SOUČASNÉ TRENDY VE VYŠETŘOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH PŘÍHOD VE ZDRAVOTNICTVÍ

Current trends in examination of undesirable events in the health service system

Martin Rydlo

IX: 213–458, 2007

ISSN 1212–4117

Fakultní nemocnice Ostrava, Interní klinika

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav fyziologie a patofyziologie

Summary

The main target of examination of failures in providing the health care is prevention of repeating undesirable events. Two approaches are possible in the examination of failures: personal and systemic approaches, where each of them employs a different method and presents different starting points for the solution of the failure. Understanding of differences between the two approaches mentioned is of a considerable practical importance. The more frequently used personal approach puts emphasize on the failure itself and the systemic approach is focused on formation of protective barriers against all the risks in providing the health care. Most failures in providing the health care have their individual and institutional levels. The failure is usually caused by a non-standard procedure performed by a healthcare professional on the one hand, and by supporting factors on the other. In the course of the examination, the damaged patient should be provided with an extraordinary and complex care, but the specific support of relevant healthcare professionals can also be necessary. The systemic approach to solving undesirable events is ethically more advantageous from the standpoint of patients as well as healthcare professionals and management since it offers a complex prevention of repeating the failure.

Key words: Undesirable events in health service system – examination of undesirable events – ethical aspects

Souhrn

Hlavním cílem vyšetřování pochybení při poskytování zdravotnické péče je prevence opakování nežádoucí události. Vyšetřovat pochybení je možno dvěma přístupy: tzv. osobním a systémovým přístupem – každý z těchto přístupů používá jinou metodiku a nabízí jiná východiska k řešení pochybení. Porozumět rozdílům mezi dvěma zmíněnými přístupy má důležitý praktický význam. Rozšířenější osobní přístup klade důraz na samotné pochybení a systémový přístup se zaměřuje na vytváření ochranných bariér proti všem rizikům při poskytování péče. Většina pochybení při poskytování zdravotnické péče má svou individuální a institucionální úroveň. Pochybení bývá způsobeno jednak nestandardním postupem zdravotnického pracovníka a jednak podpůrnými faktory. V průběhu vyšetřování je nutno poškozenému pacientovi poskytnout mimořádnou a komplexní péči, ale specifickou podporu mohou potřebovat i příslušní zdravotničtí pracovníci. Systémový přístup vyšetření nežádoucí události se jeví jako eticky výhodnější jak z hlediska pacientů, tak i zdravotnických pracovníků i managementu, protože umožňuje komplexní prevenci opakování pochybení.

Klíčová slova: nežádoucí příhody ve zdravotnictví – vyšetřování nežádoucích příhod – etické aspekty

ÚVOD

Ošetřování nemocného, u kterého při poskytování zdravotnické péče došlo k pochybení, má své specifické rysy – péče je ovlivněna skuteč-

ností, že pacient se cítí být poškozen lidmi, kterým svěřil své zdraví, a tito jej zklamali. Pacient po proběhlé události zůstává velmi často v péči stejné nemocnice a stejného zdravotnického

týmu, který se podílel na pochybení a ke kterému pacient má omezenou důvěru. Psychická i somatická reakce nemocného na pochybení i na následně zmíněné další stresové faktory může být velmi závažná, a tak pacienti, u kterých došlo k pochybení, vyžadují specifický přístup ze strany ošetřujících zdravotnických pracovníků a velmi často psychologickou, někdy i psychiatrickou a sociální podporu.

Pochybení při poskytování zdravotnické péče je v posledním období předmětem zvýšené pozornosti (Kohn, 2000) a z analýzy nežádoucích událostí vyplývá (Blendon, 2002), že pochybení při poskytování zdravotnické péče je velmi často následkem několika drobných odchylek od standardních postupů. Vyšetření přesného podílu jednotlivých příčin i podílu jednotlivých pracovníků na vzniku pochybení bývá často obtížné. Svůj podíl na pochybení mnohdy nemají jen zdravotníci nedostatečně profesionálně vybavení, ale často i zkušení, dlouhodobě osvědčení a svědomití zdravotničtí pracovníci (Berwick, 2003). U svědomitých zdravotníků může vědomí skutečnosti, že se podíleli na zhoršení zdravotního stavu pacienta, vyvolat těžkou stresovou reakci s psychickými i somatickými projevy (Wu, 2000).

Základním cílem vyšetřování pochybení při poskytování zdravotnické péče je nalezení jednotlivých příčin pochybení tak, aby příčiny mohly být odstraněny, a tím bylo eliminováno riziko opakování pochybení.

V současné době obecně existují dva základní přístupy k vyšetřování pochybení při poskytování zdravotnické péče: tzv. osobní přístup a tzv. systémový přístup. Oba přístupy se liší metodikou vyšetřování události a závěry vyšetření mívají rozdílná vyústění ve smyslu podílu zodpovědnosti jednotlivých zdravotníků i podílu managementu na vzniklém pochybení. Pochoopení základních rozdílů uvedených metodik má klíčový význam pro následná opatření v prevenci obdobných pochybení.

OSOBNÍ PŘÍSTUP

Osobní přístup při vyšetřování nežádoucích událostí má v naší zemi dlouholetou tradici. Metodika osobního přístupu většinou hledá osobní zodpovědnost za pochybení u těch zdravotnických pracovníků, kteří bývají v bezprostředním kontaktu s nemocnými: ošetřující sestry, ošetřující lékaři, operující chirurgové, záchra-

náři, praktičtí lékaři atd. Osobní přístup vychází z předpokladu, že zdravotník má být v jádru neomylný a pochybení vzniká na základě chybných a špatných myšlenkových procesů – k pochybení tedy dochází například chybným úsudkem, zapomnětlivostí, nepozorností, lehkomyšlností, nedostatečnou motivací, nedbalostí, nezodpovědností atd. Následná nápravná opatření, vycházející z tohoto modelu, směřují ke snaze po eliminaci výše uvedeného nesprávného chování a jednání zdravotnických pracovníků. Mezi taková nápravná opatření patří různé formy odborného doškolování, kde kromě prohlubování specifických zdravotnických „technologických“ znalostí je důrazně poukazováno na možná disciplinární opatření, projednávání znaleckými komisemi i soudními procesy v případě odchýlení se od standardních postupů a vzniku následků pochybení. Zastánci tohoto způsobu vyšetřování chápou pochybení jako jisté selhání určitého jednotlivce, mnohdy chápou pochybení i jako určitou formu morálního poklesku a věří, že „špatné věci dělají pouze špatní lidé“. Základní otázkou vyšetřování osobním přístupem zní: „Kdo a čím pochybení zavinil?“ Negativním důsledkem vyšetřování metodikou osobního přístupu je zaměření se pouze na příhodu i zainteresované zdravotníky jako takové, bez hledání dalších faktorů, které se mohly na vzniku pochybení podílet. Takovými dalšími faktory, které by se mohly podílet na příčině pochybení, mohou být třeba nedostatky v personálním, přístrojovém či technickém vybavení pro náročnou zdravotnickou práci – tedy nedostatky v organizaci práce, na kterých se může podílet i management zdravotnického zařízení. Tedy metodika osobního přístupu při vyšetřování může vyústit v přehlédnutí dvou zásadních skutečností – za prvé, že i nejlepší, nejspolehlivější pracovníci mohou udělat za určitých podmínek závažnou chybu, a za druhé, že obdobné organizačně neadekvátní pracovní podmínky mohou vést k obdobným chybám, nezávisle na kvalitě pracovníků. Osobní přístup ve vyšetřování nežádoucích událostí je u nás všeobecně zatím převažující – kromě historické tradice může být jednou z příčin i skutečnost, že obvinění určitého jedince (nebo skupiny zdravotnických pracovníků) je spojeno s podstatně větším emočním uspokojením stěžovatele než obvinění relativně nekonkrétní celé zdravotnické instituce. Lidé mají tendenci věřit, že pokud se něco ne-

podánilo, pokud došlo k nějaké nešťastné události, pak přece někdo zcela konkrétní událost zavinil a následně musí být obviněn i potrestán.

Profesionální pochybení se vyskytují nejen ve zdravotnictví, ale ve všech oborech lidské činnosti (letecká a železniční doprava, průmyslová výroba, kosmonautika atd.) a je v zájmu jak provozujících organizací, tak i jejich klientů, aby nežádoucí události byly důkladně vyšetřeny. Vyšetření má vést ke zjištění jednotlivých příčin pochybení, aby následně známé příčiny byly odstraněny, a tak sníženo riziko opakování obdobné chyby. Osobní přístup sice umožňuje identifikaci viníka i jeho potrestání, ale není dostatečně účinný při prevenci obdobných pochybení, protože neurčuje systémově všechny možné příčiny.

Na základě metodiky systémového přístupu při vyšetřování nežádoucích příhod vypracovaných týmem pod vedením Reasona se postupně skupina pracovníků vedená C. A. Vincentem pokusila poznatky získané z vyšetřování průmyslových katastrof aplikovat do oblasti zdravotnictví (Brennan, 2000, Brennan, 2005, Sexton, 2000, Vincent, 2000, Vincent, 2003, Vincent, 2004).

SYSTÉMOVÝ PŘÍSTUP

Systémový přístup vychází ze základní premisy, že lidé jsou omylní a systém organizace práce má být takový, aby vzniku pochybení maximálně možným způsobem bránil, přičemž výskyt pochybení při poskytování péče je nutno očekávat navzdory největší snaze, pečlivosti, svědomitosti i odbornosti jednotlivých pracovníků (Vincent, 2000). Systémová metodika vyšetřování na omyly nahlíží jako na události, jejichž příčinou nejsou ani tak špatné lidské vlastnosti jako spíše systémové faktory, a k pochybením může docházet i navzdory realizovaným organizačním a edukačním opatřením. Rizika a léčky vzniku pochybení při poskytování zdravotnické péče jsou stále přítomny na každém zdravotnickém pracovišti, na každé stanici, laboratoři a jejich výskyt často úzce souvisí obecně s organizací práce. Pochybení je stálým nebezpečím zdravotnické práce a riziko vzniku pochybení je téměř implicitní součástí péče o nemocné. Základním cílem systémového přístupu je prevence opakování pochybení při poskytování péče, a to snahou po eliminaci všech rizikových faktorů na různých úrovních organizace, snahou po elimi-

naci rizikových technologických postupů, snahou po zajištění maximální ochrany a bezpečí pro nemocného. A pokud přesto k pochybení dojde, není základní vyšetřovací otázkou při systémovém přístupu „kdo událost zavinil?“, ale jak k události došlo, proč a která ochranná opatření proti pochybení selhala. Tedy systémový přístup hledá příčiny pochybení současně jak v chybné organizaci práce (tedy i chybách managementu), tak v chybné práci jednotlivých zdravotnických pracovníků.

IDENTIFIKACE PROBLÉMU VE ZDRAVOTNICKÉ PÉČI

Základním krokem při systémové analýze klinického pochybení je identifikovat a pojmenovat základní problém v poskytnuté péči (care management problem), který v širším pojetém smyslu je výsledkem předchozí nestandardní činnosti (unsafe act). Termín „problém v poskytování péče“ je vlastně konkrétním pojmenováním předchozí chyby – např. je to omyl typu přehlédnutí, použití jiné injekční stříkačky, chyby v úsudku, použití jiné než správné dávky léku, opomenutí vykonat nějakou činnost – tedy vlastně neúmyslná odchylka od standardního postupu. Jinou možností pochybení je vědomé se odchýlení od standardního postupu – například vědomý nedoporučený postup v průběhu operace, úmyslné neprovedení nějaké činnosti (lékař se odchýlí od standardního postupu, protože je přesvědčen, že „všechno dobře dopadne“, že vědomé porušení standardního postupu nebude mít negativní dopad na zdraví pacienta).

Problém v poskytování zdravotnické péče má dva základní rysy:

1. Péče byla poskytnuta mimo bezpečné limity standardních a doporučených postupů.
2. Odchylný postup měl přímý, nebo nepřímý, příp. potenciálně nepříznivý vliv na pacientovo zdraví.

Základní problémy v poskytování zdravotnické péče mohou být velmi různorodé:

- nedostatečné sledování pacienta (např. nepravidelné sledování vitálních funkcí)
- nedostatečné kvalitní provedení základního vyšetření (měření objemu moči)
- opožděné stanovení správné diagnózy
- podcenění psychického stavu pacienta

- (například potenciální sebevraždy)
- nezručnost k určitému výkonu a neadekvátní zkušenosti k výkonu
- nedostatečná péče o přístrojovou techniku včetně nezajištění opravy přístrojů
- neadekvátní předoperační vyšetření
- nedodržení schváleného léčebného postupu
- nevyhledání pomoci od zkušenějšího kolegy, ačkoli to daná situace vyžaduje
- nedostatečná kontrola a pomoc mladším kolegům
- používání nesprávných a zastaralých postupů
- nedodržení hygienických norem
- provedení určitého výkonu na nesprávné straně těla
- podání nesprávného léku
- podání nesprávné dávky léku
- nepřizpůsobení dávky léku metabolickému stavu pacienta
- nedostatečná komunikace mezi jednotlivými zdravotníky či odděleními nemocnice
- nedostatečné informace při předávání pacienta do jiného zařízení anebo do péče jiného zdravotnického týmu atd.

Výše uvedená pochybení mohou být následkem nedbalosti, rutinního či povrchního přístupu, nezájmu, ale také mohou souviset s pracovním přetížením zdravotnického pracovníka, který nemusí mít vždy adekvátní množství času k provedení přiměřeně kvalitní práce.

Některá pochybení při poskytování ošetrovatelské péče mohou souviset s momentálním klinickým stavem pacienta anebo odchylkami jednání pacienta v období, které předcházelo nežádoucí příhodě (mohou to být zhoršené komunikační schopnosti ze strany pacienta – nejen jazyková bariéra, ale i stav vědomí, psychický stres, dekompenzace psychické choroby, neschopnost anebo i vědomá neochota vykonávat doporučené pokyny, intoxikace návykovými látkami, ale i změny hladin krevního cukru, změny krevního tlaku, masivní krvácení atd.).

IDENTIFIKACE PODPŮRNÝCH FAKTORŮ

Problémům a komplikacím při poskytování zdravotnické péče ale obvykle předchází určitý způsob či postup v organizaci práce či pracovní zvyklosti (např. i rutinní přístup) oddělení, které mohou ovlivnit chování zdravotnického pracovníka až nakonec za specifických okolností dojde k pochybení. Tyto situace a faktory, které přispívají ke vzniku pochybení a svým způsobem vytvářejí živnou půdu pro omyl, se nazývají

podpůrné faktory.

Podpůrné faktory pochybení obecně jsou podmíněny různými příčinami a chybami na různých úrovních – například jedním z nejčastějších podpůrných faktorů pochybení je únava zdravotnického pracovníka. Ale lékař může být unaven, protože před nástupem na pracovní směnu měl nedostatečný odpočinek, neboť se zúčastnil plesu do ranních hodin (subjektivní individuální podíl na únavě), ale také proto, že absolvoval další noční službu za kolegu, který náhle onemocněl, a nepodařilo se zajistit náhradu jiného lékaře (objektivní institucionální podíl na únavě) (Gaba, 2002).

Podpůrné faktory můžeme podle jednotlivých úrovní, na kterých vznikají, rozdělit na:

1. Podpůrné faktory související s legislativní problematikou a koncepční problematikou ve zdravotnictví. Takovými faktory může být třeba nedostatečná priorita pro opatření směřující k zajištění bezpečné péče o pacienta anebo nedostatečný důraz na otevřenou diskusi o problémech ve vztahu k bezpečnosti péče anebo omezování studijních možností anebo překážky v předávání zkušeností z omylů v poskytování na jiných pracovištích, nedostatečná obecná koncepce doškolování atd.
2. Podpůrné faktory vznikající na úrovni zdravotnického zařízení a jejího managementu. Může se jednat například o nedostatečné uvolňování finančních zdrojů pro zvýšení bezpečné ošetrovatelské péče. Tato oblast nezahrnuje jen nákup ošetrovatelských pomůcek, ale také např. nedostatečné personální vybavení náročných odpoledních a nočních směn na některých odděleních. Jiným příkladem také může být dlouhodobě všeobecně negativní a nekorigovaný vztah starších zdravotnických pracovníků k mladším kolegům, tolerance šikany, mobbingu atd.
3. Podpůrné faktory vznikající na úrovni organizace práce kliniky či oddělení. Může se jednat například o neadekvátní kádrové vybavení anebo nedostatečnou organizaci práce v určité době – např. neadekvátní počet lékařů a sester na stanici po ukončení náročného operačního programu, kdy na stanici je již jen redukovaná sesterská odpolední směna, ale na stanici je několik ordinujících lékařů s urgentními a obvykle na sesterskou

práci náročnými požadavky. Nebo se může jednat o nepřiměřené pracovní zatížení při častých změnách směnného provozu či neadekvátní vybavení stanice resuscitačními pomůckami, o omezenou dostupnost některých přístrojů a vyšetření pouze na určitou dobu či nedostatečné technické zajištění vyžadovaných administrativních činností. Mezi tyto podpůrné faktory také patří vyžadování různých činností, které nesouvisí s přímou péčí o nemocného a které vedou k redukci času pro empatický kontakt s pacientem – např. nadbytečná manipulace s prádlem, neadekvátní práce sestry jako poslíčka apod.

4. Podpůrné faktory vznikající uvnitř samotného zdravotnického týmu na pracovišti. Mezi nejčastější podpůrné faktory patří špatná verbální komunikace mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky, špatná či nečitelná písemná dokumentace, nedostatečná kontrola málo zkušených mladších pracovníků staršími kolegy, ale také nechut' si dát poradit od zkušenějších. Patří sem i špatné interpersonální vztahy anebo potíže s vedením kolektivu. Vyskytují se i další faktory, které vyplývají z osobnostních rysů některých pracovníků – např. nepřiměřeně nízké anebo naopak nepřiměřeně vysoké sebevědomí vzhledem k věku, dosavadním zkušenostem či zručnosti. Příkladem může být snaha o provedení nepřiměřeně náročného odložitelného výkonu.
5. Nedostatků v přístrojovém, technickém, počítačovém vybavení mohou být podpůrnými faktory. Například jejich nedostupnost anebo nepoužívání doporučených přístrojů k určitým vyšetřením může vést ke snížené kvalitě provedených vyšetření. Následkem mohou být mylné anebo opožděné diagnostické závěry. Obdobné problémy mohou být následkem neadekvátní, obsoletní či nestandardní alternativní léčebné péče.
6. Výše uvedené podpůrné faktory bývají z velké části dlouhodobé. Vytvářejí prostředí a podmínky pro vznik klinického omylu. Většinou se na existenci podpůrných faktorů podílí nedostatečná kontrolní anebo výkonná činnost ze strany řídicích struktur nemocnice. Nahodile, ojediněle, krátkodobě se vyskytující podpůrné faktory vedou spíše k nedodržení standardních postupů ze strany

jednotlivých zdravotníků. Většina nežádoucích příhod ve zdravotnictví ale vzniká kombinací podpůrných faktorů nahodilých i dlouhodobých.

VZTAH MEZI INDIVIDUÁLNÍMI A INSTITUCIONÁLNÍMI FAKTORY

Jak bylo zmíněno výše, hlavním účelem a smyslem vyšetřování pochybení je snaha předejít opakování obdobných událostí. Pokud budeme analyzovat uvedené podpůrné faktory, pak si můžeme položit otázku, který z výše uvedených faktorů může rozhodujícím způsobem ovlivnit (tj. může je ze svého rozhodnutí odstranit) sestra na stanici bezprostředně pečující o pacienty a obdobně pečující řadový sekundární lékař. Jistě mohou zlepšit úroveň komunikace mezi různými profesemi a odděleními nemocnice. Sestry i lékaři jsou plně odpovědní za adekvátní odpočinek před nástupem na pracovní směnu. Ale je v kompetenci řadových lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků nedostatečné administrativní zabezpečení vyžadované dokumentace k jednotlivým pacientům (příčemž zdravotnická dokumentace při pochybení má zcela stejný význam jako černá skříňka při leteckých haváriích)? Mohou ovlivnit nedostatečnou supervizi své práce ze strany starších a zkušenějších kolegů a kolegyní? Může změnit řadová sestra neadekvátní a nedostatečné personální sesterské zajištění – vzhledem k aktuální závažnosti a náročnosti klinického stavu pacientů hospitalizovaných na stanici? Může řadová sestra odstranit vysoký stupeň únavy na konci šestnáctihodinové směny při nedostatečném personálním zajištění stanice? Prakticky nemůže.

Řadoví pracovníci bezprostředně pečující o pacienty mohou ovlivnit organizační opatření v provozu nemocnice pouze omezeně. Mohou (a měli by) ale na problémy upozorňovat. Řešení organizační problematiky při poskytování bezpečné péče je úlohou managementu.

Pokud shrneme základy teorie vzniku nežádoucích příhod, tak lze říct, že klinická pochybení mívají dvě komponenty vzniku pochybení (a dvě komponenty prevence nežádoucích událostí):

1. Na jedné straně jsou faktory vzniku pochybení, jejichž odstranění je převážně v možnostech vedení instituce a jejího managementu – institucionální úroveň prevence (a také eventuální institucionální podíl na

vzniku nežádoucí příhody).

2. Na druhé straně jsou faktory vzniku pochybení, které jsou odstranitelné jednotlivými zdravotnickými pracovníky (příslušnou ošetřující sestrou a ošetřujícím lékařem – individuální úroveň prevence i podílu na vzniku zdravotnického omylu).

Skutečnost, že většina pochybení má svůj institucionální podíl, je pro určitou část managementů nemocnic téměř nepřijatelná a některé managementy mají utkvělou představu, že plně vinen je vždy bezprostředně pacienty ošetřující zdravotník. Tato skutečnost vyprovokovala Donalda Berwicka (Institute for Healthcare Improvement, Massachusetts University, Boston) k následujícímu vyjádření: „The management's theories of the causes of medical errors often remain scientifically Neanderthal. The management believes that bad people cause bad errors, even though in reality, most bad errors are committed by competent, caring people“ (volně přeloženo: Z vědeckého hlediska zůstávají manažerské teorie o příčinách zdravotnických omylů na neandertálské úrovni. Managementy věří, že jen špatní lidé dělají omyly. Pravda je ale taková, že ve skutečnosti většina chyb se stala kompetentním, pečlivým, zkušeným pracovníkům.) (Berwick, 2003).

REAKCE NA POCHYBENÍ POSTIŽENÉHO PACIENTA A JEHO RODINY

Určitá část pacientů je psychicky labilní i při zcela správném, adekvátním, bezchybném ošetřovatelském postupu v průběhu nemoci, ba dokonce i některé zátěžové fyziologické procesy (porod) mohou vyústit v těžké psychické změny. O to těžší může být pacientova reakce – psychická i somatická – v případě neočekávaného poškození svého zdraví zdravotnickým výkonem. Obdobně nelze vyloučit obdobné závažné reakce i u rodinných příslušníků.

Pacient (a jeho rodina) mohou být v souvislosti s klinickým pochybením stresováni z následujících příčin:

1. chybou v péči jako takovou;
2. neprofesionálním a neadekvátním chováním personálu vůči nemocnému („...já jsem to s vámi myslel dobře a teď mohu být kvůli vám potrestán...“ – „chybička se vloudí“) nebo nemístnými výmluvami, bagatelizací, zapíráním, „mlžením“ a zastíráním;

3. necitlivým, konfliktogenním a rozvleklým způsobem vyšetřování události;
4. pacient, byť nechtěně, byl ale poškozen lidmi, kterým důvěřoval a kterým původně svěřil do péče nejceněnější, své zdraví. Frustrační reakce na vzniklou situaci může být silná a komplexní, zvláště u introvertních pacientů;
5. při další péči po vzniklém pochybení bývá pacient velmi často ošetřován stejnými pracovníky, kteří se podíleli na vzniku nežádoucí události. Tato situace je pro pacienta zdrojem mnoha kontroverzních a stresujících pocitů. Na druhé straně mohou sestry a lékaři mnohé usnadnit pacientům i sobě svým vycílením a vyjádřením spoluúčasti i určitého pocitu provinění.

V případě vzniku pochybení je vůdčí etikou ideou další péče o nemocného využití všech možností zdravotnického zařízení včetně poskytování specializované psychologické, někdy i psychiatrické a sociální péče. Obdobnou péči je vhodné poskytnout v případě potřeby i jeho rodinným příslušníkům.

REAKCE NA POCHYBENÍ ZE STRANY ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Pochybení při poskytování zdravotnické péče je extrémní stresovou situací nejen pro postiženého pacienta a jeho rodinu, ale obvykle také pro příslušné zainteresované zdravotnické pracovníky (a jejich rodiny). Stres ošetřovatelského personálu je představován pocitem viny a pocitem nejistoty, včetně nejistoty vývoje zdravotního stavu pacienta, možného postihu zdravotnického pracovníka i dalšího pracovního zařazení. Pro myšlenkové procesy postižených zdravotníků je typické neustálé vrácení se k proběhlé události, opakující se sebeobviňování, stále uvažování o alternativách dalšího osudu pacienta a možné reakci jeho rodiny. Hledá se zpětné, lepší řešení, stále se vracejí myšlenky na způsob „kdybych to býval byl řešil jinak“, „co jsem ještě předtím mohl a měl udělat jinak“ apod. Současně dochází ke snižování pocitu sebejistoty, sebevědomí, objevují se pochyby typu „jsem vůbec způsobilý vykonávat svou práci?“ a dále se do duše vkrádá strach z možného postihu, z vlastní existenční nejistoty, ze ztráty společenského statusu. Celkový psychický stav závisí na psychické odolnosti, ovlivnitelnos-

ti okolím a hlavně na míře pocitu zodpovědnosti a svědomitosti. Často právě u nejsvědomitějších zdravotnických pracovníků dochází k nejvýraznějším stresovým psychickým i somatickým projevům, jejich uvažování se postupně stává stále více ulpívavým, vzpomínky na příhodu i obavy se stále vracejí. Psychicky vyčerpaní zdravotníci obvinění z pochybení se vlastně stávají dalšími postiženými v celém případě, stávají se dalšími oběťmi (second victims – Wu, 2000) nežádoucí příhody. Ostatní členové užšího zdravotnického kolektivu, ve kterém došlo k nežádoucí příhodě (například zdravotníci stejného oddělení či nemocnice), kteří se na události přímo nepodíleli, musí řešit jiné obtížné etické dilema. Problém spočívá v konfliktu loajality – na jedné straně oddanost k nemocnému (i jeho rodině) a na druhé straně loajalita k ostatním, „postiženým“ členům pracovního týmu. „Nepostižení“ pracovníci jsou nepřímým, formálně téměř nezúčastněným svědkem události, ale prostřednictvím stálého kontaktu jak s pacientem, tak s postiženými spolupracovníky jsou příhodou ovlivňováni. Bývají nuceni příhodu diskutovat s „oběma“ stranami, komentovat a zaujímat mnohdy protichůdné postoje. Vynucovaný komentář a stálá komunikace s oběma stranami může být velmi vyčerpávající.

Pro zainteresovaného zdravotnického pracovníka může představovat výraznou úlevu psychologická podpora a v některých případech i přechodné přerazení na jiný pracovní úsek.

ROLE MANAGEMENTU PŘI ŘEŠENÍ POCHYBENÍ

Management nemocnice (nemocnice, kliniky, ústavu, oddělení) má zcela specifickou a nezastupitelnou roli při řešení nežádoucí příhody. V optimálním případě spočívá role vedoucích pracovníků v ochraně a podpoře poškozeného pacienta (a jeho rodiny), v zajištění co nejrychlejší a maximálně možné náhrady a zmírnění poškození nemocného na jedné straně, garanci provedení komplexního vyšetření celé události, ale na druhé straně by měl zaměstnavatel morálně chránit i „zainteresované“ zdravotníky. Nejdůležitějším úkolem je zajistit korektní a komplexní vyšetření celé události s hlavním cílem zabránit opakování stejné či obdobné chyby. Před ukončením vyšetření události nemusí být podíl „viny“ jednotlivých účastníků omylu zřetelný a velmi často jsou zdravotníci,

kterí se na pochybení podíleli, dlouhodobě spolehliví zaměstnanci zdravotnického zařízení. Chování managementu k obviněným zdravotníkům po vzniku pochybení může dlouhodobě upevnit (anebo naopak zhoršit) vztah většiny zaměstnanců ke své nemocnici, ke svému zaměstnavateli. Management všech stupňů by snad měl jednat s postiženými zdravotníky s nadhledem: „vždyť to se mohlo stát i mně, kdybych byl na jeho místě“ (s výjimkou úmyslného činu). Vedení nemocnice (kliniky, oddělení) má rozhodně, ale přitom velmi citlivě a urychleně vyšetřit okolnosti nežádoucí příhody a současně musí adekvátně komunikovat s postiženým nemocným a jeho rodinou. Komunikace s poškozenou stranou by měla být vedena se zřetelem na možné další kroky ze strany pacienta i jeho právníků (Blendon, 2002, Sexton, 2000, Vincent, 2000). Jednání managementu by mělo být vedeno spíše snahou o mimosoudní vyrovnání a odškodnění.

ZÁVĚR

Článek seznamuje se současnými trendy v analýze a vyšetřování pochybení při poskytování zdravotnické péče. Nezbytnost účinných opatření v prevenci chyb a katastrof v jiných oborech lidské činnosti (např. v kosmonautice, letectví, průmyslu atd.) vedla ke vzniku systémového přístupu vyšetřování nežádoucích událostí. Hlavním cílem systémového přístupu je prevence dalších pochybení a provedení systémových preventivních opatření. Základním výsledkem vyšetření nežádoucí příhody systémovým přístupem je determinace příčin pochybení i individuálního a institucionálního podílu na vzniku nežádoucí příhody. Systémový přístup je možno aplikovat na problematiku nežádoucích událostí ve zdravotnictví. Systémový přístup vyšetření umožňuje stanovit optimální opatření v prevenci obdobných nežádoucích příhod, a to jak na úrovni managementu zařízení, tak u jednotlivých pracovníků. Představuje opatření vedoucí k maximálně možné bezpečnosti pacienta a současně vytváří předpoklady k objektivnímu a spravedlivému vyšetření události. Představuje významný etický pokrok ve vyšetřování nežádoucích příhod, protože systém ve svých důsledcích zajišťuje etickou ochranu práv pacienta i etickou ochranu práv jednotlivých zdravotnických pracovníků i managementu. Snahy po zavedení systémového přístupu do zdravotnictví

jsou spojeny s určitými obtížemi i v jiných státech Evropské unie a USA, dle názoru autora je ale nezbytné postupně seznamovat zdravotnické pracovníky i management zdravotnických institucí se systémovým přístupem, protože základní cílem systémového přístupu je zajištění optimální a bezpečné péče pro nemocného.

Pokud shrneme nejdůležitější fakta z předchozích částí textu, pak lze zdůraznit následující myšlenky:

1. Hlavním cílem vyšetřování klinického omylu je zabránit opakování příhody odstraněním příčin. Komplexní zjištění příčin nežádoucí příhody umožňuje systémový přístup.
2. Riziko pochybení při poskytování zdravotnické péče je nutno považovat za implicitní součást zdravotnické péče.
3. Většina nežádoucích příhod v klinické praxi péči má svou institucionální i individuální úroveň.
4. V dalším průběhu ošetřování by měla být poškozenému pacientovi věnována veškerá komplexní dosažitelná péče. Adekvátní psychologická péče by měla být poskytnuta i zainteresovaným zdravotnickým pracovníkům.
5. Systémový přístup umožňuje i další vzdělávání v prevenci opakování obdobných příhod. Organizační opatření na základě provedené systémové analýzy pochybení umožňuje zlepšit strategii k zajištění bezpečné péče o pacienta.

LITERATURA

- BLENDON, R. J. et al.: Views of practising physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, Boston: 2002. Vol. 347, no. 24, s. 1933–40.
- BERWICK, D.: Errors today and errors tomorrow. *New England Journal of Medicine*, Boston: 2003. Vol. 348, no. 25, s. 2570–2572.
- BRENNAN, T. A.: The institute of medicine report on medical errors – could it do harm? *New England Journal of Medicine*, Boston: 2000. Vol. 342, no. 15, s. 1123–25.
- BRENNAN, T. A. et al.: Accidental deaths, saved lives and improved quality. *New England Journal of Medicine*, Boston: 2005. Vol. 353, no. 13, s. 1405–1409.
- GABA, M. D., HOWARD, S. K.: Fatigue among clinicians and the safety of patients. *New England Journal of Medicine*, Boston: 2002. Vol. 347, no. 16, s. 1249–1255.
- KOHN, L. T., CORRIGAN, J. M., DONALDSON, M. S.: eds. *To err is human: building a safer health system*. 1. ed. Washington, D. C.: National Academy Press, 2000, s. 22–48.
- SEXTON, J. B., THOMAS, J., HELMREICH, B.: Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *British Medical Journal*, London: 2000. Vol. 320, s. 745–749.
- VINCENT, C. A. et al.: Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, London: 2000. Vol. 316, s. 1154–1157.
- VINCENT, C. A.: Understanding and responding to adverse events. *New England Journal of Medicine*, Boston: 2003. Vol. 348, no. 11, s. 1051–1056.
- VINCENT, C. A.: Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Quality and Safety in Health Care*, Stanford: 2004, Vol. 13, s. 242–243.
- WU, A. W.: Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal*, London: 2000. Vol. 320, s. 726–727.

Martin Rydlo
martin.rydlo@fnspo.cz