

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**RIZIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI,
JEJICH MONITOROVÁNÍ A PREVENCE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VEDOUCÍ PRÁCE: Mgr. IVANA KUPEČKOVÁ

VYPRACOVALA: MONIKA KOUBOVÁ

ROK OBHAJOBY: 2007

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**THE RISKS IN MEDICAL CARE,
THEIR MONITORING AND PREVENTION**

BACHELOR DISSERTATION

DISSERTATION SUPERVISOR: **Mgr. IVANA KUPEČKOVÁ**

AUTHOR: **MONIKA KOUBOVÁ**

YEAR OF DEFENCE: **2007**

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Načešicích dne 20.4.2007

Monika Koubová

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji Mgr. Ivaně Kupečkové za odborné vedení bakalářské práce a za podporu mých blízkých, kteří mi vytvoření této práce umožnili.

OBSAH

1	ÚVOD	
1.1	Cíl práce	7
2	TEORETICKÁ ČÁST	
2.1	Rizika – pacienti	
2.1.1	Klasifikace pochybení	8
2.1.2	Nejčastější typy pochybení	9
2.1.3	Zvyšování bezpečí léčebné a ošetrovatelské péče	13
2.2	Rizika – ošetrovatelský personál	
2.2.1	Některé rizikové faktory ve zdravotnictví	14
2.2.2	Burnout syndrom	16
2.2.3	Rizikové faktory burnout syndromu	17
2.2.4	Protektivní a neutrální faktory ve vztahu k syndromu vyhoření	18
2.2.5	Stres	20
2.2.6	Jak zredukovat napětí	21
2.3	Management rizik	
2.3.1	Obsah managementu rizik a související právní aspekty	22
2.3.2	Definice rizik	23
2.3.3	Prevence výskytu nežádoucích situací	24
2.3.4	Pomáhající opatření	25
2.3.5	Model ementálského sýra Jamese Reasona	26
2.3.6	Pohled manažerů	28
2.4	Ošetrovatelská dokumentace	
2.4.1	Definice a význam ošetrovatelské dokumentace	29
2.4.2	Dokumentování ošetrovatelského procesu a formalizace záznamů	30

3	EMPIRICKÁ ČÁST	
3.1	Zkoumaný soubor a použité metody	32
3.2	Výsledky výzkumu a jejich analýza	33
4	DISKUZE	49
5	ZÁVĚR	57
6	ANOTACE	59
7	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	60
8	SEZNAM TABULEK A PŘÍLOH	63
9	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	64
10	PŘÍLOHY	65

1 ÚVOD

1.1 Cíl práce

Cílem mé práce a výzkumu v ní obsažené bylo zmapování stavu celkové orientace nelékařského zdravotnického personálu v problematice rizikových faktorů ošetrovatelské péče, se zvláštním akcentem na využití ošetrovatelské dokumentace. V každodenní praxi se díky svému pracovnímu zařazení (staniční sestra) setkávám s touto tematikou v různých rovinách – z pozice manažera péče i z pozice řadové sestry.

Management rizik je v současnosti exponovaným nástrojem řízené péče. Jeho důležitost a užitečnost prokazuje mimo jiné i to, že se tento nástroj rychle šíří i do zemí, které se principy řízené péče dosud nezabývaly. Pokud předpokládáme, že cílem managementu je zvýšení kvality lékařské a ošetrovatelské péče, je naprosto nezbytné zabývat se strategiemi vedoucími k redukování či plnému vyloučení známých rizik. Taková snaha pak povede ke zlepšení kvality péče i ekonomickému rozvoji oddělení a zároveň k udržení nebo zlepšení dobré pověsti zdravotnického zařízení. Pro úspěšné plnění těchto úkolů je nutné získat dostatek informací o stavu znalostí a zkušeností těch, kteří s takovými riziky přicházejí při své činnosti do styku. K získání těchto údajů jsem využila výzkum formou dotazníku a jeho rozbor a vyhodnocení jsou obsahem empirické části mé práce. Výsledky výzkumu by měly být využitelné pro stanovení obsahu systematického a cíleného vzdělávání sester v dotčené tématice.

Jelikož je téma rizikových faktorů velmi širokou oblastí, soustředila jsem se na tři základní okruhy a těm jsem přizpůsobila celou koncepci mé práce.

Těmito základními okruhy jsou:

- obecné zmapování možných rizik v ošetrovatelské péči jak ze strany klienta, tak ošetřujícího personálu a management těchto rizik
- průzkum nejčastějších rizik v praxi, tak jak jsou vnímána nelékařským zdravotnickým personálem, jejich důsledky a návrhy preventivních opatření
- problematika ošetrovatelské dokumentace

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Rizika – pacienti

2.1.1 Klasifikace pochybení

Přestože existuje celá řada pohledů na klasifikaci omylů a pochybení, v podstatě je lze rozdělit do tří základních skupin:

→ „**Near miss**“ (**téměř pochybení**) – pochybení, kterému bylo v posledním okamžiku ať již vědomě či nevědomě zabráněno.

Příklad: Podání předem připraveného léku pacientovi – sestra si před podáním léku bezděčně uvědomila, že 250 mg tableta má jinou barvu než ta, která je v lékovce, a lék nepodala.

→ **Nežádoucí událost bez následků** – akce/procedura nebyla provedena podle plánu, pravidel či požadovaných a akceptovaných standardů, ale nedošlo k poškození zdraví pacienta nebo majetku.

Příklad: Sestra si nevšimla, že podávaný lék má jinou barvu než lék naordinovaný a podala jej pacientovi. Vzhledem k tomu, že podala lék, který pacient bral již delší dobu, nižší dávka jeho zdraví nepoškodila.

→ **Nežádoucí událost s následky** – akce/procedura nebyla provedena podle plánu, pravidel či standardů, došlo k poškození zdraví pacienta nebo majetku zdravotnického zařízení.

Příklad: Sestra nezkontrolovala dávku naordinovaného léku, připravila lék nižší dávky. Pacientův stav se následkem podání nesprávné dávky zhoršil a došlo ke komplikacím v léčbě.

(Škrla, 2005)

2.1.2 Nejčastější typy pochybení

Většina zdravotnických zařízení nemá představu o vážnosti a velikosti problému pochybení. Doktor Leape je přesvědčený, že je to proto, že pouze 2-3 % vážných mimořádných událostí jsou hlášena prostřednictvím systému hlášení mimořádných událostí, který je v nemocnici zaveden.

Na základě výsledků existujících studií můžeme pochybení v medicíně rozdělit na:

- Chybnou diagnózu a nesprávnou léčbu 40 %
- Medikační chyby 28 %
- Chyby a omyly během procedur/zákroků 23 %
- Ostatní pochybení 9 %

(Škrla, 2005)

Ze všech nežádoucích událostí v nemocnici je v poslední době největší pozornost věnována prevenci klinických chyb a omylů.

Leape a spol. definovali na počátku 90. let klinickou chybu jako neúmyslný nebo nezamýšlený čin (např. opomenutí nebo nesprávné provedení), případně takový postup, kterým není dosažen zamýšlený výsledek. Upozornili současně na rostoucí počet studií v USA, které prokazují, že během hospitalizace je značný počet pacientů vystaven medicínským pochybením.

Chyby a selhání lidského činitele jsou průvodním jevem každé lidské činnosti, jak o tom například svědčí analýzy příčin železničních neštěstí, automobilových i průmyslových havárií a pracovních i nepracovních úrazů. Již staré latinské přísloví říká „Errare humanum est“ – chybovat jest lidské. Nelze ale pochybovat o tom, že některé druhy chyb, s kterými se ve zdravotnictví setkáváme, jsou veřejností zvláště citlivě vnímány a mají v některých případech závažné důsledky pro léčené pacienty, ale i pro poskytovatele zdravotních služeb, kteří se pochybení z jakéhokoli důvodu dopustili. (Gladkij a Strnad, 2000)

Konkrétní příklady pochybení ve zdravotnických zařízeních:

- Chirurgie – předměty ponechány v těle operovaných pacientů, cerebrální nebo spinální poškození, koma, ke kterému došlo během operačního zákroku, smrt spojená s použitím nové techniky, zohavení, selhání medicínské techniky, pády, popáleniny, operace na chybném pacientovi, chirurgický zákrok na nesprávné anatomické lokalitě, zákrok na zdravém orgánu.
- Interní oddělení – post-transfuzní hemolytická reakce, intravenózní infekce, chybná diagnóza a následně nevhodně volená léčba, chybné označení vzorku, infekce portu.
- Geriatrie – neurologický deficit vzniklý hospitalizací, nozokomiální infekce, zranění způsobené imobilizací pacienta.
- Pediatrie – chybná medikace, předávkování, nozokomiální infekce.
- JIP – nekompletní dokumentace.
- Pohotovost – nevhodné určení priority případu, chybná diagnóza.
- Anestézie – pochybení, jež má za následek bronchospasmus, srdeční arytmie, ústní nebo oční poranění, selhání regionálního bloku, mechanická selhání, poranění nervů nebo poškození/zranění při opakovaných pokusech o intubaci.
- Ambulantní péče – medikační pochybení.
- Systém – selhání celého systému hraje významnou roli. Studie pochybení v medicíně naznačují, že lidský faktor představuje pouze část celkového obrazu.

Analýza systémových selhání, jež vedla k závažným neštěstím (Peterson, 1996), prezentuje 9 charakteristik, které měly tyto systémy společné:

- rozptýlenou odpovědnost (řada lidí se podílí, ale nikdo nenes osobní odpovědnost).
- podceňování velikosti možného rizika.
- přesvědčení, že dodržování pravidel je k zajištění bezpečnosti postačující.
- neschopnost/neochota členů týmu vyjádřit své obavy nebo pochyby.
- neschopnost/neochota sdílet a poučit se lekcemi z jiných organizací.
- posunutí bezpečnosti pod úroveň jiných výkonnostních cílů.
- opakující se historie.
- nevyužití technik a nástrojů rizikového managementu.
- nejasná odpovědnost za bezpečnostní aspekty.

Zdravotnická zařízení spolu se systémy, které se vyznačují výše uvedenými charakteristikami, vytvářejí nebezpečné a nestabilní prostředí pro pacienty i zaměstnance.

- Lidský faktor – selhání člověka – jako příčinu pochybení (nebo alespoň jako jeden z důležitých faktorů) lze identifikovat v 60-80 % všech případů. Z nejčastějších příčin lidského pochybení lze uvést:
 - zlovyky (nečitelné písmo)
 - vyrušování
 - spěch
 - únavu
 - nedostačující dovednosti nebo znalosti
 - nezkušenost
 - přetížení
 - hněv
 - úzkost
 - nudu
 - strach
 - alkohol nebo jiné drogy
 - onemocnění
 - nezvyklé situace nebo problémy
 - špatnou komunikaci nebo komunikační bariéry
 - náročné interakce s velkým množstvím diagnostické a léčebné techniky
 - velké množství členů multidisciplinárního léčebného týmu
 - narůstající akutnost pacientů
 - nerozhodnost
 - chyby při matematických výpočtech

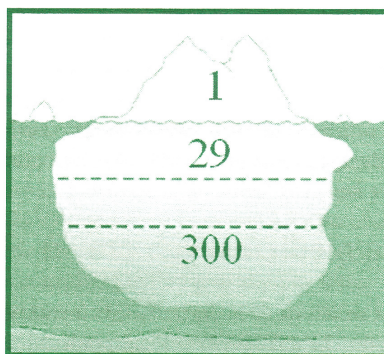
V USA poutala veřejný a mediální zájem o pacientovu bezpečnost zpráva Institute of Medicine nazvaná „Chybovat je lidské: Budování bezpečnějšího zdravotnického systému“ tvrzením, že v USA umírá ročně 44 až 98 tisíc lidí v důsledku medicínských chyb a že medicínské chyby představují 7. nejčastější příčinu smrti. Tyto chyby a omyly způsobují přídatné náklady, které jsou odhadovány na 29 miliard dolarů. Zpráva Institute of Medicine došla k závěru, že většina těchto chyb jsou problémy systémové a ne jen selháním jednotlivce.

Problém chybné praxe se stal předmětem výzkumu i v jiných zemích, nejen v USA. V australské studii se uvádí, že 16,6 % přijetí do australských nemocnic bylo způsobeno předcházející nesprávnou léčbou nebo jiným pochybením lékařů a zdravotnického personálu, polovině z těchto případů se dalo podle autorů studie zabránit.

Ukazuje se, že intenzivní vyhledávání případů nežádoucích událostí přímým pozorováním přináší lepší a srovnatelnější výsledky než dodatečné zkoumání chorobopisů. Příkladem studií, založených na přímém pozorování, jsou např. studie Andrewse a spol., prokazující, že se nežádoucí události vyskytují až u 46 % pacientů všeobecné chirurgické kliniky univerzitní nemocnice v Chicagu, nebo studie Donchina a spol., podle jejichž pozorování na pacienta jednotky intenzivní péče univerzitní nemocnice v Izraeli připadlo denně 1,7 medicínských a ošetrovatelských chyb. (Gladkij a Strnad, 2000)

Zajímavou informaci publikoval Heindrichův HW Industrial Akcident Prevention Institut již v polovině minulého století (Heindrich, 1941). Vypočítal, že na jedno závažné poškození zdraví pacienta následkem pochybení zdravotníků dochází k 29 lehkým nežádoucím poškozením a 300 incidentům bez zranění. Platnost Heindrichovy teorie byla ověřena v americkém vojenském letectví (USAF, 1971).

Obrázek č. 1: Heindrichův poměr pochybení (1941)



2.1.3 Zvyšování bezpečí léčebné a ošetrovatelské péče

V oblasti zajišťování bezpečnosti pacientů došlo v západních zemích v posledním desetiletí k radikálnímu posunu ve způsobu myšlení a chování zdravotníků. V tomto novém vzoru se hovoří o bezpečnostní kultuře, v některých zemích dokonce o revoluci v zajištění bezpečnosti péče. Řada vrcholových manažerů věří, že tato revoluce vyžaduje především zainteresovanost a srdce lékařů, sester a ostatních členů multidisciplinárního léčebného týmu.

Kultura bezpečné péče :

- má rozpočet pro projekt „redukce a prevence chyb“
- má systém hlášení a pravidelných analýz mimořádných událostí, chyb a „takřka pochybení“¹
- má absolutní podporu vrcholového managementu
- řeší problematiku únavy a přepracování
- věří, že nikdo nedělá chyby vědomě
- ví, že všichni děláme menší nebo větší chyby téměř každý den
- ví, že nikdo nepřizná chybu s vědomím, že za ni bude potrestán

Kultura bezpečné péče netoleruje:

- neochotu převzít profesionální odpovědnost za svou práci
- anonymitu
- hrubou nekompetentnost
- hrubé porušení standardů
- hrubou neposlušnost
- ilegální aktivity
- práci pod vlivem toxických látek
- neaplikování disciplinární akce v případě utajování omylu

¹ Viz. Příloha č. 2 – Hlášení mimořádné události.

2.2 Rizika – ošetrovatelský personál

2.2.1 Některé rizikové faktory ve zdravotnictví

Při hledání příčin se uvažuje o specifických i nespecifických zátěžových faktorech. Zejména se zdůrazňuje vyšší míra stresu a snadná dostupnost především nealkoholových návykových látek u zdravotníků.

- Kontakt s do značné míry tabuizovanými oblastmi lidské existence (zkoumání různých tělních dutin, bolest, soukromí pacientů, smrt).
- Emoční stavy pacientů a jejich reakce (deprese, vyčerpání, podrážděnost, hněv apod.).
- Velká odpovědnost (morální i právní), nejistota při zodpovědné volbě optimálního léčebného postupu.
- Konflikt rolí (role otce nebo matky versus nároky zdravotnické profese, terapeut versus manažer a podnikatel, který musí brát v úvahu ekonomické tlaky apod.).
- Nedostatečná pozornost vlastním neřešeným problémům, které se stykem s nemocnými často aktivují.
- Ostrý životní styl a malá připravenost uspokojovat vlastní psychické potřeby.
- Velká dostupnost návykových látek – např. Brooke ve své studii uvádí, že z 83 lékařů, kteří nevhodně užívali návykové látky, si je pouze čtyři někdy v životě opatrovali na černém trhu.
- Sklon k samoléčení.
- Domnělá nebo skutečná profesionální selhání prožívají zdravotníci většinou hůře než jiné profese.
- Zdravotník bývá svým okolím často vnímán přes svoji profesi, což může vést k obtížnějšímu oddělování profesionálního a soukromého života.
- Reálná zdravotní rizika v některých zdravotnických profesích (např. infekce nebo riziko napadení pacientem).²
- Trojsměnný provoz a noční práce, někdy i spánková deprivace.
- Nutnost rozhodovat se i při neúplných informacích.

² Viz. Příloha č. 3 – Hlášené nemoci z povolání podle odvětví ekonomických činností v ČR v roce 2005

- Časové i jiné nároky na průběžné vzdělávání.
- Nutnost adaptovat se nové situaci a novým přístupům.
- Nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů. Stres, vyčerpání, nedostatečná gratifikace a další okolnosti týmovou práci ještě znesnadňují.
- Nárazový charakter práce v mnoha oborech. Zdravotník bývá náhle zavalen složitými, někdy navzájem neslučitelnými úkoly, které má zvládat ve velmi omezeném čase.
- Syndrom vyhoření („burnout“) vzniká v důsledku dlouho trvajících profesionálního stresu a je ve zdravotnictví relativně častý. Zprvu se dostávají pocity neuspokojení z práce, následují drobné zdravotní potíže, např. častá nachlazení nebo obtíže s pohybovým systémem. Postupně klesá pracovní nasazení a výkonnost. Tomu odpovídá i pokles sebedůvěry a energie.
- K obecně stresujícím faktorům patří nepředvídaný hluk. Podle práce Topfa a Dillona zvyšuje také hluk riziko syndromu vyhoření u sester na jednotce intenzivní péče.

(Nešpor, Csémy, 2001)

Uvedené rizikové faktory se neuplatňují izolovaně, ale vstupují do interakcí se specifickými charakteristikami jednotlivých pracovníků, jejich psychickou i tělesnou odolností, různými motivacemi, ale i s jejich rodinným i širším prostředím a dalšími okolnostmi.

Jak je z výčtu rizikových faktorů patrné, toto téma je velice široké a vydalo by na samostatnou bakalářskou práci. Proto se budu v následujících kapitolách soustředit na podrobnější rozbor pouze dvou, jejichž dopad na pracovní výkonnost i osobnost jako takovou však může být až fatální. Těmito rizikovými faktory jsou syndrom vyhoření a stres.

Mezi dvanáct nejvíce stresujících zaměstnání patří také skupina osmi zdravotnických povolání. Jedno z nich je povolání zdravotní sestry. Sestry jsou neadekvátně finančně odměňovány, jejich status ve společnosti je poměrně nízký, takže se setkávají s nedostatkem respektu, v pracovním týmu jsou stále ještě pro většinu lékařů nerovnocennými partnery. Jejich práce, zpočátku tak zajímavá, vzrušující, rozmanitá, se později může stát zrovna tak monotónní a nudnou jako práce u běžícího pásu v továrně. Přidáme-li k tomu problémy v rodině, narušené mezilidské vztahy, nedostatek času a peněz, nezdravé návyky a nevhodné stravování, citové neuspokojení, dále nejistotu a strach z budoucnosti, které s sebou nese tato doba, neustálý proud změn narušující dynamickou stabilitu oddělení, dostaneme základní recept na syndrom vyhoření. (Petr a Magda Škrlovi, 2003)

2.2.2 Burnout syndrom

Již od sedmdesátých let 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, které se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí a jež zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního jednání osob, u nichž došlo k iniciaci proměnných, ovlivňujících vznik a rozvoj tohoto syndromu. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, vypálení, též vyhaslosti, vyčerpání („burnout syndrome“).

Jde svým způsobem o velmi výstižnou metaforu: anglické sloveso „to burn“ znamená hořet, ve spojení „burn out“ pak dohořet, vyhořet, vyhasnout. Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka stíženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání a vyhaslosti: kde nic není, tj. kde již není materiál, který by živil hořící oheň, nemá již co hořet.

V průběhu více jak 30ti let výzkumu tohoto problému se objevila ve světové literatuře řada pojetí a vymezení syndromu vyhoření, které se často v různých aspektech vzájemně liší.

Lze však konstatovat, že většina pojetí se shoduje alespoň v následujících bodech:

1. Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.
2. Vyskytuje se zvláště u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“.
3. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální.
4. Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční i kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava.
5. Všechny hlavní složky tohoto syndromu pocházejí z chronického stresu.

2.2.3 Rizikové faktory burnout syndromu

- již samotný život v současné civilizované společnosti, s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka
- příslušnost k profesi, obsahující profesionální práci (ale i pouze kontakt) s lidmi
- nutnost čelit chronickému stresu
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, monotonie práce
- původně vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost, zaujetí pro věc
- původně vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé
- původně střední až vysoká senzitivita
- nízká asertivita
- původně vysoký perfekcionismus, pedantství, odpovědnost
- neschopnost relaxace
- negativní afektivita, depresivní ladění
- úzkostné, fobické a obsedantní rysy
- permanentně prožívaný časový tlak
- nízké, nebo nestabilní sebepojetí a sebehodnocení
- chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese
- stabilně prožívaný hněv a agrese
- prožitek bezmoci a beznaděje

Jak zkušenosti ukazují, projev kteréhokoliv ze zmíněných faktorů se může stát startovacím impulsem k rozvinutí burnout syndromu s postupným „nabalováním“ a rozkrýváním dalších rizikových faktorů – se všemi důsledky, včetně strmě rostoucím rizikem možnosti pochybení a jeho dopadem – ať již vztaženo k pacientovi, k osobnosti zdravotníka či ve vztahu k poskytované zdravotnické péči jako celku.

2.2.4 Protektivní a neutrální faktory ve vztahu k syndromu vyhoření

- schopnost a dovednosti relaxovat
- vhodný time-management (umění nedostat se pod časový tlak)
- pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce
- odolnost
- pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace
- víra ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění
- optimismus
- příjemný tok nebo proud zážitků, dostavující se na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc
- sociální opora; v případě burnout syndromu se jako nejefektivnější jeví opora ze strany spolupracovníků stejného postavení
- pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení
- pocit osobní pohody

Za **neutrální faktory** z hlediska vzniku a rozvoje vyhoření jsou považovány inteligence a hlavní demografické charakteristiky jako jsou věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru atd.

Názory se poněkud liší, pokud jde o délku práce na úrovni jedné pozice: někteří autoři ji považují za irelevantní, jiní naopak za podstatnou z hlediska rozvoje syndromu vyhoření.

Z hlediska „muž x žena“ nejsou názory na výskyt vyhoření jednotné. Tyto nesrovnalosti jsou pravděpodobně alespoň částečně ovlivněny mimo jiné i demografickými parametry populačních vzorků (řada výzkumů je prováděna na typicky feminizovaných profesních skupinách, jako jsou zdravotní sestry, učitelky, lékařky atd.).

Komplexní náhled na všechny druhy faktorů, které se vzájemně prolínají a jejichž působením dochází k vytvoření podmínek a rozvoji burnout syndromu je nutný pro pochopení nejen důsledků, o kterých je pojednáno na předcházejících řádcích, ale především pro uvědomění si nutnosti preventivních opatření, omezujících a blokuujících tyto faktory. Jak vyplývá z dlouhodobých zkušeností a výsledky studií toto potvrzují, syndromu vyhoření lze do značné míry předcházet a v případě, že je taková profylaxe neúčinná nebo pozdní, je nezbytné zahájit cílenou terapii. Úspěšnost terapie je pak ovlivněna nejen profesionální úrovní takové péče, ale rozhodujícím způsobem i ochotou „vyhořelého“ podílet se na terapii a významně též spoluprací okolí a kolegů.

2.2.5 Stres

Dříve, než se plně rozvine syndrom vyhoření, dostavuje se pocit frustrace, spravedlivého rozhořčení a hněv. Hněv je energie, kterou je nutné vést správným směrem. Když zlobu absorbujeme, místo abychom ji kreativně využili, vykoná stres svoji destruktivní práci v našem organismu.

Protože se na sestru kladou nepřetržitě vysoké nároky, kdy sestra musí být vším všem lidem – neomylnou pravou rukou lékaře, advokátem a poradcem pacienta, který musí být schopen uspokojit jeho potřeby, odpovědnou vykonavatelkou všech zadaných i nezadaných úkolů, je každá sestra významně vystavena nepříznivému vlivu stresu.

Je dobré znát symptomy vysoké hladiny stresu, ale jenom to nestačí. Je také nutné vědět, jak stres redukovat, jak mu předcházet a jak mu čelit. Hans Selye, průkopník studia stresu, kdysi řekl: “Stres nezpůsobuje to, co se vám přihodí, ale jak na to zareagujete.“ (Kebza, Šolcová, 2003). Ze všech faktorů, které ovlivňují to, jak reagujeme na stresory, je náš náhled na život ten nejdůležitější. Ne každému stresu je třeba se vyhýbat. Stres je hybnou pákou v našem životě. Nesmíme ale dovolit, aby se stupňoval, přetrvával a narušil naši vnitřní rovnováhu.

Schopnost těla odolávat stresům, takzvaná „adaptační energie“, je u každého z nás jiná. Opakované, dlouhé, nekontrolovatelné zdroje stresu mohou vyčerpat naši adaptační energii a podstatně zkrátit náš život. Kontrola stresu chrání náš organismus před onemocněním a zpomaluje proces stárnutí. Proto se musíme naučit správně na stresory reagovat, a tím negativnímu stresu čelit, nebo mu předcházet.

2.2.6 Jak zredukovat napětí

Julian Melgosa ve své knize „Zvládni svůj stres“ nabízí deset rad, které mohou pomoci každému z nás:

- Vyříkejte si to. Neuzavírejte se do sebe a pohovořte si o svém problému s někým, komu můžete důvěřovat.
- Na chvíli unikněte. Udělejte si přestávku, která vám pomůže nabrat nový dech.
- Zbavte se hněvu. Dostat ze sebe napětí ven prací nebo pozitivní aktivitou je dobrý způsob, jak řešit problém.
- Čas od času to vzdejte. I tehdy, když máte absolutní pravdu, je pro váš organismus lepší to někdy vzdát.
- Udělejte něco pro druhé. Obvykle vám to pomůže zbavit se tlaku vašich starostí a dá vám to pocit uspokojení.
- Berte jednu věc po druhé. Soustřeďte se na své priority a odložte ostatní věci stranou.
- Zbavte se nutkání hrát si na „Supermana“. Žádný z nás nemůže být perfektní ve všem, co dělá.
- Nebuďte příliš kritičtí. Každý má své silné stránky, ale také slabosti.
- Dopřejte druhým klid. Když lidem okolo sebe dopřejete klid a dovolíte jim, aby se někdy dostali před vás, budete klidnější a spokojenější.
- Buďte ochotní. Nečekejte stále na to, až budete o něco požádáni nebo k něčemu vyzváni, buďte čas od času těmi, kteří vykročí.
- **Máte možnost ovlivnit svůj náhled na věc – zvolte si vždy ten pozitivní!**

2.3 Management rizik

2.3.1 Obsah managementu rizik a související právní aspekty

Management rizik je plánování, organizace a řízení komplexního programu aktivit, aby bylo možné identifikovat, vyhodnotit a napravit rizika, která mohou vést ke zranění pacientů nebo zaměstnanců a ke ztrátě nebo poškození majetku s následnou finanční ztrátou. Z definice je zřejmé, že program managementu rizik se zabývá zanedbáním povinné lékařské a ošetrovatelské péče (non lege artis), nedbalostí a otázkou profesionální zodpovědnosti. Zanedbání povinné péče je právní termín, kterým se rozumí nesprávné jednání ze strany odborníka, vedoucí k nějaké formě poškození pacienta jako přímý důsledek poskytované péče. Patří sem odchylka od obvyklého profesionálního chování nebo intervence, která vede k poškození. Nedbalost je zanedbání nebo případ, kdy jedinec nejedná tak, jak by zodpovědná osoba za stejných okolností obvykle jednala. Odborný personál je povinen poskytovat pacientům přiměřenou péči. Není-li taková péče poskytována, je odborník shledán odpovědným nebo mu hrozí soudní žaloba. Aby žalobce (osoba, která tvrdí, že byla poškozena) mohl podat žalobu, musí být splněny určité podmínky. Patří k nim:

- Důkaz, že pracovník (sestra) měl vůči pacientovi povinnost.
- Důkaz, že pokud by nebyl dodržen správný postup, došlo by k poškození pacienta.
- Důkaz, že nebyl dodržen standard.
- Důkaz, že poškození přímo vyplynulo z jednání pracovníka (sestry).

V našem současném společenském prostředí nejsou žaloby neobvyklé, a když se nemocniční oddělení snaží zvládnout problém, potřebuje management rizik. Do kompetence tohoto oddělení spadá management žalob týkajících se zanedbání povinné péče a nedbalosti, odpovědnost za produkt, odškodnění pracovníků a odpovědnost ředitele a úředníků.

2.3.2 Definice rizik

Obecné vnímání pojmu „riziko“ je spojeno s takovými termíny, jako je například požár, zemětřesení či povodeň. Ve zdravotnickém kontextu a na půdě zdravotnických zařízení jsou to ale především mimořádné události, jejichž následkem může být poškození zdraví pacientů nebo zaměstnanců. Tato rizika nejsou malá. Výzkumy, zabývající se touto tematikou, ukazují, že až 13 % všech hospitalizovaných pacientů prožije nějakou formu mimořádné události, což může negativně ovlivnit průběh léčby i celkový zdravotní stav. Stejně výzkumy pak udávají, že 3-4 % těchto mimořádných událostí končí smrtí pacienta.

Náhled na řešení rizik se v průběhu času měnil; od tradiční cesty spojené s konvenčním pojištěním a spoluprací s pojišťovacími ústavy až k současným moderním metodám managementu rizik. Do jisté míry je to dáno tím, že pojišťovny dnes často nejsou schopny ani ochotny pokrýt všechna rizika spojená s provozem zdravotnického zařízení a také nejsou schopny napravit eventuální poškození dobré pověsti jednotlivců nebo celků, zapojených ve zdravotní péči. Proto dochází k přechodu od tohoto defenzivního pojetí k přístupu aktivnímu, zabývajícímu se zvažováním a vyhodnocováním možnosti výskytu rizikových a nežádoucích situací a jejich prevencí. Toto je hlavním úkolem managementu rizik. V širším kontextu můžeme za riziko pro oddělení označit vše, co může být zdrojem nejistoty a co je třeba omezit nebo odstranit. Proto je program řízení rizik nezbytnou součástí programu komplexního zvyšování kvality a je i součástí řízené péče.

Management rizik tedy integruje postupy vedoucí k ochraně zdraví pacientů, návštěvníků zdravotnického zařízení i jeho zaměstnanců. Dále směřuje k ochraně majetku i dobrého jména a pověsti nemocnice.

2.3.3 Prevence výskytu nežádoucích situací

Prevence rizik spočívá v několika možných strategiích:

- Vyhnoutí se rizikové situaci.

Tento přístup uplatňují často pojišťovny, které nepojistí klienty s vysokým zdravotním rizikem. Ve zdravotnictví to znamená nepouštět se do zákroků, na něž zdravotnický personál nemá dostatečné odborné vzdělání, vybavení nebo zkušenosti.

Jiným příkladem je odmítnutí specifické informace novinářům.

- Přenesení rizik.

Vysoce rizikové pacienty lze převést do lépe vybaveného zdravotnického zařízení, žádost o citlivou informaci vyžádanou novináři lze převést na mluvčího nemocnice, vzorky tkání s nejasnou diagnózou lze odeslat do referenčních laboratoří. (Petr a Magda Škrlovi, 2003)

2.3.4 Pomáhající opatření

1. Ochranný oděv a pomůcky, mechanické zábrany, výstražné tabule, barevné kódování, specifické směrnice apod.
2. Preventivní údržba (přístroje, nástroje, revize procedurálních manuálů).
3. Procedurální manuály, kde jsou procedury s vysokými riziky jasně a detailně zpracovány.
4. Výuka personálu (je jednou z nejefektivnějších strategií k úspěšnému managementu rizik).
5. Oddělování zdrojů (finančních, materiálních, lidských a informačních). Tato strategie zajistí chod oddělení nebo celého zdravotnického zařízení i v případě, že některá jeho důležitá složka selže. Jde o zálohování dat v počítačových sítích, vytváření menších celků a okruhů, existence kritických náhradních dílů, náhradní zdroje elektrického proudu nebo nahraditelnost lékařů a ošetrovatelského personálu.
6. Podniknutí okamžitých kroků k minimalizaci škod. Tyto strategie je možné použít v případě, že nebylo možné nehodě/rizikové situaci předejít. V případě potřeby musí dojít okamžitě k:
 - poskytnutí odborné lékařské pomoci postiženým za účelem zmírnění následků;
 - ke komunikaci s veřejností a rodinou (omluva, kompenzace), která může zabránit možnému poškození dobré pověsti nemocnice nebo zdravotnického personálu.

2.3.5 Model ementálního sýra Jamese Reasona

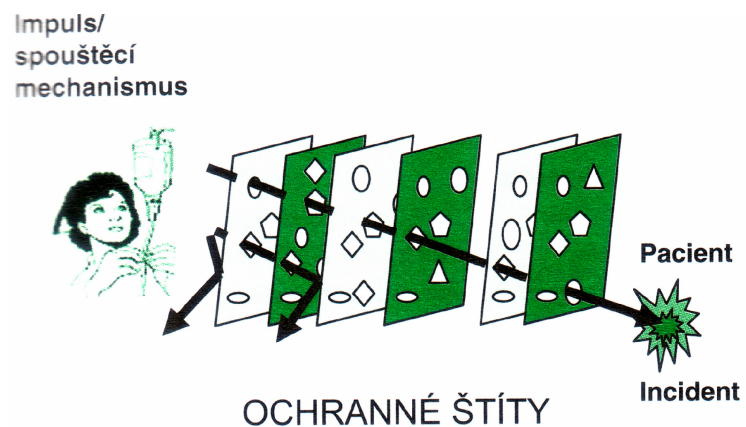
DÍRY PŘEDSTAVUJÍ:

- Nedostatečnou výuku
- Nedodržování protokolů
- Nepozornost
- Špatnou komunikaci
- Pracovní přetížení
- Protichůdné příkazy
- Únavu
- Nedbalost
- Odkládání
- Nespolehlivou techniku
- Strach z postihu

PLÁTY PŘEDSTAVUJÍ:

- Management rizik
- Kulturu bezpečí
- Standardy
- Organizační kulturu
- Znalostní sestru
- ISO
- Akreditace

Obrázek č. 2: Model Ementálního sýra Jamese Reasona



James Reason přirovnává chyby, ke kterým ve zdravotnictví dochází, k jiskrám, které vznikají v krbu, topíme-li dřevem. Podle této metafory vystřelují z otevřeného ohniště nebezpečné jiskry, které mohou létat na poměrně velkou vzdálenost do obytného prostoru.

Některá z těchto jisker může dopadnout na podlahu, koberec nebo jiný hořlavý materiál a způsobit požár. Přeneseno do prostředí zdravotnického zařízení, taková „jiskra“ – spouštěcí impuls pochybení – může způsobit více či méně závažné poškození zdraví pacienta nebo i jeho smrt.

Toto nebezpečí lze omezit tím, že před ohniště dáme drátěnou síť, která je běžnou součástí krbů v některých zemích. I když taková ochrana omezí nebezpečí, ve výjimečných případech může jiskra i takovou drátěnou síť „proskočit“ a požár opět způsobit.

Doktor Reason je přesvědčen o tom, že ochranné bariéry v našich zařízeních jsou plně „děr“ a že pokud nevytvoříme bariéry bezpečnější (nainstalování skleněných dveří v případě krbu), bude bezpečí pacientů i nadále ohroženo.

Podle výše uvedeného Reasonova metaforického modelu ementálského sýra žije náš systém zdravotnictví, naše zdravotnická zařízení, naše oddělení v neustálém napětí mezi:

- Děrami v ementálském sýru (problémy a nedostatky v systémech a procesech);
- Množstvím plátek ementálského sýra (bariérami, které „jiskrám“ – chybám – stavíme do cesty).

Ze zobrazení je patrné, že nezáleží ani tak na množství bariér, které postavíme „jiskrám“ do cesty, jako na jejich kvalitě – na naší schopnosti dramaticky omezit počet děr v těchto bariérách. Dr.Reason říká, že pokud v našich ochranných bariérách zůstávají „díry“ neboli slabiny, vždy existuje riziko, že při vhodné konfiguraci „jiskra“ prolétne všemi bariérami a dojde k požáru – pochybení, které může mít za následek mimořádnou událost končící smrtí pacienta. (Škrla, 2005)

2.3.6 Pohled manažerů

Manažeři se shodují v tom, že je nutné zabránit především takovým poškozením zdraví pacientů následkem pochybení, kterým lze předejít. K dosažení tohoto cíle se obvykle používá dvou strategií:

1. Výběr kompetentních zaměstnanců
2. Správné definování procesů

Kompetence zdravotníků je zajištěna výběrem jedinců s vhodným nebo požadovaným formálním vzděláním v kombinaci s důkladnou a důslednou orientací nových zaměstnanců, kontinuálním vzděláváním, certifikací a pravidelným vyhodnocováním pracovního výkonu jednotlivých zaměstnanců. Procesy a protokoly spojené s léčebnou a ošetrovatelskou péčí jsou definovány směrnici nebo standardy a srozumitelně zpracovány v procedurálních manuálech.

Na základě tohoto přístupu se ve zdravotnictví očekává, že kompetentní zaměstnanci, kteří jednají v souladu s předepsanými směrnici, standardy a protokoly, zajistí bezpečné prostředí a péči pro své pacienty. Výsledky vědeckých studií ale naznačují, že toto očekávání, přestože se zdá být logické, je v praxi nerealistické a nerealizovatelné.

2.4 Ošetrovatelská dokumentace

Jelikož je obsahem empirické části mé práce i oblast ošetrovatelské dokumentace v praxi, je následující kapitola věnována připomenutí základních náležitostí ošetrovatelské dokumentace a teorii práce s ní.

2.4.1 Definice a význam ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská (sesterská) dokumentace je součástí celkové zdravotnické dokumentace o nemocném. Umožňuje jednak dokumentovat poskytovanou ošetrovatelskou péči, jednak poskytuje řadu významných informací, které si sestry potřebují mezi sebou předat. Jednoduchá a kvalitní dokumentace je nezbytnou složkou ošetrovatelského procesu.

Význam ošetrovatelské dokumentace

- slouží jako zdroj informací o potřebách jedince, cílech ošetrovatelské péče, o péči samotné a jejich výsledcích
- zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče, dává chronologický přehled o poskytované péči
- umožňuje předávání informací o pacientovi
- umožňuje hodnotit účinnost nebo neúčinnost různých ošetrovatelských zákroků
- je zdrojem hodnověrných informací pro účely právního vyšetřování
- poskytuje spolehlivé údaje, které mohou být použity pro ošetrovatelský výzkum
- je důležitá pro kontrolu kvality ošetrovatelské péče

Účelem ošetrovatelské dokumentace není prodlužovat čas, který sestra věnuje administrativní práci. Aby byla ošetrovatelská dokumentace smysluplná, musí vyhovovat potřebám oddělení, být jednoduchá, dobře přístupná a sloužit jako informační zdroj všem, kteří poskytují nemocnému nejen ošetrovatelskou, ale i celkovou zdravotní péči.

2.4.2 Dokumentování ošetrovatelského procesu a formalizace záznamů

Zkušenosti se zaváděním ošetrovatelského procesu potvrzují, že dokumentace je sice důležitou součástí tohoto procesu, ale řešení problémů nemocných nezávisí na tom, jak někdo umí psát. Zavádění ošetrovatelského procesu do praxe musí být vždy doprovázeno postupným užíváním ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace tak musí jít ruku v ruce se skutečnými změnami ošetrovatelské praxe. To znamená nejprve zajistit teoretickou přípravu sester na tyto změny, aby se s novými způsoby práce i s novým způsobem jejího záznamu ztotožnily a používaly je proto, že jsou přesvědčeny o jejich přínosnosti.

V praxi se často setkáváme s chybným postupem, který zavedení ošetrovatelského procesu předem směřuje k neúspěchu. V řadě zdravotnických zařízení zavádějí vedoucí sestry nejprve ošetrovatelskou dokumentaci a teprve po určitém čase se pokoušejí o zavedení ošetrovatelského procesu. To vede samozřejmě k tomu, že sestry cítí dokumentaci jako samoučelnou administrativní práci navíc, protože způsob práce s nemocným se nezměnil. Proto později odmítají i ošetrovatelský proces jako další formální záležitost.

Formalizace záznamů

Formuláře, které se používají k zaznamenávání ošetrovatelského procesu, by neměly znamenat pro sestry překážku v práci, neměly by z dokumentace udělat činnost izolovanou od poskytované péče o pacienta, nebo jen další rutinní záležitost. To, co má pomáhat sestřím zlepšit péči o pacienta, musí být připraveno a použito takovým způsobem, aby byla výsledkem nejen vyšší spokojenost pacienta, ale i sestry.

Čím méně času stráví sestra „nad papíry“, tím více se ho má dostávat nemocným. Proto existuje snaha o formalizaci ošetrovatelských záznamů. Formalizací se rozumí, že každý dokument je předem již připraven tak, že sestra při jeho použití například vybírá z předepsaných odpovědí.

Formalizované dokumenty slouží jednak pro urychlení ošetrovatelské anamnézy, jednak jsou používány jako formalizované plány ošetrovatelské péče (standardy plánů), vypracované pro jednotlivé ošetrovatelské problémy, situace nebo diagnózy. Sestra má tak již plán předepsán, pouze ho doplní o individuální specifika „svého“ nemocného. Tento způsob práce s dokumentací velmi šetří čas.

Každé zdravotnické zařízení, pracující s ošetrovatelskou dokumentací, by mělo mít zpracovaný návod na zacházení se zdravotní dokumentací. Většinou je to formou směrnice ředitele.³

³ Viz. Příloha č.4 - Zásady vedení zdravotnické dokumentace

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Zkoumaný soubor a použité metody

Pro sběr dat k mému výzkumu jsem zvolila formu anonymního dotazníku.⁴ Celkový počet šestnácti otázek byl pro vyhodnocování rozložen do dvou základních skupin – otázky obecné, kterým přináleželo 7 položek a otázky speciální, kterých bylo 9 a byly tématicky zaměřeny na problematiku ošetrovatelské dokumentace. Ke každé otázce byly vždy naformulovány možné varianty odpovědí a bylo zadáno kritérium „jedné odpovědi“ na každou otázku. Respondentky byly tedy poučeny o pravidle výběru jedné odpovědi ke každé položce a jejich úkolem bylo vyznačit křížkem variantu, která je objektivní pravdou (otázky, týkající se věku, vzdělání, pracovního zařazení atd.), nebo která nejlépe vystihuje subjektivní názor odpovídajícího na problém, vytýčený otázkou. Dotazníky jsem po schválení vedením nemocnice distribuovala na chirurgických lůžkových odděleních okresní nemocnice. Celkově bylo rozdáno a zpětně vybráno 60 dotazníků, přičemž ke zpracování bylo možno použít 50 (83,3 % z celkového počtu rozdaných). Zbýlých 10 dotazníků (16,7 % z celkového počtu) nebylo zahrnuto do vyhodnocení pro nedostatečné vyplnění nebo nedodržení stanovených pravidel.

⁴ Viz. Příloha č.1: Anonymní dotazník

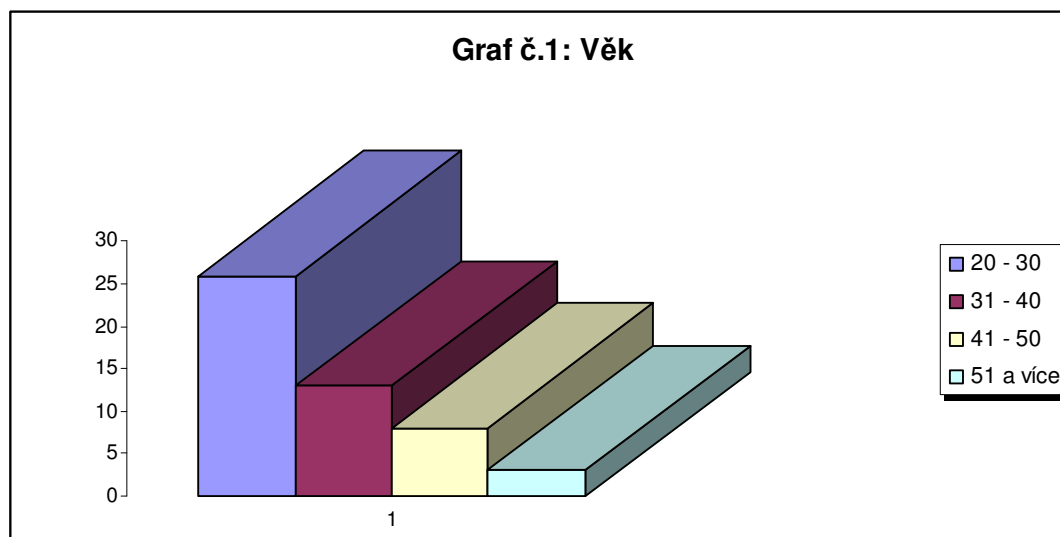
3.2 Výsledky výzkumu a jejich analýza

VYHODNOCENÍ OBECNÉ ČÁSTI:

Otázka č.1: Váš věk

Tabulka č.1: Věk

	absolutní číslo	%
20 - 30	26	52
31 - 40	13	26
41 - 50	8	16
51 a více	3	6

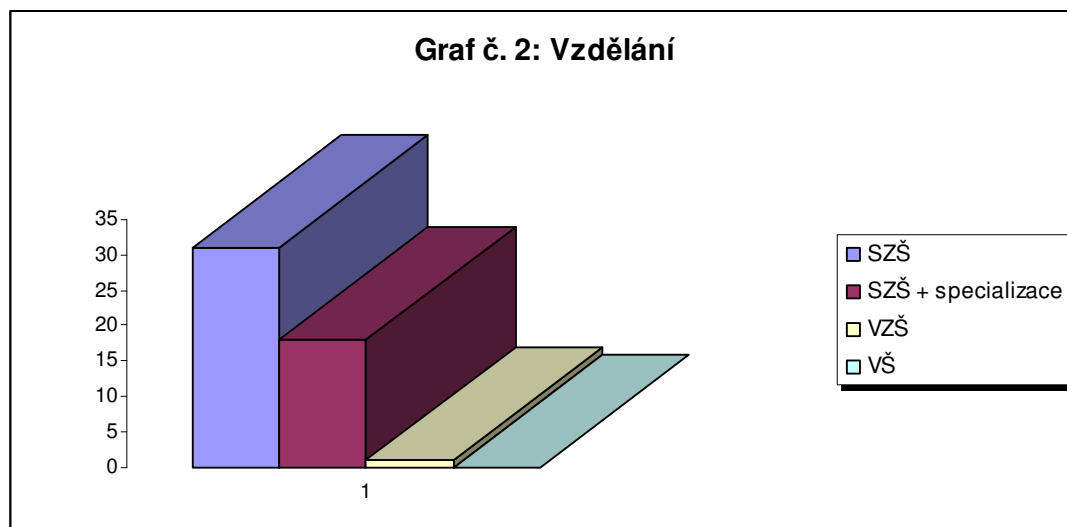


Otázka byla nastavena pro zjištění věkové skladby odpovídajících – převládající skupinou se jasně ukázala věková kategorie 20-30 let (více než 50 % respondentek), přičemž ve spojení s následující kategorií (31-40 let) pokrývají $\frac{3}{4}$ všech hodnocených odpovědí.

Otázka č.2: Vaše dosažené vzdělání

Tabulka č.2: Vzdělání

	absolutní číslo	%
SZŠ	31	62
SZŠ + specializace	18	36
VZŠ	1	2
VŠ	0	0

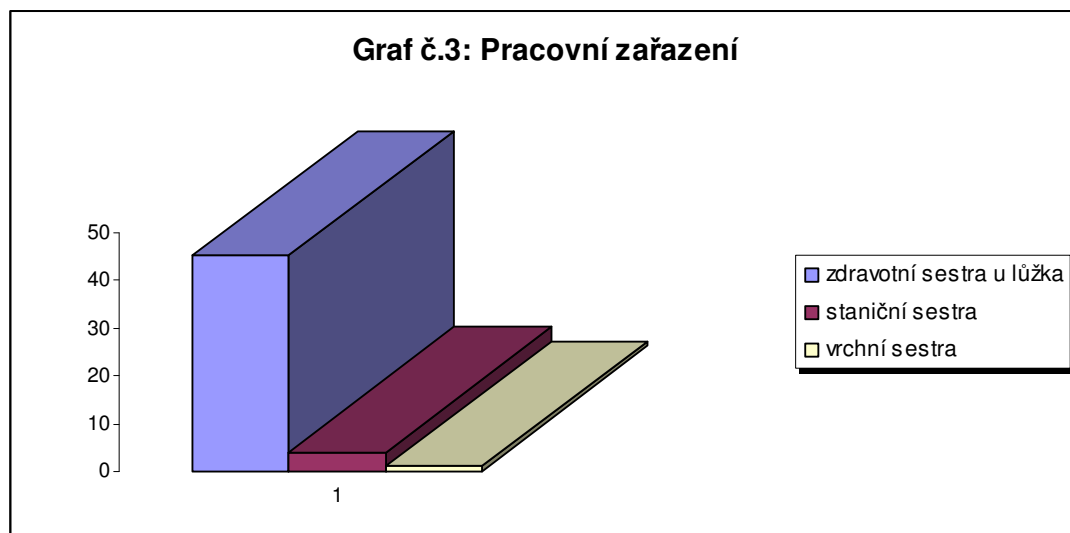


Předmětem dotazování byla úroveň dosaženého vzdělání jako kvalifikační předpoklad pro výkon povolání. SZŠ jasně dominuje (62 %) a po sloučení s kategorií, která své vzdělání rozšířila specializací, dosahují tyto dvě skupiny v součtu 98 % celkového počtu. Vyšší stupeň vzdělání tedy prozatím není standardní.

Otázka č.3: Vaše pracovní zařazení

Tabulka č.3: Pracovní zařazení

	absolutní číslo	%
zdravotní sestra u lůžka	45	90
staniční sestra	4	8
vrchní sestra	1	2



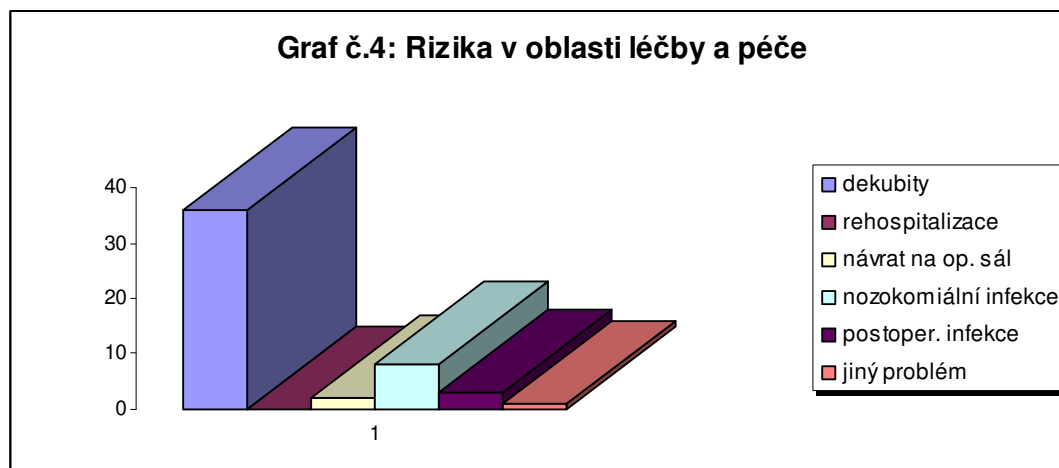
Respondentky odpovídaly na otázku, týkající se pracovního zařazení:
90 % vyhodnocovaných odpovědí je poskytnuto zdravotními sestrami u lůžka.

Otázka č.4: Co považujete za největší riziko v oblasti léčby a péče?

- nedostatečné nebo špatné výsledky léčby či péče, jako jsou např. dekubity
- neplánovaná a neočekávaná rehospitalizace
- neočekávaný návrat na operační sál
- nozokomiální infekce
- postoperační infekce
- jiný opakující se problém

Tabulka č.4: Rizika v oblasti léčby a péče

	absolutní číslo	%
dekubity	36	72
rehospitalizace	0	0
návrat na op. sál	2	4
nozokomiální infekce	8	16
postoper. infekce	3	6
jiný problém	1	2



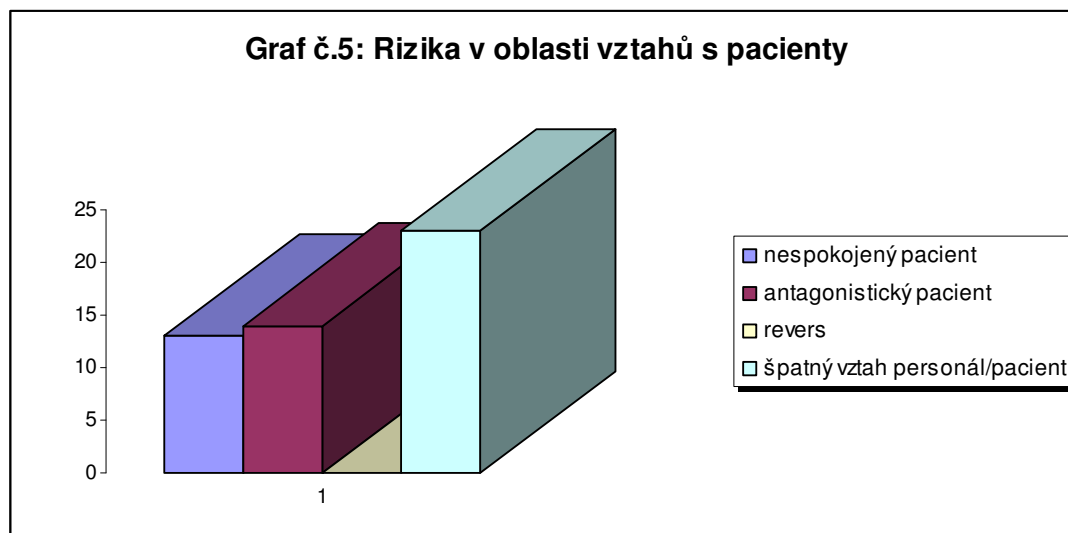
Odpovědi na otázku, týkající se nadefinování největšího rizika v oblasti léčby a péče, daly jasně najevo, že za klíčové riziko respondující považují nedostatečné nebo špatné výsledky léčby – např. dekubity. Za největší riziko je považují téměř ¾ odpovídajících. Na druhém místě se jeví riziko nozokomiálního infektu s 16 %, rizika postoperační infekce a reoperace následují s 6 %, resp. 4 % odpovědí.

Otázka č.5: Co považujete za největší riziko v oblasti vztahů s pacienty?

- nespokojený pacient
- antagonistický pacient nebo člen rodiny
- pacient propuštěn na vlastní žádost, proti doporučení lékaře
- špatný vztah zdravotnický personál/pacient

Tabulka č.5:

	absolutní číslo	%
nespokojený pacient	13	26
antagonistický pacient	14	28
revers	0	0
špatný vztah personál/pacient	23	46



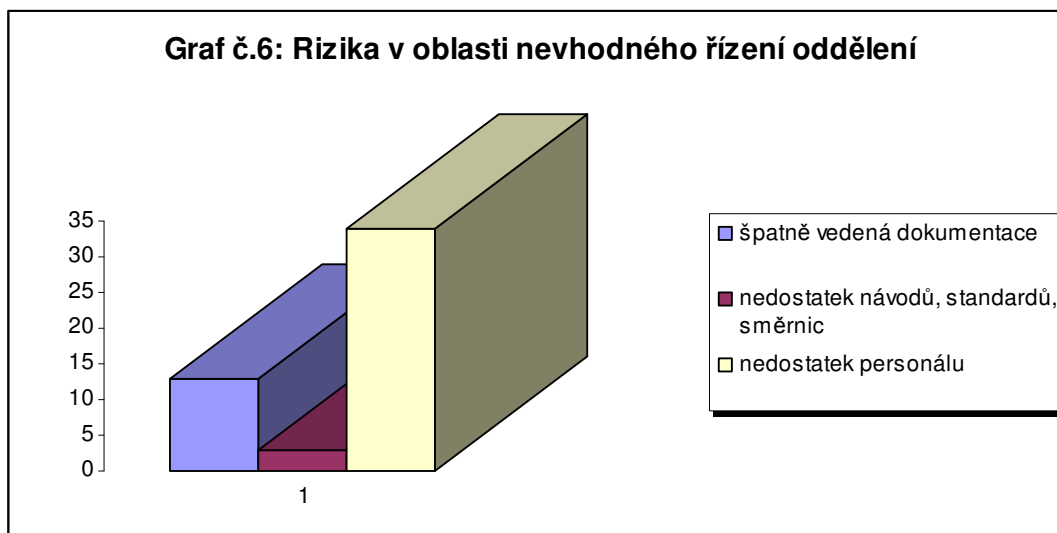
Špatný vztah personál – pacient označilo za největší riziko v oblasti vztahů s pacienty 46 % odpovídajících, dalšími nejvýznamnějšími riziky byly s přibližně čtvrtinovými podíly vyhodnoceny kategorie „nespokojený pacient“ a „antagonistický pacient nebo člen rodiny“.

Otázka č.6: Co považujete za největší riziko v oblasti nevhodného řízení oddělení?

- nevhodně nebo nedbale vedená zdravotnická dokumentace
- nedostatek návodů, standardů, směrnic
- nedostatečný počet zaměstnanců v poměru k pacientům

Tabulka č.6: rizika v oblasti nevhodného řízení oddělení

	absolutní číslo	%
špatně vedená dokumentace	13	26
nedostatek návodů, standardů, směrnic	3	6
nedostatek personálu	34	68



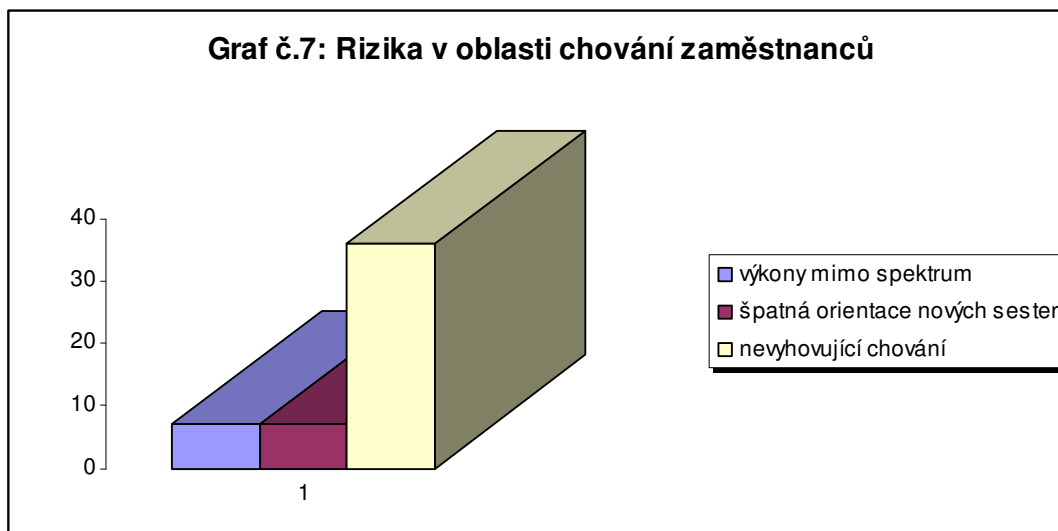
Za největší rizikový faktor spojený s nevhodným řízením oddělení je jednoznačně považován nedostatek personálu (68 % odpovědí), špatně vedená dokumentace je vyznačena u 26 % respondentů, 6 % udává jako nejrizikovější nedostatek návodů, směrnic a standardů. Zajímavostí pak je, že k této variantě se přiklonily pracovníce s pracovním zařazením staniční, resp.vrchní sestra, zatímco u řadových sester je jasně dominujícím problémem nedostatek personálu.

Otázka č.7: Co považujete za největší riziko v oblasti chování zaměstnanců?

- výkony mimo spektrum kompetence, kvalifikace
- nedostatečná nebo nevyhovující orientace nových sester v praxi
- neprofesionální nebo nevhodné chování

Tabulka č.7: Rizika v oblasti chování zaměstnanců

	absolutní číslo	%
výkony mimo spektrum	7	14
špatná orientace nových sester	7	14
nevyhovující chování	36	72



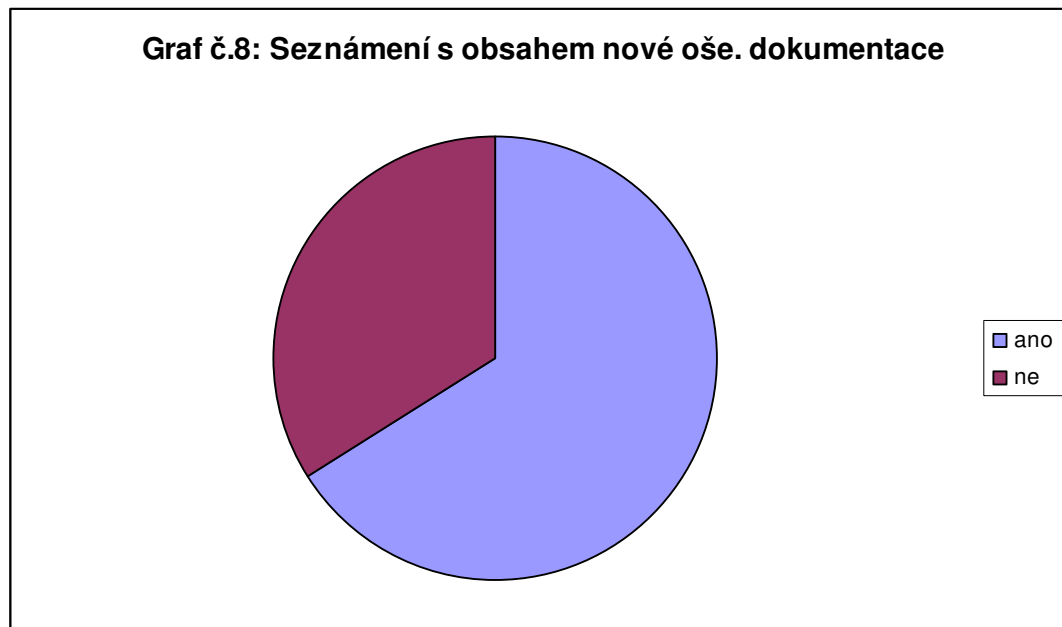
Nevyhovující chování považuje za hlavní riziko v obecné rovině problematiky chování zaměstnanců 72 % dotázaných. Další dvě varianty – „výkony mimo spektrum kompetence a kvalifikace“ a „špatná orientace nových sester v praxi“ – označilo shodně 14 % respondentek.

VYHODNOCENÍ SPECIÁLNÍ ČÁSTI:

Otázka č.8: **Setkala jste se před zavedením nové ošetřovatelské dokumentace na našem oddělení s jejím obsahem?**

Tabulka č.8: Seznámení s obsahem nové ošetřovatelské dokumentace

	absolutní číslo	%
ano	33	66
ne	17	34

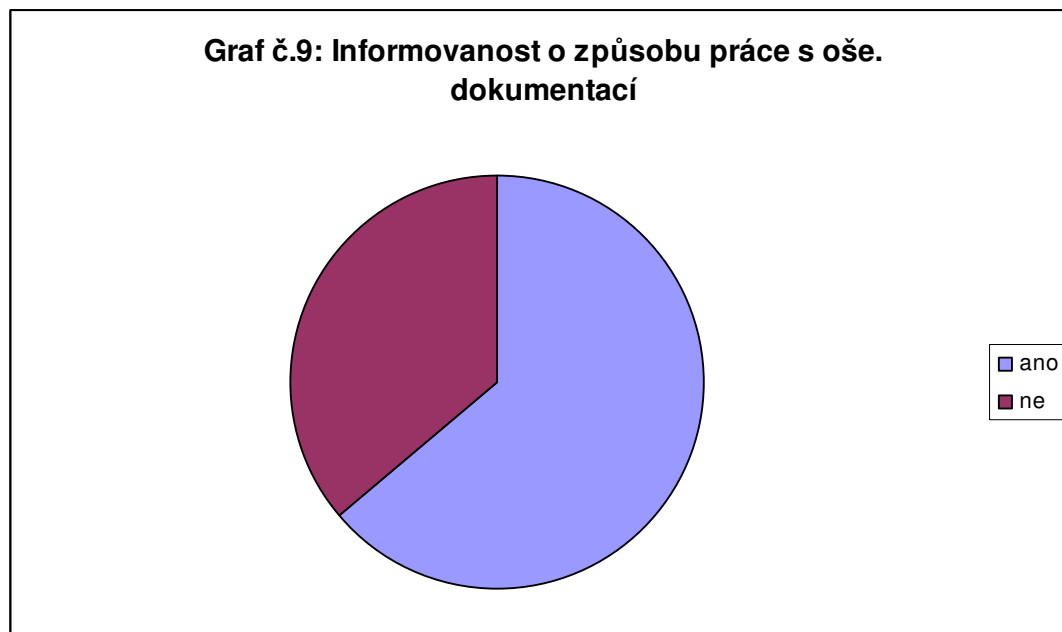


2/3 odpovídajících sester udává, že byly seznámeny s obsahem nové formy ošetřovatelské dokumentace ještě před jejím zavedením na oddělení. V návaznosti na další otázky pak ze zjištěného vyplývá, že problematika nové ošetřovatelské dokumentace byla před uvedením do praxe diskutována, ale nedosáhlo se plné informovanosti zaměstnanců.

Otázka č.9: **Byla jste před zavedením nové ošetrovatelské dokumentace dostatečně informována o způsobu práce s ní?**

Tabulka č.9: Informovanost o způsobu práce s ošetrovatelskou dokumentací

	absolutní číslo	%
ano	32	64
ne	18	36

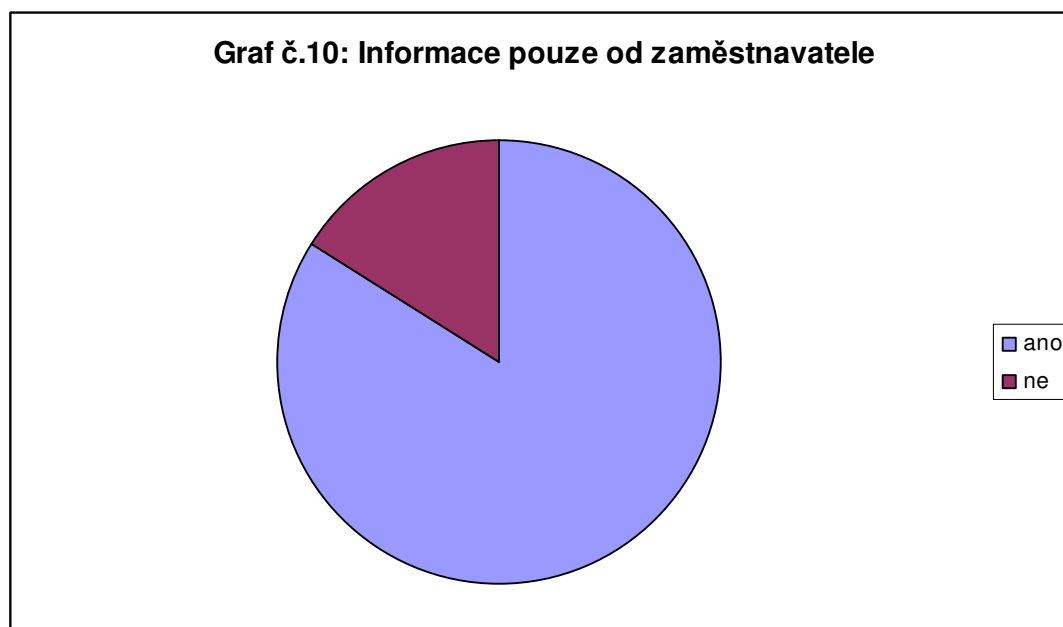


Vyhodnocení odpovědi o dostatečné informovanosti v podstatě kopíruje výsledky u předchozí položky a znovu potvrzuje hypotézu o neúplné penetraci informacemi. Otvírá se prostor pro stanovení dalšího postupu – např. vytvoření standardizovaného modelu školení, vztahujícího se k dané tématice – nové ošetrovatelské dokumentaci a systému práce s ní.

Otázka č.10: **Informace jste získala pouze od zaměstnavatele?**

Tabulka č.10: Informace pouze od zaměstnavatele

	absolutní číslo	%
ano	42	84
ne	8	16

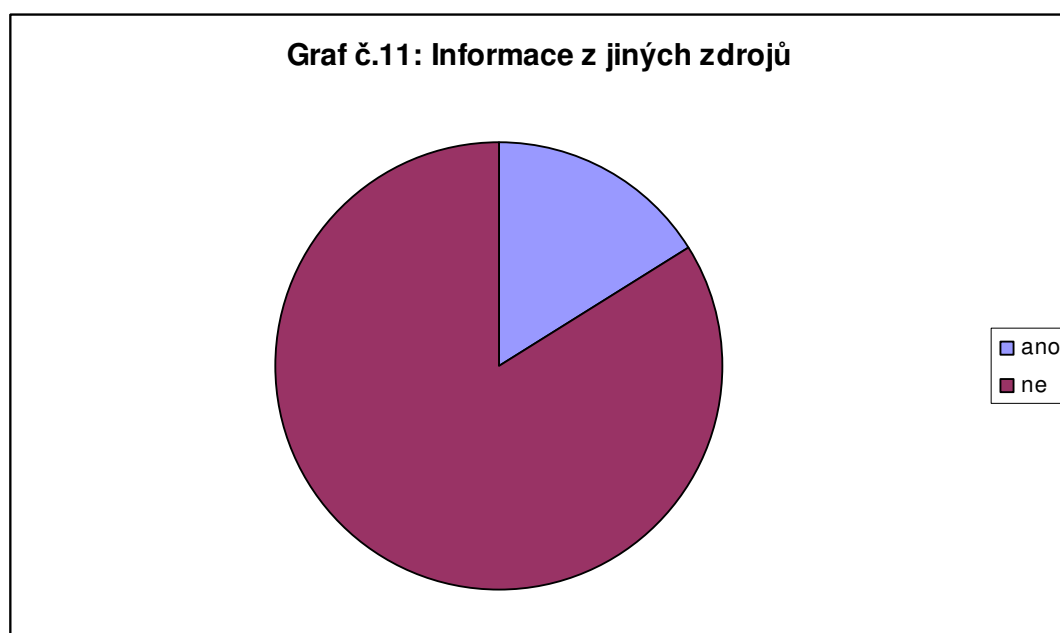


Odpovědi na otázku č.10, týkající se zdroje informací, zcela jednoznačně ukazují na rozhodující vliv zaměstnavatele a v souvislosti s tím i jeho klíčovou odpovědnost za dostatečnou obeznámenost s tematikou nové ošetrovatelské dokumentace. Jako jediný zdroj informací uvádí zaměstnavatele 84 % hodnotících.

Otázka č.11: **Informace jste získala z jiných zdrojů?**

Tabulka č.11: Informace z jiných zdrojů

	absolutní číslo	%
ano	8	16
ne	42	84

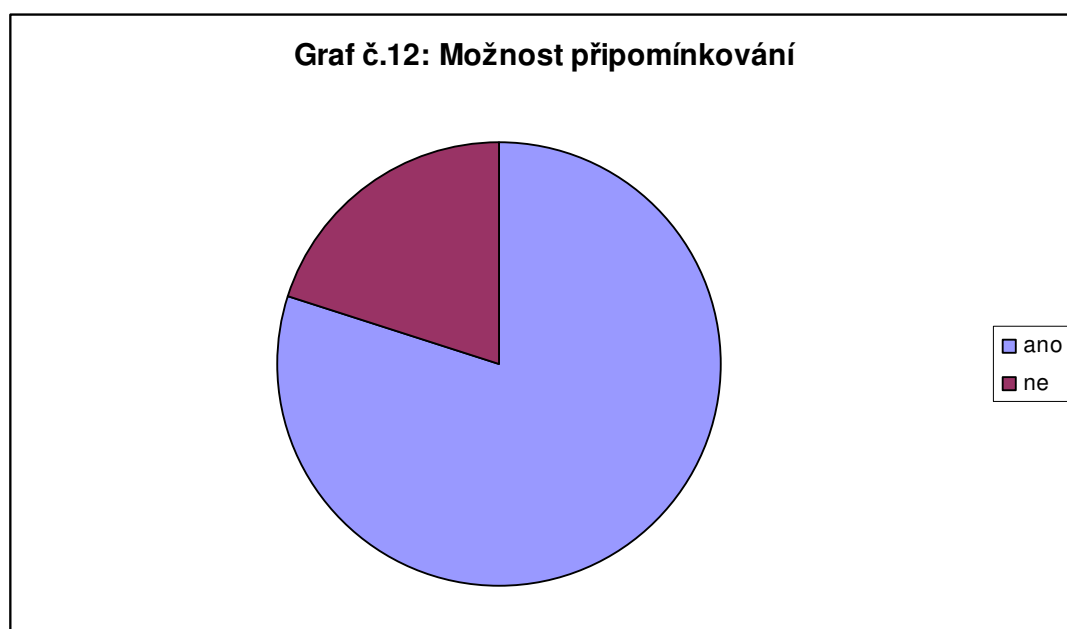


Podpůrná otázka s logickou vazbou na položku předchozí – její úkol v rámci testu byl především kontrolní. Do jisté míry ukazuje na stupeň relevance získaných údajů. Kopíruje výsledek předcházející otázky – jiné zdroje informací o nové ošetrovatelské dokumentaci uvádí 16 % respondentů.

Otázka č.12: **Měla jste možnost vyjádřit připomínky k ošetřovatelské dokumentaci?**

Tabulka č.12: Možnost připomínkování

	absolutní číslo	%
ano	40	80
ne	10	20

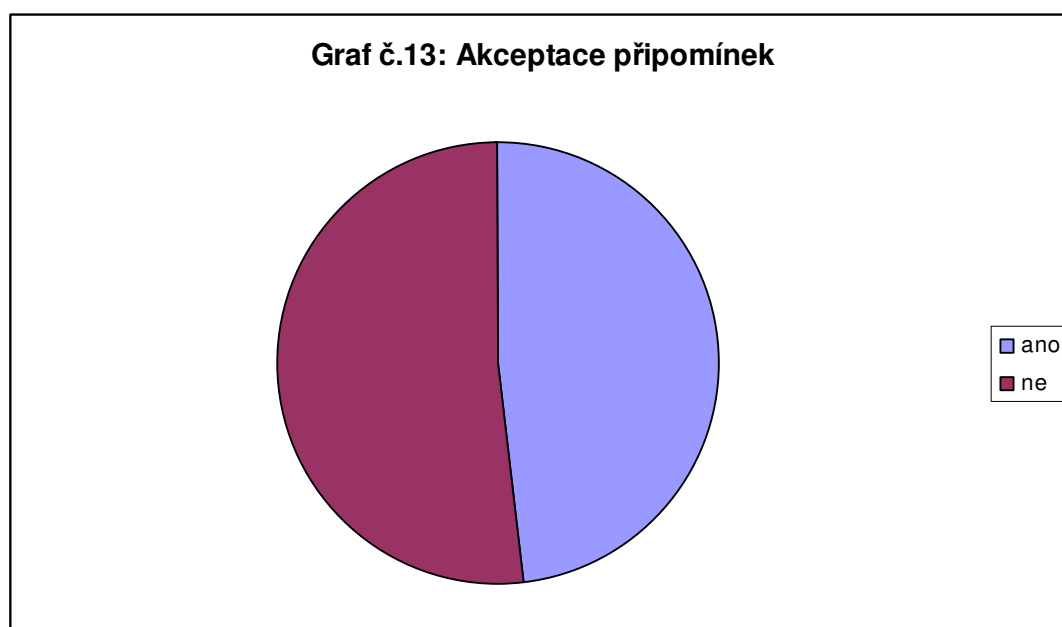


Možnost připomínkovat obsah a formu nové ošetřovatelské dokumentace – odpověď ANO zvolilo celých 80 % dotázaných a tím se znovu potvrdila existence diskuze, předcházející zavedení nové ošetřovatelské dokumentace do praxe jednotlivých oddělení.

Otázka č.13: **Byly v nové verzi akceptovány?**

Tabulka č.13: Akceptace připomínek

	absolutní číslo	%
ano	24	48
ne	26	52

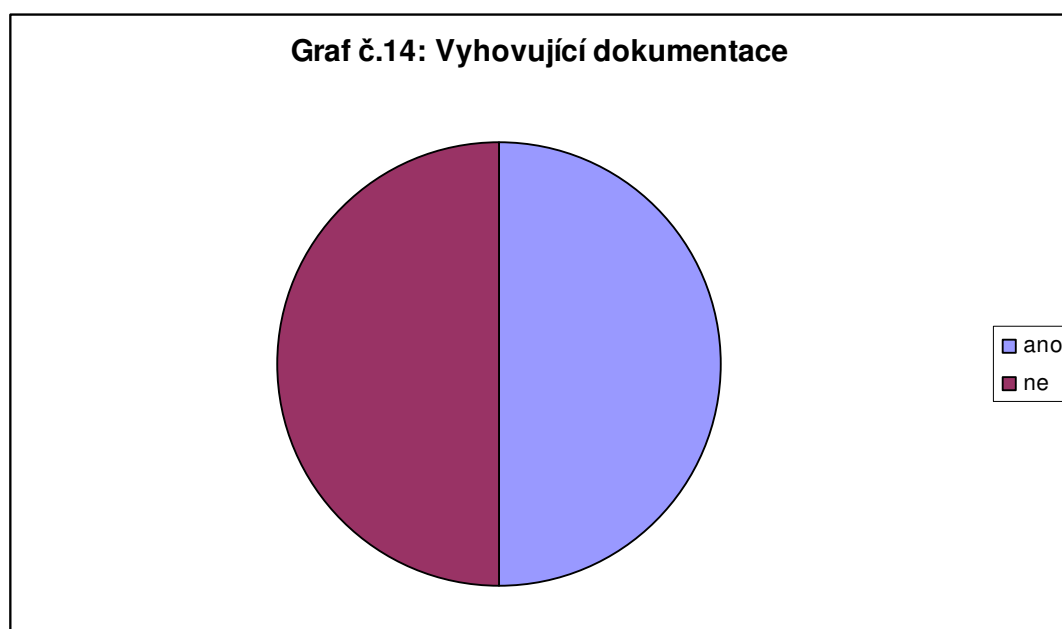


Téměř vyrovnaný poměr odpovědí u otázky, spojené s akceptací připomínek k nové ošetrovatelské dokumentaci (ano 48 %, ne 52 %), prokazuje relativně významný feedback (zpětnou vazbu) ze strany zaměstnavatele na připomínky těch, kteří mají o probíranou problematiku a s ní spojenou diskuzi zájem.

Otázka č.14: Myslíte si, že ošetrovatelská dokumentace ve stávající podobě vyhovuje?

Tabulka č.14: Vyhovující dokumentace

	absolutní číslo	%
ano	25	50
ne	25	50



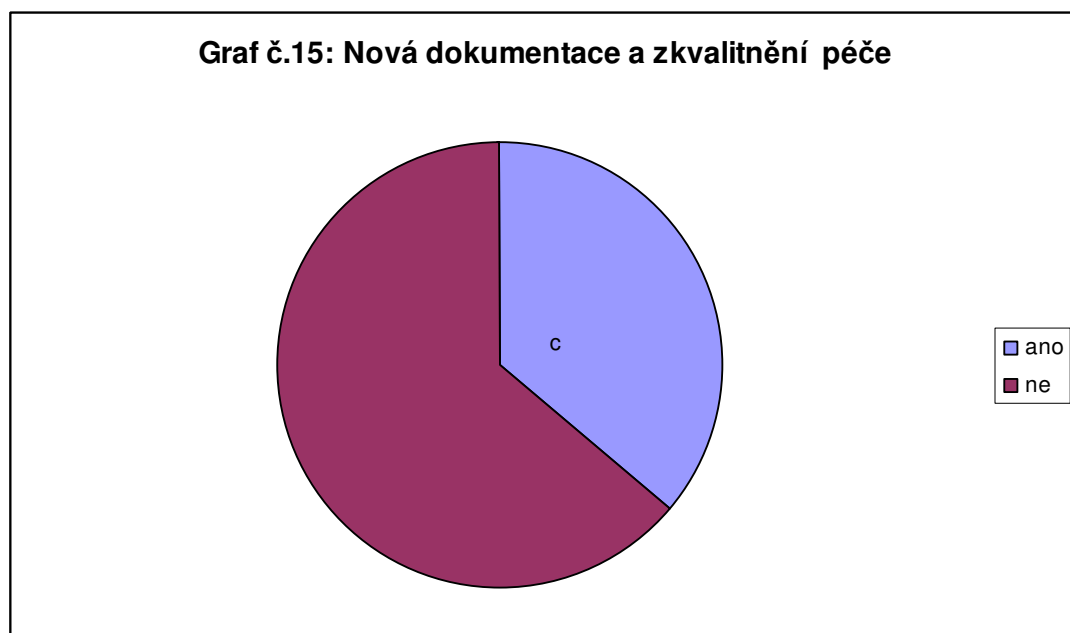
Přesně na poloviny jsou rozděleny odpovědi, vyjadřující názor na funkčnost nové ošetrovatelské dokumentace, resp. na to, jak vyhovuje praktickým nárokům a potřebám. 50 % sester je přesvědčeno o tom, že dokumentace splňuje požadavky na ni kladeným, 50 % se přiklání k opačnému názoru. Je pravděpodobné, že respondentky druhé skupiny se rekrutují z řady těch, jejichž připomínky nebyly plně akceptovány (viz. předchozí položka).

Přesto se domnívám, že lze dosažení 50 % hranice souhlasných odpovědí považovat za úspěch ve vztahu k novému systému dokumentace.

Otázka č.15: Myslíte si, že nová dokumentace přispěla ke zkvalitnění péče o pacienty?

Tabulka č.15: Nová dokumentace a zkvalitnění péče

	absolutní číslo	%
ano	18	36
ne	32	64

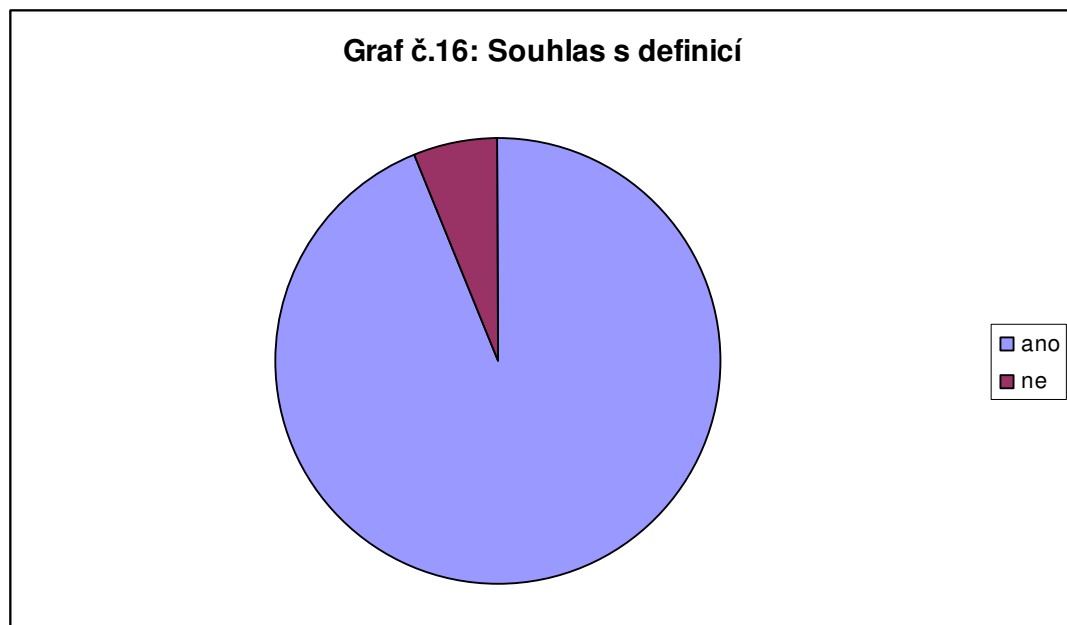


64 % záporných odpovědí na otázku „Myslíte si, že nová dokumentace přispěla ke zkvalitnění péče o pacienty“ by se mohlo hodnotit jako selhání celého systému nové dokumentace. V širších souvislostech ale určitě najdeme i jiný aspekt a tím je nedostatečné pochopení smyslu nového pojetí dokumentace odpovídajícími. To potom ukazuje na rezervy managementu především v oblasti úkolu předat dostatek informací o účelu nové dokumentace (na rozdíl od obsahu, jak ukazují výsledky u otázek č.8, 9 a 10).

Otázka č.16: **Souhlasíte s touto definicí?:***Dokumentace je nepřetržitý záznam o tom, co se děje s každým pacientem, a je také právním podkladem, který chrání pacienta, sestru, lékaře i zařízení.*

Tabulka č.16: Souhlas s definicí

	absolutní číslo	%
ano	47	94
ne	3	6



Na základě 94 % kladných odpovědí lze dovodit, že sestry si jasně uvědomují význam ošetrovatelské dokumentace v právních souvislostech a je možno vyslovit předpoklad, že považují tuto dokumentaci za důležitý prvek, chránící nejen pacienta, ale též odpovědného zdravotníka i celé zařízení. Tento účel dokumentace je tedy pro respondenty naprosto evidentní.

4 DISKUZE

Medicínské pochybení. Něco, co v nás budí mrazivou hrůzu. A právem. Když vstoupí pacient do zdravotnického zařízení, LDN nebo čekárny ambulance, neočekává vždy, že bude vyléčen. Ale neočekává nikdy, že by mu mohl někdo ublížit.

Nelze pochybovat o tom, že většina lékařů, zdravotních sester a ostatních zdravotnických pracovníků má vysoce humánní přístup a návyky. Nikdo také nejspíše nepochybuje o tom, že podíl chyb a omylů je výrazně ovlivněn rozsahem a hloubkou jejich odborného vzdělání. Přes to všechno se mohou dopouštět pochybení a omylů v úsudku a chyb v provedení výkonu i velmi vzdělaní a zkušení. Takové selhání je mnohem pravděpodobnější, je-li někdo nezkušený, unavený, je ve stresové situaci nebo jestliže pracuje na hranicích svých odborných a technických kompetencí. Ale k chybám a omylů může dojít i za zcela běžných okolností.

V roce 2001 byl v USA realizován projekt, jehož cílem bylo zjistit počet pochybení sester v 2737 akutních zdravotnických zařízeních.

Studie se zaměřila na tři druhy pochybení:

1. Opožděné nebo opomenuté medikace nebo procedury
2. Chybné léky nebo chybná dávka léků
3. Nozokomiální infekce na jejichž vzniku se podílely sestry

Otázka byla poměrně jednoduchá: Zjistit, jaké procento sester zaznamenalo v uvedených třech kategoriích alespoň jedno pochybení za týden.

Výsledky:

1. Opožděné nebo opomenuté medikace nebo procedury 34 % sester
2. Chybné léky nebo chybná dávka léků 8 % sester
3. Nozokomiální infekce 10 % sester

Výše uvedené výsledky se týkaly sester na všech odděleních.

Další zajímavé výsledky:

Sestry na chirurgických a interních odděleních měly největší počet opožděných nebo opomenutých medikací/procedur: 44 %

Sestry na psychiatrických odděleních měly největší počet podání chybných léků nebo chybných dávek léků: 14 %

Sestry JIP měly největší počet hlášených pochybení v oblasti nozokomiálních infekcí: 18 %

Co očekávají pacienti, kteří na vlastní kůži zažili pochybení zdravotníků?

1. Vysvětlení k čemu došlo.
2. Omluvu od odpovědných osob.
3. Ujištění, že došlo k nápravě a že nedojde k opakování stejného pochybení.

Je zajímavé, že finanční kompenzace nebyla uvedena mezi prvními 15 body.

Součástí empirického výzkumu této bakalářské práce byly otázky zaměřené na téma rizik ošetrovatelské péče a tím i na prevenci pochybení a vzniku mimořádných událostí. V oblasti rizik léčby a péče se ukázalo, že za největší projev selhání kvality péče považuje nelékařský zdravotní personál vznik dekubitů a nozokomiálních infekcí. Špatné výsledky léčby nebo péče, jejichž důsledkem jsou právě dekubity, označily jako nejzávažnější problém téměř $\frac{3}{4}$ dotázaných. Výskyt dekubitů u hospitalizovaných pacientů do jisté míry vypovídá o kvalitě ošetrovatelské péče. Ve snaze o zlepšení úrovně ošetrovatelské péče je proto nutné zaměřit se i na tuto oblast, to znamená získat přehled o výskytu dekubitů na jednotlivých pracovištích. V současné době je již standardně využíván při ošetřování pacienta s dekubitem standardizovaný formulář „Plán péče o dekubity“, který dle mého názoru výrazně zvýšil úroveň péče, protože umožňuje kvalitní a rychlý přehled o nezbytných opatřeních a dává tak personálu velmi funkční pomůcku k eliminaci následků při výskytu této komplikace.

Moderní medicína zachraňuje životy lidí, kteří by ještě před pár lety zemřeli, prodlužuje délku života a zlepšuje diagnózu a prognózu. Na druhou stranu přináší zvýšené riziko sekundárních infekcí, které jsou přes pokrok v lékařství stále velkým nebezpečím pro ambulance i nemocnice. Podle odhadů Světové zdravotnické organizace zemře každoročně na infekční nemoci více než 17 milionů lidí, přičemž velká část těchto infekcí souvisí právě s nozokomiálními - nemocničními - infekcemi. Stále častější nefyziologické, invazivní vstupy

do organismu, změna struktury pacientů (starší pacienti s vážnějšími diagnózami) a nadměrné používání antibiotik, vedoucí k růstu rezistentních kmenů, způsobují, že riziko vzniku nozokomiálních infekcí neklesá, ale naopak stoupá. A logicky rostou i ekonomické náklady, které se v jednotlivých zemích pohybují v řádech milionů i miliard dolarů. Nozokomiální infekce patří mezi deset nejčastějších příčin úmrtí na světě. Jejich nebezpečnost se liší podle konkrétního oddělení. Některé oficiální zdroje uvádějí, že průměrná incidence (počet nozokomiálních infekcí na počet přijatých pacientů) se ve vyspělých zemích pohybuje kolem 5-7 %. Paradoxem u nemocničních infekcí je fakt, že jejich riziko stoupá s tím, jak se zlepšuje diagnostika a postupuje lékařský pokrok. Čím více nefyziologických zásahů do organismu, tím větší nebezpečí infekce. A podle neoficiálních údajů je celosvětově nozokomiálními nákazami ohroženo osm až deset procent pacientů zdravotnických zařízení. Zcela zabránit se tomuto riziku nedá nikdy. Mikroorganismy, které nemocniční infekce způsobují, jsou rafinované. Čím více se věnujeme prevenci a hygieně, tím jsou odolnější a přizpůsobují se. Je to neustálý boj, který ovšem personál nemocnic musí podstupovat.

Po přečtení předchozích řádků, bychom měli být přesvědčeni o tom, že nozokomiální infekce představuje jedno z největších rizik, se kterými se lze v ošetrovatelské praxi setkat. Ale jak vyplývá z provedeného výzkumu, tento názor zastává pouze 16 % dotázaných. Není to málo? A proč tomu tak je? Můj názor je, že sestry nepodceňují rizika spojená s výskytem nozokomiálního infektu. Pravděpodobně zde ale hraje roli to, že nejsou jedinými odpovědnými za případný vznik této komplikace. A i zpřísnující se hygienické normy a narůstající počet stále dokonalejších ochranných a hygienických pomůcek mohou budít pocit bezpečí. Dalším důvodem pak může být, že zatímco dekubit je od svého vzniku doprovázen poměrně výrazným vizuálním projevem, nozokomiální infekce probíhá ve svých raných stádiích obvykle skrytě. Díky tomuto časovému odstupu mezi příčinou a následkem může potom dojít k porušení uvědomění si souvislostí a podcenění možných důsledků svého jednání (porušení zásad asepse a antisepte, nedodržení procesuálních standardů,...).

Za neopomenutelné téma v diskuzní části mé práce považuji výsledky vzešlé z dotazníkového šetření u otázky: Co považujete za největší riziko v oblasti vztahů s pacienty? Téměř polovina respondentek odpověděla, že je to špatný vztah zdravotnický personál/pacient.

PhDr. Sylva Bártová ve své studii uvádí, že špatné vztahy mezi sestrami a pacienty mohou být příčinou napětí a konfliktů i ve vztazích mezi všemi zainteresovanými – lékaři, sestrami a pacienty. Nejčastěji bývá příčinou konfliktů a neshod mezi pacienty a sestrami nevhodné jednání ze strany rodinných příslušníků a dále pak organizační problémy, pramenící z nadměrného počtu pacientů. Netrpělivost a nervozita v jednání sestry, plynoucí z její přetíženosti a také podceňování odborných znalostí lékaře i sestry ze strany pacientů patří do třetí, nejméně početné skupiny příčin neshod s pacienty. Mezi jinými než uvedenými příčinami uváděly sestry nervozitu, spěch a nespolupráci pacientů, nerespektování pokynů lékaře, lhostejnost k vlastnímu zdraví, simulování, dlouhé čekací doby a podobně.

S těmito závěry nelze než souhlasit. V dnešní době, myšleno hektické a ovlivněné současným stavem našeho zdravotnictví, na problém ve smyslu konfliktu s pacientem narážíme téměř denně. Ke každé z uvedených příčin konfliktů by se dala okamžitě připojit konkrétní situace, ale na tomto místě je to, myslím si, zbytečné. Podstatné je konstatování, že tento jev, soudě podle vzrůstající tendence jeho výskytu, v brzké době z ošetrovatelské praxe nevymizí. Je a bude povinností a nutností ošetrovatelského i lékařského personálu naučit se v konfliktních situacích jednat asertivně a myslet na to, že ať je klientův přístup k sestram, lékařům i ostatním zaměstnancům zdravotnického zařízení jakýkoliv, on je na prvním místě, má na neobvyklé chování větší nárok než my a nebýt klientů, neměli bychom koho léčit a koho ošetřovat. Někomu se tento názor může zdát poněkud ponižující, ale záleží na tom, do jaké míry ho bude chtít pochopit. V žádném případě jím nebylo myšleno, že bychom se měli vracet do dob sluhů. Znamená to pouze to, že komunikace bude náročnější, bude zabírat více času, spotřebovávat více sil a vyžadovat mnohdy citlivější i vnímavější přístup ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Pravděpodobně bude jen otázkou času, kdy vyvstane nutnost cíleného vzdělávání pracovníků, kteří přicházejí do přímého komunikačního styku s pacientem, v oborech rétoriky a umění věcné a srozumitelné komunikace, včetně schopnosti naslouchat, chápat a porozumět, zároveň však i vysvětlit, podat, sdělit.

Jednou z otázek, která podle mého názoru nepřehlédnutelně ukazuje na pocity našeho nelékařského zdravotnického personálu je dotaz, směřující k označení nejvýznamnějšího rizika, ovlivňujícího řízení oddělení. Pro téměř 70 % dotázaných představuje největší riziko nedostatečný počet zaměstnanců v poměru k pacientům. Je toto varovné číslo relevantním se skutečným stavem a ukazuje na kritický nedostatek zaměstnanců, nebo jde pouze o domněnku našeho ošetrovatelského personálu, který je neúměrně zatěžován úkoly, nepatřícími do jeho popisu práce a rozbujelou administrativou, na úkor hlavní pracovní činnosti, tj. přímé péče o pacienta?

Na základě veřejně dostupných informací se můžeme pokusit o porovnání některých parametrů, které s touto problematikou souvisí.

V řadě zemí se vedou rozsáhlé diskuze o tom, kolik pacientů by mělo připadat na jednu sestru na různých odděleních. Cílem takových diskuzí je samozřejmě podpora kvalitnější a bezpečnější ošetrovatelské péče. V některých zemích takové rozhovory vyústily v přijetí či schválení určitých legislativních opatření, jinde tyto debaty stále probíhají a snaží se najít optimální řešení. Například Asociace sester státu Kalifornie svůj návrh optimalizace podala v roce 1999 a tento návrh byl přijat v roce 2002. Udávaný poměr sestra: pacient se liší pro jednotlivá oddělení. Pro rámcové porovnání zde uvádím reálný stav na vybraných odděleních okresní nemocnice v ČR.

Tabulka č.1: Nemocniční zařízení v USA

Nemocniční zařízení v USA	
Oddělení	sestra: pacient
Interní oddělení	1:6
Onkologie	1:5
Dětské oddělení	1:4
Popáleniny	1:2
Traumatologie	1:1
JIP	1:2
ARO	1:2
Porodní	1:2
Novorozenecké	1:8

Tabulka č.2: Okresní nemocnice v ČR

Okresní nemocnice v ČR	
Oddělení	sestra: pacient
Interní oddělení	1:10
Chirurgie - standard	1:10
Chirurgie - JIP	1:3
Traumatologie	1:9
ARO	1:2
Porodní	1:18
Novorozenecké	1:9
Gynekologie	1:10
Dětské oddělení	1:9

Jak je z uvedených hodnot patrné, disproporce v poměrech sestra:pacient opravdu existují a dávají do jisté míry za pravdu těm, kteří označili za nejrizikovější faktor nevhodného řízení oddělení nedostatek zaměstnanců. Ovšem je třeba vidět ještě další pohled a tím je rozsah pracovních povinností a kompetencí nelékařského zdravotního personálu. Praxe často ukazuje, že není hlavním problémem nedostatečný počet kvalifikovaných sester, ale to, že příliš často jejich pracovní náplň zasahuje do oblastí, které mají v popisu práce jiní členové zdravotnického týmu. Samostatnou skupinou jsou lékaři a jejich delegování práce na zdravotní sestry. Je zde ale i druhá skupina pracovníků, do které patří zřízenci, sanitářky, uklízečky, ošetřovatelky. A tito zaměstnanci skutečně často na našich odděleních chybí. Ne však z důvodu faktického nedostatku uchazečů o tyto profese, ale spíše z důvodu šetření finančními prostředky ze strany managementu. Dokážeme-li najít dostatečné zdroje pro navýšení počtu těchto pracovníků, uvolníme tím vysoce kvalifikované sestry pro odbornou práci s pacientem a samozřejmě i pro nezbytnou administrativní činnost. Tak potom určitě dokážeme eliminovat i druhé nejvýše hodnocené riziko v této skupině a tím je špatně vedená dokumentace (26 % respondentů). I tam totiž často dochází k nedorozuměním a chybám, způsobeným v souvislosti s přepracováním a přemírou úkolů, které s péčí o pacienta souvisí pouze vzdáleně nebo často nesouvisí vůbec. Domnívám se, že sestry pak budou své úkoly plnit s větší odpovědností i ochotou a v neposlední řadě se jako ve spojitých nádobách projeví i redukce rizika pochybení, jehož jedním z nejvýraznějších faktorů je právě stupeň existujícího pracovního zatížení, přepracovanost a pocit přetlaku pracovních činností.

Teoretická část mé práce nastínila i další témata, která si dle mého názoru zasluhují hlubší rozbor a ověření některých úvah, tak, jak vyplynulo z výsledků výzkumu v empirické části práce.

V příručce *Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*, sepsané docentkou PhDr. Martou Staňkovou, CSc., autorka mimo jiné uvádí:

„Zkušenosti se zaváděním ošetřovatelského procesu potvrzují, že dokumentace je sice důležitou součástí tohoto procesu, ale řešení problémů nemocných nezávisí na tom, jak někdo umí psát. Zavádění ošetřovatelského procesu do praxe musí být vždy doprovázeno postupným užíváním ošetřovatelské dokumentace. Ošetřovatelská dokumentace tak musí jít ruku v ruce se skutečnými změnami ošetřovatelské praxe. To znamená nejprve zajistit teoretickou přípravu sester na tyto změny, aby se s novými způsoby práce i s novým způsobem jejího záznamu ztotožnily a používaly je proto, že jsou přesvědčeny o jejich přínosnosti.“

Můj výzkum pak ukázal, že právě v oblasti teoretické přípravy sester existují poměrně značné rezervy a sestry samy nemají jasno nejen o prioritách v nové ošetrovatelské dokumentaci, ale především v jejím významu. Nepřipadá jim jako prvek, který by jim měl usnadnit práci, ale jako nadbytečná administrativa, která nijak významně nepřispívá ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Přesto však shledávají u systému dokumentace přinejmenším jedno zcela nezpochybnitelné pozitivum – a tím je právní ochrana jejich osoby v pracovním procesu. Znamená to, že si dobře uvědomují rizikové faktory, které doprovázejí jejich pracovní činnost a vyvozují správné závěry ve smyslu nutnosti managementu rizik – předcházení rizikům a jejich minimalizace – a tato rizika vnímají obzvlášť citlivě právě proto, protože jsou bezprostředně spojena s ochranou jejich osobních práv, s jejich osobností. Domnívám se, že dosáhnout stejné shody v názoru i na ostatní úkoly ošetrovatelské dokumentace a správně nadefinovat její smysl je velmi důležitý úkol, který je kladen na management každého oddělení, každého zdravotnického zařízení. Tato otázka je však poněkud opomíjena a v některých ohledech snad i zcela neprávem bagatelizována. Uplatňování hesla „však ono se to poddá.“ je v tak klíčové oblasti naprosto nepřijatelné a je odpovědností každého člena managementu na všech úrovních prosazovat základní zásady správného postupu vzdělávání – tzn. důsledně objasňovat smysl poznávaného v nejširších možných souvislostech, tak, aby zaměstnanec skutečně poznal všechny možnosti a výhody (ale samozřejmě na druhé straně i úskalí a nároky) nových poznatků – tj. v našem případě nové ošetrovatelské dokumentace. Najít tedy správnou metodiku, správný způsob předávání informací a zajistit jejich srozumitelnost je klíčem k úspěchu – nejen při zavádění nového typu administrativy. Na druhé straně se zcela ztotožňuji s názorem autorky výše citované publikace, že nemá smyslu zavádět ošetrovatelskou dokumentaci samostatně, samoučelně, bez propojení se systémem ošetrovatelského procesu, s tím, že je třeba ji nejdříve „vyzkoušet“, pochopit a naučit se s ní pracovat a až v druhém kroku ji aplikovat na ošetrovatelský systém. Tato cesta se ukazuje jako nesprávná a neperspektivní, neboť je pro ty, kteří s takovou „zkušební“ formou dokumentace musí pracovat, demotivující. Je jasné, že sestře, která má za úkol vyplňovat něco, co bude – byť i po relativně krátkou dobu – pouze „papír navíc“, taková časová zátěž bude připadat zbytečná a je vysoce pravděpodobné, že dosáhneme jen velmi kritického náhledu na smysl takové administrativy a v souslednosti pak nejspíše dojde i k obtížím při pokusu o zavedení nového ošetrovatelského procesu, který je nastaven právě na používání této nové dokumentace.

Jako správný postup se tedy jeví seznámení týmu se změnami, které jsou připravovány – v rovině administrativní i v rovině přímé práce zdravotní sestry s pacientem, důkladný

rozbor těchto změn a jejich prodiskutování a poté souběžné zavádění změn do praxe, aby byla jasně patrná jejich provázanost. Tento způsob aplikace jistě přispěje k lepšímu pochopení a ochotnějším přijetí především administrativní části změn, protože jejich transparentní propojení s reálnými úkony zvýší i jejich respekt.

Je nutné si uvědomit, že dnešní situace příliš nenahrává snadnému zdůvodnění jakýchkoliv administrativních úprav, neboť nelékařský zdravotnický personál obvykle pociťuje spíše nedostatek času na práci s pacientem právě kvůli přetížení administrativní činností. Proto je každá úprava citlivé téma a správný manažer vnímá, že je dobré, aby ti, kterých se taková úprava dotkne, měli možnost se k takovým krokům vyjádřit a aby jasně cítili své právo být s takovými změnami seznámeni – včas a v dostatečné míře. Je ale samozřejmé, že každý vnímá tuto „dostatečnost“ podle svých osobních kritérií, stejně tak, jako je jasné, že není možné zohlednit všechny připomínky a komentáře, které se jako vyústění takových diskuzí objeví. Bude-li však pracovník vnímat, že i jeho názor je důležitý, že i on je přizván k procesu přípravy nové koncepce, bude jistě mnohem ochotněji reagovat na změny, které tato koncepce při své aplikaci přinese – a to i v případě, že to budou změny, které by za jiných okolností vnímal jako „nárůst“ nebo „komplikaci“ práce. Zároveň určitě i snadněji pochopí smysl takových změn a jejich vzájemné propojení, stejně tak, jako význam a prospěch, které přinášejí jemu, jeho oddělení i zdravotnickému zařízení, jehož je on jako zaměstnanec součástí.

5 ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala především definicí nejčastějších rizik, jejich příčinami i možnými následky, se zvláštním zřetelem na to, jak jsou tato rizika vnímána především nelékařským zdravotnickým personálem, jaký význam je jim přikládán a jaká opatření je možno učinit v rámci předcházení těmto rizikům. Jako jeden z hlavních cílů jsem si vytýčila provést hlubší analýzu úlohy nové ošetrovatelské dokumentace v procesu ošetrovatelské péče, její možnosti a především její přijímání ze strany sester.

Tato problematika patří k tématům, která spadají pod širší celek tzv. managementu rizik.

Jako klíčová považuji následující zjištění:

- Za největší riziko v oblasti péče a léčby jsou považovány špatné výsledky procesu léčby – například dekubity. Na druhém místě figuruje riziko nozokomiální infekce.
- Nejvýznamnější rizika, která zasahují do vztahů mezi ošetřujícím personálem a pacientem jsou kvalifikována jako obecně špatný vztah personál/pacient, antagonistický pacient a nespokojený pacient.
- Nedostatek personálu je vnímán jako nejpodstatnější riziko, ovlivňující řízení chodu oddělení. Následuje špatně vedená administrativa.
- Oblast chování zaměstnanců je nejvíce zasažena nevyhovujícím chováním personálu, s odstupem jsou jako potencionální rizika vnímány také výkony mimo spektrum kompetencí a kvalifikace a také špatná orientace nových sester v praxi.
- Ošetrovatelská dokumentace a její význam pro ošetrovatelský proces, personál i pacienta je vnímána v určitých rozporech. Na jednu stranu lze konstatovat, že sestry jsou si dobře vědomy přínosu, který nová ošetrovatelská dokumentace přináší – především v souvislostech ochrany osobnosti – na druhé straně lze vycítit poměrně jasný despekt, se kterým je zavádění této nové formy administrativy doprovázeno. Je to do značné míry dáno tím, že sestry se sice cítily osloveny při diskuzích nad tematikou nové dokumentace, ale často mají pocit, že jejich názor nebyl brán v úvahu. S touto problematikou úzce souvisí i to, že dle výsledků průzkumu je jednoznačně převládajícím zdrojem informací o probíraném tématu zaměstnavatel a pouze výjimečně jsou využívány i jiné prameny. S plnou relevancí nové dokumentace ve

vztahu k potřebám a nárokům na ni kladeným souhlasí polovina dotazovaných, což není v úplném souladu s názorem, zda nová dokumentace přispívá ke zkvalitnění péče o pacienty a tím i k eliminaci možných pochybení - s takovým názorem souhlasí třetina dotázaných.

Pro odstranění vážných chyb a minimalizaci chyb odvratných v procesu zdravotní péče lze navrhnout následující systém opatření:

- bezpečnost by se měla stát hlavním kritériem kvality zdravotní péče; riskantní výkony by se měly provádět jen v případě, že neexistují jiné alternativy
- o vzniklých chybách a jejich příčinách by se mělo hovořit na příslušných pracovištích, měla by být prováděna podrobná analýza jejich příčin
- v nemocnicích i na ostatních zdravotnických pracovištích by se měla věnovat pozornost výcviku dovedností
- je nutné posilovat komunikaci mezi členy celého zdravotnického týmu i komunikaci mezi zdravotníky a pacienty
- měl by být zřízen neformální vnitřní audit, orientovaný na úroveň diagnostiky, terapie, ošetrovatelské péče a celkovou kvalitu péče
- mělo by se soustavně dbát na vysokou kvalitu dokumentace
- měla by být vedena povinná registrace vážných pochybení
- dodržování doporučených postupů a standardů péče by mělo být samozřejmým

Realizace těchto opatření se stává součástí managementu rizik.

6 ANOTACE

Autor:	Monika Koubová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Rizika v ošetrovatelské péči, jejich monitorování a prevence
Vedoucí práce:	Mgr. Ivana Kupečková, RN
Počet stran:	77
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	riziko, rizikové faktory, management rizik, ošetrovatelská dokumentace

Bakalářská práce pojednává o tématu rizik v ošetrovatelské péči, jejich monitorování a prevenci se zvláštním důrazem na problematiku ošetrovatelské dokumentace a roli této dokumentace v procesu managementu rizik.

Zabývá se především zjišťováním úrovně informovanosti o obsahu ošetrovatelské dokumentace mezi nelékařským zdravotnickým personálem a soustředí se na nejčastější rizikové faktory, se kterými se zdravotní sestry při své praxi setkávají. Zároveň na základě získaných dat poukazuje na nezbytnost systematického přístupu k otázkám, spojených s obsahem a smyslem nové formy dokumentace.

Výzkum, ze kterého práce čerpá, byl prováděn na chirurgických odděleních okresní nemocnice v pardubickém kraji.

This Bachelor Dissertation deals with the topic of medical care risks, their monitoring and prevention, with a special accent on the area of medical documentation and the role of this documentation in the process of risk management.

It mainly tries to survey the level of knowledge of medical documentation content among the nursing staff and concerns with the most frequent risk factors with which the nurses meet within their practice. At the same time, on the basis of the obtained data, it points out the necessity of systematical approach to the issues related to the content and purpose of the new form of documentation.

The research which the Dissertation draws on was conducted at surgical departments of a district hospital in the region of Pardubice.

7 POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

Monografie:

1. FIŠEROVÁ, Jaroslava. *Etika v ošetrovatelství : pomocný učební text*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 60s.
2. GROHAR-MURRAY, M. H.; DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 317s. ISBN 80-247-0267-3.
3. KEBZA Vladimír, ŠOLCOVÁ Iva. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23s. ISBN 80-7071-231-7
4. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství, I.díl – Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 187s. ISBN 80-246-0429-9
5. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství, II.díl – Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 160s. ISBN 80-246-0428-0
6. MELGOSA, Julián. *Zvládni svůj stres*. Praha: Advent-Orion, 2001. 190s. ISBN 80-7172-624-9
7. PRUDIL, Lukáš. *Základy právní odpovědnosti ve zdravotnictví*. 4 .vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 77s. ISBN 80-7013433-X.
8. SCOLLON, Ron; SCOLLON, Suzanne Wong. *Intercultural communication: a discourse approach*. Oxford: Blackwell, 2001. 316s. ISBN 0-631-22418-1.
9. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 49s. ISBN 80-7013-282-5

10. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit : cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162s. ISBN 80-7013-419-4.

11. ŠKRLA, Petr; ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent Orion, 2003. 477s. ISBN 80-7172-841-1.

12. VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 100s. ISBN 80-247-1198-2.

13. VONDRÁČEK, Lubomír; LUDVÍK, Miloslav; NOVÁKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 72s. ISBN 80-247-0704-7.

14. VONDRÁČEK, Lubomír; VONDRÁČEK, Jan. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 68s. ISBN 80-247-0705-5.

Elektronické zdroje:

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí - možnosti prevence a časné intervence*. Dostupné na:
<http://www.plbohnice.cz/nespor/zdrw2.doc>

Vedení ošetrovatelské dokumentace. Dostupné na:
http://www.cna.cz/vedeni_dokumentace.php?PHPSESSID=19da061ca108fbc6f9a05ccd341afa03

Zajímavé informace ze světa ošetrovatelství. Dostupné na:
http://www.rebeka.cz/intermed/index.php?p=preview&sekce=6_1&id=432

Porady sester a hlášení o mimořádných událostech/potenciálních incidentech. Dostupné na:
http://www.rebeka.cz/intermed/index.php?p=preview&sekce=3_1&id=60

JCAHO a její význam v prevenci pochybení. Dostupné na:

http://www.rebeka.cz/intermed/index.php?p=preview&sekce=4_2&id=421

Může učinit zdravotnictví bezpečnější? Dostupné na:

http://www.rebeka.cz/intermed/index.php?p=preview&sekce=4_2&id=139

Články v periodických publikacích:

BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. Praha : Mladá fronta a.s.. ISSN 1210-0404. 2007. roč. 17, č. 3, s. 14 – 17

FLORIAN, J. Nezešléjte ze své práce. *Sestra*. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404. 1999. roč. 9, č. 4, s. 27

KOTASKOVÁ, L, TÓTHOVÁ, V. Stanovení zátěže sester metodou kvantifikace ošetrovatelské péče. *Diagnóza*. Praha: Promediamotion, s.r.o.. ISSN 1801-1349. 2007. roč. 3, č. 3, s. 105

MORVICSOVÁ, E. Prekážky efektívnej komunikácie vo vzťahu sestra – pacient. *Diagnóza*. Praha: Promediamotion, s.r.o.. ISSN 1801-1349. 2007. roč. 3, č. 3, s. 103 – 104

GLADKIJ, I., STRNAD, L. Řízení rizik a programy prevence chyb zdravotnických pracovníků v nemocnicích. *Zdravotnictví v české republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ve spolupráci s vydavatelstvím ST. ISSN 1213-6050. 2000, roč. 3, č. 4, s.19-23.

8 SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A PŘÍLOH

Obrázek č.1: Heindrichův poměr pochybení (1941), str. 11

Obrázek č.2: Model Ementálského sýra Jamese Reasona, str. 25

Tabulka č.1: Nemocniční zařízení v USA, str. 52

Tabulka č.2: Okresní nemocnice v ČR, str. 52

Příloha č.1: Dotazník

Příloha č.2: Hlášení mimořádné události – 1. str.

Příloha č.3: Hlášení mimořádné události – 2. str.

Příloha č.4: Hlášení nemocí z povolání podle odvětví ekonomických činností v ČR v roce
2005

Příloha č.5: Zásady vedení zdravotnické dokumentace v Nemocnici Chrudim

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	- Anesteziologicko resuscitační oddělení
ČR	- Česká republika
ISO	- Evropský systém řízení a standardizace kvality
JIP	- Jednotka intenzivní péče
LDN	- Léčebna dlouhodobě nemocných
LF UK	- Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
op.	- operační
oše.	- ošetřovatelský
postoper.	- postoperační
SZŠ	- střední zdravotnická škola
USA	- Spojené státy americké
USAF	- letecké síly Spojených států amerických
VŠ	- vysoká škola
VZŠ	- vyšší zdravotnická škola

10 PŘÍLOHY

Příloha č.1

ANONYMNÍ DOTAZNÍK

Milé kolegyně,
obracím se na vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Píší bakalářskou práci na téma *Rizika v ošetrovatelské péči, jejich monitorování a prevence*, která je zaměřena především na práci s ošetrovatelskou dokumentací. Ráda bych vaše zkušenosti s touto problematikou využila nejen ke své práci, ale i ve prospěch našeho oddělení.

Děkuji vám za váš čas věnovaný vyplnění dotazníku a prosím o vyznačení vždy jen jedné odpovědi u každé položky.

Monika Koubová
4. r. bakalářského studia ošetrovatelství
Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové

OBECNÁ ČÁST:

1. Váš věk:

- 20 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 a více

2. Vaše dosažené vzdělání

- SZŠ
- SZŠ + specializace
- VZŠ
- VŠ

3. Vaše pracovní zařazení:

- zdravotní sestra u lůžka
- staniční sestra
- vrchní sestra

4. Co považujete za největší riziko v oblasti léčby a péče?

- nedostatečné nebo špatné výsledky léčby či péče, jako jsou např. dekubity
- neplánovaná a neočekávaná rehospitalizace
- neočekávaný návrat na operační sál
- nozokomiální infekce
- postoperační infekce
- jiný opakující se problém

5. Co považujete za největší riziko v oblasti vztahů s pacienty?

- nespokojený pacient
- antagonistický pacient nebo člen rodiny
- pacient propuštěn na vlastní žádost, proti doporučení lékaře
- špatný vztah zdravotnický personál/pacient

6. Co považujete za největší riziko v oblasti nevhodného řízení oddělení?

- nevhodně nebo nedbale vedená zdravotnická dokumentace
- nedostatek návodů, standardů, směrnic
- nedostatečný počet zaměstnanců v poměru k pacientům

7. Co považujete za největší riziko v oblasti chování zaměstnanců?

- výkony mimo spektrum kompetence, kvalifikace
- nedostatečná nebo nevyhovující orientace nových sester v praxi
- neprofesionální nebo nevhodné chování

SPECIÁLNÍ ČÁST:

8. Setkala jste se před zavedením nové ošetrovatelské dokumentace na našem oddělení s jejím obsahem?

- ano
- ne

9. Byla jste před zavedením nové ošetrovatelské dokumentace dostatečně informována o způsobu práce s ní?

- ano
- ne

10. Informace jste získala pouze od zaměstnavatele?

- ano
- ne

11. Informace jste získala z jiných zdrojů?

- ano
- ne

12. Měla jste možnost vyjádřit připomínky k ošetrovatelské dokumentaci?

- ano
- ne

13. Byly v nové verzi akceptovány?

- ano
- ne

14. Myslíte si, že ošetrovatelská dokumentace ve stávající podobě vyhovuje?

- ano
- ne


15. Myslíte si, že nová dokumentace přispěla ke zkvalitnění péče o pacienty?

- ano
- ne

16. Souhlasíte s touto definicí?: *Dokumentace je nepřetržitý záznam o tom, co se děje s každým pacientem, a je také právním podkladem, který chrání pacienta, sestru, lékaře i zařízení.*

- ano
- ne

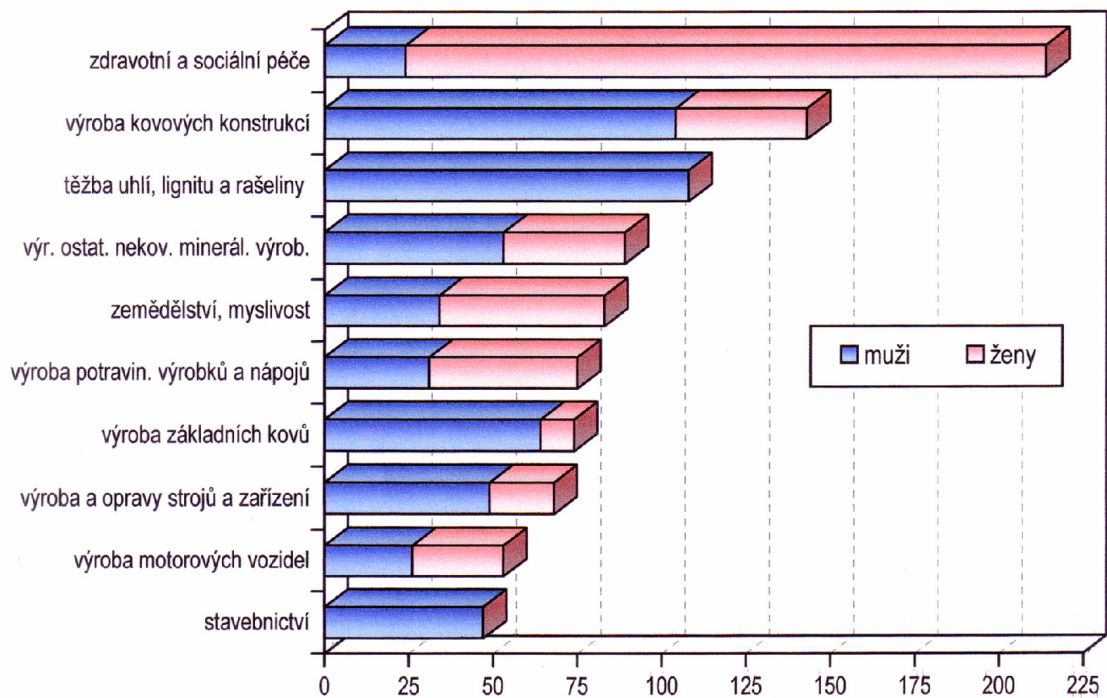
Příloha č.2

Jméno: _____ Příjmení: _____ R.č.: _____	<h2 style="margin: 0;">Hlášení mimořádné události</h2>	 CHRUDIMSKÁ NEMOCNICE				
oddělení: _____ list č.: _____						
datum MU: _____ čas: _____ <input type="checkbox"/> nemocný <input type="checkbox"/> zaměstnanec <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> návštěva <input type="checkbox"/> ostatní jméno, kdo MU zjistil: funkční zařazení: _____ svědek MU: _____ funkční zařazení: _____ datum zjištění MU: _____ čas: _____						
1. DRUH MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI						
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> TYP I <input type="checkbox"/> selhání zdravotnické techniky <input type="checkbox"/> popáleniny <input type="checkbox"/> pokus o sebevraždu/dokonaná sebevražda pacienta, jiné osoby <input type="checkbox"/> sebepoškození pacienta, zaměstnance, jiné osoby pacientem <input type="checkbox"/> ohrožení zaměstnance (slovní nebo fyzické) <input type="checkbox"/> zranění nemocného jiným nemocným <input type="checkbox"/> komplikace medikace (vyplňte oddíl 4) <input type="checkbox"/> incident spojený s výkonem (vyplňte oddíl 5) <input type="checkbox"/> nepředvídatelné úmrtí nemocného při diagnostickém či terapeutickém výkonu <input type="checkbox"/> zranění pacienta přístrojovou technikou <input type="checkbox"/> napadení pacienta jinou osobou <input type="checkbox"/> napadení zaměstnance jinou osobou </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> TYP II <input type="checkbox"/> pád (vyplňte oddíl 3) <input type="checkbox"/> náraz na pevný objekt s následným zraněním <input type="checkbox"/> ztráta nebo poškození nemocničního majetku <input type="checkbox"/> ztráta nebo poškození majetku nemocného <input type="checkbox"/> ztráta nebo poškození majetku personálu <input type="checkbox"/> svévolný odchod nemocného z nemocnice <input type="checkbox"/> problém se souhlasem k léčbě nebo zákroku <input type="checkbox"/> problém s identifikací nemocného <input type="checkbox"/> jiné incidenty (vysvětlete) <input type="checkbox"/> selhání techniky (jiné) </td> </tr> </table>			TYP I <input type="checkbox"/> selhání zdravotnické techniky <input type="checkbox"/> popáleniny <input type="checkbox"/> pokus o sebevraždu/dokonaná sebevražda pacienta, jiné osoby <input type="checkbox"/> sebepoškození pacienta, zaměstnance, jiné osoby pacientem <input type="checkbox"/> ohrožení zaměstnance (slovní nebo fyzické) <input type="checkbox"/> zranění nemocného jiným nemocným <input type="checkbox"/> komplikace medikace (vyplňte oddíl 4) <input type="checkbox"/> incident spojený s výkonem (vyplňte oddíl 5) <input type="checkbox"/> nepředvídatelné úmrtí nemocného při diagnostickém či terapeutickém výkonu <input type="checkbox"/> zranění pacienta přístrojovou technikou <input type="checkbox"/> napadení pacienta jinou osobou <input type="checkbox"/> napadení zaměstnance jinou osobou	TYP II <input type="checkbox"/> pád (vyplňte oddíl 3) <input type="checkbox"/> náraz na pevný objekt s následným zraněním <input type="checkbox"/> ztráta nebo poškození nemocničního majetku <input type="checkbox"/> ztráta nebo poškození majetku nemocného <input type="checkbox"/> ztráta nebo poškození majetku personálu <input type="checkbox"/> svévolný odchod nemocného z nemocnice <input type="checkbox"/> problém se souhlasem k léčbě nebo zákroku <input type="checkbox"/> problém s identifikací nemocného <input type="checkbox"/> jiné incidenty (vysvětlete) <input type="checkbox"/> selhání techniky (jiné)		
TYP I <input type="checkbox"/> selhání zdravotnické techniky <input type="checkbox"/> popáleniny <input type="checkbox"/> pokus o sebevraždu/dokonaná sebevražda pacienta, jiné osoby <input type="checkbox"/> sebepoškození pacienta, zaměstnance, jiné osoby pacientem <input type="checkbox"/> ohrožení zaměstnance (slovní nebo fyzické) <input type="checkbox"/> zranění nemocného jiným nemocným <input type="checkbox"/> komplikace medikace (vyplňte oddíl 4) <input type="checkbox"/> incident spojený s výkonem (vyplňte oddíl 5) <input type="checkbox"/> nepředvídatelné úmrtí nemocného při diagnostickém či terapeutickém výkonu <input type="checkbox"/> zranění pacienta přístrojovou technikou <input type="checkbox"/> napadení pacienta jinou osobou <input type="checkbox"/> napadení zaměstnance jinou osobou	TYP II <input type="checkbox"/> pád (vyplňte oddíl 3) <input type="checkbox"/> náraz na pevný objekt s následným zraněním <input type="checkbox"/> ztráta nebo poškození nemocničního majetku <input type="checkbox"/> ztráta nebo poškození majetku nemocného <input type="checkbox"/> ztráta nebo poškození majetku personálu <input type="checkbox"/> svévolný odchod nemocného z nemocnice <input type="checkbox"/> problém se souhlasem k léčbě nebo zákroku <input type="checkbox"/> problém s identifikací nemocného <input type="checkbox"/> jiné incidenty (vysvětlete) <input type="checkbox"/> selhání techniky (jiné)					
2. LOKALITA MU						
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> název oddělení: _____ <input type="checkbox"/> pokoj nemocného <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> koupelna <input type="checkbox"/> chodba <input type="checkbox"/> jídelna <input type="checkbox"/> jiné místo <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> operační sál <input type="checkbox"/> schodiště </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> výtah <input type="checkbox"/> venkovní areál <input type="checkbox"/> laboratoř <input type="checkbox"/> rentgen <input type="checkbox"/> lékárna <input type="checkbox"/> jiné místo (vysvětlení) </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> název oddělení: _____ <input type="checkbox"/> pokoj nemocného <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> koupelna <input type="checkbox"/> chodba <input type="checkbox"/> jídelna <input type="checkbox"/> jiné místo <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> operační sál <input type="checkbox"/> schodiště	<input type="checkbox"/> výtah <input type="checkbox"/> venkovní areál <input type="checkbox"/> laboratoř <input type="checkbox"/> rentgen <input type="checkbox"/> lékárna <input type="checkbox"/> jiné místo (vysvětlení)		
<input type="checkbox"/> název oddělení: _____ <input type="checkbox"/> pokoj nemocného <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> koupelna <input type="checkbox"/> chodba <input type="checkbox"/> jídelna <input type="checkbox"/> jiné místo <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> operační sál <input type="checkbox"/> schodiště	<input type="checkbox"/> výtah <input type="checkbox"/> venkovní areál <input type="checkbox"/> laboratoř <input type="checkbox"/> rentgen <input type="checkbox"/> lékárna <input type="checkbox"/> jiné místo (vysvětlení)					
3. POUZE PRO PÁDY						
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> 1. příčina pádu: <input type="checkbox"/> uklouznutí <input type="checkbox"/> mokrá podlaha <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> ztráta vědomí <input type="checkbox"/> záchvat <input type="checkbox"/> převoz <input type="checkbox"/> závada zařízením <input type="checkbox"/> pád z lůžka <input type="checkbox"/> jiné důvody </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> 2. obuv: <input type="checkbox"/> uzavřená obuv <input type="checkbox"/> speciální obuv <input type="checkbox"/> přezůvky (pantofle) <input type="checkbox"/> ponožky <input type="checkbox"/> sádra <input type="checkbox"/> žádná </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> 3. hybnost nemocného <input type="checkbox"/> plně mobilní <input type="checkbox"/> částečně mobilní <input type="checkbox"/> imobilní <input type="checkbox"/> klid na lůžku <input type="checkbox"/> chůze <input type="checkbox"/> chůze s doprovodem <input type="checkbox"/> chůze s pomůckou <input type="checkbox"/> vozíček </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> 4. zařízení <input type="checkbox"/> polohované lůžko <input type="checkbox"/> obě postranice v pozici <input type="checkbox"/> pouze jedna postranice <input type="checkbox"/> postranice nepoužity <input type="checkbox"/> upozornění <input type="checkbox"/> zvonek v dosahu <input type="checkbox"/> omezení pohybu <input type="checkbox"/> selhání vozíčku <input type="checkbox"/> jiné </td> </tr> </table>			1. příčina pádu: <input type="checkbox"/> uklouznutí <input type="checkbox"/> mokrá podlaha <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> ztráta vědomí <input type="checkbox"/> záchvat <input type="checkbox"/> převoz <input type="checkbox"/> závada zařízením <input type="checkbox"/> pád z lůžka <input type="checkbox"/> jiné důvody	2. obuv: <input type="checkbox"/> uzavřená obuv <input type="checkbox"/> speciální obuv <input type="checkbox"/> přezůvky (pantofle) <input type="checkbox"/> ponožky <input type="checkbox"/> sádra <input type="checkbox"/> žádná	3. hybnost nemocného <input type="checkbox"/> plně mobilní <input type="checkbox"/> částečně mobilní <input type="checkbox"/> imobilní <input type="checkbox"/> klid na lůžku <input type="checkbox"/> chůze <input type="checkbox"/> chůze s doprovodem <input type="checkbox"/> chůze s pomůckou <input type="checkbox"/> vozíček	4. zařízení <input type="checkbox"/> polohované lůžko <input type="checkbox"/> obě postranice v pozici <input type="checkbox"/> pouze jedna postranice <input type="checkbox"/> postranice nepoužity <input type="checkbox"/> upozornění <input type="checkbox"/> zvonek v dosahu <input type="checkbox"/> omezení pohybu <input type="checkbox"/> selhání vozíčku <input type="checkbox"/> jiné
1. příčina pádu: <input type="checkbox"/> uklouznutí <input type="checkbox"/> mokrá podlaha <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> ztráta vědomí <input type="checkbox"/> záchvat <input type="checkbox"/> převoz <input type="checkbox"/> závada zařízením <input type="checkbox"/> pád z lůžka <input type="checkbox"/> jiné důvody	2. obuv: <input type="checkbox"/> uzavřená obuv <input type="checkbox"/> speciální obuv <input type="checkbox"/> přezůvky (pantofle) <input type="checkbox"/> ponožky <input type="checkbox"/> sádra <input type="checkbox"/> žádná	3. hybnost nemocného <input type="checkbox"/> plně mobilní <input type="checkbox"/> částečně mobilní <input type="checkbox"/> imobilní <input type="checkbox"/> klid na lůžku <input type="checkbox"/> chůze <input type="checkbox"/> chůze s doprovodem <input type="checkbox"/> chůze s pomůckou <input type="checkbox"/> vozíček	4. zařízení <input type="checkbox"/> polohované lůžko <input type="checkbox"/> obě postranice v pozici <input type="checkbox"/> pouze jedna postranice <input type="checkbox"/> postranice nepoužity <input type="checkbox"/> upozornění <input type="checkbox"/> zvonek v dosahu <input type="checkbox"/> omezení pohybu <input type="checkbox"/> selhání vozíčku <input type="checkbox"/> jiné			
Vysvětlivky: MU - mimořádná událost		Verze: 1 - 24				

Hlášení mimořádné události

<p>4. MEDIKAČNÍ INCIDENTY</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lék nepodán <input type="checkbox"/> lék podán jinému nemocnému <input type="checkbox"/> nesprávná rychlost podání <input type="checkbox"/> nesprávná dávka/koncentrace <input type="checkbox"/> špatný čas podání léku <input type="checkbox"/> špatný způsob/místo podání <input type="checkbox"/> nesprávná metoda podání <input type="checkbox"/> nesprávný lék <input type="checkbox"/> nežádoucí účinek (alergická reakce) <input type="checkbox"/> neshoda v počtu opiátů <input type="checkbox"/> pochybení při podání krve a krevních derivátů <input type="checkbox"/> jiné (vysvětlete) 	<p>5. INCIDENT LÉČEBNÉHO PROCESU</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> výkon nebyl proveden <input type="checkbox"/> výkon proveden nesprávně <input type="checkbox"/> výkon byl proveden na nesprávném nemocném <input type="checkbox"/> nesprávný výkon <input type="checkbox"/> problém s diagnostickým vzorkem (krev, moč) <input type="checkbox"/> problém se zdravotnickou technikou <input type="checkbox"/> jiný problém (vysvětlete)
<p>6. STAV NEMOCNÉHO PŘED MU</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> u úst je cítit alkohol <input type="checkbox"/> orientován <input type="checkbox"/> pod vlivem sedativ <input type="checkbox"/> pod vlivem drog <input type="checkbox"/> pod vlivem anestezie <input type="checkbox"/> dezorientován <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input type="checkbox"/> ostatní (vysvětlete) 	<p>7. VÝSLEDEK MU</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> žádné zjevné zranění <input type="checkbox"/> psychické trauma <input type="checkbox"/> popáleniny <input type="checkbox"/> zlomenina <input type="checkbox"/> zranění s potřebou šití <input type="checkbox"/> ostatní (vysvětlete)
<p>8. STRUČNÝ A VĚCNÝ POPIS MU</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>doporučení a nápravná opatření:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>KLASIFIKACE MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI: <input type="checkbox"/> závažná <input type="checkbox"/> bez následků <input type="checkbox"/> nelze klasifikovat jako MU</p> <p style="margin-top: 10px;">událost byla hlášena <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>	
<p>mimořádná událost byla vyhodnocena:</p> <p>dne: poř. č.: jméno: podpis:</p> <p><input type="checkbox"/> vyhodnocení předáno dne:</p> <p><input type="checkbox"/> rozhodnutí ředitele ze dne:</p>	

Hlášené nemoci z povolání podle odvětví ekonomických činností v ČR v roce 2005





Směrnice ředitele č. 4/2006

Zásady vedení zdravotnické dokumentace v Nemocnici Chrudim

Obsah :

1. Lékařská dokumentace pacientů včetně veškerých příloh
2. Ošetrovatelská dokumentace pacientů

<i>Platnost</i>	1.1.2006	<i>Zpracovatel</i>	<i>Náměstek ředitele pro zdravotní péči</i> <i>Náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči</i>
<i>Aktualizace</i>	1x za rok	<i>Za aktualizaci zodpovídá</i> - Lékařská část - Ošetrovatelská část	<i>Náměstek ředitele pro zdravotní péči</i> <i>Náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči</i>
<i>Schválil</i>	MUDr. Vojtěch Němeček, v.r.		

Předmět úpravy:

Směrnice stanovuje závazný postup při vedení zdravotnické dokumentace v Nemocnici Chrudim a při jejím ukládání na odděleních.

Zdravotnickou dokumentací se rozumí:

- 1. Lékařská dokumentace pacientů včetně veškerých příloh**
- 2. Ošetrovatelská dokumentace pacientů**

Náležitosti zdravotnické dokumentace:

- Zdravotnická dokumentace se zakládá ihned při přijetí pacienta, nejpozději však do 24 hodin po jeho přijetí.
- Každý list zdravotnické dokumentace musí být čitelně označen minimálně názvem pracoviště, jménem, příjmením a rodným číslem pacienta, (alternativně předtištěným štítkem s těmito údaji). Veškeré záznamy do zdravotnické dokumentace musí být přesné, výstižné a jednoznačně srozumitelné. Provádějí se čitelně, zásadně českým jazykem. Ve zdravotnické dokumentaci je zakázáno používat zkratky, žargonu, vulgarit, vzkazů osobního charakteru či komentářů k pacientově osobě, pokud tyto nemají vztah ke stanovení diagnózy nebo léčby. Z každého zápisu provedeného ve zdravotnické dokumentaci musí být jednoznačně prokazatelné údaje o času, datu a osobě, která zápis provedla. Shoda časových údajů platí i pro související dokumentaci (např. čas úmrtí v dekurzu a v úmrtním listě). Pokud je záznam přeškrtnut, musí zůstat původní zápis čitelný.
- Bez ohledu na to, co je dále stanoveno o obsahových náležitostech záznamů ve zdravotnické dokumentaci, musí každý záznam o provedeném zdravotnickém výkonu obsahovat také veškeré údaje prokazující, že byl ten který zdravotní výkon podle aktuálního seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami skutečně proveden.
- S ošetrovatelskou dokumentací pracují a záznamy do ní provádějí všichni pracovníci na úseku ošetrovatelské péče (sestry, fyzioterapeuti, dietní sestry, sociální pracovníci, nižší zdravotnický personál).

I. Lékařská dokumentace:

1. Chorobopis

Chorobopis hospitalizovaného pacienta musí vždy kromě základních údajů o adrese, zdravotní pojišťovně, ošetřujícím lékaři, rodinných příslušnících a zaměstnavateli obsahovat následující informace: osobní data, důvod přijetí pacienta, rodinnou a osobní anamnézu (u žen gynekologickou), včetně anamnézy farmakologické, pracovní a sociální. Dále nynější onemocnění, údaje o zjištěných alergiích pacienta, krvácivých projevech, předchozích operacích. V případě pozitivity se u všech pacientů uvede, zda se léčí pro diabetes mellitus I. nebo II. typu, tuberkulózu či sexuálně přenosná onemocnění. Dále se uvede komplexní fyzikální vyšetření odpovídající aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta a příslušné specializaci – rozsah stanoví standard daného oddělení. Vždy se uvedou údaje o hmotnosti, výšce, aktuálních hodnotách krevního tlaku, tepové frekvenci a tělesné teplotě. Rozsah vstupního vyšetření musí odpovídat komplexnímu vyšetření příslušné odbornosti. Závěr přijetí vždy obsahuje příjmovou diagnózu, popřípadě diferenciatně diagnostickou rozvahu. Na základě anamnestických údajů a dosud provedených vyšetření je v chorobopisu do 24 hodin stanoven plán dalších diagnostických, terapeutických, preventivních, případně sociálních opatření. Stanovený plán včetně plánování propuštění u pacientů, kteří nemají v domácím prostředí péči zajištěnu se průběžně doplňuje, mění a hodnotí na základě aktuálního zdravotního stavu pacienta.

2. Dekurz

Dekurz hospitalizovaného pacienta musí každodenně obsahovat následující záznamy: datum, pořadový den pobytu, kategorii pacienta, předpis stravy pro daný den, údaje o subjektivních potížích pacienta, objektivní nález týkající se současného onemocnění pacienta a jeho případných komplikací, veškerou předepsanou léčbu. Ze zápisu medikace musí být jednoznačně patrné, který lék je příslušný den podáván, nově nasazen či vysazen. Při podávání antibiotik a cytostatik se dny podávání těchto léčiv označují pořadovými čísly. Do dekurzu se dále bez zbytečného odkladu zaznamenávají veškeré údaje o změně zdravotního stavu pacienta v průběhu dne. Každý takový záznam o změně stavu je označen časovým údajem a čitelně podepsán lékařem (je připojena identifikace razítkem, hůlkovým písmem nebo dle podpisového vzoru).

Záznamy lékaře v dekurzech pacientů oddělení následné péče se provádějí nejméně 1x denně.

K provádění základní rehabilitační léčby musí dekurz obsahovat ordinaci ošetřujícího lékaře. V případě specializované péče ordinaci rehabilitačního lékaře.

Dekurz hospitalizovaných pacientů obsahuje minimálně 1x týdně výstižně zapsanou epikrízu, jejíž součástí je vždy uvedení důvodu hospitalizace a stručný diagnostický a terapeutický program. Epikrízu zapisuje ošetřující lékař. Primáři jednotlivých oddělení stanoví vnitřním předpisem den, kdy se u všech hospitalizovaných pacientů epikrízu zapíše.

Pokud je u neklidných pacientů na základě indikace ošetřujícího lékaře nutno volit farmakologické zklidnění, či technickou imobilizaci, je třeba o tomto postupu učinit záznam do dekurzu s uvedením časového údaje, indikace a formy imobilizace. Další záznam se provede po ukončení imobilizace – vždy se uvede, zda během ní nedošlo ke komplikacím, i minimálním – např. exkoriace.

3. Propouštěcí zpráva

Propouštěcí zpráva se vyhotovuje při propuštění pacienta z nemocničního ošetřování a musí vždy obsahovat minimálně následující údaje: jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, označení pacientovy zdravotní pojišťovny, bydliště pacienta, označení příslušného pracoviště Nemocnice Chrudim na kterém byl před propuštěním hospitalizován, datum počátku a ukončení hospitalizace, veškeré anamnestické údaje zjištěné při přijetí, event. doplněné o informace získané během hospitalizace. Popis nynějšího onemocnění se zaměřením na důvod přijetí k hospitalizaci, status presens při přijetí pacienta, výsledky provedených laboratorních, zobrazovacích a konsiliárních vyšetření. U operovaných datum, název a popis operačního výkonu. Epikritické shrnutí průběhu hospitalizace včetně přehledu medikace významné pro návaznou péči. Propouštěcí diagnózu/y, doporučení dalšího léčebného postupu a medikace. Datum zpracování a údaj o tom, komu byla zpráva odeslána či předána. Propouštěcí zprávu podepisuje lékař, který ji vyhotovuje (ošetřující lékař) a parafuje primář oddělení. Propouštěcí zpráva se vydá pacientovi nebo se odesílá praktickému lékaři pacienta, případně jinému lékaři, který pacienta ošetřuje. Při pochybnostech, zda pacientovi vydat propouštěcí zprávu (např. sdělení závažného zdravotnického závěru) se vydá předběžná zpráva a podrobná zpráva se odešle poštou. Pokud ze závažných důvodů nelze vyhotovit propouštěcí zprávu při propuštění pacienta, zpracuje ošetřující lékař předběžnou propouštěcí zprávu, kde uvede jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, adresu, označení pracoviště na kterém byl pacient naposledy hospitalizován, datum přijetí a propuštění pacienta, stručnou epikrízu. Diagnózu/y při propuštění a doporučení dalšího postupu včetně terapie. Předběžnou propouštěcí zprávu vyhotovuje ošetřující lékař. Není-li při propuštění k dispozici definitivní propouštěcí zpráva, musí být vyhotovena a odeslána nejpozději do 10 dnů po propuštění. Pokud ani v tomto termínu nejsou k dispozici některé informace, učiní o tom ošetřující lékař do zprávy záznam a výsledky vyšetření sdělí praktickému lékaři pacienta ihned po jejich obdržení.

4. List o prohlídce zemřelého

List o prohlídce mrtvého vystavuje na příslušném, stejnojmenném formuláři, ohledávající lékař zemřelého. List o prohlídce mrtvého se vyhotovuje v 5. výtiscích ihned poté, co byla lékařem konstatována smrt. 4 kopie se posílají při převozu společně s tělem zemřelého na patologické oddělení. 5. kopie se zakládá v chorobopise. Pokud je požadována pitva, vyplní ohledávající lékař Průvodní list k pitvě. Vždy přiložit výstižnou epikrízu.

5. Záznam provedených zdravotních výkonů

Záznam výkonů (rubová strana „hlášení hospitalizace“) je součástí chorobopisu hospitalizovaných pacientů. Do tohoto listu (NZIS 002-6) se zaznamenávají všechny zdravotní výkony, které je možno vůči zdravotní pojišťovně dle platných předpisů uplatnit, a které byly pacientovi během hospitalizace skutečně provedeny. Za správnost zdravotních výkonů zodpovídá ošetřující lékař.

6. Pitevní protokol

Pitevní protokol vypracovává pitvající lékař ihned po provedené pitvě a zpracování odebraného materiálu, nejpozději do 1 měsíce. Schvaluje jej primář oddělení. Pitevní protokol musí vždy obsahovat minimálně tyto údaje: název oddělení, jméno, příjmení a rodné číslo pacienta, klinickou a pitevní diagnózu. Součástí pitevního protokolu je zpráva klinického lékaře k pitvě (epikríza), kopie Listu o prohlídce mrtvého, podrobný pitevní nález (v českém jazyce), výsledky histologického vyšetření, případně jiných laboratorních vyšetření, eventuálně výsledek biopsických vyšetření získaných za života pacienta. Součástí pitevního protokolu je i informace o přítomnosti kliniků při pitvě. Po ukončení všech potřebných laboratorních vyšetření je vypracována pitevní diagnóza, případně posudek a pitevní protokol je po schválení primářem zakládán do archivu oddělení. Pitevní diagnóza (zpracovaná v latině) je po schválení primářem odesílána na oddělení úmrtí pacienta a případně na vyžádání dalším zařízením. Jeden výtisk je zakládán spolu s pitevním protokolem v archivu patologického oddělení.

II. Ošetrovatelská dokumentace

1. Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza musí vždy obsahovat základní údaje o nemocném, které jsou nezbytně nutné pro zahájení léčebné a ošetrovatelské péče, pro stanovení ošetrovatelské diagnózy (problému), cíle a plánování ošetrovatelských činností (stav vědomí, zhodnocení soběstačnosti a pohybové aktivity pacienta, jeho schopnosti komunikace, psychického stavu, vyprazdňování, stavu kůže, výskytu alergií, kvality spánku, přítomnosti bolesti, informace o dietních a běžných návycích a potřebách, sociálních podmínkách). Popřípadě další informace potřebné pro řádnou ošetrovatelskou péči.

Anamnézu odebírá a zpracovává příjmová skupinová sestra.

Součástí ošetrovatelské anamnézy je „Poučení a souhlas s hospitalizací“. Zde pacienta seznámíme s domácím řádem nemocnice, s právy a povinnostmi během léčení, s možností uložení věcí a cenností a dalšími informacemi souvisejícími se zvyklostmi nemocnice.

2. Plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče tvoří následující záznamy:

Ošetrovatelský problém (diagnóza) - není lékařskou diagnózou. Ošetrovatelská diagnóza určuje, do jaké míry nemoc zasahuje do života pacienta, jak mění jeho soběstačnost, jaké problémy a trápení mu přináší. Diagnózu, kterou jsme u pacienta určili zaškrtneme. Datum jejího počátku a ukončení zapíšeme do příslušného sloupce.

Cíl péče – musí být jasný a srozumitelný pro sestry i pro pacienta. Cíl vyjadřuje žádoucí tělesný, psychický, či sociální stav pacienta a míru jeho dosažení. Stanovené cíle tvoří základ pro pozdější hodnocení účinnosti poskytnuté péče.

Plán ošetrovatelské péče – zaznamenává se srozumitelně pro personál a je stanovován reálně s potřebami nemocného. Problém je ukončen v souladu se zlepšením a stabilizací zdravotního stavu pacienta.

Realizace ošetrovatelského plánu – všechny aktivity ošetrovatelského personálu naplánované pro pacienta (hygienická péče, výživa, pohybová aktivizace, ošetrovatelské výkony – podávání léků, péče o katétry, péče o rány, příprava k výkonům, edukaci a další výkony dle odbornosti), se zaznamenávají pod datem provedení. Do ošetrovatelského plánu mohou vpisovat i NZP, ale zodpovědnost nese vždy skupinová sestra

Hodnocení plánu péče – hodnotí se úspěšnost ošetrovatelských aktivit daných pro denní a noční službu. Zdůrazňuje se jen to nejdůležitější, tzn. co je obsaženo v realizaci ošetrovatelského plánu. Diagnózu v hodnocení již neopakujeme. Nesmí chybět podpis sestry, zodpovědné za provedené výkony v příslušné směně.

3. Ošetrovatelská překladová zpráva

Zakládá se dvojmo u každého překládaného pacienta. Originál doprovází pacienta, kopie zůstává v dokumentaci.

4. Doklad o osobních věcech nemocného

Zakládá se u pacientů s jakoukoli poruchou vědomí a u pacientů, u kterých usoudíme, že si nejsou schopni ručit za věci a cennosti. Formulář se pečlivě vyplní soupisem věcí a cenností. Šatní skříň s uloženými věcmi se uzamkne a klíč se uloží na chráněné místo dle zvyklosti oddělení. Uložení cenností upravuje příslušná směrnice. Při překladu pacienta se originál „Dokladu o osobních věcech nemocného“ předává spolu s překladovou ošetrovatelskou zprávou.

5. List cenností

Zakládá se u zemřelých, obsahuje seznam veškerých cenností se kterými byl převezen na oddělení patologické anatomie. Originál se předává, kopie zůstává v dokumentaci. Doklad musí být bezpodmínečně podepsán sepisující osobou a dalším svědkem.

6. Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty

Zakládá se každému pacientovi, u kterého došlo k poruše kožní integrity. Součástí plánu je přesné zdokumentování rozsahu postižení (fotografie či popis) a čas jeho zjištění. Jednoznačně musí být popsán stav při přijetí, překladu a propuštění.

7. Edukační záznam

Zakládá se u pacientů vyžadujících edukaci. Zápis provádí všichni zdravotničtí pracovníci oprávnění k edukaci témat uvedených v záhlaví formuláře. Zápis o edukaci se provádí minimálně v úvodu hospitalizace, při změně a před propuštěním. Edukaci stvrzuje pacient a edukující čitelným podpisem. Všechny pokyny doplňujeme dle možnosti vysvětlením, demonstracemi, videozáznamy či písemnými materiály. Míru pochopení pacienta zhodnotíme požádáním o zopakování informací vlastními slovy, nebo provedení zpětné demonstrace. Propouštějící sestra vždy vyplní rubovou část formuláře – „Propuštění“.

8. Hodnocení bolesti

Záznam sledování a kontroly bolesti se zakládá u pacientů trpících chronickou bolestí. Minimální doba sledování a záznamu bolesti je 3 dny.

9. Akutní karta

Zakládá se u pacientů, vyžadujících intenzivní sledování fyziologických funkcí.

10. Hlášení mimořádné události

Zakládá se vždy, stane-li se některá z událostí uvedených v záhlaví formuláře.

11. Sociálně zdravotní záznam

Zpracovává sociální pracovnice na žádost oddělení.

12. Transfuzní přípravky

Zakládá se u pacientů, kterým je podáván krevní derivát.

13. Záznam o anestezii

Zakládá se na operačním sále a doprovází pacienta na dospávací pokoj.