

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Vybraná bezpečnostní rizika v ošetrovatelské praxi

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Ing. Iva Brabcová

2011

Autor:
Monika Miňhová

Selected safety risks in nursing practice

In the nursing care there are numerous risks that may endanger the patient or damage or worsen his/her health condition. In order to ensure patient's safety it is necessary to keenly look for ways minimizing such risks.

The theoretical part of the bachelor degree thesis focuses on the issue of safety of hospitalized patients, risks of error and undesired events, as well as on potential prevention in this area. The thesis deals in detail with the risks of falls in hospitalized patients.

The objective of the research investigation was to evaluate selected safety risks in the nursing practice that may endanger patients during hospitalization and to find out whether nurses observe principles for prevention of falls in patients. Based on the established objectives two working hypotheses were formulated: H1: The highest level of risk is that of nosocomial infection. H2: Nurses observe the principles for prevention of falls in patients. A quantitative research method was used to achieve the objective and to verify the set hypotheses. The data were collected by means of inquiring and observation using the questionnaire and audit techniques. The research group for the questionnaire investigation consisted of nurses working at standard hospital wards, intensive care and after-care departments in the hospital in Tábor (Nemocnice Tábor, a.s.) the research group for the audit called „Prevention of falls in hospitalized patients“ consisted of nurses working at the internal medicine and orthopedic wards in the hospital in Tábor.

The evaluation of results of the questionnaire investigation, using the weighted arithmetic mean, indicates that the highest risk from the selected safety risks in nursing practice is that of an accomplished suicide (3,9). This means that the first hypothesis has not been confirmed. On the contrary, the evaluation of the nursing care in respect to falls has confirmed the second hypothesis to the effect that nurses observe the principles for prevention of patients' falls, both at the orthopedic ward, where the overall audit success was 85 %, and at the interior medicine ward, where the overall audit success was 81 %.

We wanted to encourage nurses to reflect on the risks in nursing care. The results of the research will be offered to the management of the hospital in Tábor in order to improve safety of the provided care and to reduce the risks that endanger the hospitalized patients.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Vybraná bezpečnostní rizika v ošetrovatelské praxi“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum:.....

.....
Podpis studenta

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala Ing. Ivě Brabcové za ochotu, cenné rady a odborné a laskavé vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala hlavní sestře Nemocnice Tábor, a.s., Mgr. Heleně Plockové za poskytnutí materiálů k provedení výzkumu.

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav.....	4
1.1 Bezpečnost pacientů při poskytování zdravotní péče.....	4
1.1.1 Výsledky studií v zahraničí a v ČR.....	4
1.1.2 Významné dokumenty MZ ČR v oblasti bezpečí pacienta.....	6
1.1.3 Bezpečí pacientů z pohledu ošetřovatelství.....	7
1.2 Management rizik.....	8
1.2.1 Metodologie řízení rizik.....	8
1.2.1.1 Identifikace a vyhodnocení rizik.....	8
1.2.1.2 Řešení a prevence rizik.....	9
1.2.1.3 Zpětná vazba.....	10
1.2.2 Nežádoucí události.....	10
1.2.2.1 Klasifikace nežádoucích událostí.....	11
1.2.2.2 Faktory přispívající k pochybení.....	12
1.2.2.3 Dělení nežádoucích událostí.....	12
1.2.2.4 Postup při nežádoucí události.....	13
1.2.3 Rizika v oblasti ošetrovatelské péče.....	14
1.3 Riziko vzniku pádu hospitalizovaného pacienta.....	16
1.3.1 Rizikové faktory pádů.....	16
1.3.2 Klasifikace pádů dle příčiny.....	18
1.3.3 Výzkumná šetření v oblasti pádů pacientů v ČR.....	19
1.3.4 Ošetrovatelská péče o pacienty v riziku pádu.....	19
1.3.4.1 Identifikace rizikového pacienta.....	20
1.3.4.2 Diagnostika.....	21
1.3.4.3 Prevence vzniku pádu.....	22
1.3.4.4 Pád pacienta a jeho důsledky.....	24
2 Cíl práce a hypotézy.....	26
2.1 Cíle práce.....	26
2.2 Hypotézy práce.....	26

3 Metodika	27
3.1 Použitá metoda.....	27
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	28
4 Výsledky	29
4.1 Výsledky dotazníkového šetření.....	29
4.1.1 Identifikační údaje.....	29
4.1.2 Vyhodnocení pravděpodobnosti možného výskytu nežádoucí události.....	32
4.1.3 Vyhodnocení možného důsledku nežádoucí události na zdravotní stav pacienta.....	39
4.1.4 Vyhodnocení stupně rizika nežádoucí události.....	46
4.2 Výsledky auditu „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“.....	51
5 Diskuze	56
5.1 Diskuze k dotazníkovému šetření.....	56
5.2 Diskuze k auditu „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“.....	58
6 Závěr	61
7 Seznam použitých zdrojů	63
8 Klíčová slova	68
9 Přílohy	69

Úvod

V dnešních zdravotnických zařízeních s sebou každá činnost přináší určitou míru rizika. Ani ošetrovatelská praxe není výjimkou. Vyskytuje se zde mnoho rizik, která mohou být zdrojem poškození zdraví pacientů během hospitalizace. Samozřejmou snahou je nalézání možností jejich minimalizace. Pojem riziko je v kontextu zdravotnictví úzce spojen s nežádoucími událostmi, problémem pochybení, a tedy i úsilím zajistit bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče. A právě oblast bezpečí pacientů představuje v dnešní době velmi aktuální téma, a to v celosvětovém měřítku. Není divu, vždyť výsledky zahraničních studií ukazují průměrně 10% výskyt poškození pacientů během hospitalizace.

Sestry představují nejpočetnější skupinu zdravotníků, tráví s pacientem nejvíce času a poskytují pacientovi komplexní ošetrovatelskou péči ve všech typech zdravotnických zařízení i v domácím prostředí. Tato péče klade nároky na efektivní komunikaci, kontinuitu, koordinaci, technologie, edukaci i management. Pokud si uvědomíme důležitou roli sestry v celém procesu péče o pacienta, jistě nás nepřekvapí, že jsou to právě sestry, které se musí snažit zajistit takovou péči, která by byla z perspektivy pacienta bezpečná. Dojde-li k podcenění či zlehčování existujících rizik při práci a následně k poškození zdraví pacienta, náprava bývá obtížná, zdoluhavá a někdy již nemožná.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala na základě aktuálnosti tématu a snahy přispět k zamyšlení sester nad riziky ošetrovatelské péče, potažmo problematiky pochybení. Je nutno si uvědomit, že středem možného ohrožení jsou životy našich pacientů, kteří nám, zdravotníkům, důvěřují.

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo vyhodnotit stupeň rizika u vybraných bezpečnostních rizik v ošetrovatelské praxi, která hrozí pacientům během hospitalizace, a provést hodnocení ošetrovatelské péče v oblasti pádů pacientů v Nemocnici Tábor, a.s. Výsledky výzkumného šetření budou nabídnuty vedení tábořské nemocnice s cílem zlepšení bezpečnosti poskytované péče a snížení rizik, která hrozí hospitalizovaným pacientům.

1 Současný stav

1.1 Bezpečnost pacientů při poskytování zdravotní péče

„Bezpečností pacientů se rozumí ochrana pacienta před zbytečnou újmou nebo potenciální újmou v souvislosti se zdravotní péčí.“ (37, s. 3)

Bezpečná zdravotní péče, problém pochybení a nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních je v poslední době, obzvláště pak v posledním desetiletí, velice diskutovaným, závažným tématem. Tato problematika se dostává do popředí zájmu jak laické, tak odborné veřejnosti, a to v celosvětovém měřítku. Svědčí o tom mnoho publikací, odborných článků, dokumentů, diskusí, konferencí a dále pak statistiky z výzkumů, které jsou prováděny zatím především zahraničními odborníky. (3, 19, 31)

Intenzivně se bezpečím poskytované zdravotní péče zabývá na mezinárodní úrovni Světová zdravotnická organizace, Evropská unie a mnoho odborných organizací. Česká republika (dále jen ČR) přijala Národní plán bezpečí pacientů a kvality zdravotních služeb, a také postoj Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) svědčí o důležitosti tohoto problému, kdy si MZ ČR zvyšování bezpečnosti a kvality zdravotní péče stanovilo jako jednu ze svých priorit. (1, 5, 19)

Aby se však léčebná a ošetrovatelská péče stala bezpečnější, musí být všichni členové multidisciplinárního týmu přesvědčeni o vážnosti současné situace a se zaujetím hledat cesty, jak bezpečí pacienta zlepšit, a rizika pochybení a nežádoucích událostí v našem systému radikálně snížit. (31)

1.1.1 Výsledky studií v zahraničí a v ČR

„Zahraniční studie, které probíhají od konce osmdesátých let minulého století, ukazují, že u přibližně 10 % hospitalizací dochází k poškození pacientů.“ (19, s. 1) Také nejnovější studie JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ukazují průměrně 10% výskyt poškození pacientů během hospitalizace. Velká Británie 11 % hospitalizací, Nový Zéland 10 % hospitalizací, Dánsko 9 % hospitalizací, Austrálie 11 % hospitalizací, Kanada 11 %. „Studie Institute of Medicine

v USA odhaduje, že ročně ve Spojených státech umírá 44 000 – 98 000 hospitalizovaných pouze v důsledku pochybení zdravotníků, což je více úmrtí, než v důsledku dopravních nehod, AIDS či karcinomu prsu.“ (19, s. 1) Ve členských státech Evropské unie (dále jen EU) se u hospitalizovaných pacientů odhaduje újma v důsledku nežádoucích příhod při poskytování zdravotní péče v 8 až 12 %. „Mezi nejčastější nežádoucí události patří chyby při podávání léků, chirurgická pochybení, diagnostické chyby a infekce spojené se zdravotní péčí.“ (21, s. 1) David Marx v rozhovoru pro Zdravotní pojišťovnu Ministerstva vnitra uvádí, že studie provedené v Evropě ukázaly, že pobytem v nemocnici je poškozeno 7 až 11 % pacientů. Zřejmé je, že tyto studie se v uvedených procentech poškození pacienta příliš neliší. Překvapivé jsou však velmi odlišné výsledky ze studií v Austrálii a ve státech Utah a Colorado, kde bylo stejnou metodikou náhodně vybraných chorobopisů, u pacientů hospitalizovaných, v obou případech, v roce 1992 zjištěno, že k nežádoucím událostem dochází v 16,6 %, co se týče Austrálie a 2,9 % Utah – Colorado. (6, 15, 37)

V ČR zatím nebyla podobně rozsáhlá studie uskutečněna, nicméně je pravděpodobné, že výsledky by se výrazně nelišily. (15, 31)

Na základě skutečnosti, že u nás chyběla základní data v oblasti nežádoucích událostí, proběhly v ČR dvě větší studie, jejímž zadavatelem bylo MZ ČR. V roce 2005–2008 studie zmapovala tuto problematiku v lůžkových zdravotnických zařízeních následné péče. Ze závěru studie je možné vyčíst, že se ve významném procentu mimořádné události sledují, ale stále zůstává významná část zdravotnických zařízení následné péče, která nežádoucí události nesleduje, či jsou sledovány pouze formálně a nejsou řešeny systémově. Zjištěna byla poměrně nízká edukovanost nejen personálu zdravotnických zařízení, ale i pracovníků ve vedoucích funkcích. Zařízení nejčastěji sledují pády pacientů (81 %), sebepoškození pacienta (77 %), krádeže (75 %), napadení zaměstnance pacientem (72 %), napadení pacienta jiným pacientem (71 %), pochybení při podávání léčiv (71 %), svévolný odchod pacienta (69 %); (22)

Druhou studií MZ ČR byla pilotní studie zaměřená na evidenci a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb. Proběhla v roce 2008–2009. Z analýzy veškerých dat vyplývá, že pády tvoří 67 % nahlášených událostí, chování

pacienta (např. nepovolený odchod, hrubé chování, slovní napadení) 9 %, medikace, roztoky (např. nežádoucí účinek, záměna, chybná dávka) 5 %. Nežádoucí události se stávají nejvíce na odděleních interních oborů (64 %), na standardních lůžkových odděleních (61 %), na pokojích pacientů (69 %) a hlásí je v drtivé většině případů sestry. (5)

1.1.2 Významné dokumenty MZ ČR v oblasti bezpečí pacientů

V roce 2007 vydalo MZ ČR dokument Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví, který obsahuje strategii ministerstva ke zvyšování bezpečí pacientů. Tato strategie je dále rozpracována v Akčním plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012, který je nástrojem dokumentu Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí. Tento dokument Rady EU byl přijat v roce 2009 všemi ministry zdravotnictví EU a poskytuje návod ke zlepšení současné situace v oblasti bezpečnosti pacientů. (19, 37)

Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012 pokrývá mnoho oblastí a zaměřuje se především na informovanost občanů a pacientů, nerepresivní podávání zpráv o nežádoucích událostech, vzdělávání zdravotnických pracovníků, klasifikaci a měření bezpečnosti pacientů, sdílení znalostí a zkušeností na úrovni EU, strategii prevence a kontroly infekcí ve zdravotnických zařízeních a rozvoji výzkumu v oblasti bezpečnosti pacientů. (19)

Součástí „Akčního plánu“ jsou Resortní bezpečnostní cíle, které jsou vyhlašovány MZ ČR vždy na kalendářní rok, a jsou to oblasti s nejvyšší prioritou. Jedná se o doporučené postupy vedoucí ke snížení rizik poškození pacientů i jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče. Závazné jsou pro přímo řízené organizace ministerstva a doporučené pro ostatní zdravotnická zařízení. Pro rok 2010 se bezpečnostní cíle týkají bezpečné identifikace pacientů, bezpečnosti při používání rizikových léčiv, prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech, prevence pádů pacientů a zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče. S těmito důležitými dokumenty se v plném znění můžeme hlouběji seznámit na informačním portálu kvality a bezpečí MZ ČR. (19, 21)

Tento portál dále nabízí Knihu bezpečí pro pacienty i odborníky a elektronickou publikaci Rádce pacienta, která na Knihu bezpečí navazuje. Tyto publikace směřují k vyšší informovanosti v oblasti bezpečí pacienta. Nabízí aktuální poznatky v této oblasti a také mnohé konkrétní rady a informace, s cílem usnadnit a zlepšit orientaci v prostředí zdravotnického zařízení. Vždyť informovaní pacienti, zapojení do procesu léčby, dosahují nejen lepších výsledků léčby, mohou však také hrát velkou roli v prevenci pochybení, a tím zvýšit bezpečnost poskytované péče. (20, 31)

1.1.3 Bezpečí pacientů z pohledu ošetřovatelství

V péči o zdraví člověka má ošetřovatelství nezastupitelné postavení. Ošetřovatelská péče je soubor odborných činností, které jsou zaměřeny na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jak jednotlivců, tak skupin. Jeho součástí je rozvoj soběstačnosti pacientů, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocných a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Významný podíl má na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Charakteristickým rysem ošetřovatelství je individualizovaná péče založená na aktivním vyhledávání, systematickém hodnocení a plánovitém uspokojování fyziologických, psychosociálních a duchovních potřeb zdravého i nemocného člověka, a to prostřednictvím ošetřovatelského procesu. (23, 35, 36)

Jednou ze základních lidských potřeb je potřeba jistoty a bezpečí. Je to potřeba vyhnout se ohrožení a nebezpečí. V pyramidě potřeb hierarchického systému dle A. Maslowa se tato potřeba řadí na druhé místo za potřeby biologické. Míra pocitu jistoty a bezpečí ovlivňuje jak fyziologicko-biologickou stránku člověka, tak jeho stránku psychickou. Pacient během hospitalizace může ztratit (ale i nalézt) pocit bezpečí. Důvody mohou být různé, kromě obav z výkonů, bolesti, nesoběstačnosti a jiných, může být pocit bezpečí narušen nedůvěrou ve zdravotnický personál, jeho odbornost či spolehlivost. Navázání důvěryhodného vztahu pacienta se zdravotníky dokáže snížit jeho pocit strachu, úzkosti či frustrace. (33, 36)

Odpovědností každé sestry je zajišťování bezpečí pacientů. K tomu potřebuje mít sestra dobrý přehled o pacientovi, kterému péči poskytuje, a o rizicích, která jej mohou ohrozit, poškodit či zhoršit jeho zdravotní stav. (31, 33)

1.2 Management rizik

Nemocniční aktivity, každá činnost, ale také nečinnost přináší ve zdravotnických zařízeních větší či menší míru rizika nejen pro pacienty, ale i pro zaměstnance, návštěvníky a okolí. Za riziko považujeme pravděpodobnost nebo možnost nebezpečí, ztráty či poškození, které lze vztáhnout na zdraví, pohodu, majetek, pověst, prostředí, fungování organizace, finanční stabilitu a další hodnoty. „Riziko představuje kombinaci pravděpodobnosti výskytu nežádoucího jevu a stupně negativního dopadu takového jevu na výstupu procesu.“ (33, s. 12) Obecně lze říci, že management rizik je systematický proces uplatňování postupů a praktik vedoucí k identifikaci, hodnocení a řešení rizik, která mohou být zdrojem zranění pacientů či zaměstnanců, poškození majetku s následnou finanční ztrátou, či vedou ke ztrátě dobré pověsti zdravotnického zařízení. Řízení rizik se zabývá zvažováním možnosti výskytu nežádoucích situací a jejich prevencí s cílem odstranit či omezit pravděpodobnost jejich výskytu nebo snížit jejich dopad. K proaktivnímu řízení rizika musí přispívat organizační kultura. Zaměstnanci organizace musí být motivováni k rizikově orientovanému myšlení, aby si možná rizika uvědomovali a zaměřili se na jejich ovládnutí. K tomu je zapotřebí jejich edukace v této oblasti. (3, 9, 11, 24, 30, 33)

1.2.1 Metodologie řízení rizik

Metodologie řízení rizik se skládá ze čtyř vzájemně provázaných fází: identifikace, vyhodnocení, řešení rizik a zpětná vazba (33).

1.2.1.1 Identifikace a vyhodnocení rizik

Identifikace rizik spočívá v určení rizikových oblastí na pracovišti formou brainstormingu. Při určování těchto oblastí je možné vycházet z vlastních zkušeností, zkušeností jiných zdravotníků či zdravotnických zařízení, výsledků vědeckých studií, literatury či dostupných informací na internetu. Zvláštní pozornost je věnována situacím, ke kterým dochází často, či situacím s vysokým rizikem. Cílem je vytvoření seznamu identifikovaných rizik – registr rizik. (24, 32, 33)

Vyhodnocení rizik spočívá v analýze identifikovaných rizik a určení priorit v jejich řešení. Rizika musí být vyhodnocena v dimenzi pravděpodobnosti výskytu a vážnosti následků. K takovému hodnocení lze použít Matici vyhodnocení stupně rizika (viz Příloha 1). Pro obě proměnné je možné použít škálu od 1 do 5, s tím, že čím vyšší číslo, tím je větší pravděpodobnost nebo důsledek. Je-li pravděpodobnost vysoká a následky zanedbatelné, riziko je nízké, jsou-li však následky vážné a pravděpodobnost nízká, riziko je vysoké. Při hodnocení následků je nutné použít relevantní kritéria pro dané riziko (dopad na ekonomiku, poškození zdraví pacienta, možnost soudního sporu a podobně). Použitím Matice vyhodnocení stupně rizika lze určit stupeň významnosti daného rizika, a tudíž i jeho prioritu. (24, 33)

1.2.1.2 Řešení a prevence rizik

Řešení rizik spočívá ve výběru nejvhodnějšího postupu pro zvládnutí příslušného rizika. Akceptování rizika může být využito v případě, kdy jsou rizika přijatelná, mají nízkou prioritu – téměř nulové následky, nebo pokud by náklady na odstranění rizika vysoce převyšovaly náklady na následky takového rizika. Prevence rizik spočívá v aplikaci jedné či několika možných strategií. (24, 33)

Přístup vyhnutí se rizikové situaci ve zdravotnictví znamená nevykonávat zákroky, na něž zdravotnický personál nemá dostatečné odborné vzdělání, vybavení či zkušenosti. Dále je možné nahradit rizikový postup méně rizikovým postupem. Při strategii přenesení rizika je možné například převést vysoce rizikového pacienta do lépe vybaveného zdravotnického pracoviště. (33)

Minimalizování rizika představuje vhodná preventivní opatření, na jejichž základě je možné rizikům předcházet nebo je omezit. V celém systému řízení rizik je na čelním místě dodržování všech platných norem, monitorování a systémová opatření v zamezení chyb a neshod. V preventivní strategii je velice důležitým prvkem jednak kvalifikovaný a vzdělaný personál v dostatečném množství, tak dobře poučený pacient. K zajištění požadované úrovně ošetrovatelské péče se v praxi využívají ošetrovatelské standardy, jejichž součástí jsou kritéria pro hodnocení plnění standardu, vnitroorganizační audity. Účinnou prevencí je dodržování technických norem,

bezpečnosti práce, hygienicko-epidemiologického řádu, preventivní kontrola, údržba a kompetentní obsluha zdravotnické techniky. Dalším nástrojem prevence rizik či neshod jsou certifikace jednotlivých provozů nebo činností, či akreditace zdravotnického zařízení. (9, 10, 33)

1.2.1.3 Zpětná vazba

K vyhodnocení úspěšnosti prevence chyb a neshod je třeba monitorovat nežádoucí události v daném zdravotnickém zařízení či jiné smysluplné indikátory kvality, s jejichž pomocí lze sledovat rizikové oblasti. Průběžným sledováním těchto indikátorů je, na základě výsledků, možné včas zavést preventivní opatření. V okamžiku, kdy daná preventivní opatření selhala, je možno analyzovat, zda jsme odstranili příčinu chyb či neshod, zda se v procesu neobjevilo další slabé místo a zda chyba byla hlášena v celém rozsahu. Po této analýze je nutno navrhnout další preventivní kroky. Procesy, které se vyhodnocují, mohou být v oblasti diagnostiky, léčby, ošetřovatelství, vztahů s pacienty, řízení oddělení, chování zaměstnanců a podobně. (9, 32, 33)

1.2.2 Nežádoucí události

Sledování nežádoucích událostí, které je součástí programu řízení rizik, je v celé strategii zvyšování bezpečné péče velmi důležitým prvkem. Pro úspěšnost tohoto programu je nutné zajistit hlášení nežádoucích událostí, jejich efektivní šetření a smysluplné vyhodnocení. Získané informace představují výukový prvek, důležitou zpětnou vazbu sloužící k poučení ostatních a ke konstrukci či korekci systémových preventivních opatření. V celém tomto procesu není cílem hledání viníka a jeho potrestání, ale úsilí o napravování vadných procesů a systémů. V odborné literatuře se setkáme s mnoha definicemi a výklady nežádoucích událostí. Taktéž systém hlášení a spektrum sledování a klasifikace není v ČR standardizován a je individuální záležitostí jednotlivých zdravotnických zařízení. Systematicky u nás dochází k incidenčnímu sledování pádů pacientů ve zdravotnických zařízeních (pro rok 2010 ve 38 zdravotnických zařízeních). Pouze určité druhy nežádoucích událostí jsou povinně

hlášeny na určená místa. Rozšířený termín mimořádná událost ustupuje do pozadí a bývá nahrazen termínem nežádoucí událost, i když se můžeme setkat i s jinými termíny, např. nežádoucí příhoda, incident, iatrogenní poškození, či pouze chyba a omyl při poskytování zdravotní péče. (3, 5, 19, 33)

Nežádoucí událostí rozumíme událost, která způsobí poškození zdraví pacienta v souvislosti se zdravotní péčí, poškození zdraví zaměstnance, selhání diagnostické či léčebné techniky, ztrátu nebo poškození majetku pacienta, zaměstnance nebo zdravotnického zařízení či ohrožení provozu tohoto zařízení. (11)

1.2.2.1 Klasifikace nežádoucích událostí

Podle následků je možné nežádoucí události rozdělit do tří skupin. Pokud vědomě či nevědomě, v posledním okamžiku, vzniku nežádoucí události zabráníme, jedná se o téměř pochybení. Pokud se nepodaří pochybení zabránit, ovšem nedojde k poškození zdraví pacienta či majetku, klasifikujeme tuto událost jako nežádoucí událost bez následků. Naproti tomu při poškození zdraví pacienta nebo majetku zdravotnického zařízení se jedná o nežádoucí událost s následky. Poškození zdraví pacienta může být v tomto případě mírného až vážného charakteru, dočasného nebo trvalého poškození, může též končit úmrtím pacienta. (31, 33)

Podle způsobu, jímž lze přispět k nežádoucí události, se jedná o způsob aktivního a latentního selhání. Aktivní selhání předpokládá aktivní zapojení zaměstnance, tedy lidského faktoru, do pracovního procesu. Způsobena jsou jednotlivcem a dochází k bezprostřednímu negativnímu dopadu na bezpečnost pacientů, personálu, majetku či instituce. Tyto chyby vznikají na základě porušení některého předpisu, nebo chybného úkonu. V tomto případě se může jednat o odchylku oproti plánovanému postupu, který byl správný, a dochází k němu většinou při odpoutání pozornosti jedince. Další možností je použití nesprávného postupu či nevhodné použití jinak věcně správného postupu a vztahuje se ke zkušenostem a znalostem personálu. Úmyslné porušování pravidel, i když pochopitelně bez úmyslu poškození pacienta, je spojeno s problémy motivačními. Latentní selhání vzniká důsledkem nevhodně nastavených manažerských nebo organizačních systémů. Následky pak mohou mít

dopad na komunikační systémy, stav zdravotnické techniky, výuku, orientaci, dohled či pracovní přetížení zaměstnanců, a tím negativně ovlivnit péči o pacienty. Tyto chyby se mohou týkat technických (skryté selhání techniky, skrytá závada) nebo organizačních záležitostí (špatně navržená procedura, špatné vedení). Na rozdíl od aktivních nepůsobí bezprostředně a mohou zůstat delší dobu bez povšimnutí. Projeví se při vhodné kombinaci nepříznivých podmínek. (6, 16, 31)

1.2.2.2 Faktory přispívající k pochybení

Jedny z faktorů, které ovlivňují vznik lidského pochybení, vyplývají z kognitivních funkcí. Příkladem mohou být krátkodobá paměť a pozornost, která může být rozptýlována a zaměřena na více problémů najednou. S pamětí dlouhodobou jsou spojeny strukturované znalosti založené na předchozích zkušenostech z obdobných situací a pravidla k řešení takových situací. Nezkušenému zaměstnanci tyto zkušenosti chybí. Při zautomatizovaných činnostech nedochází k plnému soustředění. (16, 31)

K pochybení, kromě lidského faktoru, přispívá také faktor pracovního prostředí. V tomto smyslu lze uvést: zlozvyky, vyrušování, spěch, únavu, nedostatečné dovednosti, znalosti či zkušenosti, emoční stavy, alkohol nebo jiné drogy, onemocnění, špatnou komunikaci, náročné interakce s množstvím zdravotní techniky, nerozhodnost, nevhodné pracovní podmínky a pracovní zátěž, kvalita pracovního prostředí. (16, 31, 33)

Škrla (2005) uvádí jako hlavní příčiny ošetřovatelských pochybení tyto: nedostatečná orientace nových zaměstnanců, nedostatečná nebo nevhodná komunikace, nedostatečná informovanost sester, nedostatečná supervize, nepozornost v důsledku narušení soustředěnosti. (31)

1.2.2.3 Dělení nežádoucích událostí

V praxi se často nežádoucí události rozdělují do čtyř skupin. Do skupiny nežádoucích událostí, které se týkají selhání diagnostického nebo léčebného procesu, můžeme zařadit medikační pochybení, neshodu v počtu omamných látek, výkon

provedený na nesprávném pacientovi, výkon provedený chybně, vznik dekubitu, záměnu vzorku biologického materiálu, ztrátu zdravotnické dokumentace.

Selháním zdravotnického prostředku nebo technologie při diagnostickém nebo terapeutickém procesu se rozumí selhání zdravotnické techniky používané v rámci intenzivní péče nebo resuscitace, popálení pacienta, technické závady v dodávce medicínálních plynů, nedostatečná údržba, nesprávné použití či nepřipravenost přístrojové techniky.

Další skupinou je nepředvídatelná reakce či změna chování pacientů, do níž řadíme problém se souhlasem pacienta v léčbě nebo zákroku, pokus či dokonaná sebevražda, sebepoškození pacienta, pád pacienta, fyzické či slovní napadení pacienta, svévolné opuštění oddělení pacientem, problém s identifikací pacienta.

Naopak nepředvídatelná reakce či změna chování zaměstnanců nebo jiných osob zahrnuje nežádoucí události, jako jsou fyzické ohrožení/zranění zaměstnance jiným zaměstnancem, cizí osoby, návštěvy, výkon činnosti zaměstnance pod vlivem alkoholu nebo jiné psychotropní látky. (10, 11)

1.2.2.4 Postup při nežádoucí události

V případě vzniku nežádoucí události je nutno zajistit optimální péči o případné zraněné a aplikaci intervencí, které by snížily možné následky incidentu. Odstraněny musí být zdravotnické prostředky, materiály či pomůcky, které mohly nežádoucí událost způsobit, tyto pomůcky jsou zajištěny za účelem šetření.

Následuje vyhotovení zápisu o incidentu, které by mělo být provedeno nejlépe na standardizovaném formuláři podle směrnice zdravotnického zařízení. Prezентují se zde pouze fakta o nežádoucí události, nikoli subjektivní pocity či přesvědčení. Tento formulář je předán příslušnému kompetentnímu pracovníkovi za účelem dalšího šetření.

Smyslem šetření a vyhodnocení nežádoucí události je provést analýzu skutečné příčiny a zavést nápravná opatření za účelem prevence výskytu obdobné situace v budoucnu. Může se jednat o edukaci zaměstnanců, revizi směrnic, technické řešení, kontrolu zdravotnické techniky, změnu relevantního standardu atp. Implementace takových opatření do praxe často vyžaduje změnu myšlení, chování a postojů

zaměstnanců. Kontrolní opatření směřují ke sledování realizace a vyhodnocení efektivity zavedených opatření.

Nahlášení nežádoucí události je povinností každého zaměstnance, který je implikován v této události či je jejím svědkem. Informován musí být bezprostřední nadřízený zaměstnanec, ošetřující lékař eventuelně primář oddělení, v případě potřeby právní oddělení, ústavní hygienik, bezpečnostní technik či jiné instituce, jako je například policie. Pokud se nežádoucí událost týká pacienta, má právo také on a jeho rodina na pravdivé, včasné, srozumitelné a empatické informování, vysvětlení situace a možných náprav. V této souvislosti je pacient ubezpečen o prošetření situace a o zavedení opatření, která v budoucnu takové události zamezí.

Dokumentace vztahující se k nežádoucí události není součástí chorobopisu (zde je učiněn pouze zápis), je uložena na ředitelství nemocnice a bez souhlasu managementu nesmí být duplikována. (10, 11, 31, 32, 33)

1.2.3 Rizika v oblasti ošetrovatelské péče

Ve zdravotnictví existují rizika, s kterými se setkáváme takřka v každém zdravotnickém zařízení. Některá rizika jsou naopak specifická pro dané zdravotnické zařízení a jeho jednotlivá oddělení. Na ošetrovací jednotce pacient prožije většinu času své hospitalizace, proto je pro sestru nezbytné vnímat rizika na „svém“ oddělení a v žádném případě je nepodceňovat. (33)

Jako jedny z typických rizik na ošetrovací jednotce můžeme uvést například riziko pádu, dekubitů, nutričního deficitu, náhlé změny mentálního stavu pacienta, alergické reakce, nepřípravenost pohotovostního vozíku, nozokomiální infekce, nečitelné záznamy ve zdravotnické dokumentaci, nedostatečnou údržbu zdravotnické techniky nebo riziko chybné identifikace pacienta. Mezi specifická pochybení v ošetrovatelské péči patří medikační omyly. Škrļa (2008) uvádí, že medikační chyby tvoří více než 19 % všech pochybení sester. Vysoce rizikovou oblastí je předávání pacientů jednou sestrou druhé, při předávání služby, nebo překládání pacienta z oddělení na jiné oddělení či převoz z jednoho zdravotnického zařízení do jiného. Vytváří se tím

příležitost ke ztrátě důležitých informací či přerušení kontinuity péče a následně k poškození zdravotního stavu pacienta. (31, 33)

V následujícím odstavci je vyjmenováno osm hlavních kategorií pochybení, ke kterým v ošetrovatelství dochází.

Nedostatek vnímavosti sester k měnícímu se klinickému stavu pacienta, ať už na základě pracovního přetížení, nedostatku sester, nedostatku ve vzdělání, či neefektivní komunikace. Nedostatek morální odpovědnosti lhostejností k vlastním chybám nebo chybám ostatních. Nesprávné rozhodování v důsledku chybné ošetrovatelské anamnézy, přílišné sebedůvěry, neochoty požádat o radu, nedostatečné klinické kompetence, neochoty zapojit pacienta do procesu péče. Medikační chyby jako nepodání léku, podání chybného léku, nesprávná doba podání, chybná dávka, nesprávný způsob podání, kdy příčiny mohou být v nečitelném rukopisu lékaře, použitím nevhodné zkratky léku, selhání dávkovače, chybě ve výpočtu dávky, nevhodném označení balení léku, nesprávném způsobu skladování na oddělení, ústní, či dokonce telefonické ordinaci léku, nadměrné pracovní zátěži. Nedostatečná intervence vlivem neznalosti, nedostatkem času, vysokou hladinou stresu, neefektivní komunikací. Nedostatek preventivních opatření nedodržením protokolu pro prevenci vzniku dekubitů, pneumonie, pádů, nozokomiálních infekcí a podobně. Ordinance lékařů, které mohou být opomenuté, opožděné či chybně interpretované. Chyby v ošetrovatelské dokumentaci, kdy mohou být záznamy provedeny dříve, než jsou výkony uskutečněny, nečitelnost zápisů, nedůslednost ve vedení dokumentace, chybějící zápis o reakci pacienta na léčbu. (16, 33)

V oblasti ošetrovatelské péče existuje nepřehledné množství konkrétních rizik, které mohou pacienta ohrozit, poškodit či zhoršit jeho zdravotní stav. Rozsah této práce neumožňuje věnovat se každému z nich, proto bychom se v následujících kapitolách chtěli detailně věnovat riziku pádu hospitalizovaného pacienta. Právě tato oblast byla vyhlášena MZ ČR jako jedna z prioritních pro rok 2010.

1.3 Riziko vzniku pádu hospitalizovaného pacienta

Obecně nebyla přijata žádná definice pádu, proto jako jednu z mnoha těchto definic, používanou také Českou asociací sester, uvádíme tuto: „mimořádná událost vyústující v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu.“ (7, s. 21, 27, s. 3)

Pády zavinují velkou část úrazů pacientů, a to jak v domácím prostředí, tak v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných. Vyskytují se ve všech věkových kategoriích, obzvláště náchylní jsou však senioři. Pravděpodobnost pádu výrazně stoupá po 65. roce věku, s jeho maximálním výskytem po 85. roce věku. Více než 30 % osob starších 65 let upadne alespoň 1x za rok. Opakované pády patří mezi nejčastější příčiny přijetí do zdravotnických zařízení. K riziku pádu přispívá převážně vyšší věk pacienta, s ním související fyziologické změny provázející stárnutí a četné vnitřní či vnější rizikové faktory a jejich interakce. Kromě rizikových faktorů se na vzniku pádu ve zdravotnickém zařízení může podílet také změna prostředí pacienta, změna zdravotního stavu, akutní snížení soběstačnosti, zahájení rehabilitace či změny medikace.

Sestry, které tráví s pacientem mnoho času, mohou do značné míry ovlivnit počty pádů pacientů. Proto by se měly aktivně zapojit do preventivního programu v oblasti pádů, a to nejen z hlediska individuálního pacienta, ale i z hlediska celého systému. Cílem by pak mělo být snížení počtu pádů a závažnosti poranění pacienta. (7, 8, 13, 17)

1.3.1 Rizikové faktory pádů

Rizikové faktory pádů je možné rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní rizikové faktory pádů, mohou souviset s věkem pacienta, pády v anamnéze, poruchou kognitivních funkcí, poruchou rovnováhy, hybnosti, muskuloskeletárními obtížemi, problémy ve výživě, duševním stavem, zhoršením denních aktivit, chronickými nemocemi a aktuálním zdravotním stavem pacienta. (7, 8, 17)

Na výskyt pádů v důsledku stárnutí mají vliv zejména fyziologické změny funkcí, podílející se na udržování rovnováhy. Jde o změny v přenosu informací, zpracování informací a zpomalení vedení vzruchů. Zhoršuje se stabilita ve stoji,

nacházíme poruchy chůze, rovnováhy, postoje a mobility, dochází k úbytku svalové síly a svalového tonu, který je obzvláště významný na dolních končetinách. V rovnováze hraje důležitou roli zrak. Snižuje se zraková ostrost, adaptace na změnu intenzity světla, schopnost akomodace, zužuje se zorné pole a prostorová představivost. Zhoršuje se sluch. K dalším změnám ve stáří patří zhoršení nervového cití a pohybové kontroly. Dochází k aterosklerotickému postižení cév, mozkové funkce bývají sniženy, často se vyskytují deprese a psychické poruchy. Nezřídka nacházíme nedostatečný příjem tekutin, či jejich nadměrný výdej, který zvyšuje výskyt poklesu krevního tlaku po postavení. Časté jsou poruchy vyprazdňování moče a stolice, poruchy ve výživě a spánku. Vedle změn fyziologických se přidávají změny na základě chronických a akutních onemocnění, které zvyšují riziko pádu. Rizikové faktory pádu způsobené stárnutím jsou tedy: ortostatická hypotenze, poruchy spánku, poruchy chůze a držení těla, zpomalení reflexů, snížený svalový tonus a svalová síla, poruchy zraku, sluchu a degenerativní změny vestibulárního aparátu, noční močení, akutní či chronická zmatenost a jiné. Pády a poruchy stability se řadí mezi geriatrické syndromy. (7, 8, 17, 29, 34)

Jako rizikové faktory pádů způsobené chronickým onemocněním můžeme uvést kardiovaskulární onemocnění – hypertenzi a možnou ortostatickou hypotenzi, arytmii, neurologická onemocnění, jako je například Parkinsonova choroba, stavy po cévní mozkové příhodě, onemocnění pohybového aparátu – artróza, deformity, osteoporóza. U poruch smyslových se uplatňuje především poškození zraku a sluchu či poruchy vestibulárního ústrojí, metabolické poruchy – diabetes mellitus či anemie, psychiatrické poruchy jako demence a deprese. (12, 17)

U akutních onemocnění mají na vznik pádu vliv například rychlý nástup obtíží spojených s epilepsií, cévní mozkovou příhodou, infarktem myokardu, horečkou a ortostatickou hypotenzí. S duševním stavem souvisejí především stavy neklidu, zmatenosti, dezorientace. (7)

Vnější rizikové faktory pádů vycházejí z prostředí, nikoli přímo z organismu pacienta. K riziku pádu přispívá užívání některých léčiv, jako jsou sedativa, antiarytmika, antidepressiva, antihypertenziva, diuretika, antidiabetika, neuroleptika,

laxativa, psychotropní látky, vazodilatancia a také množství užívaných léků a jejich možná interakce. Lidé užívající čtyři a více kombinací léků, mohou být k pádům náchylnější. Dalšími vnějšími rizikovými faktory jsou technické podmínky prostředí, tedy nedostatečné osvětlení, nekvalitní podlahová krytina, vysoce naleštěný kluzký či mokrý povrch, další objekt v cestě, nevhodně umístěné pomůcky denní potřeby včetně signalizace, volně pohyblivý stolek, neblokovaná kolečka lůžka, nezabezpečené schodiště, neznalost terénu. Jako rizikové mohou být nevhodně řešené koupelny, vany a toalety bez vybavení opory, jako například madla a nástavce na WC, výška židlí a lůžek. K pádu pacienta může dojít při nesprávném použití některých zařízení, jako jsou zábrany, nesprávným použitím či nevhodnými kompenzačními pomůckami – chodítka, berle, hole, protézy, či nevhodnou obuví.

Pravděpodobnost pádu stoupá se zvyšujícím se množstvím rizikových faktorů a pád může být zapříčiněn komplexní interakcí vnitřních a vnějších faktorů. (7, 8, 27)

1.3.2 Klasifikace pádů dle příčiny

Pády můžeme dle příčin rozdělit na dva druhy. Pády symptomatické, ke kterým dochází v souvislosti se somatickou chorobou či kombinací několika chorob. Často to bývají neurologická a cerebrovaskulární onemocnění, dále osteoporóza, artritidy a jiná onemocnění. A pády mechanické, které vznikají v důsledku působení vnějších příčin. U hospitalizovaných pacientů prostředím ve zdravotnickém zařízení, zejména technickým řešením nemocničního pokoje. (8, 12, 13, 29)

Americká výzkumná pracovnice J. Morse rozděluje pády na náhodné, fyziologické nepředvídatelné a předvídatelné. Neúmyslným upadnutím pacienta dojde k náhodnému pádu. Tento pád nastane při zakopnutí či uklouznutí pacienta při selhání pomůcek nebo jako důsledek působení faktorů prostředí, například při rozlité tekutině na podlaze. U nepředvídaného fyziologického pádu není fyzická příčina pádu součástí pacientova rizikového faktoru pro pád. Naopak u předvídaného fyziologického pádu je pacient, dle bodů na stupnici rizika pádu pro pád rizikový. (7)

„Podle J. Morse je přibližně 14 % nemocničních pádů náhodných, dalších 8 % nepředvídaných a zbývající jsou předvídané fyziologické pády.“ (7, s. 23)

1.3.3 Výzkumná šetření v oblasti pádů pacientů v ČR

Problematika pádu pacienta ve zdravotnickém zařízení se nachází v popředí zájmu pozornosti zdravotníků jako důležitý faktor kvality péče zdravotnického zařízení.

Z výsledků projektu sledování indikátoru kvality péče – Pády u hospitalizovaných pacientů v České republice, jehož koordinátorem je Česká asociace sester, vyplývá, že v roce 2009 zaznamenali zdravotníci 8522 pádů z 902 022 hospitalizovaných pacientů v 33 nemocnicích, které se do projektu zapojily. Z celkového počtu pádů bylo 3472 pádů se zraněním – 2772 lehkých, 700 těžkých. (2, 28)

Výsledky šetření výskytu pádů 2002–2003 (první rok projektu, kdy koordinátorem byla Fakultní Thomayerova nemocnice v Praze) ukazují, že u většiny pádů nebyl přítomen nikdo ze zdravotníků, dvě třetiny pacientů si nestěžovali bezprostředně před pádem na žádné obtíže, nejvíce pádů se přihodilo při vstávání z lůžka, následovaly pády zapříčiněné nestabilitou, při chůzi, pád z lůžka, pády se staly převážně na pokoji pacienta, nejčastější lokací zranění je hlava, pacienti utrpěli převážně povrchové odřeniny, hematomy a tržné rány, pacienti se častěji zraní, pokud upadnou v koupelně a na WC, než pokud upadnou na pokoji, samostatně chodící a soběstační pacienti upadnou častěji v noci, naopak pacienti vyžadující zvýšený dohled v odpoledních hodinách, méně často v noci. (8)

1.3.4 Ošetrovatelská péče o pacienty v riziku pádu

Ošetrovatelská péče je realizována všeobecnými sestrami prostřednictvím ošetrovatelského procesu, jehož cílem je prevence, odstranění či zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů. Sérii vzájemně propojených ošetrovatelských činností provádí sestra ve prospěch pacienta sama či za jeho aktivní spolupráce. Všeobecná sestra s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu (dle zákona č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění) je kompetentní samostatně, bez indikace lékaře realizovat ošetrovatelské intervence nutné k získání informací a hodnocení rizika vzniku pádu včetně plánování preventivních opatření. Konkrétní činnosti stanovuje vyhláška č. 55/2011 Sb.,

o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. Činnosti, které mohou souviset s problematikou pádů pacientů, zahrnují vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů, hodnocení projevů jejich onemocnění, hodnocení rizikových faktorů i s použitím měřicích technik používaných v ošetrovatelství. Ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem je možné provádět rehabilitační ošetrovatelství a prevenci poruch imobility, dále pak nácvik sebeobsluhy. (27, 35, 38)

1.3.4.1 Identifikace rizikového pacienta

Sběr informací a zhodnocení zdravotního stavu pacienta je prvním krokem, který umožní identifikovat specifické problémy pacienta a potřeby ošetrovatelské péče. Hodnocení pacienta je nutné provést hned na počátku hospitalizace, doporučuje se nejpozději do osmi hodin od přijetí. Abychom byli schopni naplánovat péči a zahájit účinná preventivní opatření, je na základě efektivního způsobu posouzení nezbytné identifikovat rizikového pacienta. Vstupní ošetrovatelská anamnéza nám poskytne informace o přítomnosti rizikových faktorů a umožní zhodnocení rizika. Sledujeme výskyt a okolnosti pádu v minulosti, přítomnost onemocnění v anamnéze a farmakologickou anamnézu včetně léků užívaných bez předpisu. Při posuzování rizika pádu je dalším důležitým faktorem fyzikální vyšetření a zhodnocení současného stavu pacienta. Při vyšetření se zaměříme na možnou dehydrataci, malnutrici, hypertermii, bolest. Důležitý je stav kardiovaskulárního a nervového systému, pohybového aparátu, psychický stav a ostrost zraku. Sestra získává informace přímo od pacienta, a to rozhovorem a pozorováním. Další zdroj informací je zdravotnická dokumentace, příbuzní, spolupacienti, další členové zdravotnického týmu, měřicí techniky a testy. (13, 25, 26, 27, 34)

Poměrně jednoduché a efektivní k posouzení rizika pádu jsou screeningové metody. Různé typy zdravotnických zařízení s rozdílnou škálou pacientů vyžadují použití různých hodnoticích technik. Pro hodnocení rizika pádu lze využít Morse Fall Scale – Stupnice pádů Morse (viz Příloha 2), další škálou, kterou lze použít, je Škála pro stanovení rizika pádu podle Conleyové (viz Příloha 3), dále tzv. Položky rizik pádů

podle Tošnerové (viz Příloha 4), Nástroj hodnocení rizika pádu je škálou podle Joint Commission on Accreditation (viz Příloha 5), Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta podle Conleyové, upravila Jurásková (viz Příloha 6), metoda vyvinutá Yaukovou et al. (viz Příloha 7) a mnoho dalších. Hodnocení je nutno opakovat v průběhu hospitalizace (doporučuje se 1x týdně) a vždy při změně zdravotního stavu pacienta. Tyto metody hodnocení pádu je možné, pro identifikaci rizikového pacienta, doplnit funkčním zhodnocením, například screeningovým testem mobility podle Topinkové a Neuwirtha, hodnocením rovnováhy a chůze dle Tinettiové, Gaitův funkční test či testem soběstačnosti při provádění základních všedních činností podle Barthelové. K zajištění kontinuity a přesnosti údajů následuje po sběru dat a jejich potvrzení uspořádání údajů a jejich zaznamenání do ošetrovatelské dokumentace. Po identifikaci rizikového pacienta je nutné tuto informaci předat ostatním členům zdravotnického týmu, a to nejlépe kombinací zápisu do ošetrovatelské dokumentace, upozorněním na tuto skutečnost při předávání pacienta a označením například lůžka, chorobopisu či identifikačního náramku pacienta. (13, 17, 27, 34, 35)

1.3.4.2 Diagnostika

Na základě analýzy získaných informací identifikuje sestra potřeby a problémy pacienta a formuluje ošetrovatelské diagnózy, tedy verbalizuje tyto problémy a potřeby, v oblastech, které je schopná a kompetentní ovlivnit.

K rozpoznání ošetrovatelských diagnóz můžeme využít diagnostického systému NANDA (Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy). V NANDA doménách, je riziko pádů (00155) v diagnostické doméně bezpečnost – ochrana, jako potenciaální ošetrovatelská diagnóza. V prvním kroku se zaměříme na rozpoznání rizikových faktorů, pokud nalezneme minimálně jeden rizikový faktor, přistoupíme k ověření, zda je pacient v situaci zvýšené náchylnosti k pádům, které mu mohou navodit zranění. Třetím krokem je zaznamenání přítomnosti rizika pádů do ošetrovatelské dokumentace, a to pokud je výsledek ověření pozitivní. (14, 26, 35)

1.3.4.3 Prevence vzniku pádu

Prevence vzniku pádu pacienta představuje soubor nástrojů, které ovlivňují prostředí pacienta, chování zdravotníků a samotných pacientů. Důležitá je identifikace rizikového pacienta. Preventivní opatření se plánují s ohledem na zjištěné rizikové faktory u jednotlivých pacientů, je však mnoho intervencí, které může zdravotnické zařízení přijmout pro všechny pacienty k omezení pravděpodobnosti jejich pádu. (7, 27)

Ze systémového hlediska můžeme intervence k redukci pádů shrnout v několika bodech: systematická edukace všech pracovníků, kteří se podílejí na péči o pacienty, zaměřená na problematiku pádů, jednoznačný a v celém zařízení shodný způsob označení pacientů v riziku pádu, bezprostřední reakce na signalizaci, pravidelná kontrola pokojů, edukace pacienta o důvodu a způsobu prevence a získání takového pacienta ke spolupráci, pravidelné hodnocení prostředí, dopomoc a asistence při chůzi a běžných činnostech, existence systematického hlášení pádů.

V systému preventivních opatření má každý člen ošetrovatelského týmu svou roli, a přispívá tak k omezení rizika pádu pacienta. (2, 17)

Prevence zaměřená na vnější rizikové faktory je snadněji ovlivnitelná. Zahrnuje takovou úpravu prostředí, aby bylo pro pacienta maximálně bezpečné, a dodržování mnoha bezpečnostních zásad. K prevenci pádů přispívá zajištění dostatečného osvětlení a též nočního osvětlení všech prostor oddělení. Podlaha je ideální protiskluzová, bez nerovností, mokré podlahy při úklidu mají být viditelně označeny, vylité tekutiny odstraněny, v komunikačních trasách nemají stát žádné předměty. U schodiště je třeba viditelné označení prvního a posledního schodu, vypínače se umísťují na kraj schodiště, zábradlí je po obou stranách. Koupelna se vybavuje protiskluzovými podložkami do vany, pevnými madly, stabilními židlemi, nástavcem na WC, signalizací. Lůžko je ideální s nastavitelnou výškou, doplněné hrazdičkou, podle potřeby zábranami, samozřejmě je zabrzdění lůžka a stolku. Kolem lůžka by měl být dostatečný prostor s možností lokálního osvětlení. V dosahu pacienta je vždy potřeba umístění funkční signalizace a potřebných předmětů jako podložní mísa, močová láhev, hrnek s čajem, brýle, vypínač světla. Obuv je vhodná neklouzavá, nejlépe uzavřená či s páskem přes patu. Kompenzační pomůcky, například berle, musí být opatřeny protiskluzovou

gumovou koncovkou stejně tak jako stoličky pod nohy. Při použití těchto pomůcek zajistíme pomoc a doprovod pacienta. Pozornost je třeba věnovat počtu léků, znalosti léků a jejich interakcí. Pacienta s vysokým rizikem pádu je vhodné umístit na pokoj v blízkosti sesterny, pro možnost zvýšené monitorace, lůžko umístit do nejnižší polohy a postranice zvedat pouze v hlavové části lůžka. Zejména u neklidných a zmatených pacientů je vhodné vedle lůžka umístit matraci. (7, 13, 27)

Prevence pádu zaměřená na vnitřní rizikové faktory se zaměřuje na včasnou diagnostiku a léčbu chronických onemocnění s cílem co nejvíce snížit negativní vliv chorob na pohyblivost a soběstačnost nemocného. U seniorů je důležitou součástí prevence zlepšení jejich kondice a lokomočních schopností. Doporučují se lehká cvičení, nácvik rovnováhy, zlepšení svalové síly a pohyblivosti kloubů. K dobré fyzické výkonnosti přispívá správný stav výživy. Vhodně zvolená kompenzační pomůcka může též zlepšit funkční výkonnost u pacientů s poruchami chůze. Ke snížení rizika posturální hypotenze je třeba dbát na pomalou změnu polohy pacienta, zdvižení podhlavníku na 30° po většinu dne, převážně u ležících pacientů a správnou hydrataci. (12, 27, 34)

Prevence pádu použitím omezovacích prostředků je realizována u neklidných a zmatených pacientů, kteří jsou ve zdravotnickém zařízení nejvíce ohroženi pádem. Zajištění bezpečnosti pacienta, v mnoha případech, není možné zajistit jiným způsobem než použitím těchto prostředků, a to po vyčerpání všech ostatních preventivních opatření. „Kozierová (2004) definuje omezovací prostředky jako ochranná opatření, která se užívají za účelem omezení aktivity nemocného nebo pohybu určité části jeho těla.“ (4, s. 167) Jejich účelem je zabránit pacientovi, aby ublížil sobě či jiné osobě. Omezovací prostředky jsou mechanické či chemické, indikuje je lékař na základě zdravotního stavu pacienta, a to pouze v odůvodněných případech, na dobu určitou, a po celou dobu musí sestra pacienta monitorovat v pravidelných intervalech. V naší republice v současnosti platí Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví ČR k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky. K použití těchto prostředků je pro sestru velice důležité seznámit se s vnitřními směrnici a standardy jednotlivých pracovišť. (4, 27)

1.3.4.4 Pád pacienta a jeho důsledky

V ošetrovatelské praxi představuje pád hospitalizovaného pacienta jednu z nejčastějších nežádoucích událostí a závažný problém, kterému je nutné věnovat soustavnou pozornost. Ve věkové kategorii seniorů a chronicky nemocných pacientů pak patří i k nejrizikovějším nežádoucím událostem, komplikujícím hospitalizaci, základní onemocnění a stav pacienta. Obávanou komplikací jsou zejména zlomeniny, ať už v oblasti krčku stehenní kosti, či jiný typ zlomeniny, poranění hlavy – tržné rány, komoce mozku, subdurální hematom, dále pak poranění měkkých tkání. U seniorů znamená pád vážnou prognózu, léčba zranění je komplikovanější a může být provázena trvalými až fatálními následky. Nelze opomenout ani psychickou reakci pacienta, strach z pádů, omezování životních aktivit, úzkost, deprese až ztrátu soběstačnosti. Přitom jsou pacienti v dalším průběhu ohroženi dekubity, úbytkem svalové síly a osteoporózou. Strach z dalších pádů, obzvláště při pádech opakovaných, mohou upoutat pacienta na lůžko, kdy se může začít rozvíjet imobilizační syndrom. Zanedbatelné nejsou ani zvýšené náklady spojené s léčbou zraněného pacienta, prodloužení hospitalizace či pověst zdravotnického zařízení. (7, 8, 12, 13, 17, 28)

Přes veškerá opatření, která jsou realizována ke snížení rizika pádu, není realistické očekávat, že k pádům přestane docházet. Pokud k této nežádoucí události dojde, je absolutní prioritou ošetření a vyšetření pacienta, k němuž je nutné ihned zavolat lékaře. Pokud je pádu přítomen některý z členů zdravotnického týmu, může se pokusit zmírnit průběh pádu. Není vhodné pokoušet se pacienta zvedat a držet vzhůru, ale naopak nechat ho sesunout k podlaze, hlavu a trup přidržovat. Následuje posouzení stavu vědomí, kontrola základních životních funkcí, zjištění možného poranění a přivolání lékaře. Sestra se podílí nejen na vyšetření a ošetření pacienta podle pokynů lékaře, ale zabývá se i jeho psychickým stavem. Nutné je zjištění informací o okolnostech pádu a přítomnosti rizikových faktorů, na jejichž základě je možné zvážit změnu plánu péče a implementaci dalších opatření zabráňujících opakování pádu. Do dokumentace pacienta se zaznamená pád, včetně všech okolností, následků a navržených preventivních opatření. S ohledem na sledování a zvyšování kvality

a bezpečnosti poskytované péče by každé zdravotnické zařízení mělo mít vypracovaný systém hlášení nežádoucích událostí. (2, 17, 27, 28)

2 Cíl práce a hypotézy

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo vyhodnotit stupeň rizika u vybraných bezpečnostních rizik v ošetrovatelské praxi, která hrozí pacientům během hospitalizace, a provést hodnocení ošetrovatelské péče v oblasti rizika pádů. Na základě předmětu výzkumného šetření jsme stanovili tyto dílčí cíle.

2.1 Cíle práce

1. Vyhodnotit stupeň rizika u vybraných bezpečnostních rizik v ošetrovatelské praxi, která hrozí pacientům během hospitalizace.
2. Zjistit, zda sestry dodržují zásady prevence pádů pacientů.

2.2 Hypotézy práce

Na základě stanovených cílů jsme definovali dvě pracovní hypotézy.

Hypotéza 1 – Nejvyšší stupeň rizika dosahuje riziko nozokomiálních nákaz.

Hypotéza 2 – Sestry dodržují zásady prevence pádů pacientů.

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

Práce byla zpracována pomocí kvantitativního výzkumného šetření. Metodou sběru dat bylo dotazování a pozorování, užili jsme techniku dotazníku a auditu.

Dotazník (viz Příloha 8) byl určen pro sestry pracující na standardních odděleních, na odděleních intenzivní a následné péče Nemocnice Tábor, a.s. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a anonymní. První část dotazníku obsahovala čtyři identifikační otázky, přičemž dvě otázky byly uzavřené a dvě polouzavřené. Druhá část dotazníku obsahovala dvě tabulky s 32 riziky, která mohou ohrozit pacienta během hospitalizace. V první tabulce měly sestry vyhodnotit pravděpodobnost možného výskytu uvedené nežádoucí události na hodnotící škále, kdy hodnota 1 znamenala zanedbatelnou pravděpodobnost a hodnota 5 jistotu hrozby výskytu dané události.

V druhé tabulce hodnotily sestry možný dopad uvedené nežádoucí události na zdravotní stav pacienta na hodnotící škále, kdy hodnota 1 znamenala zanedbatelné důsledky bez újmy na zdraví a hodnota 5 úmrtí pacienta.

Následně jsme z těchto dvou proměnných vyhodnotili stupeň rizika uvedených nežádoucích událostí. Stupeň rizika jsme vyhodnotili pomocí Matice vyhodnocení stupně rizika (viz Příloha 1). S použitím této matice není stupeň rizika hodnocen pouhým násobkem pravděpodobnosti výskytu a závažnosti, nýbrž střetem pravděpodobnosti výskytu a důsledků v již zmíněné matici. Na stupeň rizika mají tedy větší vliv vážnější důsledky (v našem případě poškození zdraví pacienta). Je-li pravděpodobnost vysoká a následky zanedbatelné, riziko je nízké, jsou-li následky vážné a pravděpodobnost nízká, riziko je vysoké. Získaná data z dotazníků byla zpracována a vyhodnocena formou grafů a tabulek pomocí programu Microsoft Office Excel 2007 a SPSS.

Audit v oblasti prevence pádu hospitalizovaných pacientů byl proveden na interním a ortopedickém oddělení na základě 12 kontrolních kritérií auditu (viz Příloha 9). Auditní kritéria vycházela ze standardu „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“ Nemocnice Tábor, a.s., který nám k účelu této práce poskytla magistra Helena

Plocková, hlavní sestra táborské nemocnice. Získaná data byla zpracována a vyhodnocena formou grafů za pomoci programu Microsoft Office Excel 2007.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumným souborem v dotazníkovém šetření byly sestry pracující na interním oddělení, neurologickém oddělení, ortopedickém oddělení, interní jednotce intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitačním oddělení, oddělení následné péče, oddělení ušním, nosním, krčním Nemocnice Tábor, a. s. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků, návratnost činila 78 % z celkového počtu rozdaných dotazníků, tedy 109 dotazníků. Sedm dotazníků muselo být vyřazeno pro nesprávné vyplnění. Ve výzkumném šetření bylo použito 102 dotazníků.

Výzkumným souborem auditu „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“ byly tři sestry z ortopedického oddělení a tři sestry z interního oddělení. Audit proběhl 3. 3. 2011, po předchozí dohodě s hlavní sestrou za účasti staničních sester obou oddělení.

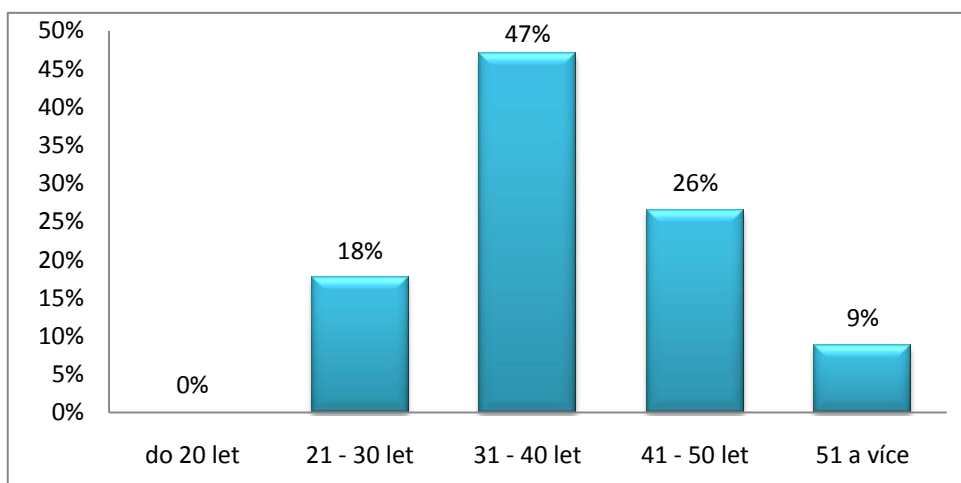
Žádost o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Tábor, a.s., nám byla schválena magistrou Plockovou, hlavní sestrou táborské nemocnice v době od 1. 3. 2011 do 31. 3. 2011 (viz Příloha 10).

4 Výsledky

4.1 Výsledky dotazníkového šetření

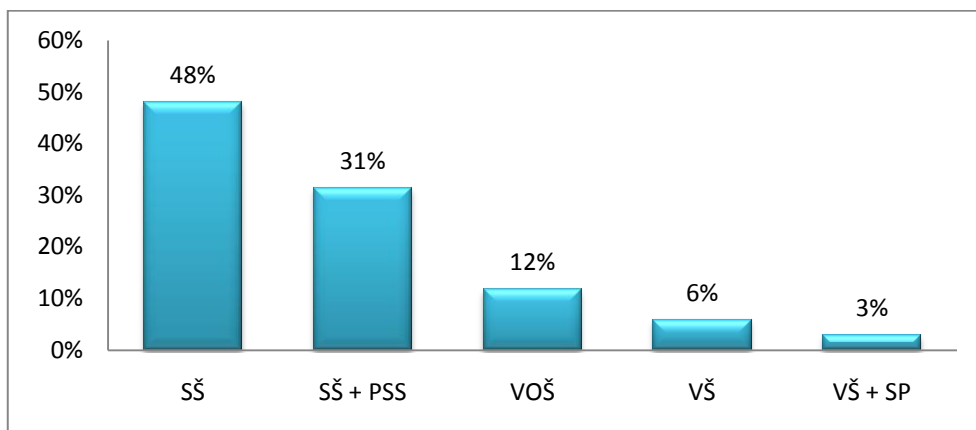
4.1.1 Výsledky dotazníkového šetření – identifikační údaje

Graf 1 Věkové rozložení dotazovaných sester



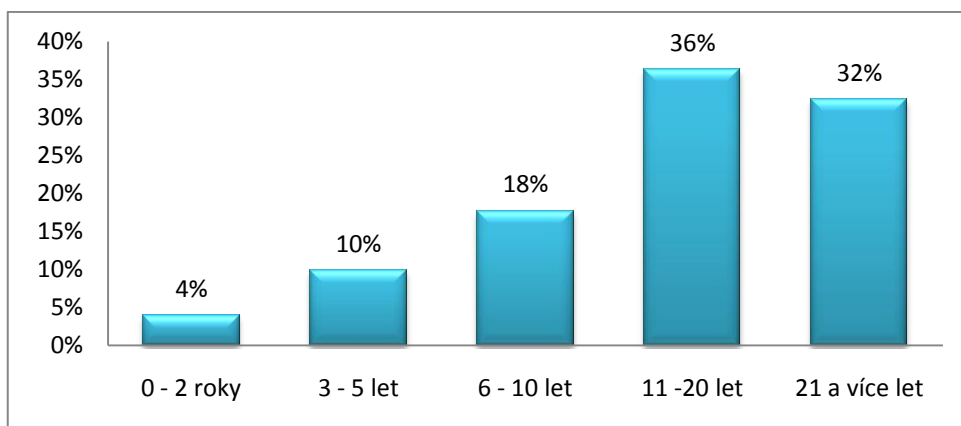
Z celkového počtu 102 sester (100 %) bylo ve věkovém rozmezí 21–30 let 18 sester (18 %), v kategorii 31–40 let bylo 48 dotazovaných sester (47 %), ve věku 41–50 let bylo 27 sester (26 %) a 51 a více let bylo 9 sestřím (9 %).

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných sester



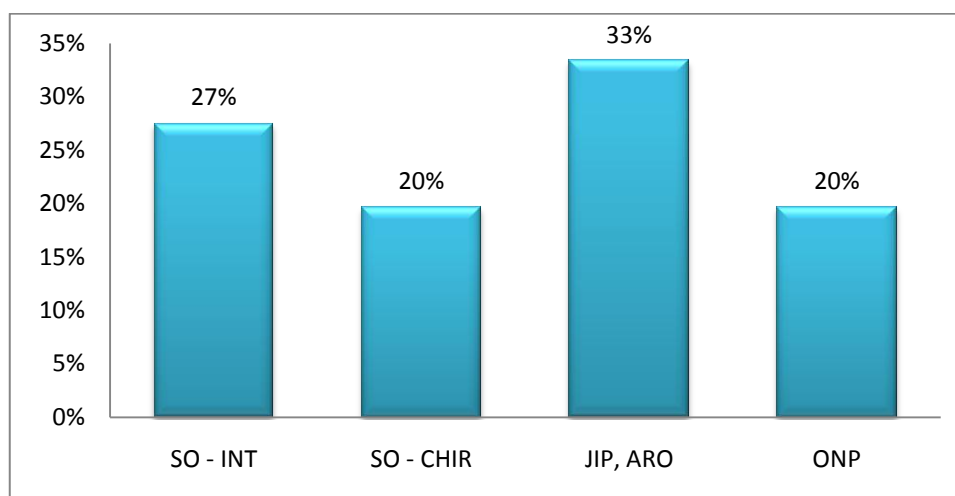
Z celkového počtu 102 sester (100 %) má střední odborné vzdělání s maturitou (SŠ) 49 sester (48 %), středoškolské vzdělání s pomaturitním specializačním vzděláním (SŠ + PSS) má 32 sester (31 %), vyšší odborné vzdělání (VOŠ) má 12 sester (12 %), vysokoškolsky (VŠ) je vzděláno 6 sester (6 %) a 3 sestry (3 %) mají vysokoškolské specializační vzdělání (VŠ + SP).

Graf 3 Délka praxe dotazovaných sester



Z celkového počtu 102 sester (100 %) mají 4 sestry (4 %) odbornou praxi v délce trvání 0–2 roky, 10 sester (10 %) v délce 3–5 let, 18 sester (18 %) má praxi 6–10 let, 37 sester (36 %) označilo rozmezí praxe 11–20 let a 33 sester (32 %) má praxi delší než 21 let.

Graf 4 Místo výkonu povolání dotazovaných sester



Z celkového počtu 102 sester (100 %) pracuje na standardním oddělení – oddělení interních oborů (SO – INT) 28 sester (27 %), na standardním oddělení – oddělení chirurgických oborů (SO – CHIR) pracuje 20 sester (20 %), na oddělení intenzivní péče (ARO, JIP) pracuje 34 sester (33 %) a na oddělení následné a dlouhodobé péče (ONP) pracuje 20 sester (20 %).

4.1.2 Výsledky dotazníkového šetření – vyhodnocení pravděpodobnosti možného výskytu nežádoucích událostí

V dotazníkovém šetření hodnotily sestry pravděpodobnost možného výskytu uvedených nežádoucích událostí (NU) na hodnotící škále, kde:

Hodnota 1 = zanedbatelná pravděpodobnost výskytu NU, výskyt incidentu se neočekává

Hodnota 2 = nízká pravděpodobnost výskytu NU, incident se vyskytuje zřídka

Hodnota 3 = možná pravděpodobnost výskytu NU, výskyt incidentu hrozí příležitostně

Hodnota 4 = očekávaná, vysoká pravděpodobnost výskytu NU

Hodnota 5 = jistá hrozba výskytu NU, incident hrozí denně

Tabulka 1 Souhrnné vyhodnocení pravděpodobnosti výskytu uvedených nežádoucích událostí

Nežádoucí událost	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Pád pacienta	102	1	5	3,11	1,062
Vznik dekubitů	102	1	4	3,09	0,785
Nozokomiální infekce – katetrální močová	102	1	5	2,96	0,795
Nozokomiální infekce – katetrální intravaskulární	102	1	4	2,71	0,885
Nozokomiální infekce – pneumonie	102	1	5	2,61	0,956
Nežádoucí účinky léku	102	1	4	2,53	0,741
Problém se souhlasem pacienta v léčbě či zákroku	102	1	5	2,47	0,930
Nozokomiální infekce – bakteriémie, septikémie	102	1	5	2,45	0,908
Nozokomiální infekce – ranná	102	1	4	2,41	0,958
Slovní napadení pacienta jiným pacientem	102	1	5	2,40	1,007
Nozokomiální infekce – gastrointestinální	102	1	4	2,29	0,816
Prodlení v podání léku	102	1	5	2,22	0,991
Svévolný odchod pacienta z nemocnice	102	1	4	2,19	0,898
Záměna léku	102	1	4	1,99	0,939

Nepodání léku	102	1	4	1,96	0,867
Chybná dávka, síla léku	102	1	4	1,89	0,831
Sebeпоškození pacienta	102	1	4	1,88	0,836
Problém s identifikací pacienta	102	1	4	1,75	0,849
Chybný způsob podání léku	102	1	4	1,67	0,736
Fyzické napadení pacienta jiným pacientem	102	1	3	1,65	0,655
Záměna vzorku biologického materiálu	102	1	4	1,58	0,724
Nepřipravenost přístrojové techniky	102	1	3	1,54	0,640
Selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči	102	1	3	1,52	0,641
Nesprávné použití techniky	102	1	3	1,50	0,625
Nedostatečná údržba techniky	102	1	3	1,45	0,574
Technické závady dodávky medicijnálních plynů	102	1	3	1,34	0,497
Popálení pacienta zdravotnickou technikou	102	1	3	1,30	0,541
Neshoda v počtu omamných látek	102	1	4	1,28	0,552
Činnost zaměstnance pod vlivem alkoholu či jiné psychotropní látky	102	1	3	1,25	0,481
Provedení výkonu na nesprávném pacientovi	102	1	3	1,25	0,521
Ztráta části nebo celé zdravotní dokumentace	102	1	3	1,24	0,491
Dokonaná sebevražda pacienta	102	1	3	1,18	0,432

U každé nežádoucí události respondenti určovali pravděpodobnost výskytu, kdy hodnota 1 znamenala zanedbatelnou pravděpodobnost a hodnota 5 jistotu hrozby výskytu dané události na oddělení.

Na základě výpočtu váženého aritmetického průměru má z uvedených událostí pád pacienta nejvyšší pravděpodobnost výskytu (**3,11**), následuje vznik dekubitu (**3,09**), katetrální, nozokomiální infekce močových cest (**2,96**), katetrální, nozokomiální intravaskulární infekce (**2,71**), nozokomiální pneumonie (**2,61**).

Ze souboru medikačních pochybení má nejvyšší pravděpodobnost výskytu nežádoucí účinek léku (2,53), prodlení v podání léku (2,22), následuje záměna léku (1,99), nepodání léku (1,96), chybná dávka léku (1,89), chybný způsob podání léku (1,67).

Mezi nežádoucí incidenty, které mají, dle názoru respondentů, nejnižší pravděpodobnost výskytu, patří dokonaná sebevražda pacienta (1,18), ztráta části nebo celé zdravotní dokumentace (1,24), provedení výkonu na nesprávném pacientovi (1,25), činnost zaměstnance pod vlivem alkoholu či jiné psychotropní látky (1,25), neshoda v počtu omamných látek (1,28).

Z důvodu velkého množství dat uvádíme v tabulkách 2 až 6 popisnou statistiku pouze u vybraných veličin.

Tabulka 2 Vyhodnocení pravděpodobnosti výskytu nežádoucí události – pády

Pravděpodobnost výskytu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výskyt se neočekává	9	8,8	8,8	8,8
Vyskytuje se zřídka	17	16,7	16,7	25,5
Výskyt hrozí příležitostně	38	37,3	37,3	62,7
Vysoká pravděpodobnost výskytu	30	29,4	29,4	92,2
Hrozba výskytu denně	8	7,8	7,8	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) 9 respondentů (8,8 %) udává, že výskyt pádů u pacientů neočekává, 17 respondentů (16,7 %) se domnívá, že pády pacientů se vyskytují zřídka, 38 respondentů (37,3 %) se domnívá, že pády pacientů hrozí příležitostně, 30 respondentů (29,4 %) udává vysokou pravděpodobnost výskytu pádů pacientů, 8 respondentů (7,8 %) považuje výskyt pádů pacientů za denní hrozbu.

Tabulka 3 Vyhodnocení pravděpodobnosti výskytu nežádoucí události – vznik dekubitů

Pravděpodobnost výskytu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výskyt se neočekává	5	4,9	4,9	4,9
Vyskytuje se zřídka	12	11,8	11,8	16,7
Výskyt hrozí příležitostně	54	52,9	52,9	69,6
Vysoká pravděpodobnost výskytu	31	30,4	30,4	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) 5 respondentů (4,9 %) udává, že vznik dekubitů u pacientů neočekává, 12 respondentů (11,8 %) se domnívá, že vznik dekubitů se u pacientů vyskytuje zřídka, 54 respondentů (52,9 %) se domnívá, že vznik dekubitů hrozí pacientům příležitostně, 31 respondentů (30,4 %) udává vysokou pravděpodobnost výskytu dekubitů u pacientů.

Tabulka 4 Vyhodnocení pravděpodobnosti výskytu nežádoucí události – katetrální, nozokomiální infekce močových cest

Pravděpodobnost výskytu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výskyt se neočekává	4	3,9	3,9	3,9
Vyskytuje se zřídka	20	19,6	19,6	23,5
Výskyt hrozí příležitostně	56	54,9	54,9	78,4
Vysoká pravděpodobnost výskytu	20	19,6	19,6	98,0
Hrozba výskytu denně	2	2,0	2,0	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) 4 respondenti (3,9 %) udávají, že výskyt katetrální, nozokomiální infekce močových cest u pacientů neočekávají, 20 respondentů (19,6 %) se domnívá, že katetrální, nozokomiální infekce močových cest se u pacientů vyskytuje zřídka, 56 respondentů (54,9 %) se domnívá, že katetrální, nozokomiální infekce močových cest hrozí pacientům příležitostně, 20 respondentů (19,6 %) udává vysokou pravděpodobnost výskytu katetrální, nozokomiální infekce močových cest pacientů, 2 respondenti (2 %) považují výskyt katetrální, nozokomiální infekce močových cest u pacientů za denní hrozbu.

Tabulka 5 Vyhodnocení pravděpodobnosti výskytu nežádoucí události – katetrální, nozokomiální intravaskulární infekce

Pravděpodobnost výskytu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výskyt se neočekává	11	10,8	10,8	10,8
Vyskytuje se zřídka	26	25,5	25,5	36,3
Výskyt hrozí příležitostně	47	46,1	46,1	82,4
Vysoká pravděpodobnost výskytu	18	17,6	17,6	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) 11 respondentů (10,8 %) udává, že výskyt katetrální, nozokomiální intravaskulární infekce u pacientů neočekává, 26 respondentů (25,5 %) se domnívá, že katetrální, nozokomiální, intravaskulární infekce se u pacientů vyskytuje zřídka, 47 respondentů (46,1 %) se domnívá, že katetrální, nozokomiální intravaskulární infekce hrozí pacientům příležitostně, 18 respondentů (17,6 %) udává vysokou pravděpodobnost výskytu katetrální, nozokomiální intravaskulární infekce u pacientů.

Tabulka 6 Vyhodnocení pravděpodobnosti výskytu nežádoucí události – nozokomiální pneumonie

Pravděpodobnost výskytu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výskyt se neočekává	16	15,7	15,7	15,7
Vyskytuje se zřídka	25	24,5	24,5	40,2
Výskyt hrozí příležitostně	45	44,1	44,1	84,3
Vysoká pravděpodobnost výskytu	15	14,7	14,7	99,0
Hrozba výskytu denně	1	1,0	1,0	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) 16 respondentů (15,7 %) udává, že výskyt nozokomiální pneumonie u pacientů neočekává, 25 respondentů (24,5 %) se domnívá, že nozokomiální pneumonie se u pacientů vyskytuje zřídka, 45 respondentů (44,1 %) se domnívá, že nozokomiální pneumonie hrozí pacientům příležitostně, 15 respondentů (14,7 %) udává vysokou pravděpodobnost výskytu nozokomiální pneumonie pacientů, 1 respondent považuje výskyt nozokomiální pneumonie pacientů za denní hrozbu.

4.1.3 Výsledky dotazníkového šetření – vyhodnocení možného důsledku nežádoucí události na zdravotní stav pacienta

V dotazníkovém šetření hodnotily sestry možné důsledky uvedených nežádoucích událostí (NU) na hodnotící škále, kde:

Hodnota 1 = zanedbatelné důsledky NU, bez újmy na zdraví

Hodnota 2 = mírné důsledky NU, dočasná újma na zdraví (až měsíc)

Hodnota 3 = střední důsledky NU, vážná újma na zdraví, přechodného rázu (až rok)

Hodnota 4 = vážné důsledky NU, trvalá újma na zdraví

Hodnota 5 = katastrofické důsledky NU, úmrtí pacienta

Tabulka 7 Souhrnné vyhodnocení možného důsledku uvedených nežádoucích událostí na zdravotní stav pacienta

Nežádoucí událost	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Dokonaná sebevražda pacienta	102	3	5	4,90	0,359
Selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči	102	1	5	4,07	1,154
Provedení výkonu na nesprávném pacientovi	102	1	5	3,80	1,063
Činnost zaměstnance pod vlivem alkoholu či jiné psychotropní látky	102	1	5	3,70	1,303
Popálení pacienta zdravotnickou technikou	102	1	5	3,42	1,147
Nozokomiální infekce – bakteriémie, septikémie	102	1	5	3,37	1,160
Nesprávné použití techniky	102	1	5	3,37	1,281
Nepřipravenost přístrojové techniky	102	1	5	3,37	1,349
Nozokomiální infekce – pneumonie	102	1	5	3,36	1,106
Technické závady dodávky medicínálních plynů	102	1	5	3,26	1,357
Vznik dekubitu	102	1	5	3,18	0,825
Nežádoucí účinky léku	102	1	5	3,16	1,175

Záměna léku	102	1	5	3,15	1,367
Nedostatečná údržba techniky	102	1	5	3,12	1,330
Nozokomiální infekce – ranná	102	1	5	3,07	1,037
Záměna vzorku biologického materiálu	102	1	5	3,07	1,245
Sebepoškození pacienta	102	1	5	3,04	1,177
Chybný způsob podání léku	102	1	5	3,04	1,327
Nozokomiální infekce – katetrální intravaskulární	102	1	5	3,01	1,076
Pád pacienta	102	1	5	2,88	0,978
Chybná dávka, síla léku	102	1	5	2,87	1,325
Nozokomiální infekce – gastrointestinální	102	1	5	2,86	0,975
Nozokomiální infekce – katetrální močová	102	1	5	2,85	0,989
Neshoda v počtu omamných látek	102	1	5	1,75	1,050
Svévolný odchod pacienta z nemocnice	102	1	5	2,71	1,332
Nepodání léku	102	1	5	2,62	1,203
Problém s identifikací pacienta	102	1	5	2,59	1,367
Problém se souhlasem pacienta v léčbě či zákroku	102	1	5	2,54	1,279
Fyzické napadení pacienta jiným pacientem	102	1	5	2,53	1,050
Prodlení v podání léku	102	1	5	2,11	1,043
Ztráta části nebo celé zdravotní dokumentace	102	1	5	1,94	1,159
Slovní napadení pacienta jiným pacientem	102	1	4	1,53	0,671

U každé nežádoucí události respondenti určovali možné důsledky, kdy hodnota 1 znamenala zanedbatelné důsledky a hodnota 5 katastrofické důsledky nežádoucí události na zdravotní stav pacienta.

Na základě výpočtu váženého aritmetického průměru má z uvedených událostí nejzávažnější důsledky dokonaná sebevražda pacienta (**4,9**), následuje selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči (**4,07**), provedení výkonu na

nesprávném pacientovi (3,80), činnost zaměstnance pod vlivem alkoholu či jiné psychotropní látky (3,70), popálení pacienta zdravotnickou technikou (3,42).

Ze souboru medikačních pochybení má nejzávažnější důsledky nežádoucí účinek léku (3,16), následuje záměna léku (3,15), chybný způsob podání léku (3,04), chybná dávka léku (2,87), nepodání léku (2,62), prodlení v podání léku (2,11).

Mezi nežádoucí incidenty, které mají, dle názoru respondentů, nejméně závažné důsledky patří, slovní napadení pacienta jiným pacientem (1,53), ztráta části nebo celé zdravotní dokumentace (1,94), prodlení v podání léku (2,11), fyzické napadení pacienta jiným pacientem (2,53), problém se souhlasem pacienta v léčbě či zákroku (2,54).

Z důvodu velkého množství dat uvádíme v tabulkách 8 až 12 popisnou statistiku pouze u vybraných veličin.

Tabulka 8 Vyhodnocení možných důsledků nežádoucí události na zdravotní stav pacienta – dokonaná sebevražda pacienta

Možné důsledky	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Důsledkem je vážná újma na zdraví, přechodného rázu	2	2,0	2,0	2,0
Důsledkem je trvalá újma na zdraví	6	5,8	5,8	7,8
Důsledkem je úmrtí pacienta	94	92,2	92,2	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) 2 respondenti (2 %) udávají, že možným důsledkem dokonané sebevraždy pacienta je vážná újma na zdraví přechodného rázu, 6 respondentů (5,8 %) se domnívá, že možným důsledkem dokonané sebevraždy pacienta je trvalá újma na zdraví, 94 respondentů (92,2 %) udává, že dokonaná sebevražda pacienta vede k úmrtí pacienta.

Tabulka 9 Vyhodnocení možných důsledků nežádoucí události na zdravotní stav pacienta – selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči

Možné důsledky	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Důsledky jsou bez újmy na zdraví	5	4,9	4,9	4,9
Důsledkem je dočasná újma na zdraví	5	4,9	4,9	9,8
Důsledkem je vážná újma na zdraví, přechodného rázu	19	18,6	18,6	28,4
Důsledkem je trvalá újma na zdraví	22	21,6	21,6	50,0
Důsledkem je úmrtí pacienta	51	50,0	50,0	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) 5 respondentů (4,9 %) udává, že důsledky selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči jsou pro pacienta bez újmy na zdraví, 5 respondentů (4,9 %) se domnívá, že možným důsledkem selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči je dočasná újma na zdraví, 19 respondentů (18,6 %) se domnívá, že možným důsledkem selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči je vážná újma na zdraví přechodného rázu, 22 respondentů (21,6 %) udává, že možným důsledkem selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči je trvalá újma na zdraví, podle 51 respondentů (50 %) může vést selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči k úmrtí pacienta.

Tabulka 10 Vyhodnocení možných důsledků nežádoucí události na zdravotní stav pacienta – výkon činnosti zaměstnance pod vlivem alkoholu, psychotropní látky

Možné důsledky	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Důsledky jsou bez újmy na zdraví	14	13,7	13,7	13,7
Důsledkem je dočasná újma na zdraví	3	2,9	2,9	16,7
Důsledkem je vážná újma na zdraví, přechodného rázu	13	12,7	12,7	29,4
Důsledkem je trvalá újma na zdraví	42	41,3	41,3	70,6
Důsledkem je úmrtí pacienta	30	29,4	29,4	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) 14 respondentů (13,7 %) udává, že důsledky výkonu činnosti zaměstnance pod vlivem alkoholu či jiné psychotropní látky jsou pro pacienta bez újmy na zdraví, 3 respondenti (2,9 %) se domnívají, že možným důsledkem výkonu činnosti zaměstnance pod vlivem alkoholu či jiné psychotropní látky je dočasná újma na zdraví, 13 respondentů (12,7 %) se domnívá, že možným důsledkem výkonu činnosti zaměstnance pod vlivem alkoholu či jiné psychotropní látky je vážná újma na zdraví přechodného rázu, 42 respondentů (41,3 %) udává, že možným důsledkem výkonu činnosti zaměstnance pod vlivem alkoholu či jiné psychotropní látky je trvalá újma na zdraví, podle 30 respondentů (29,4 %) může vést výkon činnosti zaměstnance pod vlivem alkoholu či jiné psychotropní látky k úmrtí pacienta.

Tabulka 11 Vyhodnocení možných důsledků nežádoucí události na zdravotní stav pacienta – provedení výkonu na nesprávném pacientovi

Možné důsledky	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Důsledky jsou bez újmy na zdraví	6	5,9	5,9	5,9
Důsledkem je dočasná újma na zdraví	6	5,9	5,9	11,8
Důsledkem je vážná újma na zdraví, přechodného rázu	15	14,7	14,7	26,5
Důsledkem je trvalá újma na zdraví	50	49,0	49,0	75,5
Důsledkem je úmrtí pacienta	25	24,5	24,5	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) 6 respondentů (5,9 %) udává, že důsledky výkonu provedeného na nesprávném pacientovi jsou pro pacienta bez újmy na zdraví, 6 respondentů (5,9 %) se domnívá, že možným důsledkem výkonu provedeného na nesprávném pacientovi je dočasná újma na zdraví, 15 respondentů (14,7 %) se domnívá, že možným důsledkem výkonu provedeného na nesprávném pacientovi je vážná újma na zdraví přechodného rázu, 50 respondentů (49 %) udává, že možným důsledkem výkonu provedeného na nesprávném pacientovi je trvalá újma na zdraví, podle 25 respondentů (24,5 %) může vést provedení výkonu na nesprávném pacientovi k úmrtí pacienta.

Tabulka 12 Vyhodnocení možných důsledků nežádoucí události na zdravotní stav pacienta – popálení pacienta zdravotnickou technikou

Možné důsledky	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Důsledky jsou bez újmy na zdraví	10	9,8	9,8	9,8
Důsledkem je dočasná újma na zdraví	7	6,9	6,9	16,7
Důsledkem je vážná újma na zdraví, přechodného rázu	32	31,4	31,4	48,0
Důsledkem je trvalá újma na zdraví	36	35,2	35,2	83,3
Důsledkem je úmrtí pacienta	17	16,7	16,7	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) 10 respondentů (9,8 %) udává, že důsledky popálení pacienta zdravotnickou technikou jsou pro pacienta bez újmy na zdraví, 7 respondentů (6,9 %) se domnívá, že možným důsledkem popálení pacienta zdravotnickou technikou je dočasná újma na zdraví, 32 respondentů (31,4 %) se domnívá, že možným důsledkem popálení pacienta zdravotnickou technikou je vážná újma na zdraví přechodného rázu, 36 respondentů (35,2 %) udává, že možným důsledkem popálení pacienta zdravotnickou technikou je trvalá újma na zdraví, podle 17 respondentů (16,7 %) může vést popálení pacienta zdravotnickou technikou k úmrtí pacienta.

4.1.4 Výsledky dotazníkového šetření – vyhodnocení stupně rizika nežádoucích událostí

Stupeň rizika každé uvedené nežádoucí události jsme vyhodnotili pomocí Matice vyhodnocení stupně rizika (viz Příloha 1). K tomuto vyhodnocení jsme použili výsledky z vyplněných dotazníků, tedy sestrami hodnocenou pravděpodobnost výskytu a možné důsledky, a to u každé uvedené nežádoucí události v jednotlivých dotaznících.

Stupeň rizika:

Hodnota 1 = minimální riziko

Hodnota 2 = nízké riziko

Hodnota 3 = střední riziko

Hodnota 4 = vysoké riziko

Hodnota 5 = extrémní riziko

Tabulka 13 Souhrnné vyhodnocení stupně rizika uvedených nežádoucích událostí

Nežádoucí událost	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Dokonaná sebevražda pacienta	102	2	4	3,90	0,359
Selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči	102	1	4	3,14	1,025
Vznik dekubitu	102	1	5	3,03	0,789
Nozokomiální infekce – pneumonie	102	1	5	2,93	1,110
Provedení výkonu na nesprávném pacientovi	102	1	4	2,90	0,939
Činnost zaměstnance pod vlivem alkoholu či jiné psychotropní látky	102	1	4	2,85	1,038
Nozokomiální infekce – bakteriémie, septikémie	102	1	5	2,80	1,144
Pád pacienta	102	1	5	2,69	1,034
Nežádoucí účinky léku	102	1	5	2,68	1,145
Nozokomiální infekce – katetrální intravaskulární	102	1	5	2,66	1,085
Nozokomiální infekce –	102	1	5	2,62	0,995

katetrální močová					
Popálení pacienta zdravotnickou technikou	102	1	4	2,59	1,008
Nesprávné použití techniky	102	1	4	2,59	1,111
Nepřípravenost přístrojové techniky	102	1	4	2,57	1,156
Nozokomiální infekce – ranná	102	1	5	2,56	1,077
Záměna léku	102	1	5	2,56	1,215
Technické závady dodávky medicínálních plynů	102	1	4	2,41	1,163
Nozokomiální infekce – gastrointestinální	102	1	4	2,34	1,010
Sebepoškození pacienta	102	1	5	2,34	1,076
Záměna vzorku biologického materiálu	102	1	5	2,33	1,028
Nedostatečná údržba techniky	102	1	4	2,31	1,117
Chybný způsob podání léku	102	1	5	2,29	1,140
Svévolný odchod pacienta z nemocnice	102	1	5	2,25	1,175
Chybná dávka, síla léku	102	1	5	2,22	1,149
Problém se souhlasem pacienta v léčbě či zákroku	102	1	5	2,20	1,178
Nepodání léku	102	1	5	2,06	1,088
Problém s identifikací pacienta	102	1	5	2,04	1,098
Fyzické napadení pacienta jiným pacientem	102	1	4	1,80	0,845
Prodlení v podání léku	102	1	5	1,70	0,910
Ztráta části nebo celé zdravotní dokumentace	102	1	4	1,44	0,815
Slovní napadení pacienta jiným pacientem	102	1	4	1,42	0,636
Neshoda v počtu omamných látek	102	1	4	1,36	0,672

Z výsledků sestrami hodnocené pravděpodobnosti výskytu a důsledků jsme zjistili stupeň rizika jednotlivých nežádoucích událostí, kde hodnota 1 znamenala minimální riziko a hodnota 5 extrémní riziko.

Na základě výpočtu váženého aritmetického průměru dosahuje z uvedených událostí nejvyšší stupeň rizika dokonaná sebevražda pacienta (**3,9**), následuje selhání

zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči (3,14), vznik dekubitu (3,03), nozokomiální pneumonie (2,93), provedení výkonu na nesprávném pacientovi (2,9).

Ze souboru medikačních pochybení dosahuje nejvyššího stupně rizika nežádoucí účinek léku (2,68), následuje záměna léku (2,56), chybný způsob podání léku (2,29), chybná dávka, síla léku (2,22), nepodání léku (2,06), prodlení v podání léku (1,7).

Mezi nežádoucí události, které dosahují nejnižší stupeň rizika, patří neshoda v počtu omamných látek (1,36), slovní napadení pacienta jiným pacientem (1,42), ztráta části nebo celé zdravotní dokumentace (1,44), prodlení v podání léku (1,7), fyzické napadení pacienta jiným pacientem (1,8).

Z důvodu velkého množství dat uvádíme v tabulkách 14 až 18 popisnou statistiku pouze u vybraných veličin.

Tabulka 14 Vyhodnocení stupně rizika nežádoucí události – dokonaná sebevražda pacienta

Stupeň rizika	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Nízké riziko	2	2,0	2,0	2,0
Střední riziko	6	5,8	5,8	7,8
Vysoké riziko	94	92,2	92,2	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) hodnotí 2 respondenti (2 %) stupeň rizika dokonané sebevraždy jako nízké riziko, 6 respondentů (5,8 %) hodnotí stupeň rizika dokonané sebevraždy jako střední riziko, 94 respondentů (92,2 %) hodnotí stupeň rizika dokonané sebevraždy jako vysoké riziko.

Tabulka 15 Vyhodnocení stupně rizika nežádoucí události - selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči

Stupeň rizika	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Minimální riziko	10	9,8	9,8	9,8
Nízké riziko	17	16,7	16,7	26,5
Střední riziko	24	23,5	23,5	50,0
Vysoké riziko	51	50,0	50,0	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) hodnotí 10 respondentů (9,8 %) stupeň rizika selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči jako minimální riziko, 17 respondentů (16,7 %) hodnotí stupeň rizika selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči jako nízké riziko, 24 respondentů (23,5 %) hodnotí stupeň rizika selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči jako střední riziko, 51 respondentů (50 %) hodnotí stupeň rizika selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči jako riziko vysoké.

Tabulka 16 Vyhodnocení stupně rizika nežádoucí události – vznik dekubitu

Stupeň rizika	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Minimální riziko	5	4,9	4,9	4,9
Nízké riziko	14	13,7	13,7	18,6
Střední riziko	57	55,9	55,9	74,5
Vysoké riziko	25	24,5	24,5	99,0
Extrémní riziko	1	1,0	1,0	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) hodnotí 5 respondentů (4,9 %) stupeň rizika vzniku dekubitu jako minimální riziko, 14 respondentů (13,7 %) hodnotí stupeň rizika vzniku dekubitu jako nízké riziko, 57 respondentů (55,9 %) hodnotí stupeň rizika vzniku dekubitu jako střední riziko, 25 respondentů (24,5 %) hodnotí stupeň rizika vzniku dekubitu jako vysoké riziko, 1 respondent (1 %) hodnotí stupeň rizika vzniku dekubitu jako riziko extrémní.

Tabulka 17 Vyhodnocení stupně rizika nežádoucí události – nozokomiální pneumonie

Stupeň rizika	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Minimální riziko	12	11,8	11,8	11,8
Nízké riziko	25	24,5	24,5	36,3
Střední riziko	28	27,4	27,4	63,7
Vysoké riziko	32	31,4	31,4	95,1
Extrémní riziko	5	4,9	4,9	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) hodnotí 12 respondentů (11,8 %) stupeň rizika nozokomiální pneumonie jako minimální riziko, 25 respondentů (24,5 %) hodnotí stupeň rizika nozokomiální pneumonie jako nízké riziko, 28 respondentů (27,4 %) hodnotí stupeň rizika nozokomiální pneumonie jako střední riziko, 32 respondentů (31,4 %) hodnotí stupeň rizika nozokomiální pneumonie jako vysoké riziko, 5 respondentů (4,9 %) hodnotí stupeň rizika nozokomiální pneumonie jako riziko extrémní.

Tabulka 18 Vyhodnocení stupně rizika nežádoucí události – provedení výkonu na nesprávném pacientovi

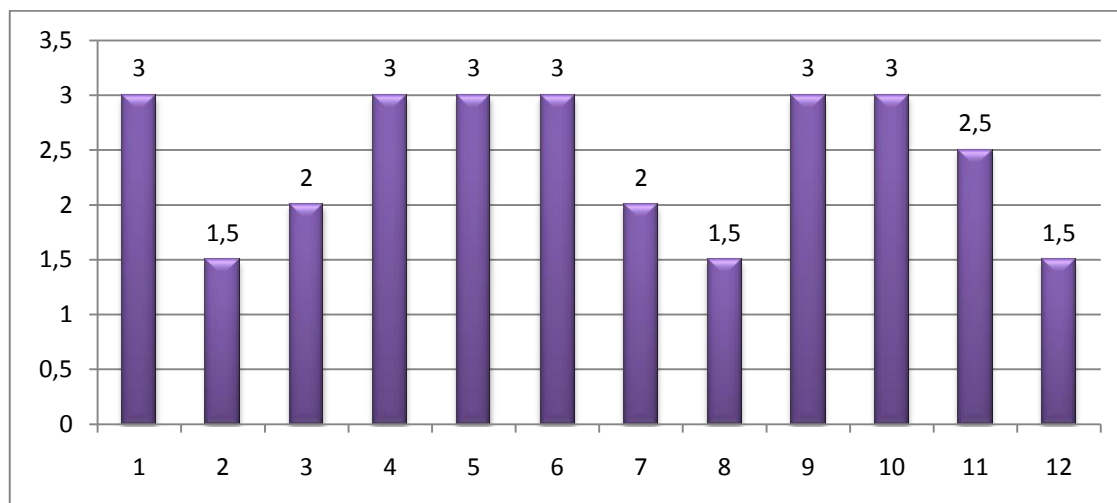
Stupeň rizika	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Minimální riziko	12	11,8	11,8	11,8
Nízké riziko	14	13,7	13,7	25,5
Střední riziko	48	47,1	47,1	72,5
Vysoké riziko	28	27,4	27,4	100,0
Celkem	102	100,0	100,0	

Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) hodnotí 12 respondentů (11,8 %) stupeň rizika provedení výkonu na nesprávném pacientovi jako minimální riziko, 14 respondentů (13,7 %) hodnotí stupeň rizika provedení výkonu na nesprávném pacientovi jako nízké riziko, 48 respondentů (47,1 %) hodnotí stupeň rizika provedení výkonu na nesprávném pacientovi jako střední riziko, 28 respondentů (27,4 %) hodnotí stupeň rizika provedení výkonu na nesprávném pacientovi jako riziko vysoké.

4. 2 Výsledky auditu „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“

Grafy 5 – 9 znázorňují informace získané auditem

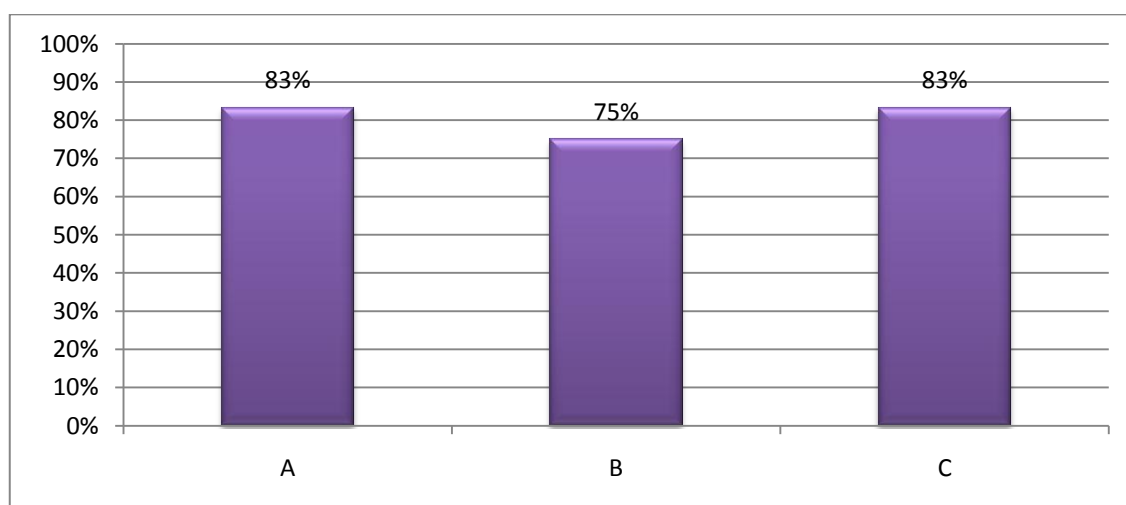
Graf 5 Splnění jednotlivých kritérií na interním oddělení



Graf znázorňuje splnění jednotlivých kritérií auditu na interním oddělení. V prvním sledovaném kritériu, zda má sestra k dispozici standard „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V druhém kritériu, zda má sestra k dispozici pomůcky určené standardem, sestry získaly z možných 3 bodů 1,5 bodu. Ve třetím kritériu, sestra vyjmenuje alespoň 5 nejčastějších příčin pádu u pacientů, získaly sestry z možných 3 bodů 2 body. Ve čtvrtém kritériu, sestra má k dispozici dokumentaci pacienta, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V pátém kritériu, sestra určila pomocí screeningové tabulky v ošetrovatelské anamnéze stupeň rizika pádu u pacienta, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V šestém kritériu, sestra vytvořila plán ošetrovatelské péče s ohledem na riziko pádu u pacienta, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V sedmém kritériu, sestra zajistila pacientovi všechny dostupné pomůcky, aby snížila riziko pádu pacienta, získaly sestry z možných 3 bodů 2 body. V osmém kritériu, dojde-li k pádu pacienta, zná sestra všechna opatření vymezená standardem, získaly sestry z možných 3 bodů 1,5 bodu. V devátém kritériu, sestra zná, jak se dokumentuje pád pacienta, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V desátém kritériu, zda byly u pacienta

identifikovány rizikové faktory pádu, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V jedenáctém kritériu, zda byly u pacienta v maximální možné míře omezeny faktory ovlivňující vznik pádu, získaly sestry z možných 3 bodů 2,5 bodu. Ve dvanáctém kritériu, pacient byl informován o riziku pádu, získaly sestry z možných 3 bodů 1,5 bodu.

Graf 6 Splnění jednotlivých sledovaných kritérií u sester na interním oddělení



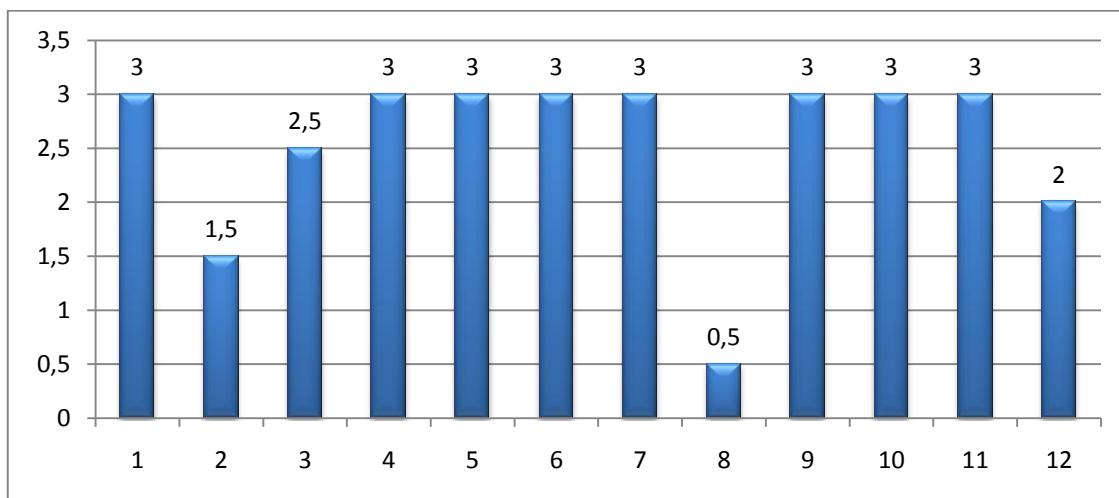
Graf popisuje úspěšnost sester na interním oddělení v auditu „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“.

Sestra A získala z možných 12 bodů ze sledovaných kritérií (100 %) 10 bodů (83 %).

Sestra B získala z možných 12 bodů ze sledovaných kritérií (100 %) 9 bodů (75 %).

Sestra C získala z možných 12 bodů ze sledovaných kritérií (100 %) 10 bodů (83 %).

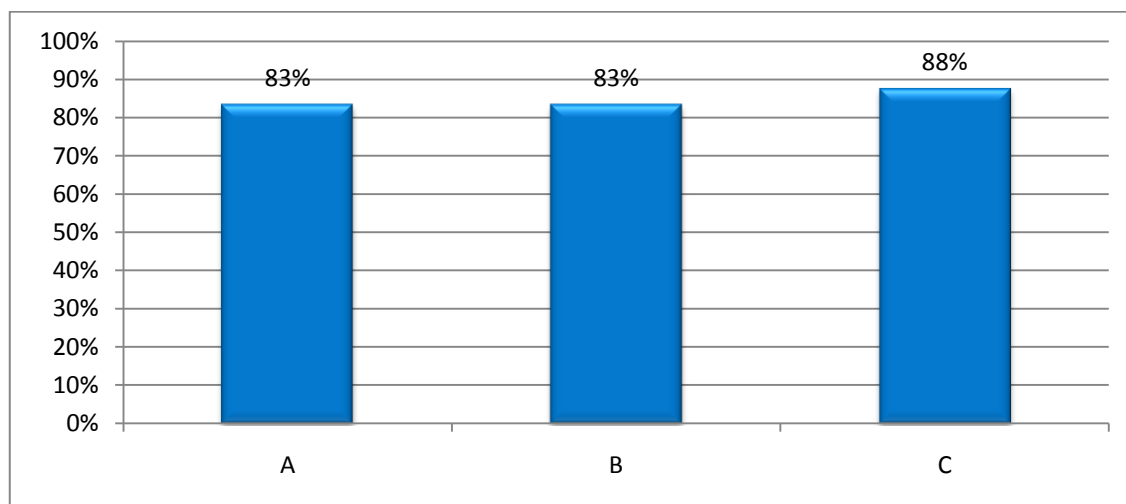
Graf 7 Splnění jednotlivých kritérií na ortopedickém oddělení



Graf znázorňuje splnění jednotlivých kritérií auditu na ortopedickém oddělení. V prvním sledovaném kritériu, zda má sestra k dispozici standard „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V druhém kritériu, zda má sestra k dispozici pomůcky určené standardem, sestry získaly z možných 3 bodů 1,5 bodu. Ve třetím kritériu, sestra vyjmenuje alespoň 5 nejčastějších příčin pádu u pacientů, získaly sestry z možných 3 bodů 2,5 bodu. Ve čtvrtém kritériu, sestra má k dispozici dokumentaci pacienta, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V pátém kritériu, sestra určila pomocí screeningové tabulky v ošetřovatelské anamnéze stupeň rizika pádu u pacienta, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V šestém kritériu, sestra vytvořila plán ošetřovatelské péče s ohledem na riziko pádu u pacienta, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V sedmém kritériu, sestra zajistila pacientovi všechny dostupné pomůcky, aby snížila riziko pádu pacienta, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V osmém kritériu, dojde-li k pádu pacienta, zná sestra všechna opatření vymezená standardem, získaly sestry z možných 3 bodů 0,5 bodu. V devátém kritériu, sestra zná, jak se dokumentuje pád pacienta, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V desátém kritériu, byly u pacienta identifikovány rizikové faktory pádu, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V jedenáctém kritériu, byly u pacienta v maximální možné míře omezeny faktory

ovlivňující vznik pádu, získaly sestry maximum možných bodů (3 body). V dvanáctém kritériu, pacient byl informován o riziku pádu, získaly sestry z možných 3 bodů 2 body.

Graf 8 Splnění jednotlivých sledovaných kritérií u sester na ortopedickém oddělení



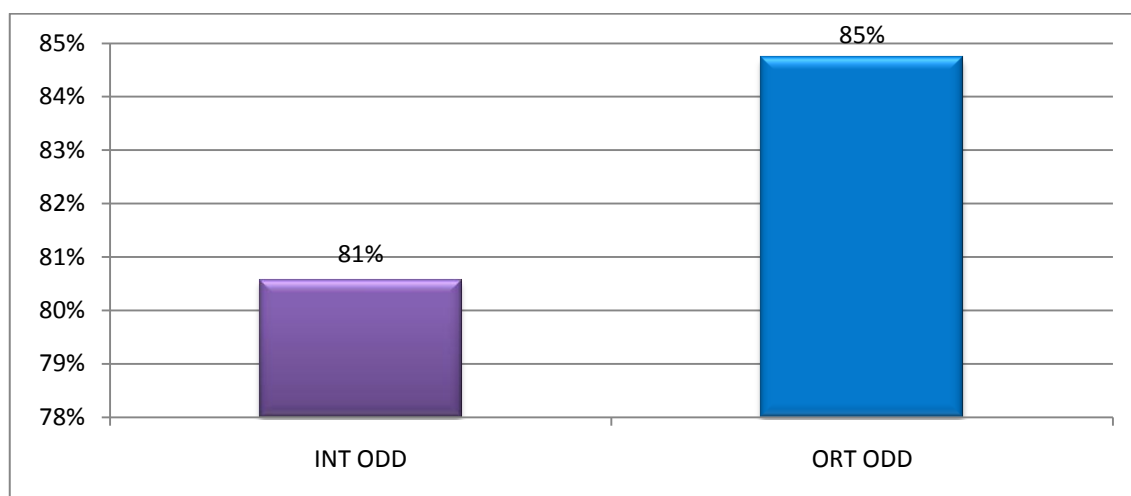
Graf popisuje úspěšnost sester na ortopedickém oddělení v auditu „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“.

Sestra A získala z možných 12 bodů ze sledovaných kritérií (100 %) 10 bodů (83 %).

Sestra B získala z možných 12 bodů ze sledovaných kritérií (100 %) 10 bodů (83 %).

Sestra C získala z možných 12 bodů ze sledovaných kritérií (100 %) 10,5 bodů (88 %).

Graf 9 Splnění sledovaných kritérií na interním a ortopedickém oddělení



Graf popisuje celkovou úspěšnost auditu „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“. Na interním oddělení získaly sestry z možných 36 bodů (100 %) 29 bodů (81 %). Na ortopedickém oddělení získaly sestry z možných 36 bodů (100 %) 30,5 bodu (85 %).

5 Diskuze

5.1 Diskuze k dotazníkovému šetření

Záměrem výzkumného šetření bylo vyhodnotit stupeň rizika u vybraných bezpečnostních rizik, která hrozí pacientům během hospitalizace. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 102 sester.

První čtyři otázky v dotazníku byly identifikační a blíže specifikovaly charakteristiku dotazovaných sester (Graf 1–4). Věkové rozložení sester ukazuje, že mezi respondentkami převažovaly sestry ve věku 31–40 let (47 %). Nejvyšší dosažené vzdělání sester bylo převážně středoškolské (48 %). Zajímavé bylo sledovat věk sester spolu s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním. Téměř celá polovina všech sester ve věku 31–40 let vystudovala pomaturitní specializační studium (PSS) a ve věkovém rozmezí 41–50 to byla více než jedna třetina dotázaných sester. Z uvedeného lze usuzovat, že poměrně velké množství zkušených sester, které vystudovaly střední školu, si své vzdělání doplňuje právě pomaturitním specializačním studiem. Délka praxe dotazovaných sester s maximem 36 % v rozmezí 11–20 let a s 32 % v rozmezí 21 let a více naznačuje, že se jedná o sestry zkušené, a můžeme tedy předpokládat, že se tyto sestry mohly ve své praxi setkat s pochybením, a rizika na jejich odděleních jim budou dobře známa. Rozdání dotazníků sestrám jsme se snažili rozvrhnout tak, aby zastoupení jednotlivých oborů bylo přibližně stejné a hodnocení rizik sestrami nebylo zkresleno převažujícím typem pracoviště. Přesto bylo nejčastějším místem výkonu povolání dotazovaných sester JIP, ARO, a to ve 33 %.

Tabulka 1 ukazuje vyhodnocení pravděpodobnosti možného výskytu uvedených nežádoucích událostí, tak jak je hodnotily sestry. Na základě výpočtu váženého aritmetického průměru jsme zjistili, že se sestry domnívají, že nejčastěji se může vyskytnout pád pacienta (3,11). Nejvíce sester ho hodnotilo jako možný, tedy hrozící příležitostně (37,3 %), a jako očekávaný s vysokou pravděpodobností výskytu (29,4 %); (Tabulka 2). Zjištění, že právě pád pacientů dosahuje nejvyšší pravděpodobnosti výskytu, pro nás nebylo příliš překvapivé. Pádům pacientů se věnuje mnoho pozornosti poměrně dlouhou dobu, Česká asociace sester od roku 2004 uveřejňuje výsledky svých

šetření v této oblasti a také z našich zkušeností můžeme říci, že pády pacientů byly jedny z prvních nežádoucích událostí, které se začaly povinně hlásit, sledovat a analyzovat. Tyto skutečnosti jistě ovlivňují sestry v pohledu na pády pacientů. Také výsledky výzkumu Hříba a Vychytala (5) jasně ukazují, že pády tvoří 67 % z nahlášených nežádoucích událostí v tuzemsku.

Tabulka 7 demonstruje možné důsledky uvedených nežádoucích událostí na zdravotní stav pacienta. Podle názoru sester má nejzávažnější důsledky dokonaná sebevražda (4,9). Tento výsledek jsme očekávali, protože dokonanou sebevraždu chápeme jako dokončenou, tedy nenabízí se jiný důsledek než úmrtí. V tomto bodě si osm ze 102 sester vyložilo dokonanou sebevraždu zřejmě jiným způsobem a tomu odpovídá i jejich hodnocení (Tabulka 8).

Medikační pochybení jsme v souladu s literaturou (5, 31) rozdělili na záměnu léku, nepodání léku, prodlení v podání léku, chybnou dávku léku, chybný způsob podání a nežádoucí účinek léku. V tomto bodě nás Škrla (33) nenechává na pochybách, že medikační pochybení je jedním z nejzávažnějších pochybení v ošetrovatelské praxi a tvoří více než 19 % všech pochybení sester, často způsobuje vážnou újmu na zdraví či smrt. Přesto bylo medikační pochybení z hlediska pravděpodobnosti možného výskytu hodnoceno sestrami spíše jako méně pravděpodobné, a to ve všech dílčích medikačních chybách, kde se průměrné hodnocení sester na hodnoticí škále pohybovalo pod průměr dva – tedy výskyt se neočekává či se vyskytuje zřídka. Výjimkou bylo pravděpodobnostní hodnocení nežádoucího účinku léku, který dosáhl průměrného hodnocení 2,53, a prodlení v podání léku – 2,22 (Tabulka 1). Také z hlediska důsledků medikačního pochybení jsou, dle našeho názoru, výsledky spíše podhodnoceny.

Stupeň rizika (Tabulka 13) jsme hodnotili za pomoci Matice vyhodnocení stupně rizika na základě výsledků z dotazníků. Zde jsme předpokládali, že nejvyššího stupně rizika bude dosahovat riziko nozokomiálních nákaz. Tento předpoklad vycházel z výsledků výzkumů publikovaných Škrlou (33), z kterých je možno vyčíst, že nozokomiální infekce se pohybují okolo 5 % celkové populace pacientů, na odděleních intenzivní péče až 30 %. Také MZ ČR (20) uvádí výskyt nozokomiálních infekcí ve vyspělých zemích jako 5–10% a 15–40% na odděleních JIP s tím, že úmrtí pacienta

v jejich důsledku není vzácné. Z výsledku našeho hodnocení vyplývá, že nejvyšší stupeň rizika dosahuje dokonaná sebevražda pacienta s průměrným hodnocením 3,9. Z tohoto výsledku je zřejmé, že *hypotéza 1, nejvyšší stupeň rizika dosahuje riziko nozokomiálních nákaz, se nám nepotvrdila*. Při hodnocení stupně rizika za pomoci Matice vyhodnocení stupně rizika je prioritním aspektem závažný důsledek nežádoucí události, a vysokého rizika tedy událost se závažným důsledkem dosahuje i při nízké či zanedbatelné pravděpodobnosti výskytu. Právě v oblasti sestrami hodnocené závažnosti důsledků některých uvedených incidentů souhlasíme s tvrzením Davida Marxe, že „zdravotníci jsou příliš optimističtí a žijí podle hesla, že vše dobře dopadne.“ (18 s. 1)

5.2 Diskuze k auditu „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“

Audit byl realizován na interním a ortopedickém oddělení. Vyhodnoceno bylo splnění jednotlivých kritérií na obou odděleních, a také splnění kritérií jednotlivými sestrami. Všechna auditní kritéria vycházela ze standardu „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“ Nemocnice Tábor, a.s. (dále jen standard).

Graf 5 znázorňuje splnění jednotlivých kritérií auditu na interním oddělení. V druhém sledovaném kritériu, sestra má k dispozici pomůcky určené standardem, jsme zjistili neshodu se standardem. Ačkoli standard ukládá zajistit protiskluzové podložky, na oddělení nejsou k dispozici. Další určenou pomůckou je vhodná obuv pro bezpečnou chůzi. Pokud budeme vycházet z předpokladu, že bezpečnou obuví je neklouzavá obuv s pevnou patou, pak musíme konstatovat, že žádný z pozorovaných pacientů takovou obuv neměl. Otázkou je, do jaké míry mohou sestry ovlivnit obuv pacientů, a to i při jejich poučení či edukaci jejich blízkých. Nicméně dle tvrzení dotazovaných sester, pokud má pacient obuv nevhodnou, doporučí mu přecházet raději naboso. Ostatní standardem určené pomůcky měly sestry k dispozici. Ve třetím sledovaném kritériu, sestra vyjmenuje alespoň pět nejčastějších příčin pádu pacientů, vyjmenovaly sestry shodně užívání některých léků, jako jsou hypnotika, sedativa, antihypertenziva, dále shodně jmenovaly onemocnění pohybového aparátu a chůzi v ponožkách. Sestra B navíc uvedla, že příčinou pádu pacientů ještě bývá rozlitá tekutina na podlaze, neuposlechnutí doporučení sestry, aby pacient nechodil sám, bez doprovodu sestry, na

WC, a to především v nočních hodinách. Sestra C navíc uvedla akutní zmatenost pacienta. Zajímavé bylo kritérium osmé, dojde-li k pádu pacienta, zná sestra všechna opatření vymezená standardem? Dle standardu má sestra zjistit stav pacienta, příčinu pádu, informovat lékaře a spolu s ním zajistit ošetření pacienta. Všechny sestry shodně odpověděly, že uloží pacienta zpět na lůžko a zavolají lékaře. Lze se ale domnívat, že zdravotní stav pacienta bude právě při ukládání na lůžko sestrami zjištěn. Ve dvanáctém kritériu, byl pacient informován o riziku pádu, se sestry shodují, že pacienty vždy informují, v edukačním záznamu však tato informace zdokumentována není.

Graf 6 ukazuje splnění jednotlivých sledovaných kritérií u sester na interním oddělení. Součtem bodů u jednotlivých kritérií získala sestra A 10 bodů (83 %) z možných 12 bodů (100 %), sestra B 9 bodů (75 %) a sestra C 10 bodů (83 %). K vyhodnocení ošetrovatelské péče v oblasti pádů pacientů jsme stanovili tato kritéria: 12–10,5 bodu výborná péče, 10–8,5 bodu vyhovující péče, 8–6,5 bodu nekomplexní péče, 6 a méně bodů nevyhovující péče (Příloha 9). Všechny dotazované sestry podle těchto kritérií poskytují vyhovující péči. *Lze tedy potvrdit hypotézu 2, sestry dodržují zásady prevence pádů pacientů.*

Graf 7 demonstruje splnění jednotlivých kritérií na ortopedickém oddělení. V druhém sledovaném kritériu, sestra má k dispozici pomůcky určené standardem, jsme zjistili stejné nesrovnalosti se standardem jako v případě interního oddělení, zde jsme se však dozvěděli, že protiskluzové podložky byly z koupelny odstraněny z hygienických důvodů a již se nesmějí používat. Je tedy velice pravděpodobné, že na interním oddělení je tomu ze stejného důvodu. Ve třetím sledovaném kritériu, sestra vyjmenuje alespoň pět nejčastějších příčin pádu u pacientů, jmenovaly sestry shodně onemocnění pohybového aparátu, další jmenované příčiny byly užívání rizikových léků, vytřená, mokrá podlaha, nesprávné použití berlí, ortostatická hypotenze, špatné osvětlení, zakopnutí o předmět v cestě při neznalosti terénu, špatně zajištěný stoleček, demence, chůze v ponožkách. Zajímavé je, že si sestry na obou odděleních téměř nevzpomněly na ty rizikové faktory, které jsou součástí screeningového testu „Riziko pádů“, používaného v táborské nemocnici, který denně vyplňují (Příloha 11). V osmém sledovaném kritériu, dojde-li k pádu, zná sestra všechna opatření vymezená standardem,

odpověděly sestry A a B, že zavolají lékaře – do té doby nemohou, dle jejich slov, nic dělat. Sestra C kromě přivolání lékaře ještě zajistí příslušná ošetření a vyšetření dle ordinací lékaře. Věříme však, že kontrola zdravotního stavu pacienta ihned po pádu, ještě před příchodem lékaře, je pro sestry takovou samozřejmostí, že ji nejmenovaly.

Graf 8 znázorňuje splnění jednotlivých sledovaných kritérií u sester na ortopedickém oddělení. Sestra A i B získaly shodně 10 bodů (83 %) z možných 12 bodů (100 %), tedy péči jsme hodnotili jako vyhovující, sestra C získala 10,5 bodu (88 %) a jako jediná byla ohodnocena výbornou péčí. Na základě tohoto hodnocení i na ortopedii *potvrzujeme hypotézu 2, sestry dodržují zásady prevence pádů pacientů.*

Při realizaci auditu nás potěšilo, že sestry na obou odděleních mají na tabuli se jmény pacientů, která je umístěna na sesterně, označeny pacienty v riziku pádu, ačkoli standard toto nevyžaduje. Právě na základě absence tohoto kritéria ve standardu, jsme ho nezařadili do kontrolních kritérií k auditu. Jednoznačný a v celém zdravotnickém zařízení shodný způsob značení pacientů v riziku pádu doporučuje D. Marx (17). Dalším zjištěním při realizaci auditu bylo, že sestry nepřehodnocují riziko pádu u pacienta v průběhu hospitalizace, a to ani při změně zdravotního stavu pacienta. D. Svobodová (27) zastává názor, že hodnocení je nutno v průběhu hospitalizace opakovat a vždy je nutno provést přehodnocení při změně zdravotního stavu pacienta. Na základě faktu, že přehodnotit riziko pádu u pacienta při změně zdravotního stavu standard nevyžaduje, nebylo to ani předmětem našeho hodnocení.

6 Závěr

Zajistit poskytování bezpečné péče je jednou z priorit zdravotnictví na všech úrovních a vyžaduje aktivní zapojení jak odborné, tak laické veřejnosti. V tomto procesu má každý svou úlohu, stát, zdravotnické zařízení, pacient a jednotliví zdravotničtí pracovníci. Cílem této aktivity je trvalé snižování rizik při poskytování zdravotní péče.

V této práci byly zvoleny dva cíle. Prvním cílem bylo vyhodnotit stupeň rizika u vybraných bezpečnostních rizik v ošetrovatelské praxi, která hrozí pacientům během hospitalizace. Druhým cílem bylo zjistit, zda sestry dodržují zásady prevence pádů pacientů. Oba cíle byly splněny.

Na základě stanovených cílů byly definovány dvě hypotézy. H1: Nejvyšší stupeň rizika dosahuje riziko nozokomiálních nákaz. H2: Sestry dodržují zásady prevence pádů pacientů.

V dotazníkovém šetření sestry hodnotily pravděpodobnost výskytu uvedené nežádoucí události a závažnost možných důsledků. Na základě výpočtu váženého aritmetického průměru má, dle názoru sester, nejvyšší pravděpodobnost výskytu pád pacienta (3,11) a nejzávažnější důsledky dokonaná sebevražda pacienta (4,9). Z následného vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření jsme zjistili, že nejvyšší stupeň rizika u vybraných bezpečnostních rizik v ošetrovatelské praxi dosahuje riziko dokonané sebevraždy pacienta (3,9). První hypotéza se nám tedy nepotvrdila.

Jak vyplývá z hodnocení dotazníků, je stále ještě značná část sester, které se domnívají, že mnoho z uvedených rizik se nevyskytne, a pokud výskyt připustí, mají pocit, že incident je zanedbatelný a nezpůsobí žádnou újmu na zdraví pacienta. Podle našeho názoru by naopak sestry měly přemýšlet proaktivně, realisticky a bez podceňování připustit, že rizika existují, a výskyt možného incidentu očekávat. Je nutné smířit se s myšlenkou, že bez ohledu na kvalifikaci a délku praxe i ony mohou chybovat. Naším návrhem je zajistit edukaci sester, například formou klinického semináře, kde by byly prezentovány informace o možných rizicích v práci sester, o nežádoucích událostech, které se vyskytly jak v „jejich“ nemocnici, tak v jiných zdravotnických zařízeních, a v neposlední řadě o tom, co ukázala analýza nežádoucí

události (například příčiny, důsledky incidentu a podobně). Jen tak se mohou sestry z chyb poučit, což je jedním z hlavních cílů strategie sledování nežádoucích událostí. O edukaci sester by měl usilovat především management zdravotnického zařízení, jakožto strategii ke zvýšení bezpečí pacientů.

Naopak z hodnocení ošetrovatelské péče v oblasti rizika pádů pacientů je možno potvrdit druhou hypotézu, že sestry dodržují zásady prevence pádů pacientů, a to jak na oddělení ortopedie, kde byla celková úspěšnost auditu 85 %, tak na interním oddělení, kde dosáhla celková úspěšnost auditu 81 %. Klasifikace sester neklesla pod 9 bodů z maxima 12 bodů a ošetrovatelská péče v oblasti pádů pacientů byla hodnocena jako péče vyhovující, u jedné sestry jako výborná péče. Přesto navrhuje do stávajícího standardu Prevence pádů hospitalizovaných pacientů doplnit procesuální kritérium, které by stanovilo jednotné označení pacientů vedených v riziku pádu a přehodnocení rizika pádu vždy při změně zdravotního stavu pacienta. Další možností je použít Standardní ošetrovatelský postup – Prevence pádu a zranění hospitalizovaného pacienta, který jsme na základě zjištěných nesrovnalostí vypracovali, a který by mohl být v praxi využit (viz Příloha 12). Také screeningové hodnoticí škály, které jsme v této práci shromáždili, by mohly být využity v praxi (viz Příloha 2–7).

Naší snahou bylo přispět k zamyšlení sester nad riziky ošetrovatelské péče a k analýze vlastní práce. Výsledky výzkumného šetření budou nabídnuty vedení táborské nemocnice s cílem zlepšení bezpečnosti poskytované péče a snížení rizik, která hrozí hospitalizovaným pacientům.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) České předsednictví Evropské unie. *Zajistit bezpečnost a kvalitu zdravotních služeb pro pacienta je klíčové pro české předsednictví* [online]. 18. 03. 2009 [cit. 2010-11-20]. Dostupné z: <<http://www.eu2009.cz/cz/news-and-documents/press-releases/zajistit-bezpecnost-a-kvalitu-zdravotnich-sluzeb-pro-pacienta-je-klicove-pro-ceske-predsednictvi-12751/>>.
- 2) DOSTÁLOVÁ, B., NAHODILOVÁ, H. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2011. roč. 21, č. 1, s. 31–32. ISSN 1210-0404.
- 3) GLADKIJ, I., STRNAD, L. Řízení rizik a programy prevence chyb zdravotnických pracovníků v nemocnicích. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2000, roč 3, č. 4, s. 19–22. ISSN 1213-6050.
- 4) HEŘMANOVÁ, J., ZVONÍČKOVÁ, M. Zajištění bezpečnosti nemocného z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2005. roč. 1, č. 4, s. 167–170. ISSN 1801-1349.
- 5) HŘIB, Z., VYCHYTIL, P. *Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb* [online]. [cit. 2010-10-15]. Dostupné z: <<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/183-Evidence-a-rizeni-nezadoucich-udalosti-pri-poskytovani-zdravotni-pece,-druha-etapa---Analyza-shromazdenych-dat-a-vytvoreni-doporuceni-pro-spravnou-praxi.html>>.
- 6) HŘIB, Z., VYCHYTIL, P. *Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče* [online]. [cit. 2010-10-15]. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/veda-a-vyzkum/2008-2009-narodni-system-pro-hlaseni-MU/Teoreticky_uvod_NU.pdf>.

- 7) JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
- 8) JURÁSKOVÁ, D. *Hospitalizace pacienta a jeho bezpečnost*. Praha: EuroProfis, 2007. 44 s. ISBN 978-80-239-8838-3.
- 9) JURÁSKOVÁ, D., GUTOVÁ, L., MARX, D. et al. Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2004. roč. 14, č. 3, s. 18–20. ISSN 1210-0404.
- 10) JURÁSKOVÁ, D., GUTOVÁ, L., MARX, D. et al. Sledování mimořádných událostí – indikátor kvality zdravotní péče. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2004. roč. 14, č. 2, s. 8–10. ISSN 1210-0404.
- 11) KADEŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody řízení*. 1. vyd. České Budějovice: JU ZSF, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
- 12) KLÁN, J., TOPINKOVÁ, E. Pády a jejich rizikové faktory ve stáří. *Česká geriatrická revue*, Brno: Medica Publishing and Consulting, 2003. roč. 1, č. 2, s. 38–43. ISSN 1214-0732.
- 13) MANDYSOVÁ, P., VORLÍČKOVÁ, H. *Pády* [online]. [cit. 2010-12-5]. Dostupné: <http://www.eunio.cz/offline/review_win_soubory/review_content.htm?review=56&tema=&sekce=0&show_all=t>.
- 14) MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- 15) MARX, D. *Dnešní medicína je mocná a také velmi nebezpečná* [online]. [cit. 2010-10-15]. Dostupné z: <<http://www.zpmvcr.cz/cz/aktualita.html?id=90>>.
- 16) MARX, D. Chyby při poskytování zdravotní péče. *Vita nostra revue*. Praha: UK v Praze 3. LF, 2003. roč. 12, č. 2, s. 70–76. ISSN 1212-5083.

- 17) MARX, D. Riziko pádů ve zdravotnických zařízeních. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2005. roč. 1, č. 3, s. 139–140. ISSN 1801-1349.
- 18) MARX, D., VLČEK, F. Neselhávají lidé, ale systémy. *Medical Tribune*. Praha: Medical Tribune cz, s.r.o., 2010. roč. 6, č. 1, s. NS 1. ISSN 1214-8911.
- 19) MZ ČR. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví* [online]. 14. 05. 2010 [cit. 2010-10-15]. Dostupné z: <<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/3-Cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi.html>>.
- 20) MZ ČR. *Knih Bezpečí* [online]. [cit. 2010-10-15]. Dostupné z: <<http://knihabezpeci.mzcr.cz/Categories/2-Verejna-cast-laicka.html>>.
- 21) MZ ČR. *Resortní bezpečnostní cíle pro rok 2010* [online]. 14. 05. 2010 [cit. 2010-10-15]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok-2010_1882_15.html>.
- 22) MZ ČR. *Sledování nežádoucích událostí v lůžkových zařízeních následné péče* [online]. [cit. 2010-10-15]. Dostupné z: <<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/106-Sledovani-nezadoucich-udalosti-v-luzkovych-zdravotnickych-zarizenich-nasledne-pece-2007.html>>.
- 23) POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství 1: praktická příručka pro sestry. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
- 24) POKOJOVÁ, R. Řízení rizik. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2011. roč. 21, č. 1, s. 29–30. ISSN 1210-0404.
- 25) STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3: praktická příručka pro sestry. Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.

- 26) STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4: praktická příručka pro sestry. Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. dotisk. Brno: NCO NZO, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
- 27) SVOBODOVÁ, D. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. 1. vyd., Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-585-7.
- 28) SVOBODOVÁ, D., JURÁSKOVÁ, D. Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v České republice. *Florence*. Praha: Ambit Media, 2010. roč. 6, č. 9, s. 29–33. ISSN 1801-464X.
- 29) ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 212 s. ISBN 978-80-247-1777-7. Kapitola 11, Ošetrování geriatrických pacientů, s. 193–204.
- 30) ŠKRLA, P. Management rizik na odděleních. In *XXV. Brněnské onkologické dny a XV. Konference SZP*. VYZULA, R., FAIT, V. Brno: Masarikův onkologický ústav, 2001. s. 225–227. ISBN 80-238-6935-3.
- 31) ŠKRLA, P. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
- 32) ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- 33) ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- 34) TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- 35) TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

36) TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

37) Úřední věstník Evropské unie. *DOPORUČENÍ RADY ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C 151/01)*. [online]. [cit. 2010-10-15]. Dostupné z: <<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/118-Doporuceni-rady-EU.html>>.

38) Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. [cit. 2011-04-06]. Dostupné z: <<http://ftp.aspi.cz/opispdf/2011/020-2011.pdf>>.

8 Klíčová slova

Bezpečnost pacienta

Management rizik

Nežádoucí událost

Pád pacienta

Pochybení

Prevence

Riziko

9 Přílohy

Příloha 1 – Matice vyhodnocení stupně rizika

Příloha 2 – Stupnice pádů Morse

Příloha 3 – Škála pro stanovení rizika pádu podle Conleyové

Příloha 4 – Položky rizik pádů

Příloha 5 – Nástroj hodnocení rizika pádů

Příloha 6 – Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta podle Conleyové upravila Jurásková 2006

Příloha 7 – Metoda Yauk et al.

Příloha 8 – Dotazník pro sestry

Příloha 9 – Kontrolní kritéria k auditu

Příloha 10 – Povolení k výzkumnému šetření v Nemocnici Tábor a.s.

Příloha 11 – Riziko pádů

Příloha 12 – Standardní ošetřovatelský postup „Prevence pádu a zranění hospitalizovaného pacienta“

Matice vyhodnocení stupně rizika

PRÁVDĚPODOBNOST *	zanedbatelná	nízké 5	nízké 10	střední 15	extrémní 20	extrémní 25
	nízká	nízké 4	nízké 8	střední 12	vysoké 16	extrémní 20
	možná	minimální 3	nízké 6	střední 9	vysoké 12	vysoké 15
	očekávaná	minimální 2	minimální 4	nízké 6	střední 8	vysoké 10
	jistá	minimální 1	minimální 2	nízké 3	střední 4	vysoké 5
		zanedbatelné	mírné	střední	vážné	katastrofické

DŮSLEDKY **

Upravený nástroj pro hodnocení rizik Společnosti pro bezpečnost pacientů, Austrálie.

Nápověda: * Pravděpodobnost

- | | |
|-------------|---|
| 1 Minimální | Výskyt rizika se neočekává. |
| 2 Nízká | Riziko se vyskytuje zřídka, ale možnost výskytu existuje. |
| 3 Možná | Riziko hrozí příležitostně, 1–2krát do roka. |
| 4 Očekávaná | Pravděpodobnost výskytu rizika je vysoká. |
| 5 Jistá | Kontinuální hrozba rizika – denně. |

Nápověda: ** Důsledky

- | | |
|-----------------|---|
| 1 Zanedbatelné | Bez újmy na zdraví, minimální porušení standardů, žádné narušení provozu oddělení, žádné materiální škody. |
| 2 Mírné | Dočasná újma na zdraví (až měsíc), porušení standardů, může dojít k zanedbatelnému poškození majetku. |
| 3 Střední | Vážná újma na zdraví – až rok, přechodného rázu, vážné porušení standardů, ohrožení majetku a provozu oddělení. |
| 4 Vážné | Trvalá újma na zdraví, vážné selhání lidského faktoru nebo vážné ohrožení provozu a pověsti, riziko soudního sporu. |
| 5 Katastrofické | Úmrtí (i několik), kompletní selhání, trestní řízení, ohrožení činnosti zdravotnického zařízení. |

Zdroj: ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd.

Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

Příloha 2

Stupnice pádů Morse

Proměnná	Stupnice		Hodnocení
1. Pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měsících	Ne Ano	0 25	
2. Vedlejší diagnóza	Ne Ano	0 15	
3. Pomůcky k chůzi Klid na lůžku / pomoc sestry Berle / hůl / chodítka nábytek		0 15 30	
4. i.v. vstup/heparinová zátka	Ne Ano	0 25	
5. chůze / pohyb normální / klid na lůžku / nemobilní slabé zhoršené		0 15 30	
6. duševní stav vědom si svých možností zapomíná na svá omezení		0 15	
Míra rizika	Hodnocení MFS	Opatření	
Bez rizika	0 - 24	Dobrá základní ošetrovatelská péče	
Nízké riziko	25 - 50	Standardní opatření k prevenci pádů	
Vysoké riziko	≥ 51	Opatření u vysoce rizikových pacientů	

Zdroj: JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

Příloha 3

Škála pro stanovení rizika pádu podle Conleyové

Anamnéza	Pád v anamnéze během posledních 3 měsíců	2 body
Vyšetření	Zmatenost, nedostatečné vnímání rizik	3 body
	Agitace, neklid	2 body
	Porucha chůze	1 bod
Přímé dotazy	Míváte někdy závratě? Ano.	1 bod
	Stává se vám, že neudržíte cestou na WC stolicí nebo moč? Ano	1 bod
Součet ≥ 2 body = riziko pádu		

Zdroj: JURÁSKOVÁ, D. *Hospitalizace pacienta a jeho bezpečnost*. Praha: EuroProfis, 2007. 44 s. ISBN 978-80-239-8838-3.

Příloha 4

Položky rizik pádů

Parametr	Stav	Skóre
Úroveň vědomí/ duševní stav	Orientovaný	0
	Dezorientovaný	2
	Intermitentně deliriózní	4
Záchyt pádů (v posledních 3 měsících)	Žádné pády	0
	1-2 pády	2
	3 a více pádů	4
Chůze – samostatnost	Samostatná/kontinentní	0
	Pomocí vozíku	2
	Samostatná/inkontinentní	4
Visus	Přiměřený	0
	Špatný	2
	Nevidoucí	4
Chůze/ rovnováha	Chůze a rovnováha normální	0
	Potíže s rovnováhou ve stoji	1
	Potíže s rovnováhou při chůzi	1
	Snížená svalová koordinace	1
	Změna ve způsobu chůze	1
	Trhnutí nebo nestabilita při obratu	1
	Vyžaduje použití pomůcek nebo opory	1
Systolický krevní tlak	Bez snížení	0
	Snížení < 20 mm Hg	2
	Snížení > 20 mm Hg	4
Léčba (jaká, vypsát)	Žádná během posledních 7 dnů	0
	Užívá 1-2 léky posledních 7 dnů	2
	Užívá 3-4 léky posledních 7 dnů	4
	V současnosti měněna léčba	1
Predispoziční faktory (hypotenze, vertigo, CMP, Parkinsonova nemoc, ztráta končetiny, záchvaty, artritida, osteoporóza, fraktur)	Žádné	0
	1-2	2
	3 a více	4
Celkové skóre (>10 představuje vysoké riziko):		

Zdroj: SVOBODOVÁ, D. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. 1. vyd., Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-585-7.

Příloha 5

Nástroj hodnocení rizika pádů

Hodnocení rizika pádu
<ul style="list-style-type: none">• poruchy chůze (šourání, trhavé pohyby, kolébání) (4)• závratě/synkopa ve vzpřímené poloze (3)• stále zmatený (3)• močení v noci/inkontinence (3)• intermitentní zmatenost (2)• celková slabost (2)• „vysoce rizikové“ léky (diuretika, narkotika, sedativa, antipsychotika, abstinenční příznaky po vysazení léčby) (2)• Pád(y) v posledních 12 měsících (2)• Osteoporóza (1)• Poruchy zraku nebo sluchu (1)• 70 let nebo starší (1)
1-3 body znamenají NÍZKÉ RIZIKO pádu
4 a více bodů znamená VYSOKÉ RIZIKO pádu

Zdroj: JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

Příloha 6

Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta (podle Conleyové, upravila Jurásková 2006)

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza <ul style="list-style-type: none">• DDD (dezorientace, deprese, demence)• Věk 65let a více• Pád v anamnéze• Pobyt v prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.• Zrakový/sluchový problém• Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, trankvilizéry, antidepresiva, antihypertenziva, laxantia)	3 body 2 body 1 bod 1 bod 1 bod 1 bod
Vyšetření <ul style="list-style-type: none">• Soběstačnost<ul style="list-style-type: none">➤ Úplná➤ Částečná➤ Nesoběstačnost• Schopnost spolupráce<ul style="list-style-type: none">➤ Spolupracující➤ Částečně spolupracující➤ nespolupracující	0 bodů 2 body 3 body 0 bodů 1 bod 2 body
Přímým dotazem na pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu) <ul style="list-style-type: none">• Míváte někdy závratě?• Máte v noci nucení na močení?• Budíte se v noci a nemůžete usnout?	3 body 1 bod 1 bod
Celkem 0-4 body 5-13 bodů 14-19 bodů	Bez rizika Střední riziko Vysoké riziko

Zdroj: SVOBODOVÁ, D. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. 1. vyd., Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-585-7.

Příloha 7

Metoda Yauk et al., 2005

Metoda Yauk et. al., 2005
1. Má pacient pád(y) ve své anamnéze?
2. Je pacient při příjmu do nemocnice dezorientován?
3. Potřebuje pacient pomoc při chůzi?
4. Má pacient inkontinenci stolice?
Skórování: přítomnost alespoň jednoho z těchto faktorů je dostačující k tomu, aby byl pacient označen za „rizikového“.

Zdroj: MANDYSOVÁ, P., VORLÍČKOVÁ, H. *Pády* [online]. [cit. 2010-12-5].
Dostupné:

<http://www.eunio.cz/offline/review_win_soubory/review_content.htm?review=56&tema=&sekce=0&show_all=t>.

Příloha 8

Dotazník pro sestry

Vážená kolegyně/kolego,

navštěvuji 3. ročník Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. Dovoluji si Vás požádat o spolupráci a vyplnění předloženého dotazníku, který poslouží jako podklad pro moji bakalářskou práci na téma: **Vybraná bezpečnostní rizika v ošetrovatelské praxi**. Dotazník je anonymní.

Předem velice děkuji za jeho laskavé vyplnění, Monika Miňhová

Označte vždy jednu odpověď

1. Kolik je Vám let?

- do 20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50
- 51 a více let

2. Stupeň Vašeho nejvyššího dosaženého vzdělání:

- střední odborné vzdělání s maturitou
- středoškolské + PSS
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské vzdělání
- vysokoškolské + specializační
- jiné, prosím uveďte.....

3. Kolik let máte praxi?

- 0 – 2 let
- 3 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 a více let

4. Na jakém oddělení vykonáváte své povolání?

- standardní odd. - interní obor (interní oddělení, neurologie,...)
- standardní odd. - chirurgický obor (chirurgické odd., ortopedie, traumatologie...)
- intenzivní péče (JIP, ARO)
- následné a dlouhodobé péče (ONP, LDN, hospic...)
- jiné, prosím doplňte.....

V následujících tabulkách jsou uvedena některá rizika, která hrozí **pacientům během hospitalizace**.
V tabulce 1 zhodnoťte, jaká je podle Vás **pravděpodobnost možného výskytu uvedené nežádoucí situace**.

Pravděpodobnost výskytu: 1 zanedbatelná – výskyt se neočekává

2 nízká – vyskytuje se zřídka

3 možná – hrozí příležitostně, 1-2x do roka

4 očekávaná – vysoká pravděpodobnost výskytu

5 jistá – hrozba výskytu denně

Tabulka 1 - Označte vždy jednu možnost u každé jednotlivé nežádoucí situace.

	Pravděpodobnost výskytu nežádoucí situace				
	Zanedbatelná	Nízká	Možná	Očekávaná	Jistá
Pád pacienta	1	2	3	4	5
Sebeпоškození pacienta	1	2	3	4	5
Fyzické napadení pacienta jiným pacientem	1	2	3	4	5
Slovní napadení pacienta jiným pacientem	1	2	3	4	5
Problém se souhlasem pacienta v léčbě či zákroku	1	2	3	4	5
Problém s identifikací pacienta	1	2	3	4	5
Svévolný odchod pacienta z nemocnice	1	2	3	4	5
Dokonaná sebevražda pacienta	1	2	3	4	5
Záměna léku	1	2	3	4	5
Nepodaný lék	1	2	3	4	5
Prodlení v podání léku	1	2	3	4	5
Chybná dávka, síla léku	1	2	3	4	5
Chybný způsob podání léku	1	2	3	4	5
Nežádoucí účinek léku	1	2	3	4	5
Vznik dekubitu	1	2	3	4	5
Nákaza pacienta nozokomiální infekcí – katetrální infekce močová	1	2	3	4	5
Nákaza pacienta nozokomiální infekcí – katetrální infekce z intravaskulárního katetru	1	2	3	4	5
Nákaza pacienta nozokomiální infekcí – ranná (např. operační rány, popáleniny)	1	2	3	4	5
Nákaza pacienta nozokomiální infekcí – bakteriémie, septicémie nozokom. původu	1	2	3	4	5
Nákaza pacienta nozokomiální infekcí – nozokomiální pneumonie	1	2	3	4	5
Nákaza pacienta nozokomiální infekcí – gastrointestinální	1	2	3	4	5
Výkon proveden na nesprávném pacientovi	1	2	3	4	5
Neshoda v počtu omamných látek	1	2	3	4	5
Ztráta části nebo celé zdravotní dokumentace	1	2	3	4	5
Záměna vzorku biologického materiálu	1	2	3	4	5
Selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči	1	2	3	4	5
Popálení pacienta zdravotnickou technikou	1	2	3	4	5
Nepřípravenost přístrojové techniky	1	2	3	4	5
Nedostatečná údržba techniky	1	2	3	4	5
Nesprávné použití techniky	1	2	3	4	5
Tech. závady dodávky medicijnálních plynů	1	2	3	4	5
Výkon činnosti zaměstnance pod vlivem alkoholu či jiné psychotropní látky	1	2	3	4	5

V tabulce 2 zhodnoťte, jaký je podle Vašeho názoru **možný dopad uvedené nežádoucí situace na zdravotní stav pacienta (důsledky)**.

Možné důsledky: 1 zanedbatelné – bez újmy na zdraví

2 mírné – dočasná újma na zdraví (až měsíc)

3 střední – vážná újma na zdraví, přechodného rázu (až rok)

4 vážné – trvalá újma na zdraví

5 katastrofické – úmrtí pacienta

Tabulka 2 - Označte vždy jednu možnost u každé jednotlivé nežádoucí situace.

	Možné důsledky uvedené nežádoucí situace na zdravotní stav pacienta				
	Zanedbatelné	Mírné	Střední	Vážné	Katastrofické (úmrtí)
Pád pacienta	1	2	3	4	5
Sebeпоškození pacienta	1	2	3	4	5
Fyzické napadení pacienta jiným pacientem	1	2	3	4	5
Slovní napadení pacienta jiným pacientem	1	2	3	4	5
Problém se souhlasem pacienta v léčbě či zákroku	1	2	3	4	5
Problém s identifikací pacienta	1	2	3	4	5
Svévolný odchod pacienta z nemocnice	1	2	3	4	5
Dokonaná sebevražda pacienta	1	2	3	4	5
Záměna léku	1	2	3	4	5
Nepodaný lék	1	2	3	4	5
Prodlení v podání léku	1	2	3	4	5
Chybná dávka, síla léku	1	2	3	4	5
Chybný způsob podání léku	1	2	3	4	5
Nežádoucí účinek léku	1	2	3	4	5
Vznik dekubitu	1	2	3	4	5
Nákaza pacienta nozokomiální infekcí – katetrální infekce močová	1	2	3	4	5
Nákaza pacienta nozokomiální infekcí – katetrální infekce z intravaskulárního katetru	1	2	3	4	5
Nákaza pacienta nozokomiální infekcí – ranná (např. operační rány, popáleniny)	1	2	3	4	5
Nákaza pacienta nozokomiální infekcí – bakteriémie, septikémie nozokom. původu	1	2	3	4	5
Nákaza pacienta nozokomiální infekcí – nozokomiální pneumonie	1	2	3	4	5
Nákaza pacienta nozokomiální infekcí – gastrointestinální	1	2	3	4	5
Výkon proveden na nesprávném pacientovi	1	2	3	4	5
Neshoda v počtu omamných látek	1	2	3	4	5
Ztráta části nebo celé zdravotní dokumentace	1	2	3	4	5
Záměna vzorku biologického materiálu	1	2	3	4	5
Selhání zdravotnické techniky v intenzivní a resuscitační péči	1	2	3	4	5
Popálení pacienta zdravotnickou technikou	1	2	3	4	5
Nepřipravenost přístrojové techniky	1	2	3	4	5
Nedostatečná údržba techniky	1	2	3	4	5
Nesprávné použití techniky	1	2	3	4	5
Tech. závady dodávky medicínálních plynů	1	2	3	4	5
Výkon činnosti zaměstnance pod vlivem alkoholu či jiné psychotropní látky	1	2	3	4	5

KONTROLNÍ KRITÉRIA K AUDITU PREVENCE PÁDŮ HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ

Oddělení:

Auditor:

Datum auditu:

	Metoda	Kontrolní kritérium	Hodnocení
1	Pohledem, dotazem sestry	Má sestra k dispozici standard péče Prevence pádů hospitalizovaných pacientů (NT-SOP39)?	
2	Dotazem sestry, pohledem	Má sestra k dispozici pomůcky určené standardem NT - SOP 39?	
3	Dotazem sestry	Sestra vyjmenuje alespoň 5 nejčastějších příčin pádu pacientů.	
4	Pohledem, dotazem sestry	Má sestra k dispozici dokumentaci pacienta?	
5	Dotazem sestry, pohledem do dokumentace	Určila sestra pomocí screeningové tabulky v Ošetřovatelské anamnéze stupeň rizika pádu pacienta?	
6	Dotazem sestry, pohledem do dokumentace	Vytvořila sestra Plán ošetřovatelské péče s ohledem na riziko pádu u pacienta?	
7	Dotazem sestry, pozorováním	Zajistila sestra pacientovi všechny dostupné pomůcky, aby snížila riziko pádu pacienta?	
8	Dotazem sestry	Dojde-li k pádu, zná sestra všechna opatření vymezená standardem NT - SOP 39?	
9	Dotazem sestry	Zná sestra, jak se dokumentuje pád pacienta?	
10	Dotazem sestry, pohledem do dokumentace	Byly u pacienta identifikovány rizikové faktory pádu?	
11	Dotazem sestry, pozorováním	Byly u pacienta v maximální možné míře omezeny faktory ovlivňující vznik pádu?	
12	Dotazem sestry, pacienta, pohledem do dokumentace	Byl pacient informován o riziku pádu?	
Hodnocení: ANO 1 bod, ČÁSTEČNĚ 0,5 bodu, NE 0 bodů			Celkem získaných bodů
Výsledky: 12 – 10,5 výborná péče 10 – 8,5 vyhovující péče 8 – 6,5 nekomplexní péče 6 a méně bodů nevyhovující péče			

Zdroj: Nemocnice Tábor a.s.

Příloha 10

NT+ NEMOCNICE TÁBOR, a.s.

POVOLENÍ


Pro : studentku Moniku Miňhovou – JČU - ZSF České Budějovice – 3. ročník
Bc.. studia v oboru ošetrovatelství – všeobecná sestra

Předmět povolení : studijní práce – audit v oblasti pádů na ortopedii a interně 1,

Oddělení : dotazníky pro sestry na: INTERNĚ 1 vč. JIP –M, ARO, ONP,
neurologie, ortopedie, ORL.

Doba povolení : od 1.3.2011 do 31.3.2011

V Táboře dne 24.2.2011


.....
Mgr. Helena Plocková
hlavní sestra

Zdroj: vlastní

Příloha 11

Riziko pádů				
Pohyb	neomezený	0	Smyslové poruchy	0
	používá pomůcky	1	Mentální status	1
Vyprazdňování	potřebuje pomoc k pohybu	1	historie desorientace / demence	0
	neschopen přesunu	1		1
	nevýžaduje pomoc	0		1
	v anamnéze nykturie / inkontinence	1		0
Medikace	vyžaduje pomoc	1	18 - 75	1
	neužívá rizikové léky	0	75 a výše	1
	užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsoniik, antihypertenziv, psychotropní látky,	1	Celkové skóre	

Zdroj: Nemocnice Tábor a.s.

Příloha 12 STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP č. 1

Název SOP: Prevence pádu a zranění hospitalizovaného pacienta

Charakteristika standardu	Standardní ošetřovatelský postup
Oblast péče	Individualizovaná péče
Cílová skupina pacientů	Všichni pacienti Nemocnice XY
Místo použití	Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice
Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace, Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace, Zdravotnický asistent dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů
Odpovědnost za realizaci	Vedoucí pracovníci na úseku ošetřovatelské péče
Platnost standardu od:	1. 1. 2011
Frekvence kontroly	1x za 2 roky
Revize standardu provedena dne:	
Kontrolu vykoná	Manažer/ka ošetřovatelství (manažer/ka kvality ošetřovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
Kontaktní osoba	XY, vrchní sestra ONP
Odborný garant	MUDr. XY
Schválil Náměstek pro ošetřovatelskou péči	XY, hlavní sestra

Standardní ošetrovatelský postup č. 1

Prevence pádu a zranění hospitalizovaného pacienta

Úvod

Pád pacienta je mimořádná událost vyústující v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu.

Nejčastější příčiny pádu

- Vnitřní faktory: kardiovaskulární onemocnění, neurologické onemocnění, onemocnění pohybového aparátu, smyslové poruchy, psychiatrické onemocnění.
 - ortostatická hypotenze, poruchy spánku, poruchy chůze a držení těla, zpomalení reflexů, snížený svalový tonus a svalová síla, poruchy rovnováhy, poruchy zraku, sluchu a degenerativní změny vestibulárního aparátu, noční močení, akutní či chronická zmatenost, dezorientace, demence deprese, pád v anamnéze, věk nad 65 let
- Vnější faktory: užívání některých léků především - sedativa, antihypertenziva, diuretika, neuroleptika, laxativa, hypnotika, vazodilatancia, antidepresiva
 - chůze s pomůckou, nevhodná obuv
 - špatné osvětlení, kluzká podlaha, cizí předmět v cestě, nestabilní nábytek, volně pohyblivý stolek či lůžko, neznalost terénu

Indikace

1. Všichni hospitalizovaní pacienti
2. Pacienti, u kterých bylo zjištěno riziko pádu

Kontraindikace

nejsou známy

Definice standardu

Prevence vzniku pádu pacienta představuje soubor nástrojů, které ovlivňují prostředí pacienta, chování zdravotníků a samotných pacientů.

Cíl standardu

- Identifikovat rizikového pacienta dle rizikových faktorů vzniku pádu
- Omezit rizikové faktory pro vznik pádu
- Informovat pacienta o důvodu a způsobu prevence a získat jej ke spolupráci
- Zvýšit bezpečnost pacienta

- Minimalizovat komplikace zdravotního stavu vzniklé pádem



KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Všeobecné sestry (SZŠ)

Diplomované všeobecné sestry (DiS.)

Všeobecné sestry (Bc., Mgr.)

Sestry specialistky, v rozsahu získané specializace

Porodní asistentky (SZŠ)

Diplomované porodní asistentky (DiS.)

Porodní asistentky (Bc.)

Porodní asistentky specialistky, v rozsahu získané specializace

Zdravotničtí asistenti (SZŠ)

S2 Pomůcky

- zdravotnická dokumentace
- pomocná zařízení lůžka
- funkční signalizační zařízení
- lokomoční pomůcky
- neklouzavá stabilní obuv
- stabilní nábytek
- madla

S3 Dokumentace

- Lékařská dokumentace
- Ošetrovatelská dokumentace včetně screenigové tabulky, plánu ošetrovatelské péče, protokolu o pádu hospitalizovaného pacienta

S4 Prostředí

Pro zajištění bezpečného prostředí a omezení rizika pádu pacienta jsou na chodbě, WC, koupelně a pokoji pacienta odstraněny z cesty všechny možné překážky, je zajištěno dostatečné osvětlení, podlaha je čistá a suchá, v koupelně je protiskluzová podlaha, první a poslední schod na schodišti je viditelně označen.

KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup

Při přijetí pacienta

- P1 Sestra v rámci zjišťování ošetrovatelské anamnézy zhodnotí stav pacienta.
- P2 Sestra identifikuje rizikového pacienta – zjistí riziko pádu pomocí screeningové tabulky
- P3 Sestra naplánuje preventivní opatření podle zjištěných rizikových faktorů – sestaví Plán ošetrovatelské péče
- P4 Sestra seznámí pacienta s prostorovým uspořádáním oddělení a s rizikovými místy
- P5 Sestra seznámí pacienta s použitím signalizace
- P6 Sestra poučí pacienta o důvodu a způsobu prevence (edukaci zaznamená do příslušné dokumentace pacienta), pokusí se získat pacienta ke spolupráci

Během hospitalizace

- P7 Sestra označí červeným kroužkem pacienta v riziku pádu na informační tabuli na sesterně
- P8 Sestra se přesvědčí, zda je funkční signalizační zařízení v dosahu pacienta
- P9 Sestra reaguje okamžitě/co nejdříve na signalizaci pacienta
- P10 Sestra monitoruje pravidelně pacienty
- P11 Sestra přehodnotí riziko pádu při změně zdravotního stavu pacienta nebo při změně terapie
- P12 Sestra zajistí, že jsou osobní věci pacienta a pomůcky ukládány tak, aby pro něj byly snadno dosažitelné
- P13 Sestra zajistí (spolu s fyzioterapeutem) pacientovi vhodné lokomoční pomůcky a pomocná zařízení lůžka
- P14 Sestra doporučí pacientovi pomalou změnu při vstávání z lůžka
- P15 Sestra zajistí dle potřeby doprovod a dopomoc pacienta při chůzi, na WC/koupelny, nabízí podložní mísu a 2 hodiny
- P16 Sestra doporučí pacientovi neklouzavou, stabilní obuv
- P17 Sestra dbá na zablokování pojízdných koleček u lůžka a nočního stolku
- P18 Sestra, v případě potřeby a dle ordinace lékaře, použije omezující pomůcky k zabránění pádu

Dojde-li k pádu pacienta

- P19 Pokud je sestra přítomna pádů pacienta, pokusí se zmírnit průběh pádu – nepokouší se pacienta zvedat a držet vzhůru, ale naopak nechá jej sesunout k podlaze, hlavu a trup přidrží
- P20 Sestra posoudí stav vědomí a zkontroluje fyziologické funkce, zjistí rozsah možného poranění pacienta
- P21 Sestra přivolá lékaře a zajistí nezbytné ošetření (dále postupuje dle ordinace lékaře)
- P22 Sestra zjistí příčiny pádu a provede opatření k zamezení opakování pádu
- P23 Sestra zaznamená pád do příslušné dokumentace

Při propuštění pacienta domů

- P24 Sestra edukuje pacienta a jeho rodinu o riziku pádu u pacienta a možnostech prevence v domácím prostředí.

Při překladu do jiného zdravotnického zařízení

- P25 Sestra zaznamená do ošetrovatelské překladvé zprávy riziko pádu u pacienta, případně pád a jeho následky

• záznam do dokumentace

- P26 Při přijetí pacienta zaznamená sestra do ošetrovatelské dokumentace skóre rizika pádu a v případě potvrzení rizika plán ošetrovatelské péče, zaznamená edukaci pacienta
- P27 Při pádu pacienta zaznamená sestra pád do ošetrovatelské dokumentace – hodnocení plánu péče, vyplní záznam Hlášení nežádoucí události
Zapiše, jak byl pacient nalezen a kým či jak k události došlo, uvede místo a čas události, popíše subjektivní a objektivní potíže, rozsah poranění, hodnoty fyziologických funkcí, stav vědomí, zapiše, jaká opatření byla podniknuta k poskytnutí péče (nezbytná ošetření) na místě, jméno informovaného lékaře, jaká další opatření byla realizována k zamezení opakování pádu, vyvaruje se jakýchkoli hodnocení a názorů, uvede pouze fakta.

Komplikace

Zlomeniny, poranění hlavy – tržné rány, komoce mozku, subdurální hematom a poranění měkkých tkání.

Psychická reakce pacienta - strach z pádů, omezování životních aktivit, úzkost, deprese až ztráta soběstačnosti a rozvoj imobilizačního syndromu.

Prodloužení délky hospitalizace

Zvláštní upozornění

Zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení rizika pádu je nutné provést u všech pacientů, nejlépe do 8 hodin po přijetí. Všeobecná bezpečnostní opatření jsou realizována u všech pacientů, u pacientů v riziku pádu jsou realizována všechna opatření vymezená standardem.



KRITÉRIA VÝSLEDKU

- V1 U pacienta byly identifikovány rizikové faktory pro vznik pádu
- V2 Faktory vzniku pádu u pacienta byly minimalizovány

Literatura

1. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
2. SVOBODOVÁ, D. *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. 1. vyd., Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-585-7.
3. MANDYSOVÁ, P., VORLÍČKOVÁ, H. *Pády* [online]. [cit. 2010-12-5]. Dostupné: <http://www.eunio.cz/offline/review_win_soubory/review_content.htm?review=56&tema=&sekce=0&show_all=t>.
4. HEŘMANOVÁ, J., ZVONÍČKOVÁ, M. Zajištění bezpečnosti nemocného z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2005. roč. 1, č. 4, s. 167-170. ISSN 1801-1349.
5. Standardní ošetrovatelský postup č. 39 - Prevence pádů hospitalizovaných pacientů, Nemocnice Tábor, a.s.

Zpracoval: Monika Miňhová, studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

KONTROLNÍ KRITÉRIA K AUDITU

Prevence pádu a zranění hospitalizovaného pacienta

Pracoviště:

Auditoři:

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro sestru
- Dotaz/otázky pro klienta, rodinu
- Dotaz/otázky na zaměstnavatele
- Pozorování klienta, sestry
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem, inventář
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Provedla zhodnocení stavu pacienta a posouzení rizika pádu kompetentní osoba?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetřovatelské dokumentace pohledem Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise		
S2	Má sestra k dispozici všechny pomůcky?	Dotazem sestry Kontrola pomůcek		
S3	Má sestra k dispozici lékařskou a ošetřovatelskou dokumentaci?	Kontrola ošetřovatelské dokumentace pohledem		
S4	Je zajištěno bezpečné prostředí pacienta?	Kontrola prostředí		
KRITÉRIA PROCESU				
P1	Zhodnotila sestra zdravotní stav pacienta v rámci ošetřovatelské anamnézy?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetřovatelské dokumentace pohledem		
P2	Identifikovala sestra rizikového pacienta za pomoci screeningové tabulky?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetřovatelské dokumentace pohledem		
P3	Stanovila sestra plán ošetřovatelské péče?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetřovatelské dokumentace pohledem		
P4	Byl pacient seznámen s prostorovým uspořádáním oddělení?	Dotaz pro sestru Dotaz pro pacienta		
P5	Byl pacient poučen o použití signalizace?	Dotaz pro sestru Dotaz pro pacienta		

P6	Byl pacient poučen o důvodu a způsobu prevence pádu?	Dotaz pro sestru Dotaz pro pacienta		
P7	Byl označen pacient v riziku pádu na informační tabuli na sesterně?	Kontrola pozorováním		
P8	Je funkční signalizace v dosahu pacienta?	Pozorování pacienta		
P9	Reaguje sestra okamžitě/co nejdříve na signalizaci pacienta?	Pozorování sestry		
P10	Jsou pacienti pravidelně monitorováni?	Pozorování sestry Dotaz pro sestru		
P11	Přehodnotila sestra riziko pádu při změně zdravotního stavu pacienta?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
P12	Má pacient uloženy osobní věci a pomůcky, tak aby byly snadno dosažitelné?	Pozorování pacienta		
P13	Má pacient k dispozici lokomoční pomůcky a pomocná zařízení lůžka?	Pozorování pacienta		
P14	Doporučila sestra pacientovi pomalou změnu při vstávání z lůžka?	Dotaz pro sestru Dotaz pro pacienta		
P15	Má pacient zajištěn doprovod a pomoc při chůzi?	Dotaz pro sestru Pozorování pacienta		
P16	Má pacient k dispozici stabilní neklouzavou obuv?	Pozorování pacienta		
P17	Jsou zablokována kolečka u lůžka pacienta a u nočního stolku?	Kontrola lůžka pacienta		
P18	Jsou omezující pomůcky použity na základě ordinace lékaře?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
	V případě pádu pacienta (P 19-23)			
P19	Ví sestra, jak zmírnit průběh pádu, pokud je pádu přítomna? (vyjmenovat)	Dotaz pro sestru		
P20a	Posoudila sestra stav vědomí pacienta a zkontrolovala fyziologické funkce?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
P20b	Zjistila sestra rozsah možného poranění?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
P21a	Zavolala sestra lékaře?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		

P21b	Zajistila sestra nezbytné ošetření?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
P22a	Zjistila sestra příčiny pádu?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
P22b	Realizovala sestra další opatření k zamezení pádu?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
P23	Zaznamenala sestra pád do příslušné dokumentace?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
P24	Edukovala sestra pacienta a rodinné příslušníky o možnostech prevence v domácím prostředí? (při propuštění pacienta)	Dotazem pro sestru Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
P25	Zaznamenala sestra do ošetrovatelské překládové zprávy riziko pádu, případně pád pacienta	Dotazem pro sestru Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
P26a	Zaznamenala sestra do ošetrovatelské dokumentace skóre rizika pádu pacienta?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
P26b	Zaznamenala sestra do ošetrovatelské dokumentace plán ošetrovatelské péče?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
P26c	Zaznamenala sestra do ošetrovatelské dokumentace edukaci pacienta v oblasti prevence pádu?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
P27	Ví sestra, jak se dokumentuje pád pacienta? (vyjmenovat)	Dotaz pro sestru		
KRITÉRIA VÝSLEDKU				
V1	Byly u pacienta identifikovány rizikové faktory pro vznik pádu?	Dotaz pro sestru Kontrola ošetrovatelské dokumentace pohledem		
V2	Byly faktory pro vznik pádu u pacienta minimalizovány?	Dotaz pro sestru Pozorování pacienta		

Vyhodnocení výsledků auditu: ANO 1 bod, NE 0 bodů – maximum 38 bodů

Výborná péče – 36–38 bodů

Vyhovující péče – 33–35 bodů

Nekomplexní péče – 29–32 bodů

Nedostatečná péče – 28 a méně bodů