

Bezpečnostní pravidla na oddělení

Jana PELIKÁNOVÁ

Bakalářská práce
2010/2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Jana PELIKÁNOVÁ
Osobní číslo: H080292
Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Téma práce: Bezpečnostní pravidla na oddělení

Zásady pro vypracování:

V teoretické části prostudovat literaturu vztahující se k tématu kvality a bezpečí, vytvořit teoretickou část bakalářské práce a vytvořit auditní list.

V praktické části provést metodou pozorování průzkumné šetření ve výtípkovaných zdravotnických zařízeních, provést analýzu získaných dat a jejich grafické a tabulkové zpracování. Závěrem zhodnotit provedené audity a navrhnout nápravná opatření pro zdravotnická zařízení.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BÁTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. Výzkum a ošetřovatelství. 1. vydání. BRNO: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X.

GOLDMANN, R., CICHÁ, M. Etika zdravotní a sociální práce. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0907-0.

HELLEROVÁ, M., PÁNOVÁ, S., SAJDLOVÁ, H. Rádce pacienta: příručka pro zlepšení bezpečí pacienta. 1. vydání. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha: Bomton agency s.r.o, 2009. ISBN nevedeno.

ŠKRLA, P. Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetřovatelské péči. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-419-4.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. Kreativní ošetřovatelský management. 1. vydání. Praha: Advent-Orion s.r.o, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada Publishing a. s., 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petra Topičová**

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Já, níže včleněni, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o uznání a doplňování dalších výkonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez omezení na výše uvedených obsahy^{1/};
- budu na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v uceleném informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- bu mohu bakalářskou práci ne platí vztahuje odňm č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3^{2/};
- podle § 60^{3/} odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití díla ve výměru § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60^{3/} odst. 2 a 3 návrhu užití své díla – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům tj. k nekomerčnímu využití, nále výsledky bakalářské práce patří ke komerčním účelům.

Prohláším, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě používání výsledků bude uveden jako zdroj.

Ve Zlíně: 22.12.2022



Uplatnění práva na ochranu osobních údajů
Právní úpravou o ochraně osobních údajů v rámci Ústavy České republiky a zákona č. 106/1998 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b (ochrana osobních údajů)

Uplatnění práva na ochranu osobních údajů v rámci Ústavy České republiky a zákona č. 106/1998 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b (ochrana osobních údajů)
Právní úpravou o ochraně osobních údajů v rámci Ústavy České republiky a zákona č. 106/1998 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b (ochrana osobních údajů)

(1) *Štátnym úradníkom, štátnymi funkčnými úradníkmi alebo inými príslušnými úradníkmi, ktorí sú povinní byť prítomní, ak je to potrebné, aby mohli vykonať svoje úlohy, ktoré sú im uložené, a ktorí sú povinní vykonať svoje úlohy, ktoré sú im uložené, a ktorí sú povinní vykonať svoje úlohy, ktoré sú im uložené.*

(2) *Práca sa vykonáva podľa ustanovení tohto zákona a podľa zvláštnych predpisov, ktoré vydá vláda.*

(3) *Práca sa vykonáva podľa ustanovení tohto zákona a podľa zvláštnych predpisov, ktoré vydá vláda.*

(4) *Práca sa vykonáva podľa ustanovení tohto zákona a podľa zvláštnych predpisov, ktoré vydá vláda.*

(5) *Práca sa vykonáva podľa ustanovení tohto zákona a podľa zvláštnych predpisov, ktoré vydá vláda.*

(6) *Práca sa vykonáva podľa ustanovení tohto zákona a podľa zvláštnych predpisov, ktoré vydá vláda.*

(7) *Práca sa vykonáva podľa ustanovení tohto zákona a podľa zvláštnych predpisov, ktoré vydá vláda.*

(8) *Práca sa vykonáva podľa ustanovení tohto zákona a podľa zvláštnych predpisov, ktoré vydá vláda.*

ABSTRAKT

Potřeba bezpečí patří mezi základní lidské potřeby. Hospitalizace pacienta klade značný nápor na uspokojení potřeb nemocného, a proto se každé zdravotnické zařízení snaží poskytnout kvalitní a tím i bezpečnou péči. Zpravidla jde o soubor systematicky uspořádaných postupů ve snaze snížit veškerá možná rizika spojená s poskytováním zdravotní péče.

Teoretická část mé bakalářské práce se zabývá systémy, které zabezpečují ve zdravotnických zařízeních kvalitu a bezpečnost pacienta, rozpracovává jednotlivé složky oddělení od vstupu pacienta do dveří až po založení jeho zdravotnické dokumentace.

Praktická část formou externího auditu provádí analýzu jednotlivých kritérií a jejich výsledky porovnává v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení.

Klíčová slova: bezpečí, kvalitní péče, kultura bezpečí

ABSTRACT

Need for security is a fundamental human need. Hospitalization puts considerable strain on meeting the needs of the patient and therefore any health care facility strives to provide quality and thereby secure care. Normally a set of systematically organization procedures in order to reduce any potential risks associated with providing health care.

The theoretical part of my thesis deals with systems that provide in health care quality and patient safety and developing each component separately from the patient's entry into the door after the foundation of his medical records.

The practical part of the form of an external audit carried out an analysis of criteria and their re-compares the results of medical devices.

Keywords: safety, quality care, safety culture

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Valašském Meziříčí dne 20. 5. 2011

.....

Děkuji Mgr. Petře Topičové za podnětné rady a profesionální přístup při vedení mé bakalářské práce.

Rovněž děkuji mé rodině a kolegyním za podporu při studiu.

Ve Valašském Meziříčí dne 20. 5. 2011

.....

OBSAH

ÚVOD	11	
I	TEORETICKÁ ČÁST	12
1	PROBLEMATIKA BEZPEČÍ	13
2	ÚLOHY JEDNOTLIVÝCH SUBJEKTŮ PŘI ZVYŠOVÁNÍ BEZPEČÍ PACIENTA	15
2.1	STÁT	15
2.2	MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR	15
2.3	ÚLOHA ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	17
2.4	ÚLOHA VEDENÍ ZZ A VEDOUCÍCH ZAMĚSTNANCŮ	18
3	FORMY K OVĚŘENÍ KVALITY PÉČE	19
3.1	AKREDITACE.....	19
3.1.1	Historie akreditací ve světě a v ČR	19
3.1.2	Akreditační příprava, vlastní šetření	20
3.2	ISO 9001:2000	20
3.3	POROVNÁNÍ AKREDITACE A ISO CERTIFIKACE	21
4	KULTURA BEZPEČÍ	22
5	MIMOŘÁDNÉ /NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI	24
5.1	DEFINICE NU	25
6	ZAMĚŘENÍ NA JEDNOTLIVÉ BEZPEČNOSTNÍ PROCESY V ZZ	26
6.1	IDENTIFIKACE	26
6.1.1	Identifikace pacientů	26
6.1.2	Identifikace zaměstnanců	27
6.1.3	Identifikace pracovníků vykonávajících jiné služby	28
6.1.4	Identifikace zaměstnanců podle barvy oblečení	28
6.2	ZABEZPEČENÍ VSTUPŮ	28
6.2.1	Vstup na oddělení.....	28
6.2.2	Pokoje pacientů, eventuálně sociální zařízení (je-li součástí pokoje)	29
6.2.3	Pracovny sester.....	30
a)	Zdravotnická dokumentace	30
b)	Léčivé přípravky a opiáty.....	31
6.2.4	Úložné odkládací prostory na oddělení	31
II	PRAKTICKÁ ČÁST	32
7	PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ V OBLASTI BEZPEČNOSTI	33
7.1	CÍLE PRÁCE.....	33
7.2	METODIKA PRÁCE.....	33
a)	Studium dokumentů.....	33
b)	Vytvoření auditního listu	34

7.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	34
7.4	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A SBĚR DAT	35
7.4.1	Šetření v ZZ označeném jako „A“	35
7.4.2	Šetření v ZZ označovaném jako „B“	35
7.5	ROZPRACOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH KRITÉRIÍ	36
8	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	46
9	DISKUSE.....	68
10	ZÁVĚR	70
10.1	ZHODNOCENÍ AUDITNÍHO ŠETŘENÍ.....	70
10.2	VYHODNOCENÍ CÍLŮ	71
	Desatero bezpečnostních rad pro oddělení	73
	INTERNETOVÉ ZDROJE	76
	SEZNAM GRAFŮ.....	80
	SEZNAM TABULEK.....	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce zní Bezpečnostní pravidla na oddělení. Kvalita poskytované léčebné a ošetrovatelské péče v českém zdravotnictví je velmi diskutovaným tématem. Svůj podíl na vzniku určité nedůvěry vůči kvalitě poskytované péče a bezpečnosti pacientů nesou medializované případy. Zdravotnická péče jako taková klade vysoké nároky na odborné i praktické schopnosti a zodpovědnost lékařů a zdravotnického personálu.

Nevyvratitelným faktem zůstává, že léčebně – ošetrovatelský proces je vysoce rizikový. Pokud chtějí zdravotnická zařízení docílit vyšší bezpečnosti pacientů i personálu, musí zavést účinný komplexní systém, který podchytí všechna rizika související s prací zdravotníků a eliminuje možnost vzniku dalších rizik na minimum (Tauchmanová, 2008).

Rozhodla jsem se zmapovat, do jaké míry jsme my zdravotníci přizpůsobili prostředí pacienta k tomu, aby se mu v něm nic nestalo, a naopak, do jaké míry pacienty informujeme o tom, co smí a nesmí dělat a kam mohou vstupovat, ve snaze předcházet nepříjemným událostem spojeným s pobytem v neznámém prostředí.

Inspirací pro mě byla přednáška, kterou jsem před rokem vyslechla, i když tato se týkala řízení rizik z pohledu celonemocničního prostředí. Přesto jsem si řekla, že zmapovat cestu pacienta od samotného přijetí na oddělení, přes jeho identifikaci, seznámení s týmem zdravotníků, kteří se o něj budou starat, a zajištění jeho bezpečného prostředí by mohlo přinést různé poznatky a pro mne cenné zkušenosti do budoucna. V souvislosti s přijetím k hospitalizaci se nabízí celá řada otázek. Ví pacient, kdo se o něj stará? Co když má problémy se zrakem? Má jinou možnost identifikace zdravotnického personálu, když přečtení příjmení pracovníka napsané malými písmeny na identifikační vizitce pro něj znamená nepředstavitelný problém? Podává přijímající zdravotnický pracovník dostatečné množství informací o tom, kam smí pacient vejít, kde nalezne odpovědi na své případné otázky a jak si má přivolat sestru?

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA BEZPEČÍ

Zdravotní péče v České republice je na vysoké úrovni, máme mnoho zdravotnických profesionálů, kteří často odvádějí při péči o pacienty velmi kvalitní práci, a také technické podmínky ve zdravotnictví se stále zlepšují. Medicína a s ní spojená zdravotní péče je velmi náročným a komplikovaným oborem lidské činnosti. Je zapotřebí, aby každý účastník tohoto procesu znal svoji úlohu, svoje práva a odpovědnost. Čím složitější systém je, tím více musíme dbát na to, aby všechny činnosti byly velmi dobře organizovány a kontrolovány. Jelikož do zdravotnického zařízení přicházejí pacienti s tím nejcennějším, co mají, je potřeba klást velký důraz na kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče (Hellerová, et al, 2009, s. 3).

Lucemburská deklaráce k bezpečí pacientů

Problematika zvyšování bezpečí pacientů je celosvětovým problémem. V dubnu 2005 byla schválena na summitu členských států EU tzv. Lucemburská deklaráce k bezpečí pacientů (Luxembourg Declaration on Patient Safety), jejíž součástí jsou následující doporučení pro členské státy EU:

- Umožnit pacientům úplný a volný přístup k informacím, které o nich byly shromážděny v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Přitom zajistit správnost těchto informací i jejich srozumitelnost pro pacienty. Prosazovat princip, že informovaný pacient je lépe vybaven pro péči o své zdraví.
- Zvážit výhody zavedení národního dobrovolného systému hlášení nežádoucích událostí a nedokonaných pochybení.
- Postupně zavádět procesy v oblasti řízení rizik ve zdravotnictví – například vytvářením algoritmů a indikátorů kvality v rámci systému externího hodnocení kvality ve zdravotnictví.
- Optimalizovat využití nových technologií například zaváděním elektronické formy zdravotnické dokumentace. Taková dokumentace by měla obsahovat základní informace o zdravotním stavu pacientů a programy usnadňující rozhodovací proces (např. s cílem minimalizovat chyby při podání léků).
- Zřizovat národní fóra zabývající se problematikou bezpečí pacientů.

- Sledovat bezpečí pracovních podmínek ve zdravotnictví a zajistit, aby součástí postupů při náboru nových zaměstnanců byly v souladu i principy bezpečí pacientů.
- Prosazovat intenzivní školení uživatelů technologií ve zdravotnictví s cílem zajistit jejich bezpečné používání.
- Zahrnout informace o bezpečí pacientů do standardního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Zajistit, aby národní legislativa chránila soukromí pacientů i důvěrnost zdravotnické dokumentace a aby současně zajistila účelnou dostupnost informací o pacientech pro zdravotnické pracovníky.
- Vytvářet prostředí, kde jsou chyby využity k poučení, nikoli k svalování viny a hanby a k trestání „pachatelů“.
- Spolupracovat s pacienty a jejich blízkými s cílem informovat je o existenci nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče včetně tzv. nedokonaných pochybení.

Povinností všech členských států EU je implementovat tato doporučení prostřednictvím vytvořených vlastních nástrojů (zákonů, vyhlášek, metodických doporučení) a zajistit tak jejich naplnění. Z větší části jde o multidisciplinární systém, na kterém je zainteresováno vícero složek státu¹.

¹<http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_3755_1847_15.html>.

2 ÚLOHY JEDNOTLIVÝCH SUBJEKTŮ PŘI ZVYŠOVÁNÍ BEZPEČÍ PACIENTA

Strategie cesty ke zvyšování bezpečí pacientů²

V současnosti je tato oblast jednou z priorit ministerstva zdravotnictví, přestože v minulosti byla zřetelně opomíjena. Jedná se o proces dlouhodobý, který nezbytně vyžaduje aktivní zapojení odborné i laické veřejnosti. Předpokladem úspěchu je změna řízení, myšlení a chování jednotlivých skupin a jejich aktivní snaha o dosažení stanovených cílů. Ideálem je zavedení kultury bezpečí do zdravotnických zařízení – stavu, kdy všichni pracovníci zdravotnických zařízení, tak pacienti budou vnímat bezpečí jako prioritu.

2.1 Stát

Úloha státu spočívá především v nastavení legislativních parametrů, pravidel dozoru, metodického vedení, zajištění dostupnosti informací a edukace pacientů, zdravotnických i nezdravotnických pracovníků. Prostředí musí být přátelské k těm, kteří se do procesu zvyšování bezpečí ve zdravotnictví aktivně zapojí. Sledování a přiznání výskytu nežádoucích událostí nesmí být trestáno, ale naopak chápáno pozitivně jako aktivní přístup konkrétního subjektu k otázce bezpečí. Nulový výskyt nežádoucích událostí svědčí naopak o popírání reality a neochotě zjednat nápravu³.

2.2 Ministerstvo zdravotnictví ČR

Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ ČR) je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví, zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost, zdravotnická zařízení v přímé řídicí působnosti, zacházení s návykovými látkami, přípravky, prekursorů a pomocnými látkami, vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdro-

²<http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_3755_1847_15.html>.

³<http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_3755_1847_15.html>.

jů, přírodních léčebných lázní a zdrojů přírodních minerálních vod, léčiva a prostředky zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčení lidí, zdravotní pojištění a zdravotnický informační systém, pro používání biocidních přípravků a uvádění biocidních přípravků a účinných látek na trh⁴.

V posledních letech se MZ ČR spolu s dalšími profesními skupinami zabývajícími se bezpečností ZZ a jejich obyvatel vytvořilo 5 cílů pro rok 2010, které musejí ZZ zpracovat do svých současných předpisů. Pro fakulní nemocnice řízené MZ ČR je toto doporučení závazné, pro nemocnice řízené krajskými úřady či soukromými společnostmi pouze jako doporučující stanovisko.

Ministerstvo zdravotnictví a jeho bezpečnostní cíle pro rok 2010⁵

Resortní bezpečnostní cíle (dále jen RBC) se vyhlášují formou doporučené metodiky postupů vedoucích ke snížení rizik poškození pacientů (i jiných osob) v procesu poskytování zdravotní péče. RBC se vyhlášují jako závazné pro přímo řízené organizace a jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení bez ohledu na jejich typ (tj. lůžková, ambulantní, akutní, následná). V návaznosti na Doporučení Rady EU ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C 151/01) a v souladu s doporučeními Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) k zavedení bezpečnostních řešení snižujících nejčastější rizika při poskytování zdravotní péče vyhláshuje ministryně zdravotnictví ČR pro rok 2010 následující bezpečnostní cíle:

- *Bezpečná identifikace pacientů.*
- *Bezpečnost při používání rizikových léčiv.*
- *Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech.*
- *Prevence pádů pacientů.*
- *Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.*

⁴http://www.mzcr.cz/dokumenty/zasady-cinnosti-ministerstva-zdravotnictvi-dle-zakona-c-sb-o-zrizeni-ministerstev-a-jinych-ustrednich-organu-statni-spravy-csr_1203_841_1.html

2.3 Úloha zdravotnického zařízení

Řada zdravotnických zařízení nemá dostatek informací a zkušeností v oblasti procesního řízení. Stávající vnitřní předpisy se nedotýkají všech problémových míst, neeliminují všechna známá rizika, a proto i postupy, které jsou podle nich zaváděny, nejsou dostatečně efektivní.

Realizaci projektů kvality a bezpečnosti zdravotních služeb jsou připravovány, ověřovány a publikovány jednotné metodické návody pro vybrané oblasti týkající se zabezpečování a zvyšování kvality a bezpečí pacientů (např. sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí v lůžkových zdravotnických zařízeních následné péče, sledování spokojenosti pacientů). Ve spolupráci s Českou společností pro kvalitu ve zdravotnictví a dalšími odbornými gremii ministerstvo publikuje metodická doporučení, návod ke zpracování účinných vnitřních předpisů k bezpečným postupům při poskytování zdravotní péče. Metodiky jsou určeny nejen zdravotnickým zařízením, ale i pro informovanost pacientům.

Ministerstvo zdravotnictví ČR postupně zavádí systémová opatření, která vedou k zajištění vyšší bezpečnosti pacientů i kvalitě poskytované zdravotní péče. Jedním z opatření je i vyhlášení resortních bezpečnostních cílů. Resortní bezpečnostní cíle se vyhláší formou doporučených postupů vedoucích ke snížení rizik poškození pacientů i jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče. Jsou závazné pro přímo řízené organizace ministerstva a zároveň slouží jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení bez ohledu na jejich typ⁶.

Organizace se zájmem vytvořit lepší model zajištění bezpečí pro pacienty se nesoustředí na změnu lidí, ale na změnu systému. Management i zaměstnanci chápou, že lidé mohou být do určité míry omezení ve svém chápání, výdrži, paměti nebo ve schopnosti udržet pozornost i při únavě, nedostatku spánku, vytíženosti nebo vysoce stresové situaci (Škrála P.; Škrlová M., 2003, s. 130).

⁵ <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/161-Resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok-2010.html>

⁶ http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1847_15.html

2.4 Úloha vedení ZZ a vedoucích zaměstnanců

V českém zdravotnictví existuje celá řada faktorů, které ohrožují bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče - přetížení zdravotnického personálu, nekvalitně navržené a řízené procesy, nedostatek finančních a jiných zdrojů nebo jejich neefektivní využití (Škrla P.; Škrlová M., 2008, s. 12).

Medializace řady problémů českého zdravotnictví týkající se bezpečnosti péče představuje v poslední době vážnou výzvu pro všechny typy zdravotnických zařízení. Zejména nemocnice chystající se na akreditaci vyžadují v oblasti poskytování zdravotní péče nejen kvalitu, ale především její bezpečnost (Škrla P.; Škrlová M., 2008, s. 13).

Podle manželů Škrlových je každé zdravotnické zařízení či jeho oddělení „živý“ systém se svými potřebami i nedostatky. Vrcholový management a personál na vedoucích pozicích zdravotnických zařízení představují hodnoty, které přes své chování přenášejí do povědomí svých podřízených až k poslednímu zaměstnanci (Škrla P.; Škrlová M., 2003, s. 321).

Z pohledu odpovědnosti poukazujeme na to, že zaměstnanci ZZ při poskytování zdravotní péče, zejména při hospitalizaci, nesou za pacienta odpovědnost. Tento názor je třeba upřesnit v tom smyslu, že poskytovatelé zdravotní péče nesou odpovědnost pouze za zdravotní stav a bezpečnost ošetřovaného pacienta. Nikoliv za chování a jednání svéprávného pacienta (Vondráček, 2009, s. 32).

3 FORMY K OVĚŘENÍ KVALITY PÉČE

3.1 Akreditace

Pojem „akreditace“ se odvozuje od latinského slova „credere“ - důvěřovat (Škrla P.; Škrlová M., 2003, s. 22). Toto slovo znamená důvěryhodné prokázání způsobilosti nebo taktéž oprávnění k určité činnosti či ověření a uznání takového oprávnění⁷.

3.1.1 Historie akreditací ve světě a v ČR

Historie akreditací ve světě je úzce spojena se snahou zajistit kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče v době, kdy tato kvalita byla ohrožena narůstajícími iniciativami zaměřujícími se převážně na kontrolu nákladů. Důraz na kvalitu a zájem o její rozvoj se v jednotlivých zemích rozvíjel různou rychlostí a způsobem. Nedostatek standardizace a kontroly v této oblasti způsobil závažnou variabilitu v kvalitě výrobků a kvalitě služeb. Nové iniciativy v managementu kvality, které se začaly realizovat v průmyslu (Deming, Juran), inspirovaly později oblast zdravotnictví a vedly v USA k založení „Spojené komise pro akreditaci“. Tato komise vytvořila v roce 1976 první ucelený soubor standardů a určila počet povinných lékařských a ošetrovatelských auditů za rok.

České zdravotnictví si již v roce 1989 bylo vědomo značných rozdílů mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními jak v oblasti fyzického stavu nemocnic, tak technického vybavení. Velké rozdíly byly také v personálním obsazení a ve způsobu, jakým zdravotnický personál poskytoval léčebnou a ošetrovatelskou péči. V roce 1994 byl iniciován projekt „Akreditace nemocnic“, na kterém se podílela pracovní skupina při MZ (MZ, zástupci asociací nemocnic, ČLK, zástupci pojišťoven, ČAS, ÚZIS a ředitelé vybraných nemocnic). Řada zkušeností byla získána studováním modelu americké JCAHO. Projekt byl ukončen v roce 1998 vytvořením Spojené akreditační komise ČR (dále jen SAK ČR). Ve stejném roce byly ve Věstníku MZ číslo 7 popsány akreditační standardy a metodika. V roce 1999 byla v rámci projektu akreditována první nemocnice (Škrla P.; Škrlová M., 2003, s. 72).

⁷ Akreditace (z franc. *ccréditer*, z *mettre à crédit*, ověřit důvěryhodnost) znamená oprávnění k určité činnosti nebo ověření a uznání takového oprávnění. Často to může být synonymum pro získání licence.

Do roku 2010 prošlo akreditačními šetřeními 43 nemocnic z celé České republiky. Veškeré novinky a seznam akreditovaných nemocnic je k dispozici na stránkách Spojené akreditační komise ČR.

3.1.2 Akreditační příprava, vlastní šetření

SAK ČR vytvořil podrobný materiál, podle kterého si ZZ nastaví směrnice či jiné vnitřní předpisy (standards péče, SOP) tak, aby byly v souladu s požadavky akreditační komise.

V době této přípravy je možné požádat o kontrolní šetření komisaře SAK ČR, aby ověřil vybrané oblasti ZZ a implementaci požadavků do praxe. Tento komisař pak ale nesmí být účastníkem definitivního akreditačního šetření.

Na základě pozvání ZZ přijede tým (složený z 3 komisařů reprezentující lékařskou, nelékařskou a technicko-hospodářskou oblast) a provede formou auditů zdravotnické dokumentace pacientů, pohovory zpravidla se všemi profesními skupinami zaměstnanců v ZZ a inspekci na vybraných stanicích ZZ definitivní závěr, jehož výsledkem je udělení certifikátu SAK ČR.

3.2 ISO 9001:2000

Je to systém, jenž pomáhá organizacím definovat, organizovat, integrovat a synchronizovat základní procesy za účelem kontinuálního zvyšování kvality a zvyšování spokojenosti zákazníků (Škrla, 2005, s. 88).

Principy ISO 9001:2000 lze shrnout do 8 bodů:

1. Zaměření se na zákazníka - nemocnice předvídá, zná, plní a překonává očekávání pacientů a jiných zákazníků.
2. Vedení a řízení zaměstnanců - management využívá koučování, motivace a využití energetického potenciálu zaměstnanců za účelem dosáhnout či získat jejich angažovanost.
3. Zapojení zaměstnanců - zaměstnanec je největším aktivem oddělení, zapojuje se do procesu plánovaného rozhodování.

4. Procesní přístup - pohled na vykonávanou práci z perspektivy procesů, které sledujeme, zjednodušujeme a dále neustále zlepšujeme (manažer/vlastník procesů).
5. Přístup k rozhodování – založený na faktech, datech, informacích, nikoliv na poci-tech/interpelacích.
6. Neustálé zlepšování - co děláme dobře dnes, chceme zítra vykonávat podstatně lépe; program kontinuálního zvyšování kvality je nutno vnímat jako cestu, ne jako cíl.
7. Systémový přístup managementu k řízení oddělení a zdravotnických zařízení - Donabedian jako první aplikoval systémovou teorii do oblasti zdravotnictví. Jeho pohled na procesní řízení (vstup/proces/výstup) strategické myšlení pomohl zdravotníkům zavést moderní metody řízení i do konzervativní oblasti, jakou zdravotnictví je.
8. Vzájemně prospěšné dodavatelské vztahy – průhledné, založené na kvalitě, ne na známostech nebo úplatcích (Škrla, 2005, s. 89-90).

3.3 Porovnání akreditace a ISO certifikace

Škrla tvrdí, že oba tyto systémy mají své výhody i nevýhody. Akreditace se zaměřuje více na specifické problémy ZZ a potřeby pacientů, zatímco ISO certifikace je zaměřená úzce na kvalitu (výrobek). Oba tyto systémy se navzájem nevyklučují, ale naopak doplňují (Škrla, 2005, s. 90).

4 KULTURA BEZPEČÍ

V oblasti zajištění bezpečnosti pacientů došlo v posledním desetiletí ve většině západních zemí k radikálnímu posunu ve způsobu myšlení a chování těch zdravotníků, kteří si uvědomují nutnost bezpečné péče.

Zdravotnická zařízení se snaží vytvořit klima „kultury bezpečí“. Je to klima, ve kterém se pozitivní postoj zdravotníků k bezpečnosti pacientů stává absolutní prioritou, kde se neustále hledají nové cesty pro zlepšení bezpečnosti celého systému péče, prostředí, jež nehledá viníky omylů a chyb, prostředí, které si nesmírně cení hlášení nejen aktuálních chyb a omylů, ale i těch, jimž bylo na poslední chvíli zabráněno. Jde o prostředí, ve kterém udělat chybu je obtížné, ne-li nemožné. Takové hodnoty by měly být zakódovány do poslání a hodnot organizace a měly by mít absolutní podporu vrcholového managementu. My všichni si potřebujeme uvědomit, že omyly a pochybení jsou výsledkem mnoha faktorů, symptomem hlubšího systémového selhání, a ne pouze selhání osobního.

Metaforicky lze nepřipravené zdravotnické zařízení připodobnit k ementálskému sýru plného děr. Je-li několik takových plátků sýru postaveno jako dominové kostky za sebe, pak se může snadno stát, že chyba/omyl v podobě nebezpečné jiskry může za určitých okolností proletět otvory ve všech plátcích a způsobit požár (poškození pacienta) na konci celé konfigurace (systému). Úkolem zdravotníků je zacelit „díry“ v systému a vytvořit bariéry, které eliminují možnost vzniku „požáru“ (medicínských omylů), (Škrála P.; Škrlová M., 2003, s. 128).

Každé ZZ má svou vlastní organizační kulturu. Tato kultura má větší vliv na bezpečnost péče než směrnice a příkazy (Škrála, 2005, s. 79).

Organizační „kultura bezpečí“

Dříve než se zamyslíme, co je předpokladem této kultury, podívejme se, které faktory podporují jinou než bezpečnou péči:

- fragmentovaný systém;
- chybně navržený systém;
- nepochopení nebo zakrývání problémů;
- kultura zaměřená na obviňování a trestání jednotlivce za chybu;

- neschopnost nebo neochota vidět problémy systémově;
- nesprávné priority.

Aby mohlo dojít k odstranění těchto faktorů, je třeba vytvořit nové vzorce chování jednotlivců i celé organizace, novou filozofii a hodnoty s cílem minimalizovat nebezpečí poškození pacientova zdraví, ke kterému může dojít během léčebného procesu.

„Kultura bezpečí“

- rozumí systémům a ví, jak vznikají chyby a omyly;
- uplatňuje poznatky ze studií o lidském faktoru;
- podporuje proces vzdělávání, ne proces obviňování;
- buduje bezpečné systémy a procesy (Škrla P.; Škrlová M., 2003, s. 127-128).

Oddělení s kulturou prostředí věří, že:

- Zaměstnanci nemají osobní zájem na vytváření chyb a omylů. Ty vznikají většinou následkem neefektivních, špatně navržených procesů nebo chybného systému.
- Zaměstnanci mají být motivováni a ceněni za každé odkrývání a hlášení chyb, ne za jejich utajování.

„Zajišťování bezpečí pacientů není pouze kolektivní odpovědností ošetrovatelské profese, ale osobní odpovědností každé sestry ...“ říká se v Prohlášení Evropského výboru sester (PNC) k bezpečí pacientů (Vyhlídalová, 2007, s. 231).

Kultura bezpečí netoleruje neochotu převzít profesionální odpovědnost za svou práci, netoleruje anonymitu, hrubou nekompetentnost, porušení standardů nebo protokolů, hrubou neposlušnost, ilegální aktivity, práci pod vlivem toxických látek a opomenutí disciplinární akce za utajení omylů (Škrla P.; Škrlová M., 2003, s. 131).

5 MIMOŘÁDNÉ /NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI

Management mimořádných událostí je důležitou součástí programu kontinuálního zvyšování kvality. V oblasti řízené péče neboli „managed care“ je management mimořádných událostí součástí managementu rizik. Současný zájem řady zdravotnických zařízení o správné definování mimořádných událostí, o vytvoření a zavedení standardizovaných protokolů k jejich hlášení či šetření a prevenci poukazuje na vysokou aktuálnost tohoto tématu (Škrála P; Škrlová M, 2003, s. 134).

V současné době se velmi liší přístupy jednotlivých organizací (WHO, ministerstvo zdravotnictví, ČAS) k definici pojmu nežádoucích událostí.

Podle posledních dostupných zdrojů na stránkách ministerstva zdravotnictví je nežádoucí událost (dále jen NU) definována „jako událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout“⁸.

Jiné literární zdroje uvádějí (Škrála P.; Škrlová M., 2008, s. 47-50) definici NU vztahující se nejen k poškození pacienta, ale také k personálu, vybavení ZZ, majetku pacienta i zaměstnanců. V této problematice pak tápou nejen manažeři ZZ zabývající se managementem rizik, kam nežádoucí události spadají, ale také samotné MZ ČR, které ve spolupráci s 3. LF UK vytvořilo metodiku pro sběr dat vztahující se k NU. V letech 2008-2009 spustili projekt s názvem „Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb“. S nabídkou zapojení se do projektu byly osloveny všechny nemocnice v ČR⁹.

I tato metodika a celý projekt je zaměřen nejen na pacienta, ale na všechny výše jmenované problematické oblasti. Navíc neexistoval soulad v klasifikaci NU mezi doporučením WHO a 3. LF UK. K tomuto sjednocení v klasifikaci došlo až v roce 2010.

⁸ http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_4409_1770_11.html

⁹ http://www.mzcr.cz/kvalitaodbornik/dokumenty/evidence-a-rizeni-nezadoucich-udalosti-pri-poskytovani-zdravotni-pece-druha-etapa-analyza-shromazdenych-dat-a-vytvoreni-doporuceni-pro-spravnou-praxi_4262_15.html

5.1 Definice NU

a) Nežádoucí události jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Do této definice sice nespadá poškození psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je zdravotnické zařízení nebo jeho pracovník, nicméně i přesto je běžné evidovat například krádeže či napadení personálu jako nežádoucí událost¹⁰.

b) NU se nazývá jakákoliv událost, při které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo procedury. Mimořádnými událostmi jsou také lékařské popřípadě ošetrovatelské intervence, které neproběhly podle plánu, platných směrnic nebo standardů péče. Mimořádné události, při kterých nedošlo k ohrožení nebo poškození pacienta, by se měly klasifikovat spíše jako incidenty (Škrla P.; Škrlová M., 2008, s. 50).

c) Událost, kdy došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta či procedury nebo kdy lékařská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů péče a následkem toho došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku, se nazývá mimořádná událost¹¹.

¹⁰ http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_4409_1770_11.html

¹¹ http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_4409_1770_11.html

6 ZAMĚŘENÍ NA JEDNOTLIVÉ BEZPEČNOSTNÍ PROCESY V ZZ

6.1 Identifikace

Je vhodná všude tam, kde je zapotřebí zabezpečení osob, dat. Provádí se nejčastěji pomocí identifikačních karet s biometrickými údaji, identifikačních pásků.

- a) Identifikační plastové karty s fotografií - mají nejrozšířenější využití z hlediska ekonomického i časové nenáročnosti na pořízení.
- b) Identifikační karty s bezpečnostními prvky – opatřené bezpečnostními biometrickými údaji (fotografie, otisk prstů) s vloženými magnetickými prvky či čipy. Používají se buď s omezenou dobou platnosti např. v hotelích, bazénech, či k evidenci pohybu.
- c) Mobilní identifikační karty – využívají se všude tam, kde je potřeba průběžné kontroly. Tato se provádí na kontrolních stanovištích např. na stavbách, při krizových situacích.

6.1.1 Identifikace pacientů

Identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků je spolehlivý, praktický a bezpečný způsob při poskytování péče ve zdravotnických zařízeních a zařízeních poskytujících sociální služby¹².

Proces identifikace pacientů je spjat s obdobím 90. let 20. století. Průkopnicí v této oblasti byla Ústřední vojenská nemocnice v Praze v čele s hlavní sestrou Lenkou Gutovou. Její projekt začal v březnu v roce 2005.

Identifikace pacientů pomocí náramků je dvojí:

- a) pasivní - bezpečnostní náramky z PVC;
- b) aktivní - bezpečnostní náramky s čárovými kódy.

¹² http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3702_1770_11.html

a) Pasivní identifikace

Nejčastěji používaná varianta ve zdravotnických zařízeních. Výrobci PVC náramků nabízejí různou škálu barevných provedení. Je jen na ZZ, jaké barvy použijí k identifikaci rizikových pacientů. Nejčastěji se využívají jen náramky v bílé barvě, na které se nalepí, případně se do připraveného plastového okénka vsunuje štítek se jménem, příjmením a rokem narození pacienta. Jako doplňkový údaj zde bývá oddělení, na kterém je pacient hospitalizován, některá zdravotnická zařízení preferují i číslo chorobopisu. V žádném případě nesmí štítek obsahovat rodné číslo pacienta. Toto by bylo považováno za porušení zákona o ochraně údajů¹³.

b) Aktivní identifikace

Náramek s čárovým kódem je novinkou na našem trhu. Je rozhodně kvalitnější a umožňuje všestrannější využití. Bohužel jeho cena je závratná a také takovýto náramek potřebuje ke svému provozu další zařízení – čtečku čárového kódu. Čtečka je schopna ve své paměti evidovat také další úkony, které se u pacienta provádějí. Jde například o vydání medikace, diagnostické úkony, jako jsou odběry krve, dokáží evidovat pohyb pacienta. Všeobecná sestra sejme pomocí čtecího zařízení čárový kód z náramku pacienta a provede jednak identifikaci, jednak záznam provedení úkonu.

6.1.2 Identifikace zaměstnanců

Jednotná identifikace zaměstnanců ve zdravotnickém zařízení patří mezi základní etické prvky ZZ. Je zapotřebí, aby v zájmu bezpečí pacientů ZZ uvedlo do praxe předpis, v němž deklaruje jednotné principy identifikace všech osob, které se s vědomím vedení ZZ pohybují v jejích prostorách¹⁴.

¹³ <http://search.seznam.cz/?sourceid=szn-HP&thru=&q=identifikace+pacient%C5%AF>

¹⁴ <http://cardhouse.cz/reseni/id-karty-s-bezpecnostnimi-prvky/>.

6.1.3 Identifikace pracovníků vykonávajících jiné služby

Zvláštní identifikaci používají pracovníci rychlé záchranné služby. Samozřejmě ani oni nemají jednotné označení. Záleží na vedoucích pracovnících, jakou formu identifikace svých zaměstnanců zvolí. Nejčastěji používané je označení pracovní pozice na levé straně hrudníku a osobní číslo zaměstnance.

6.1.4 Identifikace zaměstnanců podle barvy oblečení

V poslední době se v mnoha ZZ ujala identifikace zaměstnanců podle barvy pracovního oblečení. Taktéž ale neexistuje jednotnost v celé ČR. Záleží pouze na ZZ a případně smluvním zařízení (prádelně), na jakých barvách se domluví a jak své zaměstnance označí. Jednou z největších prádelen poskytující služby pro zdravotnictví v ČR je prádelna CHRÍŠTOF, která má širokou škálu výběru oblečení. Zde jsou pracovníci podle pracovních pozic oblečení do oděvu barvy zelené lékaři a všeobecné sestry, do oděvu žluté barvy ošetřovatel/ka či sanitář/ka, pracovníci úklidu a stravování mají na výběr jinou barvu. Tam, kde se toto barevné rozlišení oděvů ujalo, se pacientům lépe orientuje, kdo je ošetřuje. V takovémto případě jde o doplňující faktor, který rozhodně nenahradí vizitku (příloha č. 4).

6.2 Zabezpečení vstupů

6.2.1 Vstup na oddělení

Vstupní dveře na jednotku standardního oddělení musí splňovat určité náležitosti. Tyto náležitosti určují normy vztahující se k bezpečnosti práce a požární ochraně, konkrétně zákon 133/1985 Sb., O požární ochraně a ve znění vyhlášky č. 202/199 Sb. Vstupní dveře na oddělení musí být zabezpečeny proti neoprávněnému vstupu. Mezi nejvíce využívané a nejméně nákladné zabezpečení patří jednotný klíč (obecně zaměstnanci nazýván jako „průchozák“). Dále identifikační karty s magnetickými proužky, které navíc mohou evidovat každé konkrétní použití karty nejen při vstupu, ale slouží např. jako evidence docházky, k objednávání stravy, k uzamčení osobní skříňky aj. I když je elektronický systém finančně velmi nákladný a jeho uvedení do provozu s sebou přináší určitou finanční a logistickou zátěž, velmi se osvědčil i jako důkazní materiál. Lze totiž průkazně evidovat např. počet

vstupů na pokoj na jednotlivé kategorie nelékařského personálu při eventuální obhajobě poskytované péče.

Ke zvýšení bezpečnosti pacientů je samozřejmě možné kombinovat kliku a kouli. Směrem zvenčí se obvykle na vstupních dveřích ZZ používá koule a ta znemožňuje přístup nežádoucími osobám, směrem z oddělení je naopak klika. Pro případ požáru ale takovéto zabezpečení dveří je inspektory Hasičského záchranného sboru hodnoceno jako rizikové, a proto musí mít takto zabezpečené dveře klíč uložený v blízkosti v bezpečnostní krabičce (viz příloha č. 5).

6.2.2 Pokoje pacientů, eventuálně sociální zařízení (je-li součástí pokoje)

Pokoj pacientů musí být řádně označen, zpravidla jsou pokoje na stanici očíslovány. Pro geriatrické pacienty je označení pokoje velkými číslicemi velice praktické. O vybavení bezpečného pokoje se hovoří velmi dlouho, teprve bývalá ministrně zdravotnictví Dana Jurásková vytvořila projekt „Bezpečný pokoj“, který by měl mít:¹⁵

- prostor kolem lůžka přístupného ze tří stran minimálně 90 cm
- zdi pokoje v kontrastních barvách
- protiskluznou podlahu podle ČSN
- trasy na pokoji označeny reflexními pásy
- zajištěno noční osvětlení a lokální osvětlení lůžka
- lůžko – nastavitelná výška – v noci v nejnižší poloze
- žádné další osobní věci kolem lůžka (tašky apod.)
- močové lahve a podložní mísy umístěny podle schopnosti soběstačnosti nemocného – při obsluze personálem pod lůžkem (speciální držáky), při soběstačnosti nemocného na stabilní židli
- zábrany lůžka podle ČSN, ideálně dělené a nastaveny v tzv. mobilizační poloze
- noční stolek umístěn vedle lůžka v jeho 1/3 od hlavy, dvířka otočena k nemocnému
- veškerý nábytek na kolečkách, vybavený automatickou brzdou

¹⁵ <www.mpsv.cz/files/clanky/3483/10_Juraskova.pdf>.

- rohy nábytku kulaté, opatřené reflexními pásy
- při použití doplňkového nábytku – židle, křesla – využití masivního nábytku se širokou základnou
- stůl připevněn ke zdi
- delší vzdálenosti na pokoji zajištěny madly
- žádný nábytek v komunikačních trasách
- samostatný problém signalizace při pádu

6.2.3 Pracovny sester

Zabezpečení sesteren je důležité hlavně ze dvou důvodů. Za prvé je zde uložena zdravotnická dokumentace pacientů, za druhé je součástí sesteren také lékárna, jejíž součástí je obvykle trezor s opiáty. Obě jmenované komponenty jsou velice cenné a odbornou veřejností považovány za rizikové zdroje.

a) Zdravotnická dokumentace

ZD je soubor písemných a obrazových záznamů týkajících se léčebně preventivní péče o pacienta (Goldmann; Cichá, 2004, s. 86).

Teprve novela zákona č. 20/1966 Sb. z 26. června 2001 provedená zákonem č. 260/2001 Sb., platným od 1. srpna 2001, vložním § 67a až § 67b poprvé kodifikovala všeobecnou povinnost zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci (dále jen ZD) a současně dosti přesně vymezila pravidla pro její vedení, uchovávání, nakládání s ní a její likvidaci. Novela významně sjednocuje legislativu tak, aby požadavky pro všechny druhy a formy zdravotnických zařízení byly stejné¹⁶.

Jelikož je ZD majetkem ZZ a řídí se mnoha dalšími předpisy, je povinností každého zaměstnance ZZ dodržovat je a zabezpečit ZD tak, aby ji nikdo nemohl zcizit, zneužít, či do ní nahlížet bez přítomnosti zdravotnického pracovníka.

¹⁶ <http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Dokumentace/nova_legislativa_dokum.html>.

Za kvalitu konkrétního záznamu v ZD odpovídá ten, kdo záznam provedl. Zdravotnické zařízení je povinno přijmout taková opatření, aby nedošlo k neoprávněnému zneužití informací uvedených v ZD a aby k dokumentaci neměly přístup neoprávněné osoby. Pacient sám má právo nahlížet do ZD, ale pouze po dohodě s vedením oddělení, v určeném čase a za přítomnosti zdravotnického pracovníka (Vondráček L.; Vondráček J., 2008, s. 29-30).

b) Léčivé přípravky a opiáty

Zásady uchovávání a skladování léčivých přípravků (dále jen LP) v největší míře identifikuje zákon č. 387/2007 Sb. O léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Jelikož jsou LP počítány jako rizikové, je jen na manažerech ZZ, jaké bezpečnostní opatření přijmou ve vztahu k LP.

6.2.4 Úložné odkládací prostory na oddělení

Úložné prostory na pokojích je nejvhodnější vyřešit formou zabudovaných skříní, do kterých se odkládají svršky. Věci k hygienické potřebě, drobné peníze a jiné osobní zejména zdravotní pomůcky (jako jsou brýle, naslouchadla) si nemocní ukládají obvykle do nočního stolečku, aby byly v případě potřeby ihned k dosažení. Kvalitní noční stolek by měl být vybaven uzamykatelnou částí, kam si pacient v případě vzdálení z pokoje uloží cenné věci a zajistí je tak před ztrátou či zcizením. Často si pacienti ponechávají u sebe peněžní hotovost a při ztrátě požadují po ZZ náhradu.

Škodu na majetku hradí ZZ jen tehdy, pokud jej od poučeného pacienta přebralo do úschovy, nebo pokud pacient uložil věci na místě k tomu určeném. Za věci, které si ponechá pacient u sebe a volně s nimi nakládá, nenese při ztrátě ZZ odpovědnost a nemá povinnost škodu hradit (Vondráček L.; Wirthová V., 2009, s. 21).

Čím méně je na pokoji či součástí lůžka vedlejších komponent (jako jsou pojízdné stojany infuzí, nasazující zábrany lůžka), tím méně má pacient omezen pohyb a je eliminováno riziko úrazu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ V OBLASTI BEZPEČNOSTI

Ve své bakalářské práci jsme si dali za úkol zmapovat ve vybraných nemocnicích, zda je možno zvýšit bezpečnost pacientů na oddělení dodržováním několika jednoduchých pravidel. Věnovat se tomuto tématu mě inspirovala přednáška, kterou jsem v loňském roce vyslechla v Ostravě na Dnech kvality a řízení péče a bezpečí, konaná v říjnu roku 2009. Jelikož pracuji v nemocnici na manažerském postu, snažím se zajímat o tuto problematiku blíže.

7.1 Cíle práce

- 1) Zjistit, zda je identifikace zaměstnanců ve ZZ jednotná.
- 2) Zjistit, zda daná ZZ mají identifikované skupiny pohybující se v ZZ s vědomím vedení, jako jsou stážisté, praktikanti či návštěvy.
- 3) Zjistit, jakými bezpečnostními prvky jsou chráněna osobní data pacienta.
- 4) Zjistit, zda personál neposkytuje informace o zdravotním stavu pacienta nepovolaným osobám.
- 5) Vytvořit návrh řešení zjištěných nedostatků u jednotlivých kritérií pro ZZ.

7.2 Metodika práce

Ke svému průzkumnému šetření jsme zvolili metodu pozorování, kde získaná data byla zaznamenávána do předem sestaveného auditního listu. Šablona tohoto auditního listu je ve zdravotnickém zařízení, v němž pracuji, volně ke stažení na intranetových stránkách a každý vedoucí úseku si do ní smí vytvořit vlastní kritéria (otázky), které pak podléhají schválení nadřízenými pracovníky.

Pozorování bude prováděno za účasti pozorovatele (tedy mne) a zástupce ZZ (hlavní sestry /náměstkyně ošetrovatelské péče, případně manažera kvality).

a) Studium dokumentů

Před vlastním šetřením ve zvoleném ZZ bylo nutné detailně prostudovat směrnice a vnitřní předpisy týkající se bezpečí pacienta. Proto jsem vždy před pozorováním na vybraných stanicích řádně prostudovala směrnice o identifikaci zaměstnanců a pacientů, provozní řád celého ZZ, směrnici či standardy týkající se podávání a uchovávání léčiv.

V rámci správného etického jednání jsem požádala hlavní sestru/manažerku ošetrovatelské péče, aby se zúčastnila mého externího auditu a případně objasnila nedostatky, které bych zjistila.

b) Vytvoření auditního listu

Ke svému průzkumnému šetření použiji šablonu AL s kritérii pro zjištění dodržování pravidel bezpečnosti na oddělení (viz příloha č. 1).

Auditní list tvoří zvolený počet otázek (kritérií), kde ke každému kritériu je přiřazeno bodové vyhodnocení otázky. Odpověď klasifikována 2 body znamená shodu, v případě částečné shody s otázkou je udělen 1 bod, pokud není odpověď správná, je uděleno 0 bodů. V případě položky/otázky, která se vyskytuje jen na některém z pracovišť, je možné udělit písmeno N jako „nehodnoceno“, aby odpověď negativní neovlivnila celkový výsledek.

V konečném hodnocení je potřeba sečíst počet skutečně dosažených bodů. Tento počet vydělit počtem maximálních bodů, které bylo možno získat splněním všech kritérií za nejvyšší počet bodů a vydělit číslem sto. Získáme tak procentuální dosažení výsledku auditu.

Procentuálnímu výsledku je přiřazeno hodnocení 100-90 % výborné, 89- 60 % dobré a 59-0 % jako nedostatečné.

Dosažené výsledky pak byly sečteny po jednotlivých kritériích (tabulka č. 19). Při dosažení maximálního počtu tj. 6 bodů za tři prověřené oddělení bylo přiřazeno ZZ typu „A“ splnění kritéria na 50 % a ZZ „B“ také 50 %, což znamená, že ke splnění prověřovaného kritéria je zapotřebí dosáhnout maximálního počtu 12 bodů ke 100% splnění.

Mým zájmem je pozorováním a případným záznamem odchylek v AL zjistit odpovědi na dané cíle.

K cíli 1 se váže otázka 1, 2 v auditním listu, k cíli 2 se váže otázka 3 a 4, k cíli 3 se vážou otázky 8, 10, 15 a 16, k cíli 4 se váže otázka 18.

7.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Obě prověřovaná ZZ jsou držiteli certifikátu SAK ČR o akreditaci nemocnice. Obě nemocnice se dají srovnat jak poskytovaným spektrem péče, tak i množstvím hospitalizovaných a ošetřených pacientů.

Každé vybrané ZZ muselo mít pro mé průzkumné šetření jednotku intenzivní péče nejlépe chirurgického zaměření, léčebnu dlouhodobě nemocných či oddělení následné péče s geriatrickými pacienty a standardní oddělení chirurgické. Tato tři oddělení jsem zvolila záměrně z důvodu snadnějšího porovnání jednotlivých kritérií mezi jednotlivými obory.

Pro označení zvolených ZZ budeme v této bakalářské práci používat pro první ZZ označení „A“, druhé vybrané ZZ bude „B“.

7.4 Organizace průzkumného šetření a sběr dat

Průzkum jsme prováděli při předem domluvené a vedením ZZ schválené návštěvě tří stejných pracovišť.

Průzkumné šetření probíhalo ve dnech 25. 1. -13. 4. 2011. Celé průzkumné šetření ve ZZ si vyžádalo cca 40 hodin pro jednotlivé auditní šetření a studium dokumentů mi zabralo vždy 24 hodin pro každé ZZ.

Získaná data byla nejprve zaznamenána do AL a později převedena a vyhodnocena do tabulek a grafů pomocí programů MS Word a MS Excel.

7.4.1 Šetření v ZZ označeném jako „A“

Nemocnice označována jako „A“ je nemocnicí městského typu. Zaměstnává celkem okolo 500 zaměstnanců, z tohoto počtu je 350 zaměstnanců lékařského a nelékařského zaměření, ostatní zaměstnanci jsou zařazení jako pracovníci technicko–hospodářské části (dále jen THP). Je to ZZ zajišťující zdravotní péči pro spádovou oblast asi 80 tisíc obyvatel, které poskytuje péči v základních oborech interního, chirurgického, urologického, dětského, rehabilitačního, gynekologicko-porodního lékařství a anesteziologicko-resuscitační péče.

7.4.2 Šetření v ZZ označovaném jako „B“

Nemocnice označována jako „B“ je nemocnicí okresního typu. Zaměstnává okolo 700 zaměstnanců, z nich 550 je lékařského a nelékařského zaměření a v THP pracuje 150 osob.

Spádovou oblastí je ale ve srovnání s nemocnicí „A“ poskytování péče pro daleko větší počet obyvatelstva. Odhadem pečuje o 120-130 tisíc obyvatel. ZZ poskytuje péči v chirurgickém, interním, neurologickém, geriatrickém a ortopedickém oboru, gynekologicko-porodní péči a s ní spjatou novorozeneckou péči, v dětském lékařství a dále ORL (otorinolaryngologické lékařství) a anesteziologicko–resuscitační péči.

7.5 Rozpracování jednotlivých kritérií

Kritérium č. 1 „Všichni zaměstnanci nosí jednotné vizitky“

Ke splnění kritéria bylo zapotřebí dosáhnout celkově 6 bodů za ZZ. Kritérium bylo provedeno kontrolou vnitřních předpisů. K naplnění kritéria bylo nutné, aby každé z prověřovaných ZZ mělo vnitřní normu, která obsahovala jasně daná pravidla, jak má vizitka vypadat a jaké údaje musí obsahovat.

Zjištění stavu

V mém zkoumaném vzorku měly obě nemocnice zakotven ve vnitřní normě popis vizitky, který byl pro obě ZZ jednotný. Vizitka musela být stejných rozměrů, s fotografií, logem dané nemocnice, jménem a příjmením osoby a jejím funkčním zařazením.

Kritérium č. 2 „Vizitky mají určeno místo k nošení, jsou viditelně připevněny“

K naplnění tohoto kritéria jsem provedla fyzickou kontrolu na všech prověřovaných pracovištích.

Zjištění stavu

Zkoumané ZZ označené jako „A“ má ve svém vnitřním předpise (v tomto případě šlo o směrnici) stanovená doporučená místa viditelného připnutí i s výjimkami pro pomocný personál jako je úklid, kterému vizitky vadily při výkonu práce. Dále pro lepší přehlednost je ochranný oděv personálu vybaven našitou úchytkou pro upnutí vizitek na levé straně v oblasti velkého prsního svalu. Vizitka takto připnutá vadí hlavně hubeným osobám, a proto zaměstnanci častěji využívají zaklipování vizitky do výstřihu typu „V“ s přeloženým okrajem.

Zkoumané ZZ označené jako „B“ má taktéž na pracovním oděvu našitou úchytku pro upnutí vizitek.

U tohoto kritéria nedošlo k naplnění. Domnívám se, že důvodem je nedůsledné dodržení nařízeného předpisu.

Kritérium č. 3 “Existuje vnitřní norma popisující označení praktikantů, stážistů, návštěv?”

Vnitřní normy byly vizuálně prověřeny a porovnány jejich rozdíly mezi vizitkou zaměstnance a vizitkou pro návštěvníky. K naplnění tohoto kritéria bylo nutné mít vnitřní předpis stanovující zodpovědnou osobu za vydání vizitky stážistům a dále přesně stanovený proces stáží.

Zjištění stavu

ZZ označováno jako „A“ mělo ve své směrnici detailně rozepsáno, jak mají být identifikováni stážisté či praktikanti, případně jiné návštěvy. Vizitka pro stážisty/praktikanty se od zaměstnaneckých odlišovala pouze tím, že neobsahovala fotografii. Jako funkční zařazení byl uveden název - praktikant, stážista, návštěva. Vizitku je kompetentní vydat pouze hlavní sestra po uzavření smlouvy (praktikantům/stážistům), v její plánované nepřítomnosti informovaná marketingová pracovnice.

Zaujalo mne řešení, které se prakticovalo u stážistů pohybujících se na více odděleních. ZZ mělo vytvořen postup pro případ, že stážista/praktikant se bude pohybovat na více odděleních v rámci své jedné praxe. V takovémto případě mu staniční sestra potvrzovala na vkládací vizitku dobu praxe na daném oddělení, a jakmile došlo k přesunu na jinou stanici, dostal jinou staniční sestrou po seznámení s oddělením nové potvrzení, které si založil do zasouvacího obalu na vizitce. Tak bylo snadno dohledatelné, kdy přestoupil na jiné oddělení, a jasně se dalo dokázat, zda praxe navazovala, či proběhlo její přerušování, byť jen na krátkou dobu. Tento systém se využíval nejvíce v době letních měsíců, kdy takto kolují jak praktikanti z vyšších zdravotnických škol, tak medicí, kteří ve druhém ročníku studia medicíny podstupují ošetrovatelskou praxi, a v neposlední řadě pak medicí z vyšších ročníků absolvující praxe lékařské.

ZZ označováno jako „B“ nemá ve vnitřní normě postup identifikace stážistů/praktikantů či návštěv vůbec zakomponován. Z tohoto důvodu nedošlo k naplnění hodnoceného kritéria. Prakticky ale systém funguje. Po ZZ se nepohybuje nikdo bez vizitky.

Domnívám se, že postup ZZ, které nemá kvalitně propracován postup, je velice rizikový. Z praxe známe několik příkladů, kdy se novináři snažili prověřit různá ZZ a ověřit tak jejich zabezpečení prostředí a osobních dat pacientů.

Kritérium č. 4 „Všichni zaměstnanci ví, jak jsou identifikováni praktikanti/stážisté, návštěvy.“

K naplnění tohoto kritéria bylo potřeba získat 2 body na každém prověřovaném oddělení. Prověřováno bylo fyzicky dotazem auditora při kontrolním šetření.

Zjištění stavu

Návštěvy, které se s vědomím vedení pohybují ve ZZ označovaném jako „A“, se smí pohybovat buď v doprovodu vedoucího pracovníka, nebo se předem nahlásily na ředitelství u sekretářky ředitele, kde jim byly na dohodnutou dobu propůjčeny vizitky s popisem návštěva. Povinností pak bylo odevzdat vizitky zpět sekretářce ředitele při ukončení návštěvy.

ZZ označované jako „B“ nemá vůbec popsáno ve vnitřní normě, jaké náležitosti musí mít vizitka pro návštěvy, stážisty/praktikanty. Nicméně při dotazech, které jsem při auditu pokládala všeobecným sestřám na vytipovaných odděleních, mi každá odpověděla stejně. „Všichni musí projít přes hlavní sestru, která sama jim vytiskne a předá vizitku.“ Na můj dotaz, co když hlavní sestra nebude přítomna z důvodu nemoci či jiné závažné události, mi bylo řečeno, že v takovém případě by se praxe posunula, či návštěva neuskutečnila.

Kritérium č. 5 „Má ZZ rozlišen oděv pro jednotlivé pracovníky?“

K naplnění kritéria bylo nutné, aby každé z prověřovaných ZZ mělo vnitřní normu, která obsahovala jasně daná pravidla stanovující oděv jednotlivých profesí.

Zjištění stavu

ZZ označováno jako „A“ má ochranný oděv rozlišen dle funkcí. Lékařský personál a fyzioterapeuté mají ochranný oděv celobílý, nelékařský personál má oděv bílý se zelenými lemy na kapsách, ošetřovatel/ka a sanitář/ka mají oděv bílý se žlutým lemováním kapes a pracovníce úklidu a pomocný personál jsou vrátní (všichni bez zdravotnického zaměření) mají oděv bílý s modrým lemováním kapes.

Ukázalo se, že pacienti, kteří jsou na začátku hospitalizace informováni, jaký personál je ošetřuje a jak jej rozeznají, toto velice kvitují a poté žádají o pomoc přesně toho, kdo jim ji může poskytnout. Odpadá tak, že žádost o umytí skleničky se přesouvá ze všeobecné sestry

na ošetřovatelku, jelikož informovaný pacient sám požádá přímo ošetřovatelku či pracovníci úklidu, které s ochotou tuto činnost provedou.

Nemocnice „B“ má oděv bílý pro lékaře/řky, zelený jednobarevný pro nelékařský personál. Pracovnice úklidu a personál pod odborným dohledem (ošetřovatel/ka a sanitář/ka) mají rozlišen oděv jinou barvou – žlutý. Nevýhodou toho je, že muži se v této kanárkově žluté barvě necítí dobře. Identifikace je pak možná pouze dle vizitky.

Pacienti se snaží rozlišovat, koho oslovují pouze podle viditelně připnutých vizitek. I tento oděv má našitou úchytka pro upnutí vizitek na levé straně v oblasti velkého prsního svalu.

Ani v této nemocnici není příliš využíván, vizitky se zde nosí častěji připnuté na šňůrce na krku.

Kritérium č. 6 „Je pacient na počátku hospitalizace informován, jak rozliší jednotlivé funkce ZP?“

K naplnění tohoto kritéria bylo důležité poučit pacienty o rozlišení jednotlivých profesí na všech prověřovaných pracovištích jednotlivých ZZ.

Naplnění kritéria bylo kontrolováno fyzicky a ověřováno dotazem na pracovníka na oddělení.

Zjištění stavu

Nemocnice „A“ má vystaveno rozlišení všech svých zaměstnanců na webových stránkách nemocnice. Fotografie s barevným rozlišením na kapsách je také k dispozici na intranetu nemocnice. Jak mi bylo vysvětleno, je to zde hlavně pro případ, že by chtěli příbuzní či návštěvy získat tyto informace a chtěli fotografii vytisknout. Paradoxem je, že barevné tiskárny na oddělení nejsou, proto se nejvíce využívá toho, že přijímající sestra ukáže pacientu a jeho případnému doprovodu fyzicky, podle čeho pozná lékaře, všeobecnou sestru a ošetřovatelku či pomocnici úklidu.

Při auditním šetření bylo zjištěno, že nemocnice označována jako „B“ neinformuje pacienty, jak rozliší jednotlivé profese. Toto se děje pouze na oddělení následné péče a to slovně. Ostatní dvě prověřovaná oddělení (chirurgická JIP a oddělení chirurgie) nemají zažitý tento systém informovat pacienty při přijetí, a proto jim bylo odebráno vždy po 1 bodu.

ZZ „B“ nemá vůbec nikde zakotveno rozlišení jednotlivých pracovníků. Ochranný oděv je jednotné barvy a pacient a příbuzní identifikují jednotlivé profese pouze dle vizitek.

Kritérium č. 7 „Je k dispozici desinfekce při vstupu na oddělení/pokoj?“

K naplnění tohoto kritéria bylo potřeba mít k dispozici desinfekční roztok u vstupu na oddělení či pokoj. Bylo hodnoceno fyzicky při auditním šetření. Došlo k naplnění jen částečně a to proto, že jsem byla nucena na obou chirurgických odděleních kritérium nehodnotit. Chirurgické oddělení je specifické svou skladbou pacientů a obě nemocnice přistoupily k tomu, že desinfekce je k dispozici na oddělení ošetřujícím personálu, ale ne pacientům a návštěvám.

Zjištění stavu.

Nemocnice „A“ má při vstupu na jednotkách intenzivní péče připraveny pomůcky k osobní ochraně oděvů, obuvi a desinfekci na ruce. Aby návštěvy provedly hygienickou desinfekci správně, je nad desinfekcí na ruce zalaminován návod popisující jednotlivé kroky před vstupem na oddělení. Na pokojích ONP je u každého umyvadla na pokoji desinfekční nádoba, kterou smí používat jak pacienti, tak jejich návštěvy.

Nemocnice „B“ má stavebně intenzivní péči konstruovanou tak, že návštěva si musí obléci návštěvnický plášť a ochranný návlek na obuv před vchodem a desinfekci rukou provést až za dveřmi v prostoru vstupu. Chybí zde upozornění, jak má vstupující postupovat. Bez poučení personálu není možné dodržet deklarovaný postup.

Kritérium č. 8 „Je vchod na jednotlivé stanice trvale uzamčen?“

Kritérium bylo naplněno částečně. Pro splnění bylo potřeba dosáhnout 6 bodů za nemocnici. Kritérium bylo prověřováno fyzicky při kontrolním šetření.

Zjištění stavu

Nemocnice „A“ má vstup na oddělení zajištěn protipožárními dveřmi. Tento typ dveří splňuje náročné podmínky kladené zákonem o požární ochraně. Dveře byly dvoukřídlé, občas se stávalo, že pokud odjel personál na vyšetření, ponechal si jedno křídlo pootevřené, aby při příjezdu mohl ihned vjet dovnitř oddělení a nezdržoval se u vchodu s hledáním klíčů. Nevýhodou těchto protipožárních dveří je, že se na ně nesmí z bezpečnostního hlediska

přidělat žádné další zařízení, které by umožnilo otevřené křídlo dveří při průjezdu například s postelí, zabezpečit.

Dveře se otvírají tzv „průchozáký“, což je klíč patřící k více dveřím. V pozorované nemocnici tento klíč otevíral veškeré spojovací a vstupní dveře, kterými se pohyboval zdravotnický personál. Takto zabezpečené vstupní dveře na oddělení považujeme za velmi rizikové a lehce zneužitelné.

ZZ označované jako „B“ má vstup na jednotlivá oddělení zabezpečen také jednotnými klíči. Protože jsou budovy ZZ rozesety na více místech, není možné použití jen jednoho klíče. I tak je zabezpečení pouze klíčem považováno jako velmi rizikové. I zde jsem při kontrolním šetření našla dokořán otevřené dveře na chirurgické oddělení, vysvětlení sestry bylo, že je doba návštěv.

Kritérium č. 9 „Je uzamčena kuchyňka pro pacienty?“

Ke 100 % naplnění kritéria došlo u obou prověřovaných ZZ. Kritérium bylo ověřováno fyzicky při kontrolním šetření v prověřovaných ZZ.

Zjištění stavu

V nemocnici „A“ je kuchyňka hned u vstupu na oddělení. Jelikož je zde spousta elektrických zařízení, je trvale uzavřena. V případě potřeby (příprava kávy, vydání lžiček, doplnění čaje) si pacienti požádají pracovníci úklidu či ošetrovatelský personál. Přístup nepovolaným je do kuchyňky zakázán.

ZZ „B“ má kuchyňku situovanou v polovině oddělení. Přístup do ní je opatřen koulí. Personál má k dispozici průchozí klíč. Pacienti se zdržují ve společenské místnosti (jídelně), která sousedí s kuchyňkou. Mají tu připraveny nápoje a společenské hry, noviny či televizi.

Kritérium č. 10 „Je zabezpečena sesterna?“

K naplnění kritéria bylo potřeba mít popsáno vnitřní normou, jak má být zabezpečena sesterna, pokud obsahuje rizikové subjekty (léčiva nebo zdravotnickou dokumentaci). Kritérium bylo prověřováno fyzicky při kontrolním šetření.

Zjištění stavu

V pozorovaném ZZ „A“ je pracovní sester vždy uprostřed chodby. Přístup do ní je opatřen koulí. Personál má k dispozici průchozí klíč. V pracovní sester je umístěna lékárna, trezor s opiáty je přímo součástí lékárny - takže je zde dvojitý zabezpečení LP s obsahem návykových látek. Aktuální ZD je ve složkách na vozíku, chorobopis ve skříni.

Ve ZZ označovaném jako „B“ je pracovní sester situována uprostřed oddělení a navazuje na ni vyšetřovna lékaře. Pracovní sester je opatřena koulí a klíč má každý pracovník na oddělení. V pracovní sester je ZD na HINZ vozíku, LP a trezor s opiáty je umístěn na vyšetřovně na zdi.

Kritérium č. 11 „Je lékárna trvale uzamčena?“

Naplnění kritéria bylo ověřováno fyzicky.

Zjištění stavu

Lékárna ve ZZ označovaném jako „A“ je vždy součástí sesterny. Je trvale uzamčena a klíč od ní má pouze vedoucí směny. Zpravidla je to staniční sestra, po jejím odchodu služebně nejstarší sloužící sestra na oddělení.

Ve ZZ označovaném jako „B“ je lékárna situovaná do vyšetřovny vedle sesterny. Klíč má zpravidla nejstarší sloužící sestra, náhradní pak má také vrchní sestra oddělení. Léčivé přípravky jsou dále ještě umístěny i ve skladu léčiv. Od něj má klíče pouze vrchní sestra.

Kritérium č. 12 „Jsou oddělena v lékárně LP s vyšší mírou rizika?“

Kritérium bylo ohodnoceno podle toho, zda existoval vnitřní předpis deklarující LP s vyšší mírou rizika s odkazem na metodický pokyn MZ ČR.

Zjištění stavu

Ve ZZ označovaném jako „A“ má každé oddělení v lékárně vyčleněno místo (oddíl či celý regál) a červenou páskou označeny LP s vyšší mírou rizika. Některá oddělení mají pro lepší orientaci nelékařského personálu LP s vyšší mírou rizika vypsána přímo v lékárně (viz příloha č. 7).

ZZ „B“ nemá vůbec popsány LP s vyšší mírou rizika. Prakticky jim ale systém rizikových infuzních roztoků funguje. Je to proto, že vedoucí lékárny, která je součástí ZZ, provádí 1krát ročně kontroly na odděleních a tento postup mít oddělené koncentrované roztoky zavedla již dříve jako prevenci záměny infuzních roztoků.

Kritérium č. 13 „Má od lékárny klíč pouze 1 (vedoucí) sestra na službě?“

Kritérium bylo hodnoceno přímým dotazem na staniční sestru při kontrolním šetření.

Zjištění stavu

Klíče od lékárny má v obou ZZ pouze 1 sestra na službě, zpravidla staniční.

Kritérium č. 14 „Má pacient/návštěva možnost vejít do místností, kam nesmí mít přístup nikdo jiný než zdravotnický personál?“

Kritérium bylo zkontrolováno fyzicky při auditním šetření.

Zjištění stavu

Zkoumané ZZ označováno jako „A“ má na všech vstupních dveřích vedoucích do obslužných místností koule. Tento způsob neumožňuje nepovolaným osobám vejít bez přítomnosti zdravotníka do těchto prostor. Volně přístupné jsou pouze vestavěné skříně s prádlem na chodbě.

Zkoumaný vzorek „B“ má stejně zabezpečeno standardní oddělení i obslužné místnosti jako ZZ „A“. Navíc i skříně s prádlem mají uzavřeny v místnosti, takže při jakékoliv potřebě výměny ložního či osobního prádla musí pacient požádat nějakého zdravotníka o jeho vydání.

Kritérium č. 15 „Je zdravotnická dokumentace neustále pod dohledem?“

Kritérium bylo ověřeno pozorováním při kontrolním šetření v prověřovaných ZZ.

Zjištění stavu

Zdravotnická dokumentace (dále jen ZD) obsahuje velmi citlivé údaje. Proto se již stalo pravidlem, že je neustále pod dozorem a k dispozici lékařů. Ve ZZ označovaném jako „A“

se používá ZD ve dvojitým rozdělení. Dekurz (zpravidla několikanásobný teplotní záznam) či denní záznam v případě intenzivní péče se nachází na jednom místě, kompletní chorobopis bývá zpravidla zvlášť. V našem případě se jedná o umístění v pracovně sester ve skříni.

Ve ZZ označovaném jako „B“ je systém dokumentace HINZ. Ten slouží k umístění používaných záznamů do karty pacientů obvykle složených z 3 až 4 listů dle výběru. Tyto karty jsou umístěny na desce, která pojme za sebou až 15 naplněných karet. Ostatní dokumenty (chorobopis + OP, nepoužívané zdravotní tiskopisy) jsou pak umístěny na vozíku v dolní části umožňující uzamknutí.

Kritérium č. 16 „Je pokoj pacienta neustále přístupný?“

Splnění kritéria bylo ověřováno fyzicky.

Zjištění stavu

Pokoje ve ZZ „A“ jsou přístupné. Na jednotlivých pokojích je vlastní sociální zařízení sestávající z WC a sprchového koutu. Vstup k sociálnímu zařízení je volný, uvnitř jsou madla ke snadnějšímu pohybu pacienta a dále pro případ nenadálé události i zvonek na dorozumivací zařízení na pracovně sester.

Ve ZZ „B“ jsou pokoje otevřeny, klíče má pouze zámečnick. Klíčem vybaven je pouze nadstandardní pokoj, kam se ukládají zpravidla pacienti při vědomí. Tento pokoj má vlastní sociální zařízení. Sociální zařízení je na konci chodby, kam pacient může jít sám a umístí pouze na kliku visačku s označením „obsazeno“.

Kritérium č. 17 „Existují u všech dveří aktuální popisky?“

Kritérium bylo hodnoceno pozorováním při auditním šetření.

Zjištění stavu

Ve zkoumaném ZZ označovaném jako „A“ byly všechny místnosti a dveře označeny čitelnými popisky. Popisky jsou zavěšeny na pravé straně u dveří v místě asi 180 cm nad zemí.

Jde o velmi přehledný informační systém ke snadné orientaci ve zdravotnickém zařízení.

Zkoumaný vzorek „B“ má popisky přímo na dveřích. Zde jsem objevila velmi důležitý problém. Pokud jsou dveře zavřené, je vše viditelné a v pořádku. Problém nastává v případě otevřených dveří, kdy osoba pohybující po oddělení čelem k otevřeným dveřím není schopna určit, kam tyto dveře vedou. Jde o velmi nešťastně zvolený informační systém.

Kritérium č. 18 „Sestry nesdělují po telefonu žádné informace o zdravotním stavu pacienta.“

Kritérium bylo ověřeno telefonicky na prověřovaném oddělení, kdy ve spolupráci s vedením nemocnice bylo vytipováno jméno a na oddělení vznesen dotaz jménem příbuzného pacienta na jeho zdravotní stav.

Zjištění stavu

Ve zkoumaném ZZ označovaném jako „A“ jsme provedli telefonát. Představila jsem se jako dcera paní XY a ptala se na zdravotní stav této vytipované osoby. Všeobecná sestra se velmi jemně omluvila a uvedla, „*že po telefonu nesmí podat žádné informace a abych přišla v době návštěv mezi 14. -15. hodinou za lékařem, který mi o stavu matky řekne víc*“.

Ve zkoumaném vzorku „B“ mi sestra stroze odpověděla, „*že informace se po telefonu nepodávají*“, a zavěsila telefon.

8 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Výsledná analýza získaných dat pomocí externího auditu bude následně vyhodnocena po jednotlivých kritériích.

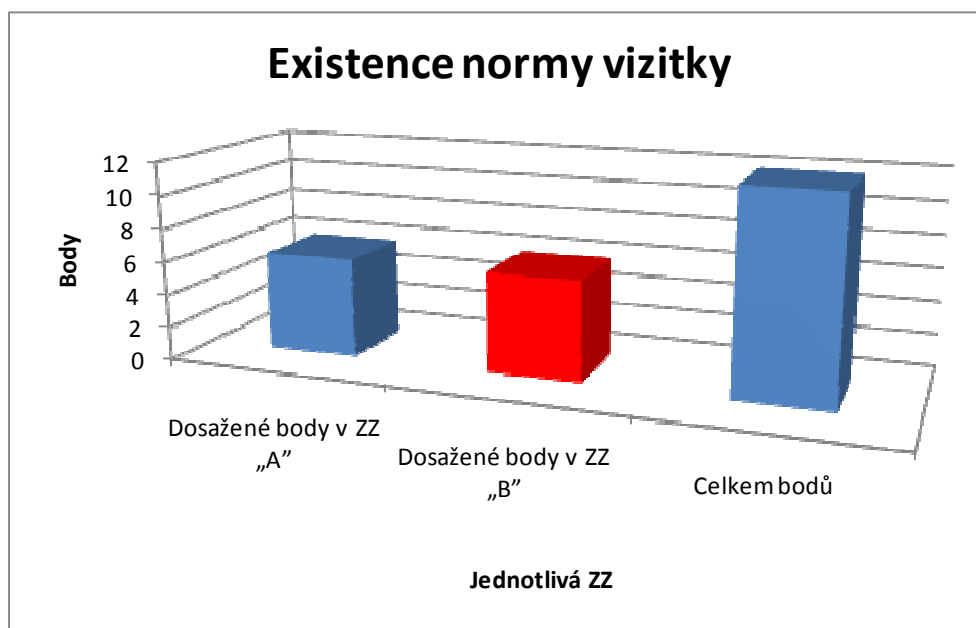
Hodnocené kritérium č.1 Všichni zaměstnanci nosí jednotné vizitky.

(Existuje vnitřní norma ZZ, která detailně popisuje, jak má vypadat vizitka a jaké musí splňovat atributy; tyto atributy se dodržují.)

U tohoto kritéria bylo dosaženo 100% ohodnocení.

Tabulka 1: Existence normy ve vnitřním předpisu

Dosažené body v ZZ „A“	6
Dosažené body v ZZ „B“	6
Celkem bodů	12



Graf 1: Existence normy vizitky

Nemocnice „A“ dosáhla při auditním šetření na třech posuzovaných odděleních vždy po 2 bodech (intenzivní JIP, chirurgické oddělení a ONP/LDN), a tudíž za 6 bodů byla hodnocena 50 %.

Nemocnice „B“ dosáhla při auditním šetření na třech posuzovaných odděleních vždy po 2 bodech (intenzivní JIP, chirurgické oddělení a ONP/LDN), a tudíž za 6 bodů byla hodnocena 50 %.

Celkově je toto kritérium ohodnoceno splněním na 100 %.

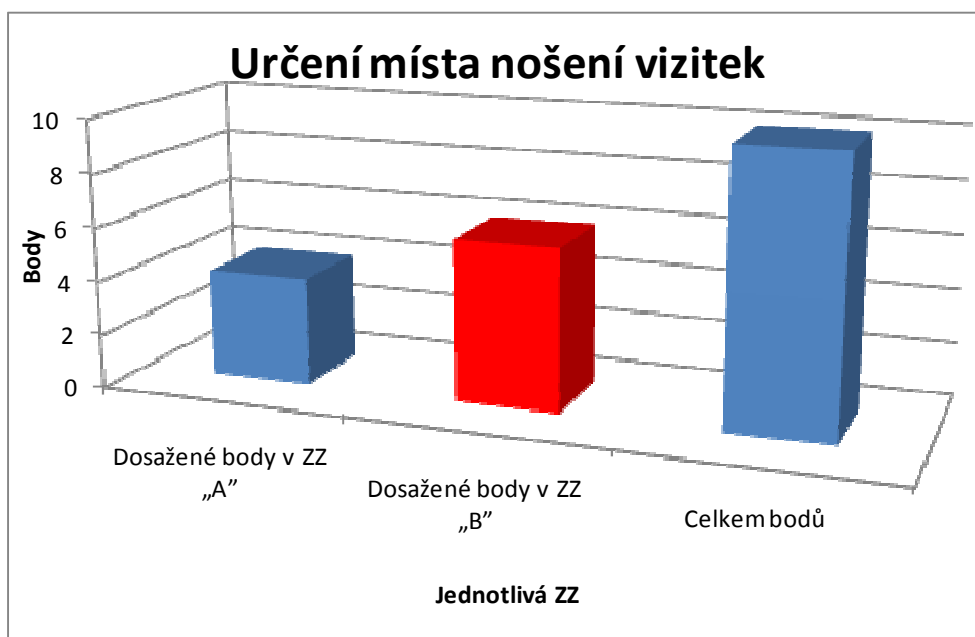
Hodnocené kritérium č. 2 Vizitky mají určeno místo k nošení - jsou viditelně připevněny.

U tohoto kritéria bylo dosaženo 83% hodnocení.

Při auditním šetření byly přistiženy 2 neidentifikovatelné osoby ve ZZ označovaném jako „A“. Z tohoto důvodu nedošlo k 100 % naplnění hodnoceného kritéria.

Tabulka 2: Určení místa nošení vizitek

Dosažené body v ZZ „A“	4
Dosažené body v ZZ „B“	6
Celkem bodů	10



Graf 2: Určení místa nošení vizitek

ZZ „A“ dosáhlo pouze 4 bodů (což činí 33,33 %) z možných 50 % za 6 bodů. Důvodem nezískání všech možných bodů bylo ve dvou případech nalezení zaměstnanců bez vizitek (intenzivní péče a chirurgické oddělení).

ZZ „B“ dosáhlo na všech třech prověřovaných odděleních po 2 bodech, celkově tedy 6 (což činí 50 %).

U tohoto kritéria nedošlo k naplnění. Domnívám se, že důvodem je nedůsledné dodržení nařízeného předpisu.

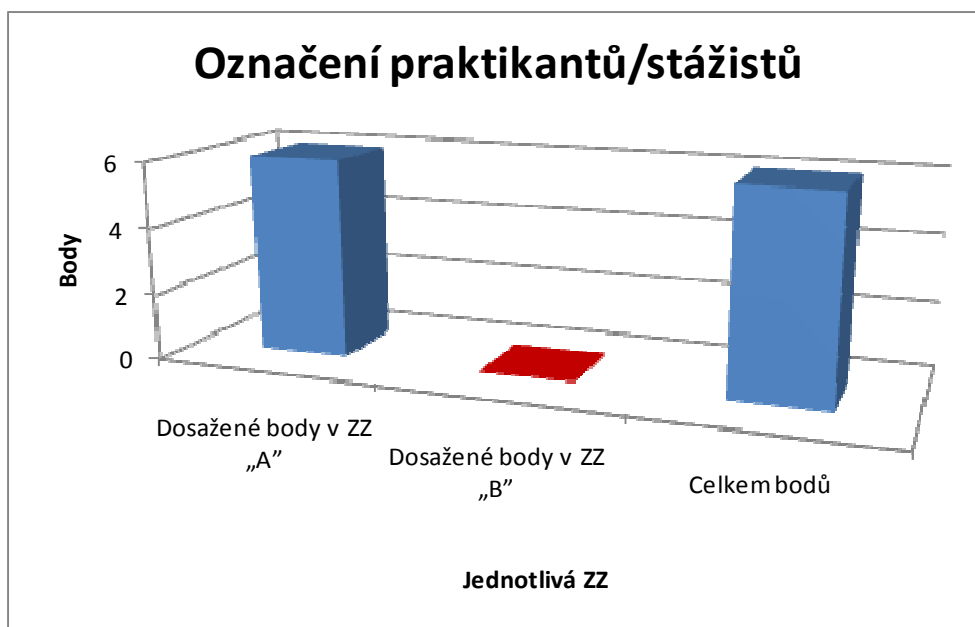
Hodnocené kritérium č. 3 Existuje vnitřní norma popisující označení praktikantů, stážistů, návštěv?

U tohoto kritéria bylo dosaženo 50% hodnocení.

Druhé prověřované ZZ nemá označení stážistů a praktikantů popsáno ve vnitřní normě.

Tabulka 3: Označení praktikantů/stážistů

Dosažené body v ZZ „A“	6
Dosažené body v ZZ „B“	0
Celkem bodů	6



Graf 3: Označení praktikantů/stážistů

ZZ „A“ dosáhlo na prověřovaných odděleních (intenzivní JIP, chirurgické oddělení a ONP/LDN) vždy po 2 bodech, celkově tedy 6 bodů (což činí 50%)

ZZ „B“ nedosáhlo žádného bodového ohodnocení.

Celkově kritérium hodnoceno na 50%.

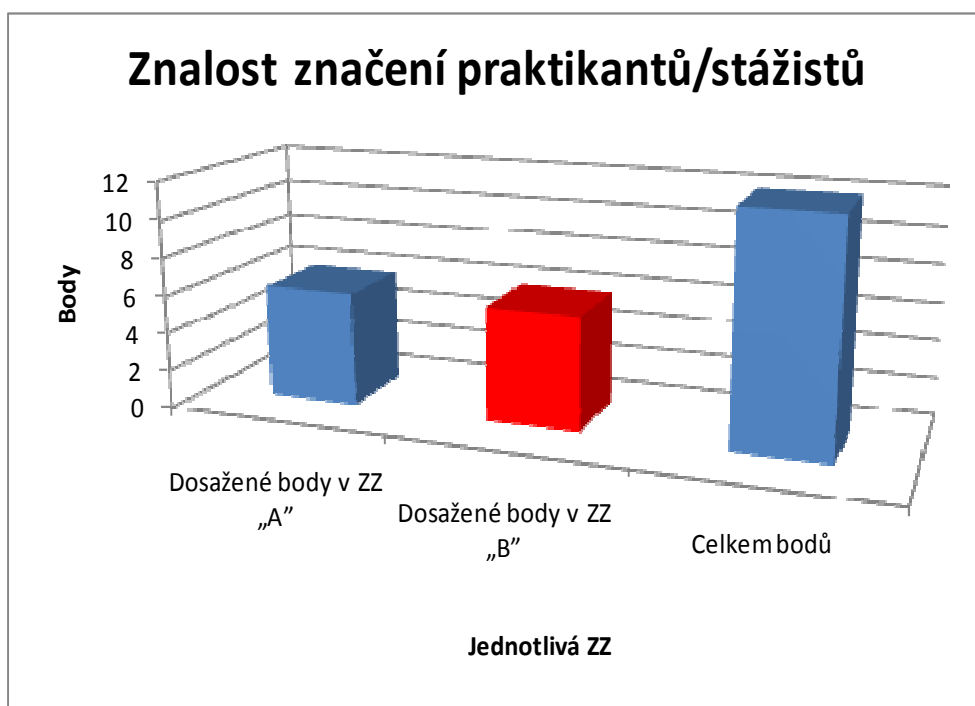
*Hodnocené kritérium č. 4 Všichni zaměstnanci ví, jak jsou identifikováni praktikan-
ti/stážisté, návštěvy.*

U tohoto kritéria bylo dosaženo 100% hodnocení.

U obou ZZ bylo hodnotící kritérium naplněno. Ovšem u ZZ označovaného jako „B“ chybí popis zakomponovat do vnitřní normy.

Tabulka 4: Znalost značení praktikantů/stážistů

Dosažené body v ZZ „A“	6
Dosažené body v ZZ „B“	6
Celkem bodů	12



Graf 4: Znalost značení praktikantů/stážistů

ZZ „A“ dosáhlo na všech třech zkoumaných odděleních (intenzivní JIP, chirurgické oddělení a ONP/LDN) po 2 bodech, celkově tedy 6 bodů (což činí 50 %).

ZZ „B“ dosáhlo na všech třech zkoumaných odděleních (intenzivní JIP, chirurgické oddělení a ONP/LDN) po 2 bodech, celkově tedy 6 bodů (což činí 50 %).

Kritérium bylo naplněno.

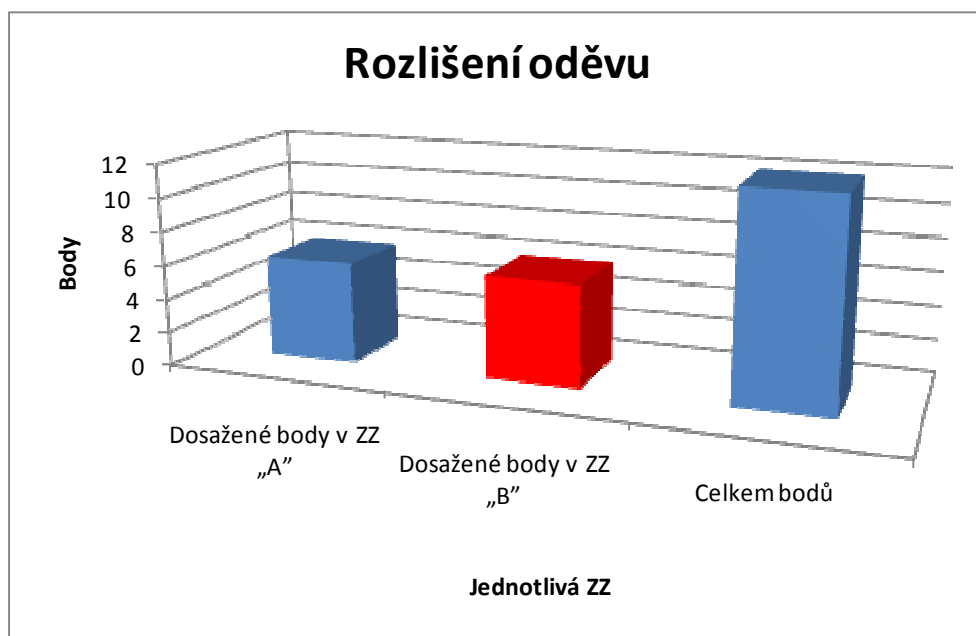
Hodnocené kritérium č. 5 Má ZZ rozlišen oděv pro jednotlivé pracovníky?

U tohoto kritéria bylo dosaženo 100% hodnocení.

Obě ZZ mají rozlišen oděv pro zdravotnické pracovníky.

Tabulka 5: Rozlišení oděvů

Dosažené body v ZZ „A“	6
Dosažené body v ZZ „B“	6
Celkem bodů	12



Graf 5: Rozlišení oděvů

Nemocnice označována jako „A“ má barevně rozlišen oděv jednotlivých profesí. Došlo k udělení 2 bodů na každém prověřovaném oddělení. Celkově ZZ „A“ dosáhlo 6 bodů (což je 50 %).

Nemocnice „B“ má barevně rozlišen oděv jednotlivých profesí. Došlo k udělení 2 bodů na každém prověřovaném oddělení. Celkově ZZ „B“ dosáhlo 6 bodů (což je 50 %).

Celkově kritérium naplněno na 100 %.

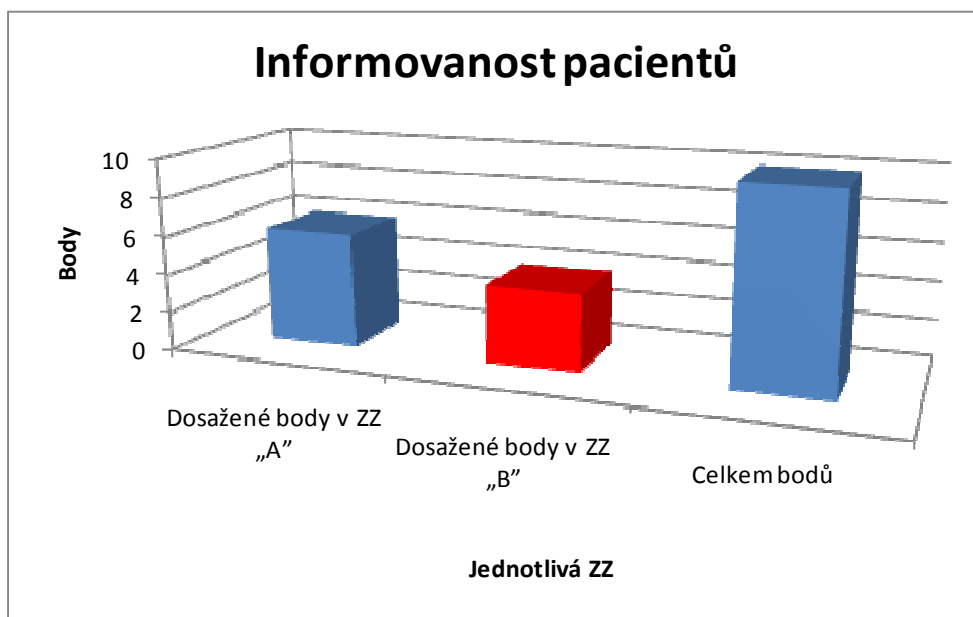
Hodnocené kritérium č. 6 Je pacient na počátku hospitalizace informován, jak rozliší jednotlivé funkce ZP?

U tohoto kritéria bylo dosaženo 83% hodnocení.

Při auditním šetření bylo zjištěno, že nemocnice označována jako „B“ neinformuje pacienty, jak jednoduše rozliší jednotlivé profese. Toto se děje pouze na oddělení následné péče a to slovně. Ostatní dvě prověřovaná oddělení (chirurgická JIP a oddělení chirurgie) nemají zažitý tento systém informovat pacienty při přijetí, a proto jim bylo odebráno vždy po 1 bodu.

Tabulka 6: Informovanost pacientů

Dosažené body v ZZ „A“	6
Dosažené body v ZZ „B“	4
Celkem bodů	10



Graf 6: Informovanost pacientů

ZZ „A“ dosáhlo ve všech prověřovaných odděleních (intenzivní JIP, chirurgické oddělení a ONP/LDN) po 2 bodech a celkově dosáhlo 6 bodů (což je 50 %).

ZZ „B“ dosáhlo 4 bodů (což je 33,33 %).

Celkově kritérium hodnoceno na 83 %.

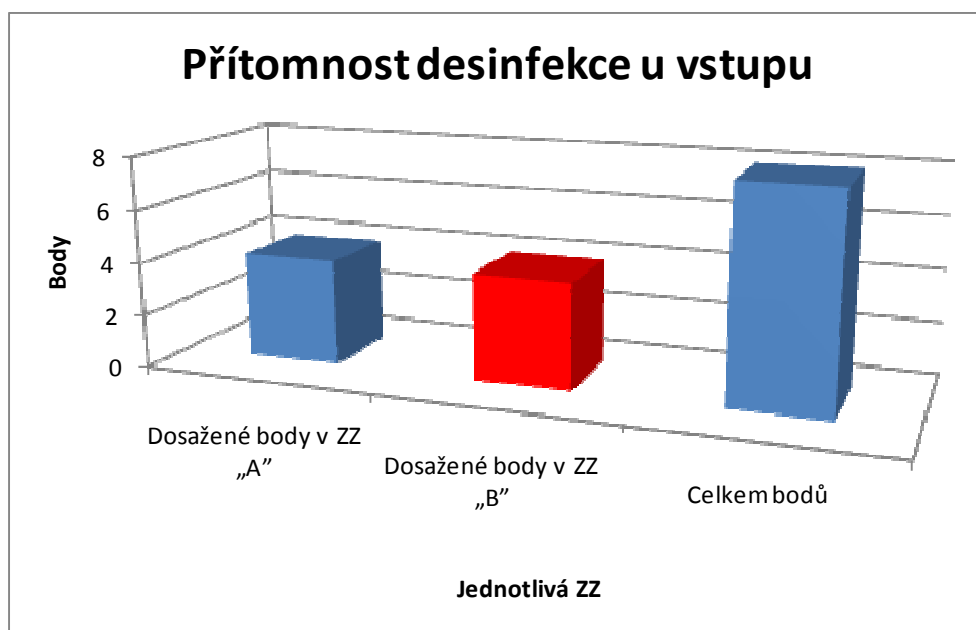
Hodnocené kritérium č. 7 Je k dispozici desinfekce při vstupu na oddělení/pokoj?

U tohoto kritéria bylo dosaženo 67% hodnocení.

Obě nemocnice naplnily prověřované kritérium zčásti. Na obou chirurgických odděleních nebylo kritérium hodnoceno. Rozhodla jsem se tak z důvodu nízké míry hygienického rizika a také proto, že legislativa (vyhláška č.195/2005 Sb.) neukládá povinnost mít desinfekci na ruce na standardních odděleních.

Tabulka 7: Přítomnost desinfekce u vstupů

Dosažené body v ZZ „A“	4
Dosažené body v ZZ „B“	4
Celkem bodů	8



Graf 7: Přítomnost desinfekce u vstupů

ZZ „A“ dosáhlo 4 bodů, což je 33,33 %.

ZZ „B“ dosáhlo 4 bodů (což je 33,33 %).

Celkově kritérium hodnoceno na 67 %.

Hodnocené kritérium č. 8 Je vchod na jednotlivé stanice trvale uzamčen?

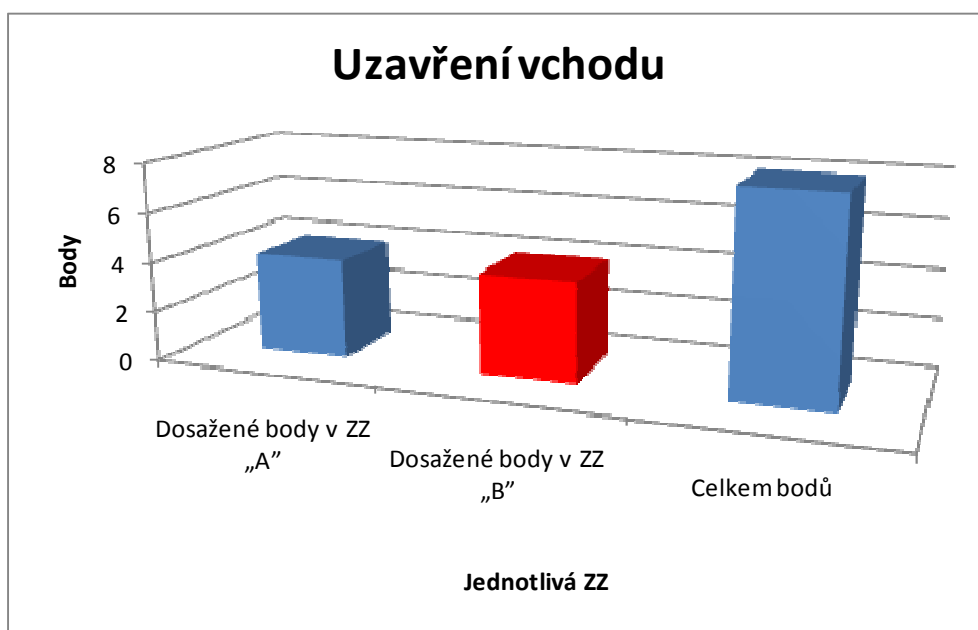
U tohoto kritéria bylo dosaženo 67% hodnocení.

Při kontrolním auditu ZZ „A“ byly odebrány body, protože dveře ke vstupu na oddělení nebyly dokonale uzavřeny.

U ZZ „B“ při kontrolním auditu byly otevřeny dveře na chirurgické oddělení.

Tabulka 8: Uzavření vchodu na oddělení

Dosažené body v ZZ „A“	4
Dosažené body v ZZ „B“	4
Celkem bodů	8



Graf 8: Uzavření vchodu na oddělení

Nemocnice označována jako „A“ dosáhla pouze 4 bodů (což činí 33,33 %). Odebráno bylo vždy po 1 bodu za nedokonalé uzavření dveří u intenzivní péče i chirurgického oddělení.

Nemocnice označována jako „B“ nenaplnila kritérium u oddělení chirurgie, došlo k odebrání 2 bodů, celkově dosáhla 4 bodů (což činí 33,33 %).

Celkově kritérium hodnoceno na 67 %.

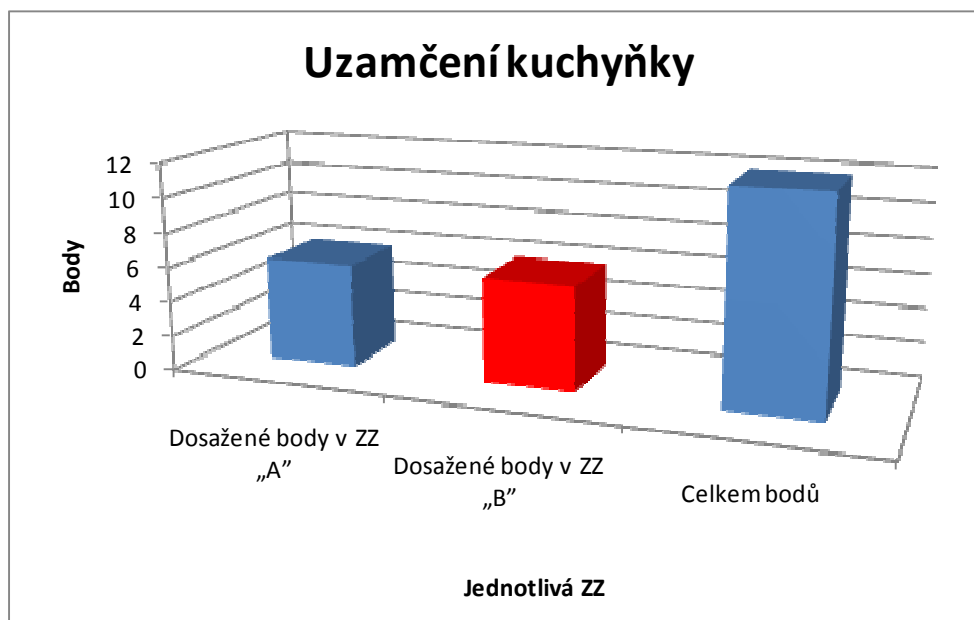
Hodnocené kritérium č. 9 Je uzamčena kuchyňka pro pacienty?

U tohoto kritéria bylo dosaženo 100% hodnocení.

Obě prověřované nemocnice naplnily kritérium.

Tabulka 9: Uzamčení kuchyňky

Dosažené body v ZZ „A”	6
Dosažené body v ZZ „B”	6
Celkem bodů	12



Graf 9: Uzamčení kuchyňky

ZZ“ A “ dosáhlo v konečném součtu prověřovaných oddělení 6 bodů (což činí 50%).

ZZ „ B “ dosáhlo v konečném součtu prověřovaných oddělení 6 bodů (což činí 50%).

Celkově kritérium hodnoceno na 100 %.

Hodnocené kritérium č. 10 Je zabezpečena sesterna?

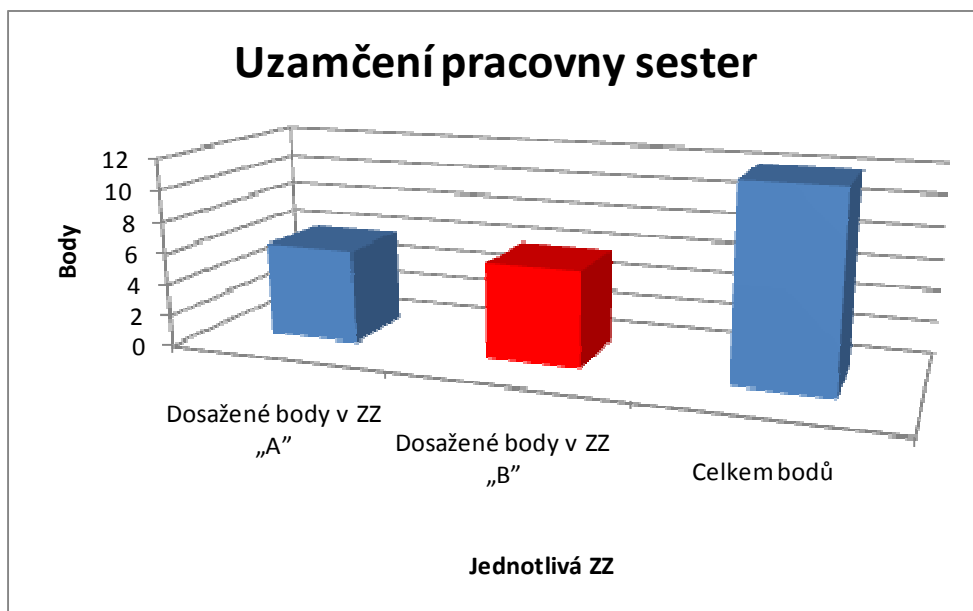
(uzamčena nebo samostatně uzavřena ZD.)

U tohoto kritéria bylo dosaženo 100% hodnocení.

Obě prověřovaná ZZ měla uzamčeny pracovní sester.

Tabulka 10: Uzamčení pracovní sester

Dosažené body v ZZ „A”	6
Dosažené body v ZZ „B”	6
Celkem bodů	12



Graf 10: Uzamčení pracovní sester

ZZ „A“ dosáhlo hodnocení 6 bodů, což činí 50 %.

ZZ „B“ dosáhlo hodnocení 6 bodů, což činí 50 %.

Celkově kritérium hodnoceno na 100 %.

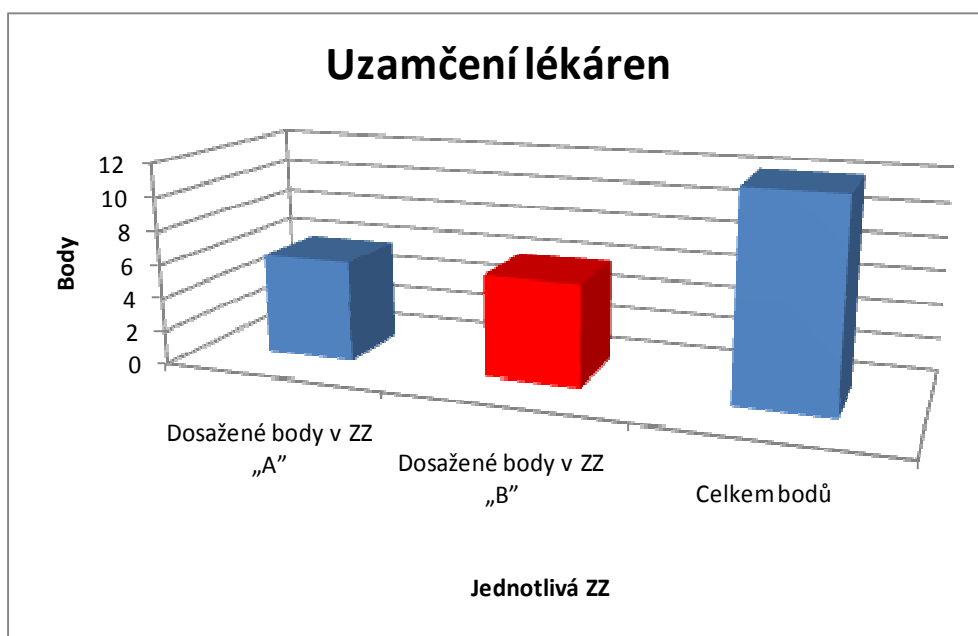
Hodnocené kritérium č. 11 Je lékárna trvale uzamčena?

U tohoto kritéria bylo dosaženo 100% hodnocení.

Obě prověřovaná ZZ měla zabezpečeny lékárny uzamčením.

Tabulka 11: Uzamčení lékáren

Dosažené body v ZZ "A"	6
Dosažené body v ZZ "B"	6
Celkem bodů	12



Graf 11: Uzamčení lékáren

ZZ „A“ dosáhlo ohodnocení 6 body (což činí 50 %).

ZZ „B“ dosáhlo 6 bodů, což činí 50 %.

Celkově kritérium hodnoceno na 100 %.

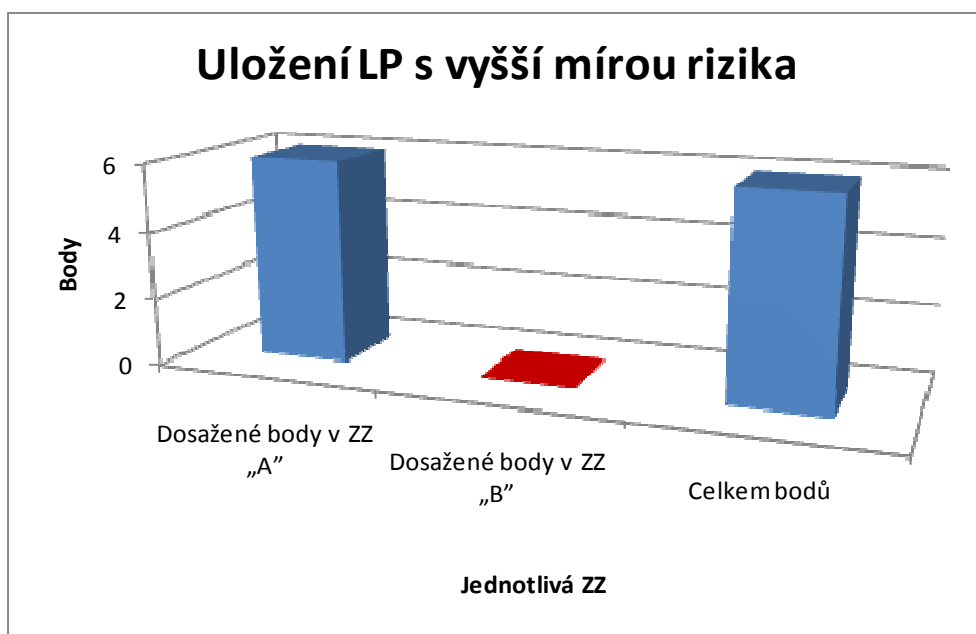
Hodnocené kritérium č. 12 Jsou oddělena v lékárně LP s vyšší mírou rizika?

U tohoto kritéria bylo dosaženo 50% hodnocení.

ZZ označováno jako „B“ nemá vůbec ve vnitřním předpise zakomponováno uložení LP s vyšší mírou rizika.

Tabulka 12: Uložení LP s vyšší mírou rizika

Dosažené body v ZZ „A“	6
Dosažené body v ZZ „B“	0
Celkem bodů	6



Graf 12: Uložení LP s vyšší mírou rizika

ZZ „A“ dosáhlo 6 bodů, což činí 50 %.

ZZ „B“ dosáhlo na všech třech prověřovaných odděleních 0 bodů.

Celkově kritérium hodnoceno na 50 %.

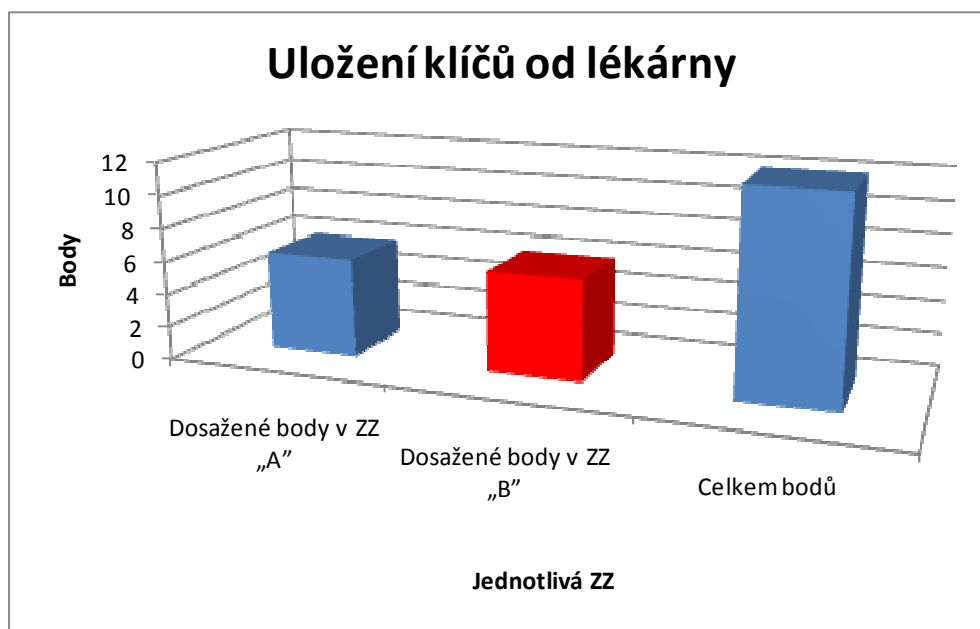
Hodnocené kritérium č. 13 Má od lékárny klíč pouze 1 (vedoucí) sestra na službě?

U tohoto kritéria bylo dosaženo 100% hodnocení.

Klíč od lékárny má vždy na službě určená osoba.

Tabulka 13: Uložení klíčů od lékárny

Dosažené body v ZZ "A"	6
Dosažené body v ZZ "B"	6
Celkem bodů	12



Graf 13: Uložení klíčů od lékárny

Nemocnice označovaná jako „A“ dosáhla 6 bodů, což činí 50 %.

Nemocnice označovaná jako „B“ dosáhla 6 bodů, což činí 50 %.

Celkově kritérium hodnoceno na 100 %.

Hodnocené kritérium č. 14 *Má pacient/návštěva možnost vejít do místností, kam nesmí mít přístup nikdo jiný než zdravotnický personál?*

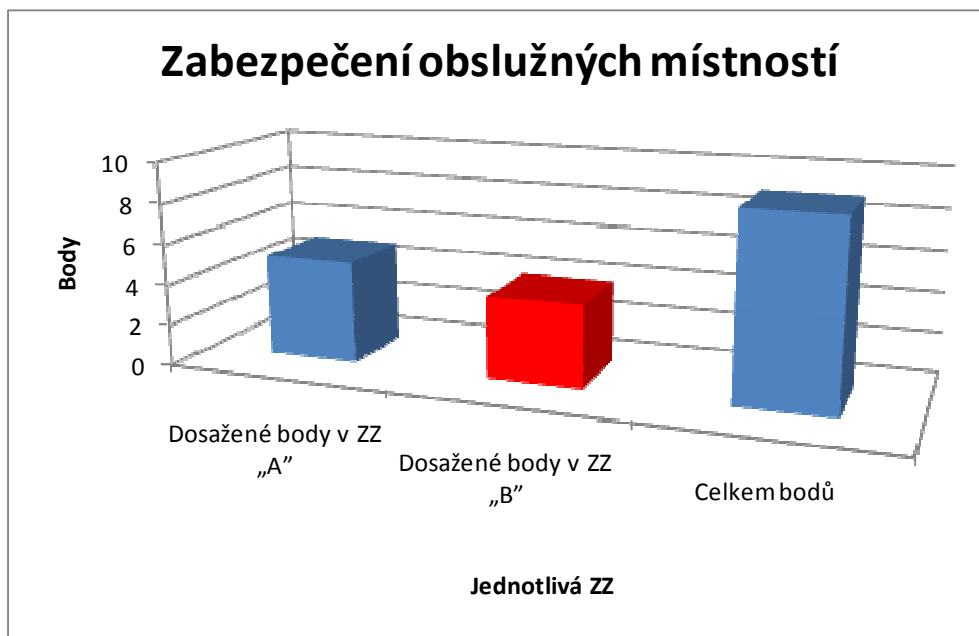
U tohoto kritéria bylo dosaženo 75% hodnocení.

Nemocnici „A“ byl odebrán 1 bod za neuzavřenou šatnu personálu, která je na jednotce chirurgického oddělení součástí oddělení, ale podle hygienických pravidel musí být uzamčena.

U ZZ „B“ nejsou na témže prověřovaném oddělení uzavřeny místnosti, jelikož zde není obvykle chodící pacient. Z objektivního důvodu jsem proto toto kritérium nehodnotila.

Tabulka 14: Zabezpečení obslužných místností

Dosažené body v ZZ „A“	5
Dosažené body v ZZ „B“	4
Celkem bodů	9



Graf 14: Zabezpečení obslužných místností

ZZ „A“ dosáhlo hodnocení 5 bodů (což činí 42 %). ZZ „B“ dosáhlo hodnocení 4 bodů (což činí 33,3 %). Celkově kritérium hodnoceno na 75 %.

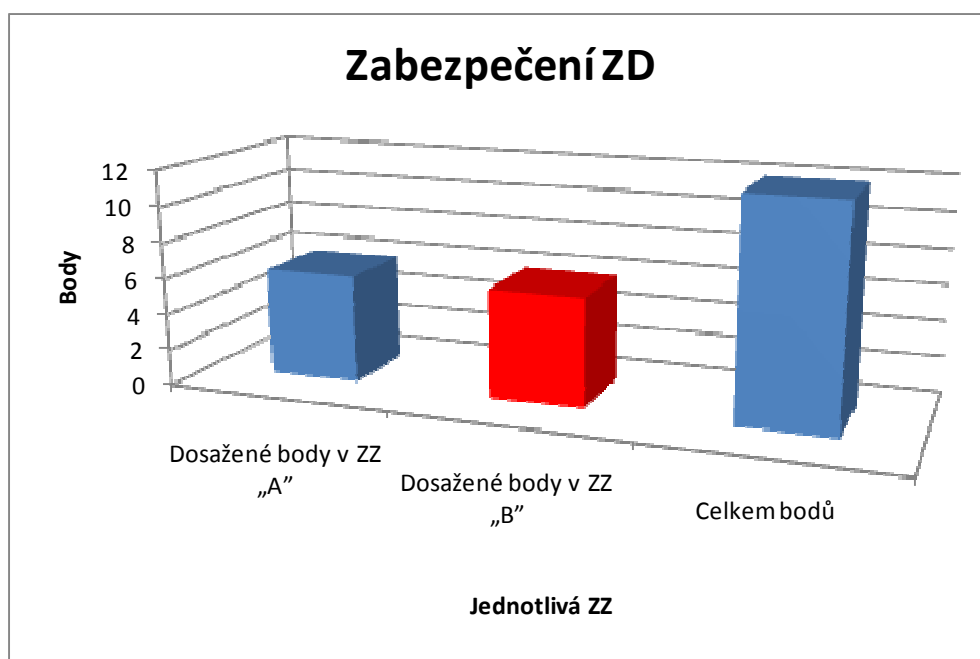
Hodnocené kritérium č. 15 Je zdravotnická dokumentace neustále pod dohledem?

U tohoto kritéria bylo dosaženo 100% hodnocení.

Obě ZZ měla zabezpečenu ZD proti odcizení a pod trvalým dohledem zdravotnického personálu.

Tabulka 15: Zabezpečení ZD

Dosažené body v ZZ „A”	6
Dosažené body v ZZ „B”	6
Celkem bodů	12



Graf 15: Zabezpečení ZD

ZZ „A“ dosáhlo ohodnocení 6 body, což činí naplnění kritéria na 50 %.

ZZ „B“ dosáhlo maximálního počtu bodů, což činí naplnění hodnoceného kritéria na 50 %.

Celkově kritérium hodnoceno na 100 %.

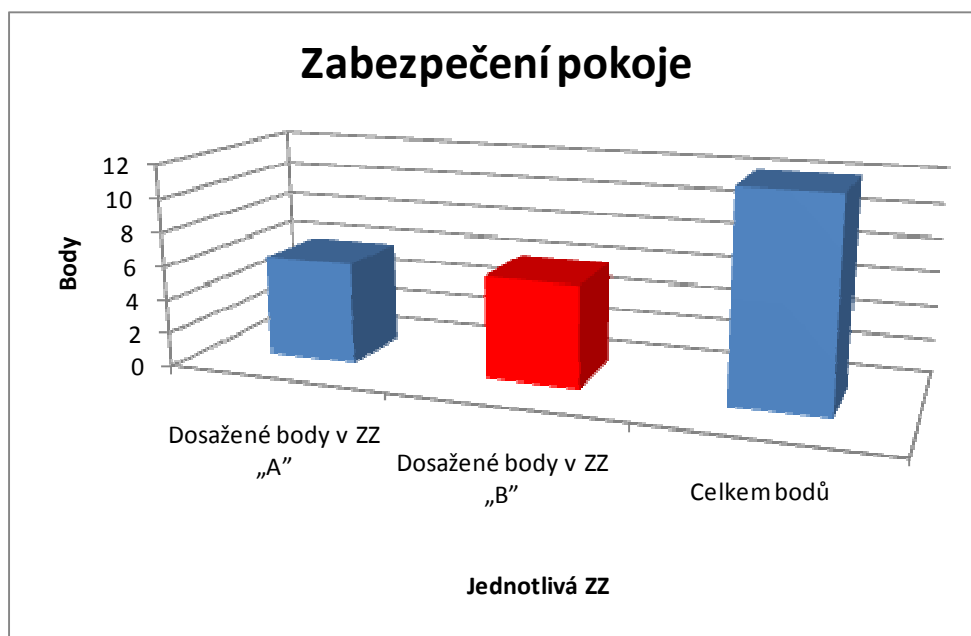
Hodnocené kritérium č. 16 Je pokoj pacienta neustále přístupný?

U tohoto kritéria bylo dosaženo 100% hodnocení.

Obě ZZ mají pokoje pacientů přístupné a nehrozí jejich případné zneprístupnění.

Tabulka 16: Zabezpečení pokoje

Dosažené body v ZZ „A“	6
Dosažené body v ZZ „B“	6
Celkem bodů	12



Graf 16: Zabezpečení pokoje

ZZ „A“ dosáhlo v konečném součtu prověřovaných oddělení 6 bodů (což činí 50 %).

ZZ „B“ dosáhlo v konečném součtu prověřovaných oddělení 6 bodů (což činí 50 %).

Celkově kritérium hodnoceno na 100 %.

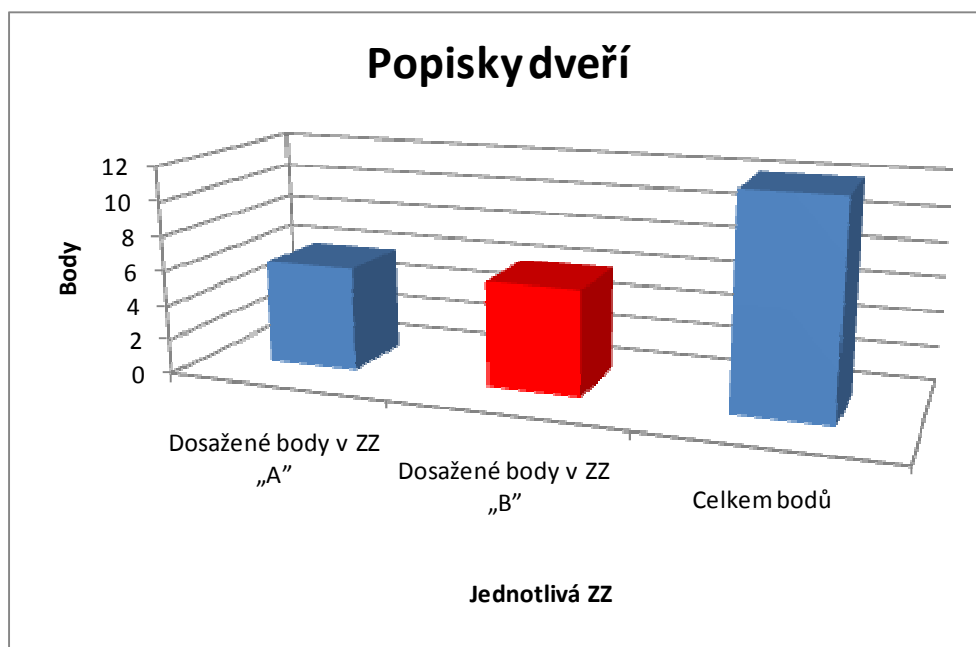
Hodnocené kritérium č. 17 Existují u všech dveří aktuální popisky.

U tohoto kritéria bylo dosaženo 100% hodnocení.

Obě prověřované ZZ měla označeny veškeré vstupy.

Tabulka 17: Popisky dveří

Dosažené body v ZZ „A“	6
Dosažené body v ZZ „B“	6
Celkem bodů	12



Graf 17: Popisky dveří

ZZ“ A “ dosáhlo v konečném součtu prověřovaných oddělení 6 bodů (což činí 50 %).

ZZ „ B “ dosáhlo v konečném součtu prověřovaných oddělení 6 bodů (což činí 50 %).

Celkově kritérium hodnoceno na 100 %.

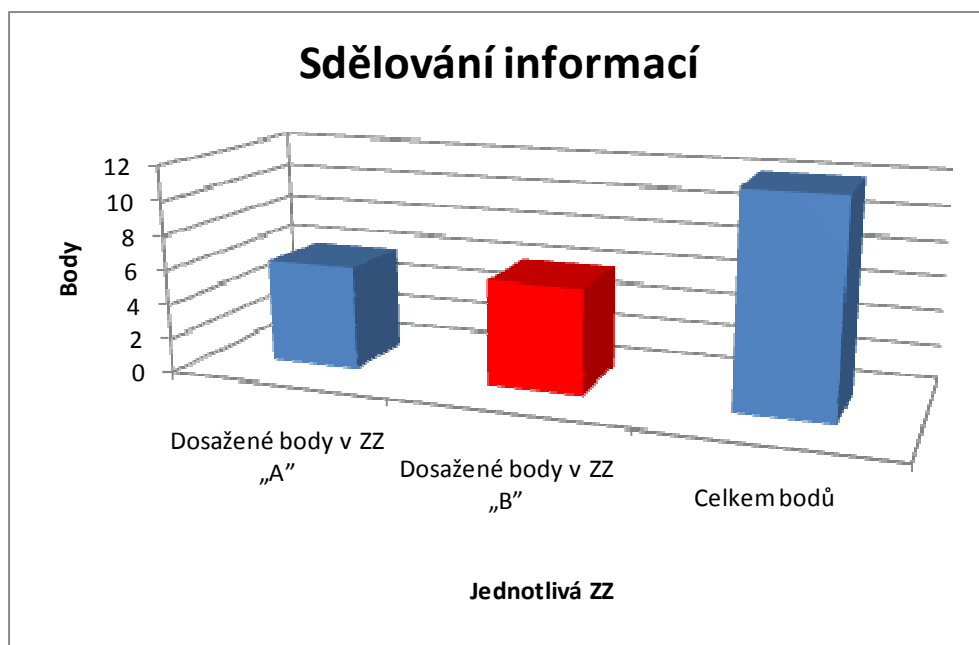
Hodnocené kritérium č. 18 Sestry nesdělují po telefonu žádné informace o zdravotním stavu pacienta.

U tohoto kritéria bylo dosaženo 100% hodnocení.

U obou prověřovaných ZZ nedošlo na přímý dotaz ke sdělení důvěrných informací.

Tabulka 18: Sdělování informací

Dosažené body v ZZ „A“	6
Dosažené body v ZZ „B“	6
Celkem bodů	12



Graf 18: Sdělování informací

ZZ „A“ dosáhlo v konečném součtu prověřovaných oddělení 6 bodů (což činí 50 %).

ZZ „B“ dosáhlo v konečném součtu prověřovaných oddělení 6 bodů (což činí 50 %).

Celkově kritérium hodnoceno na 100 %.

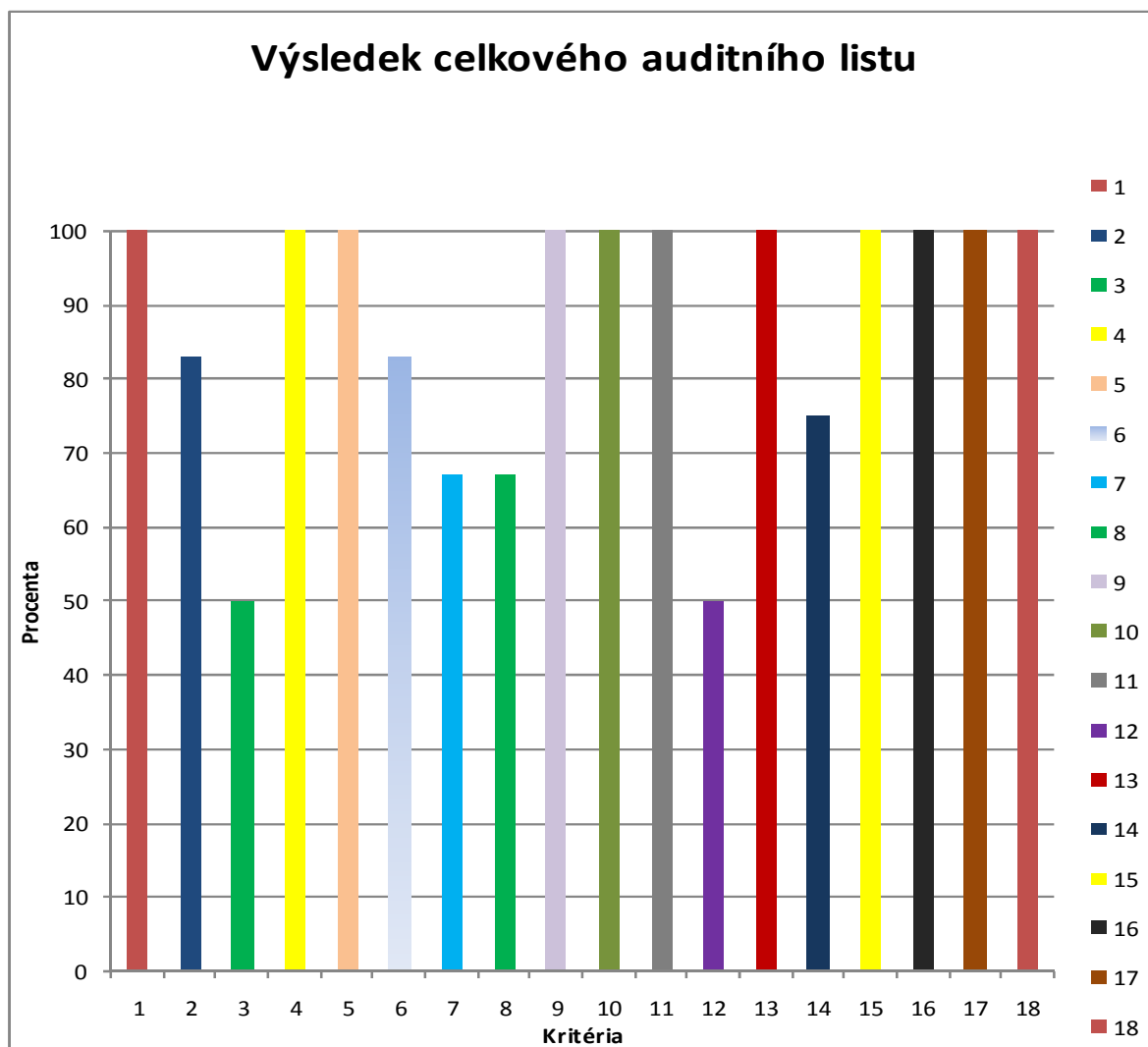
Tabulka 19: Kompletní porovnání prověřovaných kritérií

Kritérium	ZZ označeno "A"	Procentuálně	ZZ označeno "B"	Procentuálně	Výsledná hodnota	% naplnění kritéria
1	6	50	6	50	12	100
2	4	33,3	6	50	10	83
3	6	50	0	0	6	50
4	6	50	6	50	12	100
5	6	50	6	50	12	100
6	6	50	4	33	10	83
7	4	33,3	4	33,3	8	67
8	4	33,3	4	33,3	8	67
9	6	50	6	50	12	100
10	6	50	6	50	12	100
11	6	50	6	50	12	100
12	6	50	0	0	6	50
13	6	50	6	50	12	100
14	5	42	4	33,3	9	75
15	6	50	6	50	12	100
16	6	50	6	50	12	100
17	6	50	6	50	12	100
18	6	50	6	50	12	100

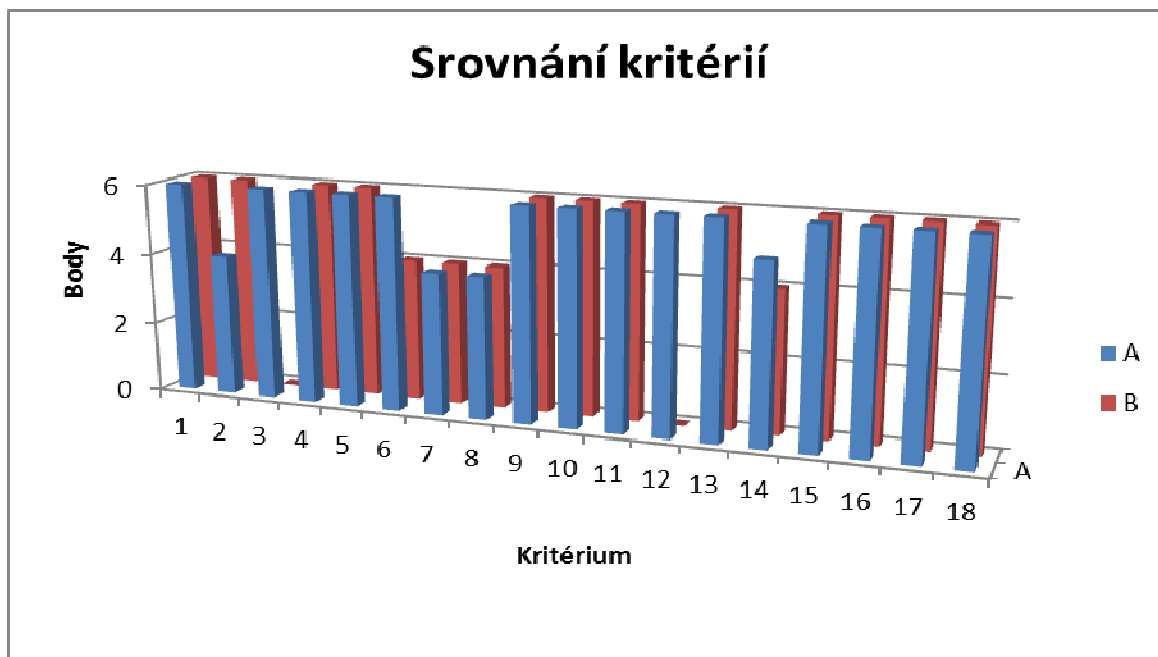
Z důvodů lepší přehlednosti jsem konečná data ve sloupci procentuálního naplnění kritéria zaokrouhlila na celá čísla.

Jak je patrné z tabulky, nemocnice „A“ získala po sečtení průměrného ohodnocení ve sloupci 3 (výsledný součet 841,9 děleno 18 kritérii = 46,77), po zaokrouhlení 47 %. Nemocnice „B“ získala po sečtení průměrného ohodnocení (výsledný součet 5. sloupce 732,9 děleno 18 kritérii = 40,71), po zaokrouhlení 41 %. Z výsledků vyplývá, že nemocnice „A“ celkově dopadla v konečném hodnocení lépe.

Tabulka 20: Výsledek naplnění kritérií



Získání všech 12 bodů a tím naplnění kritéria na 100 % dosáhlo jen 11 zkoumaných z celkového počtu 18.



Graf 19: Srovnání jednotlivých kritérií ve ZZ

Jak je patrné z grafu, u kritérií 3 a 12 nedosáhlo ZZ „B“ ohodnocení.

9 DISKUSE

Je vědecky ověřeno, že zdravotnické prostředí představuje třetí nejvíce rizikovou oblast po bungee jumpingu a horolezectví. Zdravotníci se v nemocničním prostředí pohybují „jako ryby ve vodě“, jsou zde totiž „doma“, zatímco pro nemocného představuje pobyt značně stresující stav. Po vstupních informacích, jak je architektonicky uspořádáno přijímající oddělení, seznámení s Domácím řádem a návštěvními hodinami, již nemocný nestíhá registrovat další informace, které mu zdravotníci neustále dodávají. Právě z tohoto důvodu jsem se chtěla podívat do jiného ZZ a provést porovnání jako nestranný návštěvník. Své pocity bych popsala asi takto. Byť jsem zdravotník a mám určité zkušenosti, bylo potřeba mnoha dotazů, abych se zorientovala v prostředí jiného ZZ. Každé oddělení je nastaveno na jiný režim, zpravidla podle spektra pacientů hospitalizovaných na daném oddělení a podle nich je přizpůsoben denní rytmus oddělení. Na chirurgickém oddělení je rušno, od pacientů ležících na standardním oddělení se dozvíte více informací než od zdravotnického personálu, smíte odejít po nahlášení personálu kdykoliv z oddělení na procházku. Naopak na oddělení následné péče / léčebně dlouhodobě nemocných máte pocit, že je zde vše pomalé, zklidněné a po chodbě se prochází maximálně fyzioterapeut vykonávající rehabilitační péči se seniory. Na jednotce intenzivní péče je vždy rušno a pobíhají tu zdravotníci ve snaze splnit veškeré úkony požadované lékařem či pacientem.

Kdykoliv se bavím se známými ze svého okolí, kteří byli hospitalizováni, slyším zpravidla podobné zkušenosti. Kdyby je zdravotníci více informovali, kdyby měli možnost se předem připravit na danou hospitalizaci atd.... Ne vždy však máme my zdravotníci možnost vše dopředu naplánovat. Pravdou však zůstává, že, co se týká komunikace a edukace, máme se neustále co učit a zdokonalovat. Podle dostupných informací bylo spočítáno, že ošetřující lékař stráví rozhovorem s pacientem okolo 5 minut týdně (Stolínová J.; Mach J., 1998).

Výsledky celého mého šetření mne nepřekvapily. Jak jsem předpokládala, nejvíce problematická byla oblast týkající se uzavření oddělení. Na jednotkách intenzivní péče je toto preventivní opatření dodržet vcelku snadné. Ale na standardních odděleních je těžké v době, kdy nemocnice i okolí preferuje „otevřenou nemocnici“, což znamená neomezenou návštěvní dobu, přístup k pacientovi, kdy se příbuzným zachce, mít oddělení uzamčené a reagovat na signalizaci u vchodu. Personál oddělení by se doslova uchodil a pravděpodobně i zbláznil z neustálého ozývání se signalizačního alarmu u vstupu na oddělení. Proto se často v praxi stává, že alespoň v době odpoledního náporu návštěv zůstávají dveře otevře-

ny. Zde pak, pokud chybí další bezpečnostní mechanismy, dochází k mimořádným událostem, jako je například svévolný odchod z oddělení, drobné krádeže, které zpravidla nahlásí soused pacienta, pády či úrazy návštěv. Je na managementu ZZ určit míru rizik a rozhodnout, zda přidá personál, který bude ochotně otevírat dveře u vchodu, či raději podstoupí riziko případného odchodu některého z pacientů. Nemocnice přece není kriminál, kde musí být pacient pod zámkem.

Pokud má management nemocnice proveden vhodně informační systém, nedochází k žádnému nevhodnému přístupu nepovolaných osob do míst, kam není jejich přístup žádoucí.

Z dalších výsledků vyšlo jako výborné, že nikdo ze zdravotnického personálu nepodává informace po telefonu. I když neexistuje shodný právní názor, zda informace o tom, že pacient XY leží na dotazovaném oddělení, je porušováním zákona o ochraně osobních údajů nebo není, záleží na morálním chování dotazovaného na konci telefonní linky, jakým způsobem odmítne podat požadovanou informaci.

Závěrem je nutné říci, že jsem si ke svému průzkumnému šetření vybrala akreditované nemocnice cíleně. Jedním z hlavních důvodů bylo, že v rámci praxí na vysoké škole jsme byli nuceni stážovat ve více nemocnicích a rozdíly byly markantní, ihned viditelné a změřitelné. Opětovně se mi potvrdilo, že akreditační šetření, kterým musí projít každé zdravotnické zařízení usilující o akreditaci nemocnice, je sice velice náročné a nákladné, ale opětovně se vrátí vynaložené úsilí všech zainteresovaných zejména v kvalitě poskytované péče ošetřujícím personálem (od lékaře počínaje až po pracovníci úklidu konče) a bezpečným prostředím pro pacienta. A to jsou bonusy, které jsou na první pohled viditelné a dají se snadno změřit a mapovat.

10 ZÁVĚR

Moje bakalářská práce se zabývala zkoumáním bezpečnostních opatření na oddělení.

V teoretické části jsem se snažila zmapovat situaci, jaké možnosti, metodické návrhy či jiné možnosti má ZZ k dispozici, kdo všechno je zodpovědný v našem státě za řízení rizik obecně a do jaké míry jsou nařízení MZ ČR závazná.

V praktické části jsem si vytvořila vlastní srovnatelná kritéria do šablony auditního listu a porovnávala mezi sebou dvě zdravotnická zařízení a jejich totožná oddělení. Zajímalo mě, zda chápou stejně metodická doporučení a vytvoří si porovnatelná opatření.

10.1 Zhodnocení auditního šetření

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala 2 podobně velká zdravotnická zařízení se srovnatelným spektrem činností. Mým cílem bylo srovnat si tato dvě ZZ na základě srovnatelných kritérií. Při srovnávání ukazatelů (kritérií) nebylo nalezeno žádné zásadní pochybení nebo přímo postup non lege artis. Z celkem 18 sledovaných kritérií dosáhlo jen 11 úplného naplnění 100 %, další 3 dosáhla více než 75 % a ostatní kritéria byla hodnocena pod 75 %.

Nejhůře dopadla oblast identifikace. Této problematice se týkala kritéria 1-4. Dosáhla procentuálního ohodnocení 100 %, 83 %, 50 % a 100 %.

Nejnižšího ohodnocení dosáhla oblast identifikace stážistů/praktikantů či návštěv.

Jak je možné vyčíst z mnohých tiskových zpráv, novináři v převlečení za mediky v bílých pláštích se dostali v minulosti do jakýchkoliv prostor nemocnice¹⁷. Proto jsem jako velmi výhodné ocenila jednotné barevné rozlišení oděvů u zaměstnanců nemocnice.

Je-li identifikace vstupujících na oddělení jakkoliv ztížena, případně je nastavená dvojitá kontrola (přesně určené místo pro nošení vizitky a jednotný oděv), dochází i u zaměstnanců k daleko větší ostražitosti a důsledné kontrole každého, kdo vchází na oddělení.

Dále dosáhlo nízkého naplnění kritérium číslo 8, prověřující uzavření vstupů na oddělení. V dnešní době je velice těžké zabezpečit vstupy na oddělení tak, aby bylo uchráněno bez-

¹⁷ <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2002/nemocnice-nezajistuji-bezpeci-pacientu-.327/>

pečí pacienta a zároveň nedošlo k porušení jeho osobního práva na volnost pohybu při dobrovolné hospitalizaci

Celkově jsem pro svou další praxi získala cenné zkušenosti a jiný pohled na ZZ, ve kterém jsem byla poprvé. Měla jsem tu možnost vžít se do pocitů kteréhokoliv pacienta či návštěvníka nemocnice a dojít tak ke zjištění, že byť se my zdravotníci velice snažíme a zdokonalujeme se v edukaci a také v informační technologii a logistice, je důležitý osobní kontakt a mnohdy jen pár slov na vysvětlení či malá ukázka určitého úkonu a vše je dokonale pochopeno a objasněno.

Výsledné stanovisko je takové, že ze dvou kontrolovaných zdravotnických zařízení dopadlo v kompletním hodnocení lépe ZZ „A“.

Mým hlavním cílem bylo udělat si průřez nastavených bezpečnostních opatření napříč oběma ZZ a komplexně vyhodnotit jednotlivá kritéria.

10.2 Vyhodnocení cílů

Zjistit, zda je identifikace zaměstnanců v ZZ jednotná.

Tento cíl byl naplněn.

Být je již v dnešní moderní době naprosto běžné identifikovat se v komerčním prostředí, někteří zdravotníci odkládají vizitky hlavně z důvodu svého vlastního pohodlí. Neuvědomují si však, že pro pacienta je vizitka tou nejsnazší rozlišovací pomůckou. Je velmi nemorální a neetické nepředstavit se protější straně při komunikaci a vizitka s identifikací by měla být naprostou samozřejmostí.

Zjistit, zda daná ZZ mají identifikované skupiny pohybující se v ZZ s vědomím vedení, jako jsou stážisté, praktikanti či návštěvy.

Tento cíl byl naplněn pouze z poloviny.

Prakticky funguje v obou nemocnicích systém, že žádný nepovolaný člověk se nedostane na oddělení bez doprovodu zdravotníka. Ve ZZ „B“ ovšem tento postup není nikde popsán.

Po domluvě s hlavní sestrou nemocnice „A“ jsem se domluvila a poskytla nemocnici „B“ Směrnici o identifikaci, která řeší v souladu s metodickým doporučením MZ ČR identifikace pacientů, novorozenců, zaměstnanců a ostatních osob (praktikantů/stážistů, návštěv).

Zjistit, jakými bezpečnostními prvky jsou chráněna osobní data pacienta a zda personál neposkytuje informace o zdravotním stavu o pacientu nepovolaným osobám.

Tyto cíle (3 a 4) byly prakticky ověřeny a naplněny.

Obě zdravotnická zařízení mají řešeno uložení zdravotnické dokumentace stejně. Obě mají ZD v sesternách, na místě určených. V našem případě obě používají vozíky HINZ či obdobu těchto vozíků. Při mém šetření byla zdravotnická dokumentace neustále pod dohledem nelékařského personálu. Měla jsem možnost nahlédnout do uspořádání dokumentace. Ukázalo se jako vhodné mít oddělenou „pracovní“ dokumentaci – vše s čím se denně pracuje (teplotka, ošetřovatelský plán, hlášení sester) a zdravotní dokumentaci navazující, jako je chorobopis, přijímací zpráva, zprávy od jiných odborníků, výsledkový list a ostatní lékařské záznamy. ZD byla vždy minimálně pod jedním zámkem a pro nepovolané osoby nepřístupná.

Návrh zjištěných nedostatků:

1. Vytvořit poster, který by ve ZZ „B“ pomohl vstupujícím provést správně desinfekci rukou připravenou u vstupu na oddělení.
2. Zapracovat do vnitřních norem ZZ veškeré nalezené nedostatky, jako byly identifikace stážistů.
3. Vytýčit si LP s vyšší mírou rizika, deklarovat přesné uložení a pracovní postup při práci, označit místo uložení.
4. Provést úpravu všech vnitřních směrnic týkajících se prověřovaných kritérií.

Desatero bezpečnostních rad pro oddělení.

1. Identifikujte všechny své zaměstnance.
2. Snažte se mít jednotlivé zdravotnické profese barevně odlišeny.
3. Informujte pacienty o Vašem rozlišení pracovních oděvů zaměstnanců.
4. Mějte vždy popisky u všech dveří. Zvolte vhodný způsob umístění nápisu, který umožní ze všech úhlů jednoduché přečtení.
5. Dbejte, aby se nepovolané osoby nedostaly do prostor, kam není nepovolaným vstup dovolen a kde hrozí zvýšené riziko úrazu.
6. Edukujte pravidelně všechny své pracovníky o zákazu podávat informace obsahující osobní údaje nemocných. Zvyšte právní povědomí svých zaměstnanců.
7. Zajistěte zdravotnickou dokumentaci a léčivé přípravky proti jejich zneužití či zcizení.
8. Věnujte zvýšenou pozornost LP a jejich podávání. Uved'te do praxe formou vnitřní normy kontrolu „4 očí“ při výdeji omamných látek a léčivých přípravků s vyšší mírou rizika.
9. Přizpůsobte vybavení pokojů pro pacienty s ohledem na jejich zdravotní stav.
10. Komunikujte s pacienty co nejvíce, vtáhněte je do ošetrovatelského procesu.

Seznam použité literatury

BÁTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd., Brno: NCONZO, 2005. 146 s., ISBN 80-7013-416-X.

GOLDMANN, R; CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vyd., Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 126 s., ISBN 80-244-0907-0.

HELLEROVÁ, M.; PÁNOVÁ, S.; SAJDLOVÁ, H. *Rádce pacienta: příručka pro zlepšení bezpečí pacienta*. 1. vyd., Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha: Bomton agency s.r.o., 2009. 103 s., ISBN neuvedeno.

KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, a.s, 2010. 208 s., ISBN 978-80-247-3224-4.

PETŘÍKOVÁ, R, et al. *Společenská odpovědnost organizací*. 1. vyd., Ostrava: DTO CZ.s.r.o., 2008. 184 s., ISBN 978-80-02-02099-8.

ŠKRLA, P. *Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd., Brno: NCONZO, 2005. 162 s., ISBN 80-7013-419-4.

STOLÍNOVÁ, J.; MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 1. vyd., Praha: Galén, 1998. 347 s., ISBN 80-85824-88-4.

ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd., Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. 496 s., ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 200 s., ISBN 978-80-247-2616-8.

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

VONDRÁČEK, L.; VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 96 s., ISBN 978-80-247-2629-8.

VONDRÁČEK, L.; WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 59 s., ISBN 978-80-247-3132-2.

VYHLÍDALOVÁ, R. Pochybení a omyly - perspektiva sester. In *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti*., sborník, 2007, 1, s. 228-232.

INTERNETOVÉ ZDROJE

CLK CZ [online]. Praha: 2001? [cit. 2011-04-17]. Nová legislativa o zdravotnické dokumentaci dostupné z WWW: <http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Dokumentace/nova_legislativa_dokum.html>.

GUTOVÁ, L.; ŠEDO, J. Identifikace pacientů v ÚVN Praha: prezentace. In *Identifikace pacientů v ÚVN Praha* [online]. Na Homolce, Praha: [s. n.], 2006 [cit. 2011-04-17]. Dostupné z WWW: <www.iceq.cz/archive/2006/pdf/1_4.pdf>.

JURÁSKOVÁ, D. Bezpečný pokoj. *Neuvedeno* [online]. 2003?, neuvedeno, [cit. 2011-04-17]. Dostupný z WWW: <www.mpsv.cz/files/clanky/3483/10_Juraskova.pdf>.

Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů. KALVACHOVÁ, M. In *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví* [online]. Praha: MZ ČR, 2010?, červenec 2010 [cit. 2011-04-17]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_3755_1847_15.html>.

Mobilní identifikace osob: Identifikační karty s vizuálními bezpečnostními prvky. In *ID karty s bezpečnostními prvky* [online]. Praha: PPC-Virturia.cz, 2001?, 2009 [cit. 2011-04-17]. Dostupné z WWW: <<http://cardhouse.cz/reseni/id-karty-s-bezpecnostnimi-prvky/>>.

MZ ČR - portál kvality pro odborníky: *Rezortní bezpečnostní cíle pro rok 2010* [online]. Duben 2010. Praha: MZ ČR, 2010?, 10/2010 [cit. 2011-04-17]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok_3810_1882_15.html>.

Portál kvality pro odborníky: projekty kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů [online]. 2010. 2009 [cit. 2011-05-11]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/kvalitaodbornik/dokumenty/evidence-a-rizeni-nezadoucich-udalosti-pri-poskytovani-zdravotni-pece-druha-etapa-analyza-shromazdenych-dat-a-vytvoreni-doporuceni-pro-spravnu-praxi_4262_15.html>.

RIEBAUEROVÁ, M. Nemocnice nezajišťují bezpečí pacientů. In *Mladá fronta Dnes* [online] 2002. Praha:[s.n.], 2002? [cit. 2011-05-10]. Dostupné z WWW: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2002/nemocnice-nezajistuji-bezpeci-pacientu-.327/>>.

Zásady činnosti ministerstva zdravotnictví [on-line],[cit. 18. 10. 2010], dostupné na: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zasady-cinnosti-ministerstva-zdravotnictvi-dle-zakona-csb-o-zrizeni-ministerstev-a-jinych-ustrednich-organu-statni-spravy-csr_1203_841_1.html

SEZNAM ZKRATEK

Atd.	a tak dále
AL	Auditní list
Č.	Číslo
ČAS	Česká asociace sester
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ČSN	České technické normy
EU	Evropská unie
ISO	International Organization for Organization
JCAHO	Point Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení
JCI	Joint Commission International - Mezinárodní verze JCAHO
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
LP	Léčivý přípravek
MS Excel	Microsoft Office
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NU	Nežádoucí/mimořádná událost
ONP	Oddělení následné péče
OP	Občanský průkaz
ORL	Otorinolaryngologie
PNC	Evropský výbor sester

PVC náramek	Polyvinyl chlorid
RBC	Resortní bezpečnostní cíle
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
Sb.	Sbírky zákona
SOP	Standardní operační postup
THP	Technicko-hospodářský pracovník
USA	United States of American - Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization
ZD	Zdravotnická dokumentace
ZZ	Zdravotnické zařízení

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Existence normy vizitky	46
Graf 2: Určení místa nošení vizitek	48
Graf 3: Označení praktikantů/stážistů	49
Graf 4: Znalost značení praktikantů/stážistů	50
Graf 5: Rozlišení oděvů	51
Graf 6: Informovanost pacientů	52
Graf 7: Přítomnost desinfekce u vstupů	53
Graf 8: Uzavření vchodu na oddělení	54
Graf 9: Uzamčení kuchyňky	55
Graf 10: Uzamčení pracovny sester	56
Graf 11: Uzamčení lékáren	57
Graf 12: Uložení LP s vyšší mírou rizika	58
Graf 13: Uložení klíčů od lékárny	59
Graf 14: Zabezpečení obslužných místností	60
Graf 15: Zabezpečení ZD	61
Graf 16: Zabezpečení pokoje	62
Graf 17: Popisky dveří	63
Graf 18: Sdělování informací	64
Graf 19: Srovnání jednotlivých kritérií ve ZZ	67

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Existence normy ve vnitřním předpisu	46
Tabulka 2: Určení místa nošení vizitek.....	48
Tabulka 3: Označení praktikantů/stážistů	49
Tabulka 4: Znalost značení praktikantů/stážistů	50
Tabulka 5: Rozlišení oděvů.....	51
Tabulka 6: Informovanost pacientů.....	52
Tabulka 7: Přítomnost desinfekce u vstupů	53
Tabulka 8: Uzavření vchodu na oddělení.....	54
Tabulka 9: Uzamčení kuchyňky.....	55
Tabulka 10: Uzamčení pracovny sester.....	56
Tabulka 11: Uzamčení lékáren.....	57
Tabulka 12: Uložení LP s vyšší mírou rizika	58
Tabulka 13: Uložení klíčů od lékárny	59
Tabulka 14: Zabezpečení obslužných místností.....	60
Tabulka 15: Zabezpečení ZD	61
Tabulka 16: Zabezpečení pokoje.....	62
Tabulka 17: Popisky dveří.....	63
Tabulka 18: Sdělování informací	64
Tabulka 19: Kompletní porovnání prověřovaných kritérií.....	65
Tabulka 20: Výsledek naplnění kritérií	66

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Auditní list
Příloha č. 2	Plakát „Den bezpečí pacientů“
Příloha č. 3	Maslowova pyramida potřeb
Příloha č. 4	Barevné odlišení zaměstnanců dle pracovního zařazení
Příloha č. 5	Bezpečnostní schránka na klíč
Příloha č. 6	Poster pro návštěvy intenzivních péčí
Příloha č. 7	Léčiva s vyšší mírou rizika

PŘÍLOHA P 1: AUDITNÍ LIST

		Auditor:		Číslo auditu:									
		Auditor:		Datum:									
Kontrolní list auditu plánu kvality													
Pracoviště:													
Zaměření:		Bezpečností externí audit											
Identifikace ZZ													
Kontrolní kritéria				shoda 2 body		částečná shoda 1 bod		neshoda 0 bodů		nehodnoceno N			
				2 body		1 bod		0 bodů		N(2)		Poznámka	
1.		Všichni zaměstnanci nosí jednotné vizitky.(vnitřní norma ZZ)											
2.		Vizitky mají určeno místo k nošení - jsou viditelně připevněny .											
3.		Existuje vnitřní norma popisující označení praktikantů, stážistů, návštěv?											
4.		Všichni zaměstnanci ví, jak jsou identifikováni praktikanti/stážisté, návštěvy.											
5.		Má ZZ rozlišen oděv pro jednotlivé pracovníky ?											
6.		Je pacient na počátku hospitalizace informován, jak rozliší jednotlivé funkce ZP ?											
7.		Je k dispozici desinfekce při vstupu na oddělení/pokoj?											
8.		Je vchod na jednotlivé stanice trvale uzamčen ?											
9.		Je uzamčena kuchyňka pro pacienty ?											
10.		Je zabezpečena sesterna ? (uzamčena nebo samostatně uzavřena ZD)											
11.		Je lékárna trvale uzamčena ?											
12.		Jsou oddělena v lékárně LP s vyšší mírou rizika?											
13.		Má od lékárny klíč pouze 1 (vedoucí) sestra na službě ?											
14.		Má pacient/návštěva možnost vejít do místností, kam nesmí mít přístup nikdo jiný, než zdravotnický personál ?											
15.		Je zdravotnická dokumentace neustále pod dohledem ?											
16.		Je pokoj pacienta neustále přístupný ?											
17.		Existují u všech dveří aktuální popisky .											
18.		Sestry nesdělují po telefonu žádné informace o zdravotním stavu pacienta.											
MOŽNOST DOSAŽENÝCH BODŮ								Hodnocení ZZ					
CELKEM BODŮ								Výborné		Dobré		Nedostatečné	
								100% - 90%		89% - 60%		59% - 0%	

PŘÍLOHA P 2: PLAKÁT KE DNI BEZPEČÍ PACIENTŮ



25. července je v USA „Den bezpečí pacientů“ (Patient Safety Day). Letos proběhl již 10. ročník. Lidé mohou vyjádřit podporu těm, kteří se snaží pracovat na zlepšení a bezpečnosti kvality péče tím, že v 18.00 hodin zapálí svíčku.

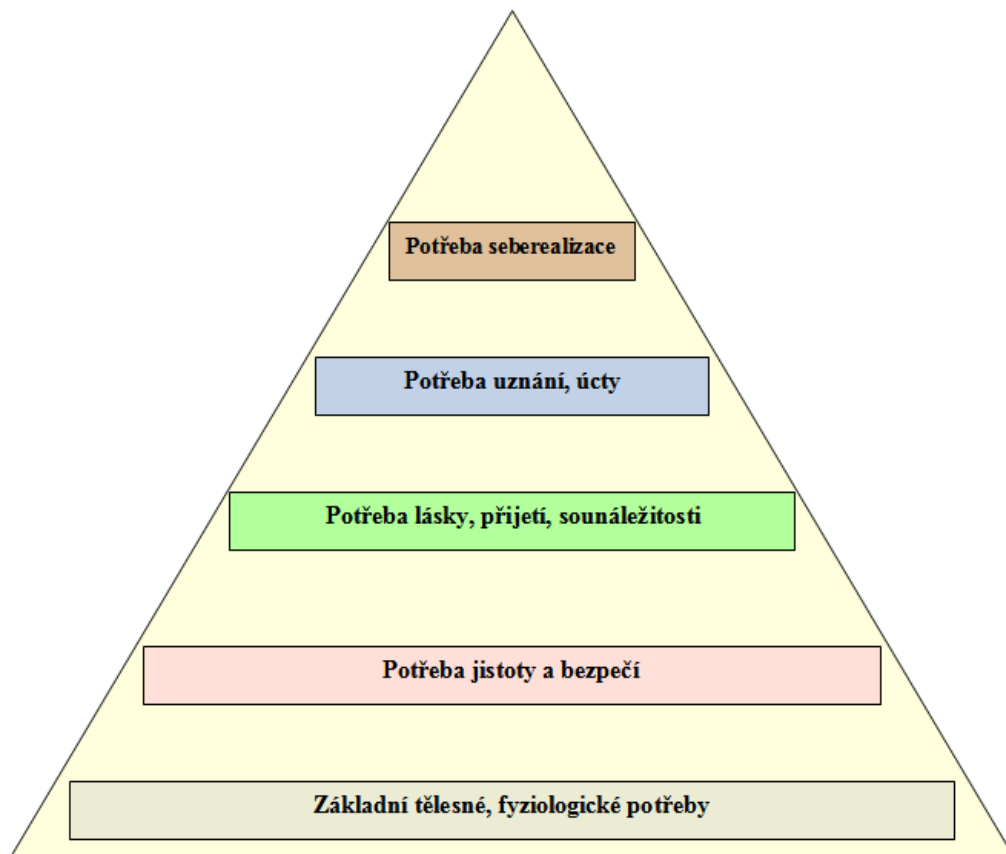
Příloha P 3

Maslowova pyramida (potřeb)¹⁸

je hierarchie lidských potřeb, kterou definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow v roce 1943. Podle této teorie má člověk pět základních potřeb (od nejnižších po nejvyšší - společně pak tvoří jakousi pomyslnou „pyramidu“):

1. fyziologické potřeby
2. potřeba bezpečí, jistoty
3. potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti
4. potřeba uznání, úcty
5. potřeba seberealizace

První čtyři kategorie Maslow označuje jako nedostatkové potřeby a pátou kategorii jako potřeby existence (bytí) nebo růstové potřeby.



¹⁸ http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow

PŘÍLOHA P 4

BAREVNÉ ROZLIŠENÍ ODĚVU ZAMĚSTNANCŮ DLE PRACOVNÍHO ZAŘAZENÍ



**LÉKAŘ
FYZIOTERAPEUT
LABORANT**



**VŠEOBECNÁ SESTRA
PORODNÍ ASISTENTKA
ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT**



STRAVOVACÍ PROVOZ



PRACOVNICE ÚKLIDU



**SANITÁŘ
OŠETŘOVATELKA**

PŘÍLOHA P 5 BEZPEČNOSTNÍ SCHRÁNKA NA KLÍČ



Klíč v bezpečnostní schránce k evakuačnímu výtahu

Příloha P 6

Poster pro návštěvy intenzivních péčí

Logonemocnice

VÁŽENÝ NÁVŠTĚVNÍKU!

Před vstupem na odděleníproved' tyto úkony:

1. Obleč si ochranný oděv – plášť.



2. V případě nepříznivého počasí si dej návleky na boty.



3. Proved' hygienickou desinfekci rukou.



Stiskem vyteče dávka desinfekčního prostředku,



rozetři ho po rukách a nechej 15 s zaschnout!

4. Teprve poté vejdi na oddělení intenzivní péče.

Příloha P 7

Léčiva s vyšší mírou rizika

Léčiva s vyšší mírou rizika

Léčiva s vyšší mírou rizika (elektrolyty-koncentrované roztoky a inzulíny/hepariny) musí být skladovány odděleně od běžných typů infuzních či léčivých roztoků tak, aby se zabránilo možné záměně či zneužití (vyčleněna police či oddíl v lékárně, nebo skladu – vytýčeno červenou páskou).

Léčiva s vyšší mírou rizika:

1. Elektrolyty-koncentrované roztoky:

- Chlorid draselný - KCl 7,45%
- Natrium chlorátům - NaCl 10%
- Manitol - 10%, 15%, 20%
- Natriumhydrogenfosfát - Na₂HPO₄ 8,7%
- Natriumhydrogenbikarbonát - NaHCO₃ 8,4%

2. Inzulíny

3. Hepariny