

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Kabinet veřejného zdravotnictví



Eliška Kocourová

Analýza rizik při poskytování zdravotní péče

Analysis of risks in health-care

Bakalářská práce

Praha, květen 2012

Autor práce: Eliška Kocourová

Studijní program: Veřejné zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: MUDr. David Marx PhD.

Pracoviště vedoucího práce: Kabinet veřejného zdravotnictví

Předpokládaný termín obhajoby: 28. 6. 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 27. 5. 2012

Eliška Kocourová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce MUDr. Davidu Marxovi PhD., za poskytnutí užitečných rad a MUDr. Zdeňku Hřibovi, za pomoc při zpracování dat z Národní databáze nežádoucích událostí.

ABSTRAKT

Tématem této bakalářské práce je Analýza rizik při poskytování zdravotní péče. Teoretická část se zabývá vznikem a principem fungování Národní databáze hlášení nežádoucích událostí v ČR, a jejími metodickými postupy. Popsána je zde i činnost WHO a doporučení Rady EU.

Praktická část je zaměřena na popis jednotlivých rizik při poskytování zdravotní péče a na analýzu databáze - Národní systém evidence nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních. Analyzovány jsou zde jednotlivá hlášení NU (nežádoucí událost), cílem bylo zjistit, jaká pochybení jsou zde nejčastější. Analýza je zaměřena na první půlrok roku 2011, kdy bylo nahlášeno celkem 2722 nežádoucích událostí. Podrobněji jsou pak sledovány statistické údaje týkající se NU v kategorii klinický výkon (109 pochybení), pádů (1009 pochybení) či nosokomiální infekce (46 pochybení), zkoumány jsou jednotlivé příčiny těchto pochybení. Předmětem diskuze je i důkladnost pořizovaných záznamů ze strany zdravotnického personálu, který velmi často neuvádí důležité informace o pacientech, nebo zaměňuje jednotlivé kategorie NU.

ABSTRACT

The topic of this Bachelor's dissertation is the Analysis of risks in health care. Theoretic part deal with the principles of operation of the database - National system of healthcare errors in Czech Republic. Described are the activities of WHO and recommendations of the EU Council too.

Individual types of healthcare errors are described in Practical part of this Bachelor's dissertation, with the analysis of database – National system of healthcare errors. Analyzed are individual reports of healthcare errors, whose aim was to find out what are the most common mistakes. 2722 healthcare errors were reported in first half of the year 2011. Categories clinical performance (109 healthcare errors), patient accident (1009) and infection control incident (46) are closely monitored. This Bachelor's dissertation is focus on ways of writing this registers too, because sometimes medical staff dont write needed informations about these accidents, or changed the categories.

Obsah

1. Úvod.....	8
2. Doporučení rady EU	9
3. WHO – Patient safety alliance.....	10
4. Rizika a druhy pochybení	12
5. National patient safety agency (NPSA).....	13
5.1 Databáze nežádoucích událostí	15
5.2 Klasifikace závažnosti poškození pacienta	16
5.3 Metodické postupy hlášení NU	19
5.3.1 Principy hlášení NU:.....	19
5.3.2 Zpracování nahlášených NU:	21
5.3.3 Analýza příčin:	22
6. Systémová opatření	23
7. Analýza systému hlášení nežádoucích událostí	24
7.1 Výstupy:	24
7.2 Analýza příčin.....	28
7.3 Osoby hlásící NU:	34
7.4 Úroveň poškození:.....	34
7.5 Diskuze:	35
8. Závěr	37
9. Seznam tabulek	39
10. Seznam obrázků	39
11. Seznam použité literatury	40

1. Úvod

Již před více než 100 lety začali američtí chirurgové hledat první východiska k zajištění bezpečné a kvalitní péče (v roce 1910 Ernest Codman zdůrazňuje význam standardů pro hodnocení nemocnice). Míra rizika při poskytování zdravotní péče je totiž v porovnání s jinými činnostmi velice vysoká. Ze zvyšující se kvalitou poskytování zdravotní péče se logicky snižují i rizika s ní spojená. Pojem kvalita není ale absolutní, tedy ani riziko chyb při poskytování péče nemůže být nulové, za vším totiž stojí lidský faktor, který není bezchybný. Od prvotních začátků se změnil celkový přístup k řešení celé problematiky. Původně když se našel viník tak byl ihned potrestán, dnes se díky důkladné analýze hledá původní příčina celé události a snaží se najít účinné nápravné opatření.¹

V roce 1999-2001 zveřejnil Americký institut medicíny IOM (Institut of Medicin) dva velmi důležité dokumenty dostupné široké veřejnosti; „To err is human“ (Chybovatí je lidské) a „Quality chasm“ (Propast v kvalitě). Oba tyto dokumenty vyzývaly zdravotnické pracovníky, aby hlavní prioritou v poskytování zdravotní péče bylo bezpečí pacienta. V roce 2009 Evropská unie a WHO sjednotily tuto problematiku a vymezily obecné cíle pro všechny členské státy. Jelikož bylo potřeba shromážďovat jednotlivá data o nežádoucích událostech, nejen pro srovnávání s ostatními státy, ale i pro svou vnitřní potřebu, vznikl ve Velké Británii roku 2001 systém hlášení – Reporting and Learning system. U nás na jeho základě vznikl na 3. LF UK Národní systém hlášení nežádoucích událostí, který byl uveden do provozu roku 2009, a je financován MZČR.

¹ STANĚK, Ivan. Co znamená kvalita a bezpečnost zdravotní péče. *Medical Tribune* [online]. Praha: 1/2011. Cit. 2012-03-20. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/20957-co-znamená-kvalita-a-bezpecnost-zdravotni-pece>

2. Doporučení rady EU

Jednotlivá doporučení rady EU platné pro všechny členské státy vznikly na základě těchto důvodů. Odhaduje se, že u 8-12% přijatých pacientů do zdravotnického zařízení dojde k újmě na zdraví v důsledku nežádoucí události při poskytování zdravotní péče. Tato problematika si zaslouží pozornost nejen z hlediska ochrany veřejného zdraví, ale i pro ušetření finančních prostředků ve zdravotnictví. Různé strategie týkající se bezpečnosti pacientů se rozvíjí v jednotlivých státech na různých úrovních, cílem tohoto doporučení je nastavit obecný rámec pro politiky členských států a určení obecných cílů. Samotní pacienti by měli být více informováni o jednotlivých standardech v nemocnicích v oblasti bezpečnosti pacientů a též by měli vědět, jakým způsobem je možné podat stížnost. Členské státy by stále měly zdokonalovat svůj systém podávání zpráv o nežádoucích událostech a dbát na důkladnou edukaci zdravotnického personálu o bezpečnosti pacientů.

Jednotlivá doporučení znějí:

- 1) Podporovat zavedení a rozvoj vnitrostátních politik zabývajících se bezpečností pacientů při poskytování zdravotní péče. Toho se docílí tak, že bude zvolen příslušný orgán zodpovědný za bezpečnost pacientů, dbát by měl i na neustálou aktualizaci a tvorbu standardů bezpečnosti při poskytování zdravotní péče. Součástí toho je i podpora a tvorba snadnějších a přístupnějších informačních systémů včetně využití všech dostupných informačních technologií. Cílem nových postupů je snížení počtu nejčastěji se vyskytujících nežádoucích událostí, jako jsou pochybení při klinickém výkonu, pády či dokumentace.
- 2) Zvýšit informovanost pacientů o platných normách v oblasti bezpečnosti pacientů, o všech možných rizicích souvisejících s poskytováním zdravotní péče a opatřeních, která tyto rizika zmenšují. Pacienti by též měli vědět o právu na informovaný souhlas s léčbou a o možnostech podání stížností a možnosti nápravného řízení.

- 3) Podporovat zavedení a posílení nerepresivních systémů podávání zpráv o nežádoucích událostech, a případů, ke kterým téměř došlo. Vytvořit by se mělo nestranné a otevřené prostředí pro podávání zpráv bez rizika represe pro zdravotnický personál a všechny ostatní osoby hlásící nežádoucí příhodu. Pracovníci by měli být motivováni k aktivnímu hlášení událostí, případně by měla být objasněna právní odpovědnost zdravotnického personálu.
- 4) Podporovat vzdělávání a odbornou přípravu zdravotnických pracovníků v oblasti bezpečnosti pacientů, toto doporučení se netýká pouze zdravotnického personálu, ale i všech ostatních pracovníků v daném zařízení tzn. příslušné řídicí a administrativní pracovníky. Zdravotnická zařízení by měla spolupracovat s organizacemi zajišťující vzdělávání, aby bylo zajištěno, že se téma bezpečnost pacientů dostala mezi všechny stupně pre i post graduálního studia a programů.
- 5) Sdílet znalosti a zkušenosti prostřednictvím vzájemné spolupráce s Komisí a příslušnými evropskými i mezinárodními organizacemi v oblasti zavádění transparentních programů a politik v oblasti bezpečnosti pacientů, včetně systému hlášení nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče.
- 6) Podporovat výzkum v oblasti bezpečnosti pacientů.²

3. WHO – Patient safety alliance

Organizace Patient Safety Alliance byla založena pod záštitou Světové zdravotnické organizace (WHO) v říjnu roku 2004, byla to první organizace, která sjednotila celou problematiku bezpečnosti poskytované zdravotní péče a určila závazné společné cíle všem členským státům. Program Patient safety je zaměřen na koordinaci, rozšíření a zdokonalování celé zmíněné problematiky v globálním měřítku, kladen je také důraz na všeobecné informovanosti o daném problému.

²Doporučení rady ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí: *Úřední věstník Evropské unie*.

Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_cs.pdf

Každý rok vydává organizace doporučení ke zlepšování bezpečnosti pacientů po celém světě. Je statisticky dokázáno, že každý rok utrpí 10 miliónů pacientů na světě újmu na zdraví při poskytování zdravotní péče. Zvláště velký problém je to v rozvojových zemích, kde je mnohonásobně větší šance ke vzniku újmy vzhledem k zastaralým technologiím a špatné celkové organizaci. Nekvalitní péče vede k prodloužení hospitalizace pacienta, což zvyšuje i celkové náklady na jeho léčbu.

Při vyhodnocování jednotlivých výzkumů je nezbytné jejich správné zavedení do praxe. Prvním krokem je vyměření stupně nebezpečí poškození pacienta v daném zdravotnickém zařízení. Druhým krokem je identifikace nebezpečí, proč se to děje, nikdy totiž není na vině jen jeden faktor, vždy jde o komplex dějů. Důležité je také ověřit, jaká řešení jsou nejúčinnější. Pokud se řešení jeví jako účinné, je důležité zohlednit také jeho ekonomický dopad a dostupnost ve skutečném provozu.

V květnu roku 2009 bylo vypracováno 50 hlavních priorit v oblasti bezpečnosti pacientů od WHO, na kterých pracovali experti z celého světa.

V roce 2009 vydalo WHO vzdělávací příručku – program týkající se výzkumu v oblasti bezpečnosti pacientů. Příručka zahrnuje učební strategie společně s technikami hodnocení NU platné pro všechny členské státy. Výzkumné metody jsou určeny k hodnocení míry poškození pacienta, odhalení „Near misses“ (nedokonaných pochybení) a samotným způsobům vzniku újmy. Platným standardem by mělo být také zpětné vyhodnocení dané situace ve formě např. diagramů, samozřejmě se musí vše přizpůsobit dané lokalitě, jelikož možnosti každého státu jsou jiné.

Cílem WHO v řešení zmiňované problematiky je vybudování globální výzkumné sítě, zlepšení komunikace napříč světem a posilování vzájemných mezistátních vztahů. Proto jsou také všechny výstupy z provedených studií zpřístupněny prostřednictvím WHO všem členským státům, aby se podle nich mohli sami inspirovat. Výzkum „bezpečnost pacientů“ je výzkum za pochodu. Jedině za činnosti zdravotnického zařízení se totiž mohou odhalit nedostatky

v komunikaci, či v zavedených postupech. Srdcem celého výzkumu jsou samotní pacienti, bez kterých by to vše nebylo vůbec možné. Díky těmto zkušenostem se mohou stanovit jednotlivé priority a zavést taková opatření aby se nežádoucí události neopakovaly. V jednotlivých regionech se mohou pacienti sami aktivně zapojit do výzkumu na všech jeho úrovních a pomoc tak zavést systém do praxe a zachránit tak jiné životy.³

4. Rizika a druhy pochybení

Neexistuje činnost, při které by nedocházelo k nějakému počtu pochybení. Vzhledem k velké rozmanitosti zdravotnických pracovišť a jednotlivých odborností, zde vyvstává i velké množství možných rizik pro pacienty. Pokrok v medicíně pokročuje velmi rychlým tempem, dnes se například operují předčasně narozené děti, nebo naopak 90letí senioři, u kterých by to dříve nebylo vůbec možné, se všemi těmito novými zkušenostmi a pokroky však přicházejí i nová rizika s tím spojená.

Jednotlivá pochybení můžeme rozdělit na:

1. Pochybení na úrovni jednotlivce: Na této úrovni vznikají pochybení nejčastěji, na druhou stranu se tato skupina pochybení dá nejsnadněji ovlivnit. Ať už začneme správným výběrem zaměstnance, přes pravidelná školení, vždy se tu najde dostatečný prostor pro změny. Mezi individuální chyby například patří :
 - Záměna léku, vakcíny
 - Špatná identifikace pacienta
 - Záměna strany
 - Nedostatek preventivních opatření (vznik dekubitů, pády...)
 - Omyl při preskripci

³ WHO. *Patient Safety Research* [online]. Cit. 2011-11-23. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf

- Neochota personálu pomoci pacientovi
- 2. Systém práce: Musí být navržen tak, aby předem s chybami počítal a snažil je včas odhalovat. Mezi taková opatření patří např. systematický sběr a analýza dat, týmová práce (kde se lékaři, či sestry navzájem kontrolují a doplňují). Systémové chyby jsou:
 - Podceňování vzniku možného rizika
 - Odmítání převzít odpovědnost za své činy
 - Nespolupráce
- 3. Organizace celkového provozu: Pro správné fungování celého systému jako celku, je důležité stanovit účinné vnitřní předpisy a směrnice, a umět se učit z vlastních chyb. Pracovníci by tak měli pracovat v prostředí, kde se za chyby netrestá, ale jsou neustále motivováni k týmové spolupráci.⁴

5. National patient safety agency (NPSA)

V roce 2001 vznikla NPSA v Anglii jako reakce na potřebnou změnu zdravotnického systému v oblasti bezpečnosti pacientů. Součástí je i systém hlášení NU Reporting and Learning system (RLS), je to vůbec první systém svého druhu na světě, ne že by se předtím tímto problémem nikdo nezabýval, ale je to první ucelený, systematický hlásicí systém. Tímto modelem se nechala inspirovat i Česká republika. Díky vzniku systému hlášení NU se nalézají nové zdroje rizik při poskytování zdravotní péče a objevují se nedostatky ve zdravotnickém systému. Nejzávažnější a nejčastější pochybení jsou řešeny ve spolupráci s NHS (National Health Service), který vymýšlí nápravná opatření k minimalizaci rizik. RLS je primárním orgánem NPSA a slouží ke shromažďování veškerých NU napříč celou Anglií a Walesem.

Do hlášení se zapisuje následující: co se stalo, kde a kdy. Dále se uvádí osobní údaje pacienta (věk, pohlaví, národnost) a jaké jsou z dané situace

⁴ HEGER, Leoš. Nežádoucí příhody při poskytování zdravotnické péče.

vyvozeny pro pacienta následky. Přímo NSPA mohou hlásit nežádoucí události elektronickou podobou zaměstnanci všech zdravotnických zařízení i samotní pacienti.

Princip fungování databáze je jednotný. Jednotlivá NU jsou evidovány pod kódem a klíčovým slovem pro usnadněné hledání. Databáze je rozdělena na jednotlivé kategorie s příslušnými podkategoriemi, podobně jako je ta naše. Vše navazuje a řídí se systémem klasifikace NU dle WHO. Kromě hlášení nežádoucích událostí do centrální databáze se v jednotlivých provádí benchmarking a lokální sledování a evidence NU.

Hlavním smyslem zmiňovaného systému hlášení je ponaučení se z chyb a předcházení dalším nenadálým pochybením, samozřejmě také snaha o neustálé zdokonalování poskytované zdravotní péče.

Mezi další významné organizace patří : the Health Commission, the Office for National Statistics, nebo pacientské organizace jako Action against Medical Accidents, či the NHS litigation Authority. ⁵

Do následující tabulky byly zahrnuty údaje srovnávající počet hlášených NU v Anglii a České republice za dané období. Vybrány jsou pouze některé kategorie z celkového členění dle WHO.

Tabulka 1: Počet nahlášených NU v ČR a Anglii, v období Q4 2010 a Q1 2011

	Q4 2010				Q1 2011			
	NRLS (EN)	%	ČR	%	NRLS (EN)	%	ČR	%
Medikační pochybení	32 965	11,2	7	0,8	29 684	10,7	58	4,7
Problémy s dokumentací	18 195	6,2	4	0,5	17 217	6,2	36	3,2
Pády	81 513	27,8	469	56,4	78 324	28,3	532	43,1
Problémy s klinickou péčí	12 818	4,4	7	0,8	12 097	4,4	45	3,6
Celkem (počet všech hlášených NU za sledované období)	293 319	100	831	100	276 918	100	1 233	100

Zdroj: NRLS Quarterly Data Workbook up to June 2011(1), Národní systém hlášení nežádoucích událostí

⁵ Hurwitz, Brian; Sheikh, Aziz. Analysis of health care error reports. In *Health Care Errors and Patient Safety*. UK: Blackwell Publishing Ltd, 2009. p. 224 – 238. ISBN 978-1-4051-4643-2

5.1 Databáze nežádoucích událostí

Národní systém hlášení nežádoucích událostí (dále jen NU) je databáze sloužící ke shromažďování informací o nežádoucích událostech ve zdravotnických zařízeních a snaží se pochopit příčiny jejich vzniku. Na základě sesbíraných dat se vydávají různá doporučení pro praxi. Co není cílem a smyslem databáze je veřejné sdílení interních dat např. s médii, pojišťovnami, nebo hledání viníků. Tento systém je podporován a financován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci zvyšování bezpečnosti pacientů a kvality poskytované zdravotní péče v našich zdravotnických zařízeních, správcem je však Kabinet veřejného zdravotnictví na 3. Lékařské fakultě v Praze. Metodika sledování NU navazuje na Doporučení Rady Evropské unie ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů. Není to zanedbatelná činnost, jelikož se odhaduje, že 8-12% přijatým pacientům do nemocnic je způsobena újma v důsledku nežádoucích událostí během poskytování zdravotní péče. Touto databází a následnými nápravnými opatřeními se dají ušetřit i některé výdaje. Nežádoucí události se nedají zcela vyeliminovat, jelikož lidský faktor zde hraje hlavní úlohu, a ten není bezchybný. NU se však dají snížit, což by mělo být cílem každé nemocnice i ostatních zdravotnických zařízení. NU je definována takto: „Nežádoucí událostí se rozumí událost, která způsobí pacientovi újmu. Újmou se rozumí poškození struktury nebo funkce lidského těla a/nebo jakýkoli nepříznivý účinek v důsledku tohoto poškození. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy poškození pacienta je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je zdravotnické zařízení nebo jeho pracovník. Za nežádoucí události jsou dále také považována neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta, pokud mají za následek trvalé poškození nebo úmrtí pacienta. Neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta jsou události nebo okolnosti u nichž není dosud známo, zdali bylo možné se jim vyhnout.“⁶

⁶ http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1847_15.html,

Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. LF UK. *Výsledky benchmarkingu* [online].

Verze 2010. Cit. 2011-10-05. Dostupné z:

Takto propracovaný systém v ČR se rozvíjí od roku 2007, start provozu se uskutečnil o dva roky později. V roce 2010 byla Metodika vydána ve věstníku MZ. Postupný proces byl i v zapojování nemocnic do databáze, nejdříve se zapojilo cca 20 převážně okresních nemocnic a to v lednu 2011, v dubnu se povinně zapojily všechny fakultní nemocnice a státní psychiatrické léčebny. V listopadu 2011 bylo systémem pokryto 40% všech lůžek v ČR. Zapojení zbylých nemocnic se chystá v dubnu roku 2012. Pro všechna ZZ je systém k dispozici zcela zdarma.

Zdravotnická zařízení nejsou povinna hlásit všechny NU, k těm co jsou povinné, patří: „Události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout a Neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta, pokud mají za následek trvalé poškození nebo úmrtí pacienta“⁷ Mezi nepovinně hlášené události patří např.: dekubity, nosokomiální infekce, socioekonomické či psychické poškození pacienta, zhoršení klinického stavu pacienta atd..

5.2 Klasifikace závažnosti poškození pacienta

Systém klasifikace je převzat od ICPS (International Classification for Patient Safety) dle WHO a je mezinárodní. Dělí se na hlavní kategorie a jejich vedlejší podkategorie. Každá nahlášená nežádoucí událost se řeší zvlášť.

<http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/benchmarking/2010/>

⁷ HŘIB, Zdeněk. *Prezentace Národního systému hlášení nežádoucích událostí. Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. LF UK* [online]. Verze 2011-11-27. Cit. 2012-02-03. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/zapojeni/>

Tabulka 2: International Classification for Patient Safety – hlavní kategorie

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

Zdroj: Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. LF UK. *Metodické dokumenty* [online]. Verze 2010.

Cit. 2011-10-05. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/>

Hlavním objektem zájmu mé analýzy je poškození pacienta, v rámci kategorie „klinický výkon“, proto zde zmiňuji pouze tuto kategorii.

Tabulka 3: Vedlejší kategorie - Problém s klinickým výkonem (vyšetření, ošetření, skrining)

Vedlejší osa 1 - Výkon	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Screening, prevence, pravidelná prohlídka
02	Diagnóza, posouzení
03	Ošetření, intervence
04	Obecná péče, management
05	Testy, vyšetření
06	Odběry, výsledky
07	Nañízená péče, omezení
XX	Jiný ⁸
??	Neznámý

Tabulka 4: Další specifikace podkategorie klinický výkon

Vedlejší osa 2 - Problém	
Kód	Název vedlejší kategorie
01	Neprovedeno ačkoliv mělo být provedeno
02	Provedeno nekompletně, neadekvátně či chybně
03	Nedostupné
04	Záměna pacienta
05	Záměna výkonu (ošetření, vyšetření, testu ...)
06	Záměna strany, orgánu či místa výkonu
XX	Jiný
??	Neznámý

⁸ Jiné – pracovník ví, kam by měl NU zařadit, ale pro danou NU neexistuje vhodná kategorie
Neznámý - pracovník neví, kam danou NU zařadit

5.3 Metodické postupy hlášení NU

Jednotlivé NU se zapisují na pracovištích jejich vzniku, v zařízení je shromažďuje manažer rizika. Poté jsou online zasílány již anonymně do centrální databáze nežádoucích událostí (každému zdravotnickému zařízení je v systému přiřazen šestimístný číselný kód). NU se vypisují v jednotném formátu do již předem připraveného formuláře (viz níže). Data se zde zapisují dle určených kategorií podle systému klasifikace od ICPS (International Classification for Patient Safety) dle WHO. Kategorie NU a jejich subkategorie jsou vyplňovány vždy (opomenuly již zmíněné záměny), avšak kolonka „pacient“, kde by bylo vhodné vypsát pohlaví a věk, či kolonka s názvem, oddělení a pracoviště zůstávají opomíjena. Jenom za první půlrok chybělo vyplněné pohlaví a věk pacienta v 90% a pracoviště s oddělením v necelých 60% všech případů.

5.3.1 Principy hlášení NU:

1. Zdravotnické zařízení deklaruje, že nebude vymáhat sankce po dotyčném, který NU nahlásí.
2. Zdravotnické zařízení ustanovuje hlášení NU jako povinnost všech pracovníků příslušného zdravotnického zařízení, kteří událost zjistí.
3. Zdravotnické zařízení zajistí školení a výukový materiál pro své pracovníky o smyslu a účelu hlášení nežádoucích událostí.
4. Hlášení NU je anonymní.
5. Provedení hlášení není složité a vyžaduje textový popis nežádoucí události.
6. Hlášení je bez zbytečné prodlevy směřováno přímo k osobě, které se zabývají ve zdravotnickém zařízení zpracováním NU.⁹

⁹ Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. LF UK. *Metodické dokumenty* [online]. Verze 2010. Cit. 2011-10-05. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/>

Tabulka 5: Formulář pro hlášení NU

ID	«Čárový_kód_formuláře»		
Kdy	«Rok_kdy_se_NU_stala» / «Měsíc_kdy_se_NU_stala»	odd	«Pracoviště_zjištění»
Pac	«Pacient__Pohlaví» «Pacient__Věk__roky» let	prac	«Upřesnění_pracoviště»
Real	«Pacient__Úroveň_poškození»	Max	«Nejvyšší_možné_poškození»
Opa k	«Pravděpodobnost»	Zjiš ť	«Obtížnost_včasného_zjištění»
Prev	«Lze_přijmout_preventivní_opatření»	Kat	«Druh_NU_dle_WHO»
Sub 1	«Upřesnění_druhu_NU_1»	Sub 2	«Upřesnění_druhu_NU_2»
Náz	«Název_incidentu»		

Co se stalo: «K_čemu_došlo»

Okamžité řešení: «Okamžité_řešení_události_následující_po_»

Předchozí prevence: «Předchozí_preventivní_opatření»

Předpokládaná prvotní příčina: «Prvotní_příčina_události»

Hlásícím navržená preventivní opatření: «Navržená_preventivní_opatření»

Vyšetření lékařem: «Vyšetření»

Ošetření lékařem: «Ošetření»

RCA: «Výsledek_RCA»¹⁰

Preventivní opatření k realizaci: «Preventivní_opatření_k_realizaci»

Výsledek řešení: «Výsledek_řešení»

Zdroj: Pracovní list, MUDr. Zdeněk Hřib, Kabinet veřejného zdravotnictví

¹⁰ RCA – root cause analysis (analýza hlavní příčiny). Je to metoda pro zjišťování hlavních příčin neefektivního provozu. Problémy se nejlépe řeší pokusem o nápravu, nebo odstranění hlavní příčiny, na rozdíl od pouhého řešení okamžitě zjevných příznaků.

5.3.2 Zpracování nahlášených NU:

Zdravotnické zařízení si určí jednotný postup řešení jednotlivých kroků ve zpracování nahlášených nežádoucích událostí. U jednotlivých kroků musí být vypsána jejich náplň a odpovědnost. O každé nežádoucí události je zdravotnické zařízení povinno informovat vedoucího pracovníka na oddělení kde k nežádoucí události došlo, dále oddělení, na kterém je pacient momentálně hospitalizován. V případech, kdy dojde k poškození pacienta s trvalými následky či k jeho úmrtí, musí být ihned informováno oddělení pro styk s veřejností.

Zdravotnické zařízení (ZZ) klasifikuje druh NU dle Mezinárodní klasifikace dle WHO. Na vyžádání hlásícího je možné zaslepení jeho jména pro jiné osoby než ty, které se přímo účastní vyhodnocování analýzy hlášení. ZZ si musí určit kritéria pro kategorizaci NU jako „závažné“, zároveň určí osoby, které budou tuto kategorii zpracovávat současně s přesným postupem, jak budou tito pracovníci postupovat. ZZ je povinno analyzovat všechny závažné nežádoucí události a případně i jiné NU, u kterých je např. vysoká četnost výskytu a předpokládá se tedy, že by analýza přinesla zlepšení stávajících procesů poskytování zdravotní péče v daném zařízení. Analýza závažných NU je zahájena do 3 pracovních dnů od nahlášení, u ostatních je to až do 10 pracovních dnů.

Hodnocení závěrů provedené analýzy má na starost manažer rizika, který také může navrhopvat ve spolupráci s odbornými pracovníky jednotlivá preventivní opatření pro snížení rizika. Návrh musí obsahovat časový harmonogram zavedení do praxe, způsob hodnocení jeho účinnosti a nástin ekonomické zátěži pro dané ZZ spojené s daným preventivním opatřením. Návrh schvaluje příslušný orgán nemocnice. Minimální složení tohoto orgánu je: předseda (s odpovídající autoritou, např. jeden z primářů), primáři jednotlivých oddělení, ekonom, manažer rizika, hlavní sestra, člen vysokého vedení (ideálně s právním povědomím). Schválený návrh tímto orgánem putuje dále ke schválení managementu zdravotnického zařízení, který ho buď odsouhlasí, nebo zamítne.

O přijatých preventivních opatření musí být informováni všichni zaměstnanci zdravotnického zařízení.¹¹

5.3.3 Analýza příčin:

Analýza příčin (RCA- root cause analysis) je součástí zpracování nežádoucích událostí. V rámci analýzy jsou zkoumány jednotlivé problémy při poskytování zdravotní péče. ZZ si určí osoby, které se budou zabývat analýzou příčin. Tyto osoby musí být řádně proškoleny v oblasti mechanismu vzniku NU, ve zvolené technice analýzy a též v takto sestaveném týmu pracovníků musí být člen s klinickou zkušeností v odpovídajícím oboru.

Potřebné informace pro analýzu jsou získávány ze zdravotnické dokumentace a z rozhovorů. Využívat se mohou i záznamy rozpisů služeb apod..

POSTUP:

- 1) Nejdříve se musí identifikovat z dostupných dokumentací jasné problémy při poskytování péče a podle nich tak sestavit hrubý chronologický souhrn. Osoby provádějící analýzu pak rozhodují o tom, se kterými účastníky NU bude veden rozhovor a na kterou oblast péče bude kladen při zpracování analýzy důraz.
- 2) Ve druhé části je prováděn samotný rozhovor, neboli se sbírají potřebná data, se zúčastněnými osobami NU.
- 3) Pokud je během rozhovorů nalezen rozpor mezi zaznamenanou dokumentací a vypovědí o diskutovaném problému při poskytování péče, musí být rozhovor s příslušnými účastníky rozhovor zopakován.
- 4) Na konec se vypracuje závěrečná část o analýze, která obsahuje:
 - Chronologický postup všech událostí, které vedly k pochybení.
 - Vypracovaný protokol ke každému zjištěnému problému poskytování péče, obsahující všechny přispívající faktory.

¹¹ Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. LF UK. *Metodické dokumenty* [online]. Verze 2010. Cit. 2011-10-05. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/>

- Popis zavedených preventivních mechanismů zmírňující dopad NU na pacienta.

Každé zdravotnické zařízení by mělo provádět pravidelně souhrnnou analýzu nashromážděných dat, zároveň si určí data, která budou sledována dlouhodobě kvůli vývoji trendů. Časové období provádění souhrnné analýzy musí být pevně stanoveno, např. každý kvartál. Závěrečná zpráva o analýze by měla obsahovat i jednotlivé návrhy preventivních opatření, či návrh na podrobnější sledování daného problému. Zdravotnická zařízení by měla také neustále získávat srovnávací mezinárodní data např. z projektů poskytující benchmarkingová data.

12

6. Systémová opatření

V naší legislativě je dáno několik opatření, jimiž je zajištěno poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče. Patří sem absolvování různých dobrovolných i povinných seminářů, školení, kurzů nebo i celoživotní vzdělávání zdravotníků. Pro zajištění minimalizace pochybení je tu i systém udělování akreditací a státem regulovaný dozor nad dodržováním požadavků na kvalitu péče. Každá nemocnice a zdravotnické zařízení disponují svými vnitřními předpisy a směrnicemi, které též zvyšují kvalitu poskytované péče. Krom vnitřních předpisů, které si mohou upravovat sami jednotlivá zařízení, vydává MZČR i plošné směrnice regulující správnou lékařskou praxi. Poslední dobou přibývá i množství evropských směrnic pro zvyšování kvality poskytování zdravotní péče od WHO a rady EU.

¹² Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. LF UK. *Metodické dokumenty* [online]. Verze 2010. Cit.

2011-10-05. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/>

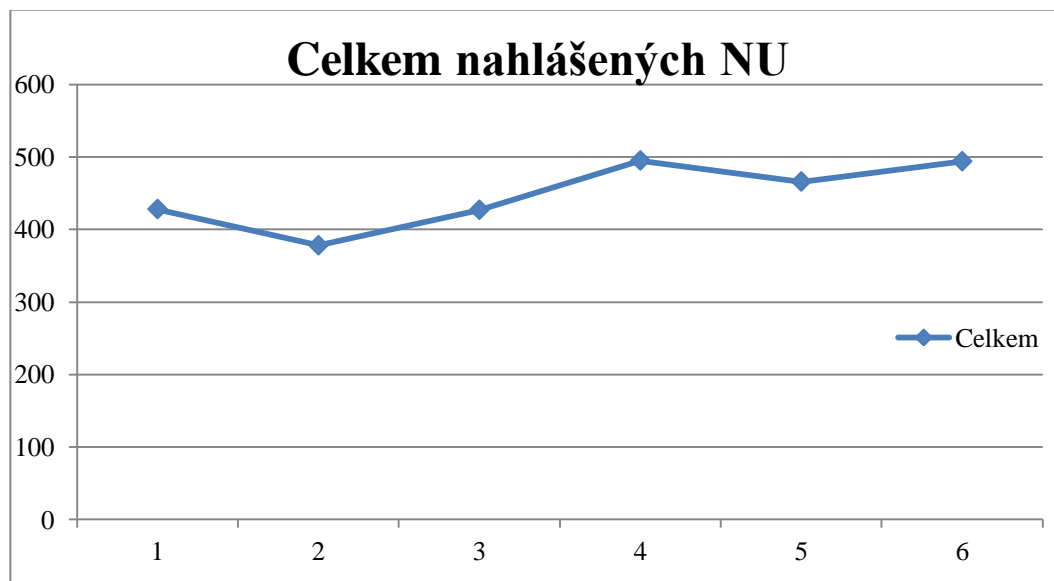
7. Analýza systému hlášení nežádoucích událostí

V rámci své bakalářské práce jsem provedla analýzu NU za 1. polovinu roku 2011 se zaměřením na kategorii „klinický výkon“ na základě dat v centrální anonymizované databázi Národního systému NU. Mým cílem, bylo zaměřit se na správné zařazování nahlášených NU do příslušných kategorií a podkategorií, a dále na uvádění všech potřebným náležitostí jako je název kliniky, oddělení či pohlaví a věk pacienta. Kategorie klinický výkon má dvě podkategorie: výkon a problém, viz výše. Pro lepší, podrobnější a hlavně přehlednější uvádění NU bude potřeba v budoucnu přidat některé kategorie, po mém prozkoumání prvního půlroku mě napadla podkategorie např. alergická reakce. Tímto krokem by se dalo předejít “zneužívání“ kategorie “jiný a neznámý“, které zdravotnická zařízení využívají v případech kdy, buď vědí přesně, co se stalo, ale neexistuje pro to příslušná kategorie a, nebo nevědí, kam co zařadit, a radši pro urychlení práce zvolí kategorii “neznámý“.

7.1 Výstupy:

Do hlášení bylo zapojeno celkem 41 ZZ. Nahlášeno bylo celkem 2722 NU z toho v kategorii klinický výkon 109, oproti celkovému počtu by se toto číslo mohlo zdát zanedbatelné, ale pochybení právě v této kategorii může mít dalekosáhlé důsledky a často i ohrožuje pacienta na životě. Ve skutečnosti jich je však ještě o něco méně, zjistila jsem totiž, že v několika případech bylo zařazení do kategorie klinický výkon nesprávné. Týká se to například pádů, které mají svou vlastní hlavní kategorii (kód 13), stejně tak dekubity (kód 30) a kategorie problém při použití medicínských přístrojů (kód 09). Tyto skutečnosti mohou vést ve výsledku k zavádějícím statistikám. Další zkreslení statistických dat může způsobovat fakt, že některá zdravotnická zařízení dávají přednost jen určitým druhům NU, která jsou pro dané zařízení typické a ostatním se tolik nevěnují, nebo i když shromažďují data všech typů, do centrální databáze zasílají jen ty podle nich nejzávažnější.

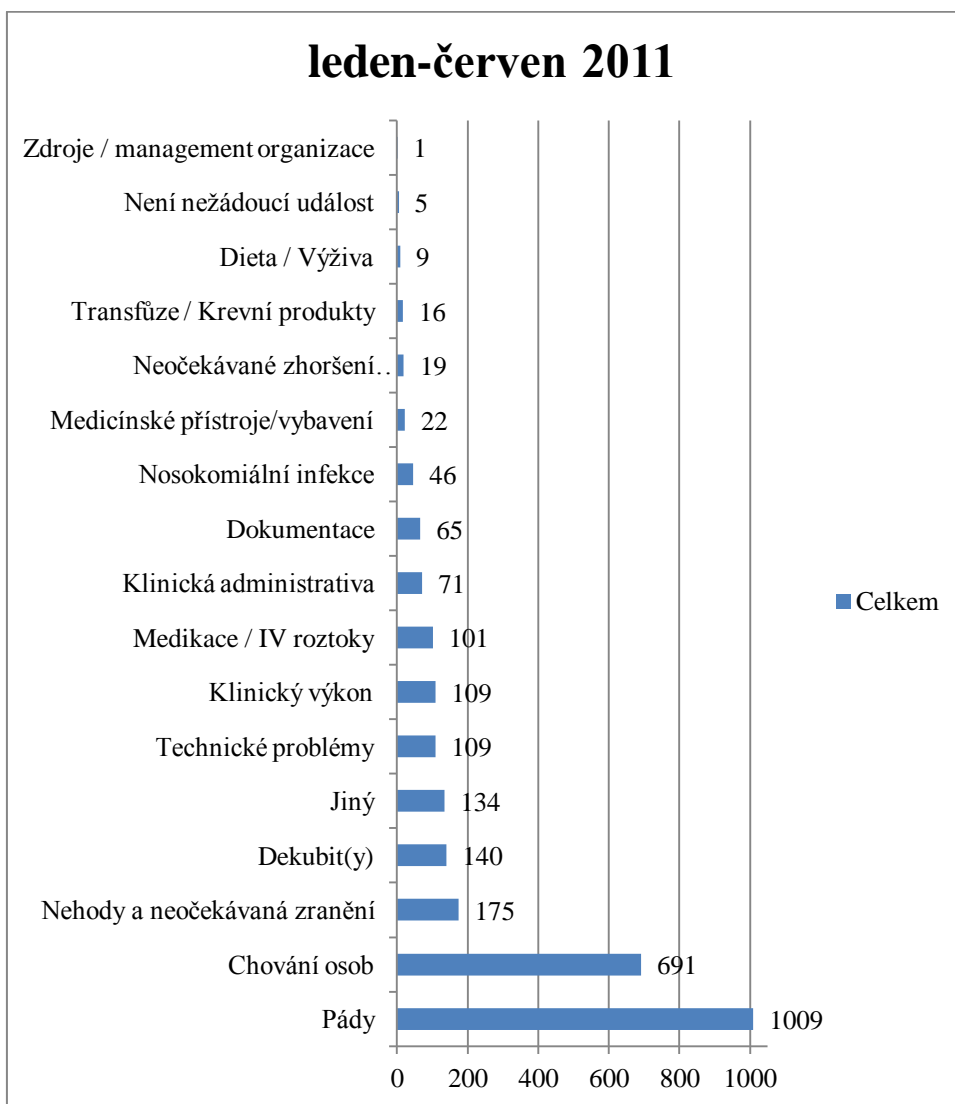
Obrázek 1: Celkový počet nahlášených NU za období leden-červen 2011



Zdroj: Národní systém hlášení nežádoucích událostí

1. 4. 2011 se do systému hlášení NU zařadily další instituce, hlavně psychiatrické léčebny a další Fakultní nemocnice, z tohoto důvodu se zvýšil i počet nahlášených NU. Zvyšující se trend se udržuje i v následujících měsících. Všeobecně však známým problémem hlášení NU je pozdní zadávání dat do databáze.

Obrázek 2: Druhy jednotlivých pochybení v rozmezí leden-červen 2011



Zdroj: Národní systém hlášení nežádoucích událostí

V průběhu minulého půlroku se nejvíce NU stalo v rámci pádů, nejohroženější skupinou jsou zde senioři a malé děti. Seniorů z toho bylo cca 78%. Nejčastější příčinou pádu byla ztráta rovnováhy (37%), uklouznutí (11%) či zakopnutí, při samovolném opuštění lůžka. Jednalo se o ortostatické kolapsy, závratě, v několika případech se šlo o pacienty po amputaci, kdy ještě nezvládali pohyb s protézou. Naštěstí nedošlo téměř nikdy k závažným zraněním, šlo převážně o vznik drobných hematomů, nebo krvácení z nosu.

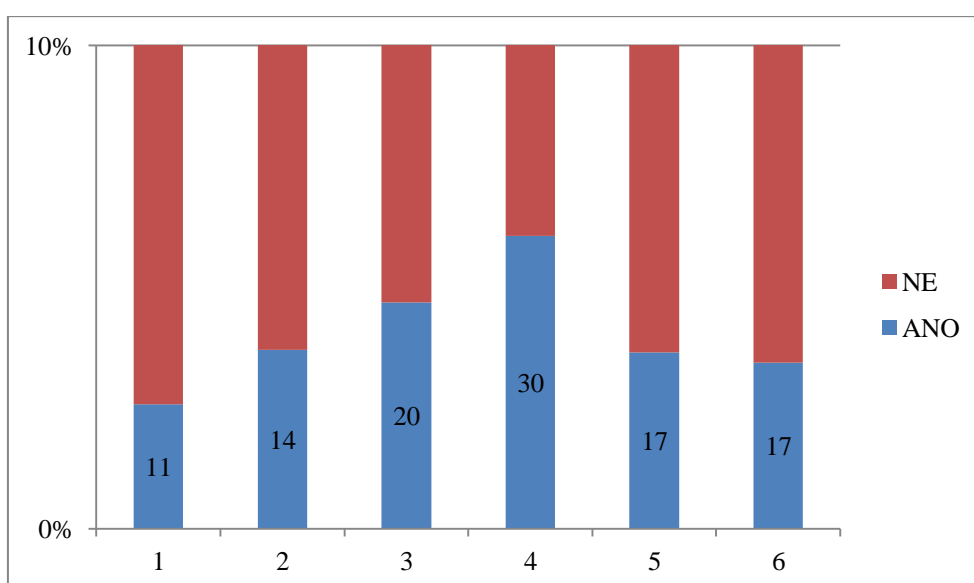
Od ledna do června roku 2011 bylo hlášených 46 případů NN. Oproti jiným kategoriím zde příslušní pracovníci neuváděli bližší informace o postiženém cca u poloviny případů. Což si myslím, že zejména u infekčních onemocnění by mělo být samozřejmostí. Z těch NU, které byly uvedeny detailně, se jednalo o výskyt MRSA, Klebsiely pneumonie, Clostridie či virové gastroenteritidy, které se blíže laboratorně nedokázaly identifikovat.

Mezi druhou nejpočetnější kategorií NU patří Chování osob s celkovým počtem nahlášených událostí 691. Nejčastěji se zde jednalo o mimořádnou událost: „nepovolený odchod pacienta“ (většinou z důvodu nutnosti zajít si ven zakouřit) nebo výskyt krádeží. V nemálo případech se objevilo u pacientů nebezpečné chování jako je vytrhávání si infuzí nebo jiný druh sebepoškozování.

7.2 Analýza příčin

Na následujících grafech můžeme vidět jednotlivé body kategorie klinický výkon a množství NU, které se staly v minulém půlroce, v celkovém počtu 109 nahlášených případů. Počty nahlášených NU jsem rozdělila do jednotlivých měsíců, jednotlivá čísla vztahující se ke každému měsíci můžeme vidět níže na grafech.

Obrázek 3: Počet nahlášených NU (klinický výkon) rozdělených do jednotlivých měsíců



Zdroj: Národní systém hlášení nežádoucích událostí

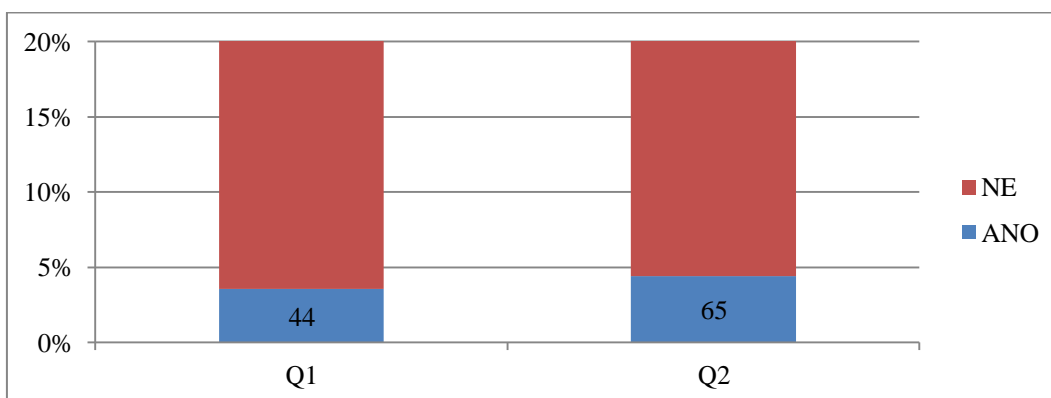
1-6 – leden-červen

ANO – došlo k pochybení při klinickém výkonu

NE- nedošlo k pochybení při klinickém výkonu

Vzhledem k tomu, že od 1. 4. 2011 se do systému hlášení NU zapojily další zdravotnické instituce, počet nahlášených NU se v tomto měsíci výrazně navýšil.

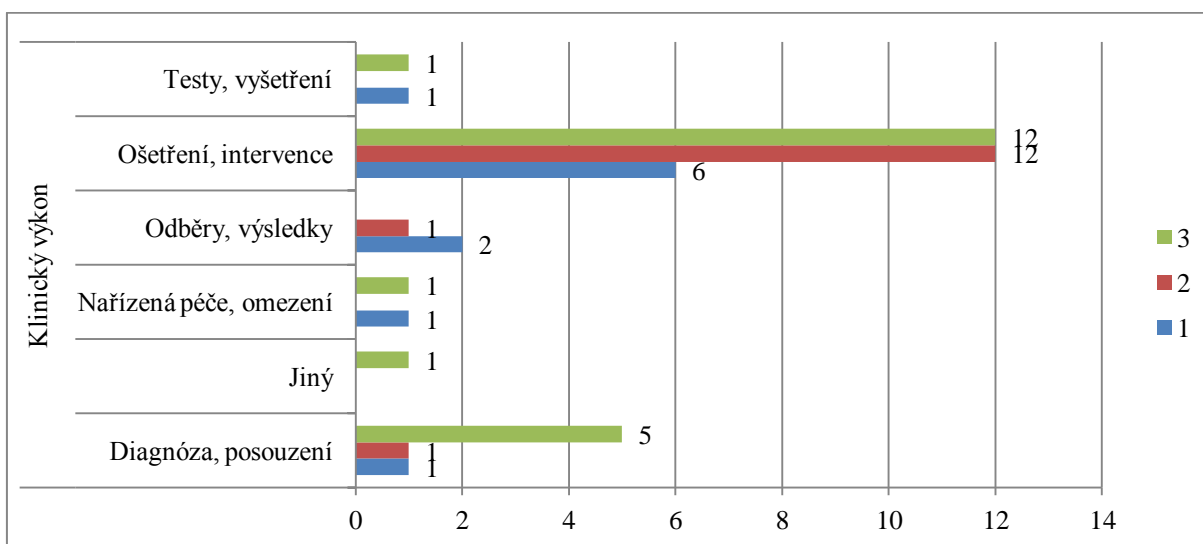
Obrázek 4: Kategorie klinický výkon rozdělen do prvního a druhého kvartálu



Zdroj: Národní systém hlášení nežádoucích událostí

Téměř ke každé primární kategorii existují až dvě doplňkové kategorie, které jsou nezávislé, mají vlastní stupnici a zpřesňují klasifikaci dle hlavní kategorie. Vše je odvozeno a řízeno klasifikací ICPS (International Classification for Patient Safety) dle WHO. Ke kategorii klinický výkon se vztahují dvě podkategorie, jedna, týkající se výkonu a druhá upřesňující problém, viz níže.

Obrázek 5: SUBKATEGORIE 1, klinický výkon



Zdroj: Národní systém hlášení nežádoucích událostí

1 - leden

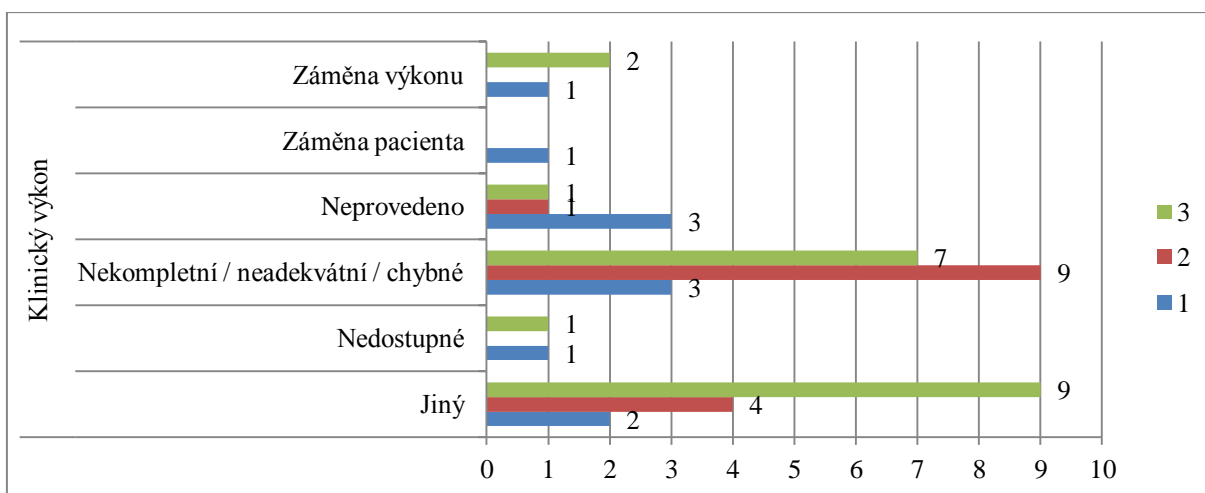
2 - únor

3 - březen

První graf popisuje jednotlivé body kategorie „klinický výkon“, v rámci provedeného výkonu. Na základě uvedených dat je patrné, že v lednu se nejvíce stalo NU v rámci ošetření a intervence a to 6krát. Z 3/4 se to týká pacientů se vznikem dekubitu po náročných operacích. Vzhledem k tomu, že by to správně nemělo být vůbec zařazeno do kategorie klinický výkon, to významně ovlivňuje výsledný graf.

V únoru a březnu se zvýšil tento počet na dvojnásobek, jednotlivé příčiny byly více rozmanité. Tradičně nejvíce vzniklo dekubitů, vyskytla se tu ale i neočekávaná alergická reakce. Za zmínku stojí i pooperační komplikace, či komplikace přímo během operačního výkonu. Nejvíce mě zaujalo pochybení týkající se záměny operační diagnózy nastalé v březnu, kdy došlo k incizi kůže v jiné lokalitě. Chyba byla naštěstí včas odhalena.

Obrázek 6: SUBKATEGORIE 2, klinický výkon

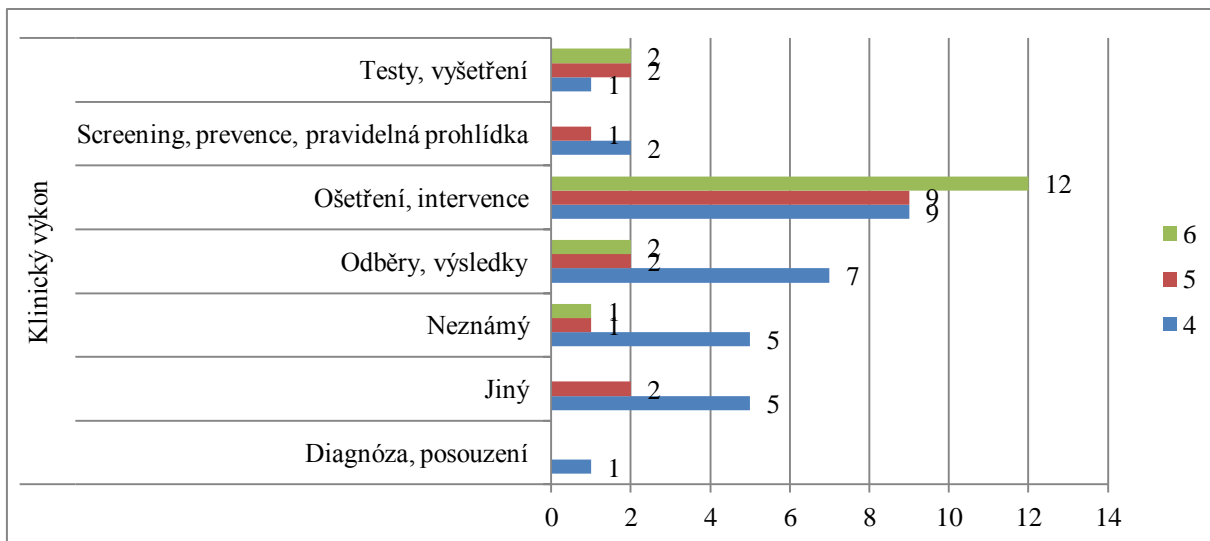


Zdroj: Národní systém hlášení nežádoucích událostí

Hesly v druhé podkategorii jsou blíže popisované nastalé NU. Není překvapivé, že velká část nahlášených NU se schová pod kategorie „jiný a nekompletní / neadekvátní / chybné“, jelikož jsou to kategorie s velmi širokým rozsahem. Skupina „jiný“ se využívá v případech, kdy pro danou událost neexistuje příslušná skupina, avšak v mnoha případech je to zneužívání z časové úspory, je jednodušší zadat položku jiný než detailně zkoumat kam danou NU

zařadit. Ve většině případů se jedná o chybu lidského faktoru, hlavně nepozornost, nedodržování vnitřních předpisů atd.

Obrázek 7: Počet hlášených NU (klinický výkon) za období duben – červen 2011

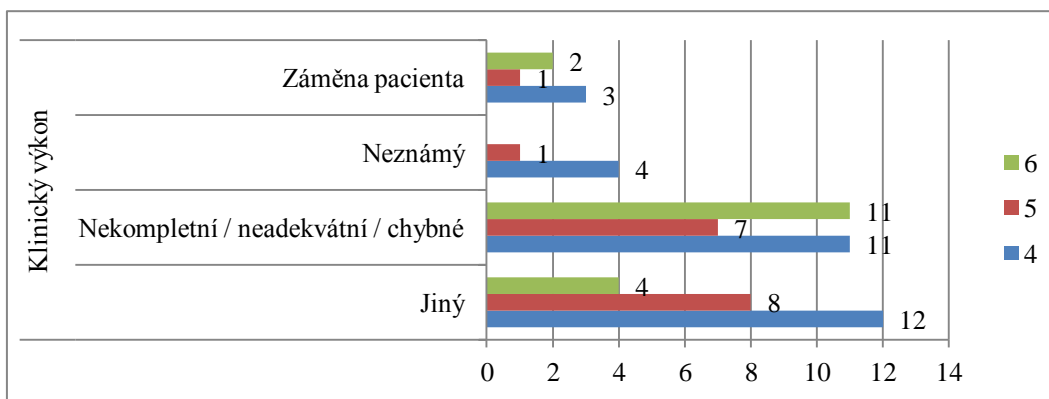


Zdroj: Národní systém hlášení nežádoucích událostí

4 – duben, 5 – květen, 6 – červen

V dubnu, květnu i červnu se nejvíce NU stalo v kategorii ošetření a intervence stejně jako v předchozích měsících. Týkalo se to hlavně technických závad při operačních výkonech a neočekávaných pooperačních stavech, vyskytlo se tu i nedodržení vnitřních předpisů. V jednom případě zde byla tato kategorie špatně zařazena, správně by měla být v kategorii pádů. V dubnu došlo častým záměnám pacientů při odběrech.

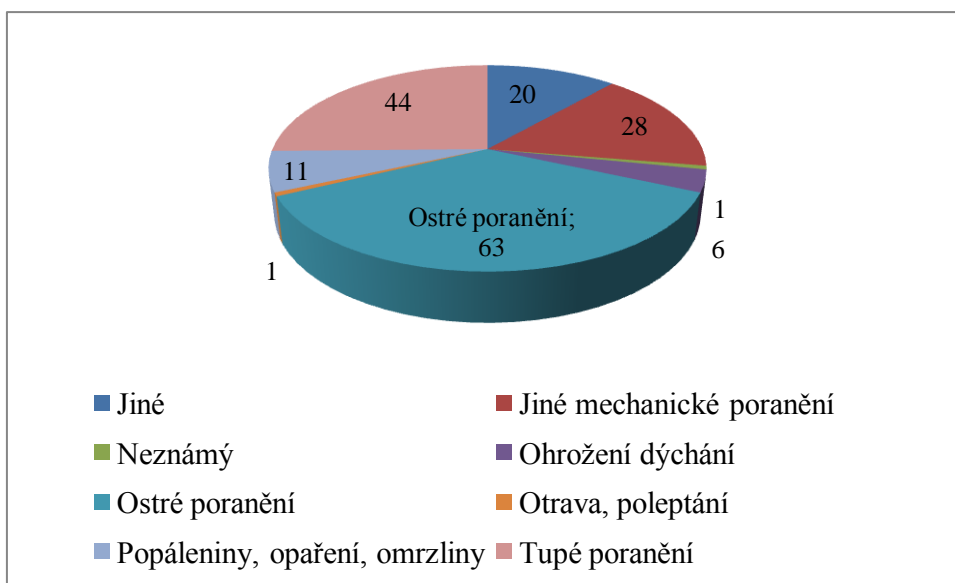
Obrázek 8: Počet hlášených NU za duben – červen, podkategorie klinický výkon



Do podkategorie Nekompletní/neadekvátní/chybné bylo zařazeno např. hrubé porušení hygienických pravidel lékařem při výkonu chirurgického zákroku, kdy neměl rukavice. Dále se to týkalo chybných odběrů nebo jejich špatného vyhodnocení v laboratoři.

U kategorie nehody a neočekávané zranění došlo za první půlrok 2011 celkem k 175 pochybení. Nejčastěji docházelo k ostrému poranění, cca 63% nahlášených případů se týkalo personálu a 38% pacientů. Co se týče ostrého poranění u pracovníků, jednalo se ve většině případů o poranění jehlou při odběrech, kdy byl pacient neklidný a nespolupracoval. Asi ve 4 případech šlo o poranění pomocného personálu, který se poranil o jehly při úklidu, kdy jehly pravděpodobně nebyly řádně zabezpečeny. Pacienti se nejčastěji poranili sami díky agresivnímu chování a sebepoškozování, dále došlo k několika pádům, nebo došlo k technické vadě např. u stojanu s infuzí. Jelikož téma této práce je analýza rizik při poskytování zdravotní péče u pacientů, opustím nehody u zdravotnického personálu a dále se zaměřím pouze na pacienty.

Obrázek 9: Kategorie nehody a neočekávaná poranění

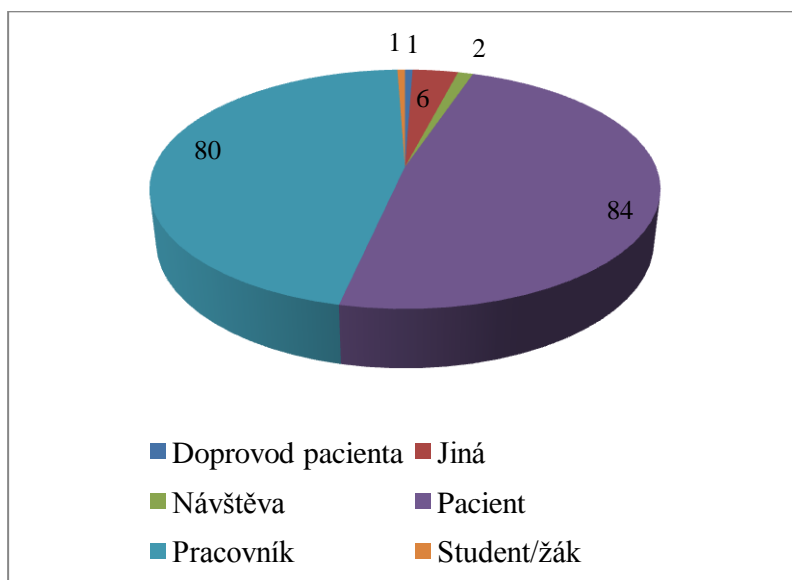


Zdroj: Národní systém hlášení nežádoucích událostí

Druhou nejpočetnější skupinou v nahlášených nehodách jsou tupá poranění, celkem 44, z toho pacientů se týká 30 nehod, což je z celkového počtu tupých poranění 68,18% . Nejčastěji se jednalo o podlitiny způsobené pády, 40%, klasicky nejvíce k poranění docházelo v koupelnách a na kluzkých chodbách. Druhou nejpočetnější skupinou byly nehody při fyzioterapii a to celkem v 6 případech, v rámci sportovní terapie došlo k 4 úrazům, kde se jednalo o distorze, v jednom případě došlo i k zlomenině v kotníku. Po jednom případě se jednalo o sebepoškozování, epileptický záchvat, či srážku s vozidlem.

Co se týče osob, u kterých došlo k nežádoucí události, můžeme z následujícího grafu vidět, že počet poškozených pacientů a zdravotnických pracovníků je téměř vyrovnán.

Obrázek 10: Počet osob, kterým byla způsobena újma v kategorii nehody a neočekávaná poranění

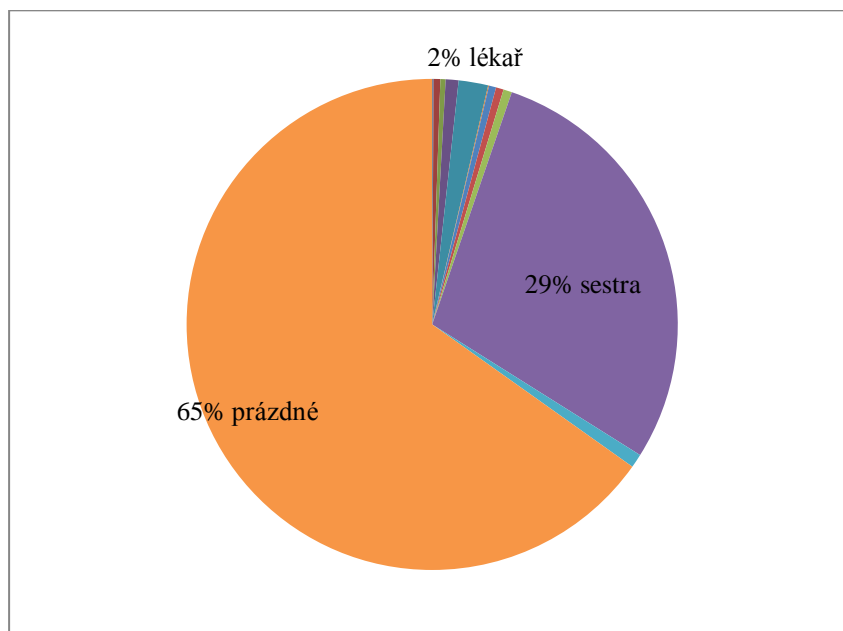


Zdroj: Národní systém hlášení nežádoucích událostí

7.3 Osoby hlásící NU:

Z více jak 60% není známo, kdo danou NU nahlásil. Pokud pomineme tuto významnou skutečnost, nejčastěji hlásícím personálem NU jsou zdravotní sestry a to v téměř 30% tzv. 906 případů, lékaři nahlásili 2% NU. U ostatního zdravotnického personálu jako jsou fyzioterapeuti, sanitáři, nutriční terapeuti atd. se procento hlášených mimořádných událostí pohybuje v rozmezí od 1-2%.

Obrázek 11: Osoby hlásící NU



Zdroj: Národní systém hlášení nežádoucích událostí

7.4 Úroveň poškození:

Z celkového počtu hlášených NU za dané období bylo 20% klasifikováno jako nepoškozující tzv. 632 NU. 4,3 % pacientů museli být monitorováni, přibližně u stejného počtu pacientů musel být proveden v důsledku mimořádné události nutný výkon. Procento pacientů ohrožených na životě, či s trvalými následky se pohybuje okolo 0,4%. Smrt nastala u 4 nahlášených případů. Potřeba hospitalizace se týkala 4% NU.

7.5 Diskuze:

V prvním pololetí roku 2011 bylo ZZ zasílajícími hlášení do Národního systému hlášení nežádoucích událostí, poskytnut objem péče v rozsahu 2 396 170 lůžkodnů, tzn. 0,11% NU na jeden lůžkoden a 331 180 nových hospitalizací, tzn. 0,82 NU na 100 nových hospitalizací. Tyto čísla jsou však pouze orientační vzhledem k tomu, že teprve až ve druhém kvartálu se připojila většina ZZ, a tyto počty jsou za oba kvartály.

Nejvíce bylo nahlášeno pádů a to 1009, tzv. 37,1%. Jelikož téměř 80% pacientů tvoří senioři, je nutný zvýšený dozor nad touto rizikovou skupinou. Mezi preventivní opatření sem patří důkladná edukace pacientů o následcích dalšího pádu, o způsobu chůzi, signalizaci, nutnosti pomalého vstávání či instalace postranic. Důležité je také odstranit všechny potencionálně možné překážky hlavně v cestě na toaletu, jelikož právě na toaletě nebo v koupelně dochází většinou k pádu (z důvodu např.: mokré podlahy). Jiným podstatným důvodem zvýšeného množství pádů může být nedostatečný počet zaměstnanců, kteří tak nezvládají dostatečně dohlížet na tento druh pacientů.

Vznik pochybení u provádění klinického výkonu není žádnou výjimkou. Nejčastěji se můžeme setkat NU v rámci ošetření a při provádění výkonů a to v 55,05%, dále ve stanovování diagnózy, odběrů nebo v selhání lidského faktoru. U ošetření dochází nejvíce ke vzniku dekubitů, tento problém je sám o sobě jen těžko preventabilní. Záleží na více faktorech, na věku a stavu pacienta, typu operace i na typu podaných anestetik. Nejvíce je proto důležitá následná pooperační péče. Zde vyvstává problém nedostatku pomocného personálu – sestry často nejsou schopni pacienta uzvednout a změnit mu polohu lehu či není dostatečné množství antidekubitárních lůžek. U odběrů dochází nejčastěji k záměně pacienta. Zdravotní sestry si většinou, pravděpodobně z důvodu šetření času, předem popisují identifikační štítky na zkumavkách (správně by sestra měla zapsat pacientovu identifikaci až po provedení odběru). Když pak pacienta hned nezastihnou a změní se jim pořadí pacientů, mohou nabrat krev do zkumavky s jiným jménem, a hned je tu problém, naštěstí se ve většině případů odhalí hned

ve svém počátku. Popisování zkmavek však není jediným problémem, často totiž sestry zapominají na identifikaci pacienta. Toto se týká hlavně lůžkových oddělení, kde sestry pacienty znají a tak spoléhají na vlastní paměť, což je špatně.

V rámci prevence NU by měl všechen zdravotní personál určitě dodržovat vnitřní předpisy stanovené danou nemocnicí. K minimalizaci NU pomůže jistě také zvýšení, hlavně pomocného personálu, jelikož právě z únavy dochází k nepozornosti a následným chybám, které mohou být příčinou újmy pacienta. Mezi další možné zdroje pochybení můžeme zařadit časový stress zdravotnického personálu, nedostatečnou údržbu přístrojů a skladování léčiv nebo nepřiměřené zaškolení nových pracovníků.

38% nahlášených nežádoucích událostí z kategorie „nehody a neočekávaná zranění“ se týkalo ostrého poranění pacientů, 68,18% na poranění tupá. 20% všech nahlášených NU bylo klasifikováno jako nepoškozující. Nejčastěji nahlašovaly mimořádné události zdravotní sestry, 29%.

Jak již bylo zmíněno v úvodu, při vypisování jednotlivých nežádoucích událostí nevypisuje zdravotnický personál všechny potřebné údaje o pacientovi a příčinách vzniku újmy, až v 90% nebylo pohlaví a věk příslušného pacienta a v 60% neznáme pracoviště, na kterém došlo ke vzniku újmy. Může to být nedostatkem personálu, který nemá k dispozici potřebný čas a klid na vyplnění jednotlivých údajů. Spíše než to si myslím, že je to způsobeno rychlým odbitím práce, díky tomuto faktu se pak nemohou data navzájem porovnávat a i některé statistické výsledky mohou být zavádějící. Možná by tedy nebylo špatné označit některá políčka ve formuláři za povinné, bez jejichž vyplnění by formulář nebylo možné odeslat do centrály.

8. Závěr

Cílem analýzy bylo identifikovat nejčastěji hlášené nežádoucí události poškozující pacienta, nastalé v první polovině roku 2011, dále jsem se zaměřila na způsob zpracování jednotlivých NU, a jakých chyb se dopouští zdravotnický personál při vypisování jednotlivých NU do databáze. Pro získání potřebných dat jsem využila Národní databázi hlášení nežádoucích událostí, zprovozněné na 3.LF UK v Praze. Výsledky jsou následující. Nejčastěji jsou hlášené nežádoucí události v kategorii „pády“ a to v 37%, 25,38% připadlo na kategorii „chování osob“. Do této kategorii hlavně patřil nepovolený odchod pacienta z oddělení či vysoký počet vzniku krádeží. U dalších kategorií došlo k výraznému snížení počtu nahlášených NU, z celkovým 6,42% ,se na třetí místo dostala kategorie nehody a neočekávaná zranění. Nejvíce zde došlo k ostrým poraněním pacientů, velmi často jako následek pádu, či sebepoškozujícím chováním. Dále z těch závažnějších kategorií jako jsou pochybení při klinickém výkonu, bylo v databázi evidováno 4% pochybení hlavně v podkategorii „ošetření a intervence“.

Dalším mým úkolem bylo zaměřit se na správné zařazování jednotlivých NU do příslušných kategorií a uvádění potřebných náležitostí o průběhu, či o poraněném pacientovi. Toto šetření dopadlo velice znepokojivě, jelikož až 90% osob hlásící NU nevyplnilo pohlaví a věk postiženého pacienta a přitom by tyto údaje mohly pomoci s vyhledáváním rizikových skupin. Další 60% osob hlásící NU nevyplnilo pracoviště, na kterém došlo ke vzniku újmy pacienta. Co se týče správného zařazování NU do jednotlivých kategorií, vyvstává zde problém částečného překrývání kategorií dekubity a pochybní při klinickém výkonu, mnoho dekubitů totiž bylo zařazeno do kategorie klinický výkon i když mají svou vlastní kategorii, je tedy spekulativní, jaké zařazení je zde správné.

Podle mého názoru existuje několik možných návrhů na snížení počtu nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče. Bylo by totiž chybné se domnívat, že lze chyby vzniklé ve zdravotnictví zcela eliminovat, jelikož lidský faktor, který zde hraje velkou roli, nemůže být nikdy bezchybný. Je ale nutné neustále pracovat na minimalizaci těchto chyb. Jednotlivé návrhy na řešení musí bezpodmínečně korigovat s možnostmi financování daného zdravotnického

zařízení. Jak by se tedy dalo zabránit některým NU? Jistě by pomohlo zvýšené množství personálu, hlavně toho pomocného, jelikož zdravotní sestry sami vše nezvládají, důležitá je také neustálá motivace personálu, s důrazem na obecnou informovanost o principech pochybení a nutnosti zvyšovat kvalitu poskytované péče, zvláště pak na zvyšování bezpečnosti pacientů. Samozřejmě celoživotní vzdělávání má zde též své místo. Velmi důležitý je sběr a vyhodnocování nasbíraných dat, z kterých se zpětně mohou určovat nápravná opatření.

Celá problematika bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče je nesmírně důležitá, a je potřeba o tom mluvit a rozšiřovat tuto povědomost nejen mezi samotnými zdravotníky, ale i mezi širokou veřejností, jelikož oni jsou ti, kteří přicházejí do nemocnice jako pacienti a zaslouží si poskytnutí kvalitní a bezpečné péče. Samozřejmě by měla být společnost, která za chyby netrestá, ale naopak se snaží analyzovat všechny nastalé nežádoucí události a na jejich základě se snažit vybudovat ochranné mechanismy pro co největší minimalizaci dalších pochybení.

9. Seznam tabulek

Tabulka 1: Počet nahlášených NU v ČR a Anglii, v období Q4 2010 a Q1 2011	14
Tabulka 2: International Classification for Patient Safety – hlavní kategorie	17
Tabulka 3: Vedlejší kategorie - Problém s klinickým výkonem (vyšetření, ošetření, skrining, kontrola).....	18
Tabulka 4: Další specifikace podkategorie klinický výkon.....	18
Tabulka 5: Formulář pro hlášení NU	20

10. Seznam obrázků

Obrázek 1: Celkový počet nahlášených NU za období leden-červen 2011	25
Obrázek 2: Druhy jednotlivých pochybení v rozmezí leden-červen 2011	26
Obrázek 3: Počet nahlášených NU (klinický výkon) rozdělených do jednotlivých měsíců	28
Obrázek 4: Kategorie klinický výkon rozdělen do prvního a druhého kvartálu	29
Obrázek 5: SUBKATEGORIE 1, klinický výkon	29
Obrázek 6: SUBKATEGORIE 2, klinický výkon	30
Obrázek 7: Počet hlášených NU (klinický výkon) za období duben – červen 2011	31
Obrázek 8: Počet hlášených NU za duben – červen, podkategorie klinický výkon.....	31
Obrázek 9: Kategorie nehody a neočekávaná poranění	32
Obrázek 10: Počet osob, kterým byla způsobena újma v kategorii nehody a neočekávaná poranění.....	33
Obrázek 11: Osoby hlásící NU	34

11. Seznam použité literatury

1. Hurwitz, Brian; Sheikh, Aziz. Analysis of health care error reports. In *Health Care Errors and Patient Safety*. UK: Blackwell Publishing Ltd, 2009. p. 224 – 238. ISBN 978-1-4051-4643-2
2. Národní systém hlášení nežádoucích událostí
3. WHO. *Patient Safety Research* [online]. Cit. 2011-11-23. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf
4. Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. LF UK. *Metodické dokumenty* [online]. Verze 2010. Cit. 2011-10-05. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/>
5. Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. LF UK. *Výsledky benchmarkingu* [online]. Verze 2010. Cit. 2011-10-05. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/benchmarking/2010/>
6. Doporučení rady ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí: *Úřední věstník Evropské unie*. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_cs.pdf
7. STANĚK, Ivan. Co znamená kvalita a bezpečnost zdravotní péče. *Medical Tribune* [online]. Praha: 1/2011. Cit. 2012-03-20. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/20957-co-znamenava-kvalita-a-bezpecnost-zdravotni-pece>
8. HEGER, Leoš. Nežádoucí příhody při poskytování zdravotnické péče. *Zdravotnické noviny* [online]. Praha: 2001, roč. 50, č. 2, s. 29-30. ISSN 0044-1996. Dostupé z: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nezadouci-prihody-pri-poskytovani-zdravotni-pece-131673>
9. NRLS Quarterly Data Workbook up to June 2011(1): National Health Service. Cit. 2012-01-04. Dostupné z: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=132910>

10. HŘIB, Zdeněk. Presentace Národního systému hlášení nežádoucích událostí. *Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. LF UK* [online]. Verze 2011-11-27. Cit. 2012-02-03. Dostupné z:

<http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/zapojeni/>