

Projekt řízení rizik při poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních

Bc. Aneta Horáková

Diplomová práce
2012

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta managementu a ekonomiky

Ústav managementu a marketingu

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Aneta HORÁKOVÁ**
Osobní číslo: **M10552**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**

Téma práce: **Projekt řízení rizik při poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních**

Zásady pro vypracování:

Úvod

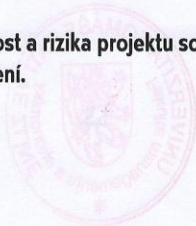
I. Teoretická část

- V systematickém přehledu prezentujte teoretické poznatky řízení rizik při poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních z dostupné literatury.

II. Praktická část

- Analyzujte současný stav řízení rizik při poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních.
- Vytvořte projekt řízení rizik při poskytování zdravotní péče pro zdravotnická zařízení.
- Vyhodnoťte efektivnost a rizika projektu související s implementací do provozu zdravotnických zařízení.

Závěr



Rozsah diplomové práce: **70 stran**
Rozsah příloh:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GLADKI, Ivan, HEGER, Leoš a STRNAD, Ladislav. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. Strategie řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

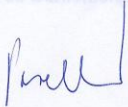
ŠKRLA, Petr. Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Petr Cigoš**

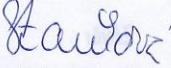
Datum zadání diplomové práce: **18. června 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **13. srpna 2012**

Ve Zlíně dne 18. června 2012


prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka




Ing. Pavla Staňková, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním bakalářské/diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹;
- bakalářská/diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou bakalářskou/diplomovou práci se plně vztahuje zákon 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. 3²;
- podle § 60³ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

¹ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

- (1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.
- (2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.
- (3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

² zákon 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, § 35 odst. 3:

- (3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

³ zákon 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, § 60 Školní dílo:

- (1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

- podle § 60⁴ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou/diplomovou 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/diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské/diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

- jsem bakalářskou/diplomovou práci zpracoval/a samostatně a použité informační zdroje jsem citoval/a;
- odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 1.8. 2012

Slava Kral

ABSTRAKT

Obsahem teoretické části je systematický přehled tvořený z principů fungování zdravotnictví v České republice a poznatků řízení rizik z hlediska zdravotnických zařízení. Součástí teoretické části je konspekt řízení rizik s návrhem sofistikovaného postupu řízení rizik při poskytování zdravotní péče pro zdravotnická zařízení. Obsahem praktické části je analýza rizik spojených s poskytováním zdravotní péče v souvislosti s Resortními bezpečnostními cíli vytvořenými Ministerstvem Zdravotnictví České republiky. Cílem analýzy rizik je vyhledat nejrizikovější oblasti související s těmito cíli. Projekt řízení rizik při poskytování zdravotnické péče je zaměřen na vytvoření metodického postupu vedoucího k eliminaci rizik při poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení.

Klíčová slova:

Řízení rizik, zdravotnické zařízení, zdravotní péče, resortní bezpečnostní cíl, FMEA analýza

ABSTRACT

In the theoretical part is composed of a systematic review of the principles of the functioning of health care in the Czech Republic and knowledge of risk management in terms of medical facilities. The theoretical part of the abstract risk management with a sophisticated design process for managing risk in providing health care for medical devices. The content of the practical part is to analyze the risks associated with providing health care in connection with departmental safety objectives developed by the Ministry of Health of the Czech Republic. The analysis of risk-you look for areas of greatest risk associated with these objectives. Project risk management in the provision of health care is focused on developing a methodical process leading to the elimination of risk in providing health care in a medical facility.

Keywords:

Risk management, medical equipment, health care, departmental safety object, FMEA analysis

Motto: „ Jestliže nemůžete řídit riziko, nemůžete ho kontrolovat. Pokud ho nemůžete kontrolovat, nemůžete ho řídit. Znamená to, že hrajete hazardní hru a doufáte, že budete mít štěstí. “

(J. Hooten, Managing Partner at Arthur Anderson and Co. 2000)

Děkuji tímto vedoucímu mé diplomové práce, Ing. Petru Cigošovi, za podporu, odborné vedení a poskytnutí cenných rad. Mé poděkování dále patří paní Bc. Miroslavě Karkoškové (managerka kvality ve zdravotnickém zařízení), paní Bc. Marcele Drábkové (vrchní sestře Interní kliniky) a paní Věře Horákové (staniční sestře Interního oddělení) za efektivní týmovou spolupráci při analýze rizik.

Prohlášení:

Prohlašuji tímto, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Zároveň potvrzuji, že odevzdaná verze diplomové práce je totožná s elektronickou verzí nahranou do IS /STAG.

ve Zlíně, dne 1. 8. 2012

OBSAH

ÚVOD.....	13	
I	TEORETICKÁ ČÁST	14
1	ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	15
1.1	ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM V ČR	15
1.2	ZDRAVOTNÍ SLUŽBY ČR.....	16
1.3	ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ V ČR.....	18
2	ŘÍZENÍ RIZIK Z HLEDISKA ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	19
2.1	OMYLY A POCHYBENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ	19
2.2	SITUACE V SOUČASNÉM ČESKÉM ZDRAVOTNICTVÍ.....	20
2.2.1	Sledování nežádoucích událostí	21
2.2.2	Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče	21
2.2.3	Vyhláška č. 102/2011 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.....	25
2.3	SYSTÉM KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	25
2.4	DEFINICE POJMŮ V SOUVISLOSTI S ŘÍZENÍM RIZIK	28
2.5	ŘÍZENÍ RIZIK V KONTEXTU DLOUHODOBÉHO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY	29
2.6	DESATERO DŮVODŮ PROČ ŘÍDIT RIZIKA	30
3	KONSPEKT ŘÍZENÍ RIZIK PRO ZDRAVOTNICTVÍ	31
3.1	PŘEDPOKLADY ORGANIZACE PRO EFEKTIVNÍ ŘÍZENÍ RIZIK.....	32
3.2	CÍL PROJEKTU	32
3.3	PROCES ŘÍZENÍ RIZIK	32
3.4	IDENTIFIKACE RIZIK	33
3.5	VYHODNOCENÍ RIZIK	34
3.5.1	FMEA (Failure Mode and Effect Analysis – analýzy možností vzniku a následků selhání)	36
3.5.2	RCA (Root Cause Analysis – analýzy skutečných příčin)	37
3.5.3	Porovnání RCA a FMEA	38
3.6	PREVENCE RIZIK	38
3.7	EFEKTIVITA PROJEKTU	39
II	PRAKTICKÁ ČÁST	40
4	RBC 1 – BEZPEČNÁ IDENTIFIKACE PACIENTŮ	41

4.1	RIZIKO ZÁMĚNY PACIENTA	41
4.2	RIZIKO ZÁMĚNY DOKUMENTACE	43
4.3	RIZIKO ZÁMĚNY PACIENTA PŘI PODÁNÍ LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU.....	44
4.4	RIZIKO ZÁMĚNY PACIENTA A BIOLOGICKÉHO VZORKU.....	45
4.5	RIZIKO ZÁMĚNY PACIENTA PŘI PODÁVÁNÍ DIETY (ORDINOVANÉ STRAVY)	46
5	RBC 2 – BEZPEČNOST PŘI POUŽÍVÁNÍ RIZIKOVÝCH LÉČIV	47
5.1	RIZIKO ZÁMĚNY PODÁNÍ RIZIKOVÉHO LÉČIVA S NERIZIKOVÝM.....	47
5.2	RIZIKO CHYBNĚ PODANÉ SÍLY RIZIKOVÉHO LÉČIVA	48
5.3	RIZIKO ZNEHODNOCENÍ RIZIKOVÉHO LÉČIVA.....	49
6	RBC 3 – PREVENCE ZÁMĚNY PACIENTA, VÝKONU A STRANY PŘI CHIRURGICKÝCH VÝKONECH.....	51
6.1	RIZIKO STRANOVÉ ZÁMĚNY PACIENTA V SOUVISLOSTI S CHIRURGICKÝM VÝKONEM.....	51
6.2	RIZIKO ZÁMĚNY ZDRAVOTNÍHO VÝKONU U PACIENTA	52
7	RBC 4 – PREVENCE PÁDU PACIENTA.....	54
7.1	RIZIKO PÁDU PACIENTA V SOUVISLOSTI S POHYBOVÝM OMEZENÍM PACIENTA.....	54
7.2	RIZIKO PÁDU PACIENTA V SOUVISLOSTI S TRANSPORTEM PACIENTA	56
7.3	RIZIKO PÁDU PACIENTA Z VYSOKÝCH MÍST (SUICIDÁLNÍ ÚMYSL)	58
8	RBC 5 – ZAVEDENÍ OPTIMÁLNÍCH POSTUPŮ HYGIENY RUKOU PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	59
8.1	RIZIKO NEEFEKTIVNÍHO POSTUPU PŘI MYTÍ RUKOU PERSONÁLU	59
8.2	RIZIKO NOZOKOMIÁLNÍ INFEKCE Z DŮVODU NEDOSTATEČNÉHO MYTÍ RUKOU PERSONÁLU	61
9	RBC 6 – BEZPEČNÁ KOMUNIKACE	63
9.1	RIZIKO NEČITELNÉHO / NEÚPLNÉHO ZÁZNAMU VE ZDRAVOTNÍM ZÁZNAMU PACIENTA	63
9.2	RIZIKO NEPŘEDÁNÍ ÚPLNÝCH INFORMACÍ O PACIENTOVI	64
9.3	RIZIKO NEEFEKTIVNÍ KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A SESTROU	65
9.4	RIZIKO ÚNIKU DŮVĚRNÝCH INFORMACÍ.....	66
9.5	RIZIKO NEEFEKTIVNÍ KOMUNIKACE MEZI ZDRAVOTNICKÝM PERSONÁLEM A PACIENTEM	68
9.6	RIZIKO NEPŘEDÁNÍ INTERNÍCH ZÁLEŽITOSTÍ PERSONÁLU	69
10	RBC 7 – BEZPEČNÉ PŘEDÁVÁNÍ PACIENTŮ	71

10.1	RIZIKO NEPŘEDÁNÍ KOMPLETNÍCH OSOBNÍCH VĚCÍ PACIENTA, VČETNĚ DOKUMENTACE.....	71
10.2	RIZIKO NEKONTINUITY VČASNÉ PÉČE PŘI PŘEKLADU PACIENTA.....	72
10.3	RIZIKO ZRANĚNÍ PŘI PŘEKLADU PACIENTA.....	73
11	EFEKTIVITA PROJEKTU	74
12	SMĚRNICE ŘÍZENÍ RIZIK PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	75
	ZÁVĚR	78
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	82
	SEZNAM OBRÁZKŮ	83
	SEZNAM TABULEK..... CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.	
	SEZNAM PŘÍLOH.....	85
	P I. : Vyhláška č. 102/2011 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.....	859
	P II. : Formulář pro identifikaci rizika	90
	P III. : Registr rizik.....	91

ÚVOD

Cílem předkládané diplomové práce je probudit zájem zdravotnických zařízení o problematiku řízení rizik při poskytování zdravotní péče.

Rizika jsou všude přítomná. Obklopují nás od narození. A krátce po narození, se jim snažíme předcházet. Instinktivně i cíleně. Díky tomuto předpokladu můžeme přežít. Pokud však rizika, zejména ty zdravotní, nepředpokládáme a podceníme, dostaneme se na místo, kde se zdraví snaží navrátit. Nemocnice, ve které lidský faktor a medicína může riziko ohrožení života úspěšně odvrátit. Medicína, ve které jsou aktivně využívány nejnovější poznatky farmakologického a technologického výzkumu, která je v současné době na tak vysoké úrovni, že při vlastním poskytování léčebně ošetrovatelské péče znamená tak velký přínos pro lidstvo, jakého se nikdy předtím nepodařilo dosáhnout. Tento nárůst možností, ve své podstatě znamená nárůst množství úspěšně léčených pacientů, je přímo úměrný zvýšenému zájmu o její poskytování. V souvislosti s těmito faktory, však roste i pravděpodobnost výskytu událostí, které nejsou žádoucí. Tyto nežádoucí události při poskytování zdravotní péče mohou mít rozmanité spektrum vždy nepříznivých následků. Zmapovat rizika, která existují v nemocničním zařízení, by měl být jeden z cílů managementu nemocnic. Jejich pouhá identifikace však nestačí. Poskytování bezpečné zdravotní péče je základním předpokladem pro cílovou funkčnost celého systému nemocnic. Nic nepůsobí na veřejnost více jako těžké pochybení zdravotnického zařízení končící poškozením pacientova zdraví nebo úmrtím. Problematika řízení rizik při poskytování zdravotní péče je globálně velmi sledovaným fenoménem, který vyplývá ze zpracovaných zahraničních statistik plynoucí zejména z pochybení zdravotníků. Vždyť zdravotníci jsou především lidé a chybovat je lidské. Neuvědomovat si však tyto rizika a nebojovat proti nim je přímo nelidské.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Zdravotnictví po roce 1989 prošlo transformací v rámci návrhu principů pro poskytování zdravotních služeb „novodobého“ zdravotního systému, jehož základní pravidla platí dodnes. Hlavními myšlenkami této koncepce jsou:

- stát garantuje adekvátní zdravotní péči svým občanům a občan má právo svobodné volby lékaře jakožto i zdravotnického zařízení,
- základním prvkem veřejného zdravotnictví je samostatné zdravotnické zařízení s právní subjektivitou a zdravotní péče je poskytována v konkurenčním prostředí,
- zdravotnictví je financováno z více zdrojů (státní rozpočet, zdravotní pojištění, kraje...) a převážnou součástí systému zdravotní péče je povinné zdravotní pojištění,
- zdravotní péče se přesune maximálně na primární péči s preventivním charakterem.

(Vývoj zdravotnictví po roce 1989, ÚZIS ČR, s. 28)

1.1 Zdravotnický systém v ČR

Zdravotní politika je součástí sociální politiky státu. V ČR funguje na principu sociální solidarity, která vychází z východiska, že člověk je společenská bytost a každý z nás je na určité míře závislý na druhých. Sociální solidarita by proto měla být výsledkem svobodné vůle občanů sdílet rizika jiných. Základním pilířem tohoto principu je vyjádření porozumění zdravých a nemocných spoluobčanů. (Šatera, 2010, s. 15)

Za tohoto předpokladu v ČR funguje model zdravotního pojištění. Tento sociální model byl založen Otto von Bismarckem a je uplatňován například v Německu, Rakousku a Polsku. Hlavním opatřením pro financování českého zdravotnictví po roce 1989 bylo vytvoření zákona č. 550/1991 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, které vymezuje povinnost platit zdravotní pojištění ve třech stupních, pojistné hrazené zaměstnancem, pojistné hrazené zaměstnavatelem a pojistné hrazené osobami samostatně výdělečně činnými. Zároveň pak stát garantuje platby pojistného za nezaopatřené děti, matky na mateřské dovolené, uchazeče o zaměstnání a jiné skupiny a zabezpečuje tak solidárnost celého systému. Na současném trhu existuje 8 plně konkurenčních zdravotních pojišťoven, které spolu se stá-

tem garantují dostupnost zdravotních služeb. Problematickým faktorem je ekonomická situace systému, kdy v průměru 10% pacientů spotřebuje finanční prostředky na svoji léčbu přijaté od 75% účastníku systému a dlouhodobě se podíl výdajů na zdravotnictví pohybuje ve výši 12% HDP. (Šatera, 2010, s. 24)

Rázný krok českého zdravotnictví ke snaze většího přílivu financí vede zákon č.261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů , který od 1.1.2008 zavádí do českého zdravotnictví regulační poplatky za poskytnutou péči.

Přednosti a nedostatky modelu národního zdraví uvádím pro přehlednost v tabulce (Šatera, 2010,s.25):

Tab. 1 : Přednosti a nedostatky modelu zdravotního pojištění

Přednosti	Nedostatky
- Vysoká dostupnost zdravotní péče	- Administrativní náklady ZP
- Vyhovující síť ZZ	- V případě problémů ZP může dojít ke ztížení přístupu pacientů ke zdravotní péči
- Navazující služby ZZ	- Některé ZP působí pouze regionálně
- Přiměřené náklady na zdravotní péči	- Nepřehlednost systému úhrad zdravotní péče

Zdroj : Zdravotní pojištění a ekonomika, Šatera, 21, s. 25

1.2 Zdravotní služby ČR

Zdravotní služby mají charakter nemateriálních činností se zaměřením na poskytování zdravotní péče. Zdravotní péče je přitom chápána jako preventivní, diagnostické a terapeutické činnosti s cílem znovunavrátit nebo zlepšit zdraví jedince a tím zkvalitnit jeho životní úroveň. Zdravotní péči poskytují výhradně zdravotničtí pracovníci převážně ve zdravotnických zařízeních.

V rámci zdravotní politiky se zdravotní péče liší podle těchto kritérií:

- Základní zdravotní péče

- Specializovaná zdravotní péče
- Ambulantní zdravotní péči
- Ústavní zdravotní péči

Podle typu zařízení a specializace dělíme tuto zdravotní péči na :

- Primární zdravotní péči: tvořenou v rámci bydliště pacienta registrujícím praktickým lékařem pro dospělé, nebo pro děti a dorost, stomatologem, gynekologem.
- Sekundární zdravotní péči: tvořenou
 - ambulantní formou: v rámci specializovaných ambulancí, např. ortopedie, urologie, oftalmologie)
 - stacionární formou: v rámci hospitalizace ve zdravotnických zařízení.
- Terciární zdravotní péči: zahrnující nejdražší a vysoce specializované výkony poskytované nejčastěji ve fakultních nemocnicích. (Šatera, 2010. s. 9-10)

Pro přehlednost typu péče, jejího využití a podílu nákladů uvádím tabulku.

Tab. 2 : Přehled typu péče, jejího využití a podílu v %

TYP PÉČE	SLUŽBY VYUŽÍVÁ % OBYVATEL	PODÍL NÁKLADU V % Z CELKU
Primární	80	15
Sekundární	15	45
Terciální	5	40
Celkem	100	100

Zdroj: Zdravotní pojištění a ekonomika, Šatera, 2010, s. 25

1.3 Zdravotnická zařízení v ČR

V České republice je evidováno ke dni 30.12.2011 189 nemocnic s celkovou kapacitou lůžkového fondu 60 336 lůžek. Z celkového lůžkového fondu připadá pak 84% lůžek na akutní péči, 12,4 % lůžek na lůžka následné ošetrovatelské péče a zbývajících 3,6 % lůžek na novorozeneckou péči. Ve srovnání s rokem 2010 došlo ke snížení počtu lůžek akutní péče v nemocnicích o 1883 lůžek, což činí 3% pokles. Důvodem tohoto snížení jsou úsporná opatření, dlouhodobý pokles využití maximální lůžkové kapacity ve dnech, který při celkovém lůžkovém fondu činil v průměru 250,1 dne, což je o 3,7 dne méně než v roce 2010. Důvodem se jeví být pokles celkové průměrné ošetrovací doby, která v roce 2011 činila 7,2 dne a tedy poklesla o 0,1 jednotek oproti roku 2010. Další příčinou je snaha nemocnic o přesunutí poskytované ústavní zdravotní péče z akutních lůžek na lůžka následné péče, která se jako jediná v roce 2011 zvýšila o 58 lůžek, což činí 0,8%. V roce 2011 tedy ČR zaznamenává trend z minulých let, kdy dochází ke snížení počtu lůžek v nemocnicích a jejich využití. (ÚZIS, Nemocnice v České republice, 2011)

Tabulka 3: Využití lůžek a průměrná ošetrovací doba v nemocnicích ČR, 2010 a 2011

Lůžka	Využití lůžek ve dnech maximální lůžkové kapacity		Využití lůžek v % skutečné lůžkové kapacity		Průměrná ošetrovací doba	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Lůžka akutní péče (bez lůžek novoroz.)	244,1	240,3	72,2	71,3	6,3	4,8
Lůžka novorozenecká	289,0	269,0	80,9	75,1	5,0	5,0
Lůžka následné ošetrovatelské péče	312,9	312,4	89,0	88,2	44,2	45,1
Celkem	253,8	250,1	74,5	73,5	7,3	7,2

Zdroj: ÚZIS, Nemocnice v České republice, 2011.

2 ŘÍZENÍ RIZIK Z HLEDISKA ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

Nic nesoudí lidská mysl více než vážné příběhy těch, kteří souhrmi nešťastných náhod pochybili v důsledku tragických katastrof. Ve zdravotnictví, kde hranice mezi životem a smrtí je v rukách jiných, jsou tyto soudy o to dramatičtější.

Záměna dětí - V Třebíčské porodnici krátce po porodu došlo k záměně dětí. Záměna se zjistila po 11 měsících.(Aktuálně.cz, 2009)

Záměna jmen – v jedné nejmenované nemocnici, došlo k záměně jmen u zemřelého pacienta. Byla kontaktována jiná rodina o smrti svého příbuzného. (praktická zkušenost)

Záměna léků – na jednom nejmenovaném zdravotnickém oddělení byl podán lék určen k nebulizaci vénozní cestou. Pacient byl v těžkém ohrožení života.(praktická zkušenost)

Nepřiměřená dávka léku – nešťastnou náhodou v nejmenovaném zdravotnickém zařízení došlo k rychlé aplikaci maximální dávky léku ovlivňující dýchací centrum. Pacient byl úspěšně resuscitován. (praktická zkušenost)

Sebevražda pacienta – v jednom nejmenovaném zdravotnickém zařízení pacient spáchal z neznámých důvodů sebevraždu skokem z okna. V tomto případě zbytečně dlouhou dobu čekal na ošetření. Okna nebyla dostatečně zabezpečena a k tomuto činu měl dostatek soukromí. Pacient zemřel na zranění neslučitelné se životem. (praktická zkušenost)

2.1 Omyly a pochybení ve zdravotnictví

Za katalyzátory současného zájmu o chyby a omyly v medicíně lze považovat dva dokumenty publikované v letech 1999-2001 Americkým institutem medicíny, které se staly dostupnými široké veřejnosti. Jedním z nich je „To err is human“ (Chybovatí je lidské), druhý se nazývá „Quality Chasm“ (Propast v kvalitě). (Škrla, 2005, s.15)

V úvodu publikace To err is human se můžeme dočíst, že poskytovaná zdravotní péče v USA není tak bezpečná, jak si její uživatelé myslí – ale mohla by být. Provedené studie přináší tragické údaje – za jeden rok zemře na následky medicínských pochybení v USA přibližně 98 000 pacientů. (Kohn,Corrigan, Donaldson, 2000,s. 11)

Nejčastější citované studie, na nichž jsou postaveny výše zmíněné dokumenty, poukazují na pochybení ve zdravotnictví jako velmi závažný a globální problém.

Australská studie shledala počet nežádoucích událostí u 16,6% hospitalizovaných pacientů, z nichž 13,7% pacientů bylo poškozeno permanentní neschopností, 5% zemřelo.

Izraelské studie prokázaly 1,7 omylů/lůžko den poskytované péče.

Na Novém Zélandu byl zjištěn výskyt pochybení u 10,7% prověřených chorobopisů.

Britská studie zjistila pochybení v 10,8% případů, z toho 8% zemřelo. (Škrla, 2005, s.18)

Obavy o bezpečí pacientů se stávají po publicitě výsledků prioritou nejen uživatelů, poskytovatelů a plátců péče, ale také politiků v globálním pojetí. I přes to, že se zdravotníci proti konečnému číslu obětí medicínských pochybení brání nedostatečně propracovanou studií, jisté je jedno, riziko při poskytování zdravotní péče existuje a rozhodně není zanedbatelné. (Škrla, 2005, s.15)

2.2 Situace v současném českém zdravotnictví

Přípravenosti Českého státu na zajištění bezpečnosti a kvality ve zdravotnictví se blýská na lepší časy. V několika posledních letech vyvíjelo ministerstvo zdravotnictví ČR vysokou aktivitu řešit danou problematiku a díky mezinárodní spolupráci a doporučením, které společnosti jako World Health Organization (Světová zdravotnická organizace), Joint Commission International, Lucemburská deklarace pro bezpečí pacientů a Rada Evropy pro bezpečnost pacientů vydávají, má v současné době i Ministerstvo zdravotnictví ČR povědomí o tom, jak nastavit systém řízení kvality při poskytování zdravotnické péče ve své zemi. Mezi nejpodstatnější kroky, které MZČR podniklo k zajištění bezpečné zdravotní péče je sledování nežádoucích událostí, stanovení akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče pro rok 2010-2012. Avšak ani jedna z těchto dvou aktivit neudávala legislativní povinnost zavedení těchto doporučení do praxe jednotlivým zdravotnickým zařízením. Jedinou možností, jak ověřit systém kvality ve zdravotnickém zařízení bylo doposud získat certifikát kvality ISO 9001:2000 nebo splnit požadavky 50 akreditačních standardů vydaných Spojenou akreditační komisí ČR a projít tak akreditačním šetřením, popřípadě získat certifikát mezinárodní úrovně Spojené akreditační komise (JCAHO). Ani jedna z variant není finančně oceněna pojišťovny, jako hlavními plátcí péče. Motivace pro zdravotnická zařízení k získání certifikátu nebo akreditace není tedy vysoká a souvisí pouze s prestiží,

což v téměř neexistujícím konkurenčním prostředí není nijak podstatné. Nově vydaným vyhláškou č. 102/2012, kde Ministerstvo zdravotnictví ČR stanovuje hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče podle paragrafu 120, zákona číslo 372/ 2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejího poskytování jejíž účinnost je ode dne 1.4.2012 konečně nastavuje legislativní rámec zavedení kvalitní a bezpečné poskytování péče pro zdravotnická zařízení.

2.2.1 Sledování nežádoucích událostí

Za nežádoucí událost ve zdravotnictví považujeme jakoukoliv událost, při které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo procedury a která má za následek různé stupně poškození na zdraví pacienta (dočasné, trvalé, nebo smrt). (Škrla a Škrlová, 2008,s.17) Již v letech 2008-2009 vznikl ve spolupráci s třetí Lékařskou Fakultou Univerzity Karlovy Národní systém hlášení nežádoucích událostí, jehož principem je sledovat nežádoucí události vzniklé ve zdravotnických zařízeních pomocí webových aplikací. Díky těmto informacím se dostáváme vůbec k první národní evidenci, která má jednotnou metodiku. Z vyhodnocených dat tak validně může probíhat benchmarking a na základě těchto dat může ministerstvo pružně reagovat a vydávat doporučení k jednotlivým nežádoucím událostem. Do tohoto systému se může zapojit jakékoliv zdravotnické zařízení. Bohužel tento systém pokrývá zatím pouze 40% lůžkového fondu nemocnic a stát neudává legislativní povinnost zdravotnickým zařízením sledovat nežádoucí události tímto systémem. (3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Systém hlášení nežádoucích událostí, 2011).

2.2.2 Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče

V rámci českého předsednictví v roce 2009 v Radě Evropské Unie byl přijat významný dokument Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí a toho roku byl schválen ministry zdravotnictví všech členských států EU. Doporučení je strategický dokument, který poskytuje návod a jednotlivé kroky ke zlepšení současné situace v oblasti bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí a na základě kterého byl stanoven MZČR Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012. *„Resortní bezpečnostní cíle se vyhláší formou doporučených postupů vedoucích ke snížení rizik poškození paci-*

entů i jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče. Jsou závazné pro přímo řízené organizace a zároveň slouží jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení bez ohledu na jejich typ,“ vysvětluje bývalá ministryně zdravotnictví Dana Jurásková. (Jurásková, 2009, MZČR)

Prioritou tohoto plánu je:

- Zavádění a rozvoj národních politik a programů pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče
- Posílení účasti a informovanosti občanů a pacientů
- Zavedení nebo posílení nerepresivních systémů podávání zpráv a informací o nežádoucích událostech
- Vzdělávání a odbornou přípravu zdravotnických pracovníků
- Zajištění klasifikace a měření bezpečnosti pacientů
- Rozvoj a prosazování výzkumu v oblasti bezpečnosti pacientů
- Sdílení znalostí, zkušenosti a postupů EU (Kalvachová, 2010,s.1)

Implementaci strategie prevence a kontroly infekcí ve zdravotnických zařízeních, včetně infekcí spojených se zdravotní péčí

Součástí tohoto plánu je každoroční vyhlášení resortních bezpečnostních cílů, které jsou pro rok 2012 sestaveny z těchto priorit:

RBC 1 - Bezpečná identifikace pacientů

Doporučení k realizaci cíle:

- Zdravotnické zařízení vypracuje vnitřní předpis upravující správný postup při identifikaci všech pacientů.
- Vnitřní předpisy vyžadují minimálně dva nástroje k identifikaci pacienta, např. jméno a datum narození.
- Identifikace pacienta se provádí vždy před podáním léčiv, krve a transfuzních přípravků, před odebíráním vzorků k laboratorním vyšetřením a před diagnostickými a terapeutickými výkony. (MZČR, 2010, Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012)

RBC 2 - Bezpečnost při používání rizikových léčivDoporučení k realizaci cíle:

- Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem spektrum léčiv s vyšší mírou rizika. K těmto léčivům patří vždy injekční roztoky chloridu draselného o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulinů a neředěné hepariny.
- Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem postupy při objednávání, skladování a podávání léčiv s vyšší mírou rizika.
- Léčiva s vyšší mírou rizika nejsou umístěna na pracovištích zdravotnického zařízení, pokud to není z klinického hlediska nutné. Tam, kde zařízení jejich umístění připouští, jsou zavedeny postupy zabraňující nesprávnému podání.

RBC 3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonechDoporučení k realizaci cíle:

- Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem jednotný postup zajišťující provádění správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci včetně výkonů prováděných mimo operační sály.
- Zdravotnické zařízení používá standardizovaný způsob označování místa výkonu a zajistí účast pacienta na označování místa operačního výkonu.
- Zdravotnické zařízení používá a dokumentuje předoperační bezpečnostní proceduru bezprostředně před zahájením operačního výkonu.

RBC 4 - Prevence pádů pacientůDoporučení k realizaci cíle:

- Nemocnice zavede vnitřním předpisem proces vstupního hodnocení rizika pádu u pacientů a opakovaného hodnocení u pacientů, u nichž došlo ke změně zdravotního stavu či spektra užívaných léků.
 - Nemocnice zavede opatření ke snížení rizika pádů u pacientů vyhodnocených jako rizikových.
- Zdravotnické zařízení analyzuje sledované výsledky a pravidelně je vyhodnocuje. V případě potřeby stanovuje nápravná a preventivní opatření.

RBC 5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péčeDoporučení k realizaci cíle:

Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem postup mytí rukou, používání bariérových technik a dezinfekčních prostředků, které jsou základem prevence a kontroly infekcí.

- Zdravotnické zařízení zajistí, že mýdla, dezinfekční prostředky a ručníky či jiné prostředky na osušení jsou umístěny v těch oblastech, kde se vyžaduje mytí rukou a dezinfekční postupy.

- Zdravotnické zařízení stanoví vnitřním předpisem situace, kdy jsou ústní roušky, ochrana očí, ochranný oděv a rukavice vyžadovány, a zajistí dostupnost těchto ochranných pomůcek.

- Zdravotnické zařízení provádí pravidelná školení.

- Proces prevence a kontroly infekcí ve zdravotnických zařízeních je komplexním způsobem začleněn do celkového programu zvyšování kvality a bezpečnosti pacientů

RBC 6 - Bezpečná komunikaceDoporučení k realizaci cíle:

- Zdravotnické zařízení vnitřním předpisem určí postup při ústní a telefonické komunikaci při ordinování léčiv a hlášení výsledků vyšetření pacientů.

- Osoba, která přijímá ústní či telefonickou ordinaci nebo hlášení výsledků vyšetření zaznamená písemně úplný obsah ordinace či hlášení výsledků vyšetření.

- Osoba, která přijímá ústní či telefonickou ordinaci nebo hlášení výsledků vyšetření tuto ordinaci či hlášení zpětně přečte.

- Osoba, která stanoví ordinaci nebo hlásí výsledky vyšetření, potvrdí správnost opakovaného hlášení přijímací osobou.

RBC 7 - Bezpečné předávání pacientůDoporučení k realizaci cíle:

- Zdravotnické zařízení upraví vnitřním předpisem postup při předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti.

- Vnitřní předpis obsahuje minimální kompetence pracovníků zajišťujících předání pacienta.

- Vnitřní předpis stanoví formu a rozsah dokumentace při předání pacienta.
- Vnitřní předpis se ve zdravotnickém zařízení dodržuje.

(M.C. TRITON, 2011,s.7-10)

Doporučení MZČR o výše uvedeném neudává zdravotnickým zařízením kromě fakultních nemocnic legislativní povinnost tyto doporučení zavést do své praxe. Doporučení k realizaci cílů jsou z mého pohledu všeobecná, doporučení k vytvoření vnitřních směrnic pro zdravotnická zařízení nejsou dále rozpracována. Neexistuje tedy jednotný postup pro všechna zdravotnická zařízení v ČR, což nezabezpečuje stejnou úroveň kvality a bezpečnosti pro pacienty v různých zdravotnických zařízeních.

2.2.3 Vyhláška č. 102/2011 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

Historicky první legislativní dokument, který se v ČR zabývá problematikou bezpečné a kvalitní zdravotní péče vychází dne 1.4.2012 jako Vyhláška č. 102/2011 jako součást zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Tento dokument jasně stanovuje jaké procesy vedoucí k bezpečnému a kvalitnímu poskytování služeb jsou ve zdravotnickém zařízení posuzovány. Ve dvou přílohách této vyhlášky jsou nadále jasně posuzována minimální hodnotící standardy a ukazatele jejich kvality a bezpečí a způsob jejich tvorby a sledování. Vyhláška v celém rozsahu je uvedena v příloze č. 1 Vyhláška č.102/2011.

2.3 Systém kvality ve zdravotnictví

Systém kvality ve zdravotnictví můžeme definovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů, zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují. (Gladkij, 2003, s. 214)

Kvalita poskytovaných zdravotních služeb je charakterizovaná přítomností následujících vlastností:

- účinnost
- dostupnost a včasnost
- bezpečnost

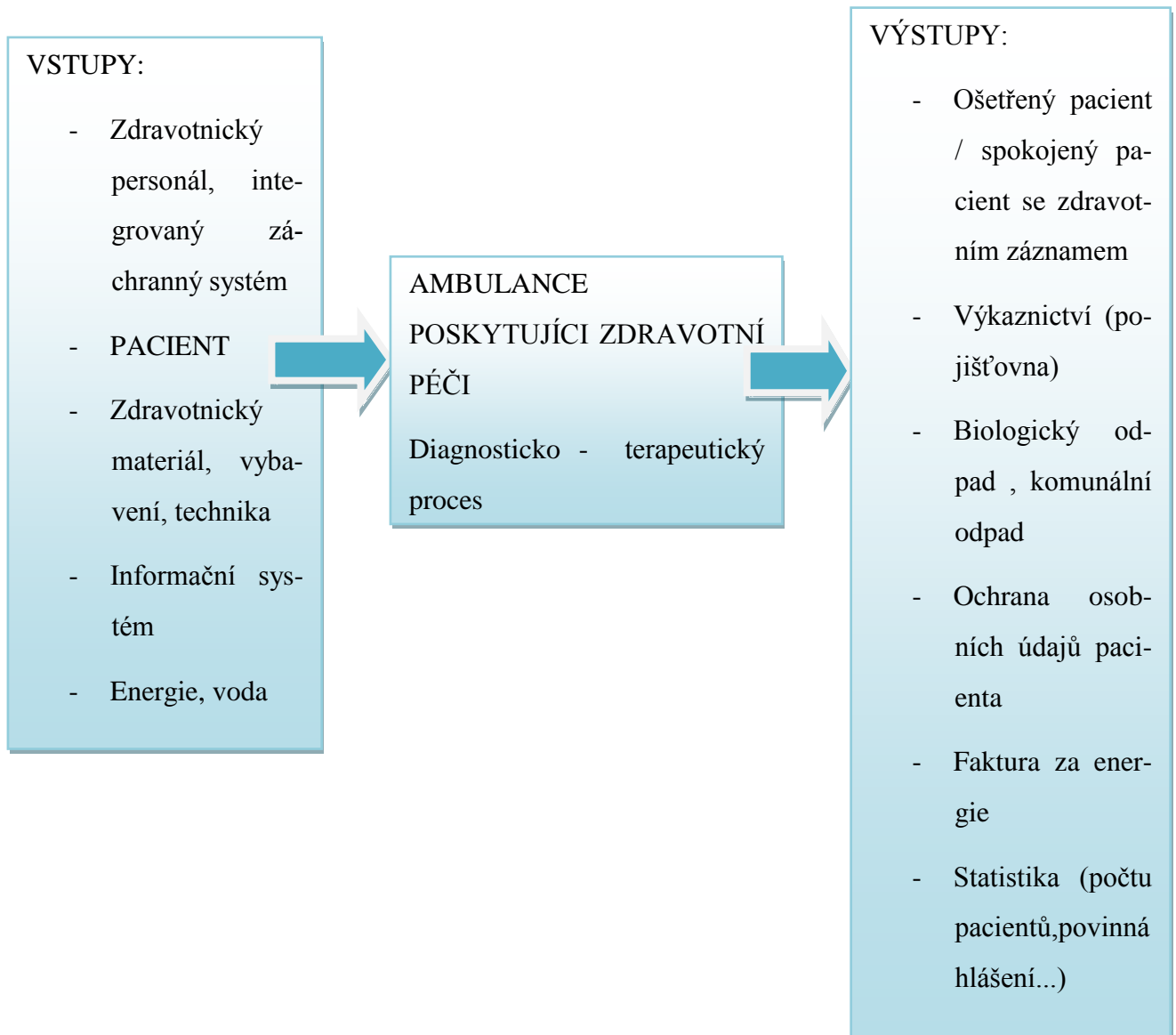
- přiměřenost zdravotnímu stavu
- soustavnost a návaznost
- přijatelnost pro pacienty
- ekonomická efektivnost vznikající dodržováním jednoty medicínské a ekonomické racionality (Gladkij, 2003, s.215)

Podle Donadebiana kvalita zdravotní péče obsahuje 3 vzájemně spjaté prvky:

- a) strukturu péče (jako souhrn zdrojů a podmínek péče)
- b) vlastní proces (např. diagnostické a léčebné postupy a jednání zdravotnických pracovníků s pacienty)
- c) výstupy (např. počet provedených vyšetření a ošetření) a výsledky péče (např. onemocnění v důsledku specifické prevence vzniku nemoci). (Gladkij, 2003,s.216)

Za předpokladu, že má zdravotnické zařízení kvalitně zdokumentováno všechny tři prvky lze analýza účinnosti vlastního procesu a výstupu poukázat skryté rizika v celém systému.

Příkladem mohou být uvedené všeobecné schémata péče.

Obr. 1. : Všeobecné schéma ambulantního ošetření pacienta

Zdroj: Vlastní zpracování

Pokud má organizace, v tomto případě provozovatel zdravotnických služeb, který zprostředkovává ambulantní zdravotní péči a to buď na primární, nebo na sekundární úrovni popsány parametry procesu mezi vstupy a výstupy s určenými kompetencemi a odpovědnostmi, lze předpokládat, že jejich monitorování povede ke snížení rizika pochybení. Ke snížení rizika pochybení je tedy nutné kontinuální monitorování dílčích procesů, která nastavují neustálý vývoj kvality.

2.4 Definice pojmů v souvislosti s řízením rizik

Řízení rizik je proces identifikování, vyhodnocování a řešení potenciaálních nebo aktuálních rizik. (Škrsla a Škrlová, 2008, s. 17) Řízení rizik ve zdravotnictví je nikdy nekončící proces, jehož principem je neustálé aktualizování současného stavu konkrétních procesů, standardů a činností spojených při poskytování zdravotní péče. Na tomto základě je podnětné znát podstatu základní terminologie spojenou s řízením rizik ve zdravotnickém zařízení.

Ad hoc tým – tým sestavený za určitým konkrétním cílem.

Standard – popis jednotlivých pracovních postupů, souvisejících se zdravotní péčí poskytovanou přímo, na odborné úrovni platný jednotně pro poskytovatele péče.

Proces – řada na sebe navazujících výkonů, které mají vstup a výstup. (Škrsla a Škrlová, 2008, s. 17)

System – řada logicky uspořádaných procesů, navzájem propojených a spolu souvisejících. (Škrsla a Škrlová, 2008, s. 17)

Riziko vznikající při poskytování zdravotní péče - v danou situaci neočekávaná událost, která je způsobena v souvislosti s poskytováním přímé zdravotní péče, při které může dojít k nepříznivému ovlivnění bezpečnosti nebo kvality s různým stupněm pravděpodobnosti následků.

Nežádoucí událost – činnost/procedura nebyla provedena podle plánu, pravidel, či požadovaných a akceptovaných standardů bez následků nebo s následky. (Škrsla, 2008, s. 22)

Skoro pochybení/chyba – pochybení ke kterému nedošlo, protože jemu bylo vědomě či nevědomě zabráněno. (Škrsla, 2008, s. 22)

Zásada předběžné opatrnosti – opatření, které nuluje riziko. (Prokůpek, 2011, s. 27)

Shoda (pojem pro zdravotnictví) – žádoucí výsledek.

Odchyłka (pojem pro zdravotnictví) – chyba, která se neodklání od dodržování vnitřních předpisů, je lehce napravitelná.

Neshoda (pojem pro zdravotnictví) – systémová chyba v procesu, která se neslučuje s požadavky vnitřních předpisů, pro její odstranění je nutné přijmout nápravné opatření.

Nápravné opatření (pojem pro zdravotnictví) – promyšlený proces, jehož účelem je odstranit neshodu a je možné ho aplikovat do praxe.

2.5 Řízení rizik v kontextu dlouhodobého zvyšování kvality

Řízení kvality ve zdravotnických zařízeních se zaměřuje na procesy, jejichž výkony jsou konkrétně definovány ve standardech a směrnicích, které si organizace vytváří sama podle svých potřeb a jejichž cíl je nastavit v organizaci jednotné postupy pro personál poskytující péči pacientům a definovat i jiné procesy, které nepřímo souvisí s přímým poskytováním zdravotnické péče, ale jsou pro fungování organizace stejně důležité (řeší například dodávku zboží, technické provozy a personální řízení). Tyto dokumenty se musejí nastavit v souladu s legislativou, vnitřními potřebami a možnostmi organizace tak, aby byly reálně splnitelné. Činnosti spojené s řízením kvality tedy popisují věci tak, jak by se měly dělat. Tím určují minimálně nastavitelná kritéria kvality. Tyto kompetence a odpovědnost nese ve většině nemocnic manažer kvality. Řízení rizik je na druhé straně proces, během kterého se manažer rizik snaží cíleně zaměřit na rizika plynoucí z nastavených kritérií kvality a navrhnout řešení k eliminaci těchto rizik.

Řízení rizik a řízení kvality mají přesto jednoho společného jmenovatele – audity. Audity sledují, zda zaměstnanci v praxi naplňují požadavky standardů a zda výstupy procesů splňují očekávání zdravotnického zařízení a jeho klientů. (Škrla a Škrlová, 2008, s. 20). V malých a středních nemocnicích je reálné a logicky z výše uvedeného vyplývá, aby obě funkce plnila jedna osoba. Ve velkých nemocnicích je naopak takřka nemožné zodpovědně vykonávat funkci manažera rizik a manažera kvality z důvodu časové náročnosti a množství změn, které působí z venčí na zdravotnický systém. (Škrla a Škrlová, 2008, s.20)

Implementace řízení rizik a řízení kvality do dlouhodobého zvyšování kvality je nepohybně krok správným směrem, který při angažovanosti vrcholového vedení, vytrvalosti a trpělivosti může přinést novodobý směr a přínos v ošetrovatelství a medicíně. Ve své podstatě jde o klasický příklad řízení změny. Je žádoucí se ptát:

Kde jsme?

Kam jdete?

Jaké mám nedostatky?

Jaké jsou žádoucí změny?

Jaké jsou naše možnosti a ambice?

Jak zjistíme, že jsme dosáhli vytyčeného cíle? (Gladkij, 2003, s. 328)

2.6 Desatero důvodů proč řídit rizika

Přínos řízení rizik má bezesporu nejvíce pozitivní dopad na uživatele zdravotní péče - pacienta. Přínos řízení rizik pocítí i zdravotnická zařízení, které při nekomplikovaných procesech, při kterých dojde k žádoucím výsledkům, ušetří čas i finance a získají spokojeného zákazníka.

1. Eliminace pochybení.
2. Prevence pochybení.
3. Bezpečnosti pacientů.
4. Spokojenost pacientů.
5. Dlouhodobé zvyšování kvality.
6. Proaktivní přístup organizace.
7. Snížení nákladů spojených s pochybením.
8. Sledování nežádoucích událostí.
9. Motivace personálu.
10. Konkurenční výhoda.

3 KONSPEKT ŘÍZENÍ RIZIK PRO ZDRAVOTNICTVÍ

Grafický přehled v tabulce projektu řízení rizik zobrazuje vlastní princip systému řízení rizik.

Tab. 1 Konspekt řízení rizik pro zdravotnictví

Cíl projektu	<p>Vyhodnotit existující a potencionální rizika.</p> <p>Vytvořit strategii pro prevenci a eliminaci rizik.</p>
Infrastruktura projektu	<p>Projekt vede manažer rizik a sestavuje ad hoc tým pro identifikaci rizik. Základní nástrojem pro vyhledávání rizik je brainstorming.</p> <p>Výstupem identifikace rizik je vytvořený registr rizik.</p> <p>Pro vyhodnocení rizik je použita metoda pravděpodobnost x důsledek pomocí matice vyhodnocení stupně rizika.</p> <p>Pro hledání příčin pochybení je využit Ishikawův diagram – po určení příčin možných selhání je vytvořen plán k jejich eliminaci.</p> <p>Vyhodnocení efektivity navrženého projektu.</p>
Proces řízení rizik	<p>Identifikace rizik.</p> <p>Vyhodnocení rizik.</p> <p>Prevence rizik.</p> <p>Efektivnost projektu.</p>
Činnosti manažera rizik	<p>Proaktivní přístup k implementaci projektu do provozu. Edukace zaměstnanců.</p>

3.1 Předpoklady organizace pro efektivní řízení rizik

Pro úspěšné řízení rizik musí mít organizace identifikovány:

- a) procesy, jako jednotlivé činnosti, které v organizaci fungují
- b) posloupnosti procesů a jejich vzájemné působení
- c) určení kritérií a metod potřebných pro zajištění efektivního fungování procesů
- d) systém zajištění dostupnosti zdrojů a informací pro podporu fungování procesů
- e) kontinuální monitorování a analýzu procesů
- f) uplatňovat opatření nezbytná pro dosažení plánovaných výsledků a zlepšování kvality procesů (Hepnerová, 2008, s. 6-7)

3.2 Cíl projektu

Cílem projektu řízení rizik je uvědomit si a maximálně eliminovat vznik takových rizik, které by nepříznivě mohla ovlivnit zdravotní stav pacienta, či zaměstnance, způsobit finanční nebo materiální ztrátu zdravotnického zařízení, popřípadě jakýmkoliv způsobem způsobit nepříznivou pověst zdravotnickému zařízení. Cílem je také prevence finančních ztrát, které souvisí s nekvalitně provedenou péčí nebo neadekvátním postupem. (Škrla, Škrlová, 2008, s. 14)

Z důvodu velkého rozsahu možných rizik spojených s poskytováním zdravotní péče, bude projekt zaměřen na Resortní bezpečnostní cíle, které jsou součástí Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012. (viz. 1.2.2)

3.3 Proces řízení rizik

Představuje v konspektu sofistikovanou infrastrukturu projektu reálně aplikovatelnou do praxe pomocí čtyř jednotlivých částí popsaných níže. Vychází z premisy, že rizika je možné řídit. Celý proces řízení rizik není časově ohraničen z důvodu zanedbatelné významnosti času jako proměnné pro tento projekt. Čas, jako proměnná, by měl hodnotu pouze v případě opakovatelnosti projektu v časovém rozmezí během kterého by se výrazně změ-

nila struktura jednotlivých procesů poskytování péče například z objevu nové zdravotnické techniky, nových medikamentů, apod.

3.4 Identifikace rizik

Identifikace rizik tvoří stěžejní část projektu vycházející z priorit akčního plánu kvality a bezpečnosti pacientů – resortních bezpečnostních cílů vydaných pro rok 2012 MZČR. Identifikaci rizik vede manažer rizik, popřípadě manažer kvality pro odbornou oblast. Rizika identifikuje předem vybraný ad hoc tým pracovníků sestavený s odborných lékařských a nelékařských pracovníků. Cílem této části je objektivně a přesně identifikovat rizika podle určených klinických oblastí (RBC), pro které je nutno využít maximum vlastních zkušeností, což je jednou z hlavních zásad identifikace nejslabších míst při poskytování léčebně ošetrovatelské péče. Výstupem identifikace rizik je zápis rizik do registru rizik.

Příklady vstupních otázek pro ad hoc tým:

- Co považujeme za nejzávažnější událost, ke které by mohlo dojít?
- Kdy nebo při jakých situacích hrozí největší nebezpečí?
- Které konkrétní nežádoucí události jsou nejčastější?

(Škrla a Škrlová, 2008, s. 102).

Tým analyzující riziko si musí současně uvědomit, že z žádné činnosti nelze rizika vyloučit úplně, ale lze je v systémových opatřeních zmírnit. O tom, zda je riziko přijatelné či nikoliv rozhoduje pouze to, lze-li rizika technicky provést. Jedná se o všechny nestandardní postupy, nepozornosti, neznalosti, zjednodušení práce a odchylky od zavedených postupů – právě tyto vlivy mohou aktivovat riziko. (M.C. TRITON, 2011, s.29)

Podle Smejkal riziko většinou neexistuje izolovaně, ale jedná se o určité kombinace rizik, které ve svém dopadu mohou představovat hrozbu a vzhledem k množství rizik je určit priority z pohledu pravděpodobnosti a dopadu. (Smejkal, 2006, s. 99)

Z výše uvedených důvodů se při identifikaci rizik a problému zaměřujeme na to:

- zda se dané riziko opravdu vyskytuje
- jestli jsme schopni riziko přijatelným způsobem eliminovat
- jestli jsme schopni o daném problému získat smysluplné informace

- a jestli chceme (nebo můžeme) daný problém řešit (M.C. TRITON, 2011, s. 29)

Identifikaci rizik je nutno doplnit i z analýzy vytvořených procesů, směrnic, metodických postupů a jiných zpracovaných dokumentů organizace, které jsou platné jednotně a konkrétně se dotýkají analyzované oblasti.

3.5 Vyhodnocení rizik

Cílem vyhodnocení rizik je zjistit míru rizika. Pro učení míry rizikovosti v klinické části je nejvhodnější využití ad hoc týmu, tedy odborníků a jejich názorů pomocí brainstormingu.

Rizika musí být hodnocena ve dvou dimenzích:

1. Pravděpodobnost výskytu
2. Pravděpodobnost důsledku

Pro obě proměnné lze využít škálu matematických čísel za dodržení pravidla čím vyšší je určené číslo, tím je vyšší pravděpodobnost nebo důsledek. Po určení míry pravděpodobnosti lze určit míru důsledku. Jednoduchým, ale efektivním nástrojem pro zdravotnictví je možnost využití matice vyhodnocení stupně rizika. Při hodnocení rizikovosti je důležité dodržení těchto zásad:

- pravdivost
- shoda většiny ad hoc týmu v určení míry rizika
- logická návaznost
- zkušenost z každodenních činností v praxi
- využití dostupných analýz organizace (např. analýza pádu pacienta)
- využití zpracovaných procesů organizace
- možnost přehodnotit míru rizika, připuštění omylnosti

Obr. 2 Matice vyhodnocení stupně rizika

Matice vyhodnocení stupně rizika

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

Zdroj : Řízení rizik ve zdravotnickém zařízení (Škrála, Škrlová, 2010, s.103)

Tabulku na obrázku Matice vyhodnocení stupně rizika upravila australská Společnost pro bezpečnost pacientů. Z obrázku vyplývá, že vysoká pravděpodobnost s minimálními následky určuje nízký stupeň rizika. Na straně druhé, vážný důsledek s malou pravděpodobností zhodnotí riziko vysoké (př. sebevražda pacienta skokem z okna má malou pravděpodobnost 1, ale důsledek může vést ke smrti, je tedy vysoký 5 = riziko je katastrofické).

Pokud tým identifikuje hned několik extrémních rizik, je nutné tato rizika rozdělit podle priority, zejména z důvodu nedostatku času a omezenosti lidských a finančních zdrojů, které neumožňují řešení všech rizik najednou. (Škrála, Škrlová, 2010, s. 104).

K efektivním nástrojům řízení a řešení rizik nejvhodnějším ke koordinaci rizik při poskytování péče patří FMEA analýza a RCA analýza.

3.5.1 FMEA (Failure Mode and Effect Analysis – analýzy možností vzniku a následků selhání)

FMEA analýza je metodou vysoce proaktivní, v průmyslu využívanou více než 40 let a počátek jejího vzniku je spojen s NASA projektem Apollo. Jedná se o metodu, která se snaží najít odpovědi na 2 základní otázky, „proč procesy selhávají“ a „jak procesy selhávají“ (Škrla, Škrlová, 2010)

V podstatě lze FMEA analýzu využívat jak na analýzu výrobků, tak na analýzu procesů. Obou analýz je možné aplikovat do zdravotnického systému. Jejím cílem je odhalit:

- pravděpodobnost odhalení chybovosti
- možnost výskytu rizika
- vážnosti následků selhání. (M.C. TRITON, 2011,s.32)

Rizika identifikují odborníci, kteří dokonale znají procesy a postupy využívající se při poskytování zdravotní péče, popřípadě personál, jež vytváří vnitřní předpisy, standardy apod.

Všechna rizika jsou ohodnocena numerickými čísly, nejvhodněji od 1 – 10, ze všech tří oblastí. Míra rizika je rovna součinu hodnot ze všech tří oblastí a poukazuje pak na selhání nebo slabé místo:

1. Pásmo nízkého rizika: 1-125 bodů
2. Pásmo středního rizika: 126-500 bodů
3. Pásmo vysokého rizika : 501 – 1000 bodů (M.C. TRITON, 2011,s.33)

FMEA je tedy prospektivní analýzou založenou na principu ochranného systému, jejíž cílem je vytvořit podmínky, které omezují možnosti chybovosti.

Použitím této metody, která je pro zdravotníky stále neznámá, je možno odhalit a ocenit 70 – 90 % možných rizik. (M.C. TRITON, 2010)

3.5.2 RCA (Root Cause Analysis – analýzy skutečných příčin)

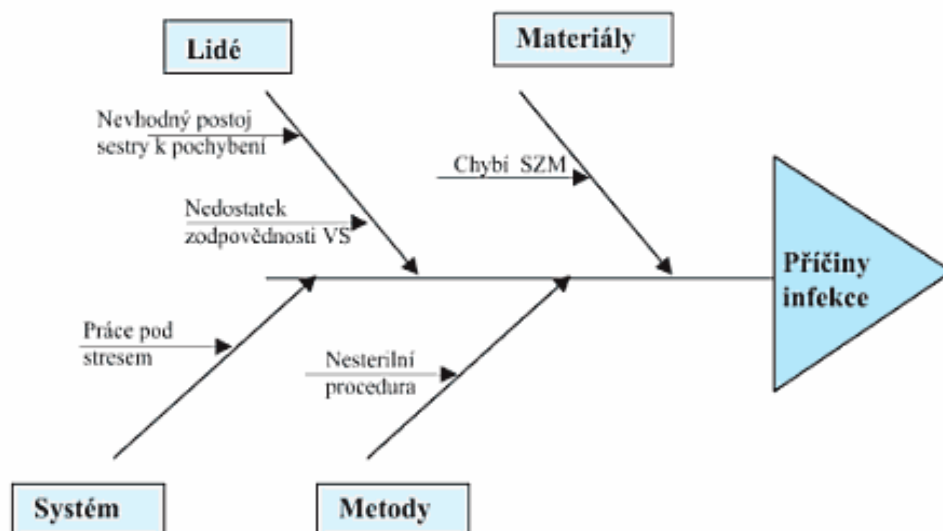
Na rozdíl od FMEA analýzy se tato metoda zaměřuje na případy, kdy k pochybení téměř došlo, nebo došlo. Z toho vyplývá, že se jedná o retrospektivní a reaktivní metodu. RCA metodik je hned několik, od nejjednodušších, které si při hledání příčin pochybení pokládají několikrát za sebou otázku „proč“, až po varianty velice komplexní zaměřené na různá odvětví průmyslu (např. Kepnerova metoda – potencialních problémů a příležitostí).

RCA analýza probíhá na základě 5 kroků:

1. Sběr dat – okamžitá analýza informací po vzniku nežádoucí události, pochybení.
2. Vyhodnocení – stěžejní část, která má za úkol zjistit kořenovou příčinu / příčiny problému.
3. Zvolení nápravného opatření – s cílem omezit na maximum stejný výskyt nežádoucí události, pochybení.
4. Implementovat nápravné opatření do praxe.
5. Zhodnotit efektivnost nápravných opatření – zpětná vazba.

Pro část vyhodnocení situace je možné využít Ishikawova diagramu:

Obr. 2 : Ishikawův diagram



3.5.3 Porovnání RCA a FMEA

Efektivní porovnání obou metod uvádím v přehledné tabulce:

Tab. 2 : Porovnání RCA a FMEA

RCA	FMEA
Reaktivní metoda	Proaktivní metoda
Zaměření na jednu epizodu	Zeměření na proces
Otázka – „Proč“	Otázka: „Co když?“
„Bias“ – „po bitvě každý generálem“	Žádné „bias“

Zdroj: Řízení rizik ve zdravotnictví, Škrála, Škrlová, 2010, s. 140

3.6 Prevence rizik

Dalším postup pro efektivní řízení rizik vyplývá z identifikace a určení míry rizik. Pro přehledné rozhodování v prevenci rizik pomůže adekvátně vytvořený registr rizik. Tento registr rizik představuje důležitý nástroj představení rizik pro široké spektrum zdravotnických a nelékařských pracovníků v celém zdravotnickém zařízení. Registr rizik by měl představovat identifikované riziko, míru rizika, nápravné opatření, určení kompetentních osob za odpovědnost řízení rizika. Katalog rizik musí být periodicky aktualizován a možnost jej aktualizovat, nebo další rizika určit by měl mít každý pracovník podílející se přímo při poskytování zdravotní péče. Měl by být tedy veřejně dostupný (např. vyvěšen na intranetu organizace) a personál by měl být o existujícím registru rizik proškolen nebo poučen (např. v rámci semináře, nebo vnitřní směrnici). Cílem prevence rizik je rizika vhodným postupem eliminovat, nebo riziko akceptovat (např. u rizik s nízkou prioritou). Z těchto dvou možností, můžeme tedy:

1. KROKY K ELIMINACI RIZIK:

- **vyhnout se rizikové situaci:** např. pomocí systémové změny v procesu nebo dokumentace, v níž existuje rizikový postup, zajištění dostatečně kompetentních osob pro poskytování péče, odmítnout péči při nedostatku zdravotnické techniky, přístrojů, personálu, odmítnout podat informaci médiím.

- **přenést riziko:** kdy odpovědnost za riziko je přenesena na někoho jiného, např. na jiné zdravotnické zařízení, tiskovou mluvčí, pacienta samotného (v případě podepsání negativního reversu, apod.)
- **minimalizovat riziko:** důsledným dodržováním legislativy, vnitřních směrnic organizace, motivací k zodpovědnému chování personálu, edukací personálu, preventivními údržbami, interními audity apod.
- **segregací materiálních/informačních/lidských aktiv:** tato strategie zajišťuje chod pracoviště i při selhání nějakého prvku, např. zajištění personálu náhradníky, zálohování dat při selhání počítačové techniky, zajistit zdravotnický materiál dočasnou výpůjčkou z jiné nemocnice, pokud selže dodavatel apod. (Škrla, Škrlová, 2010, s.104-105)

2. AKCEPTOVÁNÍ RIZIK

Strategie je využita v případě přijatelných rizik (při zanedbatelné pravděpodobnosti a zanedbatelném důsledku), kdy náklady na odstranění rizika by vysoce převyšovaly následky rizika. Akceptované riziko, však musí zůstat kontrolovatelným, index rizikovitosti se může změnit. (Škrla, Škrlová, 2010, s.105)

3.7 Efektivita projektu

Efektivita projektu spočívá ve správném určení slabých míst a rizik z nich vyplývajících, spolu se správným určením míry rizikovitosti. Pokud toto odpovídá skutečnosti a je-li možné přijmout nápravné opatření – zdá se být tento projekt efektivní a je možné sledovat i úspěšně zpětnou vazbu. Riziko projektu však tkví v riziku nedostatečné podpory vrcholového managementu, nepochopení a neochotě zdravotnických a nelékařských pracovníků na projektu spolupracovat z důvodu pracovní přetíženosti a nedostatku času, v nedostatku finančních prostředků jako fenoménu všech zdravotnických zařízení. Efektivita projektu je tedy přímo úměrná výše uvedeným rizikům a jen správné nápravné opatření spějící k podpoře a ochotě zaměstnanců zdravotnických zařízení změnit tato prostředí v bezpečná pro jejich klienty – pacienty, bude mít za následek tento žádoucí výsledek.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

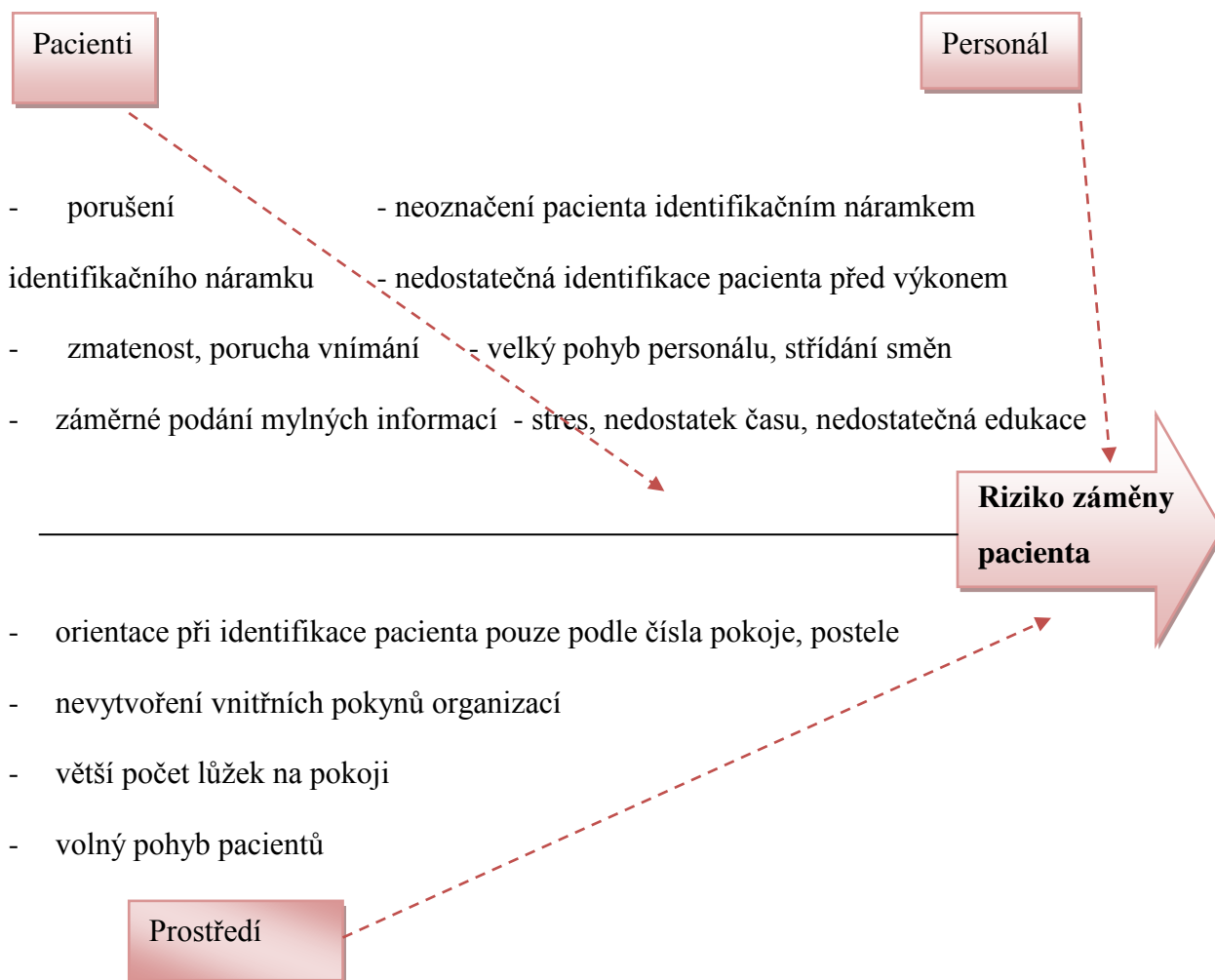
4 RBC 1 – BEZPEČNÁ IDENTIFIKACE PACIENTŮ

Rizika pro první bezpečnostní cíl navrhované Ministerstvem zdravotnictví ČR jsme určily v následující možných kategoriích hrozeb.

4.1 Riziko záměny pacienta

Riziko záměny pacienta bylo identifikováno jako prioritní sestaveným ad hoc týmem a vyhodnoceno podle matice s jistou mírou pravděpodobnosti (5), tj. kontinuální hrozbou rizika vyskytující se denně s možnými katastrofickými důsledky (5). Stupeň rizika je tedy extrémní (25). Pomocí Ishikawova diagramu jsme zhodnotily příčiny vedoucí k riziku.

Obr. 3: Riziko záměny pacienta – Ishikawův diagram



Zdroj: Vlastní zpracování

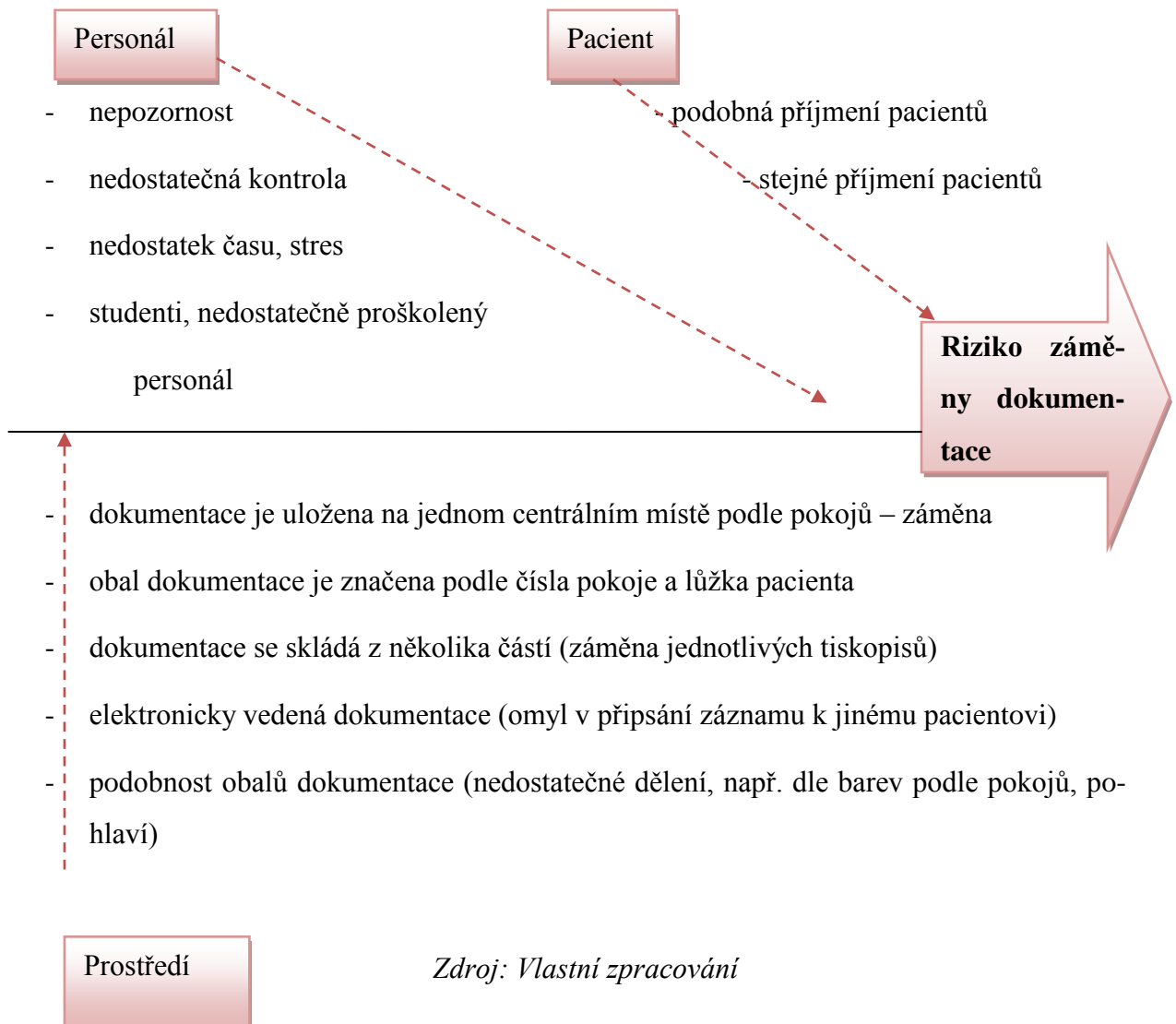
Způsob eliminace rizika záměny pacienta:

- vnitřní předpis organizace o dvojitým způsobu identifikaci pacienta (jméno + příjmení, ročník pacienta)
- edukace zaměstnanců
- kontrola dodržování vnitřního předpisu
- kontrola identifikačního náramku pacienta při každé činnosti s pacientem
- při porušení identifikačního náramku včas tento náramek vyměnit
- u komunikujících pacientů zeptat se cíleně na jméno
- oslovovat pacienta pan/paní příjmení při každé činnosti s pacientem

4.2 Riziko záměny dokumentace

Druhým rizikem podle priority bylo ad hoc týmem vyhodnoceno riziko záměny dokumentace, podle matice bylo toto riziko vyhodnoceno jako extrémní (25), s pravděpodobností jistou (5), tedy s kontinuální hrozbou rizika a důsledkem katastrofálním – s rizikem ohrožení nebo trvalého poškození rizika (5). Pomocí Ishikawova diagramu jsme zhodnotily příčiny vedoucí k riziku.

Obr. 4 Riziko záměny dokumentace – Ishikawův diagram

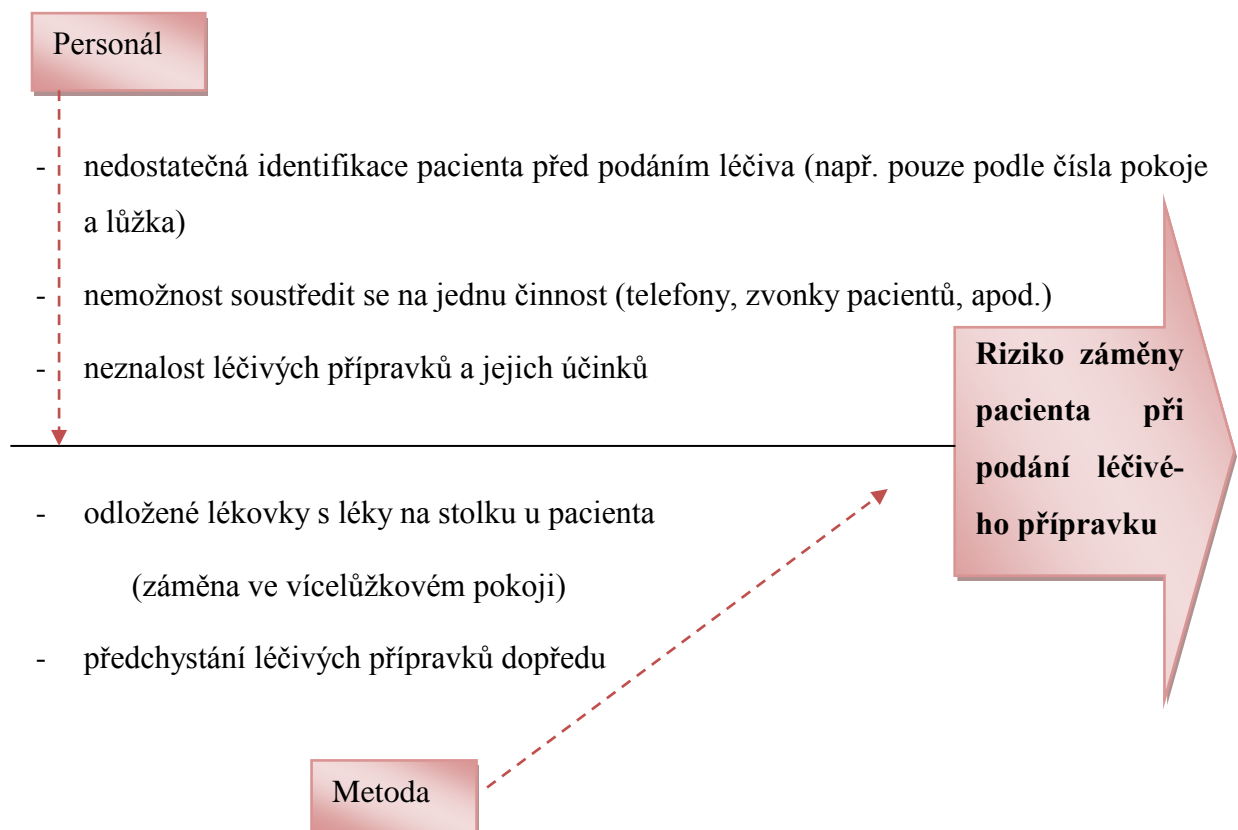


Způsob eliminace rizika záměny dokumentace:

- vytvoření VP o vedení a zacházení s dokumentací pacienta
- identifikační štítek pacienta na každém listu dokumentace
- jasné uspořádání dokumentace a stejný systém barevného rozlišení v celé organizaci
- edukace zaměstnanců o dodržování VP

4.3 Riziko záměny pacienta při podání léčivého přípravku

Dalším identifikovaným rizikem podle priorit bylo určeno riziko záměny pacienta při podání léčivého přípravku, pravděpodobnost rizika podle maticového způsobu hodnocení byla ad hoc týmem vyhodnocena jako očekávaná (4), důsledek byl hodnocen jako střední (vážné porušení standardů, újma na zdraví pacienta). Stupeň rizika je tedy střední (12).

Obr. 5: Riziko záměny pacienta při podání léčivého přípravku – Ishikawův diagram

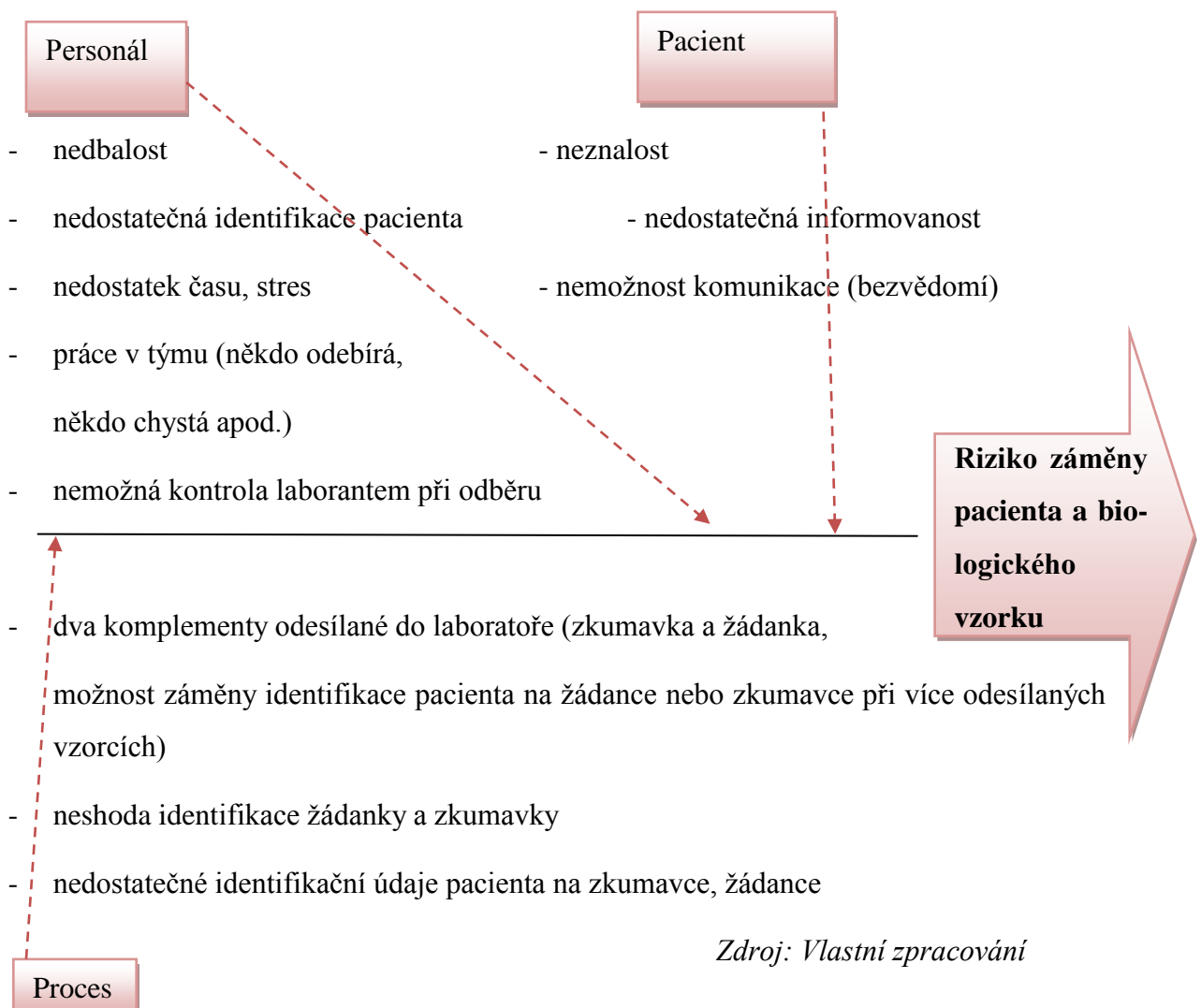
Zdroj: Vlastní zpracování

Způsob eliminace rizika záměny pacienta při podávání léčivého přípravku:

- identifikace pacienta cíleným dotazem na jeho jméno, příjmení a ročník narození
- identifikace pacienta pomocí identifikačních náramků
- shoda pacienta s dokumentací

4.4 Riziko záměny pacienta a biologického vzorku

Dalším identifikovatelným rizikem je riziko záměny pacienta a biologického vzorku, tým určil riziko pravděpodobnosti 4 – tedy očekávané, pravděpodobnost výskytu je tedy vysoká, míra důsledků je 3 – tedy střední s možnou vážnou újmou na zdraví a vážným porušením předpisů.

Obr. 6: Riziko záměny pacienta a biologického vzorku – Ishikawův diagram

Způsob eliminace rizika záměny pacienta a biologického vzorku:

- správná identifikace pacienta
- shoda dokumentace s pacientem
- shoda označené zkumavky, žádanky na odběr biologického materiálu a pacienta
- shoda všech komponentů v laboratoři
- v případě jakékoliv neshody opakovat odběr
- v případě velmi nepříznivým výsledků opakovat odběr

4.5 Riziko záměny pacienta při podávání diety (ordinované stravy)

Posledním identifikovaným rizikem v souvislosti s bezpečnou identifikací pacienta je riziko záměny podávání diety (ordinované stravy), toto riziko bylo ohodnoceno očekávanou pravděpodobností (4) a zanedbatelným důsledkem (1). Riziko je tedy nízké (4) a není potřeba řešit příčiny pomocí Ishikawova diagramu. Tým se shodl na evidenci rizika v registru rizik.

Způsob eliminace rizika záměny pacienta při podávání stravy:

- identifikace pacienta
- shoda s ordinovanou dietou s dokumentací pacienta
- shoda s dokumentací pacienta a rozpisem diet
- shodný počet objednaných a potřebných diet při dodání s jídelny pomocí tabletového systému
- znalost personálu o povaze onemocnění pacienta a vhodných potravinách (např. u diabetiků nepodávat sladká jídla, nesladit čaj.)

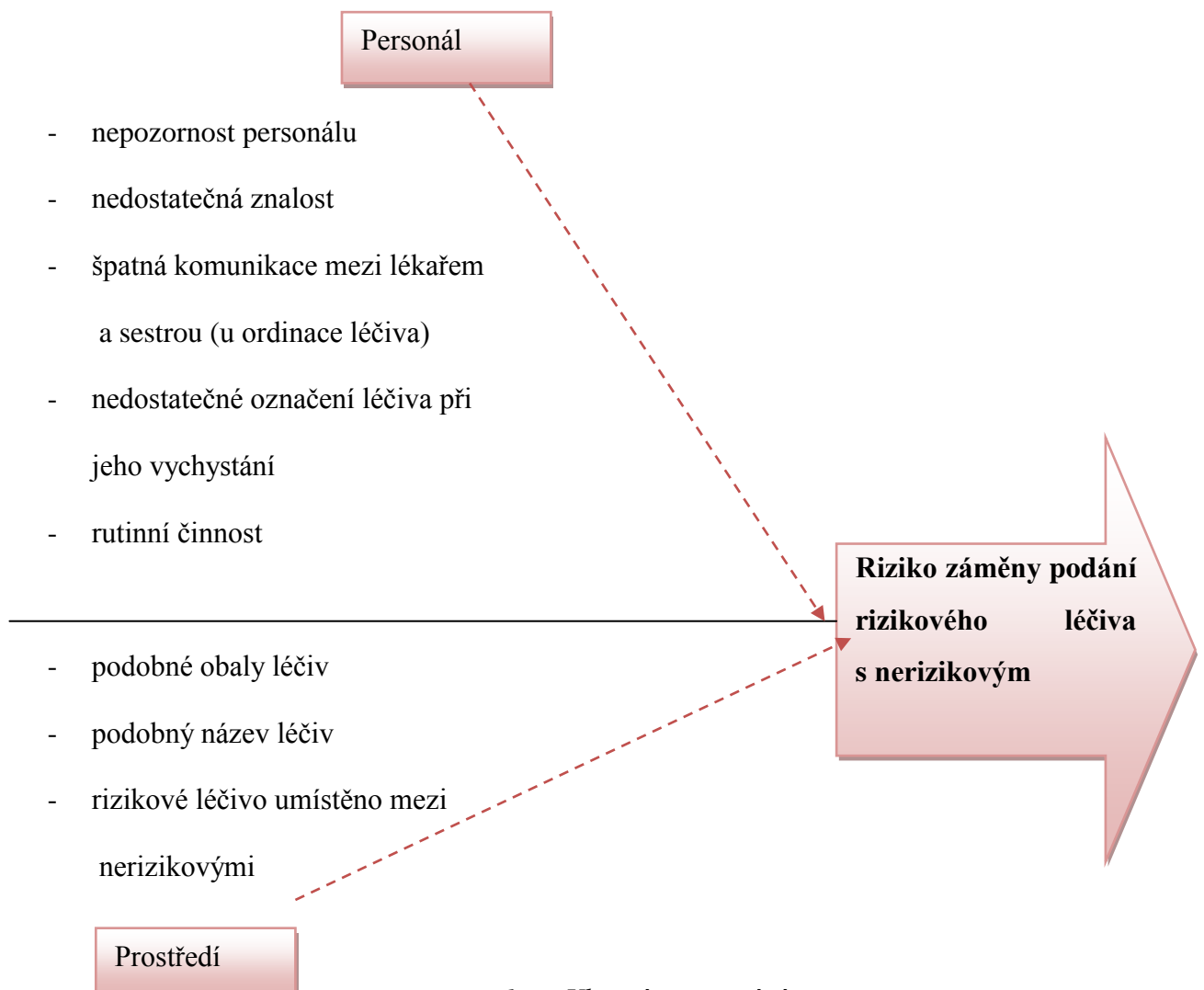
5 RBC 2 – BEZPEČNOST PŘI POUŽÍVÁNÍ RIZIKOVÝCH LÉČIV

Rizika vyplývající z druhého resortního bezpečnostní cíle MZČR jsme určily v následujících kategoriích.

5.1 Riziko záměny podání rizikového léčiva s nerizikovým

Riziko záměny podání rizikového léčiva s nerizikovým bylo ad hoc týmem určeno jako prioritní, pravděpodobnost rizika byla vyhodnocena 3 – jako možná a důsledek 4 jako vážný, celková míra rizika je 12 – tedy vysoká.

Obr. 7: Riziko záměny podání rizikového léčiva s nerizikovým - Ishikawův diagram



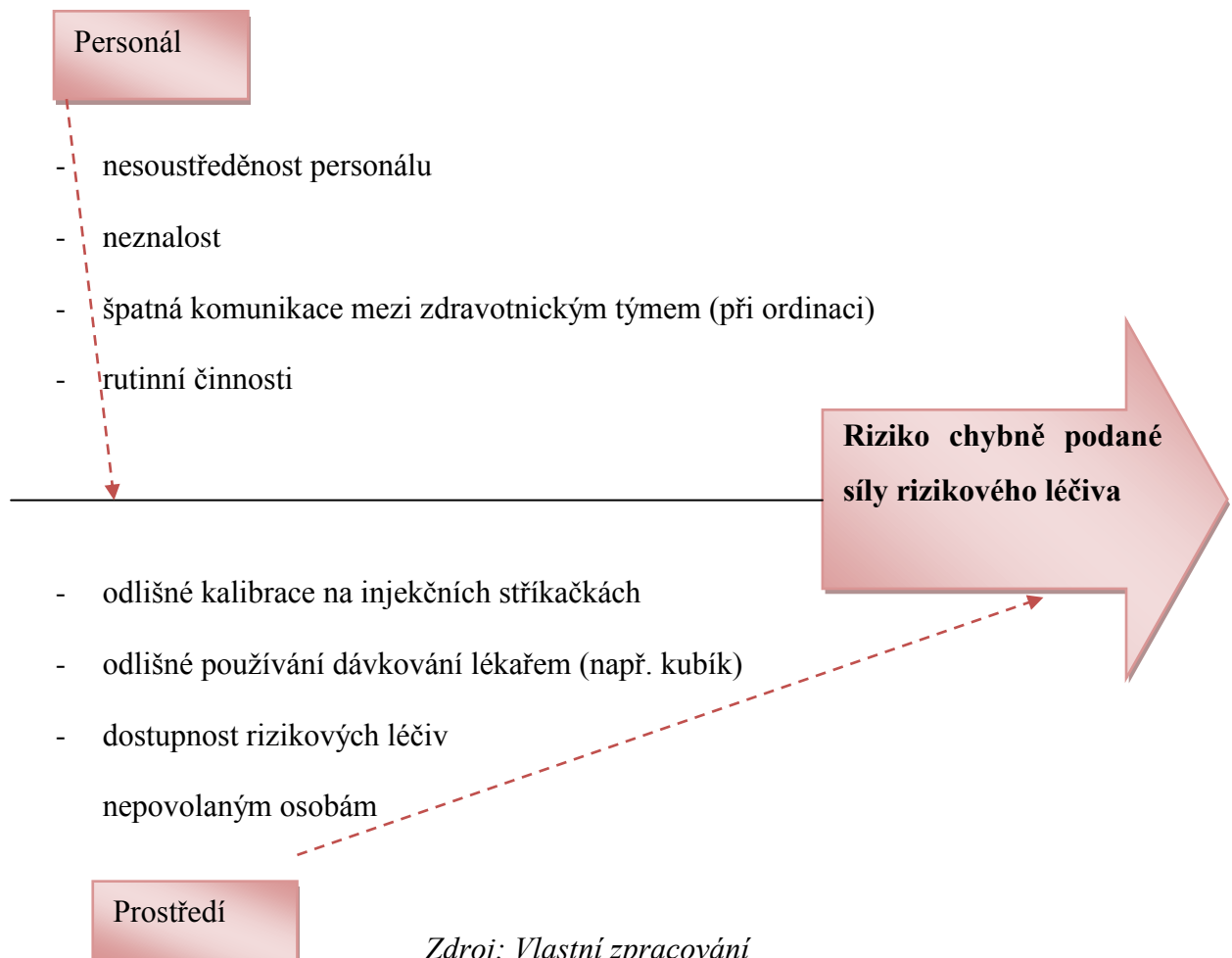
Zdroj: Vlastní zpracování

Způsob eliminace rizika záměny podání rizikového léčiva s nerizikovým:

- organizace vytvoří VP o zacházení s rizikovými přípravky
- barevné označení rizikových léčiv (červeně)
- odlišné umístění rizikových a nerizikových léčiv
- rizikové léčiva aplikuje personál bez nutnosti odborného dohledu
- kontrola před podání léků (správný pacient, správný lék, správný čas, správná dávka, správný způsob podání)

5.2 Riziko chybně podané síly rizikového léčiva

Riziko špatně podané síly rizikového léčiva bylo vyhodnoceno s pravděpodobností rizika 3 – jako možná a důsledek 4 jako vážný, celková míra rizika je 12 – tedy vysoká.

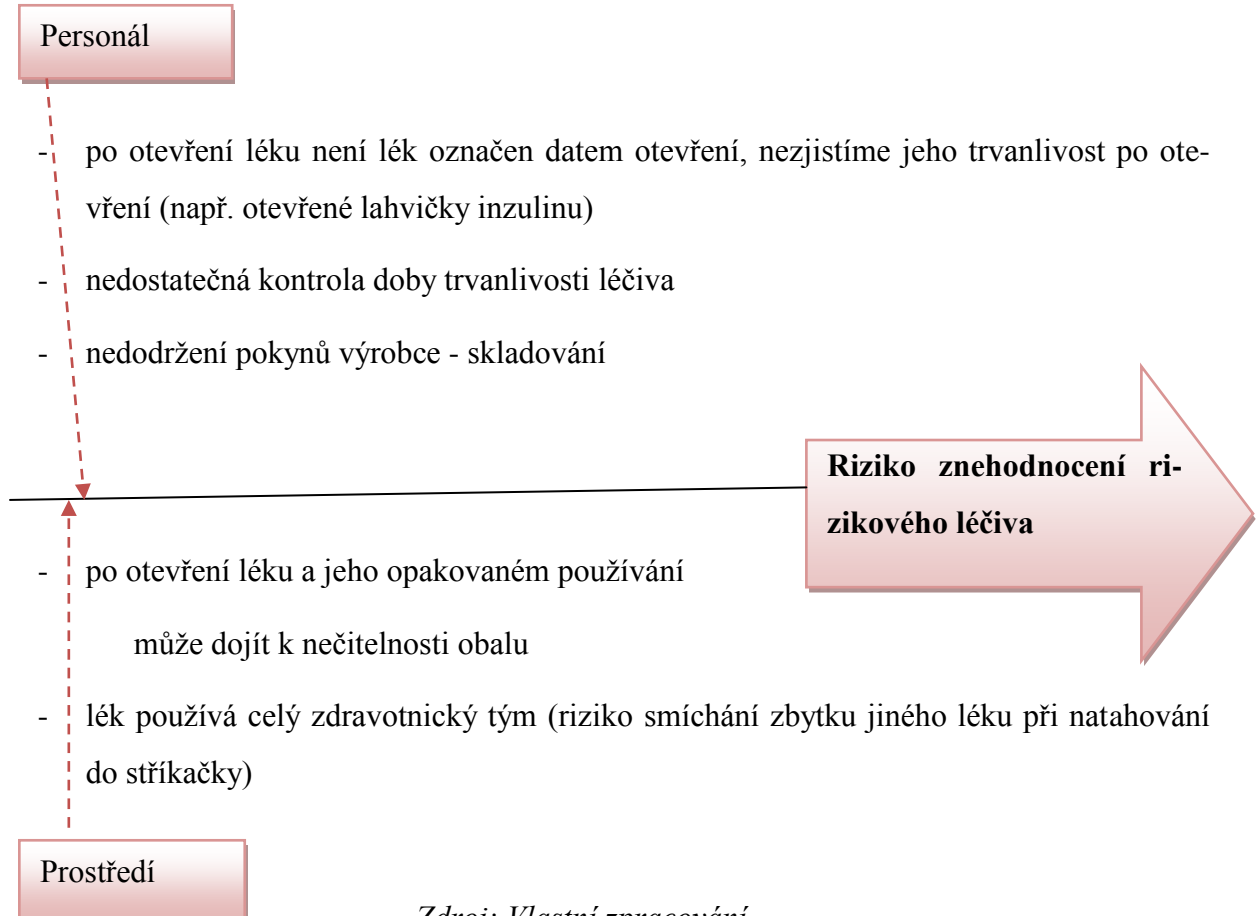
Obr. 8: Riziko chybně podané síla rizikového léčiva- Ishikawův diagram

Způsob eliminace rizika chybně podané síly rizikového léčiva:

- organizace vytvoří VP o zacházení s rizikovými přípravky
- přijímat pouze písemné ordinace
- používat pouze jeden druh injekčních stříkaček se shodnou kalibrací
- sjednotit a popsat používanou gramáž léčiv

5.3 Riziko znehodnocení rizikového léčiva

Dalším a posledním rizikem vyhodnoceným ad hoc týmem v této kategorii je riziko znehodnocení rizikového léčiva, pravděpodobnost tohoto rizika jsme vyhodnotily jako možnou 3 a důsledek jako 3 – míra rizika je tedy 9 – střední.

Obr. 9: Riziko znehodnocení rizikového léčiva – Ishikawův diagram

Zdroj: Vlastní zpracování

Způsob eliminace rizika znehodnocení rizikového léčiva:

- dodržovat pokyny výrobců na skladování a doporučené dávkování LP
- nastavit zodpovědnost a kompetence v týmu za skladování a kontrolu doby trvanlivosti LP
- vést dokumentaci o provedení kontroly doby trvanlivosti, o teplotě v místnosti, kde se rizikové léčiva nacházejí

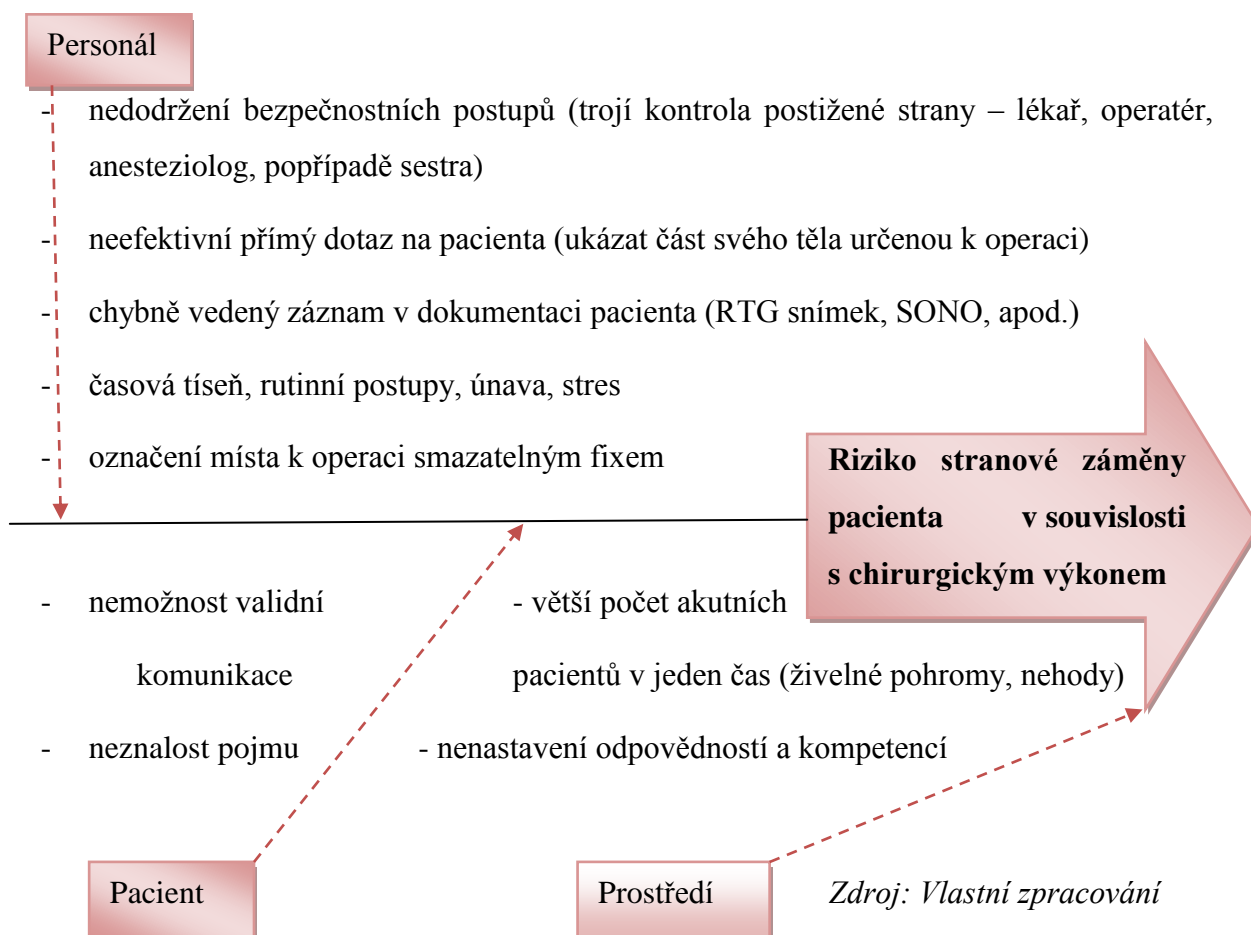
6 RBC 3 – PREVENCE ZÁMĚNY PACIENTA, VÝKONU A STRANY PŘI CHIRURGICKÝCH VÝKONECH

Dalším z akčních cílů kvality stanovených MZČR je Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech. Riziko záměny pacienta je rozebráno v bezpečné identifikaci pacienta. Rizika vyplývající z prevence záměny výkonu a strany při chirurgických výkonech jsme určily v následujících kategoriích.

6.1 Riziko stranové záměny pacienta v souvislosti s chirurgickým výkonem

Po identifikaci rizika určil ad hoc tým pravděpodobnost rizika 3 (možné), důsledek 5 (katastrofální), celková míra rizika je 15 – riziko je vysoké.

Obr. 10: Riziko stranové záměny pacienta v souvislosti s chirurgickým výkonem – Ishikawův diagram



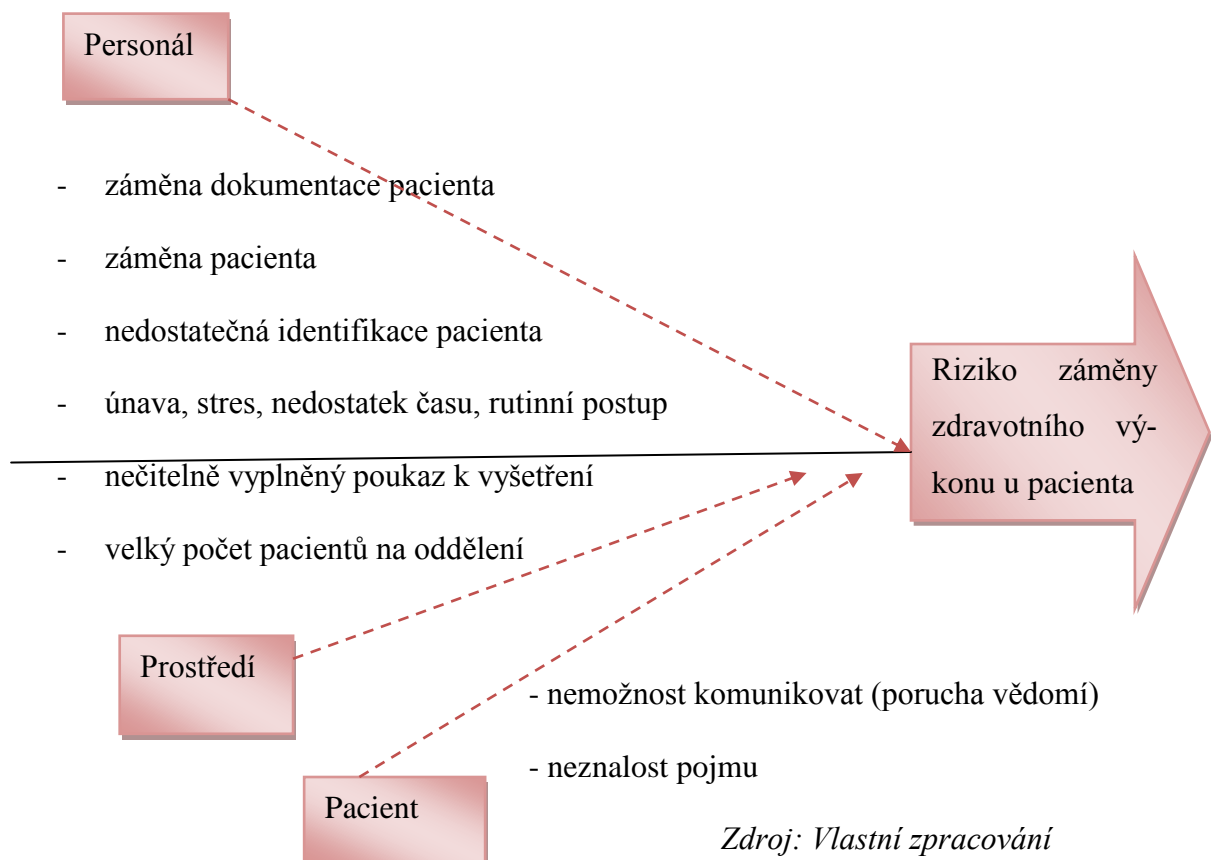
Způsob eliminace rizika stranové záměny pacienta v souvislosti s chirurgickým výkonem:

- lékař je povinen zeptat se pacienta, aby ukázal na svou část těla určenou k operaci.
- pokud tento manuální akt souhlasí s dokumentací, lékař označí operované místo nesmazatelným fixem, tak, aby bylo viditelné.
- organizace má vytvořený plán pro ošetření více akutních pacientů v jeden čas.

6.2 Riziko záměny zdravotního výkonu u pacienta

Dalším identifikovaným rizikem ad hoc týmem je riziko záměny zdravotního výkonu u pacienta, zdravotním výkonem se myslí jakýkoliv diagnostický nebo terapeutický výkon z perspektivy lékařské i ošetrovatelské péče. Pravděpodobnost tohoto rizika je očekávaná – pravděpodobnost výskytu rizika je vysoká (4), důsledky mohou být vážné (3). Míra rizika je 12 – střední.

Obr. 11: Riziko záměny zdravotního výkonu u pacienta – Ishikawův diagram



Způsob eliminace rizika záměny zdravotního výkonu u pacienta:

- Sestra, nebo osoba doprovázející pacienta ke zdravotnímu výkonu je povinna pacienta identifikovat, sestra přebírající pacienta k výkonu je povinna pacienta identifikovat
- Pacient se několikrát oslovuje příjmením,(např. paní Nováková, máte na něco alergie?)
- poukaz k vyšetření obsahuje čitelné, pravdivé záznamy s odůvodněním žadatele proč výkon provést
- nečitelné žádanky s nesouhlasícími údaji se nepřijímají a zdravotní výkon nelze provést

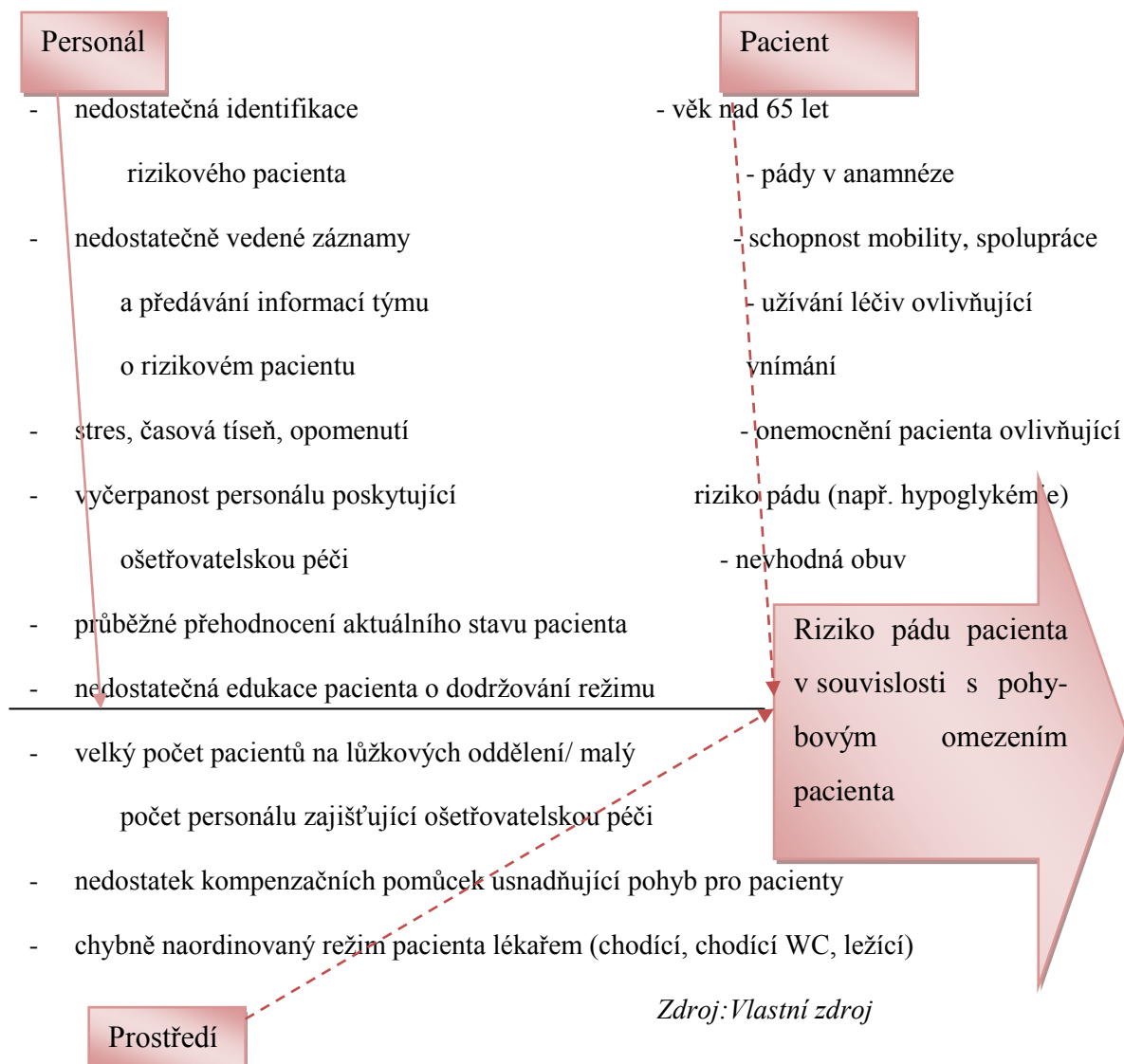
7 RBC 4 – PREVENCE PÁDU PACIENTA

Velmi aktuálním problémem zdravotnictví určených v akčním plánu kvality MZČR je resortní bezpečnostní cíl 4 – Prevence pádu pacienta. Pro tento RBC určil ad hoc tým rizika v následujících kategoriích.

7.1 Riziko pádu pacienta v souvislosti s pohybovým omezením pacienta

Identifikované riziko bylo ad hoc týmem vyhodnoceno s jistou pravděpodobností (5) – riziko hrozí kontinuálně, se středními důsledky (3), které mohou způsobit až vážnou újmu na zdraví, újmu pověsti zdravotnického zařízení. Míra rizika je 15 – střední riziko.

Obr. 12: Riziko pádu pacienta v souvislosti s pohybovým omezením pacienta – Ishikawův diagram



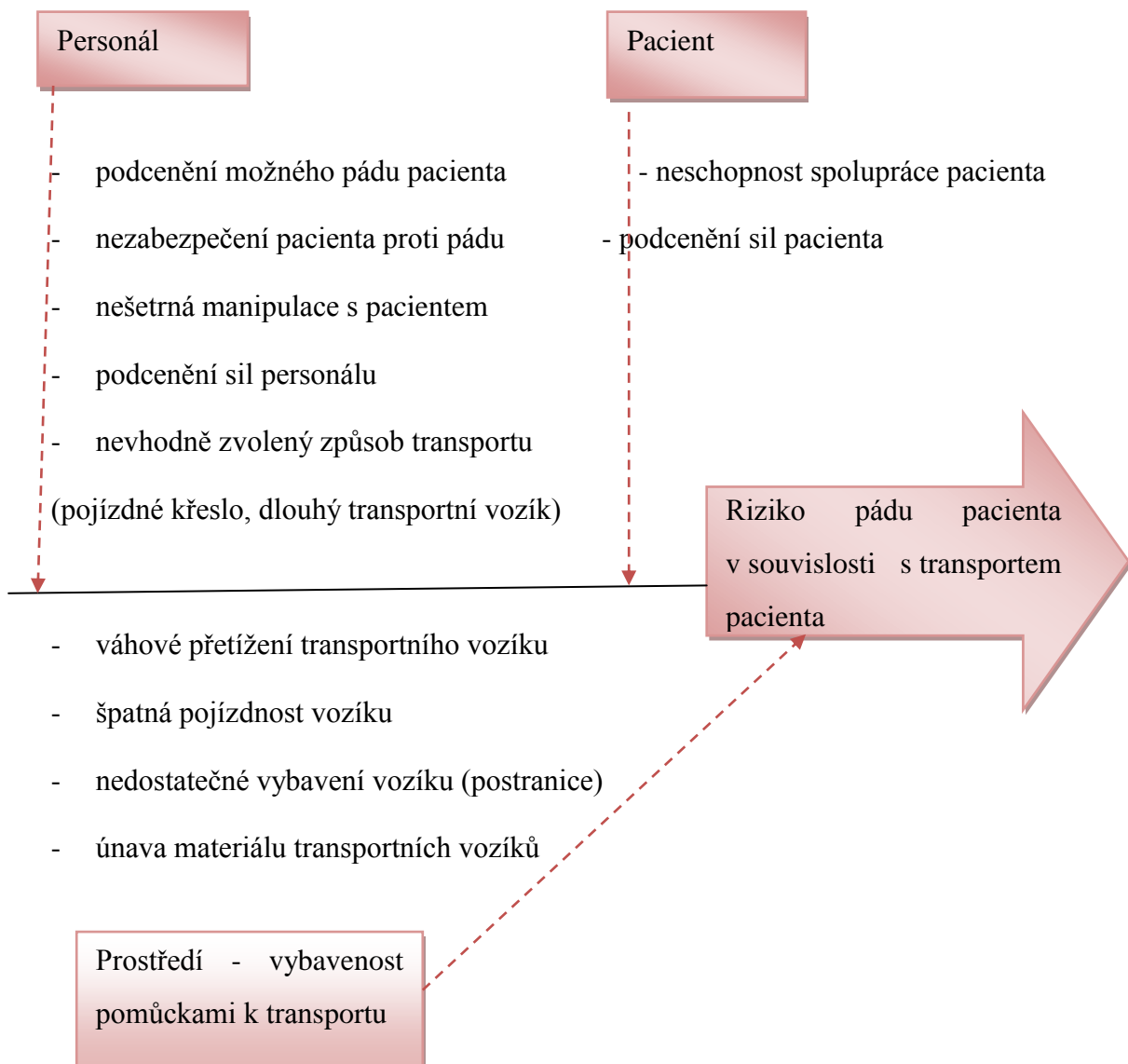
Způsob eliminace rizika pádu pacienta v souvislosti s pohybovým omezením pacienta:

- správně odebraná anamnéza pacienta a správně vedený zápis do dokumentace
- včasné přehodnocení stavu pacienta v souvislosti s možným omezením pohyblivosti (po výkonech, po užití léků)
- vhodná edukace pacienta o dodržení režimu
- signalizace pacienta na sestru na dosahu pacienta
- dostatečné personální zabezpečení
- zodpovědnost lékaře za ordinovaný režim pacienta
- použití bezpečnostních pomůcek (postranice lůžka, transportní pomůcky)
- vybavení oddělení bezpečnostními pomůckami proti pádu
- zajištění postelí, nábytku, jídelních stolků proti pohybu

7.2 Riziko pádu pacienta v souvislosti s transportem pacienta

Dalším identifikované riziko ad hoc týmem bylo určeno s mírou pravděpodobnosti (5) – kontinuální hrozba rizika, s možným důsledkem středním – s rizikem vážné újmy na zdraví pacienta (3). Celková míra riziky je 15 – riziko je střední.

Obr. 13: Riziko pádu pacienta v souvislosti s transportem pacienta- Ishikawův diagram



Zdroj: Vlastní zpracování

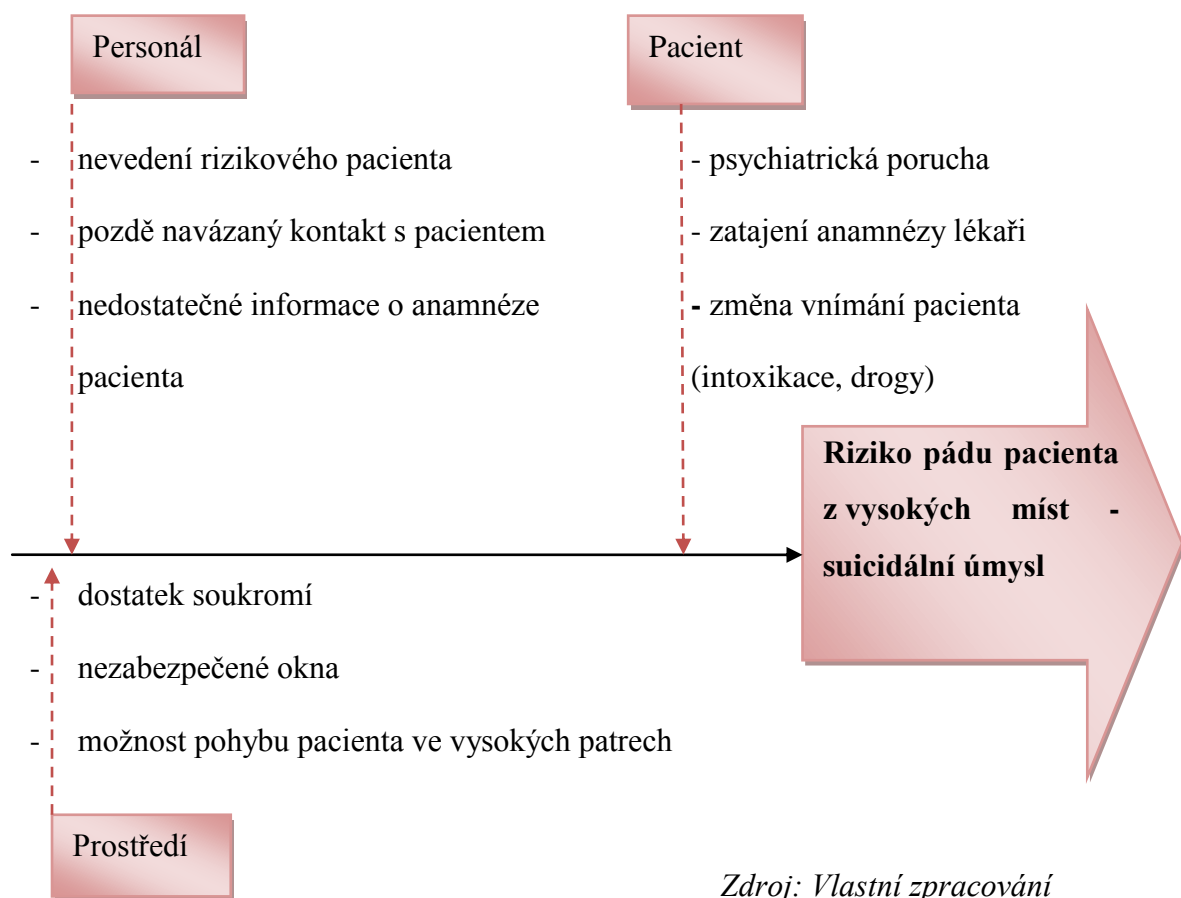
Způsob eliminace rizika pádu pacienta v souvislosti s transportem pacienta:

- Sestra je zodpovědná za bezproblémový a bezpečný převoz pacienta až do jeho předání na místa cílu transportu (s výjimkou využití externích transportních služeb organizace)
- pacient je během transportu zajištěn proti pádu (pásy, postranice)
- dostatečný počet personálu při transportu pacienta
- označení vozíků nosností
- periodické kontroly technického stavu vozíků
- součástí vybavení transportních vozíků musejí být funkční brzdy, postranice)
- terén transportu je bezpečný (bezbariérový, bez překážek)

7.3 Riziko pádu pacienta z vysokých míst (suicidální úmysl)

Riziko pádu pacienta z vysokých míst (budovy) bylo vyhodnoceno s pravděpodobností 2 (nízkou – riziko se vyskytuje zřídka, ale možnost výskytu existuje) a důsledkem 5 (katastrofickým – s možným úmrtím pacienta). Celková míra rizika je 10. Riziko je tedy vysoké.

Obr. 14: Riziko pádu pacienta z vysokých míst (suicidální úmysl)- Ishikawův diagram



Způsob eliminace rizika pádu pacienta z vysokých míst (suicidální úmysl):

- věnovat zvýšenou pozornost a dohled u rizikových pacientů
- zabezpečit okna ve vysokých místech (fólie proti rozbití, větrání na 25 cm)
- sledovat pohyb pacienta
- zabezpečit rizikové prostory

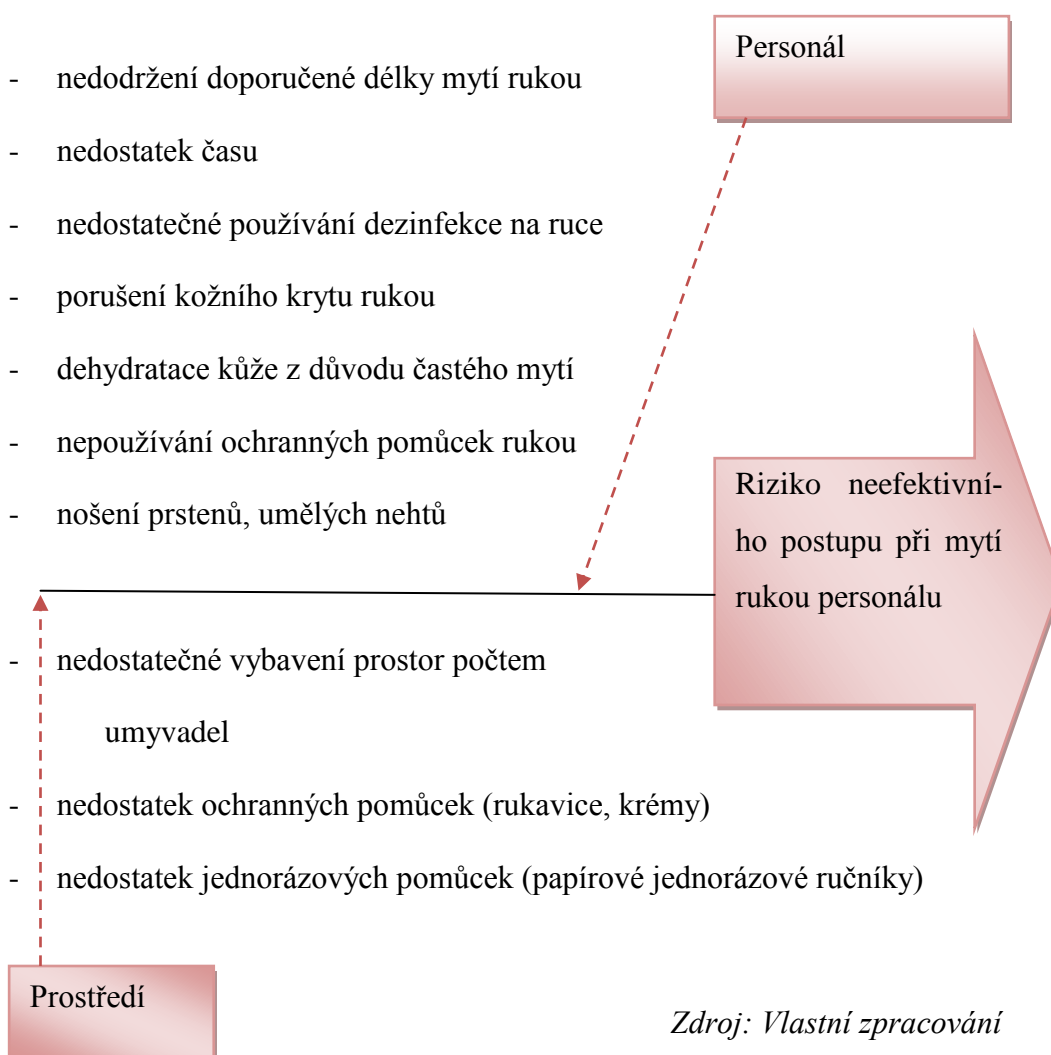
8 RBC 5 – ZAVEDENÍ OPTIMÁLNÍCH POSTUPŮ HYGIENY RUKOU PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Resortní bezpečnostní cíl číslo 5 určený MZČR v rámci akčního plánu kvality je při poskytování ústavní nemocniční péče velmi aktuální. Sestaveným ad hoc týmem byly určena rizika vyplývající z daného cíle následovně.

8.1 Riziko neefektivního postupu při mytí rukou personálu

Po identifikaci rizika bylo riziko vyhodnoceno s pravděpodobností 5 (jistou, kontinuální hrozbou každý den) a důsledkem 3 (střední s možnou vážnou újmou na zdraví, porušení standardů). Míra rizika je 15 – střední.

Obr. 15: Riziko neefektivního postupu při mytí rukou personálu - Ishikawův diagram



Zdroj: Vlastní zpracování

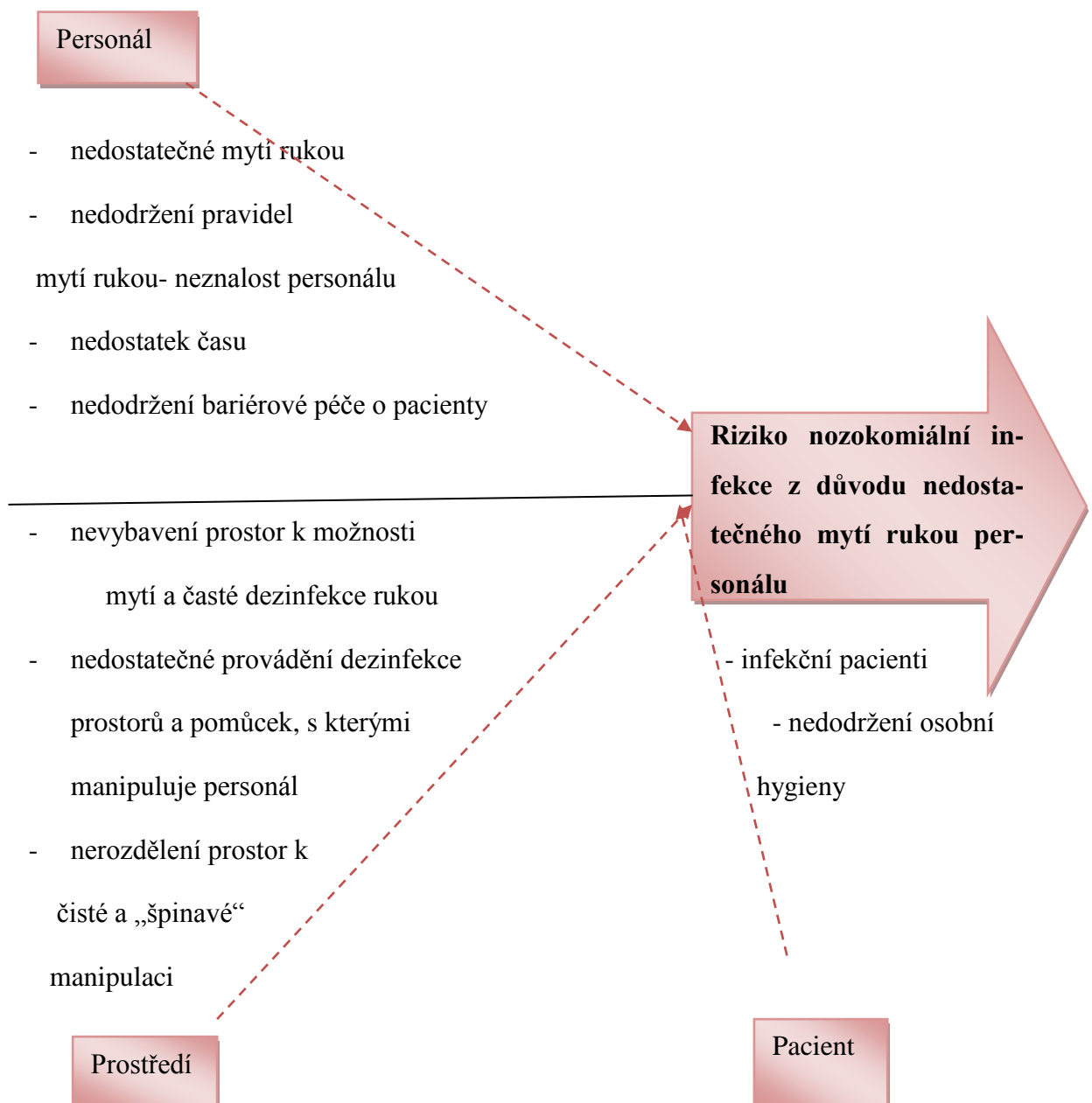
Způsob eliminace rizika neefektivního postupu při mytí rukou:

- nad každým umyvadlem určeným pro mytí rukou vyvěsit návod na ruce
- dezinfekční prostředek používat po každé a před každou manipulací s pacientem
- zaměstnavatel zajistí dostatek jednorázových pomůcek k hygieně rukou a ochranných pomůcek k zajištění bariérové péče o pacienty a péči o kůži personálu
- organizace periodicky proškolí všechny zaměstnance o dodržování postupu při mytí rukou – o tomto vede dokumentaci
- organizace sleduje množství spotřebovaného mýdla a dezinfekce na pracovišti
- organizace provádí periodické stěry z rukou personálu – o tomto vede zápisy
- personál se vyvaruje nošení prstenů, náramků, umělých nehtů na rukou – kontrola vedoucím pracovníkem, postihy při nedodržení pravidel

8.2 Riziko nozokomiální infekce z důvodu nedostatečného mytí rukou personálu

Add hoc týmem bylo toto riziko hodnoceno s pravděpodobností 4 (očekávanou, s vysokou pravděpodobností výskytu rizika) a důsledkem 3 (středním, s možnou vážnou újmou na zdraví, nedodržení standardů). Míra rizika je tedy 12 – riziko je střední.

Obr. 16: Riziko nozokomiální infekce z důvodu nedostatečného mytí rukou - Ishikawův diagram



Zdroj: Vlastní zpracování

Způsob eliminace rizika nozokomiální infekce z důvodu nedostatečného mytí rukou personálu:

- periodické školení personálu o mytí rukou, kontrola dodržování vedoucím pracovníkem
- zajištění místnosti k oddělené manipulaci s čistým a špinavým prádlem
- správně použitý dezinfekční přípravek, dostatečné působení – záznamy o provedení dezinfekce, určení kompetence personálu za provedení dezinfekce a zodpovědnost
- bariérový režim u infekčních pacientů (oddělení pokojů, pomůcek, nádobí, prádla)
- dopomoc a dohled při hygieně pacientů
- monitorování počtu nozokomiálních nákaz

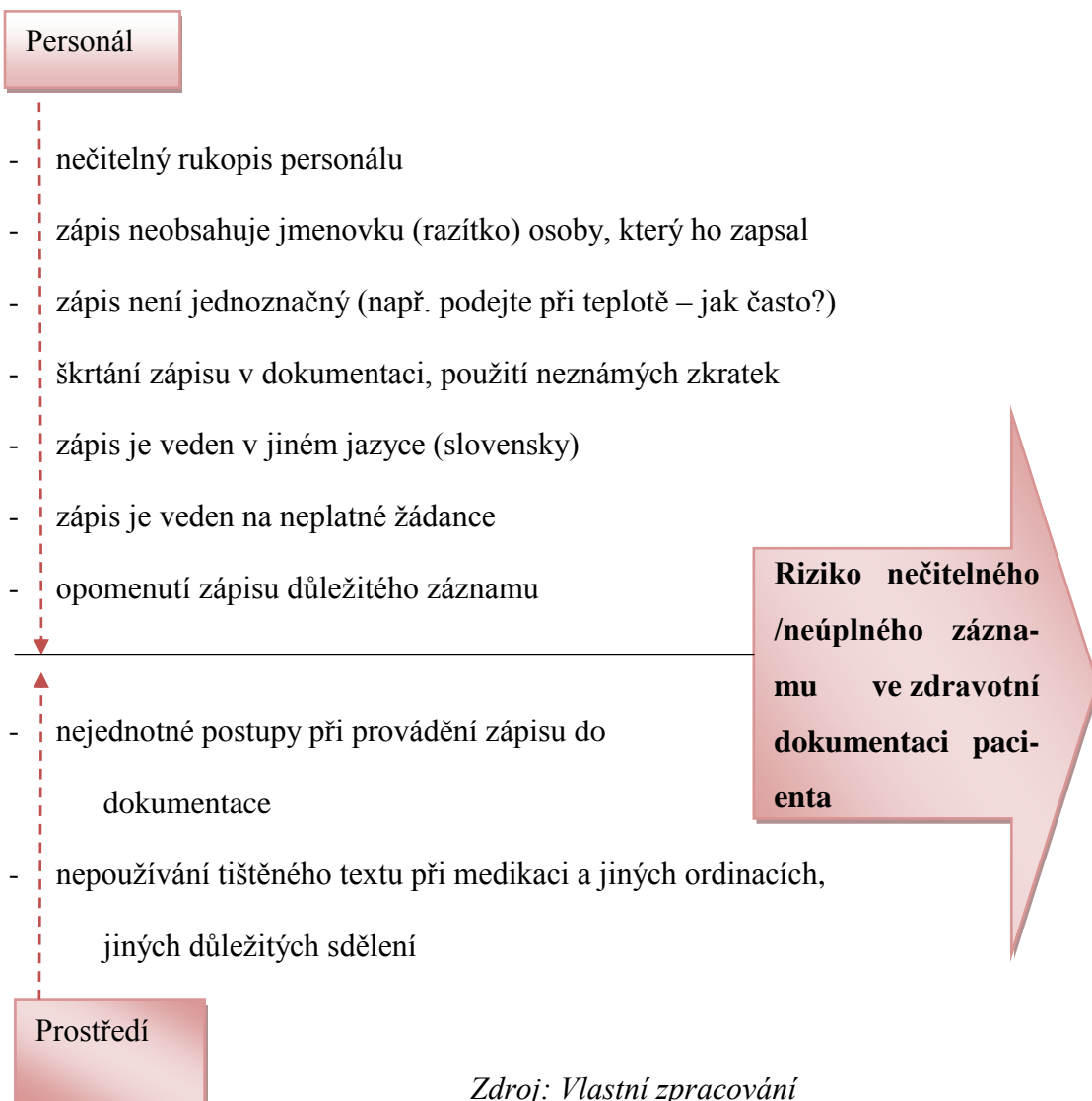
9 RBC 6 – BEZPEČNÁ KOMUNIKACE

Pro resortní bezpeční cíl číslo 6 byla identifikována rizika v následujících kategoriích.

9.1 Riziko nečitelného / neúplného záznamu ve zdravotním záznamu pacienta

Jako prioritní riziko bylo ad hoc týmem vyhodnoceno s pravděpodobností 5 (kontinuální hrozba rizika) a vážnými důsledky 4. Míra rizika je tedy 20 – riziko je extrémní.

Obr. 17: Riziko nečitelného / neúplného záznamu ve zdravotní dokumentaci pacienta - Ishikawův diagram



Zdroj: Vlastní zpracování

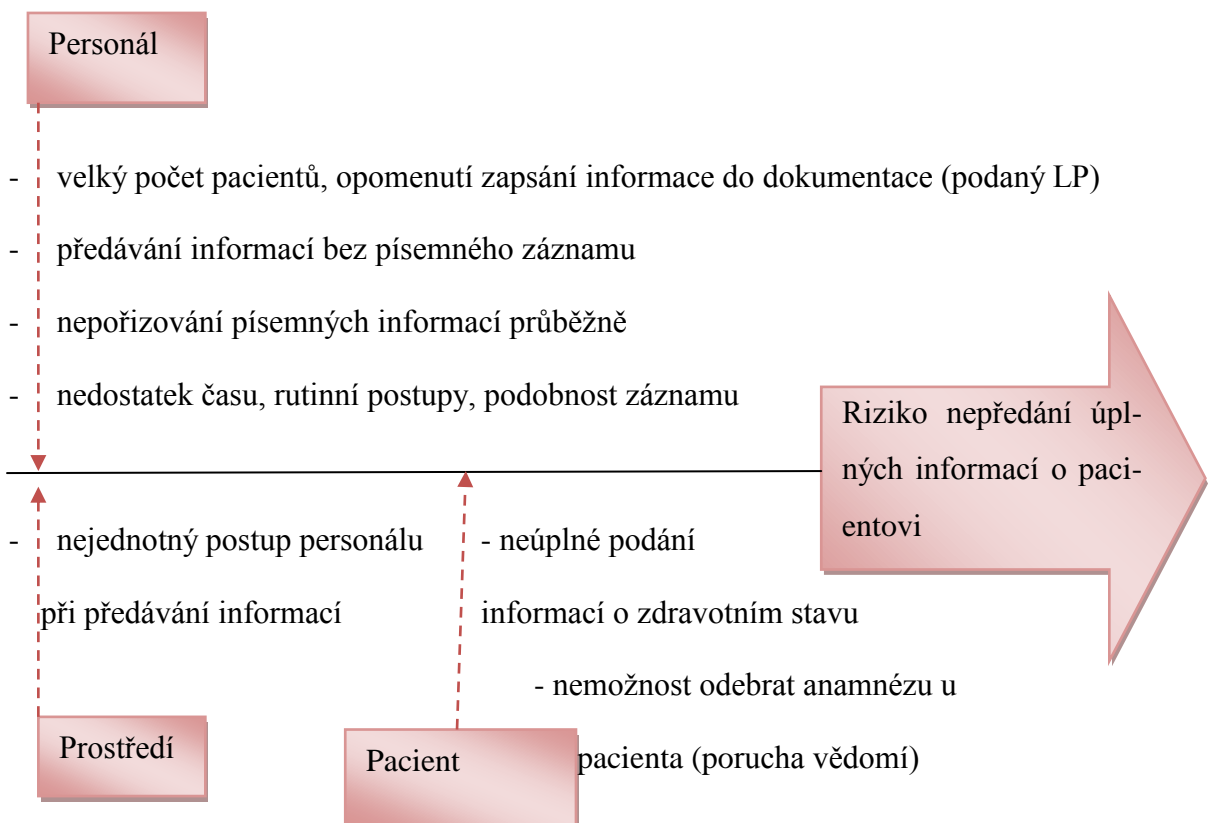
Způsob eliminace rizika nečitelného/neúplného záznamu ve zdravotní dokumentaci pacienta:

- psát čitelně, nejlépe hůlkovým písmem
- označit každý provedený zápis jmenovkou osoby, která jej vepsala s podpisem
- v dokumentaci neškrteme – záznamy se opravují
- zápisy musí být vedeny v českém jazyce
- používat maximálně možnosti tisku (medikace, žádanky, jiné ordinace)

9.2 Riziko nepředání úplných informací o pacientovi

Dalším rizikem z hlediska priority bylo určeno riziko nepředání úplných informací o pacientovi, ve smyslu předávání služeb personálu, neodebrání úplné anamnézy pacienta. Toto riziko bylo vyhodnoceno s pravděpodobností 4 (riziko je očekávané) a s důsledkem 4 (vážným, s možnou trvalou újmou na zdraví). Celková míra rizika je 16 – riziko je vysoké.

Obr. 18: Riziko nepředání úplných informací o pacientovi - Ishikawův diagram



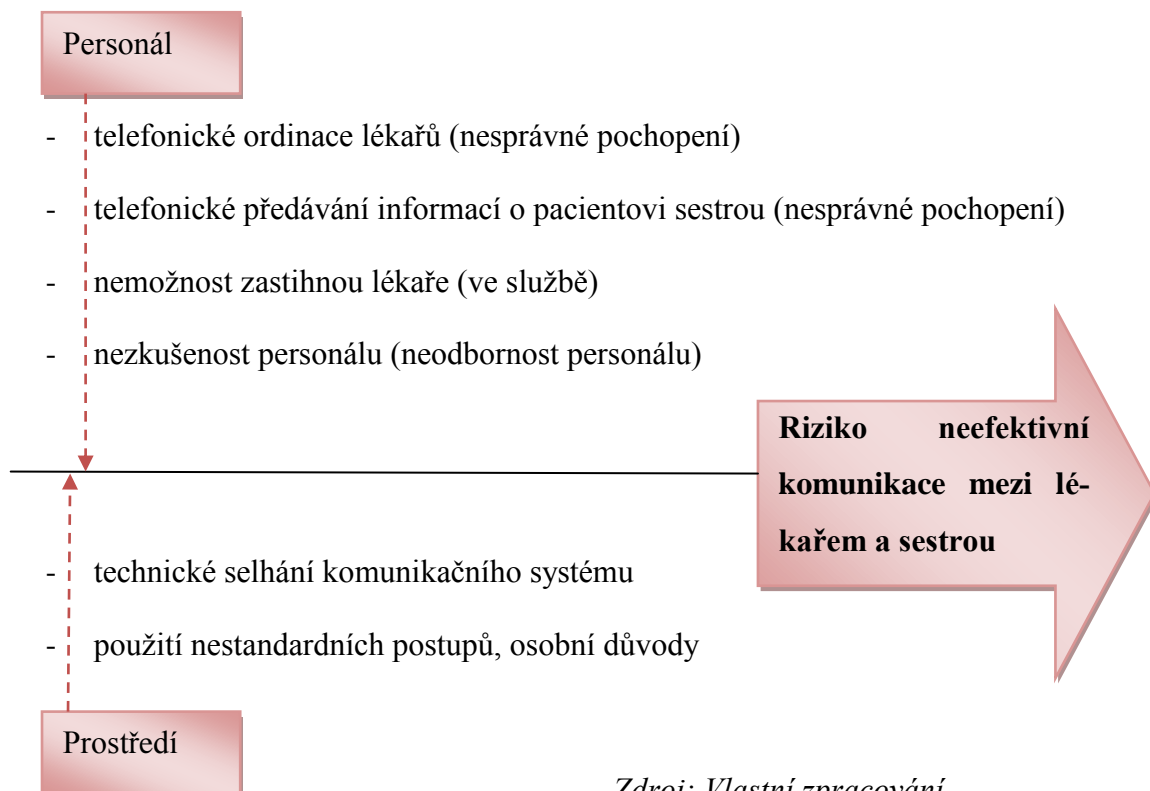
Zdroj: Vlastní zpracování

Způsob vedoucí k eliminaci rizika nepředání úplných informací o pacientovi:

- informace předávat pouze na základě písemných záznamů, které jsou doplňovány průběžně
- pacienta se při dotazování s cílem získat informace ptáme jasně, poskytnuté informace, ověřujeme jinak formulovanou otázkou
- organizace stanoví jasný postup a rozsah při odebírání anamnézy pacienta a provedení zápisu do dokumentace
- k odebrání anamnézy pacienta je vhodná samostatná místnost

9.3 Riziko neefektivní komunikace mezi lékařem a sestrou

Dalším rizikem určený dle priority bylo ad hoc týmem identifikováno riziko neefektivní komunikace mezi lékařem a sestrou. Toto riziko bylo vyhodnoceno s mírou pravděpodobnosti 4 (očekávané, riziko je vysoké), s možnými důsledky 4 (vážnými). Celková míra rizika je 16 – riziko je vysoké.

Obr. 19: Riziko neefektivní komunikace mezi lékařem a sestrou - Ishikawův diagram

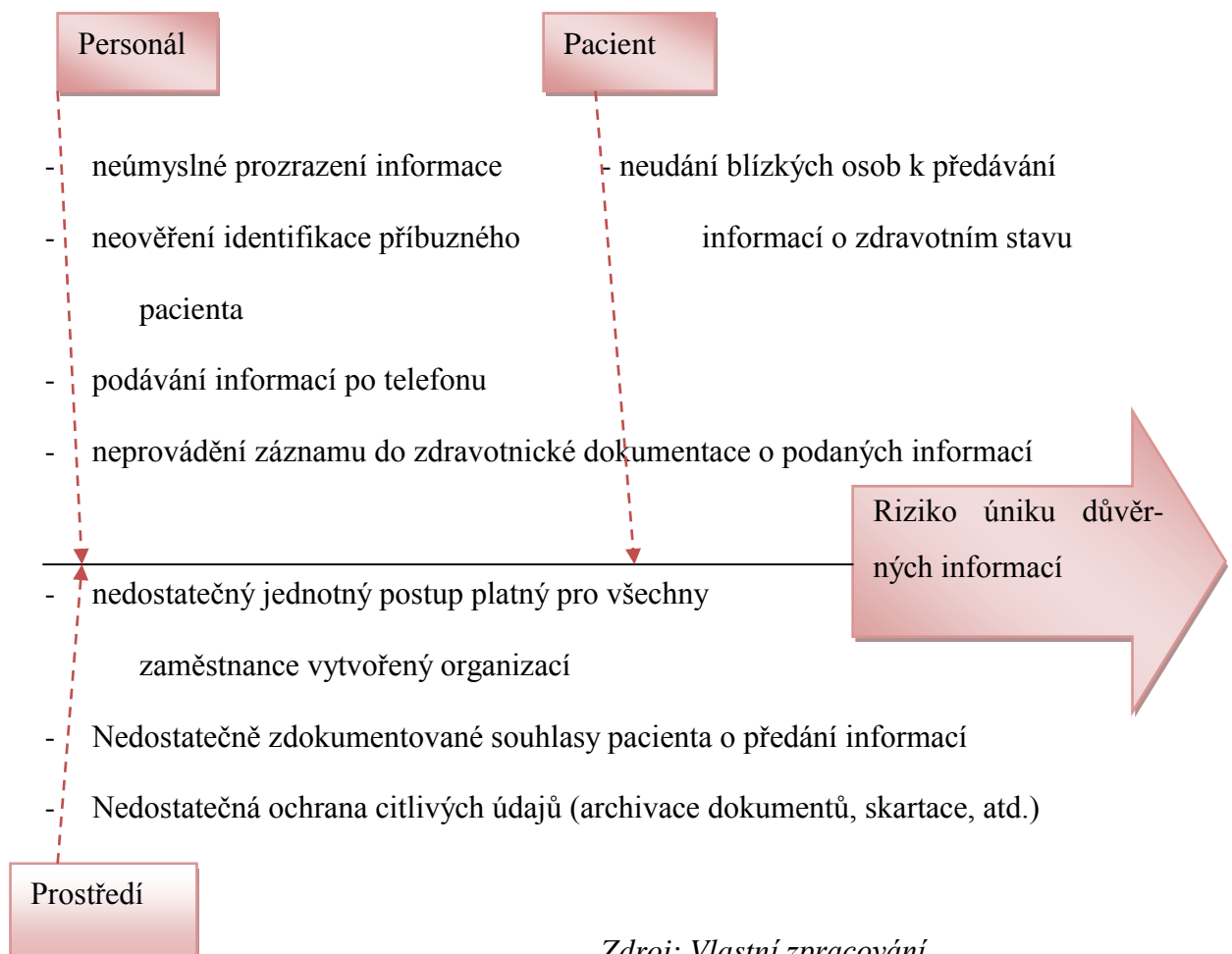
Zdroj: Vlastní zpracování

Způsob eliminace rizika neefektivní komunikace mezi lékařem a sestrou:

- u telefonických ordinací ověřovat zpětné pochopení informací, zopakovat ordinaci
- při telefonické ordinaci provádět zápis do zdravotnické dokumentace
- v případě nemožnosti zastihnout lékaře na telefonu, zajistit náhradní řešení (jiný kontakt)
- náhradní řešení při technickém problému s komunikací (náhradní mobilní telefony)

9.4 Riziko úniku důvěrných informací

Identifikované riziko bylo ad hoc týmem vyhodnoceno s pravděpodobností (4) - očekávanou a důsledkem vážným (4) - riziko soudního sporu, porušení standardů. Celková míra rizika je 16 – riziko je vysoké.

Obr. 20: Riziko úniku důvěrných informací - Ishikawův diagram

Zdroj: Vlastní zpracování

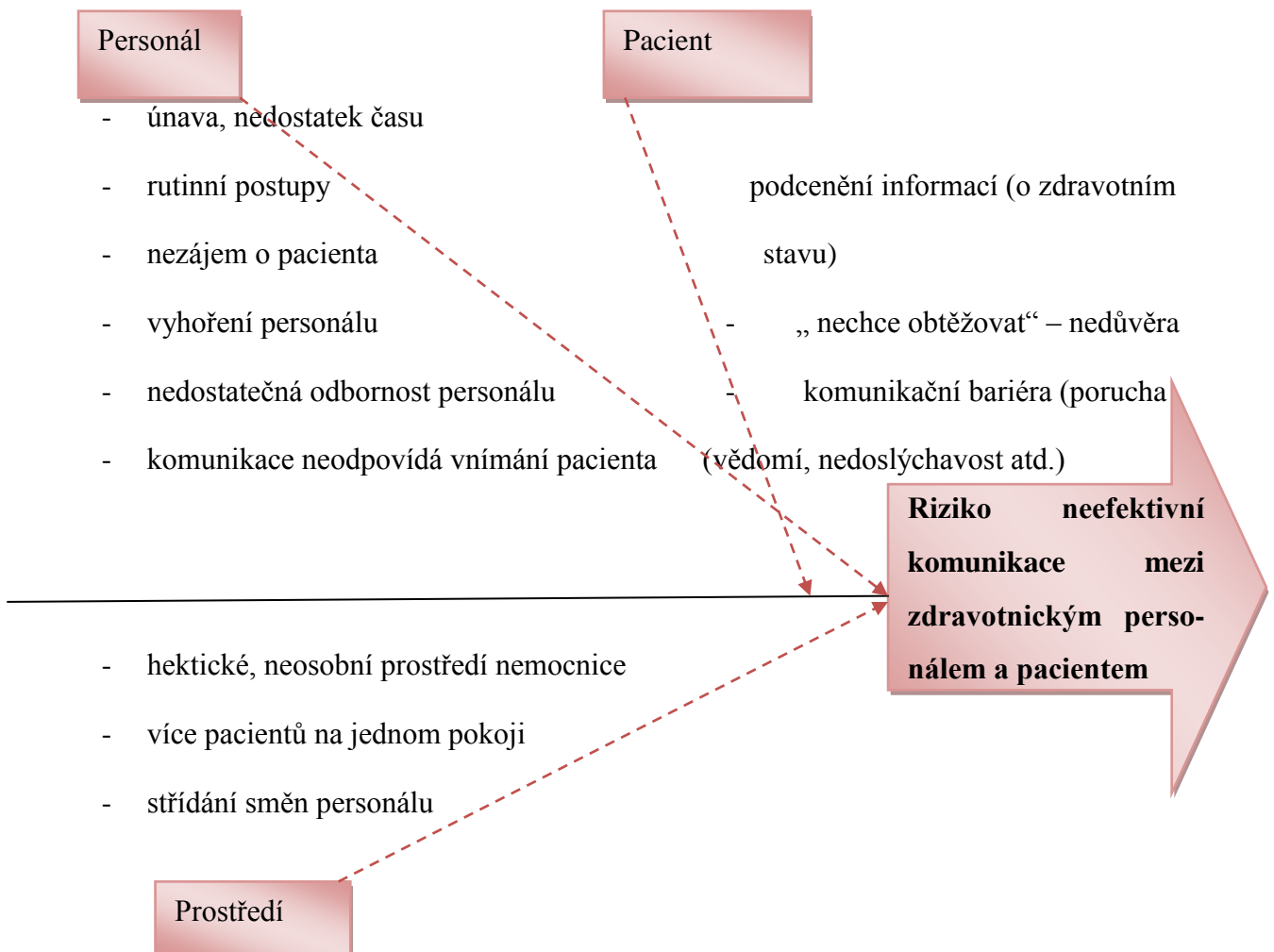
Způsob k eliminaci rizika úniku důvěrných informací:

- poučení pacienta o vhodnosti určení blízkých osob do chorobopisu pacienta
- edukace personálu o riziku úniku důvěrných informací
- organizace určí jasné pravidla pro možnost podávání informací o zdravotním stavu pacienta (identifikace volajícího, zápis do zdravotnické dokumentace)
- personál edukuje pacienta při vyplňování informovaných souhlasí, v případě potřeby poskytne pacientovi poradenství, provádí kontrolu správnosti dat

9.5 Riziko neefektivní komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem

Po identifikaci tohoto rizika, bylo toto riziko ad hoc týmem vyhodnoceno s pravděpodobností 4 (očekávanou), s důsledky středními - (3), míra rizika je tedy 12, riziko je střední.

Obr. 21: Riziko neefektivní komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem - Ishikawův diagram



Zdroj: Vlastní zpracování

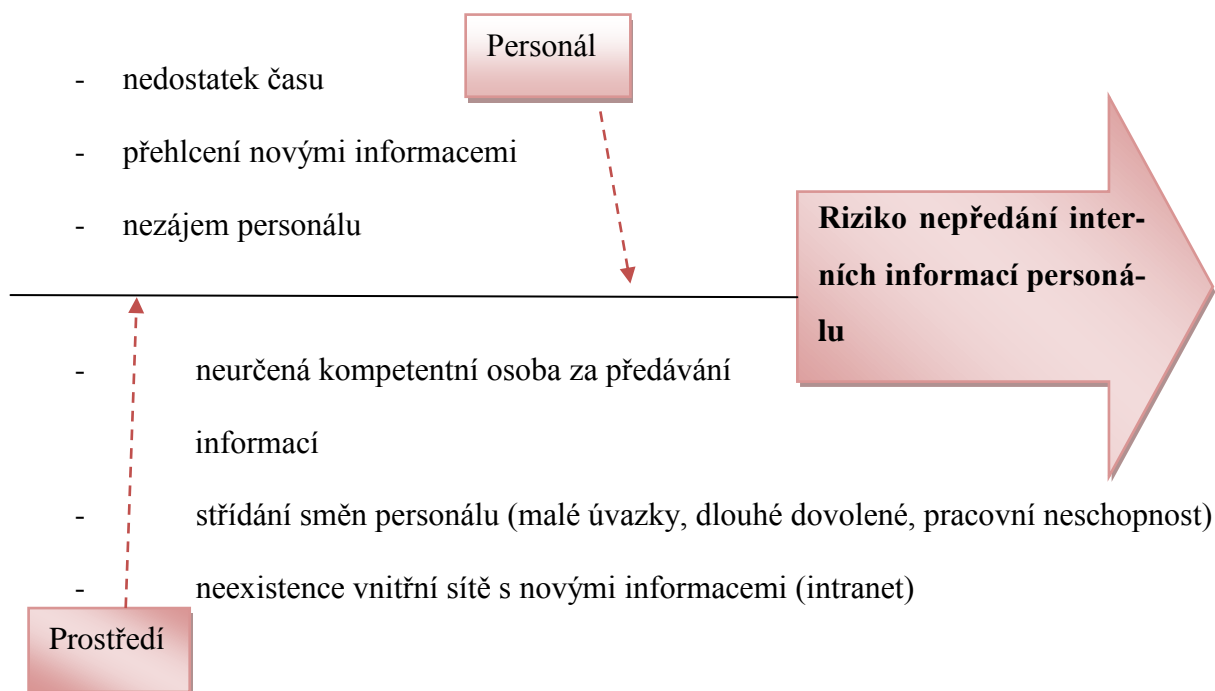
Způsob k eliminaci rizika neefektivní komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem:

- personál se chová profesionálně, dodržuje etický kodex
- zaměstnavatel aktivně bojuje se syndromem vyhoření u personálu (dodatková dovolená apod.), v případě potřeby je závodní lékař zodpovědný zajistit pomoc
- při komunikaci s pacientem jednáme klidně, nespěcháme, cílem je získat důvěru pacienta
- odbourání anonymity personálu
- organizace určí vnitřním pokynem metodický postup k efektivní komunikaci platný jednotně

9.6 Riziko nepředání interních záležitostí personálu

Identifikované riziko je myšleno ve smyslu nedostatečného předávání nových informací (např. vydání nových vnitřních předpisů) veškerému personálu. Pravděpodobnost rizika je 4 (očekávané), se středním důsledkem (3). Celková míra rizika je 12 - střední.

Obr. 22: Riziko nepředání interních informací personálu - Ishikawův diagram



Způsob k eliminaci rizika nepředání interních informací personálu:

- organizace vypracuje jednotné pravidla pro předávání interních informací a určí kompetentní a zodpovědné osoby za toto předání, které je zdokumentováno
- zodpovědná osoba předává interní informace různými druhy komunikace (vzkazy na nástěnkách, emailem, intranet)
- v zájmu organizace je vytvoření jednoho centrálního úložiště informací dostupného všem zúčastněným osobám (intranet)

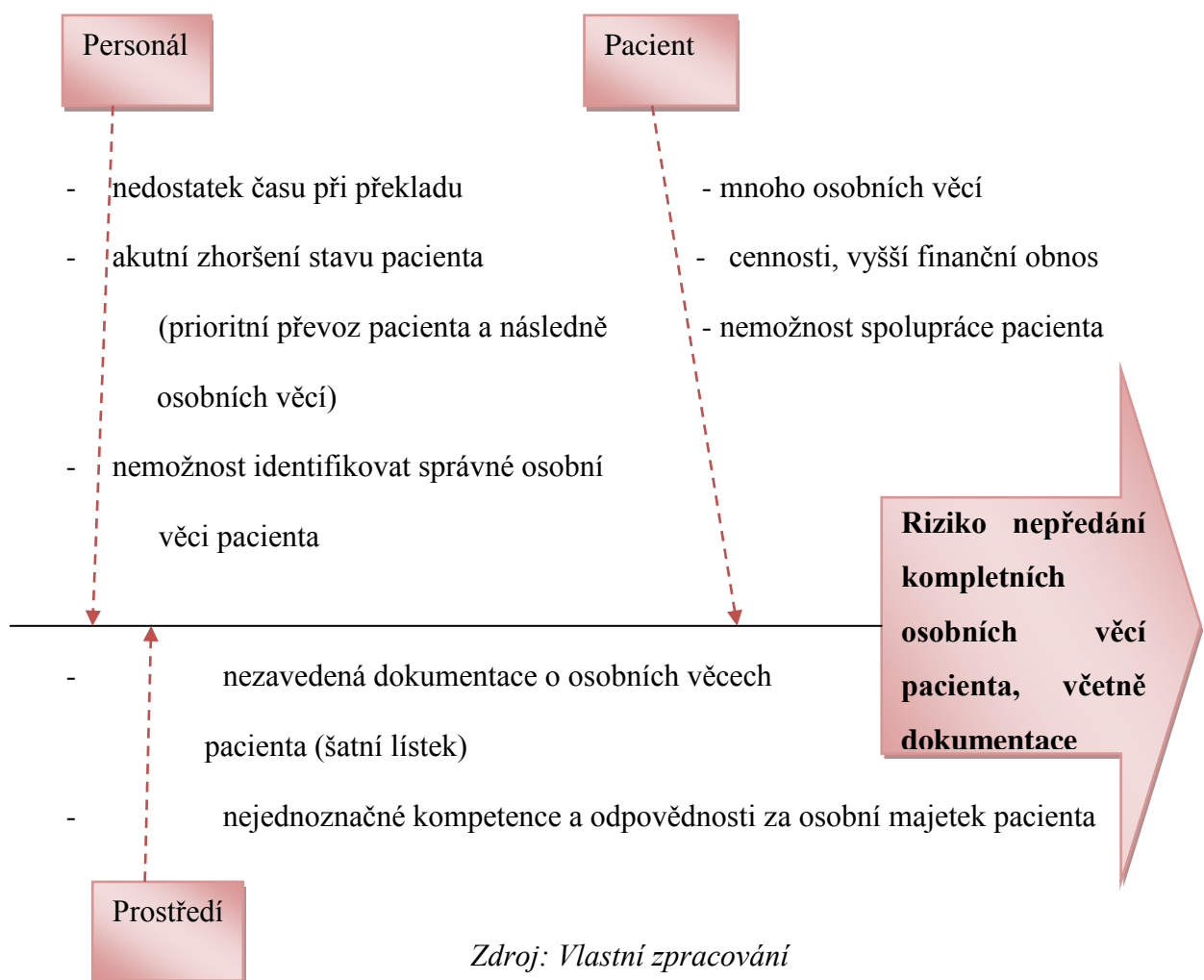
10 RBC 7 – BEZPEČNÉ PŘEDÁVÁNÍ PACIENTŮ

Rizika vyplývající z posledního resortního bezpečnostního cíle vytvořeného MZČR jsme identifikovali v následujících kategoriích. Jako prioritní identifikované riziko bylo určeno Riziko neúplného předání informací o pacientovi je vyhodnoceno v RBC 6.2.

10.1 Riziko nepředání kompletních osobních věcí pacienta, včetně dokumentace

Ad hoc týmem bylo toto riziko identifikováno s možnou pravděpodobností 4 (očekávanou) a důsledkem 3 (Střední). Míra rizika je tedy 12 – riziko je střední.

Obr. 23: Riziko nepředání kompletních věcí pacienta, včetně dokumentace - Ishikawův diagram

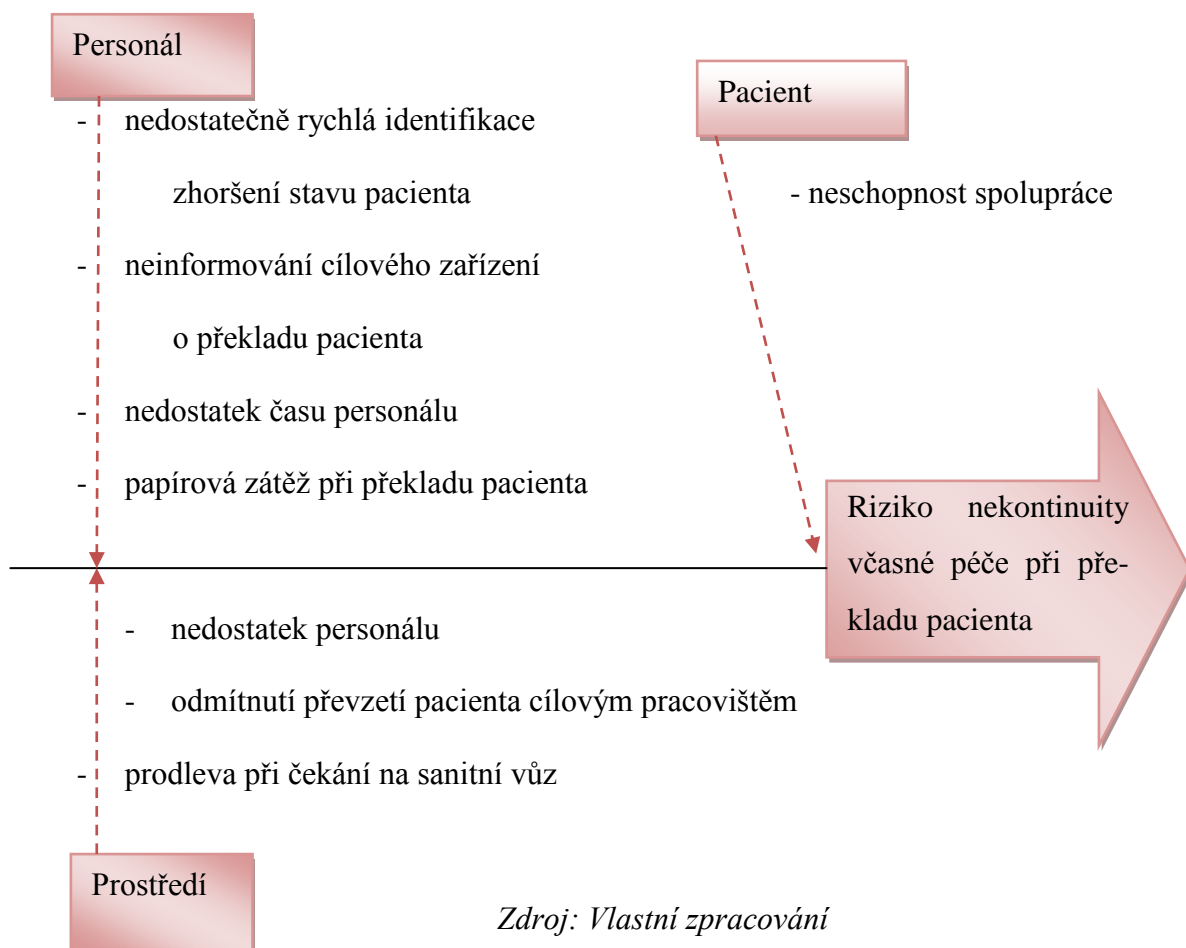


Způsob k eliminaci rizika nepředání kompletních věcí pacienta, včetně dokumentace:

- dostatečný počet personálu, doklad o přehledu osobních věcí pacienta (šatní lístek)
- organizace vnitřním předpisem stanoví formu a rozsah dokumentace při překladu pacienta

10.2 Riziko nekontinuity včasné péče při překladu pacienta

Dalším identifikovaným rizikem bylo ad hoc týmem určeno riziko nekontinuity včasné péče při překladu pacienta, pravděpodobnost rizika byla určena jako 4 (očekávaná) s možným důsledkem (3). Míra rizika je tedy 12 – riziko lze považovat za střední hrozbu. Rizikem nekontinuity včasné péče při překladu pacienta je myšlena neadekvátní časová návaznosti lékařské nebo ošetrovatelské péče o pacienta, který je překládán zpravidla z důvodu nutné akutní nebo neodkladné lůžkové péče, převoz pacienta na vyšší pracoviště – k výkonu, překlad pacienta do sociálních zařízení (např. Domovy pro seniory).

Obr. 24: Riziko nekontinuity včasné péče při překladu pacienta - Ishikawův diagram

Způsob eliminace rizika nekontinuity včasné péče při překladu pacienta:

- včasné rozpoznání zhoršení pacienta (zkušený personál, kompetence, zodpovědnosti, dostatečná monitorování pacienta)
- informovat neprodleně cílové zařízení o překladu pacienta
- náhradní řešení při odmítnutí převzetí do péče (kontaktovat jiné pracoviště)
- bezproblémová časová návaznost transportu – sanitku objednat pokud možno na čas, určit prioritu převozu pacienta

10.3 Riziko zranění při překladu pacienta

Dalším identifikovaným rizikem je riziko zranění pacienta při překladu. Tímto rizikem se myslí samotné překládání pacienta z lůžka na lůžko, transportní vozík v případě imobilního pacienta. Toto riziko bylo určeno s pravděpodobností výskytu 2 (nízkou) s možnými středními následky (3), míra rizika je tedy 6 – riziko je nízké. Ad hoc tým se shoduje, že míra rizika odpovídá, nikdo nemá praktickou zkušenost se zraněním imobilního/ částečně imobilního pacienta během samotného překladu. Tým se shodl na ponechání identifikovaného rizika v registrační kartě rizik a jeho přehodnocení do 2 let.

Doporučení k eliminaci rizika zranění při překladu pacienta: Při samotném překladu pacienta zajistit dostatečný počet personálu pro přeložení, použít pomůcky ke snadnějšímu překladu.

11 EFEKTIVITA PROJEKTU

Efektivita projektu souvisí s rizikem spojeným s realizací změny a podporou projektu vrcholového managementu nemocnic. Protože jsou v projektu uvedeny návrhy k eliminaci rizik, které jsou spojeny se zaváděním nových strategií, výsledky předběžných analýz určitých rizik nesmějí odradit manažery nemocnic a v důsledku celý personál nemocnice odezměn. Pro efektivitu projektu jsme s vytvořeným ad hoc týmem pomocí brainstormingu hodnotily kvalitativně oblasti týkající se implementace projektu do provozu.

Tab. 12: Pravděpodobnost úspěšné implementace projektu (Škrla, Škrlová, 2008, s.171)

Důležitost projektu	nízká	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	vysoká
Délka projektu	krátká	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	dlouhá
Komplexita projektu	nízká	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	vysoká
Použité technologie	vyzkoušené	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nevyzkoušené
Náklady	nízké	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	vysoké
Počet oddělení zainteresovaných do projektu	jedno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více
Riziko selhání projektu	nízké	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	vysoké

V tabulce platí: čím nižší číslo, tím větší pravděpodobnost úspěšnosti projektu. Výsledný součet matematických čísel v tabulce, na kterém se ad hoc tým shodl je 34, hodnocených kategorií je 7. Aritmetický průměr je 4,9. Dá se předpokládat, že projekt bude s 51% úspěšností implementován do praxe. Nejrizikovější oblasti jako vysoký počet oddělení zainteresovaných do projektu a nevyzkoušené použité technologie se můžeme pokusit efektivně eliminovat, a tím pravděpodobnost úspěchu implementace projektu do praxe ještě zvýšit.

1. ÚČEL A CÍL SMĚRNICE

- 1.1. Účelem směrnice je seznámit poskytovatele zdravotní péče (lékaře, zubaře, rentgenologické pracovníky, laboranty, všeobecné sestry, zdravotnické asistenty, diplomované specialisty, porodní asistentky, ošetřovatele, sanitáře) s rizikovými oblastmi související s klinickou oblastí při poskytování zdravotní péče a resortními bezpečnostními cíly MZČR.
- 1.2. Účelem směrnice je vytvořit jednotná pravidla pro eliminaci rizik souvisejících s poskytováním zdravotní péče.
- 1.3. Cílem směrnice je identifikovat rizika, vyhodnotit jejich rizikovost a způsob eliminace.
- 1.4. Cílem směrnice je zajistit poskytování bezpečného poskytování zdravotní péče pro pacienty a zvýšit tak kvalitu poskytované péče.

2. KOMPETENCE A ZODPOVĚDNOST

- 2.1. Zodpovědnost za řízení rizik má manažer rizik/manažer kvality.
- 2.2. Navrhnout riziko vyplývající z poskytování zdravotní péče může každý zaměstnanec, který se přímo účastní na poskytování zdravotní péči, prostřednictvím manažera rizik/manažera kvality/oddělení kvality. Riziko lze navrhnout i anonymně prostřednictvím elektronického formuláře.

3. SOUVISEJÍCÍ DOKUMENTACE

- 3.1. Akční plán kvality MZČR 2010-2012
- 3.2. Vyhláška č. 102/2011 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

4. RESORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍLE

- 4.1. Resortní bezpečnostní cíl 1- Bezpečná identifikace pacientů
- 4.2. Resortní bezpečnostní cíl 2 – Bezpečnost při používání rizikových léčiv
- 4.3. Resortní bezpečnostní cíl 3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
- 4.4. Resortní bezpečnostní cíl 4 – Bezpečná identifikace pacienta

- 4.5. Resortní bezpečnostní cíl 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
- 4.6. Resortní bezpečnostní cíl 6 – Bezpečná komunikace
- 4.7. Resortní bezpečnostní cíl 7 – Bezpečné předávání pacientů

5. Povinnost vyplývající z hlášení nežádoucích událostí

Povinnost všech zaměstnanců je hlásit vzniklé nežádoucí události centrálním systémem Hlášení nežádoucích událostí. Rizika vedoucí k nežádoucí události, které nejsou vedené v příloze této směrnice P3 – Registr rizik, je povinen zaměstnanec hlásit pomocí formuláře pro identifikaci rizika. Tento formulář je anonymní a je veden v elektronické podobě. Formulář se zasílá kompetentnímu zaměstnanci (manažer rizik/ manažer kvality).

6. Přílohy

P2 – Formulář pro identifikaci rizika

P3 – Registr rizik

ZÁVĚR

Diplomová práce si ve svém úvodu klade za cíl probudit zájem zdravotnických zařízení o problematiku řízení rizik při poskytování zdravotní péče. Tato práce vychází z premisy, že rizika je možné řídit a pokud je možné rizika řídit je téměř jisté, že je možné je eliminovat. Stěžejní část teoretické práce tvoří konspekt řízení rizik zaměřený na popis procesu řízení rizik zaměřený na využití ve zdravotnictví. Cílem procesu řízení rizik je identifikace rizik, jejich vyhodnocení a eliminace. V praktické části sestavený ad hoc tým identifikoval 24 rizik vyplývající se sedmi Resortních bezpečnostních cílů vydaných Ministerstvem zdravotnictví ČR zaměřených na zabezpečení poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče. U každého z identifikovaných 24 rizik jsme vyhodnotily míru rizika pomocí matice a určily příčiny vzniku rizika pomocí Ishikawova diagramu. Ze zjištěných příčin vedoucích k riziku jsme navrhli možné způsoby eliminace rizika. Je nutno podotknout, že častou společnou příčinou vedoucí k riziku byl opakovaně určen stres, únava a nedostatek personálu, ze kterého dále plynuly problémy jako nedbalost a snaha o zjednodušení práce. Ve zdravotnickém zařízení tedy představuje lidský faktor, jako hlavní aktér poskytování a koordinace zdravotní péče vysoké riziko pochybení. Proto by měla být v každé organizaci nastavena jasná pravidla jednotného postupu práce zaměstnanců v podobě závazných dokumentů (např. směrnice a jiné vnitřní dokumenty). S těmito dokumenty musí být personál prokazatelně seznámen. Následovně musí být dodržování těchto pokynů kontrolováno a způsob kontroly by měl být popsán a zdokumentován. Výstupem této diplomové práce je návrh směrnice – Řízení rizik při poskytování zdravotní péče, jejímž účelem je seznámit poskytovatele zdravotní péče s rizikovými oblastmi při poskytování zdravotní péče. Součástí směrnice je karta rizik, která obsahuje identifikovaná rizika z resortních bezpečnostních cílů, jejich vyhodnocení a návrh k eliminaci v přehledné tabulce. Efektivita implementace projektu řízení rizik byla vyhodnocena ad hoc týmem s 51% úspěšností, výhodou projektu jsou nízké ekonomické náklady (nepočítaje finanční náklady spojené s odstraněním rizik), rizikem implementace projektu do praxe je především nedostatečná podpora vrcholového managementu k jeho realizaci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**MONOGRAFIE**

- [1] BRIŠ, Petr. FAKULTA MANAGEMENTU A EKONOMIKY. *Management kvality*. 2.upravené. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-912-9.
- [2] FRANK, J., H. *Analýza možných způsobů a důsledků závad (FMEA)*. 3. vyd. Praha: Česká společnost pro jakost, 2001. ISBN 80-2-1476-6.
- [3] GLADKIJ, Ivan; HEGER a Leoš; STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně,1999, 183s. ISBN 80-7013-272-8
- [4] GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press,2003. ISBN 80-7226-996-8
- [5] HEPNEROVÁ, Jaroslava. *Implementace systému řízení kvality podle ČSN EN ISO 9001: Manuál*. 2008. vyd. Praha: M.C. TRITON s.r.o., 2008.
- [6] INTERNATIONAL, Joint Commission. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vyd. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, 309 s. ISBN 978-802-4724-362.*
- [7] INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press, c2001, 337 s. ISBN 03-090-7280-8.
- [8] IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 240 s. ISBN 80-701-3442-9.
- [9] KOHN, Linda T., Janet M. CORRIGAN a Molla S. DONALDSON. *To err is Human: Building a Safer Health System*. 1. vyd. Washington: Nationally academy press, 2000. ISBN 10: 0-309-06837-1.
- [10] KRON, Thora a Ellen DURBIN. *The management of patient care: putting leadership skills to work*. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 2001, 238 s. ISBN 07-216-5529-7.

- [11] MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
- [12] M.C.TRITON, spol. s.r.o. *Řízení rizik ve zdravotnickém zařízení*. Praha, 2011
- [13] *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči: komentovaný oficiální překlad*. Vyd. 1. Překlad David Marx, Veronika Di Cara. Praha: Grada, 2005, 247 s. ISBN 80-247-1001-3.
- [14] PROKŮPEK, Petr. *Moderní metody řízení rizik*. Zlín, 2008. (nepublikovaný dokument)
- [15] SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Směrnice pro vývoj strategií kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotnického systému*. Regionální úřadovna pro Evropu. Copenhagen, Dánsko, 2008.
- [16] SMEJKAL, Vladimír. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, c2006, 296 s. ISBN 80-247-1667-4.
- [17] ŠEFČÍK, Vladimír. UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ. FAKULTA LOGISTIKY A KRIZOVÉHO ŘÍZENÍ. *Analýza rizik*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2009, 98 s. ISBN 9788073186968.
- [18] ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. *Strategie řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- [19] ŠKRLA, Petr. *Především neublížit : Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrvatelské péči*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- [20] Třebíčské děti: Vše o fatální chybě nemocnice. *Aktuálně.cz* [online]. 2009[cit. 2012-04-02]. Dostupné z: <http://aktualne.centrum.cz/analyzy-a-specialy/clanek.phtml?id=511719>
- [21] 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy: *Hlášení nežádoucích událostí* [online]. 18.10.2011 [cit. 2012-04-05]. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU>

- [22] KALVACHOVÁ, Milena. Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví. 2010, s. 8. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1847_15.html
- [23] Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví. 2010. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-%20a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi_3444_1.html
- [24] FUCHS, Pavel a David VALIŠ. *Metody analýzy a řízení rizika* [online]. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2004 [cit. 2012-07-08]. Dostupné z: http://risk.rss.tul.cz/vyuka/vyucovane-predmety/hri-hodnoceni-rizik-1/materialy-ke-stazeni/Analyza_rizeni_rizika_skriptum.pdf/view. Skriptum. Technická univerzita v Liberci.
- [25] Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky: Nemocnice v České republice v roce 2011. In: Praha, 26.3.2012, s. 16. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/05_12.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
ID	Ishikawův diagram
LP	Léčivý přípravek
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví české republiky
RBC	Resortní bezpečnostní cíl
VP	Vnitřní předpis
ZP	Zdravotní pojišťovna

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Všeobecné schéma ambulantního ošetření pacienta.....	27
Obr. 2: Ishikawův diagram.....	37
Obr. 3: Riziko záměny pacienta – ID.....	41
Obr. 4: Riziko záměny dokumentace – ID.....	43
Obr. 5: Riziko záměny pacienta při podání léčivého přípravku- ID.....	44
Obr. 6: Riziko záměny pacienta a biologického vzorku- ID.....	45
Obr. 7: Riziko záměny podání rizikového léčiva s nerizikovým – ID.....	47
Obr. 8: Riziko chybně podané síly rizikového léčiva – ID.....	48
Obr. 9: Riziko znehodnocení rizikového léčiva – ID.....	49
Obr. 10: Riziko stranové záměny zdravotního výkonu u pacienta – ID.....	51
Obr. 11: Riziko záměny zdravotního výkonu u pacienta – ID.....	52
Obr. 12: Riziko pádu pacienta v souvislosti s pohybovým omezením pacienta.....	54
Obr. 13: Riziko pádu pacienta v souvislosti s transportem pacienta – ID.....	56
Obr. 14: Riziko pádu pacienta s vysokých míst (suicidální úmysl) – ID.....	58
Obr. 15: Riziko nozokomiální infekce z důvodu nedostatečného mytí rukou- ID.....	59
Obr. 16: Riziko nozokomiální infekce z důvodu nedostatečného mytí rukou – ID.....	61
Obr. 17: Riziko nečitelného/neúplného záznamu ve zdravotní dokumentaci pacienta- ID...	63
Obr. 18: Riziko nepředání úplných informací o pacientovi – ID.....	64
Obr. 19: Riziko neefektivní komunikace mezi lékařem a sestrou – ID.....	65
Obr. 20: Riziko úniku důvěrných informací – ID.....	66
Obr. 21: Riziko neefektivní komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem	68
Obr. 22: Riziko nepředání interních informací personálu – ID.....	69
Obr. 23: Riziko nepředání kompletních věcí pacienta včetně dokumentace – ID.....	71
Obr. 24: Riziko nekontinuity včasné péče při překladi pacienta – ID.....	72

SEZNAM TABULEK

Tab.1	Přednosti a nedostatky modelu zdravotního pojištění.....	15
Tab.2	Přehled typu péče, jejího využití a podílu v %.....	16
Tab.3	Konspekt řízení rizik ve zdravotnictví (vlastní zpracování)	21
Tab.4	Porovnání RCA a FMEA analýzy	37

SEZNAM PŘÍLOH

P I. : Vyhláška č. 102/2011 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

P II. : Formulář pro identifikaci rizika

P III. : Registr rizik

PŘÍLOHA P I: VYHLÁŠKA Č.102/2011 O HODNOCENÍ KVALITY A BEZPEČÍ LŮŽKOVÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE

VYHLÁŠKA 102

ze dne 22. března 2012

o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 120 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), k provedení § 98 odst. 7 zákona.

§ 1

(1) Při hodnocení kvality a bezpečí poskytované lůžkové zdravotní péče (dále jen „kvalita a bezpečí“) jsou ve zdravotnickém zařízení posuzovány tyto procesy:

- a) řízení kvality a bezpečí,
- b) péče o pacienty,
- c) řízení lidských zdrojů a
- d) zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance poskytovatele lůžkové zdravotní péče.

(2) Minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí a způsob jejich tvorby a sledování jsou stanoveny v příloze č. 1 k této vyhlášce.

(3) Požadavky na personální zabezpečení, způsob a postupy hodnocení kvality a bezpečí jsou stanoveny v příloze č. 2 k této vyhlášce.

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. dubna 2012.

Ministr:

doc. MUDr. Heger, CSc., v. r.

PŘÍLOHA P II: FORMULÁŘ PRO IDENTIFIKACI RIZIKA

Zdravotnické oddělení: *	
Jméno a příjmení, osobní číslo: *	
Název/ popis rizika	
Možné příčiny rizika:	
Pravděpodobnost vzniku rizika: (od 1: zanedbatelné – 5 : jisté)	
Pravděpodobnost dopadu rizika: (od 1: zanedbatelné – 5: katastrofické)	
Možný způsob eliminace rizika:	
Poznámka:	

*nepovinný údaj

PŘÍLOHA P III: REGISTR RIZIK

Identifikované riziko – nebezpečí	Vyhodnocení rizika Pravděpodobnost x Důsledek	Míra rizika	Příčiny / Zdroje rizika	Způsob eliminace rizika
1. Záměna pacienta	5 x 5	25	<ul style="list-style-type: none"> - nedostatečná identifikace pacienta, orientace při identifikaci pouze na číslo pokoje a lůžka - poškozený identifikační náramek, nemožnost pacienta komunikovat - nedbalost, stres, neznalost, nedostatečná edukace - neexistující vnitřní předpis 	<ul style="list-style-type: none"> - vnitřní předpis organizace o identifikaci pacienta - edukace zaměstnanců - kontrola dodržování vnitřního předpisu - kontrola identifikačního náramku pacienta při každé činnosti s pacientem
2. Záměna dokumentace	5 x 5	25	<ul style="list-style-type: none"> - nepozornost, nedbalost, nedostatečné označení obalů dokumentace pacienta - dokumentace složená z více částí - podobná, stejná příjmení pacientů 	<ul style="list-style-type: none"> - vytvoření VP o vedení a zacházení s dokumentací pacienta - identifikační štítek pacienta na každém listu dokumentace - jasné uspořádání

				<p>dokumentace a stejný systém barevného rozlišení v celé organizaci</p> <p>- edukace zaměstnanců o dodržování VP</p>
3. Riziko záměny pacienta při podávání léčivého přípravku	4 x 3	12		
4. Riziko záměny pacienta a biologického vzorku				
5. Riziko záměny pacienta při podávání diety	4 x 1	4		

<p>6. Riziko špatně podané síly rizikového léčiva</p>	<p>3 x 4</p>	<p>12</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nesoustředěnost, neznalost personálu, rutinní činnost - špatná komunikace mezi lékařem a sestrou při ordinaci - odlišná kalibrace na injekčních stříkačkách - odlišné používání dávky léčiva lékařem 	<ul style="list-style-type: none"> - organizace vytvoří VP o zacházení s rizikovými přípravky - přijímat pouze písemné ordinace - používat pouze jeden druh injekčních stříkaček se shodnou kalibrací - sjednotit a popsat používanou gramáž léčiv
<p>7. Riziko záměny podání rizikového léčiva s nerizikovým</p>	<p>3 x 4</p>	<p>12</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nepozornost, neznalost, rutinní činnost, podobný obal, podobný název léčiva, nevhodné umístění rizikového léčiva 	<ul style="list-style-type: none"> - organizace vytvoří VP o zacházení s rizikovými přípravky - barevné označení rizikových léčiv
<p>8. Riziko znehodnocení rizikového léčiva</p>	<p>3 x 3</p>	<p>9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nedodržení pokynů výrobce - práce v týmu (použití jednoho léčiva) - nedostatečná kontrola expirace 	<ul style="list-style-type: none"> - dodržovat pokyny výrobců na skladování a doporučené dávkování LP - nastavit zodpovědnost a kompetence v týmu

				za skladování a kontrolu doby expirace LP
--	--	--	--	---

9. Riziko stranové záměny pacienta v souvislosti s chirurgickým výkonem	3 x 5	15	<ul style="list-style-type: none"> - nedodržení bezpečnostních postupů - neefektivní přímý dotaz na pacienta - chybně vedený záznam v dokumentaci - časová tíseň, stres, únava personálu - smazané označení místa k operaci - větší počet pacientů v jeden čas (nehody) <ul style="list-style-type: none"> neefektivní komunikace s pacientem 	<ul style="list-style-type: none"> - Lékař je povinen zeptat se pacienta, aby ukázal na svou část těla určenou k operaci - pokud tento manuální akt souhlasí s dokumentací, lékař označí operované místo nerasmazatelným fixem, tak, aby bylo viditelné - Organizace má vytvořený plán pro ošetření více akutních pacientů v jeden čas
10. Riziko záměny zdravotního výkonu u pacienta	4 x 3	12	<ul style="list-style-type: none"> - záměna dokumentace pacienta, záměna pacienta - nedostatečná identifikace pacienta 	<ul style="list-style-type: none"> - Sestra, nebo osoba doprovázející pacienta ke zdravotnímu výkonu je povinna pacienta identifi-

			<ul style="list-style-type: none"> - únava, stres, nedostatek času personálu - neefektivní komunikace s pacientem - velký počet pacientů na lůžkovém oddělení - chybně nebo nečitelně vypsaná žádanka 	<ul style="list-style-type: none"> kovat, sestra přebírající pacienta k výkonu je povinna pacienta identifikovat - Pacient se několikrát oslovuje příjmením,(např. paní Nováková, máte na něco alergie?) - poukaz k vyšetření obsahuje čitelné, pravdivé záznamy z odůvodněním žadatele proč výkon provést - nečitelné žádanky s nesouhlasícími údaji = - nepřijetí!
11. Riziko pádu pacienta v souvislosti s pohybovými mezení pacienta	3 x 5	15	<ul style="list-style-type: none"> - nedostatečná identifikace rizikového pacienta - nedostatečné vedení záznamu, nedostatečné předávání informací o rizikovém pacientovi 	<ul style="list-style-type: none"> - správně odebraná anamnéza pacienta a správně vedený zápis do dokumentace - včasné přehodnocení stavu pacienta

			<ul style="list-style-type: none"> - věk pacienta nad 65 let, anamnéza pádu, užívání léčiv ovlivňující vnímání pacienta, nemoc ovlivňující riziko pádu (hypoglykémie), omezená hybnost pacienta - velký počet pacientů na oddělení potřebujících zvýšenou péči při pohybu / nedostatečné personální zabezpečení - chybně ordinovaný režim pacienta lékařem - nedostatečná edukace pacienta o nutnosti dodržování omezujícího režimu (ležící). - nedostatečné zabezpečení pojízdného nábytku, postele 	<p>v souvislosti s možným omezením pohyblivosti (po výkonech, po užití léků)</p> <ul style="list-style-type: none"> - vhodná edukace pacienta o dodržení režimu - signalizace pacienta na sestru na dosahu pacienta - dostatečné personální zabezpečení - zodpovědnost lékaře za ordinovaný režim pacienta - použití bezpečnostních pomůcek (postranice lůžka, transportní pomůcky ...) - vybavení oddělení bezpečnostními pomůckami proti pádu - zajištění postelí, nábytku, jídel
--	--	--	---	--

				ních stolků proti pohybu
12. Riziko pádu pacienta v souvislosti s transportem pacienta	5 x 3	15	<ul style="list-style-type: none"> - podcenění možného pádu pacienta - nezabezpečení pacienta proti pádu - podcenění sil personálu, pacienta - nevhodně zvolený způsob transportu - váhové přetížení vozíku - technické potíže s vozíkem - nešetrná manipulace s pacientem - nedostatečné vybavení vozíku - nevhodnost terénu pro transport 	<ul style="list-style-type: none"> - Sestra je zodpovědná za bezproblémový a bezpečný převoz pacienta až do jeho předání na místa cílu transportu (s výjimkou využití externích převozních služeb organizace) - pacient je během transportu zajištěn proti pádu (pásy, postraniče) - dostatečný počet personálu při transportu pacienta - označení vozíků nosností - periodické kontroly technického stavu vozíků - součástí vybave-

				<p>ní transportních vozíků musejí být funkční brzdy, postranice)</p> <ul style="list-style-type: none"> - terén při transportu je bezpečný (bezbariérový, bez poškození – rozbité cesty)
<p>13. Riziko pádu pacienta z vysokých míst</p>	2 x 5	10	<ul style="list-style-type: none"> - opožděně navázaný kontakt s pacientem - anamnesticky neznámá minulost pacienta - psychiatrické poruchy, ovlivněné vnímání pacienta (intoxikace, drogy) - nezabezpečené prostory, okna 	<ul style="list-style-type: none"> - všimnout si rizikového chování pacienta - zabezpečit okna ve vysokých místech (fólie proti rozbití, větrání na 25 cm...) - sledovat pohyb pacienta - zabezpečit rizikové prostory

<p>14. Riziko neefektivního postupu při mytí rukou per-</p>	5 x 3	15	<ul style="list-style-type: none"> - nedodržení doporučené délky mytí rukou - nedostatečné používání dezinfekce na ruce 	<ul style="list-style-type: none"> - nad každým umyvadlem určeným pro mytí rukou vyvěsit návod na ruce - dezinfekční pro-
---	-------	----	---	---

sonálu			<ul style="list-style-type: none"> - nedostatek času personálu - porušení bariérové péče o pacienta - nedostatek ochranných pomůcek - nedostatečné vybavení prostor (umyvadla na ruce) - neznalost personálu - nošení prstenů, umělých nehtů na rukou personálu 	<p>středek používat po každé a před každou manipulací s pacientem</p> <ul style="list-style-type: none"> - zaměstnavatel zajistí dostatek jednorázových pomůcek k hygieně rukou a ochranných pomůcek k zajištění bariérové péče o pacienty a péči o zdraví personálu - organizace periodicky proškolí všechny zaměstnance o dodržování postupu při mytí rukou – o tomto vede dokumentaci - organizace sleduje množství spotřebovaného mýdla a dezinfekce na pracovišti - organizace provádí periodické
--------	--	--	---	--

				<p>stěry z rukou personálu – o tomto vede zápis</p> <ul style="list-style-type: none"> - personál se vyvaruje nošení prstenů, náramků, umělých nehtů na rukou – kontrola vedoucím pracovníkem, postihy při nedodržení pravidel
<p>15. Riziko nozokomiální infekce z důvodu nedostatečného mytí personálu rukou</p>	4 x 3	12	<ul style="list-style-type: none"> - nedostatečné mytí rukou personálu - nerozdělená místnost k manipulaci s čistým a „špinavým“ materiálem - nedostatečná dezinfekce barelů z infekčním materiálem - nedostatečná dezinfekce ploch, pomůcek, nedostatečný úklid - infekční pacient - nedodržení osobní hygieny pacienta 	<ul style="list-style-type: none"> - periodické školení personálu o mytí rukou, kontrola dodržování vedoucím pracovníkem - zajištění místnosti k oddělené manipulaci s čistým a špinavým prádlem - správně použitý dezinfekční přípravek, dostatečné působení – zznaky o provedení dezinfekce, určení kompe-

			<ul style="list-style-type: none"> - nemonitorování počtu nozokomiálních nákaz 	<p>tence personálu za provedení dezinfekce a zodpovědnost</p> <ul style="list-style-type: none"> - bariérový režim u infekčních pacientů (oddělení pokojů, pomůcek, nádobí, prádla) - dopomoc a dohled při hygieně pacientů - monitorování počtu nozokomiálních nákaz
--	--	--	---	--

<p>16. Riziko nečitelného/ neúplného záznamu ve zdravotním záznamu pacienta</p>	<p>5 x 4</p>	<p>20</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nečitelný rukopis personálu - zápis neobsahuje jmenovku (razítko) osoby, který ho zapsal - zápis není jednoznačný - škrtnutí zápisu v dokumentaci - zápis je veden v jiném jazyce - opomenutí zápisu důležitého záznamu - nepoužívání tištěného textu při medikaci a jiných ordinacích, jiných důležitých sdělení 	<ul style="list-style-type: none"> - psát čitelně, nejlépe hůlkovým písmem - označit každý provedený zápis jmenovkou osoby, která jej vepsala s podpisem - v dokumentaci neškrtneme – záznamy se opravují - zápisy musí být vedeny v českém jazyce - používat maximálně možnosti tisku (medikace, žádanky, jiné ordinace..)
<p>17. Riziko nepředání úplných informací o pacientovi</p>	<p>4 x 4</p>	<p>16</p>	<ul style="list-style-type: none"> - velký počet pacientů - opomenutí zapsání informace do dokumentace - předávání informací bez písemných záznamů - nepořizování písemných informací prů- 	<ul style="list-style-type: none"> - informace předávat pouze na základě písemných záznamů, které jsou doplňovány průběžně - pacienta se při dotazování s cílem získat informace ptáme

			<p>běžně</p> <ul style="list-style-type: none"> - nedostatek času, rutinní postupy, podobnost záznamů - nejednotný postup personálu při předávání informací - neúplné podání informace o zdravotním stavu (pacient) - nemožnost odebrat anamnézu u pacienta 	<p>jasně, poskytnuté informace, ověřujeme jinak formulovanou otázkou</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizace stanoví jasný postup a rozsah při odebírání anamnézy pacienta a provedení zápisu do dokumentace - k odebrání anamnézy pacienta je vhodná samostatná místnost
--	--	--	---	---

<p>18. Riziko neefektivní komunikace mezi lékařem a sestrou</p>	<p>4 x 4</p>	<p>16</p>	<ul style="list-style-type: none"> - telefonické ordinace lékařů (nesprávné pochopení) - telefonické předávání informací o pacientovi sestrou (nesprávné pochopení) - nemožnost zastihnout lékaře (ve službě) - nezkušenost personálu (neodbornost) - technické selhání komunikačního systému (mobilní telefony) 	<ul style="list-style-type: none"> - u telefonických ordinací ověřovat zpětné pochopení informací, zopakovat ordinaci - při telefonické ordinaci provádět zápis do zdravotnické dokumentace - v případě nemožnosti zastihnout lékaře na telefonu, zajistit náhradní řešení (jiný kontakt) - náhradní řešení při technickém problému s komunikací (náhradní mobilní telefony)
<p>19. Riziko úniku důvěrných informací</p>	<p>4 x 4</p>	<p>16</p>	<ul style="list-style-type: none"> - neudání blízkých osob k předávání informací o zdravotním stavu (pacient) - neúmyslné prozrazení informace (personál) - neověření identifikace 	<ul style="list-style-type: none"> - poučení pacienta o vhodnosti určení blízkých osob do chorobopisu pacienta - edukace personálu o riziku úniku

			<p>ce příbuzného pacienta</p> <ul style="list-style-type: none"> - podávání informací o zdravotním stavu po telefonu - neprovádění záznamu do zdravotnické dokumentace o podaných informacích - nedostatečný jednotný postup platný pro všechny zaměstnance - nedostatečně zdokumentované souhlasy pacienta (o podání informací) - nedostatečná ochrana citlivých údajů (archivace dokumentů) 	<p>důvěrných informací</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizace určí jasné pravidla pro možnost podávání informací o zdravotním stavu pacienta (identifikace volajícího, zápis do zdravotnické dokumentace) - personál edukuje pacienta při vyplňování informovaných souhlasů, v případě potřeby poskytne pacientovi poradenství, provádí kontrolu správnosti dat
--	--	--	--	--

<p>20. Riziko neefektivní komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem</p>	<p>4 x 3</p>	<p>12</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nezájem o pacienta - únava, nedostatek času, rutinní postupy - vyhoření personálu - nedostatečná odbornost personálu - komunikace neodpovídá úrovni vnímání pacienta - komunikační bariéra (nedoslýchavost, cizinci...) - pacient nechce obtěžovat - nedůvěra pacienta - hektické, neosobní prostředí nemocnice - více pacientů na jednom pokoji - střídání směn personálu 	<ul style="list-style-type: none"> - personál se chová profesionálně, dodržuje etický kodex - zaměstnavatel aktivně bojuje se syndromem vyhoření u personálu (dodatková dovolená apod.), v případě potřeby je závodní lékař zodpovědný zajistit pomoc - při komunikaci s pacientem jednáme klidně, nespěcháme, cílem je získat důvěru pacienta - odbourání anonymity personálu - organizace určí vnitřním pokynem metodický postup k efektivní komunikaci platný jednotně
--	--------------	-----------	--	--

<p>21. Riziko nepředání interních záležitostí personálu</p>	<p>4 x 3</p>	<p>12</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nedostatek času - přehlcení novými informacemi - nezájem personálu - neurčení kompetentních osob k předávání informací - střídání směn personálu (malé úvazky, dlouhé dovolené, pracovní neschopnosti) - neexistence vnitřní sítě s informacemi (intranet) 	<ul style="list-style-type: none"> - organizace vypracuje jednotné pravidla pro předávání interních informací a určí kompetentní a zodpovědné osoby za toto předání, které je zdokumentováno - zodpovědná osoba předává informace různými druhy komunikace (vzkazy na nástěnkách, emailem...) - v zájmu organizace je vytvoření jednoho centrálního úložiště informací dostupného všem zúčastněným osobám (intranet)
<p>22. Riziko nepředání kompletních osobních</p>	<p>4 x 3</p>	<p>12</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nedostatek času personálu - akutní zhoršení pacienta - neschopnost spolupráce pacienta - mnoho osobních věcí pa- 	<ul style="list-style-type: none"> - dostatečný počet personálu - doklad o přehled osobních věcí pacienta (šatní

<p>věcí pacienta, včetně dokumentace</p>			<p>cienta- velký finanční obnos, cennosti</p> <ul style="list-style-type: none"> - papírová zátěž při překladu pacienta - nemožnost identifikovat osobní věci pacienta - opomenutí 	<p>lístek)</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizace vnitřním předpisem stanoví formu a rozsah dokumentace při překladu pacienta
<p>23. Riziko nekontinuity včasné péče při překladu</p>	<p>4 x 3</p>	<p>12</p>	<ul style="list-style-type: none"> - včasné nerozpoznání akutního zhoršení pacienta - neinformování cílového zařízení o překladu pacienta - odmítnutí cílového zařízení pacienta - nedostatek času personálu - nespolupráce pacienta - prodleva při čekání na sanitní vůz 	<ul style="list-style-type: none"> - včasné rozpoznání zhoršení pacienta (zkušený personál, kompetence, zodpovědnosti, dostatečné monitorování pacienta) - informovat neprodleně cílové zařízení o překladu pacienta - náhradní řešení při odmítnutí převzetí do péče (kontaktovat jiné pracoviště) - bezproblémová časová návaznost transportu – sanitku objednat pokud možno na

				čas, určit prioritu převozu pacienta -
24. Riziko zranění pacienta při pře- kladu	2 x 3	6	Doporučení: Při samotném překladu pacienta zajistit do- statečný počet personálu pro přeložení, použít pomůcky ke snadnějšímu překladu.	