

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství



Vladimíra Kadlečiková

**Prevence pochybení v oblasti záměny pacienta, výkonu, strany a
orgánu v chirurgické péči**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Jiří Javora

OLOMOUC 2011

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Prevence pochybení v oblasti záměny pacienta, výkonu, strany a orgánu v chirurgické péči.

Název práce v AJ: The prevention of the mistaken identity of patients and mismatches between surgery required as opposed to surgery performed, between correct and incorrect body side identification for surgery and the mismatch of organs during surgical care.

Datum zadání: 2011-01-20

Datum odevzdání: 2011-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Vladimíra Kadlečiková

Vedoucí práce: MUDr. Jiří Javora

Abstrakt v ČJ: Bakalářská práce poukazuje na aktuální problém prevence pochybení v oblasti záměny pacienta, výkonu, strany a orgánu v chirurgické péči. Zabývá se nejen klasifikací, příčinami a následky pochybení, ale hlavně prevencí a zajištění bezpečné péče pro pacienty. Uvádí možnosti prevence v oblasti záměny v chirurgické péči a předkládá tak návod na vypracování standardů pro jiná zdravotnická zařízení. Ze zjištěných poznatků vyplývá, že nejdůležitějšími procesy v prevenci stranové záměny jsou: identifikace pacienta, stranový protokol, chirurgický bezpečnostní list a informovaný souhlas pacienta.

Abstrakt v AJ: The bachelor thesis concerns the problems mentioned above. It deals not only with their classification, their causes and their consequences, but also their prevention and methods of ensuring the satisfactory care of patients. Additionally, it illustrates some possible solutions that are intended to improve standards throughout medical facilities. The current thinking regarding the processes necessary for body side identification for surgery is as follows: correct patient identity, correct protocol to avoid surgery at the wrong side, use of a surgical safety data sheet and informed consent.

Klíčová slova ČJ: pochybení, prevence pochybení, stranová záměna, identifikace pacienta, stranový protokol, bezpečnost pacientů, záměna orgánu a výkonu, označení strany, operace na špatné straně

Klíčová slova v AJ: mismatch of body side, patient identity, protocol for wrong side surgery prevention, patients safety, mismatch of surgery, mismatch of organs, wrong side surgery, body side identification

Rozsah: 47 s., 4 příl.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Olomouc 30. dubna 2011

.....

podpis

Děkuji MUDr. Jiřímu Javorovi za cenné rady a odborné vedení bakalářské práce.

Olomouc 30. dubna 2011

OBSAH

ÚVOD	6
1 POCHYBENÍ A PREVENCE	7
1.1 Klasifikace pochybení.....	8
1.2 Příčiny pochybení	11
1.3 Prevence pochybení	13
1.3.1. Mimořádná událost, definice a klasifikace.....	15
1.3.1.1 Hlášení mimořádné události.....	16
1.3.1.2 Vyšetřování mimořádných událostí.....	17
1.3.2 Standardy jako prevence pochybení.....	18
1.3.3 Audit v prevenci pochybení.....	19
1.3.4 Akreditace v prevenci pochybení.....	20
1.4 Možné následky pochybení.....	21
1.5 Odpovědnost za pochybení.....	23
2 POCHYBENÍ V OBLASTI ZÁMĚNY.....	25
2.1 Příčiny stranové záměny.....	25
3 MOŽNOSTI PREVENCE V OBLASTI ZÁMĚNY	28
3.1 Identifikace pacienta.....	29
3.2 Stranový protokol.....	31
3.3 Surgical Safety Checklist.....	35
4 POSTOJ PACIENTA K METODÁM PREVENCE POCHYBENÍ.....	37
4.1 Spolupráce pacientů jako pomoc v prevenci pochybení.....	38
4.2 Informovaný souhlas.....	39
ZÁVĚR.....	41
LITERATURA A PRAMENY	43
SEZNAM ZKRATEK.....	46
SEZNAM PŘÍLOH.....	47
PŘÍLOHY.....	48

ÚVOD

„Vysoká technologická náročnost poskytování zdravotní péče, používání nesmírně účinných, ale současně i potencionálně rizikových metod a tlak na vysokou výkonnost zdravotníků – to vše s sebou nese vyšší pravděpodobnost pochybení.“ (Marx, 2007, s.395).

Již v roce 2004 Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) vyhlásila Světovou alianci pro bezpečí pacientů. Zabývá se zvyšování kvality a bezpečí pacientů ve zdravotnictví. Poukazuje na to, že bezpečí pacientů není jen souhrn statistických údajů, ale že je zaměřeno na konkrétní lidi, u kterých může při pochybení poskytované zdravotní péče dojít k vážnému poškození zdraví, nebo mohou na následky tohoto pochybení zemřít (www.mzcr.cz, kniha bezpečí.).

Dle Guntové je hlavním měřítkem kvality poskytované zdravotní péče, bezpečnost zdravotnického zařízení a její neustálé monitorování. Uvádí, že možná chyba, která může poškodit pacienta, není pouhou záležitostí jednotlivce, ale může poukazovat na chybu v systému. Poukazuje na možnost změnit zažité postupy tak, aby se minimalizovala možnost dalšího pochybení (Gutová, 2006, s. 6).

Tématem této bakalářské práce je pochybení a jeho prevence v chirurgické zdravotní péči o pacienta. Zabývá se tedy nejen významem a klasifikací pochybení, ale i příčinami pochybení, a to v oblasti záměny pacienta, výkonu, strany a orgánu v předoperační a perioperační péči. Cílů této bakalářské práce je několik :

- Cíl 1. Předložit obecné poznatky o problému pochybení ve zdravotnické péči, jeho klasifikaci, dopady a prevenci.
- Cíl 2. Poukázat na problém pochybení v oblasti záměny pacienta, strany, orgánu či výkonu.
- Cíl 3. Nastínit možnosti prevence, která by minimalizovala další možné pochybení záměny v chirurgické zdravotní péči.
- Cíl 4. Poukázat na postoj pacientů k těmto preventivním opatřením a na ochotu spolupracovat se zdravotníky a podílet se tak na bezpečí svého zdraví.
- Cíl 5. Zodpovědět otázku, zda zjištěné preventivní opatření, které jsou určitou bariérou pro pochybení, nevyužít pro vytvoření ošetřovatelských standardů každého nemocničního zařízení a tím posílit bezpečí pacientů.

1 POCHYBENÍ A PREVENCE

Jak uvádí Marx ve svém článku, není ve světě přesně zmapován výskyt chyb v různých typech zdravotnických zařízení, neboť chybí:

- obecná definice chyb vzniklých ve zdravotnictví,
- jednotná klasifikace chyb,
- vhodný systém evidence chyb,

a to jak v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení, tak centrálně. Z toho tedy vyplývá, že se do popředí dostávají především pochybení, která měla fatální důsledky na zdravotní stav pacienta, zatímco drobná pochybení, která nevedla k závažnému poškození zdraví pacienta jako by neexistovala.

Dosud publikované studie v oblasti pochybení a chyb ve zdravotnické péči pracují s nejednotnou klasifikací chyb, a tím vznikají i nejednotné definice pochybení.

Mezi nejčastěji užívané termíny pochybení či chyb ve zdravotnictví patří :

- komplikace léčebné a ošetrovatelské péče,
- mimořádná událost,
- potencionálně mimořádné události nebo nežádoucí účinky léčby,
- iatrogenní poškození či incident.

Dalším možným označením pochybení je neúmyslné poškození, které vzniklo při diagnostice onemocnění, při preventivním, terapeutickém výkonu, nebo jako náhlé poranění při hospitalizaci (Marx, 2001, s. 25 1a).

Podle Makehama se pochybením ve zdravotnictví rozumí „jakákoli neočekávaná skutečnost, která se přihodí v lékařské praxi, ale která se neměla stát. Může se jednat o malé či velké pochybení, administrativní nebo klinické opomenutí, či zbytečný čin, zkrátka něco, čemu je do budoucna nutné se vyhnout (Makeham, 2002; s.68-72).

Mimořádná událost ve zdravotnictví může být také definována, jako událost související s průběhem a okolnostmi poskytované zdravotní péče a s možností ohrožení kvality této poskytované péče nebo ohrožení bezpečí pacientů či členů týmu zdravotnického zařízení (eifzvip.cz /Vybrané pojmy 1.LF UK).

V první polovině roku 2009 byla na zasedání v rámci českého předsednictví v radě Evropské Unie (EU) přijata definice nežádoucí události: „ 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.“ (www.mzcr.cz, kniha bezpečí.).

I Budinová ve svém článku časopisu Sestra poukazuje na fakt, že pro pochybení není v současné době jednoznačná definice a pojmenování mohou být různá:

- Iatrogenie – negativní působení lékaře, které zapříčiní poškození zdraví pacienta.
- Sorogenie – negativní působení ošetrovatelského personálu, které zapříčiní poškození zdraví pacienta.
- Ergotogenie – negativní působení spolupacientů, které zapříčiní poškození zdraví pacienta.

Dále se zmiňuje, že poškození pacienta může být somatické, psychické, kombinované. Může se dělit i podle velikosti zasažené populace, podle příčin a podle aktérů. Mezi nejvíce ohrožené pacienty pochybením ve zdravotnictví uvádí novorozence, děti, staré pacienty, cizince, mentálně postižené pacienty a dlouhodobě hospitalizované pacienty (Budinová, 2009, s.69).

Preventivním opatřením lze nazvat soubor opatření, vylučujících příčiny možných neshod. Jde o opatření, které něčemu zabraňují nebo přímo proti něčemu chrání.

Dalším termínem pro prevenci jsou nápravná opatření. Jde o soubor opatření, který vede k vyloučení příčin již vzniklého pochybení a snaží se o předcházení recidivy chyb a pochybení. Například taková opatření, která zabraňují opakování chyb při identifikaci pacienta (eifzvip.cz /Vybrané pojmy 1.LF UK).

1.1 Klasifikace pochybení

Dle Škrly můžeme pochybení a omyly klasifikovat do tří skupin:

1. Téměř pochybení – ke kterému v poslední chvíli nedošlo, ať už vědomě či ne. Příkladem je situace, kdy si sestra při podávání předem připraveného léku všimla, že podávaný lék má jinou barvu než ten v originální lékovce. Lék pacientovi nepodala.

2. Nežádoucí událost bez následků – kdy plánovaná procedura nebyla provedena dle daných standardů či pravidel, ale pacientovo zdraví nebylo ohroženo ani poškozeno. Příkladem je situace, kdy si sestra rozdíl barev u léku podávaného a ordinovaného nevšimla a lék pacientovi podala. Lék byl nižší gramáže a tato dávka pacienta neohrozila, ani neublížila na zdraví.

3. Nežádoucí událost s následky – kdy plánovaná procedura nebyla provedena dle daných standardů či pravidel a pacientovo zdraví bylo ohroženo nebo poškozeno. Příkladem je situace, kdy sestra nezkontrolovala správnou dávku ordinovaného léku a podala lék o vyšší dávce. Díky nesprávné dávce se pacientův stav výrazně zhoršil a došlo ke komplikaci v léčbě (Škrla, 2005, s. 22-23).

Další možnou klasifikaci pochybení vytvořil britský psycholog Reason:

1. Aktivní pochybení (velkou úlohu hraje lidský faktor) – vzniká při aktivním zapojení zdravotníka do pracovního procesu. Příklad: sestra poskytující ošetrovatelskou péči pacientovi má svou činností i vliv na bezpečí pacienta, může podat chybný lék

2. Skryté pochybení (latentní) – vzniká, když jedinci, jako manažeři, provedou změny či rozhodnutí, jenž mohou výrazně ovlivnit zaběhlou proceduru, protokol nebo celé organizační klima zdravotnického zařízení. Tato část má ještě podskupiny chyb:

- Chyby týkající se zdravotní techniky – skrytá závada, nesrozumitelná technika, nevhodné formuláře.
- Chyby týkající se organizace ve zdravotnictví – špatná organizační kultura, nesprávně vytvořené standardy, špatné vedení (Škrla, 2005, s.24-25).

Neméně významným výzkumníkem, který se zabývá chybami a omyly ve zdravotnictví, je Rasmussen. Ten pochybení dělí do tří kategorií:

1. Chyby týkající se dovedností – k pochybení dochází při rutinní proceduře či výkonu, kdy došlo k vyrušení, změně či přerušení této činnosti.

2. Chyby týkající se dodržování standardů – k pochybení dochází při nedodržování daných standardů, či pravidel při vykonávání zdravotní péče.

3. Chyby týkající se znalostí – pochybení je dané neschopností zaměstnance správně a pohotově aplikovat znalosti v oboru do nových nebo akutních pracovních situací (Škrla, 2005, s.25-26).

Obecně můžeme pochybení rozdělit na

- **Chyby vzniklé děláním špatné, nesprávné věci** – nesprávné rozhodnutí, špatný protokol.
- **Chyby vzniklé děláním správné věci, ale špatně** – máme správný protokol, špatně jej vyplníme nebo některý krok opomeneme (Škrla, 2005, s. 26).

Rydlo ve svém článku přirovnává pochybení k problému v poskytování péče a dělí jej na :

- **Neúmyslnou odchylku od standardního postupu** – jsou to omyly typu přehlédnutí, chyba v úsudku, opomenutí vykonání nějaké činnosti, použití jiné dávky léku než je ordinovaná.
- **Vědomé odchýlení se od standardního postupu** – úmyslné neprovedení určité činnosti, vědomý nedoporučený postup v perioperační péči.

Poukazuje na **dva základní problémy** při poskytování zdravotní péče:

1. Poskytovaná zdravotní péče byla mimo bezpečné limity doporučených a standardizovaných postupů.
2. Tento nestandardní postup měl přímý, nebo nepřímý vliv na zdraví pacienta (Rydlo, 2007, s.298).

Sociologické průzkumy, které měly za cíl objasnit obecné chápání pochybení, došlo k **šesti základním závěrům**:

1. Pochybení jsou častá – je normální, že se lidé denně dopouštějí řady chyb.
2. Příčiny pochybení jsou známé – ty vycházejí z lidských kognitivních funkcí.
3. Chyby jsou vlastně vedlejším produktem jinak užitečných kognitivních funkcí.
4. Chyby bývají způsobeny činnostmi, které vyplývají z horších stránek těchto kognitivních funkcí (například: krátkodobá paměť, špatná pozornost).
5. K minimalizování pochybení, může vést zavedení postupů a činností, které podstatně snižují závislost na kognitivních funkcí jedince (například: záznamy, standardizované postupy).
6. Prvotní příčinou pochybení je selhávání systému – pochybení = nemocný systém (Marx, 2001, s. 22 1b).

1.2 Příčiny pochybení

Seifert ve své článku uvádí, že součástí lidské práce jsou chyby a omyly všeho druhu zcela normální a faktory, které je ovlivňují a podporují, nemohou být zcela eliminovány (Seifert, 2009, s.352). Stejně tak i Pniak uvádí, že zdravotnická zařízení jsou komplexní systémy, které se dají přirovnat například k systémům průmyslovým nebo k systémům letecké dopravy, ale rozdíl vidí na jedné straně v plně automatizovaném průmyslu a na straně druhé ve velké potřebě lidského pracovního potenciálu. Proto je ve zdravotnickém zařízení potřeba vyššího počtu zaměstnanců a tím je vyšší riziko k pochybení (Pniak, 2008, s.219).

Zdravotnická zařízení mají mnohem větší potenciál k pochybení, neboť většina procesů je realizována lidmi a ne počítači či stroji. Na rozdíl od technických systémů je zdravotní systém založen na verbální a neformální komunikaci, a proto zde dochází k většímu šumu, a tím i k častějším možnostem pochybení (Filipová, 2011, s. 34).

Škrla vidí příčiny pochybení nejen v selhání lidského faktoru, ale i v selhání celého systému. Jako příčiny systémového selhání uvádí: rozptýlenou odpovědnost, pouhé dodržování pravidel stačí k zajištění bezpečnosti, neochota poučit se z chyb druhých, neschopnost zaměstnanců vyjádřit své obavy nebo pochyby, podceňování velikosti možných rizik, pochybné aspekty designu-opakující se historie, nejasná odpovědnost za bezpečnostní hlediska, bagatelizování bezpečnosti, nevyužití dostupných technik, případně nástrojů rizikového managementu. Zdravotnická zařízení, která se vyznačují výše uvedenými příčinami, jsou pro pacienty i zaměstnance nebezpečným a nestabilním prostředím. Lidský faktor jako příčinu pochybení lze nalézt až v 60 – 80 % všech případů. Mezi nejčastější příčiny lze uvést: zlovyky (nečitelné písmo), únavu, spěch, nezkušenost, nedostatečné dovednosti, znalosti, vyrušování, hněv, přetížení, úzkost, strach, nudu, vliv alkoholu, drog, onemocnění, nezvyklé situace, špatná komunikace, mnoho členů multidisciplinárního léčebného týmu, náročné interakce s množstvím diagnostické a léčebné techniky, narůstající akutnost pacientů, chyby v matematických výpočtech (Škrla, 2005, s 31-32).

Jeden z možných pohledů na situace, které napomáhají vzniku pochybení, uvádí ve svém článku i Rydlo, který tyto situace nazývá podpůrnými faktory. Jako nejčastější podpůrný faktor uvádí únavu zdravotnického pracovníka. Podpůrné faktory lze podle úrovně, na kterých vznikají, dělit na:

- 1. Faktory související s legislativou a koncepcí ve zdravotnictví** – může se jednat o nedostatečná opatření zajišťující bezpečnou péči o pacienta nebo omezování dalšího studia.
- 2. Faktory vznikající na úrovni zdravotnického zařízení a jejího managementu** – nedostatečné financování v oblasti pro zvýšení bezpečnosti ošetrovatelské péče , která zahrnuje nejen ošetrovatelské vybavení, ale i dostatečné personální obsazení na odděleních.
- 3. Faktory vznikající na úrovni organizace práce v nemocnici, na oddělení** - neadekvátní kádrové obsazení, špatná organizace práce, zatěžování sestry neodpovídajícími úkoly (využívání sestry jako poslíčka).
- 4. Faktory vznikající uvnitř samotného zdravotnického kolektivu** – špatná komunikace mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky, nečitelná dokumentace, nedostatečná kontrola málo zkušených pracovníků staršími kolegy, anebo naopak nechuť si poradit.
- 5. Faktory vzniklé na úrovni přístrojové techniky** – nedostatky, nedostupnost, nevybavenost počítačovou technikou.

Tyto faktory mohou být dlouhodobé a vytvářejí podmínky pro vznik klinického pochybení. Na jejich existenci se značnou částí podílí nedostatečná kontrolní či výkonná činnost řídicího managementu nemocnice. Nahodilé, krátkodobé, podpůrné faktory vedou k nedodržení standardních postupů ze strany jednotlivce. Ve zdravotnictví vzniká většina nežádoucích příhod kombinací dlouhodobých a nahodilých podpůrných faktorů (Rydlo, 2007, s.299-300).

Jako jedny z hlavních příčin ošetrovatelských pochybení Škrla uvádí nedostatečnou znalost a dovednost při provádění procedur, špatnou orientaci nových pracovníků, nevhodnou komunikaci, nedostatečný dohled, špatná informovanost sester, nepozornost, nesoustředěnost (Škrla, 2005, s.36).

Hlavními faktory, které vedou k pochybení ve zdravotnictví, jsou podle Marx: únava, stres, nadměrná nebo nepravidelná pracovní zátěž, drogová závislost, kvalita pracovního prostředí, nuda (Marx, 2001, s.22 1b).

1.3 Prevence pochybení

Podle Škrla, je jednou z nejdůležitějších podmínek zavedení programů prevence pochybení do praxe a zajištění tak bezpečného prostředí pro pacienty, podpora vrcholového managementu. Ten si bere na zodpovědnost jejich navržení, řízení v praxi, kontrolu a

financování. Tím vrcholový management nastavuje úroveň kvality a bezpečí poskytované zdravotnické péče (Škrla, 2005, s. 50-51).

Pro pochopení principů prevence pochybení je dobré seznámit se s modelem Jamese Reasona, který přirovnává chyby ve zdravotnictví k jiskrám, které vznikají v krbu při topení, vystřelují z otevřeného ohniště do obytného prostoru a mohou způsobit požár. V přeneseném smyslu je tato jiskra v zdravotnickém prostředí spouštěcím impulsem pochybení a může poškodit zdraví pacienta nebo zapříčinit jeho smrt. Tomuto nebezpečí lze zabránit postavení drátěné sítě před ohništěm, což je běžnou součástí krbu v některých zemích. I přes toto ochranné zabezpečení může výjimečně některá jiskra sítí proskočit a způsobit požár. Doktor Reason je přesvědčen, že ve zdravotnických zařízeních jsou ochranné bariéry plně děr, a proto je důležité vytvořit bariéry bezpečnější, a tím zabránit ohrožení zdraví pacientů. Dále uvádí, že systém zdravotnictví, zdravotnického zařízení i oddělení je v neustálém napětí mezi nedostatky a problémy v procesu, které přirovnává k díram v ementálském sýru, a bariérami stavícími se do cesty chybám. Tyto bariéry přirovnává k množstvím plátků ementálského sýra. Z tohoto přirovnání vyplývá, že není tak důležité množství bariér, které stavíme do cesty pochybením, jako jejich kvalita. Záleží tedy na naší schopnosti co nejvíce omezit počet děr v těchto bariérách (Škrla, 2005, s.54-56).

WHO se již od roku 2004 zabývá problematikou bezpečí poskytované zdravotní péče na jejímž základě vznikla „Světová aliance pro bezpečí pacientů“. Hlavním úkolem aliance je informovanost veřejnosti o možnostech prevence poškození pacientů ve zdravotní péči. Jde o pravidelné zveřejňování tzv. „Řešení bezpečí péče o pacienty“, což jsou odborná doporučení v oblasti péče o pacienty, zpracovávána mezinárodními experty a publikována centrem WHO v Point Commission ve Spojených státech amerických (USA). Řešení se zaměřují na doporučení konkrétních procesů zdravotnických zařízení, která jsou riziková pro pacienty nebo ostatní osoby. Cílem je minimalizovat riziko ve zdravotnických zařízeních, někdy mohou jít tudíž nad rámec příslušné národní legislativy. První verze „Řešení“, vyšla v roce 2007 a obsahuje:

1. Identifikace pacientů
2. Prevence záměny orgánu, strany výkonu či pacienta
3. Prevence záměny léků s podobnými názvy a obaly
4. Řádný postup při hygieně rukou
5. Prevence medikačních chyb při překladech pacientů
6. Postup při předávání pacientů mezi směny
7. Prevence nesprávných napojení katetrů

8. Bezpečné skladování koncentrovaných elektrolytů
9. Řádné použití jednorázových pomůcek (www.mzcr.cz, kniha bezpeci.).

Jednou z hlavních priorit „Světové aliance pro bezpečí pacientů“, je vytvoření celosvětových standardů a směrnic a možných způsobů vyhledávání a analyzování problémů v otázce bezpečí pacientů. Snaží se o vznik mezinárodního klasifikačního systému bezpečnosti pacientů. Aliance dále uvádí, že je nutné přesvědčit politiky o závažnosti problému bezpečí pacientů, protože je potřeba udělat změny i na úrovni zdravotnických systémů. Současné vedení českého ministerstva zdravotnictví tento problém nebere na lehkou váhu a před problémem bezpečí pacientů nezavírá oči (Daňhová, 2007, s.12-13).

Škrla uvádí základní praktické rady pro prevenci omylů a pochybení:

1. Provést závěrečnou analýzu incidentu.
2. Osvobodit se od rčení - „po bitvě je každý generál“.
3. Pochopit komplexitu poskytování péče ve složitých systémech (Jednotka intenzivní péče - JIP, operační sál).
4. Hledat zranitelná místa v celém systému.
5. Zamyslet se, jak změny v systému mohou ovlivnit zranitelnost systému a podporovat cestu selhání.
6. Přemýšlet o využití nových technologií.
7. Zvládnutí komplexnosti procesů a využití vhodné zpětné vazby (Škrla, 2005, s.103-106).

1.3.1 Mimořádná událost, definice a klasifikace

Zajištění bezpečné péče a bezpečného prostředí pro pacienty, by mělo být prioritou všech zdravotnických zařízení. Aby bylo tohoto cíle dosaženo, je potřeba zajistit rychlé hlášení mimořádných událostí, jejich efektivní šetření a správné vyhodnocení. V tomto procesu nejde o hledání viníků a jejich potrestání, ale jde především o zainteresovanost všech zaměstnanců na důsledném a nepřetržitém napravování a zkvalitňování vadných procesů a systémů. V moderním zdravotnictví je hlášení mimořádných událostí výukovým prvkem, důležitým pro zpětnou vazbu, která slouží k nápravným opatřením v systému, který ji umožnil.

Mimořádnou událostí je dle Škrla taková událost, při které došlo k pochybení během zdravotní péče o pacienta, procedura neproběhla podle plánu, ošetřovatelských standardů

nebo platných směrnic. Následkem toho došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby či majetku.

Škrla dále uvádí, že podle výsledků závažnosti lze mimořádné události dělit na:

- **Incident** – jde o událost, kdy není ohrožen život pacienta nebo zaměstnanců a která se neztotožňuje s rutinní praxí ani s předpisy zdravotnického zařízení.
- **Závažný incident** – jde o událost, která ohrožuje život pacienta, zaměstnance nebo návštěvníka zdravotnického zařízení a která se neslučuje s rutinní praxí nebo předpisy zdravotnického zařízení.

Incidenty zahrnují: medikační chyby, pochybení ve strategii léčby, poranění způsobená pády, požárem, neopatrné či nebezpečné chování zdravotníku nebo pacientů, selhání přístrojové techniky, ztráta nebo poškození majetku pacienta nebo nemocnice.

Dělení mimořádné události podle následků poškození:

- 1. Žádné následky** – například při pádu pacienta nedošlo k žádnému zranění ani k omezení pohybových funkcí, pacient neudává bolest.
- 2. Zdánlivě žádné následky** – ovšem incident si vyžaduje monitoring pacienta.
Například při pádu pacienta došlo k úderu do hlavy, který si vyžaduje neurologické vyš.
- 3. Nežádoucí klinický nález vyžadující si zákrok, léčbu, která je úspěšná.** Například při pádu pacienta došlo ke zlomenině, která byla úspěšně léčena i rehabilitována.
- 4. Ireversibilní komplikace nebo smrt** (Škrla, 2005, s.58-60).

1.3.1.1 Hlášení mimořádné události

Abychom mohli předcházet rizikovým situacím, je důležité jejich rozpoznání. Hovoříme o mimořádných událostech, kdy Britové a Dánové mají výjimečný systém národní evidence těchto událostí. Zatímco v České republice a některých jiných státech se zavádějí systémy sledování mimořádných událostí podle jednotlivých zdravotnických zařízení a podle různých metod, v Dánsku a Británii mají jednotnou databázi při analyzování těchto událostí. I v českých nemocnicích se čím dál více sledují mimořádné události na pracovištích, ale data nejsou jednotná, což vede k možnosti, že některé méně časté chyby mohou být neodhaleny. Čím více je pravdivých dat, tím je analýza přesnější a vede ke zlepšování postupů prevence (Daňhová, 2007, s.12).

Škrla uvádí základní postup v případě, že dojde k mimořádné události.

- Poskytnout optimální zdravotní péči v případě, že tuto událost pacient přežil.
- Zajistit a uschovat veškerou dokumentaci, zdravotnickou techniku nebo pomůcky, které mohly být nebo přispívaly ke vzniku mimořádné události a to za účelem dalšího šetření.
- Provést zápis o mimořádné události do formuláře – „Hlášení mimořádné události“. Každý zaměstnanec, který byl svědkem nebo se podílel na mimořádné události, je povinen toto ihned hlásit svému nadřízenému.

Nadřízený rozhoduje, kdo další bude s touto událostí seznámen:

1. Ošetřující lékař, primář oddělení – jde o poskytnutí další specifické odborné péče postiženého.
2. Pacient, člen rodiny – telefonicky jen základní informace. Uklidnění pacienta, že je vše pod kontrolou.
3. Manažer/ka mimořádných událostí – po vyplnění formuláře mimořádných událostí, je předán manažerovi mimořádných událostí. Ten provádí důkladné šetření této události.
4. Právní oddělení – při závažném charakteru incidentu, kdy je pravděpodobnost soudního sporu. Právní oddělení je informováno o celém průběhu a šetření události.
5. Ostatní instituce – policie, podmínkou je zajištění správné dokumentace mimořádných událostí (Škrla, 2005, s.61-62).

Aktivity směřované na bezpečí pacientů v České republice (ČR) vychází převážně ze stran vedení jednotlivých nemocnic. Ty zavádí systémy hlášení mimořádných událostí a snaží se o získání národní nebo mezinárodní akreditaci kvality. Byla provedena anketa mezi nemocnicemi, zaměřená na systémy sledování mimořádných událostí. Ze 201 oslovených nemocnic odpovědělo 57, tedy 28,4 %. Z tohoto vzorku má 70 % své vlastní vnitřní předpisy pro způsob hlášení mimořádných událostí. Až 65,5 % nemocnic, které se zúčastnily dotazníkového šetření, má své vlastní definice mimořádných událostí, ostatní je nedefinují vůbec nebo obecně. Z toho vyplývá, že si jednotlivá zařízení zavádějí aktivně své vlastní formy sledování mimořádných událostí a vypracovávají si své definice. Je to sice pozitivní, avšak nejednotnost v definování mimořádných událostí neumožňuje adekvátní srovnávání těchto událostí v prevenci bezpečí pacienta (Daňhová, 2007, s.14).

1.3.1.2 Vyšetřování mimořádných událostí.

Za správnost všech informací uvedených ve formuláři mimořádných událostí odpovídá vrchní sestra. Dále je také zodpovědná za správnou komunikaci s postiženým pacientem nebo zaměstnancem, či svědkem události. Plánuje nápravná opatření, edukaci, provádí potřebné procedurální změny nebo změny navržené výborem.

Způsob šetření mimořádných událostí:

- Odpovědnost za vyšetřování mimořádných událostí má výbor pro šetření mimořádných událostí.
- Cílem šetření výboru je porovnat všechna fakta, vyřešit nesrovnalosti, identifikace podpůrných faktorů pochybení, navrhnout určitá doporučení stran edukace a výuky personálu, zdravotní techniky, revizi procesů a systémů, revize směrnic nebo vytvoření nových.
- Manažer/ka mimořádných událostí dohlíží a kontroluje plnění doporučení výboru a vyvozuje důsledky z recidiv podobných incidentů. Realizuje plány identifikace a prevence mimořádných událostí (Škrla, 2005, s.63-64).

Další pohled na vyšetřování mimořádných událostí-pochybení uvádí ve svém článku Rydlo. Říká, že cílem vyšetřování pochybení ve zdravotnické péči je nalezení příčin, odstranění příčin, eliminace opakování pochybení. Mluví o dvou základních přístupech vyšetřování pochybení.

1. **Osobní přístup** – jde o hledání osobní zodpovědnosti za incident. Zastánci tohoto způsobu šetření berou pochybení jako selhání jednotlivce nebo jakousi formu morálního poklesku. Metodika osobního přístupu může přehlédnout dvě základní skutečnosti, a to že i ti nejlepší a nejspolehlivější pracovníci mohou udělat závažnou chybu, a že špatná organizace a neadekvátní podmínky mohou vést k chybám, nezávisle na kvalitě zaměstnanců.
2. **Systémový přístup** – vychází z toho, že lidé jsou omylní, a systém organizace práce se má snažit těmto pochybením maximálně možnými způsoby zabránit. Systémová metodika vyšetřování nevidí hlavní příčinu nežádoucích událostí v jednotlivci, ale poukazuje na problém v systému. Základním cílem systémového šetření je prevence recidiv pochybení při poskytování zdravotnické péče, a to snahou o eliminaci všech rizikových faktorů ve všech úrovních organizace a snahou o maximální ochranu a

bezpečí pacienta. Neptá se, kdo událost zavinil, ale jak k ní došlo, za jakých podmínek a co za opatření selhalo (Rydlo, 2007, s.297-298).

1.3.2 Standardy jako prevence pochybení

Standardy jsou v oblasti řízení kvality považovány za základ zdravotní praxe. Při vytváření standardů vychází každá země a každé zdravotnické zařízení z vlastních podmínek. Americký univerzitní profesor veřejného zdravotnictví Avedis Donabedián definuje kvalitu zdravotní péče jako druh péče, při němž lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy tento užitek je ve srovnání s využitými náklady vyšší ve všech etapách léčebného procesu.

Lze říci, že standardy jsou popsány závazné normy, které umožňují objektivní hodnocení poskytované zdravotnické péče. Dále zajišťují bezpečí pacientům, chrání setry před neoprávněnými postihy, slouží jako akreditační prostředek k posuzování úrovně zdravotnické péče v nemocnicích a zdravotnických zařízeních. Při zpracovávání standardů se užívá různých forem, neboť neexistuje žádný jednotný nadnárodní předpis, který by bylo možno převzít. Standard má obsahovat parametry, které je možno změřit a hodnotit. Máme určité typy standardů:

1. **Strukturální** – zahrnuje organizační a regulační část ošetrovatelské praxe, vybavení a pracovní předpoklady k výkonu péče.
2. **Procesuální** – jde o ošetrovatelské postupy při procesech a výkonech v ošetrovatelské praxi.
3. **Výsledkové** – jde o hodnocení kvality péče.

Každý standard musí obsahovat název, pořadové číslo a označení, jaký je to typ standardu. Dále musí být uvedena doba platnosti, oblast působení, pro koho je standard určen, místo použití a autor, který jej sestavil. Mohou obsahovat i přílohy, např. ošetrovatelské cíle nebo podmínky k provedení auditu (Mášová, 2009, s.19).

Podle vyjádření Škubové, jsou standardy diagnostických postupů dokumentací, která musí být všem dostupná, všichni do ní zapisují standardy péče o pacienta. Také se hlídá existence standardů práv pacientů (informovaný souhlas, ochrana informací). Velkou část tvoří i standardy managementu, zahrnující pracovní náplně a kompetence zaměstnanců, spolupráci pracovišť, používání ochranných pomůcek a spokojenost zaměstnanců (Škubová, 2010, s.5).

1.3.3 Audit v prevenci pochybení

Auditem se rozumí kontrola, prověřování, revize. Ošetřovatelský audit je nezbytnou součástí každého standardu. Jde o systematický, nezávislý a dokumentovaný proces, který získává důkazy o provádění správné činnosti správným způsobem. Při hodnocení ošetřovatelské péče zjišťuje rozdíly mezi skutečností a standardem. Dále kontroluje, zda je standard stále platný, aktuální a není-li potřeba provést u něj úpravy.

Ošetřovatelský audit musí obsahovat: vyhodnocení plnění standardu, název příslušného oddělení, jména přítomných auditorů, datum a metody, kterých bylo při auditu použito (pozorování, dotazy). Audity mohou být:

- **Interní** – vykonávají ho vnitřní auditoři, jeho úlohou je udržení kvality zdravotnického zařízení a udělení následné akreditace.
- **Externí** – vykonává ho odborná certifikační komise, která provádí kontrolu na základě schválených (akreditovaných) standardů.

Audity mohou být dále plánované nebo neplánované (Mášová, 2009, s.20).

Škrla nazývá audity tzv. „peer review“. Uvádí, že jde o jednu z nejefektivnějších strategií k prevenci pochybení. Zabývá se způsobem a kvalitou vedení zdravotnické dokumentace jak lékařskou, tak ošetřovatelskou. Pro správné vyhodnocování zdravotnické dokumentace je metoda auditů nejúčinnější, je prováděna kolegy lékaři a sestrami. Její výhody lze shrnout do několika bodů:

1. Nabízí lékařům a sestram zpětnou vazbu při zdravotní péči.
2. Kladně ovlivňuje další chování a dovednosti lékařů a sester.
3. Vyhodnocuje stupeň bezpečnosti zdravotnické péče.
4. Podílí se na zlepšení kvality zdravotnické péče na odděleních.

Auditoři provádějící kontrolu by měli snadno vyčíst ze zdravotnické dokumentace, proč byl pacient hospitalizován, jak byl vyšetřován, jaký byl plán léčebné a ošetřovatelské péče. Musí dále také hodnotit technickou stránku dokumentace, což je čitelnost, kompletnost a korektnost dokumentace. Kvalita vedení dokumentace musí po všech stránkách splňovat směrnice o vedení zdravotnické dokumentace a příslušné zákony (Škrla, 2005, s.72-73).

Škrla považuje audity ošetřovatelské dokumentace: „za jeden z nejefektivnějších nástrojů kontinuálního zvyšování kvality“ (Škubová, 2010, s.5).

1.3.4 Akreditace v prevenci pochybení

Akreditace zdravotnických zařízení je určitý systém externího hodnocení kvality zdravotnické péče. V roce 1998 vznikla Spojená akreditační komise a ČR se tak zařadila k evropským zemím, které mají národní akreditační systém. Motivací zdravotnických zařízení získat akreditaci není jen užitek pro pacienta, ale i posílení právní jistoty. Akreditační komise šetří, sleduje a hodnotí proces poskytované péče a posuzuje zavedené procesy. Je složena z lékaře, sestry a administrátora. Reakreditace probíhá jednou za tři roky (Škubová, 2010, s.5).

V Česku probíhá akreditace na zcela dobrovolném základě. Do roku 2007, komise udělila akreditaci jedenácti nemocnicím a provedla jednu reakreditaci. V tomto roce také Spojená akreditační komise vydala publikaci pro možné zájemce o akreditaci, kde popisuje její průběh a také požadavky na zdravotnická zařízení. Akreditace nemocnic zvyšuje jejich prestiž a kvalitu péče. Akreditovaná nemocnice je povinna sledovat mimořádné události, provádět jejich analýzu a dokumentovat naordinované intervence. Mezi největší potíže při akreditaci zdravotnických zařízení se řadí monitoring indikátorů kvality, dodržování soukromí pacientů, vedení zdravotnické dokumentace a zacházení s ní (Daňhová, 2007, s.14).

Při posuzování akreditačních systémů se hodnotí, zda jsou splněny tyto podmínky:

- Použitelnost v praxi a využití v jakémkoliv zdravotnickém zařízení.
- Jednoznačnost a jasná specifikace požadavků na zdravotnická zařízení.
- Zajištění odborné kvality tohoto systémů (Marx, 2003, s.24).

1.4 Možné následky pochybení

I když by mělo být samozřejmostí všech zdravotnických zařízení poskytovat bezpečnou péči pro celé spektrum pacientů, jsou určité skupiny pacientů, kteří jsou zranitelnější. Pro tyto rizikovější pacienty by mělo pochybení zdravotníků velmi ničující následky. Proto musí lékaři a sestry tato rizika velmi zohledňovat a dbát zvýšené opatrnosti při poskytování zdravotní péče těmto pacientům. Mezi tyto rizikové pacienty patří:

- **Starší pacienti** – vlivem stárnutí mají tyto pacienti poruchy smyslového vnímání, kognitivní deficit, další přidružená onemocnění. Vlivem hospitalizace nebo

operačního zákroku trpí často úzkostí, jsou zmatení a díky tomuto stresu vážně kvalitě komunikace. Neefektivní komunikace vede ke zvýšení možností pro pochybení. Asi největším rizikem jsou pro starší pacienty pády, medikační chyby a diagnostické pochybení včetně záměny.

- **Novorozenci a děti** – čím mladší pacient, tím závažnější následky, zvláště v medikačním pochybení. Jedná se o správné dávkování léků dle váhy pacienta.
- **Pacienti s nedokonalou znalostí jazyka** – bez zdatného překladatele se poskytování zdravotní péče může stát nebezpečné.
- **Pacienti s delší hospitalizační dobou** – dle studií mají tito pacienti větší riziko mimořádných událostí, až 6 % na den hospitalizace, při nadprůměrné době hospitalizace.
- **Další skupina ohrožených pacientů** – jde o pacienty s limitovaným vzděláním a dovednostmi, s opožděným vývojem nebo s neurologickými problémy (Škrála, 2005, s.114-115).

Rydlo možné následky dělí z pohledu reakce na pochybení:

1. Reakce postiženého pacienta a jeho rodiny – musíme brát na vědomí, že někteří pacienti jsou psychicky labilnější a i bezchybnou ošetrovatelskou péčí zvládají po psychické i fyzické stránce špatně. O to horší může být jejich reakce na pochybení.

Pacienti tedy mohou být při zdravotnickém pochybení stresováni jednak vlastní chybnou péčí, jednak neprofesionálním chováním (výmluvami, zapíráním aj.), necitlivým a zdlouhavým vyšetřováním události, ztrátou důvěry a následnou frustrační reakcí na vzniklý problém. Při vzniku pochybení se na jedné straně dostává pacient do stresové situace, neboť o něj nadále pečují tentýž personál. Na straně druhé může personál pacientovi ulehčit situaci svou spoluúčastí a vyjádřením určitého pocitu provinění.

Je etickou povinností zdravotnického zařízení, kde k pochybení došlo, poskytnout postiženému pacientovi, případně i nejbližší rodině, další péči s využitím všech možností včetně specializované péče psychologické, sociální či psychiatrické.

2. Reakce ze strany zdravotnických pracovníků – jde o stres, který zahrnuje pocit viny, pocit nejistoty nejen z postihu, ale hlavně z dalšího vývoje zdravotního stavu pacienta.

V myšlenkových procesech postižených zdravotníků dochází k tzv. neustálému vracení se k nežádoucí události, opakujícímu se sebeobviňování, hledání zpětného a lepšího řešení. Současně dochází ke snížení sebevědomí, sebejistoty, existenčního postavení.

I ostatní personál řeší dilema - na jedné straně oddanost k nemocnému, na straně druhé loajalita ke členům pracovního týmu. Postiženému zdravotnickému pracovníkovi může být velkou pomocí a úlevou psychologická podpora a někdy i přechodné přeřazení na jiné pracoviště (Rydlo, 2007, s.301-302).

1.5 Odpovědnost za pochybení

Dle Vondráčka lze říci, že odpovědnost je povinnost strpět sankce za protiprávní jednání. Ve zdravotnictví mluvíme o postupu „non lege artis“. Podle oblastí protiprávního jednání odpovědnost dělíme na:

1. Trestněprávní - má oporu v trestním zákoně, trestně právní je jen fyzická osoba (ve zdravotnictví lze volat k odpovědnosti jen konkrétního zdravotnického pracovníka, ne nemocnici). Podnětem k trestnímu stíhání je trestní oznámení, které může podat kdokoli, kdo má podezření, že došlo ke spáchání trestného činu (pacient, spolupracovníci). Ve zdravotnictví jde především o tyto trestné činy:

- ublížení na zdraví z nedbalosti §223 Trestního zákoníku - TrZ (odnětí svobody až na jeden rok, zákaz činnosti),
- ublížení na zdraví z nedbalosti s následkem těžké újmy na zdraví či smrti §224 odst.1 a 2 TrZ (odnětí svobody na 6 měsíců, až 5 let, peněžitý trest),
- neoprávněné nakládání s osobními údaji §178 odst.2 TrZ (odnětí svobody až na 3 léta, peněžitý trest, zákaz činnosti).

2. Občanskoprávní – za škodu, vady a prodlení. Za škodu, může vzniknout odpovědnost fyzické osobě (zdravotnický pracovník), ale i právnické osobě (nemocnici). Škoda může být:

- majetková – škoda na konkrétních věcech (po zjištění sestra nahlásí nadřízenému, ten pak sepíše protokol o škodné události, vyžaduje-li to situace, i za asistence policie ČR),
- nemajetková – poškození lidské důstojnosti, cti,
- škoda na zdraví (sestra nahlásí ošetřujícímu lékaři, vrchní sestře, provede se záznam o vzniklé škodě, který je součástí dokumentace).

3. Pracovněprávní – představuje zákoník práce. Odpovědnost je ve vztahu: zaměstnanec svému zaměstnavateli.

- Zaměstnanci jsou povinni: řádně pracovat dle svých znalostí a schopností, pracovat svědomitě, plnit pokyny nadřízených, které odpovídají právním předpisům, spolupracovat s ostatními zaměstnanci, plně využívat a dodržovat pracovní dobu atd.
- Vedoucí pracovníci jsou povinni: řídit, kontrolovat a organizovat práci podřízených, ohodnotit je, vytvářet dobré pracovní podmínky, starat se o bezpečnost práce, správně finančně ohodnocovat zaměstnance dle svých výkonů atd.

4. Správněprávní – porušení právních norem, jejichž charakter spadá do oblasti přestupků.

Tím rozumíme zaviněné jednání, ohrožující zájem společnosti, a je za přestupek označeno v zákoně (nejde o trestný čin ani správní delikt).

Ve zdravotní péči se to týká: nedodržení hygienických předpisů, předpisů o správném zacházení s omamnými látkami, předpisů o ochraně životního prostředí atd. (Vondráček, 2003, s.13-29).

2 POCHYBENÍ V OBLASTI ZÁMĚNY

Ministerstvo zdravotnictví ČR vyhlásilo v rámci „Akčního plánu kvality a bezpečí zdravotní péče“ bezpečnostní cíl – prevence záměny pacienta, výkonu a lokalizace místa provedení při chirurgických výkonech. Úkolem tohoto cíle je co nejvíce snížit rizika poškození pacientů i jiných osob v procesu poskytované zdravotní péče (Filipová, 2011, s.34). Stejný cíl má i Světová aliance pro bezpečí pacientů, která se zaměřila na bezpečí pacientů, kteří podstupují chirurgický zákrok. Chirurgie je v celém světě stále významnějším oborem v medicíně, ale kvalita a bezpečnost péče je v různých částech světa diametrálně odlišná. Aliance se za pomoci kampaně „Bezpečná chirurgie zachraňuje životy“ snaží tuto odlišnost změnit pomocí šíření standardů, které mohou využít všichni (Daňhová, 2007, s.13).

Jak uvádí Cetlová, takřka 2 % operovaných pacientů v USA je nějakým způsobem postiženo pochybením chirurgů. Tyto pochybení se týkají záměny pacienta, jeho nesprávné identifikaci, nesprávná operace/výkon, záměny strany, operace na zdravém orgánu (Cetlová, 2009, s.32).

V ČR neexistují zatím spolehlivá data o výskytu pochybení v oblasti záměny pacienta, výkonu, strany či orgánu. Setkáváme se však s tendencí zdravotnických zařízení i jednotlivců tento problém pochybení zakrývat. Toto nastává zejména u nedokonaných pochybení, kdy například před operací pacient sám upozorní sanitáře, že mu holí nesprávnou stranu těla, nebo na záměnu upozorní anesteziolog. Právě tato nedokonaná pochybení slouží zdravotnickým zařízením jako argument: „u nás se to neděje, my to včas odhalíme“. Je nutné poukázat, že popsané situace jsou naopak signálem selhávání příslušných systémů, mohou vést k závažným pochybení a neukazují na správnou funkci systému zdravotní péče (Marx, 2007, s.395).

2.1 Příčiny stranové záměny

Při vyhodnocení „kořenové analýzy“ příčin záměny, odhalila Spojená akreditační komise v USA (JCAHO) faktory, které riziko záměny zvyšují. Jedná se o tyto faktory:

1. Účast více než jednoho chirurga, ať z příčin složitosti operace, nebo operaci převzal a dokončil jiný lékař.
2. Velký počet operací v rámci jednoho pobytu na operačním sále kdy výkony nebyly všechny na stejné straně těla, nevhodné časové podmínky (operace začínající v nevhodnou dobu nebo tlak na urychlení předoperační přípravy).
3. Nestandardní anatomické parametry pacienta (deformity těla, obezita), které vyžadují neobvyklou polohu pacienta nebo jiný nestandardní postup přípravy k operaci.

Zásadní příčiny záměny jsou nejčastěji spojeny:

- chybnou komunikací
- předanestetizačním vyšetřením
- vlastní kontrolou operovaného místa

Chyby v komunikaci lze rozdělit na dvě stěžejní skupiny:

1. Pacient – nepodílel se na ověřování správného místa výkonu.
2. Neúplná nebo chybná komunikace ze strany členů operačního týmu, kdy při procesu ověřování správnosti operačního místa byl některý z nich vyloučen (instrumentářka), nebo byla kontrola ponechána jen do rukou chirurga.

Nedůsledné předanestetizační vyšetření výrazně přispívá k záměně a to důvodů, že lékař již nekontroluje dokumentaci operovaného pacienta ani výsledky zobrazovacích vyšetření.

Selhání při potvrzování místa výkonu má své důvody:

1. Neexistuje standardní postup.
2. Na operačním sále nedojde k závěrečné kontrole.
3. Nedostupnost potřebných informací na operačním sále.
4. Nepoužívání verbální komunikace při kontrole.
5. Není zaveden seznam informačních zdrojů, podle kterých se ověřuje místo výkonu
6. Při ověřování místa výkonu je některý z členů operačního týmu vyloučen nebo přesvědčení některých členů týmu, že nejsou kompetentní poukazovat na možné chyby, které zjistili.
7. Kontrola je ponechána jen do rukou chirurga a není na místě zpochybňovat, jak byla provedena (Drahoš, 2008, s.3).

I Filipová ve svém článku uvádí podobné rizikové faktory, které vedou k záměně při chirurgickém výkonu:

- při procesu verifikace vyloučení některého člena operačního týmu, spoléhání se jen na operátora, který určuje operovanou stranu,
- nestandardní zdravotní záznam (užití zkratk při popisu chirurgického výkonu, nečitelné písmo),
- více výkonu na více místech během jedné operace,
- pacient se zvláštní charakteristikou ať už tělesnou či mentální - demence, morbidní obezita (Filipová, 2011, s.34).

Otázkou, proč dochází k pochybení v oblasti záměny při operaci, se zabývá ve svém článku i Pniak, který poukazuje na problém identifikace pacienta zdravotnickým personálem, možnou záměnou podobných nebo stejných jmen pacientů, rychlé střídání pacientů na operačním sále, komunikační šum na operačním sále - to vše může vést k provedení nesprávné operace na pacientovi. Problémy v komunikaci na operačním sále přisuzuje i stoupajícímu počtu cizinců pracujících ve zdravotnictví.

Výkony provedené na nesprávné straně mohou vyplývat ze stranové symetrie lidského těla, kdy při vyšetřování je naše pravá strana oproti levé straně pacienta. Na sále toto neplatí, neboť pacient leží a orientaci ztěžuje i zarouškování operačního pole.

Další zdroj chyb záměny stran vidí v jejich nesprávném označení, v nesprávném popisu zobrazovacích vyšetřovacích metod. Dále zdůrazňuje, že k pochybení zdravotnického personálu přispívá celá řada faktorů a jen výjimečně jde o nedbalost a zavinění jedné osoby (Pniak, 2008, s.220).

3 MOŽNOSTI PREVENCE V OBLASTI ZÁMĚNY

Zahraniční studie poukazují na to, že přibližně u 10 % hospitalizovaných pacientů dochází k poškození jejich zdraví. Mezi nejčastějšími typy pochybení zaujímají výkony na nesprávném orgánu či v nesprávné lokalitě třetí místo. Nejčastěji se zákrok na zdravém orgánu vyskytuje v chirurgii, kdy až 16 % pacientu zažije situaci, při které byla záměna rozpoznána těsně před incizí, a až 21 % lékařů během své kariery provedlo chybnou operaci. Aby bylo možno co nejlépe zajistit bezpečnost pacienta, je důležité aktivní zapojení všech osob, které se podílejí na zdravotnické péči. Jednou z prioritních možností jak předejít nežádoucí události nebo alespoň zmírnění její závažnosti dopadu na pacienta je přijetí a realizace bezpečnostních postupů.

Z praktického hlediska jde o požadavek pro zdravotnická zařízení, aby zajistila k dispozici standardizované protokoly, které bezpečně zdokumentují v předoperační fázi ověření správného pacienta k operaci, typu a místa výkonu a ve fázi perioperační opět zajistí, aby členové operačního týmu nezávisle ověřili a shodli se na poloze pacienta, na typu prováděného výkonu a na místě a straně prováděné operace (Filipová, 2011, s.34-36).

Mezinárodní protokol prevence záměny pacienta, výkonu, strany či orgánu vydala instituce pro akreditaci zdravotnických zařízení v USA v roce 2003. Tento jednotný protokol prevence stranové záměny byl v roce 2007 součástí Mezinárodního dokumentu bezpečnostních cílů při uplatnění mezinárodní akreditace zdravotnických zařízení. Využitelnost uplatnění tohoto protokolu je i pro zdravotnická zařízení, která akreditována nejsou a ani se na mezinárodní akreditaci nepřipravují. Hlavní podmínkou aplikace protokolu do praxe je důležitost jednoznačné identifikace pacienta (Marx, 2007, s.395).

Drahoš ve svém článku uvádí **důležitá opatření, která doporučuje JCAHO:**

- jasné označení místa výkonu a to za spolupráci pacienta,
- na operačním sále požadovat od každého člena operačního týmu ústní potvrzení o správnosti místa operačního výkonu,
- vytvoření a zavedení seznamu dokumentů, které jsou nezbytné pro prevenci záměny a jsou důležité v procesu ověřování místa operačního výkonu, a to včetně zdravotnické dokumentace, snímků ze všech provedených zobrazovacích vyšetřovacích metod spolu s jejich popisy, informovaného souhlasu pacienta,

operačního protokolu, anesteziologického protokolu a přímé kontroly označení místa operace na těle pacienta (Drahoš, 2008, s.3).

3.1 Identifikace pacienta

Aby mohly být protokoly prevence záměny uvedeny v praxi je důležitou podmínkou správná, jednoznačná identifikace pacienta. V praxi se za ideální osvědčilo používání identifikačních náramků, kterých je na českém trhu dostatek a i jejich cena je přijatelná. Údaje uvedené na náramku se nazývají identifikátory a zahrnují jméno pacienta, datum narození aj. Pro identifikaci pacienta je nepřijatelné používat jen číslo pokoje nebo číslo lůžka (Marx, 2007, s.395).

Nejzávažnější pochybení ve zdravotnictví, které má fatální dopad na pacienta, je špatná identifikace pacienta. Jedinou možnou prevencí tohoto pochybení je jednoznačná identifikace pacienta, a to zvláště v situacích, kdy není možná verbální komunikace s pacientem. Jako možností řešení se jeví používání identifikačních náramků. V Ústřední vojenské nemocnici v Praze se v roce 2005 rozhodli zahájit projekt plošné identifikace pacientů za pomoci náramků s následným průzkumem. Na odděleních (hlavně chirurgických oborů) bylo pro pacienty zavedeno používání identifikačních náramků.

Náramky jsou barevně odlišeny podle stavu a možných rizik u pacienta:

- **Červený náramek** – značí riziko pádu
- **Zelený náramek** – značí riziko dekubitů
- **Bílý náramek** – značí pacienta bez rizika

Náramky jsou označeny jménem pacienta a datem jeho narození.

Cílem tohoto průzkumu bylo zjištění nejčastějších chyb při zavedení používání náramků a vytvoření návrhu opatření, které tyto chyby eliminuje.

Závěr průzkumu lze shrnout z hlediska postoje pacientů jako pozitivní z 85 %, 67 % pacientů si myslí, že jsou užitečné, 18 % pacientů nepochopilo smysl nošení náramků a pouze 8 % pacientů považuje náramky za zbytečné. Obtíže spojené s nošením náramků jsou spojeny s jedním případem alergie, jiné závažné problémy nebyly uvedeny. Postoj personálu k plošné identifikaci pacientů je podle průzkumu ze dvou třetin kladný. Je zde návrh personálu zadat na náramek oddělení, na kterém je pacient hospitalizován. Problém je viděn pouze v občasné nečitelnosti údajů na náramku a možnosti překážení náramku při zavádění žilního katetru (Gutová, 2006, s.6-8).

Zavedení těchto identifikačních náramků proběhlo i v nemocnici Kroměříž, což je nejenom důkazem snahy tohoto zařízení o zvýšení bezpečnosti pacientů během hospitalizace, ale i krok v procesu zabránění nežádoucích událostí.

Pro snadnou orientaci personálu je i zde barevné odlišení jednotlivých náramků:

- **Bílý náramek** – pacienti bez rizika, běžní nemocní
- **Červený náramek** – pacienti s alergií
- **Žlutý náramek** – pacienti s diabetes mellitus (viz.příloha č.1, str. 48)

Pokud je pacient překládán, je mu náramek ponechán, při propuštění se náramek sundá. Při odmítnutí náramku pacientem je toto rozhodnutí respektováno a zaznamenáno do dokumentace. Náramek se připevní na pravé předloktí, je zde důležité, aby nezpůsobil otok, ale nebyl i příliš volný (www.nem-km.cz, tiskové-zprávy).

Jeden z možných doporučených postupů při identifikaci pacienta:

1. Při příjmu pacienta sestra vytiskne identifikační štítek, který obsahuje: jméno, příjmení pacienta, datum narození. Nalepí jej na papírovou jmenovku, kterou pak zasune do pouzdra identifikačního náramku. Náramek pak sestra umístí na pravé zápěstí pacienta a uzavře plombou.
2. Nelze-li náramek umístit na pravé zápěstí, umístí jej sestra na levé zápěstí. Další alternativou je pravý nebo levý kotník.
3. Červený náramek použije sestra u pacientů s rizikem pádu. Zelený při riziku dekubitů. V případě obou rizik sestra nalepí na červený náramek zelenou značku.
4. V případě poškození náramku se vymění za náramek nový a vše se zapíše do dokumentace
5. Po propuštění pacienta se náramek odejme a založí do dokumentace. Je-li poškozen nebo znečištěn zničí se.
6. Při úmrtí se náramek ponechá na místě a k znehodnocení dochází na patologii.

Možné využití identifikace v praxi:

- Při podávání léků je možnost ověřit si identifikaci porovnáním údajů na náramku a v dokumentaci.
- Při operačních výkonech je možnost ověření si identifikace pacienta dle náramku.
- Při anestezii je možnost ověřit si identifikaci pacienta srovnáním údajů na náramku a v dokumentaci (Marx, 2006, s.9-10).

3.2 Stranový protokol

Jak uvádí Pniak ve své studii, je stranový protokol souborem opatření, který vykonává zdravotnický personál při péči o pacienta a je zaměřený na prevenci záměny stran u diagnostických a terapeutických výkonů u párových orgánů.

Na Otorinolaryngologické (ORL) klinice Fakultní nemocnice (FN) v Ostravě se stranovým protokolem řídí sesterský i lékařský tým. Ze sesterského týmu se jedná o sestru, která pacienta přijímá k hospitalizaci, a sestru sálovou v perioperační péči o pacienta.

Standardizovaný stranový protokol na klinice v Ostravě se skládá ze dvou hlavních částí:

1. Příjem pacienta

Provádí jej příjmová sestra, která zaznamenává :

- identifikaci pacienta,
- vypisuje sesterskou část příjmové dokumentace,
- do sesterské dokumentace označí postiženou stranu,
- dále do sesterské dokumentace potvrdí kontrolu a označení strany při ošetřovatelské péči (stranová lokalizace bolesti).

Provádí jej přijímací lékař, který zaznamenává:

- do dekurzu podrobné označení lokalizace potíží hospitalizovaného pacienta, tedy nynější onemocnění. Zde je potřeba se zaměřit nato, zda údaje od pacienta souhlasí s dokumentací,
- v příjmové části o lokálním nálezu – přesně zaznamenává jeho stranu,
- do části dekurzu v epikríze zaznamenává shrnutí stranových potíží,
- dále do dekurzu zakreslí obrázek a do obrázku jasně označí postiženou stranu,
- stejné označení lokalizace a strany provádí na kůži pacienta a to nesmyvatelným fixem,
- při vizitě jasně a přesně referuje o stranových potíže pacienta.

Staniční lékař pak provádí: kontrolu dokumentace, záznamu stran, dále kontrolu lokalizace nálezu a jeho označení na kůži pacienta.

Vedoucí lékař pak provádí: opětovnou kontrolu záznamu lokalizace nálezu a kontrolu správného označení pacienta fixem.

2. Operační výkon

Sálová sestra, která v perioperační péči zaznamenává:

- identifikaci pacienta na sále a to na základě zdravotnické dokumentace a štítku
- slovně se dotáže pacienta ohledně ověření si stranové lokalizace potíží
- opětovně kontroluje správné označení strany fixem na kůži operovaného

Operatér opět provádí:

- na základě zdravotnické dokumentace kontrolu správnosti strany nálezu
- také se slovně dotáže pacienta na správnost strany lokalizovaných potíží
- nakonec kontroluje správnost označení strany fixem na kůži operovaného (Pniak, 2008, s.218-219).

Další stranový protokol uvedený do praxe je z nemocnice v Havlíčkově Brodě. Metodický postup, který uvádí Cetlová popisuje praktické kroky, které vedou k jednoznačnému označení stranové lokalizace operačního výkonu, a uvádí předoperační dokumentační standardy, které vedou k vyloučení stranové záměny.

Tento stranový protokol je na základě třístupňové kontroly a je zde poukázáno na vzájemnou spolupráci operačního oboru s anestezií a na účast perioperační sestry, která ověření strany výkonu zaznamenává do perioperačního protokolu.

1. **Stupeň kontroly** – začíná příjmem pacienta k hospitalizaci, kdy na základě prostudované zdravotnické dokumentace (včetně vyšetřovacích metod a klinických vyšetření) a pacientova písemného souhlasu s výkonem, zaznamená lékař do první části stranového formuláře, kde a na jaké straně bude operační výkon proveden.
2. **Stupeň kontroly** – zahrnuje předoperační období, kdy lékař ve spolupráci s pacientem označí stranu operačního výkonu, a to vodou neodstranitelnou barvou. Označení musí být mimo operační pole a značí se symbolem – šipkou (příloha č.2, str. 49) nebo křížkem (příloha č.3, str. 50). Pacient je poučen, aby značení nesmýval.
3. **Stupeň kontroly** – provádí operatér, který těsně před operací kontroluje označení strany u pacienta ve srovnání s dokumentací, ověřuje správnost informací a vše zaznamenává do dokumentace zápisem a potvrdí svým podpisem. Těsně před operací probíhá na operačním sále tzv. „**chvíle zklidnění**“, které se účastní celý operační tým a v tuto chvíli může každý z členů týmu vyjádřit jakoukoliv pochybnost či nejasnost k operačnímu výkonu.

Stranový protokol se v nemocnici používá od roku 2007 ve všech operačních oborech (Cetlová, 2009, s.32).

Podle Marxe je nedílnou součástí stranového protokolu identifikace pacienta. Dále při sestavování stranového protokolu klade důraz na:

- **Předoperační verifikační proces** – kdy při příjmu pacienta lékař ověří správnost veškeré dokumentace, která je pro daný výkon potřebná a zda uvádí jednotně výkon, který má být proveden, místo či orgán, který má být ošetřen. Pokud nalezne nějaký rozpor, snaží se jej ihned řešit. Pokud nejsou rozpory vyřešeny, není pacient připuštěn k výkonu. Lékař o provedeném verifikačním procesu provede zápis do dokumentace.
- **Označení místa výkonu** – u výkonu, u kterého může dojít k záměně strany či orgánu (operace prsu, operace na prstech), nebo místa výkonu (operace páteře), si operatér označí místo plánovaného operačního výkonu. Je dobré, aby se označování místa výkonu účastnil i pacient. Označení by mělo být provedeno tak, aby bylo zřetelné, jednoznačné a bylo vidět i po zarouškování operačního pole.
- **Předoperační bezpečnostní proceduru** – v perioperační péči se provede týmové ověření identifikace pacienta, správnost prováděného výkonu, instrumentária, dostupnost potřebné dokumentace a správnost označení místa výkonu. Tohoto ověřování se účastní jak osoby operačního týmu tak týmu anesteziologického a vše je zaznamenáno do pacientovy dokumentace. Pokud při tomto ověřování nedojde k jednotné shodě celého týmu, operace nemůže být provedena (Marx, 2007, s.395).

O stranovém protokolu píše také Filipová, která protokol člení na :

- **Předoperační bezpečnostní proces** – jde o opatření, které vykonává zdravotnický personál a který má zamezit nebezpečí záměny stran, u párových orgánů nebo jiných zaměnitelných částí, ve zdravotnické péči.
Stranový protokol je u pacienta zakládán při příjmu a slouží dále k dokumentování a potvrzení správnosti strany výkonu. Součástí je i označení správnosti strany fixem na kůži pacienta. Při tomto označení se nejedná o zakreslení chirurgického řezu, ale o označení operované části těla.
- **Proces na operačním sále** – zde se ověřuje správnost údajů o operačním výkonu a to včetně dokumentace. Operační tým ověřuje shodu. Výjimku ze standardního postupu je možné tolerovat v akutních případech nebo v případech, kdy pacient nesouhlasí s označením na kožním povrchu.

Obecně řečeno stranový protokol je určený k tomu, aby lékař přesně věděl, která část nebo strana těla se má operovat.

Při kontrole používání stranového protokolu v praxi v nemocnici Boskovice, Filipová uvádí souhrnná zjištění:

- Stranový protokol je veden u 90 % pacientů, nejčastěji není veden u akutních operací.
- Úplné vyplnění protokolu chybělo u pacientů, u kterých se o operačním řešení léčby rozhodovalo během hospitalizace.
- Označení místa fixem na kůži bylo provedeno v 50 % případů.

Jako nápravná opatření uvádí:

- Zhodnotit, zda postupy a požadavky na stranový protokol byly srozumitelně definovány a odpovídaly možnostem realizace v daném zařízení,
- provést školení zaměstnanců o zavedení stranového protokolu se zaměřením na zapojení pacientů do procesu
- zpracovat „checklist“ a stanovit pravidelné kontroly dokumentace (Filipová, 2011, s.34-36).

3.3 Surgical Safety Checklist

WHO se již dlouho zabývá projektem, který by omezil množství pochybení na operačním sále. Výsledkem je dokument Surgical Safety Checklist (Chirurgický bezpečnostní list), jež má za úkol zamezit vzniku možných pochybení tím, že na ně v pravou chvíli upozorní operační tým. Tento dokument vznikl po konzultaci s chirurgy, sestrami, anesteziology, experty na bezpečnost pacientů a s pacienty samotnými.

Statistika WHO uvádí, že celosvětově za rok provede 234 milionů operačních výkonů. Z tohoto počtu odoperovaných pacientů má až 7 milionů pacientů pooperační komplikace a z toho až 1 milion pacientů na ně zemře. Při správném dodržování dokumentu: „Surgical Safety Checklist“ by se polovině těchto úmrtí dalo předejít.

Postup tohoto dokumentu v pravou chvíli upozorní operační tým, na co je důležité zaměřit pozornost. Skládá se ze tří kroků, a to v návaznosti na tři kritické momenty v průběhu operačního výkonu:

1. **Před podáním anestezie** – kontrola identity pacienta, místo operace včetně označení, typu operačního výkonu, který se bude provádět, a informovaného souhlasu pacienta s výkonem. Důležité je provést kontrolu funkčnosti anesteziologického přístroje a pulzního oxymetru. Dále jsou kontrolní dotazy směřovány na alergie pacienta, překážky v dýchacích cestách a na možnou objednávku krve k operaci.
2. **Před kožním řezem** – uvádí všichni členové operačního týmu své jméno a úlohu. Dále chirurg, anesteziolog a instrumentářka společně ústně potvrdí identitu pacienta, místo a typ operačního výkonu. Operatér týmu sdělí předpokládanou délku operace, předpokládanou krevní ztrátu, vyjádří požadavky na předložení snímků od operovaného pacienta, možných implantátů a drénů. V této chvíli se také anesteziolog vyjádří k předpokládaným rizikům u operovaného pacienta. Instrumentářka potvrdí sterilitu nástrojů a kompletnost všech potřebných pomůcek k operaci. Dále je potvrzeno podání antibiotik (ATB).
3. **Před ukončením operačního výkonu** – opět operační skupina potvrdí název výkonu, početní souhlas všech nástrojů, roušek a potřebného materiálů, zkontroluje odebrané biologické vzorky a jejich označení a zopakuje pooperační ordinace (příloha č.4, str. 51).

Výhodou celé procedury je to, že není potřeba její postup zdlouhavě zaznamenávat do dokumentace, ale stačí pouze zaškrtnout její provedení. Celý proces této procedury netrvá déle jak dvě minuty. Nejedná se zde o vyplňování papírů, ale o skutečné provedení kontroly.

Při pilotní studii v roce 2008, která proběhla v USA, Kanadě, Velké Británii, Indii, Jordánsku, Tanzanii, na Novém Zélandě a na Filipínách, bylo zjištěno, že výskyt pooperačních komplikací se snížil o jednu třetinu a počet úmrtí dokonce o polovinu.

Hlavním cílem „checklistu“ je zabránit pochybení v oblasti záměny pacientů, záměny operované strany nebo místa operace, dále má zabránit omylům v plánovaném operačním výkonu, problémům v anestezii, infekcím operační rány a dalším chybám vzniklým ze špatné komunikace mezi jednotlivými členy operačního týmu (Wichsová, 2010, s.43-44).

4 POSTOJ PACIENTA K METODÁM PREVENCE POCHYBENÍ

Podle Světové aliance pro bezpečí pacientů je důležité prosadit ve zdravotnictví otevřený vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem. V rámci aliance vznikl projekt „Pacienti pro bezpečí pacientů“, který si vzal za cíl zapojit pacienty a patientské organizace do procesu bezpečné péče ve zdravotnictví (Daňhová, 2007, s.13).

Tento mezinárodní projekt na zvýšení bezpečí pacientů vedou organizace pacientů, které diskutují se zdravotníky o příčinách a možnostech prevence pochybení ve zdravotnické péči. S tímto akčním programem spolupracují zdravotnická zařízení celého světa, kterým se podařilo zavést standardizované procesy za bezpečí pacientů ve zdravotnické péči. Hlavním tématem tohoto programu je partnerství a na vytváření preventivních procesů pro pochybení ve zdravotnické péči se podílejí zdravotníci, zástupci státní správy a samospráv i akademičtí pracovníci.

Cíle akčního plánu jsou zahrnuty v Londýnské deklaraci za bezpečí pacientů, která byla vyhlášena v roce 2006. Zahrnuje prohlášení pacientů o partnerství a spolupráci na prevenci pochybení ve zdravotnictví, o rozšiřování informací o prevenci pochybení, je zde poukázáno na právo pacienta na bezpečnou léčbu a požadavek na otevřenost, pravdivost a transparentnost ve zdravotnické péči. Tato deklarace obsahuje návrhy na podporu vzniku a rozšiřování programů vedoucích k bezpečí pacientů, vytváření mezinárodních systémů hlášení pochybení a následné řešení, navrhování správné praxe při řešení bezpečí pacientů (www.mzcr.cz, kniha bezpečí.).

I Škrla poukazuje na přístup k pacientům, který respektuje pacienty jako partnery při zdravotnické péči. Tento přístup je jedna z možností, jak snížit rizika vážného pochybení a zvýšit bezpečí poskytované péče. Proto je nezbytné podávat pacientovi správné informace a správné nástroje. Dá se předpokládat, že informovaný pacient lépe a přesněji dodržuje stanovený léčebný režim v období rekonvalescence. Partnerství mezi pacientem a zdravotníky posiluje u pacienta pocit důstojnosti a respektu k vlastnímu úsudku a seberozhodování v průběhu celé léčby. Toto partnerství v praxi je založeno na vzájemné důvěře, respektu a kvalitní komunikaci.

JCAHO partnerské vztahy mezi členy zdravotnického týmu, pacientem a jeho rodinou podporuje. Jako základní prvky svého akreditačního manuálu uvádí :

- Předání informací pacientům o odpovědnostech během hospitalizace a léčby.
- Zdravotníci motivují pacienty, aby se zajímali o poskytovanou péči a nebáli se klást otázky.
- Neustála edukace pacientu o základních aspektech bezpečné péče, bezpečného a efektivního užívání léků, bezpečného a efektivního využití medicínské techniky a pomůcek ve zdravotnickém zařízení (Škrla, 2005, s.96-99).

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) ČR uvádí na svých stránkách důležitost zapojení pacienta i jeho rodiny do procesu léčebné a ošetrovatelské péče jako jednu z možností prevence pochybení záměny v chirurgické péči. Klade důraz na:

- zapojení pacienta do všech fází předoperačního vyšetřování a ověření si, že porozuměl správnosti výkladu o plánovaném operačním výkonu,
- je-li to možné, zapojit pacienta do procesu správného vyznačení operačního místa,
- v procesu informovaného souhlasu, vysvětlit pacientovi vše důležité ohledně léčebného postupu (www.mzcr.cz, kniha bezpečí.).

4.1 Spolupráce pacientů jako pomoc v prevenci pochybení

Otázkou ochoty pacientů spolupracovat se zdravotníky na prevenci pochybení se zabývá i Škrla, který ve své knize uvádí, že někteří pacienti mají pocit bezpečí ve zdravotnických zařízeních, tudíž nemají potřebu se na této spolupráci podílet, nechtějí se plést do práce zdravotníků, jiní by měli zájem o spolupráci, ale čekají na výzvu zdravotníků. Existuje však i početná skupina pacientů, kteří cíleně vyhledávají cesty a informace ke spolupráci se zdravotníky v prevenci pochybení.

Pacient v systému jištění bezpečnostní zdravotnické péče:

1. Může zdravotníkům připomenout, aby si ověřili jeho totožnost.
2. Může se zeptat na důvod léčebného zákroku.
3. Muže si zkontrolovat, zda sestra ví co lékař naordinoval.
4. Muže si zkontrolovat, zda všichni poskytovatelé zdravotní péče ví co se děje.
5. Může se zajímat a sledovat provádění správnosti své medikace.
6. Může upozornit zdravotnické pracovníky na neočekávané a nezvyklé situace, na případné nesrovnalosti (Škrla, 2005, s. 97-98).

Jednou z účinných cest, aby zdravotnická zařízení kladla důraz na bezpečí, je aktivní přístup pacientů a spolupráce se zdravotníky. Jedině dobře informovaný pacient o rizicích pochybení, může na ně adekvátně reagovat a upozornit na ně zdravotnický personál a podílet se na jejich odstraňování. Takový pacient se stává klientem, který je připraven spolurozhodovat o své léčbě. Je schopen si zvolit takové zdravotnické zařízení, které mu nabídne službu s co nejmenším rizikem nežádoucí události, tedy to nejbezpečnější (www.mzcr.cz, kniha bezpečí.).

4.2 Informovaný souhlas pacienta

Jde o důležitý dokument, nejen z právního hlediska, ale i z hlediska prevence pochybení ve zdravotnictví. Význam tohoto dokumentu spočívá v tom, aby pacient porozuměl rizikům, výhodám léčby, plánovaným operačním výkonům, invazivní i neinvazivním vyšetření a dalším medicínským a ošetrovatelským intervencím.

Informovaný souhlas vychází s lékařské etiky, že každý svéprávný jedinec má právo spolurozhodovat o tom, co se bude nebo nebude dít s jeho tělem. Informovaný souhlas je součástí zdravotnické dokumentace pacienta. Měl by být formulovaný tak, aby jeho obsahu pacienti rozuměli. V případě, že obsah tohoto dokumentu je složitý a nesrozumitelný, pacienti nejsou schopni jej přečíst nebo jej nechtou vůbec. Jedná se hlavně o pacienty seniory, kteří mají problémy se čtením či pochopením textu a právě tito pacienti spadají do rizikové skupiny pacientů nejvíce ohrožených pochybením a omyly ve zdravotnické péči.

Při vytváření informovaného souhlasu si musíme uvědomit, že text budou číst i pacienti se sníženým stupněm chápání, pacienti ve stresu a ovlivnění strachem ze své nemoci, následné léčby, což ovlivňuje jejich kognitivní schopnosti. Proto se doporučuje, aby se „Informovaný souhlas“ sestavoval z jednoduchých vět a byl při něm použit slovník na úrovni žáka osmé třídy. Po přečtení souhlasu pacientem je vhodné, aby se lékař nebo sestra zpětně přesvědčili o tom, že pacient porozuměl obsahu dokumentu a požádá jej o stručný výklad hlavní myšlenky tohoto dokumentu.

Je-li třeba, aby pacient danou informaci co nejlépe pochopil a následně udržel, je vhodné použít vizuálních materiálů, jako jsou grafy, obrázky, modely. Zatímco se ve vědeckých kruzích diskutuje o nejvhodnějším přístupu k informovanému souhlasu, zdravotníci musí v praxi udělat vše pro to, aby tento formulář nechyběl v žádném

chorobopisu, aby byl pro pacienta co nejsrozumitelnější a zároveň i smysluplný a aby byl pacient schopen rozhodnout se na základě tohoto dokumentu o způsobu další léčby.

Je samozřejmé, že „Informovaný souhlas“ v žádném případě nezbavuje poskytovatele zdravotnické péče odpovědnosti za nedbalé nebo chybné provedení procedury či zákroku na pacientovi (Škrla, 2005, s.101-103).

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce má za úkol poukázat na velmi aktuální problém ve zdravotnictví a to je pochybení a jeho prevence. Problémem bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních se zabývá nejen Česká republika, ale jde o záležitost celosvětového rozsahu. Tímto problémem se zabývá i WHO a tak za tímto účelem vznikla „Světová aliance pro bezpečí pacientů“. Hlavní prioritou aliance je z dosud uveřejněných poznatků vytvoření mezinárodního klasifikačního systému pro bezpečí pacientů, který se opírá o celosvětové standardy a směrnice v procesu prevence pochybení (Daňhová, 2007, s.12).

Jak vyplynulo ze zjištěných studií, k pochybení ve zdravotnictví dochází a docházet bude, neboť většina pracovních procesů je prováděna lidmi a ne stroji či počítači a tím se potenciál omylů navyšuje (Filipová, 2011, s. 34, Pniak, 2008, s.219). Proto je důležité zabývat se jednak příčinami, ale hlavně preventivními opatřeními, které zajistí bezpečnou péči pacientům ve zdravotnických zařízeních.

Základem se pro tento proces jeví přiznání si chyby a pravdivě ji jako mimořádnou událost hlásit, neboť jde o zpětnou vazbu, která slouží k vyhledání příčiny a k vytvoření nápravných opatření pro prevenci. Protože v ČR neexistuje jednotná databáze pro hlášení mimořádných událostí, záleží na každém vedení zdravotnického zařízení, jaké si vytvoří standardy k hlášení těchto událostí (Škrla, 2005, s.58-60, Daňhová, 2007, s.12-14).

Mezi vytvořená nápravná opatření můžeme uvést vypracování zdravotnických standardů a jejich zařazení do praxe. Jde o dané normy, které slouží k objektivnímu hodnocení vykonávané zdravotnické péče. Dále se studie zaměřují v prevenci na audit, což je kontrola dodržování standardů, a na akreditaci. Akreditace je určitý systém externího hodnocení kvality zdravotnické péče a zároveň je ukazatelem bezpečné péče pro pacienta (Mášová, 2009, s.19-20, Škubová, 2010, s.5).

Hlavním cílem bakalářské práce je poukázat na možnosti prevence v oblasti záměny pacienta, výkonu, strany a orgánu v chirurgické péči. I zde se při vytváření preventivních opatření vychází z příčin a analýzy chyb chirurgické péče.

Četně se dohledané studie ohledně prevence záměny v chirurgické péči shodují ve vytvoření několika základních opatření. Prvním a prioritním opatřením je identifikace pacienta a to nejčastěji za pomoci identifikačních náramků (Gutová, 2006, s.6-8, www.nem-km.cz). Další a rozsáhlou studií je stranový protokol. Existuje několik uveřejněných

standardizovaných postupů, které si vytváří každé zdravotnické zařízení samo. Tyto protokoly se skládají z několika fází postupu a vše je důkladně dokumentováno (Pniak, 2008, s.218-219, Cetlová, 2009, s.32, Marx, 2007, s.395, Filipová, 2011, s.34-36). Dalším a podobným dokumentem je mezinárodní „Surgical Safety Checklist“ neboli Chirurgický bezpečnostní list. Je to určitý druh stranového protokolu, který prošel mezinárodním výzkumem v 8 státech světa a výsledky výzkumu vyšly v kladných číslech a potvrdily nutnost standardizace tohoto nebo podobného dokumentu (Wichsová, 2010, s.43-44).

Tato práce také nezapomíná na roli pacienta v prevenci pochybení a na jeho spolupráci se zdravotníky na tomto procesu. Jako prioritu v této vzájemné komunikaci lze považovat dokument „Informovaný souhlas“, který je důležitý jak v prevenci pochybení, tak v právní oblasti. Výsledek kvalitní a srozumitelné komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je podepsaný „Informovaný souhlas“ (Škrála, 2005, s.101-103).

Z nalezených a uvedených studií lze konstatovat, že uvedené metody prevence, zvláště pak opatření v oblasti záměny, se v praxi velmi osvědčily a výsledky byly mimořádně úspěšné. V otázce zda je použít a zařadit do standardů zdravotnických zařízení, je odpověď jednoznačně ano. Výše uvedené metody prevence jsou již standardy v některých nemocnicích a mohou být návodem pro jiné zdravotnické zařízení jak zajistit bezpečnou péči pro pacienty.

SEZNAM LITERATURY

BUDÍNOVÁ, Bronislava ; ZAORALOVÁ, Petra; HADWIGEROVÁ, Ivana. Prevence pochybení na operačním sále. *Sestra*. 2009, 19, 1, s. 69. ISSN 1210-0404.

CETLOVÁ, Lada. Zavedení Stranového protokolu do praxe v nemocnici Havlíčkův Brod. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, 5, 3, s. 32. ISSN 1801-1349.

DAŇHOVÁ, Adéla. Hlavně pacientům neublížit. *Zdravotnické noviny*. 2007, 56, 6, s. 12-14. ISSN 1214-7664.

DRAHOŠ, Jan. Záměna strany či místa při operačním výkonu. *Florence*. 2008, 4, 1, s. 3. ISSN 1801-464X.

FILIPOVÁ, Monika ; POKOJOVÁ, Radka. Předoperační bezpečnostní proces - úskalí implementace. *Sestra*. 2011, 21, 2, s. 34-36. ISSN 1210-0404.

GUTOVÁ, Lenka; ŠEDO, Jiří. Identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků - další krok k bezpečné péči. *Onkologická péče*. 2006, 10, 4, s. 6-9. ISSN 1214-5602.

MARX, David . Akreditační standardy - jedna z cest k minimalizaci chyb. *Zdravotnické noviny*. 2001, 50, 37, s. 22-23. ISSN 0044-1996.

MARX, David . Možnosti kvantitativního hodnocení chyb při poskytování zdravotní péče. *Zdravotnické noviny*. 2001, 50, 2, s. 25-26. ISSN 0044-1996.

MARX, David; VLČEK, František. Prevence rizika pochybení. *Zdravotnické noviny*. 2003, 52, 48, s. 24. ISSN 0044-1996.

MARX, David; VORAL, Pavel . Identifikace pacientů ÚVN. *Onkologická péče*. 2006, 10, 4, s. 9-10. ISSN :1214-5602.

MARX, David. Záměna pacienta, výkonu, strany či orgánu - možnosti prevence. *Florence*. 2007, 10, s. 395. ISSN 1801-464X.

MÁŠOVÁ, Renata; HAVRDLÍKOVÁ, Markéta. Standardy ošetrovateľskej péče podľa Donabediána. *Sestra*. 2009, 19, 9, s. 19-20. ISSN 1210-0404.

PNIÁK, Tomáš; KOMÍNEK, Pavel . Prevence záměny stran u operací na ORL klinice FN Ostrava. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2008, 57, 4, s. 218-220. ISSN 1210-7867.

RYDLO, Martin. Současné trendy ve vyšetřování nežádoucích příhod ve zdravotnictví. *Kontakt*. 2007, 2, s. 296-303. ISSN 1212-4117.

SEIFERT, Bohumil; VOŘÍŠKOVÁ, Jana. Pochybení a omyly v lékařské praxi. *Praktický lékař*. 2009, 89, 7, s. 352-357. ISSN 0032-6739.

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

ŠKUBOVÁ, Jarmila . Bezpečnější a kvalitnější zdravotnictví. *Florence*. 2010, 6, 1, s. 5. ISSN 1801-464X.

VONDRÁČEK, Lubomír ; VONDRÁČEK, Jan . *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovateľskej péče*. 1. Praha : Grada Publishing,a.s, 2003. 68 s. ISBN 80-247-0705-5.

WICHISOVÁ, Jana. Surgical Safety Checklist - prevence pochybení při operačních výkonech. *Sestra*. 2010, 20, 2, s. 43-44. ISSN 1210-0404.

Internetové zdroje:

Bezpečnost pacientů zvýší identifikační náramky : /www.nem-km.cz/. In *Www.nem-km.cz [online]*. 9. června 2010 [cit. 2011-04-16]. *Bezpečnost pacientů zvýší identifikační náramky*. [online]. Kroměříž : [s.n.], 2010 [cit. 2011-04-16]. Dostupné z WWW: <<http://www.nem-km.cz/category/tiskove-zpravy/page/3/>>.

Prevence pochybení. In *Kniha bezpečí* [online]. Praha : /www.mzcr.cz/. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008 [cit.2011-04-14]. Dostupné z WWW: <<http://knihabezpeci.mzcr.cz/Categories/5-Verejna-cast-odborna.html>>.

Vybrané pojmy I.LF UK : Projekt MZDRP 0115H04. [online]. Praha : 2008 [cit. 2011-04-16]. Vybrané pojmy z oblasti kvality péče a bezpečí . Dostupné z WWW: <http://eifzvip.cz/dokumenty/Vybrane_pojmy_1_LF_UK.pdf>.

SEZNAM ZKRATEK

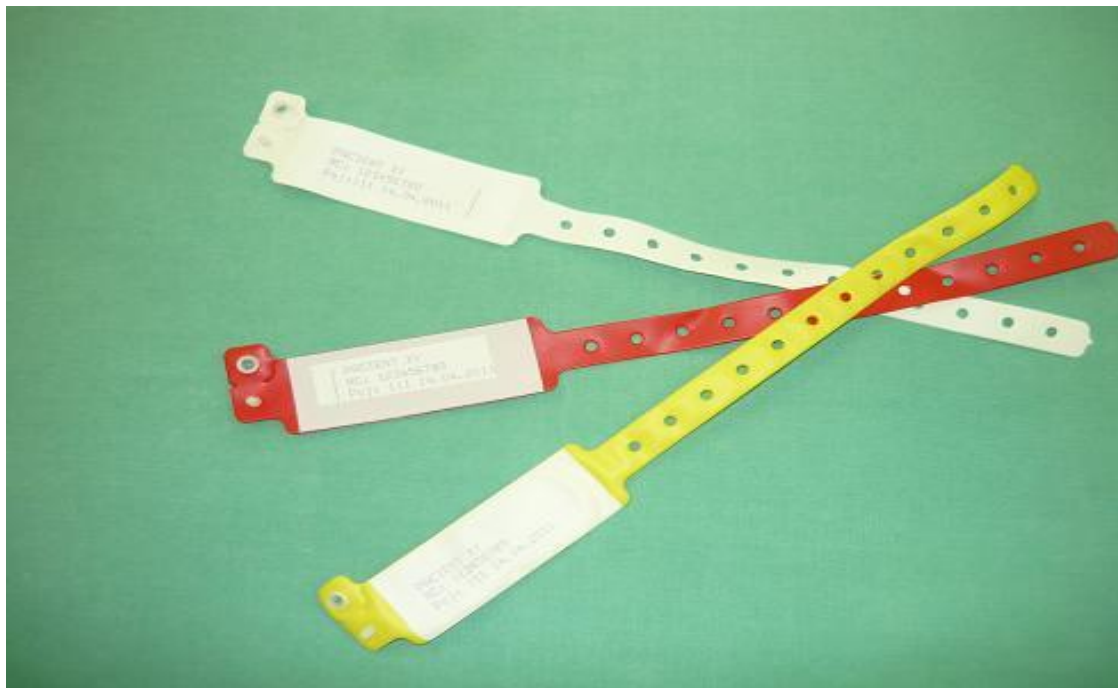
ATB	antibiotika
ČR	Česká republika
EU	Evropská Unie
FN	Fakultní nemocnice
JCAHO	Spojená Akreditační Komise v USA
JIP	Jednotka intenzivní péče
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ORL	Otorinolaryngologické oddělení
TrZ	Trestní zákoník
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Obrázek identifikačních náramku pro pacienty, používaných v Nemocnici Kroměříž.....	48
Příloha 2 - Obrázek označení operační strany/pole v rámci stranového protokolu – šipka.....	49
Příloha 3 - Obrázek označení operační strany/pole v rámci stranového protokolu – křížek.....	50
Příloha 4 - Příklady mezinárodních protokolů „Surgical Safety Checklist“.....	51

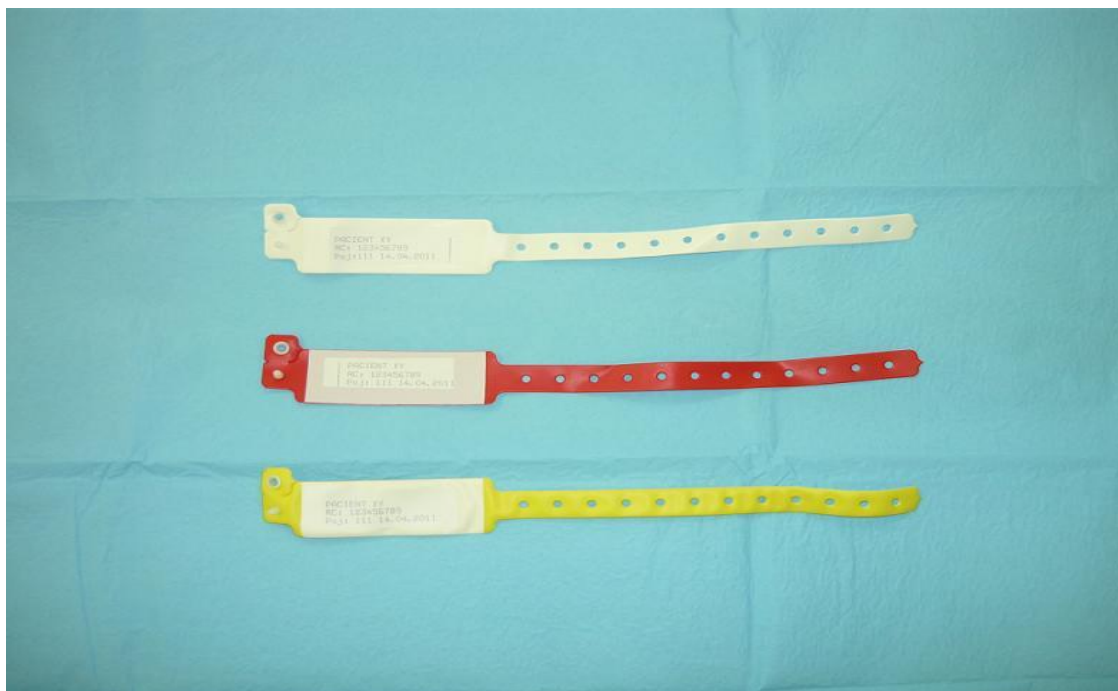
PŘÍLOHY

Příloha 1 Obrázek identifikačních náramku pro pacienty, používaných v Nemocnici Kroměříž



Foto

archív autorky



Fotoarchív autorky

Příloha 2 Obrázek označení operační strany/pole v rámci stranového protokolu - šipka



Fotoarchív autorky

Příloha 3 Obrázek označení operační strany/pole v rámci stranového protokolu - křížek



Fotoarchív autorky

