



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví

Diplomová práce

Kultura bezpečí zdravotnického zařízení a bezpečnost pacienta

Autor: Denisa Štěrbová

Vedoucí práce: doc. MUDr. Jozef Filka, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstract

The quality issue of provided health care is the topic which is constantly getting more attention. In this area there is always – even probably will be always - something to improve. One of the reasons is the fact that most of the processes in healthcare facilities are realized by people. The rule postulating the larger the number of employees the more increased likelihood of faults is applied here, as in other systems. These faults are referred to as adverse events. Unfortunately, in health care, these faults may lead to fatal consequences. The patients' safety in healthcare facilities is affected by the so-called culture of safety.

The safety issue of health care in the Czech Republic began to be intensively dealt with the Ministry of Health in 2009. "The Action Plan for the Quality and Safety of Health Care for the 2010-2012 Period" has been established as an implementation tool.

The process of evaluating the quality and safety of health services is embodied in legislation. Its part is the external quality assessment including the accreditation. The accreditation is a process leading to improvements, continuously, in the level and quality of care provided. The participation in this process is voluntary. After its completion, the medical facility receives a certificate. It is a kind of recognition of the quality of care in compliance with the accreditation standards.

The research was conducted in six medical institutions of the South Bohemian Region, though seven were originally planned. However, I was not given the data here, probably due to the long term incapacity of the respondent. The research was focused precisely on the area of care quality and patient safety. A mixed method research (qualitative and quantitative) was deliberately used in this task. The aim was to map the most common causes of adverse events and then, based on the causes, to propose possible arrangements to prevent the occurrence of the causes. For this purpose five research questions were established. The semi-structured questionnaire was developed on the basis of which the respondents were interviewed and the data written down. The outcomes obtained were processed into tables, plus the graphical representation of some was accompanied. Then, in the "discussion" chapter, the results were compared and analyzed in more detail. Consequently, the following summary was achieved in the final chapter:

The first research question was: Is the fault of the personnel (human factor) the most common cause of threat to the patient's safety? As already mentioned, the health care has to do with people, so let me answer this question with "yes". Human faults, I believe, occur as the combination of several factors simultaneously happening at the wrong time. The second research question was: What arrangements are implemented in the relevant healthcare facilities to avoid adverse events? This question can be answered collectively, the implementation of the arrangements always depends on the specific situation, in our case adverse events. The third research question was: How frequent - in those medical facilities - is the incidence of adverse events? For the interpretation of the answers to this question the outline of the adverse events incidence in different facilities was created in the form of tables completed with graphical representations. The fourth research question was: Does the poor cooperation among various hospital departments contribute to the patient's safety threat? It is communication what plays the key role in the answer to this question. The communication not only among the departments but also within the department, not only among the personnel but also among the patients, their families and the personnel. As it turned out, effective communication is a prerequisite for ensuring patient's safety and satisfaction as well. Finally, the fifth research question was: What are the patients' possibilities of evaluating the quality of services? The responses were - predominantly - "the satisfaction questionnaires". The interview method proved to be unrealistic for most facilities especially in terms of time consumption.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Kultura bezpečí zdravotnického zařízení a bezpečnost pacienta vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích.....

podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především mému vedoucímu doc. MUDr. Jozefu Filkovi, Ph.D., který mě zasvětil do problematiky kvality a bezpečnosti poskytované péče a pomohl mi tak s realizací výzkumu k této diplomové práci. Dále bych chtěla poděkovat zástupcům zdravotnických zařízení Jihočeského kraje, v nichž byl výzkum realizován za čas, který mi v souvislosti s výzkumem byli ochotni věnovat.

Obsah

Obsah	5
Seznam zkratk	7
Úvod.....	9
1. Současný stav.....	11
1.1 Organizační kultura a zdravotnická organizace.....	11
1.1.1 Kultura bezpečí (safety culture).....	11
1.2 Problematika bezpečnosti pacientů.....	13
1.2.1 Nežádoucí událost.....	14
1.2.2 Hlášení NU	14
1.3 Pády ve zdravotnických zařízeních.....	16
1.3.1 Pády a jejich rizika.....	17
1.3.2 Následky pádů.....	18
1.3.3 Prevence pádů	18
1.4 Infekce spojené se zdravotní péčí	18
1.4.1 Standardní opatření k eliminaci rizika přenosu infekčních agens při poskytování zdravotní péče	21
1.5 Pochybení v medikaci	24
1.5.1 Příčiny a faktory ovlivňující vznik lékových chyb	25
1.5.2 Hlášení nežádoucích lékových událostí.....	25
1.6 Interní komunikace	28
1.7 Bezpečná identifikace pacienta.....	28
1.8 Systémy pro hodnocení kvality ve zdravotnictví.....	30
1.8.1 Spojená akreditační komise ČR a další organizace schválené MZ ČR	30
1.8.2 JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) 31	
1.8.3 Certifikace.....	32
1.8.4 ISQua	34
1.8.5 EFQM – Evropská nadace pro řízení kvality.....	34
1.8.6 TQM – Total Quality Management	34
1.9 Role EU v problematice bezpečnosti pacientů	35
1.9.1 Lucemburská deklarace	35
1.9.2 Doporučení Rady Evropy	36

1.9.3 Akční plán proti rostoucím hrozbám antimikrobiální rezistence.....	37
1.10 ČR a bezpečnost zdravotní péče	38
1.10.1 Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012... 38	
Resortní bezpečnostní cíle pro rok 2010	39
Resortní bezpečnostní cíle na období červen 2011 – duben 2012	40
Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče	40
1.10.2 Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb v ČR	41
1.11 Výzkum v oblasti kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacienta	43
2. Cíl práce a výzkumné otázky	45
2.1 Cíl práce	45
2.2 Výzkumné otázky	45
3. Metodika	46
3.1 Charakteristika souboru	46
4. Výzkumná část.....	47
4.1 Vyhodnocení - výsledky	47
5. Diskuze	68
6. Závěr	77
7. Seznam použitých zdrojů.....	79
8. Klíčová slova	85
9. Přílohy.....	86

Seznam zkratek

AMR – antimikrobiální rezistence

ATB - antibiotikum

CDC - Centers for Disease Control

CDNÚ – Centrální databáze nežádoucích účinků

CNS – centrální nervový systém

ČR – Česká republika

ČSAZ - Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví

ČSN – české technické normy

ECDC – Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí

EFQM – Evropská nadace pro řízení kvality

EU – Evropská unie

ISMP – Institut pro bezpečné používání léčiv

ISO – Mezinárodní organizace pro normalizaci

ISQua - Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví

JCAHO/JCIA – Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení

JIP – jednotka intenzivní péče

MU – mimořádná událost

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NN – nozokomiální nákazy

NSHNU – Národní systém hlášení nežádoucích událostí

NU- nežádoucí událost

PSBPKZP - Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče

RBC – resortní bezpečnostní cíle

RFC – regionální farmakovigilační centrum

SAK – Spojená akreditační komise

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

TATFAR - transatlantická pracovní skupina pro antimikrobiální rezistenci

TQM – Total Quality Management

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHO – Světová zdravotnická organizace

Úvod

Zdravotnická zařízení jsou komplexní systémy a většina procesů je zde realizována lidmi. Obecným pravidlem je, čím větší počet lidí (zaměstnanců) tím častěji dochází ke vzniku šumu a tím se zvyšuje pravděpodobnost vzniku pochybení. Tato pochybení mohou mít negativní dopady jak pro pacienta, tak i pro samotné zdravotnické zařízení. Výsledky studií uvádí, že v rámci Evropské unie (EU) dochází v 8 – 12 % případů k újmě na zdraví hospitalizovaných pacientů. Nutno přitom podotknout, že pochybení a omyly se netýkají jen hospitalizovaných pacientů, ale dochází k nim i v ambulancích lékařů, lékárnách nebo domovech důchodců.

Zdravotnická zařízení skrývají řadu rizik, která je potřeba evidovat a následně eliminovat prostřednictvím vhodných opatření a kontrolních mechanismů. V tomto procesu je nutná vzájemná spolupráce, do které je třeba zapojit i pacienty samotné. Pacient by neměl být v procesu poskytování zdravotní péče pasivním článkem, ale naopak by měl fungovat tzv. partnerský vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče. Ten spočívá v informovanosti pacienta, možnosti spolurozhodování a v jeho aktivním zapojení do péče, stejně jako i ostatních členů rodiny. Pro fungování partnerského vztahu je nezbytná efektivní komunikace, bez přítomnosti komunikačních bariér. Těmi mohou být např.: odborné výrazy ve zdravotnictví běžně používané, ale pro pacienty nesrozumitelné. Ne všichni pacienti se ovšem chtějí do tohoto procesu zapojit. Domnívají se, že jsou nemocnice bezpečné a že jim v tomto prostředí nic nehrozí, dokud se něco nestane. Podle průzkumu z roku 2010 jsou v oblasti poskytování zdravotní péče nejvíce nespokojeni s jídlem či brzkým buzením a otázky bezpečnosti spíše neřeší. (54)

Nástrojem pro hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb je akreditace. Ta představuje „oficiální uznání“, že zdravotnické zařízení poskytuje kvalitní péči ve shodě s akreditačními standardy. Ovšem ani v takovém zařízení se nedá vyloučit vznik možných pochybení, protože chybovat může každý, ať v běžném nebo profesním životě. V každém zařízení by proto měl existovat systém identifikace rizik, jejich vyhodnocování a následné řešení formou preventivních opatření. Pokud už dojde ke vzniku nějakého pochybení, je důležité zaměřit se na aspekty, které vedly k jeho

vzniku, a z nich se do budoucna poučit. V případě zaměstnanců je nezbytná jejich edukace a aplikace získaných znalostí v praxi.

Řízení rizik by se mělo stát běžným nástrojem v celém zdravotnickém sektoru. Předpokladem je vytvoření otevřeného a důvěrného pracovního prostředí a kultury, která čerpá z poznatků vzniklých pochybení a NU. Doktorka Simmonsová tuto myšlenku shrnula velmi výstižně větou: *„Přiznání a náprava problémů učiní tyto problémy záležitostmi minulosti, jejich nepřiznání nebo trivializování je učiní záležitostmi budoucnosti“*. (44)

1. Současný stav

1.1 Organizační kultura a zdravotnická organizace

V odborné literatuře najdeme hned několik definic organizační kultury. Podle Molka je nejvíce vystihující tato: „*Organizační kultura je vzorec základních a rozhodujících představ, které určitá skupina nalezla či vytvořila, odkryla a rozvinula, v rámci nichž se naučila zvládat problémy vnější adaptace a vnitřní integrace a které se tak osvědčily, že jsou chápány jako všeobecně platné. Noví členové je mají pokud možno zvládat, ztotožnit se s nimi a jednat podle nich.*“ (23) Organizační kultura každého zdravotnického zařízení je odlišná a je nezbytná pro implementaci programu zvyšování kvality i zlepšování produktivity. Tvoří ji specifické chování a jednání jednotlivých členů organizace. Základem zdravé organizační kultury je pozitivní klima uvnitř organizace, spočívající v posilování mezilidských vztahů, utužování pracovní morálky a efektivní komunikaci se zaměstnanci. Taková organizace se potom navenek projevuje ztotožněním pracovníků s cíli organizace, jejich ochotou, iniciativou a kreativním přístupem. Nutno podotknout, že organizační kultura může organizaci a její členy nejen stmelovat, ale v opačném případě tvořit klín, který ji rozděluje. (44, 23)

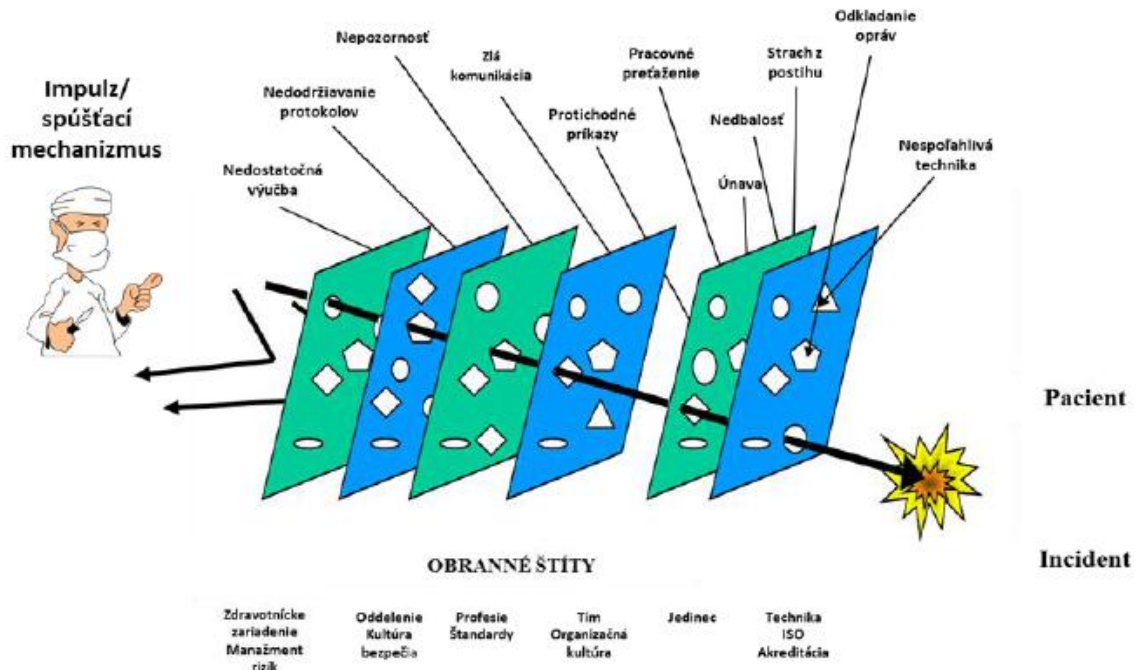
1.1.1 Kultura bezpečí (*safety culture*)

Tento pojem definuje organizační kulturu, ve které se zaměstnanci ztotožňují s cíli organizace a chtějí poskytovat co nejbezpečnější péči, a zároveň se nebojí přiznat svá pochybení. Za svá pochybení nejsou zaměstnanci trestáni, s výjimkou případů hrubé neodpovědnosti a nedbalosti. Takové přístupy, stejně jako snaha o jejich zamlčení, nejsou v tomto systému podporovány. Veškeré úsilí je směřováno na přijetí opatření a hledání možností zlepšení, která mají za cíl zabránit nebo alespoň minimalizovat vznik dalších takových pochybení. (44)

Pokud k nějakému selhání dojde, je důležité si uvědomit, že se nejedná pouze o osobní selhání ale výsledek mnoha faktorů, tzv. systémové selhání. Tuto myšlenku popsal James Reason ve svém modelu tzv. „Ementálského sýru“ (viz. obr. 1). Zdravotnické zařízení je přirovnáno k plátku sýru plného děr. Samotný plátek sýru symbolizuje vybudované ochranné systémy jako např.: normy, směrnice, systém řízení rizik a díry v něm nedostatky (např.: nedostatek zaměstnanců, chyby v komunikaci,

únava). Je tedy patrné, že za určitých okolností může dojít k tomu, že chyba proletí všemi otvory sýru a způsobí poškození pacienta. (44)

Obrázek 1: Model ementálského sýru Jamese Reasona



Zdroj: Škrla 2003

A jaké jsou klíčové aspekty kultury bezpečí? K. J. Jones uvádí následující:

- Uvědomit si, že zdravotnická organizace je sice rizikovým podnikem, ale přesto může být organizována tak, aby se minimalizoval vznik pochybení
- Nezbytná účast ze strany vedení spočívající ve zjišťování, analýze a schopnosti poučit se ze vzniklých pochybení
- Prostředí, ve kterém je potřeba hlásit NU, aniž by byli hledáni viníci.

(17)

Jedná se o systém, ve kterém si personál uvědomuje prioritu, kterou je bezpečnost pacientů. V tomto systému není tolerována neochota převzít profesionální zodpovědnost za svoji práci, hrubé porušení standardů či pracovní kázně nebo práce pod vlivem toxických látek. Nezbytná je podpora vrcholového managementu, který by měl zaměstnance motivovat a cenit si každého nahlášeného případu NU, nikoli sankcionovat či trestat. (43)

Vytváření kultury bezpečí je složitý a dlouhodobý proces. Pro dosažení úspěchu je potřeba, aby se na něm podíleli všichni členové organizace a současně si uvědomovali jeho význam a důležitost.

Na závěr shrnu v následující tabulce jednotlivé komponenty tvořící kulturu bezpečí ve zdravotnictví tak, jak je uvádí Flin.

Tabulka 1: Komponenty tvořící kulturu bezpečí

Management
Bezpečné systémy
Vnímání rizik
Požadavky na pracovní místo
Hlášení pochybení – nebát se
Efektivní komunikace (podmínkou je zpětná vazba)
Bezpečný, zodpovědný přístup a chování
Týmová práce
Dostatek personálu (eliminace stresu)

Zdroj: (11)

1.2 Problematika bezpečnosti pacientů

Problematika zvyšování bezpečnosti pacientů je v současné době aktuálním, celosvětově probíraným tématem. Uvádí se, že v rámci EU, dochází u 8 – 12 % hospitalizovaných pacientů k újmě, způsobené během poskytování zdravotní péče. Jinými slovy dochází ke vzniku nežádoucích událostí (NU), dříve také „mimořádných událostí“, přičemž mezi nejčastější příčiny vzniku patří chyby při podávání léků, chirurgická pochybení, diagnostické chyby a vznik infekcí spojených se zdravotní péčí. Tyto infekce ročně ovlivňují více než 4 miliony pacientů v EU, jsou často obtížně léčitelné a způsobují nárůst nákladů spojených s léčbou a také nárůst úmrtnosti. Jejich sledováním a vývojem se zabývá Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC). (35)

„Nedostatečná bezpečnost pacientů představuje jednak závažný problém pro veřejné zdraví a jednak vysokou hospodářskou zátěž pro již omezené zdroje ve zdravotnictví. Řadě nežádoucích příhod u hospitalizovaných i u ambulantních pacientů se dá zabránit, neboť většina z nich je zjevně způsobena systémovými faktory.“ (7)

V České republice došlo k v letech 2008 – 2009 k realizaci projektu výskytu nežádoucích událostí s názvem *„Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb“*. Projekt se skládal ze tří etap a jeho řešitelem byla 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. V rámci tohoto projektu byl vytvořen *„Národní systém hlášení nežádoucích událostí“ (NSHNU)*. Projekt je určen pro všechna lůžková zdravotnická zařízení, která se do něj mohou zdarma zapojit přes jednoduchou webovou aplikaci. Doposud tak učinilo 73 poskytovatelů zdravotních služeb. Původním správcem systému byla již zmiňovaná 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. Od roku 2013 je správcem Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Pro sběr dat byla vytvořena jednotná metodika, která je uveřejněna v č. 8/2012 Věstníku MZ. Zapojené instituce pak pravidelně dostávají anonymní srovnání frekvence výskytu NU se zařízeními podobného typu. (30, 48)

1.2.1 Nežádoucí událost

Podle Věstníku MZ č. 8/2012 jsou nežádoucí události definovány jako: *„události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout.“* Do nežádoucích událostí spadají i ty případy, ve kterých se jedná o psychické či socioekonomické poškození pacienta, nebo pokud je v roli poškozeného poskytovatel zdravotních služeb či zaměstnanec. Nežádoucí událostí může být také náhlé zhoršení zdravotního stavu pacienta, které vede k úmrtí nebo zanechá-li trvalé následky. (50)

Definice podle Škrly, který ještě použil starší termín - mimořádná událost je: *„jakákoliv událost, při které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo procedury.“* (44)

1.2.2 Hlášení NU

Hlášení nežádoucích událostí se podle Věstníku MZ č. 8/2012 řídí určitými pravidly. Nežádoucí událost hlásí vždy každý pracovník, který tuto skutečnost zjistí.

Poskytovatel zdravotních služeb takové osobě zaručuje nesankční přístup, tzn., že chrání hlásícího před postihem za to, že hlášení provedl. Dále má poskytovatel zvyšovat povědomí svých zaměstnanců o smyslu a významu hlášení NU a umožnit anonymní hlášení. Způsob hlášení NU by měl být snadný a soustředit se na popis toho, jak NU vznikla. Toto hlášení by potom mělo být co nejrychleji mířeno k osobě, která má za úkol zpracovat hlášení této NU v daném zařízení. (50) Podle výsledků zahraničních výzkumů je ve zdravotnických zařízeních identifikováno pouze 5 – 30 % všech NU. (44)

Na proces hlášení NU navazuje proces jejího zpracování, ve kterém se pátrá po příčině vzniku NU. Při pátrání po příčinách vzniku NU se provádí analýza jednotlivých pochybení („problémy při poskytování zdravotní péče“) a jsou pověřeny osoby, které mají tuto analýzu vypracovat. Data a informace pro tuto analýzu se získávají ze zdravotnické dokumentace, písemného svědectví, administrativní dokumentace apod. Výstupem je potom „*souhrnná analýza dat*“, kterou poskytovatel zdravotních služeb provede na základě získaných dat. Určí se zde výběr událostí, který bude dlouhodobě sledován z hlediska vývoje trendů v jejich počtu. Na závěr je vyhotovena zpráva se závěrem, která kromě podkladů obsahuje např.: navrhovaná preventivní opatření a je předložena ke schválení příslušnému orgánu poskytovatele zdravotních služeb. (50)

Klasifikace NU

Klasifikace NU vychází z konceptu vytvořeného WHO – „Mezinárodní klasifikace pro bezpečnost pacientů“. Každá událost je nejprve zařazena do tzv. hlavní kategorie, a dále jsou podle potřeby dourčeny podkategorie. Některé kategorie jako např. „dekubity“ nemají žádné další podkategorie.

Tabulka 2: Přehled hlavních kategorií NU

Hlavní kategorie	
Kód	Název hlavní kategorie
01	Problém s klinickou administrativou (objednávání, informovaný souhlas, identifikace pacienta, příjem, propuštění, ...)
02	Problém s klinickým výkonem (vyšetření, ošetření, screening, kontrola, ...)
03	Problém se zdravotnickou dokumentací
04	Nosokomiální infekce
05	Problém s medikací či intravenózními roztoky
06	Problém při podání transfuzních přípravků či krevních derivátů
07	Problém při podání diety či výživy
08	Problém při podání medicínálních plynů
09	Problém při použití medicínských přístrojů či vybavení (infuzní pumpy, resuscitační kity, šití, ...)
10	Problém s chováním pacienta/pracovníka/návštěvy
12	Nehody a neočekávaná zranění
13	Pády
14	Technické problémy (závady na budově, porucha dodávky energie, závady výpočetní techniky ...)
15	Problém s dostupností zdrojů (nedostatek personálu či vybavení) či organizací práce
30	Dekubit(y)
31	Neočekávané zhoršení klinického stavu / úmrtí pacienta
99	Není nežádoucí událost dle definice Národního systému hlášení NU
XX	Jiný

(47)

1.3 Pády ve zdravotnických zařízeních

Zdravotnické zařízení představuje pro pacienta vysoce rizikové prostředí a jsou to právě pády, které jsou považovány za nejčastější a zároveň nejrizikovější NU. Nejčastěji postiženou skupinou pacientů jsou senioři a chronicky nemocní pacienti, jimž tyto NU přináší řadu závažných komplikací, jako např. úrazy, ztrátu hybnosti a z nich plynoucí ztrátu soběstačnosti a celkové zhoršení kvality života. Právě proto se v současné době zdravotnická zařízení více zaměřují na „bezpečnost“ prostředí, v němž je zdravotní péče poskytována. (16) Na tuto problematiku se v roce 2002 zaměřilo i *Sdružení fakultních nemocnic*, jehož rada navrhla fakultním nemocnicím jako indikátor kvality péče – „*Pády pacientů při hospitalizaci*“. Od roku 2002 do současnosti se do tohoto projektu zapojilo celkem 45 zařízení v ČR. Cílem tohoto projektu je zjistit počet pádů ve zdravotnických zařízeních v ČR, jejich závažnost a okolnosti, za kterých k pádům dochází. Ve výsledcích jsou pády děleny podle věku do dvou skupin pro osoby do 65 let a starší 65 let. Tyto výsledky jsou uveřejněny na stránkách „*České asociace sester*“ - www.cnna.cz. (5)

1.3.1 Pády a jejich rizika

Prozatím nebyla žádná závazná definice pádů přijata a jejich definování je různé. Z uznávaných definic uvádím následující: „*Mimořádná událost vyúsťující v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu.*“ (16)

Existuje hned několik různých dělení pádů. Jedním z nich je rozdělení podle fenomologického obrazu. Zde se rozlišují pády skácením, jejichž příčinou mohou být přechodné poruchy rovnováhy, zhroucením v důsledku mdlob nebo epilepsie a dále pády zamrznutím. Ty vznikají na podkladě zamrznutí jedné dolní končetiny při chůzi, kdy tělo dokončuje pohyb dopředu a pacient padá. Poslední dvě skupiny tvoří pády zakopnutím a ostatní nediferencované pády, nejčastěji z nepozornosti. (52)

Jiné dělení pádů podle výzkumné pracovnice J. Morse je na pády náhodné, fyziologické předvídané a fyziologické nepředvídané. Náhodné pády potom mohou být způsobeny zakopnutím nebo uklouznutím. Mohou se zde uplatnit i faktory prostředí, jako například rozlitá tekutina na podlaze. Pády nepředvídané vznikají v důsledku náhlé změny stavu pacienta, příkladem může být epileptický záchvat nebo mdloba. Pády předvídané jsou u pacientů „rizikových“ pro pád. Jedná se o pacienty, kteří používají k chůzi různé zdravotní pomůcky, mající problémy s chůzí nebo pád v anamnéze. (16) Tímto se dostáváme k příčinám pádů, což je jejich další klasifikační metoda. Podle této klasifikace jsou příčinou pádů vzájemné interakce vnitřních a vnějších faktorů. Vnitřní rizikové faktory jsou závislé na věku, kdy s přibývajícím věkem dochází k řadě změn, ať už fyziologických nebo patologických, které stárnutí provázejí. Patří sem poruchy zraku, pohybového aparátu, duševní choroby nebo akutní a chronická onemocnění. Vnější rizikové faktory představují rizika okolního prostředí, která mohou k pádu pacienta přispět. Patří sem kluzké podlahy, nekvalitní osvětlení, nevyhovující vybavení koupelen, chybějící zábradlí, nevyhovující stav kompenzačních pomůcek nebo nevhodná obuv. Další významný faktor představuje farmakoterapie. Z léků zvyšujících riziko pádů jsou to např.: antidepresiva, hypnotika, psychotropní látky, ale také často užívaná antihypertenziva nebo analgetika. Tyto léky potom mohou zapříčinit poruchy orientace a koordinace pohybů či pokles bdělosti. Tyto stavy následně mohou zvýšit riziko pádu pacienta. (52, 51)

1.3.2 Následky pádů

Pokud se zaměříme na problémy, které pády přináší pro zdravotnická zařízení, tak sem bezpochyby patří vyšší finanční náklady spojené s léčbou jejich následků, mortalita a morbidita. Výsledky studií v USA ukázaly, že pády jsou nejčastější příčinou úrazu nebo smrti u lidí starších 65 let. (16) Pro pacienta potom pád představuje riziko úrazu (především hlavy a měkkých tkání) a zlomenin. Kromě zhoršení fyzického stavu může být ovlivněna také psychika. Důvodem může být strach z prodloužené hospitalizace nebo ze ztráty soběstačnosti a celkového zhoršení kvality života, deprese nebo úzkost. (16)

1.3.3 Prevence pádů

V předchozích kapitolách byly zmíněny rizikové faktory pro vznik pádů, na něž je třeba se zaměřit právě v otázkách prevence. To znamená v první řadě identifikovat tzv. „rizikového pacienta“ a rizikové faktory pro vznik pádu. Dalším krokem je realizace preventivních opatření, jimiž se omezí vnější rizikové faktory (zejména okolního prostředí) a zvýší se bezpečnost pacienta. K bezpečnému prostředí patří protiskluzové podlahy, vhodné osvětlení, viditelné označení rizikových míst (schodiště, kluzká podlaha) nebo snadná dostupnost věcí běžné potřeby. Neméně důležitá je edukace jak pacientů, rodinných příslušníků, tak i v řadách personálu. V prevenci pádů hraje důležitou roli také dostatek kvalifikovaného personálu, vzájemná komunikace a výměna informací mezi personálem. (5, 6, 3) Když JCAHO zjišťovala v USA hlavní příčiny pádů pacientů, z výsledků vyplynulo, že se jedná právě o problémy v komunikaci mezi personálem a nedostatečný zácvik personálu. (16)

Pro tyto potřeby vydala Česká asociace sester pracovní postup: „*Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*“. V něm je upraveno jak postupovat při příjmu pacienta, v průběhu hospitalizace, v případě pádu a při jeho propuštění. Jedná se o doporučení, v jehož příloze najdeme dotazník pro zhodnocení rizika pádu u pacienta. (příloha 1) (6)

1.4 Infekce spojené se zdravotní péčí

Infekce spojené se zdravotní péčí jsou jednou z možností ohrožení i možného poškození zdraví pacientů. Bývají označovány často jako nozokomiální nákazy (NN) a

lze je definovat jako „*infekce získané v souvislosti s interakcí se zdravotní péčí, která nebyla přítomna ani nebyla v inkubační době na začátku této interakce.*“ (4) Jinými slovy sem patří všechna infekční onemocnění, která mohla vzniknout při kontaktu se zdravotnickým zařízením – jeho prostředím, vybavením, stravou, personálem, pacienty a také návštěvami. Do této skupiny spadají také infekce, které se projeví až po propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení. Ve většině případů postihují organismus oslabený primárním onemocněním a mohou způsobovat komplikace chirurgických, terapeutických nebo diagnostických výkonů. Rizikovou skupinu tvoří převážně děti mladší 3 let a osoby nad 60 let věku. (4)

Situace ve výskytu infekcí spojených se zdravotní péčí v rámci nemocnic členských zemí EU je taková, že tyto infekce postihují v průměru každého dvacátého pacienta. V ČR je podle evropské bodové prevalenční studie z roku 2012 situace obdobná. (26) Zřejmě i tento fakt vedl ke zřízení Národního referenčního centra pro infekce spojené se zdravotní péčí. Toto centrum vzniklo v roce 2013 jako součást Státního zdravotního ústavu (SZÚ) a to na základě rozhodnutí MZČR. Do jeho činnosti spadají následující úkoly:

- zajistit metodickou podporu a organizaci systému surveillance
- pomoc při zavádění lokálních antibiotických programů, zaměřených na uvážlivé používání ATB a kontrolu antibiotické rezistence
- podpora budování lokální infrastruktury programu prevence a kontroly infekcí ve zdravotnických zařízeních, jak požaduje zákon o zdravotních službách
- poskytnutí odborné pomoci v případě vzniku epidemiologicky závažné situace ve zdravotnickém zařízení
- další vzdělávání pracovníků zaměřených na prevenci a kontrolu infekcí

(42)

Sledování infekcí spojených se zdravotní péčí je podle zákona č. 258/2000 Sb. povinné. Způsob a rozsah hlášení nozokomiálních nálezů nově upravuje vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, konkrétně §2. Podle této vyhlášky podléhá povinnému hlášení hromadný výskyt NN a

NN, které vedly k těžkému poškození zdraví nebo k úmrtí pacienta. (53) Předpokladem pro jejich vznik je přítomnost tří základních faktorů:

- organismus pacienta oslabený nemocí, případně imunodeficitem
- invazivní výkon
- mikrobiální flóra.

(22)

Nejčastějšími typy NN jsou uroinfekce. Jejich vznik bývá nejčastěji spojován se zavedením močového katétru. Další v pořadí jsou ranné infekce. Hluboké ranné infekce mohou být až život ohrožující, a to v důsledku vzniku možné sepse. Následuje skupinka infekcí dýchacích cest, tzv. pneumonie. Hlavní příčinou vzniku je umělá plicní ventilace a jejich výskyt je charakteristický pro jednotky intenzivní péče (JIP). Do další skupinky nozokomiální infekce ostatních systémů můžeme zařadit např.: gastrointestinální infekce nebo infekce CNS. A poslední na štěstí nejméně se vyskytující, ale zároveň nejnebezpečnější skupinu NN tvoří sepse, neboli infekce krevního řečiště. (4)

Podle CDC (Centers for Disease Control) a výsledků řady mezinárodních epidemiologických studií se výskyt těchto infekcí pohybuje okolo 5 – 8 %, přičemž na odděleních intenzivní péče je toto číslo podstatně vyšší, uvádí se až 30 %. (4)

Jako nejčastější způsob přenosu nozokomiálních infekcí je uváděn přenos kontaminovanými rukama zdravotnického personálu. (4) Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala pro eliminaci rizika přenosu infekčního agens doporučení „*Standard precautions in health care*“, které bylo zakomponováno i do české legislativy (Věstník MZ č. 8/2012). Tento soubor opatření má sloužit ke snížení rizika přenosu infekčních agens ze známých i neznámých zdrojů. Tvoří základní úroveň opatření pro kontrolu infekcí a mají být použity jako minimum při poskytování péče všem pacientům. (59)

Hlavní složku těchto opatření a zároveň neúčinnější způsob zabránění přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí je právě hygiena rukou. K dalším opatřením patří samozřejmě používání ochranných pomůcek. Ty jsou pro každé pracoviště specifické a způsoby používání stejně jako jejich druhy vychází z procesu hodnocení rizik na daném

pracovišti. Nezbytnými prvky pro vytvoření bezpečného prostředí ve zdravotní péči jsou zajištění dostatečného počtu pracovníků, zdravotnického materiálu ale také výchova a vzdělávání pracovníků a pacientů. (59)

1.4.1 Standardní opatření k eliminaci rizika přenosu infekčních agens při poskytování zdravotní péče

1. Hygiena rukou

Tento pojem je obecný a zahrnuje veškeré činnosti spojené s očištěním rukou. V praxi se setkáváme s pojmy: hygienické mytí rukou, hygienická dezinfekce rukou, mytí rukou, chirurgická dezinfekce rukou a mytí rukou před chirurgickou dezinfekcí. (49)

Mytí rukou, hygienické mytí rukou

Mytí rukou či hygienické mytí rukou se provádí pouze v případech viditelného znečištění rukou a po použití toalety, v opačných případech se používá dezinfekce. Proces mytí rukou se provádí za použití mýdla a tekoucí vody po dobu 40 – 60 s. Následuje opláchnutí a osušení jednorázovým ručníkem, který se použije i na zastavení vody. Veškeré použité přípravky musí být v souladu s ČSN EN 1499. Technika mytí rukou je podrobně vyobrazena v příloze 2 - POSTUP PŘI MYTÍ RUKOU. (50)

Hygienická dezinfekce rukou

K dezinfekci rukou se používá alkoholový dezinfekční přípravek, který se aplikuje na dobu 20 – 30 s tak, aby byly ruce rovnoměrně pokryty po celou dobu působení přípravku. V případě nesnášenlivosti alkoholového přípravku je možné ho nahradit přípravkem s jinou účinnou látkou, který vyhovuje ČSN EN 1500. Přípravek se aplikuje na suchou pokožku a nechá se zcela zaschnout. Po jeho aplikaci se již ruce neoplachují ani neotírají. (50, 49) Jak správně postupovat při dezinfekci rukou, najdeme v příloze č. 5.

Správně provedená dezinfekce rukou je často účinnější a šetrnější než mytí rukou. Časté namáčení rukou zejména horkou vodou může vést ke zvýšení rizika poškození pokožky. (49)

Mytí rukou před chirurgickou dezinfekcí rukou

Tento postup je totožný s postupem mytí rukou po dobu 1 minuty, avšak rozšířený o oblast předloktí. V případě viditelného znečištění je navíc používán jednorázový kartáček pro čištění nehtů a jejich okolí. Používá se jako předoperační příprava rukou s cílem mechanického odstranění nečistot a částečně i přechodné mikroflóry v oblasti rukou a předloktí před samotnou chirurgickou dezinfekcí. (49)

Chirurgická dezinfekce rukou

Používá se před různými operačními výkony i během operací, pokud dojde k poškození rukavic nebo před jakýmkoli invazivním výkonem. Slouží k redukci množství stálé i přechodné mikroflóry na pokožce rukou a předloktí. Dezinfekční přípravek se aplikuje ve směru od špiček prstů nejprve k zápěstí, pak do poloviny lokte, a nakonec k předloktí. Musí splňovat požadavky ČSN EN 12791. (49)

Dezinfekční přípravky obecně musí splňovat následující požadavky: snadná aplikace, obsah regeneračních složek, účinné a šetrné. (49)

Obecně se hygiena rukou provádí vždy při těchto situacích:

- před kontaktem s pacientem
- před započatím činnosti vyžadující asepsi
- po expozici tělesným tekutinám pacienta (a také po sejmutí rukavic)
- po kontaktu s pacientem
- po kontaktu s okolím pacienta (předměty, nábytek v jeho bezprostředním okolí)

(50)

(viz příloha 3 - PĚT ZÁKLADNÍCH SITUACÍ PRO HYGIENU RUKOU)

2. Používání rukavic

Rukavice se používají vždy při kontaktu s krví, tělesnými tekutinami, sekrety a porušenou kůží. Slouží k ochraně nejen pacienta ale také personálu. Pokud se personál během ošetřování pacienta dostane do kontaktu s biologickým materiálem, rukavice vymění a pokračuje v ošetřování. Po použití, kontaktu s čistými předměty a také dalšími

pacienty se rukavice sundávají. Bezprostředně po jejich sundání se provádí dezinfekce rukou.

3. Ochrana obličeje

Ochranou obličeje rozumíme ochranu očí, nosu a úst při činnostech, kdy může dojít k postříkání, potřísnění nebo vzniku infekčního aerosolu. V těchto případech jsou jako ochranné prostředky používány ústenky, brýle a ochranné obličejové štíty.

4. Používání ochranných plášťů

Při činnostech s možným rizikem vzniku potřísnění kůže biologickým materiálem jsou používány jednorázové ochranné pláště – empíry. Ihned po skončení rizikové činnosti se tento plášť svléká a následně je provedena dezinfekce rukou.

5. Prevence poranění jehlou a jinými ostrými předměty

V tomto případě je vždy nutná opatrnost a to zejména v případech manipulace s jehlami, skalpely a dalšími ostrými nástroji, dále při jejich čištění a likvidaci.

6. Respirační hygiena

Pojem respirační hygiena v sobě zahrnuje jistá opatření, která by měly dodržovat osoby s respiračními příznaky. V případě kašle nebo kýchání si zakrýt nos a ústa jednorázovým kapesníkem, po použití ochranný prostředek zlikvidovat a co nejdříve provést hygienu rukou. Zdravotnickým zařízením se doporučují následující opatření:

- zejména v období chřipkových epidemií umístit na viditelné místo instrukce pro pacienty s respiračními příznaky,
- zajistit dostupnost a dostatečné množství prostředků pro hygienu rukou a ochranných pomůcek,
- ve společných prostorách (zejména čekárnách) oddělit pacienty s příznaky akutního horečnatého onemocnění od ostatních.

7. + 8. Úklid a lůžkoviny

Pravidelně provádět úklid a dezinfekci ploch a prostředí. Při manipulaci s prádlem postupovat tak, aby nedošlo ke kontaminaci kůže, sliznic a oblečení a zároveň byl vyloučen přenos patogenů na pacienty, personál nebo do okolního prostředí.

9. Manipulace s odpadem

Biologický odpad je vždy považován za potenciálně infekční, proto je třeba s ním tak zacházet a musí být vhodným způsobem likvidován a oddělen od běžného komunálního odpadu.

10. Předměty a pomůcky používané při poskytování péče

Předměty určené k jednorázovému použití jsou ihned po použití vhodným způsobem likvidovány. U předmětů a pomůcek, určených k opakovanému použití, se musí provést odpovídající čištění, jejich dezinfekce případně sterilizace. (50)

1.5 Pochybení v medikaci

Lékové chyby jsou nechtěná pochybení ze strany lékaře, lékárníka, NLZP nebo pacienta, která mohou vést k nevhodnému užívání léčiv. K lékové chybě může dojít prakticky v jakékoli fázi manipulace s léčivem, od preskripce až po podání či dokumentaci. Tyto chyby nejčastěji spočívají v dávkování léků nebo v jejich nevhodné kombinaci. Často se stává, že pacient navštěvuje současně několik lékařů, ale ty už dostatečně neinformuje o užívaných lécích a získává další a další. (13) Ty se potom mohou navzájem ovlivňovat a může dojít ke vzniku nežádoucích událostí, v které vyústí asi 10 % lékových chyb. Ty ovšem často mívají závažné následky. Uvádí se, že asi pětina těchto událostí (19 %) jsou život ohrožující stavy a další téměř polovina vyžaduje lékařské ošetření. (45)

Je důležité od sebe odlišovat pojmy léková chyba a nežádoucí léková událost. Léková chyba je definována Národním koordinačním centrem pro hlášení a prevenci lékových chyb jako: „každá událost, která může vést k nevhodnému užívání léčiv nebo je jeho příčinou.“ Nežádoucí lékovou událostí je „jakékoli poškození pacienta související s podáním léku.“ (45)

1.5.1 Příčiny a faktory ovlivňující vznik lékových chyb

Podle výsledků kanadské studie Moyena k naprosté většině chyb dochází při podávání léčiv (53 %). Jako nejrizikovější jsou brány přípravky určené pro intravenózní aplikaci. Toto riziko je dáno složitostí jejich přípravy ve srovnání s ostatními lékovými formami. Je potřeba provést více kroků, s nimiž se zvyšuje pravděpodobnost pochybení zdravotnického personálu. Kromě lékařů a zdravotnických pracovníků mají na vzniku lékových chyb svůj podíl také pacienti. Ti mohou lék špatně aplikovat, vynechat dávku či ho zaměnit za jiný. Mezi hlavní příčiny lékových chyb, které vydefinoval Institut pro bezpečné používání léčiv (ISMP) patří: nedostatek znalostí o léčivu, nedostatečné informace o pacientovi, chyby v předpisu, vzájemné interakce, problémy se skladováním a dodávkou léčiv, porušování pravidel, chyby v přípravě a nedostatečná standardizace. Dalšími faktory, které by neměly být opomíjeny, jsou např. pracovní vytížení personálu, pracovní prostředí či vybavenost daného zařízení. Ty se mohou negativně promítnout na jednání zdravotnického personálu a zvýšit tak riziko možného pochybení. Každá takto vzniklá léková chyba s sebou nese určité následky. Ty mohou spočívat v negativním dopadu na pacienta, jeho zdraví a psychiku. Krom toho dochází ke zvyšování nákladů na léčbu, což se negativně promítne i na ekonomické stránce daného zdravotnického zařízení. (45)

1.5.2 Hlášení nežádoucích lékových událostí

Od roku 2012 je evropskou legislativou vyžadováno hlášení všech podezření na nežádoucí účinky, plynoucí z pochybení v medikaci do databáze EudraVigilance. (12) V ČR dosud neexistuje žádná instituce, která by se problematikou lékových chyb zabývala. Dohled nad léčivy zajišťuje SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv). Jeho činnost spočívá zejména v dohledu nad bezpečností, jakostí a účinností léčiv. (45) Jednou z činností SÚKL je také farmakovigilance, která se zabývá zejména sledováním výskytu a prevencí nežádoucích lékových událostí nikoli lékových chyb. Pro tyto účely je na webových stránkách SÚKL zřízena databáze. Hlásit může prakticky kdokoli (pacient i zdravotnický pracovník) a to hned několika způsoby. Lze využít elektronický formulář, dostupný na <http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek> nebo použít klasický papírový formulář. Další možností je podat hlášení e-mailem nebo telefonicky. Zdravotničtí pracovníci mají na rozdíl od ostatních zákonem stanovenou povinnost nahlásit jakýkoli závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek léčivého přípravku.

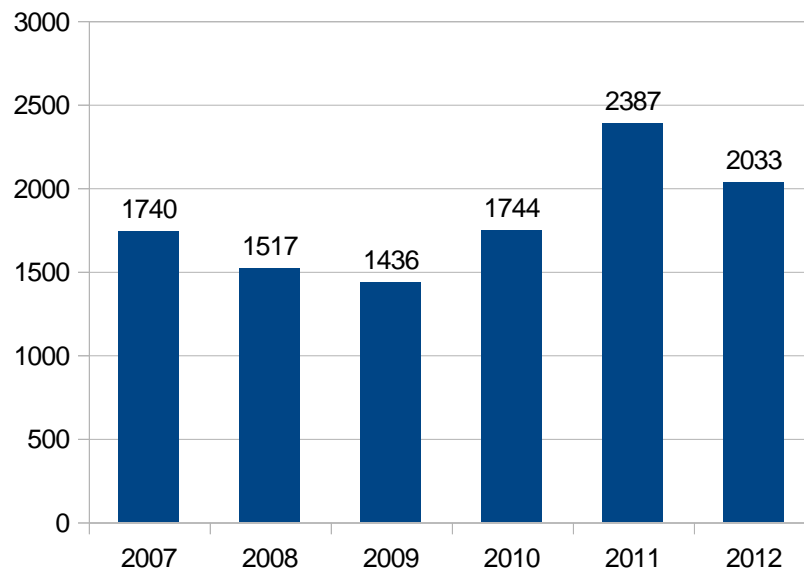
Každé hlášení pak obdrží unikátní kód, pod kterým je uložen do Centrální databáze nežádoucích účinků (CDNÚ). Z této databáze jsou potom veškerá hlášení předána do evropské databáze EudraVigilance a WHO. (40)

Za rok 2012 SÚKL obdržel celkem 2033 hlášení o podezření na nežádoucí účinky léčiv, z toho 71 od pacientů. To jistě není malé číslo, ale oproti předchozímu roku došlo k poklesu těchto hlášení. Z celkového počtu podaných hlášení za rok 2012 se v 1777 případech jednalo o závažné nežádoucí účinky. (41) Ty jsou podle zákona definovány jako takové, „*které mají za následek smrt, ohroží život, vyžadují hospitalizaci nebo prodloužení probíhající hospitalizace, mají za následek trvalé či významné poškození zdraví nebo omezení schopností nebo se projeví jako vrozená anomálie či vrozená vada u potomků.*“ (61) V 89 případech hlášení bylo nežádoucím účinkem úmrtí pacienta. (41)

Lékové chyby jsou problémem všech zdravotnických zařízení a důležitá je zejména jejich prevence. SÚKL v rámci prevence zahájil projekt s cílem vytvořit regionální farmakovigilanční centra (RFC), která by měla za úkol vést databázi a shromažďovat veškeré dostupné informace o výskytu lékových chyb, jako je tomu v jiných zemích. (45) Do oblasti prevence je nutné zapojit nejen instituce, zdravotnické pracovníky ale také pacienty (laickou veřejnost). Evropská léková agentura spolupracuje se zástupci pacientů již od roku 2005 a hledá neustále další možnosti jak zapojit pacienty do procesu hodnocení přínosu a rizik léčivých přípravků. (9)

Graf 1:

Přehled hlášených podezření na nežádoucí účinky v ČR v letech 2007 - 2012



■ počet hlášených NÚ

Zdroj dat: (41)

1.6 Interní komunikace

V úvodu byla zmíněna důležitost a význam efektivní komunikace mezi pacientem a zdravotníkem. Stejně důležitá je i interní komunikace, tedy komunikace mezi vedením a zaměstnanci a zaměstnanci navzájem. Komunikace je definována jako: „proces sdílení určitých informací s cílem odstranit či snížit nejistotu na obou komunikujících stranách“. Z této definice plyne, že nezbytnou podmínkou efektivní komunikace je její oboustrannost a zpětná vazba. Výsledky studií zabývajících se touto problematikou ukázaly, že interní komunikace je důležitým, přesto často opomíjeným nástrojem, který se promítá i do kvality poskytované péče. (14)

Interní komunikace ovlivňuje angažovanost a pracovní výkon zaměstnanců, zároveň přispívá k tvorbě pozitivního klimatu na pracovišti a motivaci zaměstnanců. Naopak špatná komunikace se projevuje nedostatkem či neaktuálností informací a absencí zpětné vazby. V důsledku toho dochází ke vzniku informačních šumů, které negativně ovlivňují pracovní výkon, zvyšuje se pravděpodobnost vzniku chyb, což se následně může promítnout v kvalitě poskytované péče. Neefektivní komunikace představuje pro zaměstnance významný stresor, vedoucí k jejich demotivaci. (14)

Hlavním problémem v nastavení efektivní komunikace ve zdravotnictví je nedostatek času managementu v kombinaci s nedostatkem finančních zdrojů, které by směřovaly do oblasti informačních a komunikačních technologií. (14)

1.7 Bezpečná identifikace pacienta

Záměna pacienta, orgánu nebo stranová záměna při operaci nepatří mezi častá pochybení při poskytování zdravotní péče, ale vždy vrhají negativní světlo na celé zařízení a jeho pověst. Příčinou jejich vzniku je často nesprávná a nedostatečná komunikace, ať už mezi zdravotníky, či mezi zdravotníkem a pacientem. „*Manažeři rizik se shodují na tom, že až 84 % fatálních mimořádných událostí je způsobeno selháním komunikace.*“ (44) K prevenci těchto nežádoucích událostí patří bezpochyby bezpečná identifikace pacienta. Mezi způsoby identifikace pacienta patří slovní identifikace, identifikace pomocí osobních dokladů (průkaz pojištěnce, občanský průkaz), identifikační náramky, čipové náramky nebo fotografie. (44) Na tuto problematiku se zaměřilo i MZ vyhlášením Resortních bezpečnostních cílů, kdy jako

jeden cíl vytyčilo právě „*Bezpečnou identifikaci pacientů*“. Pro realizaci tohoto cíle jednotlivými zdravotnickými zařízeními je důležité splnění následujících 4 kroků:

- vypracovat vnitřní postup, který konkrétně vymezí postupy při identifikaci pacientů (včetně postupu při neobvyklých situacích), který bude závazný pro všechny pracovníky
- k identifikaci pacienta je zapotřebí použití minimálně dvou identifikačních nástrojů
- identifikaci provádět vždy před podáním léků, krve a jiných přípravků a před odběry vzorků
- identifikovat pacienta před každým diagnostickým a terapeutickým výkonem

(32)

Na bezpečnou identifikaci pacienta má vliv i vedení zdravotnické dokumentace. Nečitelné nebo nekompletní zápisy mohou ohrozit pacienta. Správné vedení zdravotnické dokumentace ochrání nejen pacienta ale i personál před vznikem možných závažných obvinění. Co se týče vedení dokumentace, jako nejvíce problémová se jeví právě nečitelnost zápisů. Požadavek na čitelnost zápisů v dokumentaci je dán i legislativně. (44) Zákon č. 372/2011 Sb. říká, že: „*zdravotnická dokumentace musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována*“. Zákon dále uvádí, že v případě oprav v dokumentaci se provádí nový zápis, který je opatřen datem opravy a podpisem pracovníka, který opravu provedl. (60)

V rámci možného vzniku záměny pacienta a s ní souvisejících NÚ přecházejí zdravotnická zařízení k používání nemocničních informačních systémů a vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě. Tím je eliminováno riziko nečitelných záznamů v dokumentaci a tím i riziko záměny pacienta, což přispívá ke zvýšení kvality poskytované péče a bezpečnosti pacienta. Podmínky pro vedení dokumentace v elektronické podobě upravuje rovněž zákon 372/2011 Sb. a podrobně vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. (60)

1.8 Systémy pro hodnocení kvality ve zdravotnictví

1.8.1 Spojená akreditační komise ČR a další organizace schválené MZ ČR

SAK ČR neboli „*Spojená akreditační komise*“ je organizací, jejímž posláním je zvyšovat kvalitu a bezpečí zdravotní péče v ČR, převážně prostřednictvím akreditace zdravotnických zařízení. Dalšími prostředky pro naplnění tohoto poslání jsou poskytování poradenství a publikační činnost, mezinárodní spolupráce a spolupráce s dalšími organizacemi ČR, zabývajícími se problematikou zvyšování kvality péče nebo vydávání akreditačních standardů včetně podrobné metodiky. „*Od 21. 6. 2012 je Spojená akreditační komise, o.p.s., oprávněným hodnotitelem kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, pro druhy zdravotní péče podle ust. § 5 odst. 2 písm. f) až h) zákona č. 372/2011 Sb., dle omezení udělení oprávnění dle vyhlášky č. 102/2012 Sb.*“ Kromě SAK bylo toto oprávnění uděleno ministerstvem zdravotnictví i dalším organizacím. Patří sem např. e-ISO, ČSAZ, nebo EURO CERT CZ. Jejich seznam je uveřejněn na webových stránkách MZ ČR. (37) K nejnovější publikační aktivitě SAK patří publikace „*3. vydání akreditačních standardů pro nemocnice*“, účinných od ledna 2014. (37, 38) Co se týče aktivit v jiných oblastech, můžeme zmínit např.: seminář „*Bezpečná medicína*“, který pořádala SAK ve spolupráci s Českou odbornou společností klinické farmacie v červnu 2013. (37)

Akreditace

Akreditace je soustavný proces standardizace, sledování a vyhodnocování všech úkonů souvisejících s poskytovanou péčí. Jejím cílem je neustálé zvyšování úrovně a kvality poskytované péče a tím i bezpečnosti pacienta. Představuje jakési oficiální uznání, že zdravotnické zařízení poskytuje kvalitní zdravotní péči ve shodě s akreditačními standardy. Na základě těchto standardů si zdravotnické zařízení vytvoří závazný vnitřní předpis s postupem pro naplnění akreditačních standardů. Důležitým a možná méně známým faktem je, že tento proces hodnotí zdravotnické zařízení jako celek (tzn. i nezdravotnické úseky zařízení, které musí taktéž splňovat určitou úroveň). Akreditace je formou externího hodnocení kvality ve zdravotnictví, jejímž cílem je neustálé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče. Jedná se o dobrovolný proces, a

tak je jen na daném zařízení kdy, a jestli vůbec, se rozhodne podmínky akreditace splnit.
(39)

Příprava na akreditaci je náročný proces zasahující do všech provozů nemocnice a může trvat roky. Jako příklad uvádím Nemocnici České Budějovice a.s., která se na akreditační šetření, které proběhlo v červnu roku 2013, připravovala pět let. Za své úsilí obdržela od České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví s. r. o. (ČSAZ) „Certifikát kvality a bezpečí“ a tím se zařadila mezi akreditovaná zdravotnická zařízení v ČR. Jak už bylo uvedeno, jedná se o nikdy nekončící proces, takže už teď se toto zařízení může připravovat na reakreditaci, která ho čeká v roce 2016. Mezitím ještě každoročně proběhne audit, kterým se ověří fungování přijatých postupů, s cílem upozornit na slabší stránky, na které je potřeba se do další akreditace zaměřit. (10) V souvislosti s akreditací došlo také ke změně motto Nemocnice České Budějovice, a.s. Dosavadní „*Zájem a potřeba informovaného, angažovaného pacienta*“ bylo nahrazeno jednoduchým a výstižným heslem „*Na prvním místě je pacient*“, na němž se společně dohodli zástupci pracovní skupiny. (33)

1.8.2 JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)

JCAHO/JCIA – Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení vznikla v roce 1951 jako nezisková nestátní organizace. Posláním této organizace je zvyšování kvality zdravotní péče pro veřejnost. Nástroji k realizaci tohoto cíle jsou vydávání standardů, posuzování zdravotnických zařízení, které o to požádají a vydávání akreditací. Akreditace je dobrovolným procesem, který provádí mezinárodní akreditační komise. Ta udělí zdravotnickému zařízení certifikát s platností tři roky. V roce 1998 vznikla její dceřinná společnost Joint Commission International Accreditation (JCIA), která působí i v ČR. V současné době JCAHO akredituje přes 20000 organizací ve Spojených státech. Akreditační standardy se dělí do dvou oblastí:

- standardy týkající se potřeb pacienta (práva pacientů, edukace, diagnostický proces)

(62)

Tato organizace se snaží o podporu již zmiňovaného aktivního zapojení pacienta v oblasti poskytování zdravotní péče a vytvoření partnerského vztahu mezi personálem, pacientem i jeho rodinou. Tyto vztahy jsou založeny především na důvěře, vzájemném respektu a efektivní komunikaci. Takový přístup pozitivně ovlivňuje kvalitu a bezpečnost poskytované péče. (44)

- standardy týkající se funkce zdravotnického zařízení

(bezpečnost a ochrana zdraví při práci, personální management, protiepidemická opatření). (62)

JCAHO vytvořila nástroj, díky němuž mohou lékaři předcházet NU, jako jsou medikační pochybení, nozokomiální nákazy nebo záměna pacienta nebo strany. Tento nástroj se nazývá „Sentinel Event Alert“. (44)

1.8.3 Certifikace

„Certifikace je postup, kterým certifikační orgán (instituce) poskytuje písemné ubezpečení, že výrobek, proces nebo služba jsou ve shodě se specifikovanými požadavky.“ (39) Tyto požadavky jsou stanoveny příslušným předpisem. Postup je obdobný jako u akreditace. Na konci obdrží zdravotnické zařízení certifikát s platností nejčastěji po dobu tří let. Každých dvanáct měsíců je navíc prováděn „dozorový audit“, který kontroluje, zda jsou dodržovány podmínky, které byly certifikací stanoveny. Nejpoužívanější certifikace ve zdravotnictví je dle ISO 9001. Poslední verzí je ČSN EN ISO 9001:2009 (anglická verze: ISO 9001:2008). (39)

ČSN EN ISO 9001:2009 – Systémy managementu kvality

Tento systém managementu kvality je určen pro organizace (nejen zdravotnické), které mají za cíl neustále zlepšovat své služby tak, aby splňovaly požadavky zákazníka (pacienta) a vedly k jeho spokojenosti. Co se týče obecných požadavků, patří sem např.:

1. Udržování pořádku – v tomto bodě je zahrnuto především udržování pořádku na pracovišti a v dokumentaci. Dále sem spadá jasné rozdělení kompetencí a pravomocí a stanovení odpovědnosti.

2. Zajištění zdrojů – správný výběr lidských zdrojů, zejména zaměstnanců, zajištění a kontrola odborné způsobilosti a pravidelné proškolení. Dále sem spadají technické zdroje a správný výběr dodavatelů, založený na kvalitě, ne na známostech.
3. Zaměřit se na zákazníka – zkoumání požadavků zákazníka s cílem naplnit tyto požadavky a potřeby a uzpůsobovat jim chod nemocnice. Zvyšovat spokojenost zákazníka a provádět systematické měření spokojenosti.
4. Pracovní podmínky – vytvoření vhodných pracovních podmínek zahrnuje opatření k ochraně zdraví při práci, vytvoření pozitivního klimatu na pracovišti, motivace pracovníků. Dále zajištění vhodné infrastruktury – dostatek pracovních prostor, budov, způsob komunikace.
5. Ověřování – pravidelné provádění interních auditů, ověřování spokojenosti zákazníka a analýza nákladů.
6. Management neshody – neopakovat chyby ale naopak jim předcházet, určit jejich příčiny za pomoci údajů o přijatých opatřeních, jejich přezkoumání a odstranění příčin neshod.
7. Odpovědnost vedení – vedení vytváří politiku jakosti, stanovuje cíle nemocnice (i dlouhodobé), zajišťuje dostupnost zdrojů (lidských, technických) a způsob komunikace v rámci organizace – komunikace na pracovišti, nástěnky, intranet, schůzky, porady apod.
8. Realizace služby – při péči o pacienta zajistit shodu s legislativou, vytvářet potřebnou dokumentaci a záznamy a postupovat podle předpisů.

Přínosy implementace ISO 9001 ve zdravotnictví:

- zvýšení kvality a bezpečnosti nabízených služeb
- standardizace jednotlivých činností či procesů
- naplnění legislativních požadavků
- stanovení pravidel pro pořizování záznamů (jejich forma, ukládání a rozsah)
- jasné stanovení odpovědností a pravomocí
- předcházení vzniku chyb a omylů

- zlepšování kvality poskytovaných služeb

(21, 19)

1.8.4 ISQua

ISQua je Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví, která zveřejnila seznam obecných akreditačních principů. Tyto principy jsou mezinárodně uznávané a vychází z nich i koncept standardů JCIA. Počátky této společnosti sahají do roku 1984. Klíčovým partnerem je WHO. Vytváří jakousi globální síť, která pokrývá 100 zemí a pět kontinentů. Prostřednictvím této sítě dochází k výměně informací, nápadů a řešení v oblasti kvality péče o pacienta s cílem průběžně zvyšovat kvalitu a bezpečnost zdravotní péče po celém světě. Zajímavostí je, že do této sítě mohou být zapojeny jak organizace, tak i jednotlivci. (46)

1.8.5 EFQM – Evropská nadace pro řízení kvality

Tato nadace byla založena v roce 1998 představiteli tehdy významných evropských organizací (např.: Robert Bosch, Philips, Volkswagen). Jejím úkolem je podporovat spolupráci mezi členskými organizacemi, s cílem inovovat a sdílet postupy, které vedou k dosažení excelentních výsledků na trhu a udržení konkurenceschopnosti. Zprostředkovává externí hodnocení organizací za účelem odhalení silných stránek i možností zlepšení. Organizace jsou posuzovány v různých kategoriích, jako např. řízení organizace, řízení lidských zdrojů, spokojenost klientů a zaměstnanců. (1)

1.8.6 TQM – Total Quality Management

Řízení kvality TQM klade důraz na neustálé zlepšování při co nejnižších nákladech a s maximálním využitím všech dostupných zdrojů (lidských, materiálních). Principy v systému zdravotní péče se zaměřují na uživatele péče – pacient, s cílem uspokojit jeho potřeby. (21)

1.9 Role EU v problematice bezpečnosti pacientů

1.9.1 Lucemburská deklarace

V dubnu 2005 byla schválena na summitu členských států EU tzv. Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů (Luxembourg Declaration on Patient Safety), jejíž součástí jsou následující doporučení pro členské státy EU:

- umožnit pacientům volný přístup k informacím, které o nich byly shromážděny v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a zajistit jejich srozumitelnost pro pacienty. Prosazovat princip, že informovaný pacient je lépe vybaven pro péči o své zdraví.
- Zvážit výhody zavedení národního dobrovolného systému hlášení nežádoucích událostí a nedokonaných pochybení.
- Postupně zavádět procesy v oblasti řízení rizik ve zdravotnictví – například vytvářením algoritmů a indikátorů kvality v rámci systému externího hodnocení kvality ve zdravotnictví.
- Optimalizovat využití nových technologií například zaváděním elektronické formy zdravotnické dokumentace. Taková dokumentace by měla obsahovat základní informace o zdravotním stavu pacientů a programy usnadňující rozhodovací proces (např. s cílem minimalizovat chyby při podání léků).
- Zřizovat národní fóra zabývající se problematikou bezpečí pacientů.
- Sledovat bezpečí pracovních podmínek ve zdravotnictví a zajistit, aby postupy při náboru nových zaměstnanců byly v souladu s principy bezpečí pacientů.
- Prosazovat intenzivní školení uživatelů technologií ve zdravotnictví s cílem zajistit jejich bezpečné používání.
- Zahrnout informace o bezpečí pacientů do standardního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Zajistit, aby národní legislativa chránila soukromí pacientů i důvěrnost zdravotnické dokumentace a aby současně zajistila účelnou dostupnost informací o pacientech pro zdravotnické pracovníky.
- Vytvářet prostředí, kde jsou chyby využity k poučení, nikoli k svalování viny a hanby a k trestání „pachatelů“.

- Spolupracovat s pacienty a jejich blízkými s cílem informovat je o existenci nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče včetně tzv. nedokonaných pochybení. (18)

1.9.2 Doporučení Rady Evropy

Vzhledem k tomu, že bezpečnost pacientů představuje tak závažný problém, přijala Rada Evropské unie v červnu 2009 „*Doporučení Rady ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C 151/01)*“ (Doporučení). Toto doporučení má dvě kapitoly. (8)

První kapitola je věnována problematice obecné bezpečnosti pacienta. Členským státům je zde doporučeno, aby zavedly opatření, která povedou k minimalizaci újmy pacientů, vzniklé při poskytování zdravotní péče. V rámci těchto opatření jsou členské státy vybízeny k zavedení vnitrostátních politik a programů pro zvýšení bezpečnosti pacientů, posílení účasti pacientů v této problematice, zvýšení jejich informovanosti, zavádění systémů podávání zpráv a informování o nežádoucích příhodách, podpora dalšího vzdělávání a odborné přípravy zdravotnických pracovníků. Na základě doporučení potom své zkušenosti, znalosti a osvědčené postupy sdílet prostřednictvím vzájemné spolupráce a spolupráce s Komisí. (7)

Druhá kapitola tohoto doporučení je věnována prevenci a kontrole infekcí spojených se zdravotní péčí. Zde je doporučeno přijmout a provádět strategii prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí, zavedením preventivních a kontrolních opatření a to na úrovni zdravotnických zařízení, vnitrostátní a regionální úrovni. Dále pak podporovat vzdělávání a odbornou přípravu zdravotnických pracovníků, zlepšení informovanosti pacientů poskytováním objektivních a srozumitelných informací a podpora výzkumu. (7)

Na základě tohoto doporučení Česká republika, jakožto členský stát, postupně zavádí systémová opatření pro zajištění vyšší bezpečnosti pacientů i kvality poskytované péče.

1.9.3 Akční plán proti rostoucím hrozbám antimikrobiální rezistence

Dalším významným dokumentem v otázkách bezpečnosti pacientů, který Komise přijala v listopadu 2011, je „*akční plán proti rostoucím hrozbám antimikrobiální rezistence*“. Jedná se o pětiletý plán, který se snaží nalézt efektivní řešení vedoucí k zabránění výskytu mikrobiálních infekcí a šíření mikroorganismů. Evropská Komise už v této problematice provedla řadu opatření. Jako příklad uvádím „zákaz používání antimikrobiálních látek pro podporu růstu v oblasti chovu hospodářských zvířat“, zavedený v roce 2006. Tato opatření jsou sice směřována správným směrem, přesto se nedaří tuto hrozbu potlačit. Antimikrobiální rezistence (AMR) tak nadále zůstává obrovským globálním problémem. Příčiny jejího vzniku nespočívají jen v nadužívání antibiotik u lidí. Obrovským problémem je používání těchto látek v zemědělství. Úspěšnost v řešení může zajistit pouze komplexní přístup, na němž jsou založena nová opatření. Tato opatření jsou zaměřena na následující oblasti:

- Vhodné a uvážlivé používání antimikrobiálních látek v medicíně humánní i veterinární.
- Prevence mikrobiálních infekcí a jejich šíření.

Tato oblast se zabývá infekcemi spojenými se zdravotní péčí, jejichž výskyt je v rámci EU vysoký a úzce spjatý s AMR.

- Vývoj nových účinných látek nebo alternativních léčivých přípravků v oblasti humánní i veterinární medicíny.
- Spojení sil s mezinárodními partnery pro potlačení rizik šíření AMR vyvolaných mezinárodním obchodem a cestováním a prostřednictvím životního prostředí.

AMR nezasahuje jen do oblasti humánní medicíny. Problém představuje i v těchto oblastech: chov hospodářských zvířat, životní prostředí nebo obchod. Existuje zde tedy možnost jejího šíření mezi jednotlivými zeměmi například v rámci obchodu nebo cestování. Z těchto důvodů je důležité udržovat spolupráci s evropským regionem WHO a „transatlantickou pracovní skupinou pro antimikrobiální rezistenci“ (TATFAR).

- Monitorování a sledování AMR

Ke sledování AMR byl EU vytvořen systém „Evropská síť sledování antimikrobiální rezistence“. Spotřeba antimikrobiálních látek je pak monitorována systémem ESAC (evropský systém sledování spotřeby ATB). Oba tyto systémy poskytují klíčové informace pro podporu prevence a kontroly AMR. Monitorování AMR je povinné také u bakterií zvířat (např. *Salmonella*). (36)

Nejnovější údaje zveřejněné Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) ve „*Výroční epidemiologické zprávě 2012*“ uvádí, že nárůst antimikrobiální rezistence v Evropě pokračuje a to zejména u gramnegativních patogenů. Příčinou vzestupu antimikrobiální rezistence je nadužívání a nesprávné užívání ATB jak v humánní tak i veterinární medicíně. V mnoha případech jsou ATB předepisována, aniž by jich bylo pro danou diagnózu třeba, nebo je pacienti sami vyžadují. Proto je jedním z bodů Akčního plánu Národního antibiotického programu pro období 2011 – 2013 i aktivní zapojení laické veřejnosti do této problematiky a zlepšení informovanosti o rizicích nadužívání ATB. Na 18. listopadu 2013 připadl již šestý Evropský antibiotický den, který má upozornit na problematiku nadužívání ATB a nárůst antimikrobiální rezistence. Situace v ČR je obdobná jako v ostatních evropských zemích. Dochází k poklesu užívání vysoce účinných ATB s úzkým spektrem účinku (peniciliny) a naopak roste spotřeba těch širokospektrých (např. makrolidy), které zasahují i běžnou bakteriální flóru. Problém antimikrobiální rezistence tak zůstává nadále aktuálním tématem a vyžaduje zejména obezřetnost při používání antibiotik a mezinárodní spolupráci při jeho řešení. (2, 28)

1.10 ČR a bezpečnost zdravotní péče

Na základě Doporučení byl v ČR jako nástroj pro jeho realizaci vytvořen „*Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012*“, jehož součástí je každoroční vyhlášení „*Resortních bezpečnostních cílů*“ (RBC).

1.10.1 Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012

Akční plán realizuje zmiňovaná doporučení EU. Obsahuje konkrétní nástroje ke zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče v podmínkách ČR včetně finančního pokrytí. Obsahuje následující kroky:

- Zavádění a rozvoj národních politik a programů pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče
- Posílení účasti a informovanosti občanů a pacientů
- Zavedení nebo posílení nerepresivních systémů podávání zpráv a informací o nežádoucích událostech
- Vzdělávání a odbornou přípravu zdravotnických pracovníků
- Zajištění klasifikace a měření bezpečnosti pacientů
- Rozvoj a prosazování výzkumu v oblasti bezpečnosti pacientů
- Sdílení znalostí, zkušenosti a osvědčených postupů na úrovni EU
- Implementaci strategie prevence a kontroly infekcí ve zdravotnických zařízeních, včetně infekcí spojených se zdravotní péčí.

(18)

Resortní bezpečnostní cíle pro rok 2010

Tehdejší ministryně zdravotnictví Dana Jurásková vyhlásila pro rok 2010 následující RBC:

- bezpečná identifikace pacientů
- bezpečnost při používání rizikových léčiv
- prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
- prevence pádů pacienta
- zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.

Tyto cíle jsou závazné pouze pro přímo řízené organizace (organizace řízené ministerstvem zdravotnictví) a jako doporučení platí pro ostatní zdravotnická zařízení všech typů (lůžková, ambulantní, apod.). Realizace jednotlivých cílů spočívá ve vypracování vnitřních předpisů konkrétním zdravotnickým zařízením k jednotlivým výše uvedeným cílům. Podrobný popis postupu realizace těchto cílů nalezneme na stránkách ministerstva zdravotnictví:

http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html.

(27)

Resortní bezpečnostní cíle na období červen 2011 – duben 2012

Pro toto období bylo původních pět cílů (pro rok 2010) doplněno dvěma následujícími cíli:

- bezpečná komunikace
- bezpečné předávání pacientů.

Zároveň byla doplněna metodika třetího a pátého RBC. Pro naplnění třetího RBC byl doplněn kontrolní seznam *Světové zdravotnické organizace* (WHO) – „*Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu*“ (příloha 4) a k pátému RBC byly přidány následující materiály převzaté od WHO:

- dotazník pro sebehodnocení v oblasti hygieny rukou 2010
- propagační leták postupu při mytí rukou (příloha 2)
- propagační leták postupu pro dezinfekci rukou (příloha 5)
- propagační leták pět základních situací pro hygienu rukou (příloha 3)

(32)

Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče

„Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče (dále jen „PSBPKZP“) je iniciačním a koordinačním orgánem pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče v ČR.“ (31)

PSBPKZP je zřízena na základě Doporučení Rady EU o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (schváleno 9. června 2009 ministry zdravotnictví všech členských států EU – Úřední věstník 2009/C 151/01) a Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012 (schválen poradou vedení Ministerstva zdravotnictví ČR č. 9 dne 19. března 2010). (31)

Členy PSBPKZP jsou zástupci sekce zdravotní péče, sekce ochrany a podpory veřejného zdraví, sekce zdravotního pojištění, odborných společností, profesních organizací, odborné a laické veřejnosti. (31)

1.10.2 Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb v ČR

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je legislativně ukotveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. (60)

Externí hodnocení kvality

Proces externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je uveden v § 98 zákona č. 372/2011 Sb. a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové péče. Tato vyhláška upravuje podmínky hodnocení a kvality pouze pro lůžkovou zdravotní péči. Naproti tomu zákon č. 372/2011 Sb. zahrnuje všechny formy zdravotní péče, kterými jsou *„ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.“* (60)

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je zde definováno jako: *„dobrovolný proces, jehož účelem je posoudit podle hodnotících standardů organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality a bezpečí.“* (60) Zákon dále určuje, že *„hodnocení kvality a bezpečí může provádět fyzická nebo právnická osoba, které bylo uděleno oprávnění k provádění této činnosti.“* (60) O udělení tohoto oprávnění rozhoduje ministerstvo. „Zákon vymezuje podmínky žádosti o toto oprávnění i podmínky, s kterými zaniká. *„Hodnocení kvality a bezpečí se provádí na základě smlouvy uzavřené mezi osobou oprávněnou provádět hodnocení kvality a bezpečí a poskytovatelem; součástí smlouvy je i sjednaná úplata za provedené hodnocení.“* (60)

„Hodnocení kvality a bezpečí musí být provedeno do 12 měsíců ode dne uzavření smlouvy. Osoba oprávněná provádět hodnocení kvality a bezpečí je při hodnocení povinna:

a) postupovat nestranně,

b) dodržovat hodnotící standardy kvality a bezpečí a pravidla procesu hodnocení kvality a bezpečí.“

(60)

V případě, že úroveň poskytovaných zdravotních služeb daného zařízení vyhovuje hodnotícím standardům, je vydán certifikát kvality a bezpečí s dobou platnosti tří let. V opačném případě jsou poskytovateli písemně oznámeny podmínky, které nesplnil. „*Certifikát obsahuje:*

a) *údaje o osobě, která vydala certifikát,*

b) *údaje o poskytovateli,*

c) *formy zdravotní péče, popřípadě druhy zdravotní péče, pro které byl certifikát vydán, a adresu místa jejich poskytování,*

d) *datum vydání certifikátu.*“

(60)

Interní systém hodnocení kvality

Podle zákona č. 372/2011 Sb., je poskytovatel zdravotních služeb povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Tento systém slouží jako nástroj zajišťující kvalitu procesů (služeb) v daném zdravotnickém zařízení. Minimální požadavky pro zavedení tohoto systému jsou zpracovány ve Věstníku č. 5/2012.

„Interní hodnocení vychází z institucionálního sebehodnocení podle určitých standardů. Sebehodnocení je komplexní, systematický a pravidelný proces, který posuzuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, jehož podstatou je sebekritické vyhodnocení všech oblastí poskytované péče a vyhledání nejslabších míst. Základem sebehodnocení je zachování objektivnosti v sebekritičnosti, kontinuita a sledování dynamiky vývoje.“ (49) Cílem tohoto systému je shromažďování informací, které vede k minimalizaci rizikových činností. Jedná se o systém sebehodnocení dané instituce s cílem zajistit její trvalé zlepšování v oblasti kvality a bezpečí poskytované péče. Výstupem není získání certifikátu, nýbrž určení oblastí, které je potřeba zlepšit a těch, ve kterých si zdravotnické zařízení vede dobře. Na základě těchto informací vypracuje poskytovatel plán, určený k realizaci opatření, vedoucích ke zlepšení. (49)

1.11 Výzkum v oblasti kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacienta

Kvalita poskytované péče je často sledovanou problematikou. Tato témata jsou námětem řady studentských prací, jsou řešena managementem zdravotnických zařízení a zabývá se jimi i MZČR. Příkladem studentské závěrečné práce je bakalářská práce na téma „*Bezpečnostní pravidla na oddělení*“ (Jana Pelikánová), ve které se studentka zabývá možnostmi zvýšení bezpečnosti pacientů na jednotlivých odděleních ve vybraných nemocnicích.

MZČR se na tuto problematiku zaměřilo v projektu „Kvalita očima pacientů“. Jedná se o výzkum spokojenosti pacientů v ČR, realizovaný pod vedením MUDr. Tomáše Raitera, který je srovnatelný s mezinárodními standardy. Výzkumný soubor tvořilo přes 26 tisíc pacientů fakulních nemocnic, psychiatrických léčeben a rehabilitačních ústavů. (29)

Na problematiku pádů se zaměřila České asociace sester (ČAS) v projektu „*Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů*“. Koordinátorem tohoto projektu je ČAS od roku 2008, ale samotný projekt existuje už od roku 2002. Pro zdravotnická zařízení, která sledují problematiku pádů u pacientů, byl vypracován doporučený standardní postup „*Prevence pádu a zranění pacienta*“. Výsledky hlásí odpovědní pracovníci koordinátorovi projektu čtvrtletně. „*Sledovaný údaj je hodnocen jako indikátor kvality péče – podíl zraněných z pádu na 1000 ošetrovacích dnů.*“ (3) Výsledky za jednotlivá období potom zveřejňuje ČAS na svých webových stránkách <http://www.cnna.cz/pady/>.

Nejnovější dostupné výsledky jsou z roku 2012, kdy se do projektu zapojilo 41 zdravotnických zařízení. Počet hospitalizovaných pacientů byl 755 498, z toho 277 798 hospitalizovaných představovaly osoby starší 65 let. Evidováno bylo 7660 pádů. Pádů, které se obešly bez zranění, se událo 4813 (63 %). Zbytek, tedy 2847 pádů (37 %) způsobilo zranění pacienta (ať už lehké nebo těžké). Indikátor kvality dosáhl hodnoty 0,57, přičemž za optimální hodnoty jsou považovány hodnoty v rozmezí 0,4 – 0,8. (3) Pro lepší představu o hodnocení projektu uvádím tabulku „*Srovnání pádů v letech 2011 a 2012*“, převzatou ze Závěrečné zprávy ČAS 2011-2012. (3)

Tabulka 3: Srovnání hlášení pádů pacientů v letech 2011 a 2012

	2011	2012	Zvýšení/snížení
Celkem pádů pacientů.	8558	7660	↓
Podíl pacientů nad 65 let na celkový počet pacientů v %.	36,5	36,8	↑
Podíl pádů na počet pacientů ve věku nad 65 let v %.	2,97	2,8	↓
Podíl zranění na počet pádů pacientů v %.	39,4	37,2	↓
Podíl těžkých zranění na počet pádů pacientů v %.	8	9	↑
Podíl lehkých zranění na počet pádů pacientů v %.	31	28	↓
Indikátor kvality péče (podíl zranění na 1000 ošetřovacích dní).	0,59	0,57	↓

Zdroj: (3)

Mimo to existuje i řada mezinárodních studií, zabývajících se kvalitou zdravotní péče. Jednou takovou rozsáhlou studií je studie Evropské komise – „*Patient safety and quality of healthcare*“. Probíhala v 27 členských státech EU v září a říjnu 2009 a výsledky byly zveřejněny v roce 2010. Zkoumala pohled na kvalitu poskytované péče ve zdravotnictví očima občanů jednotlivých států. Ve výsledcích této studie se uvádí, že téměř polovina respondentů se obává možnosti poškození v souvislosti s poskytováním zdravotní péče ve své zemi a 25 % respondentů uvedlo, že se s NU v souvislosti se zdravotní péčí setkalo osobně nebo mezi členy rodiny. Většina respondentů hodnotila zdravotní péči ve své zemi jako „dobrou“, a jako hlavní kritérium kvality zdravotní péče uvedla dobře proškolený zdravotnický personál. (8)

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem této práce je zmapování příčin vzniku nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních a navržení možných opatření jako prevence jejich vzniku.

2.2 Výzkumné otázky

1. Je pochybení personálu (lidský faktor) nejčastější příčinou ohrožení bezpečnosti pacienta?
2. Jaká opatření jsou v příslušných zdravotnických zařízeních realizována proti vzniku NU?
3. Jak často dochází ve výše uvedených zdravotnických zařízeních ke vzniku NU?
4. Patří nekvalitní spolupráce mezi jednotlivými odděleními nemocnice k faktorům ohrožující bezpečnost pacienta?
5. Jaké mají pacienti možnosti hodnocení kvality poskytovaných služeb?

3. Metodika

Vzhledem ke zvolenému tématu byla použita metoda kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Výhodou tohoto smíšeného výzkumu je, že se vzájemně prolínají prvky kvalitativního a kvantitativního výzkumu, ať už při sběru dat či jejich analýze. Kvalitativní jsem zvolila z toho důvodu, že umožňuje vyhledat příčiny a daný problém při nízkém počtu respondentů prozkoumat do hloubky. A kvantitativní pro lepší grafické znázornění, zejména získaných číselných hodnot.

Sběr dat proběhl pomocí připraveného semistrukturovaného dotazníku, který obsahoval 20 převážně otevřených otázek. Na základě dotazníku byl s respondenty veden rozhovor a jednotlivé odpovědi byly následně zapisovány. Tento způsob (standardizovaný rozhovor) byl zvolen z toho důvodu, aby se minimalizovalo zkreslení získaných dat a jejich strukturální odlišnosti, což umožní jejich snadnější srovnání.

3.1 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvoří 7 zdravotnických zařízení Jihočeského kraje, konkrétně jejich zástupci pro oblast řízení kvality a bezpečí poskytované péče. Jedná se o následující nemocnice: Prachatice, České Budějovice, Písek, Český Krumlov, Tábor, Jindřichův Hradec a Strakonice.

4. Výzkumná část

4.1 Vyhodnocení - výsledky

Způsob identifikace pacientů

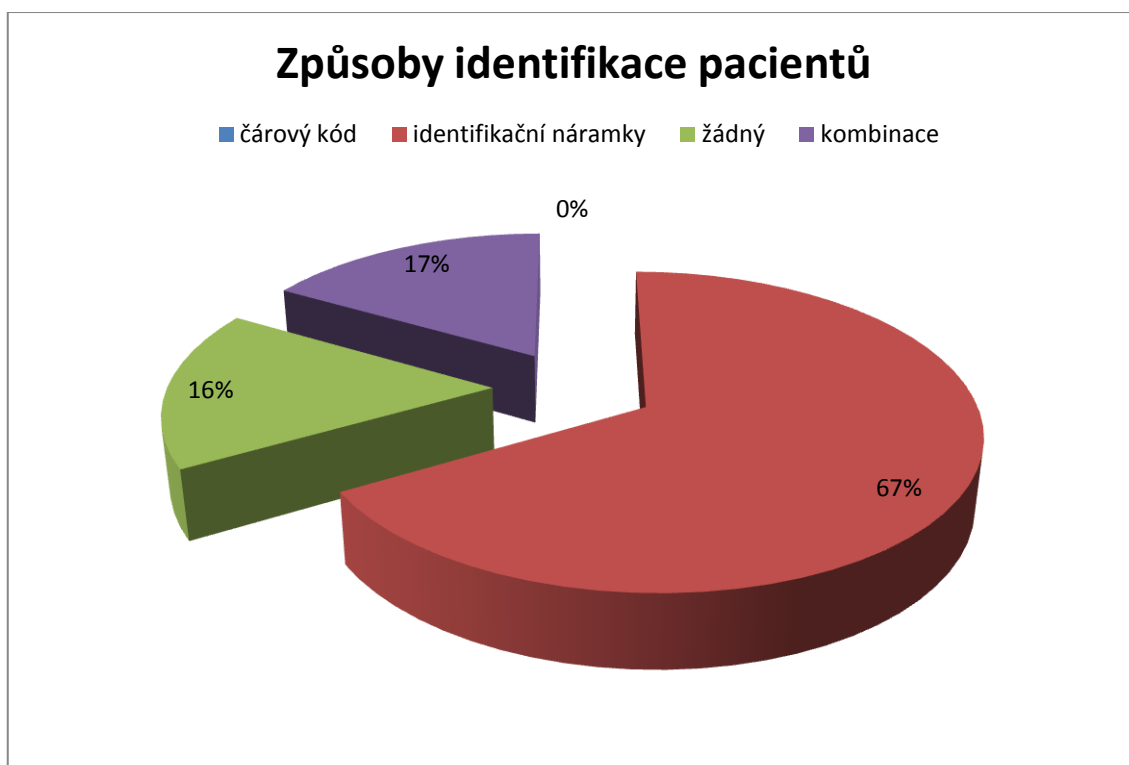
Tabulka 4: Způsoby identifikace pacientů

Respondent	Způsob identifikace			
	Identifikační náramky	Čárový kód	Žádný	Jiný (prosím uveďte)
R1	✓			
R2	✓			✓ - Dotaz
R3	✓			
R4	✓			
R5			✓	
R6	✓			
R7				

Komentář:

Bezpečná identifikace pacienta je součástí Resortních bezpečnostních cílů vydaných MZ. Jedním z kroků pro naplnění tohoto cíle je použití minimálně dvou identifikačních nástrojů k identifikaci pacienta. I když se jedná pouze o doporučení, tento dvojí způsob identifikace pacienta uvedl v odpovědích pouze jeden respondent. Ten uvedl konkrétně kombinaci identifikačního náramku s oslovením (dotazem) pacienta. Využití náramků s čárovými kódy či čipy, které jejich nasnímáním zajistí neomylnou identifikaci pacienta, nevedl žádný respondent. (Používají je např.: ve FN v Plzni) Jeden respondent uvedl, že nevyužívají žádnou z možností identifikace pacienta, s doplňujícím komentářem, že o jejím zavedení vážně uvažují.

Graf 2: Způsoby identifikace pacientů



Hodnocení poskytnutých služeb

Tabulka 5: Možnosti hodnocení poskytnutých služeb pacienty

Respondent	Možnost hodnocení služeb pacienty	
	Ano	Ne
R1	✓	
R2	✓	
R3	✓	
R4	✓	
R5	✓	
R6	✓	
R7		

Komentář:

Všechna zařízení uvedla možnost hodnocení poskytnutých služeb pacienty. Tato povinnost vychází ze zákona č. 372/2011 Sb., který udává povinnost poskytovatele zajistit interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Minimální požadavky pro jeho zavedení jsou uveřejněny ve Věstníku MZ č. 5/2012 a jedním z nich je právě standard, týkající se sledování spokojenosti pacientů.

Tabulka 6: Způsob hodnocení kvality poskytnutých služeb

Respondent	Způsob hodnocení
R1	Dotazníkový průzkum + plán – rozhovory s pacienty
R2	Národní dotazníkové šetření HCI – vždy od 1. 3. do 30. 9. příslušného roku
R3	Zejména dotazníky + náhodné rozhovory s pacienty
R4	Dotazníky
R5	Vlastní dotazníky + celostátní průzkum spokojenosti pacientů (březen – září), také formou dotazníků
R6	Dotazníky spokojenosti pacientů v nemocnici + hodnocení přes internet
R7	

Komentář:

Hodnocení spokojenosti pacientů pomocí dotazníkového šetření je nejčastější způsob využívaný ve zdravotnických zařízeních. Jeho nevýhodou je, že nedokáže analyzovat skutečné příčiny nespokojenosti pacientů. Slouží hlavně pro statistické zhodnocení, nikoli ke zmapování příčin.

Využití rozhovoru jako metody zmapování spokojenosti pacientů uvedlo pouze jedno zařízení, s komentářem, že se jedná spíše o doplňkovou metodu k dotazníkovému šetření. Respondent č. 1 uvedl, že tuto metodu plánují zavést do budoucna. Konkrétně od 1. 4. 2014 byl přijat zaměstnanec – „Manažer spokojenosti pacientů“, který bude mít tuto problematiku na starosti.

Tabulka 7: Vyzkoušení možnosti přímých rozhovorů s pacienty

Respondent	Využití rozhovorů		Důvod
	Ano	Ne	
R1		✓	Doposud, nebyl zaměstnanec, který by to prováděl
R2	✓		Pouze ojediněle – vždy ke konkrétní události, ne jako systém (z důvodu časové náročnosti)
R3	✓		Metodický pokyn MZČR
R4	✓		Na základě zprávy z dotazníku – zjistit, co na odd. nevyhovuje
R5		✓	Časové důvody, nedostatečné promyšlení této možnosti
R6	✓		Na základě dotazníků -> audit na bezpečnost a rozhovor s pacienty
R7			

Komentář:

Jak je vidět v předchozí tabulce využití rozhovorů jako systému pro hodnocení spokojenosti pacientů nevyužívá žádné z dotazovaných zařízení. Většina (konkrétně

čtyři) z dotazovaných zařízení tuto metodu zkoušela aplikovat, především na základě výsledků dotazníkového šetření, či v návaznosti na konkrétní událost. Dvě z dotazovaných zařízení rozhovor jako prostředek pro hodnocení spokojenosti nevyzkoušela z důvodu časové vytíženosti a nedostatku personálu.

Nežádoucí události (NU)

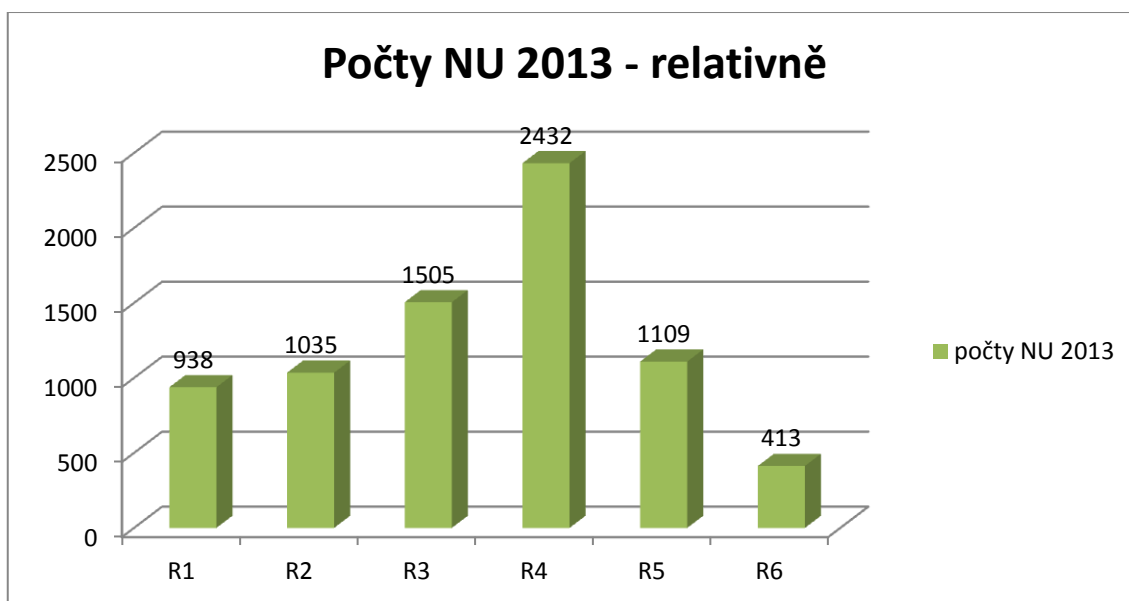
Tabulka 8: Počet NU v roce 2013

Respondent	Počet NU (absolutní počty)	Počet NU (přepočet na 100 000)
R1	473	938
R2	137	1035
R3	289	1505
R4	272	2432
R5	85	1109
R6	60	413
R7		

Komentář:

Počty NU v jednotlivých zařízeních nelze zcela srovnávat. Je nutné zohlednit velikost daného zařízení, počty hospitalizovaných pacientů v daném roce, eventuelně i počty těch ambulantně ošetřených. Pro srovnání jsou ve třetím sloupci uvedeny relativní počty přepočtené na 100 000 pacientů.

Graf 3: Počty NU v roce 2013



Tabulka 9: Počet let, po která je sledován výskyt NU

Respondent	Počet let
R1	3 (od 1. 7. 2010)
R2	13 (od roku 2000) – papírová hlášení pod názvem „mimořádné události“
R3	7 (od roku 2007)
R4	5 (od roku 2009)
R5	6
R6	6
R7	

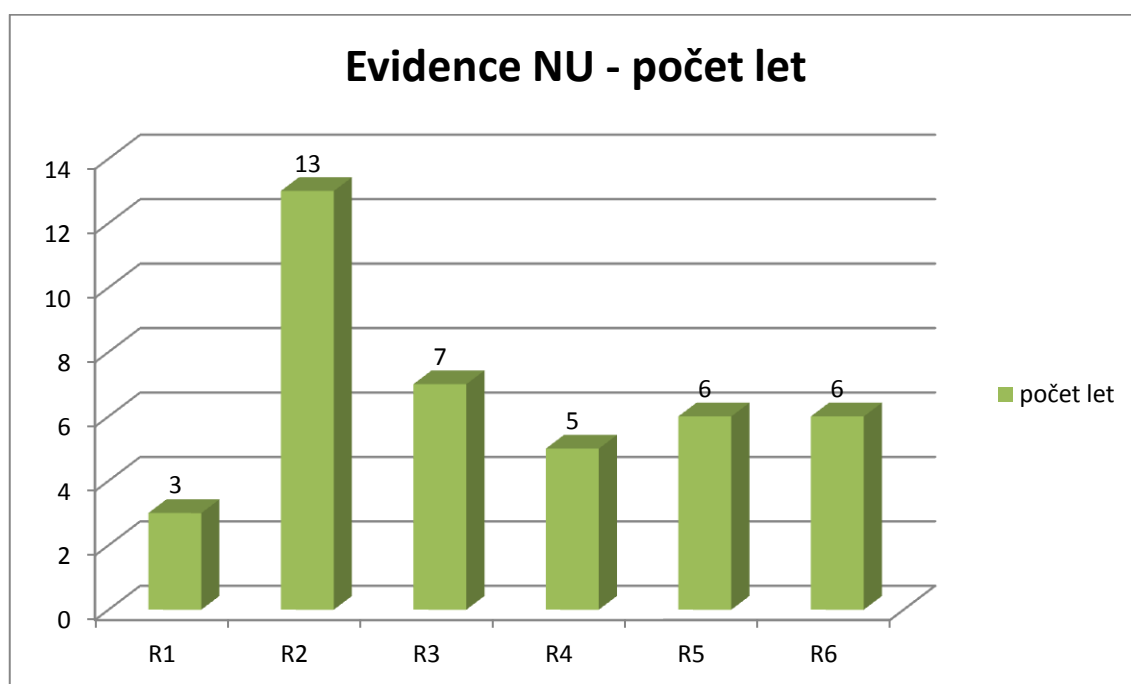
Komentář:

Doba zahájení sledování NU se v dotazovaných zařízeních značně odlišuje. Nicméně od pololetí roku 2010 už NU události monitorovali ve všech dotazovaných zdravotnických zařízeních. Respondent č. 1 uvedl, že s monitorováním začali k 1. 7. 2010 (tento rok tedy není započítán, z důvodu nedostupnosti kompletních dat).

Respondent č. 2 uvedl dobu, po kterou sledují výskyt NU 13 let. Tehdy byla ještě evidence formou papírových hlášení, pod názvem „mimořádné události“. Od roku 2009 se toto zařízení stalo součástí pilotního projektu 3. LF UK a začalo hlásit NU do Národní centrální evidence. Tento způsob využívají doposud.

Respondent č. 4 uvedl údaj o evidenci NU od roku 2005 s tím, že tato data nejsou zřejmě dost validní (validně evidují až od roku 2009).

Graf 4: Evidence NU – počet let



Tabulka 10: Vývoj NU v letech 2009 – 2013

Respondent	Vývoj NU v letech 2009 – 2013 (absolutní čísla)				
	2009	2010	2011	2012	2013
R1			413	450	473
R2		151	117	117	137
R3	268	274	288	283	289
R4	266	339	251	201	272
R5	126	122	97	88	85
R6	45	65	51	66	60
R7					

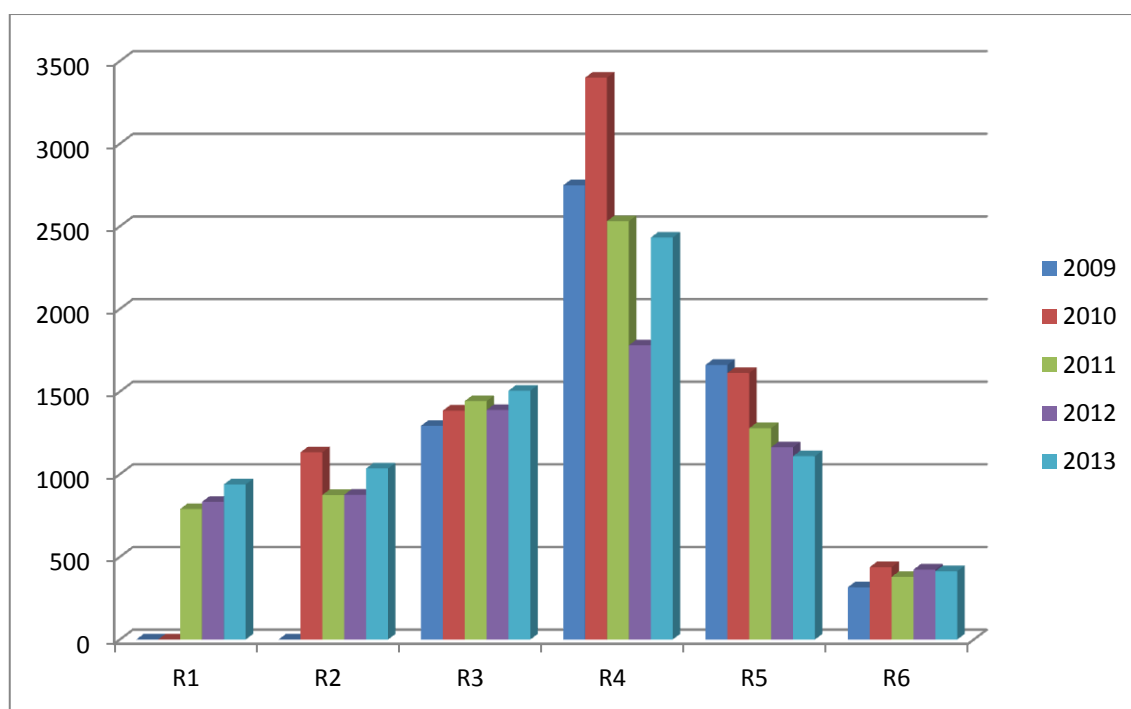
Komentář:

Některá zařízení začala s evidencí NU později než v roce 2009, proto tato starší data nebylo možné zjistit.

Zajímavý je postupně klesající počet NU ve zdravotnickém zařízení (R5), kdy ani v jednom z následujících roků nedošlo k nárůstu počtu NU jako v případě ostatních zařízení.

Respondent	Vývoj NU v letech 2009 – 2013 (na 100 000 pacientů)				
	2009	2010	2011	2012	2013
R1			789	833	938
R2		1133	875	876	1035
R3	1293	1385	1442	1389	1505
R4	2748	3400	2531	1780	2432
R5	1661	1612	1279	1163	1109
R6	316	438	379	423	413
R7					

Graf 5: Vývoj NU v letech 2009 – 2013 (na 100 000 pacientů)



Tabulka 11: Hlavní podnět (důvod), který vedl k zavedení monitoringu NU

Respondent	Podnět (důvod)
R1	Příprava k akreditaci
R2	Potřeba celkového přehledu NU pro jejich vyhodnocení a stanovení preventivních opatření, včetně edukace personálu
R3	Zmapování výskytu a příčin vzniku NU a jejich prevence
R4	Zmapování celkové situace (přehled + možnosti prevence)
R5	Certifikační řízení - povinnost povinného monitoringu NU podle normy ISO 9001
R6	Vytvoření bezpečného prostředí pro pacienty a zvyšování kvality poskytované péče
R7	

Komentář:

Tři z dotazovaných zařízení se ve svých odpovědích shodly na tom, že hlavním důvodem k zavedení monitoringu NU bylo vytvořit celkový přehled o jejich výskytu, který umožní jejich zpětnou analýzu (zejména příčin vzniku) a následné stanovení preventivních opatření.

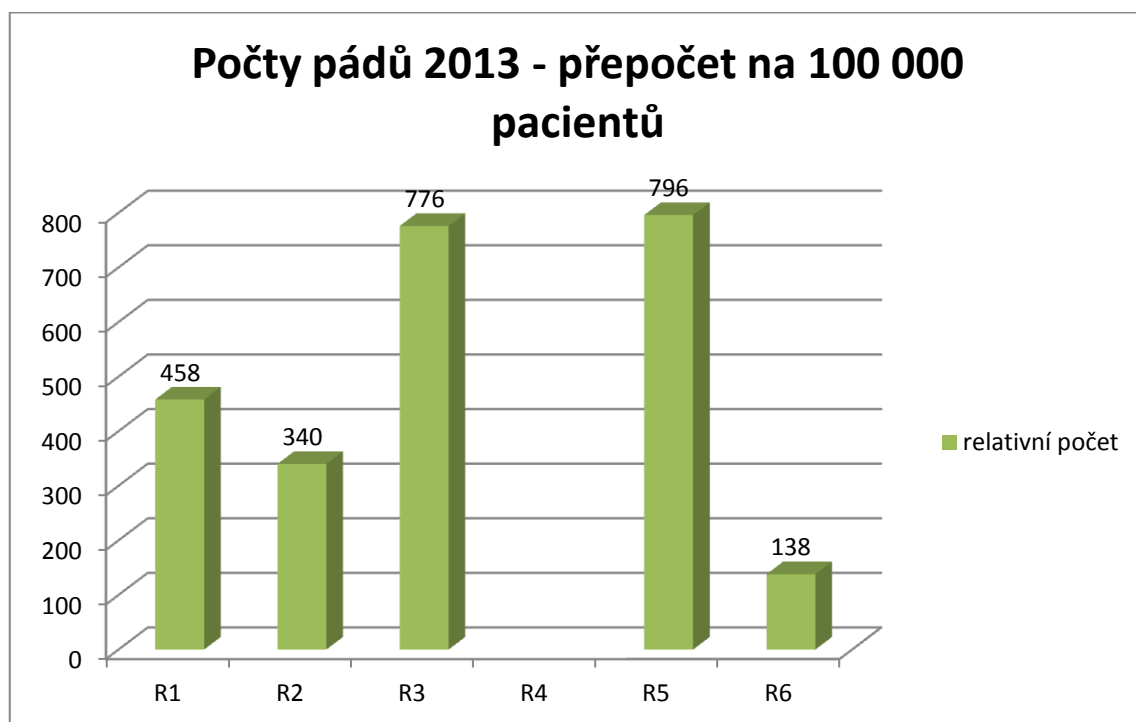
U dvou z dotazovaných zařízení tato potřeba vyplynula z příprav k akreditačnímu řízení, kde je zavedení monitoringu NU dokonce povinností.

Poslední z dotazovaných zařízení uvedlo jako prioritu pro zavedení monitoringu NU vytvoření bezpečného prostředí pro pacienty a zvyšování kvality poskytované péče.

Tabulka 12: Nejčastější typy NU v roce 2013

Respondent	1. místo ve výskytu NU		
	Druh	Počet	Relativní počet (na 100 000 pacientů)
R1	Pády	231	458
R2	Pády	45	340
R3	Pády	149	776
R4	Pády	Data neposkytnuta	
R5	Pády	61	796
R6	Pády	20	138
R7			

Graf 6: Počty pádů 2013 – přepočet na 100 000 pacientů



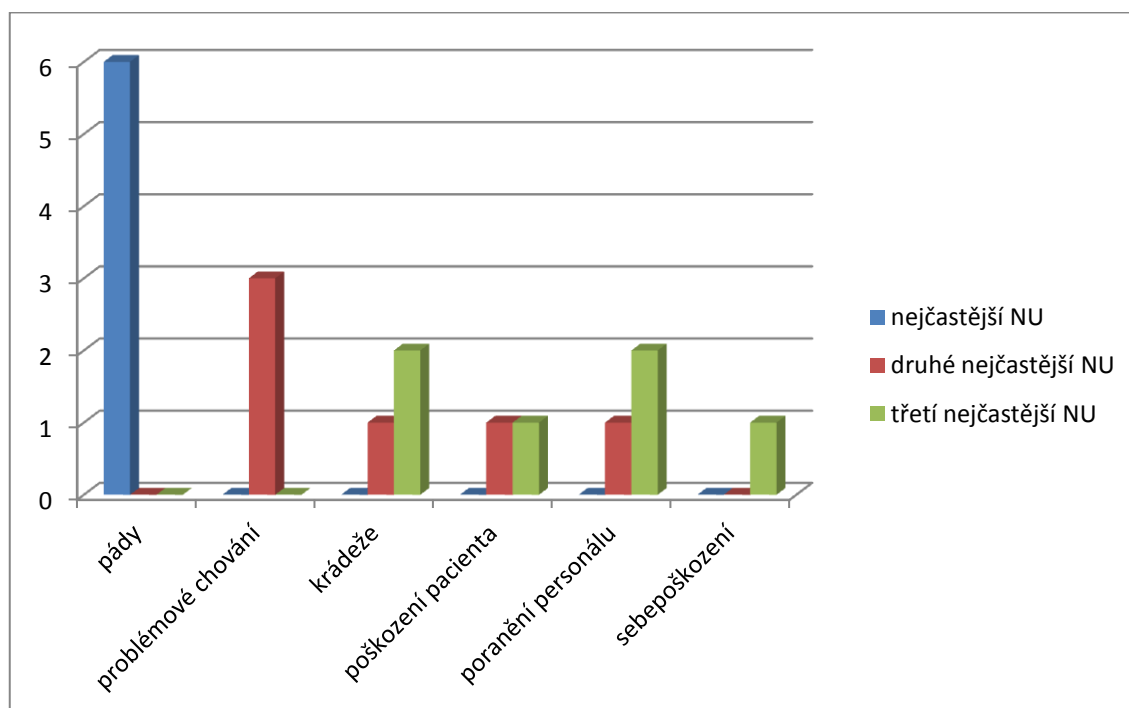
Tabulka 13: 2. Nejčastější typy NU

Respondent	2. místo ve výskytu NU	
	Druh	Počet
R1	Problém s chováním pacientů	80
R2	Problémové chování	
R3	Incidenty ze strany pacientů, příbuzných	33
R4	Krádež	
R5	Poranění personálu ostrým předmětem	14
R6	Poškození pacienta	9
R7		

Tabulka 14: 3. nejčastější typy NU

Respondent	3. místo ve výskytu NU	
	Druh	Počet
R1	Krádeže	37
R2	Klinický výkon (poškození pacienta)	
R3	Krádeže	18
R4	Poranění personálu	
R5	Jiné poranění personálu	8
R6	Sebepoškození	8
R7		

Graf 7: Přehled nejčastěji uváděných typů NU



Komentář:

Nejčastěji uváděným druhem NU jsou jednoznačně pády pacientů. Na druhém místě se velmi často objevuje nevhodné chování ze strany pacienta, příbuzných a ojedinele personálu. Do této skupiny patří incidenty typu: fyzického či slovního napadení, útěky pacientů. Další skupinou uváděných odpovědí je poranění personálu (sem spadají poranění ostrým předmětem nebo jiná poranění). Ne zřídka dochází na jednotlivých odděleních také ke krádežím, které také spadají do NU. Posledním zmíněným typem NU bylo poškození pacienta, často spojené s klinickým výkonem.

Tabulka 15: Oddělení s nejčastějším výskytem NU

Respondent	Oddělení podle výskytu NU – sestupně		
R1	Traumatologie	ONP	Interní oddělení
R2	ONP	Interní oddělení	Chirurgie
R3	Interní oddělení (kardiologie)	Interní oddělení (gastro)	ONP
R4	Interní oddělení	ONP	Chirurgie
R5	Interní oddělení	LDN	Chirurgie
R6	Interní oddělení	LDN	ONP
R7			

Vysvětlivky:

- LDN – léčebna dlouhodobě nemocných
- ONP – oddělení následné péče

Komentář:

Výskyt NU událostí jasně převládá na interních odděleních (4 ze 6 dotazovaných uvádí toto oddělení na prvním místě). Tak trochu výjimku tvoří respondent č. 1, který toto oddělení uvádí až na třetím místě. Dalšími odděleními s vyšším výskytem NU jsou LDN, ONP a chirurgie. (pořadí viz tabulka výše)

Tabulka 16: Změna spektra NU

Respondent	Změna spektra NU	
	NE	ANO – Jak?
R1	✓	
R2		✓
R3	✓	
R4	✓	
R5	✓	
R6		✓
R7		

Komentář:

R2: Důvodem změny spektra NU bylo zařazení dalších oblastí do systému elektronického hlášení. Zejména rok 2013 se vychyluje z řady nárůstem v „*kategorii jiné*“. Do této kategorie přibyly navíc dvě podkategorie - **lékárna** a NU typu: komplikace s dodávkami léčivých přípravků (LP), reklamace dodávek či nesouhlasící počty LP a **pracovní úrazy**.

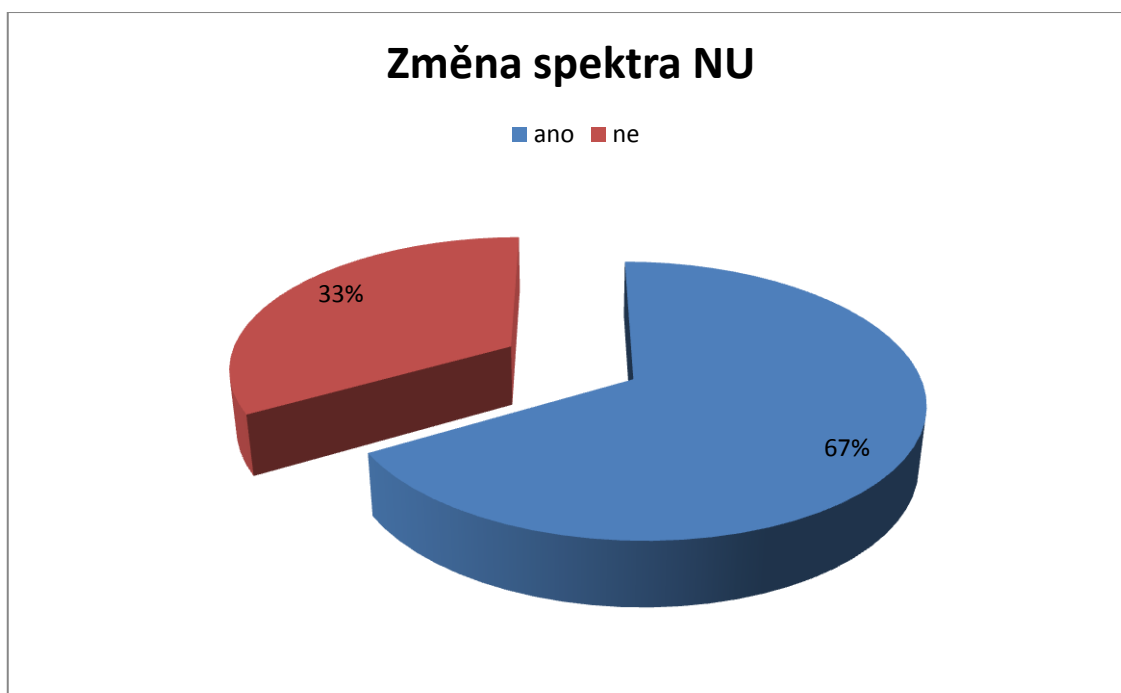
Dále došlo ke změně poměru jednotlivých typů NU, zejména pádů. Jako hlavní důvod poklesu pádů uvedl respondent zavedení bezdrátového signalizačního zařízení za pomoci náramků na zápěstí pacientů. Toto zařízení umožňuje pacientovi snadné přivolání pomoci prakticky z každého místa oddělení. Pro ilustraci mi byla poskytnuta následující data: **Počty pádů v letech 2010 -2013**

Rok	2010	2011	2012	2013
Počet pádů	88	83	86	45

Počet pádů v roce 2013 poklesl ve srovnání s rokem 2010 téměř o polovinu (konkrétně 49 %).

R6: Pády byly z prvního místa vytěsněny na druhé. První místo obsadilo omezení pacienta.

Graf 8: Změna spektra NU



Příčiny NU

Tabulka 17: Příčiny NU

Respondent	Příčiny
R1	Pády: nedisciplinovanost pacientů, pacienti nechtějí obtěžovat personál, nevhodná obuv Problém s chováním: nedostatečná komunikace, alkohol, návykové látky Krádeže: absence hlídací služby, neopatrnost
R2	Příčiny vztaženy vždy k jednotlivé NU Pády: nevhodná obuv, nedisciplinovanost, zdravotní stav pacienta
R3	Pády: nevhodná obuv, zmatenost pacientů, mokrá podlaha, pokles TK
R4	Pády: nedostatek prostor okolo lůžka, nevhodná obuv, nedodržování pokynů personálu Krádeže: absence hlídací služby, lehkomyšlnost (pacientů, personálu) Poranění personálu: nejednoznačné (neopatrnost personálu)
R5	Pacienti – zdravotní stav, věk (demence), neuposlechnutí pokynů (nepamatují si) Personál – spěch, vytíženost, nepozornost

R6	Přetíženost personálu, zdravotní stav pacientů
R7	

Komentář:

Na otázku č. 10 „*Co považujete za hlavní příčiny vzniku těchto NU?*“ vzhledem k záměrné absenci možností odpověděli respondenti různými způsoby. Někteří se vyjádřili k příčinám nejčastějších typů NU, jiní pojali odpověď spíše obecně a v jednom případě se zaměřili na analýzu příčin ze strany pacientů a personálu. Obecně lze říci, že co se týče pádů, se dotazovaní shodli na nevhodné obuvi pacientů, kterou si nosí z domova, dále jejich nedisciplinovanosti (nedodržování pokynů personálu). Zajímavou připomínkou v této problematice je nedostatek prostoru pro manipulaci kolem lůžek pacientů. Co se týče poranění personálu, k těm dochází často ve spěchu v důsledku pracovní vyčerpání nebo lehkomyšlnosti personálu. Zdravotnická zařízení jsou také terčem zlodějů. Často se jedná o organizované skupiny, které proniknou do zařízení zvenčí – absence hlídací služby. Zde je nutné zmínit také neopatrnost pacientů, kteří nevyužívají možnosti uzamknout cenné věci do trezorů, ale často je mají jen volně položené na stolku, lůžku apod.

Opatření pro předcházení vzniku NU

Tabulka 18: Opatření pro předcházení vzniku NU

Respondent	Opatření
R1	Pády – screening rizika pádu Analýza příčin konkrétních NU -> poučení z těch, co se udály Krádeže – uzavřená oddělení (čipové vstupy), INTRANET – upozornění vyššího výskytu krádeží Školení personálu
R2	Odstranění příčin vzniku NU, edukace personálu, pacientů Školení, porady – seznámení personálu s jednotlivými typy NU a preventivními opatřeními
R3	Proškolení personálu Pády – letáčky, poučení – jak předcházet pádu, vhodná obuv, kompenzační pomůcky Incidenty s pacienty – komunikace – snaha vysvětlování jednotlivých situací Krádeže – varování, nenechávat cennosti volně ložené bez dozoru
R4	Osvěta, doporučení, epigramy Zamykatelné skříňky, kompenzační a pohybové pomůcky
R5	Zaměření na zvýšení bezpečnosti pacientů – vybavení lůžek, edukace Školení zaměstnanců, dokonalejší (bezpečnější) pomůcky
R6	Sledování rizik, vyhledávání rizikových pacientů, identifikační náramky (jiné pro rizikové pacienty)
R7	

Komentář:

Také u této otázky vzniklo celé spektrum odpovědí. V prevenci pádů jsou často využívány dotazníky „rizikovosti pacienta“. Ten je vyplněn hned při příjmu pacienta a vyhodnocen. Pokud je pacient vyhodnocen jako „rizikový“ bývá zvlášť poučen o dané problematice. Tito pacienti mohou být také odděleni od ostatních například jinou barvou identifikačního náramku, jak uvedl R6. Nedílnou součástí prevence NU je samozřejmě školení personálu. To probíhá pravidelně a v některých případech také jako represivní opatření po vzniku NU. Dále v rámci prevence bývají jednotlivé NU

analyzovány (podrobně rozebrány). Z výstupů se potom stanovují závěry a opatření, která by měla vést k zabránění opakování jednou vzniklé situace. Do oblasti prevenci NU lze samozřejmě zahrnout i „modernizaci“ vybavení a pomůcek. K tomuto je ovšem zapotřebí i dostatek finančních prostředků, jimiž ne každá nemocnice disponuje.

Tabulka 19: Opatření nad rámec (při vzniku NU)

Respondent	Opatření (navíc) při vzniku NU		
	NE	ANO	ANO – jaká?
R1		✓	Školení personálu
R2	✓ *		
R3	✓		
R4		✓	Školení personálu, šetření vzniklé situace
R5	✓ **		
R6		✓	Proškolení personálu
R7			

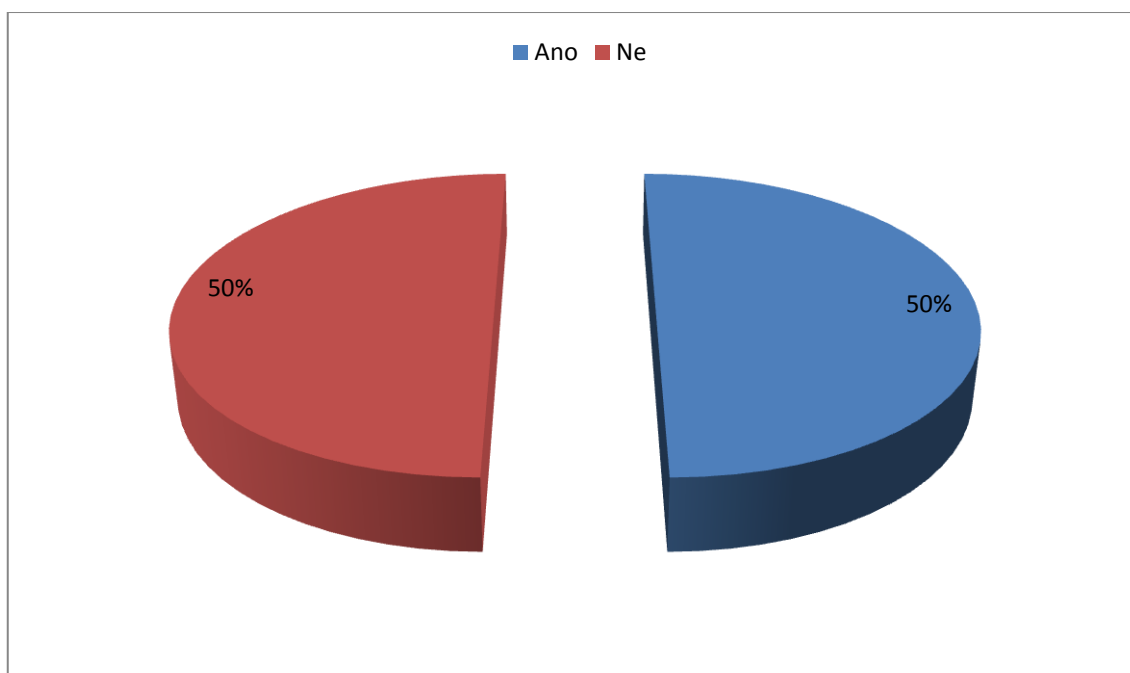
*R2 – postih pracovníka – ale je dodržována zásada, že za nahlášenou událost se netrestá

**R5 – Tento respondent uvedl, že by uvítali podložky na postele signalizující opuštění lůžka pacientem (problémem je ovšem nedostatek financí)

Komentář:

Kromě pravidelného školení personálu uvedli zástupci ze třech zařízení i další doplňková školení při vzniku NU. Ostatní zařízení se dalšími „doplňujícími opatřeními“ nezabývají.

Graf 9: Opatření nad rámec (při vzniku NU)



Význam interní komunikace

Tabulka 20: Hodnocení interní komunikace

Respondent	Hodnocení interní komunikace		
	Vynikající	Uspokojivá	Problémová
R1		✓	
R2		✓	
R3		✓	
R4		✓	
R5		✓ *	
R6		✓	
R7			

* respondent uvedl do poznámky „dobrá“, ale představoval by si lepší

Komentář:

Hlavní nedostatky v oblasti interní komunikace spatřují dotazovaní respondenti především v předávání informací směrem od nadřízených pracovníků ke svým podřízeným. Důvodem je často nedostatek pokory, vzájemné ohleduplnosti a zbytečné

sebevědomí některých pracovníků (zejména těch nadřízených) vůči ostatnímu personálu a také samotný nedostatek personálu.

Tabulka 21: Je interní komunikace důležitým faktorem ovlivňujícím kvalitu poskytované péče?

Respondent	Komunikace jako faktor ovlivňující kvalitu péče	
	ANO	NE
R1	✓	
R2	✓	
R3	✓	
R4	✓	
R5	✓	
R6	✓	
R7		

Komentář:

Všichni respondenti považují komunikaci uvnitř organizace za důležitý faktor, který se podílí na tvorbě pozitivního klimatu na pracovišti, ovlivňuje spokojenost pacientů a celkově se tak podílí na kultuře a bezpečnosti prostředí v daném zařízení.

Evidence pacientů

Tabulka 22: Počty evidovaných pacientů v roce 2013

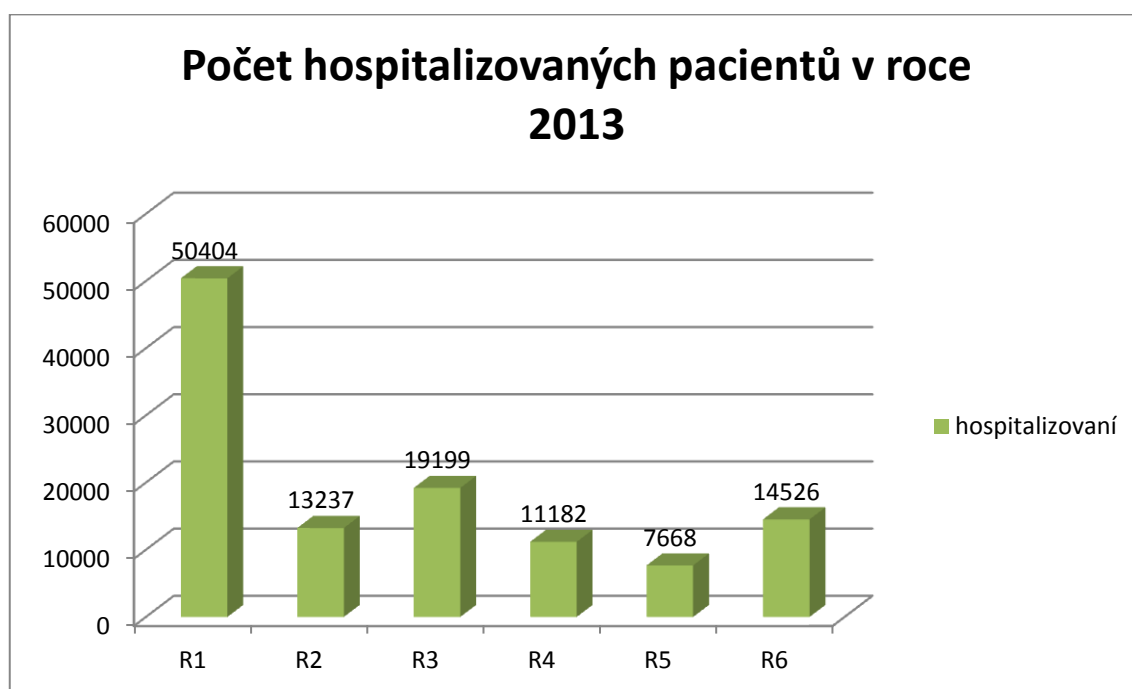
Respondent	Počet evidovaných pacientů v roce 2013	
	Počet hospitalizovaných pacientů	Počet ambulantně ošetřených pacientů
R1	50 404	520 431
R2	13 237	
R3	19 199	270 000
R4	11 182	

R5	7 668	
R6	14 526	
R7		

Komentář:

Počty evidovaných pacientů jsou značně odlišné. Některá zařízení uvedla kromě hospitalizovaných pacientů i počty ambulantně ošetřených v roce 2013. Důležitým údajem pro mou práci byly počty hospitalizovaných pacientů. Tato čísla mi umožnila přepočítat NU v jednotlivých zařízeních na 100 000 pacientů a jejich objektivnější srovnání mezi zařízeními.

Graf 10: Počet hospitalizovaných pacientů v roce 2013



5. Diskuze

Z výzkumného souboru sedmi zdravotnických zařízení, mi byla poskytnuta data k vyhodnocení pouze ze šesti těchto zařízení, i přesto, že mi spolupráci přislíbila všechna oslovená zařízení. Vlastníkem a současně zakladatelem všech těchto zařízení je Jihočeský kraj. Do komplexu těchto nemocnic souhrnně značených také jako „Jihočeské nemocnice“ patří ještě osmá – Nemocnice Dačice. Ta do výzkumu nebyla zařazena, především z důvodu omezeného provozu lůžkové péče. Ta představuje pouze oddělení LDN s celkovou kapacitou 56 lůžek.

Slabou stránkou výzkumu je velikost zkoumaného vzorku, i proto byla záměrně použita metoda smíšeného výzkumu – tedy kvalitativně kvantitativní. Nicméně do souboru byla zahrnuta všechna zdravotnická zařízení vlastněná Jihočeským krajem s výjimkou Nemocnice Dačice, z důvodů uvedených výše.

Na základě stanovených výzkumných otázek byl vytvořen semistrukturovaný dotazník, který obsahoval celkem 20, převážně otevřených otázek. Jednotlivé odpovědi byly potom rozděleny do několika kategorií, zpracovány do tabulek a k některým byl pro lepší ilustraci vytvořen i graf.

První kategorii odpovědí jsem označila jako „způsob identifikace pacientů“. Respondenti zde odpovídali na otázku: „Jaký způsob identifikace pacientů používají v daném zařízení.“ U této otázky byly nabídnuty čtyři možnosti: identifikační náramky, čárový kód, žádný nebo jiný (uved'te). Čtyři respondenti uvedli první možnost – identifikační náramky. Co mě ale poměrně překvapilo, byla v jednom případě odpověď – „žádný“. Je pravda, že některé způsoby identifikace vyžadují dostatek finančních prostředků, kterými zřejmě ne každé zdravotnické zařízení disponuje. Existují ale i způsoby identifikace, které nestojí prakticky nic. Patří sem například oslovení pacienta, nebo identifikace pomocí osobních dokladů. Tyto možnosti a ještě řada dalších, mohly být uvedeny ve čtvrté možnosti – „jiný způsob identifikace“. Spíš než, že by ve zmíněném zdravotnickém zařízení nepoužívali žádný způsob identifikace pacientů, si myslím, že se jedná o tak banální záležitosti, které jsou součástí denní rutiny a považovány tak za samozřejmost. Zřejmě tedy došlo ze strany respondenta k jejich opomenutí, nebo právě z důvodu samozřejmosti nepovažoval za důležité je zmínit. Co se ale týče těchto banálních způsobů identifikace, opomněla je zmínit všechna

dotazovaná zařízení s výjimkou jednoho. To právě uvedlo kombinaci identifikačního náramku s oslovením pacienta s komentářem, „že se mají používat dva způsoby identifikace“. Nutno podotknout, že použití minimálně dvou způsobů identifikace je pouze doporučením MZ (součást RBC), nikoli nařízením, a je tak na každém, jak se k této skutečnosti postaví. (32)

Za zmínku ještě určitě stojí identifikace pacientů prostřednictvím čárového kódu. Z dotazovaných zařízení v Jihočeském kraji tuto možnost zatím nevyužívá žádné zařízení. Zjistila jsem ale, že tento způsob používá například Fakultní nemocnice Plzeň. Princip je jednoduchý. Každý pacient obdrží při příjmu identifikační náramek s vytištěným unikátním čárovým kódem a současně i se jménem pacienta. Jejich předností je okamžité zjištění totožnosti pacienta (i v bezvědomí) a také vyšší záruka čitelnosti a kompletnosti údajů, oproti těm ručně psaným. Svoji roli mají i v prevenci záměny pacienta, kdy například v případě shody jmen pacientů slouží k identifikaci právě zmíněný unikátní kód.

Druhý okruh byl zaměřen na hodnocení poskytovaných služeb. Zde jsem se ptala, zda mají pacienti možnost hodnotit poskytnuté služby a jaké způsoby jsou v daných zařízeních využívány. Všichni respondenti uvedli, že pacienti mají možnost hodnotit kvalitu poskytované péče, což v podstatě nařizuje i platná legislativa. (60) Nejčastěji používaným způsobem je dotazníkové šetření, které zmínili všichni respondenti. Některá zařízení mají vypracovány vlastní dotazníky, jiná se zapojují i do celostátního průzkumu spokojenosti pacientů (HCI). V tomto okruhu mě ale nejvíce zajímala možnost využití rozhovorů, jako nástroje pro hodnocení poskytovaných služeb. Dotazníky totiž slouží spíše k vytvoření statistického přehledu, nikoli ke zmapování příčin nespokojenosti pacientů. Právě tyto dva způsoby – rozhovor a dotazníkové šetření a jejich přednosti a omezení porovnává ve své atestační práci i MUDr. Novotná. (34)

Jedno zařízení uvedlo tento způsob jako doplňkovou metodu k dotazníkovému šetření. Hloubkové rozhovory s pacienty jako systém nezavedli doposud v žádném z dotazovaných zařízení. Hlavními důvody je především vytíženost a nedostatek personálu. Jedno zařízení od 1. 4. 2014 vyčlenilo pro tyto účely zaměstnance na pozici „Manažer spokojenosti pacientů“, který se bude této problematice věnovat. Zda tento krok přinese požadované výsledky, by mohlo být předmětem dalšího výzkumu.

Další okruh se týkal nežádoucích událostí (jejich počtů, evidence, vývoje, nejčastějších typů apod.). Počty NU v uplynulém roce 2013 se v jednotlivých zařízeních poměrně lišily. Abych je mohla porovnat, přepočítala jsem tato absolutní čísla na 100 000 hospitalizovaných pacientů. K tomu mi dopomohly údaje uvedené v tabulce 19 – počty hospitalizovaných pacientů v roce 2013. Zařízení s nejvyšším počtem NU v roce 2013 evidovalo celkem 473 NU. Pokud ale bereme v potaz relativní přepočet, umístilo se toto zařízení jako druhé zařízení s nejnižším počtem NU. Zařízení s nejnižším počtem NU evidovalo 60 NU (přepočteno na 413 na 100 000 hospitalizovaných pacientů), což je v porovnání s nejvyšším výskytem 272 NU (2432 na 100 000 hospitalizovaných) téměř šestinásobně méně. Také proto mohou být absolutní počty NU poněkud zavádějící. (viz tabulka 9) Protože se jedná o poměrně citlivá data, nemocnice si je mezi sebou nepředávají, ani nejsou zveřejňována v rámci výročních zpráv, nedá se tedy říct, co je konkrétně příčinou takovýchto rozdílů. Pokud se ale podíváme na vývoj NU v předchozích letech, který je přehledně vyobrazen v grafu 5 zjistíme, že v rámci jednotlivých zařízení nejsou rozdíly ve výskytu nikterak velké.

Jaké tedy mohou být příčiny v rozdílech mezi zkoumanými zařízeními? Může to být například podhlášenost NU? Zásady a principy hlášení NU jsou zpracovány ve Věstníku 8/2012 a navazují na Doporučení Rady EU ze dne 9. června 2009 (2009/C 151/01). Nicméně se jedná pouze o obecné principy, nikoli jednotný postup. Každé zařízení si na základě nich zvolí a vypracuje svůj postup, pověří konkrétní osoby, které vedou k naplnění těchto principů. I výsledky zahraničních studií uvádí, že je identifikováno pouze 5 – 30 % NU. Možná tedy právě v případě NU platí, že čím víc hlášených případů NU, tím lépe má dané zařízení propracovaný systém jejich hlášení. (44) Další příčinou může být strach zaměstnanců z pochybení a možného postihu. V těchto případech zajišťuje poskytovatel nesankční přístup. (50) Zaměstnanci musí pochopit, že tento systém je zaměřen na zvyšování kvality poskytované péče, především na bezpečnost zaměstnanců a pacientů a nikoli proti nim.

Také doba, po kterou jsou evidovány NU, má poměrně široké rozpětí. Odvíjí se od toho, kdy se dané zařízení začalo věnovat právě oblasti kvality péče. Pohybuje se od 3 do 13 let. Souhrnně lze říci, že od pololetí roku 2010 evidovala NU všechna dotazovaná zařízení. O tom, do jaké míry jsou starší data před rokem 2009 (zejména ta papírově dokumentovaná) validní, lze spekulovat. Kategorie či podkategorie NU, do

kterých se NU člení, byla v průběhu let různě pozměňována a doplňována (poslední změna v roce 2012), stejně jako systém hlášení a vyhodnocování NU. I tento fakt se může promítnout do počtu evidovaných NU za jednotlivá období. (47) Možnost zapojení se do elektronického hlášení prostřednictvím NSHNU mají zdravotnická zařízení až od roku 2009. Tento rok byl podle mého názoru jakýmsi přelomem, kdy byla problematika NU a celkově kvality poskytované péče v ČR vyzdvížena do popředí, a začalo se jí intenzivněji věnovat.

Jako hlavní důvod pro zavedení monitoringu NU se většina respondentů shodla na potřebě vytvořit celkový přehled NU a na základě něho analyzovat a zmapovat příčiny jejich vzniku a zavést tak potřebná opatření. Dva respondenti navíc doplnili, že tato potřeba nebo v jejich případě spíše povinnost vyplynula z přípravy k akreditačnímu řízení. Poslední respondent se v odpovědi zaměřil na pacienty, a jako prioritu uvedl vytvoření bezpečného prostředí pro pacienty a zvyšování kvality poskytované péče. Tato myšlenka se ve své podstatě shoduje právě s potřebou vytvoření přehledu NU, zmapování příčin a zavedení potřebných opatření.

A nejčastější typy NU? První příčku ve výskytu NU obsadily ve všech případech pády pacientů. V některých zařízeních mohou tvořit i polovinu z celkového počtu NU. Ostatně i JCI je považuje za nejčastější a nejrizikovější NU ve zdravotnickém zařízení. Od roku 2011 mají zdravotnická zařízení možnost zapojit se do sledování pádů prostřednictvím elektronické aplikace. Tento projekt koordinuje ČAS a všichni zúčastnění mohou v této aplikaci vyhledat anonymní přehled výskytu pádů zapojených zařízení. Výsledky jsou pravidelně zpracovávány a zveřejňovány např.: ve výročních zprávách. (3) Co se týče nejčastějších příčin pádů, jedná se především o zdravotní stav pacientů v kombinaci s vyšším věkem. Jako nejrizikovější z hlediska výskytu pádů je považován věk nad 65 let. (3) Další respondenty častěji uváděnou příčinou vzniku pádů je nedisciplinovanost pacientů, kteří nedbají pokynů personálu, nebo ho v některých případech nechtějí obtěžovat a i přes zákaz opustí lůžko. Faktory, spolupodílejícími se na jejich vzniku jsou dále nevhodná obuv pacientů a ze strany personálu potom vyčerpání či spěch. Na základě zmíněných rizikových faktorů a příčin lze odvodit i oddělení s nejvyšším výskytem těchto NU. Podle výsledků projektu ČAS za roky 2011 a 2012 jsou na prvním místě interní oddělení, po nich pak následují chirurgická oddělení a ONP. Tato oddělení dominují i v celkovém výskytu NU mnou zkoumaného vzorku. První a druhé místo zaujímá právě interní oddělení s výjimkou R1, kde tuto

příčku obsadila traumatologie a R2 ONP. O druhé a třetí místo se střídavě dělí tři oddělení, a to ONP, LDN a chirurgie.

V prevenci pádů jsou využívány tzv. „dotazníky rizikovosti“. Tento dotazník (příloha 1) je vyplněn hned při příjmu pacienta. Pokud je pacient vyhodnocen jako „rizikový“, je zvláště poučen o tomto riziku a možnostech jeho předcházení. To může být realizováno např. prostřednictvím informačních letáčků, doporučením vhodné obuvi apod. Tito pacienti mohou být také odlišeni od ostatních, jako to uvedl R6. V tomto zařízení používají jinou barvu identifikačních náramků. Zajímavým a jistě inspirativním opatřením je zavedení bezdrátového signalizačního zařízení prostřednictvím náramků na zápěstí pacientů. Tuto metodu zavedli v zařízení R2 jako prevenci vzniku pádů. Náramek umožňuje pacientovi přivolat si pomoc kdykoli a odkudkoli i po opuštění lůžka. Ve srovnání s rokem 2012, kdy evidovali celkem 86 pádů, došlo v roce 2013 k poklesu na pouhých 45. Tento úspěch by mohl být motivací a inspirací i pro ostatní zařízení, která ještě hledají efektivní metody pro snižování počtu NU.

Dalšími častěji se vyskytujícími typy NU jsou krádeže, problémové chování pacientů a v neposlední řadě poškození pacienta či poranění personálu. Do problémového chování pacientů spadají agresivita, slovní či fyzické napadení nebo útoky pacientů. Toto „problémové“ chování bývá zapříčiněno vlivem návykových látek, ale také nedostatečnou komunikací, které se budu ještě dále věnovat. Výjimečně se vyskytující událostí je problémové chování ze strany příbuzenstva a personálu. Krádeže, které jsou dalším typem NU, se bohužel nevyhýbají ani zdravotnickým zařízením. Většinou se jedná o organizované skupiny zvenčí, kterým nahrává i lehkomyšlnost pacientů. Ti nechávají volně ložené cennosti od mobilních telefonů přes mp3 přehrávače či osobní doklady na stolcích. Prevencí tohoto typu NU je v první řadě poučení pacientů o možnosti uložení cenností do trezoru, nebo čipové vstupy, které vytváří tzv. „uzavřená oddělení“. Tímto se dá neoprávněným osobám částečně zamezit vstupu na oddělení. V prevenci se také uplatňuje intranet, což je web sloužící ke komunikaci uvnitř zařízení. V případě zvýšeného výskytu krádeží se toto upozornění vyvěsí na webové stránky a personál pak tuto informaci předá pacientům.

Kromě preventivních opatření, realizovaných k předcházení vzniku NU, mě zajímala otázka realizace následných (represivních) opatření po vzniku NU. Kromě klasické analýzy příčin uvedla polovina respondentů, že po vzniku NU zavádí ještě další

opatření nad rámec. Druhá polovina respondentů nikoli. Zajímalo mě především následné školení personálu, které považují také za důležitý faktor v prevenci vzniku NU. Školení personálu je nástrojem, který se může uplatnit jak v prevenci vzniku NU, tak i jako následné opatření v případech, kdy už ke vzniku NU došlo. Podle mého názoru právě školení umožňuje zaměstnancům získat přístup k těm nejnovějším informacím a vytvořit si tak celkový přehled o dané problematice.

Další problematikou, které bych se chtěla podrobněji věnovat, je komunikace, její význam a vliv na vznik NU. Komunikaci, tedy tu efektivní, považují za důležitý faktor, který nejen že ovlivňuje vztahy na pracovišti, ale promítá se právě do oblastí kvality poskytované péče a ovlivňuje tak spokojenost pacientů. Na této skutečnosti se ostatně shodli i všichni moji oslovení respondenti.

Hlavní problém dotazovaní spatřují zejména v předávání informací od nadřízeného personálu směrem k podřízeným. U některých pracovníků, zejména na vyšších pozicích se můžeme setkat s někdy až zbytečným sebevědomím či nedostatkem pokory, což se negativně promítá do oblasti spolupráce. Jednoduše řečeno nejde lékaři (často ani sestře) nařídít, jak se má chovat ať už k pacientům, rodinným příslušníkům či podřízeným. Bohužel takové neprofesionální přístupy zřejmě nejsou výjimkami, o čemž jsem se měla možnost přesvědčit i já sama. Za důležitý považují způsob sdělování informací. Ten by měl být pro dotyčného vždy srozumitelný a informace by měly být předávány s určitou ohleduplností. Nelze říci člověku, který se celý život živí řemeslem diagnózu stylem: „Pane Novák, máte sekundární ložiska v mozku, příčinu zjišťujeme.“ Takový člověk téměř se 100% pravděpodobností nepochopí, co se mu dotyčný snaží sdělit, a v mnohých případech se ani nezeptá, protože se zkrátka cítí trapně. Toto je příklad neefektivní komunikace, která vede k nepochopení a ztrácí tak význam. Podmínkou efektivní komunikace je vždy zpětná vazba a především oboustrannost. (14) Neefektivní komunikace v podobě nepochopení, nedostatku či neaktuálnosti informací, může vést kromě stresu a demotivace právě ke zvýšené chybovosti personálu (záměně léku, diety apod.) a jednoznačně se tak promítá i do oblasti NU. Komunikace je faktorem, který bývá často opomíjen, a na jehož zdokonalování by se měl management zdravotnických zařízení zaměřit. Důležitá je právě pokora, schopnost porozumění a vzájemná ohleduplnost. To jsou vlastnosti, které do jisté míry vychází z charakteru každého z nás, a kterým se nedá jen tak naučit.

Nyní se vrátím na začátek, kdy jsem si stanovila pět výzkumných otázek. Jako první se pokusím zodpovědět na otázku, zda je pochybení personálu (lidský faktor) nejčastější příčinou ohrožení bezpečnosti pacienta? Není pochyb o tom, že ve zdravotnictví hraje lidský faktor významnou roli. To ostatně tvrdí ve své práci i Hřib s Vychytilém. Podle nich, je právě chování lidí nejvýznamnějším faktorem, který se podílí na vzniku rizika a to nejen v oblasti poskytování zdravotní péče, ale v kterémkoli komplikovanějším systému. Dokonce uvádí údaj, že se role lidského faktoru při vzniku nehod v rizikových oblastech lidské činnosti mezi roky 1960 a 1990 zvýšila více než čtyřnásobně (z 20 na více než 90 %). V současné době a při současné vytiženosti personálu se vlastně ani není čemu divit. Jak uvedli i někteří respondenti ve svých odpovědích, jako problémová se jeví zejména nedostatečná informovanost personálu. Tento problém vychází právě už z oné zmiňované komunikace, která je tak důležitým faktorem ve všech sférách činnosti nemocnice. Ta by měla spočívat v přesném a včasném předávání informací na všechny pozice. Neefektivní komunikace je potom zdrojem konfliktů na pracovišti, vede ke stresu, demotivaci zaměstnanců a konečně i zvyšuje pravděpodobnost vzniku chyb. U této otázky si tedy dovoluji vyvodit závěr, že lidský faktor je skutečně nejčastější příčinou vzniku ohrožení i v oblasti poskytované péče, stejně jako to popisují právě Hřib s Vychytilém. (15)

Druhou výzkumnou otázku jsem zaměřila na opatření proti vzniku NU. O těch už bylo v předchozích kapitolách dost zmíněno. Pokusím se tedy alespoň o jejich přehledné shrnutí. Opatření můžeme obecně dělit do dvou skupin. První skupinu tvoří preventivní opatření, cílená na předcházení vzniku NU a druhou skupinou jsou opatření represivní, realizovaná po vzniku NU. Obě skupiny mají v prevenci vzniku NU svůj význam. Nejprve tedy k preventivním opatřením. Do této skupiny můžeme z odpovědí respondentů zařadit: dotazníky pro zhodnocení rizika pádu u pacienta, poučení pacientů, vyhledávání rizik, identifikační náramky, modernizace vybavení a pomůcek, školení personálu. Obrovský význam mají ovšem i represivní opatření. Patří sem zejména zpětná analýza vzniklé NU, která slouží ke zjištění příčin jejího vzniku, na základě nichž se potom stanovují další preventivní opatření. Ta jsou mířena k zamezení opakovaného vzniku NU. Je to vlastně takový uzavřený kruh. Vždy, když dojde ke vzniku NU, provádí se zpětná analýza, na základě jejíchž výsledků se stanovují nová preventivní opatření. Mezi represivní opatření můžeme zařadit i z mého pohledu tolik významná a přínosná školení personálu. Ta mohou být v případě pravidelných školení i preventivním opatřením. V rámci represivních opatření jsou realizována mimořádná

školení, např. při vzniku NU způsobené pochybením personálu. Další represivní opatření se potom odvíjí vždy od konkrétní situace.

Myslím si, že je vždy výhodnější investovat více času, úsilí a financí do prevence, a to nejen v oblasti zdravotnictví. Výsledek je potom viditelný, jako třeba v případě R2, kdy po zavedení preventivního opatření v podobě „mobilního signalizačního zařízení“ došlo v rámci tohoto zařízení v roce 2013 k výraznému poklesu výskytu pádů v porovnání s předchozími roky. To s sebou určitě přineslo i snížení ekonomických nákladů, které by musely být vynaloženy na případnou péči o tyto pacienty.

Pro účely zmapování výskytu NU jsem vytvořila přehled v tabulce 9, který je navíc doplněn o další tabulku s údaji přepočtenými na 100 000 pacientů a přehledným grafem 5. Zvolila jsem rozpětí od roku 2009 do roku 2013. Některá zařízení ovšem začala s evidencí později, proto nejsou starší data dostupná. Pokud srovnáme výsledky mezi jednotlivými zařízeními, v některých případech najdeme poměrně velké rozdíly. Co se týče výsledků v rámci jednoho zařízení, v jednotlivých letech jsou počty NU až na výjimky podobné. V jednom případě (R5) můžeme dokonce pozorovat neustálý pokles počtů NU. Co za těmito výsledky stojí, o tom lze jen spekulovat. Nicméně věřím tomu, že se tu do jisté míry promítla už i propracovanost systému sledování a analýzy výskytu NU.

Na otázku, zda je nekvalitní spolupráce mezi jednotlivými odděleními nemocnice faktorem, který ovlivňuje bezpečnost pacienta, mohu jednoznačně odpovědět, že ano. Současně podotknu skutečnost, že nejen mezi odděleními, ale prakticky ve všech oblastech: mezi zaměstnanci navzájem, mezi nadřízenými i podřízenými, dokonce i managementem zařízení. Opět zde zmíním už dříve diskutovanou komunikaci. Pokud nebude fungovat v rámci celého zařízení včasná, úplná a pro všechny zúčastněné srozumitelná výměna informací, zajisté se to promítne i v kvalitě poskytovaných služeb. Za nejdůležitější nástroj v interní komunikaci jsou považovány pravidelné porady a schůze, pokud jsou pro zaměstnance přínosem. Pokud má zaměstnanec pocit, že mohl čas strávený na poradě využít efektivněji, ztrácí taková porada význam. I zde by měla fungovat oboustranná komunikace a zpětná vazba. Poměrně často využívaným nástrojem ve většině zdravotnických zařízení, který našel své uplatnění právě v oblasti sdílení informací, je intranet. Zde mohou zaměstnanci nalézt informace, jako jsou např. vnitřní předpisy zařízení (včetně aktualizací), důležitá upozornění či novinky v zařízení. Jedná se o jakousi elektronickou formu nástěnky.

Další komunikační prvek, který by neměl na pracovišti chybět, jsou nástěnky. Ty jsou vhodné pro umístování vzkazů a důležitých informací, které by měl mít zaměstnanec neustále na očích, dále zde mohou být informace motivující zaměstnance, jako např. denní plán. Vhodným nástrojem umožňujícím zpětnou vazbu jsou potom schránky, které můžeme nalézt na jednotlivých odděleních, a to jak pro zaměstnance, tak i pacienty. Samozřejmě existuje ještě celá řada dalších možností výměny a sdělování informací jako jsou školení, noviny vycházející v organizaci, dokonce i dny otevřených dveří. Jejich podrobnější rozbor významu a možností uplatnění by ale tvořil tak rozsáhlé téma, že by mohl být předmětem samostatného výzkumu podobně, jako se jimi zabývala ve své diplomové práci Macková. (20)

Podle současné platné legislativy by měla všechna zdravotnická zařízení umožnit pacientům hodnotit poskytované služby. Jakým způsobem tak učiní, je na zvážení vedení jednotlivých zařízení. Nejvyužívanější možností je dotazníkové šetření. Každý z nás se s ním bezpochyby setkal. Dotazníky, včetně schránek pro jejich následné vložení, bývají umístěny na každém oddělení. Dotazníky si může nemocnice vypracovat pro svou potřebu vlastní nebo může využít možnosti zapojit se do národního dotazníkového šetření. Nevýhodou této metody je nemožnost zpětné vazby a podrobného prozkoumání problému. Výsledky slouží spíše k vytvoření přehledu o dané problematice. Dalším, méně používaným nástrojem umožňujícím hodnocení poskytovaných služeb jsou rozhovory s pacienty. Ty mohou navazovat i na dotazníkové šetření. Pokud pacient uvedl do dotazníku, že byl nespokojen se službami, chováním personálu apod., mohou být příčiny nespokojenosti následně rozebrány v podobě rozhovoru. V těchto případech se nezdá, že pacienti tuto možnost odmítnou se slovy, že už přece vyplnili dotazník. Tento způsob navazující na dotazníkové šetření uvedli ve svých odpovědích čtyři respondenti. Využití rozhovorů jako systému hodnocení kvality poskytované péče uvedl z dotazovaných jeden respondent. Tuto metodu zavedli nově od 1. 4. 2014, takže bohužel nejsou k dispozici žádné výsledky o jejím fungování či přínosu. Důvodem, proč ostatní respondenti tento způsob dosud nezavedli, je především časová náročnost a současná vytíženost personálu. Z toho plyne, že pro potřeby tohoto hodnocení, by bylo potřeba vyčlenit zaměstnance, který by se touto problematikou zabýval.

6. Závěr

Hlavním rizikovým faktorem v problematice bezpečnosti pacienta je zřejmě lidský faktor. Ve zdravotnictví, ať chceme nebo ne, je role lidského faktoru nevyhnutelná. Veškeré služby jsou v tomto odvětví poskytovány lidem právě prostřednictvím druhých lidí. Proto je důležité si uvědomit, že taková práce není vhodná pro každého jedince. Jak už bylo zmíněno, vyžaduje řadu schopností, jimž se nelze naučit. Člověk se s nimi musí narodit. Patří sem zejména ochota pomáhat druhým, ohleduplnost, komunikativnost a schopnost sociálního citění.

Cílem práce bylo zmapovat nejčastější příčiny vzniku NU ve vybraných zdravotnických zařízeních a na jejich základě potom navrhnout možná opatření pro jejich řešení. Na základě cíle bylo vytvořeno pět výzkumných otázek, na něž bylo v kapitolách „výsledky“ a „diskuze“ zodpovězeno. První výzkumná otázka zněla: Je pochybení personálu (lidský faktor) nejčastější příčinou ohrožení bezpečnosti pacienta. Jak jsem již zmínila, ve zdravotnictví se vše pohybuje kolem lidí, proto si u této otázky dovolím odpověď, že ano. Lidské pochybení podle mě vzniká souhrou několika faktorů, které působí současně a v nesprávnou dobu. Druhá výzkumná otázka zněla: Jaká opatření jsou v příslušných zdravotnických zařízeních realizována proti vzniku NU? Na tuto otázku lze odpovědět souhrnně, že realizace opatření se vždy odvíjí od konkrétní situace, v našem případě NU. Třetí výzkumná otázka zněla: Jak často dochází ve výše uvedených zdravotnických zařízeních ke vzniku NU? Pro interpretaci odpovědi na tuto otázku byl ve výsledcích vytvořen přehled výskytu NU v jednotlivých zařízeních ve formě tabulek, doplněných grafickým znázorněním. Čtvrtá výzkumná otázka zněla: Patří nekvalitní spolupráce mezi jednotlivými odděleními nemocnice k faktorům ohrožujícím bezpečnost pacienta? V odpovědi na tuto otázku hrála klíčovou roli komunikace. A to nejen komunikace mezi odděleními ale i v rámci oddělení, nejen mezi personálem navzájem ale i mezi pacienty, jejich rodinou a personálem. Jak se ukázalo, efektivní komunikace je podmínkou pro zajištění bezpečnosti a současně i spokojenosti pacientů. Poslední, v pořadí pátá výzkumná otázka zněla: Jaké mají pacienti možnosti hodnocení kvality poskytovaných služeb? V odpovědích nejvíce figurovaly tzv. „dotazníky spokojenosti“. Metoda rozhovorů se ukázala být pro většinu zařízení nereálnou především z hlediska času.

Tato práce se zabývala problematikou bezpečnosti pacienta a kvalitou poskytované péče v Jihočeském kraji. Na otázky odpovídali zástupci jednotlivých zařízení pro oblast kvality a bezpečnosti péče. Zajímavé by jistě bylo srovnání výsledků s některým dalším krajem nebo realizovat podobný výzkum z pohledu personálu, např.: sester či doktorů a výsledky vzájemně porovnat. Myslím si, že z jejich pohledu by se jistě v odpovědích našly určité odlišnosti.

Na základě tohoto výzkumu je patrné, že se pojem „kultura bezpečí“ dostává postupně do povědomí, a dochází tak k jejímu postupnému utváření ve všech zkoumaných zařízeních.

7. Seznam použitých zdrojů

1. About us *EFQM* ® [online]. © 2013 [cit. 25. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.efqm.org/about-us>
2. Annual Epidemiological Report 2012. *European Centre for Disease Prevention and Control*. [online]. 2012 [cit. 29. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.ecdc.europa.eu/cs/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report-2012.pdf>
3. ČAS: *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011 – 2012* [online]. 20. 2. 2013 [cit. 23. 2. 2014]. Dostupné z: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/zaverecna_zprava_2011_2012-91b6f.pdf
4. ČEČETKOVÁ, B., Z. KANCELOVÁ a CHLÍBEK, R. Nozokomiální nákazy. *Praktický lékař*. 2010, roč. 90, č. 3, s. 152-156. ISSN 1803-6597.
5. Česká asociace sester. Pády. In: *cnaa* [online]. 2008 [cit. 19. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/pady>
6. Česká asociace sester: *Prevence pádu a zranění pacienta / klienta a jeho řešení*. [online]. 1. 10. 2007 [cit. 19. 2. 2014]. Dostupné z: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf
7. Doporučení Rady ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí.
8. European Commission. Patient safety and quality of healthcare. *Special Eurobarometer 327*. April 2010 [cit. 28. 11. 2013]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/geninfo/query/index.do?swlang=en#queryText=Wave+72.2+-+European+Opinion+Research+Group+EEIG&tab=euro>
9. European Medicines Agency: *European Medicines Agency explores ways to further involve patients in the benefit-risk assessment of medicines* [online]. 29. 10. 2013. [cit. 6. 11. 2013]. Dostupné z: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2013/10/news_detail_001934.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
10. FILKA, J. Certifikát kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. *Nemocniční zpravodaj*. Nemocnice České Budějovice a.s., 2013, roč. 23, č. 1, s. 6 – 8.
11. FLIN, R. et al. Measuring safety climate in health care. In: *Qual Saf Health Care*. 2006, vol. 15, p. 109 – 115. ISSN 1475-3898.

12. FROLÍKOVÁ, A. Ostražitost ve farmakologii (Pharmacovigilance): Evropská léková agentura EMA vydává šest klíčových doporučení pro řešení problémů při chybách v medikaci. In: *szpcr.cz* [online]. 13. 5. 2013. [cit. 6. 11. 2013] Dostupné z: http://szpcr.cz/aktuality/aim_flash_113_may_2013_cz.pdf
13. HOJNÝ, M., J. VLČEK a MARX, D. *Povídání o lékových chybách v České republice*. Studio Česko: Přepis rozhovoru Rádio Česko [online]. 2007. [cit. 6. 11. 2013] Dostupné z: <http://www.ikem.cz/www?docid=1004639>
14. HOLÁ, J. *Význam interní komunikace v managementu nemocnice*. Profese online. 2012, roč. 5, č. 1, s. 5-10. ISSN 1803-4330.
15. HŘIB, Z., P. VYCHYTIL. *Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče* [pdf]. Praha: Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. lékařská fakulta UK v Praze. 2010. [cit. 26. r. 2014] Dostupné z: uzis.cz/system/files/dokumenty/Teoreticky_uvod_NU.pdf
16. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
17. JONES, K. J. et al. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture : A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. [online] In: HENRIKSEN, K. et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 2: Culture and Redesign). Rockville MD : Agency for Healthcare Research and Quality (US) 2008 Aug. [cit. 9. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/> >
18. KALVACHOVÁ, M. Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví. In: *mzcr.cz* [online]. Aktualizace červenec 2010. [cit. 14. 10. 2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/doporuceni-rady-eu_2837_29.html
19. KOTEN, P. *Lze ČSN EN ISO 9001:2009 aplikovat ve zdravotnictví?* [online prezentace]. Česká společnost pro jakost, 2010. [cit. 4. 11. 2013]. Dostupné z: <http://www.perspektivykvality.cz/res/data/000143.pdf>
20. MACKOVÁ, K. *Interní komunikace ve vybraném zdravotnickém zařízení (vymezení obsahu interní situace a zmapování konkrétní situace ve vybraném zařízení)* [online]. Pardubice, 2011 [cit. 29. 4. 2014]. Dostupné z: http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/39171/1/MackovaK_InterniKomunikace_JH_2011.pdf. Diplomová práce. Univerzita Pardubice.

21. MAĎAR, J., a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0585-0.
22. MAĎAR, R., R. PODSTATOVÁ a ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1673-9.
23. MOLEK, J. Organizační kultura ve zdravotnických organizacích. *Auspicia* [online]. 2007. str. 69 – 72. [cit. 28. 10. 2013]. Dostupné z: http://vsers.cz/wp-content/uploads/2012/10/07_02_auuspicie.pdf#page=67
24. MZČR. Doporučení Rady EU. In: *mzcr* [online]. ©2010. Aktualizace listopad 2012. [cit. 14. 10. 2013] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/doporuceni-rady-eu_2837_29.html
25. MZČR. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. In: *mzcr* [online]. ©2010 [cit. 14. 10. 2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_7595_2919_29.html
26. MZČR. Program prevence a kontroly infekcí v zdravotnických zařízeních poskytovatelů akutní lůžkové péče. In: *mzcr* [online]. 11. 3. 2013 [cit. 23. 10. 2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/program-prevence-a-kontroly-infekci-v-zdravotnickych-zarizenich_2917_5.html
27. MZČR. Resortní bezpečnostní cíle pro rok 2010. In: *mzcr* [online]. MZCR: ©2010. [cit. 14. 10. 2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html
28. MZČR: *Letošní výsledky sledování antibiotické rezistence potvrdily vzrůstající trend* [online]. 18. 11. 2013 [cit. 19. 11. 2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/letosni-vysledky-sledovani-antibioticke-rezistence-potvrdily-vzrustajici-trend_8441_1.html
29. MZČR: *Ministerstvo zdravotnictví zveřejňuje kompletní výsledky projektu Kvalita Očima Pacientů – tentokrát včetně psychiatrických léčeben a rehabilitačních ústavů* [online]. 19. 3. 2010 [cit. 28. 11. 2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-zverejnuje-kompletni-vysledky-projektu-kvalita-ocima-pacientu-tentokrat-vcetne-psychiatrickych-leceben-a-rehabilitacnich-ustavu_2957_1513_1.html
30. MZČR: *Národní systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. MZCR: 19. 11. 2012. Aktualizováno 4. 1. 2013. [cit. 14. 10. 2013]. Dostupné z:

- http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/narodni-system-hlaseni-nu_2613_15.html
31. MZČR: *Příkaz ministryně č. 18/2010*. Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče.
 32. MZČR: *Resortní bezpečnostní cíle 2011 – 2012* [online]. MZCR: ©2010. [cit. 14. 10. 2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html
 33. Nemocnice České Budějovice a.s. Krédo nemocnice. *Nemocniční zpravodaj*. Nemocnice České Budějovice a.s., 2012. roč. 22, č. 1, s. 17.
 34. NOVOTNÁ, M. *Kvalitativní výzkum - úvod do metodologie* [online]. Praha, 2009 [cit. 22. 4. 2014]. Dostupné z: <file:///D:/Sta%C5%BEen%C3%A9%20soubory/Atesta%C4%8Dn%C3%AD%20opr%C3%A1ce%20-%20Novotn%C3%A1.pdf>. Atestační práce. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Škola veřejného zdravotnictví.
 35. Patient safety. *Public health: Healthcare associated infections*. [online]. Last update: 29/10/2013 [cit. 29. 10. 2013]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/healthcare_associated_infections/index_en.htm
 36. SDĚLENÍ KOMISE EVROPSKÉMU PARLAMENTU A RADĚ. Akční plán proti rostoucím hrozbám antimikrobiální rezistence. In: *eur-lex.europa* [online]. 15. 11. 2011. [cit. 14. 10. 2013]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0748:FIN:CS:PDF>
 37. Spojená akreditační komise, o.p.s. Spojená akreditační komise. In: *sakr* [online]. © 2010 Spojená akreditační komise, o.p.s. [cit. 14. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>
 38. Spojená akreditační komise. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Tigris, 2013. ISBN 978-80-87323-04-05.
 39. Spojená akreditační komise: Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR. In: *sakcr* [online]. 6. 6. 2012. [cit. 17. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2012/zavadeni-a-udrzovani-kvality-a-bezpeci-zdravotni-pace-v-zarizenich-nemocnicniho-typu-na-uzemi-cr-.547/>

40. SÚKL. *Hlášení podezření na nežádoucí účinky léčivého přípravku*. In: *sukl* [online]. 2010 © SÚKL [cit. 7. 11. 2013]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>
41. SÚKL: Nežádoucí účinky léčiv [online]. *Informační zpravodaj*. 2013, roč. 6, č. 1, s. 3. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/sukl/informacni-zpravodaj-nezadouci-ucinky-leciv-1-2013>
42. SZÚ. Národní referenční centrum pro infekce spojené se zdravotní péčí. In: *szu* [online]. 23. 1. 2013 [cit. 23. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/narodni-referencni-centrum-pro-infekce-spojene-se-zdravotni>
43. ŠKRLA, P., M, ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent – Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
44. ŠKRLA, P., M. ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
45. ŠTRBOVÁ, P. Lékové chyby v ošetrovatelství. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2013, roč. 27, č. 1, s. 37-40. ISSN 1803 – 5353. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2013/01/07.pdf>
46. The International Society for Quality in Health Care. *ISQua* ® [online]. © ISQua 2012 [cit. 25. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.isqua.org/>
47. ÚZIS. Metodické dokumenty k problematice nežádoucích událostí: *Klasifikace nežádoucích událostí*. [online]. 15. 3. 2013 [cit. 8. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu/metodicke-dokumenty>
48. ÚZIS: Národní systém hlášení nežádoucích událostí (NSHNU). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. © ÚZIS ČR 2010-2013 [cit. 2013-10-14]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu>
49. Věstník ministerstva zdravotnictví ČR, částka 5, ročník 2012.
50. Věstník ministerstva zdravotnictví ČR, částka 8, ročník 2012.
51. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR: *Prevence pádu*. [online]. © 2013 [cit. 19. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.prevencepadu.cz/cs/>
52. VYBÍHALOVÁ, L. Problematika pádů u geriatrických pacientů. *Sestra*. 2011, č. 4, s. 44-45. ISSN 1210-0404.
53. Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

54. WALLEROVÁ, R. Bezpečnost pacienty tolik nepálí, dokud se něco nestane. In: *Medical Tribune* [online]. 2010 [cit. 9. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/17105-bezpecnost-pacienty-tolik-nepali-dokud-se-neco-nestane>
55. WHO. *How to handrub*. 2009 [propagační leták].
56. WHO. *How to handwash*. 2009 [propagační leták].
57. WHO. Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu. In: *szu.cz* [online]. 2009. [cit. 15. 3. 2014] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html
58. WHO. *Your 5 moments for hand hygiene*. 2009 [propagační leták].
59. WHO: *Standard precautions in health care* [online]. October 2007. [cit. 15. 10. 2013]. Dostupné z: http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf
60. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
61. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů. (zákon o léčivech)
62. Zdravotnické noviny: Některé zahraniční systémy hodnocení kvality související s akreditacemi ve zdravotnictví [online]. *Zdravotnické noviny*: 1999. [cit. 17. 10. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nektere-zahranicni-systemy-hodnoceni-kvality-souvisejici-s-akred-121560>

8. Klíčová slova

Bezpečnost pacienta

Nežádoucí událost

Kvalita péče

Zdravotnické zařízení

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník – Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta

Příloha 2: Postup při mytí rukou

Příloha 3: Pět základních situací pro hygienu rukou

Příloha 4: Kontrolní seznam - bezpečí chirurgického výkonu

Příloha 5: Postup pro dezinfekci rukou

Příloha 6: Dotazník k výzkumu



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2007/0003

Příloha č. 1 – Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta

Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta

(součást ošetřovatelské anamnézy)

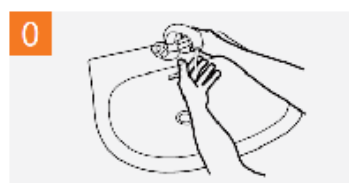
Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006

Rizikové faktory pro vznik pádu			
Anamnéza			
<input type="checkbox"/>	DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
<input type="checkbox"/>	věk 65 let a více		2 body
<input type="checkbox"/>	pád v anamnéze		1 bod
<input type="checkbox"/>	pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.		1 bod
<input type="checkbox"/>	zrakový / sluchový problém		1 bod
<input type="checkbox"/>	užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertensiva, laxantia)		1 bod
Vyšetření			
<input type="checkbox"/>	Soběstačnost		
	- úplná	0 bodů	
	- částečná	2 body	
	- nesoběstačnost	3 body	
<input type="checkbox"/>	Schopnost spolupráce		
	- spolupracující	0 bodů	
	- částečně spolupracující	1 bod	
	- nespolečující	2 body	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)			
<input type="checkbox"/>	Míváte někdy závratě ?		3 body
<input type="checkbox"/>	Máte v noci nucení na močení ?		1 bod
<input type="checkbox"/>	Budíte se v noci a nemůžete usnout ?		1 bod
Celkem			
	0 - 4 body* Bez rizika	5 - 13 bodů* Střední riziko	14 - 19 bodů* Vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti			

Postup při **mytí** rukou

MYJTE SI POUZE VIDITELNĚ ZNEČIŠTĚNÉ RUCE, JINAK POUŽÍVEJTE DEZINFEKCI!

🕒 Doba trvání celé procedury: 40–60 vteřin



0 Navlhčete si ruce vodou.



1 Aplikujte dostatek mýdla na pokrytí celého povrchu rukou.



2 Třete ruce dlaní o dlaň.



3 Třete pravou dlaní o levý hřbet ruky se zaklesnutými prsty a naopak.



4 Třete dlaní o dlaň se zaklesnutými prsty.



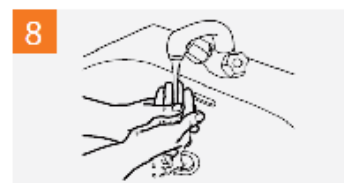
5 Třete hřbety prstů o druhou dlaň se zaklesnutými prsty.



6 Krouživým pohybem třete levý palec v sevřeně pravé dlaní a naopak.



7 Obousměrnými krouživými pohyby třete sevřené prsty pravé ruky levou dlaň a naopak.



8 Opláchněte si ruce vodou.



9 Ruce si pečlivě osušte ručníkem na jedno použití.



10 Použijte ručník k zastavení kohoutku.



11 Nyní jsou Vaše ruce čisté.



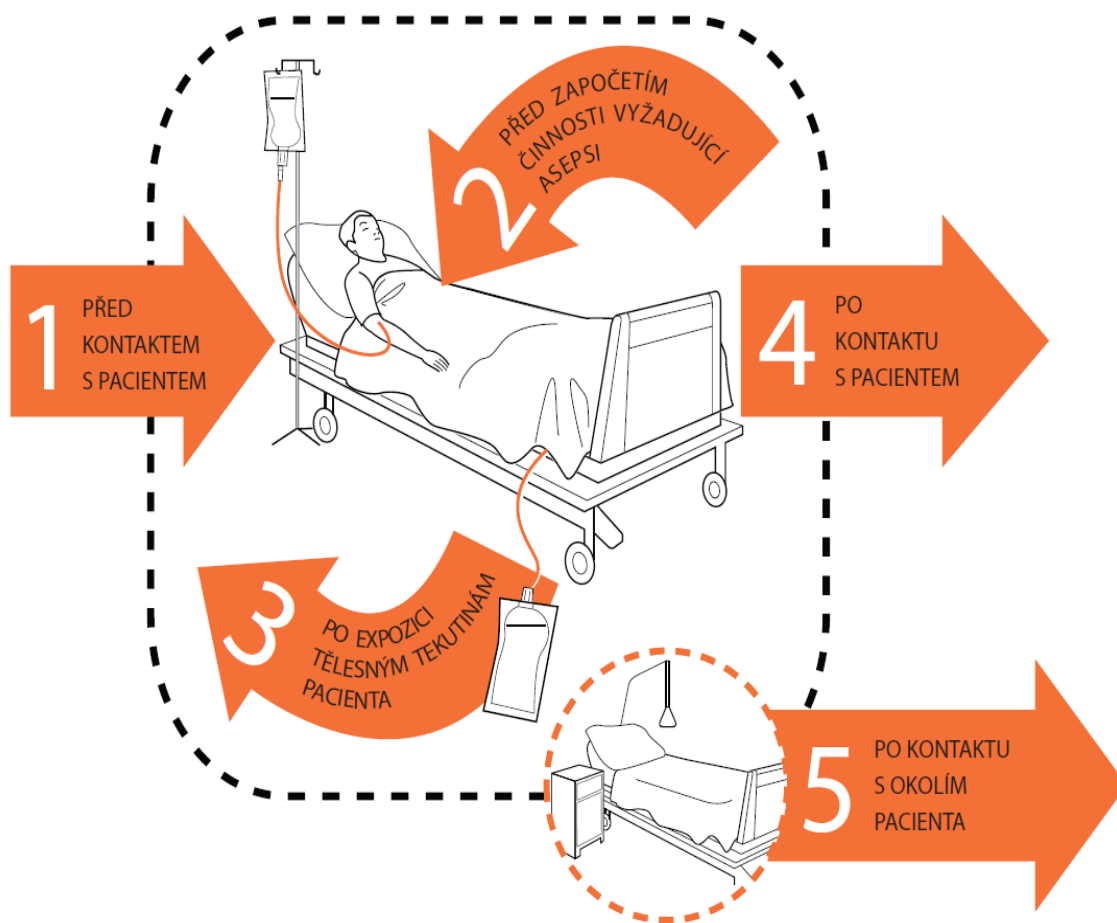
Výzvě Světovou zdravotnickou organizací v roce 2009 pod názvem How to handwash!

WV0101 (Health Organization) 2009

Copyright © Světová zdravotnická organizace 2008. Ministerstvo zdravotnictví ČR právo k přeložení dokumentu do českého jazyka. Ministerstvo zdravotnictví ČR přinejmenším zodpovídá za českou verzi dokumentu. Česká verze: MZM/MSK/001/01/2009 (Doklad) 14. květen 2011


Květen 2009

Pět základních situací pro hygienu rukou



1 PŘED KONTAKTEM S PACIENTEM	KDY? Při kontaktu s pacientem si před přímým dotykem dezinfikujte ruce. PROČ? Z důvodu ochrany pacienta před nebezpečnými mikroorganismy přenášenými na Vašich rukou.
2 PŘED ZAPOČETÍM ČINNOSTI VYŽADUJÍCÍ ASEPSI	KDY? Dezinfikujte si ruce bezprostředně před prováděním jakýchkoli aseptických výkonů. PROČ? Z důvodu ochrany pacienta před nebezpečnými mikroorganismy včetně jeho vlastních, které by mohly vniknout do jeho těla.
3 PO EXPOZICI TĚLESNÝM TEKUTINÁM PACIENTA	KDY? Dezinfikujte si ruce bezprostředně po vystavení riziku styku s tělesnými tekutinami (a po sejmutí rukavic). PROČ? Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.
4 PO KONTAKTU S PACIENTEM	KDY? Dezinfikujte si ruce po přímém dotyku pacienta nebo jeho bezprostředního okolí ve chvíli, kdy pacienta opouštíte. PROČ? Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.
5 PO KONTAKTU S OKOLÍM PACIENTA	KDY? Dezinfikujte si ruce po přímém dotyku jakéhokoli předmětu nebo kusu nábytku v bezprostředním okolí pacienta ve chvíli, kdy ho opouštíte, a to i v případě, že nedošlo k dotyku pacienta. PROČ? Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.

Příloha 4: Kontrolní seznam - bezpečí chirurgického výkonu

Kontrolní seznam - bezpečí chirurgického výkonu		
 World Health Organization		Patient Safety <small>A World Alliance for Safer Health Care</small>
Před úvodem do anestézie	Před provedením incize	Před transportem z operačního sálu
(účastní se: alespoň anesteziologická sestra a anesteziolog)	(účastní se: perioperační sestra, anesteziolog a operátor)	(účastní se: perioperační a anesteziologická sestra, anesteziolog a operátor)
<p>Potvrdil/a pacient/ka svoji identitu, místo, výkon a souhlas s ním?</p> <input type="checkbox"/> Ano	<p><input type="checkbox"/> Všichni členové operačního týmu se představili jménem a uvedli svoji úlohu.</p> <p><input type="checkbox"/> Byla ověřena identita pacienta(ky), operační výkon, a místo incize.</p> <p>Byla podána profylakticky antibiotika v průběhu posledních 60 minut?</p> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ	<p>Zdravotní sestra ústně potvrdí:</p> <input type="checkbox"/> Název výkonu <input type="checkbox"/> Spočítání nástrojů, tamponů, roušek a jehel
<p>Je místo výkonu označeno?</p> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ	<p>Byla podána profylakticky antibiotika v průběhu posledních 60 minut?</p> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ	<p><input type="checkbox"/> Označení odebraných vzorků (přečte hlasitě štítky na nádobkách se vzorky včetně jména pacienta(ky))</p> <p><input type="checkbox"/> Zda během výkonu nenastaly nějaké problémy s vybavením, které je nutné řešit</p>
<p>Byla ukončena kontrola medikace a anesteziologického přístroje?</p> <input type="checkbox"/> Ano	<p>Očekávané kritické události</p> <p>Otázky pro chirurga:</p> <input type="checkbox"/> Jaké jsou kritické nebo nerutinní kroky? <input type="checkbox"/> Jak dlouho výkon potrvá? <input type="checkbox"/> Jak velká ztráta krve se dá očekávat?	<p>Chirurg, anesteziolog a sestry:</p> <input type="checkbox"/> Nejdůležitější problémy pacienta pro nejbližší pooperační období (recovery – dospání) a zachování kontinuity péče
<p>Má pacient/ka aplikován pulsní oximetr, který funguje?</p> <input type="checkbox"/> Ano	<p>Otázka pro anesteziologa:</p> <input type="checkbox"/> Existují nějaké obavy specifické pro tohoto pacienta(ku)?	
<p>Má pacient/ka:</p> <p>Známou alergii?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	<p>Otázky pro perioperační sestry:</p> <input type="checkbox"/> Byla potvrzena sterilita (včetně výsledků indikátorů) <input type="checkbox"/> Jsou nějaké problémy s vybavením nebo existují nějaké obavy?	
<p>Obtíže s dýchacími cestami nebo riziko aspirace?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, příslušné přístroje / asistence jsou k dispozici	<p>Je nezbytná obrazová dokumentace zobrazena – dostupná?</p> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ	
<p>Riziko ztráty krve větší než 500ml (7ml/kg u dětí)?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, a plánuje se dvojitá dodání tekutin intravenózně nebo centrálním kateetrem		

Tento seznam není zamýšlen jako vyčerpávající. Velmi se doporučuje doplnit dodatky a modifikace, vhodné pro místní praxi.

Revize 1 / 2009

© WHO, 2009

Zdroj: (57)

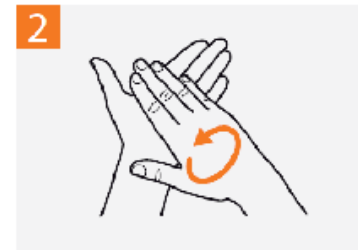
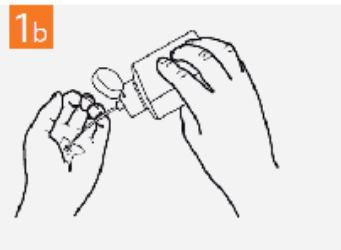
Postup pro dezinfekci rukou

HYGIENY RUKOU DOSÁHNETE DEZINFEKČÍ PŘI VIDITELNÉM ZNEČIŠTĚNÍ
SI RUCI MYJTE.

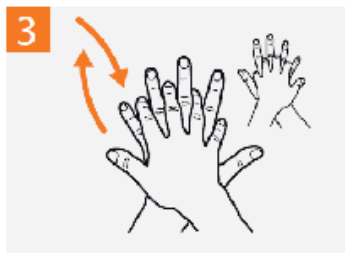
🕒 Doba trvání celé procedury: 20–30 vteřin



Do sevřené dlaně aplikujte dostatek přípravku
na pokrytí celého povrchu rukou.



Třete ruce dlaní o dlaň.



Třete pravou dlaní o levý hřbet ruky
se zaklesnutými prsty a naopak.



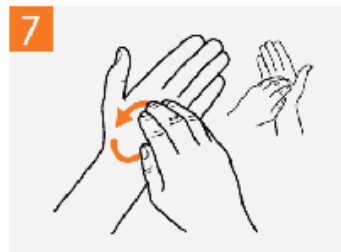
Třete dlaní o dlaň se zaklesnutými prsty.



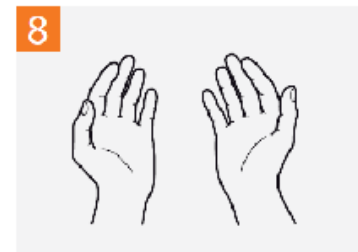
Třete hřbety prstů o druhou dlaň
se zaklesnutými prsty.



Krouživým pohybem třete levý palec
v sevřené pravé dlaní a naopak.



Obousměrnými krouživými pohyby
třete sevřenými prsty pravé ruky
levou dlaň a naopak.



Po oschnutí jsou Vaše ruce
dezinfikovány



Příloha 6: Dotazník k výzkumu

Dobrý den,

jmenuji se Denisa Štěrbová a jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia, oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím Vás o chvilku Vašeho času pro zodpovězení následujících, otázek k realizaci výzkumu pro mou diplomovou práci, na téma Kultura bezpečí zdravotnického zařízení a bezpečnost pacienta, pod vedením pana docenta Jozefa Filky. Výzkum se týká kvality a bezpečnosti poskytované péče a bude realizován v sedmi zdravotnických zařízeních Jihočeského kraje. Jeho výsledky poslouží pouze k obhajobě diplomové práce a budou zcela anonymní. Ve většině případů se jedná o otevřené otázky, proto budu ráda, když se k dané problematice rozepíšete.

1. Jaký způsob identifikace pacientů používáte ve Vašem zařízení?
 - a. Identifikační náramky
 - b. Čárový kód
 - c. Žádný
 - d. Jiný (prosím popište)

2. Mají pacienti možnost hodnotit poskytnuté služby?
 - a. Ano
 - b. Ne

3. Pokud ano, jaký způsob hodnocení ve Vašem zařízení využíváte?

4. Zkoušeli jste kromě dotazníkových metod také přímé rozhovory s pacienty?
 - a. Ano
 - b. Ne

5. Pokud ano, co Vás k této metodě vedlo?

6. Pokud ne, z jakého důvodu?

7. Kolik nežádoucích událostí (NU) jste řešili v roce 2013?

8. Jak se vyvíjel výskyt NU v letech 2009 – 2013? (Prosím, uveďte počty za jednotlivé roky)

9. Uveďte prosím, 3 nejčastější typy NU ve Vašem zařízení v roce 2013 (pokud možno i počty případů)

10. Co považujete za hlavní příčiny vzniku těchto NU?

11. Změnilo se spektrum NU s předchozími lety?
 - a. Ne
 - b. Ano
 - Pokud ano, uveďte prosím, jak:

12. Jakými způsoby (opatření) se snažíte předcházet vzniku NU?

13. Pokud již dojde ke vzniku NU, zavádíte nějaká další opatření nad rámec?

- a. Ne
- b. Ano

- Uveďte prosím příklady těchto opatření:

14. Pokud ano, patří mezi ně i školení personálu?

- a. Ano
- b. Ne

15. Kolik let sledujete ve Vašem zařízení výskyt NU?

16. Považujete interní komunikaci za důležitý faktor, ovlivňující kvalitu poskytované péče?

- a. Ne
- b. Ano

- (uveďte prosím, z jakého důvodu)

17. Jak hodnotíte interní komunikaci ve Vašem zařízení?

- a. Vynikající
- b. Uspokojivá
- c. Problémová

- Uveďte prosím, co považujete za hlavní problém:

18. Co bylo hlavním podnětem pro zavedení monitorování NU?

19. Na kterých (třech) odděleních je evidován nejčastější výskyt NU?

20. Kolik pacientů jste evidovali v roce 2013? (počet hospitalizovaných pacientů, eventuelně i počet ambulantně ošetřených)