

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Pády pacientů jako indikátor kvality
ošetřovatelské péče**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Hana Maršíková

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.

Jihlava 2019



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Hana Maršíková
Studijní program:	Specializace ve zdravotnictví
Obor:	Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví
Název práce:	Pády pacientů jako indikátor kvality ošetrovatelské péče
Cíl práce:	Cíl 1 Zjistit incidenci pacientů v riziku a incidenci nežádoucí události (pády). Cíl 2 Analyzovat výskyt pádů ve vybraných nemocnicích s ohledem na nastavený indikátor kvality. Cíl 3 Na základě zjištěných výsledků vytvořit doporučení pro praxi.

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí diplomové práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Pád ve zdravotnickém zařízení je nežádoucí událostí, která může představovat pro pacienta závažné následky a pro zdravotnické zařízení zvýšené náklady spojené s léčbou zraněného pacienta. Diplomová práce determinuje a porovnává nastavení indikátoru kvality – prevence pádů mezi vybranými nemocnicemi. Srovnává standardy ošetrovatelské péče, porovnává výstupy evidence pádů a následná nápravná opatření. V průzkumném šetření byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného designu a metod. Výzkum zahrnoval studium a analýzu interních dokumentů, které má zkoumané zdravotnické zařízení definováno v oblasti problematiky pádů. Analýza dokumentů byla doplněna provedením auditu podle připraveného check listu. Na základě získaných informací byla zhodnocena kvalita a efektivnost nastaveného indikátoru kvality a navržena doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Kvalita; indikátor; riziko; pád; prevence

Abstract

A fall in a health facility is an undesired accident that can result in serious consequences for the patient and increased costs on treatment for the health facility. The diploma thesis determines and compares the setting of the quality indicator – fall risk prevention – among selected hospitals. It compares the nursing care standards, the outputs of fall record keeping, and follow-up remedial actions. A combination of qualitative and quantitative research design was used in the investigation. The research comprised the study and analysis of the internal documentation that each of the health facilities defines in the area of patient falls. The document analysis was accompanied by an audit according to a check-list. Based on accumulated data, the quality and effectiveness of the quality indicator were evaluated and recommendations for the practice were proposed.

Key words

quality, indicator, risk, fall, prevention

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“). Souhlasím s umístěním diplomové práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé diplomovou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 24. dubna 2019

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PhDr. Kateřině Horáčkové, DiS., za odborné vedení diplomové práce, věnovaný čas, vstřícnost a užitečné rady, které mě po celou dobu trpělivě dávala. Děkuji svým kolegyním, přátelům, a hlavně svému manželovi a rodině za podporu a povzbuzení nejen při psaní diplomové práce, ale i během celého studia.

Obsah

Seznam obrázků.....	8
Seznam tabulek.....	8
Seznam použitých zkratk	10
Úvod.....	12
Motivace	13
Cíl práce	13
1 Teoretická část (Metoda a materiál) / Současný stav problematiky	14
1.1 Kvalita ve zdravotnictví	14
1.1.1 Program kontinuálního zvyšování kvality	16
1.1.2 Riziko.....	17
1.1.3 Řízení rizik.....	17
1.1.4 Indikátor kvality.....	19
1.1.5 Organizační kultura.....	21
1.1.6 Kultura bezpečí	22
1.1.7 Resortní bezpečnostní cíle	23
1.1.8 RBC4 Prevence pádů	24
1.2 Pády ve zdravotnickém zařízení.....	26
1.2.1 Definice pádu	26
1.2.2 Rizikové faktory pádů.....	27
1.2.3 Klasifikace pádů	28
1.2.4 Četnost pádů	28
1.2.5 Hodnocení rizika pádu	29
1.2.6 Důsledky pádů	30
1.2.7 Prevence pádu	30
1.2.8 Nežádoucí událost pád	33
1.2.9 Principy redukce pádů	34
1.3 Shrnutí teoretické části	37
2 Výzkumná část (praktická část)	38
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	38
2.2 Metodika průzkumu	39
2.3 Charakteristika průzkumného prostředí	40
2.3.1 Bezpečnostní karta	42
2.4 Charakteristika vzorku respondentů.....	43

2.5	Realizace průzkumu	43
2.6	Zpracování získaných dat.....	45
3	Diskuze	76
4.	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	86
	Závěr	88
	Seznam použité literatury	90
	Doplňky	97

Seznam obrázků

Obrázek 1 Řízení rizik v pěti krocích (Zdroj: Šupšáková, 2017, s. 8).....	19
Obrázek 2 Počet pádů dle zranění (Zdroj: Výroční zpráva Nemocnice Pardubického kraje, a.s., 2017).....	42
Obrázek 3 Diagram tvorby diplomové práce.....	44

Seznam tabulek

Tabulka 1 Provozní ukazatelé zdravotnického zařízení	41
Tabulka 2 Nemocnice A Doložení dokumentů a dat	45
Tabulka 3 Nemocnice A Počet hospitalizovaných a počet ošetřovacích dnů za rok 2018	46
Tabulka 4 Nemocnice A Počet pádů/lůžkoden v %	47
Tabulka 5 Nemocnice A Indikátor výsledku - pády	47
Tabulka 6 Nemocnice A počet rizikových pacientů, dělení pádů dle závažnosti.....	48
Tabulka 7 Kritéria výběru auditovaného pracoviště, nemocnice A.....	49
Tabulka 8 Vyhodnocení kontrolních kritérií auditu, nemocnice A	49
Tabulka 9 Nemocnice B Doložení dokumentů a dat	50
Tabulka 10 Nemocnice B Počet pacientů s pádem, únor 2019	51
Tabulka 11 Nemocnice B Indikátor výsledku - pády	51
Tabulka 12 Nemocnice B počet rizikových pacientů, dělení pádů dle závažnosti.....	52
Tabulka 13 Nemocnice B Počet pacientů ve vysokém riziku pádu.....	53
Tabulka 14 Nemocnice B Počet pacientů ve středním riziku pádu	54
Tabulka 15 Kritéria výběru auditovaného pracoviště, nemocnice B.....	55
Tabulka 16 Vyhodnocení kontrolních kritérií auditu, nemocnice B	55
Tabulka 17 Nemocnice C Doložení dokumentů a dat	56
Tabulka 18 Nemocnice C Počet hospitalizovaných a počet ošetřovacích dnů za rok 2018	57
Tabulka 19 Nemocnice C Počet pádů/lůžkoden v %.....	59
Tabulka 20 Nemocnice C Indikátor výsledku - pády	60
Tabulka 21 Nemocnice C počet rizikových pacientů, dělení pádů dle závažnosti.....	61
Tabulka 22 Kritéria výběru auditovaného pracoviště, nemocnice C.....	62
Tabulka 23 Vyhodnocení kontrolních kritérií auditu, nemocnice C	62
Tabulka 24 Nemocnice D Doložení dokumentů a dat.....	63
Tabulka 25 Nemocnice D Počet hospitalizovaných a počet ošetřovacích dnů za rok 2018	64
Tabulka 26 Nemocnice D Počet pádů/lůžkoden v %	65
Tabulka 27 Nemocnice D Indikátor výsledku - pády	65
Tabulka 28 Nemocnice D počet rizikových pacientů, dělení pádů dle závažnosti.....	66
Tabulka 29 Nemocnice D, počet pádů u pacientů v riziku	67
Tabulka 30 Kritéria výběru auditovaného pracoviště, nemocnice D.....	68
Tabulka 31 Vyhodnocení kontrolních kritérií auditu, nemocnice D	68
Tabulka 32 Nemocnice E Doložení dokumentů a dat	69

Tabulka 33 Nemocnice E Počet hospitalizovaných a počet ošetrovacích dnů za rok 2018	70
Tabulka 34 Nemocnice E Počet pádů/lůžkoden v %	71
Tabulka 35 Nemocnice E Indikátor výsledku - pády	71
Tabulka 36 Nemocnice E počet rizikových pacientů, dělení pádů dle závažnosti	72
Tabulka 37 Kritéria výběru auditovaného pracoviště, nemocnice E	73
Tabulka 38 Vyhodnocení kontrolních kritérií auditu, nemocnice E	73
Tabulka 39 Souhrnná data 1	74
Tabulka 40 Souhrnná data 2	75
Tabulka 41 Souhrnná data 3 audit nesplněná kritéria	84

Seznam použitých zkratek

AHRQ	Agency for healthcare research and quality
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BK	Bezpečnostní karta
BS	Britská norma (British Standard)
č.	Číslo
ČR	Česká republika
ČSN EN	Česká technická norma, která zavádí do soustavy českých norem evropskou normu
ČSN	Česká technická norma
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
FMEA	Failure Modes and Effects Analysis
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
HFMEA	Healthcare Failure Modes and \effects Analysis
ISO	Mezinárodní organizace pro normalizaci
JCR	Join Commission Resources
JIP	Jednotka intenzivní péče
KZK	Kontinuální zvyšování kvality
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NICE	National institute for health and care excellence
NLZP	Nelékařská zdravotnická povolání (pracovníci)
NU	Nežádoucí událost

OECD	(Organisation for Economic Co-operation and Development) – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
ORL	Otorhinolaryngologie
PZS	Poskytovatel zdravotnických služeb
RBC	Resortní bezpečnostní cíl
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

V současné době je ve zdravotnictví věnována zvýšená pozornost kvalitě a bezpečí poskytované péče. Je to diskutované téma nejenom veřejnosti, ale především Ministerstva zdravotnictví České republiky. Legislativní podklad pro zavedení programů zvyšování kvality je od roku 2012. Klíčovým počinem ve smyslu řízení rizik, kvality a bezpečné péče je zavedení systému hlášení nežádoucích událostí. Úloha státu je velmi důležitá, spočívá nejenom v nastavení legislativních parametrů, ale také v metodickém vedení, zajištění informací, edukaci pacientů i všech pracovníků ve zdravotnictví. (Šupšáková, 2017)

Zdravotnická zařízení věnují pozornost prostředí, ve kterém poskytují péči o pacienty, budují prostředí vzájemné důvěry a zdravé organizační kultury. Prostor, ve kterém personál může veřejně diskutovat o otázkách bezpečí bez strachu z následků. Vybudování takového prostředí je základem pro zlepšení bezpečnosti. Problematika pádů pacientů je nejvýznamnější nežádoucí událostí v nemocnicích, a proto je v popředí zájmu zdravotnických zařízení při snaze o zlepšení vnitřní kultury. (JCR, 2007)

Pokud chceme zjistit informaci o kvalitě a bezpečí poskytované péče ve zdravotnickém zařízení, je dobré znát výskyt nežádoucích událostí. Jsou to situace, které mohou poškodit pacienta, zaměstnance, ale také poskytovatele zdravotních služeb. Důležité je správně se orientovat a umět získat informace k identifikaci nežádoucí události. (Pokorná, Dolanová, Štrombachová a kol., 2019)

Diplomová práce nabízí v teoretické části shrnutí základních poznatků o kvalitě ve zdravotnictví, řízení rizik, nastavení indikátorů kvality ve zdravotnictví, definuje pád pacienta očima různých autorů a porovnává názory na problematiku pádů. Ve výzkumné části práce je posuzován standardní postup, indikátor kvality Pády a vše co souvisí s problematikou pádu pacienta ve vybraném průzkumném zdravotnickém zařízení.

Průzkum probíhal v Nemocnici Pardubického kraje, a.s. Akciová společnost vznikla sloučením pěti nemocnic v roce 2015. Všechny nemocnice jsou akreditovány Spojenou akreditační komisí o.p.s., splňují Resortní bezpečnostní cíl 4 Prevence pádů pacientů.

Motivace

Obecně se motivace vztahuje k dosažení určitého cíle, dosažení skutečného vnitřního odhodlání a uspokojení z faktu, že jsme vytyčený cíl dosáhli. Zvolit si téma diplomové práce, zrealizovat všechny etapy k úspěšnému dokončení diplomové práce je samo o sobě motivací pro autorku.

Povolání všeobecné sestry, práce ve zdravotnictví klade důraz na kvalitní a bezpečnou péči. Být součástí týmu, který se věnuje nastavení takového systému práce, který zajišťuje kvalitní a bezpečnou péči vyžaduje znalost a pochopení rizikových oblastí v poskytování péče. Jednou z rizikových oblastí je pád pacienta. Vybrané téma diplomové práce umožní poznat a pochopit teoretická východiska, porovnat nastavené standardy a indikátory zdravotnického zařízení, vytvořit doporučení pro praxi, které bude přínosné pro minimalizování rizika pro pacienty.

Cíl práce

V rovině teoretické

Popsat problematiku pádů pacientů ve zdravotnickém zařízení a systémová opatření, které vedou k zajištění poskytování kvalitní zdravotní péče a bezpečí pacientů.

V rovině empirické

Posoudit vytvořený standardní postup v průzkumném zdravotnickém zařízení. Zmapovat incidenci pádů pacientů a incidenci nežádoucích událostí. Analyzovat výskyt pádů s ohledem na nastavený indikátor kvality a na základě zjištěných výsledků vytvořit doporučení pro praxi.

1 Teoretická část (Metoda a materiál) / Současný stav problematiky

V současné době chce moderní zdravotnické zařízení poskytovat kvalitní, bezpečnou, ekonomicky adekvátní, vysoce odbornou a kvalifikovanou péči o pacienty. V teoretické části diplomové práce je v první kapitole definována kvalita ve zdravotnictví, řízení rizik, nastavení indikátorů kvality ve zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví České republiky stanovilo požadavky na zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí pro poskytovatele zdravotních služeb. Resortní bezpečnostní cíle uvádějí požadavky v konkrétní oblasti péče v rizikových oblastech péče a prevence pádů je jedním z nich. Pád pacienta je považován za jednu z nejčastějších nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení. Pro hospitalizované pacienty se může stát závažným problémem, který může ovlivnit kvalitu života. (Věstník MZČR, částka 8, 2012)

Druhá kapitola je zaměřena na problematiku pádů pacientů. Definuje pád očima různých autorů, porovnává názory na problematiku pádů, zdůrazňuje legislativní doporučení. Teoretická část je doplněna zmínkou o závěru některých studií, výzkumů a projektů z České republiky i zahraničí. Cílem teoretické části je jednotlivé aspekty zevrubně charakterizovat, promyslet přínos v kontextu problematiky pádů a efektivního nastavení indikátoru kvality v této oblasti.

1.1 Kvalita ve zdravotnictví

Kvalita péče má mnoho definic. Cílem poskytování zdravotní péče je udržovat zdraví a odvracet jeho poruchy. Zvyšováním kvality lidského zdraví, se lidský život prodlužuje. Aby byl tento cíl naplněn je snahou poskytovat péči kvalitní a bezpečnou. (Staněk, 2011)

Představu kvalitní péče mohou ovlivnit individuální hodnoty a hodnoty společnosti, která kvalitu definuje, poskytuje a přijímá ji. Tvůrci legislativy definují, zdravotníci pracovníci poskytují, pacienti přijímají. (Gurková, 2011)

V roce 1966 definuje Světová zdravotnická organizace kvalitu péče jako soubor výsledků dosažených v prevenci, léčbě a diagnostice, které určují potřeby obyvatelstva na základě lékařské vědy a praxe. Nově Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče na základě úrovně znalostí a technologického vývoje. (Staněk, 2011)

Světová zdravotnická organizace uvádí tři pohledy na poskytování zdravotní péče:

- kvalita z pohledu pacienta,
- odborná kvalita poskytování zdravotních služeb,
- kvalita managementu, kvalita vytváření, nastavení a dodržování standardů a postupů. (Válková, 2015)

Říha, Lenčová a Boukal (2013) uvádějí, že kvalita péče je zaměřená nejen na léčbu nemocí, ale i na preventivní péči a podporu zdraví celé populace.

Kvalita je také definována Donabedianem jako péče, při které lze očekávat maximální přínos pro zdraví pacienta a získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčení. Kvalitu jako schopnost naplňovat potřeby těch, kdo péči potřebují a jsou na ní závislí, definuje Qvretveit. Správné věci dělat správným způsobem je definice kvality od Palmera et al. (Staněk, 2011)

Šest cílů pro kvalitní systém zdravotní péče definoval Americký lékařský institut. Stejně cíle podrobně popisuje Světová zdravotnická organizace. (Rubín, 2016) Cílem je péče zaměřená na pacienta, spravedlivost, včasnost, účinnost, efektivita a bezpečnost, kdy poskytujeme péči takovým způsobem, že minimalizujeme rizika a míru poškození uživatelů. (WHO, 2009)

Trendy v péči o zdraví, rozvoj medicíny, co nejefektivnější využití finančních nákladů to vše souvisí s kvalitou zdravotní péče stále významněji. Nejen respektování potřeb a přání pacientů ale i dodržování standardů péče je potřebné ke kvalitě péče. Dosáhnutí vysoké kvality ve zdravotnickém zařízení je odrazem respektu doporučených postupů v praxi, které je důležité stále sledovat a analyzovat jejich efektivitu. (Jarošová, Majkusová a kol., 2015)

Kvalitu lze stále zlepšovat, není to pojem absolutní, ale relativní. Pokud existuje snaha a iniciativa ke zlepšování a řízení kvality, nastává její kontinuální zvyšování. Tento proces vyžaduje měření kvality, srovnávání výsledků a analýzu. Kvalitu nelze zaměnit za počty personálu, lůžek nebo přístrojů, tyto ukazatele jsou jen předpoklady kvalitní péče. (Staněk, 2011)

Pro vyhodnocení kvality je snaha kvalitu měřit a prezentovat kvalitu, jako míru nekvality, například počet komplikací, počet pádů a podobně. Při hodnocení je velmi významný fakt, jak častý byl nezdůvodnitelný špatný výsledek a méně významné je jak, častý byl výsledek dobrý. (MZČR, 2009)

1.1.1 Program kontinuálního zvyšování kvality

Princip, který podporuje uspokojování potřeb pacienta při dosažení nejnižších nákladů na potřebné zdroje s vynaložením malého úsilí, lze nazvat programem kontinuálního zvyšování kvality (KZK). Tento program aplikuje do praxe takové procesy, které zkvalitňují poskytovanou péči. Nastavený program kvality není možný bez zdravé organizační kultury a předpokládá se zajištěním lidských zdrojů, které podporují týmovou práci a plánované změny. (Válková, 2015)

V roce 2010 uveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví v tzv. Akčním plánu aktuální cíle kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Uveřejněné cíle vycházejí ze stanoviska, že ve zdravotnictví dochází k zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí, toto zavedení systému se stává standardním nástrojem, které zajišťuje kvalitu procesů. (Šupšáková, 2017)

Lidské zdroje jsou důležitým aspektem při dosažení cílů programu KZK. Organizační kultura ovlivňuje chování personálu. Pokud je v organizaci zdravá organizační kultura, jsou zaměstnanci orientováni na pacienta, který je hodnotitelem poskytované péče. (Válková, 2015)

Zaměstnanci se vzdělávají, jejich osobní rozvoj je plánován podle potřeb organizace. Podporují se nové poznatky, vzájemná interakce vztahů a komunikace. Stejně jako kvalita i program KZK je proces, který nikdy nekončí, je to proces, který je neustále v pohybu. Pokud je model řízení správně zaveden, stává se základem pro akreditaci zdravotnického zařízení. (Válková, 2015)

Ve zdravotnickém zařízení se model na řízení kvality zaměřuje na perspektivu lékařského a ošetrovatelského personálu, perspektivu pacienta a na perspektivu výstupů. Cílem programu je neustálé zlepšování poskytované péče pacientovi. Poskytovaná péče musí být pro pacienta bezpečná, kompetentní, přijatelná, vhodná, efektivní, dostupná, včasná, přiměřená, poskytována s úctou a vnímavostí a schopná nabízet koordinované, nepřerušované služby návazné v prostoru a čase. K nastavení programu je nutné vytvořit

organizační strukturu programu, jmenování pracovního týmu a manažera, který bude řídit změny ve zdravotnickém zařízení. Manažer se svým týmem nastaví program KZK, vypracuje systém kontrolních mechanismů a pravidelně program vyhodnocuje. Velmi důležitá je také motivace personálu ke změnám a podpora zdravé organizační kultury. (Válková, 2015)

1.1.2 Riziko

Pojem riziko se používá v mnoha souvislostech a má mnoho definic. Škrla, Škrlová (2008) uvádějí několik definic rizika, například, že riziko je očekávaná hodnota škody, je to odchýlení od očekávaných výsledků, riziko je *„událost, která může negativně ovlivnit zdravotnické zařízení – má určitou pravděpodobnost a důsledky“* (Škrla, Škrlová, 2008, s. 16).

Riziko má pozitivní i negativní efekt. Optimistický význam lze vyjádřit pořekadlem risk je zisk, naopak negativní význam lze vyjádřit ztrátou života, zdraví, hodnot, peněz a podobně. Nejčastěji lze pojem riziko definovat:

- výskyt určitého jevu, kdy vzniknou pravděpodobné varianty rozložení jevu,
- vychýlení od očekávané a pravděpodobné skutečnosti,
- pravděpodobnost vzniků neúspěchu nebo ztráty. (Šupšáková, 2017)

Ve zdravotní péči je akceptovaným modelem teorie vzniku rizika Swiss Cheese Model. Na začátku jsou hrozby a rizika, které mohou proniknout vrstvami. V praxi tyto bariéry představují selhání a jsou přirovnána k díře v sýru. Kombinací všech okolností mohou selhání způsobit výsledný negativní jev, dojde k chybě. (Šupšáková, 2017)

„Ve zdravotnické realitě není výjimkou, že pochybení může projít několika bariérami – tedy chyba se děje vícestupňové až řetězově.“ (Šupšáková, 2017, s. 3).

Riziko můžeme definovat jako kombinaci pravděpodobnosti nežádoucího jevu a míry negativního dopadu na výstup procesu (Škrla, Škrlová, 2008).

1.1.3 Řízení rizik

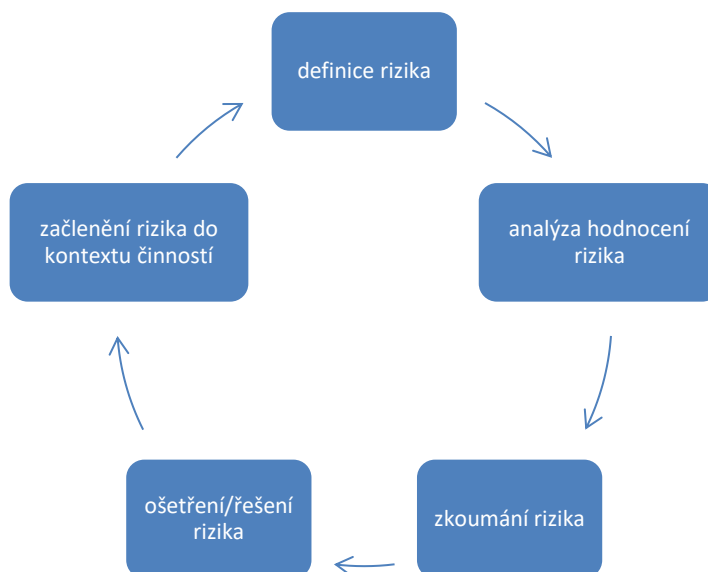
Systematický proces identifikace, hodnocení a zavádění preventivních opatření z oblasti klinické, administrativní, zaměstnanecké a provozní to vše představuje řízení rizik. Tento

proces se zaměřuje na všechny oblasti činnosti. Ve zdravotnickém zařízení se stanoví klíčové elementy struktury risk managementu, dostatečný kontrolní systém se zpětnou vazbou, který pokrývá všechna rizika v organizaci. Důležité je stanovení strategie, vytvoření vnitřních předpisů a směrnic a kontrolního mechanismu k nastavenému. (Šupšáková, 2017)

Cílem programu je soulad mezi legislativou, zajištění rozvoje a životaschopnosti organizace, snížit výskyt těch nežádoucích událostí, které poškozují zdraví pacienta, zaměstnanců, a výskyt těch událostí, které mohou poškodit majetek zdravotnického zařízení nebo poškodit pověst zařízení. V programu rizik je definováno, kdo je zodpovědný za hlášení, komunikace a provedení určité akce. Dále je definováno, co je zaměstnanec vedení společnosti povinen hlásit. Kdy jsou rizika hlášena a jaké informace směřují k personálu, lékařům a vedení zdravotnického zařízení. Kde je informace o hlášení uložena. Jak budou užity nástroje a procesy k řízení rizik. (Škrála, Škrlová, 2008)

Jedním ze základních stavebních kamenů moderního managementu je řízení rizik v organizaci. Efektivní řízení rizik používá model řízení rizik v pěti krocích (viz obrázek 1). Identifikaci a analýza rizik je provedena hodnocením a analýzou proběhlé události, aktivním vyhledáváním možných rizik a jejich analýzou. Zpětně lze rizika identifikovat například z výsledků hodnocení nežádoucích událostí, z výstupů kontrol a auditů, z náhodných zjištění v praxi. Proaktivní způsob identifikace rizik je aktivní metodou vyhledávání rizik a řízení rizik. U této identifikace rizik se využívá například metoda FMEA – analýza modelace vzniku a následku pochybení, HACCP – analýza hazardu a kritických kontrolních bodů, HFMEA – modifikace předchozí analýzy na podmínky poskytování zdravotní péče. (Šupšáková, 2017)

Obrázek 1 Řízení rizik v pěti krocích (Zdroj: Šupšáková, 2017, s. 8)



1.1.4 Indikátor kvality

Indikátor neboli ukazatel lze v obecném smyslu definovat jako statistické zjištění, které je založené na číselných faktech. Číselné údaje slouží k monitorování a vyhodnocování jevu, který nás zajímá. Ve zdravotnickém zařízení jsou posuzovány zdravotní služby. Indikátor poskytuje vysvětlení, vztahuje se většinou k jedné oblasti, která je těžko měřitelná přímou metodou. Indikátor je užitečný pokud, je možná dostupnost relevantních informací o oblasti zájmu a hodnoty měření ze zadané oblasti. Záměrem přínosu správně zvoleného indikátoru je stanovení ukazatele kvality tak, aby oblast kvality byla měřitelná. Prvním krokem při tvorbě indikátoru kvality je identifikace charakteristického rysu, zaměření a rozsahu kvality. Následná volba ukazatele musí být taková, aby indikátor kvality měl přímý vztah k identifikovanému aspektu kvality. (MZČR, 2009)

Dobře zvolený indikátor poskytuje zpětnou vazbu o výsledku poskytované zdravotní péče. Výsledek kvality poskytované péče lze vyhodnotit kvantitativně procentuálně nebo číslem. Výsledná hodnota měření se porovnává s předem dohodnutou normou. Pokud hodnota tuto normu přesáhne, stává se ukazatel varovným signálem a ukazuje na možné riziko v poskytované péči. (Svobodová, 2010)

Zdravotnická zařízení využívají celou řadu indikátorů, které se zaměřují globálně na celou organizaci nebo se zaměřují cíleně na konkrétní pracoviště. Indikátory musí být smysluplné a validní, což znamená, že musí měřit to, pro co jsou indikovány. K nejčastěji

využívaným indikátorům kvality patří infekce spojené se zdravotní péčí, pooperační komplikace, dekubity, pády pacientů, spokojenost zaměstnanců, spokojenost personálu, neshody v laboratořích, medikační chyby, délka hospitalizace, infekce spojené se zavedeným cévním vstupem a řada dalších. Zdravotnická zařízení provádějí sběr a analýzu dat indikátorů. Výstupem analýzy je informace o kvalitě procesů a doporučení pro praxi, jak bezpečně a kvalitně poskytovat zdravotní péči. Všechny analýzy je důležité předávat personálu, kterých se sledované indikátory týkají. (Plevová, 2012)

Škrla (2003) zdůrazňuje spojitost a důležitost v dnešní době mezi efektivním využitím indikátorů kvality a kvalitní péčí. Indikátory se mohou dělit na indikátory poměrové, na indikátory procesní a strážní. Poměrové indikátory sledují výskyt jevů, které se opakují. Nasbíraná data se mohou vyjádřit jako poměr nebo průměr. Příkladem je například počet dekubitů, pádů či císařských řezů. Indikátory procesní se podobně jako standardy péče mohou týkat struktury, procesu a výsledku zdravotní péče. K těmto indikátorům je zařazena problematika týkající se počtu a kvalifikace personálu, problematika technického vybavení zařízení, výskyt infekcí spojené se zdravotní péčí, jako výstup hodnotíme například stížnosti na péči. Strážní indikátory se převážně vztahují na nežádoucí události. Jejich výskyt se ihned řeší po analýze události. Jako příklad lze uvést například požár nebo smrt pacienta. Indikátory je možné dělit také podle závažnosti. Členíme je na rizikové, popisné, klíčové a nedůležitá data. Největší pozornost je třeba věnovat indikátorům rizik a klíčovým indikátorům. Výstup a šetření indikátorů je zdokumentována a monitorována.

Použití indikátorů – ukazatelů kvality je vhodné doplňovat s dalšími nástroji, jaké jsou například akreditace, klinická doporučení, ISO, klinické audity a další. Z důvodu jiné metody sběru dat a interpretace se dotazníková šetření spokojenosti obvykle nezařazují mezi indikátory kvality. Velmi důležitý jako je příprava a výběr ukazatelů je způsob, jakým budou uvedeny do praxe. Na základě zkušeností musí být dodrženy jednoduché principy:

- indikátor musí být jasně definován,
- výběr indikátoru, sběr dat, hodnocení a předávání výstupů, musí být v souladu s očekáváním uživatelů,

- cílová skupina, pro kterou jsou výsledky indikátoru určeny, musí mít možnost rozhodnout na základě výstupů o dalším postupu,
- zařízení, které validně provádí sběr dat a výsledkem budou případné neúspěchy, nebudou pokutovány či znevýhodněny před zařízeními, které data sbírají nepřesně a neúplně,
- způsob prezentace dat je promyšlena již při vytváření ukazatele,
- zajištění datových auditů zajistit již při vytváření ukazatele,
- důležitý je inkrementální postup při realizaci,
- pokud má být poskytnuta odměna za přípravu indikátoru, výběr ukazatelů a zvedení do praxe, má být poskytnuta v iniciálním stádiu,
- součástí přípravy indikátoru, je potřebné stanovit případné šetření, které se provedou při zjištění nepříznivých výsledků měření. (MZČR, 2009)

1.1.5 Organizační kultura

„Pojem „organizační kultura“ je označením sociálního jevu vztaženému k organizaci resp. Zájmové skupině.“ (Svobodník, 2009, s. 65). Organizační kulturu lze definovat jako sdílená přesvědčení, názory a chování personálu, jak se věci v organizaci dělají, co je pro organizaci typické. Je to způsob zvládání situací a chování členů, který je založený na historickém vývoji organizace a na zkušenostech. Strukturální prvky organizační kultury nejsou kategorizovány zcela jednotně. Za nejčastější prvky organizační kultury jsou považovány předpoklady, postoje, názory, hodnoty, normy a veřejné vystupování organizace. Obvykle platí, že organizační kulturu ovlivňuje styl vedení lidí, motivace v organizaci, výběr, výcvik a adaptace členů týmu, podmínky pro výkon povolání a způsob dodržování etiky v organizaci. (Svobodník, 2009)

Zdravá organizační kultura je komplexní záležitost organizace. Vytvoření nebo změna zdravé organizační kultury není snadné. Každá organizace má svoji kulturu, která se vyvíjí živelně, nebo která je podporována a vytvářena managementem. Je to výsledek dlouhodobého působení nebo snahy. Bez zdravé organizační kultury nelze úspěšně zavést kvalitu do praxe a vytvořit a podporovat program kontinuálního zvyšování kvality. Velmi

důležité je pozitivní klima na pracovišti, efektivní komunikace, vedení personálu k posilování mezilidských vztahů a k dobré pracovní morálce. (Škrla, Škrlová, 2008)

1.1.6 Kultura bezpečí

Kultura bezpečí označuje takovou organizační kulturu, kdy je přítomno trvalé a sdílené přesvědčení a praktiky personálu organizace, pokud jde o ochotu organizace zjistit a učit se z chyb. Kultura bezpečnosti ve zdravotnictví vyžaduje tři prvky:

- i když procesy zdravotní péče představují vysoké riziko, jsou navrženy tak, aby nedošlo k selhání,
- zdravotnické zařízení preferuje odhalení a učení se z chyb,
- personál pracuje v prostředí, kdy manažeři kárají pouze tehdy, když zaměstnanec vědomě zvyšuje riziko zdravotní péče. (Jones et al., 2008)

Vytváření kultury bezpečí je dlouhodobý a složitý proces. Pro dosažení úspěchu je potřeba, aby se na něm podíleli všichni členové zdravotnického zařízení a současně si uvědomovali význam a důležitost. (Jones et al., 2008)

Škrla, Škrlová (2008) uvádějí, že nastavený systém netoleruje neochotu převzít profesionální zodpovědnost za svoji práci, porušení standardů nebo pracovní kázně. Velmi důležitá je podpora managementu, který zaměstnance motivuje a cení si nahlášení každé nežádoucí události, viník nežádoucí události není trestán. Zaměstnanci nemají obavu z negativní reakce managementu, otevřeně spolu komunikují a spolupracují.

Pozitivní kultura bezpečí podporuje systém hlášení nežádoucích událostí, podpora a pozitivní přístup k hlášení, je nejen od všech zaměstnanců, ale i managementu, ten si uvědomuje, že chybovat může každý i nejlepší pracovník. Pravděpodobnost vzniku nežádoucích událostí se snižuje s rostoucí úrovní kultury bezpečí. Mezi další rozsah kultury bezpečí se řadí otevřená komunikace a zpětná vazba na pochybení, týmová spolupráce, netrestající odpověď managementu na hlášení nežádoucích událostí, oblast vnímání stupně bezpečí a podpora bezpečí pacientů ze strany managementu i zdravotnických pracovníků, oblast předávání a překlada pacientů a kontinuální zvyšování kvality. (Brabcová, Bártlová, 2015)

Ulrich a Kear (2014) rozdělují kulturu bezpečí na tři základní složky, na kulturu spravedlivou, učící se kulturu a kulturu hlášení. Organizace se učí a dokáže se poučit z vlastních chyb a neshod. Jako kultura pravdy se označuje spravedlivá kultura, organizace má popsané procesy a postupy, které jsou přijatelné a které jsou nepřijatelné. Všechny tři složky jsou propojené a napomáhají vytvořit zdravou organizační kulturu bezpečí.

Jones et al. (2008) uvádí, že kultura bezpečnosti je přítomna ve spolehlivých organizacích s riskantními procesy, ale s malou mírou chyb. Tyto organizace jsou citlivé na to, jak každý pracovník týmu ovlivňuje proces a výsledek, neobviňují jednotlivce za chyby v rámci složitých procesů. Kultura bezpečnosti označuje trvalý přesvědčení a ochotu členů organizace zjistit a učit se z chyb. Organizace podporuje kulturu podávání zpráv, ochota pracovníků podávat zprávy je na jejich důvěře, že organizace bude analyzovat příslušné informace a na základě zjištění provádět příslušné změny.

1.1.7 Resortní bezpečnostní cíle

Ministerstvo zdravotnictví České republiky stanovilo minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Tyto požadavky vycházejí z ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Požadavky se mohou podle potřeby rozšiřovat a aktualizovat. V České republice byly v roce 2009 formulovány tzv. Resortní bezpečnostní cíle, aktualizace těchto cílů byla provedena v roce 2011 a 2015. (Věstník MZČR, částka 16, 2015)

Resortní bezpečnostní cíle uvádějí požadavky v konkrétní oblasti péče, kdy je při naplnění požadavků sníženo riziko v procesech, které jsou nejrizikovější. Zavedení tohoto systému je standardním sebehodnotícím nástrojem zajišťujícím kvalitu procesů. Cíle vycházejí z doporučení Rady Evropské unie „Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“ a doporučení Světové aliance pro bezpečnost pacientů (World Alliance for Patient Safety). (Věstník MZČR, částka 16, 2015)

Zavedení Resortních bezpečnostních cílů do systému zdravotnického zařízení je povinné pro organizace přímo řízené ministerstvem. Doporučením jsou pak pro ostatní zdravotnická zařízení. Resortní bezpečnostní cíle jsou zvlášť definovány

pro poskytovatele zdravotní péče lůžkové a jednodenní, poskytovatele ambulantní péče, poskytovatele zdravotnické záchranné služby. V současné době je vydáno osm resortních bezpečnostních cílů pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče:

- RBC1 Bezpečná identifikace pacientů
 - RBC2 Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika
 - RBC3 Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při poskytování zdravotní péče
 - RBC4 Prevence pádů
 - RBC5 Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
 - RBC6 Bezpečná komunikace
 - RBC7 Bezpečné předávání pacientů
 - RBC8 Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů
- (Věstník MZČR, částka 16, 2015)

Resortní bezpečnostní cíle vycházejí z publikovaných postupů, které směřují k minimalizaci rizik v nejrizikovějších oblastech poskytování zdravotní péče. Resortní bezpečnostní cíle jsou součástí Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče. (Brabcová, Bártlová a kol., 2015)

V oblasti bezpečnosti pro vzdělávání zdravotníků publikovalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) v roce 2016 Příručku k osnově o bezpečí pacientů, kterou v roce 2011 vydalo WHO (WHO, 2011). Pro pacienty MZČR vydalo publikaci Rádce pacienta, která je určena pro širokou veřejnost a ty, kteří se chtějí lépe zorientovat ve zdravotnických zařízeních, ve zdravotnické legislativě a v problematice poskytování zdravotních služeb. (MZČR, 2016)

1.1.8 RBC4 Prevence pádů

Cílem resortního bezpečnostního cíle je zavést bezpečnostní opatření, která minimalizují pády pacientů všech věkových skupin. Poskytovatel zdravotní péče musí zavést systém evidence všech pádů pacientů, analyzovat je, stanovit a realizovat nápravná opatření. K nastaveným povinnostem patří také průběžná kontrola dodržování a účinnosti nastavených opatření. K dalším povinnostem patří zavést postup pro identifikaci rizikových pacientů a prevenci pádu pacientů a zavést způsob ověření realizace

a účinnosti standardu v přímé péči o pacienta, například interní audit, analýza sledování NU. (MZČR, 2016)

Zdravotnická zařízení musí splnit legislativní podmínky zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí. Proces externího hodnocení kvality je pro zdravotnická zařízení proces dobrovolný. Zdravotnické zařízení může požádat oprávněnou osobu k externímu hodnocení kvality a bezpečí. Pokud úroveň poskytovaných služeb ve zdravotnickém zařízení vyhovuje, zákonným požadavkům, oprávněná osoba vydá certifikát kvality a bezpečí s platností 3 roky. Oprávněná osoba musí zveřejnit pravidla procesu hodnocení kvality a bezpečí a hodnotící standardy na internetových stránkách. Cílem je nastavení procesu s kontinuálním zvyšováním kvality a bezpečí zdravotních služeb. (MZČR, 2016)

V publikaci Akreditační standardy pro nemocnice jsou k resortnímu bezpečnostnímu cíli Prevence pádů určeny požadavky pro splnění uvedeného bezpečnostního cíle. Nemocnice musí zavést postup vstupního hodnocení rizika pádu pacienta a pravidla opakovaného přehodnocení rizika, postup je zpracován ve vnitřním předpisu nemocnice. Nemocnice má u pacientů, kteří jsou hodnoceni jako riziková stanovena preventivní opatření ke snížení rizika pádu. Dále musí mít nemocnice stanoven jednotný postup pro řešení pádů a případného zranění u pacienta a jednotný postup pro prevenci. Sledované výsledky nemocnice pravidelně hodnotí, v případě potřeby stanovuje nová preventivní opatření, nebo na základě analýzy stanovuje nápravná opatření. (Marx, Vlček, 2013)

V české republice koordinuje od roku 2008 projekt Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů Česká asociace sester. V projektu byl sledovaný a hodnocený údaj, a to podíl zraněných z pádu na 1000 ošetrovacích dnů. V roce 2015 dosáhl indikátor kvality 0,49. Tato hodnota představuje pozitivní zjištění, za optimální hodnoty se považují hodnoty 0,4-0,8. (Česká asociace sester, 2015)

Poškození pacienta je celosvětově 14. nejčastější příčinou zvýšené ekonomické zátěže pro zdravotnická zařízení. V některých zemích OECD je zátěž z důvodu poškození pacienta srovnávána s ekonomickým nákladem na léčbu chronických onemocnění. Zavedením a dodržováním preventivních opatření, můžeme pádům pacientů předcházet. (Pokorná, Dolanová, Štrombachová a kol., 2019)

1.2 Pády ve zdravotnickém zařízení

Ve zdravotnickém zařízení je jednou z nejčastějších nežádoucích událostí pád pacienta. Tato problematika se netýká pouze seniorů, ale všech věkových skupin pacientů. Pro hospitalizované pacienty se může pád stát závažným problémem, který může ovlivnit kvalitu života. (Gallardo, 2013)

Prostředí při hospitalizaci se pro pacienta stává rizikovým a pád pacienta s následným zraněním je pro zdravotnické zařízení velkým problémem nejenom forenzním a ekonomickým. (ÚZIS, 2017)

1.2.1 Definice pádu

Pád můžeme charakterizovat, definovat a zaznamenávat různými způsoby. Je to změna polohy, která končí kontaktem těla se zemí, je to nezamýšlená událost, kdy pacient neplánovaně klesne k podlaze. Pád se dá také definovat jako událost, kdy spočine pacient nebo část jeho těla na zemi či na podložce, která je níže než sám pacient. Je to událost nezáměrná, která může nastat i bez účasti svědka. I když existuje mnoho definic, je důležité, aby si zdravotnické zařízení vytvořilo vlastní definici, kterou přijmou zdravotníci a budou definovanou událost hodnotit jako událost nežádoucí. Jasná definice pádu, která platí pro všechna oddělení zdravotnického zařízení, je dobrým základem k řádnému nahlášení a analýze události. (JCR, 2007)

Miertová (2019) konstatuje, že v problematice bezpečnosti pacienta je nejčastější nežádoucí událostí během hospitalizace pád pacienta. Definuje také možnost pádu jako neúmyslnou změnu polohy těla, kdy tělo končí na zemi, důvodem změny může být porucha vědomí, nebo náhlá cévní mozková příhoda.

Pokorná, Dolanová, Štrombachová a kol. (2019) se shodují s uvedenými definicemi. Zdůrazňují nutnost hlášení všech událostí bez ohledu na příčinu pádu pacienta a to i nahlášení asistovaných pádů, kdy se ošetřující personál snaží zmírnit dopad pádu. Shodují se také na tom, že je pád nezamýšlená událost. Definují také situaci, která se nelze považovat za pád pacienta, a to, když je pád způsoben záměrným pohybem.

1.2.2 Rizikové faktory pádů

Obecně platí, že čím více je přítomno rizikových faktorů, tím vyšší je riziko pádu. Pád může být způsoben jednou příčinou, ale většinou je to důsledek souhry vnitřních a vnějších faktorů. Vnější faktory jsou pády mechanické, nejčastěji uklouznutí a zakopnutí. K většině pádů dochází při běžné činnosti, rizikovým místem je často koupelna a nevhodně upravené prostředí místnosti. Vnitřní faktory jsou důvodem symptomatických pádů, jsou důsledkem somatického onemocnění nebo užívání rizikových léků. (Matějovská Kubešová a kol., 2015)

Mnohé vnitřní rizikové faktory závisí na poskytované péči a souvisí s věkem pacienta a stárnutím, nemocemi nebo farmakologickou léčbou. Jako příklad lze uvést:

- porucha chůze, nejistota při chůzi,
- předchozí pád,
- porucha zraku, sluchu,
- porucha paměti, zmatenost, celkově duševní stav,
- akutní i chronická onemocnění. (JCR, 2007)

Vnější rizikové faktory mají přímý vztah k prostředí. Při analýze jsou hodnoceny většinou jako pády náhodné. K vnějším rizikovým faktorům patří:

- osvětlení – intenzita,
- úprava prostředí – tvar nábytku,
- podlahové krytiny,
- vany a toalety – použití madel,
- použití správné obuvi,
- správné použití pomůcek – chodítka, zvedací zařízení, vozíky,
- nesprávné využití zábran u lůžka pacienta,
- léky. (JCR, 2007)

1.2.3 Klasifikace pádů

Pád je považován za nežádoucí událost, která je při analýze hodnocena a zařazena do kategorie podle příčiny vzniku pádu. Nejčastější kategorií je vstávání z lůžka, zakopnutí, uklouznutí, ztráta rovnováhy, pád z lůžka, opření o nestabilní oporu, ztráta vědomí a jiné. (Věstník MZČR, částka 8, 2012)

Klasifikace pádů podle Janice Morse rozděluje pády na nepředvídané fyziologické pády, předvídané fyziologické pády a pády náhodné. Nepředvídaný fyziologický pád je pád způsobený záchvatem nebo mdlobou. U pacientů, kteří jsou v rizikovém faktoru, který je stanoven podle stupnice Janise Morse v bodovém ohodnocení může dojít k předvídanému fyziologickému pádu. Zhodnocení rizika posuzuje například zhoršenou chůzi, intravenózní vstupy nebo předchozí pád. Za náhodný pád je považován pád neúmyslný v důsledku selhání pomůcek, pacient zakopne, uklouzne, opře se o nestabilní oporu. (Morse, 2009)

Klasifikace pádů podle typického obrazu rozděluje pády na pády zakopnutím o překážku, pády zhroucením pacienta, pády skácením pacienta, pády s atypickým obrazem a pády zamrznutím, kdy pacient nepokračuje v chůzi, ale tělo pokračuje v pohybu. (Matějovská Kubešová a kol., 2015)

1.2.4 Četnost pádů

Nejčastější nežádoucí událostí v nemocnicích jsou pády pacientů. Pády se vyskytují u všech věkových kategorií. Incidence pádů se zvyšuje s přítomností některých rizikových faktorů. Počet pádů s věkem stoupá, nejvíce zranění následkem pádu je u osob starších 65 let věku. V České republice není dostupný komplexní přehled pochybení spojených s pády pacientů, hlášení nežádoucích událostí je pro zdravotnická zařízení proces dobrovolný. (ÚZIS, 2017)

V roce 2017 byla nežádoucí událost pád sledována a hlášena na ÚZIS od 79. zdravotnických zařízení. Průměrná četnost hlášených nežádoucích událostí pád na 1000 pacientů se liší podle kategorie zdravotnického zařízení. Ve fakultních a velkých nemocnicích je průměrná četnost 8,34, v ostatních nemocnicích akutní péče je 10,16. Ve specializovaných centrech a nemocnicích je 6,72. Vyšší četnost je v psychiatrických nemocnicích a to 56,40 a v nemocnicích následné péče a LDN 145,47. V lázních a léčebnách je průměrná četnost 29,39. Nejvyšší průměrný počet hlášení NU pád byl

zjištěn u fakultních a velkých nemocnic. Nejvyšší průměrná četnost hlášení nežádoucích událostí byla zjištěna u nemocnic následné péče a LDN. Celkově bylo nahlášeno 7 258 nežádoucích událostí pád, sledováno bylo 645 063 pacientů. (ÚZIS, 2017)

1.2.5 Hodnocení rizika pádu

Určení rizikového pacienta lze považovat za zásadní v prevenci pádů a při plánování péče o pacienty. Univerzální nástroj k identifikaci pacienta neexistuje. Zdravotnické zařízení zvolí adekvátní nástroj podle typu pacientů, kterým je poskytována zdravotní péče. Existuje velký výběr nástrojů, mezi kterými může zdravotnické zařízení zvolit. Pro akutní péči je nejčastěji využíván model hodnocení rizika dle Morse (Příloha A1). Další volenou škálou jsou škála podle Tošnerové (Příloha A2) a škála podle Conleyové (Příloha A3). Škály bodově hodnotí jednotlivá rizika podle dané struktury. Zdravotnický personál musí věnovat potřebný čas a citlivost k získání informací, podle kterých pacienta bodově ohodnotí. V geriatrii je možné použít screeningový test mobility podle Topinkové a Neuwirtha (Příloha A4). Po vyhodnocení pacienta v případě, že je pacient vyhodnocen v riziku pádu je nutné informovat všechny členy ošetřujícího týmu, provést záznam do zdravotnické dokumentace a nejlépe jasně na tuto skutečnost upozornit tak, že se například barevně označí pacient v riziku pádu na inspekčním pokoji sester. (Jurásková, 2008) Healey (2010) doporučuje označení rizikových pacientů použitím identifikačního náramku, zároveň upozorňuje, že označení pacienta nezabrání pádu. Mandysová a Vorlíčková (2007) se přiklání k označení pacienta, například barevným znakem u jmenovky na lůžku pacienta a zároveň na orientační tabuli na inspekčním pokoji sester.

Hodnocení rizika je důležité provést časně při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení. Doporučuje se vyhodnotit riziko v rámci anamnézy a přehodnocení rizika pádu v pravidelných intervalech a vždy při změně stavu pacienta. (Wagner, Scott, Silver, 2011)

V Metodice Nežádoucí události PÁD je doporučeno provádět hodnocení rizika v rámci ošetřovatelské anamnézy do 24 hodin od přijetí pacienta do zdravotnického zařízení. Přehodnocení rizika pádu je doporučeno při každé změně stavu, po pádu a při překladi pacienta a přehodnocení v pravidelných intervalech podle standardu ošetřovatelské péče. V případě, že dojde k pádu pacienta je doporučeno provést hodnocení v intervalu 12 hodin po dobu 3 dnů. (ÚZIS, 2017)

Volba efektivního nástroje pro hodnocení rizika pádu, který je řešen úrovní citlivosti a přesnosti je prvním krokem k úspěchu. (Callis, 2016)

1.2.6 Důsledky pádů

Problém pro zdravotnická zařízení je důsledek pádu pacienta. Mortalita, morbidita a finanční náklady spojené s pády jsou problémem a důsledkem, kterému čelí pacient i zdravotnické zařízení. Důsledkem pádu přímo pro pacienta je poranění hlavy, měkkých tkání, úzkost a strach z pádu. Pády jsou nejčastější příčinou úrazu u pacientů nad 65 let věku. Až u 15 % pádů dochází k poranění hlavy, zlomenin luxací a poranění měkkých tkání. (JCR, 2007)

Mezi důsledky pádů patří nejenom fyzický, psychologický a sociální efekt, ale u některých pacientů se může rozvinout popádový syndrom. Symptomy tohoto syndromu jsou zmatenost, závislost, ztráta autonomie, strach z opakovaného pádu, deprese a další omezení. (Zeleníková, 2016) Je velká pravděpodobnost opakujícího se pádu u pacienta, který již jednou upadl. (Schuler, Oster, 2010)

1.2.7 Prevence pádu

Pro naplánování preventivních opatření u pacientů je důležité pacienta správně identifikovat a určit výši rizika pádu u pacienta. Preventivní opatření je nutné naplánovat individuálně s ohledem na zjištěné rizikové faktory. Nastavená preventivní opatření ovlivňují prostředí pacienta, jeho chování a také chování zdravotníků. Vysoce rizikovým pacientem je pacient zmatený a neklidný, u kterého je důležitý častý dohled a pozornost zdravotníků. S výhodou je umístění těchto pacientů v blízkosti pracovny sester, kde je zajištěna trvalá monitorace pacienta. (Jurásková, 2008)

Především u geriatrických pacientů je prioritní zaměřit se na bezpečné prostředí, zhodnotit medikaci, vyhnout se rizikovým lékům a zhodnotit funkce smyslové a tělesné. Protože rizikové faktory jsou rozdílné, není zcela jednoduché úplně eliminovat pády, ale na základě správně zvolené prevence můžeme pády úspěšně redukovat. (Matějovská Kubešová a kol., 2015)

Prevence je důležitá jako nástroj pro předcházení následků z pádu. Pacient, který má zkušenost s pádem, má strach z chůze, vyžaduje kompenzační pomůcky a pomoc druhé osoby. (Mlýnková, 2011)

Ke snížení rizik prostředí patří:

- úprava místnosti – příjemná teplota, žádné pachy, dostatečné větrání, podlaha je čistá a suchá, elektrické kabely nejsou v cestě,
- vytírání podlahy správným způsobem, je ponechaný suchý pruh, aby se dalo bezpečně projít,
- osvětlení je přiměřené, signalizační panel je funkční,
- lůžko je zabrzděné, výhodnější je nízká poloha,
- matrace je pevná, dobře pasující do lůžka,
- zábrany na lůžku (postranice), jejich použití je nutné dobře zvážit, bezpečnější je použít zábrany pouze v horní části lůžka,
- noční stolek je u lůžka,
- poličky a skříně jsou dostupné pro pacienta,
- chodby jsou volné, na chodbách nejsou umístěné překážky, například vozíky s prádlem,
- madla jsou ve správné výšce (66-91 cm od podlahy) s dobrým úchopem,
- použití lůžkových alarmů,
- chodítka, berle a pojízdná křesla jsou v dobrém technickém stavu,
- bezpečná obuv pacienta, obuv používat,
- na toaletách a v koupelnách protiskluzové podlahy. ((JCR, 2007)

Svobodová (2013) doplňuje preventivní opatření:

- opatrné vstávání z lůžka,
- rehabilitační péči, kvalitní rehabilitační ošetřovatelství,
- adaptace na prostředí, seznámení s novým prostředím, poučení pacienta,
- edukovat pacienta o riziku pádu,
- v případě pádu přehodnotit opatření. (Svobodová, 2013)

Kalvach (2008) zdůrazňuje důležitost posilování svalů, rehabilitaci a postavování se po pádu. Jako pomůcku k prevenci zlomeniny kyčelního kloubu uvádí chrániče kyčlí. Tošnerová (2008) doplňuje výčet pomůcek ke snížení pravděpodobnosti zranění. U pacienta lze použít chrániče postranic. Tato pomůcka je volné čalounění, které se nasadí na postranice lůžka. Vnitřní strana čalounění je z omyvatelného měkkého materiálu. K lůžku lze využít měkký koberec nebo molitanová matrace pro snížení následků pádu z lůžka.

Marx (2015) zdůrazňuje náročnost problematiky bezpečí pacienta ve zdravotnickém zařízení. Klade důraz na prostor, ve kterém se pacient nachází, který se pro pacienta stává náhradním domovem, ale zároveň je tento prostor pracovním prostředím pro zdravotníky.

Graham (2012) uvedl, že kvalitními intervencemi lze zabránit více než 70 % pádům. Ohde (2012) zdůrazňuje důležitost dodržování nastavených intervencí personálem. K závěru dochází na základě observační studie prováděné v letech 2004 až 2010 v mezinárodní nemocnici v Tokiu. Závěrem této studie je konstatování, že dochází k poklesu pádů o 25 % po zavedení preventivních opatření v akutní i terciální péči. Dále doporučuje praktické vzdělávací programy pro všechny zdravotníky zaměřené na prevenci pádu. Healey (2010) přisuzuje význam nejen individuálnímu přístupu k pacientovi jako jednotlivci, ale i ke vzdělávání a edukaci pacienta. Dykes (2010) souhlasí s edukací pacientů na základě provedené randomizované studie v roce 2009 v USA, ze které vyplynulo, že prevence, která vychází ze specifických rizik pádu, je účinná především u pacientů nad 65 let věku. Zjištění rizika bylo doplněno materiály ke vzdělávání pacientů.

Diskutovaným tématem je efektivita signalizačního zařízení a přivolání sestry. Nabízí se možnost použití alarmů, které jsou v podobě různých desek ukládány do lůžka pacienta pod matraci. Možností jsou také pásky a klipy, připevňující se k pacientovi na oděv a vzdáleně se propojí se signalizačním zařízením. (Graham, 2012)

V Austrálii v roce 2009 byla provedena randomizovaná kontrolovaná studie na 18. odděleních veřejných nemocnic v Queenslandu. Studie hodnotila umístění nízkých postelí na oddělení. Studie proběhla na 12. odděleních intervenčních a 6. kontrolních, studie se účastnilo celkem 10 937 hospitalizovaných pacientů. Výsledek studie ukázal na fakt, že ani po zavedení nízkých lůžek pro pacienty, neklesl počet pádů. (Haines, 2010)

1.2.8 Nežádoucí událost pád

Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče rozděluje druhy nežádoucích událostí a řadí je do kategorií, jednou z kategorií je pád pacienta. Tato metodika navazuje na Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů. V souladu je také uvedena povinnost poskytovatelů zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí v zákoně č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách. Ministerstvo zdravotnictví podporuje sledování nežádoucích událostí. Prostřednictvím ÚZIS je vydán elektronický nástroj pro interní evidenci hlášení nežádoucích událostí. Tento nástroj umožňuje evidovat nežádoucí události a předávat je anonymně do Národního systému nežádoucích událostí. Při určení kategorie nežádoucí události pádu, dále určujeme vedlejší kategorii. Identifikujeme událost v tom smyslu, že se hodnotí, za jakých okolností k pádu pacienta došlo. Jedná se o určení vedlejší kategorie:

- zakopnutí, chybné došlápnutí,
- uklouznutí,
- pád z lůžka,
- ztráta vědomí,
- závada na zařízení,
- vstávání z lůžka,
- ztráta rovnováhy,
- opření o nestabilní oporu,
- záchvat,
- skladování,
- jiný,
- neznámý. (Věstník MZČR, částka 8, 2012)

U vlastního zadání nežádoucí události (dále jen NU) je nutné zadat datum události a určit již zmiňovaný druh a kategorii nežádoucí události. Další údaje potřebné k možnosti

analýzy nežádoucí události jsou: pracoviště, místo zjištění NU, upřesnění času události, identifikace pacienta, pohlaví a datum narození pacienta, diagnóza pacienta, soběstačnost, spolupráce, psychický stav, nutriční stav. Místo pádu je další významná informace, upřesnění jako například pacient upadl v jídelně, na chodbě nebo v koupelně, je informace důležitá k nastavení preventivních opatření. Z dalších údajů je to signalizace pádu, způsob, jakým se o pádu dozvěděl personál, zda je pacient v riziku, pokud ano, tak jaké byly nastaveny preventivní opatření, jakou má pacient medikaci, jaké používá kompenzační pomůcky, zda pacient již v minulosti spadl, jaké měl pacient subjektivní obtíže před pádem, jaké byly zjištěny celkové příznaky po pádu, psychický stav, lokální příznaky po pádu, zda došlo k poranění, tlak a puls po pádu, postup a terapie po pádu, zda pacient rozumí edukaci a ví, že došlo k NU. Hlásící zaměstnanec celou nežádoucí událost popíše, do protokolu také uvede, jak byla NU řešena okamžitě. Tyto údaje jsou předány zpravidla vedoucímu pracoviště a manažerovi kvality. Na základě zadaných údajů je možné NU analyzovat, analýzu provede manažer kvality. Se svou analýzou a doporučením je seznámen celý ošetrovatelský tým. (ÚZIS, 2017)

Z legislativních požadavků vyplývá, že pro management zdravotnických zařízení je povinné zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí, vytvoření vnitřního systému hlášení nežádoucích událostí není zcela povinné. Povinné hlášení nežádoucích událostí je podle právních předpisů České republiky pouze u pracovních úrazů a nežádoucích účinků léčiv. Pracovní úrazy se hlásí na Inspektorát bezpečnosti práce, nežádoucí účinky léčiv na SÚKL. (Hřib, Vychytil, 2009)

1.2.9 Principy redukce pádů

Počet pádů i zranění může být, snížen pomocí efektivního preventivního programu. V nastaveném postupu zdravotnického zařízení by mělo být dodrženo:

- identifikace a vyhodnocení všech případů pádů,
- dodržování nastaveného postupu personálem,
- monitorování efektivity nastaveného postupu,
- stanovení postupu ke snížení pádů. (JCR, 2007)

Před tvorbou nastavení programu je nutné, aby zdravotnická zařízení sbírala a analyzovala údaje, kde, kdy a proč se pády vyskytují. Jednotlivé případy a jejich analýza

poskytují adekvátní přehled. Důležité údaje, které se z konkrétních případů zjistí, poskytnou následující informace:

- počet pádů,
- místo pádu,
- typ pádu,
- preventivní bezpečnostní opatření v době pádu,
- typ a závažnost poranění. (JCR, 2007)

Riziková analýza pádů může poskytnout přehled a trend výskytu pádů a odkrýt faktory přispívající k pádům. Koncentrace zdrojů na rizikové pacienty je ve zdravotnickém zařízení efektivní cestou ke snížení počtu pádů a ochranou pro pacienty. Bezpečnostní opatření u pacienta zahrnují:

- identifikaci pacienta s vysokým rizikem,
- edukaci pacienta a příbuzných,
- pravidelné kontroly potřeb pacientů, nejméně každé dvě hodiny,
- lůžko umístěné do nejnižší polohy, postranice použít pouze v horní části,
- funkční zvonek u lůžka, který umí pacient použít,
- efektivně nastavený ošetrovatelský proces pacienta, kdy předvídáme potřeby pacienta,
- používání bezpečnostních pásů, u přesunu pacientů používat brzdy křesel, transportních lehátek a lůžek. (JCR, 2007)

Aby byl program kompletní, musí obsahovat průběžný monitoring a záznam. Ze studie programu k redukci pádů autora Tideiksaara (2004) vyplývá, že za důležité je považována dobrá vzdělanost personálu. Personál musí považovat pády za závažný problém, musí mít povědomí o rizikových faktorech a věřit, že dobře nastavená prevence může výskyt pádu snížit. Ve studii byla porovnávána skupina pacientů, u kterých bylo v péči postupováno podle připravené výstražné karty rizika pádu s informační brožurou se skupinou, u které nebyla nastavena preventivní opatření. Výsledek studie ukázal na fakt, že ve zkoumané skupině, která se řídila výstražnou kartou, bylo o 30 % méně

pádů než ve skupině kontrolní. Rozdíl byl hodnocen jako významný po 45 dnech pozorování. (JCR, 2007)

Autor Tideiksaar (2004) shrnul dosavadní studie programů k redukci pádů, ukazuje na možná východiska, které se dají na základě studií vyvodit. Poukázal také například na výsledek studie, která testovala program prevence pádů v oblasti lékařské péče. Program byl hodnocen po pětiletém používání programu prevence pádů. Posuzovány byly dvě skupiny pacientů. První skupina přijatá před zahájením programu, druhá skupina pacientů byla přijata po zahájení programu. Program obsahoval vzdělávání zaměstnanců, pacientů, nástroj k hodnocení rizika a výběr intervencí. Výsledky studie ukázaly na výrazné snížení pádů po zavedení programu. Při studii nebylo odpovězeno na fakt, že v následujících pěti letech se četnost pádů dostala na stejnou úroveň. Studie ve svém závěru doporučila, že bude více přínosné zaměřit se na zkoumání sesterské práce a více podpořit samostatnost sester v provádění preventivních opatření v prevenci pádů. (JCR, 2007)

1.3 Shrnutí teoretické části

V rámci Evropské unie je zhruba osmi až dvanácti procentům pacientů v nemocnicích způsobena škoda během poskytování zdravotní péče. (MZČR, 2019; Hřib, Vychytil, 2009) Mezi nejčastější nežádoucí události patří pády pacientů. Ministerstvo zdravotnictví České republiky postupně zavádí systémová opatření, které vedou k zajištění poskytování vyšší kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů. Jedním z opatření je splnění podmínky zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí a splnění podmínek vyhlášených Resortních bezpečnostních cílů. Čtvrtý bezpečnostní cíl doporučuje zavést bezpečnostní opatření, která minimalizují pády pacientů všech věkových skupin. Zdravotnická zařízení, která usilují o zvýšení kvality poskytované péče, vytvářejí kulturu bezpečí, aktivně se věnují vyhledávání rizik a stanovují si a analyzují indikátory kvality. Dobře zvolený indikátor kvality poskytuje zpětnou vazbu o výsledku poskytované péče. (MZČR, 2019; Svobodová, 2010)

V současné době věnují zdravotnická zařízení úsilí k vytvoření atmosféry vzájemné důvěry, kdy může personál otevřeně diskutovat o otázkách bezpečí bez strachu z následků. Po zhodnocení kultury bezpečí organizace, má management představu o názorech a potřebách personálu, jeho ochoty hlásit chyby v poskytované péči, má znalost rizik pro pacienty a může přijmout návrhy ke snížení rizik. Základem úspěchu je zavedení akčního plánu a zahájení změn, které vedou ke zvýšení bezpečnosti pacientů. Úspěch vyžaduje dodržování zavedených postupů a porozumění uvnitř zdravotnického zařízení. (JCR, 2007)

2 Výzkumná část (praktická část)

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cíl 1

Zjistit incidenci pacientů v riziku pádu a incidenci nežádoucích událostí (pády).

Cíl 2

Analyzovat výskyt pádů ve vybraných nemocnicích s ohledem na nastavený indikátor kvality.

Cíl 3

Na základě zjištěných výsledků vytvořit doporučení pro praxi.

Výzkumné otázky:

1. Jak má zdravotnické zařízení stanovený systémový postup v oblasti problematiky pádů?
2. Jak je stanoven indikátor kvality v oblasti pádů pacientů?
3. Jaké ukazatele průzkumné pracoviště sleduje v oblasti problematiky pádů?
4. Jaká preventivní opatření jsou v praxi ve zdravotnickém zařízení realizována?
5. Které oblasti z nastaveného systémového postupu jsou nejméně plněny či nepochopeny?

2.2 Metodika průzkumu

Výzkum je soubor koordinovaných činností, kterými se snažíme porozumět, vysvětlit a přezkoumat zkoumané jevy. Vědecké zkoumání je proces činností, který zajišťuje objektivní poznání zkoumaného jevu. V ošetrovatelství výzkum přispívá k rozvoji teorie a pomáhá aplikovat teorii na potřeby praxe. Zvolená metoda výzkumu obecně představuje cestu k dosažení cíle. Výběr vhodné výzkumné metody závisí nejenom na zvolení výzkumného problému, ale také na racionálním a osobním výběru výzkumníka. (Kutnohorská, 2009)

Podle použité metodologie se výzkum rozděluje na kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní přístup je systematický, objektivní, formální a měřitelný proces. Pro tento přístup je charakteristický velký zkoumaný vzorek, většinou technika dotazníku a použití matematicko-statistické procedury. (Disman, 20011, Loučková, 2010)

Jako protiklad kvantitativního výzkumu se považuje postup kvalitativní. U kvalitativního postupu střídáme různé metody, které mohou být použity samostatně nebo ve spojení s kvantitativními výzkumy. Kvalitativní výzkum se charakterizuje jako „měkká“ věda se zaměřením komplexním, při použití dialektického a induktivního usuzování s použitím pozorování a komunikace. U kvantitativní metody je u analýzy použito číslo, naopak základním elementem analýzy kvalitativní metody je slovo a věta, interpretace je individuální. (Kutnohorská, 2009)

V průzkumném šetření pro předkládanou diplomovou práci byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného designu a metod. Průzkum zahrnoval studium a analýzu interních dokumentů, které má zkoumané zdravotnické zařízení definováno v oblasti problematiky pádů. Dokumentem je dle Bártové a kol. (2008) jakékoliv zachycení informace ze zadané problematiky. Analýza dokumentů byla doplněna provedením auditu podle připraveného check listu (Příloha B). Posláním a smyslem auditu je vyjádřit názor nezávislého, kvalifikovaného odborníka na věrohodnost nastavených pravidel. Auditor ověřuje, zda teoretické hledisko je plněné v praxi. Každý audit má svůj účel, auditor musí porozumět auditovanému objektu, je stanoven cíl a vhodné auditorské techniky (Dvořáček, Kafka, 2005). Předlohou pro tvorbu kontrolního listu byl interní dokument zdravotnického zařízení, který je v platnosti od 1. 6. 2017. Dokument je označen jako bezpečnostní karta s názvem Riziko pádu. K vytvoření a k samotnému provedení auditu byla využita osobní zkušenost autora

průzkumném šetření, který získal osvědčení interního auditora systémů ČSN EN ISO 9001:2001 a 7799-2:2004 (Příloha C). Kontrolní list obsahuje 31 kontrolních kritérií, každé kritérium je hodnoceno ve dvou rovinách: shoda/neshoda, případně je kritérium nehodnoceno s možností poznámky. Audit je hodnocen v procentuální dosažené úspěšnosti.

Průzkum byl odsouhlasen managementem zdravotnického zařízení, manažerkou ošetrovatelské péče.

K zpracování získaných dat byly využity programy Microsoft Word 2013 a Microsoft Excel 2013.

2.3 Charakteristika průzkumného prostředí

Pracoviště, které bylo vybráno pro průzkum, je zdravotnické zařízení Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Toto zařízení vzniklo sloučením pěti nemocnic akutní lůžkové péče, jejichž vlastníkem je Pardubický kraj. Společnost tvoří Pardubická nemocnice, Chrudimská nemocnice, Litomyšlská nemocnice, Svitavská nemocnice a Orlickoústecká nemocnice. Nemocnice poskytuje komplexní ambulantní a lůžkovou péči ve všech základních, specializovaných i vysoce specializovaných oborech. Provozuje také následnou péči, základní i specializovanou diagnostickou péči a lékárny. Kvalita zdravotní péče je v nemocnici řízena oddělením kvality, které je odpovědné za implementaci, kontrolu a rozvoj jednotného integrovaného systému řízení kvality. V nemocnici Pardubického kraje jsou splněny podmínky standardů a norem systémů řízení kvality:

- Akreditace Spojenou akreditační komisí, o. p. s.,
- NASKL (Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře),
- ČSN EN ISO 27001 (Systém řízení bezpečnosti informací ISMS),
- ČSN EN ISO 13485:2012 (Systém managementu jakosti pro zdravotnické prostředky),
- Systém certifikace kritických bodů HACCP,
- Externí klinický audit dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Za rok 2017 bylo v Nemocnici Pardubického kraje, a.s. ošetřeno 1 047 037 ambulantních pacientů, počet hospitalizovaných pacientů byl 90 515, počet ošetrovacích dnů 524 927, průměrná ošetrovací doba byla 6,23 dny. Celkový počet operací za rok 2017 byl 34 016 a téhož roku se narodilo ve zdravotnickém zařízení 4 689 dětí. Celkový počet lůžek je ve zdravotnickém zařízení 2 232. Počty v jednotlivých nemocnicích jsou uvedeny v tabulce 1. Ve zdravotnickém zařízení pracuje 3 798 zdravotníků.

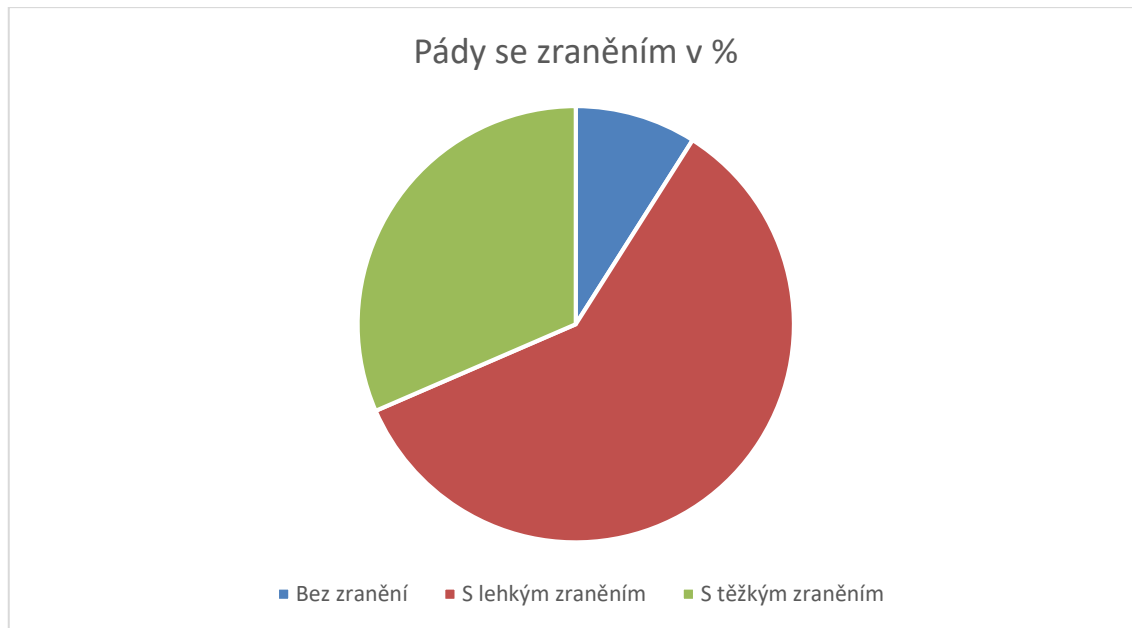
Tabulka 1 Provozní ukazatelé zdravotnického zařízení

	A	B	C	D	E	Celkem
Počet ambulantního ošetření	160 612	160 370	495 013	94 043	136 999	1 047 037
Počet hospitalizací	12 257	17 481	32 660	10 662	17 455	90 515
Počet ošetrovacích dnů	75 998	96 152	195 716	60 420	96 641	524 927
Operace	2 904	4 706	17 527	4 008	4 871	34 016
Porody	707	1 109	1 558	1	1 314	4 689
Počet lůžek	324	387	932	257	332	2 232

Pro přehlednost a z důvodu zachování anonymity budou v diplomové práci jednotlivé nemocnice označeny písmeny A, B, C, D, E.

Za rok 2017 bylo v Nemocnici Pardubického kraje, a.s. nahlášeno 1 567 nežádoucích událostí. 37,5 % nahlášených událostí jsou pády pacientů. Z tohoto počtu bylo celkem 59,5 % pádů bez úrazu, 31,5 % bylo pádů s lehkým zraněním a 9 % s těžkým zraněním, znázorněno na obrázku 2.

Obrázek 2 Počet pádů dle zranění (Zdroj: Výroční zpráva Nemocnice Pardubického kraje, a.s., 2017)



2.3.1 Bezpečnostní karta

Ke splnění cíle výzkumu je důležité znát nastavený systémový postup ve vybraném zdravotnickém zařízení. Nemocnice má vydaný postup, který je označen jako Bezpečnostní karta s názvem Riziko pádu, což je dvoustránkový dokument, autory dokumentu jsou náměstkyně ošetrovatelské péče ze všech pěti nemocnic. Dokument ověřil tým kvality Nemocnice Pardubického kraje, platný je od 1. 6. 2017. Nastavený systém péče o pacienta, který je do nemocnice přijat k hospitalizaci, v oblasti rizika pádu bude popsán v následujících odstavcích.

U pacienta je povinnost určit riziko dle Conleyové při příjmu pacienta a udělat zápis do zdravotnické dokumentace nejpozději do 24 hodin. Tuto povinnost má NLZP a to všeobecná sestra, praktická sestra, zdravotnický záchranář. Určené skóre se zadává do záznamu v nemocničním informačním systému nebo formuláře pro sledování výskytu pádů (indikátor kvality). Dále se pacient označí barvou rizika na tabuli hospitalizovaných pacientů na pracovně sester. Riziko se přehodnocuje 1x týdně, při změně zdravotního stavu a vždy po pádu. Na léčebnách dlouhodobě nemocných je riziko přehodnoceno 1x za 14 dní, na oddělení ARO a JIP 1x denně.

Pokud je pacient bez rizika dodržují se obecná preventivní pravidla, která jsou v dokumentu definována. Pokud je u pacienta určeno riziko, dostává pacient laminovaný edukační materiál „Rádce pacienta“. Dále jsou v dokumentu definovány povinnosti

zaměstnanců, které se musí udělat u pacienta ve středním riziku pádu a v riziku vysokém. Dokument obsahuje nadefinování dalších preventivních opatření, která se u pacientů v riziku doporučují, povinnosti při pádu a před propuštěním do domácího ošetření. Na závěr se uvádějí nejčastější rizikové faktory pádů. V preventivních opatřeních je nadefinováno, kdy používat piktogram „Prosím nevstávejte“, jaký nábytek má být označen výstražnou samolepkou „Neopírejte se“. Na každém pokoji je umístěn informační materiál „Jak se vyhnout pádu“.

V pravidlech u pacienta před propuštěním do domácího ošetření je provedení edukace a u pacienta ve vysokém riziku pádu, předat pacientovi nebo rodině písemný edukační leták „Pády - nepodceňujeme je a předcházíme jim“.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů

Zkoumaný soubor tvořili NLZP lůžkových oddělení jednotlivých nemocnic. Výběr oddělení byl proveden na základě analýzy dokumentů a dat za rok 2018. Auditované pracoviště bylo zvoleno podle výskytu pádů pacientů na jednotlivých pracovištích a to vždy pracoviště s nejvyšším výskytem pádů se zaměřením na oddělení akutní péče. Všechna vybraná pracoviště byla pracoviště interních oborů. Náměstkyně ošetrovatelské péče jednotlivé nemocnice byla seznámena s kontrolním listem a s časovým rozvrhem provedení auditu. Audity proběhly v přátelské atmosféře, podle nastavených kontrolních kritérií. Auditorka pokládala otázky s cílem zajištění nezávislé zpětné vazby, prověření funkčnosti systému a analýzy rizik. Podstatou bylo naslouchání a společné hledání cesty k optimální shodě. Zdokumentování výsledků proběhlo na místě do kontrolního listu. Managementu nemocnice bylo přislíbeno sdělení o zjištění, závěru a doporučení z proběhlého auditu. Přístup auditorky byl ve shodě s tím, co uvádí Kaufman (2010), pokud si hned na začátku výzkumník promyslí oblast auditu, ví kam, míří a kam se chce vydat ve svém zkoumání se záměrem něco odhalit.

2.5 Realizace průzkumu

Obrázek 3 časově zobrazuje diagram tvorby diplomové práce. Důležitou součástí začátku průzkumné části byl souhlas managementu zdravotnického zařízení. Tento souhlas udělila manažerka ošetrovatelské péče Nemocnice Pardubického kraje, a.s., která vede náměstkyně ošetrovatelské péče v jednotlivých nemocnicích. Souhlas není součástí

diplomové práce, je uschován u autora práce. Spolupráce náměstkyn byla velmi vstřícná. Při zjišťování některých údajů byla po svolení náměstkyn zahájena také spolupráce s manažerkami kvality. Před samotným zahájením průzkumu, byl manažerce a všem náměstkyním ošetrovatelské péče předložen časový plán průzkumného šetření, teze diplomové práce, cíl a vytvořený check list. Během celého průzkumného šetření byla možnost objasnit případné nejasnosti.

Obrázek 3 Diagram tvorby diplomové práce



2.6 Zpracování získaných dat

Nemocnice A

Náměstkyně ošetrovatelské péče byla požádána o:

1. doložení organizačně-řídícího dokumentu za oblast „prevence pádů“,
2. počet hospitalizací a počet ošetrovacích dnů za rok 2018, dělení po oddělení,
3. nastavený indikátor a analýzu za rok 2018, počet pádů pacientů za rok 2018, dělení pádů po oddělení, stanovená nápravná opatření,
4. počet pacientů v riziku pádu za rok 2018, dělení po oddělení a dělení dle závažnosti rizika,
5. provedení auditu podle připraveného check listu.

Tabulka 2 Nemocnice A Doložení dokumentů a dat

Oblast číslo:	Doloženo	Nedoloženo	Poznámka
1.	ano		
2.	ano		
3.	ano		
4.	částečně		Nedoloženo dělení pacientů s pádem po oddělení.

1. Doložení organizačně-řídícího dokumentu za oblast „prevence pádů“.

Nemocnice používá v oblasti prevence pádu vydaný postup Bezpečnostní kartu Riziko pádu.

2. Počet hospitalizací a počet ošetrovacích dnů za rok 2018, dělení po oddělení.**Tabulka 3 Nemocnice A Počet hospitalizovaných a počet ošetrovacích dnů za rok 2018**

Oddělení	Počet hospitalizovaných	Ošetrovací dny
ARO	179	1 333
Chirurgie JIP	243	1 158
Chirurgie	1 828,5	8 677
Gynekologie	562	2 301
Porodnice	827	3 636
ORL	740	3 397
Urologie	738	3 150
Interna JIP	644,5	1 960
Interna	2 914,5	14 641
Psychiatrie	920	16 108
Celkem	9 596,5	56 361

Nejvíce hospitalizovaných pacientů bylo v roce 2018 v nemocnici A na oddělení interním, nejméně na oddělení ARO. Největší počet ošetrovacích dnů bylo na oddělení psychiatrickém, nejméně na chirurgii JIP. Počty jednotlivých oddělení jsou uvedeny v tabulce 3.

3. Nastavený indikátor a analýza za rok 2018, počet pádů pacientů za rok 2018, dělení pádů po oddělení, stanovená nápravná opatření.

Tabulka 4 Nemocnice A Počet pádů/lůžkoden v %

Oddělení	Počet pádů	Ošetřovací dny	Počet pádů/lůžkoden v %
Chirurgie	7	8 677	0,08
Urologie	5	3 150	0,16
Interna JIP	1	1 960	0,05
Interna	54	14 641	0,37
Psychiatrie	43	16 108	0,27
ARO, Chirurgie JIP, Gynekologie, Porodnice, ORL	0	11 825	0
Celkem	110	56 361	0,20

Tabulka 5 Nemocnice A Indikátor výsledku - pády

Oddělení	Počet rizikových pacientů	Počet pacientů s pády	Indikátor kvality %	Počet hlášených NU	% pádů z hlášených NU
Všechna lůžková oddělení	4 005	129	3,2	214	60,2

Tabulka 4 znázorňuje počet pádů v nemocnici A za rok 2018, rozdělených po oddělení ve vazbě k ošetřovacím dnům na konkrétním oddělení. Nemocnice sleduje nastavený indikátor počet pacientů s pádem při hospitalizaci pacientů k počtu pacientů v riziku pádu. Výstupem je procentuální podíl všech daných případů (pádů) na celkovém počtu přijatých rizikových pacientů, uvedeno v tabulce 5. V tabulce není uvedena Léčebna dlouhodobě nemocných, kde došlo k 18 pádům a dětské oddělení, kde byla nahlášena jedna nežádoucí událost, kdy pacient spadl. Celkový počet nahlášených nežádoucích událostí v nemocnici je 214.

Jako stanovená nápravná opatření uvádí náměstkyně ošetrovatelské péče identifikaci rizika u pacienta ihned při příjmu a dále při změně stavu, edukaci pacienta o riziku pádu a souvisejících okolnostech (medikace), reedukace, využívání písemných materiálů, piktogramů, informace ostatních členů týmu, předávání informací, bezpečnostní opatření jako je použití výstražné cedule na mokrou podlahu, výstražné informační cedulky na stolky pacientů, včetně prohlídky oddělení, zvýšený dohled, signalizace, kontrolu funkčnosti nočního osvětlení, umístění osobních věcí, dopomoc a asistence při běžných činnostech, užívání chronických kompenzačních pomůcek.

4. Počet pacientů v riziku pádu za rok 2018, dělení po oddělení a dělení dle závažnosti rizika.

Tabulka 6 Nemocnice A počet rizikových pacientů, dělení pádů dle závažnosti

Oddělení	Počet rizikových pacientů	Počet pacientů s pádem	Počet pacientů s pádem s lehkým zraněním	Počet pacientů s pádem s těžkým zraněním	Počet pacientů s pádem bez zranění
Všechna lůžková oddělení	4 005 S 3 897 V 108	129	47	17	65
		%	%	%	%
Všechna lůžková oddělení		3,2	1,2	0,4	1,6

S – střední riziko, V – vysoké riziko

Počet rizikových pacientů v nemocnici A byl za rok 2018 celkem 4 005. Pacientů ve středním riziku bylo 3897, pacientů ve vysokém riziku 108. Počet pacientů s pády byl 129, což je 3,2 % z počtu rizikových pacientů. Z tohoto počtu je bez zranění 65 pacientů s pádem, počet pacientů s lehkým zraněním 47, počet pacientů s těžkým zraněním 17. Nemocnice sleduje celkový počet rizikových pacientů za všechna lůžková oddělení, stejně tak sleduje celkový počet pacientů s pády. Nesleduje případy po jednotlivých odděleních. Přehled údajů je uveden v tabulce 6.

5. Provedení auditu podle připraveného check listu.

Audit byl proveden na interním oddělení podle předem připraveného kontrolního listu. V roce 2018 bylo na interním oddělení nahlášeno 54 pádů. Tento počet je nejvyšší v porovnání s počtem nahlášených pádů na lůžkových odděleních nemocnice. V tabulce 7 jsou uvedena kritéria výběru pracoviště, na kterém byl proveden audit. Hodnocení auditu se záznamem je uvedeno v příloze B1.

Tabulka 7 Kritéria výběru auditovaného pracoviště, nemocnice A

	Kritéria výběru auditovaného pracoviště			
Auditované pracoviště	Počet hospitalizovaných pacientů	Počet pádů	Ošetřovací dny	Počet pádů/lůžkoden v %
Interní oddělení	2 914,5	54	14 641	0,37

Celkové hodnocení auditu je 83,9 %. 5 kontrolních kritérií bylo hodnoceno jako neshoda. Vyhodnocení kritérií je uvedeno v tabulce 8.

Tabulka 8 Vyhodnocení kontrolních kritérií auditu, nemocnice A

Kontrolní kritéria	
Shoda	2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
Neshoda	1, 7, 17, 20, 21
Kontrolní kritéria hodnocena jako neshoda	
1	Jsou zaměstnanci seznámeni s BK Riziko pádu.
7	Je pacient v riziku pádu edukován o prevenci.
17	Je v okolí lůžka pacienta jídelní stůl označen výstražnou samolepkou.
20	Je na každém pokoji umístěn viditelně piktogram „Jak se vyhnout pádu“.
21	Rozumí pacient obsahu piktogramu „Jak se vyhnout pádu“.

Nemocnice B

Náměstkyně ošetrovateľské péče byla požádána o:

1. doložení organizačně-řídícího dokumentu za oblast „prevence pádů“,
2. počet hospitalizací a počet ošetrovacích dnů za rok 2018, dělení po oddělení,
3. nastavený indikátor a analýzu za rok 2018, počet pádů pacientů za rok 2018, dělení pádů po oddělení, stanovená nápravná opatření,
4. počet pacientů v riziku pádu za rok 2018, dělení po oddělení a dělení dle závažnosti rizika,
5. provedení auditu podle připraveného check listu.

Tabulka 9 Nemocnice B Doložení dokumentů a dat

Oblast číslo:	Doloženo	Nedoloženo	Poznámka
1.	ano		
2.	ne		
3.	částečně		Nedoloženo dělení pacientů s pádem po oddělení.
4.	částečně		Nedoloženo dělení pacientů s pádem po oddělení.

1. Doložení organizačně-řídícího dokumentu za oblast „prevence pádů“.

Nemocnice používá v oblasti prevence pádu vydaný postup Bezpečnostní kartu Riziko pádu.

2. Počet hospitalizací a počet ošetrovacích dnů za rok 2018, dělení po oddělení.

Celkový počet hospitalizací za rok 2018 bylo v nemocnici B 14 058. Další data nedoložena.

3. Nastavený indikátor a analýza za rok 2018, počet pádů pacientů za rok 2018, dělení pádů po oddělení, stanovená nápravná opatření.

Počet pádů v nemocnici B za rok 2018, rozdělených po oddělení ve vazbě k ošetřovacím dnům na konkrétním oddělení nedoložen, nemocnice tento ukazatel nesleduje. Po domluvě s manažerkou kvality získána data z nemocničního informačního systému a zdravotnické dokumentace za měsíc únor 2019. V tomto měsíci upadli 3 pacienti, 1 pacient byl hospitalizován na interním oddělení, 1 pacient byl hospitalizován na interním oddělení metabolické péče a 1 pacient dětském oddělení, znázorněno v tabulce 10.

Tabulka 10 Nemocnice B Počet pacientů s pádem, únor 2019

Oddělení	Pádů rizikových pacientů	Pádů celkem	Zjištění: riziko pacienta/zranění
Interní	162	1	Riziko pádu střední, pád s těžkým zraněním.
Dětské	Neuvedeno	1	Pád s lehkým zraněním.
Interní metabolické péče	96	1	Riziko pádu střední, pád s lehkým zraněním.

Tabulka 11 Nemocnice B Indikátor výsledku - pády

Oddělení	Počet rizikových pacientů	Počet pacientů s pády	Indikátor kvality %	Počet hlášených NU	% pádů z hlášených NU
Všechna lůžková oddělení	3 301	90	2,7	355	25,3

Nemocnice sleduje nastavený indikátor počet pacientů s pádem při hospitalizaci pacientů k počtu pacientů v riziku pádu. Výstupem je procentuální podíl všech daných případů (pádů) na celkovém počtu přijatých rizikových pacientů, uvedeno v tabulce 11. Celkový počet hlášených nežádoucích událostí v nemocnici v roce 2018 je 355.

Stanovená nápravná opatření blíže nespecifikována. Sděleno, že se dodržují obecná preventivní opatření a další opatření, která jsou uvedena v Bezpečnostní kartě Riziko

pádu. V roce 2018 byly provedeny 3 interní audity z oblasti rizika pádu. Průměrná úspěšnost auditů byla 91,6 %. Audity provedeny na oddělení neurologickém, LDN a DIOP. Výběr oddělení byl náhodný. Kontrolní list obsahoval 11 kontrolních kritérií připravených na základě Bezpečnostní karty.

4. Počet pacientů v riziku pádu za rok 2018, dělení po oddělení a dělení dle závažnosti rizika.

Tabulka 12 Nemocnice B počet rizikových pacientů, dělení pádů dle závažnosti

Oddělení	Počet rizikových pacientů	Počet pacientů s pádem	Počet pacientů s pádem s lehkým zraněním	Počet pacientů s pádem s těžkým zraněním	Počet pacientů s pádem bez zranění
Všechna lůžková oddělení	3 301 S 3 206 V 95	90	26	12	52
		%	%	%	%
Všechna lůžková oddělení		2,7	0,8	0,4	1,6

S – střední riziko, V – vysoké riziko

Počet rizikových pacientů v nemocnici B byl za rok 2018 celkem 3 301. Pacientů ve středním riziku bylo 3 206, pacientů ve vysokém riziku 95. Počet pacientů s pády byl 90, což je 2,7 % z počtu rizikových pacientů. Z tohoto počtu je bez zranění 52 pacientů s pádem, počet pacientů s lehkým zraněním 26, počet pacientů s těžkým zraněním 12. Nemocnice sleduje celkový počet rizikových pacientů za všechna lůžková oddělení, stejně tak sleduje celkový počet pacientů s pády. Nesleduje případy po jednotlivých odděleních. Přehled údajů uveden v tabulce 12.

Za účelem průzkumu ve spolupráci s manažerkou kvality dohledán v nemocničním informačním systému přehled rozdělení pacientů v riziku pádů za měsíc únor 2019, rozdělení podle závažnosti rizika a dělení po jednotlivých odděleních. V únoru bylo celkem hospitalizováno 1 330 pacientů, z toho bez rizika pádu bylo 481 pacientů, ve středním riziku 833 pacientů a v riziku vysokém 16 pacientů. Rozdělení pacientů

ve vysokém riziku po jednotlivých oddělení je uvedeno v tabulce 13, rozdělení pacientů ve středním riziku v tabulce 14.

Tabulka 13 Nemocnice B Počet pacientů ve vysokém riziku pádu

Oddělení	Počet pacientů ve vysokém riziku pádu
LDN	1
Chirurgie JIP	3
Chirurgie traumatologie	1
Interna JIP	4
Interna metabolická péče	4
Neurologie	3
Celkem	16

Tabulka 14 Nemocnice B Počet pacientů ve středním riziku pádu

Oddělení	Počet pacientů ve středním riziku pádu
ARO	45
ARO následné intenzivní péče	58
Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP)	15
Gynekologie	7
Chirurgie JIP	125
Chirurgie traumatologie	55
Chirurgie	55
Interna	162
Interna JIP	72
Interna metabolická péče	92
Interna JIP kardiologie	21
Klinická hematologie	1
Neurologie	52
LDN	73
Celkem	833

5. Provedení auditu podle připraveného check listu.

Audit byl proveden na interním oddělení podle předem připraveného kontrolního listu. V roce 2018 bylo v nemocnici B nahlášeno 90 pádů. Počet pádů za sledované období rozdělený na jednotlivé počty podle oddělení nebyl doložen. Auditované oddělení bylo zvoleno podle doložených dat za měsíc únor 2019. Hlavním kritériem výběru byl výskyt pádu a počet rizikových pacientů v uvedený měsíc. V tabulce 15 jsou uvedena kritéria výběru pracoviště, na kterém byl proveden audit. Hodnocení auditu se záznamem je uvedeno v příloze B2.

Tabulka 15 Kritéria výběru auditovaného pracoviště, nemocnice B

	Kritéria výběru auditovaného pracoviště	
Auditované pracoviště	Počet pacientů v riziku pádu za měsíc únor 2019	Počet pádů za měsíc únor 2019
Interní oddělení	162	1

Celkové hodnocení auditu je 83,9 %. 5 kontrolních kritérií bylo hodnoceno jako neshoda. Vyhodnocení kritérií je uvedeno v tabulce 16.

Tabulka 16 Vyhodnocení kontrolních kritérií auditu, nemocnice B

Kontrolní kritéria	
Shoda	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31
Neshoda	7, 21, 22, 29, 30
Kontrolní kritéria hodnocena jako neshoda	
7	Je pacient v riziku pádu edukován o prevenci.
21	Rozumí pacient obsahu piktogramu „Jak se vyhnout pádu“.
22	Kdy je nutné použít dvoubodový pás na transportní sedačce nebo vozíku.
29	Mají zaměstnanci znalost a povědomí o nastaveném indikátoru kvality Riziko pádu.
30	Mají zaměstnanci informaci o vyhodnocení indikátoru kvality Riziko pádu.

Nemocnice C

Náměstkyně ošetrovatelské péče byla požádána o:

1. doložení organizačně-řídícího dokumentu za oblast „prevence pádů“,
2. počet hospitalizací a počet ošetrovacích dnů za rok 2018, dělení po oddělení,
3. nastavený indikátor a analýzu za rok 2018, počet pádů pacientů za rok 2018, dělení pádů po oddělení, stanovená nápravná opatření,
4. počet pacientů v riziku pádu za rok 2018, dělení po oddělení a dělení dle závažnosti rizika,
5. provedení auditu podle připraveného check listu.

Tabulka 17 Nemocnice C Doložení dokumentů a dat

Oblast číslo:	Doloženo	Nedoloženo	Poznámka
1.	ano		
2.	ano		
3.	ano		
4.	ano		

1. Doložení organizačně-řídícího dokumentu za oblast „prevence pádů“.

Nemocnice používá v oblasti prevence pádu vydaný postup Bezpečnostní kartu Riziko pádu.

2. Počet hospitalizací a počet ošetřovacích dnů za rok 2018, dělení po oddělení.**Tabulka 18 Nemocnice C Počet hospitalizovaných a počet ošetřovacích dnů za rok 2018**

Oddělení	Počet hospitalizovaných	Ošetřovací dny
ARO	282	2 013
Ortopedie	2 036	9 114
Chirurgie všeobecná	2 594	9 351
Chirurgie cévní	1 195	3 472
Traumatologie	1 689	7 235
Stomatochirurgie	426	1 783
JIP společná	1 378	6 729
Gynekologie	1 581	6 383
Porodnice	1 932	5 557
ORL	1 393	3 921
Urologie	1 752	7 341
Interna JIP	663	1 839
Interna	2 365	9 076
Psychiatrie	444	7 985
Geriatric	95	1 667
Kardiologie	3 386	12 133
Kardiologie JIP	2 069	5 345
Hematologie	69	256
Infekce	1 117	6 533
Plicní	684	6 008
Neurologie	1 434	10 654
Neurologie JIP	507	846
Neurochirurgie	1 004	6 395
Dětské	2 119	5 226
Dětská JIP	463	1 093
Dětská chirurgie	1 205	3 050
Novorozenci	1 727	6 872
Novorozenci JIP	241	2 192
Oční	435	1 109
Kožní	457	3 581
Radiační	401	6 971
Radiační klinické	1 042	3 522
Rehabilitace	447	6 811
Geriatrické centrum	325	16 710
Celkem	32 309	188 773

Nejvíce hospitalizovaných pacientů bylo v roce 2018 v nemocnici C na oddělení kardiologickém, nejméně na oddělení hematologie. Největší počet ošetrovacích dnů bylo v geriatrickém centru, nejméně na hematologii. Počty jednotlivých oddělení jsou uvedeny v tabulce 18.

3. Nastavený indikátor a analýza za rok 2018, počet pádů pacientů za rok 2018, dělení pádů po oddělení, stanovená nápravná opatření.

Tabulka 19 Nemocnice C Počet pádů/lůžkoden v %

Oddělení	Počet pádů	Ošetřovací dny	Počet pádů/lůžkoden v %
Chirurgie všeobecná	4	9 351	0,04
Urologie	3	7 341	0,04
Dětské	2	5 226	0,04
Interna	4	9 076	0,04
Psychiatrie	6	7 985	0,07
Geriatrické centrum	16	16 710	0,09
Infekční	8	6 533	0,12
Plicní	6	6 008	0,10
Stomatochirurgie	1	1 783	0,06
Traumatologie	1	7 235	0,01
Rehabilitace	13	6 811	0,19
Ortopedie	12	9 114	0,13
Gynekologie	1	6 383	0,02
ORL	6	3 921	0,15
Oční	4	1 109	0,36
Neurochirurgie	12	6 395	0,19
Neurologie	24	10 654	0,22
Kardiologie	14	12 133	0,11
Kožní	1	3 581	0,03
Radiační klinické	5	3 522	0,14
Chirurgie cévní	3	3 472	0,07
Celkem	146	144 343	0,10

Tabulka 20 Nemocnice C Indikátor výsledku - pády

Oddělení	Počet rizikových pacientů	Počet pacientů s pády	Indikátor kvality %	Počet hlášených NU	% pádů z hlášených NU
Všechna lůžková oddělení	9 511	146	1,5	552	26,4

Tabulka 19 znázorňuje počet pádů v nemocnici C za rok 2018, rozdělených po oddělení ve vazbě k ošetřovacím dnům na konkrétním oddělení. Nemocnice sleduje nastavený indikátor počet pacientů s pádem při hospitalizaci pacientů k počtu pacientů v riziku pádu. Výstupem je procentuální podíl všech daných případů (pádů) na celkovém počtu přijatých rizikových pacientů, uvedeno v tabulce 20. Celkový počet nahlášených nežádoucích událostí v roce 2018 je 552 případů.

Jako stanovená nápravná opatření uvedena preventivní opatření, která jsou uvedena v Bezpečnostní kartě Riziko pádu. Při návštěvě oddělení, které bylo auditováno, uvedla vrchní sestra, že se na oddělení zaměřují především na obecná preventivní opatření jako je kontrola vhodnosti obuvi pacienta, funkční signalizační zařízení, ukládání osobních věcí pacienta a pomůcek nadosah, snížení lůžka, zabrzdění koleček u stolků, lůžek a transportních sedaček, zajištění nočního osvětlení, informovat všechny členy ošetrovatelského týmu o riziku pádu.

4. Počet pacientů v riziku pádu za rok 2018, dělení po oddělení a dělení dle závažnosti rizika.

Tabulka 21 Nemocnice C počet rizikových pacientů, dělení pádů dle závažnosti

Oddělení	Počet rizikových pacientů	Počet pacientů s pádem	Počet pacientů s pádem s lehkým zraněním	Počet pacientů s pádem s těžkým zraněním	Počet pacientů s pádem bez zranění
Všechna lůžková oddělení	9 511 S 9 225 V 286	146	73	26	47
		%	%	%	%
Všechna lůžková oddělení		1,5	0,8	0,3	0,5

S – střední riziko, V – vysoké riziko

Počet rizikových pacientů v nemocnici C byl za rok 2018 celkem 9 511. Pacientů ve středním riziku bylo 9 225, pacientů ve vysokém riziku 286. Počet pacientů s pády byl 146, což je 1,5 % z počtu rizikových pacientů. Nemocnice sleduje celkový počet rizikových pacientů za všechna lůžková oddělení, stejně tak sleduje celkový počet pacientů s pády. Nesleduje případy po jednotlivých odděleních. Přehled údajů uveden v tabulce 21.

5. Provedení auditu podle připraveného check listu.

Audit byl proveden na neurologickém oddělení podle připraveného kontrolního listu. V roce 2018 bylo na neurologickém oddělení nahlášeno 24 pádů. Tento počet je nejvyšší v porovnání s počtem nahlášených pádů na lůžkových odděleních nemocnice. V tabulce 22 jsou uvedena kritéria výběru pracoviště, na kterém byl proveden audit. Hodnocení auditu se záznamem je uvedeno v příloze B3.

Tabulka 22 Kritéria výběru auditovaného pracoviště, nemocnice C

	Kritéria výběru auditovaného pracoviště			
Auditované pracoviště	Počet hospitalizovaných pacientů	Počet pádů	Ošetřovací dny	Počet pádů/lůžkoden v %
Neurologické oddělení	1 434	24	10 654	0,22

Celkové hodnocení auditu je 87,1 %. 4 kontrolní kritéria byla hodnocena jako neshoda.

Vyhodnocení kritérií je uvedeno v tabulce 23.

Tabulka 23 Vyhodnocení kontrolních kritérií auditu, nemocnice C

Kontrolní kritéria	
Shoda	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 31
Neshoda	1, 22, 25, 30
Kontrolní kritéria hodnocena jako neshoda	
1	Jsou zaměstnanci seznámeni s BK Riziko pádu.
22	Kdy je nutné použít dvoubodový pás na transportní sedačky nebo vozíku.
25	V případě propuštění pacienta ve vysokém riziku je jemu či rodině v rámci edukace předán edukační leták „Pády – nepodceňujeme je a předcházíme jim“.
30	Mají zaměstnanci informaci o vyhodnocení indikátoru kvality Riziko pádu.

Nemocnice D

Náměstkyně ošetrovateľské péče byla požádána o:

1. doložení organizačně-řídícího dokumentu za oblast „prevence pádů“,
2. počet hospitalizací a počet ošetrovacích dnů za rok 2018, dělení po oddělení,
3. nastavený indikátor a analýzu za rok 2018, počet pádů pacientů za rok 2018, dělení pádů po oddělení, stanovená nápravná opatření,
4. počet pacientů v riziku pádu za rok 2018, dělení po oddělení a dělení dle závažnosti rizika,
5. provedení auditu podle připraveného check listu.

Tabulka 24 Nemocnice D Doložení dokumentů a dat

Oblast číslo:	Doloženo	Nedoloženo	Poznámka
1.	ano		
2.	ano		
3.	ano		
4.	ano		

1. Doložení organizačně-řídícího dokumentu za oblast „prevence pádů“.

Nemocnice používá v oblasti prevence pádu vydaný postup Bezpečnostní kartu Riziko pádu.

2. Počet hospitalizací a počet ošetřovacích dnů za rok 2018, dělení po oddělení.**Tabulka 25 Nemocnice D Počet hospitalizovaných a počet ošetřovacích dnů za rok 2018**

Oddělení	Počet hospitalizovaných	Ošetřovací dny
Ortopedie	1 631	8 000
Chirurgie JIP	714	1 535
Chirurgie	2 174	8 339
Gynekologie	235	778
Rehabilitace	351	4 587
Oční	369	1 459
Neurologie	919	5 512
Neurologie JIP	178	788
Interna JIP	332	1 637
Interna	2 052	11 594
LDN	283	11 647
Celkem	9 238	55 876

Nejvíce hospitalizovaných pacientů bylo v roce 2018 v nemocnici D na oddělení chirurgickém, nejméně na oddělení neurologie JIP. Největší počet ošetřovacích dnů byl na oddělení LDN, nejméně na gynekologii. Počty jednotlivých oddělení jsou uvedeny v tabulce 25.

3. Nastavený indikátor a analýza za rok 2018, počet pádů pacientů za rok 2018, dělení pádů po oddělení, stanovená nápravná opatření.

Tabulka 26 Nemocnice D Počet pádů/lůžkoden v %

Oddělení	Počet pádů	Ošetřovací dny	Počet pádů/lůžkoden v %
Chirurgie	12	8 339	0,14
Chirurgie JIP	2	1 535	0,13
LDN	6	11 647	0,05
Interna + JIP	19	13 231	0,14
Neurologie + JIP	5	6 300	0,08
Oční	1	1 459	0,07
Ortopedie	2	8 000	0,02
Celkem	47	50 511	0,09

Tabulka 27 Nemocnice D Indikátor výsledku - pády

Oddělení	Počet rizikových pacientů	Počet pacientů s pády	Indikátor kvality %	Počet hlášených NU	% pádů z hlášených NU
Všechna lůžková oddělení	6 268	50	0,8	154	32,5

Tabulka 26 znázorňuje počet pádů v nemocnici D za rok 2018, rozdělených po oddělení ve vazbě k ošetřovacím dnům na konkrétním oddělení. Nemocnice sleduje nastavený indikátor počet pacientů s pádem při hospitalizaci pacientů k počtu pacientů v riziku pádu. V tabulce není uvedeno oddělení hematologické, kde došlo k jednomu pádu pacienta

a dopravní služba, kde byly nahlášený dvě nežádoucí události, kdy pacient spadl. Výstupem je procentuální podíl všech daných případů (pádů) na celkovém počtu přijatých rizikových pacientů, uvedeno v tabulce 27. Nemocnice má stanovenou hranici

přípustnosti počtu pádů v procentech ve vztahu k celkovému počtu pádů pacientů v riziku pádu. Od 1. 4. 2014 je tato hranice stanovena na 1,2 % za celou nemocnici. Za rok 2018 bylo v nemocnici nahlášeno celkem 154 nežádoucích událostí.

Jako stanovená nápravná opatření uvádí staniční sestra identifikaci rizika u pacienta ihned při příjmu a dále při změně stavu a důsledné dodržování preventivních opatření podle Bezpečnostní karty Riziko pádu.

4. Počet pacientů v riziku pádu za rok 2018, dělení po oddělení a dělení dle závažnosti rizika.

Tabulka 28 Nemocnice D počet rizikových pacientů, dělení pádů dle závažnosti

Oddělení	Počet rizikových pacientů	Počet pacientů s pádem	Počet pacientů s pádem s lehkým zraněním	Počet pacientů s pádem s těžkým zraněním	Počet pacientů s pádem bez zranění
Všechna lůžková oddělení	6 268	50	19	8	23
		%	%	%	%
Všechna lůžková oddělení		0,8	0,30	0,13	0,36

Tabulka 29 Nemocnice D, počet pádů u pacientů v riziku

Oddělení	Počet pacientů v riziku pádu	Počet pádů u pacientů v riziku	Počet pádů v %
Gynekologie	30	0	0,0
Chirurgie	1 190	12	1,0
Chirurgie JIP	472	2	0,4
Interna + JIP	1909	19	1,0
LDN	615	6	1,0
Neurologie + JIP	887	5	0,6
Oční	249	1	0,4
Ortopedie	780	2	0,3
Rehabilitace	136	0	0,0
Doprava	0	2	0,0
Hematologie	0	1	0,0
Celkem	6 268	50	0,8

Počet rizikových pacientů v nemocnici D byl za rok 2018 celkem 6 268. Počet pacientů ve středním riziku a vysokém riziku nemocnice aktivně nesleduje. Počet pacientů s pády byl 50, což je 0,8 % z počtu rizikových pacientů. Z tohoto počtu je bez zranění 23 pacientů s pádem, počet pacientů s lehkým zraněním 19, počet pacientů s těžkým zraněním 8. Nemocnice sleduje celkový počet rizikových pacientů za všechna lůžková oddělení, sleduje také skutečný počet pádů u rizikových pacientů. V roce 2018 spadlo 44 pacientů ve středním riziku pádu a 6 pacientů, u kterých nebylo identifikováno riziko. Sleduje případy po jednotlivých odděleních. Přehled údajů uveden v tabulce 28 a 29.

5. Provedení auditu podle připraveného check listu.

Audit byl proveden na interním oddělení podle připraveného kontrolního listu. V roce 2018 bylo na interním oddělení a JIP nahlášeno 19 pádů. Tento počet je nejvyšší v porovnání s počtem nahlášených pádů na lůžkových odděleních nemocnice. V tabulce 30 jsou uvedena kritéria výběru pracoviště, na kterém byl proveden audit. Hodnocení auditu se záznamem je uvedeno v příloze B5.

Tabulka 30 Kritéria výběru auditovaného pracoviště, nemocnice D

	Kritéria výběru auditovaného pracoviště			
Auditované pracoviště	Počet hospitalizovaných pacientů	Počet pádů	Ošetřovací dny	Počet pádů/lůžkoden v %
Interní oddělení + JIP	2 384	19	13 231	0,14

Celkové hodnocení auditu je 93,5 %. 2 kontrolní kritéria byla hodnocena jako neshoda.

Vyhodnocení kritérií je uvedeno v tabulce 31.

Tabulka 31 Vyhodnocení kontrolních kritérií auditu, nemocnice D

Kontrolní kritéria	
Shoda	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
Neshoda	1, 22
Kontrolní kritéria hodnocena jako neshoda	
1	Jsou zaměstnanci seznámeni s BK Riziko pádu.
22	Kdy je nutné použít dvoubodový pás na transportní sedačky nebo vozíku.

Nemocnice E

Náměstkyně ošetrovatelské péče byla požádána o:

1. doložení organizačně-řídícího dokumentu za oblast „prevence pádů“,
2. počet hospitalizací a počet ošetrovacích dnů za rok 2018, dělení po oddělení,
3. nastavený indikátor a analýzu za rok 2018, počet pádů pacientů za rok 2018, dělení pádů po oddělení, stanovená nápravná opatření,
4. počet pacientů v riziku pádu za rok 2018, dělení po oddělení a dělení dle závažnosti rizika,
5. provedení auditu podle připraveného check listu.

Tabulka 32 Nemocnice E Doložení dokumentů a dat

Oblast číslo:	Doloženo	Nedoloženo	Poznámka
1.	ano		
2.	ano		
3.	částečně		Nedoloženo dělení pacientů s pádem po oddělení.
4.	částečně		Nedoloženo dělení pacientů s pádem po oddělení.

1. Doložení organizačně-řídícího dokumentu za oblast „prevence pádů“.

Nemocnice používá v oblasti prevence pádu vydaný postup Bezpečnostní kartu Riziko pádu.

2. Počet hospitalizací a počet ošetřovacích dnů za rok 2018, dělení po oddělení.**Tabulka 33 Nemocnice E Počet hospitalizovaných a počet ošetřovacích dnů za rok 2018**

Oddělení	Počet hospitalizovaných	Ošetřovací dny
ARO	399	2 585
Urologie	1 169,5	4 035
Chirurgie	2 970	13 174
Gynekologie	1 046,5	3 351
Porodnice	1 392	5 344
ORL	1 597,5	5 154
Dětské	4 042,5	12 125
Interna JIP	674,5	2 713
Interna	3 550	13 813
Neurologie	1 422,5	8 759
Celkem	18 264	71 053

Nejvíce hospitalizovaných pacientů bylo v roce 2018 v nemocnici E na oddělení dětském, nejméně na oddělení ARO. Největší počet ošetřovacích dnů bylo na oddělení interním, nejméně na ARO. Počty jednotlivých oddělení jsou uvedeny v tabulce 33.

3. Nastavený indikátor a analýza za rok 2018, počet pádů pacientů za rok 2018, dělení pádů po oddělení, stanovená nápravná opatření.

Tabulka 34 Nemocnice E Počet pádů/lůžkoden v %

Oddělení	Počet pádů	Ošetřovací dny	Počet pádů/lůžkoden v %
Operační obory	9	31 058	0,03
Interní obory	84	34 697	0,24
Intenzivní péče	3	5 298	0,06
Celkem	96	71 053	0,13

Legenda: Operační obory = Chirurgie, Urologie, ORL, Gynekologie, Porodnice; Interní obory = Interna, Neurologie, Dětské oddělení; Intenzivní péče = ARO, Interna JIP

Tabulka 35 Nemocnice E Indikátor výsledku - pády

Oddělení	Počet rizikových pacientů	Počet pacientů s pády	Indikátor kvality %	Počet hlášených NU	% pádů z hlášených NU
Všechna lůžková oddělení	12 071	96	0,8 %	157	61,1

Tabulka 34 znázorňuje počet pádů v nemocnici E za rok 2018. Nemocnice dělí oddělení na obory interní, operační a intenzivní péči. Nejvíce pádů a ošetřovacích dnů mají v součtu interní obory, které zahrnují interní oddělení, neurologii a oddělení dětské. Nemocnice nesleduje počet pádů jednotlivých oddělení. Nemocnice sleduje nastavený indikátor počet pacientů s pádem při hospitalizaci pacientů k počtu pacientů v riziku pádu. Výstupem je procentuální podíl všech daných případů (pádů) na celkovém počtu přijatých rizikových pacientů, uvedeno v tabulce 35. Nemocnice má stanovenou prahovou hodnotu počtu pádů v procentech ve vztahu k celkovému počtu pádů pacientů v riziku pádu. V roce 2018 je tato hodnota stanovena do hodnoty 1 % za celou nemocnici. Celkový počet v nemocnici za rok 2018 je 144 případů.

Jako stanovená nápravná opatření uvádí vedoucí sestra identifikaci rizika u pacienta ihned při příjmu a dále při změně stavu a důsledné dodržování preventivních opatření podle Bezpečnostní karty Riziko pádu. Vedoucí sestra si provádí aktivně analýzu nežádoucí

události pádu, rozebírá událost s personálem. Na oddělení jsou k dispozici pomůcky k prevenci pádu, například chránič postranice, nebo protiskluzový koberec k lůžku pacienta.

4. Počet pacientů v riziku pádu za rok 2018, dělení po oddělení a dělení dle závažnosti rizika.

Tabulka 36 Nemocnice E počet rizikových pacientů, dělení pádů dle závažnosti

Oddělení	Počet rizikových pacientů	Počet pacientů s pádem	Počet pacientů s pádem s lehkým zraněním	Počet pacientů s pádem s těžkým zraněním	Počet pacientů s pádem bez zranění
Všechna lůžková oddělení	12 071	96	38	4	54
		%	%	%	%
Všechna lůžková oddělení		0,8	0,3	0,03	0,4

Počet rizikových pacientů v nemocnici E byl za rok 2018 celkem 12 071. Počet pacientů ve středním riziku a vysokém riziku nemocnice aktivně nesleduje. Počet pacientů s pády byl 96, což je 0,8 % z počtu rizikových pacientů. Z tohoto počtu je bez zranění 54 pacientů s pádem, počet pacientů s lehkým zraněním 38, počet pacientů s těžkým zraněním 4. Nemocnice sleduje celkový počet rizikových pacientů za všechna lůžková oddělení, stejně tak sleduje celkový počet pacientů s pády. Nesleduje případy po jednotlivých odděleních. Přehled údajů uveden v tabulce 36.

5. Provedení auditu podle připraveného check listu.

Audit byl proveden na interním oddělení podle připraveného kontrolního listu. V roce 2018 bylo na interních oborech nahlášeno 84 pádů. Náměstkyně uvedla, že nejvíce pádů je v těchto oborech na interním oddělení. V tabulce 37 jsou uvedena kritéria výběru pracoviště, na kterém byl proveden audit. Hodnocení auditu se záznamem je uvedeno v příloze B5.

Tabulka 37 Kritéria výběru auditovaného pracoviště, nemocnice E

	Kritéria výběru auditovaného pracoviště			
Auditované pracoviště	Počet hospitalizovaných pacientů	Počet pádů v interních oborech	Ošetřovací dny v interních oborech	Počet pádů/lůžkoden v interních oborech v %
Interní oddělení	3 550	-	13 813	-
Interní obory	9 015	84	34 697	0,24

Legenda: Interní obory = Interna, Neurologie, Dětské oddělení

Celkové hodnocení auditu je 90,3 %. 3 kontrolní kritéria byla hodnocena jako neshoda. Vyhodnocení kritérií je uvedeno v tabulce 38.

Tabulka 38 Vyhodnocení kontrolních kritérií auditu, nemocnice E

Kontrolní kritéria	
Shoda	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31
Neshoda	21, 29, 30
Kontrolní kritéria hodnocena jako neshoda	
21	Rozumí pacient obsahu piktogramu „Jak se vyhnout pádu“.
29	Mají zaměstnanci znalost a povědomí o nastaveném indikátoru kvality Riziko pádu.
30	Mají zaměstnanci informaci o vyhodnocení indikátoru kvality Riziko pádu.

Souhrnná data

Tabulka 39 Souhrnná data 1

Ukazatel	Nemocnice				
	A	B	C	D	E
Doložení organizačně-řídicího dokumentu	ano	ano	ano	ano	ano
Počet hospitalizovaných celkem	9 596,5	14 058	32 309	9 238	18 264
Počet ošetřovacích dnů celkem	56 361	-	188 773	55 876	71 053
Počet pádů celkem	110	90	146	50	96
% počet pacientů s pádem k počtu hospitalizovaných	1,15	0,64	0,45	0,54	0,52
Počet rizikových pacientů	4 005	3 301	9 511	6 268	12 071
% počet rizikových pacientů k počtu hospitalizovaných	38,4	23,5	29,4	67,8	66,1
Počet pádů/lůžkoden v %	0,20	-	0,10	0,09	0,13
Indikátor kvality %	3,2	2,7	1,5	0,8	0,80
Počet hlášených NU	214	355	552	154	157
% pádů z hlášených NU	60,2	25,3	26,4	32,5	61,1
Výsledek auditu	83,9	83,9	87,1	93,5 %	90,3 %

Tabulka 40 Souhrnná data 2

Ukazatel	Nemocnice				
	A	B	C	D	E
Počet pádů celkem	110	90	146	50	96
Počet pacientů s pádem bez zranění	65	52	47	23	54
Počet pacientů s pádem s lehkým zraněním	47	26	73	19	38
Počet pacientů s pádem s těžkým zraněním	17	12	26	8	4

V tabulce 39 a 40 jsou uvedena analyzovaná data, která porovnávají jednotlivé nemocnice v uvedených ukazatelích. Platný organizačně řídicí dokument byl doložen ve všech nemocnicích. Největší počet hospitalizovaných pacientů a ošetrovacích dnů byl v roce 2018 v nemocnici C, nejmenší v nemocnici D. Nemocnice B nedoložila údaj ošetrovacích dnů za rok 2018. Nejvyšší počet rizikových pacientů byl v nemocnici E, nejméně rizikových pacientů v nemocnici B. Nejvyšší počet pádů byl v nemocnici C, nejmenší počet hlášených pádů v nemocnici D. Nevyšší procentuální počet nahlášených pádů k počtu hospitalizovaných pacientů byl v nemocnici A, nejnižší v nemocnici C. Největší počet pádů s těžkým i lehkým zraněním byl v nemocnici C. Nejvyšší počet pádů na ošetrovací den, byl v nemocnici A. Nejvyšší počet nežádoucích událostí bylo nahlášeno v nemocnici C a to 552. V nemocnici E byl pád nejčastější nežádoucí událostí. Indikátor kvality, kterým je procentuální podíl všech daných případů (pádů) na celkovém počtu přijatých rizikových pacientů je nejvyšší v nemocnici A, nejnižší hodnotu má v nemocnici D a E.

3 Diskuze

Jak má zdravotnické zařízení stanovený systémový postup v oblasti problematiky pádů?

Ve zdravotnických zařízeních se stává standardním nástrojem zajišťující kvalitu, zavedení systému hodnocení kvality a bezpečí. Doporučení rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů dalo impuls k zavedení Resortních bezpečnostních cílů. Tyto cíle vydalo Ministerstvo zdravotnictví jako systém doporučení v rámci dokumentu Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče. V roce 2012 byly Resortní bezpečnostní cíle (dále RBC) zapracovány do povinných minimálních požadavků pro zavedení interního hodnocení kvality. V roce 2014 Spojená akreditační komise zavedla do svých vnitřních předpisů RBC. V roce 2015 se doporučení změnila v legislativní požadavek, uveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, částka 16, 2015. (Šupšáková, 2017) Zeleníková (2016) uvádí zahraniční klinické doporučené postupy, které řeší problematiku pádů. Definuje je jako systematicky vytvářená stanoviska založená na vědeckých důkazech. Jsou to například Preventing of falls (acute care) – AHRQ USA, 2012; NICE, UK, 2013; Prevention of falls and, fall injuries in the older adults – RNAO Canada, 2005+2011.

Nemocnice Pardubického kraje, a.s. splnila podmínky standardů Spojené akreditační komise. Je to zdravotnické zařízení, které má zaveden systém hlášení nežádoucích událostí a které splňuje indikátory pro splnění standardu Prevence pádů, který přesně definuje RBC 4 Prevence pádů.

Nejvyšší počet hlášených nežádoucích událostí byl v roce 2018 v nemocnici C a to 552 případů, nejmenší počet případů byl nahlášen v nemocnici D a to 154 a v nemocnici E 157 případů. Frekvence hlášení nežádoucích událostí v Nemocnici Pardubického kraje ve svém výzkumném šetření zjišťovala Angelová (2018), většina dotázaných uvedla skutečnost, že za poslední rok hlásila minimálně jeden případ nežádoucí události (uvedlo 71,1 % respondentů). Uvádí také statisticky významný rozdíl frekvence hlášení nežádoucích událostí mezi jednotlivými nemocnicemi. Výrazně větší množství respondentů, kteří nahlásili minimálně 1 událost, bylo v Orlickoústecké nemocnici (94 %) a v Pardubické nemocnici (83 %). Ze zjištění se můžeme domnívat, že postoj k nahlášení mimořádné události je vstřícný. Postoj zdravotnických pracovníků k systému hlášení pádů pacienta jako nežádoucí události zjišťovala Habartová (2015). Většina

respondentů považuje hlášení nežádoucí události za důležité, nemá obavu z postihu nadřízeného, uvádí také, že téměř čtvrtina respondentů obavu má. Ve výzkumné práci Rokytové (2017) 82 % respondentů uvedlo, že považují nahlášení pádu za důležité, nejen z důvodu prevence dalšího pádu a statistického zhodnocení, ale také k zabránění konfliktu s rodinou. Škrála a Škrlová (2008) zdůrazňují důležitost zavedení systému hlášení nežádoucích událostí, kdy cílem je netrestání viníka, ale úsilí o nápravu a analýzu nastavených systémů a procesů. Sikorová (2017) uvádí, že záznam o nežádoucí události, nahlášení pádu se vždy neprovádí. Jako příklad uvádí situaci, kdy pád pacienta zůstal bez následků, nebo s malým poškozením, a proto ošetřující personál vyhodnotí situaci tak, že není nutné nahlásit nežádoucí událost. Rokytová (2017) ve svém výzkumu konstatuje,

že hlášení pádů většina zdravotníků považuje za důležité, pouze několik respondentů uvedlo, že hlášení pádu u geriatrického pacienta není důležité, protože tento pacient padá stále. Hajduchová, Brabcová, Tóthová, Bártlová (2017) zdůrazňují potřebnost zavedení programů pro redukci pádů simultánní strategie, především z důvodu ochrany pacienta před důsledky pádů. Upřednostňují vývoj efektivních intervencí se zaměřením na prevenci a bezpečnost pacienta, která je důležitým ukazatelem kvalitní péče ve zdravotnickém zařízení.

Všech pět průzkumných subjektů doložilo organizačně-řídící dokument za oblast „prevence pádů“. Nemocnice používají v oblasti prevence pádů vydaný postup Bezpečnostní kartu Riziko pádu. Dokument je uložen na pracovištích, je volně dostupný všem zaměstnancům v papírové podobě, zalaminovaný, a je také možné dokument vyhledat v informačním elektronickém portálu nemocnice, který je také volně dostupný všem zaměstnancům. V nemocnici A, C a D nebyla na pracovišti při auditu doložena platná verze dokumentu. Cílem postupu je zavést do praxe taková bezpečnostní opatření, která by pády pacientů minimalizovala. Bezpečnostní karta řeší i situaci kdy u pacienta k pádu dojde. Pozitivně je hodnocena jednoduchost a jasnost dokumentu.

Jak je stanoven indikátor kvality v oblasti pádů pacientů?

Nemocnice sleduje nastavený indikátor počet pacientů s pádem při hospitalizaci pacientů k počtu pacientů v riziku pádu. Výstupem je procentuální podíl všech daných případů (pádů) na celkovém počtu přijatých rizikových pacientů. Počet rizikových pacientů je v nemocnicích rozdílný. Srovnatelný je v nemocnici D (67,8 %) a v nemocnici E

(66,1 %). Výrazně méně rizikových pacientů je v nemocnici B (23,5 %) a C (29,4 %). ÚZIS (2017) uvádí v analýze pilotního sběru agregovaných lůžkových PZS za 2. pololetí roku 2017 u ostatních nemocnic akutní péče 46 % rizikových pacientů z celkového počtu hospitalizovaných pacientů. Nastavený indikátor v procentuální hodnotě je v nemocnicích rozdílný. Nejvyšší je v nemocnici A (3,2 %), nejnižší v nemocnici D a E (0,8 %). Nemocnice D má stanovenou hranici přípustnosti počtu pádů v procentech ve vztahu k celkovému počtu pádů pacientů v riziku pádu. Od 1. 4. 2014 je tato hranice stanovena na 1,2 % za celou nemocnici. V roce 2018 byla stanovena hranice přípustnosti počtu pádů také v nemocnici E do hodnoty 1 % za celou nemocnici. Nemocnice A, B a C hranici přípustnosti pádů stanovenou nemají. Z analyzovaných dat není zcela jasné, že počet pádů je skutečný počet pádů pacientů v riziku. Pouze nemocnice D rozlišuje pády u pacientů v riziku a bez rizika. Zjištěná data a skutečnost vedou k zamyšlení, zda je nastavený indikátor chápán managementem v jednotlivých nemocnicích stejně. K diskuzi je také skutečnost výrazné rozdílnosti rizikových pacientů s přihlédnutím na počet lůžek zdravotnického zařízení, kdy je více překvapivá hodnota rizikových pacientů v nemocnici B a C, která je výrazně nižší v porovnání s hodnotou uvedenou v analýze pilotního sběru agregovaných lůžkových PZS za 2. pololetí roku 2017. V závěrečné zprávě projektu Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011–2012 uvádí Svobodová (2013) v metodice sběru dat nastavení indikátoru kvality péče jako podíl zranění z pádu na 1000 ošetrovacích dnů. V této zprávě jsou porovnány výsledky ze sledování indikátoru Pády u hospitalizovaných pacientů z let 2004–2010, kdy indikátor dosáhl za sledované období v průměru hodnoty 0,5, bylo sledováno 5 775 758 hospitalizovaných pacientů, u kterých bylo nahlášeno 45 897 pádů. V roce 2011 a 2012 se do projektu zapojilo 41 zdravotnických zařízení. V roce 2011 dosáhl indikátor hodnoty 0,59, v roce 2012 dosáhl indikátor hodnotu 0,57. Projekt probíhal také v roce 2015, v tomto roce se do sledování zapojilo 38 zdravotnických zařízení, hlášení vyplnilo pouze 19 zařízení. Celkový počet hospitalizovaných pacientů byl 524 870 pacientů, počet pádů byl celkem 4 325. Indikátor kvality dosáhl v roce 2015 hodnoty 0,49. Za optimální se považují hodnoty v rozmezí 0,4–0,8. Schwendimann (2006) provedl v letech 1999–2003 observační studii v městské veřejné nemocnici ve městě Curych ve Švýcarsku. Zkoumal míru pádu pacienta a následná zranění před a po realizaci interdisciplinárního programu prevence pádů. Během sledovaného období bylo pozorováno celkem 34 972 hospitalizovaných pacientů. Celková míra pádů v nemocniční populaci nemocnic byla 8,9 pádu na 1 000 patientských dnů. Prevalence rizikových

faktorů pádu u těchto pacientů byla 46,8 %. Majkusová, Jarošová (2014) provedla studii, kde retrospektivně analyzovaly vývoj pádů pacientů v Městské nemocnici Ostrava. Analyzováno bylo 3 477 záznamů pádů, které byly zaznamenány u 146 778 pacientů. Nejvyšší četnost pádů vzhledem k absolutnímu počtu za sledované období bylo na odděleních dlouhodobé péče, kde upadlo 1 569 (24,3 %) pacientů z celkového počtu 6 446 hospitalizovaných a na interních odděleních 1 528 (2,4 %) z 63 769 pacientů. Plevová, Adamicová (2013) zdůrazňují význam stanovení indikátorů kvality v poskytování ošetrovatelské péče. Pokud je nutné rozhodnout, zda je proces kvalitní a jeho výstup se zlepšuje či zhoršuje, musí být měřitelný a vyhodnotitelný. Stanovení indikátoru nám poskytne kvantitativní údaj o kvalitě procesu, umožní nám také srovnání v čase. Vedoucí pracovníci určují, které oblasti se budou sledovat pomocí objektivních dat. Definici oblasti sběru dat musí však zdůvodnit management nemocnic, jasně definovat, proč byl konkrétní indikátor zvolen. V oblasti problematiky pádů definují indikátor Pády pacientů jako celkový počet pacientů s pádem x 1000/celkový počet dnů hospitalizace pacienta a dále indikátor Pády pacientů s poraněním, kde stanovují subindikátor stupeň poranění, opatření je vždy stanoveno na proces a výsledek. Při zhodnocení nastaveného indikátoru průzkumných pracovišť se nabízí zamyšlení nad nastavením vlastního indikátoru. Pro nemocnice by byl přínosnější nastavit indikátor stejně, jak uvádí Svobodová (2013) v závěrečné zprávě projektu Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů. Jednotnost nastaveného indikátoru umožní výsledky nemocnic srovnat s ostatními zdravotnickými zařízeními. Bude tak zjištěno, v jaké situaci se nemocnice nachází při zajištění bezpečí pro pacienty. Benchmarking v závěrečné zprávě toto srovnání umožňuje na národní úrovni.

Jaké ukazatelé průzkumné pracoviště sleduje v oblasti problematiky pádů?

Počet pacientů v riziku a celkový počet pacientů s pádem doplňuje nemocnice E sledováním údaje o rozdělení rizikových pacientů podle oborů intenzivní péče, interních oborů a operačních oborů. Nemocnice D aktivně sleduje počet rizikových pacientů jednotlivých odděleních. Ostatní nemocnice tento údaj aktivně nesledují. Nemocnice A, B a C sledují údaj pacientů ve středním a vysokém riziku.

Všechna průzkumná pracoviště sledují údaj o pacientech s pádem podle tíže zranění. Nejvyšší počet pacientů s pádem s lehkým zraněním byl v nemocnici C, nejnižší počet v nemocnici D. Počet pacientů s těžkým zraněním byl také nejvíce zastoupen v nemocnici

C, nejnižší počet v nemocnici E. Nemocnice C sleduje aktivně údaje nejenom o následku pádu, ale také o příčině pádu.

Z uvedených faktů jasně vyplývá nejednotnost sledovaných ukazatelů v oblasti problematiky pádů ve zdravotnickém zařízení Nemocnice Pardubického kraje. Nejednotnost sledovaných ukazatelů nedává možnost k provedení analýzy, která bude směřována k nastavení konkrétního opatření vedoucímu ke zvýšení bezpečnosti pacientů. V průzkumných nemocnicích A, C, D autorka dohledala ve spolupráci s náměstkyněmi ošetrovatelské péče údaj o počtu pádů na konkrétních odděleních. Nejvyšší počet pádů byl nahlášen v nemocnici A, B, D a E na interním oddělení, v nemocnici C na neurologickém oddělení. Zjištění je srovnatelné s údaji v závěrečné zprávě Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011–2012. V oblasti interních oborů zde zdravotníci nahlásili 3 900 pádů (51 % všech pádů). Obory následné péče zaznamenaly 2 098 pádů (27 % všech pádů), chirurgické obory 1 579 pádů (21 % všech pádů), dětské obory 83 pádů (1 % všech pádů). Zpráva také uvádí počet lehkých zranění, který je nejvyšší u interních oborů 1 1070 (41 %) a v těchto oborech je také nejvyšší počet těžkých zranění 355 (51 %). Majkusová, Jarošová (2014) uvádí nejvyšší počet výskytu pádů na odděleních dlouhodobé péče, u akutní péče nejvíce pádů bylo nahlášeno u pacientů interních oborů, nejmenší výskyt pádů byl nahlášen v chirurgických oborech. Srovnatelné údaje uvádí Schwendimann (2006), který dělí oddělení na chirurgické obory, zde je výskyt pádů 1,9 %, interní obory, zde uvádí výskyt pádů 8,8 % a oddělení dlouhodobé péče a geriatrické, zde uvádí výskyt 24,8 % pádů. Ve své studii srovnává zjištěný výsledek se světovými výsledky, kdy nejvíce padají pacienti na geriatrických odděleních.

Další důležitý ukazatel je zjištění příčiny pádů. Tento ukazatel sleduje pouze nemocnice D. Na pacienta působí řada vnitřních a vnějších faktorů. Rizikové faktory se u pacienta různě kombinují, při hospitalizaci se mohou měnit, proto se klade velký důraz na multifaktoriální posouzení. (NICE, 2013) Nejčastěji zmiňovaným vnitřním faktorem je věk pacienta nad 65 let (Svobodová, Jurásková, 2010, Graham 2012). Dalším uváděným rizikem je onemocnění neurologické, kardiologické a onemocnění pohybového aparátu (Miertová, 2019, Healey, 2010). Také změny duševního stavu jsou považovány za významný vnitřní faktor (Payson, Haviley, 2007). Mezi hlavní vnější faktor

lze zařadit neznámé prostředí zdravotnického zařízení. Nejvíce pádů bývá popisováno

v nemocničním pokoji v okolí lůžka (Johnson, George, Tran, 2011). Graham (2012) a Healey (2010) považují za riziko užívání příliš velkého počtu léků. Nemocnice D uvádí jako nejčastější příčinu pádů ztrátu rovnováhy a pád z lůžka, toto zjištění je shodné s uvedenými nejčastějšími příčinami pádů. Horová (2011) konstatuje, že téměř 80 % pádů se odehrává na pokoji pacienta a z tohoto počtu 60 % pádů se stane v okolí lůžka. Jako příčinu udává vysokou ložnou plochu lůžka, vstávání z lůžka, nezabrzdná kolečka. Ve svém sdělení vychází z výsledků projektu Pády a zranění pacientů u hospitalizovaných pacientů.

Při průzkumu bylo zjištěno, že v jednotlivých nemocnicích je sledováno mnoho ukazatelů a mnoho dalších ukazatelů je možné dohledat v elektronickém nemocničním informačním systému, například časová incidence pádů nebo psychický stav pacienta. Nejednotnost sledovanosti dat a prezentace dat vede k zamyšlení, zda sledovaná data jsou prospěšná k analýze a k dalšímu možnému nastavení preventivních opatření cíleně na pracoviště, kde je hospitalizováno nejvíce rizikových pacientů a kde nejvíce dochází k pádu pacienta.

Jaká preventivní opatření jsou v praxi ve zdravotnickém zařízení realizována?

Klíčovou roli v realizaci preventivních opatření hraje ošetrovatelský personál. Efektivnost programu prevence pádů zahrnuje více intervencí. Zavedením a dodržováním preventivních opatření lze pádům částečně předcházet. Cílem je ochránit pacienta před zraněním především těžkým s katastrofálními následky. Zásadní intervencí je určení rizika pádu.

Nemocnice Pardubického kraje určuje riziko vzniku pádu dle Conleyové při příjmu pacienta a výsledné riziko zapisuje do ošetrovatelské dokumentace nejpozději do 24 hodin od přijetí pacienta. Riziko se přehodnocuje 1x týdně, při změně zdravotního stavu a vždy po pádu. Na LDN se riziko vzniku pádu přehodnocuje 1x za 14 dní, na ARO a JIP 1x denně. Nastavení přehodnocování rizika plně neodpovídá Metodice Nežádoucí události PÁD (2017) ve které se doporučuje také přehodnocení rizika při změně medikace a v případě pádu v intervalu 12 hodin po dobu minimálně 3 dnů podle stavu pacienta, kdy se hodnotí nastavená režimová preventivní opatření. Matějovská Kubešová a kol. (2015) doporučuje zhodnotit medikaci a vyhnout se rizikovým lékům. Doplňuje, že Woolcott, Richardson, Wiens et al. (2009) zjistili, že téměř 33 % populace lidí starších 65 let užívá medikaci zvyšující riziko pádu. Boriková, Tomagová (2016)

ve své přehledové studii analyzovaly a porovnály klinické doporučené postupy a ošetrovatelské standardy se zaměřením na posouzení rizika pádu u hospitalizovaných pacientů, seniorů. V závěru studie označují jako klíčové pro prevenci rizika pádu posouzení rizika pádu prostřednictvím rizikových faktorů, tzv. screening.

Další povinnosti v průzkumných nemocnicích jsou dány Bezpečnostní kartou Riziko pádu. U pacienta v riziku se označí barvou riziko na tabuli hospitalizovaných pacientů, značení provede všeobecná sestra (zdravotnický pracovník). Jednotná barva není určena. I zde je nesoulad s Metodikou Nežádoucí události PÁD (2017), v metodice se doporučuje nejenom značení na sesterně, ale také označení rizikového pacienta například na identifikačním náramku nebo označení lůžka pacienta. Habartová (2015) ve své práci uvádí, že nejrozšířenějším způsobem značení pacienta je používání identifikačního náramku než značení lůžka.

Pokud je pacient bez rizika dodržují se obecná preventivní opatření, která jsou přehledně uvedena v Bezpečnostní kartě. Součástí obecných opatření je umístění informačního materiálu (piktogramy) „Jak se vyhnout pádu“ na pokojích pacientů. Rizikový pacient je informován pomocí laminovaného edukačního materiálu „Rádce pacienta“. Další preventivní pravidla navazují na obecná a jsou rozdělena na pravidla pro pacienta ve středním riziku, v riziku vysokém a další povinná opatření. Někteří autoři provedení standardních preventivních opatření proti pádu považují za dostatečné (Lakatos et al., 2009; Johnson, George, Tran, 2011), jiní doporučují při preventivních opatřeních přihlídnout k individualitě pacienta (And, Mordiffi, Wong, 2011). Při návštěvě auditovaných pracovišť je zaměstnanci zdůrazněna pozitivita vzniku Bezpečnostní karty, jako důvod uvádějí především přehlednost a návod opatření a činností, které mají u pacienta zajistit. Část opatření je věnována bezpečnému prostředí, protože si stále více zdravotnických zařízení uvědomuje možnost ohrožení pacienta pádem kdykoliv během hospitalizace. (Healey, 2010; Johnson, George, Tran, 2011)

Z průzkumného zjištění je jasné, že prevence v Nemocnici Pardubického kraje, je záležitostí především ošetrovatelské péče, opačné zjištění uvádí Lysáková (2017), nápravná opatření zajišťují sestry dle pokynu lékaře.

Dokument Bezpečnostní karta řeší také preventivní opatření do domácího ošetření. Pacient má být edukován o riziku pádu v domácím prostředí, personál si má dotazem ověřit, zda je domácí prostředí připraveno na návrat pacienta. Pacientovi ve vysokém

riziku pádu nebo jeho rodině je předán písemný edukační leták „Pády-nepodceňujme je a předcházíme jim“.

Které oblasti z nastaveného systémového postupu jsou nejméně plněny či nepochopeny?

Průzkumná pracoviště nastavený systém aktivně nekontrolují. Pouze nemocnice B provedla v roce 2018 audity na třech náhodně vybraných pracovištích s průměrným výsledkem 91,6 %. Kontrolní list obsahoval 11 kontrolních kritérií připravených na základě Bezpečnostní karty, nemocnice má v plánu audity za tuto oblast i v roce 2019. Z tohoto lze usuzovat, že management nemocnic považuje tuto oblast za dobře nastavenou a správně chápanou v praxi. Pro splnění a nalezení odpovědi na výzkumnou otázku byl na cíleně vybraných pracovištích jednotlivých nemocnic proveden audit podle připraveného kontrolního listu (Příloha B). Audit ve všech nemocnicích probíhal v přátelské atmosféře vždy za přítomnosti náměstkyně ošetrovatelské péče nebo manažera kvality. V tabulce 41 jsou souhrnně uvedena nesplněná kritéria z provedeného auditu. Z uvedených dat vyplývá neznalost o nastaveném indikátoru kvality Riziko pádu a o jeho vyhodnocení, nepoužívání dvoubodového pásu na transportní sedačky nebo vozíku, o špatně vedené edukaci pacientů a o špatné organizační linii při předávání aktualizovaných organizačně-řídících dokumentů. Pravidla, kdy je nutné použít dvoubodový pás na transportní sedačky nebo vozíku jsou doplněna v revidované verzi Bezpečnostní karty, proto je toto doporučení v praxi neznámé. Znalost a povědomí o nastaveném indikátoru byla překvapující, dotaz byl směřován na liniový management zdravotnického zařízení, na staniční nebo vrchní sestru. Stejně tak byla nejistá odpověď na to, zda mají zaměstnanci informaci o vyhodnocení indikátoru kvality Riziko pádu, většina dotazovaných vedoucích odpověděla nejenom nejistě, ale i velmi obecně, že informaci na poradách předává manažer kvality. Zjištění ve mně vyvolalo dojem dobře nastaveného standardu, v případě průzkumných pracovišť, dobře nastavené Bezpečnostní karty, nenastavení kontroly procesu a nastavení indikátoru kvality Pády v pouze u vrcholového managementu bez dopadu na liniový management a ostatní personál.

Tabulka 41 Souhrnná data 3 audit nesplněná kritéria

Kontrolní kritérium neshoda	Nemocnice
1. Jsou zaměstnanci seznámeni s BK Riziko pádu.	D, C, A
7. Je pacient v riziku pádu edukován o prevenci.	B, A
17. Je v okolí lůžka pacienta jídelní stůl označen výstražnou samolepkou.	A
20. Je na každém pokoji umístěn viditelně piktogram „Jak se vyhnout pádu“.	A
21. Rozumí pacient obsahu piktogramu „Jak se vyhnout pádu“.	E, B, A
22. Kdy je nutné použít dvoubodový pás na transportní sedačky nebo vozíku.	D, C, B
25. V případě propuštění pacienta ve vysokém riziku je jemu či rodině v rámci edukace předán edukační leták „Pády – nepodceňujeme je a předcházíme jim“.	C
29. Mají zaměstnanci znalost a povědomí o nastaveném indikátoru kvality Riziko pádu.	E, B
30. Mají zaměstnanci informaci o vyhodnocení indikátoru kvality Riziko pádu.	E, C, B

Jako zásadní nesoulad považuji provedení edukace pacienta, která není pacientem pochopena. Zjištěná skutečnost vyvolává otázku, jak jsou zdravotničtí pracovníci edukováni o problematice pádů ve zdravotnickém zařízení. Jasně doporučení je uvedeno v Metodice Nežádoucí události PÁD (2017). Edukace personálu má být vedena systematicky, probíhá již v rámci adaptačního procesu u každého pracovníka, dále probíhá formou pracovních schůzek a seminářů. V metodice je také doporučení, aby probíhalo opakované ověřování znalostí a dovedností, jednou z možností je provedení interního auditu. S tím souhlasí Pokojová (2015), která přímo uvádí, že audit zjišťuje fungování procesů a podržování postupů. Doporučuje, aby jednotlivé procesy byly auditovány zpravidla jedenkrát ročně.

Součástí edukace jsou informační letáky. Průzkumná pracoviště mají několik edukačních letáků, které jsou pro autorku přehledné a jasné. Bohužel se v praxi ukázalo, že i když je edukační leták (piktogram) na pokoji viditelně umístěn, pacient v riziku pádu o něm neví, nebo mu zcela nerozumí. Oslovení pacienti v rámci provedení auditu hodnotí edukaci jako „asi“ proběhlou, ale z důvodu akutního onemocnění si na ni téměř nepamatují, reedukace také neproběhla. Provést edukaci je nutné také pro rodinu pacienta. Pacient ve vysokém riziku pádu nebo jeho rodina má být před propuštěním do domácího ošetření edukován o rizicích a má dostat písemný edukační leták. V době auditu na jednom pracovišti nebyl edukační leták nalezen, oslovený personál uvedl, že leták nevyužívá, pokud je na oddělení takový pacient, není propuštěn domů, nebo informaci nerozumí, jeho rodina o informaci nemá zájem. Lysáková (2017) ve svém výzkumu uvádí, že někteří respondenti odpovídají na téma edukace rizika pádu pacientů, že informují pacienta a rodinu pacienta pouze, když se rodina zeptá. Další oslovené sestry uvádějí, že rodinu informuje o zavedené prevenci u pacienta pouze lékař.

Souhlasím s tvrzením, že podstatou redukce pádů u hospitalizovaných pacientů je individuální přístup k pacientovi a k jeho rodině, identifikace rizikových pacientů, bezpečnostní preventivní opatření, edukace, identifikace výskytu pádu a monitoring účinnosti opatření. Omezení výskytu pádu vyžaduje proaktivní přístup. (Jurásková, 2008; JCR, 2007)

Limity průzkumného šetření

Jedním z cílů průzkumného šetření bylo zjistit incidenci pacientů v riziku pádu, incidenci nežádoucí události (pády) a analyzovat výskyt pádů ve vybraných nemocnicích s ohledem na nastavený indikátor kvality. Ke splnění cíle byla provedena analýza dokumentů, která byla doplněna provedením auditů. Limity spatřuji v provedení auditů pouze na vybraných pracovištích. Zajímavost zjištění by posílila v případě, kdyby byl audit proveden na více pracovištích nemocnice, také na pracovištích, kde je nahlášen menší počet nežádoucích událostí pád. Validita průzkumu by případně posílila i tehdy pokud by kvalitativní průzkum navázal na výzkum kvantitativní například dotazníkovou metodou.

4. Návrh řešení a doporučení pro praxi

Zpracováním a vyhodnocením průzkumného šetření, které zahrnovalo studium a analýzu interních dokumentů zkoumaného zdravotnického zařízení v oblasti problematiky pádů vyplynuly konkrétní nejasnosti a nedostatky. Analýza dokumentů byla doplněna provedením auditu podle připraveného check listu na cíleně vybraných pracovištích. Na základě zjištěných skutečností byla formulována opatření, která budou diskutována s manažerkou a náměstkyněmi ošetrovatelské péče zdravotnického zařízení, ve kterém byl průzkum proveden.

- Zavést systematické proškolení zdravotnického personálu v oblasti problematiky pádů pacientů. První proškolení proběhne v rámci adaptačního procesu, další proškolení periodicky v ročním intervalu. Obsah proškolení bude zaměřen na znalost určení rizikového pacienta, na prevenci a eliminaci pádu, nahlášení nežádoucí události pád pacienta (vyplnění formuláře) a na znalost nastaveného indikátoru kvality – pád.
- Umístit edukační materiály, informační letáky s doporučením, jak pádům předcházet na konkrétní dostupné místo, nejlépe do nemocničního intranetu. Ověřit srozumitelnost a čtivost edukačních materiálů, například využít Mistríkův vzorec.
- Provádět ověřování znalostí formou interních auditů s využitím jednotného kontrolního listu. Vytvořený kontrolní list bude nabídnut manažerce ošetrovatelské péče k využití.
- Jednotně a jasně definovat indikátor jako kvantitativní údaj o kvalitě procesu. Musí být určeny priority v oblasti sběru dat. Jednotnost nastavení zajistí možnost srovnání v čase a mezi nemocnicemi (benchmarking). Způsob definování indikátoru a analýza dat musí být vysvětlena liniovému managementu a zdravotnickému personálu.
- Na provozních poradách seznamovat zaměstnance s měsíčním přehledem nežádoucích událostí pád pacienta, analyzovat příčiny pádu a nastavovat cíleně preventivní opatření.

V uvedené problematice je důležitá součinnost všech členů pracovních týmů, spolupráce s managementem a manažerem kvality. Doporučuji využít Metodiku nežádoucí události Pád (2017) a zkušenosti z projektu Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů (Závěrečná zpráva, 2015).

Závěr

Diplomová práce Pády pacientů jako indikátor kvality ošetrovatelské péče se zabývá problematikou pádů pacientů ve zdravotnickém zařízení. Teoretická část je rozdělena do dvou částí. První část definuje kvalitu ve zdravotnictví, řízení rizik a nastavení indikátorů kvality ve zdravotnictví. Druhá část je zaměřena na problematiku pádů pacientů. Cílem teoretické části je jednotlivá hlediska a stanoviska zevrubně popsat a definovat pohledem různých autorů, zdůraznit legislativní rámec problematiky a doplnit závěry některých studií, výzkumů a projektů z České republiky i ze zahraničí.

Průzkumná část zahrnovala studium a analýzu interních dokumentů, které má zkoumané zdravotnické zařízení definováno v oblasti problematiky pádů. Analýza dokumentů byla doplněna provedením auditu podle připraveného check listu (Příloha B). Cílem bylo zjistit incidenci pacientů v riziku pádu a incidenci nežádoucích událostí (pády), analyzovat výskyt pádů ve vybraných nemocnicích s ohledem na nastavený indikátor kvality a na základě zjištěných výsledků vytvořit doporučení pro praxi. V části diskuze byly shrnuty zjištěné výstupy, které odpověděly na stanovené výzkumné otázky.

Průzkumné zdravotnické zařízení Nemocnice Pardubického kraje je zařízení, které slučuje pět nemocnic akutní lůžkové péče na území Pardubického kraje. Komplexita poskytované péče představuje pro pacienta rizika, která se management nemocnice snaží pojmenovat, řešit a svým proaktivním přístupem zajistit kvalitní péči. Tento přístup směřuje ke snížení nežádoucích událostí, případným soudním sporům a v konečném důsledku brání zvýšení finančních nákladů vynaložených na léčbu pacienta. Zdravotnické zařízení má definovaný organizačně-řídící dokument Bezpečnostní kartu Riziko pádu. Dokument je jasně formulovaný a srozumitelný. Zdravotnické zařízení má zavedený systém hlášení nežádoucích událostí a jednotně nastavený indikátor kvality Pády. Z analýzy dat byla zjištěna skutečnost nejednotného pochopení nastaveného indikátoru kvality. Nemocnice sbírají velké množství měřitelných dat, bohužel nedochází k prospěšné analýze těchto dat. Data nejsou jednotně sbírána v jednotlivých nemocnicích, proto není možné ani vzájemné sdílení a porovnatelnost. Provedení auditu na cíleně vybraných pracovištích ukázalo na slabá místa nastaveného postupu, na nesprávné využití edukačních materiálů, a především na nesprávně vedenou edukaci směrem k pacientovi. Zjištění mě vedlo k zamyšlení, že ani správně nastavený proces, pokud není dobře

vysvětlen a přenesen na zaměstnance, kteří činnost podle nastavených pravidel provádějí, nevede k efektivitě procesu.

Cíle diplomové práce hodnotím jako splněné. Zároveň hodnotím pozitivně osobní přínos z celé tvorby diplomové práce, který využiji ke své profesi všeobecné sestry a manažerky interních oborů.

Ze zpracování a vyhodnocení byla formulována doporučení do praxe, která budou nabídnuta managementu nemocnic.

Seznam použité literatury

- ANG, E., MORDIFFI, S., Z., WONG, H., B. 2011. *Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial*. Journal of Advanced Nursing [online]. 2011, 67(5), 1984-1992 s. [cit. 2019-01-26]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=108&sid=5f2e0e5d-b2c4-450e-87d5-a18f4207cdef%40sessionmgr1111>
- ANGELOVÁ, Pavla. *Hlášení nežádoucích událostí*. Jihlava, 2018. 87 s. Diplomová práce. Polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce: PhDr. Lada Cetlová, doc., PhD.
- BÁRTLOVÁ, S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- BORIKOVÁ, I, M. TOMAGOVÁ. *Pády u hospitalizovaných pacientov – posudzovanie rizika*. Ošetrovatelstvo. [online]. 2016, roč. 6, č. 1. [cit. 2018-11-30]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2016/01/26-pady-u-hospitalizovanych-pacientov-posudzovanie-rizika.pdf
- BRABCOVÁ, Iva a Sylva BÁRTLOVÁ. *Management v ošetrovateľskej praxi*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2015. 288 s. ISBN 978-80-7422-402-7.
- BRABCOVÁ, I., H. HAJDUCHOVÁ, V. TÓTHOVÁ, S. BÁRTLOVÁ. *Souvislosti mezi pády pacientů a vybranými rizikovými faktory*. Praktický lékař. [online] 2017, 97(4), 163-167 s. [cit. 2019-01-11]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-4/souvislosti-mezi-pady-pacientu-a-vybranymi-rizikovymi-faktory-61504>
- CALLIS, N. Falls prevention: Identification of predictive fall risk factors. *Applied Nursing Research* [online]. 2016, roč. 29, 53-58 s. [cit. 2019-01-10]. ISSN 0897-1897. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0897189715001056/1-s2.0-S0897189715001056-main.pdf?_tid=e8e4812e-11b0-11e7-9737-00000aabb0f6c&acdnat=1490483897_28f082549b1f9350dfd5b963b9b39e8c.
- ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2015 ukončení projektu: Závěrečná zpráva* [online]. Praha, 2015 [cit. 2018-10-10]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/zaverecna_zprava_pady_2015.pdf
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměněn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 374 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
- DVOŘÁČEK, Jiří a Tomáš KAFKA. *Interní audit v praxi*. Brno: Computer Press, 2005. 236 s. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-251-0836-8.

DYKES, P. C. et al. *Fall Prevention in Acute Care Hospital A Randomized study*. JAMA [online]. 2010, roč. **304**, č. 17, 1912-1918 s. doi:10.1001/jama.2010.1567 [cit. 2019-01-26]. ISSN 1538-3598. Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=186836>

GALLARDO, M.-A., et al. *Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis*. BMC Health Services Research [online]. 2013, roč. **13**, č. 122 [cit. 2018-12-06]. ISSN 1472-6963-13-122. Dostupné z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-122>.

GRAHAM, Bridget C. *Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls*. MEDSURG Nursing [online]. 2012, roč. **21**, č. 5, 267-270 s. [cit. 2018-02-26]. ISSN 1092-0811. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=5af58a06-15d5-40ec-8ba3-550273238c26%40sessionmgr111&hid=112>

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 224 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HABARTOVÁ, Edita. *Problematika pádů u geriatrických klientů z pohledu zdravotnických profesionálů*. Olomouc, 2015. 87 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

HAINES, Terry P. et al. *Pragmatic, Cluster Randomized Trial of a Policy to Introduce Low-Low Beds to Hospital Wards for the Prevention of Falls and Fall Injuries*. Journal of the American Geriatrics Society [online] 2010, roč. **58** (3), 435-441 s. [cit. 2018-12-03]. ISSN: 0002-8614. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2010.02735.x/full>

HEALEY, F. 2010. *A guide on how to prevent falls and injury in hospitals*. Nursing older people [online]. **22**(9), 16-22 s. [cit. 2018-10-12]. ISSN 1472-0795. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=109&sid=2254cc07-3d09-43f0-bdda-0f5f7bef0bcd%40sessionmgr112>

HOROVÁ, P. *Projekt Pády a zranění pacientů při hospitalizaci zaujal CHU Angers*. Florence. [online]. 2011, **11**, 38-39 s. [cit. 2018-12-22]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/11/projekt-pady-a-zraneni-pacientu-pri-hospitalizaci-zaujal-chu-angers/>

HŘIB, Z., VYCHYTIL, P. 2009. *Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb*. [online]. [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/evidence-a-rizeni-nezadoucich-udalosti-pri-poskytovani-zdravotni-pece-druha-etapa-analyza-shromazdenych-dat-a-vytvoreni-doporuceni-pro-spravnou-praxi_7390_2843_29.html

JAROŠOVÁ, D., K. MAJKUSOVÁ, R. KOZÁKOVÁ a R. ZELENÍKOVÁ. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2015. 144 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5426-0.

JOINT COMMISSION Resources. 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Přeložil Radim VYHNÁNEK. Praha: Grada, 2007. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

JONES, K. J. et al. 2008. *The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs*. [online] In: HENRIKSEN, K. et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 2: Culture and Redesign). Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US) [cit. 2018-12-14]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/>

JOHNSON, M., GEORGE A., TRAN, D., T. 2011. *Analysis of falls incidents: Nurse and patient preventive behaviours*. International Journal of Nursing Practice [online]. 2011, 17(1), 60-66 s. [cit. 2018-11-24]. ISSN 1322-7114. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&hid=4&sid=7561da2f-de73-4399-80331e1e785149b9%40sessionmgr12&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=fb155338&AN=>

JURÁSKOVÁ, D. 2008. *Pády a zranění pacientů v souvislosti s poskytováním zdravotní a sociální péče*. Ošetřovatelství, sv. 11(3-4), 58-75 s. ISSN 1212 - 723X.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAUFMANN, Jean-Claude. *Chápající rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010. 151 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-033-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2009. 176 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

LAKATOS, B. E. et al. *Falls in the General Hospital: Association With Delirium, Advanced Age, and Specific Surgical Procedures*. Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry [online]. 2009, roč. 50, č. 3, 218-226 s. [cit. 2018-12-04]. ISSN 1545-7206. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19567760>

LOUČKOVÁ, Ivana. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010. 311 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-79-3.

LYSÁKOVÁ, Adéla. *Resortní bezpečnostní cíle*. České Budějovice, 2017. 115 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Katedra ošetřovatelství. České Budějovice. Vedoucí práce: doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

MAJKUSOVÁ, K.; JAROŠOVÁ, D. 2014. *Falls risk factors in an acute-care setting: a retrospective study*. Central European Journal of Nursing and Midwifery [online]. [cit. 2019-01-20]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2014-02/1-majkusova-jarosova.pdf>

MANDYSOVÁ, Petra., VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Pády*. 2007. Eunio [online]. 2007 [cit. 2018-11-02]. ISSN 1802 - 050X. Dostupné z: <http://www.euni.cz/lecture/104?bid=3>

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. Praha: Mladá fronta, c2015. 216 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3394-7.

MARX, D. *Bezpečí pacientů: prvním krokem je přiznání, že chybovat je lidské* Zdravotnický deník. [online]. 2015, 15(2), [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/02/bezpeci-pacientu-prvnim-krokem-je-priznani-ze-chybovat-je-lidske/>

MARX, D., VLČEK, F., 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha. Spojená akreditační komise ČR, o.p.s. 168 s. ISBN 978-80-87323-04-05.

MIERTO VÁ, Michaela. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2019. 136 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0850-3

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2009. *Ukazatele kvality zdravotních služeb*. [online]. [cit. 2018-12-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ukazatele-kvality-zdravotnich-sluzeb_2150_1066_3.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník ministerstva zdravotnictví ČR, částka 8, 2012* [online]. [cit. 2018-11-29]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník ministerstva zdravotnictví ČR, částka 16, 2015* [online]. [cit. 2018-11-11]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2016. *Příručka k osnově o bezpečí pacientů* [online]. [cit. 2018-12-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/patient-safety-curriculum-guidemultiprofesional-edition-prirucka-k-osnove-o-_11857_3532_29.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2019. *Resortní bezpečnostní cíle*. [online]. [cit. 2019-01-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-802-4738-727.

Nemocnice Pardubického kraje, a.s. 2017. *Výroční zpráva Nemocnice Pardubického kraje, a.s. 2017*. [online]. [cit. 2019-01-31]. Dostupné z: <http://www.nempk.cz/sites/default/files/nemocnice-pardubice/obsah/stranky/vyrocnizprava/soubory/vyrocnizpravanpkzarok2017.pdf>

MORSE, Janice M. *Preventing patient falls: establishing a fall intervention program*. 2nd ed. New York: Springer Pub. Co., c2009. 196 p. ISBN 978-0-8261-0389-5.

NICE. 2013. *Falls Assessment and prevention of falls in older people* [online]. NICE Clinical Guideline 161. Developed by the Centre for Clinical Practice at NICE. 315 p. [cit. 2018-02-24]. Dostupné na internete: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/falls-full-guidance-190033741>.

OHDE, S. *The effectiveness of a multidisciplinary QI activity for accidental fall prevention: Staff compliance is critical*. *BMC Health Services Research* [online]. 2012, roč. 12, č. 197, 197-203 s. [cit. 2018-12-10]. ISSN 1752 - 069X. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-197.pdf>

PAYSON, Carol A. a Corinne A. HAVILEY. *Patient falls assessment and prevention*. Global ed. Marblehead, MA: HCPro, c2007. ISBN 978-1-60146-078-3.

PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. 304 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.

PLEVOVÁ, I., ADAMICOVÁ, K., 2013. *Význam stanovení indikátorů kvality v poskytování ošetrovatelské péče* [online]. *Hygiena* 58(4), s. 171-175, [cit. 2018-10-24]. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2013/04/10.pdf>

POKORNÁ, A., D. DOLANOVÁ, V. ŠTROMBACHOVÁ, P. BŮŘILOVÁ, J. KUČEROVÁ a J. MUŽÍK. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing, 2019. 247 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0720-9.

POKOJOVÁ, Radka. *Bezpečnost pacienta při poskytování ošetrovatelské péče*. České Budějovice. 2015, 191 s. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Katedra ošetrovatelství. Školitel: Doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.

ROKYTOVÁ, Eliška. *Problematika prevence pádu u seniorů ve zdravotnickém zařízení*. Olomouc, 2017. 90 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

RUBIN, I., L. 2016. *Health care for people with intellectual and developmental disabilities across the lifespan*. New York. Springer. 2307 p. ISBN 978-3-319-18096-0.

ŘÍHA, M., E. LENČOVÁ a Z. BOUKAL. *Kvalita zdravotní péče v České republice v kontextu Evropské unie* (Krátké sdělení). *Česká stomatologie a Praktické zubní lékařství*, 2013, r. 113, č. 2 (Praktické zubní lékařství), 15-19 s. ISSN 1213-0613.

SCHWENDIMANN, R. et al. BIO MED CENTRAL. *Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program* [online]. 2006 June 7 [cit. 2018-12-03]. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-69.pdf>

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. 336 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.

SIKOROVÁ, Nikola. *Management pádů u seniorů*. Brno, 2010. 221 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Katedra ošetrovatelství. Brno. Vedoucí práce: PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

STANĚK, Ivan. *Co znamená kvalita a bezpečnost zdravotní péče*. Medical Tribune [online]. 2011, č. 1. [cit. 2018-11-16]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/20957-co-znamenava-kvalita-a-bezpecnost-zdravotni-pece>

SVOBODNÍK, Pavel. *Management pro zdravotníky v kostce*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. 125 s. ISBN 978-80-7013-498-6.

SVOBODOVÁ, Dita. *Kvalita péče a bezpečí se zlepšuje*. Informační bulletin všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské univerzity Karlovy. [online]. Vydavatel: Stapro. 2010, 12-14 s. [cit. 2018-12-04]. Dostupné <http://www.vfn.cz/priloha/4d021faf34d0b/kveten-cerven-10.pdf>

SVOBODOVÁ, Dita. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012*. Florence. 2013, roč. 9, č. 6, 23-32 s. ISSN 1801- 464X.

SVOBODOVÁ, Dita. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 201-2012, Závěrečná zpráva*. [online]. 2013, 1-32 s. [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/zaverecna_zprava_2011_2012-91b6f.pdf

SVOBODOVÁ, Dita., JURÁSKOVÁ, Dana. *Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v České republice*. Florence, 2010, roč. 6, č. 9, 29-33 s. ISSN 1801 - 464X

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. 279 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.

TOŠNEROVÁ, T. *Na pomoc kvalitnímu stáří z hlediska zdravotníka – prevence pádů*. [on-line]. 2008 [cit. 2018-10-24]. Dostupné z: <http://www.restrikce.cz/html/prevent.html>

ULRICH, B., KEAR, T. *Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery*. Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association. [on-line]. 2014, 41 (5), 447-560 s. ISSN 1526- 744X. [cit. 2019-01-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=1526-744X%5B ISSN %5>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY.
*Centrální systém hlášení nežádoucích událostí –
Metodika nežádoucí událost pád* [online]. 2017a. [cit. 2018-12-12]. Dostupné z:
[https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/pad_metodika_plna_verze_metodiky\(1\).pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/pad_metodika_plna_verze_metodiky(1).pdf)

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY.
*Nežádoucí události za 2. pololetí roku 2017 Analýza pilotního sběru agregovaných
údajů lůžkových PZS* [online]. 2017b. [cit. 2018-12-14]. Dostupné z:
https://shnu.uzis.cz/res/file/analyzy/Souhrnna_analyza_dat_2_pol_2017.pdf

VÁLKOVÁ, Monika, *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha:
Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. 78 s.

WHO, 2009 [online]. *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition
Global Evaluation Study* [cit. 2018-10-24]. Dostupné z:
https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/PSP_Curriculum_Global_Evaluation_Study.pdf?ua=1

WAGNER, L. M., SCOTT, V., SILVER, M. 2011. *Current Approaches to Fall Risk
Assessment in Nursing Homes*. Geriatric Nursing [online]. 2011. 32 (4), 238-244 s.
[citace 2018-11-25]. ISSN 0197-4572. Dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457211001352>

ZÁKON č. 372/2011 Sb., *Zákon o zdravotních službách*.
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast9>

ZELENÍKOVÁ, Renata. 2016. *Prevence pádu seniorů*. [online]. Zdroj: Verlag
Dashöfer. [cit. 2018-11-24]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/prevence-padu-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Emfz3dzEfB-WAfjH9TCp8eY/?uri_view_type=5

Doplňky

Příloha A 1 Stupnice pádu Morse

Příloha A 2 Hodnocení rizika pádu u pacienta dle Tošnerové

Příloha A 3 Hodnocení rizika pádu u pacienta dle Conleyové

*Příloha A 4 Screeningový test mobility pro geriatrické pacienty podle Topinkové
a Neuwirtha*

Příloha B Kontrolní list

Příloha B1 Kontrolní list nemocnice A

Příloha B2 Kontrolní list nemocnice B

Příloha B3 Kontrolní list nemocnice C

Příloha B4 Kontrolní list nemocnice D

Příloha B5 Kontrolní list nemocnice E

Příloha C Osvědčení