

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Praha 5**

**POCHYBENÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE**

**KARLA LIBERTOVÁ**

Praha 2009

# POCHYBENÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Bakalářská práce

KARLA LIBERTOVIÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

## **ABSTRAKT**

LIBERTO VÁ, Karla. *Pochybení při poskytování zdravotní péče*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D.

Hlavním tématem bakalářské práce jsou pochybení, která mohou vzniknout při poskytování zdravotní péče. Teoretická část práce charakterizuje jak pojetí akreditací po transformačním procesu českého zdravotnictví, tak i možnosti poskytování bezpečné péče o pacienty. Praktická část mapuje možná rizika pomocí dotazníkového šetření. Zda-li se při poskytování zdravotní péče stávají chyby a pokud ano, jak je zdravotničtí pracovníci řeší, aby dostali kvalitě poskytované péče.

Klíčová slova: Akreditace. Riziko. Pochybení. Kvalita. Poskytování zdravotní péče.

## **ABSTRACT**

LIBERTO VÁ, Karla. *Misconduct in the provision of health care*. Prague, 2009. Bachelor thesis. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Bachelor of general nurse. Supervisor: PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

The main theme of work is a mistake that may arise during the delivery of health care. Theoretical part of thesis describes both the concept of accreditation after the transition of Czech health care and the possibility of providing safe patient care. Practical part mapping potential risk using questionnaire survey. Whether in the provision of health care happen mistakes, if so, how it addresses the medical personnel to get the duality of care provided.

Keywords: Accreditation. Risk. Misconduct. Quality. Provision of health care.

## **PŘEDMLUVA**

Na téma rizika pochybení při poskytování zdravotní péče se otevřeně začalo mluvit a psát až po roce 1989.

Tato práce se tedy zaměřuje na zmapování rizik při poskytování zdravotní péče, konkrétně medikačních chyb.

K výběru tohoto tématu mě přivedla příprava na akreditační šetření v naší nemocnici. Celý proces vás vede ke sběru dat (indikátorů kvality), které se pak v průběhu akreditačního šetření předkládají. Jedním z indikátorů je i hlášení medikačních chyb. Podklady pro svou práci jsem čerpala z odborné literatury, z časopiseckých pramenů a odborných přednášek .

Práce je určena nelékařským zdravotnickým pracovníkům všech oborů, které čeká akreditační proces na jejich pracovištích.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Anně Mazalánové, PhD. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

# OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČASŤ	9
1 AKREDITACE	9
1.1 Definice akreditace	9
1.2 Historie akreditací ve světě a v ČR	10
1.3 Akreditační filozofie a proces	10
2 KLASIFIKACE POCHYBENÍ	11
2.1 Medikační pochybení či omyly	12
2.2 Podávání léků	13
3 PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST	14
3.1 Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon	15
3.1.2 Trestný čin	15
3.2.3 Újma na zdraví při poskytování zdravotní péče	16
3.2.4 Úmyslné spáchání trestného činu	16
3.2.5 Nedbalostní spáchání trestného činu	17
4 PRÁVA PACIENTU	18
5 MIMOŘÁDNÁ UDÁLOST	20
5.1 Hlášení mimořádných událostí (chyb)	20
5.2 Minimální náležitosti hlášení	20
5.3 Záruky úspěchu hlášení	20
PRAKTICKÁ ČASŤ	21
6 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ	22
6.1 Vymezení problému	22
6.2 Hypotézy	22
6.3 Cíl průzkumného šetření	23
7 VÝBĚROVÝ SOUBOR A METODIKA	24
7.1 Typy položek dotazníku	24
7.2 Organizace dotazníkového šetření	24
7.3 Zpracování výsledku šetření	25
7.4 Výsledky průzkumného šetření	26
8 DISKUSE	47
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	52

ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
SEZNAM TABULEK A GRAFU	56
PŘÍLOHY	59

## ÚVOD

Před rokem 1989 panoval v naší společnosti mýtus o tom, že zdravotníci nechybují. Oni sami v tom byli utvrzováni tím, že pokud se chyba stala, byli obviněni a potrestáni. Tento postup je měl dostatečně motivovat k větší pečlivosti a zabránit tak chybám příštím.

V naší nemocnici tento přístup nebyl jiný, až do chvíle, kdy se vedení nemocnice rozhodlo jít jinou cestou než doposud, a to cestou akreditace. Už celý systém přípravy na akreditaci vás nutí ještě více přemýšlet o tom, co děláte. Proto jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala právě pochybení při poskytování zdravotní péče. Jedním z nejčastějších pochybeních při poskytování zdravotní péče jsou medikační chyby. Proč právě medikační chyby? Protože v literatuře se uvádí: „Při podávání léčiv dochází k pochybení v 10 až 15 procentech, přičemž není rozdíl mezi rozvinutými a rozvojovými státy. Z těchto důvodů stále větší počet zdravotnických zařízení zavádí systémy sledování tzv. mimořádných událostí (chyb) při poskytování zdravotní péče. Povinné sledování pochybení, následná analýza a prevence jejich příčin, je součástí akreditačních systémů.“ (Marx, Vlček, 2003, str.24)

Cílem mé práce v teoretické části je zaměření se na pojetí akreditačního procesu, rizika pochybení a právní odpovědnost. Problematiku důležitosti vedení sesterského týmu k tomu, aby pochopil, proč je třeba medikační chyby hlásit. V praktické části průzkumným šetřením získat informace o tom zda-li se sestřám chyby stávají a jestli je pro ně stresující tato pochybení přiznat. Zda-li je pochybení ve zdravotní péči a jeho hlášení sestrami podceňováno.

Změnit myšlení zdravotníků, přesvědčit je o tom, že zde nebezpečí pochybení skutečně existuje, je tím nejtěžším úkolem na cestě za kontinuálním zvyšování kvality a poskytováním bezpečné péče.



# TEORETICKÁ ČÁST

V této části své práce jsem se zaměřila na pojetí akreditací, rizika pochybení a právníkové problematiky, z hlediska publikovaných článků, statistik a přednášek na toto téma. Jejich znalost je nutná pro pochopení praktické části práce.

## 1 Akreditace

Součástí transformačního procesu v českém zdravotnictví po roce 1989 byla snaha o vytvoření mechanismu, který by pomohl snížit vysokou variabilitu mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními (ZZ). Osvědčenou metodou takové standardizace, rozšířenou v zemích vyspělých demokracií, jsou akreditace. Obdobou standardizace a rozvoje kvality v průmyslu je certifikace ISO 9001:2000. Akreditace, nebo také akreditační řízení, představují proces, který začíná rozhodnutím zdravotnického zařízení sladit své aktivity s požadavky akreditačních standardů a v případě úspěchu tento proces končí získáním akreditačního certifikátu. Stejně jako v jiných evropských zemích i v České republice jsou akreditace dobrovolné. V čem spočívá jejich význam? Co by mělo motivovat zdravotnické zařízení k tomu, aby vynaložilo nemalé úsilí i finanční prostředky ke zkvalitnění své péče? Co vede ZZ k tomu, aby zaplatilo více než 200 000 Kč za kulaté razítko na akreditačním certifikátu? Odpovědi na podobné otázky očekávají zaměstnanci zdravotnických zařízení, kteří se nad možností získat akreditační certifikát vážně zamýšlejí. (Škrlovi, 2003, str. 72)

### 1.1 Definice akreditace

Pojem akreditace se odvozuje od latinského slova "credere" - důvěřovat. Volně parafrázováno akreditace tedy znamenají "důvěryhodné prokázání způsobilosti". (Škrlovi, 2003, str. 72)

## **1.2 Historie akreditací ve světě a v ČR**

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

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

## **1.3 Akreditační filozofie a proces**

Akreditace jako nástroj k zajištění porovnatelné kvality a snížené variability se z USA v různých formách rychle rozšířila do ostatních zemí vyspělých demokracií. S časem se tento nástroj, stejně jako filozofie kvality, změnil z nepopulárního nástroje, který „trestal“ viníky za nekvalitu, v nástroj výuky a kontinuálního zvyšování kvality. V posledních letech se zaměření akreditací přesouvá z vyhodnocování struktury na vyhodnocování procesů a výstupů a v posledních několika letech narůstá důraz na bezpečnost léčebné

a ošetřovatelské péče. Většina vyspělých zemí světa dnes standardizuje svá zdravotnická zařízení procesem, kterému se říká akreditace. I když je ve většině zemí rozhodnutí realizovat akreditační proces dobrovolné, málokterá nemocnice si může dovolit jej ignorovat. Neakceptovat akreditační standardy a nezískat akreditační certifikát kvality by mohlo znamenat nejen ztrátu důvěry pacientů, ale také eventuální ztrátu trhu a schopnosti obstát v konkurenčním boji o udržení existence.

Akreditační program je ve většině zemí iniciován nezávislými asociacemi/komisemi, zřídka kdy ministerstvem zdravotnictví. Akreditační řízení (šetření) začíná podáním žádosti u organizace, která akreditační proces v zemi realizuje. Zdravotnické zařízení obdrží "balíček", který obsahuje akreditační standardy, podpůrné materiály, přihlášku, informaci o požadovaných poplatcích a informaci o způsobu, jakým bude probíhat aktuální akreditační šetření. Po zvážení svých možností a po vytvoření realistického harmonogramu připrav se zdravotnické zařízení pustí do vlastních příprav (vytvoření koordinačního výboru, zpracování akreditačních směrnic, výuka, audity). Příprava v podstatě spočívá v uvedení svých vlastních standardů, směrnic a praxe do souladu s akreditačními standardy. Zdravotnické zařízení zaplatí požadované poplatky a domluví si šetřící inspekci akreditačního týmu. Inspekční tým, který provádí následné šetření, se zabývá základními aspekty provozu nemocnice, jeho strukturou, procesy a výstupy péče. Informace o kvalitě provozu zdravotnického zařízení získává šetřící akreditační tým auditem zdravotnické dokumentace, inspekcí jednotlivých oddělení a pohovorem se zaměstnanci a pacienty. Inspekce trvá 2 - 3 dny a akreditační vysvědčení se uděluje na období 2 - 3 let. (Škrlovi, 2003, str. 73)

## 2 Klasifikace pochybení

K pochopení klasifikace pochybení můžeme použít metafory ledovce. Samá špička ledovce představuje nežádoucí události s následky. Následky mohou mít charakter mírného, vážného nebo i trvalého charakteru, nebo mohou dokonce skončit smrtí pacienta. I když špička ledovce představuje jeho nejmenší část, dostává se jí vždy nejvíce pozornosti sdělovacích prostředků. V případě medializace a soudního řízení má tento druh pochybení také devastující vliv na kariéru jednotlivce a pověst zdravotnického zařízení. Vrstva pod povrchem hladiny představuje nežádoucí události bez následků. Jsou to nežádoucí události, ke kterým skutečně došlo, ale které nepoškodily pacienta nebo majetek zdravotnického zařízení. Nebýt štěstí a mimořádné regenerační síly lidské fyziologie, mohl by se tento druh pochybení snadno změnit v mimořádnou událost s nežádoucími následky. Počet mimořádných událostí bez nežádoucích následků je podle této metafory podstatně větší než těch, které mají za následek poškození zdraví nebo majetku, a tento druh mimořádných událostí je také daleko méně viditelný. Základnu ledovce představují „near misses“ - nebo-li téměř pochybení. V těchto případech existuje potenciál pro poškození, ale těmto poškozením je na poslední chvíli zabráněno tím, že dojde k patřičné nápravné akci. Tato činnost, ke které musí dojít u všech „téměř pochybení“, může být vědomá nebo neplánovaná. I když největší pozornost si zaslouží mimořádné události s následky, události bez následků jsou pro nás stejně důležité. Nabízí totiž informace, které je možné analyzovat bez strachu z potrestání, bez navýšeného stresu. Z těchto incidentů je možné se naučit nejvíce, a skutečným pochybením tak efektivněji předcházet. (Škrla, 2005, str. 23)

### 2.1 *Medikační pochybení či omyly*

V procesu léčebné péče jsou jednou z nejvíce prostudovaných oblastí medicínských pochybení medikační omyly. Zdravotnická zařízení se pokouší

snížit počet medikčních pochybení již celou řadu let. Je všeobecně známo, že tímto druhem pochybení je postižen velký počet pacientů a tento problém způsobuje zdravotnictví obrovské finanční ztráty. Na průměrném oddělení vyžaduje medikační proces 20 až 40 samostatných kroků a je v něm zapojena celá řada lidí. Každý výkon, jehož součástí je předání "něčeho z jedné ruky do druhé" riziko pochybení zvyšuje.

Statistiky dokumentující medikační pochybení jsou někdy šokující. Výsledky průzkumu realizovaného v 36 zdravotnických zařízeních v Coloradu a Georgii kategorizují medikační pochybení na špatný čas podání (43%), opomenutí podat lék (30%), na nevhodnou dávku léku (17%) a neoprávněné podání (4%). Vědečtí pracovníci také naznačují, že v průměrném zdravotnickém zařízení s 300 lůžky lze podle zjištěných dat očekávat, že každý pátý pacient pocítí "na vlastní kůži" nějaký typ medikační chyby 7% z těchto pacientů bude mít prokazatelně následky těchto pochybení. Vědci také vypočítali, že v takovém průměrném zdravotnickém zařízení dojde k 40 medikačním pochybením za den. (Škrla, 2005, str. 28)

## **2.2 Podávání léků**

Správný postup je takový, že se stanoví potřebná kvalifikace pracovníka, který může pacientům podávat léčiva, zda to může být absolventka střední zdravotnické školy, nebo sestra s určitou praxí. (V zahraničí není nijak výjimečné, že lék pacientovi zásadně podávají dvě kvalifikované sestry). Tak je možné prověřit, zda pacient, kterému se lék podává, je skutečně tím, který ho má dostat, ale i to, že dostává správný lék ve správnou dobu ve správné dávce a lékové formě. (Kovaříková, Tarant, 2001, str. 14)

### 3 Právní odpovědnost

Zdravotnický pracovník, ale i laik, který lék zaměnil, může být volán k odpovědnosti trestně právní, pokud byla záměnou léku naplněna skutková podstata nedbalostního trestného činu ublížení na zdraví nebo těžké újmy na zdraví, případně byla záměnou léku způsobena smrt. V rámci občansko právní odpovědnosti se může poškozený pacient domáhat odškodnění za škodu způsobenou na zdraví, a to na zdravotnickém zařízení, ve kterém k záměně léku při poskytované péči došlo, případně na tom, kdo záměnu způsobil. Odškodné je pak složeno s částky tvořené bolestným, kompenzací sníženého společenského uplatnění a ostatními náklady, které poškozený musel vynaložit v souvislosti s léčením škody na zdraví. Výši odškodného stanovuje obvykle soudní znalec. Zdravotnické zařízení je voláno k odpovědnosti a úhradě vzniklé škody na zdraví způsobené záměnou léku i v případě, že k záměně došlo tím, že obsah neodpovídal označení uvedenému na originálním balení. Zdravotnické zařízení se však může hojit na tom, kdo takto vadný lék zdravotnickému zařízení dodal. Pacient, rodinní příslušníci, ale i zdravotnický personál, tedy každý, kdo lék omylem zaměnil. Ten je pak následně volán k trestně právní odpovědnosti. A to tehdy, pokud záměnou léku došlo z nedbalosti k těžké újmě na zdraví nebo smrti, podle § 224 TZ, nebo podle § 223 TZ, pokud došlo z nedbalosti k ublížení na zdraví. V takovém případě je však nutné jednoznačně prokázat, že škoda na zdraví je v příčinné souvislosti s protiprávním jednáním, tedy že vznikla záměnou léků. (Vondráček, Manča, 2002, str. 3)

Samotná chyba, ať již omyl v úsudku, nezdár v manuálním výkonu, přehlédnutí, tedy jistý nezdár v práci zdravotníka, nezakládá ještě právní odpovědnost. Ke vzniku právní odpovědnosti zdravotníka musí být zpravidla splněny tyto předpoklady: 1. protiprávní jednání nebo opomenutí (které je v rozporu s povinnostmi zdravotnického pracovníka), 2. škodlivý následek (např. újma na zdraví, úmrtí), 3. příčinná souvislost mezi jednáním ad 1 a následkem ad 2, 4. zavinění - úmyslné nebo z nedbalosti. Při odborných chybách připadá zpravidla v úvahu nedbalost, nikoli úmysl. Tu dělíme na:

a) nedbalost vědomou - kdy zdravotník věděl, že jeho jednání může vést ke škodlivému následku, ale bez přiměřených důvodů spoléhal, že škodlivý následek nezpůsobí

b) nedbalost nevědomou - kdy zdravotník sice nevěděl, že jeho jednání může vést ke škodlivému následku, ale vzhledem k okolnostem a svým osobním poměrům to vědět měl a mohl. Není-li zdravotníkovi prokázáno zavinění, nemůže být trestně odpovědný. Naproti tomu zdravotnické zařízení je odpovědné za škodu, ke které došlo v příčinné souvislosti se zdravotním výkonem, pokud neprokáže, že škodu nezavinilo. Může se tedy snadno stát, že zdravotník není trestně odpovědný, ale zdravotnické zařízení je odpovědné za způsobenou škodu. Za škodu pacientovi vždy odpovídá zdravotnické zařízení, nikoli jeho zaměstnanec. Zaměstnavatel může v rámci pracovní právní odpovědnosti požadovat na zaměstnanci, aby přispěl k náhradě škody až do výše čtyřapůlnásobku svého průměrného měsíčního výdělku, pokud je ovšem prokázáno, že zaměstnanec škodu zavinil. (Mach, 2001, str. 28)

### **3.1 Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon**

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů, je jeden ze základních zákonů České republiky, jehož účelem je chránit zájmy společnosti, ústavní zřízení ČR, práva a oprávněné zájmy fyzických a právnických osob. Tohoto účelu dosahuje zákon pohrůžkou trestu, uložením a výkonem trestu a ukládáním ochranných opatření.

Trestní zákon obsahuje normy stanovující, která společensky nebezpečná jednání a činy jsou považovány za trestné činy a jaké konkrétní sankce jsou za ně ukládány. (Vondráček, 2005, str. 19)

#### **3.1.2 Trestný čin**

Je to takový čin, který je pro společnost nebezpečný, jehož znaky jsou uvedeny (zejména) v trestním zákoně. Trestný čin může spáchat pouze fyzická osoba, a proto k odpovědnosti může být volána také pouze fyzická osoba,

v našem případě konkrétní zdravotnický pracovník, a tedy nikoliv zdravotnické zařízení.

Jednou z podmínek trestného činu je zavinění, kdy trestný čin lze spáchat jednak úmyslně, kdy pachatel tento čin spáchat chtěl, nebo z nedbalosti, kdy buď věděl, že může spáchat trestný čin, ale bez přiměřených důvodů předpokládal, že se nestane, nebo věděl, že svým jednáním tento čin může spáchat, ale vědět to měl a mohl. Při nedbalosti tedy pachatel trestný čin spáchat nechtěl.

Při poskytování zdravotní péče se setkáváme s trestnými činy:

- Ublížení na zdraví
- Neoznámení trestného činu (Vondráček, 2005, str. 19)

### **3.2.3 Újma na zdraví při poskytování zdravotní péče**

Újma na zdraví při poskytování zdravotní péče může být spáchána zdravotnickým pracovníkem především z nedbalosti, ale nelze vyloučit ani úmysl. Je třeba zdůraznit, že neznalost je zásadně kvalifikována jako nedbalost.

(Vondráček, 2005, str. 19)

### **3.2.4 Úmyslné spáchání trestného činu**

#### **Ustanovení § 221, Odst. 1**

Kdo jinému úmyslně ublíží na zdraví, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

Toto ustanovení vyžaduje úmysl, to znamená, že pachatel tohoto činu chce ublížit na zdraví. I když to nelze vyloučit, je při poskytování zdravotní péče úmyslné ublížení na zdraví způsobené zdravotnickým pracovníkem zdravotnickým výkonem jev jistě více jak výjimečný.

Další písmena komentovaného ustanovení dopadají na případy, kdy je úmyslně způsobena těžká újma či smrt. Tomu odpovídá i zvýšená trestní sazba za tyto trestní činy. (Vondráček, 2005, str. 20)



### **3.2.5 Nedbalostní spáchání trestného činu**

#### **Ustanovení § 223, Odst.1**

Kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví tím, že poruší důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení, nebo funkce, nebo uloženou mu podle zákona, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, nebo zákazem činnosti.

Při nedbalostním trestním činu pachatel nechce čin spáchat, není tedy přítomen úmysl. Při poskytování zdravotní péče se v naprosté většině jedná o trestné činy nedbalostní, kde je sankce jiná než u úmyslných trestných činů, i když je nedbalostí způsoben následek závažný.

Ublížením na zdraví se rozumí taková porucha normálních tělesných a duševních funkcí, která znemožňuje nebo znesnadňuje poškozenému výkon obvyklé činnosti a která není přechodného rázu. Porucha zdraví má trvat déle než týden, ale méně než šest týdnů. (Vondráček, 2005, str. 21)

## 4 Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té,

když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen. (<http://www.mpsv.cz/cs/840>)

## **5 Mimořádná událost**

Poškození pacienta (i riziko tohoto poškození) způsobené postupem zdravotnického personálu, nikoliv primárním onemocněním/poraněním pacienta. (Marx, 2001)

### **5.1 Hlášení mimořádných událostí (chyb)**

Spektrum a procedura hlášení jsou definovány vnitřním předpisem. Zápis se provádí do jednotného elektronického formuláře. Sběr je centralizován a kategorizován. Fungující zpětná vazba (nikoliv sankce). Motivace k hlášení mimořádných událostí. (Marx, 2001)

### **5.2 Minimální náležitosti hlášení**

Datum a čas mimořádné události. Identifikace pacienta, věk a pohlaví. Identifikace osob zúčastněných na mimořádné události. Místo mimořádné události. Kategorie mimořádné události. kategorie poškození pacienta. Komentář a doporučení. Podpis. (Marx, 2001)

### **5.3 Záruky úspěchu hlášení**

Důvěrnost sdělení, ne anonymita. Zajímat se o scénář, ne o herce. Soustředit se na skorochyby. Nečekat rychlé změny. (Marx, 2001)

Pokud budou manažeři vidět hlavní příčinu pochybení v lidech a pokud budou přesvědčeni o tom, že nejlepším řešením, jak chybám předejít, je rychlé a rázné disciplinární řízení, pak nelze očekávat úspěch jakékoliv strategie a chyby a omyly se budou maskovat a zakrývat i nadále. (Škrla, Škrlová, 2008, str. 49)

## PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem práce v její praktické části je získání informací o nejčastějších medikačních chybách na Oddělení intenzivní péče chirurgických oborů, Ústřední vojenské nemocnice Praha, zda-li se délka praxe respondentů a jejich vzdělání projevuje na výskytu medikačních chyb. Je-li pro ně stresující medikační chybu přiznat. A vidí-li nahlášení medikační chyby formou mimořádné události jako odhalování chyb v systému.

Výsledky ze svého průzkumného šetření bych chtěla použít jako jeden z indikátorů kvality na Oddělení intenzivní péče chirurgických oborů. Mám zájem na tom, aby sestry chápaly hlášení chyb a skoro chyb (pokud se stanou), jako informaci, kterou je možno analyzovat a zpětnou vazbou napravovat. Vytvářet tedy takové pracovní prostředí, kde sestry budou chápat vážnost problému a nebudou brát medikační chybu, nebo skoro chybu za prohřešek s kterým si neví rady a pokud chybu nahlásí, nebudou za ni trestány. Hodně o tom, zda se na našem oddělení daří či nedaří takové prostředí vytvářet, napoví závěrečné zpracování šetření

## **6 Průzkumné šetření**

V této části práce je vymezený problém, cíle průzkumného šetření, hypotézy, výběrový soubor, který tvoří sestry z Oddělení intenzivní péče chirurgických oborů Ústřední vojenské nemocnice v Praze v počtu 42, jako i metoda průzkumného šetření. Pro získání informací jsme zvolili metodu anonymního dotazníku, který je součástí této práce v příloze B. Dotazník se skládá z 19 položek. Jednotlivé otázky dotazníku jsou tabulkově i graficky zpracované. V diskuzi jsou zpracované zjištění, které vyplývají z jednotlivých hypotéz, součástí jsou i tabulkové a grafické znázornění výsledků jednotlivých hypotéz.

### **6.1 Vymezení problému**

Analýza a zdůvodnění příčin pochybení při poskytování zdravotní péče v praxi.

### **6.2 Cíl průzkumného šetření**

**Cíl 1.** Zjistit, zda-li se v praxi medikační chyby stávají.

**Cíl 2.** Zjistit, zda-li hlášení a monitorování mimořádných událostí pomáhá identifikovat potenciálně opakující se problémy, které mohou ovlivnit kvalitu a bezpečnost poskytované péče.

**Cíl 3.** Zjistit, zda-li byl za nahlášení medikační chyby někdo potrestán.

**Cíl 4.** Zjistit, jaký přístup mají poskytovatelé zdravotní péče k prevenci medikačních chyb.

**Cíl 5.** Zjistit do jaké míry je chápána vážnost problému vzniku medikačních chyb a to jak medikačním chybám předcházet.

### **6.3 Hypotézy**

**H1** - Předpokládám, že se více jak 50% respondentům stala medikační chyba a že nejčastější medikační chybou dotazovaných respondentů je chyba s nízkým rizikem pro pacienta (skoro chyba).

**H2** - Předpokládám, že více jak 50% respondentů chápe, že hlášení a monitorování mimořádných událostí pomáhá identifikovat potenciálně opakující se problémy, které mohou ovlivnit kvalitu a bezpečnost poskytované péče.

**H3** - Předpokládám, že nikdo z respondentů nebyl za nahlášení medikační chyby potrestán.

**H4** - Předpokládám, že více jak 50% respondentů má proaktivní přístup k poskytování bezpečné péče (prevenci chyb).

**H5** - Předpokládám, že více jak 50% respondentů chápe vážnost problému vzniku medikačních chyb a ví jak účinně medikačním chybám předcházet.

## **7 Výběrový soubor a metodika**

Ve svém průzkumném šetření jsem si vybrala metodu anonymního dotazníku (příloha B), umožňujícího rychlé shromažďování dat od velkého počtu respondentů. Způsob šetření, při kterém jsou informace od zkoumaných osob získávány písemně prostřednictvím otázek předtištěných na zvláštním formuláři. Anonymní dotazování má samozřejmě jak své výhody, tak nevýhody. Výhody spočívají v získání informací od velkého počtu respondentů v krátkém časovém úseku, při zachování stejné podmětové situace a poskytnutí času na rozmyšlení. Nevýhody anonymního dotazování prostřednictvím dotazníku, spočívají v tom že, dotazovaný může odpovídat podle momentální nálady (klamat, zamlčovat), nebo zkreslit odpověď na základě nepochopení otázky. Proto je velmi důležité, aby otázky byly srozumitelné a pokud možno krátké a aby byl dotazník pro respondenty zajímavý. Více než důležité jsou i jasné pokyny, jak dotazník vyplnit. Pokud splníme výše uvedené podmínky, dá se říci, že návratnost vyplněného dotazníku by se měla blížit 100%.

### **7.1 Typy položek dotazníku**

Dotazník obsahuje celkem 19 otázek předložených respondentům. Uzavřených otázek – nabízejících soubor možných variant odpovědí, ze kterých si respondent vybere vhodnou odpověď jsem položila 14krát (otázky 5-8 a 10-19). Polytomické otázky s jednou variantou odpovědi jsem položila 5x (otázky 1– 4 a 9).

### **7.2 Organizace dotazníkového šetření**

Na Oddělení intenzivní péče chirurgických oborů ÚVN jsem v lednu 2008 rozdala 55 dotazníků všem sestřám. Po jejich vyplnění je respondenti odevzdávali do připravené schránky. Bilance návratnosti při všech řádně vyplněných 19 položkách byla 42 ( 76% ) . Začala jsem tedy se závěrečným zpracováním.



### **7.3 Zpracování výsledku šetření**

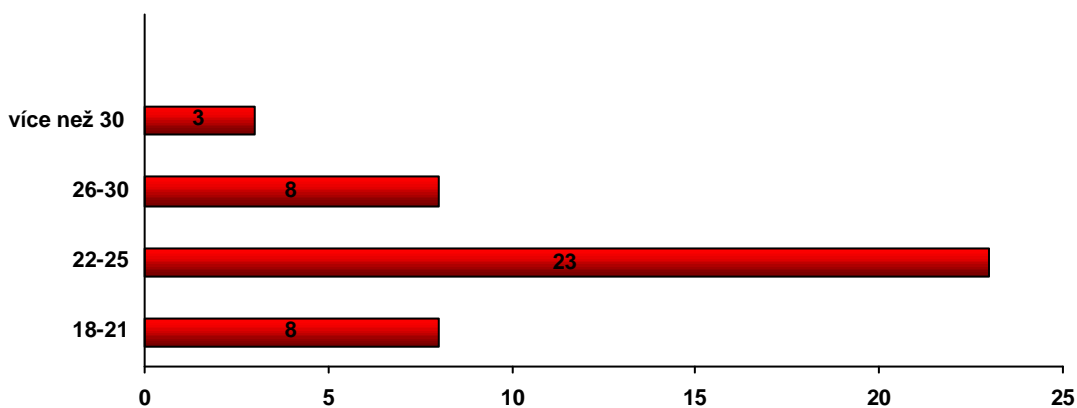
Řádně vyplněné dotazníky byly vyhodnoceny a zpracovány v tabulkovém procesoru Microsoft Word. Byly vypočítány četnosti a relativní četnosti sledovaných údajů. Ty pak byly dále zpracovány graficky.

## 7.4 Výsledky průzkumného šetření

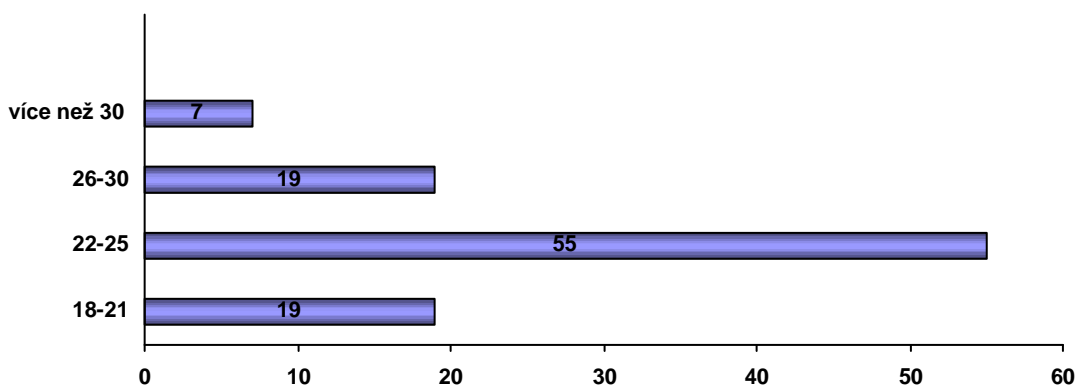
Tabulka 1 - Věk

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost %
18 – 21 let	8	19
22 – 25 let	23	55
26 -30 let	8	19
více než 30 let	3	7
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 1a - Věk respondentů – absolutní četnost



Graf 1b - Věk respondentů – relativní četnost v %

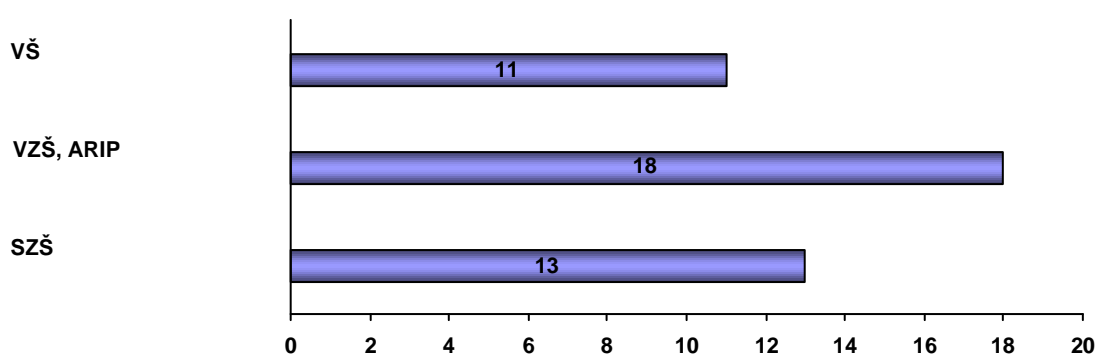


Zkoumaný vzorek tvořilo 7 % respondentů ve věku více než 30 roků, 19 % ve věku od 26 do 30 roků, 55 % ve věku od 22 do 25 roků, kteří tvoří nejpočetnější skupinu; 19 % ve věku od 18 do 21 roků .

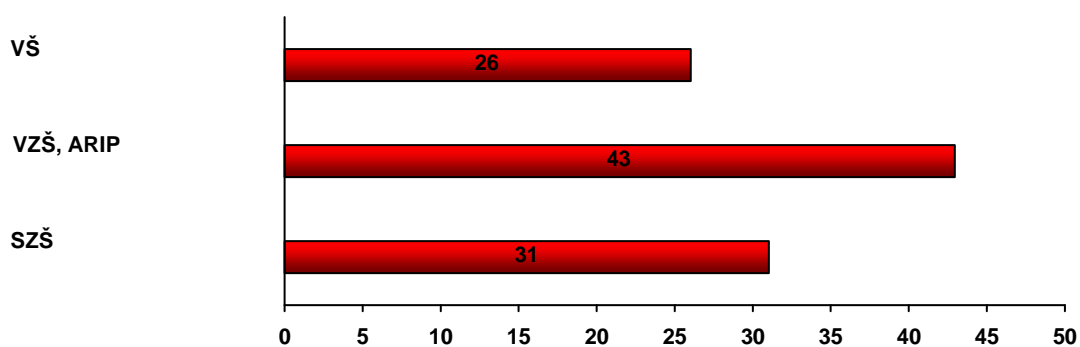
Tabulka 2 - Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost %
SZŠ	13	31
VZŠ, ARIP	18	43
VŠ	11	26
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 2a - Vzdělání respondentů – absolutní četnost



Graf 2b - Vzdělání respondentů – relativní četnost v %

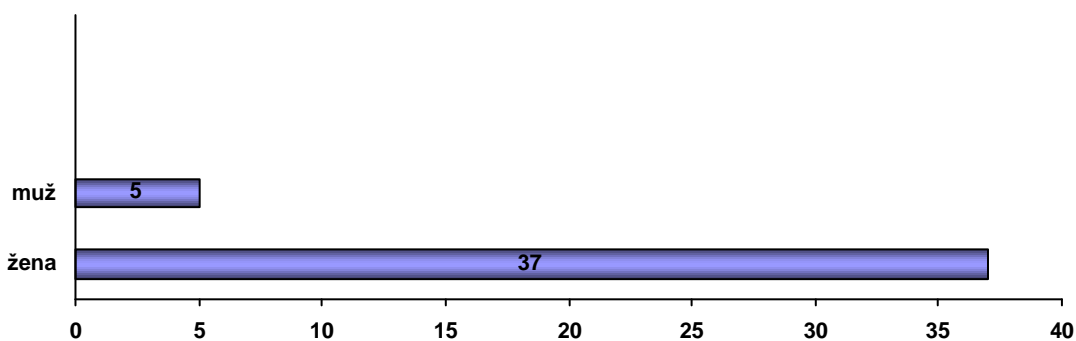


Zjistila jsem že zkoumaný vzorek tvoří 26% vysokoškolsky vzdělaných sester, 43% sester s vyšším odborným vzděláním, nebo se specializací ARIP a 31% tvoří sestry se středoškolským vzděláním.

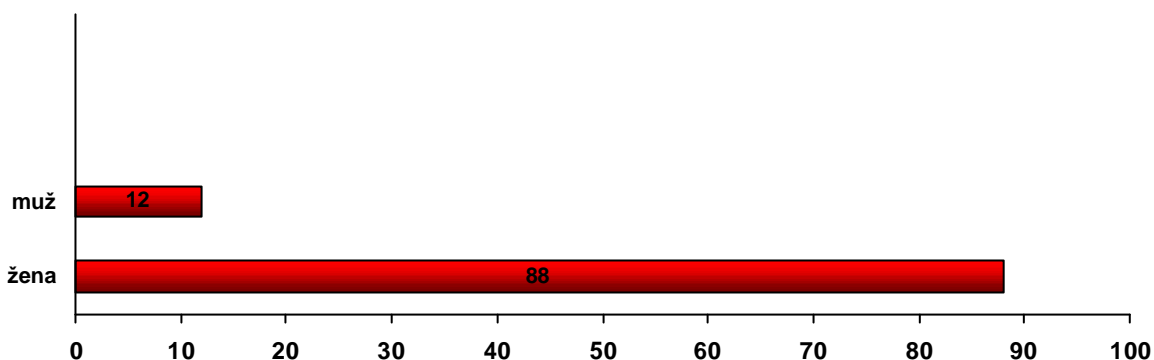
Tabulka 3 - Pohlaví

Jste žena, muž	Absolutní četnost	Relativní četnost %
žena	37	88
muž	5	12
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 3a - Pohlaví – absolutní četnost



Graf 3b - Pohlaví – relativní četnost v %

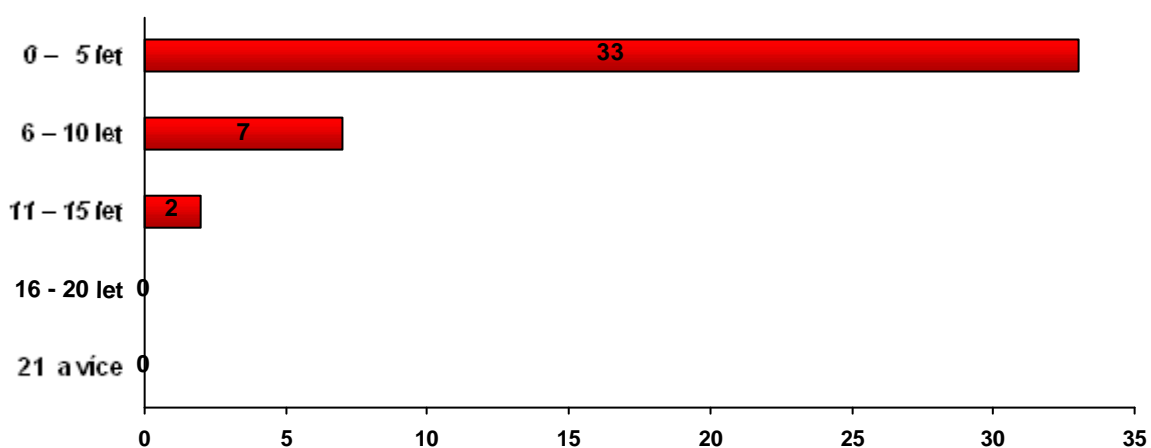


V mnou zkoumaném vzorku je 12% mužů a 88% žen. Z toho je patrné, že v sesterské profesi se začínají prosazovat i muži, ale ženy jsou stále ještě v převaze.

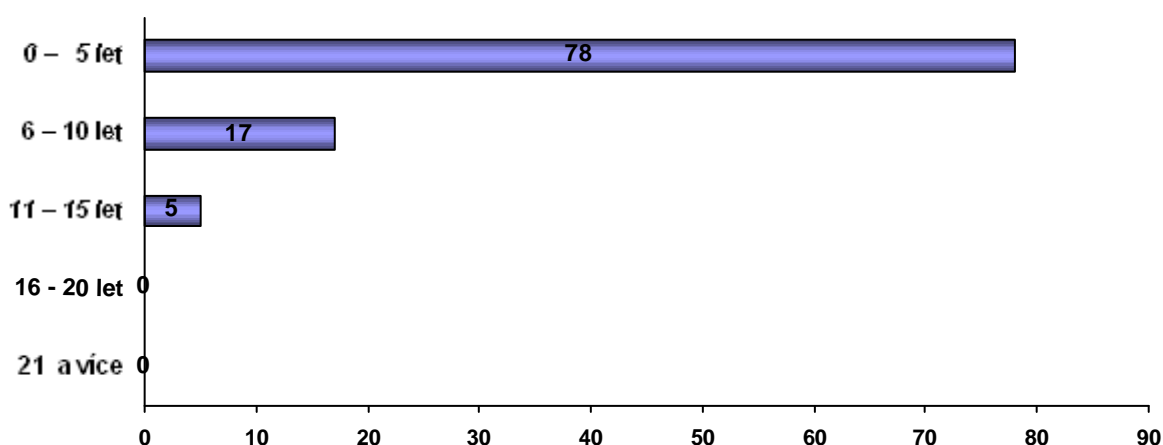
Tabulka 4 - Jaká je délka vaší praxe ve zdravotnictví?

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost %
0 – 5 let	33	78
6 – 10 let	7	17
11 – 15 let	2	5
16 – 20 let	0	0
21 a více	0	0
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 4a - Délka praxe respondentů – absolutní četnost



Graf 4b - Délka praxe respondentů – relativní četnost v %

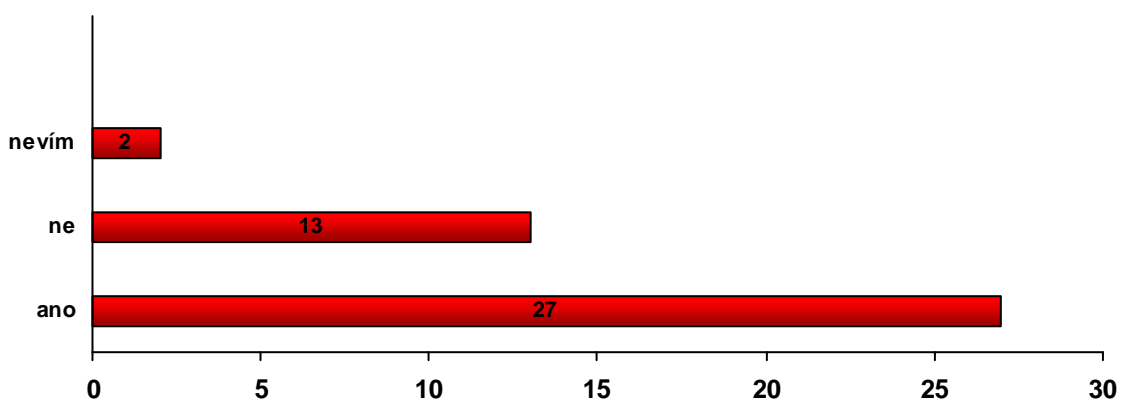


Otázkou 4, jsem zjišťovala délku praxe respondentů. U 78% činí délka praxe od 0–5 let, 17% tvoří ti, jejichž délka praxe je 6–10 let a 5% tvoří ti, kteří pracují již 11–15 let.

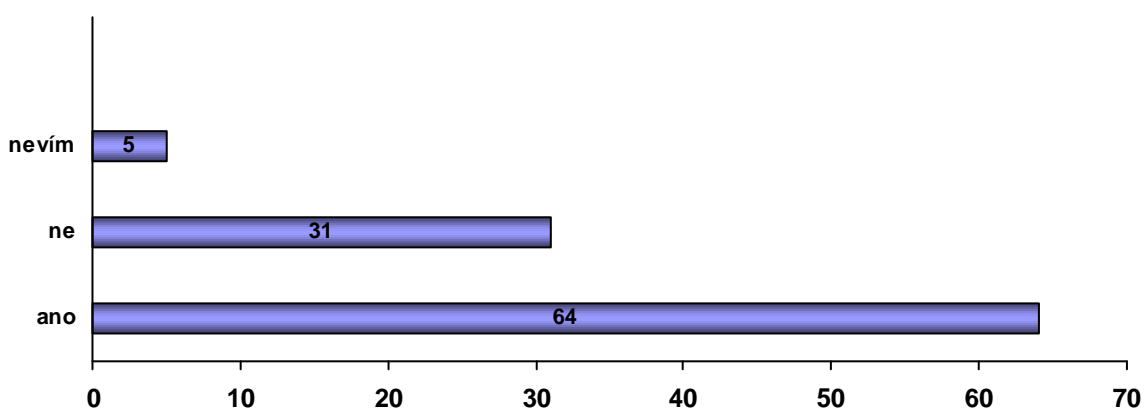
Tabulka 5 - Stala se vám za dobu vaší praxe medikační chyba?

MCH se za dobu praxe stala	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	27	64
ne	13	31
nevím	2	5
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 5a - Stala se za dobu praxe medikační chyba – absolutní četnost



Graf 5b - Stala se za dobu praxe medikační chyba – relativní četnost v %

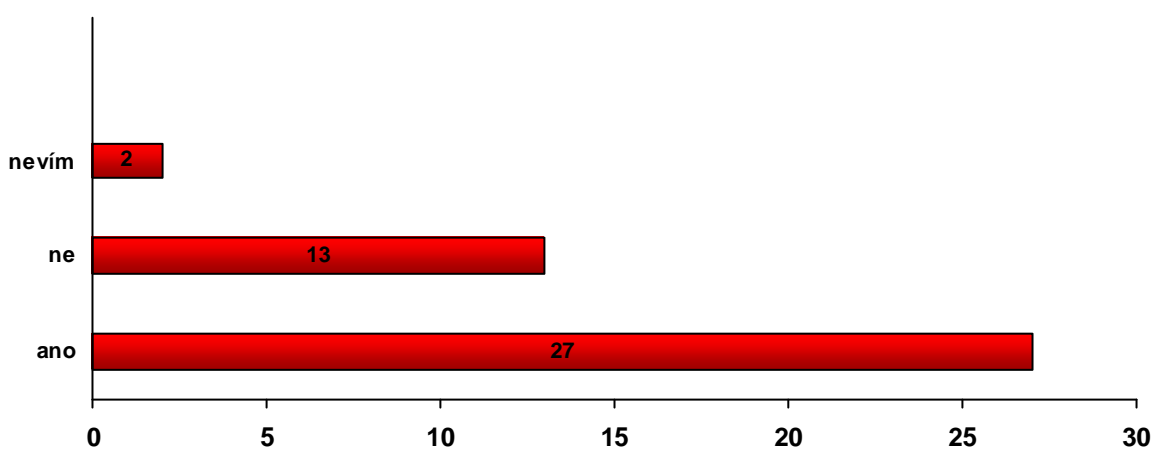


Zkoumaný vzorek tvořilo 64% respondentů, kteří odpověděli, že se jim stala za dobu praxe medikační chyba, 31% respondentů odpovědělo že ne a 5% neví.

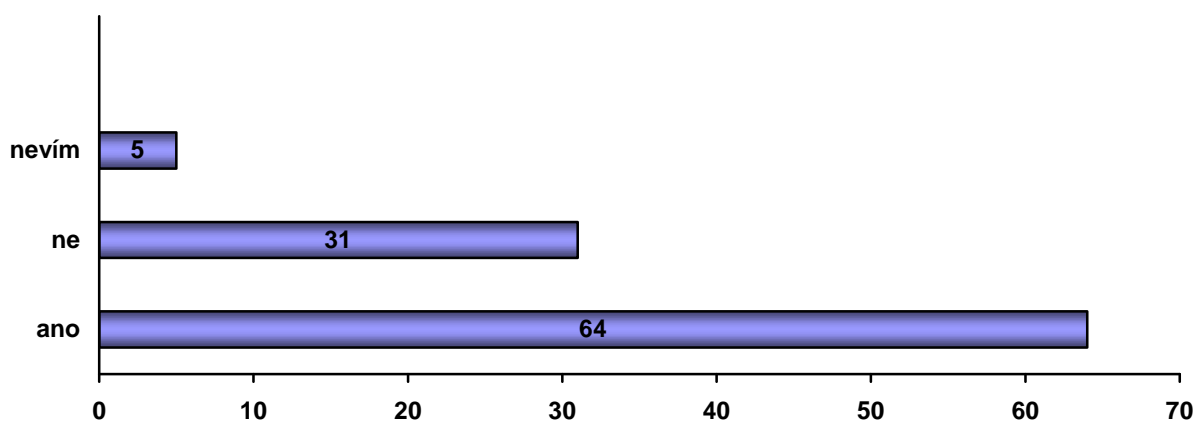
Tabulka 6 - Byla tato medikační chyba s nízkým rizikem pro pacienta?

MCH s nízkým rizikem	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	27	64
ne	13	31
nevím	2	5
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 6a - Stala se medikační chyba s nízkým rizikem – absolutní četnost



Graf 6b - Stala se medikační chyba s nízkým rizikem – relativní četnost v %

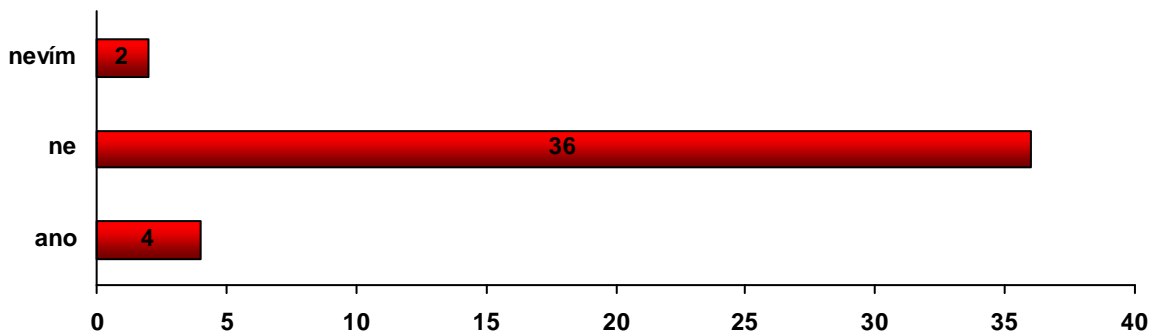


Ve zkoumaném vzorku 64% respondentů odpovědělo, že se jim stala medikační chyba s nízkým rizikem pro pacienta, 31% tuto možnost popřela a 5% neví.

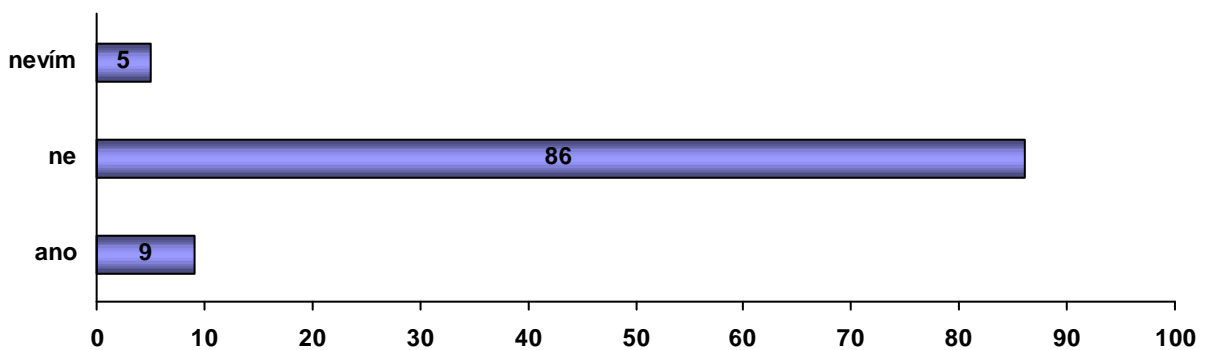
Tabulka 7 - Byla tato chyba se středním rizikem pro pacienta?

<b>MCH se středním rizikem</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost %</b>
ano	4	9
ne	36	86
nevím	2	5
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 7a - Stala se medikační chyba se středním rizikem – absolutní četnost



Graf 7b - Stala se medikační chyba se středním rizikem – relativní četnost v %



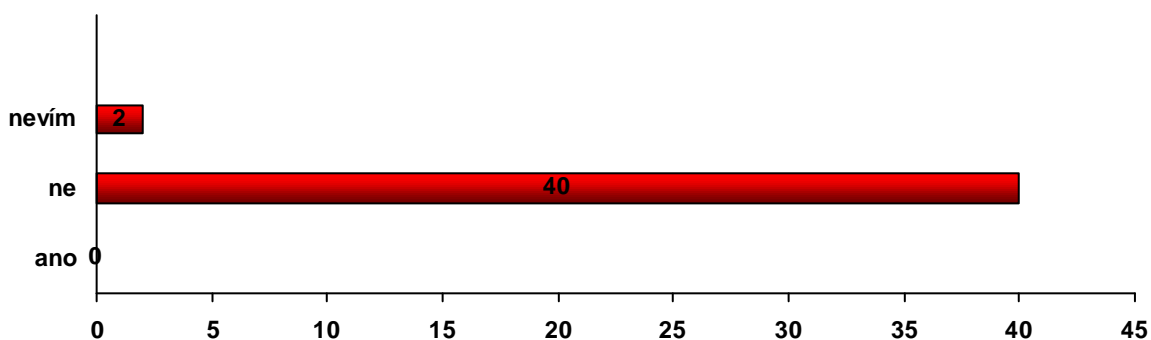
Ve zkoumaném vzorku 9% respondentů odpovědělo, že se jim stala medikační chyba se středním rizikem pro pacienta, 86% tuto možnost popřela a 5% neví.



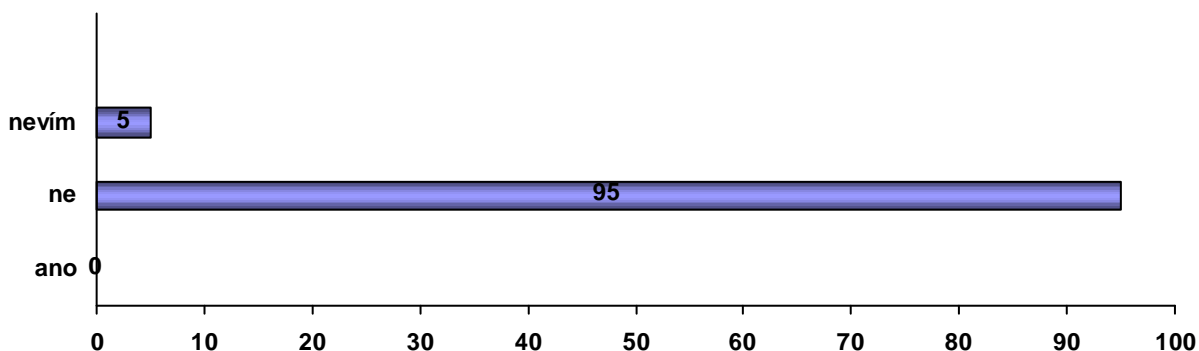
Tabulka 8 - Byla tato medikační chyba s vysokým rizikem pro pacienta?

<b>MCH s vysokým rizikem</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost %</b>
ano	0	0
ne	40	95
nevím	2	5
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100,0%</b>

Graf 8a - Stala se medikační chyba s vysokým rizikem pro pacienta – absolutní četnost



Graf 8b - Stala se medikační chyba s vysokým rizikem pro pacienta – relativní četnost v %

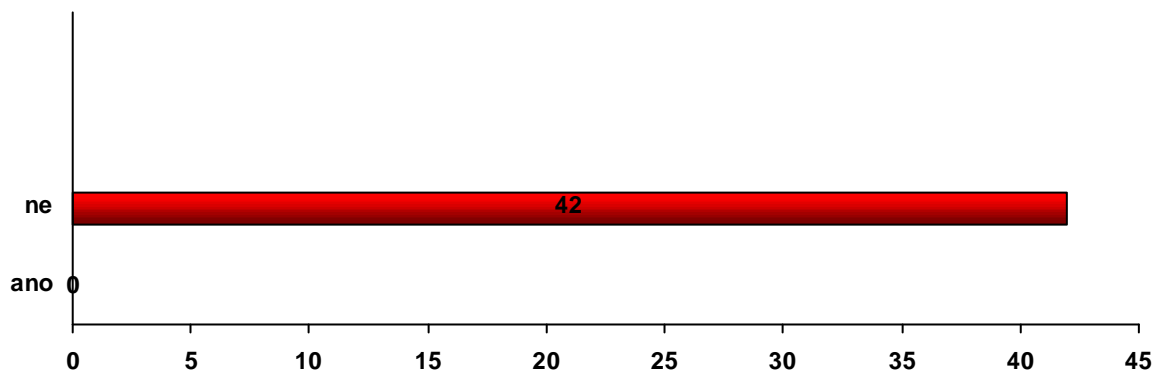


Ve zkoumaném vzorku 95% respondentů popřelo, že by se jim za dobu jejich praxe stala medikační chyba s vysokým rizikem pro pacienta, 5% respondentů odpovědělo nevím.

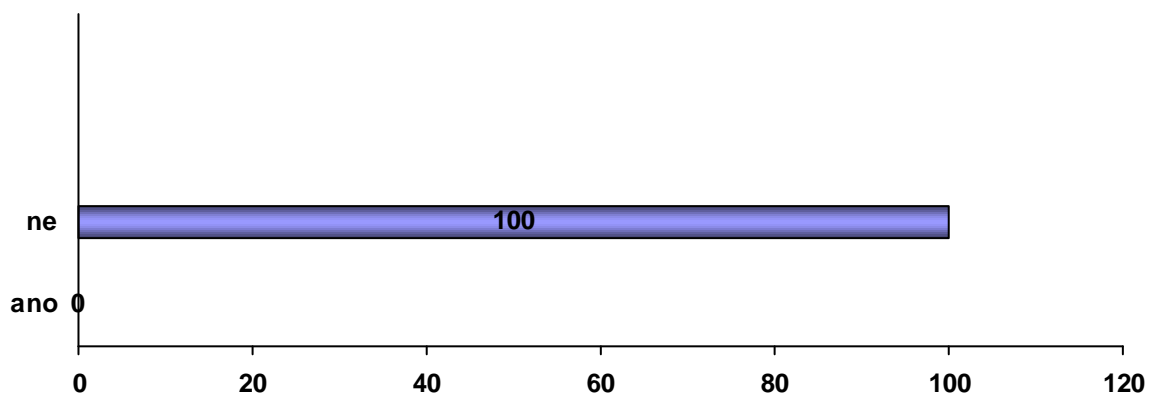
Tabulka 9 - Byla tato medikační chyba s následkem smrti?

MCH s následkem smrti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	0	0
ne	42	100
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 9a - Stala se chyba s následkem smrti – absolutní četnost



Graf 9b - Stala se chyba s následkem smrti – relativní četnost v %

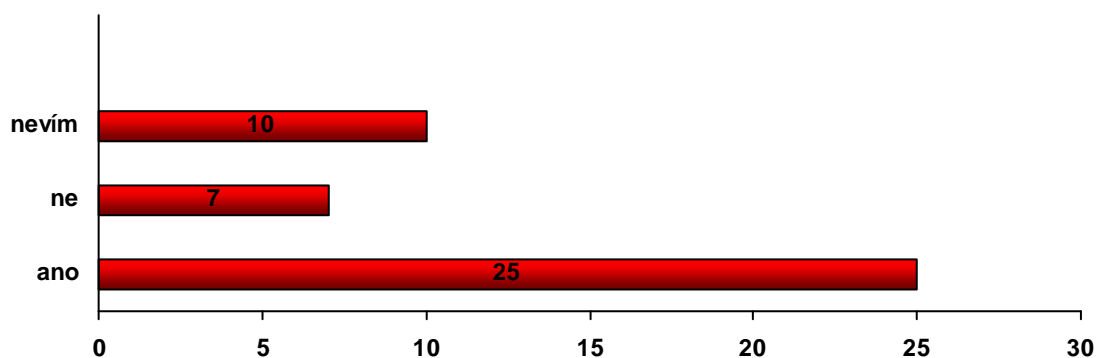


Otázkou č. 9 jsem zjišťovala, zda-li se někomu z respondentů stala medikační chyba s následkem smrti pro pacienta. Odpověď respondentů byla jednoznačná 100% odpovědělo ne.

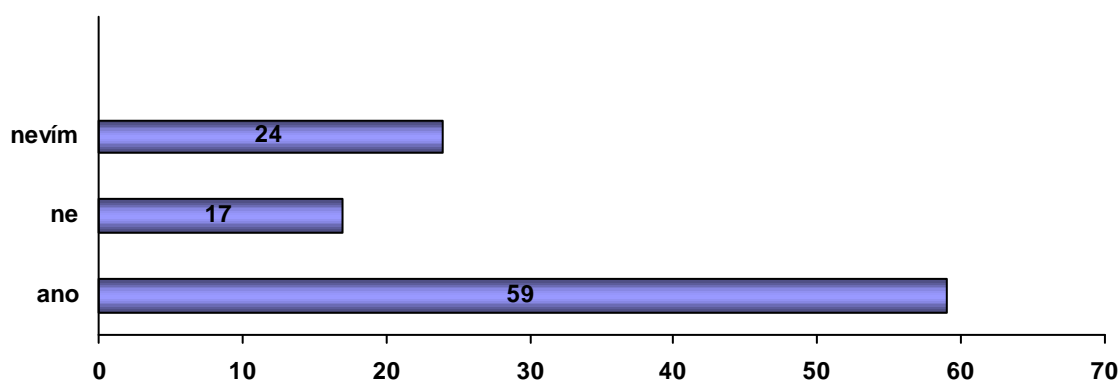
Tabulka 10 - Myslíte si, že nahlášení medikační chyby formou mimořádné události přispívá k odhalování chyb v systému?

Hlášení MCH	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	25	59
ne	7	17
nevím	10	24
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 10a - Hlášení medikační chyby přispívá k odhalování chyb v systému – absolutní četnost



Graf 10b - Hlášení medikační chyby přispívá k odhalování chyb v systému – relativní četnost v %

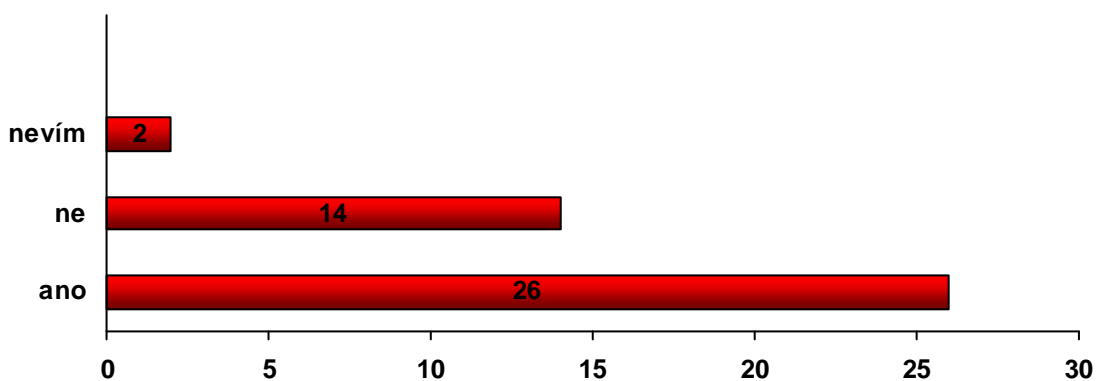


Otázkou č. 10 jsem zjistila, že 59% respondentů odpovídá, že hlášení medikačních chyb přispívá k odhalování chyb v systému, 24% odpovědělo že neví a 17% respondentů odpovědělo ne.

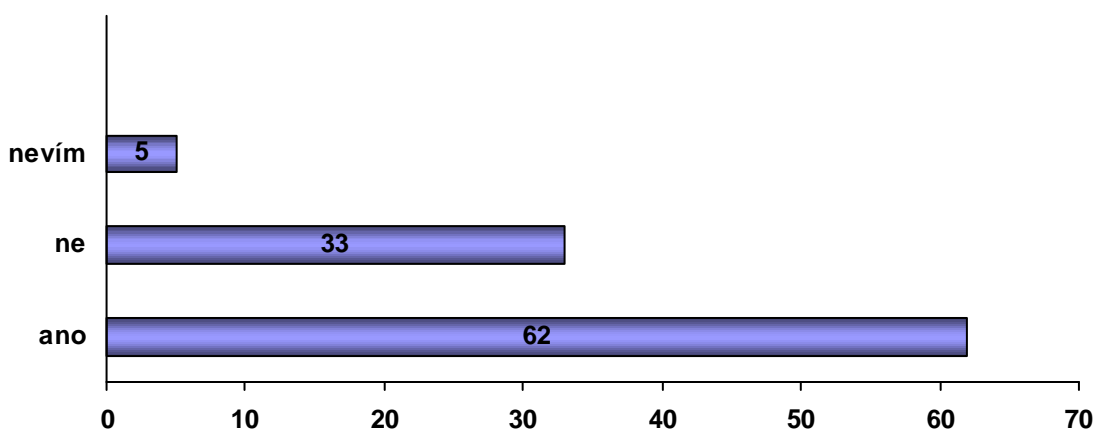
Tabulka 11 - Je pro vás stresující přiznat medikační chybu, pokud se vám stane?

Přiznání MCH	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	26	62
ne	14	33
nevím	2	5
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 11a - Je pro vás stresující přiznat se k medikační chybě – absolutní četnost



Graf 11b - Je pro vás stresující přiznat se k medikační chybě – relativní četnost v %

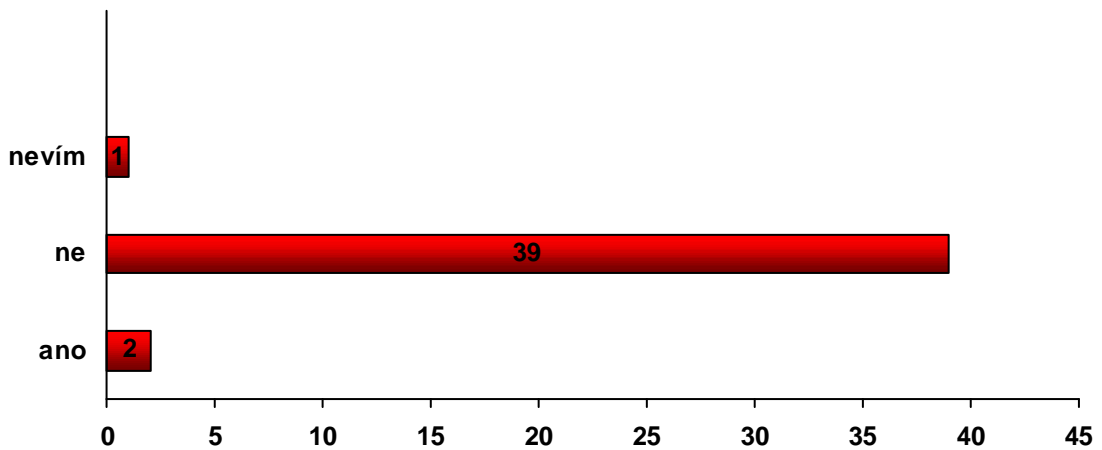


Otázkou č. 11 jsem zjišťovala, zda-li je stresující pro respondenty přiznání medikační chyby. 62% odpovědělo, že ano, 5% odpovědělo ne a 33% respondentů zvolilo odpověď nevím.

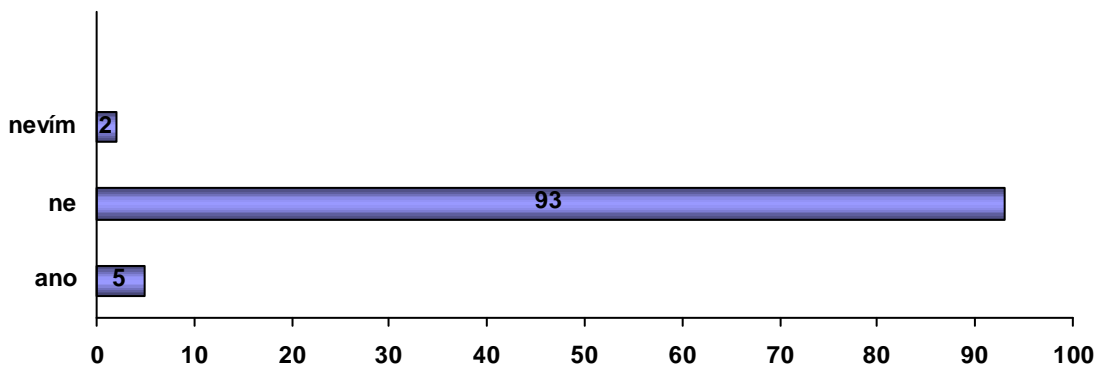
Tabulka 12 - Byl (a) jste někdy potrestán (a) za medikační chybu?

Potrestání za MCH	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	2	5
ne	39	93
nevím	1	2
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 12a - Byl(a) jste někdy potrestán(a) za medikační chybu – absolutní četnost



Graf 12b - Byl(a) jste někdy potrestán(a) za medikační chybu – relativní četnost v %

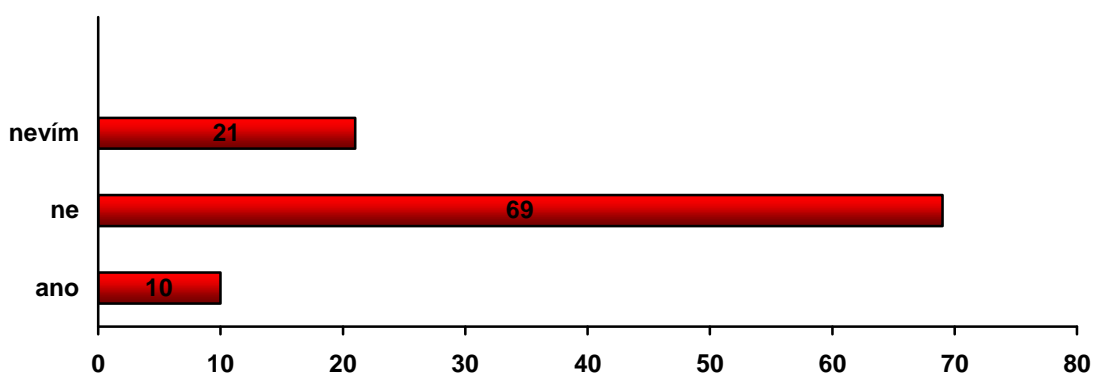


Otázkou č. 12 jsem zjistila, že 5% respondentů bylo za nahlášení medikační chyby potrestáno, 2% respondentů odpovědělo nevím a 93% nebylo za nahlášení medikační chyby trestáno.

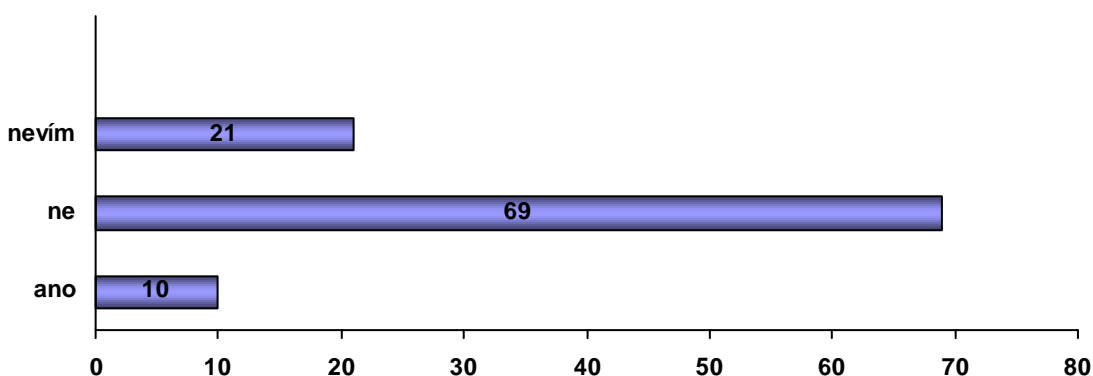
Tabulka 13 - Vnímáte medikační chybu jako prohřešek s kterým si nevíte rady?

MCH jako prohřešek s kterým si nevíte rady	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	4	10
ne	29	69
nevím	9	21
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 13a - Vnímáte medikační chybu jako prohřešek s kterým si nevíte rady – absolutní četnost



Graf 13b - Vnímáte medikační chybu jako prohřešek s kterým si nevíte rady- relativní četnost v %

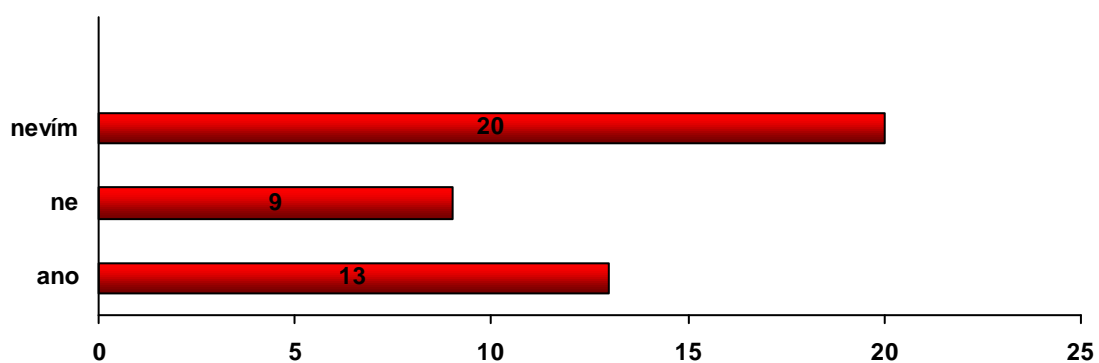


Otázkou č. 13 jsem zjišťovala, zda-li respondenti vnímají nahlášení medikační chyby jako prohřešek s kterým si neví rady. 10% odpovědělo ano, 69% odpovědělo ne a 21% neví.

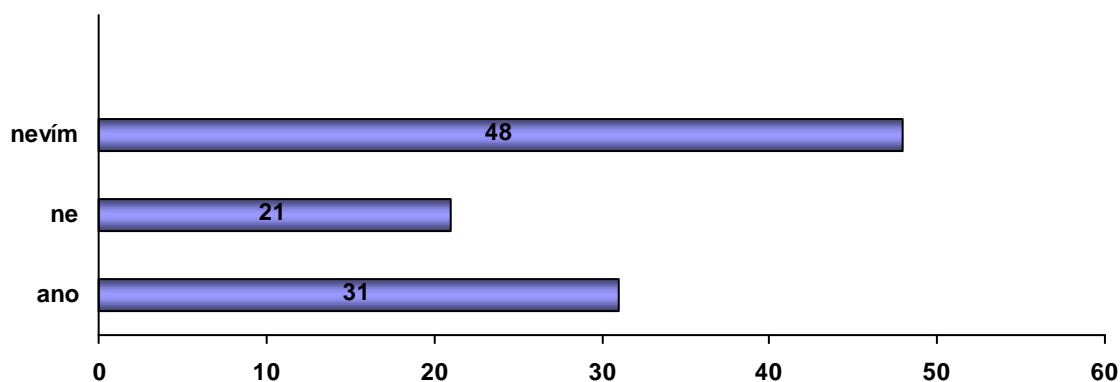
Tabulka 14 - Myslíte si že medikační chyby způsobené sestrami jsou častější, než medikační chyby způsobené lékaři?

MCH sestry vs. lékaři	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	13	31
ne	9	21
nevím	20	48
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 14a - Myslíte si že medikační chyby způsobené sestrami jsou častější, než medikační chyby způsobené lékaři – absolutní četnost



Graf 14b - Myslíte si že medikační chyby způsobené sestrami jsou častější, než medikační chyby způsobené lékaři – relativní četnost v %

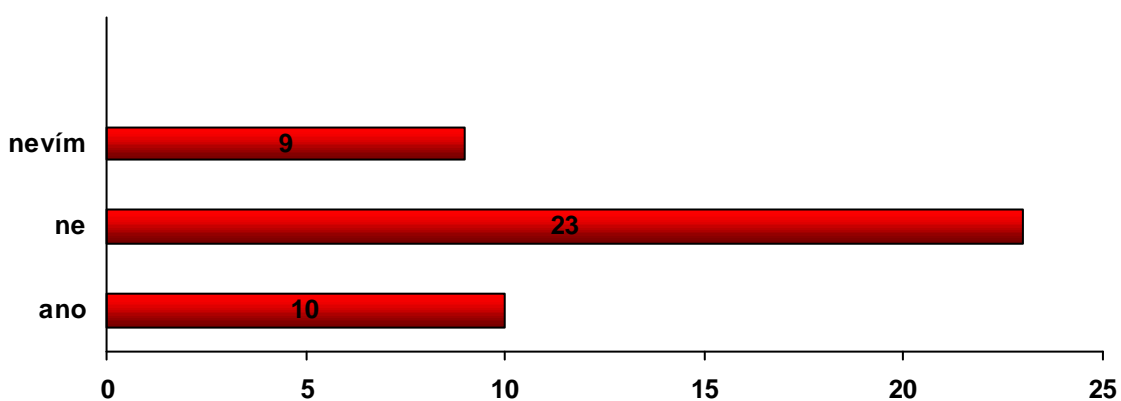


Ve zkoumaném vzorku odpovědělo 31% respondentů, že medikační chyby způsobené lékaři jsou častější, než medikační chyby způsobené sestrami, 21% respondentů odpovědělo ne a 48% respondentů odpovědělo nevím.

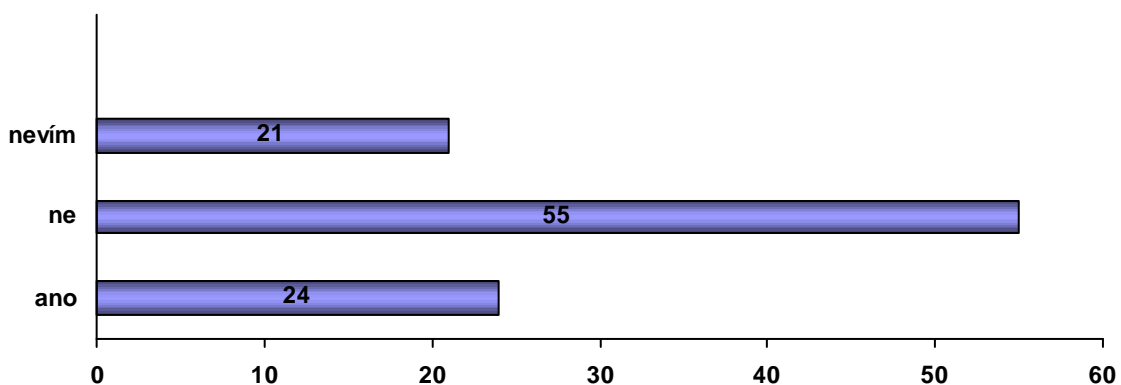
Tabulka 15 - Myslíte si, že nárůstem medicínských technologií se stává ošetrovatelská péče nepřehledná?

Nepřehlednost oš. péče nárůstem medicínských technologií	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	10	24
ne	23	55
nevím	9	21
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 15a - Nepřehlednost nárůstem medicínských technologií – absolutní četnost



Graf 15b - Nepřehlednost nárůstem medicínských technologií – relativní četnost v %



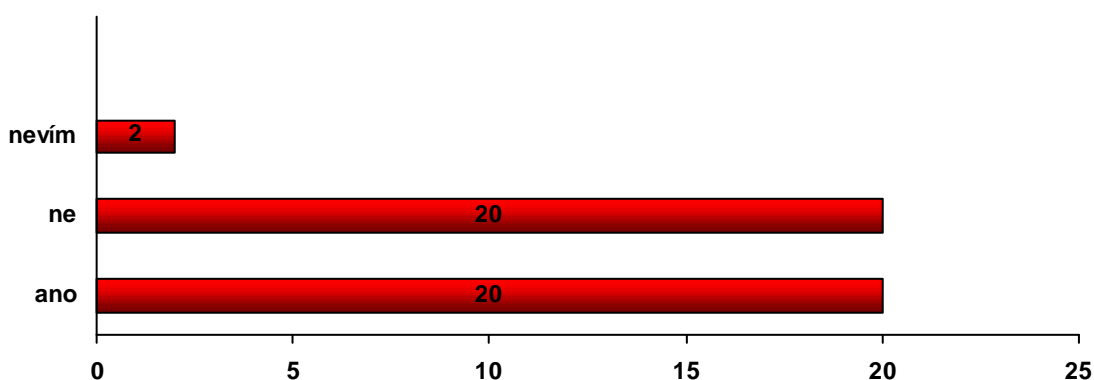
Ve zkoumaném vzorku na otázku č.15 odpovědělo 24% respondentů ano, 55% respondentů odpovědělo ne a 21% uvedlo nevím.



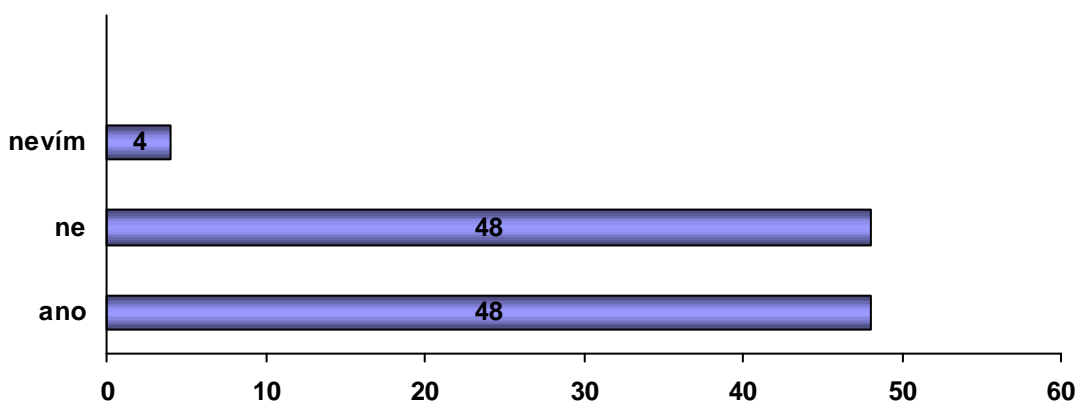
Tabulka 16 - Myslíte si, že pacient, který je v bezvědomí (umělém spánku), nebo ten pacient jehož verbální dovednosti jsou limitovány je více ohrožen medikační chybou?

<b>Ohrožení pac. MCH v bezvědomí,nebo verbálně limitovaného</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost %</b>
ano	20	48
ne	20	48
nevím	2	4
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 16a - Ohrožení pacienta v bezvědomí, nebo verbálně limitovaného medikační chybou – absolutní četnost



Graf 16b - Ohrožení pacienta v bezvědomí, nebo verbálně limitovaného medikační chybou – relativní četnost v %



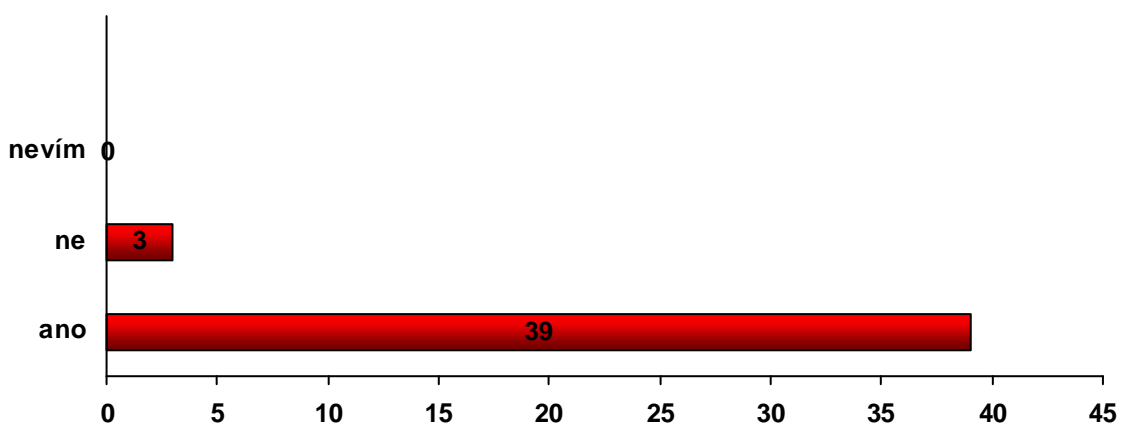
Ve zkoumaném vzorku si 48% respondentů myslí, že pacient, který je

v bezvědomí (umělém spánku), nebo ten pacient jehož verbální dovednosti jsou limitovány je více ohrožen medikační chybou 48% si myslí, že ne a 4% respondentů neví.

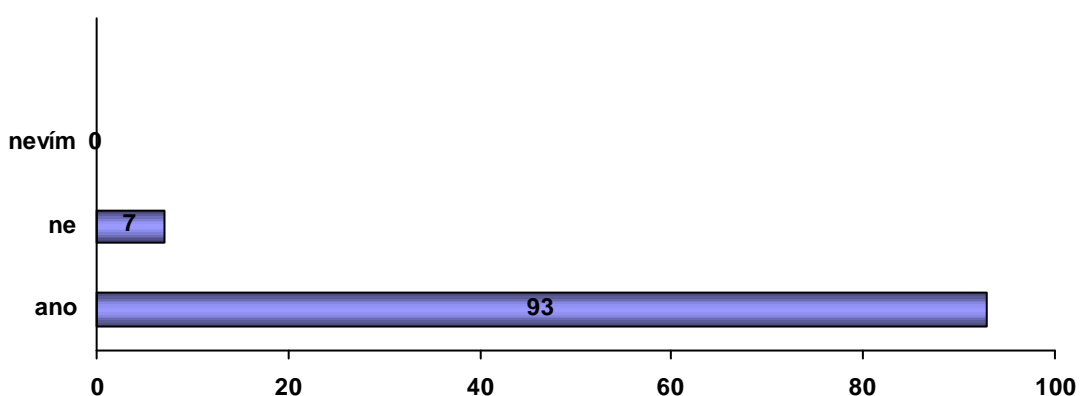
Tabulka 17 - Vnímáte vážnost problému medikačních chyb?

Vážnost problému MCH	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	39	93
ne	3	7
nevím	0	0
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 17a - Vnímáte vážnost problému medikačních chyb – absolutní četnost



Graf 17b - Vnímáte vážnost problému medikačních chyb – relativní četnost v %

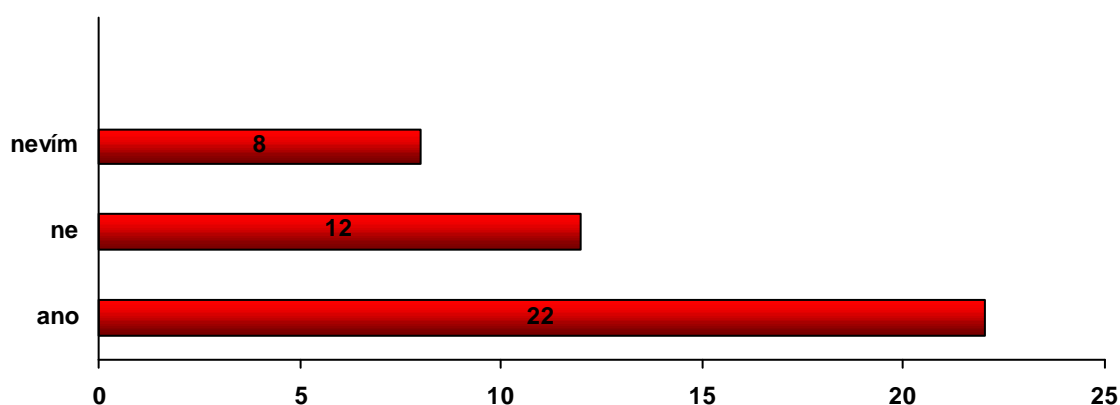


Ve zkoumaném vzorku 93% respondentů vnímá vážnost problému medikačních chyb, 7% respondentů odpovědělo že ne a nikdo z respondentů neodpověděl nevím.

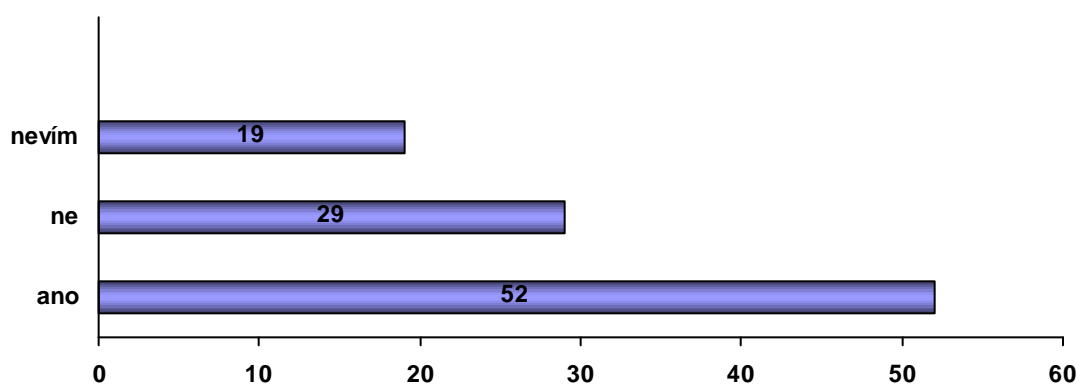
Tabulka 18 - Myslíte si, že semináře z farmakologie mohou napomoci předcházení vzniku medikačních chyb?

<b>Předcházení vzniku MCH pomocí seminářů z farmakologie</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost %</b>
ano	22	52
ne	12	29
nevím	8	19
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 18a - Myslíte si, že semináře z farmakologie mohou napomoci předcházení vzniku medikačních chyb – absolutní četnost



Graf 18b - Myslíte si, že semináře z farmakologie mohou napomoci předcházení vzniku medikačních chyb – relativní četnost v %



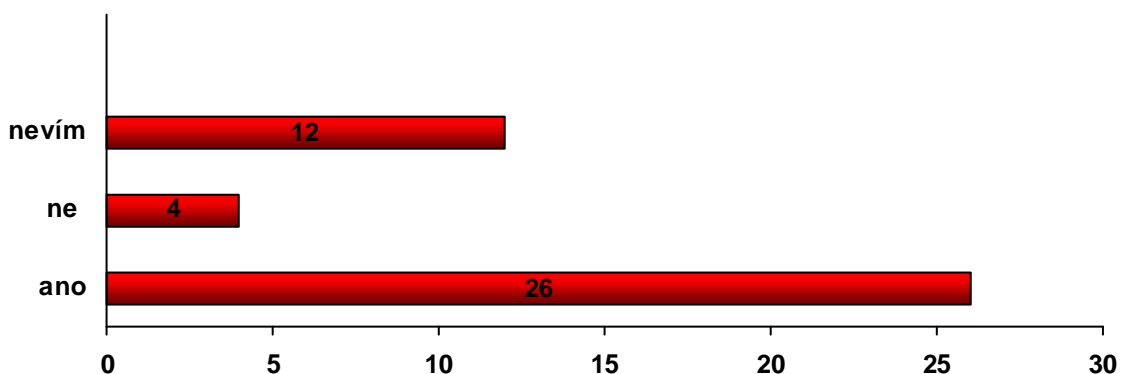
Otázkou č. 18 jsem zjišťovala, zda-li si respondenti myslí, že semináře

z farmakologie mohou napomoci předcházení vzniku medikačních chyb. 52% respondentů odpovědělo ano, 29% respondentů odpovědělo ne a 19% respondentů neví.

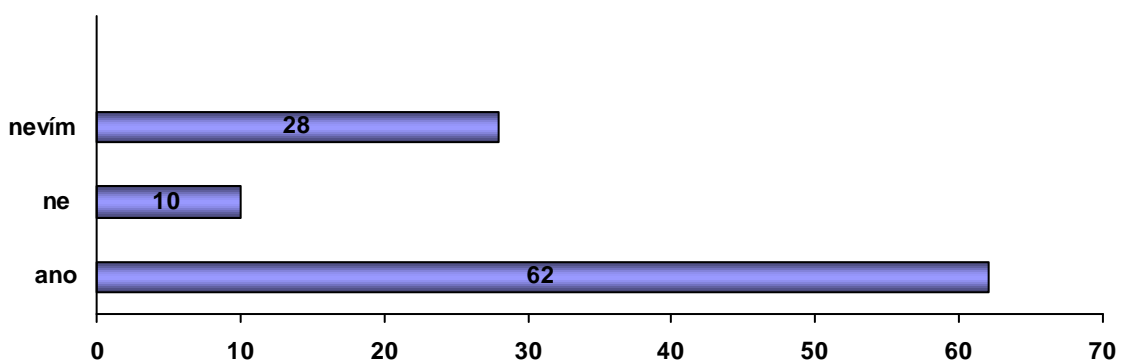
Tabulka 19 - Věříte, že nejlepší cestou k zamezení medikačních chyb je prevence?

Prevence, jako zamezení MCH	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	26	62
ne	4	10
nevím	12	28
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

Graf 19a - Věříte, že nejlepší cestou k zamezení medikačních chyb je prevence – absolutní četnost



Graf 19b - Věříte, že nejlepší cestou k zamezení medikačních chyb je prevence – relativní četnost v %



Otázkou č. 19 jsem zjišťovala, zda-li si sestry myslí, že nejlepší cestou k zamezení medikačních chyb je prevence. 62% respondentů odpovědělo, že ano, 10% odpovědělo ne a 28% respondentů neví.

## 8 Diskuse

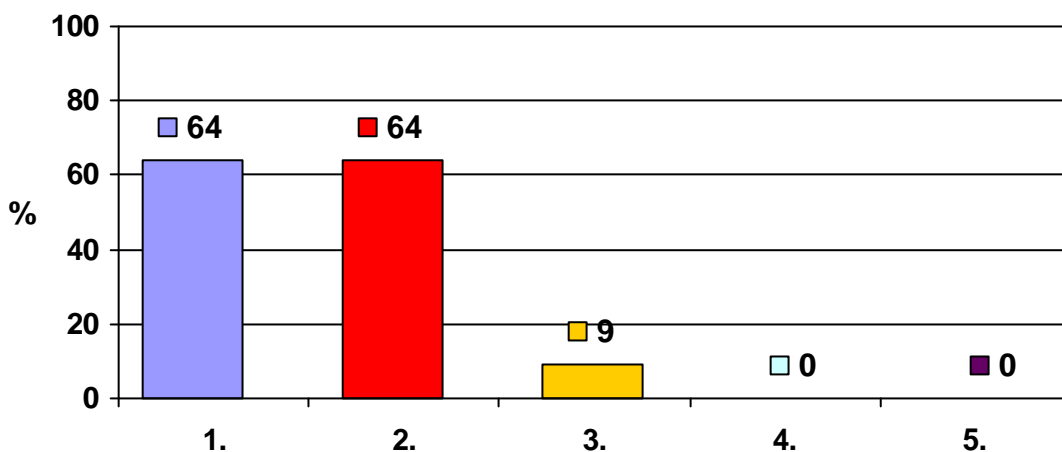
**H 1** - předpokládala, že více jak 50% respondentů se stala medikační chyba a že nejčastější medikační chybou dotazovaných je chyba s nízkým rizikem pro pacienta (skoro chyba).

Údaje jsem získávala z otázek č. 5,6,7,8,9.

Tabulka 20 - Hypotéza 1

Hypotéza 1	Počet	%
1. Stala se vám za dobu vaší praxe medikační chyba	27	64%
2. Byla tato medikační chyba s nízkým rizikem pro pacienta	27	64%
3. Byla tato chyba se středním rizikem pro pacienta	4	9%
4. Byla tato medikační chyba s vysokým rizikem pro pacienta	0	0%
5. Byla tato medikační chyba s následkem smrti	0	0%

Graf 20 – Hypotéza 1



Zjistila jsem že 64% respondentů přiznalo, že se jim stala za dobu jejich praxe medikační chyba, 64% uvedlo, že to byla chyba s nízkým rizikem pro pacienta(skoro chyba) a 9% uvedlo, že se jednalo o chybu se středním rizikem.

Na základě uvedených údajů mohu konstatovat, že se hypotéza 1 potvrdila.

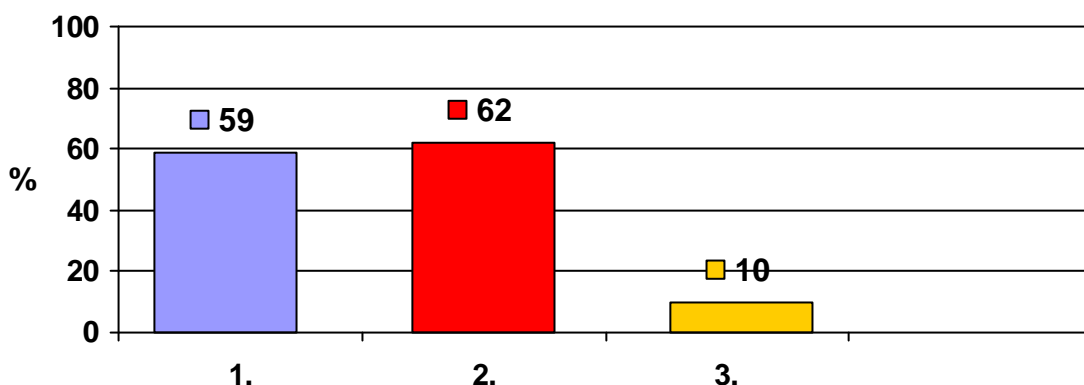
**H 2** - předpokládala, že více jak 50% respondentů chápe, že hlášení a monitorování mimořádných událostí pomáhá identifikovat potenciálně opakující se problémy, které mohou ovlivnit kvalitu a bezpečnost poskytované péče.

Údaje jsme získali z otázek č. 10, 11 a 13.

Tabulka 21 - Hypotéza 2

Hypotéza 2	Počet	%
1. Myslíte si, že nahlášení medikační chyby formou mimořádné události přispívá k odhalování chyb v systému	25	59%
2. Je pro vás stresující přiznat medikační chybu, pokud se vám stane	26	62%
3. Vnímáte medikační chybu jako prohřešek s kterým si nevíte rady	4	10%

Graf 21 – Hypotéza 2



Zjistila jsem že 59% respondentů si myslí, že nahlášení medikační chyby formou mimořádné události přispívá k odhalování chyb v systému, pro 62% je stresující přiznat medikační chybu a 10% vnímá medikační chybu jako prohřešek s kterým si neví rady.

Na základě uvedených údajů mohu konstatovat, že se hypotéza 2 potvrdila.



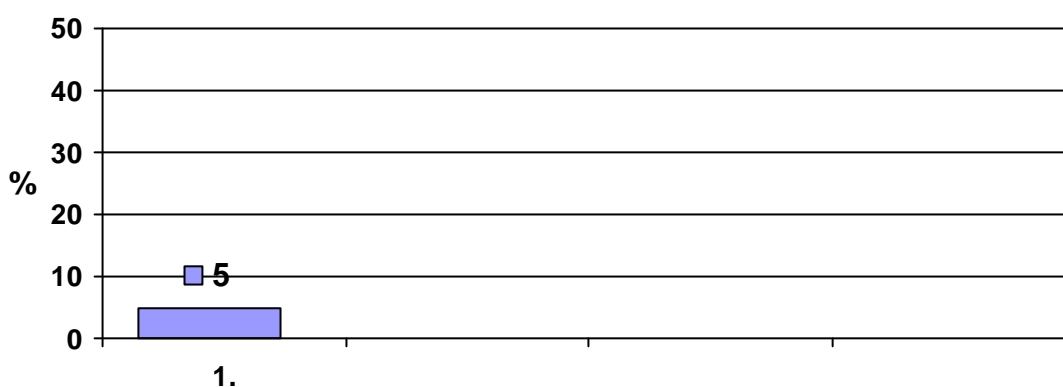
**H 3** - předpokládala, že nikdo z respondentů nebyl potrestán v souvislosti s nahlášením medikační chyby.

Údaje jsme získávala z otázky č. 12 .

Tabulka 22 - Hypotéza 3

Hypotéza 3	Počet	%
1. Byl(a) jste někdy potrestán(a) za nahlášení medikační chyby	2	5%

Graf 22 – Hypotéza 3



Zjistila jsem, že 5% respondentů bylo za nahlášení medikační chyby potrestáno předpoklad byl, že nikdo z respondentů nebyl za nahlášení medikační chyby nebo skoro chyby potrestán. Tato hypotéza se nepotvrdila, většina respondentů ve svých odpovědích sice popřela, že by byla za medikační chybu trestána, ale odpověď 2 respondentů byla ano a 1 odpověď nevím. Při sestavování této hypotézy jsem vycházela ze skutečnosti, že jsme v tomto ohledu ušli velkou cestu, ale ne všichni respondenti mohli mít stejnou zkušenost za dobu své praxe i v jiných zdravotnických zařízeních.

Na základě uvedených údajů mohu konstatovat, že se hypotéza 3 nepotvrdila

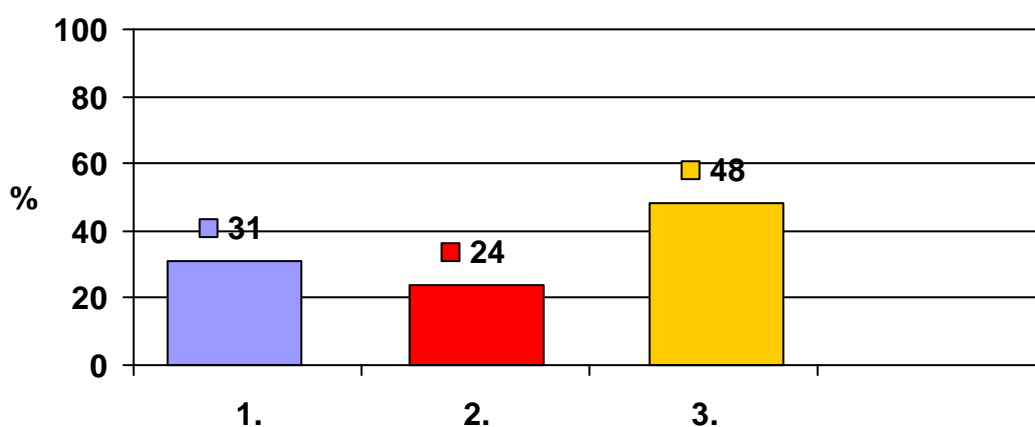
**H 4** - předpokládala, že více jak 50% respondentů má proaktivní přístup k poskytování bezpečné péče (prevenci chyb).

Údaje jsem získávala z otázek č. 14, 15 a 16.

Tabulka 23 - Hypotéza 4

Hypotéza 4	Počet	%
1. Myslíte si že medikační chyby způsobené sestrami jsou častější, než medikační chyby způsobené lékaři	13	31%
2. Myslíte si, že nárůstem medicínských technologií se stává ošetrovatelská péče nepřehledná	10	24%
3. Myslíte si, že pacient, který je v bezvědomí (umělém spánku), nebo ten pacient jehož verbální dovednosti jsou limitovány je více ohrožen medikační chybou	20	48%

Graf 23 – Hypotéza 4



Zjistila jsem, že 31% respondentů si myslí, že medikační chyby způsobené sestrami jsou častější, než medikační chyby způsobené lékaři, pouze 24% respondentů si myslí, že nárůstem medicínských technologií se stává ošetrovatelská péče nepřehledná a pouze 48% respondentů si myslí, že pacient, který je v bezvědomí (umělém spánku), nebo ten pacient jehož verbální dovednosti jsou limitovány je více ohrožen medikační chybou.

Na základě získaných údajů mohu konstatovat, že se hypotéza 4 nepotvrdila.

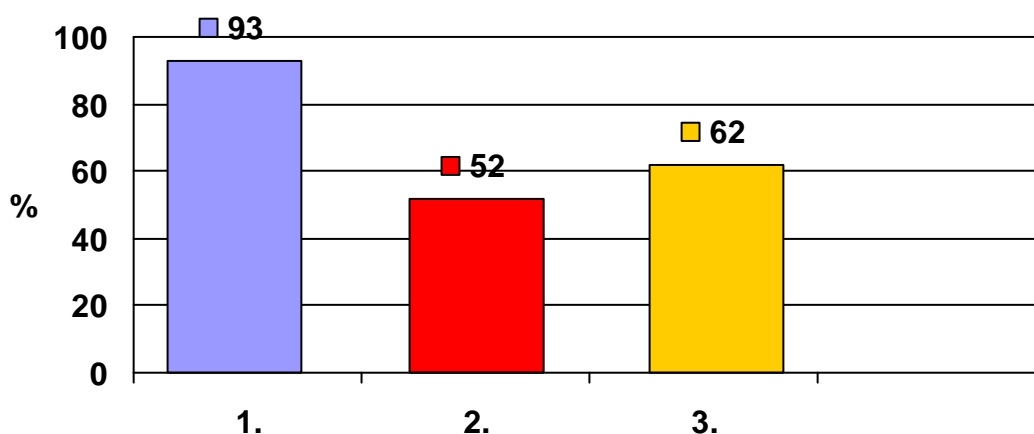
**H 5** - předpokládala, že více jak 50% respondentů chápe vážnost problému vzniku medikačních chyb a ví jak účinně medikačním chybám předcházet.

Údaje jsme získávali z otázek č. 17, 18 a 19.

Tabulka 24 - Hypotéza 5

Hypotéza 5	Počet	%
1. Vnímáte vážnost problému medikačních chyb	39	93%
2. Myslíte si, že semináře z farmakologie mohou napomoci předcházení vzniku medikačních chyb	22	52%
3. Věříte, že nejlepší cestou k zamezení medikačních chyb je prevence	26	62%

Graf 24 – Hypotéza 5



Zjistila jsem, že 93% respondentů se vyjádřilo, že vnímá vážnost problému vzniku medikačních chyb, 52% si myslí, že semináře z farmakologie mohou napomoci předcházení vzniku medikačních chyb a 62% věří, že nejlepší cestou k zamezení medikačních chyb je prevence.

Na základě získaných údajů se hypotéza 5 potvrdila.

Z výsledku průzkumného šetření vyplývá, že:

1. V praxi se stávají medikační chyby a nejčastější medikační chybou dotazovaných je chyba s nízkým rizikem pro pacienta (skoro chyba).
2. Sestry chápou, že hlášení a monitorování mimořádných událostí pomáhá identifikovat potenciálně opakující se problémy, které mohou ovlivnit kvalitu a bezpečnost poskytované péče.
3. Sestry nejsou v souvislosti s nahlášením medikační chyby trestány, mohou mít však jinou zkušenost z jiných zdravotnických zařízení.
4. Je potřeba změnit přístup sester k prevenci poskytování bezpečné péče (prevenci chyb).
5. Sestry vnímají vážnost problému vzniku medikačních chyb.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

- pracovat na tom, abychom se z chyb „bez následků“ poučili
- umožnit cestou hlášení mimořádné události chybu v systému identifikovat a hledat co by jí mohlo v budoucnu zabránit
- pozitivně motivovat sestry k hlášení chyb a netrestat je
- vést sestry k tomu, aby nezpochybňovaly rizikové oblasti v poskytování zdravotní péče
- vedení sesterského týmu k tomu, aby i nadále vnímal vážnost problému vzniku medikačních chyb a nepolevoval v ostražitosti

## ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat rizika na Oddělení intenzivní péče chirurgických oborů ÚVN Praha a výsledky zjištěné šetřením pak dále využít ve prospěch všech zainteresovaných.

V úvodu své práce jsem si stanovila pět hypotéz, z kterých jsem při hodnocení tohoto úkolu vycházela. Potvrdil se můj předpoklad týkající se častého výskytu „skoro chyb“, nebo-li „téměř pochybení“. Pravdou tedy je, že zdravotníci nejsou neomylní a je velmi důležité zachytit pochybení dříve, než může způsobit poškození pacienta. Pracovat na tom, abychom se z chyb „bez následků“ poučili a cestou hlášení mimořádné události chybu v systému identifikovali a hledali co by jí mohlo v budoucnu zabránit. Sestry budou pozitivně motivovány k hlášení chyb a nebudou za nahlášení medikační chyby trestány.

Důležitým signálem je však stále zpochybňování hlášení chyb a podceňování rizikových oblastí, přestože naše zdravotnické zařízení cestou Oddělení kvality analyzuje příčiny a přijímá preventivní opatření. V tomto ohledu vidím na prvním místě změnu myšlení všech zainteresovaných.

Dnešní doba přináší velký tlak na bezchybný výkon a já si uvědomuji, že mohu velkou měrou přispět k předcházení rizik na svém oddělení.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H.: *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*, 1.vyd., 118 s.,Brno 2000, ISBN 80-7013-311-2
2. BOLEDOVIČOVÁ, M., MATULAY, S.: *Výskum v ošetrovatelstve*, Nitra 2007, 122 s., ISBN 978-80-89245-03-1
3. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. 1.vydání. Brno: IDVPZ, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.*
4. MADAJOVÁ, L., *Ošetrovatelství pro bakalářské studium I. díl.* 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 1998. 200 s. ISBN 80-7042-316-1.
5. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl, Systémový přístup.* 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2002. 178 s. ISBN 80-246-0429-9.
6. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. díl, Systémový přístup.* 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2002. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
7. ŠKRLA, P.: *Především neublížit - Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*, 1.vyd., Brno 2005, 166 s., ISBN 80-7013-419-4
8. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*, 1. vyd., Praha 2008, 200 s., ISBN 978-80-247-2616-8
9. ŠKRLOVI, P A M.: *Kreativní ošetrovatelský management*, 1.vyd., Praha 2003, 485 s., ISBN 80-7172-841-1
10. VONDRÁČEK, L.: *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní a staniční sestry*, 1. vyd., Praha 2005, 100 s., ISBN 80- 247-1198-2
11. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J.: *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*, 1. vyd., Praha 2003, 68 s., ISBN 80-247-0705-5
12. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J.: *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II.*, 1. vyd., Praha 2006, 68 s., ISBN 80-247-1919-3

13. KOVAŘÍKOVÁ, I., TARANT, M.: *Největší nedostatky v ČR: dokumentace a podávání léků*, Zdrav.noviny, Roč.50, č.50 (2001), s.14. ISSN 0044-1996
14. MACH, J.: *Právní rozbor odpovědnosti za chyby ve zdravotnictví*, Zdrav.noviny, Roč.50, č.2, (2001), s.28. ISSN 0044-1996
15. MARX, D.: *Možnosti kvantitativního hodnocení chyb při poskytování zdravotní péče*, Zdrav.noviny, Roč. 50, č.2, (2001),s.25-26. ISSN 0044-1996
16. MARX, D., VLČEK, F.: *Prevence rizika pochybení*, Zdrav. noviny, Roč., č.48, (2003), s. 24. ISSN 0044-1996
17. MÚLLEROVÁ, N., MÁDLOVÁ, I. 1998. *Ošetrovatelský audit*. In Sestra, 1998, ročník VIII, č.2, s.10-11. ISSN1210-0404
18. VONDRÁČEK, L., MANČA, K.: *Odpovědnost za záměnu léku při poskytování zdravotní péče*, Praktický lékař, č.3, (2002), str. 3
19. MARX, D.: *Řízení rizika při poskytování zdravotní péče*, 3.lékařská fakulta UK v Praze, Lékařská fakulta UP v Olomouci, Spojená akreditační komise ČR, Joint Commission International, USA, přednáška
20. *Práva pacientů*, (online), (cit. 2008-12-7) Dostupně na internetu: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

## SEZNAM GRAFU A TABULEK

Graf 1a	Věk respondentů	26
Graf 1b	Věk respondentů	26
Graf 2a	Vzdělání	27
Graf 2b	Vzdělání	27
Graf 3a	Jste žena, muž	28
Graf 3b	Jste žena, muž	28
Graf 4a	Délka praxe respondentů	29
Graf 4b	Délka praxe respondentů	29
Graf 5a	Stala se za dobu praxe medikační chyba	30
Graf 5b	Stala se za dobu praxe medikační chyba	30
Graf 6a	Stala se za dobu praxe medikační chyba s nízkým rizikem	31
Graf 6b	Stala se za dobu praxe medikační chyba s nízkým rizikem	31
Graf 7a	Stala se za dobu praxe medikační chyba se středním rizikem	32
Graf 7b	Stala se za dobu praxe medikační chyba se středním rizikem	32
Graf 8a	Stala se za dobu praxe medikační chyba s vysokým rizikem	33
Graf 8b	Stala se za dobu praxe medikační chyba s vysokým rizikem	33
Graf 9a	Stala se chyba s následkem smrti	34
Graf 9b	Stala se chyba s následkem smrti	34
Graf 10a	Hlášení medikační chyby přispívá k odhalování chyb v systému	35
Graf 10b	Hlášení medikační chyby přispívá k odhalování chyb v systému	35
Graf 11a	Je pro vás stresující přiznat se k medikační chybě	36
Graf 11b	Je pro vás stresující přiznat se k medikační chybě	36
Graf 12a	Byl(a) jste někdy potrestán(a) za medikační chybu	37
Graf 12b	Byl(a) jste někdy potrestán(a) za medikační chybu	37



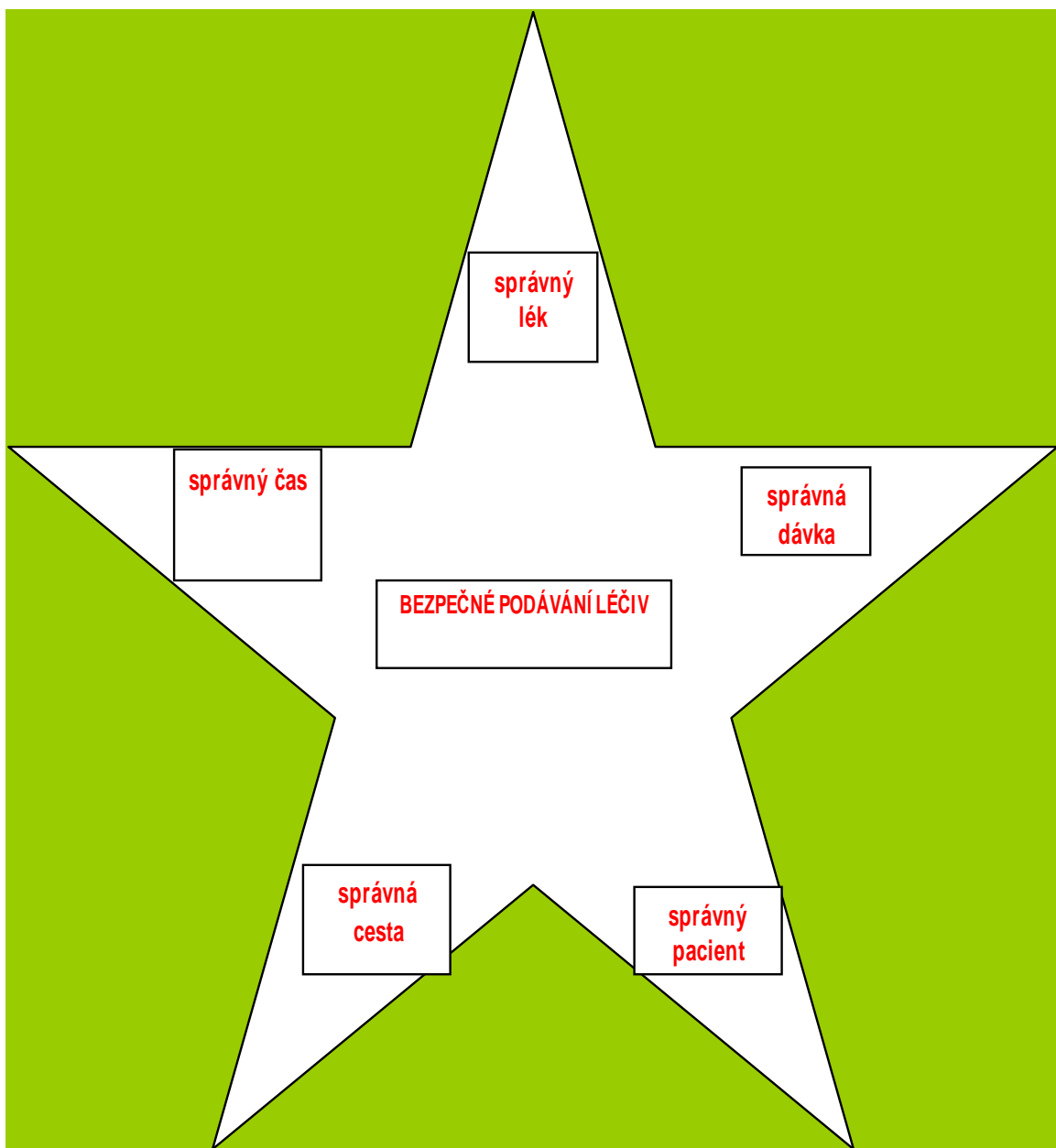
Graf 13a	Vnímáte medikační chybu jako prohřešek s kterým si nevíte rady	38
Graf 13b	Vnímáte medikační chybu jako prohřešek s kterým si nevíte rady	38
Graf 14a	Myslíte si že medikační chyby způsobené sestrami jsou častější, než medikační chyby způsobené lékaři	39
Graf 14b	Myslíte si že medikační chyby způsobené sestrami jsou častější, než medikační chyby způsobené lékaři	39
Graf 15a	Nepřehlednost nárůstem medicínských technologií	40
Graf 15b	Nepřehlednost nárůstem medicínských technologií	40
Graf 16a	Ohrožení pacienta v bezvědomí, nebo verbálně limitovaného medikační chybou	41
Graf 16b	Ohrožení pacienta v bezvědomí, nebo verbálně limitovaného medikační chybou	41
Graf 17a	Vnímáte vážnost problému medikačních chyb	43
Graf 17b	Vnímáte vážnost problému medikačních chyb	43
Graf 18a	Myslíte si, že semináře z farmakologie mohou napomoci předcházení vzniku medikačních chyb	44
Graf 18b	Myslíte si, že semináře z farmakologie mohou napomoci předcházení vzniku medikačních chyb	44
Graf 19a	Věříte, že nejlepší cestou k zamezení medikačních chyb je prevence	46
Graf 19b	Věříte, že nejlepší cestou k zamezení medikačních chyb je prevence	46
Graf 20	Hypotéza 1	47
Graf 21	Hypotéza 2	48
Graf 22	Hypotéza 3	49
Graf 23	Hypotéza 4	50
Graf 24	Hypotéza 5	51
Tabulka 1	Věk	26
Tabulka 2	Vzdělání	27
Tabulka 3	Jste žena, muž	28
Tabulka 4	Jaká je délka vaší praxe ve zdravotnictví	29

Tabulka 5	Stala se vám za dobu vaší praxe medikační chyba	30
Tabulka 6	Byla tato medikační chyba s nízkým rizikem pro pacienta	31
Tabulka 7	Byla tato chyba se středním rizikem pro pacienta	32
Tabulka 8	Byla tato medikační chyba s vysokým rizikem pro pacienta	33
Tabulka 9	Byla tato medikační chyba s následkem smrti	34
Tabulka 10	Myslíte si, že nahlášení medikační chyby formou mimořádné události přispívá k odhalování chyb v systému	35
Tabulka 11	Je pro vás stresující přiznat medikační chybu, pokud se vám stane	36
Tabulka 12	Byl (a) jste někdy potrestán (a) za medikační chybu	37
Tabulka 13	Vnímáte medikační chybu jako prohřešek s kterým si nevíte rady	38
Tabulka 14	Myslíte si že medikační chyby způsobené sestrami jsou častější, než medikační chyby způsobené lékaři	39
Tabulka 15	Myslíte si, že nárůstem medicínských technologií se stává ošetrovatelská péče nepřehledná	40
Tabulka 16	Ohrožení pacienta v bezvědomí, nebo verbálně limitovaného medikační chybou	41
Tabulka 17	Vnímáte vážnost problému medikačních chyb	43
Tabulka 18	Myslíte si, že semináře z farmakologie mohou napomoci předcházení vzniku medikačních chyb	44
Tabulka 19	Věříte, že nejlepší cestou k zamezení medikačních chyb je prevence	46
Tabulka 20	Hypotéza 1	47
Tabulka 21	Hypotéza 2	48
Tabulka 22	Hypotéza 3	49
Tabulka 23	Hypotéza 4	50
Tabulka 24	Hypotéza 5	51

## PŘÍLOHY

Příloha č. 1	Obrázek č.1 - Bezpečné podávání léčiv	60
Příloha č. 2	Formulář použitého dotazníku	61
Příloha č. 3	Hlášení o mimořádné události ÚVN Praha	63

Příloha č. 1



Obrázek č.1 - Bezpečné podávání léčiv

## DOTAZNÍK

Vážená kolegyně, vážený kolego,

prosím Vás o pečlivé vyplnění tohoto krátkého dotazníku. Informace využiji při zpracování bakalářské práce na téma „Pochybení při poskytování zdravotní péče“. Dotazník je anonymní, zaškrtněte jednu z nabízených odpovědí.

Děkuji za ochotu a spolupráci

K.Libertová

1.Věk:

- 18-21
- 22-25
- 26-30
- více

2.Vzdělání:

- SZŠ
- VZŠ
- VŠ,  Bc  Mgr.

3. Pohlaví  žena  muž

4.Jaká je délka vaší praxe ve zdravotnictví?

- 0 - 5 roků
- 6 - 10 roků
- 11 - 15 roků
- 16 - 20 roků
- 21 a více

5.Stala se vám za dobu Vaší praxe medikační chyba?

- ano  ne nevím

6.Byla tato medikační chyba s nízkým rizikem pro pacienta?

- ano  ne nevím

7.Byla tato medikační chyba se středním rizikem pro pacienta?

- ano  ne nevím

8.Byla tato medikační chyba s vysokým rizikem pro pacienta?

- ano  ne nevím

9.Byla tato medikační chyba s následkem smrti?

ano     ne

10. Myslíte si, že nahlášení medikační chyby formou mimořádné události přispívá k odhalování chyb v systému?

ano  ne  nevím

11. Je pro vás stresující přiznat medikační chybu pokud se vám stane?

ano  ne  nevím

12. Byla jste někdy potrestán(a) za medikační chybu?

ano  ne  nevím

13. Vnímáte medikační chybu jako prohřešek s kterým si nevíte rady?

ano  ne  nevím

14. Myslíte si, že medikační chyby způsobené sestrami jsou častější, než medikační chyby způsobené lékaři?

ano  ne  nevím

15. Myslíte si, že nárůstem medicínských technologií se stává ošetrovatelská péče nepřehledná?

ano  ne  nevím

16. Myslíte si, že pacient který je v bezvědomí (umělém spánku), nebo ten pacient jehož verbální dovednosti jsou limitovány je více ohrožen medikační chybou?

ano  ne  nevím

17. Vnímáte vážnost problému medikačních chyb?

ano  ne  nevím

18. Myslíte si, že semináře z farmakologie mohou napomoci předcházení vzniku medikačních chyb?

ano  ne  nevím

19. Věříte, že nejlepší cestou k zamezení medikačních chyb je prevence?

ano  ne  nevím

Příloha č. 3

**1. Mimořádná událost č. 182**

Datum: 16/03/2009

Čas: 14:31

 Pacient     
  Zaměstnanec     
  Student     
  Návštěva     
  Ostatní

3. Jméno poškozeného:

ŘČ:

4. Svědek:

Jméno:

Funkční zařazení:

5. Zápis provedl:

Jméno:

Funkční zařazení:

**5. Druh mimořádné události**

TYP I.	TYP II.
1. Selhání zdravotnické techniky použité v rámci intenzivní péče či resuscitace pacienta 2. Popáleniny 3. Pokus o sebevraždu / dokonaná sebevražda 4. Sebepoškození 5. Ohrožení zaměstnance (slovní nebo fyzické) 6. Zranění pacienta jiným pacientem 7. <input checked="" type="checkbox"/> Komplikace medikace (vyplňte oddíl 7) 8. Incident v léčebném procesu 9. Nepředvídatelné úmrtí pacienta při diagnost. či terapeutickém výkonu	10. Pád (vyplňte oddíl 9) 11. Náraz na pevný objekt s následným zraněním 12. Ztráta nebo poškození majetku (vždy vyplít protokol o škodě) 13. Svěvolný odchod hospitalizovaného pacienta z nemocnice 14. Problém se souhlasem k léčbě nebo zákroku 15. Problém s identifikací pacienta 16. Jiné incidenty - vysvětlete 17. Selhání techniky - jiné

**6. Pouze pro pády - zaškrtněte vše co je na místě**

1. Příčina pádu:	2. Obuv	3. Hybnost pacienta	4. Zařízení
1. Uklouznutí 2. Mokrý podlaha 3. Inkotince 4. Ztráta vědomí 5. Záchvat 6. Převoz 7. Závada zařízení 8. Pád z lůžka 9. Riziko pádu v anamnéze 10. Jiné důvody	1. Uzavřená obuv 2. Speciální obuv 3. Přezůvky (pantofle) 4. Ponožky 5. Sádra 6. Žádná	1. Plně mobilní 2. Částečně mobilní 3. Imobilní 4. Klid na lůžku 5. Chůze 6. Chůze s doprovodem 7. Chůze s pomůckou 8. Vozíček	1. Polohované lůžko 2. Obě postranice v pozici 3. Pouze jedna postranice 4. Postranice nepoužity 5. Upozornění 6. Zvonek v dosahu 7. Omezení pohybu 8. Selhání vozíčku 9. Jiné

**7. Komplikace medikace**

1. Lék nepodán 2. Lék podán jinému pacientovi 3. Nesprávná rychlost podání 4. Nesprávná dávka / koncentrace 5. Špatný čas podání léku 6. Špatný způsob / místo podání	7. Nesprávná metoda podání 8. Nesprávný lék 9. Nežádoucí účinek (např. alergická reakce) 10. Neshoda v počtu opiátu 11. <input checked="" type="checkbox"/> Jiné (vysvětlete)
--	---

## 8. Lokalita mimořádné události

## 9. Stručný a věcný popis mimořádné události včetně výsledku a ev. nápravných opatření

## 10. Klasifikace mimořádné události

- A. Mimořádná událost, která mohla vést k poškození pacienta
- B. Mimořádná událost, která se nedotkla pacienta
- C. Mimořádná událost, která se dotkla pacienta, ale nebyl poškozen
- D.  Mimořádná událost, která se dotkla pacienta a bylo třeba sledovat, zda nedošlo k jeho poškození
- E. Mimořádná událost, která dočasně poškodila pacienta, byl proveden nějaký výkon
- F. Mimořádná událost, která dočasně poškodila pacienta, pacient byl hospitalizován nebo došlo k prodloužení hospitalizace
- G. Mimořádná událost, která vedla k trvalému poškození pacienta
- H. Mimořádná událost, která vyžadovala provést u pacienta život zachraňující výkon
- I. Mimořádná událost, která mohla způsobit nebo způsobila smrt pacienta

### X. Provozní problémy bez přímého ovlivnění péče o pacienta:

- Xa. odchod ambulantního pacienta bez ošetření/zprávy
- Xb. materiální (např. nedostatek os. prádla)
- Xc. technické (např. nefunkční PC)
- Xd. personální
- Xe. organizační
- Xf. zranění personálu
- Xg. ostraha areálu

### Y. Ztráta nebo poškození majetku:

- Ya. pacient
- Yb. personál
- Yc. nemocnice
- Yd. ostatní

### Z. Není mimořádná událost :

- Z. není MU

Událost byla hlášena:

1. Policii 2. Práv. odd 3. Bezpeč. tech. 4. Ústavnímu epidemiologovi 5. OBKŘ

Interní klasifikace:

- ukončena
- k doplnění
- informovat autora
- k samostatné evidenci