



Nežádoucí události v ošetrovatelské praxi

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Lenka Pultarová**
Vedoucí práce: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.





Adverse Incidents In Nursing Care

Bachelor thesis

Studyprogramme: B5341 –Nursing
Studybranch: 5341R009 –General Nurse
Author: **Lenka Pultarová**
Supervisor: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka Pultarová**
Osobní číslo: **D15000086**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Nežádoucí události v ošetrovatelské praxi**
Zadávací katedra: **Fakulta zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

- 1) Zjistit, jak probíhá hlášení nežádoucích událostí v klinické praxi na vybraných odděleních.
- 2) Zmapovat důvody vedoucí k nežádoucím událostem v ošetrovatelské praxi z pohledu všeobecné sestry.
- 3) Zmapovat důvody, které vedou všeobecné sestry k případnému nenahlášení nežádoucí události.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Posláním zdravotnických institucí je poskytovat kvalitní, účinnou, hospodárnou a vysoce odbornou péči o pacienty. Nicméně dochází i k situacím, kdy může být ohrožen pacient, personál i zdravotnická instituce. Takové případy nazýváme nežádoucí událostí. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 8/2012 Sb. informuje, že v členských státech Evropské unie dochází k nežádoucím událostem v 8-12 % případů.

Výstupem bakalářské práce bude vytvoření článku připraveného k publikaci v odborném periodiku.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

- 1) Jak probíhá hlášení nežádoucích událostí v klinické praxi na vybraných odděleních?
- 2) Proč dochází k nežádoucím událostem v ošetrovatelské praxi z pohledu všeobecné sestry?
- 3) Jaké důvody vedou všeobecné sestry k případnému nenahlášení nežádoucí události?

Metoda:

Kvalitativní.

Technika práce, vyhodnocení dat:

Nestandardizovaný rozhovor.

Data budou vyhodnocována analýzou a kategorizací získaných dat s následným zpracováním do diagramů. Text bude zpracován textovým editorem Microsoft Office.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo: Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Čas: prosinec - leden 2018

Vzorek:

Všeobecné sestry pracující ve směnném provozu, počet: 7.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **50-70stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury: **viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petra Pažoutová, DiS.**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **28. dubna 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2018**




prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

V Liberci dne 30. listopadu 2017

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- 1) ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2016. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. In: Věstník MZČR. Částka 7, s. 2-14. ISSN 1211-0868.
- 2) ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2015. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. In: Věstník MZČR. Částka 16, s. 2-14. ISSN 1211-0868.
- 3) ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2015. Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb metodický návod pro sebehodnocení. In: Věstník MZČR. Částka 16, s. 15-29. ISSN 1211-0868.
- 4) JÍLKOVÁ, Jana. Kvalita a bezpečí v nemocnici 1. část. 2014. Zdravotnictví a medicína. 2014(12), 24-25. ISSN 2336-2987. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/kvalita-a-bezpeci-v-nemocnici-1-cast-475846>.
- 5) PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito et al. 2013. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. Acta Paulista de Enfermagem. 26(3), 256-262. ISSN 0103-2100. Dostupné také z: <http://search.proquest.com/docview/1448193737/fulltextPDF/1020CE78A01941C6PQ>
- 6) REICHARDT, CH., K. BUNTE-SCHÖNBERGER a P. VAN DER LINDEN. 2017. Hygiena a dezinfekce rukou: 100 otázek a odpovědí. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0217-4.
- 7) SVOBODOVÁ, Dita. 2012. Zavádění a udržování kvality bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR. Florence. 8(6), 28-34. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2012/zavadeni-a-udrzovani-kvality-a-bezpeci-zdravotni-pece-v-zarizenich-nemocnicniho-typu-na-uzemi-cr-.547/>.
- 8) ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. 2017. Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0062-0.
- 9) VONDRÁČEK, Lubomír a Eva KUČKOVÁ. 2013. Nežádoucí události jako zdroj informací o poskytovaných zdravotních službách. Zdravotnické noviny. 62(12), 26. ISSN 1805-2355. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nezadouci-udalosti-jako-zdroj-informaci-o-poskytovanych-zdravotnich-sluzbach-470883>.
- 10) WOLFFOVÁ, Věra. 2016. Význam hlášení mimořádných událostí v českém zdravotnictví. Florence. 12(9), 2. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/9/>.
- 11) ZACHOVÁ, Veronika a Dagmar ŠKOCHOVÁ. 2015. Bodná poranění zdravotnických pracovníků v průběhu deseti let. Florence. 11(4), 25-29. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/4/>.

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 - školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 10.4.2018

Podpis: 

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Petře Pažoutové, DiS. za odborné vedení, ochotu a náměty při psaní práce. Dále bych ráda poděkovala všem všeobecným sestrám, které mi dovolily uskutečnit a nahrát rozhovory potřebné k výzkumu práce.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Lenka Pultarová

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Název bakalářské práce: Nežádoucí události v ošetrovatelské praxi

Vedoucí práce: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.

Počet stran: 64

Počet příloh: 12

Rok obhajoby: 2018

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá nežádoucími událostmi a jejich hlášení v praxi. Práce se rozděluje na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část popisuje problematiku nežádoucích událostí a jejich systémů hlášení. Dále se zaměřuje na nejčastěji vzniklé nežádoucí události a daná preventivní opatření. Výzkumná část byla prováděna kvalitativní metodou. Pro výzkumné šetření byl použitý polostrukturovaný rozhovor. Respondenty byly všeobecné sestry pracující ve směnném provozu. Zabývá se chybami, ke kterým dochází v rámci vzniku nežádoucích událostí a v průběhu procesu jejich hlášení.

Klíčová slova: nežádoucí událost, pacient, kvalita, lidský faktor, systémový faktor

Annotation

Name and Surname: Lenka Pultarová

Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Medical Studies

Title: Adverse Incidents In Nursing Care

Supervisor: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.

Pages: 64

Appendix: 12

Year of Defence: 2018

Annotation:

The bachelor thesis occupies with adverse incidents and their reporting in practice. The thesis is divided into the theoretical and research part. The theoretical part describes the issue of adverse incidents and their reporting systems. It also focuses on the most frequently occurring adverse incidents and their preventive measures. The research part was performed by a qualitative method. A semi-structured interview was used for the research. Respondents were general nurses working in shifts. It deals with errors that occur during the occurrence of adverse incidents and during the reporting process.

Keywords: adverse incident, patient, quality, human factor, systemic factor

Obsah

1	Úvod.....	13
2	Teoretická část	14
2.1	Kvalita a bezpečí zdravotních služeb	14
2.1.1	Systemy řízení kvality	14
2.1.2	Interní systém hodnocení kvality	15
2.1.3	Indikátory kvality.....	16
2.2	Nežádoucí událost	17
2.2.1	Klasifikace NU	18
2.2.2	Nejčastější NU	19
2.2.3	Důvody vzniku NU	22
2.2.4	Specifická pochybení ošetrovatelské praxe	25
2.2.5	Preventivní opatření NU	25
2.2.6	Hlášení NU	32
3	Výzkumná část.....	35
3.1	Cíle práce a výzkumné otázky	35
3.1.1	Cíle práce	35
3.1.2	Výzkumné otázky	35
3.2	Metodika výzkumu.....	35
3.3	Analýza výzkumných dat	37
3.3.1	Kategorie 1 – Popis nežádoucí události.....	37
3.3.2	Kategorie 2 – Rozdělení nežádoucích událostí.....	38
3.3.3	Kategorie 3 – Skoropochybení	39
3.3.4	Kategorie 4 – Edukace nadřízeným	40
3.3.5	Kategorie 5 – Proces hlášení nežádoucích událostí	41
3.3.6	Kategorie 6 – Důvody vzniku nežádoucích událostí	42
3.3.7	Kategorie 7 – Lidský faktor	43
3.3.8	Kategorie 8 – Systémový faktor	44
3.3.9	Kategorie 9 – Nenahlašování nežádoucích událostí	45
3.3.10	Kategorie 10 – Hlášení skoropochybení.....	46
3.3.11	Kategorie 11 – Důvody nenahlášení nežádoucích událostí	47
3.3.12	Kategorie 12 - Sankce.....	48
3.4	Analýza výzkumných cílů a výzkumných otázek	49
4	Diskuze	51
5	Návrh doporučení pro praxi.....	56
6	Závěr	57

Seznam literatury	59
Seznam tabulek	63
Seznam příloh	64

Seznam použitých zkratk

atp.	a tak podobně
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČAK	Česká advokátní komora
DNA	deoxyribonukleová kyselina
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
GIT	gastrointestinální trakt
JCAHO	Joint Commission: Accreditation, Health Care, Certification
JCIA	Joint Commission International Accreditation
JCR	Joint Commission Resources
Kcl	Kalii Chloridum
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NU	nežádoucí událost
ORL	otorhinolaryngologie
SAK	Spojená akreditační komise
SHNU	System hlášení nežádoucích událostí
tzv.	takzvaný
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

1 Úvod

V současnosti je jednou z hlavních priorit Ministerstva zdravotnictví České republiky posílení bezpečnosti a zvýšení kvality poskytování zdravotní péče. Publikují se metodické návody, které mají této strategii pomoci. Mezi nejdůležitější metodiky patří sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 8/2012 Sb. informuje, že v členských státech Evropské unie dochází k nežádoucím událostem v 8 – 12 % případů (MZ ČR, 2012). Kontinuální zvyšování kvality je dlouhodobý proces vyžadující zapojení odborné i laické veřejnosti, a právě proto bylo rozhodnuto se zabývat nežádoucími událostmi ve spojení s ošetrovatelskou praxí a informovaností zdravotnického personálu o dané problematice.

Teoretická část se bude zabývat managementem kvality a bezpečí poskytovaných služeb a problematikou nežádoucích událostí. Cílem je objasnit nutnost kvalitní informovanosti v oblasti NU u všech zdravotnických pracovníků s následnou lepší compliancí pro hlášení NU, což je úzce spjato s kontinuálním zvyšováním kvality a bezpečí zdravotní péče.

Výzkumná část bude mít za cíl zjistit, k jakým chybám dochází v rámci vzniku nežádoucích událostí a v průběhu procesu jejich hlášení. Výzkumné šetření bude probíhat kvalitativní metodou. Jako nástroj šetření bude použitý polostrukturovaný rozhovor. Vybranými respondenty budou všeobecné sestry pracující ve směnném provozu. Výstupem bakalářské práce bude vytvoření článku připraveného k publikaci v odborném periodiku.

2 Teoretická část

2.1 Kvalita a bezpečí zdravotních služeb

V poslední době se stává kvalitní a bezpečná péče hlavní prioritou ve zdravotnictví. Kvalita je závislá na spoustě faktorech, a proto není jednoduché ji přesně definovat. WHO kvalitu formuluje jako službu, která co nejefektivněji a spolehlivě uspokojuje zdravotní potřeby. Jedna z hlavních hodnot Ústavy WHO je užívání nejvyššího dosažitelného standardu zdraví jakožto základní právo každé lidské bytosti. Světová zdravotnická organizace popisuje v rámci evropské strategie Health 2020 zásady zdravotní péče. Patří mezi ně především spravedlnost, udržitelnost, odpovědnost, právo podílet se na rozhodování, důstojnost a výše zmíněná kvalita (WHO, 2013). Na principech programu WHO bylo vytvořeno Ministerstvem zdravotnictví České republiky Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Dokument obsahuje třináct akčních plánů, které upřesňují cíle MZ ČR. Jedním z akčních plánů je i Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (MZ ČR, 2014).

Kvalita péče je ovlivněna hodnotami kolektivními i individuálními. Mezi ty, kteří kvalitu utvářejí, patří především vláda, zástupci zdravotnických zařízení a zdravotnický personál. Výsledkem kvality je proto souhra pacienta, zdravotníka a vlády. WHO uvádí čtyři kategorie specifických metod pro zvyšování kvality. Mezi ně patří posilování role spotřebitelů zdravotní péče, regulace a hodnocení zdravotnických pracovníků, zavedení standardů a norem a také vytvoření týmů zaměřených na problémy kvality a bezpečnosti péče (Svobodová, 2012).

2.1.1 Systémy řízení kvality

Systémy řízení kvality ve zdravotnictví mají prvopočátky v USA na začátku 20. století. V roce 1951 vznikla první instituce tvořící standardy pro kvalitu zdravotnictví. Od roku 1987 nese název Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO). V roce 1998 vznikl tento systém i pro Evropu a dodnes se nazývá Joint Commission International Accreditation (Svobodová, 2012).

JCIA je využíván i v České republice. Akreditace zdravotnického zařízení získaná většinou na tři roky potvrzuje poskytování kvalitní a bezpečné péče a snahu kontinuálního zvyšování kvality efektivním systémem. Po získání akreditace musí zdravotnické zařízení dodržovat standardy určené akreditačním systémem (Svobodová, 2012). Spojená akreditační komise (SAK) je první akreditační organizace vytvořená v České republice, která se začala zabývat kvalitou a bezpečím zdravotní péče. Zaměřuje se především na rizika spojená s medikací, na identifikaci pacientů, zdravotnickou dokumentaci, infekce spojené se zdravotní péčí, atp. Dále se zabývá řízením a správou nebo bezpečným prostředím (Šupšáková, 2017).

Získání certifikace ISO 9001 poskytuje písemné potvrzení o shodě zařízení se specifikovanými požadavky (Šupšáková, 2017). Certifikace potvrzuje, že zařízení ovládá své postupy, ve kterých je certifikováno. Kontrola kvality je založená na normě, která vyžaduje, aby zařízení popsala, co dělala; dělala, co popsala; dokumentovala, co dělala a zlepšovala výsledky (Svobodová, 2012). Cílem je shoda mezi požadavkem na výsledek a výsledkem samotným. Nejvhodnější zařízení pro certifikaci ISO 9001 jsou menší zařízení jako například laboratoře, stravovací provoz nebo lékárny. Management zařízení by se měl po řádném přezkoumání akreditačních a certifikačních systémů řízení kvality rozhodnout, který systém využije pro své zdravotnické zařízení (Škrlovi, 2008).

Jedním z nástrojů k ověřování kvality je audit. Neslouží k trestání případných pochybení zdravotnického personálu, ale naopak k cílenému kontinuálnímu zvyšování kvality díky upozornění na určité chyby a následnému ponaučení se z pochybení. Audity se rozdělují na interní a externí. Interní audity si zprostředkovává samo zdravotnické zařízení. Naopak externí audit může probíhat ohlášeně i neohlášeně například certifikačním, akreditačním orgánem nebo MZ ČR (Svobodová, 2012).

2.1.2 Interní systém hodnocení kvality

Zdravotnická zařízení v České republice se řídí zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který nařizuje poskytovatelům zdravotní péče zavést tzv. Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Hlavními cíli jsou zlepšení systémů řízení ve zdravotnictví, trvalé zvyšování kvality a bezpečí služeb a posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele služeb. Jedním

z nástrojů naplnění cílů je hlášení NU a následné efektivní šetření a smysluplné vyhodnocování dat - tzv. standard Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí (MZ ČR, 2015).

Tento systém hodnocení kvality a bezpečí neslouží k získání certifikátů či akreditací. Slouží pouze pro své interní potřeby především pak k minimalizaci rizikových činností a odhalení potenciálů ke zlepšení kvality služeb. Na základě výsledků by se měl vypracovat individuální plán do budoucna, jak zjištěným problémům předejít. Ministerstvo zdravotnictví popsalo ve Věstníku MZ ČR č. 16/2015 minimální požadavky pro zavedení výše popsaného systému. Poskytovatel lůžkové a jednodenní péče by měl kromě výše uvedeného standardu Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí v rámci minimálních požadavků zajistit standard Zavedení resortních bezpečnostních cílů, Řešení neodkladných stavů, Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých, Sledování spokojenosti pacientů, Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče a Dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony (MZ ČR, 2015).

2.1.3 Indikátory kvality

Indikátory kvality jsou spolu s informacemi od pacientů, odborníků a s výsledky auditů důležitými zdroji dat, kterými se vyhodnocuje kvalita výkonu. Tyto indikátory určené zdravotnickým zařízením by měly být smysluplné a kvantitativní. Bývají to výstražné markery, ze kterých vyplývá úroveň dosažení standardů. Používají se indikátory poměrové, jsou založené na datech vyskytující se s určitou frekvencí. Získaná data se poté vyhodnocují v poměru čitatele vzhledem k celkovému počtu (jmenovatel). Jako příklad uvádějí manželé Škrlovi poměr mezi rehospitalizací pacientů k celkovému počtu propuštěných pacientů. Dalším typem indikátorů jsou indikátory strážní. Jedná se o data, u kterých se vždy a okamžitě vyšetřují příčiny výskytu. Vztahují se většinou na nežádoucí události (Škrlovi, 2003).

Dalším příkladem sledovaných indikátorů mohou být pády, dekubity, systém sledování nežádoucích událostí, kvalita ošetřovatelské dokumentace, výskyt infekcí spojených se zdravotní péčí, dodržování BOZP a správná likvidace odpadu (Šupšálková, 2017).

2.2 Nežádoucí událost

WHO popisuje nežádoucí událost jako preventabilní událost nebo okolnost vyplývající ze zdravotní péče. Vzhledem k následkům klasifikuje NU na okolnosti bez dopadu na pacienta a na událost, která vedla k poškození pacienta (Tanferri de Brito a kol., 2013).

MZ ČR ve Věstníku č.7/2016 definuje nežádoucí události jako:

„události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy došlo k poškození pacienta, které je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb (PZS) nebo jeho pracovník“ (MZ ČR, 2016, s. 4).

Nežádoucí událostí jsou i ošetřovatelské intervence, které nebyly provedeny podle standardů a platných směrnic. Pojem incident by se měl chápat jako nežádoucí událost, které bylo zabráněno nebo nedošlo k poškození pacienta. Incident, kterému bylo na poslední chvíli zabráněno, se označuje jako „téměř pochybení“ (Škrlovi, 2008).

Jak je popsáno výše, standard Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí je jedním z nástrojů interního systému hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Standardem se zavádí proces evidence, vyhodnocování a hlášení nežádoucích událostí vyskytující se ve zdravotnickém zařízení, které poskytne systém hlášení NU bez udělení sankcí, s možností anonymního hlášení a následně zanalyzuje příčiny vzniku NU. MZ ČR ve Věstníku č. 16/2015 uvádí čtyři ukazatele kvality a bezpečí pro splnění tohoto standardu. Patří mezi ně zavedení způsobu hlášení v souladu s Metodikou sledování NU, zavedení způsobu vyhodnocování NU a jejich příčin, zavedení preventivních opatření a zhotovení způsobu ověření efektivity standardu v časovém rozmezí (MZ ČR, 2015).

Kromě zvyšování kvality a bezpečnosti péče jsou hlavními cíli sledování nežádoucích událostí předcházení rizik, ochrana pacientů a zdravotnického personálu, vytvoření systematického postupu k prevenci nežádoucích událostí (Pokořová, 2012). Resortní bezpečnostní cíle MZ ČR upozorňují především na správnou identifikaci pacientů před výkonem, bezpečné označení a podání rizikových léčivých přípravků, prevenci záměny pacientů, prevenci pádu, dostatečnou hygienu rukou a na bezpečnou a účelnou komunikaci (MZ ČR, 2012).

Věstník MZ ČR č.7/2016 Sb. informuje, že přibližně 13,5 % pacientů má zkušenost s nežádoucí událostí, a v 1,5 % případů bylo důsledkem úmrtí (MZ ČR, 2016). Nedostatečná kvalita zdravotní péče způsobuje řadu problémů jak pro veřejné zdraví, tak například i pro finanční náročnost zdravotnictví. Většinu nežádoucích událostí, kdy jsou příčinou systémové faktory, se dá předejít. Na druhou stranu obtížně odstranitelnou příčinou pochybení je lidský faktor. Proto by se poskytovatelé zdravotní péče měli snažit snížit rizikovost a její dopady vhodně zvolenými metodami (MZ ČR, 2012).

2.2.1 Klasifikace NU

Klasifikace nežádoucích událostí je vymezena ve Věstníku MZ ČR č.7/2016 pro účely ukládání dat do Národního portálu Systému hlášení nežádoucích událostí. V nejobecnější rovině se NU rozděluje na událost bez poškození, materiální poškození, psychologické poškození, fyzické poškození a neznámý druh poškození (MZ ČR, 2016).

Nejvyšší stupeň poškození pacienta je poškození fyzické. To se dělí dále podle míry závažnosti poškození na několik stupňů. Obecně se jedná o poškození zanedbatelné, dočasné, spojené s hospitalizací, trvalé nebo smrtelné (MZ ČR, 2012).

Dalším typem klasifikace jsou tzv. druhy NU. Rozdělují se na hlavní kategorie, které se poté až na výjimky větví na velké množství vedlejších os. Mezi hlavní kategorie patří dekubity, dieta/ výživa, dokumentace, chování osob, klinická administrativa, klinický výkon, medicínální plyny, medicínské přístroje/ vybavení, medikace/ i.v. roztoky, nehody a neočekávaná zranění, neočekávaná zhoršení klinického stavu, infekce vznikající v souvislosti s poskytováním zdravotní péče/ hospitalizací, pády, technické problémy, transfuze/ krevní deriváty, zdroje/ management organizace. Mezi další kategorie patří i neznámý, není NU a jiné. Infekce vznikající v souvislosti s poskytováním zdravotní péče/ hospitalizací se budou v budoucnu sledovat ve specifickém systému sledování (MZ ČR, 2016).

Petr Škrla klasifikuje pochybení na tři hlavní kategorie – téměř pochybení, nežádoucí událost bez následků a nežádoucí událost s následky. Téměř pochybení definuje jako chybu, ke které nedošlo díky nápravné akci. Nežádoucí událost bez následků popisuje jako akci, která odporovala pravidlům či standardům, ale pacient nebyl poškozen.

A nežádoucí událost s následky poškodila pacienta, nebo došlo ke ztrátě majetku zdravotnického zařízení (Škrla, 2005).

2.2.2 Nejčastější NU

Výsledky benchmarkingu nežádoucích událostí velkých nemocnic za rok 2015 ukazují, že nejčastěji se vyskytující NU jsou pády (32 %), infekce spojené se zdravotní péčí (20 %), dekubity (14 %) a problémy s chováním osob (14 %). K nejvíce rizikové skupině co se týče výskytu NU, patří muži ve věku 65 let a více. Data dále poukazují na fakt, že nejvíce náchylná k výskytu NU jsou standardní oddělení, a to především interní obory. Zde jsou nejčastější problémy s výše zmíněnými pády. Naopak na intenzivních odděleních se nejvíce setkávají s infekcemi spojenými se zdravotní péčí (ÚZIS, 2015).

2.2.2.1 Pády

Pád nemá obecně platnou definici, proto by si každé zdravotnické zařízení mělo vytvořit vlastní definici a způsob hlášení. Pád může být definován jako neplánovaná událost, kdy se pacient ocitne na zemi, nebo svůj pád oznámí personálu (JCAHO, 2007). Další definicí může být nečekaný sesun na zem z jakékoliv pacientovy polohy s rizikem poranění, včetně uklouznutí, ačkoliv je pacient doprovázen druhou osobou (Dostálová a Nahodilová, 2011).

Janice Morse vytvořila klasifikaci pádů. Pády rozdělila na tři hlavní kategorie. První z nich jsou náhodné pády. Dochází k nim zcela neúmyslně kvůli uklouznutí na mokré podlaze či kvůli nejrůznějším překážkám. Druhou skupinou jsou nepředvídatelné fyziologické pády, kdy příčinou spadnutí je fyzický stav pacienta, který nebyl do té doby znám. Jedná se například o mdloby či epileptický záchvat. Poslední třetí kategorií jsou předvídatelné fyziologické pády. Dochází k nim u rizikových pacientů například se zhoršenou chůzí, s narušenou duševní funkcí či u pacientů s pádem v anamnéze (JCR, 2007).

Dostálová a Nahodilová objevují důvody pádů jako jsou porušené funkce smyslů, centrálního nervového systému, motorických funkcí, vedlejší účinky léků, poruchy psychiky nebo vysoký věk a s tím spojené změny organismu. Pád ale může být

způsoben i špatně upraveným okolím zdravotnického zařízení, jako je například mokrá podlaha, špatná viditelnost nebo mechanické překážky. Důraz bychom měli dávat na edukaci pacienta o zvýšeném riziku pádu, aby mohl pacient sám pádu předcházet (Dostálová a Nahodilová, 2011).

Americká společnost Joint Commission Resources přímo popisuje vnitřní a vnější rizikové faktory pádu. Jako vnitřní faktory určuje předchozí pád, poruchu zraku, nejistou chůzi, problémy s pohybovým aparátem jako například svalovou atrofii nebo osteoporózu, dále pak narušený duševní stav, akutní onemocnění nebo chronické onemocnění. Mezi vnější faktory patří rizikové léky, nepřizpůsobené vany a toalety, tvar nábytku, špatná kvalita povrchu, špatné osvětlení, typ a stav obuvi, nesprávné používání různých zařízení jako jsou například postranice u lůžek a nakonec nevhodné pomůcky (JCR, 2007).

K zjištění míry rizikovosti vzniku pádu se používá screeningová metoda určená zdravotnickým zařízením, která by měla být použita při přijetí pacienta na příslušné oddělení. Během hospitalizace by se měl stupeň rizika přehodnocovat vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta (Dostálová a Nahodilová, 2011).

Pády mohou mít za následky například zlomeniny, poranění hlavy a měkkých tkání, úzkost, deprese a jiná emoční vypětí. To vede k navýšení finančních nákladů na pacienta, prodloužení doby hospitalizace, zvýšení morbiditativy či mortality. Doba hospitalizace se průměrně dvakrát prodlouží. Nejčastějším důvodem úrazu nebo úmrtí lidí starších 65 let jsou právě pády. Pacienti, kteří pád přežijí, se poté potýkají s vysokou nemocností (JCR, 2007).

2.2.2.2 Infekce spojené se zdravotní péčí

Další nejčastější nežádoucí událostí a také významným indikátorem kvality zdravotní péče jsou infekce spojené se zdravotní péčí, dříve označované jako nozokomiální infekce. Jsou to infekce, které nebyly přítomné v době přijetí do zdravotnického zařízení. Typicky se objevují 48-72 hodin od přijetí. Tyto infekce mohou pocházet z vnějšího nebo vnitřního prostředí (bakteriální flóra pacienta). Infekce můžeme dělit na infekce močového traktu, chirurgické rány, krevního řečiště, pneumonie, infekce kostí a kloubů, centrálního nervového systému, kardiovaskulárního systému, ORL, GIT, dolních cest

dýchacích, reprodukčního traktu, kůže a měkkých tkání nebo systémové infekce (ÚZIS, 2016).

Rizikovými skupinami pacientů jsou děti, geriatřiční pacienti či pacienti s oslabenou imunitou. Mezi vnější rizikové faktory patří délka hospitalizace, chirurgický zákrok, tracheostomie, žaludeční sonda, intravenózní kanylace, močová katetrizace, infuzní terapie, endoskopie, drenáže. Do vnitřních faktorů spadá kromě věku také hormonální poruchy, maligní onemocnění, popáleniny, traumata, dekubity, podvýživa a jiné (Vytejková, 2011).

Zásady předcházení infekcím se opírají především o účinnou hygienu rukou a správnou likvidaci biologického odpadu včetně ostrých předmětů (Škrlovi, 2008). Většina patogenů se přenáší rukama právě zdravotnického personálu. Proto je nutné pracovníky motivovat k dodržování zásad hygieny a naučit je, jak často a jakým způsobem bakteriální flóru na rukou odstraňovat (Škrlla, 2005).

2.2.2.3 Dekubity

Dekubitus je místní poškození kůže/ podkožní tkáně v důsledku tlaku s kombinací střížné síly. EPUAP klasifikuje dekubity do čtyř základních stupňů. První stupeň se projevuje zarudnutím kůže tzv. erytémem, bez narušení integrity kůže. Místo může být bolestivé s teplotními změnami. Druhým stupněm je částečná ztráta kožního krytu. Jedná se o mělký vřed s růžovou až červenou spodinou nebo neporušený či prasklý puchýř se serózní tekutinou. Vyskytuje se bez povlaku. Třetí stupeň se projevuje jako úplná ztráta kožního krytu. Na spodině se objevuje podkožní tuk, avšak kosti a svaly viditelné nejsou. Může se vyskytovat s povlakem. Čtvrtým stupněm je úplná ztráta kůže a podkoží, kdy jsou odhaleny kosti, šlachy nebo svaly. Na spodině se může objevovat povlak či černá krusta (EPUAP, 2014).

EPUAP se zmiňuje i o neznámé hloubce vředu, který je pokryt žlutým, hnědým, zeleným nebo šedým povlakem. Hloubka může být určena až po odstranění dostatečné části povlaku nebo nekrózy. V případě suché a stabilní nekrózy na patách by se měla nekróza ponechat, slouží jako ochranný kryt (EPUAP, 2014).

Pravidelná kontrola stavu kůže je důležitou činností k zabránění rozvoje dekubitů. Především je nutné si všimnout rizikových tzv. predilekčních míst na těle pacienta. Hlavní

je zachytit zarudnutí, změnu teplotu místa, nezblednutí a bolest po přitlačení (EPUAP, 2014).

2.2.2.4 Problémy s chováním osob

Problémy s chováním osob se na oddělení vyskytují stejně jako dekubity ve 14 % případů nežádoucích událostí. Většina pacientů pociťuje v průběhu své hospitalizace bolest, osamocení, strach nebo úzkost. Díky takto narušené psychice může nastat několik problémových situací a konfliktů s personálem či jinými hospitalizovanými pacienty (Škrla, 2008).

Zdravotnický personál může přijít do konfliktu s pacientem, který je agresivní, neurotický, narcistní nebo například pod vlivem alkoholu či drog. Chování pacientů pod vlivem omamných látek může být euforické, ale i agresivní a nebezpečné. Agrese bývá projevem špatného vyrovnávání psychické zátěže nebo například bolesti. Agresivita se může projevovat jako slovní vulgarity, bouchání dveřmi nebo odmítání péče. Může dojít k psychickému až fyzickému napadení. K projevení agrese přispívají tzv. spouštěče. Mezi ty patří například strach, zklamání, zátěž či bolest (Kelnarová a Matějková, 2009).

Neurotické projevy se v poslední době vyskytují u lidí více. Jedná se o vnitřní konflikty, rozpolcenost osoby. Komunikace s neurotickým pacientem bývá velmi obtížná. Základem úspěchu je klidná a srozumitelná komunikace, projev empatie a zájem o pomoc. Narcistní pacient požaduje kvůli svému charakteru nadstandardní péči, neustále mají potřebu si stěžovat, chovat se nadřazeně. Proto často dochází ke konfliktům mezi zdravotnickým personálem a pacientem (Kelnarová a Matějková, 2009).

2.2.3 Důvody vzniku NU

Jelikož zdravotnictví je obor realizován především lidmi a ne stroji, má mnohem vyšší riziko vzniku pochybení. Příčinou pochybení bývá systémový i lidský faktor. Studie popisují, že lidské pochybení je často spojené s komplexním systémem zdravotnického zařízení a jeho chybováním. Jen zřídka jsou příčinou pochybení pouze jednotlivé sestry (Škrla, 2005).

2.2.3.1 Systémový faktor

Systémy chybují v zavádění nových technologií, v proškolení zaměstnanců i v personálním složení na oddělení. Zvýšenou rizikovost představují také systémy, které jsou charakteristické pro tzv. rozptýlenou odpovědnost, kdy se na kvalitě služeb podílí mnoho lidí, ačkoliv nikdo z nich nenesou osobní odpovědnost. Dále se jedná o systémy, ve kterých se bagatelizuje velikost možného rizika, členové zdravotního týmu nevyjadřují své obavy nebo pochyby, systémy se nechtějí poučit zkušenostmi jiných zařízení, jsou špatně nebo nejsou zavedeny nástroje rizikového managementu nebo není jasně vymezena odpovědnost za bezpečnostní hledisko. Proto Institut Medicíny upozorňuje management kvality, aby vinu nesvaloval vždy pouze na jednotlivce, ale snažil se posílit bezpečí poskytovaných služeb v rámci právě komplexního systému (Škrla, 2005).

Z rozhodnutí systému – tedy manažerů zdravotních zařízení vyplývají latentní chyby. Ty se na rozdíl od aktivních projevují s časovým odstupem a často bez povšimnutí. Klíčové je si pamatovat, že ačkoliv latentním chybám nemůžeme zbránit, můžeme jim ale předejít dříve, než v kombinaci s lokálními faktory způsobí nehodu (Hřib a Vychytil, 2010).

2.2.3.2 Lidský faktor

Role lidského faktoru se při vzniku pochybení postupem času navýšila na 90 % a je obtížně eliminována. Navýšení je spojené s vyšším počtem příležitostí pro pochybení. Je zřejmé, že jednání lidí je při vzniku nehod v komplikovaných systémech nejvýznamnějším faktorem, a proto se objevuje i ve zdravotnictví (Hřib a Vychytil, 2010).

Lidský faktor je spojen především se zdravotníky, kteří pracují na již zmíněném aktivním konci s pacienty. Mezi nejčastější důvody pochybení patří spěch, únava, nedostatečná praxe a dovednosti či znalosti, stres, chaos, neobvyklé situace, komunikační problémy, vyrušování při práci nebo matematické chyby (Škrla, 2005).

Lidské pochybení se může klasifikovat podle důsledku nebo odhadovaných příčin pochybení. Častěji se ve zdravotních zařízeních používá klasifikace dle důsledku. Jedná se například o podání nesprávného léku. Naopak dělení dle příčin vychází

z psychologických aspektů pochybení. Jednotlivé chyby můžeme nazývat jako prováděcí, kam patří nepozornost a výpadek. Mezi další chyby patří omyly, u kterých byly jednotlivé kroky správné, avšak plán činnosti nesprávný. Omyl spadá do skupiny tzv. plánovacích chyb (Hřib a Vychytil, 2010).

Nepozornosti a výpadky se většinou objevují při rutinních výkonech. Důvodem může být ztráta pozornosti díky vyrušení jinou aktivitou nebo soustředěním na jiný problém. Omyly se klasifikují na omyly vázané na pravidla a vázané na znalosti. Objevují se kdykoliv v rámci plánování (Hřib a Vychytil, 2010).

V poslední době se problémy přesouvají do oblasti špatné komunikace jak s pacienty, tak se spolupracovníky. Důsledkem může být nevhodné chování pacientů vůči personálu, užívání alkoholu, nedodržování léčebného režimu nebo může dojít k fyzickému napadení ošetřujících zdravotníků (Vondráček a Kučková, 2013). Komunikace mezi sestrou a lékařem je často narušená z důvodu pocitu studu, nervozity, frustrace a domněnky sester, že si lékaři neváží jejich práce. Dochází pak ke špatnému pochopení verbální nebo telefonické ordinace lékaře, podání chybné dávky farmak, nepochopení nestandardních zkratk v dokumentaci či k celkovému narušení kontinuity zdravotní péče. Špatná komunikace je většinou zakotvena v problémových návycích, časové náročnosti, předsudky a postoji k sobě samotnému i ke spolupracovníkovi (Škrla, 2005).

Dalším problémem je neefektivní využívání času sester na oddělení. Dochází k tomu, že zbytečně ztrácí čas činnostmi navíc, zatímco by mohly tento čas věnovat více pacientům u lůžka a monitorací. Ztráta času znamená větší stres a chaos, což jsou podklady pro vznik nežádoucích událostí (Škrla, 2005). Jako další příčiny stresu na oddělení je popisován způsob komunikace nadřízeného, jak jedná se členy týmu a celkově konflikty na pracovišti. Dále je stresovým faktorem nedostatek bezpečí a spolupráce, nedostatečné ohodnocení, urgentní úkoly a nezvladatelné množství práce, dlouhý čas strávený v práci, pravidla a politika oddělení (Šupšáková, 2017).

Na pohodu a psychiku zdravotnických pracovníků působí pracovní podmínky. Mezi ně se řadí kvalita pracovního prostředí, hluchost, teplota, pracovní režim a bezpečnost práce. Kvalita prostředí se dotýká především osobního prostoru, vzdušnosti, osvětlení a estetiky okolí. Pro příznivé prostředí je důležité odhlučnění od okolí a taková pravidla pro komunikaci, která nevyrušují při práci. Optimální teplota na oddělení je 22 °C.

Příznivě působí i domluva na oddělení ohledně začátků a délky směn a přestávek (Šupšáková, 2017).

2.2.4 Specifická pochybení ošetrovatelské praxe

Problémových skupin pochybení je řada. Například nedostatek pozornosti k měnícímu se stavu pacienta, nedodržování preventivních opatření a nedostatek morální odpovědnosti může způsobit značné škody. Příčinou může být málo sester a s tím spojené pracovní přetížení, nedostatečná vzdělanost a dovednost, chybná komunikace či náročné seskupení pacientů (Škrla, 2005).

Medikačních chyb se sestry dopouští v důsledku nesprávné identifikace pacienta, neznalosti dávek a neznalosti vedlejších účinků farmak. Může dojít k záměně léků, podání chybné dávky, chybnému času podání či nepodání léků. Z hlavních příčin jmenuje Škrla stresující prostředí, počet odpracovaných hodin a přesčasů, chybnou komunikaci nebo špatné označení farmak (Škrla, 2005).

Skupina pochybení týkající se ordinací lékařů může také ohrozit zdraví pacienta. Jedná se o situace, kdy je ordinace špatně pochopená, opožděná, zapomenutá nebo nečitelná. Nečitelnost v dekurzu je velmi rizikovým faktorem. Stává se důvodem prohry u spousty sporů. Manažeři kvality by se tudíž měli postarat o to, aby nečitelnost nebyla tolerována (Škrla, 2005).

Ošetrovatelská dokumentace, která je důležitým nástrojem při práci na oddělení, slouží jako důkaz postupu léčení. Je nejdůležitějším zdrojem informací o dané péči a její poskytování. Kvalitně zpracovaná dokumentace může ochránit pracovníka před nejrůznějšími obviněními. Naopak špatně zhotovená dokumentace může pracovníkovi uškodit. Přesto se v ní objevuje řada chyb, kam spadá například označování podaných léků dříve, než je učiněno, chybná orientace v dekurzu, nedůslednost, neúplné nebo chybné zápisy v dokumentaci (Škrla, 2005).

2.2.5 Preventivní opatření NU

Důležitost prevence vzniku nežádoucích událostí se neustále navyšuje a stát i zdravotnická zařízení pracují na zlepšení preventivních opatření a zvyšování kvality

péče. Ministerstvo zdravotnictví definuje standardy rezortních bezpečnostních cílů, zdravotnická zařízení si vytvářejí co nejefektivnější protokoly hlášení nežádoucích událostí, které poté slouží k vytvoření následných preventivních opatření a jejich aktualizacím (Škrlovi, 2008).

Nejčastějším místem, kde pacient tráví většinu času a je zde nejvyšší výskyt nežádoucích událostí je ošetrovací jednotka. Proto by měl být na oddělení vytvořen systém prevence a přehlednosti všech možných rizik v souladu s právními předpisy státu a se standardy managementu kvality zdravotnického zařízení. Během ošetrovatelské anamnézy by se měla všechna rizika zaznamenat a viditelně označit na místech, aby byla nepřehlédnutelná. Jedná se například o existenci alergií, riziko pádu, riziko vzniku dekubitů, nutriční deficit nebo výskyt infekce. Tyto rizika lze například označit barevně rozlišenými samolepkami na deskách ošetrovatelské dokumentace, identifikačním náramku pacienta i přímo u lůžka (Škrlovi, 2008).

2.2.5.1 Rezortní bezpečnostní cíle

Rezortní bezpečnostní cíle jsou minimálními požadavky interního hodnocení kvality a bezpečí služeb. Tento standard určený Ministerstvem zdravotnictví představuje osm bezpečnostních prvků (MZ ČR, 2015).

Prvním cílem je bezpečná identifikace pacientů. Před každým podáním farmak, diagnostickým či terapeutickým výkonem, odebráním vzorku by měl být pacient identifikován zdravotníkem, až poté může být výkon proveden. Management kvality by měl zhotovit jednotný postup identifikace po celém zdravotnickém zařízení. Dále by měl být zaveden správný způsob ověření u pacientů, kteří nejsou schopni se sami identifikovat. Stanovit by se měl také způsob ověřování správného provádění tohoto cíle (MZ ČR, 2015).

Příkladem řešení správné identifikace mohou být často užívané identifikační náramky, které jsou pacientovi připnuty na začátku hospitalizace. Kontrola identifikačních údajů může probíhat dvěma způsoby a to porovnáním s chorobopisem pacienta a ústním ověřením. Před podáním jakékoliv medikace či provedení výkonu by se měl zdravotní pracovník aktivně zeptat na totožnost pacienta, srovnat údaje s identifikačním náramkem a až po ověření by měla být provedena intervence (Jílková, 2014).

Druhým prvkem je bezpečné používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti. Měl by být sestaven seznam všech takovýchto přípravků, bezpečně uložen dle instrukcí výrobce a viditelně označen jako rizikové. Patří mezi ně například inzulíny nebo KCl 7,5 % a jiné léčivé roztoky s vyšší koncentrací. Také by měl být stanoven způsob ověřování dodržování bezpečného používání těchto přípravků (MZ ČR, 2015).

Třetí bezpečnostní cíl se týká prevence záměny pacienta, výkonu či strany při chirurgickém zákroku. Zahrnuje kvalitní komunikaci, správnou identifikaci pacienta a dobrou spolupráci mezi pracovníky. Poskytovatel péče by měl stanovit určité postupy při správném zákroku u správného pacienta na správném místě mimo operační sály. Na odděleních by mělo být zavedeno stejné označení místa výkonu, shodná bezpečnostní předoperační a pooperační dokumentace a mělo by se dohlížet na dodržování těchto činností (MZ ČR, 2015).

Čtvrtý problém se týká nejčastější nežádoucí události, což jsou pády. MZ ČR poukazuje na důležitost evidence vzniku pádů pacientů, za jakých okolností a proč se staly, dále na zavedení preventivních opatření v závislosti na zjištěných informacích o pádech na daném pracovišti. Poskytovatel by měl rizikové pacienty řádně označit, analyzovat příčiny, vypracovat preventivní postupy a kontrolovat jejich dodržování (MZ ČR, 2015).

Pátý bezpečnostní cíl se týká správné hygieny rukou při poskytování zdravotní péče. Prevence vzniku nebo přenosu infekcí se opírá především o důkladnou dezinfekci rukou zdravotnického personálu před a po výkonu. Poskytovatel by měl zajistit vstupní i pravidelné proškolení zaměstnanců v oblasti hygieny a bariérového přístupu péče. Dále by měl odpovídat za dostatečnou vybavenost dezinfekčních prostředků na oddělení a umístění na potřebných místech, poskytnutí schématu správné hygieny a dezinfekce rukou (MZ ČR, 2015).

Bezpečná komunikace je šestým cílem. Poskytovatel by měl zavést pravidla pro komunikaci na pracovišti, jak pro přímou, tak telefonickou. Také by měl uveřejnit seznam užívaných zkratk a postupy pro hlášení kritických klinických hodnot. Na oddělení by měla být zavedena jasná pravidla pro předávání informací o pacientech rodině i veřejnosti (MZ ČR, 2015).

Dalším cílem je bezpečné předávání pacientů. Důležité je zavést jednotný systém předávání pacientů a informací o jejich stavu. A posledním osmým cílem je prevence

vzniku dekubitů. Management kvality by měl zajistit zjišťování míry rizika vzniku dekubitů při odebírání ošetřovatelské anamnézy. Míra rizika by měla být kontinuálně přehodnocována v průběhu hospitalizace. Dále by měly být zavedeny preventivní opatření před vznikem dekubitů a postupy při objevení prvních známek dekubitů. Klíčové se jeví i pravidelné proškolení zaměstnanců v této oblasti a celková kontrola dodržování těchto opatření (MZ ČR, 2015).

2.2.5.2 Pády

Dle studií jsou pády vyhodnocovány jako nejčastěji vzniklé nežádoucí události. Mohou mít vážné následky nejen pro geriatrické pacienty. Ze všeho nejdříve by sestra měla správně určit míru rizika vzniku pádu při vstupní ošetřovatelské anamnéze pomocí screeningového testu. Zde se zaměřuje na rozsah pohybu pacienta, stupeň soběstačnosti při vyprazdňování, rizikovou medikaci pacienta, smyslové poruchy, mentální úroveň pacienta, věk či pád v anamnéze. Riziko pádu by se mělo viditelně označit dle zvyklostí oddělení. Pacienti s rizikem potřebují zvýšený dohled, dopomoc při denních aktivitách, upravené prostředí a edukaci o svém riziku. Nejrizikovější jsou pacienti oslabení, starší 65 let, používající kompenzační pomůcky jako například berle či hole, s poruchou zraku, sluchu, mající potíže se vstáváním a koordinací, užívající medikaci typu benzodiazepinů, antihypertensiv, diuretik, laxativ, analgetik, atp. Dále se riziko pádu zvyšuje například s větší krevní ztrátou nebo u pacientů s epidurální anestézií (Škrlovi, 2008).

JCR uvádí několik bezpečnostních opatření ke snižování počtu pádů. Popisují identifikaci pacienta s tímto rizikem a viditelné označení skutečnosti pro personál. Dále se jedná o edukaci samotného pacienta a jeho rodiny o riziku a důležitosti přivolání si pomoci při vstávání nebo přesunu z lůžka. Nezbytný je také pravidelný monitoring rizikové osoby nejméně každé dvě hodiny. Pokud není u pacienta prováděna jakákoliv péče, může se lůžko umístit do co nejnižší polohy. Mělo by se dbát na snadno dostupné signalizační zařízení, nápoje, kapesníky, nádobu na moč, atp. Dále se mohou ponechat vysunuté postranice ke snadnějšímu aktivnímu polohování pacienta v lůžku (JCR, 2007).

2.2.5.3 Infekce spojené se zdravotní péčí

Infekce spojené se zdravotní péčí jsou důvodem mnohých zdravotních komplikací a finančních škod. Prevence přenosu infekcí se opírá o čtyři základní oblasti. Jedná se o nemocniční hygienu, hygienu rukou, ochranné pomůcky personálu a bezpečnou manipulaci s biologickým opadem. Do oblastní nemocniční hygieny spadá správná manipulace s prádlem, efektivní úklid, výběr vhodných pomůcek u výkonu, provádění dezinfekce a sterilizace (Vytečková a kol., 2011).

Hlavními přenašeči těchto infekcí jsou ruce zdravotnického personálu. Kontaminace rukou mikroorganismy roste během směny lineárně. Proto je nejdůležitější prevencí správná a častá hygiena rukou. I přes časovou náročnost na oddělení by měly sestry, lékaři i pomocný personál dbát na důkladnou a pravidelnou dezinfekci (Škrļa, 2005).

Hygienická dezinfekce rukou je postup vedoucí k usmrcení mikroorganismů. Ničí se původci běžně se nevyskytující na kůži. Dezinfekční přípravky ničí strukturu DNA původce, proto je nutné dodržovat doporučené časy a množství přípravku. Nejčastějšími dezinfekčními přípravky jsou přípravky na bázi alkoholu (Reichardt a kol., 2017).

Manažeři by měli zajistit dostatečné množství dezinfekčních přípravků na oddělení a rozmístit je dle nejlepšího uvážení. Špatné umístění dávkovačů může být příčinou špatné hygieny rukou a tím zvýšeného výskytu infekcí. Manažeři by dále měli edukovat personál o důležitosti dodržování správných postupů hygieny rukou, motivovat je a zajistit péči o kůži zaměstnanců (Škrlovi, 2008).

Zdravotníci přicházejí dále během služeb do styku s biologickým materiálem, který je považován za potencionálně infekční. Proto je důležité proškolení zaměstnanců o bezpečné likvidaci biologického odpadu v rámci BOZP (Škrlovi, 2008).

V rámci prevence infekcí se manažeři musí také postarat o pravidelné střídání dezinfekčních roztoků. Tím se snižuje riziko výskytu rezistence mikroorganismů vůči používaným přípravkům. Týká se to jak hygieny rukou, tak i dezinfekcí na povrchy a podlahy (Škrlovi, 2008).

Také Ministerstvo zdravotnictví České republiky popisuje ve Věstníku č. 8/2012 minimální standardní opatření před přenosem infekcí. Zde uvádí deset základních principů. Prvním z nich je hygiena rukou před a po kontaktu s pacientem,

po sundání rukavic, před invazivními výkony, po kontaktu s biologickým materiálem a po kontaktu s předměty pacienta. Dalším opatřením je používání rukavic, které se vyměňují po každém kontaktu s pacientem, při kontaktu s krví a jinými tělesnými tekutinami a pokud došlo ke kontaktu s potenciálně infekčním materiálem (MZ ČR, 2012).

Důležitá je ochrana obličeje při poskytování péče, kdy je pravděpodobné potřísnění infekčním materiálem nebo vzniklým aerosolem. Používají se ústenky a ochranné brýle. Stejně jako obličej musí personál chránit své tělo v případě nutnosti ochrannými plášti. Personál musí být opatrný při manipulaci s ostrými předměty. Především nesmí nasazovat kryt zpět na použitou jehlu (MZ ČR, 2012).

Dále Ministerstvo popisuje respirační hygienu u osob s kašlem. Důležité je užívání ochranných pomůcek jako je například ústenka nebo kapesník při kašli a umístování takových pacientů na vhodná místa (MZ ČR, 2012).

Poslední čtyři opatření se týkají správného úklidu, zacházení s lůžkovinami, odpadem a použitými pomůckami při poskytované péči. Zdravotnická zařízení edukují personál o správnosti při pravidelném proškolení BOZP (MZ ČR, 2012).

2.2.5.4 Dekubity

Další nežádoucí události, které se na oddělení často vyskytují, jsou dekubity. Stejně jako riziko pádu se riziko vzniku dekubitů po vstupní anamnéze musí řádně označit a průběžně přehodnocovat stupeň rizika. Příkladem hodnocení je Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Hodnotí se zde schopnost spolupráce, stav pokožky, přidružené nemoci, tělesný stav, stav vědomí, pohyblivost, aktivita a míra inkontinence. Nejvíce riziková jsou pacienti starší 60 let, se suchou pokožkou, s přítomností karcinomu, se špatnou pohyblivostí a s narušeným vědomím (MZ ČR, 2009).

Riziko vzniku dekubitů snižuje dostatečný pohyb a aktivita soběstačného pacienta. O nesoběstačného pacienta se musí postarat ošetřovatelský personál, kdy pacienta pravidelně a správně polohuje s dostatečným množstvím pomůcek, jako jsou například molitanové podložky, polštářky, hranoly, válce, kolečka. Pacient se musí polohovat každé dvě hodiny přes den a každé tři hodiny přes noc. Personál musí vést o poloze

a času polohování záznam. Správná poloha navíc zlepšuje dýchání a mírní bolest (Vytejková a kol., 2011).

Prevenici vzniku dekubitů pomáhá řádně provedená tělesná hygiena. Kůže by měla být suchá a čistá. Personál by si měl všimnout změn na kůži a dostatečně se o ni starat ochrannými prostředky jako jsou například masážní emulze, masti nebo ochranné pasty. Pacient by měl mít vždy čisté a upravené ložní prádlo bez jakýchkoliv ohybů (Vytejková a kol., 2011).

2.2.5.5 Problémy s chováním osob

Předcházení těchto událostí je náročné. Personál by si měl všimnout psychického stavu či změn u svých pacientů a včas reagovat. Pomoci může otevřená komunikace mezi sestrou a pacientem o jeho pocitech a problémech. Empatické porozumění situace pacienta také může předejít vzniku konfliktu. Pokud se jedná o problém, který lze vyřešit, mohou se dohodnout o pomoci a společném řešení (Škrla, 2005).

S pacientem pod vlivem alkoholu či drog bychom měli jednat profesionálně a bez předsudků či emocí. Věty by měly být srozumitelné, jasné a konkrétní. Zdravotnický pracovník může pacientovi nabídnout odbornou pomoc a motivovat ho ke změně chování. Důležité je stanovit pacientovi taková pravidla, aby spolupráce se zdravotnickým personálem fungovala. Klíčové je omezit kritiku, kárání, poučování, ošklíbání a nedovolit pacientovi dospět k agresivnímu chování (Kelnarová a Matějková, 2009).

Agresivní pacient se projevuje verbální i neverbální agresí. K prevenci fyzickému napadení by měl personál rozpoznat první známky neverbální agrese jako je například nervózní popocházení. Komunikace s agresivním pacientem by měla být klidná, vyrovnaná a profesionální. Pacientovi se musí naslouchat, neskákat mu do řeči. Hovor by měl být jasný, stručný a srozumitelný. Personál by se neměl uchýlit k vulgarismům a neprofesionální neverbální komunikaci. Důležité je si od pacienta udržovat bezpečnou vzdálenost (Kelnarová a Matějková, 2009).

S neurotickým pacientem by se také mělo hovořit jasně, stručně a srozumitelně. Vhodné je empatické naslouchání problémům, nabídnutí pomoci a následné ujištění, že situaci zvládne. Nikdy by se neměly bagatelizovat problémy, nezpochybňovat

jeho somatické problémy a nepodezírat pacienta ze simulování (Kelnarová a Matějková, 2009).

Narcistní pacient a komunikace s ním může být také náročná. Vhodné je se k němu chovat s úctou a na úrovni. Pokud se mu personál nemůže věnovat okamžitě, je dobré mu dát najevo, že se o něm ví (Kelnarová a Matějková, 2009).

2.2.6 Hlášení NU

Záznamy o NU jsou důležitou zpětnou vazbou o fungování systému, jednotlivých částí a jedinců při poskytování zdravotní péče (Vondráček a Kučková, 2013). Cílem hlášení NU není trestání personálu, ale prevence nebo redukce pochybení (Svobodová, 2012). Hlášení nežádoucích událostí a následné šetření incidentu se do budoucna stává významným prvkem kvalitní péče. Přiznání svého pochybení je ale velkou výzvou pro celý zdravotnický personál. Zdravotnická veřejnost by si měla uvědomit důležitost komunikace o pochybení a nežádoucích událostech. Pouze tak může ve zdravotnických zařízeních nastat etická, morální atmosféra a odborné, právní prostředí (Wolffová, 2016).

Hlášení a prevence vzniku nežádoucích událostí je důležité edukační téma pro celý zdravotnický personál a měl by být periodicky opakován. Slouží jako výborná zpětná vazba k vytvořeným preventivním opatřením a podporuje kontinuální zvyšování kvality péče. V některých vyspělých zemích se ohlašování NU strategicky podporuje i určitými odměnami (Škrlovi, 2008).

Vznik každé nežádoucí události i téměř pochybení podléhá povinnému hlášení. Je to zakotveno v Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů a v zákoně č. 372/2011 Sb., který nařizuje v rámci interního systému hodnocení kvality a bezpečnosti služeb standard sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí. Slouží především k prevenci a poučení se z chyb, a tím vede ke zlepšení zdravotní péče a bezpečnosti pacientů (MZ ČR, 2015).

Při vzniku incidentu musí zaměstnanec tuto skutečnost nahlásit staniční nebo vrchní sestře. Ta rozhodne o dalším postupu. Postiženému je poskytnuta odpovídající péče včetně první pomoci. Zajistí se technika nebo jiné pomůcky, které by mohly být důvodem vzniku incidentu za účelem snadnějšího vyšetřování. Nadřízený rozhodne, zda je potřeba o události informovat ošetřujícího lékaře, primáře oddělení, pacienta či člena

rodiny nebo jiné státní orgány. Musí být proveden zápis o vzniklé nežádoucí události do systému (Škrla, 2003).

Přestože zdravotní pracovníci vědí o nutnosti hlášení těchto událostí, stává se, že tuto skutečnost nadřízenému nenahlásí. Důvodem může být dle studií strach z potrestání, ze soudního sporu nebo z reakcí spolupracovníků či nadřízených. Dále se může jednat o neoprávněné sebevědomí, hrdost, spěch na pracovišti nebo nepochopení principu a významu ohlašování těchto incidentů. Pokud na daném oddělení přetrvává strach z nahlašování NU, je nutné, aby nadřízená sestra opakovaně personálu vysvětlovala důležitost a beztravný přístup. Popřípadě vytvořila na oddělení přijatelný a důvěrný způsob hlášení s možností anonymního hlášení. Pouze tak se bude systém hlášení a sledování nežádoucích událostí neustále vyvíjet a bude plně významným nástrojem pro zvyšování kvality péče (Škrlovi, 2008).

Například bodná poranění na pracovišti ohlásí dle výzkumu pouze necelých 72 % zdravotníků. Nejčastěji se zraňují o injekční jehly a tím přispívají ke zvýšenému riziku přenosu infekčních nemocí. Jako důvod nenahlášení uvádějí strach z postihu, neznalost hlášení nebo svůj úraz hodnotí jako málo vážný (Zachová a Škochová, 2015).

2.2.6.1 Systémy hlášení NU

Věstník č.7/2016 popisuje lokální a centrální Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU). SHNU není primárně určeno k evidenci nežádoucích událostí na lokální úrovni poskytovatelů zdravotní péče. Tento systém slouží k vyhodnocování anonymních dat zapojených zdravotnických zařízení a k porovnávání mezi sebou. Poskytuje informace k následně vytvořeným novým doporučením do bezpečné praxe (MZ ČR, 2016).

Zapojená zdravotnická zařízení s vlastním lokálním systémem hlášení odesílají souhrnné informace o NU, u kterých byla provedena kořenová analýza, do centrálního systému dvakrát ročně. Do praxe byl zaveden tzv. taxonomický (definiční) slovník pro NU, který má za cíl sjednocení terminologie NU. Je zřejmé, že aktuální lokální systémy sledování NU jsou ve zdravotnických zařízeních rozdílné. A proto SHNU poskytuje možnost zadávat odlišný rozsah údajů o NU (MZ ČR, 2016).

Tato Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče neudává povinnost použití konkrétního nástroje pro lokální systém sledování NU. Také zapojení do centrálního systému není povinné kromě zdravotnických zařízení řízených MZ ČR, avšak ambicí SHNU je postupné začlenění všech poskytovatelů zdravotní péče. V budoucnu lze očekávat změnu povinnosti vývojem legislativy (Šupsáková, 2017).

Dříve platil Věstník č.8/2012, který byl nahrazen výše zmíněným Věstníkem č.7/2016. Ten uváděl, že Ministerstvo zdravotnictví České republiky vytvořilo a poskytuje zdravotnickým zařízením prostřednictvím Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky Národní systém hlášení nežádoucích událostí. Poskytovatelé zdravotní péče mohli zvolit tento nástroj hlášení, který byl v souladu s Metodikou sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče nebo si mohli vytvořit vlastní systém hlášení odpovídající požadavkům (MZ ČR, 2012).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle práce a výzkumné otázky

3.1.1 Cíle práce

- 1) Zjistit, jak probíhá hlášení nežádoucích událostí v klinické praxi na vybraných odděleních.
- 2) Zmapovat důvody vedoucí k nežádoucím událostem v ošetrovatelské praxi z pohledu všeobecné sestry.
- 3) Zmapovat důvody, které vedou všeobecné sestry k případnému nenahlášení nežádoucí události.

3.1.2 Výzkumné otázky

- 1) Jak probíhá hlášení nežádoucích událostí v klinické praxi na vybraných odděleních?
- 2) Proč dochází k nežádoucím událostem v ošetrovatelské praxi z pohledu všeobecné sestry?
- 3) Jaké důvody vedou všeobecné sestry k případnému nenahlášení nežádoucí události?

3.2 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření bakalářské práce probíhalo metodou kvalitativní. Data byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů viz příloha A. Otázky do rozhovoru byly formulovány na základě stanovených cílů, potažmo výzkumných otázek. Týkají se znalostí všeobecných sester ohledně problematiky a procesu hlášení nežádoucích událostí, důvodů vzniku NU a důvodů případného nehlášení NU. Vybranými respondenty byly všeobecné sestry pracující ve směnném provozu. Výběr respondentů byl náhodný. Na doporučení vedoucích pracovníků jednotlivých oddělení byla data sbírána přímo na odděleních v jimi určenou dobu. Rozhovor po svolení pracujících všeobecných sester probíhal většinou přímo na sesterně. Z původního předpokládaného

počtu získaných rozhovorů bylo získáno o jeden více z důvodu doporučení na respondenta mající osobní zkušenost se sankcí ve spojitosti s NU. Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2017 do ledna 2018 v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p. o. na čtyřech různých odděleních. Odsouhlasené protokoly k provádění výzkumu vedoucími pracovníky jsou k nahlédnutí viz příloha B. Jednotlivé rozhovory respondentů byly po jejich souhlasu nahrávány na mobilní zařízení, avšak jeden respondent odmítl nahrávání rozhovoru a jeho odpovědi byly zapisovány do archu. Rozhovor obsahoval devět hlavních otázek a následné podotázky. Ke každému cíli práce byly zvoleny tři hlavní otázky. Získaní respondenti splňovali různorodost, co se týká délky praxe ve zdravotnictví a věku. Vzhledem k citlivosti tématu byli respondenti několikrát ujištěni o jejich anonymitě a anonymitě samotných odpovědí.

Získaná data byla následně přepsaná z mobilního zařízení do textového souboru Microsoft Office Word. Ke každé otázce byly přiřazeny všechny odpovídající odpovědi respondentů. Data byla rozdělena do příslušných kategorií. Odpovědi byly zanalyzované pomocí metody tužka – papír. Ukázka této metody je k nalezení viz příloha C. Bylo vytvořeno celkem dvanáct kategorií. Výsledky dat byly znázorněny dle jednotlivých kategorií do diagramů spolu s popisy výsledků dat. Diagramy byly zpracovány v programu OpenOffice Draw.

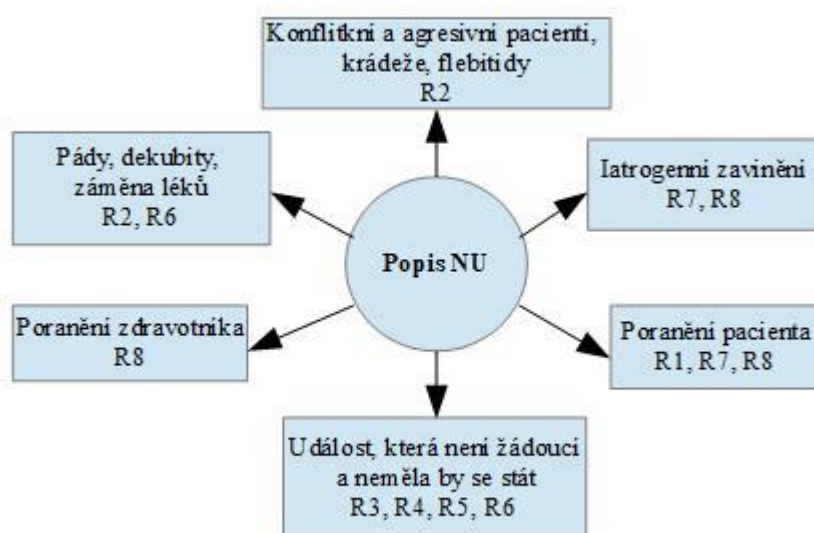
Získaná data byla rozdělena do následujících jednotlivých kategorií, byly využity všechny otázky a odpovědi. Ke každé kategorii je zobrazen daný diagram s popisem otázek rozhovoru, odpovědí respondentů a celkových výsledků.

Tab. 1 Kategorie dat (Zdroj:autor)

Kategorie 1	Popis nežádoucí události
Kategorie 2	Rozdělení nežádoucích událostí
Kategorie 3	Skoropochybení
Kategorie 4	Edukace nadřízeným
Kategorie 5	Proces hlášení nežádoucích událostí
Kategorie 6	Důvody vzniku nežádoucích událostí
Kategorie 7	Lidský faktor
Kategorie 8	Systemový faktor

Kategorie 9	Nenahlašování nežádoucích událostí
Kategorie 10	Hlášení skoropochybení
Kategorie 11	Důvody nenahlášení nežádoucích událostí
Kategorie 12	Sankce

3.3 Analýza výzkumných dat



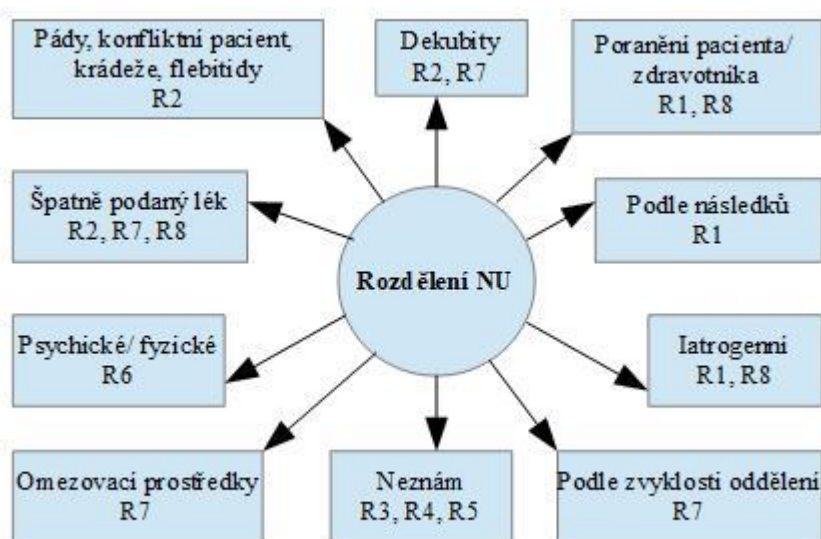
Obr. 1 Popis nežádoucí události (Zdroj: autor)

3.3.1 Kategorie 1 – Popis nežádoucí události

Na začátku rozhovoru byli respondenti dotazováni obecně na nežádoucí události a byly porovnávány jejich znalosti v oblasti této problematiky. Diagram první kategorie ukazuje odpovědi respondentů, jak by popsali nežádoucí událost. Čtyři z nich se shodli, že NU je taková událost, která není žádoucí a neměla by se stávat. Ostatní zmiňovali poranění jak pacienta, tak zdravotníka. Například respondent R7 uvedl: „Nežádoucí událost může být zavinění třeba iatrogenní jako sestrou i lékařem.“ Dále vyjmenovávali konkrétní NU jako jsou pády, dekubity, záměnu léků, záměnu dávkování, agresivní pacienti nebo flebitidy. Respondent R1 dodal, že je to:

„Událost, která se stane, když se to zrovna nehodí...“ Další zajímavou odpověď jsme získali od respondenta R8: „Tak nežádoucí událost je taková věc, když v nemocnici vlastně dojde k poranění pacienta nebo jako takovýho zdravotníka vlivem teda, že pacient poraní nás nebo my jeho. U něj to znamená fyzická napadení, od nás to může být iatrogenní.“

3.3.2 Kategorie 2 – Rozdělení nežádoucích událostí

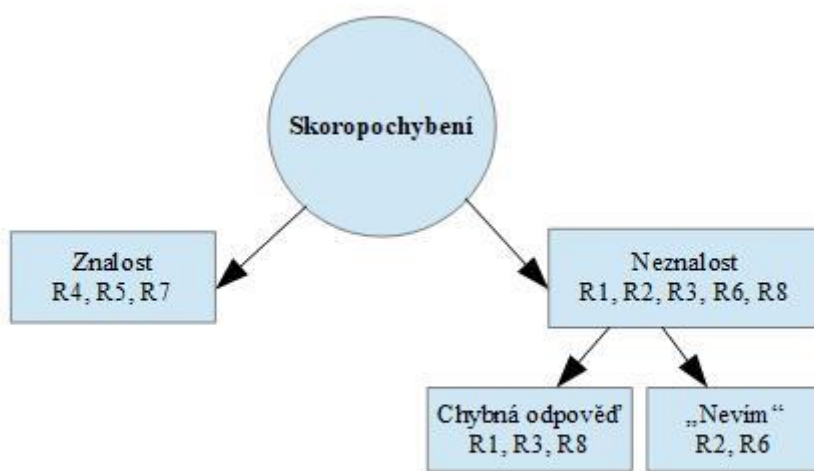


Obr. 2 Rozdělení nežádoucích událostí (Zdroj: autor)

V další otázce bylo zjišťováno, jak všeobecné sestry dovedou NU rozdělit. Diagram 2 ukazuje, že odpovědi respondentů se značně lišily. Nejvíce se respondenti shodli, že rozdělení NU neznají. Spíše vyjmenovávali konkrétní nežádoucí události, které znají. Respondent R2 například vyjmenoval: „Tak rozdělení nežádoucích událostí, tak týká se to hlavně pádu, pak to mohou být konfliktní pacienti, krádeže na oddělení, samozřejmě agresivní pacienti, hodně tam jsou flebitidy, dekubity. Ještě si vzpomínám, třeba záměna inzulínu, špatně podaný lék, jiná dávka.“ Mezi nimi dominovaly špatně podané léky a dekubity. Dále byla zaznamenána rozdělení NU podle následků, kdy respondent R1 uvedl: „Rozdělení podle nějakých následků, buďto jsou nějaké následky nebo je bez následků, nebo to má vliv na pacienta, nebo může být poškozený

personál.“ Další odlišné rozdělení uvedl respondent R7 a to rozdělení určené podle zvyklosti daného oddělení: „Rozdělení podle zvyklosti toho daného zařízení. Jsou to omezovací prostředky, dekubity, podání špatných léků, atd.“ Dotazovaný R6 uvedl rozlišení NU na psychické a fyzické.

3.3.3 Kategorie 3 – Skoropochybení

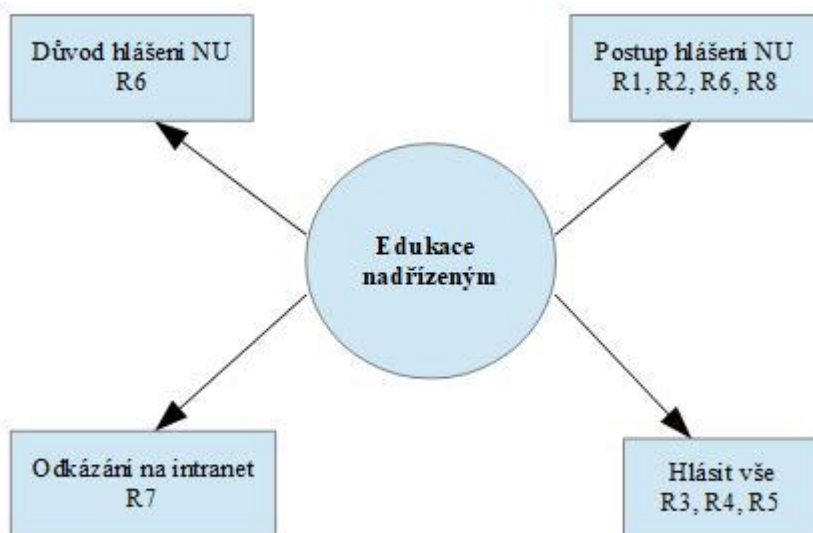


Obr. 3 Skoropochybení (Zdroj: autor)

Třetí otázka byla zaměřená na termín skoropochybení. Ptali jsme se, co za skoropochybení považují. Většinou respondenti nevěděli nebo termín vysvětlovali nesprávně. Například respondent R1 si myslí: „Za skoro pochybení asi považuju, když třeba by někdo nechtěl nahlásit nežádoucí událost, ale pak by se na to skoro přišlo, že se něco takovýho stalo a byl by teda donucen to nahlásit.“ Většina respondentů termín nerozlišovala od samotného pochybení. Respondent R3 za skoropochybení považuje: „Tak chybu sester jakoukoliv, ale i pacienta, lékaře.“ Správnou odpověď jsem dostala od tří respondentů, kteří termín vysvětlovali hlavně na příkladu z praxe. Respondent R4 uvedl: „Za skoropochybení považuju například, to řeknu jako v příkladu, když budu rozdávat léky, odnesu špatný léky nebo špatnému pacientovi, uvědomím si to a léky prostě buď do toho kalíšku nedám anebo je včas před požitím vyměním za správné.“ Další správné vysvětlení

termínu uvedl respondent R5: „Skoropochybení je to, kdy se mohla stát chyba, ale nestala se.“

3.3.4 Kategorie 4 – Edukace nadřízeným

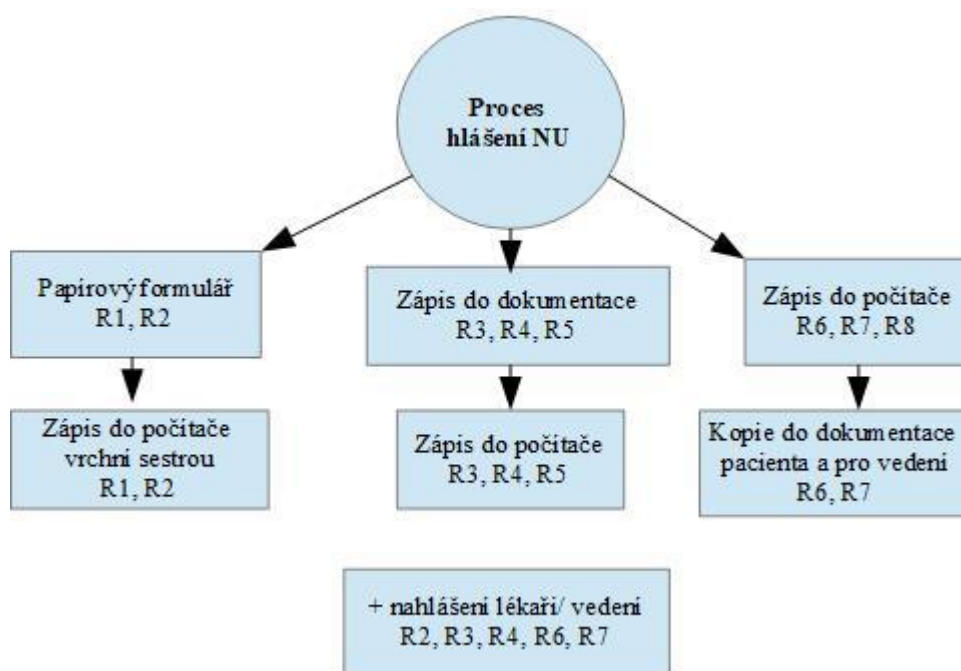


Obr. 4 Edukace nadřízeným (Zdroj: autor)

V další otázce byli respondenti dotazováni, o čem byli edukováni svým nadřízeným v rámci hlášení nežádoucích událostí. Respondenti popisovali především, co a jak mají nahlašovat včetně první pomoci a ohlášení situace lékaři. Respondent R2 edukaci shrnul následovně: „*Tak samozřejmě musíme napsat, kde se to stalo, takhle přesně. Když je to pád, tak musíme nahlásit, že třeba pacient zvonil v 14:30, že pacient leží na zemi, oznámíme, v kolik hodin, na kterém to bylo pokoji, v jakéj čas, samozřejmě co jsme provedli, ... že se sanitářem jsme ho dali do postele, změření tlaku, kontrola zornic, eventuálně když je podezření na nějakou zlomeninu, tak někde se dá, že jo, zavolat doktor, tak ještě nějaký ty rentgeny a pak následná léčba.*“ Dále zmiňovali fakt, že se má zapisovat vše bez výjimek. Respondent R3 zdůraznil: „*No tak o tom, že všechno se má zapisovat a nic se nemá přecházet.*“ Pouze jedna respondentka zmínila poučení o důvodu důležitosti hlášení nežádoucích událostí. Jako příklad bychom navíc uvedli odpověď respondenta R7: „*Mě nadřízený needukoval vůbec v oblasti hlášení*

nežádoucích událostí, protože všechno je dostupné na intranetu a je povinností sester, aby tomu samy porozuměly.“

3.3.5 Kategorie 5 – Proces hlášení nežádoucích událostí

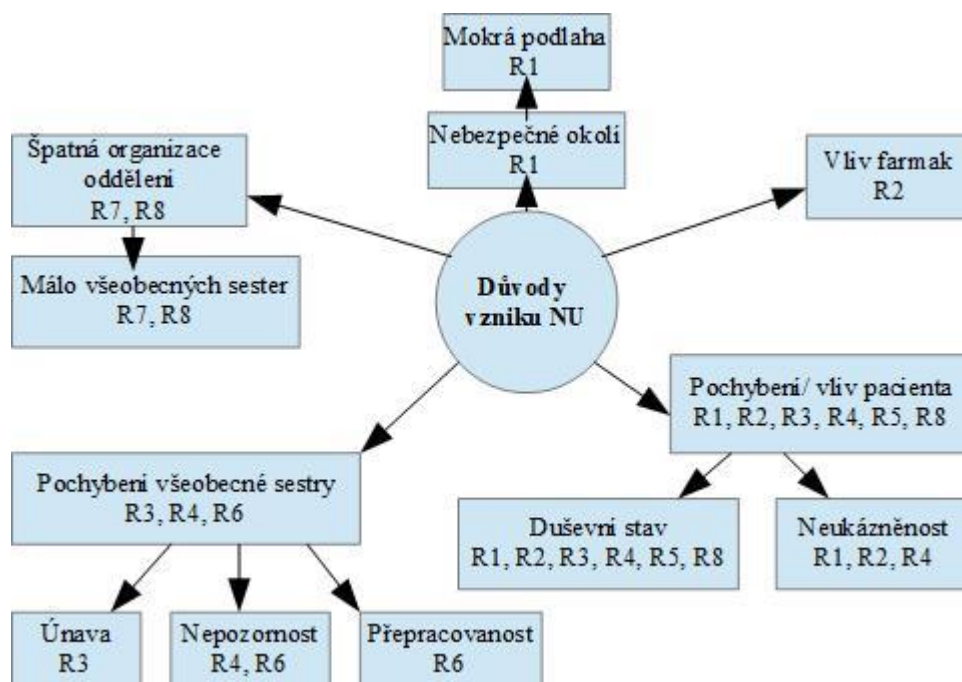


Obr. 5 Proces hlášení NU (Zdroj: autor)

Pátá otázka byla zaměřená na proces hlášení NU na jednotlivých odděleních. Respondenti většinou mají speciální formulář na hlášení NU buď papírový, nebo elektronický. Respondent R6 uvedl: „*Tak nejdřív se to jakoby sepíše v počítači, pacient se popřípadě ošetří, nahlásí se to lékaři, no pak my to vlastně dvakrát vytiskneme, jeden ten papír zůstává v dokumentaci pacienta, druhý se posílá na vedení a vlastně se to posílá k hlavní sestře a k vedení.*“ Na některém oddělení zapisují NU přímo sloužící všeobecné sestry, na jiném oddělení NU zapisuje vedoucí pracovník. Všeobecné sestry provádějí zápis do dokumentace pacienta a nahlašují vzniklou situaci nadřízenému pracovníkovi, vedení nebo ohlašují přímo lékaři. Všeobecné sestry se v procesu zmiňují i o ošetření pacienta či poskytnutí první pomoci. Respondent R4 říká: „*Pokud zjistím, že se stalo třeba, nevím, para aplikace, flebitida, dekubit, tak to nahlásím lékaři, zapíšu to do dokumentace, lékař to zapíše do dokumentace,*

samozeřejmě provedeme ošetření, prostě nějaký řešení té věci, která se stala, a pak píšeme, máme speciální formuláře hlášení NU.“

3.3.6 Kategorie 6 – Důvody vzniku nežádoucích událostí

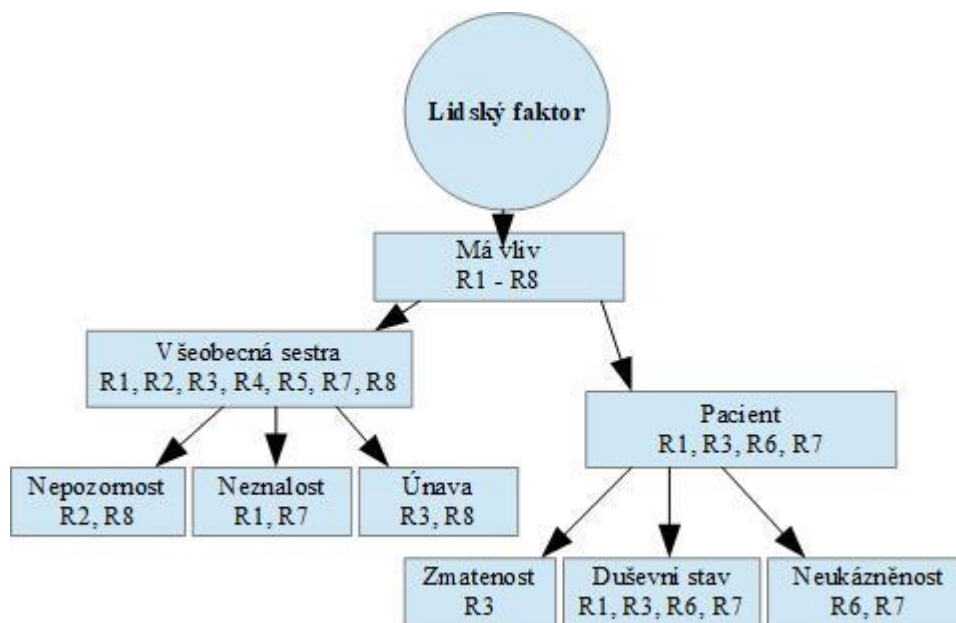


Obr. 6 Důvody vzniku NU (Zdroj: autor)

Respondenti byli dotazováni na názory, proč dochází k nežádoucím událostem na jejich oddělení. Většina z nich poukázala na pochybení jak ze strany všeobecných sester, tak ze strany pacientů. Co se týče pochybení sester, zmiňovali přepřacovanost, únavu a následnou nepozornost. Respondent R6 se domnívá: „Myslím si, že by to mohla být třeba nepozornost sestry. Může být přepřacovaná, má toho třeba moc.“ Podle respondentů za nežádoucí událost může především zhoršený duševní stav pacienta, hlavně se jedná o starší pacienty nebo pacienty trpící demencí. Obecně jsou pacienti často neukáznění a nerespektují doporučení všeobecných sester. Dalšími zmiňovanými důvody jsou vliv farmak především na pády. Přispívat může i nebezpečné okolí, například mokrá podlaha. Na výše zmíněné poukazuje respondent R1: „Jako tady konkrétně u nás většinou to je ten duševní stav toho pacienta anebo třeba i mokrá podlaha v koupelně. I když ty pacienty edukujeme, když přijdou, říkáme jim to stále dokola.“ Jako další důvod respondenti uváděli fakt, že na oddělení slouží málo všeobecných sester a nejsou schopné pacienty náležitě uhlídat. Respondent R8 říká:

„...měli by trochu navýšit personál, aby se uhlídali ti lidé, když je třeba plno lidí, já nevím, třeba třicetjedna pacientů a jsou na ně jenom dvě sestry, například v noci. Nebo se stane, že i jedna.“

3.3.7 Kategorie 7 – Lidský faktor

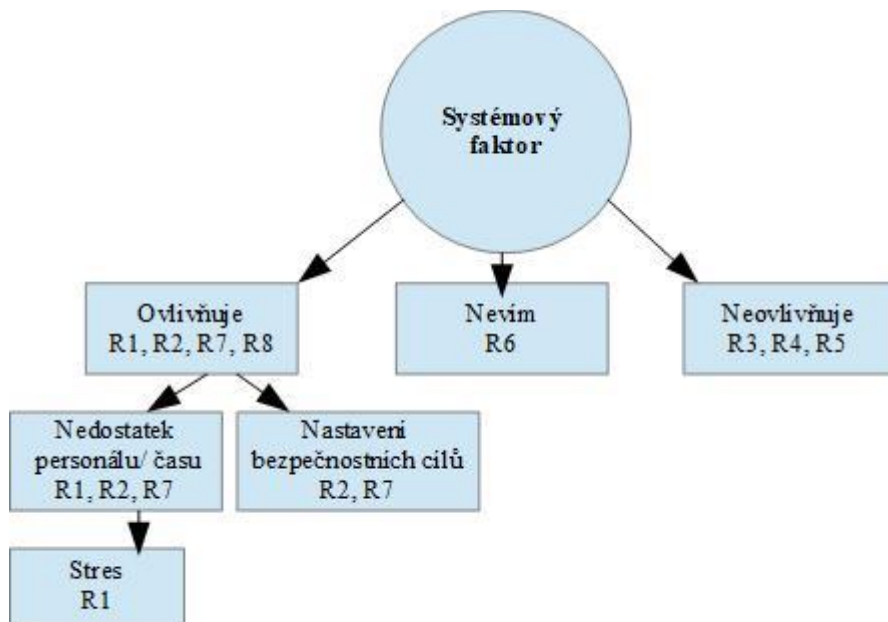


Obr. 7 Lidský faktor (Zdroj: autor)

Následující otázka byla zaměřená na vliv lidského faktoru na vzniku nežádoucí události. Všichni respondenti potvrdili tento faktor. Sedm respondentů se zmiňuje o lidském faktoru všeobecné sestry a čtyři respondenti uvádějí vliv lidského faktoru u pacientů. Respondent R7 popisuje: „Myslím si, že to je tak padesát na padesát (sestra – pacient). Záleží na tom, kolik je těch sester na oddělení, zda ta sestra si je vědoma nějakých svých chyb a záleží taky na tom pacientovi, jestli jako je vstřícný a jestli nám vychází vstříc a spolupracuje., protože to je asi důležité.“ U pacientů respondenti zmiňovali především horší spolupráci s těmi, kteří jsou zmatení, nerespektující edukace, s narušeným duševním stavem nebo s pacienty, kteří nejsou vstřícní. Jako příklady vlivu lidského faktoru všeobecných sester při vzniku nežádoucí události popisují nepozornost, únavu, nedostatečné znalosti a dovednosti nebo špatnou manipulaci s pacientem. Respondenti R3 a R4 se shodují: „Nejsme stroje, jsme jenom lidi.“ Dále

uvádějí fakt, že za vznikem NU stojí malé personální zajištění a z toho vyplývající pochybení, což se týká spíše systémového faktoru, který je popsán na dalším diagramu.

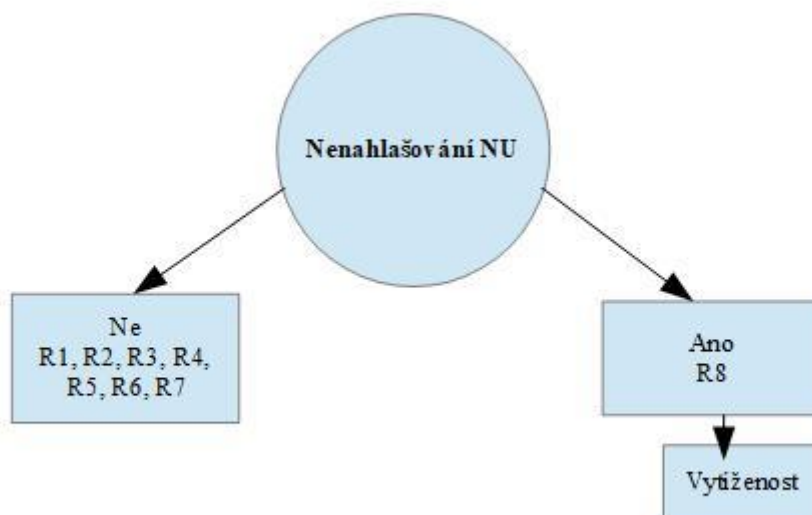
3.3.8 Kategorie 8 – Systémový faktor



Obr. 8 Systémový faktor (Zdroj: autor)

Diagram 8 ukazuje odpovědi respondentů na otázku, zda si myslí, že vznik nežádoucích událostí ovlivňuje také tzv. systémový faktor. Polovina oslovených všeobecných sester se domnívá, že systémový faktor vliv má. Menší počet dotazovaných si myslí, že nemá a zbytek neví. Například respondent R5 tvrdí: „*Myslím si, že to nesouvisí. Na oddělení máme určité dokumenty o chodu oddělení a tak podobně a stejně to nikdo nečte.*“ Jako nejčastější příčinu uvádějí nedostatek personálu a s tím spojený nedostatek času, tím často způsobené stresové situace a následný vznik NU na oddělení. Názory byly získané i z předešlé otázky týkající se lidského faktoru z důvodu záměny pojmů. Jako další příklad systémového faktoru ovlivňující vznik NU byly uváděny interní audity s následným nastavením bezpečnostních cílů. Respondent R2 popisuje, jak se v rámci nastavení oddělení snaží předcházet některým druhům NU pomocí vytištěných informací na edukačních materiálech ohledně rizik na oddělení: „*...tak máme takový tiskopisy předepsané a tam je všechno... necháváme jim (myšleno pacientům) ty papírky, aby věděli, co se týká jako rizika pádu... všechno opakujeme...*“

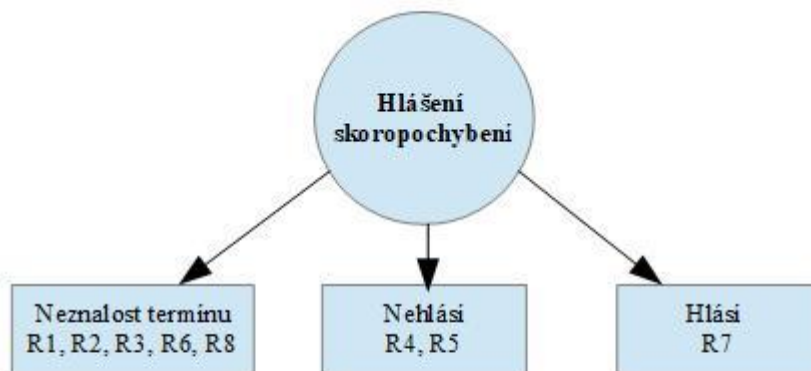
3.3.9 Kategorie 9 – Nenahlašování nežádoucích událostí



Obr. 9 Nenahlašování NU (Zdroj: autor)

Devátá kategorie se týká zkušenosti se situací, kdy nebyla nahlášená vzniklá nežádoucí událost. Sedm respondentů uvedlo, že s tou situací zkušenosti nemají a vše hlásí. Příkladem je odpověď respondenta R7: „*Ne, vždycky jsme to hlásily, musí se to hlásit, protože to jinak bez toho nejde.*“ Shodl se i respondent R3: „*Ne, nikdy. U nás se to všechno hlásí.*“ Každopádně respondentka R8 se svěřila se situací, kdy spolu se sloužící všeobecnou sestrou nenahlásily NU a to konkrétně záměnu léku. Respondentka uváděla jako důvod takového jednání především celodenní vytíženost na oddělení, spoustu práce a včasné ošetření pacienta bez vzniklých následků. Uvedla: „*Byly jsme hodně vytížené jako dvě sestry. Byly tam operace, bylo tam toho velmi hodně, do toho se stala tahle věc, naštěstí se nic nestalo. Nic se nestalo, a tak jsme to neřešily.*“

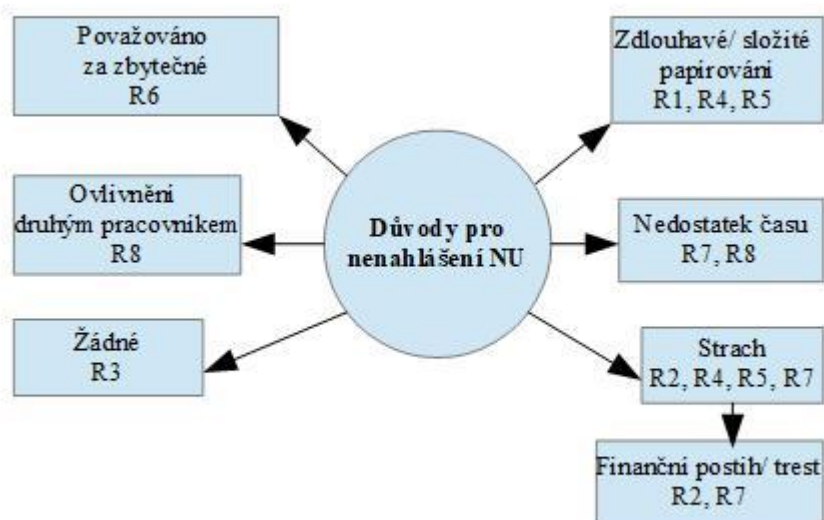
3.3.10 Kategorie 10 – Hlášení skoropochybení



Obr. 10 Hlášení skoropochybení (Zdroj: autor)

Další otázka se týká procesu hlášení skoropochybení. Respondenti byli dotazováni, zda skoropochybení hlásí, jak, či nikoliv. Dva respondenti přímo uvedli, že skoropochybení na svém oddělení nehlásí. Respondent R4 zmínil: „*No, to přece ale není potřeba hlásit, když se nic nestalo. Skoropochybení to se může stát třeba třikrát za den.*“ Pět respondentů termín skoropochybení neznali, tudíž nevěděli jak odpovědět. Například respondent R6 řekl: „*To jsme tady snad vůbec neměli.*“ Nebo R8: „*No, s tím jsem já ještě snad ani nepřišla do styku.*“ Pouze respondent R7 odpověděl kladně, že skoropochybení hlásí. Uvedl: „*...na intranetu sepíšu NU, ať je to skoropochybení, nebo už je to NU.*“

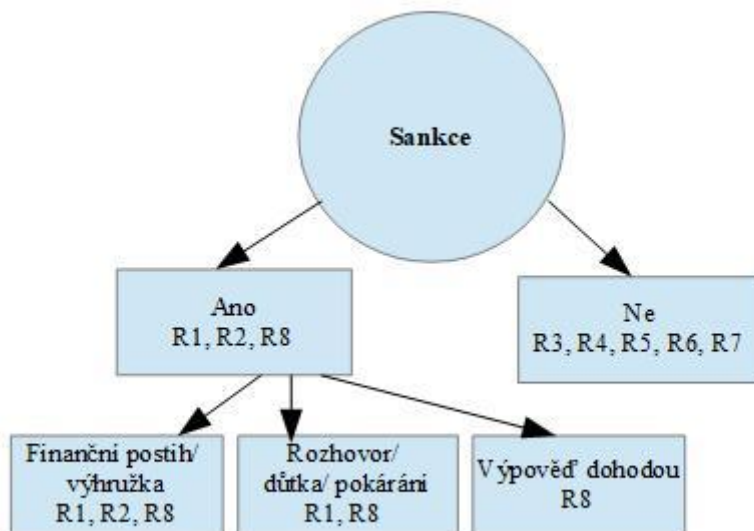
3.3.11 Kategorie 11 – Důvody nenahlášení nežádoucích událostí



Obr. 11 Důvody nenahlášení NU (Zdroj: autor)

Diagram 11 ukazuje možné důvody k nenahlášení vzniklé nežádoucí události z pohledu všeobecných sester. Lze zde vidět především strach a zdlouhavé nebo složité papírování. Respondenti uváděli strach buď z finančního postihu či jiného trestu. Jako další důvod uvedl například respondent R6: „*Jinde se s tím třeba nechtějí zabývat a považují to za zbytečné.*“ Dle dotázaných všeobecných sester se dále může jednat o nedostatek času na oddělení. Respondentka R8 přiznala, že osobně nenahlásila NU především kvůli vytíženosti na oddělení a také byla ovlivněna druhým spolupracovníkem, který ji přesvědčil, že se NU nemusí nahlásit, když se jednalo o NU bez trvalého následku. R8 situaci popisuje takto: „*Někdo mi řekl - neřeš to, je to v pořádku, nic se nestalo. Takhle se to stalo. Já jsem to chtěla hlásit, automaticky jsem chtěla volat lékaře, ikdyž to byl známý člověk, který mi řekl, že nemám volat, jako ten pacient, že jemu stačí Dithiaden a že to nebylo poprvé, že ho z toho Dithiaden ihned dostal, takže takhle to bylo a potom už nebyl čas nad tím vůbec přemýšlet.*“ Naopak respondent R3 se domnívá: „*Podle mě žádné důvody nemohou být, protože všechno se musí nahlásit, všechno musí být podepsané.*“

3.3.12 Kategorie 12 - Sankce



Obr. 12 Sankce (Zdroj: autor)

V poslední kategorii bylo zjišťováno, zda respondenti zažili situaci, kdy byla všeobecná sestra nějakým způsobem potrestaná po nahlášení nežádoucí události. Pět z dotazovaných se s tímto nesetkali. Naopak respondent R1, R2 a R8 danou situaci popisovali. Respondent R1 zmiňoval záměnu léku do epidurálního katetru: „*Jojo, to jsem asi zažila. Když tady byl problém s opiáty. Pacientovi se do epidurálního katetru daly špatně léky.*“ Sankcí potom byl rozhovor, pokárání vedením. Dále R1 zmiňoval fakt, že finanční postih byl možný. Další dotazovaný R2, který se s potrestáním setkal, popisoval situaci, kdy vedení pracovníkovi vyhrožovalo finančním postihem, pokud by se situace opakovala. R2 uvedl: „*...vím, že říkali, že ještě jednou, že by se jí šáhlo na finance, ale nebylo to tady na tomhle oddělení, bylo to jinde.*“ Respondent R8 uváděl již zmíněnou osobní zkušenost se záměnou léku a následné pokárání s důtkou od vrchní sestry spolu se snížením platu na dobu určitou. Po nějaké době došlo ke změně trestu: „*Poté nějaká náhlá změna, což do teď nikdo nepochopil, jsem dostala né, že výpověď, ale tzv. s dohodou, že se to nebude nikde šířit.*“ Nutno podotknout, že druhá spolupracovnice, která s respondentem R8 sloužila a ovlivnila ho k nenahlášení NU, tuto změnu v sankcích nepocítila.

3.4 Analýza výzkumných cílů a výzkumných otázek

Analýza cílů práce a výzkumných otázek probíhala na základě polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami, který byl vytvořený v závislosti na výzkumných otázkách. Následovala kategorizace dat a metoda tužka – papír. Na základě získaných dat byly vypracovány výsledné diagramy v programu OpenOffice Draw.

První z cílů bylo zjistit, **jak probíhá hlášení nežádoucích událostí v klinické praxi na vybraných odděleních**. Navazující první výzkumná otázka zněla: **Jak probíhá hlášení nežádoucích událostí v klinické praxi na vybraných odděleních?** Tento cíl byl splněn díky cíleným otázkám rozhovoru především na znalosti termínů, procesu hlášení a způsobu edukace o NU. K tomuto účelu sloužily v rozhovoru otázky č. O1, O2, O3 a O7. Po kategorizaci dat a jejich následné analýze byla získána tato data:

Tab. 2 Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky č. 1 (Zdroj: autor)

	Počet respondentů	Procentuelní zhodnocení
Znalost termínu NU	8	100,0 %
Znalost rozdělení NU	5	62,5 %
Znalost termínu skorpochybení	3	37,5 %
Hlášení skorpochybení	1	12,5 %
Správná edukace nadřízeným	1	12,5 %
Znalost postupu hlášení NU	8	100,0 %

Závěr analýzy: Z rozhovorů vyplynulo, že znalosti všeobecných sester v klinické praxi byly z části dostačující. Nicméně pouze tři respondenti správně popsali termín skorpochybení z nichž jeden tuto situaci nahlašuje. Dále byl zjištěný problém v nedostatečné edukaci vedoucími pracovníky. Pouze jedna všeobecná sestra zmínila, že byla edukovaná o důvodu hlášení nežádoucích událostí. Každopádně všichni oslovení respondenti znali a dokázali snadno popsat proces hlášení NU na svém oddělení. Většinou se jednalo o kombinaci písemných a elektronických formulářů.

Cíl práce č. 2 měl **zmapovat důvody vedoucí k nežádoucím událostem v ošetrovatelské praxi z pohledu všeobecné sestry**. Výzkumná otázka zněla: **Proč dochází k nežádoucím událostem v ošetrovatelské praxi z pohledu všeobecné sestry?** Tento cíl byl splněn díky otázkám rozhovoru zaměřující se na pohled všeobecných

sester z praxe na vliv lidského a systémového faktoru na vzniku NU. V rozhovoru se na toto téma zaměřovaly otázky č. O4, O5 a O6. Po kategorizaci dat a jejich následné analýze byla získaná tato data:

Tab. 3 Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky č. 2 (Zdroj: autor)

	Počet respondentů	Procentuelní zhodnocení
Vliv pacienta a jeho duševního stavu	6	75,0 %
Lidský faktor všeobecné sestry	7	87,5 %
Vliv systémového faktoru	4	50,0 %

Závěr analýzy: Z analýzy vyplývá, že všeobecné sestry nejčastěji pociťují při vzniku NU vliv pacienta a jeho duševního stavu - především jeho zmatenost či neukázněnost. Poté se podle jejich názoru podílí na vzniku NU lidský faktor zdravotníků, kde se nejvíce vyskytují únava, nepozornost a neznalost. Na otázce jestli považují systémový faktor za další možný důvod vzniku NU, se shodla polovina respondentů. V odpovědích se někteří respondenti dotýkali navíc tématu nedostatku času.

Třetí cíl práce byl **zmapovat důvody, které vedou všeobecné sestry k případnému nenahlášení nežádoucí události**. Výzkumná otázka č. 3 zněla: **Jaké důvody vedou všeobecné sestry k případnému nenahlášení nežádoucí události?** Tento cíl byl splněn díky otázce na zkušenosti všeobecných sester s touto situací. Respondenti popisovali své názory na důvody pro takové jednání a zkušenosti se sankcemi spojenými s NU. V rozhovoru se tématu týkaly otázky č. O7, O8 a O9. Po kategorizaci dat a jejich následné analýze byla získaná tato data:

Tab. 4 Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky č. 3 (Zdroj: autor)

	Počet respondentů	Procentuelní zhodnocení
Strach	4	50,0 %
Složité papírování	3	37,5 %
Svědék sankce	3	37,5 %

Závěr analýzy: Lze vidět, že polovina respondentů zmiňuje jako důvod pro nenahlášení NU strach a to z finančního postihu nebo jiného trestu. Dále zmiňují složité papírování a s tím spojený nedostatek času. Tři respondenti z dotazovaných byli svědky situace, kdy byla všeobecná sestra potrestaná po vzniku NU.

4 Diskuze

Zvyšování kvality a bezpečí poskytování zdravotních služeb je důležitý kontinuální proces a stává se prioritou ve zdravotnictví. Nežádoucí události jsou jedním z faktorů, které kvalitu péče ovlivňují. Bakalářská práce se zaměřuje na proces hlášení nežádoucích událostí v klinické praxi a to především na znalosti všeobecných sester v dané oblasti, na důvody vzniku NU, na samotný postup hlášení NU, na případné nenahlašování NU a na sankce spojené se vznikem NU. Pro práci byl zvolen kvalitativní výzkum, jehož nástrojem je polostrukturovaný rozhovor s náhodným výběrem všeobecných sester pracujících ve směnném provozu. Získání kvalitních rozhovorů bylo ztíženo časovou náročností práce na oddělení a také tím, že všeobecné sestry často odmítaly rozhovor poskytnout. Nakonec bylo získáno osm rozhovorů, které byly zkatégorizovány, zanalyzovány a zpracovány do diagramů. Dotazovaní souhlasili až na jednoho respondenta s nahráváním rozhovorů a byli ujištěni o anonymitě svých výpovědí. Přepisy rozhovorů jsou k nahlédnutí viz příloha D - K.

První výzkumná otázka zněla: Jak probíhá hlášení nežádoucích událostí v klinické praxi na vybraných odděleních? Otázka se zaměřuje na znalosti všeobecných sester o daném tématu, na edukaci vedoucím pracovníkem a na samotný proces hlášení NU. Nejprve byli respondenti dotazováni, jak by popsali termín nežádoucí události. Všichni dotazovaní si s touto otázkou poradili, ať už přímým popisem termínu nebo v příkladu. Jako příklad nejčastěji uváděli pády a dekubity, což by odpovídalo výsledkům benchmarkingu z roku 2015, které uvádějí pády jako nejčastější vznikající NU a na třetím místě dekubity (ÚZIS, 2015). Součástí otázky byla i znalost rozdělení NU. Zde se odpovědi značně lišily. Bylo vidět, že ani jeden respondent si nebyl odpovědi jistý a využíval poznatky z praxe. Nejčastěji uváděli opět určité příklady NU, se kterými se nejčastěji setkávají na svém oddělení, nebo nedokázali odpovědět vůbec. Uváděli například špatně podaný lék, dekubity, pády, flebitidy či konfliktní pacienty. Jako další rozdělení uvedl jeden respondent psychické/ fyzické, další uvedl například poranění zdravotníka/ pacienta. Dále byla zkoumaná znalost termínu skoropochybení a jeho hlášení. Tento termín nedokázalo vysvětlit pět respondentů, tudíž se předpokládá, že ani jeden z nich skoropochybení nehlásí, přestože to je určitý typ NU. Skoropochybení správně popsali tři zbylí respondenti, z nichž tuto událost nahlašuje pouze jeden. Tento fakt odpovídá tvrzení autorky Šupšákové, která ve své publikaci uvádí, že hlášení „near miss“ je složitou součástí systému řízení rizik, kdy se projevuje neochota

personálu a pocit sebeudavačství (Šupšáková, 2017). Ve druhé otázce rozhovoru odpovídali respondenti, o čem je jejich nadřízený edukoval v oblasti hlášení NU. Z bakalářské práce Ladislavy Markové vyplývá, že pouze 17 % všeobecných sester bývá pravidelně proškoleny o prevenci vzniku NU (Marková, 2012). To by odpovídalo v určité míře získaným odpovědím, kdy všeobecné sestry uváděly pouze pár informací. Ty se týkaly především postupu hlášení NU probíhající na daném oddělení a informaci, že se má hlásit vše. Jedna respondentka byla odkázána na intranet bez dalšího poskytnutí informací. Pouze jedna všeobecná sestra uvedla, že ji nadřízený edukoval o důvodu hlášení NU, což je velmi kvitováno a považováno za jedno ze zásadních témat při edukaci. Všeobecné sestry by měly být nadřízeným dostatečně poučeny o tom, proč je hlášení NU tolik důležité, k čemu nahlašování přispívá a jakou roli hrají všeobecné sestry v prevenci pochybení ve zdravotnictví. Třetí otázka rozhovoru, spadající stále do první výzkumné otázky, se týkala samotného procesu hlášení NU, jak probíhá. Všichni dotazovaní proces znali a náležitě jej popsali. Na jednotlivých odděleních se používá kombinace zápisu do počítače a papírového formuláře či zápisu do dokumentace pacienta. Na některém oddělení zajišťují celý proces hlášení samy všeobecné sestry, na jiném oddělení sestřím pomáhají nadřízení. Pět respondentů se zmínilo také o hlášení situace lékařům či vedení. V jiné otázce padly názory, že zjednodušení formulářů a dokumentace by sestry uvítaly.

Druhá výzkumná otázka zněla: Proč dochází k nežádoucím událostem v ošetrovatelské praxi z pohledu všeobecné sestry? Otázka se zaměřuje na pohled sester na obecné důvody vzniku NU a dále na míru vlivu lidského faktoru a systémového faktoru. Jako nejčastější důvod uváděly všeobecné sestry vliv samotného pacienta, jeho zhoršený duševní stav či neukázněnost. Tyto vlivy se odrážejí především na pádech pacientů, přestože se všeobecné sestry snaží důkladně pacienty o tomto riziku edukovat. Jako další příčinu pádu uvedl jeden respondent nedostatečné personální zajištění a s tím spojený nedostatek času na zamezení vzniku pádů. Podíl na vzniku pádu pacienta může mít podle jednoho respondenta i vliv farmak, především pak farmaka pro lepší spánek. Jiný respondent dále uvedl nebezpečné okolí - například mokrou podlahu v koupelně. S tím by mohlo být opět spojené zhoršené personální zajištění, kdy všeobecné sestry nezvládají všechna rizika uhlídat. Vliv psychiky pacienta, farmak a mokré podlahy popisují i Dostálová a Nahodilová jako důvody pádu pacienta. Kromě těchto faktorů popisují dále porušené funkce smyslu, centrálního nervového systému, motorických

funkcí nebo vysoký věk pacienta (Dostálová a Nahodilová, 2011). Co se týká jiných NU, respondenti uváděli, že na jejich vzniku má veliký podíl pochybení všeobecné sestry, ať už z důvodu únavy, nepozornosti či přepracovanosti. Tyto tři faktory z pohledu všeobecných sester z klinické praxe odpovídají faktorům, které uvedl Petr Škrála. Ten zmiňuje dále například spěch, nedostatečnou praxi a dovednosti či znalosti, stres, komunikační problémy, vyrušování při práci nebo matematické chyby (Škrála, 2005). Lze předpokládat, že u skoro všech vyjmenovaných faktorů může být příčinou již zmíněný nedostatek všeobecných sester na oddělení. Odpovědi, týkající se další otázky rozhovoru – lidského faktoru, se shodovaly na velkém vlivu na vznik NU v klinické praxi. Opět respondenti zmiňovali pochybení jak všeobecné sestry, tak pacienta. Odpovědi se více či méně opakovaly z předchozí otázky. S výsledky souhlasí dotazníkové šetření bakalářské práce Dany Tomanové, kde jako nejčastější důvod projevu lidského faktoru uvedli respondenti únavu. Navíc byl v práci Tomanové zmíněný stres a nečitelné ordinace (Tomanová, 2007). U této otázky je důležité dodat, že kvůli citlivosti tématu se někteří respondenti nechtěli tématem moc zabývat a odpovídali spíše stručně. Šestá otázka rozhovoru se týkala naopak systémového faktoru. Tento termín byl respondentům z častého důvodu neznalosti předem vysvětlen. Celkem tři respondenti tento vliv na vzniku NU odmítali a jeden si nebyl jistý. Tři respondenti se shodli, že určitý vliv má nedostatek personálu a s tím spojený nedostatek času, který může způsobovat stresové situace na oddělení. Pouze dva respondenti se zmiňovali o důležitosti nastavení bezpečnostních cílů. Špatné personální složení zmiňuje v oblasti systémových faktorů i Petr Škrála. Navíc hovoří o pochybení v zavádění nových technologií, v proškolení zdravotníků a o žádných nebo špatně zavedených nástrojích rizikového managementu (Škrála, 2005). Lze se domnívat, že získané názory odpovídají neorientovanosti všeobecných sester v oblasti kvality a bezpečí poskytování zdravotních služeb včetně resortních bezpečnostních cílů či jiných nástrojů rizikového managementu.

Třetí výzkumná otázka zněla: Jaké důvody vedou všeobecné sestry k případnému nenahlášení nežádoucí události? Otázka se zaměřuje na zkušenosti všeobecných sester s touto situací, na samotné důvody pro nenahlášení NU z pohledu všeobecných sester a na zkušenosti se sankcemi v souvislosti se vznikem NU. Na dotaz, zda se setkali se situací, kdy se vzniklá NU nenahlásila, odpověděl pouze jeden respondent mající osobní zkušenost, že ano. Avšak měl by se zde zmínit fakt, že i přes řádné ujišťování anonymity respondentů, bylo znát, že někteří tuto zkušenost možná měli, ale obávali se

tuto informaci sdělit. V některých odpovědích bylo cítit jisté váhání či pousmání se. V bakalářské práci Tomanové bylo zjištěno, že 3 % všeobecných sester NU spíše nehlásí a 8 % hlásí NU dle závažnosti (Tomanová, 2007). Jako důvod svého jednání uvedl výše zmíněný respondent aktuální vyčerpání na oddělení a nedostatek času. Respondent byl také ovlivněn druhým spolupracovníkem, který ho přesvědčil, že se NU nemusí nahlásit, když se nic nestalo a pacient byl včas ošetřen. Domníváme se, že v tomto případě se objevil jak lidský, tak systémový faktor ať už u vzniku NU, tak i u rozhodnutí nenahlásit NU. O nenahlašování NU se zmiňují i Zachová a Škočková. Jejich výzkum ukázal, že pouhých 72 % pracovníků nahlásilo svoje bodné poranění. Jako důvody nenahlášení situace uváděli strach z postihu, neznalost hlášení nebo hodnocení poranění jako málo vážné (Zachová a Škočková, 2015). V další otázce byli respondenti dotazováni na možné důvody pro nenahlášení NU z jejich pohledu klinické praxe. V odpovědích nejčastěji figuroval strach a to především z finančního postihu či jiného trestu. Škrlovi jako další důvod navíc popisují strach z reakcí spolupracovníků (Škrlovi, 2008). Jako další důvody pro nenahlašování NU uváděli respondenti zdlouhavé nebo složité papírování a zpracování NU. Další zmíněný důvod byl nedostatek času, který hrál spolu s ovlivněním jinou osobou hlavní roli v situaci se zmíněným respondentem a jeho nenahlášením NU. Jiný respondent si myslí, že hlášení NU může být považováno za zbytečné a jeden respondent naopak tvrdil, že nemůže existovat žádný důvod. Vznik každé nežádoucí události i téměř pochybení podléhá povinnému hlášení, které vyplývá ze zákona č. 372/2011 Sb. Domníváme se, že všeobecné sestry nejsou správně edukovány a proškoleny v této problematice, a proto se stávají situace, kdy všeobecná sestra nenahlásí vzniklou NU. Jak uvádí manželé Škrlovi, pokud se na oddělení objevuje strach z nahlašování NU, je nutné, aby nadřízená sestra opakovaně personálu vysvětlovala důležitost a beztrestný přístup. Další možností je vytvoření důvěrného systému hlášení NU s možností anonymity, které by předcházelo špatným reakcím spolupracovníků (Škrlovi, 2008). A právě z důvodu strachu ze sankcí byla do rozhovoru zařazena otázka, zda všeobecné sestry zažily situaci, kdy byly po nahlášení NU nějakým způsobem potrestány. Celkem tři všeobecné sestry uvedly, že měly zkušenost s potrestáním buď osobně, nebo z doslechu. První respondent popisoval situaci, když kolegyně podala do epidurálního katetru špatné léky. Uváděl rozhovor s vedením a nebyl si jistý, zda kolegyni nebyl uložen nějaký finanční postih. Druhý respondent zmiňoval, že na minulém oddělení, kde pracoval, bylo jedné kolegyni vyhrožováno, že pokud by se situace opakovala,

přišel by finanční trest. Třetí respondent popisoval svoji osobní zkušenost, která byla zmíněná již výše. Jako sankce mu byla uložena důtka společně se snížením platu na dobu určitou. Po nějaké době byl trest změněný na výpověď dohodou. Přestože nevíme jistě, zda první dvě situace odpovídají skutečnosti kvůli výpovědím z druhé ruky, je vidět, že povědomí okolo možného potrestání mezi všeobecnými sestrami existuje.

5 Návrh doporučení pro praxi

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, k jakým chybám dochází v rámci vzniku nežádoucích událostí a v průběhu procesu jejich hlášení. Výsledky výzkumu ukázaly, že prvním nedostatkem mohou být neúplné znalosti všeobecných sester, jak o samotných nežádoucích událostech, tak i o důvodech hlášení NU. Zdravotnické zařízení by mělo vytvořit konkrétní strukturu edukace všeobecných sester o NU, která by zaručovala předání komplexních informací na všech odděleních. Na další nedostatky upozorňovali respondenti v rámci svých odpovědí na důvody vzniku NU. Všeobecné sestry popisovaly především situace, se kterými souvisí hlavně nedostatek personálu a duševní stav pacienta. Dále byly zkoumány situace, ve kterých dochází k nenahlašování NU. Jako hlavní důvody byl zmíněný strach ze sankce a složité papírování ve spojení s nedostatkem času na oddělení. Jednotlivá oddělení by měla přizpůsobit proces hlášení NU tak, aby vyhovovalo všeobecným sestřám a nebylo tolik časově náročné. Navíc by vedení v rámci výše zmíněné edukace mělo ujistit personál o beztrestném přístupu k hlášení NU. Výstupem bakalářské práce je článek s výsledky výzkumu připravený k publikaci v odborném periodiku (viz příloha L).

Výsledky práce by mohly být zveřejněné na odborných konferencích pro nelékařský zdravotní personál a mohly by sloužit ke zlepšení informovanosti všeobecných sester o tomto tématu. Byla zjištěna mezera v nedostatečné edukaci všeobecných sester vedoucími pracovníky, proto by výsledky výzkumu mohly napomoci nápravě zjištěné situace. Všeobecné sestry by se měly více zajímat o téma nežádoucích událostí a znát důležitost hlášení NU kvůli kontinuitě zvyšování kvality a bezpečí zdravotnictví.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem nežádoucích událostí v klinické praxi. Metodika sledování nežádoucích událostí je důležitým indikátorem kvality a bezpečí zdravotních služeb. V současné době je téma kvality častěji diskutované a její zvyšování se stává prioritou ve zdravotnictví. Práce obsahuje část teoretickou a výzkumnou. Cílem práce bylo zjistit, k jakým chybám dochází v rámci vzniku nežádoucích událostí a v průběhu procesu jejich hlášení.

Teoretická část popisuje management kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Je zde zpracovaná problematika NU včetně klasifikace a nejčastěji vzniklých NU. Následně je nastíněno, z jakých důvodů k NU dochází a jak událostem předcházet díky preventivním opatřením. Na konec je popisovaná oblast hlášení NU.

Výzkumná část byla zpracována kvalitativní metodou. Jako nástroj výzkumného šetření byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Respondenty byly všeobecné sestry pracující ve směnném provozu. Výběr respondentů byl náhodný. Byly stanoveny tři výzkumné cíle a k nim přidružené výzkumné otázky. Prvním výzkumným cílem bylo **zjistit, jak probíhá hlášení nežádoucích událostí v klinické praxi na vybraných odděleních**. K cíli byla vytvořena výzkumná otázka: **Jak probíhá hlášení nežádoucích událostí v klinické praxi na vybraných odděleních?** Znalosti všeobecných sester v klinické praxi byly z části dostačující. Nicméně pouze tři respondenti správně popsali termín skoropochybení, z nichž jeden tuto situaci nahlašuje. Dále byl zjištěný problém v nedostatečné edukaci vedoucími pracovníky. Každopádně všichni oslovení respondenti znali a dokázali snadno popsat proces hlášení NU na svém oddělení. Druhý výzkumný cíl měl **zmapovat důvody vedoucí k nežádoucím událostem v ošetrovatelské praxi z pohledu všeobecné sestry**. Výzkumná otázka zněla: **Proč dochází k nežádoucím událostem v ošetrovatelské praxi pohledu všeobecné sestry?** Za nejčastější důvod vedoucí ke vzniku NU považují všeobecné sestry především vliv pacienta a jeho duševního stavu. Podle respondentů se na lidském faktoru zdravotníků podílí nejvíce únava, nepozornost a odborné neznalosti. Vliv systémového faktoru potvrdila polovina respondentů. Třetí výzkumný cíl se snažil **zmapovat důvody, které vedou všeobecné sestry k případnému nenahlášení nežádoucích událostí**. K dosažení cíle byla vytvořena výzkumná otázka: **Jaké důvody vedou všeobecné sestry k případnému nenahlášení nežádoucích událostí?** Všeobecné sestry mají především strach ze sankcí, kdy dokonce tři respondenti popsali konkrétní situaci s udělením sankce či s

vyhrožováním udělení sankce. Jako další důvod bylo zmiňováno složité papírování hlášení NU.

Výstupem bakalářské práce je připravený článek k publikaci v odborném periodiku, který pojednává o vyzkoumaných chybách v procesu hlášení nežádoucích událostí na vybraných odděleních. Článek by měl přispět k lepší informovanosti všeobecných sester o problematice nežádoucích událostí.

Seznam literatury

- 1) ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Metodika prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni. In: *Věstník MZ ČR*. 2009, částka 6, s. 69-82. ISSN 1211-0868. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html
- 2) ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. In: *Věstník MZ ČR*. 2016, částka 7, s. 2-14. ISSN 1211-0868. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c7/2016_12350_3442_11.html
- 3) ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví. In: *Věstník MZ ČR*. 2012, částka 8, s. 20-26. ISSN 1211-0868. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html
- 4) ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. In: *Věstník MZ ČR*. 2015, částka 16, s. 2-14. ISSN 1211-0868. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html
- 5) ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb – metodický návod pro sebehodnocení In: *Věstník MZ ČR*. 2015, částka 16, s. 15-29. ISSN 1211-0868. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html
- 6) DOSTÁLOVÁ, Barbora a Helena NAHODILOVÁ. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. 2011, **21**(1), 31-32. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prevence-padu-ve-zdravotnickem-zarizeni-457220>
- 7) HŘIB, Zdeněk a Pavel VYCHYTIL. *Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče: etiologie, epidemiologie a aktuální mezinárodní situace*. Praha: Kabinet veřejného zdravotnictví 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2010.
- 8) JÍLKOVÁ, Jana. Kvalita a bezpečí v nemocnici – 1. část. *Zdravotnictví a medicína*. 2014, **2014**(12), 24-25. ISSN 2336-2987. Dostupné také z:

<http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/kvalita-a-bezpeci-v-nemocnici-1-cast-475846>

9) JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.

10) KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2831-5.

11) MARKOVÁ, Ladislava. *Nežádoucí události v ošetrovatelské péči*. České Budějovice. 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/o2ocm4?info=1;issnhref=ud%C3%A1losti%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dmarkov%C3%A1%202012%20ne%C5%BE%C3%A1douc%C3%AD%20ud%C3%A1lost%26start%3D1>

12) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: MZ ČR, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

13) NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL a PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Osborne Park: Cambridge Media, 2014. ISBN 978-0-9579343-6-8.

14) PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito a kol. *Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic*. Acta Paulista de Enfermagem. 2013, **26**(3), 256-262. ISSN 0103-2100. Dostupné také z: <http://search.proquest.com/docview/1448193737/fulltextPDF/1020CE78A01941C6PQ/1?accountid=17116>

15) POKOJOVÁ, Radka. Nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. 2012, **22**(7-8), 26. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nezadouci-udalosti-ve-zdravotnickem-zarizeni-466778>

- 16) POKORNÁ, Andrea a kol. *Taxonomický – definiční slovník pro Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU)*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017.
- 17) REICHARDT, CH., K. BUNTE-SCHÖNBERGER a P. VAN DER LINDEN. *Hygiena a dezinfekce rukou: 100 otázek a odpovědí*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0217-4.
- 18) SVOBODOVÁ, Dita. Zavádění a udržování kvality bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR. *Florence*. 2012, 8(6), 28-34. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2012/zavadeni-a-udrzovani-kvality-a-bezpeci-zdravotni-pece-v-zarizenich-nemocnicniho-typu-na-uzemi-cr-.547/>
- 19) ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
- 20) ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
- 21) ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-419-4.
- 22) ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada, 2017. ISBN: 978-80-271-0062-0.
- 23) TOMANOVÁ, Dana. *Chyby a omyly v poskytování ošetrovatelské péče*. České Budějovice. 2007. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné také z: https://theses.cz/id/tio8ud/downloadPraceContent_adipIdno_7473?info=1;isshlret=medika%C4%8Dn%C3%AD%3Bomyly%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dtomanov%C3%A1%20medika%C4%8Dn%C3%AD%20omyl%202007%26start%3D1
- 24) VONDRÁČEK, Lubomír a Eva KUČKOVÁ. Nežádoucí události jako zdroj informací o poskytovaných zdravotních službách. *Zdravotnické noviny*. 2013, 62(12), 26. ISSN 1805-2355. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nezadouci-udalosti-jako-zdroj-informaci-o-poskytovanych-zdravotnich-sluzbach-470883>

- 25) Výsledky benchmarkingu nežádoucích událostí. KOLEKTIV PRACOVNÍKŮ ÚZIS ČR. ÚZIS ČR [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [cit. 2016-12-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu/vysledky-benchmarkingu>
- 26) VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4.
- 27) WHO. *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. Kodaň: Regional Office for Europe, 2013. ISBN 978 92 890 0279 0. Dostupné také z: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/.../Health2020-Long.pdf
- 28) WOLFFOVÁ, Věra. Význam hlášení mimořádných událostí v českém zdravotnictví. *Florence*. 2016, 12(9), 2.
ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/9/>
- 29) ZACHOVÁ, Veronika a Dagmar ŠKOCHOVÁ. Bodná poranění zdravotnických pracovníků v průběhu deseti let. *Florence*. 2015, 11(4), 25-29. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/4/>

Seznam tabulek

Tab. 1 Kategorie dat

Tab. 2 Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky č. 1

Tab. 3 Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky č. 2

Tab. 4 Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky č. 3

Seznam příloh

Příloha A	Polostrukturovaný rozhovor
Příloha B	Protokoly k provádění výzkumu
Příloha C	Metoda tužka - papír
Příloha D	Respondent 1
Příloha E	Respondent 2
Příloha F	Respondent 3
Příloha G	Respondent 4
Příloha H	Respondent 5
Příloha I	Respondent 6
Příloha J	Respondent 7
Příloha K	Respondent 8
Příloha L	Článek do odborného časopisu

Otázky k rozhovoru

1. Jak byste popsala nežádoucí událost? Znáte jejich rozdělení?
2. Jak na Vašem oddělení probíhá proces hlášení NU?
3. O čem přesně Vás edukoval nadřízený v oblasti hlášení NU (pokud k edukaci došlo)?
4. Z jakých důvodů podle Vás dochází k NU na oddělení?
5. Jakým způsobem dle Vašeho názoru ovlivňuje vznik NU lidský faktor?
6. Jakým způsobem podle Vás ovlivňuje vznik NU chod a pravidla oddělení - tzv. systémový faktor?
7. Byla jste svědkem situace, kdy došlo k NU, aniž by byla nahlášena? Proč si myslíte, že tomu tak v tomto případě bylo? Jak u Vás na oddělení probíhá hlášení skoropechybení?
8. Jaké jsou podle Vás obecně důvody k nenahlašování NU?
9. Zažila jste situaci, kdy byla všeobecná sestra po nahlášení NU nějakým způsobem potrestána? Jak?

Příloha B Protokoly k provádění výzkumu

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

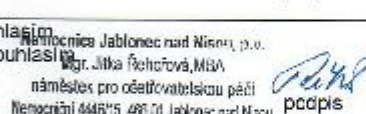
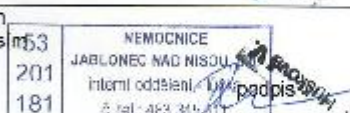
Příjmení a jméno studenta	PULTAROVA LENKA	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta D1500086	Ročník 3.
Téma práce	MEZĀBUDOVNÍ KVALITA V OŠĚ TĚLOVĚDELSKÉ PRAXI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU, P.O. CHIRURGICKÉ ODDĚLENÍ (ORTOPEDICKÉ ODD.)	
Jméno vedoucího práce	Mgr. PETRA PAŠOUTOVÁ, DIS.	
Vyřázení vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště <i>Pašoutová</i> podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <i>Pašoutová</i> podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Mgr. Jitka Rehotová MBA náměstek pro očkovací látkou péči Nemocnice 445 15 486 01 Jablonec nad Nisou <i>Rehotová</i> podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Chirurgie Mgr. Simona Vachková Věchní sestry 83 201 686 podpis NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU, P.O. podpis 83 345 111 <i>Vachková</i> podpis	
Datum zahájení výzkumu	8.12.2017	
Datum ukončení výzkumu	30.1.2018	
Počet oslovených respondentů (personálu)	2	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru) který bude respondentům rozdávan (který bude s respondenty veden)		

V JABLONCI NAD NISOU, dne 6.12.2017.....

Pultarova
.....
podpis studenta

Obr. 2 Protokol k provádění výzkumu č. 1

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	PULTAROVÁ LENKA	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta D15000086	Ročník 3.
Téma práce	MEZĚADŮBŮRNÍ UDÁLOSTI V OŠETŘOVATELSKÉ PRAKTI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU, P.O. INTERNÍ ODDĚLENÍ	
Jméno vedoucího práce	MAG. PETRA RAŽOUTOVÁ, DIS.	
Vyjadření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště <div style="text-align: right;"><i>Pažoutová</i> pccpis</div>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <div style="text-align: right;"><i>Pažoutová</i> pccpis</div>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <div style="text-align: right;">  Mgr. Jitka Ražoutová, MBA náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice 444615, 466 01 Jablonec nad Nisou pccpis </div>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <div style="text-align: right;">  NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU interní oddělení pccpis </div>	
Datum zahájení výzkumu	2.12.2017	
Datum ukončení výzkumu	26.1.2018	
Počet oslovených respondentů (personálu)	3	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kope plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V JABLONCI NAD NISOU, dne 6.12.2017.....

Pažoutová
.....
podpis studenta

Obr. 3 Protokol k provádění výzkumu č. 2

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	PULTAROVÁ LENKA	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta D15000086	Ročník 3.
Téma práce	NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU, P.O. ODDĚLENÍ REHABILITACE	
Jméno vedoucího práce	MgA. PETRA PAŽOUTOVÁ, DSt.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště <div style="text-align: right;"><i>Pažoutová</i> podpis</div>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <div style="text-align: right;"><i>Pažoutová</i> podpis</div>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <small>Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Mgr. Jitka Boháčová, MSc. odměstek pro ošetrovatelskou praxi Nemocnice 483015, 485 01 Jablonec nad Nisou</small> <div style="text-align: right;"><i>J. Boháčová</i> podpis</div>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <small>Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny Dr. Miroslava Seibrtová Vnitřní sešita Telefon: 483345211</small> <div style="text-align: right;"><i>M. Seibrtová</i> podpis</div>	
Datum zahájení výzkumu	8.12.2014	
Datum ukončení výzkumu	26.1.2018	
Počet oslovených respondentů (personálu)	2	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdávan (který bude s respondenty veden)		

V JABLONCI NAD NISOU... dne 6.12.2017.....

Pultarová
.....
podpis studenta

Obr. 4 Protokol k provádění výzkumu č. 3

Kategorie 7 – Lidský faktor

Jakým způsobem dle Vašeho názoru ovlivňuje vznik NU lidský faktor?

Lidský faktor zdravotníka X lidský faktor pacienta

R1: Tak záleží na tom, jestli ten lidský faktor jestli to je třeba ten personál anebo jestli to je i ten pacient. Protože to může být z psychické stránky, jeho **duševní stav** nebo únava po cvičení, nebo únava ze všech procedur, které ten den prodělal a samozřejmě se to může stát ta NU ikdyž třeba **personál špatně manipuluje s tím pacientem**.

ANO Z + P

R2: Já myslím, že to nemá vliv, když někdo spadne a flebitidy a dekubity, jestli je unavená sestra, to nemá vůbec žádný vliv. Když je ta záměna léku tak to si myslím že třeba to je..Na jiným oddělení jsem, můžu přesně říct, že **bylo nás tam málo (systémový faktor)**, teď už to oddělení je teda zabezpečené personálně, ale tenkrát nebylo, bylo nás tam málo, bylo toho moc, najednou do toho zvonky, odbíhání, že to bylo spíš opravdu z důvodu že toho bylo na jednu sestru moc. A tady bych řekla, že tady by to byla spíš **nepozornost**. **ANO Z**

R3: No tak rozhodně ta **únava** tam třeba hraje roli, všechno. **Zmatenost u pacientů**.

ANO Z + P

R4: Jsmen jenom lidi, může to být že třeba se věnuju rozdávaní léků nebo tak, tak prostě na mě začnou mluvit tři lidi. **ANO Z**

R5: Nejsme stroje, jsme jenom lidi. **ANO Z**

R6: U pacienta, že prostě nikdy neposlouchají ti pacienti, stejně si vše udělají po svém a nerespektují ty naše edukace, jako třeba tady u nás jo. **ANO P**

R7: Myslím si, že to je tak padesát na padesát (sestra – pacient). Záleží na tom, **kolik je těch sester na oddělení (systémový faktor)**, zda ta sestra si je **vědoma nějakých svých chyb** a záleží taky na tom pacientovi, jestli jako je vstřícný a jestli nám vychází vstříc a spolupracuje, protože to je asi důležité. **ANO Z + P**

R8: Já si myslím, že ta **nepozornost** se stala, tím že došlo u nás k záměně papírů, a zároveň může být i **únava**, stane se, že člověk má více denních, potom nastane noční a po ní jde hned na denní, je tam ta únava, jsou opožděné, ty reflexy nejsou tak rychlí. **ANO Z**

(Zdroj: autor)

Jak byste popsala nežádoucí událost? Znáte jejich rozdělení? Co považujete za skoropochybení?

- *Tak nežádoucí událost je událost, která se prostě stane, když se to zrovna nehodí a má nějaké následky většinou. Rozdělení podle nějakých následků, buďto jsou nějaké následky nebo je bez následků, nebo to má vliv na pacienta, nebo může být poškozený personál. Za skoro pochybení asi považuju, když třeba by někdo nechtěl nahlásit nežádoucí událost, ale pak by se na to skoro přišlo, že se něco takového stalo a byl by teda donucen to nahlásit.*

O čem přesně Vás edukoval nadřízený v oblasti hlášení NU (pokud k edukaci došlo)?

- *Ano, náš nadřízený dbá na nahlašování NU, takže jsme byly všechny edukovány, máme i formulář co všechno zapisovat, když se stane NU.*

Jak na Vašem oddělení probíhá proces hlášení NU?

- *My musíme vyplnit ten formulář a pak naše vrchní sestra to zapíše do počítače. Od nového roku na to budeme mít i systém v počítači přímo, že na to bude nějaký speciální formulář a budeme to dělat samy.*

Z jakých důvodů podle Vás dochází k NU na oddělení?

- *Jako tady konkrétně u nás většinou to je ten duševní stav toho pacienta anebo třeba i mokrá podlaha v koupelně. Ikdyž pacienty edukujeme když přijdou, říkáme jim to stále dokola.*

A z pohledu sestry? Pokud něco zanedbá nebo?

- *Z pohledu sestry...to úplně si nemyslím, že by to tak bylo.*

Jakým způsobem dle Vašeho názoru ovlivňuje vznik NU lidský faktor?

- *Tak záleží na tom, jestli ten lidský faktor jestli to je třeba ten personál anebo jestli to je i ten pacient. Protože to může být z psychické stránky, jeho duševní stav nebo únava po cvičení, nebo únava ze všech procedur, které ten den prodělal a samozřejmě se to může stát, ikdyž třeba personál špatně manipuluje s tím pacientem.*

Jakým způsobem podle Vás ovlivňuje vznik NU chod a pravidla oddělení – tzv. systémový faktor?

- *Tak já si myslím, že většinou za to může nedostatek času nebo stres, že jako ikdyž třeba je to oddělení dobře nastavený, tak prostě ten stresový faktor.*

Byla jste svědkem situace, kdy došlo k NU, aniž by byla nahlášená? Proč si myslíte, že tomu tak v tomto případě bylo? Jak u Vás na oddělení probíhá proces hlášení skoropochybení?

- *To jsem nebyla. Hlásíme.*

Jaké jsou podle Vás obecně důvody k nenahlašování NU?

- *Asi ten zdlouhavý proces toho nahlášení, protože to obsahuje několik kroků, aby to bylo správně všechno zapsáno a teďka v tuhle chvíli to je fakt na dlouho to zapsat všechno, je to slohové cvičení.*

Takže si myslíte, že když by se to nahlašování zjednodušilo, že by to sestry víc dělaly?

- *Ano, určitě. Já si myslím, že od toho nového roku, až budeme mít ten nový formulář, tak že to bude lepší. Ale teď za nás to píše vrchní, takže my s tím nemáme problém, my to vypíšeme jenom na papír.*

Zažila jste situaci, kdy byla všeobecná sestra po nahlášení NU nějakým způsobem potrestána? Jak?

- *Jojo, to jsem asi zažila. Když tady byl problém s opiáty. Pacientovi se do epidurálního katétru daly špatně léky. Byl to určitě nějaký rozhovor s vedením a nevím, jestli po tom ji ještě sáhli třeba na peníze nebo něco takového.*

(Zdroj: autor)

Jak byste popsala nežádoucí událost? Znáte jejich rozdělení? Co považujete za skoropochybení?

- *Tak rozdělení nežádoucích událostí, tak týká se to hlavně pádu, pak to můžou být konfliktní pacient, krádeže na oddělení, samozřejmě agresivní pacient, hodně tam jsou flebitidy, dekubity. Ještě si vzpomínám, třeba záměna inzulínu, špatně podaný lék, jiná dávka. To skoropochybení...to nevím.*

O čem přesně Vás edukoval nadřízený v oblasti hlášení NU (pokud k edukaci došlo)?

- *Tak samozřejmě musíme napsat, kde se to stalo, takhle přesně. Když je to pád, tak musíme nahlásit, že třeba pacient zvonil v 14:30, že pacient leží na zemi, oznámíme, v kolik hodin, na kterém to bylo pokoji, v jaký čas, samozřejmě co jsem provedly, první ten...nevím, že se sanitářem jsme ho dali do postele, změření tlaku, kontrola zornic, eventuelně když je podezření na nějakou zlomeninu, tak někde se dá že jo zavolat doktor, tak ještě nějaký ty rentgeny a pak následná léčba.*

Jak na Vašem oddělení probíhá proces hlášení NU?

- *Máme na to přímo speciální papír, ty máme tady dole v šuplíčku, a tam přesně napíšeme to co se stalo, kdy se to stalo, kde, v kolik hodin, co jsme podnikly, a samozřejmě každá nežádoucí událost se zadává ještě do počítače, to dělá vrchní a když přijde doktor u nás, tak jim nahlásíme, že byla nežádoucí událost a oni na to taky reagují v dokumentaci.*

Z jakých důvodů podle Vás dochází k NU na oddělení?

- *K nežádoucím událostem dochází, tak hlavně ono to je třeba starší pacienti, že tady ty pády mají hlavně staří pacienti, myslím, že mají vliv trošku i prášky na spaní, hodně po stillnoxech padají. Tak takhle, mohla bych říct, že tady jsou všichni dostatečně edukovaní, co se týká ohledně pádů, spíš bych řekla, že to jsou starší lidi, kterým už to tolik nemyslí anebo to jsou ty pády, že neposlechnou. Že třeba, že vědí, když mají berle, že nemůžou nosit ještě hrníček s kafem a oni to risknou, že jo.*

Jakým způsobem dle Vašeho názoru ovlivňuje vznik NU lidský faktor?

- ...

Z pohledu lidského faktoru, třeba když je unavená...

- *Jako ta sestra? Já myslím, že to nemá vliv, když někdo spadne a flebitidy a dekubity, jestli je unavená sestra, to nemá vůbec žádný vliv.*

A když se třeba zamění lék?

- *Když se zamění lék, jo tak takhle. Když je ta záměna léku, tak to si myslím, že třeba to je. Na jiným oddělení jsem, můžu přesně říct, že bylo nás tam málo, teď už to oddělení je teda zabezpečené personálně, ale tenkrát nebylo, bylo nás tam málo, bylo toho moc, najednou do toho zvonky, odbíhání, že to bylo spíš opravdu z důvod, že toho bylo na jednu sestru moc. A tady bych řekla, že tady by to byla spíš nepozornost.*

Jakým způsobem podle Vás ovlivňuje vznik NU chod a pravidla oddělení – tzv. systémový faktor?

- *Tady jsou určitě pacienti, co jsou tady s kyčlí, s kolenem, tak máme takový tiskopisy předepsaný a tam je všechno ikdyž jim to říkáme při příjmu, necháme jim ty papírky, aby věděli, co se týká jako rizika pádu, aby věděli jak se chovat po operaci kyčle, kolene. To stačí? Ještě jim to všechno opakujeme, těm starším a komukoliv dávám prášek na spaní, tak všem říkám, že je možnost, že se budou motat, ať radši xkrát zazvoní, než že je budu sbírat ze země.*

Byla jste svědkem situace, kdy došlo k NU, aniž by byla nahlášená? Proč si myslíte, že tomu tak v tomto případě bylo? Jak u Vás na oddělení probíhá proces hlášení skoropochybení?

- *Nebyla.*

Jaké jsou podle Vás obecně důvody k nenahlašování NU?

- *No tak samozřejmě, když by tam byl finanční postih pro tu sestru, když by třeba zaměnila lék, třeba už podruhé, tak věřím tomu, že nějaká sestra by se i mola bát to nahlásit, že se jí může šáhnout na peníze a samozřejmě na prvním místě jako že by se bála nahlásit, neznám sestru, pokud by došlo k poškození pacienta, že by to nenahlásila a neudělaly by se nějaká opatření třeba dejme tomu, dám příklad, dát někomu inzulin, tak každá sestra riskne radši průser i finanční, než aby se ten pacient nezaléčil a nehlídala se mu glymča. Myslím, že fakt neznám nikoho no.*

Zažila jste situaci, kdy byla všeobecná sestra po nahlášení NU nějakým způsobem potrestána? Jak?

- *No, takhle. Musím říct, že osobně ne, ale znala jsem, vím, že říkali, že ještě jednou, že by se jí šáhlo na finance, ale nebylo to tady na tomhle oddělení, bylo to jinde.*

(Zdroj: autor)

Jak byste popsala nežádoucí událost? Znáte jejich rozdělení?

- *Neznám jejich rozdělení, ale nežádoucí událost je vlastně něco, co se nám stát nemá.*

Co považujete za skoropochybení?

- *Tak chybu sester jakoukoliv, ale i pacienta, lékaře.*

O čem přesně Vás edukoval nadřízený v oblasti hlášení NU (pokud k edukaci došlo)?

- *No tak o tom, že všechno se má zapisovat a nic se nemá přecházet.*

Jak na Vašem oddělení probíhá proces hlášení NU?

- *Napíše se to papírově, přehodnotí se rizika a dá se to do počítače a nahlásí se to vedení nemocnice.*

Z jakých důvodů podle Vás dochází k NU na oddělení?

- *No kvůli pochybení buďto ošetrovatelského personálu nebo lékařského nebo samotného pacienta. Protože jsou lidi v noci zmatení, protože sestřičky jsou unavený, cokoliv.*

Jakým způsobem dle Vašeho názoru ovlivňuje vznik NU lidský faktor?

- *No tak rozhodně ta únava tam třeba hraje roli, všechno. Zmatenost u pacientů.*

Jakým způsobem podle Vás ovlivňuje vznik NU chod a pravidla oddělení – tzv. systémový faktor?

- *No nemyslím si, že by to ovlivňovalo. Jenom to je prostě o tom, že všechno se má zapsat. Všechno musí být podložený nějak.*

Byla jste svědkem situace, kdy došlo k NU, aniž by byla nahlášená? Proč si myslíte, že tomu tak v tomto případě bylo?

- *Ne, nikdy. U nás se to vždycky hlásí.*

Jak u Vás na oddělení probíhá proces hlášení skoropochybení?

- *Nahlásí se to staniční sestře a ta si to pak vyřeší podle sebe.*

Jaké jsou podle Vás obecně důvody k nenahlašování NU?

- *Podle mě žádné důvody nemůžou být, protože prostě všechno se musí nahlásit. Všechno musí být podepsaný.*

Zažila jste situaci, kdy byla všeobecná sestra po nahlášení NU nějakým způsobem potrestána? Jak?

- *Ne, nikdy.*

(Zdroj: autor)

Jak byste popsala nežádoucí událost? Znáte jejich rozdělení?

- *Nežádoucí událost je událost, která není žádoucí, proto se to jmenuje nežádoucí. Je to dekubit, prostě to, co by se nemělo stát.*

A co považujete za skoropochybení?

- *Za skoropochybení považuju například, to řeknu jako v příkladu, když budu rozdávat léky, odnesu špatný léky nebo špatnému pacientovi, uvědomím si to a ty léky prostě buď do toho kalíšku nedám anebo je včas před pozitivním vyměním za správné.*

O čem přesně Vás edukoval nadřízený v oblasti hlášení NU (pokud k edukaci došlo)?

- *Máme hlásit v podstatě vše, co se stane a není to žádoucí, aby se stalo.*

Jak na Vašem oddělení probíhá proces hlášení NU?

- *Pokud zjistím, že se stalo třeba nevím para aplikace, flebitida, dekubit, tak nahlásím to lékaři, zapíšu to do dokumentace, lékař to zapíše do dokumentace, samozřejmě provedeme ošetření, prostě nějaký řešení tý věci, která se stala, a pak píšeme, máme speciální formuláře hlášení NU.*

Z jakých důvodů podle Vás dochází k NU na oddělení?

-

Málo času?

- *Né, to ne, protože nejvíc toho píšeme na flebitidy a nebo pády, to nemá s naším časem jako co dělat. Buď jsou to neukáznění pacienti, nebo zmatení pacienti, co se týče pádů. U flebitid netuším, protože to není třeba že by bylo zanedbaný, že flexila se ponechala dýl než by měla být, ale ta se může stát třeba i druhý den že jo ta flebitida, takže jako určitě ne z tohohle důvodu.*

Jakým způsobem dle Vašeho názoru ovlivňuje vznik NU lidský faktor?

- *Jsme jenom lidi, může to být, že třeba se věnuju rozdávání léků nebo tak, tak prostě na mě začnou mluvit tři lidi.*

Jakým způsobem podle Vás ovlivňuje vznik NU chod a pravidla oddělení – tzv. systémový faktor?

- *To asi nesouvisí.*

Byla jste svědkem situace, kdy došlo k NU, aniž by byla nahlášená? Proč si myslíte, že tomu tak v tomto případě bylo?

- *Ne.*

Jak u Vás na oddělení probíhá proces hlášení skoropochybení?

- *No, to přece ale není potřeba hlásit, když se nic nestalo. Skoropochybení to se může stát třeba třikrát za den.*

Jaké jsou podle Vás obecně důvody k nenahlašování NU?

- *Složitý papírování, je to složitý ty výpisy, všechno. A pokud by šlo nahlášení NU jakoby na vlastní osobu, tak to je chránění sama sebe.*

Zažila jste situaci, kdy byla všeobecná sestra po nahlášení NU nějakým způsobem potrestána? Jak?

- *Ne, nikdy.*

(Zdroj: autor)

Jak byste popsala nežádoucí událost? Znáte jejich rozdělení?

- *NU je něco, co je nežádoucí a nemělo by se stát. Rozdělení neznám.*

A co považujete za skoropochybení?

- *Skoropochybení je to, kdy se mohla stát chyba, ale nestala se.*

O čem přesně Vás edukoval nadřízený v oblasti hlášení NU (pokud k edukaci došlo)?

- *Nadřízený se o to stará hodně, musíme všechno hlásit, nekompromisně. Je lepší, že se o tom ví.*

Jak na Vašem oddělení probíhá proces hlášení NU?

- *Nejprve to zapíšeme do dokumentace, poté do počítače, na to jsou speciální formuláře a potom tady máme tištěnou verzi pro ty, co to neumí.*

Z jakých důvodů podle Vás dochází k NU na oddělení?

- *Pokud jde o nejčastější pády, tak jsou to zmatení pacienti. Jinak nevím.*

Jakým způsobem dle Vašeho názoru ovlivňuje vznik NU lidský faktor?

- *Nejsme stroje, jsme jenom lidi.*

Jakým způsobem podle Vás ovlivňuje vznik NU chod a pravidla oddělení – tzv. systémový faktor?

- *Myslím si, že to nesouvisí. Na oddělení máme určité dokumenty o chodu oddělení a tak podobně a stejně to nikdo nečte.*

Byla jste svědkem situace, kdy došlo k NU, aniž by byla nahlášená? Proč si myslíte, že tomu tak v tomto případě bylo?

- *Ne.*

Jak u Vás na oddělení probíhá proces hlášení skoropochybení?

- *Neprobíhá, nehlásíme.*

Jaké jsou podle Vás obecně důvody k nenahlašování NU?

- *My to nahlašujeme všechno, ale může se jednat o náročné papírování, zabere to hodně času a také strach.*

Zažila jste situaci, kdy byla všeobecná sestra po nahlášení NU nějakým způsobem potrestána? Jak?

- *Ne.*

(Zdroj: autor)

Jak byste popsala nežádoucí událost? Znáte jejich rozdělení?

- *Tak nežádoucí událost je událost, která se prostě stane v nemocnici. Je to buď nějaký pád nebo nějaký dekubit nebo něco co se přihodilo tomu pacientovi a nemělo by se to stát. To rozdělení: pády, dekubity, podání nesprávného léku. Může to být psychický, fyzický, ...*

A co považujete za skoropochybení?

- *To nevím.*

O čem přesně Vás edukoval nadřízený v oblasti hlášení NU (pokud k edukaci došlo)?

- *No jak máme vlastně tu nežádoucí událost psát, hlásí se to, aby se potom zamezilo těm nežádoucím událostem*

Jak na Vašem oddělení probíhá proces hlášení NU?

- *Tak nejdřív se to jakoby sepíše v počítači, pacient se popřípadě ošetří, nahlásí se to lékaři, no pak my to vlastně dvakrát vytiskneme, jeden ten papír zůstává v dokumentaci pacienta, druhý se posílá na vedení a vlastně se to posílá k hlavní sestře a k vedení.*

Z jakých důvodů podle Vás dochází k NU na oddělení?

- *Myslím si, že by to mohla být třeba nepozornost sestry. Může být přepracovaná, má toho třeba moc,*

Jakým způsobem dle Vašeho názoru ovlivňuje vznik NU lidský faktor?

- *U pacienta, že prostě nikdy neposlouchají ti pacienti, stejně si vše udělají po svém a nerespektují ty naše edukace, jako třeba tady u nás jo.*

Jakým způsobem podle Vás ovlivňuje vznik NU chod a pravidla oddělení – tzv. systémový faktor?

- *No to nevím vůbec tohle.*

Byla jste svědkem situace, kdy došlo k NU, aniž by byla nahlášená? Proč si myslíte, že tomu tak v tomto případě bylo?

- *Ne, my to všechno hlásíme.*

Jak u Vás na oddělení probíhá proces hlášení skoropochybení? Jaké jsou podle Vás obecně důvody k nenahlašování NU?

- *To jsme tady snad vůbec neměli. Jinde se s tím třeba nechtějí zabývat a považují to třeba za zbytečné.*

Zažila jste situaci, kdy byla všeobecná sestra po nahlášení NU nějakým způsobem potrestána? Jak? - Ne, nikdy. (Zdroj: autor)

Jak byste popsala nežádoucí událost? Znáte jejich rozdělení?

- *Nežádoucí událost: tak to může být zavinění třeba iatrogenní jako sestrou i lékařem. Rozdělení podle zvyklosti toho daného zařízení. Jsou to omezovací prostředky, dekubity, podání špatných léků atd.*

A co považujete za skoropochybení?

- *Tak spíš bych to zaměřila na ty dekubity, protože to je hodně považováno za skorochybu, tak by to bylo třeba zčervenání nebo špatná identifikace pacienta, obecně skorochyba.*

O čem přesně Vás edukoval nadřízený v oblasti hlášení NU (pokud k edukaci došlo)?

- *Mě nadřízený needukoval vůbec v oblasti hlášení NU, protože všechno je dostupné na intranetu a je povinností sester, aby tomu samy porozuměly.*

Jak na Vašem oddělení probíhá proces hlášení NU?

- *Nejdřív informuju lékaře, dále sepíšu nežádoucí událost, odevzdám vrchní sestře a druhou dám do chorobopisu pacienta.*

Z jakých důvodů podle Vás dochází k NU na oddělení?

- *Takže na tý chirurgii to jsou více ty pády v tom pooperačním období, dochází k tomu, protože těch sester je málo na tom oddělení a nejsme schopné to uhlídat a k těm dekubitům, protože ta péče zde nejde zajistit tak jako třeba na interně. Ty chirurgické obory to je asi hodně zátěžové, takže proto vznikají tyhle ty NU.*

Jakým způsobem dle Vašeho názoru ovlivňuje vznik NU lidský faktor?

- *Myslím si, že to je tak padesát na padesát (sestra – pacient). Záleží na tom, kolik je těch sester na oddělení, zda ta sestra si je vědoma nějakých svých chyb a záleží taky na tom pacientovi, jestli jako je vstřícný a jestli nám vychází vstříc a spolupracuje., protože to je asi důležité.*

Jakým způsobem podle Vás ovlivňuje vznik NU chod a pravidla oddělení – tzv. systémový faktor?

- *To si nastavuje management nejvyššího řízení, takže to my asi jako moc neovlivníme. Asi taky to má nějaký vliv, záleží na tom, jak jsou tam nastaveny ty bezpečnostní cíle no. Je to prostě otázka těch interních auditorů, jestli se dělají dobře a jestli to je pak nastavené správně pro každé oddělení zvlášť.*

Byla jste svědkem situace, kdy došlo k NU, aniž by byla nahlášená? Proč si myslíte, že tomu tak v tomto případě bylo?

- *Ne, vždycky jsme to hlásily, musí se to hlásit, protože to jinak bez toho nejde.*

Jak u Vás na oddělení probíhá proces hlášení skoropochybení? Jaké jsou podle Vás obecně důvody k nenahlašování NU?

- *Tak taky žejjo, informuju lékaře, a dále prostě taky na intranetu sepišu NU, ať je to skoropochybení nebo už je to NU. Myslím si, že nedostatek času, to je asi první, a druhé to, že to není anonymní a musí se pod to ten člověk podepsat, tudíž si myslí, že může dostat taky nějaký trest nebo postih, to si myslím, že je asi tohle, protože když je prostě NU, tak ta sestra neví, že chrání i sebe.*

Zažila jste situaci, kdy byla všeobecná sestra po nahlášení NU nějakým způsobem potrestána? Jak?

- *Ne, taky jsem nebyla.*

(Zdroj: autor)

Jak byste popsala nežádoucí událost? Znáte jejich rozdělení?

- *Nežádoucí událost je taková věc, když v nemocnici vlastně dojde k poranění pacienta nebo jako takového zdravotníka vlivem teda, že pacient poraní nás nebo my jeho. U něj to znamená fyzická nějaká napadení, od nás to může být iatrogenně. Obecné rozdělení NU máme lékové, fyzické jako takové, dále jsou třeba vlivem jako iatrogenní, že lékař může ohrozit pacienta při nějakém vyšetření.*

A co považujete za skoropochybení?

- *To, co se stalo. Záměna léků, zejména u pacienta, který je alergický na ten lék.*

O čem přesně Vás edukoval nadřízený v oblasti hlášení NU (pokud k edukaci došlo)?

- *To znamená, že když se stane NU okamžitě zavolat vedoucího pracovníka, napsat záznam samozřejmě, jak se to stalo a podobně, jsou tam k tomu různé otázky a zápis do knihy.*

Jak na Vašem oddělení probíhá proces hlášení NU?

- *U nás to probíhalo elektronicky, vyhledali jsme si to na portálu nemocničním a tam vlastně jsme potvrdili NU, tam vyskočil celý ten dokument a začali jsme vypisovat jméno, přítomní lidé a podobně.*

Z jakých důvodů podle Vás dochází k NU na oddělení?

- *No nejčastěji tam jsou důvody pády, hlavně u starších lidí, kteří trpí demencí. Měli by trošku navýšit personál, třeba aby se uhlídali ti lidé, když je třeba plno lidí, já nevím třicetjedna pacientů a jsou na to jenom dvě sestry, například v noci, nebo se stane, že i jedna.*

Jakým způsobem dle Vašeho názoru ovlivňuje vznik NU lidský faktor?

- *Já si myslím, že ta nepozornost se stala, tím že došlo u nás k záměně papírů, a zároveň může být i únava, stane se, že člověk má více denních, potom nastane noční a po ní jde hned na denní, je tam ta únava, jsou opožděné, ty reflexy nejsou tak rychlé.*

Jakým způsobem podle Vás ovlivňuje vznik NU chod a pravidla oddělení – tzv. systémový faktor?

- *Ale jo, bych řekla, že i jo.*

Byla jste svědkem situace, kdy došlo k NU, aniž by byla nahlášená? Proč si myslíte, že tomu tak v tomto případě bylo?

- *Byla. Ten den bylo vlastně hodně, takhle bych to řekla. Byly jsme hodně vytížení jako dvě sestry. Byly tam operace, bylo tam toho velmi hodně, do toho se stala tahle věc, naštěstí se nic nestalo. Nic se nestalo, a tak jsme to neřešily. Našel se druhý člověk, kterému jsme to řekli a kterému se to hodilo.*

Jak u Vás na oddělení probíhá proces hlášení skoropochybení?

- *No, s tím jsem já ještě snad ani nepřišla do styku.*

Jaké jsou podle Vás obecně důvody k nenahlašování NU?

- *Bylo to ovlivněné z jedné strany, respektive z té druhý strany, kdy se tvrdilo, že se to nemusí nahlásit, nic se nestalo. Někdo mi řekl, „neřeš to, je to v pořádku, nic se nestalo“. Takhle se to stalo. Já jsem to chtěla hlásit, automaticky jsem chtěla volat lékaře, ikdyž to byl známý člověk, který mi řekl, že nemám volat, jako i ten pacient, že jemu stačí dithiaden a že to nebylo poprvé, že ho z toho dithiaden ihned dostal, takže takhle to bylo a potom už nebyl čas nad tím vůbec přemýšlet.*

Zažila jste situaci, kdy byla všeobecná sestra po nahlášení NU nějakým způsobem potrestána? Jak?

- *Zažila. Jsem dostala důtku pokárání od vrchní sestry, zároveň nějak snížení platu na určitou dobu. Poté nějaká náhlá změna, což doted' nikdo nepochopil, jsem dostala, ne že výpověď, ale takzvaně s dohodou, že se to nebude nikde šířit, což jsem z toho byla smutná, protože to opravdu nikdo nepochopil, když jsme na tom byly obě stejně pokáraný, stejně potrestaný a po týdnu to bylo všechno úplně jinak.*

(Zdroj: autor)

Nežádoucí události v ošetrovatelské praxi. Jaké chyby se skrývají v procesu hlášení?

Název bakalářské práce: Nežádoucí události v ošetrovatelské praxi

Title: Adverse Incidents In Nursing Care

Institute: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Autoři

Autor: Lenka Pultarová

Spoluautor: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.

Výzkumné šetření ukázalo, že dochází k pochybení v rámci nežádoucích událostí. Prvním nedostatkem mohou být neúplné znalosti všeobecných sester, jak o samotných nežádoucích událostech, tak i o důvodech hlášení nežádoucích událostí. Jako důvody vzniku nežádoucích událostí popisovaly všeobecné sestry především situace, se kterými souvisí hlavně nedostatek personálu a duševní stav pacienta. Dále byly zkoumány situace, ve kterých dochází k nenahlašování NU. Jako hlavní důvody byl zmíněný strach ze sankce a složité papírování ve spojení s nedostatkem času na oddělení.

A research survey has shown mistakes within adverse incidents. The first deficiency may be the incomplete knowledge of general nurses of the adverse incidents themselves and the reasons for reporting adverse incidents. As a reason for the occurrence of adverse incidents the general nurses described situations primarily related to the lack of personnel and the mental state of the patient. In addition, situations where adverse incidents are not detected are investigated. The main reasons were the fear of sanction and complicated paperwork in conjunction with a lack of time on department.

Klíčová slova: nežádoucí událost, pacient, kvalita, lidský faktor, systémový faktor

Keywords: adverse incident, patient, quality, human factor, systemic factor

Úvod

V současnosti je jednou z hlavních priorit Ministerstva zdravotnictví České republiky posílení bezpečnosti a zvýšení kvality poskytování zdravotní péče. Publikují se metodické návody, které mají této strategii pomoci. Mezi nejdůležitější metodiky patří sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Kontinuální zvyšování kvality je dlouhodobý proces vyžadující zapojení odborné i laické veřejnosti, a právě proto bylo rozhodnuto se zabývat nežádoucími událostmi ve spojení s ošetrovatelskou praxí a informovaností zdravotnického personálu o dané problematice.

Metodika

Výzkumné šetření bakalářské práce probíhalo metodou kvalitativní. Data byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Šetření se týká znalostí všeobecných sester ohledně problematiky, procesu hlášení nežádoucích událostí, důvodů vzniku NU a důvodů případného nehlášení NU z pohledu všeobecných sester. Vybranými respondenty byly všeobecné sestry pracující ve směnném provozu. Rozhovor obsahoval devět hlavních otázek a následné podotázky. Ke každému cíli práce byly zvoleny tři hlavní otázky. Získaní respondenti splňovali různorodost, co se týká délky praxe ve zdravotnictví a věku. Odpovědi respondentů byly sepsány do elektronického dokumentu, získaná data byla následně zkatégorizována a zanalyzována pomocí metody tužka – papír. Zjištěné informace byly graficky zobrazeny v diagramech dle daných kategorií.

Analýza šetření

Z první výzkumné otázky vyplývá, že všeobecné sestry mají znalosti ohledně termínu NU a postupu hlášení nežádoucí události, méně však znají jejich rozdělení a termín skoropochybení. Dále bylo zjištěno, že na odděleních sice probíhá edukace o hlášení NU, často ale nespĺňuje všechny body, o kterých by všeobecné sestry měly vědět.

Z druhé výzkumné otázky se dozvíme, že všeobecné sestry nejčastěji pocítují při vzniku NU vliv pacienta a jeho duševního stavu - především jeho zmatenost či neukázněnost. Poté se podle jejich názoru podílí na vzniku NU lidský faktor zdravotníků, kde se nejvíce vyskytují únava, nepozornost a neznalost. Na otázce jestli

považují systémový faktor za další možný důvod vzniku NU, se shodla polovina respondentů.

Třetí výzkumná otázka ukazuje, že polovina respondentů zmiňuje jako důvod pro nenahlášení NU strach a to z finančního postihu nebo jiného trestu. Dále zmiňují složité papírování a s tím spojený nedostatek času. Tři respondenti z dotazovaných byli svědky situace, kdy byla všeobecná sestra potrestaná po vzniku NU.

Diskuze

Nejprve byli respondenti dotazováni, jak by popsali termín nežádoucí události. Všichni dotazovaní si s touto otázkou poradili, ať už přímým popisem termínu, nebo v příkladu. Jako příklad nejčastěji uváděli pády a dekubity, což by odpovídalo výsledkům benchmarkingu z roku 2015, které uvádějí pády jako nejčastější vznikající NU a na třetím místě dekubity (ÚZIS, 2015). Součástí otázky byla i znalost rozdělení NU. Zde se odpovědi značně lišily. Bylo vidět, že ani jeden respondent si nebyl odpovědí jistý a využíval poznatky z praxe.

Dále byla zkoumaná znalost termínu skoropochybení a jeho hlášení. Tento termín nedokázalo vysvětlit pět respondentů, tudíž se předpokládá, že ani jeden z nich skoropochybení nehlásí, přestože to je určitý typ NU. Skoropochybení správně popsali tři zbylí respondenti, z nichž tuto událost nahlašuje pouze jeden. Tento fakt odpovídá tvrzení autorky Šupšákové, která ve své publikaci uvádí, že hlášení „near miss“ je složitou součástí systému řízení rizik, kdy se projevuje neochota personálu a pocit sebeudavačství (Šupšáková, 2017).

V další otázce respondenti odpovídali, o čem je jejich nadřízený edukoval v oblasti hlášení NU. Z bakalářské práce Ladislavy Markové vyplývá, že pouze 17 % všeobecných sester bývá pravidelně proškolená o prevenci vzniku NU (Marková, 2012). To by odpovídalo v určité míře získaným odpovědím, kdy všeobecné sestry uváděly pouze pár informací. Pouze jedna všeobecná sestra uvedla, že ji nadřízený edukoval o důvodu hlášení NU, což velmi kvitujeme a považujeme to za jedno ze zásadních témat při edukaci. Všeobecné sestry by měly být nadřízeným dostatečně poučeny o tom, proč je hlášení NU tolik důležité, k čemu nahlašování přispívá a jakou roli hrají všeobecné sestry v prevenci pochybení ve zdravotnictví.

Druhá výzkumná otázka se zaměřuje na pohled sester na obecné důvody vzniku NU a dále na míru vlivu lidského faktoru a systémového faktoru. Jako nejčastější důvod uváděly všeobecné sestry vliv samotného pacienta, jeho zhoršený duševní stav či neukázněnost. Tyto vlivy se odrážejí především v pádech pacientů, přestože se všeobecné sestry snaží důkladně pacienty o tomto riziku edukovat. Co se týká jiných NU, respondenti uváděli, že na jejich vzniku má veliký podíl pochybení všeobecné sestry, ať už z důvodu únavy, nepozornosti či přepracovanosti. Tyto tři faktory z pohledu všeobecných sester z klinické praxe odpovídají faktorům, které uvedl Petr Škrála. Ten zmiňuje dále například spěch, nedostatečnou praxi a dovednosti či znalosti, stres, komunikační problémy, vyrušování při práci nebo matematické chyby (Škrála, 2005). Dovolíme si tvrdit, že u skoro všech vyjmenovaných faktorů může být příčinou již zmíněný nedostatek všeobecných sester na oddělení.

Třetí výzkumná otázka se zaměřuje na zkušenosti všeobecných sester s nenahlášením nežádoucích událostí, na samotné důvody pro nenahlašování z pohledu všeobecných sester a na zkušenosti se sankcemi v souvislosti se vznikem nežádoucích událostí.

Na dotaz, zda se všeobecné sestry setkaly se situací, kdy se vzniklá nežádoucí událost nenahlásila, odpověděl pouze jeden respondent mající osobní zkušenost, že ano. Jako důvod svého jednání uvedl respondent aktuální vytíženost na oddělení a nedostatek času. Respondent byl také ovlivněný druhým spolupracovníkem, který ho přesvědčil, že se NU nemusí nahlásit, když se nic nestalo a pacient byl včas ošetřen. V bakalářské práci Tomanové bylo zjištěno, že 3 % všeobecných sester NU spíše nehlásí a 8 % hlásí NU dle závažnosti (Tomanová, 2007). Co se týče důvodů nenahlašování nežádoucích událostí z pohledu sester nejčastěji figuroval strach a to především z finančního postihu či jiného trestu. Celkem tři všeobecné sestry uvedly, že měly zkušenost s potrestáním buď osobně, nebo z doslechu.

Závěr

Metodika sledování nežádoucích událostí je důležitým indikátorem kvality a bezpečí zdravotních služeb. V současné době je téma kvality častěji diskutované a její zvyšování se stává prioritou ve zdravotnictví. Cílem hlášení NU není personál potrestat, ale slouží především k prevenci a poučení se z chyb, a tím vede ke zlepšení zdravotní péče. Zásadní změna by měla proběhnout ve zkvalitnění informovanosti v oblasti NU u všech

zdravotnických pracovníků s následnou lepší compliancí pro hlášení NU, což je úzce spjato s kontinuálním zvyšováním kvality a bezpečí zdravotní péče. Zdravotnické zařízení by mělo vytvořit konkrétní strukturu edukace všeobecných sester o oblasti NU, která by zaručovala předání komplexních informací na všech odděleních. Navíc by jednotlivá oddělení měla přizpůsobit proces hlášení NU tak, aby vyhovovalo všeobecným sestřím a nebylo tolik časově náročné. Vedení by mělo v rámci výše zmíněné edukace ujistit personál o beztrestném přístupu k hlášení NU.

Seznam použité literatury

1. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-419-4.
2. ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada, 2017. ISBN: 978-80-271-0062-0.
3. Výsledky benchmarkingu nežádoucích událostí. KOLEKTIV PRACOVNÍKŮ ÚZIS ČR. ÚZIS ČR [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [cit. 2016-12-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu/vysledky-benchmarkingu>
4. MARKOVÁ, Ladislava. *Nežádoucí události v ošetrovatelské péči*. České Budějovice. 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/o2ocm4?info=1;isshlret=ud%C3%A1losti%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dmarkov%C3%A1%202012%20ne%C5%BE%C3%A1douc%C3%AD%20ud%C3%A1lost%26start%3D1>
5. TOMANOVÁ, Dana. *Chyby a omyly v poskytování ošetrovatelské péče*. České Budějovice. 2007. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné také z: https://theses.cz/id/tio8ud/downloadPraceContent_adipIdno_7473?info=1;isshlret=medika%C4%8Dn%C3%AD%3Bomyly%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dtomanov%C3%A1%20medika%C4%8Dn%C3%AD%20omyly%202007%26start%3D1

(Zdroj: autor)