

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V Českých Budějovicích
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Bc. Hana Havelková

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Bezpečná ošetrovatelská péče

Diplomová práce

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

Autor:

Bc. Hana Havelková

2010

Safe Nursing Care

Patients' safety is a global problem and we are increasingly thinking about the possibilities of improving the quality of care provided. This is a priority for all health care providers, including nurses.

We must not forget the patients and their close family because they are our partners and the nurses should seek to ensure that the patients themselves are actively involved in the care of their health and play an important role in preventing some unwanted errors.

The theoretical part of the thesis is devoted to a detailed analysis of the concept of safety and safe care and the associated negatives.

The goal of the thesis was to determine which resources are used to maintain the level of safe nursing care by nurses with specialized training. Six hypotheses were determined.

The quantitative survey technique was used to achieve the objectives of this thesis and to verify the hypotheses. The group consisted of nurses from all over the Czech Republic in the month of February 2010 studying on a specialized training course of the NCO/ NZO (National Center of Nursing/ Non- medical health disciplines) in Brno.

The results imply that the nurses interviewed do not use enough resources to help reduce the risk of errors leading to an increase in the level of safe nursing care. The proposed measures are intended to increase the use of resources for maintaining the level of safe nursing care which is a clearly dependent on the awareness of their existence. This also strongly urges management to make more use of various resources and inform all medical staff not only nurses about new procedures and analyses carried out on a regular basis.

Managers should conduct a regular and detailed analysis of past errors or incidents to establish the risk of error and take steps to minimize such unwanted events.

The results of the survey will be provided to the professional public, published in professional journals and can serve as a basis for comparing other survey research.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Bezpečná ošetrovatelská péče vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích, dne

.....

Poděkování

Poděkování si dovoluji vyjádřit doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za cenné rady a odborné vedení diplomové práce.

OBSAH

Úvod	2
1. Současný stav	3
1.1 Pojem bezpečí a bezpečná péče	3
1.2 Možné prostředky podporující bezpečnou péči	5
<i>1.2.1 Mezinárodní aktivity vedoucí k zajištění bezpečí pacientů</i>	<i>6</i>
<i>1.2.2 Legislativní zakotvení bezpečné péče v ČR</i>	<i>8</i>
<i>1.2.2.1 Vývoj ve vzdělávání a legislativě</i>	<i>8</i>
<i>1.2.2.2 Kompetence sester</i>	<i>12</i>
<i>1.2.2.3 Zdravotnická dokumentace</i>	<i>14</i>
<i>1.2.2.4 Přístrojová technika</i>	<i>17</i>
1.2.3 Zapojení pacientů do bezpečné péče	18
1.2.4 Zapojení zdravotnických pracovníků do bezpečné péče	20
1.2.5 Systém hlášení mimořádných událostí	22
1.3 Negativa spojená s používanými prostředky pro udržení či zlepšení bezpečné péče	25
2. Cíl práce a hypotézy	28
2.1 Cíl práce	28
2.2 Hypotézy	28
3. Metodika	29
3.1 Použité metody	29
3.2 Statistická analýza	29
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku	30
4. Výsledky	31
5. Diskuse	68
6. Závěr	80
7. Seznam použitých zdrojů	82
8. Klíčová slova	92
9. Seznam příloh	93

Úvod

„Chybování jest lidské“

(Seneca)

Bezpečí pacientů je celosvětovým problémem. Stále častěji se setkáváme s tématy, které se zabírají touto problematikou a zamýšlí se nad možnostmi zvyšování kvality poskytované péče. Bezpečná ošetrovatelská péče se tak stala prioritou všech poskytovatelů zdravotní péče, sester nevyjímaje. Samy sestry diskutují o dané problematice, vyhledávají nové postupy při ošetrování pacientů a v neposlední řadě zavádí výsledky ošetrovatelských výzkumů do praxe. Sice se může někomu zdát, že výše uvedený výčet o zapojení sester do této problematiky je nedostatečný, ale nejedná se o seznam, nýbrž nástin některých z možností, které sestry používají pro minimalizaci potenciálního vzniku pochybení při výkonu svého povolání.

Samotnou problematikou odpovědnosti sester při výkonu povolání jsem se zabývala ve své bakalářské práci, na kterou bych nyní chtěla navázat touto diplomovou prací s názvem „Bezpečná ošetrovatelská péče“. Ráda bych se zaměřila nejen na možné preventivní kroky napomáhající zlepšovat kvalitu poskytované péče, ale také na pacienty a jejich blízké, neboť je důležité si uvědomit, že na bezpečné péči se nepodílí jen zdravotničtí pracovníci. Naším partnerem se stává i pacient a sestra by měla usilovat o to, aby se sami pacienti aktivně podíleli na péči o své zdraví a tím získali důležitou roli v prevenci některých nechtěných pochybení.

Teoretická část diplomové práce pojednává o možném chápání pojmu bezpečí a bezpečné péče, dále popisuje dostupné prostředky, které nepochybně zvyšují kvalitu poskytované péče, a v neposlední řadě se zabývá i potenciálními negativy, které mohou tyto prostředky doprovázet.

Cílem práce je v rámci poskytování bezpečné ošetrovatelské péče zjistit, jaké prostředky jsou využívány pro zachování úrovně bezpečné ošetrovatelské péče samotnými sestrami, které studují specializační vzdělávání v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.

1 Současný stav

1.1 Pojem bezpečí a bezpečná péče

V posledních letech je stále více věnována pozornost problematice poskytování bezpečné péče. K této tematice se vyjadřují laici, zdravotničtí pracovníci, management nemocnic, nalézáme mnoho článků v různých periodikách, jsou vydávány publikace a neustále se o kvalitě poskytované péče diskutuje na půdě různých institucí, organizací či na Ministerstvu zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR).

Samotné MZ ČR se ve svém informačním portálu zabývá oblastí zvyšování kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb, uvádí možné prostředky ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví a v neposlední řadě mimo jiné nabízí tzv. Knihu bezpečí, určenou jak pro pacienty, tak pro odborníky. V kapitole „Bezpečí pacientů v ambulantních zdravotnických zařízeních“ je uváděno, co je při kontaktu se zdravotnickým systémem základním předpokladem pro zajištění bezpečí. Zde jsou vyjmenovány oblasti, jako je kvalifikace, kompetence a profesionalita, která je dána dodržováním diagnostických, terapeutických a ošetrovatelských standardů, komunikací, dodržováním hygienicko-epidemiologických zásad, organizováním činností a provozováním zařízení takovým způsobem, který napomáhá předcházet pochybením a nežádoucím událostem. Tento výčet oblastí nám nastínil, co by si člověk mohl pod termínem „bezpečí“ představit. Přesnější definici bezpečí či bezpečné péče zde nenajdeme (7, 8, 3).

Pokud se podíváme na stránky Ministerstva vnitra České republiky, můžeme zde najít vysvětlení pojmu „bezpečnost“. Obecně lze říci, že je to stav, kdy je systém schopen odolávat známým a předvídatelným hrozbám, které mohou negativně působit proti prvkům tak, aby byla zachována struktura systému, jeho stabilita, spolehlivost a chování v souladu s cílovostí. „Je to tedy míra stability systému a jeho primární a sekundární adaptace“ (5, s. 1). Další výklad je následně zaměřen na bezpečnost

státu, která je podrobně popsána v ústavním zákoně č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky, a který se zaobírá vnější a vnitřní bezpečností státu (5, 65).

Starší slovníky spisovného jazyka českého z roku 1960 a z roku 1989 vysvětlují slovo bezpečí a slovo bezpečný. Bezpečí je přiřazováno k bezpečnosti a zabezpečení (např. užívat klidu a bezpečí, hovět si v bezpečí, touha po bezpečí), nebo je přiřazováno k bezpečnému místu (např. mít někde, u někoho bezpečí, být v bezpečí, utéci do bezpečí). Na druhou stranu slovo bezpečný ještě více rozvádí obsahovost svého slova. Slovník uvádí termíny jako např. bez obav, bez starostí, jistota, ochrana, záruka, spolehlivost, pevnost, klid, pravdivost, určitost, nepochybnost aj. Podívejme se však do dnešní doby, jak nám vysvětluje slovo „bezpečný“ slovník spisovné češtiny. Nalézáme zde stejný výraz – jistý, ale také další, dříve nepoužívaná spojení, kupříkladu prostředí bez nebezpečí, poskytující ochranu před nebezpečím aj. Je tedy zřejmé, že vývojem civilizace se slovo bezpečí a bezpečný upřesňuje vzhledem k jeho aktuálnímu užívání (45, 46, 47).

Mezinárodní iniciativa za porodní péči o matku a dítě (The International MotherBaby Childbirth Initiative – IMBCI) definuje bezpečnou péči jako takovou péči, která „...využívá postupů založených na vědeckých důkazech, které minimalizují riziko chyby či poškození a podporují normální fyziologii porodu.“ Dále rozvíjí problematiku bezpečné a účinné péče, která znamená pro matku a dítě zajištění nejlepších možných zdravotních výsledků za použití nejvhodnějších zdrojů a technologií (32).

V knize nazvané Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení se v tabulce pod názvem „Nástroje hodnocení bezpečí“ (21, s 12) uvádí vysvětlení pojmu kultury bezpečí, který vypracoval Poradní výbor bezpečnosti jaderných zařízení a který bychom mohli použít v souvislosti s bezpečností ve zdravotní péči. Kultura bezpečí je označena jako výsledek hodnot (ať už individuálních či skupinových), přístupů, vnímání, kompetencí a vzorců chování, které ovlivňují nasazení, styl a dovednost managementu bezpečí a zdraví v organizaci. Následně dodává informaci, že pozitivní kultura bezpečí se v organizaci charakterizuje komunikací založenou na vzájemné důvěře, společným sdíleným vnímáním důležitosti bezpečí a v neposlední řadě vírou

v účinnost preventivních opatření. O samotném budování kultury bezpečí se zmiňuje E. Hanzlová v diplomové práci nazvané „Management rizik ošetrovatelské péče“ z roku 2008. E. Hanzlová zde uvádí podmínky pro nastolení kultury bezpečí, jako je např. vzájemně otevřená komunikace o chybách, změna myšlení, jednání a postojů všech zúčastněných, porozumění systémům a jejich bezpečné budování, hledání, kde vznikají chyby aj. Asi nejjednodušší vysvětlení bezpečné péče uvádí P. Škrála v knize „Především neublížit“, ve které označuje bezpečnostní kulturu jako činnost, která je „...rozvíjená jednotlivcem nebo organizací za účelem ochrany pacienta od újmy na zdraví následkem selhání systému péče“ (60, s 78) (15, 21, 60).

Z výše uváděného výčtu možné specifikace pojmu bezpečí a potažmo termínu bezpečná péče či kultura bezpečí vyplývá, že nebude jednoduché nějakou konkrétní definici stanovit. Samotné slovo „bezpečí“ v sobě skrývá tolik možných variant, že jeho specifikace či jednoduchá definice nebude nikdy obsahovat vše, co je možné si pod tímto slovem představit.

1.2 Možné prostředky podporující bezpečnou péči

Preventivních prostředků a vytvořených postupů vedoucích k zajištění bezpečné péče je mnoho a můžeme začít od celosvětových a mezinárodních aktivit podporujících tuto problematiku a zabývajících se jí. S mezinárodními aktivitami jde tzv. ruku v ruce legislativa České republiky zaměřující se na poskytování kvalitní péče. Její výrazná změna nastala nejen po roce 1989, ale také přípravou a následně i vstupem naší republiky v roce 2004 do Evropské unie. Jedním z důležitých „prostředků“ podporujících bezpečnou péči jsou samotní poskytovatelé a příjemci zdravotní péče. Jejich vzájemná spolupráce a partnerství odhaluje mnoho možných pochybení, kterým se díky této vzájemné spolupráci může zabránit. Nelze zapomenout ani na systém hlášení mimořádných událostí, který napomáhá jednotlivá pochybení analyzovat a ukazuje cestu k vytvoření dalších preventivních opatření.

1.2.1 Mezinárodní aktivity vedoucí k zajištění bezpečí pacientů

Nejznámější nezávislá mezinárodní zdravotnická organizace podporující spolupráci mezi jednotlivými zeměmi v oblasti zdravotnictví a usilující o zlepšení kvality lidského života je Světová zdravotnická organizace (dále jen SZO). Její vznik se datuje na 7. dubna 1948 a tento den se na celém světě slaví jako Světový den zdraví. Největším orgánem SZO je Světové zdravotnické shromáždění (World Health Assembly - WHA) konající se každoročně za přítomnosti ministrů zdravotnictví všech členských států v Ženevě, kdy se rozhoduje o strategii SZO. Výkonná rada SZO zasedá dvakrát ročně a v období 2003 – 2006 byla za člena této rady zvolena Česká republika v zastoupení prof. MUDr. Bohumilem Fišerem, CSc. V tomto časovém období pod hlavičkou SZO začala působit Světová aliance pro bezpečí pacientů (World Alliance for Patient Safety). Hlavním cílem této aliance je usnadnit rozvoj bezpečných postupů při poskytování zdravotní péče, kam lze zařadit podporu projektů v oblasti bezpečnosti pacientů, pomoc členským státům a institucím v rozvoji systému hlášení mimořádných událostí s jeho následným vyhodnocováním a předáváním výsledných závěrů a doporučení všem poskytovatelům zdravotní péče. Součástí této aliance je také pravidelné zveřejňování odborných doporučení v oblasti péče o pacienty pod názvem Patient Safety Solutions. Tato odborná doporučení zpracovávají skupiny mezinárodních expertů a jsou publikována centrem SZO pro bezpečí pacientů při Joint Commission v USA (19, 25, 34, 57).

Významnou roli pro zajišťování bezpečí pacientů s vytvářením strategických preventivních opatření pro minimalizaci pochybení hraje v této oblasti také komise, která se zabývá akreditačními standardy dotýkajícími se bezpečí pacientů. Za nejstarší institut zabývající se akreditací můžeme považovat Spojenou komisi pro akreditaci zdravotnických zařízení (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO), která prováděla dobrovolné akreditace v USA již od roku 1951. Její standardy, obsahující kritéria kvality poskytované péče pro hodnocení zdravotnických zařízení, se zabývají např. problematikou identifikace pacientů, efektivní komunikací, záměnou pacientů nebo riziky nozokomiálních infekcí. V roce

1998 JCAHO zakládá dceřinou společnost pod názvem Joint Commission International – JCI, jejímž posláním je zvyšovat bezpečí a kvalitu poskytované péče pacientům po celém světě prostřednictvím standardů a akreditačních programů na mezinárodní úrovni. Ve stejném roce vzniká v České republice Spojená akreditační komise s cílem trvalého zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče nejen prostřednictvím akreditací zdravotnických zařízení, ale také poradenskou činností a publikačními aktivitami. JCAHO svoji činnost neustále rozšiřuje a reorganizuje, což dokazuje rok 2002, kdy tato komise začlenila do svých standardů požadavek týkající se kontinuálního hodnocení rizik a procesů ve zdravotnických zařízeních, a více než polovina jejich standardů se dotýká bezpečí pacientů. Její hlavní prioritou je bezpečnější péče a kontrola rizik (6, 20, 39, 60, 61).

Svoji váhu mají také deklarace zaměřené na bezpečnost pacientů, které vznikají na počátku jednadvacátého století spolu s tzv. Knihou o bezpečnosti pacientů (Paper on patient safety), jež tyto deklarace dále rozvíjí (54).

Přířem pro vznik Knihy bezpečí pacientů se stala Lucemburská deklarace (Luxembourg Declaration on Patient Safety), která vznikla 5.dubna 2005. V jejím úvodu se uvádí, že pacienti mají při využití zdravotních služeb právo očekávat, že bude vynaloženo veškeré úsilí k zajištění jejich bezpečnosti. Tato deklarace apeluje na vytvoření kultury bezpečí, stanovení a zavedení postupů pro řízení rizik jako nástroje prevence, zajištění ochrany důvěrných informací a záznamů o pacientech se současným zajištěním jejich snadné dispozice pro zdravotníky a s volným přístupem pro pacienty za účelem jejich dobré informovanosti, optimalizaci ve využití nových technologií, vytvoření podpůrných programů pro zdravotnické pracovníky za účelem minimalizace chyb a v neposlední řadě neustálé vzdělávání zdravotníků i pacientů. S ohledem na výše uvedené bylo doporučeno, aby "Bezpečnost pacientů" byla v Evropské unii (dále jen EU) a v jejích členských státech na předním místě v oblasti hledání a nalézání možných preventivních řešení (30, 40, 54).

Po Lucemburské deklaraci následovala deklarace Londýnská (London Declaration). Její vyhlášení se datuje na 29. březen 2006 jako výsledek listopadového

workshopu z roku 2005 ve spolupráci s Obě organizace se zavázaly spoluprací a společným partnerstvím v oblastech: vytvářet a podporovat programy pro bezpečnost pacientů, rozvíjet dialog na téma prevence pochybení a práv pacientů na bezpečnou péči, vytvořit systém pro hlášení a postup řešení chybné péče v celosvětovém měřítku prostřednictvím již osvědčených postupů (29, 58, 86).

Každým rokem jsou pořádány konference Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví – ISQua. Obsah všech témat na těchto konferencích je zaměřen na oblasti související s poskytováním kvalitní a bezpečné péče. Konference jsou pořádány na celém světě, můžeme uvést např. rok 2008, kdy proběhla konference v Kodani, v roce 2009 v Dublinu a na říjen roku 2010 je konference plánována v Paříži pod názvem „Kvalitní výstupy: Dosáhnout zlepšení pacienta“(Quality Outcomes: Achieving Patient Improvement) (12, 63).

Výše jmenované mezinárodní aktivity, vedoucí k bezpečné ošetrovatelské péči, nejsou jediné, se kterými se lze setkat. Dále můžeme uvést např. Institut of Medicine – IOM, který založil Center for Patient Safety při Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ, Mezinárodní rada sester – ICN, jejímž členem je i Česká republika, Česká asociace sester – ČAS a další společnosti zabývající se bezpečnou péčí, které si zakládají samy státy.

1.2.2 Legislativní zakotvení bezpečné péče v ČR

1.2.2.1 Vývoj ve vzdělávání a legislativě

Počátky vzniku školství a tedy i organizovaného vzdělávání se datují k dobám vlády rakouského císaře, českého a uherského krále Františka Josefa I. Habsburského, kdy se na území dnešní České republiky nacházela říše Rakousko-Uhersko. Během vlády Františka Josefa I. byly v Praze založeny dvě ošetrovatelské školy. První, která však neměla dlouhého trvání - po několika letech zaniká, se datuje do osmdesátých let devatenáctého století (1874). Druhá, Státní dvouletá ošetrovatelská škola, jejímuž vzniku napomohl zákon o profesionálním ošetřování nemocných vydaný v roce 1914, byla otevřena o 42 let později, tedy až v roce 1916. Díky zákonu, který ovlivnil

ošetřovatelské vzdělávání, a s pomocí absolventek – diplomovaných ošetřovatelek Státní dvouleté ošetřovatelské školy, následovalo založení dalších škol.. V roce 1918 vznikla např. Vyšší sociální škola, která pomáhala připravovat „sestry“ k samostatné práci v terénu (dnes péči v terénu nazýváme péčí komunitní). Obě jmenované školy, Státní dvouletá ošetřovatelská škola a Vyšší sociální škola, napomohly k udržení ošetřovatelské péče, zaměřené na péči nemocniční a péči primární, poskytovanou v terénu, a to i mezi dvěma světovými válkami. V době druhé světové války spatřujeme pokrok v nemocniční ošetřovatelské péči na organizační pozici. Sestry získávají tzv. „sesterská funkční místa“ a jsou vytvořeny pracovní náplně sestry. Tato změna přispívá k zajištění kvalitní ošetřovatelské péče a sestra se stává uznávaným spolupracovníkem lékaře. V poválečném období v roce 1946 byla otevřena Vyšší ošetřovatelská škola se zaměřením na přípravu sestry pro řídicí práci v ošetřovatelství a na vzdělávání sester vyučujících na ošetřovatelských školách (14, 27, 56, 64).

Následoval rok 1948, ve kterém proběhl komunistický převrat a vznikla tzv. socialistická společnost. V začátku její vlády se změnil název ošetřovatelských škol a následovala jejich reforma. Byly sloučeny ošetřovatelské, rodinné a sociální školy, pro které byl přijat název Střední zdravotnická škola (dále jen SZŠ). Tímto sloučením se změnila věková hranice studentů pro vstup na SZŠ (14-15 let), délka studia (4 roky) a ukončení studia (maturitní zkouška). Vzdělávání bylo ovlivněno zákonem o zdravotnických povoláních vydaném koncem roku 1950, na který o rok později navazovalo vládní nařízení č. 77 o středních zdravotnických pracovnících, ve kterém se začal používat pojem „zdravotní sestra“. V polovině minulého století se začaly rozvíjet lékařské obory a činnosti lékařů začaly přebírat sestry. Následkem těchto změn bylo provedeno rozdělení kompetencí ve zdravotnickém týmu, prostřednictvím směrnice č. 34/1964 Věstníku MZ o zásadách pro náplň práce instrumentářek a sester na stomatologických odděleních a směrnice č. 33/1967 Věstníku MZ o rozsahu oprávnění a náplni činností středních a nižších zdravotnických pracovníků. V této době se začala uspokojovat potřeba doplnění profesní přípravy sester a zvýšení jejich úrovně v oblasti vzdělávání prostřednictvím otevření vysokoškolského studia na Karlově univerzitě v Praze a otevřením,

respektive vznikem Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, dnes známém pod názvem Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (dále jen NCO NZO), které v roce 2010 slaví 50 let od svého založení. Institut byl zaměřen např. na realizaci krátkodobých a dlouhodobých kurzů nebo pomaturitní specializační studium, které se dnes nazývá specializační vzdělávání. Filosofická fakulta na Karlově univerzitě v Praze se zaměřila na dvouoborové pětileté studium v oblasti ošetrovatelství a psychologie, kterou později rozšířila o pedagogickou problematiku, a tím uspokojila potřebu vyššího vzdělávání sester poskytujících odbornou výchovu a vzdělávání žákyním na SZŠ. Výše zmíněná pracoviště, Institut v Brně a Karlova Univerzita, měla velkou zásluhu i na rozvoji ošetrovatelského výzkumu v naší zemi. Do roku 1989, kdy stále působily obě výše jmenované instituce, se změnila směrnice o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků ještě dvakrát. V roce 1972 to byla směrnice č. 27/1972 Věstníku MZ ČSR, kterou nahradila po čtrnácti letech směrnice č. 10/1986 Věstníku MZ, ve kterém jsou poprvé stanoveny náplně činnosti zdravotních sester se specializací v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, dále v instrumentování na operačním sále, v nukleární medicíně, v ošetrovatelské péči o dospělé a v psychiatrii, v sociální službě, ve stomatologické péči a ve zdravotní výchově obyvatelstva. V mezidobí směrnic byla schválena vyhláška č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, platná i po roce 1989 (14, 27, 35, 37, 48, 49, 50, 51, 56, 64, 74, 79).

Přelomovým rokem se stal rok 1989, kdy se datuje pád tzv. komunistického režimu. Povolání sestry je i na dalších 15 let ovlivněno nejen zákonem č. 20/1966 Sb. (O péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů), ale také vyhláškou č. 77/1981 Sb. (O zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví) a směrnicí č. 10/1986 Sb. (O náplni činností středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků, publikovanou ve Věstníku MZ ČSSR, částka 8-12). Tyto zákonné normy jsou však doplňovány významnými dokumenty, jako je např. Věstník č. 6/1998 MZ ČR, kde je uvedena Koncepce ošetrovatelství, vycházející z doporučení

EU, Mezinárodní rady sester a Světové zdravotnické organizace (koncepte byla upravena a zveřejněna ve Věstníku MZ ČR č. 9/2004). Během těchto 15 let se začala Česká republika připravovat ke vstupu do EU. Tato příprava s sebou přinesla transformaci v oblasti českého ošetrovatelství a celého zdravotnictví. Vzdělávání sester se přesunulo na vyšší odborné školy a rozšířilo se na půdu univerzit, což vedlo k dostupnosti vysokoškolského vzdělání také sestřím, které měli vystudovanou pouze Střední zdravotnickou školu. Naskytla se možnost nejen si doplnit své znalosti, ale také se rozšířila oblast celoživotního vzdělávání (např. magisterské či doktorské studium). Vstup ČR do EU je datován k 1. květnu 2004 a přinesl s sebou i novelizaci legislativy. Byl vydán zákon č. 96/2004 Sb., kterým se mění podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, ve znění pozdějších předpisů. Zákon nahradil název „Zdravotní sestra“ pojmem „Všeobecná sestra“ (dále jen VS), byly upraveny podmínky pro získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry (sestrou se může stát každý, kdo absoluuje nejméně tříletý akreditovaný zdravotnický bakalářský studijní obor pro přípravu VS na vysokých školách, nebo nejméně tříleté studium v oboru diplomovaná VS na vyšších zdravotnických školách), a na dnešních SZŠ se připravují zdravotničtí asistenti. Ve stejném roce byla vydána vyhláška č. 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanovily činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v souladu s právem Evropských společenství. Díky této vyhlášce můžeme pozorovat vyšší míru nezávislosti sestry, což však s sebou přináší i určitou odpovědnost, kterou sestra při každém provedeném výkonu má. Ošetrovatelství je náročný obor z oblasti znalostí a rychle se vyvíjí, což má vliv na bezpečnost zdravotní péče. Švédská společnost pro ošetrovatelství (Swedish Society of Nursing) v článku „Bezpečnost pacientů“ uvádí, že sestry jsou zodpovědné za zvyšování své kvalifikace a také za to, jakým způsobem budou a jsou nové poznatky používány v praxi. Ke sledování zvyšování kvalifikace nám napomohla v roce 2004 dlouho očekávaná „registrace“ sester, kterou provázela vyhláška č. 423/2004 Sb., ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb., jež byla nahrazena vyhláškou č. 4/2010 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez

přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků (Příloha 1) (42, 48, 59, 66, 67, 72, 74, 75, 77, 78, 80, 81).

Pozoruhodné je, že se dnes začalo uvažovat o změně názvu „Zdravotnický asistent“ na „Praktická sestra“. Zajímalo nás stanovisko Ministerstva zdravotnictví, a tak jsme kontaktovali Ing. Kateřinu Příbylovou z Uznávací jednotky odboru VZV. Ta nám zaslala vyjádření odboru kompatibility s právem ES, zřízeného Úřadem vlády České republiky, který zajišťuje informační podporu související s implementací práva ES/EU do právního řádu České republiky. V daném vyjádření se uvádí, že změna názvu nemůže vést k žádným sankcím ze strany Evropské komise, a dodává „...v databázi Evropské komise lze i nyní vyhledat profese, u nichž je uvedeno, že se uznávají mimo režim v čl. 31 až 33a směrnice 2005/36/ES...“ (41, s 1). Jako příklad uvádí výkon povolání finské „praktické sestry“, která má pouze středoškolské vzdělání, a tedy se jedná o sestru s omezenou kompetencí. V říjnu roku 2009 proběhla ve Stockholmu konference hlavních sester ministerstev zdravotnictví států EU, jejíž delegáti zamýšlenou změnu názvu „zdravotnický asistent“ na „praktickou sestru“ jednomyslně zamítli. Tento negativní postoj zdůvodnili tím, že slovo „sestra“ je rezervované pro určenou skupinu pracovníků, a nemůže se tedy objevit v názvu jiné kategorie. Toto stanovisko potvrzuje také Veronika di Cara, která se zúčastnila jednadvadesátého generálního zasedání Evropské federace sesterských asociací s tím, že dlouhodobým plánem EFN je udržet v EU pouze jednu kategorii sestry, a to „registrovanou“ (11, 26, 41).

1.2.2.2 Kompetence sester

Rozvoj lékařských oborů v polovině minulého století vedl ke změně kompetencí v celém zdravotnickém týmu. Přesto je nutné dodat, že postavení dnešní všeobecné sestry se vytvářelo po staletí. Dříve byla sestra brána jako pomocný personál, dnes je nepostradatelnou součástí zdravotního týmu. Pracuje samostatně ve třech oblastech, a to: pod odborným dohledem; bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem; a bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. Samotné názvy výše uvedených tří oblastí napovídají, že sestry mají

v dnešní době výčet činností a kompetencí velmi rozsáhlý. Vyhláška č. 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v § 3 uvádí činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí (tedy i všeobecné sestry) a samotné činnosti sester specifikuje § 4 již zmíněné vyhlášky. V § 4 nalzáme činnosti rozdělené pro lepší přehlednost a orientaci do čtyř odstavců (78).

První odstavec uvádí činnosti sestry, která „bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu“ (78, s 8098). Přitom mimo jiné vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti, provádí rehabilitační ošetrovatelství a nácvik sebeobsluhy, pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav klienta, zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu, provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost, hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, provádí edukaci o ošetrovatelských postupech a připravuje informační materiály, orientačně hodnotí sociální situaci klienta, provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých (78).

Druhý odstavec uvádí činnosti, na kterých se sestra podílí pod odborným dohledem sestry se specializovanou způsobilostí, kam lze zařadit podílení se na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče (78).

Odstavec třetí uvádí činnosti, na kterých se sestra podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře, tj. na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Je způsobilá k přípravě klientů pro diagnostické a léčebné postupy. Tyto postupy sama provádí nebo při nich asistuje a následně zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich. Její kvalifikace dovoluje podávat léčivé přípravky (s výjimkou radiofarmak a nitrožilních injekcí a infúzí u klientů do 3 let), zavádět a udržovat kyslíkovou terapii, provádět screeningová a depistážní vyšetření, katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, výplach žaludku u klientů při vědomí starších 10 let, umožňuje výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádění nazogastriční a jejunální sondy a další (78).

Ve čtvrtém a zároveň posledním odstavci je uvedeno, že sestra pod odborným dohledem lékaře aplikuje nitrožilně krevní deriváty, a že spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků. Bez odborného dohledu a na základě indikace lékaře rovněž provádí ošetření klienta v průběhu aplikace transfuzních přípravků, které následně ukončuje (78).

Tento nástin činností, které sestra při svém povolání vykonává, poukazuje na velkou odpovědnost, kterou s sebou toto povolání přináší. Je však nutné říci, že se připravuje inovace v oblasti zákona 96/2004 Sb., což s sebou přinese také změnu v oblasti činností, které sestra vykonává v rámci svého povolání. Vývoj v této změně můžeme nyní sledovat na webových stránkách Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky, jenž se nachází v kategorii dokumenty a v databázi Sněmovní tisky, ve které můžeme pod číslem 841 vidět, jaký je momentální stav projednávání. Začátkem května roku 2010 je novela zákona o nelékařských zdravotnických povoláních ve třetím čtení (43).

1.2.2.3 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnickou dokumentaci můžeme zařadit mezi důležité nástroje pro podporu bezpečné péče. Evoluce zdravotnické dokumentace byla v posledních letech markantní, což dokládá novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, provedená zákonem č. 260/2001 Sb., vložení § 67, který ukládá povinnost řádně vést dokumentaci všem zdravotnickým zařízením (nejen nestátním zdravotnickým zařízením, kterým to ukládal zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů), se současným vymezením pravidel pro její vedení, uchovávání, nakládání s ní a její likvidaci. Další novela těchto zákonů následovala v roce 2007 prostřednictvím zákona č. 111/2007 Sb. V den těchto změn byla vydána Ministerstvem zdravotnictví ČR vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (novela byla provedena formou vyhlášky č. 64/2007 Sb.) (9, 31, 38, 73, 76, 82, 85).

Obecně můžeme zdravotnickou dokumentaci vymežit jako soubor údajů konkrétního pacienta, obsahující zdravotní stav a postup zdravotnického zařízení při

poskytování zdravotní péče. Kromě povinného vedení zdravotnické dokumentace nacházíme v příslušné legislativě informace týkající se její formy, obsahu, způsobu zápisu a oprav, písemných souhlasů či odmítnutí jednak výkonů a jednak poskytování informací o zdravotním stavu, dále nahlížení do dokumentace, pořizování kopií a její uchovávání (9, 24).

Zdravotnickou dokumentaci vedeme v listinné nebo elektronické formě, která může mít textovou, grafickou nebo audiovizuální podobu. Pokud údaje převádíme z listinné do elektronické podoby, je potřebné listinný originál archivovat. Zápis v elektronické formě bez zaručeného elektronického podpisu je nutno vytisknout na papír s označeným datem a podpisem osoby, která zápis provedla (9, 24, 85).

Obsahem zdravotnické dokumentace rozumíme informace o onemocnění pacienta s dalšími významnými okolnostmi, jež souvisí s jeho zdravotním stavem a postupem poskytované péče. Důležitý je také formální požadavek dostatečné a jednoznačné identifikace samotných částí dokumentace, tedy každého listu, výsledku, snímku, křivky, žádanky a podobně. Souhrnně můžeme říci, že z obsahu dokumentace musí být patrná identifikace pacienta, identifikace zdravotnického zařízení a identifikace pracovníka, který do dokumentace zápis provedl (76, 85).

Informace o způsobu zápisu do dokumentace nalezneme v zákoně č. 260/2001 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Tato novela v § 67b, odstavci 4 uvádí, že každý zápis musí být veden průkazně, pravdivě, čitelně, označen datem a v neposlední řadě identifikací a podpisem zdravotnického pracovníka, který zápis provedl. Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů v § 1, odstavci 2, bodě f) uvádí, že dokumentace obsahuje také záznamy o ošetřovatelské péči, popis a průběh ošetřování a následné doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu. V § 5 najdeme informace k zápisu do dokumentace, které zdravotník provádí nejméně jedenkrát za 24 hodin, a při aktuální změně zdravotního stavu pacienta má povinnost provést doplnění záznamu o zdravotním stavu a provedené ošetřovatelské péči neprodleně po nastání této skutečnosti. Ke způsobu zápisu do dokumentace řadíme také opravu, neboť zákon pamatuje na možné

pochybení zdravotníka při provádění zápisu do dokumentace. V tomto případě se oprava provádí novým zápisem, který obsahuje den opravy, identifikaci a podpis zdravotníka, který opravu provedl. Chybný zápis musí zůstat po opravě čitelný, proto jej nijak nepřelepujeme či jinak nezamazáváme, ale pouze jednou čarou přeškrtneme (76, 85).

Nahlízet do dokumentace je nyní v novele zákona ošetřeno vyjmenováním osob, které mohou nahlízet do dokumentace v nezbytně nutném rozsahu při plnění konkrétních úkolů. Můžeme sem například zařadit nejen zdravotnické pracovníky poskytující zdravotní péči, ale např. revizní lékaře, lékaře ve státní správě šetřící stížnosti, lékaře úřadů práce a okresních úřadů, pracovníky orgánů ochrany veřejného zdraví, zaměstnance zdravotnických zařízení zajišťující zpracování dat, veřejného ochránce práv, zaměstnance Státního úřadu pro kontrolu léčiv a jiné. Novela zákona také upravuje přístup do zdravotnické dokumentace osobám, které dosud nejsou zdravotnickými pracovníky, ale na zdravotnické povolání se připravují. Současně s právem na nahlížení do dokumentace se ukládá povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozvěděli, a která byla již zakotvena v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Pacient má dále právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci, do které nahlíží za přítomnosti zdravotnického pracovníka, a na pořízení výpisů či kopií z této dokumentace. Dále má právo na určení osob, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, nebo naopak můžeme vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, a to nejen při příjmu do zdravotnického zařízení, ale i během doby hospitalizace. Osoby, které byly pacientem určeny ke sdělování informací o jeho zdravotním stavu, mohou také nahlízet do dokumentace, pořizovat výpisy, popřípadě kopie (9, 24, 31).

Samotná archivace zdravotnické dokumentace a její následné vyřazování – skartace, se provádí prostřednictvím skartačního řízení dle Skartačního řádu. Nejkratší uchovávání zdravotnické dokumentace je 5 let, pokud není Skartačním řádem určeno jinak, a označuje se skartačním znakem „S“. Dokumentace, která byla skartována před datem platnosti vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, nebyla skartována protiprávně, neboť

neplatil žádný předpis upravující její uchovávání a skartaci. Všechny neprovedené skartace do vydání vyhlášky se nyní řídí lhůtou skartace, která začíná běžet až od 1. ledna roku 2008, což značí, že nebude možné skartovat zdravotnickou dokumentaci dříve než 1.1.2013, neboť nejkratší skartační lhůta je pět let (10, 76).

V rámci výčtu všech těchto změn můžeme říci, že se novelizací zákona o péči o zdraví lidu z roku 2007 spolu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci přispělo k realizaci práv pacientů na informace o jejich zdravotním stavu, jak je uvedeno v požadavcích mezinárodních dokumentů, z kterých vyplývají závazky pro Českou republiku (31).

1.2.2.4 Přístrojová technika

Používání přístrojové techniky uvádí zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů. Účelem výše uvedeného zákona je zajistit poskytování zdravotní péče vhodnými, bezpečnými a účinnými zdravotnickými prostředky tak, aby nedošlo k poškození zdraví lidí. Přístrojovou techniku využíváme k různým účelům, mezi něž můžeme zařadit prevenci, diagnostiku, léčbu, monitorování pacientů aj., a proto je velmi důležité dodržovat hlavní zásady během manipulace s nimi. Je důležité si uvědomit, že technické vybavení zdravotnických zařízení napomáhá snižovat možná pochybení, ale pouze za předpokladu, že budou dodrženy požadavky spojené s jejich užíváním. Prvním požadavkem, než lze přístroj použít, je posouzení tzv. shody jeho vlastností se základními požadavky na zdravotnické prostředky s přihlédnutím k určitému účelu jeho použití. Byla-li u přístroje posouzena shoda a výsledkem bylo zjištění, že vyhovuje, je přístroj opatřen označením CE (toto značení je umístěno viditelně, čitelně a nesmazatelně na zdravotnickém přístroji i na návodu k použití), jehož viditelnost ani čitelnost nesmí být snížena jiným znakem, který lze umístit na přístroj. Dále musí po celou dobu jeho používání splňovat medicínské a technické požadavky a musí být pro svůj účel vhodný, což může být ověřeno dle druhu přístroje prostřednictvím klinického hodnocení (36, 83).

Podrobně vypracované informace o instalaci, používání, údržbě, servisu a evidenci používaných přístrojů najdeme v každém zdravotnickém zařízení. Obecně lze říci, že vytvořené postupy nám ukládají instalovat, udržovat a používat přístroje jen k určenému účelu a v souladu s provozními předpisy upravujícími bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Jejich používání je dovoleno jen osobám, které mají příslušné vzdělání a školení pro odborné používání těchto přístrojů, a to v souladu s návody k použití, které by měly být kdykoliv dostupné. Také různé servisní práce, jako je údržba, opakovaná kontrola, seřizování nebo oprava, musí být prováděny v souladu s pokyny výrobce, aby byla po celou dobu jejich použitelnosti zaručena funkčnost a bezpečnost, stejně tak jako při jejich čištění, dezinfekci a případné sterilizaci. Je samozřejmé, že po provedení jakýchkoliv servisních prací musí být přezkoušena bezpečnost a funkčnost těchto přístrojů a že poskytovatelé, tedy nemocnice a ambulance používající přístrojovou techniku, jsou povinni vést provozní knihy spolu s evidencí zdravotnických přístrojů. Každý zdravotník používající při svém výkonu povolání přístrojovou techniku by si měl být vědom, že přístroj nesmí používat, jestliže existuje podezření, že bezpečnost a zdraví pacientů i zdravotníků je ohroženo, také pokud uplynula doba jeho použitelnosti, jestliže má z hlediska své výroby nedostatky nebo nemá písemné prohlášení o shodě (83).

Dodržování vytvořených zásad a předpisů stanovených pro využívání přístrojové techniky během poskytování zdravotní péče umožňuje minimalizaci rizika vzniku pochybení a napomáhá ke zvýšení bezpečné ošetrovatelské péče.

1.2.3 Zapojení pacientů do bezpečné péče

Bezpečná ošetrovatelská péče je činnost, kterou rozvíjí jak samotná organizace za účelem ochrany pacienta od tzv. újmy na zdraví následkem selhání systému spolu s jednotlivci, kteří v organizaci pracují, tak pacient. Pacient hraje velmi důležitou roli v oblasti prevence některých pochybení, a proto je potřebné jej o možných rizicích informovat spolu s možnostmi, jak případným pochybením předcházet. Zajištění bezpečné péče s sebou přináší potřebu systematického informování pacientů a jejich blízkých, se kterou jde ruku v ruce spolupráce

a vytváření partnerského vztahu mezi pacienty, blízkými a zdravotníky, což vede ke vzájemné spolupráci a porozumění (55).

Je známo, že jinak posuzuje kvalitu poskytované péče zdravotnický pracovník a jinak se na tuto péči dívá samotný příjemce poskytované péče, tedy pacient. K tomuto pohledu slouží dotazník, který se týká spokojenosti pacientů s průběhem hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

Výzkum je prováděn podle metodiky, kterou připravilo spolu s ostatními zdravotnickými institucemi a řešitelem projektu Tomášem Raiterem Ministerstvo zdravotnictví České republiky, a je jediným relevantním výzkumem prováděným v České republice, který je srovnatelný s mezinárodními standardy. Cílem tohoto výzkumu je nejen podpora, ale také ustavičné zvyšování kvality zdravotní péče v České republice. Projekt je realizován tři roky a samotné měření je prováděno ve všech zařízeních podle stejných pravidel dle schváleného metodického postupu. Jako základní pravidla můžeme uvést: dotazování každého respondenta těsně před jeho propuštěním, možnost vyjádření se je poskytnuto každému pacientovi, je zaručena anonymita a vyplnění dotazníku je dobrovolné, provádí se jednotné zpracovávání informací. Jak uvádí ministryně zdravotnictví Dana Jurásková, třetí ročník projektu proběhl v listopadu a začátkem prosince loňského roku a zúčastnilo se jej více než 26 tisíc pacientů. Z výsledků jasně vyplynulo, že kvalita poskytované zdravotní péče dosahuje velmi dobrého standardu. Za velmi pozitivní považuje Markéta Hellerová, náměstkyně pro zdravotní péči, výrazné meziroční zlepšení ve spokojenosti pacientů především tam, kde byly při předchozím šetření se spokojeností problémy (28, 52).

Na webovém portálu Ministerstva zdravotnictví nacházíme tzv. Knihu bezpečí, která napomáhá pacientům v jejich zapojení se do bezpečné péče. Uvedená Kniha bezpečí seznamuje pacienty nejen s jejich právy, ale také se stává jakýmsi průvodcem zdravotnického systému od zrealizované péče v ambulancích, přes přijetí do nemocnice až po prevenci výskytu pochybení v oblasti poskytované péče (podání léků, příprava na operaci, nemocniční infekce) daným zdravotnickým zařízením během pacientovy hospitalizace (33).

O zapojení pacientů do bezpečné péče usiluje také Světová zdravotnická organizace, která v roce 2004 vyhlásila Světovou alianci pro bezpečí pacientů (World Alliance for Patient Safety), jejíž součástí je aktivní participace pacientů ve všech oblastech týkajících se zvyšování kvality a bezpečí ve zdravotnictví. V rámci Světové aliance byl vyhlášen program vedoucí různé patientské organizace k vytváření mezinárodní sítě, s cílem prosazovat bezpečí pacientů pod názvem „Pacienti pro bezpečí pacientů“. Začíná tak otevřený dialog mezi zdravotníky a pacienty na téma příčiny a možná prevence poškození pacientů, jehož základní myšlenkou je partnerství a vytváření preventivních strategií. V dubnu roku 2006 byla na summitu členských států EU schválena tzv. Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů (Luxembourg Declaration on Patient Safety). Tato deklarace obsahuje doporučení pro členské státy EU, zahrnující mimo jiné i body jako: umožnit pacientům úplný přístup k informacím, vybudovat národní fóra zabývající se problematikou bezpečí pacientů, zajistit, aby národní legislativa chránila soukromí pacientů, spolupracovat s pacienty a jejich blízkými s cílem informovat je o existenci pochybení při poskytování zdravotní péče aj. Následoval rok 2006 a vznik Londýnské deklarace bezpečí pacientů, jejíž vizí je partnerství a spolupráce ve všech snahách o prevenci pochybení ve zdravotnictví. Jako body uvádí společnou práci na navrhování a rozšiřování programů vedoucích k bezpečí pacientů, rozvoj diskuse na danou problematiku, vytváření systémů hlášení pochybení, tedy tzv. mimořádných událostí, a následné řešení včetně celosvětového rozšíření těchto opatření (7, 19, 33).

1.2.4 Zapojení zdravotnických pracovníků do bezpečné péče

Samotné zapojení zdravotníků do problematiky poskytování bezpečné péče můžeme spatřovat již v minulém století, kdy vznikala snaha standardizovat péči nejen prostřednictvím vytvářených standardů, prováděných auditů a akreditací zdravotnických zařízení, ale také prostřednictvím změn v legislativě a pomocí různých organizací zabývajících se touto problematikou.

Poslední velkou událostí je doporučení Rady EU z devátého června loňského roku, které se týkalo bezpečnosti pacientů. Jak uvedla Kalvachová, toto doporučení

vzniklo na základě neuspokojivých dat zjištěných ve zdravotnických zařízeních evropských zemí. V návaznosti na tento dokument připravilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012 a postupně zavádí systémová opatření, která vedou k zajištění vyšší bezpečnosti pacientů i kvalitě poskytované zdravotní péče. Jako jedno z opatření můžeme uvést vyhlášení Rezortních bezpečnostních cílů pro rok 2010, které jsou součástí tohoto akčního plánu, jenž byl schválen v březnu tohoto roku. Jak vysvětluje Dana Jurásková, ministryně zdravotnictví, rezortní bezpečnostní cíle se vyhláší formou doporučených postupů, které mají vést ke snížení rizik poškození pacientů i jiných osob při poskytování zdravotní péče. Slouží nejen jako doporučení pro zdravotnická zařízení, ale jsou závazné pro přímo řízené organizace ministerstvem zdravotnictví. Marek Šnajdr, první náměstek ministryně zdravotnictví, dodává, že součástí Akčního plánu je mimo jiné i vznik Pracovní skupiny pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče jako hlavního koordinačního, realizačního a iniciačního orgánu v České republice. A jaké jsou tedy bezpečnostní cíle, vyhlášené ministryní zdravotnictví Danou Juráskovou, pro rok 2010? Je to bezpečná identifikace pacientů, bezpečnost při používání rizikových léčiv, prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech, prevence pádů pacientů a zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (53, 62).

V předchozí kapitole jsme se zmínili o měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů. Výsledky tohoto měření nejsou jen informace, které by měly sloužit pouze občanům. Zjištěné údaje o kvalitě zdravotní péče jsou nepostradatelnou zpětnou vazbou pro samotné zdravotníky a zdravotnická zařízení, která péči poskytují, neboť na základě zjištěných výsledků mohou zaměřit své úsilí na oblasti, se kterými nejsou pacienti spokojeni, a efektivně zlepšovat kvalitu poskytovaných služeb (28).

Setkáváme se se zdravotníky, kteří se aktivně zapojují do bezpečné péče, a tuto aktivitu můžeme spatřovat nejen prostřednictvím článků v odborných časopisech na dané téma, ale také prováděním průzkumných šetření zaměřených

na bezpečnou péči a prevenci pochybení s následnou medializací jejich výsledků, setkáváme se s nabídkou konferencí, které jsou doprovázeny mezinárodní účastí, což přináší předávání si zkušeností z různých zemí. Také spatřujeme literaturu na toto téma, která je plnohodnotná a dostupná i v českém jazyce, což pomáhá řešit problematiku jazykové bariéry zdravotníků. Můžeme tedy tvrdit, že všechny aktivity vyvíjené v České republice vedou k bezpečné zdravotní péči. Uvědomujeme si, že zdravotní péče je vysoce rizikový obor, a proto vyžaduje účinné systémy, které musí být vytvářeny takovým způsobem, aby se zabránilo vzniku pochybení vedoucí k poškození pacientů. Víme, že se tyto systémy skládají nejen z osob zajišťujících péči, ale že také zahrnují vše, co může ovlivňovat výsledky zdravotní péče, např. řídicí orgány, nové zákony a nařízení, celostátní a mezinárodní směrnice, mezinárodní registry kvality a další (59).

Jak již bylo zmíněno, od října roku 2004 působí pod hlavičkou SZO iniciativa Světové aliance pro bezpečí pacientů, jejímž hlavním cílem je usnadnit rozvoj bezpečných postupů při poskytování zdravotní péče. V roce 2005 a 2006 uvedla Světová aliance deset oblastí podporujících bezpečnou péči a zaměřuje se na problémy, jako je např.: soustředění se na prevenci nozokomiálních nákaz, vybudování mezinárodní standardizace názvosloví, posunutí pacienta do středu zájmu – komunikace s pacientem, vybudování mezinárodní sítě odborníků pro šíření možných řešení bezpečnosti pacientů, sdílení zkušeností mezi jednotlivými zeměmi, podporování rozvoje systémů hlášení mimořádných událostí a další. České republice se daří tyto body více méně plnit, což dokazuje i teoretická část této diplomové práce (19, 33).

1.2.5 Systém hlášení mimořádných událostí

Podívejme se nejprve na definici, která nám říká, co je to vlastně tzv. „mimořádná událost“, jejíž termín se velmi často používá ve vyspělých zemích. V zákoně č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, nalezneme vymezení pojmu mimořádná událost jako „...škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které

ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací...“ (84, s 3461). Tato definice, přestože je spojená mimo jiné i s činností člověka a možnými následky, zcela neodpovídá systému, který je nastaven ve zdravotnických zařízeních. Bohužel žádnou další oficiálně schválenou definici v zákonech, vyhláškách či nařízeních vlády nenacházíme. Nicméně, pokud se podíváme na webové stránky ministerstva zdravotnictví, nacházíme vymezení mimořádné události, které pochází z USA (Institute of Medicine) a orientuje se na zdravotnická zařízení. Uvedený překlad v podstatě říká, že mimořádná událost je poškození pacienta způsobené činností personálu zdravotnického zařízení. Nejen personál však může způsobit mimořádnou událost. Je potřebné si uvědomit, že zdravotnické zařízení, aby mohlo poskytovat plnohodnotnou péči, je vybaveno přístrojovou technikou, která i přes veškerá servisní opatření může selhat. Znamená to tedy, že vytvoření definice mimořádné události, aby vyhovovala všem možným pochybením, není jednoduché a pravděpodobně bude ještě nějaký čas trvat, než se upřesní, co vše lze do mimořádné události zařadit. Tato nejednotnost s sebou přináší i svá negativa, mezi které můžeme uvést např. nejednotnost při statistickém zpracovávání, a tedy i jiné sdílení informací, dat a zkušeností (7, 61, 84).

Z hlediska příčin lze mimořádné události kategorizovat dle různých klasifikací, které se ale mezi státy i mezi poskytovateli zdravotní péče liší. Škrla ve své publikaci z roku 2005 uvádí dvě kategorie v rozdělení mimořádné události. První představuje klasifikování událostí do dvou skupin (vykonáváme špatnou věc a vykonáváme správnou věc, ale špatně) a druhá do skupin tří (téměř pochybení, nežádoucí událost bez následků a nežádoucí událost s následky). Následně, o tři roky později, se můžeme v jiné jeho knize dočíst o klasifikaci mimořádných událostí, kterou publikoval v USA Chang spolu s dalšími autory a která je rozdělena do pěti hlavních kategorií a deseti klasifikačních bodů. To opět potvrzuje nejednotnost mezi jednotlivými zeměmi, a tedy i mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče, neboť každá nemocnice si může vybrat kategorizační model dle svého uvážení (60, 61).

A jaké že může mít mimořádná událost důsledky? Můžeme vyjmenovat např. prodloužení doby hospitalizace nebo opětovnou hospitalizaci, prodloužení doby

zdravotní péče v domácím prostředí, nozokomiální infekci, nezvratné poškození či trvalé postižení člověka aj. Tyto a mnohé další nežádoucí události způsobují nejen utrpení, ale také je vynakládáno mnoho financí na jejich nápravu, které by mohly být využity efektivněji. Švédská společnost pro ošetřovatelství uvádí, že zdravotnický systém musí brát pochybení a rizika vážně. Ve svém článku Bezpečnost pacientů konstatuje, že jestliže budou pacienti a jejich rodiny bráni vážně, bude jim nasloucháno a nikdo se nebude pokoušet utajovat nebo bagatelizovat to, co se přihodilo, pak se sníží požadavky na získání kompenzací prostřednictvím ohlašování těchto případů (59).

Zdravotnická zařízení své úsilí zaměřila na předcházení opakování konkrétních chyb. Vytváří vnitřní předpisy, které zakazují postupy vedoucí k mimořádné události. Lidé však nechtějí dělat chyby schválně, a tak jen těžko lze řídit něco, co sám zdravotník nemůže ovládat. Je důležité si uvědomit, že za vzniklou mimořádnou událost odpovídá spousta faktorů (osobních, organizačních, situačních), které nakonec vedou k pochybení. Mimořádnou událost můžeme pro lepší představu přirovnat k poháru, který se plní kapkami vody. Tyto kapky, naplňující pohár, představují faktory, které mohou zvýšit riziko vzniku pochybení (únava, spěch, stres, přetíženost). Když je pohár plný po okraj, následující kapka způsobí, že pomyslný pohár přeteče a vzniká mimořádná událost. Zdravotnická zařízení si jsou vědoma důležitosti hlášení mimořádné události, neboť představují zpětnou vazbu, sloužící ke korektivním opatřením v systému, tedy kontinuálnímu napravování nedokonalých postupů (61).

Sledování a následné řešení mimořádných událostí s sebou nepřináší pouze jedno východisko nebo jen jednu volbu, která by vedla ke správnému řešení. Máme více možností, jak přispívat k minimalizaci těchto událostí, a proto bychom se měli snažit je co nejvíce a nejefektivněji využívat.

1.3 Negativa spojená s používanými prostředky pro udržení či zlepšení bezpečné péče

Všichni přemýšlíme nad preventivními kroky, které podporují bezpečnou ošetrovatelskou péči, nicméně je potřebné si uvědomit, že vše má svůj rub a líc, tzn. že všechny činnosti mají svá pozitiva i negativa.

Mezi významné události, vedoucí k zajištění bezpečí pacientů, můžeme zařadit mezinárodní aktivity. Tyto aktivity ukazují snahu o vzájemné spolupráci mezi jednotlivými zeměmi, avšak každá země není na stejné úrovni vyspělosti a navíc je ovlivněna ekonomickými událostmi ve světě. Také jazyková bariéra a moderní technika jsou pro mnohé lidi oříškem, obzvláště pro starší populaci, a bohužel ne každý člověk je inteligenčně nadaný do té míry, aby danou problematiku pochopil, např. lidé v ústavech.

Podívejme se na legislativní zakotvení bezpečné péče v České republice. Nyní mají sestry vysokoškolské vzdělání a v roce 2004 se jim navýšily kompetence prostřednictvím vyhlášky č. 424/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanovily činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tyto kompetence jsou sestrami překračovány, což dokazují výsledky projektu interní grantové agentury ministerstva zdravotnictví, uskutečněného v roce 2004-2006. Projekt, jehož hlavním řešitelem byla Bártlová, odhalil, že více než jedna třetina sester je pověřována ze strany lékaře odbornými úkoly, které nespadají do její kompetence. Následně v roce 2007 zveřejnily Havelková a Mikulková výsledky šetření, uskutečněné na podzim předešlého roku v NCO NZO v Brně, ve kterých sestry studující specializační vzdělávání přiznávají vykonávání odborných úkolů nespadajících do jejich kompetencí, a to ze tří čtvrtin. Z uvedených výsledků vyplývá, že sestra překračuje své kompetence, a tak ohrožuje bezpečí pacienta (1, 17, 78).

Nejen kompetence sester patří do legislativy naší země. Sestra poskytovanou péči zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Jak s dokumentací zacházet nám určuje zákon č. 111/2007 Sb., o péči o zdraví lidu, spolu s vyhláškou č. 64/2007 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Kvalita vedení ošetrovatelské dokumentace má své

nedostatky, na něž upozornila Kilíková a mezi které patří: neuvedení všech požadovaných údajů, zápis o poskytnuté péči smazatelným perem, používání nestandardních zkratk, škrtnání v dokumentaci bez identifikace sestry, která změnu provedla aj. Sestry si tedy stále neuvědomují náležitost vedení ošetrovatelské dokumentace, napomáhající zabezpečit kvalitu a kontinuitu ošetrovatelské péče (23, 73, 82).

Svá negativa s sebou přináší také přístrojová technika požívaná jako prostředek pro zvýšení bezpečnosti poskytované péče. Jak nakládat s moderními přístroji nám vymezuje zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, kde je stanoveno, jak předcházet nežádoucím příhodám při používání přístrojové techniky spolu s opatřeními zajišťujícími bezpečnost zdravotnických prostředků a jak postupovat v případě jejich vzniku. Jak je patrné, samotný zákonodárce přiznává, že může nastat selhání a že ani používání přístrojů nemusí zabránit pochybení, neboť i přístrojová technika může přestat fungovat (83).

Opusťme legislativu a podívejme se na pochybení, ke kterým přispívají sami pacienti. Uvedeme zde příklad, se kterým se setkáváme např. na ambulancích. Pacient zapomene tzv. kartičku pojišťovny a na dotaz sestry uvede své jméno a příjmení. Bohužel pokud jsou v evidenci pacienti stejného jména a někdy i roku narození, může dojít k záměně zdravotní karty a pak i k riziku pochybení, pokud se na tuto záměnu nepřijde včas. Můžeme nabídnout jiný příklad. Pokud se u pacienta zjistí alergie např. na léčivo či dezinfekční přípravky, je informován o tom, aby tuto alergii vždy nahlásil. Bohužel někteří pacienti na to úplně zapomenou a nebo ví, že jsou na něco alergičtí, ale nemohou si vzpomenout. To bohužel může vést ze strany zdravotníka k podání takového léku či použití nevhodné dezinfekce, jehož následkem je opětovné vyvolání alergie s následným zhoršením zdravotního stavu.

Nicméně ani zdravotnický personál není bez viny. Podívejme se zrovna na výše zmíněnou alergii. Přestože ji pacient nahlásí a my ji máme zaznamenanou v jeho dokumentaci, lékař ji při předepisování léku přehlédne, následně sestra případný výskyt alergie opětovně před podáním léku nezkontroluje a jde lék aplikovat. Přehlédnutí alergie spolu s dalšími pochybeními, ke kterým dochází při

poskytování ošetrovatelské péče, identifikoval v roce 2001 odborný tým Practice Breakdown Advisory Panel. Neuvádí zde jenom medikační chyby, jako je nesprávná dávka léků či záměna léku, ale také nesprávné rozhodování, chyby v ošetrovatelské dokumentaci, nedostatečná preventivní opatření, nedostatek pozornosti k měnícímu se klinickému stavu pacienta a další. Je tedy důležité věnovat pozornost práci, kterou vykonáváme, a nedělat úkoly bezmyslenkovitě. Ano, víme, člověk dělá ve svém životě spousty automatických věcí, to však může vést k pochybení. Uvedeme zde několik příkladů ze života. Byli jsme si vždy jisti, že po odchodu z domu nebo od auta jsme tento objekt zamkli? Nebo jsme vše, co souvisí s elektrikou či plynem vypli (žehličku, sporák, světlo)? Či snad pokud vaříme, se nám nikdy nepodařilo nic připálit? V případě, že se zaměříme na poslední léta spojená s vymožeností být dostupný vždy a všude prostřednictvím mobilního telefonu, nekontrolovali jsme po zabouchnutí domovních dveří, jestli jsme si jej nezapomněli vzít s sebou, případně jsme jej opravdu zapomněli? V tomto výčtu se určitě každý z nás najde, proto je důležité, abychom si všichni uvědomili, že jsme především lidské bytosti a jako takové máme potenciál pro pochybení – nikdy nebudeme naprosto perfektní (16, 61).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zjistit, jaké prostředky jsou využívány pro zachování úrovně bezpečné ošetrovatelské péče u všeobecných sester studujících specializační vzdělávání.

2.2 Hypotézy

H 1: Všeobecné sestry mají znalosti v oblasti mezinárodních úmluv a doporučení, která jsou zaměřena na bezpečnost klientů.

H 2: Všeobecné sestry v práci dodržují legislativu vymezující jejich pracovní činnost.

H 3: Všeobecné sestry v plné míře využívají výstupy auditů vztahujících se k bezpečné ošetrovatelské péči.

H 4: Všeobecné sestry v jednotlivých zdravotnických zařízeních v České republice používají jednotnou terminologii pro vymezení bezpečné ošetrovatelské péče.

H 5: Systém hlášení o „mimořádných událostech“ v České republice je všeobecnými sestrami využíván.

H 6: Všeobecné sestry využívají preventivních postupů jako prostředků zabraňujících vzniku mimořádných událostí.

3 Metodika

3.1 Použité metody

Ke zpracování empirické části diplomové práce a sběru dat, zaměřených na problematiku bezpečné ošetrovatelské péče, jsme využili kvantitativní šetření výzkumu – technikou dotazníku. Dotazník byl určen všeobecným sestřám studujícím specializační vzdělávání a jeho anonymita měla odstranit případné obavy z následků pro respondenty po jeho vyplnění.

Dotazník je sestaven ze 32 otázek (Příloha 2) a skládal se ze 4 otázek otevřených, ve kterých se po respondentech vyžadovala vlastní odpověď. Uzavřených otázek bylo v dotazníku 21, kde si respondenti vybírali vhodnou odpověď nebo mohli zvolit více odpovědí. Polouzavřených otázek bylo 7, kde mohli respondenti volit nejen z navrhovaných možností či mohli zvolit více odpovědí u jedné otázky, ale také měli vždy možnost vepsat vlastní odpověď. Prvních 6 otázek sloužilo k rozšíření charakteristiky zkoumaného souboru, následující otázky 7 - 32 sloužily k samotnému šetření. Otázky číslo 7 - 10 byly zaměřeny na znalosti z řad mezinárodních úmluv a doporučení zaměřených na bezpečnost klientů. Zdali sestry ve své práci dodržují legislativu vymezující jejich pracovní činnosti pojednávaly otázky číslo 11 - 14. Otázky číslo 15 - 18 se zabývaly problematikou využívání výstupů auditů vztahujících se k bezpečné ošetrovatelské péči. Na používání jednotné terminologie byly zaměřeny otázky číslo 19 - 22. Zdali je sestrami využíván systém hlášení o „mimořádných událostech“ se dotazovaly otázky 23 - 27. Poslední soubor otázek číslo 28 - 32 byl zaměřen na využívání preventivních postupů jako prostředků zabráňujících vzniku mimořádných událostí.

3.2 Statistická analýza

Statistická analýza dat byla provedena v programu SPSS. Data byla zpracována pomocí třídění prvního stupně. Kromě tabulek jsou prezentovány i grafy, které byly vytvořeny v programu Microsoft Office Excel. Následovalo třídění dat druhého stupně formou kontingenčních tabulek. Další třídění již nebylo provedeno.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

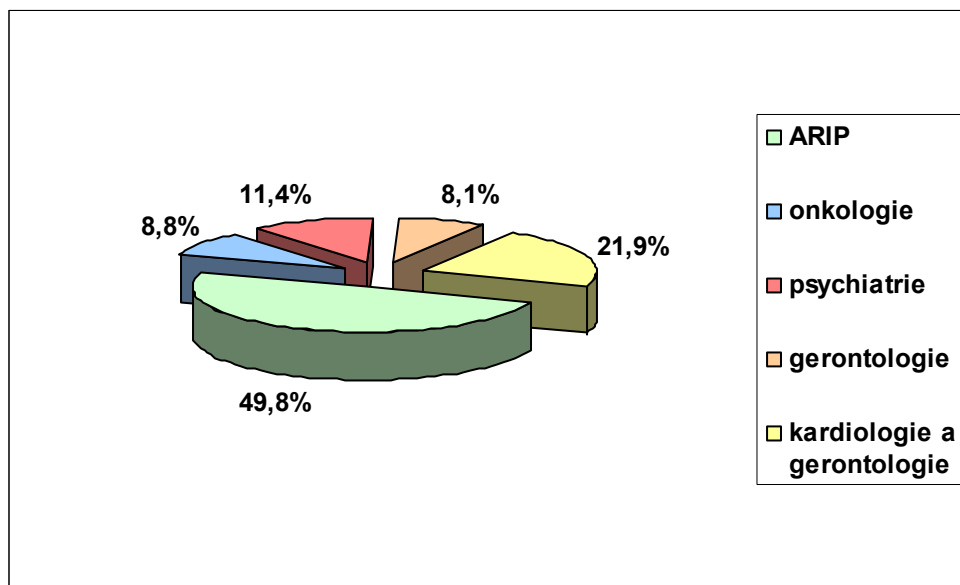
Výzkumný vzorek tvořily sestry z celé České republiky, studující v měsíci únoru roku 2010 specializační vzdělávání v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. V době šetření sestry studovaly specializační vzdělávání v oboru „onkologie“, „gerontologie“, „kardiologie“, „psychiatrie“ a v oboru „anestésie, resuscitace a intenzivní péče“ (dále jen ARIP).

V průběhu měsíce prosince roku 2009 byl proveden předvýzkum, kdy byla na 35 respondentech vyzkoušena srozumitelnost a náročnost otázek, po kterém následovala změna v otázkách číslo 6, 20 a 26. Samotné šetření proběhlo v únoru roku 2010, kdy bylo sestrám rozdáno 366 dotazníků. Z celkového počtu dotazníků se vrátilo vyplněných 342 (93,4 %). Žádný dotazník se nevrátil prázdný. Pro neúplnost dat byla potřeba vyřadit 58 dotazníků. Pro vyhodnocení bylo využito 283 (77,3 %) dotazníků.

Výzkumný vzorek byl tvořen 283 respondenty (100%), jejichž jednotlivé zastoupení v oblasti specializačního vzdělávání uvádí kapitola 4 Výsledky, graf 1.

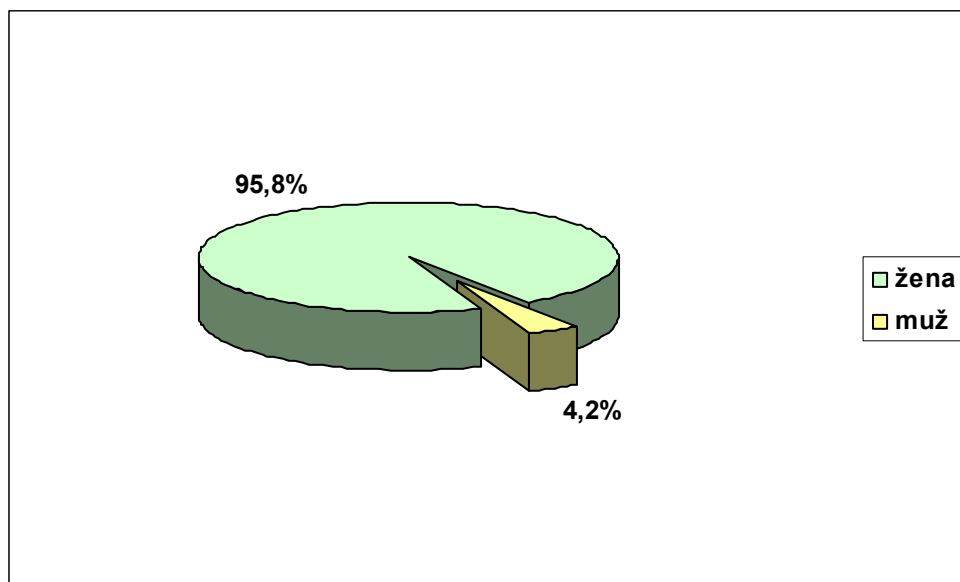
4 Výsledky

Graf 1 Zastoupení oborů specializačního vzdělávání ve vzorku



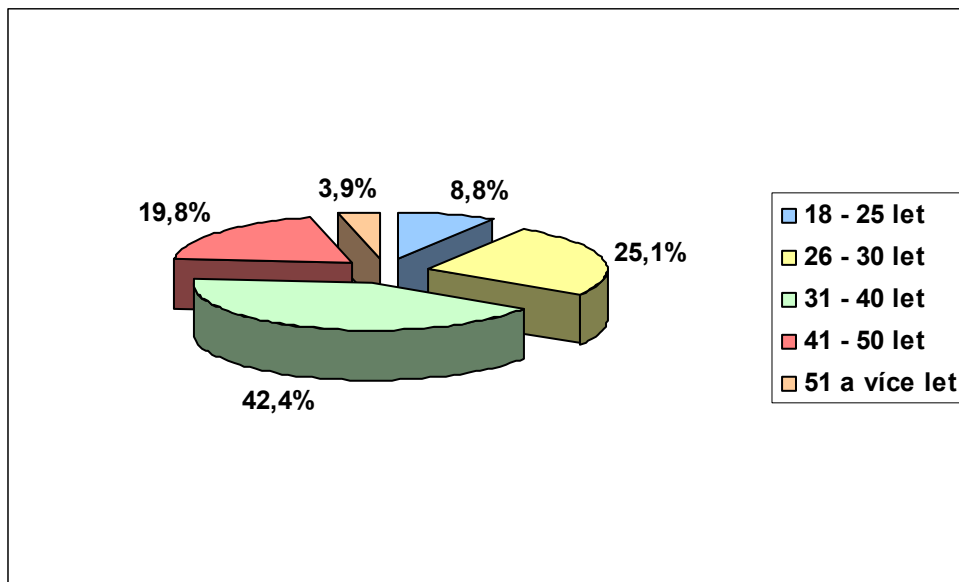
V grafu 1 je znázorněno zastoupení oborů specializačního vzdělávání, které bylo následující: nejvíce respondentů 141 (49,8 %) tvořil obor „ARIP“, následoval obor „psychiatrie“ se 32 (11,4 %) respondenty, obor „onkologie“ s 25 (8,8 %) respondenty a obor „gerontologie“ s 23 (8,1 %) respondenty. Dva obory z oblasti „kardiologie“ a „gerontologie“ s 62 (21,9 %) respondenty byly v základním modulu spojeny.

Graf 2 Pohlaví respondentů



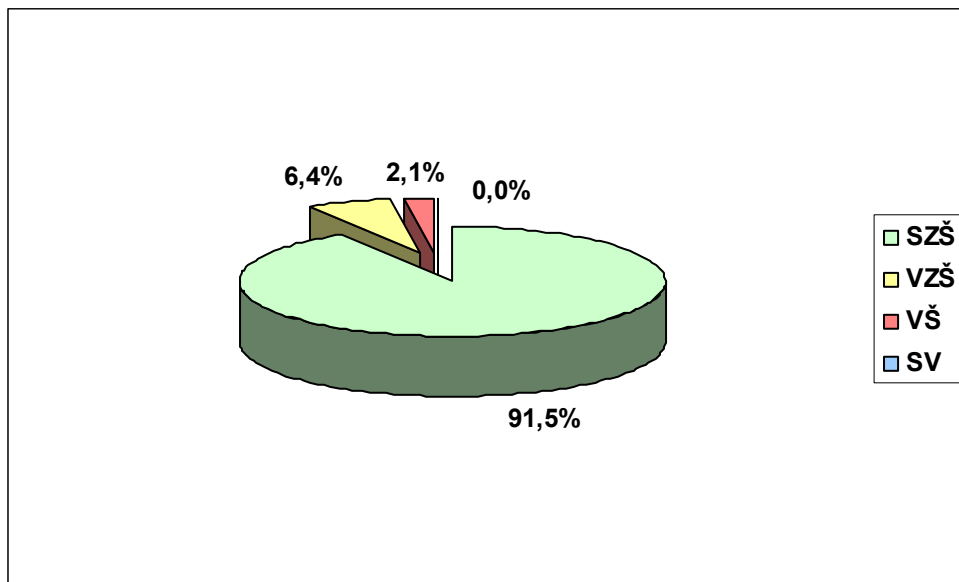
Z celkového počtu 283 (100 %) respondentů, kteří tvořili výzkumný soubor, vyplnilo dotazník 271 žen (95,8 %) a 12 mužů (4,2 %).

Graf 3 Věk respondentů



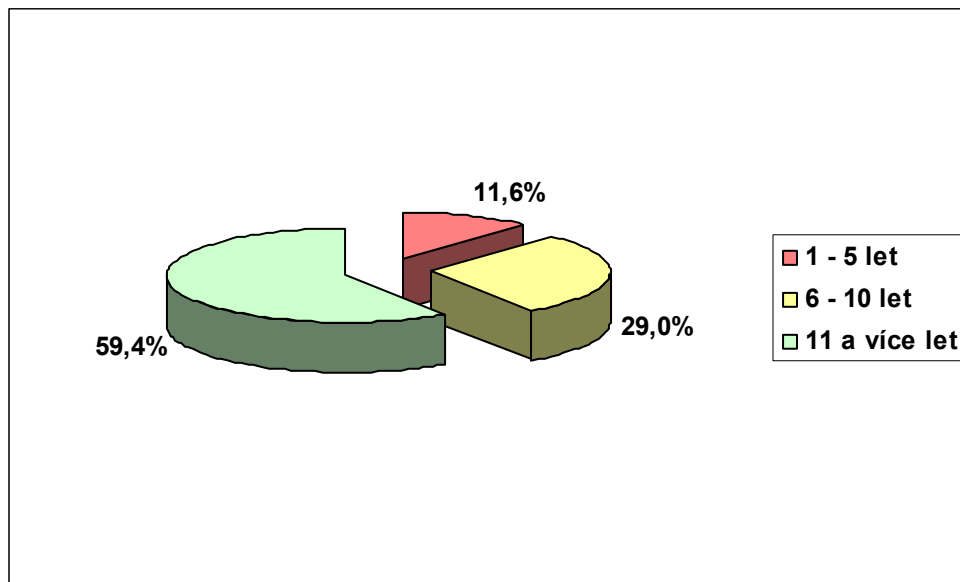
Věkové rozmezí 31-40 let uvádí 120 (42,4 %) respondentů, 26-30 let tvořilo 71 (25,1 %) respondentů, 41-50 let uvedlo 56 (19,8 %) respondentů, 18-25 let má 25 (8,8 %) respondentů a 51 a více let bylo uvedeno u 11 (3,9 %) respondentů.

Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



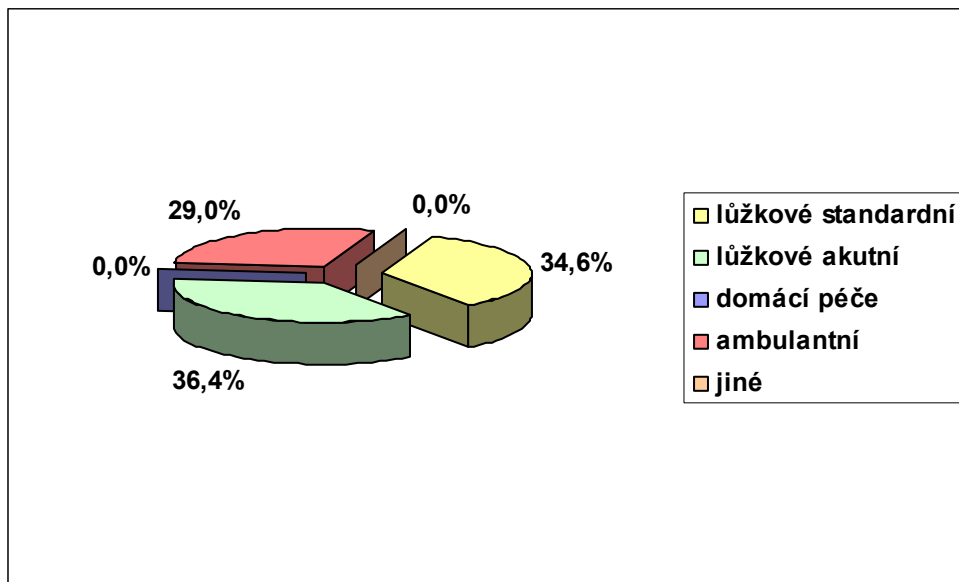
Graf 4 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů našeho empirického šetření. Středoškolské vzdělání uvedlo 259 (91,5 %) dotazovaných respondentů, vyšší odborné vzdělání 18 (6,4 %) respondentů a vysokoškolské vzdělání 6 (2,1 %) respondentů. Nabízenou možnost „specializační vzdělávání“ nevyužil žádný z respondentů. Z tabulky je patrné, že nejpočetnější skupinu tvořili respondenti se středoškolským vzděláním a nejmenší skupinu tvořili respondenti s vysokoškolským vzděláním.

Graf 5 Délka praxe sester



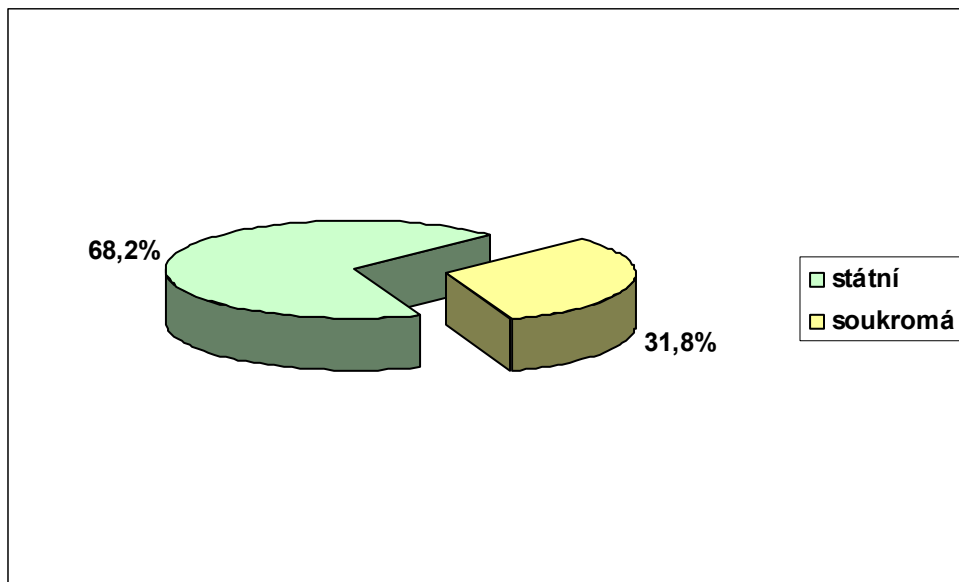
Z uvedeného grafu 5 vyplývá, že 33 (11,6 %) respondentů má praxi 1-5 let, 82 (29,0 %) respondentů má praxi 6-10 let a 168 (59,4 %) respondentů má praxi 11 a více let. Z tabulky je prokazatelné, že nejvíce jsou zastoupeny sestry s dlouholetou zkušeností, neboť jejich délka praxe je 11 a více let.

Graf 6 Pracoviště respondentů



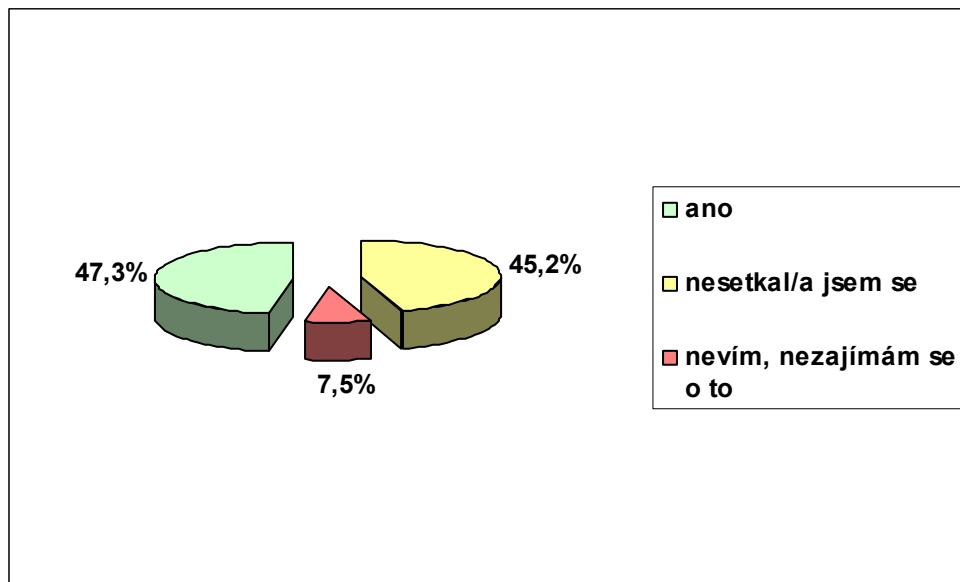
V grafu 6 je znázorněno zastoupení typů pracovišť, které bylo následující: lůžkové akutní 103 (36,4 %) respondentů, lůžkové standardní 98 (34,6 %) respondentů a ambulantní 82 (29,0 %) respondentů. Další nabízené možnosti „domácí péče“ a možnost „jiné“ nevyužil žádný z respondentů. Z tabulky je patrné rovnoměrné zastoupení lůžkového akutního, lůžkového standardního a ambulantního pracoviště.

Graf 7 Typ nemocnice



Při zjišťování, na jakém typu pracoviště sestry pracují, prezentovalo státní zařízení 193 (68,2%) respondentů a soukromé zařízení 90 (31,8 %) respondentů. Z grafu 7 je patrné, že nadpoloviční většina dotazovaných respondentů pracuje ve státních institucích.

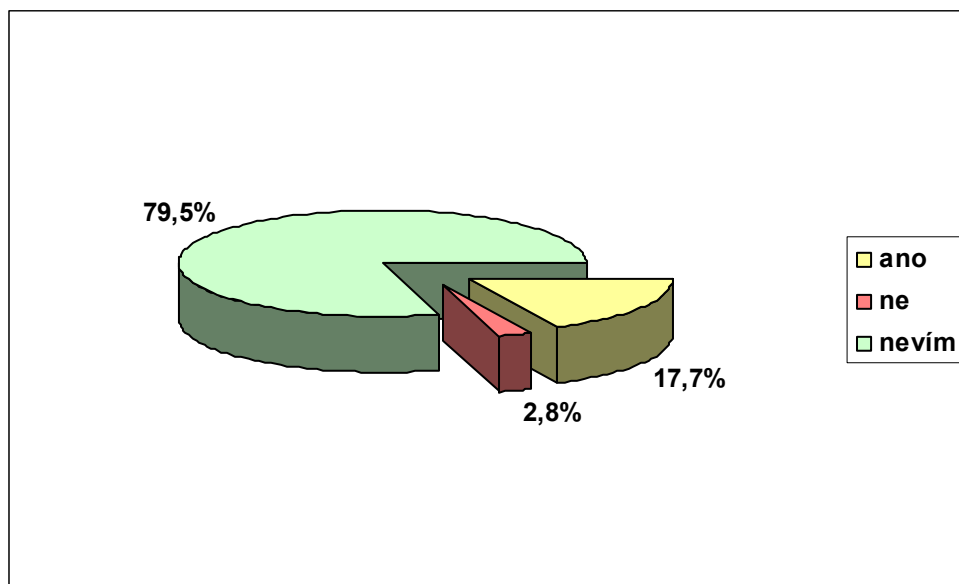
Graf 8 Existence doporučení zaměřených na bezpečnost klientů mezi státy EU



Graf 8 poukazuje na to, zda-li se respondenti setkali s nějakými doporučeními mezi členskými státy EU, jež by byly zaměřeny na bezpečnost klientů. Kladnou odpověď zvolilo 134 (47,3%) dotazovaných respondentů, zápornou 128 (45,2 %) respondentů a neví, nezajímá se o to 21 (7,5 %) respondentů.

Na tuto otázku navazovala otevřená otázka číslo 8, která rozvíjí odpověď „ano“ z výše uvedeného grafu s prosbou o uvedení nějakého příkladu tohoto doporučení. Celý název některého z doporučení napsalo 27 respondentů, obsah doporučení 58 respondentů a otázku nevyplnilo 49 respondentů – někteří respondenti k nevyplněné otázce připsali, že vědí o existenci doporučení, ale nemohou si vzpomenout.

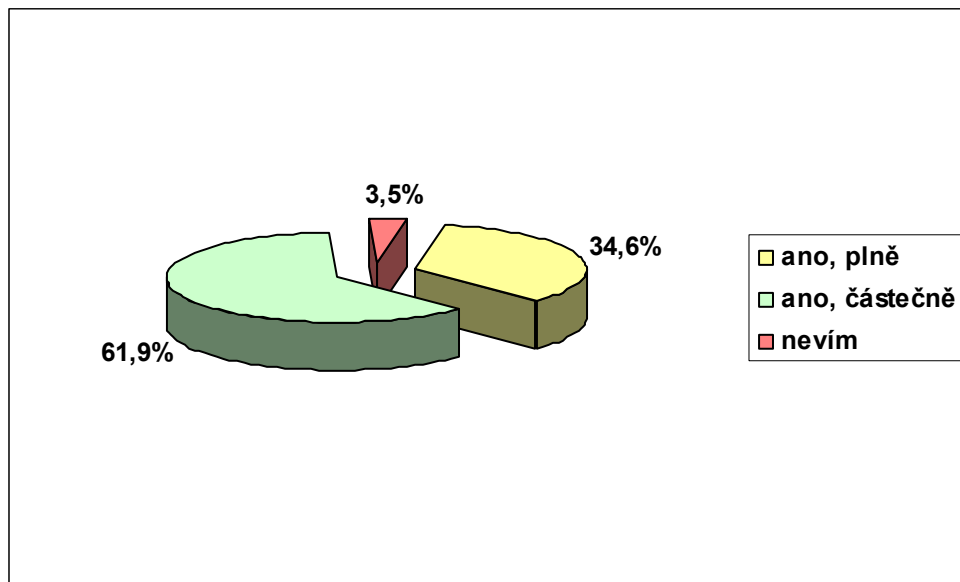
Graf 9 Existence mezinárodních doporučení zaměřených na bezpečnost klientů



Z uvedeného grafu 9 vyplývá, že 50 (17,7 %) respondentů se setkala s celosvětovým doporučením zaměřeným na bezpečnost klientů, 8 (2,8 %) respondentů se s žádnými doporučeními neseťkalo a 225 (79,5 %) respondentů neví, zda-li se setkali či nikoli.

Po této otázce následovala otevřená otázka číslo 10, která rozvíjí odpověď „ano“ z uvedeného grafu 9 a znázorňuje příklady nadnárodních doporučení zaměřených na bezpečnost klientů, tj. i mimo členské státy EU. V této otázce uvedli 4 respondenti Světovou zdravotnickou organizaci (dále jen WHO), obsah doporučení uvedlo 18 respondentů a otázku nevyplnilo 28 respondentů – někteří respondenti k nevyplněné otázce uvedli, že vědí o existenci doporučení, ale nemohou si vzpomenout.

Graf 10 Schopnost sestry vyjmenovat činnosti, ke kterým má oprávnění



Na otázku číslo 11, zda je respondent schopen vyjmenovat činnosti, ke kterým má oprávnění, odpovědělo ano, plně 98 (34,6 %) respondentů, ano, částečně 175 (61,9%) dotazovaných respondentů a neví 10 (3,5 %) respondentů.

Tabulka 1 Vyjmenování ošetrovatelských činností ve vztahu k délce praxe

			Vyjmenování ošetrovatelských činností			Celkem
			ano	částečně	nevím	
délka praxe	1-5 let	Počet	7	26	0	33
		%	21,2%	78,8%	0,0%	100,0%
	6-10 let	Počet	26	53	3	82
		%	31,7%	64,6%	3,7%	100,0%
	11 a více let	Počet	65	96	7	168
		%	38,7%	57,1%	4,2%	100,0%
Celkem	Počet	98	175	10	283	
	%	34,6%	61,9%	3,5%	100,0%	

Respondenti s délkou praxe 1-5 let dokáží vyjmenovat ošetrovatelské činnosti ve 21,2 % a částečně v 78,8 %. Možnost neví nevyužil žádný respondent.

Respondenti s délkou praxe 6-10 let dokáží vyjmenovat ošetrovatelské činnosti ve 31,7 %, částečně v 64,6 % a neví v 3,7 %.

Respondenti s délkou praxe 11 a více let dokáží vyjmenovat ošetrovatelské činnosti ve 38,7 %, částečně v 57,1 % a neví ve 4,2 %.

Z uvedených výsledků vyplývá, že respondenti s dlouholetou praxí dokáží plně vyjmenovat své činnosti více než z jedné třetiny (38 %), kdežto respondenti s krátkodobou praxí (1-5 let) pouze z jedné pětiny (21,2 %).

Tabulka 2 Vyjmenování ošetrovatelských činností ve vztahu k typu pracoviště

			Vyjmenování ošetrovatelských činností			Celkem
			ano	částečně	nevím	
typ pracoviště	lůžkové akutní	Počet	38	62	3	103
		%	36,9%	60,2%	2,9%	100,0%
	lůžkové standardní	Počet	31	64	3	98
		%	31,6%	65,3%	3,1%	100,0%
	ambulantní	Počet	29	49	4	82
		%	35,4%	59,8%	4,9%	100,0%
Celkem		Počet	98	175	10	283
		%	34,6%	61,9%	3,5%	100,0%

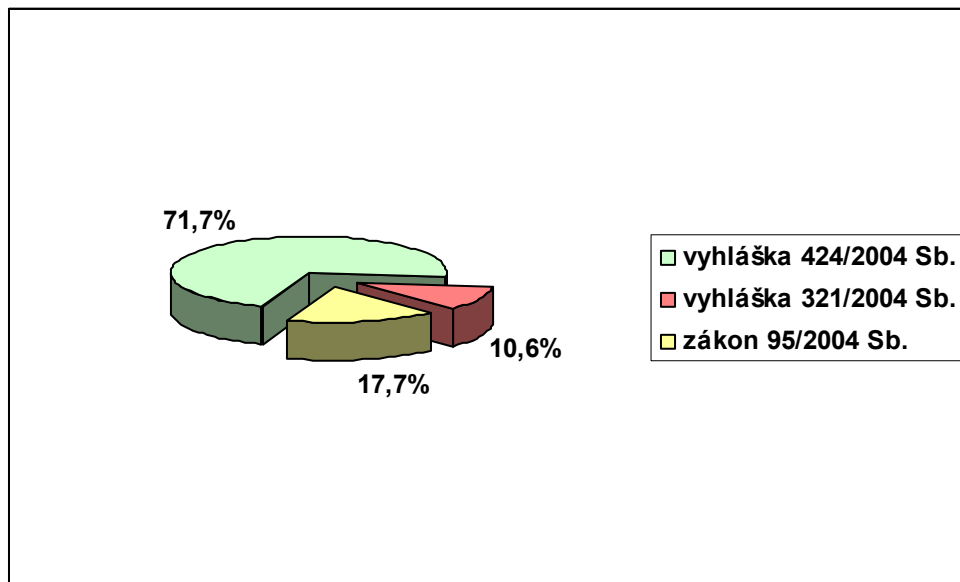
Respondenti pracující na akutních lůžkách dokáží vyjmenovat ošetrovatelské činnosti ve 36,9 %, částečně v 60,2 % a neví ve 2,9 %.

Respondenti pracující na standardních lůžkách dokáží vyjmenovat ošetrovatelské činnosti ve 31,6 %, částečně v 65,3 % a neví 3,1 %.

Respondenti pracující na ambulancích dokáží vyjmenovat ošetrovatelské činnosti ve 35,4 %, částečně v 59,8 % a neví 4,9 %.

Z uvedených výsledků vyplývá, že respondenti pracující na lůžkovém oddělení, ať již akutním (36,9 %) nebo standardním (31,6 %), a na ambulancích (35,4 %) se lišili ve schopnosti vyjmenování ošetrovatelských činností pouze nepatrně.

Graf 11 Zákonná norma vymezující činnosti sester



Jako zákonnou normu vymezující činnosti sestry uvádí 203 (71,1 %) respondentů správně vyhlášku 424/2004 Sb., následovalo nesprávné uvedení vyhlášky 321/2004 Sb. uvedené 30 (10,6 %) respondenty a zákona 95/2004 Sb. uvedené 50 (17,7 %) respondenty.

Tabulka 3 Vyjmenování ošetrovatelských činností ve vztahu k zákonným normám

		Zákonná norma			Celkem
		vyhláška 424/2004 Sb.	vyhláška 321/2004 Sb.	zákon 95/2004 Sb.	
Vyjmenování ošetrovatelských činností	ano, plně	69,4%	8,2%	22,4%	100,0%
	ano, částečně	73,7%	10,3%	16,0%	100,0%
	nevím	60,0%	40,0%	0,0%	100,0%
Celkem		71,7%	10,6%	17,7%	100,0%

Tabulka 3 zobrazuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí na schopnost respondentů vyjmenovat ošetrovatelské činnosti, které spadají do kompetence sester (graf 10), ve spojení s označením zákonné normy vymezující činnosti sester.

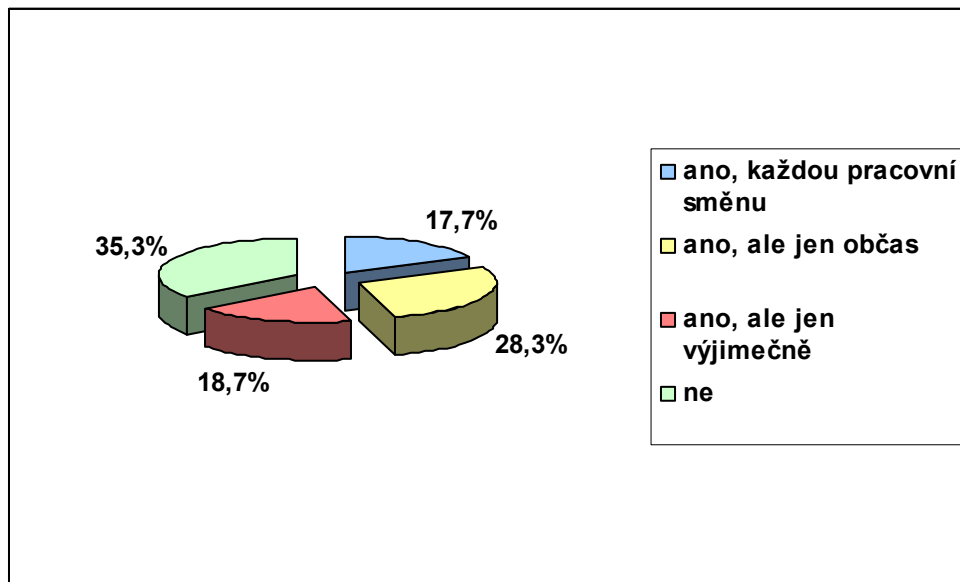
Respondenti, kteří uvedli, že dokáží plně vyjmenovat své činnosti označili v 69,4 % správně vyhlášku 424/2004 Sb., v 8,2 % nesprávně vyhlášku 321/2004 Sb. a ve 22,4 % nesprávně zákon 95/2004 Sb.

Respondenti, kteří uvedli, že dokáží částečně vyjmenovat své činnosti označili v 73,3 % správně vyhlášku 424/2004 Sb., v 10,3 % nesprávně vyhlášku 321/2004 Sb. a v 16,0 % nesprávně zákon 95/2004 Sb.

Respondenti, kteří uvedli, že neví, jestli dokáží vyjmenovat své činnosti označili v 60,0 % správně vyhlášku 424/2004 Sb., ve 40,0 % nesprávně vyhlášku 321/2004 Sb. Nabízenou možnost „zákon 95/2004 Sb.“ nevyužil žádný z respondentů.

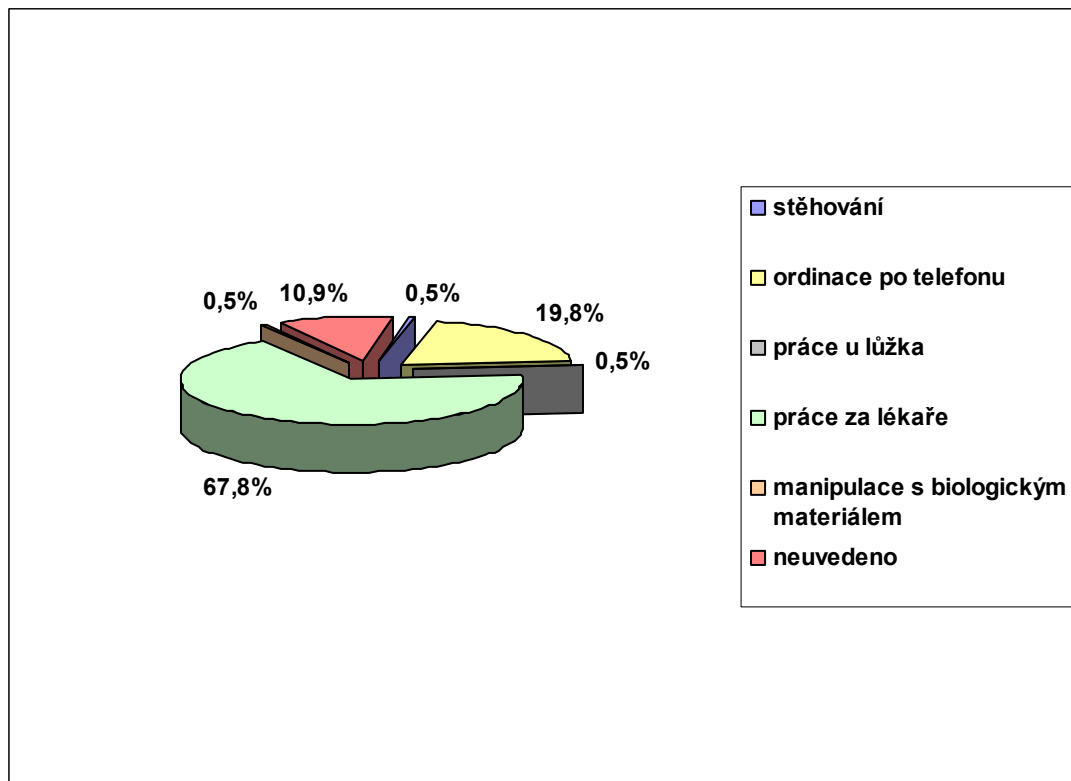
Z uvedených výsledků vyplývá, že respondenti, kteří plně předpokládají svoji znalost z oblasti vyjmenování ošetrovatelských činností, správně uvádí zákonnou normu, kde jsou činnosti všeobecných sester popsány, pouze ve dvou třetinách (69,4 %).

Graf 12 Provádění činností, ke kterým není sestra dle respondenta oprávněna



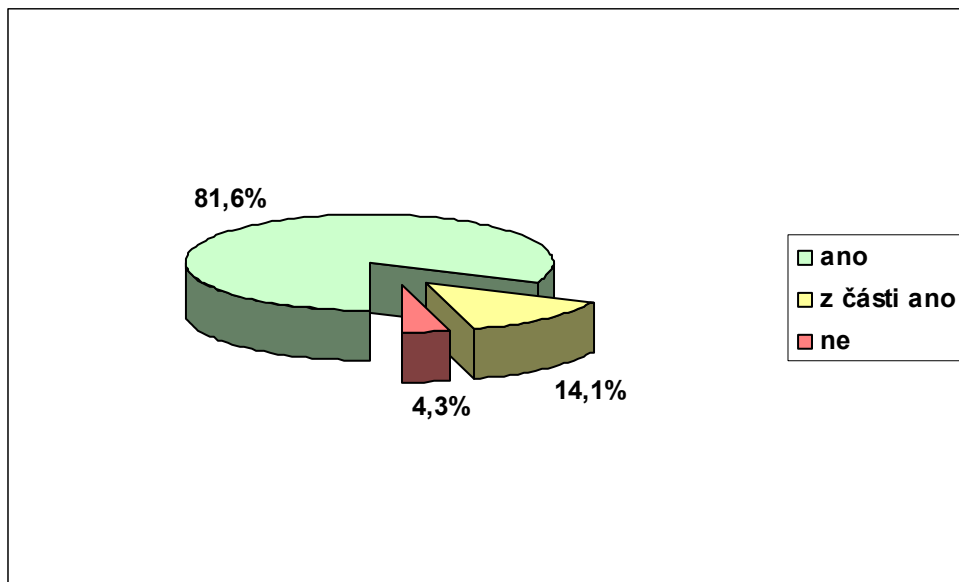
Vědomé provádění činností, ke kterým sestra není kompetentní, uvedlo při každé směně 50 (17,7 %) respondentů, občas 80 (28,3 %) respondentů a výjimečně 53 (18,7 %) respondentů. Činnosti, ke kterým není sestra oprávněná, neprovádí 100 (35,3 %) respondentů. Z uvedeného grafu číslo 12 vyplývá, že téměř dvě třetiny respondentů (64,7 %) přiznává, že bývá pověřeno odbornými úkoly a provádí činnosti, kterým neodpovídá jejich kvalifikace.

Graf 13 Činnosti, ke kterým sestra není oprávněna



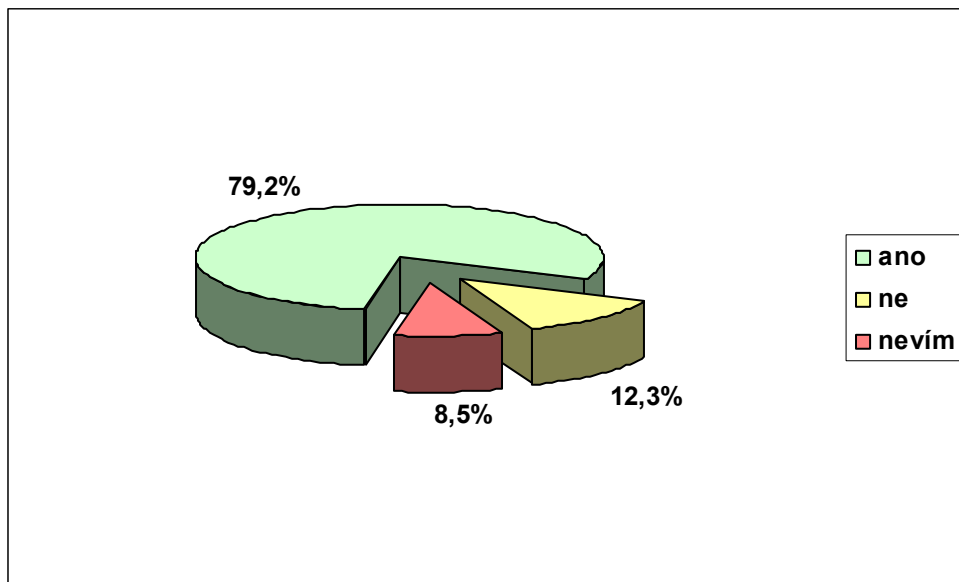
Graf 13 rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 12 a znázorňuje četnost odpovědí 183 (100 %) respondentů na typ činností, které sestry vykonávají a nejsou k nim oprávněny. Plnění ordinací po telefonu uvedlo 36 (19,8 %) respondentů, práce za lékaře uvedlo 124 (67,8 %) respondentů, manipulaci s biologickým materiálem uvedl 1 (0,5 %) respondent, práci u lůžka 1 (0,5 %) respondent a stěhování 1 respondent, žádnou činnost neuvedlo 20 (10,9 %) respondentů.

Graf 14 Přítomnost ústavních standardů



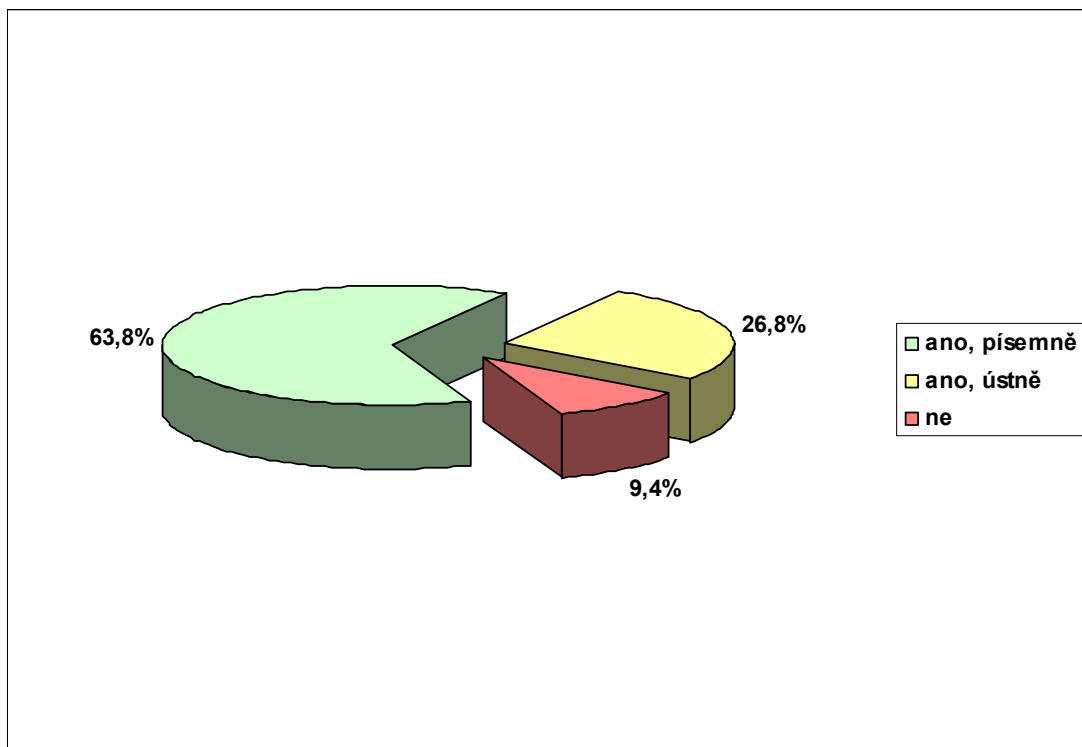
Na otázku 15, zda mají respondenti na pracovišti vytvořeny ústavní standardy, odpovědělo ano 231 (81,6 %) respondentů, z části ano 40 (14,1 %) respondentů a ne 12 (4,3 %) respondentů.

Graf 15 Realizace auditů na pracovišti



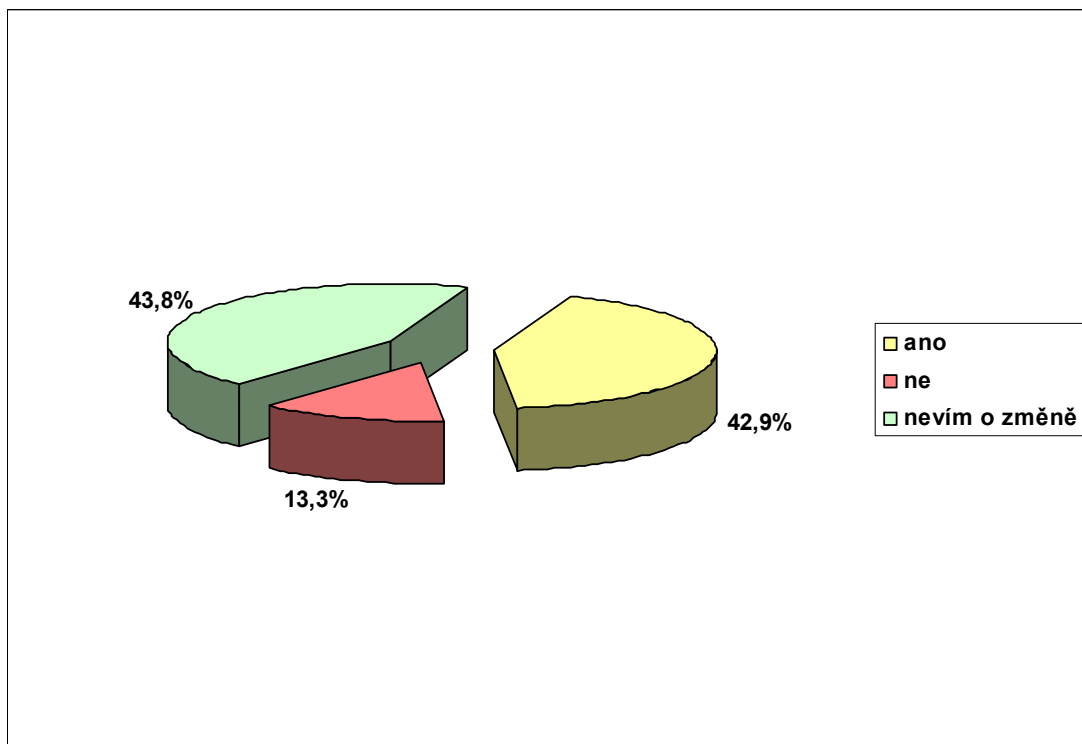
Graf 15 rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 14 a znázorňuje četnost odpovědí 271 (100 %) respondentů k realizaci auditů na jejich pracovišti. Kladně odpovědělo 224 (79,2 %) respondentů, záporně 35 (12,3 %) respondentů a neví 24 (8,5 %) respondentů.

Graf 16 Získávání zpětné vazby o výstupu auditů



Graf 16 rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 15 a znázorňuje četnost odpovědí 224 (100 %) respondentů k získávání zpětné vazby z výstupu auditů. Písemně získává informace 143 (63,8 %) respondentů, ústně 60 (26,8 %) respondentů a informace nezískává 21 (9,4 %) respondentů.

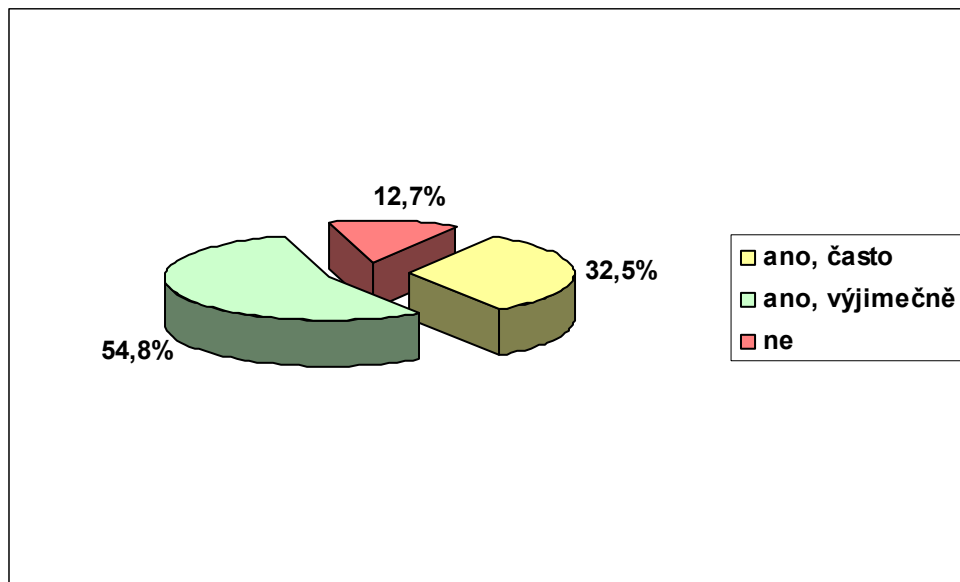
Graf 17 Změna v postupu poskytované péče na základě proběhlých auditů



Graf 17 rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 15 a znázorňuje názor sester, zdali se na základě prováděných auditů mění postupy v poskytované péči. Ano uvedlo 96 (42,9 %) respondentů, ne 30 (13,3 %) respondentů a neví o změně 98 (43,8 %) respondentů.

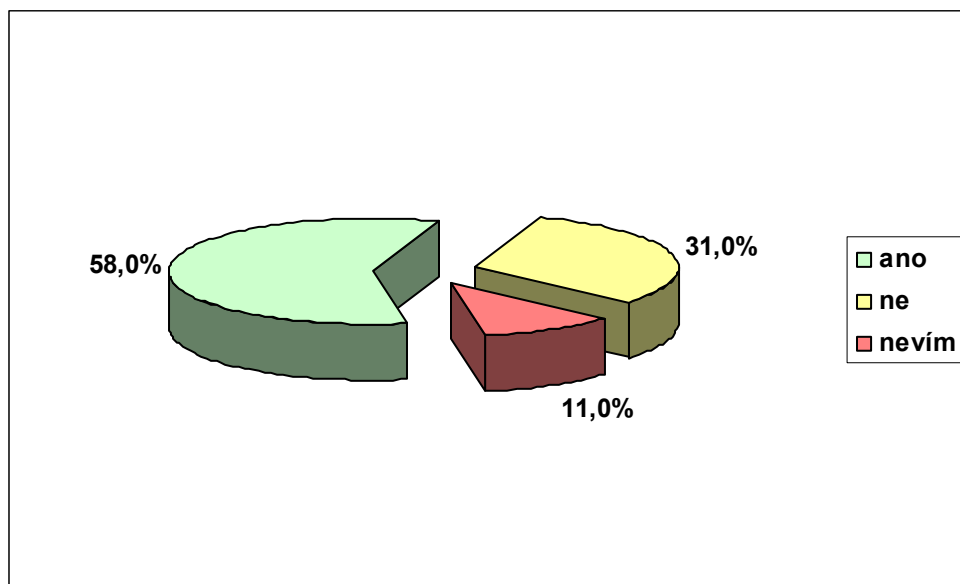
Respondentům, kteří odpověděli kladně, byla dána možnost vyjádřit se, jaká opatření a změny v návaznosti na provádění auditů nastaly. Respondenti nejčastěji uváděli změnu dokumentace, častější školení, sjednocení péče dle standardů, doporučení změny v postupech, zlepšení pracovních podmínek, důkladné dodržování standardů, zavedení razítek, zlepšení kvality poskytované péče, odstraňování různých nedostatků aj. Nejen pozitiva však respondenti spatřovali v auditech. Vyslovili také negativa, která přisuzují k realizaci auditů a která doslovně uvádíme: „větší administrativa, papírování, provádění nesmyslných opatření, provedení změn těsně před auditem“.

Graf 18 Používání zkratk / symbolů při zápisu do dokumentace



Graf 18 znázorňuje, že 92 (32,5 %) respondentů užívá při zápisu do dokumentace zkratky často, 155 (54,8 %) respondentů občas a 36 (12,7 %) respondentů zkratky nepoužívá.

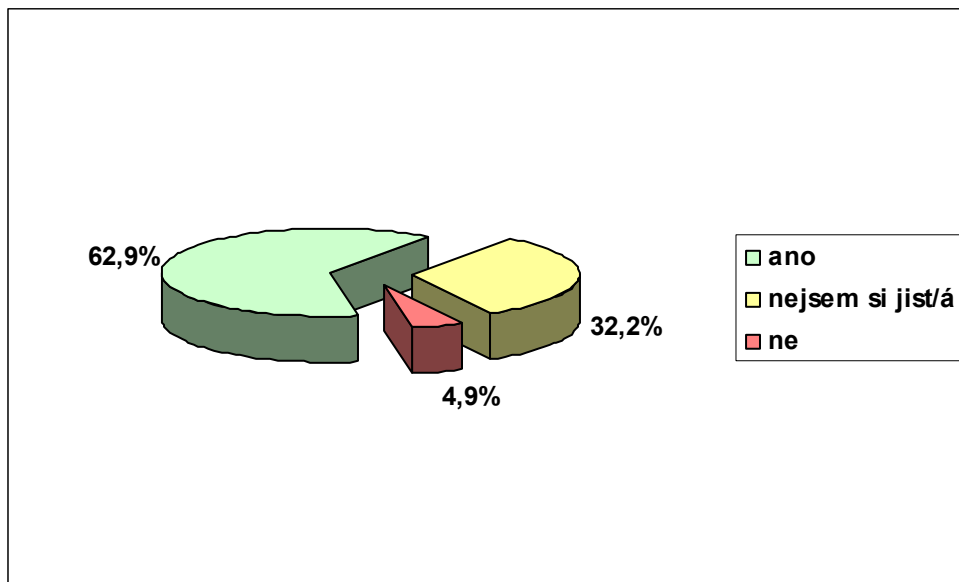
Graf 19 Návod k užívání jednotné terminologie zkratek / symbolů



Na otázku 20, zda je ve zdravotnickém zařízení vypracován návod k užívání jednotné terminologie vzhledem k používaným zkratkám, odpovědělo ano 164 (58,0 %) respondentů, ne 88 (31,0 %) respondentů a nevím 31 (11,0 %) respondentů.

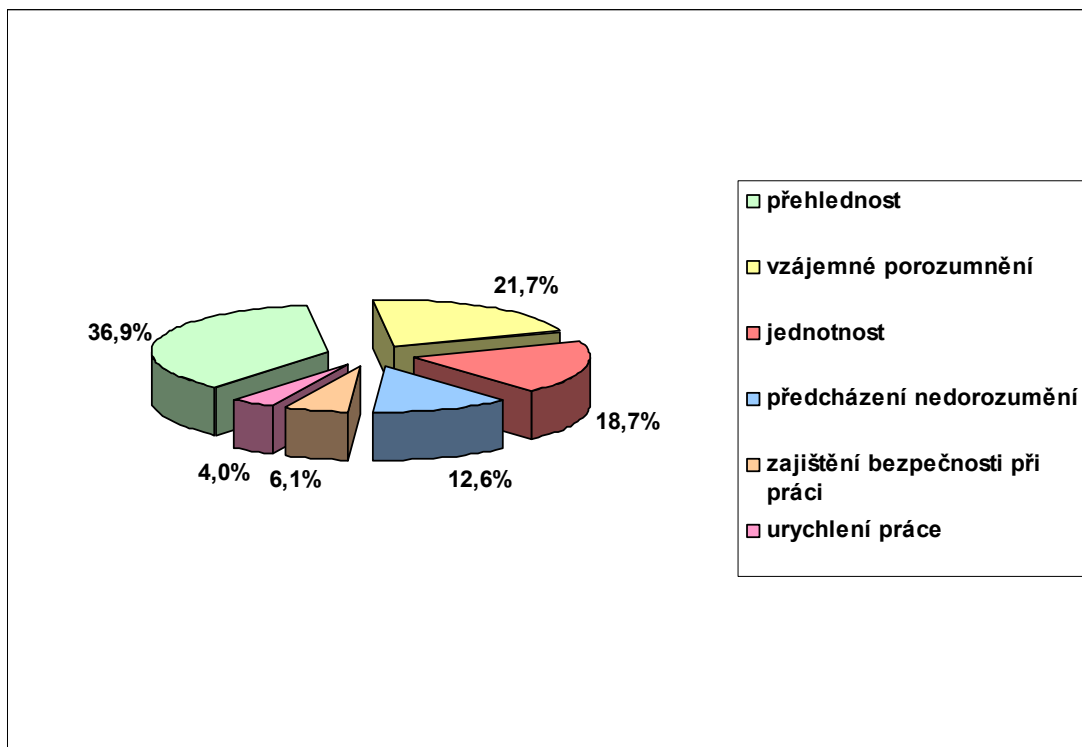
Respondentům, kteří se kladně vyjádřili k přítomnosti návodu na pracovišti, byla dána možnost upřesnit název tohoto dokumentu. Standard uvedlo 82 respondentů, metodický pokyn 44 respondentů, přesný název nezná 30 respondentů a nabízenou možnost jiné zvolilo 8 respondentů, kteří dále 5x uvedli seznam používaných zkratek, 2x intranet a 1x směrnici.

Graf 20 Názor sestry na důležitost návodu užívaných zkratek



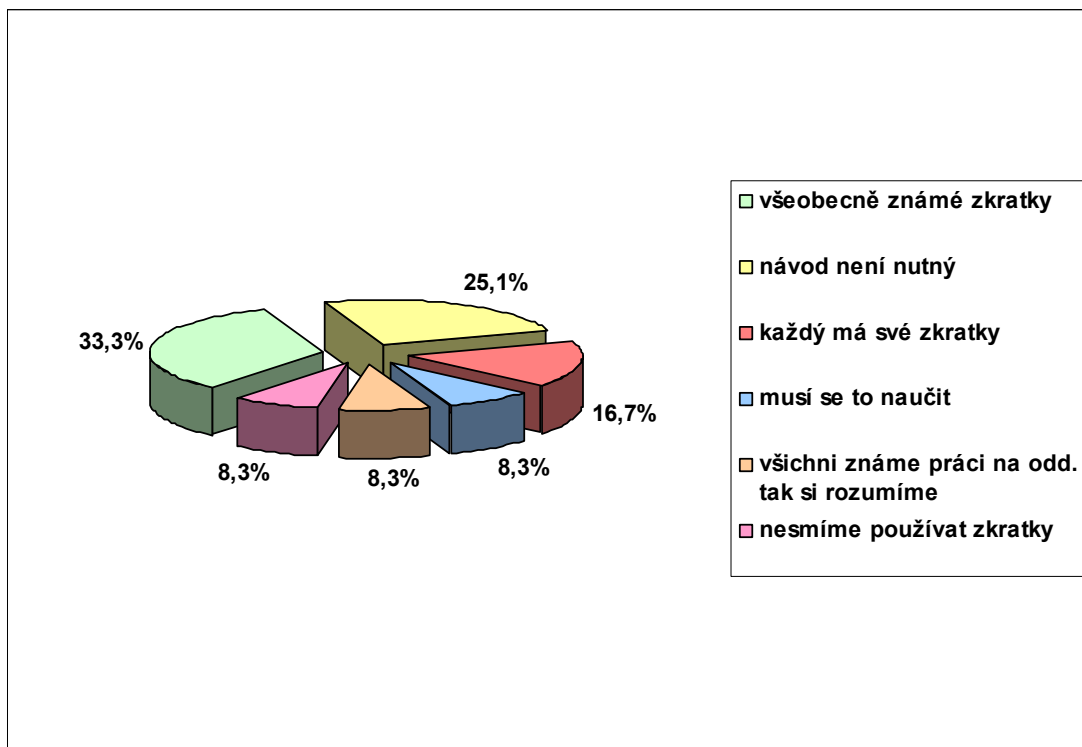
Graf 20 znázorňuje názory sester, zda-li je a nebo není důležité mít na pracovišti vypracovaný návod pro užívání jednotné terminologie. Ano odpovědělo 178 (62,9 %) respondentů, není si jisto 91 (32,2 %) respondentů a ne odpovědělo 14 (4,9 %) respondentů.

Graf 21 Důležitost vypracovaného návodu ke sjednocení terminologie



Graf 21 rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 20 a znázorňuje četnost odpovědí respondentů na důležitost vypracovaného návodu na pracovišti ke sjednocení užívané terminologie. Respondenti uváděli různá synonyma, která byla sloučena a následně vyhodnocena. Nejvíce, tj. 73 (36,9 %) respondentů uvádělo přehlednost, následovalo vzájemné porozumění u 43 (21,7 %) respondentů, jednotnost u 37 (18,7 %) respondentů, předcházení nedorozumění u 25 (12,6 %) respondentů, zajištění bezpečnosti při práci u 12 (6,1 %) respondentů a urychlení práce u 8 (4,0 %) respondentů.

Graf 22 Návod ke sjednocení terminologie není důležitý



Graf 22 rozvíjí odpověď „ne“ z grafu 20 a znázorňuje četnost odpovědí respondentů na nedůležitost vypracovaného návodu na pracovišti ke sjednocení užívané terminologie. Používání všeobecně známých zkratk uvedli 4 (33,3 %) respondenti, návod není nutný uvedli 3 (25,1 %) respondenti, každý má své zkratky uvedli 2 (16,7 %) respondenti, musí se to naučit uvedl 1 (8,3 %) respondent, všichni známe práci na oddělení, tak si rozumíme uvedl 1 (8,3 %) respondent, a nesmíme používat zkratky uvedl 1 (8,3 %) respondent.

Tabulka 3 Možná vysvětlení zkratky KD

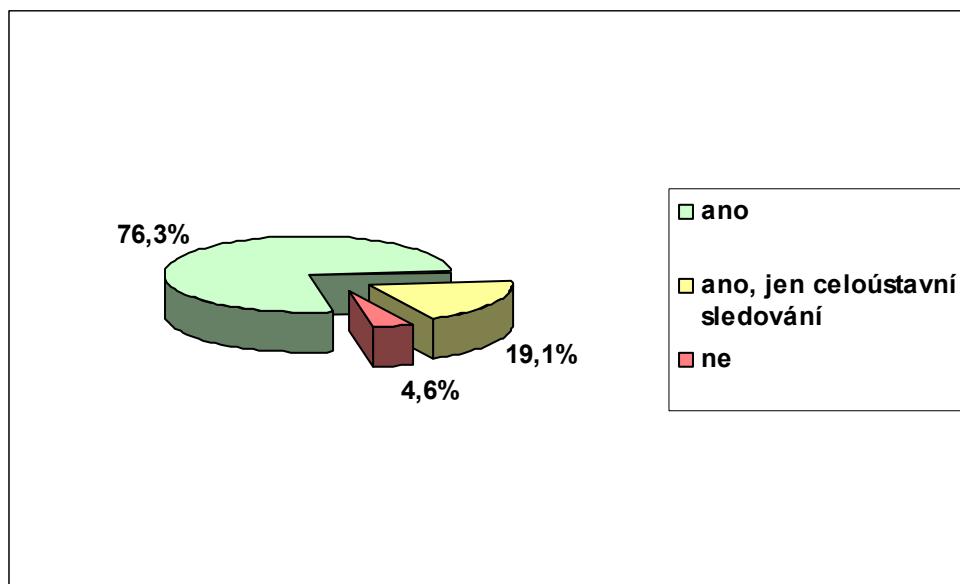
1.	Krevní derivát	83	33,7%	16.	Krevní deficit	5	2,0%
2.	Kostní dřev	29	11,8%	17.	Komorová drenáž	5	2,0%
3.	Krevní destičky	28	11,4%	18.	Dialyzační kanyla	5	2,0%
4.	Kompletní dokumentace	18	7,3%	19.	Kožní defekt	4	1,6%
5.	Kardiální dekompenzace	12	4,9%	20.	Krameriova dlaha	4	1,6%
6.	Klinická diagnóza	9	3,7%	21.	Kontrola dokumentace	4	1,6%
7.	Kussmaulovo dýchání	9	3,7%	22.	Kloubní deformace	3	1,2%
8.	Kiršnerův drát	9	3,7%	23.	Kožní dermatitida	3	1,2%
9.	Kardio-defibrilátor	8	3,3%	24.	Konečná diagnóza	2	0,8%
10.	Kontinuální dialýza	8	3,3%	25.	Komplikovaný diabetes	2	0,8%
11.	Krevní diferenciál	7	2,8%	26.	Komorová dilatace	1	0,4%
12.	Kašovitá dieta	7	2,8%	27.	Končetinová dlaha	1	0,4%
13.	Kontinuální dávkovač	7	2,8%	28.	Katetrizační drén	1	0,4%
14.	Klidová dušnost	6	2,4%	29.	Kompenzovaný diabetes	1	0,4%
15.	Komunikační dovednost	6	2,4%	30.	Kniha dekubitů	1	0,4%

Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost více odpovědí.

V otázce 22 měli respondenti vysvětlit, jak by se dala přeložit zkratka KD vzhledem ke zdravotnické terminologii. Zkratku rozváděli respondenti nejvíce jako krevní derivát – 83 (33,7 %) respondentů, kostní dřev 29 (11,8 %) respondentů, krevní destičky 28 (11,4 %) respondentů, kompletní dokumentaci 18 (7,3 %) respondentů, kardiální dekompenzaci 12 (4,9 %) respondentů. Následně ve stejné frekvenci uvádělo klinickou diagnózu 9 (3,7 %) respondentů, Kussmaulovo dýchání 9 (3,7 %) respondentů a Kiršnerův drát 9 (3,7 %) respondentů, následovalo slovo kardio-defibrilátor 8 (3,3 %) respondentů a kontinuální dialýza 8 (3,3 %) respondentů, krevní diferenciál 7 (2,8 %) respondentů, kašovitá dieta 7 (2,8 %)

respondentů a kontinuální dávkovač 7 (2,8 %) respondentů, klidová dušnost 6 (2,4 %) respondentů a komunikační dovednost 6 (2,4 %) respondentů, krevní deficit 5 (2,0 %) respondentů, komorová drenáž 5 (2,0 %) respondentů a dialyzační kanyla 5 (2,0 %) respondentů, kožní defekt 4 (1,6 %) respondenti, Kramerova dlaha 4 (1,6 %) respondenti a kontrola dokumentace 4 (1,6 %) respondenti, kloubní deformace 3 (1,2 %) respondenti a kožní dermatitida 3 (1,2 %) respondenti, konečná diagnóza 2 (0,8 %) respondenti a komplikovaný diabetes 2 (0,8 %) respondenti, komorová dilatace 1 (0,4 %) respondent, končetinová dlaha 1 (0,4 %) respondent, katetrizační drén 1 (0,4 %) respondent, kompenzovaný diabetes 1 (0,4 %) respondent a kniha dekubitů 1 (0,4 %) respondent.

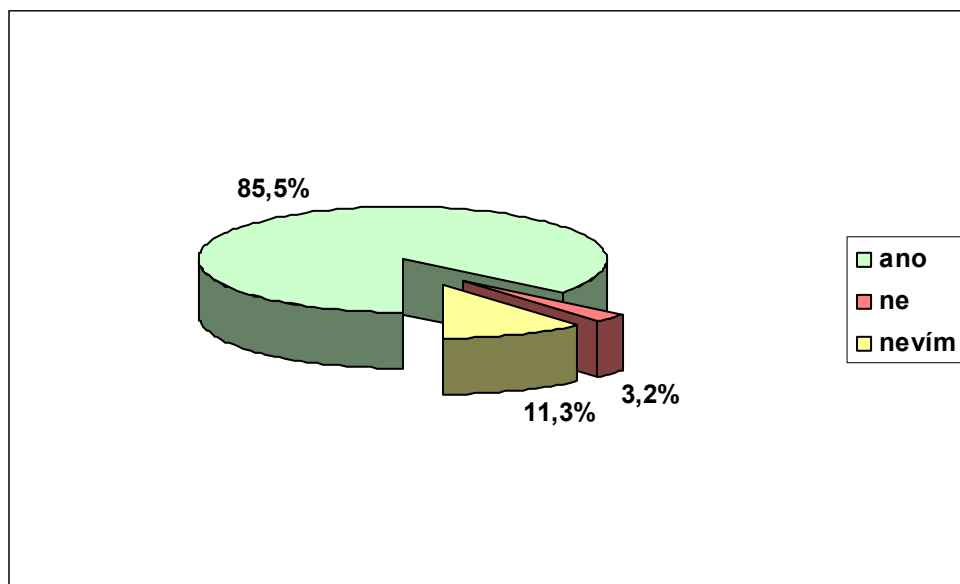
Graf 23 Možnost sestry zaznamenat mimořádnou událost



Graf 23 znázorňuje, že 216 (76,3 %) respondentů má možnost provést záznam mimořádné události, 54 (19,1 %) respondentů zaznamenává pouze mimořádné události, které se sledují celouštavně a 13 (4,6 %) respondentů nemá možnost záznamu.

Respondentům, kteří odpověděli záporně, byla dána možnost odůvodnění tohoto tvrzení. Jako důvody neprovedení záznamu o mimořádné události uvedli 3 respondenti, že formulář není na pracovišti k dispozici, 1 respondent měl málo času na záznam, následující nabízenou možnost, že formulář není zdravotnickým zařízením vytvořen, nevedl žádný z respondentů. Nabízenou možnost jiné využilo 9 respondentů.

Graf 24 Důležitost hlášení o mimořádné události



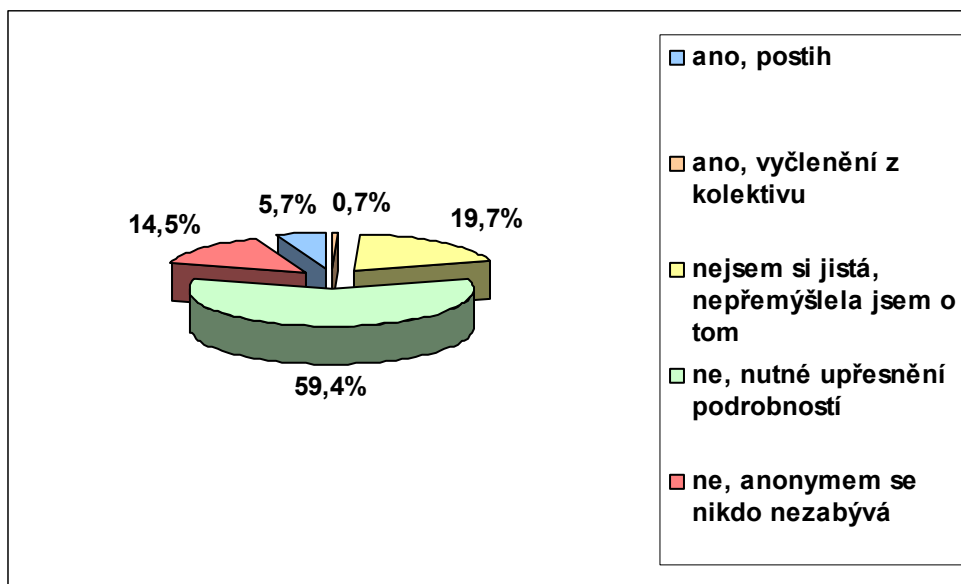
Zda sestry považují hlášení o mimořádné události za důležité nám uvádí tento graf. Kladně odpovědělo 242 (85,5 %) respondentů, opačný názor, že nevidí v hlášení důležitost, uvedlo 9 (3,2 %) respondentů a 32 (11,3 %) respondentů vybralo nabízenou možnost nevím.

Respondentům, kteří odpověděli kladně nebo záporně, byla dána možnost odůvodnění svého názoru.

Respondenti, kteří spatřují v hlášení mimořádné události pozitiva, nejčastěji viděli jeho důležitost v prevenci dalších pochybení, v prevenci komplikací, v právní ochraně sebe samých i pacientů, v předcházení stížností a v poučení se z chyb.

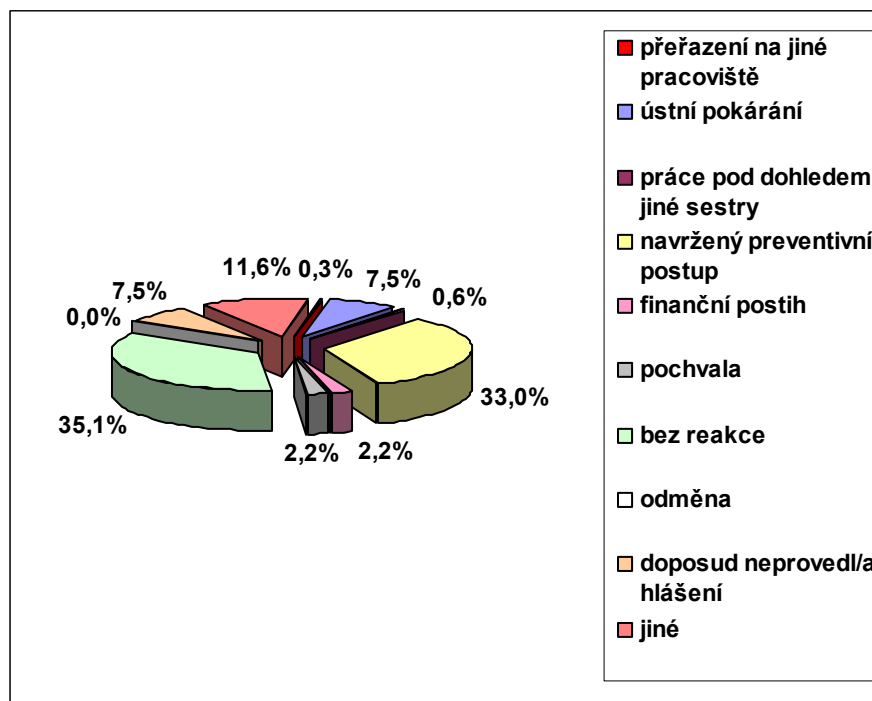
Naopak respondenti svůj negativní postoj prezentovali takto: „kromě postihu personálu se tím nic neřeší, nevidím v tom smysl, nezajímá mě to, někdy je to zbytečné a nelogické, protože to vyhodnocuje osoba která tomu nerozumí, komunikujeme a předáváme si tyto informace během dne – rovnou je řešíme“.

Graf 25 Hlášení mimořádné události anonymní formou



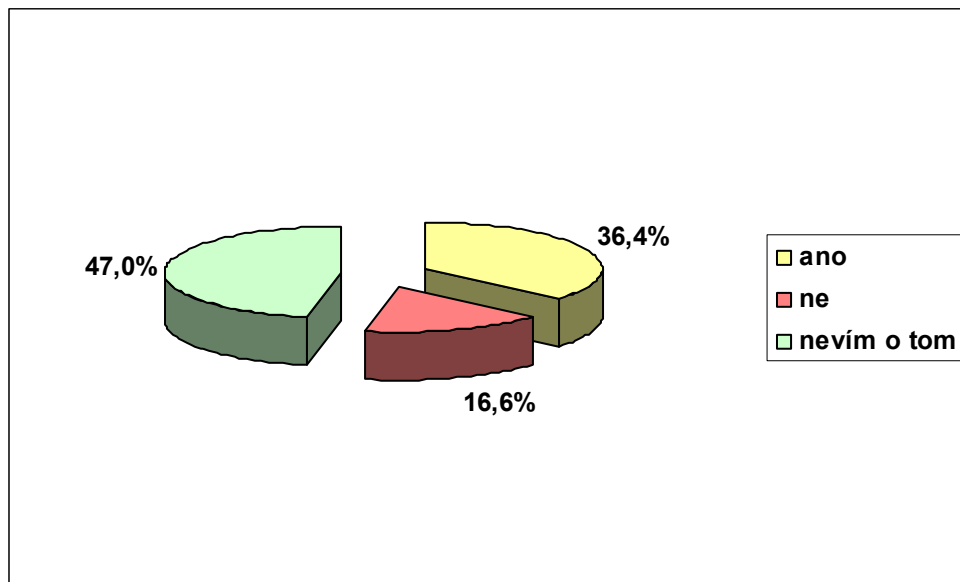
Hlášení mimořádné události anonymní formou by využilo 16 (5,7 %) respondentů, neboť se obávají případného postihu, a dále 2 (0,7 %) respondenti pro obavy možného vyčlenění z kolektivu. Nad anonymním hlášením nepřemýšlelo a nebo si jeho anonymitou není jisto 56 (19,7 %) respondentů. S anonymitou nesouhlasí 168 (59,4 %) respondentů, neboť je nutné v případě potřeby upřesnit podrobnosti události, taktéž s anonymitou nesouhlasí 41 (14,5 %) respondentů s odůvodněním, že ani v běžném životě se anonymem nikdo nezabývá. Z grafu je zřejmé, že dvě třetiny respondentů (73,9 %) s anonymitou při hlášení mimořádné události nesouhlasí.

Graf 26 Reakce nadřízených na mimořádnou událost



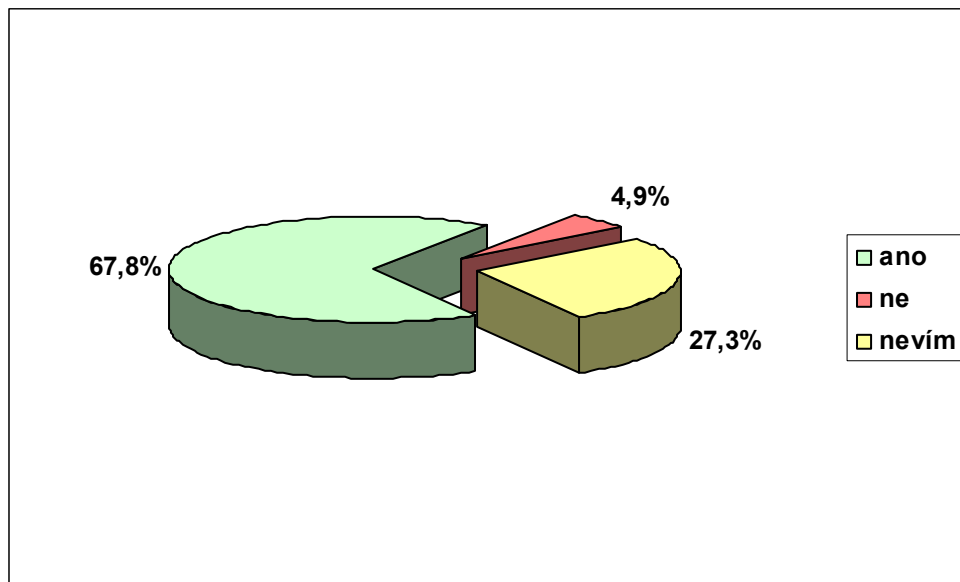
Graf 26 znázorňuje četnost odpovědí na reakci nadřízených při sepsání hlášení o výskytu mimořádné události. Nejvíce respondentů, celkem 127 (35,1 %), uvedlo bez reakce, 119 (33,0 %) respondentů navržený preventivní postup, 27 (7,5 %) respondentů ústní pokárání, 8 (2,2 %) respondentů pochvalu, stejně tak 8 (2,2 %) respondentů finanční postih, 2 (0,6 %) respondenti uvedli práci pod dohledem jiné sestry, 1 (0,3 %) respondent byl přeražen na jiné pracoviště, 27 (7,5 %) respondentů doposud neprovedlo hlášení a nabízenou možnost jiné využilo 42 (11,6 %) respondentů. Tuto možnost „jiné“ dále respondenti rozvedli takto: 2 respondenti uvedli provozní schůzi, 2 respondenti vysvětlení ústně a následně po 1 respondentovi bylo uvedeno doslovně: „výhrada, že je hlášení špatně napsané (slovíčkaření), hudrování vrchní sestry u protokolu o pádu, méně zapisovat mimořádné události, protože stouply jejich počty, komunikace na dané téma, ano budeme to vést, odmítnutí zápisu, negativní postoj, stále připomínání nešťastné události danému pacientovi“. 30 respondentů se k možnosti jiné dále již nevyjádřilo.

Graf 27 Pravidelné výstupy mimořádných událostí



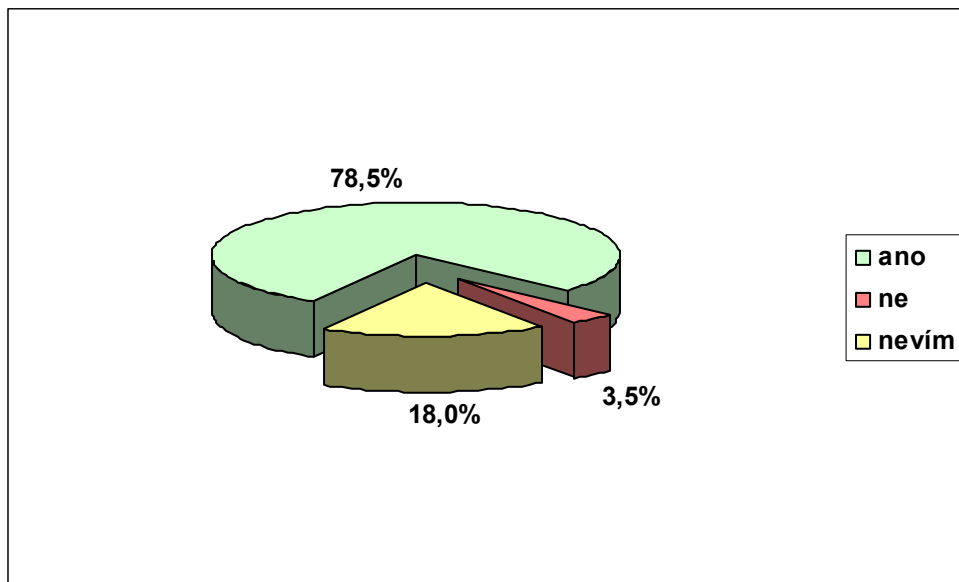
Graf 27 znázorňuje, zda se sestry setkávají s pravidelnou analýzou systému hlášení o mimořádných událostech na jejich pracovištích. Odpověď ano označilo 103 (36,4 %) sester, odpověď ne označilo 47 (16,6 %) sester a neví označilo 133 sester (47,0 %).

Graf 28 Schopnost respondenta vysvětlit pojem „prevence v bezpečné péči“



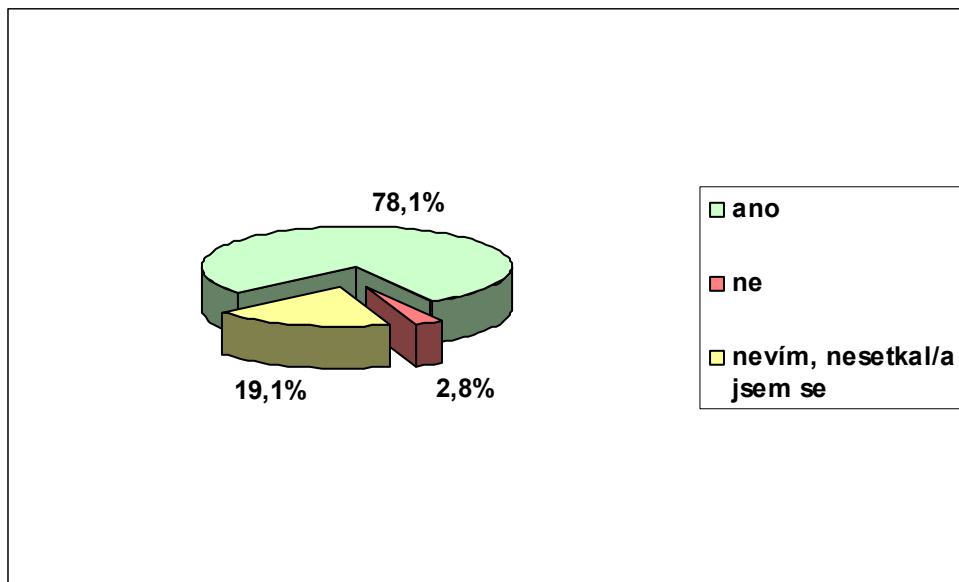
Z celkového počtu respondentů označilo 192 (67,8 %) dotázaných respondentů, že dokáže vysvětlit pojem „prevence v bezpečné péči“, 14 (4,9 %) respondentů udává, že tento pojem vysvětlit nedokáže, a 77 (27,3 %) respondentů neví, zdali by byli schopni pojem vysvětlit. Nadpoloviční počet dotazovaných respondentů dokáže vysvětlit, co je to „prevence v bezpečné péči“.

Graf 29 Provádění účinné prevence v rámci poskytování bezpečné péče



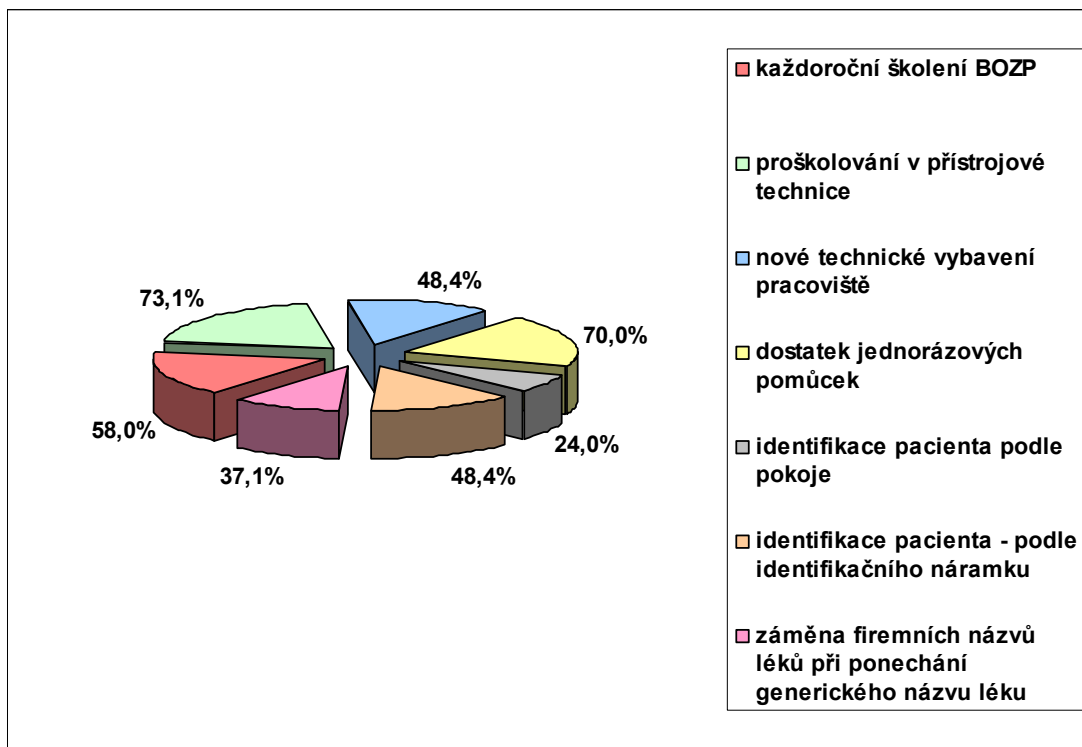
222 (78,5 %) respondentů se domnívá, že je možné provádět účinnou prevenci v rámci poskytování bezpečné péče, opačného názoru je 10 (3,5 %) respondentů a neví, zdali je možné účinnou prevenci provádět 51 (18,0 %) respondentů.

Graf 30 Provádění preventivního opatření v rámci bezpečné péče na pracovišti



221 (78,1 %) respondentů kladně odpovědělo na otázku, zda jsou prováděna preventivní opatření v rámci bezpečné péče na pracovišti, záporně odpovědělo 8 (2,8 %) respondentů a neví, nesetkalo se 54 (19,1 %) respondentů.

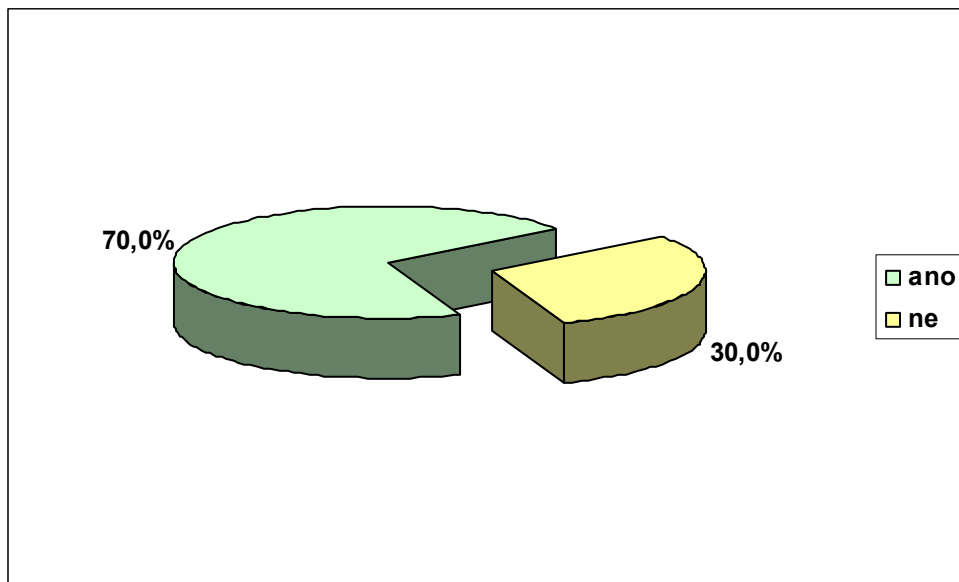
Graf 31 Postupy směřující k bezpečné péči prováděné na pracovištích



Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost více odpovědí.

Graf 31 popisuje četnost odpovědí na postupy, které respondenti realizují v rámci poskytování bezpečné ošetrovatelské péče. Proškolení v přístrojové technice uvedlo 207 (73,1 %) respondentů, dostatek jednorázových pomůcek na pracovišti 198 (70,0 %) respondentů, každoroční školení 164 (58,0 %) respondentů, nové technické / přístrojové vybavení 137 (48,4 %) respondentů, stejně tak 137 (48,4 %) respondentů uvádělo, že používá jako jednu z možností identifikaci pacienta podle identifikačního náramku, 105 (37,1 %) respondentů uvedlo záměnu firemních názvů léků při ponechání generického názvu léku a 68 (24,0 %) respondentů uvedlo jednu z možností identifikace pacienta podle pokoje.

Graf 32 Získávání informací o nových preventivních postupech



198 (70,0 %) dotazovaných respondentů uvedlo, že získávají informace o nových preventivních postupech k napomáhání bezpečné péče, 85 (30,0 %) respondentů odpovědělo záporně.

5 Diskuse

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjišťování možných prostředků, které jsou využívány pro zachování úrovně bezpečné ošetrovatelské péče. V dotazníkovém šetření byly získávány informace od všeobecných sester studujících specializační vzdělávání v NCO NZO v Brně, jejichž charakteristiku blíže zjišťovalo prvních šest otázek. Z analýzy výsledků daného empirického výzkumu vyplývá, že výzkumný soubor tvořily sestry z různých oborů specializačního vzdělávání, které byly stejnoměrně zastoupeny sestrami (51,2 %) z klinických pracovišť (obor „psychiatrie, onkologie, gerontologie, kardiologie“) a sestrami (49,8 %) studujícími akutní medicínu („ARIP“) (graf 1).

Na dotazník odpovídalo více žen (95,8 %) než mužů (4,2 %), což nás může vést k zamyšlení, proč tomu tak stále je, neboť mužů ve zdravotnictví přibývá. A nejen to, muži – „sestry“ získávají svá uznání za práci, kterou vykonávají, stejně jako ženy - sestry. Tuto skutečnost potvrzuje i každoroční soutěž vyhlášená redakcí odborného časopisu *Sestra* pod názvem *Sestra roku*, jejíž odborným garantem je MZ ČR. V této soutěži byl dvacátého února 2007 oficiálně jmenován v kategorii „Sestra nemocniční a ambulantní péče“ Radek Hudousek, který pracuje na anesteziologicko-resuscitačním oddělení plzeňské fakultní nemocnice (44, 68).

Zajímavé je též sledovat nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (středoškolské 91,5 %) spolu s jejich věkem. Respondenti nejvíce uváděli věkové rozmezí 31 – 40 let (42,4 %), z čehož by se dalo usuzovat, že specializačního vzdělávání se účastní starší sestry, které nezískaly vysokoškolské vzdělání a vzdělání si doplňují právě specializací.

Následující otázka zjišťovala pracovní zařazení respondentů, které bylo mezi ambulantním provozem (29,0 %), lůžkovým - standardním provozem (34,6 %) a lůžkovým - akutním provozem (36,4 %) téměř vyrovnané. Následně měli větší zastoupení respondenti ve státních zařízeních poskytujících zdravotní péči (68,2 %).

K udržení a k dalšímu rozvoji v oblasti poskytování bezpečné ošetrovatelské péče patří mezinárodní znalost doporučení, která jsou zaměřena na bezpečnost

klientů, a to nejen v rámci členských států EU, ale také mimo ně. Samotné znalosti o doporučeních v rámci EU uvedla necelá polovina dotazovaných sester (47,3 %), z nichž následně nedokázala uvést nejen název některého z doporučení, ale ani některý z jejich bodů více jak jedna třetina dotazovaných sester (36,6 %). Výsledky šetření jsou překvapující, neboť tato problematika je neustále v České republice zmiňována prostřednictvím evropské zdravotní politiky, o které se velmi přehledně zmiňuje Holčík, který uvádí „...historický vývoj evropské zdravotní politiky“ (18, s 2) od roku 1851, ale také současné a budoucí kroky evropské zdravotní politiky. Tato politika je dle Holčíka založena na mnoha zdravotnických dokumentech, jako je program Zdraví 21, který se stal koncem minulého století osnovou evropské zdravotní politiky a vychází z nadnárodních doporučení. Také jsme si položili otázku, zdali respondenti budou znát nějakou nadnárodní společnost, která se zabývá bezpečnou péčí a vydává nějaká doporučení. Informovanost o těchto společnostech uvedla pouze necelá pětina dotazovaných sester (17,7 %) a následně z tohoto malého počtu nedokázala žádný bod uvést více jak polovina dotazovaných sester (56,0 %). Je možné se domnívat, že neznalost mezinárodních doporučení je zapříčiněna nedostatečnou informovaností sester z této oblasti, což je málo pravděpodobné, neboť na každé škole, která je zaměřena na kvalifikační vzdělávání sester, se prezentuje problematika mezinárodních smluv, úmluv, deklarací a mimo jiné se zmiňují o nejznámější mezinárodní organizaci s názvem Světová zdravotnická organizace. Mnohem více pravděpodobná je domněnka, že dotazované sestry tyto informace mohou mít, jen neví, že se řadí mezi mezinárodní doporučení, což má za následek, že změny a informace poskytované formou kvalifikačního a celoživotního vzdělávání mohou brát jako normu stanovenou vývojem zdravotnictví v České republice. Nesmíme zapomínat ani na úvodní výsledky našeho šetření, které prokázaly, že respondenti jsou již delší dobu po ukončení středoškolského vzdělání, což s sebou přináší i nevybavení si některých bodů a oblastí, které se na střední škole učily. Toto tvrzení nás vede k domněnce, že starší sestry, které v současné době nevystudovaly bakalářské nebo magisterské studium, si specializací doplňují vzdělání a vzhledem k věku se projevují značné mezery ve znalostech (18).

Uvedené výsledky nepotvrzují první hypotézu: všeobecné sestry mají znalosti v oblasti mezinárodních úmluv a doporučení zaměřených na bezpečnost klientů.

Sestry v rámci poskytování bezpečné péče mají mít znalosti v oblasti činností, ke kterým mají oprávnění. Jejich znalosti plně uvedla jedna třetina dotazovaných sester (34,6 %) a částečně je dokáží vyjmenovat téměř dvě třetiny dotazovaných sester (61,9 %). Pouze malá část respondentů (3,5 %) potvrzuje jejich neznalost (graf 10). Zajímalo nás, jestli najdeme souvislost mezi schopnostmi sester vyjmenovat činnosti, ke kterým mají oprávnění, s délkou praxe a typem pracoviště. Výsledek byl překvapivý. Dotazované sestry s dlouholetou praxí a tedy i zkušeností dokáží plně vyjmenovat své činnosti ve 38 %, kdežto dotazované sestry s krátkodobou praxí (1-5 let), které by měly obsah vyhlášky č. 424/2004 Sb., jež pojednává mimo jiné i o činnostech všeobecných sester, znát ze školy, dokáží plně vyjmenovat ve 21,2 % (tabulka 1). Typ pracoviště v tomto případě nehrál roli, neboť práce na lůžkovém oddělení, ať již akutním či standardním, a práce na ambulancích se lišila pouze nepatrně (tabulka 2). Tvrzení, že sestry plně znají své činnosti, jsme si ověřili další otázkou, zaměřenou na legislativu, jež tuto oblast vymezuje a vyjmenovává. Z výsledku šetření vyplývá, že dotazované sestry ve dvou třetinách (69,4 %) správně označily vyhlášku 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Nesprávně pak označily respondenti vyhlášku 321/2004 Sb., která neexistuje, (8,2 %) a zákon 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (22,4 %). Znamená to, že dotazované sestry se domnívají, že dokáží vyjmenovat činnosti, ke kterým mají oprávnění při výkonu svého povolání, ale již nedokáží uvést zákonnou normu, která tyto činnosti uvádí, což se shoduje s výsledky grantového projektu NR/7960-3 „Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí (při vstupu do EU)“, kde Bártlová popisuje nedostatečnou informovanost o právních předpisech, které regulují výkon povolání všeobecné sestry (tabulka 3) (2).

Vědomé provádění činností, ke kterým sestra není kompetentní, uvedlo při každé směně velmi málo respondentů (17,7 %). Pokud k nim však přičteme respondenty, které své činnosti překračují občas (28,3 %), a respondenty, které překračují své činnosti výjimečně (18,7 %), dostáváme se k velmi vysokému číslu. Téměř dvě třetiny dotazovaných sester (64,7 %) přiznávají, že bývají pověřeny odbornými úkoly a provádějí činnosti, kterým neodpovídá jejich kvalifikace, což potvrzuje také Bártlová, která uvádí výsledky studie, zaměřené na pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR. Samotný charakter odborných činností, kterými jsou sestry pověřeny, byl sledován prostřednictvím otevřené otázky, která rozvíjela kladnou odpověď na problematiku vykonávání činností, ke kterým sestry nemají oprávnění. Sestry měly možnost v odpovědi uvést více možností, které byly sečteny a považovány za 100 %. Z celkového počtu 183 odpovědí uvádělo nejvíce dotazovaných sester (67,8 %) provádění práce za lékaře a následovalo plnění ordinací po telefonu (19,8 %). V malém měřítku uvedly dotazované sestry práce, které se nemusí, ale mohou vztahovat k jejich výkonu povolání, jako např. manipulace s biologickým materiálem (0,5 %), práci u lůžka (0,5 %), stěhování (0,5 %), a protože je více nespecifikovaly, můžeme se jen domnívat, že lze tyto výkony zařadit do oblastí, které sestry mohou za určitých podmínek vykonávat, přestože se na první pohled může zdát, že jde o výkony, které nespádají do jejich kompetence, např. při stěhování pacienta, kdy se můžeme domnívat, že jde o jeho přeložení na JIP či ARO. Uvedené zjištění se shoduje s výsledky Bártlové. Možnost vyjádřit se nevyužilo 10,9 % sester (1).

Uvedené výsledky nepotvrzují druhou hypotézu: všeobecné sestry v práci dodržují legislativu vymezující jejich pracovní činnost.

Jeden z pilířů bezpečné ošetrovatelské péče je samotný standard, jehož kontrola formou auditu významným způsobem ovlivňuje míru kvality poskytované každodenní péče. Standardy jsou částečně, jak uvádějí dotazované sestry (14,1 %) nebo plně (81,6 %) vytvořeny na mnoha pracovištích, pouze v malém procentu respondenti uvedli (4,3 %), že tomu tak není. Jak již bylo uvedeno výše, je velmi důležité, aby standardy plnily svoji funkci, což můžeme rozpoznat prostřednictvím

vykonání auditu, proto kladná odpověď na otázku, týkající se používání standardů byla dále rozvíjena otázkou, zabývající se realizací auditů na pracovišti. Tuto realizaci potvrdilo téměř osmdesát procent dotazovaných sester (79,2 %), kterých jsme se dále ptali, zdali je jim sděleno výsledné šetření po uskutečnění auditu. Příjemně nás překvapilo, že písemně nebo ústně je informována většina respondentů (90,6 %). Velmi zajímavý byl také názor respondentů, zda na základě auditů nastala změna v poskytování ošetrovatelské péče. Pozitivně se ke změně vyjádřila necelá polovina dotazovaných sester (42,9 %), taktéž necelá polovina dotazovaných sester (43,8 %) uvedla, že neví, jestli změna nastala či nikoliv, a jen malé procento (13,3 %) sester uvedlo, že žádná změna nenastala. To nás vede k zamyšlení, jestli sestry, které neví, zdali změna nastala či nikoliv, nepracují v organizaci, která se stále rozvíjí a usiluje o zkvalitnění péče, nehledě na to, jestli byl proveden audit či nikoliv. Vraťme se ale zpět k sestrám, které uvedly, že na základě prováděných auditů se mění postupy v poskytované péči. Těmto sestrám byla v dotazníkovém šetření dána možnost se k této problematice více vyjádřit, což umožnilo zjistit, jaká opatření a změny jsou prováděny nejčastěji. Dotazované sestry zde uváděly změnu dokumentace, častější školení, sjednocení péče dle standardů, doporučenou změnu postupů, zlepšení pracovních podmínek, důkladné dodržování standardů, zavedení razítek, zlepšení kvality poskytované péče, odstraňování různých nedostatků aj. Tyto výsledky se shodují s některými doporučeními Juráskové a Svobodové na základě výstupu z provedených auditů České asociace sester. Nejen pozitiva však dotazované sestry spatřovaly v auditech. Vyslovily také negativa, která přisuzují realizaci auditů a která zde doslovně uvádíme: „větší administrativa, papírování, provádění nesmyslných opatření, provedení změn těsně před auditem“ (22).

Uvedené výsledky nepotvrzují ani třetí hypotézu: všeobecné sestry v plné míře využívají výstupy auditů vztahujících se k bezpečné ošetrovatelské péči.

Následující otázky 15-18 byly zaměřené na zjišťování jednotné terminologie pro užívání zkratk a symbolů při zápisu do ošetrovatelské dokumentace. Sestry sice konstatují využívání zkratk při provedení záznamu do dokumentace, ale více jak

polovina dotazovaných sester (54,8 %) uvádí, že je to ve výjimečných situacích a jen v obecně známých souvislostech.

Zajímavá byla následující otázka, která se zabývala existencí nějakého návodu používaného při uvádění zkratk. Přestože v předešlém dotazu pouze malá část dotazovaných sester (12,7 %) uvedla nepoužívání zkratk, návod k používaným zkratkám neměla vytvořena téměř třetina respondentů (31,0 %) a o tom, zdali je vůbec nějaký návod vytvořen, nemělo zdání 11,0 % dotazovaných. Nadpoloviční většina dotazovaných sester (58,0 %) tento dokument měla vytvořen a protože nás zajímalo, o jaký dokument se přesně jedná, měly sestry možnost se dále vyjádřit prostřednictvím polootevřené otázky. Zde pak prezentovala polovina dotazovaných sester (50,0 %) standard a čtvrtina metodický pokyn (26,8 %). Možnosti nabízených odpovědí „neznám přesný název“ využilo 18,3 % dotazovaných sester a „jiné“ 4,9 % dotazovaných sester, které upřesnily, že na pracovišti používají vytvořený „seznam použitých zkratk“ (5 respondentů), „intranet“ (2 respondenti) a „směrnice“ (1 respondent).

Nezanedbatelné jsou samotné názory sester na přítomnost návodů na vlastních pracovištích k užívaným zkratkám nebo symbolům. S důležitostí nesouhlasí velmi malé množství dotazovaných sester (4,9 %), není si jista třetina sester (32,2 %) a nadpoloviční většina sester odpověděla kladně (62,9 %). A proč respondenti rozhodli kladně nebo záporně? K nesouhlasnému stanovisku se dotazované sestry vyjádřily následovně (uvedeno doslovně): „používáme všeobecně známé zkratky, návod není nutný, každý má své zkratky, musí se to naučit, všichni známe práci na oddělení, tak si rozumíme, nesmíme používat zkratky“. Dotazované sestry, které odpovídaly kladně k důležitosti vypracovaného návodu na pracovišti, zdůvodňovaly své tvrzení např. přehledností, vzájemným porozuměním, jednoduchostí, předcházení nedorozumění, zajištění bezpečnosti při práci a urychlení práce.

Překvapující výsledky přinesla odpověď na charakteristiku zkratky KD, která se ve zdravotnictví používá. Sestry zde měly možnost vyjádřit se, jak by zkratku v praxi použily. Vzhledem k tomu, že to byla otevřená otázka a respondenti měli možnost uvést více odpovědí, přesahuje součet relativních četností 100 % (tabulka 4).

Dotazované sestry uvedly celkem 30 možných výrazů a nejvíce překládaly zkratku do podoby krevní derivát (33,7 %), kostní dřev (11,8 %), krevní destičky (11,4 %), kompletní dokumentace (7,3 %), kardiální dekompenzace (4,9 %). Následně ve stejné frekvenci uváděly klinickou diagnózu, Kussmaulovo dýchání a Kiršnerův drát (3,7 %), následovalo slovo kardio-defibrilátor a kontinuální dialýza (3,3 %), krevní diferenciál, kašovitá dieta a kontinuální dávkovač (2,8 %), klidová dušnost a komunikační dovednost (2,4 %), krevní deficit, komorová drenáž a dialyzační kanyla (2,0 %), kožní defekt, Kramerova dlaha a kontrola dokumentace (1,6 %), kloubní deformace a kožní dermatitida (1,2 %), konečná diagnóza a komplikovaný diabetes (0,8 %), komorová dilatace, končetinová dlaha, katetrizační drén, kompenzovaný diabetes a kniha dekubitů (0,4 %). Tento výsledek se shoduje s analýzou Goossena, který odhalil, že některé pojmy z oblasti ošetrovatelství lze snadno vzájemně zaměnit, nicméně dodává, že u jiných oblastí je záměna možná jen za určitých okolností a u jiných není možná nikdy. Zajímavá je myšlenka zabudování ošetrovatelské terminologie do elektronické formy s národní či mezinárodní využitelností, což by umožnilo ucelení zdravotnických údajů mezi nemocnicemi nejen v České republice. Tuto myšlenku se pokusil Goossen implementovat do praxe formou studie, zaměřené na zmapování vztahů mezi různými terminologiemi ošetrovatelských diagnóz. Porovnával čtyři materiály: minimální ošetrovatelský soubor dat pro Holandsko, druhou verzi mezinárodní klasifikace ošetrovatelské praxe, mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví a normu ISO IS 18104 představující referenční terminologický model pro ošetrovatelství (mezinárodní norma, kterou vydal Mezinárodní normalizační úřad v roce 2003). Výsledek této studie se shoduje s našimi výsledky tj., že některé oblasti lze snadno vzájemně zaměnit. Domníváme se, že je nutné terminologii v ošetrovatelství jednotně definovat a poté postupně vytvářet jednotnou terminologii pro všechny zdravotnické oblasti, nicméně je to nelehký úkol, který vyžaduje provádění dalších studií, aby mohl být zapracován do funkčního systému a následně využit v praxi (13).

Uvedené výsledky nepotvrzují čtvrtou hypotézu: všeobecné sestry v jednotlivých zdravotnických zařízeních v České republice používají jednotnou terminologii pro vymezení bezpečné ošetrovatelské péče.

Každý systém vytvořený lidmi v sobě skrývá určitou míru rizika selhání z oblasti nějakého bodu. Není tomu tedy jinak ani při poskytování zdravotní péče. Jednou z možností jak předcházet nechtěným a nežádoucím událostem, které vedou k poškození pacienta nebo k riziku tohoto poškození, je hlášení o mimořádné události. K poskytování kvalitní a bezpečné péče patří také možnost zaznamenání mimořádné události sestrou. Tuto možnost má 76,3 % dotazovaných sester, v rámci celoustavního sledování určitých událostí provádí zápis 19,1 % respondentů a nezaznamenává mimořádnou událost 4,6 % dotazovaných. Jako důvod nezaznamenávání mimořádných událostí dotazované sestry uvádějí, že formulář není na pracovišti, mají málo času na provedení záznamu, nebo záznam neprovádí, neboť mají možnost tyto problémy probrat na pracovní poradě každý týden. Domníváme se, že nezaznamenávat pochybení písemně není zcela dobré vzhledem k pozdějším možným žalobám ze stran pacientů nebo jejich příbuzných, na které upozorňuje i Vondráček, advokát Fakultní nemocnice Motol, který se zabýval několika případy právních důsledků z oblasti problematiky pádů hospitalizovaných pacientů. Vytýká problematiku nesprávně vedené dokumentace, ve které záznamy o pádech nebyly provedeny vůbec nebo byly vypracovány s odstupem času, což vedlo k neúplnosti údajů potřebných k vysvětlení a obhajobě sester. Toto zjištění nás přivádí k položení si otázky, jestli respondenti považují hlášení o mimořádné události za důležité. Kladně odpovědělo 85,5 % dotazovaných sester, opačný názor, že nevidí v hlášení důležitost, uvedlo 3,2 % dotazovaných sester a zbývající respondenti (11,3 %) nedokáží posoudit, jestli má hlášení význam. Pokud se podíváme na negativní postoj k důležitosti hlášení, nalezneme odpovědi jako: „kromě postihu personálu se tím nic neřeší, nevidím v tom smysl, nezajímá mě to, někdy je to zbytečné a nelogické, protože to vyhodnocuje osoba která tomu nerozumí, komunikujeme a předáváme si tyto informace během dne – rovnou je řešíme“. Jsou to však správné názory a postoje? Domníváme se, že tomu tak není, a proč můžeme toto konstatovat?

Podívejme se na sestry, které spatřují v hlášení klady, jako např. prevence dalších pochybení, prevence komplikací, právní ochrana sebe samých i pacientů, předcházení stížností, poučení se z chyb aj. Tento výčet se shoduje s názorem Vurmové z oddělení kvality ve fakultní nemocnici Motol, která jako důvody ke sledování mimořádných událostí uvádí získání zpětné vazby, což umožňuje sledovat situaci, reagovat na ni a přijímat potřebná opatření jako např. dopracování předpisu, proškolení personálu, navržení změny formuláře ve zdravotnické dokumentaci. Také Škrla uvádí, že zajištění bezpečné péče a bezpečného prostředí je hlavní prioritou zdravotnických zařízení, kterému úspěšně napomáhá hlášení mimořádných událostí, pokud po jeho sepsání následuje efektivní šetření a smysluplné vyhodnocení (60, 70, 71).

Zanedbatelný není ani postoj nadřízených po sepsání mimořádné události. Výsledná četnost odpovědí na naši otázku prokázala, že s kladnou reakcí se setkalo 127 (35,2 %) dotazovaných sester, z nichž nejčastěji uváděly navržený preventivní postup a v malé míře pochvalu. Se zápornou reakcí se setkalo 38 (11,5 %) dotazovaných sester, z nichž nejčastěji uváděly ústní pokárání, finanční postih, práci pod dohledem jiné sestry a přeřazení na jiné pracoviště. Nabízenou možnost „doposud jsem neprovedl/a hlášení“ využilo 27 (7,5 %) dotazovaných sester a možnost „jiné“ 42 (11,6 %) dotazovaných sester, kde 2 sestry uvedly provozní schůzi, 2 vysvětlení ústně a následně sestry jednotlivě uváděly: „výhrada, že je hlášení špatně napsané (slovičkaření), hurování vrchní sestry u protokolu o pádu, méně zapisovat mimořádné události, protože stouply jejich počty, komunikace na dané téma, ano budeme to vést, odmítnutí zápisu, negativní postoj, stále připomínání nešťastné události danému pacientovi“. Dále se k této možnosti „jiné“ nevyjádřilo 30 respondentů. S žádnou reakcí se po sepsání hlášení ze strany nadřízených nesetkalo 127 (35,2 %) respondentů. Je možné předpokládat, že pokud sestry nebudou informovány o výsledcích šetření po vyhotovení hlášení, nebo se budou setkávat s potrestáním, bude to pro ně demotivující a může nastat riziko, že toto hlášení se přestane provádět, což není cílem a hlavně by to byl krok zpátky. S tímto tvrzením se shodujeme se Škrlou, neboť v jeho publikacích nalezneme, že cílem celého procesu hlášení mimořádných událostí není hledání viníků a jejich

následné potrestání, ale úsilí zainteresovat všechny personál na důsledném a soustavném napravování a zkvalitňování chybných procesů a systémů. To nás vede k otázce, zdali sestra má možnost provést nápravu, když se po sepsání hlášení více než jedna třetina (35,2 %) nesetká s žádnou reakcí a tedy ani s žádným doporučením? To nás může vést k domněnce, že někde v řetězci selhalo předávání výsledků šetření ze strany managementu k zaměstnanci. Pokud tomu tak je, navrhuje, aby sestry samy projevíly zájem a ptaly se, jak mimořádná událost byla prošetřena a jaké jsou z ní výstupy, které by napomohly zlepšit kvalitu poskytované péče a zvýšit bezpečnost pacientů (60, 61).

Kladné výsledky přinesla odpověď na problematiku anonymního hlášení mimořádné události. Ačkoli se vedou neustálé debaty o tom, zda by bylo vhodné a strategicky efektivnější provádět hlášení anonymně, téměř dvě třetiny dotazovaných sester uvedly, že s anonymitou nesouhlasí, poněvadž považují za nutné v případě potřeby upřesnit podrobnosti události (59,4 %), nebo se shodují na tom, že ani v běžném životě se anonymem nikdo nezabývá (14,5 %). Naopak s anonymitou souhlasí nepatrné procento dotazovaných sester, jelikož se obává možného postihu (5,7 %) anebo případného vyčlenění z kolektivu (0,7 %). O provádění hlášení anonymní formou si není jista či o tom nepřemýšlela pětina respondentů (19,7 %). Škrla doporučuje, aby manažeři zdravotnických zařízení sami vyzkoušeli obě strategie, tedy anonymní i „důvěrné“ hlášení, a na základě výsledných šetření sami rozhodli, která z nich je pro dané zdravotnické zařízení vhodnější (61).

Jak již bylo uvedeno výše, z výsledků šetření vyplynulo, že 127 (35,2 %) dotazovaných sester (graf 26) se nesetkalo s reakcí na nahlášenou mimořádnou událost. Toto číslo nám potvrzuje i následující analýza otázky týkající se provádění pravidelných výstupů hlášení. Zde umocnilo svojí nevědomostí 133 (47,0 %) dotazovaných sester domněnku, že ze strany managementu nepřicházejí výstupy o provedených rozborech hlášení. Pravidelné výstupy, a tedy i získání informací, potvrdilo 103 (36,4 %) respondentů a vyvrátilo 47 (16,6 %) respondentů.

Uvedené výsledky potvrzují pátou hypotézu: systém hlášení o „mimořádných událostech“ v České republice je všeobecnými sestrami využíván.

Velmi důležité jsou preventivní postupy zabraňující vzniku mimořádných událostí. Naskytlo se položit si otázku, co to vlastně prevence a preventivní péče je. V lékařském slovníku se dočteme, že prevence je „předcházení nemoci“ (69, s 375) a preventivní péče je péče „zaměřená na předcházení vzniku poruchy zdraví...“ (69, s 375). A jak se na preventivní a tedy i bezpečnou péči dívá Úsek kvality zdravotní péče Masarykova onkologického ústavu v Brně, který získal v prosinci 2009 mezinárodní certifikát kvality JCI? Jedním z jejich nejdůležitějších kritérií je snaha o zajištění bezpečného prostředí a předcházení možným rizikům. Snaží se neustále zdokonalovat systém řízení a minimalizaci rizik při poskytování zdravotní péče, a tak zajistit maximálně bezpečnou péči, tzn. poskytovat bezpečnou péči – tedy péči s minimalizovaným množstvím omylů. Obecně bychom mohli říci, že prevence v bezpečné péči je soubor opatření, který napomáhá předcházet nežádoucím jevům. Dotazované sestry samy přiznávají, že dokáží tento termín jednoduše vysvětlit (67,8 %), a jen nepatrné množství respondentů (4,9 %) přiznává, že tohoto vysvětlení není schopno (graf 28) (4, 69).

Většina dotazovaných sester se domnívá, že poskytování prevence za účelem bezpečné ošetrovatelské péče je možné (78,5 %), a také toto preventivní opatření provádí na svém pracovišti (78,1 %) (graf 29, graf 30). Požádali jsme respondenty, aby z nabízených možností vybrali postupy, které na pracovišti běžně provádějí, avšak do těchto postupů jsme zařadili dva, které sem nepatří, abychom zjistili, jestli respondenti mají představu, jaké kroky patří do bezpečné péče. Vzhledem k tomu, že respondenti mohli v odpovědi uvést více možností, přesahuje součet relativních četností 100 % (graf 31). Správné postupy byly následující: proškolení v přístrojové technice (73,1 %), dostatek jednorázových pomůcek na pracovišti (70,0 %), každoroční školení BOZP (58,0 %), nové technické a přístrojové vybavení (48,4 %), identifikace pacienta podle identifikačního náramku (48,4 %). Nesprávné postupy jako automatická záměna firemních názvů léků při ponechání generického názvu léku označila třetina dotazovaných sester (37,1 %) a identifikace pacienta podle pokoje označila čtvrtina (24,0 %) dotazovaných sester. Je nutno připomenout, že sestra nemá oprávnění provádět záměnu firemních názvů léků, neboť to není

uvedeno ve vyhlášce 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Jako nesprávnou identifikaci pacienta podle pokoje zmiňuje také Joint Commission Resources v publikaci Prevence pádů ve zdravotnických zařízeních (21, 78).

Z výsledku poslední otázky číslo 32, zda sestry získávají informace o nových preventivních postupech napomáhajících poskytování bezpečné ošetrovatelské péči, je zřejmé, že 198 (70,0 %) dotazovaných sester odpovědělo kladně a necelá třetina 85 (30,0 %) dotazovaných sester odpovědělo záporně.

H6: Všeobecné sestry využívají preventivních postupů jako prostředků zabráňujících vzniku mimořádných událostí, byla potvrzena.

6 Závěr

Vytvářet bezpečnou ošetrovatelskou péči mají na mysli všichni poskytovatelé zdravotní péče a tuto myšlenku uskutečňují prostřednictvím preventivních opatření. Cílem této práce bylo zjistit, jaké prostředky jsou využívány pro zachování úrovně bezpečné ošetrovatelské péče u všeobecných sester studujících specializační vzdělávání.

Na základě provedeného šetření bylo zjištěno, že sestry sice využívají různé prostředky, které napomáhají zachovat úroveň bezpečné péče, ale toto využití není dostatečné.

Prostřednictvím empirického šetření bylo ověřováno šest hypotéz. H 1: všeobecné sestry mají znalosti v oblasti mezinárodních úmluv a doporučení, která jsou zaměřena na bezpečnost klientů; H 2: všeobecné sestry v práci dodržují legislativu vymezující jejich pracovní činnost; H 3: všeobecné sestry v plné míře využívají výstupy auditů vztahujících se k bezpečné ošetrovatelské péči; H 4: všeobecné sestry v jednotlivých zdravotnických zařízeních v České republice používají jednotnou terminologii pro vymezení bezpečné ošetrovatelské péče; H 5: systém hlášení o „mimořádných událostech“ v České republice je všeobecnými sestrami využíván; H 6: všeobecné sestry využívají preventivních postupů jako prostředků zabráňujících vzniku mimořádných událostí. Na základě vyhodnocených dotazníků můžeme konstatovat, že první čtyři hypotézy se nám nepotvrdily a hypotéza pět a šest se nám potvrdila. Domníváme se, že sestry nevyužívají dostatek prostředků, které snižují riziko vzniku pochybení a zvyšují úroveň bezpečné ošetrovatelské péče. Pokud by sestry byly více informované o preventivních postupech, mohly by pacientům zajistit kvalitní péči s minimalizací rizik.

Důležité je, aby sestry začaly více využívat dostupných preventivních postupů a samy se o tyto postupy začaly iniciativně zajímat. Přestože sestry mají některé preventivní postupy vytvořeny a tyto postupy jsou tedy používány, není plně využita jejich efektivita. Domníváme se, že je třeba apelovat na management, aby více využíval různých prostředků napomáhajících ke zlepšení bezpečné péče a informoval

o nových postupech a provedených analýzách pravidelně všech zdravotnický personál, sestry nevyjímaje. Je třeba si uvědomit, že práce ve zdravotnictví je náročná a složitá, nicméně měla by být bezpečná.

Výsledky tohoto výzkumu již byly na jaře tohoto roku využity jako výukový materiál formou přednášek v rámci specializačního vzdělávání v NCO NZO v Brně, kde byl výzkum prováděn. Uvedené výsledky budou dále poskytnuty odborné veřejnosti, publikovány v odborných periodikách a mohou sloužit jako podklad pro srovnávání dalších výzkumných šetření.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR. In: *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí*. NCO NZO: Brno, 2006. s. 24-39. ISBN 80-7013-449-6.
2. BÁRTLOVÁ, S. Stručný přehled výsledků výzkumu „Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí“. In: *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí*. NCO NZO: Brno, 2006. s.5-23. ISBN 80-7013-449-6.
3. *Bezpečí pacientů v ambulantních zdravotnických zařízeních*. [online], 2009 [cit. 2009-09-23]. Dostupné na WWW: <<http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/81-BEZPECI-PACIENTU-V-AMBULANTNICH-ZDRAVOTNICKYCH-ZARIZENICH-.html>>
4. *Bezpečná a kvalitní péče v MOU*. [online], 2010 [cit. 2010-05-01]. Dostupné na WWW: <<http://www.mou.cz/cz/usek-kvality-zdravotni-pece/departament.html?id=31&chapter=114>>
5. *Bezpečnost*. [online], 2009 [cit. 2009-09-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.mvcr.cz/clanek/bezpecnost.aspx>>
6. BRABCOVÁ, I. *Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb (učební text pro bakalářskou formu studia)*. 1.vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2005. s. 32-46. ISBN neuvedeno.
7. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví*. [online], 2009 [cit. 2009-09-21]. Dostupné na WWW: <<http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/6-Cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi.html> >
8. *Cíle informačního portálu*. [online], 2009 [cit. 2009-09-21]. Dostupné na WWW: <<http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/1-Cile-informacniho-portalu.html>>
9. *Česká lékařská komora. Nová legislativa o zdravotnické dokumentaci*. [online], 2010 [cit. 2010-04-30]. Dostupné na WWW: <http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Dokumentace/nova_legislativa_dokum.html>

10. Česká lékařská komora. *Novinky v právních předpisech pro práci se zdravotnickou dokumentací*. [online], 2010 [cit. 2010-04-30]. Dostupné na WWW: http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Dokumentace/zdrav_dokumentace_2007.html
11. Di CARA, V. Nové funkce sester na pořadu dne. In: *Florence*, 2010, roč. 6, č. 1, s. 9-10. ISSN 1801-464X.
12. *Dublin 2009 – Designing for Duality*. 2010 [cit. 2010-01-31]. Dostupné na WWW: <http://www.isqua.org/archived-conference/dublin-2009-designing-for-quality.htm>
13. GOOSSEN, W. Gross-mapping between three terminologies with the International Standard Nursing Reference Terminology model. In: *International Journal of Nursing Terminologie and Classifications*, 2006, roč. 17, č. 4. s. 153-164.
14. HANZLÍKOVÁ, A. et al. *Komunitné ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: OSVETA, 2004. s. 22 – 30. ISBN 80-8063-155-7.
15. HANZLOVÁ, E. Management rizik ošetrovatelské péče v českých nemocnicích. In: *Diplomová práce*, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008.
16. HAVELKOVÁ, H. Odpovědnost sestry při výkonu povolání. In: *Bakalářská práce*, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007.
17. HAVELKOVÁ, H., MIKULKOVÁ, J. Názory sester na poskytování bezpečné ošetrovatelské péče. In: *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 2, s. 15–16. ISSN 1210-0404.
18. HOLČÍK, J. Priority evropské zdravotní politiky. In: *Zdravotnictví v České republice*, 2009, roč. 12, č. 1, s. 2-6. ISSN 1213-6050.
19. HŘIB, Z. Desatero aktivit pro bezpečí pacientů. In: *Medical tribune*, 2007, roč. 3, č. 7, s. B6. ISSN 1214-8911.

20. Joint Commission International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Přel. Marx, D., Staněk, I. 3.vyd. Praha: Grada, 2009. s. 6-10. ISBN 978-80-247-2436-2.
21. Joint Commission Resources. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení. Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Přel. VYHNÁLEK, R. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
22. JURÁSKOVÁ, D., SVOBODOVÁ, D. Kvalita jako priorita. In: *Florence*, 2004, roč. 5, č. 4. ISSN 1801-464X.
23. KILÍKOVÁ, M. Kvalita vedenia ošetrovateľskej dokumentácie v praxi. In: *Kontakt*. Zdravotně sociální fakulta: Jihočeská univerzita v ČB, 2009. roč. 11, č. 1. s. 232-238. ISSN 1212-4117.
24. KLÁNOVÁ, M. Zdravotnická dokumentace. In: *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 6. s. 12-13. ISSN 1210-0404.
25. *Knihá bezpečí*. [online], 2009 [cit. 2009-09-18]. Dostupné na WWW: <<http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/10-Reseni-oblasti-bezpeci-pacientu.html>>
26. *Kompatibilita s právem ES/EU*. [online], 2010 [cit. 2009-05-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/evropske-zalezitosti/kompatibilita-s-pravem-es-eu/odbor-kompatibility-5531/>>
27. KOZOŇ V. et al. Príspevok k pojmotvorbe v ošetrovateľstve. In: *Florence*, 2010, roč. 6, č. 1. s. 14-16. ISSN 1801-464X.
28. Kvalita očima pacientů RNDr. Tomáše Raitera, řešitele projektu Kvalita očima pacientů. In: *Zdravotnické noviny*, 2010, roč. 59, č. 4. s. 1-2. ISSN 1214-7664.
29. *London Declaration. Patients for Patient Safety. WHO World Alliance for Patient Safety*. [online], 2010 [cit. 2010-01-31]. Dostupné na WWW: <http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/London_Declaration_EN.pdf>

30. *Luxembourg Declaration on Patient Safety (2005)*. 2010 [cit. 2010-01-31]. Dostupné na WWW: <[http://ehtel.net/forum/tasks-sources/tf-patient-safety-emedication/luxembourg-declaration-on-patient-safety/files/luxembourg_declaration_on_patient_safety_05042005.pdf/pa_preview?searchterm=None& width=400&height=400](http://ehtel.net/forum/tasks-sources/tf-patient-safety-emedication/luxembourg-declaration-on-patient-safety/files/luxembourg_declaration_on_patient_safety_05042005.pdf/pa_preview?searchterm=None&width=400&height=400)>
31. MERVARTOVÁ, M. Právo pacienta na informace a nahlížení do zdravotnické dokumentace. In: *Zdravotnictví a právo*, 2009, roč. 9, č. 11. s. 2-5. ISSN 1211-6432.
32. *Mezinárodní iniciativa za porodní péči pro matku a dítě*. [online], 2009 [cit. 2009-09-21]. Dostupné na WWW: <http://www.aperio.cz/download/IMBCI_10_bodu_cesky.pdf>
33. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Knihá bezpečí*. [online], 2009 [cit. 2009-10-11]. Dostupné na WWW: <<http://knihabezpeci.mzcr.cz/Categories/2-Verejna-cast-laicka.html>>
34. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdraví 21*. 1. vyd. Praha: MZ ČR, 2000. s. 2-18. ISBN 92-890-1349-4.
35. Nařízení vlády č. 77. *nařízení o středních zdravotnických pracovnících (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů ČSR, č. 41, 1951. s. 229-232.
36. Nařízení vlády č. 245. *kterým se mění nařízení vlády č.336/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky a kterým se mění nařízení vlády č. 251/2003 Sb., kterým se mění některá nařízení vlády vydaná k provedení zákona č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ve znění nařízení vlády č. 112/2007 Sb. (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 74, 2004. s. 3470-3486.
37. NEUWIRTH, J. Historie počátku vysokoškolského studia ošetrovatelství u nás. In: *Nové trendy v ošetrovatelství III*. České Budějovice: JU ZSF, 2004. s. 227–229. ISBN 80-7040-705-0.

38. *Odbor zdravotnictví. Metodika vedení zdravotnické dokumentace podle nové legislativy.* [online], 2010 [cit. 2007-11-07]. Dostupné na WWW: < http://www.google.cz/search?q=metodika+veden%C3%AD+zdrav.dokumentace+podle+nov%C3%A9+legislativy&rls=com.microsoft:cs:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=1I7GGLL_en&redir_esc=&ei=-mXoS5G0I42gOI-l2KgE>
39. *O nás.* [online], 2009 [cit. 2009-10-08]. Dostupné na WWW: < <http://www.sakcr.cz/about.php>>
40. *Patient Safety – Making it Happen. Luxembourg Declaration on Patient Safety.* [online], 2010 [cit. 2010-01-31]. Dostupné na WWW: < http://www.eu2005.lu/en/actualites/documents_travail/2005/04/06Patientsafety/Luxembourg_Declaration_on_Patient_Safety_05042005-1.pdf>
41. PŘIBYLOVÁ, K. *K užívání pojmu „sestra“ pro jiné povolání než „sestra odpovědná za všeobecnou péči“ a k pojmu „praktická sestra“.* [online], 2010 [cit. 2010-02-03]. Platný e-mail: havelkova.hana@seznam.cz od Katerina.Pribylova@mzcr.cz
42. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie.* 2. přepracované vyd. Brno: NCO NZO, 2005. s. 6–23. ISBN 80-7013-420-8.
43. *Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR.* [online], 2010 [cit. 2010-04-30]. Dostupné na WWW: < <http://www.psp.cz/docs/status.html>>
44. *Sestra roku 2006.* [online], 2010 [cit. 2010-04-26]. Dostupné na WWW: < <http://www.sestraroku.cz/sestra-roku/>>
45. *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost.* 2.vyd. Praha: Academia, 2005, 647 s. ISBN 80-200-1080-7.
46. *Slovník spisovného jazyka českého I.* 1.vyd. Praha: Academia, 1989. s. 113-114. ISBN neuvedeno.
47. *Slovník spisovného jazyka českého.* 1.svazek, Praha: ČSAV, 1960. s. 89. ISBN neuvedeno.

48. Směrnice č. 10. *o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků (Autorský zákon)*, Věstník MZ ČSR, č. 8-12, 1986. s. 90-105.
49. Směrnice č. 27. *Náplň činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků (Autorský zákon)*, Věstník MZ ČSR, č. 10, 1972. roč. 20. s. 105-112.
50. Směrnice č. 33. *Rozsah oprávnění a náplň činností středních a nižších zdravotnických pracovníků (Autorský zákon)*, Věstník MZ, č. 14, 1967. roč. 15. s. 117-120.
51. Směrnice č. 34. *Zásady pro náplň práce instrumentárek a sester na stomatologických odděleních (Autorský zákon)*, Věstník MZ, č. 19, 1964. roč. 12. s. 185-186.
52. SRŠEŇ, V. *Zdravotnická zařízení přímo řízená ministerstvem zdravotnictví budou certifikována v oblasti kvality péče o pacienty*. [online], 2010 [cit. 2010-04-30]. Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotnicka-zarizeni-primo-rizena-ministerstvem-zdravotnictvi-budou-certifikovana-v-oblasti-kvality-pece-o-pacienty_2941_1513_1.html>
53. SRŠEŇ, V. *Ministerstvo zdravotnictví se zaměřuje na bezpečnost pacientů, představuje Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012*. [online], 2010 [cit. 2010-04-30]. Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi_3444_1.html>
54. *Stakeholders' positive paper on patient safety*. [online], 2010 [cit. 2010-01-31]. Dostupné na WWW: <http://www.ehtel.org/forum/tasks-sources/tf-patient-safety-emedication/stakeholders_position_on_patient_safety.pdf>
55. *Standardy ošetrovatelské péče*. [online], 2010 [cit. 2010-01-31]. Dostupné na WWW: <<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-osetrovatelske-pece.html>>

56. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 1997. s. 9–24. ISBN 80-7184-243-5.
57. *Světová zdravotnická organizace*. [online], 2009 [cit. 2009-10-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.who.cz/zaklinf.htm>>
58. *Světová Zdravotnická Organizace*. [online], 2009 [cit. 2009-09-28]. Dostupné na WWW: <<http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/76-Svetova-Zdravotnicka-Organizace.html>>
59. *Swedish Society of Nursing. Patient Safety*. [online], 2010 [cit. 2010-03-23]. Dostupné na WWW: <http://www.swenurse.se/PageFiles/6380/Patient%20Safety_webb,%20hela.pdf>
60. ŠKRLA, P. *Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
61. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
62. ŠKUBOVÁ, J. Bezpečnější a kvalitnější zdravotnictví. In: *Florence*, 2010, roč. 6, č. 1. s 5. ISSN 1801-464X.
63. *The International Society for Quality in Health Care*. [online], 2010 [cit. 2010-01-31]. Dostupné na WWW: <http://translate.google.cz/translate?hl=cs&sl=en&u=http://www.isqua.org/current-conference.htm&ei=UwjnS4qWHpOlOISUsbMH&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CBwQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Dhttp://www.isqua.org/current-conference.htm%26hl%3Dcs%26rls%3Dcom.microsoft:cs:IE-SearchBox%26rlz%3D1I7GGLL_en>
64. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství: (pro posluchače studijního programu Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby)*. 1. vyd. České Budějovice: JU ZSF, 2000. s. 9-11. ISBN 80-7040-454-X.
65. Ústavní zákon č. 110. *o bezpečnosti České republiky (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 39, 1998. s. 5386-5387.

66. Věstník MZ ČR *Koncepce ošetřovatelství (Autorský zákon)*, Věstník MZ ČR, č. 6, 1998.
67. Věstník MZ ČR *Koncepce ošetřovatelství (Autorský zákon)*, Věstník MZ ČR, č. 9, 2004. s. 2-6.
68. VLKOVÁ, R. *Sestrou roku se stal muž!* [online], 2010 [cit. 2010-04-28]. Dostupné na WWW: <http://www.fnplzen.cz/dokumenty/casopis/72_06.pdf>
69. VOKURKA, M. et al. *Velký lékařský slovník*. 9.vyd. Praha: Maxdorf, 2009. s. 735. ISBN 978-80-7345-202-5.
70. VONDRÁČEK, L. Tři případy právních důsledků pádu. In: *Florence*, 2008, roč. 4, č. 9. s. 358. ISSN 1801-464X.
71. VURMOVÁ, B. Po zavedení formulářů 602XML začali hlášení vyplňovat i lékaři. In: *SWět602 – bulletin o počítačových technologiích, díky kterým se lidem lépe pracuje*. [online], 2007 [cit. 2010-03-15]. Dostupné na WWW: <http://www.bezpapiru.cz/po_zavedeni_formularu_602xml_zacali_hla_eni_v_yplnovat_i_lekari>
72. Vyhláška č. 4. *kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb. (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 1, 2010. s. 11-12.
73. Vyhláška č. 64. *kterou se mění vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb. (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 29, 2007. s. 838-842.
74. Vyhláška č. 77. *o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů ČSR, č. 19, 1981. s. 401-410.
75. Vyhláška č. 321. *kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 104, 2008. s. 4917-1920.

76. Vyhláška č. 385. *o zdravotnické dokumentaci (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 122, 2006. s. 5282-5297.
77. Vyhláška č. 423. *kteřou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 139, 2004. s. 8094-8095.
78. Vyhláška č. 424. *kteřou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 139, 2004. s. 8096-8099.
79. *Vzdělání je pro sestry klíčové.* [online]. [cit. 2009-10-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-2-2006>>
80. Zákon č. 20. *o péči o zdraví lidu (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů ČSR, č. 7, 1966.
81. Zákon č. 96. *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů – zákon o nelékařských zdravotnických povolání (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 30, 2004. s. 1452-1479.
82. Zákon č. 111. *kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 41, 2007. s. 1339-1343.
83. Zákon č. 123. *o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 36, 2000. s. 1692-1713.
84. Zákon č. 239. *o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 73, 2000, s. 3461-3474.
85. Zákon č. 260. *kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 100, 2001. s. 6344-6346.

86. *Zpravodaj. Městská nemocnice Ostrava*. 2009 [cit. 2009-09-28]. Dostupné na
WWW: < http://www.mnof.cz/news/200806/zp_mno_2008_06_1.pdf >

8 Klíčová slova

Bezpečnost pacientů

Činnosti

Kompetence

Legislativní změny

Pochybení

Všeobecná sestra

9 Seznam příloh

- Příloha 1 Změny v počtu kreditů za jednotlivé formy celoživotního vzdělávání
Příloha 2 Dotazník

Příloha 1

Změny v počtu kreditů za jednotlivé formy celoživotního vzdělávání

Název vzdělávací akce	Vyhláška č. 423/2004 Sb. (účinnost 20.7.2004)	Vyhláška č. 321/2008 Sb. (účinnost 29.8.2008)	Vyhláška č. 4/2010 Sb. (účinnost 1.2.2010)
Inovační kurz, školicí akce, odborný kurz	1 kr/den - nejvíce 10/akce	3 kr/den - nejvíce 12/akce	4 kr/den - nejvíce 12/akce nejde-li o pedagogickou činnost
Inovační kurz jako e-learningový kurz	1 kr/kurz	2 kr/kurz - max 14/reg. období	
E-learningový kurz	hodnocen podle délky trvání jako účast na semináři, inovačním kurzu, školicí akci nebo odborném kurzu		2 kr/min. 15 stran textu 3 kr/min. 30 stran textu
Seminář	1 kr/den - nejvíce 10/akce	1 kr/den - nejvíce 10/reg. období	1 kredit/akce nejde-li o pedagogickou činnost
Odborná stáž	1 kr/den - nejvíce 15/stáž	3 kr/den - nejvíce 15/stáž	3 kr/den - nejvíce 15/stáž
Kongres, konference, pracovní den, sjezd, sympozium	3 kr/den - nejvíce 10/akce	4 kr/den - nejvíce 12/akce	4 kr/den - nejvíce 12/akce
<i>- přednesení přednášky</i>	15 kreditů	10 kr/vlastní přednáška, autorství posteru, aktivní účast na soutěžích	10 kr/vlastní přednáška, autorství posteru, aktivní účast na soutěžích
<i>- spoluautor na přednášce</i>	10 kreditů	5 kr - spoluautorství nebo přednesení cizí přednášky	5 kr - spoluautorství nebo přednesení cizí přednášky
<i>spoluautor na posteru</i>		4 kredity	4 kredity
Mezinárodní kongres		5 kr/den - nejvíce 15/akce 15 kr/autorství-přednáška, poster 10 kr/spoluautor-přednáška, přednesení cizí přednášky 5 kr/spoluautorství na posteru	5 kr/den - nejvíce 15/akce 15 kr/vlastní přednáška, autorství poster 10 kr/spoluautorství nebo přednesení cizí přednášky 5 kr/spoluautorství na posteru
Publikační činnost	15 kr/autor odborný článek 10 kr/spoluautor odborný článek 25 kr/autor odborné publikace, učebnice, skript, učební pomůcky	15 kr/odborný článek autor 10 kr/odb. článek spoluautor 100% v časopise s hodnotou IF 30 % v recenzovaném časopise 25 kr/autor odborné publikace, učebnice, skript, učební pomůcky 20 kr/spoluautor	15 kr/odborný článek autor 10 kr/odb. článek spoluautor 100% IF 30 % v recenz. časopise 25 kreditů autor 20 kreditů spoluautor
Pedagogická činnost	4 kr/1 den 7 kr/2-5 dnů max.25 kr/reg.ob. 15 kr/nad 5dnů	2 kr/vyuč. hod., nejvíce 20 kr/reg. období	2 kr/vyuč. hod., nebo přednesení odborného sdělení nejvíce 20 kr/reg. období
Vědecko-výzkumná činnost	25 kreditů	25 kreditů	25 kreditů
Vypracování metodiky		20 kreditů	20 kreditů

Příloha 2

Vážená kolegyně, vážený kolego,

navštěvuji 2. ročník Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, studijní program Ošetrovatelství, obor Ošetrovatelská péče ve vybraných klinických oborech. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci a vyplnění předloženého dotazníku, který poslouží jako podklad pro diplomovou práci na téma:

Bezpečná ošetrovatelská péče. Dotazník je **anonymní**.

Pokud nebude uvedeno jinak, označte odpověď, která nejbližší odpovídá Vašemu názoru.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci při vyplňování dotazníku

Bc. Hana Havelková

Zdravotně sociální fakulta

JU České Budějovice

1. Pohlaví:

- žena
- muž

2. Věk:

- 18 - 25 let
- 26 - 30 let
- 31 - 40 let
- 41 - 50 let
- 51 a více let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- SZŠ
- VZŠ
- VŠ
- specializační vzdělávání

4. Délka praxe:

- 1 - 5 let
- 6 - 10 let
- 11 a více let

5. Typ pracoviště, na kterém pracujete:

- lůžkové - akutní
- lůžkové - standardní
- ambulantní
- domácí péče
- jiné, uveďte jaké

6. Typ nemocnice, ve které pracujete:

- státní (krajská, městská)
- soukromá (akciová společnost aj.)

7. Domníváte se, že existují nějaká doporučení mezi členskými státy EU se zaměřením na bezpečnost klientů?

- ano
- nesetkal/a jsem se
- nevím, nezajímám se o to

8. Pokud jste označil/a ano, můžete uvést, která doporučení to jsou?

.....

9. Domníváte se, že existují nějaká doporučení i mimo členské státy EU (nadmárodní) se zaměřením na bezpečnost klientů?

- ano
- ne
- nevím

10. Pokud jste označil/a ano, můžete uvést, která doporučení to jsou?

.....

11. Domníváte se, že byste byl/a schopen/na vyjmenovat ošetrovatelské činnosti, které jste oprávněn/a vykonávat?

- ano, plně
- ano, částečně
- nevím
- ne

12. Víte, ve které zákonné normě můžete najít vymezení Vašich činností?

- vyhláška 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů
- vyhláška 321/2004 Sb.
- zákon 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů

13. Domníváte se, že v rámci Vaší praxe provádíte činnosti, ke kterým nejste oprávněn/a?

- ano, každou pracovní směnu
- ano, ale jen občas
- ano, ale jen výjimečně
- ne, přejděte k otázce č. 15

14. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 13 kladně, uveďte prosím, o jaký typ činností se jedná.

.....

15. Jsou na Vašem pracovišti vytvořeny ústavní standardy?

- ano
- z části ano (všechny standardy nejsou vytvořeny)
- ne, přejděte k otázce č. 19.

16. Provádějí se na Vašem pracovišti audity?

- ano
- ne, přejděte k otázce č. 19.
- nevím, přejděte k otázce č. 19.

17. Získáváte zpětnou vazbu po uskutečnění auditu na Vašem pracovišti?

- ano, písemně
- ano, ústně
- ne

18. Domníváte se, že na základě prováděných auditů se mění postup v poskytované péči?

- ano, uveďte jak
- ne
- nevím o změně

19. Používáte zkratky/symboly při zápisu do ošetrovatelské dokumentace?

- ano, často, protože zpřehledňují zápis
- ano, ale výjimečně, jen v obecně známých souvislostech
- ne

20. Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení vypracován nějaký návod pro užívání jednotné terminologie vzhledem k používaným zkratkám/symbolům?

- ano, uveďte jaký:
 - standard
 - metodický pokyn
 - neznám přesný název
 - jiné, uveďte:
- nevím
- ne

21. Považujete za důležité mít na pracovišti vypracovaný návod pro užívání jednotné terminologie?

- ano, protože (zdůvodněte)
- nejsem si jistý/á
- ne, protože (zdůvodněte)

22. Vysvětlíte prosím zkratku KD (můžete napsat i více možností)

.....
.....

23. Pokud na Vašem pracovišti vznikne nepožadovaná/nechtěná/nežádoucí/mimořádná událost, máte možnost ji zaznamenat?

- ano
- ano, ale jen ty, které se sledují celoustavně (např. dekubity, pády)
- ne, odůvodněte:
 - málo času na záznam
 - formulář není zdravotnickým zařízením vytvořen
 - formulář není na pracovišti k dispozici
 - jiné, uveďte:

24. Považujete hlášení o mimořádné/nežádoucí události za důležité?

- ano, protože (zdůvodněte):
- ne, protože (zdůvodněte):
- nevím

25. Hlásil/a byste raději mimořádnou událost na vašem pracovišti anonymně?

- ano, bojím se případného postihu
- ano, bojím se případného vyčlenění z kolektivu
- nejsem si jistý/á, nepřemýšlel/a jsem o tom
- ne, je nutné v případě potřeby upřesnit podrobnosti události
- ne, ani v běžném životě se anonymem nikdo nezabývá

26. Pokud jste již provedl/a hlášení o mimořádné události, s jakou reakcí jste se ze strany vedení setkal/a (možné uvést více odpovědí).

- navržený preventivní postup
- odměna
- pochvala
- ústní pokárání
- finanční postih
- přeřazení na jiné pracoviště
- práce pod dohledem jiné sestry
- bez reakce
- doposud jsem neprovedl/a hlášení
- jiné, uveďte:

27. Provádí se u vás na pracovišti pravidelné výstupy systémů hlášení o mimořádných událostech?

- ano
- ne
- nevím o tom

28. Byl/a by jste schopen/na jednoduše vysvětlit, co je prevence v bezpečné péči?

- ano
- ne
- nevím

29. Domníváte se, že je možné provádět účinnou prevenci v rámci poskytování bezpečné péče?

- ano
- ne
- nevím

30. Myslíte si, že na Vašem pracovišti se v rámci bezpečné péče provádí nějaké preventivní postupy?

- ano
- ne
- nevím, nesetkal/a jsem se

31. Pokuste se vybrat postupy, které se na vašem pracovišti běžně provádějí v rámci bezpečné péče (možné uvést více odpovědí):

- každoroční školení BOZP
- proškolení v přístrojové technice
- nové technické / přístrojové vybavení pracoviště
- dostatek jednorázových pomůcek na pracovišti
- jednou z možností identifikace pacienta - podle pokoje
- jednou z možností identifikace pacienta – podle identifikačního náramku
- záměna firemních názvů léků při ponechání generického názvu léku (např. generický název omeprazol, firemní názvy: Helicid, Losec, Lomac, Omeprol, Omeprazol)

32. Získáváte informace o nových preventivních postupech napomáhajících poskytování bezpečné ošetrovatelské péči?

ano

ne