Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012 Ľubica Elichová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Prevence záměny pacientů ve zdravotnickém zařízení

bakalářská práce

Autor práce: Ľubica Elichová
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová

Datum odevzdání práce: 3.5.2012

Prevence záměny pacientů ve zdravotnickém zařízení

Záměna pacienta patří k pochybením, která se ve zdravotnictví řadí mezi nežádoucí. Po zveřejnění vrhá špatné světlo na celé zdravotnické zařízení a snižuje jeho prestiž. Chyba jednotlivce se promítá i na ostatní zdravotnický personál. Vysoká aktuálnost tématu je jeden z důvodů, proč jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala právě toto téma. Bezpečná identifikace pacienta je jedním ze základních požadavků v procesu zajištění kvalitní péče o pacienta. Důsledkem selhání tohoto požadavku je záměna pacienta, orgánu, stranová záměna při výkonu nebo operaci.

Cílem bakalářské práce bylo vytyčit rizikové faktory v jednotlivých oblastech ošetřovatelské práce v rámci prevence záměny pacientů a zjistit, jaké metody prevence záměny pacientů se nejčastěji používají na vybraných odděleních nemocnice. Byly stanoveny 2 hypotézy. H1: Nejsilnějším rizikovým faktorem zvyšujícím pravděpodobnost záměny pacientů je nedostatečná komunikace na straně personál-pacient a H2: Nejčastěji používanou metodou prevence záměny pacientů je použití identifikačních náramků. Výzkumné šetření se provádělo formou dotazování, technikou dotazník. Dotazník byl určen sestrám. Úlohou respondentů bylo zhodnotit, jaké je riziko záměny pacienta při působení daného rizikového faktoru. Tyto rizikové faktory jsme seřadili do pěti okruhů a to komunikace, vedení dokumentace, podávání léků, chirurgické výkony a identifikace pacienta. Další částí výzkumného šetření bylo zjišťování, jaké metody prevence záměny pacientů respondenti nejčastěji používají při své práci. Po vyhodnocení jednotlivých tvrzení vztahujících se k dané problematice lze říct, že hypotéza 1 se nepotvrdila. Jako nejsilnější rizikový faktor se dotazovaným sestrám jeví komunikace mezi personálem samotným (průměr 3,96). V oblasti komunikace mezi sestrou a lékařem i mezi sestrou a sestrou vyšel jako nejsilnější rizikový faktor nepředávání si informací o pacientech. Hypotézu 2 se podařilo potvrdit. V oblasti metod prevence záměny pacientů se podle odpovědí dotazovaných sester nejčastěji používají identifikační náramky (průměr 4,83). Druhou nejčastější metodou prevence záměny pacienta je využití aktivní slovní identifikace (průměr 4,59).

Výsledky výzkumného šetření byly poskytnuty Pardubické krajské nemocnici ve formě přehledové tabulky. Tabulka obsahuje nejsilnější rizikové faktory záměny

pacientů a preventivní mechanizmy vedoucí k jejich snížení. Cílem výzkumného šetření je přispět k eliminaci rizikových faktorů záměny pacientů a tím zvýšit bezpečnost pacientů při hospitalizaci.

Prevention of Mistaking Patients in Medical Facilities

Mistaking patients is one of the undesirable errors in health care. When disclosed, it makes the entire medical facility look bad and degrades its prestige. An individual's error also affects the other members of the medical staff. This topic is very current, which is one of the reasons why I chose it for my bachelor's thesis paper. Safe identification of patients is one of the principal requirements in the provision of high-quality care to patients. Failure of this requirement may lead to mistaking patients, organs, confusing which side to operate on or the surgery itself.

The objective of this bachelor's thesis paper is to identify the risk factors in the individual areas of nursing care as part of the prevention of mistaking patients and to determine what methods are most frequently used in the prevention of mistaking patients at selected hospital wards. Two hypotheses were identified. H1: The strongest risk factor increasing the probability of mistaking patients is insufficient staff-patient communication; and H2: The most frequently used method of prevention of mistaking patients is the use of identification wrist bands. The research survey was executed in the form of inquiry, using a questionnaire. The questionnaire was intended for nurses. The task of the respondents was to evaluate the risk of mistaking patients when a particular risk factor is in action. The risk factors were classified into five groups: communication, documentation administration, administering drugs, surgical procedures and patient identification. In the following part of the survey I determined the methods of prevention of mistaking patients that the respondents most often use in their work. The assessment of the individual statements concerning the issue in question did not confirm Hypothesis 1. The questioned nurses think that communication among staff is the strongest risk factor (mean: 3.96). The strongest risk factor – failure to provide information about patients – was found in the field of communication between the nurse and the physician and between the nurses. Hypothesis 2 was confirmed. According to the answers supplied by the nurses, identification wrist bands are the most frequently used method in the field of the prevention of mistaking patients (mean: 4.83). The second most frequently used method of the prevention of mistaking patients is the use of active verbal identification (mean: 4.59).

The results of the survey were submitted to the Regional Hospital in Pardubice in the form of a summary chart. The chart contains the strongest risk factors of mistaking patients and preventive mechanisms leading to their reduction. The survey aims to contribute to the elimination of risk factors of mistaking patients and thus increase the safety of patients when hospitalised.

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2012 .....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji vedoucí práce paní Ing. Ivě Brabcové za poskytování rad při psaní bakalářské práce, za její trpělivost a pochopení.

Obsah

Úvod 3

1 Současný stav 5

1.1 Systémy řízení a zajišťování kvality ve zdravotnictví 5

1.2 Vymezení základních pojmů v oblasti managementu rizik 8

1.3 Vymezení základních pojmů v oblasti pochybení 11

1.4 Klasifikace nežádoucích událost 12

1.5 Management nežádoucích událostí 13

1.6 Postup lege artis 14

1.7 Registr rizik 15

1.7.1 Riziko neefektivní komunikace 17

1.7.2 Riziko nesprávně vedené zdravotnické dokumentace 21

1.7.3 Riziko nečitelných zápisů 24

1.7.4 Riziko chybné identifikace, resp. záměny pacienta 25

1.7.5 Chyby při podávání léčiv 26

1.7.6 Rizika při chirurgických výkonech 28

1.8 Preventivní mechanizmy záměny pacienta 32

2 Cíle práce a hypotézy 35

3 Metodika 36

3.1 Metodika práce 36

3.2 Charakteristika výzkumného souboru 37

4 Výsledky **38**

4.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku 38

4.2 Souhrnné vyhodnocení rizikových faktorů a preventivních mechanizmů 67

5 Diskuze **73**

6 Závěr **79**

6.1 Doporučení pro praxi 79

7 Seznam použitých zdrojů **81**

8 Klíčová slova **87**

9 Přílohy **88**

Úvod

Záměna pacienta patří k události, která se ve zdravotnictví řadí mezi nežádoucí. Je rovněž i tématem, o kterém se v současnosti ve velké míře diskutuje v médiích a zdravotnických kruzích. Případná záměna často po zveřejnění vrhá špatné světlo na celé zdravotnické zařízení a snižuje jeho prestiž. Chyba jednotlivce se zde výrazně promítá i na ostatní zdravotnický personál. Častěji má dnes taková událost soudní dohru, kde se jedná o vysokých částkách na odškodnění pacienta, či rodiny za vzniklou ujmu, případně i o vysokých trestech za činy, které naplnily skutkovou podstatu trestného činu. Zdravotník může odejít s podmínkou anebo i s trestem odnětí svobody na několik let.

Vysoká aktuálnost tématu je jeden z důvodů, proč jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala právě téma: Prevence záměny pacientů ve zdravotnickém zařízení. Dalším důvodem je to, že pracuji na oddělení radioterapie, kde se klade zvýšený důraz na preventivní opatření záměny pacienta a kde taková nežádoucí událost má nedozírné následky. Bezpečná identifikace pacienta je jedním ze základních požadavků v procesu zajištění kvalitní péče o pacienta. Důsledkem selhání tohoto požadavku je záměna pacienta, orgánu, stranová záměna při výkonu nebo operaci. Může jít i o chybné podání léku nebo provedení výkonu nesprávnému pacientovi.

Prevence záměny pacientů spadá do problematiky řízení rizik. V současnosti je snaha o definování možných rizik a hledání cest k jejich minimalizaci, k péči, která bude bezpečná. Cestou k bezpečné péči je tvorba standardů a jejich dodržování v praxi. Snaha tajit případné nežádoucí události není na místě. Říká se, že z chyb se člověk učí a v této problematice to platí dvojnásobně. Příště už se stejná situace nemusí opakovat, protože po první události se obvykle přijmou potřebná opatření, které stejné situaci pomůžou zabránit.

Cílem bakalářské práce je zmapovat rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost záměny pacientů. Rovněž mě zajímalo, jaké metody prevence záměny pacientů se nejčastěji používají na vybraných odděleních nemocnice. Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty Pardubické krajské nemocnici ve formě přehledové tabulky, která bude obsahovat nejsilnější rizikové faktory v oblasti možné

záměny pacientů a preventivní mechanizmy snižující rizika záměny. Cílem výzkumného šetření je přispět k eliminaci rizikových faktorů záměny pacientů a k zlepšování bezpečnosti pacientů při hospitalizaci.

1 Současný stav

1.1 Systémy řízení a zajišťování kvality ve zdravotnictví

Monitorování bezpečnosti zdravotnického zařízení je dnes zásadním měřítkem kvality poskytované zdravotní péče. Je to nikdy nekončící proces. K nejzávažnějším chybám patří bezpochyby pochybení spojená se špatnou identifikací pacienta. Následky bývají často fatální a jejich medializace dramaticky snižuje prestiž zdravotnického zařízení. Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je citlivým tématem, které zajímá jak poskytovatele léčebné péče, tak i širokou veřejnost, jako subjekt přijímající péči. V této kapitole stručně zmíním hlavní organizace zabývající se sledováním kvality poskytovaných zdravotnických služeb (Madar a kol., 2004; Kocourková a Vorlíčková, 2007).

O hodnocení úrovně kvality lékařské a ošetřovatelské péče se pokoušela již v roce 1859 Florence Nightingalová. Ve svých Poznámkách o nemocnicích se zmínila o potřebě dosáhnout standard. Označila několik důležitých aspektů péče o pacienta: hluk, složení a čas podávání zprávy, typy postelí a jejich rozmístnění v místnosti, matrace a ložní prádlo, vzduch a čistota prostředí, personální hygiena nebo kontrola infekce. Později se zaměřovala na výsledky, organizaci služeb a potřeby pacienta. Hodnocení úrovně kvality poskytované péče se od doby Nightingaleové změnilo. Zaměřovalo se na zevní okolnosti, později se vyvinuly organizační normy (Farkašová a kol., 2005).

Organizací zabývající se akreditací zdravotnických zařízení je Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (dále jen JCAHO). Působí v USA, kde hodnotí 15 000 zdravotnických zařízení (Jurásková a kol., 2004).

Akreditace je ve své podstatě vizitka, že dané zdravotnické zařízení splňuje základní/minimální požadavky na bezpečný a kvalitní provoz. Cílem JCAHO je zlepšovat úroveň a kvalitu poskytované léčebné péče. JCAHO je nezisková nezávislá nestátní organizace, která vznikla v roce 1951 v USA. Akreditace zdravotnických zařízení provádí v oblasti ambulantní péče, domácí a hospicové péče, nemocnice, laboratoře a zařízení dlouhodobé péče. Hodnocení trvá čtyři dny a sleduje se 500 ukazatelů. Hodnotící komise se zaměřuje na práva pacientů, etiku, edukaci pacienta a

rodiny, sledování infekcí, na lékaře a sestry, řízení nemocnice, šíření informací. Komise má přístup do dokumentace, hovoří s personálem i s pacienty. Dceřinou společností JCAHO je Joint Commission International Accreditation (dále jen JCIA). Tato na rozdíl od JCAHO působí mimo území USA. V roce 1999 vydala mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic. Tyto standardy byly přeloženy do češtiny a vyšly v České republice v roce 2008 v knižní podobě jako Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. Standard se definuje jako norma, podle které lze hodnotit, jestli poskytovaná péče odpovídá požadované úrovni. Standardy musí naplňovat potřeby společnosti, pro kterou jsou určeny. JCIA člení standardy do dvou skupin a to na standardy týkající se potřeb pacienta a standardy týkající se funkce zdravotnického zařízení. Standardy týkající se potřeb pacienta se zaměřují na práva pacienta, diagnostický proces, péči o pacienta, edukaci pacienta i jeho rodiny a na kontinuitu péče. Standardy týkající se funkce zdravotnického zařízení se zabývají řízením organizace, řízením lidských zdrojů, informatikou, bezpečností a ochranou zdraví při práci, protiepidemickými opatřeními ale i řízením kvality, tzn. například sledování spokojenosti pacientů i zaměstnanců (Madar a kol., 2004; Farkašová a kol., 2005; Mastiliáková, 2002).

Další z organizací zabývající se kvalitou poskytované zdravotnické péče je International Organization for Standardization (dále jen ISO). Jde o Mezinárodní organizaci pro standardizaci. Byla založena v roce 1947 a její sídlo je v Ženevě. Cílem ISO je vytvářet standardy (normy) pro všechny odvětví průmyslu a vytvořit tím jednotná hodnotící kritéria pro nezávislou certifikaci výrobků nebo služeb. Od roku 2000 jsou vytvořené normy známé pod pojmem ISO 9001:2000. Podmínkou získání této certifikace je splnění norem, které obsahují pět kapitol. Jednotlivé kapitoly se týkají jak managementu kvality a zdrojů, tak i realizací poskytované péče, odpovědnosti za řízení zdravotnického zařízení a snahy o zlepšování s cílem dosáhnout spokojenost pacientů. Získání certifikace ISO 9001:2000 znamená, že organizace byla prošetřena a bylo zjištěno, že zajišťuje důslednost a spolehlivost poskytovaných služeb a že všichni zákazníci mohou očekávat stejné služby a produkty za všech okolností. Certifikát ISO 9001:2000 samozřejmě nenahrazuje akreditaci. Rozdíl mezi akreditací a ISO je v tom,

že ISO je zaměřen na procesy a systémy a akreditace jsou zaměřeny na zdravotnická zařízení jako celek. Kritériem akreditačního procesu i certifikace ISO je plnění kvalifikačních, materiálních a technických podmínek. Dodržení kvalifikačních podmínek se týká zdravotnického a ostatního personálu, materiální podmínky se týkají léků a pomůcek a technické podmínky kladou důraz na zdravotnické přístroje (Škrla a Škrlová, 2003; Škrla, 2005; Mastiliáková, 2002).

Potřebu minimalizace problému pochybení a nehod při poskytování zdravotní péče si uvědomuje i Světová zdravotnická organizace (WHO), proto vznikla Světová aliance pro bezpečí pacientů (World Alliance for Patient Safety). Předsedou této organizace je sir Liam Donaldson. Donaldson je přesvědčen, že bezpečná péče není jen jedna z možností, ale právo každého pacienta, který se svěří do péče našich zdravotních systémů. Světová aliance pro bezpečí pacientů se zaměřuje na hledání nástrojů snižujících výskyt nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče, jejich rozpoznávání a zmírňování následků pro pacienty a zdravotnický personál. Aliance úzce spolupracuje s JCAHO (Daňhová, 2007).

Co se týče České republiky i zde je samozřejmě snaha o neustálé zlepšování léčebné péče s cílem přiblížit se úrovní poskytované péče vyspělým zemím. S tímto cílem byla v roce 1998 založena Spojená akreditační komise (SAK). Jedná se o nezávislou organizaci poskytovatelů zdravotní péče. U jejího vzniku stály Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. Akreditační standardy v ČR jsou popsány ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 7 z roku 2010. Aby byla nemocnice akreditována, musela podle prvního vydání akreditačních standardů splňovat 74 norem. Druhé, rozšířené vydání národních akreditačních standardů pro nemocnice, bylo vydáno v roce 2009 jako jedna z aktivit Spojené akreditační komise. Akreditační standardy lze rozdělit do deseti sledovaných okruhů. Patří sem standardy řízení kvality a bezpečí, standardy diagnostické péče, standardy péče o pacienty, standardy kontinuity zdravotní péče, standardy dodržování práv pacientů, standardy podmínek poskytované péče, standardy managementu, standardy řízení lidských zdrojů, standardy pro sběr a zpracování informací a standardy protiepidemických opatření (Marx a Vlček, 2009; Podstatová, Sovová, Řehořová a kol., 2007; Madar a kol., 2004).

Mezi nejčastější problémy českých nemocnic při akreditaci patří hlavně vedení zdravotnické dokumentace, informovaný souhlas, klinická vyšetření, zajištění soukromí pacientů, ale i absence vnitřních norem nebo nedostatečná monitorace nozokomiálních nákaz. Aktivity SAK směřují hlavně k akreditačním službám, k pomoci zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, poradenství při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení, organizace regionálních i celostátních vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů, vydávání publikací zaměřených na zvyšování kvality péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí, spolupráce s ostatními organizacemi v ČR, které se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče a spolupráce s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví (Daňhová, 2007; Spojená akreditační komise, 2011).

1.2 Vymezení základních pojmů v oblasti managementu rizik

Cílem této kapitoly je vymezení základních pojmů v oblasti managementu rizik. Pojem riziko pochází ze 17. století. Objevil se v souvislosti s plavbou. Označoval úskalí, kterému se měli plavci vyhnout. Ve zdravotnictví je riziko něco, co se může stát a pokud se to stane, někdo nebo něco bude negativně ovlivněno. Management rizik je základem moderního managementu. Zvažuje možnosti výskytu nežádoucích událostí a náročnost, účinnost a ekonomiku preventivních opatření, která jsou nutná k zabránění vzniku identifikovaných nežádoucích situací. Dalším důležitým pojmem je řízení rizik. Je to proces identifikování, vyhodnocování a řešení potenciálních nebo aktuálních rizik. Tato rizika by mohla být zdrojem zranění, finanční ztráty nebo ztráty dobré pověsti zdravotnického zařízení. V praxi to znamená, že zdravotnická zařízení usilují o bezpečnou péči o pacienta a bezpečné prostředí. Proto mají v současnosti velký zájem na definování nežádoucích událostí a vytvoření standardů k jejich hlášení, šetření a prevenci. K dosažení tohoto cíle je potřeba zajistit rychlé hlášení nežádoucích událostí, jejich efektivní šetření a vyhodnocení. Nejde o snahu najít viníka, nýbrž o úsilí zainteresovat zaměstnance na důsledném zkvalitňování vadných procesů a systémů. Podle České lékařské společnosti J. E. Purkyně, která sdružuje lékaře, farmaceuty a ostatní pracovníky ve zdravotnictví, v České republice systém hlášení pochybení v

podstatě neexistuje. Důvodů, proč tomu tak je, je několik. Může jít o nedostatečné pochopení pojmu „nežádoucí událost“, dále nedostatek času na sepisování, či nepochopení toho, že hlášení pochybení může přispět ke zlepšování kvality péče a zvyšování bezpečnosti pacientů. Zanedbatelné nejsou však ani důvody jako strach z potrestání, falešná hrdost, obavy z nahlášení události, ve které vystupuje nadřízený, obavy ze soudního procesu nebo finančního nebo profesního postihu (Škrla a Škrlová, 2008; Škrla, 2005; Škrla a Škrlová, 2003).

Neexistuje univerzální model procesu řízení rizik, lze pouze vytýčit několik klíčových bodů. Metodologie řízení rizik je složena ze čtyř kroků: identifikace rizik, vyhodnocení rizik, řešení rizik a zpětná vazbu. Rizikové faktory konkrétního pracoviště vytyčuje vybraný tým pracovníků ve spolupráci koordinátorem kvality. Při výběru rizikových oblastí se vychází ze zkušeností vlastních, jiných zdravotníků, nebo i jiných zařízení, vědeckých studií, či informací z internetu. Konkrétní identifikovaná rizika se zapisují do karet a registru rizik a jsou minimálně jednou ročně aktualizovány. Zjištěná rizika vyhodnotí vedoucí lékař oddělení a ve spolupráci s vrchní sestrou určí, pro která se navrhnou efektivní preventivní opatření. Rizika se vyhodnocují podle pravděpodobnosti výskytu (zanedbatelná, malá, střední, velká, takřka jistá) a podle závažnosti následků (zanedbatelná, malá, střední, velká, katastrofická). V otázce řešení rizik jsou dvě možnosti. Je možné riziko akceptovat, nebo s ním něco dělat. Pokud se rozhodneme riziko akceptovat, je důležité, aby někdo za toto rozhodnutí přijal zodpovědnost a aby to taktéž bylo řádně zdokumentováno. Riziko lze akceptovat, pokud má nízkou prioritu a takřka nulové následky. Preventivní opatření by v tomto případě byli neúměrně nákladné vzhledem k nízkému riziku. Jestliže se rozhodneme riziko řešit, je potřeba se zeptat, zdali již existují nějaká preventivní opatření snižující dané riziko a jestliže existují, zjišťujeme, jestli jsou dostačující, funkční. Samozřejmě nás zajímá i to, kdo za dané riziko nese zodpovědnost. V prevenci rizik je možné uplatnit několik strategií. Strategie vyhnutí se rizikové situaci, strategie přenesení rizik, strategie minimalizování rizik, strategie oddělení finančních, materiálních, lidských a informačních aktiv a strategie akceptování rizik. Strategie vyhnutí se rizikové situaci, se v péči o pacienta uplatňuje například tehdy, když zdravotnický personál nemá

k určitému zákroku dostatek vybavení, proto jej neprovádí. Strategie přenesení rizik je taktéž ve zdravotnictví často uplatňována a to zejména ve chvíli, kdy se stane určitá nežádoucí událost a veřejnost chce být informována. Zodpovědné osoby se k danému incidentu odmítnou vyjádřit a dotazující osoby odkážou na mluvčí zdravotnického zařízení. Strategie minimalizování rizik znamená snahu zdravotnického zařízení vyhnout se rizikům, nebo je alespoň omezit. Patří sem například nařízené používání ochranného oděvu, obuvi, identifikačních náramků, ale spadají sem i preventivní údržby přístrojů, revize standardů nebo výuka personálu. Strategie oddělení finančních, materiálních, lidských a informačních aktiv znamená, že je zajištěn chod jednotlivých oddělení i v případě, že některá jeho důležitá složka selže. Jedná se například o záložní zdroje elektrického proudu nebo zálohování dat v počítačích. Strategie akceptování rizik se využívá v okamžiku, kdy se jedná o přijatelná rizika, nebo v případě, kde vynaložené náklady na odstranění rizika převyšují následky daného rizika. To se může v některých případech vymstít, protože oddělení může získat dojem, že jde o riziko kontrolovatelné, ale nemusí tomu tak vždy být. Manažer rizik, případně vedoucí lékař oddělení, či vrchní sestra sledují účinnost preventivních opatření na oddělení. V případě, že daná opatření selhala nebo nebyla dodržena, navrhují postupy, které je nutno podniknout. V souvislosti s rizikovou oblastí lze sledovat tzv. indikátory kvality. K indikátorům kvality patří například nozokomiální infekce, postoperační infekce, stížnosti pacienta, nedbale nebo nevhodně vedená zdravotnická dokumentace, zranění přístrojovou technikou. Manažer rizik není schopen zcela zabránit vzniku mimořádné události ve zdravotnickém zařízení. Může se objevit situace, která skončí i soudní dohrou. Na závěr soudního sporu však má vliv i to, jak důsledně se ve zdravotnickém zařízení aplikuje proces prevence rizik. V jednotlivých fázích řízení rizik lze využít tyto metody monitorace rizik: vyhotovení kontrolního seznamu, analýza stromu události, analýza lidské spolehlivosti a bezpečnostní kontrola. Vyhotovení kontrolního seznamu slouží ke kontrole předem stanovených podmínek a opatření. Seznamy kontrolních otázek jsou generovány na základě seznamu charakteristik sledovaného systému anebo činnosti, která souvisí se systémem a potenciálními dopady, selháním prvku systému a vznikem škod. Analýza stromu události se využívá ke sledování průběhu procesu na základě

dvou událostí- příznivé a nepříznivé. Z graficky vytvořeného stromu událostí se stanovují rizika. Analýza lidské spolehlivosti slouží k posouzení vlivu lidského činitele na výskyt nehod, či jejich dopadu. Jedná se o posouzení činitelů lidského faktoru a lidské chyby ve vztahu k platným legislativním předpisům. Bezpečnostní kontrola je postup hledání potenciálně možné nehody či provozního problému. Využívá připravený seznam otázek a matice pro skórování rizik. Využití má hlavně u technologických rizik (Škrla a Škrlová, 2008; Škrla, 2005; Pokojová, 2011).

1.3 Vymezení základních pojmů v oblasti pochybení

Současné zdravotnictví disponuje rozvinutými technickými prostředky a zdokonalenými léčebnými postupy. O to víc se ukazuje potřeba zabývat se tím, co je součástí lidské přirozenosti- obyčejnou lidskou chybou. V této kapitole se věnuji vymezení základních pojmů v oblasti pochybení. (Kocourková a Vorlíčková, 2007).

Nežádoucí událost lze definovat jako událost, kdy došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta či procedury nebo kdy lékařská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetřovatelských standardů péče. Následkem je poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku. Omyly a pochybení lze rozdělit na dvě základní skupiny. Incident je událost, která neohrožuje život. Může se týkat pacientů, návštěv, zaměstnanců. Jedná se o událost, která se neslučuje s rutinní praxí nebo předpisy zdravotnického zařízení. Příčinou může být nehoda nebo okolnosti, které mají za následek zranění, poškození majetku nebo ohrožení pověsti zdravotnického zařízení. Incident může zapříčinit pacient, zaměstnanec i jiná osoba. Další možnou příčinou může být také nedodržování směrnic a předpisů zdravotnického zařízení. Druhá skupina nežádoucích událostí je tvořena závažnými incidenty. Za závažný incident lze považovat kritickou událost, která se týká pacienta, návštěvníka nebo zaměstnance a která se neslučuje s rutinní praxí a předpisy zdravotnického zařízení. Je způsobena nehodou nebo okolnostmi, kterých následkem je vážná újma na zdraví, případně i smrt postižené osoby. K závažným incidentům řadíme chyby ve strategii léčby, medikační omyly, pády, neopatrné nebo nebezpečné chování zaměstnanců nebo pacientů, ale i selhání přístrojové techniky, ztráta nebo poškození nemocničního majetku nebo majetku

pacientů. Další možností rozdělení pochybení je na aktivní a latentní. V případě aktivního pochybení se jedná o pochybení lidského faktoru, který se zapojil do pracovního procesu. Jde o pochybení zaměstnance, který je v přímém kontaktu s procesem (pacientem). K aktivním pochybením řadíme chyby týkající se dovedností, chyby týkající se dodržování standardů a pravidel a chyby týkající se znalostí. Chybou týkající se dovedností je pochybení zaměstnance při vykonávání rutinního úkolu, který za normálních okolností vyžaduje minimální soustředění. Chyba týkající se dodržování standardů je chyba zaměstnance, který neprovede výkon v souladu s předem danými pravidly, standardy. Chyba týkající se znalostí je chyba, která vznikne, pokud zaměstnanec, který má určité vědomosti, není schopen je správně aplikovat v dané situaci. Latentní pochybení vzniká v případě, kdy osoby v manažerských pozicích učiní rozhodnutí, které ovlivní protokol, nebo organizační klima zdravotnického zařízení. Tyto chyby lze najít jako chyby týkající se technických záležitostí (např. skrytá závada, skryté selhání techniky, komplikovaná technika) nebo jako chyby týkající se organizačních záležitostí (např. špatné vedení, rozhodnutí, nezdravá organizační kultura) (Škrla a Škrlová, 2003; Škrla a Škrlová, 2008; Škrla, 2005).

„Skrytá/latentní pochybení mohou existovat bez povšimnutí dlouhou dobu a nemusí mít žádné vážné následky. Když ale dojde ke kombinaci skrytých pochybení s aktivními chybami v místě a čase, lze očekávat mimořádnou událost s vážnými následky (Škrla, 2005, str. 25).“

1.4 Klasifikace nežádoucích událostí

Podle závažnosti následků nežádoucí události lze tyto incidenty rozdělit na čtyři stupně. Prvním stupněm je nežádoucí událost, která proběhla naprosto bez následků. Může se jednat např. o pád z lůžka bez příznaků bolesti. Druhým stupněm je nežádoucí událost, která je zdánlivě bez následků, ale charakter incidentu vyžaduje monitorování. Může se jednat o pád z lůžka, který vyžaduje drobné ošetření poranění. Třetím stupněm je nežádoucí událost se skutečně nežádoucím klinickým nálezem vyžadujícím zákrok, příp. léčbu, která je úspěšná. Může jít např. o pád z lůžka se zlomeninou s úspěšnou léčbou. Posledním, čtvrtým stupněm je nežádoucí událost končící ireverzibilními

komplikacemi nebo smrtí. Všechny stupně závažnosti by v konečném důsledku měly vést k zamyšlení se nad případnou změnou směrnice, procedury, procesu nebo systému a u čtvrtého stupně k zásadní změně. Na co se někdy zapomíná, je nežádoucí událost, kterou lze označit jako nedokonanou. Jedná se o situaci, která sice může vyústit k poškození, případně poranění , ale nedojde k ní náhodou nebo zásahem zdravotníka či pacienta. Samozřejmě tyto tzv. skorochyby se většinou neevidují a to svádí zdravotnická zařízení k tvrzení, že u nich se zmiňované nežádoucí událostí nedějí. Za všechny bych uvedla některé příklady nedokonaných pochybení: pacient si všimne, že mu před operací holí a dezinfikují jinou končetinu, odeslání pacienta na vyšetření, na kterém byl včera, pacient se ptá, proč má dnes bílou tabletu, když včera měl růžovou. Ale i takovéto chyby je potřeba evidovat, analyzovat a vyvozovat preventivní opatření k jejich zabránění (Škrla a Škrlová, 2003; Marx, 2007; Podstatová, Sovová, Řehořová a kol., 2007).

1.5 Management nežádoucích událostí

Management nežádoucích událostí je nedílnou součástí programu kontinuálního zvyšování kvality. V oblasti řízené péče je součástí managementu rizik. V managementu sledování nežádoucích událostí se uplatňuje manažer nežádoucích událostí a vyšetřující komise. Manažer nežádoucích událostí je osoba pověřená řešením těchto situací. Ve zdravotnickém zařízení je to nejčastěji vedoucí lékař. Vyšetřující komise je tým osob, který se podílí na koordinaci procesu šetření nežádoucí události. Výstupem z šetření je zápis do specifického formuláře. Pokud dojde k vzniku nežádoucí události, je důležité zajistit optimální péči postiženému a všechny pomůcky, materiály nebo zdravotnickou techniku, které mohly být příčinou vzniku této události. Toto zajištění je potřebné pro případ šetření příčiny události. Zápis o nežádoucí události se provede na předem připravený formulář „Hlášení nežádoucí události“. Povinnost hlásit takovou událost má každý zaměstnanec, který ji zjistí, nebo se na ní nějakým způsobem podílel. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) provádělo v letech 2005- 2007 dotazníkové šetření zaměřené na zjištění názorů na poskytování bezpečné ošetřovatelské péče. Jedna z otázek se zaměřovala i na to,

jestli sestry znají a používají formulář „Hlášení nežádoucí události.“ Z výsledků vyplynulo, že 31,5 % sester tvrdí, že se s tímto formulářem na pracovišti nikdy nesetkalo. Co se týče oznámení nežádoucí události, 53,3 % dotazovaných sester uvedlo, že vzniklou nežádoucí událost nezatajily a vše oznámily. Správně vyplněný formulář „Hlášení nežádoucí události“ musí obsahovat osobní data poškozeného, charakter události a rozsah škod, přesný popis události, jména svědků, záznam o provedení nápravných opatření, příp. poskytnutí první pomoci a závěr šetření, připomínky. Sepsání hlášení o nežádoucí události se řídí určitými pravidly. Je důležité, aby sepisující zapsal událost objektivně, přesně to, co viděl a slyšel. Například pokud přišel a nalezl pacienta ležícího na zemi, měl by napsat: pacient nalezen ležící. Poté by měl sepisující pokračovat popsáním činností, které následně provedl, např. pomoc pacientovi zpět na lůžko, ošetření případných poranění, zavolání lékaře. Při psaní záznamu o události je potřeba se vyhnout uvádění svých názorů, návrhů, dojmů a taktéž i obviňování někoho ze vzniku události, či zapisováním tvrzení z druhé ruky. Sepsaný záznam o nežádoucí události se nevkládá do zdravotnické dokumentace, ale předává nadřízené osobě (Havelková a Mikulková, 2007; Škrla a Škrlová, 2003; Kol.autorů, 2002).

1.6 Postup lege artis

Zdraví je považováno za jednu z nejvyšších hodnot člověka. Pokud dojde k poruše zdraví, je snaha o zhojení a navrácení k původnímu stavu. Proto poskytovaná zdravotní péče by měla být co nejlepší a nejkvalitnější a měla by být poskytovaná v souladu s postupy lege artis. V případě soudního sporu se posuzuje, jestli zodpovědný zdravotnický pracovník postupoval lege artis, případně non lege artis (Vondráček a Ludvík, 2003).

„Postup lege artis je postup poskytování zdravotní péče, který splňuje požadované podmínky, to znamená, že preventivní, diagnostické a léčebné postupy jsou poskytovány v souladu se současnými poznatky lékařské vědy (Vondráček a Ludvík, 2003, str. 51).“

Laická i zdravotnická veřejnost posuzuje porušení postupu lege artis vždy velmi negativně, a to i v případě, že nedošlo k poškození pacienta. Pokud ale k poškození

došlo, je zdravotnický pracovník volán k odpovědnosti. Obecně se právní odpovědnost definuje jako povinnost strpět sankce. Aby zdravotnický pracovník, resp. fyzická osoba, mohl být volán k odpovědnosti, musí být splněny základní podmínky odpovědnosti. Jde o protiprávní jednání, škodlivý následek a příčinnou souvislost mezi protiprávním jednáním a škodlivým následkem. Podle charakteru protiprávního jednání, závažnosti následků a dalších rozhodných skutečností lze rozlišit právní odpovědnost trestněprávní, občanskoprávní, pracovněprávní a správněprávní. Trestněprávně odpovědná je pouze fyzická osoba. V praxi to znamená, že trestněprávně odpovědný je lékař, sestra, laborant ale ne nemocnice nebo jiné zdravotnické zařízení. K odpovědnosti za spáchání trestného činu podle zákona č.40/2009 Sb., trestního zákoníku, který nahrazuje zákon č.140/1961 Sb., může být zdravotník volán za neoprávněné nakládání s osobními údaji, za neposkytnutí první pomoci nebo za ublížení na zdraví z nedbalosti. Občanskoprávní odpovědností se rozumí zejména odpovědnost za škodu. Účelem je vzniklou újmu kompenzovat finančně. Finanční kompenzace se požaduje po zdravotnickém zařízení, ne po konkrétní osobě, která pochybila. Pracovněprávní odpovědnost je odpovědnost mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem. Zaměstnavatel může zaměstnanci uložit finanční sankci za porušení pracovní kázně nebo za zákonem stanovených podmínek i zrušit pracovní poměr. Správněprávní odpovědností se rozumí odpovědnost vůči orgánům státní správy. V praxi se jedná o jednání, které se označuje jako přestupek. Může jít například o nedodržování hygienických předpisů nebo předpisů o zacházení s omamnými látkami (Vondráček L. a Vondráček J., 2003; Vondráček a Ludvík, 2003; Škrla a Škrlová, 2008).

1.7 Registr rizik

Dle Škrly (2005) jsou nejčastějším pochybením v medicíně chyby vzniklé nesprávnou diagnózou a léčbou (40 %), dále medikační omyly (28 %), chyby a omyly vzniklé během výkonů (23 %) a ostatní pochybení (9 %). Příčinou těchto chyb je buď selhání systému jako celku nebo selhání lidského faktoru. Pochybení ve zdravotnickém zařízení se odehrává buď na straně lékaře, nebo na straně sestry. Na straně lékaře můžou chyby vzniknout působením stresorů (spěch, rozptylování, únava), faktorů spojených

s procesem léčby (nedostatek odvahy požádat o radu, složitý případ), faktorů vztahujících se na pacienta (zlehčení nebo nepřiznání symptomů problému pacienta vedoucí k nesprávné diagnóze) a působením faktorů vztahujících se na lékaře (nezkušenost). K nejčastějším pochybením ze strany lékaře řadíme operace na nesprávném pacientovi, zákrok na zdravém orgánu, chybná medikace, předávkování, chybná diagnóza, nekompletní dokumentace, poranění následkem anestézie při opakovaných pokusech o intubaci, ústní nebo oční poranění a jiné. Na straně sester k pochybení dochází nejčastěji z důvodu nedostatečné orientace nových zaměstnanců, nedostatečné komunikace mezi personálem, nedostatečné informovanosti personálu, nedostatečného dohledu, nepozornosti, vyrušování, spěchu, únavy, působením zlozvyků (nečitelné písmo), ale i z důvodu nedostatečných dovedností a znalostí. V ošetřovatelství můžeme identifikovat několik hlavních skupin pochybení. Jedná se o nedostatek vnímavosti k měnícímu se klinickému stavu pacienta, nedostatek morální odpovědnosti, nesprávné rozhodování, medikační chyby, nedostatečná intervence, nedostatek preventivních opatření, ordinace lékařů- opožděné, opomenuté nebo chybně interpretované, chyby v ošetřovatelské dokumentaci (Škrla a Škrlová, 2008; Škrla, 2005).

Registr rizik je jednou ze strategií prevence rizik. Každé oddělení by mělo mít vytvořený svůj vlastní registr (katalog) rizik, který obsahuje potenciální rizika daného oddělení. Je však nutná jejich pravidelná aktualizace. Každé zdravotnické zařízení má i katalog tzv. globálních rizik. Globální riziko je riziko, které by mohlo ohrozit celé zdravotnické zařízení. Registr rizik lze rozdělit na rizika v klinické a rizika v neklinické oblasti. K rizikům v klinické oblasti lze zařadit riziko neefektivní komunikace, riziko nesprávně vedené zdravotnické dokumentace, riziko nečitelných zápisů, riziko podcenění informovaného souhlasu, riziko úniku důvěrných informací, riziko chybné identifikace pacienta, riziko nozokomiální nákazy, riziko oslabené psychiky pacientů, riziko pochybení, poškození pacienta zdravotnickou technikou. Rizika v neklinické oblasti jsou např. stížnosti, hospodářská kriminalita, únos dítěte, zástava životně důležitých funkcí, pohřešování pacienta, sexuální harašení, násilí, šikana (Škrla a Škrlová, 2008; Škrla, 2005).

Vzhledem k tématu se budu dále věnovat pouze rizikům v klinické oblasti, kterých důsledkem je záměna pacienta, ordinace, výkonu, strany či orgánu pacienta.

1.7.1 Riziko neefektivní komunikace

Schopnost interakce s nemocnými a kolegy zastává v ošetřovatelské praxi významné místo. Interakcí rozumíme vzájemné reagování lidí, pokud dochází i k výměně informací, jedná se o komunikaci. Riziko neefektivní komunikace je nejvýraznější z klinických rizik. Ředitel JCAHO, Dr. Richard Croteau, v roce 2002 poznamenal, že kdyby existoval pouze jeden aspekt v procesu poskytování péče, který by mohl přinést dramatické zlepšení její bezpečnosti, pak by to byla efektivní verbální, písemná a elektronická komunikace. Manažeři rizik se shodují na tom, že až 84 % fatálních nežádoucích událostí je způsobeno selháním komunikace. Komunikační problémy mezi lékařem a sestrou jsou ze strany sester nejčastěji způsobeny přesvědčením, že si lékaři necení jejich práce. Ze strany lékařů zase, že by konzultací se sestrou připustili, že nejsou zcela nezávislí, nebo že nemají pod kontrolou všechny situace. Ze strany lékařů může jít i o nedostatek odvahy požádat sestru o radu. K rizikům, která následně hrozí, patří např. nesprávné pochopení ordinací lékaře (verbálních nebo telefonických), chybně podané dávky léků na základě nekvalitní komunikace (verbální, telefonické, písemné) anebo nežádoucí události způsobeny použitím nestandardních zkratek. Chyby vzniklé při interpretaci či záznamu verbálních ordinací mohou vést k chybě při péči o pacienta. V České republice není verbální ordinace běžná a je zde povinnost, aby ordinace měla písemnou formu. Nestačí zápis sestry, musí být podepsána lékařem. Pokud je sestra nucena v určité situaci přijmout verbální ordinaci, měla by o tom učinit záznam a vyznačit, že se jednalo o verbální ordinaci. Následně by se měla ujistit, že v stanoveném čase se lékař pod ordinaci spolupodepsal. Pokud tak neučinil, mohla by být sestra shledána zodpovědnou za neoprávněnou činnost. V případě telefonické ordinace je potřeba o dodržení určitých pravidel, které můžou zamezit vzniku nežádoucí události. V ideálním případě by sestra měla přijmout od lékaře pouze písemné ordinace. Telefonická ordinace se připouští pouze v případě potřeby urgentního jednání. Takovou ordinaci by sestra měla přijmout

pouze osobně, ne zprostředkovaně a měla by jí co nejdříve zapsat do ordinačního listu pacienta. K ordinaci je důležité poznamenat, že se jedná o telefonický pokyn, zapsat jméno lékaře, svoje jméno a zkontrolovat, že lékař tuto ordinaci podepsal během stanovené časové lhůty. Jinak by sestra opět mohla být shledána zodpovědnou za neoprávněné poskytování lékařské péče. Ideálem v poskytování péče o pacienta je, když jsou všechny ordinace zaznamenány písemně. Ale i v tomto případě je možnost, že k nežádoucí události dojde a to v situaci, kdy se ordinace přepisují, např. na tabuli. Oddělení by mělo mít vypracovaný systém kontroly chyb v přepisu, např. provádění kontroly jednou za 24 hodin. Možnost vzniku nežádoucí události je i tehdy, když se ordinační list pacienta neúmyslně založí do dokumentace jiného pacienta. Dalším možným úskalím, co se týká písemné komunikace mezi lékařem a sestrou, je používání nestandardních zkratek. Oblíbené jsou zkratky diagnóz, některé jsou všeobecně známé. Jsou však i zkratky, které jsou pochopitelné pouze tomu, kdo je vytvořil. Z vlastní zkušenosti můžu zmínit zkratku ŽMT, která v ordinačním sešitu sester znamená „žádanku má tam“. Zaměstnanci stejného zdravotnického zařízení a často ani zaměstnanci téhož oddělení nejsou v používání zkratek jednotní. Zde je možnost vypracovat tzv. seznam zkratek pro dané oddělení, který bude umístněn na viditelném místě (Kol.autorů, 2002; Venglářová a Mahrová, 2006; Škrla a Škrlová, 2008; Škrla a Škrlová, 2003; Vondráček L. a Vondráček J., 2008).

Důsledkem komunikačních problémů mezi lékařem a sestrou může být následné nevhodné chování lékaře. Na takové chování je možno nahlížet ze strany sester, ale samozřejmě je potřeba se podívat i ze strany lékaře. Sestry, jako nejčastější okolnosti za kterých došlo k nevhodným reakcím, řadí situace kdy: vyřizují vzkaz lékaři, že ho někdo volá, po žádosti o objasnění ordinace, v situaci, kdy se lékař domnívá, že jeho ordinace nebyla splněna správně nebo včas anebo v situaci, kdy se náhlé změnil zdravotní stav pacienta. Lékaři svoje nevhodné chování nejčastěji ospravedlňují domněnkou, že jejich ordinace nebyly vykonané správně a včas, že sestra zvolila nevhodné načasování volání lékaře. Dále mají pocit, že sestry požadují neopodstatněné objasňování ordinace a často si stěžují na to, že jsou voláni bez toho, aby byli shromážděny všechny informace o pacientovi, které jsou k dispozici. Pokud hovoříme o

komunikačních problémech mezi lékařem a sestrou, je potřeba se blíže věnovat pojmu interakce. Interakce je vzájemné působení, jednání. Pokud hovoříme o vztahu mezi lékařem a sestrou, rozlišujeme čtyři typy interakce. Jedná se o bezproblémové podřízení se, neformální skryté rozhodování, neformální neskryté rozhodování anebo formální neskrývané rozhodování. Bezproblémové podřízení se vyjadřuje tradiční vztah mezi lékařem a sestrou, kdy sestra nezpochybňuje ordinaci lékaře a sama se k ničemu nevyjadřuje, ani o ničem nerozhoduje. Neformální skryté rozhodování je vztah, ve kterém sestra navenek vykazuje respekt lékaři tím, že s ním nepolemizuje, ale ve stejnou dobu se snaží nepřímo ovlivnit rozhodovací proces. Neformální neskrývané rozhodování je vztah, ve kterém sestra neskrývá svou roli v rozhodovacím procesu a otevřeně komunikuje a nabízí své znalosti pacienta lékaři. Formální neskrývané rozhodování je interakce, ve které dochází k využívání ošetřovatelského procesu sestrou při rozhodování o péči o pacienta. V zájmu udržení dobrých vztahů je vhodné, aby se obě profese, jak lékařská tak i sesterská, vzájemně respektovaly, aby se seznámily se specifickými rolemi a odpovědnosti druhé profese. Měli by být spojenci na společné cestě za společnými cíli. Léčebná péče všech jednotlivých členů zdravotnického týmu by měla tvořit celek. Vztah lékař- sestra by měl být založen na vzájemné důvěře, respektu k práci druhého a snaze stoprocentně plnit svoje úkoly (Škrla a Škrlová, 2003; Bártlová, 2004; Vitošová, 2007).

Riziko neefektivní komunikace ale nehrozí pouze na straně lékař- sestra, ale i mezi ošetřovatelským personálem. Práci sester z hlediska organizace lze rozdělit na systém funkční péče, celkové péče, týmové ošetřování, skupinová péče, ošetřování primární sestrou a ošetřování zaměřené na případ. Systém funkční péče klade důraz na přidělování úloh sestrám a pomocnému personálu. Členové ošetřovatelského týmu plní přidělené úlohy, aniž by věděli, co pro pacienta udělal další ošetřující personál. Tento způsob práce není dostatečně efektivní pro sestry a nevyhovuje ani pacientům, protože nevědí, na koho se mají obrátit, která je „jejich“ sestra a že neustále musejí opakovat to samé různým členům ošetřovatelského týmu. Tato metoda péče je zaměřena prioritně na úlohy. Systém celkové péče je zaměřen na pacienta a celkovou péči poskytuje pouze jedna sestra, která ale nemusí mít každý den přidělené stejné pacienty. Systém týmové

péče se zakládá na přesvědčení, že skupina poskytovatelů péče pod vedením sestry dokáže poskytnout pacientovi lepší ošetřovatelskou péči než ti stejní lidé pracující individuálně. Systém skupinové péče znamená, že skupinová sestra během směny pečuje o určenou skupinu pacientů a zajišťuje aplikaci ošetřovatelského procesu i vedení zdravotnické dokumentace. Po skončení služby předá svojí skupinu pacientů osobně příslušné skupinové sestře z další směny. Systém primárních sester proti tomu je systém, při kterém má každý pacient po přijetí přidělenou primární sestru. Primární sestra odpovídá za zajištění ošetřovatelského procesu po celou dobu hospitalizace pacientů i za vedení zdravotnické dokumentace. Pokud není ve službě, pacienty předá sestrám další směny a po návratu do služby své pacienty přebírá zpět. V průběhu směny se podílí také na ošetřování pacientů, jimž primární sestrou není. Je možno si zvolit metodu poskytování ošetřovatelské péče, ale všechny metody vyžadují efektivní komunikaci a pravidelnou výměnu informací k tomu, aby byla poskytnutá co možno nejlepší péče. Důkladné vedení ošetřovatelské dokumentace by mělo být samozřejmostí (Farkašová a kol., 2005).

Dalším možným úskalím komunikace ve zdravotnictví je komunikace mezi personálem a pacientem. Komunikace bezesporu k ošetřovatelské praxi patří. Je také základem dobrého vztahu mezi pacientem a lékařem. Komunikaci lze rozdělit na sociální, strukturovanou a terapeutickou. Sociální komunikace je neplánovaná, neformální. Strukturovaná komunikace už má plánovanou náplň a cílem terapeutické komunikace je snaha o pomoc se zvládnutím stresu. Komunikací se utváří vzájemný vztah mezi personálem a pacientem. Kvalitu tohoto vztahu ovlivňuje verbální i neverbální komunikace, čas, který pacientovi věnujeme, způsob a forma vedeného rozhovoru, ale i případný nezájem, hrubost, nevlídnost, netaktní jednání. Vlastní rozhovor by měl mít čtyři fáze. První část, úvodní, slouží k navázání kontaktu a odstranění případné nedůvěry. V druhé, navazující části se ptáme věcně a konkrétně na to, co chceme zjistit, do hovoru pacienta ale není vhodné zasahovat anebo projevovat netrpělivost. Třetí částí je podstata, ke které jsme směřovali. Následuje poslední část-závěr, jde o ukončení rozhovoru, ale je vhodné jej ukončit tak, aby se dalo navázat. Cíl celého rozhovoru může být různý. Jde o doplnění nebo upřesnění informací získaných

z dokumentace nebo při pozorování, o doplnění anamnestických údajů, o získání údajů o subjektivních potížích pacienta, o poučení a uklidnění pacienta anebo o získání pacienta ke spolupráci na ošetřovatelském nebo léčebném postupu. Zvládnutí problematiky komunikace pomáhá rozvíjet kvalitní vztah s nemocným. Pacienta nezajímá, co vede sestru nebo lékaře k případnému neprofesionálnímu jednání, zda je to jejich přirozenost nebo momentální reakce na osobní problémy. Profesionalita je zde na místě a znamená utlumení vlastních nepříznivých pocitů, osvojení si určitých modelů chování s jistou mírou citu pro jedinečnost situací, různé typy pacientů i závažnost jejich zdravotního stavu (Tutková, 2007; Zacharová, 2010; Linhartová, 2007).

1.7.2 Riziko nesprávně vedené zdravotnické dokumentace

Pobyt pacienta v nemocnice sebou nese celou řadu formulářů, které je potřeba vyplnit. Všechny spolu tvoří tzv. zdravotnickou dokumentaci, ať už lékařskou nebo ošetřovatelskou. Dobře vedená zdravotnická dokumentace poskytuje soubor informací a obrazových materiálů, které se vztahují k pacientovi a jeho zdravotnímu stavu i k postupu zdravotnického zařízení při poskytování zdravotní péče. Pečlivě a bezchybně vedená zdravotnická dokumentace poskytuje právní, etické a profesionální jistoty pro pacienta, ale i pro poskytovatele léčebné péče. Může zdravotníka ochránit před závažnými obviněními a prokázat, že jednal správně (Podstatová, Sovová, Řehořová a kol., 2007; Otásková, 2011).

Jak jsem se již zmiňovala v kapitole 1.5 Management nežádoucích událostí, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) provedlo v letech 2005- 2007 dotazníkové šetření. Bylo zaměřené na zjištění názorů sester na poskytování bezpečné ošetřovatelské péče. Z výzkumného šetření vyplynuly tři nejčastější problémy, které sestrám ztěžují práci. Byly to požadavky na sestru z několika míst v jednu dobu, požadavky na vykonávání činností, ke kterým nemají kvalifikaci a v neposlední řadě nedostatky v dokumentaci. Z 257 sester uvedlo 220 z nich, že má určité problémy s dokumentací, ať už lékařskou nebo sesterskou. V popředí se vyskytly neúplné či nepřesné záznamy a jejich nečitelnost, dále chybění či nenalezení potřebné informace. Samotné vedení zdravotnické dokumentace rozdělilo

personál na dvě skupiny. První skupina preferuje systém společné lékařské i sesterské dokumentace. Informace a zápisy se zaznamenávají v časové posloupnosti. Druhá skupina preferuje oddělenou lékařskou a sesterskou dokumentaci. Tato forma se jeví jako méně efektivní (Havelková a Mikulková, 2007; Vondráček, Ludvík a Nováková, 2003).

Definice toho, jak vést zdravotnickou dokumentaci, je zakotvena v zákoně. Jedná se o zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, který nahrazuje zákon č.20/1966 o péči o zdraví lidu. Tento zákon ukládá zdravotnickým zařízením povinnost vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci. Zákon však nečiní rozdíl mezi zdravotnickou dokumentací lékaře a sester. Podle tohoto zákona by správně vedená zdravotnická dokumentace měla obsahovat osobní údaje pacienta a to v rozsahu, který je nezbytně nutný pro jeho identifikaci, dále pohlaví pacienta, identifikační údaje poskytovatele a adresu místa poskytování zdravotních služeb. Dokumentace by dále měla obsahovat informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných skutečnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta. Součástí dokumentace jsou i anamnestické údaje, klasifikace pacienta, jehož stav vykazuje určitý stupeň částečného nebo úplného omezení či znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí a údaje vztahující se k úmrtí pacienta (Vondráček, Ludvík a Nováková, 2003).

Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být pravdivý a čitelný. Doplňuje se průběžně a každá osoba, která zápis učiní, měla by jej taktéž opatřit datem zápisu, identifikací a podpisem. Pokud se provádí zápis při náhlé změně zdravotního stavu, je potřeba zaznamenat i přesné časové údaje. Opravy se provádí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam ale musí zůstat čitelný. Záznamy by měly být přesné a objektivní, je potřeba zapisovat fakta, ne svůj názor. Vedle obsahu záznamu nelze podceňovat ani odbornou terminologii a formální stránku věci. To vše svědčí o odbornosti a pečlivosti autora záznamu a může mít zásadní význam v případě vzniku nežádoucí události. Dosud nebylo zákonem dané, v jaké formě by měla být dokumentace vedena. Podle zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu se předpokládala papírová forma. Dokumentace na

paměťových nosičích byla považována za příliš snadno dodatečně upravitelnou. Podle dnes platného zákona č. 372/2011 o zdravotních službách, který nahrazuje zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, se povoluje vést dokumentaci v listinné nebo elektronické podobě nebo v kombinaci obou. V současnosti teda lze vést pouze elektronickou dokumentaci, ale za splnění určitých podmínek. Musí být zaručeno, že údaje v provedených záznamech nelze dodatečně modifikovat. K tomu slouží technické prostředky. Technickými prostředky se rozumí organizačně-technická opatření, informační systémy, technické zařízení a vybrané pracovní postupy. Další podmínkou je, že uložení kopií pro dlouhodobé uchovávání musí být provedeno způsobem, který znemožňuje provádět v těchto kopiích dodatečné záznamy. Při uchovávání kopií pro dlouhodobé uchování na technickém nosiči dat je zajištěn přístup k nim pouze oprávněným osobám. Součástí chorobopisu pacienta nejsou pouze lékařské záznamy, ale i ošetřovatelská dokumentace. Měla by obsahovat ošetřovatelskou anamnézu, záznam vývoje stavu pacienta, ošetřovatelský plán, sesterskou překladovou nebo propouštěcí zprávu a podle konkrétního stavu daného pacienta ještě plán péče o dekubity, záznam bolesti apod. Čitelnost, resp. nečitelnost zdravotnické dokumentace lze považovat za samostatnou problematiku, proto se jí blíže věnuji v další kapitole (Škrla a Škrlová, 2008; Podstatová, Sovová, Řehořová a kol., 2007; Vondráček a Fryčová, 2011; Otásková, 2011).

Jak jsem se již v této kapitole zmiňovala, v současné době je povoleno vedení zdravotnické dokumentace na záznamových nosičích. Proto i fotodokumentace může být součástí zdravotnické dokumentace. Využívá se zejména u krvavých poranění v obličeji, otevřených devastujících poranění měkkých částí, střelných poranění ale i bércových vředů. Fotodokumentace je zde prospěšná k tomu, aby dokumentovala výchozí stav a výsledek léčebné péče. Písemný souhlas pacienta není požadován. Předpokládá se souhlas, protože k jiné formě vedení dokumentace se pacient také nevyjadřuje. Souhlas dává pacient tím, že se nebrání nebo verbálně neprojevuje nesouhlas. Pořízené fotografie jsou shromažďovány pouze ve zdravotnické dokumentaci. Rovněž jako ostatní části zdravotnické dokumentace podléhají zákonu č.

101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění (Vondráček L. a Vondráček J., 2008).

1.7.3 Riziko nečitelných zápisů

Nečitelnost a nekompletnost zápisů ve zdravotnické dokumentaci je jednou z nejčastějších příčin prohry soudních sporů. Lékař má povinnost psát ordinace čitelně. Samozřejmě musí být medicínsky správné. V případě, že sestra nemůže ordinaci přečíst a neví, co znamená, riskuje, že bude pacient i ona sama v ohrožení. Pokud k této situaci dojde, měla by sestra lékaře kontaktovat a požadovat objasnění ordinace. Pokud ho nemůže sehnat, měla by informovat nadřízenou a učinit záznam, kdy a jak se pokoušela s lékařem spojit. V případě zjištěné chyby, kterou sestra nebo lékař udělali ve zdravotnické dokumentaci, je potřeba ji opravit. Běžná praxe s přelepováním, zalakováním korekčním lakem a podobnými způsoby oprav je v zdravotnické dokumentaci nepřípustná. Podstatný je požadavek, aby původní zápis zůstal čitelný i po opravě, která se provede novým zápisem s uvedením času a podpisu. V souvislosti s možnou záměnou pacienta, léků, záměny strany při operaci a dalších nežádoucích událostí se v současnosti masivně rozvíjí informační systémy. Nemocniční informační systém může značně eliminovat riziko záměny, hraje významnou roli v oblasti zvyšování kvality a bezpečnosti péče o pacienta a dokáže eliminovat právě riziko nečitelných záznamů. Zdravotnické zařízení se používáním nemocničního informačního systému stává správcem osobních údajů a vztahují se na něj povinnosti vyplývající ze zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Tyto údaje slouží lékařům jako podklad pro jejich další práci s pacientem. Přístup do informačního systému nemocnice je omezen. Pro přihlášení je potřeba znát osobní identifikační kód a heslo. Každý přístup k pacientovi je zaznamenán a je možno později ověřit, kdo se na údaje o pacientovi díval, či je měnil a proč. Je důležité, aby přístupy k informacím vycházely z náplně práce, nikoli z kompetencí. Tím by docházelo k mnohonásobnému zvýšení počtu osob, které mají přístup k citlivým údajům pacienta. (Škrla a Škrlová, 2008; Kol autorů, 2002; Pokojová, 2010; Úřád pro ochranu osobních údajů, 2011; Otásková, 2011).

Zmiňovaný zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, upravuje ochranu osobních údajů fyzických osob. Dále vymezuje práva a povinnosti při zpracovávání těchto údajů. Tento zákon za osobní údaj považuje jakýkoliv údaj týkající se dané osoby. Dle zákona je přípustný i pojem citlivý údaj. Zpravidla se jím rozumí osobní údaj, který vypovídá o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, trestní činnosti anebo sexuálním životě subjektu. Dle tohoto zákona je stanoveno, že zdravotnický personál smí shromažďovat pouze údaje, které potřebuje pro výkon své činnosti- k poskytování zdravotní péče (Vondráček, Ludvík a Nováková, 2003; Vondráček, 2005).

1.7.4 Riziko chybné identifikace, resp. záměny pacienta

V souvislosti s možnou záměnou pacienta je snaha o bezpečnou identifikaci v současnosti kritickým faktorem kvality léčby. Měla by být nedílnou součástí diagnostického i terapeutického procesu. Mladá fronta DNES v roce 2010 zveřejnila test, ve kterém zjišťovala, co hospitalizované pacienty nejvíce trápí. Nejčastěji si stěžovali na špatné jídlo, buzení v pět ráno, nebo neosobní přístup lékařů a sester. To, že může dojít k tomu, že dostanou např. léky jiného pacienta, nebo absolvují vyšetření, které měl absolvovat pacient ležící na vedlejší posteli, je tolik netrápí. Co se týká pocitu bezpečí, mají pacienti mylný pocit, že nemocnice jsou bezpečné. Ale jen do chvíle, dokud se něco nestane. Zmiňovaný test obsahoval i zkoušku, jak těžké je dostat se na oddělení nebo k dokumentaci pacientů. Redaktoři v převleku získali chorobopisy pacientů, dostali se k novorozencům, na JIP. Proto v řadě nemocnic již zavedli čipový systém. Zdravotníci se na oddělení dostanou pouze s čipovými kartami. Pro pacienty a návštěvy je to možná nepohodlné, ale bezpečné. Způsobů identifikace samotného pacienta je několik. Patří sem ověření pomocí osobních dokladů, kartičky pojištěnce, identifikačního náramku. Dnes se čím dál častěji zavádí i fotodokumentace nebo identifikace pomocí čipů pro radiofrekvenční identifikaci. Přesto, že pochybení spojené se záměnou pacienta se dějí dnes a denně a jsou často i medializovány, pacienti úplně přesně zatím nepochopili, jak důležité je používání alespoň nějaké formy identifikace. Proto se často stává, že obdrží dnes již ve většině nemocnic povinný identifikační

náramek a po odchodu sestry ho stáhnou z ruky a odloží na noční stolek. Je nutno zde dostatečným způsobem obeznámit pacienta s nutností náramek nebo jinou metodu identifikace používat. Ideálním stavem v současnosti je kombinace několika identifikačních mechanizmů. Blíže se metodám prevence záměny pacienta budu věnovat v samostatné kapitole Preventivní mechanizmy záměny pacienta (Wallerová, 2010).

1.7.5 Chyby při podávání léčiv

Chyby spojené s podáváním léčiv jsou nejčastější příčinou iatrogenních komplikací u hospitalizovaných pacientů. Nejčastější formou podávání léků je podání per os. Samozřejmě, že většina chyb spojených s podáváním léčiv nevede k poškození pacienta. Velká část chyb je zjištěna a odstraněna před podáním léku pacientovi nebo před vydáním předepsaného léčiva lékárnou. Chyby při podávání léčiv mohou vzniknout během celého procesu, tzn. od předepsání léčiva lékařem, přes podání léčiva hospitalizovaným pacientům až po sledování účinnosti léčiva ošetřujícím personálem. Při předepisování léčiva může dojít k chybám při volbě léčiva, při dávkování léčiva, chybám v množství podaného léčiva či délce podávání léčiva. Další chyby se potom týkají způsobu aplikace léčiva či techniky podání, nevhodně stanovené doby podávání léčiva (např. vzhledem k podání jídla), nečitelný rukopis, nevhodně použité zkratky na předpisu a záměna pacienta. Mezi nejčastější chyby při podání léčiva hospitalizovanému pacientovi patří záměna léčiva, špatně spočítaná dávka léčiva (přepočty z mg na ml u injekční aplikace), či záměna pacienta. K chybám dochází často i v důsledku špatného zápisu ordinace lékařem- např. v situaci, kde chybí jasný záznam ukončení podávání léčiva. Dalším možným úskalím při podávání léků je vznik nežádoucí situace ve chvíli, kdy sestra podá ordinovaný lék, ale pacient bez vědomí sestry užije lék přinesený z domova. Následná léková interakce může mít za následek vznik závažné nežádoucí události. Požadavkem na správné podání léků je podat lék pacientovi, kterému je předepsán, podat správný lék ve správné gramáži, zajistit jeho užití pacientem a zkontrolovat jeho účinek. Léky se připravují přímo na pokoji pacienta z pojízdné lékárny, v pracovně sester do lékovek a následně se roznášejí pacientům,

anebo se připraví a podají v pracovně sester, což je spíše záležitostí psychiatrických oddělení. Ordinovaný lék se připravuje vždy z originální lékařské písemné ordinace. Je důležité provádět vždy dvojí kontrolu správnosti podávaného léku. První kontrola se provede při vyjmutí z originálního obalu a druhá při navrácení léku zpět do originálního obalu. Následně se přistoupí k podání pacientovi. Před samotným podáním je nutno ověřit totožnost pacienta a následně zaznamenat, že je lék již skutečně podán, aby nedošlo k tomu, že jiná sestra by daný lék podala podruhé. Při podání infuzního roztoku je postup obdobný. Přípravu provádíme na základě originální lékařské písemné ordinace. Připravený infuzní roztok označíme štítkem čitelným při poloze hrdla lahve směrem dolů. Štítek by měl obsahovat jméno pacienta, název léku a gramáž, případně i další údaje. Může to být např. předpokládaná doba podávání, nebo rychlost podávání. Při podávání infuzního roztoku je sestra povinna zkontrolovat totožnost pacienta, poučit ho o výkonu a zajistit jeho správné provedení. Po vykapání infuzního roztoku sestra provede záznam o jeho podání. Přesto, že se tato kapitola jmenuje Chyby při podávání léčiv, ráda bych zde ještě zařadila postup při odběru krve, resp. biologického materiálu obecně. Před samotným odběrem je potřeba důkladně ověřit ordinaci lékaře. Zjistit, u kterého pacienta je odběr ordinován, o jaký odběr se jedná a jaké jsou požadavky na samotný odběr. V praxi to znamená, vědět, co který odběr obnáší a připravit si všechny zkumavky, aby se předešlo opakovaným odběrům pacienta. Připravené zkumavky si sestra předem označí jménem , rodným číslem, oddělením a podle zvyklostí oddělení i dalšími údaji. Před samotným výkonem si ověří totožnost pacienta a provede výkon podle zavedených standardů za současného dodržení zásad bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (dále jen BOZP). Po výkonu zajistí záznam o jeho provedení a transport materiálu podle zvyklostí oddělení (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a; Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006b; Marx, 2000).

Informovaný souhlas je dnes nedílnou součástí kvalitní a bezpečné péče o pacienta. Blíže se této problematice budu věnovat v následující kapitole. Co se týká informovaného souhlasu, myslí se obvykle souhlas s lékařským výkonem. Nutno ale zmínit i souhlas s ošetřovatelským výkonem. Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem pacienta, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Proti tomu

souhlas s ošetřovatelským výkonem nevyžaduje písemný záznam. Souhlas pacient vysloví pouze verbálně a tím, že výkon trpí bez námitek. Jedním z takových výkonů je i podávání léčiv, proto jsem tuto problematiku zařadila do této kapitoly Chyby při podávání léčiv. Jiná situace nastane v okamžiku, kdy pacient přes náležité vysvětlení odmítá podání léčiva nebo jiný ošetřovatelský výkon. V tom případě je potřeba, aby o tom ošetřující lékař učinil písemný záznam. Z důvodu, že se jedná o nesouhlas s výkonem ošetřovatelským, je potřeba, aby i sestra o odmítnutí ošetřovatelské péče učinila záznam do zdravotnické dokumentace. (Vondráček, Ludvík a Nováková, 2003).

1.7.6 Rizika při chirurgických výkonech

Jak jsem se již zmiňovala v kapitole 1.2. Vymezení základních pojmů v oblasti managementu rizik, v České republice systém hlášení pochybení takřka neexistuje. V souvislosti s tím lze říct, že ani data o počtech záměn pacientů, výkonů, strany nebo orgánu nejsou spolehlivá. I v této moderní době je tendence případné nedostatky a chyby zakrývat, tajit, proto velký počet pochybení není zaevidovaných. Tzv. nedokonané pochybení, kterým se v poslední chvíli zabránilo, se samozřejmě neevidují vůbec a to svádí k závěrům, že záměna pacienta, léku, výkonu je pouze záležitostí sporadickou. Už to je ale signálem selhávání systému a mělo by být důvodem k zavedení standardu k minimalizaci rizik. Ze zahraničních zdrojů vyplývá, že nejčastější nežádoucí události vzniklé na operačním sále je zapomenutí předmětu v pacientovi. Tyto nežádoucí události tvoří téměř třetinu (32 %) všech hlášených případů mimořádných událostí na operačních sálech. Následují je tzv. jiné události (31 %), perioperační a pooperační kóma (16 %), stranová záměna (14 %), záměna procedury (4 %) a záměna pacienta (3 %) (Marx, 2007; Šťastný a Šimková, 2008).

V roce 2003 vydala společnost Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations akreditující zdravotnická zařízení protokol prevence stranové záměny. Tento protokol je jednotný pro všechna zdravotnická zařízení a v roce 2007 byl zahrnut i do tzv. Mezinárodních bezpečnostních cílů. Tyto cíle se uplatňují v rámci požadavků mezinárodní akreditace zdravotnických zařízení. Požadavkem protokolu prevence záměny pacienta je jednoznačná identifikace alespoň dvěma identifikátory. Tím se

rozumí použití identifikačních náramků, které obsahují minimálně jméno a datum narození pacienta. Identifikace podle čísla lůžka nebo pokoje není přípustná (Marx, 2007).

Operatér je ke konkrétnímu výkonu určen primářem a odpovídá za provedení operačního výkonu. Má právo odmítnout výkon, pokud by měl důvodně za to, že provedení výkonu je nad jeho schopnosti. Nemůže ale odmítnout výkon, který je z vitální indikace a jiný operatér není k dispozici, a pokud tento výkon již pod dohledem někdy provedl. Povinností operatéra je zkontrolovat identitu operovaného pacienta a stranu, na které má být provedena operace. Rovněž povinností anesteziologa je kontrola identity pacienta po jeho příchodu na operační sál. Za záměnu pacienta by nesl odpovědnost anesteziolog, za záměnu operované končetiny by nesl odpovědnost operatér. Anesteziolog rovněž odpovídá za ordinaci přípravy k anestezii, ale za samotné provedení přípravy odpovídá ošetřující lékař. Pokud nebyla ordinovaná příprava řádně provedena podle pokynů anesteziologa a nejedná se o urgentní výkon, může anesteziolog odmítnout podání anestezie (Vondráček L. a Vondráček J., 2008).

K faktorům, které zvyšují riziko záměny pacienta, patří účast více než jednoho chirurga (složitost operace, převzetí operace jiným lékařem) nebo neobvyklé parametry pacienta (výrazná obezita) vyžadující neobvyklý postup při přípravě na operaci (zvláštní vybavení, zvláštní poloha pacienta). Za hlavní příčiny se ale považuje neuspokojivá komunikace, nedůsledné předanestetizačné vyšetření a nedostatečná kontrola místa určeného k operaci. Nedostatky v komunikaci lze najít na straně pacient- personál nebo na straně personál- personál. O nedostatečnou komunikaci na straně pacient- personál se jedná ve chvíli, kdy pacient není zapojen do ověřování správnosti místa výkonu. Za nedostatečnou komunikaci mezi personálem považujeme situaci, při které je některý člen operačního týmu vyloučen z procesu ověřování správnosti místa výkonu nebo ve chvíli, kdy je ponechána kontrola pouze v rukou chirurga. Nedůsledné předanestetizační vyšetření významným způsobem přispívá k možné záměně místa výkonu. K selhání u potvrzování místa výkonu dochází z několika důvodů. Chybí standard, nedojde k závěrečné kontrole na operačním sále, dalším důvodem je nedostatečná komunikace s pacientem anebo absence potřebných informací na operačním sále. Pro prevenci

stranové záměny můžeme udělat několik úkonů. Počínaje slovním dotazem na pacienta, dále je potřeba jasně označit místo výkonu před operací a do tohoto značení zapojit i pacienta, následně navazuje ověření i přímo na sále. Je žádoucí, aby při operaci byla shromážděna všechna dokumentace pacienta, počínaje papírovým chorobopisem až po snímkovou dokumentaci. Samozřejmostí by měl být informovaný souhlas, v rámci kterého pacient podepíše, že s provedením výkonu souhlasí. Podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, v platném znění se tento souhlas definuje jako souhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Tento zákon definuje souhlas svobodný a informovaný. Za svobodný souhlas se považuje souhlas, dán bez jakéhokoliv nátlaku. Informovaný souhlas je podle zmiňovaného zákona souhlas, který následuje po podání informace nebo v případě že se pacient podání informace vzdal. Písemná forma souhlasu se požaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis anebo pokud toto s ohledem na charakter poskytovaných zdravotních služeb požaduje poskytovatel. Souhlas s hospitalizací se vždy požaduje v písemné formě. Cílem vyplnění tohoto formuláře je snaha získat pacientův souhlas k provedení výkonu, ale i zabezpečit komunikaci mezi lékařem a pacientem, na základě které je pacient schopen učinit informované rozhodnutí týkající se léčby. Informovaný souhlas by měl obsahovat údaje o účelu, povaze, pravděpodobnosti úspěchu, následcích a možných rizicích zdravotního výkonu, ale i o možných alternativách. Měl by rovněž obsahovat vyjádření pacienta o tom, zdali poučení porozuměl a zdali měl možnost klást doplňující otázky. Existují i výjimky, kdy informovaný souhlas není vyžadován. Tyto výjimky jsou obsaženy v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách, v platném znění. Podle tohoto zákona je možno pacientovi bez jeho souhlasu poskytnout pouze neodkladnou péči. Jedná se o případy, kdy zdravotní stav neumožňuje pacientovi tento souhlas vyslovit nebo v případě léčby vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vší pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta. Dále bez souhlasu pacienta je možno, v zákoně přesně definovaných případech, poskytnout péči nezletilému pacientovi nebo pacientovi zbavenému způsobilosti k právním úkonům a to i bez souhlasu zákonného zástupce. Další výjimkou je tzv. terapeutické privilegium, které umožňuje lékaři záměrně neposkytnout pacientovi všechny informace. Lékař vychází z toho, že pacienta zná a ví,

že by poskytnutá informace mohla mít negativní vliv na jeho zdravotní stav. Pokud se lékař k tomuto kroku rozhodne, je nutno poznamenat, za jakých okolností k tomu došlo a která informace byla pacientovi podána a která ne. Za samostatnou kapitolu v okruhu informovaného souhlasu lze považovat souhlas s ošetřovatelským výkonem, který jsem ale z důvodu přehlednosti zařadila ke kapitole Chyby při podávání léčiv (Škrla a Škrlová, 2008; Drahoš, 2008).

Zvláštní kapitolou v oblasti rizik hrozících při chirurgických výkonech tvoří zapomenutá tělesa. Základem prevence takové nežádoucí události, je dodržení chirurgického standardu operatérem. Po ukončení operace by měl provést závěrečnou revizi rány a operovaných dutin pohledem a pohmatem. Dále by se měl dotázat instrumentářky, zda jsou použité roušky a operační nástroje v plném počtu a její odpověď neprodleně zaznamenat do operačního protokolu. Následkem zapomenutého předmětu v pacientovi je nejčastěji infekce, tenkostřevní píštěl, obstrukce tlustého střeva, perforace orgánu a v krajním případě i smrt pacienta. Pokud se stane, že počet roušek nesouhlasí, je potřeba vyčerpat všechny možnosti příčin zmizení. Kontroluje se, jestli nebyla na operační sál přinesena rouška sanitářem či jinou osobou. Další možností je omyl na úseku centrální sterilizace, kdy mohlo dojít k tomu, že bylo omylem připraveno více či méně roušek než bylo požadováno. Proto pak při závěrečné kontrole počet roušek nesouhlasí. Řešením je RTG snímek pacienta, který se provede v předsálí, než se pacient odveze na pooperační pokoj. Světová literatura se kromě RTG kontroly přiklání i k detekci a kontrole počtu roušek pomocí RFID metody. Jedná se o radiofrekvenční systém identifikace. Ve světě nachází uplatnění v chirurgii v možnosti uložení informací o roušce v elektronické podobě. Jedná se například o informace, kdo a kdy roušku balil. Informace jsou ukládány do malých čipů, tzv. tagů. U nás se v současné době plně využívá na odděleních radioterapie, kde slouží k identifikaci pacientů na ozařovacím stole. Blíže se metodě radiofrekvenční identifikace věnuji v kapitole „Preventivní mechanizmy záměny pacienta“ (Šťastný a Šimková, 2008).

Na operačním sále hrozí pacientovi reálné nebezpečí. Jak jsem se již zmiňovala v úvodu této kapitoly, může se jednat o záměnu operované končetiny, nozokomiální nákazu, perioperační a jiné komplikace. V České republice se uvádí nulový výskyt

těchto nežádoucích událostí, co není nic jiného než popírání skutečnosti. V současnosti se již karta obrací a jednou z priorit Ministerstva zdravotnictví ČR je dnes zajištění bezpečnosti pacienta a to nejen na operačním sále ale obecně ve zdravotnickém zařízení (Suchá a kol., 2009).

1.8 Preventivní mechanizmy záměny pacienta

Preventivních mechanizmů záměny pacienta lze ve zdravotnickém provozu najít několik. Jedná se o pozitivní slovní identifikaci, využívání osobních dokladů (občanský průkaz, průkaz pojištěnce, cestovní pas), použití identifikačních náramků, dále náramků s radiofrekvenčním čipem, fotografie. Jako prevenci stranové záměny lze použít značení fixem operované strany přímo na tělo pacienta. Možností ověření si identity pacienta je i kontrola podle údajů z přinesené dokumentace a samozřejmě důsledná a soustředěná práce např. při značení infuzních roztoků nebo připravování léků. Ideální situací je, pokud se všechny tyto mechanizmy kombinují.

Co se týká pozitivní slovní identifikace je vhodné před provedením jakéhokoliv výkonu vyzvat pacienta, aby sám sdělil své jméno. Dotaz typu: „Vy jste pan Novák?“ se nedoporučuje používat vzhledem k tomu, že mnohdy nemocí unavený pacient si řekne: „Na něco se ptal...“ a odpoví „ano“, aniž by znal přesné znění dotazu. V této situaci má v současnosti personál ještě možnost zkontrolovat, jestli jméno které pacient udal, souhlasí s jménem na identifikačním náramku (Fawkes, 2011).

Identifikační náramky obecně jsou určeny pro jednoznačnou identifikaci osob. V posledních letech se už jejich používání v nemocnicích stalo běžným ukazovatelem kvalitní a bezpečné péče. Jako první v České republice systém identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků zavedla Ústřední vojenská nemocnice a Nemocnice Na Homolce v Praze a to již v roce 2005. Postupně se k nim přidávají i další nemocnice v republice, např. v roce 2008 Thomayerova nemocnice a Chrudimská nemocnice, ale i mnoho dalších. Identifikační náramky se dnes používají v různých barvách. Nemocnice můžou používat různý systém barevného odlišování. Např. bílý náramek používají pacienti chodící, slouží v podstatě pouze k identifikaci. Červený náramek slouží navíc k tomu, aby upozornil na hrozící riziko pádu. Zelený náramek může upozorňovat na

přidružené riziko, např. diabetes mellitus. Ve většině nemocnic se používá systém třech barev, na Homolce dokonce šest barev, které reprezentují jednotlivá oddělení. Používáním identifikačních náramků se omezila identifikace pomocí tabulek u postelí, které již nesplňují požadavky na ochranu osobních údajů. Identifikační náramek obsahuje jméno, případně datum narození, nebo rodné číslo. V kombinaci s elektronickými žádankami navíc odpadá i ruční přepisování údajů v laboratořích, co také omezuje možné pochybení personálu. Chybná identifikace samozřejmě může nastat i při použití náramku a to ve chvíli, kdy obsahuje chybné údaje nebo je nečitelný. Přesto náramky velkou mírou snižují riziko záměny pacientů a jsou dnes již běžnou součástí provozu ve zdravotnictví. Zajišťují bezpečnost pacienta, ale i personálu (Gutová a Šedo, 2005; Pergl, 2005).

Další možností je systém radiofrekvenční identifikace (dále jen RFID), používá se i název systém MTag. RFID identifikační systémy využívají rádiové vlny k různému způsobu bezkontaktní identifikace. Základem tohoto systému je identifikační čip. Čipy jsou v provedení pro čtení, ale i v provedení pro čtení a zápis. Existují pasivní nebo aktivní verze. Pasivní čipy se používají v podobě štítků, identifikačních karet, náramků, přívěsků. Pracují na frekvenci 125 KHz a jejich dosah je do 10 metrů. Aktivní čipy se používají v podobě karet nebo náramků. Pracují na frekvenci 2.45 GHz a mají schopnost vysílat získaná data do vzdálenosti několik set metrů (Kudelka, 2010; Škrla a Škrlová, 2008).

Pasivní identifikační čipy neobsahují baterii, energii dodává čtečka. Výhodou je, že nevyžadují výměnu baterie (životnost 20 let), mají nižší cenu proti aktivním čipům a i jejich velikost je menší. Samozřejmě mají i řadu nevýhod. Např. již zmiňovanou krátkou čtecí vzdálenost (obvykle do 1 metru) nebo nemožnost deaktivace „vypnutím“ (Kudelka, 2010; Škrla a Škrlová, 2008).

Aktivní identifikační čipy obsahují baterii, vysílají sami. Výhodou je velká čtecí vzdálenost, umožňují telemetrii (data lze předávat přes čtečku dál), vysoká čtecí spolehlivost. Nevýhodou je, že nemohou vysílat bez baterie (životnost 3-5 let), jejich velikost proti neaktivním je větší, vysoká cena (Kudelka, 2010; Škrla a Škrlová, 2008).

V praxi se identifikace pomocí systému MTagů využívá zejména na oddělení radioterapie. Před spuštěním samotného ozáření počítačový systém zkontroluje, jestli souhlasí laborantem načtený ozařovací plán a identifikační čip pacienta. Pokud souhlasí, systém umožní ozařování. Pokud ne, dojde k hlášení interlock na obrazovce ovládací konzole a ozáření se nespustí. Obdobně funguje i kontrola přítomnosti personálu v ozařovně. Pokud je uvnitř personál, ozáření není možno spustit. Systém RFID je efektivní metodou prevence nežádoucích událostí, respektive radiologické události typu záměny pacienta (Kudelka, 2010).

Využívání osobních dokladů při kontrole identity pacienta se nejčastěji uplatňuje při příjmu, poté se již většinou upřednostňuje jiná forma identifikace. V současnosti jsou to nejčastěji identifikační náramky, ale některá oddělení používají jako další formu identifikace fotografie pacientů. Chirurgické úseky používají často jako prevenci stranové záměny ještě značení fixem přímo na tělo pacienta. Možností ověření si identity pacienta je několik. Je jen na nás a na zvyklostech oddělení, které z nich si vybere a bude dodržovat. Soustředěná, pečlivá práce a dobrá komunikace je ale nenahraditelná.

2 Cíle práce a hypotézy

Cíl práce:

Cíl 1: Zjistit, jaké jsou rizikové faktory záměny pacientů v zdravotnickém zařízení.
Cíl 2: Zjistit jaké metody prevence záměny pacientů se nejčastěji používají na vybraných odděleních nemocnice.

Hypotézy:

1. Nejsilnějším rizikovým faktorem zvyšujícím pravděpodobnost záměny pacientů je nedostatečná komunikace na straně personál- pacient.
2. Nejčastěji používanou metodou prevence záměny pacientů je použití identifikačních náramků.

3 Metodika výzkumného šetření

3.1 Metodika práce

Před zahájením výzkumného šetření byla oslovena Bc. Iva Kubátová,MSc., hlavní sestra Pardubické krajské nemocnice a Mgr. Alena Brdičková, vedoucí oddělení vzdělávání z důvodu umožnění výzkumného šetření na jednotlivých odděleních (viz příloha 1). Jednalo se o kvantitativní výzkumné šetření, formou dotazování, technikou dotazník. Dotazník (viz příloha 2) byl určen sestrám, jeho vyplnění bylo anonymní a dobrovolné. Dotazník jsme rozdělily na tři části. První část obsahovala identifikační údaje respondentů. Jednalo se o čtyři otázky, z toho tři uzavřené a jedna polouzavřená. Druhou část tvořila tabulka, která obsahovala vybrané rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost záměny pacienta. Tyto rizikové faktory jsme seřadili do pěti okruhů a to komunikace, vedení dokumentace, podávání léků, chirurgické výkony a identifikaci pacienta. Úlohou respondentů bylo zhodnotit jaké je riziko záměny pacienta při působení daného rizikového faktoru, přičemž se řídili škálou od 5 do 1. Hodnota 5 označovala velmi silný rizikový faktor maximálně zvyšující pravděpodobnost záměny pacienta a hodnota 1 velmi slabý rizikový faktor minimálně zvyšující pravděpodobnost záměny pacienta. Respondenti měli označit vždy pouze jednu možnost u každého jednotlivého rizikového faktoru. Ve třetí části jsme vytyčili preventivní mechanizmy, které můžou předejít vzniku nežádoucí události- záměny pacienta. Respondenti měli zhodnotit, jaké nejčastější metody prevence záměny pacientů se používají na oddělení, kde pracují. Označit měli vždy jednu možnost u každé jednotlivé metody prevence, přičemž 5 znamenala používání u všech pacientů bez výjimky, 4 znamenala použití u předem vybrané skupiny pacientů, 3 znamenala použití pouze v specifické situaci (např. dva pacienti se stejným jménem na oddělení), 2 znamenala používání dané metody prevence u všech pacientů, ale pouze při příjmu, 1 znamenala nepoužívání dané metody prevence záměny pacienta. Vyhodnocení dotazníků jsme provedli popisnou statistikou pomocí programu SPSS 16 a zpracovali do tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Office. Výzkumné šetření se konalo v období od 1.10. do 31.10. 2011.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry z vybraných oddělení Pardubické krajské nemocnice. Dotazníky byly rozdány na chirurgické klinice (30 dotazníků), neurologické klinice (25 dotazníků), oddělení klinické a radiační onkologie (25 dotazníků) a interní klinice (20 dotazníků). Celkem bylo rozdáno 100 dotazníku. Návratnost byla 79 dotazníků, pro nesprávné vyplnění jsme vyřadily 8 dotazníků Výzkumný soubor teda tvořilo 71 respondentů (100 %).

4 Výsledky

4.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku

Tabulky 1-4 se týkají identifikačních údajů respondentů. Vypovídají o věku a pohlaví respondentů a o úrovni odborného vzdělání a délce praxe.

Tabulka 1 Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
20-30 let	36	50,6	50,6	50,7
31-40 let	19	26,8	26,8	77,5
41-50 let	9	12,7	12,7	90,1
50 a více let	7	9,9	9,9	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) bylo 36 ve věku 20-30 let (50,6 %), 19 ve věku 31-40 let (26,8 %), 9 ve věku 41-50 let (12,7 %) a 7 ve věku 50 a více let (9,9 %).

Tabulka 2 Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Muž	6	8,5	8,5	8,5
Žena	65	91,5	91,5	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) bylo 6 mužů (8,5 %) a 65 žen (91,5 %).

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Středoškolské	40	56,3	56,3	56,3
Vyšší odborné	9	12,7	12,7	69,0
Vysokoškolské-bakalář	10	14,1	14,1	83,1
Vysokoškolské-magistr	5	7,0	7,0	90,1
Jiné (jaké)	7	9,9	9,9	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) uvedlo 40 z nich, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské (56,3 %), 9 respondentů označilo vzdělání vyšší odborné (12,7 %), 10 respondentů označilo vzdělání vysokoškolské bakalářské (14,1 %), 5 respondentů označilo vzdělání vysokoškolské- magisterské (7,0 %) a 7 respondentů označilo svoje nejvyšší dosažené vzdělání jako „jiné“ (9,9 %). Ve všech případech se jednalo o pomaturitní specializační studium.

Tabulka 4 Délka praxe respondentů ve zdravotnickém zařízení

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Méně než 5 let	21	29,6	29,6	29,6
5-10 let	18	25,4	25,4	54,9
11-15 let	5	7,0	7,0	62,0
16-20 let	12	16,9	16,9	78,9
Delší než 20 let	15	21,1	21,1	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) mělo 21 z nich praxi kratší než 5 let (29,6 %), 18 praxi 5-10 let (25,4 %), 5 mělo praxi 11-15 let (7,0 %), 12 mělo praxi 16-20 let (16,9 %) a 15 mělo praxi delší než 20 let (21,1 %).

Tabulky 5- 37 se týkají působení jednotlivých rizikových faktorů na záměnu pacienta. Jsou rozděleny do pěti okruhů. Jedná se o komunikaci (tabulka 5- 17), vedení dokumentace (tabulka 18- 21), podávání léků (tabulka 22- 29), chirurgické výkony (tabulka 30- 34) a identifikaci pacienta (tabulka 35- 37).

Tabulka 5 Nesprávné pochopení ordinace lékaře

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**	**Relativní četnost validní**	**Kumulativní součty relativní**
Velmi slabý rizikový faktor	8	11,3	11,3	11,3
Slabý rizikový faktor	14	19,7	19,7	31,0
Průměrný rizikový faktor	19	26,8	26,8	57,7
Silný rizikový faktor	17	23,9	23,9	81,7
Velmi silný rizikový faktor	13	18,3	18,3	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 8 z nich nesprávné pochopení ordinace lékaře za velmi slabě působící rizikový faktor (11,3 %), 14 respondentů za slabě působící (19,7 %), 19 respondentů za průměrně působící (26,8 %), 17 respondentů za silně působící (23,9 %) a 13 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (18,3 %).

Tabulka 6 Převzetí telefonické ordinace

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	3	4,2	4,2	4,2
Slabý rizikový faktor	9	12,8	12,7	16,9
Průměrný rizikový faktor	28	39,4	39,4	56,3
Silný rizikový faktor	26	36,6	36,6	93,0
Velmi silný rizikový faktor	5	7,0	7,0	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 3 z nich převzetí telefonické ordinace za velmi slabě působící rizikový faktor (4,2 %), 9 respondentů za slabě působící (12,8 %), 28 respondentů za průměrně působící (39,4 %), 26 respondentů za silně působící (36,6 %) a 5 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (7 %).

Tabulka 7 Dopisování ordinace do chorobopisu lékařem bez upozornění sestry

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	6	8,5	8,5	8,5
Slabý rizikový faktor	20	28,0	28,0	36,6
Průměrný rizikový faktor	22	31,0	31,0	67,6
Silný rizikový faktor	14	19,7	19,7	87,3
Velmi silný rizikový faktor	9	12,8	12,8	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 6 z nich dopisování ordinace do chorobopisu lékařem bez upozornění sestry za velmi slabě působící rizikový faktor (8,5

%), 20 respondentů za slabě působící (28,0 %), 22 respondentů za průměrně působící (31,0 %), 14 respondentů za silně působící (19,7 %) a 9 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (12,8 %).

Tabulka 8 Nedostatečné předávání si informací o pacientech

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	2	2,8	2,8	2,8
Slabý rizikový faktor	8	11,3	11,3	14,1
Průměrný rizikový faktor	32	45,0	45,0	59,2
Silný rizikový faktor	20	28,2	28,2	87,3
Velmi silný rizikový faktor	9	12,7	12,7	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100%) považují 2 z nich nedostatečné předávání si informací o pacientech za velmi slabě působící rizikový faktor (2,8 %), 8 respondentů za slabě působící (11,3 %), 32 respondentů za průměrně působící (45,0 %), 20 respondentů za silně působící (28,2 %) a 9 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (12,7 %).

Tabulka 9 Nedostatečné propojení sesterské a lékařské dokumentace

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Slabý rizikový faktor	10	14,1	14,1	14,1
Průměrný rizikový faktor	32	45,1	45,1	59,2
Silný rizikový faktor	25	35,2	35,2	94,4
Velmi silný rizikový faktor	4	5,6	5,6	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 10 z nich nedostatečné propojení sesterské a lékařské dokumentace za slabě působící rizikový faktor (14,1 %), 32 respondentů za průměrně působící (45,1 %), 25 respondentů za silně působící (35,2 %) a 4 respondenti považují tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (5,6 %). Žádný z respondentů nepovažuje tento rizikový faktor za velmi slabě působící.

Tabulka 10 Předávání informací o pacientovi pouze slovně (předání služby)

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**	**Relativní četnost validní**	**Kumulativní součty relativní**
Velmi slabý rizikový faktor	1	1,4	1,4	1,4
Slabý rizikový faktor	5	7,0	7,0	8,5
Průměrný rizikový faktor	30	42,3	42,3	50,7
Silný rizikový faktor	19	26,8	26,8	77,5
Velmi silný rizikový faktor	16	22,5	22,5	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100%) považuje 1 z nich předávání informací o pacientovi pouze slovně za velmi slabě působící rizikový faktor (1,4 %), 5 respondentů za slabě působící (7,0 %), 30 respondentů za průměrně působící (42,3 %), 19 respondentů za silně působící (26,8 %) a 16 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (22,5 %).

Tabulka 11 Předávání informací o pacientovi pouze písemně (předání služby)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	4	5,6	5,6	5,6
Slabý rizikový faktor	23	32,4	32,4	38,0
Průměrný rizikový faktor	37	52,1	52,1	90,1
Silný rizikový faktor	7	9,9	9,9	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 4 z nich předávání informací o pacientovi pouze písemně za velmi slabě působící rizikový faktor (5,6 %), 23 respondentů za slabě působící (32,4 %), 37 respondentů za průměrně působící (52,1 %), 7 respondentů považuje tento rizikový faktor za silně působící na možnou záměnu pacienta (9,9 %). Žádný z respondentů nepovažuje tento rizikový faktor za velmi silně působící.

Tabulka 12 Nepředávání informací o pacientovi

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	2	2,8	2,8	2,8
Slabý rizikový faktor	3	4,2	4,2	7,0
Průměrný rizikový faktor	15	21,1	21,1	28,2
Silný rizikový faktor	27	38,0	38,0	66,2
Velmi silný rizikový faktor	24	33,9	33,9	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 2 z nich nepředávání informací o pacientovi za velmi slabě působící rizikový faktor (2,8 %), 3 respondenti za slabě

působící (4,2 %), 15 respondentů za průměrně působící (21,1 %), 27 respondentů za silně působící (38,0 %) a 24 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (33,9 %).

Tabulka 13 Systém práce- skupinový („dělení“ pacientů)

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**	**Relativní četnost validní**	**Kumulativní součty relativní**
Velmi slabý rizikový faktor	7	9,8	9,8	9,9
Slabý rizikový faktor	30	42,3	42,3	52,1
Průměrný rizikový faktor	30	42,3	42,3	94,4
Silný rizikový faktor	3	4,2	4,2	98,6
Velmi silný rizikový faktor	1	1,4	1,4	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 7 z nich skupinový systém práce („dělení pacientů“) za velmi slabě působící rizikový faktor (9,8 %), 30 respondentů za slabě působící (42,3 %), 30 respondentů za průměrně působící (42,3 %), 3 respondenti za silně působící (4,2 %) a 1 respondent považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (1,4 %).

Tabulka 14 Funkční systém práce- pečujeme o všechny pacienty společně

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	1	1,4	1,4	1,4
Slabý rizikový faktor	28	39,4	39,4	40,8
Průměrný rizikový faktor	30	42,3	42,3	83,1
Silný rizikový faktor	10	14,1	14,1	97,2
Velmi silný rizikový faktor	2	2,8	2,8	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 1 z nich systém práce formou péče o všechny pacienty společně za velmi slabě působící rizikový faktor (1,4 %), 28 respondentů za slabě působící (39,4 %), 30 respondentů za průměrně působící (42,3 %), 10 respondentů za silně působící (14,1 %) a 2 respondenti považují tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (2,8 %).

Tabulka 15 Nedostatečná pozitivní slovní identifikace pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	1	1,4	1,4	1,4
Slabý rizikový faktor	4	5,6	5,6	7,0
Průměrný rizikový faktor	20	28,2	28,2	35,2
Silný rizikový faktor	35	49,3	49,3	84,5
Velmi silný rizikový faktor	11	15,5	15,5	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 1 z nich nedostatečnou pozitivní slovní identifikaci pacienta za velmi slabě působící rizikový faktor (1,4 %), 4

respondenti za slabě působící (5,6 %), 20 respondentů za průměrně působící (28,2 %), 35 respondentů za silně působící (49,3 %) a 11 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (15,5 %).

Tabulka 16 Nedostatečná kontrola identity pacienta podle identifikačního náramku

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Slabý rizikový faktor	10	14,1	14,1	14,1
Průměrný rizikový faktor	28	39,4	39,4	53,5
Silný rizikový faktor	20	28,2	28,2	81,7
Velmi silný rizikový faktor	13	18,3	18,3	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 10 z nich nedostatečnou kontrolu identity pacienta podle identifikačního náramku za slabě působící rizikový faktor (14,1 %), 28 respondentů za průměrně působící (39,4 %), 20 respondentů za silně působící (28,2 %) a 13 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (18,3 %). Žádný z respondentů nepovažuje tento rizikový faktor za velmi slabě působící.

Tabulka 17 Nedostatečné zapojení pacienta do ošetřovatelského procesu (pacient nespolupracuje, podává nesprávné informace)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Slabý rizikový faktor	14	19,7	19,7	19,7
Průměrný rizikový faktor	33	46,5	46,5	66,2
Silný rizikový faktor	14	19,7	19,7	85,9
Velmi silný rizikový faktor	10	14,1	14,1	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 14 z nich nedostatečné zapojení pacienta do ošetřovatelského procesu za slabě působící rizikový faktor (19,7 %), 33 respondentů za průměrně působící (46,5 %), 14 respondentů za silně působící (19,7 %) a 10 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (14,1 %). Žádný z respondentů nepovažuje tento rizikový faktor za velmi slabě působící.

Tabulka 18 Nečitelné ordinace medikace lékařem

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	2	2,9	2,9	2,8
Slabý rizikový faktor	15	21,1	21,1	23,9
Průměrný rizikový faktor	24	33,8	33,8	57,7
Silný rizikový faktor	14	19,7	19,7	77,5
Velmi silný rizikový faktor	16	22,5	22,5	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 2 z nich nečitelné ordinace medikace lékařem za velmi slabě působící rizikový faktor (2,9 %), 15 respondentů za slabě působící (21,1 %), 24 respondentů za průměrně působící (33,8 %), 14 respondentů za silně působící (19,7 %) a 16 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (22,5 %).

Tabulka 19 Používání nestandardizovaných zkratek

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**	**Relativní četnost validní**	**Kumulativní součty relativní**
Velmi slabý rizikový faktor	2	2,8	2,8	2,8
Slabý rizikový faktor	11	15,5	15,5	18,3
Průměrný rizikový faktor	31	43,7	43,7	62,0
Silný rizikový faktor	17	23,9	23,9	85,9
Velmi silný rizikový faktor	10	14,1	14,1	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 2 z nich používání nestandardizovaných zkratek za velmi slabě působící rizikový faktor (2,8 %), 11 respondentů za slabě působící (15,5 %), 31 respondentů za průměrně působící (43,7 %), 17 respondentů za silně působící (23,9 %) a 10 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (14,1 %).

Tabulka 20 Nedovolené opravy v dokumentaci (přelepování, používání korekčního laku)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	7	9,9	9,9	9,9
Slabý rizikový faktor	27	38,0	38,0	47,9
Průměrný rizikový faktor	29	40,9	40,9	88,7
Silný rizikový faktor	4	5,6	5,6	94,4
Velmi silný rizikový faktor	4	5,6	5,6	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 7 z nich nedovolené opravy v dokumentaci (přelepování, používání korekčního laku) za velmi slabě působící rizikový faktor (9,9 %), 27 respondentů za slabě působící (38,0 %), 29 respondentů za průměrně působící (40,9 %), 4 respondenti za silně působící (5,6 %) a 4 respondenti považují tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (5,6 %).

Tabulka 21 Nekompletní dokumentace při vyšetřeních pacienta anebo před výkonem (např. před operací), chybí zápisy pozorování

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	2	2,8	2,8	2,8
Slabý rizikový faktor	6	8,5	8,5	11,3
Průměrný rizikový faktor	26	36,6	36,6	47,9
Silný rizikový faktor	27	38,0	38,0	85,9
Velmi silný rizikový faktor	10	14,1	14,1	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 2 z nich nekompletnost dokumentace, příp. chyby v dokumentaci za velmi slabě působící rizikový faktor (2,8 %), 6 respondentů za slabě působící (8,5 %), 26 respondentů za průměrně působící (36,6 %), 27 respondentů za silně působící (38,0 %) a 10 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (14,1 %).

Tabulka 22 Příprava léku na pokoji nemocného z pojízdné lékárny

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**	**Relativní četnost validní**	**Kumulativní součty relativní**
Velmi slabý rizikový faktor	17	23,9	23,9	23,9
Slabý rizikový faktor	44	62,0	62,0	85,9
Průměrný rizikový faktor	8	11,3	11,3	97,2
Silný rizikový faktor	2	2,8	2,8	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 17 z nich přípravu léku na pokoji nemocného z pojízdné lékárny za velmi slabě působící rizikový faktor (23,9 %), 44 respondentů za slabě působící (62,0 %), 8 respondentů za průměrně působící (11,3 %) a 2 respondenti považují tento rizikový faktor za silně působící na možnou záměnu pacienta (2,8 %). Žádný z respondentů nepovažuje tento rizikový faktor za velmi silně působící.

Tabulka 23 Příprava léku předem v pracovně sester (podávání léků tzv. podnosovým systémem)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	1	1,4	1,4	1,4
Slabý rizikový faktor	12	16,9	16,9	18,3
Průměrný rizikový faktor	33	46,5	46,5	64,8
Silný rizikový faktor	17	23,9	23,9	88,7
Velmi silný rizikový faktor	8	11,3	11,3	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 1 z nich přípravu léku předem v pracovně sester (podávání léku tzv. podnosovým systémem) za velmi slabě působící rizikový faktor (1,4 %), 12 respondentů za slabě působící (16,9 %), 33 respondentů za průměrně působící (46,5 %), 17 respondentů za silně působící (23,9 %) a 8 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (11,3 %).

Tabulka 24 Nepodání léku osobou, která lék připravila

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	2	2,9	2,9	2,8
Průměrný rizikový faktor	15	21,1	21,1	23,9
Silný rizikový faktor	39	54,9	54,9	78,9
Velmi silný rizikový faktor	15	21,1	21,1	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 2 z nich situaci, kdy lék připraví jedna sestra, ale podá jiná za velmi slabě působící rizikový faktor (2,9 %), 15 respondentů za průměrně působící (21,1 %), 39 respondentů za silně působící (54,9 %) a 15 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (21,1 %). Žádný z respondentů nepovažuje tento rizikový faktor za slabě působící.

Tabulka 25 Přepočítávání gramáží ordinovaného léku (např. lékař chce podat Hipres 25mg, ale v lékárně máme pouze Hipres 10 mg)

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**	**Relativní četnost validní**	**Kumulativní součty relativní**
Velmi slabý rizikový faktor	3	4,2	4,2	4,2
Slabý rizikový faktor	15	21,1	21,1	25,4
Průměrný rizikový faktor	36	50,8	50,8	76,1
Silný rizikový faktor	17	23,9	23,9	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 3 z nich situaci, která vyžaduje přepočítávání gramáží ordinovaného léku za velmi slabě působící rizikový faktor (4,2 %), 15 respondentů za slabě působící (21,1 %), 36 respondentů za průměrně působící (50,8 %) a 17 respondentů považuje tento rizikový faktor za silně působící na možnou záměnu pacienta (23,9 %). Žádný z respondentů nepovažuje tento rizikový faktor za velmi silně působící.

Tabulka 26 Přepisování léků, např. na tabuli

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	4	5,6	5,6	5,6
Slabý rizikový faktor	25	35,2	35,2	40,8
Průměrný rizikový faktor	27	38,0	38,0	78,9
Silný rizikový faktor	11	15,5	15,5	94,4
Velmi silný rizikový faktor	4	5,7	5,7	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 4 z nich přepisování léků, např. na tabuli za velmi slabě působící rizikový faktor (5,6 %), 25 respondentů za slabě působící (35,2 %), 27 respondentů za průměrně působící (38,0 %), 11 respondentů za silně působící (15,5 %) a 4 respondenti považují tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (5,7 %).

Tabulka 27 Nedostatečná kontrola ordinovaného léku před podáním pacientovi

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	3	4,2	4,2	4,2
Slabý rizikový faktor	2	2,8	2,8	7,0
Průměrný rizikový faktor	21	29,6	29,6	36,6
Silný rizikový faktor	32	45,1	45,1	81,7
Velmi silný rizikový faktor	13	18,3	18,3	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 3 z nich nedostatečnou kontrolu ordinovaného léku před podáním pacientovi za velmi slabě působící rizikový faktor (4,2

%), 2 respondenti za slabě působící (2,8 %), 21 respondentů za průměrně působící (29,6 %), 32 respondentů za silně působící (45,1 %) a 13 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (18,3 %).

Tabulka 28 Neoznačení infuzních roztoků

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	1	1,4	1,4	1,4
Slabý rizikový faktor	5	7,0	7,0	8,5
Průměrný rizikový faktor	20	28,2	28,2	36,6
Silný rizikový faktor	20	28,2	28,2	64,8
Velmi silný rizikový faktor	25	35,2	35,2	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 1 z nich situaci, kdy není provedeno označení infuzního roztoku před podáním pacientovi za velmi slabě působící rizikový faktor (1,4 %), 5 respondentů za slabě působící (7,0 %), 20 respondentů za průměrně působící (28,2 %), 20 respondentů za silně působící (28,2 %) a 25 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (35,2 %).

Tabulka 29 Neoznačení zkumavek před odběrem

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	14	19,7	19,7	19,7
Slabý rizikový faktor	24	33,8	33,8	53,5
Průměrný rizikový faktor	24	33,8	33,8	87,3
Silný rizikový faktor	6	8,5	8,5	95,8
Velmi silný rizikový faktor	3	4,2	4,2	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 14 z nich značení zkumavek před odběrem za velmi slabě působící rizikový faktor (19,7 %), 24 respondentů za slabě působící (33,8 %), 24 respondentů za průměrně působící (33,8 %), 6 respondentů za silně působící (8,5 %) a 3 respondenti považují tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (4,2 %).

Tabulka 30 Nedostatečná nebo žádná pozitivní slovní identifikace před operací

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Slabý rizikový faktor	6	8,4	8,4	8,5
Průměrný rizikový faktor	22	31,0	31,0	39,4
Silný rizikový faktor	22	31,0	31,0	70,4
Velmi silný rizikový faktor	21	29,6	29,6	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 6 z nich nedostatečnou nebo žádnou pozitivní slovní identifikaci před operací za slabě působící rizikový faktor (8,4 %), 22 respondentů za průměrně působící (31,0 %), 22 respondentů za silně působící

(31,0 %) a 21 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (29,6 %). Žádný z respondentů nepovažuje tento rizikový faktor za velmi slabě působící.

Tabulka 31 Značení operačního pole provádí pouze lékař přímo na sále

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	4	5,6	5,6	5,6
Slabý rizikový faktor	9	12,8	12,8	18,3
Průměrný rizikový faktor	38	53,5	53,5	71,8
Silný rizikový faktor	17	23,9	23,9	95,8
Velmi silný rizikový faktor	3	4,2	4,2	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 4 z nich situaci, kdy značení operačního pole provádí pouze lékař přímo na sále za velmi slabě působící rizikový faktor (5,6 %), 9 respondentů za slabě působící (12,8 %), 38 respondentů za průměrně působící (53,5 %), 17 respondentů za silně působící (23,9 %) a 3 respondenti považují tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (4,2 %).

Tabulka 32 Značení operačního pole se neprovádí u lůžka pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	4	5,6	5,6	5,6
Slabý rizikový faktor	30	42,3	42,3	47,9
Průměrný rizikový faktor	29	40,8	40,8	88,7
Silný rizikový faktor	6	8,5	8,5	97,2
Velmi silný rizikový faktor	2	2,8	2,8	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 4 z nich neprovedení značení operačního pole u lůžka pacienta za velmi slabě působící rizikový faktor (5,6 %), 30 respondentů za slabě působící (42,3 %), 29 respondentů za průměrně působící (40,8 %), 6 respondentů za silně působící (8,5 %) a 2 respondenti považují tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (2,8 %).

Tabulka 33 Nepodílení se pacienta na značení operačního pole

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	3	4,2	4,2	4,2
Slabý rizikový faktor	23	32,4	32,4	36,6
Průměrný rizikový faktor	23	32,4	32,4	69,0
Silný rizikový faktor	15	21,1	21,1	90,1
Velmi silný rizikový faktor	7	9,9	9,9	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 3 z nich nepodílení se pacienta na značení operačního pole za velmi slabě působící rizikový faktor (4,2 %), 23

respondentů za slabě působící (32,4 %), 23 respondentů za průměrně působící (32,4 %), 15 respondentů za silně působící (21,1 %) a 7 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (9,9 %).

Tabulka 34 Absence kompletní dokumentace na operačním sále

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Slabý rizikový faktor	2	2,8	2,8	2,8
Průměrný rizikový faktor	17	23,9	23,9	26,8
Silný rizikový faktor	34	47,9	47,9	74,6
Velmi silný rizikový faktor	18	25,4	25,4	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 2 z nich absenci kompletní dokumentace na operačním sále za slabě působící rizikový faktor (2,8 %), 17 respondentů za průměrně působící (23,9 %), 34 respondentů za silně působící (47,9 %) a 18 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (25,4 %). Žádný z respondentů nepovažuje tento rizikový faktor za velmi slabě působící.

Tabulka 35 Odmítnutí používání identifikačního náramku pacientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Slabý rizikový faktor	2	2,8	2,8	2,8
Průměrný rizikový faktor	24	33,8	33,8	36,6
Silný rizikový faktor	27	38,0	38,0	74,6
Velmi silný rizikový faktor	18	25,4	25,4	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považují 2 z nich odmítnutí používání identifikačního náramku za slabě působící rizikový faktor (2,8 %), 24 respondentů za průměrně působící (33,8 %), 27 respondentů za silně působící (38,0 %) a 18 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (25,4 %). Žádný z respondentů nepovažuje tento rizikový faktor za velmi slabě působící.

Tabulka 36 Nepoužívání radiofrekvenčního čipu

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**	**Relativní četnost validní**	**Kumulativní součty relativní**
Velmi slabý rizikový faktor	6	8,5	8,5	8,5
Slabý rizikový faktor	22	31,0	31,0	39,4
Průměrný rizikový faktor	21	29,5	29,5	69,0
Silný rizikový faktor	13	18,3	18,3	87,3
Velmi silný rizikový faktor	9	12,7	12,7	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 6 z nich nepoužívání radiofrekvenčního čipu za velmi slabě působící rizikový faktor (8,5 %), 22 respondentů za slabě působící (31,0 %), 21 respondentů za průměrně působící (29,5 %), 13 respondentů za silně působící (18,3 %) a 9 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (12,7 %).

Tabulka 37 Pacienti se stejným příjmením (např. Novák) ležící na oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Velmi slabý rizikový faktor	1	1,4	1,4	1,4
Průměrný rizikový faktor	16	22,5	22,5	23,9
Silný rizikový faktor	32	45,1	45,1	69,0
Velmi silný rizikový faktor	22	31,0	31,0	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) považuje 1 z nich situaci, kdy na oddělení leží pacienti se stejným příjmením (např. Novák) za velmi slabě působící rizikový faktor (1,4 %), 16 respondentů za průměrně působící (22,5 %), 32 respondentů za silně působící (45,1 %) a 22 respondentů považuje tento rizikový faktor za velmi silně působící na možnou záměnu pacienta (31,0 %). Žádný z respondentů nepovažuje tento rizikový faktor za slabě působící.

Tabulky 38- 46 se týkají preventivních mechanizmů záměny pacienta a jejich využívání v praxi.

Tabulka 38 Pozitivní slovní identifikace pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Používání pouze u příjmu pacienta	2	2,8	2,8	2,8
Používání v specifické situaci	10	14,1	14,1	16,9
Používání u vybrané skupiny pacientů	3	4,2	4,2	21,1
Používání u všech pacientů	56	78,9	78,9	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) používají pozitivní slovní identifikaci ke kontrole identity pacienta 2 z nich pouze u příjmu pacienta (2,8 %), 10 respondentů používá pozitivní slovní identifikaci pouze v specifické situaci (14,1 %), 3 respondenti ji používají u vybrané skupiny pacientů (4,2 %) a 56 respondentů používá pozitivní slovní identifikaci u všech pacientů (78,9 %). Žádný z respondentů neodpověděl, že pozitivní slovní identifikaci na oddělení nepoužívá.

Tabulka 39 Kontrola osobních dokladů (občanský průkaz, průkaz pojištěnce, cestovní pas)

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**	**Relativní četnost validní**	**Kumulativní součty relativní**
Nepoužíváme	2	2,8	2,8	2,8
Používání pouze u příjmu pacienta	19	26,8	26,8	29,6
Používání v specifické situaci	4	5,6	5,6	35,2
Používání u všech pacientů	46	64,8	64,8	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) používá osobní doklady (občanský průkaz, průkaz pojištěnce, cestovní pas) ke kontrole identity pacienta 19 respondentů pouze u příjmu pacienta (26,8 %). 4 respondenti používají osobní doklady pouze v specifické situaci (5,6 %). 46 respondentů je používá u všech pacientů (64,8 %). 2 respondenti odpověděli, že osobní doklady v rámci prevence záměny pacienta nepoužívají (2,8 %). Odpověď „používání u vybrané skupiny pacientů“ se v dotazníku nevyskytla.

Tabulka 40 Identifikační náramky

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Nepoužíváme	2	2,8	2,8	2,8
Používání v specifické situaci	1	1,4	1,4	4,2
Používání u vybrané skupiny pacientů	2	2,8	2,8	7,0
Používání u všech pacientů	66	93,0	93,0	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100%) 2 z nich odpověděli, že nepoužívají při své práci v rámci identifikace a jako prevenci záměny pacienta identifikační náramky (2,8%). 1 respondent odpověděl, že je používá pouze v specifické situaci (1,4%). 2 respondenti odpověděli, že identifikační náramky používají u vybrané skupiny pacientů (2,8 %). 66 respondentů odpovědělo, že náramky používá u všech pacientů (93,0 %). Odpověď „používání pouze u příjmu pacienta“ se v dotazníku nevyskytla.

Tabulka 41 Náramky s radiofrekvenčním čipem

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Nepoužíváme	51	71,9	71,9	71,8
Používání pouze u příjmu	1	1,4	1,4	73,2
Používání v specifické situaci	2	2,8	2,8	76,1
Používání u vybrané skupiny pacientů	15	21,1	21,1	97,2
Používání u všech pacientů	2	2,8	2,8	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100%) odpovědělo 51 z nich, že při své práci nepoužívá náramky s radiofrekvenčním čipem (71,9%). 1 respondent odpověděl, že je

používá pouze u příjmu pacienta (1,4 %), 2 respondenti odpověděli, že náramky s radiofrekvenčním čipem používají v specifické situaci (2,8 %), 15 respondentů je používá u vybrané skupiny pacientů (21,1 %) a 2 (2,8 %) respondenti je používají u všech pacientů.

Tabulka 42 Fotografie

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**	**Relativní četnost validní**	**Kumulativní součty relativní**
Nepoužíváme	47	66,2	66,2	66,2
Používání pouze u příjmu	2	2,8	2,8	69,0
Používání v specifické situaci	9	12,7	12,7	81,7
Používání u vybrané skupiny pacientů	10	14,1	14,1	95,8
Používání u všech pacientů	3	4,2	4,2	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100%) odpovědělo 47 z nich, že fotografie ke kontrole identity pacienta nepoužívá (66,2%). 2 respondenti odpověděli, že je používají pouze u příjmu pacienta (2,8 %), 9 respondentů odpovědělo, že fotografie používá v specifické situaci (12,7 %), 10 respondentů je používá u vybrané skupiny pacientů (14,1 %) a 3 respondenti je používají u všech pacientů (4,2 %).

Tabulka 43 Označení místa operace fixem na tělo jako prevence stranové záměny

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Nepoužíváme	49	69,0	69,0	69,0
Používání pouze u příjmu	1	1,4	1,4	70,4
Používání v specifické situaci	6	8,5	8,5	78,9
Používání u vybrané skupiny pacientů	9	12,6	12,6	91,5
Používání u všech pacientů	6	8,5	8,5	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100%) značení místa operace fixem na tělo jako prevence stranové záměny nepoužívá 49 z nich (69,0%). 1 respondent odpověděl, že značení používá pouze u příjmu pacienta (1,4 %), 6 respondentů odpovědělo, že značení místa operace fixem na tělo pacienta používá v specifické situaci (8,5 %), 9 respondentů takové značení používá u vybrané skupiny pacientů (12,6 %) a 6 respondentů toto značení používá u všech pacientů (8,5 %).

Tabulka 44 Kontrola identity pacienta podle údajů z přinesené dokumentace

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Nepoužíváme	2	2,8	2,8	2,8
Používání pouze u příjmu	18	25,4	25,4	28,2
Používání v specifické situaci	15	21,1	21,1	49,3
Používání u vybrané skupiny pacientů	1	1,4	1,4	50,7
Používání u všech pacientů	35	49,3	49,3	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100%) kontrolu identity podle údajů z přinesené dokumentace neprovádí 2 respondenti (2,8 %). 18 respondentů odpovědělo, že ji provádí pouze u příjmu pacienta (25,4 %), 15 respondentů odpovědělo, že tuto kontrolu provádí v specifické situaci (21,1 %), 1 respondent ji provádí u vybrané skupiny pacientů (1,4 %) a 35 respondentů ji provádí u všech pacientů (49,3 %).

Tabulka 45 Důsledné značení připraveného infuzního roztoku

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**	**Relativní četnost validní**	**Kumulativní součty relativní**
Nepoužíváme	2	2,7	2,7	2,8
Používání v specifické situaci	6	8,5	8,5	11,3
Používání u vybrané skupiny pacientů	19	26,8	26,8	38,0
Používání u všech pacientů	44	62,0	62,0	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100%) značení připraveného infuzního roztoku neprovádí 2 z nich (2,7 %). 6 respondentů odpovědělo, že značení provádí v specifické situaci (8,5 %), 19 respondentů provádí značení u vybrané skupiny pacientů (26,8 %) a 44 respondentů uvedlo, že důsledně značí připravené infuzní roztoky u všech pacientů (62,0 %). Odpověď „používání pouze u příjmu“ se v dotazníku nevyskytla.

Tabulka 46 Okamžité podání připraveného léku pacientovi

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**	**Relativní četnost validní**	**Kumulativní součty relativní**
Nepoužíváme	9	12,6	12,6	12,7
Používání u vybrané skupiny pacientů	8	11,3	11,3	23,9
Používání u všech pacientů	54	76,1	76,1	100,0
Celkem	**71**	**100,0**	**100,0**	

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) 54 z nich uvedlo, že připravený lék ihned podá pacientovi (76,1 %), 8 respondentů odpovědělo, že ihned podá připravený lék pouze vybrané skupině pacientů (11,3 %) a 9 respondentů uvedlo, že tato metoda prevence záměny pacientů se na oddělení, kde pracují, nepoužívá (12,6 %). Odpovědi „používání pouze u příjmu“ a „používání v specifické situaci“ se v dotazníku nevyskytli.

4.2 Souhrnné vyhodnocení rizikových faktorů a preventivních mechanizmů

Tabulky 47- 52 jsou celkovým vyhodnocením jednotlivých oblastí výzkumného šetření pomocí váženého aritmetického průměru. V průzkumném šetření hodnota 5 označovala velmi silný rizikový faktor maximálně zvyšující pravděpodobnost záměny pacienta, hodnota 4 silný rizikový faktor, hodnota 3 průměrný rizikový faktor, hodnota 2 slabý rizikový faktor a hodnota 1 velmi slabý rizikový faktor minimálně zvyšující pravděpodobnost záměny pacienta.

Tabulka 47 Vyhodnocení rizikových faktorů v oblasti komunikace personál versus pacient

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Nedostatečná pozitivní slovní identifikace pacienta	71	1	5	**3,72**	0,848
Nedostatečná kontrola identity pacienta podle identifikačního náramku	71	2	5	**3,51**	0,954
Nedostatečné zapojení pacienta do ošetřovatelského procesu	71	2	5	**3,28**	0,944
Celkový průměr				**3,50**	

(hodnota 5 představuje velmi silný rizikový faktor - hodnota 1 velmi slabý rizikový faktor)

V oblasti komunikace mezi personálem a pacientem, resp. sestrou a pacientem se jako nejrizikovější ukázala nedostatečná slovní identifikace pacienta sestrou (3,72). Hodnota celkového průměru tvrzení vztahujících se k problematice rizikových faktorů v oblasti komunikace mezi personálem a pacientem je **3,50.**

Tabulka 48 Vyhodnocení rizikových faktorů v oblasti komunikace personál versus personál

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Nepředávání informací o pacientech	71	1	5	**3,96**	0,992
Předávání informací o pacientech pouze slovně	71	1	5	**3,62**	0,962
Nedostatečné předávání si informací o pacientech	71	1	5	**3,37**	0,945
Nedostatečné propojení sesterské a lékařské dokumentace	71	2	5	**3,32**	0,789
Převzetí telefonické ordinace	71	1	5	**3,30**	0,932
Nesprávné pochopení ordinace lékaře	71	1	5	**3,18**	1,268
Dopisování ordinace do chorobopisu lékařem bez upozornění sestry	71	1	5	**3,00**	1,159
Funkční systém práce	71	1	5	**2,77**	0,814
Předávání informací o pacientech pouze písemně	71	1	4	**2,66**	0,736
Skupinový systém práce	71	1	5	**2,45**	0,789
Celkový průměr				**3,16**	

(hodnota 5 představuje velmi silný rizikový faktor - hodnota 1 velmi slabý rizikový faktor)

V oblasti komunikace mezi personálem a personálem se jako nejrizikovější ukázalo nepředávání si informací o pacientech (3,96) a předávání informací o pacientech pouze písemně (3,62). Hodnota celkového průměru tvrzení vztahujících se k problematice rizikových faktorů v oblasti komunikace mezi personálem a personálem je **3,16**.

Tabulka 49 Vyhodnocení rizikových faktorů v oblasti vedení dokumentace

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Nekompletní dokumentace při vyšetřeních pacienta anebo před výkonem, chybí zápisy pozorování	71	1	5	**3,52**	0,939
Nečitelné ordinace medikace lékařem	71	1	5	**3,38**	1,138
Používání nestandardizovaných zkratek	71	1	5	**3,31**	0,994
Nedovolené opravy v dokumentaci	71	1	5	**2,59**	0,950
Celkový průměr				**3,2**	

(hodnota 5 představuje velmi silný rizikový faktor - hodnota 1 velmi slabý rizikový faktor)

V oblasti vedení dokumentace se jako nejrizikovější ukázala nekompletnost dokumentace při vyšetřeních pacienta, před výkonem anebo chybění zápisů pozorování (3,52) a nečitelné ordinace medikace lékařem (3,38). Hodnota celkového průměru tvrzení vztahujících se k problematice vedení dokumentace je **3,2.**

Tabulka 50 Vyhodnocení rizikových faktorů v oblasti podávání léků

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Nepodání léků osobou, která lék připravovala	71	1	5	**3,92**	0,824
Neoznačení infuzních roztoků	71	1	5	**3,89**	1,022
Nedostatečná kontrola ordinovaného léků před podáním pacientovi	71	1	5	**3,7**	0,947
Příprava léku předem v pracovně sester (podávání léků tzv. podnosovým způsobem)	71	1	5	**3,27**	0,925
Přepočítávání gramáží ordinovaného léku (např. lékař chce podat Hipres 25mg, ale v lékárně máme pouze Hipres 10mg)	71	1	4	**2,94**	0,791
Přepisování léků, např. na tabuli	71	1	5	**2,8**	0,965
Neoznačení zkumavek před odběrem	71	1	5	**2,44**	1,038
Příprava léku na pokoji nemocného z pojízdné lékárny	71	1	4	**1,93**	0,683
Celkový průměr				**3,11**	

(hodnota 5 představuje velmi silný rizikový faktor - hodnota 1 velmi slabý rizikový faktor)

V oblasti podávání léků se jako nejrizikovější ukázala situace, kdy lék připraví jedna sestra, ale podá jiná (3,92) a neprovedené značení infuzních roztoků (3,89). Hodnota celkového průměru tvrzení vztahujících se k problematice podávání léků je **3,11.**

Tabulka 51 Vyhodnocení rizikových faktorů prevence záměny pacientů v oblasti chirurgických výkonů

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Absence kompletní dokumentace na operačním sále	71	2	5	**3,96**	0,783
Nedostatečná nebo žádná pozitivní slovní identifikace před operací	71	2	5	**3,82**	0,961
Značení operačního pole provádí pouze lékař přímo na sále	71	1	5	**3,08**	0,874
Nepodílení se pacienta na značení operačního pole	71	1	5	**3,00**	1,056
Značení operačního pole se neprovádí u lůžka pacienta	71	1	5	**2,61**	0,836
Celkový průměr				**3,29**	

(hodnota 5 představuje velmi silný rizikový faktor - hodnota 1 velmi slabý rizikový faktor)

V oblasti chirurgických výkonů se jako nejrizikovější ukázala absence kompletní dokumentace na operačním sále (3,96) a nedostatečná nebo žádná pozitivní slovní identifikace pacienta před operací (3,82). Hodnota celkového průměru tvrzení vztahujících se k problematice chirurgických výkonů je **3,29.**

Tabulka 52 Vyhodnocení rizikových faktorů v oblasti identifikace pacienta

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Pacienti se stejným příjmením ležící na oddělení	71	1	5	**4,04**	0,818
Odmítnutí používání identifikačního náramku pacientem	71	2	5	**3,86**	0,833
Nepoužívání radiofrekvenčního čipu	71	1	5	**2,96**	1,164
Celkový průměr				**3,62**	

(hodnota 5 představuje velmi silný rizikový faktor - hodnota 1 velmi slabý rizikový faktor)

V oblasti identifikace pacienta se jako nejrizikovější ukázala situace, kdy na oddělení leží dva pacienti se stejným příjmením (4,04). Hodnota celkového průměru tvrzení vztahujících se k problematice identifikace pacienta je **3,62.**

Tabulka 53 je celkovým vyhodnocením jednotlivých metod prevence záměny pacientů pomocí váženého aritmetického průměru. V průzkumném šetření hodnota 5 označovala používání dané metody prevence u všech pacientů, hodnota 4 používaní u vybrané skupiny pacientů, hodnota 3 používání v specifické situaci, hodnota 2 používání pouze u příjmu pacienta a hodnota 1 nepoužívání dané metody prevence záměny pacienta.

Tabulka 53 Metody prevence záměny pacientů

	N	**Minimum**	**Maximum**	**Průměr**	**Směrodatná odchylka**
Identifikační náramky	71	1	5	**4,83**	0,717
Pozitivní slovní identifikace	71	2	5	**4,59**	0,838
Důsledné značení připraveného infuzního roztoku	71	1	5	**4,45**	0,875
Připravený lék se ihned podá pacientovi	71	1	5	**4,38**	1,335
Kontrola osobních dokladů	71	1	5	**3,97**	1,434
Kontrola identity pacienta podle údajů z přinesené dokumentace	71	1	5	**3,69**	1,379
Označení místa operace fixem na tělo jako prevence stranové záměny	71	1	5	**1,90**	1,436
Fotografie	71	1	5	**1,87**	1,319
Náramky s radiofrekvenčním čipem	71	1	5	**1,82**	1,356
Celkový průměr				**3,50**	

(hodnota 5 představuje používání u všech pacientů - hodnota 1 velmi slabý rizikový faktor)

Podle výzkumného šetření se jako nejvíce používanou metodou prevence ukázala být metoda používání identifikačních náramků (4,83) a metoda využívání pozitivní slovní identifikace (4,59). Hodnota celkového průměru používaných metod prevence je **3,50.**

5 Diskuze

Bakalářská práce byla zaměřena na zjišťování rizikových faktorů, které zvyšují pravděpodobnost záměny pacientů ve zdravotnickém zařízení a na identifikaci metod, které takové nežádoucí události můžou zabránit.

Výzkumný soubor tvořilo 71 respondentů (sester) z oddělení Pardubické krajské nemocnice. Jednalo se o sestry z chirurgické, neurologické a interní kliniky a oddělení klinické a radiační onkologie.

První část výzkumného šetření tvořily identifikační údaje jednotlivých respondentů. Zajímal nás jejich věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe ve zdravotnickém zařízení. Jak je vidět v tabulce 1, věk respondentů jsme rozdělily do několika skupin. Do první skupiny ve věku 20- 30 let se zařadilo 36 respondentů (50,6 %), do druhé skupiny ve věku 31- 40 let se zařadilo 19 respondentů (26,8 %), do třetí skupiny ve věku 41- 50 let se zařadilo 9 respondentů (12,7 %) a do skupiny ve věku 50 a více let se zařadilo 7 respondentů (9,9 %). Z toho vyplývá, že věková skupina dotazovaných byla různá a lze proto očekávat i různé pohledy na problematiku v závislosti na zkušenostech dotazovaných. Sesterská práce dnes už není pouze výsadou žen, proto nás potěšilo, že mezi dotazovanými se vyskytlo i několik mužů. Celkem dotazník vyplnilo 65 žen (91,5 %) a 6 mužů (8,5 %), viz tabulka 2. Co se týká nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů, tabulka 3 ukazuje, že převažovalo středoškolské vzdělání a to u 40 respondentů (56,3 %). Další skupinu tvořili respondenti, kteří dosáhli vyššího odborného vzdělání, těch bylo celkem 9 (12,7 %). Vysokoškolské vzdělání mělo 15 respondentů (21,1 %). Zde jsme ještě rozdělili respondenty na ty, kteří dosáhli titulu bakalář- bylo jich celkem 10 (14,1 %)a respondenty, kteří dosáhli titulu magistr- bylo jich celkem 5 (7,0 %). Respondentům jsme nabídli i možnost „jiné“. Do té se zařadilo 7 respondentů (9,9 %) a ve všech případech se jednalo o pomaturitní specializační studium. Další dotaz se týkal délky praxe ve zdravotnickém zařízení (tabulka 4). Méně než 5 let vykonává praxi 21 respondentů (29,6 %), 18 respondentů (25,4 %) se zařadilo do kategorie pracujících 5- 10 let, 5 respondentů (7,0 %) do kategorie 11- 15 let, 12 respondentů (16,9 %) do

kategorie 16- 20 let a 15 respondentů (21,1 %) uvedlo, že ve zdravotnictví pracuje již více než 20 let.

Před začátkem výzkumného šetření jsme si stanovili hypotézu 1- *Nejsilnějším rizikovým faktorem zvyšujícím pravděpodobnost záměny pacientů je nedostatečná komunikace na straně personál- pacient.* Vybrané rizikové faktory jsme rozdělili do několika okruhů. Dotazované sestry hodnotily jednotlivé rizikové faktory, zvyšující pravděpodobnost záměny pacientů. Řídily se škálou od 5 do 1. Hodnota 5 označovala velmi silný rizikový faktor maximálně zvyšující pravděpodobnost záměny pacienta, hodnota 4 silný rizikový faktor, hodnota 3 průměrný rizikový faktor, hodnota 2 slabý rizikový faktor a hodnota 1 velmi slabý rizikový faktor minimálně zvyšující pravděpodobnost záměny pacienta. První okruh se týkal rizikových faktorů zvyšujících pravděpodobnost záměny pacientů v oblasti komunikace (tabulky 5-17). Oblast komunikace lze rozdělit do podkapitol- komunikace mezi sestrou a lékařem, mezi sestrou a sestrou, mezi sestrou a pacientem. Další okruh tvořily rizikové faktory vztahující se k vedení dokumentace (tabulky 18- 21), podávání léků (tabulky 22- 29), chirurgickým výkonům (30-34) a identifikaci pacienta (tabulky 35- 37). Následně jsme vypočítali vážený aritmetický průměr jednotlivých sledovaných okruhů a určili nejvyšší hodnotu průměru.

V oblasti komunikace mezi personálem a pacientem jsme zjistili, že respondenti považují za nejrizikovější nedostatečnou aktivní slovní identifikaci pacienta. Průměr odpovědí byl 3,72. Hodnota celkového průměru tvrzení vztahujících se k dané problematice byla 3,50 (tabulka 47). V oblasti komunikace mezi personálem navzájem jsme zjistili, že respondenti považují za nejrizikovější nepředávání si informací o pacientech. Průměr odpovědí byl 3,96. Hodnota celkového průměru tvrzení vztahující se k dané problematice byla 3,16 (tabulka 48). Pro zajímavost jsme provedli i hodnocení jednotlivých okruhů komunikace mezi personálem, a to mezi sestrou a lékařem a mezi sestrou a sestrou. Zajímavé bylo zjištění, že v obou případech se jako nejrizikovější ukázalo nedostatečné předávání informací o pacientech. Průměr odpovědí v oblasti komunikace mezi sestrou a lékařem byl 3,37 a mezi sestrou a sestrou 3,96. Neprofesionální či neefektivní komunikaci staví na první místo i Škrla (2005), který

odkazuje na výzkum odborného týmu Practice Breakdown Research Advisory Panel (PBRAP) v roce 2001. PBRAP identifikoval osm hlavních kategorií nežádoucích událostí v poskytování ošetřovatelské péče a komunikaci umístnil na první místo. Rovněž ředitel JCAHO, Dr. Richard Croteau, v roce 2002 poznamenal, že kdyby existoval pouze jeden aspekt v procesu poskytování péče, který by mohl přinést dramatické zlepšení její bezpečnosti, pak by to byla efektivní verbální, písemná a elektronická komunikace. Při pohledu na uvedené výsledky s nimi lze souhlasit.

Oblast vedení dokumentace, resp. povinnost zdravotnického zařízení vést zdravotnickou dokumentaci je, jak jsem se již zmiňovala v předchozím textu, požadavek zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění. Podle tohoto zákona musí být dokumentace vedena průkazně, pravdivě, čitelně, být průběžně doplňována, zápisy mají následovat bez zbytečného odkladu. Za nejvíce rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost záměny pacientů považují sestry nekompletnost dokumentace při vyšetřeních pacienta anebo absence zápisů v dokumentaci (průměr 3,52). Další rizikové faktory měly, co se týká průměru velmi malé rozdíly proti nejrizikovějšímu faktoru, proto lze tuto oblast obecně považovat za velmi rizikovou v rámci možné záměny pacienta. Nejméně rizikové se jeví podle respondentů nedovolené opravy v dokumentaci (průměr 2,59). Hodnota celkového průměru tvrzení vztahující se k dané problematice byla 3,2 (tabulka 49).

V oblasti podávání léků jsme zjistili, že respondenti považují za nejrizikovější situaci, kdy lék připraví jiná sestra, než ta, co ho podává (průměr 3,92). O něco míň rizikové se jevilo respondentům neprovedení označení infuzního roztoku (průměr 3,89). Nejbezpečnější způsob podání léků je dle respondentů z pojízdné lékárny přímo na pokoji pacienta (1,93). I Mikšová (2006a) nabízí tento způsob podávání léků jako vhodný a méně rizikový jako podnosový. Ten se respondentům jevil jako čtvrtý nejrizikovější (průměr 3,27). Hodnota celkového průměru tvrzení vztahující se k dané problematice byla 3,11 (tabulka 50).

V oblasti chirurgických výkonů se jako nejrizikovější podle odpovědí respondentů jeví absence kompletní dokumentace na operačním sále (průměr 3,96). To odpovídá i předešlému zhodnocení, kdy v oblasti vedení dokumentace jako nejrizikovější vyšla

nekompletnost nebo absence dokumentace při vyšetřeních pacienta. Druhá nejrizikovější oblast je podle respondentů nedostatečná aktivní slovní identifikace pacienta (průměr 3,82), která zvyšuje pravděpodobnost záměny pacienta. To odpovídá i předešlým zjištěním, podle kterých i v oblasti komunikace vyšel tento rizikový faktor jako velmi silně působící. Nejméně rizikovým faktorem se respondentům jeví situace, kdy se značení operačního pole neprovádí u lůžka pacienta. Vzhledem k poměrně velkému rozdílu průměrných odpovědí mezi nejrizikovějším faktorem (absence kompletní dokumentace- průměr 3,96) a nejméně rizikovým faktorem (značení operačního pole se neprovádí u lůžka pacienta- průměr 2,61), lze uvažovat o tom, jestli respondenti nepodceňují požadavek na důsledné značení operačního pole a podíl pacienta na tomto značení (průměr 3,00). V roce 2006 New Jersey Department of Health and Senior Services zveřejnilo seznam nejčastějších mimořádných událostí na operačních sálech. K záměně pacienta došlo ve 3 % všech mimořádných událostí. Proti tomu k záměně strany až ve 14%. Hodnota celkového průměru tvrzení vztahující se k dané problematice byla 3,29 (tabulka 51).

Po vyhodnocení rizikových faktorů v oblasti identifikace pacienta se zjistilo, že podle respondentů je nejvíc rizikovou situace, kdy na oddělení leží dva pacienti se stejným příjmením (průměr 4,04). Odmítnutí používání identifikačního náramku, ať už běžného nebo s radiofrekvenčním čipem, se respondentům nejevilo tolik rizikové. Hodnota celkového průměru tvrzení vztahující se k dané problematice byla 3,62 (tabulka 52).

Na základě výše uvedených výsledků lze učinit závěr, že se hypotéza 1- Nejsilnějším rizikovým faktorem zvyšujícím pravděpodobnost záměny pacientů je nedostatečná komunikace na straně personál- pacient, nepotvrdila. Paradoxně se ale jako nejsilnější jeví komunikace mezi personálem samotným. Je zajímavé, že v oblasti komunikace mezi sestrou a lékařem i mezi sestrou a sestrou vyšel jako nejsilnější rizikový faktor nepředávání si informací o pacientech. Další zajímavostí je, že i v oblasti vedení dokumentace i v oblasti chirurgických výkonu se respondentům jeví jako nejsilnější rizikový faktor absence, či nekompletnost dokumentace a to jak při vyšetřeních, tak i při operacích pacienta. Velmi rizikovou se jeví i nedostatečná aktivní slovní identifikace

pacienta, která vyšla jako nejvíc riziková v oblasti komunikace personál versus pacient a jako druhá nejrizikovější v oblasti chirurgických výkonů.

Druhým cílem výzkumného šetření bylo zmapovat preventivní mechanizmy, které předcházejí vzniku nežádoucí události- záměny pacienta. *Před začátkem výzkumného šetření jsme si stanovili hypotézu 2- Nejčastěji používanou metodou prevence záměny pacientů je použití identifikačních náramků.* Úlohou respondentů bylo zhodnotit, jaké nejčastější metody prevence záměny pacientů se používají na oddělení, kde pracují. Označit měli vždy jednu možnost u každé jednotlivé metody prevence, přičemž 5 znamenala používání u všech pacientů bez výjimky, 4 znamenala použití u předem vybrané skupiny pacientů, 3 znamenala použití pouze v specifické situaci (např. dva pacienti se stejným jménem na oddělení), 2 znamenala používání dané metody prevence u všech pacientů, ale pouze při příjmu, 1 znamenala nepoužívání dané metody prevence záměny pacienta. V oblasti metod prevence záměny pacientů se podle odpovědí respondentů nejčastěji používají identifikační náramky (průměr 4,83). Druhou nejčastější metodou prevence záměny pacienta je využití aktivní slovní identifikace (průměr 4,59). Zde je zajímavé to, že dotazovaný respondenti označili aktivní slovní identifikaci jako druhý nejsilnější rizikový faktor, který zvyšuje pravděpodobnost záměny pacienta (průměr 3,72). Z toho lze usuzovat, že respondenti aktivní slovní identifikaci považují za zásadní v prevenci záměny pacienta, nepodceňují ji a proto ji nejčastěji spolu s identifikačním náramkem využívají při své práci. Nejméně využívané jsou metody: značení místa operace fixem na tělo (průměr 1,90), použití fotografií (průměr 1,87) a náramků s radiofrekvenčním čipem (průměr 1,82), viz tabulka 53. Domnívám se, že je to způsobeno tím, že tyto metody jsou specifické pouze pro dané oddělení. Značení místa operace se provádí obvykle na chirurgickém oddělení, fotografie lze využít kdekoliv. Otázkou je, jestli by měli své opodstatnění a stejná situace nastává s použitím radiofrekvenčních čipů. Použití těchto dvou metod prevence záměny pacientů vyžaduje další technickou vybavenost oddělení. Z oddělení, kde se provádělo výzkumné šetření lze tyto metody aktivně využít pouze na oddělení klinické a radiační onkologie. Rozsáhlá a moderní přístrojová a počítačová technika zde umožňuje využití těchto moderních prvků identifikace. *Na základě těchto odpovědí*

respondentů byla hypotéza 2: Nejčastěji používanou metodou prevence záměny pacientů je použití identifikačních náramků, potvrzena.

6 Závěr

Provedené výzkumné šetření mělo za cíl zjistit, jaké jsou rizikové faktory záměny pacienta ve zdravotnickém zařízení a jaké metody prevence záměny pacienta se nejčastěji používají na vybraných odděleních nemocnice. Byly stanoveny 2 hypotézy. H1: Nejsilnějším rizikovým faktorem zvyšujícím pravděpodobnost záměny pacientů je nedostatečná komunikace na straně personál- pacient a H2: Nejčastěji používanou metodou prevence záměny pacientů je použití identifikačních náramků.

V rámci výzkumného šetření jsme použili kvantitativní metodu, formou dotazování, technikou dotazník. Tato metoda sloužila k dosažení stanovených cílů a potvrzení, resp. nepotvrzení hypotéz. Hodnocení prováděly sestry pracující na chirurgické, interní a neurologické klinice a na oddělení klinické a radiační onkologie Pardubické krajské nemocnice.

Výsledkem výzkumného šetření bylo, že se dotazované sestry postupně vyjádřily k jednotlivým rizikovým faktorům záměny pacienta a k metodám, které na svém oddělení nejčastěji používají k prevenci záměny pacientů. Po vyhodnocení celkového průměru jednotlivých tvrzení vztahujících se k dané problematice lze říct, že hypotéza 1 se nepotvrdila. Jako nejsilnější rizikový faktor se dotazovaným sestrám jeví komunikace mezi personálem samotným. V oblasti komunikace mezi sestrou a lékařem i mezi sestrou a sestrou vyšel jako nejsilnější rizikový faktor nepředávání si informací o pacientech. Hypotézu 2 se podařilo potvrdit. V oblasti metod prevence záměny pacientů se podle odpovědí dotazovaných sester nejčastěji používají identifikační náramky. Druhou nejčastější metodou prevence záměny pacienta je využití aktivní slovní identifikace.

6.1 Doporučení pro praxi

Přehledová tabulka (tabulka 54) mapuje nejsilnější rizikové oblasti zvyšující pravděpodobnost záměny pacientů. Tabulka zároveň nabízí u každého ze zjištěných rizikových faktorů, řešení jak v dané rizikové situaci postupovat.

Tabulka 54

Nejsilnější rizikové faktory v rámci prevence záměny pacientů		
Jednotlivé sledované oblasti	**Nejsilnější RF v dané oblasti**	**Řešení dané rizikové situace**
Oblast komunikace- personál- pacient	Nedostatečná aktivní slovní identifikace	Před každým výkonem u pacienta provést slovní identifikaci pacienta. Ideálem je ještě kontrola pomocí další identifikační metody.
Oblast komunikace- personál- personál	Nedostatečné předávání informací o pacientech	Důsledné předávání informací o pacientech mezi každou službou. Při funkčním systému práce komunikace se spolupracovnicí o všech úkonech provedených u pacientů.
Oblast vedení dokumentace	Nekompletní dokumentace při vyšetřeních pacienta anebo před výkonem, chybí zápisy pozorování	Shromáždění dokumentace pacienta na jednom místě. Při vyšetřeních pacienta mimo oddělení, posílat kompletní dokumentaci spolu s pacientem. Při změně stavu, při provedení výkonu, podání léků atd. u daného pacienta, provést neprodleně záznam o uskutečněném výkonu.
Oblast podávání léků	Podání léku osobou, která lék nepřipravovala	Podání připraveného léku ihned pacientovi. Nepředávání léku další sestře.
Oblast chirurgických výkonů	Absence kompletní dokumentace na operačním sále	Shromáždění dokumentace pacienta před operací, včetně kompletní snímkové dokumentace a zajištění toho, že bude operatérovi před operací k dispozici.
Oblast identifikace pacienta	Pacienti se stejným příjmením ležící na oddělení	Bezpečná identifikace obou pacientů. Viditelné a jasné označení dokumentace, přesné označení pacientů na tabuli a při každém výkonu u daných pacientů aktivní slovní identifikace plus další metoda identifikace, např. identifikační náramek.

7 Seznam použitých zdrojů

BÁRTLOVÁ, S., 2004. Vztah lékař-sestra. *Sestra.* Praha: Sanoma Magazines. **14**(2), 11. ISSN 1210-0404.

DAŇHOVÁ, A., 2007. Hlavně pacientům neublížit. *Zdravotnické noviny.* Praha: Mladá fronta a.s. **56**(6), 12-14. ISSN 1214-7664.

DRAHOŠ, J., 2008. Záměna strany či místa při operačním výkonu. *Florence- časopis moderního ošetřovatelství.* Praha: Ambit Media, a. s. **IV(**1), 3. ISSN 1801-464X.

FARKAŠOVÁ, D. a kol., 2005. *Ošetrovateľstvo- teória.* 1. vyd. Martin: Osveta, 215 s. ISBN 80-8063-182-4.

FAWKES, P.L. Patient identification. California Association for Medical Laboratory Technology. [online].]. 2.6.2011 [cit. 2011-6-6]. Dostupné z: <http://www.camlt.org/DL_web/963_pat_id.pdf>.

GUTOVÁ, L., ŠEDO, J., 2005. Identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků- další krok k bezpečné péči. *Diagnóza v ošetřovatelství.* Praha: Promediamotion. **1**(4), 189. ISSN 1801-1349.

HAVELKOVÁ, H., MIKULKOVÁ, J., 2007. Názory sester na poskytování bezpečné ošetřovatelské péče. *Sestra.* Praha: Mladá fronta a.s. **17**(2), 15-16. ISSN 1210-0404.

JURÁSKOVÁ, D., GUTOVÁ, L., MARX, D., CHARVÁTOVÁ, P., 2004. Kvalita ošetřovatelské péče a management rizik. *Sestra.* Praha: Sanoma Magazines. **14**(3), 18-20. ISSN 1210-0404.

KOCOURKOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2007. Identifikace pacienta, cesta k bezpečné péči. In *XXXI. Brněnské onkologické dny s XXI. Konferencí pro sestry a laboranty*. Brno: Masarykův onkologický ústav. 28-29. ISBN 978-80-86793-09-2.

Kolektiv autorů, 2002. *Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z.* 1.vyd. Praha: Grada, 392 s. ISBN 80-247-0278-9.

KUDELKA, K., 2010. *Systém identifikace pacienta pomocí aktivních RFID tagů-MTAg*, materiály ze sympozia Jarní sympozium radiologických asistentů ČR, pořádané Společností radiologických asistentů ve dnech 20.-22.5.2010 v Peci pod Sněžkou. Dostupné v KOC Pardubice.

LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně.* 1.vyd. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

MADAR, J. a kol., 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení.* 1.vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

MARX, D., VLČEK, F., 2009. Národní akreditační standardy pro nemocnice. 2.vyd. Praha: SAK, o.p.s., 127 s. ISBN 978-80-903750-6-2.

MARX, D., 2000. Různé způsoby chyb při poskytování zdravotní péče. *Zdravotnické noviny.* Praha: Mladá fronta a.s. **49**(42), 12. ISSN 1214-7664.

MARX, D., 2007. Záměna pacienta, výkonu, strany či orgánu- možnosti prevence. *Florence- časopis moderního ošetřovatelství.* Praha: Ambit Media, a. s. **III**(10), 3. ISSN 1801-464X.

MASTILIAKOVÁ, D., 2002. *Úvod do ošetřovatelství, II.díl.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 160 s. ISBN 80-246-0428-0.

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006a. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I.* 1.vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006b. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II.* 1.vyd. Praha: Grada, 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

O nás. Spojená akreditační komise. [online]. 17.5.2011 [cit. 2011-5-25]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>.

OTÁSKOVÁ, J. Zdravotnická dokumentace [online]. 22.5.2011 [cit. 2011-5-29]. Dostupné z: <http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?identifik=kos_392_t&id_kurz=&id_kap=10&id_teach=&kod_kurzu=kos_392&id_kap=10&id_set_test=&search=&kat=&startpos=4>.

PERGL, V., *Plastové náramky brání záměně pacienta*. Novinky.cz [online]. 20.5.2011 [cit. 2011-6-2]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/57119-plastove-naramky-brani-zamene-pacienta.html>.

PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. a kol., 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení.* 1.vyd. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9.

POKOJOVÁ, R., 2010. Ochrana informací v systémech kvality. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. **20**(11), 31-33. ISSN 1210-0404.

POKOJOVÁ, R., 2011. Řízení rizik. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. **21**(1), 29-30. ISSN 1210-0404.

SUCHÁ, Š., CHRUDIMSKÁ, K., ŠTEFKOVÁ, I., UHLÍŘOVÁ, M., 2009. Bezpečí pacienta na operačním sále. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. **19**(1), 69-70. ISSN 1210-0404.

ŠKRLA, P., 2005. *Především neublížit.* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů., 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.* 1. vyd. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetřovatelský management.* 1. vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠŤASTNÝ, J., ŠIMKOVÁ, V., 2008. Zapomenuté roušky- mýta a realita. *Sestra.* Praha: Mladá fronta a.s. 12(7-8), 66-68. ISSN 1210-0404.

TUTKOVÁ, J., 2007. Komunikace sestra- pacient. *Sestra.* Praha: Mladá fronta a.s. **17**(1), 22-23. ISSN 1210-0404.

Úřad pro ochranu osobních údajů. *Nemocniční informační systém* [online]. 17.5.2011 [cit. 2011-6-2]. Dostupné z: <http://www.uoou.cz/uoou.aspx?menu=0&submenu=10&loc=635/>.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry.* 1.vyd. Praha: Grada, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VITOŠOVÁ, M., 2007. Komunikace mezi sestrou a lékařem. *Sestra.* Praha: Mladá fronta a.s. **17**(5), 22. ISSN 1210-0404.

VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J., 2003. *Ošetřovatelská dokumentace v praxi.* 1.vyd. Praha: Grada, 72 s. ISBN 80-247-0704-7.

VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče.* 1.vyd. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.

VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., 2003. *Pochybení a sankce při poskytování ošetřovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 68 s. ISBN 80-247-0705-5.

VONDRÁČEK, L., 2005. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 100 s. ISBN 80-247-1198-2.

VONDRÁČEK, L., FRYČOVÁ, M., 2011. Prohřešky v ošetřovatelské dokumentaci. *Florence- časopis moderního ošetřovatelství*. Praha: Ambit Media, a. s. **VII**(4), 10. ISSN 1801-464X.

VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., 2003. *Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi I. České ošetřovatesltví- praktická příručka pro sestry*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 74 s. ISBN 80-7013-376-7.

WALLEROVÁ, R., 2010. Bezpečnost pacienty tolik nepálí, dokud se něco nestane. *Mladá fronta DNES*. Praha: MAFRA a.s.. **21**(72), 6. ISSN 12101168.

ZACHAROVÁ, E., 2010. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. **20**(7-8), 28-29. ISSN 1210-0404.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v aktuálním znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 131, s. 385-394. [cit. 2012-01-03]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=40/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy .

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v aktuálním znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 32, s. 1521-1532. [cit. 2012-01-03]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2000/sb032-00.pdf.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v aktuálním znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 131, s. 4750-4763. [cit. 2012-01-03]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

8 Klíčová slova

Pochybení

Prevence

Rizikové faktory

Řízení rizik

Záměna pacienta

9 Přílohy

Příloha 1 Souhlas s provedením výzkumného šetření

Příloha 2 Dotazník

Pardubická krajská nemocnice, a. s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

PARDUBICKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE

Žádost o provádění výzkumu v Pardubické krajské nemocnici, a.s. v rámci bakalářské, magisterské, disertační práce (určeno pro nelékařské profese)

Příjmení a jméno studenta	ELIÁŠOVÁ LUBICA
Studijní obor, ročník	VŠEOBECNÁ SESTRA
Téma bakalářské, magisterské, disertační práce	PREVENCE ZMĚNY PACIENTA VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ
Jméno vedoucího bakalářské, magisterské, disertační práce	Ing. ZLÁBKOVÁ IVA
Vyjádření vedoucího bakalářské práce	Výzkum **nebude/x bude** spojen s finančním zatížením Pardubické krajské nemocnice, a. s. **podpis:**
Počet oslovených respondentů celkem	100
Zahájení výzkumu	ŘÍJEN 2011
Konec výzkumu	LISTOPAD 2011
Jméno ročníkového pedagoga	[illegible]
Souhlas vedoucího pracovníka Pardubické krajské nemocnice, a. s.	(Ano) Ne **podpis:**

PARDUBICKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE, a.s.
Oddělení výzkumu a publikační
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
tel.: 466 011 111

Souhlas vedoucího oddělení, kde bude výzkum probíhat

Klinika, oddělení	Ano	Ne	Podpis	Počet respondentů
CHIRURGICKÁ KLINIKA - ŽENY	+			30
NEUROLOGICKÁ KLINIKA	+		[illegible]	25
INTERNÍ KLINIKA	✓			20
ODD. KLINICKÉ A ZÁCHRANNÉ MED.	✓			25

Součástí této průvodky je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden).

Vážená kolegyně/kolego,

jmenuji se Ľubica Elichová a jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dovoluji si Vás požádat o spolupráci a vyplnění předloženého dotazníku. Dotazník slouží jako součást mé bakalářské práce na téma Prevence záměny pacienta ve zdravotnickém zařízení. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely této práce.

Děkuji

Ľubica Elichová

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

1) ***Kolik Vám je let?***
   a) 20-30
   b) 31-40
   c) 41-50
   d) 50 a více
2) ***Jste:***
   a) muž
   b) žena
3) ***Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:***
   a) středoškolské
   b) vyšší odborné
   c) vysokoškolské- bakalář
   d) vysokoškolské- magistr
   e) jiné (jaké?)
4) ***Vaše praxe ve zdravotnickém zařízení je:***
   a) méně než 5 let
   b) 5-10 let
   c) 11-15 let
   d) 16-20 let
   e) delší než 20 let

Následující tabulka (číslo 1) obsahuje vybrané rizikové faktory, které **zvyšují pravděpodobnost záměny pacienta**. *Zhodnoťte, jaké je riziko záměny pacienta z důvodu působení daného rizikového faktoru (např. nedostatečná komunikace, nedostatečná identifikace pacienta atd.).* Označte, prosím, vždy jednu možnost u každého jednotlivého rizikového faktoru. Řiďte se přitom škálou **od 5 do 1**, přičemž hodnota 5 označuje velmi silný rizikový faktor, který maximálně zvyšuje pravděpodobnost záměny pacienta a hodnota 1 označuje velmi slabý rizikový faktor, který minimálně zvyšuje pravděpodobnost záměny pacienta.

1. PŮSOBENÍ RIZIKOVÝCH FAKTORŮ (RF) NA ZÁMĚNU PACIENTA

A. Komunikace		**Velmi silný RF**	**Silný RF**	**Průměrný RF**	**Slabý RF**	**Velmi slabý RF**
Lékař-Sestra	Nesprávné pochopení ordinace lékaře	5	4	3	2	1
	Převzetí telefonické ordinace	5	4	3	2	1
	Dopisování ordinace do chorobopisu lékařem bez upozornění sestry	5	4	3	2	1
	Nedostatečné předávání si informací o pacientech	5	4	3	2	1
	Nedostatečné propojení sesterské a lékařské dokumentace	5	4	3	2	1
Sestra-Sestra	Předávání informací o pacientovi pouze slovně (předání služby)	5	4	3	2	1
	Předávání informací o pacientovi pouze písemně (předání služby)	5	4	3	2	1
	Nepředávání informací o pacientech	5	4	3	2	1
	Systém práce- skupinový („dělení“ pacientů)	5	4	3	2	1
	Systém práce- pečujeme o všechny pacienty společně	5	4	3	2	1
Sestra-Pacient	Nedostatečná aktivní slovní identifikace pacienta	5	4	3	2	1

	Nedostatečná kontrola identity pacienta podle identifikačního náramku	5	4	3	2	1
	Nedostatečné zapojení pacienta do ošetřovatelského procesu (pacient nespolupracuje, podává nesprávné informace)	5	4	3	2	1
B. Vedení dokumentace		**Velmi silný RF**	**Silný RF**	**Průměrný RF**	**Slabý RF**	**Velmi slabý RF**
Nečitelné ordinace medikace lékařem		5	4	3	2	1
Používání nestandardizovaných zkratek		5	4	3	2	1
Nedovolené opravy v dokumentaci (přelepování, používání korekčního laku)		5	4	3	2	1
Nekompletní dokumentace při vyšetřeních pacienta anebo před výkonem (např. před operací), chybí zápisy pozorování		5	4	3	2	1
C. Podávání léku		**Velmi silný RF**	**Silný RF**	**Průměrný RF**	**Slabý RF**	**Velmi slabý RF**
Příprava léku na pokoji nemocného z pojízdné lékárny		5	4	3	2	1
Příprava léku předem v pracovně sester (podávání léků tzv. podnosovým způsobem)		5	4	3	2	1
Lék připraví jedna sestra, ale podá jiná		5	4	3	2	1
Přepočítávání gramáží ordinovaného léku (např. lékař chce podat Hipres 25mg, ale v lékárně máme pouze Hipres 10mg)		5	4	3	2	1
Přepisování léků, např. na tabuli		5	4	3	2	1
Nedostatečná kontrola ordinovaného léků před podáním pacientovi		5	4	3	2	1
Značení infuzních roztoků- neprovedené		5	4	3	2	1
Značení zkumavek před odběrem		5	4	3	2	1

D. Chirurgické výkony	**Velmi silný RF**	**Silný RF**	**Průměrný RF**	**Slabý RF**	**Velmi slabý RF**
Nedostatečná nebo žádná pozitivní slovní identifikace před operací	5	4	3	2	1
Značení operačního pole provádí pouze lékař přímo na sále	5	4	3	2	1
Značení operačního pole se neprovádí u lůžka pacienta	5	4	3	2	1
Nepodílení se pacienta na značení operačního pole	5	4	3	2	1
Absence kompletní dokumentace na operačním sále	5	4	3	2	1
E. Identifikace pacienta	**Velmi silný RF**	**Silný RF**	**Průměrný RF**	**Slabý RF**	**Velmi slabý RF**
Odmítnutí používání identifikačního náramku pacientem	5	4	3	2	1
Nepoužívání radiofrekvenčního čipu	5	4	3	2	1
Pacienti se stejným příjmením (např. Novák) ležící na oddělení	5	4	3	2	1

Následující tabulka (číslo 2) obsahuje preventivní mechanizmy, které můžou předejít vzniku nežádoucí události- záměny pacienta. Zhodnoťte, jaké jsou **nejčastější metody prevence záměny pacientů na Vašem oddělení**. Označte, prosím, vždy jednu možnost u každé jednotlivé metody prevence, přičemž 5 znamená používání u všech pacientů bez výjimky, 4 znamená použití u předem vybrané skupiny pacientů, 3 znamená použití pouze v specifické situaci (např. dva pacienti se stejným jménem na oddělení), 2 znamená používání dané metody prevence u všech pacientů, ale pouze při příjmu, 1 znamená nepoužívání dané metody prevence záměny pacienta (P).

2. ***PREVENTIVNÍ MECHANIZMY ZÁMĚNY PACIENTA***

Jaké jsou nejčastější metody prevence záměny pacientu na Vašem odd.?	**Používání u všech P**	**Používání u vybrané skupiny P**	**Používání v specifické situaci**	**Používání pouze u příjmu P**	**Nepoužíváme**
Pozitivní slovní identifikace	5	4	3	2	1
Osobní doklady (občanský průkaz, průkaz pojištěnce, cestovní pas)	5	4	3	2	1
Identifikační náramky	5	4	3	2	1
Náramky s radiofrekvenčním čipem	5	4	3	2	1
Fotografie	5	4	3	2	1
Označení místa operace fixem na tělo jako prevence stranové záměny	5	4	3	2	1
Kontrola podle údajů z přinesené dokumentace	5	4	3	2	1
Důsledné značení připraveného infuzního roztoku	5	4	3	2	1
Připravený lék se ihned podá pacientovi	5	4	3	2	1
Jiné	5	4	3	2	1

Děkuji za Váš čas