UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav zdravotnického managementu

Bc. Galina Vavrušková

Management rizik

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Špirudová, PhD.

Olomouc 2010

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Název práce:	Management rizik
Název práce v AJ:	Risk management
Datum zadání:	2009-01-06
Datum odevzdání:	2010-04-30
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav zdravotnického managementu
Autor práce:	Vavrušková Galina, Bc.
Vedoucí práce:	Mgr. Lenka Špirudová, PhD.
Oponent práce:	MUDr. František Vlček

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zabývá řízením rizik v městské nemocnici se zaměřením na management mimořádných událostí, zejména v oblasti léčebné a ošetřovatelské péče. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části jsou shrnuty základní informace a poznatky ze studovaných zdrojů k tématům: kvalita a bezpečnost ve zdravotnických službách, management rizik, mimořádné (nežádoucí) události v léčebné a ošetřovatelské péči. Empirická část práce pomocí retrospektivní analýzy mapuje systém hlášení mimořádných událostí ve sledované městské nemocnici a pomocí dotazníkového šetření zjišťuje názory a postoje tamních sester k tomuto systému hlášení mimořádných událostí. Na základě výsledků průzkumného šetření byly identifikovány rezervy v systému hlášení klinických mimořádných událostí a navržena nápravná opatření pro management městské nemocnice.

Abstrakt v AJ:

The diploma thesis deals with risk managament in a public hospital and puts an emphasis on incident management, and curing and nursing in particular. The work is divided into two parts: the theoretical one and the practical one. In the theoretical part, there is a summary of basic information as well as basic knowledge gained on the basis of sources related to topics such as quality and safety of nursing services, risk

management, adverse events within the curing and nursing processes. The practical part provides a picture of the system of emergencies reporting on the basis of an retrospective analysis in the particular public hospital and, using questionnaire results, it discovers the local nurses´ opinions and attitudes to this system of emergencies reporting. On the basis of the research the imperfections in the system were defined and, as a result, corrections were suggested for the management of the hospital.

Klíčová slova v ČJ:
management, riziko, kvalita, mimořádné události

Klíčová slova v AJ:
management, risk, quality, adverse events

Rozsah: 90 s., 6 příl.

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

Olomouc 30. 4. 2010 .....

Děkuji Mgr. Lence Špirudové, PhD. za odborné vedení a cenné rady při zpracování této diplomové práce a Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat v empirické části.

OBSAH

ÚVOD…. 8

1 KVALITNÍ A BEZPEČNÁ PÉČE 10
1.1 Co je kvalita? 10
1.2 Bezpečná péče 12
1.3 Současný stav v ČR 15

2 MANAGEMENT RIZIK 17
2.1 Pojmy 17
2.2 Řízení rizik 19
2.3 Prevence rizik 25

3 MANAGEMENT MIMOŘÁDNÝCH (NEŽÁDOUCÍCH) UDÁLOSTÍ 26
3.1 Pojmy 26
3.2 Důvody sledování 28
3.3 Příčina vzniku chyb 31
3.4 Projekty v ČR 34
3.5 Prevence 35

4 EMPIRICKÁ ČÁST 37
4.1 Cíle šetření a formulace hypotéz 37
4.2 Charakteristika sledované nemocnice 38
4.3 Předvýzkum 38
4.4 Metodika práce 39
4.4.1 Tvorba výzkumných nástrojů 39
4.5 Realizace šetření 41
4.5.1 Retrospektivní analýza systému hlášení mimořádných (nežádoucích) událostí 41
4.5.2 Dotazník 41
4.6 Analýza zjištěných dat a informací 42
4.6.1 Popis současného managementu rizik ve sledované nemocnici 42

4.6.2 Retrospektivní analýza systému hlášení v MN Čáslav 46
4.6.3 Dotazník 50
4.7 Vyhodnocení hypotéz 61
4.8 Zjištěné nedostatky v hlášení mimořádných událostí 65
4.9 Návrh řešení 66

DISKUZE 67
ZÁVĚR 69

LITERATURA A PRAMENY 71
SEZNAM ZKRATEK 75
SEZNAM OBRÁZKŮ 76
SEZNAM TABULEK 76
SEZNAM GRAFŮ 77
SEZNAM PŘÍLOH 78

ÚVOD

Po roce 1989 dochází, stejně tak jako v celé společnosti, tak i ve zdravotnictví, k velkým změnám. Mění se koncepce zdravotnictví, ministři, legislativa, systém financování, dochází k privatizaci zdravotnických zařízení. Mění se systém řízení.[1]

„Není nic těžšího, nebezpečnějšího a nejistějšího, než se ujmout vedení při zavádění nového pořádku věcí. Nepřáteli novátora jsou totiž všichni ti, kterým se za starých podmínek dařilo dobře a pouze vlažnými přívrženci jsou ti, kterým se bude možná dařit dobře v nových podmínkách.“ [2]

Manažeři zdravotnických zařízení se učí v měnících se podmínkách transformace zdravotnictví řídit zdravotnická zařízení. Jednou z oblastí, kterou nelze opomenout je kvalita péče a její zvyšování.

„Cílem systému zlepšování kvality je nejenom zlepšovat samu kvalitu péče, poskytovanou v souladu s potřebami pacientů a vnitřních a vnějších klientů, ale zejména také omezit chyby, nežádoucí výsledky, promrhaný čas a přídatné náklady, které přináší špatná kvalita konkrétního zdravotnického výkonu či služby.“[3]

Zvyšování kvality péče a bezpečí pacientů patří k prioritám současného zdravotnictví. Důležitou dovedností se tak pro manažery stává řízení rizik, které je nástrojem kontroly kvality.

Cílem této práce je posoudit řízení rizik v MN Čáslav, a to především systém hlášení mimořádných (nežádoucích) událostí v léčebné a ošetřovatelské péči a zjistit postoje a názory sester na hlášení mimořádných událostí. Po analýze zjištěných dat budou

[1] Srov. *Transformace zdravotnictví.* Studie

[2] MACHIAVELLI, N., *Vladař,* In GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, str.102

[3] Gladkij, I., *Úkoly vrcholového managementu při řízení systému kvality ve zdravotnických organizacích,* www.medtel.cz/libfile/file_download.php?id=56

identifikovány případné nedostatky v hlášení mimořádných událostí a manažerům nemocnice navrženo řešení, jak tyto nedostatky odstranit.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části je první kapitola věnována kvalitě a bezpečí zdravotní péče. Definuje kvalitu a nabízí stručný přehled aktivit ve světě i u nás, které se týkají zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče. Druhá kapitola se zabývá managementem rizik. Popisuje jednotlivé fáze analýzy a řízení rizik. Třetí kapitola se specifikuje na mimořádné (nežádoucí) události, vysvětluje, proč je důležité je sledovat, proč k nim dochází a do jakých projektů, týkajících se mimořádných událostí, je možno se v ČR zapojit.

Empirická část popisuje výzkumné šetření v městské nemocnici, které probíhalo dvěma způsoby. Jedním byla retrospektivní analýza systému hlášení mimořádných událostí. Druhým byl dotazník, který zjišťoval názory a postoje sester k hlášení mimořádných událostí v dané nemocnici. V závěru empirické části jsou komentovány výsledky výzkumného šetření. Diskuze nabízí komparaci MN Čáslav a dvou dalších nemocnic z hlediska počtu hlášených mimořádných (nežádoucích) událostí.

1 KVALITNÍ A BEZPEČNÁ PÉČE

Ve všech vyspělých zemích rostou výdaje na zdravotní péči. Příčin růstu je mnoho, mezi nejvýznamnější však patří stárnutí populace, dostupnost nových, lepších, ale dražších technologií a zvyšující se nároky spotřebitelů. Logicky tak dochází ke konfliktu mezi vzrůstajícími požadavky a omezenými zdroji. Snahou vyspělých zemí je za limitovaný objem finančních prostředků poskytnout kvalitní zdravotní péči co nejvíce lidem. Vnímání a posuzování kvality může být subjektivní, proto je důležité definovat kvalitu a stanovit objektivní kriteria pro její hodnocení.

1.1 Co je kvalita?

Už jen vnímání slova „kvalita“ je v různých jazycích rozdílné. Pokud v Česku řekneme, že výrobek či služba je kvalitní, je to vnímáno pozitivně. Např. v angličtině není slovo *"quality"* nijak zabarveno. *„Quality“* je vlastnost subjektu. Pro správné označení je nutné ještě přídavné jméno: dobrá kvalita (*„good quality“*) nebo špatná (*„bad quality“*). Přídavné jméno kvalitní se překládá jako „high-quality product“ nebo „well-made product“.

Kvalitu popisuje mnoho definic[4]:

- Dělat správné věci správným způsobem. (Palmer)
- Souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. (WHO 1966)
- Stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje. (WHO)
- Péče, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu. (Donabedian)

[4] In GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*„ str. 12, 13

Jak vidíme, není jednoduché kvalitu definovat. Je to pojem relativní, který je závislý na času, místě, zdravotním stavu a dalších proměnných. Jinak vypadala kvalitní péče např. před 100 lety a jinak nyní. Jinak ji budeme posuzovat na špičkovém moderním pracovišti či v rozvojové zemi. Můžeme se na ni podívat z několika úhlů[5]: z hlediska klienta, z hlediska profesionálního a z hlediska řízení.

V literatuře je možno nalézt mnoho dimenzí kvality, mnoho definic či pohledů. Zakladatel celostního chápaní kvality poskytované péče Avedis Donabedian[6] hodnotí zajišťování kvality zdravotní péče z pohledu:

- struktury (odborné kompetence, přiměřenost zařízení a vybavení, organizace péče její zdroje),
- procesu (styk lékaře s pacientem, léčebné postupy a metody, ekonomické řízení a využití zdrojů),
- výsledků péče (osobní, veřejná péče a spokojenost pacienta).

Problematikou kvality zdravotní péče se u nás zabývají např. Gladkij, Heger a Strnad[7] V jejich knize nalezneme devět dimenzí kvality péče, které v roce 1995 definovala Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations:

1. Dostupnost
2. Přiměřenost (Vhodnost)
3. Soustavnost
4. Účinnost
5. Očekávaná účinnost
6. Hospodárnost (Ekonomičnost)
7. Pacientova autonomie a spokojenost (Úcta a vnímavost)
8. Bezpečnost
9. Včasnost

[5] Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, str.14

[6] In, GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, str. 19

[7] Srov. Tamtéž str. 18

Škrlovi[8] označují kvalitu za komplexní pojem a mimo výše uvedených (jejich pojmenování je v závorkách) uvádějí ještě tyto dimenze kvality:

10. Kompetence
11. Přijatelnost

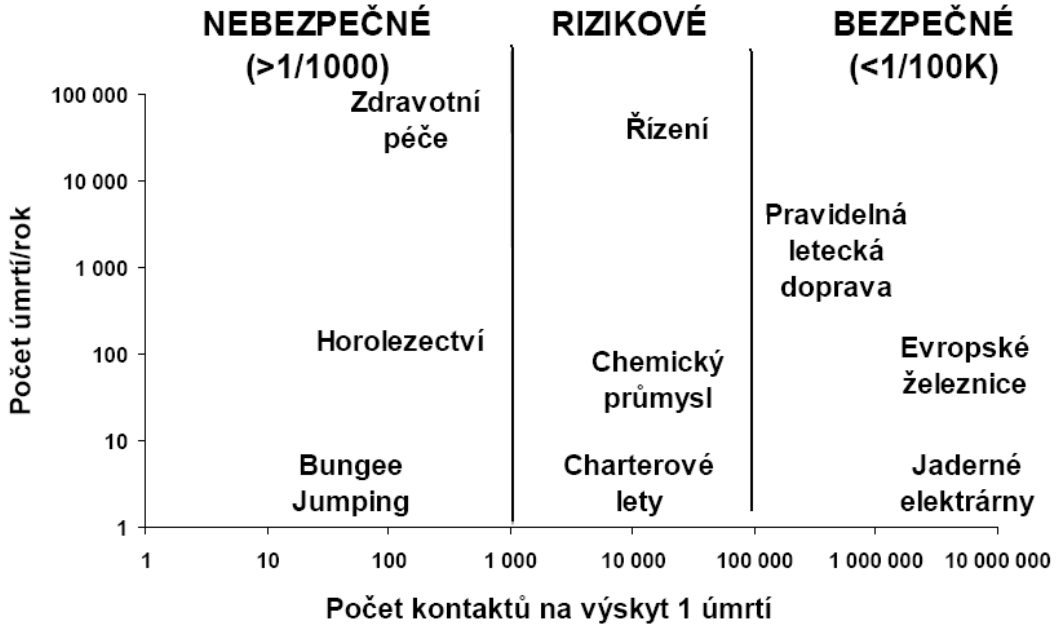
Ani uvedení těchto jedenácti bodů přesně nestanovuje, jaká by měla kvalita zdravotní péče být. Jde spíše o osnovu, kdy musí být jednotlivé okruhy dále definovány.
Kvalitě nejen ve zdravotnictví se věnují např. European Foundation for Quality Management (EFQM) - Evropská nadace pro řízení kvality a International Organisation for Standardization (ISO) - Mezinárodní organizace pro standardizaci[9].
Kvalitou zdravotní péče, tvorbou programů a standardů se ve světě zabývají např. *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO), její dceřinná společnost *Joint Commission International Accreditation* (JCIA), *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), u nás je to *Spojená akreditační komise* (SAK). Jejich posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče. Na základě žádosti zdravotnických zařízení udělují akreditaci po splnění akreditačních standardů.

1.2 Bezpečná péče

Jedním z požadavků na zvyšování kvality zdravotní péče je i zajištění bezpečné péče. Bezpečí pacienta by mělo být pro každé zdravotnické zařízení prioritou. V posledních letech je toto téma velmi diskutované a je zařazeno do mezinárodních i národních programů zvyšování kvality péče. Velmi často se objevuje i na programu mnoha konferencí pro manažery zdravotnických zařízení. Mezi zdravotnickými profesionály dnes snad již nikdo nepochybuje, že zdravotní péče je nebezpečná, jak ukazuje obr. 1 a vyžaduje tedy pozornost a aktivity vedoucí ke snížení nebezpečí zdravotní péče.

[8] Srov. ŠKRLOVI, P. a M., *Kreativní ošetřovatelský management*, str. 19

[9] *Srov. MARX, D., Některé* zahraniční systémy hodnocení kvality souvisejí s akreditací, http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nektere-zahranicni-systemy-hodnoceni-kvality-souvisejici-s-akred-121560



Obr. 1 Jak (ne)bezpečná je zdravotní péče[10]

Že je téma bezpečné péče aktuální, dokazují aktivity WHO i členských států EU:

V roce 2004 vznikla pod záštitou Světové zdravotnické organizace *Světová aliance pro bezpečí pacientů*, která má za cíl šířit informace o možnostech snižování nejčastějších rizik a o prevenci poškození pacientů při poskytování zdravotní péče[11].

V dubnu 2005 byla schválena na summitu členských států EU tzv. *Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů*. Součástí deklarace jsou doporučení pro členské státy např. umožnit volný přístup pacientů k informacím, které o nich byly shromážděny po dobu hospitalizace; vytvořit dobrovolný systém hlášení nežádoucích událostí; zavádět procesy v oblasti řízení rizik ve zdravotnictví; optimalizovat využití nových technologií (např. elektronickou formu zdravotnické dokumentace); zahrnout informace o bezpečí pacientů do vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví atd.

[10] MARX, D., *Mimořádné události ve zdravotnictví*, www.medtel.cz/libfile/file_download.php?id=328

[11] Srov. *Řešení oblasti péče pacientů*, http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/10-Reseni-oblasti-bezpeci-pacientu.html

> Doporučuje vytvářet takové prostředí, ve kterém se zdravotníci nebojí přiznat chyby, ale umí se z nich poučit. Klade důraz na spolupráci s pacienty a jejich rodinnými příslušníky[12].

V březnu 2006 byla vyhlášena *Londýnská deklarace bezpečí pacientů*, která formuluje

> cíle akčního plánu, především navrhovat a rozšiřovat programy vedoucí k bezpečí pacientů, rozvoj diskuze s institucemi podílejícími se na zajištění bezpečí pacientů, vytváření systémů hlášení pochybení atd.[13]

V EU neexistuje jednotný systém řízení a hodnocení kvality ve zdravotnictví a jeho mezinárodní uznávání v rámci EU. K dispozici jsou Základní mezinárodní akreditační principy definované *Mezinárodní společností pro kvalitu ve zdravotnictví* (ISQua) a WHO[14]. Ty jsou podkladem pro tvorbu akreditačních standardů jednotlivých zemí, které stanovují požadavky pro zdravotnická zařízení, mezi něž např. patří odpovědnost poskytovatele za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování, řízení rizik a další.[15]

Od roku 2008 jsou povinnou součástí akreditačního šetření dle JCI *Mezinárodní bezpečnostní cíle*[16]:

1. Správná identifikace pacientů
2. Efektivní komunikace
3. Zvýšení bezpečnosti u rizikových léků
4. Prevence záměny pacienta, výkonu a lokalizace provedení
5. Nemocnice zavede postupy vedoucí ke snížení rizika nozokomiálních infekcí
6. Nemocnice zavede postup vedoucí ke snížení rizika poškození pacientů v důsledku pádů.

---

[12] Srov. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví*, http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/3-Cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi.html

[13] Srov. *Světová zdravotnická organizace*, http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/76-Svetova-Zdravotnicka-Organizace.html

[14] Srov. *Zdravotnictví za hranicemi* http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zdravotnictvi+za+hranicemi_FINAL_3.pdf str.64

[15] Srov. *Akreditace zdravotnických zařízení*, http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/8-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html

[16] Srov. JCI, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, str. 49

1.3 Současný stav v ČR

Ministerstvo zdravotnictví ČR zpracovává problematiku bezpečnosti pacientů od roku 2006. Vytvořilo na svých internetových stránkách *Portál kvality*[17]. Odborníky ve zdravotnictví bude jistě zajímat katalog národní sady ukazatelů výkonnosti a kvality zdravotních služeb[18], Odborné fórum pro tvorbu standardů[19,] metodické návody[20] atd. Pro pacienty je od června 2008 připravena *Kniha bezpečí*[21] nabízející lidem, kteří přijdou do styku se zdravotníky, mnoho užitečných rad a informací, jak se chovat, na co mají právo a na co si dát pozor. V návaznosti na *Knihu bezpečí* bude od dubna 2010 pro občany, kteří nemají přístup k internetu, k dispozici nová publikace s názvem *Rádce pacienta*[22], kde se např. dozví desatero o bezpečí pacienta, na co mají právo, o registrujícím lékaři, o příjmu k hospitalizaci, důležité kontakty v oblasti zdravotní péče atd.

V červnu 2009 bylo na zasedání EPSCO přijato „*Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí*“, které vyzývá členské státy, aby zavedly a/nebo zlepšily své národní strategie zvyšování bezpečnosti pacientů prostřednictvím prevence a kontroly nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních a prevence a kontroly infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče.[23]
Protože členské státy musí předložit Evropské komisi zprávu o implementaci tohoto doporučení, vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví *Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012*[24], který bych schválen v březnu 2010. Součástí

[17] *Portál kvality*, http://portalkvality.mzcr.cz/

[18] *Národní ukazatele výkonnosti a kvality zdravotních služeb*, http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/4-Narodni-ukazatele-vykonnosti-a-kvality-zdravotnich-sluzeb.html

[19] *Odborné fórum v médiích*, http://www.odborneforum.cz/odborne-forum/odborne-forum-v-mediich

[20] *Měření kvality zdravotních služeb*, http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Categories/131-Mereni-kvality-zdravotnich-sluzeb---metodicke-dokumenty-ke-stazeni.html

[21] Srov. *Kniha bezpečí*, http://mzcr.kaktus.cz/Pages/502-ministerstvo-zdravotnictvi-prinasi-knihu-plnou-rad-a-informaci-pro-pacienty-i-zdravotnicky-personal.html

[22] Srov. *Rádce pacienta*, http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vydava-publikaci-radce-pacienta-ktera-prispeje-k-lepsi-orientaci-pacientu-pri-kontaktu-se-zdravotnimi-sluzbami_3478_1.html

[23] Srov. *Doporučení rady EU*, http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/118-Doporuceni-rady-EU.html

[24] *Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče*, http://mzcr.kaktus.cz/Pages/1323-ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi-20102012.html

akčního plánu jsou *Resortní bezpečnostní cíle pro rok 2010*, které jsou závazné pro přímo řízené organizace a pro ostatní zdravotnická zařízení slouží jako doporučení. Jedná se o doporučené postupy vedoucí ke snížení rizik při poskytování zdravotní péče.

Pro rok 2010 jsou vyhlášeny tyto *Resortní bezpečností cíle*:

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

Další chystané kroky MZ jsou:

- zavést národní systém hlášení a sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních
- začlenit bezpečnost péče do pre i postgraduálních vzdělávání zdravotnických pracovníků
- připravit národní standardy odborné zdravotní péče a indikátory kvality a bezpečnosti pacientů (srovnatelné se státy EU)
- zavést systém pravidelných měření spokojenosti pacientů a zdravotnických pracovníků v mezinárodním srovnání
- zapojit ČR do společných projektů členských států EU v oblasti bezpečnosti pacientů

Zvýšit kvalitu zdravotní péče a bezpečí pacientů nelze bez aktivního zapojení zdravotnických pracovníků. Manažeři zdravotnických zařízení tak budou muset kromě zapojení do různých programů, řádně zaškolit své zaměstnance.

2 MANAGEMENT RIZIK

2.1 Pojmy

Pod pojmem riziko si většinou představíme něco negativního: riziko nehody, nákazy, vzniku choroby, riziko ztráty, smrti, podnikatelská rizika (právní, ekonomická, informační, investiční,…), bezpečnostní riziko atd.

Šrlovi[25] i Smejkal a Rais[26] uvádějí ve svých knihách, že „*Riziko je historický výraz, pocházející ze 17. století, kdy se objevil v souvislosti s lodní plavbou. Výraz „risico" pochází z italštiny a označoval úskalí, kterému se museli plavci vyhnout*."

Pro definici „rizika" nalézáme v literatuře více možností. Smejkal a Rais[27] např. uvádějí, že riziko je:

1. Pravděpodobnost či možnost vzniku ztráty, obecně nezdaru.
2. Odchýlení skutečných a očekávaných výsledků.
3. Pravděpodobnost jakéhokoliv výsledku, odlišného od výsledku očekávaného.
4. Nebezpečí chybného rozhodnutí.
5. Možnost, že specifická hrozba využije specifickou zranitelnost systému.

Další popis můžeme nalézt u Škrly a Škrlové[28]:

1. Očekávaná hodnota škody.
2. Událost, která může negativně ovlivnit zdravotnické zařízení – má určitou pravděpodobnost a důsledky.

Terminologický slovník[29] - krizové řízení a plánování obrany státu označuje riziko jako „*možnost, že s určitou pravděpodobností vznikne událost, kterou považujeme z bezpečnostního hlediska za nežádoucí*".

[25] ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, str. 16*

[26] SMEJKAL,V., a RAIS, K., *Řízení rizik ve firmě a jiných organizacích, str. 78*

[27] Srov. SMEJKAL,V., a RAIS, K., *Řízení rizik ve firmě a jiných organizacích, str. 78*

[28] Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, str.16*

[29] MINISTERSTVO VNITRA, *Riziko*, http://www.mvcr.cz/mvcren/article/riziko.aspx

Jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách, je zdravotní péče nebezpečná, což znamená, že rizika se ve zdravotnických zařízeních objevují a objevovat budou. V zájmu manažerů je, aby tato rizika analyzovali a provedli preventivní opatření ke snížení rizik.

Při analýze rizik je potřeba znát několik pojmů, které zmiňují Smejkal a Rais[30] :

Aktivum - vše, co má pro subjekt hodnotu, která může být zmenšena působením hrozby.

- *hmotná aktiva*: nemovitosti, peníze, cenné papíry,…
- *nehmotná aktiva*: informace, předměty autorského práva, morálka pracovníků, kvalita personálu…
- *lidská aktiva*: pacienti, kvalitní manažeři, znalostní zaměstnanci, dodavatelé ….

Pro nemocnici to může být přístrojové vybavení, pacient, nabídka služeb, vyšetřovacích a léčebných metod, atd.

Hrozba - je síla, událost, aktivita nebo osoba, která má nežádoucí vliv na bezpečnost nebo může způsobit škodu.

Zranitelnost – nedostatek, slabina nebo stav analyzovaného aktiva, který může hrozba využít pro uplatnění svého nežádoucího vlivu.

Protiopatření - je postup, proces, procedura, technický prostředek nebo cokoliv, co bylo speciálně navrženo pro zmírnění působení hrozby (její eliminaci), snížení zranitelnosti nebo dopadu hrozby.

Dojde-li k působení hrozby na aktivum, vzniká riziko.

Podle Smejkala a Raise[31] můžeme o riziku mluvit pouze tehdy, jsou-li splněny dvě podmínky:

[30] Srov. SMEJKAL,V., a RAIS, K., *Řízení rizik ve firmě a jiných organizacích*, str. 82-83

1. **Výsledek musí být nejistý.** Máme-li jistotu, že situace dopadne určitým způsobem, nelze mluvit o riziku.
2. **Alespoň jeden z možných výsledků je nežádoucí.** Např. přijímáme-li polymorbidního nepohyblivého pacienta k hospitalizaci, je vysoké riziko dekubitů. Za nežádoucí výsledek budeme považovat výskyt dekubitu.

Management rizik – *„systematický proces identifikace, hodnocení a provádění činností k prevenci nebo řízení klinických, administrativních, vlastnických a zaměstnaneckých bezpečnostních rizik v organizaci“* [32]

- „znamená plánování, organizování a řízení komplexního programu aktivit, které identifikují, hodnotí a podnikají nápravná opatření proti rizikům, která by mohla vést ke zranění pacientů. zaměstnanců a ke ztrátě nebo poškození majetku s následnou finanční ztrátou“.[33]

Manažer rizik – *„řídí proces identifikace rizik, vyhodnocování rizik, vytváření preventivních strategií a kontrolu efektivity nápravných opatření“.*[34]

2.2 Řízení rizik

„Řízení rizik je soustavná systematická a metodická činnost“[35]. Za snahou poskytovat kvalitní léčebnou a ošetřovatelskou péči stojí mnoho úsilí manažerů i zaměstnanců. I když základní a zásadní činností zdravotnického zařízení je péče o pacienta (správná diagnostika, léčba a ošetřovatelská péče), nelze ji dlouhodobě a zodpovědně provádět bez potřebného a fungujícího zázemí, jako je zdravá organizační kultura, vyrovnané hospodaření, spokojení zaměstnanci, dobré vztahy s dodavateli, pojišťovnami, spolupracujícími zdravotnickými i nezdravotnickými institucemi atd. Z těchto příkladů je patrné, kde může nastat problém. To nás vede k zamyšlení, co vše zdravotnickou

[31] Srov. SMEJKAL,V., a RAIS, K., *Řízení rizik ve firmě a jiných organizacích, str. 79*

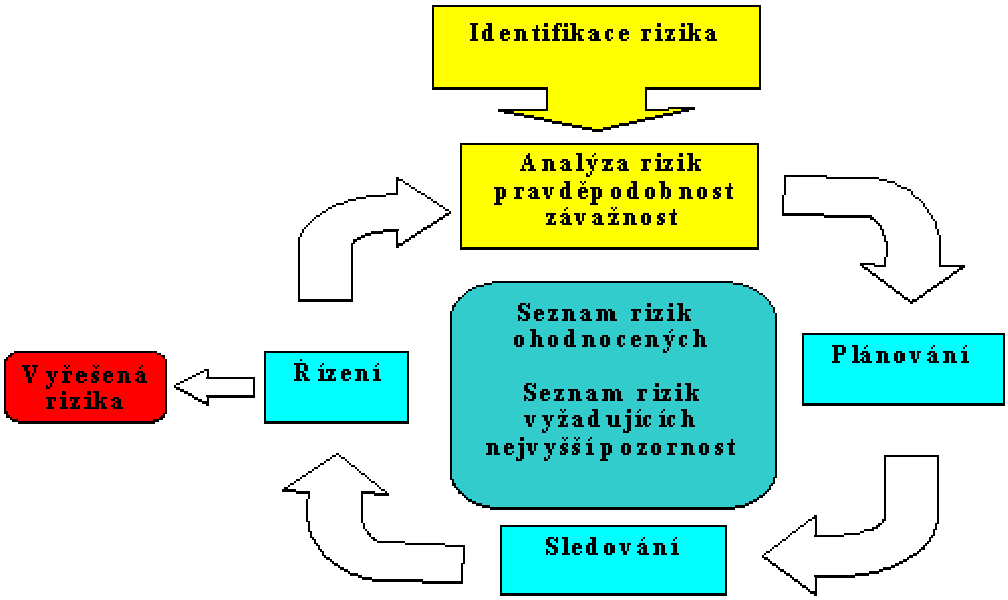
[32] Kolektiv autorů, *Management ve zdravotnictví*, str. 364

[33] GROHAR-MURRAY, M.E., DIROCE, H.R., Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče, str. 186

[34] ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních,* str. 21

[35] PROKŮPKOVÁ, D., *Řízení a analýza rizik v územní správě,* http://denik.obce.cz/go/clanek.asp?id=6283581

instituci ovlivňuje, na jaké oblasti se zaměřit, jaké jsou naše priority, jakou mají hodnotu, co vše je může ohrozit, jak tomu zabránit a pokud se to nepodaří, jak velké mohou být ztráty. Tato činnost se nazývá řízení rizik a má několik fází – viz obr. 2. Před započetím řízení rizik je nutné stanovit manažera rizik, který bude proces řídit.



Obr. 2 Fáze řízení rizik[36]

Podle Mikolaje[37] by mělo řešení rizikových situací probíhat ve čtyřech krocích:

1. *ohodnocení rizika* – například materiální škody lze celkem snadno vyčíslit, naproti tomu jsou i nehmotná aktiva, která nelze tak snadno ohodnotit
2. *stanovení priorit* – je nutno stanovit stupnici významnosti rizik, určit, které z rizik jsou významné a nakolik, jaké je jejich postavení a jakou mají váhu ve skupině vyskytujících se rizik. Podle významnosti se rozhodne o způsobech a prioritách při jejich řešení.
3. *prevence* – musí se zaměřovat na minimalizaci rizik, na přenos rizik na jiné subjekty (např. pojišťovny), nebo rizika rozložit např. v čase.
4. *plán řešení rizikových situací* – např. protipožární cvičení, vzdělávání, materiální a technické zabezpečení.

[36]PROKŮPKOVÁ, D., *Řízení a analýza rizik v územní správě*, http://denik.obce.cz/go/clanek.asp?id=6283581

[37] Srov. MIKOLAJ, J., *Rizikový manažment*, str. 34-35

Mikolaj též upozorňuje na význam záznamů o probíhajících rizikových stavech, které je vhodné využít jako podklad pro analýzu rizik.

Jednotlivé fáze procesu snižování rizik podle Smejkala a Raise[38] jsou dělené jinak:

1. *analýza rizik*
    a) identifikace aktiv
    b) stanovení hodnoty aktiv
    c) identifikace hrozeb a slabin
    d) stanovení závažnosti hrozeb a míry zranitelnosti
2. *řízení rizik*
    a) výběr protiopatření
    b) analýzu nákladů/přínosů
    c) implementaci protiopatření
    d) testování protiopatření

Jak je uvedeno na začátku této kapitoly, působí na zdravotnické zařízení mnoho faktorů, pozitivních i negativních. Je třeba vyhodnotit, jak nás ovlivňují v současné podobě a jaký vliv by měla jejich změna. Každé rozhodnutí manažera je provázeno riziky. Ta se mohou vyskytnout v kterékoliv oblasti, mohou mít různé příčiny a mívají také různé následky od mírných až po katastrofické. Pro lepší uvědomění si oblastí, v kterých rizika hrozí, můžeme využít např. SWOT analýzu – viz obr.3, PEST analýzu a další analýzy, využívané především pro tvorbu strategie firmy. Hlavní výhodou použití těchto metod je všeobecná dostupnost metodiky a již předem definované oblasti, v kterých se rizika mohou objevit.

[38] Srov. SMEJKAL,V., a RAIS, K., *Řízení rizik ve firmě a jiných organizacích, str. 81 a 101*

	interní analýza		
analýza pozitiv	**Strengths (silné stránky)**	**Weaknesses (slabé stránky)**	analýza negativ
	Opportunities (příležitosti)	**Threats (hrozby)**	
	externí analýza		

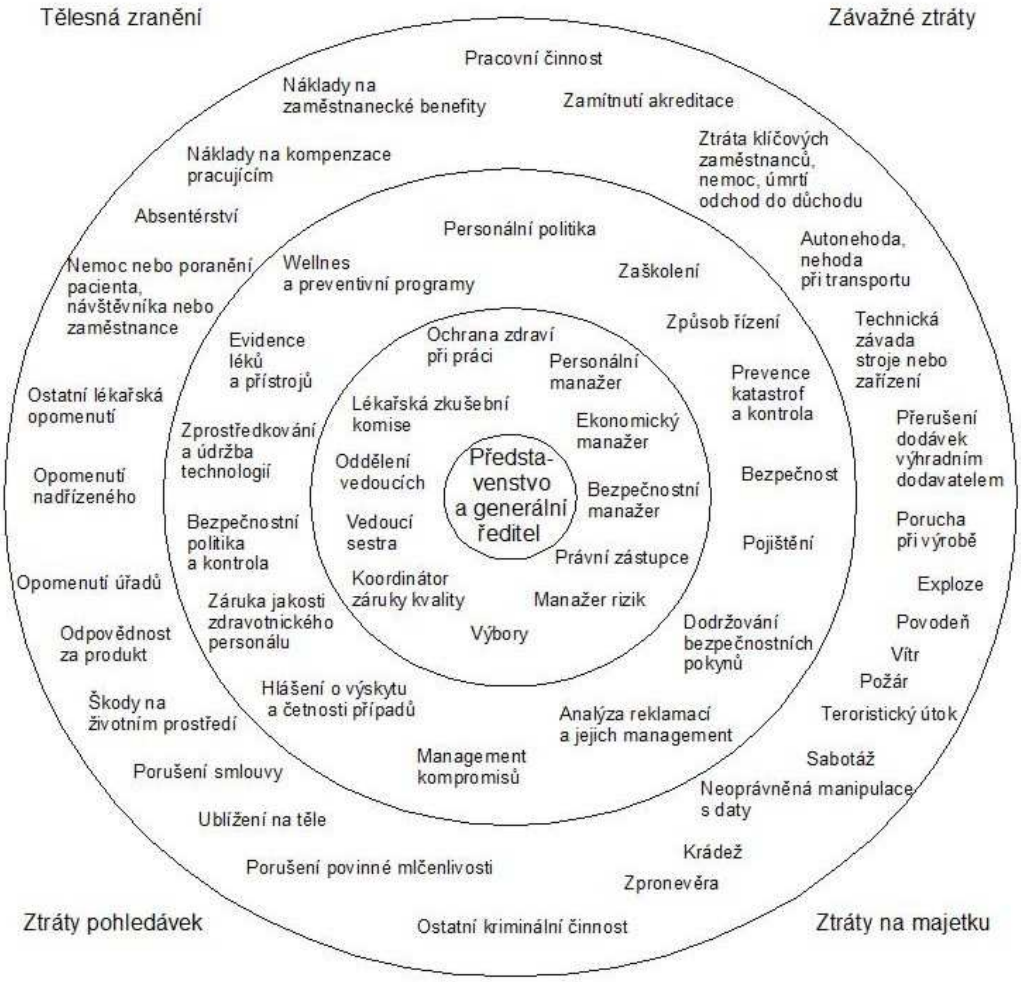
Obr. 3 SWOT analýza

Na první pohled by se mohlo zdát, že se uvedené metody na posuzování rizik nehodí. Tvorba strategie však jde ruku v ruce se znalostí zvládání rizik. Není možné tyto dvě oblasti oddělovat. Nelze tvořit strategii a neohlížet se při tom na různá nebezpečí podnikání, možnost ztrát, nepřemýšlet o následcích svého rozhodnutí. Pokud jasně vidíme, v čem je naše síla, musíme udělat vše proto, abychom o tuto výhodu nepřišli, např. pojištěním, ochráněním *know-how*. Slabé stránky ukazují, kam je třeba směřovat své úsilí, abychom posílili svou pozici. Proti hrozbám je třeba se účinně bránit a příležitosti se musí rozvíjet.

Mezi hlavní rizikové oblasti bychom mohli zařadit:

- politickou situaci v ČR
- ekonomickou stabilitu firmy
- personální zázemí
- mimořádné události (povodeň, požár, únik chemických látek,…)
- dodržování legislativy (právních norem), soudní spory
- léčebnou a ošetřovatelskou péči
- pověst ZZ
- technické vybavení
- informace
- stravování, atd.

Velmi obsáhlý pohled na řízení rizik nabízí Kavaler a Spiegel[39] – viz obr. 4



Obr. 4 Systém řízení rizik[40]

V centrálním kruhu jsou pracovníci zodpovědní za celý systém řízení rizik. V druhém kruhu jsou administrativní pracovníci, kteří program implementují. Specifické prvky v rozích obrázku jsou podrobně rozepsány ve 3. a 4. kruhu.

[39] Srov. KAVALER, F., SPIEGEL, D., *Risk management in health care institutions,* str.5-7

[40] KAVALER, F., SPIEGEL, D., *Risk management in health care institutions*, str. 6

Ve chvíli, kdy identifikujeme aktiva a stanovíme jejich hodnotu, je potřeba určit, jak často se může hrozba vyskytnout a jak závažné následky by to pro zdravotnické zařízení mělo. K tomu můžeme využít *matici rizik* - viz obr.5. Ohodnocení provádí tým, který se podílí na řízení rizik. Určení frekvence výskytu a závažnosti se provádí na základě zkušeností a znalostí. Bývá pravidlem, že závažné riziko se objevuje méně často, za to může mít tragické následky. Malé problémy se vyskytují častěji, ale jejich následky bývají mírnější.

Pravděpodobnost výskytu (P)	Stupeň	Frekvence vzniku (F)	Závažnost následků (Z)				
			zanedbatelné	málo významné	lehké	těžké	kritické
Vysoce pravděpodobné	5	Trvale (stále)	5	10	15	20	25
Velmi pravděpodobné	4	Často (týdně až denně)	4	8	12	16	20
Pravděpodobné	3	Příležitostně (měsíčně)	3	6	9	12	15
Minimální (málo pravděpodobné)	2	Občas (několikrát za rok)	2	4	6	8	10
Nepravděpodobné	1	Zřídka	1	2	3	4	5

Obr. 5 Matice rizik[41]

Tým provádějící hodnocení rizik oboduje jednotlivá rizika podle pravděpodobnosti výskytu a podle závažnosti případných následků. Tento způsob pomůže roztřídit seznam rizik a soustředit pozornost na nejzávažnější z nich. Poté následuje tvorba preventivních opatření.

[41] Srov. HOREHLEĎOVÁ, Š., *Hodnocení rizik*, http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozp/citarna/tema_tydne/rrbozpajupisr07.four.html - upraveno

2.3 Prevence rizik

Účelem prevence rizik je zabránění působení hrozeb na aktiva. Manažer rizik a jeho tým musí systematicky provádět dostupná opatření, aby rizikům předcházel nebo snižoval na minimální úroveň jejich případné působení, protože naprosté vyloučení rizika není vždy možné.

Možná ochrana před riziky[42]**:**

- pojištění
- tvorba rezerv (materiál, finance,…)
- dostatek informací
- dělení rizika
- přenos rizika
- diverzifikace (rozdělení aktivit do různých oblastí, nespoléhat se na jeden obor činnosti)
- provádění změn po etapách

Provedením preventivních opatření řízení rizik nekončí. Celý proces je nutno neustále vyhodnocovat, protože vznikají nové hrozby, získáváme nová aktiva, preventivní opatření přestávají vyhovovat, přicházejí noví zaměstnanci atd. Především ale nesmíme zapomínat na komunikaci. Během všech kroků je velmi důležitá komunikace nejen v týmu, který má řízení rizik v náplni práce, ale je potřebné neustále edukovat zaměstnance, jaká rizika hrozí, co to pro zdravotnické zařízení i pro ně osobně znamená a co mohou a musí pro předcházení rizikům dělat.

Co si tedy ve zdravotnickém zařízení pod pojmem „*řízení rizik*“ představit? „*Proces, během kterého se manažer rizik snaží cíleně zamezit ohrožení zdraví pacientů, majetku nebo pověsti zdravotnického zařízení následkem existujících nebo potenciálních rizik.*“[43]

[42] Srov. NOVOTNÝ, J., Partnerství pro Vysočinu, http://www.kr-vysocina.cz/vismo5/zobraz_dok.asp?id_org=450008&id_ktg=98416

[43] ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, str. 20*

3 MANAGEMENT MIMOŘÁDNÝCH (NEŽÁDOUCÍCH) UDÁLOSTÍ

Jak je uvedeno v předchozích kapitolách, můžeme při řízení zdravotnické instituce očekávat riziko v každé oblasti řízení. Protože není v možnostech této práce rozebrat všechna existující rizika, podívejme se podrobněji na ta, která se týkají léčebné a ošetřovatelské péče.

3.1 Pojmy

Incident – *„událost, která může ohrozit bezpečnost provozu, zaměstnanců, pacienta nebo poskytované péče, ale nemá za následek poškození zdraví zainteresovaných osob.“*[44]

Mimořádná událost (dále jen MU)

- *„událost, která se vymyká běžné praxi daného zařízení bez ohledu na to, zda dojde ke zranění osoby.“*[45]
- *„jakákoliv událost, při které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo procedury“*[46]
- *„poškození pacienta (i riziko tohoto poškození) způsobené postupem zdravotnického (i nezdravotnického) personálu, nikoliv primárním onemocněním/poraněním pacienta“*[47]
- *„událost nebo situace vzniklá v určitém prostředí v důsledku živelné pohromy, havárie, nezákonnou činností, ohrožením kritické infrastruktury, nákazami, ohrožením vnitřní bezpečnosti a ekonomiky, která je řešena obvyklým způsobem orgány a složkami bezpečnostního systému podle zvláštních právních předpisů. Pod tímto pojmem je v*

[44] ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, str. 17*

[45] Kol. autorů, *Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z,* str. 135

[46] ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, str. 50*

[47] MARX, D., *Mimořádné události ve zdravotnictví,* www.medtel.cz/libfile/file_download.php?id=328

současných právních předpisech ČR uváděna řada pojmů jako jsou např. mimořádná situace, nouzová situace, pohroma, katastrofa, havárie“[48].

Nežádoucí událost je „*nepříznivá odchylka od žádoucího výsledku, v nějž doufáme nebo očekáváme*“[49].

Škrlovi nerozlišují pojmy „*mimořádná*“ a „*nežádoucí*“ událost[50] a uvádějí, že je to jakákoliv událost, při které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo procedury a má za následek různé stupně poškození zdraví pacienta (dočasné, trvalé nebo smrt).

Pochybení – „*neprovedení výkonu dle stanoveného plánu nebo provedení výkonu dle špatného plánu*“[51].

Téměř pochybení – pochybení, kterému bylo v poslední chvíli zabráněno.[52]

Incidence – počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období. I. je obvykle dávána do poměru k velikosti exponované populace ve studovaném období, např. jako roční incidence nově hlášených zhoubných nádorů na 10 000 obyvatel ČR.[53]

Prevalence - počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu. P. se obvykle dává do poměru k velikosti populace a vyjadřuje se v procentech, např. jako podíl diabetiků v populaci mužů starších 60 let v ČR k 1. 1. 1999.[54]

Benchmarking – porovnávání vlastního výkonu s ostatními. Marketingový proces, v rámci kterého probíhá poměřování vlastních výkonů s nejlepšími výkony jiného

[48] MINISTERSTVO VNITRA, *Riziko*, http://www.mvcr.cz/clanek/pojmy-mimoradna-udalost.aspx

[49] SMEJKAL,V., a RAIS, K., *Řízení rizik ve firmě a jiných organizacích, str. 81*

[50] Srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, str. 17*

[51] Tamtéž

[52] Srov. Tamtéž, str. 18

[53] Srov. *Velký lékařský slovník*, http://lekarske.slovniky.cz

[54] Srov. Tamtéž

podniku, nebo při interním benchmarkingu s výkony jiných částí podniku; smyslem je učit se od jiných tam, kde oni to dělají lépe. [55]

Mimořádné události, nežádoucí události – tyto dva pojmy můžeme slyšet ve spojitosti s lékařskou či ošetřovatelskou péčí velmi často. Není přesně definováno, co který pojem znamená. Původně byl více užíván termín „*mimořádná událost*“. Podíváme-li se např. na plány obcí, školení záchranných sborů, krizové plány integrovaných záchranných složek, je za mimořádnou událost považován požár, povodeň, únik chemických látek, atd. Stejně tak tomu je v učebních osnovách pro zdravotnické školy. S pojmem „*nežádoucí událost*“ se více setkáváme v posledních několika letech a je ovlivněn zahraniční literaturou. Je možné si pod ním představit stav, kdy dojde k poškození pacienta např. vlivem léčby či péče. Protože se i v odborné literatuře setkáváme s oběma pojmy, budou též v této práci používány oba, převážně ve smyslu poškození pacienta.

3.2 Důvody sledování

Proč se mimořádným událostem ve zdravotnickém zařízení věnovat? Podle dostupných studií v zahraničí je přibližně každý desátý hospitalizovaný pacient poškozen pobytem v nemocnici.[56] Pokud by platil Heinrichův poměr „1 : 29 : 300“, kdy na 1 vážné poškození se s vysokou mírou pravděpodobnosti vyskytlo 29 incidentů s mírným poškozením a 300 mimořádných událostí bez zjevných škod – viz obr.6, byl by počet opravdu poškozených pacientů mnohem vyšší.

[55] Srov. *Slovník pojmů*. http://business.center.cz/business/pojmy/p1217-benchmarking.aspx

[56] Srov. MARX, D., *Bezpečí zdravotní péče*, http://www.cnna.cz/zpravy-z-akci/

Obr. 6 Heinrichův poměr[57]

Další neznámou je i způsob hlášení a míra zodpovědnosti a poctivého přístupu k hlášení mimořádných událostí ve zdravotnickém zařízení samotnými zdravotníky.

U nás zatím podobná studie v lůžkových zařízeních akutní péče neproběhla. Na počátku 90. let minulého století bylo skoro tabu o něčem takovém mluvit. Veřejně přiznat, že v nemocnici došlo k nežádoucím událostem, bylo pro některé manažery velmi těžké[58]. Situace se postupně mění i díky aktivitám WHO, Evropské unie i členských zemí, které tématu bezpečí pacientů věnují zvýšenou pozornost. Bohužel dosud neexistuje jednotná terminologie, klasifikace mimořádných (nežádoucích) událostí ani jednotná metodika sběru datu. Je tedy velmi obtížné jednotlivé země, či jednotlivá zdravotnická zařízení porovnávat.

Hlavní důvody sledování mimořádných událostí jsou dva:

1) zvýšení bezpečnosti péče
2) snižování nákladů

[57] In ŠPIRUDOVÁ, L., *Management rizik*, nepublikovaná přednáška

[58] Srov. MÜLLEROVÁ, N., *Sledování prevalence dekubitů jako indikátorů kvality ošetřovatelské péče na národní úrovni*, http://theses.cz/id/uctohn/, str. 42

Ad 1) Poskytování bezpečné péče je důležité z pohledu pacienta, který nebude vyhledávat zdravotnické zařízení, v kterém došlo k závažnému pochybení. Media doslova lační po kauzách jako „heparinový vrah“, „záměna novorozenců“ atd. Například jmenované případy donutily kraj Vysočina (v jehož nemocnicích k osudným kauzám došlo), aby zvýšil bezpečnost pacientů ve svých nemocnicích. To vedlo k akreditaci krajem řízených nemocnic a navíc byla ve spolupráci se Spojenou akreditační komisí vyhlášena soutěž „Bezpečná nemocnice“, do které se může přihlásit kterákoliv nemocnice v ČR s projektem, který zvyšuje bezpečnost pacientů ve zdravotnickém zařízení. Vítězné projekty jsou pak prezentovány jednou ročně na konferenci „*Dny bezpečí*“. Tato iniciativa byla jasným vzkazem pro pacienty, že je snahou zdravotníků zabránit dalším nežádoucím událostem a dbát o jejich bezpečí při poskytování zdravotní péče.

Ad 2) Dojde-li k nežádoucí události (pád, dekubitus, nozokomiální nákaza,…), pravděpodobně bude následkem prodloužení doby hospitalizace, potřeba dalších léků (antibiotika, analgetika, moderní prostředky na hojení ran), nutnost dalších vyšetření (laboratorní, rentgenové), čímž nepochybně vzniknou vyšší náklady. V době, kdy se všechna zdravotnická zařízení snaží snižovat náklady, je to pádný důvod, proč mimořádné události monitorovat, vyhodnocovat a na základě zjištěných informací činit preventivní opatření.

Jednou z výhod sledování MU je možnost benchmarkingu. Můžeme posuzovat výskyt mimořádných událostí v jednom zdravotnickém zařízení, kdy porovnáváme mezi sebou jednotlivá období. Sledujeme nárůst nebo pokles výskytu jednotlivých mimořádných událostí.
Nebo porovnáváme mezi sebou zdravotnická zařízení. Výrazný výkyv ve výskytu MU by nás měl vyburcovat k analýze našeho systému a tvorbě opatření.

Sledování mimořádných událostí je požadováno i pří získávání certifikátů kvality, např. akreditace od SAK, mezinárodní akreditace JCI, ISO.

3.3 Příčina vzniku chyb

Historicky je v myslích zdravotníků i pacientů zakořeněn názor, že zdravotníci nechybují. Studie ale ukazují, že realita je jiná? Proč k pochybením ve zdravotní péči dochází, když se jedná o tak vzácnou komoditu, jakou je lidské zdraví? Příčiny pochybení můžeme rozdělit na dvě skupiny[59]:

A) AKTIVNÍ CHYBY – na úrovni individuálního pracovníka

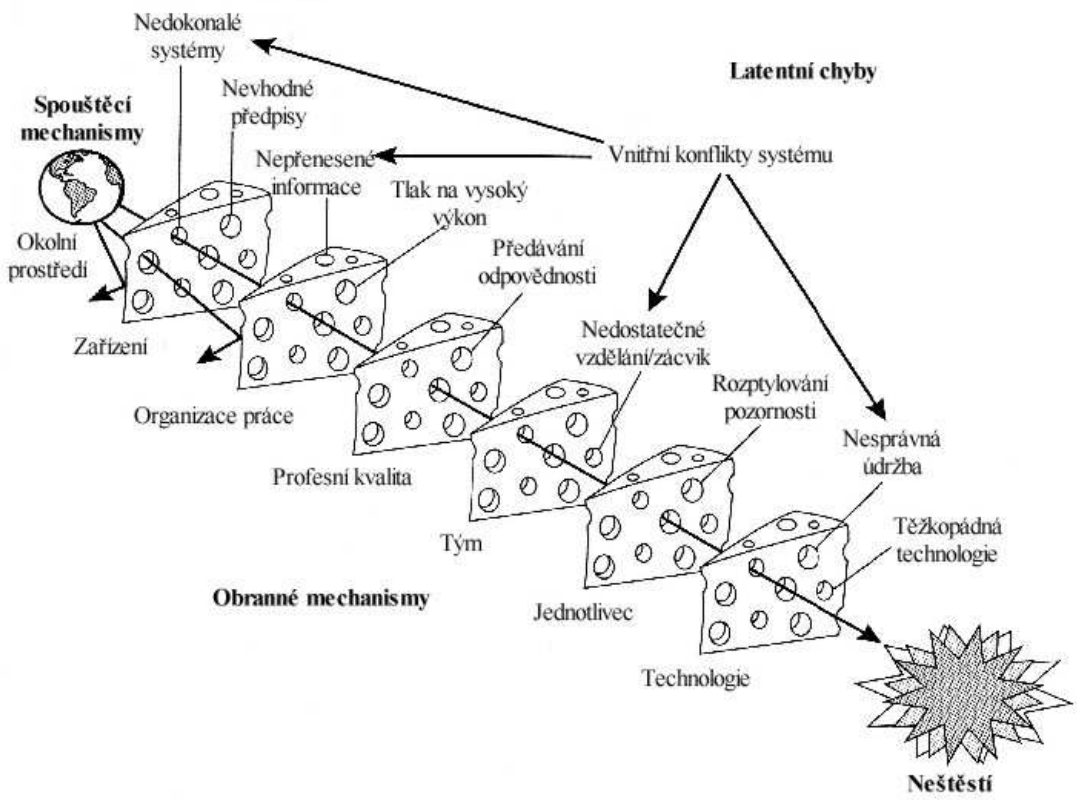
- neznalost
- nepřemýšlení při výkonu práce
- vysoké sebevědomí bez sebekontroly
- nezvažování důsledků rozhodnutí a činností
- nezájem
- zbrklost
- únava

B) LATENTNÍ CHYBY - jsou skryty v systému (vybavení, management, organizace práce). Zdroje latentních chyb:

- nepřiměřené zaškolení
- nerealizovatelný plán činnosti
- nedostatečná údržba přístrojů
- nedodržování standardů kvality nebo jejich absence v instituci
- nepřiměřené přístrojové vybavení
- časový stres
- nedostatečné personální obsazení

Jak rozdělení naznačuje, není možné svalovat vinu pouze na jednotlivce. Každý člověk se může někdy zmýlit a s tím je nutno počítat. Proto musí být systém nastaven tak, aby chybě jednotlivce bylo zabráněno nějakým dalším opatřením a nedošlo k ohrožení či poškození pacienta. Fungování i případné nedokonalosti takového systému ukazuje obr. 7.

[59] Srov. MARX, D., *Bezpečí zdravotní péče*, http://www.cnna.cz/zpravy-z-akci/



Obr. 7 „Teorie ementálského sýra“ při vzniku neštěstí [60]

Pokud obranné mechanismy nefungují či dokonce nejsou vytvořeny, může dojít k nežádoucí události. Navíc hledání konkrétního viníka vede u zdravotníků k pocitu selhání a strachu z potrestání. V konečném důsledků pak odmítají své chyby hlásit.

S jakými mimořádnými událostmi se můžeme setkat? Např. [61]:

- záměna pacienta, výkonu, strany, či orgánu, na kterém má být výkon proveden
- chybné podání léku
- pády pacientů
- napadení pacienta či personálu
- sebevražda pacienta ve zdravotnickém zařízení

[60] HŘIB, Z., *Sledování nežádoucích událostí*, http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/veda-a-vyzkum/2008-2009-narodni-system-pro-hlaseni-MU/index.html?month=3&year=2010, str. 7

[61] *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví*, http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/4-Cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi.html

- únos dítěte ze zdravotnického zařízení
- poškození pacienta zdravotnickou technikou (například popálení od elektrody na operačním sále)
- poškození pacienta při výkonu (například popálení během dezinfekce operačního pole)
- záměna diety (podání jiného jídla, než má pacient ordinováno lékařem)
- únik informací ze zdravotnické dokumentace

V metodice na sledování MU je doporučeno dělení MU dle oblastí[62]:
Oblast organizace péče o pacienty:

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

Oblast péče o pacienty:

- Sebepoškození nebo dokonaná sebevražda pacienta
- Pády pacientů během hospitalizace
- Pochybení při podání léků
- Nežádoucí účinky léků
- Pochybení při podání krve a krevních derivátů
- Komplikace výkonu (včetně úmrtí pacienta při výkonu)
- Porucha kožní integrity
- Neočekávané úmrtí pacienta během hospitalizace

Oblast bezpečí nemocničního prostředí:

- Napadení pacienta či zaměstnance
- Selhání zdravotnických technologií

[62] HŘIB, Z., *Metodika sledování MU*, http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/veda-a-vyzkum/2008-2009-narodni-system-pro-hlaseni-MU/index.html?month=3&year=2010

3.4 Projekty v ČR

V Česku je možno se zapojit do několika projektů. Výhodou je metodický pokyn, podpora odborníků, možnost benchmarkingu.

Projekt „*Šetření dekubitů*“ – Národní referenční centrum převzalo od Ministerstva zdravotnictví výsledky projektu „*Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetřovatelské péče na národní úrovni*“ a pokračuje s projektem „*Šetření dekubitů*“, v kterém využívá již vypracovanou metodiku prevalenčního sběru dat. Metodika je zveřejněna ve Věstníku MZ, částka č. 6/2009. Účast v projektu je zpoplatněna.[63]

Projekt „*Sledování pádů a zranění u hospitalizovaných pacientů*“ jehož koordinátorem je Česká asociace sester sleduje výskyt pádů ve zdravotnických zařízeních. Nemocnice, která má o spolupráci zájem, dostane metodický pokyn, standard prevence a péče o pacienty, kteří prodělali při hospitalizaci pád a protokol k pádu pacienta. Účast v projektu je zpoplatněna. [64]

Projekt „*Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb*“ – ve spolupráci s Kabinetem veřejného zdraví 3. LF UK je možno se zapojit do projektu sledování nežádoucích událostí. V současné době je to jediný projekt, který zahrnuje maximální množství mimořádných událostí, ke kterým ve zdravotnickém zařízení může dojít. Účast v projektu je zatím zdarma. [65]

Projekt HOPE „*NIHIL NOCERE*“ – v dubnu 2010 byl odstartován projekt „*Ochrana pacientů před poškozením*“. Do projektu se mohli přihlásit zástupci ze všech nemocnic ČR. Bylo vybráno 15 zdravotnických zařízení. Účast v projektu je dvouletá a je zdarma. [66]

[63] Srov. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, *Dekubity*, http://www.dekubity.nrc.cz/dekubity/

[64] Srov. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, *Pády*, http://www.cnna.cz/narodni-indikatory-kvality-pece/pady/

[65] Srov. KABINET VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ, http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/

[66] Srov. PROJECT HOPE, http://www.projecthope.cz/index.php?page=nil-nocere

3.5 Prevence

Zdravotničtí manažeři, kteří se rozhodnou věnovat vyšší pozornost bezpečnosti pacientů ve svém zařízení, se mohou zapojit do již existujících programů, nebo si vytvořit vlastní systém sledování mimořádných událostí. Je možné se inspirovat doporučením WHO a zavést tyto programy[67] [68] [69]:

- prevence záměny léků s podobnými názvy
- identifikace pacientů
- standardizace postupů při předávání pacientů
- prevence stranové záměny
- bezpečné podávání koncentrovaných elektrolytů
- prevence medikačních chyb při předávání pacientů
- bezpečné použití katetrů a sond
- prevence opakovaného užití jednorázových pomůcek
- hygiena rukou

Hlášení a prevence mimořádných událostí je neoddělitelnou součástí řízení rizik. Monitorování mimořádných událostí pomáhá identifikovat slabá místa v péči o pacienty, ukazuje na opakující se problémy, které mají vliv na kvalitu a bezpečí poskytované péče. Jen pokud jsou pochybení zdravotníků hlášena, je možno analyzovat situace, které vedou k mimořádným událostem a iniciovat změny, které povedou k jejich odstranění. V odborné literatuře se dočteme, že mnoho zdravotníků má negativní postoj k hlášení mimořádných událostí. Preferováno je též anonymní hlášení.[70] Manažeři zdravotnických zařízení by proto měli umět své zaměstnance přesvědčit, že systém hlášení MU nebude využíván k jejich potrestání, ale stane se

[67] In MARX: *Bezpečí zdravotní péče – aktuální pohled na nástroje managementu rizik*, http://www.cnna.cz/zpravy-z-akci/

[68] *Nástroje zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zaříz*eních, http://www.mzcr.cz/dokumenty/materialy-ze-seminare-nastroje-zvysovani-bezpeci-pacientu-ve-zdravotnickych-zarizenich_855_871_1.html

[69] *Měření kvality zdravotních služeb*, http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Categories/131-Mereni-kvality-zdravotnich-sluzeb---metodicke-dokumenty-ke-stazeni.html

[70] srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*, str. 49

nástrojem na zkvalitnění péče. Cílem není hledání viníka, ale náprava systému a kroky vedoucí k prevenci pochybení.

Nástroje, které mohou manažeři rizik využít k řešení a prevenci rizik[71]

1) RCA - Root Cause Analysis - analýza skutečných příčin (tzv. kořenová analýza) – používá se v případě, kdy již k mimořádné události nebo ke skoropochybení došlo. Jde o metodu retrospektivní a reaktivní.
2) FMEA – Failure Mode and Effect Analysis – analýza možností vzniku a následků selhání – představuje metodu identifikování a prevence potenciálních problémů či pochybení. Jedná se o proaktivní preventivní strategii.
3) FTA – Fault Tree Analysis – analýza stromu poruch – určuje nejen hlavní příčinu problému, ale i všechny příčiny. Lze využít jako reaktivní i proaktivní metodu.

[71] srov. ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*, str.134-141

4 EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Cíle šetření a formulace hypotéz

Cíl č.1: Zjistit současný stav sledování mimořádných (nežádoucích) událostí v MN Čáslav.

Cíl č.2: Zjistit současný stav postojů zdravotních sester v MN Čáslav k mimořádným (nežádoucích) událostem.

Cíl č.3: Identifikovat nedostatky v hlášení mimořádných (nežádoucích) událostí zdravotnickými pracovníky MN Čáslav.

Cíl č.4: Navrhnout manažerům nemocnice řešení zjištěných nedostatků.

Hypotézy

H1: Sestry vědí, že se mimořádné události hlásí do WinMedicalcu. (Protože počet hlášených událostí sleduji v informačním systému a pokud nevědí, že to do něj mají hlásit, nejsou tam v tom případě všechny události, ke kterým došlo.)

H2: Mezi odpověďmi sester na otázku „Když udělám ve službě běžnou chybu, přiznám ji, omluvím se…“ a názorem na prohlášení „Sestry na našem pracovišti se snaží veškeré mimořádné události pečlivě dokumentovat.“ neexistuje vzájemný vztah.

H3: Počet pádů v MN Čáslav se výrazně neliší od jiných nemocnic. Je porovnáván počet pádů za rok/ počet hospitalizovaných za rok.

4.2 Charakteristika sledované nemocnice

Šetření probíhalo v Městské nemocnici Čáslav, která je příspěvkovou organizací s právní subjektivitou. Zřizovatelem i majitelem je Město Čáslav. Nachází se ve Středočeském kraji. Zabezpečuje léčebně preventivní péči pro spádovou oblast města Čáslav a bývalých okresů Kutná Hora, Chrudim, Pardubice, Havlíčkův Brod a ostatní pacienty. Poskytuje péči na lůžkových odděleních chirurgie, interny, gynekologie, porodnického, dětského, novorozeneckého, geriatrie a na ambulantní části chirurgie, interny, gynekologie, dětského oddělení, psychiatrie a rehabilitace. Dále nabízí služby biochemické a hematologické laboratoře, RDG, dopravu pacientů a sociální lůžka.
Nemocnice provádí odběr krve a plazmy pro klinické a průmyslové použití, zpracování a následnou redistribuci.
Nemocnice má ke dni 31.12. 2009 celkem 219 lůžek a 246 zdravotnických pracovníků, z toho 147 sester.

4.3 Předvýzkum

Na úplném počátku jsem položila dvěma zdravotnickým pracovníkům a jedné učitelce zdravotnické školy otázku: *Co si představujete pod pojmem „mimořádná událost ve zdravotnickém zařízení?*“. Jejich odpovědi byly následující:

1. Je to cokoliv odlišujícího se od standardního provozu. Např. pád, konflikt mezi pacientem a personálem, výpadek energií nebo techniky atd.
2. Poškození pacienta zdravotnickým personálem - jeho ne/konáním. Např. pády, dekubity.
3. Je to požár, povodeň, únik chemických látek,…

Tyto odpovědi vyvolaly několik otázek:

- jaké situace by sestry v MN Čáslav zařadily mezi mimořádné události?
- jaké typy mimořádných událostí se v MN Čáslav nejvíce objevují?
- je lepší používat termín „mimořádná událost“ nebo „nežádoucí událost“?

4.4 Metodika práce

Pro získávání dat byly využito kvantitativní šetření s využitím technik:

2) technika retrospektivní analýzy – ke zjištění současného stavu sledování mimořádných (nežádoucích) událostí v MN Čáslav (viz Cíl č. 1)
3) dotazníkové šetření – ke zjištění současného stav postojů zdravotních sester v MN Čáslav k mimořádným (nežádoucích) událostem (viz Cíl č. 2)

4.4.1 Tvorba výzkumných nástrojů

A) Retrospektivní analýza

Pro retrospektivní analýzu nebylo třeba žádných příprav. Jsem zaměstnancem MN Čáslav, mám přístup do informačního systému, umím pracovat se statistickým modulem tohoto systému k získání dat. Vedení nemocnice si uvědomuje důležitost managementu rizik. Má zájem na revizi stávajícího způsobu hlášení mimořádných událostí a jeho případné inovaci, proto souhlasilo s využitím získaných dat pro mou diplomovou práci.

Provedení retrospektivní analýzy bylo naplánováno až na první polovinu ledna 2010, aby již byly v nemocničním informačním systému zaznamenány všechny mimořádné události za rok 2009 a bylo možné zjistit počet hospitalizovaných pacientů.

B) Dotazník

Ke zjištění názorů, postojů a chování nelékařských zdravotnických pracovníků městské nemocnice byl vypracován dotazník. Při tvorbě dotazníků jsem vycházela z výsledků předvýzkumu, ze znalosti prostředí nemocnice, neformálních rozhovorů se sestrami a z toho, jaké informace chci získat.

Zajímalo mě:

- jak se sestry staví ke sledování mimořádných událostí celkově (Čí je to záležitost? Je to k něčemu dobré? Chválit nebo trestat? Anonymita hlášení?)
- jak se chovají v případě pochybení (Přiznají se? Sledují chování kolegyň?)

- jaké situace považují za mimořádnou událost
- vědí o systému hlášení MU v nemocnici (Hlásí se MU v nemocnici? Kam se zaznamenávají?)

Některé otázky v dotazníku jsou citlivé a v zájmu získání pravdivé odpovědi bylo důležité vyvolat atmosféru důvěry, proto byly demografické a identifikační otázky (věk, pohlaví, dosažené vzdělání, délka zaměstnání v MN Čáslav, oddělení…) vynechány. Ze zkušenosti s jinými dotazníky vím, že některé sestry mají-li pocit, že by z dotazníku bylo možné zjistit respondenta, odmítají dotazník vyplnit. Mým cílem nebylo zjistit, KDO dotazník vyplnil, ale JAK se sestry k hlášení nežádoucích událostí staví.

Do dotazníku byla zařazena jedna netradiční otázka (č. 5 - Které níže uvedené situace považujete za mimořádnou událost, která by se měla hlásit?). Sestrám byl nabídnut seznam situací a měly vybrat z možností ano-ne-nevím. V dostupné literatuře jsem žádnou podobnou studii nenašla. Nikde ani není uvedena jednotná klasifikace mimořádných událostí, proto jsem vytvořila vlastní seznam různých situací, s kterými se mohou ve své praxi setkat. Jako základ jsem použila typy MU, které jsou uvedeny v elektronickém formuláři – viz obr.8, s. 43. Názvy jednotlivých typů jsem změnila, protože jsem předpokládala, že sestry tento formulář znají a mohlo by je to vést k tomu, že zaškrtnou všechny tyto události bez velkého přemýšlení. Další situace jsem doplnila podle toho, s čím se v praxi setkávám.

V dotazníku byl používán termín „mimořádná událost“, protože sestry toto označení již používají ve formuláři „Hlášení mimořádných událostí“. Domnívám se, že zařazením novějšího pojmu „nežádoucí událost“ by mohlo dojít k nepochopení otázek a tím k ovlivnění výsledků výzkumu.

Nejprve byla provedena pilotní studie, kdy o vyplnění první verze dotazníku byly požádáni 3 zdravotničtí pracovníci, kteří se dalšího výzkumného šetření již dále neúčastnili. Dle jejich odpovědí bylo opraveno znění některých otázek, aby nedocházelo k jejich špatnému pochopení.

Výběr vzorku respondentů

Bylo naplánováno, že dotazovány budou sestry všech lůžkových oddělení a ambulancí MN Čáslav, s výjimkou vrchních sester. Žádná další limitující kriteria výběru sester do vzorku nebyla stanovena. Z výzkumu budou vynechány biochemická a hematologická laboratoř, rentgenové pracoviště, operační sály a sestry anesteziologického pracoviště. Důvodem je jiný způsob péče o pacienta.

4.5 Realizace šetření

4.5.1 Retrospektivní analýza systému hlášení mimořádných (nežádoucích) událostí

Analýza současného stavu sledování mimořádných událostí byla provedena podrobným zkoumáním stávajícího systému hlášení. Data byla získána z nemocničního informačního systému (dále jen NIS). Byla rozdělena do tabulky dle typu sledované události. Přibližně polovina hlášených událostí byla špatně zařazena – byla označena pouze jako „Protokol o mimořádné události“ nebo „Jiné“. Proto jsem musela nahlédnout do informačního systému, tyto události vyhledat a po kontrole zápisu správně zařadit. Posuzován byl počet a typ hlášených mimořádných událostí za rok 2008 v porovnání s rokem 2009.

4.5.2 Dotazník

Dotazníky jsem osobně předávala sestrám na oddělení v říjnu 2009. Pokud byla na oddělení přítomna vedoucí sestra (vrchní nebo staniční), obdržela dotazníky pro sestry svého oddělení. V případě její nepřítomnosti jsem předala dotazníky sestře ve službě a vysvětlila důvod šetření. Rozdáno bylo celkem 113 dotazníků. Na desky, v kterých byly uloženy, jsem napsala pokyny, kam a do kterého data mají vyplněné dotazníky odevzdat. K tomuto účelu byla vyhrazena označená schránka v hlavní budově nemocnice. Na vyplnění a odevzdání dotazníku měly sestry 14 dní.

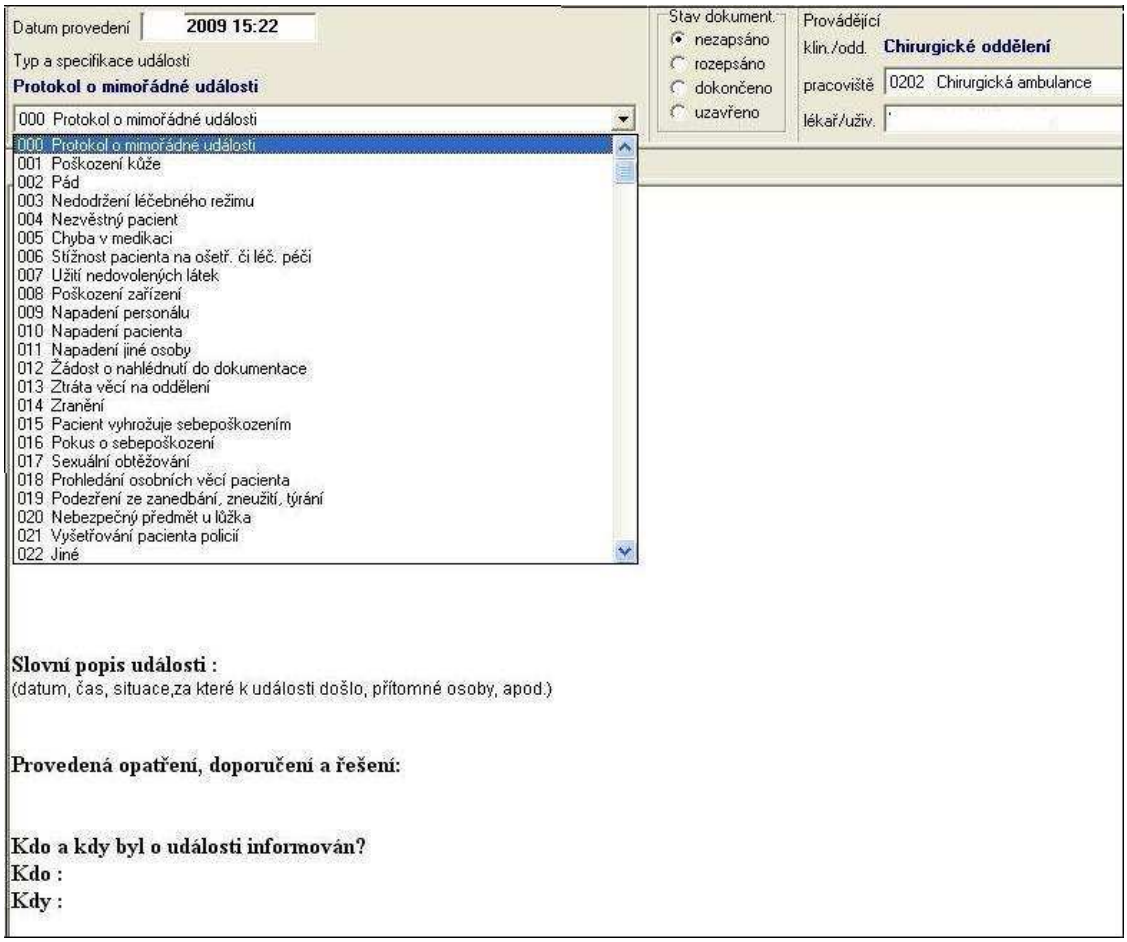
4.6 Analýza zjištěných dat a informací

4.6.1 Popis současného managementu rizik ve sledované nemocnici

Mimořádné události sleduje management nemocnice od poloviny roku 2003. Byl vypracován seznam s nabídkou situací, které zdravotničtí pracovníci začali pomocí formuláře hlásit. Postupovali dle metodického pokynu – viz příloha 2, kde bylo uvedeno, kdy mají mimořádnou událost napsat a jakým způsobem.

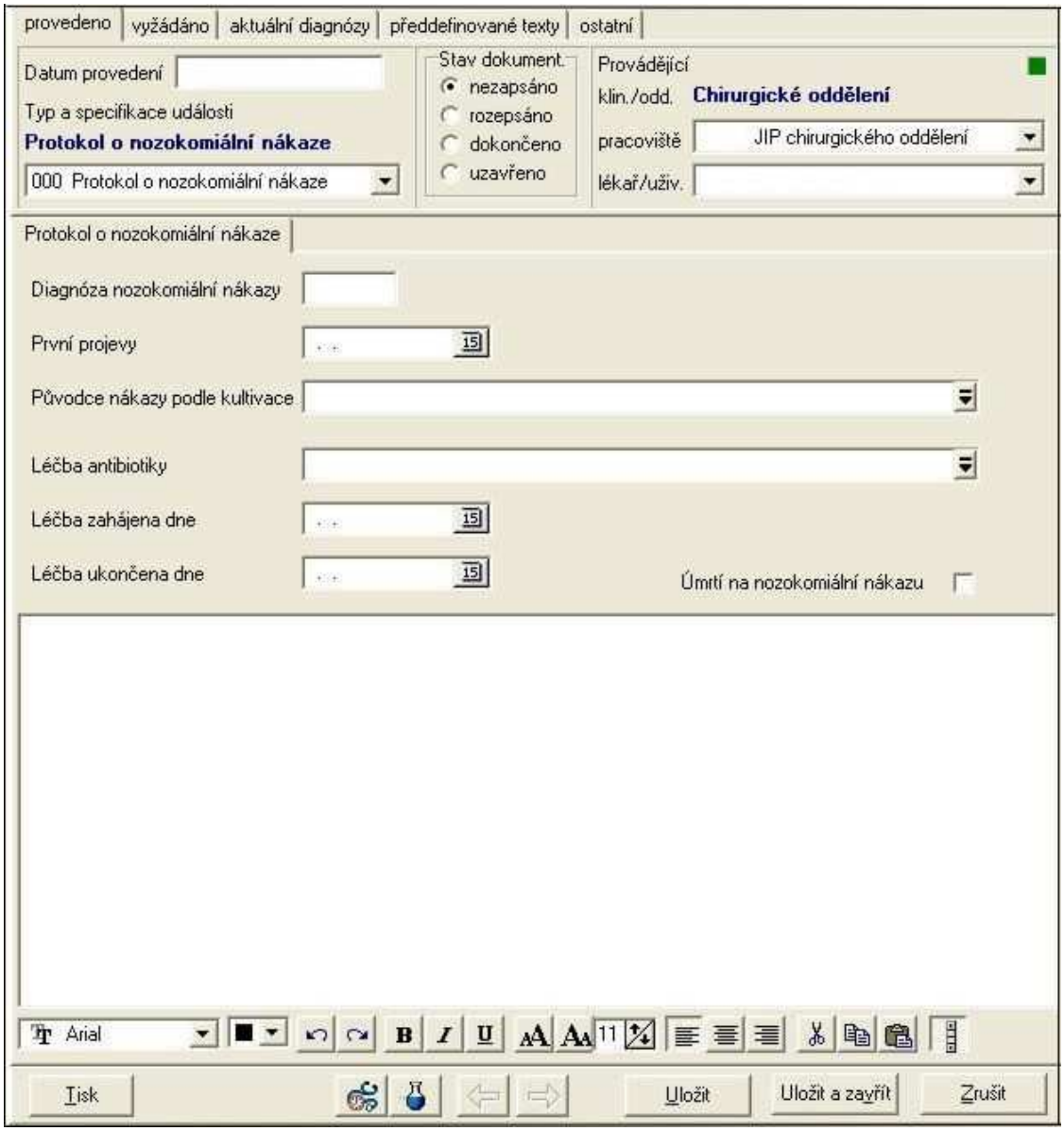
K hlášení je od roku 2003 využíván nemocniční informační systém WinMedicalc (dále jen WM), ve kterém je formulář na hlášení mimořádných událostí – viz obr. 8. Jedná se o elektronický formulář s možností výběru předem definovaných typů mimořádných událostí (např. pád pacienta, napadení, krádež, nedodržení léčebného režimu, nahlédnutí do dokumentace atd.).

Nemocniční informační systém (dále jen NIS) využívají všechny ambulance, lůžková oddělení a některá komplementární pracoviště. Každý zdravotnický pracovník má své heslo pro přístup do NIS. Velkou výhodou tohoto způsobu je rychlá dostupnost dat a možnost statistiky.



Obr. 8 Formulář na hlášení mimořádných událostí ve WinMedicalcu

Pro hlášení nozokomiálních nákaz je připraven samostatný formulář – viz obr.9.



Obr. 9 Formulář na hlášení nozokomiálních nákaz

Zdravotnický pracovník, který chce mimořádnou událost zapsat, se přihlásí svým heslem do NIS, vybere „*Protokol o mimořádné události*“ a vyplní předem definované požadavky (např. slovní popis události, provedená opatření,…) a stiskne „*Tisk*“ a „*Uložit*“.

Mimořádnou událost má povinnost hlásit zdravotnický pracovník, který byl jejím svědkem, nebo se o události dověděl jako první, vždy do elektronického formuláře ve WinMedicalcu (platí pro sestry i lékaře). Sestry navíc hlásí MU své přímé nadřízené a zapisují do hlášení sester (není povinné, je to dle zvyklosti oddělení). Vyplněný formulář pracovník, který MU nahlásil, 1x vytiskne a založí do dokumentace pacienta.

V prvních měsících sledování se vyplněný formulář v WinMedicalcu uložil a vytiskl 2x. Jeden výtisk se založil do papírové dokumentace pacienta a druhý se odevzdal vrchní sestře. Ta jej předávala hlavní sestře. Tento systém se ukázal jako neefektivní. Mimořádná událost se hlásí několika způsoby, jak je uvedeno výše, proto byl tento postup zrušen z důvodu zbytečné administrativní zátěže. Vedoucí pracovník si může kdykoliv zjistit seznam mimořádných událostí na svém pracovišti, management nemocnice seznam událostí v celé nemocnici . WinMedicalc umí vytvořit na základě požadavku seznam, který vygeneruje do Excelu, kde je s ním dále možné pracovat. V seznamu je uvedeno jméno pacienta, datum události, druh události, oddělení a jméno zapisujícího (resp. jméno pracovníka přihlášeného do systému), případně je možno přidat z nabídky ještě další údaje potřebné pro třídění.

Jednotlivé mimořádné události řeší vedoucí pracovníci na svých odděleních, závažnější situace (např. těžké poškození pacienta, stížnost pacienta atd.) pak hlavní sestra či ředitel nemocnice. Záznamy o provedených nápravných opatřeních nejsou vedeny.

Množství a typy jednotlivých mimořádných událostí sleduje zástupkyně hlavní sestry a přehled předává minimálně 1x/rok (většinou v lednu za uplynulý rok) řediteli nemocnice a hlavní sestře.

KONTEXTOVÉ MODALITY:
Na každém počítači v nemocnici je přístup na portál SharePoint, kde jsou přehledně uloženy směrnice, provozní řády, standardy, základní listiny a další důležité dokumenty. V kalendáři jsou plánované akce – porady, semináře atd. V aktualitách je zveřejněno vše, co se nově na portál přidává, příkazy ředitele, závažná upozornění

a další sdělení. Tato informace je zmíněna pro nastínění dalších možností využití informační sítě v případě změny způsobu hlášení nežádoucích událostí.

4.6.2 Retrospektivní analýza systému hlášení v MN Čáslav

Cíl č. 1: Zjistit současný stav sledování nežádoucích – mimořádných událostí v MN Čáslav

V následujících tabulkách je seznam a počet nahlášených mimořádných událostí za období od 1.1.2008 do 31.12.2008 a stejně tak v roce 2009. Po zadání požadavku do informačního systému byl vytvořen seznam všech nahlášených mimořádných událostí v požadovaném časovém rozmezí. S použitím kontingenční tabulky vznikl seznam typů mimořádných událostí, které byly nahlášeny – v tab.1 a tab.2 je tento sloupeček označen „Z WM“ = z WinMedicalcu.

Formulář pro hlášení mimořádných událostí, který je v nemocničním informačním systému zvaném WinMedicalc, nabízí 23 situací, které je možné hlásit jako mimořádnou událost. Automaticky je nastavena možnost „*Protokol o mimořádné události*“ – viz obr. 8 – první řádek ve výběru. Pokud uživatel nevybere jinou možnost (např. „*pád*“) je hlášení označeno jako „*Protokol o mimořádné události*“ a ne jak by správně měl být zařazen „*Pád*“. Dochází tedy k nevhodnému označení mimořádné události, které činí sledování výskytu jednotlivých typů událostí obtížnější. Je nutno takto označené události najít a správně zařadit.
Situaci znázorňují tabulky č.1 a č.2. Výskyt událostí typu „*Protokol o mimořádné události*“ a „*Jiné*“ je velmi vysoký, proto jsem všechny takto označené události vyhledala a znovu zařadila – viz sloupec „PO REVIZI“. Nejprve pouze do typů událostí definovaných v elektronickém formuláři. Při dalším podrobnějším zkoumání jsem zjistila, že se několikrát opakovala situace, která v nabídce formuláře není. Je v tabulkách psána kurzívou.
Dále je modrým pruhem zvýrazněn počet pádů – ve sloupci „WM“ je číslo získané ze statistického modulu informačního systému. Ve sloupci „po revizi“ je pak číslo, které

jsem získala správným zařazením událostí, které uživatelé špatně zařadili pod název „*Protokol o mimořádné události*“ a „*Jiné*“. Jde o velmi výrazný rozdíl. Pokud by nebylo provedeno správné zařazení původních hlášení, došlo by ke špatné interpretaci výsledků.

Tab. 1 Mimořádné události v MNČ 2008

TYP MU	Z WM	PO REVIZI
Napadení personálu	4	14
Nedodržení léčebného režimu	16	23
Nezvěstný pacient	5	10
Pád	68	121
Poškození kůže	1	1
Stížnost pacienta na ošetřovatelskou či léčebnou péči	2	2
Žádost o nahlédnutí do dokumentace	1	1
Jiné	17	3
Protokol o mimořádné události	96	0
Zranění	0	1
Ztráta věcí na oddělení	0	1
Pokus o sebepoškození	0	1
Odmítnutí léčby	0	3
Neklidný pacient (případně zmatenost, agrese)	*0*	*9*
Revers	*0*	*3*
CELKEM	210	197

Tab. 2 Mimořádné události v MNČ 2009

TYP MU	Z WM	PO REVIZI
Napadení personálu	2	3
Nedodržení léčebného režimu	31	32
Nezvěstný pacient	8	15
Pád	47	120
Poškození kůže	3	4
Žádost o nahlédnutí do dokumentace	6	6
Zranění	1	3
Ztráta věcí na oddělení	1	1
Odmítnutí léčby	0	1
Pokus o sebepoškození	1	1
Podezření ze zanedbání, zneužití, týrání	1	1
Poškození zařízení	1	1
Jiné	16	0
Protokol o mimořádné události	106	0
Užití nedovolených látek	0	1
Neklidný pacient (případně zmatenost, agrese)	*0*	*10*
Revers	*0*	*4*
Celkem	224	203

Rozdíl v součtu událostí, které vygeneroval NIS a těch, které jsou znovu zařazeny je způsoben nevhodným používáním formuláře pro hlášení mimořádných událostí některými pracovníky. Často zapisují do tohoto hlášení např. hlášení soudu, potvrzení o hospitalizaci pro úřad práce, potvrzení pro policii atd. V kategorie „Jiné“ je hlášeno např. nezletilá gravidní, hádka příbuzných o majetek pacienta. Tato hlášení jsem ze seznamu vyřadila, proto nesouhlasí součet událostí.

Výskyt jednotlivých mimořádných událostí v letech 2008 a 2009 ukazuje tab. 3. Na posledních dvou řádcích je dopsán počet hospitalizovaných a vypočítáno procento pacientů poškozených nežádoucí událostí.

Tab. 3 Mimořádné události v MNČ porovnání let 2008 x 2009

TYP MU	2008	2009
Napadení personálu	14	3
Nedodržení léčebného režimu	23	32
Nezvěstný pacient	10	15
Pád	121	120
Poškození kůže	1	4
Stížnost pacienta na ošetřovatelskou či léčebnou péči	2	0
Žádost o nahlédnutí do dokumentace	1	6
Jiné	3	0
Protokol o mimořádné události	0	0
Zranění	1	3
Ztráta věcí na oddělení	1	1
Odmítnutí léčby	3	1
Pokus o sebepoškození	1	1
Podezření ze zanedbání, zneužití, týrání	0	1
Poškození zařízení	0	1
Užití nedovolených látek	0	1
Neklidný pacient (případně zmatenost, agrese)	*9*	*10*
Revers	*3*	*4*
CELKEM	193	203
Počet hospitalizovaných	6 990	7 262
Procento poškozených	2,8 %	2,8 %

Procento poškozených je v obou letech 2,8 %. Podle studií provedených v Evropě je to 7-11 %. Tak velký rozdíl bude zřejmě způsoben tím, že ve sledované nemocnici není v seznamu výskyt nozokomiálních nákaz ani výskyt dekubitů. Dalším důvodem může být, že nejsou poctivě nahlášeny všechny mimořádné události.

Nozokomiální nákazy se hlásí do jiného formuláře, proto byl jejich počet hledán v nemocničním informačním systému pomocí jiného dotazu. V tomto případě nebyla nalezena žádná nahlášená nozokomiální nákaza a tak jsem se domnívala, že nejsou vůbec hlášeny. Až při dalším zkoumání jsem, spíš náhodou, narazila na jiný statistický dotaz, který ukázal, že v roce 2008 bylo nahlášeno 18 nozokomiálních nákaz a v roce 2009 žádná. Protože jsem se k těmto číslům nedostala obvyklým způsobem, nezařadila jsem je do součtu nahlášených MU.

V seznamu též chybí možnost hlášení dekubitů. V počátcích tvorby systému hlášení MU bylo počítáno s tím, že pro výskyt dekubitů bude stejně jako pro nozokomiální nákazy vytvořen zvláštní formulář, který by měl již předem definovaná pole k vyplnění. K uskutečnění této myšlenky zatím nedošlo.
Přesto mě zajímalo, zda je možné nějakým způsobem zjistit jakékoliv údaje o výskytů dekubitů v nemocnici. Ptala jsem se vrchních sester, jestli mají záznamy o výskytu dekubitů. Na oddělení LDN byl před lety zaveden systém dokumentace HINZ, v kterém je formulář pro sledování dekubitů – viz příloha č.3. Tento formulář používají i ostatní oddělení. Je ale založen pouze v papírové dokumentaci a není tedy možné zjistit počet dekubitů, oddělení, stupeň poškození a další důležité údaje.
Poté jsem zkusila další způsob vyhledávání. Diagnóza dekubitů dle MKN je L89.0 – L89.9. Zadala jsem v informačním systému dotaz na vyhledání pacientů s touto diagnózou. Bylo nalezeno 31 pacientů v roce 2008 a 39 pacientů v roce 2009. Po konzultaci s některými vrchními a staničními sestrami ale bylo zjištěno, že pokud má pacient dekubitus, nebývá vždy tato diagnóza do WM zaznamenána. Z tohoto důvodu nebyly zjištěné počty dekubitů zařazeny do součtu hlášených mimořádných událostí.

4.6.3 Dotazník

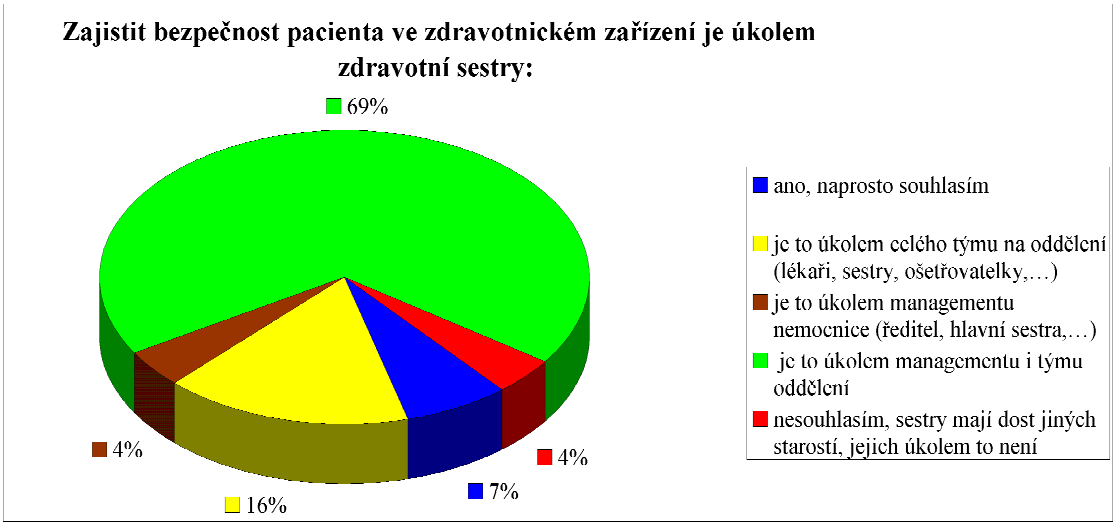
Cíl2: Zjistit současné postoje zdravotnických nelékařských pracovníků v MN Čáslav k nežádoucím – mimořádným událostem

O vyplnění dotazníku bylo požádáno 113 sester. Vrátilo se 77 dotazníků (68 %), z toho byly 4 vyřazeny pro neúplné informace nebo pro nejasné označení odpovědí. Pro analýzu bylo tedy použito 73 dotazníků, což je 65 %.

Výsledky dotazníkového šetření jsou velmi zajímavé a v některých případech neočekávané. Následující grafy nebudou řazeny podle otázek v dotazníku, ale podle toho, jak spolu odpovědi souvisí.
Pro lepší přehlednost jsem pro odpověď, kterou bych považovala za správnou, zvolila zelenou barvu a pro „špatnou“ odpověď barvu červenou. Ostatní barvy jsou náhodně

zvolené. V grafech, kde není možno zvolit správnou či špatnou odpověď, jsou barvy voleny také náhodně.

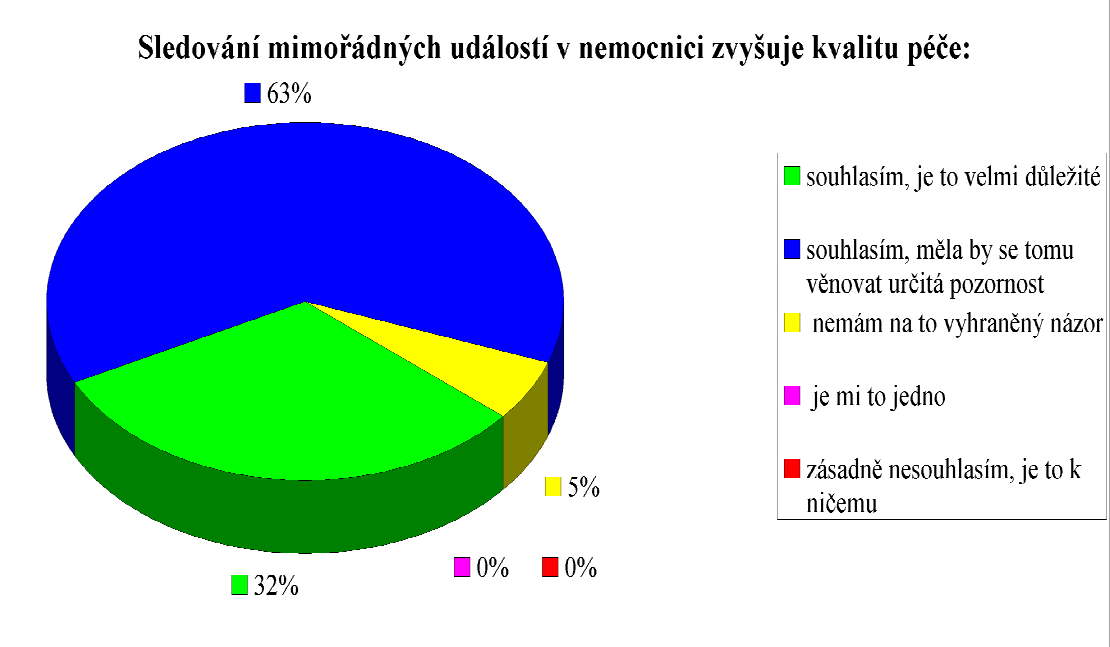
Graf č. 1 Kompetence k zajišťování bezpečí pacienta



Podle 69 % sester je zajištění bezpečnosti pacienta ve zdravotnickém zařízení úkolem managementu i týmu na oddělení. Pokud bychom sečetli všechny odpovědi, v kterých hraje roli sestra, získali bychom číslo 92 %. Tento výsledek ukazuje, že si sestry uvědomují svůj velký podíl zodpovědnosti za bezpečí pacienta. Pouhá 4 % tuto zodpovědnost zcela odmítají.

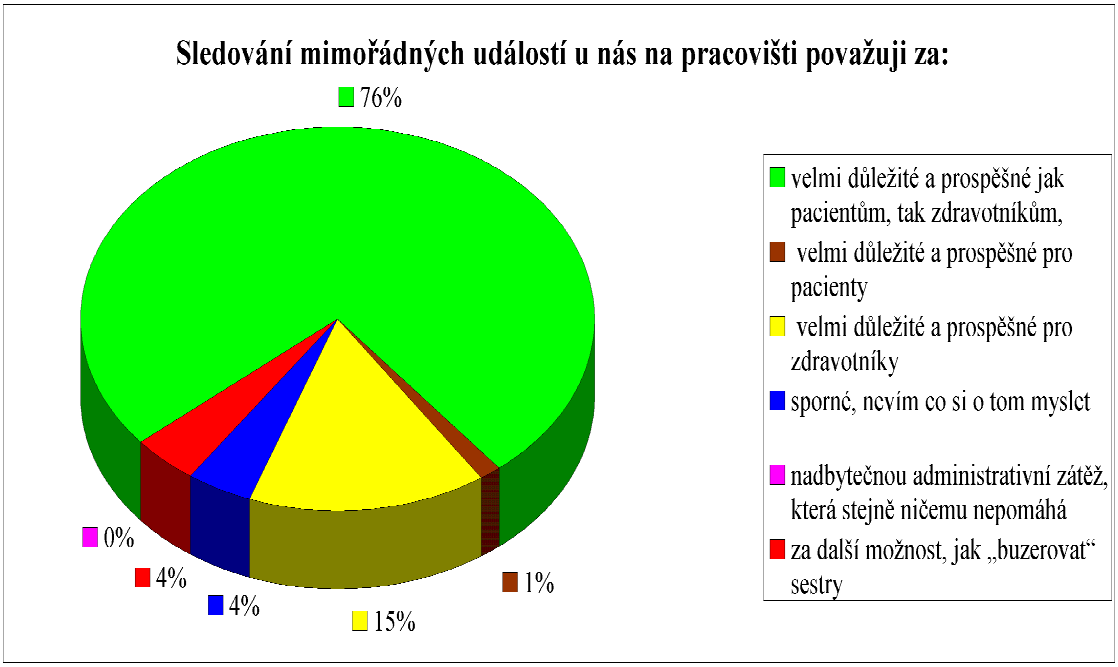
S touto otázkou souvisí i další dotaz – graf.č.2. 95% sester souhlasí s tvrzením, že sledování mimořádných událostí zvyšuje kvalitu péče. 5% nemá názor. Ani jedna sestra neodpověděla negativně.

Graf č. 2 Názor sester na potřebu sledování MU v nemocnici



Odpovědi na otázku ohledně důležitosti sledování MU na pracovišti již tak jednoznačné nejsou:

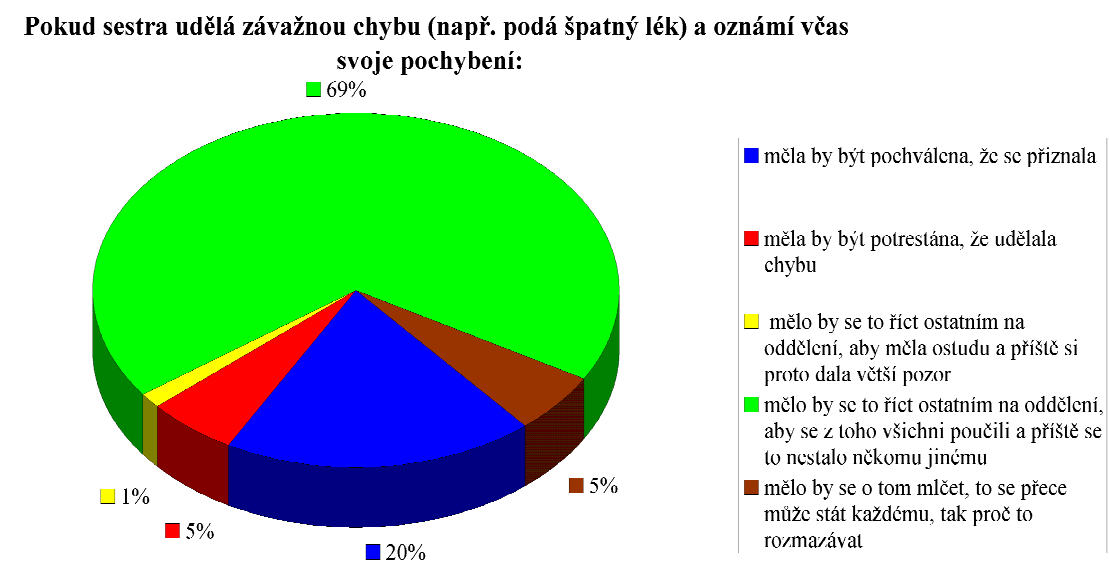
Graf č. 3 Názor sester na sledování MU na pracovišti



Převážná část dotázaných (76 %) vidí ve sledování MU přínos pro zdravotníky i pacienty. Za pozornost stojí 4 % odpovědí, že sledování MU považují za možnost „buzerovat“ sestry. Zde bychom měli hledat příčinu ve špatném postoji nadřízených pracovníků těchto sester, ale možná i v edukaci těchto sester. Rozhodně tyto odpovědi stojí za zamyšlení. Na druhou stranu je možné zde najít i pozitivní zprávu a to v podobě 0 % pro možnost nadbytečné administrativní zátěže.V době, kdy přibývá administrativních činností a slyšíme často od sester stížnosti, je potěšující vidět, že si zřejmě uvědomují nutnost sledování MU a také z tohoto výsledku usuzuji, že stávající způsob hlášení je pro ně přijatelný.

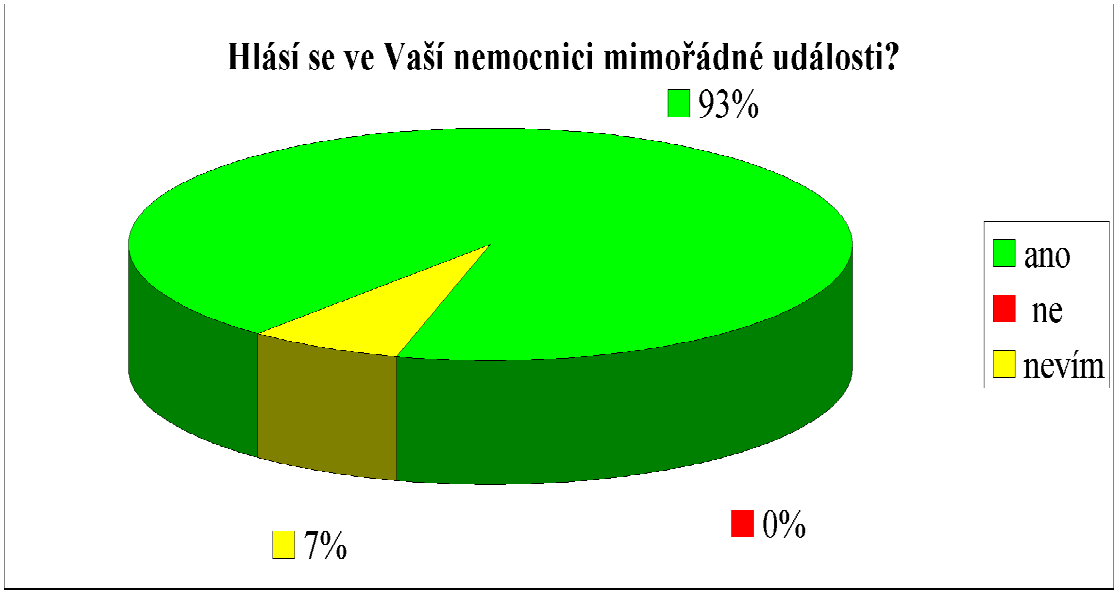
Graf č. 4 ukazuje názor, jak by se mělo podle sester reagovat na chybu. 69 % sester si správně uvědomuje, že je potřeba na chybu upozornit a předejít tak jejímu opakovaní. 5 % sester by volilo potrestání a 5 % dotázaných by o pochybení mlčelo. Celá pětina sester si myslí, že by sestra měla být za přiznání pochválena.

Graf č. 4 Názor na odezvu po nahlášení MU



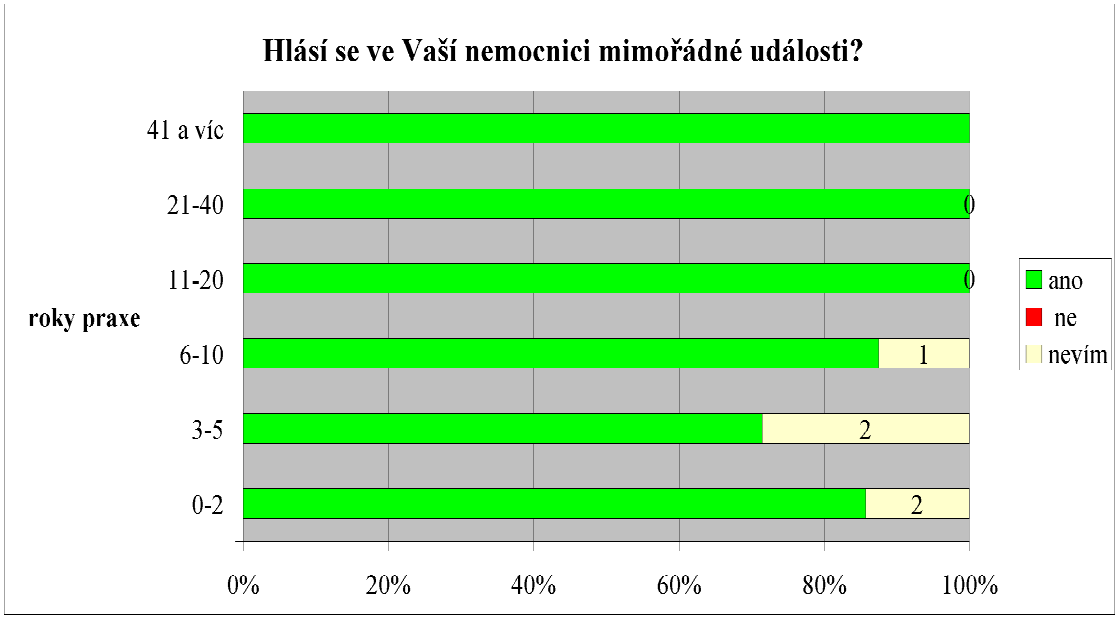
Na dotaz, zda se v nemocnici hlásí MU, odpovědělo 93 % sester správně – viz graf č.5.

Graf č. 5 Informovanost o existenci systému hlášení MU v nemocnici



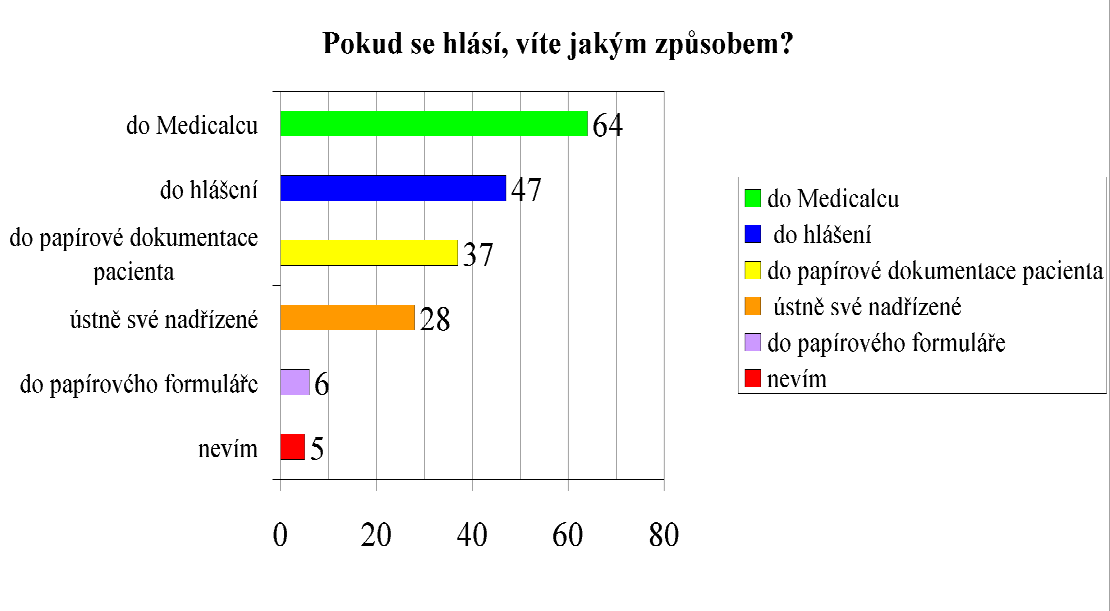
Graf č. 6 ukazuje, které skupiny sester nevědí o existenci systému hlášení v MN Čáslav. Jedná se o 5 sester ze zkoumaného vzorku, které mají praxi od 0 do 10 let. Lze tedy předpokládat, že to jsou sestry, které v nemocnici nepracují dlouho, nebo jsou například po mateřské dovolené.

Graf č. 6 Role délky praxe na informovanost o systému hlášení MU



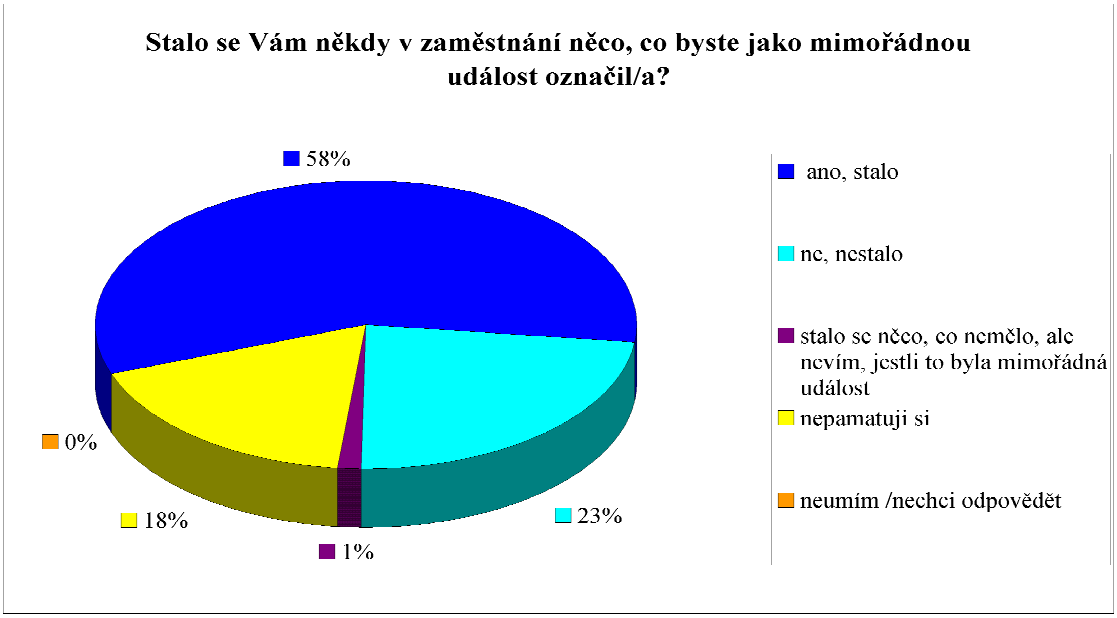
Sestry, které odpověděly kladně (68 sester) byly dotázány, jakým způsobem se MU hlásí. Za všech okolností se MU hlásí do WinMedicalcu. To by měly všechny sestry vědět, protože jedině tam je možno získat přehled o situaci v MN Čáslav. Ostatní možnosti nejsou nikde striktně dány a tak se řeší dle zvyklosti oddělení.

Graf č. 7 Znalost způsobu hlášení MU



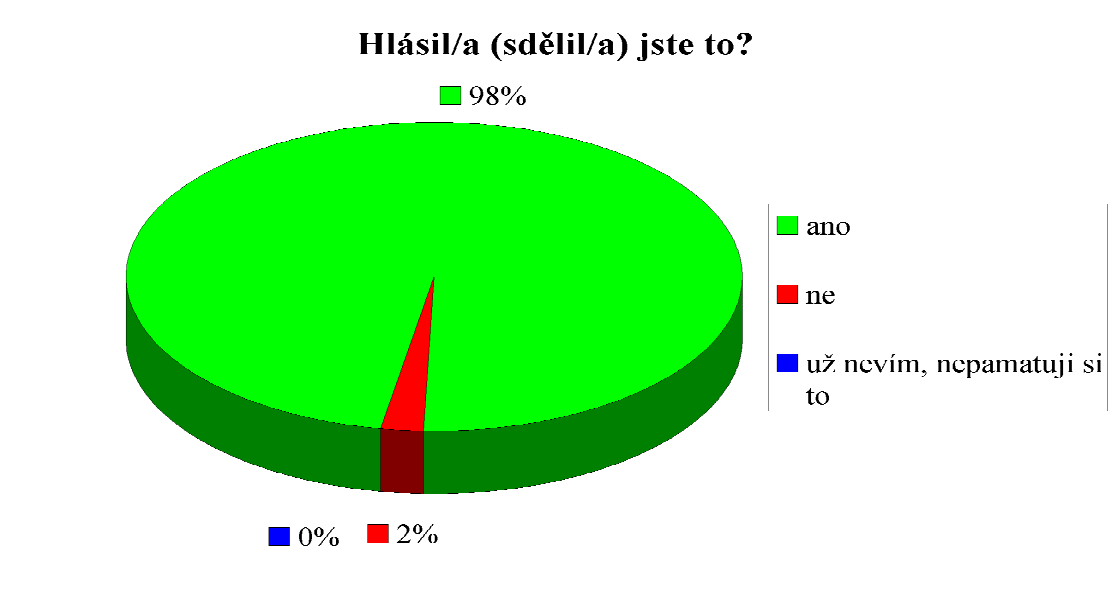
Graf č.8 ukazuje, že více jak polovina dotázaných sester přiznává, že má zkušenost s MU. Téměř čtvrtina sester si takovou situaci nepamatuje.

Graf č. 8 Zkušenost sester s MU



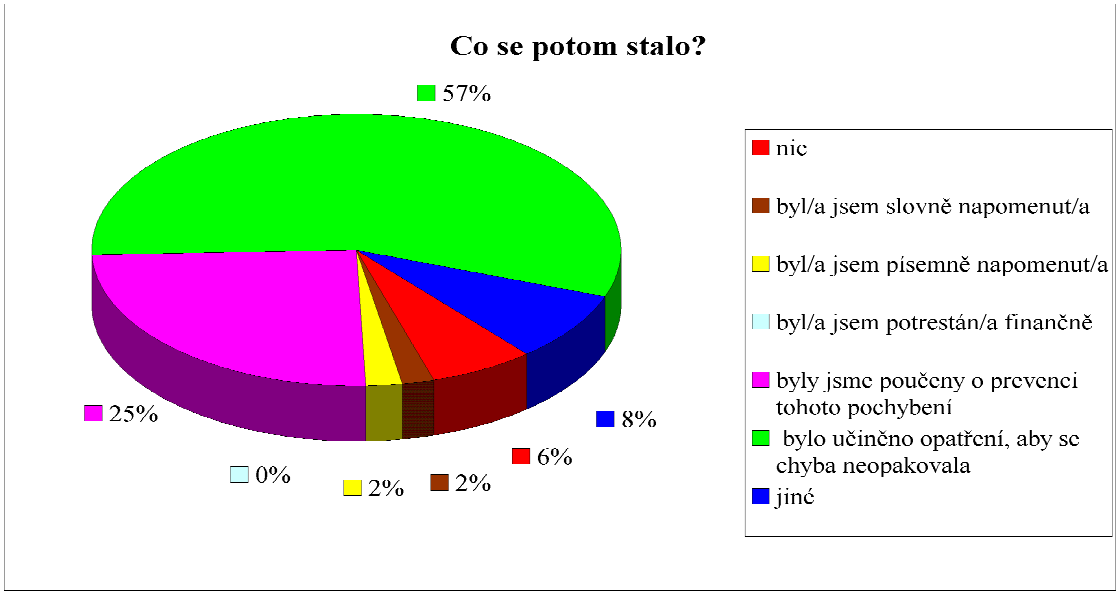
V následující otázce (graf č.9) přiznává 98 % sester, že MU událost nahlásilo. Jedna sestra odpověděla, že mimořádnou událost nehlásila, protože nevěděla, že se mají hlásit.

Graf č. 9 Přiznání sester k chybě



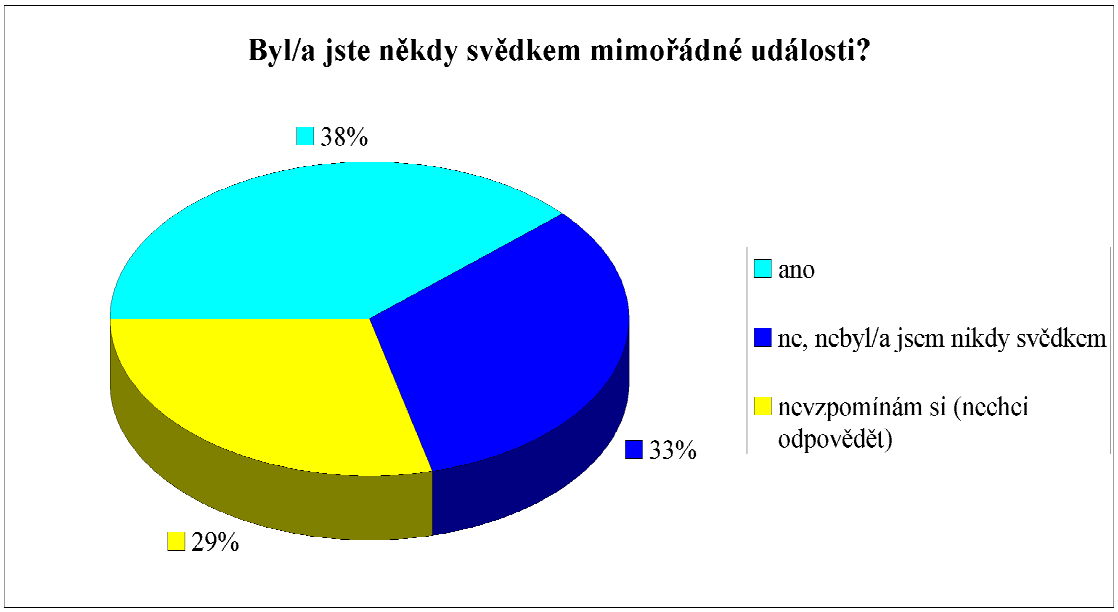
Na dalším grafu (graf č.10) vidíme reakci nadřízených na přiznání sester k chybě. Myslím si, že výsledek je velmi pozitivní. V celých 82 % případů bylo učiněno opatření, aby se chyba neopakovala nebo byly sestry poučeny o prevenci. To dokládá správný přístup nadřízených, že se hlášení MU nemá trestat. Pouze 2 % (1 sestra) tvrdí, že byla písemně napomenuta. Hlášení MU nemají být trestána, ale pokud její pochybení bylo způsobeno např. nedbalostí, či se taková situace opakovala, považuji tento postup za přijatelný.

Graf č. 10 Reakce na ohlášení MU



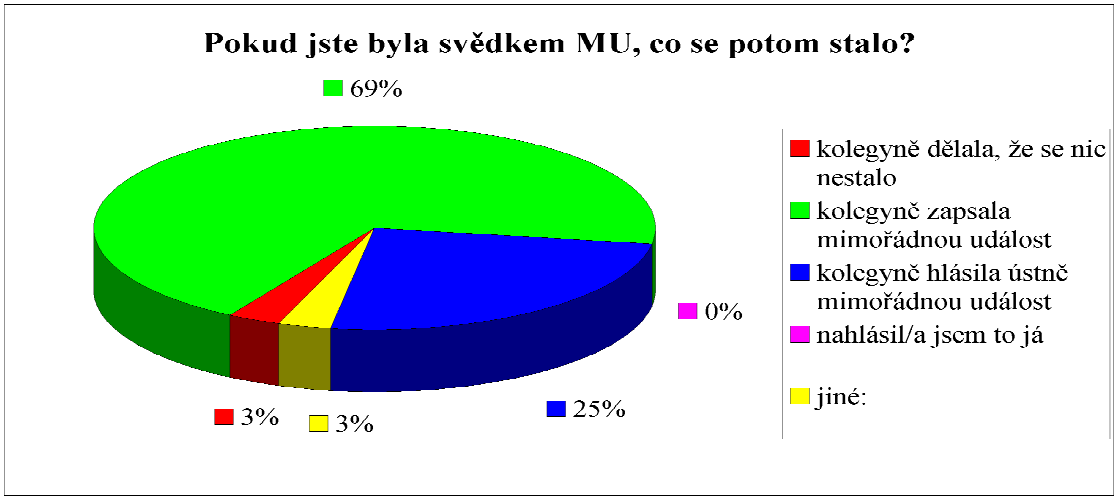
V dalším grafu 38 % sester přiznává, že bylo svědkem mimořádné události. Jejich zkušenost s reakcí ostatních ukazuje graf č. 12.

Graf č. 11 Sestra jako svědek pochybení



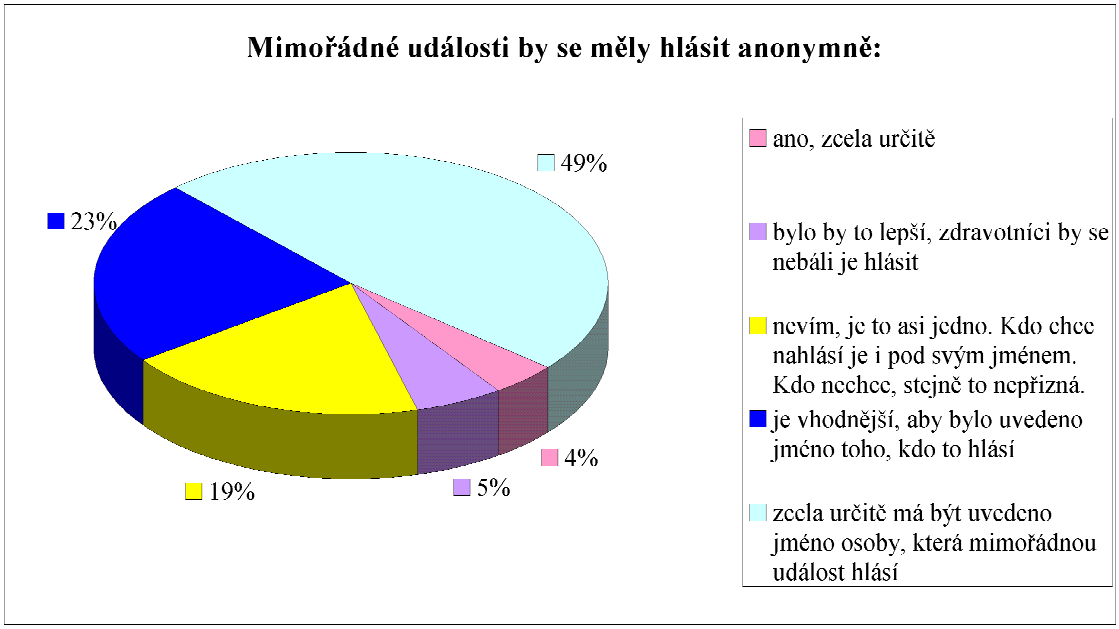
Graf č. 12 ukazuje reakce kolegyň, kterým se stala mimořádná událost a měly u toho svědka. 94 % sester se k situaci přiznalo. Pouhá 3 % (1 sestra) dělala, že se nic nestalo. Jak jsme viděli v grafu č.9, 98 % sester, kterým se MU stala, ji nahlásilo. Oba tyto výsledky ukazují, že vysoké procento sester v MN Čáslav mimořádné události hlásí. To je velmi příjemné zjištění. Zajímavé je však porovnání s odpovědí na otázku č.9 v dotazníku *„Sestry na našem pracovišti se snaží veškeré MU pečlivě dokumentovat“*, kde už tak jednoznačně kladná odpověď není. Čím je to způsobeno? Mají sestry o svých kolegyních špatné mínění? Podezírají je ze zapírání? Odpovídaly v dotazníku pravdivě? Jak se chovají sestry, které dotazník nevyplnily dotazník?

Graf č. 12 Reakce kolegyň na MU



Odpovědi na dotaz, zda by měly být MU hlášeny anonymně, jsou překvapující (graf. č.13). Téměř polovina sester udává, že „zcela určitě má být uvedeno jméno osoby, která MU hlásí. Ani dalších 42 % anonymitu striktně nepožaduje. Pouhých 9% (7 sester z dotázaných) by volilo anonymní způsob hlášení. Tyto výsledky pravděpodobně dokládají pozitivní zkušenost sester, kdy nejsou za hlášení MU událostí v MN Čáslav trestány a proto se nebojí uvést své jméno.

Graf č. 13 Názor sester na anonymitu hlášení MU

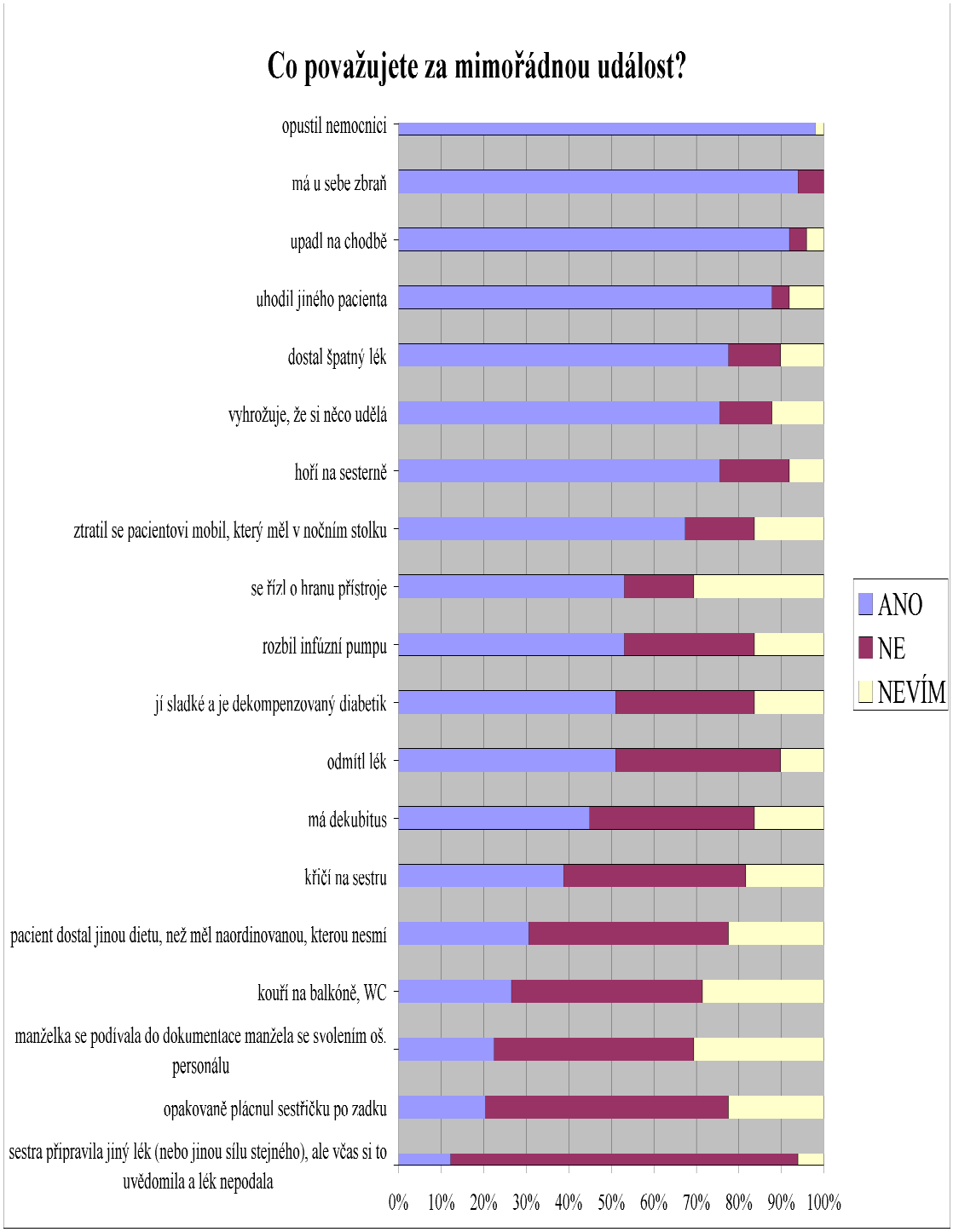


Graf č. 14 ukazuje délku praxe ve zdravotnictví jednotlivých respondentů. nejpočetnější skupina, která na dotazník odpověděla, pracuje ve zdravotnictví 21-40 let.

Graf č. 14 Délka praxe ve zdravotnictví

Jedním z nejzajímavějších grafů byl pro mě graf č.15. Ten ukazuje názory sester na situace, které by považovaly za mimořádnou událost, která by se měla hlásit. Zcela alarmující je, že 45 % dotázaných sester nepovažuje dekubitus za mimořádnou událost! Tento výsledek dokazuje, že je nutné připravit formulář na hlášení výskytu dekubitů a sestry edukovat.

Graf č. 15 Názory sester na situace, které je možno označit jako MU



Ještě bych chtěla zmínit názor sester na situaci, kdy „sestra připravila jiný lék, ale včas si to uvědomila a lék nepodala“, kdy se jedná o tzv. skoropochybení. Pouhých 12 % považuje tuto situaci za MU hodnou hlášení.

4.7 Vyhodnocení hypotéz

H1: Alespoň 75% sester ví, že se mimořádné události hlásí do Medicalcu. (Protože počet hlášených událostí sleduji v informačním systému a pokud nevědí, že to do něj mají hlásit, nejsou tam v tom případě všechny události, ke kterým došlo.)

Odpověď na otázku č.7 „Jakým způsobem se hlásí MU?“ ukazuje, že 64 dotázaných sester ví, že se MU hlásí do WinMedicalcu, což je 88 % z dotázaných.

Hypotéza č.1 je platná.

H2: Mezi odpověďmi sester na otázku „Když udělám ve službě běžnou chybu, přiznám ji, omluvím se…“ a názorem na prohlášení „Sestry na našem pracovišti se snaží veškeré mimořádné události pečlivě dokumentovat.“ neexistuje vzájemný vztah.

Odpovědi na tyto otázky byly zpracovány do četnostní tabulky a předány Mgr. K. Langové, Ph.D. ke statistickému zpracování.

Vyhodnocení:
Sestry byly rozděleny podle svých odpovědí na otázku „Když udělám ve službě běžnou chybu, přiznám ji, omluvím se…“ do dvou skupin. V první skupině jsou sestry, které odpověděly „ano, vždy“, ve druhé skupině sestry, který odpověděly buď „ano, záleží ale na tom, komu se mám přiznat a omluvit se“ nebo „ano, pokud je to běžná např. administrativní chyba, která nikoho neohrožuje“. Tato skupina byla ve zpracování označena „ano, ale…“. Názory sester na prohlášení „Sestry na našem pracovišti se snaží veškeré mimořádné události pečlivě dokumentovat.“ byly zaznamenány křížkem na úsečce a byla změřena vzdálenost křížku od bodu 1, který znamenal „ano, vždy“ . Takto byla vytvořena metrická veličina, u níž nižší hodnoty

znamenají souhlasnější postoj. Tato veličina byla popsána pomocí charakteristik popisné statistiky. Testem normality Shapiro-Wilk bylo prokázáno, že data nejsou normálně rozložena (p <0,0001). Pro ověření hypotézy byl tedy použit neparametrický test Mann-Whitney, který porovnal mediány sledované veličiny ve dvou srovnávaných skupinách.

Statistické zpracování bylo provedeno statistickým programem SPSS, verze 15.

Popisná statistika

Sestry na našem pracovišti se snaží veškeré mimořádné události pečlivě dokumentovat.

Když udělám ve službě běžnou chybu, přiznám	N	Minimum	Maximum	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka
ano, vždy	55	1	72	8,00	15,58	18,611
ano, ale...	18	1	75	39,00	40,50	25,523
Celkem	73	1	75	13,00	21,73	23,033

Testy normality

	Když udělám ve službě běžnou chybu, přiznám	Shapiro-Wilk		
		Statistika	df	Sig.
Sestry na našem pracovišti se snaží veškeré mimořádné události pečlivě dokumentovat.	ano, vždy	,749	55	<0,0001
	ano, ale...	,925	18	,158

Test Mann-Whitney

Pořadí

	Když udělám ve službě běžnou chybu, přiznám	N	Průměrné pořadí	Součet pořadí
Sestry na našem pracovišti se snaží veškeré mimořádné události pečlivě dokumentovat.	ano, vždy	55	31,88	1753,50
	ano, ale...	18	52,64	947,50
	Celkem	73		

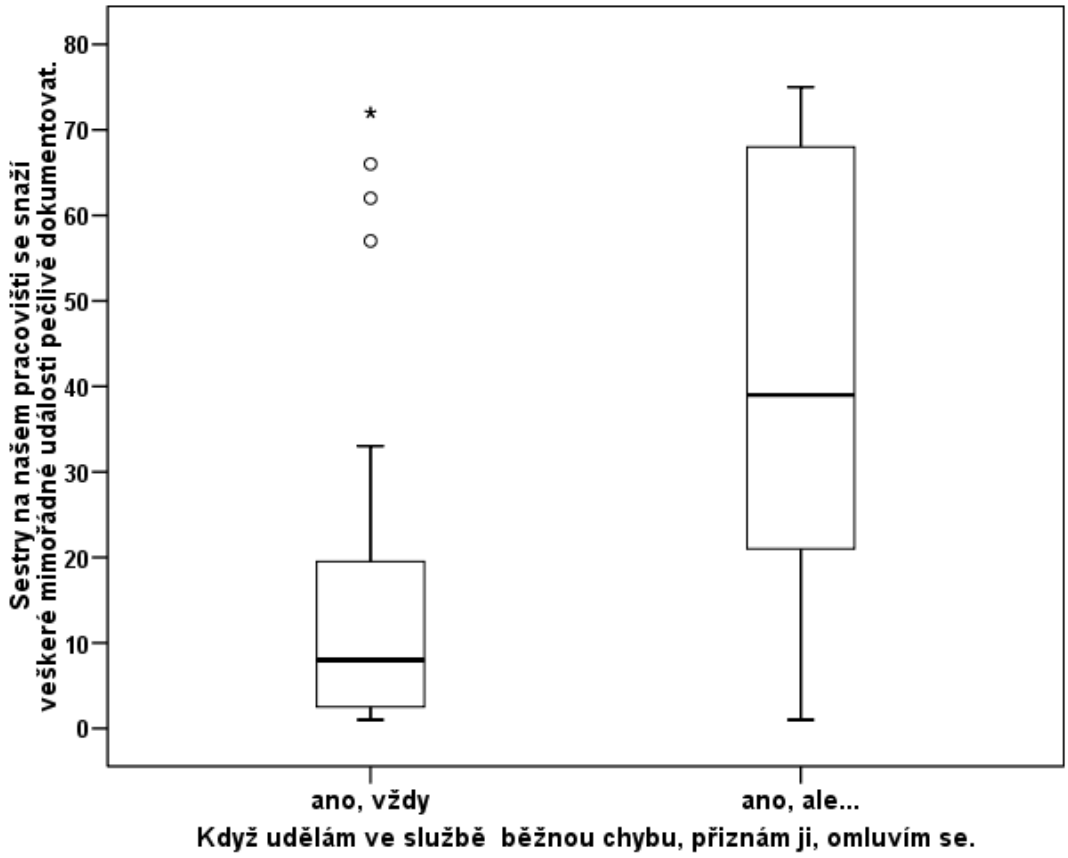
Testová statistika

	Sestry na našem pracovišti se snaží veškeré mim ořádné udál osti pečlivě dokumentov at.
Mann-Whitneyho U	213,500
Z	-3,619
Asymptotická signifikance (oboustranná)	**,0003**

Testem Mann-Whitney byl prokázán statisticky významný rozdíl v názorech na prohlášení „Sestry na našem pracovišti se snaží veškeré mimořádné události pečlivě dokumentovat.“ Mezi sestrami, které na otázku „Když udělám chybu, přiznám ji…“ odpověděly „ano, vždy“ a sestrami, které odpověděly „ano s nějakou výhradou“. Sestry, které uvádějí, že vždy přiznají svou chybu mají souhlasnější postoj k vyjádření „Sestry na našem pracovišti se snaží veškeré mimořádné události pečlivě dokumentovat.“, p = 0,0003.

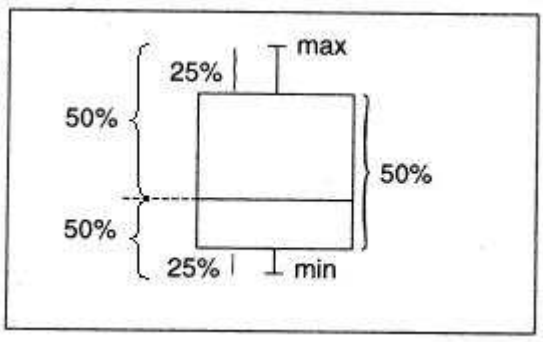
Hypotézu č.2 zamítáme.

Rozložení zkoumané veličiny je znázorněno krabicovým grafem:



Box grafy:

Rozložení naměřených hodnot bylo znázorněno box grafy (vodorovná čára v krabici znázorňuje hodnotu mediánu, dolní hrana krabice hodnotu 1. kvartilu, horní hrana hodnotu 3. kvartilu, anténky ukazují maximální a minimální naměřené hodnoty, pokud byly v souboru nalezeny odlehlé a extrémní hodnoty jsou zakresleny kroužky a hvězdičkami).



4.8 Zjištěné nedostatky v hlášení mimořádných událostí

Cíl č.3: Identifikovat nedostatky v hlášení nežádoucích událostí.

Po analýze systému hlášení mimořádných událostí v MN Čáslav a vyhodnocení dotazníku považuji za nedostatky následující:

1) není určen manažer rizik
2) nevyhovující metodický pokyn vytvořený před sedmi lety
3) ve formuláři pro hlášení mimořádných událostí je špatně přednastavena možnost „Protokol o mimořádné události“
4) není jasně určeno, kam se MU zapisuje a hlásí
5) není jasně definováno, jaká situace je považována za MU
6) nejsou hlášeny do WinMedicalcu dekubity
7) hlášení nozokomiálních nákaz je nedostatečné
8) nejsou zaznamenávány medikační omyly
9) ze stávajícího způsobu hlášení pádů není možnost získat strukturované údaje důležité pro vyhodnocování a tvorbu preventivních opatření, např. kde došlo k pádu, zda byl pacient ovlivněn léky, k jak závažnému poranění došlo atd.
10) není nikde veden záznam o nápravných opatřeních

Za pozitivní považuji:

1) sestry si uvědomují důležitost sledování MU
2) sestry chápou sledování MU jako nástroj zvyšování kvality péče
3) sestry své chyby hlásí
4) v nemocnici existuje nepunitivní přístup (sestry nejsou trestány za hlášení MU)
5) sestry nevyžadují anonymitu při hlášení MU

4.9 Návrh řešení

Cíl 4: Navrhnout manažerům nemocnice řešení zjištěných nedostatků.

Po studiu literatury a sledování nejnovějších trendů v oblasti zvyšování kvality a bezpečí péče a na základě analýzy systému hlášení mimořádných událostí v oblasti klinické léčby a péče doporučuji managementu MN Čáslav provést tyto nápravné kroky:

1. Určit manažera rizik a tým, který se bude na řízení klinických rizik v MN Čáslav podílet. (Řešení jiných rizik překračuje rámec této diplomové práce a proto není zmíněno ani v návrzích nápravných opatření.)
2. Stanovit metodiku identifikování klinických rizik v MN Čáslav a práci s nimi (FMEA).
3. Aktualizovat nemocniční informační systém pro vykazování rizik, která klinický tým případně identifikuje.
4. Aktualizovat metodické pokyny jak v oblasti vykazování MU, tak postupové klinické standardy, do kterých musí být zakomponována rizika, jejich prevence, eliminace a minimalizace.
5. Připravit audit MU v nemocnici.
6. Zapojit do managementu rizik klinické pracovníky na všech úrovních.
7. Vypracovat systém vnitropodnikového vzdělávání v oblasti rizik.

DISKUZE

H3: Počet pádů v MN Čáslav se výrazně neliší od nemocnic, které mají podobný počet lůžek a oddělení lůžkové péče. Je porovnáván počet pádů za rok/ počet hospitalizovaných za rok.

Jak bylo již zmíněno, jednou z výhod sledování MU je i možnost benchmarkingu. Porovnání let 2008 a 2009 v městské nemocnici je uvedeno v kapitole 4.6.2 .
K porovnání jednotlivých zdravotnických zařízení jsem se snažila najít nemocnice, které by byly podobné MN Čáslav co do počtu lůžek a typu lůžkových oddělení. Data jsem chtěla získat z výročních zpráv nemocnic. Potřebné údaje ale nejsou zveřejňovány, nebo alespoň ne v míře vhodné k porovnání. Oslovila jsem tedy hlavní sestry nemocnice Vsetín a nemocnici Prachatice s dotazem, zda sledují mimořádné události a požádala je o spolupráci. Obě ochotně předaly potřebné údaje. Jejich vstřícný přístup mě mile překvapil.

Pro porovnání jsem si vyžádala:
- jaké typy mimořádných událostí jsou hlášeny
- kolik kterých typů je nahlášeno v letech 2008 a 2009
- počet hospitalizovaných pacientů v letech 2008 a 2009

Získaná data jsou v tabulce v příloze 6. Pro porovnání jsou použity pouze mimořádné události, které se alespoň jednou za sledované roky vyskytly. V MN Čáslav je hlášeno 17 MU, v Nemocnici Prachatice 11 MU a v Nemocnici Vsetín 10 MU. Dále je uveden počet hospitalizovaných a procento poškozených (počet nahlášených MU/ počet hospitalizovaných). Tento výsledek může posloužit pro srovnání sledovaných nemocnic jen orientačně, protože nejsou sledovány stejné typy mimořádných událostí.

Jedinou událostí, kterou sledují všechny 3 nemocnice jsou pády. Doporučený indikátor kvality péče je podíl zraněných pacientů při pádu na 1000 ošetřovacích dnů. Dále je doporučeno dělit pacienty do věku 65 let a nad 65 let a ještě dělit dle oborů[72]. Protože

[72]ČESKÁ ASOCIACE SESTER, *Pády*, http://www.cnna.cz/pady/

tato data nebyla k dispozici, porovnávala jsem počet pádů na počet hospitalizovaných pacientů. Nejvíce pádů v roce 2008 bylo hlášeno v MN Čáslav, následuje Nemocnice Prachatice a nejméně pádů bylo hlášeno v Nemocnici Vsetín. V roce 2009 hlásí nejvíce pádů Nemocnice Prachatice, pak následuje MN Čáslav, nejméně opět Vsetín. Tyto výsledky jsou již srovnatelnější, přesto bych je nepovažovala za zcela validní. Nemocnice nemají stejnou metodiku na sledování pádů. Nemocnice Vsetín byla do roku 2007 zapojena do projektu *„Sledování pádů“* a nyní spolupracuje s projektem *„Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb*“ – ve spolupráci s Kabinetem veřejného zdraví 3. LF UK. Bude tedy zřejmě při hlášení postupovat podle jiné metodiky, než zbývající dvě nemocnice, které si systém hlášení mimořádných událostí tvořily samy.

Tab. 4 Procento pádů a lůžkový fond ve sledovaných nemocnicích

	2008	2009	počet lůžek
Nemocnice Čáslav	1,73%	1,65%	219
Nemocnice Prachatice	1,48%	1,67%	219
Nemocnice Vsetín	0,76%	1,23%	457

Pokud tedy porovnáme nemocnici Čáslav a nemocnici Prachatice, které jsou srovnatelné co do počtu lůžek, není výrazný rozdíl v počtu pádů ve vztahu k hospitalizovaným pacientům.

H3 nelze zamítnout.

Předložený příklad jasně dokládá problematiku nejednotné terminologie, klasifikace MU a metodiky sběru dat. I když budou manažeři zdravotnických zařízení ochotni zveřejňovat informace o výskytu mimořádných událostí, není možné je spravedlivě porovnávat a činit odpovídající závěry.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit současný stav sledování nežádoucích – mimořádných událostí v MN Čáslav a zjistit současný stav postojů zdravotních sester v MN Čáslav k nežádoucím – mimořádným událostem. V každém roce je hlášeno přibližně 200 mimořádných událostí. Nejsou zaznamenány větší výkyvy mezi jednotlivými roky ve výskytu MU. K hlášení je stanoveno 22 typů mimořádných událostí, což je více, než v porovnávaných nemocnicích. Uživatelsky příjemný je i formulář na hlášení mimořádných událostí v informačním systému. Je stručný a přehledný, což jistě pomáhá uživatelům při práci s ním. Nevýhodou je, že nenabízí možnost strukturovaných odpovědí, což snižuje možnosti statistického vyhodnocení získaných dat. Domnívám se, že sledování mimořádných událostí ve jmenované nemocnici je nastaveno správným směrem. Zaměstnanci i manažeři mají již dlouholeté zkušenosti s hlášením MU a tak mohou, na základě předloženého rozboru tohoto systému a návrhu řešení, zlepšit jednu z oblastí řízení rizik a tím zvýšit bezpečí pacientů ve své nemocnici.

Dobře na mě zapůsobil i přístup sester v MN Čáslav, které si dle výsledků v dotazníku, uvědomují potřebu sledování mimořádných událostí. Sestry nevyžadují anonymní hlášení, což ukazuje, že nemají strach přiznat svá pochybení. Zřejmě je to způsobeno pozitivní zkušeností s přístupem nadřízených a jejich reakcí na hlášení mimořádných událostí sestrami.

O dílčích výsledcích zjištěných při analýze systému hlášení mimořádných událostí i o výsledcích dotazníku byl v průběhu psaní této diplomové práce informován ředitel nemocnice i hlavní sestra. Oba se zájmem tyto informace sledovali a byly konzultovány možnosti, jakým způsobem změnit systém hlášení, co ještě do seznamu zařadit, jaká další rizika hrozí, jak edukovat sestry atd. Je evidentní, že management si nedostatky v řízení rizik v MN Čáslav uvědomuje a je připraven je řešit.

V současné době je po dohodě s managementem MN Čáslav připravován systém hlášení rizik, která přímo nesouvisí s pacientem. Využíván bude portál SharePoint. Na

změnu hlášení klinických rizik bude zapotřebí více času na konzultace a přípravu. Tato diplomová práce bude využita jako podklad pro plánované změny v systému hlášení mimořádných událostí.

LITERATURA A PRAMENY

BÁRTLOVÁ, Sylva, a HNILICOVÁ, Helena. *Vybrané metody a techniky výzkumu a zjišťování spokojenosti pacientů.* 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.

BUINESS CENTRUM. *Slovník pojmů.* [online]. [cit. 2009-12-18]. Dostupné na WWW: <http://business.center.cz/business/pojmy/p1217-benchmarking.aspx>.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pády* [online]. [cit.2009-12-12]. Dostupné na WWW: <http://www.cnna.cz/pady>.

GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, a STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování.* 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8

GROHAR-MURRAY, Mary Ellen a DICROCE, Helen R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3

HŘIB, Z., Sledování nežádoucích událostí, [online].2009 [cit.2010-02-02]. Dostupné na WWW: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/veda-a-vyzkum/2008-2009-narodni-system-pro-hlaseni-MU/index.html?month=3&year=2010>.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2

HOREHLEĎOVÁ, Šárka. *Řízení rizik BOZP a jeho uplatnění při integraci systémů řízení* [online]. 2007 [cit.2009-12-12]. Dostupné na WWW: < http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozp/citarna/tema_tydne/rrbozpajupisr07.four.html>.

KABINET VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ, [online]. [cit.2010-01-02]. Dostupné na WWW: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi>.

KALVACHOVÁ, Milena. *Doporučení rady EU* [online]. [cit.2010-04-05]. Dostupné na WWW: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/118-Doporuceni-rady-EU.html>.

KALVACHOVÁ, Milena. *Měření kvality zdravotních služeb – metodické dokumenty ke stažení* [online]. [cit. 2010-04-10]. Dostupné na WWW: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Categories/131-Mereni-kvality-zdravotnich-sluzeb---metodicke-dokumenty-ke-stazeni.html>.

KAVALER, Florence a SPIEGEL, D., Allen. *Risk management in health care institutions*. 2th ed. Subdary: Jones and Barlett Publisher, 2003. 419 s. ISBN 0-7637-2314-2

KNIHA BEZPEČÍ. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví* [online].2008 [cit. 2010-04-10]. Dostupné na WWW: <http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/76-Svetova-Zdravotnicka-Organizace.html>.

KNIHA BEZPEČÍ. *Řešení oblastí bezpečí pacientů* [online]. [cit. 2010-04-10]. Dostupné na WWW: <http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/10-Reseni-oblasti-bezpeci-pacientu.html>.

KNIHA BEZPEČÍ. *Světová Zdravotnická Organizace* [online]. [cit.2010-04-10]. Dostupné na WWW: <http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/76-Svetova-Zdravotnicka-Organizace.html>.

MARX, David. Analýza rizika při poskytování zdravotní péče - možnosti prevence[online].2008 [cit. 2010-02-01]. Dostupné na WWW:<http://www.euroeduka.eu/stahnout/20080924/4.pdf>.

MARX, David. *Bezpečí zdravotní péče – aktuální pohled na nástroje managementu rizik* [online].2007 [cit. 2010-02-15]. Dostupné na WWW: <http://www.cnna.cz/zpravy-z-akci>.

MARX, David. *Mimořádné události ve zdravotnictví* [online]. 2006 [cit. 2010-02-01]. Dostupné na WWW: <www.medtel.cz/libfile/file_download.php?id=328>.

MARX, David. *Některé zahraniční systémy hodnocení kvality související s akreditacemi ve zdravotnictví* [online]. 1999. Dostupné na WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nektere-zahranicni-systemy-hodnoceni-kvality-souvisejici-s-akred-121560>.

MIKOLAJ, Ján. *Rizikový manažment.* 1. vyd. Žilina: RVS FŠI ŽU, 2001. 170 s. ISBN 80-88829-65-8

MIKULA, Jan, a MÜLLEROVÁ, Nina. *Prevence dekubitů.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2

MINISTERSTVO VNITRA. *Mimořádná událost* [online].[cit.2010-01-02]. Dostupné na WWW: <http://www.mvcr.cz/clanek/pojmy-mimoradna-udalost.aspx>.

MINISTERSTVO VNITRA. *Riziko* [online]. [cit. 2010-01-02]. Dostupné na WWW: <http://www.mvcr.cz/mvcren/article/riziko.aspx>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Ministerstvo zdravotnictví přináší knihu plnou rad a informací pro pacienty i zdravotní personál* [online]. [cit.2010-04-14]. 2008. Dostupné na WWW: < http://mzcr.kaktus.cz/Pages/502-ministerstvo-zdravotnictvi-prinasi-knihu-plnou-rad-a-informaci-pro-pacienty-i-zdravotnicky-personal.html>.

MÜLLEROVÁ, N., *Sledování prevalence dekubitů jako indikátorů kvality ošetřovatelské péče na národní úrovni,* [online].[cit. 2010-03-10]. Dostupné na WWW: <http://theses.cz/id/uctohn>.

NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, Dekubity, [online]. [cit. 2010-02-02]. Dostupné na WWW: <http://www.dekubity.nrc.cz>.

NOVOTNÝ, J., Partnerství pro Vysočinu, [online]. [cit.2010-02-22]. Dostupné na WWW:<http://www.kr-vysocina.cz/vismo5/zobraz_dok.asp?id_org=450008&id_ktg=98416>.

PORTÁL KVALITY. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví* [online]. [cit..2010-01-25]. Dostupné na WWW: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/3-Cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi.html>.

PORTÁL KVALITY. *Systém akreditací zdravotnických zařízení v ČR* [online]. [cit.2010-01-25] Dostupné na WWW: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/8-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html>.

PROKUPKOVÁ, Danuše. *Řízení a analýza rizik v územní samosprávě* [online]. 2007 [cit. 2010-02-22]. Dostupné na WWW: <http://denik.obce.cz/go/clanek.asp?id=6283581>.

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

SMEJKAL, Vladimír, a RAIS, Karel. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 300 s. ISBN 80-247-1667-4

Slovník pojmů, 2012 [online]. 2010. [cit. 2009-04-20] Dostupné na WWW: <http://business.center.cz/business/pojmy/p1217-benchmarking.aspx>.

SRŠEŇ, Vlastimil. *Ministerstvo zdravotnictví se zaměřuje na bezpečnost pacientů, představuje akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012* [online]. 2010 [cit. 2009-04-18] Dostupné na WWW: <http://mzcr.kaktus.cz/Pages/1323-ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi-20102012.html>.

SRŠEŇ, Vlastimil. *Ministerstvo zdravotnictví vydává publikaci Rádce pacienta, která přispěje k lepší orientaci pacientů při kontaktu se zdravotními službami* [online]. [cit. 2009-03-20] Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vydava-publikaci-radce-pacienta-ktera-prispeje-k-lepsi-orientaci-pacientu-pri-kontaktu-se-zdravotnimi-sluzbami_3478_1.html>.

SUCHÝ, Miloš. *Národní ukazatele výkonnosti a kvality zdravotních služeb* [online]. [cit. 2009-03-28] Dostupné na WWW: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/4-Narodni-ukazatele-vykonnosti-a-kvality-zdravotnich-sluzeb.html>.

Světová zdravotnická organizace, [online]. [cit. 2009-03-28] Dostupné na WWW: <http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/76-Svetova-Zdravotnicka-Organizace.html>.

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

ŠKRLOVI, Petr a Magda. *Kreativní ošetřovatelský management.* 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Management rizik,* nepublikovaná přednáška

Zdravotnictví za hranicemi [online]. 2009. [cit. 2009-12-10] Dostupné na WWW: <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zdravotnictvi+za+hranicemi_FINAL_3.pdf>.

*Velký lékařský slovní*k[online]. 2009. [cit. 2009-12-10] Dostupné na WWW: <http://lekarske.slovniky.cz>.

SEZNAM ZKRATEK

EPSCO	Rada pro zaměstnanost, sociální politiku, zdraví a ochranu spotřebitele
FMEA	Failure Mode and Effect Analysis
FTA	Fault Tree Analysis
HTO	Hematologicko-transfuzní oddělení
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Commission International
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MN	městská nemocnice
MU	mimořádná událost
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NIS	nemocniční informační systém
NU	nežádoucí událost
OKB	Oddělení klinické biochemie
RCA	Root Cause Analysis
RDG	Rentegonologicko-diagnostické oddělení
SAK	Spojená akreditační komise
UZ	ultrazvuk
WM	WinMedicalc

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Jak (ne)bezpečná je zdravotní péče 13
Obr. 2 Fáze řízení rizik 20
Obr. 3 SWOT analýza 22
Obr. 4 Systém řízení rizik 23
Obr. 5 Matice rizik 24
Obr. 6 Heinrichův poměr 29
Obr. 7 „Teorie ementálského sýra“ při vzniku neštěstí 32
Obr. 8 Formulář na hlášení mimořádných událostí ve WinMedicalcu 43
Obr. 9 Formulář na hlášení nozokomiálních nákaz 44

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Mimořádné události v MNČ 2008 47
Tab. 2 Mimořádné události v MNČ 2009 48
Tab. 3 Mimořádné události v MNČ porovnání let 2008 x 2009 49
Tab. 4 Procento pádů a lůžkový fond ve sledovaných nemocnicích 68

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Kompetence k zajišťování bezpečí pacienta 51
Graf č. 2 Názor sester na potřebu sledování MU v nemocnici 52
Graf č. 3 Názor sester na sledování MU na pracovišti 52
Graf č. 4 Názor na odezvu po nahlášení MU 53
Graf č. 5 Informovanost o existenci systému hlášení MU v nemocnici 54
Graf č. 6 Role délky praxe na informovanost o systému hlášení MU 54
Graf č. 7 Znalost způsobu hlášení MU 55
Graf č. 8 Zkušenost sester s MU 55
Graf č. 9 Přiznání sester k chybě 56
Graf č. 10 Reakce na ohlášení MU 57
Graf č. 11 Sestra jako svědek pochybení 57
Graf č. 12 Reakce kolegyň na MU 58
Graf č. 13 Názor sester na anonymitu hlášení MU 59
Graf č. 14 Délka praxe ve zdravotnictví 59
Graf č. 15 Názory sester na situace, které je možno označit jako MU 60

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. 1 - Původní návrh na formulář Hlášení o mimořádné události 79
Příl. 2 - Metodický pokyn – hlášení mimořádných událostí v MN Čáslav 80
Příl. 3 – Formulář „Výskyt dekubitů“ 82
Příl. 4 - Dotazník 83
Příl. 5 – Výsledky dotazníkového šetření 87
Příl. 6 – Hlášení mimořádných událostí ve sledovaných nemocnicích 90

Příl. 1 - Původní návrh na formulář Hlášení o mimořádné události

HLÁŠENÍ O MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI	Poř. číslo:

Datum, hodina zápisu:	**Osoba provádějící zápis:**
Pacient:	**Místo vzniku:**

Mimořádná událost:
……..
……..

Slovní popis události (datum, čas, situace, za které k události došlo, přítomné osoby apod.):
……
……
……
……
……

Kdo a kdy byl o události informován? Kdo: Kdy: (datum a čas)	**Podpis**

Hlášení převzal: (jméno, příjmení, prac. zařazení)

Provedená opatření, doporučení, řešení, další vývoj:
……...
……...
……...
……...
……...
Podpis:

Příl. 2 - Metodický pokyn – hlášení mimořádných událostí v MN Čáslav

Od 1.7.2003 je každý SZP nebo lékař, který zjistí situaci u pacienta, která je hodnocena jako mimořádná událost, povinen vyplnit formulář Hlášení mimořádné události.

V programu WinMedicalc je mezi jednotlivými typy klinických událostí na lůžkových oddělení umístěna nová položka Mimořádné události. Přidáním nebo prokliknutím označeného typu klinické události – Mimořádná událost - se otevře formulář. Ve formuláři prokliknutím okénka mimořádné událostí se rozvine seznam možných mimořádných událostí. Z uvedené nabídky vyberte případ, o který se jedná. Ve formuláři vyplňte pouze kolonky, které jsou vidět na obrazovce.

Vyplněný formulář Hlášení o mimořádné události vytiskněte 2x. Po vytištění formuláře je nutno doplnit kolonku komu byla mimořádná událost hlášena. Osoba vyplňující formulář jej po vytištění podepíše. Ve formuláři se objeví volná místa, do kterých nic nevpisujte. Jeden formulář vložte do dokumentace pacienta, druhý odevzdáte vrchní sestře.

Hlášení vyplňte co nejdříve od vzniku mimořádné události, z důvodu objektivního hodnocení a možnosti včasného zásahu.

Za důsledné hlášení mimořádných událostí je zodpovědná staniční sestra oddělení, kde byl hospitalizován pacient, u kterého došlo k mimořádné události.

Při psaní propouštěcí zprávy budete dotázáni, zda došlo za hospitalizace k MU. Pokud potvrdíte, že ANO, budete automaticky přesměrováni na formulář Hlášení o MU. Bez jeho vyplnění nebude možné propouštěcí zprávu uzavřít.

Hlášení o MU není bráno jako teror. Je to důležitý nástroj ke zkvalitnění našich služeb a hledání slabých článků v péči o naše klienty. Proto přistupujte k jeho vyplňování zodpovědně a nezatajujte závažné skutečnosti. (V krajním případě by toto hlášení mohlo být použito v soudním sporu, proto je nutné při vyplňování dodržovat určitá pravidla - viz níže.)

Rady pro psaní Hlášení o MU

Pište objektivně

Podrobnosti události zapisujte objektivně, popisujte přesně, co jste viděl/a a slyšel/a. Pokud jste například přímo neviděl/a, jak pacient upadl, zapište: „Pacient nalezen ležící na zemi.“

Potom pište pouze činnosti, které jste provedl/a na místě, jako je pomoc pacientovi dostat se zpět na lůžko nebo posouzení jeho zranění.

Vyhněte se osobním názorům

Při záznamu o mimořádné události neuvádějte své názory. Své názory či návrhy, jak se vyvarovat incidentu, sdělte ústně vašemu nadřízenému.

Nikoho neobviňujte

Nepřipouštějte vlastní zodpovědnost a neobviňujte ani nepoukazujte na kolegy nebo vedení nemocnice. Vyhněte se tvrzením, jako je:“Lepší vybavení personálem by incidentu zabránilo.“ Napište pouze, co se stalo.

Vyhněte se zápisům tvrzení z druhé ruky a domněnek

Člen personálu, který ví o události první, o ní udělá záznam. Jestliže je jeden z vašich pacientů zraněn na jiném oddělení (např. na Rtg, při konziliu na jiném odd.,atd.),členové tohoto oddělení jsou zodpovědní za podrobný zápis události.

Záznam

Při vyplňování Hlášení o MU uvádějte pouze následující informace:

- přesný čas a místo události (např. pokoj č.7, sesterna,atd.)
- jména zúčastněných osob a svědků
- faktický popis toho, co se stalo, a následky pro zúčastněnou osobu (uveďte dostatek informací, aby se vedení mohlo rozhodnout, zda záležitost potřebuje dále prošetřit)
- fakta, která s událostí souvisí (např., že jste informoval/a pacientova lékaře)

Příl. 3 – Formulář „Výskyt dekubitů“

Příjmení:
Jméno:
R.č.:

Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty

Městská nemocnice Čáslav

Oddělení: list č.

Rozšířená stupnice Nortonové — NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

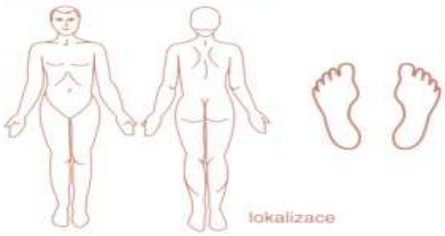
Dat.	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet
	úplná 4	<10 4	normál. 4	žádné 4	dobrý 4	bdělý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	
	částečně omezená 3	<30 3	alergie 3	DM, TT 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprov. 3	částečné omezená 3	občas 3	
	velmi omezená 2	<60 2	vlhká 2	anémie, kachexie	špatný 2	zmatený 2	sedačka 2	velmi omezená 2	převážně moč 2	
	žádná 1	>60 1	suchá 1	trombóza, obezita 2	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč, stolice 1	
				karcinom 1						

Analýza rány	Povaha rány:	Exudát:	Zápach:	Okolí rány:	Okraje rány:	Bolest:
☐ dekubitus	☐ epitelizující	☐ bílý	☐ lehký	☐ otok	☐ ohraničené	☐ mírná
☐ ulcus cruris	☐ granulující	☐ žlutý	☐ ostrý	☐ zarudnutí	☐ neohraničené	☐ střední
☐ gangréna diabetica	☐ nekrotizující	☐ zelený	☐ žádný	☐ ekzém		☐ silná
☐ jiné kožní defekty	☐ infikovaná	☐ krvavý	☐ jiný	☐ macerace		☐ žádná
		☐ žádný		☐ klidné		☐ nelze hodnotit

Vyznačit dekubitus červeně / rány modře.

Stupeň :

1. zčervenání
2. tvorba puchýřů
3. hluboké poškození kůže a tkáně
4. dekubitus na kost - nekroza



lokalizace

Plán a realizace péče

Datum	Čas	Velikost	Vzhled	Ošetření	Další převaz	Podpis

Příl. 4 - Dotazník

Milé kolegyně a kolegové,
dovoluji si Vás požádat o spolupráci. Studuji Management zdravotnictví na FZV UP v Olomouci a ve své diplomové práci se věnuji mimořádným událostem ve zdravotnické instituci. Chtěla bych zjistit, co si pod pojmem „mimořádná událost" představujete a jaké máte osobní zkušenosti s mimořádnými událostmi ve Vaší praxi. Dotazník je anonymní. Předpokládám, že jeho vyplnění Vám zabere maximálně půl hodiny.
Nehledejte „správné" odpovědi, dotazník není zaměřen na Vaše znalosti, ale na Vaše názory, postoje a zkušenosti. Pokud není uvedeno jinak, vyberte jednu odpověď a zakroužkujte ji nebo označte křížkem.

Předem děkuji za Váš čas

Galina Vavrušková

1) **Zajistit bezpečnost pacienta ve zdravotnickém zařízení je úkolem zdravotní sestry:**

□ ano, naprosto souhlasím
□ je to úkolem celého týmu na oddělení (lékaři, sestry, ošetřovatelky,…)
□ je to úkolem managementu nemocnice (ředitel, hlavní sestra,…)
□ je to úkolem managementu i týmu na oddělení
□ nesouhlasím, sestry mají dost jiných starostí, jejich úkolem to není

2) **Když udělám ve službě běžnou chybu, přiznám ji, omluvím se. Nemám problém se otevřeně hlásit k tomu, co dělám.**

□ ano, vždy
□ ano, záleží ale na tom, komu se mám přiznat a omluvit se
□ ano, pokud je to běžná např. administrativní chyba, která nikoho neohrožuje
□ ne, pokud mě u toho nikdo nevidí
□ ne, není žádoucí na sebe upozorňovat nadřízené
□ ne, malé chyby jsou jen moje věc a nikdo o tom dál nemusí vědět

3) **Pokud sestra udělá závažnou chybu (např. podá špatný lék) a oznámí včas svoje pochybení:**

□ měla by být pochválena, že se přiznala
□ měla by být potrestána, že udělala chybu
□ mělo by se to říct ostatním na oddělení, aby měla ostudu a příště si proto dala větší pozor
□ mělo by se to říct ostatním na oddělení, aby se z toho všichni poučili a příště se to nestalo někomu jinému
□ mělo by se o tom mlčet, to se přece může stát každému, tak proč to rozmazávat

4) **Sledování mimořádných událostí v nemocnici zvyšuje kvalitu péče:**

□ souhlasím, je to velmi důležité
□ souhlasím, měla by se tomu věnovat určitá pozornost
□ nemám na to vyhraněný názor
□ je mi to jedno
□ zásadně nesouhlasím, je to k ničemu

5) **Které níže uvedené situace považujete za mimořádnou událost, která by se měla hlásit? Vaši odpověď označte kroužkem. Do volných políček můžete**

dopsat situace, které považujete za mimořádnou událost a v navrženém výčtu nejsou uvedeny:

pacient se řízl o hranu přístroje	ANO	NE	NEVÍM
opustil nemocnici	ANO	NE	NEVÍM
kouří na balkóně, WC	ANO	NE	NEVÍM
upadl na chodbě	ANO	NE	NEVÍM
jí sladké a je dekompenzovaný diabetik	ANO	NE	NEVÍM
vyhrožuje, že si něco udělá	ANO	NE	NEVÍM
rozbil infúzní pumpu	ANO	NE	NEVÍM
křičí na sestru	ANO	NE	NEVÍM
uhodil jiného pacienta	ANO	NE	NEVÍM
dostal špatný lék	ANO	NE	NEVÍM
odmítl lék	ANO	NE	NEVÍM
má u sebe zbraň	ANO	NE	NEVÍM
má dekubitus	ANO	NE	NEVÍM
opakovaně plácnul sestřičku po zadku	ANO	NE	NEVÍM
ztratil se pacientovi mobil, který měl v nočním stolku	ANO	NE	NEVÍM
manželka se podívala do dokumentace manžela se svolením oš. personálu	ANO	NE	NEVÍM
hoří na sesterně	ANO	NE	NEVÍM
pacient dostal jinou dietu, než měl naordinovanou, kterou nesmí	ANO	NE	NEVÍM
sestra připravila jiný lék (nebo jinou sílu stejného), ale včas si to uvědomila a lék nepodala	ANO	NE	NEVÍM

6) Hlásí se ve Vaší nemocnici mimořádné události?

☐ ano
☐ ne
☐ nevím

7) Pokud se hlásí, víte jakým způsobem (můžete zatrhnout více odpovědí)?

☐ nevím
☐ do papírového formuláře
☐ do papírové dokumentace pacienta
☐ do Medicalcu
☐ ústně své nadřízené
☐ do hlášení
☐ jinak:…….

8) Sledování mimořádných událostí u nás na pracovišti považuji za:

☐ velmi důležité a prospěšné jak pacientům, tak zdravotníkům,

□ velmi důležité a prospěšné pro pacienty
□ velmi důležité a prospěšné pro zdravotníky
□ sporné, nevím co si o tom myslet
□ nadbytečnou administrativní zátěž, která stejně ničemu nepomáhá
□ za další možnost, jak „buzerovat“ sestry

9) Sestry na našem pracovišti se snaží veškeré mimořádné události pečlivě dokumentovat. Svůj názor zaznamenejte na škálu (1 – 6 v podobě přímky) křížkem.

1_____ 6
Ano vždy ne, nic takového se u nás nedělá

10) Stalo se Vám někdy v zaměstnání něco, co byste jako mimořádnou událost označil/a?
□ ano, stalo (pokračujte otázkou č.11)
□ ne, nestalo (pokračujte otázkou č.15)
□ stalo se něco, co nemělo, ale nevím, jestli to byla mimořádná událost (pokračujte ot.č.11)
□ nepamatuji si (pokračujte otázkou č.15)
□ neumím /nechci odpovědět (pokračujte otázkou č.15)

11) Hlásil/a (sdělil/a) jste to?
□ ano (pokračujte otázkou č.12)
□ ne (pokračujte otázkou č.14)
□ už nevím, nepamatuji si to (pokračujte otázkou č.15)

Pokud jste odpověděl/a ANO na otázku č. 11:
12) Komu jste událost hlásil/a (sdělil/a)? Můžete zatrhnout více odpovědí.
□ kolegyni ve službě
□ staniční sestře
□ vrchní sestře
□ službumajícímu lékaři
□ primáři oddělení
□ nikomu
□ zapsala jsem to do papírového formuláře
□ zapsala jsem to do papírové dokumentace pacienta
□ zapsala jsem to do Medicalcu
□ zapsala jsem to do hlášení
□ jiné:……..

13) Co se potom stalo (můžete zatrhnout více odpovědí)?
□ nic
□ byl/a jsem slovně napomenut/a
□ byl/a jsem písemně napomenut/a
□ byl/a jsem potrestán/a finančně
□ byly jsme poučeny o prevenci tohoto pochybení

□ bylo učiněno opatření, aby se chyba neopakovala
□ jiné:……

Pokud jste odpověděl/a NE na otázku č.11:

14) Proč jste to nehlásil/a?

□ Nevěděl/a jsem, že se to má hlásit.
□ Nevěděl/a jsem, KOMU se to má hlásit.
□ Nevěděl/a jsem, KAM to mám zapsat.
□ Bál/a jsem se potrestání.
□ Zapomněl/a jsem.
□ Jiný důvod:……

15) Byl/a jste někdy svědkem mimořádné události (např. kolegyně podala špatný lék,….)

□ ano
□ ne, nebyl/a jsem nikdy svědkem
□ nevzpomínám si (nechci odpovědět)

16) Pokud jste odpověděla na otázku č. 15 „ANO“, co se potom stalo:

□ kolegyně dělala, že se nic nestalo
□ kolegyně zapsala mimořádnou událost
□ kolegyně hlásila ústně mimořádnou událost
□ nahlásil/a jsem to já
□ jiné:……..

17) Mimořádné události by se měly hlásit anonymně:

□ ano, zcela určitě
□ bylo by to lepší, zdravotníci by se nebáli je hlásit
□ nevím, je to asi jedno. Kdo chce nahlásí je i pod svým jménem. Kdo nechce, stejně to nepřizná.
□ je vhodnější, aby bylo uvedeno jméno toho, kdo to hlásí
□ zcela určitě má být uvedeno jméno osoby, která mimořádnou událost hlásí

18) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

□ 0-2 roky
□ 3-5 let
□ 6-10 let
□ 11-20 let
□ 21-40 let
□ 41 a více

Pokud mi chcete sdělit něco ohledně mimořádných událostí, můžete to napsat sem:
……
……

Ještě jednou děkuji!

Příl. 5 – Výsledky dotazníkového šetření

	0-2	3-5	6-10	11-20	21-40	41 a víc	souhrn	procenta
1) Zajistit bezpečnost pacienta ve zdravotnickém zařízení je úkolem zdravotní sestry:								
ano, naprosto souhlasím	0	0	3	0	2		5	7%
je to úkolem celého týmu na oddělení (lékaři, sestry, ošetřovatelky,…)	4	2	2	1	3		12	16%
je to úkolem managementu nemocnice (ředitel, hlavní sestra,…)	0	2	0	0	1		3	4%
je to úkolem managementu i týmu oddělení	10	1	3	13	22	1	50	68%
nesouhlasím, sestry mají dost jiných starostí, jejich úkolem to není	0	2	0	0	1		3	4%
							73	100%
2) Když udělám ve službě běžnou chybu, přiznám ji, omluvím se. Nemám problém se otevřeně hlásit k tomu, co dělám.								
ano, vždy	10	4	6	10	25		55	75%
ano, záleží ale na tom, komu se mám přiznat a omluvit se	4	1	2	4	4	1	16	22%
ano, pokud je to běžná např. administrativní chyba, která nikoho neohrožuje	0	2	0	0	0		2	3%
ne, pokud mě u toho nikdo nevidí	0	0	0	0	0		0	0%
ne, není žádoucí na sebe upozorňovat nadřízené	0	0	0	0	0		0	0%
ne, malé chyby jsou jen moje věc a nikdo o tom dál nemusí vědět	0	0	0	0	0		0	0%
							73	100%
3) Pokud sestra udělá závažnou chybu (např. podá špatný lék) a oznámí včas svoje pochybení:								
měla by být pochválena, že se přiznala	4	1	2	0	6	1	14	19%
měla by být potrestána, že udělala chybu	0	0	4	0	0		4	5%
mělo by se to říct ostatním na oddělení, aby měla ostudu a příště si proto dala větší pozor	1	0	0	0	0		1	1%
mělo by se to říct ostatním na oddělení, aby se z toho všichni poučili a příště se to nestalo někomu jinému	6	6	2	14	22		50	68%
mělo by se o tom mlčet, to se přece může stát každému, tak proč to rozmazávat	2	0	0	0	2		4	5%
							73	100%
4) Sledování mimořádných událostí v nemocnici zvyšuje kvalitu péče:								
souhlasím, je to velmi důležité	1	2	3	5	12		23	32%
souhlasím, měla by se tomu věnovat určitá pozornost	10	5	4	9	17	1	46	63%
nemám na to vyhraněný názor	3	0	1	0	0		4	5%
je mi to jedno	0	0	0	0	0		0	0%
zásadně nesouhlasím, je to k ničemu	0	0	0	0	0		0	0%
							73	100%
6) Hlásí se ve Vaší nemocnici mimořádné události?								
ano	12	5	7	14	29	1	68	93%
ne	0	0	0	0	0		0	0%
nevím	2	2	1	0	0		5	7%
							73	100%
7) Pokud se hlásí, víte jakým způsobem (můžete zatrhnout více odpovědí)?								
nevím	2	2	1	0	0		5	

do papírového formuláře	2	1	0	0	3		6	
do papírové dokumentace pacienta	8	3	4	10	11	1	37	
do Medicalcu	12	5	7	13	26	1	64	
ústně své nadřízené	8	3	4	2	10	1	28	
do hlášení	9	3	7	11	16	1	47	
jinak:…….	0	0	0	0	0		0	

8) Sledování mimořádných událostí u nás na pracovišti považuji za:

velmi důležité a prospěšné jak pacientům, tak zdravotníkům,	11	1	8	12	22	1	55	75%
velmi důležité a prospěšné pro pacienty	0	0	0	0	1		1	1%
velmi důležité a prospěšné pro zdravotníky	0	4	0	1	6		11	15%
sporné, nevím co si o tom myslet	2	0	0	1	0		3	4%
nadbytečnou administrativní zátěž, která stejně ničemu nepomáhá	0	0	0	0	0		0	0%
za další možnost, jak „buzerovat“ sestry	1	2	0	0	0		3	4%
							73	100%

10) Stalo se Vám někdy v zaměstnání něco, co byste jako mimořádnou událost označil/a?

ano, stalo (pokračujte otázkou č.11)	10	5	5	5	16	1	42	58%
ne, nestalo (pokračujte otázkou č.15)	3	2	0	4	8		17	23%
stalo se něco, co nemělo, ale nevím, jestli to byla mimořádná událost (pokračujte ot.č.11)	0	0	1	0	0		1	1%
nepamatuji si (pokračujte otázkou č.15)	1	0	2	5	5		13	18%
neumím /nechci odpovědět (pokračujte otázkou č.15)	0	0	0	0	0		0	0%
							73	100%

11) Hlásil/a (sdělil/a) jste to?

ano (pokračujte otázkou č.12)	10	5	5	5	16	1	42	
ne (pokračujte otázkou č.14)	0	0	1	0	0		1	
už nevím, nepamatuji si to (pokračujte otázkou č.15)	0	0	0	0	0		0	

Pokud jste odpověděl/a ANO na otázku č. 11:

12) Komu jste událost hlásil/a (sdělil/a)? Můžete zatrhnout více odpovědí.

kolegyni ve službě	6	3	2	4	10	1	26	
staniční sestře	3	1	0	0	7		11	
vrchní sestře	1	0	2	1	2	1	7	
službumajícímu lékaři	7	5	5	5	13	1	36	
primáři oddělení	2	1	0	0	3	1	7	
nikomu	0	0	0	0	0		0	
zapsala jsem to do papírového formuláře	0	3	0	0	2		5	
zapsala jsem to do papírové dokumentace pacienta	5	3	2	4	8	1	23	
zapsala jsem to do Medicalcu	4	5	5	5	13	1	33	
zapsala jsem to do hlášení	8	2	5	5	11	1	32	
jiné:……..	2	0	0	0	1		3	

13) Co se potom stalo (můžete zatrhnout více odpovědí)?

nic	3	0	0	0	0		3	
byl/a jsem slovně napomenut/a	0	0	0	0	1		1	
byl/a jsem písemně napomenut/a	0	0	0	0	1		1	
byl/a jsem potrestán/a finančně	0	0	0	0	0		0	

byly jsme poučeny o prevenci tohoto pochybení	0	1	2	2	6	1	12	
bylo učiněno opatření, aby se chyba neopakovala	8	3	5	2	8	1	27	
jiné:……	0	0	0	1	3		4	

Pokud jste odpověděl/a NE na otázku č.11:

14) Proč jste to nehlásil/a?

nevěděl/a jsem, že se to má hlásit.	0	0	1	0	0		1	
nevěděl/a jsem, KOMU se to má hlásit.	0	0	0	0	0		0	
nevěděl/a jsem, KAM to mám zapsat.	0	0	0	0	0		0	
bál/a jsem se potrestání.	0	0	0	0	0		0	
zapomněl/a jsem.	0	0	0	0	0		0	
jiný důvod:……	0	0	0	0	0		0	

15) Byl/a jste někdy <u>svědkem</u> mimořádné události (např. kolegyně podala špatný lék,….)

ano	6	5	6	2	8	1	28	38%
ne, nebyl/a jsem nikdy svědkem	7	0	2	3	12		24	33%
nevzpomínám si (nechci odpovědět)	1	2	0	9	9		21	29%
							73	100%

16) Pokud jste odpověděla na otázku č. 15 „ANO“, co se potom stalo:

kolegyně dělala, že se nic nestalo	1	0	0	0	0		1	
kolegyně zapsala mimořádnou událost	4	5	5	2	5	1	22	
kolegyně hlásila ústně mimořádnou událost	2	1	1	0	4		8	
nahlásil/a jsem to já	0	0	0	0	0		0	
jiné:……..	0	0	0	0	1		1	

17) Mimořádné události by se měly hlásit anonymně:

ano, zcela určitě	0	2	0	0	1		3	4%
bylo by to lepší, zdravotníci by se nebáli je hlásit	0	0	2	0	1	1	4	5%
nevím, je to asi jedno. Kdo chce nahlásí je i pod svým jménem. Kdo nechce, stejně to nepřizná.	10	0	0	2	2		14	19%
je vhodnější, aby bylo uvedeno jméno toho, kdo to hlásí	3	1	1	4	8		17	23%
zcela určitě má být uvedeno jméno osoby, která mimořádnou událost hlásí	1	4	5	8	17		35	48%
							73	100%

18) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

0-2 roky	14	0	0	0	0		14	19%
3-5 let	0	7	0	0	0		7	10%
6-10 let	0	0	8	0	0		8	11%
11-20 let	0	0	0	14	0		14	19%
21-40 let	0	0	0	0	29		29	40%
41 a více	0	0	0	0	0	1	1	1%
							73	100%

Příl. 6 – Hlášení mimořádných událostí ve sledovaných nemocnicích

Mimořádné události Čáslav	2008	2009
Pád	121	120
Zranění	1	3
Nedodržení léčebného režimu	23	32
Nezvěstný pacient	10	15
Napadení personálu	14	3
Poškození kůže	1	4
Stížnost pacienta na oš. či léčeb. péči	2	0
Žádost o nahlédnutí do dokumentace	1	6
Jiné	3	0
Ztráta věcí na oddělení	1	1
Odmítnutí léčby	3	1
Pokus o sebepoškození	1	1
Podezření ze zanedbání, zneužití, týrání	0	1
Poškození zařízení	0	1
Užití nedovolených látek	0	1
Neklidný pacient (případně zmatenost, agrese)	*9*	*10*
Revers	*3*	*4*
CELKEM	**193**	**203**
Počet hospitalizovaných	6990	7262
Procento poškozených	2,76%	2,80%
Procento pádů	1,73%	1,65%

Mimořádné události - Prachatice	2008	2009
Pád	87	91
Zranění	14	3
Chyba medikace	1	2
Napadení	1	
Útěk	6	6
Sebepoškození	1	
Poranění personálu ostrým kontaminovaným předmětem	0	8
Ztráta	1	0
Jiné	1	6
Jiné zranění personálu	0	8
Ztráty peněz	0	2
CELKEM	**112**	**126**
Počet hospitalizovaných	5863	5437
Procento poškozených	1,91%	2,32%
Procento pádů	1,48%	1,67%

Mimořádné události - Vsetín	2008	2009
Pád	105	167
Svévolný odchod pacienta	30	38
Selhání zdr. techniky	5	2
Pokus o sebevraždu	1	2
Ohrožení zaměstnance	25	22
Medikační incident	2	4
Ztráta nebo poškození majetku nemocnice	9	1
Ztráta nebo poškození majetku pacienta	3	5
Incident v poskytování péče	5	7
Jiné	33	20
CELKEM	**218**	**268**
Počet hospitalizovaných	13842	13572
Procento poškozených	1,57%	1,97%
Procento pádů	0,76%	1,23%

Dekubity celkem	192	127
Vzniklé mimo nemocnici	122	65
Vzniklé v nemocnici Vsetín	70	62