

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Ladislava Marková DiS

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Nežádoucí události v ošetrovatelské péči

bakalářská práce

Autor práce: Ladislava Marková DiS

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Marcela Stýblová

Datum odevzdání práce: 14.8.2012

Abstrakt

Nežádoucí události v ošetrovatelské péči jsou v současné době velice často diskutovaným tématem. Při poskytování ošetrovatelské péče se setkáváme každý den s nějakým druhem nežádoucí události. Ne vždy si uvědomujeme, že se jedná o nežádoucí událost. Nežádoucích událostí postupem let stále přibývá a toto téma se stává stále aktuálnější.

Cílem bakalářské práce s názvem Nežádoucí události v ošetrovatelské péči bylo získat dostatek informací o stále diskutovaném tématu nežádoucích událostech.

Praktická část bakalářské práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumného šetření prováděné pomocí dotazníkové metody. Na základě získaných výsledků z dotazníkového šetření byly potvrzeny nebo nepotvrzeny stanovené hypotézy.

Zjištěné výsledky byly zpracovány do grafů, jejichž analýzou byla potvrzena hypotéza č. 2 Průměrný věk klientů, u kterých dochází nejčastěji ke vzniku nežádoucí události je 65 – 75 let. Hypotéza č. 3: Nejčastější nežádoucí události jsou pády. Hypotéza č. 4: Nejčastěji užívanými způsoby prevence jsou zábrany a signalizační zařízení. Hypotéza 5: Nežádoucí události se vyskytují ve větší míře na interních odděleních. Hypotéza č. 1 Četnost nežádoucích událostí se v roce 2011 zvýšila, ve srovnání s ostatními roky, na základě poskytnutých informací výsledků potvrzena nebyla.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že tématu nežádoucích událostí není přikládána taková vážnost, jaká by měla a někdy jsou nežádoucí události zdravotnickým personálem podceňovány.

Výsledky výzkumného šetření budou předloženy a prokonzultovány s hlavní sestrou nemocnice, která by s nimi mohla dále pracovat ve smyslu pořádání různých seminářů, informačních schůzek za přispění i mé účasti.

Abstract

Adverse events in nursing care are currently much discussed topic. In providing of nursing care we meet with some kind of adverse events every day. But not always we come to realize that it is an adverse event. The number of adverse events grows up every year and this topic becomes more current.

The target of this bachelor thesis titled *Adverse events in nursing care* was to obtain enough information about the discussed topic of adverse events.

Practical part of bachelor thesis was prepared by form of quantitative research carried out by using questionnaire survey. Based in the results from questionnaire survey were confirmed or unconfirmed given hypotheses.

Ascertained results were summarized in the graphs of which analysis confirmed the hypothesis no.2 The average age of clients who suffer most with the adverse events is from 65 to 75 years. Hypothesis no. 3 The most common adverse events are falls. Hypothesis no. 4 The most commonly used methods of prevention are barriers and warning devices. Hypothesis no. 5 Adverse events occurring more in internal wards. Hypothesis no. 1 The frequency of adverse events increased in 2011, compared to other years based on the processed research results, was not confirmed.

As emerged from the research, to the topic of adverse events is not attached such seriousness as it should and sometimes are adverse events underestimated by medical staff.

The results of the research will be presented and consulted with the hospital's main nurse, who could works with it within the meaning of the organizing various seminars, information meetings with my contribution and participation.

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci na téma Nežádoucí události v ošetrovatelské péči 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 své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou 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 These.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2012

Podpis.....

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Marcele Stýblové za ochotu, náměty a nápady při psaní mé bakalářské práce.

Obsah

Seznam použitých zkratk	1
Úvod	2
1. Současný stav	3
1.1 Definice a klasifikace nežádoucí události	3
1.2 Nežádoucí události v ošetrovatelství	4
1.2.1 Nejčastější typy nežádoucích událostí	7
1.2.2 Prevence nežádoucích událostí	8
1.2.3 Role sestry v prevenci nežádoucí události	9
1.3 Rizika nežádoucích událostí	10
1.3.1 Riziko pochybení	11
1.3.2 Riziko neefektivní komunikace	12
1.3.3 Riziko nesprávně vedené dokumentace	13
1.3.4 Riziko nečitelných zápisů	14
1.3.5 Riziko podcenění informovaného souhlasu	15
1.3.6 Riziko nekvalitní dokumentace stravovacího provozu	16
1.3.7 Riziko úniku důvěrných informací	17
1.3.8 Riziko chybné identifikace pacienta	18
1.4 Problematika pádů	18
1.4.1 Rizikové faktory pádů	20
1.5 Bezpečnost pacienta při poskytování ošetrovatelské péče	21
1.6 Odpovědnost za škodu na zdraví	23
2. Cíle práce a hypotézy	26
2.1 Cíl práce	26

2.2 Hypotézy práce.....	26
3. Metodika	27
3.1 Použité metody	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	27
4. Výsledky	28
4.1 Analýza dotazníku	28
4.2 Výsledky četnosti nežádoucích událostí.....	48
5. Diskuse	50
6. Závěr.....	58
7. Seznam použitých zdrojů	59
8. Klíčová slova	63
9. Přílohy	64

Seznam použitých zkratk

- SAK** – Spojená akreditační komise české republiky
- JCAHO** – Spojená akreditační komise (USA)
- JCI** – Mezinárodní verze JCAHO
- NLPP** – Náměstek pro léčebně preventivní péči
- PSBPKZP** – Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu ošetrovatelské péče
- NCO NZO** – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Úvod

Nežádoucí události v ošetrovatelské péči jsou velice aktuálním tématem, kterému dle mého názoru není přikládán takový důraz, jaký by měl. Při zadání mé práce jsem se začala zajímat o názory sester na toto téma. Na otázku, zda je vznik dekubitu nežádoucí událost mi bylo skoro jednohlasně odpovězeno, že ne. Skutečnost, že sestry mají málo informací o nežádoucích událostech, se mi potvrdila i při zpracování dotazníkového šetření.

Sestry nemohou odstranit riziko pochybení tím, že si dají předsevzetí, že nebudou dělat chyby. Pochybení není záležitost vůle. Každá sestra chce poskytovat kvalitní bezchybnou službu, přesto každý z nás v běžném denním životě chybujeme. Hlavním rozdílem mezi pochybením ve zdravotnictví a pochybením v běžném životě je ten, že i malé pochybení ve zdravotnickém zařízení může mít za následek poškození zdraví pacienta nebo i jeho smrt.

Na ošetrovací jednotce prožije pacient většinu času své hospitalizace a právě sestra je ta, která tráví s pacientem co nejvíce času a poskytuje mu komplexní ošetrovatelskou péči. Sestra by neměla podceňovat ani zlehčovat rizika, při kterých může dojít k poškození pacienta.

S rizikem, že dojde k nežádoucí události, se setkává sestra hned několikrát během směny. Pokud ke vzniku nežádoucí události dojde, měla by sestra vše poctivě zaznamenat do dokumentace. Správně vedená zdravotnická dokumentace pacienta by měla přesně a kompletně odrážet péči, kterou pacient obdržel nebo neobdržel a může být přirovnána ke svědkovi, jehož paměť se nikdy neztrácí.

Hlášení a prevence nežádoucích událostí se vztahuje především na ošetrovatelský personál. V moderním ošetrovatelství toto hlášení představuje důležitý výukový prvek, důležitou zpětnou vazbu sloužící k zajištění opatření v systému, který zapříčinil mimořádnou událost.

Ráda bych svou prací přispěla ke zvýšení edukace sester v problematice nežádoucích událostí v naší nemocnici a tím alespoň částečně eliminovala riziko vzniku těchto událostí.

1. Současný stav

1.1 Definice a klasifikace nežádoucí události.

Nežádoucí událostí se nazývá jakákoli událost, při které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo procedury. Nežádoucími událostmi jsou také lékařské, popřípadě ošetrovatelské intervence, které neproběhly podle plánu, platných směrnic či standardů péče. Nežádoucí události, při kterých nedošlo k ohrožení nebo poškození zdraví pacienta, by se měly klasifikovat jako incidenty. Způsob klasifikace mimořádných událostí není v ČR standardizován. Zdravotnické zařízení tak má možnost vytvořit se vlastní systém nebo použít systém, který nabízí Spojená akreditační komise české republiky (SAK), Spojená akreditační komise (JCAHO) a Mezinárodní verze spojení akreditační komise (JCI). Jakmile se zdravotnické zařízení rozhodne pro určitý systém klasifikace, musí jej zakotvit do závazné vnitřní směrnice (15).

Nežádoucí události lze rozdělit do dvou základních kategorií. Nežádoucí událost je život neohrožující událost, která se může týkat pacientů, návštěv nebo zaměstnanců a která se neslučuje s praxí nebo s předpisy zdravotnického zařízení. Nežádoucí událost může být zapříčiněna nehodou nebo okolnostmi, které mají za následek zranění, poškození majetku nebo ohrožení pověsti zdravotnického zařízení. Může být také způsobena pacientem, přímo nebo napřímo zaměstnancem nebo jinou osobou. Do této skupiny patří nedodržování směrnic a předpisů zdravotnického zařízení. To může mít za následek zvýšení rizika poškození zdraví, majetku nebo pověsti zdravotnického zařízení (28).

Závažná nežádoucí událost – závažná nežádoucí událost je kritická událost, která se může týkat pacienta, návštěvníka nebo zaměstnance a která se neslučuje se zaběhlou praxí a předpisy zdravotnického zařízení. Může být způsobena nehodou nebo okolnostmi, které mají za následek vážné ublížení na zdraví nebo smrt postižené osoby. Tento druh nežádoucí události často končí soudním řízením, případně kriminálním vyšetřováním. Nežádoucí události zahrnují – chyby ve strategii léčby, medikační chyby, pády, poranění způsobená požárem, neopatrné nebo nebezpečné chování zaměstnanců nebo pacientů, selhání přístrojové techniky, ztrátu nebo poškození nemocničního majetku nebo majetku pacientů, ostatní (15).

1.2 Nežádoucí události v ošetrovatelství

Hlášení a prevence nežádoucích událostí se vztahuje především na ošetrovatelský personál. V moderním ošetrovatelství toto hlášení představuje důležitý výukový prvek, důležitou zpětnou vazbu sloužící k zajištění opatření v systému, který zapříčinil mimořádnou událost. V ekonomicky vyspělých zemích se hlášení nežádoucích událostí nejen podporuje, ale někde dokonce odměňuje. Cílem celého procesu není hledání viníka a jeho následné potrestání, ale především úsilí každého člena ošetrovatelského týmu o celkovou nápravu vadných procesů a systémů. V řadě zdravotnických zařízení jsou zaváděny protokoly o hlášení a prevenci nežádoucích událostí. Aplikace fungujícího procesu hlášení nežádoucí události na oddělení není snadné. Největším problémem je strach a obava z kárného řízení nebo jiného postihu. Zahraniční studie dokázala, že přibližně u 10% hospitalizací dochází k poškození pacienta. Nedokonalou nežádoucí událostí je označena příhoda nebo situace, která může vyústit v poškození pacienta, poranění pacienta nebo poškození jména nemocnice. K této události nedojde pouze náhodou nebo včasným a duchapřítomným zásahem zdravotníka nebo pacienta. Je nutné monitorovat, zda se tato chyba stává jen některému zaměstnanci, celému týmu nebo klinice a zjistit proč se stává (15, 28).

Několik příkladů nejčastějších nežádoucích událostí. Záměna stran před operací, kdy si pacient všimne, že je mu dezinfikována jiná končetina. Špatná desetinná čárka u dávky inzulínu. Pacient se ptá, proč dostal jinou tabletu než včera. Podání nesprávné medikace pacientovi, který má stejné jméno, jako má pacient na jiném pokoji. Odeslání pacienta na jiné vyšetření (1).

Mezi nejčastější mimořádné události patří – chyby při podání léčiv, nežádoucí účinky léčiv, pády pacientů, záměna diety u pacienta, neočekávané deficity, neočekávaný výsledek léčebného procesu, infekce nebo onemocnění získané v léčbě, selhání technologií při poskytování zdravotní péče, závady na přístrojích, chyba spojená s operačním výkonem, komplikace spojená s operačním výkonem, chyba při transfuzi, nedostatečná reakce na dostupné informace, napadení a krádeže na oddělení, útěk pacienta, sebepoškození pacientů, zranění nebo náhlé úmrtí pacienta apod.

Hlavním cílem při vyšetřování nežádoucích událostí je dosáhnout prevence opakování nežádoucích událostí. Často je obtížné určit podíl jednotlivých pracovníků na vzniku nežádoucí události. Pochybení je možno vyšetřovat dvěma způsoby: osobním a systémovým přístupem. Osobní přístup sestry ke vzniku nežádoucí události není vždy souladem se zákonem. Někdy je možné, že sestra nezaznamená do dokumentace a ani nenahlásí vznik nežádoucí události. Systémový přístup k důkladnému zaznamenávání a hlášení nežádoucích událostí by měl být v celém zdravotnickém zařízení jednotný, tzn. hlášení nežádoucích událostí, preventivní opatření nežádoucí události. Každý z těchto přístupů používá jinou metodiku, a nabízí jiná východiska (27, 34).

Jeden z možných příkladů rozdělení nežádoucích událostí je rozdělení do dvou skupin. Nežádoucí události, které vyžadují ošetření – jsou: těžká zranění po pádu a v nemalé míře selhávání zdravotnické techniky. Dopad na zdraví pacienta mají i popáleniny od II. stupně 2% a výše povrchu těla. Dále je do těchto příkladů zahrnut pokus o sebevraždu, nečekané úmrtí pacienta během diagnostického výkonu. Může dojít i ke zranění pacienta jiným pacientem. Nežádoucí událost může vzniknout i při provádění léčebné procedury. Dalším příkladem je problém s identifikací pacienta a v neposlední řadě i ohrožení zaměstnance. Mezi nežádoucí události, které nevyžadují ošetření, patří všechny nežádoucí události, které nevyžadují lékařské ošetření. Jedná se o chyby ve zdravotnickém zařízení:

1. Chyby vztahující se na diagnózu – chybná diagnóza, opožděná diagnóza, chybná vyšetření, nepotřebná vyšetření, opomenutí informovaného souhlasu k léčbě.

2. Chyby vztahující se na ARO – nekompletní předanestetické vyhodnocení, pochybení při monitorování pacienta během anestezie, nesprávný výběr typu anestezie, nevhodná indukce, nesprávná intubace, nesprávné polohování, nepřipravenost techniky, použití nevhodné techniky.

3. Chyby vztahující se na operační sál – nekompletně provedená operace, nepotřebná operace, opožděná operace, operace na nesprávném orgánu, nesprávná poloha, zapomenutí cizího tělesa v těle pacienta během operace, opožděný chirurgický zákrok, opomenutí informovaného souhlasu pacienta k operaci.

4. Chyby vztahující se na medikace – opomenutí ordinace v hodného léku, ordinace nevhodného léku, správný lék, ale nesprávná dávka, nedostačující nebo žádná instrukce o léku, medikační chyba, lék podán jinému pacientovi, lék podán nevhodnou cestou, chybná technika.

5. Chyby vztahující se na intravenózní a krevní produkty – pochybení ve způsobu monitorování, nevhodný roztok, nesprávný krevní produkt, kontaminovaný roztok, chybný způsob administrace, krevní produkt nebo roztok podán jinému pacientovi.

6. Chyby vztahující se na léčbu – pochybení ve strategii léčiv, nekompletně provedená procedura, nedostačující nebo nesprávné instrukce pacientovi, nevhodně vedený průběh léčby, nepotřebná léčba, opožděná léčba, předčasné ukončení léčby, pacient je označen jako vyléčený, nedostatečné monitorování procedury, opomenutí důležité konzultace, opomenutí informovaného souhlasu k léčbě.

7. Chyby vztahující se na monitorování stavu pacienta – nedůsledné monitorování stavu pacienta, opožděná reakce na změnu stavu pacienta.

8. Chyby vztahující se na techniku – nepřipravenost přístrojové techniky, nesprávná údržba, nesprávné použití techniky, ignorování varovných signálů, neseznámení pacienta s používanou technikou, selhání techniky.

9. Ostatní rizika – nedostatečná kompetence poskytovatele péče, nevhodné chování poskytovatele péče, nedodržování standardu, směrnice nebo protokolu, selhání nebo nedostatky systému kontroly infekcí (17, 20, 2).

Klasifikace nežádoucích událostí – naprosto žádné následky (pád bez příznaků bolesti nebo omezení pohybových funkcí). Zdánlivě žádné následky, ale charakter vyžaduje monitorování (pád s úderem do hlavy vyžadující neurologické vyšetření, nebo poranění vyžadující pouze jednoduchou první pomoc). Nežádoucí klinický nálezn vyžadující léčbu, která je úspěšná (pád se zlomeninou s úspěšnou léčbou a rehabilitací). Ireverzibilní komplikace nebo smrt (27).

Pokud k nežádoucí události dojde je potřeba: Poskytnout optimální péči nemocnému. Pokud pacient nežádoucí událost přežije, veškeré úsilí musí být vynaloženo k zajištění optimální ošetrovatelské a lékařské péče. Pokud se ošetřující lékař nějakým způsobem podílí na vzniku nežádoucí události je potřeba, aby péči o pacienta převzal někdo jiný. Za účelem šetření incidentu vzniku nežádoucí události, je potřeba zajistit a bezpečně uchovat jakoukoli zdravotnickou techniku, pomůcky nebo materiál, které mohou přispívat ke vzniku nežádoucí události. Musí se provést zápis nežádoucí události. Když nastane nežádoucí událost, na které se zaměstnanec nějakým způsobem podílel, je potřeba tuto událost okamžitě nahlásit lékaři a přímému nadřízenému (27).

1.2.1 Nejčastější typy nežádoucích událostí

Na základě výsledků existujících studií můžeme pochybení rozdělit na: chybnou diagnózu a nesprávnou léčbu 40%, medikační chyby 28%, chyby a omyly během zákroků 23%, ostatní pochybení 9%. Pochybení, která měla za následek smrt: chybná diagnóza 17%, medikační chyby 10%, nezabránění poranění 12%, technické omyly 44%, ostatní pochybení 17%.

Diagnostická pochybení – stanovení chybné diagnózy, opožděná diagnóza, opomenutí reagovat včas na abnormální diagnostický výsledek, opomenutí důležitého diagnostického vyšetření nebo operace na zdravém orgánu.

Selhání medicínské techniky – defibrilátory, pumpy, ventilátory atd.

Infekce – špatná hygiena rukou, opomenutí podat pacientovi antibiotika mají za následek 5-10% úmrtí následkem infekcí. 10-20% úmrtí vzniká následkem chybné procedury.

Nozokomiální infekce – v akutních zdravotnických zařízeních je postiženo nozokomiálními infekcemi každý rok nejméně dva miliony pacientů. V léčebnách dlouhodobě nemocných je pacient postižen nozokomiální infekcí v průměru jedenkrát za rok. Podle studie je dokázáno, že nejméně třetině všech nozokomiálních infekcí lze předejít, ale díky nedostatečným protiepidemiologickým opatřením lze zabránit pouze 6-9%.

Transfuzní omyly – podání transfuse nestejnoskupinové krve nebo krve kontaminované bakteriemi je závažné pochybení, které ohrožuje život a zdraví pacientů a následně i pověst zdravotnického zařízení (15, 27).

1.2.2 Prevence nežádoucích událostí

Na ošetrovací jednotce prožije pacient většinu času své hospitalizace, zde se často odehrávají situace, ve kterých vteřiny rozhodují o osudu člověka. Proto musí mít ošetrovatelský personál vytvořen systém, ve kterém má dobrý přehled o každém pacientovi a rizicích, která by jej mohla během hospitalizace ohrozit, poškodit či zhoršit jeho zdravotní stav (riziko pádů a dekubitů, riziko nutričního deficitu, diabetes, náhlé změny mentálního stavu, alergické reakce či riziko vedlejších účinků medikace apod.)

Manažer rizik by měl zjistit, zda se během anamnézy tato rizika důsledně a důkladně vyhodnocují a zda jsou tato rizika (pokud jsou identifikována) označena v dokumentaci pacienta tak jasně, že je nelze přehlédnout. Například alergická anamnéza je součástí lékařské i ošetrovatelské anamnézy, ale z chorobopisu není někdy na první pohled zřejmé, zda pacient opravdu trpí závažnou alergií. Umístění červené etikety s označením alergie na obal složky a na každou stranu medikačního záznamu je jednou ze strategií, jak snížit jedno vážné riziko. Stejně tak je tomu i v případě dalších identifikovaných rizik (15, 30).

Zdravotníci nemohou odstranit riziko pochybení tím, že si dají předsevzetí, že nebudou dělat chyby. Pochybení není záležitost vůle. Každý zdravotník chce poskytovat kvalitní bezchybnou službu, přesto každý z nás v běžném denním životě chybujeme. Hlavním rozdílem mezi pochybením ve zdravotnictví a pochybením v běžném životě je ten, že i malé pochybení ve zdravotnickém zařízení může mít za následek poškození zdraví pacienta nebo i jeho smrt (28).

1.2.3 Role sestry v prevenci nežádoucí události

Sestry hrají důležitou roli v poskytování ošetrovatelské péče v zavádění změn a zlepšování kvality poskytované péče. Není tedy divu, že jsou to především sestry, kdo se ve zdravotnických zařízeních a na svých odděleních musí snažit o zajištění bezpečnější péče. Měly by se seznámit s okolnostmi, za kterých nejčastěji dochází k pochybení. Prevence pochybení je možná, pokud budou informace o chybách analyzovány a řešení problému bude nabídnuto všem ostatním sestřím v zájmu prevence. Zajišťování bezpečí pacientů není pouze kolektivní odpovědností ošetrovatelské práce, ale osobní odpovědností každé sestry. Je nutné, aby se sestry seznámily s okolnostmi, za kterých dochází ke vzniku pochybení (31, 27, 15).

Na odděleních je potřeba vytvořit prostředí, ve kterém by sestry vnímaly důležitost bezpečné péče, potřebu prevence chyb a nežádoucích událostí. To umožní sestřím, managementu a pacientům sjednotit své úsilí při získávání znalostí a zkušeností k prevenci nežádoucích událostí (27).

Pokud dojde ke vzniku nežádoucí události, je nutné zajistit optimální péči. Pokud dojde k poškození pacienta, je potřeba provést veškeré intervence, které vedou ke zmírnění následků. Je nutno odstranit veškeré zdravotnické prostředky, materiály či pomůcky, které mohli nežádoucí událost způsobit. Pomůcky jsou zajištěny za účelem šetření. Sestra by měla vyhotovit zápis o vzniku nežádoucí události do standardizovaného formuláře podle směrnice zdravotnického zařízení. Hlášení nežádoucí události je povinností každého zaměstnance. O jejím vzniku musí být bezprostředně informován nadřízený zaměstnanec, ošetřující lékař, eventuálně primář oddělení. V případě potřeby právní oddělení, ústavní hygienik, bezpečnostní technik či jiné instituce (27).

1.3 Rizika nežádoucích událostí

Vzhledem k tomu, že na celém světě představují sestry nejpočetnější skupinu zaměstnanců ve zdravotnictví a jejich různorodá práce zahrnuje péči u lůžka, edukaci pacientů, jištění bezpečí pacientů, management či klinický výzkum, není divu, že pozornosti médií a veřejnosti se začala zaměřovat nejen na chyby a omyly lékařů, ale v současné době také na pochybení sester. Sestry se dopouští pochybení a omylů během procesu poskytování ošetrovatelské péče (15).

V roce 2001 bylo identifikováno osm hlavních kategorií pochybení, ke kterým v ošetrovatelství dochází a kterými je nutno se zabývat. Jsou to:

1. nedostatek vnímavosti, pozornosti sester k měnícímu se klinickému stavu pacienta
2. pracovní přetížení, nedostatek sester, zátěžový mix pacientů, nedostatky ve vzdělávání, neprofesionální či neefektivní komunikace.
3. nedostatek morální odpovědnosti.
4. neochota vnímat vážně svoji roli advokátky pacienta s následným nezájmem o vážnost problému pochybení.
5. lhostejnost ke svým vlastním chybám i chybám ostatních členů ošetrovatelského či léčebného týmu.
6. nesprávné rozhodování – chybná identifikace pacienta chybná ošetrovatelská anamnéza, chybná intervence, přílišná sebedůvěra, neochota požádat o radu, nedostatečná klinická kompetence, neochota zapojit pacienta do procesu péče.
7. nedostatek preventivních opatření – nedodržování protokolů pro prevenci pooperačních infekcí, vznik dekubitů, pneumonie, pádů, nedodržování hygieny rukou. Ordinance lékařů nebo jiných členů multidisciplinárního léčebného týmu opožděné, opomenuté nebo chybné interpretace ordinace, neochota ověřit si ordinace, neprofesionální přístup k péči o pacienta.
8. chyby v ošetrovatelské dokumentaci – záznamy o podaných lécích dříve než jsou podány, nevěnování dostatečné pozornosti

rekurzům nebo ordinacím lékařů, nečitelnost, nedodržování směrnice o vedení zdravotnické dokumentace, nedůslednost, nekompletní nebo chybějící zápis o reakci pacienta na léčbu (15).

Vysoké riziko pochybení nebo vzniku mimořádné události představuje předávání pacientů jednou sestrou druhé, ze směny na směnu, z oddělení na oddělení, z jednoho zdravotnického zařízení na druhé. Může zde dojít ke ztrátě důležitých informací, přerušení péče atd. Tím může být v některých případech ohrožena péče o pacienta (27).

1.3.1 Riziko pochybení

Jedním z nejzávažnějších a nejčastějších rizik v klinické oblasti je riziko pochybení a omylů. Tento druh rizika představuje vážný problém hlavně proto, že snižuje důvěru pacientů a veřejnosti ke zdravotnickému personálu a zdravotnickému zařízení. Je také v přímém protikladu k ústřednímu cíli zdravotní péče. Ve zdravotnických zařízeních je většina procesů realizována lidmi, na počítači, stroji, či roboty, proto mají daleko vyšší počet zaměstnanců a tím i větší potenciál pochybení.

Existují určité skupiny pacientů, které jsou zranitelnější. Pro tyto skupiny pacientů může mít pochybení zdravotníků neblahý dopad. Lékaři a sestry s nimi musí jednat se zvýšenou opatrností a musí pochopit zvláštní potřeby a rizika těchto pacientů. Starší pacienti – neefektivní komunikace se staršími pacienty zvyšuje vznik nežádoucí události. Sluchové a kognitivní problémy mohou vést k nepochopení návodů a instrukcí. Největším rizikem jsou pády a medikační chyby. Čím je pacient mladší, tím jsou vážnější následky pochybení. Kritické jsou nesprávné dávky léku. 5, 7% pediatrických pacientů je postiženo následkem medikačních chyb. Pacienti s nedokonalou znalostí jazyka – nutnost používání jednoduchých slov a příkazů. Je vhodné používat grafy, obrázky, tabulky. Pokud je to možné zajistit pacientovi překladatele. Pacienti s delší dobou hospitalizace mají větší riziko vzniku nežádoucích událostí. Riziko se zvyšuje o 6% na každý den hospitalizace nad průměrnou hospitalizační dobu. Další skupina ohrožených pacientů jsou pacienti, u nichž je verbální dovednost ovlivněna vzděláním nebo neurologickými problémy. Je nutné používat jednoduché informační zdroje (27, 15).

Hlavními příčinami ošetrovatelských pochybení jsou – nedostatečná orientace nových zaměstnanců, nedostatečná nebo nevhodná komunikace, nedostatečná informovanost sester, nedostatečná supervize/dohled, nepozornost v důsledku narušení soustředěnosti. Systémové problémy – důležitá informace není k nalezení nebo je chybná, medicínská technika nebo pomůcky jsou nepoužitelné nebo chybí, postoje vzniklé kvůli nepřipraveným lidem nebo technice, požadavky na sestru z několika míst ve stejnou dobu (15).

1.3.2 Riziko neefektivní komunikace

Komunikace mezi lékaři a sestrami je často zdrojem pocitů úzkosti na jedné straně a frustrace na druhé straně. Komunikační problémy jsou u sester umocňovány přesvědčením, že lékaři si neváží jejich práce a nepokládají sestry za důležité partnery práce. Na některých odděleních tato skutečnost způsobuje napětí. A kde je napětí, tam může být i vážně ohrožena bezpečnost pacientů.

Mezi nejzávažnější rizika spojená s nekvalitní komunikací lze zařadit: chybné dávky léků na základě nekvalitní verbální, telefonické nebo písemné komunikace; nesprávné pochopení verbálních nebo telefonických příkazů lékaře; nežádoucí události způsobené přerušáním kontinuity péče; nežádoucí události zaviněné použitím nestandardních zkratk.

Aby mohlo dojít k minimalizaci či omezení rizik, je potřeba naučit každého člena týmu efektivně komunikovat o potencionálních problémech s těmi, kteří svým postavením nebo verbálním projevem mají tendenci zaměstnance ponižovat či jeho komunikace zlehčovat. Jde o případy, kdy je nutné telefonicky ověřit nejasné nebo nesrozumitelné ordinace (15).

Riziko nežádoucích událostí způsobené neefektivní telefonickou komunikací lze snížit s použitím následujících strategií – přesvědčte se o tom, že vyhodnocení situace, která vyžaduje telefonickou komunikaci, je správné. Dále získejte veškeré potřebné informace dříve, než zavoláte. Zorganizujte si také své myšlenky a ověřte si, že volaná osoba ví o kom a o čem je řeč. Mějte jasno v tom, co přesně očekáváte od osoby, které

chcete volat. Vyjadřujte respekt osobě, které voláte. Nechte si zopakovat důležité informace.

Doktor Mark Gorney identifikoval osm špatných návyků v komunikaci mezi zdravotníky. Tyto návyky mohou vést k nežádoucím událostem – předmět, o kterém hovoří lékař, je pokládán za nudný, předstíraný zájem, ignorování informací kterým nerozumíme, nesoustředěnost, „alergie“ na osobu, která s námi komunikuje, sestra se nechá psychicky rozrušit, rozptyluje se tím, že si dělá poznámky, ztráta souvislosti, protože nám unikají některá fakta (10).

1.3.3 Riziko nesprávně vedené dokumentace

Zdravotnická dokumentace slouží jako pracovní nástroj při léčbě pacientů, ale také jako doklad v případě forenzního šetření postupu lékaře při léčbě nebo sestry při poskytování ošetrovatelské péče. Nevhodně či nedůsledně vedená dokumentace může potvrdit podezření chybného postupu nebo prokázání nesprávného postupu nebo znemožnit prokázání správného postupu. Na místo toho správně vedená dokumentace může ochránit zdravotnického pracovníka i před velmi závažnými obviněními. Nekvalitně vedená zdravotnická dokumentace představuje jedno z největších rizik pro zdravotnické zařízení. Primární funkce zdravotnické dokumentace je informovat každého ze začleněných poskytovatelů péče o důležitých aspektech zdraví pacienta a poskytované péči.

Zdravotnická dokumentace plní řadu úloh. Poskytuje informace, které jsou podkladem pro finanční odměnu nemocnici. Je právním dokumentem v případě poškození pacienta nebo soudního sporu pacienta se zdravotnickým zařízením. Slouží jako dokument, na základě kterého auditorský tým vyhodnocuje dodržování pravidel poskytování a dokumentování péče. Je důležitým zdrojem informací pro akreditační komisi. Podává nepřímý obraz kvality a bezpečnosti poskytované péče.

Manažer rizik by si měl být vědom rizik spojených s nekvalitně vedenou zdravotnickou dokumentací a rizik, která tato oblast přináší. Musí znát zákony i obsah směrnic, aby mohl svou roli efektivně plnit. Jeho úkolem není provádět auditní činnost. Jeho úkolem je přesvědčit se o tom, že zdravotníci, kteří jsou autorizováni provádět

zápisy o poskytnuté péči, dodržují pravidla nastavená ve směrnici o vedení zdravotnické dokumentace. Pokud vnitřní auditní systém nepřináší očekávané výsledky a ve zdravotnické dokumentaci přetrvávají chronické nedostatky, manažer rizik se může obrátit na hlavní sestru a zdůraznit potřebu nápravy. V případě, že tento krok není úspěšný, musí se projednat možná nápravná opatření přímo s ředitelem zdravotnického zařízení (15).

Správně vedená zdravotnická dokumentace pacienta by měla přesně a kompletně odrazet péči, kterou pacient obdržel nebo neobdržel a může být přirovnána ke svědkovi, jehož paměť se nikdy neztrácí. Vše je uvedeno v zákoně č. 372/2012Sb., o zdravotních službách a podmínkách v jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci (12).

1.3.4 Riziko nečitelných zápisů

Problém nečitelných zápisů může být někdy považován za součást rizika nesprávně vedené dokumentace. Nečitelnost zápisů zdravotnického personálu je jednou z nejčastějších a nejzávažnějších příčin prohry soudních sporů. Vyhláška č. 98/2012Sb., říká: „Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně“ Požadavek na čitelnost není inovací systémů řízení kvality, jako jsou SAK ČR, JCAHO nebo ISO, je to požadavek legislativy. Čitelnost neznamená, že jedna sestra na oddělení je schopna „rozluštit“ zápis nebo ordinaci lékaře.

Řada zdravotnických zařízení se snaží odstranit drobné nedostatky ve své dokumentaci a přitom ignoruje její nečitelnost. Pokud zdravotnické zařízení nemá v této oblasti jasno a pokud nevyhlásí nulovou toleranci nečitelným zápisům, nemůžeme tvrdit, že poskytujeme kvalitní a bezpečnou péči. Ať je úsilí náměstka pro léčebně preventivní péči (NLPP) nebo manažera kvality sebevětší, ve zdravotnickém zařízení se najde vždy několik jedinců, kteří chtějí psát čitelněji, ale v podstatě se jim to nedaří. V takovém případě je nutné hledat nějaké společné řešení (15).

1.3.5 Riziko podcenění informovaného souhlasu

Informovaný souhlas je důležitý dokument nejen z právního hlediska, ale i z hlediska možných pochybení. Vyplnění tohoto dokumentu není formalitou ani snahou získat pacientův souhlas k provedení potřebného zákroku a procedury. V současném zdravotnictví, je „písemný souhlas“ považován za nástroj komunikace, s jehož pomocí je pacient schopen učinit informované rozhodnutí týkající se léčby, kterou mu nabízí zdravotnické zařízení.

Informovaný písemný souhlas pacienta hraje nesmírně důležitou roli. Minimalizuje možnost žaloby a soudní pře. V souladu se zněním vyhlášky ministerstva zdravotnictví „písemný souhlas“ obsahuje údaje o účelu, povaze, pravděpodobnosti úspěchu, následcích a možných rizicích zdravotního výkonu. Obsahuje také poučení o tom, zda plánovaný zdravotní výkon lze nahradit alternativním, méně invazivním výkonem, nebo údaje o pracovní neschopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat. Obsahuje vyjádření pacienta o tom, že poučení mu byla zdravotnickým pracovníkem sdělena a vysvětlena, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly srozumitelně odpovězeny (31).

V mnoha zdravotnických zařízeních jsou letáčky se srozumitelným popisem výkonů nebo procedur, které vyžadují písemný souhlas. Po přečtení letáku by měl proběhnout rozhovor o plánovaném zdravotním výkonu, aby měl pacient dostatek času se nad výkonem zamyslet a mohl by klást lékaři otázky. Aby mohl pacient souhlas podepsat, musí pochopit navrhovaný výkon a dobrovolně se rozhodnout pro daný výkon nebo ho odmítnout. Studie Lavelle a Jonese (1993) potvrdila, že 66% pacientů přiznalo, že souhlas před podepsáním vůbec nečetlo. U nezletilých pacientů, pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům, musí dle vyhlášky ministerstva zdravotnictví z písemného souhlasu vyplívat, že příslušné údaje byly poskytnuty zákonnému zástupci. Pokud zákonný zástupce nepodepíše informovaný souhlas, musí se uvést důvody, kvůli kterým se zákonný zástupce nepodepsal (15).

„Písemný souhlas“ není vyžadován v případě, že by prodleva mohla ohrozit život pacienta. Lékař musí ve zdravotnické dokumentaci provést zápis o okolnostech, za

kterých došlo k zákroku bez pacientova písemného souhlasu. Jde o tzv. „Terapeutické privilegium“ tedy situaci, která umožňuje, aby lékař neposkytl pacientovi veškeré informace. Musí být dokumentovány důvody, na základě kterých k tomuto rozhodnutí došlo. Informovaný souhlas v žádném případě nezbavuje odpovědnosti za chybné provedení zákroku nebo procedury (34).

1.3.6 Riziko nekvalitní dokumentace stravovacího provozu

Stravovací provoz se řídí striktními pravidly a zákony ČR. Představuje jeden z nejrizikovějších provozů zdravotnického zařízení. Je zde nebezpečí přenosu infekčních onemocnění, toxických látek, nečistot. Přenos na pacienty a zdravotnický personál je skutečnou hrozbou. Rizika stravovacího provozu jsou zcela jiná než rizika na ostatních oddělení nebo provezech. I když je stravovací provoz vystaven intenzivním kontrolám, stále dochází k porušování základních pravidel. Stravovací provoz musí mít řád, kterým se bude řídit. V provozním řádu musí být veškeré požadavky platných zákonů, akreditačních požadavků a interních požadavků (22).

Zdravotnický personál musí ovládat principy a označení jednotlivých diet. Podáváním jídla se podílí na dietoterapii. Záměna diety, dietní chyba může nepříjemně zkomplikovat stav nemocného. Nemocný by měl být o své dietě dostatečně informován, aby věděl, proč jí musí dodržovat. Poučení nemocného patří k základním povinnostem lékaře a sestry. Při podávání stravy musí mít sestra stále na paměti základní složení diet a také sledovat co nemocný jí během dne, zda se neprohřešuje proti dietě (15).

Kvalita stravy v nemocnicích bývá dost často terčem stížností pacientů. Při velkokapacitním vaření není divu, že nelze uspokojit všechny požadavky pacientů. Mnohem důležitější než chuť jídla je bezpečí při přípravě a podávání jídla. Pokud pacient trpí nějakou alergií je potřeba o tom informovat nejen lékaře ale i nutričního terapeuta. Některé potraviny mohou být nevhodné z důvodu onemocnění pacienta nebo mohou vyvolat reakci s podávaným lékem (21).

SAK řeší poskytování dostatečné výživy a bezpečnosti péče ve svých standardech. Tím se rozumí, jaký je v zařízení nastaven systém této péče. Jde o dvě oblasti. Dodržení hygienických podmínek a výrobních podmínek pro stravování

nemocných. S tím je spojena i odborná garance naplnění nutričních pravidel odpovídajících požadavkům dietního stravování. To jak ve vlastním tak dodavatelském systému. Odpovídající profesí je nutriční terapeut. Druhou oblastí je přímá nutriční péče o pacienta. To jak ve smyslu psaném, tak ve smyslu edukace a záznamů v dokumentaci pacienta (13).

1.3.7 Riziko úniku důvěrných informací

Pacient má nárok na ochranu údajů jeho osoby a jeho zdravotního stavu. Povinnost chránit jakékoli informace o pacientech před únikem, zneužitím nebo zveřejněním mají všichni zaměstnanci zdravotnického zařízení.

K úniku informací nemusí dojít záměrně nebo úmyslně, zdravotnické zařízení, lékař, sestra nebo jiný zdravotnický pracovník může být shledán vinen, pokud došlo ke zveřejnění informací a pacient ke zveřejnění nedal svůj souhlas. K výměně informací týkajících se pacienta by mělo docházet na takových místech, kde musí být zaručeno utajení informací. Zdravotníci nesmí o svých pacientech diskutovat na chodbě, ve výtahu, jídelně nebo v jiných veřejných prostorách. Je nutné ověřit, zda si pacient přeje sdílet informace o jeho zdravotním stavu za přítomnosti jiného člověka, byť i člena rodiny. Pokud je nutné po propuštění pacienta z nemocniční péče podat informace týkající se jeho zdravotního stavu nebo výsledků vyšetření, je nutné obdržet souhlas předtím, než budou informace druhé osobě podány. Souhlas je nutné dokumentovat. Zdravotnický personál by v žádném případě neměl podávat informace o pacientovi osobě, kterou nezná, nebo jednotlivci, který požaduje informace o pacientovi telefonicky. Pokud se volaný představí jako člen rodiny, je nutné ho přepojit na ošetřujícího lékaře. Ve směrnici o předávání informací jsou stanovena pravidla o poskytování informací. Je stanoveno, zda má sestra dovoleno předat informace všeobecného charakteru či nikoli. Zdravotnická dokumentace musí být uložena na takovém místě, kam nemají přístup neoprávněné osoby, kde je dodržováno pravidlo o ochraně informací. Audity zdravotnické dokumentace musí probíhat v místech bez přítomnosti nepovolaných osob. Požadavky na ochranu informací a povinností mlčenlivost musí být zakódovány v provozních řádech oddělení (15, 10, 19).

1.3.8 Riziko chybné identifikace pacienta

V Lucemburské deklaraci o bezpečnosti péče pacientů (2005) představuje chybná identifikace pacienta vysoce rizikovou oblast. Chybná identifikace pacienta má často dosti těžké následky. Podání vysoce toxického léku jinému pacientovi, operace nesprávná identifikace pacienta, podání krve připravené pro jiného pacienta nebo záměna novorozenců, to je pouze několik příkladů tohoto problému z běžné nemocniční praxe (8).

V roce 2003 bylo vydáno šest cílů pro správnou identifikaci pacienta. Jedním ze šesti cílů je zvýšit a zlepšit přesnost identifikace pacienta. Identifikace pacienta je ve zdravotnickém zařízení dosti zmiňovaný pojem. Je to základní požadavek pro správně fungující léčbu pacientů. Správná identifikace pacienta a správné označení jeho biologického materiálu je základem pro snížení vzniku pochybení při léčbě. V současné době se používá identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků. Identifikační náramek obsahuje: jméno, rodné číslo, oddělení a v některých nemocnicích i diagnózu a čárový kód.

Nedostatečná identifikace pacientů způsobila 13% pochybení v chirurgické péči a 67% pochybení při podání krevních přípravků (15, 7, 16).

1.4 Problematika pádů

V současné době stále nemáme úplnou definici pádu. V učebnicích se uvádí několik definic. Může to být událost, která vyústí v nezamýšlené spočinutí pacienta, nebo částí jeho těla na zem nebo jiné podložce která je níže než pacient. Dále je chápán i jako pacientovo neplánované klesnutí k podlaze. Další definice udává, že pád je nezamýšlená událost, kdy se člověk octne na zemi nebo na nižším povrchu nebo takovou událost oznámí. Pád není způsoben žádným záměrným pohybem nebo jinou příčinou jako je cévní mozková příhoda, mdloba, epileptický záchvat (18).

Pády se častěji vyskytují v domech s pečovatelskou službou. Zde jsou klienti ohroženi častějšími úrazy než v domácím prostředí. Klienti jsou v průměru starší a mají snížené vnímání a jsou omezeni v denních aktivitách. Pády rozdělujeme na nepředvídané fyziologické pády a fyziologické pády. Fyziologické pády se stávají, když

fyzická příčina není součástí rizikového faktoru pacienta pro pád. Pád je způsoben stavem, který zatím nebyl do doby pádu předvídaný. Fyziologické pády se stávají u pacientů, kteří jsou rizikováni pro pád. Na stupnici dle J. Morse je pád charakterizován - pády v anamnéze, zhoršenou chůzí, užíváním pomůcek k chůzi, i.v. kanyla, porušenou chůzí.

Při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení by měla sestra zhodnotit riziko vzniku pádu u pacienta. Při hospitalizaci pacienta v nemocničním zařízení by měla sestra jedenkrát týdně hodnotit u pacienta riziko vzniku pádu a vždy při zhoršení pacientova stavu. Posouzení rizika vzniku pádu by mělo být součástí ošetrovatelské anamnézy. Sestra by měla zjistit, jestli teplota v místnosti příjemná, zda nejsou v místnosti žádné pachy, je zde dostatečné větrání a jaká je hladina hluku. Osvětlení by mělo být příjemné. Na podlaze by neměl být nepořádek. Podlaha musí být čistá a suchá. U lůžka by měl být noční stolek a na toaletě pak upevněná madla. Lůžko musí být zabrzděné. Signalizační zařízení musí být na dosah. Sestra by vždy měla zkontrolovat, zda je vše v pořádku, aby tak předešla riziku vzniku pádu (9).

Sestra je povinna zajistit včasné poskytnutí péče. Ihned by měla informovat lékaře o pádu pacienta a ten by měl rozhodnout, jak bude probíhat další postup. V žádném případě by sestra neměla tajit, že došlo k pádu pacienta. Zpětně se mohou totiž rozvinout další komplikace. Sestra provede podrobný a pravdivý zápis o události, identifikaci a písemné vyjádření svědků (pokud jsou), zdravotnickou případně jinou dokumentaci, která se k příhodě váže, neprodlené informování o příhodě svého přímého nadřízeného, který pak podle závažnosti věcí informuje příslušného náměstka ředitele, nebo přímo ředitele zdravotnického zařízení. Ti pak rozhodnou o dalším postupu, tj. přijetí potřebných opatření, případně o předání věci Policii ČR (14)

Pády se vyskytují nejčastěji u seniorů nad 65 let. Pády pacientů se vyskytují v 1,17% všech hospitalizovaných a jsou téměř 50% spojeny se zraněním. Ve většině případů se pád pacienta odehraje na nemocničním pokoji bez přítomnosti zdravotníka při vstávání z kůžka 26,7% nebo proběhne pád přímo z lůžka 19,8%. Pády jsou pro zdravotnická zařízení nepříjemnými následky. Zhoršují pověst zdravotnického zařízení a představují pro ně zvýšené náklady spojené s další léčbou zraněných nemocných (31).

1.4.1 Rizikové faktory pádů

Rizikové faktory byly rozpoznány přímo v nemocničních zařízeních. Výsledky šetření pádů v nemocnicích a sociálních zařízeních se shodují v lokalizaci pádů. Pacient nejčastěji padá na pokoji v koupelně a na WC. Více než 70% pádů se odehraje na pokoji, 20% na toaletě nebo v koupelně a jen malé procento pádů na chodbách nebo v jiných prostorách. K pádům dochází většinou při běžných činnostech. Rizikové faktory rozdělujeme na vnitřní a vnější. Vnitřní faktory jsou často spjaty se změnami závislými na věku pacientů. Jsou to poruchy chůze a stability, zhoršení denních aktivit, demence, deprese, úzkost, snížení svalové síly a porucha propriocepce na dolních končetinách, přítomnost axiálních reflexů, svalová slabost, pád v anamnéze, zhoršení zraku, arthritida, poruchy kognitivních funkcí, věk nad 80 let. Kombinace více vnitřních faktorů riziko pádu zvyšuje. Vnitřní faktory nevycházejí přímo z organismu. Jsou popsány vedlejší účinky léčiv, které zhoršují rovnováhu a tím přispívají k pádům. Pád mohou způsobit i léky na hypertenzi, poruchu spánku a deprese. Dalšími rizikovými faktory jsou lokomoční pomůcky, obuv a nesprávné používání technických zařízení, která mohou riziko pádu zvýšit. U pacientů s větší ztrátou krve může dojít k polohové hypertenzi a tím ke zvýšení rizika pádu. U pacientek z porodního oddělení či pacientů s epidurální anestézií je riziko také zvýšené.

V případě pádu pacienta je nutné zjistit okolnosti pádu a přítomnost rizikových faktorů. Pády představují ve věkové kategorii seniorů a chronicky nemocných pacientů nejčastější a současně nejrizikovější událost, která komplikuje hospitalizaci či ambulantní léčbu. Je důležité zjistit, zda k pádu došlo vlivem prostředí nebo z jiných důvodů. Je potřeba zjistit přítomnost dalších osob při pádu, dále místo pádu, i osobu, která pád oznámila ošetřujícímu personálu, psychický stav pacienta po pádu, zda nedošlo ke zranění pacienta. Po uložení pacienta na lůžko je důležité provést fyzikální vyšetření, hybnost končetin, bolest, změření fyziologických funkcí. Důležité je bezprostředně po pádu informovat lékaře. Lékař provede zápis do dokumentace a sestra vypíše hlášení mimořádné události. Sestra se musí zabývat i změnou psychických a citových změn v důsledku pádu pacienta. Pád může prodloužit léčbu a zkomplikovat základní onemocnění pacienta (9, 18, 14, 27).

Gaitův funkční test – v každém zdravotnickém zařízení by měl být vypracovaný protokol pomáhající vyhodnotit riziko vzniků pádu pacientů. Gaitův test je časově nenáročný a pomáhá vyhodnotit riziko poranění následkem pádů. V případě pozitivity tohoto testu musí sestra udělat další opatření pro snížení rizika vzniku pádu.

1. Požádejte pacienta, aby se na 60 vteřin posadil do židle.
2. Požádejte pacienta, aby se postavil a 30 vteřin stál.
3. Požádejte pacienta, aby prošel napříč místností a otočil se.
4. Požádejte pacienta, aby se vrátil zpět k židli a opět se na ní posadil.

Pokud pacient provede všechny čtyři úkony bez ztráty rovnováhy, potácení se, pádu nebo opírání se o jiné předměty je test negativní. K hodnocení rizika pádu jde také použít modifikovaný screeningový test (15).

1.5 Bezpečnost pacienta při poskytování ošetrovatelské péče

Hlavní prioritou ošetrovatelské péče je bezpečnost pacienta. Na bezpečnost je kladen důraz již od dob Florence Nightingalové. V souvislosti se zvyšováním kvality ošetrovatelské péče a s akreditací nemocnic je bezpečnost pacientů hodně diskutované téma. O problematice bezpečí se stále více píše v knihách a odborných časopisech. Je to téma diskutované na konferencích a mnoho odkazů je možné dohledat i na internetových stránkách (3).

Velice často se stává, že sestry jsou zaneprázdněny tím, že musí vykonávat činnosti za lékaře. Mezi nejčastější činnosti patří dešifrování lékařských zápisů z dokumentace, ve které nebyla uvedena síla léku, množství, a způsob podání léku. V mnoha případech komplikují sestram práci sami lékaři. V okamžiku, kdy sestra musí vykonávat činnosti za lékaře, nemá dostatek času na plnění vlastních povinností a tak může řadu činností opomenout nebo neprovést tak důkladně, jak by měla. To vše může vést sestru k chybám a nedostatečné péči o nemocné, a především ke snížení bezpečí pacientů.

Sestry uvedly, že mezi nejčastější rizika poskytování ošetrovatelské péče patří provádění výkonů mimo nebo nad rámec kvalifikace, ovlivňování pacientů zkreslenými informacemi, nedostatky v komunikaci s pacientem, nedostatky v zajištění bezpečnosti pacientů a technické chyby a omyly. Nejčastější chyby při poskytování ošetrovatelské péče jsou: sestry nezkontrolovaly, zda pacient lék skutečně užil, nedostatečné označení perorálních léků v případě, že byly chystány v pracovně sester na podnos, chystání perorálních léků dlouho dopředu, nedostatečná péče o periferní a centrální katétr a o permanentní katétr, opomíjení polohování imobilních nemocných, nepoužívání jednorázových gumových rukavic při odběru biologického materiálu, při zavádění intravenózních kanyl, nefungující signalizační zařízení (6, 24).

Výkon prováděný mimo rámec kvalifikace uvedlo 80% sester. Práce dle jejich slov od nich požadují lékaři či nadřízení nebo je to na oddělení zvykem, případně to bylo v dané chvíli považováno za nejlepší řešení. Jde např. o přepisování léků do chorobopisu, tisk dekurzů, příprava neordinovaných odběrů (glykémie) atd.

V listopadu 2010 zahájila činnosti Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu ošetrovatelské péče (PSBPKZP). „Pracovní skupina je iniciačním a koordinačním orgánem pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče v ČR.“

Ve všech evropských státech existuje reálná možnost 10%, že člověk hospitalizovaný v nemocnici bude poškozen. Od roku 2005 je problematika pochybení a omylů zařazena do výuky managementu a specializačního vzdělávání sester (4, 24).

1.6 Odpovědnost za škodu na zdraví

Škoda je definována jako majetková nebo nemajetková újma způsobena protiprávním jednáním, které je objektivně vyjádřeno v penězích. Je zájmem všech zúčastněných při poskytování zdravotnické péče a při poskytování ošetrovatelské péče, aby byl výsledek péče co nejlepší a nedošlo ke vzniku žádné škody. Sestra poskytující ošetrovatelskou péči je povinna počínat si tak, aby nedošlo ke škodě na zdraví, majetku na přírodě, a životním prostředí. Sestra je povinna upozornit zaměstnavatele, že hrozí vznik škody nebo že již nějaká škoda vznikla. Sestra jako zaměstnanec musí přijmout opatření k odvrácení hrozící škody. Například sestra nenahlásila, že ve sprše promáčí strop z prasklého potrubí. Nejednala tak v souladu se stanovenou povinností hlásit škodu a bylo jí to vytknuto (26).

Zvláštním druhem majetkové újmy je škoda na zdraví. Škodu rozlišujeme skutečnou (zničení, ztráta, znehodnocení obvykle konkrétní věci. Pacient odevzdá sestře osobní věci do úschovy a věci se ztratí) a majetkovou. Majetková škoda může vzniknout zdravotnickému zařízení, zaměstnavateli, lékaři, sestře, sanitářům, lékařům, zaměstnancům, pacientům. Při vzniku škody na majetku podá vedoucí zaměstnanec oznámení Policii ČR. Ve většině zdravotnických zařízení se podává oznámení při škodě nad pět tisíc korun. Vedoucí zaměstnanec zpracuje dokumentaci o vyšetření škody. Například sestra při přijetí pacienta po nehodě rozstříhla pacientovi kalhoty pro zranění nohy. Oděv nebylo možné jinak sundat. Sestra nezpůsobila pacientovi škodu a nic nehradila (33).

Škodu na majetku pacienta hradí zdravotnické zařízení, pokud jej od poučeného pacienta převzalo do úschovy nebo odložil pacient věci na místě určenému k odkládání. Pokud sestra převezme od pacienta věci a nedala je do úchovy nebo věci poškodila, musí škodu řešit ústavní komise a ta může úhradu vymáhat na sestře. Například sestra převzala od pacientky zubní protézu, kterou dala do emitní misky, kdy byly papírové kapesníky potřísněné zvratky. Jiná sestra vše vyhodila. Pacientka vyžadovala úhradu protézy a bylo jí vyhověno. Škodu na majetku sestry uhradí pacient, který byl v době činu příčetný. Pokud škodu způsobí dětský pacient nebo nepřičetný pacient hradí ji zaměstnavatel. Zaměstnavatel ani pacient nehradí sestře poškozené šperky.

Škodu na majetku zdravotnického zařízení hradí pacient v okamžiku, kdy způsobil škodu úmyslným jednáním. Sestra hradí škodu způsobenou zaměstnavateli. Například nervózní pacient, který se dožadoval přednostního ošetření, ve zlosti prokopl dveře v čekárně. Škodu musel uhradit.

Majetková škoda je škoda na zdraví a zásah do osobních svobod. Tuto škodu lze sanovat penězi. Pokud byla pacientovi způsobena škoda na zdraví, odškodnění obsahuje bolestné, náhradu na ztížení společenského uplatnění a úhradu nákladů účelně vynaložených v souvislosti se vzniklou škodou na zdraví. Výše odškodnění je stanovena podle vyhlášky o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění, kde je stanovena škoda a výše odškodnění. Sestra odpovídá za škodu, kterou způsobila zdravotnickému zařízení nebo zaměstnavateli porušením právní povinnosti při plnění pracovních úkonů nebo v přímé souvislosti s ním.

Škoda na zdraví pacienta vzniklá postupem non lege artis ze strany sestry musí být sankciována v uloženém trestním řízení a hradit škodu v občanskoprávním řízení, pokud se nemocný domáhá odškodnění u soudu. Sestra může být volána k odpovědnosti za ublížení na zdraví, těžkou újmu na zdraví, případně za újmu na zdraví s následkem smrti. Odškodné za újmu na zdraví uhradí zdravotnické zařízení bez ohledu na jeho výši, následně může požadovat úhradu na sestře ale pouze do výše čtyř a půl násobku jejího platu (29).

Ve vztazích mezi lékařem, zdravotnickým zařízením a pacientem rozlišujeme obecnou odpovědnost za škodu, odpovědnost za škodu způsobenou okolnostmi, odpovědnost za neoprávněný zásah, odpovědnost trestněprávní. Odpovědnost za škodu na zdraví může nastoupit v případě zdravotní újmy pacienta, odpovědnost za zásah do osobních práv může být v případě, pokud ze strany lékaře nebo zdravotnického zařízení nebylo respektováno právo pacienta na svobodný informovaný souhlas s prováděním léčebného výkonu, vyšetřováním nebo byla porušena povinnost poučení pacienta.

Podle občanského zákoníku se při škodě na zdraví odškodňují bolesti a zatížení poškozeného. Ztráta výtěžku, společenské uplatnění, náhrada za dobu pracovní neschopnosti, náhrada za ztrátu na výtěžku po skončení pracovní neschopnosti při invaliditě, náhrada za ztrátu na důchodu, náhrada nákladů za léčení. Je zde i úprava jednorázového odškodnění pozůstalých při usmrcení a další náhrady při usmrcení.

V listině základních práv a svobod v článku 1 je stanoveno, že lidé jsou si rovni v důstojnosti i právech. Proto je potřeba akceptovat skutečnost, že poskytovatelé zdravotní péče a ti kteří zdravotní péči potřebují, mají stejná práva, ale i stejné povinnosti. Při poskytování zdravotní péče mají stejné povinnosti jak sestry, tak i pacienti, pokud se dopustí protiprávního jednání. Fyzická osoba se musí podle právních předpisů vyvarovat škodlivým vlivům, které působí škodlivě na jejich zdraví. Když pacient nežije zdravě, tak si do jisté míry nese sám tíhu následků. Neztrácí ale právo na léčbu vzniklých následků (1, 30, 32).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

- Cíl 1: Zjistit četnost nežádoucích událostí na lůžkových odděleních Nemocnice Prachatice a.s.
- Cíl 2: Zmapovat průměrný věk klientů, u kterých dochází ke vzniku nežádoucí události
- Cíl 3: Zjistit k jakému druhu nežádoucí události dochází nejčastěji
- Cíl 4: Zjistit způsoby prevence prováděné v rámci zabránění vzniku nežádoucí události
- Cíl 5: Zmapovat rozdíl četnosti nežádoucích události mezi interními a chirurgickými obory

2.2 Hypotézy práce

- Hypotéza 1: Četnost nežádoucích událostí se v roce 2011 zvýšila ve srovnání s ostatními roky
- Hypotéza 2: Průměrný věk klientů, u kterých dochází nejčastěji ke vzniku nežádoucí události je 65 – 75 let
- Hypotéza 3: Nejčastější nežádoucí události jsou pády
- Hypotéza 4: Nejčastěji užívanými způsoby prevence jsou zábrany a signalizační zařízení
- Hypotéza 5: Nežádoucí události se vyskytují ve větší míře na interních odděleních

3. Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část bakalářské práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl anonymní dotazník, který byl určen sestřám pracujícím v Nemocnici Prachatice a.s.

Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a anonymní. Dotazník obsahoval 31 otázek, z nichž 22 bylo uzavřených, 1 otázka byla polootevřená, u otázky č. 12 bylo možné uvést dvě správné odpovědi, u 5 otázek bylo možné zaškrtnout 3 správné odpovědi. 2 otázky bylo možno ohodnotit body 1 – 5 přičemž 5 bylo bráno jako nejčastější a 1 jako nejméně časté. K potvrzení H1 byly použity výsledky četnosti nežádoucích událostí Nemocnice Prachatice a.s. za roky 2009, 2010 a 2011.

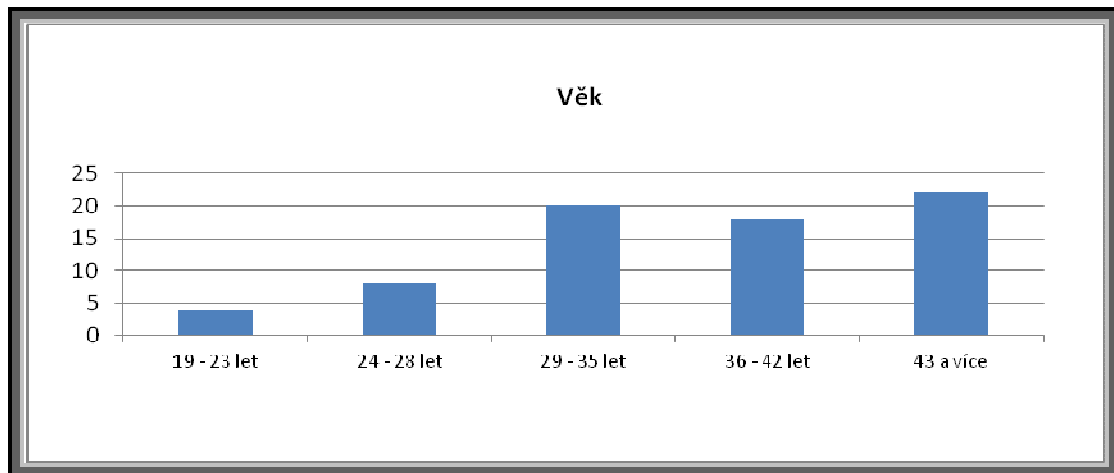
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Vybraným souborem v dotazníkové šetření byly sestry pracující na interním oddělení, chirurgickém oddělení, jednotce intenzivní péče, léčebně dlouhodobě nemocných, gynekologicko-porodnickém oddělení, dětském oddělení Nemocnice Prachatice a.s. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, návratnost činila (90%) z celkového počtu rozdaných dotazníků, tedy 72 dotazníků. Ve výzkumném šetření bylo použito 72 dotazníků.

4. Výsledky

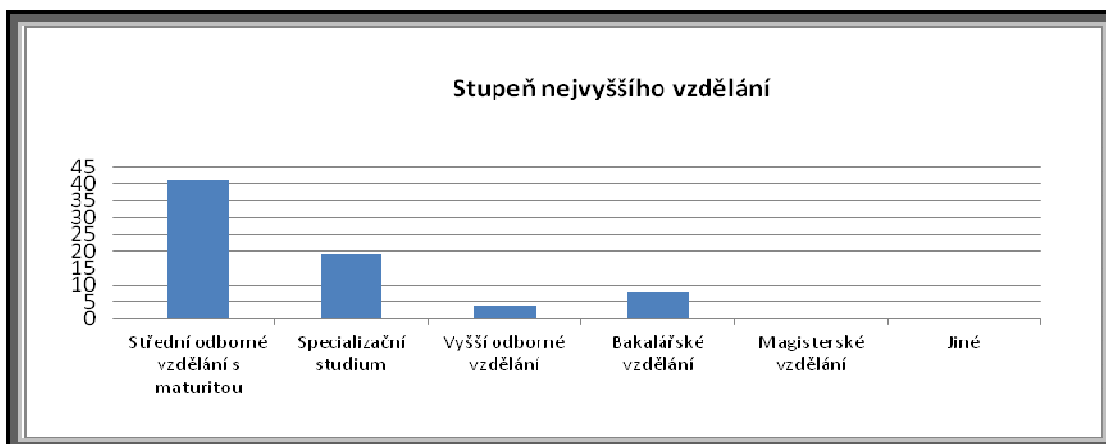
4.1 Analýza dotazníku

Graf 1 Věk respondentů



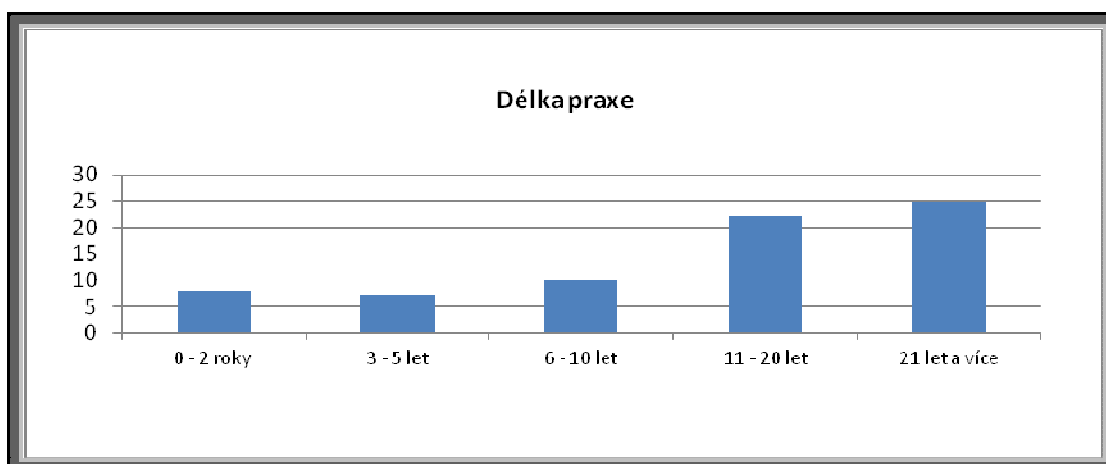
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester byly 4 sestry (6%) ve věku 19 – 23 let, 8 sester (11%) ve věku 24 – 28 let, 20 sester (28%) ve věku 29 – 35 let, 18 sester (25%) ve věku 36 – 42 let, 22 sestry (30%) ve věku 43 a více let.

Graf 2 Stupeň vzdělání respondentů



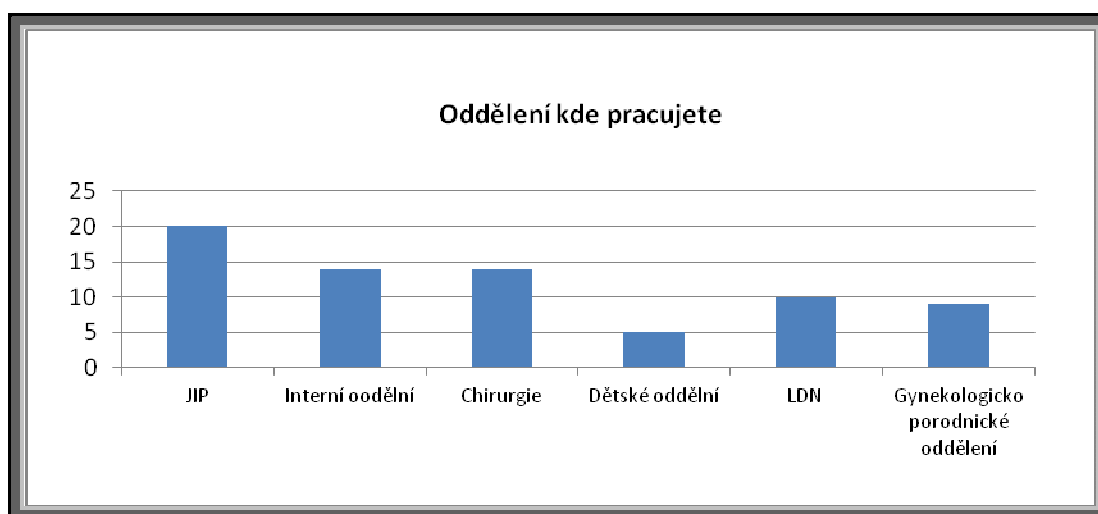
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester uvedlo 41 sester (57%) střední odborného vzdělání s maturitou, 19 sester (26%) specializační studium, 4 sestry (6%) vyšší odborné vzdělání, 8 sester (11%) bakalářské vzdělání. Žádná z dotazovaných sester neuvedla magisterského nebo jiné vzdělání (0%).

Graf 3 Délka praxe respondentů



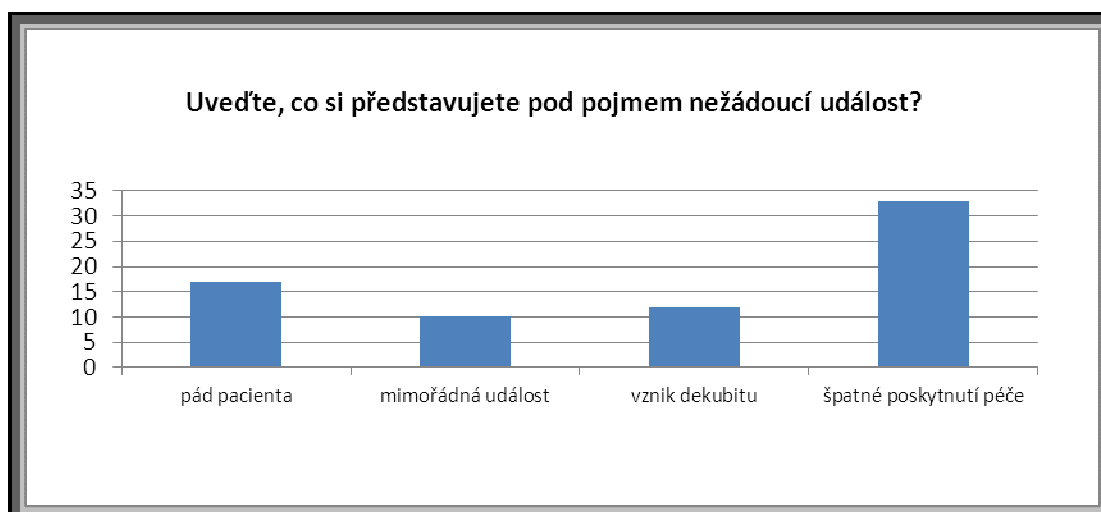
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester uvedlo 8 sester (11%) délku své praxe 0 – 2 roky, 7 sester (10%) délku praxe 3 – 5 let, 10 sester (14%) délku praxe 6 – 10 let, 22 sester (31%) délku praxe 11 – 20 let, 25 sester (35%) délku praxe 21 let a více.

Graf 4 Oddělení, na kterém sestry pracují



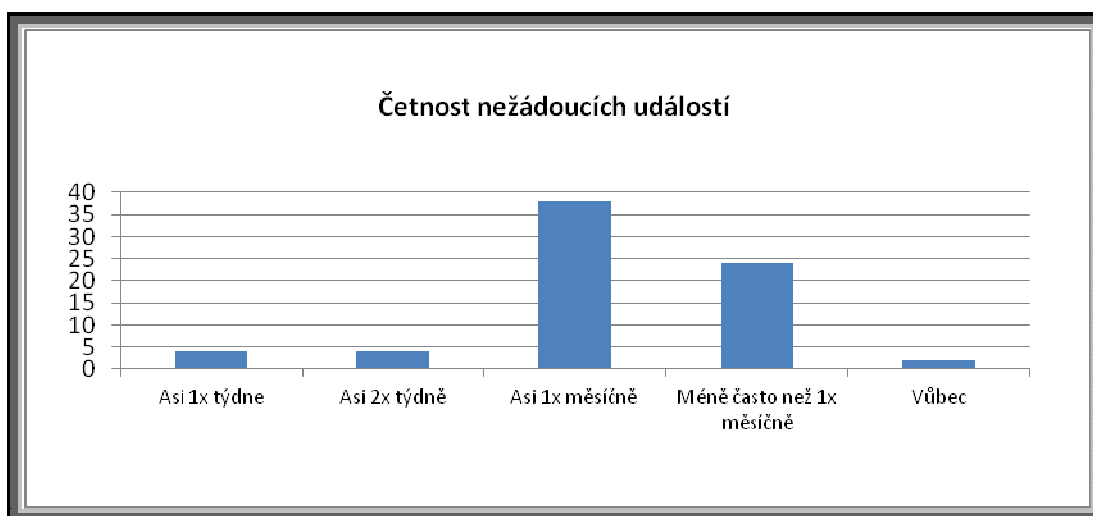
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester pracovalo 20 sester (28%) na JIP, 14 sester (19%) na interním oddělení, 14 sester (19%) na chirurgickém oddělení, 5 sester (7%) na dětském oddělení, 10 sester (14%) na LDN, 9 sester (13%) na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Graf 5 Co si sestry představují pod pojmem nežádoucí událost



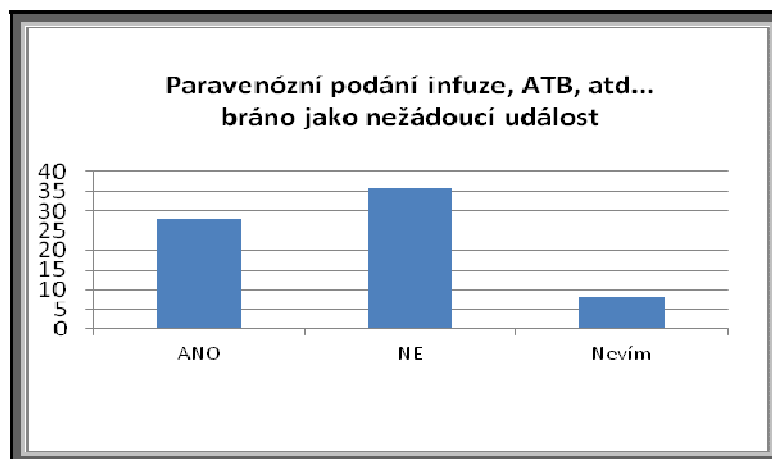
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester uvedlo 17 sester (24%) pád pacienta, 10 sester (14%) mimořádná událost, 12 sester (16%) vznik dekubitu, 33 sester (46%) špatné poskytnutí péče.

Graf 6 Četnost nežádoucích událostí na oddělení respondentů



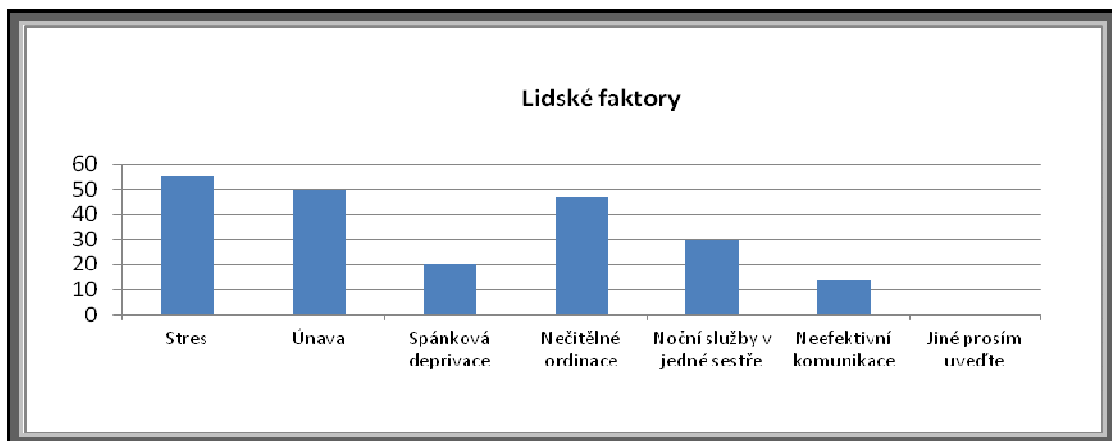
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester uvedly četnost nežádoucích událostí na jejich oddělení 4 sestry (6%) asi 1x týdně, 4 sestry (6%) asi 2x týdně, 38 sester (53%) asi 1x měsíčně, 24 sester (33%) méně často než 1x měsíčně, 2 sestry (3%) vůbec.

Graf 7 Paravenózní podání infuze bráno jako nežádoucí událost



Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester odpovědělo, zda je paravenózní podání bráno jako nežádoucí událost, 28 sester odpovědělo (39%) ANO, 36 sester odpovědělo (50%) NE, 8 sester odpovědělo (11%) nevím.

Graf 8 Lidské faktory na vzniku nežádoucích událostí



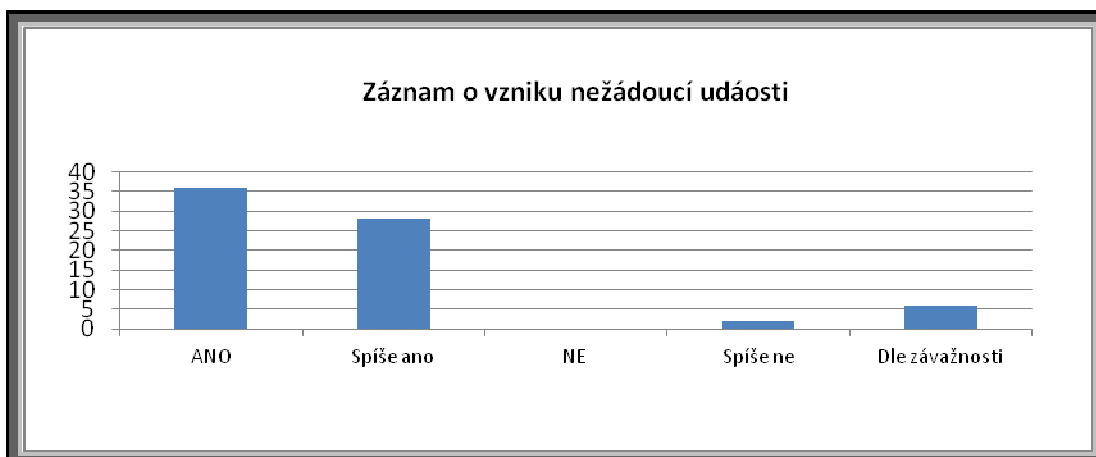
Graf popisuje lidské faktory, které se nejčastěji podílejí na vzniku nežádoucích událostí. Kdy nejvyšší četnost byla zaznamenána u možnosti stres, ten uvedlo 55 sester, 50 sester uvedlo únavu, 20 sester uvedlo spánkovou deprivaci, 47 sester uvedlo nečitelné ordinace, 30 sester uvedlo noční služby v jedné sestře, 14 sester uvedlo neefektivní komunikaci, jiné faktory uvedlo 0 sester.

Tabulka 1 Nejčastější nežádoucí událost na oddělení respondentů

Nejčastější nežádoucí události na oddělení	Škála 5 - 1				
	5	4	3	2	1
Pád pacienta	30	28	14	0	0
Paravenózní podání	10	19	10	10	0
Vznik dekubitu	25	25	17	0	0
Záměna pacienta	0	0	0	0	12
Chybná dieta	0	0	0	7	6
Podání chybného léku	5	0	20	30	22
Nozokomiální nákaza	2	0	11	25	32

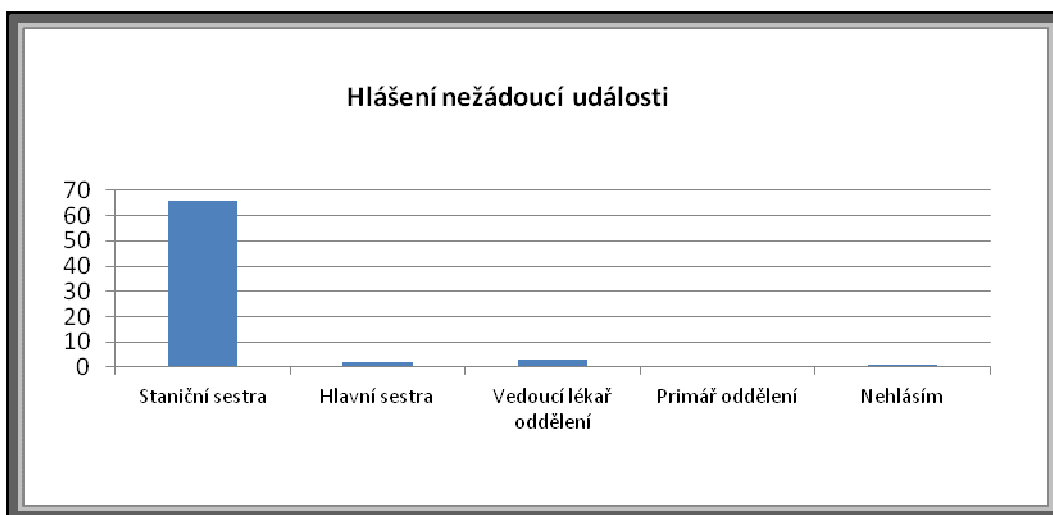
V tabulce jsou zpracovány výsledky nejčastějších nežádoucích událostí dle názorů sester. Z celkového počtu 72 dotazovaných (100%) uvedly sestry pád pacienta 30 (42%) jako nejčastější nežádoucí událost, vznikem dekubitu 25 (35%) byla označena druhá nejčastější událost záměna pacienta, paravenózní podání 10 (14%) bylo označeno na třetím místě, podání chybného léku 5 (7%) bylo na čtvrtém místě, nozokomiální nákaza 2 (3%). Záměna pacienta a chybná dieta nebyla označena sestrami mezi pěti nejčastějšími nežádoucími událostmi.

Graf 9 Záznam o vzniku nežádoucích událostí



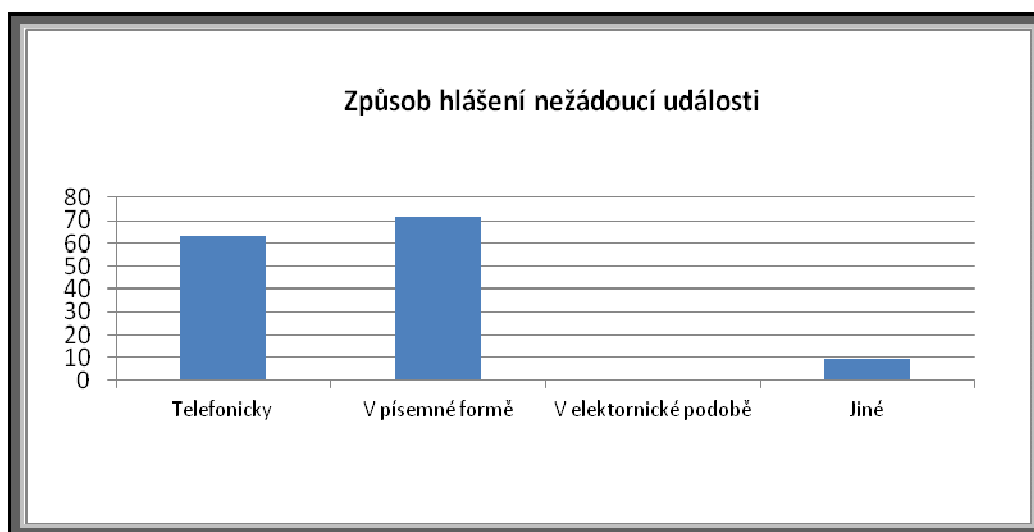
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester odpovědělo na otázku, zda provádějí záznam o vzniku nežádoucích událostí, 35 sester (50%) ANO, 28 sester (39%) spíše ano, 0 (0%) NE, 2 sestry (3%) spíše ne, 6 sester (8%) dle závažnosti.

Graf 10 Komu hlásí sestry vznik nežádoucích událostí



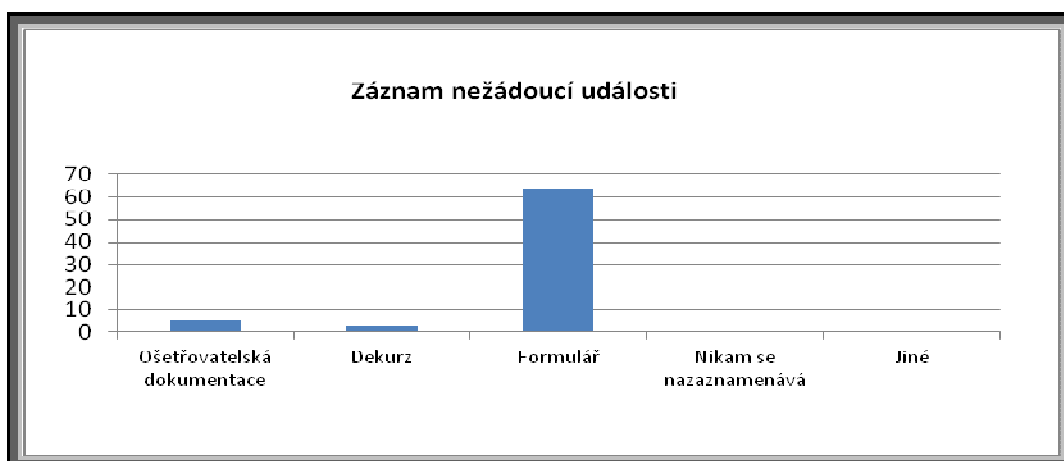
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester uvedlo 66 sester (92%), že hlásí nežádoucí události staniční sestře, 2 sestry (3%) hlásí nežádoucí události hlavní sestře, 3 sestry (4%) hlásí nežádoucí událost vedoucímu lékaři oddělení, 0 (0%) primář oddělení, 1 sestra (1%) nežádoucí událost nehlásí.

Graf 11 Způsob hlášení nežádoucí události



Graf znázorňuje způsob hlášení nežádoucích událostí. Z celkového počtu dotazovaných sester označilo jako nejčastější způsob hlášení nežádoucí události - 72x bylo označeno hlášení nežádoucí události v písemné formě, 63x bylo označeno hlášení nežádoucí události v telefonické formě 0 (0%) v elektronické formě, 9 (13%) v jiné formě.

Graf 12 Způsob záznamu nežádoucí události



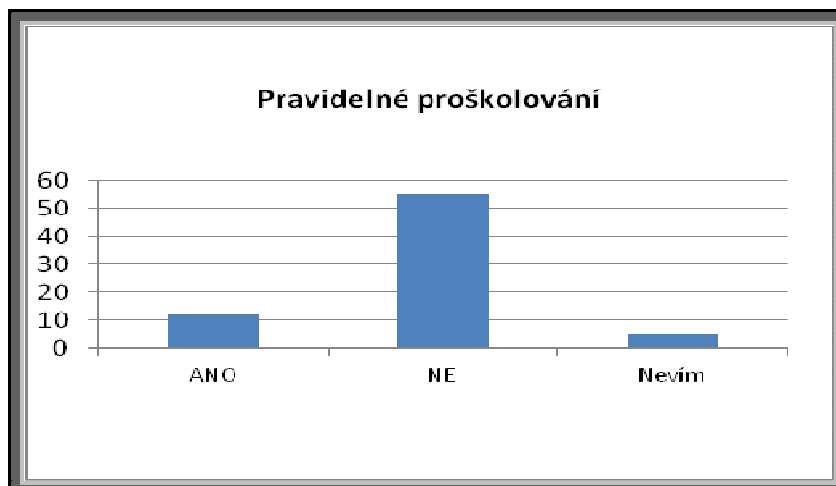
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester uvedly, že provádějí záznam nežádoucí události, 5 sester (7%) do ošetrovatelské dokumentace, 3 sestry (4%) do dekurzu, 64 sester (89%) do formuláře určeného pro záznam nežádoucích událostí, žádná z dotazovaných sester neuvedla - nikam se nezaznamenává ani jiné (0%).

Graf 13 Tým řešící nežádoucí události na oddělení



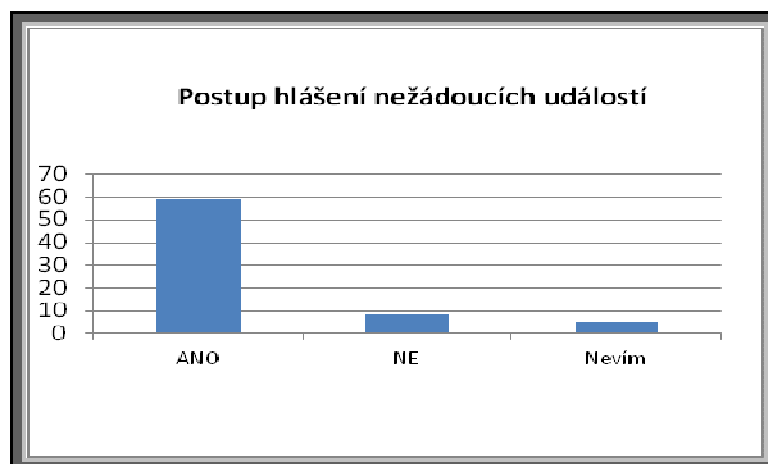
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester odpověděly na otázku, zda je na jejich oddělení tým řešící nežádoucí události, 2 sestry (3%) spíše ano, 63 sester (87%) NE, 4 sestry (6%) spíše ne, 3 sestry (4%) nevím, 0 (0%) ANO.

Graf 14 Pravidelné proškolení respondentů na jejich oddělení o prevenci vzniku nežádoucích událostí.



Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester na otázku o pravidelném proškolení na jejich oddělení odpovědělo 12 sester (17%) ANO, 55 sester (76%) NE, 5 sester (7%) nevím.

Graf 15 Postup hlášení nežádoucích událostí na pracovišti respondentů.



Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester odpovědělo na otázku, zda mají na jejich oddělení vypracovaný postup hlášení nežádoucích událostí 59 sester (82%) ANO, 8 sester (11%) NE, 5 sester (7%) nevím.

Graf 16 Organizační nedostatky



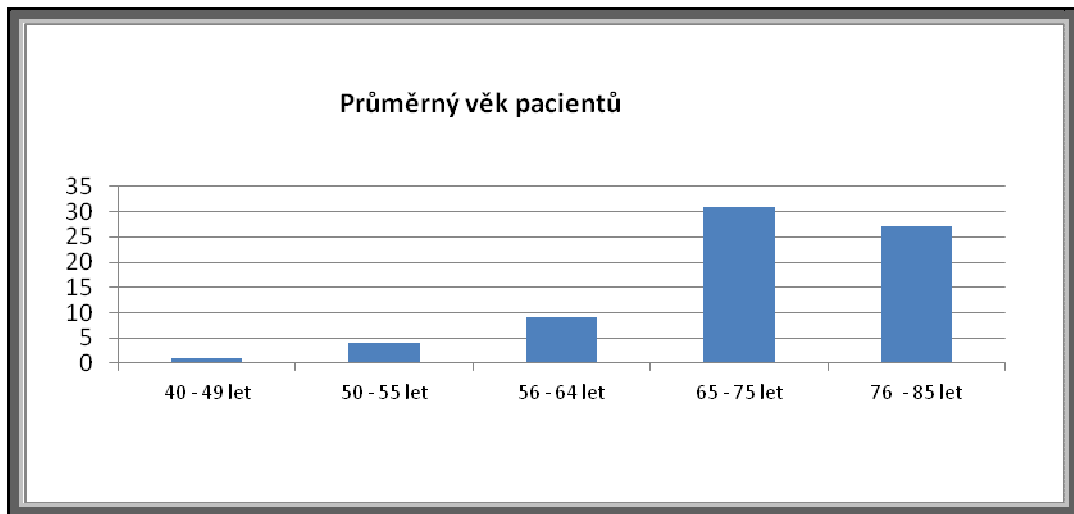
Graf popisuje četnost odpovědí na otázku organizačních nedostatků. Z dotazovaných sester uvedly - 19 odpovědí absenci standardů, 50 odpovědí nedodržování standardů, 60 odpovědí chybějící přístrojové vybavení, 20 sester nepřiměřené zaškolení, 65 sester nedostatečné personální obsazení, 2 sestry nedostatečná údržba přístrojů.

Graf 17 Zvýšila se četnost nežádoucích událostí ve srovnání s ostatními roky?



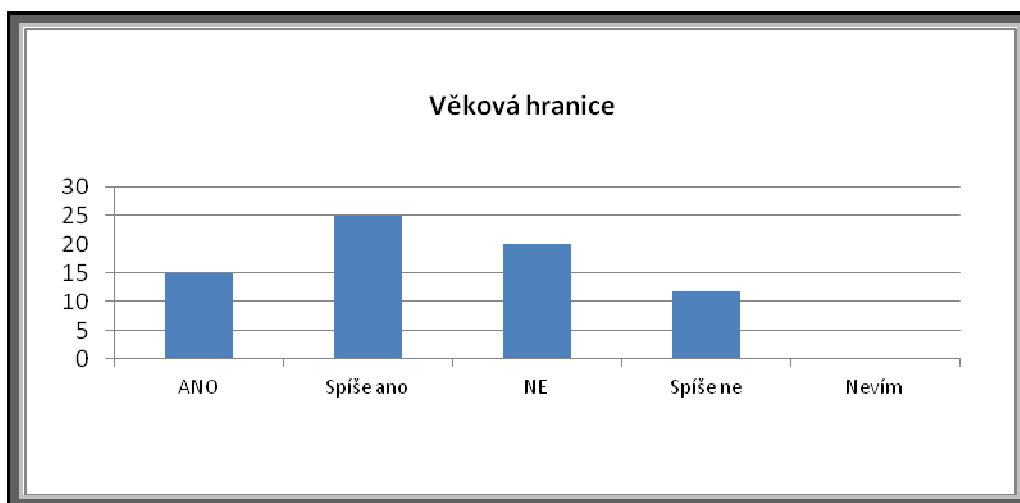
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester odpověděly na otázku, zda se domnívají, že se zvyšuje četnost nežádoucích událostí ve srovnání s ostatními roky, 3 sestry (4%) ANO, 9 sester (13%) spíše ano, 32 sester (44%) NE, 18 sester (25%) spíše ne, 10 sester (14%) nevím.

Graf 18 Průměrný věk pacientů, u kterých se nejčastěji zaznamenává nežádoucí událost?



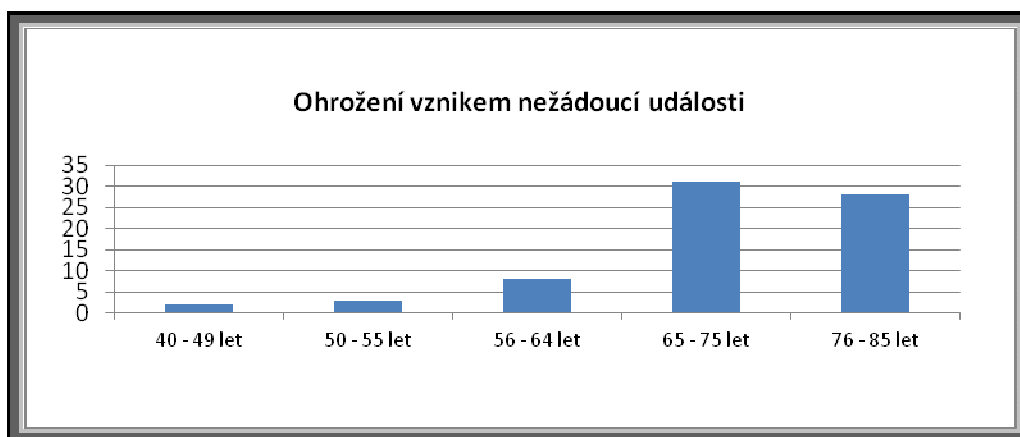
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester uvedly průměrný věk pacientů, u kterých odchází ke vzniku nežádoucí události - 1 sestra (1%) 40 – 49 let, 4 sestry (6%) 50 – 55 let, 9 sester (13%) 56 – 64 let, 31 sester (43%) 65 – 75 let, 27 sester (37%) 76 – 85 let.

Graf 19 Posouvá se věková hranice u pacientů, u kterých vzniká nežádoucí událost nahoru ve srovnání s předchozími roky?



Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester odpovědělo na otázku, zda se posouvá věková hranice u pacientů směrem nahoru 15 sester (21%) ANO, 25 sester (35%) spíše ano, 20 sester (28%) NE, 12 sester (16%) spíše ne, 0 (0%) nevím.

Graf 20 Od jakého roku věku je pacient ohrožení vznikem nežádoucí události?



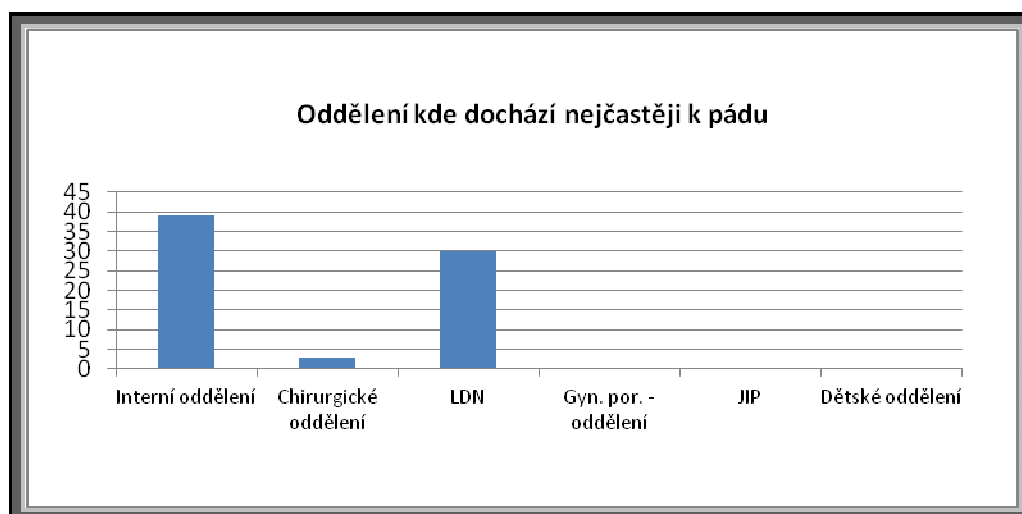
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester na otázku od jakého roku věku je dle jejich názoru pacient ohrožen vznikem nežádoucí události, 2 sestry (3%) 40 – 49 let, 3 sestry (4%) 50 – 55 let, 8 sester (11%) 56 – 64 let, 31 sester (43%) 65 – 75 let, 28 sester (39%) 76 – 85 let.

Tabulka 2 Na jakém oddělení je největší výskyt nežádoucích událostí

Výskyt nežádoucích událostí na oddělení	Škála 5 - 1				
	5	4	3	2	1
Interní oddělení	28	24	15	4	1
Chirurgické oddělení	15	25	13	5	5
LDN	17	12	15	8	4
Gyn.por. - oddělení	4	3	9	17	12
JIP	7	5	14	16	13
Dětské oddělení	1	3	6	22	37

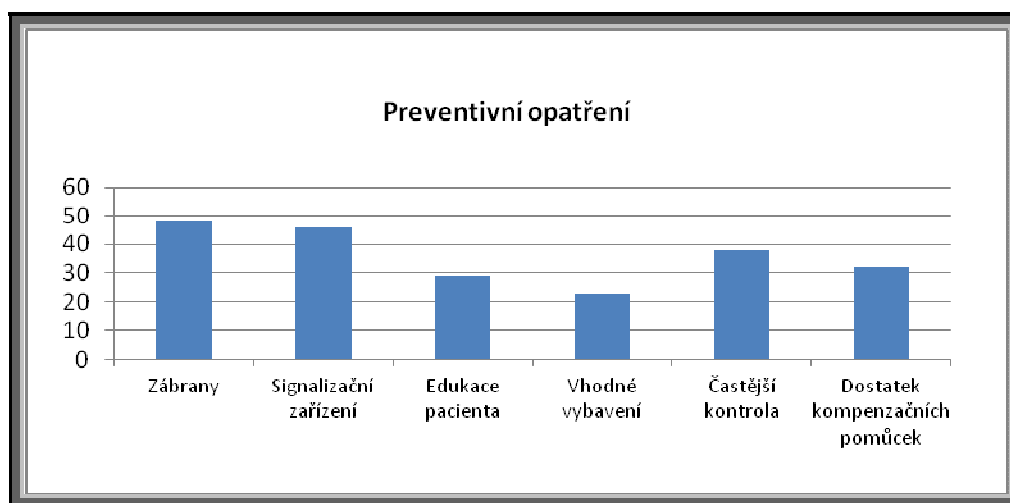
V tabulce jsou zpracovány výsledky nejčastějšího výskytu nežádoucích událostí dle oddělení. Z celkového počtu 72 dotazovaných bylo uvedeno jako nejčastější interní oddělení 28 (39%), LND 17 (24%) byla označena jako druhé nejčastější oddělení s výskytem nežádoucích událostí, chirurgické oddělení 15 (21%) bylo označeno na třetím místě, JIP 7 (1,4%) byla označena na čtvrtém místě, gynekologicko-porodnické oddělení 4 (5,%) bylo označeno na pátém místě, dětské oddělení 1 (1,%) bylo označeno jako oddělení s nejmenším výskytem nežádoucích událostí.

Graf 21 Oddělení kde dochází nejčastěji k pádům pacientů



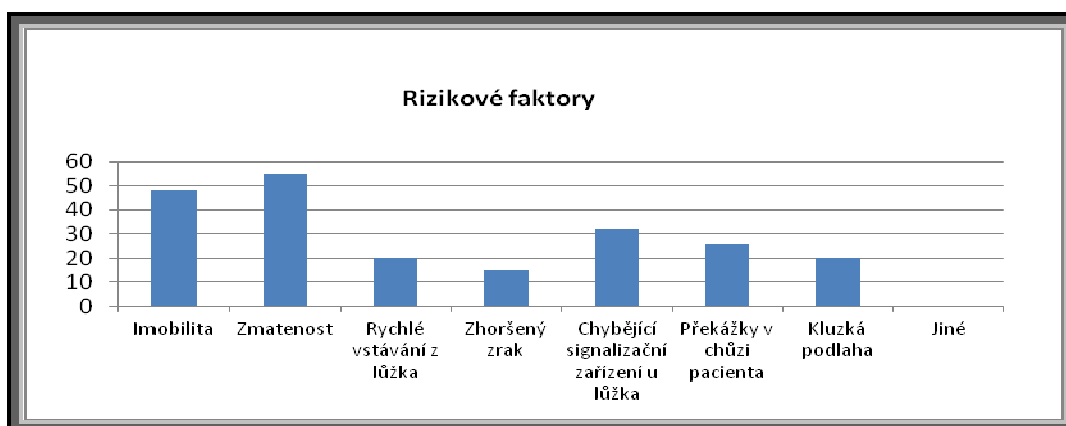
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester uvedlo oddělení, kde dochází nejčastěji k pádu pacienta, 39 sester (54%) interní oddělení, 3 sestry (4%) chirurgické oddělení, 30 sester (42%) LDN. Ostatní oddělení sestry neuvedly (0%).

Graf 22 Preventivní opatření zabraňující pádům pacientů



Graf popisuje četnost odpovědí, na otázku preventivních opatření. Z dotazovaných sester uvedlo jako nejčastější preventivní opatření v prevenci vzniku pádu pacienta - 48 odpovědí zábrany, 46 odpovědí signalizační zařízení, 29 odpovědí edukace pacienta, 23 odpovědí vhodně vybavení, 38 odpovědí častější kontrola, 32 odpovědí dostatek kompenzačních pomůcek.

Graf 23 Rizikové faktory ovlivňující pád pacienta



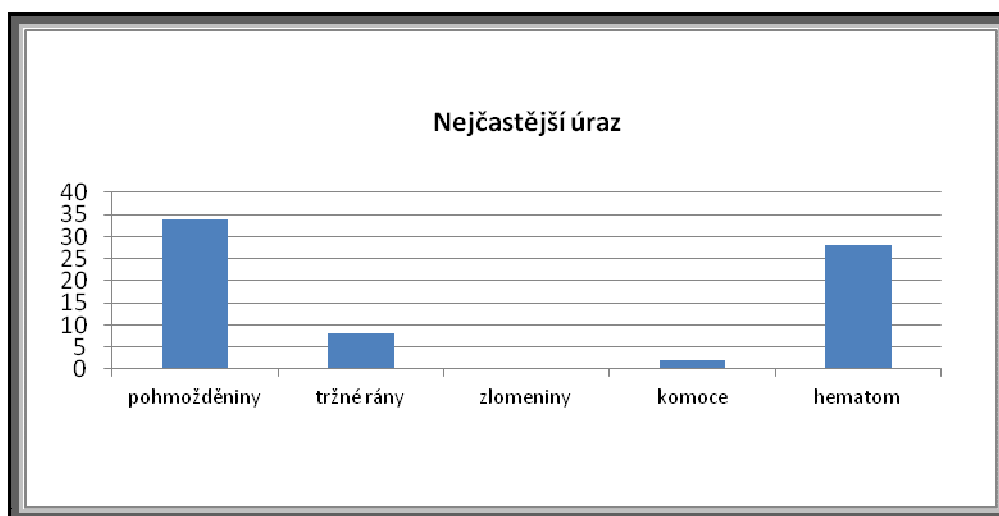
Graf popisuje četnost odpovědí na otázku „Jaké rizikové faktory nejčastěji ovlivňují pád pacienta“. Z celkového počtu dotazovaných uvedly sestry jako nejčastější rizikové faktory imobilitu 48 odpovědí, 55 odpovědí zmatenost, 20 odpovědí rychlé vstávání z lůžka, 15 odpovědí zhoršený zrak, 32 odpovědí chybějící signalizační zařízení u lůžka, 26 odpovědí překážky v chůzi pacienta, 20 odpovědí kluzká podlaha, 0 odpovědí jiné.

Graf 24 Sledování rizika vzniku pádu na oddělení



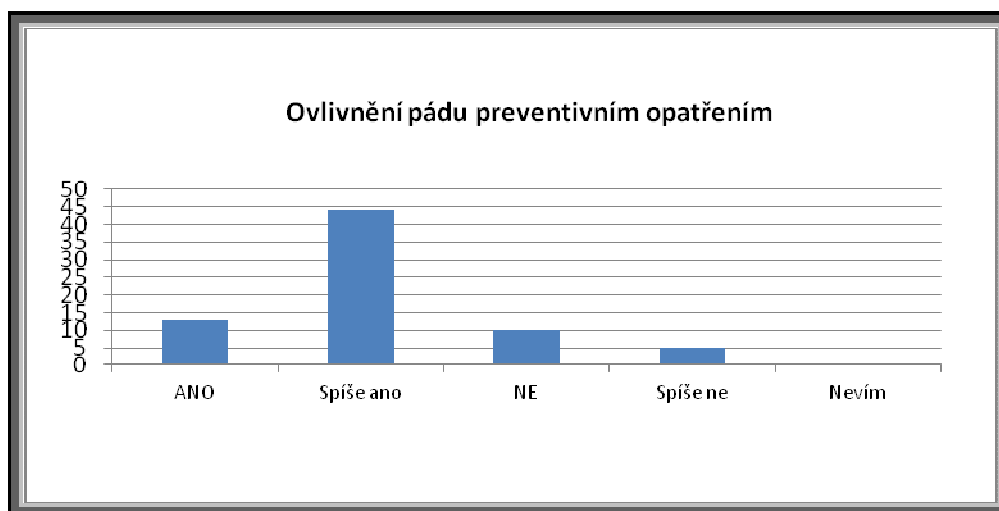
Z celkového počtu dotazovaných sester odpovědělo 72 (100%) na otázku, zda se na jejich oddělení provádí záznam o sledování rizika vzniku pádu - 23 sester (32%) ANO, 15 sester (21%) spíše ano, 28 (39%) NE, 4 (5,56%) spíše ne, 2 sestry (3%) nevím.

Graf 25 Úraz, který nejčastěji vznikne u pacienta po pádu



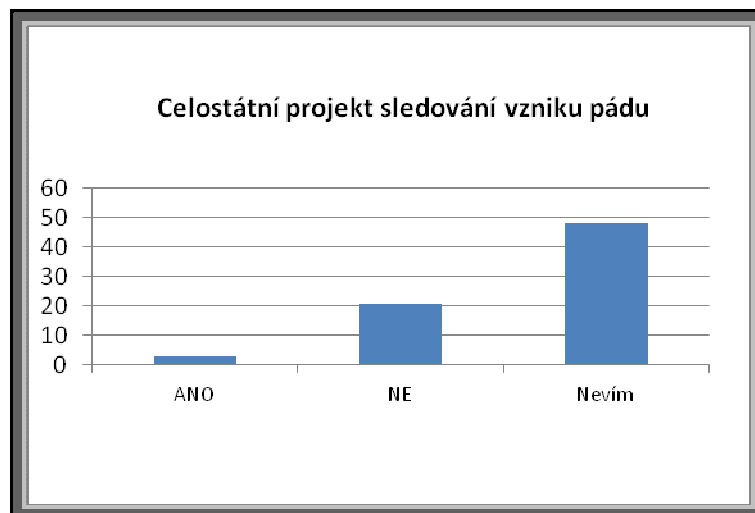
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester uvedlo jako nejčastější úrazy pacientů 34 sester (47%) pohmožděniny, 8 sester (11%) tržné rány, 0 (0%) zlomeniny, 2 sestry (3%) komoce, 28 sester (39%) hematom.

Graf 26 Ovlivnění výskytu pádu u pacienta vhodným preventivním opatřením



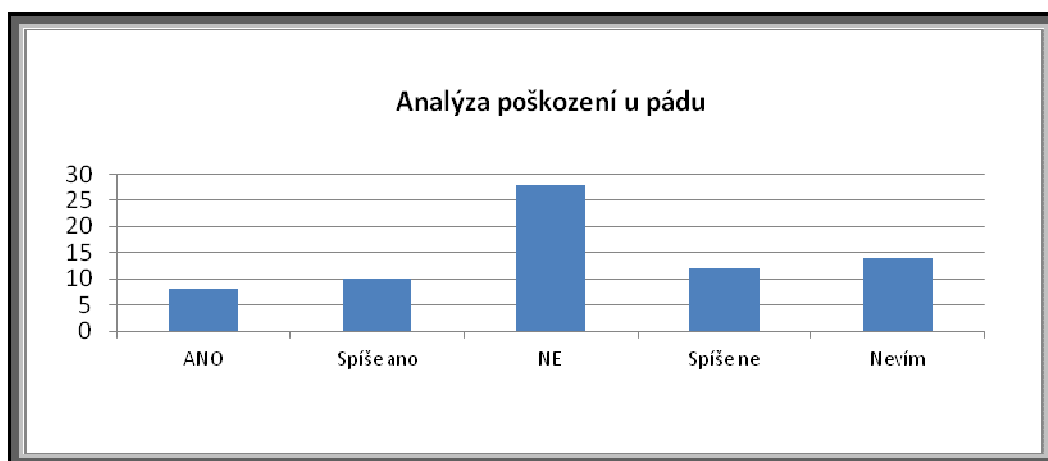
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester odpovědělo na otázku, zda jde předcházet vzniku pádu preventivním opatřením 13 sester (18%) ANO, 44 sester (61%) spíše ano, 10 sester (14%) NE, 5 sester (7%) spíše ne, 0 (0%) nevím.

Graf 27 Je zdravotnické zařízení zapojeno v celostátním projektu sledování vzniku pádu?



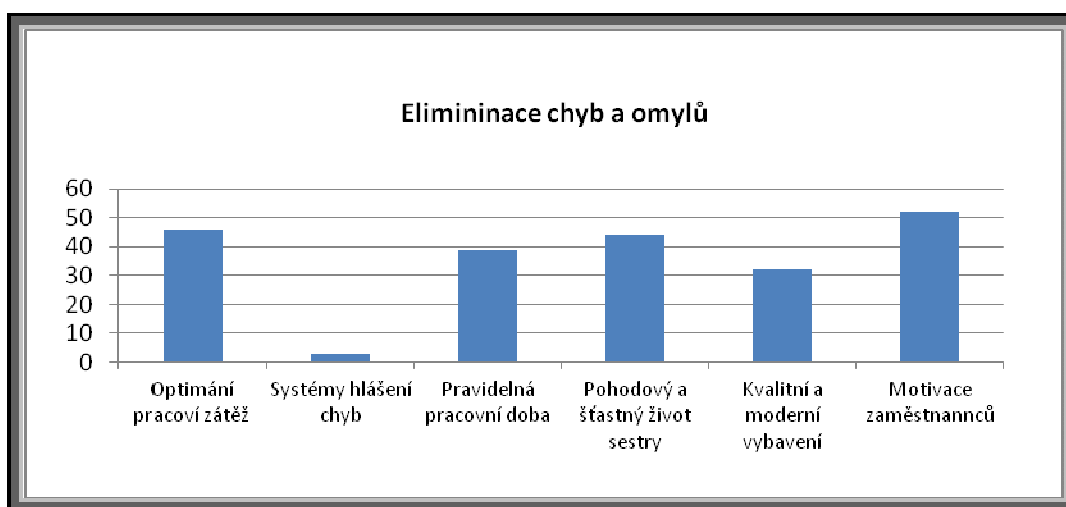
Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester uvedly na otázku, zda je jejich nemocnice zapojena do celostátního sledování vzniku pádu 3 sestry (4%) ANO, 21 sester (29%) NE, 48 sester (67%) nevím.

Graf 28 Provádění analýzy vážného poškození u pádu pacienta na oddělení



Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester odpovědělo na otázku, zda se provádí analýza poškození pacienta u pádu - 8 sester (11%) ANO, 10 sester (14%) spíše ano, 28 sester (39%) NE, 12 sester (17%) spíše ne, 14 sester (19%) nevím.

Graf 29 Co je nejdůležitější v eliminaci chyb a omylů v ošetrovatelské péči

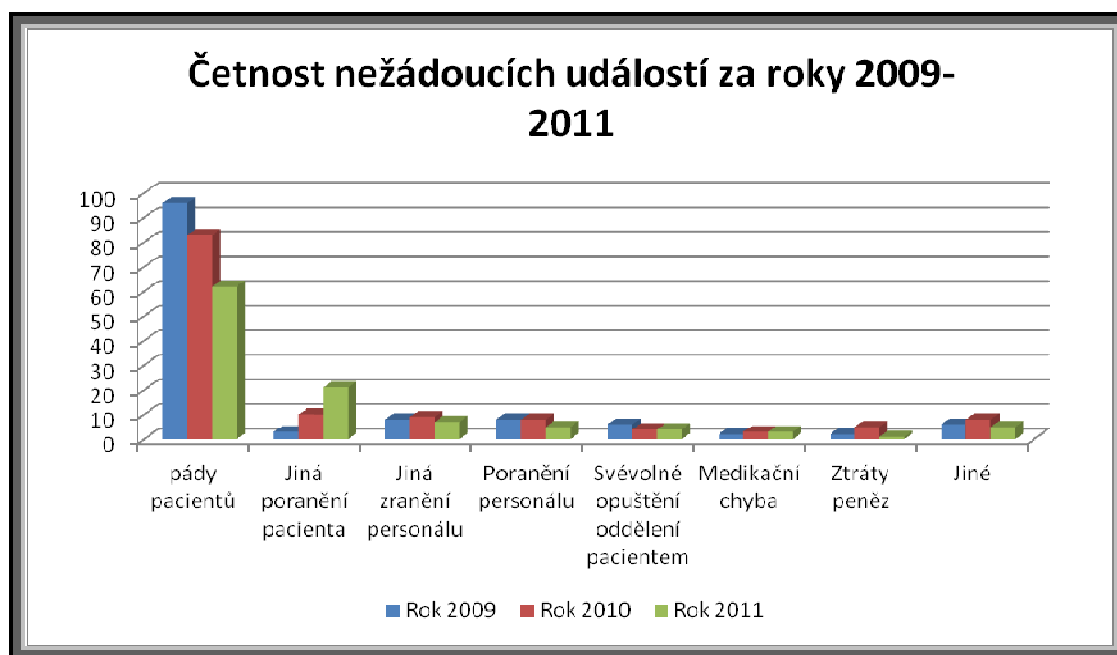


Graf popisuje četnost odpovědí na otázku: „Co je dle Vašeho názoru důležité v eliminaci chyb a omylů. Sestry odpověděly - 55 odpovědí optimální pracovní zátěž, 50 odpovědí systém hlášení chyb, 20 odpovědí pravidelná pracovní doba, 47 odpovědí pohodový a šťastný život sestry, 30 odpovědí kvalitní a moderní vybavení, 14 odpovědí motivace zaměstnanců.

4.2 Výsledky četnosti nežádoucích událostí

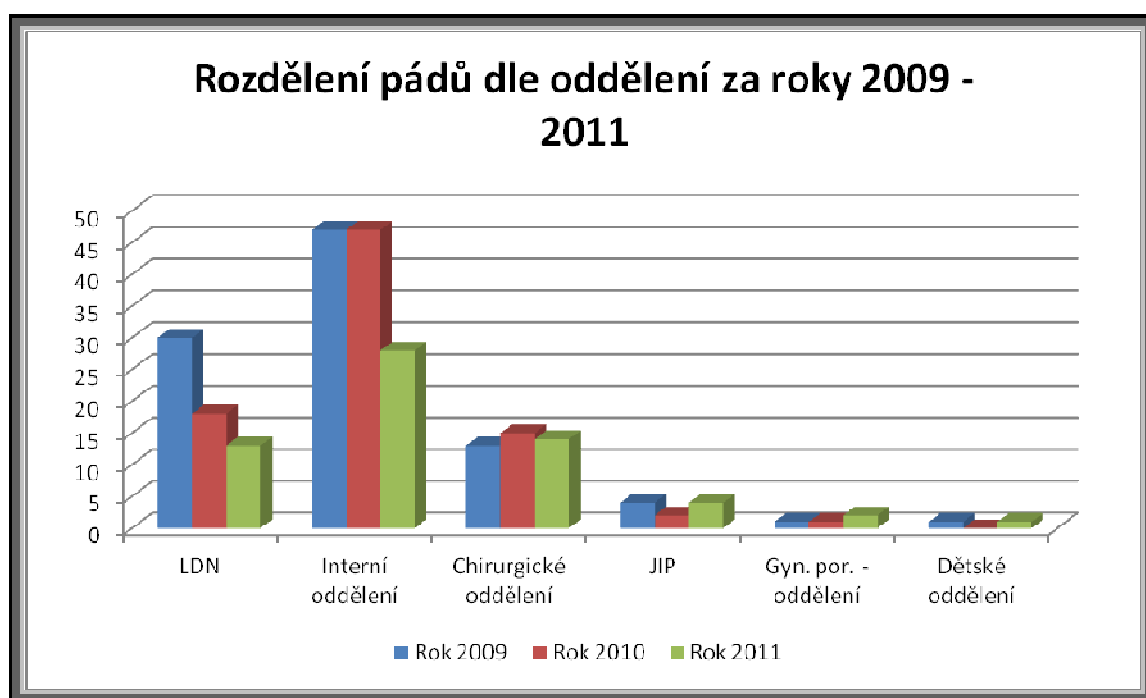
Výsledky ke zpracování těchto grafů byly poskytnuty od hlavní sestry Nemocnice Prachatice a.s.

Graf 30 Četnost nežádoucích událostí za roky 2009 až 2011



Graf popisuje četnost nežádoucích událostí Nemocnice Prachatice a.s. za rok 2009, 2010, 2011. Nejčastějšími nežádoucími událostmi byly pády, které byly v roce 2009 zaznamenány 96 (73%) z celkového počtu nahlášených událostí, jiná poranění pacienta 21 (19%) byla nejčastější v roce 2011 z celkového počtu nahlášených událostí. Jiná zranění personálu 8 (6%) byla nejčastější v roce 2010, Poranění personálu ostrým předmětem 9 (7%) bylo nejčastější v roce 2010 z celkového počtu nahlášených událostí, svévolné opuštění oddělení pacientem 6 (5%) bylo zaznamenáno nejčastěji v roce 2009 z celkového počtu nahlášených událostí, medikační chyba 3 (2%) byla způsobena nejčastěji v roce 2011 z celkového počtu nahlášených událostí, ztráty peněz 5 (4%) byly nejčastější v roce 2010 z celkového počtu nahlášených událostí, jiné nežádoucí události 8 (6%) byli nejčastěji zaznamenávány v roce 2010 z celkového počtu nahlášených událostí.

Graf 31 Rozdělení pádů dle oddělení za roky 2009 až 2011



Graf popisuje četnost pádu na jednotlivých odděleních Nemocnice Prachatice a.s. za rok 2009, 2010, 2011. Na oddělení LDN byly pády 30 (31%) nejčastěji zaznamenány v roce 2009, na interním oddělení byly pády 47 (56%) zaznamenány nejčastěji v roce 2010, na chirurgickém oddělení byly pády 15 (18%) nejčastěji zaznamenávány v roce 2010, na JIP byly pády 4 (6,%) nejčastěji zaznamenány v roce 2011, na gynekologicko-porodnickém oddělení byly pády 2 (3%) nejčastěji zaznamenány v roce 2011, na dětském oddělení byly pády 1 (1%) nejčastěji zaznamenány v roce 2009 a 2011.

5. Diskuse

Téma bakalářské práce je „Nežádoucí události v ošetrovatelské péči“. Cílem práce bylo zmapovat četnost nežádoucích událostí. Zjistit na jakých odděleních se nejčastěji nežádoucí události vyskytují. K výzkumnému šetření byla využita kvantitativní metoda sběru dat technikou dotazníku. Dotazník obsahoval 31 otázek a byl určen sestřím pracujícím na lůžkových odděleních Nemocnice Prachatice a.s.

Úvod dotazníku obsahoval identifikační otázky, jako jsou: věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe respondentů, pracoviště respondentů.

U otázky věku byla nejvíce zastoupena skupina ve věku 43 a více let. V zastoupení 22 (30,55%) respondentů. Nejméně zastoupena byla skupina respondentů ve věku 19 – 23 let s počtem 4 (5,55%) respondentů (graf 1).

Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání bylo nejčastěji uváděno střední odborné vzdělání s maturitou s počtem 41 (56,94%) respondentů. Ostatní vzdělání byla zastoupena méně. Magisterské vzdělání nebylo zastoupeno žádnou sestrou pracující ve zmiňované nemocnici (graf 2). Dle mého názoru jsou vyšší a vysokoškolská vzdělání zastoupena méně, protože od sester ve zmíněné nemocnici není požadováno další vzdělání a pokud ho mají, není k němu při výkonu povolání nijak přihlíženo.

Sestry dále v dotazníku odpovídaly na délku své praxe. Nejvíce zastoupena byla odpověď 11 – 20 let. Tu uvedlo 22 (30,56%) sester. Nejméně byla zastoupena délka praxe 21 let a více s počtem 4 (5,55%) sester (graf 3).

Na otázku na jakém oddělení sestry pracují, bylo nejvíce odpovědí, že pracují na JIP. V celkovém počtu 20 (27,78%) sester. Nejméně sester 5 (6,94%) uvedlo jako své pracoviště dětské oddělení (graf 4).

Práce měla 5 hypotéz a cílem bylo jejich potvrzení nebo vyvrácení.

První hypotéza „Četnost nežádoucích událostí se v roce 2011 zvýšila ve srovnání s ostatními roky“ nebyla podle získaných informací potvrzena. Nejčastější zaznamenávané nežádoucí události byly pády. Jejich četnost byla nejvyšší v roce 2009 s počtem 96 (73%) počtu událostí. V roce 2010 a 2011 četnost pádů klesala. Marx

uvádí, že pády se častěji vyskytují v domech s pečovatelskou službou (11). Dle mého názoru, se četnost pádů snížila tím, že stále přibývá mladších pacientů, kteří trpí závažným onemocněním. Riziko pádu je u těchto pacientů menší (graf 30, 31).

Na otázku, zda se zvyšuje četnost nežádoucích událostí, ve srovnání s ostatními roky odpovědělo 32 (44%) sester, že se četnost nezvýšila (graf 17). Jurásková uvádí, že pády jsou pro zdravotnická zařízení nepříjemnými následky. Zhoršují pověst zdravotnického zařízení a představují pro ně zvýšené náklady spojené s další léčbou zraněných nemocných.

Druhá hypotéza „Průměrný věk klientů, u kterých dochází nejčastěji ke vzniku nežádoucí události je 65 – 75 let“. Což bylo naším výzkumem potvrzeno. Na otázku jaký je průměrný věk pacientů, u kterých nejčastěji dochází ke vzniku nežádoucích událostí, odpovědělo 31 (43,05%) sester, že průměrný věk je 65 – 75 let (graf 18). Dále odpovědělo 25 (34,72%) sester, že věková hranice pacientů u kterých dochází ke vzniku nežádoucích událostí, se posouvá směrem nahoru (graf 19). Další otázkou potvrdilo 31 (43,05%) sester, že nejvíce ohroženi vznikem nežádoucí události jsou pacienti ve věku 65 – 75 let. Naopak pouze 2 (2,78%) sestry odpověděly, že průměrný věk je 40 – 49 let (graf 20).

Třetí hypotéza „Nejčastější nežádoucí události jsou pády“ byla potvrzena. Sestry měly označit na stupnici 1-5 nejčastější nežádoucí událost. Jako nejčastější nežádoucí událost označily pád pacienta (tabulka 1). Marx uvádí, že pády se vyskytují nejčastěji u seniorů nad 65 let. Což bylo naším výzkumem potvrzeno. Pády pacientů se vyskytují u 1,17% všech hospitalizovaných a jsou téměř 50% spojeny se zraněním (11). Na otázku k jakému nejčastějšímu zranění dochází, při pádu pacienta odpovědělo 34 (47%) sester, že nejčastěji dochází k pohmožděninám (graf 25). Marx dále uvádí, že V případě pádu pacienta je nutné zjistit okolnosti pádu a přítomnost rizikových faktorů. Graf 23 popisuje četnost odpovědí na otázku „Jaké rizikové faktory nejčastěji ovlivňují pád pacienta“, Z celkového počtu dotazovaných sester dotazovaných sester uvedly sestry jako nejčastější rizikové faktory imobilitu 48 odpovědí, 55 odpovědí zmatenost, 20 odpovědí rychlé vstávání z lůžka, 15 odpovědí zhoršený zrak, 32 odpovědí chybějící signalizační zařízení u lůžka, 26 odpovědí překážky v chůzi pacienta, 20 odpovědí

kluzká podlaha, 0 odpovědí jiné. Na otázku zda lze ovlivnit pád pacienta preventivním opatřením odpovědělo 44 (61%) sester, že spíše ano (graf 26). Dle mého názoru lze částečně ovlivnit pád pacienta preventivním opatřením.

Gaitův funkční test – v každém zdravotnickém zařízení by měl být vypracovaný protokol pomáhající vyhodnotit riziko vzniků pádu pacientů. Gaitův test je časově nenáročný a pomáhá vyhodnotit riziko poranění následkem pádů. V případě positivity tohoto testu musí sestra udělat další opatření pro snížení rizika vzniku pádu (15). Toto tvrzení naším výzkumem potvrzeno nebylo. Sestry na oddělení nemají protokol pomáhající vyhodnotit riziko vzniku pádu. Na otázku, zda provádějí sestry analýzu vzniku pádu u pacienta, byla odpověď 28 (39%) sester, že neprovádějí analýzu vzniku pádu (graf 28). Z vlastní zkušenosti vím, že pokud má sestra podezření, že by u pacienta mohlo dojít k pádu, již při přijetí provádí preventivní opatření zabráňující vzniku pádu. Časté kontroly, zábrany atd.

Dostálová uvádí, že při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení by měla sestra zhodnotit riziko vzniku pádu u pacienta. Při hospitalizaci pacienta v nemocničním zařízení by měla sestra jedenkrát týdně hodnotit u pacienta riziko vzniku pádu a vždy při zhoršení pacientova stavu (3). Což naším výzkumem potvrzeno nebylo. Na otázku, zda sestry sledují na jejich oddělení riziko vzniku na oddělení, uvedlo 28 (39%) sester odpověď, že neprovádějí sledování rizika vzniku pádu (graf 24).

Čtvrtá hypotéza „Nejčastěji užívanými způsoby prevence jsou zábrany a signalizační zařízení“ byla potvrzena. Svobodová uvádí, že důležitá je především prevence vzniku pádu vhodným preventivním opatřením (23). Což bylo naším výzkumem potvrzeno. V grafu, který popisuje četnost odpovědí na otázku, jaká jsou nejčastější preventivní opatření v prevenci vzniku pádu pacienta, bylo označeno jako 48 odpovědí zábrany, 46 odpovědí signalizační zařízení, 29 odpovědí edukace pacienta, 23 odpovědí vhodně vybavení, 38 odpovědí častější kontrola, 32 odpovědí dostatek kompenzačních pomůcek (graf 22).

Pátá hypotéza „Nežádoucí události se vyskytují ve větší míře na interních odděleních“ byla potvrzena. Sestry měly označit na stupnici 1-5 oddělení, na kterých dochází nejčastěji ke vzniku nežádoucí události. Přičemž 5 bylo nejčastější oddělení a 1

nejméně časté. Nejčastějším oddělením bylo označeno interní oddělení. Na druhém místě byla LDN a na třetím místě chirurgické oddělení. Další oddělení byla označena pouze malým počtem bodů (tabulka 2). Škrla uvádí, že pacienti s delší dobou hospitalizace - mají větší riziko vzniku nežádoucích událostí (24). Což se naším výzkumem potvrdilo. Hospitalizace pacientů na interních odděleních je ve většině případů delší než hospitalizace na chirurgických odděleních. Na interních odděleních jsou převážně starší pacienti a riziko vzniku nežádoucí události je u nich větší než u pacientů na chirurgickém oddělení. Na chirurgických odděleních je ve většině případů kratší doba hospitalizace a věkový průměr pacientů je nižší.

Škrla uvádí, že nežádoucí událostí se nazývá jakákoli událost, při které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo procedury. Nežádoucími událostmi jsou také lékařské, popřípadě ošetrovatelské intervence, které neproběhly podle plánu, platných směrnic nebo standardů péče. Což se naším výzkumem potvrdilo. Na otázku „Co si představujete pod pojmem nežádoucí událost. Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester uvedlo 17 sester (24%) pád pacienta, 10 sester (14%) mimořádná událost, 12 sester (16%) vznik dekubitu, 33 sester (46%) špatné poskytnutí péče (graf 5). Na otázku „Zda je paravenózní podání léku atd. bráno jako nežádoucí událost“ uvedly dotazované sestry - 28 sester odpovědělo (39%) ANO, 36 sester odpovědělo (50%) NE, 8 sester odpovědělo (11%) nevím (graf 7). Dle mého názoru nemají sestry dostatek informací o problematice nežádoucích událostí. Sestry často jejich vznik podceňují a ne vždy provádějí záznam o jejich vzniku. Jeden z mnoha názor, je, že pokud by sestra měla vyplňovat záznam o vzniku nežádoucí události při každém „para“ podání. Zkrátil by se čas, který může sestra věnovat pacientovi a prodloužil by se už takhle dlouhý čas sezení u papírů.

Škrla dále uvádí, že sestry se dopouští pochybení a omylů během procesu poskytování ošetrovatelské péče (15). Což se naším výzkumem potvrdilo. Sestry měly označit lidské faktory, které se mohou podílet na vzniku nežádoucí události. Graf 8 popisuje četnost odpovědí, kdy nejvyšší četnost byla zaznamenána u stresu, ten uvedlo 55 sester, 50 sester uvedlo únavu, 20 sester uvedlo spánkovou deprivaci, 47 sester uvedlo nečitelné ordinace, 30 sester uvedlo noční služby v jedné sestře, 14 sester uvedlo neefektivní komunikaci, jiné faktory nebyly uvedeny. Vše souvisí se vším. Pokud je

sestra o noční na celém oddělení sama, tak je pochopitelně ve stresu. Když je celou službu bez pomoci ostatního personálu a nemá se s kým poradit, tak za pár hodin ni padne únava. Proto jsem velkým zastáncem toho, že sestra by sestra neměla sloužit noční služby zcela sama. Určitě by se tím zmenšilo riziko vzniku nežádoucí události. Protože pokud sestra odebírá krev nebo pracuje u příjmu. Nemůže dost dobře kontrolovat, zda se na ostatních pokojích něco přihodilo.

Voráček uvádí, že pokud dojde ke vzniku nežádoucí události, sestra by měla vyhotovit zápis o vzniku nežádoucí události do standardizovaného formuláře podle směrnice zdravotnického zařízení. Hlášení nežádoucí události je povinností každého zaměstnance (27). Což bylo naším výzkumem potvrzeno. Na otázku zda provádějí sestry záznam o vzniku nežádoucí události, odpovědělo 35 (50%) sester, že provádějí záznam. Zajímavé bylo, že 6 (8%) sester z celkového počtu dotazovaných odpovědělo, že provádějí záznam nežádoucí události dle závažnosti (Graf 9). Pokládám si otázku, zda nemají sestry rozdílné pohledy na závažnost nežádoucí události Voráček dále uvádí, že o vzniku nežádoucí události musí být bezprostředně informován nadřízený zaměstnanec, ošetřující lékař, eventuelně primář oddělení, v případě potřeby právní oddělení, ústavní hygienik, bezpečnostní technik či jiné instituce (27). Což bylo naším výzkumem potvrzeno. Na otázku „Komu hlásíte vznik nežádoucí události“ Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných sester, odpovědělo 66 sester (92%) že hlásí nežádoucí události staniční sestře, 2 sestry (3%) hlásí nežádoucí události hlavní sestře, 3 sestry (4%) hlásí nežádoucí událost vedoucímu lékaři oddělení, 0 (0%) primáři oddělení, 1 sestra (1%) nežádoucí událost nehlásí (graf 10).

Raisová uvádí, že nekvalitně vedená zdravotnická dokumentace představuje jedno z největších rizik pro zdravotnické zařízení (19). Což bylo naším výzkumem potvrzeno. Na otázku kam sestry provádějí záznam nežádoucí události, uvedly, že provádějí záznam nežádoucí události - 5 sester (7%) do ošetřovatelské dokumentace, 3 sestry (4%) do dekurzu, 64 sester (89%) do formuláře určeného pro záznam nežádoucích událostí, žádná z dotazovaných sester neuvedla - nikam se nezaznamenává ani jiné (0%) (graf 12).

Vondráček uvádí, že prevence pochybení je možná, pokud budou informace o chybách analyzovány a řešení problému bude nabídnuto všem ostatním sestřím v zájmu prevence. Zajišťování bezpečí pacientů není pouze kolektivní odpovědností ošetrovatelské práce, ale osobní odpovědností každé sestry. Je nutné, aby se sestry seznámily s okolnostmi, za kterých dochází ke vzniku pochybení (31). Což se naším výzkumem nepotvrdilo. Na otázku, zda mají sestry na oddělení tým zabývající se řešením nežádoucích událostí, odpovědělo 63 (87%) sester – ne (graf 13). Na otázku zda jsou sestry pravidelně proškoleny o prevenci vzniku nežádoucích událostí, odpovědělo 55 (76%) sester, že nejsou pravidelně proškoleny (graf 14). Sestry uvedly, že mají na oddělení vypracovaný postup hlášení nežádoucí události (graf 15). Informace a výsledky výzkumného šetření, které jsem získala při zpracování této práce, budou předloženy a prokonzultovány s hlavní sestrou nemocnice, která by s nimi mohla dále pracovat ve smyslu pořádání různých seminářů, informačních schůzek za přispění i mé účasti. Tím by mohlo dojít ke zvýšení informovanosti sester v oblasti nežádoucích událostí.

Zdravotnické noviny uvádějí, že výkon prováděný mimo rámec kvalifikace uvedlo 80% sester. Práci dle slov sester od nich požadují lékaři či nadřízení nebo je to na oddělení zvykem, případně to bylo v dané chvíli považováno za nejlepší řešení. Jde např. o přepisování léků do chorobopisu, tisk dekursů, příprava neordinovaných odběrů (glykémie) atd. (4). Což mohou všechny sestry potvrdit z vlastní zkušenosti. Škárová uvádí, že v okamžiku kdy sestra musí vykonávat činnosti za lékaře, nemá dostatek času na plnění vlastních povinností a tak může řadu činností opomenout nebo neprovést tak důkladně, jak by měla. To vše může vést sestru k chybám a nedostatečné péči o nemocné, a především ke snížení bezpečí pacientů (26). Sestra by neměla, v žádné případě vykonávat činnosti za lékaře. Pokud dojde ke vzniku nežádoucí události, může se stát, že lékař se za sestru nepostaví a ona bude souzena za vznik pochybení. Nejen práce nad rámec kvalifikace ale i organizační nedostatky, mohou přispět ke vzniku nežádoucí události. Graf 16 popisuje četnost odpovědí na otázku organizačních nedostatků. Z dotazovaných sester uvedly – 19 odpovědí absenci standardů, 50 odpovědí nedodržování standardů, 60 odpovědí chybějící přístrojové vybavení, 20

sester nepřiměřené zaškolení, 65 sester nedostatečné personální obsazení, 2 sestry nedostatečná údržba přístrojů.

Škrla uvádí, že na odděleních je potřeba vytvořit prostředí, ve kterém by sestry vnímaly důležitost bezpečné péče, potřebu prevence chyb a nežádoucích událostí. To umožní sestřám, managementu a pacientům sjednotit své úsilí při získávání znalostí a zkušeností k prevenci nežádoucích událostí (27). Což bylo výzkumem potvrzeno. V grafu sestry uvedly co je dle jejich názoru důležité v eliminaci chyb a omylů. Sestry uvedly jako nejčastější optimální pracovní zátěž 55 odpovědí, 50 odpovědí systém hlášení chyb, 20 odpovědí pravidelná pracovní doba, 47 odpovědí pohodový a šťastný život sestry, 30 odpovědí kvalitní a moderní vybavení, 14 odpovědí motivace zaměstnanců (graf 29).

Dalším rizikovým faktorem, který může vést ke vzniku nežádoucí události je neefektivní nebo nedostačující komunikace mezi zdravotnickým personálem. Krystýnová uvádí, že komunikace mezi lékaři a sestrami je často zdrojem pocitů úzkosti na jedné straně a frustrace na druhé straně. Komunikační problémy jsou u sester umocňovány přesvědčením, že lékaři si neváží jejich práce a nepokládají sestry za důležité partnery práce (10). Nejen komunikace mezi lékařem a sestrou. Někdy i komunikace mezi sestrami může být obtížná. Pokud si sestry nepředají veškeré informace o pacientovi nebo nejsou ochotny se mezi sebou poradit, může dojít k nežádoucí události. Škrla uvádí, že hlavními příčinami ošetrovatelských pochybení jsou – nedostatečná orientace nových zaměstnanců, nedostatečná nebo nevhodná komunikace, nedostatečná informovanost sester, nedostatečná supervize/dohled, nepozornost v důsledku narušení soustředěnosti (15). Nedostatečnou nebo nevhodnou komunikaci hodnotím jako jednu z hlavních příčin vzniku pochybení.

Vondráček uvádí, že sestra poskytující ošetrovatelskou péči je povinna počínat si tak, aby nedošlo ke škodě na zdraví, majetku na přírodě, a životním prostředí. Sestra je povinna upozornit zaměstnavatele, že hrozí vznik škody nebo že již nějaká škoda vznikla. Sestra jako zaměstnanec musí přijmout opatření k odvrácení hrozící škody (32). Zavoralová uvádí, že při poskytování zdravotní péče mají stejné povinnosti jak sestry, tak i pacienti, pokud se dopustí protiprávního jednání (34). Dle mého názoru jsou

povinnosti pacientu odsunuty do pozadí. Sestra musí, je povinna ale pacient občas nemusí nic. Dle mého názoru se starší pacienti chovají k sestřám mnohem slušněji než mladší pacienti. Ti mají pocit, že pokud si platí zdravotní pojištění, platí si tím i sestru, která mu musí sloužit.

Škrla dále uvádí, že zdravotníci nemohou odstranit riziko pochybení tím, že si dají předsevzetí, že nebudou dělat chyby. Pochybení není záležitost vůle. Každý zdravotník chce poskytovat kvalitní bezchybnou službu, přesto každý z nás v běžném denním životě chybujeme. Hlavním rozdílem mezi pochybením ve zdravotnictví a pochybením v běžném životě je ten, že i malé pochybení ve zdravotnickém zařízení může mít za následek poškození zdraví pacienta nebo i jeho smrt (15).

Dle mého názoru není mimořádným událostem věnován takový důraz, jaký by měl. Sestry nemají dostatek informací a tak jsou občas vzniklé události podceňovány.

6. Závěr

Práce byla zaměřena na nežádoucí události v ošetrovatelské péči. S těmito událostmi se setkává sestra v běžné praxi velice často. Ne vždy si sestry uvědomují, že jde o nežádoucí událost a jaké mohou být její následky.

Výzkumné šetření bylo uskutečněno formou kvalitativního výzkumu, v jehož rámci bylo stanoveno pět cílů. Prvním cílem bylo zmapovat průměrný věk klientů, u kterých dochází ke vzniku nežádoucí události. Druhým cílem bylo zjistit, k jakému druhu nežádoucí události dochází nejčastěji. Třetím cílem bylo zjistit způsoby prevence prováděné v rámci zabránění vzniku nežádoucí události. Pátým cílem bylo zmapovat rozdíl četnosti nežádoucích události mezi interními a chirurgickými obory. Všech pět cílů bylo splněno na základě potvrzení či vyvrácení pěti hypotéz metodou dotazníkového šetření.

První hypotéza „Četnost nežádoucích událostí se v roce 2011 zvýšila ve srovnání s ostatními roky“ byla vyvrácena. Druhá hypotéza „Průměrný věk klientů, u kterých dochází nejčastěji ke vzniku nežádoucí události je 65 – 75 let“ byla potvrzena. Třetí hypotéza „Nejčastější nežádoucí události jsou pády“ byla potvrzena. Rovněž čtvrtá hypotéza „Nejčastěji užívanými způsoby prevence jsou zábrany a signalizační zařízení“ byla potvrzena. Pátá hypotéza „Nežádoucí události se vyskytují ve větší míře na interních odděleních“ se potvrdila prostřednictvím výzkumného šetření.

Z výsledků výzkumného šetření nám vyplynulo, že sestry nemají zcela dostačující informace o nežádoucích událostech a že jejich hlášení často podceňují. Proto by tato práce mohla být využita k dalšímu vzdělávání sester pro zlepšení jejich informovanosti a dodržování zásad v oblasti nežádoucích událostí.

Získané informace budou předloženy hlavní sestře Nemocnice Prachatice a.s. pro srovnání statistiky nežádoucích událostí. Dále budou využity pro semináře o nežádoucích událostech na konkrétních odděleních Nemocnice Prachatice a.s.

7. Seznam použitých zdrojů

1. CESTA KE KVALITNÍMU A BEZPEČNĚJŠÍMU ZDRAVOTNICTVÍ. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.geofocus.cz/novinky/kvalitni-bezpecnejsi-zdravotnictvi>
2. CETLOVÁ, Lada a Dita SVOBODOVÁ. Mimořádné/nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení. *Sestra v lékařské praxi*. 2010, roč. 9, 9-10. ISSN 1335-9444.
3. DOSTÁLOVÁ, Barbora a Helena NAHODILOVÁ. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/prevence-padu-ve-zdravotnickem-zarizeni-457220>
4. DOTAZNÍKOVÝ PRŮZKUM BEZPEČNOSTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nco-nzo-dotaznikovy-pruzkum-bezpecnosti-osetrovateelske-pece-450188>
5. GROFOVÁ, Zuzana. Dekubity a soudní pře. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/19869-dekubity-a-soudni-pre>
6. IDENTIFIKACE PACIENTA [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/doporuceni-rady-eu_3786_1860_15.html
7. IDENTIFIKACE PACIENTA [online]. [cit. 2012-07-19]. Dostupné z: Patientidentification acrucialaspectofpatientsafety - PatientSafetyFirst
8. IDENTIFIKACE PACIENTŮ. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.kodys.cz/reseni/zdravotnictvi/identifikace-pacientu.html>

9. JURÁSKOVÁ, Dana. Pády a zranění pacientů v souvislosti s poskytováním zdravotní a sociální péče. 2008, roč. 10, 3-4. ISSN 1212-723X. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/prevence-padu-ve-zdravotnickem-zarizeni-457220>
10. KRYSTÝNOVÁ, Martina. Bezpečnost pacienta při poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra*. 2010, roč. 20, 7-8. ISSN 1210-0404.
11. MARX, David. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Překlad Radim Vyhnánek. Praha: Grada, 2007, 171 s. ISBN 978-802-4717-159.
12. NOVELA ZÁKONA č. 372/2011 Sb. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-_5173_2428_11.html
13. NUTRIČNÍ PÉČE BEZ NUTRIČNÍCH TERAPEUTŮ [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/archiv-aktualit/nutricni-pece-bez-nutricnich-terapeutu-tezko-.362/>
14. PÁDY: SKRYTÁ HROZBA Časopis Konfort. 2006, roč. 3, č. 4. Dostupné z: <http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-4-2006/28225/Pady-skryta-hrozba>
15. PETR ŠKRLA, Magda Škrlová. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 80-247-2616-5.
16. PLASTOVÉ NÁRAMKY BRÁNÍ ZÁMĚNĚ PACIENTA. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/57119-plastove-naramky-brani-zamene-pacienta.html>
<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/bezpecnost-pacienta-pri-poskytovani-oseetrovatelske-pece-453214>

17. PODSTATOVÁ, Renata, Eliška SOVOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 1001 otázek a odpovědí pro pacienty. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 143 s. Zdraví. ISBN 978-80-247-1997-9.
18. PRACOVNÍ SKUPINA PRO BEZPEČNOST PACIENTŮ A KVALITU ZDRAVOTNÍ PÉČE. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi_3444_1513_1.html
19. RAISOVÁ, Beata. Sledovanie kvality a ošetrovateľskej starostlivosti v Českej republike a Slovenskej republike. *Ošetrovateľství*. 2008, roč. 10, 1-2. ISSN 1212-723X.
20. RYDLO, Martin. Současné trendy ve vyšetřování nežádoucích příhod ve zdravotnictví. 2007, roč. 9, č. 2, s. 296-303. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2-2007/475-soucasne-trendy-ve-vysetrovani-nezadoucich-prihod-ve-zdravotnictvi>
21. SE STRAVOVÁNÍM V NEMOCNICI VÁM PORADÍ NUTRIČNÍ TERAPEUT. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.chytrazena.cz/zdravi/diety/se-stravovanim-v-nemocnici-vam-poradi-nutricni-terapeut-15147.htm>
22. STRAVOVÁNÍ NEMOCNÝCH. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.divciskola.cz/download.php?soubor=36>
23. SVOBODOVÁ, Dana a Dana JURÁSKOVÁ. Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v České republice. *Florence: časopis moderního ošetrovateľství*. 2010, VI, č. 9. ISSN 1801-464x
24. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovateľství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

25. ŠEBEKOVÁ, Viera. Najčastejšiepochybeniasestier. *Sestra a lekár v praxi*. 2010, roč. 9, 1-2. ISSN 1335-9444.
26. ŠKÁROVÁ, Marta. Odpovědnost za škodu na zdraví pacienta způsobená lékařem či zdravotnickým zařízením. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.medicinskepravo.cz/2007/11/odpovednost-za-skodu-na-zdravi-pacienta.html>
27. ŠKRLA, Petr a Jan VONDRÁČEK. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 162 s. Edice CARE. ISBN 80-701-3419-4.
28. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-717-2841-1.
29. TUZA, Tomáš. Odpovědnost za škodu na zdraví. *Zdravotnické noviny - Pacientské listy*. 2010, roč. 50, č. 10
30. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 30 s. Edice CARE. ISBN 80-726-2392-3.
31. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 68 s. ISBN 80-247-1919-3.
32. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. Právní minimum pro sestry. Grada, 2009, 100 s. ISBN 987-80-247-3132-2.
33. VONDRÁČEK, Lubomír. Právní předpisy: nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
34. ZAVORALOVÁ, Jaroslava. Management mimořádných událostí - nedílná součást kontinuálního zvyšování kvality: Ošetrovatelství. 2006, roč. 8, 1-2. ISSN 1212-723X.

8. Klíčová slova

Klient

Nežádoucí události

Ošetrovatelská péče

Pády

Signalizační zařízení

Zábrany

Zdravotnický personál

9. Přílohy

Příloha 1	Klasifikace mimořádných události
Příloha 2	Pyramida objemu poškození podle závažnosti
Příloha 3	Vývojový diagram procesu hlášení mimořádné události
Příloha 4	Medikační pochybení zdravotních sester
Příloha 5	Screeningový test pro vyhodnocení rizika pádu
Příloha 6	Místa kde pacienti v nemocnici padají, příčiny pádu
Příloha 7	Formulář určený k hlášení mimořádných událostí
Příloha 8	Souhlas s poskytnutím informací
Příloha 9	Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha 1

Klasifikace mimořádných událostí

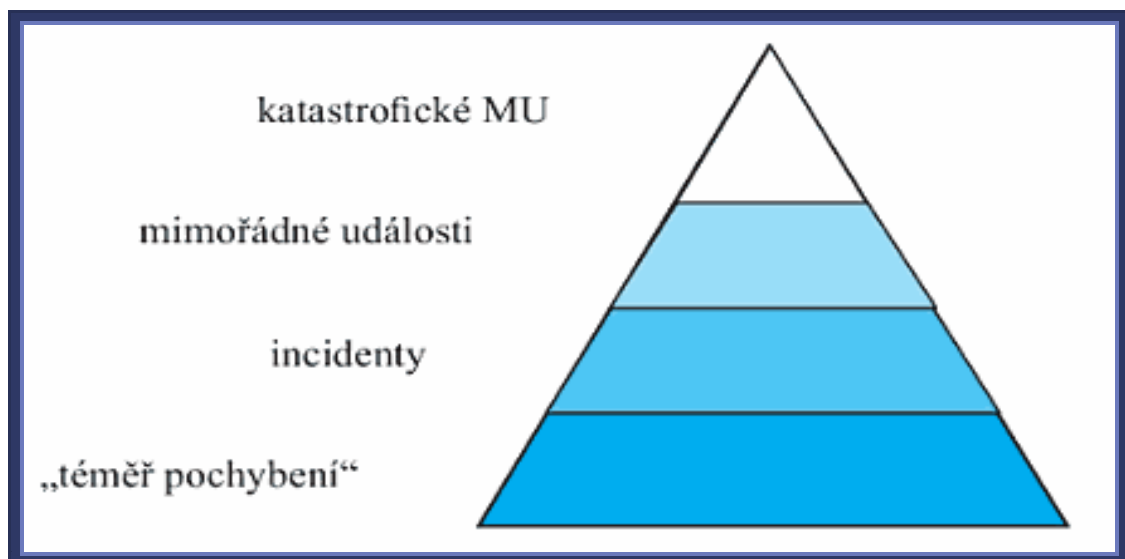
Hlavní kategorie	Klasifikace	Popis klasifikační třídy
Nelze klasifikovat jako MU	I*	Incident, který by mohl vést k pochybení.
	II*	Téměř pochybení (na poslední chvíli mu bylo zabráněno).
MU bez poškození zdraví pacienta	III**	Zdraví pacienta nebylo poškozeno.
MU s dočasným poškozením zdraví pacienta	IV	Došlo k minimálnímu dočasnému poškození zdraví pacienta, které vyžaduje minimální intervenci.
	V	Došlo ke středně vážnému dočasnému poškození zdraví pacienta, které vyžaduje krátkou hospitalizaci.
	VI	Došlo k vážnému dočasnému poškození zdraví pacienta, které nevyžaduje delší hospitalizaci.
MU s trvalým poškozením zdraví pacienta	VII	Došlo k minimálnímu ale trvalému poškození zdraví pacienta, které vyžaduje minimální intervenci.
	VIII	Došlo ke střednímu trvalému poškození zdraví pacienta – intenzivní léčba.
	IX	Došlo k vážnému trvalému poškození zdraví pacienta, které vyžaduje prodlouženou intenzivní léčbu za účelem záchrany života.
Fatální MU	X	Úmrtí pacienta.
Poznámka:	<p>* Neklasifikujte jako mimořádnou událost. Hlásí se anonymně přes intranet nebo na poradách.</p> <p>** Neklasifikujte jako mimořádnou událost ale incident. Do této skupiny patří všechny nežádoucí události, které se týkají majetku, pověsti ZZ nebo hrubého porušení pravidel.</p>	

Zdroj: PETR ŠKRLA, Magda Škrlová. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.*

1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 80-247-2616-5.

Příloha 2

Pyramida objemu poškození dle závažnosti

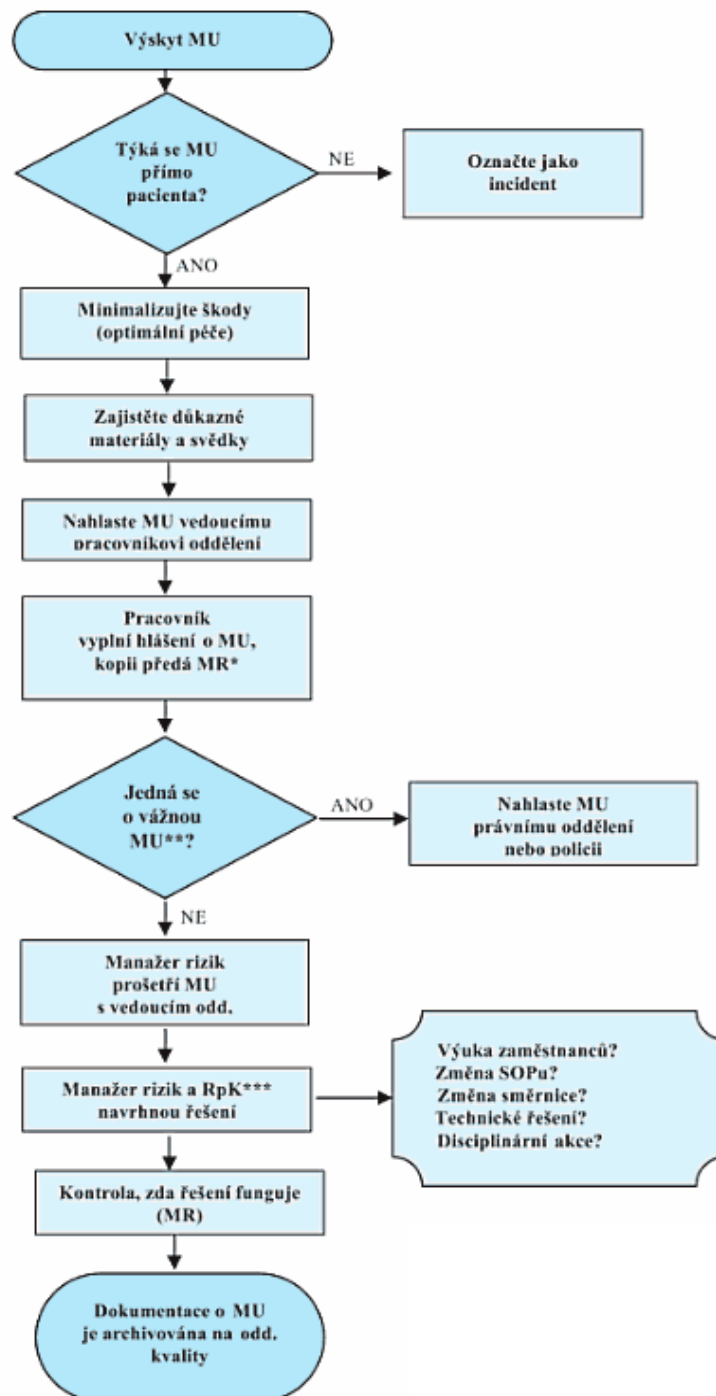


Zdroj: PETR ŠKRLA, Magda Škrlová. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.*

1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 80-247-2616-5.

Příloha 3

Vývojový diagram procesu hlášení mimořádné události



Zdroj: PETR ŠKRLA, Magda Škrlová. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.*

1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 80-247-2616-5.

Příloha 4

Screeningový test pro vyhodnocení rizika pádu

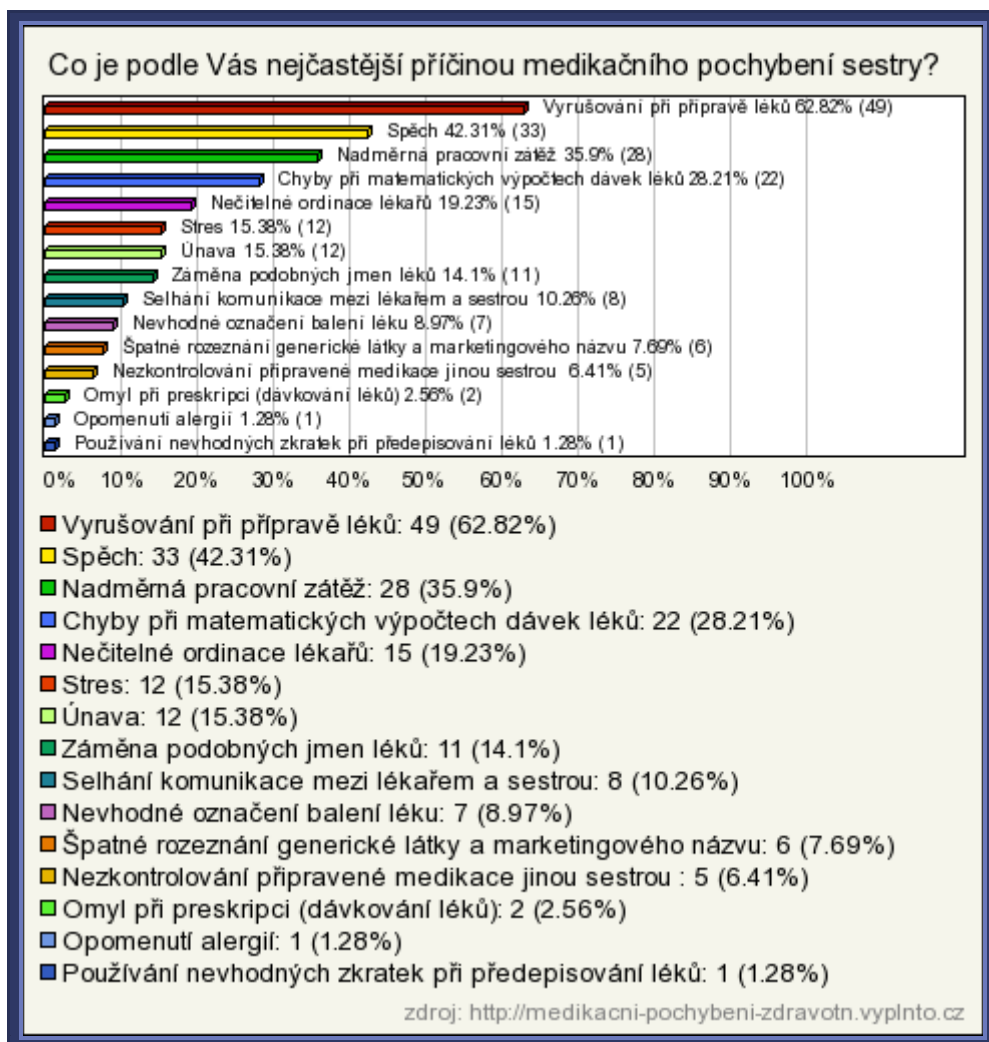
Nástroj pro určení rizika pádu pacienta Během příjmového vyhodnocení posuďte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte status pacienta podle potřeby.		
		Aktivita Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	S použitím pomůcek	1
	Potřebuje pomoc	1
	Neschopen pohybu	1
Vyprazdňování	Nepotřebuje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Potřebuje pomoc	1
Medikace	Nemá rizikové léky	0
	Má léky ze skupiny diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové smyslové deficity	1
Mentální status	Pacient je orientován a je bystrý	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18–75	0
	75 a výše	1
	Celkové skóre	

PROTOKOL
 Skóre 3 nebo více, vyžaduje následující:
 Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“.
 Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy.
 Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety.
 Umístěte signalizační zařízení na dosah ruky pacienta a vysvětlete jeho funkci.
 Zajistěte vhodnou obuv.
 Zajistěte hygienický režim (3/24 hodin).
 Odstraňte překážky v okolí pacienta.
 Zajistěte vhodné noční osvětlení.
 Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v jeho dosahu.

Zdroj: PETR ŠKRLA, Magda Škrlová. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 80-247-2616-5.

Příloha 5

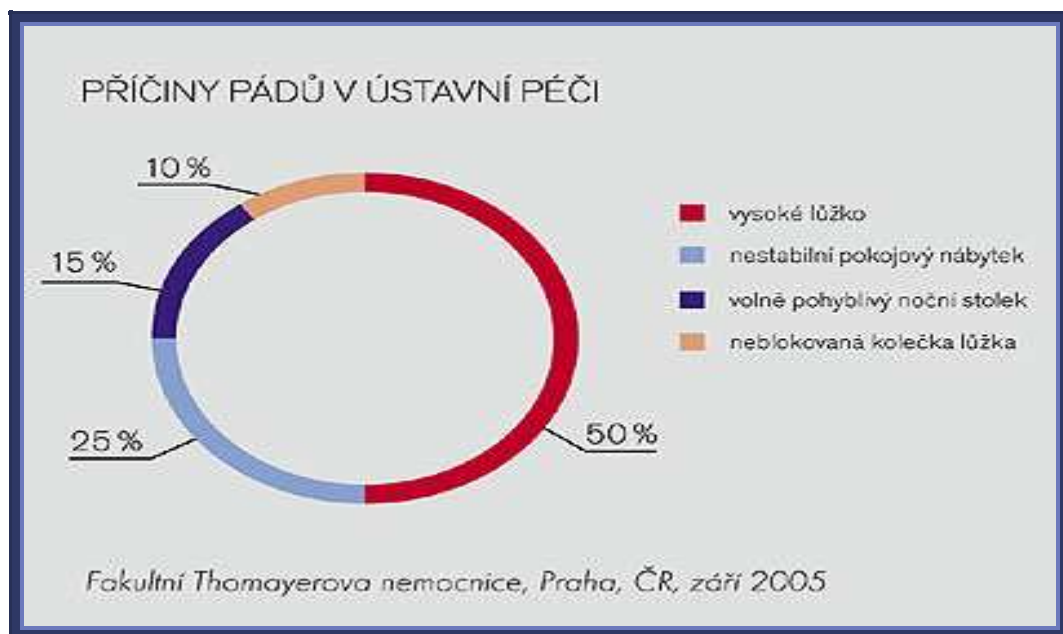
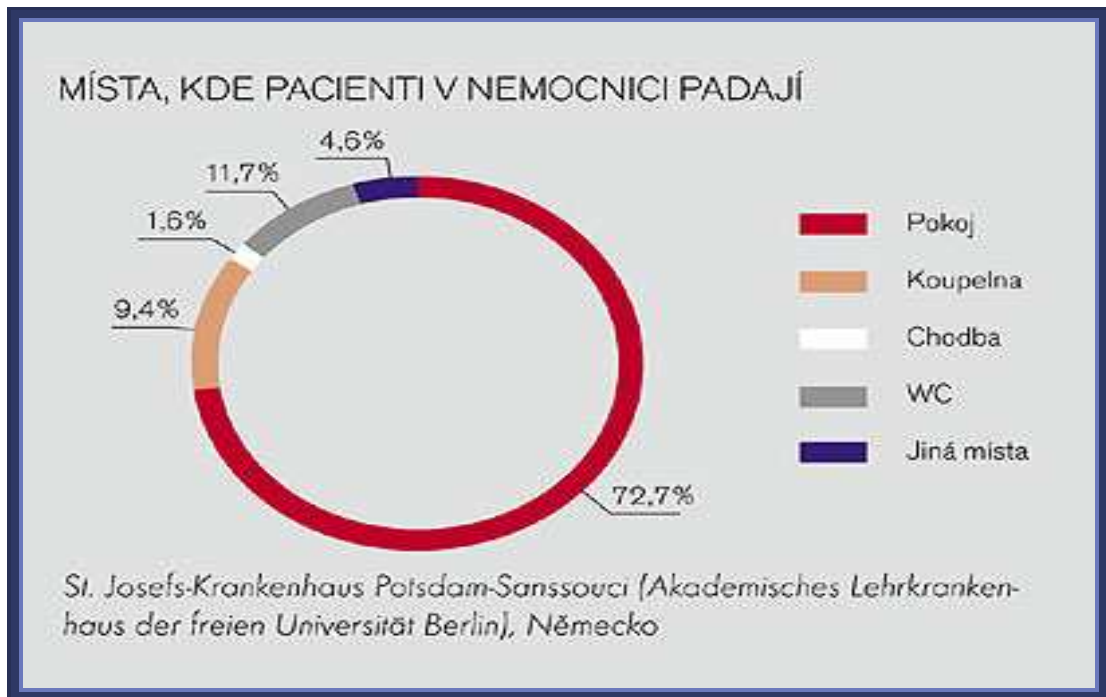
Medikační pochybení zdravotních sester



Zdroj: KASKOVÁ, Petra. Medikační pochybení zdravotních sester: Výsledky průzkumu [online]. [cit. 2012-07-31]. Dostupné z: <http://www.vyplnto.cz/realizovane-pruzkumy/medikacni-pochybeni-zdravotn/>

Příloha 6

Místa kde pacienti v nemocnici padají, příčiny pádu



Zdroj: PÁDY: SKRYTÁ HROZBA Časopis Komfort. 2006, roč. 3, č. 4.
Dostupné z: <http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-4-2006/28225/Pady-skryta-hrozba>

Formulář určený k hlášení mimořádných událostí

Nemocnice Prachovice, a.s.

F-RN-004-02-02

Hlášení mimořádné události

(Vyplňte, zaškrtněte křížkem příslušné údaje po oddíl K)

A. Obecné údaje		
Jméno a příjmení:	Datum zjištění MU: Čas: Zjištěno kým: Svědék:	Datum zápisu: Čas: Zapsal: (hůlkovým písmem) Přač. zařízení:
Datum narození:		
1. Pacient	4. Návštěva	
2. Zaměstnanec	5. Ostatní	
3. Student		

B. Druh mimořádné události (MU)	
1. Komplikace/chyba v medikaci (viz oddíl F)	11. Zranění osoby
2. Komplikace/chyba v dg./lěč. procesu (viz oddíl G)	12. Pád (viz oddíl E)
3. Nepředvídatelné úmrtí pacienta při diagnostickém či léčebném výkonu	13. Náráz na pevný objekt s následným zraněním
4. Selhání (zdravotnické) techniky	14. Ztráta nebo poškození nemocničního majetku
5. Popáleniny	15. Ztráta nebo poškození majetku pacienta
6. Pokus o sebevraždu/dokonaná sebevražda	16. Ztráta nebo poškození majetku personálu
7. Pokus o sebepoškození/sebepoškození	17. Svěvolný odchod pacienta z nemocnice
8. Napadení personálu (slovní nebo fyzické)	18. Problém se souhlasem k léčbě nebo zákroku
9. Napadení pacienta	19. Problém s identifikací pacienta
10. Napadení jiné osoby	20. Jiné – uveďte:

C. Lokalita MU	
Název oddělení - vypište:	Jiné pracoviště/místo: 1. Operační sál 6. Lékárna 2. Ambulance 7. Venkovní areál 3. Laboratoř 8. Jiné místo – uveďte: 4. Rentgen 5. Rehabilitace
1. Pokoj – číslo:	6. Jídelna
2. WC 4. Koupelna 7. Výtah	
3. Chodba 5. Schodiště 8. Sesterna	
9. Jiné	

D. Slovní popis události (situace, za které k události došlo, přítomné osoby apod.)
.....
.....
.....

E: Okolnosti pádu			
Příčina/pádu:	Druh obuvi:	Pohyblivost pač./osoby:	Pomocná zařízení:
1. Uklouznutí	1. Uzavřená obuv	1. Plně mobilní	1. Polohovací lůžko
2. Mokrý podlaha	2. Přezívky	2. Částečně mobilní	2. Jedna postranice
3. Inkontinence	3. Speciální obuv	3. Imobilní	3. Obě postranice
4. Ztráta vědomí	4. Ponožky	4. Klid na lůžku	4. Postranice nepoužity
5. Záchvat	5. Bez obuvi (bosý)	5. Chůze	5. Zvonek v dosahu
6. Převoz	6. Sádra	6. Chůze s doprovodem	6. Omezení pohybu
7. Závažná zařízení	7. Jiné	7. Chůze s pomůckou	7. Zvonek v dosahu
8. Pád z lůžka		8. Vozíček	8. Upozornění
9. Jiné důvody			9. Selhání vozíčku

F. Komplikace/chyba v medikaci	G. Komplikace/chyba v diagnostickém či léčebném procesu
1. Lék nepodán 2. Lék podán jinému pacientovi 3. Nesprávná rychlost podání 4. Nesprávná dávka/koncentrace 5. Nesprávný čas podání 6. Nesprávný způsob/místo podání 7. Nesprávný lék 8. Alergická reakce/nežádoucí účinek 9. Neshoda v počtu opiatů 10. Jiné – uveďte:	1. Výkon nebyl proveden 2. Výkon byl nesprávně proveden 3. Výkon byl proveden u jiného pacienta 4. Byl proveden nesprávný výkon 5. Problém s diagnostickým vzorkem (krev, moč) 6. Problém se zdravotnickou technikou 7. Jiný problém – uveďte:

H. Stav pacienta před MU	I. Důsledek/následek MU
1. Orientovaný 2. Deorientovaný 3. Pod vlivem anestezie 4. Pod vlivem sedativ 5. Pod vlivem drog 6. V bezvědomí 7. Z úst je cítit alkohol 8. Ostatní – uveďte:	1. Bez zjevného zranění 2. Drobné zranění 3. Zranění s potřebou šití 4. Zlomenina 5. Popálení 6. Psychické trauma 7. Ostatní – uveďte:

J. Klasifikace a hlášení MU				
Klasifikace:	bez následků	následky méně závažné	závažné	nelze klasifikovat
Hlášeno komu:	lékař ve službě	primář odd./ved.prac.	police	
	čas:	datum:	datum:	
	?			
	datum:			

K. Následná opatření a doporučení
.....

Zapsal – podpis:

L. Evidence a rozhodnutí
MU evidována na sekretariátu nemocnice dne: pod poř.č.: podpis:
MU předána k rozhodnutí ředitele dne:
Rozhodnutí ředitele:
Datum: Podpis ředitele:

Příloha 8

Souhlas s poskytnutím informací

**NEMOCNICE
PRACHATICE**
a.s.

NEMOCNICE PRACHATICE, a.s.
Zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Českých Budějovicích v oddílu B, vl.1461
Nebahovská 1015, 383 20 Prachatice
IČO: 26095165 DIČ: CZ26095165
Bankovní spojení: GE MONEY BANK Prachatice, č.ú.:175609387/0600

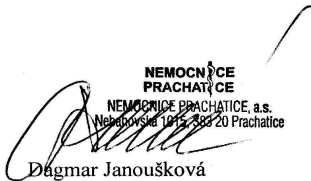
hlavní sestra

tel.: 388 600 295

e-mail: janouskova@nempt.cz

Souhlas s poskytnutím informací

Souhlasím s poskytnutím informací z oblasti mimořádných události Ladislavě Markové za účelem zpracování bakalářské práce na téma Nežádoucí události v ošetrovatelské péči.


**NEMOCNICE
PRACHATICE**
a.s.
Nebahovská 1015, 383 20 Prachatice
Dagmar Janoušková
hlavní sestra
Nemocnice Prachatice, a.s.

V Prachaticích dne 19.5. 2012

Zdroj: Vlastní

Příloha 9

Dotazník

Vážená kolegyně/ kolego,

problematika nežádoucích událostí v ošetrovatelské péči je v současnosti diskutované téma a setkáváme se s nimi v praxi velice často. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který se problematikou nežádoucích událostí zabývá. Jeho výsledky budou zpracovány a použity jako součást mé bakalářské práce. Prosím, přečtěte si text, vyberte a zaškrtněte vhodnou odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Prosím o co nejpresnější vyplnění údajů, dotazník je anonymní.

Děkuji za spolupráci

Ladislava Marková

Studentka Jihočeské univerzity

1. Váš věk?

- 19 – 23 let
- 24 – 28 let
- 29 – 35 let
- 36 – 42 let
- 43 a více

2. Stupeň Vašeho nejvyššího vzdělání:

- Střední odborné vzdělání s maturitou
- Specializační studium
- Vyšší odborné vzdělání
- Bakalářské vzdělání
- Magisterské vzdělání
- Jiné, prosím
uved'te.....

3. Jaká je délka Vaší praxe

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

4. Na jakém oddělení pracujete

- JIP
- Interní oddělení
- Chirurgie
- Dětské oddělení
- LDN
- Gynekologicko-porodnické oddělení

5. Uveďte, co si představujete pod pojmem nežádoucí událost?.....

.....
.....

6. Jak často se na Vašem oddělení setkáváte s nežádoucí událostí?

- Asi 1x týdně
- Asi 2x týdně
- Asi 1x měsíčně
- Méně často než 1 x měsíčně
- Vůbec

7. Myslíte si, že paravenózní podání infuze, léku, ATB... je bráno jako nežádoucí událost?

- ANO
- NE
- Nevím

8. Na vzniku nežádoucí události se mohou podílet tyto lidské faktory?

(Zde je možno zaškrtnout 3 odpovědi)

- Stres
- Únava
- Spánková deprivace
- Nečitelné ordinace
- Noční služby v jedné sestře
- Neefektivní komunikace mezi ošetrovatelským personálem
- Jiné, prosím uveďte.....

9. S jakou nejčastější nežádoucí událostí se setkáváte na Vašem oddělení?

(Označte prosím škálou 5 – 1, přičemž 5 je nejčastější a 1 nejméně časté)

- Pád pacienta
- Paravenózní podání léků, infuze, ATB...
- Vznik dekubitu
- Záměna pacienta
- Chybná dieta
- Podání chybného léku
- Nozokomiální nákaza

10. Provádíte vždy záznam o vzniku nežádoucí události?

- ANO
- Spíše ano
- NE
- Spíše ne
- Dle závažnosti události

11. Pokud byla nežádoucí událost bez následků, komu hlásíte její vznik?

- Staniční sestra
- Hlavní sestra
- Vedoucí lékař oddělení
- Primář oddělení
- Nehlásím

12. Jakým způsobem provádíte hlášení nežádoucí události?

(Zde je možno zaškrtnou 2 odpovědi)

- Telefonicky
- V písemné formě
- V elektronické podobě
- Jiné.....

13. Záznam o nežádoucí události v písemné formě provádíte do ?

- Ošetrovatelská dokumentace
- Dekurz
- Formulář určený pro záznam vzniku nežádoucí události
- Nikam se nezaznamenává
- Jiné.....

14. Je na Vašem oddělení zdravotnický tým zabývající se řešením nežádoucích událostí?

- ANO
- Spíše ano
- NE
- Spíše ne
- Nevím

15. Dochází na Vašem oddělení k pravidelnému proškolení o prevenci vzniku nežádoucích událostí?

- ANO
- NE
- Nevím

16. Máte na Vašem pracovišti vypracovaný postup hlášení nežádoucích událostí

- ANO
- NE
- Nevím

17. Jaké organizační nedostatky se dle Vašeho názoru podílí na vzniku nežádoucí události? (Zde je možno zaškrtnout 3 odpovědi)

- Absence standardů ošetrovatelské péče v organizaci
- Nedodržování standardů ošetrovatelské péče
- Chybějící přístrojové vybavení
- Nepřiměřené zaškolení pracovníků
- Nedostatečné personální obsazení
- Nedostatečná údržba přístrojů

18. Myslíte si, že se zvýšila četnost nežádoucích událostí ve srovnání s ostatními roky?

- ANO
- Spíše ano
- NE
- Spíše ne
- Nevím

19. Jaký je průměrný věk pacientů, u kterých nejčastěji zaznamenáváte nežádoucí událost?

- 40 – 49 let
- 50 – 55 let

- 56 – 64 let
- 65 – 75 let
- 76 - 85 let

20. Myslíte si, že věková hranice u pacientů, u kterých vzniká nežádoucí událost, se posouvá směrem nahoru ve srovnání s předchozími roky?

- ANO
- Spíše ano
- NE
- Spíše ne
- Nevím

21. Od jakého roku věku je podle vás pacient ohrožen vznikem nežádoucí události?

- 40 – 49 let
- 50 – 55 let
- 56 – 64 let
- 65 – 75 let
- 76 - 85 let

22. Domníváte se, že výskyt nežádoucích událostí je častěji na:

(označte prosím jednotlivá oddělení od 5 – 1, přičemž 5 je nejčastější a 1 nejméně časté)

- Interním oddělení
- Chirurgickém oddělení
- LDN
- Gynekologicko-porodnickém oddělení
- JIP
- Dětském oddělení

23. Na jakém oddělení dochází dle Vašeho názoru nejčastěji k pádu pacienta?

- Interním oddělení
- Chirurgickém oddělení
- LDN
- Gynekologicko-porodnickém oddělení
- JIP
- Dětském oddělení

24. Jaká používáte preventivní opatření v prevenci vzniku pádu?

(Zde je možno zaškrtnout 3 odpovědi)

- Zábrany
- Signalizační zařízení
- Edukaci pacienta
- Vhodné vybavení
- Častější kontrola
- Dostatek kompenzačních pomůcek

25. Jaké rizikové faktory jsou podle vás nejčastější příčinou vzniku pádu pacienta?

(Zde je možno zaškrtnout 3 odpovědi)

- imobilita
- zmatenost
- rychlé vstávání z lůžka
- zhoršený zrak
- chybějící signalizační zařízení u lůžka
- překážky v chůzi pacienta
- kluzká podlaha
- jiné

26. Sledujete na vašem oddělení riziko vzniku pádu?

- ANO
- Spíše ano
- NE
- Spíše ne
- Nevím

27. Jaký úraz dle Vašeho názoru nejčastěji vznikne u pacienta po pádu?

- pohmožděniny
- tržné rány
- zlomeniny
- komoce
- hematom

28. Myslíte si, že můžete ovlivnit výskyt pádu u pacientavhodným preventivním opatřením?

- ANO
- Spíše ano
- NE
- Spíše ne
- Nevím

29. Je Vaše zdravotnické zařízení zapojeno do celostátního projektu sledování vzniku pádu?

- ANO
- NE
- Nevím

30. Provádíte na Vašem oddělení analýzu vážného poškození u pádu pacienta na oddělení

- ANO
- Spíše ano
- NE
- Spíše ne
- Nevím

31. Co je dle Vašeho názoru nejdůležitější v eliminaci chyb a omylů v ošetrovatelské péči? (Zde je možno zaškrtnout 3 odpovědi)

- Optimální pracovní zátěž
- Systémy hlášení chyb
- Pravidelná pracovní doba
- Pohodový a šťastný život sestry
- Kvalitní a moderní vybavení
- Motivace zaměstnanců

Děkuji za Váš čas strávený nad vyplněním tohoto dotazníku.