

Univerzita Karlova Praha

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích



Diplomová práce

Management mimořádných událostí

Bc. Jitka Řehořová

Vedoucí práce: MUDr. Iva Holmerová, PhD.

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jsem uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Jablonci nad Nisou dne 15. 9. 2008

Jitka Řehořová

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní *MUDr. Ivě Holmerové, PhD.* za její ochotu a trpělivost při přípravě mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat za vstřícnost zdravotnickým pracovníkům úseku ošetrovatelské péče Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Obsah	
Abstrakt.....	6
1. Úvod.....	8
2. Teoretická část.....	9
2.1 Management mimořádných událostí.....	9
2.1.1 Model managementu mimořádných událostí.....	10
2.1.1.1 Definice mimořádné události.....	11
2.1.1.2 Klasifikace mimořádných událostí.....	11
2.1.1.3 Druhy mimořádných událostí.....	12
2.1.2 Bezpečná zdravotní péče.....	13
2.1.2.1 Lidská dimenze pochybení.....	15
2.1.2.2 Nejčastější příčiny chyb.....	16
2.1.2.3 Pacienti vážně ohrožení pochybením.....	18
2.1.3 Možnosti odhalování a sledování mimořádných událostí.....	19
2.1.3.1 Hlášení o mimořádné události.....	20
2.1.3.2 Pravidla pro hlášení mimořádných událostí.....	22
2.2 Významné mimořádné události.....	22
2.2.1 Pády pacientů během hospitalizace.....	22
2.2.1.1 Studie pádů pacientů.....	23
2.2.1.2 Odpovědnost zdravotníka za pád.....	23
2.2.1.3 Hodnocení rizika pádu.....	24
2.2.1.4 Preventivní opatření pádů.....	24
2.2.1.5 Následky pádů.....	26
2.2.1.6 Monitoring pádu.....	27
2.2.1.7 Finanční náklady spojené s pády.....	29
2.2.2 Napadení pacienta či zaměstnance.....	29
2.2.2.1 Definice násilí.....	30
2.2.2.2 Okolnosti vedoucí k násilí.....	30
2.2.2.3 Jak předcházet násilí.....	33
2.2.3 Pochybení při podávání léků.....	36
2.2.3.1 Klasifikace chyb.....	36
2.2.3.2 Prevence chyb v podávání léků.....	38
2.2.4 Problém s identifikací pacienta.....	40

2.2.4.1	Mezinárodní protokol prevence záměny pacienta, výkonu, strany či orgánu.....	40
2.2.4.2	Systémy identifikace pacientů.....	41
2.2.4.3	Hlavní výhody identifikačních systémů	41
2.2.4.4	Studie identifikace pacientů	42
2.2.4.5	Riziko identifikačních náramků.....	42
2.2.5	Poranění zdravotnického pracovníka.....	43
2.2.5.1	Postup při poranění ostrým kontaminovaným předmětem.....	44
2.2.5.2	Preventivní opatření poranění.....	44
2.2.6	Poranění kůže, dekubity	45
2.2.6.1	Definice dekubitů	45
2.2.6.2	Prevence dekubitů.....	45
2.2.6.3	Význam hlášení dekubitů	46
2.2.7	Selhání zdravotnických technologií.....	47
2.2.7.1	Postup při selhání zdravotnické technologie	47
2.2.7.2	Prevence selhání zdravotnické technologie.....	47
2.3	Prevence a řízení výskytu rizik.....	48
2.3.1	Akceptovatelná rizika	49
2.3.2	Neakceptovatelná rizika	49
2.3.3	Hledání opatření snižujících výskyt rizik	49
2.3.4	Sedm strategií ke snížení rizika pochybení na odděleních.....	51
3.	Empirická část	53
3.1	Cíl diplomové práce	53
3.1.1	Pracovní hypotézy	53
3.1.2	Očekávané výsledky	53
3.2	Metodika práce	53
3.2.1	Kvantitativní výzkum	53
3.2.1.1	Statistická analýza	54
3.2.1.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	54
3.2.2	Vyhodnocení mimořádných událostí.....	55
3.2.3	Pracovní skupiny	56
3.2.3.1	Charakteristika výzkumného vzorku.....	56
3.3	Výsledky výzkumu.....	58
3.3.1	Dotazníkové šetření	58

3.3.2	Vyhodnocení mimořádných událostí.....	68
3.3.2.1	Podle oddělení	68
3.3.2.2	Mimořádné události podle druhu.....	69
3.3.2.3	Poranění kůže, dekubity	78
3.4	Diskuze výsledků.....	82
3.4.1	Potvrzení pracovních hypotéz	82
3.4.1.1	Pracovní hypotéza H1	82
3.4.1.2	Pracovní hypotéza H2.....	82
3.4.1.3	Pracovní hypotéza H3.....	83
3.4.2	Splnění očekávaných výsledků.....	83
4.	Závěr.....	85
	Použitá literatura.....	86
	Přílohy.....	89

Abstrakt

Management mimořádných událostí by se měl stát v každém zdravotnickém zařízení důležitou součástí kontinuálního zvyšování kvality. Při poskytování zdravotní péče docházelo, dochází a bude docházet k pochybením z různých příčin. Prioritou zdravotnického zařízení musí být poskytování bezpečné zdravotní péče. Každé pracoviště je specifické výskytem určitého druhu mimořádných událostí. Proto je pro vrcholový a střední management nemocnice důležité znát výskyt mimořádných událostí co do jejich druhu a počtu na oddělení.

V předkládané diplomové práci si kladu za cíl zmapovat výskyt mimořádných událostí v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. vzniklých při poskytování zdravotní péče na lůžkových odděleních. Výzkumem a předáním informací zdravotnickým pracovníkům úseku ošetrovatelské péče nemocnice chci dokázat, že pečlivé hlášení mimořádných událostí je založeno hlavně na vytvořeném klimatu „kultury bezpečí“ na oddělení.

Velký důraz kladu na analýzu jednotlivých mimořádných událostí, jejich zmapování a hledání nápravných opatření k zamezení nebo snížení výskytu mimořádné události.

Klíčová slova

Kontinuální zvyšování kvality je přístup managementu, který spočívá v systematickém, průběžném monitorování a konstruktivních krocích, které zlepšují kvalitu poskytované péče.

Kultura bezpečí je klima díky němuž lze zvýšit bezpečí zdravotní péče, je rozvíjena jednotlivcem nebo organizací za účelem ochrany pacienta od újmy na zdraví následkem selhání systému péče.

Kvalita péče o pacienta znamená, do jaké míry se managementu podaří zvýšit pravděpodobnost žádoucích výsledků a snížit pravděpodobnost nežádoucích výsledků u pacienta.

Management je koncepce a proces, který využívá zdroje (lidské, technologické, finanční, časové atd.) za účelem efektivního splnění konkrétních cílů.

Mimořádná událost ve zdravotnickém zařízení je taková událost, při které mohlo dojít nebo došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta či procedury nebo kdy lékařská a ošetrovatelská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů péče a následkem toho mohlo dojít nebo došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku.

Standardy jsou dohodnutá pravidla kvality; zavedené normy; písemná ustanovení týkající se požadované kvality péče, které by se mělo pacientovi dostat.

Preventivní opatření je systém přijatých možností, které sníží nebo zamezí výskytu pochybení.

Abstract:

Management of exceptional events should be an integral part of increasing quality in every health care center. In provision of health care there are and there inevitably will be mistakes made from different reasons. Therefore, safe health care should be a priority of every health care facility. Exceptional events may vary between different wards and it is important for the middle management to know there sorts and numbers.

The goal of my thesis is to map the different kinds and numbers of exceptional events in our hospital, city hospital in Jablonec nad Nisou. I also want to emphasize that careful tracking of exceptional events is possible only in the climate of safety at every ward.

By knowing the kinds and numbers of exceptional events it is possible to reduce or ideally eliminate them.

Key words:

Continual quality improvement comes from a careful monitoring of provided health care and subsequent steps that lead to its betterment

Climate of safety is an atmosphere that leads to increase of safety of a patient

Quality of care can be measured by the number of exceptional events

Management in simple terms means the act of getting people together to accomplish desired goals

Exceptional event is an event resulting from a neglect by health care providers

Standards are norms that use *preventive measures* to reduce the number of exceptional events

1. Úvod

V předkládané diplomové práci se budu zabývat mimořádnými událostmi, které mohou vzniknout přímo při poskytování lékařské a ošetrovatelské péče.

Mimořádná událost ve zdravotnickém zařízení je taková událost, při které mohlo dojít nebo došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta či procedury nebo kdy lékařská a ošetrovatelská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů péče a následkem toho mohlo dojít nebo došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku.

Pro management zdravotnického zařízení je velice důležité nastavit na jednotlivých pracovištích tzv. „kulturu bezpečí“, kterou popíši v jedné z kapitol. Při nastavení takového prostředí se pracovníci nebojí hlásit svá pochybení. Vedoucí pracovníci oddělení i vedení organizace má přehled o mimořádných událostech, které vznikají ve spojitosti s poskytováním zdravotní péče.

Po závažných incidentech, které jsou v dnešní době náhodně zaznamenávány v některých zdravotnických zařízeních v České republice, doporučuji vytvářet co nejlepší podmínky pro hlášení mimořádných událostí od řadových zaměstnanců. Potom jednotlivé mimořádné události analyzovat a hledat příčiny, proč k nim došlo.

Mezi významné události, které podrobněji popíši v magisterské práci patří pády pacientů během hospitalizace, napadení pacienta či zaměstnance, pochybení při podávání léků, problém s identifikací pacienta, poranění zdravotnického pracovníka, poranění kůže a dekubity a selhání zdravotnických technologií.

U jednotlivých mimořádných událostí se budu věnovat významu jejich hlášení, hodnocení a především hledání prevence jejich výskytu.

Část empirickou jsem založila na sběru informací od pracovníků úseku ošetrovatelské péče Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Jaké mají zaměstnanci vědomosti o mimořádných událostech a významu jejich hlášení. Výzkum jsem provedla v návaznosti na vyhodnocení hlášení mimořádných událostí v nemocnici za období 1. a 2. pololetí roku 2007 a 1. pololetí roku 2008. Na všech pracovištích jsem zorganizovala pracovní skupiny.

2. Teoretická část

2.1 Management mimořádných událostí

Mimořádné události se musí stát nedílnou součástí managementu každého zdravotnického zařízení. Management v ošetrovatelství a v lékařství se od managementu v ostatních oborech liší svojí filozofií služeb. Zdravotnictví má sociální odpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců, rodin a komunit. Kvalita péče proto závisí na schopnosti poskytovat péči v rámci daného souboru prostředků, tzn. personál, materiál, postupy. (11 s.155). Management mimořádných událostí spadá do programu kontinuálního zvyšování kvality, který by měl být v současné době samozřejmostí ve všech zdravotnických zařízeních.

Zdravotnické zařízení je nesmírně složitý komplex, na jehož fungování má vliv velké množství vnitřních i vnějších činitelů, ani samotné poskytování ošetrovatelské a lékařské péče není výjimkou. První otázkou, kterou je zapotřebí si při řízení rizik položit, je, co vše se dotýká poskytování ošetrovatelské péče, abychom si následně mohli položit i otázku, kde všude může existovat riziko a jak ho můžeme ovlivnit. Mezi oblasti, které lze jen obtížně ovlivnit, patří vnější prostředí organizace, které představuje globální, ekonomické, demografické, technologické, společensko-kulturní a politicko-právní prostředí. Druhá oblast částečně přesahuje vnitřní a vnější prostředí organizace, jedná se o dodavatele a poskytovatele služeb. V následujících kapitolách je pojednáno o vnitřních oblastech, jež přímo zasahují do poskytování zdravotní péče a organizace je může poměrně dobře ovlivňovat. Každé zdravotnické zařízení je specifické a musí samo zhodnotit faktory působící na oblast, kde rizika hodláme řídit. (38 s.52)

Management mimořádných událostí je složen z cyklu řízení, jehož součástí je plánování, organizace a řízení komplexního programu aktivit, aby bylo možné identifikovat, vyhodnotit a napravit rizika, která mohou vést k mimořádné události. Management mimořádných událostí se tedy zabývá mimo jiné zanedbáním povinné zdravotní péče (péče non lege artis), nedbalostí a otázkou profesionální zodpovědnosti. (11 s.192) Tyto pojmy vycházejí z právní terminologie, kde zanedbání povinné péče znamená nesprávné jednání ze strany odborníka vedoucí k nějaké formě poškození pacienta. Nedbalost je zanedbání, kdy zdravotnický pracovník nejedná tak, jak by měl za stejných podmínek obvykle jednat a z toho vyplývá jeho profesionální odpovědnost a povinnost poskytnout pacientům přiměřenou péči.

Má-li pacient podezření, že mu z nějakého důvodu nebyla poskytnuta přiměřená péče, může na zdravotnického pracovníka podat soudní žalobu. Aby mohla být soudní žaloba podána, musí být podle M.E. Grahara-Murray a H.R. DiGroce splněny určité podmínky:

- důkaz, že zdravotnický pracovník měl vůči pacientovi povinnost,
- důkaz, že pokud by nebyl dodržen správný postup, došlo by k poškození pacienta,
- důkaz, že nebyl dodržen standard,
- důkaz, že poškození přímo vyplynulo z jednání zdravotnického pracovníka. (11 s.193)

Jelikož v naší společnosti nejsou žaloby neobvyklé ale naopak jich přibývá, je důležité ve zdravotnickém zařízení nastavit hlavní prvky programu managementu mimořádných událostí.

2.1.1 Model managementu mimořádných událostí

Pro management mimořádných událostí je důležité dodržovat model, podle kterého je možné identifikovat, vyhodnotit a napravit rizika, která vedou nebo by mohla vést k mimořádné události. Složkami modelu managementu mimořádných událostí jsou rizika převzata a upravena podle M.E. Grohar-Murray a H.R. Di Groce podle vlastních zkušeností:

- *Identifikace rizik:* znamená pomocí hlášení mimořádných událostí zmapovat druhy a četnost výskytu jednotlivých mimořádných událostí.
- *Analýza rizik:* podle zjištěných informací stanovit pravděpodobnost výskytu určité mimořádné události na určitém oddělení a na jejich základě pro určitou mimořádnou událost vytvořit plán.
- *Řešení rizik:* podle vytvořeného plánu analýzy rizik postupovat tak, aby se snížila rizika pro uskutečnění určité mimořádné události. Např. vést personál k prevenci, nastavit na oddělení pozitivní odměňování za hlášení mimořádných událostí atd.
- *Vyhodnocení rizik:* hodnocení určí efektivitu řešení nastavených intervencí a preventivních opatření, která se mohou přehodnotit. (30 s.194)

2.1.1.1 Definice mimořádné události

Podle P. a M. Škrlových je mimořádná událost taková událost, při které mohlo dojít nebo došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta či procedury nebo kdy lékařská a ošetrovatelská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů péče a následkem toho mohlo dojít nebo došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku.(34 s.134)

Hlášení mimořádných událostí slouží k identifikaci problémů vysoce rizikové povahy a umožňuje dokumentovat nápravná opatření, která byla k řešení problému podniknuta. Hlášení upozorňují manažera mimořádných událostí na potenciální problémy. Je důležité, jak vedoucí pracovník dokáže s těmito informacemi pracovat a využít je, aby se předešlo vyhrocení problému a daly se zvládnout nečekané problémy.

P. a M. Škrlovi ve své knize uvádějí, že: „Výzkumy prokázaly, že ve vyspělých zemích je ve zdravotnických institucích identifikováno pouze 5 - 30% všech mimořádných událostí." (34 s.134) V české republice se s managementem mimořádných událostí začíná pomalu pracovat. Management zdravotnických zařízení všech druhů si začíná uvědomovat nutnost zajistit bezpečnou péči a bezpečné prostředí pro pacienta a pro personál, ve kterém jim velkou měrou pomůže hlášení mimořádných událostí. Problém tkví v tom, že vedoucí pracovníci musí nastavit na pracovištích vhodné prostředí pro hlášení mimořádných událostí. To znamená, hlavně vysvětlit zdravotníkům jasnou definici mimořádných událostí. A nastavit prostředí, ve kterém se zdravotničtí pracovníci nebojí upozornit na své chyby ve falešné hrdosti nebo ve strachu z potrestání a možných sankcí. Vedoucí pracovníci musí hlášení mimořádných událostí zjednodušit tak, aby řadovým zaměstnancům hlášení nezabíralo mnoho času. Velice důležitá je analýza mimořádných událostí, jejich vyhodnocení a nastavení preventivních opatření, aby řadoví zaměstnanci viděli význam v hlášení mimořádných událostí. Je vhodné nastavit motivaci zaměstnanců pro hlášení mimořádných událostí nějakou formou odměny.

2.1.1.2 Klasifikace mimořádných událostí

P. a M. Škrlovi ve své knize uvádějí čtyři stupně závažnosti mimořádných událostí vzhledem k následkům:

1. *Naprostě žádné následky* (například pád bez příznaků bolesti nebo omezení pohybových funkcí).

2. *Zdánlivě žádné následky*, ale charakter incidentu vyžaduje monitorování (pád s úderem do hlavy vyžadující neurologické vyšetření nebo poranění vyžadující pouze jednoduchou první pomoc).
3. *Skutečně nežádoucí klinický nález vyžadující zákrok/léčbu*, která je úspěšná (pád se zlomeninou, úspěšnou léčbou a rehabilitací nebo situace, kdy bylo podobně vážné nehodě zabráněno, ale existuje nebezpečí další podobné nehody).
4. *Ireverzibilní komplikace nebo smrt.* (34 s.135)

P. Škrla ke klasifikaci ještě přiřazuje tzv. „*near miss*“ přeloženo „*téměř pochybení*“, což je pochybení, ke kterému mohlo dojít, ale v posledním okamžiku mu bylo zabráněno. (33 s.22)

P. Škrla přirovnává klasifikaci mimořádných událostí k ledovci. Samou špičku ledovce představují mimořádné události s následky to znamená následky mírného nebo vážného charakteru či smrt pacienta. Většinou na tyto mimořádné události upozorní pacient, jeho příbuzní nebo média.

Pod hladinou si na ledovci můžeme představit mimořádné události bez následků. K nežádoucí příhodě došlo, ale naštěstí nijak nepoškodila pacienta. Tento druh mimořádných událostí není tolik viditelný, proto je třeba nastavit myšlení zaměstnanců tak, aby tyto mimořádné události hlásily, jako prevenci dalším podobným událostem.

Téměř pochybení představují základnu ledovce. Jelikož k chybě v tomto případě nedošlo, zdravotničtí pracovníci si neuvědomují význam hlášení těchto téměř pochybení. Význam spočívá v upozornění na výskyt možného pochybení pro další analýzu systému a provedení preventivních opatření. Příště by toto skoro pochybení mohlo skončit jako mimořádná událost. (33 s.23)

2.1.1.3 Druhy mimořádných událostí

1. Oblast organizace péče o pacienty například:

- Problém s identifikací pacienta (záměna pacienta, orgánu či místa výkonu)
- Problém s odebíráním informovaného souhlasu (odmítnutí souhlasu)

2. Oblast péče o pacienty například:

- Sebeпоškození nebo dokonaná sebevražda pacienta
- Pády pacientů během hospitalizace
- Poškození kůže, dekubity

- Pochybení při podávání léků
 - Nežádoucí účinky léků
 - Pochybení při podání krve a krevních derivátů
 - Komplikace operativního výkonu (včetně úmrtí pacienta při výkonu)
 - Komplikace jiného výkonu během hospitalizace (včetně úmrtí pacienta při výkonu)
 - Neočekávané úmrtí pacienta během hospitalizace
3. *Oblast bezpečí nemocničního prostředí například:*
- Napadení pacienta či zaměstnance
 - Selhání zdravotnických technologií
 - Poranění zdravotnického pracovníka

2.1.2 Bezpečná zdravotní péče

P. a M. Škrlovi uvádějí, že: „*Bezpečná zdravotní péče*“ je jakákoliv činnost rozvíjená jednotlivcem nebo organizací za účelem ochrany pacienta před újmou na zdraví následkem lékařské a ošetrovatelské péče nebo péče poskytnuté kterýmkoliv členem multidisciplinárního léčebného týmu.“ (34 s.127)

Pro zavedení a efektivní fungování managementu rizik je zapotřebí v organizaci změnit pohled na rizika směrem k vytvoření pevné kultury bezpečí. Stejně jako každý člověk, i organizace mají svou osobnost, v tomto případě označovanou jako kultura. Kultura organizace je tvořena společenskými hodnotami a přesvědčením členů organizace. Kulturou bezpečí se v tomto případě rozumí vztah zdravotnického zařízení k zajištění rizik, která by mohla ohrozit dosažení cílů ošetrovatelství. (29 s.600)

Důležité je vzít na vědomí, že chyby a omyly jsou většinou výsledkem mnoha faktorů, které zasahují do léčebné a ošetrovatelské péče. Ve většině případů nejde o selhání jednotlivce ale selhání jednotlivých procesů nastavených ve zdravotnických zařízeních nebo celého systému. P. Škrla ve své knize přirovnává celý systém k *ementálskému sýru*, kde chyba může proletět dírami v ementálu. Čím více je v sýru děr, tím lehčeji chyba proletí a nezachytí ji žádný obranný mechanismus.

Díry představují:

nedostatečnou výuku
nedodržování standardů
nepozornost
špatnou komunikaci
pracovní přetížení
protichůdné příkazy
únavu
nedbalost
odkládání
nespolehlivou techniku
strach z postihu (33 s.55)

Plátky představují:

management rizik
kulturu bezpečí
standardy
organizační kulturu
znalostního pracovníka
ISO
akreditace

Cílem nastavování jednotlivých procesů je proto zacelovat jednotlivé díry, vytvořit ochranné bariéry a tím zajistit, aby chyba byla v systému zachycena a nedošlo k poškození pacienta. Management mimořádných událostí je o změně způsobu myšlení jednotlivců i celé organizace, kde zaměstnanci přijmou novou filozofii a hodnoty s cílem minimalizovat nebezpečí poškození pacienta.

Proto je nasnadě znát *faktory*, které podporují jinou než bezpečnou péči převzaté od P. a M. Škrlových:

- fragmentovaný systém,
- chybně navržený systém,
- narůstající komplicita péče,
- nepochopení nebo zakrývání problémů,
- kultura zaměřená na obviňování a trestání jednotlivce za chybu,
- neschopnost nebo neochota vidět problémy systémově,
- nesprávné priority. (34 s.127)

Pokud si vedoucí pracovníci zdravotnického zařízení uvědomí faktory, které nepodporují bezpečnou péči, mohou začít nastavovat a vytvářet tzv. *kulturu bezpečí*. V této chvíli je důležité napříč celým zařízením komunikovat se zdravotníky a objasňovat jim význam hlášení mimořádných událostí. V rámci pracovních skupin využívat podnětných připomínek pracovníků k systému práce na pracovišti a umět s nimi pracovat. Všichni zdravotničtí pracovníci musí vidět prioritu v bezpečném prostředí pro pacienty, návštěvníky a

zaměstnanec a musí tuto vizi začlenit jako automatickou součást do své práce. Celý systém je založen na určení kompetencí jednotlivých pracovníků a jejich uvědomění si odpovědnosti za chybu nebo omyl. Každý zdravotnický pracovník si musí být jist, že pokud nahlásí mimořádnou událost, nebude obviňován, protože pouze výjimečně zaměstnanec způsobí chybu úmyslně nebo v nedbalosti.

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

P. a M. Škrlovi ve své knize uvádějí, že pokud vedoucí pracovník obviňuje zaměstnance pouze z osobního selhání, tak je dokázáno, že je nahlášeno pouze méně než 5% všech mimořádných událostí, ke kterým ve zdravotnickém zařízení dojde. (34 s.128) K neštěstí dojde málokdy v důsledku jediného rizikového úkonu. Podle D. Marxe je obvyklá součinnost řady faktorů: osobních, situačních, organizačních i faktorů vyplývajících z daného úkonu. Je pravděpodobné, že se konkrétní postup, který hrál roli v předešlé nehodě, objeví znovu. (22 s.36)

Pokud se ve zdravotnickém zařízení podaří nastavit kulturu bezpečí a zdravotničtí pracovníci důsledně hlásí mimořádné události, je potřeba s jednotlivými mimořádnými událostmi pracovat. Je třeba analyzovat jednotlivé procesy, ve kterých chyby vznikají a popsat je. Systémy je třeba sledovat komplexně a zajistit více bariér kontroly, které by případnou chybu včas zjistily a odstranily, aniž by došlo k poškození pacienta. Je třeba vytvořit strategie, které by nespoléhaly jen na lidský faktor, tzn. na paměť a myšlení zdravotníků a vytvořit standardizované léčebné a ošetrovatelské plány péče.

2.1.2.1 Lidská dimenze pochybení

Zdravotnická zařízení představují komplexní systémy, které jsou řadou odborníků přirovnávána k systémům jako je letecká doprava, atomové elektrárny, nukleární ponorky, NASA či chemický průmysl a to ve smyslu spolehlivosti, bezpečnosti a stability jednotlivých procesů. Podle P. Škrly a dle vlastních zkušeností se ovšem zdravotnická zařízení od výše jmenovaných významně liší, a to především ve dvou dimenzích:

1. Ve zdravotnických zařízeních je většina procesů realizována lidmi, ne počítači, stroji či roboty. V elektrárnách nebo v dopravě lidé dohlíží na procesy, které jsou plně automatizovány. Zdravotnická zařízení mají větší počet zaměstnanců, kteří jsou

součástí jednotlivých autonomních jednotek (oddělení), která mají svá historicky daná pravidla, kulturu a nastavené procesy. Proto sjednotit postupy, procesy a pravidla v celém zdravotnickém zařízení jednotně, aby byla možná kontrola, není jednoduché. Většina komunikace je neformální a verbální na rozdíl od technických systémů, kde jsou jasně popsány manuály a postupy. Proto ve zdravotnictví může dojít k častějšímu výskytu pochybení. (33 s.17)

Pracovníci ve zdravotnických zařízeních se také daleko častěji dostávají do krizových situací, ve kterých může dojít k „přetížení“ pracovní paměti. Aby lidé tomuto stavu zabránili, snaží se „soustředit svoji pozornost“. Soustředění pozornosti může mít naneštěstí za následek zablokování pozornosti na nesprávné části problému. V takovém případě mohou zaměstnancům uniknout skutečné příčiny problému, které vedou k chybnému řešení. (33 s.16)

2. Druhý velký rozdíl mezi zdravotnickými zařízeními a technickými provozy je „vstup“ tedy pacient. Pacient představuje velice variabilní složku, která vstupuje do ošetrovatelského a léčebného procesu. Velice těžko se zpracovávají podrobné manuály a standardní postupy, podle kterých by se mohli řídit všichni zdravotničtí pracovníci při ošetřování a léčení pacienta na všech odděleních daného zdravotnického zařízení. I když vidíme velice důležité mít jednotlivé postupy popsány pro jejich analýzu, kontrolu a následné hodnocení, musíme je nastavit obecně, aby kritéria popsána ve standardech byla splnitelná na všech odděleních a u všech pracovníků. Vždy se zde odráží individualita každého pacienta.

2.1.2.2 Nejčastější příčiny chyb

Nejčastější příčiny chyb zdravotnických pracovníků podle P. Šrkly:

„U lékařů:

- *Stresory* - spěch, rozptylování, únava, nesprávné rady od kolegů, nepoužití optimální lékařské intervence vzhledem k její ceně.
- *Faktory spojené s procesem léčby* - složitý případ, nedostatek asertivity při určování diagnózy nebo léčby, chybná strategie léčby, nedostatek odvahy požádat o radu.
- *Faktory vztahující se na pacienta* - negativní laboratorní výsledky a vstupní vyšetření maskující vážný problém, pozitivní nebo negativní vztah k pacientovi ovlivňující objektivitu, zlehčení nebo nepřiznání symptomů problému pacienta vedoucí k nesprávné diagnóze.

- *Faktory vztahující se na lékaře* - nezkušenost či „intelektuální“ pýcha, jejímž výsledkem je nesprávná diagnóza.
- *Nedostatek preventivních opatření* - nedodržování standardů pro prevenci pooperačních infekcí, nedodržování hygieny rukou.
- *Chyby v lékařské dokumentaci* - špatně čitelné či neúplné ordinace, nedodržování protokolu dokumentace, nedůslednost, nekompletní nebo chybějící zápis o reakci pacienta na léčbu či ošetření, nevěnování dostatečné pozornosti zápisům v ošetrovatelské dokumentaci. (33 s.33)

U sester:

- *Nedostatek vnímavosti/pozornosti k měnícímu se klinickému stavu pacienta* - pracovní přetížení, nedostatek sester, zátěžový mix pacientů, nedostatky ve vzdělání nebo nevhodná, neprofesionální či neefektivní komunikace.
- *Nedostatek morální odpovědnosti* - neochota vnímat vážně svoji roli advokátky pacienta s následným nezájmem o vážnost problému pochybení. Lhostejnost ke svým vlastním chybám i chybám ostatních členů ošetrovatelského i léčebného týmu.
- *Nesprávné rozhodování* - chybná identifikace pacienta, chybná ošetrovatelská anamnéza, chybná intervence, přílišná sebedůvěra, neochota požádat o radu, nedostatečná klinická kompetence, neochota zapojit pacienta do procesu péče apod.
- *Medikační chyby* - chybná identifikace pacienta, nepozornost, přílišná sebedůvěra, neznalost terapeutických dávek léků a jejich vedlejších účinků, podání chybného léku, podání v nesprávnou dobu, nepodání léku apod.
- *Nedostatečná intervence* - neznalost, neochota a neschopnost požádat o radu, nezájem, nedostatek času, vysoká hladina stresu, neprofesionální vztahy - nedostatečná a neefektivní komunikace, neochota spolupracovat.
- *Nedostatek preventivních opatření* - nedodržování standardů pro prevenci pooperačních infekcí, vzniku dekubitů, pneumonie, pádů, nedodržování hygieny rukou.
- *Ordinace lékařů nebo jiných členů multidisciplinárního léčebného týmu* - opožděné, opomenuté nebo chybně interpretované ordinace, neochota ověřit si, neprofesionální přístup k péči o pacienta.
- *Chyby v ošetrovatelské dokumentaci* - záznamy o podaných lécích do dekurzu dříve než jsou podány, nevěnování dostatečné pozornosti dekurzům nebo ordinacím lékařů, nečitelnost, nedodržování protokolu dokumentace, nedůslednost, nekompletní nebo chybějící zápis o reakci pacienta na léčbu nebo ošetření.“ (33 s.35)

2.1.2.3 Pacienti vážně ohrožení pochybením

Ve zdravotnickém zařízení na všech odděleních a u všech pacientů musíme hledat preventivní opatření, která zabrání mimořádné události, která by mohla poškodit pacienta. Existují ovšem určité skupiny pacientů, kteří jsou zranitelnější. A to z pohledu většího výskytu mimořádných událostí nebo pacienti postižení mimořádnou událostí mají daleko horší následky. Zdravotničtí pracovníci musí být seznámeni s těmito rizikovými skupinami a již s předstihem u nich eliminovat všechna možná rizika pochybení.

P. Škrla ve své knize uvádí pět skupin pacientů, kteří jsou více ohrožení mimořádnou událostí nebo pochybením zdravotníků:

1. *Starší pacienti* a to z důvodu zhoršujících se kognitivních funkcí zejména zraku a sluchu. Tyto problémy sebou nesou zhoršenou komunikaci mezi pacientem a lékařským a ošetrovatelským týmem. Při umístění staršího člověka do nemocnice se často objevuje takzvaný hospitalismus, kdy se u staršího pacienta objevuje úzkost, která může přecházet ve zmatek a dezorientovanost, což opět prohlubuje zhoršení vzájemné komunikace. Vlivem těchto příčin starší pacient nemusí pochopit vysvětlující informace o vyšetření, operaci nebo užívání léků. Mají také problémy se zpracováním více informací a pokynů najednou, nezapamatují si je. Velkým rizikem jsou potom medikační chyby, které mohou skončit až ohrožením života pacienta následkem poruchy metabolizace léků. Straší pacienti často mívají problémy s pohybovým aparátem a proto nejvyšším rizikem pro ně jsou pády.
2. *Novorozenci a děti* a to z důvodu předávkování léčiv u nedodržení správné dávky léku vzhledem k váze dítěte. P. Škrla se odvolává na studii Kaushala, který uvádí že: „Nejméně 5,7% pediatrických pacientů je postiženo následkem medikačních chyb. 93% těchto medikačních chyb bylo možné předejít praktickým aplikováním vhodného počítačového programu, který by sledoval váhu a věk pacienta, maximální dávky, alergie a medikační interakce.“ (33 s.115)
3. *Pacienti s nedokonalou znalostí jazyka* a to z důvodu neporozumění a nepochopení vyšetření, operace, medikace a doporučujících opatření. Zdravotničtí pracovníci musí mít na zřetelu, že cizinců v každé zemi přibývá a nemají vždy doprovod, který může zajistit překlad všech informací. Proto je důležité podporovat zdravotnické pracovníky ve studiu světových jazyků, aby ovládali alespoň jednoduchou komunikaci a dokázali pomocí jednoduchých slov a příkazů pacientovi léčbu a ošetřování vysvětlit a zklidnit

jeho obavy. V některých případech se doporučuje používání obrázků, diagramů nebo grafů.

4. *Pacienti s delší hospitalizační dobou* a to pramení z provedených studií. Riziko mimořádných událostí u těchto pacientů se zvyšuje o 6% na každý další den hospitalizace nad průměrnou hospitalizační dobu (stanovenou DRG systémem).
5. *Pacienti s omezenými verbálními dovednostmi* z důvodu opožděného vývoje nebo neurologickými problémy, často jsou limitováni vzděláním. S těmito pacienty je nutno hovořit jednoduchými větami s používáním ověřených výukových a komunikačních pomůcek, aby lépe porozuměli celé situaci a dokázali pochopit, co se s nimi děje. (33 s.115)

Pro všechny skupiny pacientů se doporučuje připravit informační brožury, které jednoduchým způsobem a hlavně názorně popíší pacientovi jeho současný stav, co ho čeká po přijetí do nemocnice, jak budou probíhat jednotlivé zákroky a celý pobyt v nemocnici a jaká doporučení bude muset dodržovat po propuštění a v rámci rekonvalescence. Zdravotničtí pracovníci ovšem nesmí zapomenout, že tato brožura nemůže nahradit přímý rozhovor mezi nimi a pacientem.

2.1.3 Možnosti odhalování a sledování mimořádných událostí

V praxi existuje velké množství možností, jak rizika odhalovat. Vyhledávání rizik může být preventivní (proaktivní strategie), tyto strategie předpokládají, že známe jednotlivé procesy a komponenty, jež do nich zasahují, a jejich rozbořením můžeme nalézt situace, ve kterých by mohlo dojít k selhání. Další metody odhalují rizika až na základě již uskutečněné nežádoucí události. Pokud se stane mimořádná událost, hledají se její příčiny a odhalujeme tím možná rizika pro tento proces.

Jednou z proaktivních metod je tzv. *analýza Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)* neboli Analýza možností vzniku a následků selhání, která byla upravena pro potřeby zdravotnictví jako *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA)*. Je to systematická metoda, která identifikuje a předchází chybám dříve než vzniknou. Skládá se z analýzy problému, definování procesu a vytvoření týmu odborníků, kteří si stanoví časový harmonogram a nakonec provedou zápis z analýzy. Podrobný návod s jednotlivými ukázkami je prezentován v práci *Using Health Care Failure Mode and Analysis System* publikované v *The*

Joint Commission Journal of Quality Improvement, 2002 a na webových stránkách department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety. (5, 6)

Ke sledování mimořádných událostí při poskytování zdravotní péče můžeme přistupovat způsoby *aktivní* či *pasivní surveillance*. Aktivní surveillance je velice časově i ekonomicky náročná, protože se posuzují všechny případy splňující daná kritéria v příslušném časovém období. (22 s.37)

D. Marx ve svém článku uvádí dvě metody aktivní surveillance:

1. „*Screeningová metoda* - systematické sledování různých zdrojů dat se zaměřením na výskyt nežádoucích jevů. Tato metoda obvykle vyžaduje dvě roviny kontroly dat k určení toho, zda k nežádoucímu jevu vůbec došlo a zda existuje souvislost mezi ním a poskytovanou zdravotní péčí.
2. *Metoda externího pozorování* - v tomto případě sleduje vyškolený pozorovatel celý proces poskytování zdravotní péče. Hlavní výhodou této metody je přesnější měření. Na druhé straně se jedná o metodu nevhodnou k záchytu vzácnějších mimořádných událostí, protože je velmi náročná z časového hlediska. Ve studii Barkera a Allana se uvádí významný rozdíl mezi ročním počtem mimořádných událostí při podávání léčiv hlášených pasivním hlášením (36) a počtem těchto událostí stanovených na základě dvoutýdenního externího pozorování (51 200).“ (22 s.37)

Dále D. Marx uvádí, že pasivní surveillance není systematickým sběrem dat. Pracovníci zdravotnického zařízení mají v takových systémech povinnost hlásit mimořádné události, které způsobili oni sami či ostatní zaměstnanci i události jejichž etiologie není známá. Systém pasivní surveillance je součástí některých systémů externí kontroly kvality (např.: JCAHO) a národních zdravotnických systémů (např. v Austrálii a Velké Británii). (22 s.37)

2.1.3.1 Hlášení o mimořádné události

Každý zdravotnický pracovník, který je přítomný u mimořádné události nebo se o mimořádné události dozví, je povinen tuto událost ihned nahlásit. Doporučuji stanovit vnitřní směrnici (příloha č. 2) zdravotnického zařízení jak a komu se mimořádná událost hlásí, ve většině případů je to nadřízený pracovník. Pokud dojde vlivem mimořádné události ke zhoršení zdravotního stavu pacienta je sestra povinna nahlásit tuto událost ošetřujícímu lékaři.

Ten musí provést nutná vyšetření a ošetření u pacienta, pokud to jeho zdravotní stav vyžaduje, aby se snížily možné následky incidentu.

Důležité je správně vyplnit formulář *Hlášení mimořádné události* (příloha č. 3). Formulář musí obsahovat tyto údaje:

- identifikaci poškozeného pacienta, zaměstnance, návštěvníka a jeho osobní data,
- charakter události, rozsah a charakter poranění či škody,
- popis události zapsaný tak, aby byl založen na faktech,
- jména svědků události a jejich podpis,
- komu byla o událost oznámena (lékař, vedoucí pracovník),
- záznam o poskytnutí ošetření a vyšetření,
- záznam o provedených opatřeních.

Vyplněný formulář o hlášení mimořádné události vedoucí pracovník oddělení předá manažerovi mimořádných událostí, kde je formulář uchováván. Vyplněný formulář obsahuje důvěrné informace, které slouží ke sledování a zlepšování kvality a bezpečnosti poskytovaných služeb a k ochraně zdrojů zdravotnického zařízení. Pokud je poškozeným pacient, musí být v jeho zdravotnické dokumentaci celý incident popsán včetně následných opatření. Manažer mimořádných událostí ověří, zda byla celá událost řádně zdokumentována a byla provedena všechna nápravná opatření.

Důležitá je role manažera, který analyzuje a vyhodnocuje všechny mimořádné události podle druhu a podle oddělení, na kterých vznikly. Dále se těmito údaji musí zabývat primář a vrchní sestra oddělení, kteří jsou odpovědní za opakující se výskyt mimořádných událostí stejného druhu a za případné následky mimořádné události. Tito vedoucí pracovníci spolu s manažerem mimořádných událostí musí podle vyhodnocených údajů provádět preventivní opatření na každém pracovišti nebo v rámci celého systému zdravotnického zařízení. Dále realizují plán identifikování a prevence potencionálních mimořádných událostí.

Pokud mimořádná událost vyžaduje okamžitou reakci, je projednána s vedoucími pracovníky daného oddělení, na provozní schůzi oddělení a na poradních sborech vedoucích pracovníků.

2.1.3.2 Pravidla pro hlášení mimořádných událostí

Je třeba, aby vedoucí pracovníci seznámili veškerý zdravotnický personál se směrnicí o hlášení mimořádných událostí a uložením formuláře pro hlášení těchto událostí. Aby vysvětlili, co je to mimořádná událost a jak ji nahlásit.

Při popisu mimořádné události zdravotnický pracovník popíše detaily objektivními výrazy, to znamená, co mohl zaznamenat svými smysly, tedy co viděl, slyšel, cítil. Dále přesně popíše, jaké činnosti a opatření provedl a komu mimořádnou událost nahlásil. Na hlášení mimořádné události musí zapsat přesný čas výskytu incidentu, jméno lékaře, který byl na incident upozorněn a čas upozornění a jaká ošetření či vyšetření provedl.

Na formuláři Hlášení mimořádné události se nesmí objevit osobní údaje svědků jako je jejich jméno a adresy. Mimořádná událost musí být popsána objektivně bez emocí a bez přiznávání viny sobě nebo někomu jinému. (34 s.139)

2.2 Významné mimořádné události

Mezi nejvýznamnější mimořádné události s ohledem na jejich četnost a negativní následky pro pacienta a personál zdravotnického zařízení jsou pády pacientů během hospitalizace, napadení pacienta či zaměstnance, pochybení při podávání léků, problém s identifikací pacienta, poranění zdravotnického pracovníka, poranění kůže a dekubity a selhání zdravotnických technologií.

2.2.1 Pády pacientů během hospitalizace

Pády patří mezi nejčastější hlášené mimořádné události ve zdravotnických zařízeních. Proto je velice důležité sledovat počet pádů na jednotlivých odděleních, analyzovat jejich výskyt podle příčiny a následně se zabývat preventivními opatřeními.

Obecně nebyla přijata žádná definice pádů, proto pády zůstávají definovány a také hlášeny různými způsoby. Přesto je velmi důležité, aby každé zařízení definici pádů mělo, a tak mohlo přesně a soustavně sledovat a hodnotit získaná data.

T. Tošnerová definuje pády jako: „Komplex jevů, chápeme je jako multidimenzionální fenomén vyskytující se v souvislosti s akutním onemocněním, chronickou nemocí, rizikových prostředím nebo nežádoucími účinky léků.“ (36 s.43)

2.2.1.1 Studie pádů pacientů

Jelikož je počet pádů vysoký a následky některých pádů výrazně ohrožují pacienta na zdraví a zvyšují náklady zdravotnických zařízení, proběhly nesčetné studie pádů pacientů v zahraničí i v České republice. T. Tošnerová ve svém článku uvádí, že: „V USA patří pády mezi osm hlavních příčin neúmyslných zranění u všech osob starších 65 let a v institucionální péči patří pády mezi deset hlavních zdravotních problémů.“ (35 s.13)

Podle T. Tošnerové se v České republice problematice pádů hospitalizovaných pacientů věnuje od roku 2003 Fakultní Thomayerova nemocnice. Do studie se postupně zapojilo deset fakultních a devět krajských nemocnic. Sledování dělí pacienty na dvě věkové skupiny - do 65 let a nad 65 let, dále dle skupiny oborů a dle zranění na lehká a těžká mezi které řadí bezvědomí, komoce, kontuze, vzniklé v přímé souvislosti s pádem, fraktury, tržné rány včetně těch, které jsou šity náplastovými stehy. (36 s.43)

Pády jsou také častou příčinou morbidit a vyskytují se u všech kategorií pacientů. Podle JCR národní statistika vydaná v USA Centry pro prevenci a kontrolu nemocí (CDC-Centers for Disease Control and Prevention) považuje pády starých občanů za vážný problém veřejného zdraví, a to zejména proto, že pády ve strašné věkové kategorii způsobují těžší poranění. Podle statistik CDC upadne jednou za rok každý třetí starší občan. (19 s.22)

Dále JCR uvádí, že v nemocnicích zaujímají pády pacientů trvale první místo v žebříčku ohlašovaných událostí. Podle CDC mohou tyto pády vyústit ve snížení tělesných schopností, invaliditu a sníženou kvalitu života. Ztráta jistoty a strach z pádů mohou mít za důsledek další funkční ztrátu, deprese, pocity bezmoci a sociální izolaci. (19 s.22)

2.2.1.2 Odpovědnost zdravotníka za pád

L. Vondráček ve svém článku píše, že: „Každý si musí počínat tak, aby zabránil vzniku škod na zdraví, majetku, přírodě a životním prostředí“, což vyplývá z právního předpisu. (39 s.513) Bohužel na pád pacienta má vliv více objektivních i subjektivních událostí. I při vynaložení veškerého úsilí zdravotnického personálu, při dodržení všech předpisů a stanovených postupů nelze vždy pádu zabránit. Z tohoto důvodu nelze pád pacienta jednoznačně označit jako iatrogenní poškození.

Pacienti a jejich příbuzní mají právo dovolávat se odpovědnosti zdravotnického personálu z odpovědnosti za pád pacienta a za vzniklé následky v souvislosti s touto

mimořádnou událostí. L. Vondráček dále uvádí že: „Pacient má právo požadovat odškodné, pokud ke škodě na zdraví prokazatelně došlo postupem non lege artis.“ (39 s.513)

V tomto případě je proto velice důležité, aby personál celou událost přesně popsal jak a za jakých okolností k pádu došlo. Musí dokázat, že provedli všechna preventivní opatření, která by mohla mít souvislost s pádem pacienta.

2.2.1.3 Hodnocení rizika pádu

Je velice důležité přistupovat ke každému pacientovi individuálně s ohledem na jeho věk a zdravotní stav. Proto by při příjmu do nemocnice měl každý pacient projít hodnocením rizik pádu. Při odebrání anamnézy bychom se měli zaměřit na úroveň vědomí a duševní stav pacienta, na výskyt pádu v posledních třech měsících, na chůzi a rovnováhu, na samostatnost a smyslové vnímání, na výši krevního tlaku a další predispoziční faktory jako je vertigo, CMP, Parkinsonova nemoc, ztráta končetin, záchvaty, artritida, osteoporóza a fraktury. Neméně důležitý je seznam léků, které pacient trvale a pravidelně užívá.

2.2.1.4 Preventivní opatření pádů

Pokud pacienta po odebrání anamnézy zařadíme do rizikové kategorie pro výskyt pádu, musíme u něho provést účinná opatření prevence pádů.

2.2.1.4.1 Obecné zásahy vedoucí k prevenci pádů

Bezpečné fyzické prostředí přispívá k prevenci pádů. Je třeba zajistit čistou a suchou podlahu, chodby musí být volné, nábytek musí být stabilní, pacient musí mít volný přístup k věcem denní potřeby, v místnostech musí být dobré osvětlení a barva malby.

„Ačkoliv většina fyzických omezení např. zábrany nebo kurty jsou používány k prevenci pádů, několik projektů omezujících restriční pomůcky dokázalo, že některá omezení mohou být bezpečně odstraněna bez významného vzestupu počtu pádů nebo zranění“, dodává T. Tošnerová. (36 s.45) Dále T. Tošnerová píše, že: „Retrospektivní studie upozornily na výskyt pádů z lůžka se zvýšenými postranicemi, který byl stejný nebo vyšší než počet pádů, když postranice zvýšena nebyla. V roce 1995 byli popsáni pacienti zachycení nebo škrčení v postelích s příčkami. V roce 2004 byla navržena směrnice s ohledem na dimenze nemocničních postelí a jejich doplňků.“ (36 s.45)

Velice důležité je dbát na úpravu prostředí. To znamená úprava toalety nástavcem, zajištění chodeb a sociálních zařízení madly, zajistit protiskluzové podložky do koupelen či před lůžko, úprava okrajů postelí a matrací konkávními polštáři. Dále přizpůsobit výšku lůžka výšce pacienta - nízká výška snižuje riziko zranění pacienta při pádu, pro personál a dobrou obsluhu pacienta na lůžku je vhodné zajistit lůžka, jejichž výšku lze ručně, elektricky nebo hydraulicky nastavovat.

Podle JCR je třeba při udržování úspěšného procesu hodnocení rizik vyškolit všechny zdravotnické pracovníky v týmu v oblasti mimořádných událostí respektive pádů, jejich rizikových faktorů a rizikových pacientů. Ošetrovatelský personál musí mít perfektně zvládnuté činnosti například při přesunech pacienta z lůžka na invalidní vozík či do křesla a na toaletu nebo při koupání. Jednou ročně by se na odděleních se zvýšeným počtem pádů pacientů měly konat školení, které názorně demonstrovají tyto činnosti. Měli by se jich účastnit všichni zaměstnanci multidisciplinárního týmu (včetně uklízečky). Například uklízečky, musí vědět, jak zakročit, pokud procházejí kolem pacientova pokoje a vidí, že je pacient těsně před upadnutím. Všichni zaměstnanci na oddělení jsou odpovědní za pomoc k zajištění bezpečí pacientů a to si musí uvědomovat. (19 s.72)

2.2.1.4.2 Individuální zásahy vedoucí k prevenci pádů

Je třeba edukace pacienta při pohybu. Vysvětlit mu, jak se bezpečně pohybovat, jaké potřeby si může zajistit vlastní samoobsluhou a kdy je nutné volat zdravotnický personál k pomoci. Pacienta musíme naučit, jak bezpečně vstávat z lůžka či ze židle, jak postupovat při oblékání nebo obouvání a zvedání spadlých předmětů. Vysvětlit pacientovi význam kompenzačních pomůcek jako je např. hůl nebo chodítka. Kompenzační pomůcky musí být vhodně zvolené a udržované (příliš vysoké nebo nízké berle, opotřebované chrániče berlí...)

Pacientovi je zajištěna bezpečná obuv a oblečení a péče o nohy.

Pacient musí být poučen o signalizačním zařízení na sestru a má ho na dosah. Pacienta musíme seznámit s prostředím pokoje i sociálním zařízením.

Důležitá je primární prevence, která spočívá v udržování přiměřené fyzické kondice pacienta zaměřené na posilování svalového aparátu a udržování kloubní hybnosti. U imobilizovaných pacientů je vhodná včasná mobilizace. Proto je potřeba spolupráce celého ošetrovatelského a lékařského týmu (lékař - sestra - fyzioterapeut - sanitář...). V rámci multidisciplinárního týmu je důležité dbát na důsledné předávání informací o pacientovi. Zdravotničtí pracovníci si musí předávat informace při přebírání služby a to s upozorněním na

rizikového pacienta v oblasti pádu. Zajištění správné rehabilitace a mobilizace musí probíhat ve spolupráci fyzioterapeuta s celým týmem ošetrovatelského i lékařského personálu. Je vhodné, aby fyzioterapeut na oddělení byl přítomen ranních vizit i předávání služby sester. Při těchto konzultacích musí být přesně upraven režim pacienta a naplánována rehabilitace s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav a výskyt pádu v anamnéze.

Význam má také dostatečná hydratace a výživa pacienta. Zde je důležitá edukace jak pacienta tak rodinných příslušníků. Musíme také dbát na větrání na pokojích

Velice uvážlivě musí lékař přistupovat k předepisování určitých farmak a při jejich užívání musíme u pacienta diagnostikovat zvýšené riziko pádu. T. Tošnerová píše, že: „Řada farmak je spojována se zvýšeným rizikem pádu, především je-li nežádoucím příznakem závrať, hypotenze, rozostřené vidění nebo poruchy rovnováhy, Metaanalýza 25 výzkumných studií dochází k závěru, že léčba psychoaktivními látkami, diuretiky, antiarytmiky či digoxinem souvisí se zvýšeným rizikem pádu u starších dospělých. Účinek všech psychoaktivních léků včetně antipsychotik, sedativ, trankvilizérů, benzodiazepinů a všech druhů antidepresiv na CNS je zvažován jako potencionálně problematický ve vztahu k pádům, a to z hlediska nežádoucích účinků těchto léků.“ (36 s.46)

2.2.1.5 Následky pádů

Pády často končí poraněním měkkých tkání nebo kostí. Jedná se o rány na obličeji, horních a dolních končetinách, různé typy zhmožděnin a kloubních poranění. A. Jiroudková uvádí, že: „10% seniorů si po pádu způsobí zlomeninu kostí.“ (17 s.9)

Dále A. Jiroudková píše, že: „Mezi nejčastější úrazy ve stáří patří zlomeniny stehenní kosti, osteoporotické fraktury páteře, nitrokloubní zlomeniny pažní kosti, stabilní zlomeniny pánevního kruhu a další. Typickou zlomeninou ve vyšším věku je zlomenina horního konce stehenní kosti. Ženy mají oproti mužům 3,5krát častější výskyt této zlomeniny. Dříve byly tyto zlomeniny léčeny konzervativně dlouhodobou extenzí a často končily smrtí pacienta. V současné době je tento postup zcela výjimečný a používá se pouze u pacientů, kdy je operační výkon spojen s velkým rizikem. Až na výjimky se tedy zlomenina krčku stehenní kosti řeší operačním způsobem, po nezbytné přípravě se volí takový implantát, který umožní pacientovi včasnou mobilizaci, alespoň s částečným nášlapem.

Další velmi častou zlomeninou ve vyšším věku jsou zlomeniny hrudní a bederní páteře. Většina pacientů se léčí konzervativně pomocí fixatéru, což představuje krátkodobý klid na lůžku, analgetika a včasnou vertikalizaci s použitím korzetu po dobu 6 až 8 týdnů.

Nejzávažnější komplikací poúrazového stavu může být imobilizační syndrom. Jedná se o ztrátu kardiovaskulární rezervy, nastávají tromboembolické komplikace, hypoventilace s rizikem vzniku bronchopneumonie, porucha trofiky kůže, vznik dekubitů, poruchy vyprazdňování stolice (zácpa, průjem), retence eventuálně inkontinence moče, akcelerace změn pohybového aparátu (osteoporóza, úbytek svalové hmoty, omezení kloubní pohyblivosti, strnulost, spasmy až kontraktury svalů), poruchy koordinace, psychické změny (apatie, deprese). Tyto příznaky mohou být příčinou zvýšení mortality po úraze.“ (19 s.9)

Podle A. Jiroudkové proto musí být léčba v postraumatickém období komplexní a efekt léčby závisí na:

- vhodném operačním přístupu
- včasnosti rehabilitace
- kvalitní ošetrovatelské péči
- motivaci pacienta ke spolupráci
- kompenzaci smyslových poruch
- užití kompenzačních pomůcek
- spolupráci s rodinou
- poradenství pacientovi a jeho rodině
- nácviku všedních denních činností
- rehabilitaci (19 s.9)

2.2.1.6 Monitoring pádu

Po zjištění pádu pacienta je nutné důkladně zhodnotit a popsat celou událost. Zdravotnický pracovník (nejčastěji sestra) musí popsat událost, tak jak ji viděla. Tzn. v jaké poloze našla pacient, případně kdo ji přivolal k pacientovi. Dále se musí pacienta optat na okolnosti pádu, pokud je schopen odpovědi. Důležité je také zpovídat svědky události, kteří byli přítomni pádu pacienta. Potom sestra do popisu události cituje výpověď pacienta nebo svědka mimořádné události. Pacienta se ptáme na specifické symptomy korelující s pády. Například ztráta vědomí může svědčit o synkopě, palpitaci, arytmií nebo hypotenzi. Stížnost na únavu nebo slabost mohou směřovat podezření na kardiologickou problematiku, na nežádoucí účinky farmak či na anémii. Pro stanovení příčiny pádu je také důležité, zda je pád opakující se záležitostí u daného pacienta.

Pro sestru z ošetrovatelského hlediska je důležité vědět, z jaké pozice pacient spadl. Zda se pokoušel vstát z lůžka, zda seděl nebo stál, případně spadl za chůze. Dále popsat kde

se pacient před pádem nacházel podle jeho popisu tzn. na lůžku, na WC, na židli, v křesle apod. Zdravotnický pracovník musí popsat prostředí, ve kterém se pacient nacházel po pádu. Pro další šetření a nastavení preventivních opatření musí být zřejmé problémy plynoucí z prostředí, které mohlo urychlit či dokonce zapříčinit pád, jako je například nedostatečně osvětlený prostor, nezajištěné koberce, schody, objekty na podlaze, mokrá podlaha, zábrany, nezajištěná madla a jiná činnost nebo překážka, která bránila pacientovi v rozhledu.

2.2.1.6.1 Vyšetření pacienta

Po pádu pacienta je povinností každého zdravotnického pracovníka nahlásit tuto mimořádnou událost lékaři. Lékař se zaměří na vyšetření zdravotního stavu pacienta. Pokud pacient může, popíše, jak k pádu došlo a zdali cítí bolest v postižené části těla. Pacienta se ptáme, zda ztratil vědomí, zda měl závrať, „zatmění před očima“, slabost nebo únavu či svalovou slabost dolních končetin. Podle T. Tošnerové se lékař především soustředí na vyšetření kostí, zda nedošlo ke zlomenině a prohlédne kůži, zda zde nejsou odřenininy či hematomy. Při pádu na hlavu se z preventivního hlediska doporučuje vyšetření hlavy s podezřením na komoci.

Fyzikální vyšetření převzata od T. Tošnerové:

- Vitální funkce: tlak, dechová frekvence, teplota
- Hlava: tržné rány, hematomy
- Kardiovaskulární: pul/1 min., šelesty, arytmie, puls na dolních končetinách
- Muskuloskeletání: kloubní trauma, zranění, síla dolních končetin, obuv
- Neurologické: náhlé změny v oblasti hlavových nervů, úroveň bdělosti a náhlé změny chování, chůze a rovnováha pro nestabilitu, hodnocení postupně klesající kognitivní funkce. (36 s.45)

Sestra poté plní ordinace lékaře, podává léky či masti tišící bolest, otok a hematom a připravuje pacienta na vyšetření.

Lékař se snaží zamezit příčinám pádu ve zdravotním stavu pacienta, které se dají léčit. Je důležité rozpoznat nízký krevní tlak, ortostatickou hypotenzi, bradyarytmii, tachyarytmii, zhoršující se úroveň vědomí, poruchy chůze a rovnováhy, bolest či známky infekce nebo celkové slabosti.

Do hlášení mimořádné události je důležité přesně popsat jak zdravotnický pracovník pacienta našel a v kolik hodin a jak podle slov pacienta k pádu došlo. U nahlášení pádu lékaři

musí být opět přesný čas a popis konkrétních vyšetření a ošetření, která se u pacienta prováděla.

2.2.1.7 Finanční náklady spojené s pády

Podle JCR ve Spojených státech Amerických připadá na úrazy způsobené pády až 6% výdajů na zdravotní péči u lidí nad 65 let věku. CDC se v posledních letech snaží v USA vypočítat přímé náklady, které souvisí se zraněním pacienta po pádu. Jedná se o náklady na léčbu zranění, které zahrnují výlohy a poplatky spojené s hospitalizací a zajištění pečovatelské služby doma, platbu praktickému lékaři a za další odborné služby, rehabilitaci, služby poskytované v rámci komunity, zdravotní pomůcky, léky na předpis, úpravy domácnosti. Tyto přímé náklady nezahrnují dlouhodobé důsledky úrazů, jako jsou invalidita, snížená produktivita a také snížená kvalita života.

Zpráva CDC shrnuje, že: „Celkové náklady spojené s úrazy po pádech u lidí nad 65 let věku byly v roce 1994 20,2 miliard dolarů. V roce 2020 jsou náklady odhadovány na 32,4 miliardy dolarů (bez započtení inflace). Budeme-li předpokládat 5% inflaci a zvyšující se počet zlomenin krčku stehenní kosti, odhadujeme roční náklady na léčbu těchto úrazů v roce 2040 na 240 miliard amerických dolarů.“ (19 s.31)

2.2.2 Napadení pacienta či zaměstnance

Násilí ve zdravotnických zařízeních patří mezi mimořádné události, které svým počtem neustále rostou. Může se jednat o násilí fyzické nebo slovní a může být ze strany pacienta ke zdravotníkovi, návštěvníka ke zdravotníkovi, pacienta k pacientovi nebo zdravotníka k pacientovi. Útoky zaměstnanců na pacienty jsou problematické, protože pacient očekává od zdravotníků pomoc a od zdravotnického zařízení bezpečí.

Je nutné se této problematice věnovat ve všech zdravotnických zařízeních z důvodu neustále se zvyšujícího se počtu útoků a rostoucí agrese útočníků.

V článku J. Gabriel uvádí, že podle D. Juráskové je v nemocnici denně napadena jedna sestra. Dále píše: „Nemusí dojít až k fyzickému kontaktu, může to začít slovním napadením, vyhrožováním, ale už to se posuzuje jako útok - organismus sestry na to psychicky i fyzicky jako na agresi reaguje. Případů fyzického napadení s vážnějšími důsledky je méně, častěji to bývá strkání, rozhazování rukama, kdy ten člověk sestru uhodí.“ (10 s.16)

Podle J. Drašnara z Odborového svazu zdravotnictví a sociálních péče nelze získat podrobnější údaje o celkovém počtu napadení zdravotníků ani o příčinách útoku. Podrobnější statistiku nemá ani Český úřad bezpečnosti práce. (2 s.13)

2.2.2.1 Definice násilí

N. Doreena v přeloženém článku E. Niemetzové uvádí že definici násilí přijala v roce 1997 The Health Services Advisory Committee jako: „Násilí je jakýkoliv incident, ve kterém je zaměstnanec slovně zneužit, ohrožován nebo napaden pacientem, nebo příbuznými za okolností souvisejících s výkonem povolání.“ (26 s.6)

D. Marx definuje násilí na pracovišti jako: „fyzický útok, výhrušné chování či slovní napadení na pracovišti.“ (21 s.24)

H. Hnilicová definuje násilí takto: „Obvykle je za násilí považováno jednání, které druhému působí bolest nebo jej poškodí. Dělí se na násilí fyzické (bití, kopání, fackování, bodání, střílení, strkání, kousání, píchání...), a na násilí psychické, což je úmyslné využití moci, a to včetně vyhrožování fyzickým násilím (slovní napadání, šikana, sexuální obtěžování a výhrůžky). Jedná se o všechny incidenty, které explicitně i implicitně zahrnují ohrožení bezpečí, pohody a zdraví lidí při práci.“ (15 s.14)

H. Haškovcová cituje nejobecnější definici násilí „Světové zdravotnické organizace, která je již v roce 1996 popsala jako: úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly (moci), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít, za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti.“ (14 s.13)

2.2.2.2 Okolnosti vedoucí k násilí

Nejčastější příčinou násilí ve zdravotnických zařízeních je *závislost na drogách*. Jedná se především o požití alkoholu ale i jiných návykových látek, které velkým způsobem ovlivňují psychický stav pacienta. U těchto pacientů se nejčastěji zdravotničtí pracovníci setkávají s násilím na akutních příjmech, kdy je pacient pod vlivem drog v ohrožení života přivezen rychlou zdravotní službou do nemocnice. Můžeme se setkat s násilím verbálním ale velmi často i s násilím fyzickým. Často si pacient neuvědomuje závažnost svého zdravotního stavu, hospitalizaci považuje za zbytečnou a i tímto způsobem jedná se zdravotníky a slovně či fyzicky se brání hospitalizaci. Po zvládnutí příjmu, kdy je většinou potřeba pacienta ošetřit i po hygienické stránce, je pacient uložen na oddělení zdravotnického zařízení. Zde často

narušuje pořádek na oddělení a může být nebezpečný i pacientům na oddělení. V rámci bezpečnosti je vhodné pacienta izolovat. Pacient musí být pod přímým dohledem, aby nemohl ublížit sám sobě. Pro zdravotnická zařízení tito pacienti znamenají velkou zátěž, protože odvádí pozornost zdravotnického personálu od ostatních pacientů a to někdy na dlouhou dobu.

Dalším nejčastějším zdrojem násilí ve zdravotnických zařízeních je *dlouhá čekací doba na ambulancích a nedostatečná komunikace a vysvětlení* ze strany zdravotnického personálu. Je důležité zdravotnické pracovníky vzdělávat a učit je, jak předcházet konfliktům s pacienty převážně na exponovaných ambulancích. K násilí často dojde, pokud očekávání pacienta byla nerealistická a nedostal řádné vysvětlení zdravotníků k dané situaci. Často v tomto případě může být zdravotnický pracovník napaden i příbuzným nebo doprovodem pacienta, pokud má doprovod pocit, že se jeho blízkému nedostalo správného ošetření nebo, že s ním nebylo dobře zacházeno. Často takto brání rodiče své děti. Rodiče mají strach o zdraví svého dítěte a často jednají zkratkovitě. Proto na pediatrických ambulancích a odděleních musí být zdravotnický personál zvláště cvičen v komunikaci s rodiči nemocných dětí. Při zpětném hodnocení, jak ke konfliktu došlo, je často zřejmé, že se střetu dalo zabránit, pokud by se zdravotnický pracovník pacientovi nebo rodinnému příslušníkovi chvíli více věnoval a choval se profesionálně a asertivně.

S možným násilím musíme ve zdravotnických zařízeních počítat také u *osob s poruchami osobnosti*, které mají maladaptivní rysy, hlavně s emoční nestabilní poruchou osobnosti impulsivního typu. Takoví pacienti mají sníženou schopnost ovládat své chování ve složitých a zátěžových situacích, což příjem do nemocnice a hospitalizace samozřejmě je. U paranoidní a disociální poruchy osobnosti může být snížený práh pro podněty navozující napětí, vnitřní konflikty a agresivitu. Paranoidně ladění pacienti často zaujímají nadměrně obranné postavení a podezírají zdravotníky z nekalých úmyslů a poškození. Histrionské, narcistické nebo hraničně komponované osobnosti mají zase silnou tendenci manipulovat a rozehrávat psychologické hry s personálem. Zvláště u histrionských typů se můžeme setkat s dramatickými emočními projevy plnými hněvu, vzteku, lítosti a podobně. S neklidem a agresivním chováním se můžeme také setkat u psychotických onemocnění, především u ataky schizofrenní psychózy, ale i u jiných poruch.

V naší republice *držení zbraně* není ještě tolik rozšířené, ale i s touto alternativou musí management zdravotnického zařízení počítat a být na ni připravený. Jak uvádí D. Marx: „V USA, kde je nejvyšší míra násilí na pracovišti, včetně zdravotnických zařízení, mnohé nemocnice zavádějí detektory zbraní při vstupu. Například v nemocnici Henryho Forda v

Detroitu bylo jen u návštěvníků pohotovostní ambulance během čtyř let zadrženo 571 střelných zbraní. Ani v ČR nesmíme toto riziko podceňovat.“ (21 s.24)

2.2.2.2.1 Typy agrese

- *Emocionálně „horkou“ agresi* charakterizuje přítomnost silné negativní emoce. Je to zloba, která směřuje k poškozování, ničení svého objektu a má pudový původ.
- *Instrumentální „chladná“ agrese* je spíše naučená sociální technika. Je prostředkem, jak dosáhnout cíle, moci a výhod.
- *Tyranizování (šikana)* je opakovaným ubližováním, demonstrací dominance a kontroly. Typickým znakem je nerovnost v síle (moci) tyranizátora a oběti. (16 s.15)

2.2.2.2.2 Násilnické typy

- *Emocionálně reaktivní typ*: do této kategorie patří většina agresorů. Jsou prchlíví, snadno vznětliví až výbušní, vykazují rychlý přechod k prudké impulsivní reakci při poměrně slabém spouštěcím podnětu. Jejich agresivní chování nebývá prostředkem k dosažení cíle, ale následkem jejich emocionální vznětlivosti - snadné vyprovokování. Tento typ mívá často špatnou náladu, je nedůtklivý, přecitlivělý a netrpělivý. Neustále je připravený k útoku. Stačí nedorozumění, jež si násilník vysvětlí jako nepřátelsky zaujaté, a snadno se dostane do afektu, který řeší agresí.
- *Instrumentální typ*: tyran, který užívá agresi vědomě s cílem nekompromisně dosáhnout cíle, uspokojit své osobní potřeby (získat peníze, moc či postavení). Tyran není úzkostný, většinou netrpí pocity viny a méněcennosti. Spíše je sebejistý, agresi iniciuje sám, jedná chladně takticky. Tyto rysy jsou součástí také disociální poruchy osobnosti. Takoví jedinci pohrdají soucitem a něhou, chtějí být tvrdí, silní a mocní.
- *Nadměrně kontrolující typ*: tento typ násilníka je v jistém smyslu nebezpečnější než předchozí typy. Je velmi intenzivně puzen k agresi, ale potlačuje její otevřený projev. Okolí je paradoxně vnímá jako slušné a zdvořilé lidi. Uvnitř trpí skrývanou záští. Za určitých okolností dojde k uvolnění nahromaděné zloby, k výbuchu agrese v zničujícím činu.
- *Typ mající potěšení v krutosti*: tento agresor se dopouští násilí na druhých proto, aby uspokojil svou potřebu vidět a slyšet trpícího jedince. Rád druhé ponižuje, pozoruje u nich strach, jinak trpí úzkostí z toho, že nedoceňují jeho sílu a moc.

- *Typ deviantního násilníka*: do skupiny agresivního chování na podkladě sexuální deviace řadíme agresivní sadisty, které vzrušuje, když mohou ženu například znehybnit. (16 s.15)

2.2.2.3 Jak předcházet násilí

Především zdravotnický pracovník musí znát *varovné signály hrozící následným násilí* za strany pacienta.

Varovné signály podle D. Marxe:

- vyžadování zbytečné péče a pozornost zdravotnických pracovníků,
- trvalé projevy nespokojenosti,
- přecházení z místa na místo spojené s projevy napětí a hněvu,
- nerespektování osobního prostoru druhých,
- zarudlý obličej, povrchní dýchání, grimasování,
- hlasitý, hrubý slovní projev,
- vyjádření typu: „Já to nevydržím, já někoho zbiju“,
- rychlé otevírání a zavírání rukou, gestikulace se zdviženým ukazovákem,
- trhavé pohyby očí, rychlé pohyby hlavou. (21 s.25)

Poté musí zdravotnický pracovník *znát a dodržovat následující pravidla*, která popisuje K. Nešpor ve svém článku:

- „S potencionálně nebezpečným pacientem *nezůstávat o samotě* a vyhýbat se situaci, kdy by nebylo možné opustit místnost. Pokud je to možné, odstranit z okolí pacienta nebezpečné předměty.
- Jestliže lze, doporučuje se *udržovat bezpečnou vzdálenost* (alespoň delší než délka natažené paže), aby se nezvyšovala možná vztahovačnost pacienta, a tak se neprovokoval k agresi. Navíc je to lepší z hlediska bezpečnosti pracovníka.
- Kromě vzdálenosti je třeba pamatovat i na další složky *neverbální komunikace*, například hovořit klidným, hlubším a tišším hlasem a vyvarovat se prudkých gest a pohybů, které by si pacient mohl vykládat jako útok nebo ohrožení. Intoxikovaný nebo duševně nemocný pacient vnímá totiž často spíše neverbální složky komunikace než logické argumenty.

- Osvědčuje se potencionálně nebezpečnému pacientovi nabídnout, *aby se posadil*. Jestliže to přijme, riziko nenadálého útoku pronikavě klesá. Pokud to odmítne, doporučuje se na uvedeném netrvat.
- U pacientů, jejichž chování má charakter trestné činnosti nebo s sebou nese značné riziko pro zdravotníka, je správné žádat o *pomoc policii*. U některých trestných činů (např.: veřejné ohrožení, týrání svěřené osoby) je nepřekažení nebo neohlášení trestného činu samo o sobě trestné. Podle zákona o policii patří k jejím úkolům mimo jiné chránit bezpečnost osob a majetku a spolupůsobit při zajišťování veřejného pořádku. Uvedené se samozřejmě týká i prostředí zdravotnických zařízení. Podle právního názoru, který máme k dispozici, je třeba odlišovat běžné profesionální riziko vyplývající z charakteru práce určitého oboru a riziko, které je neúměrné. Policii je třeba nepochybně volat například v případě rizika použití zbraně.
- Jestliže je nevyhnutelné pacienta zklidnit, mělo by se *zasahovat pokud možno v dostatečném počtu*. Jestliže to situace dovolí, je lépe vyčkat se zákrokem do doby, než přijde posila. Fyzická přesila v mnoha případech stačí k tomu, aby se pacient nechoval agresivně. Pokud je fyzický zásah vysloveně nutný, platí zásada „jedna osoba, jedna končetina“ a minimálně jedna osoba navíc. Na zvládnutí neklidu by mělo navázat medikamentózní zklidnění, pokud je indikované.
- Ohrožující nebo nebezpečné chování pacienta je třeba následně *zdokumentovat a informovat o něm spolupracovníky a nadřízené*. Psaní poznámek bývá ale vhodné odložit na dobu, až se podaří situaci zvládnout. Paranoidní pacient by mohl psaní poznámek nevhodně zpracovat a navíc by to odvádělo pozornost od vyřešení situace.
- Náležitě se má *zdokumentovat i každé vyhrožování násilím*.
- *Farmakologická léčba* akutního neklidu přesahuje rámec těchto rad. Jen na okraj zde K. Nešpor uvádí, že: „Antipsychotika jsou vhodná například u pacienta s paranoidní schizofrenií. Před antipsychotiky je ale třeba varovat při akutní intoxikaci pervitinem (snižují záchvatový práh a zpomalují odbourávání drogy). V tomto případě je daleko vhodnější parenterální aplikace diazepam. Vysloveně nevhodná jsou antipsychotika (i diazepam) u akutní intoxikace alkoholem. Bezpečná a zároveň účinná farmakologická léčba agitovaného pacienta intoxikovaného alkoholem bohužel prakticky neexistuje.“, dodává K. Nešpor. (25 s.17)

2.2.2.3.1 Bezpečnostní systém ve zdravotnickém zařízení

Management ve všech zdravotnických zařízeních by měl vzít jako prioritu vypracovat kvalitní bezpečnostní systém, který by předešel většině mimořádných událostí vyvolaných násilím. D. Marx uvádí, že: „Až 85% projevům násilí lze předcházet, neboť se dají předvídat a předcházejí jim varovné příznaky.“ (21 s.24)

D. Marx ve svém článku popisuje prvky, ze kterých by měl být kvalitní *bezpečnostní systém složen*:

- *„Jednoznačná podpora zajištění bezpečí prostředí ze strany managementu na všech stupních řízení. Management zdravotnického zařízení by měl dát jasně najevo, že nebude tolerovat žádná bezpečnostní rizika a bude trvale prosazovat dodržování všech vnitřních předpisů týkajících se zajištění bezpečnosti prostředí.*
- *Aktivní participace personálního oddělení při posilování bezpečí organizace. Bezpečnost začíná tím, že organizace ví, jací pracovníci do ní nastupují, prověřuje jejich bezpečnostní rizika při nástupu i v průběhu jejich pracovního poměru.*
- *Edukace zaměstnanců o varovných signálech a potencionálně nebezpečných situacích. Jak už bylo řečeno, situačnímu násilí obvykle předcházejí varovné signály, jichž si zaměstnanci, kteří se věnují jiným aktivitám, nemusejí všimnout. V rámci školení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci by mělo vedení zdravotnického zařízení edukovat všechny zaměstnance, kteří přicházejí do styku s veřejností, o těchto signálech a jejich možném významu.*
- *Nácvik postupů směřujících k de-eskalaci násilí. Zaměstnanci by v rámci bezpečnostního školení měli být poučeni o postupech při zvládnutí agresivních pacientů, návštěvníků či kolegů.*
- *Zajištění komunikace mezi těmi, kteří potřebují pomoc, a těmi, kdo ji jsou schopni poskytnout. Z praktického hlediska je výhodné nespolehat se při zvládnutí fyzického napadení na telefonické spojení, zejména tam, kde to znamená zanechat agresora o samotě. Tlačítka alarmového systému by měla být rozmístěna ve všech veřejnosti přístupných prostorech. Některé bezpečnostní systémy používají bezdrátové spouštěče alarmu, které mohou mít zaměstnanci u sebe.*
- *Zavedení opatření k fyzické ochraně prostředí (jmenovky, přístupová práva do jednotlivých oblastí zařízení apod.). Na rozdíl od většiny západoevropských nemocnic je v ČR přístup do zdravotnických zařízení velmi liberální. Minimální podmínkou musí být označení všech osob, které se ve zdravotnickém zařízení*

pohybují (zaměstnanci, studenti, stážisté, dodavatelé služeb a zboží), viditelně nošenou jmenovkou, v ideálním případě opatřenou fotografií. Další kroky spočívají v zavedení přístupových práv do jednotlivých částí nemocnice, zejména tam, kde může dojít k útoku na osoby, jejichž schopnost reagovat je omezená (dětská oddělení, geriatric, JIP). Cílem není jen zajistit bezpečné prostředí, ale vytvořit i takovou atmosféru, která je vnímána jako bezpečná. D. Marx nakonec dodává že, těchto opatření se snáz dosáhne v malém zdravotnickém zařízení než ve velké nemocnici univerzitního typu, ale cíl je stejný pro všechny typy zařízení.“ (21 s.25)

2.2.3 Pochybení při podávání léků

Podávání léků je velmi složitý proces složený z několika kroků, které plní vždy několik zdravotnických pracovníků. Podávání léků je tedy závislé na lidském faktoru a záleží na tom, jak je celý proces nastaven ve zdravotnickém zařízení a zda postup podávání léků respektují všichni zdravotničtí pracovníci na všech odděleních.

Celý proces se skládá z předepsání léku lékařem a dále z přípravy léku lékárníkem a nelékařským zdravotnickým pracovníkem. Sestra má dále na odpovědnosti lék správně podat a zkontrolovat, zda pacient lék požil, tak jak měl předepsáno lékařem. Celý proces musí být pečlivě zaznamenán a monitorován.

Jak již bylo řečeno celý proces je silně ovlivněn lidským faktorem a tudíž není vyloučena chyba jednotlivce nebo části systému. Proto je důležitý monitoring případných chyb. Každé zdravotnické zařízení by mělo najít systém hlášení pochybení při podávání léků jako součást managementu mimořádných událostí. Zde více než u jiných mimořádných událostí je důležité hlásit tzv. *skoro pochybení*. Pokud se v systému podávání léků podaří zachytit chyba, která by mohla ohrozit pacienta podáním jiného léku nebo jiné dávky léku, musí být vždy zaznamenána a nahlášena vedoucímu pracovníkovi. Není totiž vyloučeno, že podobnou chybu nemůže udělat jiný zdravotnický pracovník, pokud je chyba způsobena chybou v systému. Vedoucí pracovník poté musí okamžitě na hlášení reagovat a navrhnout nápravná opatření.

2.2.3.1 Klasifikace chyb

J. Drahoš ve svém článku píše, že pro chyby v podávání léků existuje mnoho klasifikací, z nichž nejužitečnější vytvořila americká společnost nemocničních lékárníků

(American Society of Health-System Pharmacists, ASHP), která jí uveřejnila ve svém Manuálu pro prevenci chyb v podávání léků (Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals). Jednotlivé kategorie se vzhledem ke složitosti chyb v podávání léků nemusejí vzájemně vylučovat. (8 s.251)

2.2.3.1.1 Kategorie chyb při podávání léčiv:

Kategorie chyb při podávání léčiv podle ASHP:

- *Chyby v předepisování léků:* výběr nesprávného léku (vzhledem k indikacím, kontraindikacím, známým alergiím, současné medikaci a jiným faktorům), volba nesprávné dávky, lékové formy, množství, aplikační cesty, koncentrace, intervalu mezi dávkami nebo podání nesprávných informací ohledně užívání léku předepsaného nebo schváleného lékařem (nebo jinou k tomu oprávněnou osobou), nečitelně napsaný recept, žádanka nebo medikace v dokumentaci, kvůli kterým dojde k chybě poškozující pacienta.
- *Opomenutí podání:* pacient nedostal plánovanou dávku léku (ani v určený čas, ani v době do následujícího plánovaného podání léku). Tato kategorie nezahrnuje chyby v předepisování léků. Nepatří sem ani situace, kdy si pacient odmítne lék vzít, nebo rozhodnutí nepodávat lék kvůli zjištěným kontraindikacím. Pokud je pro opomenutí jasné vysvětlení (např. že byl pacient odvezen z oddělení na vyšetření nebo nebyl lék k dispozici), mělo by se to zaznamenat do odpovídající dokumentace.
- *Nedodržení předepsané doby podání léku:* podání léku v době mimo stanovený tolerovatelný interval před a po plánovaném podání léku (tento interval by si měli na každém oddělení předem určit).
- *Neoprávněné podání léku:* podání léku, který pacientovi nepředepsala žádná k tomu oprávněná osoba. Např. podání nesprávného léku, podání nesprávného léku při záměně pacienta, podání nenaordinovaných léků, kterým byla porušena pravidla daného zařízení.
- *Podání nesprávné dávky léku:* podání větší nebo menší dávky, než jakou předepsala osoba k tomu oprávněná, např.: podání dávky dvojnásobné nebo podání dávky o několik jednotek vyšší. Do této kategorie nepatří: 1. tolerované odchylky v předem stanovených rozmezích, které vycházejí buď z vlastností vybavení používaného k dávkování (např. takového, které neumožňuje upravit dávku podle teploty pacientova těla nebo jeho glykémie), nebo z převodu jednotek používaných

v lékárnách do metrického systému; 2. lékové formy, při kterých se kvantita účinné látky zpravidla nevyjadřuje (např. léčebné koupele).

- *Podání nesprávné lékové formy:* podání léku v lékové formě, která se neshoduje s formou předepsanou. Výjimkou jsou zákonem schválené protokoly (vytvořené komisí pro účelnou farmakoterapii, příp. jiným rovnocenným orgánem), které lékárníkům dovolují vydat pacientovi se zvláštními potřebami lék v jiné lékové formě, než je předepsáno v receptu (např. vydání léků v tekuté formě pro pacienta s nazogastrickou sondou nebo pro pacienta, který má potíže s polykáním).
- *Nedodržení předepsaného způsobu přípravy léku:* lék byl nesprávně připraven nebo se s ním nesprávně zacházelo. Do této skupiny chyb patří např. nesprávné ředění nebo současné podání léků, u kterých to vzhledem k jejich fyzikálním a chemickým vlastnostem není vhodné, nebo nesprávné zabalení léku.
- *Nesprávný způsob aplikace:* nesprávný postup nebo technika podání léku. Podání léku špatnou aplikační cestou (tzn. jinou, než jaká je uvedena v ordinaci), správnou aplikační cestou, ale na opačné straně těla (např. do levého oka místo do pravého), nesprávnou rychlostí.
- *Podání závadného léku:* podání léku po datu expirace nebo podání léku, který byl ve své lékové formě fyzikálně nebo chemicky znehodnocen, např. podání léků s prošlou spotřební lhůtou nebo léků, které byly nesprávně skladovány.
- *Chyby monitoringu:* nikdo nezkontroloval, zda je nastaven správný dávkovací režim a zda nedošlo k nějakým komplikacím. Nikdo podle údajů o aktuálním zdravotním stavu pacienta a podle jeho laboratorních vyšetření neposoudil jeho odpověď na léčbu.
- *Pacient nespolutracuje na léčbě:* nepatřičné chování pacienta ve smyslu nedodržování dávkovacího režimu.
- *Jiné chyby při podávání léků:* jakákoli chyba při podávání léků, která nespadá do žádné z výše uvedených kategorií. (8 s.251)

2.2.3.2 Prevence chyb v podávání léků

D. Marx upozorňuje, že aby se chybám v podávání léků zamezilo, je třeba vytvořit příznivé prostředí pro otevřenou diskusi a vyhnout se zastrahování, očerňování nebo ponižování zdravotnických pracovníků. Jednou z cest zvýšení bezpečí při podávání léků je

zahrnout hlášení těchto chyb do systému hlášení mimořádných událostí. Na odděleních musí být pro hlášení vytvořeno prostředí bezpečí, aby hlášení nebyla v žádném případě brána jako nástroj k sankcím či zastrašování personálu. Pro snazší analýzu údajů a zavádění nápravných opatření je třeba seznámit personál s kategoriemi chyb, podle kterých tyto mimořádné události hlásí. (23 s.356)

V systému podávání léků by měl mít každý pracovník kompetenci zkontrolovat naordinovaný lék, zda je dávka či forma léku únosná pro daného pacienta. Na podezření nesrovnalostí by měl každý zdravotnický pracovník ihned upozornit.

Pokud je ve zdravotnickém zařízení informační systém elektronický, je s výhodou používat kontrolu povolené dávky prostřednictvím počítače.

Je velice důležité edukovat pacienta nebo jeho rodinné příslušníky, kteří pokud mají dostatek validních informací, mohou sami upozornit zdravotnického pracovníka na případnou chybu a tím zabránit mimořádné události. Zapojení pacientů do prevence rizik není ve světě novinkou. Již několik let společnost The Joint Commission veřejně prezentuje program Speak up. (18) Zdravotničtí pracovníci se musí naučit reagovat na připomínky pacientů a nebagatelizovat je.

K chybě může dojít také z důvodu záměny podobných balení léků, léků s podobným názvem nebo špatné čitelnosti názvu léku nebo jeho dávky na balení léku. Pokud na tyto problémy zdravotnický pracovník upozorní, může management oddělení věnovat větší pozornost jasnému označení na balení léků a upozornit na tyto problémy ostatní členy ošetrovatelského týmu.

Nejúčinnějším preventivním opatřením je vzdělávání zdravotnického personálu a sdělování všech rizik, které s podáváním léků souvisí.

J. Drahoš ve svém článku píše: „Při hlášení a evidenci chyb v podávání léků by se měla používat co nejobecnější definice. Systém by měl rozpoznávat všechny situace, za kterých může k chybám dojít, vyjadřovat se k četnosti jejich výskytu a závažnosti a uvádět náklady na nápravu. Odhalit chybu není vždy tak jednoduché, jak by se mohlo zdát. Chyby mají nespočet příčin a k jejich odstranění je třeba mnohočetné spolupráce celého multidisciplinárního týmu. Nejviditelnější příčina (včetně lidské chyby) přitom není nikdy příčinou klíčovou, a proto by se měla každá mimořádná událost důkladně vyšetřit. I malé změny v pracovní činnosti mohou vést k výraznému zlepšení celého systému. Úpravy ale mohou dát prostor novým chybám, a proto by měly být zaváděny s veškerou opatrností. Všechny provedené změny je nutné sledovat a další změny dělat jen tam, kde je to opravdu třeba.“ (8 s.291)

2.2.4 Problém s identifikací pacienta

Součástí managementu mimořádných událostí ve všech zdravotnických zařízeních by se mělo stát hlášení záměny pacienta, výkonu, strany či orgánu. M. Stránký ve svém článku cituje: „Joint Commission on the Accreditation of Hospital Organizations na základě studií uvádí, že u 13% hospitalizovaných pacientů dochází k problémům s identifikací pacienta a následně k chybě. Jedná se například o provedení krevních odběrů nebo jiného biologického materiálu, o provedení testů či vyšetření, záměna medikace, chyba při invazivních zákrocích na nesprávné osobě nebo nesprávné straně těla.“ (32 s.14) Problémem ve zdravotnickém zařízení je také pohyb osob, které mohou být dezorientovány.

V rámci České republiky neexistují spolehlivé údaje o pochybeních v souvislosti s problémem identifikace pacienta. I zde je velká snaha zdravotníků tyto chyby zakrývat. Velkým nebezpečím jsou tzv. *skoro pochybení*, kdy k záměně pacienta, odběrů nebo operované strany naštěstí nedojde a to např. upozorněním pacienta nebo kolegy. Zdravotníci si neuvědomují velký význam těchto signálů skoro pochybení k nastavení systému bezpečného prostředí a hledání preventivních opatření.

2.2.4.1 Mezinárodní protokol prevence záměny pacienta, výkonu, strany či orgánu

D. Marx ve svém článku píše, že: „V roce 2003 vydala Joint Commission jednotný protokol prevence stranové záměny. Tento protokol byl v roce 2007 zahrnut do tzv. *Mezinárodních bezpečnostních cílů uplatňovaných v rámci mezinárodní akreditace zdravotnických zařízení*. Tento protokol je nepochybně využitelný i izolovaně v těch zdravotnických zařízeních, která akreditována nejsou a na mezinárodní akreditaci se nepřipravují.

Podmínkou aplikace protokolu je jednoznačná identifikace pacienta alespoň dvěma *identifikátory*. V praxi se používají ideálně identifikační náramky. Identifikátory se rozumí údaje uvedené na náramku (např. jméno pacienta a datum narození). Pro identifikaci pacientů není přijatelné používat číslo pokoje či číslo lůžka“ (24 s.395)

Každé zdravotnické zařízení musí mít jasně popsány postupy identifikace pacienta před ošetřovatelským a lékařským výkonem - jasně definován postup podávání léků, aplikace krevních derivátů, odběry biologického materiálu, přípravu před operací apod. Zdravotnická dokumentace má být ověřena s identifikátory pacienta. Do celého procesu má být zapojen pacient, který, pokud není zmatený nebo pod vlivem anestezie, může upozornit na chybu v

přípravě před výkonem. Na ověřování bezpečnosti výkonů se podílí multidisciplinární tým, který o pacienta pečuje a připravuje ho na výkon (tzn. sestra, lékař, anesteziolog...). Pokud nedojde ke schodě celého ošetrovatelského a lékařského týmu, výkon se nezahajuje.

2.2.4.2 Systémy identifikace pacientů

Systém identifikace pacienta podle M. Čermáka:

1. *„Pasivní*, kdy je nosičem informace náramek bez čipu pouze s barevným rozlišením. Je cenově nenáročný a umožňuje vizuální kontrolu pacienta a jeho rychlejší identifikaci i v případě, že pacient nekomunikuje.
2. *Aktivní*, který již vyžaduje pásek vybavený RFID čipem nebo čárovým kódem. Pacient ho získá na příjmu a může být identifikován vizuálně, tak čtecím zařízením. Pod specifickým číslem je pacient zaznamenán v databázi a lze k němu vázat další údaje. Lze jej využít pro identifikaci při pohybu po areálu zdravotnického zařízení nebo ošetřujícím personálem k jednoduché evidenci úkonů lékařské péče (např. podání léku, kontrola pacienta, odběr krve, odchod na propustku...).
3. *Aktivní - systémová*, což je nejvyšší úroveň identifikace. Tento systém využívá všech možností jako předešlá úroveň, ale pacient je skrz svou identifikaci přímo propojen s nemocničním informačním systémem. Lze tak snadno evidovat průběh léčby, podání léčiv, jednotlivá vyšetření a podobně. Informace o pacientovi jsou personálu okamžitě dostupné (např. při vizitě, kontrole nebo před podáním léku). Může se i on-line sledovat provádění jednotlivých úkonů lékařem nebo sestrou (zda byl úkon proveden v čas v požadovaném termínu apod.).“ (4 s.12)

2.2.4.3 Hlavní výhody identifikačních systémů

Hlavní výhody identifikačních systémů podle M. Čermáka

1. *„Evidence procesu péče o pacienta*
 - omezení chyb zaviněným selháním lidského faktoru,
 - zpřesnění evidence léčby i péče o pacienta,
 - úspory léčiv a zdravotnického materiálu.
2. *Bezpečnost zdravotnických zařízení*
 - zabezpečení přístupu do vyhrazených prostor,
 - evidence pohybu osob v reálném čase,
 - snížení rizika krádeží.

3. *Rozšířené služby pacientům*

- čerpání doplňkových služeb (strava apod.),
- propustky, majetek pacienta.

4. *Zvýšení prestiže zdravotnického zařízení.* “ (4 s.13)

2.2.4.4 Studie identifikace pacientů

V odborných časopisech byla publikována pouze jedna studie na toto téma a to z Ženevské univerzitní nemocnice.

L. Gutová a J. Šedo prezentují ve svém článku průzkum, který proběhl v Ústřední vojenské nemocnici a to proto, že se v tomto zdravotnickém zařízení používají identifikační náramky pro všechny pacienty chirurgických oborů od roku 2005 na základě doporučení v průběhu akreditačního šetření. Náramky obsahují jméno pacienta a datum narození. Barevně jsou rozlišeni pacienti s rizikem pádu a dekubitů již v rámci vstupního ošetřovatelského vyšetření. Během studie byli dotazováni pacienti i zdravotníci.

Z výsledků vyplývá, že: „Postoj pacientů k nošení identifikačních náramků je jednoznačně pozitivní, kdy 85% ho oceňuje a 67% pacientů ho považuje za užitečný. Pouze 6% pacientů považuje nošení náramků za zbytečné.

Dvě třetiny zaměstnanců vnímají plošnou identifikaci kladně, ale užitečné ho považují jen u určitých skupin pacientů. 20% zaměstnanců považuje plošné zavedení identifikačních náramků za zbytečné. Zdravotníci často kritizují nečitelnost náramků a jako překážku při zavádění žilního katétru.“ (12 s.189-191)

2.2.4.5 Riziko identifikačních náramků

Když zdravotnické zařízení přistoupí k používání identifikačních náramků u pacientů, je úkolem managementu pracovat se zdravotnickými pracovníky a vysvětlit jim význam identifikace pacientů. Protože jedině poučený zdravotník může vysvětlit pacientovi potřebu a význam jeho identifikace.

Z emocionálního hlediska může u některých pacientů identifikace vyvolávat pocit odosobnění, kdy identifikace přibližuje pacienta postavení „meziproduktu na výrobní lince“. Sám pacient přestává být zdrojem informace a sestra místo dotazu na jeho jméno pouze zkontroluje data na identifikačním náramku.

Z výzkumu v Ústřední vojenské nemocnici vyplývá, že si pacienti nepřipouštějí rizika hospitalizace. (12 s.191) Ve většině případů se pacienti ve zdravotnických zařízeních cítí

bezpečně, tudíž nevidí význam v nošení identifikačních náramků. Je na ošetrovatelském personálu, aby tento význam pacientovi šetrně vysvětlil. Pozor na zbytečné strašení a zveličování.

Je třeba mít na zřeteli, že i při používání identifikačních systémů, může dojít k pochybení. Např. údaje na náramku mohou být nečitelné, dojde k záměně kódu nebo se ve stresu zdravotnický pracovník na náramek nepodívá. Proto je důležitá spolupráce celého ošetrovatelského a lékařského týmu a systém ověřování identifikace pacienta musí více zdrojů k ověření.

2.2.5 Poranění zdravotnického pracovníka

J. sladká ve svém článku píše, že: „Podle studií Centra evidence nemocí se v USA každým rokem poraní injekční jehlou zhruba půl miliónu zdravotníků. Reálně jim tak hrozí více než 20 infekčních onemocnění přenosných touto cestou. Až 75% těmto poraněním je možno předejít. (30 s.20)

Proto by se hlášení poranění zdravotníků mělo stát součástí managementu mimořádných událostí. Každé zdravotnické zařízení musí vést statistiku těchto poranění a hledat nápravná a preventivní opatření k minimalizaci těchto mimořádných událostí. Sladká uvádí, že: „Z americké statistiky vyplývá, že 1 dolar vynaložený na prevenci hepatitidy C stojí proti 4 dolarům na případnou léčbu“. (30 s.20)

V každém zdravotnickém zařízení by měl být vypracován postup, jak si má zdravotnický či jiný pracovník počínat po poranění kontaminovaným předmětem a musí s ním být seznámení všichni pracovníci organizace.

Při poranění kontaminovaným materiálem je zdravotnický pracovník nejvíce ohrožen nakažením virové hepatitidy typu B, C, ale i typu A a v neposlední řadě i HIV/AIDS.

Nejohroženější skupinou zdravotnických pracovníků, kteří se nejčastěji poraní o použitou jehlu jsou zdravotní sestry. Vyplývá to z jejich pracovní náplně. Můžeme se pouze domnívat, že lékaři často poranění o kontaminovaný materiál (např. na operačních sálech) podceňují, bagatelizují a chápou jako administrativní zátěž. Proto tuto mimořádnou událost nehlásí a nedostanou se do seznamu hlášení poranění zdravotnických pracovníků.

R. Haliřová uvádí, že: „Nejčastějšími předměty, o které se zdravotníci poraní jsou jednorázová použitá injekční jehla, jehla intravenózního katétru, chirurgická jehla, ostří skalpelu a jiné jehly.“ (13 s.559)

2.2.5.1 Postup při poranění ostrým kontaminovaným předmětem

Postup při poranění upravuje *vyhláška MZ ČR č. 439/2000 Sb. o očkování proti infekčním nemocem* a *Metodické opatření MZ ČR č. 7/2000 Věst. MZ* Prevence virové hepatitidy typu A, typu B, typu C, typu D a typu E.

Při poranění injekční jehlou či ostrým předmětem, který byl kontaminován krví jiné osoby R. Haliřová doporučuje:

- „Nechat ránu několik minut krváct, pak asi 10 minut důkladně vymývat mýdlem a dezinfikovat přípravkem s virucidním účinkem.
- Provést odběr vzorku krve pro ověření stavu imunity v době poranění.
- Zajistit podobné vyšetření i u osoby, jejíž krví byla jehla kontaminována (je-li to reálné).
- Při profesním poranění hlásit zaměstnavateli - záznam o úrazu respektive hlášení o mimořádné události.
- Očkování či podání specifických protilátek závisí na stavu imunity poraněného a riziku nákazy. V případě reálného rizika připadá v úvahu i antiretrovirová profylaxe.
- Po zvážení rizika nákazy lékařem a epidemiologem je poraněný dále vyšetřován během inkubační doby možné nákazy.“ (13 s.559)
- Sledování je možné uzavřít po 6 měsících. Všechna tato vyšetření poraněné zdravotníky stresují a jsou finančně nákladné (ceny za vakcíny, monitorování markerů).

J. Trmal upozorňuje, že: „Je nutné si uvědomit, že velmi významný je časový faktor - příslušná opatření, včetně výsledků vyšetření markerů virových hepatitid a HIV, by měla být uskutečněna řádově do několika málo hodin po nehodě.“ (37 s.177)

2.2.5.2 Preventivní opatření poranění

Jelikož jsou nejčastější příčinou poranění zdravotníků chyby v technice praktické manipulace s ostrými nástroji a jejich nezodpovědnost, je úkolem managementu rizik zdravotnických zařízení:

- informovat pracovníky o možném riziku nákazy,
- vakcinace,
- důkladně poučit všechny pracovníky, jak manipulovat s materiálem biologicky kontaminovaným – postup při odběrech biologického materiálu (nenasazovat zpět

ochranné kryty na použité jehly!), nakládání s odpadem ostrých kontaminovaných předmětů....,

- dodržovat hygienicko-epidemiologický režim,
- používat ochranné pomůcky - gumové rukavice, plášť, brýle, maska a pomůcky minimalizující riziko poranění (bezpečnostní kanyly),
- používat pevné plastové kontejnery s odpovídajícím uzávěrem na ostrý kontaminovaný odpad,
- provádět analýzu těchto mimořádných událostí a hledat preventivní opatření k minimalizaci poranění zdravotnických pracovníků.

2.2.6 Poranění kůže, dekubity

Výskyt dekubitů na jednotlivých odděleních zdravotnického zařízení je důležitým indikátorem kvality ošetrovatelské péče. Jelikož výskytu a tvorbě dekubitu lze úspěšně předcházet kvalitní ošetrovatelskou péčí, je v zájmu managementu oddělení vést evidenci těchto mimořádných událostí.

2.2.6.1 Definice dekubitů

Jedná se o poškození kůže a podkožních struktur, vyvolané zejména působením lokálního tlaku na kůži. Rozsah odúmrť tkáně závisí na vzájemném působení intenzity tlaku, době působení tlaku, odolnosti organismu na tlak, celkovém stavu postiženého a na vlivech zevního prostředí. (20)

2.2.6.2 Prevence dekubitů

Pokud na oddělení dochází k zvýšenému výskytu dekubitů, je nutné okamžitě prověřit dodržování preventivních opatření dekubitů, které spočívají:

- *ve screenigu pacientů*, kteří jsou ohroženi výskytem dekubitů,
- *v polohování*, což znamená systematicky, podle přesných pravidel a v časových intervalech měnit polohu pacienta. Tím se zkracuje doba působení tlaku a nedojde k poškození tkáně v určitém místě. Polohování je považováno za základní a nejúčinnější prostředek proti vzniku dekubitů,

- *v blokování nepříznivých zevních mechanických vlivů*, což znamená upravovat lůžko, aby bylo vždy čisté a suché s antidekubitní matrací a vypnutým prostěradlem a používání polohovacích pomůcek,
- *v hygienické péči ležících pacientů*, což je soubor opatření minimalizujících nepříznivé chemické zevní vlivy a infekci. Především jde o omezení vlivu stolice, potu, moči, vaginálního sekretu a infekce na kůži pánevní oblasti,
- *v rehabilitaci a v mobilizaci dlouhodobě ležících pacientů*, ta se snaží podporovat návrat hybnosti a obnovit soběstačnost. Obecně platí, že je nutné začít co nejdříve. Zde je velice důležitá spolupráce celého multidisciplinárního týmu, aby se tyto činnosti individualizovaly a byly přizpůsobeny konkrétnímu pacientovi, dle jeho možností a zdravotního stavu, aby mu neublížily,
- *v normalizaci celkového stavu*, což znamená k péči ošetrovatelské přidat i léčebnou péči. Dle zdravotního stavu pacienta ordinovat takové léky a hlavně vhodnou dietu, které preventivně působí na vznik dekubitu nebo vzniklé dekubity rychleji hojí. (20)

Prevence dekubitů je v zájmu oddělení i z ekonomického hlediska, neboť léčba ran je velice finančně náročná a je dlouhodobá.

2.2.6.3 Význam hlášení dekubitů

Management zdravotnického zařízení musí znát počet vyskytujících se dekubitů na jednotlivých odděleních. Z analýzy může srovnávat kvalitu ošetrovatelské péče na pracovištích. Zdravotnický pracovník při hlášení dekubitu přesně popíše, jak k výskytu došlo tzn. zda byl pacient s dekubitem na oddělení přijat z domova, z jiného zdravotnického zařízení nebo z jiného oddělení nemocnice nebo zda dekubit vznikl u pacienta na jeho oddělení během hospitalizace. Jelikož u dlouhodobě hospitalizovaného pacienta dochází většinou k jednomu i více překladům v rámci nemocnice, můžeme zachytit, kde dekubity vznikají primárně častěji. Z těchto údajů se také dozvíme, na kterých odděleních dekubity hlásí poctivě a kde jejich výskyt zapírají.

2.2.7 Selhání zdravotnických technologií

Zavedení hlášení selhání zdravotnických technologií mezi mimořádné události není pro zdravotnické pracovníky většinou problémové. V tomto jediném bodě dochází většinou k selhání techniky ne přímo lidského faktoru. U všech výše popsanych mimořádných událostí má zdravotník vždy strach, že se odhalí jeho pochybení.

Zdravotničtí pracovníci stále více přicházejí do styku s náročnou přístrojovou technikou a musejí se naučit s ní zacházet a používat ji. Porucha zdravotnické technologie nebo chyba při obsluze této techniky může mít za následek vážné poškození zdraví pacienta. Management zdravotnického zařízení musí mít přehled o výskytu takové mimořádné události, proto je selhání zdravotnické techniky zahrnuto do hlášení mimořádných událostí.

2.2.7.1 Postup při selhání zdravotnické technologie

Hlášení nežádoucích příhod u zdravotnických prostředků se řídí *Vyhláškou 11/2004 O zdravotnických prostředcích*. Zde vyplývá zdravotníkům povinnost hlásit tyto nežádoucí příhody Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv. Každý zdravotnický prostředek, který neplní svoji funkci, tak jak by měl nebo nějakým způsobem poškodí pacienta, musí být ohlášen.

Oznámení obsahuje:

- jméno, příjmení, bydliště, jestliže oznamovatel je fyzická osoba, nebo název, sídlo, jestliže oznamovatelem je právnická osoba,
- charakteristiku zdravotnického prostředku,
- název, sídlo autorizované osoby a její identifikační číslo, jestliže se tato osoba zúčastnila posuzování shody u zdravotnického prostředku, při jehož používání došlo k nežádoucí příhodě,
- popis nežádoucí příhody – kde a kdy k ní došlo, kdo ji zjistil a pokud je známa i příčina vzniku,
- přijatá opatření.

2.2.7.2 Prevence selhání zdravotnické technologie

Na oddělení se můžou používat zdravotnické prostředky dle platných předpisů. Musí se provádět periodické kontroly a údržba a servis zdravotnických prostředků se musí provádět v souladu s pokyny výrobců.

Každý zaměstnanec, který pracuje se zdravotnickou technikou, musí být poučen s její manipulací a se zacházením a toto poučení musí podepsat.

Na oddělení musí být návody k obsluze ke všem přístrojům v českém jazyce.

Pro management oddělení je velice důležité všimnout si „varovných“ signálů nebezpečné medicínské techniky, jak je popisuje P. Škrála a udělat nápravná opatření.

Varovné signály podle P. Škrály:

- „Většina zaměstnanců se vyhýbá použití tohoto přístroje.
- Zaměstnanci mají tendenci upravovat přístroj nebo při jeho provozu používat „zkratky“.
- Zaměstnanci si stěžují na nejasnost návodů nebo na pracnost a zdlouhavost při jeho použití.
- Varující systémy nebo baterie často selhávají.
- K zajištění provozu přístroje jsou používány neregistrované součástky.
- Na přístroji jsou prováděny neodborné úpravy nebo opravy.
- Části přístroje se uvolňují, nebo nedrží pohromadě.
- Zaměstnanci si stěžují, že informace na monitoru jsou nepřehledné, nesrozumitelné nebo špatně čitelné.
- Zaměstnanci si stěžují, že ovládací prvky jsou nevhodně umístěny nebo nevhodně označeny.
- Zaměstnanci si stěžují, že varovné systémy není takřka slyšet nebo je nemožné je rozlišit.
- Zaměstnanci si stěžují na dráždivý zvuk varovných signálů nebo systémů.
- Zaměstnanci si stěžují, že ovládání přístroje je nelogické a vyvolává u operátora zmatek.“ (33 s.116)

Úkolem vedoucího pracovníka oddělení je okamžitě reagovat na tyto varovné signály a udělat všechna opatření, aby zdravotnická technika pracovala bez závad a zaměstnanci byli dostatečně poučeni s její obsluhou a měli k dispozici návod k obsluze.

2.3 Prevence a řízení výskytu rizik

Po zmapování jednotlivých rizik je nezbytné jejich zhodnocení. Při hodnocení se rizika dělí do skupin na rizika, jež nemohou být akceptována, a rizika jež je organizace schopna do jisté míry akceptovat. (29)

2.3.1 Akceptovatelná rizika

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

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

Pro případ realizace rizika musí být připraven metodický postup. Reakce na vznik mimořádné události musí být rychlá a adekvátní. Cílem tohoto postupu je minimalizovat následky události, a to jak v oblasti péče, tak pověsti zdravotnického zařízení. (29, 33, 34)

2.3.2 Neakceptovatelná rizika

V případě, že rizika jsou pro organizaci neakceptovatelná, může se management rozhodnout mezi několika způsoby řešení. První možností je odstranění celého rizikového procesu a jeho nahrazení jiným, méně rizikovým. Druhou možností je přenesení rizika na kompetentnější či specializovanější pracoviště. (29, 33, 34)

2.3.3 Hledání opatření snižujících výskyt rizik

Při snaze nastavit bezpečnější proces mohou pomoci odpovědi na otázky, zda existují pro tento proces bezpečnostní opatření, pokud nechybí, proč nejsou efektivní. Důležitou informací představují podmínky nebo situace vyvolávající rizika či selhání. Dojde-li k selhání, lze předejít poškození zdraví? Jak lze selhání co nejrychleji identifikovat? Mnohé vypoví i odpověď na otázku, zda dochází často k výskytu selhání za určitých podmínek v určitém časovém období nebo u konkrétních zaměstnanců. (33, 34)

Opatření, jimiž lze odhalená rizika snižovat, mohou být hledána ve zkušenostech druhých nebo organizace může hledat cestu sama. O minimalizaci rizik se v dnešní době zajímá Ministerstvo zdravotnictví České republiky, které počátkem roku 2007 připravilo seminář Nástroje zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních, Světová zdravotnická organizace (WHO), jež realizuje program Patient safety, Institutu of Medicine (IOM), jež zřídil Center for Patient Safety při Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Joint Commission International Center for Patient Safety, ale i Spojená akreditační komise České republiky. V některých státech jsou zakládány společnosti zabývající se o téma rizik péče, například Canadian Patient Safety, ale ani sesterské organizace nezůstávají v těchto zemích pozadu, sekci Practice Environments and Patient Safety má Canadian Nurses Association. National Council od State Boards od Nursing (NCSBN) prezentovala veřejnosti v roce 2007 Taxonomy of Error, Root Cause Analysis and Practice-responsibility (TERCAP TM). Tato taxonomie se věnuje chybám v ošetrovatelské péči a jejím cílem je usnadnit další výzkum a vývoj této oblasti. Představuje osm oblastí ošetrovatelských pochybení. Těmito oblastmi jsou podávání léčivých přípravků, dokumentace, sledování/dohled, posuzování stavu, prevence, intervence, vykládání si ordinace lékaře a profesionální odpovědnost/obhajování klienta/pacienta. (1, 3, 18, 27, 28, 31)

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

Brainstorming vyžaduje vytvoření skupin, jejichž úkolem je v první fázi vymýšlet a zaznamenávat všechna řešení, která je k problematickému tématu napadnou. V první fázi je důležité vyvarovat se všech soudů a vyjádřit všechny názory, byť sebezvláštnější. Teprve, až když jsou všechny možnosti zaznamenány, diskutuje se nad možností využití každé z nich a volí se nejefektivnější. (11 s.90)

Technika násilné asociace probíhá stejně jako ostatní se skupině. V první fázi je skupině představen problém a skupina vytváří deset volných asociací k tomuto tématu. Následně je skupině představen problém B a skupina postupuje stejným způsobem. V další fázi skupina hledá možné souvislosti asociací u problému B se samotným problémem A. Tato technika pomáhá najít nekonvenční pohled na problém. (11 s.90)

Techniku seznamu vlastních otázek může provádět i jednotlivec. Je-li znám problém technikou podobnou brainstormingu, vytváříme pouze otázky. V této fázi na ně ale nehledáme odpovědi ani nad nimi nepřemýšlíme. Tato technika může odkrýt problém, jenž byl doposud skryt a jeho vyřešení ovlivní celý původní problém. (11 s.90)

Technika střediska odborníků využívá k řešení problémů i vliv prostředí. Schůzky teamu probíhají v nezvyklém prostředí, které může umožnit odpoutání od konvenčních způsobů myšlení. Schůzky by se měly konat často, aby myšlenky měly možnost vyklíčit. (11 s.90)

Delfská technika využívá skupinu, která si je navzájem anonymní a nesetkává se. Každému z odborníků je předložen stejný problém a on písemně a anonymně vyjadřuje svůj názor. Následně je všem ze skupiny poskytnuta zpětná vazba na všechny názory. Poté se opět každý jednotlivec vyjadřuje k problému s ohledem na poskytnutou zpětnou vazbu. Tento proces se opakuje až do chvíle, kdy dojde ke shodě ve skupině a na řešení. (11 s.90)

2.3.4 Sedm strategií ke snížení rizika pochybení na odděleních

Po výčtu nejdůležitějších mimořádných událostí je třeba si shrnout základní opatření. Nejlépe je vystihuje P. Škrla jako *sedm strategií ke snížení rizika pochybení*:

1. Není dobré dělat závěry pro hodnocení z tzv. „prvních verzí“, kdy je celá událost zkreslená a mylně je všem zúčastněným osobám většinou „zcela jasné“, jak a proč k mimořádné události došlo. Nejprve je tedy třeba celý problém důkladně zanalyzovat, najít důležité problémy a skutečné příčiny. To znamená posoudit celou situaci až z tzv. „druhé verze“. V tomto případě se vyhneme potrestání nevinného člověka a jsme schopni odhalit chyby v systému.
2. Je důležité dívat se na vzniklou mimořádnou událost s odstupem. Po vzniklém incidentu bez provedení analýzy se můžeme dopustit zbrklých závěrů, které mají za následek řešení, která celou situaci na oddělení mohou spíše zhoršit než zlepšit. Degradují se informace o problematických místech procesů nebo systémů, ze kterých bychom se mohli něčemu naučit nebo se vytváří nová složitá opatření, která dále komplikují péči a její bezpečnost.
3. Dále P. Škrla upozorňuje na problematická oddělení, kde zaměstnanci pracují v neustálém stresu jako jsou ambulance, JIP, operační sál. Při práci ve stresu může daleko lépe dojít k pochybení, proto systémy na těchto pracovištích musí být popsány jasně a stručně bez zbytečně složitých nových požadavků.

4. Pro vytvoření bezpečného systému je třeba pěstovat „kulturu bezpečí“ na pracovišti a v celé organizaci. Jedině tehdy, když budou zaměstnanci ochotni upozornit na špatná místa v systému a nebudou se obávat potrestání, můžeme tato místa odhalit a provést nápravná opatření. Musíme co nejlépe nastavit systém předávání informací a přístup všech zaměstnanců k důležitým dokumentům.
5. Důležitou roli na vznik pochybení má stále rostoucí tlak manažerů zdravotnických zařízení na ekonomiku. Vedoucí pracovníci musí vyvážit dobré výsledky v hospodaření oddělení s dobrou odbornou úrovní oddělení. Zdravotničtí pracovníci potřebují k poskytování kvalitní péče dostatek zdravotnického materiálu, který jejich práci činí bezpečnější. Chyby mohou mít také příčinu ve zvyšujících se nárocích na zaměstnance při obsluze stále náročnější zdravotnické techniky. Proto se musí dbát na edukaci a další vzdělávání zaměstnanců.
6. Dnes již většina zdravotnických zařízení používá výpočetní techniku. Je nutné klást zřetel na zaškolení pracovníků s těmito technologiemi, které nám ulehčují práci a snižují riziko selhání systému. Při špatném používání mohou být naopak příčinou chyb a mimořádných událostí.
7. Nakonec P. Škrla zdůrazňuje význam zpětné vazby. Abychom byli schopní nastavit správně systémy, procesy a preventivní opatření v organizaci, musíme se naučit pracovat se zpětnou vazbou a využívat jí v každodenní práci. Jedině tak jsme schopni si uvědomit důsledky našich rozhodnutí, akcí a politiky. (33 s.104-106)

3. Empirická část

3.1 Cíl diplomové práce

Cílem diplomové práce je nastavení kultury bezpečí v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. a předání jasných informací zdravotnickému personálu úseku ošetrovatelské péče, aby pracovníci hlásili mimořádné události na všech odděleních v rámci nemocnice, a aby vyplňovali správně hlášenky mimořádných událostí.

3.1.1 Pracovní hypotézy

H1: Sestry nehlásí mimořádné události nebo špatně vyplňují hlášení o mimořádné události, protože mají neúplné nebo nesprávné informace od své vrchní sestry.

H2: Sestry nehlásí mimořádné události, protože na oddělní není vytvořeno klima „kultury bezpečí“.

H3: Z každého oddělení se hlásí jiné druhy mimořádných událostí, protože každá sestra si pojmy na hlášenke mimořádných událostí vysvětluje jinak.

3.1.2 Očekávané výsledky

- vytvoření klimatu „kultury bezpečí“ na všech odděleních,
- vytvoření týmu pracovníků na každém oddělení, který se bude zabývat preventivními opatřeními výskytu mimořádných situací,
- návrhy na zlepšení bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance nemocnice
- nastavení podmínek pro sledování kvality péče k získání národní akreditace

3.2 Metodika práce

Ke zpracování empirické části diplomové práce jsem využila metodu kvantitativního výzkumu. Vyhodnotila jsme nahlášené mimořádné události za rok 2007 a 1. pololetí roku 2008. Na všech lůžkových odděleních proběhly pracovní skupiny.

3.2.1 Kvantitativní výzkum

Metodou kvantitativního výzkumu byl nestandardizovaný dotazník vytvořený pouze pro účely této práce na základě prostudované literatury k danému tématu vztahující se k pracovním hypotézám. V dotazníku bylo celkem 10 otázek (příloha č. 4). Otázky byly

uzavřené, na které respondenti odpovídali ano či ne. A otázky otevřené, kde museli respondenti rozvést svoji odpověď. Dotazník byl zaměřen na zmapování informací, které má ošetřovatelský personál o mimořádných událostech, zda se bojí hlásit mimořádné události a zda se cítí v nemocnici bezpečně.

Výzkum jsem realizovala v období od února do dubna 2008. Dotazník byl rozdán personálu osobně na provozních schůzích a vždy před tím, než personál dostal další vysvětlující informace o managementu mimořádných událostí, aby nebyl ovlivněn novými informacemi.

3.2.1.1 Statistická analýza

Vyhodnocování dotazníkového šetření bylo prováděno analýzou a syntézou dat pomocí programu SPSS15.0 a Microsoft Office Excel 2007. Pro výpočty byly použity matematické statistické funkce. Pro frekvenční zhodnocení jsem použila početní zastoupení (Frequency), absolutní procentní zastoupení vždy ze 100% respondentů (Percent), validní procentní zastoupení, z něhož byli vyloučeni respondenti, kteří neodpověděli na danou otázku (Valid percent), a kumulativní procentní četnost (Cumulative percent), která je vypočítána z validní procentní četnosti (Valid percent).

Procentuální zaokrouhlení dat jsem prováděla na jedno desetinné místo vzhledem k relativně malému počtu respondentů.

3.2.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Jako výzkumný vzorek pro dotazníkové šetření jsem zvolila nelékařské zdravotnické pracovníky úseku ošetřovatelské péče na lůžkových odděleních Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Bylo osloveno celkem 112 všeobecných sester, 18 porodních asistentek a 22 dětských sester na devíti odděleních. Ošetřovatelský personál byl osobně osloven při provozní schůzi, byl vysvětlen význam dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdány a vráceny před tím, než se konaly tzv. pracovní skupiny (viz. níže), kde byl hlavním tématem management mimořádných událostí.

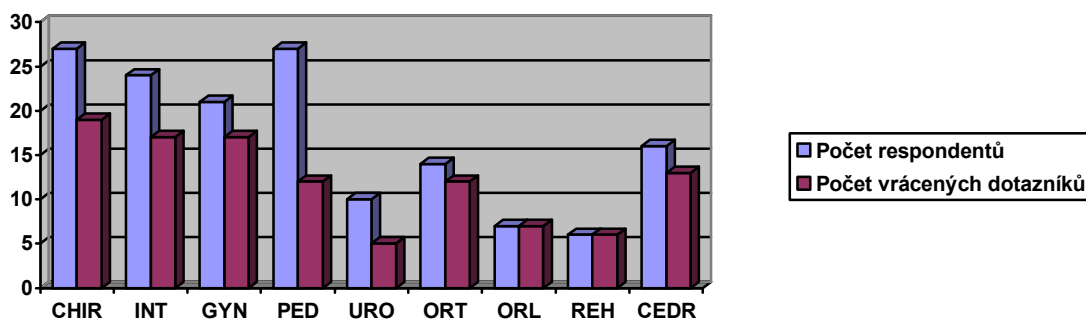
Z celkového počtu 152 rozdaných dotazníků se vrátilo 110 dotazníků což je 72,4 %. Z toho 2 dotazníky byly vyřazeny pro nezhodnotitelnost vzhledem k neúplnosti a chybnému zadání. Pro vyhodnocení bylo tedy využito 108 dotazníků, což je 71,1%.

Výzkumný vzorek byl tvořen 152 respondenty, kteří zastupují všechna lůžková oddělení v rámci Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.:

- Chirurgické oddělení CHIR – 68 lůžek,
- Interní oddělení INT – 78 lůžek,
- Gynekologicko porodnické oddělení GYN – 37 lůžek,
- Pediatrické oddělení PED – 24 lůžek,
- Urologické oddělení URO – 25 lůžek,
- Ortopedické oddělení ORT – 22 lůžek,
- ORL – 13 lůžek,
- Rehabilitační oddělení REH – 19 lůžek a
- Centrum doléčování a rehabilitace CEDR – 67 lůžek.

Zastoupení respondentů podle oddělení:

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
Počet respondentů	27	24	21	27	10	14	7	6	16
Počet vrácených dotazníků	19	17	17	12	5	12	7	6	13



3.2.2 Vyhodnocení mimořádných událostí

Vyhodnocení mimořádných událostí jsem provedla metodou pasivní surveillance. Pracovníci v nemocnici Jablonec nad Nisou mají povinnost hlásit mimořádné události, které způsobili oni sami či ostatní zaměstnanci i události jejichž etiologie není známá. Na hlášení mimořádné události jsou jasně předdefinované údaje, které musí zdravotnický pracovník

vyplnit, musí si vybrat z předefinovaných druhů mimořádné události a musí přesně popsat celou událost a jaká byla přijata opatření.

Analýza nahlášených mimořádných událostí v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. proběhla v červnu 2008 za celé první pololetí roku 2008 a její výsledky byly srovnávány se sledovanými obdobími tzn. první a druhé pololetí roku 2007.

3.2.3 Pracovní skupiny

Celou empirickou část s kvalitativním výzkumem a vyhodnocením mimořádných událostí doplňovaly pracovní skupiny pracovníků úseku ošetrovatelské péče, které proběhly na všech lůžkových odděleních nemocnice. Výsledkem pracovních skupin bylo upravení formuláře pro hlášení mimořádných událostí, předání důležitých informací a zjištění, jaké problémy ošetrovatelský personál vidí v hlášení mimořádných událostí.

Cílem pracovních skupin bylo zvýšení návratnosti hlášeným mimořádných událostí z lůžkových oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Na začátku sezení jsem vysvětlila základní pojmy a význam setkání. Pro vedení diskuze jsem připravila 5 otázek. Odpovědi a názory z diskuse se zapisovaly na flipchart. Sezení trvalo 1,5 - 2 hodiny a po čtvrt hodinové přestávce jsme shrnuly výstupy a stanovily si jasné úkoly pro hlášení mimořádných na jednotlivých lůžkových odděleních nemocnice.

3.2.3.1 Charakteristika výzkumného vzorku

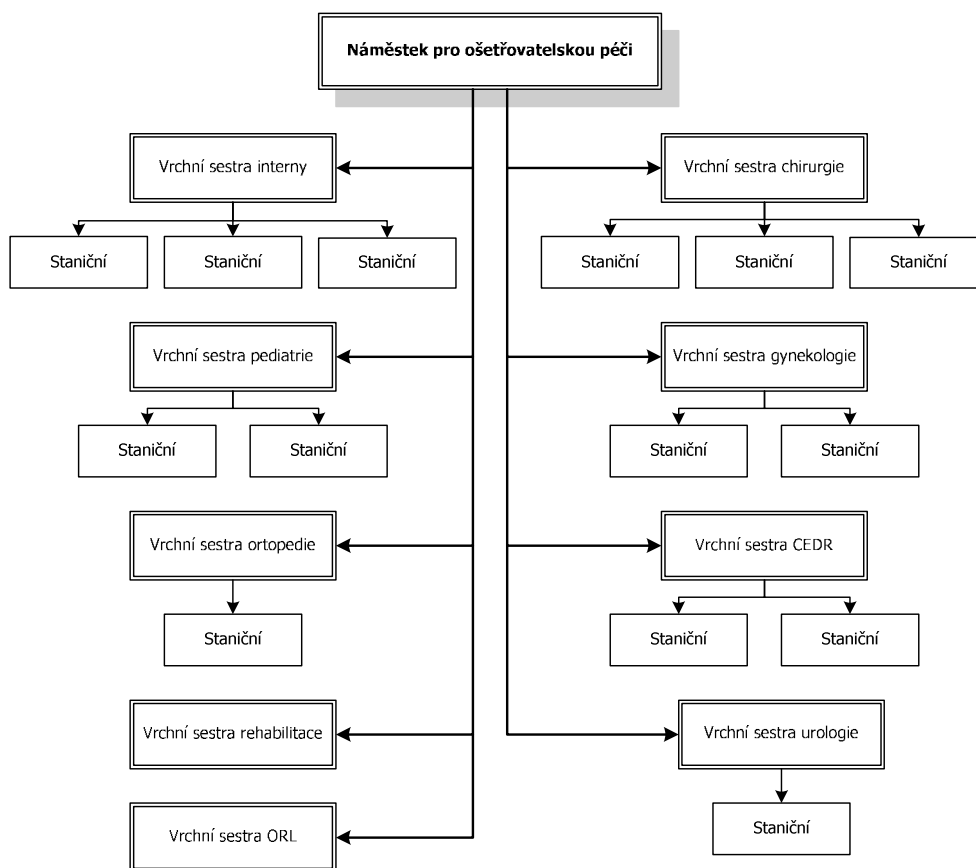
Stanovila jsem dva druhy pracovních skupin:

1. 22 vrchních a staničních sester lůžkových oddělení nemocnice, které byly rozděleny do dvou skupin po 11 v jedné skupině. Tato dvě setkání proběhla v lednu 2008. Cílem těchto setkání bylo předání informací z vyhodnocených mimořádných událostí za rok 2007 a úprava hlášenky mimořádných událostí pro potřeby zdravotnických pracovníků. Připomínky sester byly zapisovány na flipchart a po srovnání informací do skupin byla sestavena hlášenka mimořádných událostí.

Organizační struktura zaměstnanců, kteří se účastnili prvního druhu pracovních skupin ve dvou skupinách:

1. skupina

2. skupina



2. devět pracovních skupin všeobecných sester, dětských sester a porodních asistentek z jednotlivých oddělení nemocnice. Ve skupině bylo maximálně 12 účastníků a byli vždy z jednoho oddělení. Před tímto sezením již měly vyplněné dotazníkové šetření. Na začátku sezení jsem vysvětlila základní pojmy a význam setkání. Pro vedení diskuze jsem připravila 5 otázek:

- Jaké informace máte o mimořádných událostech?
- V čem vidíte význam hlášení mimořádných událostí?
- Jakou mimořádnou událost si představíte pod jednotlivými pojmy na hlášení mimořádné události?
- Jak máte správně zapsat mimořádnou událost?
- Mělo by být hlášení o mimořádné události anonymní?

Odpovědi a názory z diskuse jsme zapisovali na flipchart. Jedno sezení trvalo 1,5 -2 hodiny a po čtvrt hodinové přestávce jsme shrnuly výstupy a stanovily se jasné úkoly pro hlášení mimořádných událostí na jednotlivých lůžkových odděleních nemocnice. Na těch odděleních, kde již celkem důsledně hlásili mimořádné události v předchozím období, jsme hledali nápravná opatření k prevenci mimořádných událostí a stanovili jsme skupinu pracovníků, která se bude prevencí mimořádných událostí na oddělení zabývat.

Tato setkání proběhla v únoru až březnu roku 2008.

Uvědomovala jsem si závažnou skutečnost, která by mohla ovlivnit diskuzi a to, že jsem nadřizovaná pracovníků, kteří se pracovních skupin zúčastnili. Na tento problém jsem na začátku každého sezení upozornila a vysvětlila jim, že výsledky, které vyplynou z těchto setkání jsou velice důležité a budou se podle nich odvíjet postupy jejich práce. Proto je důležité, aby neopomněli a nebáli se upozornit na všechny problémy, které jim hlášení mimořádných událostí na oddělení přináší ať již osobní nebo systémové.

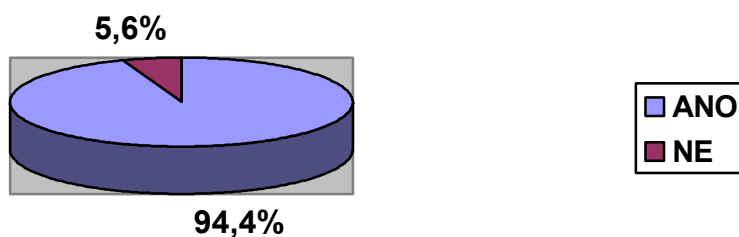
3.3 Výsledky výzkumu

3.3.1 Dotazníkové šetření

Otázka č. 1. zjišťovala, na kterém oddělení respondent pracuje, pro možné posouzení odpovědí podle oddělení a analýzu určitých spojitostí mezi odpovědí a počtem hlášených mimořádných událostí z daného oddělení.

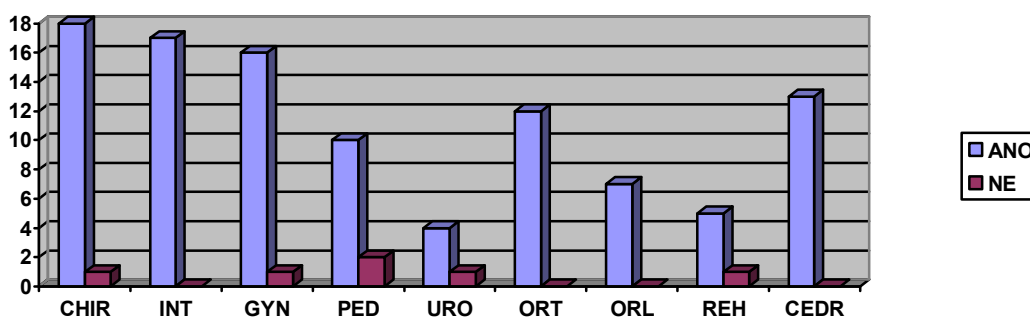
Otázka č. 2. Byl(a) jste svým vedoucím pracovníkem poučen(a) o hlášení mimořádných událostí?

ANO odpovědělo 102 dotázaných, 6 respondentů tuto informaci od svého nadřízeného neobdrželo.



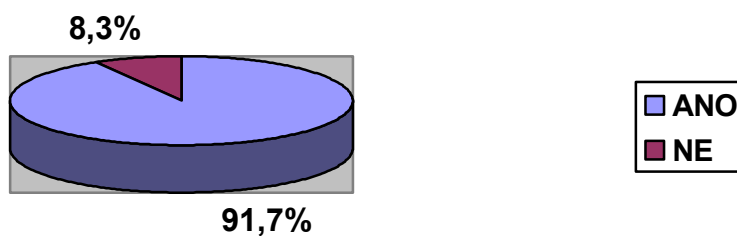
Odpovědi podle jednotlivých oddělení:

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
ANO	18	17	16	10	4	12	7	5	13
NE	1	0	1	2	1	0	0	1	0



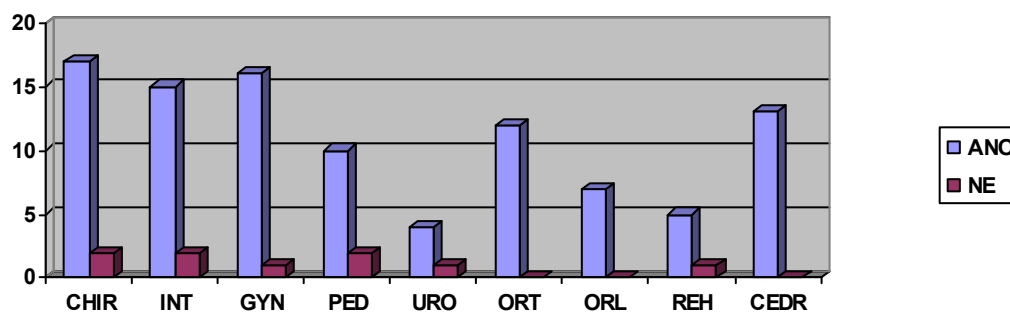
Otázka č. 3. Existuje směrnice pro hlášení mimořádných událostí?

Ano odpovědělo 99 dotázaných. O tom že existuje směrnice pro hlášení mimořádných událostí nevědělo 9 respondentů:



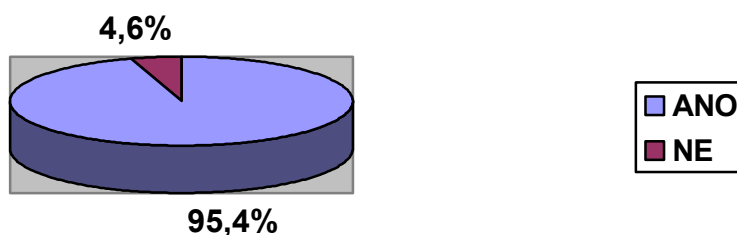
Odpovědi podle jednotlivých oddělení:

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
ANO	17	15	16	10	4	12	7	5	13
NE	2	2	1	2	1	0	0	1	0



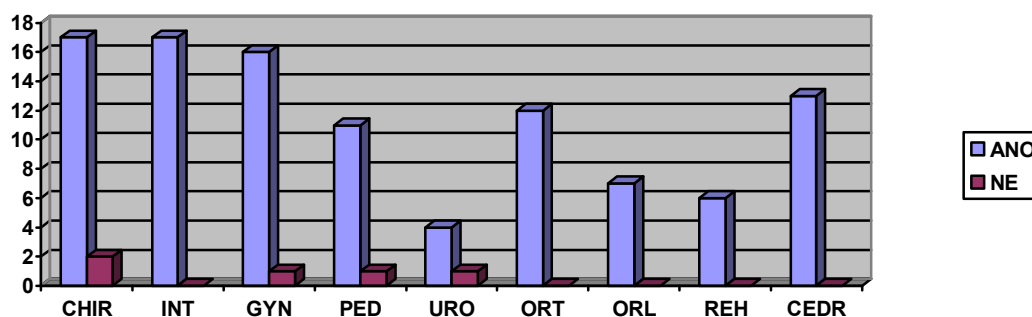
Otázka č. 4. Víte, co je mimořádná událost?

Ano odpovědělo 103 dotázaných. 5 respondentů neví, co je mimořádná událost. Abych se přesvědčila o tom, že dotázaní opravdu vědí, co je mimořádná událost, museli u této otázky vyjmenovat alespoň dvě mimořádné události. Všichni 103 respondenti správně vyjmenovali alespoň dvě mimořádné události.



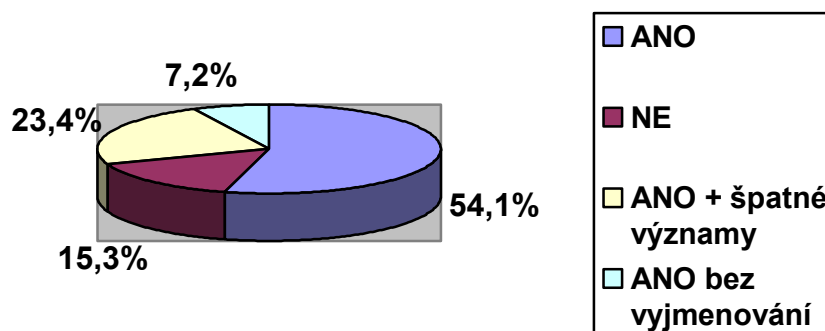
Odpovědi podle jednotlivých oddělení:

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
ANO	17	17	16	11	4	12	7	6	13
NE	2	0	1	1	1	0	0	0	0



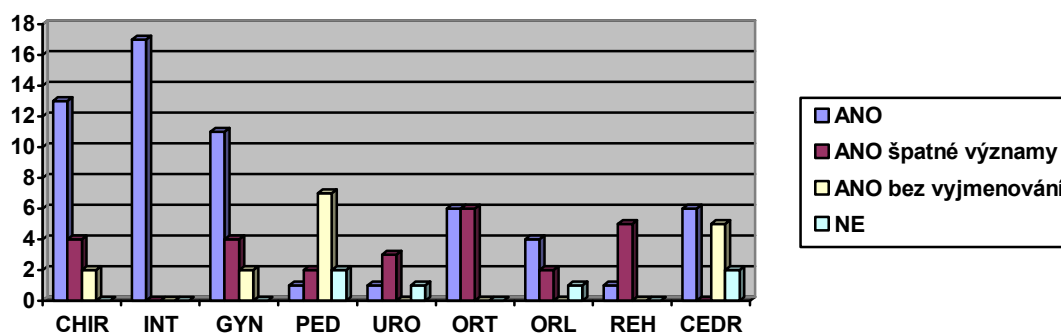
Otázka č. 5. Rozumíte významu hlášení mimořádných událostí?

Ano odpovědělo 102 dotázaných. 6 respondentů nerozumí hlášení mimořádných událostí. Abych se přesvědčila o tom, že dotázaní opravdu rozumí významu hlášení mimořádných událostí, museli u této otázky vyjmenovat alespoň dva významy jejich hlášení. Ze 102 odpovědí ANO pouze 60 respondentů správně vyjmenovalo dva významy hlášení. Dalších 26 dotázaných špatně vyjmenovalo význam hlášení, kdy si většinou spletli význam hlášení s mimořádnou událostí a 16 dotázaných nedokázalo vyjmenovat žádný význam hlášení mimořádné události. Jako platnou odpověď jsem posuzovala pouze odpověď ANO se správně vyjmenovanými významy hlášení mimořádných událostí.



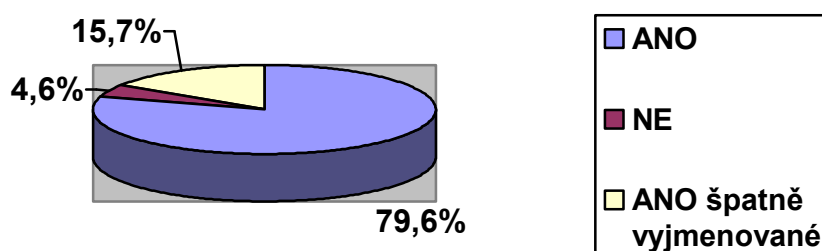
Odpovědi podle jednotlivých oddělení:

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
ANO	13	17	11	1	1	6	4	1	6
ANO špatně	4	0	4	2	3	6	2	5	0
ANO bez	2	0	2	7	0	0	0	0	5
NE	0	0	0	2	1	0	1	0	2



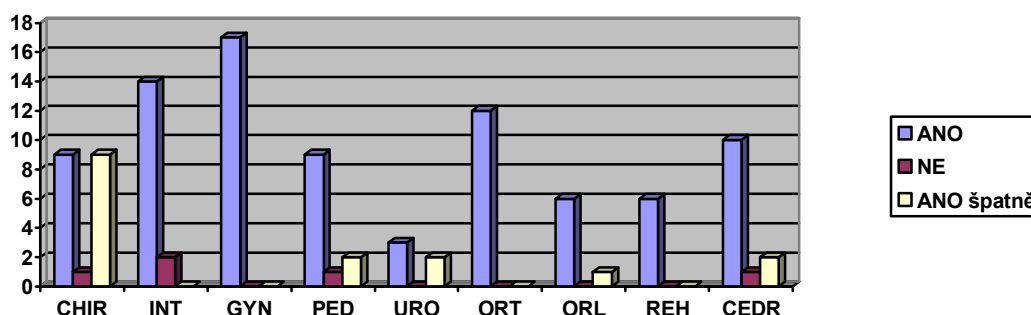
Otázka č. 6. Víte, kde najdete postupy v případě, že na vašem oddělení dojde k mimořádné události?

Ano odpovědělo 103 dotázaných. 5 respondentů neví, kde najde postupy v případě, že na jejich oddělení dojde k mimořádné události. Abych se přesvědčila o tom, že dotázaní opravdu vědí, kde jsou postupy k dosažení, museli u této otázky napsat Kde. Ze 103 odpovědí ANO jich 17 odpovědělo špatně, kde najdou postupy pro hlášení mimořádných událostí.



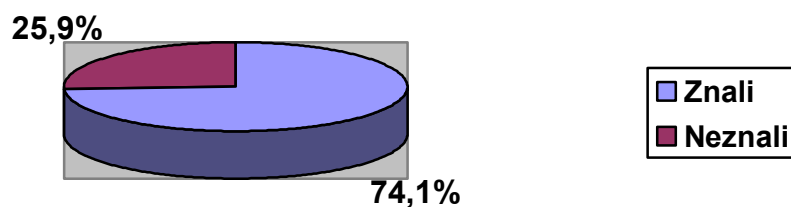
Odpovědi podle jednotlivých oddělení:

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
ANO	9	14	17	9	3	12	6	6	10
NE	1	2	0	1	0	0	0	0	1
ANO špatně	9	1	0	2	2	0	1	0	2



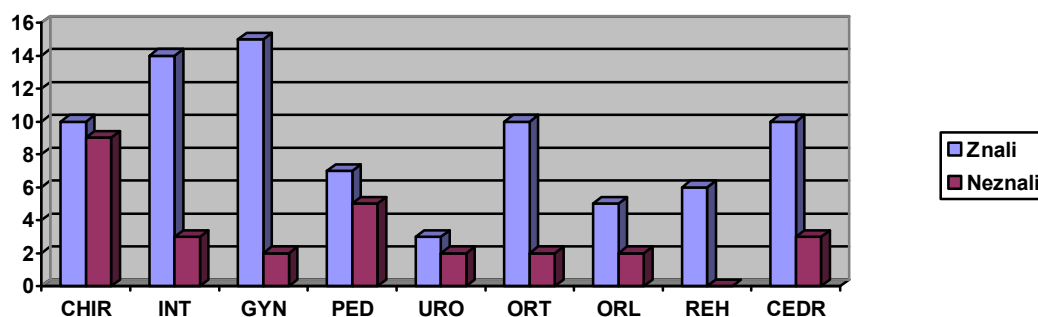
Otázka č. 7. Kde najdete na vašem oddělení Hlášenku o mimořádné události?

80 dotázaných vědělo přesné uložení formuláře pro hlášení mimořádné události. 28 respondentů nezná přesné uložení tohoto formuláře.



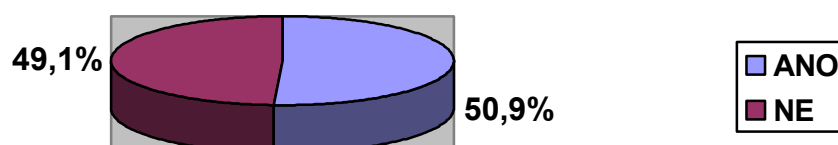
Odpovědi podle jednotlivých oddělení:

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
Znali	10	14	15	7	3	10	5	6	10
Neznali	9	3	2	5	2	2	2	0	3



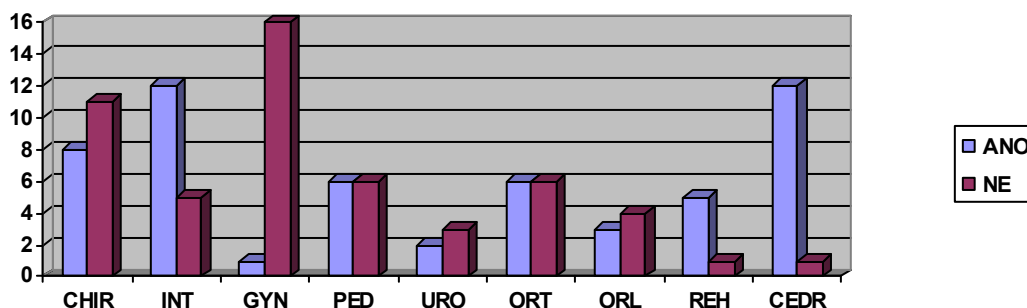
Otázka č. 8. Víte, co je to pojem „téměř pochybení“?

Ano odpovědělo 55 dotázaných. 53 respondentů neví, co je téměř pochybení nebo na otázku neodpovědělo.



Odpovědi podle jednotlivých oddělení:

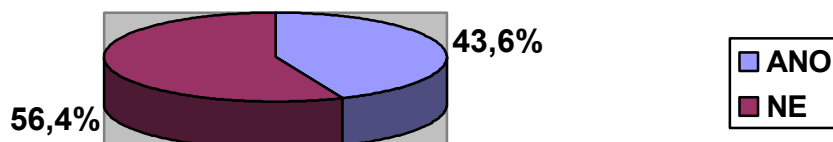
Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
ANO	8	12	1	6	2	6	3	5	12
NE	11	5	16	6	3	6	4	1	1



Za zmínku stojí úvaha sestry z interny, která nezná význam „téměř pochybení“, která napsala: „Téměř pochybit nelze, buď ANO nebo NE.“ Naopak sestra z ortopedie napsala: „Je to činnost směřující k pochybení, ale k pochybení nedojde.“

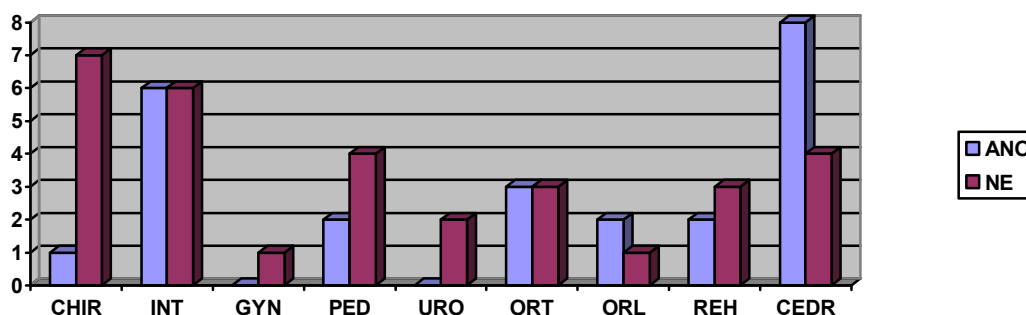
Otázka č. 9. Pokud jste odpověděli ANO na otázku č. 8, odpovězte na otázku č. 9:
Mělo by být hlášení o „téměř pochybení“ anonymní?

Z 55 možných odpovědí 24 respondentů odpovědělo, že by hlášení o „téměř pochybení“ mělo být anonymní a 31 si myslí, že by hlášení nemělo být anonymní.



Odpovědi podle jednotlivých oddělení:

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
ANO	1	6	0	2	0	3	2	2	8
NE	7	6	1	4	2	3	1	3	4

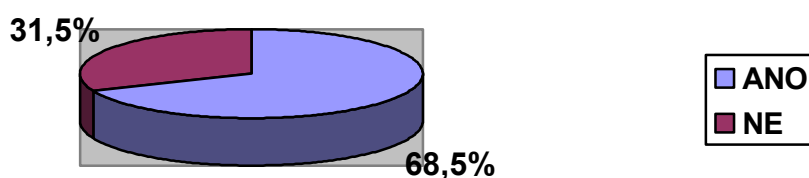


Důležité bylo doplnění dotázaných u této otázky. Pokud odpovídali, že by hlášení mělo být anonymní, dodávali jako důvod, že: „Nebude hlášení podáno, kvůli strachu z postihu.“, „Nikdo by hlášení nepsal.“, „Častěji se přiznáme, protože se nebudeme bát.“, „Spíše se napíše pravda, protože je to diskrétní“.

Pokud respondenti odpovídali, že by hlášení nemělo být anonymní, odůvodňovali to slovy: „Anonymní hlášení nestačí kvůli svědectví a dalšímu případnému průkaznému jednání.“, „Musí se řešit konkrétně.“, „Musí to být i jako výstraha pro ostatní.“

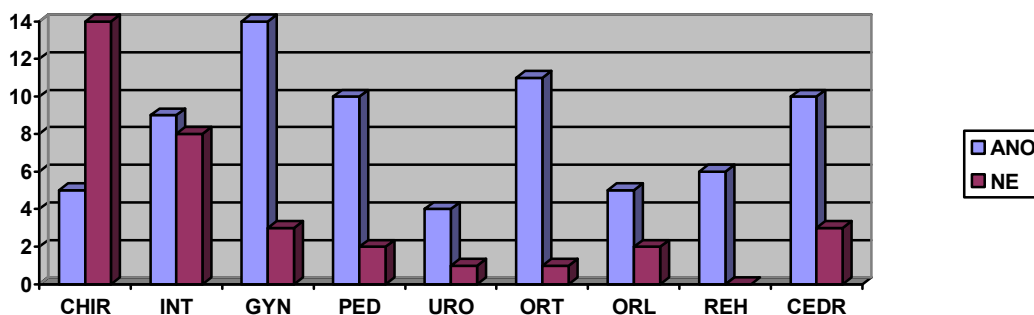
Otázka č. 10. Cítíte se v našem zdravotnickém zařízení bezpečně?

Za 108 vrácených dotazníků se 74 dotázání cítí v naší nemocnici bezpečně a 34 respondenti se necítí v našem zdravotnickém zařízení bezpečně.



Odpovědi podle jednotlivých oddělení:

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
ANO	5	9	14	10	4	11	5	6	10
NE	14	8	3	2	1	1	2	0	3



Důležité jsou důvody proč se dotazovaní cítí v našem zdravotnickém zařízení bezpečně nebo ne.

Důvody proč se cítí bezpečně: „Budova je uzamčená, máme k dispozici číslo na policii, máme možnost přivolat lékaře nebo sanitáře, sloužíme ve dvou.“

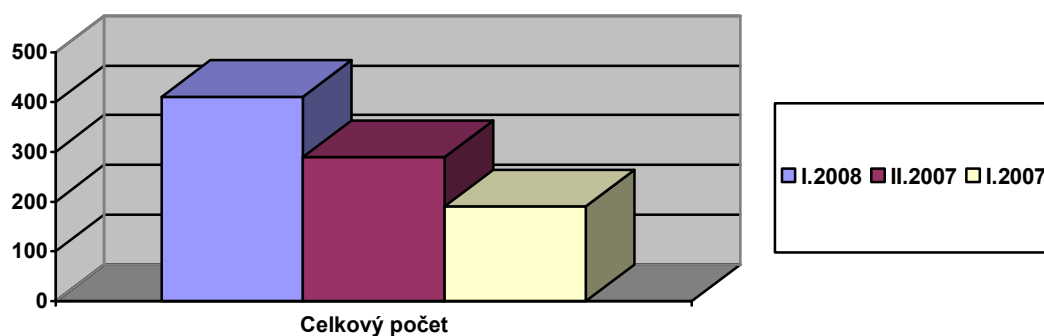
Důvody proč se necítí bezpečně: „Máme na oddělení agresivní pacienty, možnost nákazy infekcí, sestra slouží sama, kdo zavolá pomoc, kdyby se jí něco stalo, přístup na oddělení přes výtah, u dveří sesterny není „koule“, špatně osvětlený venkovní areál nemocnice.“

3.3.2 Vyhodnocení mimořádných událostí

3.3.2.1 Podle oddělení

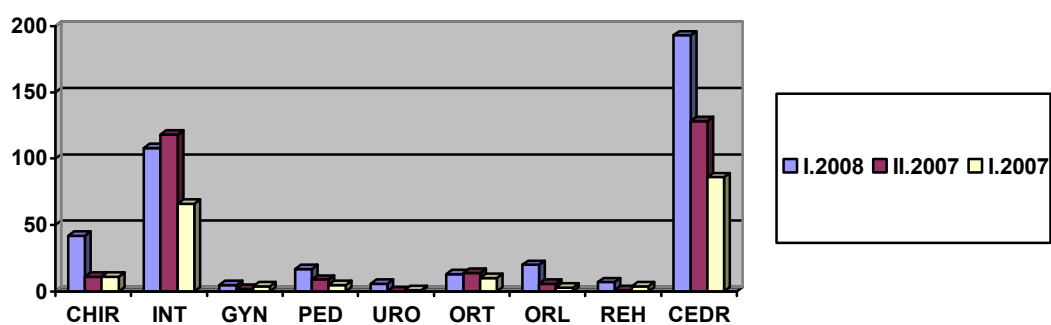
Celkem mimořádných událostí za celou nemocnici:

Období	Celkový počet
1. pololetí / 2008	411
2. pololetí / 2007	289
1. pololetí / 2007	190



Celkem mimořádných událostí podle jednotlivých oddělení:

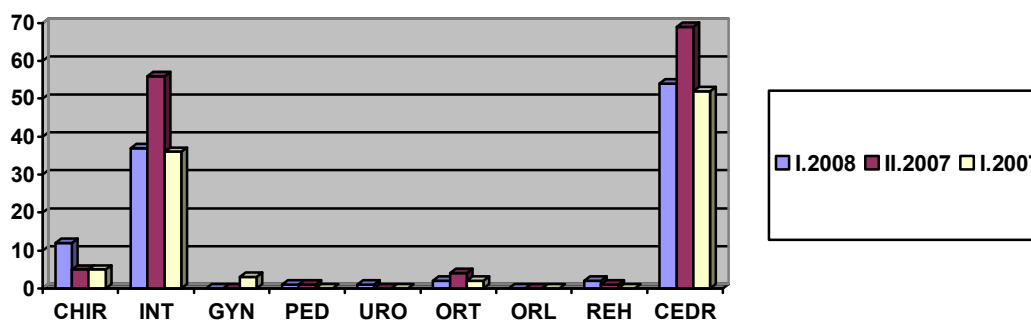
Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
1 / 2008	42	108	5	17	6	13	20	7	193
2 / 2007	11	118	2	9	0	14	6	1	128
1 / 2007	11	66	4	5	1	10	3	4	86



3.3.2.2 Mimořádné události podle druhu

3.3.2.2.1 Pády pacientů během hospitalizace

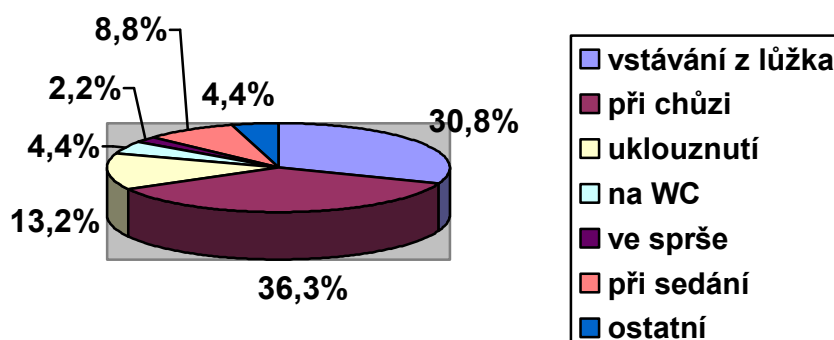
Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
1 / 2008	12	37	0	1	1	2	0	2	54
2 / 2007	5	59	0	1	0	4	0	1	69
1 / 2007	5	36	3	0	0	2	0	0	52



Pády jako mimořádné události se v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. hlásí od roku 2007. Každé oddělení hlásilo pády s jinou odpovědností na základě vytvořené „kultury bezpečí“ na oddělení.

Největší podíl pádů v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. má interní oddělení a CEDR. Tato skutečnost je dána skladbou pacientů na těchto odděleních, kde jsou hospitalizováni převážně senioři s vážnými diagnózami často špatně pohybliví a dezorientovaní. Dále je to dáno i dobrou „kulturou bezpečí“, kdy sestry na těchto odděleních pochopily význam hlášení mimořádných událostí v tomto případě pádů a hlásí je velice zodpovědně. Nejvíce pádů je při vstávání z lůžka někdy i po přelézání zábran a při chůzi na toaletu, méně je pádů na WC, ve sprše nebo při uklouznutí na vlhké podlaze.

Příčiny pádů na CEDR a interně:



Zlepšila se situace hlášení mimořádných událostí na chirurgii, kde se postupně pěstuje lepší „kultura bezpečí“ a sestry si postupně zvykají na hlášení mimořádných situací, i když nejsou s touto skutečností stoprocentně ztotožněny. Předpokládáme, že pádů na tomto oddělení je více a zatím se všechny nehlásí.

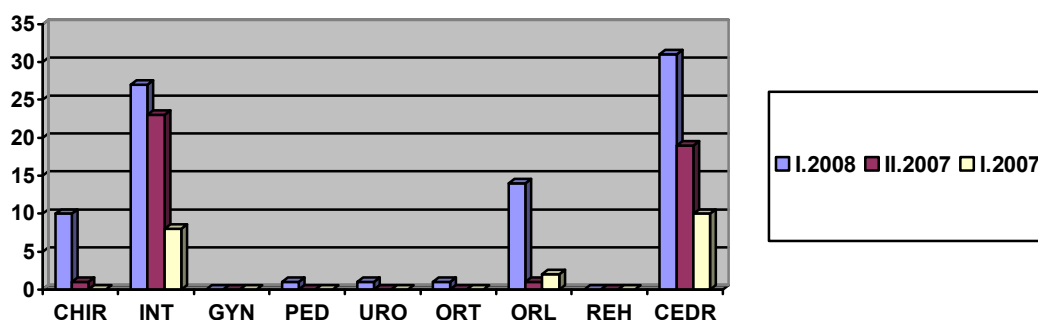
Na ortopedii je převážná část pádů způsobená sklouznutím hole po vlhké podlaze, protože většina pacientů se učí chodit o berlích.

Na gynekologickém oddělení po vyhodnocení 1. pololetí roku 2007 provedly preventivní opatření, která měla velice pozitivní efekt.

Na ostatních odděleních je výskyt pádů minimální a příčinou je nepředvídatelná událost. Tím, že se pády vyhodnocují, každá taková událost je zanalyzována a jsou nastavena preventivní opatření.

3.3.2.2 Napadení pacienta či zaměstnance

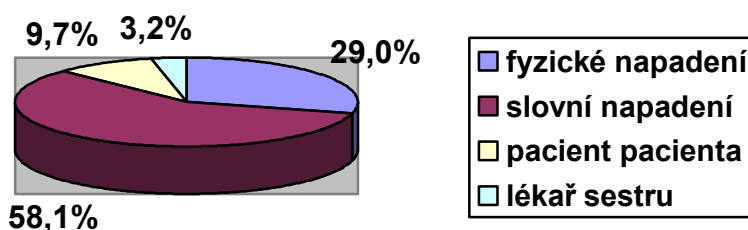
Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
1 / 2008	10	15	0	1	1	1	14	0	31
2 / 2007	1	23	0	0	0	0	1	0	19
1 / 2007	0	8	0	0	0	0	2	0	10



Problémy s napadením pacienta či zaměstnance jsou převážně na odděleních chirurgie, interny, ORL a CEDR. Na ostatních odděleních se násilí ať fyzické nebo slovní vyskytuje minimálně a jde o individuální případy, kterým se nelze vyhnout.

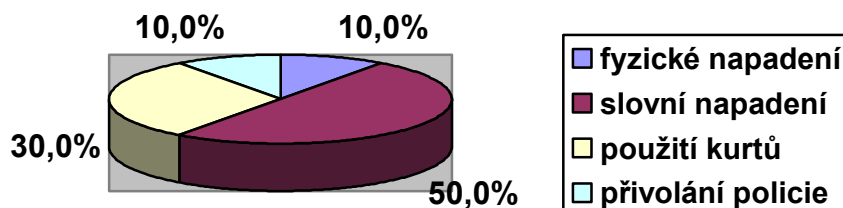
Na centru doléčování a rehabilitaci došlo za poslední období k nejvíce agresím ze strany pacientů a jejich příbuzných. Často je násilí na tomto oddělení spojeno s nedodrčováním léčebného režimu, kdy se pacienti brání brát léky, zavést katétr, stravu apod. Zdravotnický personál se snaží usměrnit pacienta nebo jeho rodinného příslušníka a dostane se do slovního konfliktu nebo fyzického napadení jako je kopání, škrábání, házení věcí apod. Fyzických napadení bylo zaznamenáno 12 z toho 3x napadl pacient pacienta na oddělení. Slovních napadení bylo nahlášeno 19, z toho jednou bylo poškozeno zařízení na oddělení a jednou slovně napadl sestru lékař RZP při akutním zavolání.

Agrese na CEDR:



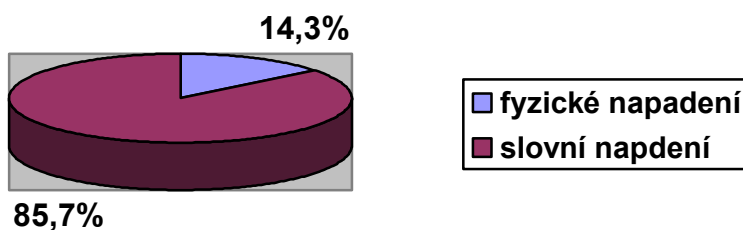
Na oddělení chirurgie bylo nahlášeno celkem 10 napadení personálu. Z toho 5 bylo slovních a 5 fyzických. Fyzicky napaden personál byl od pacientů dezorientovaných nebo pod vlivem návykových látek. 1x byla přivolána policie ČR a 3x musel být pacient znehybněn kurtováním, vždy je kurtování zdůvodněno lékařem v dokumentaci pacienta.

Agrese na chirurgii:



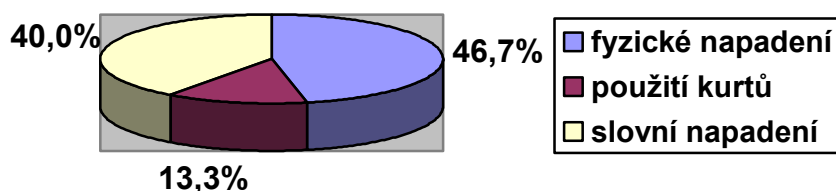
Na oddělení ORL je důvodem napadení zaměstnance pacient, který je přivezen pod vlivem návykových látek především alkoholu. Často je opilost spojená s úrazem hlavy, který je nutno ošetřit na ambulanci ORL nebo pacienta hospitalizovat pro vyloučení dalších komplikací spojených s úrazem. Ve 12 ze 14 případů je personál napadán slovně. Ve dvou případech byl personál napaden fyzicky.

Agrese na ORL:



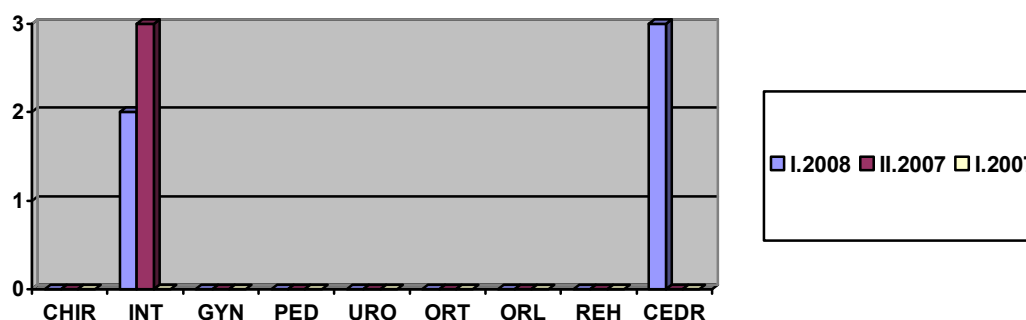
Na oddělení interny došlo k 15 napadení personálu za strany pacientů nebo jejich příbuzných. Oproti 2. pololetí loňského roku je zde pokles těchto případů. Z 15 případů bylo 6 verbálních napadení spojené většinou s dezorientací u pacienta a s pokusem o sebepoškození. 9 případů bylo nahlášeno fyzických napadení personálu, kdy ve čtyřech případech se jednalo o zmateného a dezorientovaného pacienta vlivem hospitalizace a v pěti případech šlo o hospitalizaci z důvodu požití alkoholu. 2x musel být pacient kurtován, protože mohl ublížit sobě, spolupacientům i personálu a vždy je kurtování zdůvodněno lékařem v dokumentaci pacienta.

Agrese na interně:



3.3.2.2.3 Pochybení při podávání léčiv

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
1 / 2008	0	2	0	0	0	0	0	0	3
2 / 2007	0	3	0	0	0	0	0	0	0
1 / 2007	0	0	0	0	0	0	0	0	0



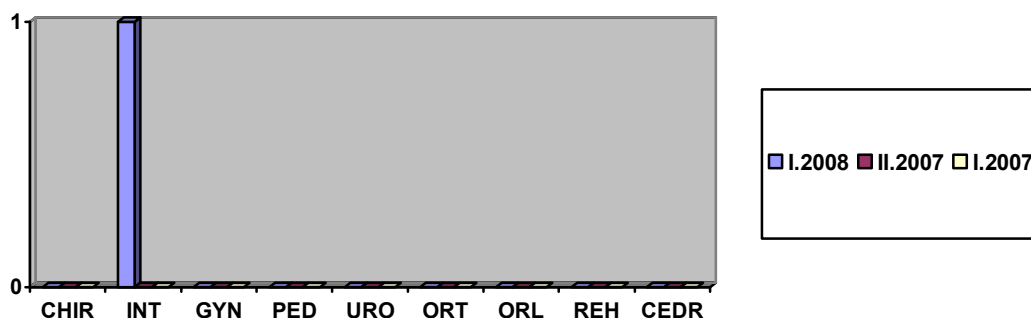
Pouze na odděleních interny a CEDR se sestry nebojí nahlásit pochybení při podávání léčiv. Na ostatních odděleních k těmto pochybením bezesporu dochází také, ovšem není zde ještě vypěstována taková „kultura bezpečí“, aby zdravotnický personál tyto chyby hlásil. Na oddělení interny a CEDR se snažíme příkladem dokázat, že za nahlášení nebude pracovník perzekuován. Naopak se může ukázat na systémovou chybu, které lze předcházet.

Na interním oddělení sestry nahlásily 2 tyto mimořádné události, kdy se jednalo o záměnu injekčních antibiotik, které měly být aplikovány intravenózně za antibiotika tabletová a o chybné nastavení rychlosti dávkovače, kdy léky byly pacientovi aplikovány rychleji. Ani v jednom případě nedošlo k poškození zdraví pacienta, byl okamžitě upozorněn lékař a pacientův zdravotní stav byl intenzivně sledován.

Na centru doléčování a rehabilitace byly nahlášeny 3 mimořádné události ve spojení s podáváním léčiv. Jednou došlo k záměně lahviček při vytírání úst pacienta sestrou, kdy důvodem záměny byl špatný popis lahviček na sesterně. Jednou nesouhlasily předepsané ordinace léků s informacemi, které měla o medikaci pacientka od lékaře. Jednou vznikla u pacienta flebitida na horní končetině po paravenózní aplikaci infuze. V prvním a třetím případě došlo k poškození zdraví pacienta, byl okamžitě informován lékař a provedena nápravná opatření. Ve druhém případě po upozornění lékaře byly přepsány ordinace v medikační kartě pacienta.

3.3.2.2.4 Problém s identifikací pacienta

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
1 / 2008	0	1	0	0	0	0	0	0	0
2 / 2007	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 / 2007	0	0	0	0	0	0	0	0	0

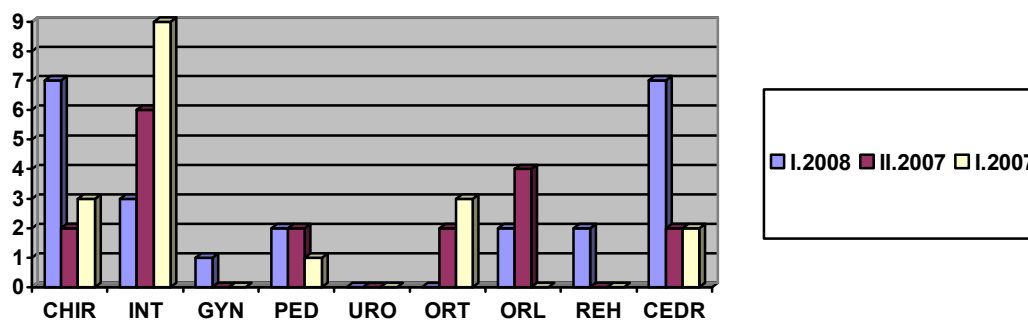


Problém s identifikací pacienta z jednotlivých lůžkových oddělení zdravotnickí pracovníci nehlásí. Pouze jeden případ byl za sledované období nahlášen z interního oddělení, kdy došlo k záměně pacienta při odběru krve na vyšetření.

V Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. již několik let platí směrnice o identifikaci pacienta, která vznikla v návaznosti na incidenty, které se staly v jiných zdravotnických zařízeních. Na identifikaci pacienta se dbá převážně na operačních sálech, kam jsou pacienti voženi s identifikačními štítky a dbá se na dvojí kontrolu zaměření operační strany. Dále je zaveden dvojí způsob na sobě nezávislé identifikace novorozenců a jejich matek.

3.3.2.2.5 Poranění zdravotnického pracovníka

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
1 / 2008	7	3	1	2	0	0	2	2	7
2 / 2007	2	6	0	2	0	2	4	0	2
1 / 2007	3	9	0	1	0	3	0	0	2



Z oddělení interny byly za 1. pololetí roku 2008 nahlášeny 3 poranění zdravotnických pracovníků, kdy ve dvou případech šlo o píchnutí o použitou jehlu a v jednom případě o úder do hlavy o infuzní stojan. Na tomto oddělení klesá počet zraněných zdravotnických pracovníků.

Z Centra doléčování a rehabilitace bylo nahlášeno 7 poranění zdravotnických pracovníků. 3x se všeobecná sestra píchla o použitou jehlu, 2x bylo poranění hlavy o infuzní pumpu a o dvířka skříně, 1x byla sestra poražena vozíkem na prádlo a zraněna na kolenu a na zádech a jednou došlo k poranění prstu při zavírání okna. Za poslední pololetí došlo k velkému nárůstu těchto mimořádných událostí.

Z ORL byly nahlášeny 2 mimořádné události poranění zdravotnického pracovníka a vždy se jednalo o píchnutí o použitou jehlu.

Z rehabilitace byly nahlášeny 2 mimořádné události poranění zdravotnického pracovníka. Jednalo se o píchnutí o nepoužitou sterilní jehlu a o pád táce s tabletem na nohu sestře na oddělení.

Z gynekologicko porodnického oddělení bylo nahlášeno jedno zranění zdravotnického pracovníka jako mimořádná událost a jednalo se o potřísnění pupečnickovou krví porodní asistentky do obličeje a do očí i přes obličejovou masku při odebrání pupečnickové krve z pupečnicku.

Z chirurgického oddělení bylo nahlášeno 7 zranění zdravotnických pracovníků jako mimořádné události. 4x se jednalo o píchnutí o použitou jehlu, jednou došlo ke stříknutí krve do obličeje sestry při odebrání krve systémem Vacuette, jednou si sestra poranila ruku při

vymývání stolku u pacienta a jednou uklouzla ošetřovatelka po mokré podlaze z bot návštěv. Na tomto oddělení za poslední sledované období došlo k velkému nárůstu zranění zdravotnických pracovníků. Dříve tyto mimořádné události pracovníci nehlásili zodpovědně a všechny.

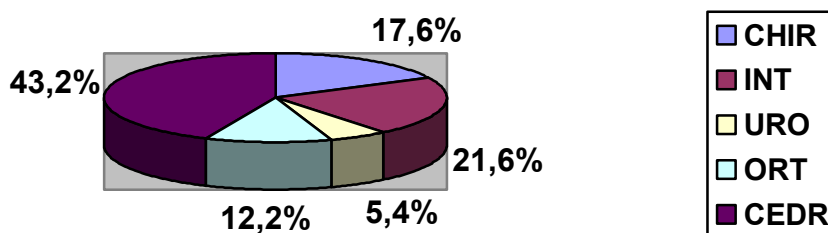
Z pediatrického oddělení nahlásili zdravotničtí pracovníci 2 mimořádné události poranění pracovníka. V jednom případě šlo o píchnutí sestry o použitou jehlu a jednou o poranění sestry na horní končetině o stojan na zkumavky při úklidu.

Na ortopedii nedošlo za 1. pololetí roku 2008 k žádnému zranění zdravotnického pracovníka.

Na urologickém oddělení nebyl zraněn pracovník po celou dobu, co se mimořádné sledují, což nekoreluje se statistickými údaji z ostatních oddělení.

3.3.2.3 Poranění kůže, dekubity

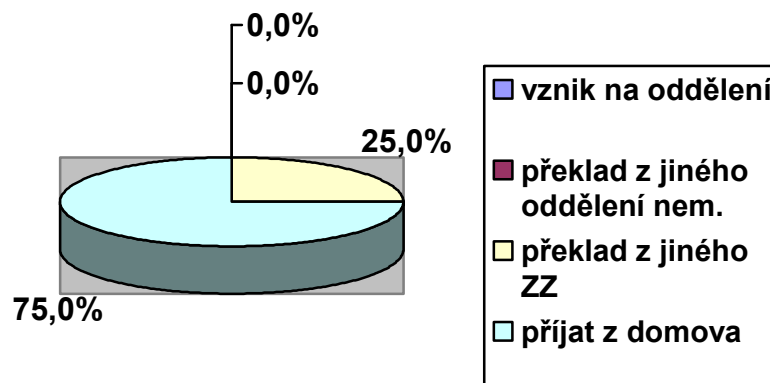
Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
1 / 2008	13	16	0	0	4	9	0	0	32
2 / 2007	0	0	0	0	0	4	0	0	0
1 / 2007	0	0	0	0	0	4	0	0	0



Dekubity se v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. začaly sledovat v roce 2008. Je to důležitý ukazatel kvality ošetrovatelské péče, kde je důležité znát etiologii dekubitů. Z oddělení hlásí, zda dekubit vznikl na oddělení nebo byl pacient s proleženinou přijat na oddělení z domova nebo z jiného oddělení.

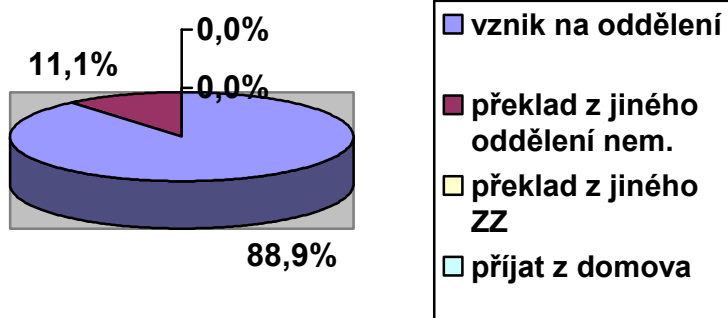
Na urologii byli 3 pacienti přijati s proleženinou z domova a jeden z jiného zdravotnického zařízení.

Etiologie dekubitů na urologii:



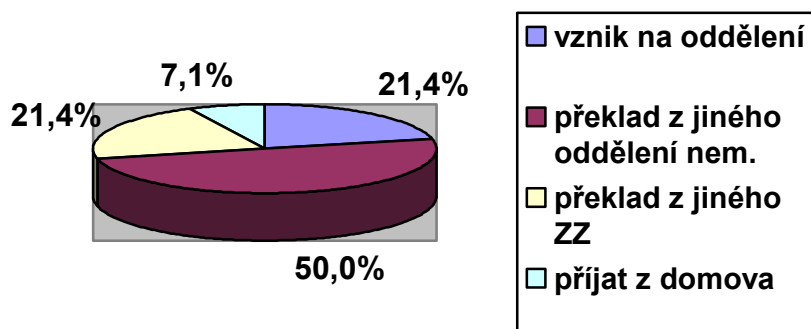
Na ortopedickém oddělení vzniklo 8 dekubitů u pacientů za toto sledované období a 1 přeložen z chirurgického oddělení.

Etiologie dekubitů na ortopedii:



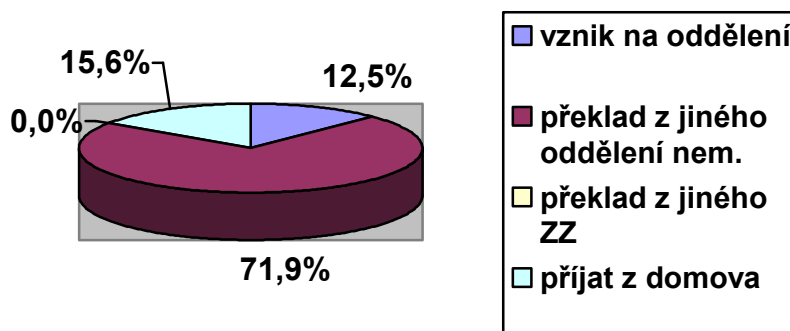
Z chirurgického oddělení bylo hlášeno 14 poškození kůže pacientů, z toho 1 přijat z domova, 3 z jiného zdravotnického zařízení, 4 z chirurgické JIP, 1 z ortopedie, 1 z CEDR a 1 z rehabilitace. 3 dekubity vznikly přímo na oddělení.

Etiologie dekubitů na chirurgii:



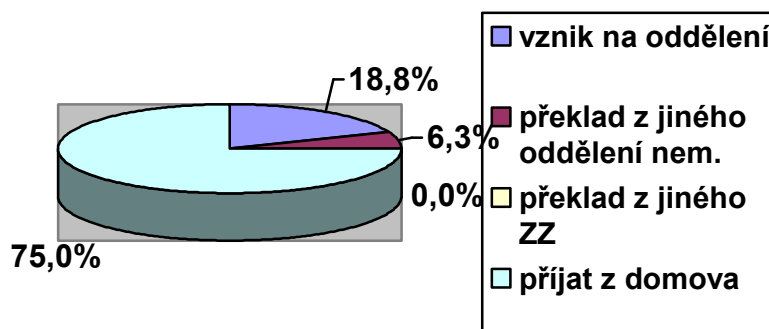
Z CEDR byly hlášeny 32 záznamy o poškozené kůži, z toho 4 vznikly na tomto oddělení, 5 pacientů bylo s dekubity přivezeno z domova a 23 pacientů bylo na CEDR s dekubitem přeloženo z jiných oddělení naší nemocnice: 12 z chirurgie, 7 z interny a 4 z ortopedie.

Etiologie dekubitů na CEDR:



Z interního oddělení bylo nahlášeno za 1 pololetí roku 2008 16 dekubitů a poškození kůže, z toho 12 pacientů s dekubitem a poškozenou kůží přijali z domova, 1 pacienta z ARO a u 3 pacientů vznikly dekubity přímo na interním oddělení.

Etiologie dekubitů na interně:

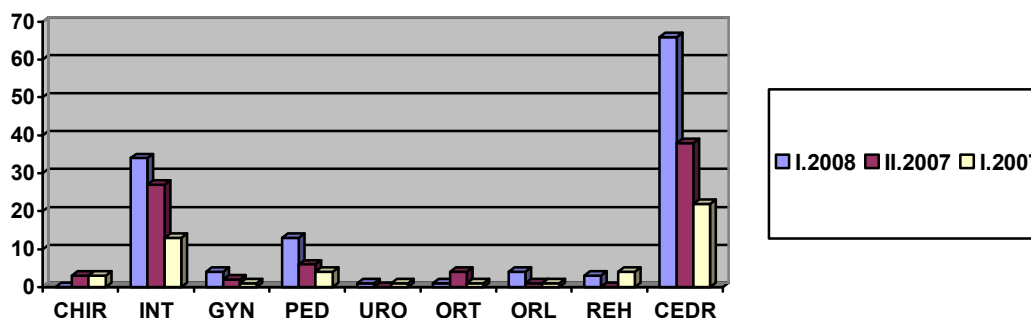


3.3.2.3.1 Selhání zdravotnických technologií

Za celé sledované období tzn. za 1 ½ roku nebyla nahlášena v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. žádná mimořádná událost, která by byla způsobena selháním zdravotnické technologie. Vzhledem k tomu, že statistiky dokazují výskyt těchto příhod, je spíše zřejmé, že zdravotničtí pracovníci nepřikládají těmto událostem velký význam a nehlásí je.

3.3.2.3.2 Další mimořádné události

Oddělení	CHIR	INT	GYN	PED	URO	ORT	ORL	REH	CEDR
1 / 2008	0	34	4	13	1	1	4	3	66
2 / 2007	3	27	2	6	0	4	1	0	38
1 / 2007	3	13	1	4	1	1	1	4	22



Po zhodnocení mimořádných událostí se jako velice významné co do počtu a dalších následků ukázaly mimořádné události typu nedodržení léčebné režimu ze strany pacienta. Jedná se především o nedovolené opuštění oddělení za účelem kouření nebo zařizování osobních záležitostí, kouření na pokoji či na oddělení. Dále je to nespolupráce, kdy pacient po edukaci a po upozorněních stále nedodržuje potřebný režim důležitý pro zdárné uzdravování. Někdy pacienta v nedodržování léčebného režimu podporují i rodinní příslušníci.

Mezi další mimořádné události patří krádeže, které se občas vyskytují na všech odděleních. Za rok 2007 bylo nahlášeno 8 krádeží a za 1. pololetí roku 2008 se stalo 6 krádeží.

3.4 Diskuze výsledků

3.4.1 Potvrzení pracovních hypotéz

Z celkového počtu 152 rozdaných dotazníků bylo využito 108 dotazníků, což je 71,1%. Návratnost dotazníků z každého oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. byla dostačující pro zhodnocení šetření.

3.4.1.1 Pracovní hypotéza H1

Pouze na odděleních interny, ortopedie, ORL a CEDR byl personál ve 100% informován o mimořádných událostech.

Na odděleních ortopedie, ORL a CEDR personál ve 100% věděl o existenci směrnice pro hlášení mimořádných událostí.

Na odděleních interny, ortopedie, ORL, rehabilitace a CEDR všichni pracovníci věděli, co je mimořádná událost a správně vyjmenovali 2 mimořádné události.

Když vyhodnocení těchto 3 odpovědí srovnáme s vyhodnocením mimořádných událostí za rok 2007, pak počet nahlášených mimořádných událostí odpovídá informovanosti personálu o existenci a nutnosti hlášení mimořádných událostí. Protože práce z oddělení interny, ortopedie a CEDR bylo v tomto období nahlášeno nejvíce mimořádných událostí na počet lůžek.

Byla potvrzena pracovní hypotéza H1: Sestry nehlásí mimořádné události nebo špatně vyplňují hlášení o mimořádné události, protože mají neúplné nebo nesprávné informace od své vrchní sestry.

3.4.1.2 Pracovní hypotéza H2

Po proběhlých pracovních skupinách na všech lůžkových odděleních nemocnice a předání důležitých informací o hlášení mimořádných informací se počet hlášení mimořádných událostí zvýšil.

Z výzkumu také vyplynulo, že hodně pracovníků nemá přesné informace o významu hlášení mimořádných událostí. Neuvědomují si význam ochrany pro pacienty a personál a předcházení těmto událostem. Na oddělení interny, kde sestry ve 100% chápou význam hlášení mimořádných událostí, jsou ochotny nahlásit i pochybení při podávání léčiv a problém

s identifikací pacienta. Toto jsou většinou mimořádné události založené na pochybení pracovníka. Pokud by na tomto oddělení neexistovala „kultura bezpečí“, sestry by tato pochybení nehlásily.

Potvrdila se pracovní hypotéza H2: Sestry nehlásí mimořádné události, protože na oddělení není vytvořeno klima „kultury bezpečí“.

3.4.1.3 Pracovní hypotéza H3

Po proběhnutí pracovních skupin s vrchními a staničními sestrami došlo k upravení hlášenky mimořádné události. Na hlášece byly upraveny a vysvětleny jednotlivé body – mimořádné události, podle kterých personál lépe pochopí, které události spadají mezi mimořádné události a musí se hlásit. Na všech schůzkách byly jednotlivé body prokonzultovány a objasněny. V období 1. pololetí roku 2008 došlo ke správnému zaškrtnutí mimořádných událostí na hlášece. Sestry správně popisují mimořádnou událost, tak jak ji zaznamenaly – jak ji viděly, jak ji slyšely, jak byla popsána svědky, jak ji cítily apod.

Byla potvrzena pracovní hypotéza H3: Z každého oddělení se hlásí jiné druhy mimořádných událostí, protože každá sestry si pojmy na hlášece mimořádných událostí vysvětluje jinak.

3.4.2 Splnění očekávaných výsledků

Na všech lůžkových odděleních Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. jsme se snažili o vytvoření klimatu „kultury bezpečí“ v 1. pololetí roku 2008. Je zřejmé, že pokud zaměstnanci dostanou potřebné informace a za nahlášení pochybení nejsou sankciováni, hlásí mimořádné události poctivěji. To vyplývá ze srovnání počtu nahlášených mimořádných událostí za dvě pololetí roku 2007 a 1. pololetí roku 2008. Oproti 1. pololetí roku 2007 se hlášení mimořádných událostí za 1. pololetí roku 2008 zvýšilo o 116%. Vytvoření klimatu „kultury bezpečí“ se tedy podařilo na všech odděleních nemocnice a musí se dále podporovat a rozvíjet.

Po vyhodnocení mimořádných událostí za 1. pololetí roku 2008 jsme na každém lůžkovém oddělení nemocnice sestavili tým pracovníků v čele se staniční nebo vrchní sestrou, který se zabývá preventivními opatřeními výskytu mimořádných situací. Jelikož na každém oddělení dochází k různým druhům mimořádných událostí a mají různý důvod, je třeba, aby každé pracoviště mělo svůj tým, který bude řešit právě ty dané mimořádné události.

Ošetrovatelský personál z interního oddělení a centra doléčování a rehabilitace se zúčastnil konference na téma Prevence pádů, kterou organizuje Česká asociace sester. Naše nemocnice se zapojila do sledování pádů ve zdravotnických zařízeních v rámci České republiky.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že téměř polovina personálu neznala pojem „téměř pochybení“. To souvisí s pochopením významu hlášení mimořádných událostí jako prevence před dalším pochybením. Proto pro nastavení preventivních opatření na odděleních, bylo důležité pracovníkům vysvětlit termín „téměř pochybení“ a objasnit význam jeho hlášení.

V dotazníkovém šetření se otázka č. 10 ptala, zda se respondent cítí v našem zdravotnickém zařízení bezpečně a proč. Celá 1/3 dotázaných se v naší nemocnici necítí bezpečně a jsou hlavně z oddělení chirurgie, interny a ORL. Mají převážně strach z agresivních pacientů. Na zmiňovaných odděleních jsou otevřeny noční ambulance a jsou zde přijímáni pacienti pod vlivem návykových látek hlavně alkoholu. V Libereckém kraji chybí záchytná stanice pro tyto klienty a tudíž ji suplují lůžková zdravotnická zařízení. Na odděleních jsou vyčleněna lůžka pro tyto případy.

Na jednotlivých pracovištích tým zabývající se preventivními opatřeními pracuje na zajištění bezpečného prostředí pro personál i pacienty. Na problematických místech byly nainstalovány bezpečnostní kamery a signalizační zařízení, které je napojeno přímo na Policii ČR. V nočních hodinách je v nemocnici přítomen pracovník bezpečnostní služby, který hlídá vchod do nemocnice, prochází celé zařízení a kontroluje problematická místa a je k dispozici personálu, když potřebují pomoc.

Pro veškerý zdravotnický personál úseku ošetrovatelské péče v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. organizují kurzy komunikace s obtížně zvládnutelnými typy pacientů. Zde si mohou sestry i ošetrovatelky rozvíjet komunikační dovednosti, posílit orientaci v sociálních situacích a posílit zvládnání zátěžových pracovních situací např. zvládnání konfliktů a zdolávání námitek. Naučí se spoluvytváření nové kultury komunikace s pacienty a rozvíjí vlastní profesionalitu.

Pro sledování kvality ošetrovatelské péče je nezbytné sledování výskytu dekubitů u pacientů a příčin jejich vzniku. Léčení dekubitů je finančně velice náročné, protože se používají materiály na hojení ran podle posledních trendů a léčení je dlouhodobé. Z tohoto důvodu je v zájmu managementu každého oddělení snížit výskyt dekubitů na minimum a tím i snížit náklady na jejich léčbu. Sledováním pohybu pacientů s dekubity mezi jednotlivými odděleními je možno přihlídnout na náklady na jejich léčbu při sestavování rozpočtu pro

oddělení, a to v případě, že dekubity nevznikly přímo na oddělení, ale pacienti s nimi byli na oddělení již přijati.

Začali jsme spolupracovat s firmou, která se zabývá statistickými údaji na zkoušení a vylepšování testovací verze SMU – sledování mimořádných událostí respektive dekubitů.

4. Závěr

Při analýze výše podrobně popsaných mimořádných událostí vyvstávají nové otázky, proč k těmto událostem dochází, jaké jsou jeho příčiny a hlavně jakým nejučinnějším způsobem jim předcházet. Každé zdravotnické zařízení a každé oddělení je specifické ve složení pacientů, personálu, technických vybavením a uspořádáním. Proto si musí najít svůj způsob řešení mimořádných událostí, které vznikají všude.

Problém dekubitů je především problémem seniorů na odděleních, kde pacienti leží dlouhodobě. Podrobnější sledování mimořádných událostí se musí zaměřit na dlouhodobě ležící pacienty, na kvalitu jejich života na oddělení, na úctu ke stáří a přístup k těmto pacientům. Poslední dobou se konečně začíná hovořit o problému dlouhodobě hospitalizovaných seniorů a jejich kvalitě života. Ve spojitosti s dekubity je důležité sledovat počet pacientů s permanentním močovým katétrem a používáním podpůrných plen. Souvisí s tím i imobilizační syndrom u těchto pacientů. Otázkou je i počet ošetrovatelské personálu na odděleních dlouhodobě nemocných, který je v některých zdravotnických zařízeních tristní. Měl by být dát jasně stanovenými pravidly.

Celý systém hlášení mimořádných událostí přispívá k tomu, že si zdravotnický personál postupně zvyká na to, že kvalita jejich práce je sledovaná, analyzovaná a hodnocená. Na základě těchto analýz potom vznikají návrhy na nápravná opatření, do kterých se zapojuje personál na jednotlivých pracovištích. Pro zaměstnance je velice důležité, že se s nahlášenými mimořádnými událostmi pracuje a oni mohou být aktivní při hledání nápravných opatření. Tím je zdravotnické zařízení připravené pro splnění podmínek získání akreditace či certifikace.

Použitá literatura:

1. Benner, R. at al. Tercap: Creating a National Database on Nursing Errors. *Harvard Health Policy Review. In Focus*. Vol. 7, No. 1, Spring 2006, s. 48-63. (online) Platný: <http://www.hcs.harvard.edu/-hhpr/publications/previous/06s/Benner_et_al.pdf> 26. prosince 2007
2. Brada, V.: *Násilí: nesamozřejmá součást povolání*, Zdravotnické noviny 19/2002, roč. 51, MONA Praha, ISSN 0044-1996
3. Canadian Patient Safety Institute. (online) Platný: <<http://www.patientsafetyinstitute.ca>> 15. listopadu 2007
4. Čermák, M.: *Identifikace pacientů ve zdravotnických zařízeních*, Zdravotnické noviny 4/2006, roč. 55, Mladá fronta Praha, ISSN 0044-1996
5. Department of Veterans Affairs National Center for Patient safety. (online) Platný: <<http://www.patientsafety.gov/>> 15. listopadu 2007
6. DeRosier, J., Stalhandske, E., et.al: Using Health Care Failure Mode and Effect analysis TM: The VA National Center form Patient Safety's prospective Risk Analysis System. *The Joint Commission journal of Quality Improvement*. 2002, vol. 27, num. 5, p. 248-267. (online) Platný: <www.va.gov/NPCS/SafetyTopics/HFMEA/HFMEA_JQI.pdf> 15. listopadu 2007
7. Drahoš, J.: *Jak definovat chyby při podávání léků*, Florence 6/2007, roč. 3, Galén Praha, ISSN 1801-464X
8. Drahoš, J.: *Jak definovat chyby při podávání léků*, Florence 7-8/2007, roč. 3, Galén Praha, ISSN 1801-464X
9. Dunn, D. Incident reports - correcting processes and reducing errors - Home Study program. *AORN Journal*, August, 2003. (online) Platný: <http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_2_78/ai_106762770/tisk> 26. prosince 2007
10. Gabriel, J.: *Sestry na psychiatrii a chirurgii bývají "vytrénované"*, Zdravotnické noviny 19/2002, roč. 51, MONA Praha, ISSN 0044-1996
11. Grohar-Murray, M.E., DiGroce, H.R.: *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*, Grada, Praha 2003 ISBN 80-247-0267-3
12. Gutová, L., Šedo, J.: *Identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků - další krok k bezpečné péči*, Diagnóza v ošetrovatelství 4/2005, roč. 1, Promediamotion Praha, ISSN 1801-1349

13. Haliřová, R.: *Rizika poranění zdravotníků ostrým předmětem*, Interní medicína pro praxi 11/2003, roč. 5, SOLEN Praha, ISSN 1212-7299
14. Hařkovicová, H.: *Manuálek o násilí*, NCO NZO, Brno 2004, ISBN 80-7013-397-X
15. Hnilicová, H.: *Násilí na pracovišti ve zdravotnictví*, Zdravotnické noviny 46/2007, roč. 56, Mladá fronta Praha, ISSN 0044-1996
16. Jch, podle odborných pramenů: *Agrese má mnoho tváří a ještě víc příčin*, Zdravotnické noviny 19/2002, roč. 51, MONA Praha, ISSN 0044-1996
17. Jiroutková, A.: *Pády a úrazy ve stáří*, Sestra 1/2000, roč. 10, Sanoma Magazines Praha, ISSN 1210-0404
18. Joint Commission International Center for Patient Safety (online) Platný: <<http://www.jcpatientsafety.org/>> 20. června 2007
19. Joint Commission Resources: *Prevence pádů ve zdravotnické zařízení*, Grada Praha 2007, ISBN 978-80-247-1715-9
20. Klasifikace ran, dekubity (online) Platný: <<http://www.rany.klasifikace.etiologie.dekubity.cz/>> 18. listopadu 2007
21. Marx, D.: *Jak minimalizovat riziko útoků ve zdravotnických zařízeních*, Zdravotnické noviny 23/2003, roč. 52, Sanoma Magazines Praha, s.r.o. ISSN 0044-1996
22. Marx, D.: *Mimořádné události při poskytování zdravotní péče*, 2/2006, roč. 5, Agentúra Dumas, Bánská Bystrica, ISSN 1336-3859
23. Marx, D.: *Zajištění bezpečí pacientů při podávání léků*, Florence 9/2007, roč. 3, Galén Praha, ISSN 1801- 464X
24. Marx, D.: *Záměna pacienta, výkonu, strany či orgánu - možnosti prevence*, Florence 10/2007, roč. 3, Galén Praha, ISSN 1801- 464X
25. Nešpor, K.: *Jak předcházet násilí*, Zdravotnické noviny 19/2002, roč. 51, MONA Praha, ISSN 0044-1996
26. Niemetzová, E.: *Agrese na zdravotnících*, Sestra 5/2003, ročník 13, Sanoma Magazines Praha, ISSN 1210-0404
27. *Patient safety solution*. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. May 2007 (online) Platný: <<http://www.jcpatientsafety.org/24725/>> 15. června 2007
28. Practice Environments and patient safety in Canadian Nurses Association (online) Platný: <http://sna-eiic.ca/CNNA/practice/environment/default_e.aspx> 15. listopadu 2007
29. Robbins, S., Coulter, M.: *Management*. 7. vyd., Praha: Grada publishing, 2004, 600s. ISBN: 80-247-0495-1

30. Sladká, J.: *Rizika poranění zdravotníků nejsou malá*, Medicína 9/2002, roč. 8, Wald Press Praha,
31. Spojená akreditační komise české republiky (online) Platný: <<http://www.sakcr.cz/>> 20. černa 2007
32. Stránský, M.: *Důležitých 13 procent*, Zdravotnické noviny 4/2006, roč. 55, Mladá fronta Praha, ISSN 0044-1996
33. Škrála, P.: *Především neublížit*, NCO NZO, Brno 2005, ISBN: 80-7013-419-4
34. Škrlovi, P.a M.: *Kreativní ošetrovatelský management*, Advent-Orion, Praha 2003, ISBN: 80-7172-841-1
35. Tošnerová, T.: *Bulletin Sdružení prak. lékařů ČR*, 4/2006, roč. 16, Sdruž.prak.lékařů ČR, Praha, ISSN 1212-6152
36. Tošnerová, T.: *Na pomoc kvalitnímu stáří, prevence pádů*, Florence 7-8/2006, roč.2, Galén Praha, ISSN 1301-464X
37. Trmal, J.: *Poranění zdravotníků o použitou injekční jehlu*, The Lancet Oncology 3/2004, roč. 3, Elsevier, ISSN 1213-9432
38. *The Orange Book - Management of Risk - Principles and Concepts*. London: MH Treasury, eng., 2004, 52s., ISBN: 1-84532-044-1
39. Vondráček, L.: *Pád pacienta očima právníka*, Florence 12/2007, roč. 3, Galén Praha, ISSN 1801-464X

Přílohy:



Fakulta humanitních studií UK
Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických
organizacích

Bc. Jitka Řehořová

UČO: 12864

Imatrikulační ročník: 2006 / 2007

Projekt diplomové práce

Název: Management mimořádných událostí

Formulace problému

V diplomové práci bych se chtěla zabývat problémem hlášení mimořádných událostí z deseti lůžkových oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Management mimořádných událostí je v této nemocnici důležitou součástí programu kontinuálního zvyšování kvality.

Mimořádná událost je událost, během které došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta, nebo procedury, kdy lékařská nebo ošetrovatelská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů. Následkem odchylky od standardizované péče došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku.

Mimořádné události dělíme do dvou základních kategorií: "Incident/mimořádná událost" kdy dojde k život neohrožující události, která se může týkat pacientů, návštěv nebo zaměstnanců a která se neslučuje s rutinní praxí nebo s předpisy zdravotnického zařízení; a "Závažný incident/mimořádná událost" kdy dojde ke kritické události, která se týká pacienta, návštěvníka nebo zaměstnance a která se neslučuje s rutinní praxí a předpisy zdravotnického zařízení a může být způsobena nehodou nebo okolnostmi, jež mají za následek vážnou újmu na zdraví nebo i smrt postižené osoby.

Popis výchozí situace nemocnice

Kontinuálním zvyšováním kvality se v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. zabýváme od roku 2002, kdy v naší nemocnici začala pracovat sestra, která má na starosti kvalitu ošetrovatelské péče. V předchozích letech ztroskotalo mnoho pokusů vytvořit standardy ošetrovatelské péče, které by byly použitelné v rámci celé nemocnice na všech odděleních. Od roku 2002 má jedna sestra na zodpovědnosti zpracovávání a aktualizaci všech standardů

ošetřovatelské péče. Standardy jsou připomínkovány všemi zainteresovanými osobami, které s nimi pracují v konečném procesu a musí se podle nich řídit.

V roce 2004 byla vytvořena skupina pěti sester tzv. Rada pro kvalitu. Tyto sestry kontrolují dodržování standardů ošetřovatelské péče podle auditů na všech pracovištích nemocnice. Zápis z kontroly předávají hlavní sestře, která vedoucí pracovníky na jednotlivých odděleních upozorní na nedostatky a zkontroluje provedená opatření.

Mimořádné události

Nastavení programu kontinuálního zvyšování kvality znamená řídit se takou filozofií, která podporuje uspokojování potřeb pacienta s co nejmenším úsilím, nejnižšími náklady na potřebné zdroje a s aplikováním strukturovaných procesů, které kontinuálně identifikují a zlepšují veškeré aspekty péče. Mezi tyto procesy neodmyslitelně patří sledování tzv. mimořádných událostí.

V roce 2005 byl v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. vytvořen standard "Hlášení mimořádných událostí" a ihned byl uveden v platnost. K tomuto standardu je přiložen formulář Hlášení mimořádných událostí, na které jsou vyjmenovány možné události k hlášení a který se vyplněný odevzdává vedoucímu pracovníkovi. Nakonec je hlášenka postoupena hlavní sestře nemocnice, která mimořádné události vyhodnocuje 2x ročně. Výsledky následně předává vedoucím pracovníkům na dané oddělení, kde provádějí nápravná opatření. Ze strany hlavní sestry byla dána doporučení např. v případě zranění zaměstnance kontaminovaným předmětem nebo v případě krádeže.

Z výsledků vyhodnocení mimořádných událostí v celé nemocnici vychází, že ne všichni zaměstnanci přistupují zodpovědně k hlášení těchto případů. Každé oddělení přistupuje k danému problému po svém, na některých odděleních není vytvořeno klima "kultury bezpečí" pro hlášení všech mimořádných událostí. Někteří zaměstnanci nechápou správný význam hlášení těchto příhod nebo se bojí, že za nahlášení chyby nebo omylu budou trestáni. Z některých oddělení se vrací špatně vyplněné Hlášenky mimořádných událostí, které by v případě žaloby neochránily daného zaměstnance.

ISO a akreditace v jablonecké nemocnici

Na podzim roku 2006 začala příprava na implementaci ISO 9001:2000 v jablonecké nemocnici. Do systému byla zahrnutá pracoviště hospodářsko technické správy a 2 zdravotnická pracoviště (operační sály s centrální sterilizací a radiodiagnostické oddělení). Po více jak roce práce převzala naše nemocnice v prosinci roku 2007 certifikát za splnění požadavků mezinárodní

normy ISO 9001:2000. Další etapou zvyšování kvality služeb a lékařské a ošetrovatelské péče bude získání akreditace ve zdravotnických provozech. Přípravy na akreditaci by měly proběhnout do dvou let.

Bezpečnostní kultura ve zdravotnickém zařízení

V rámci zvyšování kvality lékařské a ošetrovatelské péče je důležité vytvořit klima "kultury bezpečí" pro pacienty i pro zdravotnický personál. Máme tím na mysli klima, ve kterém je prioritou všech zdravotníků bezpečnost pacientů, kde se stále hledají nové cesty pro zlepšení bezpečnosti celého systému péče. Prostředí, které si cení hlášení nejen aktuálních chyb a omylů, ale i těch, kterým se na poslední chvíli podařilo zabránit. Prostředí, které nesankcionuje viníky za jejich omyl nebo chybu naopak oceňuje za jejich upozornění. Protože omyly a chyby jsou výsledkem mnoha faktorů, které na sebe navazují a ne pouze selháním jednotlivce.

Touto případovou studií chci v naší organizaci postupně nastavit změny přístupu jednotlivých pracovníků k mimořádným událostem. Vytvořit příznivé a motivační prostředí pro to, aby zaměstnanci byli ochotni přiznat chybu a upozornit na ni. Aby si uvědomovali význam hlášení mimořádných událostí, za které nebudou postihováni, ale naopak budou mít zpětnou vazbu při řešení preventivních opatření, aby k těmto událostem nedocházelo.

Publikované výsledky studií, které se zabývaly pochybením zdravotnických pracovníků, dokládají, že chyby a omyly členů zdravotnického týmu postihují kolem 5% všech hospitalizovaných pacientů. Z tohoto množství na následky omylů umírá okolo 10% pacientů. Proto je jištění bezpečnosti jak pacientů, tak zaměstnanců ústředním tématem akreditačních programů. Po prostudování níže uvedené literatury jsem našla hodnocení výzkumů, které proběhly v USA. V naší republice byly z mimořádných událostí hodnoceny pády, které jsou významným problémem pro řadu nemocných ve zdravotnických zařízeních. Sledování probíhalo v 15 zdravotnických zařízeních v letech 2002 – 2003.

Cíl diplomové práce

Po předání jasných informací budou sestry hlásit mimořádné události a správně vyplňovat hlášenky mimořádných událostí ze všech lůžkových oddělení v rámci celé nemocnice.

Pracovní hypotézy:

- Sestry nehlásí mimořádné události nebo špatně vyplňují hlášení o mimořádné události, protože mají neúplné nebo nesprávné informace od své vrchní sestry.
- Sestry nehlásí mimořádné události, protože na oddělení není vytvořeno klima "kultury bezpečí".
- Z každého oddělení se hlásí jiné druhy mimořádných událostí, protože každá sestra si pojmy na hlášenke mimořádné události vysvětluje jinak.

Očekávaným výsledkem bude:


3. vytvoření klimatu "kultury bezpečí" na všech odděleních,
4. vytvoření týmu pracovníků na každém oddělení, který se bude zabývat preventivními opatřeními výskytu mimořádných situací,
5. návrhy na zlepšení bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance nemocnice
6. nastavení podmínek pro sledování kvality péče k získání národní akreditace

Postup zpracování diplomové práce

- Zhodnocení mimořádných událostí za 2. pololetí roku 2007
- Pracovní setkání vrchních a staničních sester ze všech lůžkových oddělení (celkem 10 oddělení - 2 schůzky po 8 sestrách) - vysvětlení problému, vyplnění anonymního dotazníku, předat hodnocení MU z roku 2006 a 2007, focus group nad významem hlášení MU, srozumitelností pojmů na hlášenke MU, dostatek informací od hlavní sestry
- 13 setkání s týmem pracovníků na každém oddělení (cca 10 sester, bez vedoucích pracovníků) - vyplnění anonymního dotazníku, předat hodnocení MU z roku 2006a 2007, focus group nad významem hlášení MU, srozumitelností pojmů na hlášenke MU, dostatek informací od vrchních sester
- Zhodnocení mimořádných událostí za 1. pololetí roku 2008

Literatura

- Bourek:** *Programy kvality a standardy léčebných postupů.* Verlag Dashöfer, 2001 – 2007
- Donnelly, Gibbon:** *Management,* Grada, Praha 2004
- Gladkij:** *Management ve zdravotnictví,* Grada, Praha 2003
- Grohar-Murray, M.E., DiCroce, H.R.:** *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče,* Grada, Praha 2003
- Joint Commission Resources:** *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení,* Grada, Praha 2007
- Kolektiv autorů:** *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z,* Grada, Praha 2002
- Kotter, J.P.:** *Vedení procesu změny,* Management Press, Praha 2004 ISBN 80-7261-095-3
- Marx, D., Vlček, F.:** *Národní akreditační standardy pro nemocnice,* Spojená akreditační komise ČR, Praha 2005
- Morgan, D.L.:** *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu,* Sdružení SCAN, Nakladatelství Albert, Boskovice 2001
- Nenadál, J. a kol.:** *Moderní systémy řízení jakosti,* Management Press, Praha 2005
- Plamínek, J.:** *Vedení lidí, týmů a firem,* Grada, Praha 2005
- Škrála, P.:** *Především neubližít,* NCO NZO, Brno 2005
- Škrlovi, P. a M.:** *Kreativní ošetrovatelský management,* Advent-Orion, Praha 2003
- Veber, J.:** *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele,* Grada, Praha 2007

OBEČNÁ SMĚRNICE	 NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU, p.o.
SMĚRNICE PRO HLÁŠENÍ MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTÍ	SM 12

Typ dokumentace:	Interní	Místo uložení: MJ a intranet
Odpovědná osoba za dokument:	Bc. Jitka Řehořová	
Odborný garant/podpis:	Bc. Jitka Řehořová	
Zpracoval (i)/dne/podpis:	Bc. Jitka Řehořová / 30.09.2007	
Schválil/dne/podpis:	MUDr. Vít Němeček / 30.09.2007	
Číslo verze: 01	Číslo výtisku: 01	Platnost od: 01.10.2007
Termín 1. vydání dokumentu:	01.07.2006	
Jiné informace: Vydáním této směrnice se ruší a nahrazuje Ošetřovatelský standard Hlášení o mimořádné události ze dne 1.7.2006.		

**Před použitím dokumentu si podle čísla verze ověřte, že se jedná o aktuální verzi.
Platná verze je k dispozici v místě uložení.**

Účel

Účelem této směrnice je zajistit odpovědnost pracovníků nemocnice za hlášení mimořádných událostí, ke kterým by mohlo dojít v průběhu léčby pacientů, jež vedou k ohrožení zdraví nebo života pacienta v souvislosti s poskytovanou lékařskou nebo ošetrovatelkou péčí, nebo ke zvýšení rizika takového ohrožení. Sledováním a hlášením mimořádných událostí, jejich šetřením a nápravou se zvyšuje kvalita poskytované zdravotní péče.

Platnost směrnice

Tato směrnice je součástí dokumentace systému managementu jakosti Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. (dále jen nemocnice) a je závazná pro všechny zaměstnance lékařských a ošetrovatelských profesí nemocnice.

Použité zkratky a pojmy

Zkratky

SM – směrnice

MU – mimořádná událost

Sestra pro KZK – sestra pro kontinuální zvyšování kvality

Pojmy

Mimořádná událost – je taková událost, při které mohlo dojít nebo došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta či procedury nebo kdy lékařská a ošetrovatelská intervence neproběhla podle plánu, patných směrnic nebo ošetrovatelských standardů péče a následkem toho mohlo dojít nebo došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnancem jiné osoby nebo majetku.

Vlastní popis předmětu

Postup hlášení mimořádných událostí

Zaměstnanec, který zjistil mimořádnou událost je neprodleně povinen:

- zjistit, co se opravdu stalo, rozsah poškození,
- dle potřeby okamžitě reagovat a řešit MU (ošetření, odstranění příčiny MU...),
- vyplnit formulář „Hlášení o mimořádné události“: popsat detaily MU objektivními výrazy tzn. podle toho co viděl, slyšel, cítil...
- hlásit MU a předat vyplněný formulář vedoucímu pracovníkovi
 - ošetrovatelský problém – vedoucímu ošetrovatelského úseku
 - lékařský problém – primáři oddělení

Vedoucí jednotlivých organizačních jednotek jsou odpovědní za:

- provedení vyšetření, zhodnocení a zjištění proč k MU došlo (porušení předpisů, nedbalost zaměstnanců, selhání techniky...),
- navrhnout opatření,
- je-li třeba, informování rodiny pacienta (v kompetenci ošetrujícího lékaře),
- veškerou komunikaci s pacientem, s rodinou, která souvisí s mimořádnou událostí dokumentovat (předchází se spekulacím o vinících a příčinách),
- vyplněné formuláře předat k uložení sestře pro KZK,
- sestra pro KZK je povinna vést vyhodnocení a statistiku MU 2x ročně.

Dokumentace:

Formulář o hlášení mimořádné události

HLÁŠENÍ O MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI



Poř. číslo:

Osoba provádějící zápis vyplní odstavce I. až VI.

I. Datum, hodina zápisu:	II. Osoba provádějící zápis:	Svěděk:		
III. Pacient: (ident. data. č. chorobopisu)	Jiná osoba: (jméno, příjmení, kontakt)	Provoz: (adresa, místo)		
IV. Mimořádná událost <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Chyba v medikaci <input type="checkbox"/> Poškození kůže, dekubity <input type="checkbox"/> Nedodržení léčebného režimu <input type="checkbox"/> Nebezpečný předmět <input type="checkbox"/> Pokus o sebepoškození <input type="checkbox"/> Pád <input type="checkbox"/> Záměna pacienta, dokumentace, materiálů </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Zranění osoby <input type="checkbox"/> Užití nedovolených látek <input type="checkbox"/> Napadení osoby <input type="checkbox"/> Sexuální obtěžování <input type="checkbox"/> Prohledání osobních věcí pacienta <input type="checkbox"/> Porucha zařízení <input type="checkbox"/> Ztráta, krádež <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Chyba v medikaci <input type="checkbox"/> Poškození kůže, dekubity <input type="checkbox"/> Nedodržení léčebného režimu <input type="checkbox"/> Nebezpečný předmět <input type="checkbox"/> Pokus o sebepoškození <input type="checkbox"/> Pád <input type="checkbox"/> Záměna pacienta, dokumentace, materiálů	<input type="checkbox"/> Zranění osoby <input type="checkbox"/> Užití nedovolených látek <input type="checkbox"/> Napadení osoby <input type="checkbox"/> Sexuální obtěžování <input type="checkbox"/> Prohledání osobních věcí pacienta <input type="checkbox"/> Porucha zařízení <input type="checkbox"/> Ztráta, krádež <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chyba v medikaci <input type="checkbox"/> Poškození kůže, dekubity <input type="checkbox"/> Nedodržení léčebného režimu <input type="checkbox"/> Nebezpečný předmět <input type="checkbox"/> Pokus o sebepoškození <input type="checkbox"/> Pád <input type="checkbox"/> Záměna pacienta, dokumentace, materiálů	<input type="checkbox"/> Zranění osoby <input type="checkbox"/> Užití nedovolených látek <input type="checkbox"/> Napadení osoby <input type="checkbox"/> Sexuální obtěžování <input type="checkbox"/> Prohledání osobních věcí pacienta <input type="checkbox"/> Porucha zařízení <input type="checkbox"/> Ztráta, krádež <input type="checkbox"/>			
V. Slovní popis události (hodina, datum, situace, za které k události došlo, přítomné osoby apod.) 				
VI. Kdo a kdy byl o události informován? (jméno, příjmení, pracovní zařazení, jiný vztah k události, hodina, datum, reakce na informaci) 				

Hlášení převzal: (jméno, příjmení, pracovní zařazení)

Provedená opatření, doporučení, řešení pro další vývoj:

Podpis:

Dotazník

Milá kolegyně, kolego,

dovoluji si Vám předložit anonymní dotazník, který se týká hlášení mimořádných událostí v naší nemocnici. Prosím Vás o zaškrtnutí Vaší odpovědi nebo doplnění textu.

Děkuji Vám za čas, který věnujete vyplnění dotazníku a za Vaše cenné informace, které přispějí k řešení bezpečnosti v naší nemocnici.

Bc. Jitka Řehořová
hlavní sestra

1) Pracuji na oddělení: _____

2) Byl(a) jste svým vedoucím pracovníkem poučen(a) o hlášení mimořádných událostí?

NE
ANO

3) Existuje směrnice pro hlášení mimořádných událostí?

NE
ANO

4) Víte, co je to mimořádná událost?

NE
ANO

Vyjmenujte 2 mimořádné události: _____

5) Rozumíte významu hlášení mimořádných událostí?

NE
ANO

Napište alespoň 2: _____

6) Víte, kde najdete postupy v případě, že na vašem oddělení dojde k mimořádné události?

NE
ANO

Kde? _____

7) Kde najdete na vašem oddělení Hlášenku o mimořádné události?

8) Víte, co je to pojem „téměř pochybení“?

NE
ANO

9) Pokud jste odpověděl(a) na otázku č.8 ANO, odpovězte, zda by mělo by být hlášení o „téměř pochybení“ anonymní.

NE
ANO

Proč? _____

10) Cítíte se v našem zdravotnickém zařízení bezpečně?

ANO
NE

Proč? _____

