). Je patrné široké spektrum oblastí a v některých případech i dobře propracovaný systém rozdělený dle druhu mimořádné události. Otázkou zůstává vybudování registru či klasifikace jednotlivých druhů pochybení. Na jedné straně by se jednalo o pomoc při nejistotě, co označit za mimořádnou událost, na druhé straně by se mohlo jednat o cestu, která by vedla k odklonu od námi zamýšleného účelu. Myslíme si, že hlášení mimořádné události by mělo být především zdrojem informací o rizicích a ne prostředkem pro srovnávání zdravotnických zařízení, když každé je individuální. Na základě tohoto zjištění jsme **potvrdili hypotézu číslo 5**, že ošetrovatelský personál povinně sleduje a hlásí minimálně 3 druhy mimořádných událostí, vyskytujících se v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče.

Poslední okruh otázek se zajímal o zapojení pacientů/klientů do prevence pochybení. Tuto možnost využívá necelá polovina zařízení (viz tabulka 26). Na základě tohoto údaje jsme **potvrdili hypotézu číslo 6**, že nemocnice nezapojují pacienty/klienty do prevence pochybení zdravotnických pracovníků. Nás původní předpokládaný odhad byl mnohem pesimističtější a 47,3 % pozitivních odpovědí nás mile překvapilo.

Jedná se o techniku, která je nenáročná, a myslíme si, že může pomoci mnoha pochybením předejít. Prvním předpokladem však je, abychom si sami přiznali možnost vlastního pochybení. Participace pacientů/klientů a otevření tohoto tématu veřejnosti by mohla pomoci snížit stížnosti a žaloby vůči zdravotnickým institucím. Technik, kterých je možno využít, je mnoho, což ukazuje i výčet daný respondenty. Mnoho z nich bývá využíváno v ošetrovatelském procesu. Rizika spojená se selháním či pochybením jsou jistě ošetrovatelským problémem, tak proč je nezařadit do ošetrovatelského procesu.

6 Závěr a doporučení pro praxi

Jako cíl práce jsme si zvolili zmapovat proces identifikace, hodnocení a provádění činností k prevenci nebo k řízení ošetrovatelských bezpečnostních rizik v organizacích poskytujících akutní lůžkovou péči z pohledu vrcholného managementu ošetrovatelství.

Pro účely naší práce jsme si stanovili, šest hypotéz. Hypotéza číslo jedna prezentovala, že nemocnice vytvářejí podmínky pro rozvoj bezpečné organizační kultury. Vzhledem k odpovědím respondentů uvedeným v kapitole 4.1 a testům uvedeným v kapitole 4.8 můžeme prohlásit, že hypotéza číslo jedna se nám potvrdila. V oblasti bezpečné organizační kultury však ještě vidíme dlouhou cestu směrem k personálu a pacientům/klientům. Proto vidíme jako velmi důležité více hovořit o tomto tématu, odnaučit se strachu z trestu za přiznání chyby a přijetí faktu, že chyby děláme všichni, jen musíme minimalizovat jejich výskyt a následky a hlavně se z nich učit.

Dle odpovědí uváděných v kapitole 4.2 můžeme říci, že hypotéza číslo dvě, že nemocnice sledují rizikové faktory pro vznik mimořádných událostí, se nám také potvrdila. Kromě sledování těchto faktorů však nesmíme zapomínat i na řešení odhalených problémů.

Na základě výsledků prezentovaných v kapitole 4.3 lze prohlásit za pravdivou hypotézu číslo tři, že nemocnice odhalují konkrétní rizika ošetrovatelské péče až v návaznosti na realizaci následků rizika. Odhalení malého využívání proaktivní strategie nás vedlo k podrobnějšímu popisu a prezentaci možné dokumentace (příloha 3) k jedné z možných strategií v této práci. Pro zpracování jsme využili právě metodu FMEA, vycházeli jsme přitom z anglických materiálů Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety a článku J. DeRosier a E. Stalhandske, et.al.: Using Health Care Failure Mode and Effect AnalysisTM: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System.

Že nemocnice mají vytvořený postup pro případ vzniku mimořádné události, což tvrdila hypotéza číslo čtyři, dokazují odpovědi respondentů uváděné v kapitole 4.4.

Hypotéza číslo pět, že ošetrovatelský personál povinně sleduje a hlásí minimálně 3 druhy mimořádných událostí, vyskytujících se v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče, se nám potvrdila na základě odpovědí respondentů prezentovaných v kapitole 4.5.

Poslední hypotéza, číslo šest, že nemocnice nezapojují pacienty/klienty do prevence pochybení zdravotnických pracovníků se nám potvrdila. Naším návrhem je zapojit prevenci pochybení do ošetrovatelského procesu. Ať již prostřednictvím konkrétních ošetrovatelských diagnóz (např.: riziko záměny/chybné identifikace pacienta/klienta v souvislosti se shodou jmen pacientů/klientů na oddělení nebo dezorientací v osobě a jiné) nebo plošné edukace pacientů/klientů. Jako návrh možného obsahu edukace jsme přeložily a upravili dokument SPEAK UP vydaný The Joint Commission, o jehož použití do této práce jsme požádali Catherine C. Hinckley, PhD Executive Director, Publications Joint Commission Resources (příloha 7). Českou lokalizaci tohoto dokumentu jsme nazvali 7P a je součástí této práce (příloha 5).

Při pohledu na celkové výsledky můžeme říci, že zájem o téma managementu rizik ošetrovatelské péče roste a v posledních 4 letech došlo k výraznému rozvoji v realizaci této oblasti. Abychom pomohli v dalším rozvoji, nabídli jsme tuto práci všem osloveným zdravotnickým zařízením a doufáme, že některé z našich námětů jim budou inspirací.

7 Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN: 1210-0404
2. BARTUŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1.vyd., Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, Brno, 2006, 86 s. ISBN: 80-7013-439-9
3. BENNER, R. et al. TERCAP: Creating a National Database on Nursing Errors. *Harvard Health Policy Review. In Focus*. Vol. 7, No. 1, Spring 2006, s. 48-63. (online) Platný: <http://www.hcs.harvard.edu/~hhpr/publications/previous/06s/Benner_et_al.pdf> 26. prosince 2007
4. Canadian Patient Safety Institute. (online) Platný: <<http://www.patientsafetyinstitute.ca>> 15. listopadu 2007
5. Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety. (online) Platný: <<http://www.patientsafety.gov/>> 15. listopadu 2007
6. DeROSIER, J., STALHANDSKE, E., et.al.: Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis™: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System. *The Joint Commission Journal of Quality Improvement*. 2002, vol. 27, num. 5, p. 248-267. (online) Platný: <www.va.gov/NCPS/SafetyTopics/HFMEA/HFMEA_JQI.pdf> 15. listopadu 2007
7. DRGÁČOVÁ, J. *Psychická zátěž, její příčiny a projevy v pracovním prostředí*. VSB-TU Ostrava, 2006, (online) Platný: <http://www.bozpinfo.cz/il1/citarna/tema_tydne/psychozatez_vsb_06.uvod.html> 19. června 2007
8. DVOŘÁK, J. *Interní audit a kontrola*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: C. H. Beck, 2003, 201 s. ISBN: 80-7179-805-3
9. DUNN, D. Incident reports - correcting processes and reducing errors - Home Study Program. *AORN Journal*, August, 2003. (online) Platný: <http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_2_78/ai_106762770/tisk> 26. prosince 2007
10. DRAHO, J. Jak definovat chyby při podávání léků. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 6, s. 251-252. ISSN: 1801-464x

11. Failure Mode and Effect Analysis Info Centre. (online) Platný: <<http://www.fmeainfocentre.com/>> 20. června 2007
12. GULÁŠOVÁ, I., ŠURÁNIOVÁ, H. Stresové faktory posobící na pracu sestry na jednotce intenzivnej péče. *Kontakt*. České Budějovice: 2004, roč. 6, č. 1, s. 9-25. ISBN: 1212-4117
13. GROHAR-MARRAY, M., E., DICROCE, H., R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 320 s. Přel. z: Leadership and Management in Nursing. ISBN: 80-247-0267-3
14. HAVELKOVÁ, H., MIKULKOVÁ, J. Pohled na pochybení očima sester poskytujících péči onkologicky nemocným pacientům. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 17, č. 3, s. 18-19. ISSN: 1210-0404
15. HAVELKOVÁ, H., MIKULKOVÁ, J. Názory sester na poskytování bezpečné ošetrovatelské péče. *Sestra*, Praha: 2007, roč. 16, č. 2, s. 15-16. ISSN: 1210-0404
16. HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 78 s. ISBN: 80-7184-890-5
17. CHLOUBOVÁ, H. Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče. *Sestra*, Praha: 1995, roč. 5, č. 2, s. 18-20. ISSN 1210-0404
18. Joint Commission International Center for Patient Safety (online) Platný: <<http://www.jcipatientsafety.org/>> 20. června 2007
19. JURASKOVÁ, D., GUTOVÁ, L. et al. Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik. *Sestra*, Praha: 2004, roč. 14, č. 3, s. 18-20. ISSN 1210-0404
20. JURASKOVÁ, D., GUTOVÁ, L. et al. Sledování mimořádných událostí – indikátory kvality zdravotní péče. *Sestra*, Praha: 2004, roč. 14, č. 2, s. 8-10. ISSN 1210-0404
21. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody řízení*. 1 vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006, 137 s. ISBN: 80-7040-852-9
22. Koncepce ošetrovatelství. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, Vydáno září 2004. (online) Platné: <<http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=1254>> 6. června 2007

23. KOTASKOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V. Stanovení zátěže sester metodou kvantifikace ošetrovatelské péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*, Praha: rok 2007, roč. 3, č. 3, s. 105, ISSN: 1801-1349
24. KOUDELKA, Z. (ředitel odboru stížností a konzultací Úřadu pro ochranu osobních údajů) GINIS – Spisová služba – postup při ztrátě zdravotnické dokumentace. Platný e-mail: hanzlova.eliska@centrum.cz od posta@uouu.cz, 19.června 2007 (viz příloha 8)
25. MARX, D. Akreditační standardy – jedna z cest k minimalizaci chyb. *Zdravotnické noviny České republiky*, Praha: rok 2001, roč. 50, č. 37, s. 22-23. ISSN: 0044-1996.
26. MARX, D., GLADKIJ, I. Hlášení mimořádných událostí při poskytování zdravotní péče v nemocnicích České republiky. *Zdravotnictví v České republice*, rok 2005, roč. 8, č. 4, s. 184-186. ISSN: 1213-6050
27. MARX, D.: Chyby při poskytování zdravotní péče. *Vita nostra revue*, Praha: rok 2003, roč. 12, č. 2, s. 70-76. ISSN: 1212-5083
28. MARX, D. Mimořádné události při poskytování zdravotní péče. *Nozokomiálne nákazy*, Banská Bystrica: rok 2006, roč. 5, č. 2, s. 33-40. ISSN: 1336-3859
29. MARX, D. Možnosti kvantifikovaného hodnocení chyb při poskytování zdravotní péče. *Zdravotnické noviny České republiky*, Praha: rok 2001, roč. 50, č. 2, s. 25-26. ISSN: 0044-1996.
30. MARX, D. Prevence rizika pochybení. *Zdravotnické noviny České republiky*, Praha: roč. 52, č. 48, 2003, s. 24. ISSN: 0044-1996
31. *Materiály ze semináře "Nástroje zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních."* Ministerstvo zdravotnictví ve spojení se Spojenou akreditační komisí České republiky, 2007. (online) Platný: <<http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=2382>> 20. června 2007
32. MATOUŠEK, O. K problému psychické zátěže, stresu a stresorů při práci. *Bezpečnost a hygiena práce*. Praha: 1999, č. 4, s. 12-15. ISSN: 0006-0453
33. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. Joint Commission International. Přel.: Marx, D., Staněk, I. 1. vyd. Komentovaný oficiální překlad. Praha: Grada, 2004, 287 s. ISBN: 80-247-0629-6

34. Nařízení vlády 178/2001 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanců při práci
35. Občanský zákoník 40/1964 Sb.
36. *The Orange Book - Management of Risk - Principles and Concepts*. London: MH Treasury, eng., 2004, 52 s., ISBN: 1-84532-044-1
37. *Patient safety solution*. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. May 2007 (online) Platný: <<http://www.jcipatientsafety.org/24725/>> 15. června 2007
38. PEČENKOVÁ, J., STRNAD, J., MILKA, D. Pracovní zátěž sester z jejich pohledu. *Ošetrovatelství*, Hradec Králové: rok 1999, roč. 1, č. 1, s. 12-14. ISSN: 1212-723X
39. POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O.: *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v Brně, 1999, 39 s. ISBN: 80-7013-290-6
40. Practice Environments and Patient Safety in Canadian Nurses Association (online) Platný: <http://cna-aiic.ca/CNA/practice/environment/default_e.aspx> 15. listopadu 2007
41. Práva pacientů schválených Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České Republiky ze dne 25. února 1992
42. ROBBINS, S., COULTER, M.: *Management*. 7.vyd., Praha: Grada publishing, 2004, 600 s. ISBN: 80-247-0495-1
43. Spojená akreditační komise České republiky (online) Platný: <<http://www.sakcr.cz/>> 20. června 2007
44. Státní ústav pro kontrolu léčiv. (online) Platný: < <http://www.sukl.cz/>> 20.června 2007
45. ŠKRLA, P.: *Především neublížit*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 162 s. ISBN: 80-7013-419-4
46. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN: 80-7172-841-1

47. Stali jste se také obětí mobbingu? *GfK Praha, s.r.o.*, Tiskové zprávy, 2001 (online) Platný: <path=/cz/press/gfkczech/reader.aspx&lang=cz&ctr=203&msg=463> 31. prosince 2007
48. TERCAPTM 2007 Up and Running - Taxonomy of Error, Root Cause Analysis and Practice-responsibility (TERCAP). *Council conector*. NCSBN, vol. 7, Ed. 1, March 2007, s. 2 a 4. (online) Platný: < https://www.ncsbn.org/CC_Mar20071.pdf > 26. prosince 2007
49. TRACHTOVÁ, E. et. al.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 185 s. ISBN: 80-7013-324-4
50. URBAN, J. Jak omezit stres na pracovišti. Praha: *Economia*, 2007 (online) Platný: <http://www.bozpinfo.cz/il1/citarna/clanky/ochrana_zdravi/stres_omezeni.html> 19. června 2007
51. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: *Grada*, 2003, 68 s. ISBN: 80-247-0705-5
52. Vyhláška 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení
53. Vyhláška 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
54. Vyhláška 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci
55. Vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
56. Vyhláška 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli
57. Zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
58. Zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
59. Zákon 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů

60. Zákon 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
61. Zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů
62. Zákon 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů
63. Zákon 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů
64. Zákon 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů
65. ZAVORALOVÁ, J. Management mimořádných událostí – Nedílná součást kontinuálního zvyšování kvality. *Ošetřovatelství*. Hradec Králové: 2006, roč. 8, č. 1-2, s. 50-52. ISSN: 1212-723x
66. World Health Organisation (online) Platný: <<http://www.who.int/en/>>
20. června 2007

8 Klíčová slova

Kultura bezpečí

Management rizik

Mimořádná událost

Ošetřovatelství

Pochybení

Prevence pochybení

Selhání

9 Přílohy

Příloha č. 1 Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže

Příloha č. 2 SPÚ (Subjective Symptoms of Fatigue)

Příloha č. 3 FMEA

Příloha č. 4 Speak up

Příloha č. 5 7P

Příloha č. 6 Dotazník

Příloha č. 7 Žádost o použití 7P

Příloha č. 8 Dopis Úřadu pro ochranu osobních údajů

Příloha č. 9 Seznam grafů a tabulek

Příloha č. 1 Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže

HODNOCENÍ PRACOVNÍ ZÁTĚŽE (Meisterův dotazník)					
Jméno a Příjmení:		Věk:			
Pracovní zařazení:		Vzdělání:			
Vaším úkolem je u každé otázky označit odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.					
	Ano	Spíše ano	Částečně	Spíše ne	Ne
1. Při práci se často dostávám do časové tísně					
2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a					
3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky					
4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující					
5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby					
6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje					
7. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost					
8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného					
9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost					
10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností					

Hodnocení (Meisterův dotazník)

1.) za skupinu pracovníků

Faktory pracovní zátěže:

č.	název faktoru	součet položek	maximum
I	Přetížení	1 + 3 + 5	15
II	Monotonie	2 + 4 + 6	15
II	Nespecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	20
HS	Hrubý skóre	I + II + III	50

Klasifikace zátěže:

a) Je-li I větší nejméně o 2 body než faktor II sečtou se mediány faktorů I + III

Součet faktorů I + II	Stupeň	Tendence
7 – 19	1	-
20 – 24	2	k přetížení
25 – 35	3	k přetížení

b) Je-li faktor I nejméně o 2 body menší než faktor II sečtou se mediány II + III

Součet faktorů I + II	Stupeň	Tendence
7 – 21	1	-
22 – 26	2	k monotonii
27 – 23	3	k monotonii

c) Je-li rozdíl mezi faktorem I a faktorem II maximálně 2 body sčítá se medián všech tří faktorů

Součet faktorů I + II + III	Stupeň	Tendence
10 – 26	1	-
27 – 32	2	kombinace
33 – 50	3	kombinace

Klasifikace zátěže

Stupeň	Úroveň zátěže
1	Zátěž, při které není pravděpodobnost ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.
2	Zátěž, při které může pravděpodobně docházet k dočasnému ovlivnění subjektivního stavu resp. Výkonnosti.
3	Zátěž při níž nelze vyloučit pracovní rizika.

2.) individuální

Prožívání zátěže	Rozsah škály ženy	Rozsah škály muži
nepříznivé	33 – 50	30 – 50
přiměřené	17 – 32	15 – 29
příznivé	0 – 16	0 – 14

Zdroj: HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 78 s. ISBN: 80-7184-890-5

Příloha č. 2 SPÚ (Subjective Symptoms of Fatigue)

DOTAZNÍK SUBJEKTIVNÍCH POCITŮ ÚNAVY

Nástup na směnu:.....hod Konec směny:.....hod Datum:.....

Zaškrtněte prosím, co platí ve vašem případě:

1. Pracuji ve směnovém provozu
 - a) denní 8 hod b) denní 12 hod c) noční 12 hod d) střídavé denní a noční služby
2. Nejvíce unavena se cítím při: a) denní 8 hod b) denní 12 hod c) noční 12 hod služby
3. A to: a) na začátku b) na konci služby c) v jejím průběhu (doplňte).....
4. Vepište křížek do políčka, podle toho, jak silný je váš pocit. 0 - žádný, 1 - mírný, 2 – silný

Příznaky únavy	0	1	3
1. Mám pocit těžké hlavy			
2. Cítím únavu v celém těle			
3. Mám pocit těžkých nohou			
4. Chce se mi zívát			
5. Mám pocit otupělosti			
6. Cítím ospalost			
7. Bolí mne oči			
8. Zdá se mi, že mé pohyby jsou ztuhlejší a neohrabanější			
9. Když si stoupnu, mám pocit, že se motám			
10. Nejraději bych se trochu natáhla na pohovku			
11. Nemohu soustředit myšlenky			
12. Není mi do řeči			
13. Mám pocit nervozity			
14. Obtížně soustřeďuji pozornost			
15. Nic mne nebaví			
16. Jsem náchylnější k zapomínání			
17. Dělán více chyb			
18. Cítím neklid a ustaranost			
19. Ztrácím sebejistotu a sebedůvěru			
20. Ztrácím trpělivost			
21. Bolí mne hlava			
22. Mám pocit tíhy (ztuhlosti v ramenou)			
23. Bolí mne v kříži			
24. Těžko se mi dýchá			
25. Mám pocit sucha v ústech			
26. Mám pocit ochraptělosti			
27. Točí se mi hlava			
28. Škube mi v horním víčku			
29. Cítím třes v rukou či nohou, rozechvělost			
30. Necítím se dobře			
31. Píchná mě v boku			
32. Zdá se mi, že více kýchám			

Zdroj: HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 78 s. ISBN: 80-7184-890-5

FMEA pro zdravotní péči

Krok 1			
Definice procesu, který bude studován:			
Krok 2			
Sestavení týmu HFEMA			
Číslo analýzy:			
Datum začátku analýzy:			Datum ukončení analýzy:
Členové týmu:	1.		
	2.		
	3.		
4.			
5.			
6.			
Vedoucí týmu:			
Jsou v týmu zastoupeni odborníci pro všechny složky procesu?		ANO	NE
Je v týmu reprezentována různá úroveň a druh znalostí?		ANO	NE
Kdo bude provádět zápisy z analýzy?			

Krok 3 Chronologický diagram procesu

Příklad: (podání léku i.m.)

- 1. Ordinance lékaře k podání léku (př. Algifen 1 amp. i.m. pb)*
- 2. Zaregistrování ordinace (vím, že mám něco udělat).*
- 3. Interpretace ordinace (vím, co je ordinací zamýšleno - co mám podat, kolik, jak, kdy a proč).*
- 4. Hodnocení bolesti u pacienta/klienta (má bolesti, chce lék tlumící bolest, mohu mu tento lék podat - př. alergie, nesnášenlivost...).*
- 5. Příprava léku (mám lék ordinovaný, v odpovídající koncentraci, pro ordinovaný způsob podání, byl lék uložen v odpovídajících podmínkách, nevypršela již jeho expirace).*
- 6. Příprava pomůcek (jehly, injekční stříkačka, dezinfekce, čtverečky, tácek, náplast, emitní miska, kontejner na infekční materiál a ostré předměty, rukavice).*
- 7. Hygienické mytí rukou.*
- 8. Přesun léku z ampule do stříkačky (aseptický přístup, sklepat obsah léku, ulomit hlavičku ampule za pomoci odezinfikovaného čtverečku, nasát lék pomocí jehly do injekční stříkačky, vyměnit jehlu za aplikační a ponechat ji v krytu).*
- 9. Připravit lék k transportu k lůžku (připravený lék, emitní miska, tácek, dezinfekce, náplast, rukavice).*
- 10. Přesun na pokoj.*
- 11. Identifikace pacienta/klienta.*
- 12. Příprava pacienta/klienta (informování o tom, co jdu dělat, proč a jak to budu dělat, požádání o souhlas a spolupráci).*
- 13. Uložení do polohy vhodné pro aplikaci léku.*
- 14. Použití bariérové pomůcky.*
- 15. Vyhledání místa vpichu.*
- 16. Dezinfekce místa vpichu.*
- 17. Provedení vpichu.*
- 18. Aspirace a aplikace léku.*
- 19. Kontrola místa vpichu a přilepení náplasti.*
- 20. Provedení záznamu o aplikaci léku.*
- 21. Sledování stavu a zhodnocení účinku podaného léku.*

Krok 4 (Identifikace jednotlivých rizik)

Příklad:

1. Ordinance lékaře k podání léku (př. Algifen 1 amp. i.m. pb)

I. Chybně provedený zápis

- A. chybí čas zápisu*
- B. chybí identifikace zapisujícího*
- C. chybné místo zápisu*
- D. záměna dokumentace*
- E. nečitelný zápis*

II. Nedostatečná ordinace (chybějící údaj v ordinaci)

III. Chybná ordinace (chybně zapsaný údaj ordinace)

IV. Telefonická/ústní ordinace

2. Zaregistrování ordinace (vím, že mám něco udělat).

I. Nezaregistrování ordinace

II. Pozdní registrování ordinace

3. Interpretace ordinace (vím, co je ordinací zamýšleno - co mám podat, kolik, jak, kdy a proč).

I. Pokračování ve výkonu s nedostatkem informací.


II. Chybná interpretace zápisu (např. nepozornost, nečitelnost, nesrozumitelnost, nejednoznačná zkratka...)

...

Číslo analýzy:	Míra rizika			Otázky (ANO/NE)				Typ činnosti (kontrola/akceptování /eliminace rizika)	Opatření	Odpovědná osoba	Souhlas vedení k realizaci
	Potencionální riziko	Závažnost	Pravděpod.	Celkové skóre	Je míra rizika vysoká	Je nezbytnou součástí procesu	Exist. kontrol. opatření pro řízení rizika				
Př.: 2/I nezaregistrování ordinace	4	2	8	Ano	Ano	Ne	Ne	Kontrola a eliminace	Zjistit nejčastější příčiny tohoto rizika. Začlenit do standardu povinnost pravidelné kontroly dokumentace á 2 hodiny a provedení záznamu o této kontrole, zvýraznění dodatečných zápisů ordinací, povinnost ústního upozornění sestry na změnu ordinace ...	D. Nováková	ANO

Zaznamenání provedení
ordinace (není zaznamenáno,
že byla ordinace splněna), ale
nevylučuje nezaregistrování
ordinace.

Pravidelnou kontrolou
záznamu v dokumentaci,
ale tato povinnost není
nikde zakotvena.



SpeakUP™

Help Prevent Errors in Your Care

To prevent health care errors, patients are urged to...

SpeakUP™

The Joint Commission

Everyone has a role in making health care safe. That includes doctors, health care executives, nurses and many health care technicians. Health care organizations all across the country are working to make health care safe. As a patient, you can make your care safer by being an active, involved and informed member of your health care team.

An Institute of Medicine report says that medical mistakes are a serious problem in the health care system. The IOM says that public awareness of the problem is an important step in making things better.

The "Speak Up"™ program is sponsored by The Joint Commission. They agree that patients should be involved in their own health care. These efforts to increase patient awareness and involvement are also supported by the Centers for Medicare & Medicaid Services.

This program gives simple advice on how you can help make health care a good experience. Research shows that patients who take part in decisions about their own health care are more likely to get better faster. To help prevent health care mistakes, patients are urged to "Speak Up."

Speak up if you have questions or concerns. If you still don't understand, ask again.

- Your health is very important. Do not worry about being embarrassed if you don't understand something that your doctor, nurse or other health care professional tells you.
- Don't be afraid to ask about safety. If you're having surgery, ask the doctor to mark the area that is to be operated on.
- Don't be afraid to tell the nurse or the doctor if you think you are about to get the wrong medicine.
- Don't be afraid to tell a health care professional if you think he or she has confused you with another patient.

Pay attention to the care you get. Always make sure you're getting the right treatments, and medicines by the right health care professionals. Don't assume anything.

- Tell your nurse or doctor if something doesn't seem right.
- Expect health care workers to introduce themselves. Look for their identification (ID) badges. A new mother should know the person who she hands her baby to. If you don't know who the person is, ask for their ID.
- Notice whether your caregivers have washed their hands. Hand washing is the most important way to prevent infections. Don't be afraid to remind a doctor or nurse to do this.
- Know what time of the day you normally get medicine. If you don't get it, tell your nurse or doctor.
- Make sure your nurse or doctor checks your ID. Make sure he or she checks your wristband and asks your name before he or she gives you your medicine or treatment.

Educate yourself about your illness. Learn about the medical tests you get, and your treatment plan.

- Ask your doctor about the special training and experience that qualifies him or her to treat your illness.
- Look for information about your condition. Good places to get that information are from your doctor, your library, respected websites and support groups.
- Write down important facts your doctor tells you. Ask your doctor if he or she has any written information you can keep.
- Read all medical forms and make sure you understand them before you sign anything. If you don't understand, ask your doctor or nurse to explain them.
- Make sure you know how to work any equipment that is being used in your care. If you use oxygen at home, do not smoke or let anyone smoke near you.

Ask a trusted family member or friend to be your advocate (advisor or supporter).

- Your advocate can ask questions that you may not think about when you are stressed.
- Ask this person to stay with you, even overnight, when you are hospitalized. You will be able to rest better. Your advocate can help make sure you get the right medicines and treatments.
- Your advocate can also help remember answers to questions you have asked. He or she can speak up for you when you cannot speak up for yourself.
- Make sure this person understands the kind of care you want. Make sure he or she knows what you want come about life support and other life-saving efforts if you are unconscious and not likely to get better.
- Go over the consents for treatment with your advocate before you sign them. Make sure you both understand exactly what you are about to agree to.
- Make sure your advocate understands the type of care you will need when you get home. Your advocate should know what to look for if your condition is getting worse. He or she should also know who to call for help.

Know what medicines you take and why you take them. Medicine errors are the most common health care mistakes.

- Ask about why you should take the medication. Ask for written information about it, including its brand and generic names. Also ask about the side effects of all medicines.
- If you do not recognize a medicine, double-check that it is for you. Ask about medicines that you are to take by mouth before you swallow them. Read the contents of the bags of intravenous (IV) fluids. If you're not well enough to do this, ask your advocate to do it.
- If you are given an IV, ask the nurse how long it should take for the fluid to run out. Tell the nurse if it doesn't seem to be dripping right (too fast or too slow).
- Whenever you get a new medicine, tell your doctors and nurses about allergies you have, or negative reactions you have had to other medicines.
- If you are taking a lot of medicines, be sure to ask your doctor or pharmacist if it is safe to take those medicines together. Do the same thing with vitamins, herbs and over-the-counter drugs.
- Make sure you can read the handwriting on prescriptions written by your doctor. If you can't read it, the pharmacist may not be able to either. Ask somebody at the doctor's office to print the prescription, if necessary.

Use a hospital, clinic, surgery center, or other type of health care organization that has been carefully checked out. For example, The Joint Commission visits hospitals to see if they are meeting The Joint Commission's quality standards.

- Ask about the health care organization's experience in taking care of people with your type of illness. How often do they perform the procedure you need? What special care do they provide to help patients get well?
- If you have more than one hospital to choose from, ask your doctor which one has the best care for your condition.
- Before you leave the hospital or other facility, ask about follow-up care and make sure that you understand all of the instructions.

- Go to Quality Check at www.qualitycheck.org to find out whether your hospital or other health care organization is "accredited." Accredited means that the hospital or health care organization works by rules that make sure that patient safety and quality standards are followed.

Participate in all decisions about your treatment. You are the center of the health care team.

- You and your doctor should agree on exactly what will be done during each step of your care.
- Know who will be taking care of you. Know how long the treatment will last. Know how you should feel.
- Understand that more tests or medications may not always be better for you. Ask your doctor how a new test or medication will help.
- Keep copies of your medical records from previous hospital stays and share them with your health care team. This will give them better information about your health history.
- Don't be afraid to ask for a second opinion. If you are unsure about the best treatment for your illness, talk with one or two additional doctors. The more information you have about all the kinds of treatment available to you, the better you will feel about the decisions made.
- Ask to speak with others who have had the same treatment or operation you may have to have. They may help you prepare for the days and weeks ahead. They may be able to tell you what to expect and what worked best for them.

The goal of the Speak Up™ program is to help patients become more informed and involved in their health care.

PODÁVANÉ LÉKY. Informujte se o lécích, které užíváte, a proč je užíváte.

Zeptejte se na účel podávaných léků a žádejte písemné informace o nich, včetně jejich značky a generického jména. Ptejte se i na vedlejší a nežádoucí účinky léku.

Nepoznáte-li lék, který Vám přinesli, ověřte si, je-li pro Vás.

Dostáváte-li intravenózní lék v intuzním roztoku, ptejte se, jak dlouho by podání mělo trvat, a pokud si nejste jisti rychlostí kapání, informujte o tom sestru.

Kdykoli Vám má být podáván nový lék, informujte lékaře o alergiích nebo ne-gativních reakcích, které jste měli v minulosti v souvislosti s podáním léků.

Berete-li větší množství léků nebo se chystáte brát i léky, které nejsou na lékařský předpis, informujte se u lékaře nebo lékárníka, zda je kombinace těchto léků bezpečná.

Pokud Vám lékař dá předpis na lék, zkontrolujte si, zda můžete přečíst rukopis. Než-li jej přečtete, i lékárník bude mít obtíže při jeho čtení a může tak zaměnit předepsaný lék za jiný.

PEČLIVĚ SI VYBÍREJTE POSKYTOVA-TELE PÉČE.

Vybírejte si zdravotnické zařízení, které má zkušenosti s léčbou vašeho onemocnění. Zjistěte, jakou specializovanou péči poskytují s cílem dosáhnout pacientova uzdravení.

Zdrojem těchto informací může být váš ošetřující lékař, zdravotnické statistiky, akreditace zdravotnických zařízení a jejich nabídka.

Před odchodem ze zdravotnického zařízení se ujistěte o dalším postupu péče a o tom, že jste porozuměli všem instrukcím.

PŘÍTOMNOST PŘI ROZHODOVÁNÍ. Účastněte se všech rozhodnutí o Vaší léčbě. Vy jste centrem týmu zdravotní péče.

Vy a Vaš lékař byste se měli shodnout na každém kroku Vaší léčby.

Ptejte se kdo, se o vás bude start, jak dlouho léčba bude trvat a jak byste se měli cítit.

Snaha porozumět všem diagnostickým a léčebným postupům nemusí být vždy nejlepší. V některých lidech příliš mnoho informací může vyvolat nejistotu a strach. Množství informací, které získáte, závisí pouze na Vás.

Uschovejte si kopie všech lékařských dokumentů z předchozích hospitalizací a sdílejte je se zdravotníky, kteří Vám poskytnou zdravotní péči.

Nebojte se hledat další názor. Jestli si nejste jisti kvalitou péče, poradte se s dalšími odborníky. Čím více informací máte, tím jistěji se budete cítit při dalším rozhodování.

Ptejte se a mluve s lidmi, kteří podstoupili proceduru, kterou zvažujete. Tito lidé Vám mohou pomoci připravit se na několik budoucích dnů a týdnů. Oni Vám mohou říci své zkušenosti o průběhu léčby a informace, které považují za důležité při zotavování.

Tento dokument je českou lokalizací materiálu SPEAK UP, vydaného The Joint Commission.

Překlad a úpravy: Eliška Hanzlová, 2007
zpracováno jako součást diplomové práce
ZŠF JCU v Českých Budějovicích



Bezpečnost péče můžete ovlivnit i Vy

Pochybení ve zdravotní péči je závažným problémem. Je za-potřebí si uvědomit, že chyby se stávají ve všech lidských činnostech a profesích a ani zdravotnictví není výjimkou. Zdravotnický personál pracuje v prostředí, které klade vysoké nároky na jeho pozornost a soustředěnost. Náročnost práce s sebou může přinést ne- vědomé pochybení. K bezpečnější zdravotní péči může přispět každý, pracovníci v managementu, lékaři, zdravotní sestry, technici, ale i vy. Prostřednictvím tohoto letáku bychom Vás chtěli zapojit do boje s možným pochybením a společně s Vámi tak vytvořit péči bezpečnější. K bezpečnější péči můžete přispět tím, že budete aktivním, zainteresovaným a informovaným účastníkem při poskytování zdravotní péče. Tato myšlenka se již rozšířila v mnoha zemích a věříme, že přispěje ke zkvalitnění péče i u nás.



Bezpečnost péče můžete ovlivnit i Vy

PTEJTE SE, máte-li otázky nebo pocit nejistoty, že jste neporozuměli tomu, o čem Vás informovali. Jedná se o Vás a Vaše zdraví a Vy máte právo na veškeré informace.

Vaše zdraví je příliš důležité na to, abyste se báli zeptat, máte-li starosti či jste nerozuměli tomu, co Vám lékař, sestra nebo jiný zdravotnický pracovník řekl.

Nebojte se mluvit o obavě z nebezpečí. Jestli máte být operován/a, můžete například požádat lékaře, aby označil oblast, na které bude zákrok proveden, aby se zmenšilo riziko záměny na operačním sále.

Nebojte se říci sestře nebo lékaři, jestliže máte pocit, že jste dostal/a špatný lék.

Neváhejte říci zdravotnickému personálu, jestliže si myslíte, že si Vás spletli s jiným pacientem.

POZORNĚ SLEDUJTE PÉČI, která Vám je poskytována. Ověřte si, zda dostáváte správné léky a procedury těmi správnými zdravotnickými pracovníky. Nepřijímejte žádné léky ani péči, o kterých nemáte dostatek informací.

Sledujte, zda se zdravotnický pracovník představí, když vstoupí do Vašeho pokoje, aby provedl určitý výkon. Sledujte, zda má odpovídající identifikační znaky, a pokud si nejste jisti, ptejte se, než předáte své zdraví, dítě, věc nebo dokumenty druhé osobě.

Řekněte sestře nebo lékaři, jestliže se Vám zdá, že něco není provedeno správně.

Všimněte si, zda si zdravotnický personál myje ruce, než jde provést výkon. Mytí rukou je nejdůležitější způsob, jak předcházet šíření infekcí. Neobávejte se jemně připomenout lékaři nebo sestře, aby to udělali.

Mějte přehled o léčbě a lécích, které dostáváte, a jestli dojde ke změně, na kterou Vás nikdo neupozornil, například ráno nedostanete léky nebo je mezi nimi lék, který neznáte, informujte o tom Vaši sestru nebo lékaře.

Ujistěte se, že zdravotnický pracovník si ověřil Vaši identitu (sleduje jmenovky, ptá se na Vaše jméno nebo Vás osloví Vaším jménem), předtím než provede výkon nebo podá léky.

PŘIJÍMEJTE A ZÍSKÁVEJTE INFORMACE o Vaší lékařské diagnóze, diagnostických testech, které máte podstoupit, a Vašem léčebném plánu.

Ptejte se Vašeho lékaře na jeho zkušenosti s problematikou Vašeho onemocnění a ujistěte se, že i lékař, ke kterému Vás bude odkazovat, má příslušnou odbornou specializaci.

Informujte se o problematice Vašeho onemocnění. Jako zdroj Vám mohou sloužit lékař, odborné knihy, internet i podpůrné skupiny.

Zaznamenejte si důležitá fakta, která Vám lékař sděluje, abyste mohli hledat dodatečné informace později. Ptejte se Vašeho lékaře, zda má nějaké písemné informace, které by Vám mohli dát.

Pozorně čtěte veškeré lékařské dokumenty a ověřte si, zda jim rozumíte, předtím, než je podepíšete. Jestliže jím nerozumíte, ptejte se.

Ujistěte se, zda jste dostatečně informováni o zdravotnických prostředcích, které se používají ve Vaší péči, zejména buďte-li je používat i doma (např. glukometr, kyslíková terapie, inzulinové pero at.).

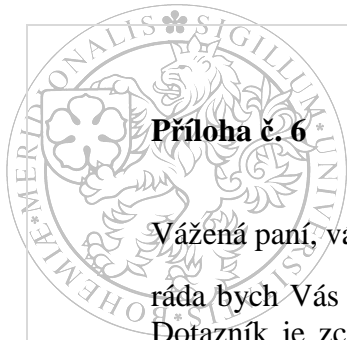
POVĚŘENÁ OSOBA (kontaktní osoba). Zeptejte se důvěryhodného člena rodiny nebo přítele, zda se stane Vaší kontaktní osobou, pokud bude souhlasit, informujte o tom zdravotnický personál a ověřte si, zda je to uvedeno i ve Vaší zdravotnické dokumentaci.

Tato osoba může klást otázky, když Vy nemůžete, a pamatovat si odpovědi.

Tuto osobu můžete poprosit, aby zůstala s Vámi, dokonce i přes noc v době Vaší hospitalizace.

Ujistěte se, že tato osoba rozumí Vaším požadavkům na péči a Vaším přáním ve věci resuscitace a životní podpory.

Ujistit se, že Vás obhájí rozumí typu péče, kterou budete potřebovat, až půjdete domů. Vás obhájíce by měl vědět, co je zapotřebí pro zajištění adekvátní péče v domácím prostředí, a pokud Vy sami nejste schopni zajistit tyto podmínky. Dále by měl vědět i kde hledat pomoc v případě zhoršení Vašeho zdravotního stavu.



Príloha č. 6

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce. Dotazník je zcela anonymní, není vědomostní a získaná data budou použita ve výzkumné části práce. U každé otázky můžete zvolit odpověď, že si nepřejete odpovídat.

Předem děkuji za ochotu, upřímnost a čas, který věnujete vyplňování tohoto dotazníku.

Eliška Hanzlová
magisterské studium ošetrovatelství
ZŠF JCU České Budějovice

Vysvětlivky:

- odpověď na otázku prosím označte vložení písmene **X** do odpovídající kolonky (tyto kolonky mají shodnou barvu s touto tabulkou).
- zvolíte-li odpověď jiné, vepište odpověď za „Jiné:.....“

1.	Je součástí cílů, strategie nebo vize vaší organizace poskytovat bezpečnou péči.	2.	Myslíte si, že pochybení zaměstnanců je téma, kterému se snaží vedoucí pracovníci vyhýbat?
	<input type="checkbox"/> Ano		<input type="checkbox"/> Ano
	<input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Ne
	<input type="checkbox"/> Nevím		<input type="checkbox"/> Nevím
	<input type="checkbox"/> Nechci odpovédět		<input type="checkbox"/> Nechci odpovédět
<input type="checkbox"/> Jiné:	<input type="checkbox"/> Jiné:		
3.	Kde vidíte nejčastější příčinu selhání, v lidském faktoru nebo systému? Pokuste se vyjádřit Váš názor křížkem na škále.		
	Lidský faktor 100% _____ 0 _____ 100% System <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4.	Sledujete pracovní zátěž sester?	4b	V případě, že sledujete pracovní zátěž sester jakým způsobem.
	<input type="checkbox"/> Ano (odpovězte prosím i na ot. 4b)		<input type="checkbox"/> Subjektivně (názor sester)
	<input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Objektivně (př. kvantifikace péče..)
	<input type="checkbox"/> Nevím		<input type="checkbox"/> Nevím
	<input type="checkbox"/> Nechci odpovédět		<input type="checkbox"/> Nechci odpovédět
<input type="checkbox"/> Jiné:	<input type="checkbox"/> Jiné:		
5.	Sledujete atmosféru na jednotlivých pracovištích	5b.	Pokud ano jakým způsobem
	<input type="checkbox"/> Ano (odpovězte prosím i na ot. 5b)		<input type="checkbox"/> Sociometrie
	<input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Spokojenost zaměstnanců
	<input type="checkbox"/> Nevím		<input type="checkbox"/> Nevím
	<input type="checkbox"/> Nechci odpovédět		<input type="checkbox"/> Nechci odpovédět
<input type="checkbox"/> Jiné:	<input type="checkbox"/> Jiné:		
6.	Je pravidelně kontrolován technický stav elektrických zdravotnických prostředků kvalifikovanou osobou?	7.	Je kontrolován dostatečný počet zdravotnických prostředků na odděleních?
	<input type="checkbox"/> Ano		<input type="checkbox"/> Ano
	<input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Ne
	<input type="checkbox"/> Nevím		<input type="checkbox"/> Nevím
	<input type="checkbox"/> Nechci odpovédět		<input type="checkbox"/> Nechci odpovédět
<input type="checkbox"/> Jiné:	<input type="checkbox"/> Jiné:		

8.	Pro odhalování rizik využíváte: (hodící se zaškrtněte, možno i více odpovědí)	
	<input type="checkbox"/>	FMEA (HFMEA - Healthcare Failure Mode and Effect Analysis) proaktivní strategie vyhledávání rizik
	<input type="checkbox"/>	Screeningovou metodu pro odhalování možných rizik (vyhledávání již uskutečněných mimořádných událostí studiem různých materiálů (př. uzavřené dokumentace, dotazníky spokojenosti pacientů...))
	<input type="checkbox"/>	Metodu externího pozorování či supervize
	<input type="checkbox"/>	Pasivní surveillance (dobrovolné hlášení mimořádných událostí)
	<input type="checkbox"/>	Epidemický přístup (povinné hlášení některých událostí př. pády, dekubity, NN)
	<input type="checkbox"/>	Nevím
	<input type="checkbox"/>	Nechci odpovědět
<input type="checkbox"/>	Jiné:	
9.	Existuje ve vaší nemocnici systém hlášení mimořádné události	
	<input type="checkbox"/>	Ano (odpovězte prosím i na ot. 9b,c,d)
	<input type="checkbox"/>	Ne
	<input type="checkbox"/>	Nevím
	<input type="checkbox"/>	Nechci odpovědět
<input type="checkbox"/>	Jiné:	
9c.	Hlášení o mimořádné události je předáváno	
	<input type="checkbox"/>	Vrchní sestře
	<input type="checkbox"/>	Zvláštnímu týmu tomu určenému
	<input type="checkbox"/>	Nevím
	<input type="checkbox"/>	Nechci odpovědět
<input type="checkbox"/>	Jiné:	
10.	Máte vytvořen postup při vzniku mimořádné události	
	<input type="checkbox"/>	Ano (odpovězte prosím i na ot. 10b)
	<input type="checkbox"/>	Ne
	<input type="checkbox"/>	Nevím
	<input type="checkbox"/>	Nechci odpovědět
<input type="checkbox"/>	Jiné:	
11.	Existuje u vás zvláštní tým zabývající řešením mimořádných událostí?	
	<input type="checkbox"/>	Ano (odpovězte prosím i na ot. 11b)
	<input type="checkbox"/>	Ne
	<input type="checkbox"/>	Nevím
	<input type="checkbox"/>	Nechci odpovědět
<input type="checkbox"/>	Jiné:	
12.	Ověřujete připravenost na krizové situace například při selhání podpůrných technologií (výpadek dodávky medicínských plynů, evakuace...)	
	<input type="checkbox"/>	Ano
	<input type="checkbox"/>	Ne
	<input type="checkbox"/>	Nevím
	<input type="checkbox"/>	Nechci odpovědět
<input type="checkbox"/>	Jiné:	
9b.	Kdo má u Vás povinnost hlásit mimořádné události?	
	<input type="checkbox"/>	Jen vedoucí pracovníci
	<input type="checkbox"/>	Jen lékaři
	<input type="checkbox"/>	Všichni pracovníci
	<input type="checkbox"/>	Nechci odpovědět
<input type="checkbox"/>	Jiné:	
9d.	Mají sestry možnost anonymně hlásit mimořádnou událost?	
	<input type="checkbox"/>	Ano
	<input type="checkbox"/>	Ne
	<input type="checkbox"/>	Nevím
	<input type="checkbox"/>	Nechci odpovědět
<input type="checkbox"/>	Jiné:	
10b.	Jakým způsobem s ním jsou seznámeni zaměstnanci?	
	<input type="checkbox"/>	Standard
	<input type="checkbox"/>	Metodický pokyn
	<input type="checkbox"/>	Nevím
	<input type="checkbox"/>	Nechci odpovědět
<input type="checkbox"/>	Jiné:	
11b.	Je součástí tohoto týmu i odborník v oboru ošetřovatelství?	
	<input type="checkbox"/>	Ano
	<input type="checkbox"/>	Ne
	<input type="checkbox"/>	Nevím
	<input type="checkbox"/>	Nechci odpovědět
<input type="checkbox"/>	Jiné:	
13.	Využíváte hodnocení spokojenosti pacientů jako zdroj informací o možných rizicích?	
	<input type="checkbox"/>	Ano
	<input type="checkbox"/>	Ne
	<input type="checkbox"/>	Nevím
	<input type="checkbox"/>	Nechci odpovědět
<input type="checkbox"/>	Jiné:	

14.	Jaká je reakce na hlášení mimořádné události ze strany vedení (u každé reakce vyznačte u kolika procent případů hlášení mimořádných událostí si myslíte, že se vyskytuje)		Nikdy 0%	Vždy 100%		
	Odpověď					
	Pokárání nebo trest					
	Nařízení dodatečného vzdělávání					
	Tvorba systémových opatření					
	Registrování či statistické zpracování hlášení					
	Nechci odpovědět					
	Jiné:					
15.	Které mimořádné události v souvislosti s ošetrovatelskou péčí ve vaší nemocnici povinně sledujete a hlásíte (hodící se zaškrtněte, popřípadě doplňte další):					
	<input type="checkbox"/>	Nozokomiální nákazy	<input type="checkbox"/>	Dekubity		
	<input type="checkbox"/>	Pády	<input type="checkbox"/>	Ankylózy		
	<input type="checkbox"/>	Jiné:				
16.	Zapojujete pacienty do prevence pochybení		16 b.	Pokud ano, jakým způsobem:		
	<input type="checkbox"/>	Ano				
	<input type="checkbox"/>	Ne				
	<input type="checkbox"/>	Nevím				
	<input type="checkbox"/>	Nechci odpovědět				
<input type="checkbox"/>	Jiné:					

Ještě velice jednou děkuji za vyplnění dotazníku.

Případné komentáře:



Příloha č. 7 Žádost o použití 7P

Od: "Cathy Hinckley" CHinckley@jcrinc.com
Komu: "Eliška Hanzlová" hanzlova.eliska@centrum.cz
Kopie: CBarry-Ipema@jointcommission.org, marx@fnkv.cz
Předmět: Re: I'd like to ask you for an advice.
Datum: 23.01.2008 20:20
Velikost: 248821
Přílohy: Speakup.pdf, 7P.pdf

Dear Eliska Hanzlova:

Permission is granted to reference The Joint Commission's Speak Up campaign in your thesis and your variation in the Czech language.

With all best wishes for the success of your studies,

Catherine C. Hinckley, PhD
Executive Director, Publications
Joint Commission Resources
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, IL 60181 USA
Phone: 630.792.5457
Fax: 630.792.4457
Email: chinckley@jcrinc.com

" Eliška Hanzlová" <hanzlova.eliska@centrum.cz> 01/23/2008 07:21 AM
To: chinckley@jcrinc.com
Subject: I'd like to ask you for an advice.

Good morning,

I'd like to ask you for an advice.

I'm the student of the School of Health and Social Studies at the University of South Bohemia in Ceske Budejovice in the Czech Republic, Europe, Subject of my thesis is a risk management of the nursing care. In the final part of this thesis I would like to suggest the participation of a patient in the prevention of mistakes. I was inspired by the document SPEAK UP and I would like to create a similar document in Czech language with the name 7P as czech localization this document. I am sending both documents in the attachments of this e-mail. On the advice of Dr. David Marx. I would like to kindly ask you for your approval of the use of the SPEAK UP and 7P documents in my thesis.

Best regards,

Eliska Hanzlova Bc., RN.
School of Health and Social Studies
University of South Bohemia in Ceske Budejovice

Příloha č. 8 Dopis Úřadu pro ochranu osobních údajů

ÚŘAD PRO OCHRANU OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7

Telefon: 234 665 111, Fax: 234 665 444

Vážená paní
Eliška Hanzlová
hanzlova.eliska@centrum.cz

Praha 19. června 2007
SKO-3677/07-2/KOU

Vážená paní,

k Vašemu dotazu obdrženému dne 15. června 2007 Vám sdělujeme:

Vedení zdravotnické dokumentace upravuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, který m.j. v § 67b odst. 10 taxativně vyjmenovává osoby oprávněné nahlížet do ní. Příslušné zdravotnické zařízení má postavení správce osobních údajů a při jejich zpracování musí plnit povinnosti uložené §§ 5, 9 - 16 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Ztrátu zdravotnické dokumentace je zdravotnické zařízení povinno oznámit svému zřizovateli, dozor a metodické řízení vykonává Ministerstvo zdravotnictví. Nelze vyloučit ani podezření ze spáchání trestného činu podle § 178 trestního zákona, tedy působnost orgánů činných v trestním řízení. Obecně nelze Vaši otázku zodpovědět, je třeba vždy vycházet z konkrétní situace každého ad hoc případu.

Z pohledu zákona o ochraně osobních údajů se může jednat o porušení povinnosti správce podle § 13 zákona, které zakládá správní delikt se sankcí až do výše 10 milionů Kč. Prokáže-li právnická osoba, že vynaložila veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení právní povinnosti zabránila, může následovat odpovědnost fyzické osoby za přestupek podle § 15 citovaného zákona se sankcí do výše 100 000,- Kč. Dozorové kompetence ve formě kontrolní činnosti nebo správního řízení jsou svěřeny Úřadu pro ochranu osobních údajů. K jejich aplikaci dochází na základě podnětů a stížností na porušování zákona o ochraně osobních údajů, které má právo podat v zásadě kdokoliv (Úřad se v závislosti na závažnosti obsahu zabývá i anonymními podáními), dále na základě informací z masmédií, věcí postoupených jinými orgány veřejné správy, jakož i kontrolního plánu Úřadu.

S pozdravem

JUDr. Zdeněk Koudelka v. r.
ředitel odboru stížností a konzultací

Příloha č. 9 Seznam tabulek a ilustrací

Graf 1 Zastoupení krajů ve vzorku

Graf 2 Pohled na příčiny selhání

Graf 3 Metody odhalování rizik

Graf 4 Frekvence výskytu odpovědi na hlášení mimořádné události (MU)

Graf 5 Frekvence výskytu pokárání či trestu jako reakce na hlášení MU

Graf 6 Frekvence výskytu nařízení dodatečného vzdělávání jako reakce na hlášení MU

Graf 7 Frekvence výskytu tvorby systémových opatření, jako reakce na hlášení MU

Graf 8 Frekvence registrování a statistického zpracování hlášení MU

Graf 9 Povinně sledované a hlášené mimořádné události

Tabulka 1 Hodnocení závažnosti rizika (FMEA)

Tabulka 2 Zakotvení myšlenky bezpečné péče v cílech/vizi/strategii organizace

Tabulka 3 Vztah vedoucích pracovníků ke komunikaci o pochybení

Tabulka 4 Pohled na příčiny selhání

Tabulka 5 Sledování pracovní zátěže sester

Tabulka 6 Způsob sledování pracovní zátěže sester

Tabulka 7 Sledování atmosféry na pracovišti

Tabulka 8 Způsob sledování atmosféry na pracovišti

Tabulka 9 Kontrola technického stavu el. zdr. prostředků kvalifikovanou osobou

Tabulka 10 Kontrola počtu prostředků na odděleních

Tabulka 11 Ověřování připravenosti na situace při selhání podpůrných technologií

Tabulka 12 Využití dotazníků spokojenosti pacientů k odhalování rizik

Tabulka 13 Existence systému hlášení mimořádných událostí

Tabulka 14 Osoby s povinností hlásit mimořádnou událost

Tabulka 15 Osoba přebírající hlášení o mimořádné události

Tabulka 16 Možnost anonymního hlášení mimořádné události sestrou

Tabulka 17 Existence postupu při vzniku mimořádné události

Tabulka 18 Existence zvláštního týmu zabývajícího se řešením mimořádné události

Tabulka 19 Zastoupení ošetrovatelské profese v týmu pro mimořádné události

Tabulka 20 Frekvence výskytu odpovědi na hlášení mimořádné události (MU)

Tabulka 21 Frekvence výskytu pokárání či trestu jako reakce na hlášení MU

Tabulka 22 Frekvence nařízení dodatečného vzdělávání jako reakce na hlášení MU

Tabulka 23 Frekvence tvorby systémových opatření jako reakce na hlášení MU

Tabulka 24 Frekvence registrace a statistického zpracování hlášení MU

Tabulka 25 Další sledované mimořádné události

Tabulka 26 Zapojení pacientů/klientů do prevence pochybení

Tabulka 27 Způsob zapojení pacientů/klientů do prevence pochybení

Tabulka 28 Data využita pro hodnocení vztahu proměnných (otázek 2 a 3)

Tabulka 29 Crosstest proměnných hodnocených (ot. 2 a 3)

Tabulka 30 Testování závislosti proměnných pomocí Pearson Chi-Square (ot. 2 a 3)

Tabulka 31 Data využita pro hodnocení vztahu proměnných (ot. 2 a 14 pokárání/trest)

Tabulka 32 Crosstest proměnných hodnocených (ot. 2 a 14 pokárání/trest)

Tabulka 33 Testování závislosti proměnných pomocí Exact Pearson Chi-Square (ot. 2 a 14 pokárání/trest)